

Kennzahlenauswertung 2020

Jahresbericht der zertifizierten Magenkrebszentren

Auditjahr 2019 / Kennzahlenjahr 2018

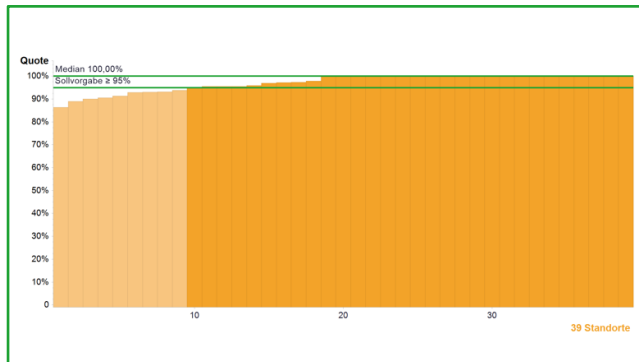


Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Magenkrebszentren 2019	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 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	21*	6 - 44	834
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 9)	22*	6 - 45	860
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	86,36% - 100%	96,98%**



Grunddaten Kennzahl:

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

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

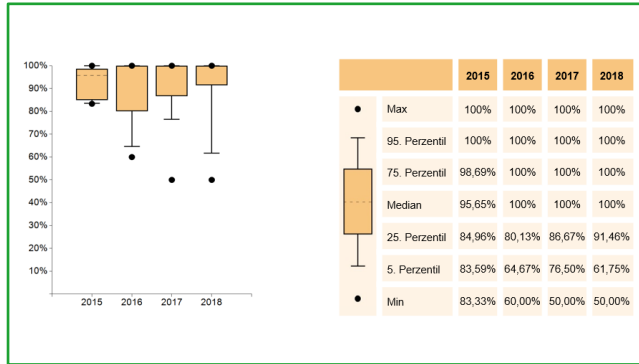
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

Diagramm:

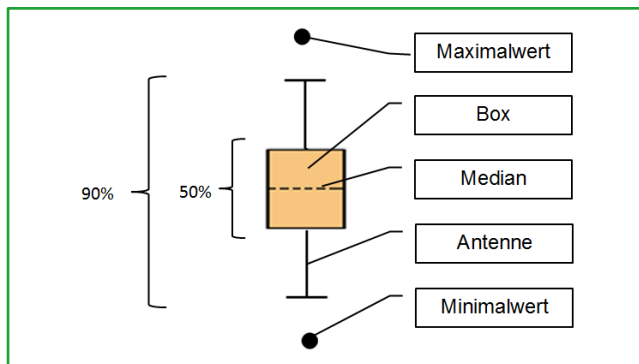
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2015, 2016, 2017** und **2018** 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 2019

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

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016
Im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	39	33	20	7
entspricht	97,5	86,8%	68,9%	38,9%
Primärfälle gesamt*	1.394	1.204	983	314
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	35,7	36,5	49	45
Primärfälle pro Standort (Median)*	35	35	44,5	36

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

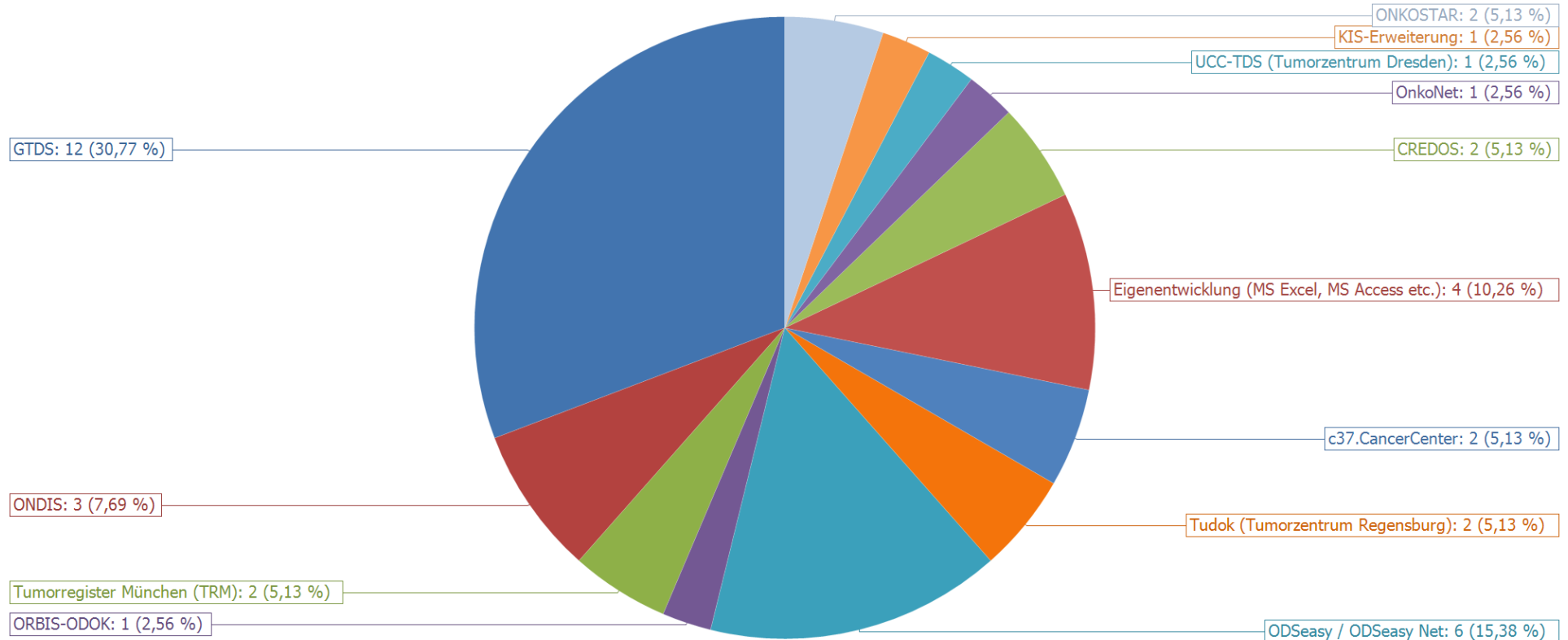
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Magenkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 39 der 40 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen ist ein Standort, der im Jahr 2019 zum ersten Mal zertifiziert wurde (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend).

