

# Kennzahlenauswertung 2019

## Jahresbericht der zertifizierten Magenkrebszentren

Auditjahr 2018 / Kennzahlenjahr 2017

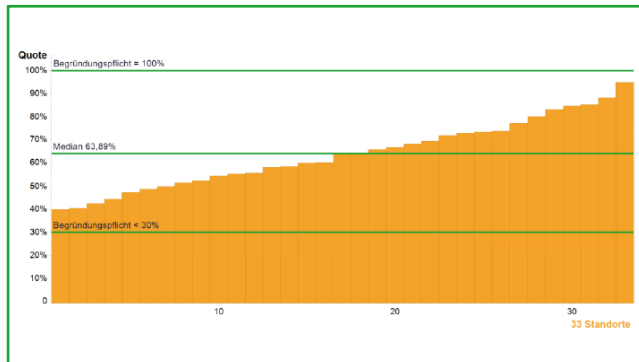


## Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	3
Allgemeine Informationen .....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Magenkrebszentren 2018 .....	5
Berücksichtigte Standorte .....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....	7
Basisdatenauswertung .....	8
Kennzahlenauswertungen .....	10
Kennzahl Nr. 1: Primärfälle .....	10
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung .....	11
Kennzahl Nr. 3: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv .....	12
Kennzahl Nr. 4: Postoperative Fallvorstellung .....	13
Kennzahl Nr. 5: Psychoonkologische Betreuung .....	14
Kennzahl Nr. 6: Beratung Sozialdienst .....	15
Kennzahl Nr. 7: Studienteilnahme .....	16
Kennzahl Nr. 8: Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion .....	17
Kennzahl Nr. 9: Operative Primärfälle .....	18
Kennzahl Nr. 10: Revisions-OP's .....	19
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion .....	20
Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ .....	21
Impressum .....	22

## Allgemeine Informationen

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	24*	8 - 68	974
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastase	40*	18 - 106	1496
Quote	Begründungspflicht*** <30% und =100%	63,89%	40,00% - 94,92%	65,11%**



### Grunddaten Kennzahl:

Die Definition des **Zählers**, **Nenners** und die **Sollvorgabe** sind aus dem Kennzahlenbogen entnommen.

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

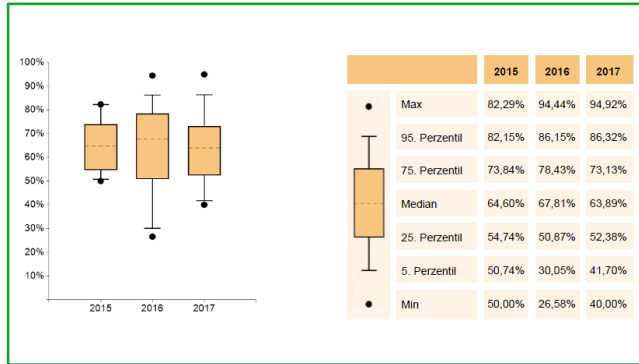
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

### Diagramm:

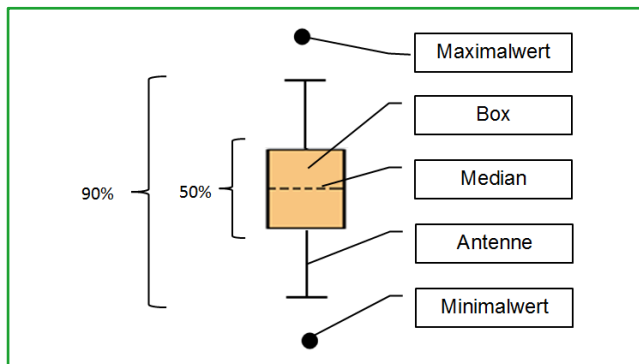
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

## Allgemeine Informationen



### Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2015**, **2016** 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 Magenkrebszentren 2018

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

## Berücksichtigte Standorte

	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	33	20	7
entspricht	86,8%	68,9%	38,9%
Primärfälle gesamt*	1.204	983	314
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	36,5	49	45
Primärfälle pro Standort (Median)*	35	44,5	36

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

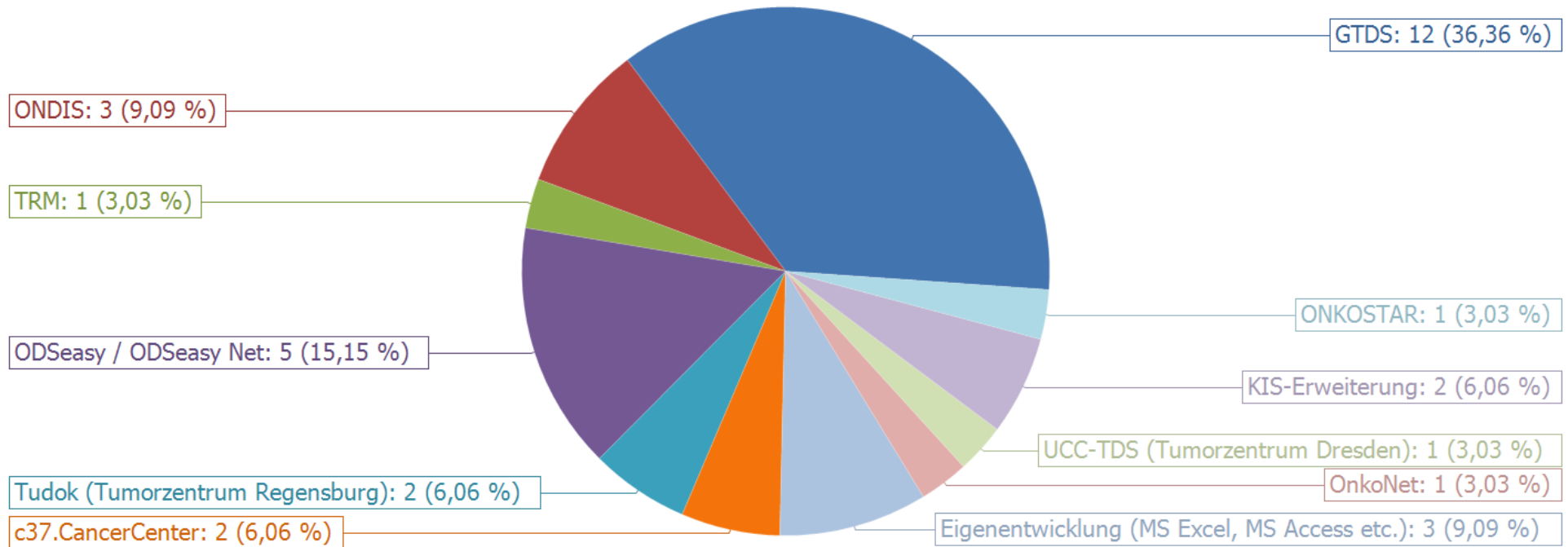
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Magenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 33 der 38 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 4 Standorte, die im Jahr 2018 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend) sowie 1 Standort aufgrund einer anstehenden Zertifikatsaussetzung.

