



Kennzahlenauswertung 2025

Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren

Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2024	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	11
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle Zentrum	11
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	12
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung	13
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung	14
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologisches Distress-Screening	15
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst	16
Kennzahl Nr. 6: Anteil Studienpat.	17
Kennzahl Nr. 7a: Endoskopie Komplikationen - Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	20
Kennzahl Nr. 7b: Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	21
Kennzahl Nr. 8: Operative Primärfälle Pankreas	22
Kennzahl Nr. 9: Operative Expertise Pankreas gesamt	23
Kennzahl Nr. 10: Revisions-OPs Pankreas	24
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion	25
Kennzahl Nr. 12a: Mortalität postoperativ – innerhalb von 30 d	26
Kennzahl Nr. 12b: Mortalität postoperativ – innerhalb von 90 d	27
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI)	28
Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenentfernung (LL QI)	29
Kennzahl Nr. 15: Inhalt Pathologieberichte (LL QI)	30
Kennzahl Nr. 16: Adjuvante Chemotherapie (LL QI)	31
Kennzahl Nr. 17: Palliative Chemotherapie (LL QI)	32
Kennzahl Nr. 18: Primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom (LL QI)	33
Kennzahl Nr. 19: Zweitlinientherapie (LL QI)	34
Impressum	35

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 10: Revisions-OPs Pankreas
 Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion
 Kennzahl Nr. 12a: Mortalität postoperativ – innerhalb von 30 d
 Kennzahl Nr. 12b: Mortalität postoperativ – innerhalb von 90 d
 Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI)
 Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenentfernung (LL QI)

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

In dem Inhaltsverzeichnis und in den jeweiligen Überschriften sind die Kennzahlen, die den Qualitätsindikatoren der evidenzbasierten Leitlinie entsprechen, besonders ausgewiesen. Die so gekennzeichneten Qualitätsindikatoren beruhen auf starken Empfehlungen der Leitlinien und sind durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet worden. Weiterführende Information: www.leitlinienprogramm-onkologie.de.

Die Qualitätsindikatoren (QI's) beziehen sich auf die Version 2.0 der S3-LL zum exokrinen Pankreaskarzinom.

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 ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

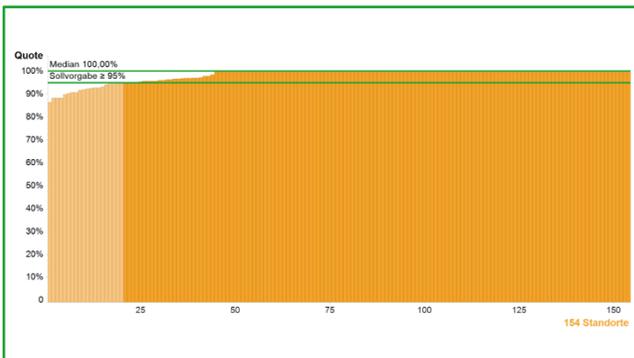
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

Unter **Pat. Gesamt** ist die Prozentzahl der in den Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat. angegeben.

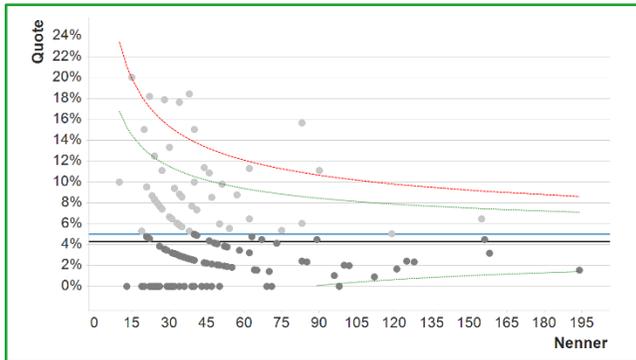
Diagramm:

Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren 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.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	19,5*	5 - 77	3444
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19,5*	5 - 77	3508
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	86,49% - 100%	98,18%**

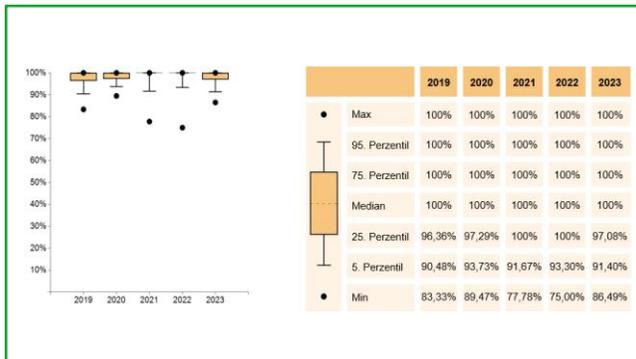


Allgemeine Informationen



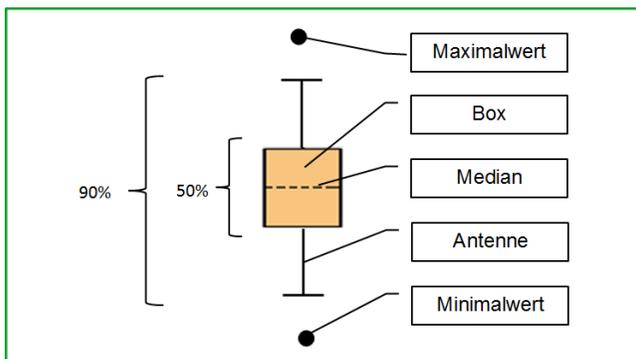
Funnel Plots:

Die Funnel Plots geben bei den Qualitätsindikatoren, die als Quotient dargestellt werden, das Verhältnis von einbezogenen Pat.zahlen und Indikatorergebnis an. Die x-Achse stellt die Grundgesamtheit des Indikators (Zahlenwert des Nenners) dar, die y-Achse das Ergebnis des Indikators für das jeweilige Zentrum. Die Sollvorgabe ist als blaue durchgezogene Linie und der Mittelwert als schwarze durchgezogene Linie dargestellt. Die grün gepunkteten Linien stellen dabei die 95%-Konfidenzintervalle (2 Standardabweichungen des Mittelwerts), die rot gestrichelten Linien die 99,7%-Konfidenzintervalle (3 Standardabweichungen des Mittelwerts) dar.



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 Zentren. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Zentren. Die Antennen und die Box umfassen 90 Prozent der Zentren. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2024

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019
Laufende Verfahren	9	5	5	6	5	8
Zertifizierte Zentren	166	152	143	133	124	117
Zertifizierte Standorte	168	154	145	136	127	120

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	154	148	139	131	121	116
entspricht	91,7%	96,1%	95,9%	96,3%	95,3%	96,7%
Primärfälle gesamt*	7.943	7.276	7.189	6.759	6.068	5.683
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	51,6	49,0	52,0	52,0	50,0	49,0
Primärfälle pro Standort (Median)*	45	44	46	45	49	43

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

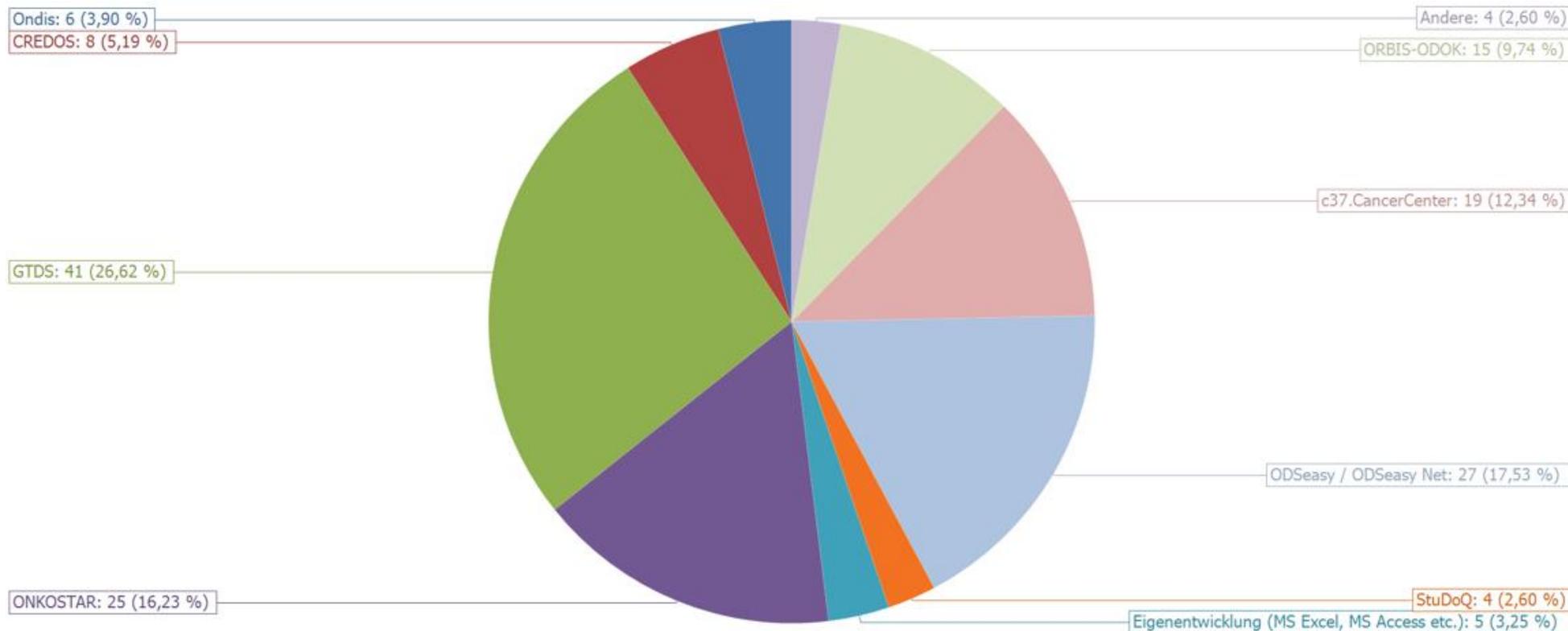
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Pankreaskarzinomzentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 154 der 168 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 11 Standorte, die im Jahr 2024 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). Zudem wurden 3 Standorte nicht berücksichtigt, bei welchen zum Datenschluss am 31.01.2025 kein freigegebenes Datenblatt vorlag.

In 168 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 8.432 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2023. Sie stellen für die in 2024 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

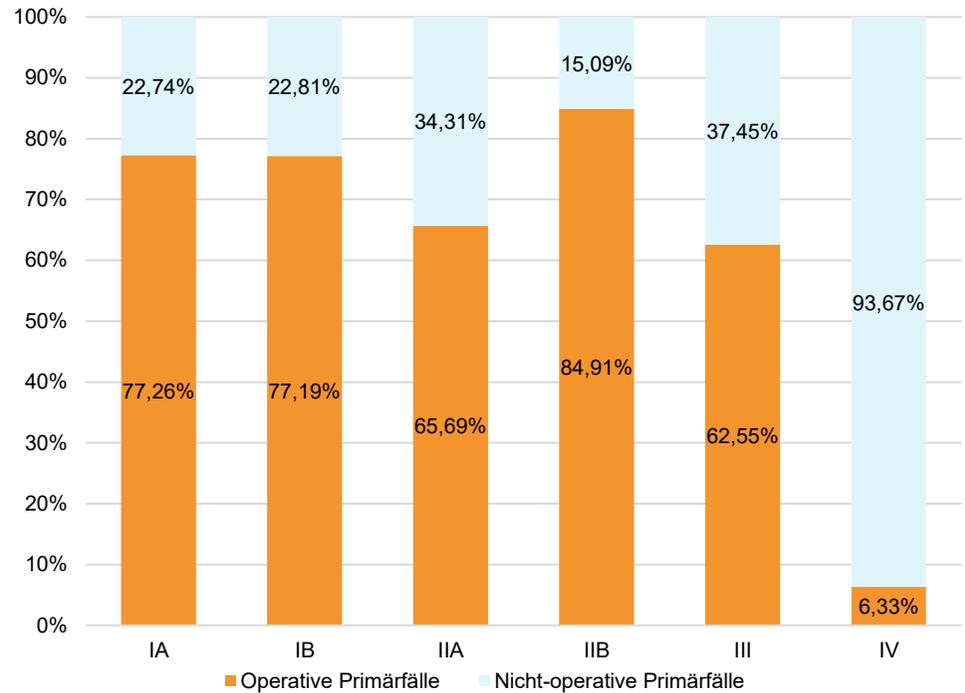
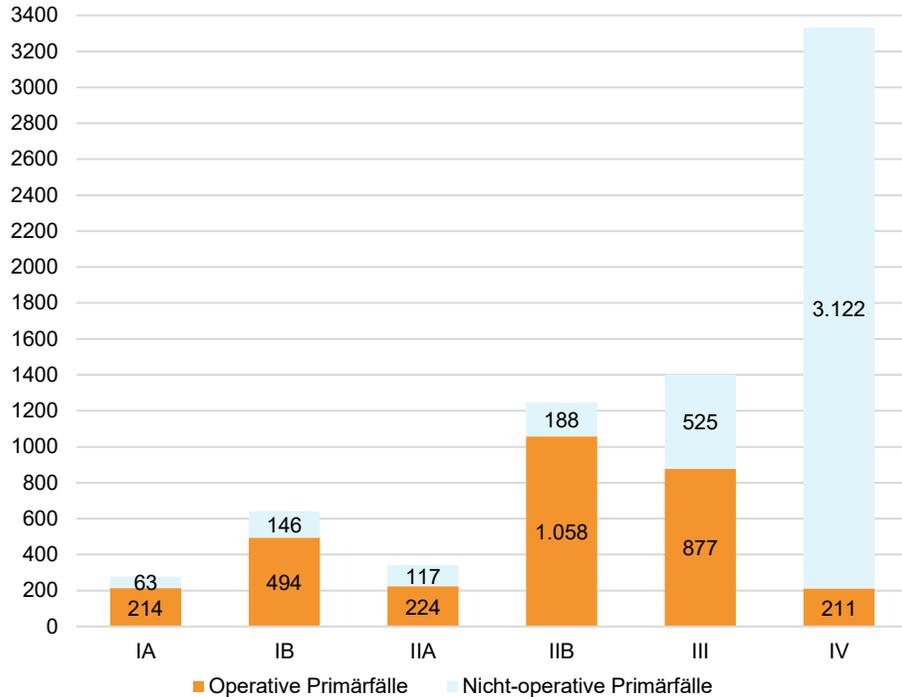
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



Legende:	
Andere	System in ≤ 3 Standorten genutzt

Die Angaben zum Tumordokumentations-system wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum Krebsregister bestehen.

