



# Kennzahlenauswertung 2025

## Jahresbericht der zertifizierten Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten und Gynäkologischen Dysplasie-Sprechstunden

Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023

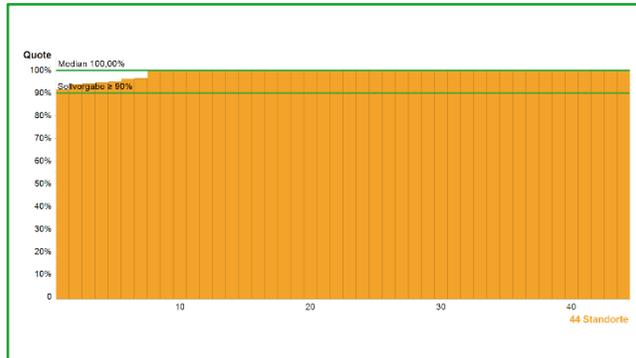


## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems der Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden 2024 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Kennzahlauswertungen Dysplasie-Einheiten .....	7
Kennzahl Nr. 1: Vorstellung Tumorkonferenz .....	7
Kennzahl Nr. 2: Teilnahme an interdisziplinärer Tumorkonferenz .....	8
Kennzahl Nr. 3: Dokumentation (mind. Skizze) der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze (bei Kolposkopie der Cervix uteri) ....	9
Kennzahl Nr. 4: Durchführung Abklärungskolposkopie (LL QI) .....	10
Kennzahl Nr. 5: Auffällige Befunde bei Exzision .....	11
Kennzahl Nr. 6: Angaben Befundbericht .....	12
Kennzahl Nr. 7: Anteil R0-Resektion bei CIN III .....	15
Kennzahl Nr. 8: Nachsorge nach Exzision .....	16
Kennzahl Nr. 9: Anteil Messerkonisation an Exzisionen (LL QI) .....	17
Kennzahlauswertungen Dysplasie-Sprechstunden .....	18
Kennzahl Nr. 1: Vorstellung Tumorkonferenz .....	18
Kennzahl Nr. 2: Teilnahme an interdisziplinärer Tumorkonferenz/ Veranstaltung des Zentrums .....	19
Kennzahl Nr. 3: Dokumentation (mind. Skizze) der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze (bei Kolposkopie der Cervix uteri) ....	20
Kennzahl Nr. 4: Durchführung Abklärungskolposkopie (LL QI) .....	21
Kennzahl Nr. 5: Auffällige Befunde Exzision .....	22
Kennzahl Nr. 6: Angaben Befundbericht .....	23
Kennzahl Nr. 7: Anteil R0-Resektion bei CIN III .....	24
Kennzahl Nr. 8: Nachsorge nach Exzision .....	25
Kennzahl Nr. 9: Anteil Messerkonisation an Exzisionen (LL QI) .....	26
Impressum .....	27

## Allgemeine Informationen

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums vorgestellt wurden	18,5*	3 - 87	1076
Nenner	Pat. mit einem invasiven Karzinom aus der Dysplasie-Einheit	18,5*	3 - 87	1087
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	91,67% - 100%	98,99%**



### Grunddaten Kennzahl:

Die Definition des **Zählers**, **Nenners** und die **Sollvorgabe** sind aus dem Kennzahlenbogen entnommen.

Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf eine bestehende Einheit, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

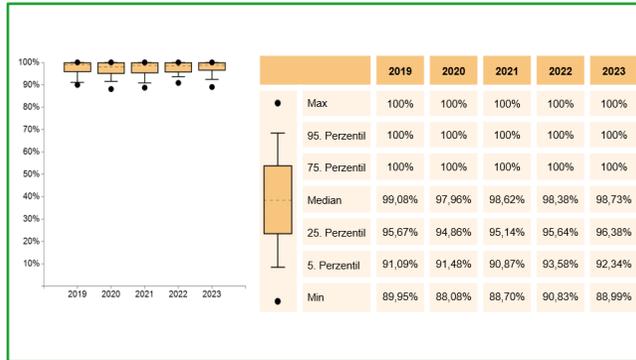
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Einheiten angegeben.

In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Patienten sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

### Diagramm:

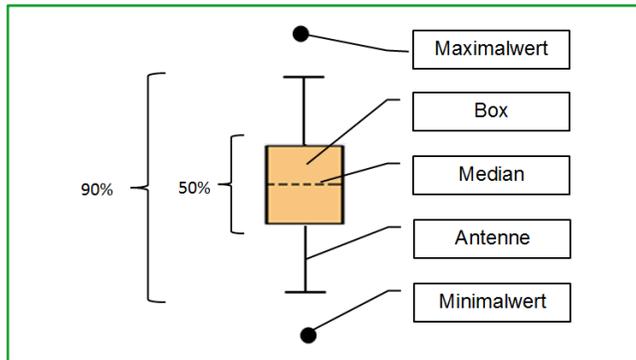
Die x-Achse gibt die Anzahl der Einheiten wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große Hälften.

## Allgemeine Informationen



### Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2019, 2020, 2021, 2022** und **2023** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



### Boxplot:

Ein Boxplot setzt sich aus einer **Box mit Median, Antennen** und **Ausreißern** zusammen. Innerhalb der Box befinden sich 50 Prozent der Einheiten. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Einheiten. Die Antennen und die Box umfassen 90 Prozent der Einheiten. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

**Stand des Zertifizierungssystems der Gynäkologischen Dysplasie-Einheiten/-Sprechstunden 2024**

<b>Gyn. Dysplasie-Einheit*</b>	<b>31.12.2024</b>	<b>31.12.2023</b>	<b>31.12.2022</b>	<b>31.12.2021</b>	<b>31.12.2020</b>	<b>31.12.2019</b>
Laufende Verfahren	1	1	3	6	2	2
Zertifizierte Gyn. Dysplasie-Einheiten	44	44	42	39	38	35

\* nach den gemeinsamen Zertifizierungskriterien der DKG/AGCPC

<b>Gyn. Dysplasie-Sprechstunde</b>	<b>31.12.2024</b>	<b>31.12.2023</b>	<b>31.12.2022</b>	<b>31.12.2021</b>	<b>31.12.2020</b>	<b>31.12.2019</b>
Gyn. Dysplasie-Sprechstunden gesamt**	312	301	283	247	200	144

## Berücksichtigte Standorte

### Dysplasie-Einheiten

Kennzahlenjahr	2023	2022	2021	2020	2019
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte – Gyn. Dysplasie-Einheiten	44	44	40	39	37
entspricht	100%	100%	95,2%	100%	97,4%

### Dysplasie-Sprechstunden

Kennzahlenjahr	2023
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte – Gyn. Dysplasie-Sprechstunden	81
entspricht	83,5%

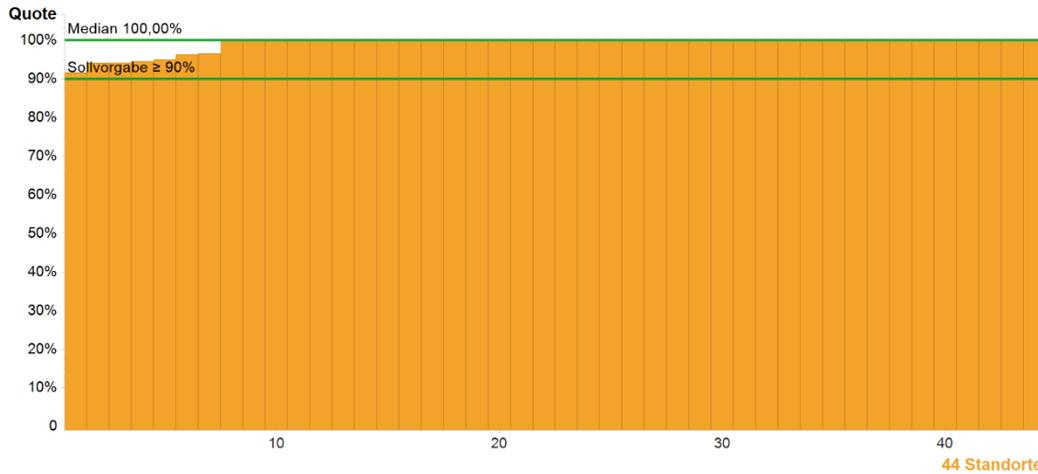
Die Überprüfung der Kennzahlen der Dysplasie-Sprechstunden erfolgt bei Erst-Zertifizierung sowie alle 3 Jahre im Rahmen der Re-Zertifizierung. Das Kollektiv der für das Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) dargestellten Dysplasie-Sprechstunden stimmt daher nicht mit dem Kollektiv der Dysplasie-Sprechstunden der Auditjahre 2022 und 2023 überein.

Im Jahresbericht sind 81 der 97 im Jahr 2024 erst- oder re-zertifizierten Dysplasie-Sprechstunden enthalten (29 Erstzertifizierungen und 68 Re-Zertifizierungen). Ausgenommen sind 7 Erstzertifizierungen und 9 Re-Zertifizierungen mit Jahreswechsel zwischen Einreichung Unterlagen und Bewertung.