In 37 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 1.351 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter [www.oncomap.de](http://www.oncomap.de) aufgeführt.

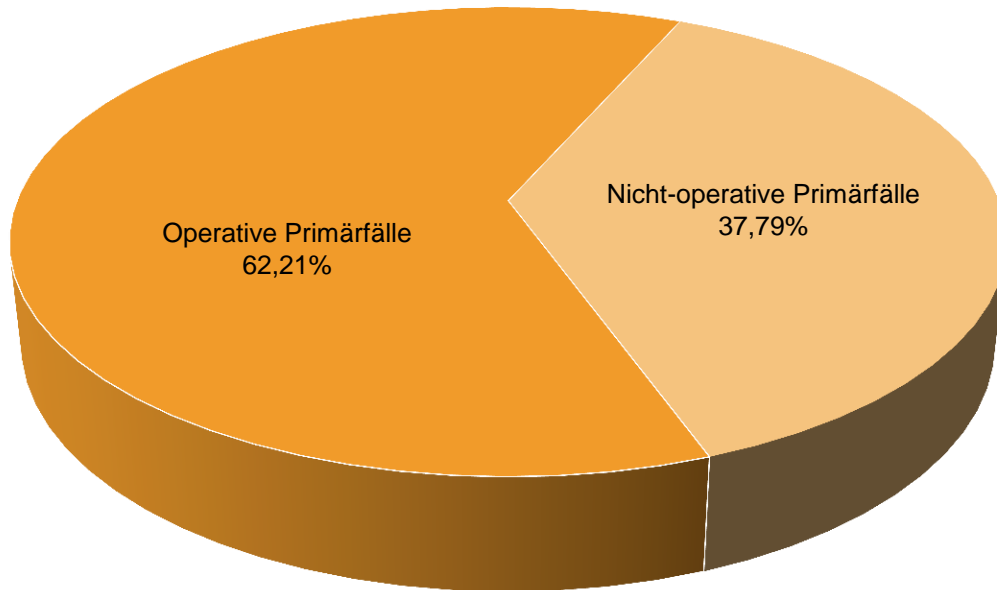
Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2017. Sie stellen für die in 2018 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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

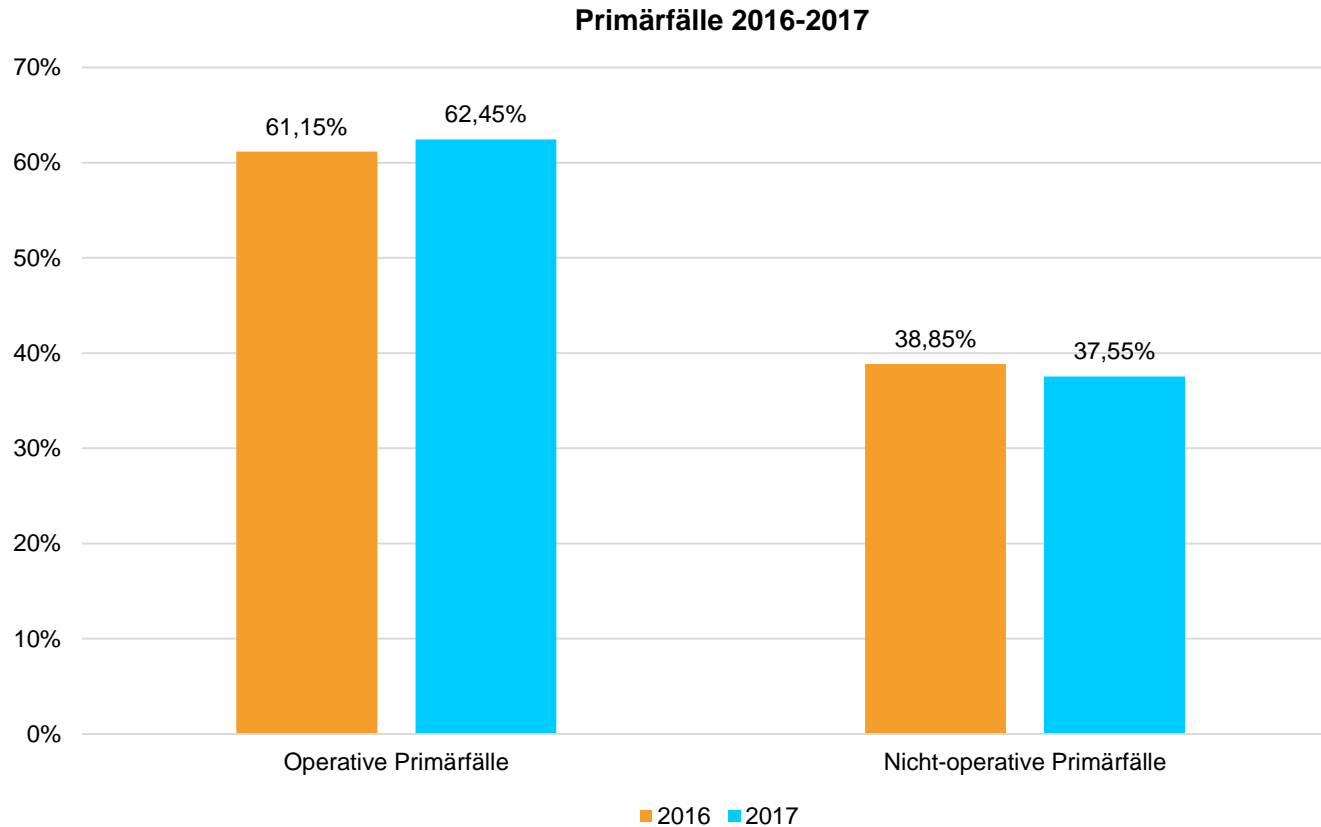
## Basisdaten - Primärfälle



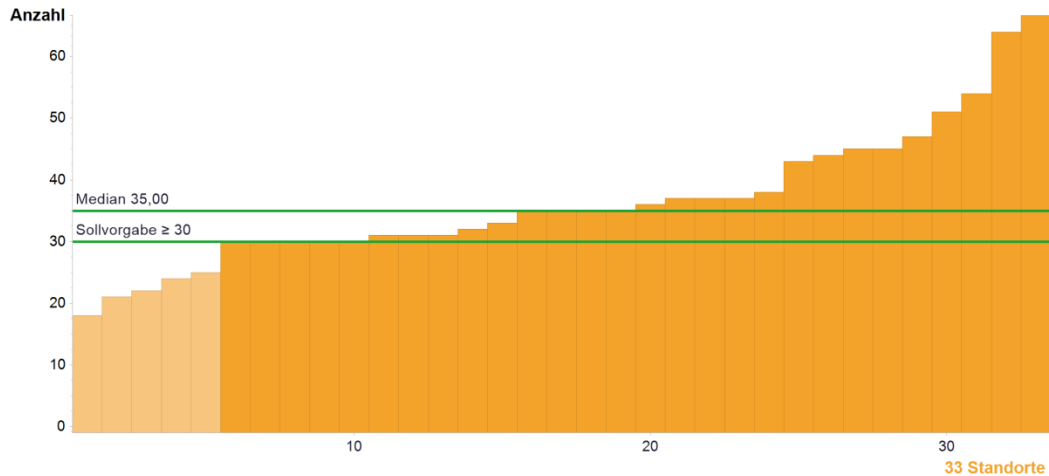
Operative Primärfälle	Nicht-operative Primärfälle	Primärfälle gesamt
749 (62,21%)	455 (37,79%)	1.204 (100%)



