



Kennzahlenauswertung 2022

Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren

Auditjahr 2021 / Kennzahlenjahr 2020

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2021	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	11
Kennzahl Nr. 1a: Primärfälle Zentrum	11
Kennzahl Nr. 1b: Patienten mit neu aufgetretenem 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 Studienpatienten	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-OP's 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
Impressum	30

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

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.

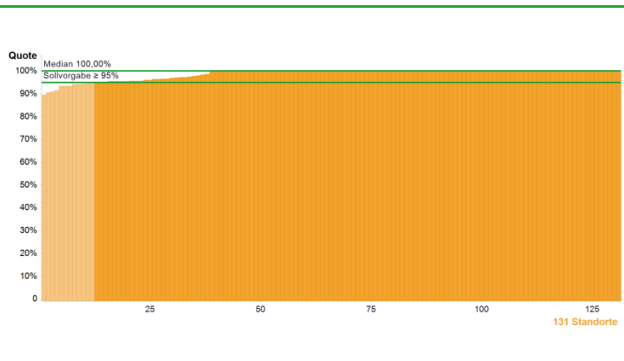
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

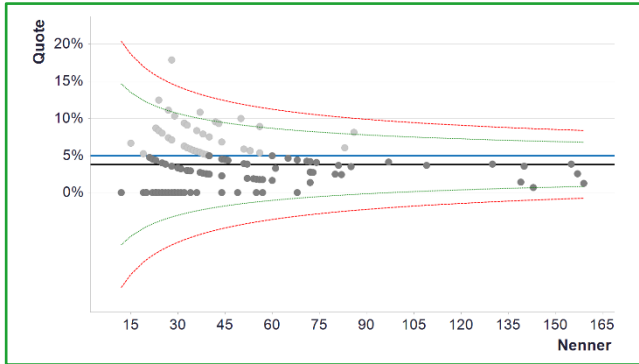
Diagramm:

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.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	18*	6 - 83	2954
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	18*	6 - 87	3008
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	89,47% - 100%	98,20%**

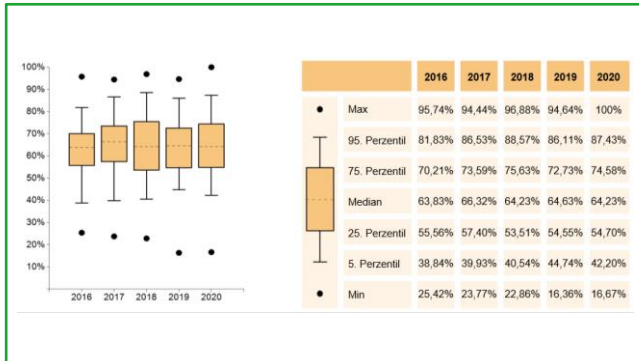


Allgemeine Informationen



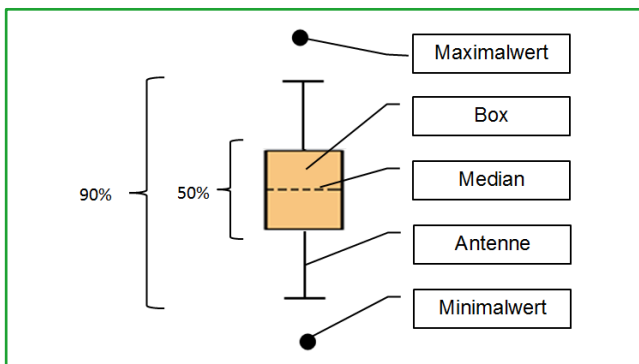
Funnel Plots:

Die Funnel Plots geben bei den Qualitätsindikatoren, die als Quotient dargestellt werden, das Verhältnis von einbezogenen Patientenzahlen und Indikatorergebnis an. Die x-Achse stellt die Grundgesamtheit des Indikators (Zahlenwert des Nenners) dar, die y-Achse das Ergebnis des Indikators für das jeweilige Zentrum. Die Sollvorgabe ist als blaue durchgezogene Linie dargestellt. Der Mittelwert, als schwarze durchgezogene Linie dargestellt, teilt die Gruppe in zwei Hälften. Die grün gepunkteten Linien stellen dabei die 95%-Konfidenzintervalle (2 Standardabweichungen des Mittelwerts), die rot gestrichelten Linien die 99,7%-Konfidenzintervalle (3 Standardabweichungen des Mittelwerts) dar.



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2016, 2017, 2018, 2019** und **2020** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



Boxplot:

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

Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2021

	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016
Laufende Verfahren	6	5	8	5	10	5
Zertifizierte Zentren	133	124	117	112	98	91
Zertifizierte Standorte	136	127	120	115	100	93

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	131	121	116	106	93	83
entspricht	96,3%	95,3%	96,7%	92,2%	93%	89,2%
Primärfälle gesamt*	6.759	6.068	5.683	5.104	4.526	3.877
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	52	50	49	48	49	47
Primärfälle pro Standort (Median)*	45	49	43	45	44	43

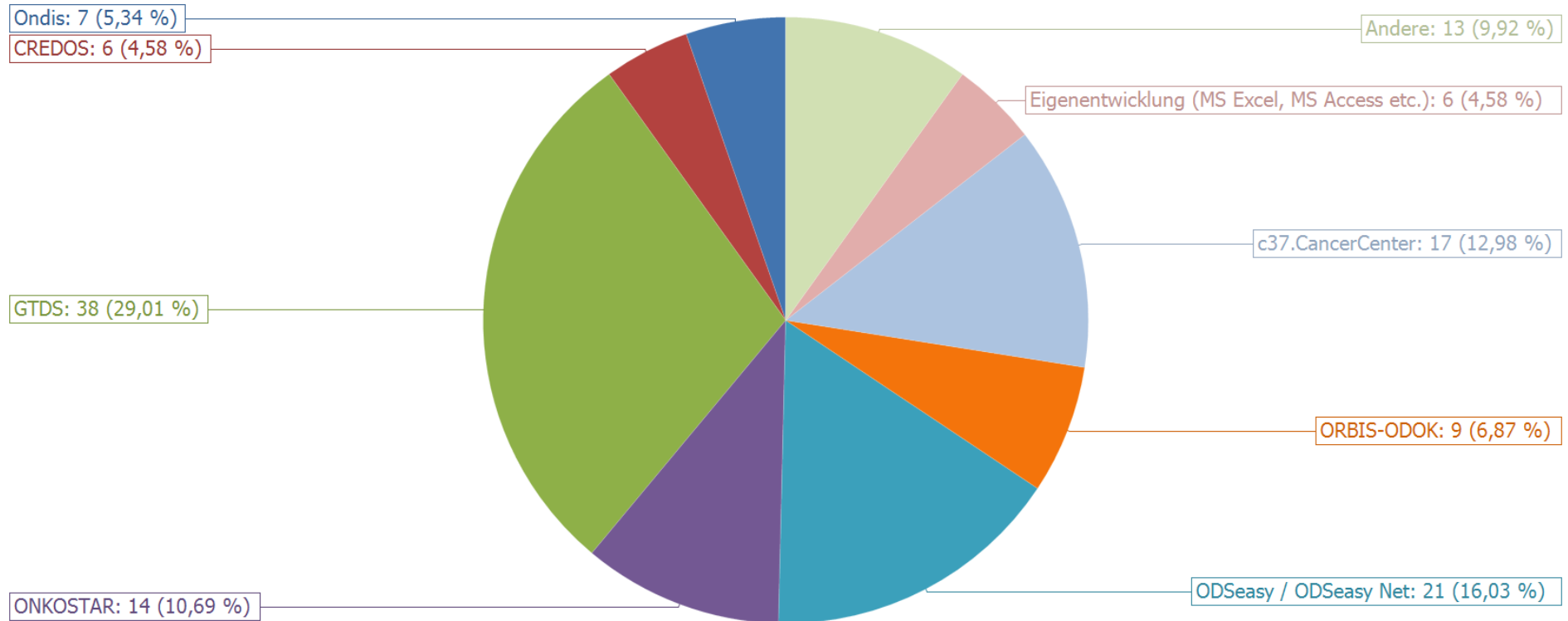
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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 131 der 136 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 5 Standorte, die im Jahr 2021 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). In 136 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 6.956 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de aufgeführt.

