

# Kennzahlenauswertung 2021

## Jahresbericht der zertifizierten Magenkrebszentren

Auditjahr 2020 / Kennzahlenjahr 2019

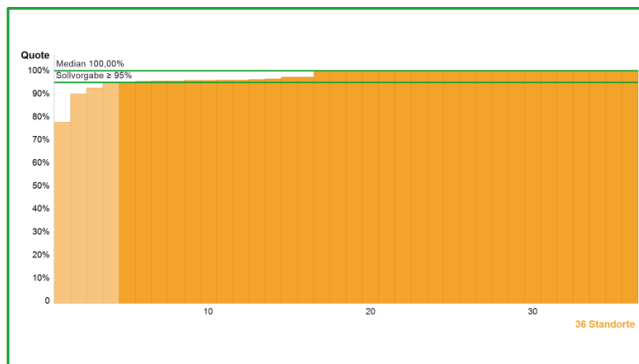


## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Magenkrebszentren 2020 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	9
Kennzahl Nr. 1: Primärfälle .....	9
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung .....	10
Kennzahl Nr. 3: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv .....	11
Kennzahl Nr. 4: Postoperative Fallvorstellung .....	12
Kennzahl Nr. 5: Psychoonkologische Betreuung .....	13
Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst .....	14
Kennzahl Nr. 7: Anteil Studienpatienten .....	15
Kennzahl Nr. 8: Endoskopische en-bloc Resektionen .....	16
Kennzahl Nr. 9: Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion .....	17
Kennzahl Nr. 10: R0-Resektionen (Endoskopie) .....	18
Kennzahl Nr. 11: Operative Primärfälle .....	19
Kennzahl Nr. 12: Anastomoseninsuffizienz Grad III .....	20
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OP's .....	21
Kennzahl Nr. 14: Postoperative Wundinfektion .....	22
Kennzahl Nr. 15: Mortalität postoperativ .....	23
Kennzahl Nr. 16: Vollständiger Pathologiebericht .....	24
Kennzahl Nr. 17: Ernährungsstatus .....	25
Kennzahl Nr. 18: Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie .....	26
Kennzahl Nr. 19: Präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen (ICD-10 C16.1-16.9) .....	27
Kennzahl Nr. 20: Präoperative Chemoth. oder Radiochemoth. bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0 .....	28
Kennzahl Nr. 21: Bestimmung HER-2-Status vor palliativer Tumorthherapie .....	29
Impressum .....	30

## Allgemeine Informationen

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	23,5*	5 - 53	925
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 11)	24,5*	5 - 54	947
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	100%	77,78% - 100%	97,68%**



### 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.

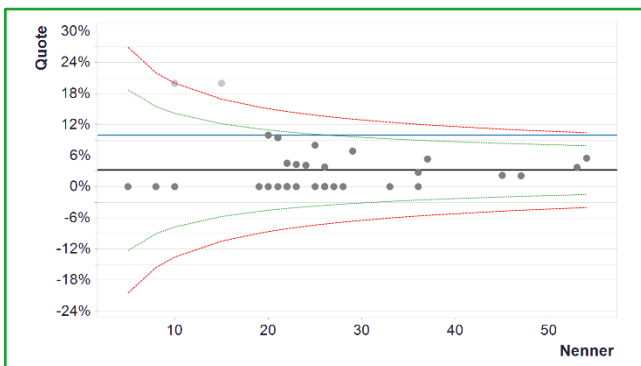
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

### Diagramm:

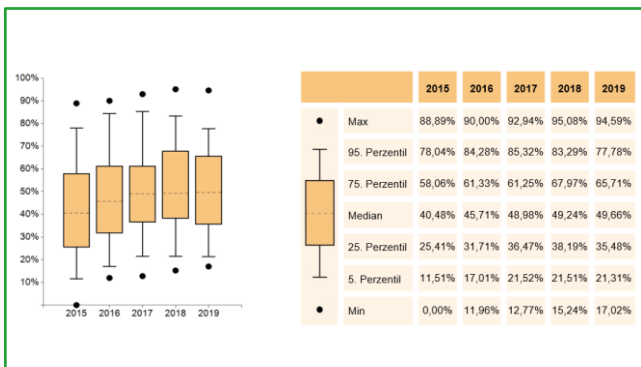
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

## Allgemeine Informationen



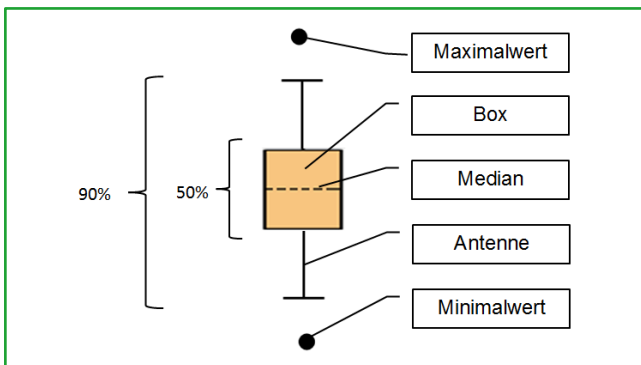
### Funnel Plots:

Die Funnel Plots geben bei den Qualitätsindikatoren, die als Quotient dargestellt werden, das Verhältnis von einbezogenen Patientenzahlen 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 dargestellt. Der Mittelwert, als schwarze durchgezogene Linie dargestellt, teilt die Gruppe in zwei Hälften. 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 **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 Magenkrebszentren 2020

	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016
Laufende Verfahren	3	2	2	5	5
Zertifizierte Zentren	36	38	36	27	16
Zertifizierte Standorte	38	40	38	29	18

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	36	39	33	20	7
entspricht	94,7%	97,5%	86,8%	68,9%	38,9%

Primärfälle gesamt*	1.655	1.394	1.204	983	314
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	45,9	35,7	36,5	49	45
Primärfälle pro Standort (Median)*	43	35	35	44,5	36

\* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

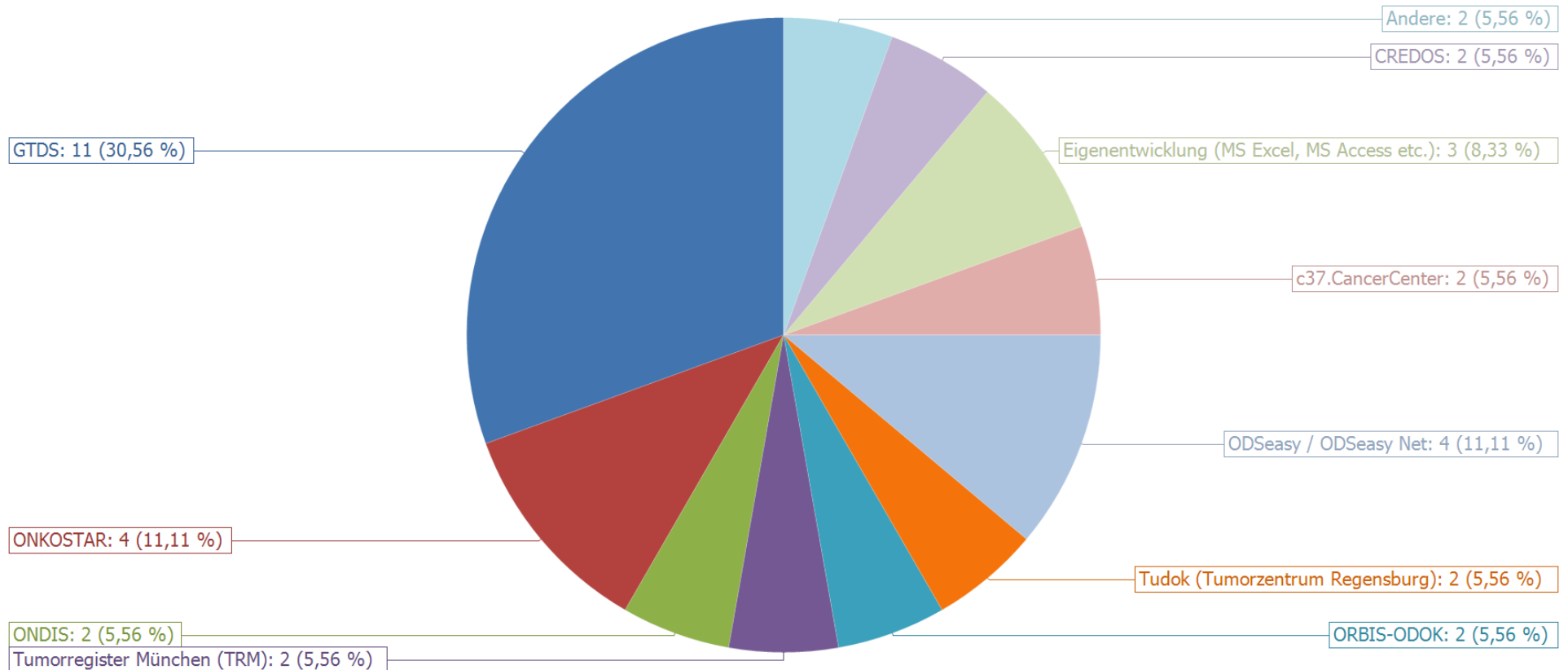
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Magenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 36 der 38 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 2 Standorte, die im Jahr 2020 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In 38 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 1.713 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://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.

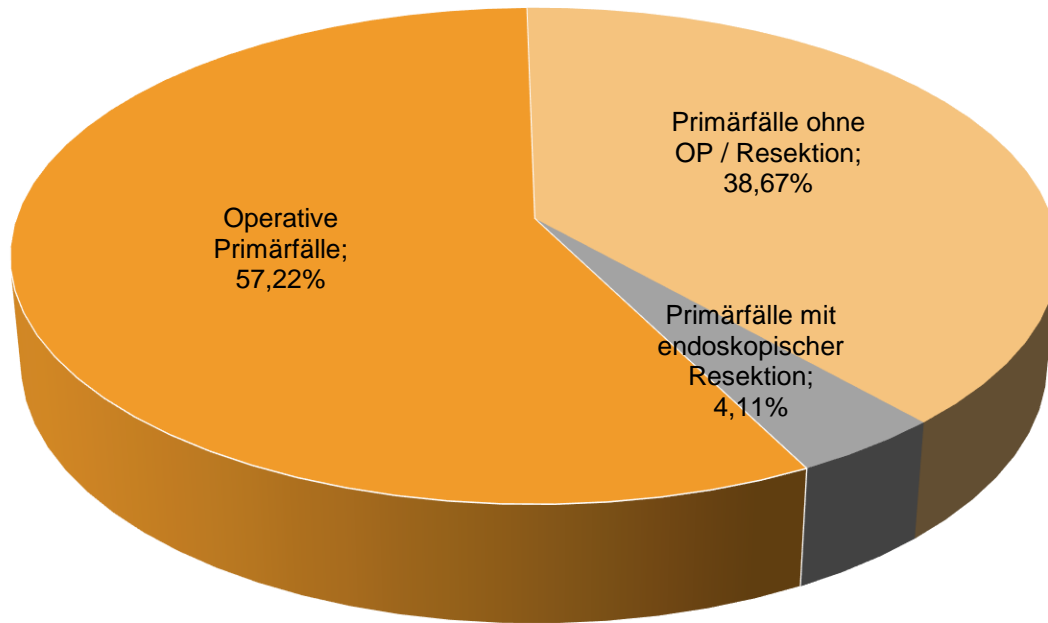
## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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.