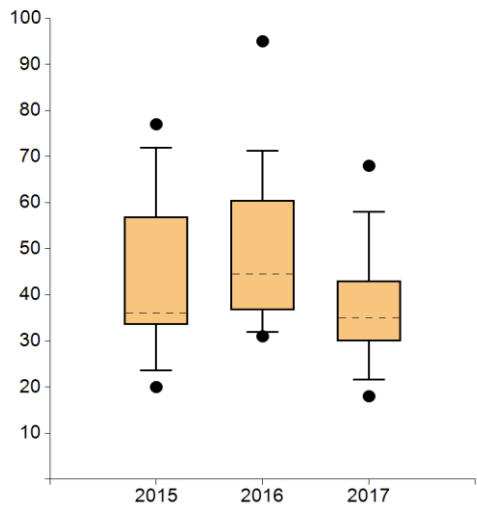
## Basisdaten - Fallzahländerungen zwischen den Kennzahlenjahren 2016-2017



# 1. Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	35	18 - 68	1204
	Sollvorgabe ≥ 30			



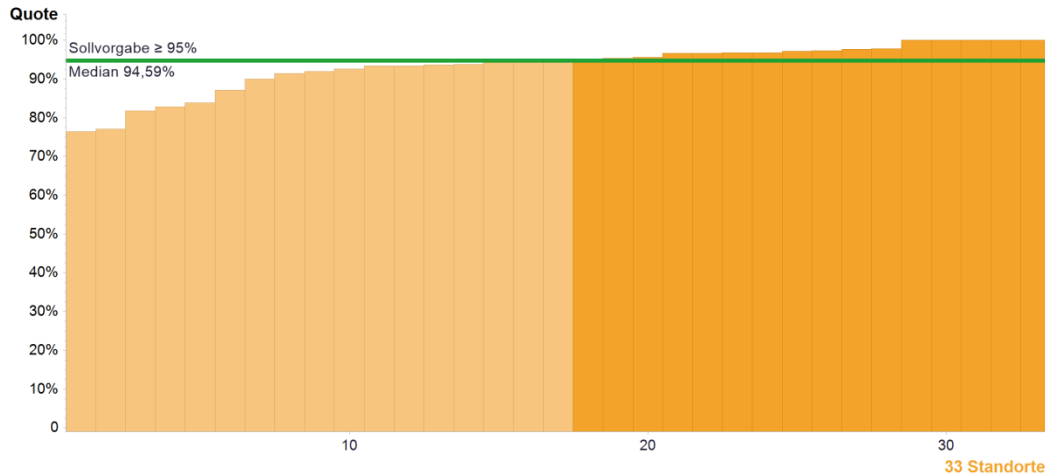
	2015	2016	2017
● Max	77,00	95,00	68,00
95. Perzentil	71,90	71,25	58,00
75. Perzentil	57,00	60,50	43,00
Median	36,00	44,50	35,00
25. Perzentil	33,50	36,75	30,00
5. Perzentil	23,60	31,95	21,60
● Min	20,00	31,00	18,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	28	84,85%

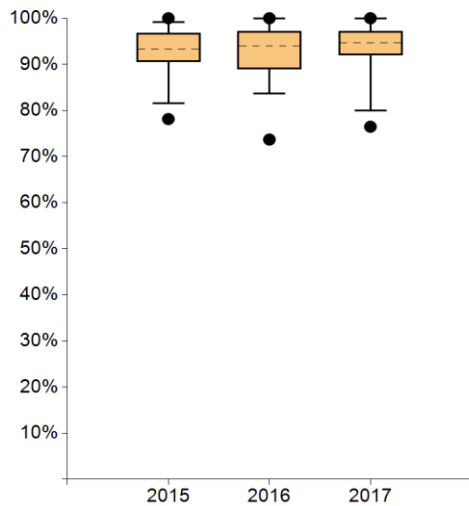
**Anmerkungen:**

Der Median der Anzahl an Primärfälle sinkt im Vergleich zum Vorjahr deutlich. Der Grund dafür ist eine geänderte Primärfalldefinition in Zusammenhang mit der Etablierung der Speiseröhrenkrebszentren ab Kennzahlenjahr 2017 (Zuordnung Siewert I/II-Karzinome zu den Ösophaguskarzinomen). Bei 15 der 19 Zentren, die mit den Kennzahlenjahren 2016 und 2017 im Jahresbericht enthalten sind, sinkt die Fallzahl. Insgesamt sinkt die Fallzahl dieser 19 Zentren von 913 auf 739 (Reduktion um 19,1%).

## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	32*	18 - 61	1118
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	35*	18 - 68	1204
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	94,59%	76,47% - 100%	92,86%**



	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,17%	100%	100%
75. Perzentil	96,76%	97,13%	97,14%
Median	93,33%	94,00%	94,59%
25. Perzentil	90,52%	88,95%	92,00%
5. Perzentil	81,57%	83,68%	79,95%
● Min	78,13%	73,68%	76,47%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	16	48,48%

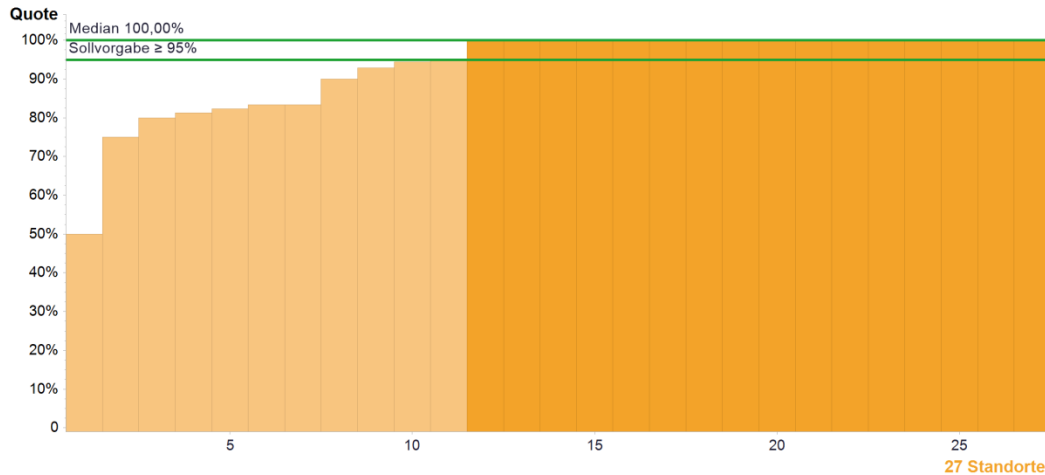
### Anmerkungen:

Der Median der Kennzahl bleibt im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich, das 25. Perzentil steigt. Die Mehrheit der Zentren steigern ihre Quote im Vergleich zum Vorjahr. Weiterhin erreichen etwa die Hälfte der Zentren die Sollvorgabe nicht. Als Gründe für das Versäumen prätherapeutischer Fallvorstellungen in der Tumorkonferenz gaben sie an: Notfalloperationen, neoadjuvante Vorbehandlungen außerhalb des Zentrums, Frühstadien mit endoskopischer Resektion und postoperativer Vorstellung. Es wurden Verbesserungsmaßnahmen vereinbart, etwa Qualitätszirkel oder (Video)-Schulungen der Mitarbeiter.