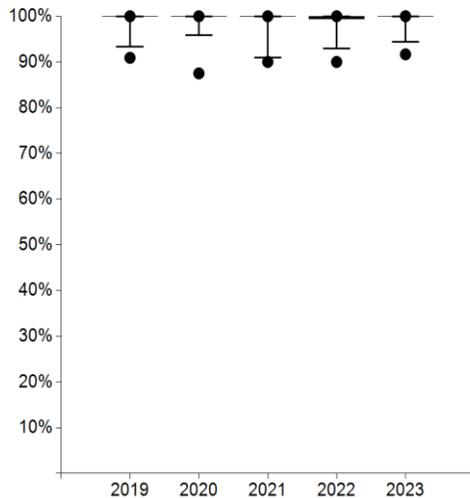
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im gemeinsamen Zertifizierungssystem der AG CPC, DKG, DGGG und AGO zertifizierten Gyn. Dysplasie-Sprechstunden.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2023.

# 1. Vorstellung Tumorkonferenz



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums vorgestellt wurden	18,5*	3 - 87	1076
Nenner	Pat. mit einem invasiven Karzinom aus der Dysplasie-Einheit	18,5*	3 - 87	1087
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 90%	100%	91,67% - 100%	98,99%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	99,36%	100%
5. Perzentil	93,30%	95,90%	90,91%	92,99%	94,34%
● Min	90,91%	87,50%	90,00%	90,00%	91,67%

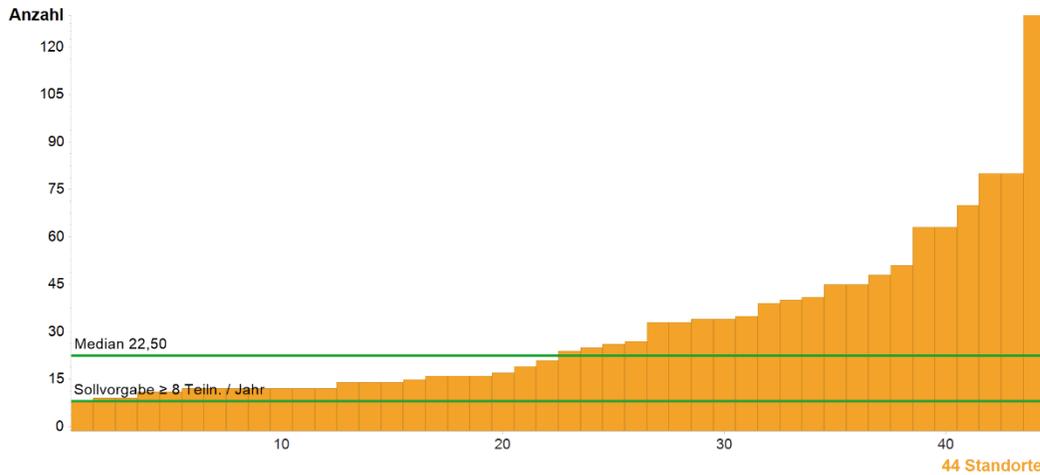
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

**Anmerkungen:**

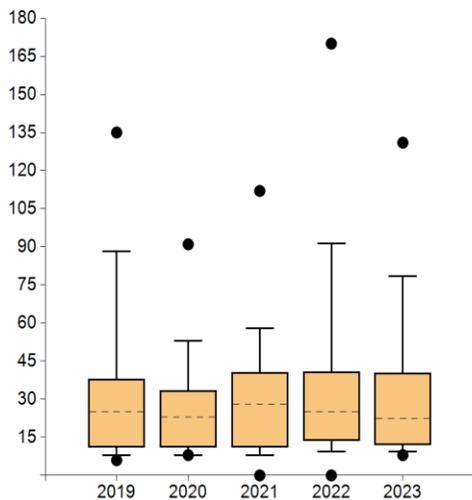
Alle 44 Dysplasie-Einheiten erfüllen die Vorgabe, ihre Patientinnen mit einem invasiven Zervixkarzinom in der Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums vorzustellen: Nur bei 11 von 1.087 Pat. ist keine Vorstellung erfolgt.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 2. Teilnahme an interdisziplinärer Tumorkonferenz



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Gesamt
Anzahl	Teilnahme an Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums	22,5	8 - 131	1361
	Sollvorgabe ≥ 8 Teiln. / Jahr			

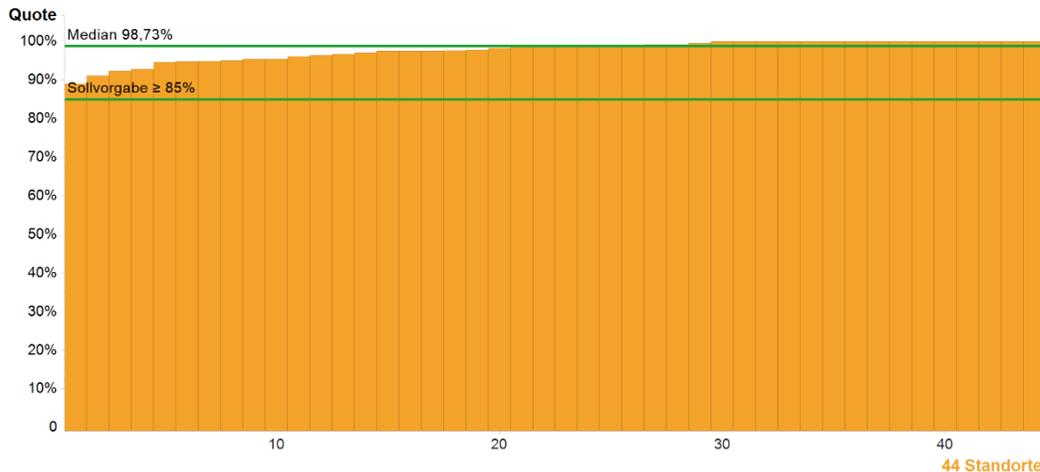


	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	135,00	91,00	112,00	170,00	131,00
95. Perzentil	88,20	53,00	58,05	91,35	78,50
75. Perzentil	38,00	33,50	40,50	40,75	40,25
Median	25,00	23,00	28,00	25,00	22,50
25. Perzentil	11,00	11,00	11,00	13,75	12,00
5. Perzentil	8,00	8,00	8,00	9,30	9,30
● Min	6,00	8,00	0,00	0,00	8,00

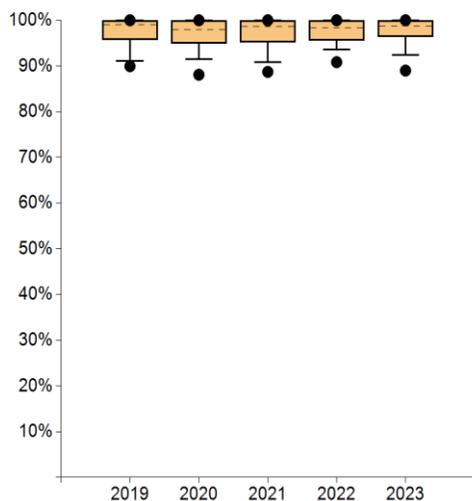
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

**Anmerkungen:**  
Alle Dysplasie-Einheiten haben 2023 mind. 8x an der Tumorkonferenz des GZ teilgenommen.

### 3. Dokumentation (mind. Skizze) der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, bei denen die Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze dokumentiert (mind. Skizze) wurde	702,5*	80 - 3168	38187
Nenner	Pat. mit Kolposkopie der Cervix uteri	741*	80 - 3193	39038
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	98,73%	88,99% - 100%	97,82%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	99,08%	97,96%	98,62%	98,38%	98,73%
25. Perzentil	95,67%	94,86%	95,14%	95,64%	96,38%
5. Perzentil	91,09%	91,48%	90,87%	93,58%	92,34%
● Min	89,95%	88,08%	88,70%	90,83%	88,99%

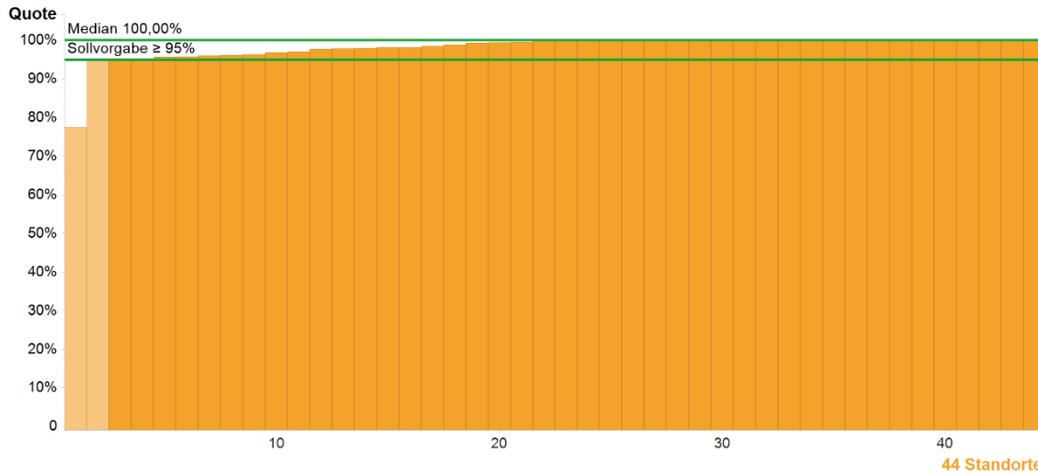
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

**Anmerkungen:**

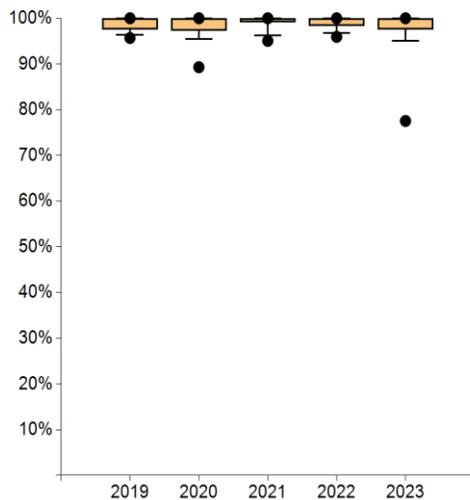
Die Sollvorgabe von ≥ 85% wird durch alle Dysplasie-Einheiten erfüllt. Bei 97,8% der betrachteten Patientinnen wurde die Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze dokumentiert (Median 98,7%, Range 89% - 100%).