In 40 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 1.486 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

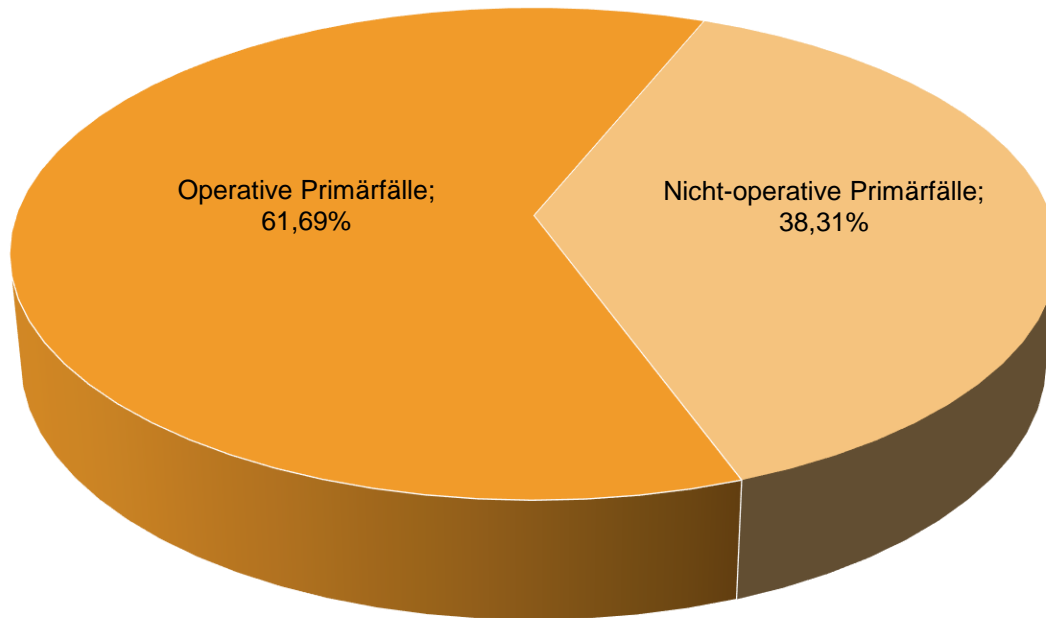
Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2018. Sie stellen für die in 2019 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

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.

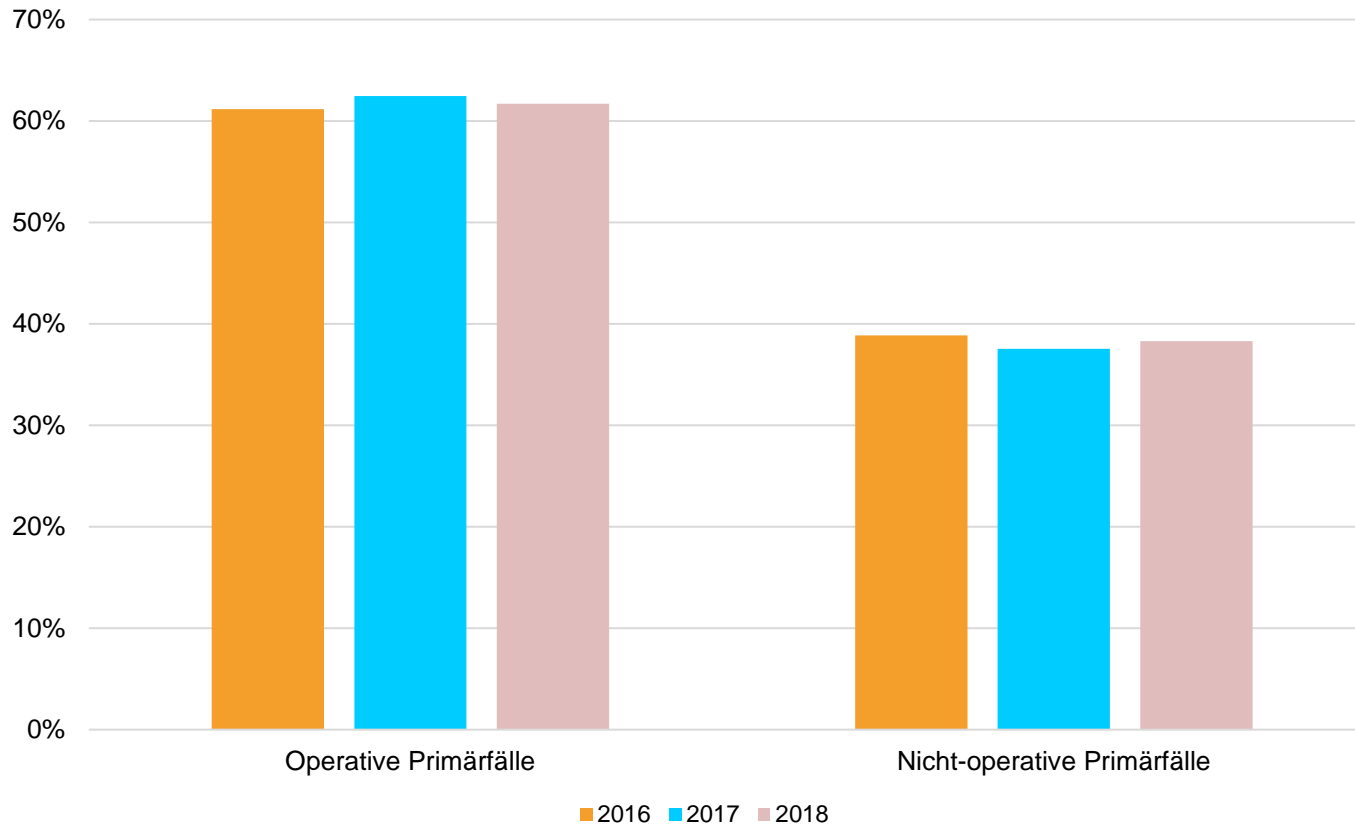
Basisdaten Primärfälle



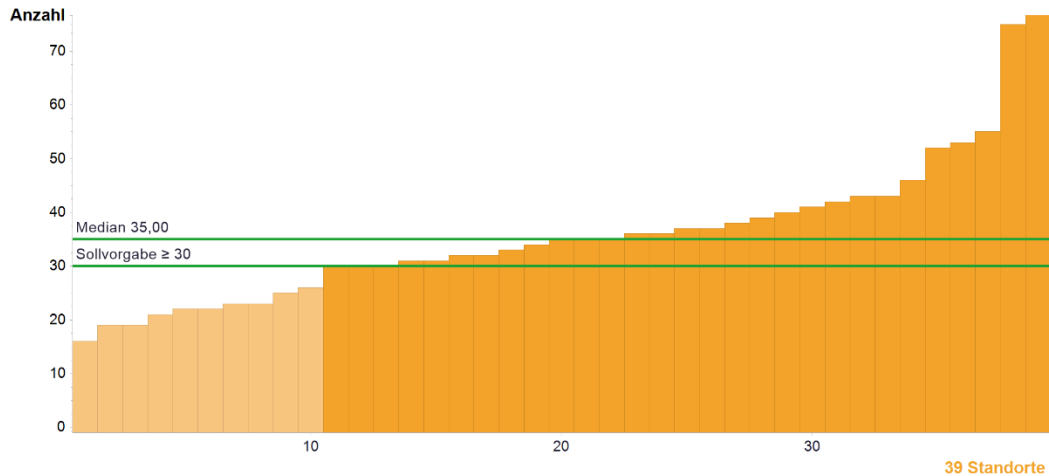
Operative Primärfälle	Nicht-operative Primärfälle	Primärfälle gesamt
860 (61,69%)	534 (38,31%)	1.394 (100%)