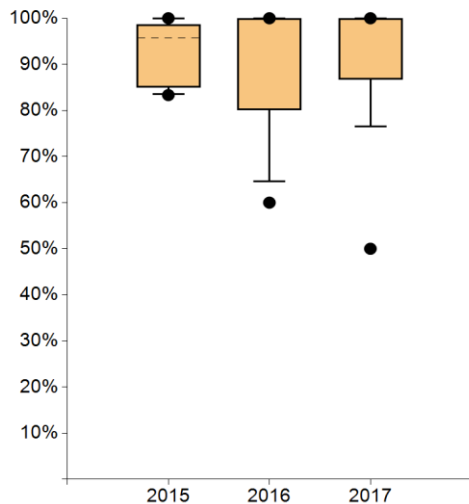
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

### 3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten mit Rezidiv, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	5*	1 - 18	182
Nenner	Patienten mit Rezidiv	6*	1 - 20	202
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	50,00% - 100%	90,10%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
27	81,82%	16	59,26%

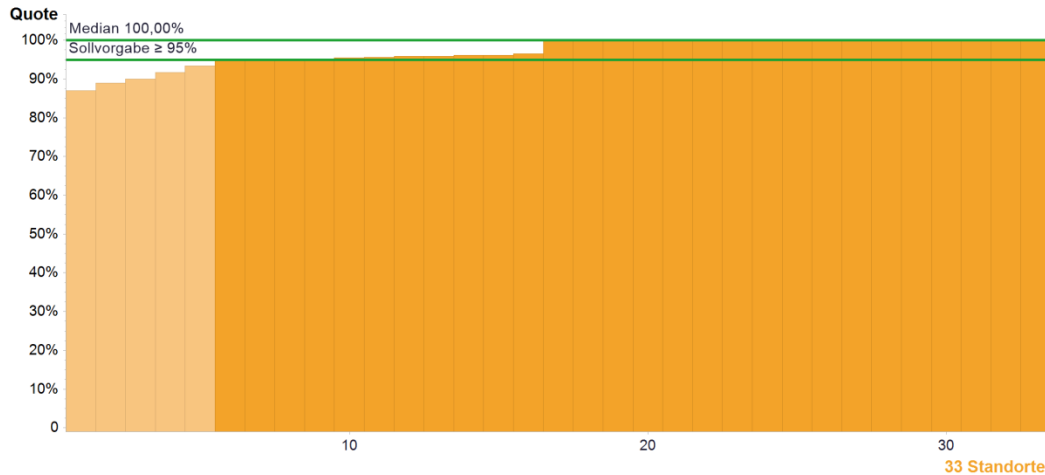
**Anmerkungen:**

Die Kennzahl zeigt sich verbessert gegenüber dem Vorjahr: bei gleichbleibendem Median steigen das 25. und 5. Perzentil. Die Mehrzahl der Zentren steigern oder halten ihre Quote. 9 Zentren verfehlen die Sollvorgabe. Sie begründen Rezidivfälle ohne prätherapeutische Vorstellung in der Tumorkonferenz u.a. damit, dass Notfalleingriffe erforderlich waren oder Patienten vorzeitig verstarben. Das Zentrum mit der niedrigsten Quote hat nur 2 Rezidivpatienten behandelt und in 1 Fall die Vorstellung versäumt. Eine SOP zur Strukturierung des Prozesses wurde nach dem Audit erstellt.

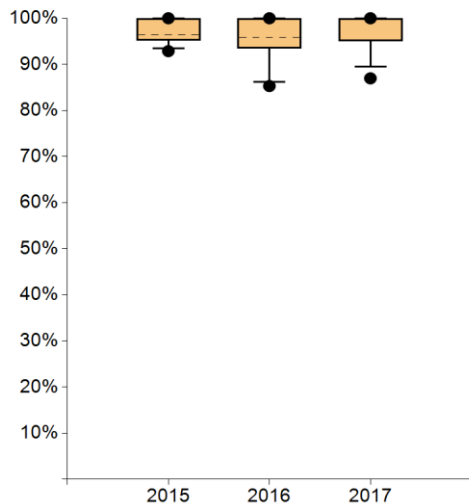
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 4. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	20*	8 - 44	728
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 9)	21*	8 - 44	749
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	86,96% - 100%	97,20%**



	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%
Median	96,43%	95,83%	100%
25. Perzentil	95,12%	93,50%	95,00%
5. Perzentil	93,50%	86,16%	89,56%
● Min	92,86%	85,29%	86,96%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	28	84,85%

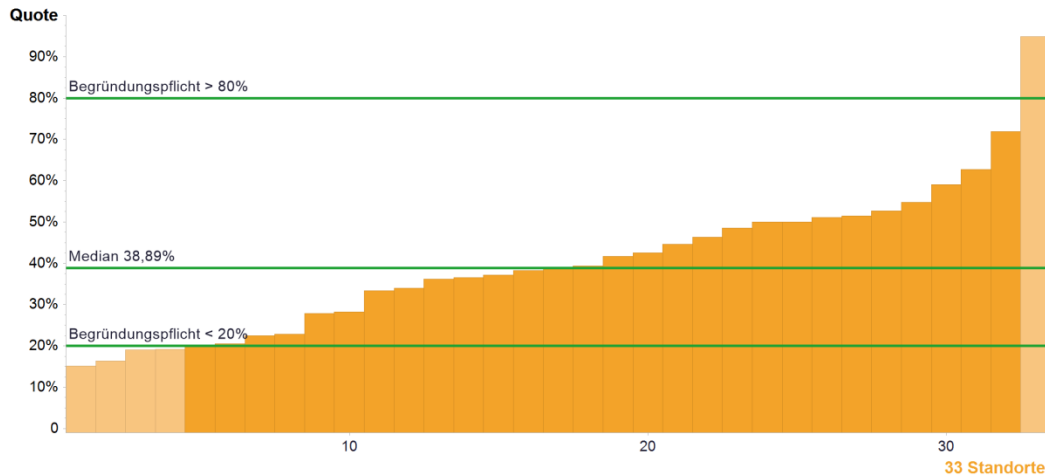
### Anmerkungen:

Der Prozess der postoperativen Fallvorstellung ist gut in den Zentren implementiert. Im Vergleich zum Vorjahr steigt der Median der Kennzahl. Die Rate der Zentren mit Erfüllung der Sollvorgabe erhöht sich von 70% auf 84,9%. 5 Zentren erreichen die Sollvorgabe im Kennzahlenjahr 2017 nicht. Als Begründung geben sie postoperative Todesfälle an.

