



# Kennzahlenauswertung 2023

## Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren

Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2022 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	11
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle Zentrum .....	11
Kennzahl Nr. 1b: Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen .....	12
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung.....	13
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung.....	14
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung.....	15
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst.....	16
Kennzahl Nr. 6: Anteil Studienpat. ....	17
Kennzahl Nr. 7a: Endoskopie Komplikationen - Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1) .....	18
Kennzahl Nr. 7b: Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1) .....	19
Kennzahl Nr. 8: Operative Primärfälle Pankreas .....	20
Kennzahl Nr. 9: Operative Expertise Pankreas gesamt.....	21
Kennzahl Nr. 10: Revisions-OPs Pankreas.....	22
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion.....	23
Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ.....	24
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI) .....	25
Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenentfernung (LL QI) .....	26
Kennzahl Nr. 15: Inhalt Pathologieberichte (LL QI) .....	27
Kennzahl Nr. 16: Adjuvante Chemotherapie (LL QI) .....	28
Kennzahl Nr. 17: Palliative Chemotherapie (LL QI) .....	29
Kennzahl Nr. 18: Primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom (LL QI) .....	30
Kennzahl Nr. 19: Zweitlinientherapie (LL QI) .....	31
Impressum .....	32

## Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 10: Revisions-OP's Pankreas.....	
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion.....	
Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ.....	
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI)	
Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenentfernung (LL QI)	
Kennzahl Nr. 15: Inhalt Pathologieberichte (LL QI)	

### 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.

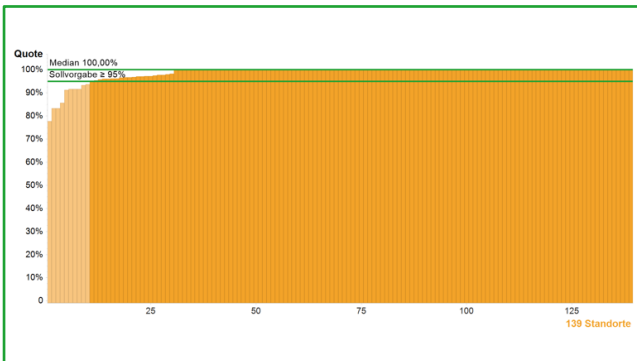
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

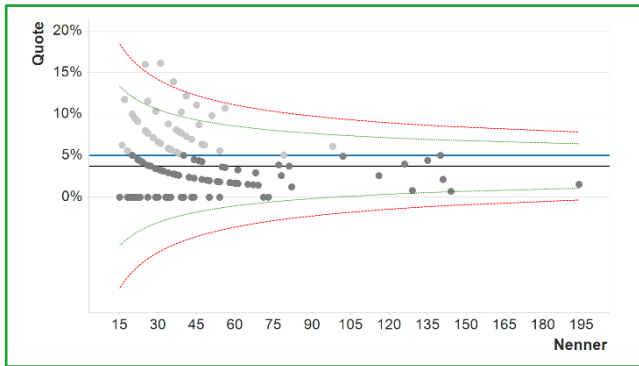
### Diagramm:

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

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	18*	6 - 86	3084
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	18*	6 - 88	3129
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	77,78% - 100%	98,56%**

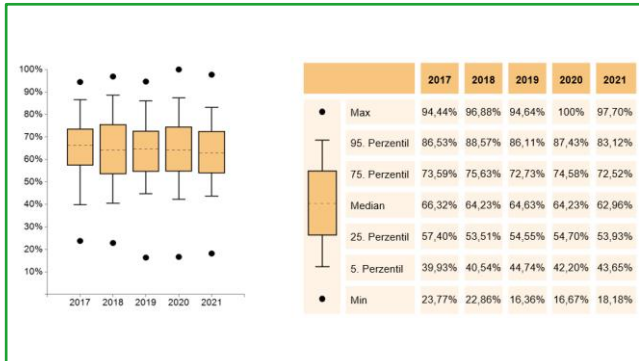


## Allgemeine Informationen



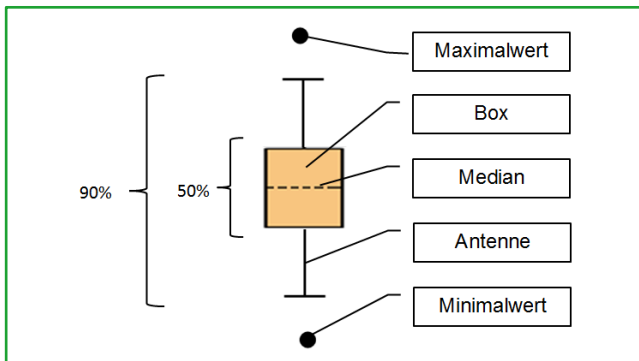
### Funnel Plots:

Die Funnel Plots geben bei den Qualitätsindikatoren, die als Quotient dargestellt werden, das Verhältnis von einbezogenen Pat.zahlen 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 **2017, 2018, 2019, 2020** und **2021** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



### Boxplot:

Ein Boxplot setzt sich aus einer **Box mit Median, Antennen** und **Ausreißern** zusammen. Innerhalb der Box befinden sich 50 Prozent der Zentren. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Zentren. Die Antennen und die Box umfassen einen Bereich/Spannweite von 90 Perzentil. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

## Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2022

	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017
Laufende Verfahren	5	6	5	8	5	10
Zertifizierte Zentren	143	133	124	117	112	98
Zertifizierte Standorte	145	136	127	120	115	100

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	139	131	121	116	106	93
entspricht	95,9%	96,3%	95,3%	96,7%	92,2%	93%
Primärfälle gesamt*	7.189	6.759	6.068	5.683	5.104	4.526
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	52	52	50	49	48	49
Primärfälle pro Standort (Median)*	46	45	49	43	45	44

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

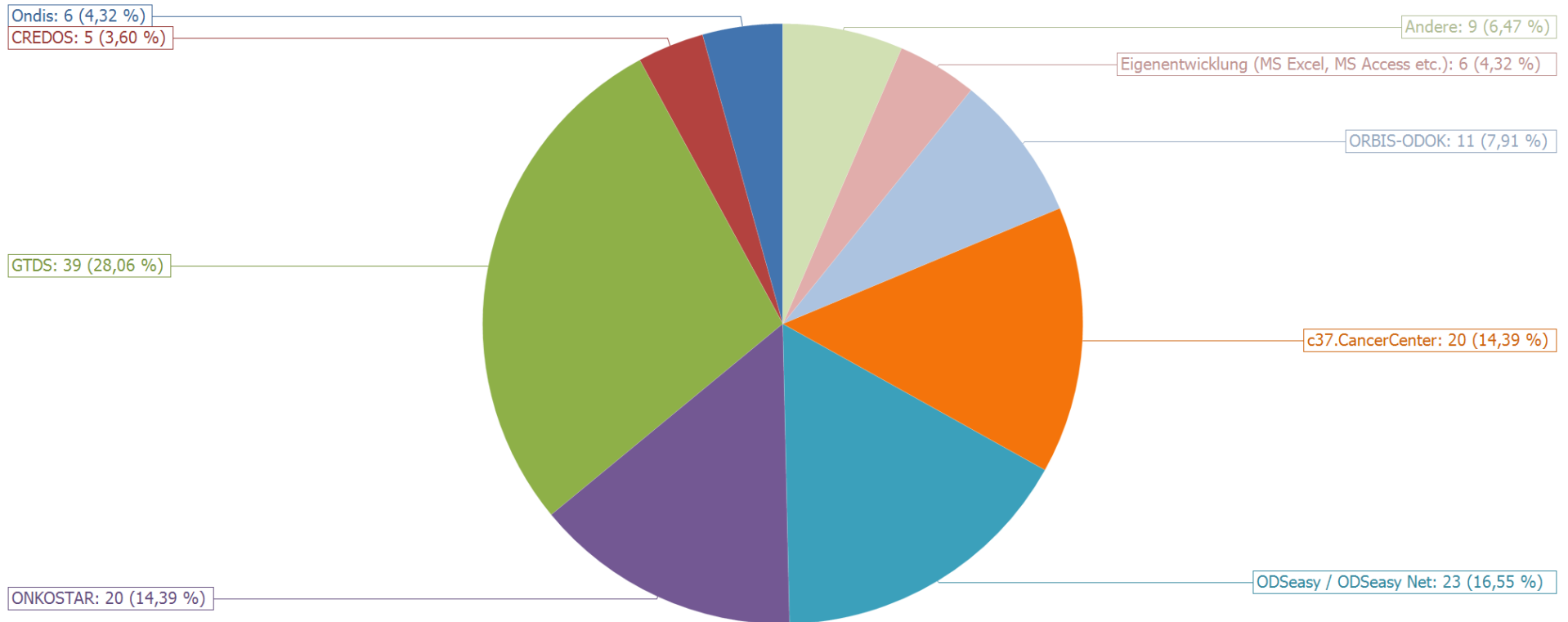
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Pankreaskarzinomzentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 139 der 145 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 4 Standorte, die im Jahr 2022 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). Zudem wurde ein Standort nicht berücksichtigt, bei welchem zum Datenschluss am 31.01.2023 kein freigegebenes Datenblatt vorlag. Ein weiterer Standort hat das Zertifikat im 1. Quartal 2023 ausgesetzt, 2022 wurde daher kein Audit durchgeführt und auch kein Datenblatt eingereicht.

In 144 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 7.372 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) aufgeführt.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2021. Sie stellen für die in 2022 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

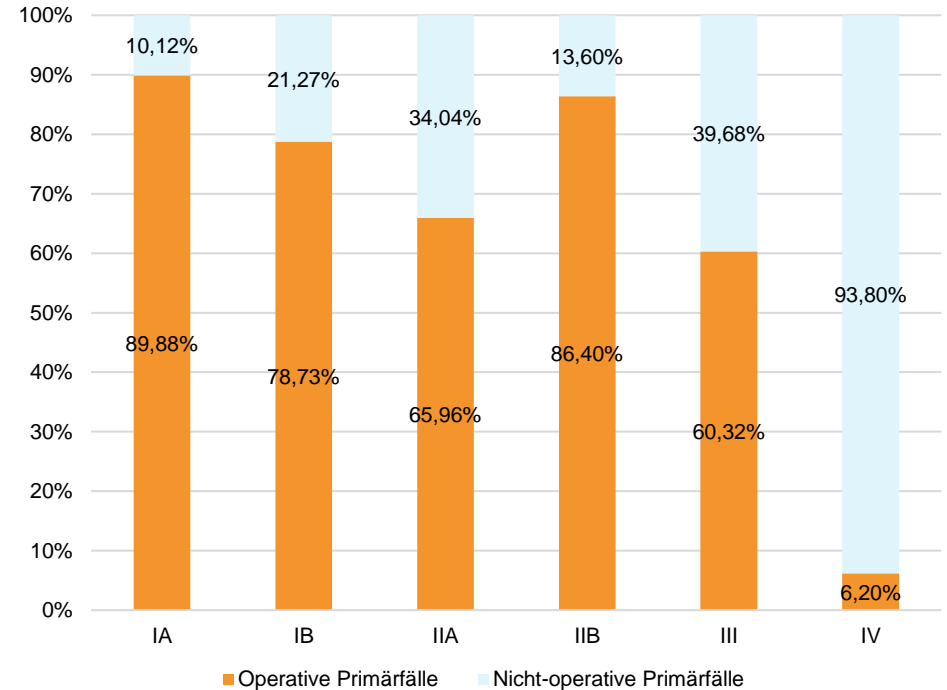
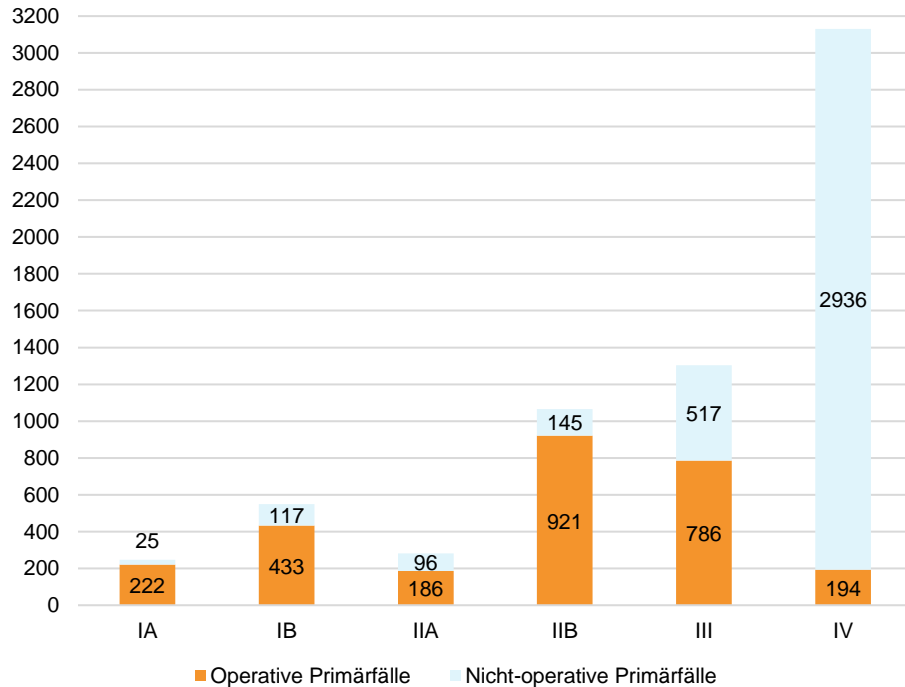
## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



