

Gesamtbewertung

Darmzentrum Ruhr (FAD-Z001-2 V)

Die vorliegende Gesamtbewertung bildet einen Anhang zu dem Jahresbericht 2020.

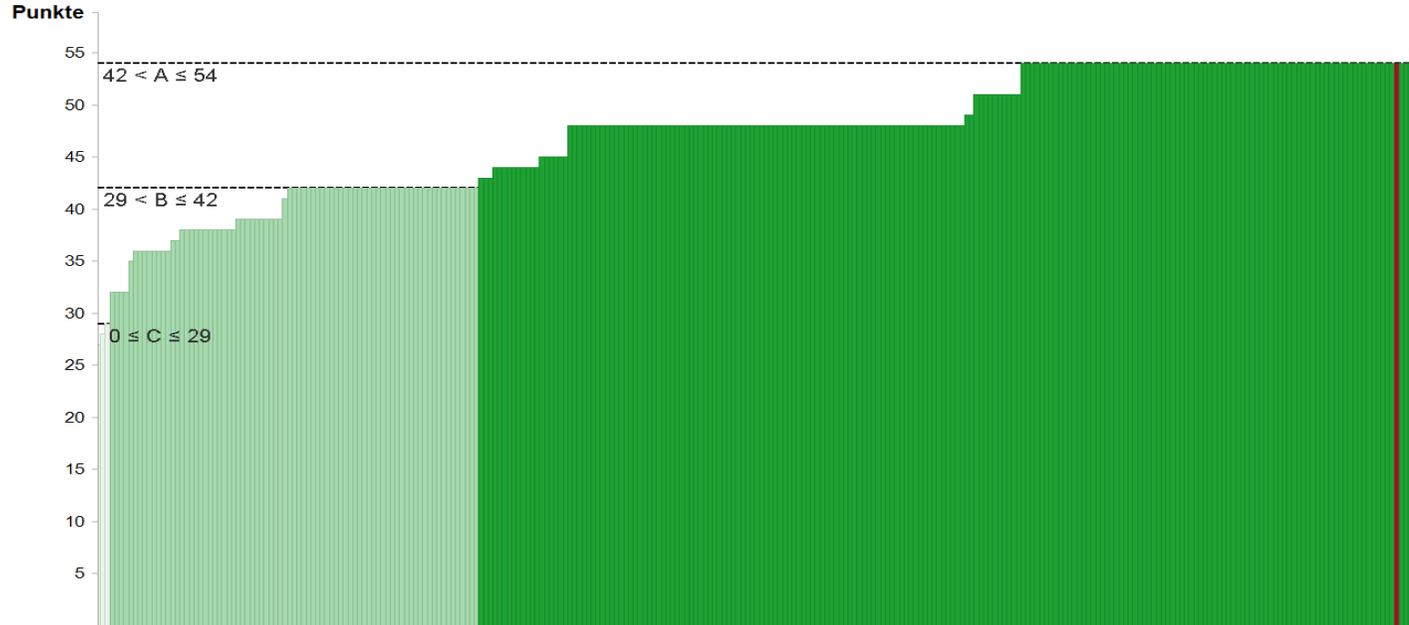
Grundlage für die Gesamtbewertung des Einzelzentrums sind die Ergebnisse der Kennzahlen aus dem Jahresbericht 2020. Auf Basis eines definierten Gewichtungssystems (Folie 7) wurden die Ergebnisse der Kennzahlen für die Prozess- und die Behandlungsqualität ausgewertet und als Gesamtscore für jeden dieser Bereiche dargestellt.

In Ergänzung zu dem Jahresbericht kann das Zentrum seine Leistung zusammengefasst für den Bereich der Prozess- und den Bereich der Behandlungsqualität im Vergleich zu anderen Zentren überblicken. Im Sinne eines lernenden Qualitätsmanagementsystems können auf diese Weise Bereiche mit sehr guten Ergebnissen, aber auch Bereiche mit Verbesserungspotential identifiziert und bearbeitet werden.

Gesamtbewertung - Anhang zum Jahresbericht Darm 2020
(Auditjahr 2019 / Kennzahlenjahr 2018)

Gesamtbewertung

Prozessqualität



284 Standorte

Prozessqualität Standort-übergreifend	Punkte			
	2015	2016	2017	2018
Max	54	54	54	54
Median	48	45	48	48
Min	27	23	22	27

Prozessqualität	Punkte				Anzahl Standorte			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Kategorie C	0 ≤ C ≤ 29				5	6	3	3
Kategorie B	29 < B ≤ 42				72	106	79	79
Kategorie A	42 < A ≤ 54				196	171	202	202
FAD-Z001-2 V	Kategorie A 54 Pkt.	Kategorie A 54 Pkt.	Kategorie A 48 Pkt.	Kategorie A 54 Pkt.				

Gesamtbewertung

Prozessqualität - Einzelbewertung Kennzahlen

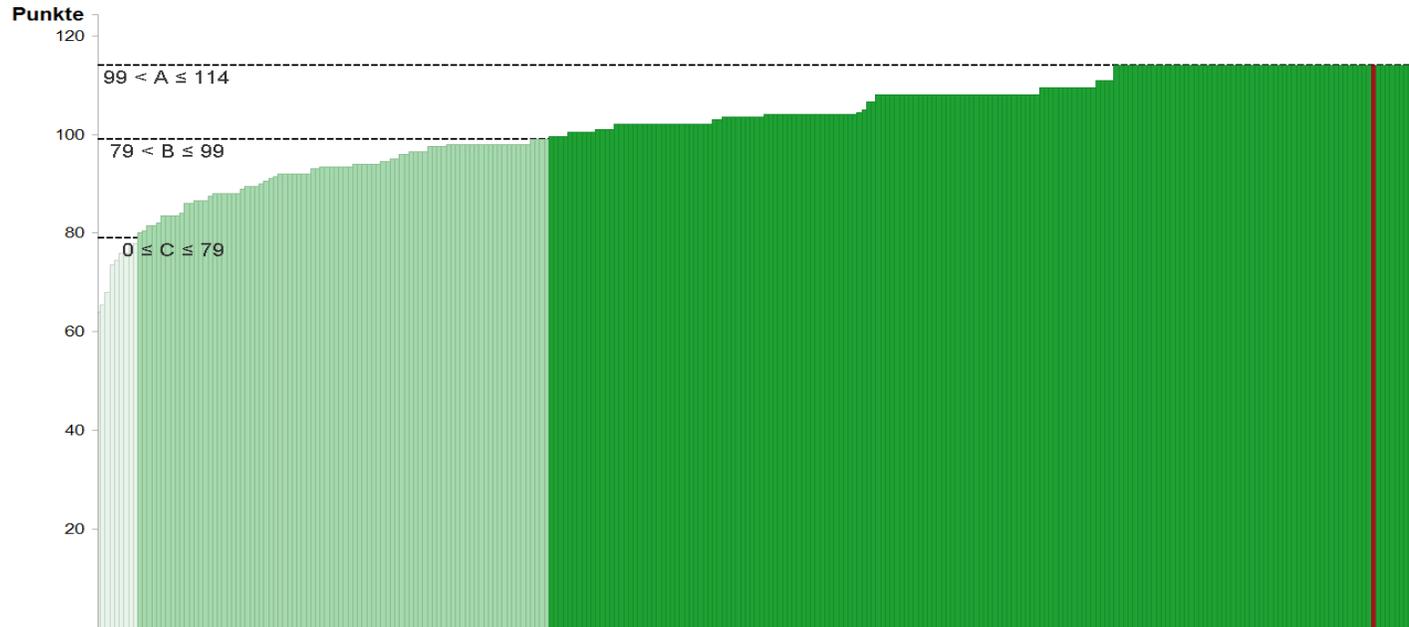
Nr.	Kennzahl	Standortübergreifend				FAD-Z001-2 V												
		Median - Quote				Quote				Punkte				Gewichtung	Gesamtpunkte			
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018		2015	2016	2017	2018
1	Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI 7)	95,45%	95,35%	95,70%	95,96%	100,00%	97,14%	100,00%	95,00%	6	6	6	6	2	12	12	12	12
2	Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	6	6	6	6	2	12	12	12	12
3	Postoperative Fallvorstellung	98,51%	98,84%	98,45%	98,97%	100,00%	98,72%	92,59%	97,40%	6	6	3	6	2	12	12	6	12
6	Studienteilnahme	16,00%	6,58%	8,53%	9,93%	102,99%	70,59%	8,60%	14,46%	6	6	6	6	2	12	12	12	12
9	Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	6	6	6	6	1	6	6	6	6
	Summe														54	54	48	54

Erläuterungen zu den Berechnungsalgorithmen siehe Folien 6 und 7.

Ausnahmen Kennzahl 2 und Kennzahl 9: Wenn Kennzahlenwert 0/0 = n.d. = nicht definiert, dann werden 6 Punkte vergeben.

Gesamtbewertung

Behandlungsqualität



284 Standorte

Behandlungs- qualität Standort- übergreifend	Punkte			
	2015	2016	2017	2018
Max	135	135	123	114
Median	113	117	108,25	103,5
Min	71	76,5	68,5	64

Behandlungs- qualität	Punkte				Anzahl Standorte			
	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018
Kategorie C	0 ≤ C ≤ 100		0 ≤ C ≤ 88		0 ≤ C ≤ 79			
Kategorie B	100 < B ≤ 120		88 < B ≤ 108		79 < B ≤ 99			
Kategorie A	120 < A ≤ 135		108 < A ≤ 123		99 < A ≤ 114			
FAD-Z001-2 V	Kategorie A 125 Pkt.	Kategorie B 119 Pkt.	Kategorie B 107 Pkt.	Kategorie A 114 Pkt.				

