

Stammdaten Magen

Reg.-Nr.			
Zentrum			
Standort			
IK-Nummer		Erstelldatum	
Standort-Nummer		Datum Erstzertifizierung	
Ansprechpartner		Kennzahlenjahr	2026

Bundesland / Land	Welche Daten erhalten Sie vom Krebsregister (§65c)?

XML-OncoBox	Tumordokumentationssystem
Nein	

Bearbeitungsqualität - Datenblatt

Die Übersicht zeigt die Bearbeitungsqualität des vorliegenden Datenblatts. Es wird pro Tabellenblatt geprüft, ob alle Pflichtfelder bearbeitet wurden. Die Prüfung erfolgt ausschließlich auf Vollständigkeit, die inhaltliche Bewertung obliegt dem Fachexperten.

Tabellenblatt	Defizite	Feld	Status
Stammdaten	Fehlende Angaben:		
Basisdaten	Fehlende Angaben:		
Kennzahlenbogen	Fehlende Angaben:		
Kennzahlenbogen	Fehlende Begründungen:		

Für die Tabellenblätter Studien, Untersucher und Operateure erfolgt aktuell keine automatische Überprüfung der Bearbeitungsqualität.

Basisdaten Magen

Basisdaten Auditjahr 2027: ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr.

Voraussetzung:

Primärfälle Magen Gesamt ³⁾ ICD-10 C16.0 ¹⁾ , C16.1-16.9	Operative Primärfälle ¹⁾	Endoskopische Primärfälle ¹⁾
	ICD-10 C16.0 ¹⁾ , C16.1-16.9 OPS ⁴⁾ : 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*	ICD-10 C16.0 ¹⁾ , C16.1-16.9 OPS: 5-433.23, 5-433.24, 5-433.25
	Gesamt	0
	Elektiv	
	Notfall	

Operative Expertise - Anzahl operative Resektionen Magen/AEG (ICD-10 C16.0 ¹⁾ , 16.1-16.9, OPS: 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*)	
davon Resektionen mit neoadjuvanter Systemtherapie	

Primärfälle Speiseröhre Gesamt ⁵⁾ ICD-10 C16.0 ²⁾ , C15.2 und 15.5	Operative Primärfälle ¹⁾	Endoskopische Primärfälle ¹⁾
	ICD-10 C16.0 ²⁾ , C15.2 und 15.5 OPS ⁴⁾ : 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*	ICD-10 C16.0 ²⁾ , C15.2 und 15.5 OPS: 5-422.23, 5-422.24
	Gesamt	0
	Elektiv	
	Notfall	

Operative Expertise - Anzahl operative Resektionen Magen/AEG ICD-10 C16.0 ²⁾ , C15.2 und 15.5, OPS: 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*	
davon Resektionen mit neoadjuvanter Systemtherapie	

Anzahl Pat. mit Erstdiagnose GIST	
--	--

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 9. Auflage 2025 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2026 (BfArM) und die OPS-Klassifikation OPS 2026 (BfArM) dar.

Bearbeitungshinweise:

¹⁾ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.

²⁾ Tumoren, die den ösophagogastralen Übergang einbeziehen und deren Zentrum innerhalb der prox. 2 cm des ösophagogastralen Übergangs (Anteil Siewert-Typ II/ Siewert Typ III) liegt, werden als Ösophaguskarzinome gezählt.

³⁾ Primärfälle = Adenokarzinom des Magens und des ösophagogastralen Übergangs

⁴⁾ Pro Primärfall ist nur ein OPS-Code anzugeben.

⁵⁾ Wenn nicht gleichzeitig auch ein Speiseröhrenkrebszentrum zertifiziert ist, können die ICD-10 C15.2, 15.5 und C16.0²⁾ in den Geltungsbereich des Magenkrebszentrums einbezogen werden.

Die Felder stehen teilweise in Abhängigkeit voneinander, daher sollte jede Zeile vollständig von links nach rechts und fortlaufend von oben nach unten bearbeitet werden. Graue Felder müssen bearbeitet werden. Die Bearbeitung des Datenblattes sollte mit einer aktuellen Version von Microsoft Excel erfolgen, da in diesem Datenblatt enthaltene Excel-Funktionen sonst möglicherweise nicht vollständig unterstützt werden (u.a. Info-Button, programmierte Formeln). Alle Zahlen und Texte müssen manuell eingegeben werden (nicht über copy-/paste-Funktion; Ausnahme sind Daten, die von der OncoBox eingespielt werden). Jede Änderung an den Basisdaten zieht eine Änderung des Kennzahlenbogens und ggf. weiterer Tabellenblätter nach sich. In dem Dokument „Bestimmungen Datenqualität“ sind die wesentlichen Grundlagen für die Datenbewertung im Rahmen des Auditprozesses festgelegt. Insbesondere ist der Umgang mit Kennzahlen mit unterschrittener Sollvorgabe beschrieben (Download unter www.onkozert.de; Abschnitt Hinweise).