Legende:	
Andere	System in ≤ 3 Standorten genutzt

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

## Basisdaten – Primärfälle Pankreaskarzinom (Karzinome des exokrinen Pankreas)

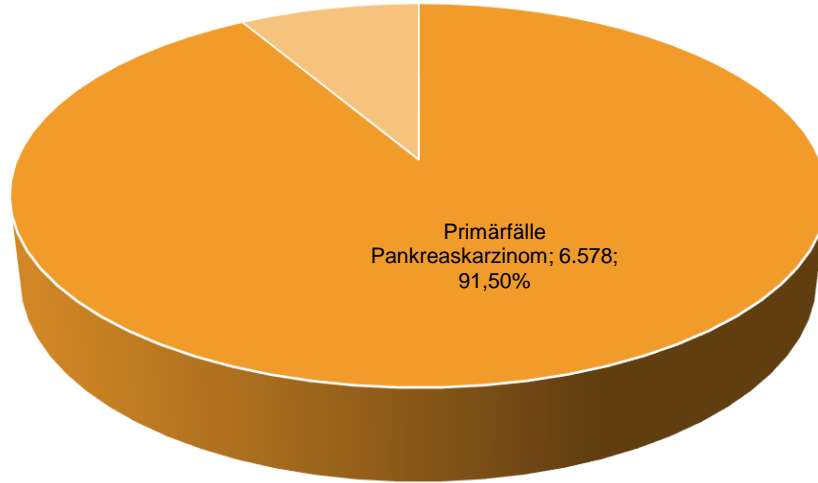


	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
<b>Operative Primärfälle</b>	222 (89,88%)	433 (78,73%)	186 (65,96%)	921 (86,40%)	786 (60,32%)	194 (6,20%)	2.742 (41,68%)
<b>Nicht-operative Primärfälle</b>	25 (10,12%)	117 (21,27%)	96 (34,04%)	145 (13,60%)	517 (39,68%)	2.936 (93,80%)	3.836 (58,32%)
<b>Primärfälle gesamt</b>	247 (100%)	550 (100%)	282 (100%)	1.066 (100%)	1.303 (100%)	3.130 (100%)	6.578 (100%)

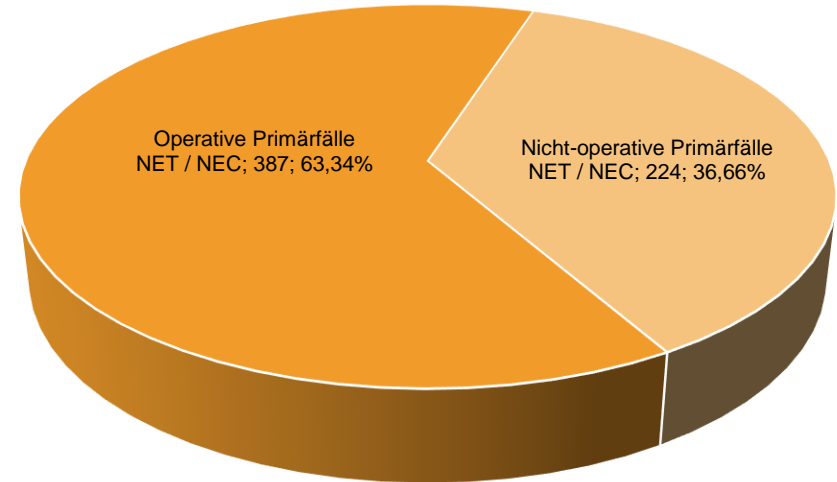


## Basisdaten – Primärfälle Pankreas

Primärfälle NET / NEC des Pankreas  
611; 8,50%



Operative Primärfälle NET / NEC; 387; 63,34%



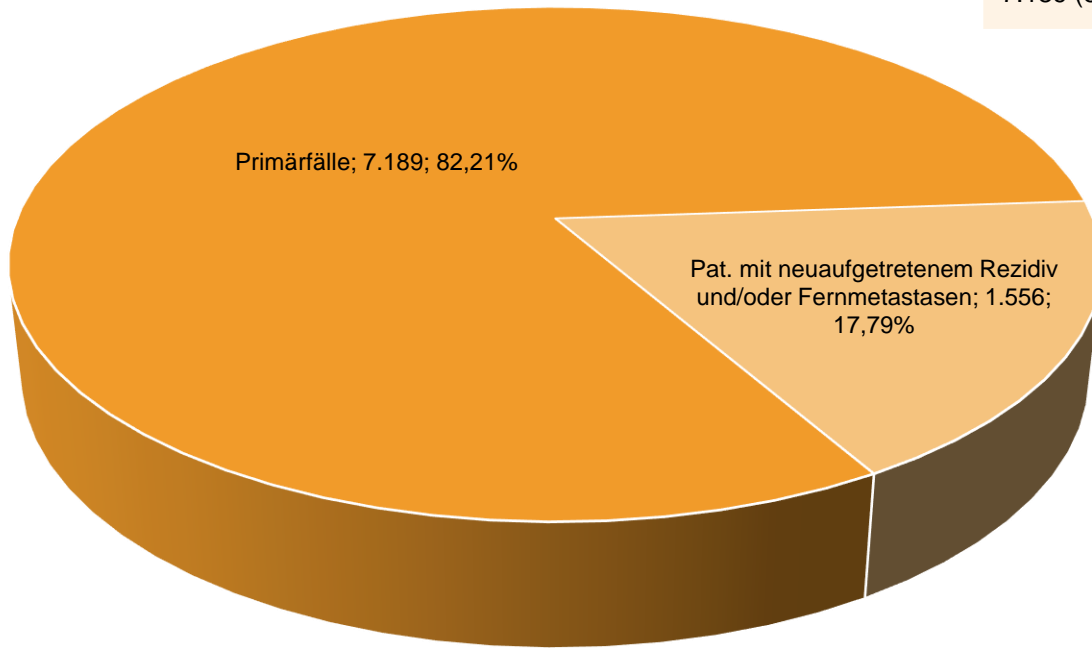
Nicht-operative Primärfälle NET / NEC; 224; 36,66%

Primärfälle Pankreaskarzinom	Primärfälle NET / NEC des Pankreas	Primärfälle gesamt
6.578 (91,50%)	611 (8,50%)	7.189 (100%)

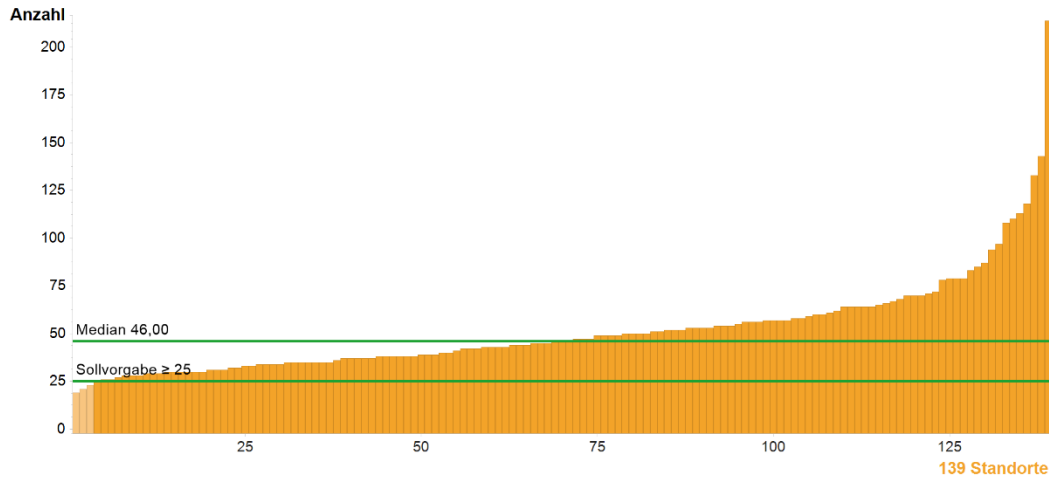
Operative Primärfälle NET / NEC	Nicht-operative Primärfälle NET / NEC	Primärfälle Gesamt NET / NEC
387 (63,34%)	224 (36,66%)	611 (100%)

## Basisdaten – Zentrumsfälle Pankreas

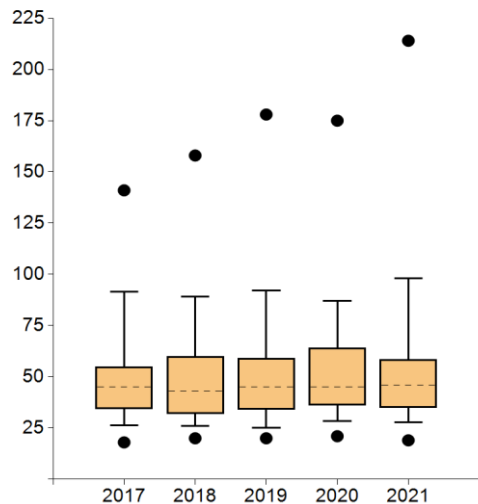
Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
7.189 (82,21%)	1.556 (17,79%)	8.745 (100%)



# 1a. Primärfälle Zentrum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Primärfälle	46	19 - 214	7189
	Sollvorgabe ≥ 25			



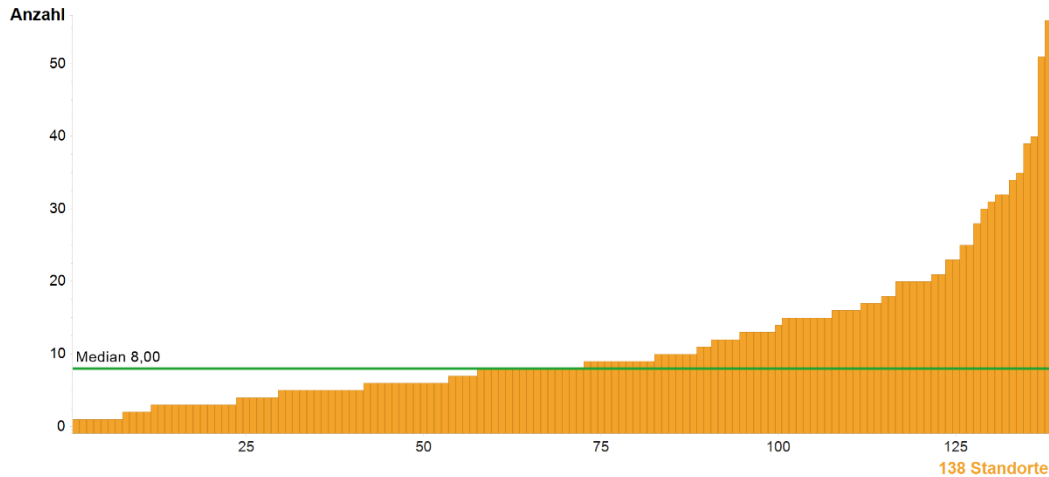
	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	141,00	158,00	178,00	175,00	214,00
95. Perzentil	91,50	89,00	92,00	87,00	98,10
75. Perzentil	55,00	60,00	59,00	64,00	58,50
Median	45,00	43,00	45,00	45,00	46,00
25. Perzentil	34,25	32,00	34,00	36,00	35,00
5. Perzentil	26,25	26,00	25,00	28,50	27,90
● Min	18,00	20,00	20,00	21,00	19,00