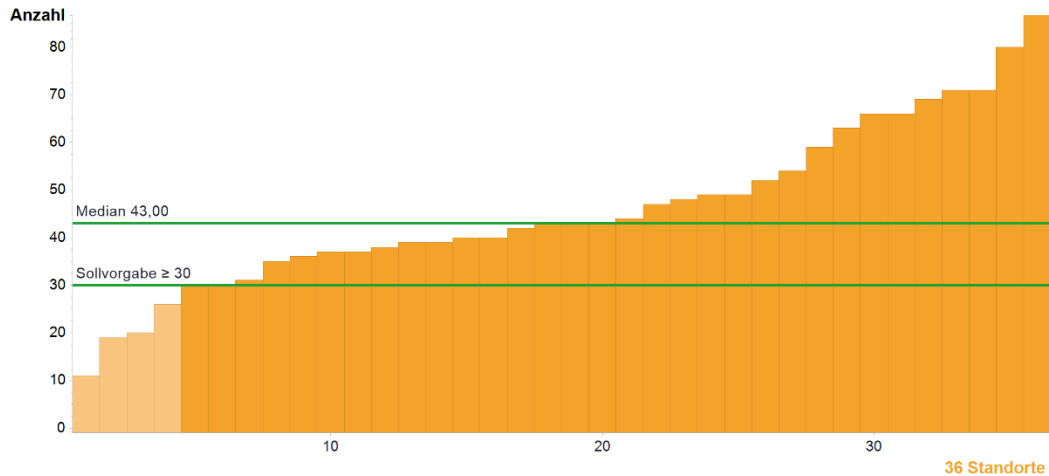
## Basisdaten Primärfälle

Operative Primärfälle	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	Primärfälle ohne OP / Resektion	Primärfälle gesamt
947 (57,22%)	68 (4,11%)	640 (38,67%)	1.655 (100%)

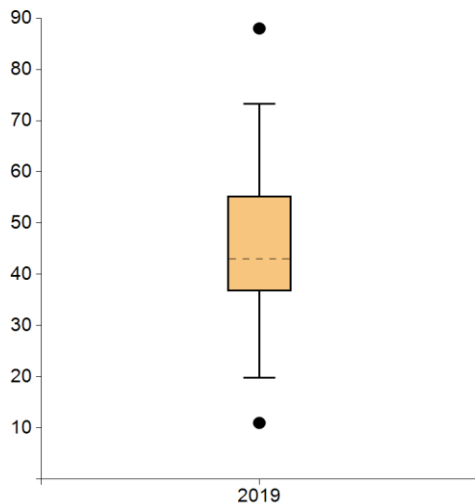




# 1. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	43	11 - 88	1655
	Sollvorgabe >= 30			



		2015	2016	2017	2018	2019
●	Max	77,00	95,00	68,00	77,00	88,00
	95. Perzentil	71,90	71,25	58,00	57,00	73,25
	75. Perzentil	57,00	60,50	43,00	40,50	55,25
	Median	36,00	44,50	35,00	35,00	43,00
	25. Perzentil	33,50	36,75	30,00	28,00	36,75
	5. Perzentil	23,60	31,95	21,60	19,00	19,75
●	Min	20,00	31,00	18,00	16,00	11,00

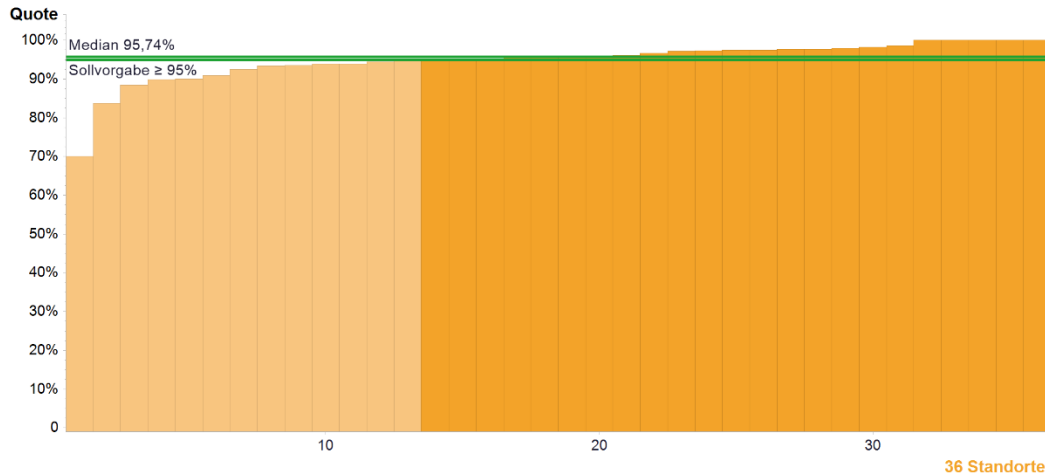
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	100,00%	32	88,89%

**Anmerkungen:**

Durch die Erweiterung des Diagnosespektrums für Magenkrebszentren ohne gleichzeitig zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum ist die Erhöhung der Primärfälle insgesamt (+19%) sowie des Medians zumindest anteilig zu erklären. Nur noch 4 Zentren (Vorjahr: 10) haben die Sollvorgabe verfehlt. Gründe waren u.a. personelle Wechsel, die Zertifizierung eines Speiseröhrenkrebszentrums und eine vermutete geringe Bekanntheit, der mit Veranstaltungen für Patienten und Zuweiser begegnet wurde. Da sich die 4 Zentren im Überwachungsaudits befanden, war eine Fallzahlunterschreitung zulässig.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

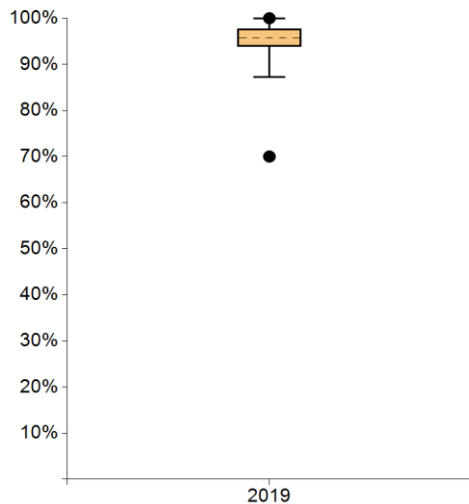
## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	41,5*	10 - 84	1572
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	43*	11 - 88	1655
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,74%	70,00% - 100%	94,98%**

\* 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 Patienten.



		2015	2016	2017	2018	2019
●	Max	100%	100%	100%	100%	100%
	95. Perzentil	99,17%	100%	100%	100%	100%
	75. Perzentil	96,76%	97,13%	97,14%	97,42%	97,63%
	Median	93,33%	94,00%	94,59%	96,15%	95,74%
	25. Perzentil	90,52%	88,95%	92,00%	93,30%	93,80%
	5. Perzentil	81,57%	83,68%	79,95%	88,88%	87,28%
●	Min	78,13%	73,68%	76,47%	84,62%	70,00%

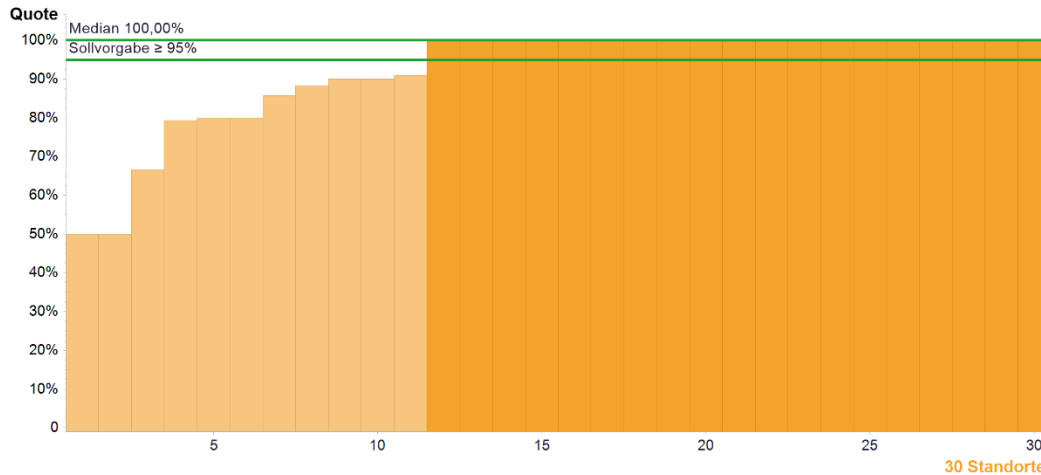
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	100,00%	23	63,89%

### Anmerkungen:

Der Median der Vorstellungsquote bewegt sich (trotz geänderter Grundgesamtheit) auf dem Niveau der Vorjahre. Dabei verfehlen 2 Zentren weniger als 2018 die Sollvorgabe von mindestens 95%. Meist waren hierfür Notfalleingriffe verantwortlich. Mitunter wurde erst nach endoskopischer Abtragung einer Dysplasie ein Adenokarzinom diagnostiziert, Patienten waren extern diagnostiziert/vorbehandelt oder die Vorstellung wurde versäumt. In den Audits betonten die Fachexperten die konsequente Vorstellung aller Primärfälle.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

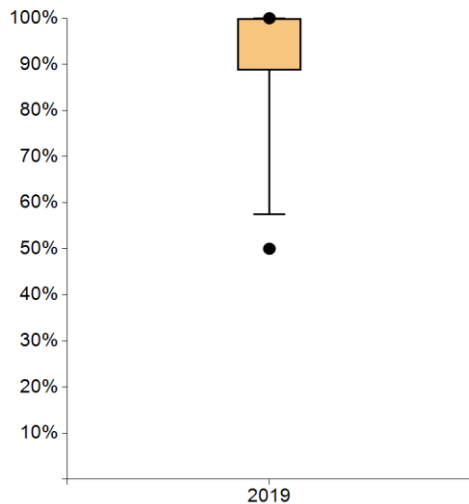
### 3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	4,5*	1 - 25	201
Nenner	Patienten mit Rezidiv	5*	1 - 29	222
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	50,00% - 100%	90,54%**

\* 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 Patienten.



