



# Kennzahlenauswertung 2022

## Jahresbericht der zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren

Auditjahr 2021 / Kennzahlenjahr 2020

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Speiseröhrenkrebszentren 2021 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	12
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle .....	12
Kennzahl Nr. 1b: Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen .....	13
Kennzahl Nr. 1c: Zentrumsfälle .....	14
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI) .....	15
Kennzahl Nr. 3: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen .....	16
Kennzahl Nr. 4: Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie/Radiochemotherapie .....	17
Kennzahl Nr. 5: Postoperative Fallvorstellung .....	18
Kennzahl Nr. 6: Psychoonkologische Betreuung .....	19
Kennzahl Nr. 7: Beratung Sozialdienst .....	20
Kennzahl Nr. 8: Anteil Studienpatienten .....	21
Kennzahl Nr. 9: Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI) .....	22
Kennzahl Nr. 10: Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI) .....	23
Kennzahl Nr. 11: Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI) .....	24
Kennzahl Nr. 12: Operative chirurgische Expertise .....	25
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OP's .....	26
Kennzahl Nr. 14: Endoskopische R0-Resektion (LL QI) .....	27
Kennzahl Nr. 15: Chirurgische R0-Resektion (LL QI) .....	28
Kennzahl Nr. 16: Anastomoseninsuffizienz (LL QI) .....	29
Kennzahl Nr. 17: Mortalität postoperativ (LL QI) .....	30
Kennzahl Nr. 18: Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom (LL QI) .....	31
Kennzahl Nr. 19: Perioperative Chemotherapie oder präoperative Radiochemotherapie bei Adenokarzinom (LL QI) .....	32
Kennzahl Nr. 20: First-Line Chemotherapie bei metastasiertem Adenokarzinom (LL QI) .....	33
Impressum .....	34

## Allgemeine Informationen

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

### 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](http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de)

### 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.

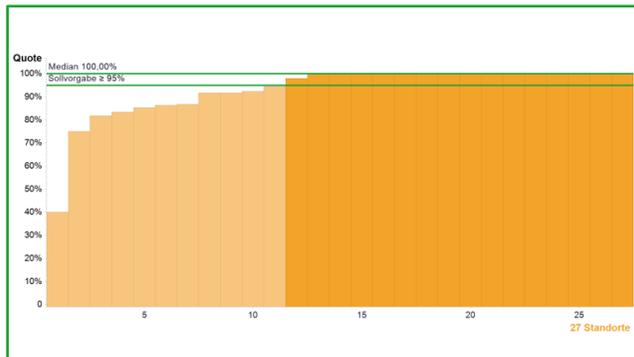
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

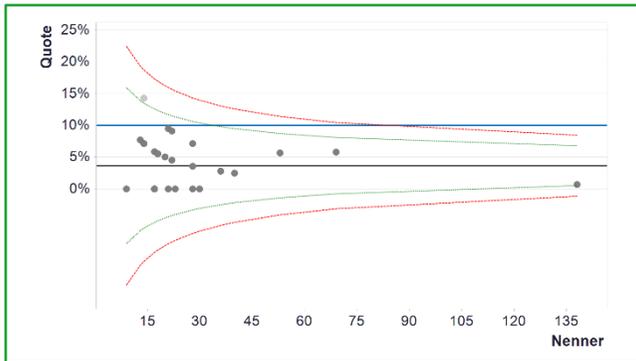
	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	9*	2 - 47	293
Nenner	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	10*	3 - 48	316
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	40,00% - 100%	92,72%**

### 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.

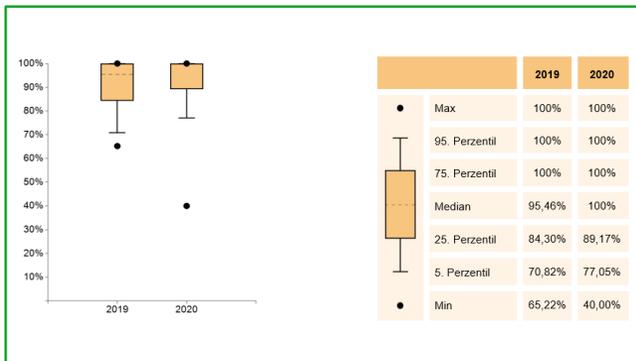


## Allgemeine Informationen



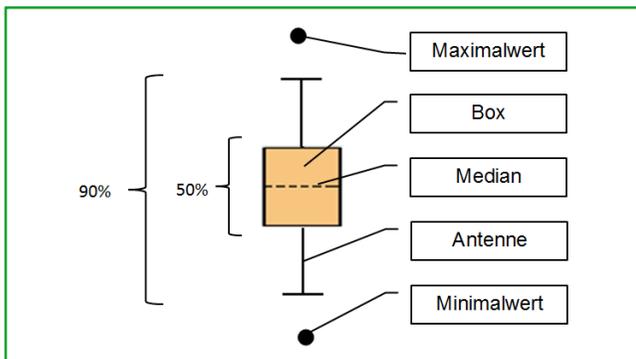
### Funnel Plots:

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 **2019** und **2020** 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 Speiseröhrenkrebszentren 2021

	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	1	3
Zertifizierte Zentren	32	24
Zertifizierte Standorte	33	25

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2021	31.12.2020
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	27	20
entspricht	81,8%	80%
Primärfälle gesamt*	1.481	1.134
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	54,8	56,7
Primärfälle pro Standort (Median)*	46	46,5

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

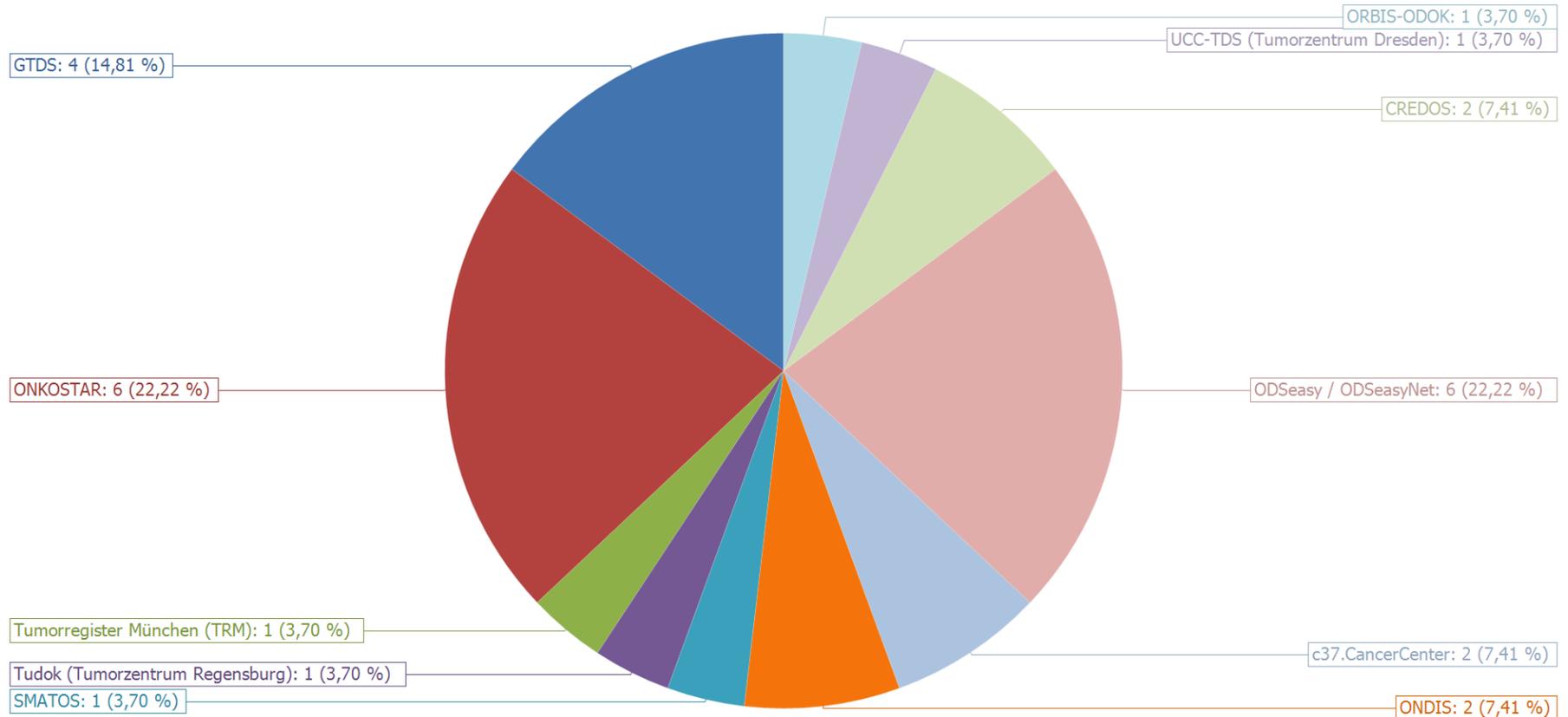
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Speiseröhrenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 27 der 33 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 5 Standorte, die im Jahr 2021 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). Ein weiterer Standort konnte nicht berücksichtigt werden, da zum Datenschluss am 31.01.2022 noch kein freigegebenes Datenblatt vorlag.

In den 33 Standorten wurden insgesamt 1.893 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) abgebildet.

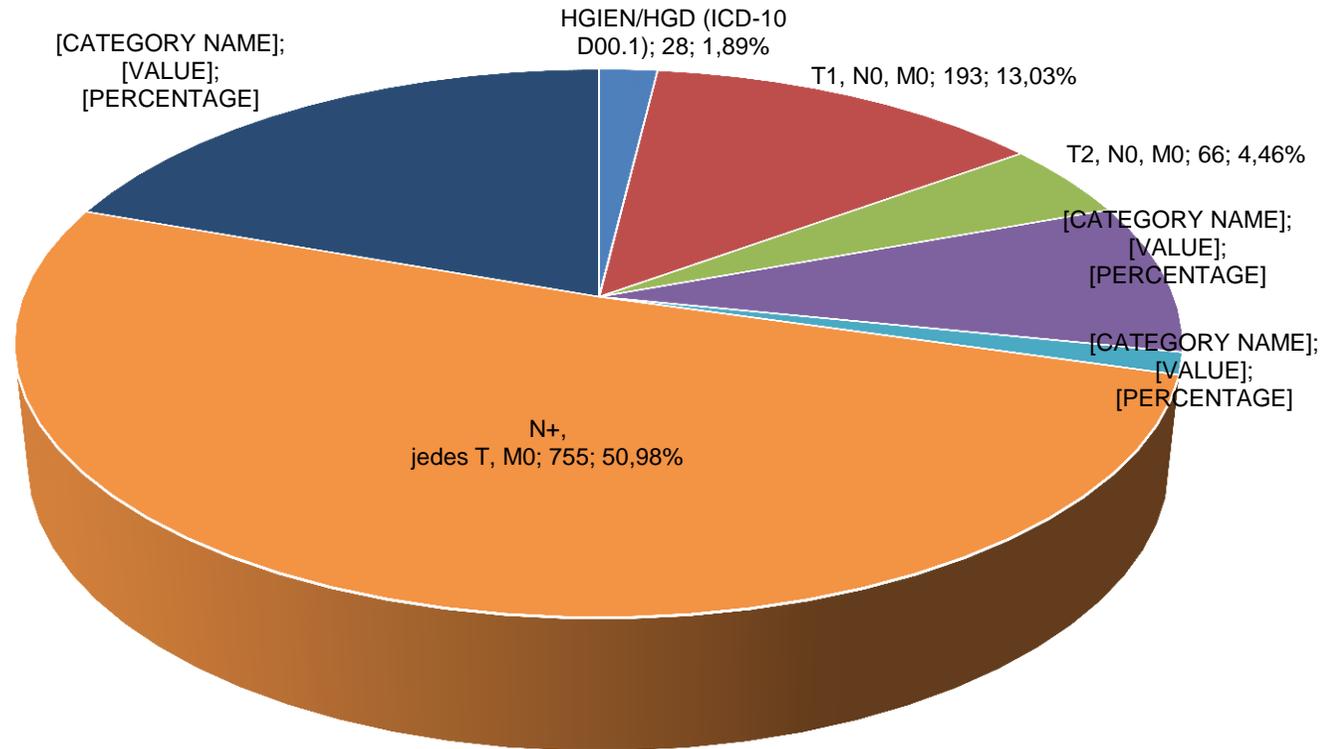
Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2020. Sie stellen für die in 2021 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



