



Kennzahlenauswertung 2019

Jahresbericht der zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren

Auditjahr 2018 / Kennzahlenjahr 2017

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Gynäkologische Krebszentren 2018	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung.....	8
Kennzahlenauswertungen	13
Kennzahl Nr. 1: Vorstellung Tumorkonferenz	13
Kennzahl Nr. 2: Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min.).....	14
Kennzahl Nr. 3: Beratung Sozialdienst	15
Kennzahl Nr. 4: Anteil Studien Patientinnen	16
Kennzahl Nr. 5: Gesamtfallzahl Pat. mit Genitalmalignom	17
Kennzahl Nr. 6: Primärfälle mit Genitalmalignom	18
Kennzahl Nr. 7: Operative Fälle mit Genitalmalignom	19
Kennzahl Nr. 8: Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 1).....	20
Kennzahl Nr. 9: Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 3)	21
Kennzahl Nr. 10: Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 4)	22
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 5).....	23
Kennzahl Nr. 12: Keine adjuvante Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 6).....	24
Kennzahl Nr. 13: Platinhaltige Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 7).....	25
Kennzahl Nr. 14: First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 8).....	26
Kennzahl Nr. 17: Keine adjuvante Therapie BOT (LL Ovar QI 12).....	27
Kennzahl Nr. 18: Vorstellung in Tumorkonferenz (LL Zervix QI 1).....	28
Kennzahl Nr. 19: Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (LL Zervix QI 2).....	29
Kennzahl Nr. 20: Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (LL Zervix QI 3).....	30
Kennzahl Nr. 21: Zytologisches/histologisches LK-staging (LL Zervix QI 4).....	31
Kennzahl Nr. 22: Exenteration (LL Zervix QI 9)	32
Kennzahl Nr. 23: Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (LL Vulva QI 1)	33
Kennzahl Nr. 24: Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (LL Vulva QI 2)	34
Kennzahl Nr. 25: Lokale radikale Exzision (LL Vulva QI 4)	35
Kennzahl Nr. 26: Durchführung inguinofemorales Staging (LL Vulva QI 6)	36
Kennzahl Nr. 27: Sentinel Lymphknoten Biopsie (LL Vulva QI 7)	37
Impressum.....	38

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 1: Vorstellung Tumorkonferenz	.....
Kennzahl Nr. 2: Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min)	.....
Kennzahl Nr. 3: Beratung Sozialdienst	.....
Kennzahl Nr. 4: Anteil Studien Patientinnen	.....
Kennzahl Nr. 5: Gesamtfallzahl Pat. mit Genitalmalignom	.....
Kennzahl Nr. 6: Primärfälle mit Genitalmalignom	.....
Kennzahl Nr. 7: Operative Fälle mit Genitalmalignom	.....
Kennzahl Nr. 8: Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar Q1 1)	.....
Kennzahl Nr. 9: Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar Q1 3)	.....
Kennzahl Nr. 10: Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar Q1 4)	.....
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar Q1 5)	.....
Kennzahl Nr. 12: Keine adjuvante Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar Q1 6)	.....
Kennzahl Nr. 13: Platinhaltige Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar Q1 7)	.....
Kennzahl Nr. 14: First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar Q1 8)	.....

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 wurden durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet. Weiterführende Information: www.leitlinienprogramm-onkologie.de

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen, die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	7*	0 - 195	2332
Nenner	Primärfälle mit Genitalmalignom (= Kennzahl 6)	77*	43 - 364	12937
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	9,21%	0,00% - 77,03%	18,03%**

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.

In der Spalte **Patienten Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Patienten sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

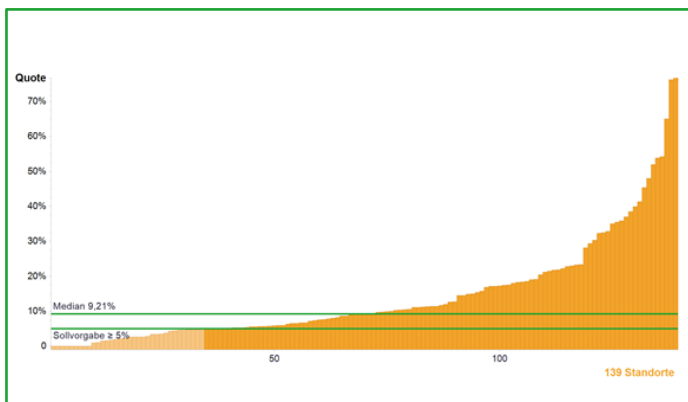
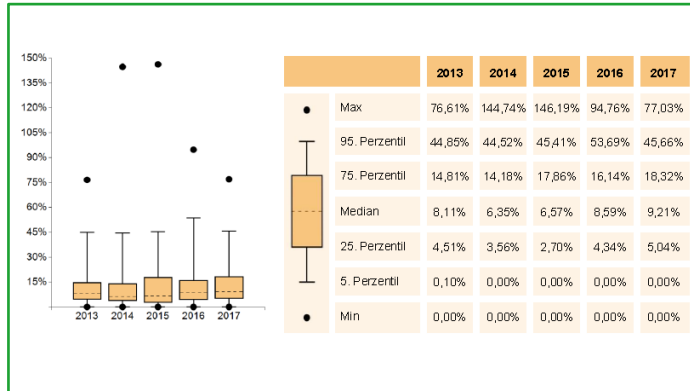


Diagramm:

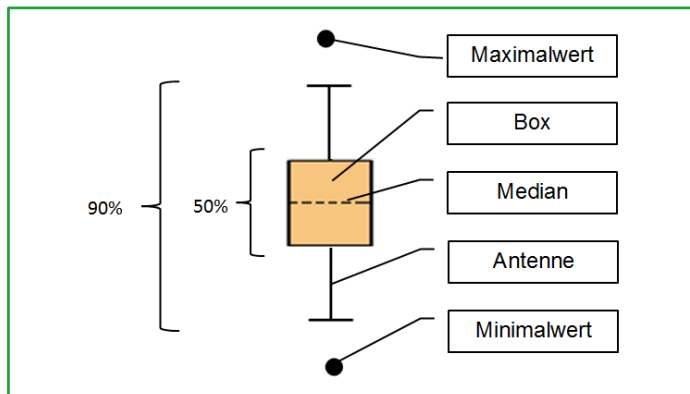
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2013, 2014, 2015, 2016** und **2017** 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 Gynäkologische Krebszentren 2018

	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013
Laufende Verfahren	4	10	6	8	8	9
Zertifizierte Zentren	143	134	133	123	110	98
Zertifizierte Standorte	145	136	135	125	112	100
Gynäkologische Krebszentren mit 1 Standort	141	132	131	121	108	96
2 Standorte	2	2	2	2	2	2
3 Standorte	0	0	0	0	0	0
4 Standorte	0	0	0	0	0	0

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	139	128	125	112	103	86
entspricht	95,9%	94,1%	92,6%	89,6%	92,0%	86,0%
Primärfälle gesamt*	12.937	12.087	11.587	10.412	9.390	8.020
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	93	94	93	93	91	93
Primärfälle pro Standort (Median)*	77	76	79	79	79	84

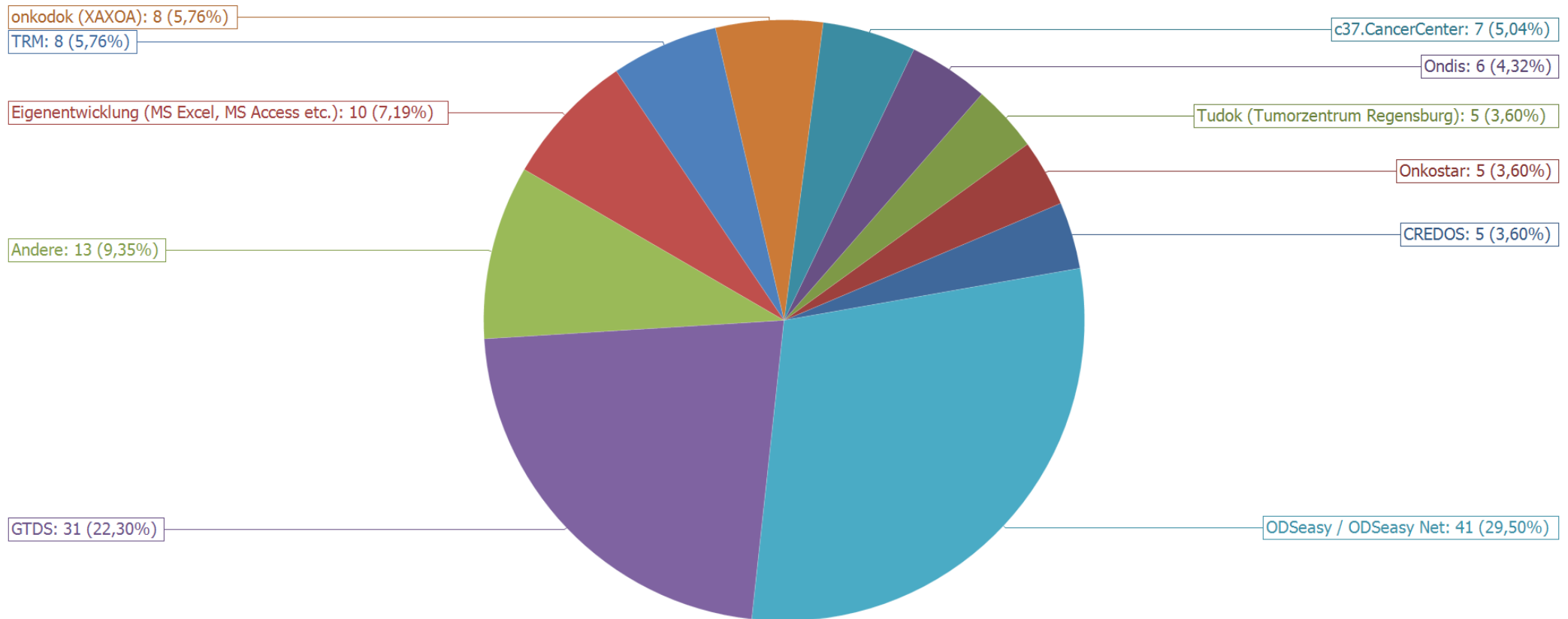
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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

In dem Jahresbericht sind 139 der 145 zertifizierten Zentrumstandorte enthalten. Ausgenommen sind 6 Standorte, die im Jahr 2018 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). In allen 145 Standorten wurden insgesamt 13.313 Primärfälle mit Genitalmalignom behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2017. Sie stellen für die 2018 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



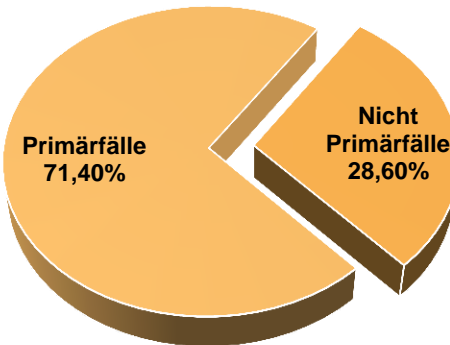
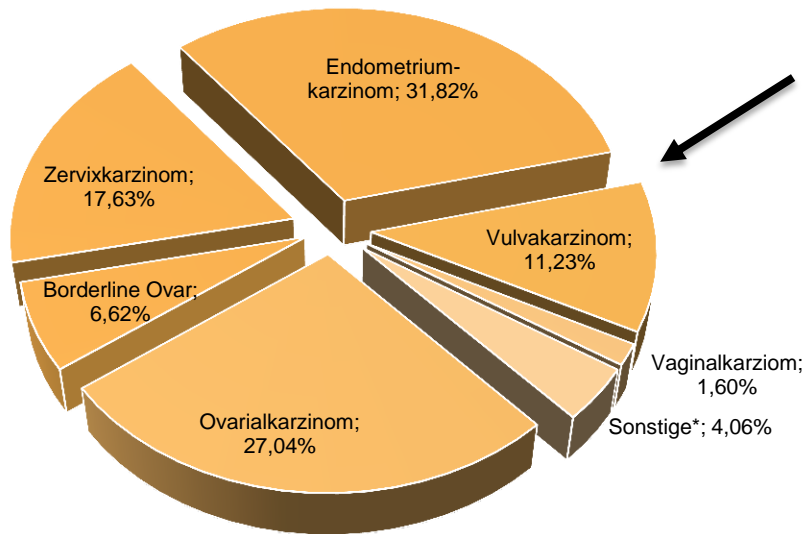
Legende:	
Andere	System in ≤ 3 Standorten genutzt

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

Basisdaten – Gesamtfallzahl (Primärfälle und Nicht-Primärfälle)

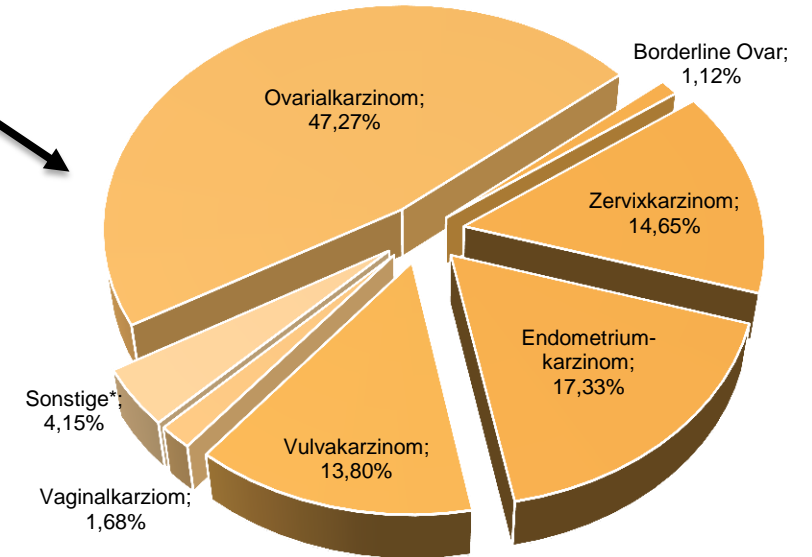
Gesamtfallzahl (Primärfälle und Nicht-Primärfälle)

Primärfälle



Nicht-Primärfälle

(Pat. mit Rezidiv/ sek. Fernmetastasen)



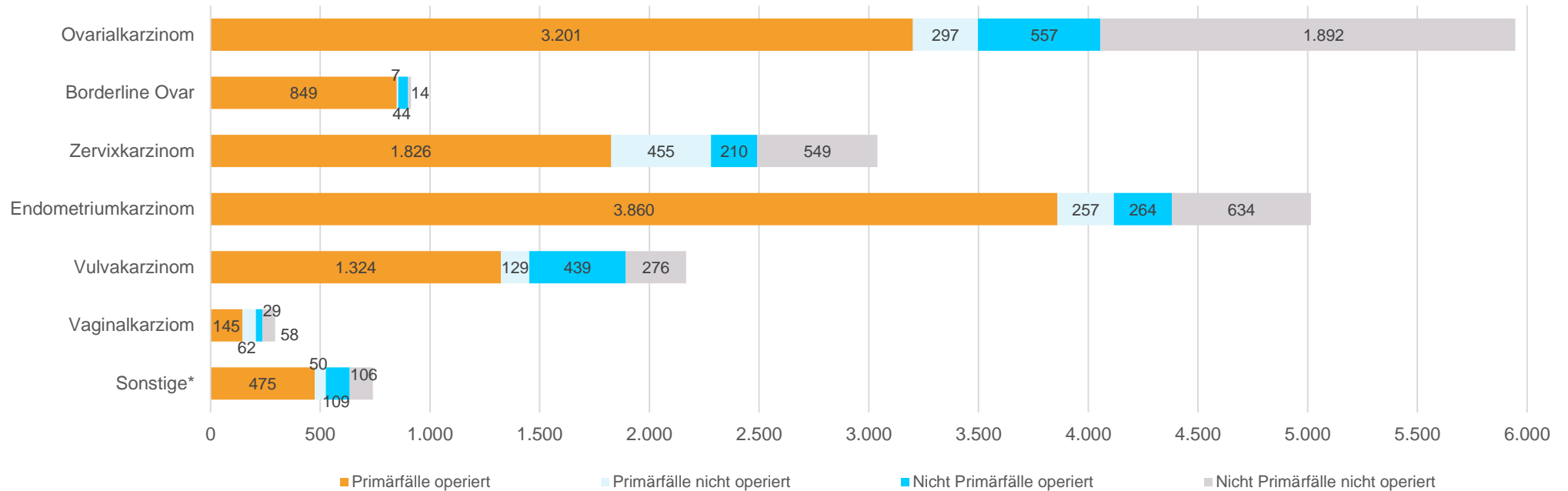
	Gesamtfallzahl Gyn. Zentren	Primärfälle Gyn. Zentren	Nicht Primärfälle Gyn. Zentren
Ovarialkarzinom	5.947 (32,82%)	3.498 (27,04%)	2.449 (47,27%)
Borderline Ovar	914 (5,04%)	856 (6,62%)	58 (1,12%)
Zervixkarzinom	3.040 (16,78%)	2.281 (17,63%)	759 (14,65%)
Endometriumkarzinom	5.015 (27,68%)	4.117 (31,82%)	898 (17,33%)
Vulvakarzinom	2.168 (11,97%)	1.453 (11,23%)	715 (13,80%)
Vaginalkarzinom	294 (1,62%)	207 (1,60%)	87 (1,68%)
Sonstige*	740 (4,08%)	525 (4,06%)	215 (4,15%)
Gesamtfallzahl	18.118 (100%)	12.937 (100%)	5.181 (100%)

	Inzidenz ¹ Deutschland	Primärfälle Deutschland 2017	Anteil 2017	Primärfälle Deutschland 2016	Anteil 2016
Ovarialkarzinom	8.061	3.215	39,88%	3.070	38,09%
Borderline Ovar	-	773	-	695	-
Zervixkarzinom	4.542	2.124	46,76%	1.983	43,66%
Endometriumkarzinom	10.232	3.789	37,03%	3.504	34,25%
Vulvakarzinom	3.133	1.386	44,24%	1.265	40,38%
Vaginalkarzinom	452	191	42,26%	162	35,84%
Sonstige*	-	510	-	453	-

¹ Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut, Inzidenz 2014, Datenbankabfrage www.krebsdaten.de/abfrage. Stand: 26.03.2019

* Sonstige (u.a. Sarkome, Chorionkarzinome etc.)