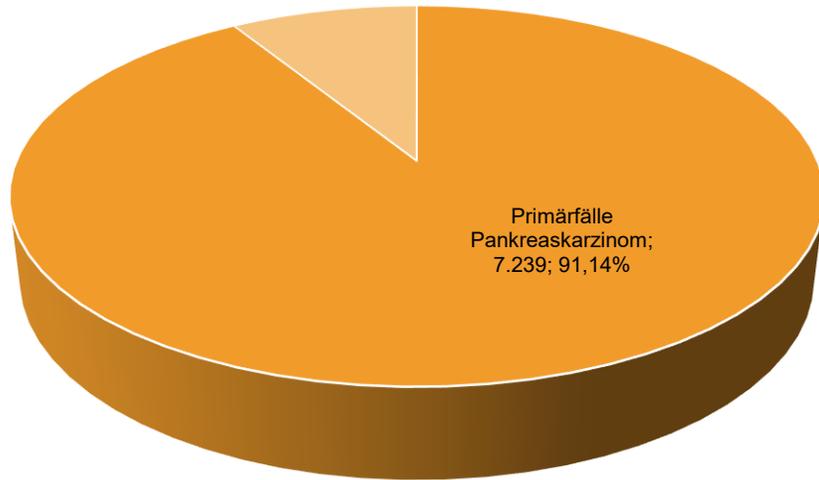
Basisdaten – Primärfälle Pankreaskarzinom (Karzinome des exokrinen Pankreas)



	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
Operative Primärfälle	214 (77,26%)	494 (77,19%)	224 (65,69%)	1.058 (84,91%)	877 (62,55%)	211 (6,33%)	3.078 (42,52%)
Nicht-operative Primärfälle	63 (22,74%)	146 (22,81%)	117 (34,31%)	188 (15,09%)	525 (37,45%)	3.122 (93,67%)	4.161 (57,48%)
Primärfälle gesamt	277 (100%)	640 (100%)	341 (100%)	1.246 (100%)	1.402 (100%)	3.333 (100%)	7.239 (100%)

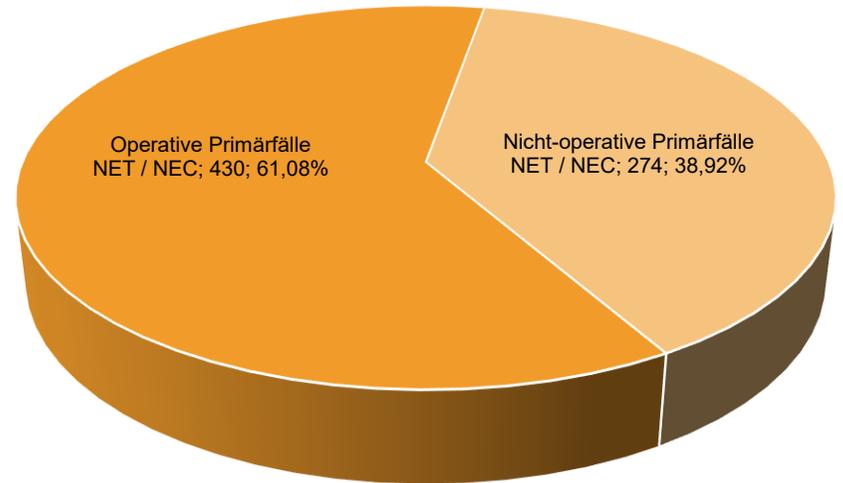
Basisdaten – Primärfälle Pankreas

Primärfälle NET / NEC des Pankreas; 704; 8,86%



Operative Primärfälle NET / NEC; 430; 61,08%

Nicht-operative Primärfälle NET / NEC; 274; 38,92%

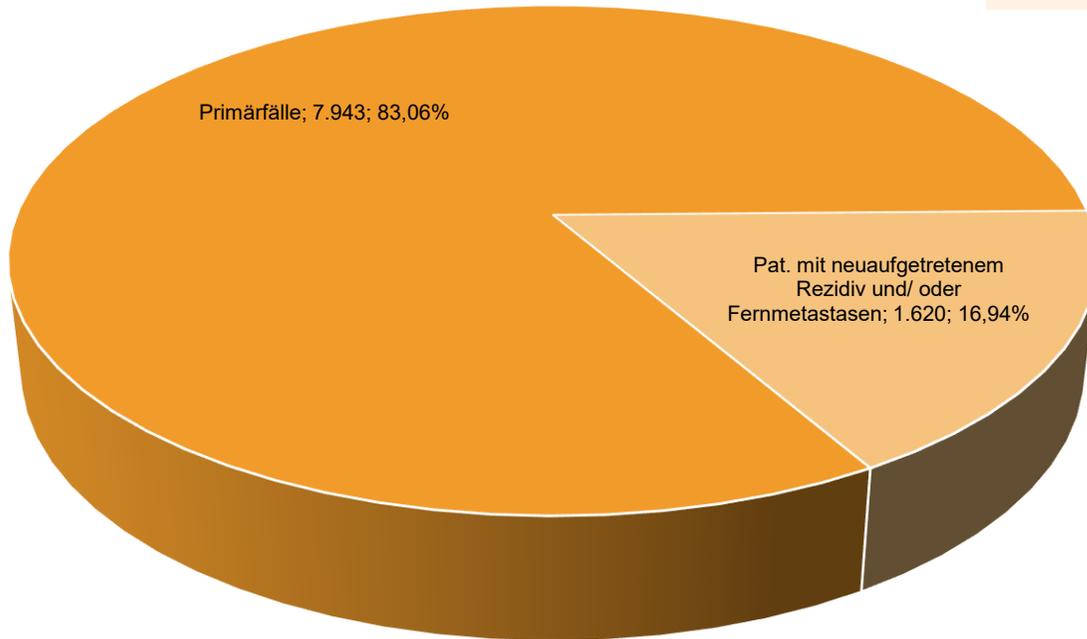


Primärfälle Pankreaskarzinom	Primärfälle NET / NEC des Pankreas	Primärfälle gesamt
7.239 (91,14%)	704 (8,86%)	7.943 (100%)

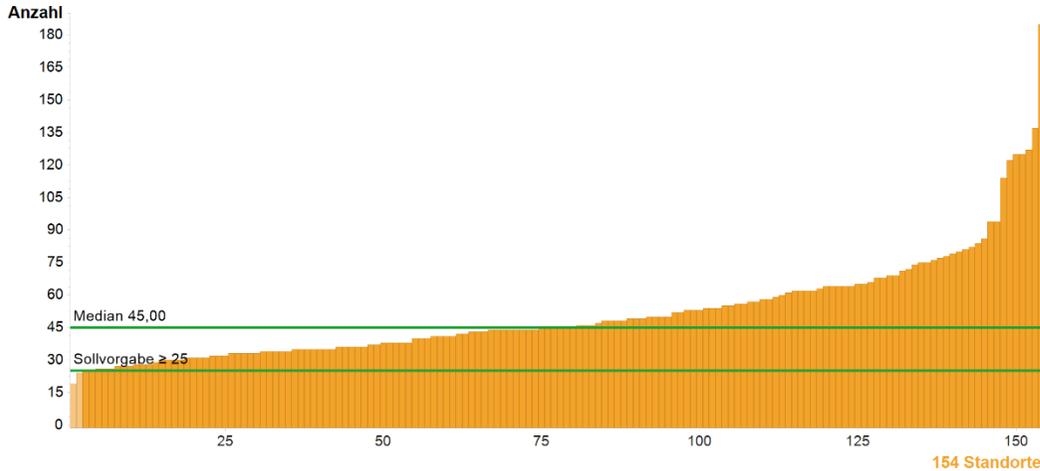
Operative Primärfälle NET / NEC	Nicht-operative Primärfälle NET / NEC	Primärfälle Gesamt NET / NEC
430 (61,08%)	274 (38,92%)	704 (100%)

Basisdaten – Zentrumsfälle Pankreas

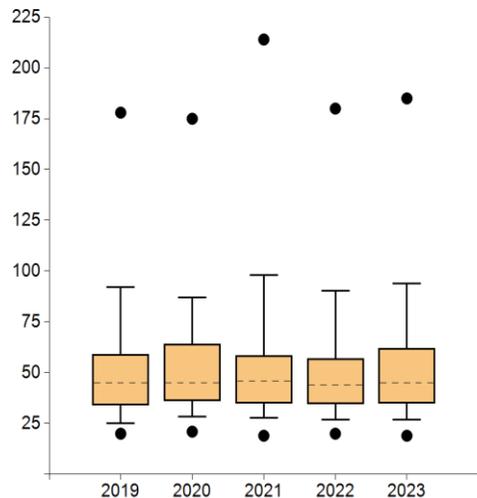
Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
7.943 (83,06%)	1.620 (16,94%)	9.563 (100%)



1a. Primärfälle Zentrum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	45	19 - 185	7943
	Sollvorgabe ≥ 25			



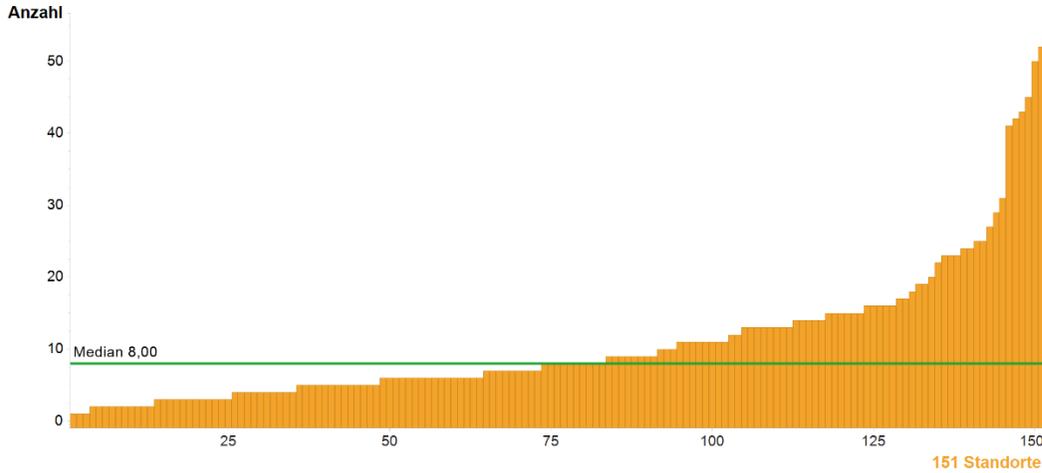
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	178,00	175,00	214,00	180,00	185,00
95. Perzentil	92,00	87,00	98,10	90,30	94,00
75. Perzentil	59,00	64,00	58,50	57,00	62,00
Median	45,00	45,00	46,00	44,00	45,00
25. Perzentil	34,00	36,00	35,00	34,75	35,00
5. Perzentil	25,00	28,50	27,90	27,00	27,00
● Min	20,00	21,00	19,00	20,00	19,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	152	98,70%

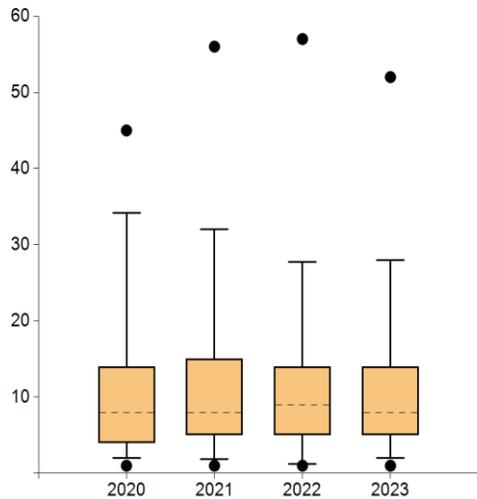
Anmerkungen:

Die Zahl der Primärfälle ist auf 7.943 angestiegen und liegt damit +9,2% über dem Vorjahreswert (7.276). 154 Zentren (Vorjahr: 148) wurden im Jahresbericht berücksichtigt, was einem Zuwachs von 4,1% entspricht. Auf die Inzidenz der Neuerkrankungen in D 2022 bezogen (18.738 Neuerkrankungen C25; Quelle: RKI) wurden 42,4% aller Pat. mit Erstdiagnose eines Pankreas-Ca in einem zertifizierten Zentrum behandelt. Der Median der Fallzahlen ist unverändert bei 45. 2 Zentren haben die SV unterschritten: In einem Fall wurde dies mit der vorübergehenden Schließung einer zuweisenden Praxis begründet, die andere verwies auf einen deutlichen Anstieg der Fallzahlen im laufenden Jahr. Es wurden 1 Hinweis und 1 Abweichung ausgesprochen.

