



Kennzahlenauswertung 2026

Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren

Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024

Inhaltsverzeichnis

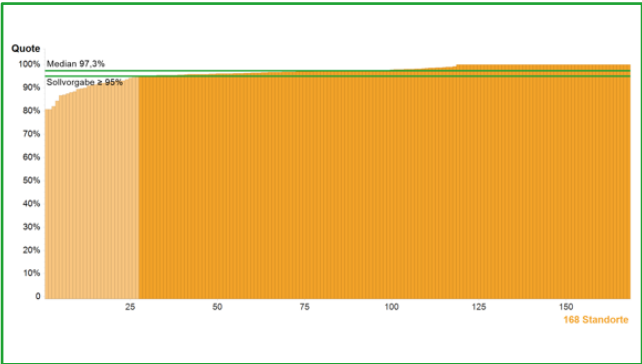
Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2025	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	11
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle Zentrum	11
Kennzahl Nr. 1b: Pat. 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

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. 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)

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit einem Pankreaskarzinom, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	44*	21 - 196	8349	7696
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	46*	22 - 198	8623	7943
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,3%	80,8% - 100%	96,8%**	96,9%



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.

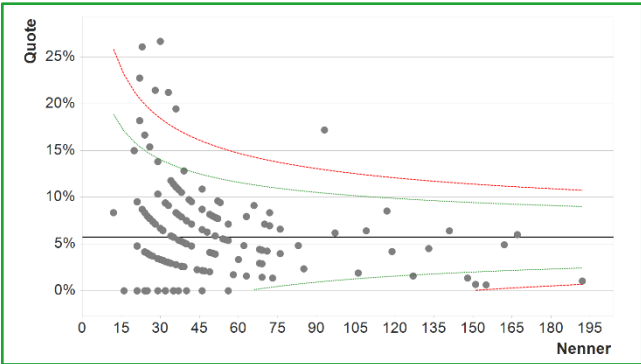
Grunddaten Kennzahl:

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:

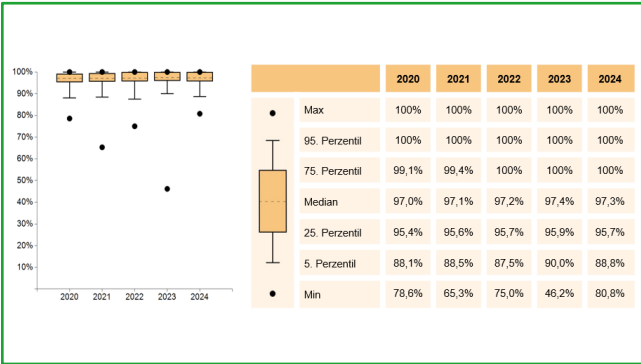
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



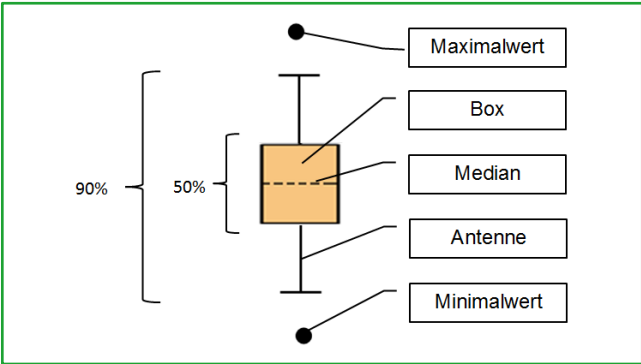
Funnel Plots:

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 **2020, 2021, 2022, 2023** und **2024** 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 2025

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	8	9	5	5	6	5
Zertifizierte Zentren	172	166	152	143	133	124
Zertifizierte Standorte	174	168	154	145	136	127

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	168	154	148	139	131	121
entspricht	96,6%	91,7%	96,1%	95,9%	96,3%	95,3%
Primärfälle gesamt*	8.623	7.943	7.276	7.189	6.759	6.068
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	51,3	51,6	49,0	52,0	52,0	50,0
Primärfälle pro Standort (Median)*	46	45	44	46	45	49

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

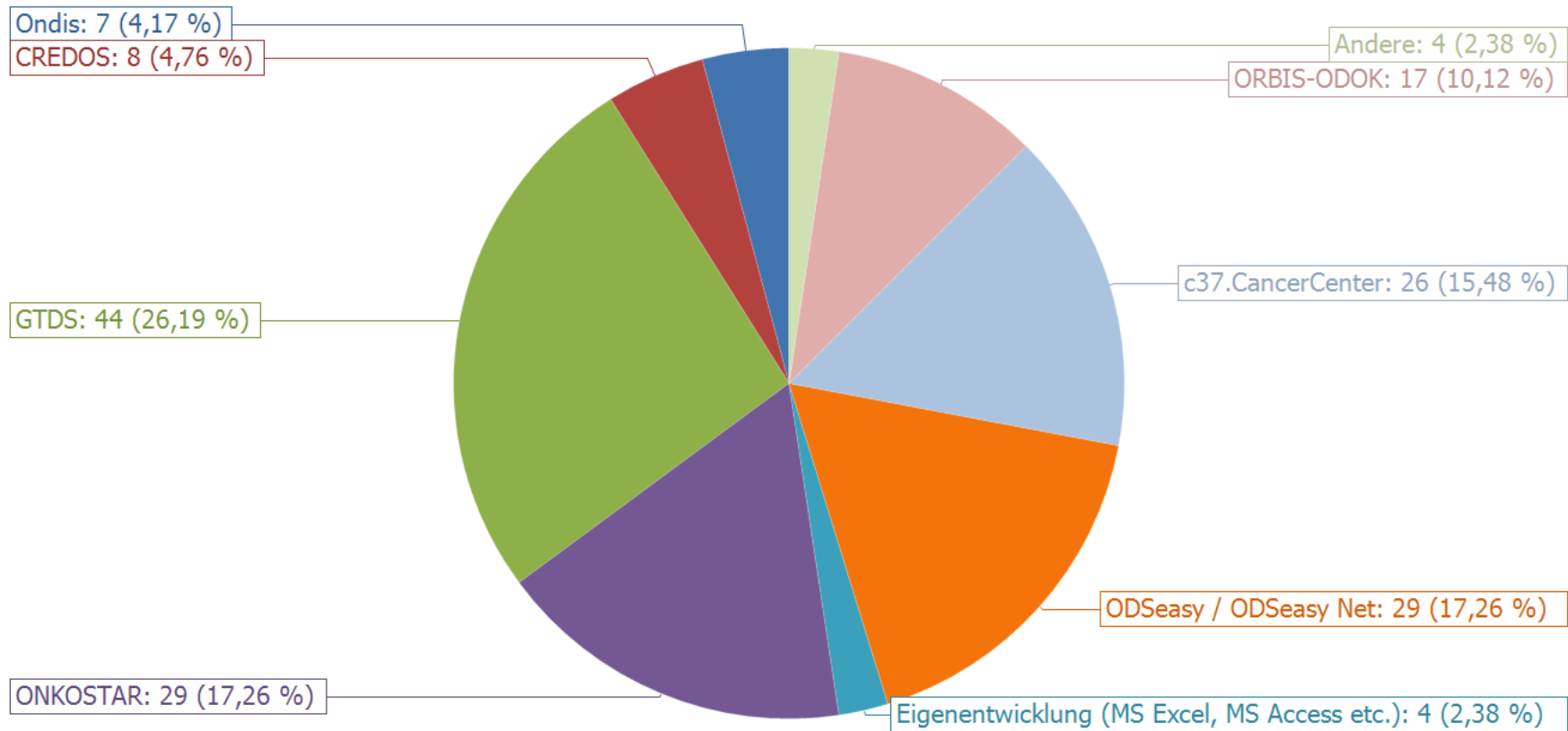
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Pankreaskarzinomzentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 168 der 174 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 4 Standorte, die im Jahr 2025 zum ersten Mal zertifiziert wurden, und 1 Standort, welcher das Zertifikat wiedereingesetzt hat (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen/ Wiedereinsetzungen nicht verpflichtend). Zudem wurde 1 Standort nicht berücksichtigt, bei welchem zum Datenschluss am 31.01.2026 kein freigegebenes Datenblatt vorlag.

In 174 Standorten wurden insgesamt 8.834 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2024. Sie stellen für die in 2025 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

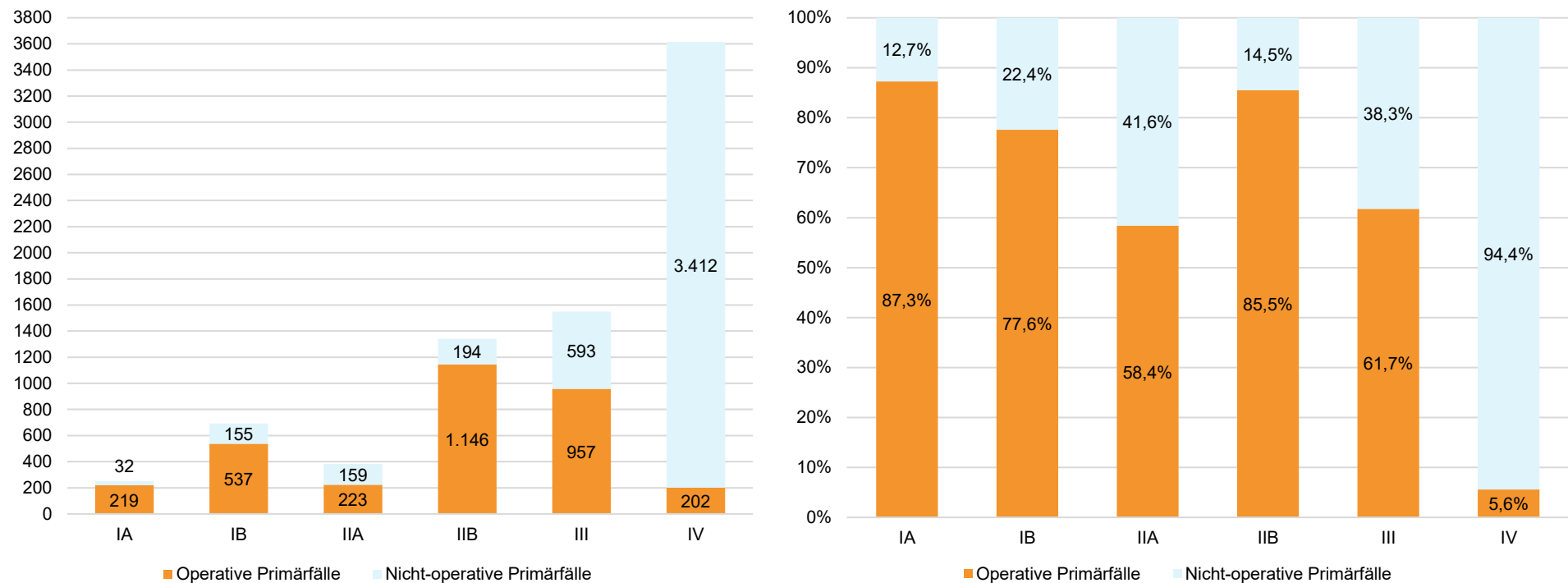
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



Legende:	
Andere	System in ≤ 3 Standorten genutzt

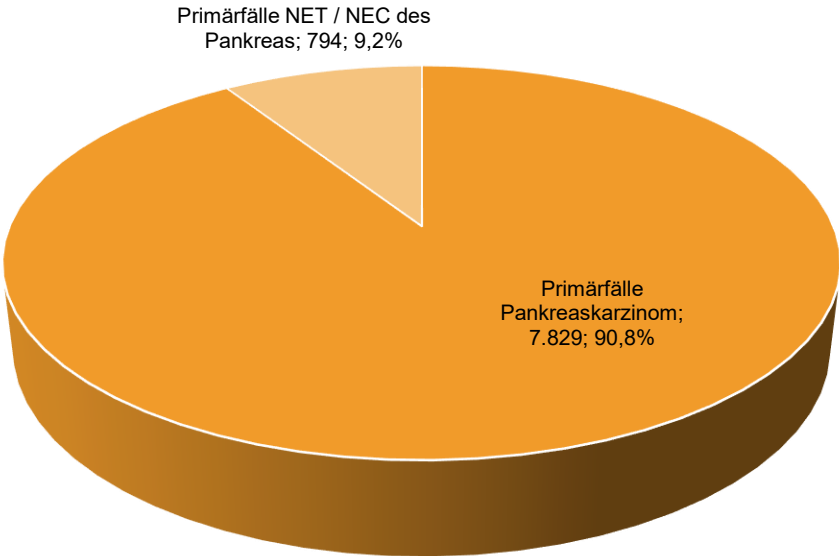
Die Angaben zum Tumordokumentations-system wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten – Primärfälle Pankreaskarzinom (Karzinome des exokrinen Pankreas)