Basisdaten – Primärfälle und Nicht-Primärfälle¹



¹ Pat. mit Rezidiv/ sek. Fernmetastasen

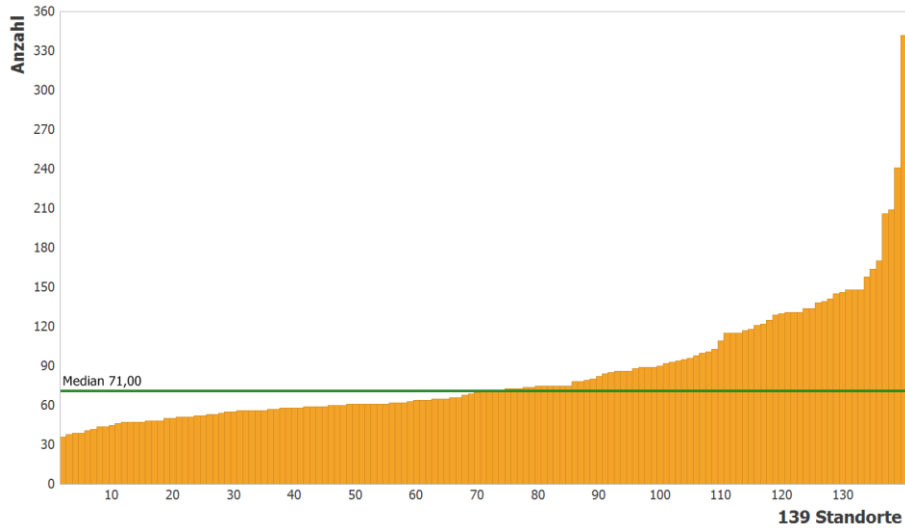
	Primärfälle		
		operiert	nicht operiert
	Gesamt	abs. (in %)	abs. (in %)
Ovarialkarzinom	3.498 (100%)	3.201 (91,51%)	297 (8,49%)
Borderline Ovar	856 (100%)	849 (99,18%)	7 (0,82%)
Zervixkarzinom	2.281 (100%)	1.826 (80,05%)	455 (19,95%)
Endometriumkarzinom	4.117 (100%)	3.860 (93,76%)	257 (6,24%)
Vulvakarzinom	1.453 (100%)	1.324 (91,12%)	129 (8,88%)
Vaginalkarzinom	207 (100%)	145 (70,05%)	62 (29,95%)
Sonstige*	525 (100%)	475 (90,48%)	50 (9,52%)
Summe	12.937	11.680	1.257

	Nicht Primärfälle		
		operiert	nicht operiert
	Gesamt	abs. (in %)	abs. (in %)
Ovarialkarzinom	2.449 (100%)	557 (22,74%)	1.892 (77,26%)
Borderline Ovar	58 (100%)	44 (75,86%)	14 (24,14%)
Zervixkarzinom	759 (100%)	210 (27,67%)	549 (72,33%)
Endometriumkarzinom	898 (100%)	264 (29,40%)	634 (70,60%)
Vulvakarzinom	715 (100%)	439 (61,40%)	276 (38,60%)
Vaginalkarzinom	87 (100%)	29 (33,33%)	58 (66,67%)
Sonstige*	215 (100%)	109 (50,70%)	106 (49,30%)
Summe	5.181	1.652	3.529

* Sonstige (u.a. Sarkome, Chorionkarzinome etc.)

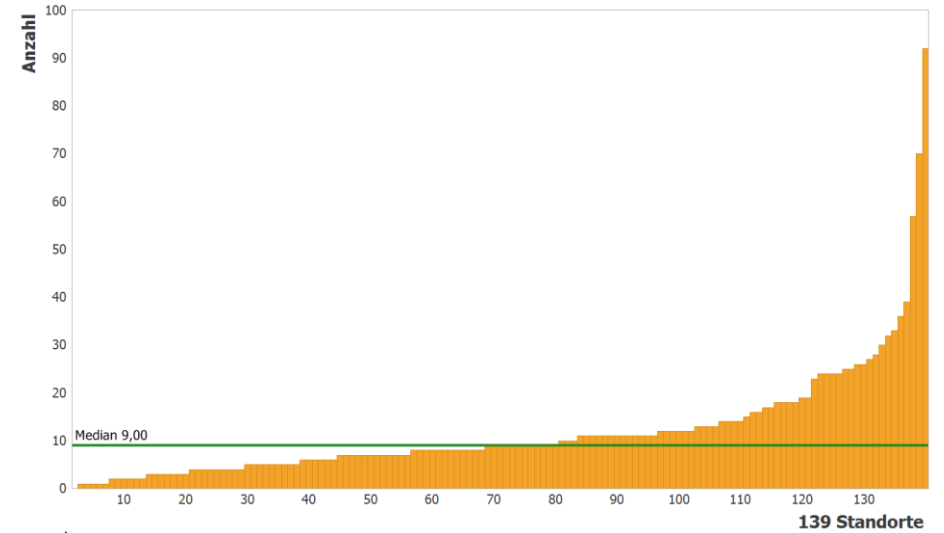
Operative Fälle mit Genitalmalignom

Operative Primärfälle



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	208,00	267,00	223,00	310,00	342,00
95. Perzentil	141,40	155,45	162,60	157,30	149,00
75. Perzentil	99,00	103,25	98,00	104,25	97,00
Median	71,00	71,50	71,00	68,00	71,00
25. Perzentil	57,50	57,00	58,00	58,00	57,00
5. Perzentil	46,00	48,55	47,20	44,35	44,00
Min	42,00	36,00	32,00	40,00	36,00

Operative Nicht-Primärfälle¹

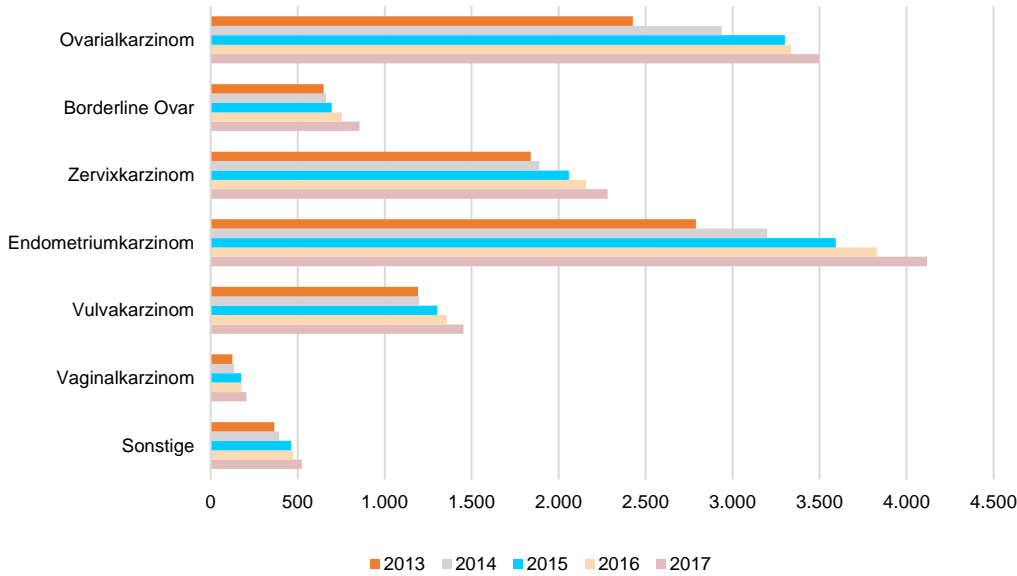


¹ (Pat. mit Rezidiv/ sek. Fernmetastasen)

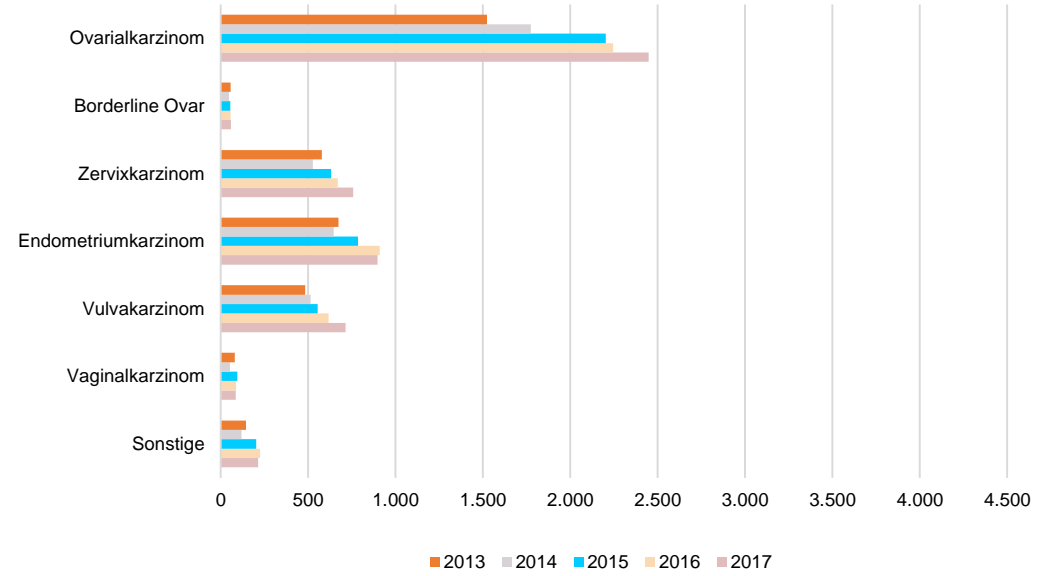
	2013	2014	2015	2016	2017
Max	67,00	70,00	69,00	69,00	92,00
95. Perzentil	29,00	30,45	35,40	30,00	30,20
75. Perzentil	16,50	15,00	14,00	17,00	13,00
Median	9,00	8,00	10,00	9,00	9,00
25. Perzentil	6,00	5,00	6,00	5,00	5,00
5. Perzentil	2,10	1,00	2,00	1,35	2,00
Min	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Basisdaten – Fallzahländerungen zwischen den Kennzahlenjahren 2013-2017

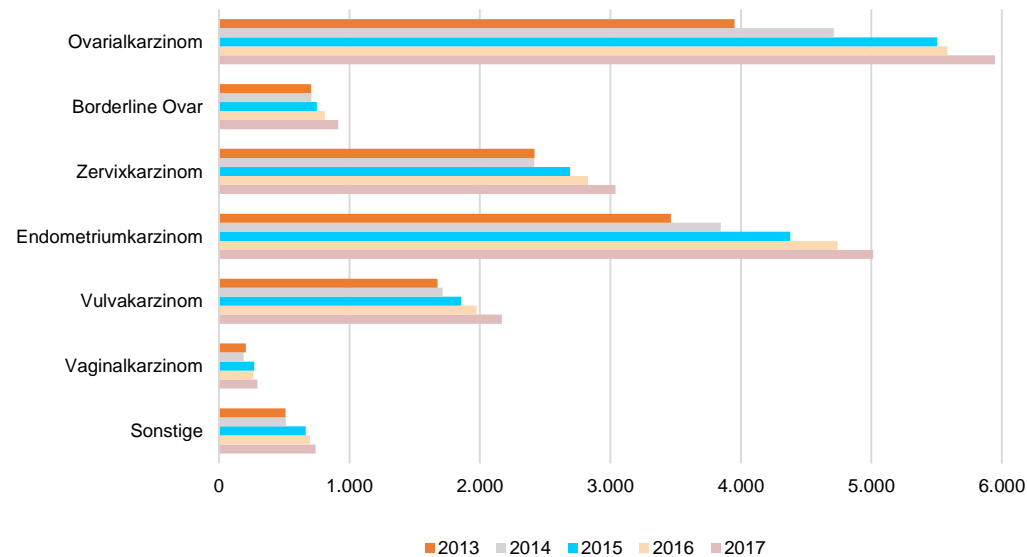
Verteilung Primärfälle



Verteilung Nicht-Primärfälle

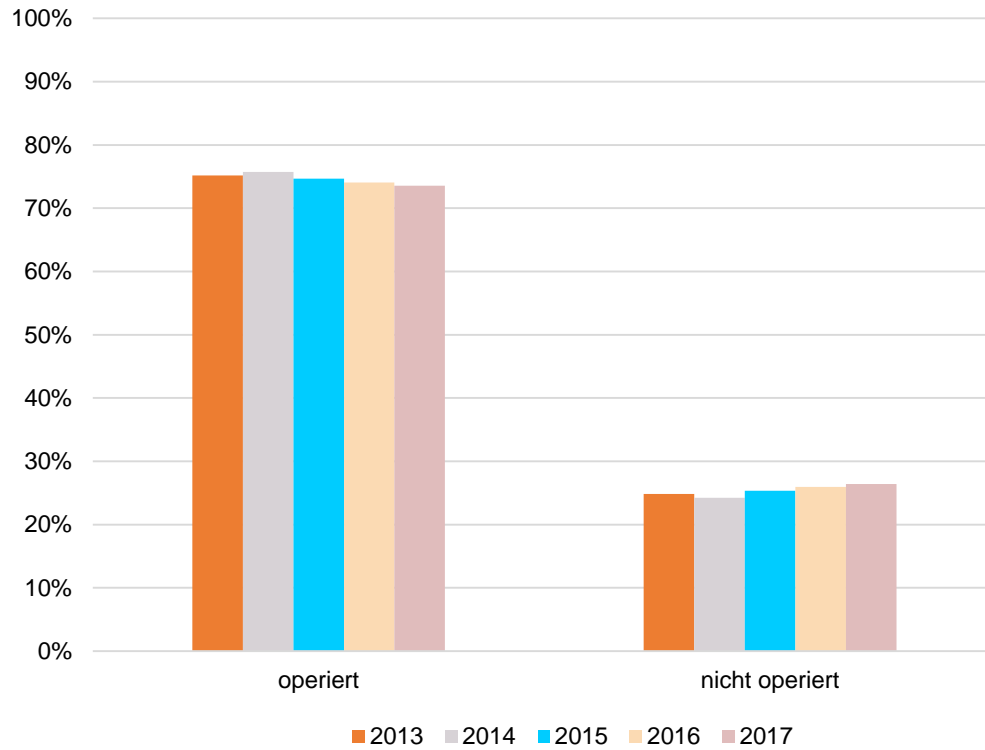


Verteilung Gesamtfallzahl

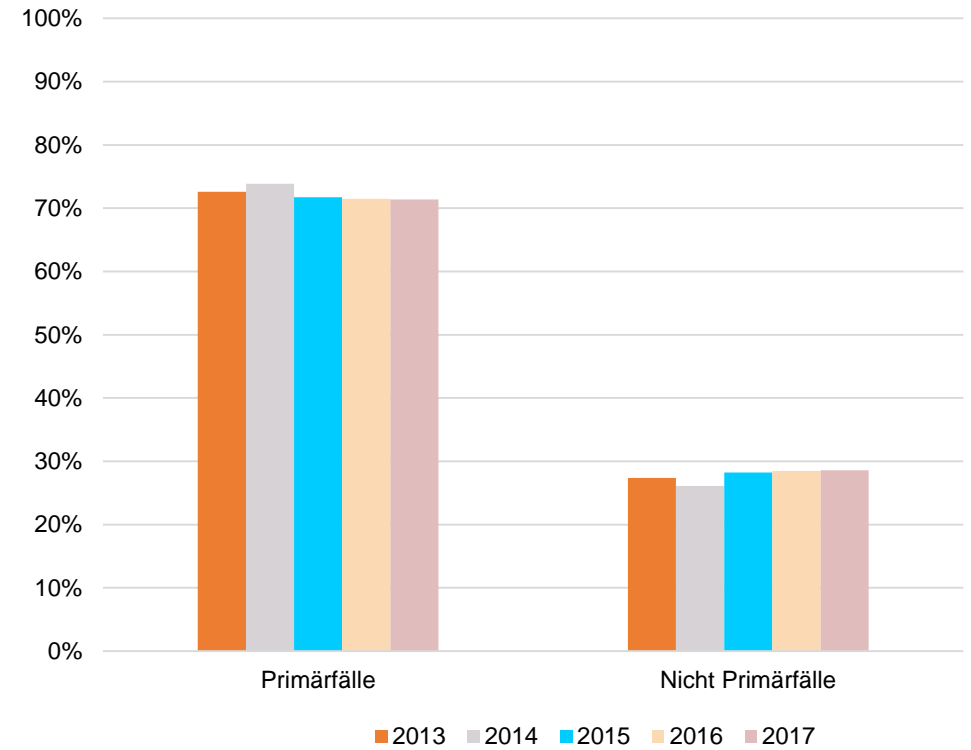


Basisdaten – Fallzahländerungen zwischen den Kennzahlenjahren 2013-2017

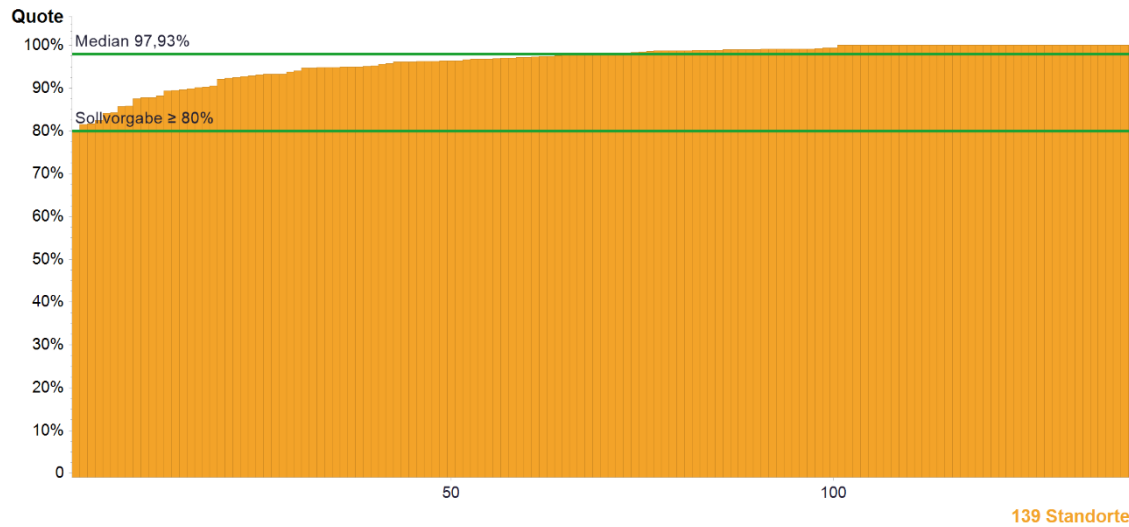
Verteilung Gesamtfallzahl operiert / nicht operiert