Basisdaten - Fallzahländerungen zwischen den Kennzahlenjahren 2016-2018

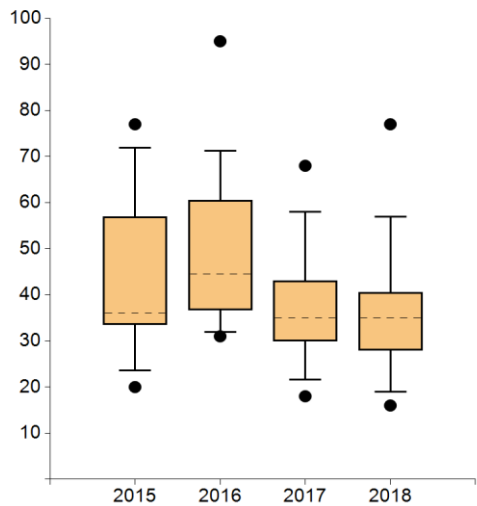
Verteilung Operative vs. Nicht-operative Primärfälle 2016-2018



1. Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	35	16 - 77	1394
	Sollvorgabe ≥ 30			



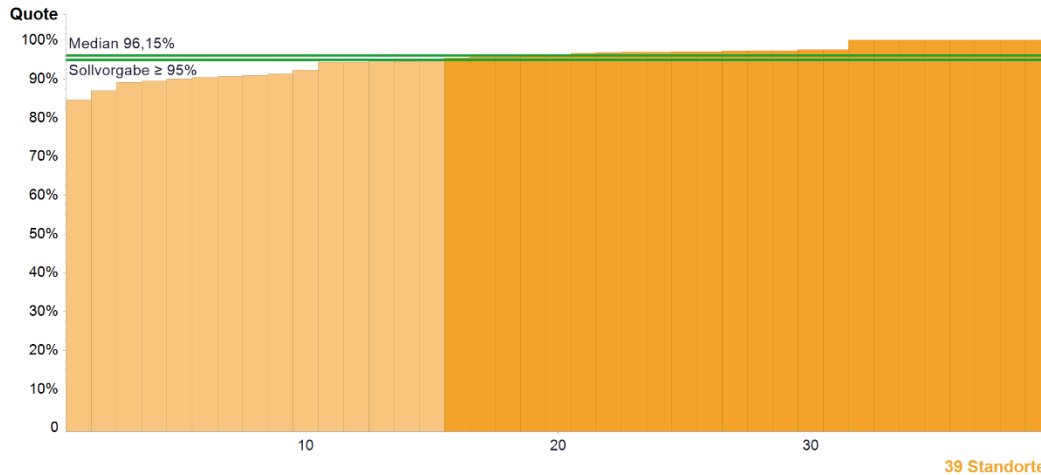
	2015	2016	2017	2018
● Max	77,00	95,00	68,00	77,00
95. Perzentil	71,90	71,25	58,00	57,00
75. Perzentil	57,00	60,50	43,00	40,50
Median	36,00	44,50	35,00	35,00
25. Perzentil	33,50	36,75	30,00	28,00
5. Perzentil	23,60	31,95	21,60	19,00
● Min	20,00	31,00	18,00	16,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	100,00%	29	74,36%

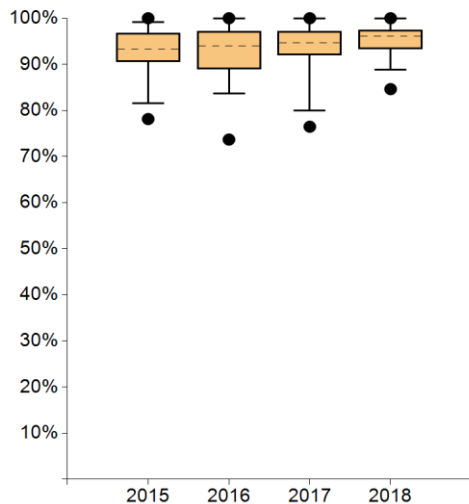
Anmerkungen:

Im Vorjahresvergleich vergrößert sich die Streuung der Primärfallzahlen, sodass mit 10 Zentren 5 mehr als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlen. 6 dieser Zentren mussten die Primärfallzahlen und die operativen Primärfälle (vgl. Kennzahl 9) im Wiederholungsaudit nachweisen. Sie erhielten eine Abweichung. Aufgrund der 2017 geänderten Primärfalldefinition (Zuordnung von Tumoren des ösophagogastralen Übergangs zu Ösophaguskarzinomen) bestand im Auditjahr 2019 eine Ausnahmeregelung, so dass auch für diese 6 Zentren mit Primärfallzahl-Unterschreitung eine 12-monatige Zertifikatsverlängerung möglich war. Die Zentren begründeten die teils deutliche Abnahme der Primärfallzahlen vor allem mit personellen Wechslen und der geänderten Primärfalldefinition (s.o.). Entsprechend zielten die abgeleiteten Maßnahmen auf eine Verbesserung des Zuweisermanagements (z.B. Fortbildungen) und der Patientenorientierung (z.B. Vorträge mit Selbsthilfe, eigene Sprechstunde) ab.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	33*	16 - 73	1326
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	35*	16 - 77	1394
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	96,15%	84,62% - 100%	95,12%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	100,00%	24	61,54%

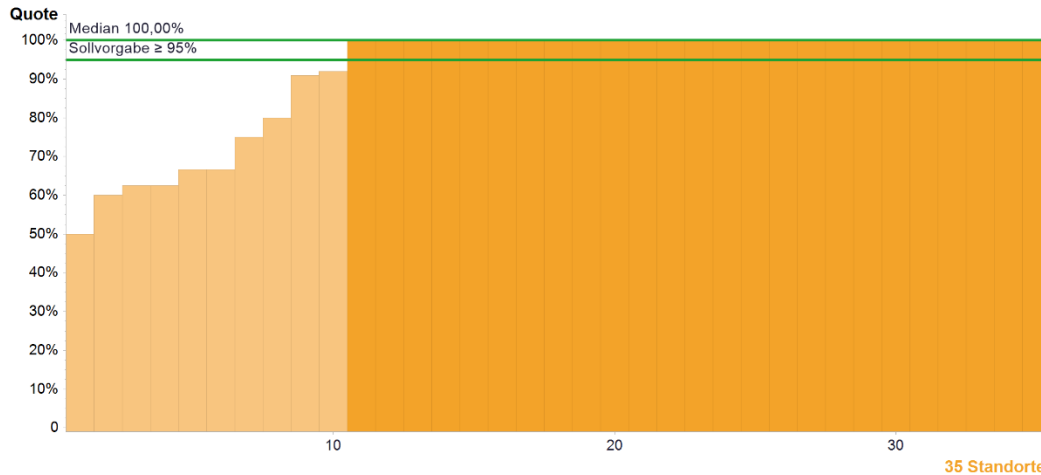
Anmerkungen:

Die Kennzahl zeigt eine Verbesserung insbesondere in den unteren Prozentbereichen, sodass mit 24 Zentren nun die Mehrzahl (Vorjahr: 17) die Sollvorgabe erfüllt. Häufige Gründe für das Verfehlen dieser Sollvorgabe waren Notfallmäßige Eingriffe (insbesondere perforierende Tumoren) sowie die Versorgung extern bereits vorbehandelter Patienten. In einem Fall wurde wegen nicht hinreichender Begründungen eine Abweichung ausgesprochen. Von den Zentren eingeführte Verbesserungsmaßnahmen umfassten u.a. SOP/Dokumente zur kurzfristigen interdisziplinären Besprechung von Notfällen sowie zur Vorstellung auch vorbehandelter Patienten in der Tumorkonferenz.

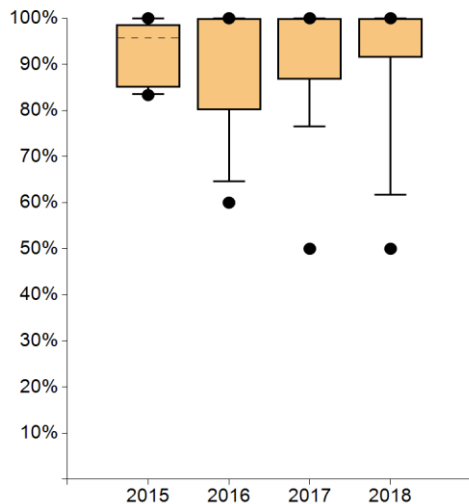
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

3. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	4*	1 - 23	168
Nenner	Patienten mit Rezidiv	4*	1 - 25	186
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	50,00% - 100%	90,32%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
35	89,74%	25	71,43%

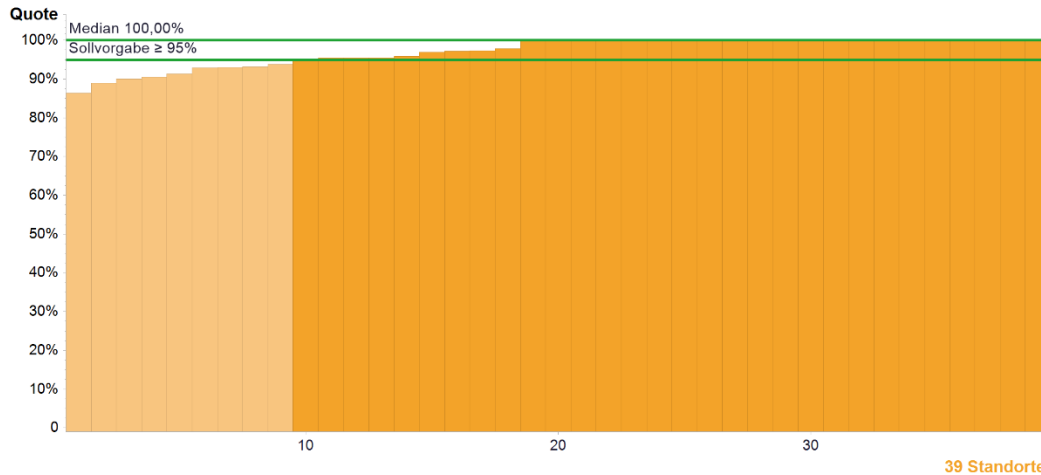
Anmerkungen:

Die Kennzahl verbessert sich erneut deutlich gegenüber dem Vorjahr (59,25% Erfüllung). Alle 25 Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, erreichen 100%. 10 Zentren (Vorjahr: 11) verfehlen die Quote von mindestens 95%, wobei 7 nur einstellige Patientenzahlen im Nenner aufwiesen (Zentrum mit 50% nur 2 Patienten). Nicht in der Tumorkonferenz vorgestellte Patienten wurden bei ausgeprägter Metastasierung in einigen Fällen nur telefonisch besprochen, andere wurden wegen Ileussyndromatik notfallmäßig operiert oder das Rezidiv war ein Zufallsbefund. In den Audits wurde eine Abweichung und eine Reihe von Hinweise ausgesprochen. Zu niedrigen Quoten soll mit SOP/Algorithmen zur konsequenten Vorstellung aller Rezidivpatienten begegnet werden.

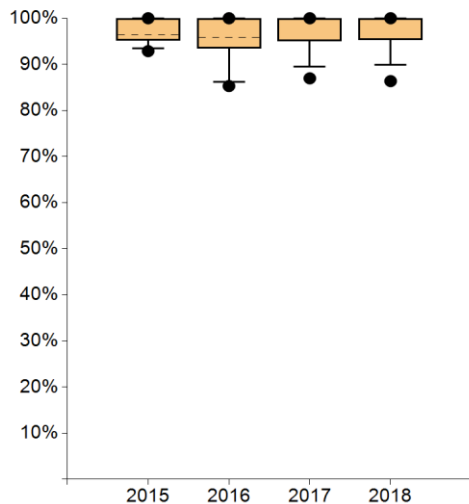
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

4. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	21*	6 - 44	834
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 9)	22*	6 - 45	860
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	86,36% - 100%	96,98%**



	2015	2016	2017	2018
● Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	96,43%	95,83%	100%	100%
25. Perzentil	95,12%	93,50%	95,00%	95,35%
5. Perzentil	93,50%	86,16%	89,56%	89,89%
● Min	92,86%	85,29%	86,96%	86,36%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	100,00%	30	76,92%