	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,69%	100%	100%	100%	100%
Median	95,65%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	84,96%	80,13%	86,67%	91,46%	88,68%
5. Perzentil	83,59%	64,67%	76,50%	61,75%	57,50%
● Min	83,33%	60,00%	50,00%	50,00%	50,00%

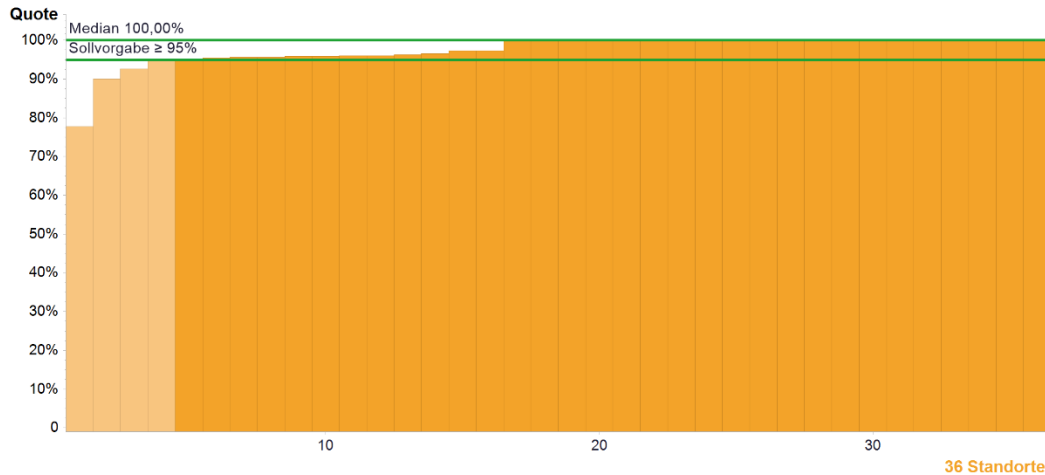
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
30	83,33%	19	63,33%

#### Anmerkungen:

6 Zentren hatten keinen Patienten im Nenner. Von den übrigen stellten 11 Zentren weniger als 95% der Rezidivpatienten in der Tumorkonferenz prätherapeutisch vor. Sie erklärten diese Quoten mit extern bereits begonnenen Therapien, dem Tod der Patienten vor dem Termin der Tumorkonferenz, Versäumnissen und Notfalleingriffen. Sofern die Quoten nicht plausibilisierbar waren, wurden Schulungen und Qualitätszirkel vereinbart, dabei wurde 1 Hinweis ausgesprochen.

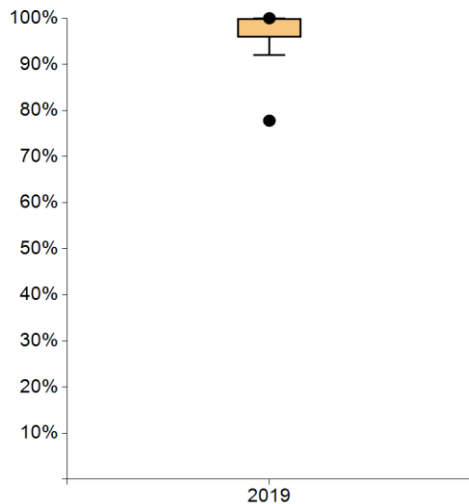
## 4. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	23,5*	5 - 53	925
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 11)	24,5*	5 - 54	947
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 95%	100%	77,78% - 100%	97,68%**

\* 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 Patienten.



		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	96,43%	95,83%	100%	100%	100%
	25. Perzentil	95,12%	93,50%	95,00%	95,35%	95,83%
	5. Perzentil	93,50%	86,16%	89,56%	89,89%	91,94%
●	Min	92,86%	85,29%	86,96%	86,36%	77,78%

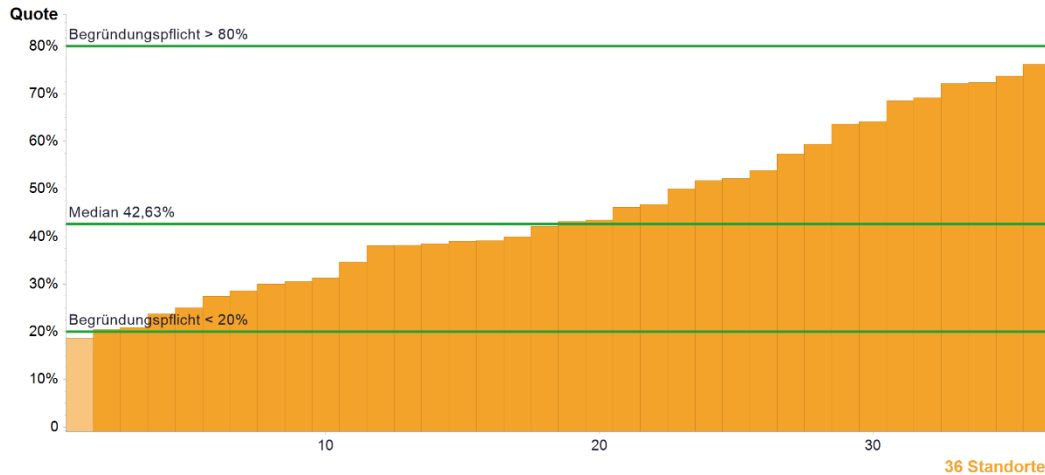
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	100,00%	32	88,89%

### Anmerkungen:

Während 20 Zentren alle postoperativen Primärfällen in der Tumorkonferenz vorgestellt haben, verfehlten 4 Zentren die Sollvorgabe von mindestens 95%. In den meisten Fällen konnte dies damit erklärt werden, dass die Patienten postoperativ vor dem Termin der geplanten Vorstellung verstorben waren.

## 5. Psychoonkologische Betreuung

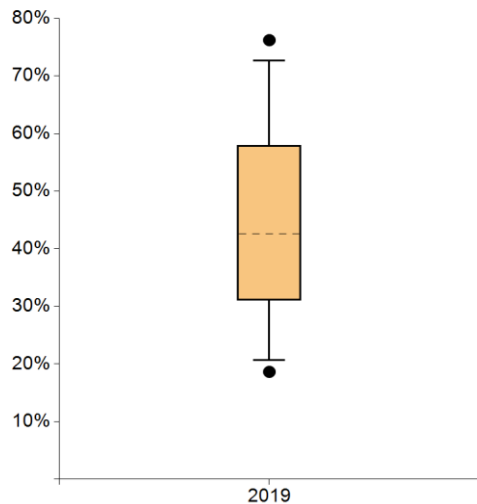


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	21,5*	4 - 47	813
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	48*	14 - 109	1869
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >80%	42,63%	18,64% - 76,19%	43,50%**

\* 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 Patienten.

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



	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	81,82%	100%	94,92%	87,50%	76,19%
95. Perzentil	68,10%	75,00%	66,40%	77,07%	72,68%
75. Perzentil	33,08%	49,81%	50,00%	60,30%	57,90%
Median	25,44%	43,53%	38,89%	44,83%	42,63%
25. Perzentil	23,48%	38,18%	27,91%	27,02%	31,06%
5. Perzentil	21,32%	14,16%	18,00%	17,06%	20,73%
● Min	21,05%	1,75%	15,15%	10,34%	18,64%

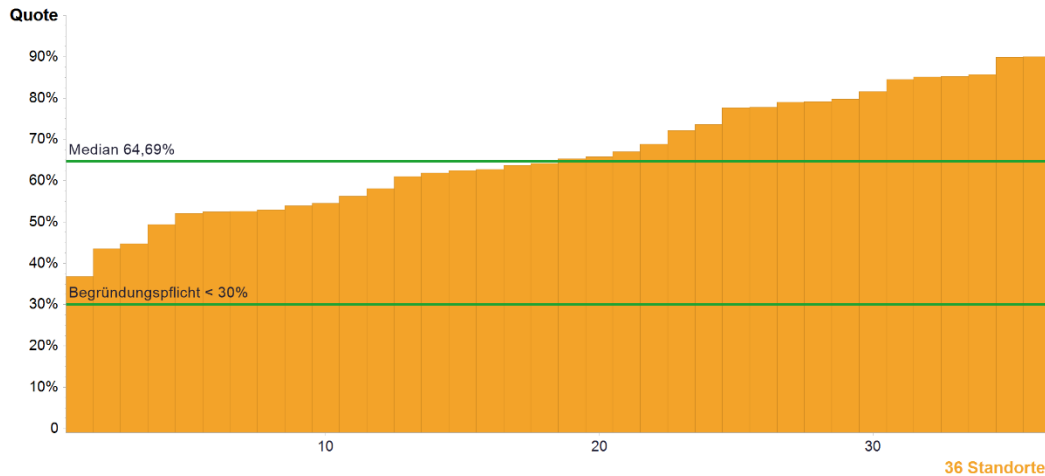
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	100,00%	35	97,22%

### Anmerkungen:

Lediglich 1 Zentrum lag im Kennzahlenjahr 2019 knapp außerhalb des Plausibilitätskorridors und musste für das Audit eine Begründung abgeben. Das Zentrum gab an, dass trotz konsequentem Screening die Mehrzahl der Patienten psychoonkologischen Betreuungsbedarf verneinte.

## 6. Beratung Sozialdienst

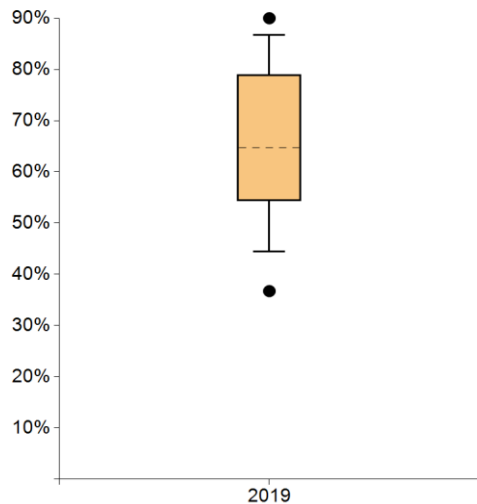


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	34*	11 - 75	1240
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	48*	14 - 109	1869
Quote	Begründungspflicht*** <30%	64,69%	36,73% - 90,00%	66,35%**

\* 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 Patienten.