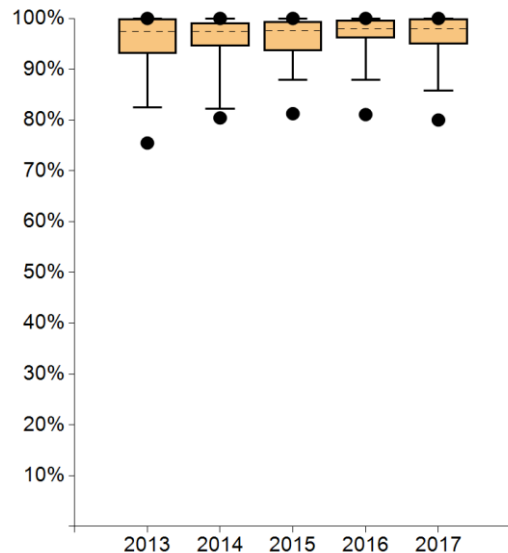
Verteilung Gesamtfallzahl



1. Vorstellung Tumorkonferenz



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen mit einem Genitalmalignom, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	99*	54 - 644	17401
Nenner	Gesamtfallzahl (= Kennzahl 5)	101*	63 - 654	18118
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	97,93%	80,00% - 100%	96,04%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	99,22%	99,38%	99,64%	100%
Median	97,37%	97,43%	97,56%	97,98%	97,93%
25. Perzentil	93,08%	94,53%	93,53%	96,09%	94,87%
5. Perzentil	82,42%	82,19%	87,90%	87,91%	85,79%
● Min	75,47%	80,41%	81,25%	81,07%	80,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	139	100,00%

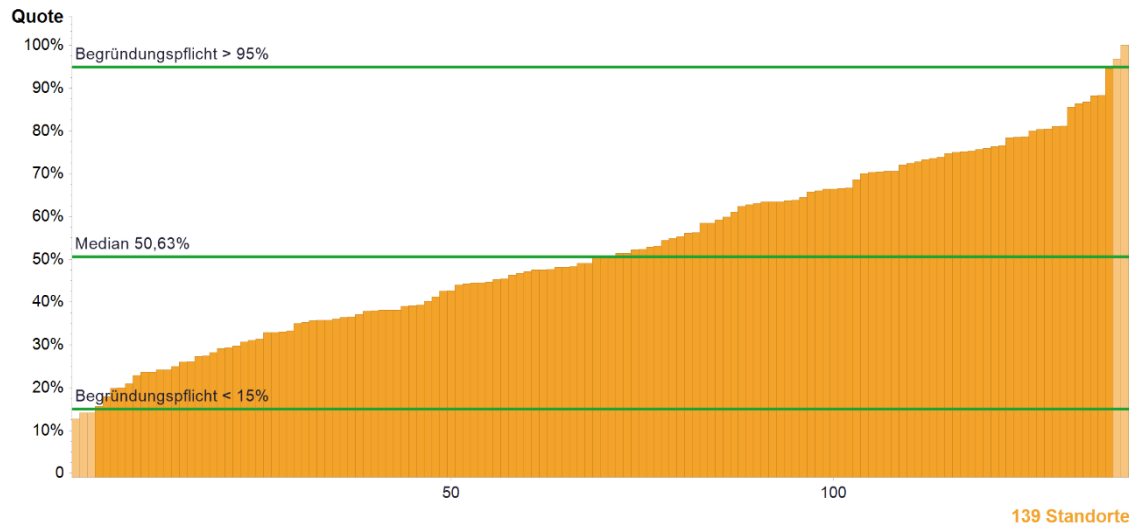
Anmerkungen:

Weiterhin sehr gute Umsetzung der Kennzahl in den Zentren. Auch im Auditjahr 2018 erreichen alle Zentren die Sollvorgabe für die Tumorkonferenz-Vorstellung von Patientinnen mit Genitalmalignom. Die Mehrheit der Zentren konnte ihre Rate steigern oder beibehalten (n=70 Zentren). 39 Zentren hatten im Kennzahlenjahr 2017 eine 100%-Vorstellungsquote in der Tumorkonferenz.

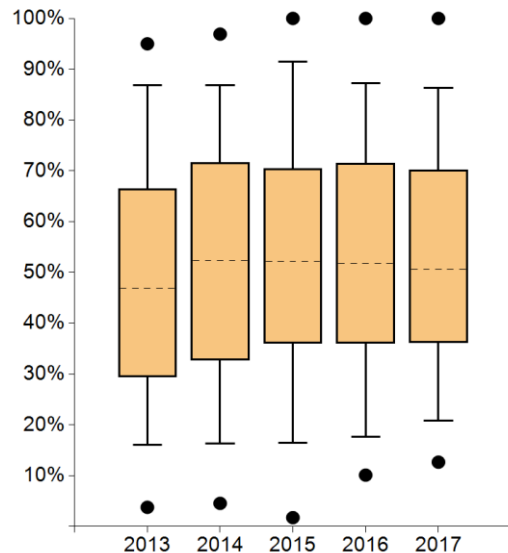
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

2. Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min.)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen (= Fälle, Def. 1.2.1), die ambulant oder stationär psychoonkologisch betreut wurden (Gespräch ≥ 25 Min.)	58*	10 - 523	9433
Nenner	Gesamtfallzahl (= Kennzahl 5)	101*	63 - 654	18118
Quote	Begründungspflicht*** <15% und >95%	50,63%	12,66% - 100%	52,06%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	95,00%	96,91%	100%	100%	100%
95. Perzentil	86,85%	86,83%	91,50%	87,27%	86,35%
75. Perzentil	66,42%	71,61%	70,41%	71,46%	70,18%
Median	46,93%	52,36%	52,20%	51,72%	50,63%
25. Perzentil	29,38%	32,68%	35,97%	36,05%	36,16%
5. Perzentil	16,12%	16,34%	16,40%	17,69%	20,77%
● Min	3,77%	4,55%	1,74%	10,11%	12,66%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	133	95,68%

Anmerkungen:

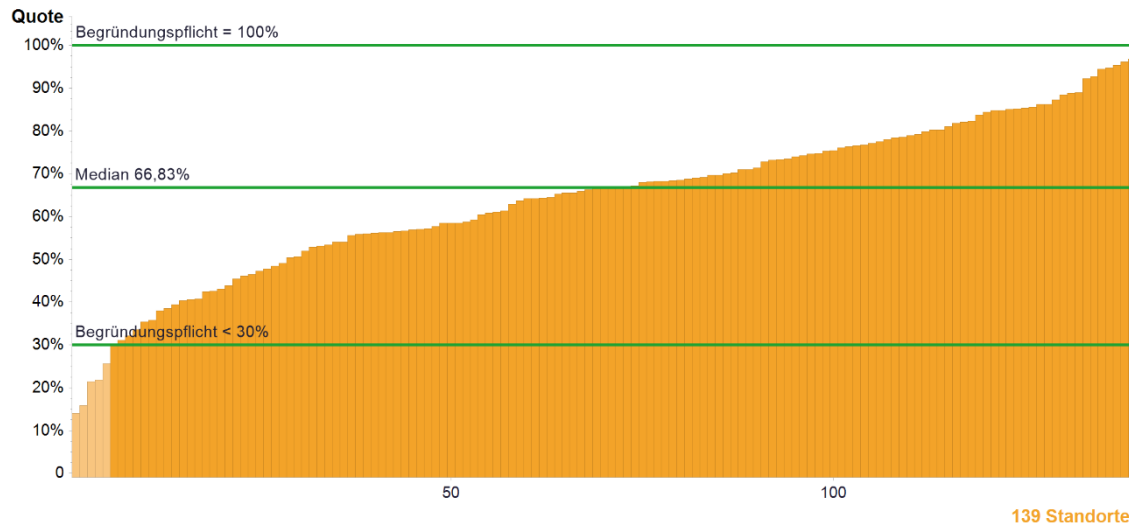
Die Ergebnisse für die psychoonkologische Betreuungsrate sind im Zeitverlauf nahezu unverändert. In 6 Zentren wurde im Auditjahr 2018 eine begründungspflichtig niedrige (< 15%) Betreuungsrate erreicht. Die Zentren gaben knappe Personalressourcen und geringe Inanspruchnahme des Betreuungsangebots durch die Patientinnen als Ursachen für die niedrigen Quoten an. Das systematische Screening mittels standardisierten Instrumenten ist in den Zentren gut etabliert. Die Auditoren sprachen Hinweise zum Einbezug ambulanter Patientinnen in das Versorgungsangebot 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.

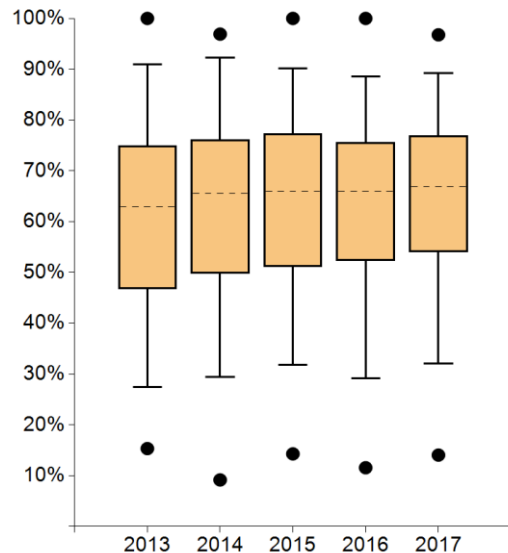
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

3. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen (= Fälle, Def. 1.2.1), die ambulant oder stationär durch den Sozialdienst beraten wurden	71*	10 - 488	11403
Nenner	Gesamtfallzahl (= Kennzahl 5)	101*	63 - 654	18118
Quote	Begründungspflicht*** <30% und =100%	66,83%	14,05% - 96,77%	62,94%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	96,91%	100%	100%	96,77%
95. Perzentil	90,91%	92,31%	90,21%	88,58%	89,23%
75. Perzentil	74,89%	76,18%	77,36%	75,55%	76,92%
Median	62,95%	65,52%	65,95%	66,00%	66,83%
25. Perzentil	46,73%	49,86%	51,12%	52,36%	54,06%
5. Perzentil	27,43%	29,36%	31,83%	29,14%	32,00%
● Min	15,33%	9,16%	14,29%	11,56%	14,05%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	134	96,40%

Anmerkungen:

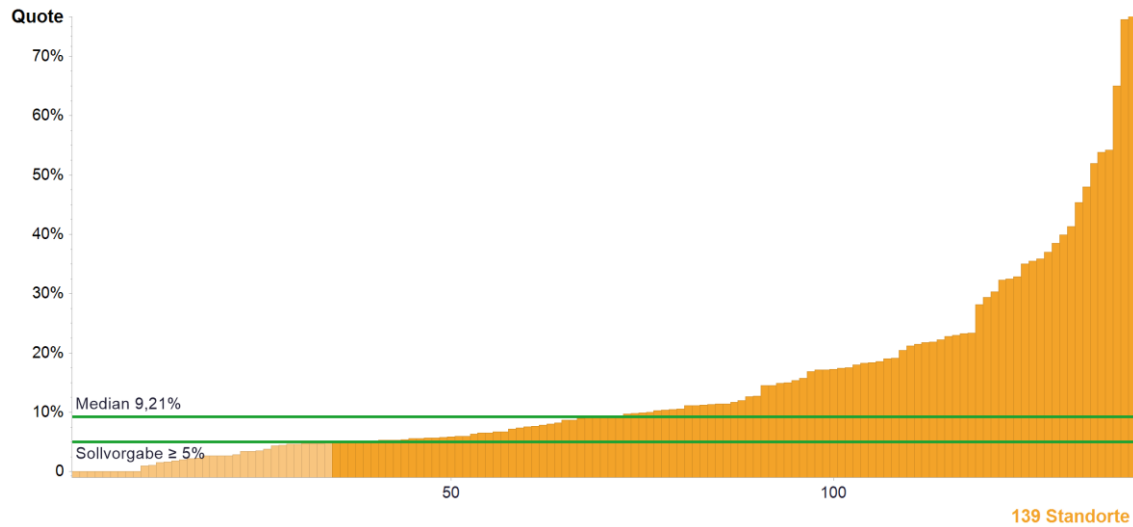
Weiterhin gute Umsetzung der Kennzahl mit leicht ansteigendem Median.
 5 Zentren hatten im Auditjahr 2018 eine begründungspflichtig niedrige (<30%) sozialdienstliche Betreuungsquote, darunter 2 Zentren im deutschsprachigen Ausland. Dort ist die sozialdienstliche Versorgung gesetzlich anders geregelt (ambulante Beratungsstellen). Von den 3 deutschen Zentren mit niedrigen Beratungsquoten wurde insbesondere kurzfristige personelle Engpässe und eine geringe Inanspruchnahme als Begründung für die Ergebnisse angegeben. Die Auditoren sprachen Hinweise zur Steigerung der Beratungsquote 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.

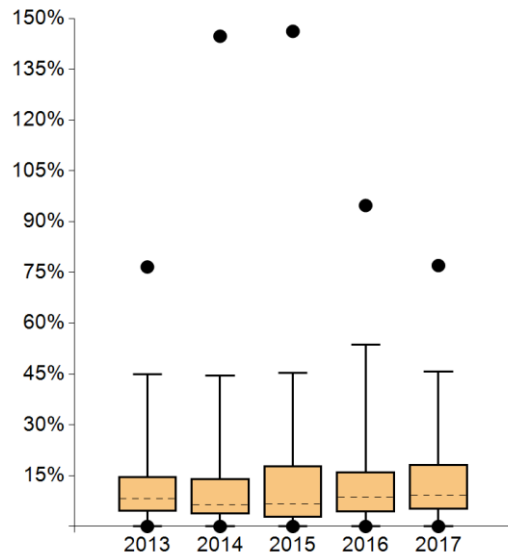
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

4. Anteil Studien Patientinnen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen, die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	7*	0 - 195	2332
Nenner	Primärfälle mit Genitalmalignom (= Kennzahl 6)	77*	43 - 364	12937
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	9,21%	0,00% - 77,03%	18,03%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	76,61%	144,74%	146,19%	94,76%	77,03%
95. Perzentil	44,85%	44,52%	45,41%	53,69%	45,66%
75. Perzentil	14,81%	14,18%	17,86%	16,14%	18,32%
Median	8,11%	6,35%	6,57%	8,59%	9,21%
25. Perzentil	4,51%	3,56%	2,70%	4,34%	5,04%
5. Perzentil	0,10%	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	%
139	100,00%	105	75,54%

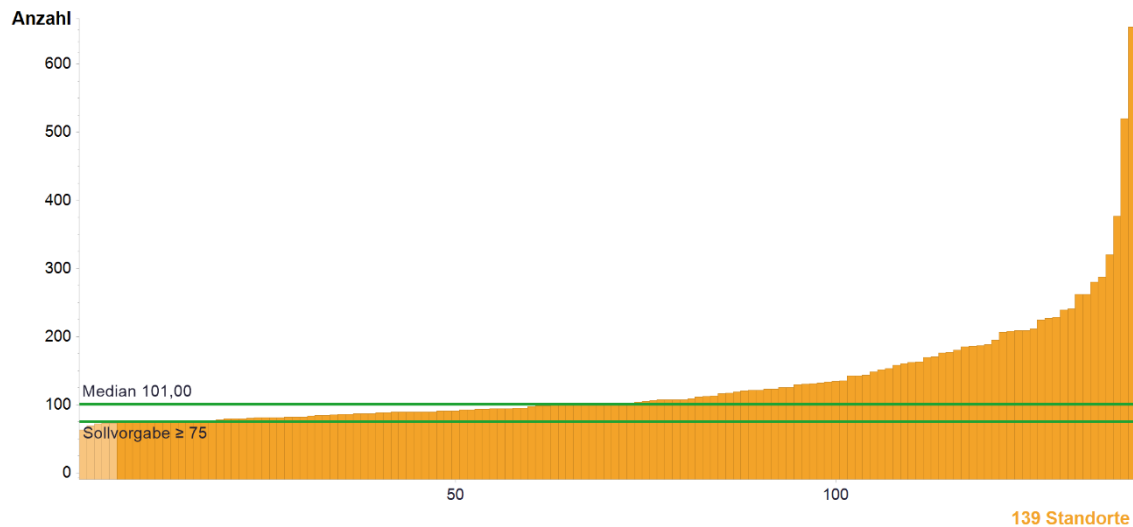
Anmerkungen:

Im Vorjahresvergleich bessere Umsetzung der Kennzahl in den Zentren. Der Maximalwert sinkt bei gleichzeitig steigendem Median. Ein größerer Anteil an Zentren erfüllt die Sollvorgabe (2016: 73,44%). 68 Zentren konnten ihre Studienquote im Auditjahr 2018 steigern, in 56 Zentren war diese rückläufig. 3 Zentren mit 0%-Quote hatten auch im Vorjahr keine Patientin in Studien eingebracht. Zentren mit niedrigen Raten gaben an, dass sie trotz Bemühungen keine geeigneten Studien zur Beteiligung finden konnten oder die Initiierung als Studienzentrum aufgrund der Zentrumsgröße nicht möglich war. Weitere Gründe waren die Ablehnung der Studienteilnahme oder das Nichterfüllen der Einschlusskriterien. Die Auditoren gaben Hinweise zu möglichen Studienbeteiligungen und sprachen bei wiederholt niedrigen Raten Abweichungen aus.

