



Kennzahlenauswertung 2025

Jahresbericht der zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren

Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Speiseröhrenkrebszentren 2024	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	12
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle	12
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	13
Kennzahl Nr. 1c: Zentrumsfälle	14
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)	15
Kennzahl Nr. 3: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/ metachrone Metastasen (LL QI)	16
Kennzahl Nr. 4: Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie/ Radiochemotherapie	17
Kennzahl Nr. 5: Postoperative Fallvorstellung (LL QI)	18
Kennzahl Nr. 6: Psychoonkologisches Distress-Screening	19
Kennzahl Nr. 7: Beratung Sozialdienst	20
Kennzahl Nr. 8: Anteil Studienpat.	21
Kennzahl Nr. 9: Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI)	24
Kennzahl Nr. 10: Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI)	25
Kennzahl Nr. 11: Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI)	26
Kennzahl Nr. 12: Operative chirurgische Expertise	27
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OPs	28
Kennzahl Nr. 14: Endoskopische R0-Resektion (LL QI)	29
Kennzahl Nr. 15: Chirurgische R0-Resektion (LL QI)	30
Kennzahl Nr. 16: Anastomoseninsuffizienz (LL QI)	31
Kennzahl Nr. 17a: Mortalität postoperativ – innerhalb von 30 d (LL QI)	32
Kennzahl Nr. 17b: Mortalität postoperativ – innerhalb von 90 d (LL QI)	33
Kennzahl Nr. 18: Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4 oder N1-3 Plattenepithelkarzinom (LL QI)	34
Kennzahl Nr. 19: Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom (LL QI)	35
Kennzahl Nr. 20: First-Line Systemtherapie bei metastasiertem Adenokarzinom (LL QI)	36
Kennzahl Nr. 21: HER2-/PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus (LL QI)	37
Kennzahl Nr. 22: PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Plattenepithelkarzinom (LL QI)	38
Impressum	39

Hinweis: Im Sinne einer gendergerechten Sprache verwenden wir für die Begriffe „Patientinnen“, „Patienten“, „Patient*innen“ die Bezeichnung „Pat.“, die ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) einschließt.

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 7: Beratung Sozialdienst
 Kennzahl Nr. 8: Anteil Studienpat.
 Kennzahl Nr. 9: Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI)
 Kennzahl Nr. 10: Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI)
 Kennzahl Nr. 11: Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI)
 Kennzahl Nr. 12: Operative chirurgische Expertise
 Kennzahl Nr. 13: Revisions-OPs

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 3.0 der S3-LL Diagnostik und Therapie der Plattenepithelkarzinome und Adenokarzinome des Ösophagus.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch und nach abgeschlossenem Staging in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	49*	26 - 215	2856
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	51*	26 - 245	3019
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,00%	81,97% - 100%	94,60%**

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.

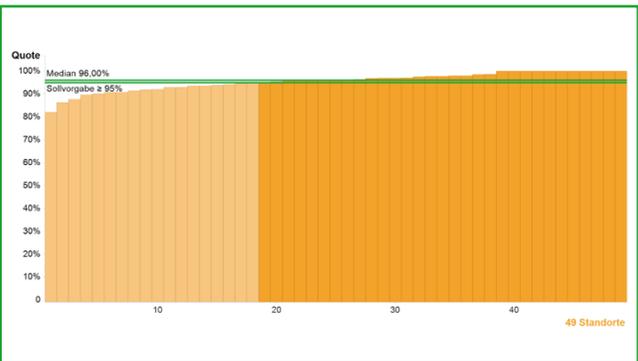
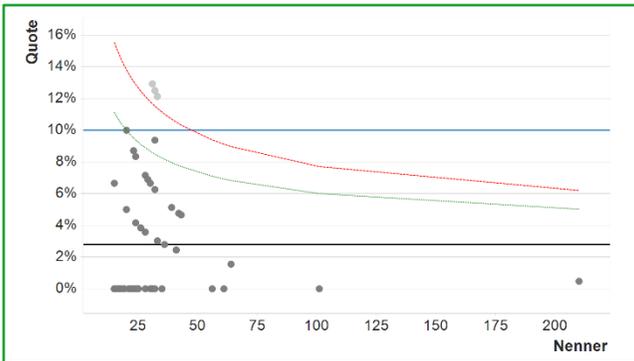


Diagramm:

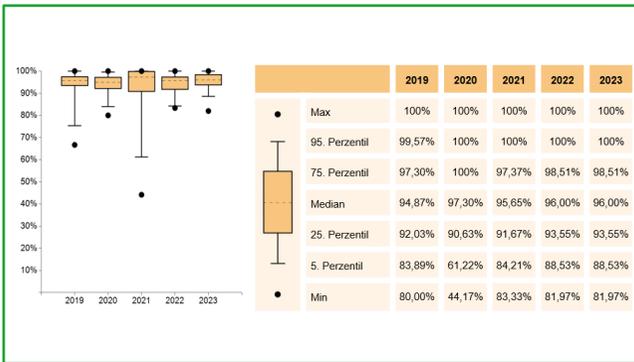
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



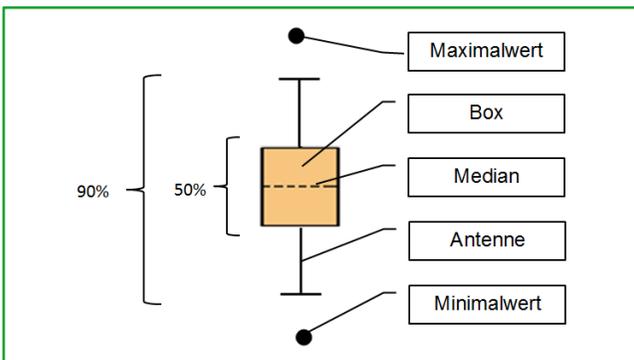
Funnel Plots:

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 Speiseröhrenkrebszentren 2024

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	7	5	4	1	3
Zertifizierte Zentren	49	44	36	32	24
Zertifizierte Standorte	50	45	37	33	25

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	49	41	33	27	20
entspricht	98,0%	91,1%	89,2%	81,8%	80,0%
Primärfälle gesamt*	3.019	2.359	2.027	1.481	1.134
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	61,6	57,5	61,4	54,8	56,7
Primärfälle pro Standort (Median)*	51,0	47,0	52,0	46,0	46,5

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

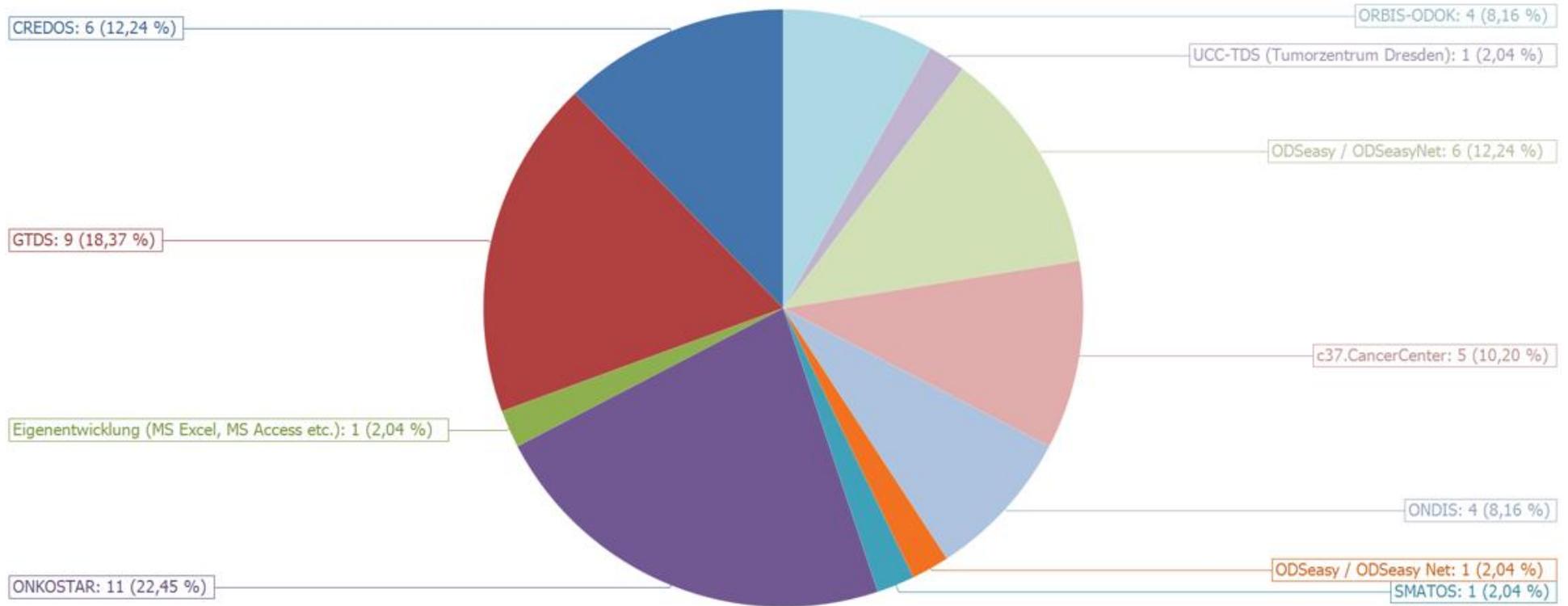
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 49 der 50 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen ist ein Standort, der im Jahr 2024 zum ersten Mal zertifiziert wurde (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In den 50 Standorten wurden insgesamt 3.067 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

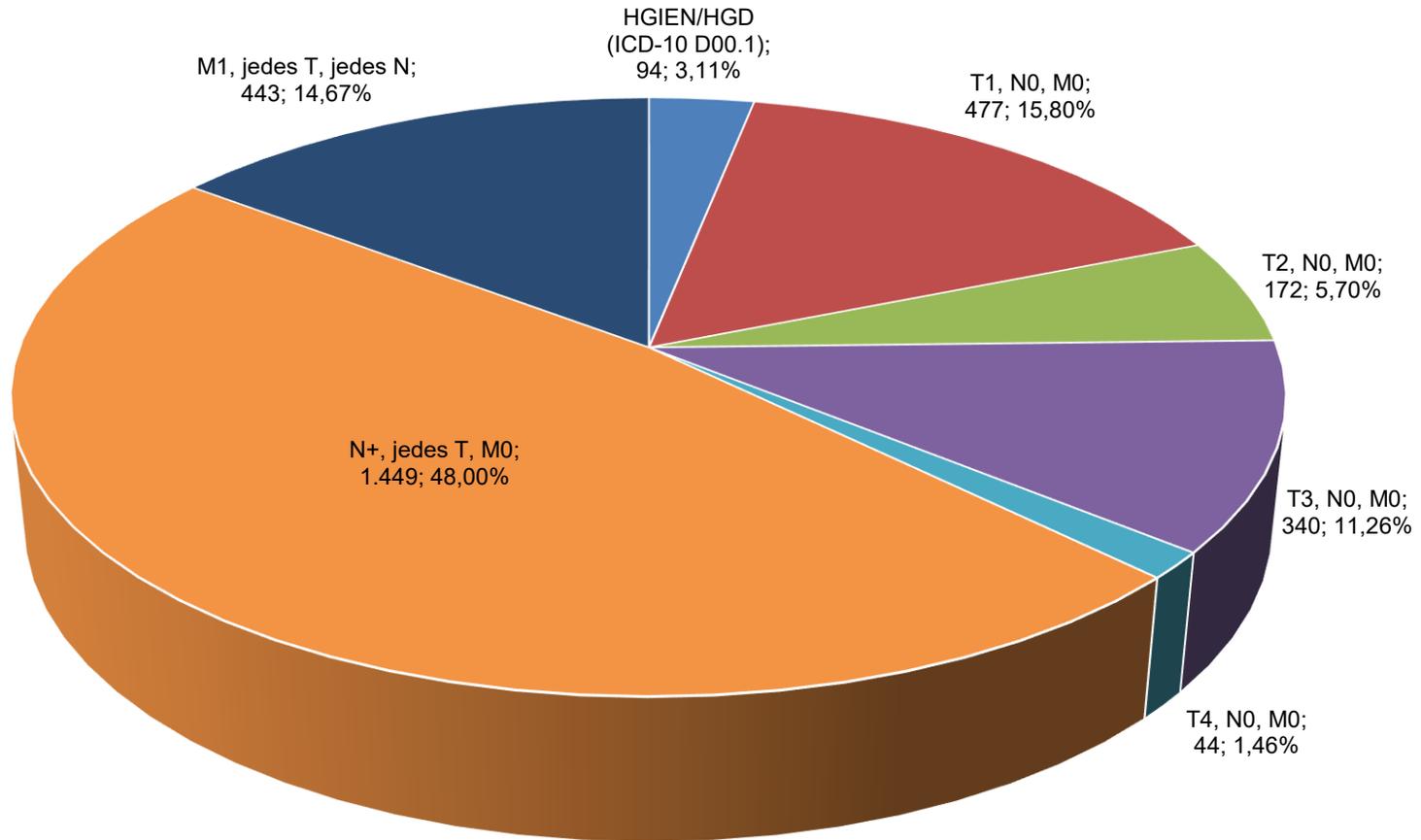
Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2023. Sie stellen für die in 2024 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