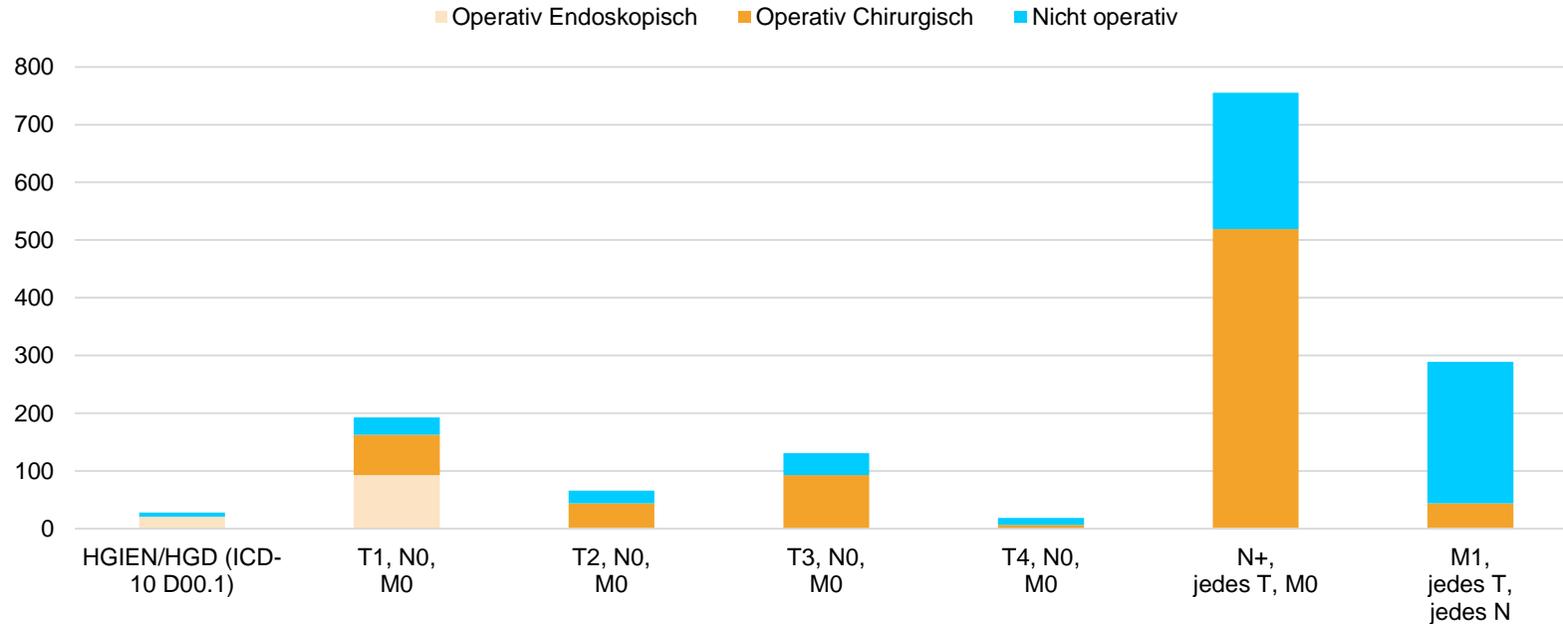
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

**Basisdaten – Primärfälle Speiseröhre**



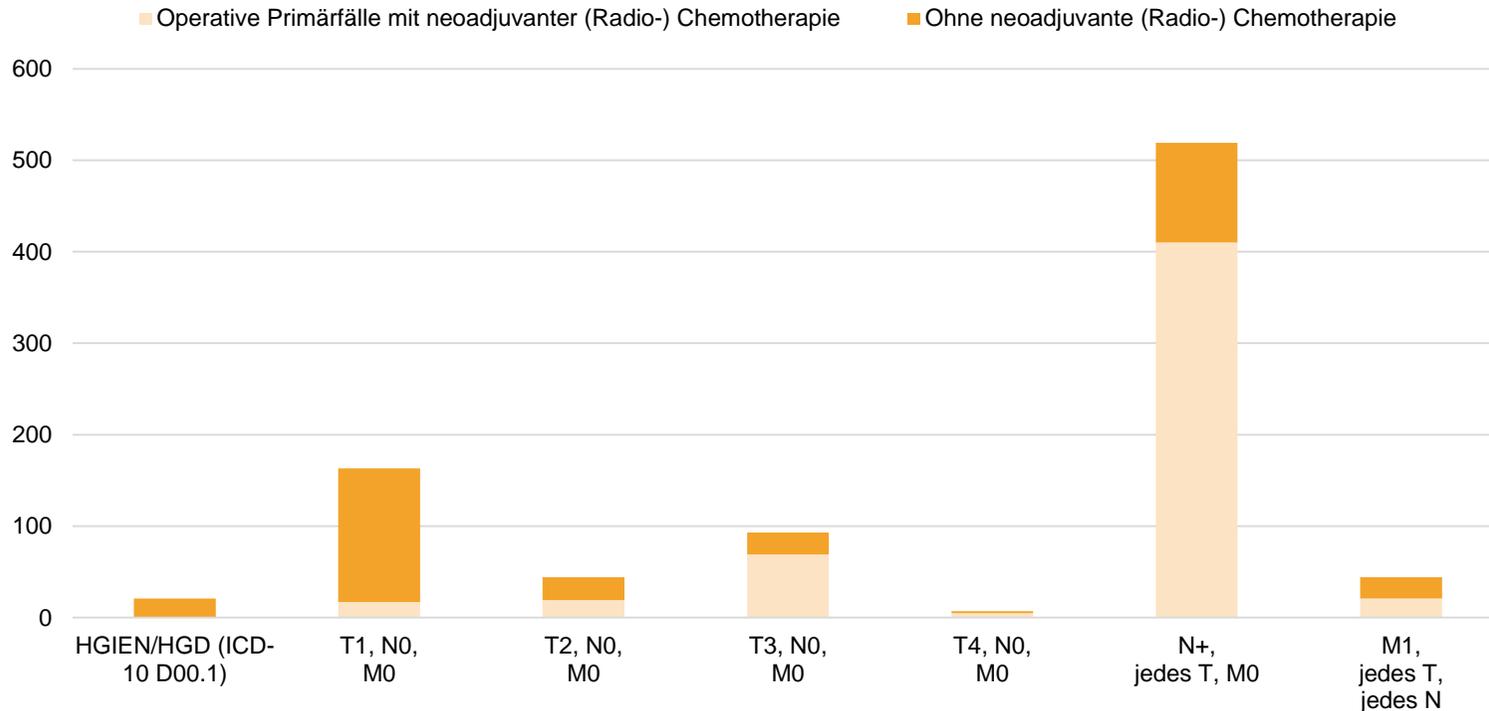
	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
<b>Primärfälle</b>	28 (1,89%)	193 (13,03%)	66 (4,46%)	131 (8,85%)	19 (1,28%)	755 (50,98%)	289 (19,51%)	1.481 (100%)

## Basisdaten – Operative Primärfälle und nicht operative Primärfälle Speiseröhre



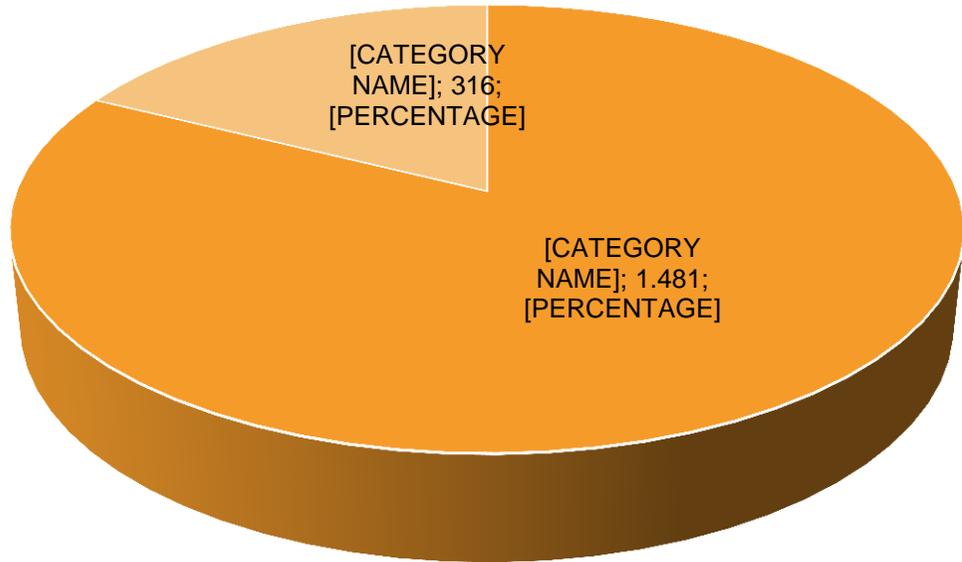
	HGIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
<b>Operativ Endoskopisch</b>	21 (17,80%)	93 (78,81%)	1 (0,85%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (1,69%)	1 (0,85%)	118 (100%)
<b>Operativ Chirurgisch</b>	0 (0,00%)	70 (9,06%)	43 (5,56%)	93 (12,03%)	7 (0,91%)	517 (66,88%)	43 (5,56%)	773 (100%)
<i>davon elektiv</i>	0 (0,00%)	69 (8,93%)	42 (5,43%)	93 (12,03%)	7 (0,91%)	514 (66,49%)	40 (5,17%)	765 (98,97%)
<i>davon Notfall</i>	0 (0,00%)	1 (0,13%)	1 (0,13%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (0,39%)	3 (0,39%)	8 (1,03%)
<b>Nicht operativ</b>	7 (1,19%)	30 (5,08%)	22 (3,73%)	38 (6,44%)	12 (2,03%)	236 (40,00%)	245 (41,53%)	590 (100%)
<b>Primärfälle Gesamt</b>	28	193	66	131	19	755	289	1.481

## Basisdaten – Operative Primärfälle mit und ohne neoadjuvante Chemotherapie Speiseröhre



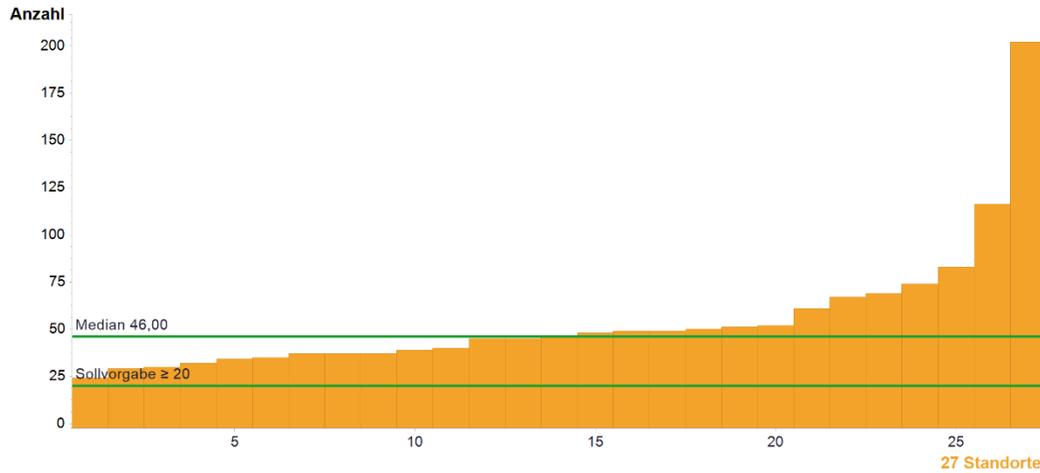
	HGIIEN/HGD (ICD-10 D00.1)	T1, N0, M0	T2, N0, M0	T3, N0, M0	T4, N0, M0	N+, jedes T, M0	M1, jedes T, jedes N	Gesamt
<b>Operative Primärfälle (chirurgisch und endoskopisch) mit neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie</b>	0 (0,00%)	17 (3,14%)	19 (3,51%)	69 (12,75%)	5 (0,92%)	410 (75,79%)	21 (3,88%)	541 (100%)
<b>Ohne neoadjuvante (Radio-) Chemotherapie</b>	21 (6,00%)	146 (41,71%)	25 (7,14%)	24 (6,86%)	2 (0,57%)	109 (31,14%)	23 (6,57%)	350 (100%)
<b>Gesamt</b>	21	163	44	93	7	519	44	891