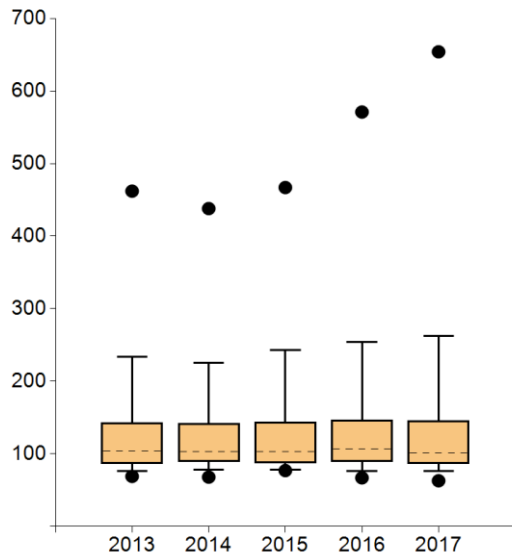
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patientinnen.

5. Gesamtfallzahl Pat. mit Genitalmalignom



Anzahl	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
	Gesamtfallzahl mit Genitalmalignom (Def. 1.2.1)	101	63 - 654	18118
	Sollvorgabe \geq 75			



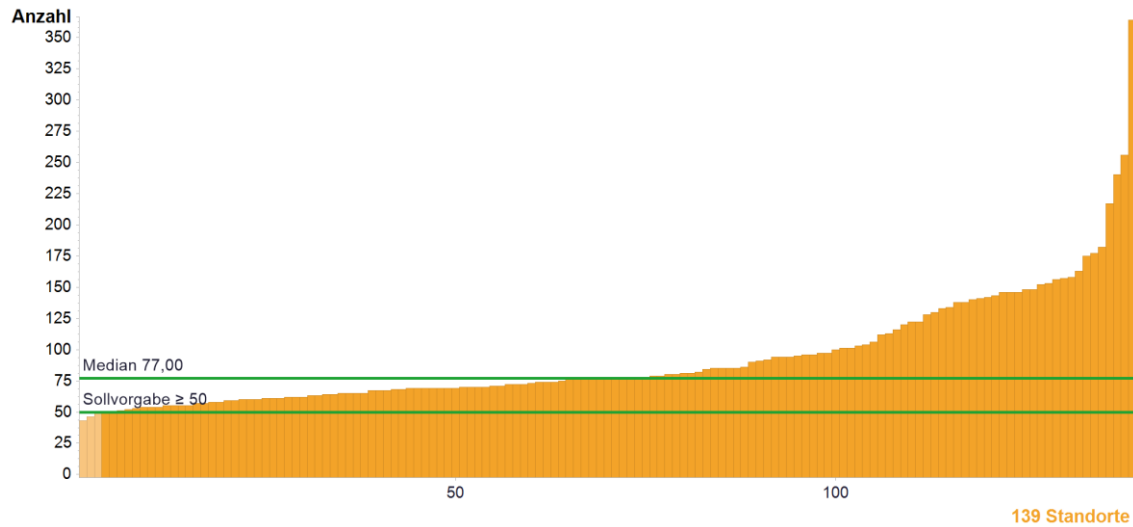
	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	462,00	438,00	467,00	571,00	654,00
95. Perzentil	233,70	225,60	243,00	253,65	262,00
75. Perzentil	143,00	141,75	144,00	147,00	145,50
Median	104,00	103,00	103,00	106,50	101,00
25. Perzentil	86,00	89,00	87,00	89,00	86,00
5. Perzentil	76,00	78,00	78,00	76,35	75,90
● Min	69,00	68,00	77,00	67,00	63,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	134	96,40%

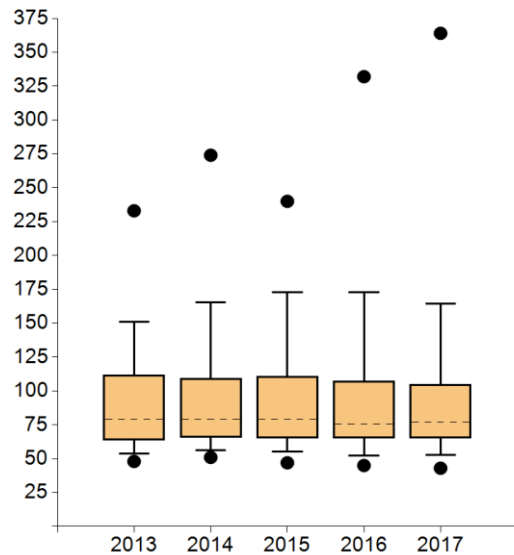
Anmerkungen:

Im Vorjahresvergleich leicht rückläufiger Median bei steigendem Maximalwert. Im Kennzahlenjahr 2017 wurden insgesamt 18.118 Patientinnen mit Genitalmalignom in den Zentren behandelt (2016: 16.902 Patientinnen). Bei Betrachtung der Zentren, die sowohl 2017 als auch 2016 Daten für den Jahresbericht geliefert haben, ist die Fallzahl im Kennzahlenjahr 2017 um 269 gestiegen (16.803 Patientinnen in 2016 auf 17.072 in 2017). 5 Zentren verfehlen die Sollvorgabe. In 2 der Zentren wurde 2017 ein Überwachungsaudit durchgeführt (Nachweis der Fallzahlen zur Re-Zertifizierung im Wiederholaudit [alle drei Jahre] erforderlich). Bei den 3 weiteren Zentren war die Sollvorgabe im Durchschnitt der letzten 3 Jahre erfüllt. Die Auditoren sprachen Hinweise zur Steigerung der Fallzahl aus, die im Rahmen der nächsten Audits kritisch geprüft werden.

6. Primärfälle mit Genitalmalignom



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle mit Genitalmalignom (Def. 1.2.1)	77	43 - 364	12937
	Sollvorgabe ≥ 50			



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	233,00	274,00	240,00	332,00	364,00
95. Perzentil	150,80	165,60	173,00	172,85	164,20
75. Perzentil	112,00	109,25	111,00	107,50	105,00
Median	79,00	79,00	79,00	75,50	77,00
25. Perzentil	63,50	65,75	65,00	65,00	65,00
5. Perzentil	54,00	56,00	55,20	52,35	52,90
● Min	48,00	51,00	47,00	45,00	43,00

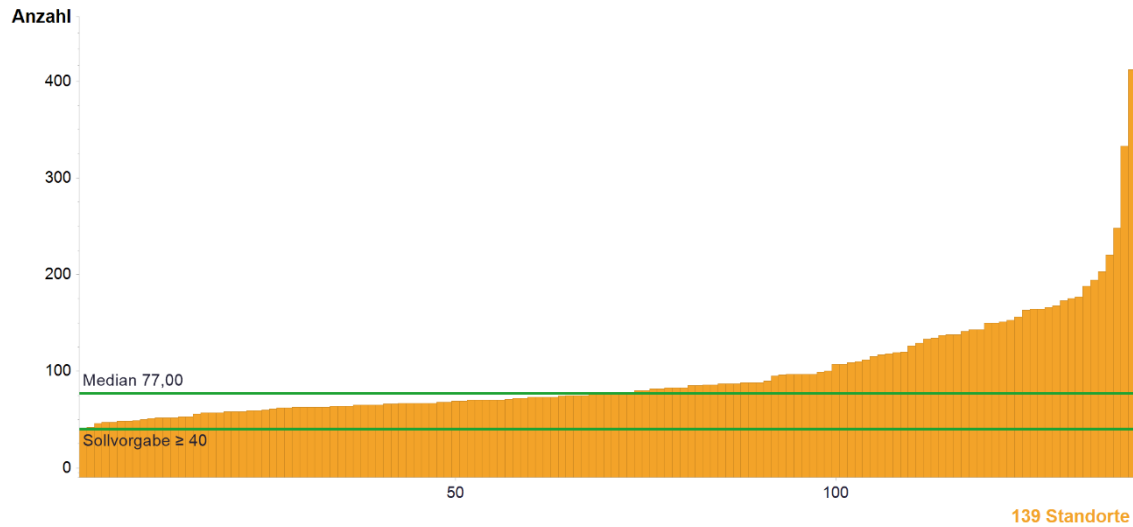
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	136	97,84%

Anmerkungen:

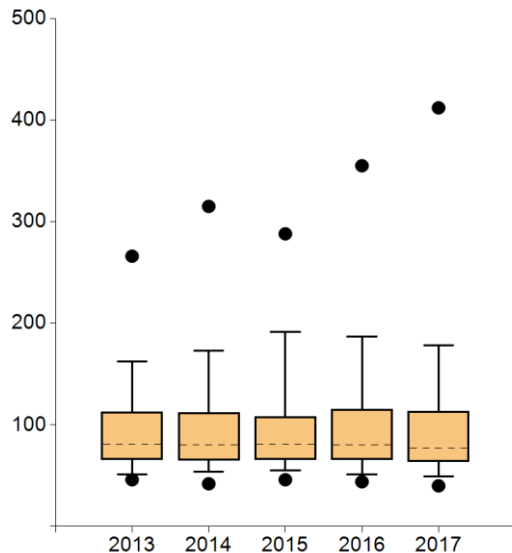
Der Median der Primärfallzahl steigt im Vorjahresvergleich wieder an. Bei Betrachtung aller Zentren, die sowohl im Kennzahlenjahr 2016 als auch 2017 für den Jahresbericht Daten eingebracht haben, steigt die Gesamtzahl behandelter Primärfälle mit Genitalmalignom von 12.022 um 101 Patienten auf 12.123 Primärfälle im Kennzahlenjahr 2017.

3 Zentren verfehlen im Auditjahr 2018 die Sollvorgabe. 2 der Zentren verfehlen auch das Soll für die Gesamtfallzahl (Kennzahl 5), konnten aber über den Durchschnitt der letzten 3 Jahre eine Einhaltung der Mindestmengen für beide Kennzahlen nachweisen. In dem dritten Zentrum mit Unterschreitung der Sollvorgabe wurde im Auditjahr 2018 ein Überwachungsaudit durchgeführt (Nachweis der Fallzahlen zur Re-Zertifizierung im Wiederholaudit [alle drei Jahre] erforderlich.)

7. Operative Fälle mit Genitalmalignom



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative Fälle mit Genitalmalignom (Def. 5.2.6)	77	40 - 412	13332
	Sollvorgabe ≥ 40			



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	266,00	315,00	288,00	355,00	412,00
95. Perzentil	162,00	172,70	191,60	186,55	178,10
75. Perzentil	113,00	111,75	108,00	115,25	113,50
Median	81,00	80,50	81,00	80,50	77,00
25. Perzentil	66,00	65,00	66,00	66,00	64,00
5. Perzentil	51,20	54,00	55,00	51,00	48,90
● Min	46,00	42,00	46,00	44,00	40,00

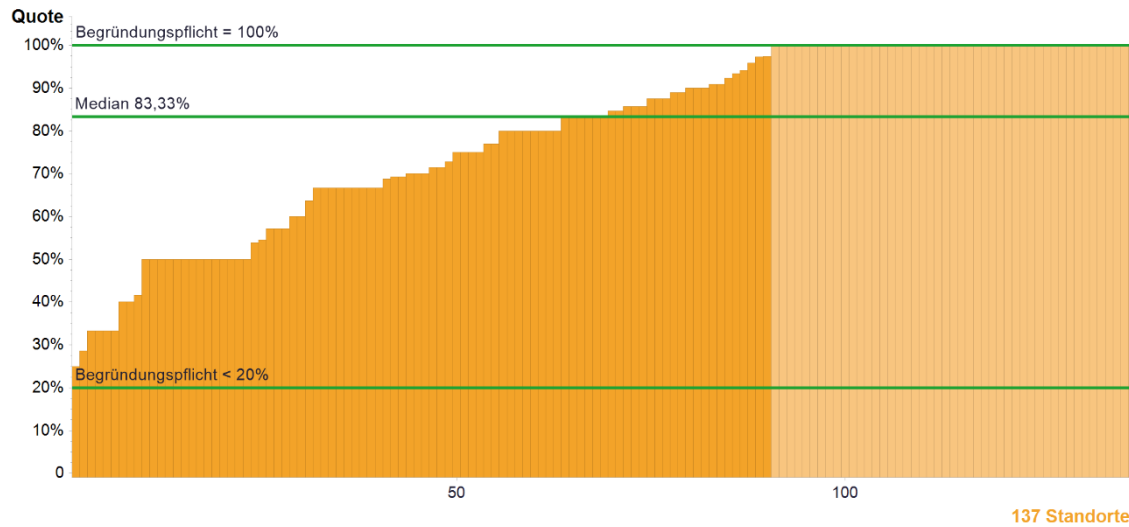
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	139	100,00%

Anmerkungen:

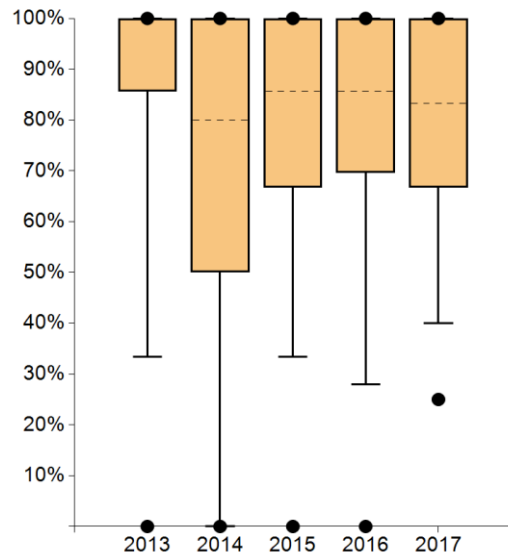
Die mediane Anzahl der operativen Fälle mit Genitalmalignom nimmt im Vorjahresvergleich ab. Insgesamt wurden im Kennzahlenjahr 2017, mehr Patientinnen in zertifizierten Gynäkologischen Krebszentren operiert (13.332 versus 12.518 im Vorjahr).

In allen Zentren wird im Auditjahr 2018 die Sollvorgabe von mind. 40 operativen Fällen mit Genitalmalignom erreicht.

8. Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle mit Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA und operativem Staging (Def. siehe Kennzahlenbogen)	5*	1 - 37	871
Nenner	Operative Primärfälle mit Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA	7*	1 - 38	1073
Quote	Begründungspflicht*** <20% und =100%	83,33%	25,00% - 100%	81,17%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	80,00%	85,71%	85,71%	83,33%
25. Perzentil	85,71%	50,00%	66,67%	69,69%	66,67%
5. Perzentil	33,33%	0,00%	33,33%	27,92%	40,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
137	98,56%	90	65,69%

Anmerkungen:

Der Qualitätsindikator der Leitlinie wird in den Zentren weiterhin inhomogen umgesetzt. Im Vorjahresvergleich ist der Median rückläufig, bei erstmals verbessertem Minimalwert.

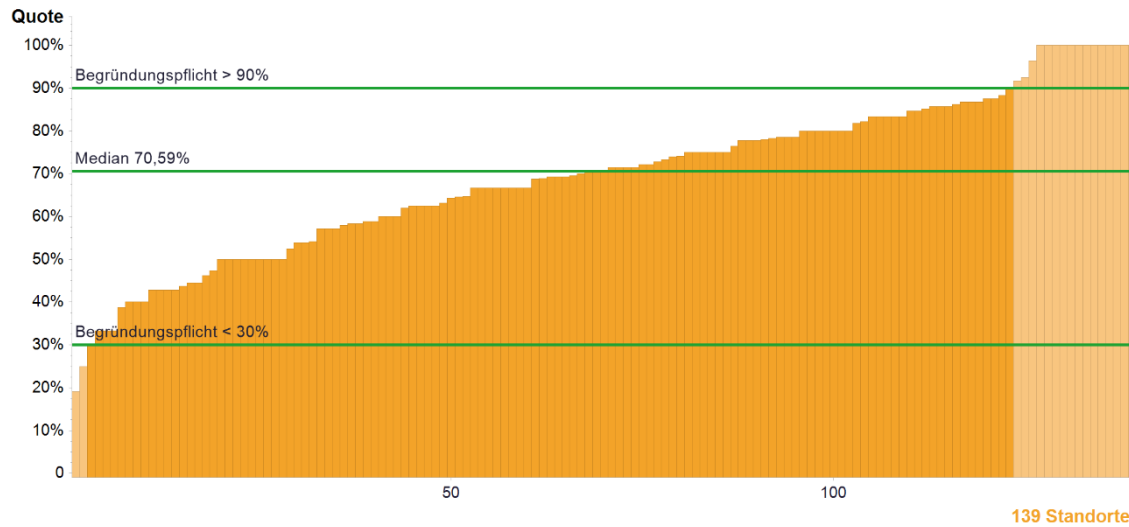
Im Kennzahlenjahr 2017 konnten 75 Zentren ihre operative Staging-Rate halten oder verbessern. Kein Zentrum hatte im Kennzahlenjahr 2017 eine begründungspflichtig niedrige (<20%) Staging-Rate. In 47 Zentren erhielten 100% der Patientinnen mit Ovarialkarzinom FIGO I – IIIA ein vollständiges operatives Staging. Zentren mit niedrigen Raten begründeten diese mit Verzicht auf LNE gemäß den Ergebnissen der LION-Studie bzw. bei pT1a-Tumoren, intraoperativ inoperabel eingestufte Befunde, Ablehnung der OP oder Verzicht auf das operative Staging aufgrund von Komorbidität oder hohem Lebensalter der Patientinnen, sowie in Einzelfällen OP-Abbruch aufgrund intraoperativer Komplikationen.