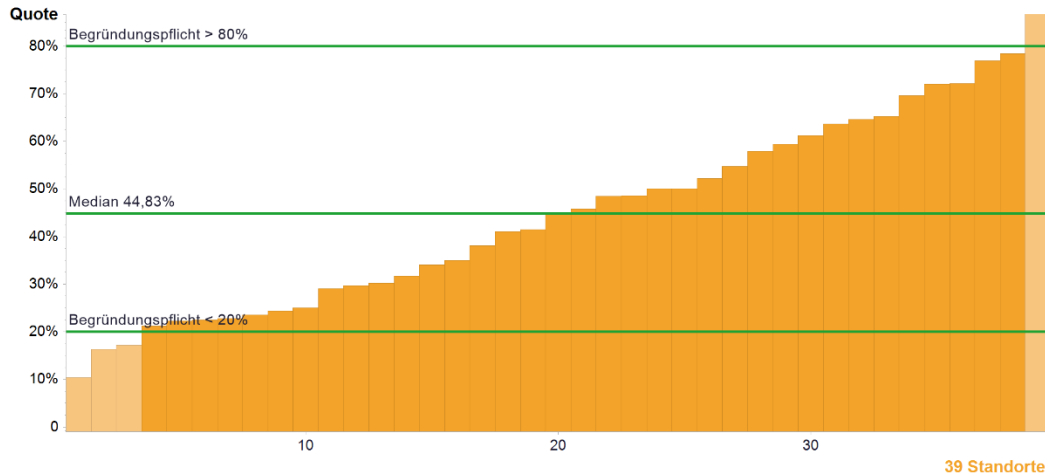
Anmerkungen:

Während 21 Zentren alle Primärfälle postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt haben, verfehlen mit 9 Zentren mehr als im Vorjahr (5) die Mindestvorgabe von 95%. Nur eines davon war bereits im Vorjahr auffällig gewesen. Die beiden hier in Rede stehenden Patienten waren postoperativ verstorben. Diese Begründung wurde auch bei den anderen Zentren häufig genannt. Teilweise wurden Patienten auch vor einer Vorstellung in der Tumorkonferenz verlegt bzw. die Vorstellung wurde nicht korrekt dokumentiert. Die Unterschreitungen wurden in den Audits einer kritischen Prüfung unterzogen.

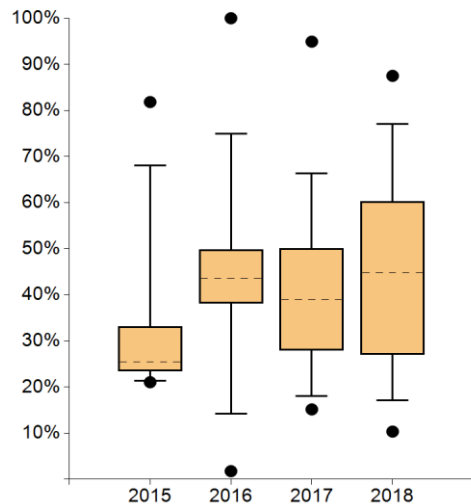
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

5. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	16*	3 - 57	736
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	40*	18 - 116	1635
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >80%	44,83%	10,34% - 87,50%	45,02%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	100,00%	35	89,74%

Anmerkungen:

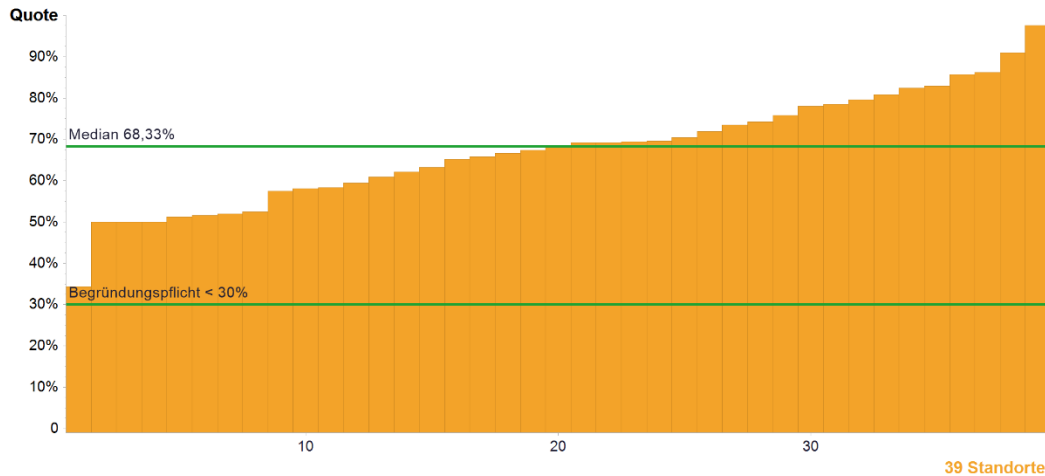
Die Quoten der psychoonkologischen Betreuung verbessern sich auf breiter Front. Die Zahl der Gespräche steigt um 17,2%. Im Kennzahlenjahr 2018 bewegen sich nur noch 4 Zentren außerhalb der Plausibilitätsgrenzen (Vorjahr: 5), 3 davon unterschreiten die Quote von 20%. Dies lag daran, dass seitens der Patienten kein Bedarf geäußert wurde und/oder dass auch Gespräche geführt wurden, die kürzer als 25 Min. waren. In den Audits wurde der intensivierte Einsatz von Screening-Instrumenten zur Ermittlung des psychoonkologischen Betreuungsbedarfs besprochen.

* 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.

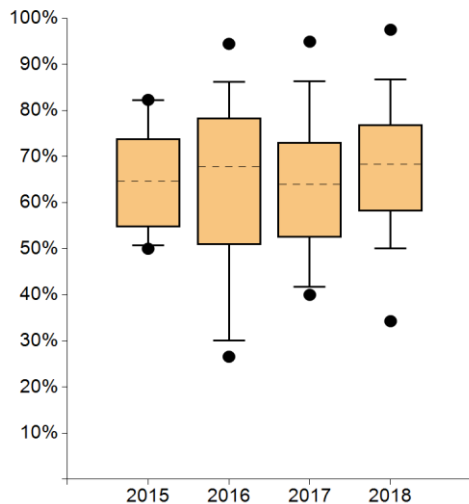
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

6. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	25*	11 - 72	1108
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	40*	18 - 116	1635
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 30\%</math>	68,33%	34,29% - 97,50%	67,77%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	100,00%	39	100,00%

Anmerkungen:

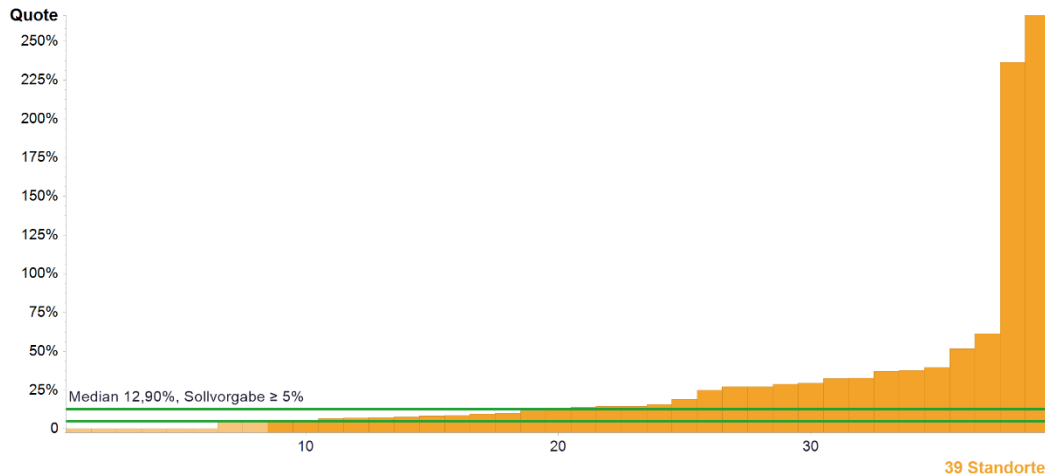
Wie bereits im Vorjahr bewegen sich alle Zentren innerhalb der Plausibilitätsgrenzen. Die Zahl der durchgeführten Beratungen nimmt dabei um 13,8% zu. Trotz vollständiger Erfüllung der Kennzahl zeichnet sich also noch eine weitere Verbesserung in der sozialdienstlichen Betreuung ab.