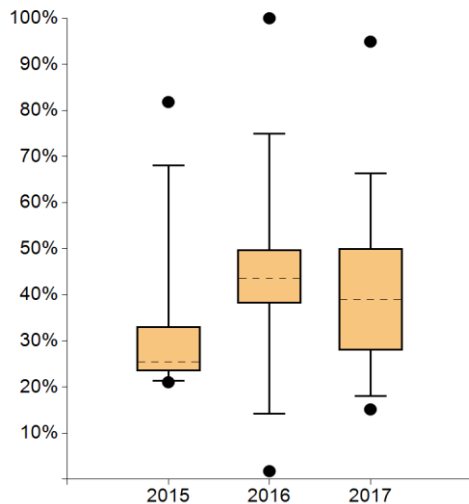
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 5. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	17*	4 - 58	628
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	40*	18 - 106	1496
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >80%	38,89%	15,15% - 94,92%	41,98%**



	2015	2016	2017
● Max	81,82%	100%	94,92%
95. Perzentil	68,10%	75,00%	66,40%
75. Perzentil	33,08%	49,81%	50,00%
Median	25,44%	43,53%	38,89%
25. Perzentil	23,48%	38,18%	27,91%
5. Perzentil	21,32%	14,16%	18,00%
● Min	21,05%	1,75%	15,15%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	28	84,85%

### Anmerkungen:

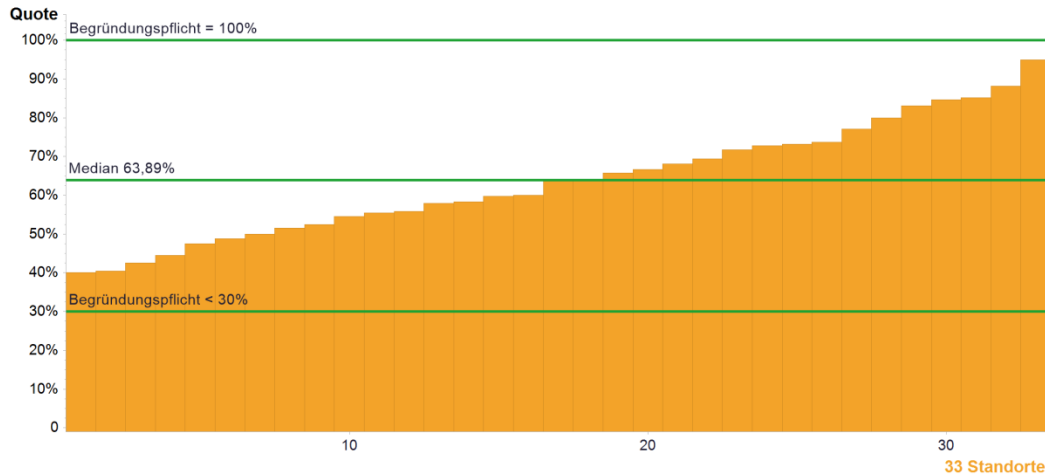
Der Median der Kennzahl zur psychoonkologischen Betreuung sinkt im Vergleich zum Vorjahr; die Rate der insgesamt in den Zentren psychoonkologisch beratenen Patienten bleibt konstant (Kennzahlenjahr 2016: 41,96%). In den 4 Zentren mit einer begründungspflichtigen Rate <20% wurden Maßnahmen zur Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung ergriffen, so z.B. Mitarbeiterschulungen oder Personalaufstockungen. Unterjährig waren teilweise bereits Verbesserungen der Kennzahl zu beobachten.

\* 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.

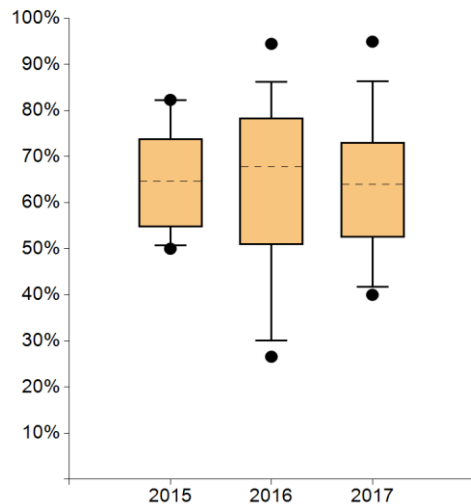
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 6. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	24*	8 - 68	974
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastase	40*	18 - 106	1496
Quote	Begründungspflicht*** <30% und =100%	63,89%	40,00% - 94,92%	65,11%**



	2015	2016	2017
● Max	82,29%	94,44%	94,92%
95. Perzentil	82,15%	86,15%	86,32%
75. Perzentil	73,84%	78,43%	73,13%
Median	64,60%	67,81%	63,89%
25. Perzentil	54,74%	50,87%	52,38%
5. Perzentil	50,74%	30,05%	41,70%
● Min	50,00%	26,58%	40,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	33	100,00%

### Anmerkungen:

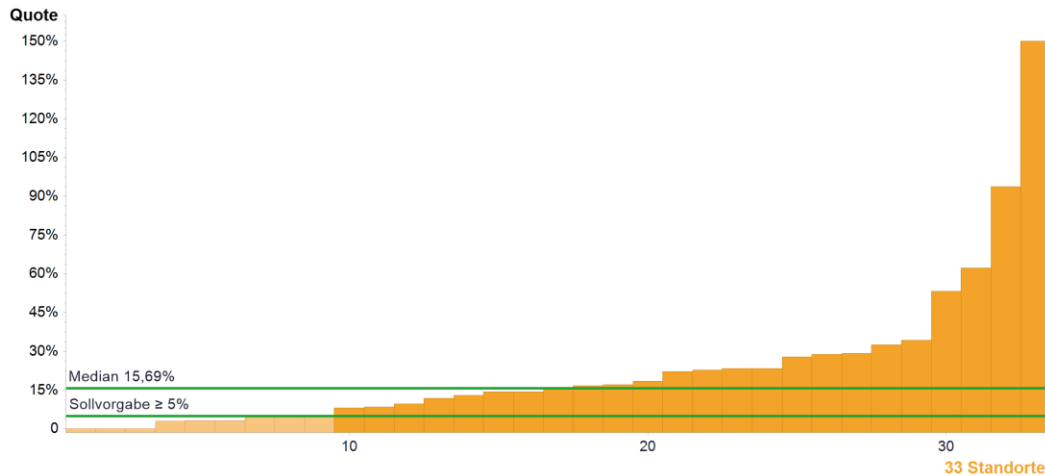
Die Kennzahl zur Abbildung der sozialdienstlichen Beratungen bleibt im Verlauf der letzten drei Jahre gleich. Die Rate der insgesamt sozialdienstlich beratenen Patienten steigt geringfügig im Vergleich der letzten beiden Kennzahlenjahre: von 63,1% auf 65,1%. Alle Zentren erreichen im Kennzahlenjahr 2017 einen Wert innerhalb der Plausibilitätsgrenzen, so dass keine Begründungen aufgrund zu hoher oder zu niedriger Betreuungsraten erforderlich waren.