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

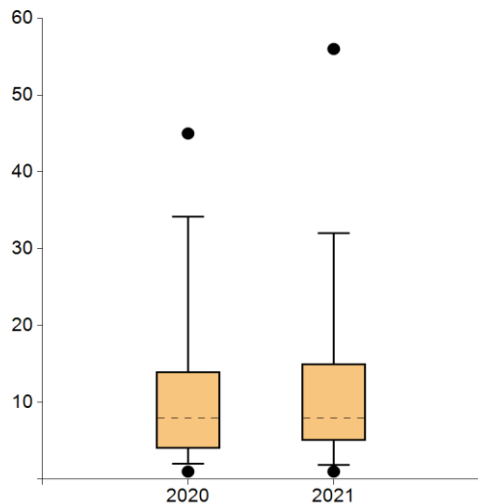
**Anmerkungen:**

2021 wurden in allen Pankreaskarzinomzentren erstmals >7.000 und in den deutschen Zentren knapp 6.800 Primärfälle behandelt. Auf die Inzidenz der Neuerkrankungen in D 2019 bezogen (19.685 Neuerkrankungen C25; Quelle: RKI) wurden 34,5% aller Pat. mit Erstdiagnose eines Pankreas-Ca in einem zertifizierten Zentrum behandelt. 3 Zentren (Vorjahr 2) haben <25 Primärfälle behandelt u. erklärten dies u.a. mit reduzierten Betten-/OP-Kapazitäten aufgrund von Covid. In 2 Zentren hatte das Unterschreiten keinen Einfluss auf das Zertifikat; bei einem Zentrum wurde das Zertifikat nur mit reduzierter Gültigkeit verlängert.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	8	1 - 56	1556
	Keine Sollvorgabe			



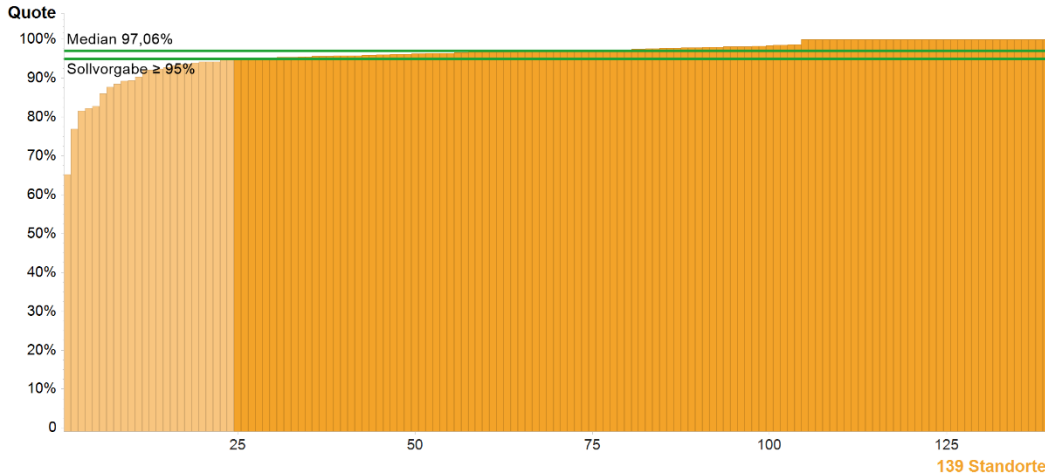
	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	-----	-----	-----	45,00	56,00
95. Perzentil	-----	-----	-----	34,20	32,00
75. Perzentil	-----	-----	-----	14,00	15,00
Median	-----	-----	-----	8,00	8,00
25. Perzentil	-----	-----	-----	4,00	5,00
5. Perzentil	-----	-----	-----	2,00	1,85
● Min	-----	-----	-----	1,00	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
138	99,28%	-----	-----

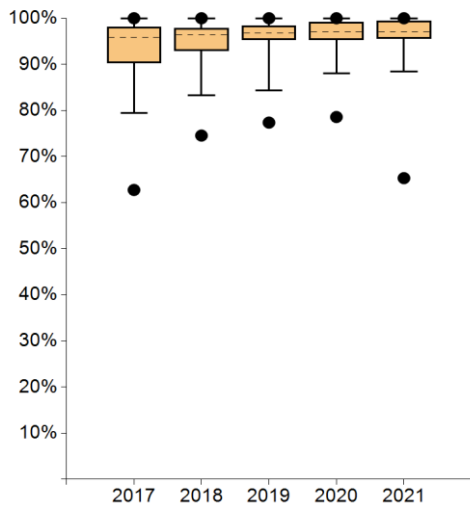
### Anmerkungen:

Die Anzahl der Pat. mit neuauftretendem Rezidiv u./o. Fernmetastasen wird seit 2020 erfasst. Im zweiten Jahr der Erhebung liegen die Fallzahlen über die gesamte Spannweite auf Vorjahresniveau. Im Median behandelte jedes Pankreaskarzinomzentrum 8 dieser Pat. im Kennzahlenjahr 2021.

## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit einem Pankreaskarzinom, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	44*	19 - 211	6910
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	46*	19 - 214	7189
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 95%	97,06%	65,31% - 100%	96,12%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,16%	97,88%	98,31%	99,09%	99,37%
Median	95,88%	96,43%	96,72%	97,01%	97,06%
25. Perzentil	90,34%	92,92%	95,31%	95,35%	95,59%
5. Perzentil	79,38%	83,33%	84,38%	88,06%	88,49%
● Min	62,75%	74,55%	77,36%	78,57%	65,31%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	115	82,73%

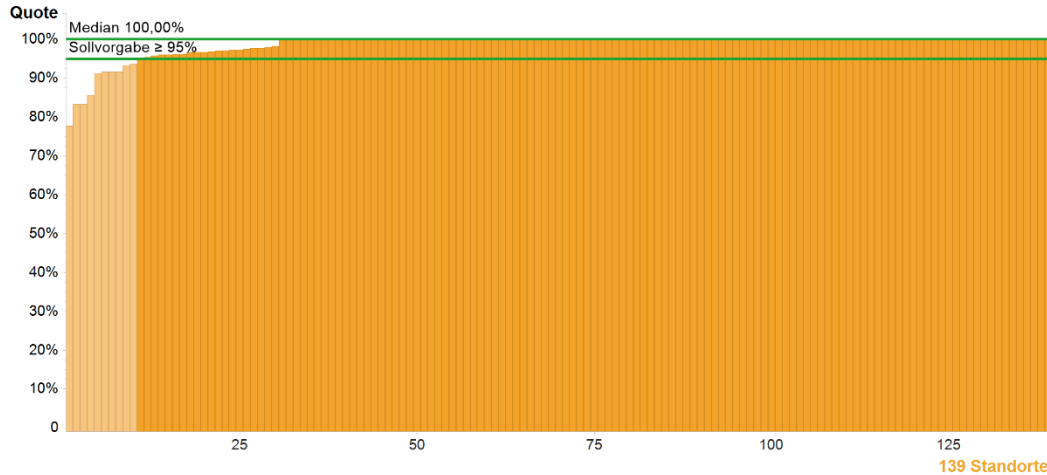
### Anmerkungen:

Die prätherapeutische Vorstellungsrates entwickelt sich seit Jahren positiv. Der Anteil der Zentren mit Erfüllung der Sollvorgabe ist von 54,7% (2017) auf 82,7% angestiegen. 24 Zentren (Vorjahr 26) haben die Sollvorgabe unterschritten u. dies u.a. mit einer direkten OP-Zuweisung (9x), dringlicher OP/ Notfall OP (6x), palliativen Behandlungskonzepten und der Ablehnung von interventionellen Therapien durch Pat. (7x) begründet. Darüber hinaus wurde in Einzelfällen von Versäumnissen berichtet (7x). Die FE haben in den Audits zahlreiche Hinweise sowie (bei niedrigen Vorstellungsrates im gesamten VZ) 1 Abweichung ausgesprochen.

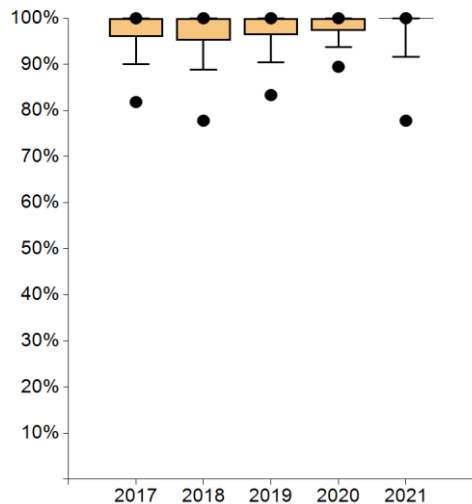
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

### 3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	18*	6 - 86	3084
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	18*	6 - 88	3129
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	77,78% - 100%	98,56%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	95,94%	95,20%	96,36%	97,29%	100%
5. Perzentil	90,00%	88,89%	90,48%	93,73%	91,67%
● Min	81,82%	77,78%	83,33%	89,47%	77,78%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	129	92,81%

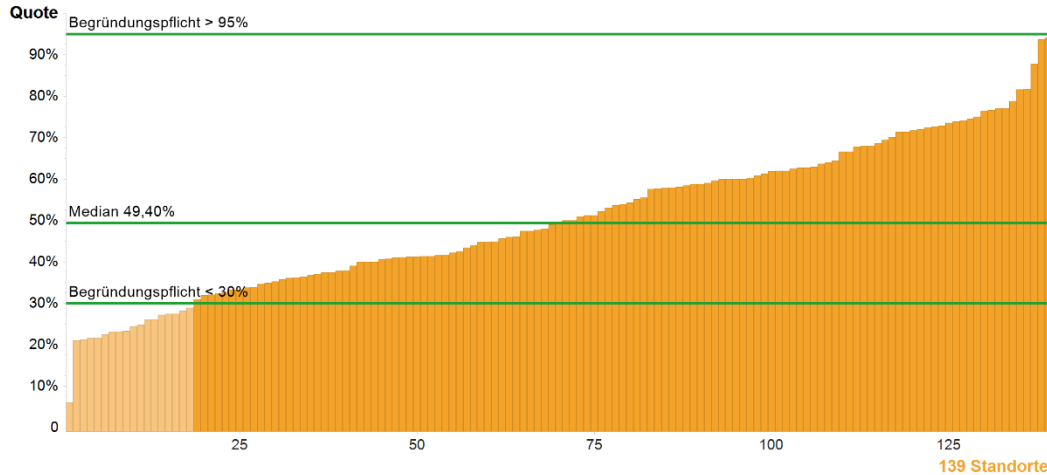
**Anmerkungen:**

Auch diese Kennzahl weist einen hohen Erfüllungsgrad durch die Zentren auf. Der Anteil der Zentren mit einer Vorstellungsrate ≥95% ist in den letzten 5 Jahren kontinuierlich von <80% auf knapp 93% angestiegen. 109 Zentren (= 78,4%) haben ausnahmslos alle operativen PF nach Resektion in der Tumorkonferenz vorgestellt. 10 Zentren haben die Sollvorgabe nicht erfüllt und allesamt in den Audits auf den Verzicht auf eine Tumorkonferenzvorstellung bei postoperativ verstorbenen Pat. verwiesen.