1b. Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	8	1 - 52	1620
	Keine Sollvorgabe			



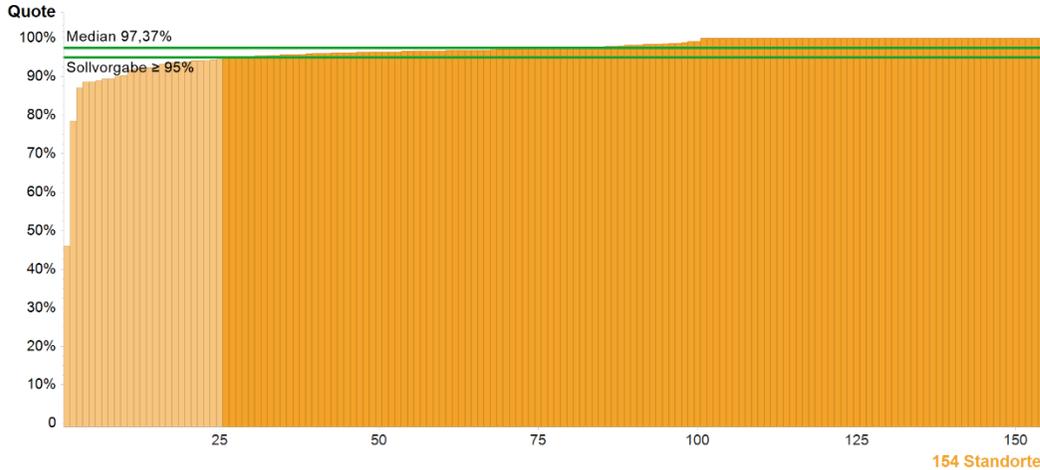
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	-----	45,00	56,00	57,00	52,00
95. Perzentil	-----	34,20	32,00	27,75	28,00
75. Perzentil	-----	14,00	15,00	14,00	14,00
Median	-----	8,00	8,00	9,00	8,00
25. Perzentil	-----	4,00	5,00	5,00	5,00
5. Perzentil	-----	2,00	1,85	1,25	2,00
● Min	-----	1,00	1,00	1,00	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
151	98,05%	-----	-----

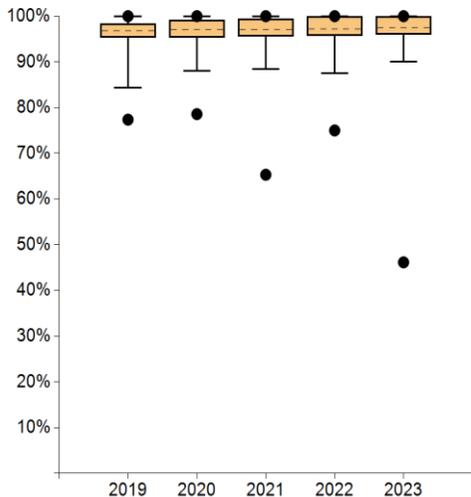
Anmerkungen:

Im aktuellen KeZa-Jahr wurden 1.620 Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen an 151 Zentren behandelt (Vorjahr 1.594, +1,6%). In 3 Zentren traten im Erfassungszeitraum keine entsprechenden Fälle auf. Die Fallzahlen blieben über alle Perzentile hinweg stabil, der Median lag wie bei 8 Fällen je Zentrum (Vorjahr 9).

2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit einem Pankreaskarzinom, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	44*	12 - 177	7696
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	45*	19 - 185	7943
Quote	Sollvorgabe \geq 95%	97,37%	46,15% - 100%	96,89%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,31%	99,09%	99,37%	100%	100%
Median	96,72%	97,01%	97,06%	97,18%	97,37%
25. Perzentil	95,31%	95,35%	95,59%	95,74%	95,94%
5. Perzentil	84,38%	88,06%	88,49%	87,49%	89,97%
● Min	77,36%	78,57%	65,31%	75,00%	46,15%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	129	83,77%

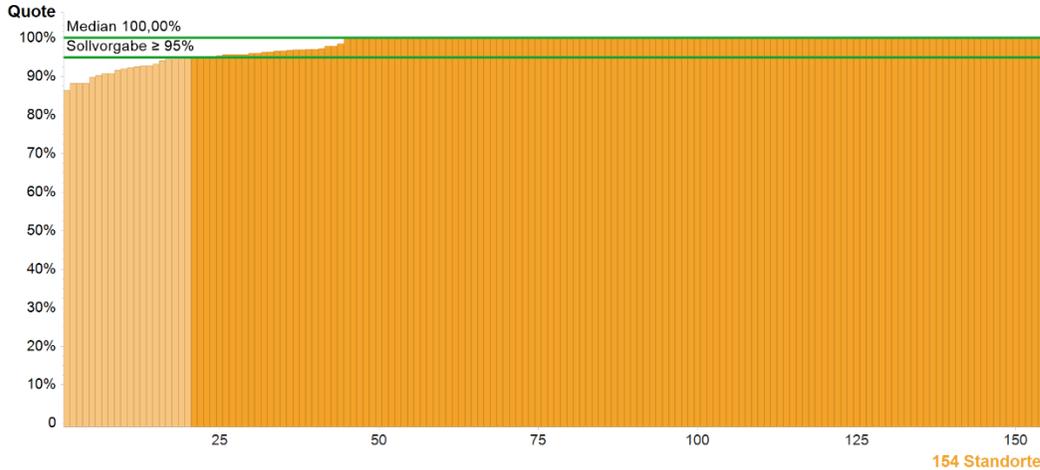
Anmerkungen:

Der positive Trend der KeZa setzt sich weiter fort (Erfüllungsquote (83,8%, Vorjahr: 83,1%) Gesamtquote (96,9%, Vorjahr: 96,5%) und Median 97,4%). 25 Zentren haben die SV unterschritten. Die häufigsten Gründe waren intraoperative Zufallsbefunde bzw. OPs bei initial benigner Verdachtsdiagnose (24x), Notfalloperationen (10x), organisatorische Versäumnisse wie z.B. bei externer Übernahme (43x), dringliche Therapieeinleitungen (9x), Tod vor Fallvorstellung (5x), palliative Situationen mit BSC (6x) und Ablehnung durch Pat. (5x). Die FE wiesen daraufhin, dass generell alle Pat. prätherapeutisch vorzustellen sind und bei extern durchgeführter Tumorkonferenz diese im Zentrum wiederholt werden muss. Die Zentren reagierten mit Schulungen und der Einführung von ad-hoc-Tumorkonferenzen. Es wurden 7 Hinweise und 1 kritischer Hinweis (bei deutlicher Unterschreitung, 46,2%) ausgesprochen.

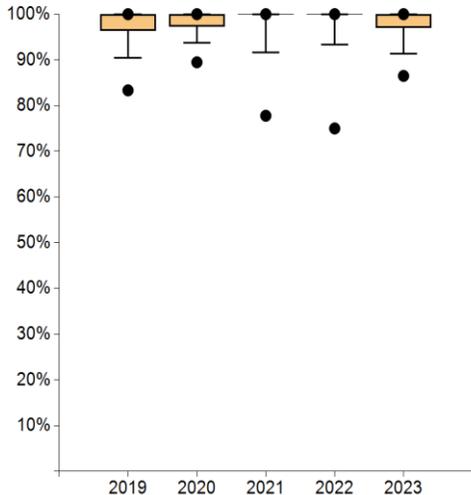
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	19,5*	5 - 77	3444
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19,5*	5 - 77	3508
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	86,49% - 100%	98,18%**



	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	96,36%	97,29%	100%	100%	97,08%
5. Perzentil	90,48%	93,73%	91,67%	93,30%	91,40%
● Min	83,33%	89,47%	77,78%	75,00%	86,49%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	134	87,01%

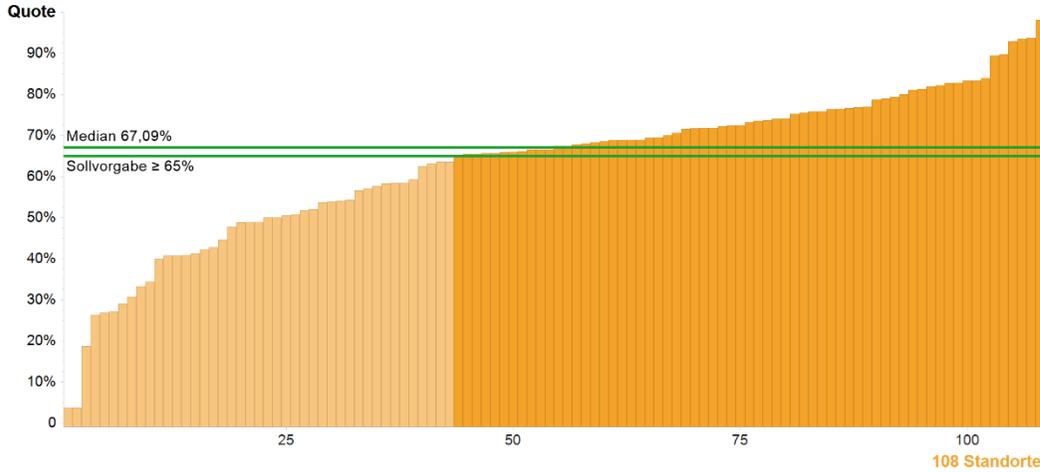
Anmerkungen:

Die postoperative Fallvorstellung wird weiterhin auf hohem Niveau erfüllt (Gesamtquote 98,2%, Vorjahr: 98,5%). Der Median liegt wie in den Vorjahren bei 100%. 20 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr 9). Begründet wurde dies mit dem Versterben der Pat. vor der Vorstellung im Tumorboard.