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

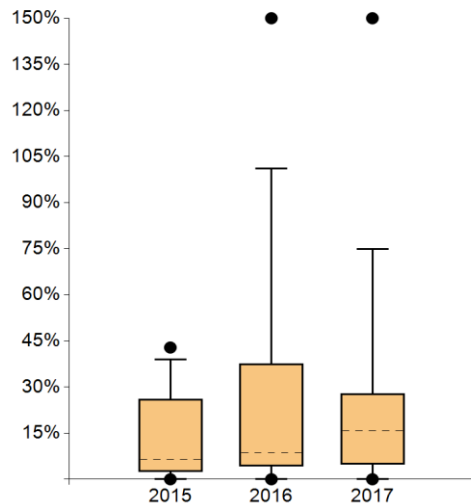
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 7. Studienteilnahme



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten mit Magenkarzinom, die in eine Studie eingebracht wurden	5*	0 - 60	291
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	35*	18 - 68	1204
Quote	Sollvorgabe $\geq$ 5%	15,69%	0,00% - 150,00%	24,17%**



	2015	2016	2017
● Max	42,86%	150,00%	150,00%
95. Perzentil	39,00%	101,14%	74,80%
75. Perzentil	26,11%	37,50%	27,78%
Median	6,49%	8,60%	15,69%
25. Perzentil	2,50%	4,30%	4,76%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	24	72,73%

### Anmerkungen:

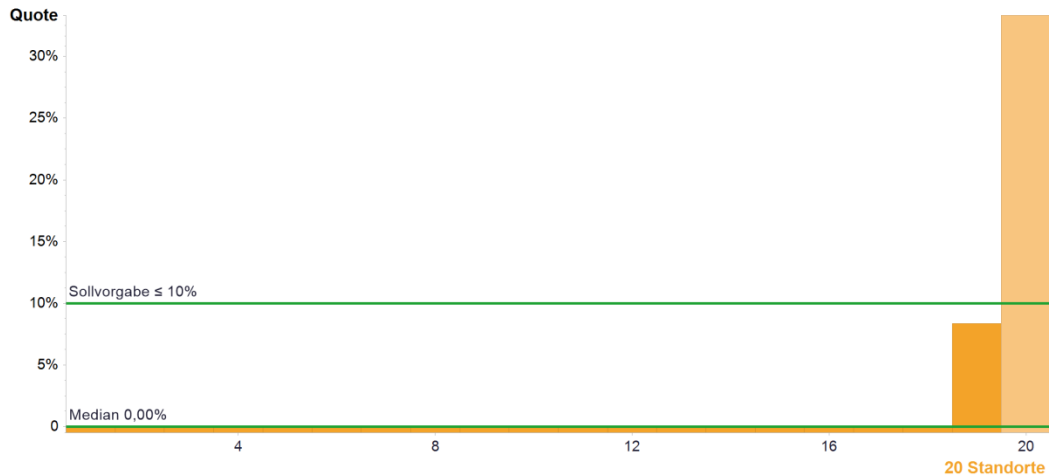
Der Median der Rate an in Studien eingeschlossenen Patienten steigt deutlich. Von den 6 Zentren, die im Kennzahlenjahr 2016 die Sollvorgabe nicht erreichten, konnten 4 Zentren ihre Studienquote erhöhen. Weiterhin unterschreiten gut 30% der Zentren das Soll der Studienquote. Als Gründe benennen sie vor allem das fehlende Studienangebot. Die Auditoren sprachen Hinweise und Abweichungen aus. Teilweise konnten die Zentren im Audit nachweisen, dass 2018 bereits erste Studieneinschlüsse erfolgten. Die Kennzahl ist die einzige, bei der der Zähler keine Teilmenge des Nenners ist (Werte >100% sind daher möglich).

\* 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.

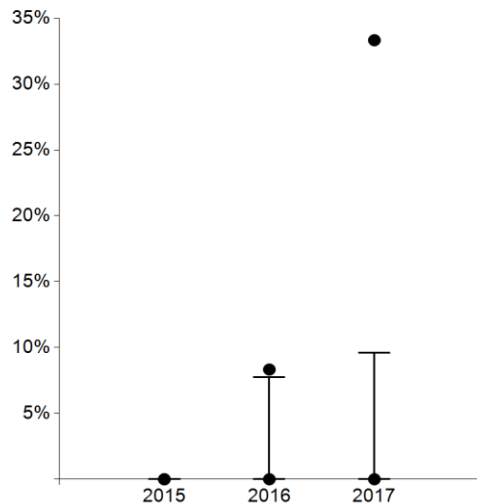
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.



## 8. Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten mit Komplikationen (Blutung, Perforation) bei endoskopischer En-bloc-Resektion	0*	0 - 2	3
Nenner	Patienten mit endoskopischer En-bloc-Resektion	3*	1 - 41	184
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 33,33%	1,63%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
20	60,61%	19	95,00%

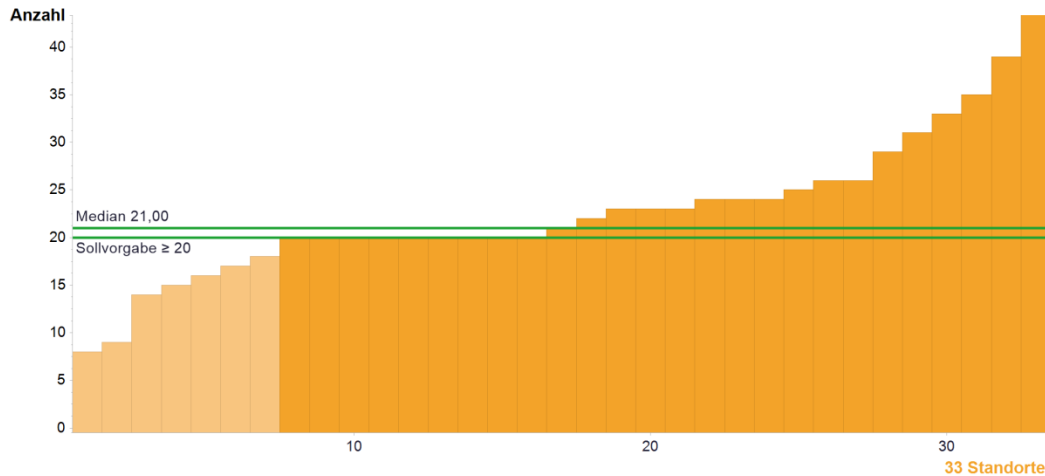
### Anmerkungen:

Der Median und das 75. Perzentil der Kennzahl liegen konstant bei 0%. Im Kennzahlenjahr 2017 erreichte ein Zentrum die Sollvorgabe nicht. In diesem Zentrum waren bei 2 von 6 endoskopischen En-bloc-Resektionen Komplikationen aufgetreten. Der Auditor betrachtete diese Einzelfälle und konnten die Komplikationsfälle plausibilisieren (komplexe Eingriffe mit großer kardianaher Abtragungsfläche und unter ASS-Therapie). 13 Zentren führten im Kennzahlenjahr 2017 keine endoskopischen En-bloc-Resektionen durch und sind daher nicht in der Auswertung enthalten.