## Basisdaten – Zentrumsfälle Speiseröhre

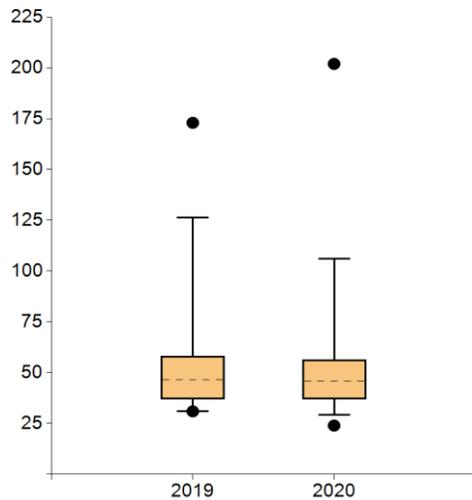


Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
1.481 (82,42%)	316 (17,58%)	1.797 (100%)

# 1a. Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	46	24 - 202	1481
	Sollvorgabe ≥ 20			



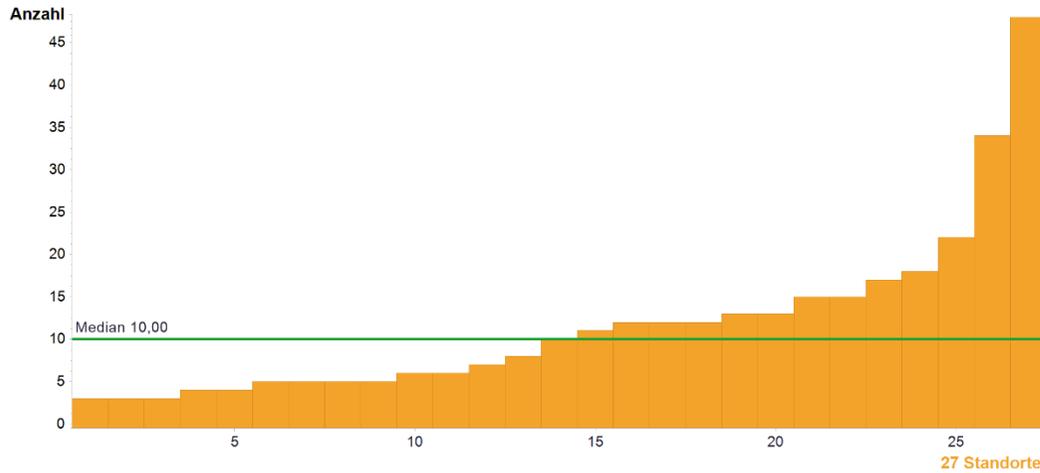
	2019	2020
● Max	173,00	202,00
95. Perzentil	126,45	106,10
75. Perzentil	58,25	56,50
Median	46,50	46,00
25. Perzentil	37,00	37,00
5. Perzentil	31,00	29,30
● Min	31,00	24,00

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

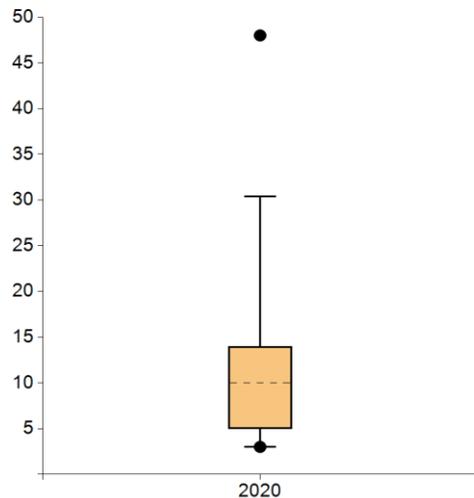
**Anmerkungen:**

Durch 7 Zentren, die zusätzlich in den Jahresbericht eingegangen sind, ist die Zahl der behandelten Primärfälle um 30,60% gestiegen. Trotz vielfach beobachteter Fallzahleinbrüche im Rahmen der Corona-Pandemie haben alle Zentren die Mindestzahl von 20 Primärfällen deutlich erreicht.

## 1b. Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	10	3 - 48	316
	Keine Sollvorgabe			



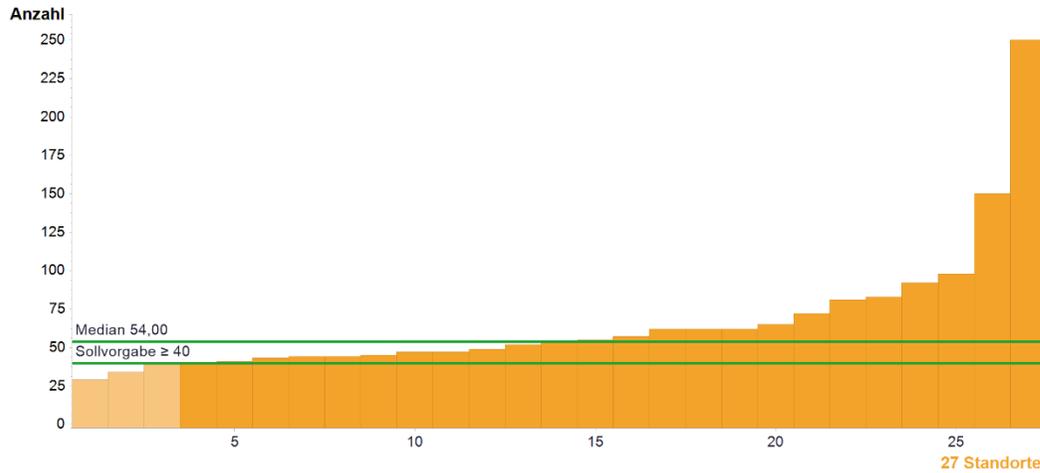
	2019	2020
● Max	-----	48,00
95. Perzentil	-----	30,40
75. Perzentil	-----	14,00
Median	-----	10,00
25. Perzentil	-----	5,00
5. Perzentil	-----	3,00
● Min	-----	3,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	-----	-----

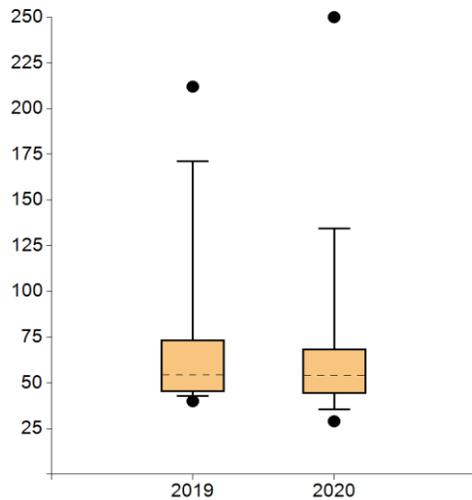
### Anmerkungen:

Die entitätsübergreifend eingeführte Zahl der neuauftretenden Rezidive und Fernmetastasen wurde im Kennzahlenjahr 2020 erstmals erhoben. Im Median behandelte ein zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum 10 dieser Patienten.

## 1c. Zentrumsfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Zentrumsfälle	54	29 - 250	1797
	Sollvorgabe ≥ 40			



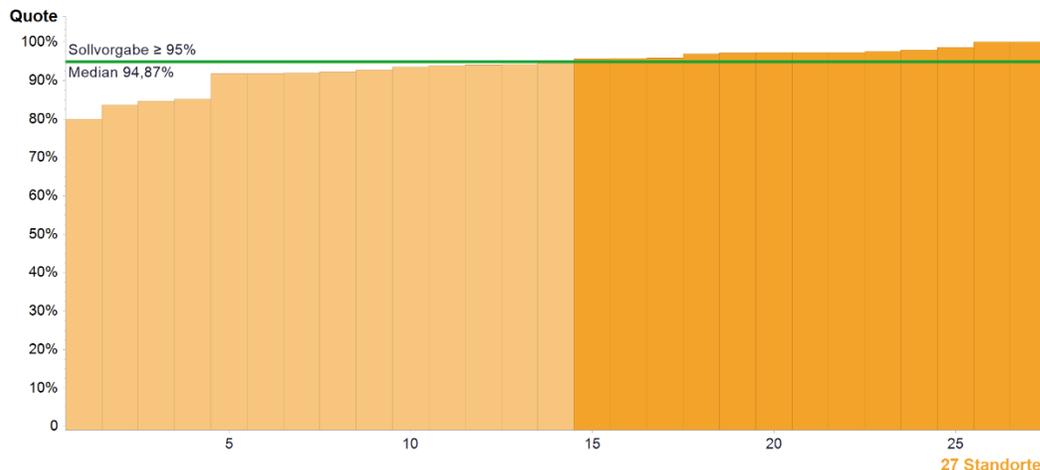
	2019	2020
● Max	212,00	250,00
95. Perzentil	171,15	134,40
75. Perzentil	73,50	68,50
Median	54,50	54,00
25. Perzentil	45,00	44,00
5. Perzentil	42,85	35,50
● Min	40,00	29,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	24	88,89%

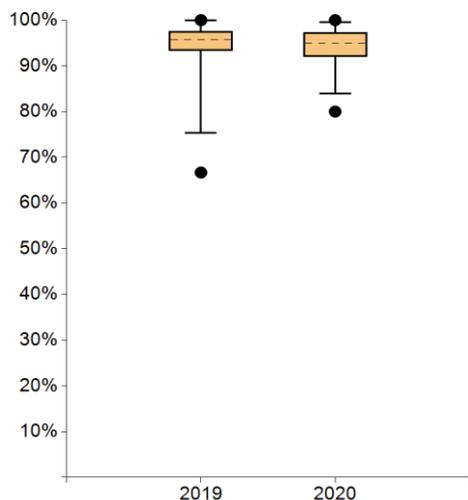
### Anmerkungen:

Nachdem im Vorjahr alle Zentren die Sollvorgabe erfüllt hatten, verzeichneten 2020 3 Zentren weniger als 40 Zentrumsfälle. Diese verwiesen auf pandemiebedingte Umstände, insbesondere auf die Verringerung der stationären Kapazitäten zugunsten von Corona-Patienten. Gleichzeitig erscheint es bemerkenswert, dass trotz der Pandemie-Lage der Median der Zentrumspatienten fast unverändert geblieben ist.

## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die prätherapeutisch und nach abgeschlossenem Staging in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	44*	23 - 172	1374
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	46*	24 - 202	1481
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	94,87%	80,00% - 100%	92,78%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	99,57%
75. Perzentil	97,51%	97,30%
Median	95,70%	94,87%
25. Perzentil	93,35%	92,03%
5. Perzentil	75,27%	83,89%
● Min	66,67%	80,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	13	48,15%

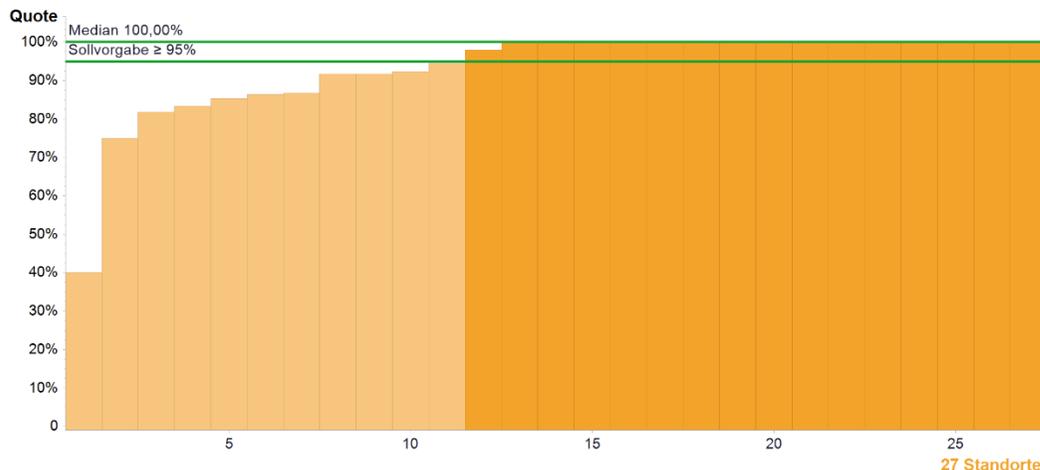
### Anmerkungen:

Die Erfüllung dieser Kennzahl bewegt sich insgesamt ungefähr auf Vorjahresniveau. Trotz Verbesserungen in den unteren Prozentbereichen haben 7 Zentren mehr als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt. 6 Zentren begründeten dies mit bereits endoskopisch abgetragenen Tumoren (und somit formal posttherapeutischer Vorstellung), jeweils 5 mit Zufallsbefunden sowie extern bereits vorgestellten bzw. besprochenen Patienten. Die Fachexperten wiesen auf eine konsequente Vorstellung auch zugewiesener Patienten hin. In einem Fall wurde eine Abweichung ausgesprochen.

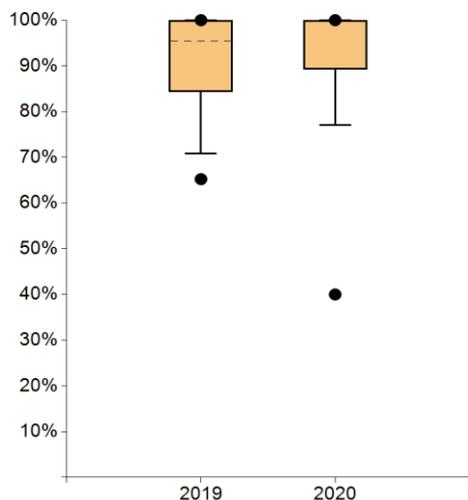
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

### 3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	9*	2 - 47	293
Nenner	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	10*	3 - 48	316
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	40,00% - 100%	92,72%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	95,46%	100%
25. Perzentil	84,30%	89,17%
5. Perzentil	70,82%	77,05%
● Min	65,22%	40,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	16	59,26%

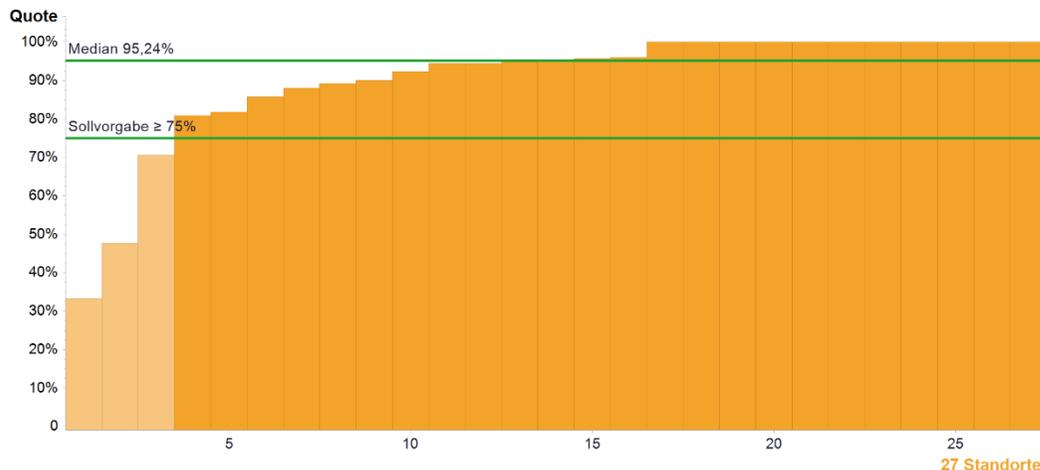
**Anmerkungen:**

Die Erfüllung dieser Kennzahl hat sich deutlich verbessert, der Median liegt nun bei 100%. 11 Zentren (Vorjahr: 10) haben die Sollvorgabe nicht erreicht. Die Begründungen hierfür fielen sehr unterschiedlich aus. Am häufigsten waren palliative Patienten, die einen Progress zeigten oder bei denen lediglich die Therapie umgestellt wurde. In den Audits wurde darauf hingewiesen, dass auch diese Patienten prätherapeutisch vorzustellen sind.

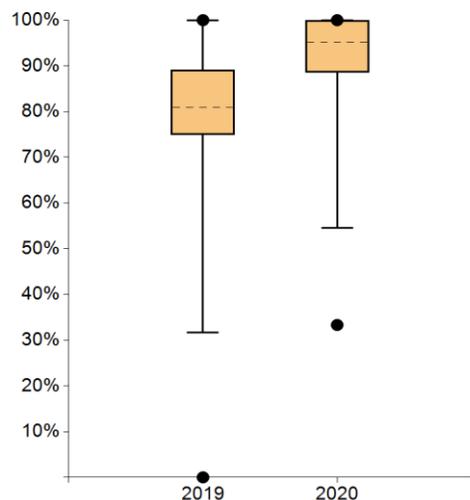
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

## 4. Vorstellung nach Abschluss der neoadjuvanten Chemotherapie/Radiochemotherapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der posttherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	17*	5 - 133	590
Nenner	Primärfälle mit Ösophaguskarzinom und abgeschlossener neoadjuvanter (Radio-) Chemotherapie	18*	9 - 139	650
Quote	Sollvorgabe ≥ 75%	95,24%	33,33% - 100%	90,77%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	89,06%	100%
Median	80,91%	95,24%
25. Perzentil	75,00%	88,60%
5. Perzentil	31,66%	54,51%
● Min	0,00%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	24	88,89%

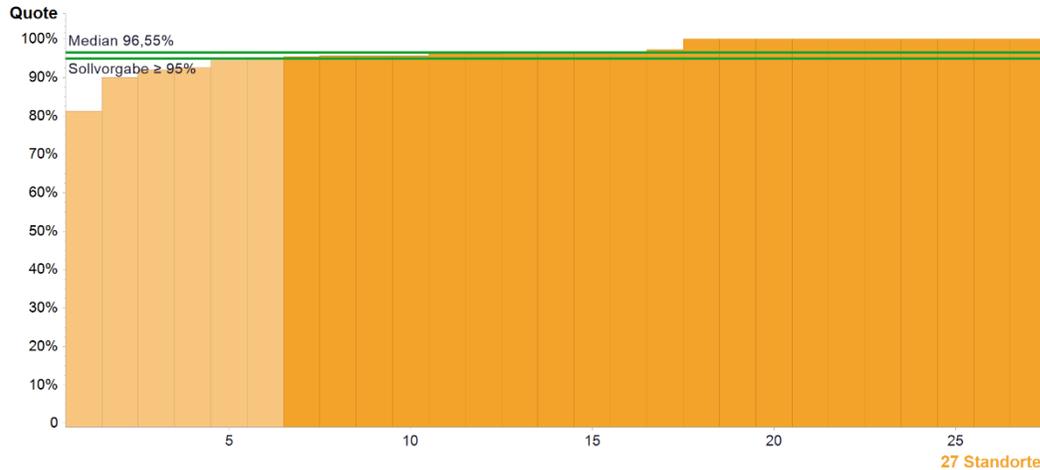
### Anmerkungen:

Obwohl deutlich mehr Zentren in den Jahresbericht eingehen, ist die Zahl derer, die die Sollvorgabe verfehlen, von 4 auf 3 zurückgegangen und der Median ist deutlich angestiegen. Während ein Zentrum auf Versäumnisse verwies, waren die beiden anderen Zentren der Meinung, eine Festlegung des therapeutischen Vorgehens in der prätherapeutischen Konferenz sei ausreichend. In den Audits wurde klargestellt, dass die KeZa hier eine erneute Vorstellung fordert.

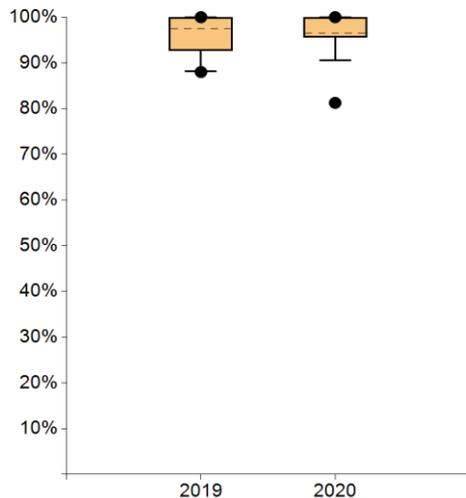
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

## 5. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	24*	13 - 140	861
Nenner	Operative Primärfälle (endoskopisch und chirurgisch)	25*	14 - 145	891
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,55%	81,25% - 100%	96,63%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	97,49%	96,55%
25. Perzentil	92,72%	95,55%
5. Perzentil	88,23%	90,60%
● Min	88,00%	81,25%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	21	77,78%

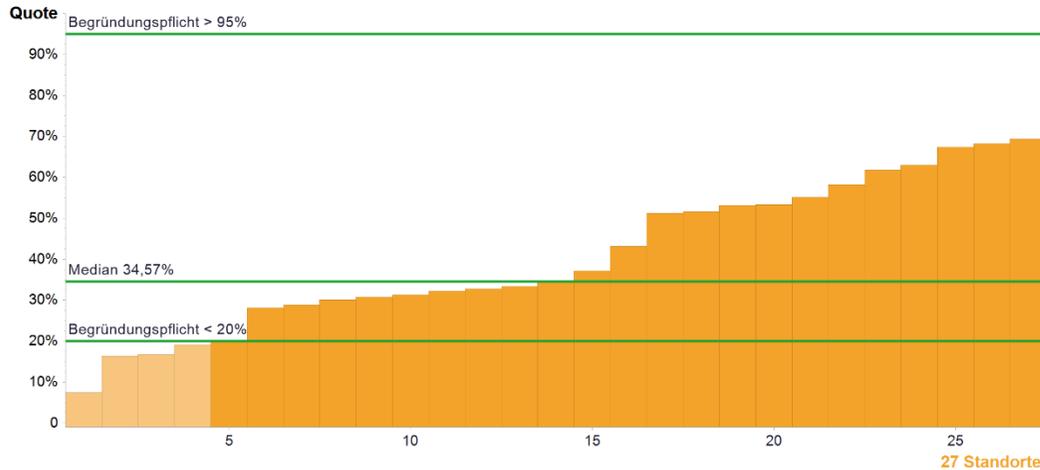
### Anmerkungen:

Die Kennzahl bewegt sich ungefähr auf Vorjahresniveau, 6 Zentren haben weniger als 95% der operativen Primärfälle postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt. Alle begründeten dies mit peribzw. postoperativ verstorbenen Patienten, die folglich nicht mehr vorgestellt wurden. Bei 2 Zentren stellten die Fachexperten zudem klar, dass auch Patienten mit prolongiertem Verlauf und Komplikationen, die ggf. verlegt werden, vorzustellen sind.