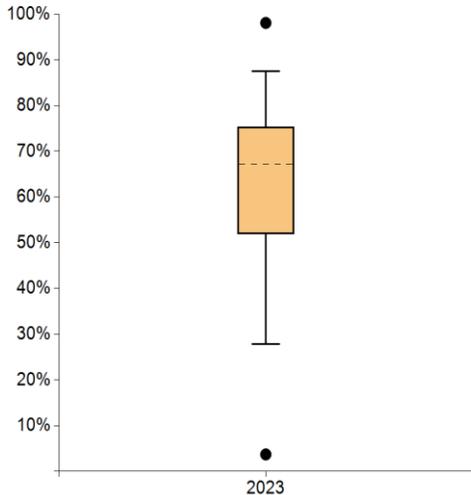
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

4. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	34*	1 - 136	4176
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	53,5*	23 - 194	6579
Quote	Sollvorgabe \geq 65%	67,09%	3,70% - 98,08%	63,47%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	----	----	98,08%
● 95. Perzentil	----	----	----	----	87,56%
● 75. Perzentil	----	----	----	----	75,40%
● Median	----	----	----	----	67,09%
● 25. Perzentil	----	----	----	----	51,93%
● 5. Perzentil	----	----	----	----	27,89%
● Min	----	----	----	----	3,70%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
108	70,13%	65	60,19%

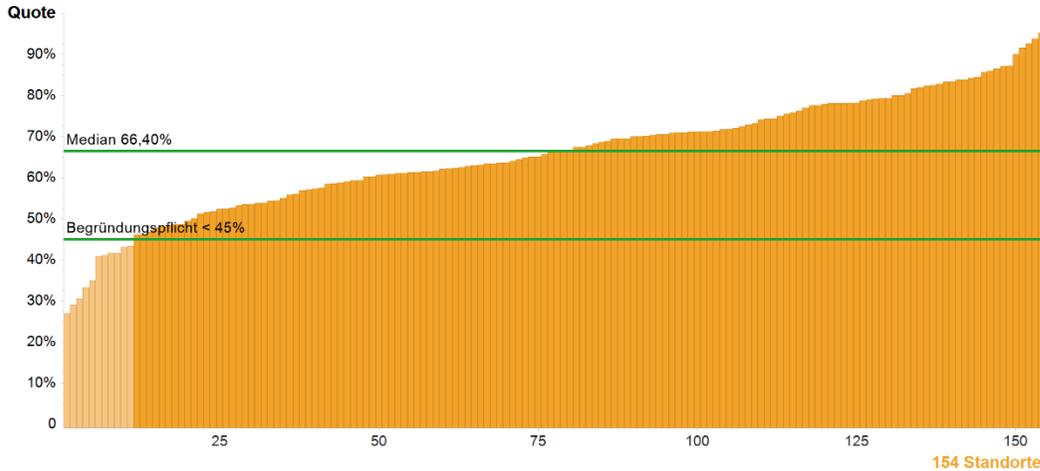
Anmerkungen:

Im aktuellen KeZa-Jahr wurde erstmals das psychoonkologische Distress-Screening optional erfasst. Von 154 Zentren lieferten 108 auswertbare Daten. 65 dieser Zentren (60,2 %) erreichten die SV von \geq 65 %. Der Median liegt mit 67,1 % über der SV. Die Spannweite der Screening-Quoten von 3,7 % bis 98,1 % unterstreicht die Rückmeldung der Zentren, dass sich das Screening aktuell noch in der Etablierungsphase befindet.

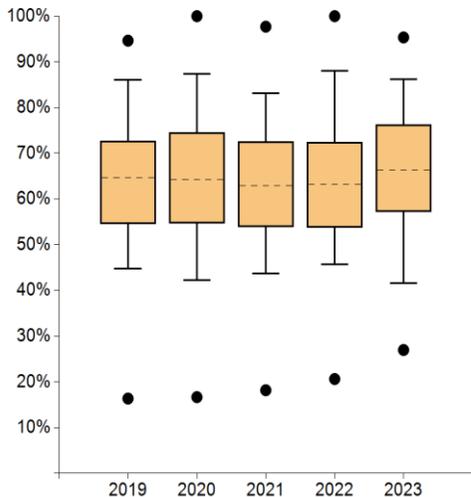
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die ambulant oder stationär durch den Sozialdienst beraten wurden	35,5*	11 - 135	6155
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	56*	23 - 194	9563
Quote	Begründungspflicht*** <45%	66,40%	26,98% - 95,35%	64,36%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	94,64%	100%	97,70%	100%	95,35%
95. Perzentil	86,11%	87,43%	83,12%	88,04%	86,19%
75. Perzentil	72,73%	74,58%	72,52%	72,41%	76,21%
Median	64,63%	64,23%	62,96%	63,16%	66,40%
25. Perzentil	54,55%	54,70%	53,93%	53,78%	57,19%
5. Perzentil	44,74%	42,20%	43,65%	45,69%	41,64%
● Min	16,36%	16,67%	18,18%	20,63%	26,98%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	143	92,86%

Anmerkungen:

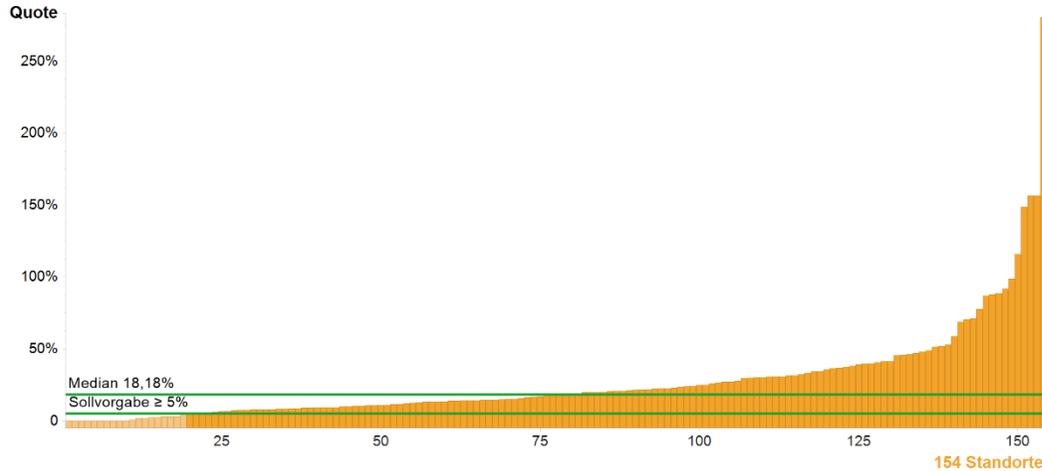
Im aktuellen Erfassungsjahr lagen Gesamtquote (64,4 %, Vorjahr: 63,5 %), Median (66,4 %) sowie 25./75. Perzentile leicht über den Vorjahreswerten. 11 Zentren unterschritten die untere Plausibilitätsgrenze (Vorjahr 6). Ursächlich genannt wurden kurze Liegedauern (3), fehlender Bedarf nach Screening (2), gesetzliche Besonderheiten in ausländischen Zentren (5) sowie ein temporärer Personalengpass (1).

* 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.

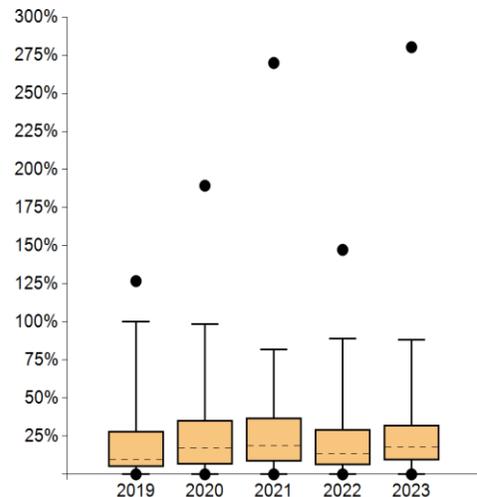
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

6. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	8*	0 - 384	2745
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	45*	19 - 185	7943
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	18,18%	0,00% - 280,29%	34,56%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	126,79%	189,39%	269,93%	147,30%	280,29%
95. Perzentil	100%	98,75%	81,87%	88,99%	88,44%
75. Perzentil	28,21%	35,37%	37,03%	29,32%	32,15%
Median	9,84%	17,24%	18,87%	13,79%	18,18%
25. Perzentil	5,00%	6,67%	8,57%	6,19%	9,28%
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	%
154	100,00%	135	87,66%

Anmerkungen:

Im aktuellen Kennzahlenjahr erfüllten 87,7% die SV der Studienteilnahme (Vorjahr: 79,7%). Die positive Entwicklung im Vergleich zum Vorjahr spiegelt sich sowohl in einem Anstieg der Gesamtquote (34,6%, Vorjahr: 29%) als auch über die Werte aller Perzentilen hinweg wider. Die Mehrheit der 19 Zentren, die die SV unterschritten (Vorjahr: 30), gab an, durch aktive Bemühungen diese im Folgejahr wieder zu erreichen. Vereinzelt Zentren wiesen auf ein reduziertes Studienangebot für Pankreaskarzinom-Pat. hin. Die FE betonten, dass Pat. auch in Studien, z.B. aus Supportivbereichen, eingeschlossen werden könnten, und sprachen mehrfach Hinweise sowie 4 Abweichungen aus.

* 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 - Standortspezifische 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.

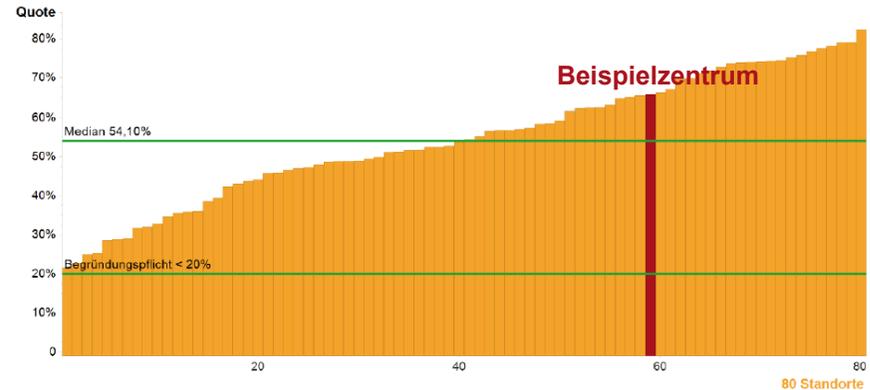
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkoziert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

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) 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 neuauftretendem 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:

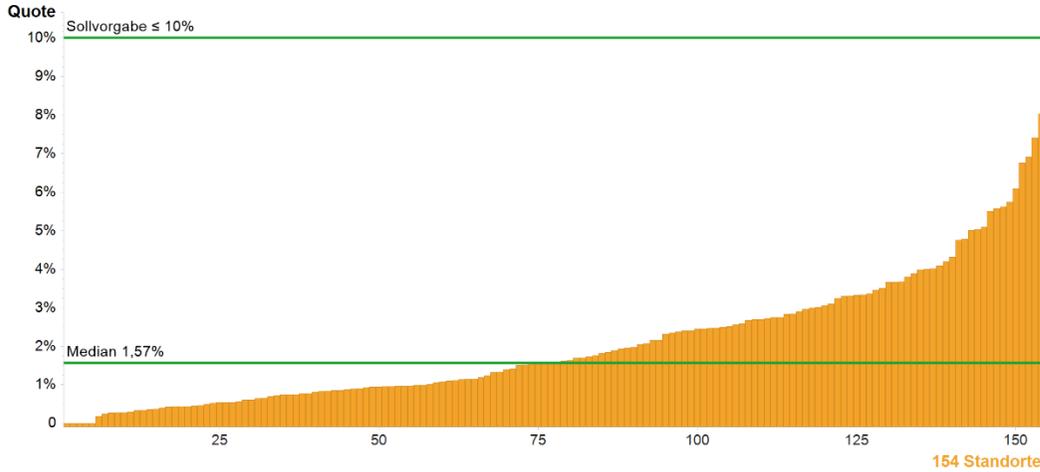
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

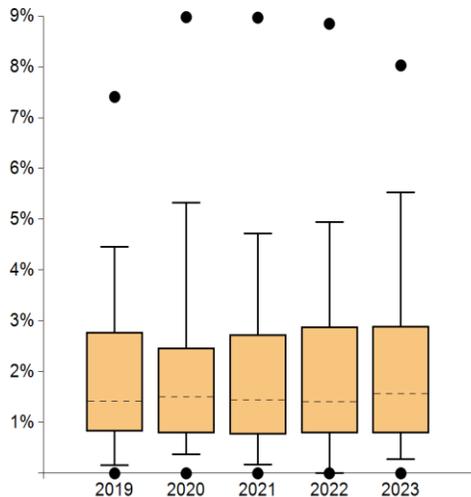
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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 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.

7a. Endoskopie Komplikationen – Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	6*	0 - 69	1277
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	368,5*	115 - 1364	64206
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,57%	0,00% - 8,03%	1,99%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	7,41%	8,98%	8,97%	8,85%	8,03%
95. Perzentil	4,46%	5,33%	4,72%	4,94%	5,53%
75. Perzentil	2,78%	2,47%	2,73%	2,89%	2,89%
Median	1,42%	1,50%	1,45%	1,41%	1,57%
25. Perzentil	0,82%	0,79%	0,77%	0,79%	0,79%
5. Perzentil	0,16%	0,38%	0,17%	0,00%	0,28%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	154	100,00%

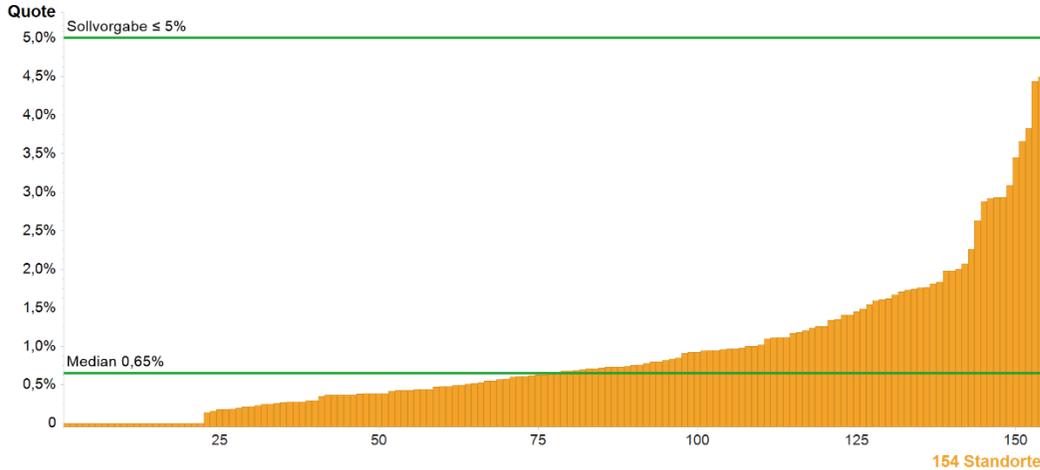
Anmerkungen:

Die Häufigkeit postinterventioneller Pankreatitiden nach ERCP liegt im aktuellen Kennzahlenjahr bei knapp 2% (Vorjahr: 1,9%), der Median betrug 1,57%. Damit bleibt die Komplikationsrate weiterhin auf niedrigem Niveau. Auch im aktuellen Jahr erreichten 100% der 154 auswertbaren Zentren die Vorgabe.