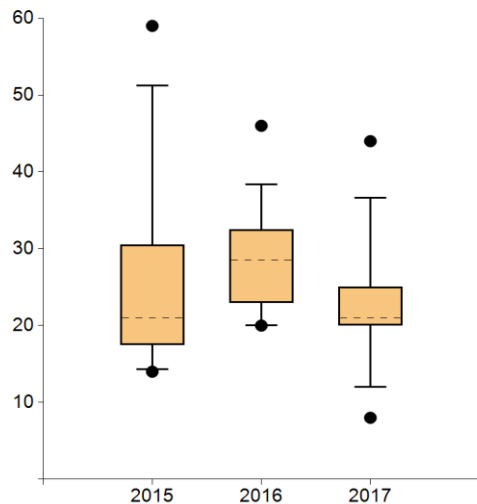
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 9. Operative Primärfälle



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle (ICD-10 C16.0, C16.1-16.9 mit OPS: 5-425*, 5-426*, 5-435* bis 5-438*)	21	8 - 44	749
	Sollvorgabe ≥ 20			



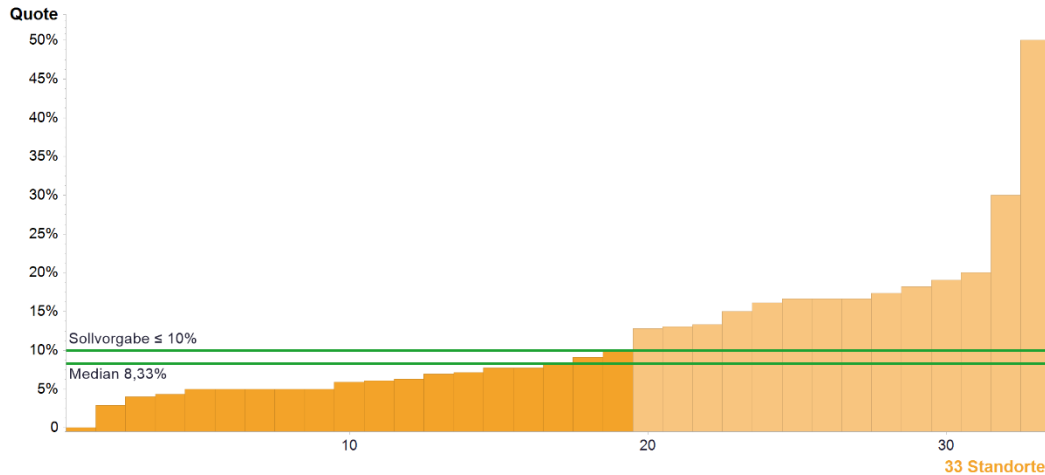
	2015	2016	2017
● Max	59,00	46,00	44,00
95. Perzentil	51,20	38,40	36,60
75. Perzentil	30,50	32,50	25,00
Median	21,00	28,50	21,00
25. Perzentil	17,50	23,00	20,00
5. Perzentil	14,30	20,00	12,00
● Min	14,00	20,00	8,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	26	78,79%

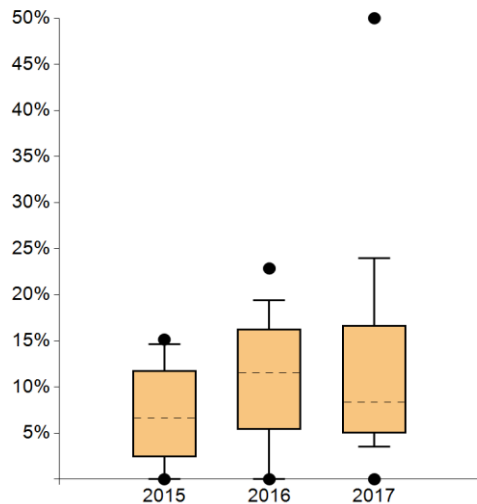
### Anmerkungen:

Im Median sinken die operative Primärfälle der Zentren deutlich gegenüber dem Kennzahlenjahr 2016. Genau wie bei der Primärfallzahl (Kennzahl 1) ist der Grund die geänderte Primärfalldefinition. Bei 13 der 19 Zentren, die im Kennzahlenjahr 2016 und 2017 im Jahresbericht enthalten sind, sinkt die operative Fallzahl. Insgesamt sinken die Operationsfälle dieser 19 Zentren von 544 auf 455 (Reduktion um 16%).

## 10. Revisions-OP's



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle mit Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach elektiver OP	2*	0 - 6	82
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 9)	21*	8 - 44	749
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	8,33%	0,00% - 50,00%	10,95%**



	2015	2016	2017
● Max	15,15%	22,86%	50,00%
95. Perzentil	14,67%	19,41%	24,00%
75. Perzentil	11,78%	16,31%	16,67%
Median	6,67%	11,52%	8,33%
25. Perzentil	2,38%	5,37%	5,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	3,54%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	19	57,58%

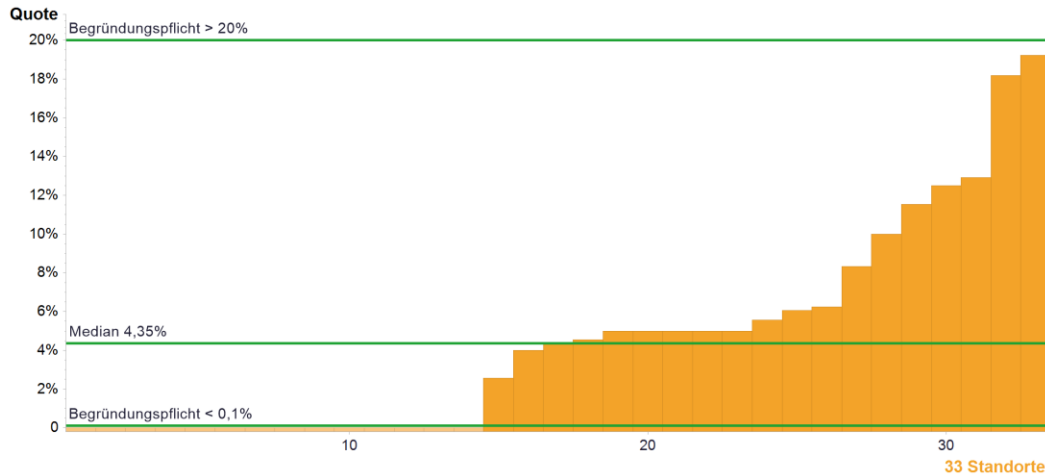
### Anmerkungen:

Der Median der Rate an Revisionsoperationen sinkt bei gleichbleibendem 25. und 75. Perzentil. Von den 10 Zentren, die im Kennzahlenjahr 2016 die Sollvorgabe nicht erreichten, konnten 7 ihre Rate senken. Die 2 Zentren mit den höchsten Raten im Kennzahlenjahr 2017 waren im Vorjahr nicht unter den Zentren mit den höchsten Raten. Zentren, die die Sollvorgabe verfehlten gaben als Gründe v.a. Anastomosensuffizienzen, Blutungen und Komplikationen bzgl. PEJ-Sonden an. Die Auditoren betrachteten die Einzelfälle und schlossen systematische Fehler aus.

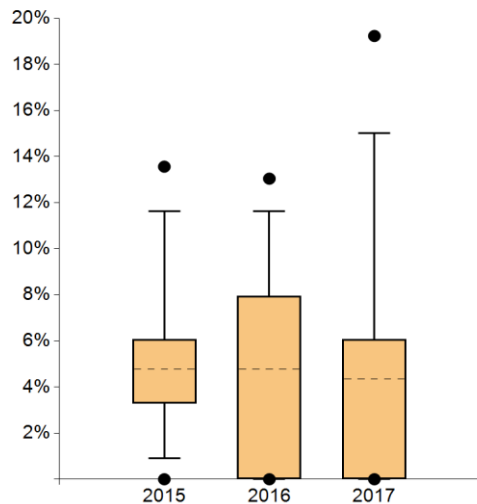
\* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

## 11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operative Primärfälle mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30d nach elektiver OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	1*	0 - 8	40
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 9)	21*	8 - 44	749
Quote	Begründungspflicht*** <0,1% und >20%	4,35%	0,00% - 19,23%	5,34%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	19	57,58%

### Anmerkungen:

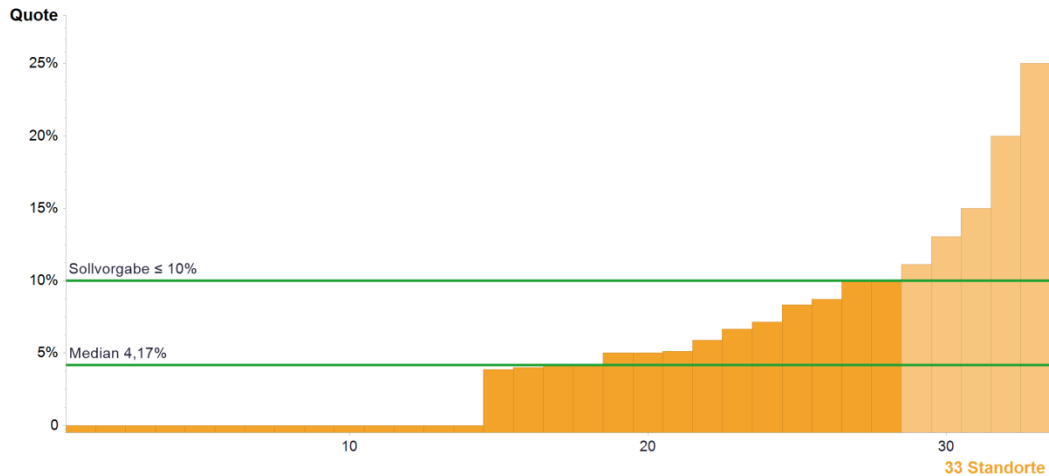
Die postoperative Wundinfektionsrate bleibt im Median im Vergleich zum Vorjahr unverändert, das 75. Perzentil sinkt. Die beiden Zentren mit den höchsten Raten im Kennzahlenjahr 2017, wiesen im Jahr davor noch deutlich geringere Infektionsraten auf. Die 3 Zentren mit den höchsten Raten im Kennzahlenjahr 2016 konnten ihre Rate an Wundinfektionen im Folgejahr reduzieren. Alle Zentren hatten eine Rate, die unter der Begründungspflicht von 20% liegt.

\* 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.

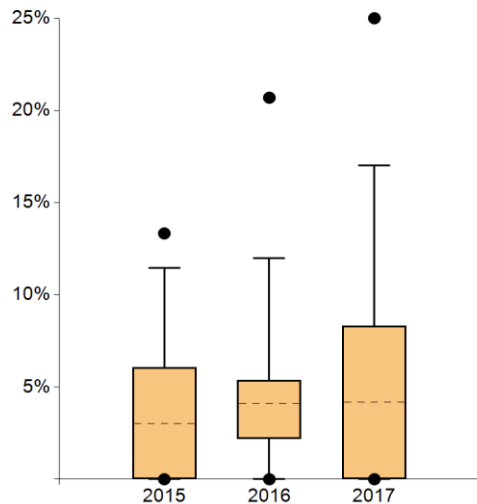
\*\* Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

## 12. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Postoperativ verstorbene Primärfälle nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30 d	1*	0 - 4	33
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 9)	21*	8 - 44	749
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	4,17%	0,00% - 25,00%	4,41%**



	2015	2016	2017
● Max	13,33%	20,69%	25,00%
95. Perzentil	11,47%	12,00%	17,00%
75. Perzentil	6,07%	5,37%	8,33%
Median	3,03%	4,10%	4,17%
25. Perzentil	0,00%	2,21%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
33	100,00%	28	84,85%

### Anmerkungen:

Bei gleichbleibendem Median steigen das 75. und 95. Perzentil sowie der Maximalwert der postoperativen Mortalitätsrate. Über alle Zentren betrachtet sinkt die Mortalitätsrate vom Kennzahlenjahr 2016 zu 2017 von 4,7% auf 4,4%. Die beiden Zentren mit den höchsten Raten wiesen auch die höchsten Raten an Revisionsoperationen auf. Die 5 Zentren, die die Sollvorgabe überschritten, gaben als Gründe v.a. Komorbiditäten und palliative Behandlungssituationen an. Die Fälle wurden in den Zentren auf M&M-Konferenzen besprochen. Die Auditoren schlossen in der Betrachtung der einzelnen Fälle systematische Fehler 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.

## Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Zertifizierungskommission Magenkrebszentren  
Thomas Seufferlein, Sprecher Zertifizierungskommission  
Stefan Post, Stellv. Sprecher Zertifizierungskommission  
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Christoph Kowalski, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Henning Adam, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Michaela Rommel, OnkoZert  
Cristina Oltean, 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](http://www.onkozert.de)

Version e-A1-de; Stand 10.04.2019

**ISBN:** 978-3-946714-91-0