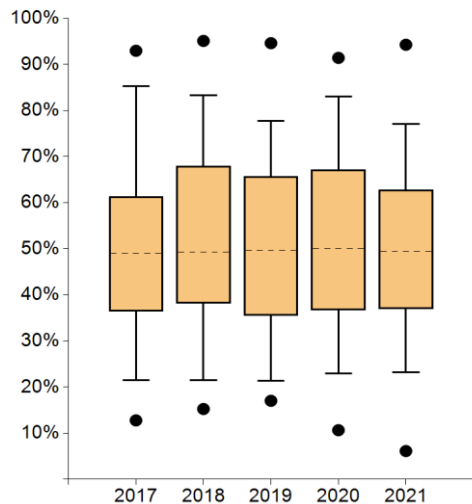
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	27*	3 - 101	4158
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	55*	25 - 229	8745
Quote	Begründungspflicht*** <30% und >95%	49,40%	6,12% - 94,25%	47,55%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	92,94%	95,08%	94,59%	91,40%	94,25%
● 95. Perzentil	85,32%	83,29%	77,78%	82,99%	77,09%
● 75. Perzentil	61,25%	67,97%	65,71%	67,12%	62,73%
● Median	48,98%	49,24%	49,66%	50,00%	49,40%
● 25. Perzentil	36,47%	38,19%	35,48%	36,76%	36,99%
● 5. Perzentil	21,52%	21,51%	21,31%	22,92%	23,23%
● Min	12,77%	15,24%	17,02%	10,64%	6,12%

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

### Anmerkungen:

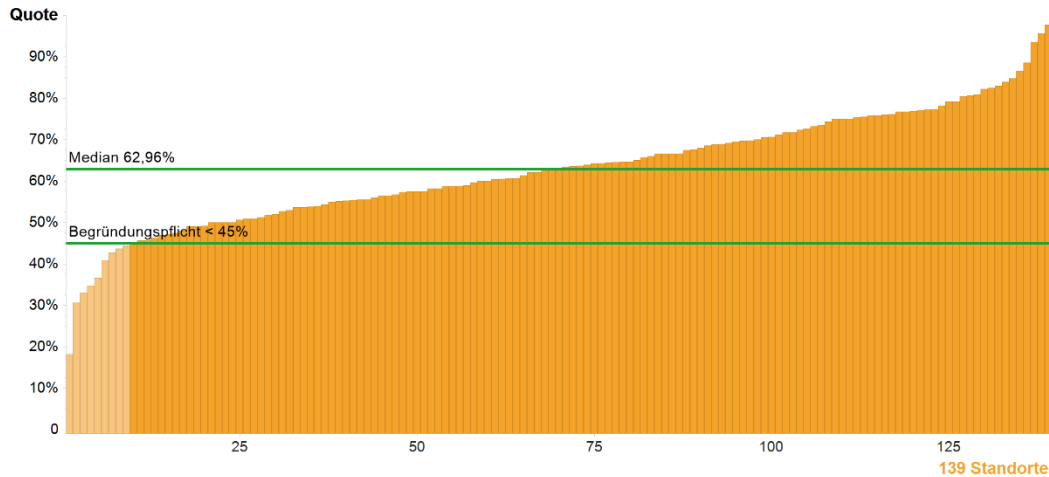
Der Median der psychoonkolog. Betreuungsrate liegt seit Jahren bei 50%. 18 Zentren (2020: 19) waren mit einer Quote von <30% begründungspflichtig und haben darauf verwiesen, dass Pat. trotz überschwelliger Belastung im Screening keine Beratung gewünscht hätten (7x) bzw. die Gesprächsdauer individuell angepasst wurde und daher <25 Min. war (2x). 4 Zentren haben die Betreuungsquote mit coronabedingten Einschränkungen in Hinblick auf Zugang und Inanspruchnahme begründet. Ein Zentrum hat als mögl. Ursache der niedrigen Quote ein zu kompliziertes Screeningverfahren identifiziert und den Zugang zur Psychoonkologie überarbeitet.

\* 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.

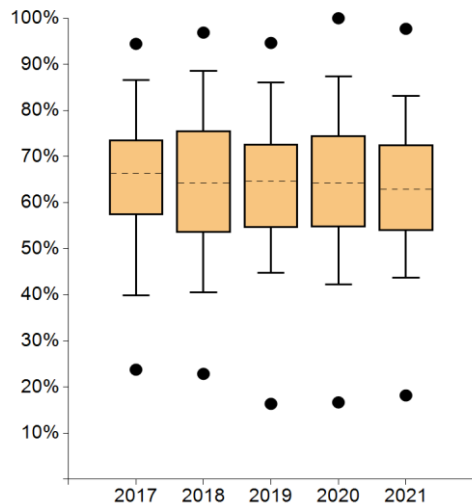
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die durch den Sozialdienst beraten wurden	34*	12 - 123	5421
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	55*	25 - 229	8745
Quote	Begründungspflicht*** <45%	62,96%	18,18% - 97,70%	61,99%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	94,44%	96,88%	94,64%	100%	97,70%
95. Perzentil	86,53%	88,57%	86,11%	87,43%	83,12%
75. Perzentil	73,59%	75,63%	72,73%	74,58%	72,52%
Median	66,32%	64,23%	64,63%	64,23%	62,96%
25. Perzentil	57,40%	53,51%	54,55%	54,70%	53,93%
5. Perzentil	39,93%	40,54%	44,74%	42,20%	43,65%
● Min	23,77%	22,86%	16,36%	16,67%	18,18%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	130	93,53%

### Anmerkungen:

Die Beratungsquote durch den Sozialdienst weist 2021 im Vergleich zu den Vorjahren keine wesentliche Veränderung auf und liegt nur diskret unter den letzten Vorjahreswerten. 9 Zentren waren mit einer Quote <45% begründungspflichtig, davon 5 aus dem deutschsprachigen Ausland, wo die Sozialberatung durch andere Berufsgruppen erfolgt. 1 Zentrum hat auf personelle Engpässe im zweiten Coronajahr verwiesen. 2 Zentren haben eine unterdurchschnittliche Betreuung von Pat. mit konservativem Behandlungskonzept u./o. Progredienz bzw. Rezidiv identifiziert und dies in Qualitätszyklen thematisiert.

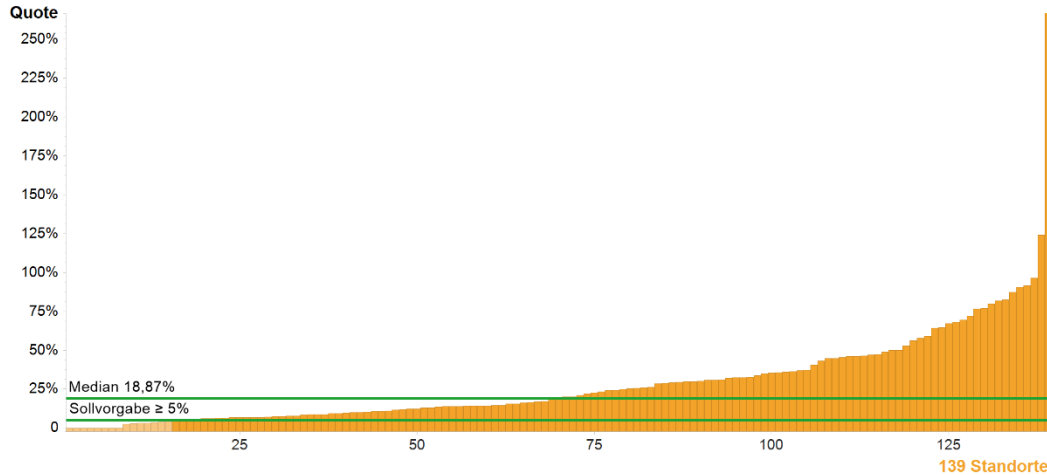
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

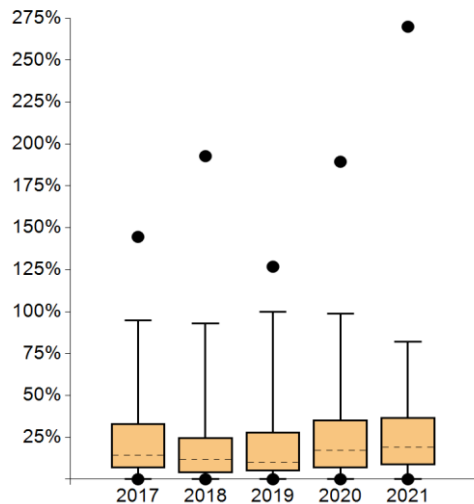
\*\*\* Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.



## 6. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie eingebracht wurden	10*	0 - 386	2554
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	46*	19 - 214	7189
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 5%	18,87%	0,00% - 269,93%	35,53%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	144,57%	192,73%	126,79%	189,39%	269,93%
95. Perzentil	94,87%	92,97%	100%	98,75%	81,87%
75. Perzentil	33,20%	24,72%	28,21%	35,37%	37,03%
Median	14,29%	11,65%	9,84%	17,24%	18,87%
25. Perzentil	6,71%	3,81%	5,00%	6,67%	8,57%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	124	89,21%

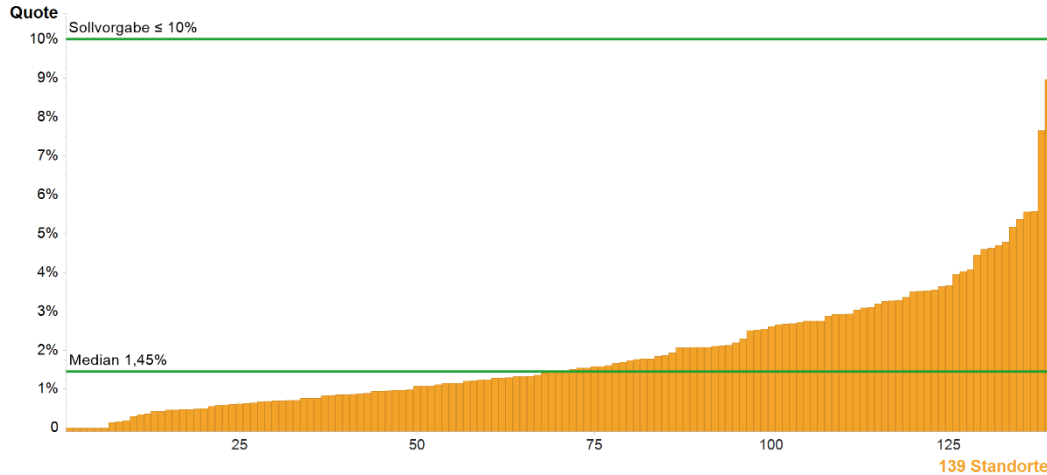
### Anmerkungen:

Die Studienquote hat sich in den letzten Jahren positiv entwickelt; besonders in den letzten 3 Jahren weisen Median, 25./75.-Perzentile u. der Anteil der Zentren mit Erfüllung der Sollvorgabe einen z.T. deutlichen Anstieg auf. 15 Zentren (Vorjahr 24) hatten 2021 eine Studienquote  $<$ 5%; die Zahl der Zentren ohne Pat.-Einschluss lag wie im Vorjahr bei 8. Die Zentren haben mehrheitlich Schwierigkeiten bei der Studienakquise angeführt, aber auch Strukturschwächen bei der Einbindung von ambulanten Pat. für niedrige Studienquoten ausgemacht (2x). In einem Audit wurde aufgrund einer wiederholt zu niedrigen Studienquote durch die FE eine Abweichung ausgesprochen.