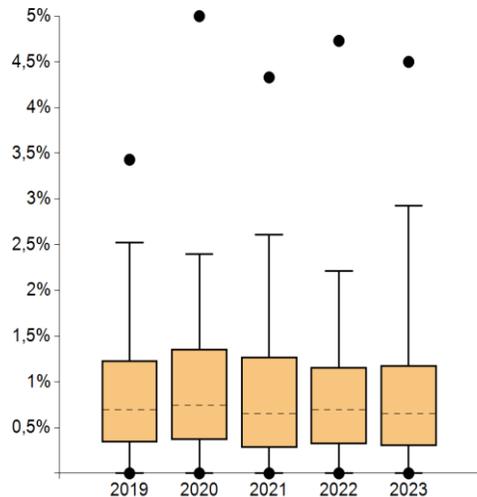
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

7b. Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	2*	0 - 48	608
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	368,5*	115 - 1364	64206
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,65%	0,00% - 4,50%	0,95%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	3,43%	5,00%	4,33%	4,73%	4,50%
95. Perzentil	2,52%	2,40%	2,61%	2,21%	2,92%
75. Perzentil	1,23%	1,36%	1,27%	1,16%	1,18%
Median	0,70%	0,74%	0,65%	0,70%	0,65%
25. Perzentil	0,34%	0,37%	0,28%	0,32%	0,30%
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	%
154	100,00%	154	100,00%

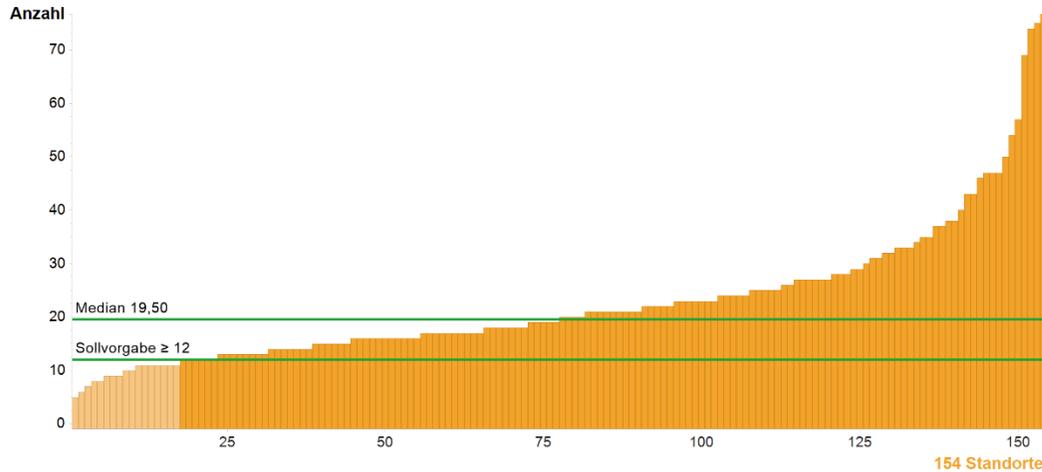
Anmerkungen:

Die Rate postinterventioneller Blutungen und Perforationen nach ERCP liegt im aktuellen Kennzahlenjahr bei 0,95 % (Vorjahr: 0,9 %), der Median betrug 0,65 %. Damit bleibt das Komplikationsniveau weiterhin konstant niedrig. Alle 154 auswertbaren Zentren erfüllten die SV von ≤ 5 %.

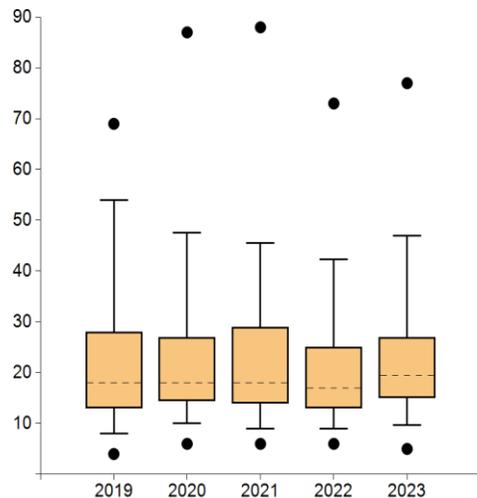
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

8. Operative Primärfälle Pankreas (ausschließlich ICD-10 C25 in Verbindung mit OPS: 5-524* und 5-525*)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (Def. 5.2.4)	19,5	5 - 77	3508
	Sollvorgabe ≥ 12			



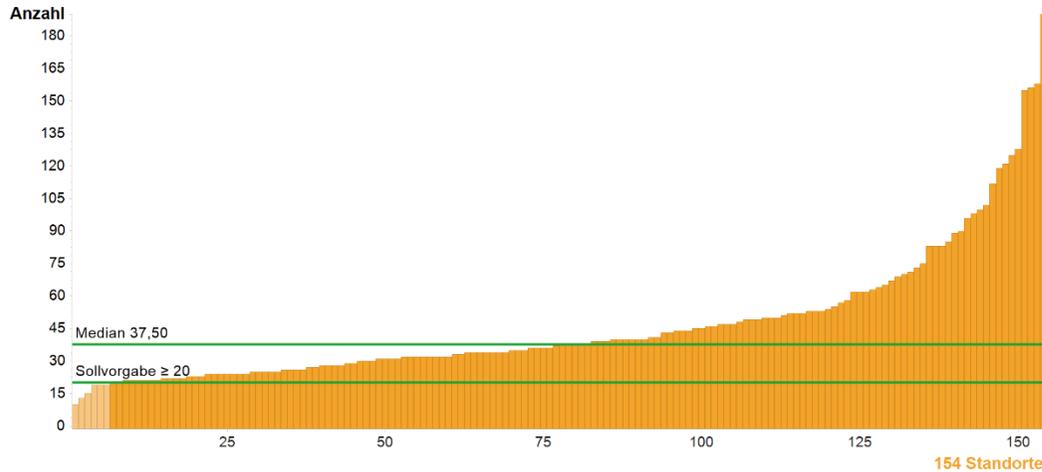
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	69,00	87,00	88,00	73,00	77,00
95. Perzentil	54,00	47,50	45,50	42,30	47,00
75. Perzentil	28,00	27,00	29,00	25,00	27,00
Median	18,00	18,00	18,00	17,00	19,50
25. Perzentil	13,00	14,50	14,00	13,00	15,00
5. Perzentil	8,00	10,00	9,00	9,00	9,65
● Min	4,00	6,00	6,00	6,00	5,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	137	88,96%

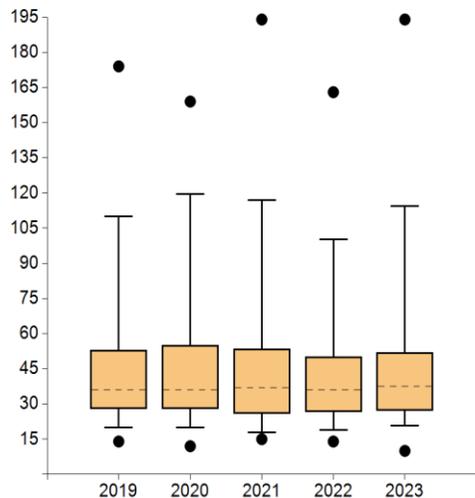
Anmerkungen:

Im aktuellen Kennzahlenjahr ist die Zahl der operativen Primärfälle bei einem Zuwachs an Zentren von +4,1 % auf 3.508 (Vorjahr: 3.100, +13,2 %) angestiegen. Der Median erhöhte sich von 17 auf 19,5. Fast 89% der Zentren erfüllten die SV (Vorjahr 85,6 %). Die Mehrheit der 17 Zentren, die die SV unterschritten (Vorjahr: 21), strebt durch gezielte Maßnahmen – etwa eine Intensivierung der Kooperation mit Einweisern – eine Verbesserung an. Einzelne Zentren verwiesen auf einen hohen Anteil metastasierter Stadien oder auf Resektionen bei anderen Indikationen. Es wurden mehrere Hinweise und 1 Abweichung dokumentiert.

9. Operative Expertise Pankreas gesamt



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie, OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25)	37,5	10 - 194	7184
	Sollvorgabe \geq 20			



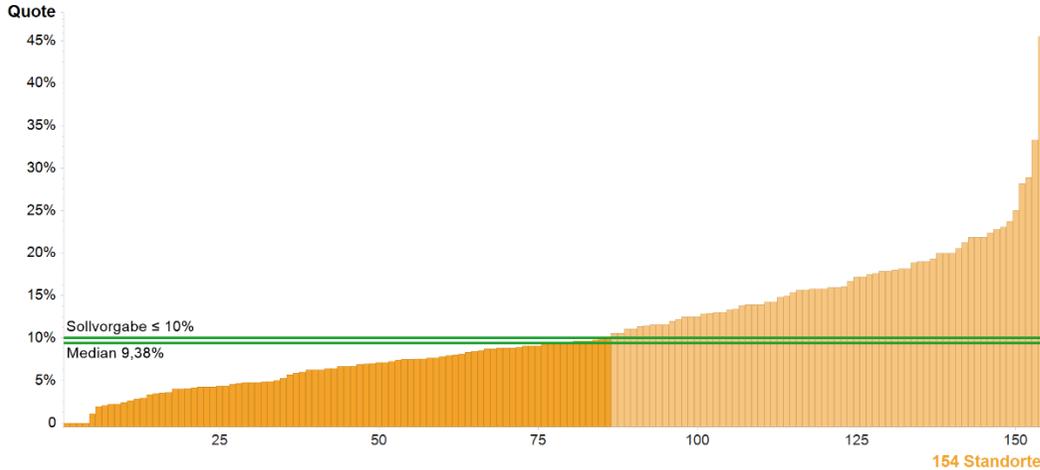
	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	174,00	159,00	194,00	163,00	194,00
95. Perzentil	110,00	119,50	117,00	100,20	114,45
75. Perzentil	53,00	55,00	53,50	50,25	52,00
Median	36,00	36,00	37,00	36,00	37,50
25. Perzentil	28,00	28,00	26,00	26,75	27,25
5. Perzentil	20,00	20,00	18,00	19,00	20,65
● Min	14,00	12,00	15,00	14,00	10,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	148	96,10%

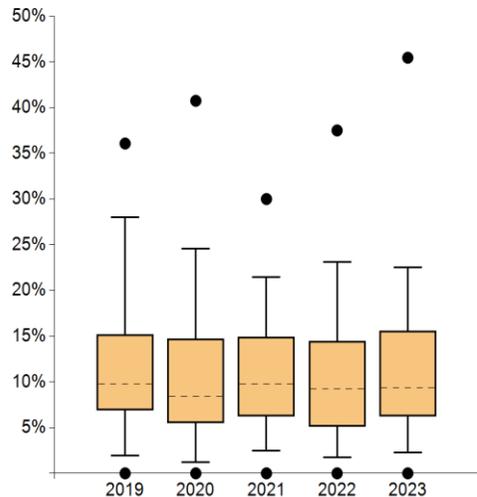
Anmerkungen:

Auch bei der operativen Expertise zeigt sich ein Anstieg: Im aktuellen KeZa-Jahr wurden 7.184 Resektionen gemeldet (Vorjahr: 6.388, +12,5%). Der Zuwachs ist über alle Perzentilen hinweg nachvollziehbar. 6 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 12). 2 dieser Zentren befanden sich im Wiederholaudit und verfehlten die SV nur um jeweils 1 Fall – beide erreichten jedoch den 3-Jahresdurchschnitt, so dass das Zertifikat verlängert wurde.