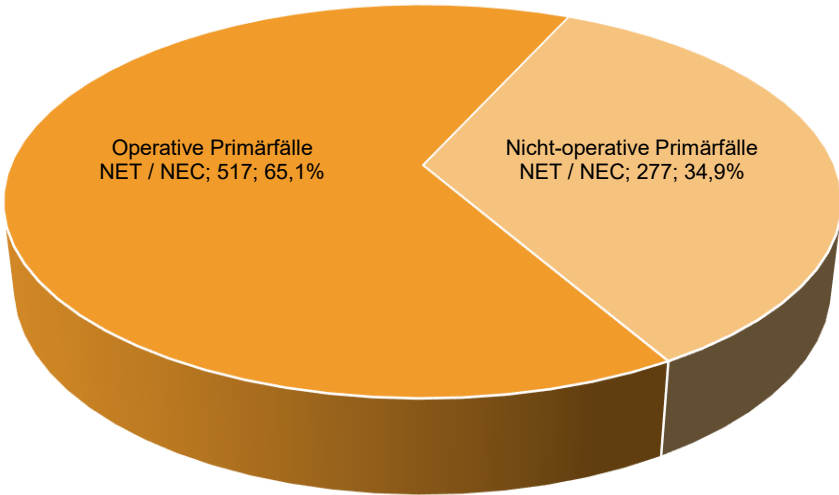


	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
Operative Primärfälle	219 (87,3%)	537 (77,6%)	223 (58,4%)	1.146 (85,5%)	957 (61,7%)	202 (5,6%)	3.284 (42,0%)
Nicht-operative Primärfälle	32 (12,7%)	155 (22,4%)	159 (41,6%)	194 (14,5%)	593 (38,3%)	3.412 (94,4%)	4.545 (58,0%)
Primärfälle gesamt	251 (100%)	692 (100%)	382 (100%)	1.340 (100%)	1.550 (100%)	3.614 (100%)	7.829 (100%)

Basisdaten – Primärfälle Pankreas



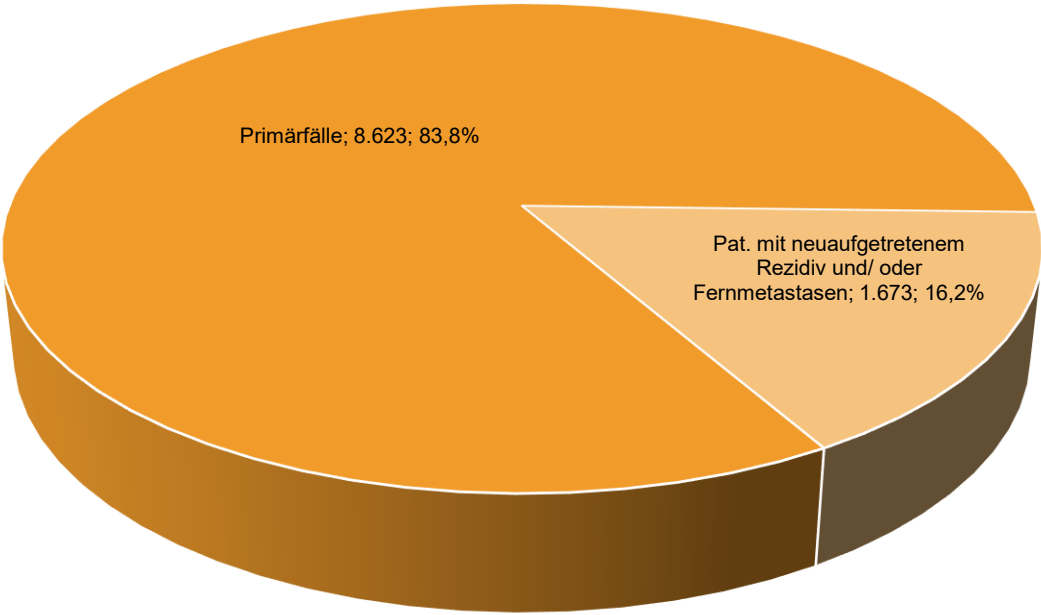
Primärfälle Pankreaskarzinom	Primärfälle NET / NEC des Pankreas	Primärfälle gesamt
7.829 (90,8%)	794 (9,2%)	8.623 (100%)



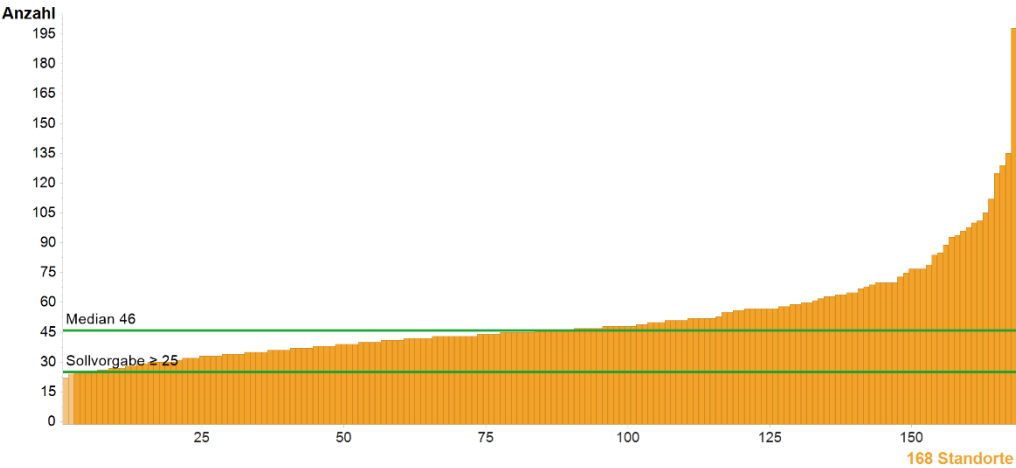
Operative Primärfälle NET / NEC	Nicht-operative Primärfälle NET / NEC	Primärfälle Gesamt NET / NEC
517 (65,1%)	277 (34,9%)	794 (100%)

Basisdaten – Zentrumsfälle Pankreas

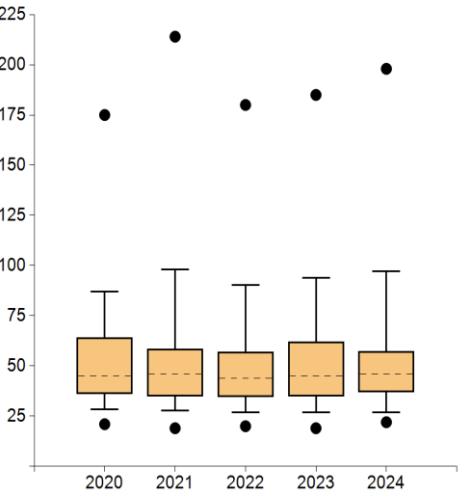
Primärfälle	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
8.623 (83,8%)	1.673 (16,2%)	10.296 (100%)



1a. Primärfälle Zentrum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	46	22 - 198	8623	7943
	Sollvorgabe ≥ 25				

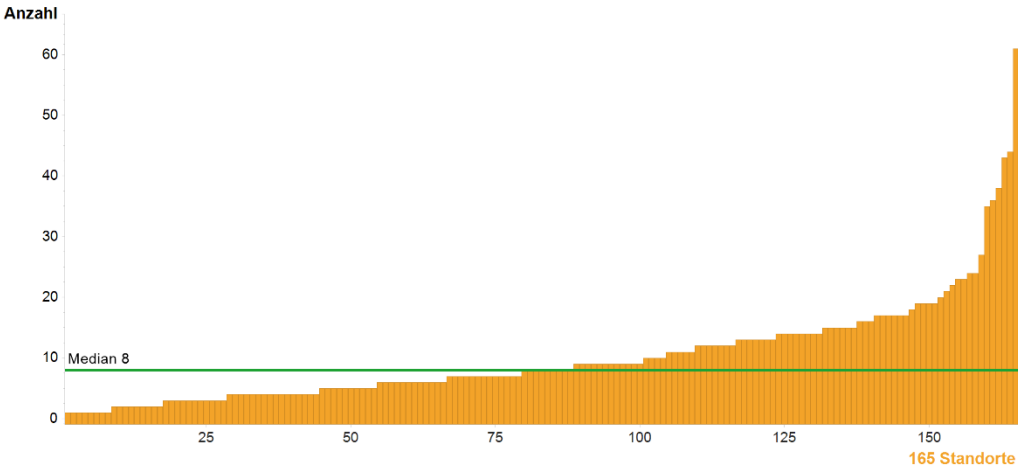


		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	175	214	180	185	198
	95. Perzentil	87	98,1	90,3	94	97,3
	75. Perzentil	64	58,5	57	62	57,3
	Median	45	46	44	45	46
	25. Perzentil	36	35	34,8	35	37
	5. Perzentil	28,5	27,9	27	27	27
	Min	21	19	20	19	22

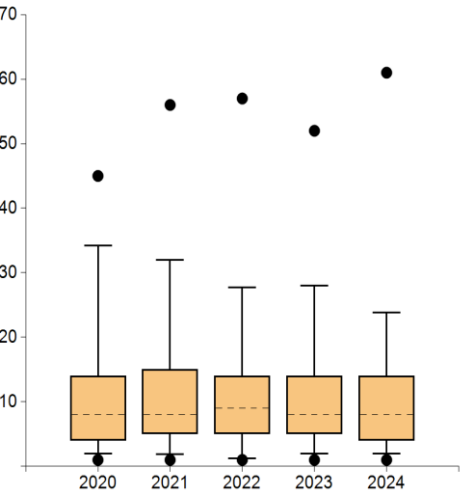
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	166	98,8%	152	98,7%

Anmerkungen:
Die Zahl der Primärfälle ist auf 8.623 angestiegen und liegt damit +8,6 % über dem Vorjahreswert (7.943). 168 Zentren (Vorjahr: 154) wurden im Jahresbericht berücksichtigt, was einem Zuwachs von 9,1 % entspricht. Auf die Inzidenz der Neuerkrankungen in D 2023 bezogen (19.862 Neuerkrankungen C25; Quelle: RKI) wurden 41,25 % aller Pat. mit Erstdiagnose eines Pankreas-Ca in einem zertifizierten Zentrum behandelt. 2 Zentren haben die SV unterschritten. Begründet wurde dies mit Überlastung der Bettenkapazitäten im Haus und Wegzug von Zuweisern. Beide Zentren befanden sich im WA, erreichten aber den 3 Jahresdurchschnittswert.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	8	1 - 61	1673	1620
	Keine Sollvorgabe				

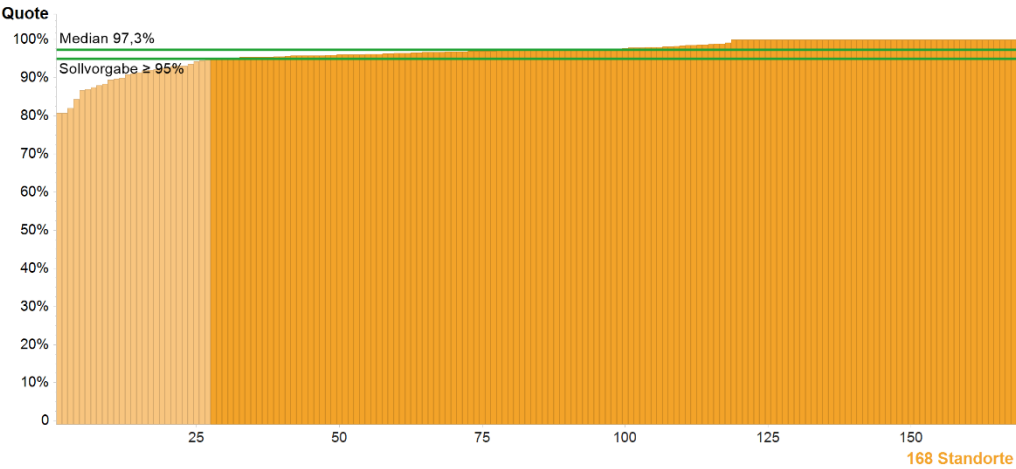


		2020	2021	2022	2023	2024
Max		45	56	57	52	61
95. Perzentil		34,2	32	27,8	28	23,8
75. Perzentil		14	15	14	14	14
Median		8	8	9	8	8
25. Perzentil		4	5	5	5	4
5. Perzentil		2	1,9	1,3	2	2
Min		1	1	1	1	1