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



	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	82,29%	94,44%	94,92%	97,50%	90,00%
95. Perzentil	82,15%	86,15%	86,32%	86,68%	86,73%
75. Perzentil	73,84%	78,43%	73,13%	76,91%	78,98%
Median	64,60%	67,81%	63,89%	68,33%	64,69%
25. Perzentil	54,74%	50,87%	52,38%	58,17%	54,38%
5. Perzentil	50,74%	30,05%	41,70%	50,00%	44,43%
● Min	50,00%	26,58%	40,00%	34,29%	36,73%

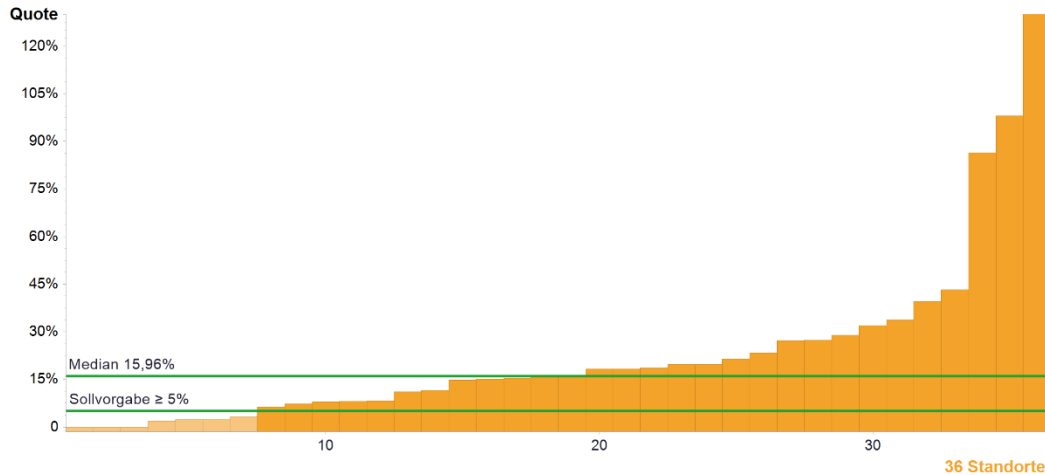
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	100,00%	36	100,00%

### Anmerkungen:

Alle Zentren liegen über einer sozialdienstlichen Beratungsquote von 30% und somit innerhalb der Plausibilitätsgrenzen. Dies spricht für eine sehr gute Etablierung dieser Kennzahl in den zertifizierten Magenkrebszentren. Der Median bewegt sich (bei eingeschränkter Vergleichsmöglichkeiten) auf dem Niveau der Vorjahre.

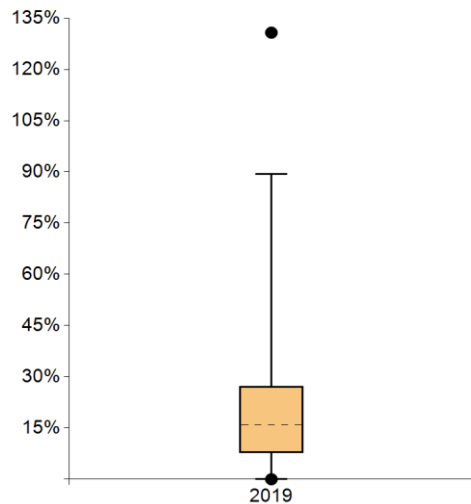
## 7. Anteil Studienpatienten



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten mit Magenkarzinom, die in eine Studie eingebracht wurden	6,5*	0 - 51	383
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	43*	11 - 88	1655
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	15,96%	0,00% - 130,77%	23,14%**

\* 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 Patienten.



		2015	2016	2017	2018	2019
●	Max	42,86%	150,00%	150,00%	271,43%	130,77%
	95. Perzentil	39,00%	101,14%	74,80%	78,83%	89,32%
	75. Perzentil	26,11%	37,50%	27,78%	29,13%	27,13%
	Median	6,49%	8,60%	15,69%	12,90%	15,96%
	25. Perzentil	2,50%	4,30%	4,76%	6,19%	7,78%
	5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
●	Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

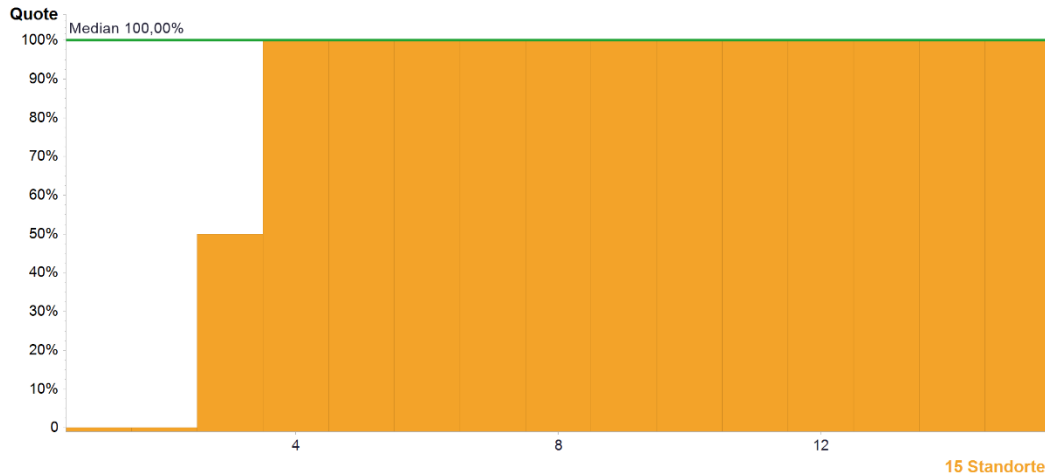
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	100,00%	29	80,56%

### Anmerkungen:

Die absolute Zahl der Studieneinschlüsse bewegt sich auf Vorjahresniveau (2018: 389). 7 Zentren ist es im Kennzahlenjahr 2019 nicht gelungen, Studieneinschlüsse in Höhe von mindestens 5% der Primärfallzahl umzusetzen. Die häufigsten Gründe waren Schwierigkeiten bei der Identifizierung geeigneter Studien und der Rekrutierung von geeigneten Patienten. Etliche dieser Zentren hatten jedoch für das Folgejahr bereits Teilnahmen an neuen Studien zugesagt.

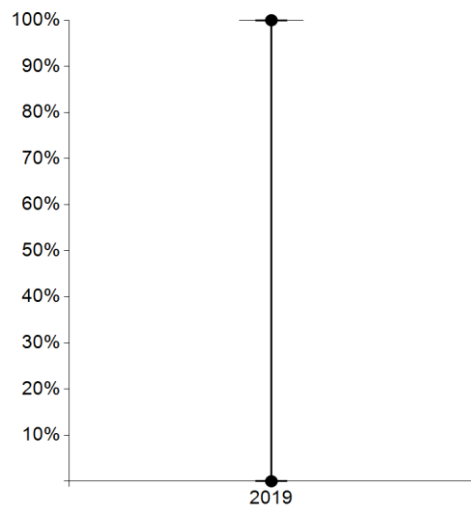
## 8. Endoskopische en-bloc Resektionen (QI LL)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit en-bloc Resektion	1*	0 - 7	31
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	2*	1 - 7	37
Quote	Keine Sollvorgabe	100%	0,00% - 100%	83,78%**

\* 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 Patienten.



	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	100%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

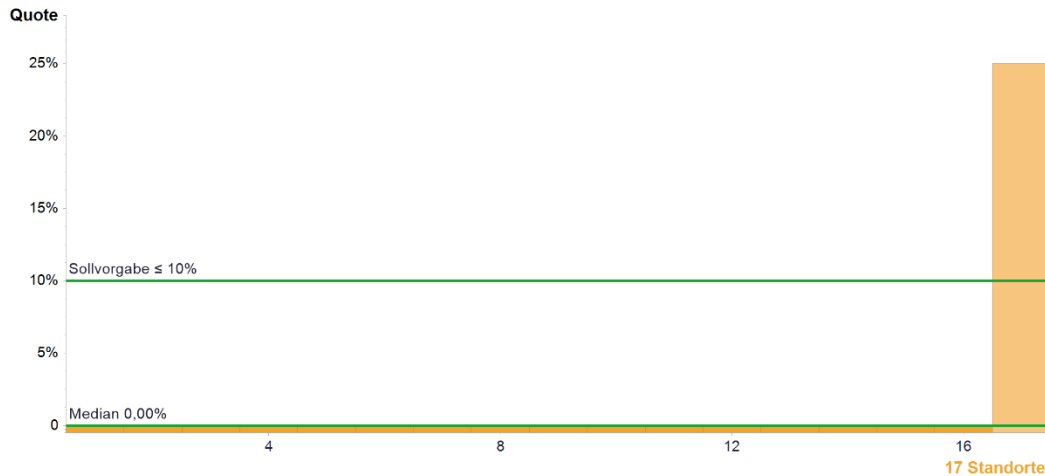
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
15	41,67%	----	----

### Anmerkungen:

Dieser Leitlinienindikator bildet den Anteil der en-bloc-Resektionen an den endoskopischen Resektionen ab. Bei im Median nur 2 Patienten im Nenner erreichen 12 der 15 Zentren, die freiwillig an der erstmaligen Erhebung teilgenommen haben, 100%. Die übrigen 3 Zentren hatten 1, 2 bzw. 4 Patienten im Nenner.



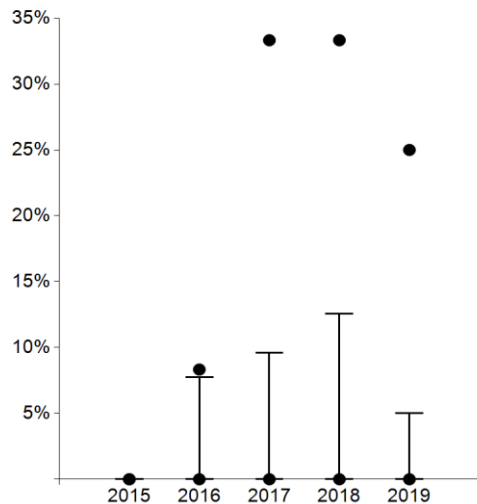
## 9. Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Komplikationen (Blutung, Perforation)	0*	0 - 1	1
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer En-bloc-Resektion	2*	1 - 7	43
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 25,00%	2,33%**

\* 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 Patienten.