* 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.

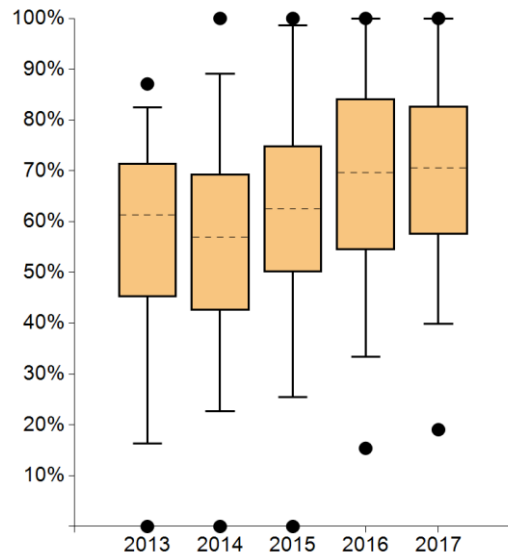
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

9. Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 3)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV mit makroskopisch vollständiger Resektion	8*	1 - 106	1496
Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV	12*	2 - 136	2124
Quote	Begründungspflicht*** <30% und >90%	70,59%	19,05% - 100%	70,43%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	87,10%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	82,46%	89,15%	98,62%	100%	100%
75. Perzentil	71,43%	69,42%	75,00%	84,16%	82,74%
Median	61,25%	56,91%	62,50%	69,66%	70,59%
25. Perzentil	45,20%	42,56%	50,00%	54,49%	57,52%
5. Perzentil	16,29%	22,69%	25,45%	33,33%	39,87%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	15,38%	19,05%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	121	87,05%

Anmerkungen:

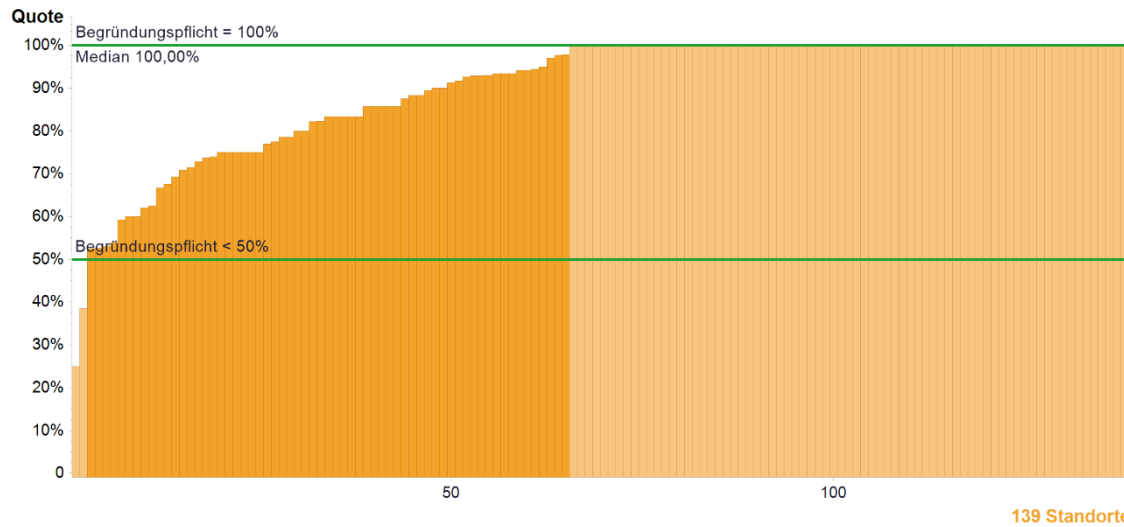
Weiterhin ansteigender Median und Minimalwert im Zeitverlauf. Die Mehrzahl der Zentren konnte ihre Rate an makroskopisch vollständigen Resektionen im Vergleich zum Vorjahr steigern (Verbesserung: 63 Zentren; Verschlechterung: 54 Zentren). In 13 Zentren konnte eine 100% R0-Rate bei operativen Primärfällen mit Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV erzielt werden. 2 Zentren wiesen eine begründungspflichtig geringe R0-Rate (<30%) auf und begründeten dies mit komplexen intraoperativen Befunden, bei denen (auch bei Hinzuziehung der viszeralchirurgischen Behandlungspartner) keine makroskopische Komplettresektion zu erzielen war. Die Auditoren bestätigten die Plausibilität der Angaben im Rahmen der Audits anhand von Einzelfallprüfungen.

* 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.

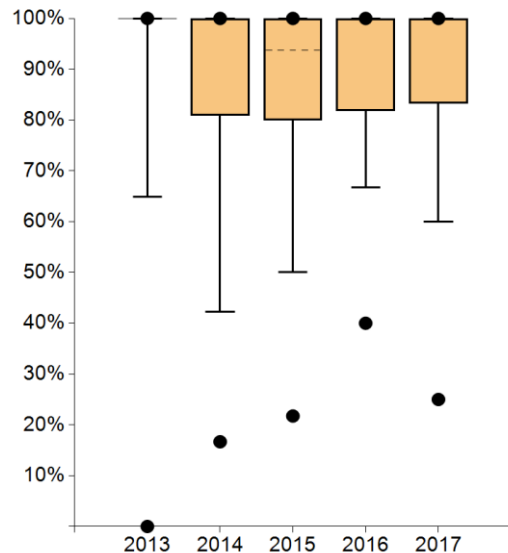
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

10. Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 4)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV, deren definitive operative Therapie durch einen Gynäkoonkologen durchgeführt wurde	10*	2 - 132	1891
Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV nach Abschluss der operativen Therapie	12*	2 - 136	2124
Quote	Begründungspflicht*** <50% und =100%	100%	25,00% - 100%	89,03%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	93,75%	100%	100%
25. Perzentil	100%	80,85%	80,00%	81,82%	83,33%
5. Perzentil	64,86%	42,30%	50,00%	66,67%	59,93%
● Min	0,00%	16,67%	21,74%	40,00%	25,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	63	45,32%

Anmerkungen:

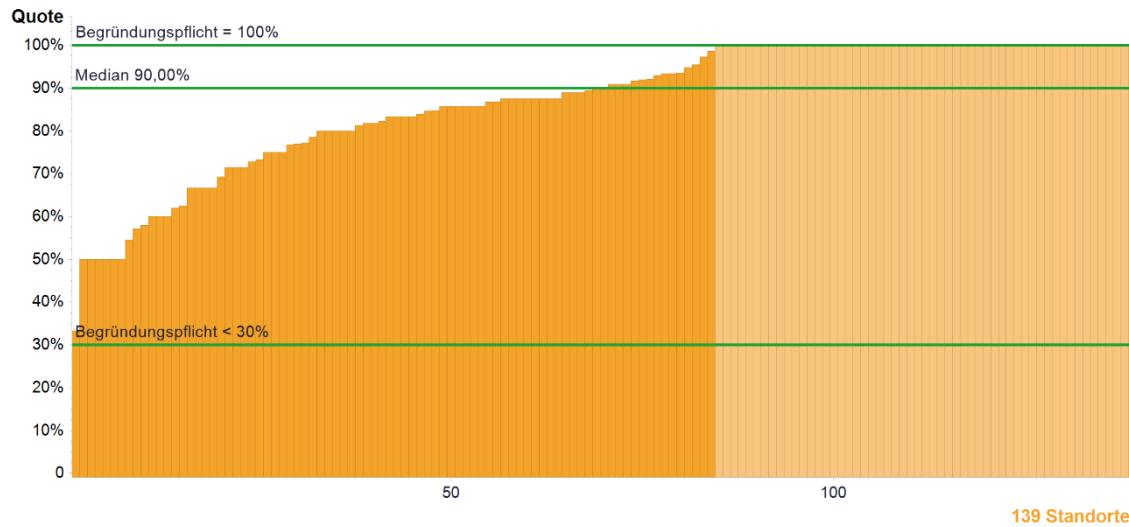
2 Zentren hatten im Kennzahlenjahr 2017 eine begründungspflichtig geringe Quote (<50%) an OP's, die durch Gynäkoonkologen durchgeführt wurden. Als Gründe wurden der Weggang eines Schwerpunktinhabers bzw. eine operative Versorgung durch einen erfahrenen Onko-Gynäkologen angegeben. Im Kennzahlenjahr 2018 konnte in dem ersten Zentrum ein neuer Schwerpunktinhaber gewonnen werden, so dass die Quote absehbar deutlich ansteigen wird. In dem zweiten Zentrum wies der Auditor darauf hin, dass operative Eingriffe durch die Schwerpunktinhaber durchgeführt werden sollten. In 74 Zentren wurden 100% der Eingriffe durch Gynäkoonkologen durchgeführt. Von den beiden Zentren mit begründungspflichtig geringer Rate (<50%) im Vorjahr konnte ein Zentrum die Rate auf 100% steigern, während das zweite Zentrum das Zertifikat verloren hat.

* 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.

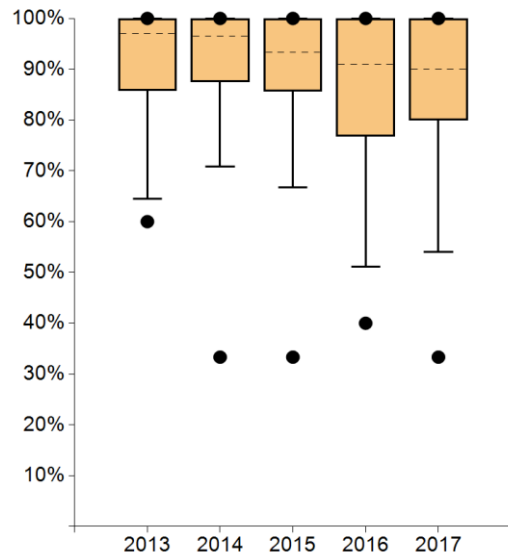
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

11. Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 5)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV mit postoperativer Chemotherapie	9*	1 - 134	1711
Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV und Chemotherapie	11*	2 - 136	1926
Quote	Begründungspflicht*** <30% und =100%	90,00%	33,33% - 100%	88,84%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	97,06%	96,44%	93,33%	90,91%	90,00%
25. Perzentil	85,83%	87,50%	85,71%	76,74%	80,00%
5. Perzentil	64,44%	70,79%	66,67%	51,17%	54,10%
Min	60,00%	33,33%	33,33%	40,00%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	84	60,43%

Anmerkungen:

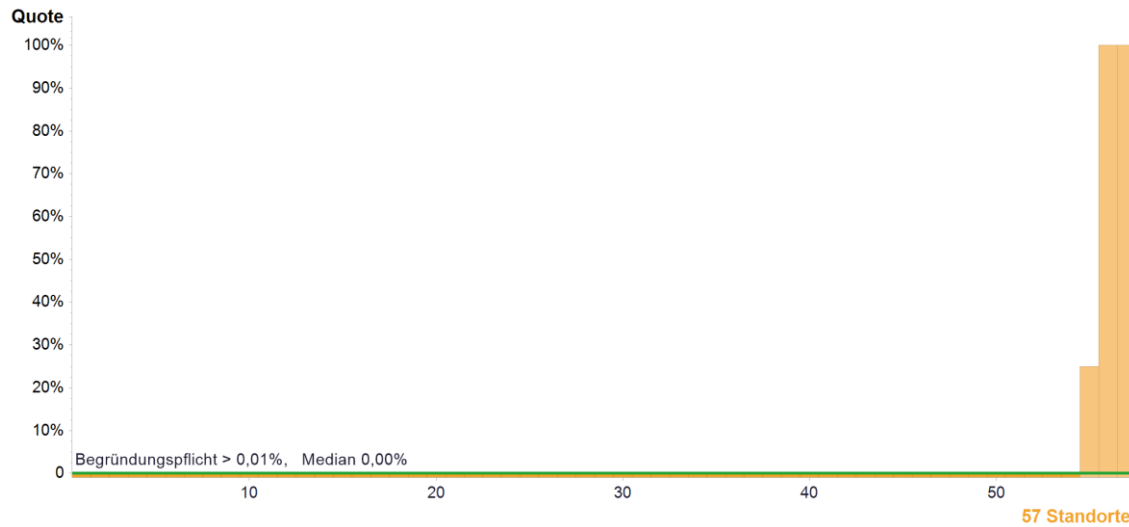
Annähernd gleichbleibende Umsetzung des Qualitätsindikators im Vorjahresvergleich. Im Vergleich zum Vorjahr wurde die Chemotherapie bei FIGO IIB-IV Patientinnen häufiger zu 100% postoperativ durchgeführt (55 Zentren, 2016: 42 Zentren). Die 3 Zentren mit den geringsten Raten an postoperativen Therapien (<50%) im Vorjahr konnten im Kennzahlenjahr 2017 mehr Patientinnen einer leitliniengerechten postoperativen Chemotherapie zuführen. Auch im Kennzahlenjahr 2017 hatten alle Zentren eine Rate oberhalb der Grenze zur Begründungspflicht von 30%.

* 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.

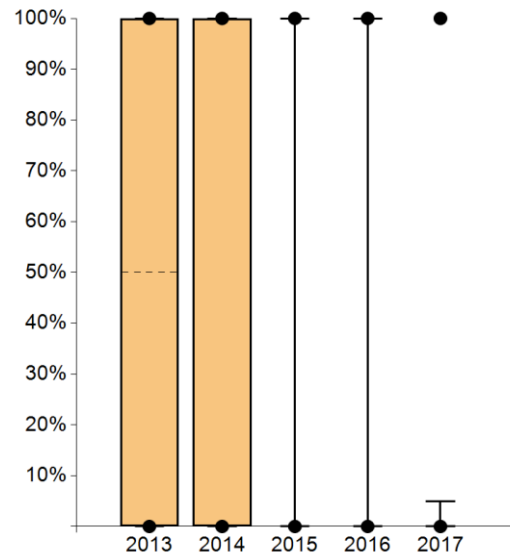
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

12. Keine adjuvante Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 6)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IA, Grad 1 und komplettem operativem Staging mit adjuvanter Chemotherapie	0*	0 - 1	3
Nenner	Operative Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IA, Grad 1 und komplettem operativem Staging	1*	1 - 4	86
Quote	Begründungspflicht*** >0,01%	0,00%	0,00% - 100%	3,49%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	5,00%
75. Perzentil	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	50,00%	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 innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
57	41,01%	54	94,74%

Anmerkungen:

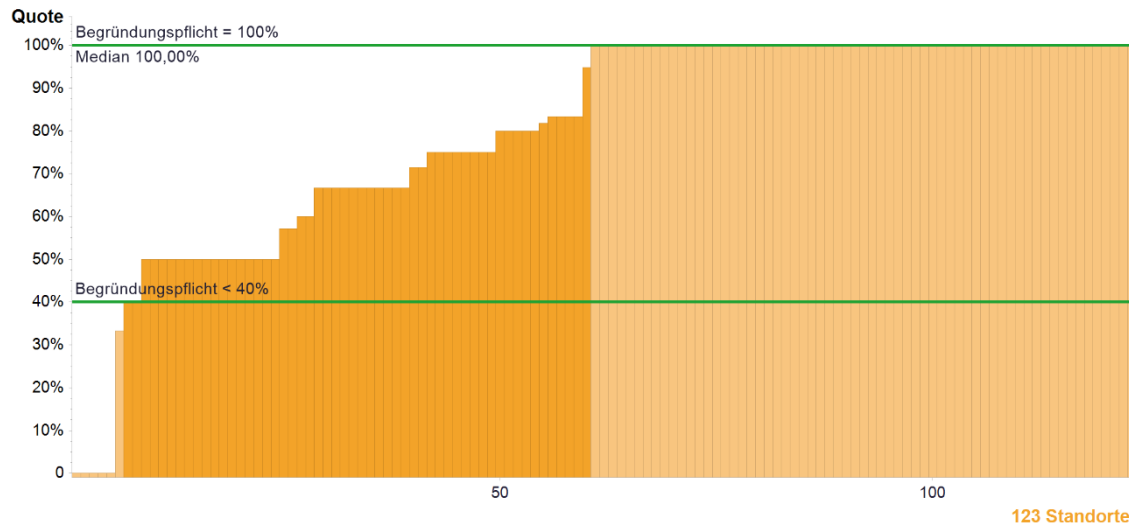
82 Zentren haben im Kennzahlenjahr 2017 keine Patientin mit Ovarialkarzinom FIGO IA, Grad 1 und komplettem operativem Staging betreut und sind daher für diese Kennzahl nicht berücksichtigt. In 54 Zentren wurde gemäß der Leitlinien-Empfehlung auf eine adjuvante Chemotherapie bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom verzichtet. Der Anteil an Zentren, der keine adjuvante Chemotherapie bei den Patientinnen des Nennerkollektivs durchführte erhöht sich im Vergleich zum Vorjahr (von 84,9% auf 94,74%). In 3 Zentren wurde im Kennzahlenjahr 2017 eine adjuvante Chemotherapie bei Patientinnen (n=3) mit frühem Ovarialkarzinom (gemäß Nennerdefinition) durchgeführt. Die Zentren begründeten dies mit simultanem Endometriumkarzinom oder Patientinnenwunsch bei jungem Alter.

* 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.