Gesamtbewertung

Behandlungsqualität - Einzelbewertung Kennzahlen

Nr.	Kennzahl	Standortübergreifend				FAD-Z001-2 V												
		Median - Quote				Quote				Punkte				Gewichtung	Gesamtpunkte			
		2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018	2015	2016	2017	2018		2015	2016	2017	2018
11	Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	0,67%	0,64%	0,65%	0,76%	0,66%	0,77%	0,00%	0,00%	6	6	6	6	2	12	12	12	12
12	Vollständige elektive Koloskopien	97,87%	97,86%	97,89%	97,68%	98,97%	99,48%	99,75%	98,87%	6	6	6	6	1	6	6	6	6
16	Revisions-OP's Kolon	8,82%	9,38%	9,09%	9,09%	6,06%	8,51%	7,50%	0,00%	6	6	6	6	2	12	12	12	12
17	Revisions-OP's Rektum	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	5,26%	15,79%	8,00%	8,70%	6	3	6	6	2	12	6	12	12
19	Anastomosensuffizienzen Kolon (LL QI 10)	4,55%	4,35%	4,59%	4,35%	3,13%	4,55%	7,50%	0,00%	6	6	3	6	2	12	12	6	12
20	Anastomosensuffizienzen Rektum (LL QI 9)	7,69%	8,33%	7,95%	7,42%	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	6	6	6	6	2	12	12	12	12
21	Mortalität postoperativ	2,41%	2,41%	2,13%	1,96%	1,92%	3,03%	1,54%	4,69%	6	6	6	6	2	12	12	12	12
22	Lokale R0-Resektionen Rektum	96,00%	95,83%	95,65%	96,08%	94,74%	94,74%	100,00%	100,00%	6	6	6	6	1	6	6	6	6
26	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (LL QI 8)	66,67%	63,16%	62,02%	80,00%	25,00%	72,73%	37,50%	83,33%	1	6	1	6	2	2	12	2	12
28	Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) (LL QI 6)	94,44%	94,44%	92,86%	95,24%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	6	6	6	6	1,5	9	9	9	9
30	Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)	97,18%	97,47%	97,58%	97,66%	100,00%	98,46%	98,39%	98,44%	6	6	6	6	1,5	9	9	9	9
	Summe														125	119	107	114

Erläuterungen zu den Berechnungsalgorithmen siehe Folien 6 und 7.

Gesamtbewertung

Erläuterung

Punktevergabe, Gewichtung und Kategorien

Die Gesamtbewertung der Zentren mit Hilfe einer A, B und C-Kategorisierung erfolgt auf Basis der nachfolgend aufgeführten Schritte:

1. Unterteilung der Kennzahlen mit Sollvorgabe in Kennzahlen, die Prozessqualität und Kennzahlen, die Behandlungsqualität abbilden.
2. Vergabe von Punktwerten für die Kennzahlenergebnisse: Erfüllung Sollvorgabe 6 Punkte, Nicht-Erfüllung Sollvorgabe (geringe Abweichung 3 Punkte; große Abweichung 1 Punkt), fehlende Angaben 0 Punkte.
3. Der Punktwert für das Kennzahlenergebnis wird mit einem Gewicht multipliziert, das der Bedeutung für das Zertifizierungssystem entspricht.
4. Die Summation der Ergebnisse aus Schritt 3 führt in dem Bereich Prozessqualität zu maximal 54 Punkten und in dem Bereich Behandlungsqualität zu maximal 114 Punkten. Die Punktwerte werden in die Kategorien A, B und C unterteilt. Die Intervalle werden aufgrund von Änderungen an dem Datenblatt (z.B. Streichung von Kennzahlen) regelmäßig angepasst.

ABC-Bewertung

Kategorie
A = Sehr gute bis gute Qualität
B = Zufriedenstellende Qualität - Analysebedarf bzgl. Verbesserungspotential
C = Ausreichende Qualität - Verbesserungspotential bzw. Schwachstelle

Gesamtbewertung

Punktevergabe Gewichtung und Kategorien

Kennzahlen		Kategorien				
Prozessqualität		0 Punkte	1 Punkt	3 Punkte	6 Punkte	Gewichtung
1	Prätherapeutische Fallvorstellung	k.A.	≤ 71,3%	71,3% < x < 95%	≥ 95%	2
2	Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidive/ metachrone Metastasen	k.A.	≤ 71,3%	71,3% < x < 95%	≥ 95%	2
3	Postoperative Fallvorstellung	k.A.	≤ 71,3%	71,3% < x < 95%	≥ 95%	2
6	Studienteilnahme	k.A.	≤ 2,5%	2,5% < x < 5%	≥ 5%	2
9	Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	k.A.	≤ 67,5%	67,5% < x < 90%	≥ 90%	1
Behandlungsqualität		0 Punkte	1 Punkt	3 Punkte	6 Punkte	Gewichtung
11	Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	k.A.	≥ 2%	1% < x < 2%	≤ 1%	2
12	Vollständige elektive Koloskopien	k.A.	≤ 71,3%	71,3% < x < 95%	≥ 95%	1
16	Revisions-OP's Kolon	k.A.	≥ 20%	15% < x < 20%	≤ 15%	2
17	Revisions-OP's Rektum	k.A.	≥ 20%	15% < x < 20%	≤ 15%	2
19	Anastomoseninsuffizienzen Kolon	k.A.	≥ 9%	6% < x < 9%	≤ 6%	2
20	Anastomoseninsuffizienzen Rektum	k.A.	≥ 20%	15% < x < 20%	≤ 15%	2
21	Mortalität postoperativ	k.A.	≥ 7%	5% < x < 7%	≤ 5%	2
22	Lokale R0-Resektionen Rektum	k.A.	≤ 80%	80% < x < 90%	≥ 90%	1
26	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	k.A.	≤ 60%	60% < x < 70%	≥ 70%	2
28	Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)	k.A.	≤ 60%	60% < x < 85%	≥ 85%	1,5
30	Lymphknotenuntersuchung	k.A.	≤ 90%	90% < x < 95%	≥ 95%	1,5

Impressum

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

in Zusammenarbeit mit:
OnkoZert, Neu-Ulm
www.onkozert.de

Version A1; Stand 29.04.2020

Kennzahlenauswertung 2021

Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren

Auditjahr 2020 / Kennzahlenjahr 2019

FAD-Z001-2 P
Pankreaskarzinomzentrum-Ruhr



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2020	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	11
Kennzahl Nr. 1: Primärfälle Zentrum	11
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung.....	12
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung.....	13
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung.....	14
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst.....	15
Kennzahl Nr. 6: Anteil Studienpatienten	16
Kennzahl Nr. 7a: Endoskopie Komplikationen - Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	17
Kennzahl Nr. 7b: Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	18
Kennzahl Nr. 8: Operative Primärfälle Pankreas	19
Kennzahl Nr. 9: Operative Expertise Pankreas gesamt.....	20
Kennzahl Nr. 10: Revisions-OP's Pankreas.....	21
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion.....	22
Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ.....	23
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI 1)	24
Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)	25
Kennzahl Nr. 15: Inhalt Pathologieberichte (LL QI 3)	26
Kennzahl Nr. 16: Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4)	27
Kennzahl Nr. 17: Palliative Chemotherapie (LL QI 5)	28
Impressum	29

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ.....	
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI 1)	
Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)	
Kennzahl Nr. 16: Inhalt Pathologieberichte (LL QI 3)	
Kennzahl Nr. 17: Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4)	
Kennzahl Nr. 18: Palliative Chemotherapie (LL QI 5)	

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

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	18*	4 - 67	2632
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	18*	4 - 69	2693
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	83,33% - 100%	97,73%**

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

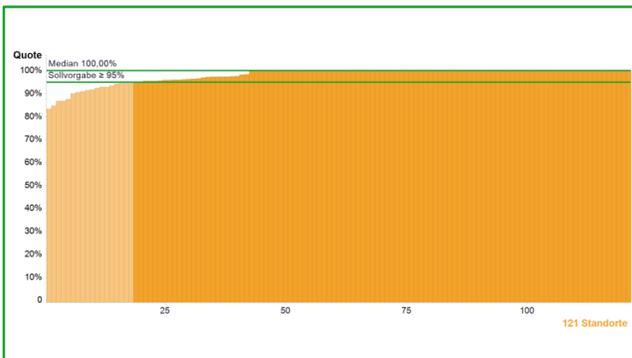
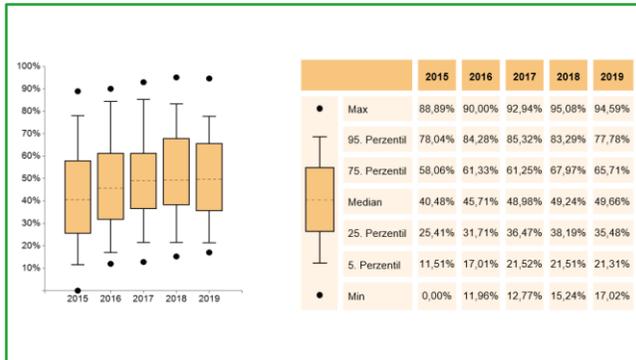


Diagramm:

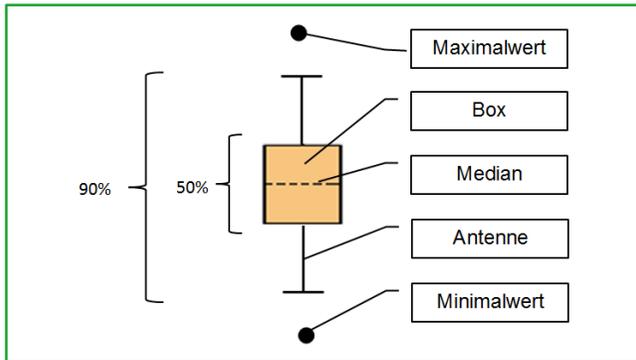
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2015, 2016, 2017, 2018** und **2019** 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 einen Bereich/Spannweite von 90 Perzentil. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2020

	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015
Laufende Verfahren	5	8	5	10	5	8
Zertifizierte Zentren	124	117	112	98	91	77
Zertifizierte Standorte	127	120	115	100	93	79

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	121	116	106	93	83	72
entspricht	95,3%	96,7%	92,2%	93%	89,2%	91,1%
Primärfälle gesamt*	6.068	5.683	5.104	4.526	3.877	3.177
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	50	49	48	49	47	44
Primärfälle pro Standort (Median)*	49	43	45	44	43	37,5