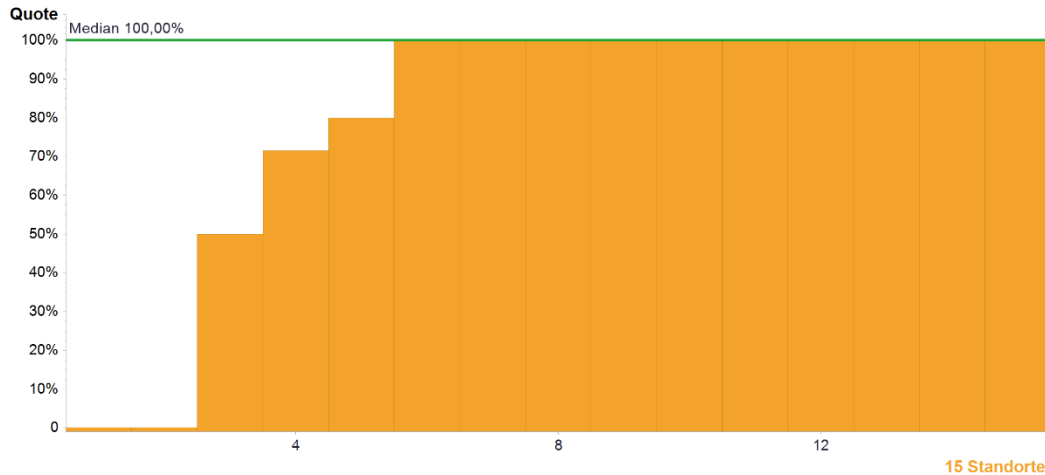
	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	0,00%	8,33%	33,33%	33,33%	25,00%
95. Perzentil	0,00%	7,74%	9,58%	12,57%	5,00%
75. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
17	47,22%	16	94,12%

### Anmerkungen:

Bei insgesamt 17 Zentren, die endoskopische en-bloc-Resektionen an 43 Patienten durchgeführt haben, ist es nur in einem Fall zu einer geringen Nachblutung gekommen, die im Rahmen einer Routine-Endoskopie-Kontrolle detektiert und therapiert wurde. Ein Qualitätsdefizit lag nach Einschätzung des Fachexperten nicht vor. Diese Ergebnisse sprechen für eine exzellente Umsetzung dieser Kennzahl in den Magenkrebszentren.

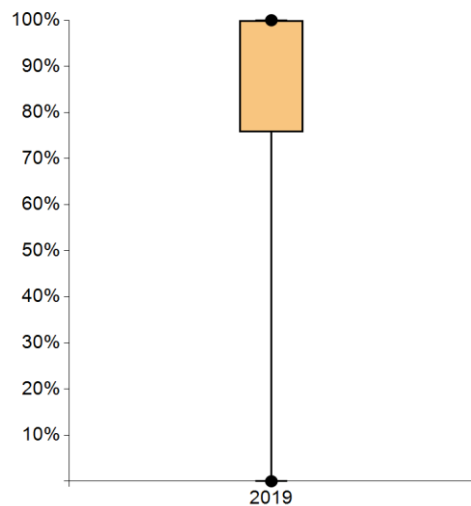
## 10. R0-Resektionen (Endoskopie) (QI LL)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit R0 nach abgeschlossener endoskopischer Therapie	2*	0 - 5	32
Nenner	Primärfälle mit endoskopischer Resektion	2*	1 - 7	40
Quote	Keine Sollvorgabe	100%	0,00% - 100%	80,00%**

\* 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 Patienten.



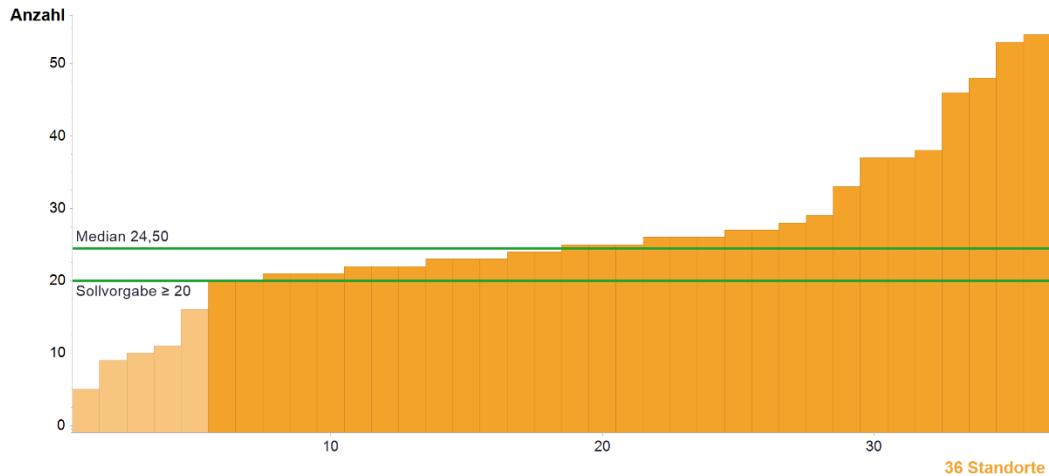
	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	75,72%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
15	41,67%	----	----

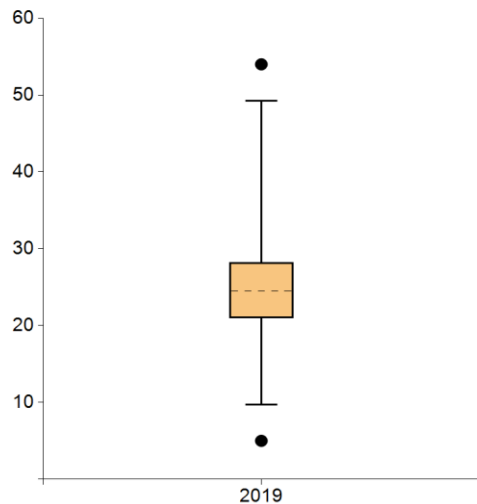
### Anmerkungen:

Auch der neue QI der Leitlinie, der die R0-Rate bei endoskopischer Resektion misst, wurde im Kennzahlenjahr 2019 erstmals in den Zentren und damit freiwillig erhoben. Dabei haben 10 der 15 Zentren ausschließlich R0-Resektionen durchgeführt. Die beiden Zentren mit 0% hatten lediglich 1 bzw. 3 Patienten im Nenner.

## 11. Operative Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9 mit OPS:5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*)	24,5	5 - 54	947
	Sollvorgabe ≥ 20			



		2015	2016	2017	2018	2019
●	Max	59,00	46,00	44,00	45,00	54,00
	95. Perzentil	51,20	38,40	36,60	36,70	49,25
	75. Perzentil	30,50	32,50	25,00	24,50	28,25
	Median	21,00	28,50	21,00	22,00	24,50
	25. Perzentil	17,50	23,00	20,00	17,50	21,00
	5. Perzentil	14,30	20,00	12,00	9,90	9,75
●	Min	14,00	20,00	8,00	6,00	5,00

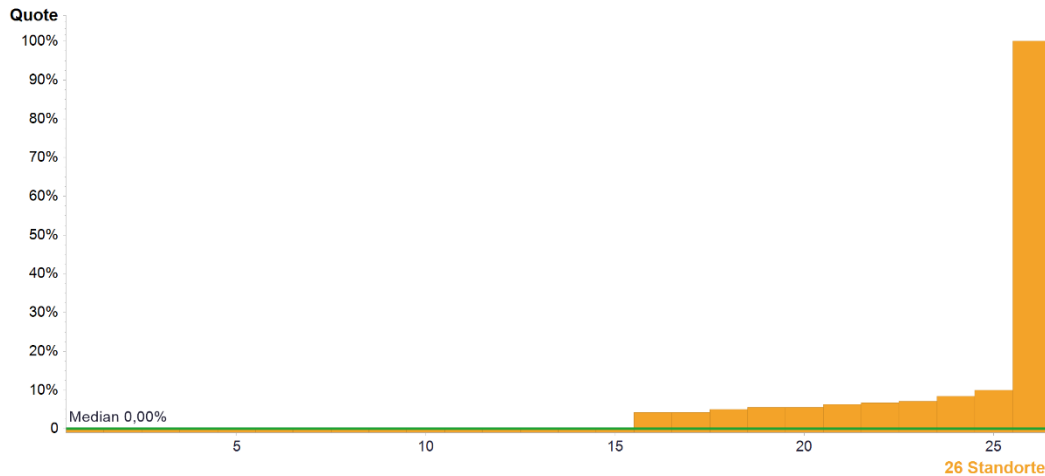
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	100,00%	31	86,11%

### Anmerkungen:

Deutlich mehr Zentren als im Jahr zuvor erreichen die Mindestzahl operative Primärfälle, was zumindest teilweise am größeren Spektrum einbeziehbarer Diagnosen liegen dürfte. 5 Zentren konnten trotzdem nicht die erforderlichen 20 Eingriffe vorweisen, 3 von ihnen verfehlten auch bei den Primärfällen (KeZa 1) die Sollvorgabe. Die Zentren verwiesen entsprechend auch auf ähnliche Gründe wie bei KeZa 1 (personelle Wechsel, die Zertifizierung eines Speiseröhrenkrebszentrums und eine vermutete geringe Bekanntheit). Alle 5 Zentren befanden sich im Überwachungsaudit, sodass eine Unterschreitung möglich war.

Δ Anpassung der Primärfallddefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

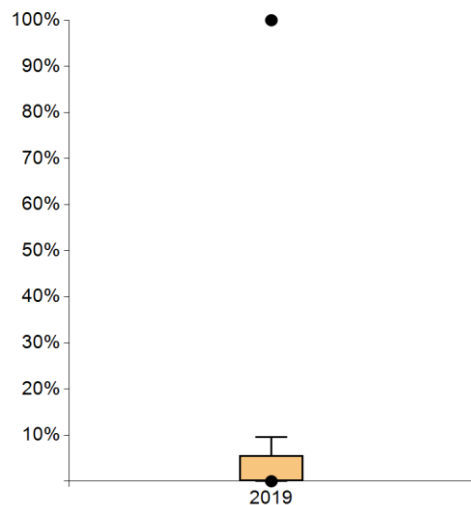
## 12. Anastomoseninsuffizienz Grad III (QI LL)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad III	0*	0 - 1	11
Nenner	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0 <sup>1)</sup> , C16.1-16.9) mit Rekonstruktion mittels Anastomose	17*	1 - 54	448
Quote	Keine Sollvorgabe	0,00%	0,00% - 100%	2,46%**

\* 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 Patienten.