10. Revisions-OPs Pankreas



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit Revisions-OPs infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP	4*	0 - 33	771
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	37,5*	10 - 194	7184
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,38%	0,00% - 45,45%	10,73%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	36,07%	40,74%	30,00%	37,50%	45,45%
95. Perzentil	28,00%	24,57%	21,43%	23,10%	22,54%
75. Perzentil	15,15%	14,73%	14,91%	14,42%	15,57%
Median	9,76%	8,45%	9,72%	9,24%	9,38%
25. Perzentil	6,90%	5,54%	6,22%	5,13%	6,25%
5. Perzentil	1,92%	1,23%	2,48%	1,72%	2,25%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	86	55,84%

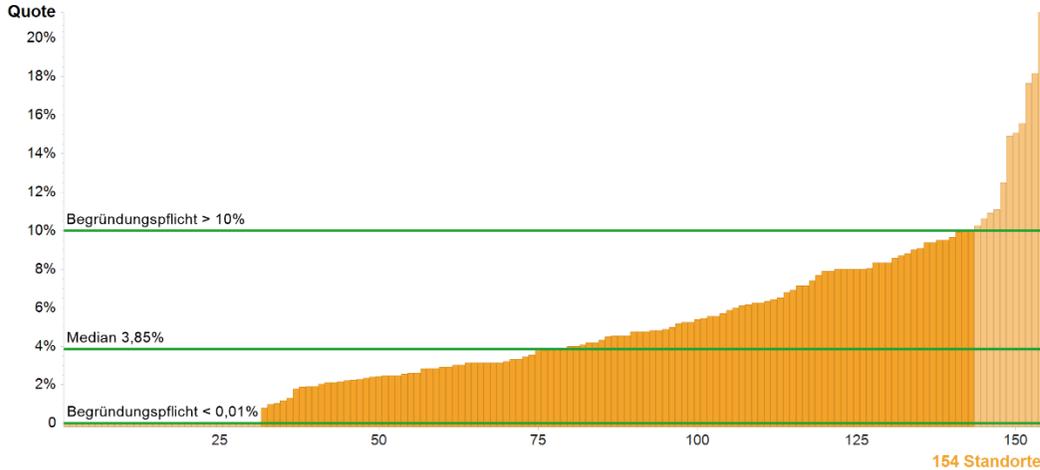
Anmerkungen:

Die Gesamtrevisionsrate liegt mit 10,7% etwas über der des Vorjahres (9,9%). Insgesamt überschritten 68 Zentren die SV (Vorjahr: 60). Als häufigste Indikationen für Revisionsoperationen wurden Anastomosensuffizienzen (79x) sowie Blutungen (Arrosions- bzw. Nachblutungen 69x) genannt. Weitere Gründe waren u.a. Hämatomausräumungen (25x), Fasziendehiszenzen (20x), nekrotisierende Pankreatitis (15x), Pankreasfisteln (15x), Hohlorganperforationen (15x), Abszesse (16x), Darmischämien (11x), Kompartiment-Syndrome (5x) und vereinzelte weitere Ursachen. In 136 Fälle verwiesen die Zentren auf die Plausibilisierung im Audit, sodass die Gründe nicht aus den Datenblättern hervorgehen. Die betroffenen Zentren führten bei auffälligen Raten Einzelfallanalysen durch und passten gegebenenfalls chirurgische Technik oder perioperatives Vorgehen an. Es wurden mehrere 4 kritische Hinweise und 1 Abweichung (bei gleichzeitig deutl. Überschreitung der SV KeZa 12a) ausgesprochen.

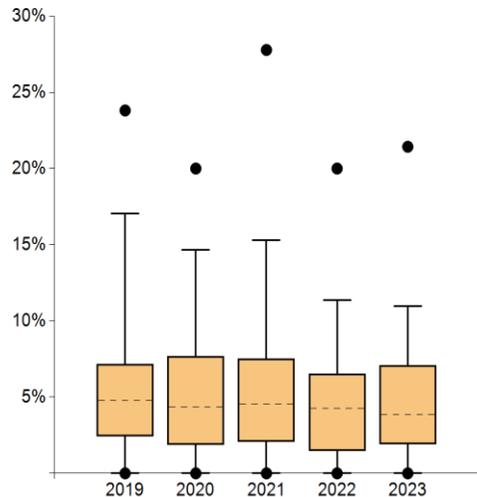
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach OP und Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	1*	0 - 14	333
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	37,5*	10 - 194	7184
Quote	Begründungspflicht*** <0,01% und >10%	3,85%	0,00% - 21,43%	4,64%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	23,81%	20,00%	27,78%	20,00%	21,43%
95. Perzentil	17,05%	14,65%	15,30%	11,35%	10,99%
75. Perzentil	7,14%	7,69%	7,50%	6,51%	7,08%
Median	4,76%	4,35%	4,55%	4,26%	3,85%
25. Perzentil	2,44%	1,89%	2,09%	1,49%	1,92%
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 innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	112	72,73%

Anmerkungen:

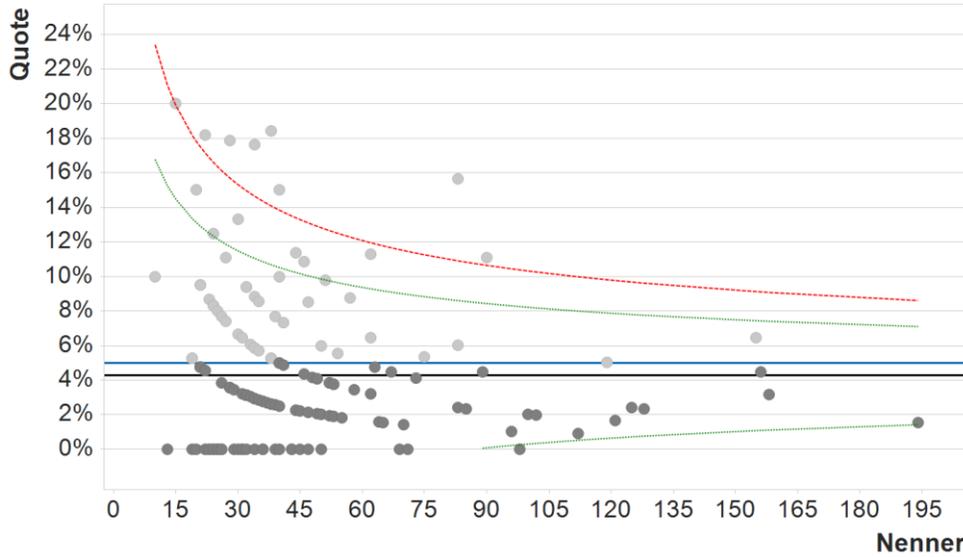
Die Rate postoperativer Wundinfektionen ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert bei 4,6%. 31 Zentren meldeten eine Wundinfektionsrate von 0%; in 7 dieser Zentren haben die FE eine stichprobenartige Überprüfung zur Plausibilisierung dokumentiert. 11 Zentren (Vorjahr: 12) haben die obere Plausibilitätsgrenze überschritten. Als Ursachen, die eine Wundinfektion begünstigten, wurden u.a. identifiziert: Revisionseingriffe (37x), Multiviszeral- bzw. Notfalleingriffe (13x) und Pankreasfisteln (5x). In 19 Fällen wurde keine schriftliche Begründung aufgeführt. Die FE sprachen 6 Hinweise aus und empfahlen, die Hygienekonzepte zu überprüfen.

* 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.

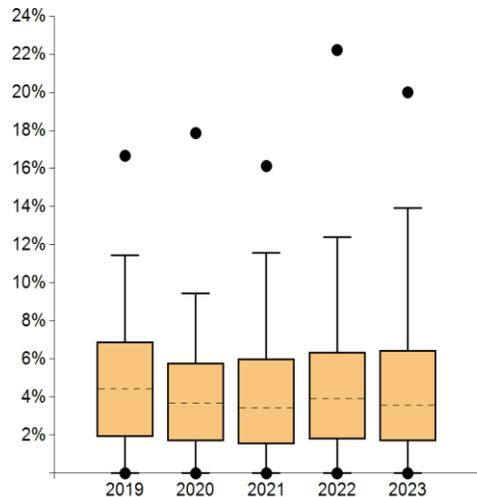
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

12a. Mortalität postoperativ – innerhalb von 30 d



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners, bei denen Pat. innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	1,5*	0 - 13	306
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	37,5*	10 - 194	7184
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	3,57%	0,00% - 20,00%	4,26%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	16,67%	17,86%	16,13%	22,22%	20,00%
95. Perzentil	11,43%	9,45%	11,56%	12,40%	13,91%
75. Perzentil	6,90%	5,80%	6,00%	6,36%	6,45%
Median	4,44%	3,70%	3,45%	3,93%	3,57%
25. Perzentil	1,92%	1,71%	1,55%	1,78%	1,69%
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	%
154	100,00%	101	65,58%

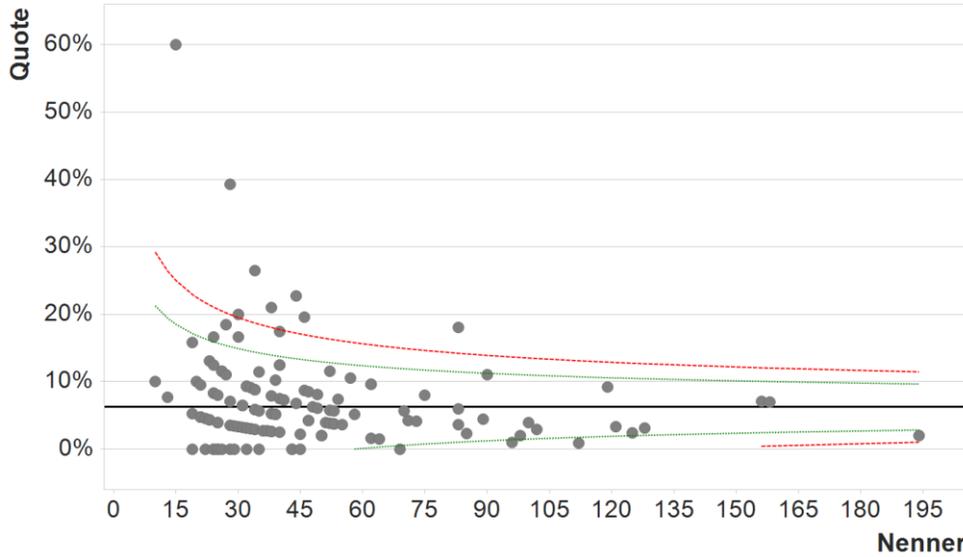
Anmerkungen:

Im aktuellen Kennzahlenjahr liegt die postoperative 30d-Mortalität wie im Vorjahr bei 4,3%. Im Fünfjahresvergleich zeigen sich stabile Werte. 32 Zentren weisen erfreulicherweise eine Mortalität von 0% aus, 53 Zentren (Vorjahr: 51) überschritten die SV. Die identifizierten Todesursachen waren vielfältig. Am häufigsten wurden Blutungen (26×), Leberversagen (15×), Mesenterialischämien (13×), Komplikationen nach Pankreasfistel (12×) bzw. Multiviszeralresektionen (12×), Anastomosensuffizienzen (12×), respiratorisches Versagen (13×) sowie Lungenembolien (8×) von den Zentren benannt. Es wurden mehrere Hinweise ausgesprochen; in 13 Fällen führten wiederholte Überschreitungen der SV zu Abweichungen, die jeweils ein Coaching nach sich zogen.