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

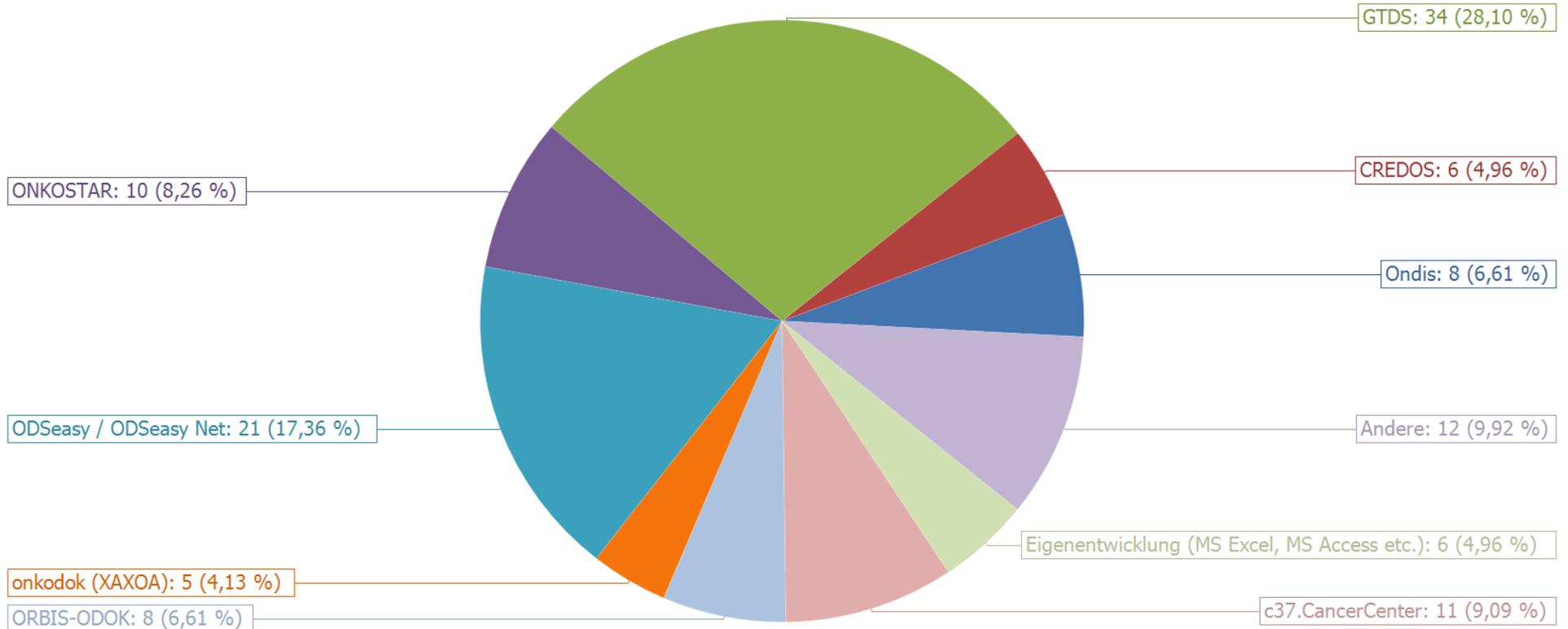
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Pankreaskarzinomzentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 121 der 127 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 6 Standorte, die im Jahr 2020 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In 127 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 6.259 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2019. Sie stellen für die in 2020 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

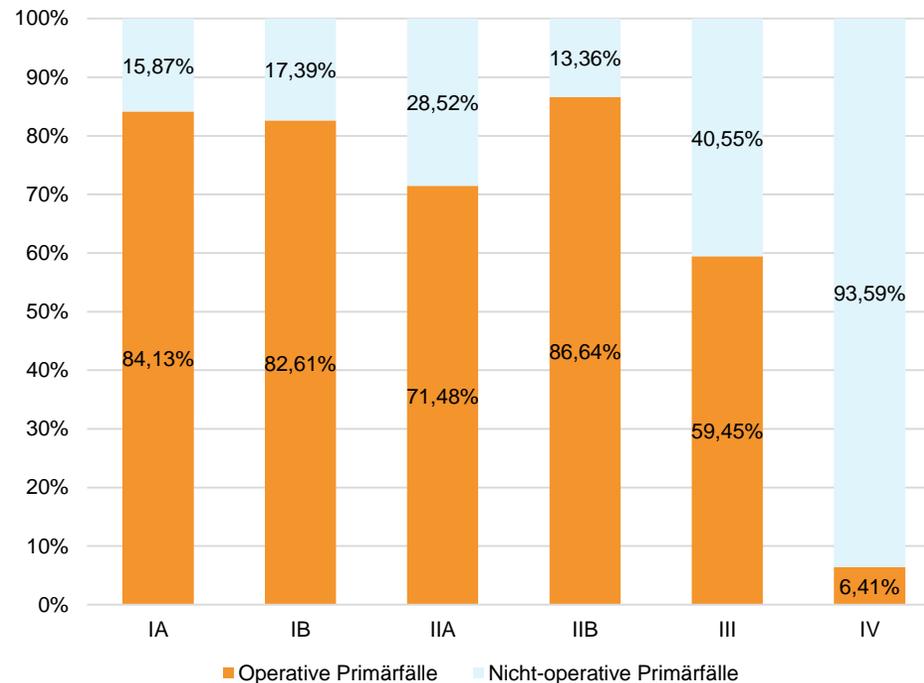
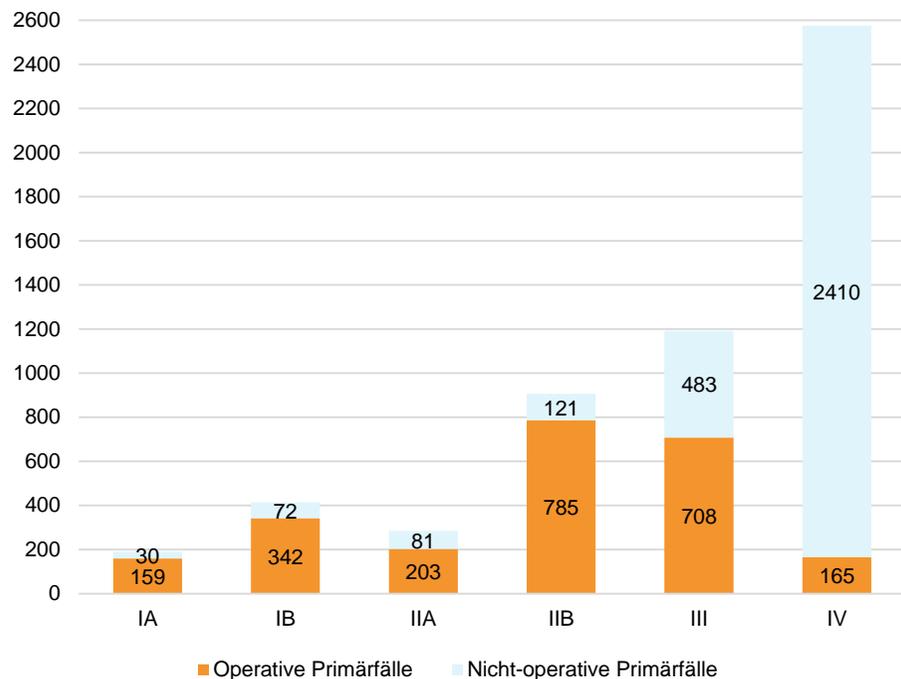
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



Legende:	
Andere	System in ≤ 3 Standorten genutzt

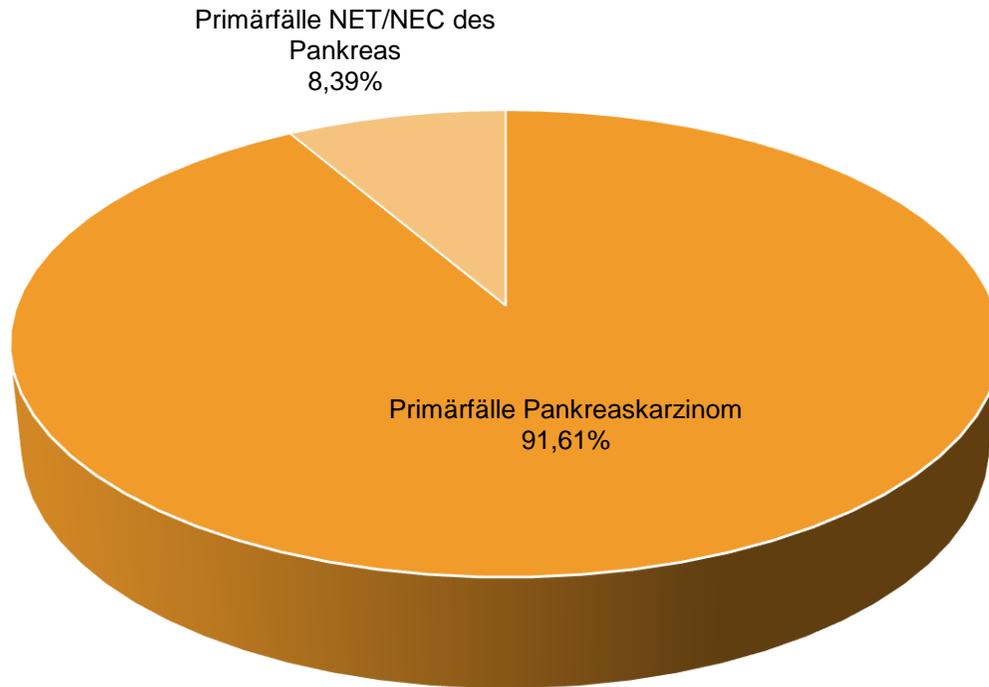
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten – Primärfälle Pankreaskarzinom (Karzinome des exokrinen Pankreas)



	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
Operative Primärfälle	159 (84,13%)	342 (82,61%)	203 (71,48%)	785 (86,64%)	708 (59,45%)	165 (6,41%)	2.362 (42,49%)
Nicht-operative Primärfälle	30 (15,87%)	72 (17,39%)	81 (28,52%)	121 (13,36%)	483 (40,55%)	2.410 (93,59%)	3.197 (57,51%)
Primärfälle gesamt	189 (100%)	414 (100%)	284 (100%)	906 (100%)	1.191 (100%)	2.575 (100%)	5.559 (100%)

Basisdaten – Primärfälle Pankreas



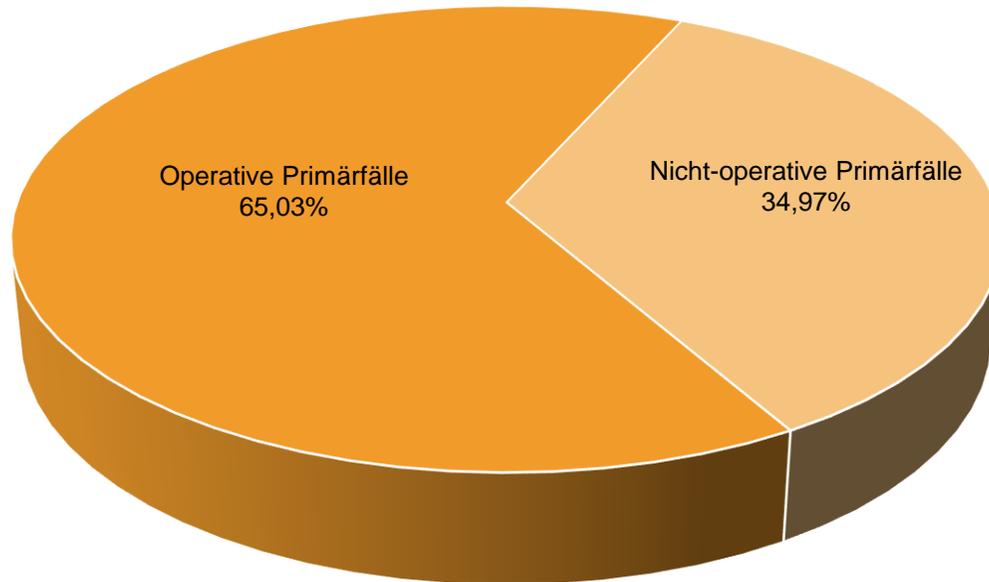
Primärfälle Pankreas

Pankreaskarzinom	Neuroendokrine Tumoren (NET) und neuroendokrine Karzinome (NEC) des Pankreas	Primärfälle gesamt
5.559 (91,61%)	509 (8,39%)	6.068 (100%)