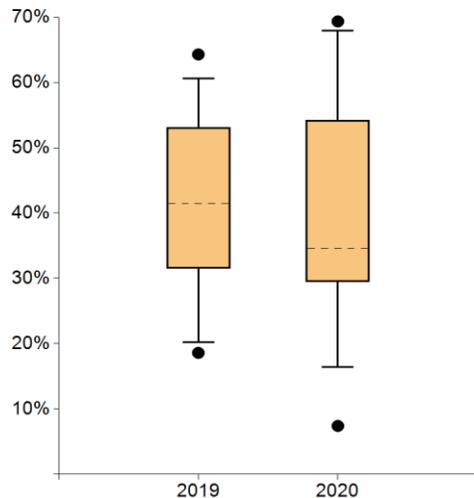
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

## 6. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	21*	4 - 77	701
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	54*	29 - 250	1797
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >95%	34,57%	7,41% - 69,35%	39,01%**



	2019	2020
● Max	64,29%	69,35%
95. Perzentil	60,61%	67,92%
75. Perzentil	53,09%	54,22%
Median	41,43%	34,57%
25. Perzentil	31,55%	29,45%
5. Perzentil	20,20%	16,43%
● Min	18,60%	7,41%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	23	85,19%

### Anmerkungen:

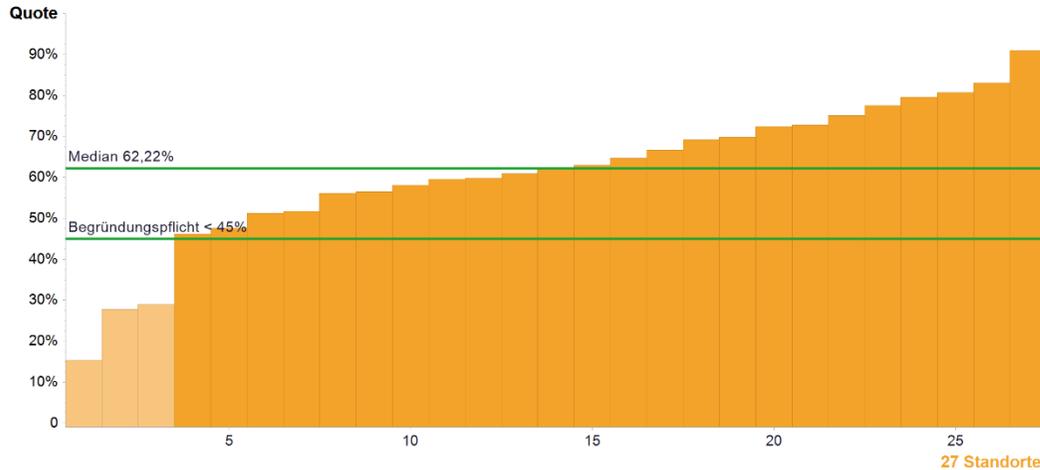
Bei größerer Streuung und gesunkenem Median ist die Gesamtberatungsquote leicht angestiegen. 4 Zentren (Vorjahr: 1) mussten Beratungsquoten von weniger als 20% im Audit erläutern. Häufigster Grund waren Patienten mit negativem Screeningergebnis bzw. Patienten, die keinen Beratungsbedarf äußerten. Einzelne Zentren versuchten, ihr Screening zu optimieren, um perspektivisch höhere Quoten zu erreichen.

\* 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.

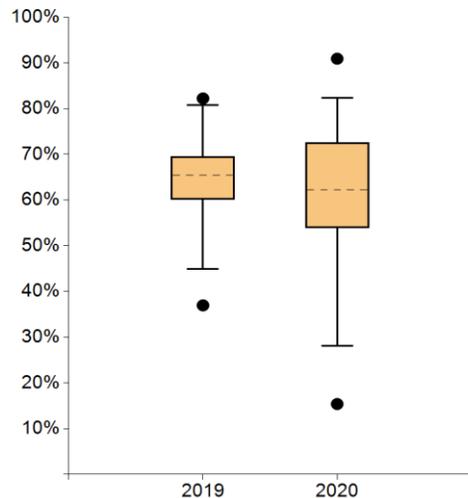
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 7. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	33*	8 - 181	1126
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	54*	29 - 250	1797
Quote	Begründungspflicht*** <45%	62,22%	15,38% - 90,91%	62,66%**



	2019	2020
● Max	82,22%	90,91%
95. Perzentil	80,74%	82,28%
75. Perzentil	69,45%	72,57%
Median	65,42%	62,22%
25. Perzentil	60,08%	53,93%
5. Perzentil	44,89%	28,12%
● Min	36,96%	15,38%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	24	88,89%

### Anmerkungen:

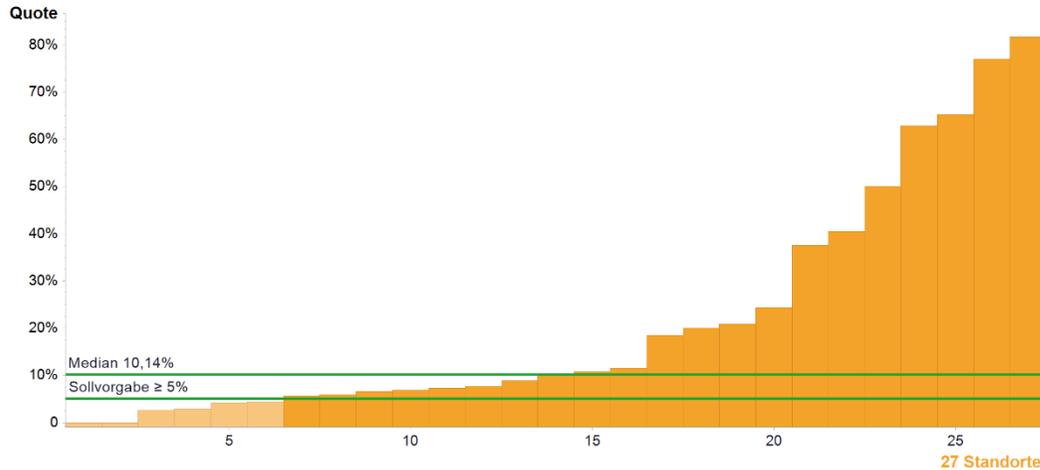
Die Beratungsquote des Sozialdienstes ist leicht rückläufig. 2 Zentren mehr als im Vorjahr wiesen Quoten <45% auf. Alle 3 lagen im deutschsprachigen Ausland, wo abweichende Rechtsansprüche bzw. Zuständigkeiten bzgl. der Sozialberatung gelten. Hier wurden die Beratungen durch andere Akteure (z.B. Pflege, Casemanagement) übernommen.

\* 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.

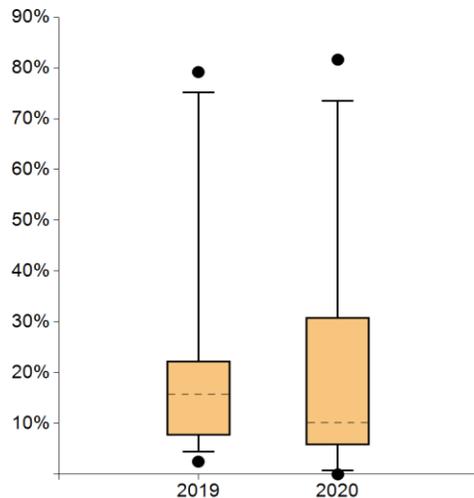
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 8. Anteil Studienpatienten



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten, die in eine Studie eingebracht wurden	6*	0 - 127	380
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	46*	24 - 202	1481
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	10,14%	0,00% - 81,63%	25,66%**



	2019	2020
● Max	79,19%	81,63%
95. Perzentil	75,21%	73,49%
75. Perzentil	22,32%	30,91%
Median	15,78%	10,14%
25. Perzentil	7,70%	5,80%
5. Perzentil	4,45%	0,78%
● Min	2,50%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	21	77,78%

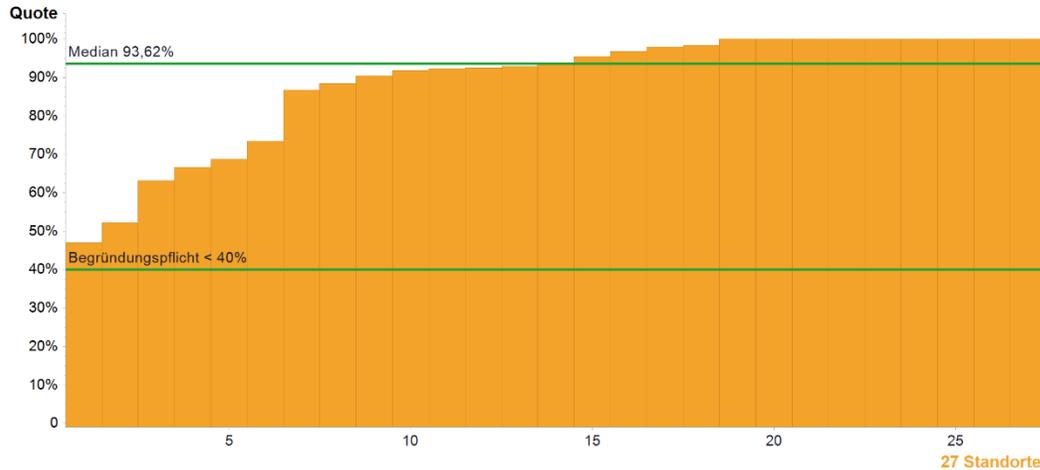
### Anmerkungen:

Die Studienquote ist zurückgegangen, was sich auch bei anderen Tumorentitäten beobachten lässt. 6 Zentren (Vorjahr: 2) haben hier weniger als 5% erreicht. Lediglich ein Zentrum verwies auf die Corona-Pandemie, wegen der Studien verzögert gestartet wurden. Die anderen Zentren verwiesen auf studienspezifische Hemmnisse (negatives Screening, organisatorische Probleme). Ein Zentrum erhielt eine Abweichung.