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 4. Durchführung Abklärungskolposkopie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, bei denen eine Abklärungskolposkopie präoperativ in der Dysplasie-Einheit durchgeführt wurde	142*	61 - 563	8030
Nenner	Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	143,5*	61 - 563	8135
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	77,53% - 100%	98,71%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	97,62%	97,34%	99,14%	98,42%	97,56%
5. Perzentil	96,38%	95,45%	96,26%	96,74%	95,03%
● Min	95,68%	89,29%	95,05%	95,93%	77,53%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	42	95,45%

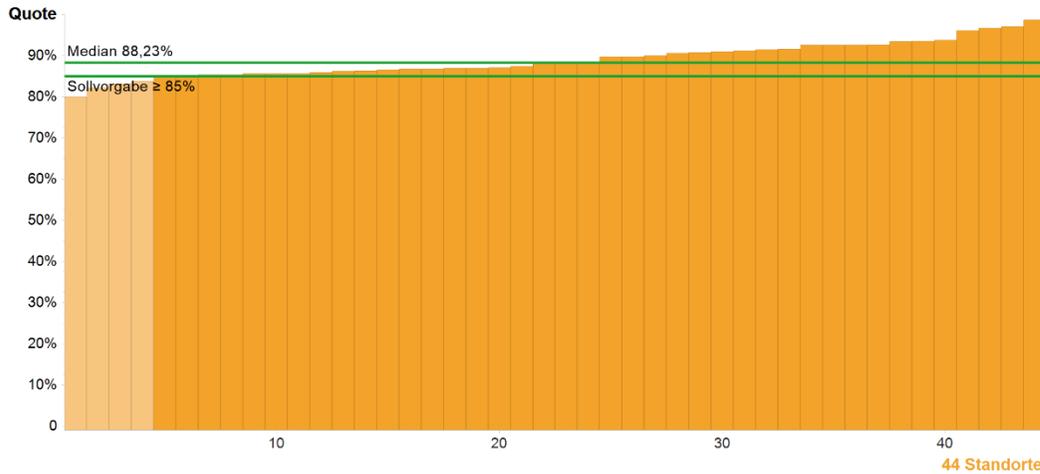
### Anmerkungen:

Die Ergebnisse für diese Kennzahl sind wie in den Vorjahren auf hohem Niveau stabil. Bei annähernd allen Patientinnen mit Exzision wurde präoperativ eine Abklärungskolposkopie durchgeführt (8.030 von 8.135 Patientinnen; ca. 99%). 2 Einheiten unterschreiten die Sollvorgabe. Bei einer Einheit wurde das Zertifikat mit reduzierter Gültigkeitsdauer und Auflagen erteilt.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

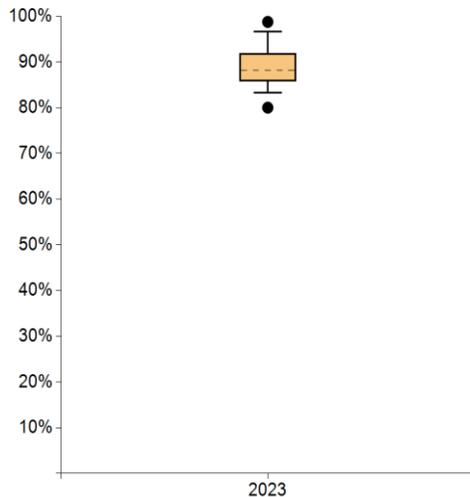
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 5. Auffällige Befunde Exzision



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit führender Histologie $\geq$ CIN 2 (in Exzision u./o. Biopsie, die zur Exzision geführt hat)	124,5*	52 - 556	7273
Nenner	Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	143,5*	61 - 563	8135
Quote	Sollvorgabe $\geq 85\%$	88,23%	80,00% - 98,76%	89,40%**

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	99,32%	98,39%	96,53%	98,76%
95. Perzentil	99,28%	97,74%	96,78%	95,74%	96,68%
75. Perzentil	90,91%	91,92%	91,90%	90,59%	91,90%
Median	88,49%	87,93%	88,04%	87,73%	88,23%
25. Perzentil	85,33%	85,38%	85,23%	85,71%	85,84%
5. Perzentil	80,14%	75,91%	79,35%	84,53%	83,29%
● Min	75,86%	70,16%	74,26%	82,37%	80,00%

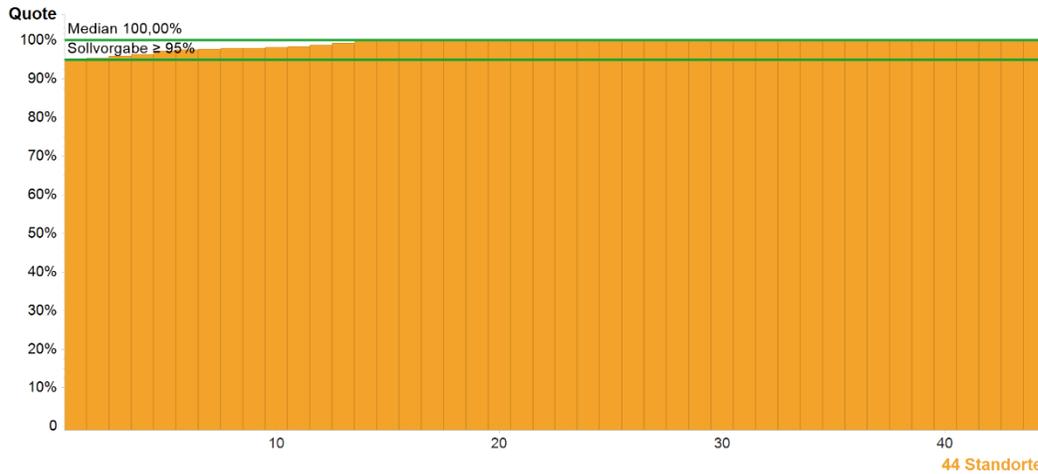
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	40	90,91%

### Anmerkungen:

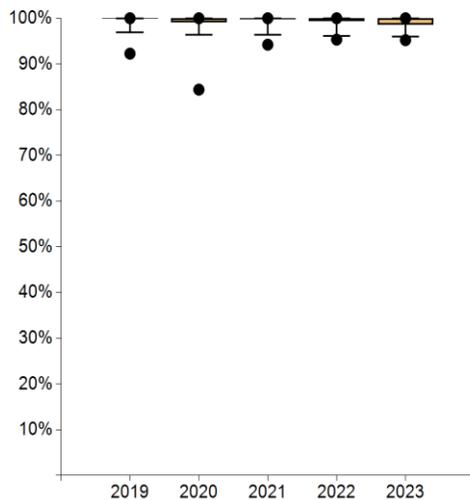
Der Zähler ist im Kennzahlenjahr 2023 modifiziert worden, so dass auch Pat. einfließen, bei denen in der Biopsie eine Histologie  $\geq$  CIN 2 nachgewiesen wurde einfließen. Sowie vergleichbar sind die Ergebnisse auf hohem Niveau stabil. Bei 905 aller Pat. mit Exzision an der Cervix wurde eine  $\geq$  CIN 2 nachgewiesen.

Δ Anpassung des Zählers der Kennzahl ab dem Auditjahr 2024 (Kennzahlenjahr 2023) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission 2023 (Nachweis der führenden Histologie  $\geq$  CIN2 auch in der Biopsie, die zur Exzision geführt hat)

## 6. Angaben Befundbericht



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit vollständiger, schriftlicher histologischer Beurteilung der Exzision (= Art u. Größe bei allen Läsionen (nicht metrisch), vertikale u. horizontale Ausdehnung bei invasiven Läsionen, Resektionsränder, Abstand Läsion zum endozervikalen Resektionsrand in mm)	169*	66 - 1238	10384
Nenner	Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri, Vulva, Vagina durchgeführt wurde (Summe Exzisionen EB Kap. A.2)	172,5*	66 - 1238	10450
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	95,21% - 100%	99,37%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	99,10%	99,79%	99,46%	98,66%
5. Perzentil	96,88%	96,37%	96,41%	96,10%	95,95%
● Min	92,26%	84,38%	94,22%	95,32%	95,21%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

### Anmerkungen:

Die Kennzahl wird nahezu vollständig umgesetzt (Gesamtquote > 99%). Von allen Dysplasie-Einheiten wird die Sollvorgabe für die Kennzahl zum vollständigen histologischen Befundbericht erfüllt.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## Individueller Jahresbericht - Benchmark

### Individueller Jahresbericht - Standortsspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

#### Was ist der individuelle Jahresbericht?

Im individuellen Jahresbericht werden die standortspezifischen Zentrumsdaten abgebildet und in Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren im jeweiligen Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft gesetzt. Darüber hinaus wird die individuelle Entwicklung des Zentrums über den Verlauf der Zeit dargestellt.