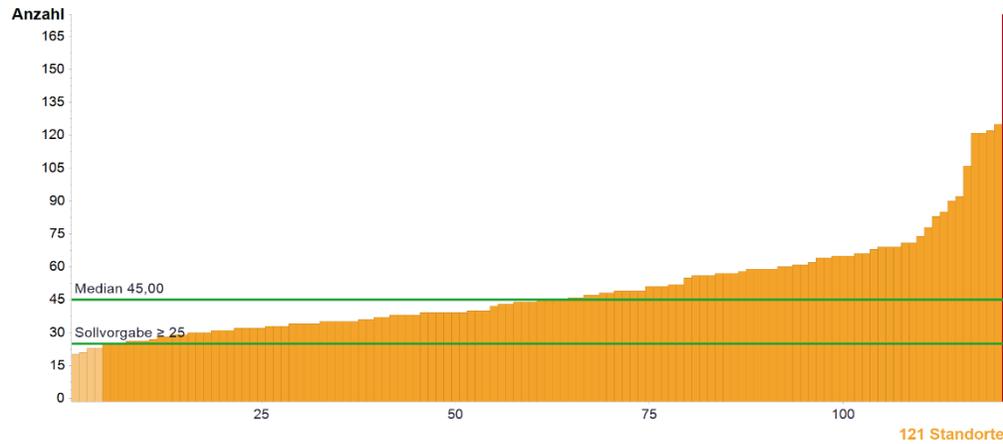
Basisdaten

Primärfälle Neuroendokrine Tumoren (NET) und Neuroendokrine Karzinome (NEC) des Pankreas

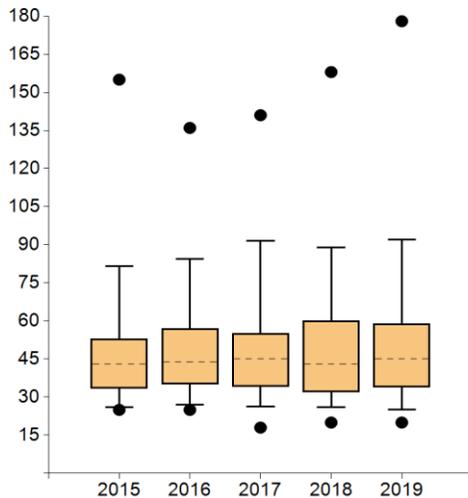
Operative Primärfälle	Nicht-operative Primärfälle	Primärfälle gesamt
331 (65,03%)	178 (34,97%)	464 (100%)



1. Primärfälle Zentrum



Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
	2015	2016	2017	2018	2019
Anzahl Primärfälle	155	136	141	158	178
Sollvorgabe ≥ 25					

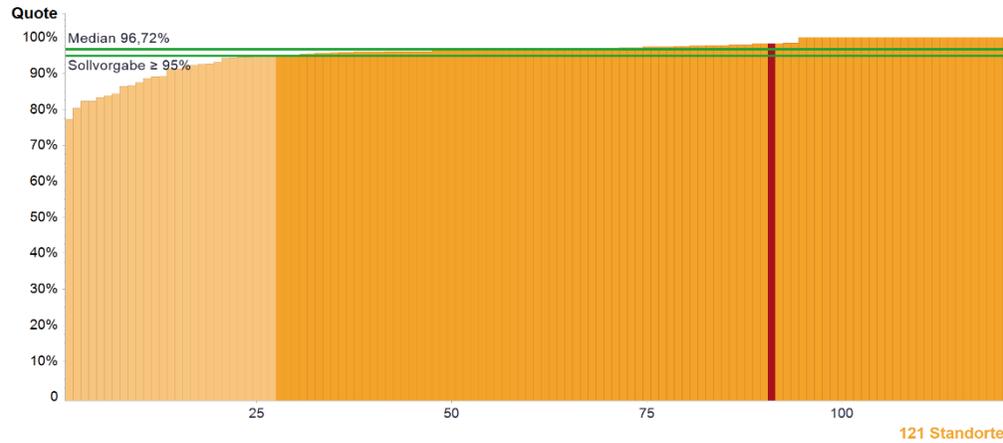


	2015	2016	2017	2018	2019
Max	155,00	136,00	141,00	158,00	178,00
95. Perzentil	81,60	84,40	91,50	89,00	92,00
75. Perzentil	53,00	57,00	55,00	60,00	59,00
Median	43,00	44,00	45,00	43,00	45,00
25. Perzentil	33,50	35,00	34,25	32,00	34,00
5. Perzentil	26,10	27,00	26,25	26,00	25,00
Min	25,00	25,00	18,00	20,00	20,00

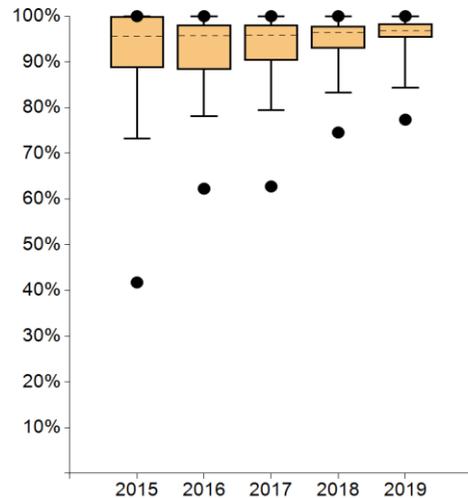
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	117	96,69%

Anmerkungen:

2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Primärfälle des Nenners mit einem Pankreaskarzinom, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	143	115	139	154	175
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	155	136	141	158	178
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	92,26%	84,56%	98,58%	97,47%	98,31%

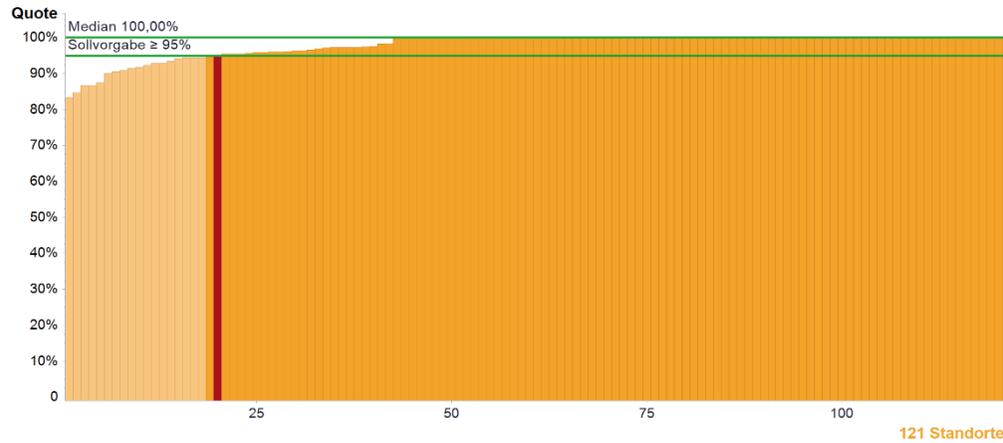


	2015	2016	2017	2018	2019
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	98,04%	98,16%	97,88%	98,31%
Median	95,52%	95,74%	95,88%	96,43%	96,72%
25. Perzentil	88,68%	88,24%	90,34%	92,92%	95,31%
5. Perzentil	73,16%	78,06%	79,38%	83,33%	84,38%
Min	41,75%	62,26%	62,75%	74,55%	77,36%

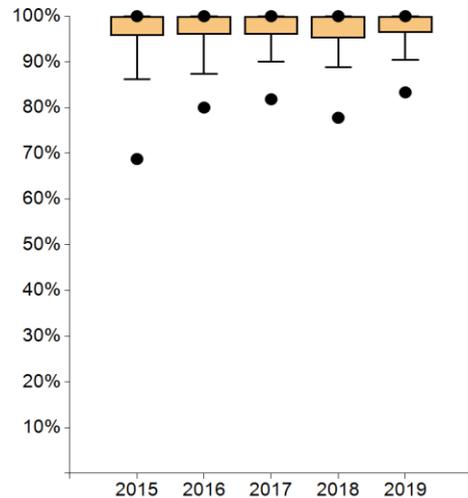
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	94	77,69%

Anmerkungen:

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	48	67	47	50	57
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	48	68	47	52	60
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	98,53%	100%	96,15%	95,00%

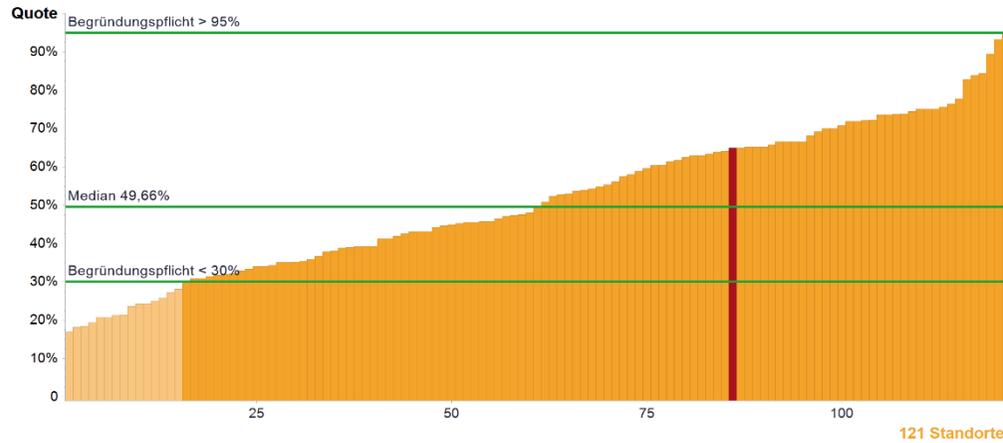


	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	95,74%	96,00%	95,94%	95,20%	96,36%
5. Perzentil	86,14%	87,36%	90,00%	88,89%	90,48%
● Min	68,75%	80,00%	81,82%	77,78%	83,33%