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

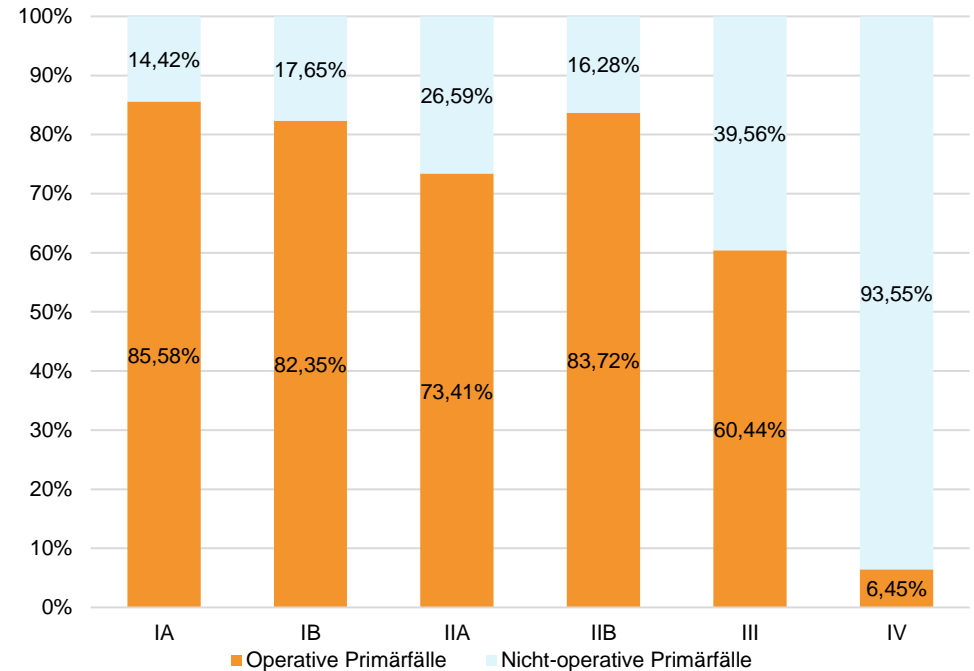
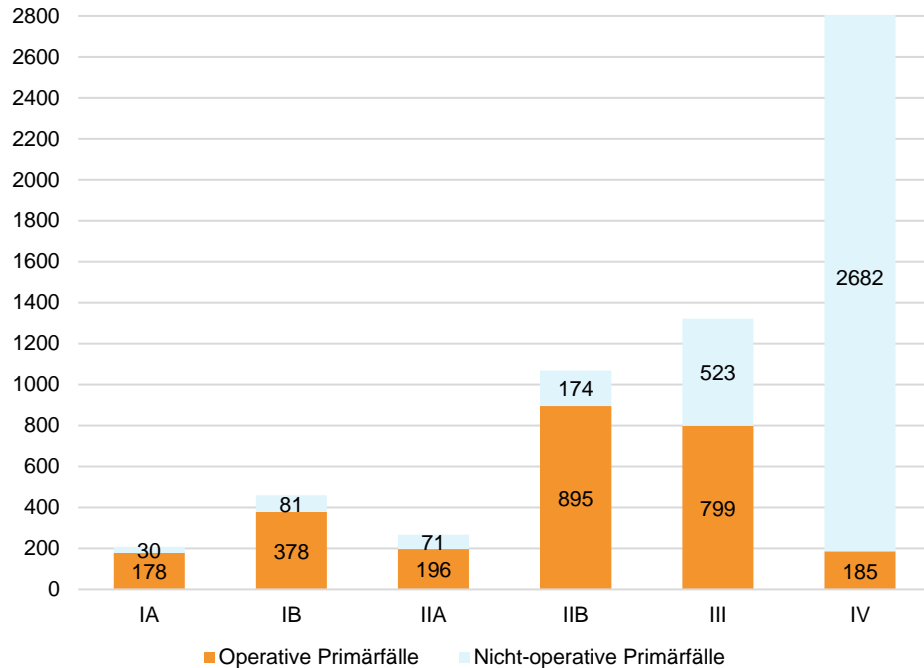
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