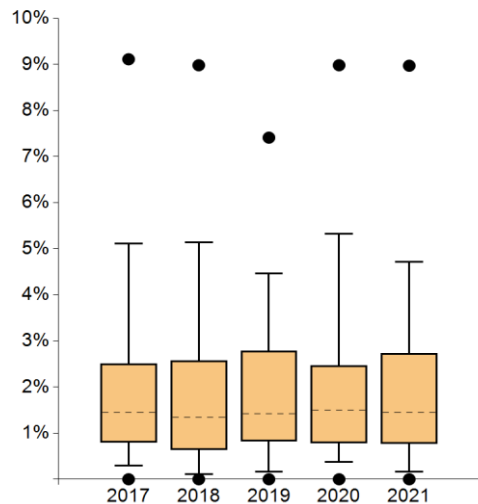
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	5*	0 - 56	1126
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	365*	113 - 1429	59113
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,45%	0,00% - 8,97%	1,90%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	9,11%	8,98%	7,41%	8,98%	8,97%
95. Perzentil	5,11%	5,14%	4,46%	5,33%	4,72%
75. Perzentil	2,50%	2,58%	2,78%	2,47%	2,73%
Median	1,45%	1,34%	1,42%	1,50%	1,45%
25. Perzentil	0,80%	0,64%	0,82%	0,79%	0,77%
5. Perzentil	0,30%	0,11%	0,16%	0,38%	0,17%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

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

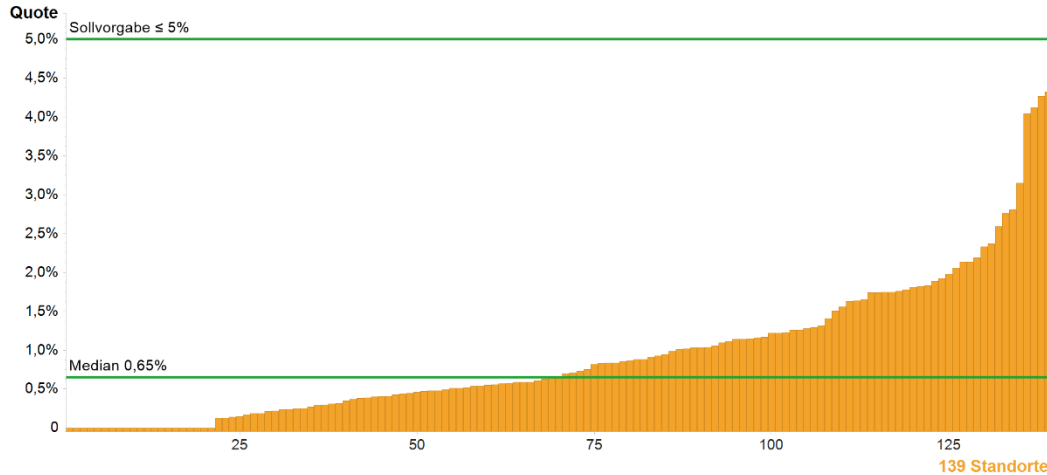
### Anmerkungen:

Die Rate der postinterventionellen Pankreatitiden ist seit Jahren konstant auf niedrigem Niveau. Seit Anpassung des Nenners auf die Anzahl aller durchgeführten ERCPs im KeZa-Jahr 2016 haben alle Zentren die Sollvorgabe von ≤10% erfüllt. In 48 Zentren (= 34,5%) trat 2021 in weniger als 1% aller ERCPs eine postinterventionelle Pankreatitis auf.

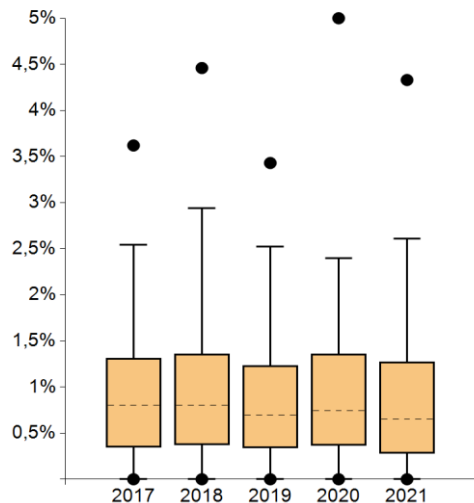
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	3*	0 - 31	586
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	365*	113 - 1429	59113
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,65%	0,00% - 4,33%	0,99%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	3,62%	4,46%	3,43%	5,00%	4,33%
95. Perzentil	2,55%	2,94%	2,52%	2,40%	2,61%
75. Perzentil	1,32%	1,36%	1,23%	1,36%	1,27%
Median	0,80%	0,80%	0,70%	0,74%	0,65%
25. Perzentil	0,35%	0,37%	0,34%	0,37%	0,28%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

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

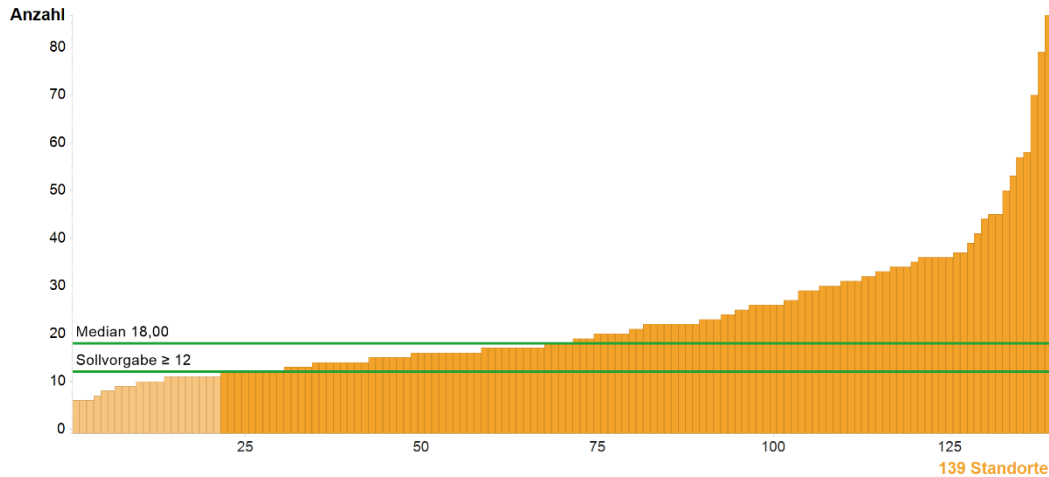
### Anmerkungen:

Auch die Kennzahl für postinterventionelle Blutungen und Perforationen ist seit Jahren auf niedrigem Niveau stabil. Wie in den Vorjahren 2016-2020 haben auch 2021 alle Zentren die Sollvorgabe von ≤5% erfüllt.

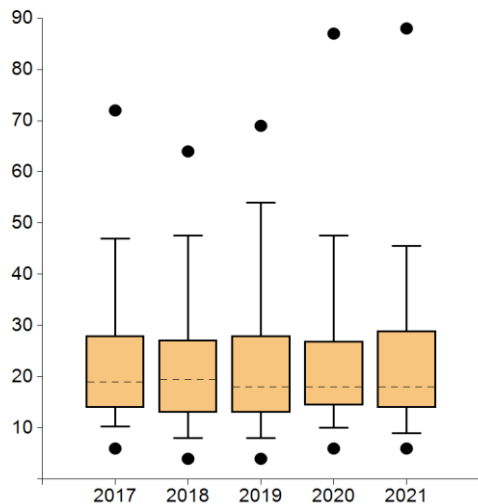
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (Def. 5.2.4)	18	6 - 88	3129
	Sollvorgabe $\geq 12$			



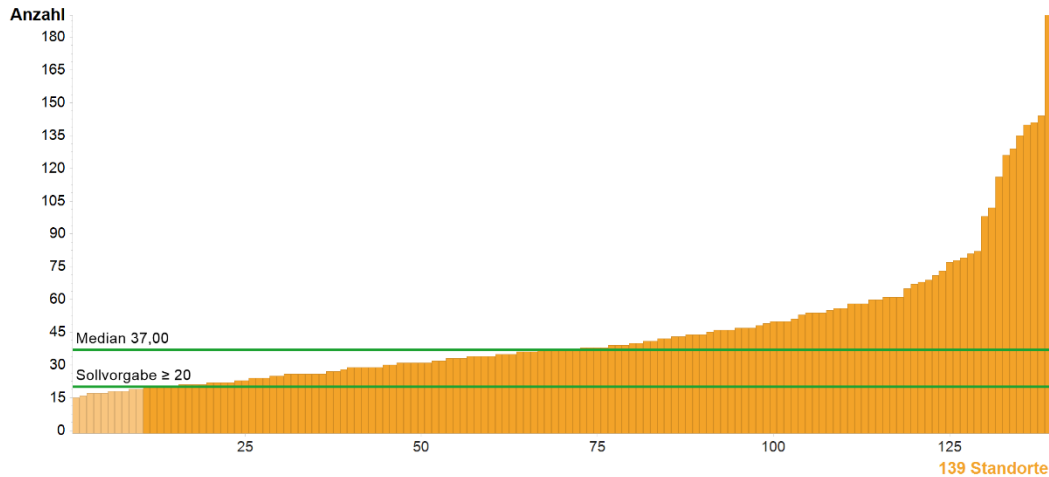
	2017	2021	2018	2019	2020	2021
● Max	72,00	64,00	69,00	87,00	88,00	
95. Perzentil	47,00	47,50	54,00	47,50	45,50	
75. Perzentil	28,00	27,25	28,00	27,00	29,00	
Median	19,00	19,50	18,00	18,00	18,00	
25. Perzentil	14,00	13,00	13,00	14,50	14,00	
5. Perzentil	10,25	8,00	8,00	10,00	9,00	
● Min	6,00	4,00	4,00	6,00	6,00	

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	118	84,89%

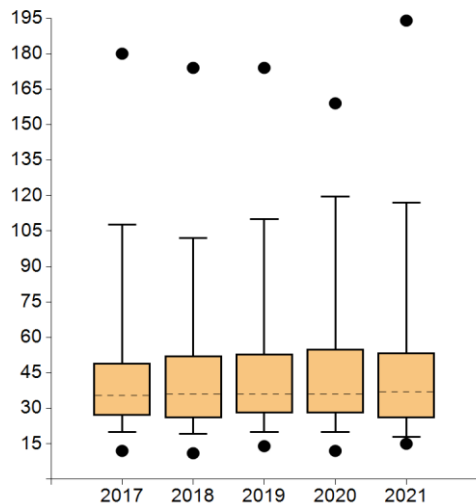
**Anmerkungen:**

2021 wurden in den zertifizierten Pankreaskarzinomzentren in D bei Primärfällen 2.976 Pankreasresektionen durchgeführt; das entspricht 54,8% aller Karzinom-bedingter Resektionen (5.247, Quelle: Destatis). 21 Zentren (Vorjahr 10) haben <12 Resektionen durchgeführt. Die Zentren haben im zweiten Corona-Jahr hier u.a. einen Zusammenhang mit insgesamt niedrigeren Primärfallzahlen (7 Nennungen), der Zunahme inoperabler Stadien (5x) und strukturellen Einschnitten (3x) gesehen. Weitere Zentren verwiesen auf Resektionen bei anderen Malignomen und das Unterschreiten der Vorgabe um 1 OP bei zuvor erfüllter Sollvorgabe.