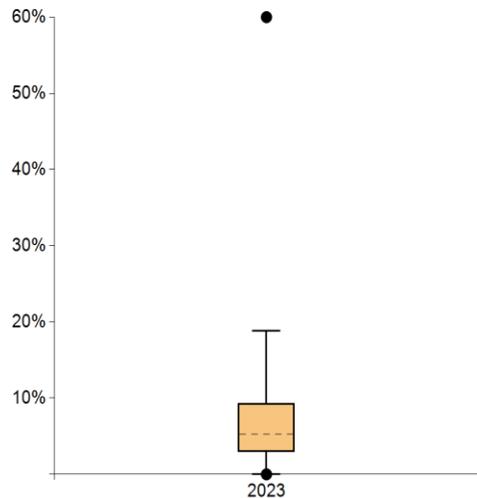
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

12b. Mortalität postoperativ – innerhalb von 90 d



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners, bei denen Pat. innerhalb von 90 d postoperativ verstorben sind	2*	0 - 15	398
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	38*	10 - 194	6357
Quote	Keine Sollvorgabe	5,26%	0,00% - 60,00%	6,26%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	----	----	60,00%
95. Perzentil	----	----	----	----	18,84%
75. Perzentil	----	----	----	----	9,31%
Median	----	----	----	----	5,26%
25. Perzentil	----	----	----	----	2,99%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
135	87,66%	----	----

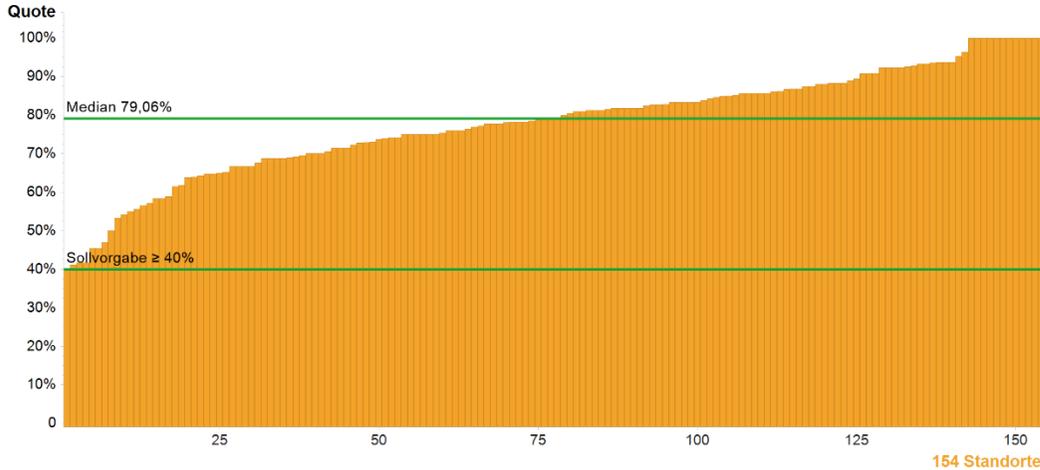
Anmerkungen:

Die 90d-Mortalität wurde im aktuellen Kennzahlenjahr erstmals fakultativ erhoben; eine Sollvorgabe ist bislang nicht definiert. Die Gesamtquote beträgt 6,3 %, der Median liegt bei 5,3 %. Die Spannweite reicht von 0 % bis 60 %. Insgesamt lagen aus 135 Zentren auswertbare Daten vor. Das Zentrum mit einer Rate vom 60% überschritt auch die KeZa 12a. Teilweise ist die Überschreitung auch auf kleine Fallzahlen des Nenners zurückzuführen.

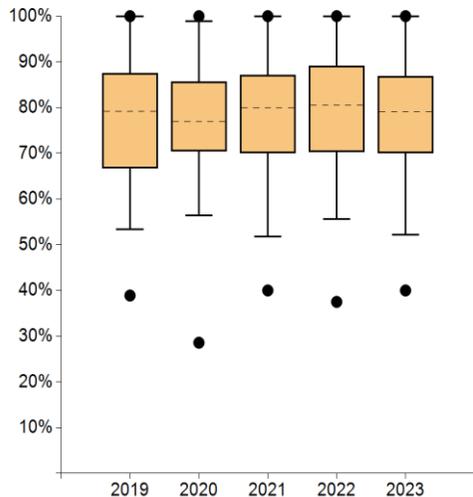
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

13. Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	15*	5 - 62	2725
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19,5*	5 - 77	3508
Quote	Sollvorgabe ≥ 40%	79,06%	40,00% - 100%	77,68%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	98,87%	100%	100%	100%
75. Perzentil	87,50%	85,71%	87,09%	89,04%	86,84%
Median	79,17%	76,92%	80,00%	80,48%	79,06%
25. Perzentil	66,67%	70,48%	70,00%	70,34%	70,00%
5. Perzentil	53,33%	56,39%	51,80%	55,56%	52,16%
● Min	38,89%	28,57%	40,00%	37,50%	40,00%

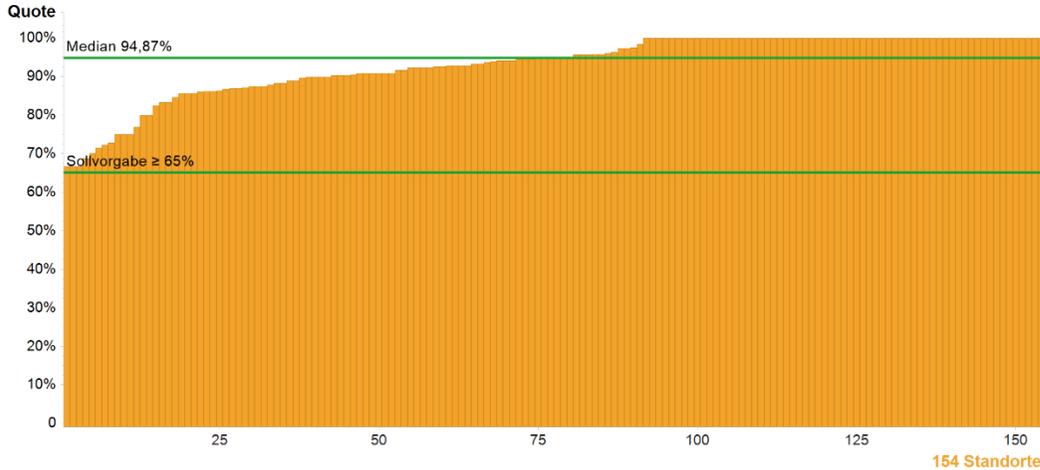
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	154	100,00%

Anmerkungen:

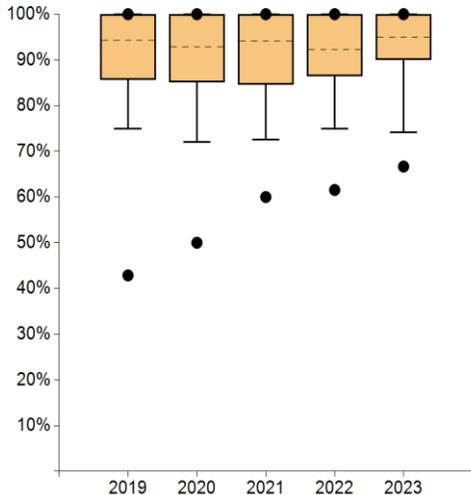
Die Durchdringung dieser Kennzahl ist unverändert. Alle 154 Zentren erfüllten die SV, der Median lag bei 79,1% (Vorjahr: 80%). Auch der Anteil lokaler R0-Resektionen an den operativen Primärfällen blieb mit 77,7% auf hohem Niveau (Vorjahr: 78,3%).

* 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.

14. Lymphknotenentfernung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit ≥ 12 regionären LK im OP-Präparat nach Abschluss der operativen Therapie	16*	1 - 73	2775
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC, die eine Lymphadenektomie erhalten haben	17*	1 - 75	2973
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	94,87%	66,67% - 100%	93,34%**



	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	94,29%	92,86%	94,12%	92,31%	94,87%
25. Perzentil	85,71%	85,15%	84,62%	86,43%	90,00%
5. Perzentil	75,00%	72,08%	72,60%	75,00%	74,21%
● Min	42,86%	50,00%	60,00%	61,54%	66,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	154	100,00%

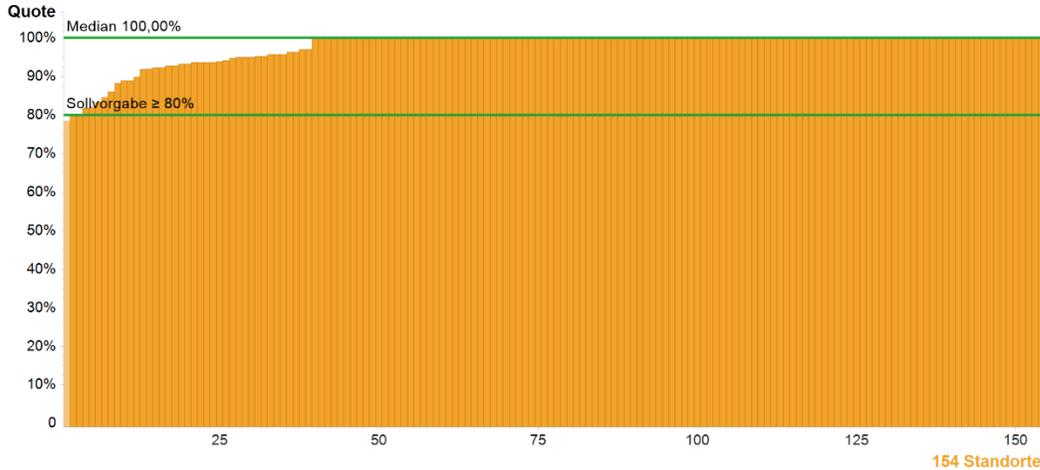
Anmerkungen:

Im aktuellen Kennzahlenjahr wird die Sollvorgabe zur Entfernung von mindestens 12 regionären LK von allen 154 Zentren erfüllt. Die hohe Gesamtquote von 93,3 % (Vorjahr: 91,7 %) sowie der Median von 94,9 % spiegeln die weiterhin gute Umsetzung dieses LL-QI wider. Auch im Bereich der unteren Perzentile zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg in den letzten Jahren.

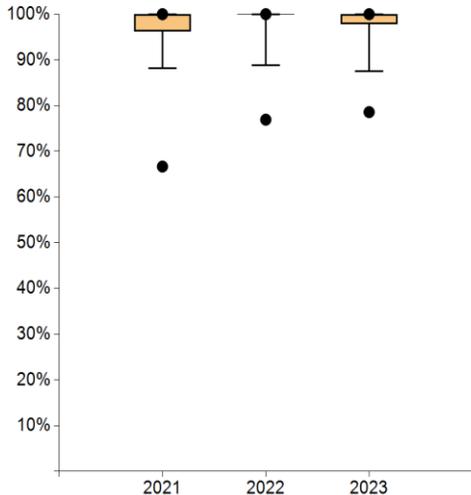
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

15. Inhalt Pathologieberichte (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten mit Angabe von: pT, pN, M; Tumorgrading; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	17*	3 - 74	3006
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC	17*	3 - 74	3078
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	78,57% - 100%	97,66%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
Median	----	----	100%	100%	100%
25. Perzentil	----	----	96,30%	100%	97,80%
5. Perzentil	----	----	88,17%	88,89%	87,46%
● Min	----	----	66,67%	76,92%	78,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	153	99,35%

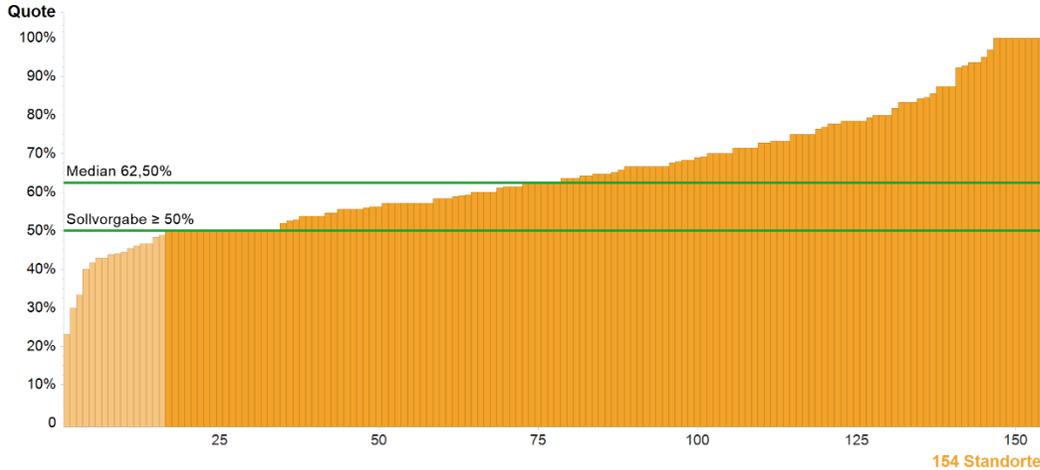
Anmerkungen:

Dieser LL-QI zeigt weiterhin ein sehr hohes Erfüllungsniveau: Die Gesamtquote beträgt 97,7 %, der Median liegt bei 100 %. Die SV wurde von 153 Zentren erreicht. Lediglich 1 Zentrum unterschritt die SV knapp und begründete dies mit fehlenden Angaben zum Grading nach neoadjuvanter Therapie.