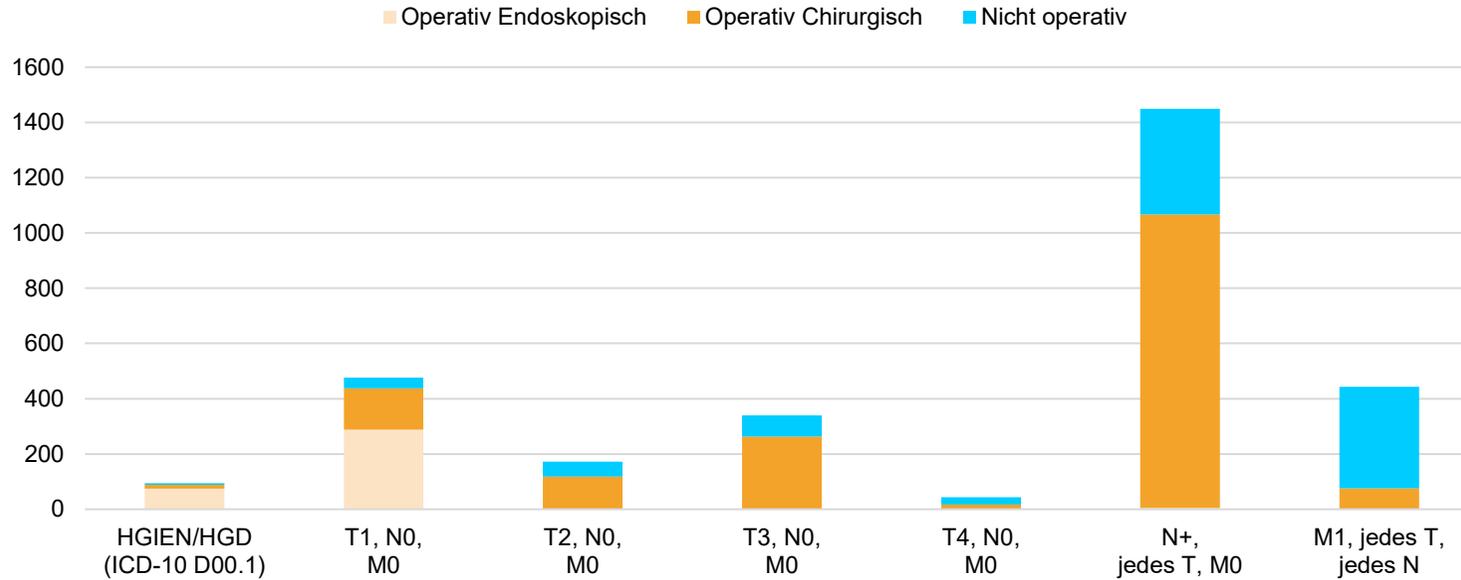
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten – Primärfälle Speiseröhre



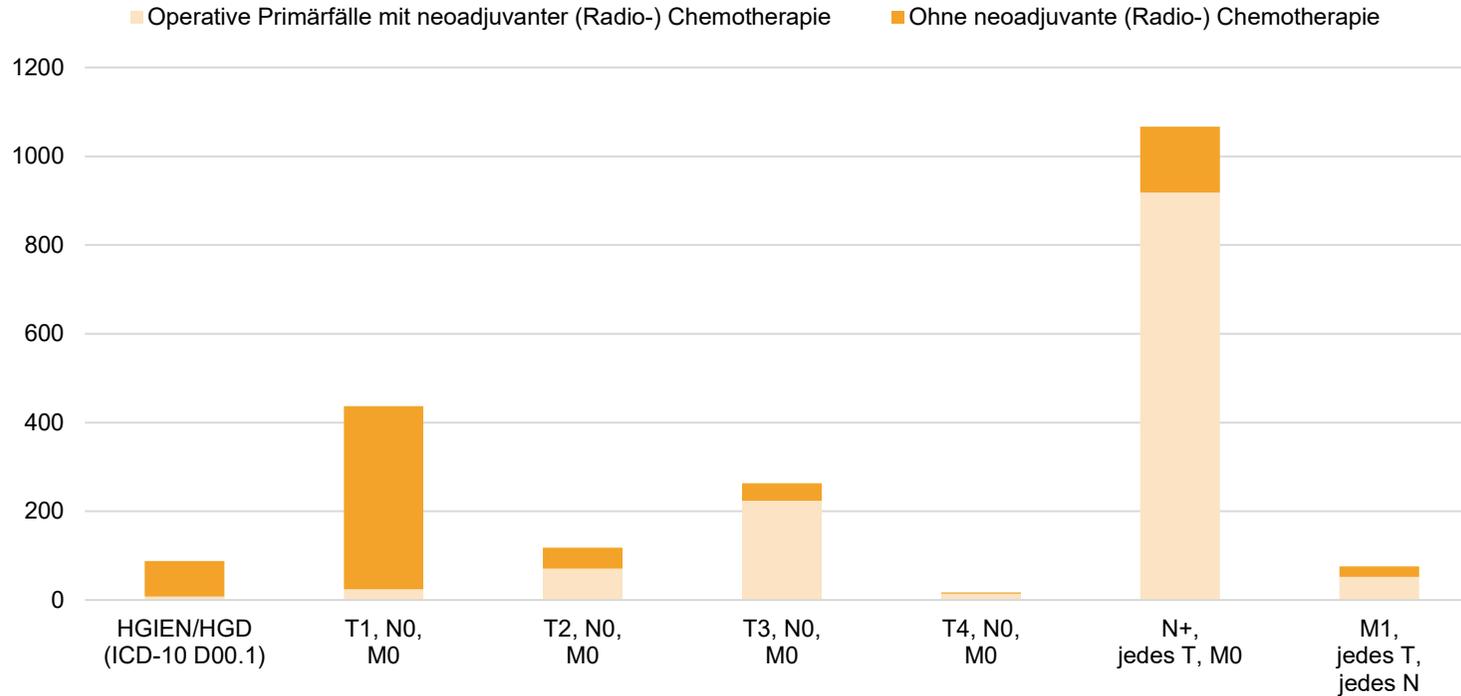
	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Primärfälle	94 (3,11%)	477 (15,80%)	172 (5,70%)	340 (11,26%)	44 (1,46%)	1.449 (48,00%)	443 (14,67%)	3.019 (100%)

Basisdaten – Operative Primärfälle und nicht operative Primärfälle Speiseröhre



	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Operativ Endoskopisch	75 (20,33%)	288 (78,05%)	1 (0,27%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	5 (1,36%)	0 (0,00%)	369 (100%)
Operativ Chirurgisch	13 (0,77%)	149 (8,78%)	117 (6,89%)	263 (15,50%)	17 (1,00%)	1.062 (62,58%)	76 (4,48%)	1.697 (100%)
<i>davon elektiv</i>	13 (0,77%)	147 (8,66%)	117 (6,89%)	260 (15,32%)	16 (0,94%)	1.058 (62,35%)	74 (4,36%)	1.685 (99,29%)
<i>davon Notfall</i>	0 (0,00%)	2 (0,12%)	0 (0,00%)	3 (0,18%)	1 (0,06%)	4 (0,24%)	2 (0,12%)	12 (0,71%)
Nicht operativ	6 (0,63%)	40 (4,20%)	54 (5,67%)	77 (8,08%)	27 (2,83%)	382 (40,08%)	367 (38,51%)	953 (100%)
Primärfälle Gesamt	94	477	172	340	44	1.449	443	3.019

Basisdaten – Operative Primärfälle mit und ohne neoadjuvante Chemotherapie Speiseröhre

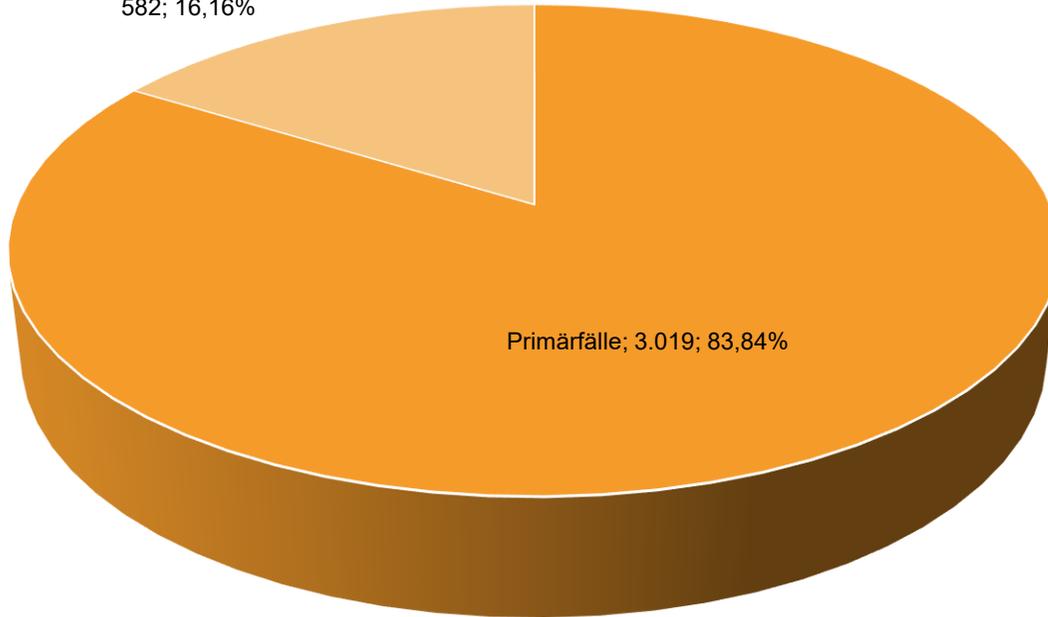


	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
Operative Primärfälle (chirurgisch und endoskopisch) mit neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie	8 (0,61%)	24 (1,83%)	71 (5,42%)	224 (17,09%)	14 (1,07%)	918 (70,02%)	52 (3,97%)	1.311 (100%)
Ohne neoadjuvante (Radio-) Chemotherapie	80 (10,60%)	413 (54,70%)	47 (6,23%)	39 (5,17%)	3 (0,40%)	149 (19,74%)	24 (3,18%)	755 (100%)
Gesamt	88	437	118	263	17	1.067	76	2.066

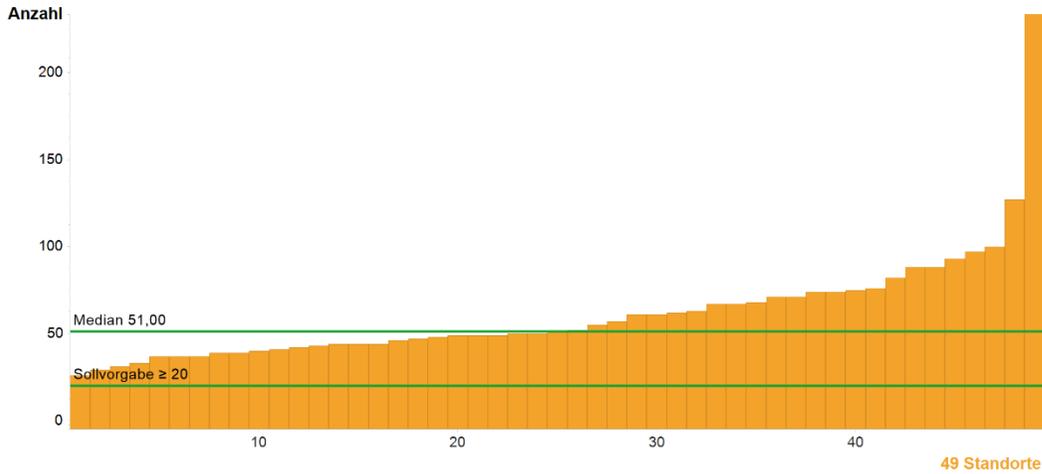
Basisdaten – Zentrumsfälle Speiseröhre

Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
3.019 (83,84%)	582 (16,16%)	3.601 (100%)

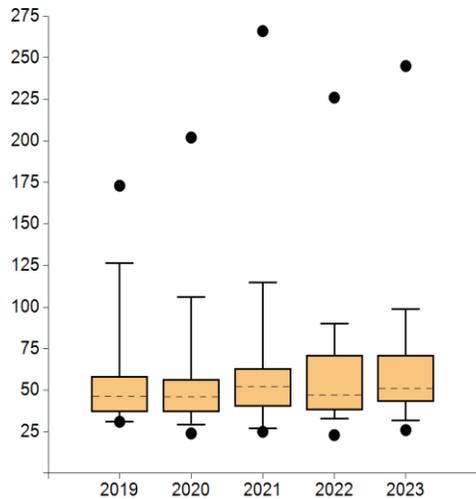
Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen;
582; 16,16%



1a. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	51	26 - 245	3019
	Sollvorgabe ≥ 20			



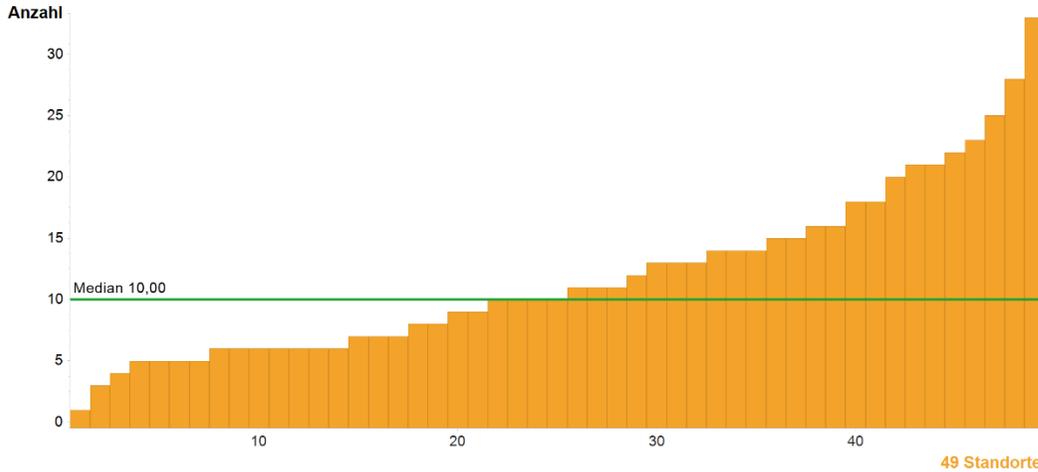
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	173,00	202,00	266,00	226,00	245,00
95. Perzentil	126,45	106,10	114,60	90,00	98,80
75. Perzentil	58,25	56,50	63,00	71,00	71,00
Median	46,50	46,00	52,00	47,00	51,00
25. Perzentil	37,00	37,00	40,00	38,00	43,00
5. Perzentil	31,00	29,30	27,20	33,00	31,80
Min	31,00	24,00	25,00	23,00	26,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	49	100,00%