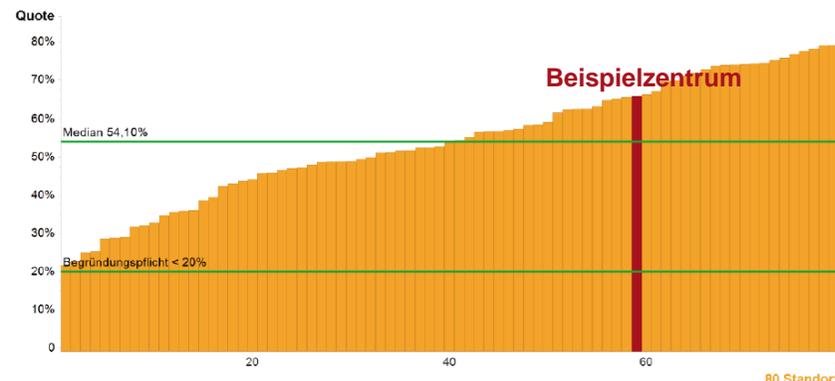
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de) unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

#### Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de)) sowie die Abbildung des eigenen Zentrums im allgemeinen Jahresbericht (beispielsweise sind Zentren mit Erstzertifizierung im Auditjahr nicht abgebildet).

Bei mehrstandortigen Zentren wird jeder Standort in einem eigenständigen individuellen Jahresbericht abgebildet.

Für Onkologische Zentren ist aktuell nur der allgemeine Jahresbericht verfügbar.



Beispielzentrum (roter Balken) im Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren

	Kennzahldefinition	Beispielzentrum				
		2019	2020	2021	2022	2023
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	219	263	220	240	237
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv (Lokal, regionale LK-Metastasen) und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	321	362	331	355	360
Quote	Begründungspflicht* <20%	68,22%	72,65%	66,47%	67,61%	65,83%

Individuelle Entwicklung des Beispielzentrums im Zeitverlauf

**Auszug aus einem individuellen Jahresbericht (Kennzahl Beratung Sozialdienst)**

## Individueller Jahresbericht - Benchmark

### Wie kann man den individuellen Jahresbericht erhalten?

Der individuelle Jahresbericht wird elektronisch als PowerPoint-Datei auf der Plattform [Data-WhiteBox](#) zum Download bereitgestellt.

Der Zugang zu einem individuellen Jahresbericht unterscheidet sich je nach Zertifizierungssystem:

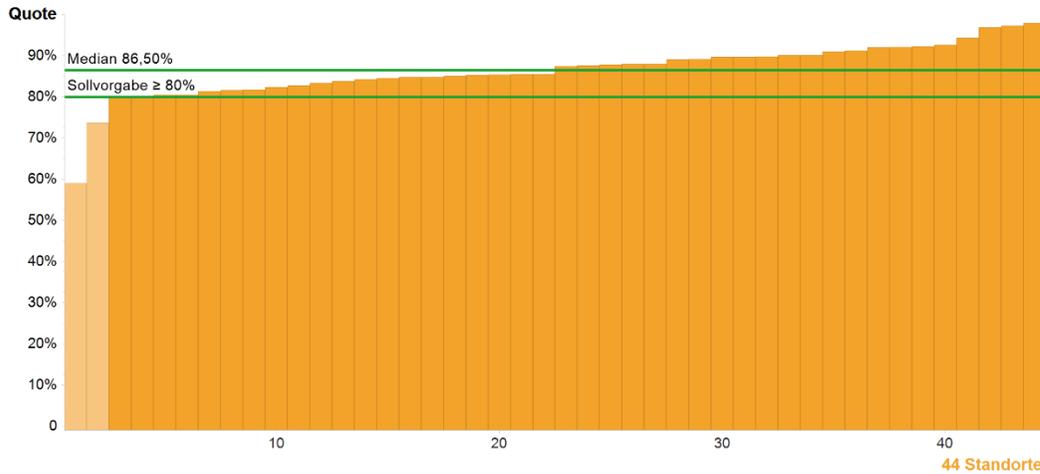
#### Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- Auf Beschluss der jeweiligen Zertifizierungskommission wird der individuelle Jahresbericht für alle Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren bereitgestellt.
- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die Verfügbarkeit des jeweiligen individuellen Jahresberichtes informiert.
- Die Zugangsdaten zum Abruf des individuellen Jahresberichtes liegen der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination vor (einmalige Zusendung der Zugangsdaten).

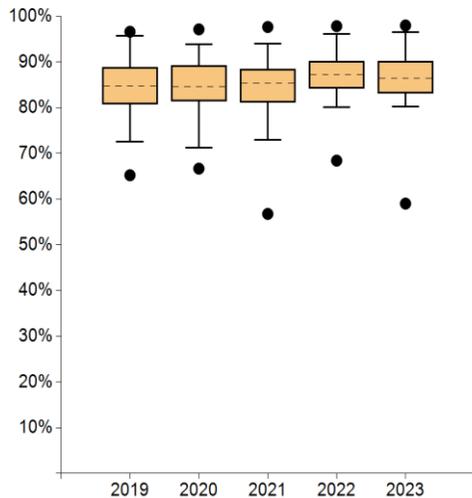
#### Alle anderen Organkrebszentren / Module

- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die grundsätzliche Verfügbarkeit der individuellen Jahresberichte informiert. Ab diesem Zeitpunkt kann ein individueller Jahresbericht optional kostenpflichtig bestellt werden.
- Das „Bestellformular Individueller Jahresbericht“ ist auf [www.onkozert.de](http://www.onkozert.de) unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich. Eine Bestellung ist nur durch Personen möglich, die bei OnkoZert als Ansprechpartner (z.B. Zentrumsleitung, Zentrumskoordination, QMB, etc.) registriert sind.
- Die Kosten für die jeweiligen individuellen Jahresberichte sind auf dem Formular aufgeführt.
- Die Erstelldauer beträgt nach Bestelleingang ca. 3 Wochen.

## 7. Anteil R0-Exzisionen bei CIN III



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit R0-Exzisionen	74,5*	24 - 358	4169
Nenner	Pat. mit Exzision und histolog. Befund CIN III	85,5*	26 - 389	4807
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	86,50%	59,02% - 97,98%	86,73%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	96,61%	97,13%	97,65%	97,83%	97,98%
95. Perzentil	95,71%	93,83%	93,95%	96,10%	96,50%
75. Perzentil	88,78%	89,22%	88,47%	90,16%	90,16%
Median	84,71%	84,57%	85,35%	87,22%	86,50%
25. Perzentil	80,81%	81,40%	81,09%	84,18%	83,20%
5. Perzentil	72,52%	71,23%	72,91%	80,05%	80,27%
● Min	65,22%	66,67%	56,76%	68,42%	59,02%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	42	95,45%

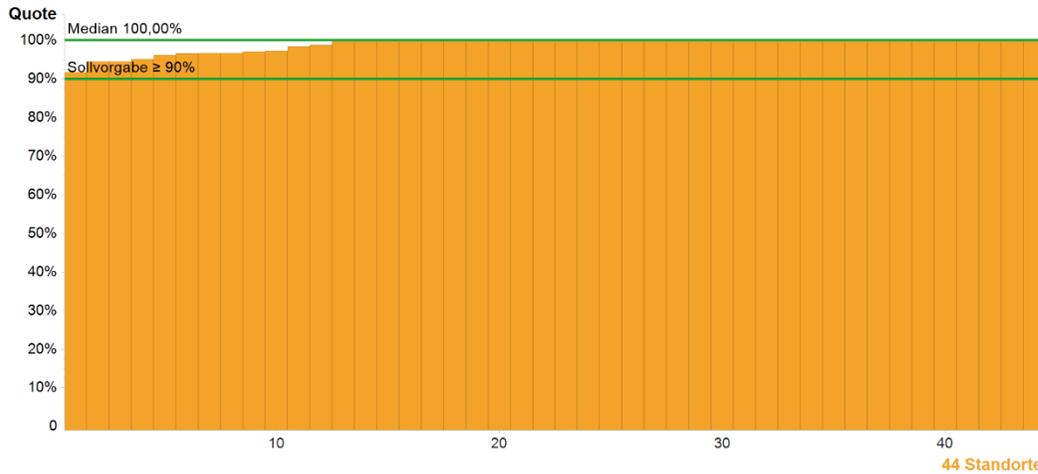
### Anmerkungen:

Etwa 95% der Dysplasie-Einheiten erfüllen für diese Kennzahl die Sollvorgabe. Zwei Einheiten haben (wiederholt) die geforderte R0-Resektionsrate unterschritten und es erfolgten Einzelfallprüfungen. Begründungen waren u.a. ein hoher Anteil an jungen Frauen mit Kinderwunsch sowie nach endocervikal randbildende Läsionen. Beide Einheiten haben bereits qualitätsverbessernde Maßnahmen eingeleitet und umgesetzt. Ein Zertifikat wurde mit Auflagen und reduzierter Gültigkeitsdauer ausgesprochen.