Gesamt:

0

[illegible]

Tabelle Untersucher

Untersucher Auditjahr 2027: ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr.

Bearbeitungshinweis: Sofern die Module Pankreas und/ oder Magen und/ oder Speiseröhre parallel zertifiziert werden, besteht die Möglichkeit, die Tabelle Untersucher in nur einem der drei Datenblätter vollständig zu bearbeiten. In den jeweils anderen Datenblättern kann dann auf das entsprechende Datenblatt verwiesen werden. Sofern die Tabelle in jedem Datenblatt separat bearbeitet wird, ist darauf zu achten, dass die Angaben übereinstimmen müssen. Sofern die Untersucher keine Untersuchungen im Betrachtungszeitraum durchgeführt haben, ist „0“ einzutragen.

Titel, Name, Vorname	Status Untersucher	Untersuchende Einheit (Praxis/ Klinikabteilung)	^{1,2} Zeitraum von ... bis im Kennzahlenjahr	^{1,2} Anzahl EUS ≥ 30 pro Jahr	^{1,2} Anzahl FNP ≥ 10 pro Jahr	^{1,2} Anzahl ERCP ≥ 50 pro Jahr	Begründung/ Ursache

Operateure Auditjahr 2027: ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr.

Redaktionelle Änderungen sind "grün" gekennzeichnet (u.a. bedingt durch organübergreifende Anpassungen der Formulierungen).

Titel, Name, Vorname	Basisqualifikation erfüllt ja/ nein	Status Operateur	Standort/ Klinikum	Zeitraum von ... bis im Kennzahlenjahr	Anzahl OP's Magen ≥ 10	Begründung/ Ursache
Summe:					0	

Bearbeitungshinweis: Sofern die Operateure keine Operationen im Betrachtungszeitraum durchgeführt haben, ist „0“ einzutragen.

Operateur in Ausbildung: Ein Operateur in Ausbildung befindet sich in der Ausbildung zum benannten Operateur. Jede von ihm durchgeführte Operation muss von einem benannten Operateur/ Senior-Operateur* supervidiert werden.

Die Anzahl der in der Ausbildung durchzuführenden Eingriffe ist entitätsspezifisch in den Erhebungsbögen abgebildet. Jede durchgeführte Operation ist sowohl dem Operateur in Ausbildung als auch dem supervidierenden benannten Operateur/ Senior-Operateur* zuzuordnen und entsprechend für die operative Expertise zu zählen.

Hinweis: Auf dem Tabellenblatt „Operateure“ werden die von Operateuren in Ausbildung durchgeführten Operationen bei der automatischen Berechnung der Gesamtsumme der Operationen nicht berücksichtigt, sodass keine Doppelzählung erfolgt.

* Status „Senior-Operateur“ nur bei Brust, Darm, Niere, Harnblase und Hoden möglich.

Benannter Operateur: Nach Abschluss der Ausbildung muss der benannte Operateur jährlich mind. 10 operative Resektionen bei Magenkarzinom/AEG (Abd. Gastrektomien, subtotale Magenresektionen u/o. transhiatale/abdominothorakale erweiterte Gastrektomien bei Pat. mit Magen-Ca oder AEG) unabhängig vom Primärfallstatus nachweisen (gemäß EBV_Zug, Kapitel 5.2.4.c und 5.2.5.k). Daneben muss für die im Kapitel 5.2.5.a geforderte Basisqualifikation vorliegen.

Nicht benannter Operateur: Als nicht benannter Operateur gilt ein Operateur, der einen Eingriff durchgeführt hat, ohne die für eine Benennung gemäß den geltenden Anforderungen erforderliche Expertise (Kap. 5) nachweisen zu können.

Bei Durchführung einer OP durch einen nicht benannten Operateur ist unter Begründung/Ursache eine Erläuterung des Zentrums im Datenblatt erforderlich (z.B. Notfalleingriff). Operationen durch nicht benannte Operateure werden im Audit durch die Fachexperten geprüft.

Kennzahlenbogen Magen

Kennzahlenbogen_(KB) Auditjahr 2027: ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr.

Redaktionelle Änderungen sind "grün" gekennzeichnet (u.a. bedingt durch organübergreifende Anpassungen der Formulierungen).