Legende:	
Andere	System in ≤ 3 Standorten genutzt

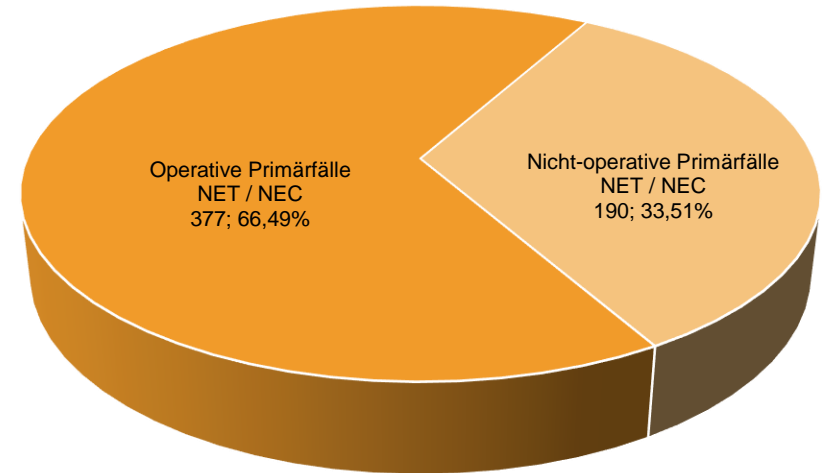
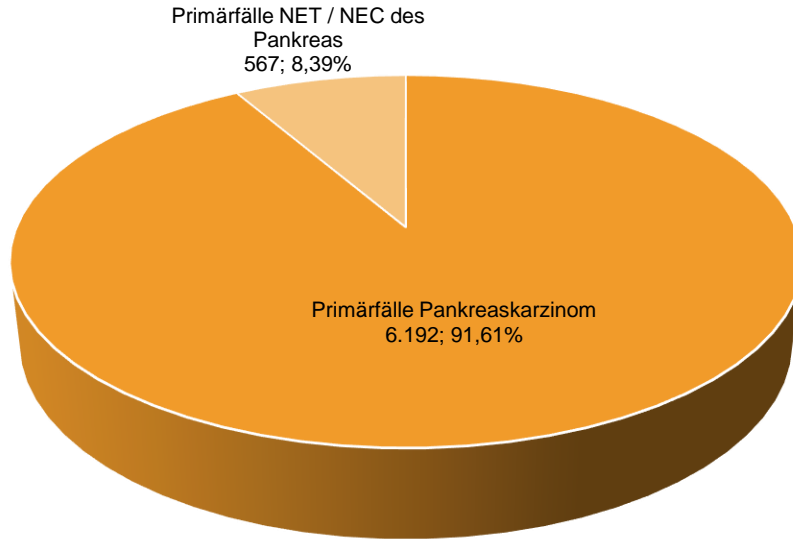
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten – Primärfälle Pankreaskarzinom (Karzinome des exokrinen Pankreas)



	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
Operative Primärfälle	178 (85,58%)	378 (82,35%)	196 (73,41%)	895 (83,72%)	799 (60,44%)	185 (6,45%)	2.631 (42,49%)
Nicht-operative Primärfälle	30 (14,42%)	81 (17,65%)	71 (26,59%)	174 (16,28%)	523 (39,56%)	2.682 (93,55%)	3.561 (57,51%)
Primärfälle gesamt	208 (100%)	459 (100%)	267 (100%)	1.069 (100%)	1.322 (100%)	2.867 (100%)	6.192 (100%)

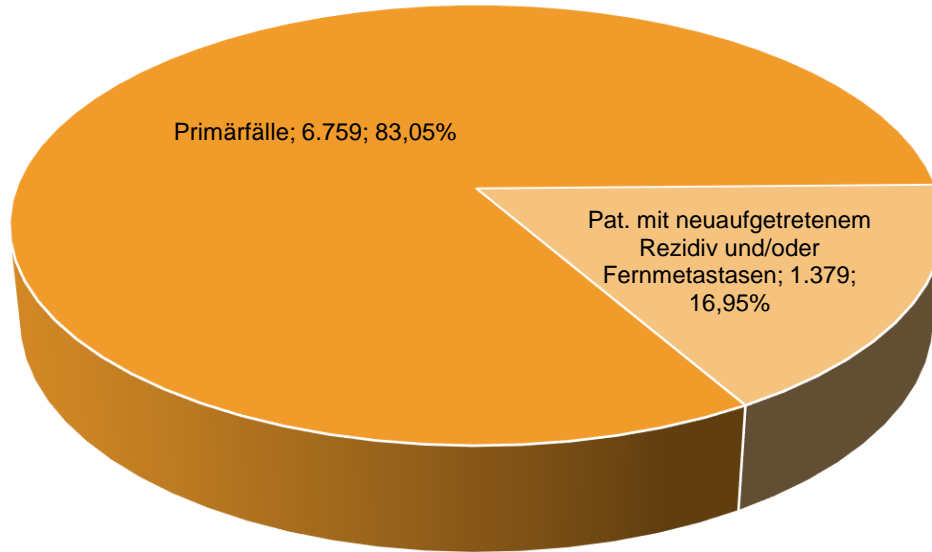
Basisdaten – Primärfälle Pankreas



Primärfälle Pankreaskarzinom	Primärfälle NET / NEC des Pankreas	Primärfälle gesamt
6.192 (91,61%)	567 (8,39%)	6.759 (100%)

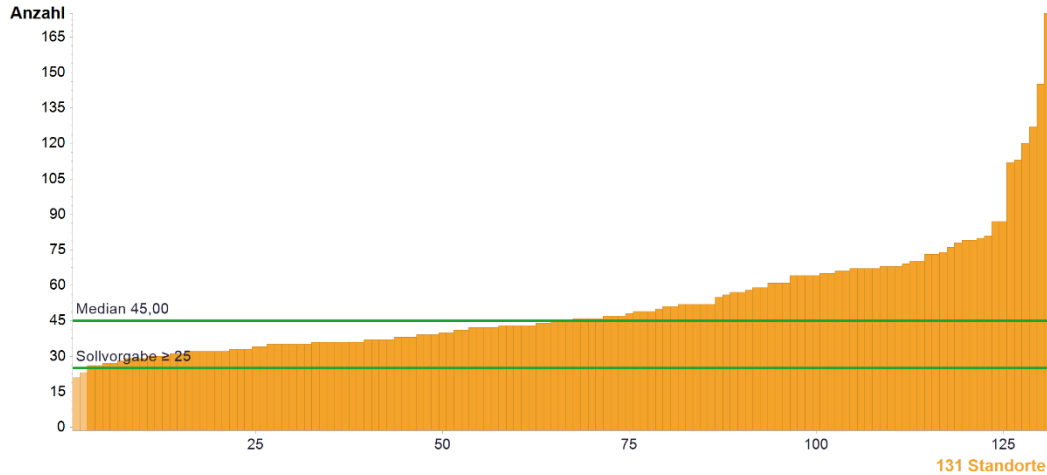
Operative Primärfälle NET / NEC	Nicht-operative Primärfälle NET / NEC	Primärfälle Gesamt NET / NEC
377 (66,49%)	190 (33,51%)	567 (100%)

Basisdaten – Zentrumsfälle Pankreas

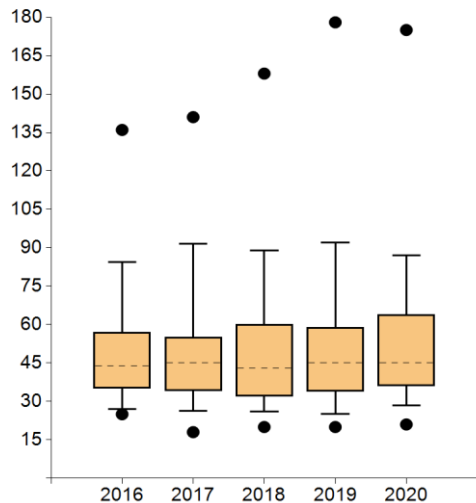


Primärfälle	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	Zentrumsfälle
6.759 (83,05%)	1.379 (16,95%)	8.138 (100%)