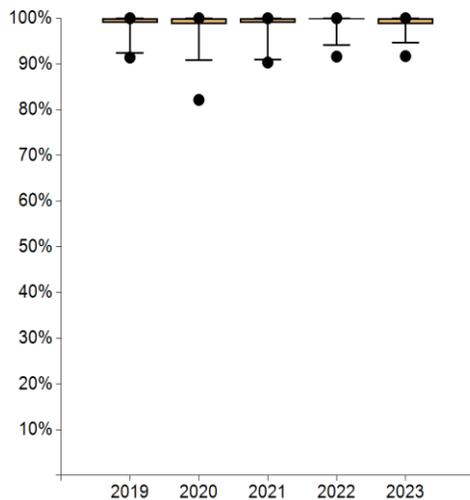
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 8. Nachsorge nach Exzision



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Empfehlung zur Nachsorge einmalig 6-12 Mo. nach Exzision	143,5*	60 - 563	8071
Nenner	Pat. bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	143,5*	61 - 563	8135
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 90%	100%	91,71% - 100%	99,21%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	98,99%	98,74%	99,00%	99,80%	98,70%
5. Perzentil	92,45%	90,79%	91,00%	94,14%	94,61%
● Min	91,41%	82,14%	90,32%	91,61%	91,71%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

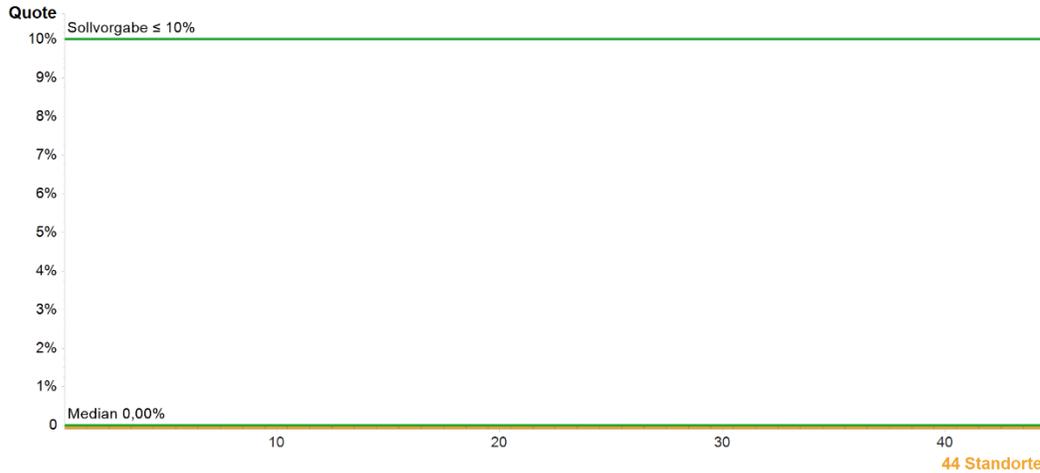
### Anmerkungen:

Für die Kennzahl „Nachsorge nach Exzision“ zeigt sich, wie in den Vorjahren, eine sehr gute Umsetzung. 99,2% aller Patientinnen, die bei dieser Kennzahl betrachtet werden, haben eine entsprechende Empfehlung zur Nachsorge erhalten. Alle Einheiten erfüllen die Sollvorgabe von  $\geq$  90%.

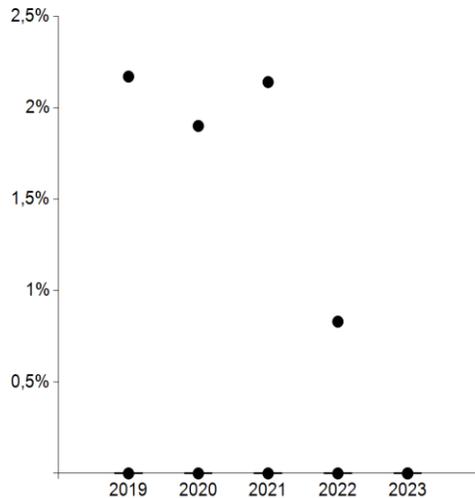
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 9. Anteil Messerkonisation an Exzisionen (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Messerkonisation	0*	0 - 0	0
Nenner	Pat. bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	143,5*	61 - 563	8135
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0%	0% - 0%	0,00%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	2,17%	1,90%	2,14%	0,83%	0,00%
95. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

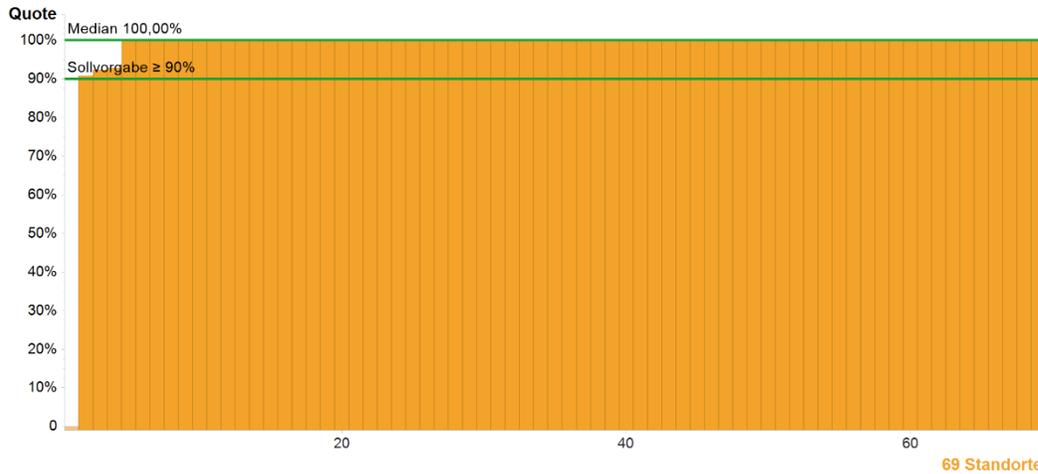
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
44	100,00%	44	100,00%

**Anmerkungen:**

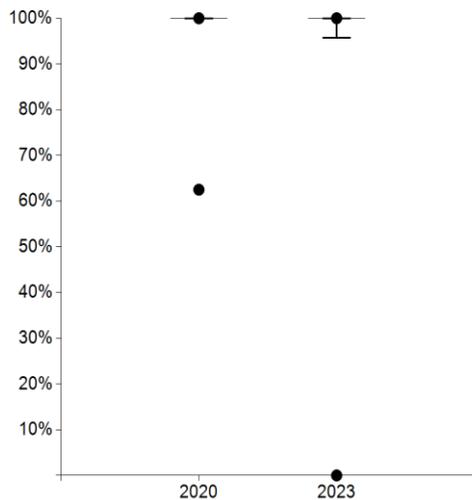
Alle Dysplasie-Einheiten bleiben unter der Sollvorgabe von ≤ 10%. Erstmals hat ausnahmslos keine Patientin, von insgesamt 8.135 Patientinnen, eine Messerkonisation erhalten.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

# 1. Vorstellung Tumorkonferenz



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums vorgestellt wurden (kann auch über die Dysplasie-Einheit/-Sprechstunde am Standort des GZ erfolgen)	4*	0 - 26	367
Nenner	Pat. mit einem invasiven Karzinom aus der Dysplasie-Sprechstunde	4*	1 - 26	371
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%	98,92%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	-----	100%	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
Median	-----	100%	-----	-----	100%
25. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
5. Perzentil	-----	100%	-----	-----	95,72%
● Min	-----	62,50%	-----	-----	0,00%

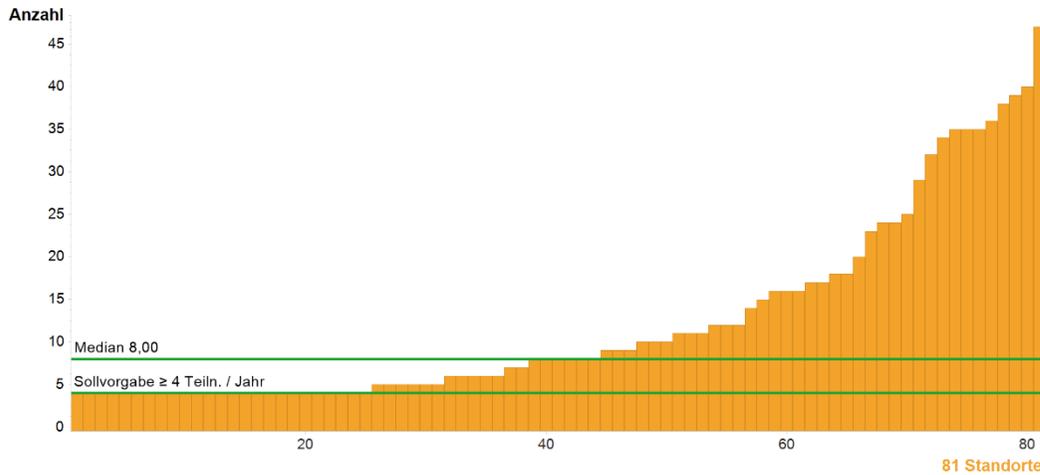
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
69	85,19%	68	98,55%