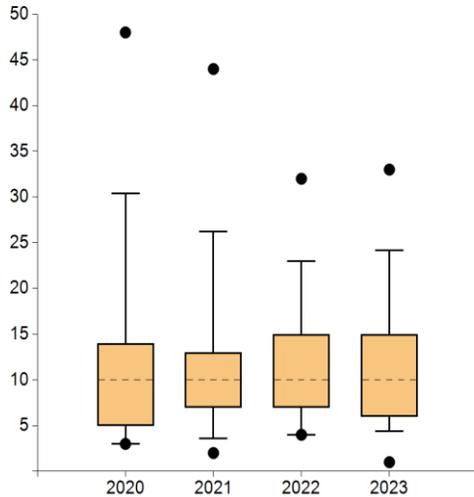
Anmerkungen:

Im aktuellen KeZa-Jahr ist die Zahl der Zentren von 41 auf 49 Zentren gestiegen (+19,5%), mit einem konsekutiven Anstieg der Primärfälle insgesamt um 28% (Vorjahr 2.359). Die Fallzahlen verteilen sich mit einer breiten Range von 26 bis 245 Fällen pro Zentrum; der Median liegt bei 51 (Vorjahr: 47). Über die meisten Perzentilen zeigt sich ein Anstieg im Vergleich zum Vorjahr. Alle Zentren erfüllen die SV von mindestens 20 Fällen pro Jahr.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	10	1 - 33	582
	Keine Sollvorgabe			



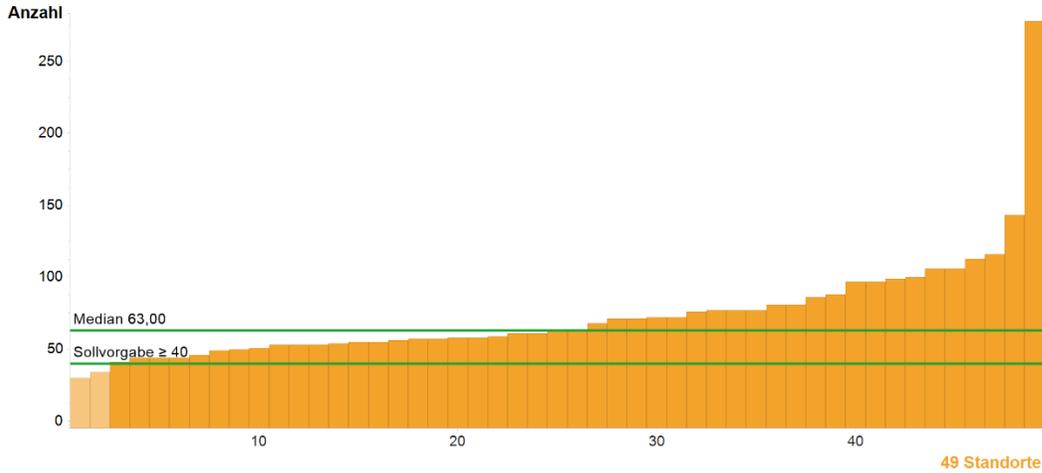
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	48,00	44,00	32,00	33,00
95. Perzentil	----	30,40	26,20	23,00	24,20
75. Perzentil	----	14,00	13,00	15,00	15,00
Median	----	10,00	10,00	10,00	10,00
25. Perzentil	----	5,00	7,00	7,00	6,00
5. Perzentil	----	3,00	3,60	4,00	4,40
Min	----	3,00	2,00	4,00	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	----	----

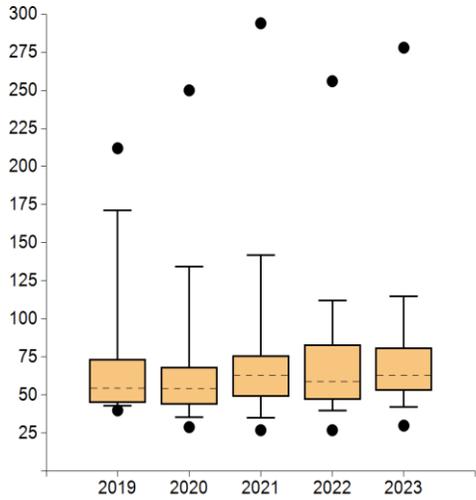
Anmerkungen:

Die Gesamtzahl der Pat. mit neuem Rezidiv und/oder Fernmetastasen steigt in etwa gleichem Ausmaß wie die Zahl der Zentren um 18,1 % (Vorjahr: 493) an. Der Median bleibt dabei unverändert. Für diese Kennzahl ist keine SV definiert.

1c. Zentrumsfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Zentrumsfälle	63	30 - 278	3601
	Sollvorgabe ≥ 40			



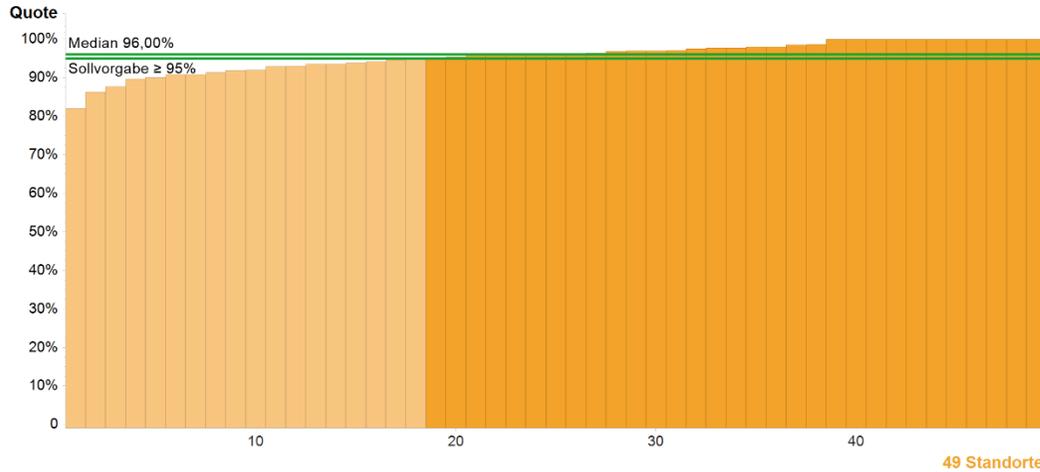
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	212,00	250,00	294,00	256,00	278,00
95. Perzentil	171,15	134,40	141,80	112,00	114,80
75. Perzentil	73,50	68,50	76,00	83,00	81,00
Median	54,50	54,00	63,00	59,00	63,00
25. Perzentil	45,00	44,00	49,00	47,00	53,00
5. Perzentil	42,85	35,50	35,20	40,00	42,20
Min	40,00	29,00	27,00	27,00	30,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	47	95,92%

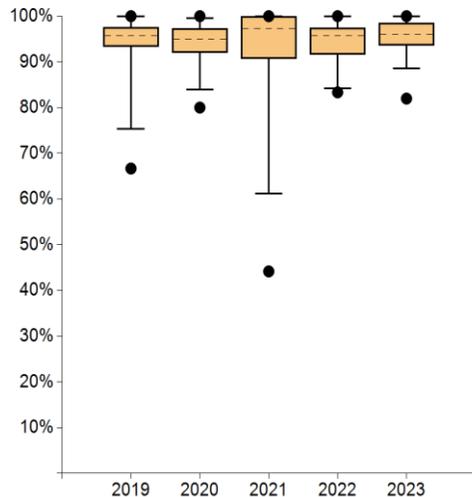
Anmerkungen:

Im Vergleich zum Vorjahr ist die Zahl der Zentrumsfälle um 26,3 % gestiegen (Vorjahr 2.852). Der Median liegt aktuell bei 63 und damit über dem Vorjahreswert (59). Wie im Vorjahr wurde an 2 Standorten die SV von ≥ 40 Fällen nicht erreicht. 1 Zentrum begründet dies mit Bettensperrungen. Beide Kliniken erwarten ein Erreichen der SV im Folgejahr.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch und nach abgeschlossenem Staging in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	49*	26 - 215	2856
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	51*	26 - 245	3019
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,00%	81,97% - 100%	94,60%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	99,57%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,51%	97,30%	100%	97,37%	98,51%
Median	95,70%	94,87%	97,30%	95,65%	96,00%
25. Perzentil	93,35%	92,03%	90,63%	91,67%	93,55%
5. Perzentil	75,27%	83,89%	61,22%	84,21%	88,53%
Min	66,67%	80,00%	44,17%	83,33%	81,97%

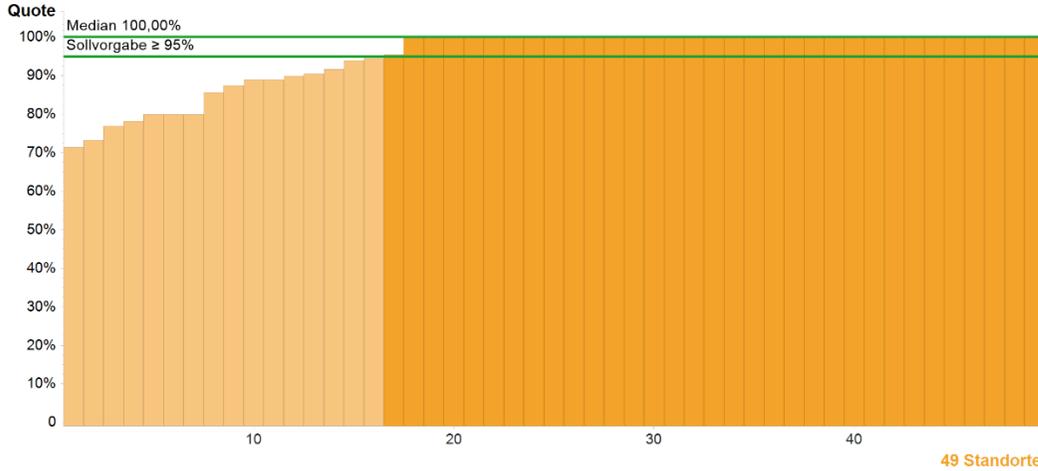
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	31	63,27%

Anmerkungen:

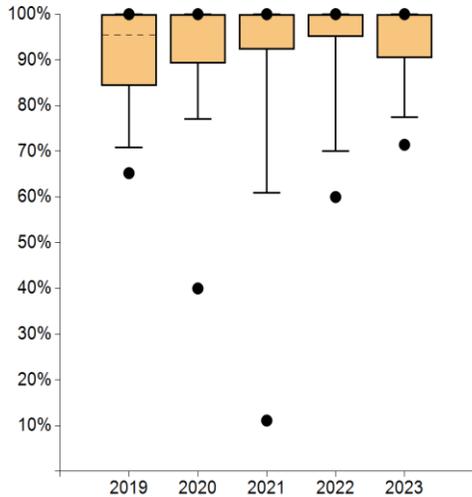
Die Gesamtquote der prätherap. Fallvorstellungen liegt bei 94,6%, der Median bei 96% – über die letzten Jahre zeigt sich ein insgesamt konstanter Verlauf mit geringfügigen Schwankungen. In 18 Zentren wurde die SV nicht erreicht (Vorjahr 20). Häufige Gründe waren postinterventioneller Malignitätsnachweis nach endoskopischer Resektion (47 Fälle), ext. Vorbehandlung mit ext. erfolgter Tumorkonferenz (28 Fälle) und organisatorische Versäumnisse (11 Fälle). Zudem wurden 5 operative Zufallsbefunde und 4 Notfall-OPs dokumentiert. Die FE empfohlen, tumorverdächtige Befunde frühzeitig interdisziplinär zu besprechen. Es wurden 3 Hinweise 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. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/ metachrone Metastasen (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	10*	1 - 31	546
Nenner	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	10*	1 - 33	582
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	71,43% - 100%	93,81%**



	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	95,46%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	84,30%	89,17%	92,31%	95,00%	90,48%
5. Perzentil	70,82%	77,05%	60,92%	70,00%	77,46%
Min	65,22%	40,00%	11,11%	60,00%	71,43%

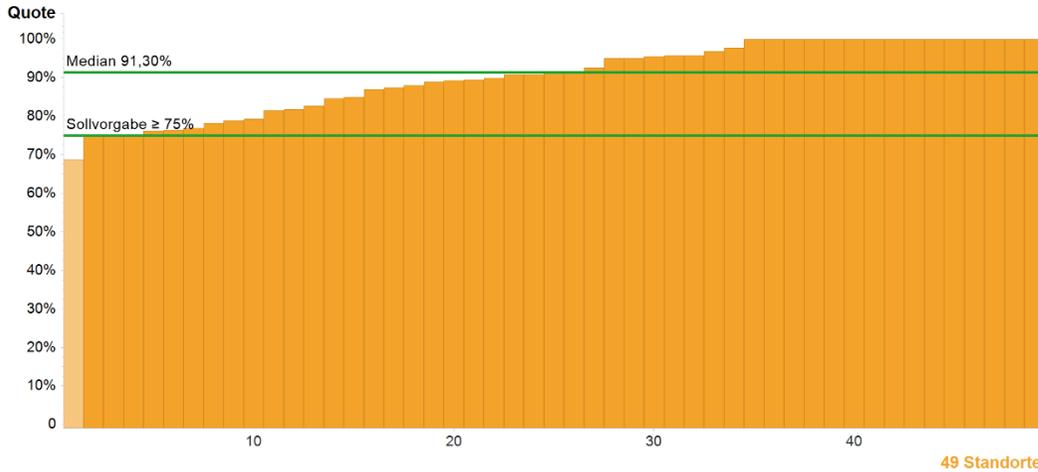
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	33	67,35%

Anmerkungen:

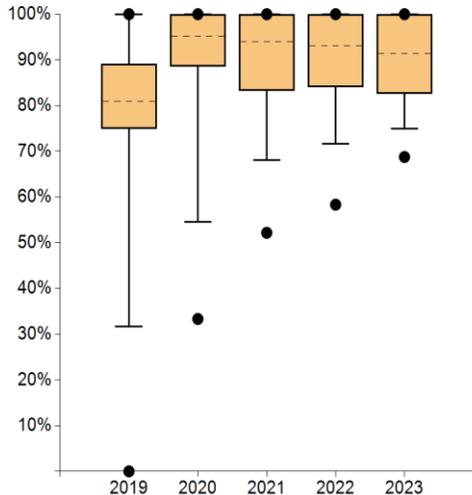
Die prätherap. Vorstellung bei Rezidiv/ metachronen Metastasen bleibt konstant mit einem Median von 100 % und einer Gesamtquote von 93,8% (Vorjahr 93,9%). 16 Zentren unterschritten die SV. Häufige Gründe waren u.a. Progress unter laufender Therapie (14 Pat.), Versäumnis (8x), frühes Versterben (3x) und Therapieablehnung (3x). Die FE betonten die Vorstellungspflicht bei geplanter Therapieanpassung. Es wurden 2 Hinweise 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.

4. Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie/ Radiochemotherapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der posttherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	21*	4 - 159	1302
Nenner	Primärfälle mit Ösophaguskarzinom und abgeschlossener neoadjuvanter (Radio-)Chemotherapie	24*	4 - 187	1437
Quote	Sollvorgabe ≥ 75%	91,30%	68,75% - 100%	90,61%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	89,06%	100%	100%	100%	100%
Median	80,91%	95,24%	93,94%	93,10%	91,30%
25. Perzentil	75,00%	88,60%	83,33%	84,00%	82,61%
5. Perzentil	31,66%	54,51%	68,04%	71,60%	75,00%
Min	0,00%	33,33%	52,17%	58,33%	68,75%

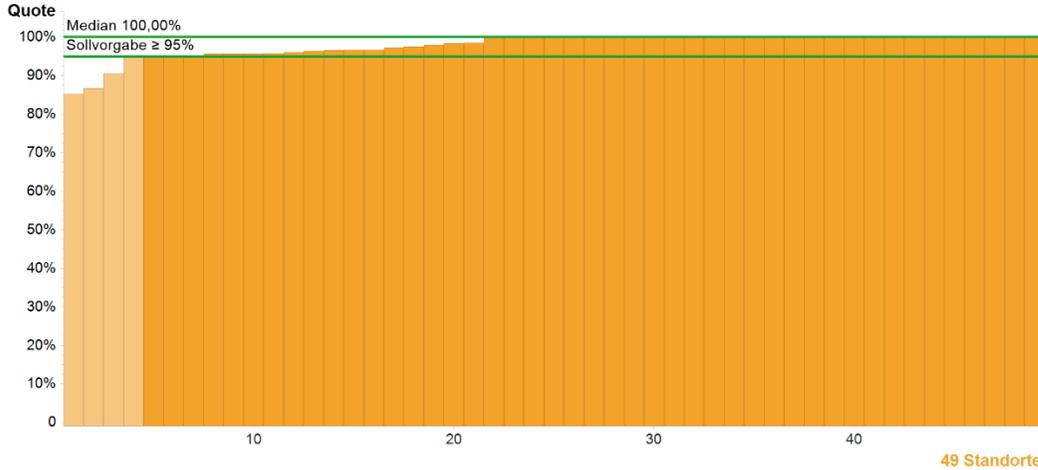
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	48	97,96%

Anmerkungen:

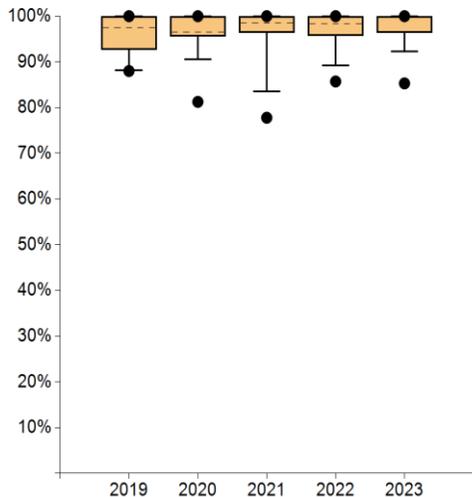
Die Gesamtquote der posttherap. Vorstellung nach neoadjuvanter (Radio-)Chemotherapie liegt bei 90,6% (Vorjahr: 87,3%), der Median bei 91,3% (Vorjahr: 93,1%). 1 Zentrum erreichte die SV nicht (Vorjahr: 3). Es hatte 5 Fälle nach Abschluss der Neoadjuvanz in einer ad hoc-Tumorkonferenz vorgestellt und konnte dies im Audit belegen.

* 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. Postoperative Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	35*	13 - 212	2022
Nenner	Operative Primärfälle (endoskopisch und chirurgisch)	35*	15 - 218	2066
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	85,29% - 100%	97,87%**



	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	97,49%	96,55%	98,49%	98,33%	100%
25. Perzentil	92,72%	95,55%	96,43%	95,65%	96,43%
5. Perzentil	88,23%	90,60%	83,52%	89,29%	92,27%
Min	88,00%	81,25%	77,78%	85,71%	85,29%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	45	91,84%

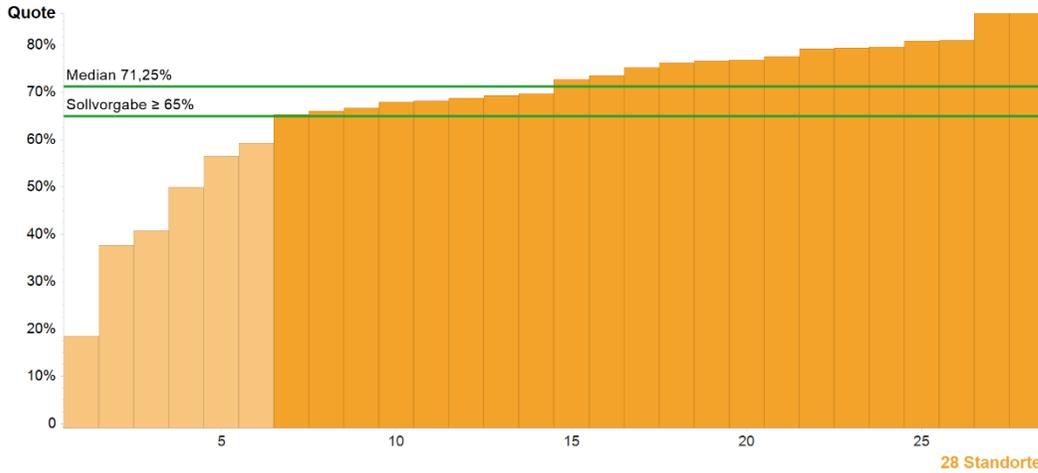
Anmerkungen:

Die postop. Vorstellung in der Tumorkonferenz zeigt über die Jahre ein konstant hohes Niveau mit einer aktuellen Gesamtquote von 97,9% (Vorjahr 97,2%). In 4 Zentren wurde die SV nicht erreicht (Vorjahr: 7). Gründe waren Versterben der Pat. (5x), langer, komplikativer Verlauf mit Versäumnis der Vorstellung (3x), organisatorisches Versäumnis (3x). Die FE betonten die Notwendigkeit der konsequenten Vorstellung aller operativ behandelten Pat. und sprachen 3 Hinweise aus.

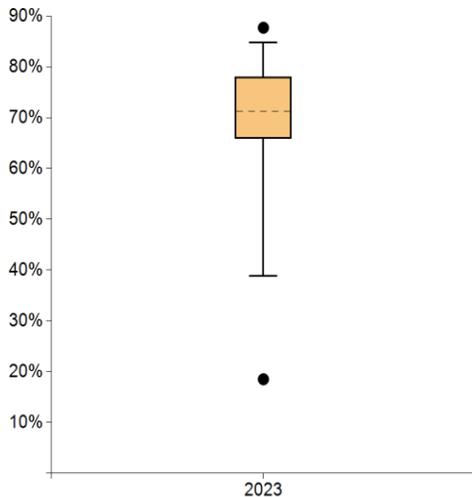
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

6. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	45*	15 - 225	1524
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	67,5*	30 - 278	2201
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	71,25%	18,52% - 87,72%	69,24%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	----	----	----	87,72%
95. Perzentil	----	----	----	----	84,88%
75. Perzentil	----	----	----	----	77,99%
Median	----	----	----	----	71,25%
25. Perzentil	----	----	----	----	65,90%
5. Perzentil	----	----	----	----	38,81%
Min	----	----	----	----	18,52%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
28	57,14%	22	78,57%

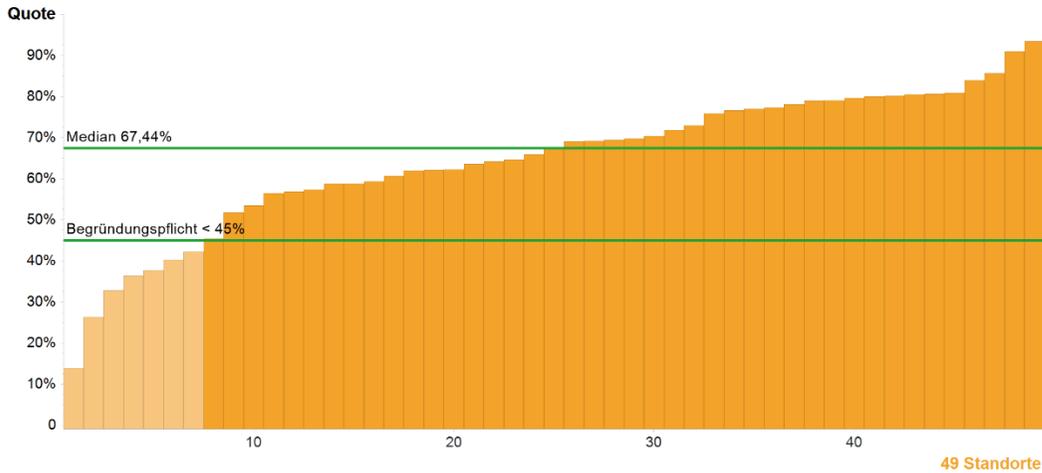
Anmerkungen:

Diese KeZa wurde im aktuellen Jahr von der psychoonkologischen Betreuung auf ein systematisches Distress-Screening umgestellt. Die Datenerfassung war erstmals und optional möglich. 28 Zentren lieferten verwertbare Daten, 22 davon (78,6 %) erreichten bereits im ersten Jahr die SV von ≥ 65 %. Der Median liegt bei 71,3 %. Gründe für niedrigere Quoten lagen überwiegend in der laufenden Umstellung auf strukturierte Screeningprozesse.

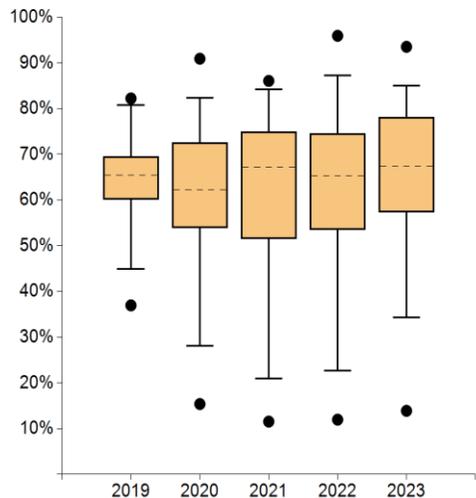
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

7. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	41*	10 - 223	2357
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	63*	30 - 278	3601
Quote	Begründungspflicht*** <45%	67,44%	13,89% - 93,51%	65,45%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	82,22%	90,91%	86,05%	95,92%	93,51%
95. Perzentil	80,74%	82,28%	84,20%	87,27%	85,03%
75. Perzentil	69,45%	72,57%	75,00%	74,58%	78,05%
Median	65,42%	62,22%	67,14%	65,22%	67,44%
25. Perzentil	60,08%	53,93%	51,52%	53,45%	57,38%
5. Perzentil	44,89%	28,12%	20,93%	22,63%	34,28%
Min	36,96%	15,38%	11,54%	11,96%	13,89%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	42	85,71%

Anmerkungen:

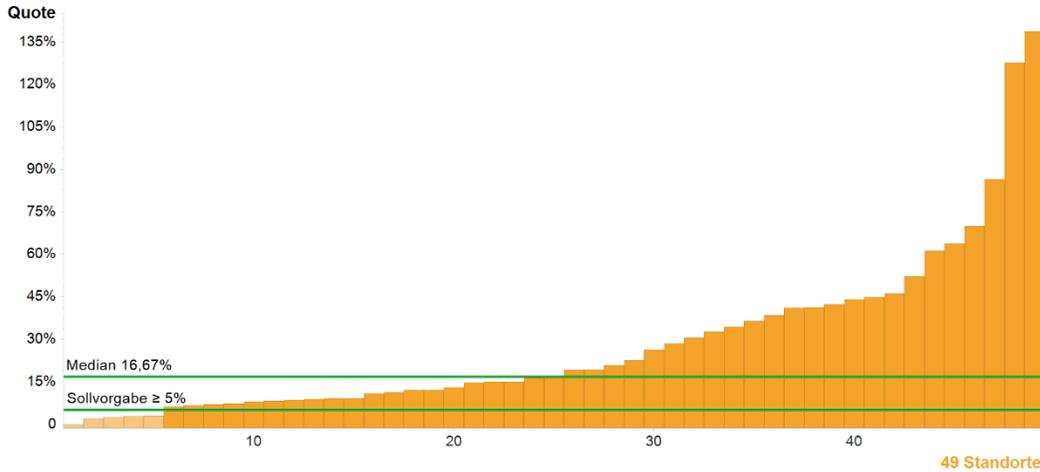
Die Quote der durch den Sozialdienst beratenen Pat. liegt im aktuellen KeZa-Jahr bei 65,5 % (Vorjahr: 62,1 %), 7 Zentren lagen unterhalb der Plausibilitätsgrenze (Vorjahr: 5). 2 dieser Standorte befinden sich im Ausland mit abweichenden Regelungen zur Sozialberatung. Die übrigen begründeten die Werte v. a. mit einem hohen Anteil endoskopisch behandelter Pat, kurzen Liegedauern und Personalmangel. Die FE sprachen 2 Hinweise 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.