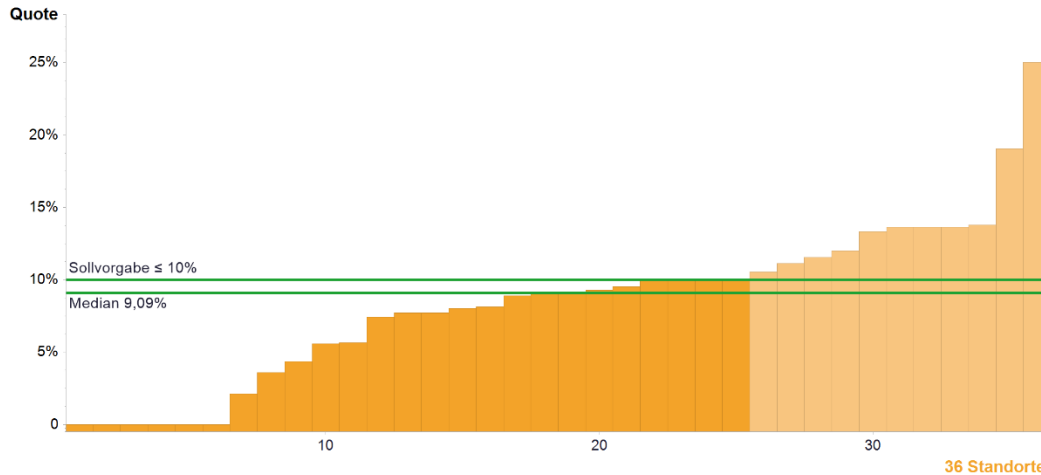
	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	9,58%
75. Perzentil	----	----	----	----	5,56%
Median	----	----	----	----	0,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
26	72,22%	----	----

### Anmerkungen:

Aufgrund der erstmaligen optionalen Erhebung ist die Interpretation der Kennzahlenergebnisse auch hier nur eingeschränkt möglich. Das Zentrum mit einer Quote von 100% hatte lediglich 1 Patienten im Nenner. Bei den übrigen Zentren kam es in max. 10% der Operationen mit Anastomosenrekonstruktion zu Grad-III-Insuffizienzen.

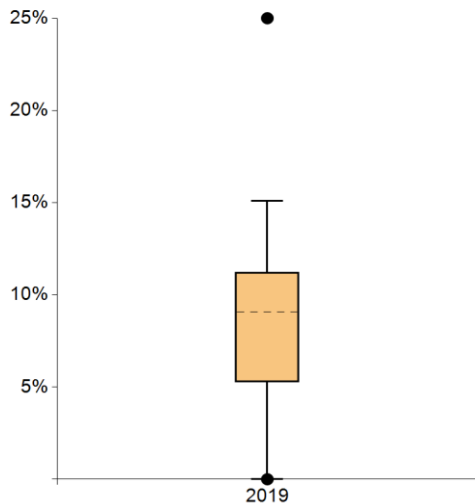
### 13. Revisions-OP's



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	2*	0 - 6	78
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	23,5*	5 - 54	929
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,09%	0,00% - 25,00%	8,40%**

\* 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 Patienten.



	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	15,15%	22,86%	50,00%	28,57%	25,00%
95. Perzentil	14,67%	19,41%	24,00%	21,84%	15,11%
75. Perzentil	11,78%	16,31%	16,67%	12,32%	11,22%
Median	6,67%	11,52%	8,33%	8,70%	9,09%
25. Perzentil	2,38%	5,37%	5,00%	4,55%	5,26%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	3,54%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

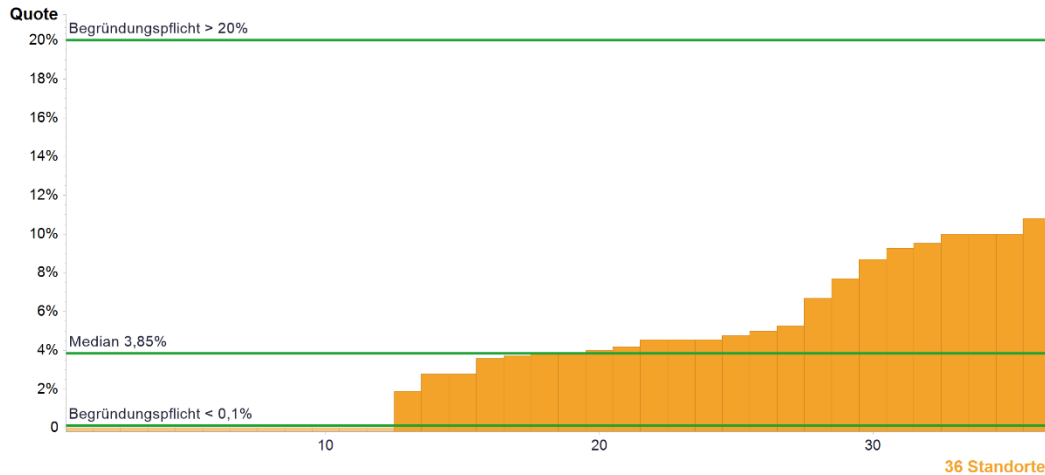
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	100,00%	25	69,44%

**Anmerkungen:**

25 der 36 Zentren erreichten eine Revisionsrate von maximal 10%. Die übrigen Zentren verwiesen in der Mehrzahl der Revisionseingriffe auf Anastomosensuffizienzen und postoperative Nachblutungen. Vereinzelt waren auch Abszesse, Fisteln und Nekrosen Anlass für die Revision. Einige Zentren nutzen das Audit, um Verbesserungen in der OP-Technik (z.B. verstärkte Anastomosennaht, postoperative Endo-Sponge-Einlagen) zu implementieren.

Δ Anpassung der Primärfaldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

## 14. Postoperative Wundinfektion

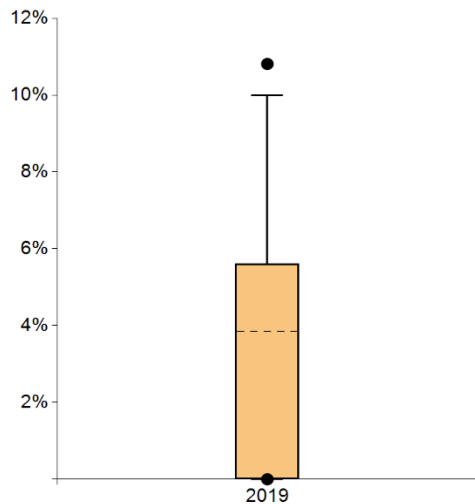


	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach elektiver OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	1*	0 - 5	37
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	23,5*	5 - 54	929
Quote	Begründungspflicht*** <0,1% und >20%	3,85%	0,00% - 10,81%	3,98%**

\* 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 Patienten.

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



	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	13,56%	13,04%	19,23%	17,39%	10,81%
95. Perzentil	11,63%	11,62%	15,01%	11,95%	10,00%
75. Perzentil	6,07%	7,94%	6,06%	6,46%	5,61%
Median	4,76%	4,78%	4,35%	4,35%	3,85%
25. Perzentil	3,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,91%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

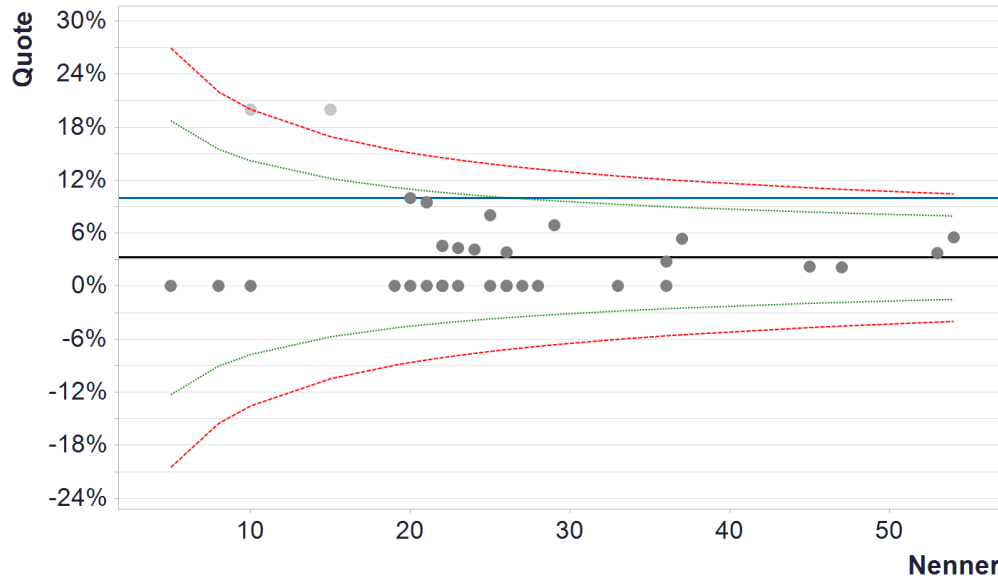
Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	100,00%	24	66,67%

### Anmerkungen:

Die 9 Zentren außerhalb der Plausibilitätsgrenzen hatten allesamt eine Wundinfektionsrate von 0%. Diese Angaben erwiesen sich auch nach Überprüfung als korrekt. Keines der Zentren erreicht auch nur annähernd die obere Plausibilitätsgrenze von 20%. Mit einem Median von 3,85% zeigen die Zentren insgesamt sehr gute Ergebnisse.

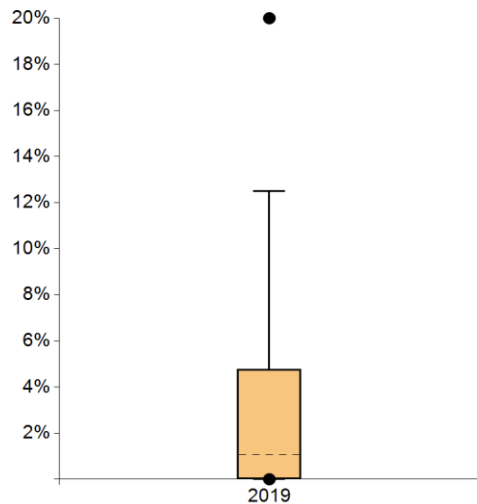
## 15. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30 d verstorben sind	0,5*	0 - 3	30
Nenner	Elektive Operative Primärfälle	23,5*	5 - 54	929
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,07%	0,00% - 20,00%	3,23%**

\* 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 Patienten.