Reg.-Nr. Zentrum

KN	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll-vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Daten-qualität
1a	1.2.0	Primärfälle	Siehe Sollvorgabe	Primärfälle	-----		≥ 30		Anzahl	0	Unvollständig
1b		Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	-----	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	-----		Derzeit keine Vorgaben				Unvollständig
2		Prätherapeutische Fallvorstellung	Prätherapeutische Vorstellung aller Primärfälle	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	Primärfälle (= Kennzahl 1a)		≥ 95%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
3		Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/ metachrone Metastasen	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit Rezidiv/ metachrone Metastasen	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)		≥ 95%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	

KN	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll-vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Daten-qualität
4		Postoperative Fallvorstellung	Postoperative Vorstellung aller Primärfälle	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	Operative Primärfälle		≥ 95%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
5		Psychoonkologisches Distress-Screening	Adäquate Rate an psychoonkologischem Distress-Screening	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)		≥ 65%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
6		Beratung Sozialdienst	Adäquate Rate an Beratung durch Sozialdienst	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	< 30%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
7	1.7.6	Anteil Studienpat.	Einschluss von möglichst vielen Pat. in Studien	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	Primärfälle (= Kennzahl 1a)		≥ 5%		Zähler	0	Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
8	LL QI	Endoskopische En-bloc Resektionen	Möglichst häufig En-bloc Resektionen bei endoskopischer Resektion	Primärfälle des Nenners mit En-bloc Resektion	Endoskopische Primärfälle + Operative Primärfälle mit vorausgegangener endoskopischer Resektion		≥ 60%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	

KN ⁱ	EB/LL ⁱ	Kennzahldefinition ⁱ	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll-vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert ⁱ		Daten-qualität
9		Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion ⁱ	Möglichst niedrige Rate an Komplikationen bei endoskopischer En-bloc-Resektion	Primärfälle des Nenners mit Komplikationen (Blutung, Perforation)	Primärfälle mit endoskopischer En-bloc-Resektion		≤ 10%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0 ⁱ	
									%	n.d.	
10	LL QI	R0-Resektionen (Endoskopie) ⁱ	Möglichst häufig R0-Situationen nach endoskopischer En-bloc-Resektion	Primärfälle des Nenners mit R0 nach abgeschlossener endoskopischer Therapie	Primärfälle mit endoskopischer En-bloc-Resektion		≥ 60%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0 ⁱ	
									%	n.d.	
11	5.2.4	Operative Expertise	Siehe Sollvorgabe	Operative Expertise (entsprechend Angabe Basisdaten)	-----		≥ 20		Anzahl	0 ⁱ	Unvollständig
12	LL QI	Anastomoseninsuffizienz Grad II/III ⁱ	Möglichst selten Anastomoseninsuffizienzen Grad II/III nach Resektion mit Rekonstruktion mittels Anastomose	Primärfälle des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad II/III ⁱ	Operative Primärfälle mit Rekonstruktion mittels Anastomose		≤ 15%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
13		Revisions-OP's	Möglichst niedrige Rate an Revisions-OP's nach elektiver OP	Primärfälle des Nenners mit Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	Elektive Operative Primärfälle		≤ 10%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0 ⁱ	
									%	n.d.	

KN ⁱ	EB/ LL ⁱ	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll- vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert ⁱ		Daten- qualität
14a		30d-Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Primärfällen nach elektiven Eingriffen	Primärfälle des Nenners, die postoperativ nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30d verstorben sind	Elektive Operative Primärfälle		≤ 10%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0 ⁱ	
									%	n.d.	
14b <i>Angabe- optional</i>		90d-Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Pat. nach operativen Eingriffen	Primärfälle des Nenners, die innerhalb von 90d postoperativ verstorben sind	Elektive Operative Primärfälle (aus Vorkennzahlenjahr)		Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
15	LL QI	Vollständiger Pathologiebericht	Möglichst häufig vollständige pathohistologische Befundberichte	Primärfälle des Nenners, die mindestens folgende Angaben im pathohistologischen Befundbericht haben: - Art des entfernten Materials, - Tumorlokalisierung (makroskopisch/ mikroskopisch), - minimale Entfernung des Tumors zu den Resektionsrändern, - Größe des Tumors*, - mikroskopischer Tumortyp (nach aktueller WHO-Klassifikation), - Grading* (aktuelle WHO-Klassifikation)*, - TNM-Klassifikation (unter Angabe der untersuchten und befallenen Lymphknoten), - R-Klassifikation. * entfallend bei kompletter Remission nach neoadj. Therapie	Operative Primärfälle		≥ 90%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0 ⁱ	
									%	n.d.	
16	LL QI	Ernährungsstatus	Erhebung des Ernährungsstatus bei möglichst vielen Pat.	Pat. des Nenners mit Feststellung des Ernährungsstatus nach Nutritional Risk Score und Body Mass Index	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)		≥ 50%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0 ⁱ	
									%	n.d.	