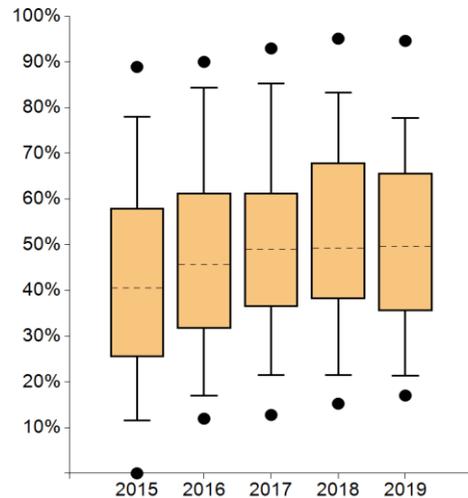
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	103	85,12%

Anmerkungen:

4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Patienten des Nenners, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	40	79	51	60	131
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	171	153	166	170	202
Quote	Begründungspflicht* <30% und >95%	23,39%	51,63%	30,72%	35,29%	64,85%



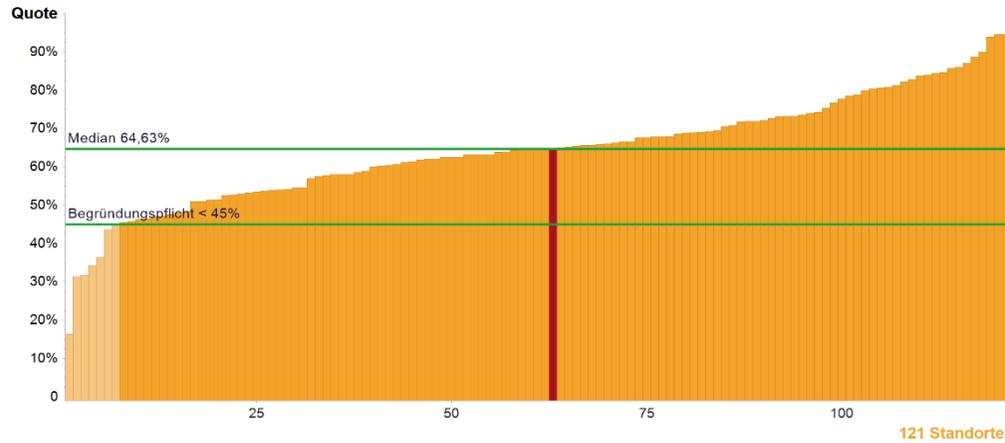
	2015	2016	2017	2018	2019
Max	88,89%	90,00%	92,94%	95,08%	94,59%
95. Perzentil	78,04%	84,28%	85,32%	83,29%	77,78%
75. Perzentil	58,06%	61,33%	61,25%	67,97%	65,71%
Median	40,48%	45,71%	48,98%	49,24%	49,66%
25. Perzentil	25,41%	31,71%	36,47%	38,19%	35,48%
5. Perzentil	11,51%	17,01%	21,52%	21,51%	21,31%
Min	0,00%	11,96%	12,77%	15,24%	17,02%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	106	87,60%

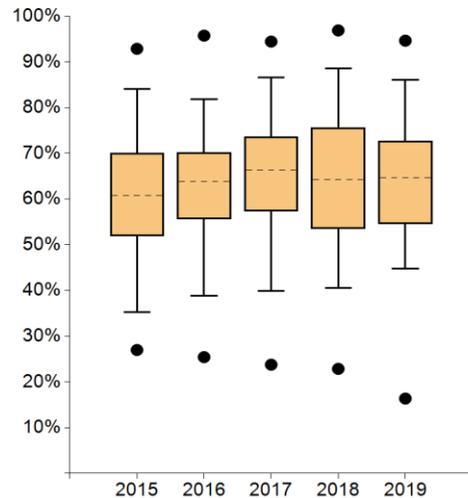
Anmerkungen:

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

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Patienten des Nenners, die durch den Sozialdienst beraten wurden	107	108	105	105	131
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	171	153	166	170	202
Quote	Begründungspflicht* <45%	62,57%	70,59%	63,25%	61,76%	64,85%



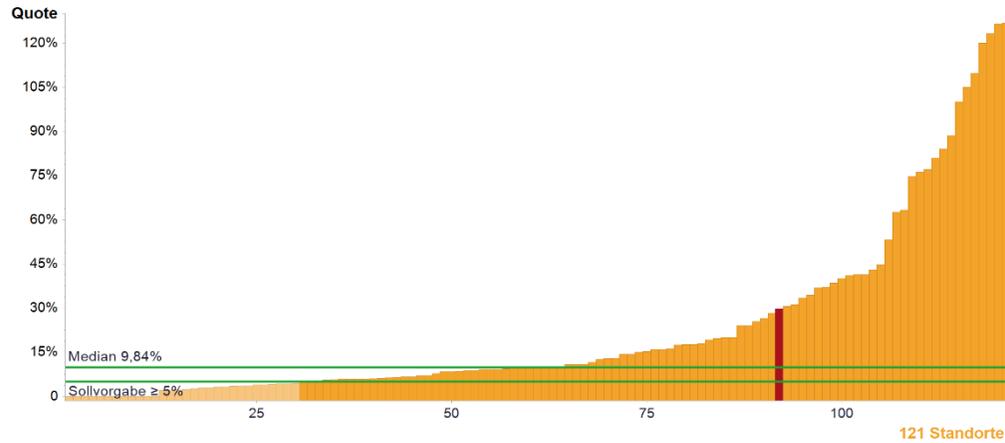
	2015	2016	2017	2018	2019
Max	92,86%	95,74%	94,44%	96,88%	94,64%
95. Perzentil	84,00%	81,83%	86,53%	88,57%	86,11%
75. Perzentil	70,01%	70,21%	73,59%	75,63%	72,73%
Median	60,81%	63,83%	66,32%	64,23%	64,63%
25. Perzentil	51,86%	55,56%	57,40%	53,51%	54,55%
5. Perzentil	35,28%	38,84%	39,93%	40,54%	44,74%
Min	26,98%	25,42%	23,77%	22,86%	16,36%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	114	94,21%

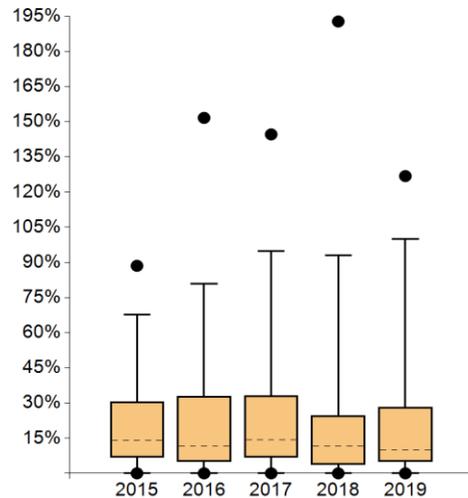
Anmerkungen:

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

6. Anteil Studienpatienten



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Patienten, die in eine Studie eingebracht wurden	92	74	102	126	53
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	155	136	141	158	178
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	59,35%	54,41%	72,34%	79,75%	29,78%

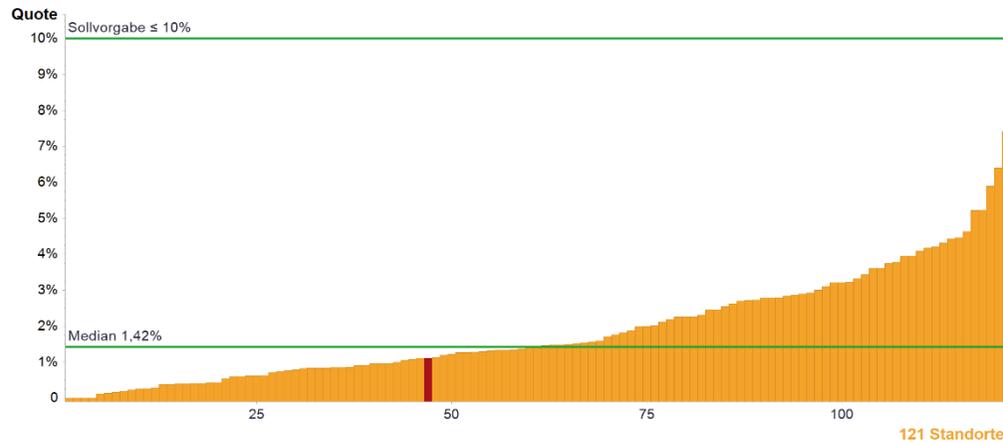


	2015	2016	2017	2018	2019
Max	88,52%	151,61%	144,57%	192,73%	126,79%
95. Perzentil	67,71%	80,83%	94,87%	92,97%	100%
75. Perzentil	30,52%	32,89%	33,20%	24,72%	28,21%
Median	13,95%	11,76%	14,29%	11,65%	9,84%
25. Perzentil	6,71%	5,00%	6,71%	3,81%	5,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

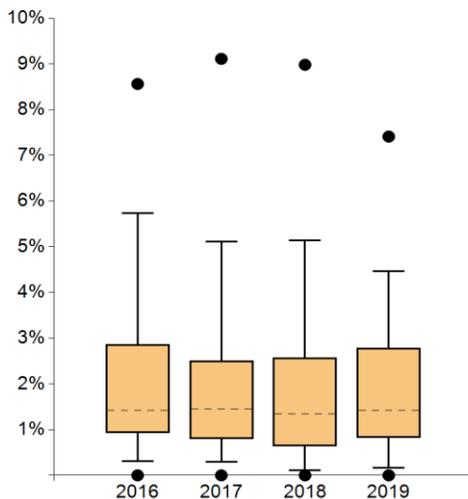
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	91	75,21%

Anmerkungen:

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



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	k.A.	7	12	7	6
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	k.A.	448	547	499	541
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	k.A.	1,56%	2,19%	1,40%	1,11%