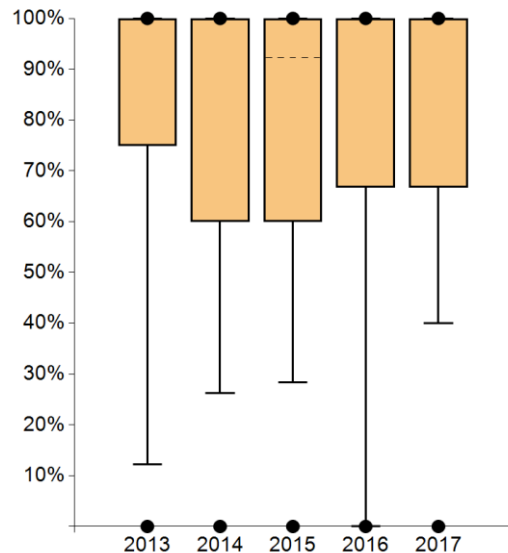
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

13. Platinhaltige Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 7)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IA/IB Grad 3 und FIGO IC mit einer platinhaltigen Chemotherapie	2*	0 - 18	340
Nenner	Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IA-IB Grad 3 und FIGO IC	3*	1 - 19	427
Quote	Begründungspflicht*** <40% und =100%	100%	0,00% - 100%	79,63%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	92,31%	100%	100%
25. Perzentil	75,00%	60,00%	60,00%	66,67%	66,67%
5. Perzentil	12,27%	26,25%	28,33%	0,00%	40,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
123	88,49%	54	43,90%

Anmerkungen:

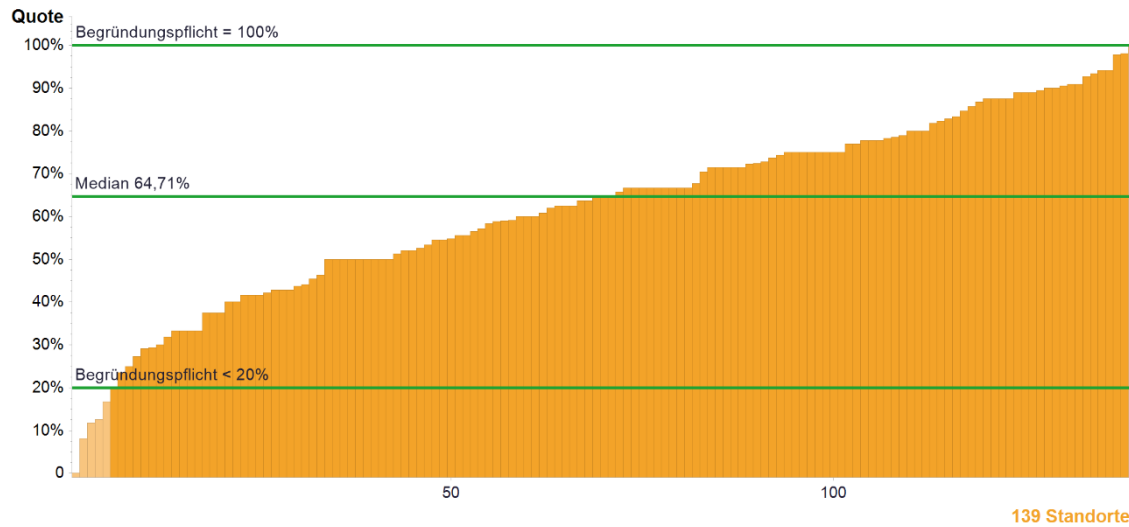
16 Zentren behandelten im Kennzahlenjahr 2017 keine Patientin mit Ovarialkarzinom FIGO IA-IB Grad 3 oder FIGO IC und sind daher für diese Kennzahl nicht berücksichtigt. Im Kennzahlenjahr 2017 erhielten 340 von 427 Patientinnen eine leitliniengerechte platinhaltige Chemotherapie (=79,63%), die mittlere Therapierate ist zum Vorjahr annähernd stabil (2016: 308/384 = 80,2%). 6 Zentren hatten im Auditjahr 2018 eine begründungspflichtig geringe (<40%) Chemotherapie-rate und begründeten dies mit Therapieverzicht aufgrund von Komorbiditäten oder Ablehnung der Chemotherapie durch die Patientinnen. Alle 6 Zentren hatten eine kleine Grundgesamtheit (n ≤ 3).

* 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.

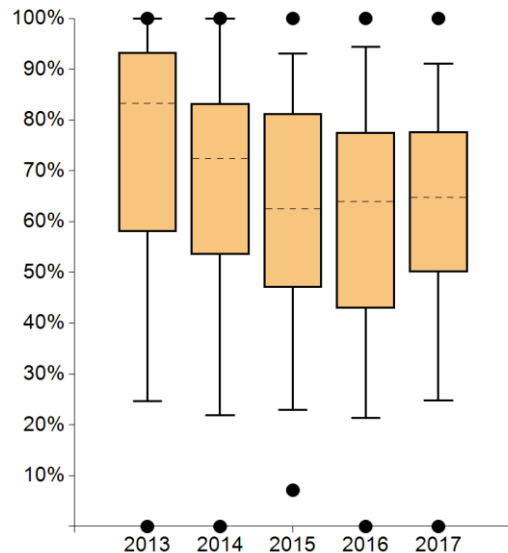
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

14. First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom (LL Ovar QI 8)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV mit 6 Zyklen First-Line Chemotherapie Carboplatin AUC 5 u. Paclitaxel 175mg/m2	10*	0 - 151	1763
Nenner	Primärfälle Ovarialkarzinom FIGO IIB-IV	16*	5 - 154	2750
Quote	Begründungspflicht*** <20% und =100%	64,71%	0,00% - 100%	64,11%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	93,05%	94,42%	91,09%
75. Perzentil	93,33%	83,33%	81,25%	77,60%	77,78%
Median	83,33%	72,37%	62,50%	63,97%	64,71%
25. Perzentil	58,06%	53,51%	47,06%	42,86%	50,00%
5. Perzentil	24,62%	21,93%	22,95%	21,32%	24,85%
● Min	0,00%	0,00%	7,14%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	133	95,68%

Anmerkungen:

In 5 Zentren wurde im Kennzahlenjahr 2017 ein begründungspflichtig geringer Anteil (<20%) der Ovarialkarzinome im Stadium FIGO IIB-IV mit einer First-Line Chemotherapie Carboplatin AUC 5 u. Paclitaxel 175mg/m2 behandelt. Von den 6 Zentren mit begründungspflichtigem Ergebnis im Vorjahr konnten 3 Zentren ihre Rate erhöhen.

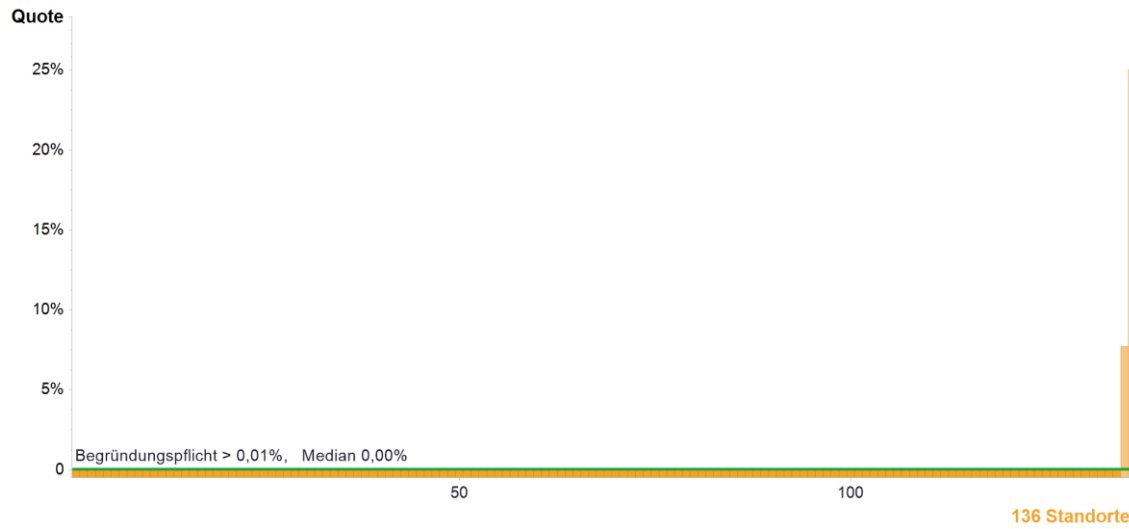
Als Begründung für niedrige Raten gaben die Zentren an: abweichende Therapieschemata (Paclitaxel 80mg/m2 wöchentlich, Carboplatin-Monotherapie), Therapieabbruch oder Dosisreduktion bei unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Ablehnung der Therapie durch die Patientinnen oder rasches Versterben, Therapieverzicht aufgrund von Komorbidität oder hohem Lebensalter und zum Erfassungszeitpunkt geplante, aber noch nicht begonnene oder abgeschlossene Therapien.

* 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.

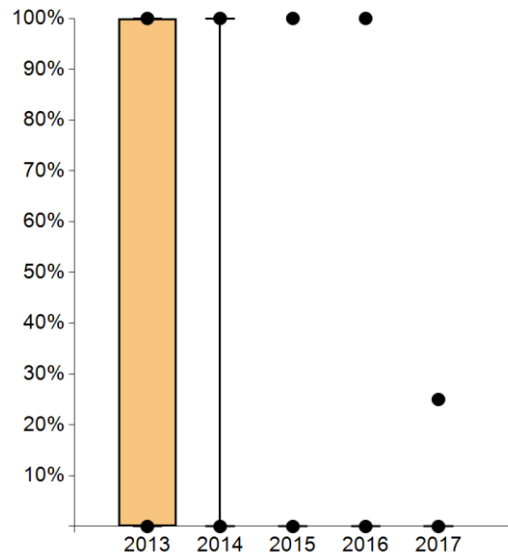
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

17. Keine adjuvante Therapie BOT (LL Ovar QI 12)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle Borderlinetumor Ovar (BOT) mit adjuvanter Therapie	0*	0 - 1	2
Nenner	Primärfälle Borderlinetumor Ovar (BOT)	5*	1 - 30	856
Quote	Begründungspflicht*** >0,01%	0,00%	0,00% - 25,00%	0,23%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	100%	100%	100%	100%	25,00%
95. Perzentil	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%
75. Perzentil	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Median	100%	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 innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
136	97,84%	134	98,53%

Anmerkungen:

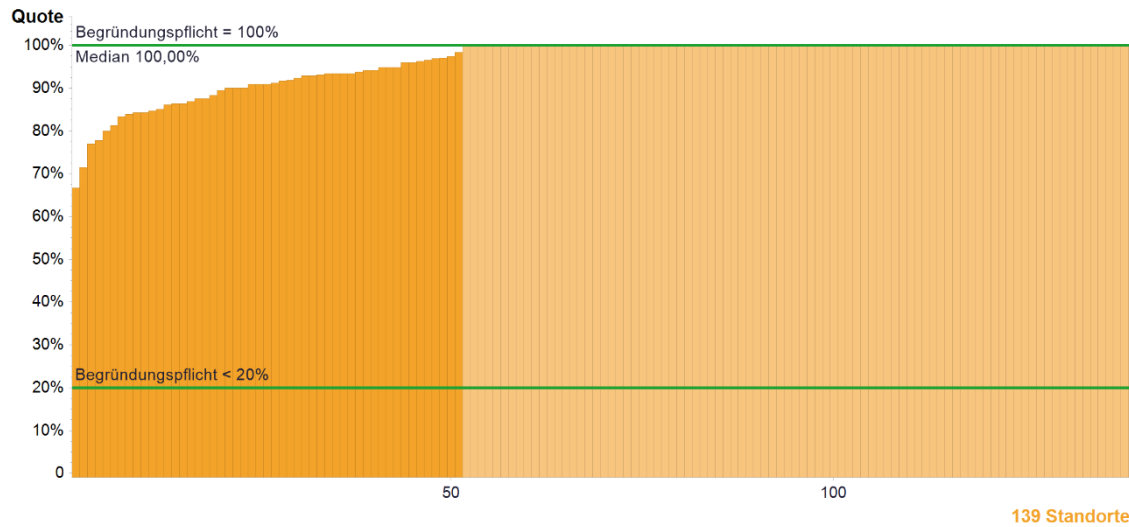
Drei Zentren haben im Kennzahlenjahr 2017 keine Patientin mit Borderlinetumor des Ovars (BOT) behandelt und sind in der Auswertung daher nicht berücksichtigt (Nenner = 0). In 2 Zentren wurde im Kennzahlenjahr 2017 bei jeweils einer Patientin mit BOT eine adjuvante Therapie durchgeführt. Diese Einzelfälle wurden mit dem Vorliegen eines Borderlinetumors des serösen Typs sowie Metastasierung trotz auch in der pathologischen Zweitbefundung bestätigtem BOT begründet. Die Auditoren bestätigten die Plausibilität der Angaben.

* 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.

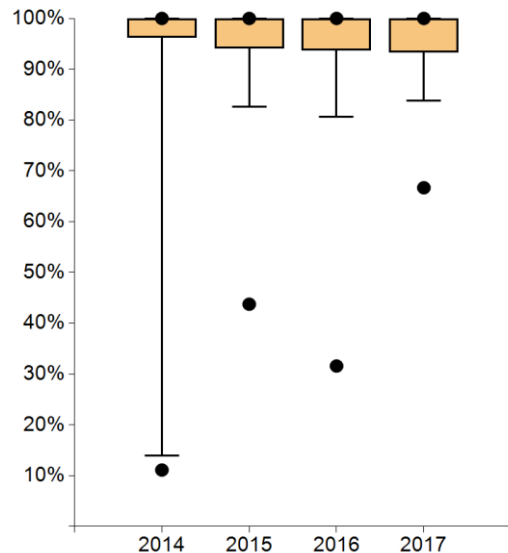
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

18. Vorstellung in Tumorkonferenz (LL Zervix QI 1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen (Primärfälle und „Nicht Primärfälle“) mit Vorstellung in der Tumorkonferenz	16*	4 - 74	2906
Nenner	Patientinnen mit Erstdiagnose, Rezidiv oder neuauftretener Fernmetastasierung eines Zervixkarzinoms	17*	4 - 87	3040
Quote	Begründungspflicht*** <20% und =100%	100%	66,67% - 100%	95,59%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	-----	96,25%	94,12%	93,75%	93,33%
5. Perzentil	-----	13,89%	82,55%	80,64%	83,82%
● Min	-----	11,11%	43,75%	31,58%	66,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	51	36,69%

Anmerkungen:

Anhaltend sehr gute Umsetzung des Leitlinien-QI mit ansteigendem Minimalwert. Alle Zentren haben eine Quote, die oberhalb der unteren Grenze für eine Begründungspflicht (20%) liegt.

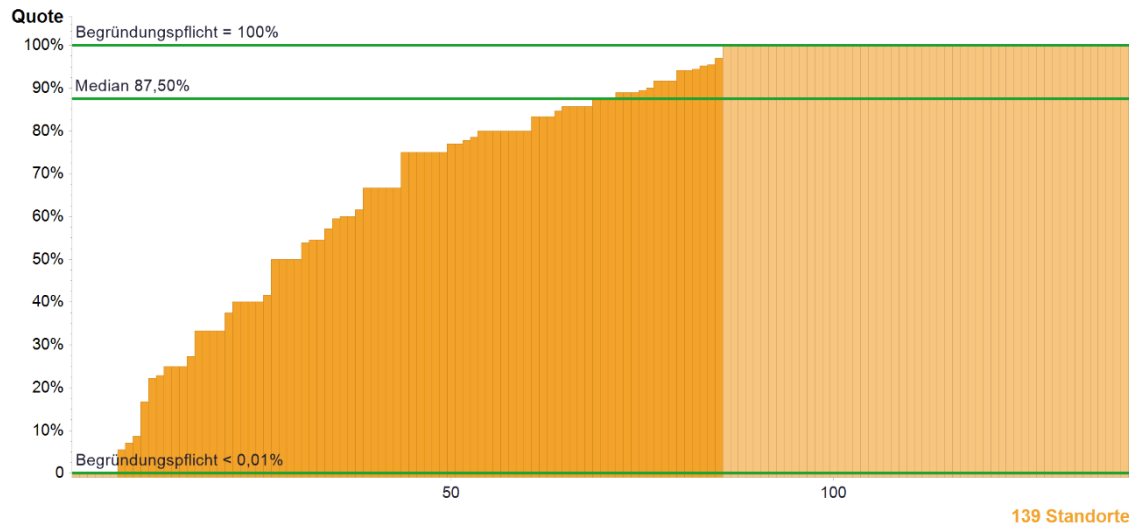
96 Zentren konnten ihre Vorstellungsrates im Vergleich zum Vorjahr halten oder steigern. In 88 Zentren wurden 100% der Patientinnen mit Erstdiagnose, Rezidiv oder neuauftretener Fernmetastasierung eines Zervixkarzinoms interdisziplinär besprochen. Die 5 Zentren mit den geringsten Vorstellungsrates (<80%) im Vorjahr konnten ihre Rate im Kennzahlenjahr 2017 sämtlich steigern.

* 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.