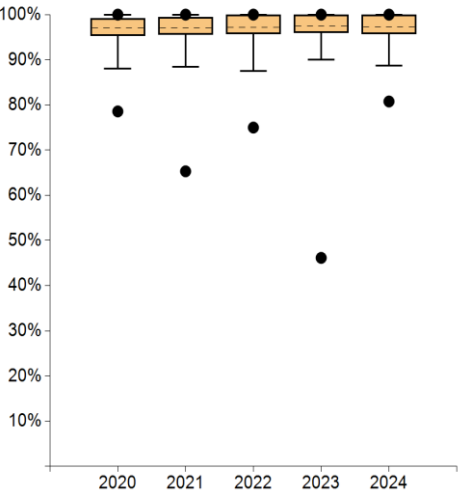
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
165	98,2%	151	98,1%	----	----	----	----

Anmerkungen:
Im aktuellen KeZa-Jahr wurden 1.673 Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen an 165 Zentren behandelt (Vorjahr: 1.620, +3,3 %). In 3 Zentren traten im Erfassungszeitraum keine entsprechenden Fälle auf. Im Median wurden wie im Vorjahr 8 Fälle pro Zentrum behandelt.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit einem Pankreaskarzinom, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	44*	21 - 196	8349	7696
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	46*	22 - 198	8623	7943
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,3%	80,8% - 100%	96,8%**	96,9%



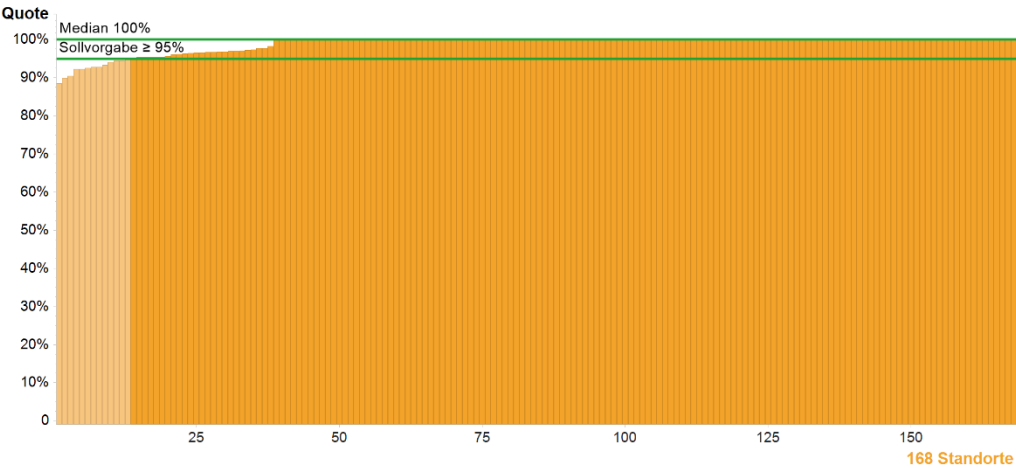
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	99,1%	99,4%	100%	100%	100%
	Median	97,0%	97,1%	97,2%	97,4%	97,3%
	25. Perzentil	95,4%	95,6%	95,7%	95,9%	95,7%
	5. Perzentil	88,1%	88,5%	87,5%	90,0%	88,8%
●	Min	78,6%	65,3%	75,0%	46,2%	80,8%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	141	83,9%	129	83,8%

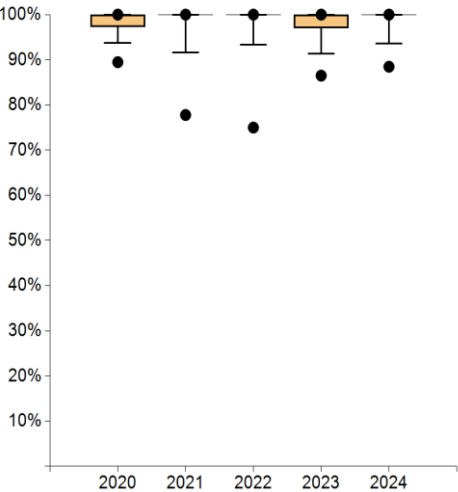
Anmerkungen:
Die KeZa bleibt mit einer Gesamtquote von 96,8 % und einem Median von 97,3 % auf einem hohen Niveau. 27 Zentren haben die SV unterschritten (Vorjahr 25). Die häufigsten Gründe waren intraoperative Zufallsbefunde bzw. OPs bei initial benigner Verdachtsdiagnose (24×), Notfalloperationen (8×), organisatorische Versäumnisse (61×), dringliche Therapieeinleitungen (12), Tod vor Fallvorstellung (8×) und palliative Situationen mit BSC (7×). Als Maßnahmen wurden Qualitätszirkel durchgeführt und Konzepte für routinemäßige Tumorkonferenzvorstellungen auch bei vorliegenden externen Tumorkonferenzbeschlüssen erstellt. Es wurden 4 Hinweise ausgesprochen. Es bleibt festzuhalten, dass auch palliative Therapiekonzepte einmal in einer Tumorkonferenz beschlossen werden sollen.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	19*	5 - 87	3752	3444
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19*	5 - 89	3801	3508
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	88,5% - 100%	98,7%**	98,2%

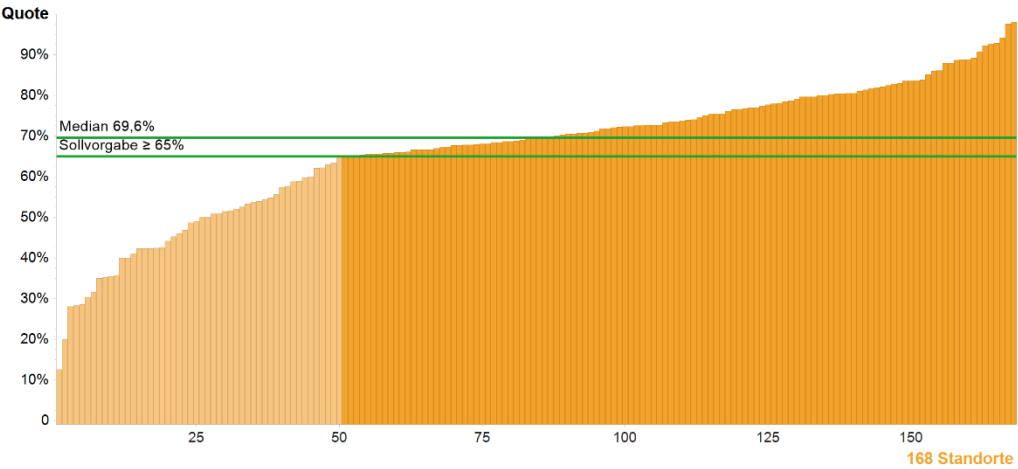


		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	100%	100%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	97,3%	100%	100%	97,1%	100%
	5. Perzentil	93,7%	91,7%	93,3%	91,4%	93,6%
	Min	89,5%	77,8%	75,0%	86,5%	88,5%

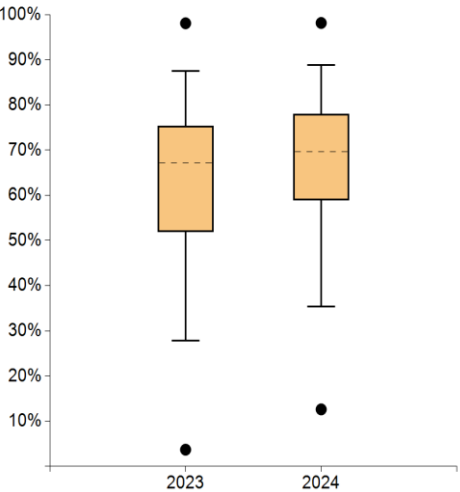
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	155	92,3%	134	87%
Anmerkungen: Die postoperative Fallvorstellung zeigt weiterhin eine hohe Durchdringung mit einer 100 % Rate bis in die 25. Perzentile (Gesamtquote 98,7 %, Vorjahr: 98,2 %). 13 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 20). 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



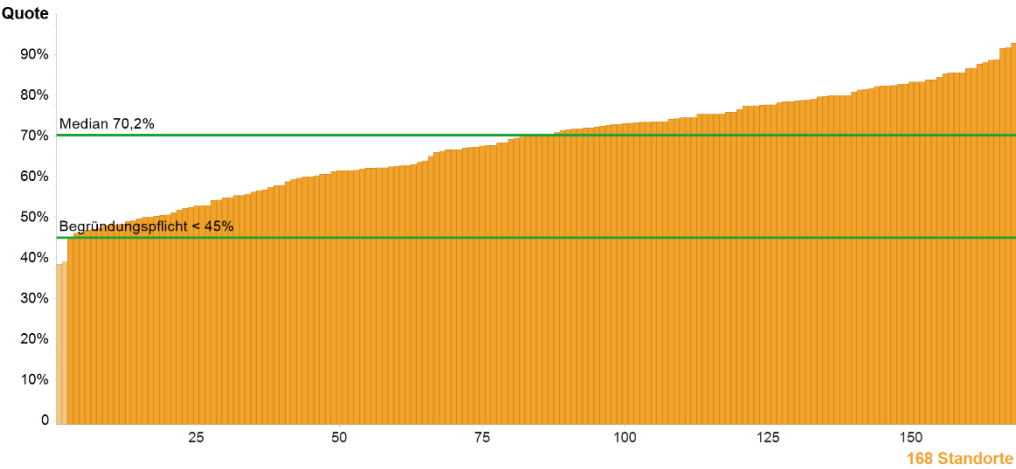
	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	36*	9 - 138	6900	4176
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	54*	25 - 213	10296	6579
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	69,6%	12,6% - 98,2%	67%**	63,5%



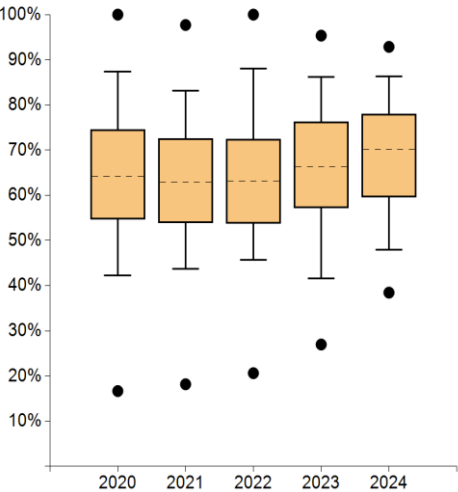
		2020	2021	2022	2023	2024	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	Max	----	----	----	98,1%	98,2%	2024	2023	2024	2023
	95. Perzentil	----	----	----	87,6%	88,9%	168	100%	108	70,1%
	75. Perzentil	----	----	----	75,4%	78,0%			118	70,2%
	Median	----	----	----	67,1%	69,6%			65	60,2%
	25. Perzentil	----	----	----	51,9%	58,9%				
	5. Perzentil	----	----	----	27,9%	35,4%				
	Min	----	----	----	3,7%	12,6%				
Anmerkungen: Die KeZa zum psychoonkologischen Distress-Screening wurde zum zweiten Mal und nun obligat erfasst. Die Gesamtquote ist auf 67 % angestiegen, der Median auf 69,6 %. Die Spannweite ist mit 12,6 % bis 98,2 % relativ groß. 50 von 168 Zentren haben die SV nicht erfüllt. Begründet wurde dies insbesondere mit noch nicht abgeschlossenem Roll-out des Screenings, fehlender Digitalisierung, aber auch kurzer Liegedauer und personellen Einschränkungen. Zum Teil wurde das Screening von den Pat. abgelehnt. Es wurden 12 Hinweise und 7 kritische 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.