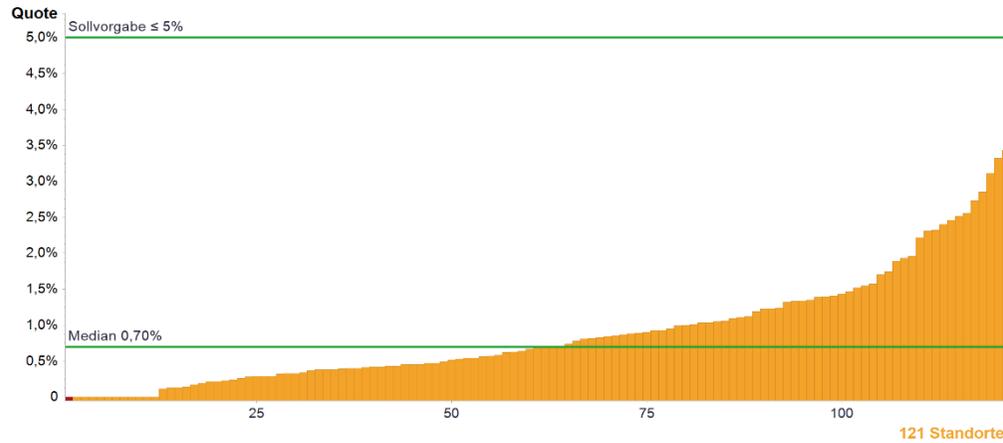


	2015	2016	2017	2018	2019
Max	-----	8,56%	9,11%	8,98%	7,41%
95. Perzentil	-----	5,73%	5,11%	5,14%	4,46%
75. Perzentil	-----	2,86%	2,50%	2,58%	2,78%
Median	-----	1,42%	1,45%	1,34%	1,42%
25. Perzentil	-----	0,93%	0,80%	0,64%	0,82%
5. Perzentil	-----	0,31%	0,30%	0,11%	0,16%
Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

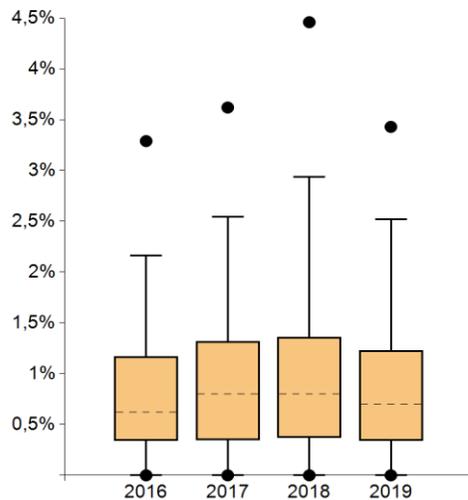
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	121	100,00%

Anmerkungen:

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



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	k.A.	0	2	0	0
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	k.A.	448	547	499	541
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	k.A.	0,00%	0,37%	0,00%	0,00%

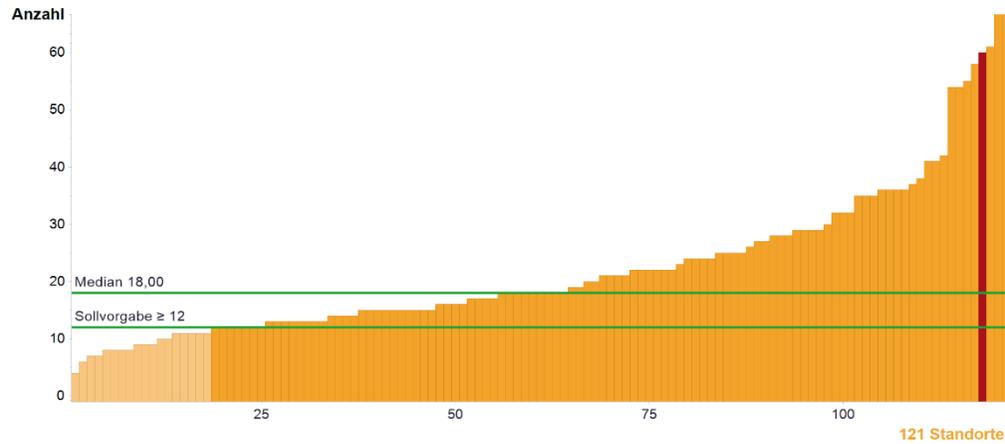


	2015	2016	2017	2018	2019
Max	-----	3,29%	3,62%	4,46%	3,43%
95. Perzentil	-----	2,17%	2,55%	2,94%	2,52%
75. Perzentil	-----	1,17%	1,32%	1,36%	1,23%
Median	-----	0,62%	0,80%	0,80%	0,70%
25. Perzentil	-----	0,34%	0,35%	0,37%	0,34%
5. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

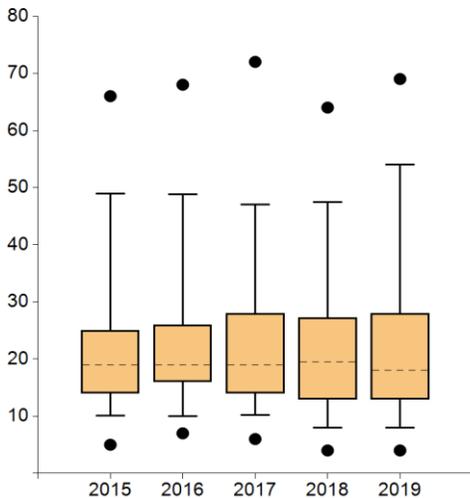
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	121	100,00%

Anmerkungen:

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



Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
	2015	2016	2017	2018	2019
Anzahl	48	68	47	52	60
Sollvorgabe ≥ 12					

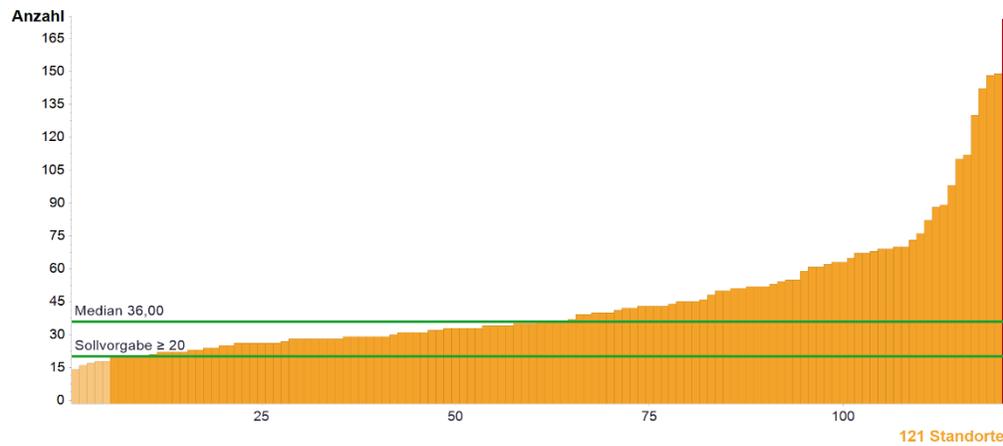


	2015	2016	2017	2018	2019
Max	66,00	68,00	72,00	64,00	69,00
95. Perzentil	48,90	48,80	47,00	47,50	54,00
75. Perzentil	25,00	26,00	28,00	27,25	28,00
Median	19,00	19,00	19,00	19,50	18,00
25. Perzentil	14,00	16,00	14,00	13,00	13,00
5. Perzentil	10,10	10,00	10,25	8,00	8,00
Min	5,00	7,00	6,00	4,00	4,00

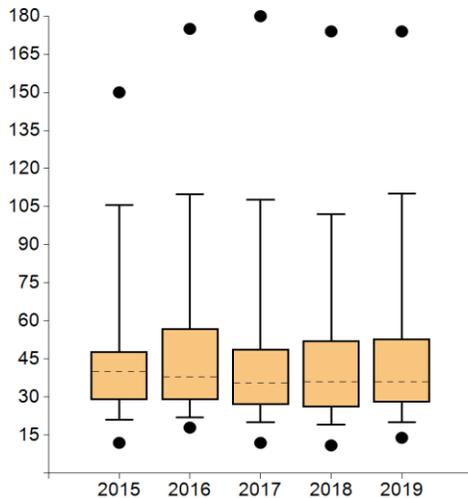
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	103	85,12%

Anmerkungen:

9. Operative Expertise Pankreas gesamt



Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
	2015	2016	2017	2018	2019
Anzahl Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie, OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD- 10 C25)	150	175	180	174	174
Sollvorgabe ≥ 20					

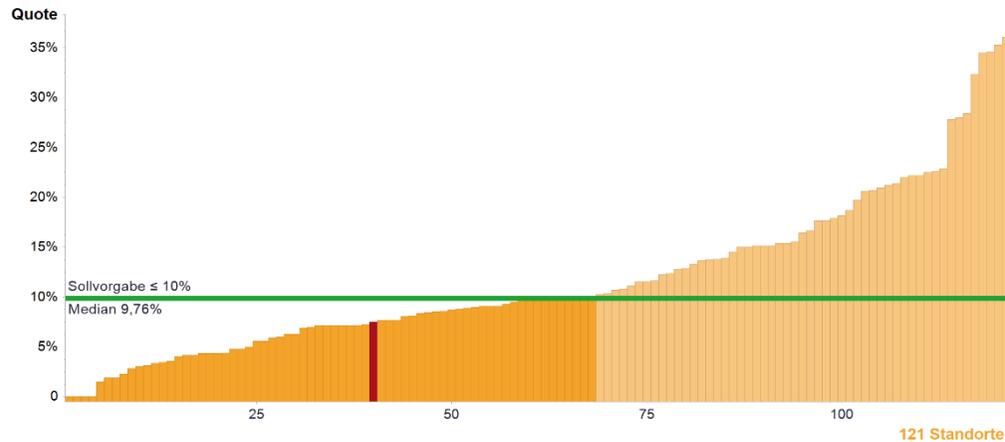


	2015	2016	2017	2018	2019
Max	150,00	175,00	180,00	174,00	174,00
95. Perzentil	105,70	109,80	107,75	102,00	110,00
75. Perzentil	48,00	57,00	49,00	52,25	53,00
Median	40,00	38,00	35,50	36,00	36,00
25. Perzentil	29,00	29,00	27,00	26,00	28,00
5. Perzentil	21,00	22,00	20,00	19,25	20,00
Min	12,00	18,00	12,00	11,00	14,00

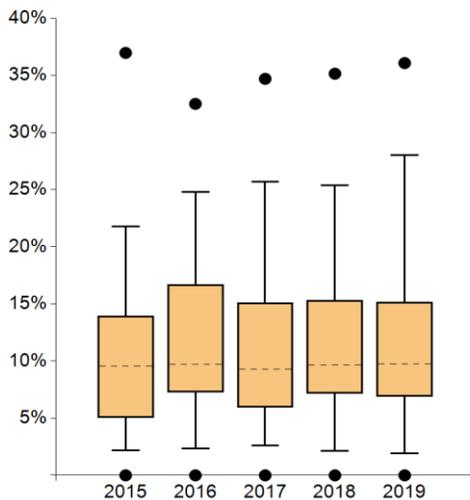
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	116	95,87%

Anmerkungen:

10. Revisions-OP's Pankreas



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Resektionen des Nenners mit Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP	6	13	15	15	13
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	150	175	180	174	174
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	4,00%	7,43%	8,33%	8,62%	7,47%