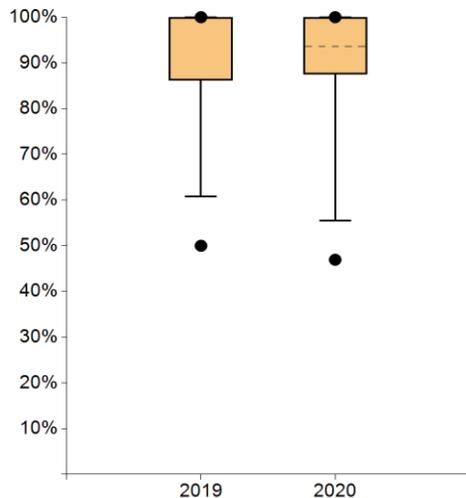
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

## 9. Inhalt Pathologiebericht Biopsie (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit vollständige Befundbericht	30*	1 - 200	1016
Nenner	Primärfälle mit Biopsie	34*	1 - 200	1137
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 40\%</math>	93,62%	46,94% - 100%	89,36%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	100%	93,62%
25. Perzentil	86,16%	87,52%
5. Perzentil	60,73%	55,47%
● Min	50,00%	46,94%

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

### Anmerkungen:

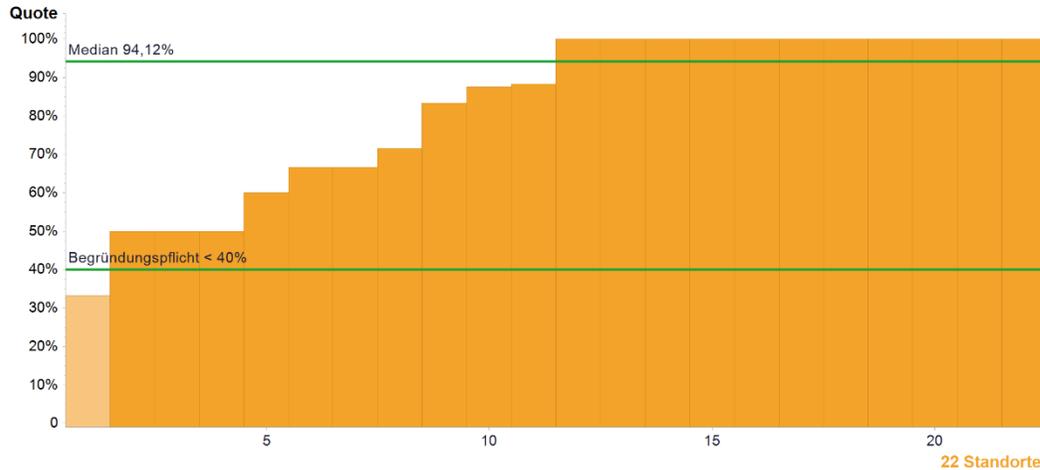
Alle Zentren haben in mind. 40% der Fälle vollständige Befundberichte vorlegen können. Bei allen 3 Kennzahlen zur Vollständigkeit der Pathologieberichte (KeZa 9 bis 11) wird ab dem folgenden Jahr eine Sollvorgabe von mind. 80% eingeführt werden.

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

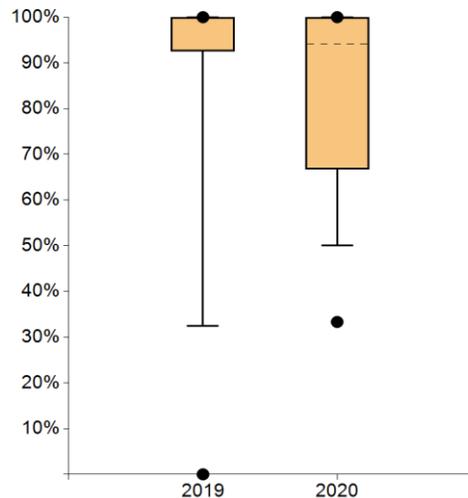
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 10. Inhalt Pathologiebericht lokale Exzidate (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe • Art der neoplastischen Läsion • WHO-Klassifikation • Grading • Lymphgefäß- u/o Veneninvasion • Tiefe (Invasionstiefe) • von zirkulärem und basalem Resektionsrand	3,5*	1 - 15	98
Nenner	Operative Primärfälle mit endoskopischer OP	4*	1 - 17	118
Quote	Begründungspflicht*** <40%	94,12%	33,33% - 100%	83,05%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	100%	94,12%
25. Perzentil	92,50%	66,67%
5. Perzentil	32,50%	50,00%
● Min	0,00%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
22	81,48%	21	95,45%

### Anmerkungen:

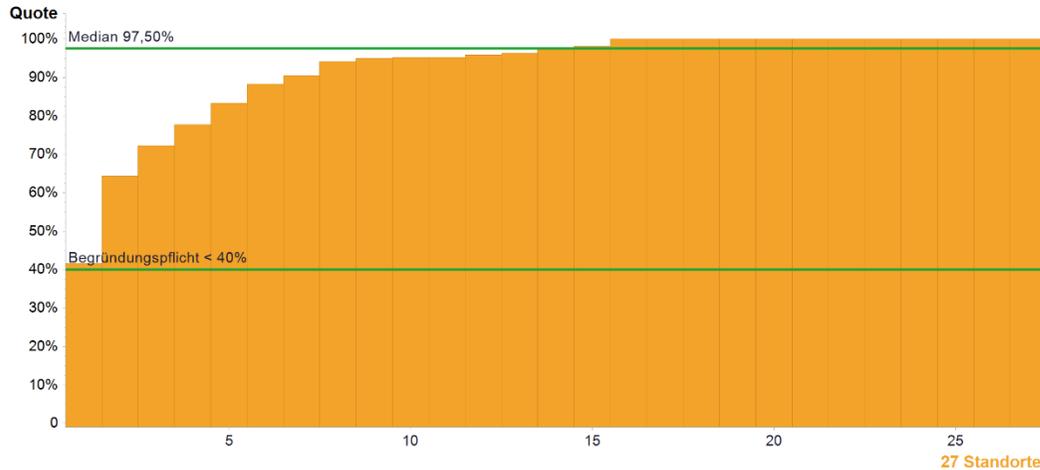
Wie im Vorjahr liegt ein Zentrum unter der mit einer Begründungspflicht einhergehenden Quote von 40%. Dabei handelt es sich um ein anderes Zentrum als jenes, welches im Vorjahr auffällig war. Bei dem Zentrum fehlten in 2 von 3 Fällen Angaben zur Invasionstiefe und den Resektionsrändern. Dies wurde bisher durch das Zentrum nicht einheitlich angegeben und soll zukünftig verbessert werden.

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

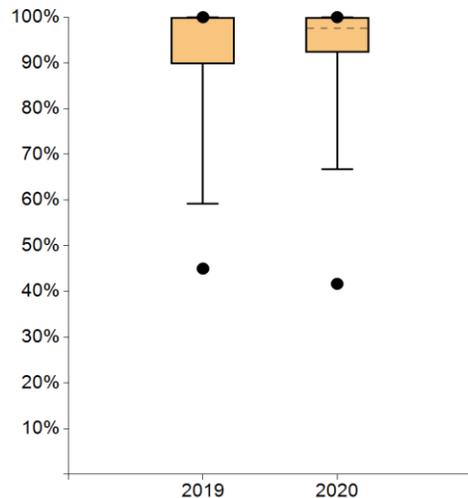
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 11. Inhalt Pathologiebericht OP-Resektat (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundbericht mit Angabe • Größe der neoplastischen Läsion • Art der neoplastischen Läsion • WHO-Klassifikation • Grading, • pT, pN, Ratio LK, L, V, R-Status (TNM)	19*	7 - 139	725
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	21*	9 - 139	773
Quote	Begründungspflicht*** <40%	97,50%	41,67% - 100%	93,79%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	100%	97,50%
25. Perzentil	89,74%	92,30%
5. Perzentil	59,25%	66,67%
● Min	45,00%	41,67%

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

### Anmerkungen:

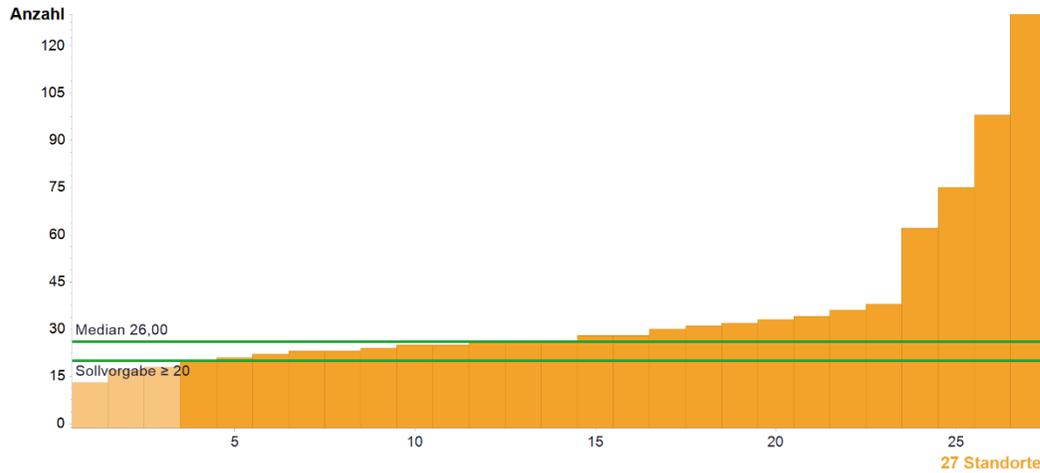
Wie im Vorjahr war auch bei den Pathologieberichten zu den Resektaten kein Zentrum begründungspflichtig. Insgesamt erfüllten knapp 94% aller Befundberichte die Kriterien des Zählers.

\* 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.

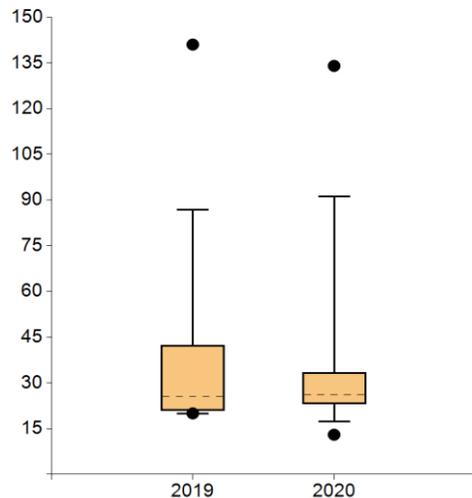
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 12. Operative chirurgische Expertise



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative chirurgische Expertise	26	13 - 134	968
	Sollvorgabe ≥ 20			



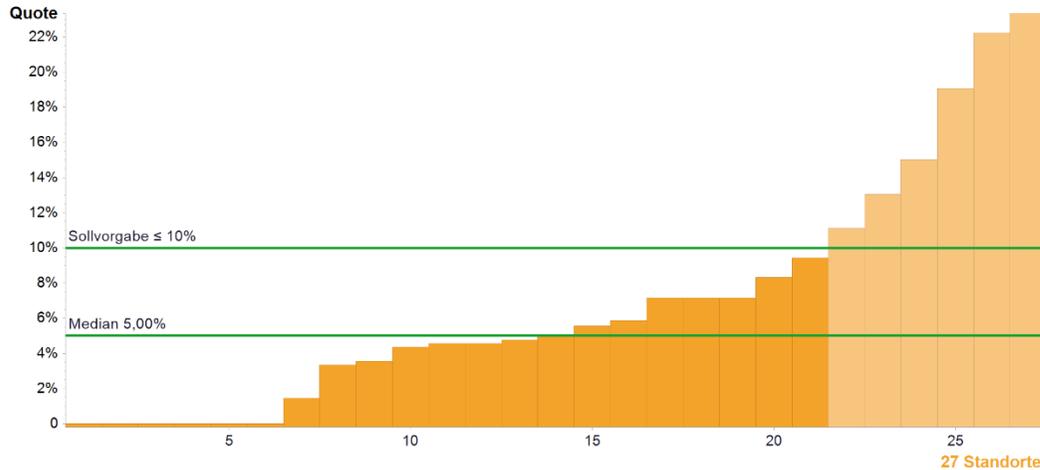
	2019	2020
● Max	141,00	134,00
95. Perzentil	86,85	91,10
75. Perzentil	42,25	33,50
Median	25,50	26,00
25. Perzentil	21,00	23,00
5. Perzentil	20,00	17,30
● Min	20,00	13,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	24	88,89%

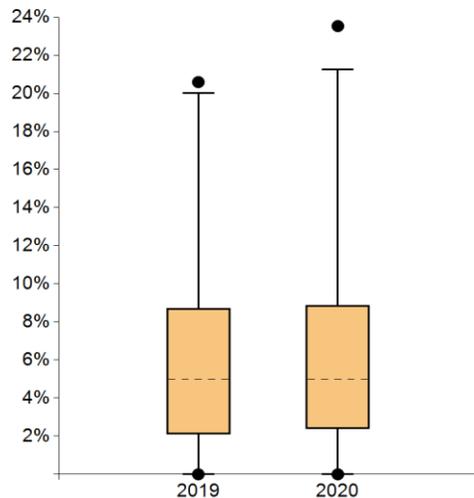
### Anmerkungen:

Nachdem im Vorjahr alle Zentren die Sollvorgabe erreicht hatten, dokumentierten 2020 3 Zentren weniger als 20 komplexe Operationen am Ösophagus (wenngleich der Median sogar leicht angestiegen ist). 2 dieser Zentren machten Covid-bedingte Fallzahlrückgänge hierfür verantwortlich, darunter auch das Zentrum mit nur 13 Operationen. Das dritte Zentrum verwies auf eine vergleichsweise hohe Zahl operabler Patienten, die eine OP ablehnten, bzw. auf neoadjuvant behandelte Patienten, die die OP dann extern durchführen ließen.