## 9. Operative Expertise Pankreas gesamt



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie, OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25)	37	15 - 194	6295
	Sollvorgabe ≥ 20			



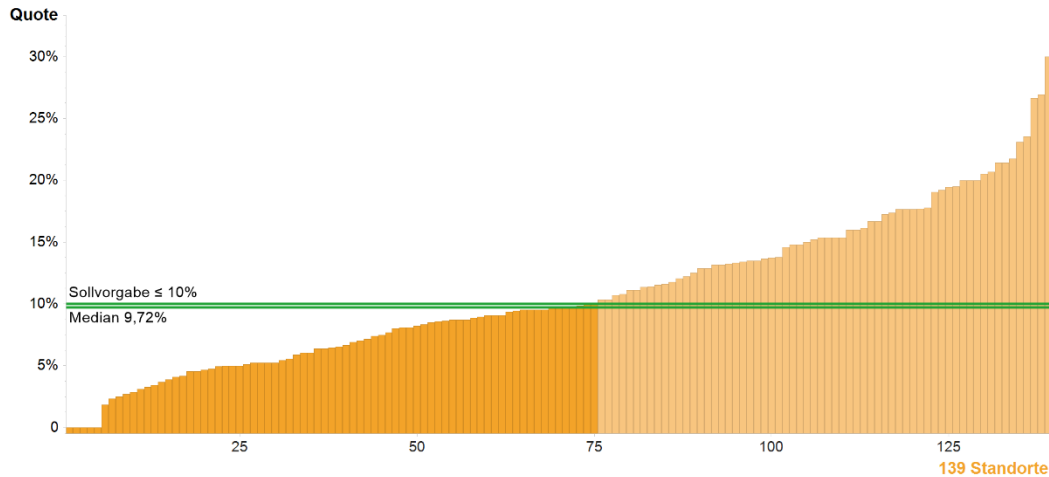
	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	180,00	174,00	174,00	159,00	194,00
95. Perzentil	107,75	102,00	110,00	119,50	117,00
75. Perzentil	49,00	52,25	53,00	55,00	53,50
Median	35,50	36,00	36,00	36,00	37,00
25. Perzentil	27,00	26,00	28,00	28,00	26,00
5. Perzentil	20,00	19,25	20,00	20,00	18,00
● Min	12,00	11,00	14,00	12,00	15,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	129	92,81%

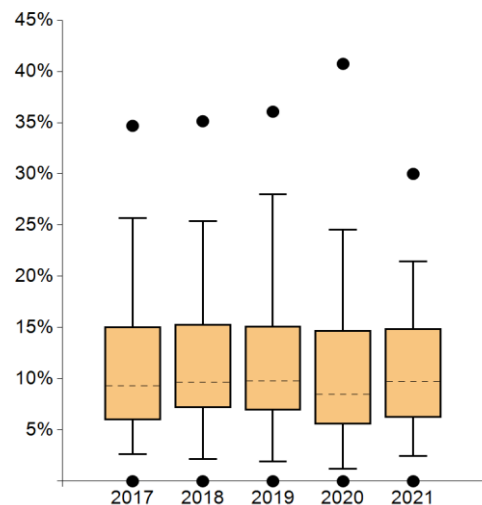
### Anmerkungen:

Die Zahl der Zentren mit <20 Pankreasresektionen ist im Vgl. zum Vorjahr von 4 auf 10 angestiegen. 9 Zentren haben auch die Sollvorgabe von 12 Resektionen bei ICD-10 C25 unterschritten. Während 8 Zentren zuvor ausreichende Resektionszahlen aufwiesen, waren 2 Zentren mit 15 bzw. 19 Resektionen bereits im Vorjahr auffällig. Aufgrund des Unterschreitens der Mindestmengen für die KeZa 8 u. 9 im aktuellen KeZa-Jahr wurde bei unauffälligem 3-Jahresdurchschnitt ein Zertifikat nur mit reduzierter Gültigkeit verlängert.

## 10. Revisions-OPs Pankreas



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP	4*	0 - 27	697
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	37*	15 - 194	6295
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,72%	0,00% - 30,00%	11,07%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	34,69%	35,14%	36,07%	40,74%	30,00%
95. Perzentil	25,70%	25,37%	28,00%	24,57%	21,43%
75. Perzentil	15,11%	15,31%	15,15%	14,73%	14,91%
Median	9,31%	9,65%	9,76%	8,45%	9,72%
25. Perzentil	5,97%	7,14%	6,90%	5,54%	6,22%
5. Perzentil	2,62%	2,15%	1,92%	1,23%	2,48%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	75	53,96%

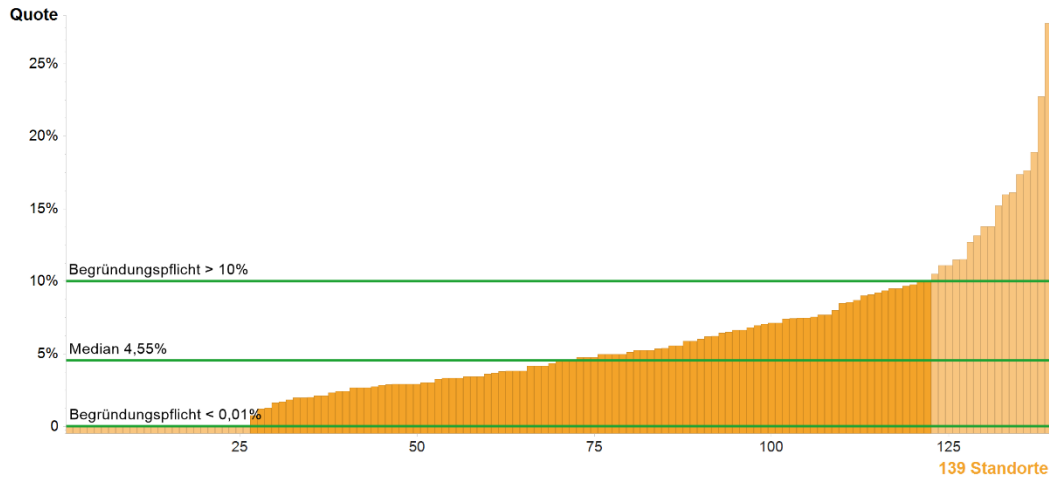
### Anmerkungen:

Nach einem Rückgang der Revisionsrate 2020 sind Median und Gesamtquote wieder auf das Niveau der Vorjahre angestiegen. Die häufigsten Gründe für Revisionen waren Anastomosensuffizienzen u. Blutungen, gefolgt von Ischämien u. Fasziendehiszenzen/Platzbauch. Zum Ausschluss von systematischen Fehlern führten die Zentren Einzelfallanalysen in M&M-Konferenzen durch, reagierten indikationsbezogen mit Modifikationen der OP-Technik (z.B. Nahttechnik, Prüfung der Durchblutung) bzw. des perioperativen Managements (Therapie mit Somatostatin-Analoga) oder führten Hospitationen durch.

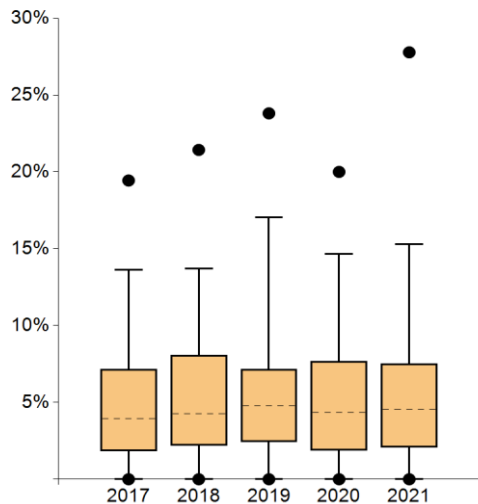
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

# 11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach OP und Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	2*	0 - 16	340
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	37*	15 - 194	6295
Quote	Begründungspflicht*** <0,01% und >10%	4,55%	0,00% - 27,78%	5,40%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	19,44%	21,43%	23,81%	20,00%	27,78%
95. Perzentil	13,64%	13,72%	17,05%	14,65%	15,30%
75. Perzentil	7,14%	8,09%	7,14%	7,69%	7,50%
Median	3,93%	4,26%	4,76%	4,35%	4,55%
25. Perzentil	1,85%	2,19%	2,44%	1,89%	2,09%
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	%
139	100,00%	96	69,06%

**Anmerkungen:**

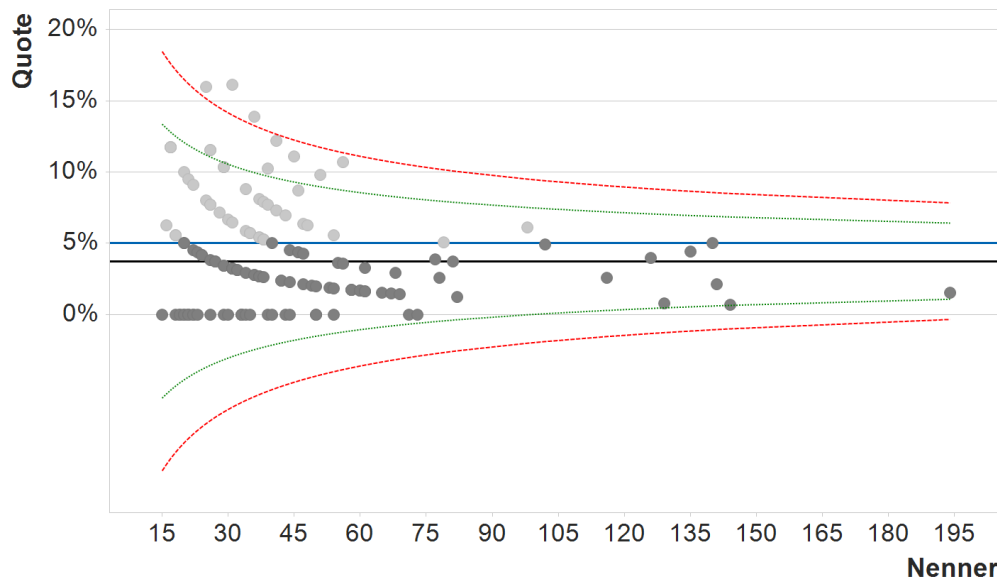
Die Rate der postoperativen Wundinfekte liegt auf dem Niveau der Vorjahre. Mit 26 Zentren verzeichneten 2 Zentren mehr als im Vorjahr keinen Wundinfekt nach Resektion, 17 Zentren (+1) wiesen eine begründungspflichtige Infektionsrate  $\geq 10\%$  auf. Dabei wurden als Gründe für Wundinfekte am häufigsten Revisionseingriffe genannt (7x), aber auch prädisponierende Faktoren wie Adipositas (3x), Diabetes oder therapeutische Antikoagulation.

\* 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.

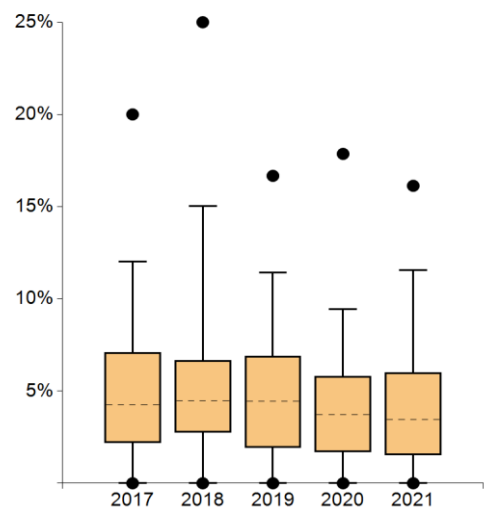
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 12. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners, bei denen Pat. innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	1*	0 - 7	236
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	37*	15 - 194	6295
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	3,45%	0,00% - 16,13%	3,75%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	20,00%	25,00%	16,67%	17,86%	16,13%
95. Perzentil	12,03%	15,03%	11,43%	9,45%	11,56%
75. Perzentil	7,08%	6,67%	6,90%	5,80%	6,00%
Median	4,23%	4,47%	4,44%	3,70%	3,45%
25. Perzentil	2,18%	2,77%	1,92%	1,71%	1,55%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	93	66,91%

### Anmerkungen:

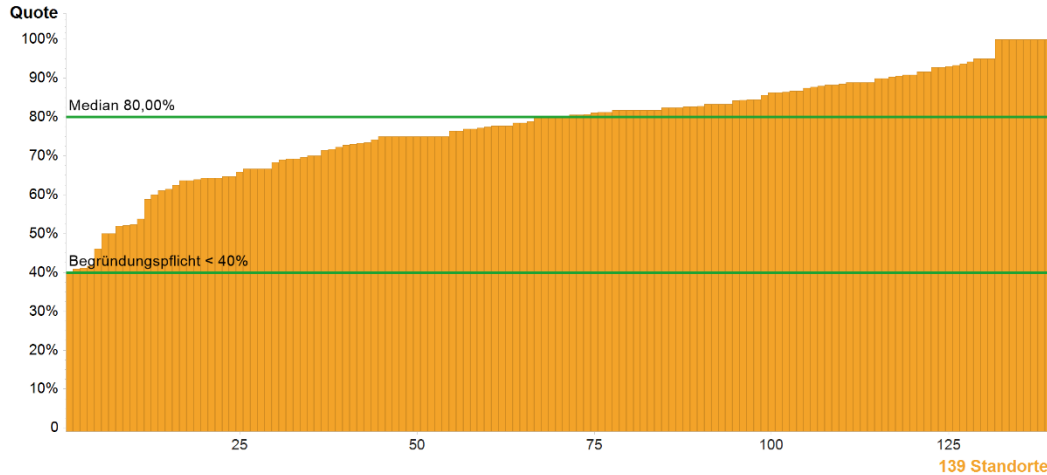
Sowohl Median als auch Gesamtquote sind mit 3,5% bzw. 3,8% im Vergleich zum Vorjahr weiter rückläufig und liegen deutlich unter der mit 8,9% durch Destatis ermittelten Mortalitätsrate aller in D in 2019 durchgeführten Pankreasresektionen. 46 Zentren (Vorjahr 44) haben die Sollvorgabe von ≤5% nicht erfüllt. In den Einzelfallanalysen wurde am häufigsten Blutungen (21x), gefolgt von Leberversagen (12x), sowie kardiopulmonalen Komplikationen (jeweils 11x) als Todesursache identifiziert. Die Todesfälle wurden in der Regel in M&M-Konferenzen aufgearbeitet. In den Audits wurden durch die FE zahlreiche Hinweise ausgesprochen, eine Abweichung wurde nicht erteilt.