1a. Primärfälle Zentrum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	45	21 - 175	6759
	Sollvorgabe ≥ 25			



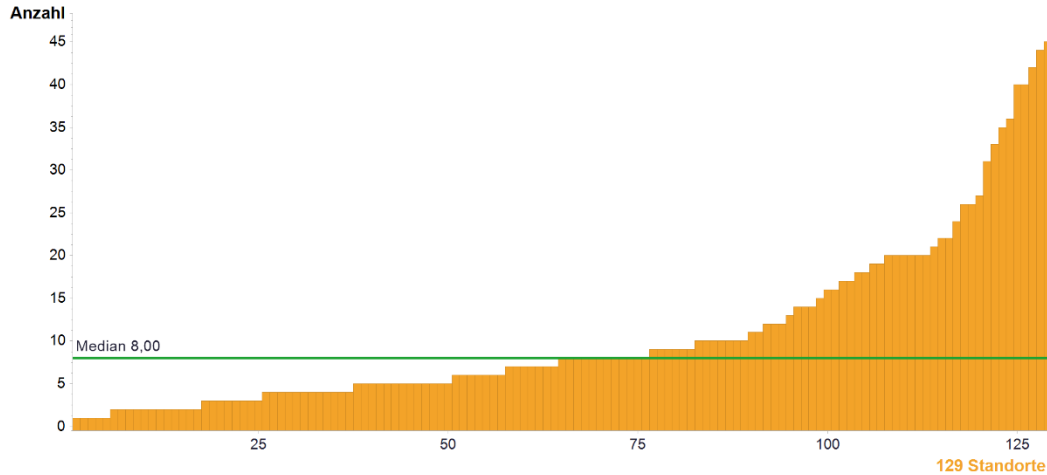
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	136,00	141,00	158,00	178,00	175,00
95. Perzentil	84,40	91,50	89,00	92,00	87,00
75. Perzentil	57,00	55,00	60,00	59,00	64,00
Median	44,00	45,00	43,00	45,00	45,00
25. Perzentil	35,00	34,25	32,00	34,00	36,00
5. Perzentil	27,00	26,25	26,00	25,00	28,50
● Min	25,00	18,00	20,00	20,00	21,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	129	98,47%

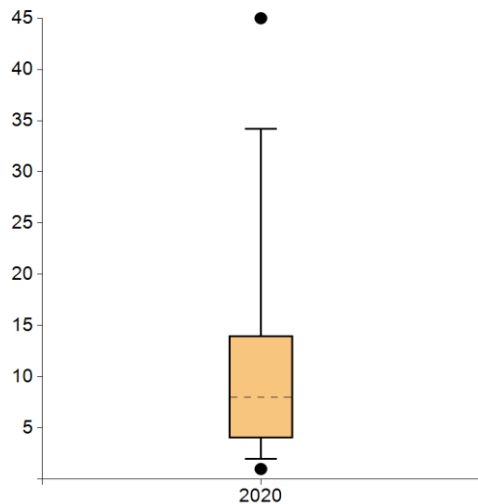
Anmerkungen:

Bei stabilem Median ist die Gesamtprimärfallzahl um 11,39% angestiegen. In den deutschen Zentren wurden 6.419 Primärfälle behandelt. Verglichen mit der Inzidenz in Deutschland 2018 (19.026 Neuerkrankungen mit C25) beträgt die Abdeckung somit 33,74%. Die beiden Zentren, die die Sollvorgabe von mind. 25 Primärfällen verfehlt haben, erklärten dies mit der Covid-19-Pandemie. 1 Zentrum befand sich im Überwachungsaudit, sodass eine Unterschreitung möglich war. Das andere Zentrum erreichte im Wiederholaudit die Fallzahlen im Schnitt der letzten 3 Jahre.

1b. Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	8	1 - 45	1379
	Keine Sollvorgabe			



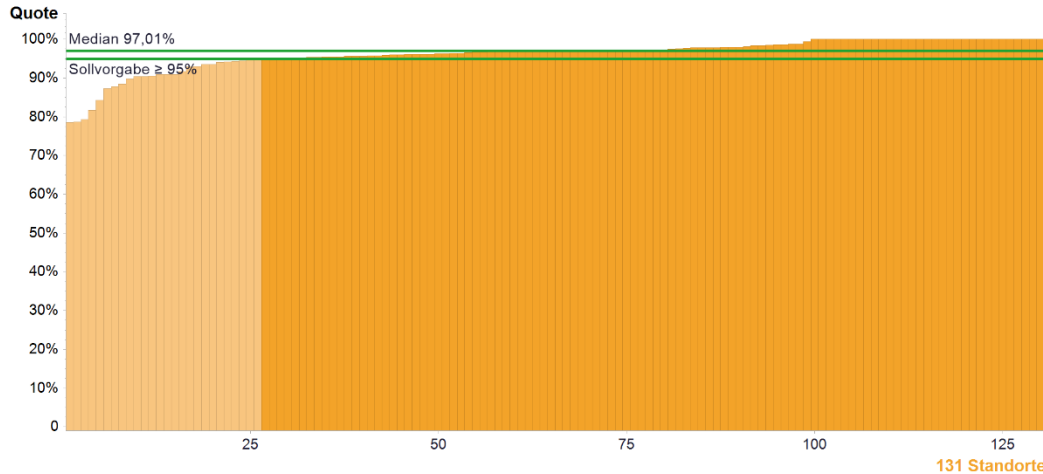
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	----	45,00
95. Perzentil	----	----	----	----	34,20
75. Perzentil	----	----	----	----	14,00
Median	----	----	----	----	8,00
25. Perzentil	----	----	----	----	4,00
5. Perzentil	----	----	----	----	2,00
● Min	----	----	----	----	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
129	98,47%	----	----

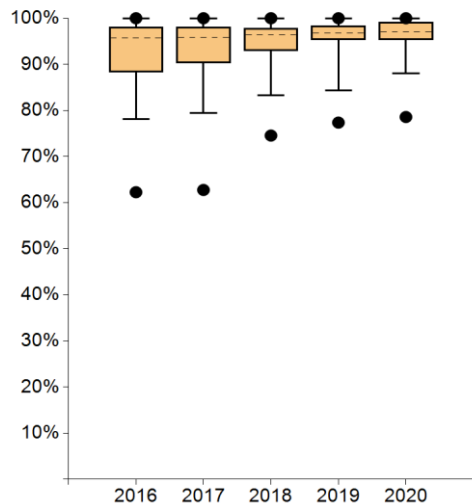
Anmerkungen:

Wie bei den anderen Tumorentitäten auch, wird nun auch im Zertifizierungssystem Pankreas die Zahl der Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen in einer eigenen Kennzahl erhoben. Im Median behandelte jedes Bauchspeicheldrüsenkrebszentrum 8 dieser Patienten im Jahr 2020.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit einem Pankreaskarzinom, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	43*	21 - 174	6489
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	45*	21 - 175	6759
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,01%	78,57% - 100%	96,01%**



	2016	2020	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,04%	98,16%	97,88%	98,31%	99,09%	
Median	95,74%	95,88%	96,43%	96,72%	97,01%	
25. Perzentil	88,24%	90,34%	92,92%	95,31%	95,35%	
5. Perzentil	78,06%	79,38%	83,33%	84,38%	88,06%	
● Min	62,26%	62,75%	74,55%	77,36%	78,57%	

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	105	80,15%

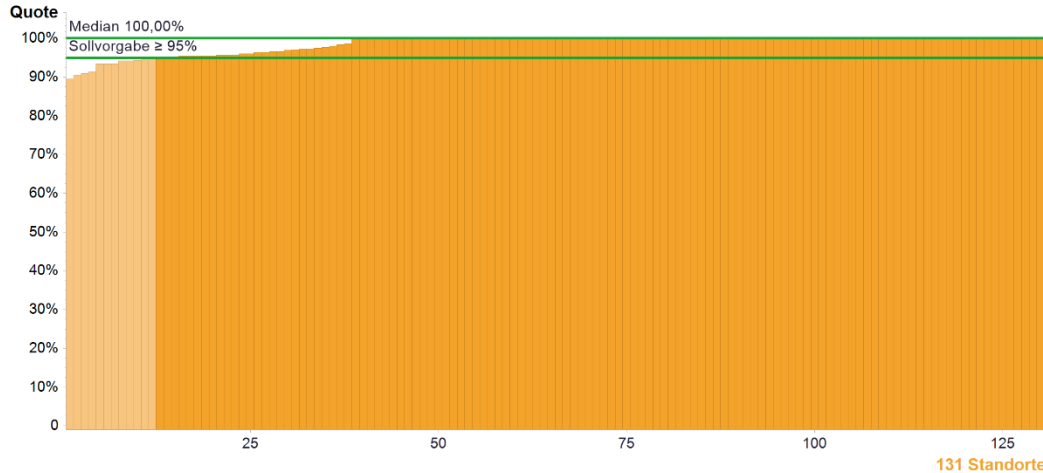
Anmerkungen:

Die positive Entwicklung bei der prätherapeutischen Fallvorstellung setzt sich fort. Bei erhöhter Grundgesamtheit haben 26 Zentren (Vorjahr: 27) die Sollvorgabe verfehlt. 11 von ihnen berichteten von einzelnen Versäumnissen, außerdem waren dringliche (6 Nennungen) bzw. Notfalleingriffe (4x) und intraoperative Zufallsbefunde (4x) häufige Gründe. Bei nicht operativen Fällen (5x) bzw. zur OP zugewiesenen Patienten (4x) wiesen die Fachexperten darauf hin, dass auch diese Fälle konsequent vorzustellen sind.

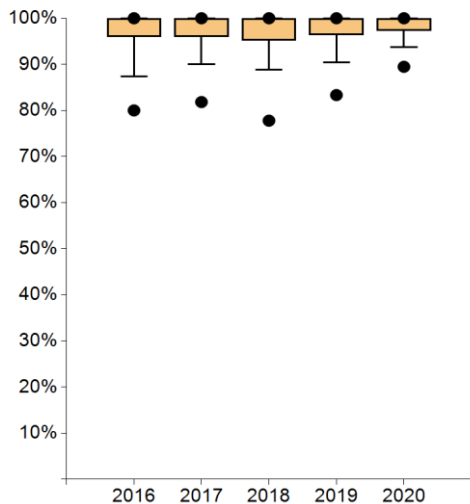
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	18*	6 - 83	2954
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524* und 5-525* mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	18*	6 - 87	3008
Quote	Sollvorgabe \geq 95%	100%	89,47% - 100%	98,20%**



	2016	2020	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	96,00%	95,94%	95,20%	96,36%	97,29%	
5. Perzentil	87,36%	90,00%	88,89%	90,48%	93,73%	
● Min	80,00%	81,82%	77,78%	83,33%	89,47%	

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	119	90,84%

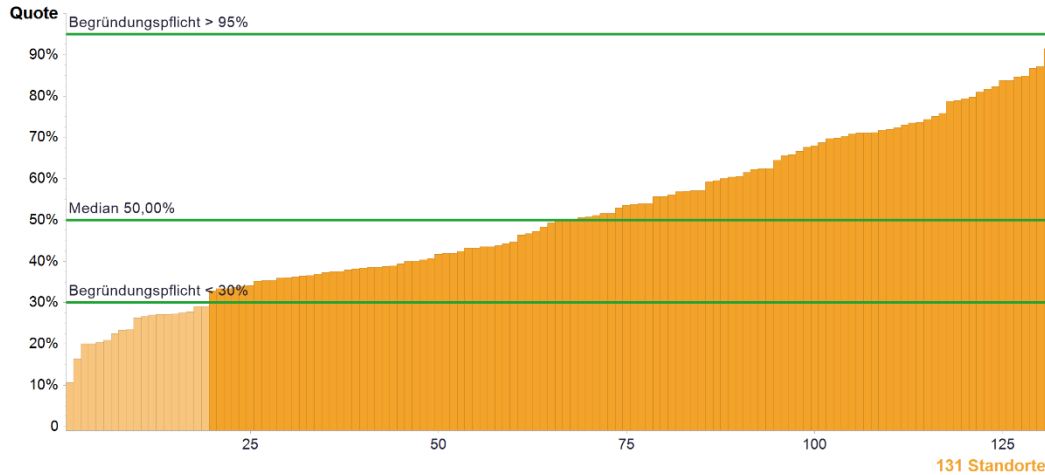
Anmerkungen:

Auch die Entwicklung bei der postoperativen Fallvorstellung ist weiter erfreulich, sodass nur noch 12 Zentren (Vorjahr: 18) die Sollvorgabe verfehlen: Alle machten hierfür unmittelbar postoperativ verstorbene Patienten verantwortlich, die nicht mehr vorgestellt wurden. Teilweise besprachen die Zentren die entsprechenden Patienten noch in M&M-Konferenzen bzw. plantan Patienten – wie im Zertifizierungssystem vorgesehen – unabhängig vom postoperativen Verlauf vorzustellen.