### 13. Revisions-OP's



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach OP	1*	0 - 9	51
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	21*	9 - 138	765
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	5,00%	0,00% - 23,53%	6,67%**



	2019	2020
● Max	20,59%	23,53%
95. Perzentil	20,03%	21,27%
75. Perzentil	8,70%	8,88%
Median	5,00%	5,00%
25. Perzentil	2,11%	2,39%
5. Perzentil	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	21	77,78%

**Anmerkungen:**

Der Median bei der Revisionsrate verharrt bei 5%. 6 Zentren (Vorjahr: 4) verfehlten die Sollvorgabe von maximal 10%. 5 dieser Zentren berichteten (neben anderen, seltener genannten Revisionsgründen) von Anastomosensinsuffizienzen. Das 6. Zentrum verwies auf sein etabliertes aggressives Komplikationsmanagement, das im Audit bestätigt wurde. Bei Patienten mit unerwartet komplikativem Verlauf veranstalteten die Zentren u.a. M&M-Konferenzen.

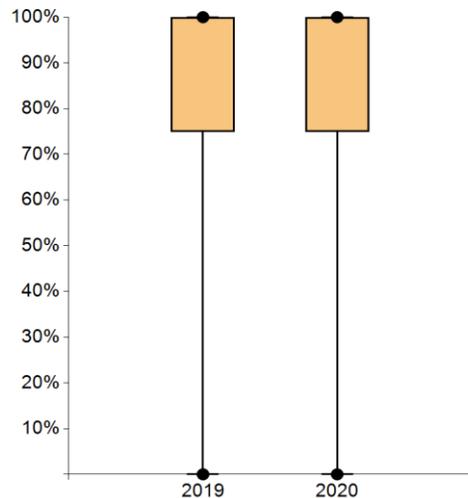
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

## 14. Endoskopische R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit endoskopischer R0-Resektion (nach Abschluss operative Therapie)	1*	0 - 3	9
Nenner	Operative Primärfälle mit HGIIEN/HGD und ESD (Endoskopische Submukosadisektion OPS: 5-422.24)	1*	1 - 4	12
Quote	Begründungspflicht*** <40%	100%	0,00% - 100%	75,00%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	100%	100%
25. Perzentil	75,00%	75,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
9	33,33%	7	77,78%

### Anmerkungen:

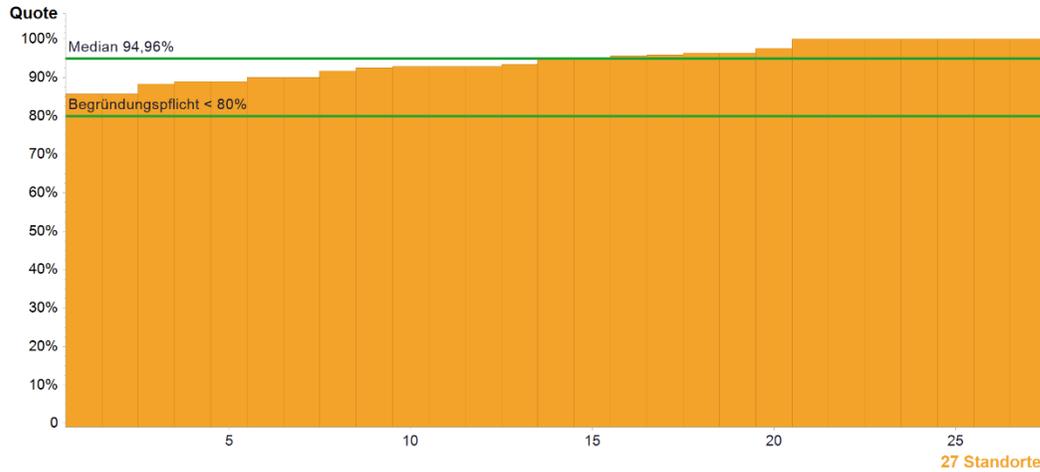
Die kleinen Patientenzahlen im Nenner führen zu einer großen Streuung der Ergebnisse. Die beiden begründungspflichtigen Zentren mit R0-Raten von 0% zählten nur einen einzigen Patienten im Nenner. In einem Fall war ein Zweitmalignom therapieliegend, im anderen dokumentierte die Pathologie RX, weil Dysplasien in die Koagulationszone reichten, wengleich die Markierung im tumorfreien Gewebe lag.

\* 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.

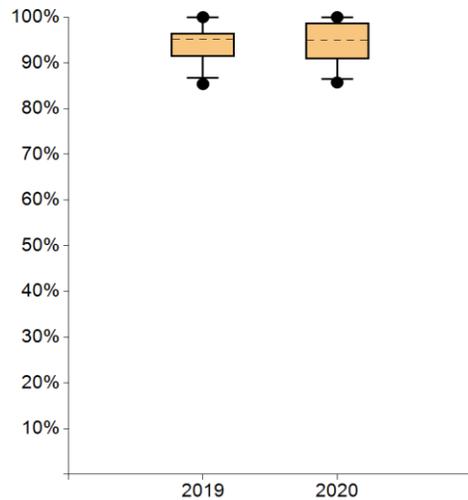
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 15. Chirurgische R0-Resektion (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit chirurgischer R0-Resektion	20*	8 - 132	728
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer OP (elektiv und Notfall)	21*	9 - 139	773
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 80\%</math>	94,96%	85,71% - 100%	94,18%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	96,51%	98,75%
Median	95,23%	94,96%
25. Perzentil	91,28%	90,84%
5. Perzentil	86,77%	86,47%
● Min	85,37%	85,71%

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

**Anmerkungen:**

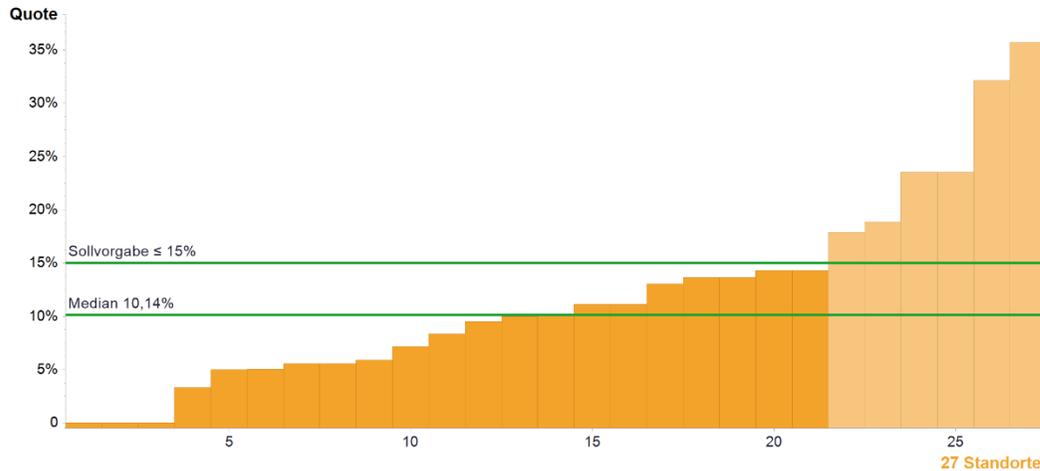
Trotz der im Vergleich zum Vorjahr deutlich höheren Zahl an Zentren, die in den Jahresbericht eingehen, erreichen alle die Vorgabe von mind. 80%. 7 Zentren haben bei allen Patienten des Nenners eine R0-Resektion erreicht.

\* 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.

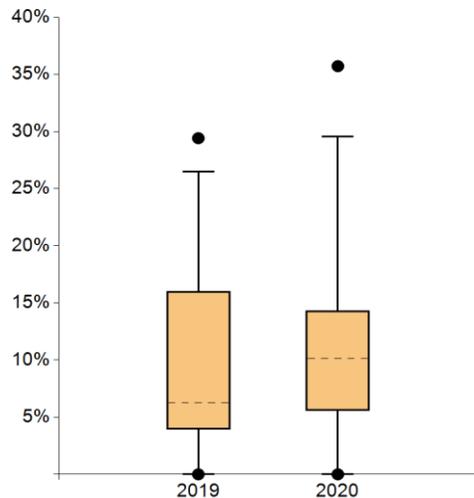
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 16. Anastomoseninsuffizienz (LL QI)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Re-Intervention aufgrund einer Anastomoseninsuffizienz	3*	0 - 10	84
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	21*	9 - 138	765
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	10,14%	0,00% - 35,71%	10,98%**



	2019	2020
● Max	29,41%	35,71%
95. Perzentil	26,47%	29,56%
75. Perzentil	16,02%	14,29%
Median	6,28%	10,14%
25. Perzentil	3,92%	5,56%
5. Perzentil	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	21	77,78%

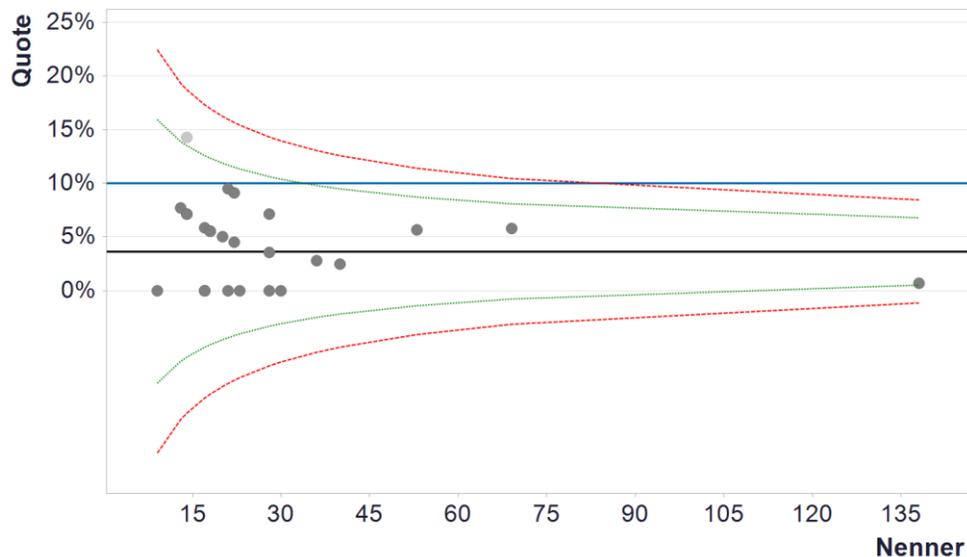
### Anmerkungen:

Bei ähnlicher Gesamtquote ist der Median im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen. Die Zahl der Zentren, die die Sollvorgabe verfehlten, liegt weiterhin bei 6. Die Begründungen der Zentren reichten von den Lernkurven neuer Operateure über die Einführung von Robotereingriffen bis zu einem hohen Anteil multimorbider Patienten. Einige Zentren stellten die Stapler-Technik um bzw. führten ein Prähabilitationsprogramm ein.