\* 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.

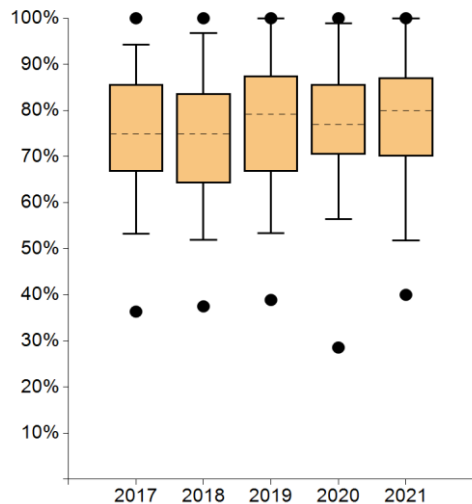
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.



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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	14*	4 - 66	2441
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	18*	6 - 88	3129
Quote	Begründungspflicht*** <40%	80,00%	40,00% - 100%	78,01%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	94,27%	96,74%	100%	98,87%	100%
75. Perzentil	85,71%	83,61%	87,50%	85,71%	87,09%
Median	75,00%	75,00%	79,17%	76,92%	80,00%
25. Perzentil	66,67%	64,22%	66,67%	70,48%	70,00%
5. Perzentil	53,26%	51,97%	53,33%	56,39%	51,80%
● Min	36,36%	37,50%	38,89%	28,57%	40,00%

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

**Anmerkungen:**

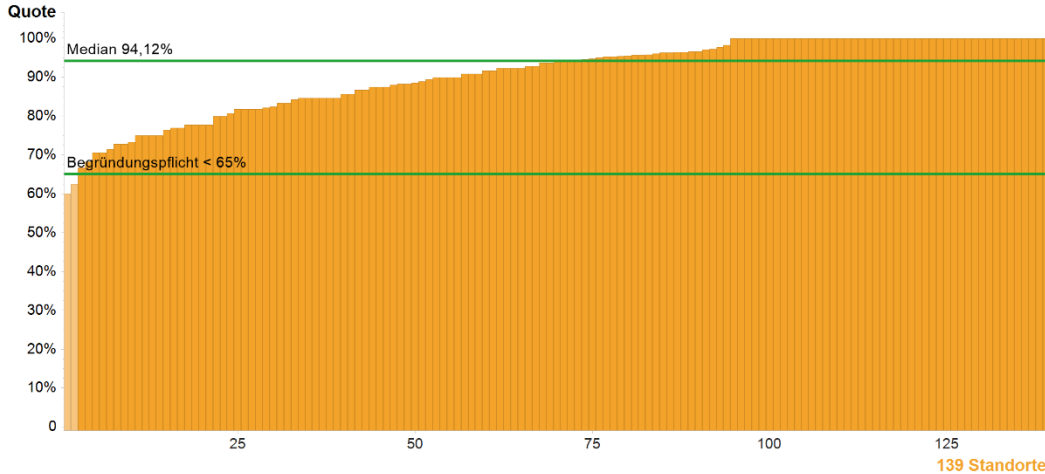
Die R0-Resektionsrate hat in den letzten 5 Jahren über die gesamte Spannweite zugenommen. Erstmals überschreitet 2021 die Kennzahl nicht nur der Median aller Zentren die 80%-Marke, sondern auch ausnahmslos alle Zentren liegen über der Begründungspflicht von <40%.

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

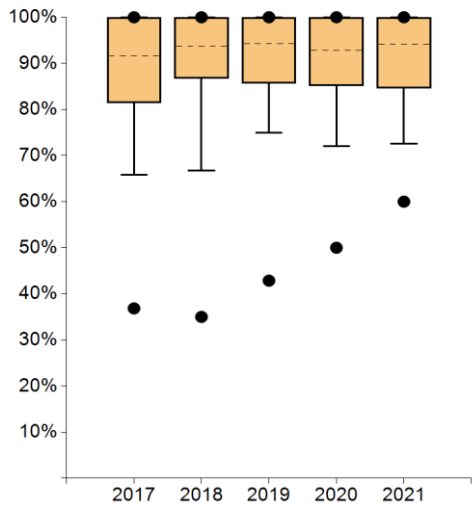
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 14. Lymphknotenentfernung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit $\geq 12$ regionären LK im OP-Präparat nach Abschluss der operativen Therapie	15*	3 - 60	2468
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC, die eine Lymphadenektomie erhalten haben	17*	5 - 64	2694
Quote	Begründungspflicht*** <65%	94,12%	60,00% - 100%	91,61%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	91,67%	93,75%	94,29%	92,86%	94,12%
25. Perzentil	81,39%	86,67%	85,71%	85,15%	84,62%
5. Perzentil	65,81%	66,67%	75,00%	72,08%	72,60%
● Min	36,84%	35,00%	42,86%	50,00%	60,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	137	98,56%

### Anmerkungen:

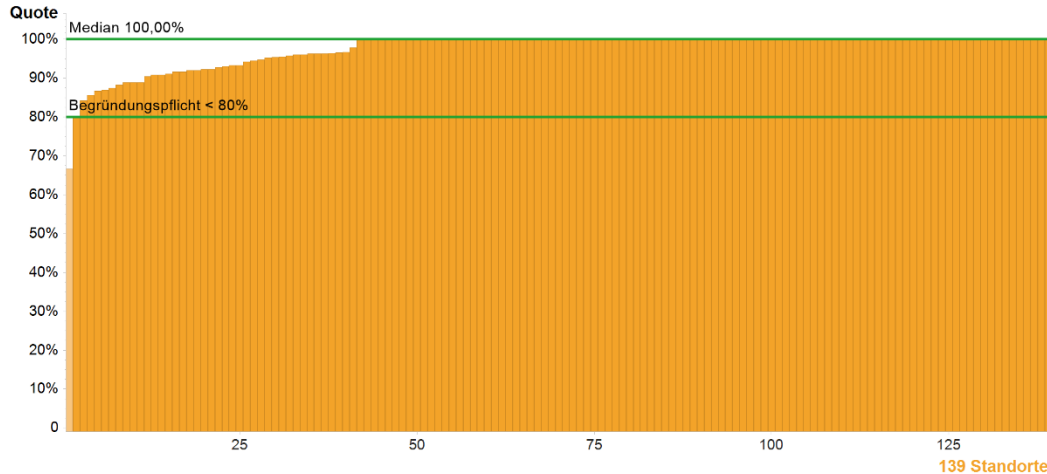
Der Qualitätsindikator der Leitlinie wird durch die Zentren zunehmend besser umgesetzt; dies spiegelt sich sowohl in der positiven Entwicklung der Minimalwerte, der unteren Perzentilen als auch des Medians wider. In 2 Zentren (Vorjahr 4) konnte in weniger als 65% der Resektionen eine ausreichende Anzahl an LK im OP-Präparat bestätigt werden. Gründe hierfür waren u.a. limitierte Resektionen bei intraoperativem Nachweis von Metastasen bzw. Diagnosestellung eines Malignoms in der abschließenden, postoperativen Beurteilung.

\* 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.

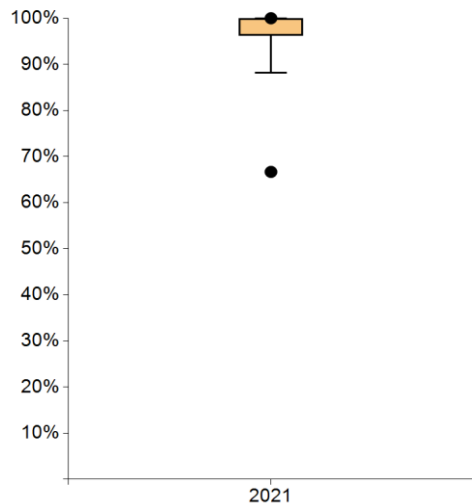
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 15. Inhalt Pathologieberichte (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Befundberichten Angabe von: pT, pN, M; Tumorgrading; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	16*	5 - 69	2672
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC	17*	5 - 69	2742
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	66,67% - 100%	97,45%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	96,30%
5. Perzentil	----	----	----	----	88,17%
● Min	----	----	----	----	66,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	138	99,28%

### Anmerkungen:

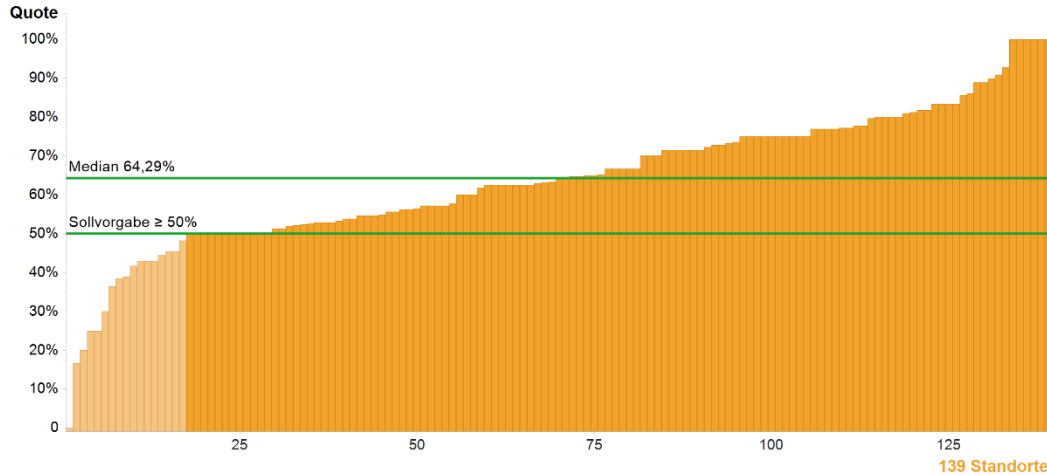
Nach Modifikation der Nenners 2021 (u.a. Ausschluss von NET/NEC) liegen die Ergebnisse etwas über dem Niveau der alten Kennzahl. In 98 Zentren (= 70,5%) waren die Befunde bei allen Primärfällen des Nenners vollständig, in 127 Zentren lag der Erfüllungsgrad bei  $\geq 90\%$ . Mit einer Ausnahme haben alle Zentren die untere Plausibilitätsgrenze von 80% überschritten; das Zentrum hat das Unterschreiten mit fehlenden Angaben zum Grading bei neoadjuvant vorbehandelten Pat. und nur residuell nachweisbaren Karzinominfiltraten begründet.

\* 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.