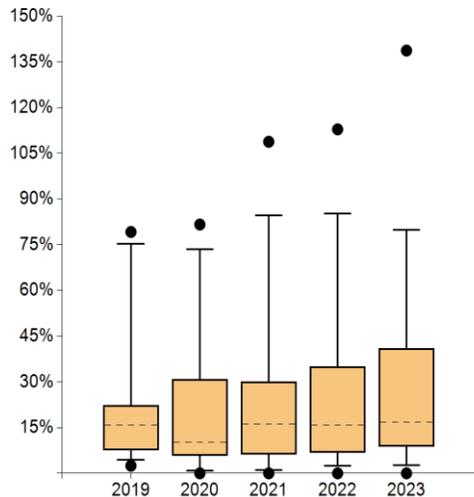
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

8. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	10*	0 - 97	891
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	51*	26 - 245	3019
Quote	Sollvorgabe \geq 5%	16,67%	0,00% - 138,71%	29,51%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	79,19%	81,63%	108,79%	112,86%	138,71%
95. Perzentil	75,21%	73,49%	84,69%	85,23%	79,83%
75. Perzentil	22,32%	30,91%	30,00%	35,00%	41,03%
Median	15,78%	10,14%	16,13%	15,79%	16,67%
25. Perzentil	7,70%	5,80%	6,25%	6,82%	8,77%
5. Perzentil	4,45%	0,78%	1,01%	2,50%	2,63%
Min	2,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	44	89,80%

Anmerkungen:

Bei leicht steigendem Median (16,7 %, Vorjahr: 15,8 %) zeigt sich insgesamt ein konstantes Niveau der Studienbeteiligung in den Zentren. Die Gesamtquote liegt bei 29,5 % (Vorjahr: 30,4%). 5 Zentren (Vorjahr 6) unterschritten die SV von \geq 5%. Begründet wurde dies u.a. mit fehlender Studienverfügbarkeit und internen Abläufen. Die Zentren planen eine Ausweitung der Studienaktivität.

* 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.

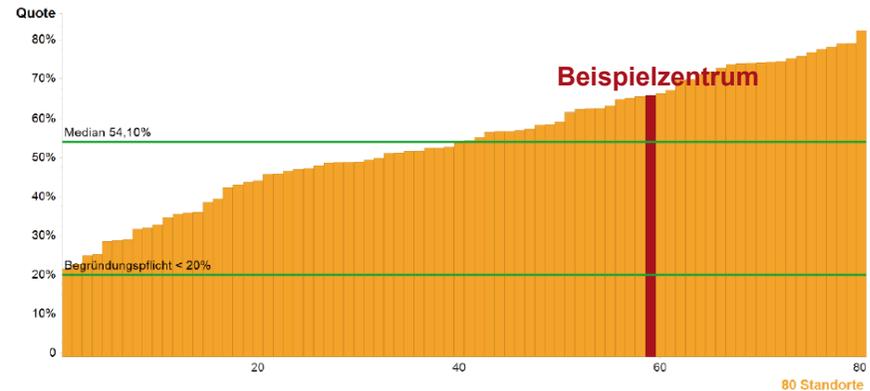
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkoziert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

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:

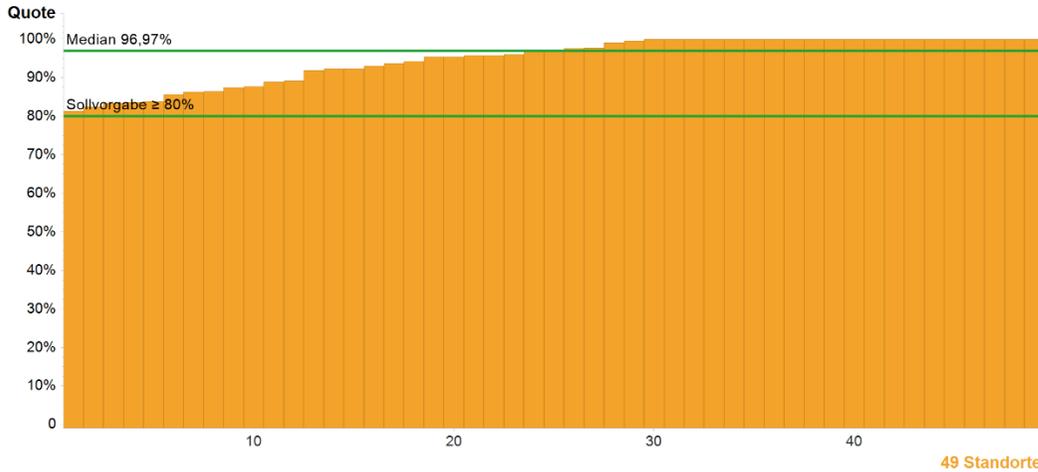
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

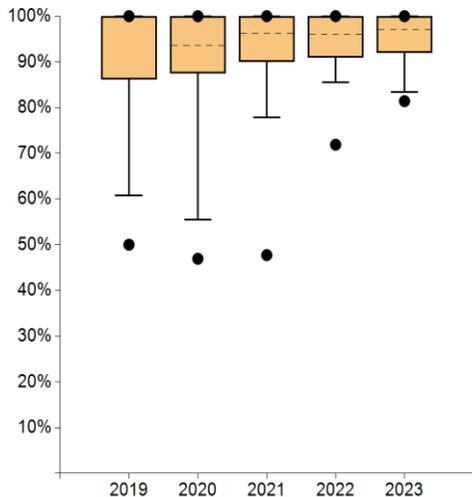
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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.

9. Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigem Befundbericht	42*	5 - 242	2384
Nenner	Primärfälle mit Biopsie	43*	5 - 243	2500
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	96,97%	81,40% - 100%	95,36%**



	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%	93,62%	96,23%	96,00%	96,97%
25. Perzentil	86,16%	87,52%	90,00%	90,91%	91,94%
5. Perzentil	60,73%	55,47%	77,80%	85,54%	83,44%
Min	50,00%	46,94%	47,73%	71,88%	81,40%

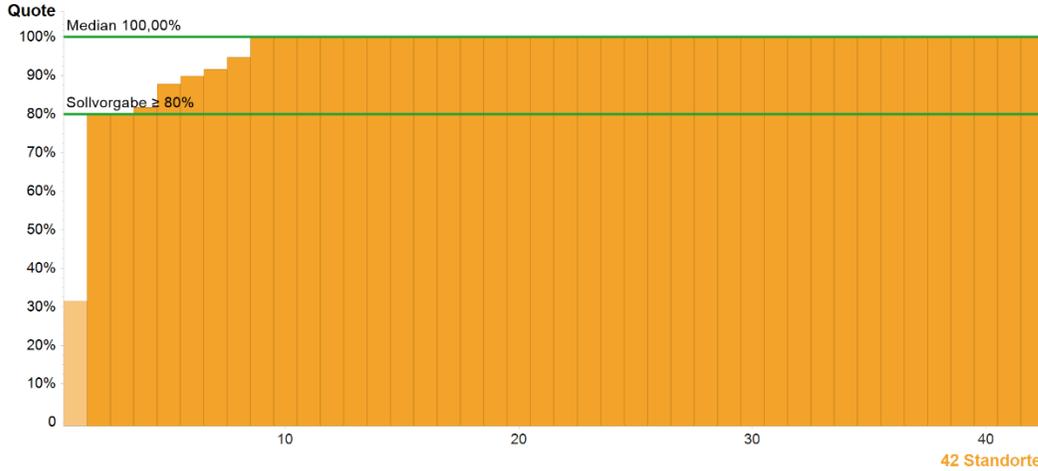
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	49	100,00%

Anmerkungen:

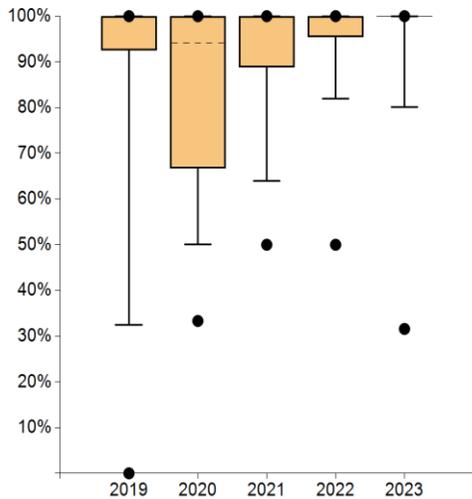
Dieser LL-QI zeigt über alle Perzentilen hinweg eine hohe Durchdringung. Die Gesamtquote liegt bei 95,4 % (Vorjahr: 94,85 %), der Median bei 97 %. Alle Zentren erfüllten die SV von ≥ 80%.

* 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.

10. Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe • Art der neoplastischen Läsion • WHO-Klassifikation • Grading • Lymphgefäß- u/o Veneninvasion • Tiefe (Invasionstiefe) • von zirkulärem und basalem Resektionsrand	5*	1 - 53	341
Nenner	Operative Primärfälle mit endoskopischer OP	5*	1 - 53	369
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	31,58% - 100%	92,41%**



	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%	94,12%	100%	100%	100%
25. Perzentil	92,50%	66,67%	88,89%	95,45%	100%
5. Perzentil	32,50%	50,00%	64,00%	82,00%	80,09%
Min	0,00%	33,33%	50,00%	50,00%	31,58%

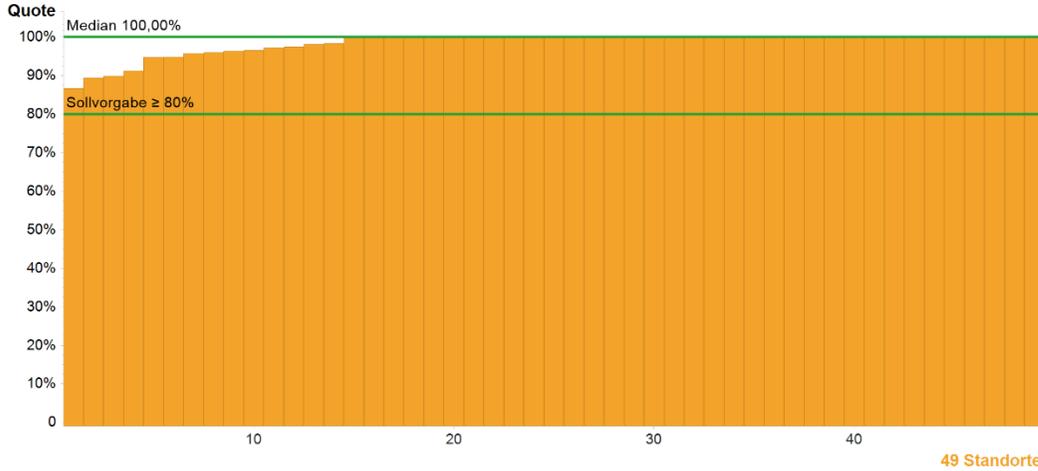
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
42	85,71%	41	97,62%

Anmerkungen:

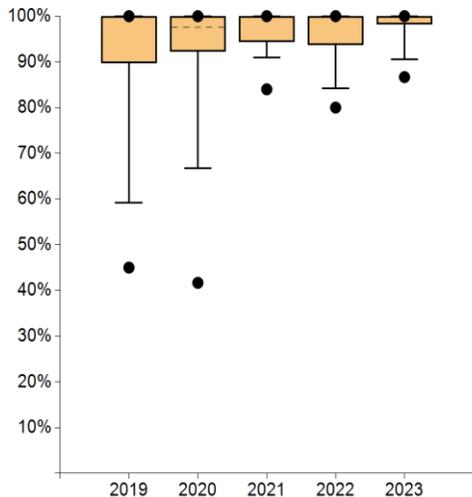
Auch die Vollständigkeit des Pathologieberichts der lokalen Exzidate wird von den Zentren sehr gut umgesetzt (92,4%, Vorjahr 93,3%). Wie im Vorjahr unterschritt 1 Zentrum die SV aufgrund eines Kommunikationsproblems mit der Pathologie. Nach erneuter interner Rücksprache konnten diese Auffälligkeiten für das Folgejahr bereits vollständig behoben werden.

* 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. Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe • Größe der neoplastischen Läsion • Art der neoplastischen Läsion • WHO-Klassifikation • Grading, • pT, pN, Ratio LK, L, V, R-Status (TNM)	28*	13 - 210	1677
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	29*	15 - 210	1697
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	86,67% - 100%	98,82%**



	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	100%	97,50%	100%	100%	100%
25. Perzentil	89,74%	92,30%	94,44%	93,75%	98,21%
5. Perzentil	59,25%	66,67%	90,93%	84,21%	90,52%
Min	45,00%	41,67%	84,00%	80,00%	86,67%

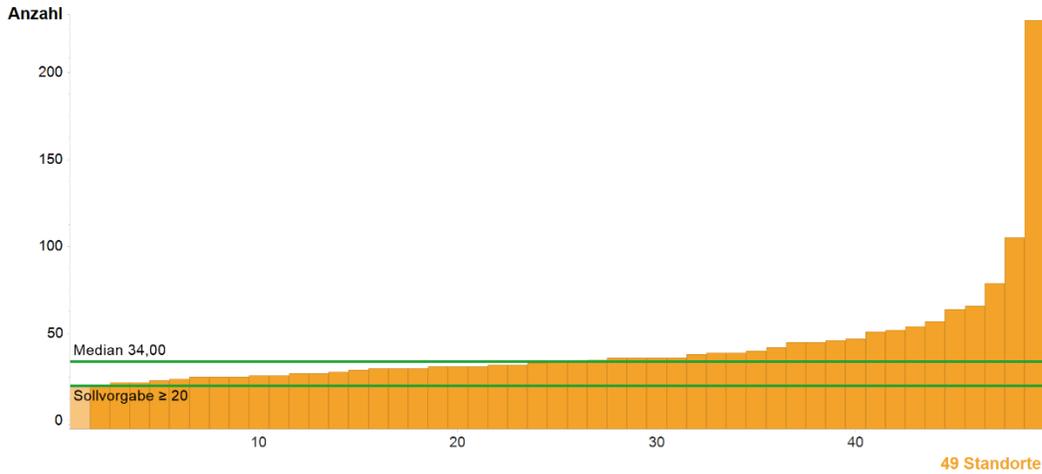
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	49	100,00%

Anmerkungen:

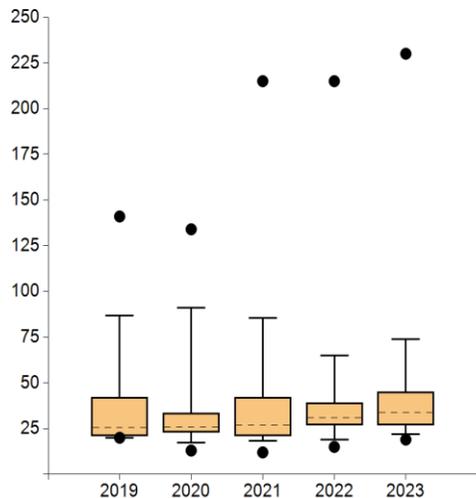
Wie auch die KeZa 9 zeigt auch dieser LL-QI eine weitere Steigerung in der Umsetzung durch die Zentren. Fast 99% der Pat. erhalten eine vollständigen Pathologiebericht des OP-Resektats (Vorjahr 96%). Alle Zentren erfüllten die SV und 71% der Zentren legten in 100% der Fälle einen vollständigen Bericht vor.