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die ambulant oder stationär durch den Sozialdienst beraten wurden	38*	10 - 131	6951	6155
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	54*	25 - 213	10296	9563
Quote	Begründungspflicht*** <45%	70,2%	38,5% - 92,9%	67,5%**	64,4%



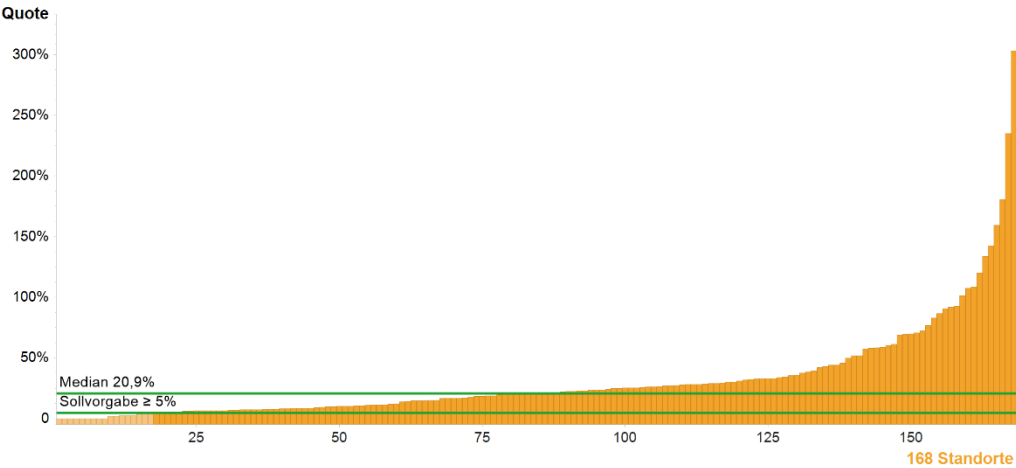
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	97,7%	100%	95,4%	92,9%
	95. Perzentil	87,4%	83,1%	88,0%	86,2%	86,3%
	75. Perzentil	74,6%	72,5%	72,4%	76,2%	77,9%
	Median	64,2%	63,0%	63,2%	66,4%	70,2%
	25. Perzentil	54,7%	53,9%	53,8%	57,2%	59,6%
	5. Perzentil	42,2%	43,7%	45,7%	41,6%	48,0%
●	Min	16,7%	18,2%	20,6%	27,0%	38,5%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	166	98,8%	143	92,9%

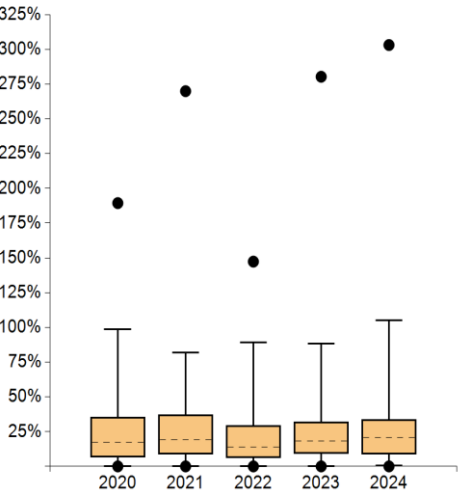
Anmerkungen:
Median und Gesamtquote der sozialdienstl. Beratung steigen im aktuellen Jahr verglichen mit dem Vorjahr (Gesamtquote 67,5 %, Vorjahr: 64,4 %, Median 70,2 %, Vorjahr: 66,4 %). 2 Zentren unterschritten die Plausibilitätsgrenze < 45 % (Vorjahr: 11) und begründeten dies mit personellen Engpässen und noch nicht abgeschlossener Implementierung der KeZa. Die Zentren reagierten mit Neueinstellungen von Fachkräften und Optimierung des Prozesses.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	9*	0 - 391	3307	2745
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	46*	22 - 198	8623	7943
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	20,9%	0% - 303,1%	38,4%**	34,6%



		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	189,4%	269,9%	147,3%	280,3%	303,1%
	95. Perzentil	98,8%	81,9%	89,0%	88,4%	105,3%
	75. Perzentil	35,4%	37,0%	29,3%	32,2%	33,6%
	Median	17,2%	18,9%	13,8%	18,2%	20,9%
	25. Perzentil	6,7%	8,6%	6,2%	9,3%	8,6%
	5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
	Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	151	89,9%	135	87,7%

Anmerkungen:
Im aktuellen KeZa-Jahr erfüllen 89,9% der Standorte die SV der Studienteilnahme (Vorjahr: 87,7%). 17 Zentren (Vorjahr: 19) unterschritten die SV. Als Hauptgründe wurden verzögerte Studieninitiiierung (5x), noch im Aufbau befindliche Studienzentren (2x), die Personalsituation (1x) oder ein reduziertes Studienangebot für Pankreaskarzinom-Pat. (4x) genannt. Die FE betonten, dass Pat. auch z.B. in Registerstudien eingeschlossen werden könnten, und sprachen mehrfach Hinweise sowie 2 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

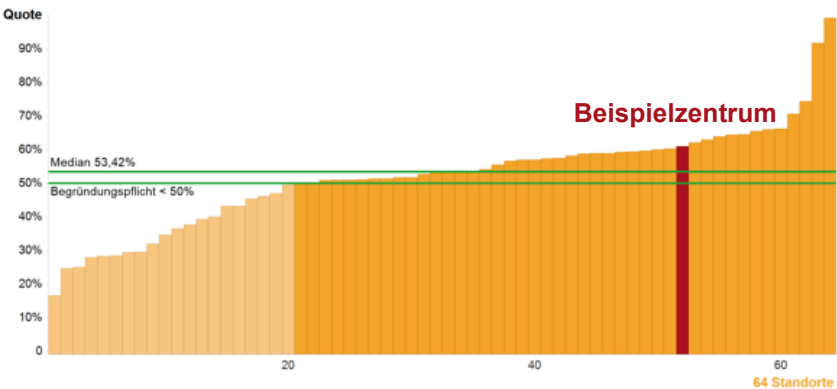
Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

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 (beispielweise 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				
		2020	2021	2022	2023	2024
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch Sozialdienst beraten wurden	185	198	176	170	186
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit Rezidiv/Progress (= Kennzahl 1b)	305	338	333	335	305
Quote	Begründungspflicht* <50%	60,66%	58,58%	52,85%	50,75%	60,98%

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:

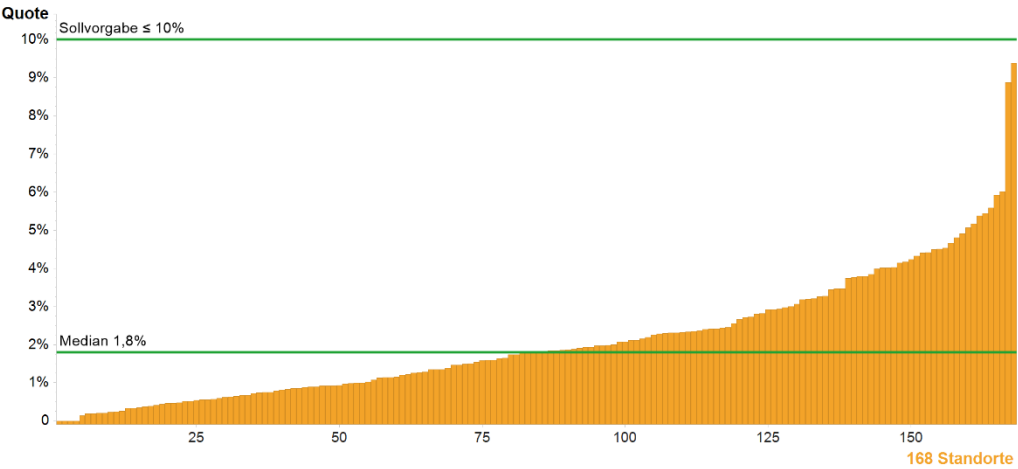
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

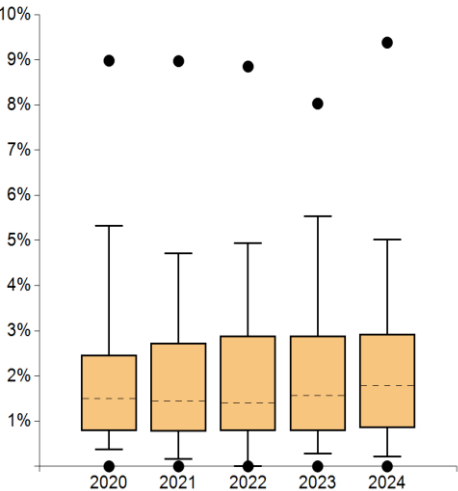
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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.onkoziert.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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	6*	0 - 103	1409	1277
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	353,5*	103 - 1160	67945	64206
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,8%	0% - 9,4%	2,1%**	2%



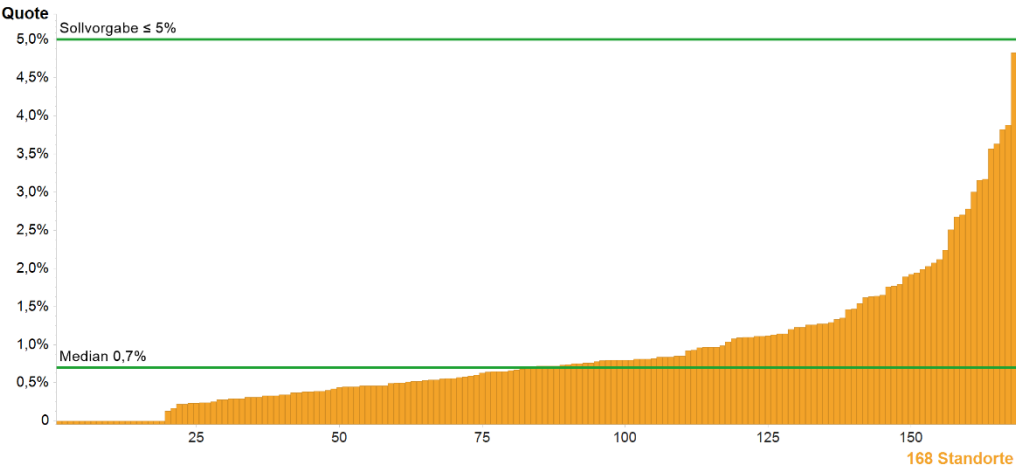
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	9,0%	9,0%	8,9%	8,0%	9,4%
	95. Perzentil	5,3%	4,7%	4,9%	5,5%	5,0%
	75. Perzentil	2,5%	2,7%	2,9%	2,9%	2,9%
	Median	1,5%	1,5%	1,4%	1,6%	1,8%
	25. Perzentil	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%
	5. Perzentil	0,4%	0,2%	0,0%	0,3%	0,2%
●	Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	168	100%	154	100%

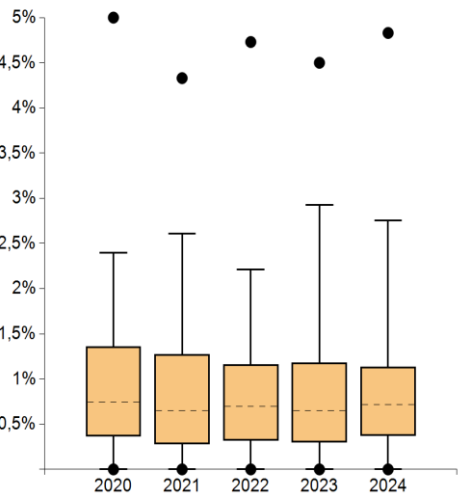
Anmerkungen:
Die Häufigkeit postinterventioneller Pankreatitiden nach ERCP liegt im KeZa-Jahr 2024 bei knapp 2,1 % (Vorjahr: 2 %), der Median beträgt 1,8 % (Vorjahr: 1,57 %). Damit bleibt die Komplikationsrate weiterhin auf niedrigem Niveau. Auch im aktuellen Jahr erreichten 100 % der 168 auswertbaren 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	2*	0 - 45	641	608
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	353,5*	103 - 1160	67945	64206
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,7%	0% - 4,8%	0,9%**	0,9%