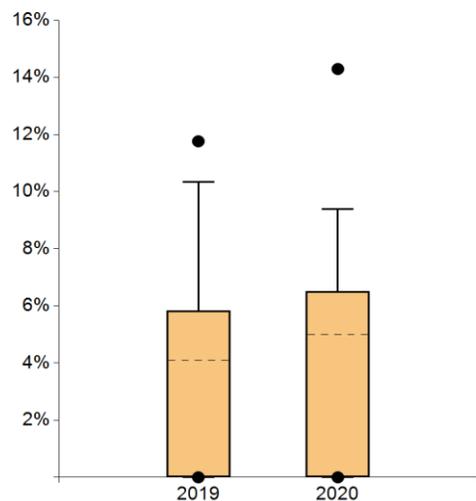
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

## 17. Mortalität postoperativ (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ innerhalb von 30 d verstorben sind	1*	0 - 4	28
Nenner	Operative Primärfälle mit chirurgischer, elektiver OP	21*	9 - 138	765
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	5,00%	0,00% - 14,29%	3,66%**



	2019	2020
● Max	11,76%	14,29%
95. Perzentil	10,34%	9,39%
75. Perzentil	5,84%	6,51%
Median	4,10%	5,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	26	96,30%

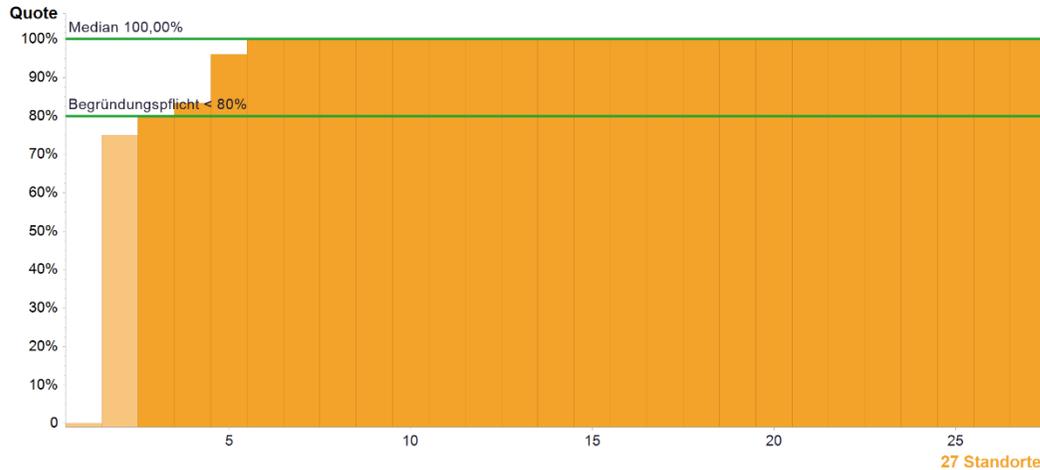
### Anmerkungen:

Angesichts der hohen Komplexität der Eingriffe erreichen die Zentren weiterhin sehr gute postoperative Mortalitätsraten. Lediglich 1 Zentrum (Vorjahr: 2) hat die Sollvorgabe verfehlt. Hier starben 2 von 14 Patienten trotz intakter Anastomose an Multiorganversagen bzw. Herzstillstand. Das Zentrum modifizierte daraufhin die OP-Technik. Der Fachexperte sprach einen Hinweis aus.

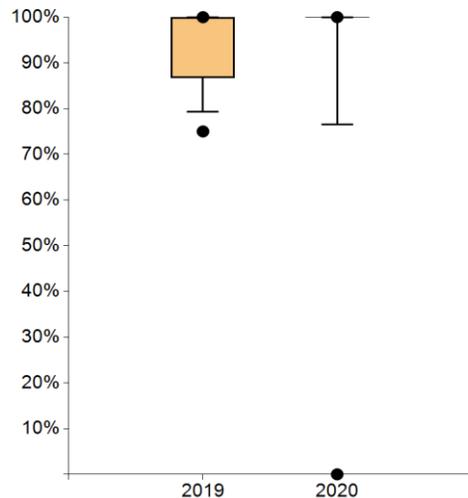
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

## 18. Präoperative Radiochemotherapie bei cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit präoperativer Radiochemotherapie	3*	0 - 24	97
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4-Plattenepithelkarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	3*	1 - 25	103
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	0,00% - 100%	94,17%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%
Median	100%	100%
25. Perzentil	86,68%	100%
5. Perzentil	79,25%	76,50%
● Min	75,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	25	92,59%

### Anmerkungen:

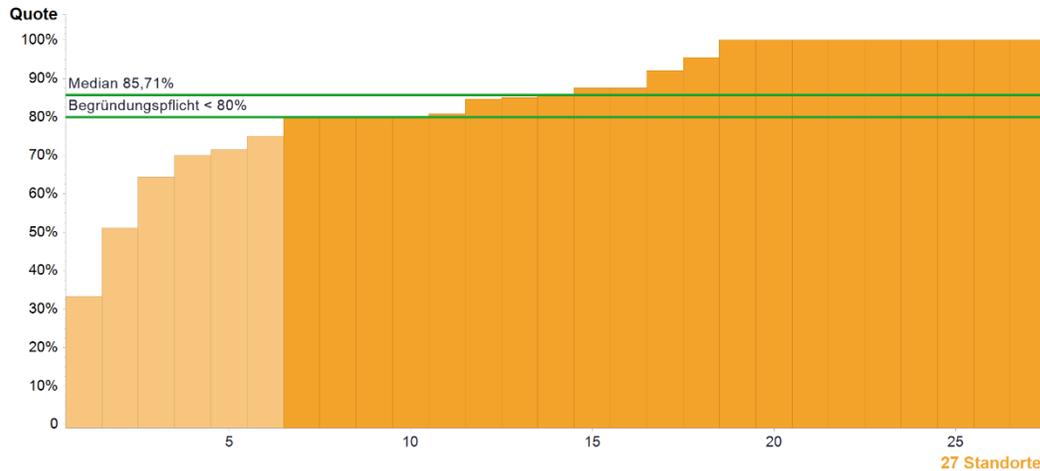
Dieser QI der Leitlinie wird weiter sehr gut umgesetzt in den Zentren. Lediglich 2 Zentren (Vorjahr: 1) mussten begründen, warum weniger als 80% der Patienten des Nenners eine präoperative Radiochemotherapie erhalten haben. Dies war bei jeweils nur 1 Patienten der Fall: Bei einem Patienten war aufgrund eines Pleuraempyems bei gedeckter Perforation eine Radiochemotherapie kontraindiziert, ein anderer lehnte diese grundsätzlich ab. Es handelte sich also jeweils um begründbare Abweichungen von der Leitlinie.

\* 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.

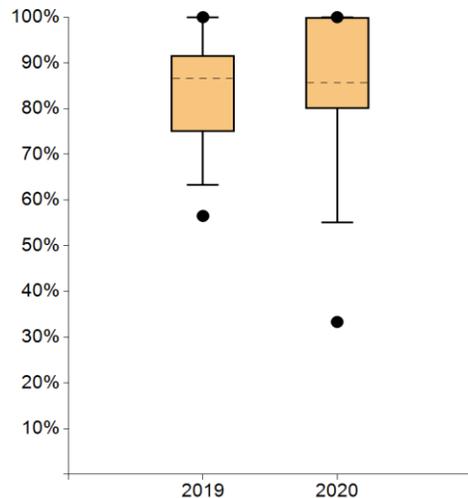
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit prä- und postoperativer Chemotherapie oder präoperativer Radiochemotherapie	8*	2 - 43	321
Nenner	Operative Primärfälle mit cT3/cT4 Adenokarzinom des Ösophagus und chirurgischer OP	10*	3 - 84	408
Quote	Begründungspflicht*** <80%	85,71%	33,33% - 100%	78,68%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	91,67%	100%
Median	86,61%	85,71%
25. Perzentil	75,00%	80,00%
5. Perzentil	63,28%	55,12%
● Min	56,52%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	21	77,78%

### Anmerkungen:

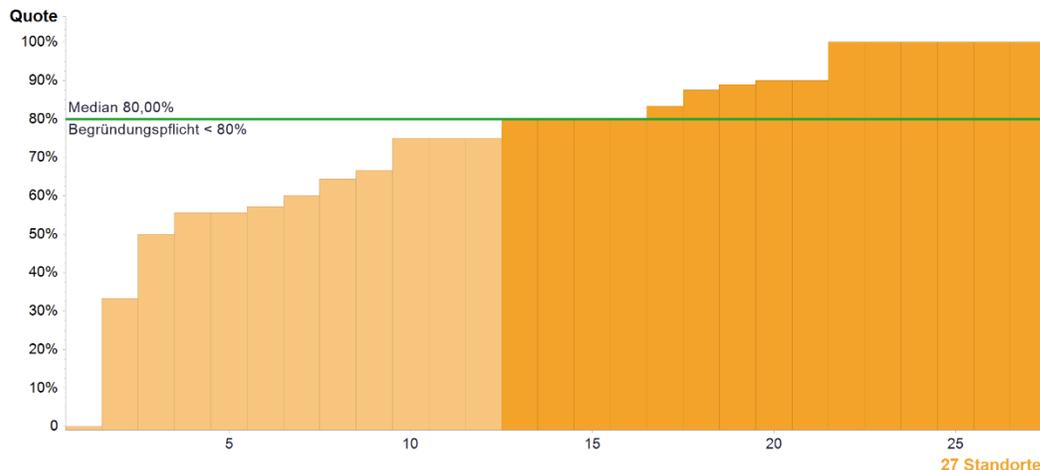
Der Erfüllungsgrad dieser Kennzahl bewegt sich auf Vorjahresniveau. Bei gesteigerter Grundgesamtheit waren erneut 6 Zentren begründungspflichtig: Meist wurde das Therapieschema wegen hohen Alters, schlechten Allgemeinzustandes und/oder Komorbiditäten angepasst oder Patienten lehnten die geplante Therapie ab. Mitunter wurde die Systemtherapie auch extern durchgeführt, ohne dass weitere Informationen vorlagen. Die Begründungen ließen sich in den Audits plausibilisieren.

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

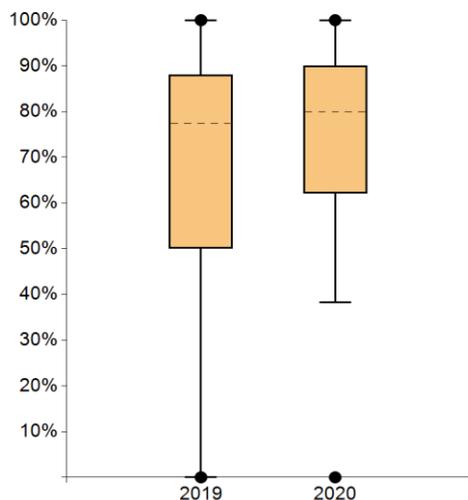
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit systemischer Chemotherapie (Erstlinie)	5*	0 - 24	166
Nenner	Primärfälle mit metastasiertem Adenokarzinom des Ösophagus	6*	1 - 27	213
Quote	Begründungspflicht*** <80%	80,00%	0,00% - 100%	77,93%**



	2019	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	88,06%	90,00%
Median	77,50%	80,00%
25. Perzentil	50,00%	62,15%
5. Perzentil	0,00%	38,33%
● Min	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	100,00%	15	55,56%

### Anmerkungen:

Bei gestiegenem Median erfüllt nun über die Hälfte der Zentren die Vorgabe von mind. 80%. Die 12 darunter liegenden Zentren begründeten dies vor allem mit frühzeitig verstorbenen Patienten (7 Nennungen), hohem Alter bzw. Komorbiditäten (5x) und dem Willen der Patienten (4 Nennungen). Häufig gingen nur wenige Patienten in den Nenner ein, was die hohe Streuung erklärt. So hatte das Zentrum mit einer Quote von 0% lediglich 1 Patienten im Nenner.

\* 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.

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Speiseröhrenkrebszentren  
Julia Mayerle, Vorsitzende Zertifizierungskommission  
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission  
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Johannes Rückher, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Carolin Nödler, 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 31.05.2022

**ISBN:** 978-3-948226-64-0



9 783948 226640