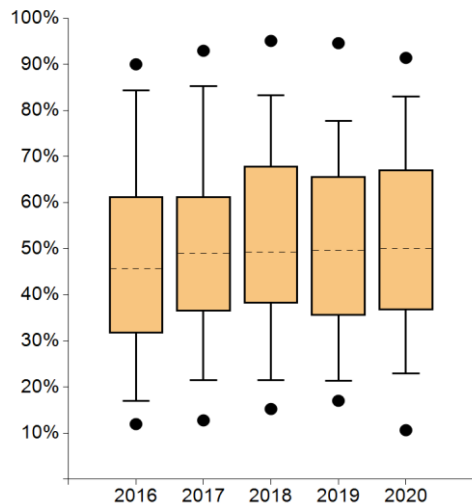
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	28*	5 - 139	3993
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	52*	26 - 187	8138
Quote	Begründungspflicht*** <30% und >95%	50,00%	10,64% - 91,40%	49,07%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	90,00%	92,94%	95,08%	94,59%	91,40%
95. Perzentil	84,28%	85,32%	83,29%	77,78%	82,99%
75. Perzentil	61,33%	61,25%	67,97%	65,71%	67,12%
Median	45,71%	48,98%	49,24%	49,66%	50,00%
25. Perzentil	31,71%	36,47%	38,19%	35,48%	36,76%
5. Perzentil	17,01%	21,52%	21,51%	21,31%	22,92%
● Min	11,96%	12,77%	15,24%	17,02%	10,64%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	112	85,50%

Anmerkungen:

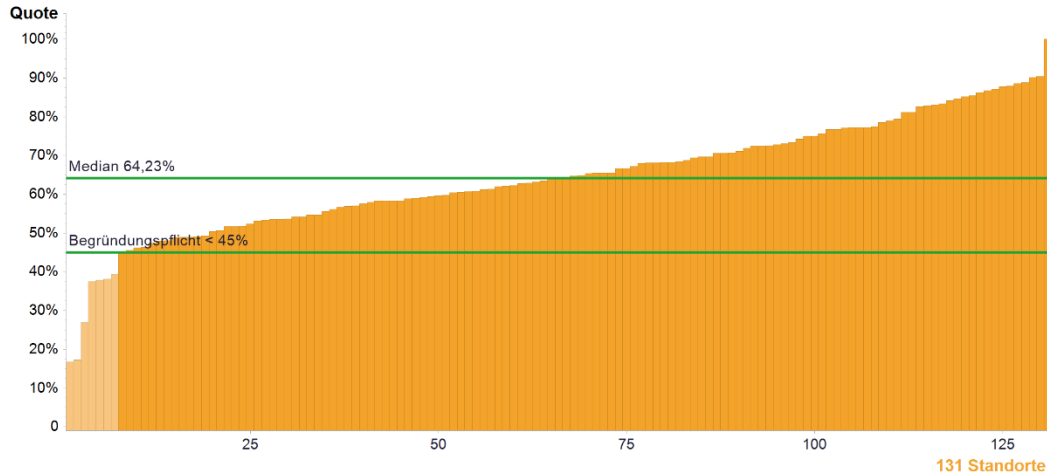
Fast unverändert ist die psychoonkologische Betreuungsquote geblieben. Von den 19 Zentren, die mit Quoten unter 30% begründungspflichtig waren, verwiesen 7 auf pandemiebedingte Umstände wie Kontaktbeschränkungen oder die geringe Akzeptanz digitaler Beratungsangebote durch ältere Patienten. Auch ein geringer Beratungsbedarf seitens der Patienten (7x) und Gespräche unter 25 min. (3x) wurden als Ursachen identifiziert. Viele Zentren sagten zu, sich in Zukunft um ein besser standardisiertes Screening zu bemühen sowie verstärkt auf digitale Beratungsangebote zu setzen.

* 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.

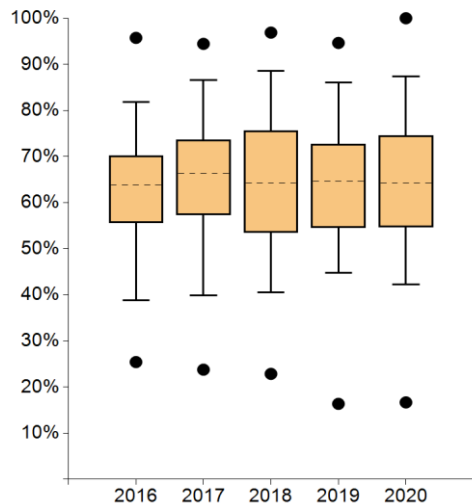
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die durch den Sozialdienst beraten wurden	34*	8 - 121	5166
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	52*	26 - 187	8138
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 45\%</math>	64,23%	16,67% - 100%	63,48%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	95,74%	94,44%	96,88%	94,64%	100%
95. Perzentil	81,83%	86,53%	88,57%	86,11%	87,43%
75. Perzentil	70,21%	73,59%	75,63%	72,73%	74,58%
Median	63,83%	66,32%	64,23%	64,63%	64,23%
25. Perzentil	55,56%	57,40%	53,51%	54,55%	54,70%
5. Perzentil	38,84%	39,93%	40,54%	44,74%	42,20%
● Min	25,42%	23,77%	22,86%	16,36%	16,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	124	94,66%

Anmerkungen:

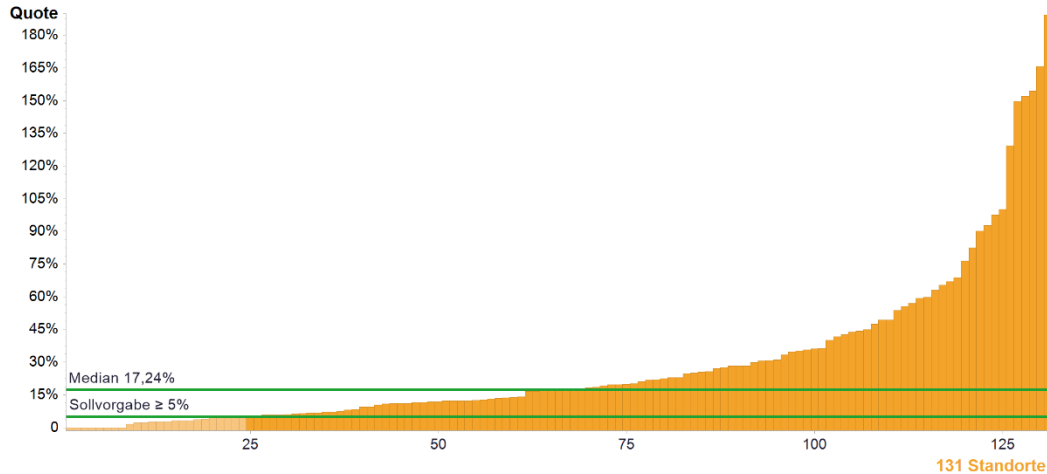
Auch die Beratungsquote durch den Sozialdienst verharrt auf einem stabilem Niveau. Wie im Vorjahr waren 7 Zentren begründungspflichtig, davon 3 aus dem deutschsprachigen Ausland, wo die Sozialberatung durch andere Berufsgruppen übernommen wird. Die übrigen Zentren verwiesen u.a. auf Dokumentationsprobleme (2x). Nur 1 Zentrum verwies auf pandemiebedingte Einschränkungen.