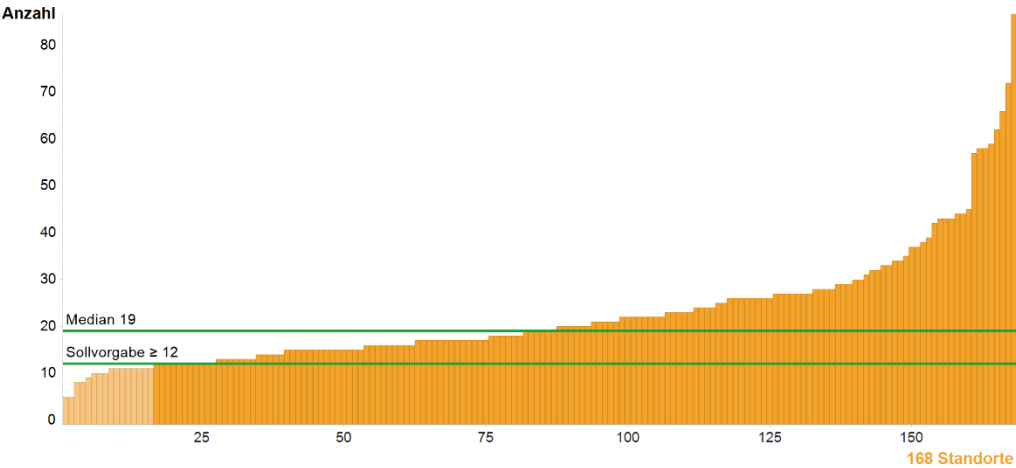
		2020	2021	2022	2023	2024
Max		5,0%	4,3%	4,7%	4,5%	4,8%
95. Perzentil		2,4%	2,6%	2,2%	2,9%	2,8%
75. Perzentil		1,4%	1,3%	1,2%	1,2%	1,1%
Median		0,7%	0,7%	0,7%	0,7%	0,7%
25. Perzentil		0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%
5. Perzentil		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	168	100%	154	100%

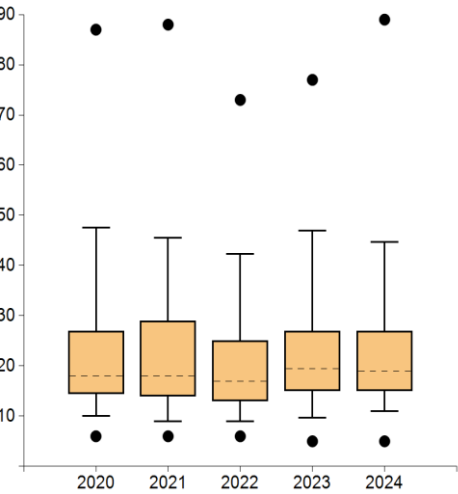
Anmerkungen:
Die Komplikationsrate nach ERCP (Blutung und Perforation) zeigt über die Jahre einen konstanten Verlauf, mit einem Median von 0,7 % und einer Gesamtquote von 0,9 % auf dem Vorjahresniveau. Alle 168 Zentren erfüllten die SV von ≤ 5 %.

* 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*)

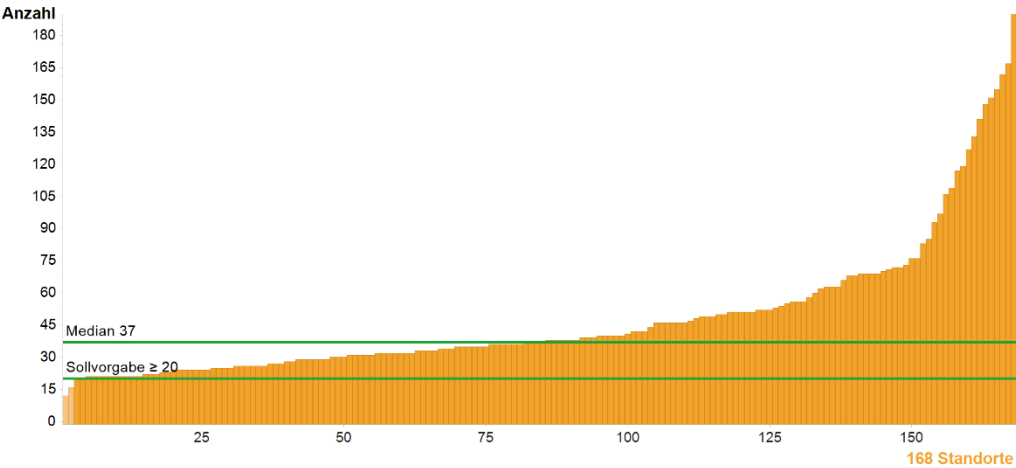


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (Def. 5.2.4)	19	5 - 89	3801	3508
	Sollvorgabe ≥ 12				

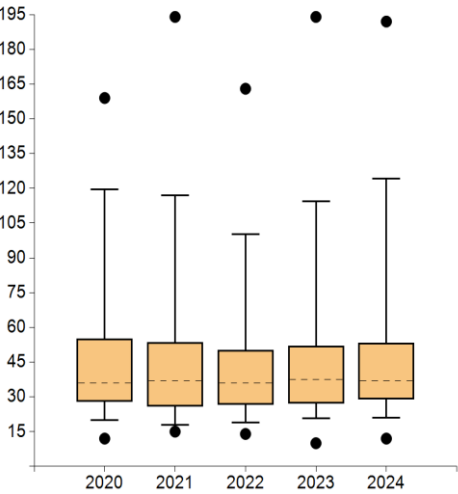


		2020	2021	2022	2023	2024	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
	Max	87	88	73	77	89	2024	2023	2024	2023		
	95. Perzentil	47,5	45,5	42,3	47	44,7	168	100%	154	100%	152	90,5%
	75. Perzentil	27	29	25	27	27					137	89%
	Median	18	18	17	19,5	19						
	25. Perzentil	14,5	14	13	15	15						
	5. Perzentil	10	9	9	9,7	11						
	Min	6	6	6	5	5						
Anmerkungen: Im aktuellen KeZa-Jahr ist die Zahl der operativen Primärfälle bei einem Zuwachs an Zentren von +11% auf 3.801 (Vorjahr: 3.508, +8,35 %) angestiegen. Im Median werden 19 Pankreaskarzinome pro Zentrum operiert. Etwa 90,5 % der Zentren erfüllten die SV (Vorjahr 89 %). 16 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 17). Begründungen konnten nur in wenigen Fällen gefunden werden. Hierzu gehörten Wegfall einzelner Zuweiser, Personalveränderungen, hoher Anteil an inoperablen Pat. Als Maßnahmen wurden der Zuweiserkreis erweitert und die Zuweisung optimiert sowie erleichtert. Die FE sprachen 4 Hinweise aus.												

9. Operative Expertise Pankreas gesamt



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie, OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25)	37	12 - 192	8059	7184
	Sollvorgabe ≥ 20				

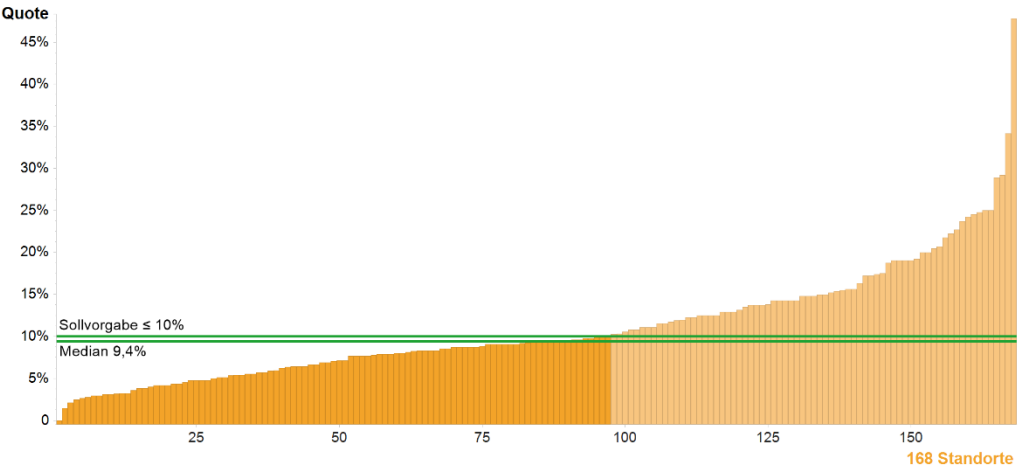


		2020	2021	2022	2023	2024
Max		159	194	163	194	192
95. Perzentil		119,5	117	100,2	114,5	124,2
75. Perzentil		55	53,5	50,3	52	53,3
Median		36	37	36	37,5	37
25. Perzentil		28	26	26,8	27,3	29
5. Perzentil		20	18	19	20,7	21
Min		12	15	14	10	12

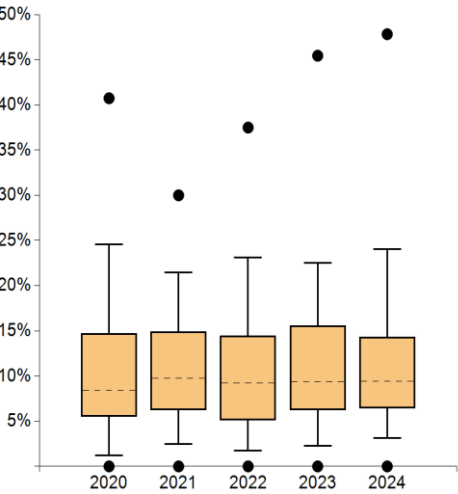
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	166	98,8%	148	96,1%

Anmerkungen:
Die Gesamtzahl der Pankreasresektionen ist gegenüber dem Vorjahr auf 8.059 gestiegen (Vorjahr: 7.184, +12,2 %), der Median liegt mit 37 auf dem Vorjahresniveau (37,5). 2 Zentren unterschritten die SV von ≥ 20 (Vorjahr: 6), wobei als Ursachen Personalveränderungen und reduzierte Bettenkapazität angegeben wurden. 1 der betroffenen Zentren befand sich zwar im WA, konnte aber im 3 Jahresdurchschnitt die SV erreichen. Die Unterschreitungen der SV wurden im Audit ausführlich thematisiert.