* 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.

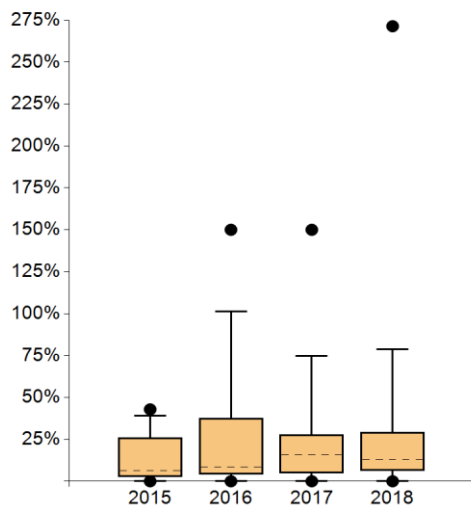
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

7. Studienteilnahme



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten mit Magenkarzinom, die in eine Studie eingebracht wurden	4*	0 - 95	389
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	35*	16 - 77	1394
Quote	Sollvorgabe \geq 5%	12,90%	0,00% - 271,43%	27,91%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	100,00%	31	79,49%

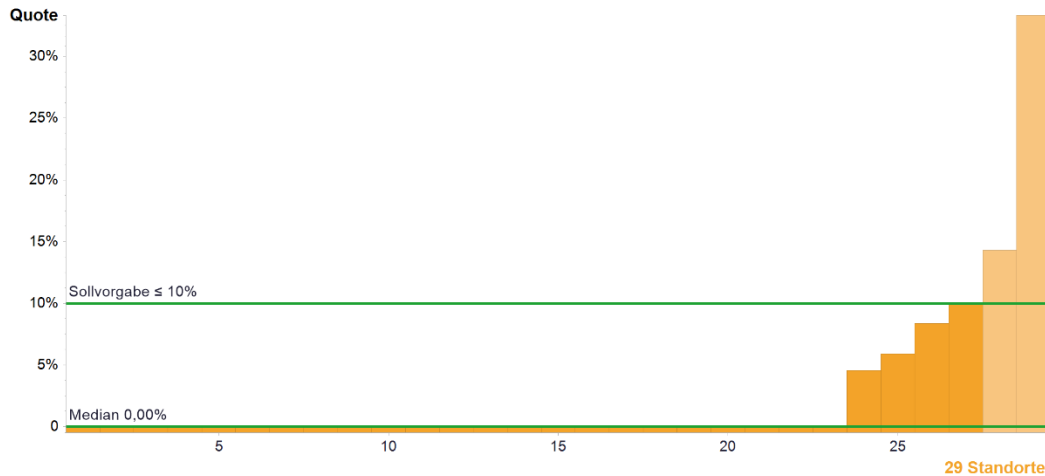
Anmerkungen:

Bei sinkendem Median vergrößert sich die Bandbreite an Studieneinschlussquoten weiter. Die geforderte Zahl von mindestens 5% der Primärfälle erreichen 31 Zentren, 8 (Vorjahr: 9) verfehlen sie. 6 Zentren konnten keinen an einer Studie teilnehmenden Patienten vermelden. Häufig finden die Zentren keine geeignete Studie, für die sie Patienten rekrutieren könnten, etwa weil sich diese auf Tumoren des gastroösophagealen Übergangs beziehen. In den Audits wurden vielfach die intensiven Bemühungen der Zentren um eine Erhöhung der Studienquote anerkannt. Nur in einem Fall wurde eine Abweichung ausgesprochen.

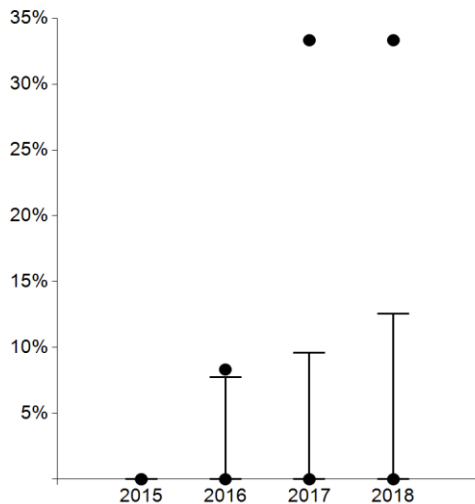
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

8. Komplikationen endoskopische En-bloc-Resektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Komplikationen (Blutung, Perforation)	0*	0 - 1	6
Nenner	Patienten mit endoskopischer En-bloc-Resektion	5*	1 - 44	277
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 33,33%	2,17%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
29	74,36%	27	93,10%

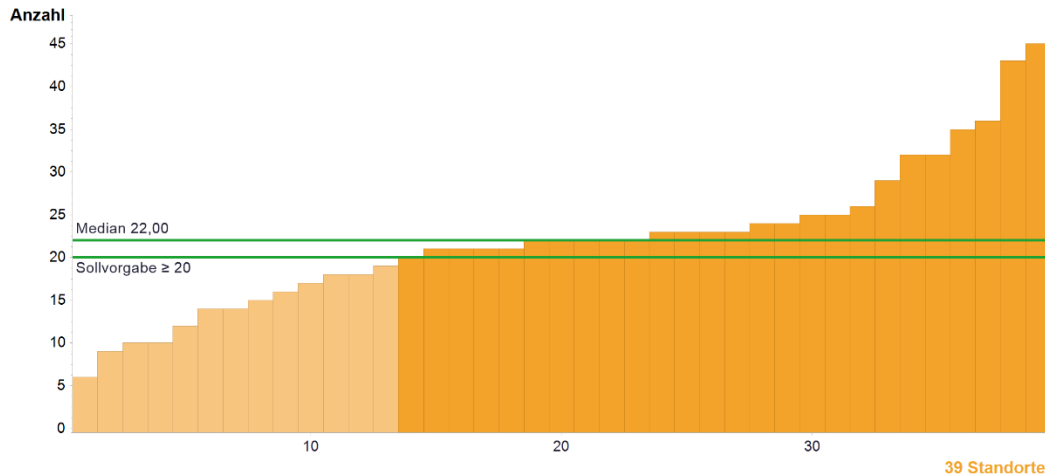
Anmerkungen:

23 der 27 Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, haben im Kennzahlenjahr 2018 keinerlei Komplikationen verzeichnet. 2 Zentren verfehlen die Sollvorgabe, wobei jeweils nur 1 Komplikationsereignis (Mikroperforation, Nachblutung) bei 3 bzw. 7 durchgeführten endoskopischen En-bloc-Resektionen auftrat. Beide Komplikationsereignisse waren endoskopisch beherrschbar und wurden in den Audits nicht als systematischer Fehler identifiziert.