**Anmerkungen:**

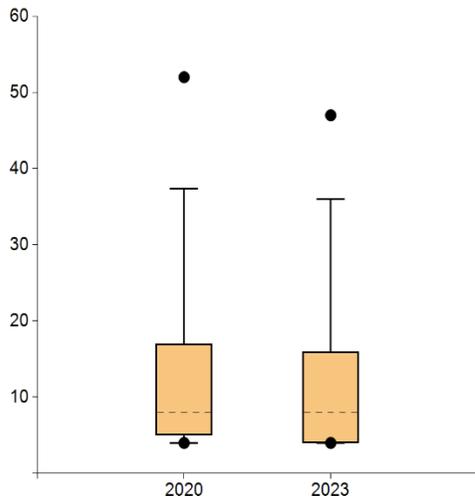
In diesen Jahresbericht sind die Daten von 81 Sprechstunden inkludiert. Für die Berechnung dieser Kennzahl gingen die Daten von 69 Sprechstunden ein. In 12 Sprechstunden wurde im Kennzahlenjahr 2023 kein invasives Karzinom diagnostiziert. Von den 69 betrachteten Sprechstunden erfüllen 99% die Sollvorgabe. 1 Sprechstunde unterschreitet bei kleinem Nenner (n=1) die Sollvorgabe. Die Patientin hatte eine Vorstellung abgelehnt.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 2. Teilnahme an interdisziplinärer Tumorkonferenz/ Veranstaltung des Zentrums



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Teilnahme an Tumorkonferenz/ Veranstaltung des Gynäkologischen Krebszentrums	8	4 - 47	1011
	Sollvorgabe $\geq 4$ Teiln. / Jahr			



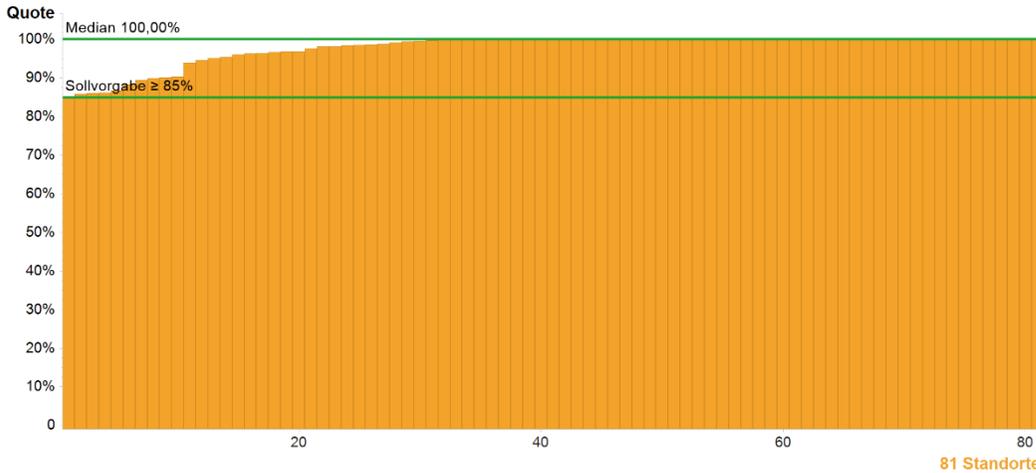
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	52,00	----	----	47,00
95. Perzentil	----	37,35	----	----	36,00
75. Perzentil	----	17,00	----	----	16,00
Median	----	8,00	----	----	8,00
25. Perzentil	----	5,00	----	----	4,00
5. Perzentil	----	4,00	----	----	4,00
● Min	----	4,00	----	----	4,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
81	100,00%	81	100,00%

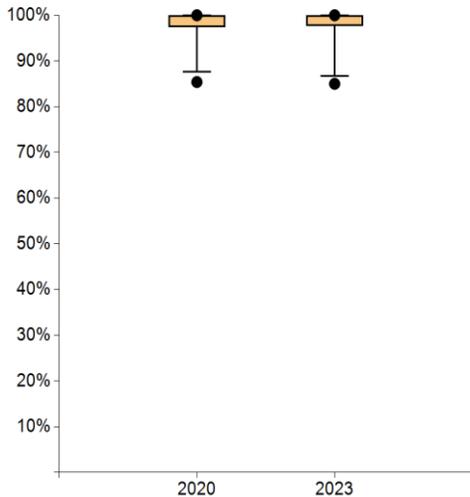
**Anmerkungen:**

Die Sollvorgabe für diese Kennzahl wird von allen Sprechstunden erfüllt. Der Median liegt bei 8 Teilnahmen an Tumorkonferenzen/ Jahr.

### 3. Dokumentation (mind. Skizze) der Sichtbarkeit der Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, bei denen die Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze dokumentiert (mind. Skizze) wurde	157*	15 - 950	18616
Nenner	Pat. mit Kolposkopie der Cervix uteri	167*	15 - 950	18971
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	100%	85,00% - 100%	98,13%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	-----	100%	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
Median	-----	100%	-----	-----	100%
25. Perzentil	-----	97,41%	-----	-----	97,63%
5. Perzentil	-----	87,62%	-----	-----	86,67%
● Min	-----	85,39%	-----	-----	85,00%

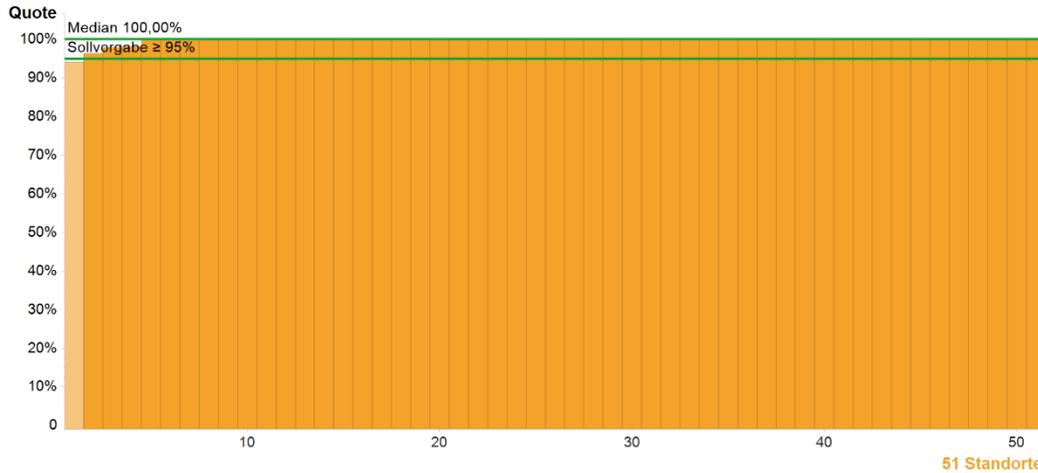
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
81	100,00%	81	100,00%

**Anmerkungen:**

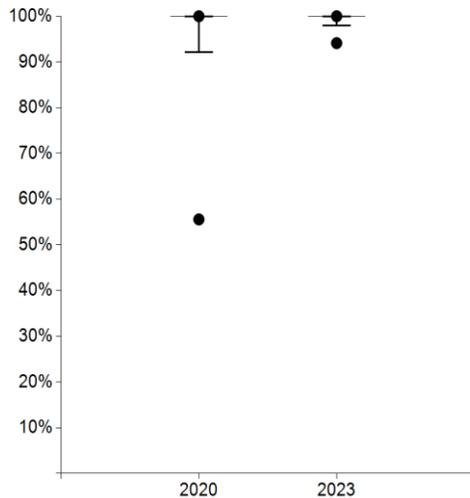
Es zeigt sich weiterhin eine exzellente Umsetzung für diese Kennzahl. 100% der Sprechstunden erfüllen die Sollvorgabe. Bei ca. 98% der Pat. mit Kolposkopie der Cervix wurde die Plattenepithel-Zylinderepithelgrenze dokumentiert.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 4. Durchführung Abklärungskolposkopie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, bei denen eine Abklärungskolposkopie präoperativ in der Dysplasie-Sprechstunde durchgeführt wurde	31*	5 - 455	2481
Nenner	Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	31*	5 - 455	2485
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	94,12% - 100%	99,84%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	-----	100%	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
Median	-----	100%	-----	-----	100%
25. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
5. Perzentil	-----	92,13%	-----	-----	98,02%
● Min	-----	55,56%	-----	-----	94,12%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
51	62,96%	50	98,04%