* 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.

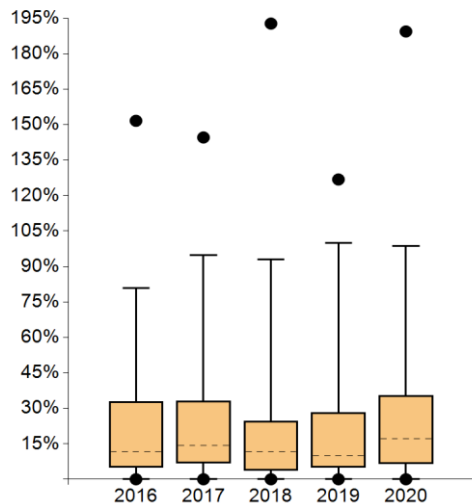
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

6. Anteil Studienpatienten



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten, die in eine Studie eingebracht wurden	8*	0 - 217	2262
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a)	45*	21 - 175	6759
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	17,24%	0,00% - 189,39%	33,47%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	151,61%	144,57%	192,73%	126,79%	189,39%
95. Perzentil	80,83%	94,87%	92,97%	100%	98,75%
75. Perzentil	32,89%	33,20%	24,72%	28,21%	35,37%
Median	11,76%	14,29%	11,65%	9,84%	17,24%
25. Perzentil	5,00%	6,71%	3,81%	5,00%	6,67%
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	%
131	100,00%	107	81,68%

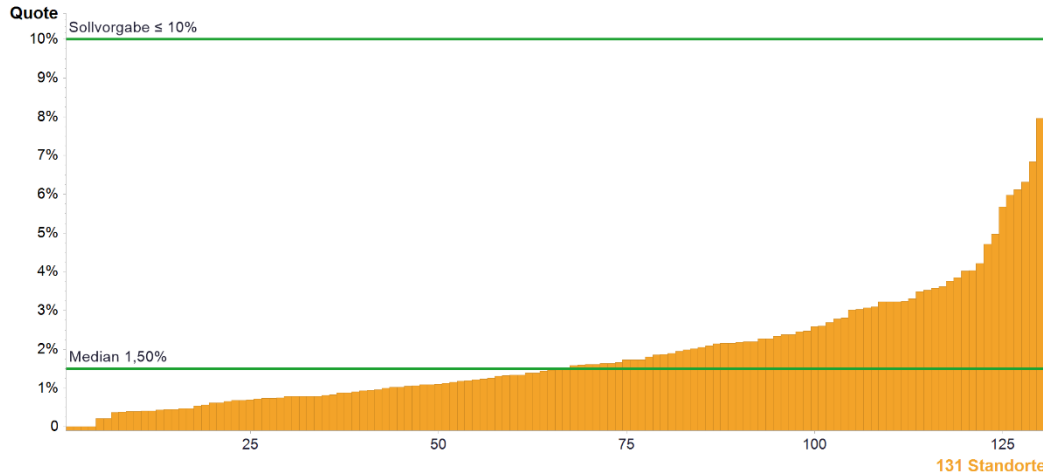
Anmerkungen:

Die Studienquote ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich angestiegen, was auch dazu führt, dass 6 Zentren weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt haben. Meistens konnten die Zentren keine geeigneten Studien identifizieren (6 Nennungen), die Quote wurde auf pandemiebedingte Umstände (insbes. weniger/verschobene Studien, 5 Nennungen) zurückgeführt oder geplante Studien waren noch nicht gestartet (4x). In den Audits wurden 2 Abweichungen ausgesprochen. Einige Zentren reagierten mit der Einrichtung eines Studienzentrums bzw. der Auflage eigener Studien.

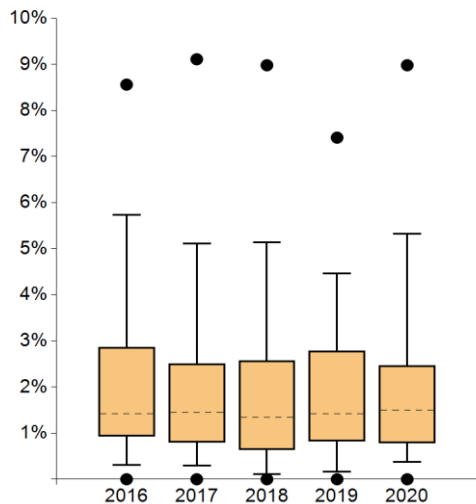
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	5*	0 - 48	1041
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	385*	52 - 1295	55270
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,50%	0,00% - 8,98%	1,88%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	8,56%	9,11%	8,98%	7,41%	8,98%
95. Perzentil	5,73%	5,11%	5,14%	4,46%	5,33%
75. Perzentil	2,86%	2,50%	2,58%	2,78%	2,47%
Median	1,42%	1,45%	1,34%	1,42%	1,50%
25. Perzentil	0,93%	0,80%	0,64%	0,82%	0,79%
5. Perzentil	0,31%	0,30%	0,11%	0,16%	0,38%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	131	100,00%

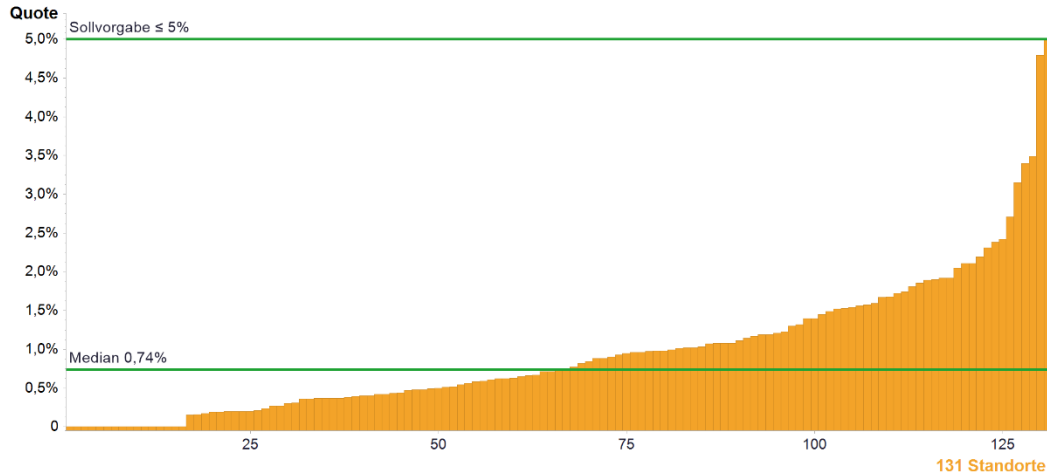
Anmerkungen:

Diese Kennzahl wird weiter sehr gut in den Zentren umgesetzt, sodass auch 2020 kein Zentrum die Sollvorgabe verfehlt hat. 43 Zentren lagen sogar unter einer Quote von 1% Pankreatitiden bei ERCPs.