10. Revisions-OPs Pankreas



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit Revisions-OPs infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP	4*	0 - 27	878	771
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	37*	12 - 192	8059	7184
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,4%	0% - 47,8%	10,9%**	10,7%

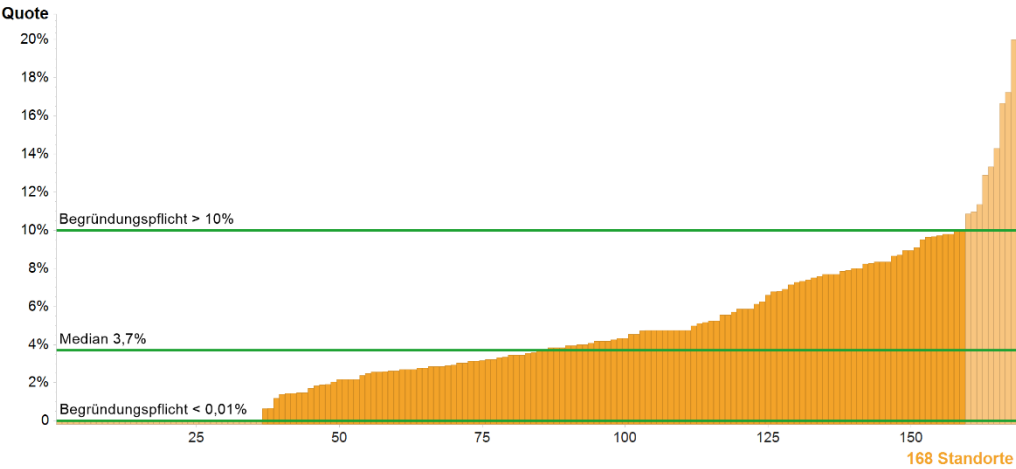


		2020	2021	2022	2023	2024
Max		40,7%	30,0%	37,5%	45,5%	47,8%
95. Perzentil		24,6%	21,4%	23,1%	22,5%	24,0%
75. Perzentil		14,7%	14,9%	14,4%	15,6%	14,3%
Median		8,5%	9,7%	9,2%	9,4%	9,4%
25. Perzentil		5,5%	6,2%	5,1%	6,3%	6,5%
5. Perzentil		1,2%	2,5%	1,7%	2,3%	3,1%
Min		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

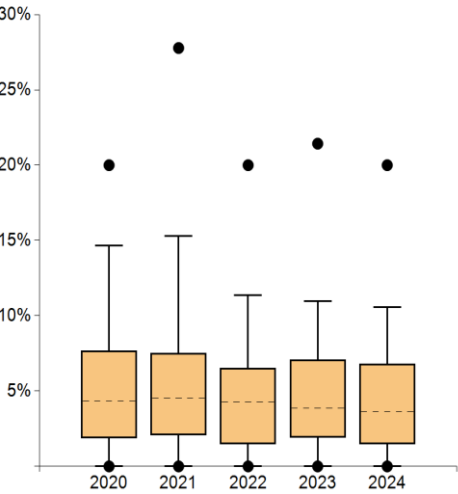
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	97	57,7%	86	55,8%
Anmerkungen: Die Revisionsrate zeigt gegenüber dem Vorjahr insgesamt eine stabile Entwicklung. Der Median liegt unverändert bei 9,4 %, die Gesamtquote beträgt 10,9 % (Vorjahr: 10,7 %). 71 Zentren überschritten die SV (Vorjahr: 68). Als häufigste Ursachen wurden Anastomoseninsuffizienzen (154x) und Nachblutungen (140x) angegeben. Weitere Gründe waren Fasziendehiszenzen (50x), Hämatomausräumungen (15x), Darmischämien (25x), Abszesse (23x), Hohlorganperforationen (9x), nekrotisierende Pankreatitis (6x), Pankreasfisteln (27x) sowie Kompartiment-Syndrome (2x). In 34 Fällen erfolgte die Plausibilisierung im Audit, da die Gründe nicht aus den Datenblättern hervorgingen. Als Maßnahmen wurden kritische Analysen, Schulungen und ggf. Anpassungen der OP-Technik benannt. Es 12 Hinweise (davon 4 kritische Hinweise) und 3 Abweichungen 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	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 - 16	361	333
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	37*	12 - 192	8059	7184
Quote	Begründungspflicht*** <0,01% und >10%	3,7%	0% - 20%	4,5%**	4,6%

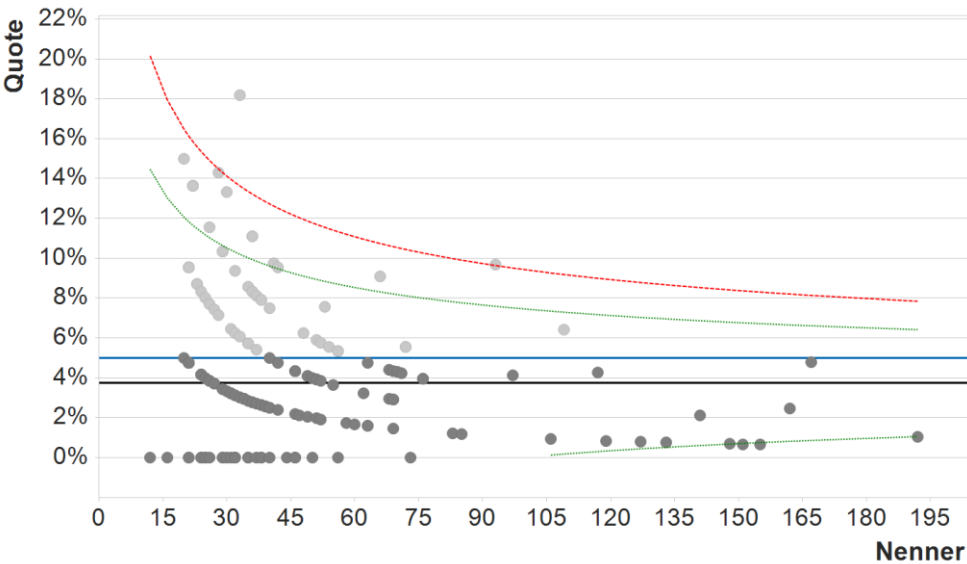


		2020	2021	2022	2023	2024	Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
							2024	2023	2024		2023	
							168	100%	154	100%	123	72,7%
	Max	20,0%	27,8%	20,0%	21,4%	20,0%						
	95. Perzentil	14,7%	15,3%	11,4%	11,0%	10,6%						
	75. Perzentil	7,7%	7,5%	6,5%	7,1%	6,8%						
	Median	4,4%	4,6%	4,3%	3,9%	3,7%						
	25. Perzentil	1,9%	2,1%	1,5%	1,9%	1,5%						
	5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%						
	Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%						

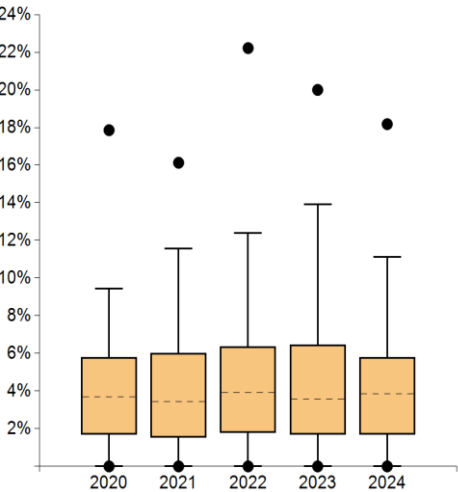
Anmerkungen:
Die Rate postoperativer Wundinfektionen ist in den letzten Jahren rückläufig und zeigt aktuelle eine Gesamtquote von 4,5 %. 36 Zentren meldeten eine Wundinfektionsrate von 0 %. 9 Zentren (Vorjahr: 11) haben die obere Plausibilitätsgrenze überschritten. Als Ursachen, die eine Wundinfektion begünstigten, wurden u.a. genannt: individuelle Risikofaktoren (14x), Revisionseingriffe (3x), Multiviszeral- bzw. Notfalleingriffe (4x) und Pankreasfisteln (8x). In 38 Fällen blieb die Ursache unklar. Die FE sprachen mehrere Hinweise und eine Abweichung 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.

12a. Mortalität postoperativ – innerhalb von 30 d



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners, bei denen Pat. innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	1*	0 - 9	301	306
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	37*	12 - 192	8059	7184
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	3,9%	0% - 18,2%	3,7%**	4,3%



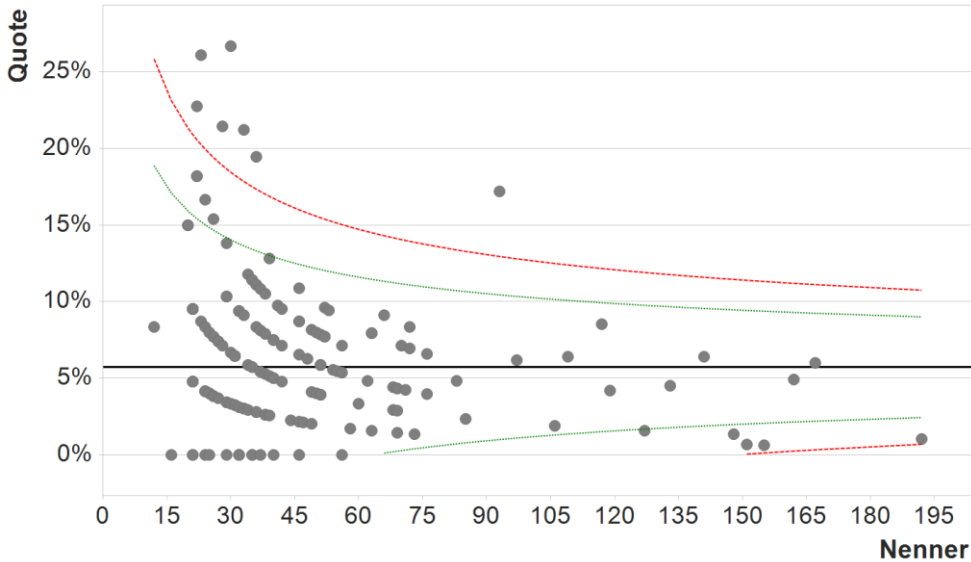
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	17,9%	16,1%	22,2%	20,0%	18,2%
	95. Perzentil	9,5%	11,6%	12,4%	13,9%	11,1%
	75. Perzentil	5,8%	6,0%	6,4%	6,5%	5,8%
	Median	3,7%	3,5%	3,9%	3,6%	3,9%
	25. Perzentil	1,7%	1,6%	1,8%	1,7%	1,7%
	5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	117	69,6%	101	65,6%

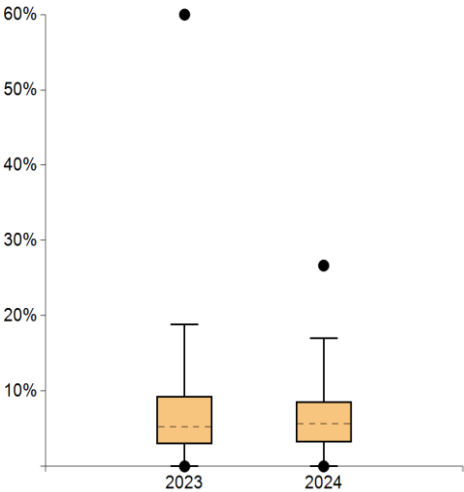
Anmerkungen:
Im aktuellen KeZa-Jahr ist die postoperative 30d-Mortalität leicht auf 3,7 % zurückgegangen. 28 Zentren weisen erfreulicherweise eine Mortalität von 0 % aus, 51 Zentren (Vorjahr: 51) überschritten die SV. Die identifizierten Todesursachen waren vielfältig. Als Gründe wurden u.a. Blutungen (48x), Leberversagen (13x), Mesenterialschämien (13x), Komplikationen nach Pankreasfistel (27x) bzw. Multiviszeralresektionen (22x), Anastomosensuffizienzen (13x), respiratorisches Versagen (21x), kardiovaskuläre Ereignisse (19x) sowie Lungenembolien (7x) von den Zentren angegeben. Es wurden mehrere Hinweise und 10 Abweichungen von den FE ausgesprochen. Zur Behebung der Abweichung ist die Durchführung eines Coachings notwendig.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners, bei denen Pat. innerhalb von 90 d postoperativ verstorben sind	2*	0 - 16	461	398
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	37*	12 - 192	8059	6357
Quote	Keine Sollvorgabe	5,6%	0% - 26,7%	5,7%**	6,3%



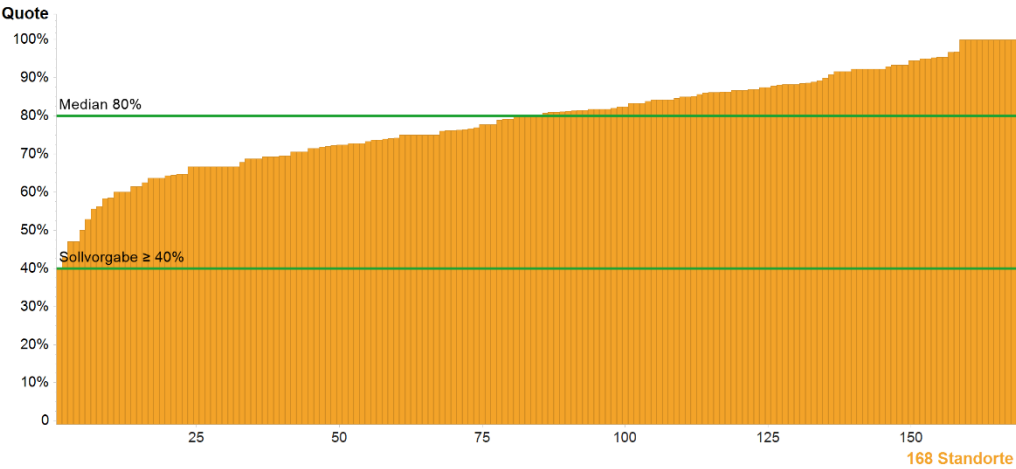
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	----	----	----	60,0%	26,7%
	95. Perzentil	----	----	----	18,8%	17,0%
	75. Perzentil	----	----	----	9,3%	8,6%
	Median	----	----	----	5,3%	5,6%
	25. Perzentil	----	----	----	3,0%	3,2%
	5. Perzentil	----	----	----	0,0%	0,0%
●	Min	----	----	----	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	135	87,7%	----	----	----	----