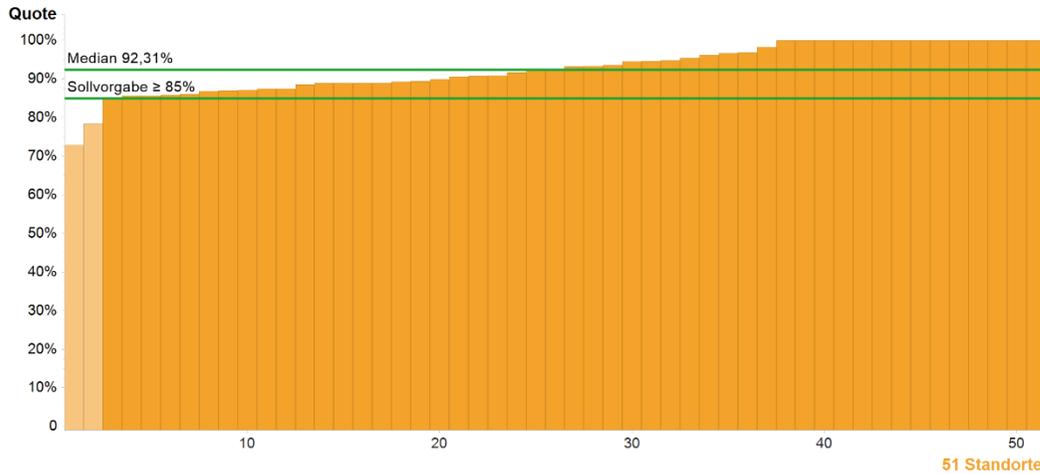
### Anmerkungen:

Die Angaben zu den Kennzahlen 4-9 erfolgten auch für Sprechstunden, in denen Exzisionen durchgeführt wurden, bis zum Vorkennzahlenjahr auf freiwilliger Basis und sind nun erstmals verpflichtend angegeben worden. In 51 von 81 Dysplasie-Sprechstunden wurden Exzisionen durchgeführt. Von diesen haben 50 die Sollvorgabe von  $> 95\%$  erfüllt. 1 Sprechstunde hat aufgrund eines Einzelfalls die Sollvorgabe unterschritten.

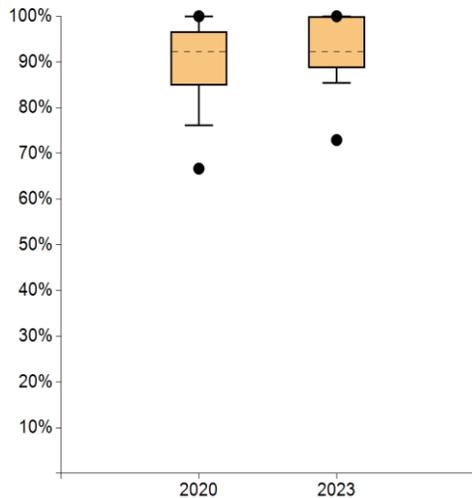
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 5. Auffällige Befunde Exzision



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit führender Histologie ≥ CIN 2 (in Exzision u./o. Biopsie, die zur Exzision geführt hat)	28*	5 - 395	2251
Nenner	Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	31*	5 - 455	2485
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	92,31%	72,92% - 100%	90,58%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	-----	100%	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	96,59%	-----	-----	100%
Median	-----	92,31%	-----	-----	92,31%
25. Perzentil	-----	84,81%	-----	-----	88,71%
5. Perzentil	-----	76,13%	-----	-----	85,45%
● Min	-----	66,67%	-----	-----	72,92%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
51	62,96%	49	96,08%

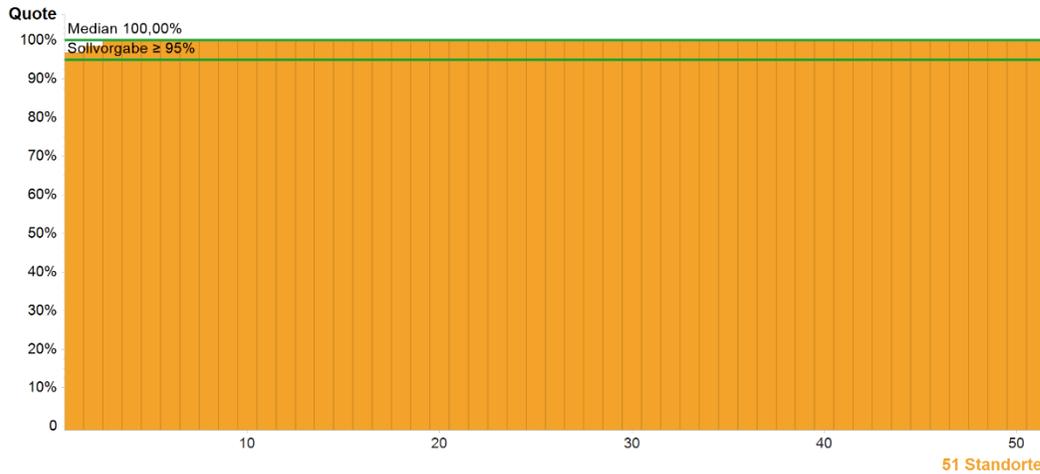
### Anmerkungen:

Der Zähler der Kennzahl wurde im KeZa-Jahr 2023 dahingehend modifiziert, dass jetzt auch explizit Pat. mit CIN 2 in der Biopsie, die zur Exzision geführt hat, gezählt werden dürfen. Im Median liegen bei > 92% der Pat., bei denen eine Exzision durchgeführt wurde, Histologien ≥ CIN 2 vor. 49 von 51 Sprechstunden (96%) haben die Sollvorgabe von ≥ 85% erfüllt. Die Sprechstunden mit Quoten < 85% haben diese mit Exzisionen bei persistierender CIN 1 > 2 Jahre u. Pat.-Wunsch begründet.

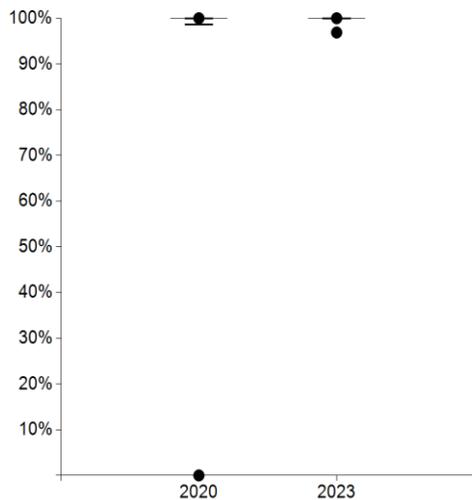
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 6. Angaben Befundbericht



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit vollständiger, schriftlicher histologischer Beurteilung der Exzision (= Art u. Größe bei allen Läsionen (nicht metrisch), vertikale u. horizontale Ausdehnung bei invasiven Läsionen, Resektionsränder, Abstand Läsion zum endozervikalen Resektionsrand in mm)	32*	5 - 455	3001
Nenner	Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri, Vulva, Vagina durchgeführt wurde (Summe Exzisionen EB Kap. A.2)	32*	5 - 455	3003
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	96,88% - 100%	99,93%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	-----	100%	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
Median	-----	100%	-----	-----	100%
25. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
5. Perzentil	-----	98,59%	-----	-----	100%
● Min	-----	0,00%	-----	-----	96,88%

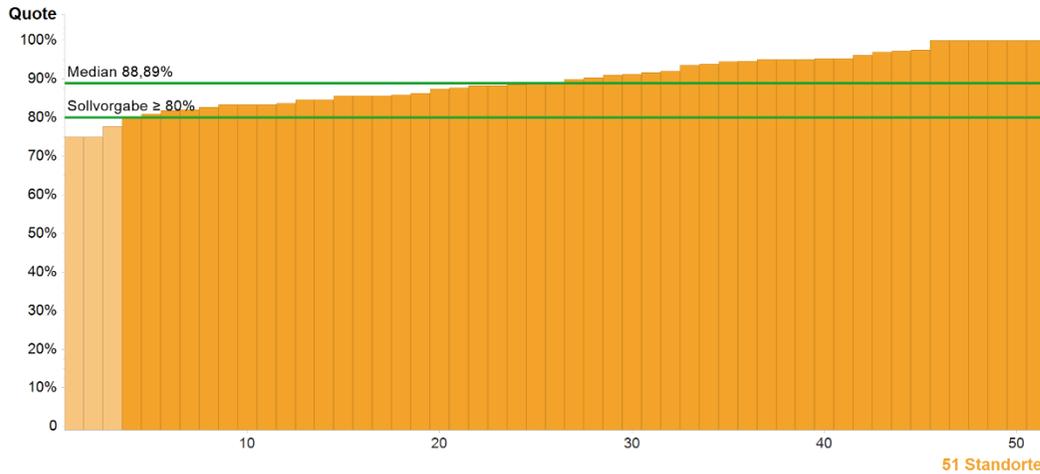
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
51	62,96%	51	100,00%

### Anmerkungen:

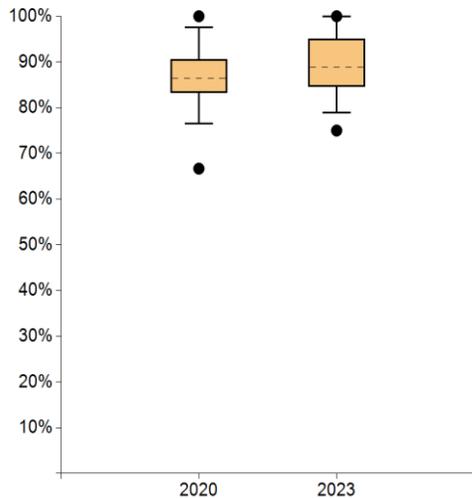
Alle Sprechstunden, die im Jahresbericht inkludiert sind, haben die Sollvorgabe von ≥ 95% erfüllt. Bei 99,9% der Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri, Vulva, Vagina durchgeführt wurde, erfolgte eine vollständige, histologische Beurteilung der Exzision gemäß Vorgaben.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 7. Anteil R0-Exzisionen bei CIN III