* 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.

12. Operative chirurgische Expertise



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative chirurgische Expertise	34	19 - 230	2034
	Sollvorgabe ≥ 20			



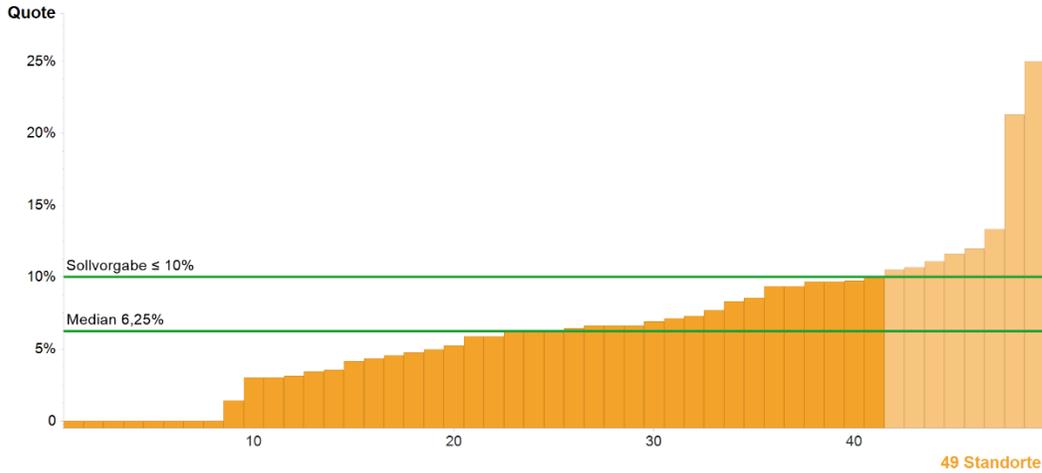
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	141,00	134,00	215,00	215,00	230,00
95. Perzentil	86,85	91,10	85,60	65,00	73,80
75. Perzentil	42,25	33,50	42,00	39,00	45,00
Median	25,50	26,00	27,00	31,00	34,00
25. Perzentil	21,00	23,00	21,00	27,00	27,00
5. Perzentil	20,00	17,30	18,20	19,00	22,00
Min	20,00	13,00	12,00	15,00	19,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	48	97,96%

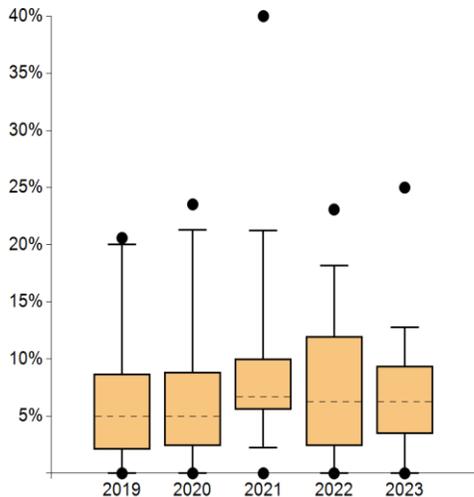
Anmerkungen:

Auch im KeZa-Jahr 2023 zeigt sich bei der operativen chirurgischen Expertise ein positiver Trend: Die Zahl der Gesamteingriffe stieg auf 2.034 Pat. (Vorjahr 1.549), was einem Zuwachs von 31,3 % entspricht. Im Median und über alle Perzentilen hinweg zeigt sich ein Anstieg. 40 von 49 Zentren erreichen die G-BA Mindestmenge von 26 Eingriffen. 48 Standorte erfüllten die SV von ≥ 20 Eingriffen. Das Zentrum, das darunter lag (Vorjahr 3 Zentren), begründete dies mit der Wettbewerbssituation umliegender Kliniken.

13. Revisions-OPs



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP	2*	0 - 13	112
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	28*	15 - 210	1685
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	6,25%	0,00% - 25,00%	6,65%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	20,59%	23,53%	40,00%	23,08%	25,00%
95. Perzentil	20,03%	21,27%	21,25%	18,18%	12,80%
75. Perzentil	8,70%	8,88%	10,00%	12,00%	9,38%
Median	5,00%	5,00%	6,67%	6,25%	6,25%
25. Perzentil	2,11%	2,39%	5,56%	2,38%	3,45%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	2,22%	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	%
49	100,00%	41	83,67%

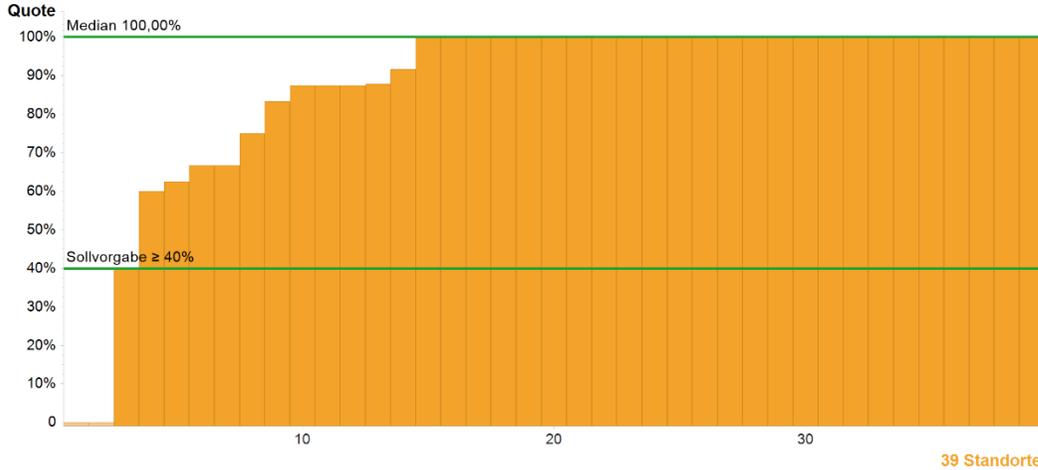
Anmerkungen:

Die Rate der Revisionsoperationen liegt etwa auf dem Level des Vorjahrs. Median und Gesamtquote bleiben stabil bei 6,25 % bzw. 6,65%. 8 Zentren verzeichneten eine Rate von >10% (Vorjahr 12). In 7 Fällen wiesen Zentren begründend auf Anastomosensuffizienzen hin, gefolgt von Blutungen (5x), Perfusionsstörungen (4x), Ileus (4x) und Pleuraempyem (3x). Weitere seltener Ursachen waren u.a. Faszienriszenzen, Trachealverletzungen und mesenteriale Ischämien. In 10 Fällen wurde auf die Falldarstellung im Audit verwiesen, so dass die Ursachen für die Revisions nicht aus dem Datenblatt hervorgingen. Die betroffenen Zentren leiteten Maßnahmen wie M&M-Konferenzen und Prozessanpassungen ein.

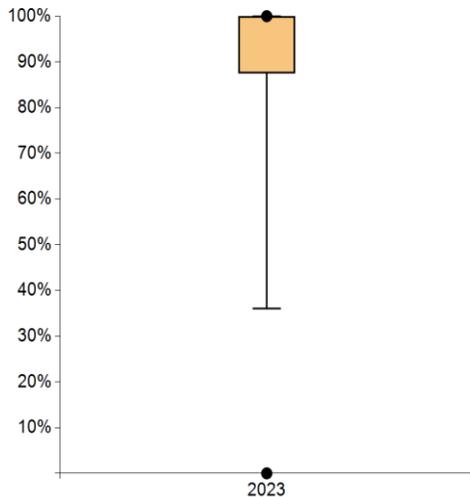
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

14. Endoskopische R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit endoskopischer R0-Resektion (nach Abschluss operative Therapie)	2*	0 - 29	175
Nenner	Operative Primärfälle mit HGIEN/HGD oder mukosalem Karzinom und endoskopischer Resektion OPS: 5- 422.2, 5-422.5	3*	1 - 33	201
Quote	Sollvorgabe ≥ 40%	100%	0,00% - 100%	87,06%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	87,50%
5. Perzentil	----	----	----	----	36,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	79,59%	37	94,87%

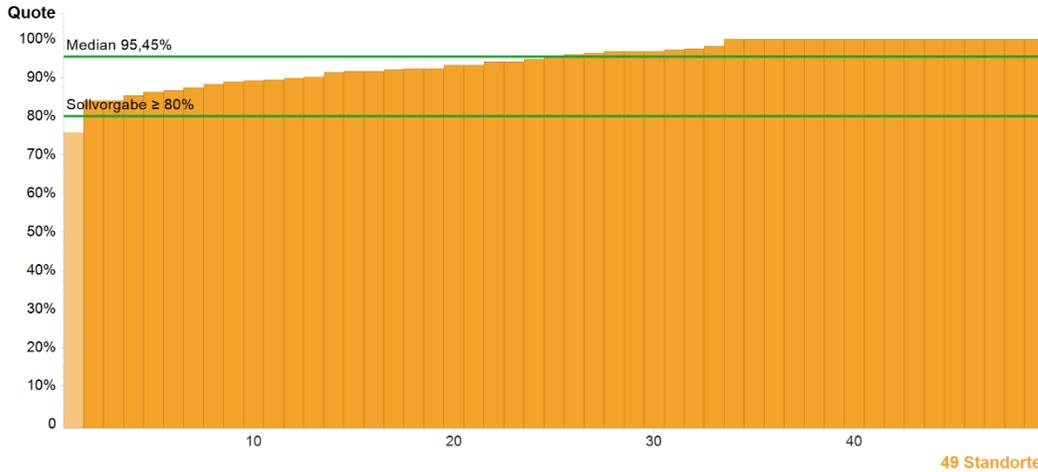
Anmerkungen:

Diese KeZa wurde entsprechend des LL-QI dahingehend angepasst, dass nun auch endoskopisch behandelte Primärfälle mit mukosalem Karzinom im Nenner erfasst werden. 2 von 39 Zentren mit auswertbaren Daten haben die SV von $\geq 40\%$ unterschritten. Die Begründungen für die insgesamt 3 Fälle mit R1 Resektion wurden in den Audits kritisch geprüft und plausibilisiert.

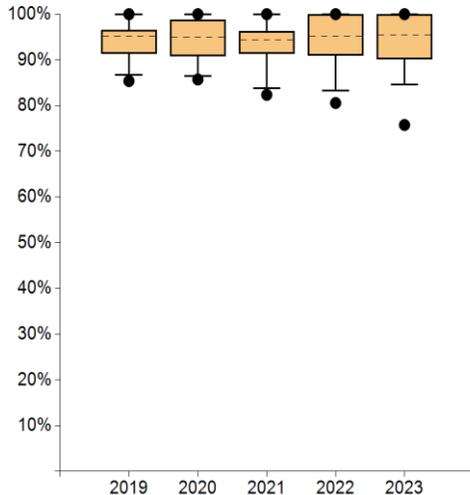
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

15. Chirurgische R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit chirurgischer R0-Resektion	27*	14 - 199	1598
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	29*	15 - 210	1697
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	95,45%	75,76% - 100%	94,17%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	96,51%	98,75%	96,30%	100%	100%
Median	95,23%	94,96%	94,44%	95,24%	95,45%
25. Perzentil	91,28%	90,84%	91,30%	90,91%	90,16%
5. Perzentil	86,77%	86,47%	83,82%	83,33%	84,60%
● Min	85,37%	85,71%	82,35%	80,56%	75,76%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	48	97,96%

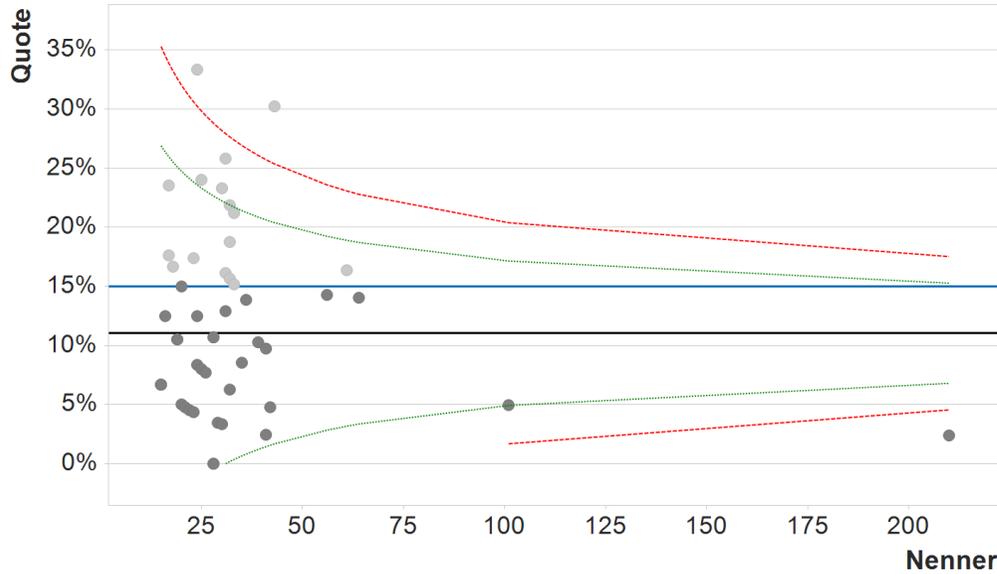
Anmerkungen:

Die Kennzahl zeigt über die Jahre eine stabile Entwicklung mit konstant hohen R0-Resektionsraten. 1 Zentrum (Vorjahr 0) unterschritt die Sollvorgabe. Ursächlich waren 2 Patienten mit präoperativ nicht bekanntem Zweitkarzinom (im intraop. Schnellschnitt tumorfrei, postoperativ pathol. R1). 16 Zentren erreichten eine R0-Resektionsrate von 100%. Der Median blieb mit 95,45% auf dem Niveau der Vorjahre.