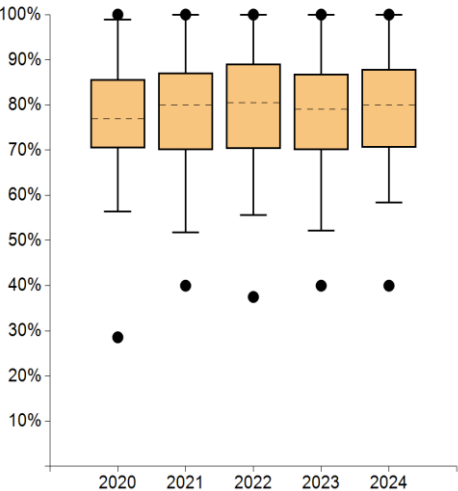
Anmerkungen:
Für die KeZa 90d-Mortalität ist derzeit keine SV definiert. Die Gesamtquote liegt bei 5,7 % (Vorjahr: 6,3 %); der Median beträgt 5,6 % (Vorjahr: 5,3 %). Die Spannbreite reicht von 0 % bis 26,7 %. Dabei ist der Maximalwert deutlich von 60 % auf 26,7% abgefallen.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	16*	3 - 60	3015	2725
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19*	5 - 89	3801	3508
Quote	Sollvorgabe ≥ 40%	80%	40% - 100%	79,3%**	77,7%



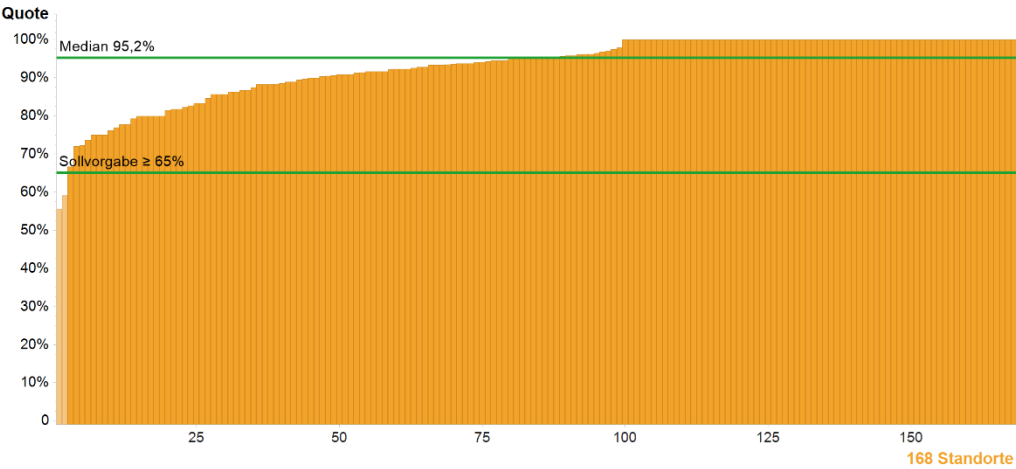
		2020	2021	2022	2023	2024
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	98,9%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	85,7%	87,1%	89,0%	86,8%	87,9%
	Median	76,9%	80,0%	80,5%	79,1%	80,0%
	25. Perzentil	70,5%	70,0%	70,3%	70,0%	70,6%
	5. Perzentil	56,4%	51,8%	55,6%	52,2%	58,4%
●	Min	28,6%	40,0%	37,5%	40,0%	40,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	168	100%	154	100%

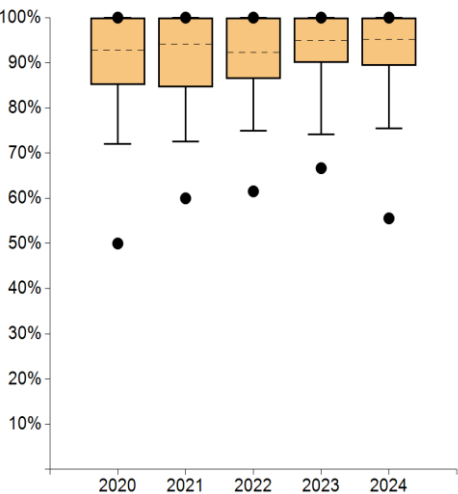
Anmerkungen:
Die Durchdringung dieser Kennzahl ist im aktuellen KeZa-Jahr unverändert. Alle 168 Zentren erfüllen die SV, der Median liegt bei 80 % (Vorjahr: 79,1 %). Auch der Anteil lokaler R0-Resektionen an den operativen Primärfällen bleibt mit 79,3 % auf hohem Niveau (Vorjahr: 77,7 %).

* 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.

14. Lymphknotenentfernung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit ≥ 12 regionären LK im OP-Präparat nach Abschluss der operativen Therapie	15*	3 - 66	2893	2775
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC, die eine Lymphadenektomie erhalten haben	16*	3 - 66	3124	2973
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	95,2%	55,6% - 100%	92,6%**	93,3%



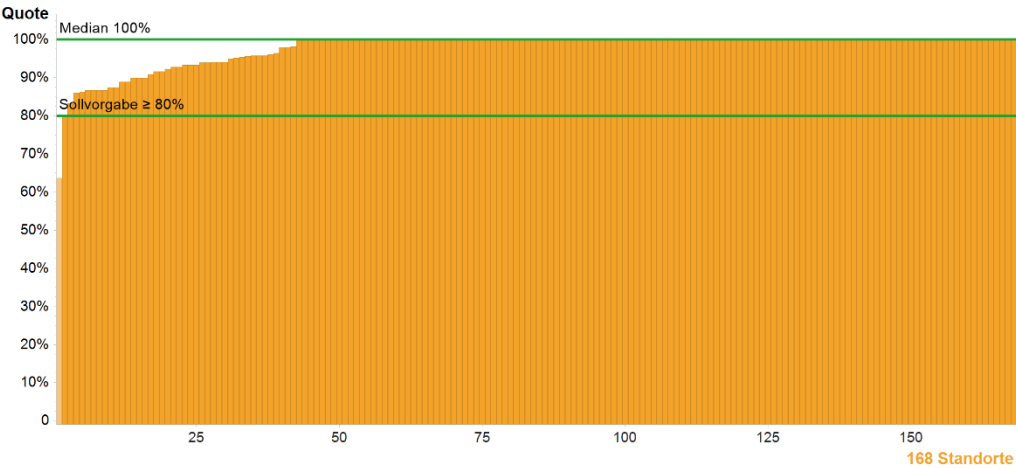
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
	Median	92,9%	94,1%	92,3%	94,9%	95,2%
	25. Perzentil	85,2%	84,6%	86,4%	90,0%	89,3%
	5. Perzentil	72,1%	72,6%	75,0%	74,2%	75,4%
	Min	50,0%	60,0%	61,5%	66,7%	55,6%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	166	98,8%	154	100%

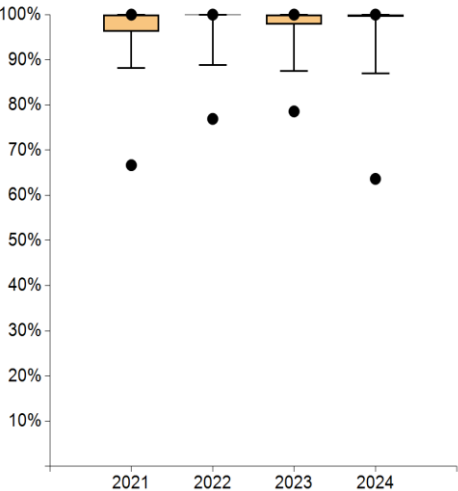
Anmerkungen:
Die hohe Gesamtquote von 92,6 % (Vorjahr: 93,3 %) sowie der Median von 95,2 % liegen weiterhin auf hohem Niveau und spiegeln die gute Umsetzung dieses LL-QI wider. Im aktuellen KeZa-Jahr wird die SV zur Entfernung von mindestens 12 regionären LK von 166 von 168 Zentren erfüllt. Die 2 Zentren begründeten die Nichterfüllung u.a. mit personellen Engpässen und medizinischen Einzelfällen.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten Angabe von: pT, pN, M; Tumorigradung; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	16*	4 - 79	3207	3006
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC	17*	4 - 79	3284	3078
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	63,6% - 100%	97,7%**	97,7%



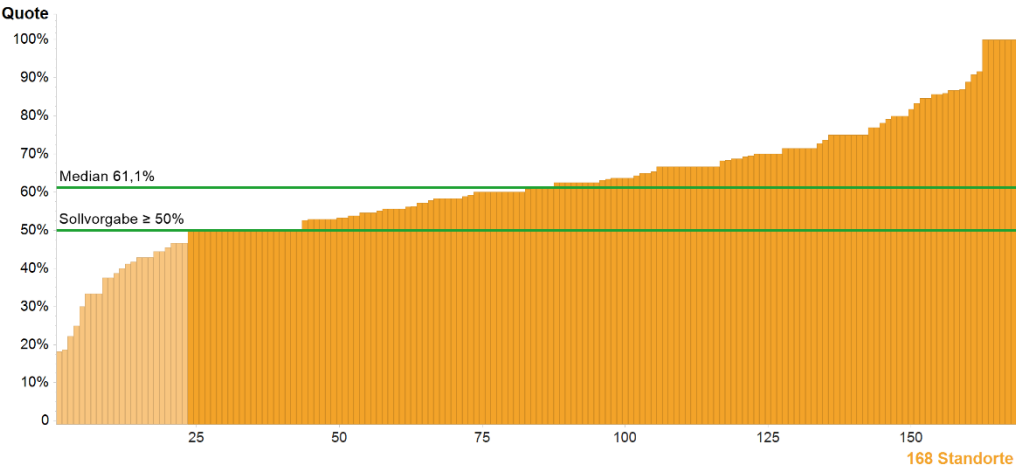
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
Median	----	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	----	96,3%	100%	97,8%	99,5%
5. Perzentil	----	88,2%	88,9%	87,5%	87,0%
Min	----	66,7%	76,9%	78,6%	63,6%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	167	99,4%	153	99,4%

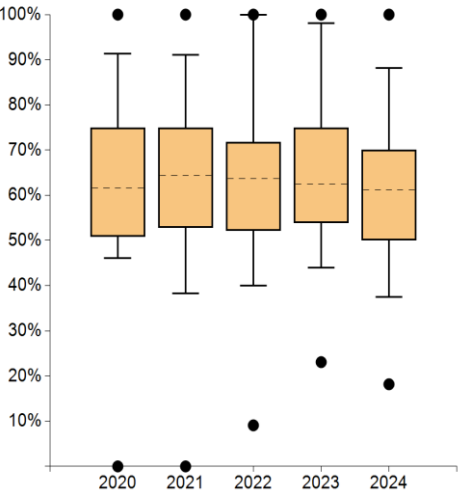
Anmerkungen:
Dieser LL-QI zeigt unverändert eine sehr hohe Durchdringung: Die Gesamtquote beträgt weiterhin 97,7 %; der Median liegt bei 100 %. Die SV wurde von 167 Zentren erreicht. Lediglich 1 Zentrum unterschritt die SV und begründete dies mit fehlenden Angaben zum Grading nach neoadjuvanter Therapie.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie	7*	2 - 61	1512	1463
Nenner	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III und R0-Resektion (ohne NET und NEC)	12*	2 - 71	2456	2262
Quote	Sollvorgabe ≥ 50%	61,1%	18,2% - 100%	61,6%**	64,7%