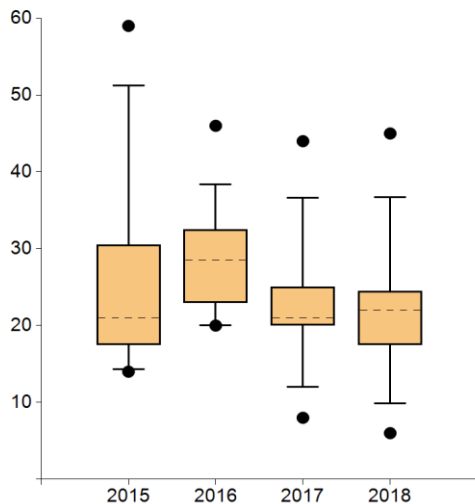
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

9. Operative Primärfälle



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		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*)	22	6 - 45	860
	Sollvorgabe ≥ 20			



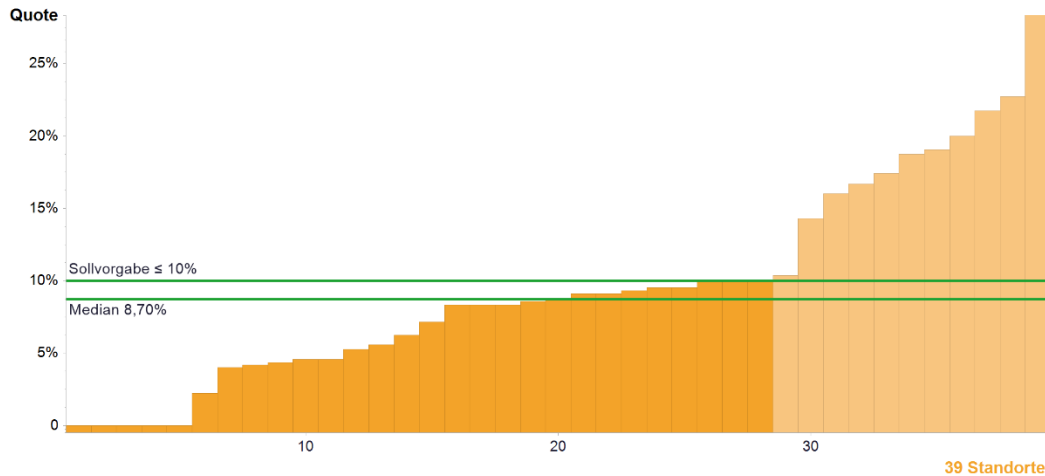
	2015	2016	2017	2018
● Max	59,00	46,00	44,00	45,00
95. Perzentil	51,20	38,40	36,60	36,70
75. Perzentil	30,50	32,50	25,00	24,50
Median	21,00	28,50	21,00	22,00
25. Perzentil	17,50	23,00	20,00	17,50
5. Perzentil	14,30	20,00	12,00	9,90
● Min	14,00	20,00	8,00	6,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	100,00%	26	66,67%

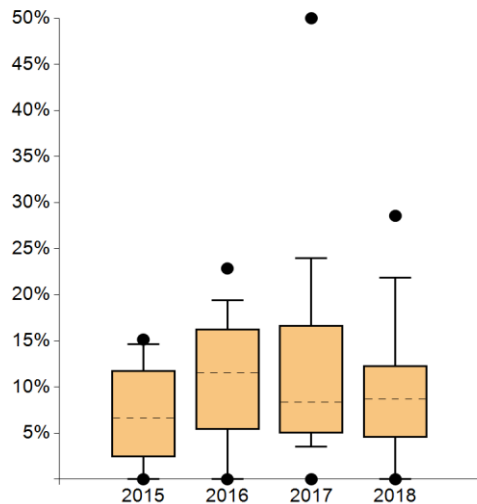
Anmerkungen:

Vor allem auf Grund der geänderten Primärfalldefinition (Ausschluss von Tumoren des gastroösophagealen Übergangs, vgl. Kennzahl 1) sowie personeller und organisationsinterner Veränderungen verfehlten im Kennzahlenjahr 2018 13 Zentren die Sollvorgabe von mindestens 20 operativen Primärfällen. Die Zentren haben zwar diverse Maßnahmen (u.a. Zuweiseranalysen und -fortbildungen, Verringerung der Wartezeiten) in Angriff genommen. 7 Zentren mussten die Zahlen jedoch in Wiederholungsaudits nachweisen. Nur einem Zentrum gelang dies für die Kennzahlen 1 und 9 im Schnitt der letzten 3 Jahre. Die anderen 6, die gleichzeitig 2018 die Primärfallzahlen unterschritten, erhielten eine Abweichung. Auf Basis einer Ausnahmeregelung für das Auditjahr 2019 war jedoch angesichts der geänderten Primärfalldefinition bei allen 6 Zentren eine 12-monatige Zertifikatsverlängerung möglich.

10. Revisions-OP's



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	2*	0 - 6	80
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 9)	22*	6 - 45	860
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	8,70%	0,00% - 28,57%	9,30%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	100,00%	28	71,79%

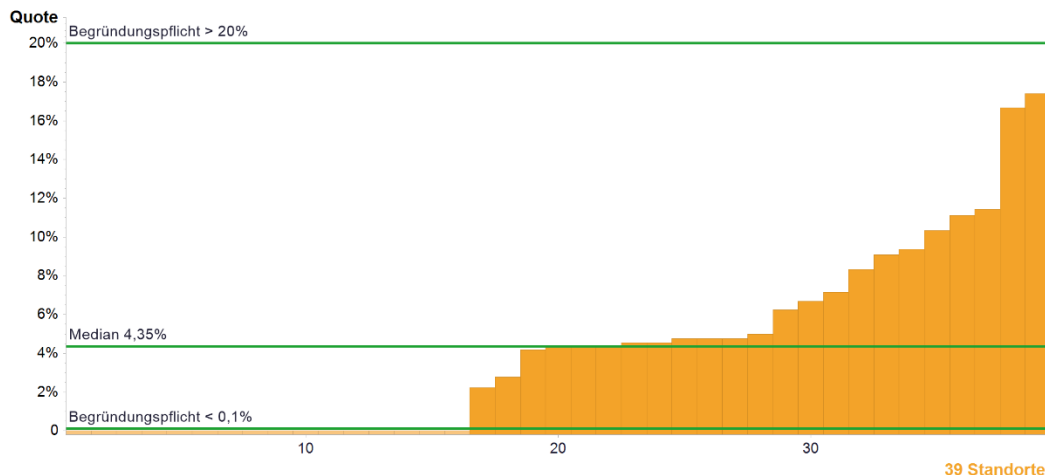
Anmerkungen:

Die Kennzahl wird insgesamt deutlich besser erfüllt als noch im Vorjahr. Die Ursachen, die die 11 Zentren (Vorjahr: 14) hierfür angeben, zeigen große Schnittmengen: Wundinfektionen, Anastomosen- bzw. Stumpfsuffizienzen, thromboembolische Ereignisse, Nachblutungen, Perforationen und Faszienrisse (Platzbauch). Vereinzelt wurde auch eine generell großzügige Indikationsstellung zum Revisionseingriff festgestellt. In der Mehrzahl der Fälle konnten die Auditoren keine systematischen Fehler erkennen. Vereinzelt wurden Maßnahmen wie die intraoperative endoskopische Anastomosenkontrolle oder ein Bereitschaftsdienst der interventionellen Radiologie vereinbart.

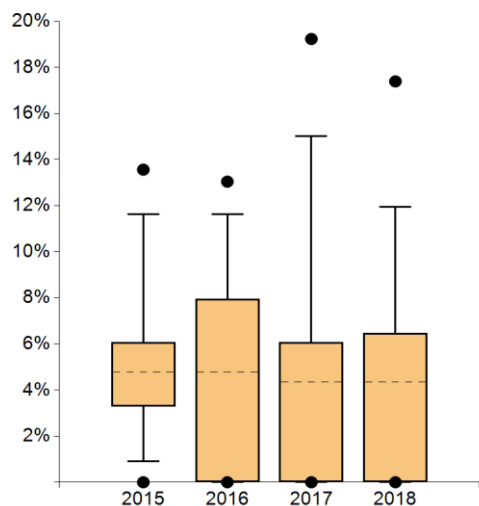
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach elektiver OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	1*	0 - 4	34
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 9)	22*	6 - 45	860
Quote	Begründungspflicht*** <0,1% und >20%	4,35%	0,00% - 17,39%	3,95%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	100,00%	23	58,97%

Anmerkungen:

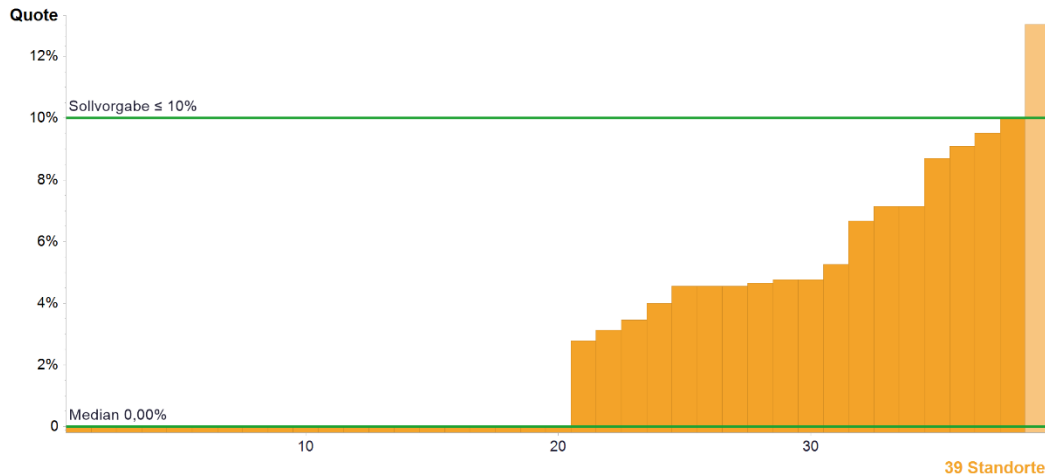
Bei etwas abnehmender Streuung verharrt die Erfüllung dieser Kennzahl auf dem bereits hohen Niveau des Vorjahres. Eine postoperative Wundinfektionsrate von über 20% wurde nicht beobachtet. Begründungspflichtig waren lediglich diejenigen 16 Zentren, die keine einzige postoperative Wundinfektion zu verzeichnen hatten. Dies wurde in den Audits auch bestätigt. Nur in einem Fall wurde ein Hinweis ausgesprochen, dass die Quote von 0% durch unterschiedliche Definitionen von Wundheilungsstörung und Wundinfektion bedingt sein könnte. Dementsprechend wurde eine Aufarbeitung gefordert.

* 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.

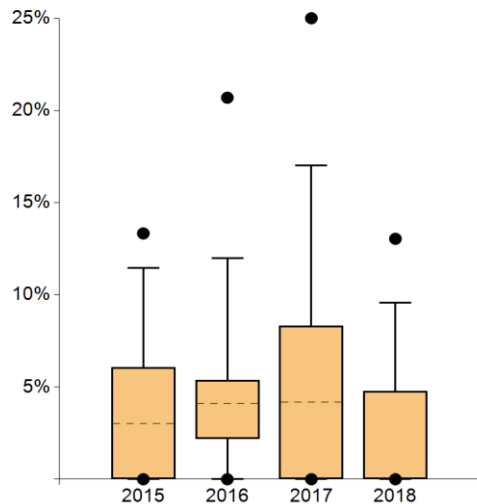
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

12. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die postoperativ nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30 d verstorben sind	0*	0 - 3	25
Nenner	Operative Primärfälle (= Kennzahl 9)	22*	6 - 45	860
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	0,00%	0,00% - 13,04%	2,91%**



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

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
39	100,00%	38	97,44%

Anmerkungen:

Trotz einer Zunahme an zertifizierten Magenkrebszentren nimmt die postoperative Mortalität sowohl absolut (-8 Fälle) als auch relativ (-34%) ab. Nur noch 1 Zentrum (Vorjahr: 5) überschreitet eine Quote von 10%. Dieses Zentrum war 2018 erstmals auffällig und wies gleichzeitig eine hohe Rate an Revisionseingriffen aus. Im Audit wurden die 3 Todesfälle (bedingt durch Aspirationspneumonie, Lungenembolie und mesenteriale Ischämie) diskutiert, eine Abweichung wurde jedoch nicht festgestellt.

* 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.
Johannes Rückher, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Jumana Mensah, 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

Version e-A1-de; Stand 14.07.2020

ISBN: 978-3-948226-13-8



9 783948 226138