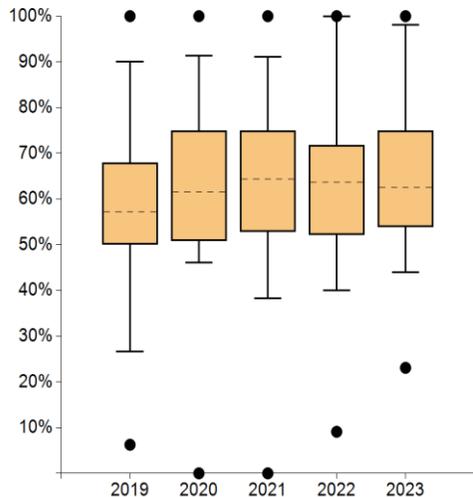
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

16. Adjuvante Chemotherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie	8*	2 - 42	1463
Nenner	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III und R0-Resektion (ohne NET und NEC)	13*	3 - 53	2262
Quote	Sollvorgabe ≥ 50%	62,50%	23,08% - 100%	64,68%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
● 95. Perzentil	90,00%	91,29%	91,11%	100%	98,03%
● 75. Perzentil	67,86%	75,00%	75,00%	71,76%	75,00%
● Median	57,14%	61,54%	64,29%	63,64%	62,50%
● 25. Perzentil	50,00%	50,81%	52,79%	52,13%	53,85%
● 5. Perzentil	26,67%	46,06%	38,25%	40,00%	43,91%
● Min	6,25%	0,00%	0,00%	9,09%	23,08%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	138	89,61%

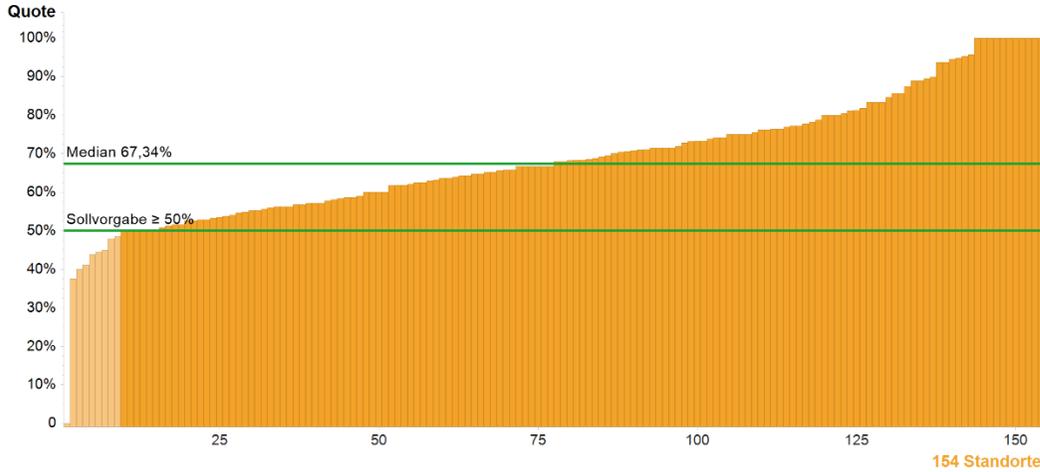
Anmerkungen:

Die Gesamtquote liegt im aktuellen Kennzahlenjahr bei 64,7 % und damit leicht über dem Vorjahreswert von 62,2 %. Insgesamt zeigt sich der Verlauf aller Werte leicht schwankend. 16 Zentren (Vorjahr 17) verfehlten die SV. Als häufigste Gründe wurden das Versterben der Pat. (39 Fälle), die Ablehnung der Therapie (34), Lost to Follow-up (21), ein reduzierter Allgemeinzustand (21) sowie postoperative Komplikationen oder prolongierte Verläufe (14) angegeben. Die FE erinnerten in mehreren Audits erneut daran, dass Informationen zur Adjuvanz auch bei externer Weiterbehandlung aktiv einzuholen sind.

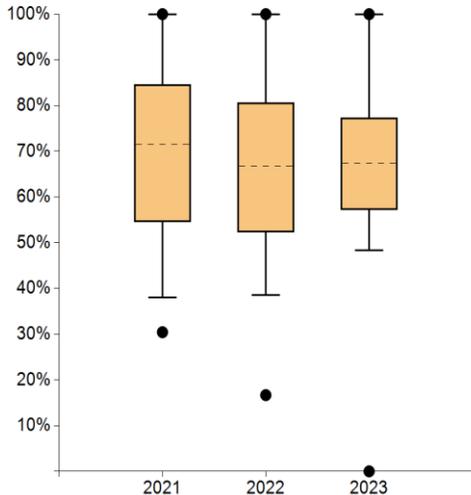
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

17. Palliative Chemotherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit palliativer Chemotherapie	15,5*	0 - 100	2614
Nenner	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht-operative Primärfälle Pankreaskarzinom und ECOG 0-2 (ohne NET und NEC) • Pat. mit Pankreaskarzinom mit sekundärer Metastasierung (M1) ohne Metastasenresektion und ECOG 0-2 (ohne NET/NEC) 	22*	1 - 146	3874
Quote	Sollvorgabe ≥ 50%	67,34%	0,00% - 100%	67,48%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	84,62%	80,63%	77,27%
Median	----	----	71,43%	66,67%	67,34%
25. Perzentil	----	----	54,55%	52,25%	57,14%
5. Perzentil	----	----	37,99%	38,52%	48,37%
● Min	----	----	30,43%	16,67%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	145	94,16%

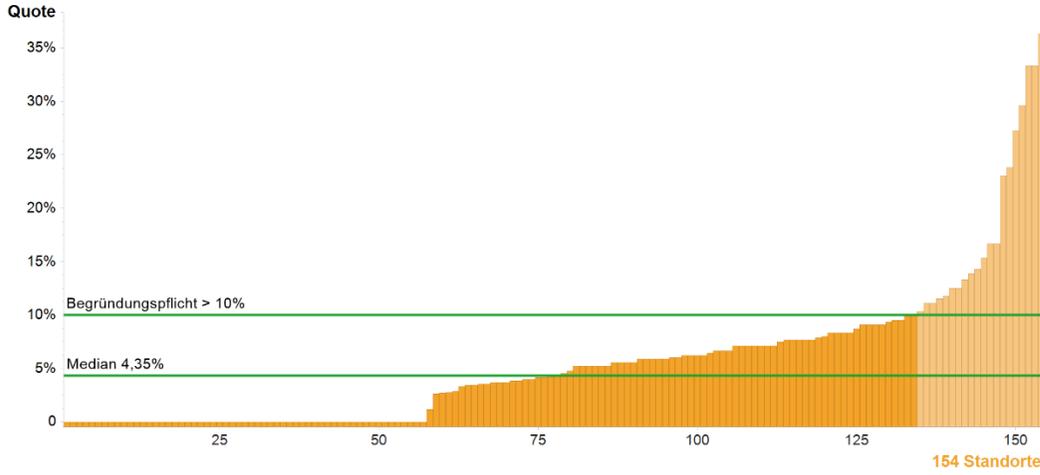
Anmerkungen:

Die Plausibilitätsgrenze dieses LL-QI wurde im aktuellen Kennzahlenjahr in eine SV überführt. Mit einer Quote von 67,5 % und einem Median von 67,3 % zeigen sich im Vergleich zum Vorjahr (66,2 % bzw. 66,7 %) stabile Werte. 9 Zentren unterschritten die Sollvorgabe. Als Gründe wurden vor allem Versterben der Pat., reduzierter AZ und Therapieablehnung genannt. Ein Zentrum mit einer 0 %-Quote verzeichnete lediglich 2 Pat. im Nenner, von denen einer vor Therapiebeginn verstarb, bei dem anderen erfolgte die Therapie im Folgejahr.

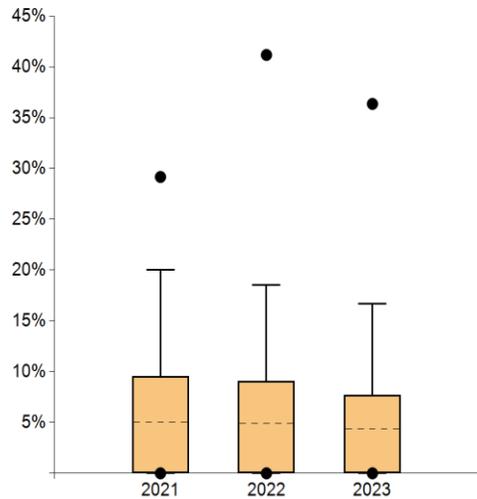
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

18. Primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit primärer Resektion des Tumors	1*	0 - 8	165
Nenner	Primärfälle Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC) mit Fernmetastasen (= Organmetastasen, Peritonealkarzinose, als Fernmetastasen (M1) geltende Lymphknotenmetastasen)	19*	2 - 86	3333
Quote	Begründungspflicht*** >10%	4,35%	0,00% - 36,36%	4,95%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	29,17%	41,18%	36,36%
95. Perzentil	----	----	20,00%	18,55%	16,67%
75. Perzentil	----	----	9,55%	9,09%	7,69%
Median	----	----	5,00%	4,88%	4,35%
25. Perzentil	----	----	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	----	----	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
154	100,00%	134	87,01%

Anmerkungen:

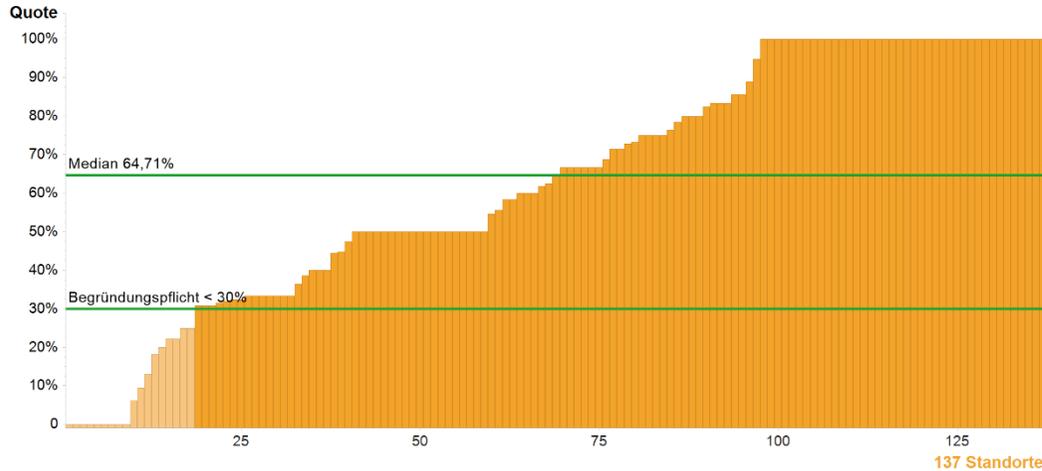
Dieser LL-QI wurde im aktuellen Kennzahlenjahr erstmals mit einer Begründungspflicht (> 10 %) versehen. Die Quote liegt im Median bei 4,4 % (Vorjahr: 6,2 %). 57 Zentren führten keine einzige Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom durch, 30 Zentren überschritten die Plausibilitätsgrenze. In 42 Fällen lag eine Oligometastasierung (v.a. hepatisch) vor – meist intraoperativ nicht bekannt, in 6 Fällen waren Lebermetastasen präoperativ bekannt und das Vorgehen wurde nach Tumorkonferenzbeschluss individualisiert. Weitere Gründe waren intraop. aufgefallene Lymphknotenmetastasen, lokal begrenzte Peritonealkarzinose und pulmonale Filiae. Die meisten Fälle ließen sich in den Audits plausibilisieren, vereinzelt empfahlen die FE jedoch eine Optimierung der Staging-Bildgebung.

* 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.

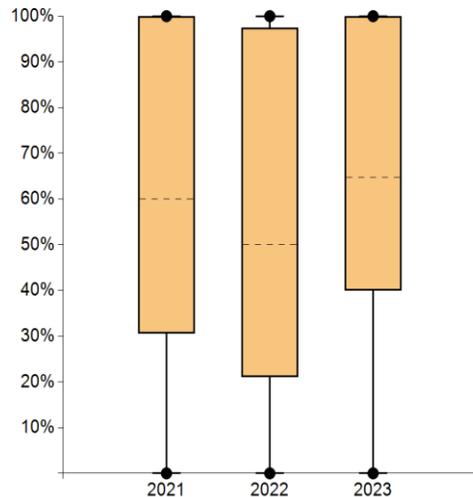
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

19. Zweitlinientherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Zweitlinientherapie	3*	0 - 24	645
Nenner	Pat. mit Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC), ECOG 0-2 und Progress unter palliativer Erstlinientherapie	4*	1 - 44	1177
Quote	Begründungspflicht**** <30%	64,71%	0,00% - 100%	54,80%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	100%	97,37%	100%
Median	----	----	60,00%	50,00%	64,71%
25. Perzentil	----	----	30,56%	21,11%	40,00%
5. Perzentil	----	----	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
137	88,96%	119	86,86%

Anmerkungen:

Dieser LL-QI wurde im aktuellen Kennzahlenjahr erstmals mit einer unteren Plausibilitätsgrenze von < 30% hinterlegt. Median und Gesamtquote sind auf 64,7% und 54,8% angestiegen (Vorjahr 50% und 45,4%). 18 Zentren unterschritten die Plausibilitätsgrenze und gaben begründend für den Verzicht auf die Zweitlinie Pat.wunsch, vorzeitiges Versterben und AZ-Verschlechterung an.

* 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.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren/ Pankreaskarzinomzentren
Julia Mayerle, Vorsitzende Zertifizierungskommission
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Andreea Baltas, 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
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

Version e-A1-de; Stand 21.05.2025

ISBN: 978-3-910336-74-2



9 783910 336742