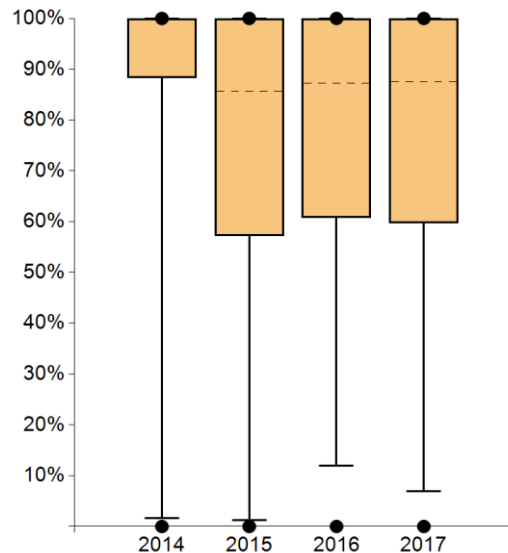
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

19. Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (LL Zervix QI 2)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	„Operative Primärfälle“ Zervixkarzinom mit vollständige Befundberichten	6*	0 - 34	1047
Nenner	„Operative Primärfälle“ mit Zervixkarzinom und Tumorresektion	8*	1 - 39	1429
Quote	Begründungspflicht*** <0,01% und =100%	87,50%	0,00% - 100%	73,27%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	100%	85,71%	87,23%	87,50%
25. Perzentil	-----	88,31%	57,14%	60,74%	59,73%
5. Perzentil	-----	1,67%	1,18%	12,02%	6,98%
● Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	79	56,83%

Anmerkungen:

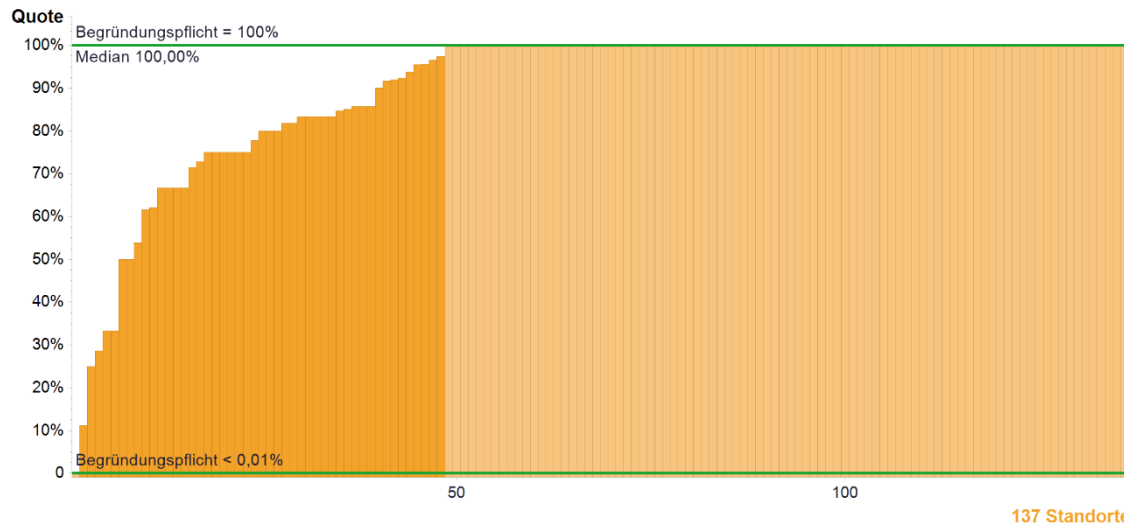
Annähernd gleichbleibende Umsetzung des Qualitätsindikators im Vergleich zum Vorjahr. Die Mehrheit der Zentren konnte die Rate an vollständigen Befundberichten nach Resektion eines Zervixkarzinoms halten oder steigern. In 6 Zentren waren im Kennzahlenjahr 2017 alle Pathologieberichte bezogen auf die Leitlinien-Vorgaben unvollständig (2016: 2 Zentren). Bei diesen Zentren fehlte die dreidimensionale Angabe der Tumorgröße sowie die Angabe des pN-Status. Die Auditoren sprachen eine Reihe von Hinweisen aus. In den Zentren wird die Situation in Qualitätszirkeln mit den Pathologen zur gemeinsamen Verbesserung diskutiert. Die Zentren, die im Vorjahr eine 0%-Rate hatten, haben ihre Ergebnisse im Kennzahlenjahr 2017 verbessert.

* 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.

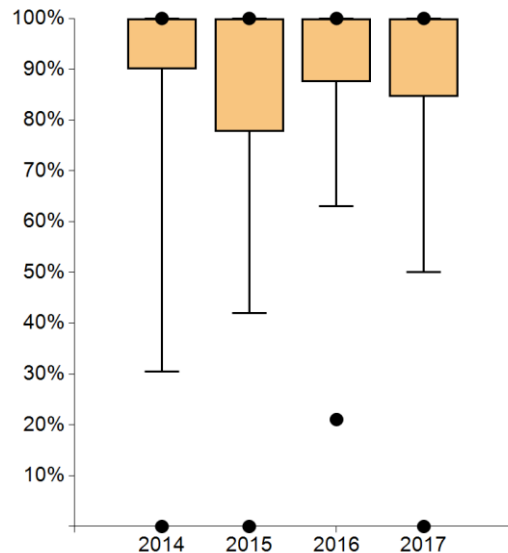
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

20. Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (LL Zervix QI 3)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	„Operative Fälle“ mit Befundbericht mit Angabe zu den Lymphknoten	6*	0 - 38	1094
Nenner	„Operative Fälle“ mit Zervixkarzinom und Lymphonodektomie	6*	1 - 39	1207
Quote	Begründungspflicht*** <0,01% und =100%	100%	0,00% - 100%	90,64%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	-----	90,00%	77,78%	87,50%	84,62%
5. Perzentil	-----	30,48%	42,00%	63,08%	50,00%
● Min	-----	0,00%	0,00%	21,05%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
137	98,56%	47	34,31%

Anmerkungen:

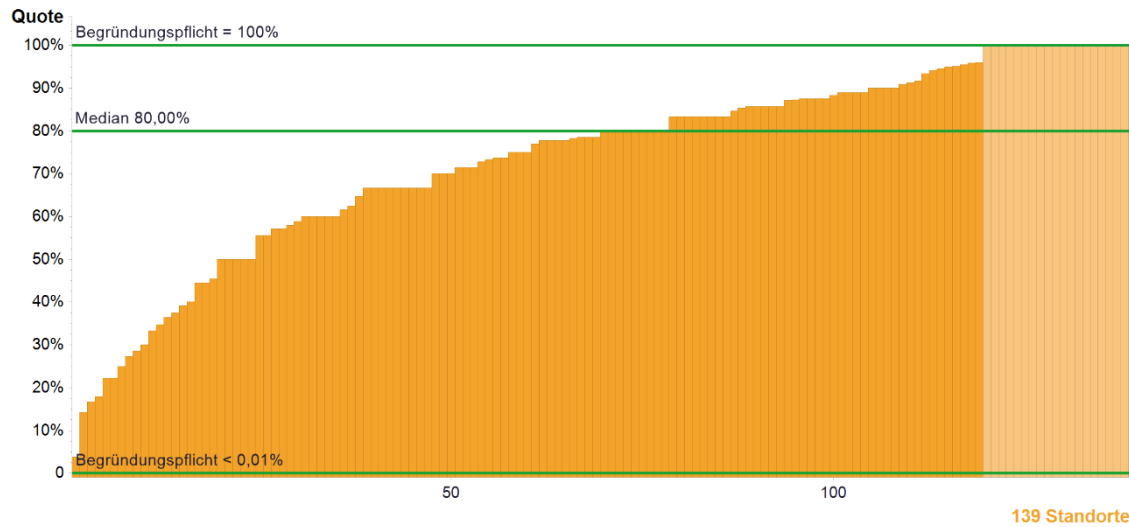
92 Zentren konnten ihre Quote an vollständigen Befundberichten nach Lymphonodektomie im Vergleich zum Vorjahr halten oder steigern. In 89 Zentren waren sämtliche Befundberichte nach Lymphonodektomie im Sinne der Leitlinie vollständig. Das Zentrum ohne vollständige LK-Befundberichte (= 0%; Vorjahr 100%) hatte nur eine Patientin als Grundgesamtheit, aber gleichzeitig auch 0%-Ergebnisse für Kennzahl 19.

* 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.

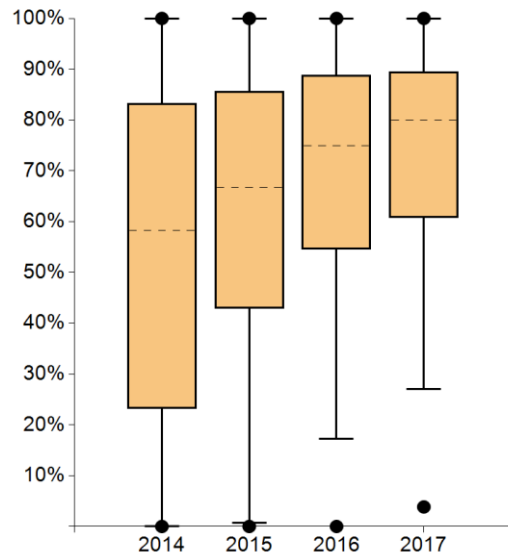
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

21. Zytologisches/histologisches LK-staging (LL Zervix QI 4)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	„Primärfälle“ mit zytologischem/histologischem LK-staging	7*	1 - 39	1287
Nenner	„Primärfälle“ mit Zervixkarzinom FIGO Stadium \geq IA2-IVA	9*	2 - 46	1713
Quote	Begründungspflicht*** $<0,01\%$ und $=100\%$	80,00%	3,85% - 100%	75,13%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	83,34%	85,71%	88,89%	89,45%
Median	-----	58,33%	66,67%	75,00%	80,00%
25. Perzentil	-----	23,22%	42,86%	54,55%	60,77%
5. Perzentil	-----	0,00%	0,71%	17,29%	27,04%
● Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	3,85%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	119	85,61%

Anmerkungen:

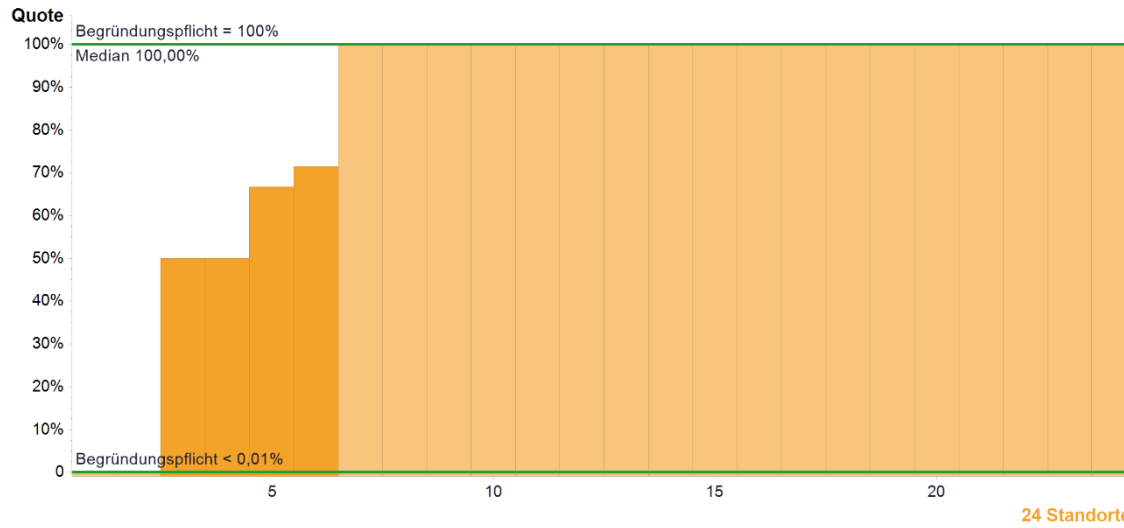
Die Mehrzahl der Zentren (=74) konnte im Kennzahlenjahr 2017 ihre Rate an Fällen mit vollständigem Lymphknotenstaging steigern. Die beiden Zentren mit der geringsten Rate (0%) im Vorjahr konnten ihr Ergebnis deutlich verbessern. Im Auditjahr 2018 gab kein Zentrum eine begründungspflichtig geringe Staging-Quote an. In 20 Zentren erhielten alle Primärfälle mit Zervixkarzinom FIGO Stadium \geq IA2-IVA ein leitliniengerechtes LK-Staging (2016: 16 Zentren). Niedrige Staging-Raten begründeten die Zentren mit primärer Radiochemotherapie bei bildgebendem N1-Befund oder Verzicht auf operatives LK-Staging aufgrund von Komorbidität, hohem Lebensalter oder Palliativsituation.

* 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.

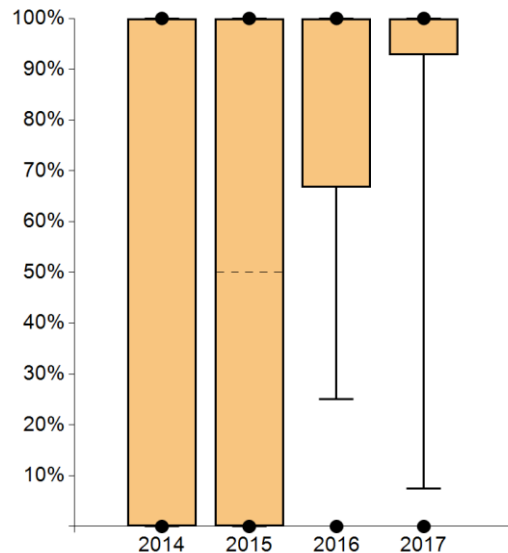
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

22. Exenteration (LL Zervix QI 9)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	„Operative Nicht-Primärfälle“ mit lokaler R0-Resektion	1*	0 - 5	30
Nenner	„Operative Nicht-Primärfälle“ mit Zervixkarzinom u. Tumorrezidiv u. Exenteration	1*	1 - 7	37
Quote	Begründungspflicht*** <0,01% und =100%	100%	0,00% - 100%	81,08%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	0,00%	50,00%	100%	100%
25. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	66,67%	92,86%
5. Perzentil	-----	0,00%	0,00%	25,00%	7,50%
● Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
24	17,27%	4	16,67%

Anmerkungen:

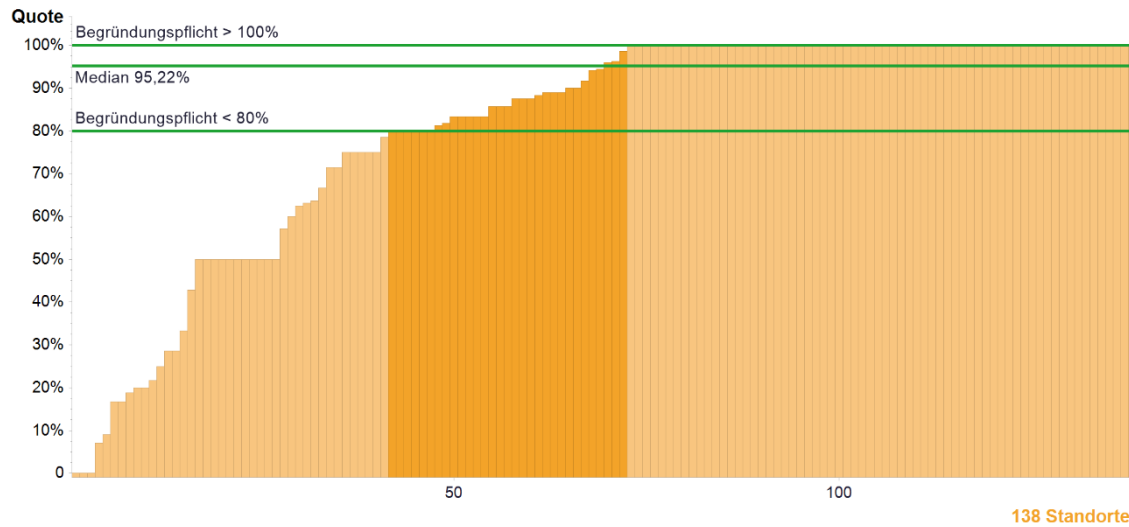
115 Zentren führten im Kennzahlenjahr 2017 keine Exenterationen bei Zervixkarzinompatientinnen durch und sind daher nicht in der Auswertung berücksichtigt (Nenner = 0). Der Anteil R0-resezierter Patientinnen nimmt im Vergleich zum Vorjahr leicht ab (81,08% versus 26 R0-Resektionen bei 31 Exenterationen = 83,87% in 2016). In 2 Zentren konnte im Kennzahlenjahr 2017 keine R0-Resektion bei Exenteration erzielt werden. Beide Zentren hatten jeweils nur 1 Patientin als Grundgesamtheit. Die Auditoren bestätigten die Plausibilität der Einzelfälle.

* 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.

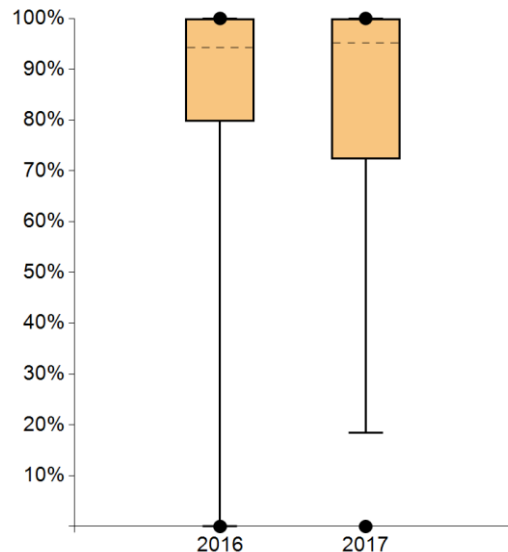
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

23. Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion (LL Vulva QI 1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen mit Befundberichten (Def. siehe Kennzahlenbogen)	6*	0 - 67	1025
Nenner	Patientinnen mit Erstdiagnose Vulvakarzinom und Tumorresektion	7*	1 - 68	1274
Quote	Begründungspflicht*** <80% und =100%	95,22%	0,00% - 100%	80,46%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	94,26%	95,22%
25. Perzentil	----	----	----	79,64%	72,32%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	18,44%
● Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
138	99,28%	31	22,46%

Anmerkungen:

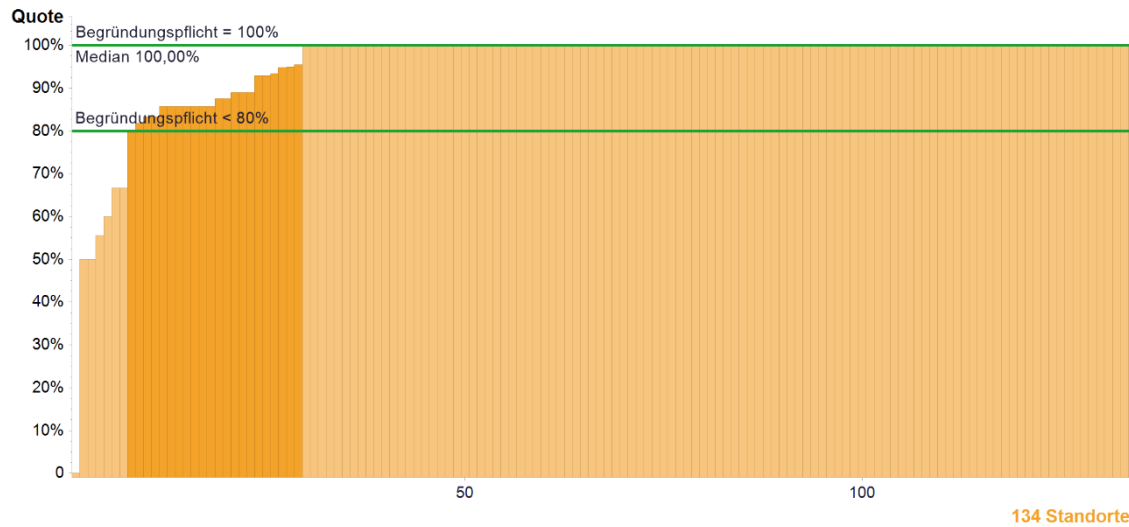
Im Kennzahlenjahr 2017 war der Qualitätsindikator erstmals verpflichtend zu dokumentieren. Median und 5. Perzentil steigen im Vorjahresvergleich an. In 66 Zentren waren alle Befundberichte nach Vulvakarzinom-Resektion bei Primärdiagnose vollständig. 3 Zentren hatten im Kennzahlenjahr keinen Befundbericht mit vollständigen Angaben gemäß der Leitlinie. In Zentren mit niedrigen Raten an vollständigen Befundberichten fehlten häufig insbesondere Angaben zur Infiltration der Perineuralscheiden, Infiltration von Blut- oder Lymphgefäßen bei unauffälligem Befund sowie die dreidimensionale Angabe der Tumorgröße. Zur Verbesserung erfolgten Diskussion im Rahmen von Qualitätszirkeln mit den Pathologen und Einführung von SOPs.