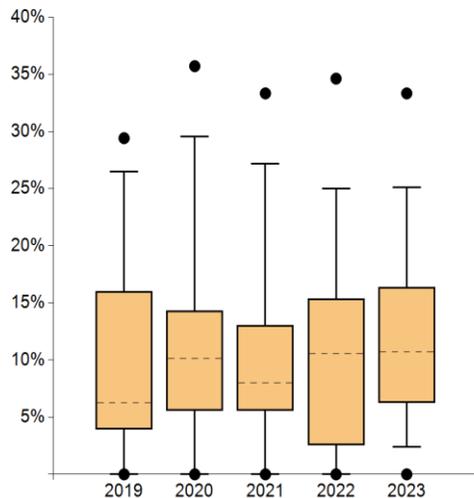
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

16. Anastomoseninsuffizienz (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Re-Intervention aufgrund einer Anastomoseninsuffizienz	3*	0 - 13	186
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	28*	15 - 210	1685
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	10,71%	0,00% - 33,33%	11,04%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	29,41%	35,71%	33,33%	34,62%	33,33%
95. Perzentil	26,47%	29,56%	27,17%	25,00%	25,09%
75. Perzentil	16,02%	14,29%	13,04%	15,38%	16,39%
Median	6,28%	10,14%	8,00%	10,53%	10,71%
25. Perzentil	3,92%	5,56%	5,56%	2,56%	6,25%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,40%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	33	67,35%

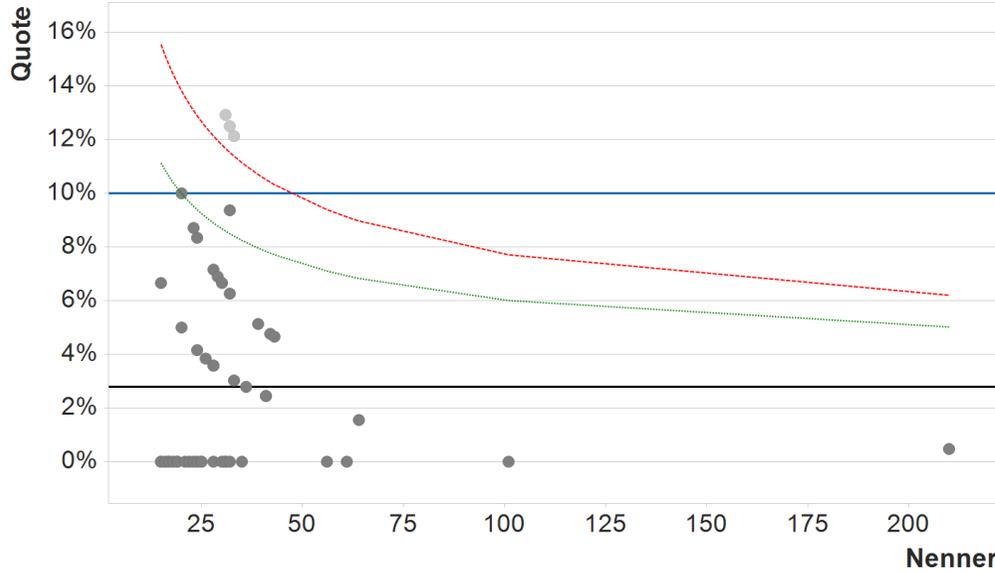
Anmerkungen:

Die Gesamtquote der Anastomoseninsuffizienzen ist im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen (Vorjahr 9,8%). 16 Zentren (32,7%) überschritten die Sollvorgabe von 15% (Vorjahr: 12). Die Ursachen wurden von den betreffenden Zentren nur vereinzelt benannt (z. B. Komorbiditäten, präoperative Bestrahlung, Voroperationen, technische Probleme wie Stapler-Fehlfunktionen oder Umstellung der OP-Technik). Die entsprechenden Kasuistiken wurden in den Audits aufgearbeitet, ggf. erfolgten Anpassungen der operativen Abläufe (z. B. ICG-Kontrolle, alternative Stapler-Systeme, Vier-Augen-Prinzip der Operateure). Es wurden 2 Hinweise und 1 kritischer Hinweis ausgesprochen.

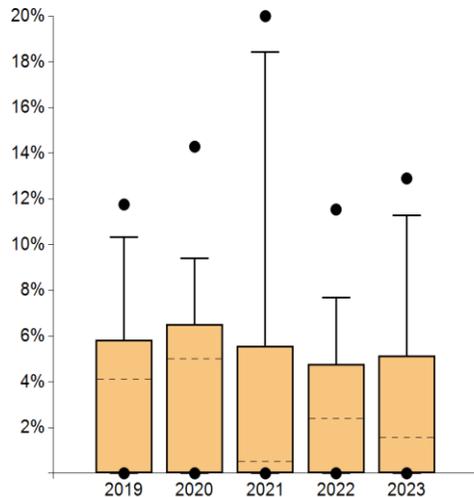
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

17a. Mortalität postoperativ - innerhalb von 30 d (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 30 d verstorben sind	1*	0 - 4	47
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	28*	15 - 210	1685
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,56%	0,00% - 12,90%	2,79%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	11,76%	14,29%	20,00%	11,54%	12,90%
95. Perzentil	10,34%	9,39%	18,43%	7,69%	11,27%
75. Perzentil	5,84%	6,51%	5,56%	4,76%	5,13%
Median	4,10%	5,00%	0,50%	2,38%	1,56%
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%

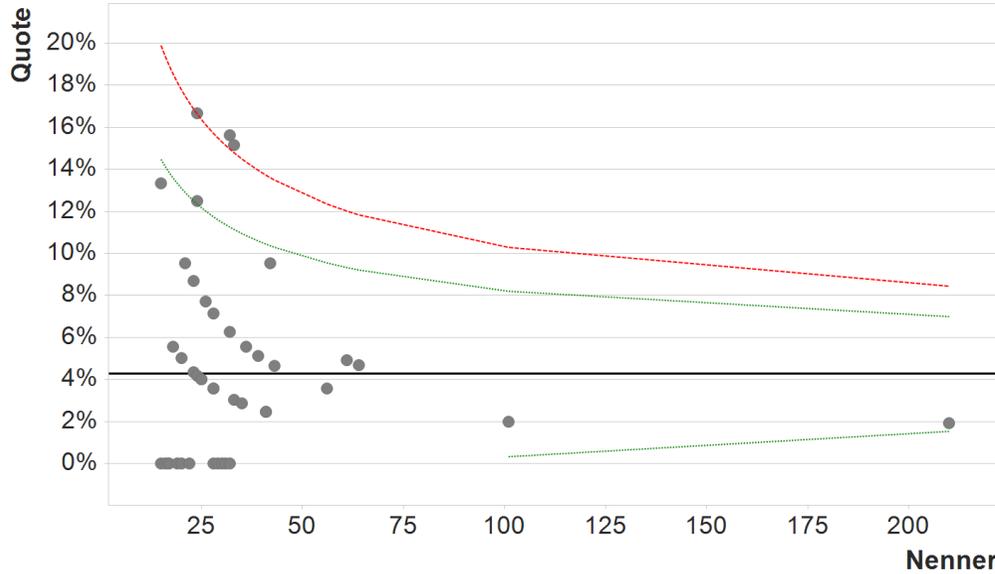
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	46	93,88%

Anmerkungen:

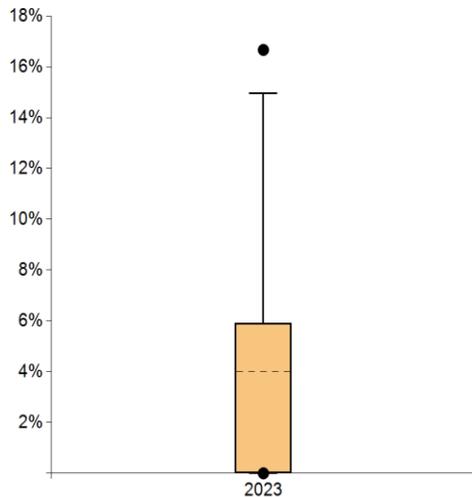
Bei niedrigerem Median zeigen sowohl Gesamtquote (2,8%) als auch die oberen Perzentile im Vergleich zum Vorjahr (2,6%) einen leichten Anstieg. 3 Zentren liegen über der SV von 10% (Vorjahr: 1). Die benannten Todesursachen waren vielfältig: ARDS (4 Fälle), Folgen einer Anastomosensuffizienz (2x), Ischämie des Interponats (2x), relevante Vorerkrankungen (3x) sowie jeweils 1 Fall von mesenterialer Ischämie und Lungenembolie. Die betreffenden Kasuistiken wurden im Audit eingehend besprochen, 1 Hinweis wurde 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.

17b. Mortalität postoperativ - innerhalb von 90 d (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 90 d verstorben sind	1*	0 - 5	65
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	28*	15 - 210	1527
Quote	Keine Sollvorgabe	4,00%	0,00% - 16,67%	4,26%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	----	----	----	16,67%
95. Perzentil	----	----	----	----	14,97%
75. Perzentil	----	----	----	----	5,91%
Median	----	----	----	----	4,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
43	87,76%	----	----

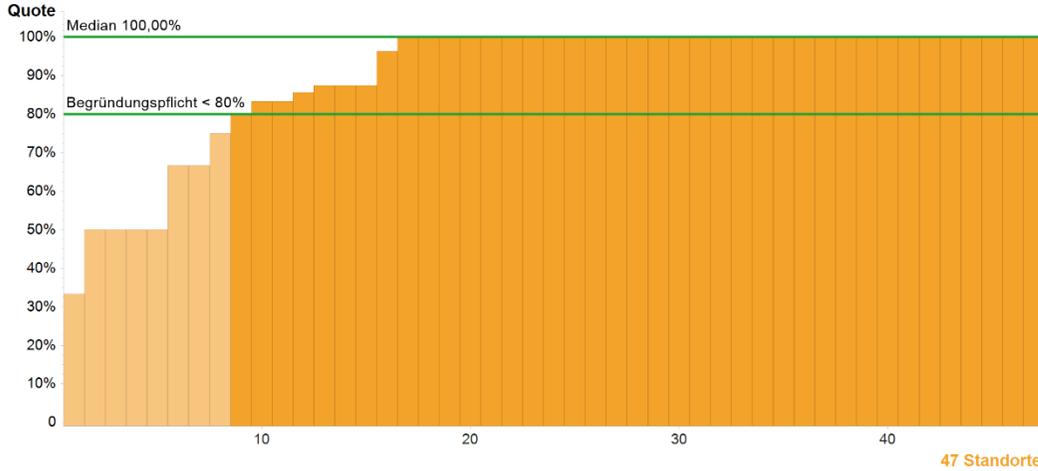
Anmerkungen:

Dieser LL-QI wurde 2023 erstmals als KeZa erfasst. Eine SV ist derzeit nicht definiert. Im Erfassungszeitraum lag die Gesamtquote bei 4,26 %, der Median bei 4,00 %. Die Spannweite reichte von 0,00 % bis 16,67 %.