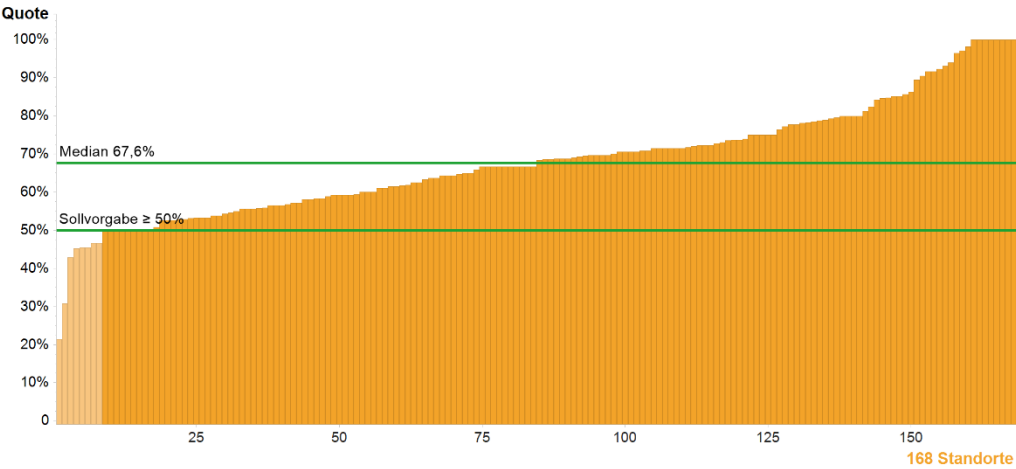
		2020	2021	2022	2023	2024
Max		100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil		91,3%	91,1%	100%	98,0%	88,2%
75. Perzentil		75,0%	75,0%	71,8%	75,0%	70,0%
Median		61,5%	64,3%	63,6%	62,5%	61,1%
25. Perzentil		50,8%	52,8%	52,1%	53,9%	50,0%
5. Perzentil		46,1%	38,3%	40,0%	43,9%	37,5%
Min		0,0%	0,0%	9,1%	23,1%	18,2%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	145	86,3%	138	89,6%

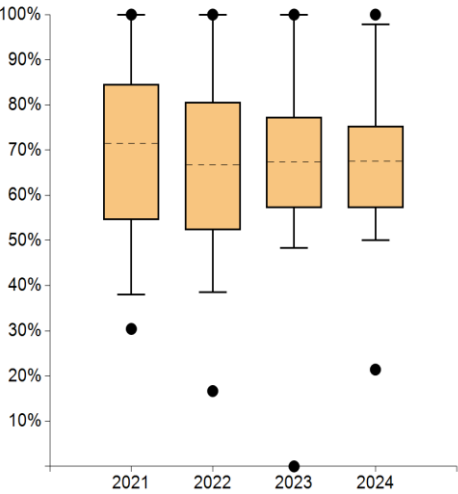
Anmerkungen:
Gesamtquote und Median dieses LL-QIs sind im aktuellen KeZa-Jahr rückläufig mit 61,6 % (Vorjahr: 64,7 %) bzw. 61,1 % (Vorjahr: 62,5 %). 23 Zentren (Vorjahr: 16) unterschritten die SV. Als häufigste Gründe wurden Lost to Follow-up (69x), die Ablehnung der Therapie (35x), Versterben der Pat. (31x), reduzierter AZ (16x) sowie Empfehlung zur Nachsorge (16x) angegeben. In Einzelfällen wurde der Zeitpunkt überschritten (6x) oder der Beginn der Therapie war ausstehend (1x). Die FE erinnerten in mehreren Audits erneut daran, dass Informationen zur Adjuvanz bei externen Behandlungspartnern 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit palliativer Chemotherapie	15*	2 - 78	2924	2614
Nenner	• 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)	22,5*	3 - 140	4269	3874
Quote	Sollvorgabe ≥ 50%	67,6%	21,4% - 100%	68,5%**	67,5%



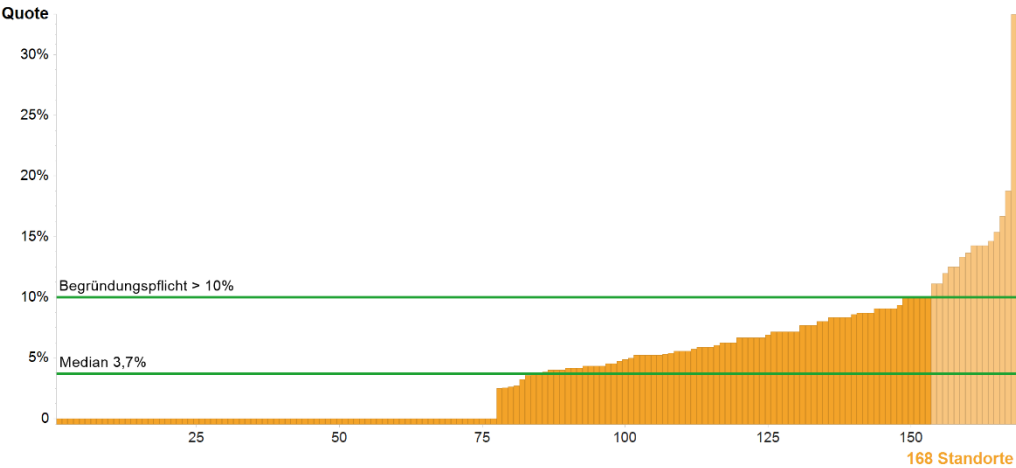
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	----	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	----	100%	100%	100%	97,8%
	75. Perzentil	----	84,6%	80,6%	77,3%	75,4%
	Median	----	71,4%	66,7%	67,3%	67,6%
	25. Perzentil	----	54,6%	52,3%	57,1%	57,1%
	5. Perzentil	----	38,0%	38,5%	48,4%	50,0%
	Min	----	30,4%	16,7%	0,0%	21,4%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	160	95,2%	145	94,2%

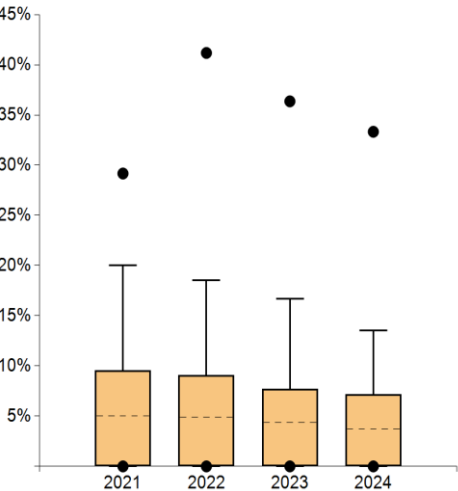
Anmerkungen:
Dieser LL-QI zeigt mit einer Quote von 68,5 % und einem Median von 67,6 % (Vorjahr: 67,5 % bzw. 67,3 %) einen konstanten Verlauf. 8 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 9). Als Gründe wurden reduzierter AZ/ Komorbiditäten (24x), Therapieablehnung (21x), Versterben der Pat. (13x) sowie Lost to Follow-up (13x) genannt. Bei 11 Fällen blieb der Grund unklar. In den Audits wurden die Fälle besprochen; systematische Fehler zeigten sich keine.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit primärer Resektion des Tumors	1*	0 - 6	148	165
Nenner	Primärfälle Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC) mit Fernmetastasen (= Organmetastasen, Peritonealkarzinose, als Fernmetastasen (M1) geltende Lymphknotenmetastasen)	20*	2 - 75	3614	3333
Quote	Begründungspflicht*** >10%	3,7%	0% - 33,3%	4,1%**	5%



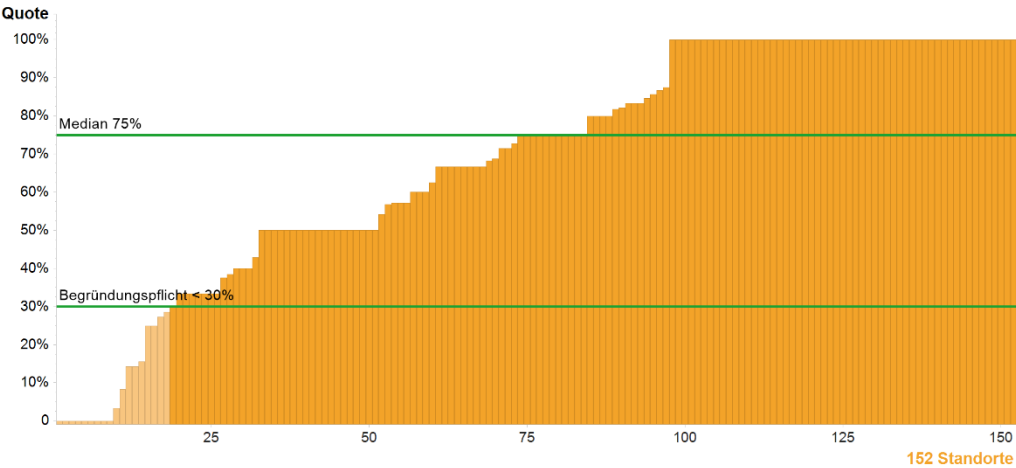
		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	----	29,2%	41,2%	36,4%	33,3%
	95. Perzentil	----	20,0%	18,6%	16,7%	13,5%
	75. Perzentil	----	9,6%	9,1%	7,7%	7,1%
	Median	----	5,0%	4,9%	4,4%	3,7%
	25. Perzentil	----	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	5. Perzentil	----	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Min	----	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
168	100%	154	100%	153	91,1%	134	87%

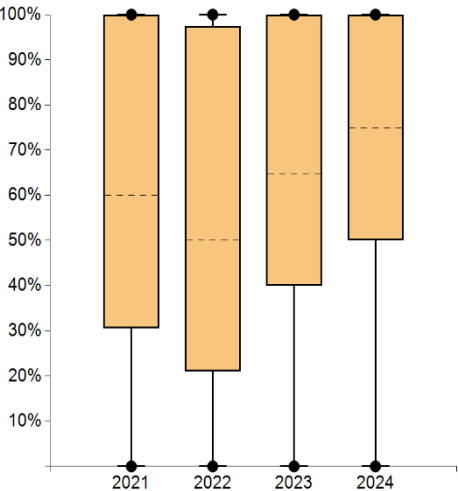
Anmerkungen:
Die Quote des LL-QI liegt im Median bei 3,7 % (Vorjahr: 4,4 %). 77 Zentren führten keine einzige Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom durch, 15 Zentren überschritten die Plausibilitätsgrenze. Als Gründe wurden u.a. singuläre Lebermetastasen (17x), Individualentscheidungen (12x), intraop. aufgefallene Lymphknotenmetastasen (5x), lokal begrenzte Peritonealkarzinose (4x), Oligometastasierung (4x) sowie pulmonale Filiae (3x) genannt. Die Plausibilität der Fälle konnte in den Audits geklärt 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.
*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

19. Zweitlinientherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Zweitlinientherapie	2*	0 - 23	542	645
Nenner	Pat. mit Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC), ECOG 0-2 und Progress unter palliativer Erstlinientherapie	3,5*	1 - 37	869	1177
Quote	Begründungspflicht*** <30%	75%	0% - 100%	62,4%**	54,8%



		2020	2021	2022	2023	2024
	Max	----	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	----	100%	97,4%	100%	100%
	Median	----	60,0%	50,0%	64,7%	75,0%
	25. Perzentil	----	30,6%	21,1%	40,0%	50,0%
	5. Perzentil	----	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Min	----	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024		2023		2024		2023	
152	90,5%	137	89%	134	88,2%	119	86,9%

Anmerkungen:
Dieser LL-QI hat zum zweiten Mal eine untere Plausibilitätsgrenze von < 30%. Median und Gesamtquote sind auf 75 % und 62,4 % angestiegen (Vorjahr: 64,7 % und 54,8 %). 18 Zentren unterschritten die Plausibilitätsgrenze und begründeten dies insbesondere mit dem Pat.wunsch (30x), dem vorzeitigen Versterben der Pat. (7x), einer AZ-Verschlechterung (16x) sowie externer Behandlung (15). Die Fälle ließen sich in den Audits plausibilisieren.

* 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
Michael Quante, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Aline Kaufmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Carolin Barth, OnkoZert
Andreea Baltes, 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 29.06.2026

ISBN: 978-3-912231-13-7



9 783912 231137