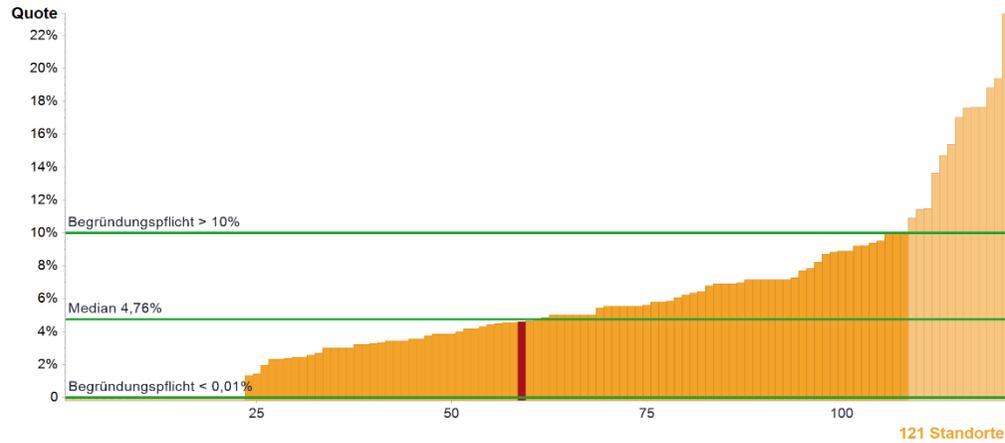


	2015	2016	2017	2018	2019
Max	36,96%	32,50%	34,69%	35,14%	36,07%
95. Perzentil	21,78%	24,77%	25,70%	25,37%	28,00%
75. Perzentil	13,92%	16,67%	15,11%	15,31%	15,15%
Median	9,52%	9,68%	9,31%	9,65%	9,76%
25. Perzentil	5,07%	7,27%	5,97%	7,14%	6,90%
5. Perzentil	2,20%	2,36%	2,62%	2,15%	1,92%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

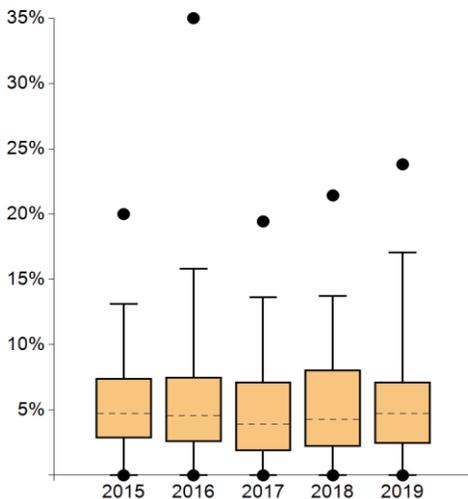
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	68	56,20%

Anmerkungen:

11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Resektionen des Nenners mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach OP und Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	6	8	3	7	8
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	150	175	180	174	174
Quote	Begründungspflicht* <0,01% und >10%	4,00%	4,57%	1,67%	4,02%	4,60%



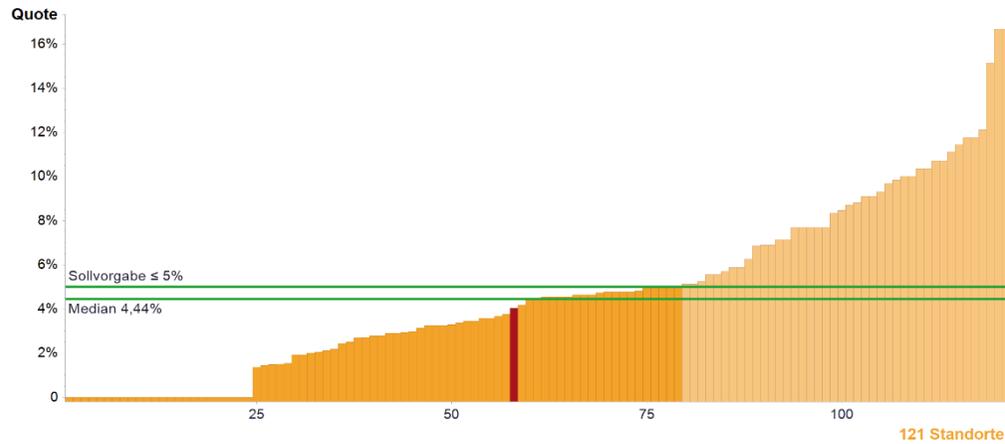
	2015	2016	2017	2018	2019
Max	20,00%	35,00%	19,44%	21,43%	23,81%
95. Perzentil	13,13%	15,79%	13,64%	13,72%	17,05%
75. Perzentil	7,41%	7,50%	7,14%	8,09%	7,14%
Median	4,72%	4,57%	3,93%	4,26%	4,76%
25. Perzentil	2,86%	2,56%	1,85%	2,19%	2,44%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	85	70,25%

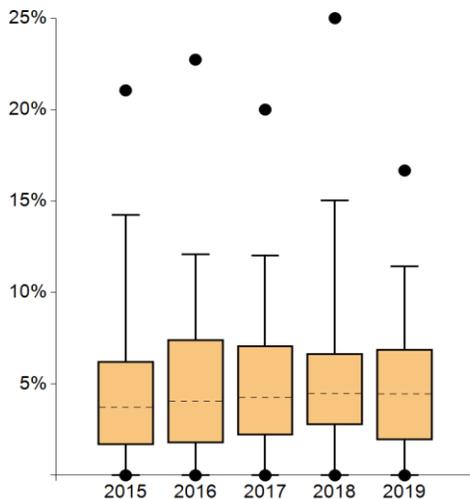
Anmerkungen:

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

12. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Operationen des Nenners, bei denen Patienten innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	3	3	4	6	7
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	150	175	180	174	174
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	2,00%	1,71%	2,22%	3,45%	4,02%

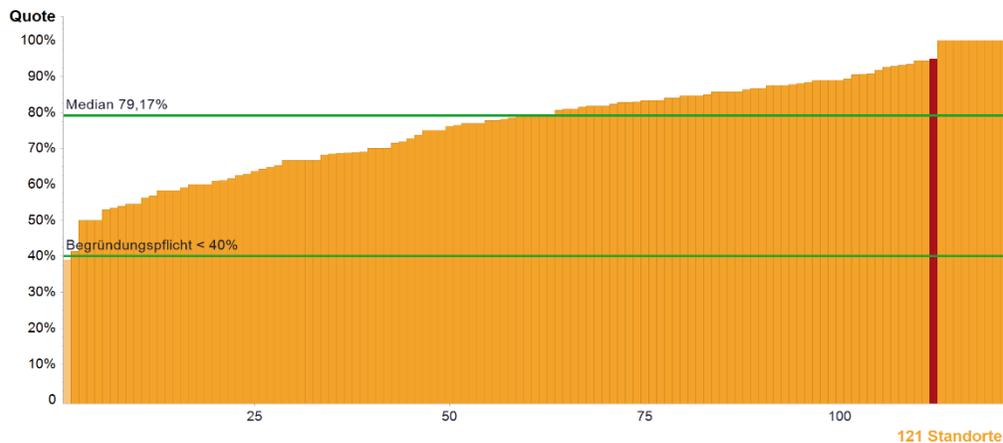


	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	21,05%	22,73%	20,00%	25,00%	16,67%
95. Perzentil	14,24%	12,08%	12,03%	15,03%	11,43%
75. Perzentil	6,24%	7,41%	7,08%	6,67%	6,90%
Median	3,70%	4,05%	4,23%	4,47%	4,44%
25. Perzentil	1,68%	1,75%	2,18%	2,77%	1,92%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

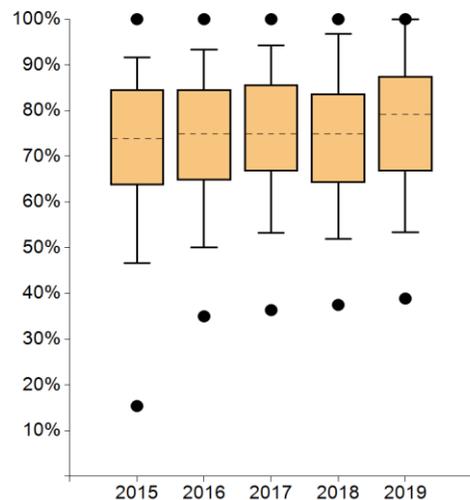
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	79	65,29%

Anmerkungen:

13. Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI 1)



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Primärfälle des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	44	61	41	49	57
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	48	68	47	52	60
Quote	Begründungspflicht* <40%	91,67%	89,71%	87,23%	94,23%	95,00%



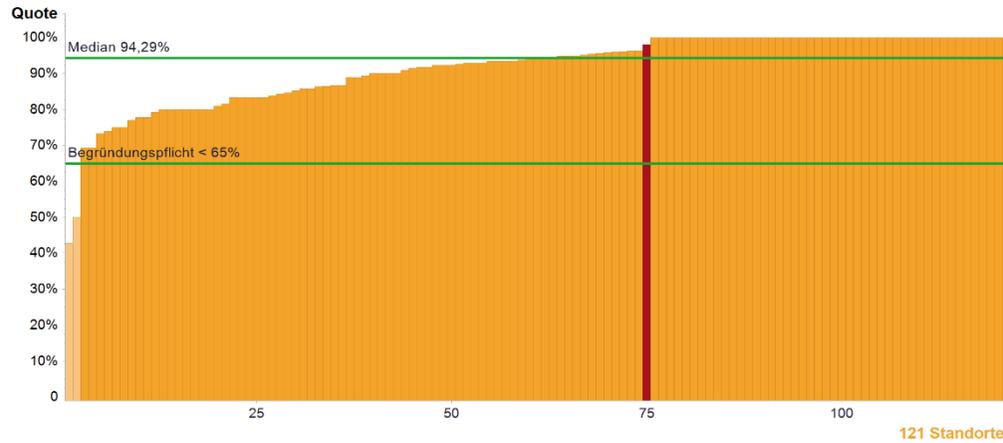
	2015	2016	2017	2018	2019
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	91,67%	93,26%	94,27%	96,74%	100%
75. Perzentil	84,62%	84,62%	85,71%	83,61%	87,50%
Median	73,91%	75,00%	75,00%	75,00%	79,17%
25. Perzentil	63,69%	64,71%	66,67%	64,22%	66,67%
5. Perzentil	46,67%	50,00%	53,26%	51,97%	53,33%
Min	15,38%	35,00%	36,36%	37,50%	38,89%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	120	99,17%