	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	13,33%	20,69%	25,00%	13,04%	20,00%
95. Perzentil	11,47%	12,00%	17,00%	9,57%	12,50%
75. Perzentil	6,07%	5,37%	8,33%	4,76%	4,77%
Median	3,03%	4,10%	4,17%	0,00%	1,07%
25. Perzentil	0,00%	2,21%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

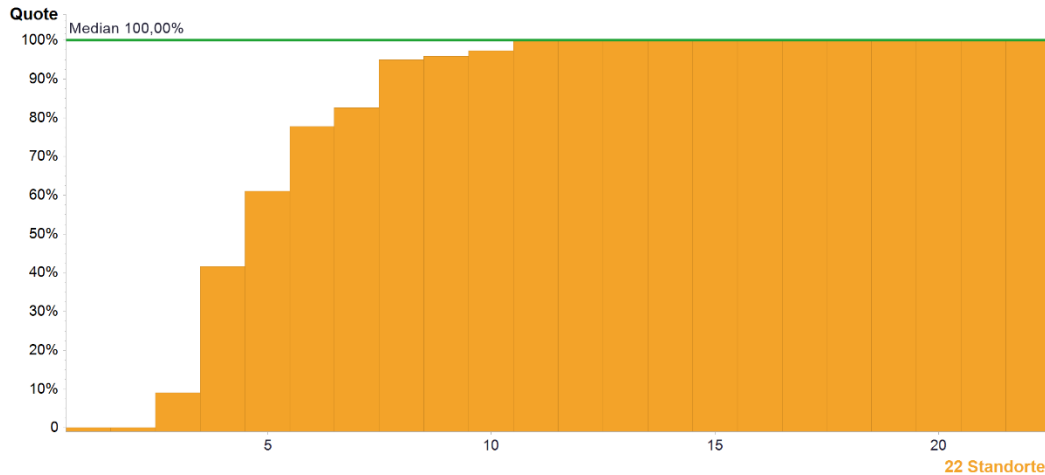
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
36	100,00%	34	94,44%

### Anmerkungen:

Die große Mehrheit der Zentren erreicht die Sollvorgabe von maximal 10%. 18 Zentren hatten keinen einzigen Todesfall innerhalb von 30 Tagen zu verzeichnen. 2 Zentren haben mit einer Rate von 20% die Sollvorgabe verfehlt. In einer Einzelfallanalyse wurden Pleuraempyem bzw. Anastomosensuffizienz mit resultierendem septischen Schock, Nachblutung und ARDS nach Aspiration bei Ileus als Ursachen identifiziert. 1 Zentrum passte daraufhin das postoperative Management an. Beiden Zentren gelang es in den Folgemonaten, die postoperative Mortalität auf 0% zu senken.

Δ Anpassung der Primärfalldefinition Magen ab dem Auditjahr 2020 (Kennzahlenjahr 2019) aufgrund des Beschlusses der Zertifizierungskommission Viszeral 2019 (Erweiterung der zulässigen ICD-Codes für Magenkrebszentren ohne parallel zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum)

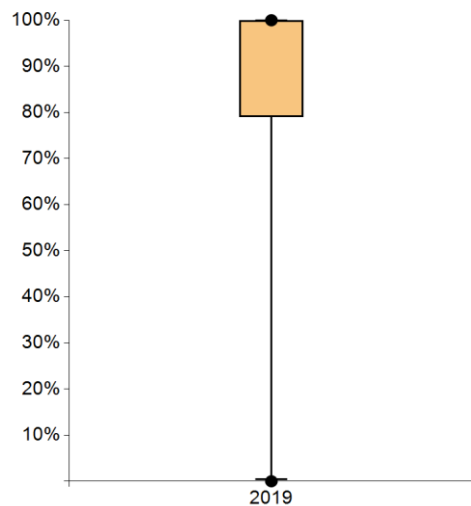
## 16. Vollständiger Pathologiebericht (QI LL)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständigen Befundbericht	13,5*	0 - 54	376
Nenner	Operative Primärfälle	19,5*	5 - 54	457
Quote	Keine Sollvorgabe	100%	0,00% - 100%	82,28%**

\* 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 Patienten.



	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	78,99%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,45%
● Min	----	----	----	----	0,00%

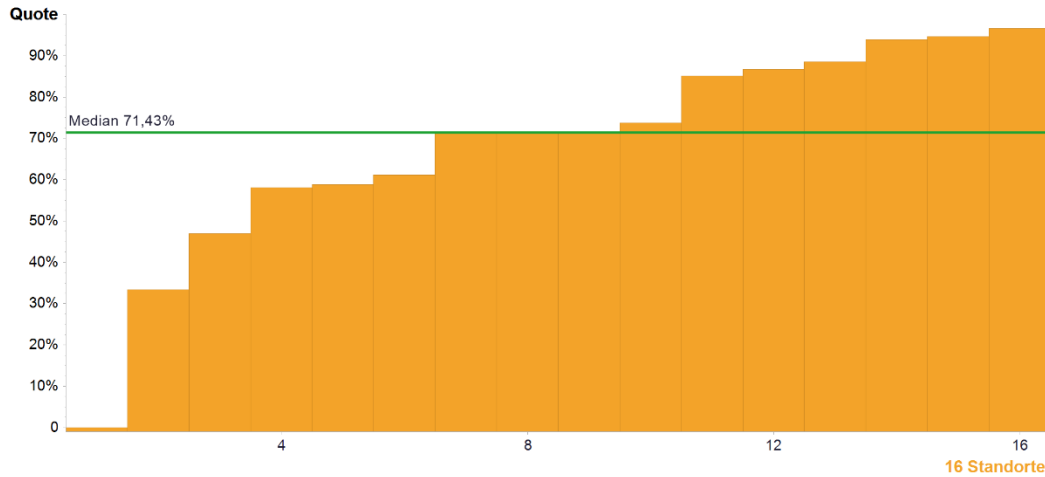
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
22	61,11%	----	----

### Anmerkungen:

Die erstmalige, freiwillige Erhebung dieses Leitlinien-QI ergibt, dass 12 der 22 Zentren durchgehend vollständige Befundberichte bei operative Primärfällen vorgelegt haben. Die beiden Zentren mit 0% mussten wegen der fehlenden Sollvorgabe keine Begründung für ihre Quoten liefern. Dies wird sich mit der obligaten Erhebung im Kennzahlenjahr 2020 ändern.



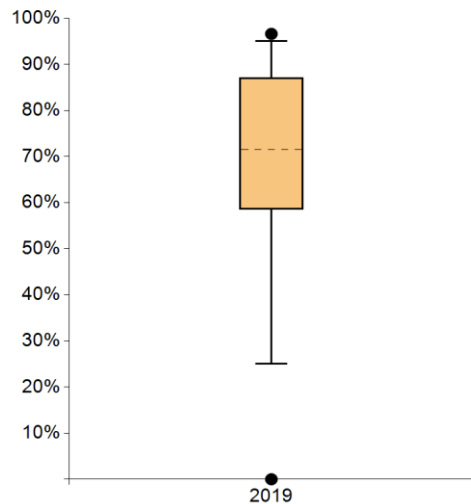
## 17. Ernährungsstatus (QI LL)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Feststellung des Ernährungsstatus nach Nutritional Risk Score und Body Mass Index	23*	0 - 57	398
Nenner	Primärfälle	32*	14 - 80	579
Quote	Keine Sollvorgabe	71,43%	0,00% - 96,61%	68,74%**

\* 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 Patienten.



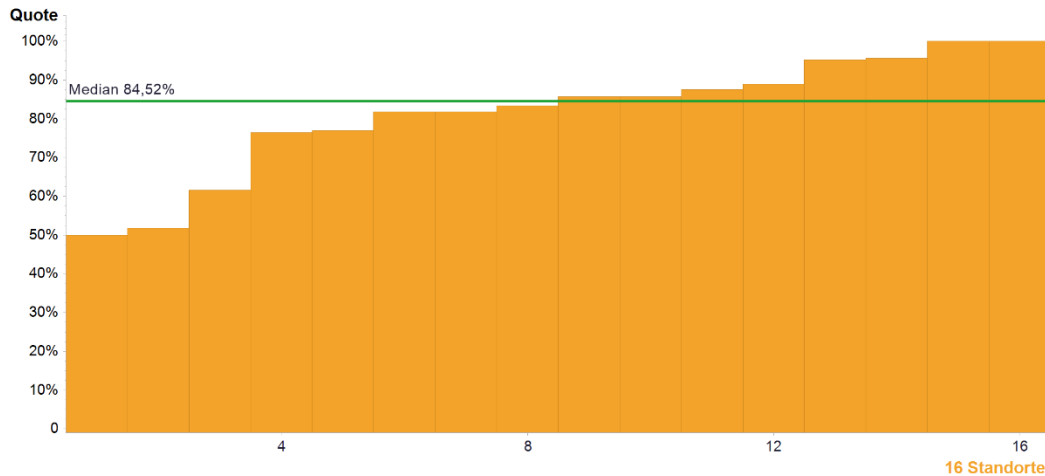
	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	----	----	----	----	96,61%
95. Perzentil	----	----	----	----	95,10%
75. Perzentil	----	----	----	----	87,12%
Median	----	----	----	----	71,43%
25. Perzentil	----	----	----	----	58,58%
5. Perzentil	----	----	----	----	25,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
16	44,44%	----	----

### Anmerkungen:

Auch bei diesem Leitlinien-QI liegen zunächst freiwillige Angaben von einem Teil der Zentren vor: 16 Zentren haben den Ernährungsstatus ihrer Primärfälle erhoben und hierbei im Median 71% erreicht. Da noch keine Sollvorgabe eingeführt wurde, fehlen im ersten Jahr noch die Begründungen der Zentren.

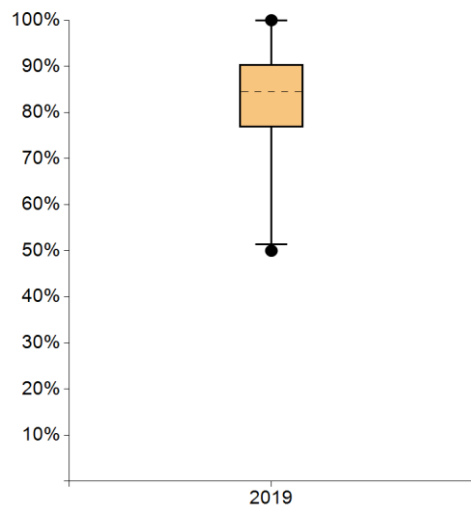
## 18. Vitamin B12 Substitution nach Gastrektomie (QI LL)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit dokumentierter Empfehlung zu Vitamin B12-Substitution (z.B. 1000µg alle 3 Mo) im Arztbrief	11*	7 - 44	226
Nenner	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0 <sup>1)</sup> , C16.1-16.9) nach Gastrektomie	14*	8 - 46	275
Quote	Keine Sollvorgabe	84,52%	50,00% - 100%	82,18%**

\* 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 Patienten.