* 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.

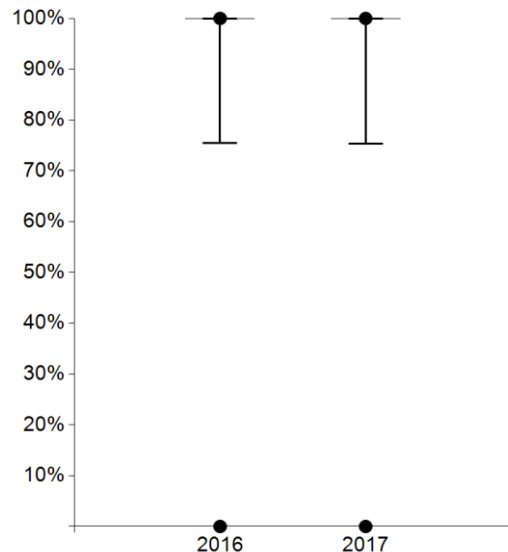
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

24. Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (LL Vulva QI 2)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen mit Befundberichten (Def. siehe Kennzahlenbogen)	4*	0 - 63	811
Nenner	Patientinnen mit Erstdiagnose Vulvakarzinom und Lymphonodektomie	4*	1 - 63	849
Quote	Begründungspflicht*** <80% und =100%	100%	0,00% - 100%	95,52%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
Median	-----	-----	-----	100%	100%
25. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
5. Perzentil	-----	-----	-----	75,50%	75,33%
● Min	-----	-----	-----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
134	96,40%	22	16,42%

Anmerkungen:

Auch der Qualitätsindikator der Leitlinie zur vollständigen Angabe des Lymphknotenstatus im Befundbericht nach Lymphonodektomie bei Vulvakarzinom ist ab dem Kennzahlenjahr 2017 verpflichtend darzulegen.

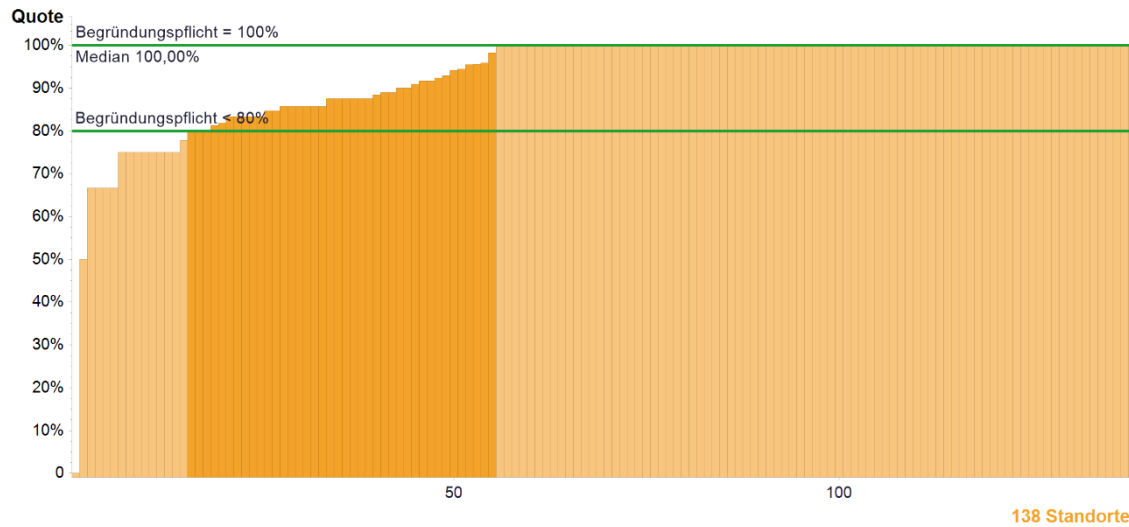
7 Zentren gaben eine begründungspflichtig geringe (<80%) Rate vollständiger Befundberichte an. In den Berichten fehlten einzelne Angaben wie z.B. Hinweise zu Kapseldurchbruch oder größtem Durchmesser der LK-Metastase. Die Zentren gaben an, die Prozesse zur Erstellung der Befundberichte in Abstimmung mit den Pathologen anzupassen, um die Raten zu erhöhen.

* 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.

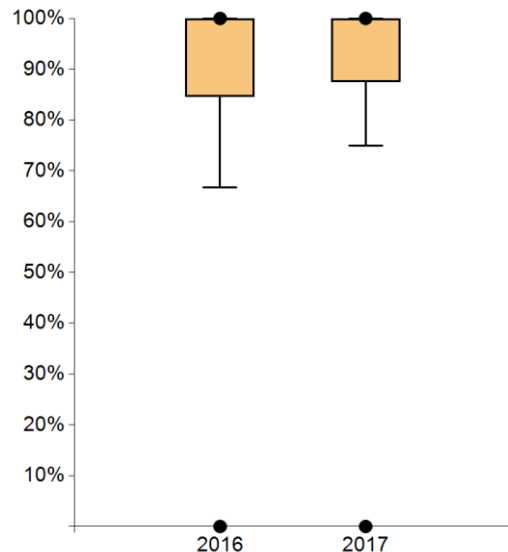
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

25. Lokale radikale Exzision (LL Vulva QI 4)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen mit lokaler Resektion im Gesunden	6*	0 - 55	1060
Nenner	Patientinnen mit Erstdiagnose Vulvakarzinom und T1a oder T1b Tumor	6*	1 - 56	1140
Quote	Begründungspflicht*** <80% und =100%	100%	0,00% - 100%	92,98%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
Median	-----	-----	-----	100%	100%
25. Perzentil	-----	-----	-----	84,62%	87,50%
5. Perzentil	-----	-----	-----	66,67%	75,00%
● Min	-----	-----	-----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
138	99,28%	40	28,99%

Anmerkungen:

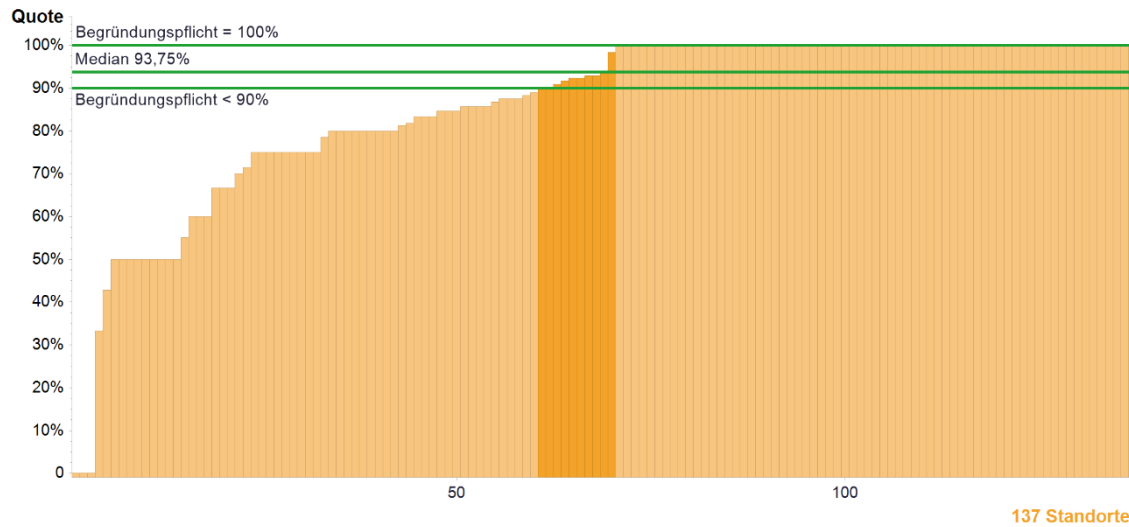
Auch die weiteren Qualitätsindikatoren der Leitlinie für das Vulvakarzinom (Kennzahlen 25-27) sind ab dem Kennzahlenjahr 2017 erstmals verpflichtend zu dokumentieren. In 83 Zentren wurden alle Patientinnen mit Erstdiagnose Vulvakarzinom und T1a oder T1b Tumor lokal in sano reseziert. 15 Zentren hatten im Kennzahlenjahr 2017 eine begründungspflichtig niedrige R0-Rate (<80%) und begründeten dies mit Durchführung kompletter Vulvektomien, Ablehnung der Primär-OP oder der Nachresektion durch die Patientinnen und Durchführung primärer Radiochemotherapien oder symptomatischer Therapie bei Multimorbidität oder hohem Lebensalter. Die Auditoren überprüften mittels Einzelfallanalyse die Plausibilität der Angaben.

* 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.

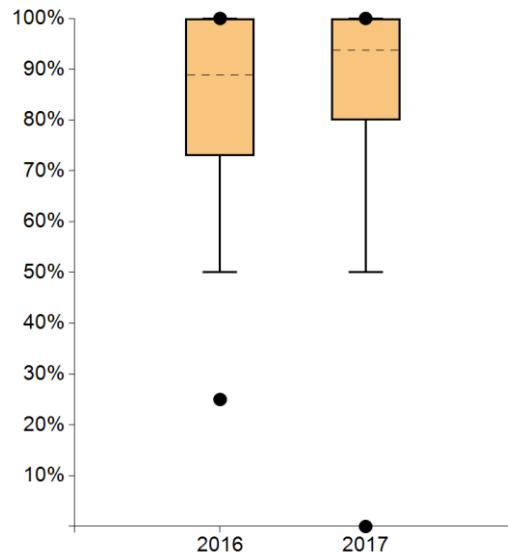
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

26. Durchführung inguinofemorales Staging (LL Vulva QI 6)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen mit operativem Staging der inguinofemorale Lymphknoten	5*	0 - 57	876
Nenner	Patientinnen mit Erstdiagnose Vulvakarzinom \geq pT1b (ohne Basalzellkarzinom u. ohne verruköses Karzinom)	6*	1 - 58	1003
Quote	Begründungspflicht*** <90% und =100%	93,75%	0,00% - 100%	87,34%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
Median	-----	-----	-----	88,89%	93,75%
25. Perzentil	-----	-----	-----	72,92%	80,00%
5. Perzentil	-----	-----	-----	50,00%	50,00%
● Min	-----	-----	-----	25,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
137	98,56%	10	7,30%

Anmerkungen:

Verpflichtende Dokumentation des Qualitätsindikators ab dem Kennzahlenjahr 2017.

60 Zentren hatten eine begründungspflichtig niedrige Rate (<90%) an inguinofemoralem LK-Staging; darunter 33 Zentren mit einer Quote <80%.

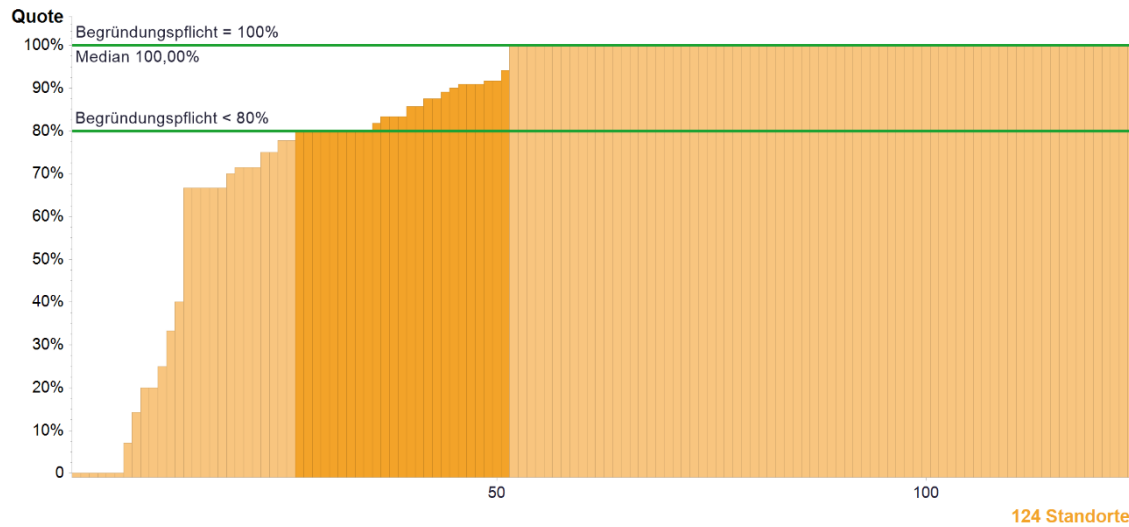
Als Begründung für niedrige Staging-Raten gaben die Zentren an: fortgeschrittenes Alter, Komorbiditäten, Ablehnung des Eingriffs durch die Patientinnen, Verzicht auf lymphonoduläres Staging bei G1-Tumor, geringer Infiltrationstiefe oder prognoseführendem Zweitkarzinom.

* 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.

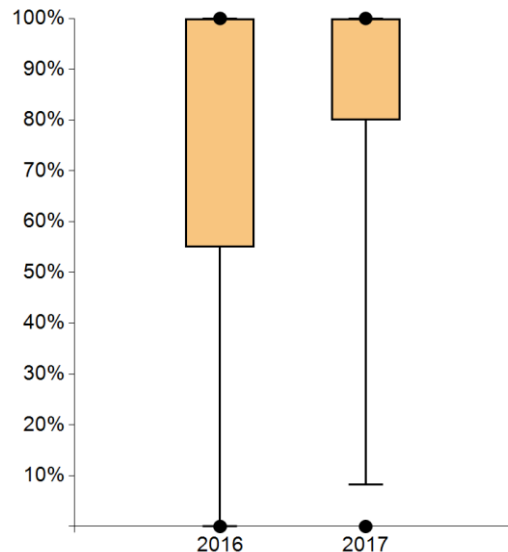
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

27. Sentinel Lymphknoten Biopsie (LL Vulva QI 7)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patientinnen mit bestimmten Merkmalen (Def. siehe Kennzahlenbogen)	3*	0 - 49	559
Nenner	Patientinnen mit Erstdiagnose invasives Vulvakarzinom und Sentinel-Lymphknotenbiopsie	4*	1 - 55	665
Quote	Begründungspflicht*** <80% und =100%	100%	0,00% - 100%	84,06%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	-----	-----	-----	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
75. Perzentil	-----	-----	-----	100%	100%
Median	-----	-----	-----	100%	100%
25. Perzentil	-----	-----	-----	55,00%	80,00%
5. Perzentil	-----	-----	-----	0,00%	8,21%
● Min	-----	-----	-----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
124	89,21%	25	20,16%

Anmerkungen:

Mit dieser Kennzahl soll geprüft werden, ob bei Patientinnen mit Vulvakarzinom, die eine Sentinel-Lymphknotenbiopsie erhalten haben, die in der Leitlinie definierten Voraussetzungen erfüllt sind. Verpflichtende Dokumentation des Qualitätsindikators ab dem Kennzahlenjahr 2017. 26 Zentren hatten im Kennzahlenjahr 2017 eine begründungspflichtig niedrige Rate (<80%). Die Zentren begründeten dies mit bewusster Durchführung einer Sentinel- statt konventioneller LNE (z.B. bei Tumoren >4cm) aufgrund von Komorbidität/ hohen Lebensalters oder auf Wunsch der Patientinnen. Häufig war auch der Prozess des Ultrastagings noch nicht fest etabliert. Die Zentren streben eine Verbesserung über Diskussion in Qualitätszirkeln mit den Pathologen, Schulungen des ärztlichen Personals und Definition interner Standards in SOPs an.

* 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.
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie u. Geburtshilfe e.V.
Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V.
Zertifizierungskommission Gynäkologische Krebszentren
Matthias W. Beckmann, Sprecher Zertifizierungskommission
Christian Dannecker, Sprecher Zertifizierungskommission
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Jumana Mensah, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Christoph Kowalski, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Henning Adam, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Agnes Bischofberger, OnkoZert
Orsolya Penzes, OnkoZert
Julia Ferencz, OnkoZert

Impressum

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

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

Version e-A2-de; Stand 07.10.2019

ISBN: 978-3-946714-92-7



9 783946 714927