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit R0-Exzisionen	19*	3 - 322	1619
Nenner	Pat. mit Exzision und histolog. Befund CIN III	22*	3 - 375	1801
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	88,89%	75,00% - 100%	89,89%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	-----	100%	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	97,58%	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	90,59%	-----	-----	95,00%
Median	-----	86,50%	-----	-----	88,89%
25. Perzentil	-----	83,33%	-----	-----	84,62%
5. Perzentil	-----	76,59%	-----	-----	78,89%
● Min	-----	66,67%	-----	-----	75,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
51	62,96%	48	94,12%

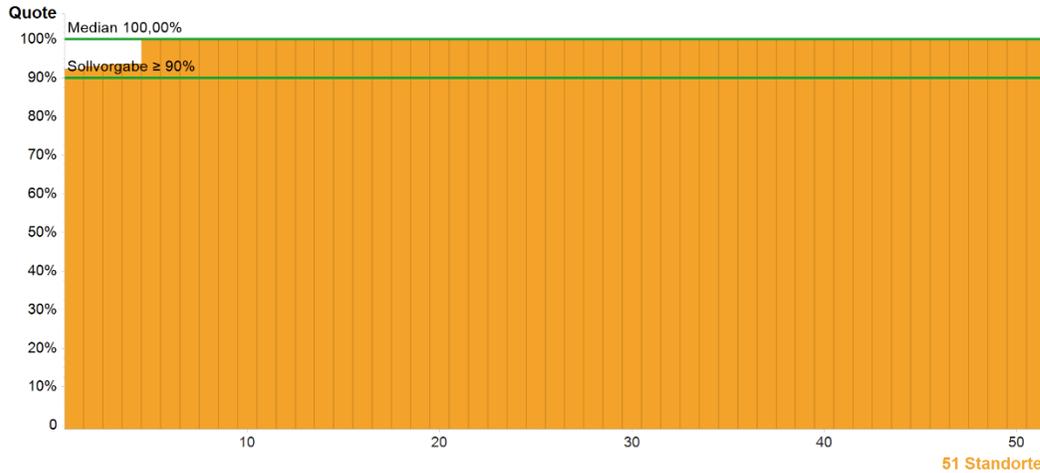
### Anmerkungen:

51 von 81 Sprechstunden haben im betrachteten Kennzahlenjahr Exzisionen durchgeführt: 48 Sprechstunden haben d. Sollvorgabe ≥ 80% R0-Resektionen erfüllt. In ca. 89% (Median) der Exzisionen wurde eine R0-Resektion erzielt. Bei den 3 Sprechstunden mit Quoten < 80 bestanden jeweils geringe Nenner und die Sollvorgabe wurde durch jeweils 1 Pat. unterschritten. Bei einer Sprechstunde wurde, wegen geringer OP-Zahl und damit erschwerter Aussagekraft, die Zertifizierung auf 1 Jahr befristet.

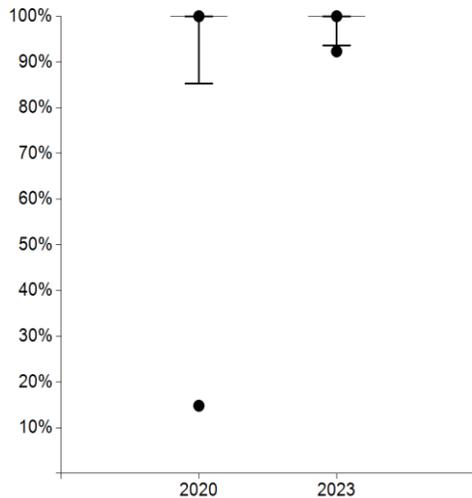
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 8. Nachsorge nach Exzision



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Empfehlung zur Nachsorge einmalig 6-12 Mo. nach Exzision	31*	5 - 455	2475
Nenner	Pat. bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	31*	5 - 455	2485
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	92,31% - 100%	99,60%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	-----	100%	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
Median	-----	100%	-----	-----	100%
25. Perzentil	-----	100%	-----	-----	100%
5. Perzentil	-----	85,26%	-----	-----	93,62%
● Min	-----	14,81%	-----	-----	92,31%

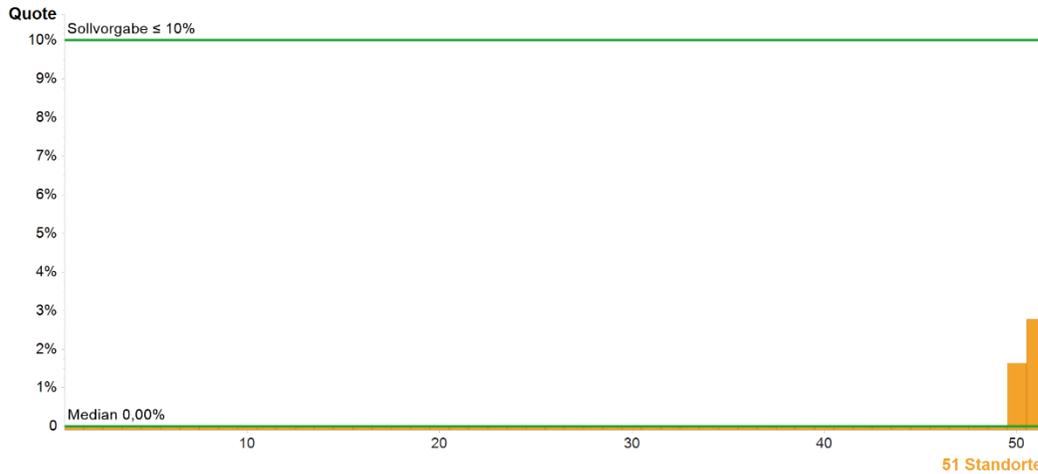
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
51	62,96%	51	100,00%

**Anmerkungen:**

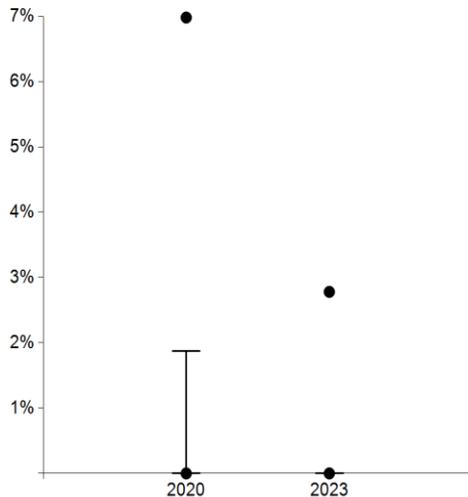
Eine entsprechende Empfehlung wurde in allen Sprechstunden, von denen zu dieser Kennzahl Angaben gemacht wurden, ausgesprochen.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.  
 \*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## 9. Anteil Messerkonisation an Exzisionen (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Messerkonisation	0*	0 - 3	4
Nenner	Pat. bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde	31*	5 - 455	2485
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 2,78%	0,16%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	-----	6,98%	-----	-----	2,78%
95. Perzentil	-----	1,88%	-----	-----	0,00%
75. Perzentil	-----	0,00%	-----	-----	0,00%
Median	-----	0,00%	-----	-----	0,00%
25. Perzentil	-----	0,00%	-----	-----	0,00%
5. Perzentil	-----	0,00%	-----	-----	0,00%
● Min	-----	0,00%	-----	-----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
51	62,96%	51	100,00%

### Anmerkungen:

Der LL-QI wird in den 51 Sprechstunden mit Exzisionen im Kennzahlenjahr nahezu vollständig umgesetzt: Bei 4 von 2.485 Pat., bei denen eine Exzision an der Cervix uteri durchgeführt wurde, erfolgte diese als Messerkonisation. Die Rate an Messerkonisationen bei Exzisionen an der Cervix uteri liegt somit bei 0,16%.

\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.  
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.  
Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie und Kolposkopie e.V.  
Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren  
Matthias W. Beckmann, Vorsitzender Zertifizierungskommission  
Christian Dannecker, Vorsitzender Zertifizierungskommission  
Jens Quaas, Arbeitsgemeinschaft Zervixpathologie & Kolposkopie e.V.  
Birgit Klages, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Agnes Bischofberger, OnkoZert  
Florina Dudu, OnkoZert

## Impressum

Herausgeber und inhaltlich verantwortlich:  
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
Tel: +49 (030) 322 93 29 0  
Fax: +49 (030) 322 93 29 66  
Vereinsregister Amtsgericht Charlottenburg,  
Vereinsregister-Nr.: VR 27661 B  
V.i.S.d.P.: Dr. Johannes Bruns

in Zusammenarbeit mit:  
OnkoZert, Neu-Ulm  
[www.onkozert.de](http://www.onkozert.de)

Version e-A1-de; Stand 06.05.2025

ISBN: 978-3-910336-77-3



9 783910 336773