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll- vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Daten- qualität
17	LL QI	Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie	Möglichst häufig Empfehlung und Durchführung von Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie	Primärfälle des Nenners mit dokumentierter Empfehlung zur Vitamin B12-Substitution (z.B. 1000 µg alle 3 Mo) im Arztbrief	Operative Primärfälle nach Gastrektomie		≥ 80%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
18	LL QI	Präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen	Möglichst häufig präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie	Operative Primärfälle ≥ cT3 und/oder ≥ N1 und M0	< 80%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
19	LL QI	Präoperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0	Möglichst häufig präoperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0 und Resektion	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie oder Radiochemotherapie	Operative Primärfälle mit Adenokarzinom des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0	< 80%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
20	LL QI	Bestimmung HER-2- und PD-L1-Status (CPS) und des MSI-Status vor palliativer Tumorthherapie	Möglichst häufig Bestimmung des HER-2- und PD-L1-Status (CPS) und des MSI-Status vor palliativer medikamentöser Tumorthherapie	Pat. des Nenners mit Bestimmung des HER-2- und PD-L1-Status (CPS) und des MSI-Status vor palliativer medikamentöser Tumorthherapie	Pat. mit palliativer medikamentöser Tumorthherapie	< 80%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
21 Angabe Optional	LL QI	Helicobacter-pylori-Testung vor oder nach endoskopischer Resektion	Möglichst hoher Anteil der Pat. mit Helicobacter-pylori-Testung vor oder nach endoskopischer Resektion von Magenfrühkarzinomen oder operativen Magenteilresektionen	Pat. des Nenners mit Helicobacter-pylori-Testung	Pat. mit endoskopischer Resektion von Magenfrühkarzinomen oder operativer Magenteilresektion		Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	

KN ⁱ	EB/LL ⁱ	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll-vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert ⁱ		Daten-qualität
22 <i>Angabe Optional</i>		MTL30-Indikator (Mortalität, Transfer, postoperative Liegedauer)	Möglichst wenige postoperative Ereignisse	Pat des Nenners, die • innerhalb von 30d postoperativ verstorben sind (Zähler Kennzahl Nr. 14a) oder • in ein anderes Akut-Krankenhaus verlegt wurden oder • einen Krankenhausaufenthalt > 30d nach Tumorsektion hatten	Elektive Operative Primärfälle		Derzeit keine Vorgaben	> 25%	Zähler		Unvollständig
									Nenner	0 ⁱ	
									%	n.d.	

¹⁾ Tumoren, deren Zentrum > 2 cm vom ösophagogastralen Übergang entfernt ist, werden als Magenkarzinome klassifiziert, auch dann, wenn der ösophagogastrale Übergang einbezogen ist.

Datenqualität Kennzahlen

In Ordnung	Plausibel	0,00% (0)	0,00% (0)	Bearbeitungs-qualität
	Plausibilität unklar	0,00% (0)		
Sollvorgabe nicht erfüllt			0,00% (0)	0,00% (0)
Fehlerhaft	Inkorrekt	0,00% (0)	104,76% (22)	
	Unvollständig	104,76% (22)		

Bearbeitungshinweise:

Die jeweilige Eingabe oder Änderung "Anzahl/ Zähler/ Nenner" (gepunktete Felder) ist nur im Tabellenblatt "Basisdaten" möglich, die Übertragung erfolgt automatisch.
Der Zähler ist immer eine Teilmenge des Nenners (Ausnahme: Kennzahl 7 - Anteil Studienpat.).

1) Plausibilität unklar

Der angegebene Kennzahlenwert stellt im Vergleich zu anderen Zentren einen außergewöhnlichen Wert dar. Die Einstufung „Plausibilität unklar“ bedeutet nicht automatisch eine negative Bewertung. Der Kennzahlenwert ist aufgrund seiner Außergewöhnlichkeit auf Korrektheit zu überprüfen. Im Einzelfall kann ein positiver Kennzahlenwert bei einer detaillierten Betrachtung auch eine negative Versorgungssituation darstellen (z.B. Überversorgung). Das Ergebnis dieser Überprüfung ist durch das Zentrum im Kennzahlenbogen in der Spalte „Begründung/ Ursache“ näher zu erläutern. Ggf. sollten entsprechend dem Vorgehen „Sollvorgabe nicht erfüllt“ zum Zwecke der Verbesserung gezielte Aktionen definiert und durchgeführt werden.

2) Sollvorgabe nicht erfüllt

Die betroffenen Kennzahlen sind zu analysieren. Das Ergebnis ist im Feld "Begründung/ Ursache" zu dokumentieren. Ergeben sich aus der Ursachenanalyse konkrete Aktionen zur Verbesserung des Kennzahlenwertes, sind diese in der Spalte "Eingeleitete/ geplante Aktionen" zu beschreiben.

3) Unvollständig

Sofern Kennzahlen den Status „unvollständig“ haben, sind diese entweder nachzuliefern oder es ist eine eindeutige Aussage über die Möglichkeit der zukünftigen Darlegung zu treffen („unvollständige Kennzahlen“ stellen grundsätzlich eine potentielle Abweichung dar).

Anmerkung:

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.