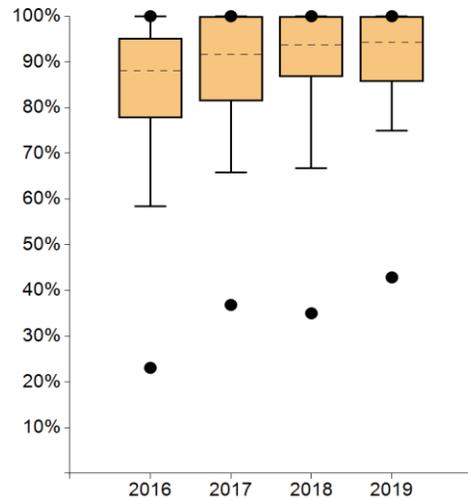
Anmerkungen:

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

14. Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Primärfälle des Nenners mit ≥ 12 regionären LK im OP-Präparat nach Abschluss der operativen Therapie	k.A.	67	35	45	49
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC, die eine Lymphadenektomie erhalten haben	k.A.	68	35	45	50
Quote	Begründungspflicht* <65%	k.A.	98,53%	100%	100%	98,00%



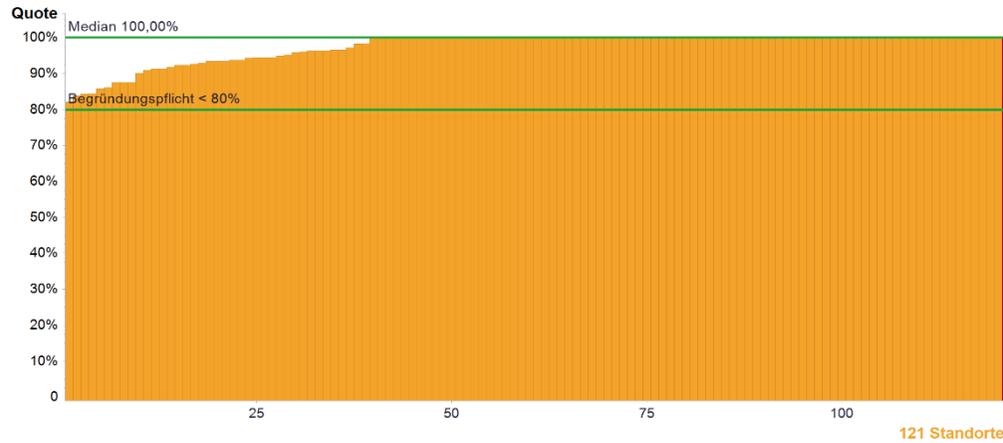
	2015	2016	2017	2018	2019
Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	95,24%	100%	100%	100%
Median	-----	88,00%	91,67%	93,75%	94,29%
25. Perzentil	-----	77,78%	81,39%	86,67%	85,71%
5. Perzentil	-----	58,38%	65,81%	66,67%	75,00%
Min	-----	23,08%	36,84%	35,00%	42,86%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	119	98,35%

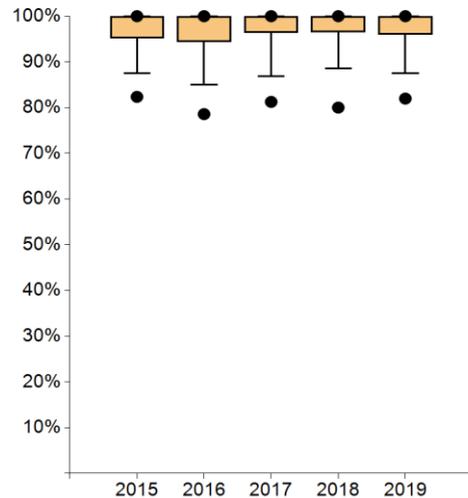
Anmerkungen:

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

15. Inhalt Pathologieberichte (LL QI 3)



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Befundberichte des Nenners mit Angabe von: pT, pN, M; Tumorgrading; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	48	68	47	52	60
Nenner	Befundberichte von operativen Primärfällen	48	68	47	52	60
Quote	Begründungspflicht* <80%	100%	100%	100%	100%	100%



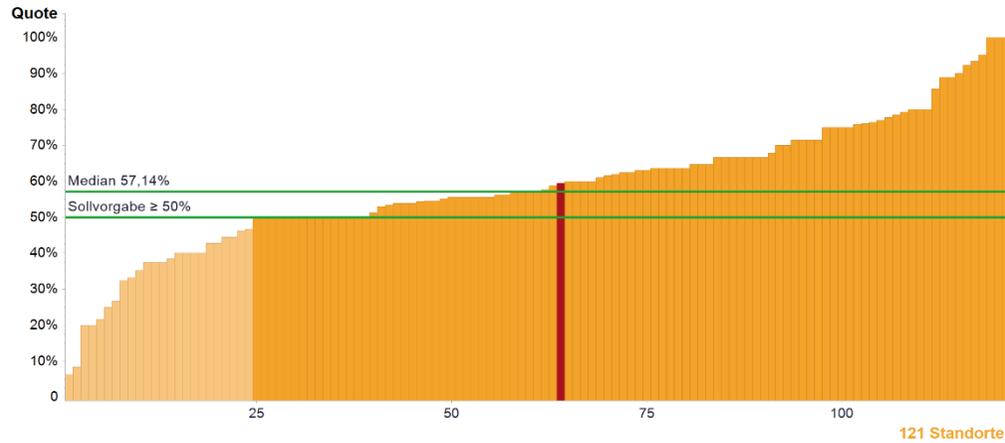
	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	95,23%	94,44%	96,36%	96,45%	96,00%
5. Perzentil	87,50%	85,00%	86,80%	88,54%	87,50%
● Min	82,35%	78,57%	81,25%	80,00%	81,97%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	121	100,00%

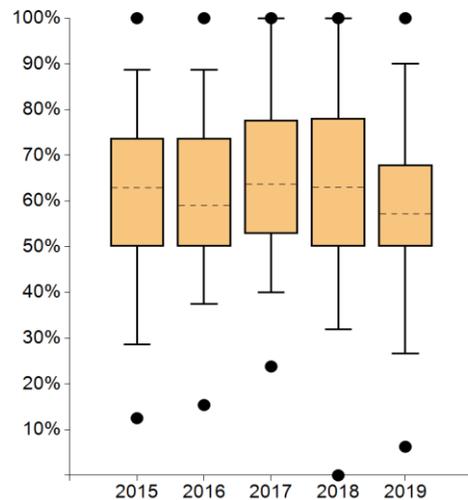
Anmerkungen:

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

16. Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4)



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Primärfälle des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie mit Gemcitabin o. 5-FU/Folinsäure	24	34	17	32	25
Nenner	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III und R0-Resektion (ohne NET und NEC)	38	57	26	40	42
Quote	Sollvorgabe $\geq 50\%$	63,16%	59,65%	65,38%	80,00%	59,52%

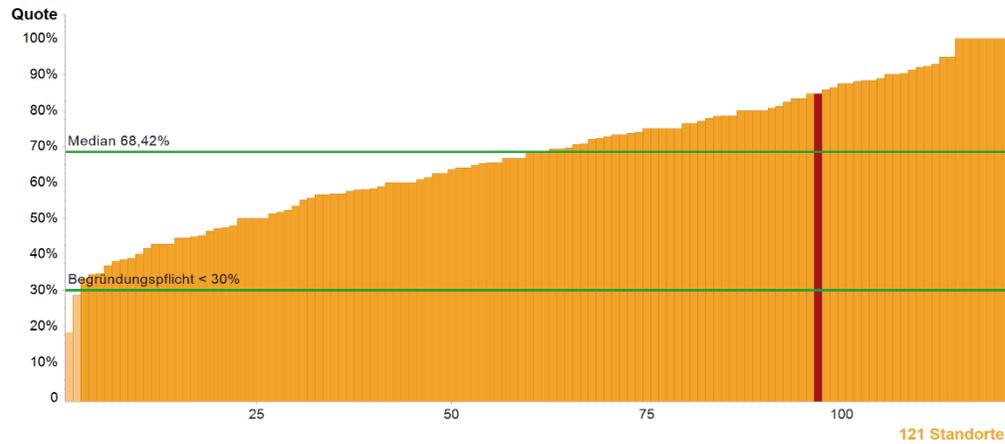


	2015	2016	2017	2018	2019
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	88,75%	88,69%	100%	100%	90,00%
75. Perzentil	73,80%	73,68%	77,65%	78,07%	67,86%
Median	62,96%	59,09%	63,64%	63,07%	57,14%
25. Perzentil	50,00%	50,00%	52,81%	50,00%	50,00%
5. Perzentil	28,57%	37,48%	40,00%	31,94%	26,67%
Min	12,50%	15,38%	23,81%	0,00%	6,25%

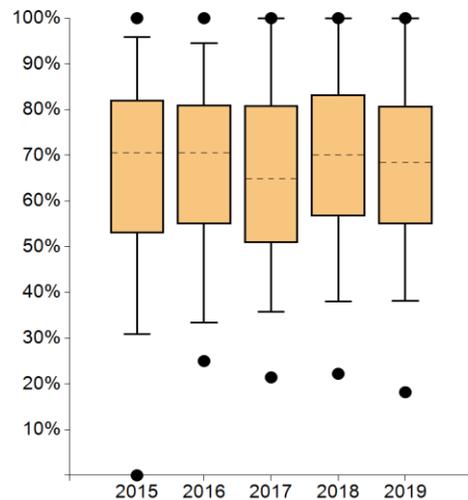
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	97	80,17%

Anmerkungen:

17. Palliative Chemotherapie (LL QI 5)



	Kennzahldefinition	FAD-Z001-2 P				
		2015	2016	2017	2018	2019
Zähler	Primärfälle des Nenners mit palliativer Chemotherapie	61	51	46	55	66
Nenner	Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. III (Palliative Situation) und IV und ECOG 0-2 (ohne NET und NEC)	74	66	57	67	78
Quote	Begründungspflicht* <30%	82,43%	77,27%	80,70%	82,09%	84,62%



	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
● 95. Perzentil	95,87%	94,57%	100%	100%	100%
● 75. Perzentil	82,09%	81,08%	80,89%	83,33%	80,77%
● Median	70,59%	70,59%	64,86%	70,00%	68,42%
● 25. Perzentil	52,94%	55,00%	50,83%	56,72%	55,00%
● 5. Perzentil	30,85%	33,33%	35,78%	38,05%	38,10%
● Min	0,00%	25,00%	21,43%	22,22%	18,18%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
121	100,00%	119	98,35%

Anmerkungen:

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

Mehr Informationen unter www.krebsgesellschaft.de

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Pankreaskarzinomzentren

Julia Mayerle, Sprecher Zertifizierungskommission

Stefan Post, Stellv. Sprecher Zertifizierungskommission

Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Johannes Rückher, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Michaela Rommel, 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

Basierend auf dem Versionsstand des
Allgemeinen Jahresberichtes, Version e-A1-de;
Stand 22.04.2021