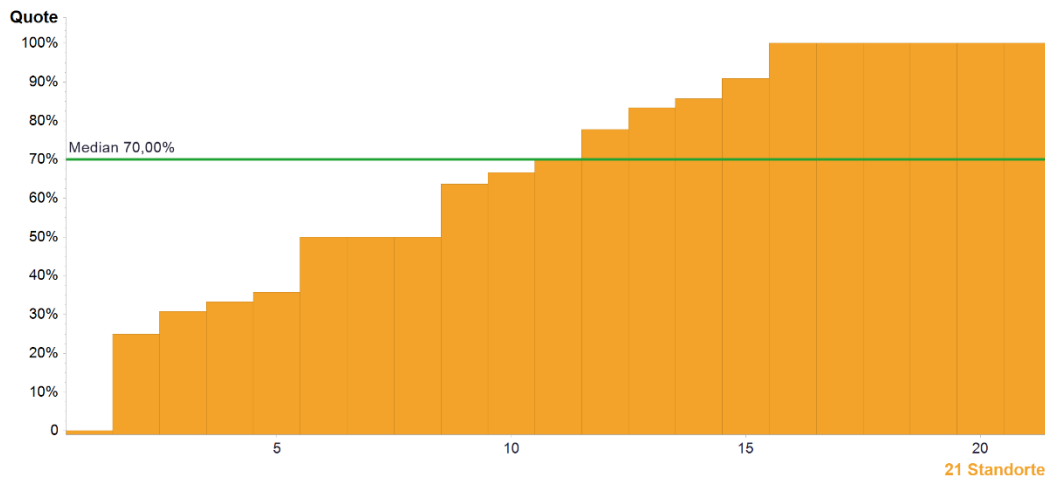
	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	-----	-----	-----	-----	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	-----	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	-----	90,48%
Median	-----	-----	-----	-----	84,52%
25. Perzentil	-----	-----	-----	-----	76,81%
5. Perzentil	-----	-----	-----	-----	51,39%
● Min	-----	-----	-----	-----	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
16	44,44%	-----	-----

### Anmerkungen:

Während 2 Zentren bei allen operativen Primärfällen mit Gastrektomie eine Empfehlung zur Vitamin-B12-Substitution dokumentiert haben, ergibt sich bei den übrigen Zentren ein gemischtes Bild. Keines der freiwillig an der Datenerhebung teilnehmenden Zentren unterschritt hierbei eine Quote von 50%. Das folgende Kennzahlenjahr wird mit der dann obligaten Erhebung voraussichtlich validere Kennzahlergebnisse liefern.

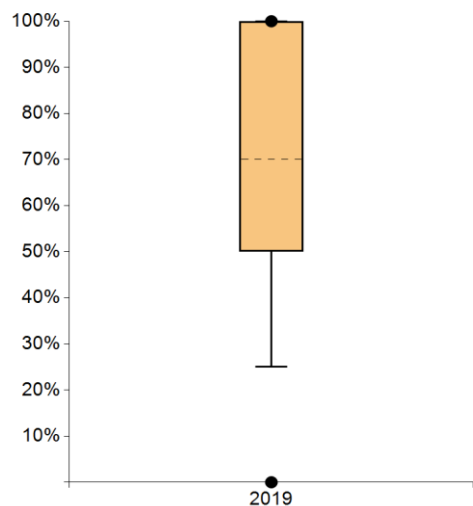
## 19. Präoperative Chemotherapie bei lokalisierten Magenkarzinomen (ICD-10 C16.1-16.9) (QI LL)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie	4*	0 - 13	99
Nenner	Operative Primärfälle ICD-10 C16.1-16.9, cT3 oder cT4, M0	8*	1 - 14	156
Quote	Keine Sollvorgabe	70,00%	0,00% - 100%	63,46%**

\* 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 Patienten.



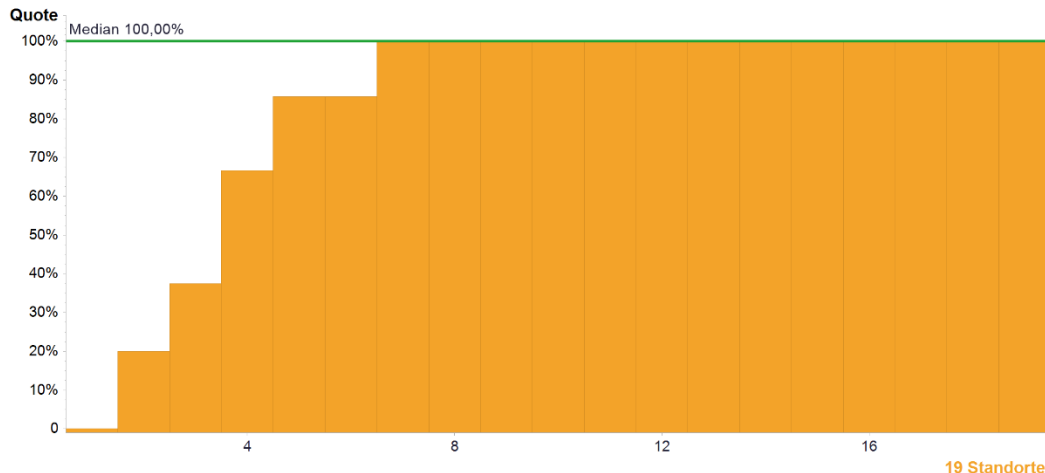
	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	70,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	50,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	25,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
21	58,33%	----	----

### Anmerkungen:

Die hohe Streuung der Werte bei dem erstmals und deswegen zunächst freiwillig erhobenen Leitlinien-QI zur präoperativen Chemotherapie bei lokalisiertem Magenkarzinom kann mit vergleichsweise kleinen Patientenzahlen im Nenner erklärt werden. Auch hier fehlen im ersten Jahr der Datenerhebung noch Begründungen der Zentren, so dass über die Ursachen für die einzelnen Quoten noch keine Informationen vorliegen.

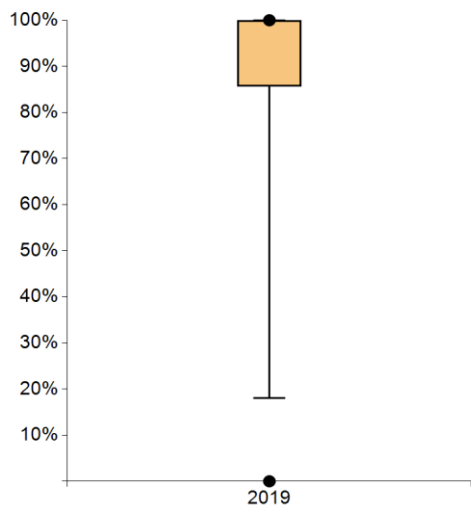
## 20. Präoperative Chemotherapie oder Radiochemotherapie bei Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs cT3 oder cT4, M0 (QI LL)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Chemotherapie oder Radiochemotherapie	3*	0 - 12	66
Nenner	Operative Primärfälle mit Adenokarzinom des ösophagogastralen Übergangs (ICD-10 C16.0 <sup>1</sup> ) cT3 oder cT4, M0	3*	1 - 14	81
Quote	Keine Sollvorgabe	100%	0,00% - 100%	81,48%**

\* 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 Patienten.



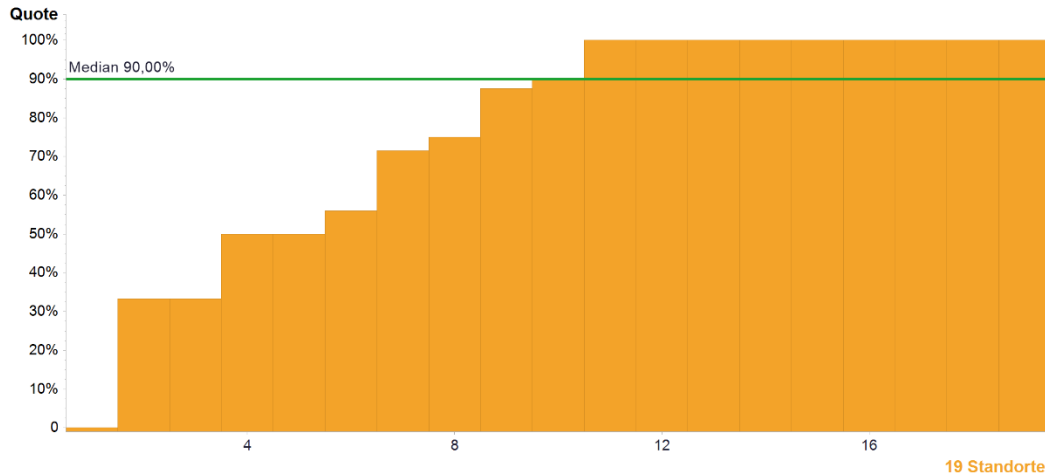
	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	85,71%
5. Perzentil	----	----	----	----	18,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
19	52,78%	----	----

### Anmerkungen:

Dieser Leitlinien-QI erfasst die präoperative Therapie von Adenokarzinomen des ösophagogastralen Übergangs. Während 13 der 19 freiwillig an der Datenerhebung teilnehmenden Zentren in allen Fällen eine (Radio-) Chemotherapie verabreicht hatten, lag 1 Zentrum bei 0%. Hier wurden jedoch nur 2 Patienten im Nenner dokumentiert. Details zu den Gründen sind mit der obligaten Erhebung im folgenden Kennzahlenjahr zu erwarten.

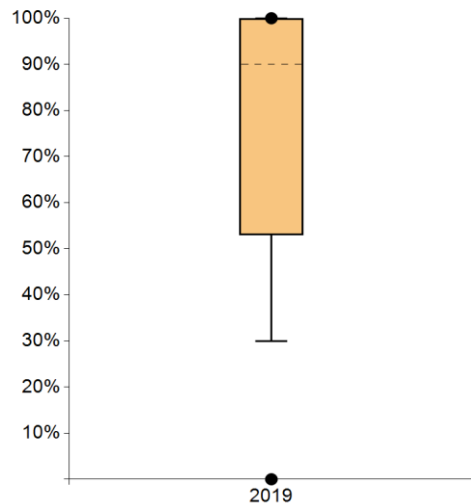
## 21. Bestimmung HER-2-Status vor palliativer Tumortherapie (QI LL)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2019		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Bestimmung des HER-2-Status vor palliativer medikamentöser Tumortherapie	5*	0 - 20	110
Nenner	Patienten (ICD-10 C16.0 <sup>1)</sup> , C16.1-16.9) mit palliativer medikamentöser Tumortherapie	6*	2 - 25	142
Quote	Keine Sollvorgabe	90,00%	0,00% - 100%	77,46%**

\* 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 Patienten.



	2015	2016	2017	2018	2019
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	90,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	53,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	30,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
19	52,78%	----	----

### Anmerkungen:

Dieser neu eingeführte Leitlinien-QI erfasst, ob vor Einleitung jeglicher palliativer medikamentöser Therapie der Her2-Status bestimmt und somit eine evtl. Trastuzumabtherapie berücksichtigt wurde. 9 der 19 Zentren, die die Kennzahl erstmals erhoben haben, haben den HER-2-Status bei allen Patienten vor palliativer medikamentöser Tumortherapie erhoben. Die übrigen Zentren weisen teils deutlich niedrigere Raten auf. Informationen über deren Gründe sind mit der obligaten Erhebung im Kennzahlenjahr 2020 zu erwarten.

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Magenkrebszentren  
Julia Mayerle, Sprecher Zertifizierungskommission  
Stefan Post, Stellv. Sprecher Zertifizierungskommission  
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Johannes Rückher, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Michaela Rommel, OnkoZert  
Julia Ferencz, 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](http://www.onkozert.de)

Version e-A1-de; Stand 22.04.2021

**ISBN:** 978-3-948226-36-7



9 783948 226367