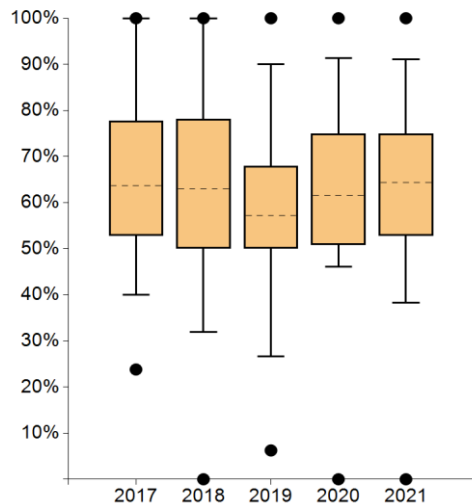
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 16. Adjuvante Chemotherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie	8*	0 - 43	1277
Nenner	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III und R0-Resektion (ohne NET und NEC)	12*	2 - 54	1997
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 50%	64,29%	0,00% - 100%	63,95%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
● 95. Perzentil	100%	100%	90,00%	91,29%	91,11%
● 75. Perzentil	77,65%	78,07%	67,86%	75,00%	75,00%
● Median	63,64%	63,07%	57,14%	61,54%	64,29%
● 25. Perzentil	52,81%	50,00%	50,00%	50,81%	52,79%
● 5. Perzentil	40,00%	31,94%	26,67%	46,06%	38,25%
● Min	23,81%	0,00%	6,25%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
139	100,00%	122	87,77%

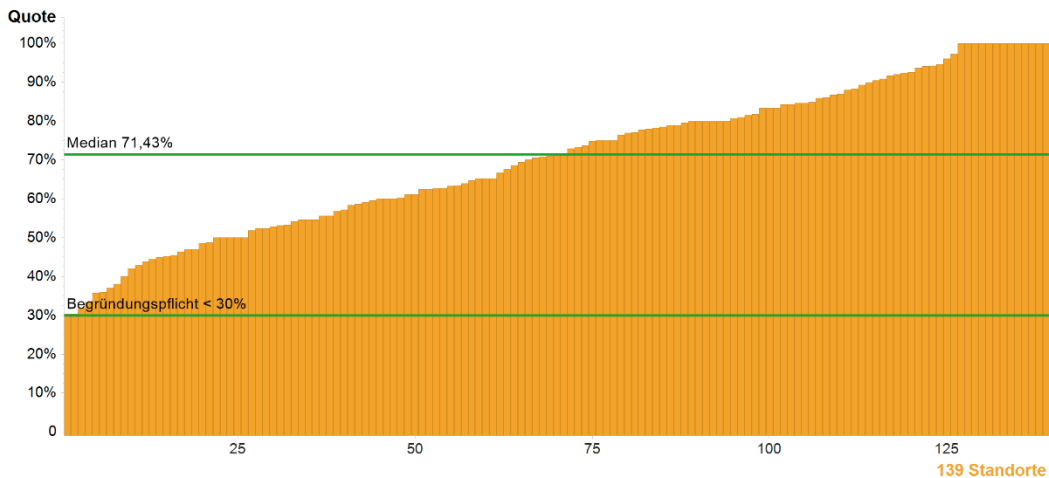
### Anmerkungen:

Bei großer Spannweite der KeZa zeigen die Ergebnisse eine divergente Entwicklung. Während sich die positive Entwicklung von Median, Gesamtquote u. oberen Perzentilen fortgesetzt hat, sind 5. Perzentile und Anzahl der Standorte mit Erfüllung der Sollvorgabe rückläufig (Vorjahr 93,9%). Die 17 Zentren (2020: 8) mit einer Quote <50% haben dies mit postoperativem Versterben (13 Nennungen), Ablehnung der empfohlenen Therapie durch Pat. (12x) und reduziertem AZ (10x) begründet. Die Fachexperten haben in den Audits darauf hingewiesen, dass bei externer Weiterbehandlung Informationen über eine adjuvante Therapie einzuholen sind.

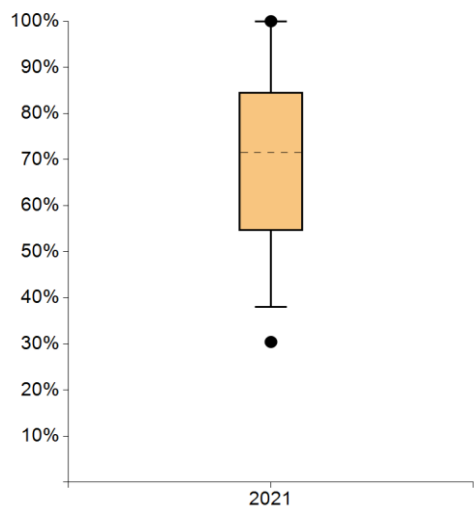
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 17. Palliative Chemotherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit palliativer Chemotherapie	14*	1 - 113	2366
Nenner	Nicht-operative Primärfälle Pankreaskarzinom und ECOG 0-2 (ohne NET und NEC) • Pat. mit Pankreaskarzinom mit sekundärer Metastasierung (M1) ohne Metastasenresektion und ECOG 0-2 (ohne NET/NEC)	22*	1 - 151	3419
Quote	Begründungspflicht*** <30%	71,43%	30,43% - 100%	69,20%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	84,62%
Median	----	----	----	----	71,43%
25. Perzentil	----	----	----	----	54,55%
5. Perzentil	----	----	----	----	37,99%
● Min	----	----	----	----	30,43%

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

### Anmerkungen:

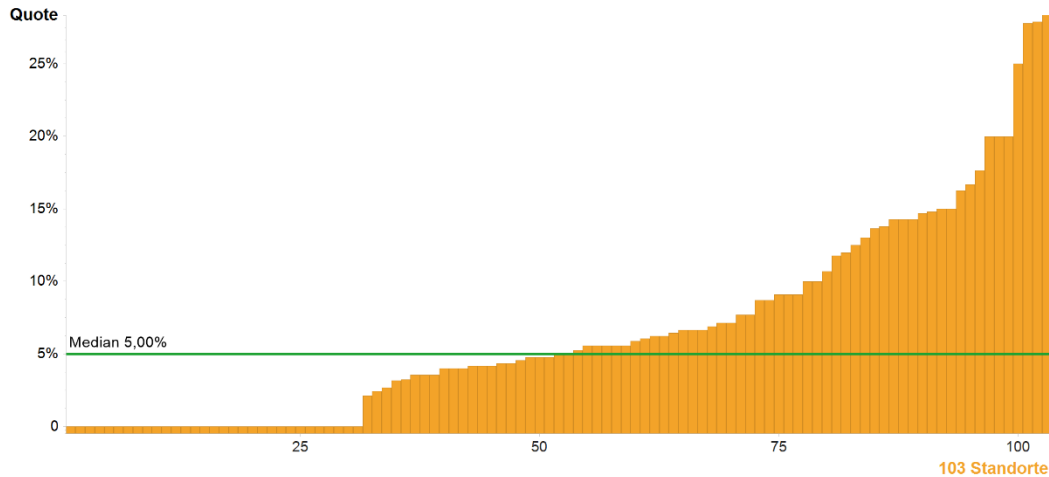
Nach Modifikation des QI im LL-Update 2021 ist im gleichen Jahr der Nenner der KeZa angepasst und diese in überarbeiteter Form erstmals erfasst worden. Die Ergebnisse der modifizierten KeZa liegen auf gesamter Spannweite etwas über dem Niveau der vorherigen KeZa. Im Median haben > 70% der Indexpat. eine palliative Chemotherapie erhalten. Alle 139 Zentren haben die untere Plausibilitätsgrenze von mind. 30% erfüllt.

\* 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.

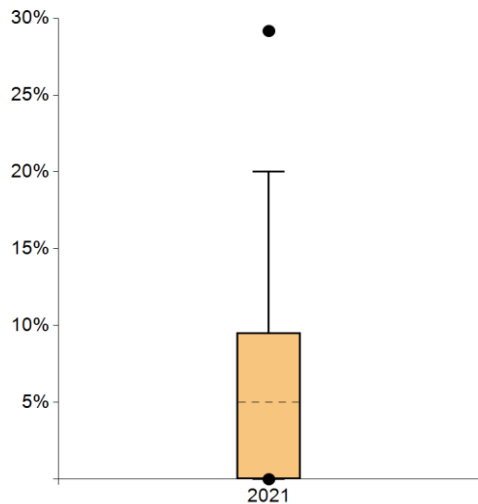
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

## 18. Primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit primärer Resektion des Tumors	1*	0 - 12	156
Nenner	Primärfälle Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC) mit Fernmetastasen (=Organmetastasen, Peritonealkarzinose, als Fernmetastasen (M1) geltende Lymphknotenmetastasen)	22*	6 - 79	2428
Quote	Keine Sollvorgabe	5,00%	0,00% - 29,17%	6,43%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	----	----	----	----	29,17%
95. Perzentil	----	----	----	----	20,00%
75. Perzentil	----	----	----	----	9,55%
Median	----	----	----	----	5,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
103	74,10%	----	----

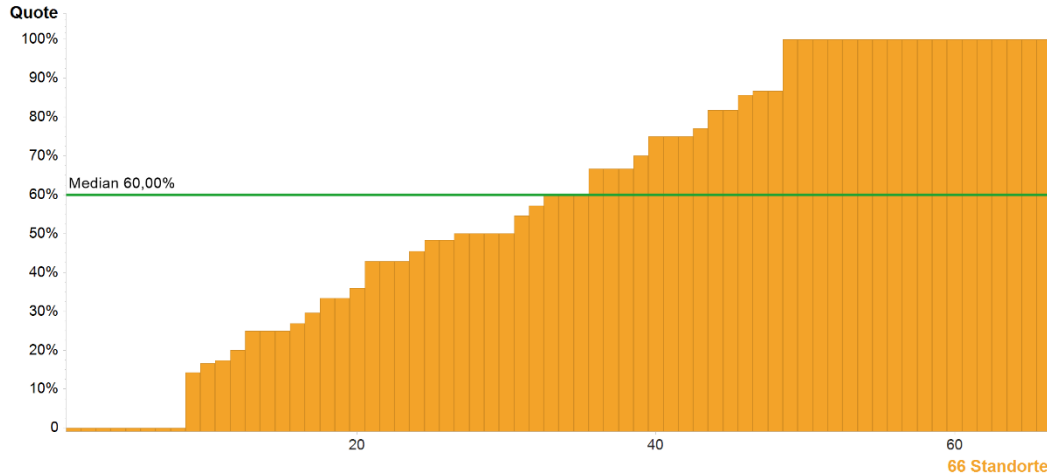
### Anmerkungen:

Der dieser KeZa zugrunde liegende LL-QI wurde im Rahmen des LL-Updates 2021 neu definiert und ist durch die Zentren auf freiwilliger Basis erstmals erfasst worden. Im Median erfolgten in den 103 Standorten mit auswertbaren Daten in 5% der Primärfälle trotz Fernmetastasen Tumorresektionen. In 30 Zentren wurden bei diesen Primärfällen keine Resektionen, in 7 Zentren bei mehr als 20% durchgeführt. Durch den noch fehlenden Zielwert fehlen bislang Informationen über die Gründe für eine Resektion.

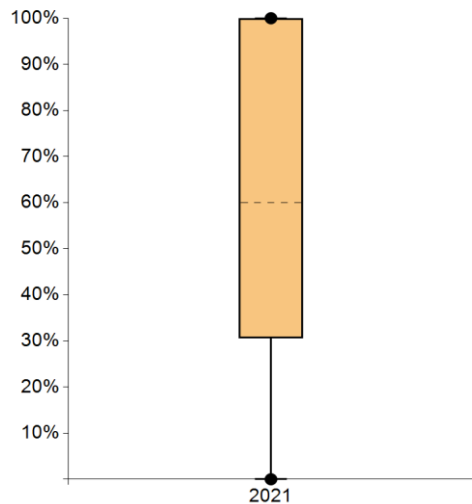
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 19. Zweitlinientherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Zweitlinientherapie	3*	0 - 27	304
Nenner	Pat. mit Pankreaskarzinom (ohne NET/NEC), ECOG 0-2 und Progress unter palliativer Erstlinientherapie	6*	1 - 35	576
Quote	Keine Sollvorgabe	60,00%	0,00% - 100%	52,78%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	60,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	30,56%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
66	47,48%	----	----

### Anmerkungen:

Der QI zur Zweitlinientherapie ist erstmals 2021 optional erhoben worden und weist in den 66 Zentren mit auswertbaren Daten eine große Spannweite [0-100%, Median 60%]. In 7 Zentren erhielt bei insgesamt kleinen Nenner [1-9, Median 2] kein Pat. mit Progress unter palliativer Erstlinientherapie eine Zweitlinientherapie. Im Gegensatz dazu erfolgten in 18 Zentren bei allen diesen Pat. [1-7, Median 2] eine Zweitlinientherapie.

\* 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 Pat.

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Pankreaskarzinomzentren  
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 Barth, 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 20.04.2023

ISBN: 978-3-910336-17-9



9 783910 336179