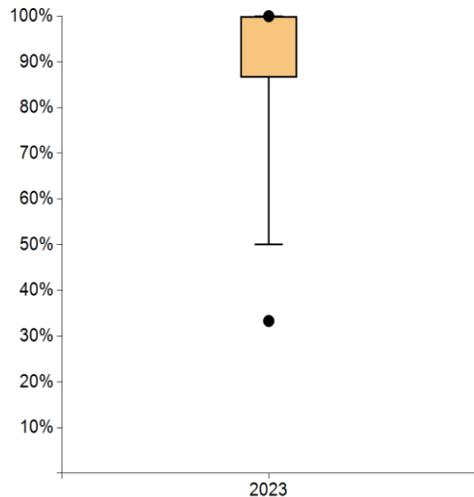
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

18. Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4 oder N1-3 Plattenepithelkarzinom (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Radiochemotherapie	4*	1 - 26	216
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4 oder N1-3 Plattenepithelkarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	4*	1 - 27	234
Quote	Begründungspflicht*** < 80%	100%	33,33% - 100%	92,31%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	86,61%
5. Perzentil	----	----	----	----	50,00%
Min	----	----	----	----	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
47	95,92%	39	82,98%

Anmerkungen:

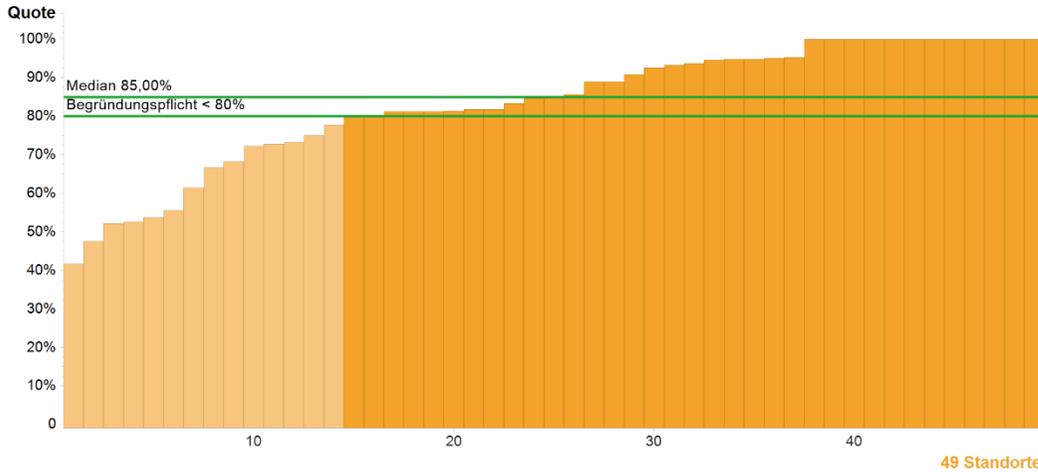
Diese KeZa wurde in der modifizierten Form (Nenner erweitert auf N1-3) erstmals erhoben. 63,3% der Zentren haben bei allen Pat. mit cT3/ cT4 oder N1-3 PeCa eine präoperative RCT durchgeführt. 8 Zentren wurden begründungspflichtig und führten ursächlich an: Ablehnung einer RCT durch den Pat. (3 Fälle), Komorbiditäten bzw. hohes Alter mit Kontraindikation gegen eine RCT (2x), Abbruch der RCT aufgrund des Nebenwirkungsprofils sowie Z.n. RCT im gleichen Bestrahlungsgebiet (1x). Aufgrund der insgesamt geringen Pat.zahl im Nenner führten einzelne Fälle bereits zur Begründungspflicht.

* 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.

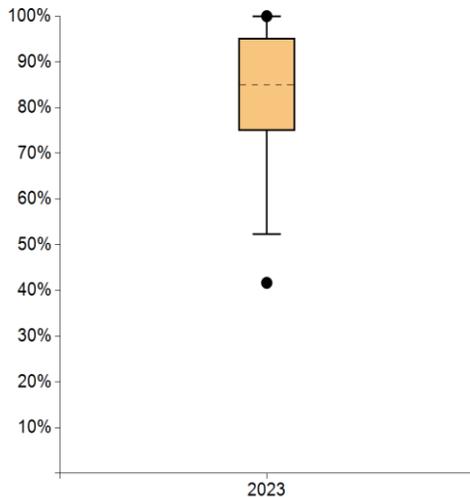
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

19. Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit prä- und postoperativer Chemotherapie oder präoperativer Radiochemotherapie	14*	2 - 73	862
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4 oder N1-3 Adenokarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	18*	2 - 140	1078
Quote	Begründungspflicht*** <80%	85,00%	41,67% - 100%	79,96%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	95,24%
Median	----	----	----	----	85,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	75,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	52,34%
Min	----	----	----	----	41,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	35	71,43%

Anmerkungen:

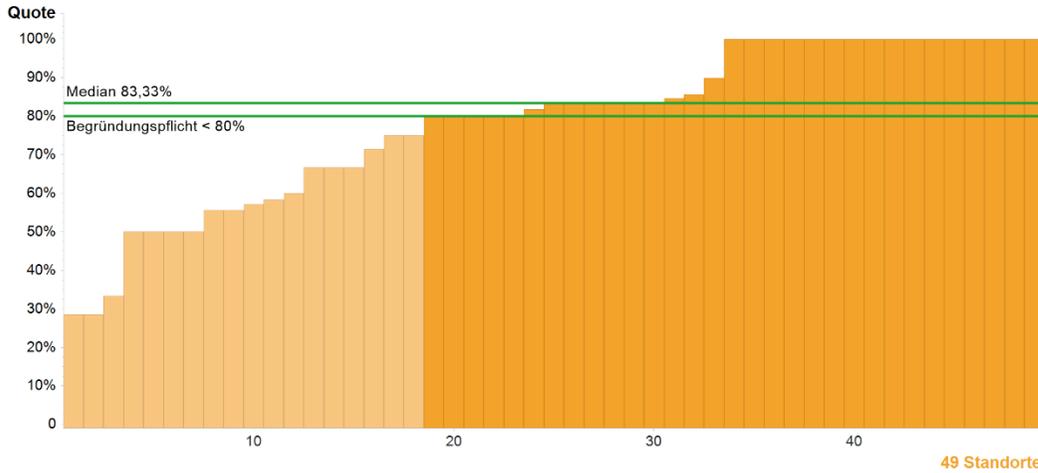
Auch in den Nenner dieser KeZa fließen entsprechend des LL-QIs nun unabhängig von der T-Kategorie alle Pat. mit N1-3 ein. Die Gesamtquote liegt bei ca. 80 %, der Median bei 85 %. 6 Zentren waren begründungspflichtig. Häufigste Ursachen für nicht durchgeführte oder nicht komplettierte RCT waren Ablehnung durch die Pat. (19 ×), postoperative Komplikationen (10 ×), Versterben (10 ×), reduzierter AZ (9 ×), heimatnah erfolgte Adjuvant (8 ×) sowie noch ausstehende Therapien zum Zeitpunkt der Auswertung (7 ×).

* 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.

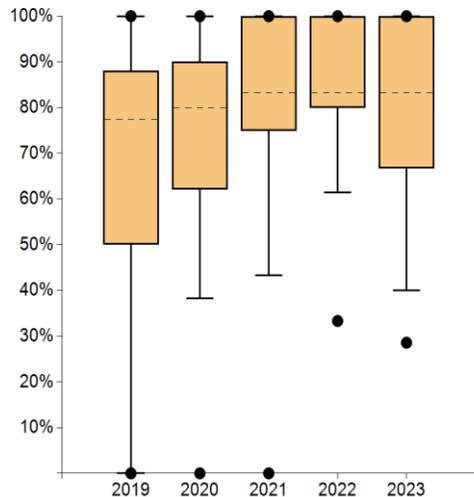
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

20. First-Line Systemtherapie bei metastasiertem Adenokarzinom (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Systemtherapie (Erstlinie)	4*	1 - 11	233
Nenner	Primärfälle mit metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus	6*	1 - 13	303
Quote	Begründungspflicht*** <80%	83,33%	28,57% - 100%	76,90%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	88,06%	90,00%	100%	100%	100%
Median	77,50%	80,00%	83,33%	83,33%	83,33%
25. Perzentil	50,00%	62,15%	75,00%	80,00%	66,67%
5. Perzentil	0,00%	38,33%	43,33%	61,46%	40,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%	28,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
49	100,00%	31	63,27%

Anmerkungen:

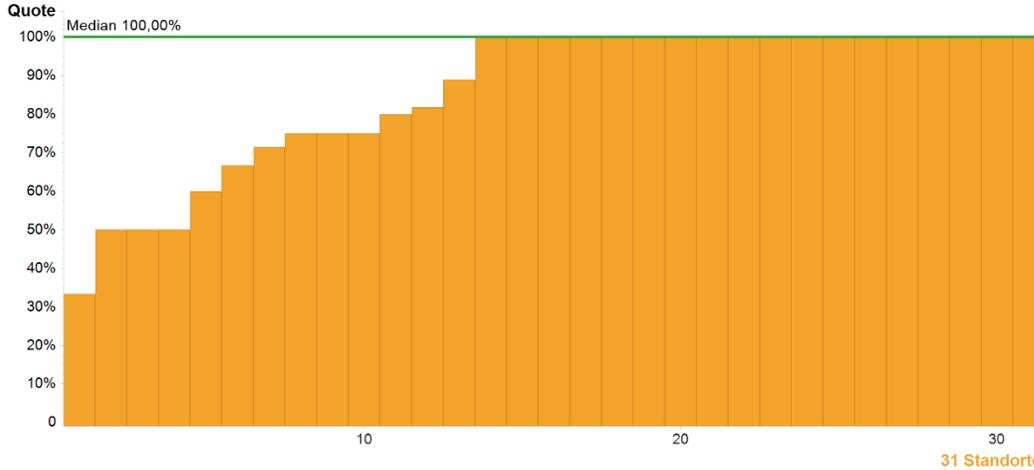
Die Gesamtquote für die Durchführung einer First-Line Systemtherapie bei metastasiertem Adeno-Ca liegt im aktuellen KeZa-Jahr bei 76,9 % (Vorjahr: 81,7 %), der Median beträgt 83,33 %. 18 Zentren lagen unter der Grenze von 80 % und unterlagen damit der Begründungspflicht (Vorjahr: 9 Zentren). Ursächlich gaben die Zentren Versterben vor Therapiebeginn (19 Fälle), Entscheidung für Best Supportive Care (10 Fälle), Ablehnung der Therapie durch die Pat. (9 Fälle), relevante Komorbiditäten (6 Fälle), operative Versorgung der Metastasen (6 Fälle) sowie externe Weiterbehandlung (4 Fälle) 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.

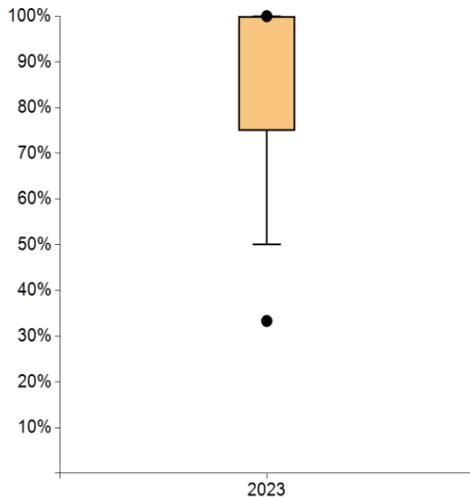
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

21. HER2-/PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Testung HER2 und PD-L1 CPS vor Einleitung der Systemtherapie	3*	1 - 10	115
Nenner	Primärfälle mit Adenokarzinom des Ösophagus (C15, C16.0) und M1 und palliativer Systemtherapie	4*	1 - 11	138
Quote	Keine Sollvorgabe	100%	33,33% - 100%	83,33%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	75,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	50,00%
Min	----	----	----	----	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
31	63,27%	----	----

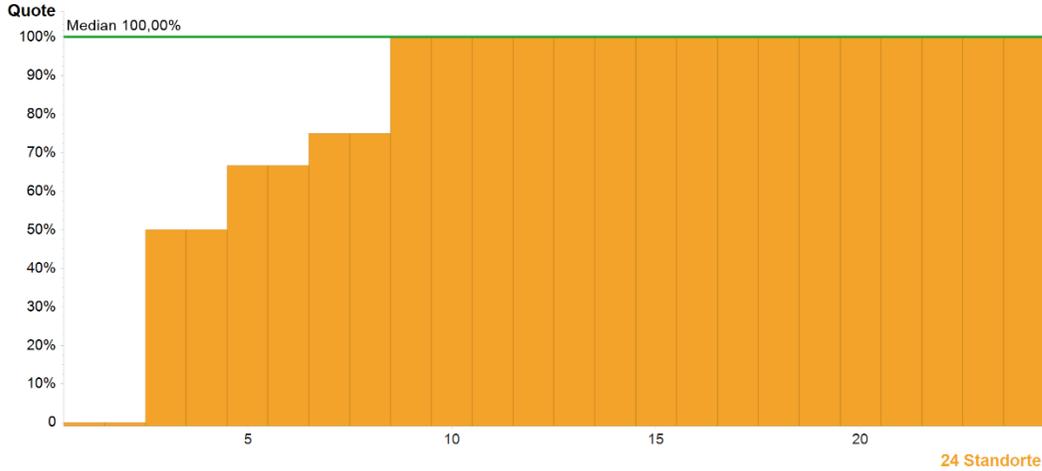
Anmerkungen:

Dieser LL-QI wurde 2023 erstmals und zunächst optional als KeZa erfasst. Die Gesamtquote der HER2- und PD-L1-Testung vor Einleitung einer palliativen Systemtherapie liegt bei 83,33 %, der Median bei 100 %. In der Mehrzahl der Zentren (18 von 24 Zentren) erfolgte die Bestimmung regelhaft.

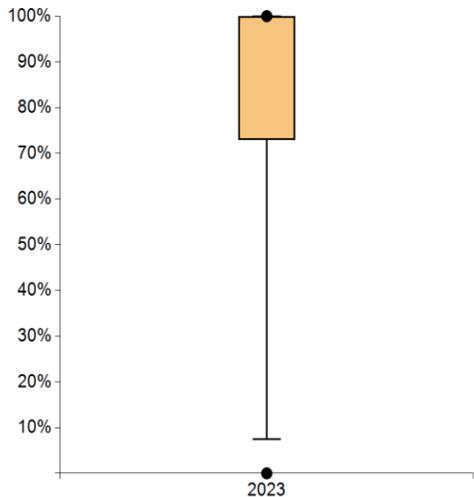
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

22. PD-L1-Bestimmung bei metastasiertem Plattenepithelkarzinom (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Testung PD-L1 CPS und PD-L1 TPS vor Einleitung der Systemtherapie	2*	0 - 11	55
Nenner	Primärfälle mit Plattenepithelkarzinom des Ösophagus (C15) und M1 und palliativer Systemtherapie	2*	1 - 11	63
Quote	Keine Sollvorgabe	100%	0,00% - 100%	87,30%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	72,92%
5. Perzentil	----	----	----	----	7,50%
Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
24	48,98%	----	----

Anmerkungen:

Dieser LL-QI wurde 2023 erstmals als KeZa erfasst. Die Gesamtquote der PD-L1-Testung (CPS und TPS) vor Einleitung einer palliativen Systemtherapie liegt bei 87,3 %, der Median bei 100 %. In den meisten Zentren wurde die Testung regelhaft durchgeführt (16 von 24 Zentren).

* 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.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren/ Speiseröhrenkrebszentren
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: 978-3-910336-75-9



9 783910 336759