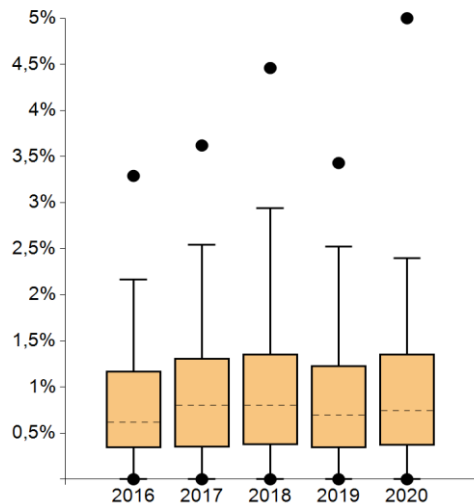
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	ERCPs des Nenners mit spezifischen Komplikationen. Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	3*	0 - 27	526
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	385*	52 - 1295	55270
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,74%	0,00% - 5,00%	0,95%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	3,29%	3,62%	4,46%	3,43%	5,00%
95. Perzentil	2,17%	2,55%	2,94%	2,52%	2,40%
75. Perzentil	1,17%	1,32%	1,36%	1,23%	1,36%
Median	0,62%	0,80%	0,80%	0,70%	0,74%
25. Perzentil	0,34%	0,35%	0,37%	0,34%	0,37%
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	%
131	100,00%	131	100,00%

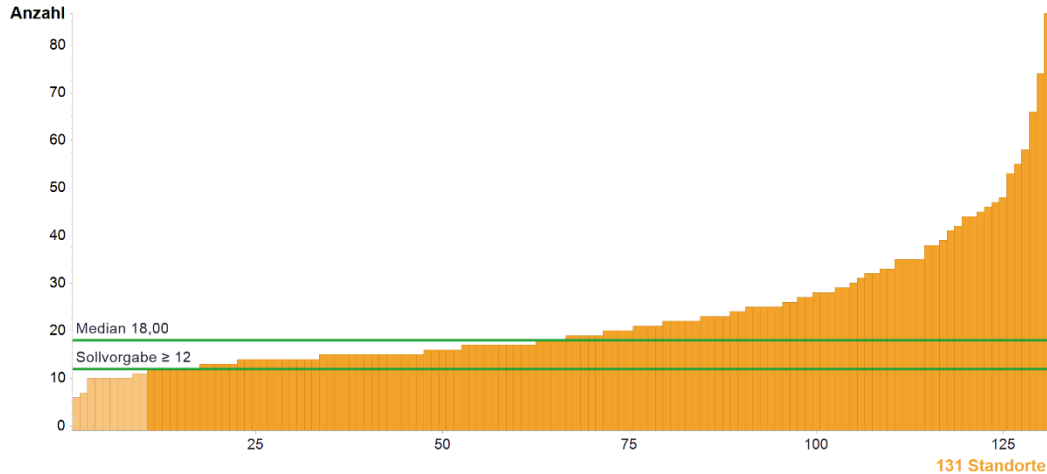
Anmerkungen:

Auch bei den Blutungs- und Perforationskomplikationen hat kein Zentrum die Sollvorgabe verfehlt. Bei leicht angestiegenem Median lagen von den 131 datenliefernden Zentren 81 bei einer Quote unter 1%.

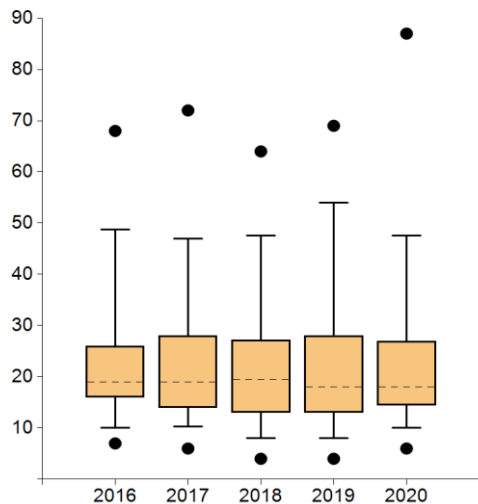
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (Def. 5.2.4)	18	6 - 87	3008
	Sollvorgabe ≥ 12			



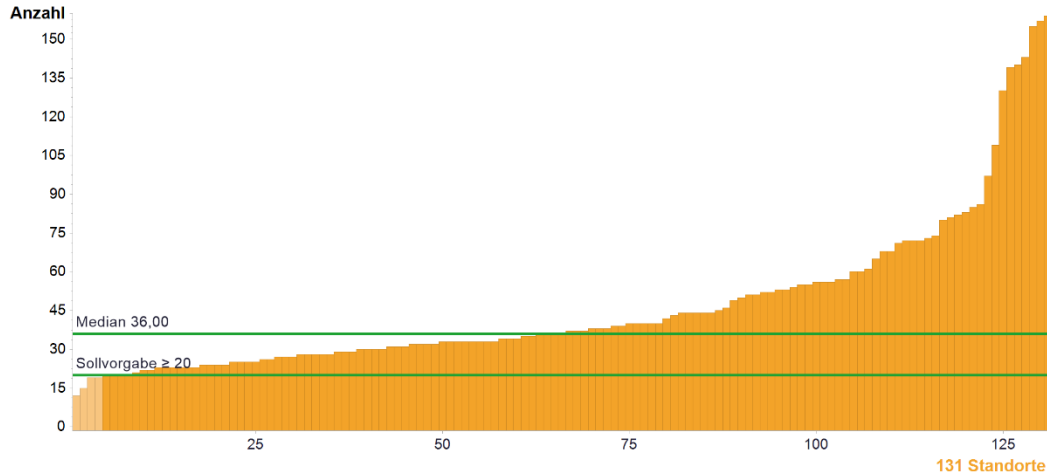
	2016	2020
● Max	68,00	87,00
95. Perzentil	48,80	47,50
75. Perzentil	26,00	27,00
Median	19,00	18,00
25. Perzentil	16,00	14,50
5. Perzentil	10,00	10,00
● Min	7,00	6,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	121	92,37%

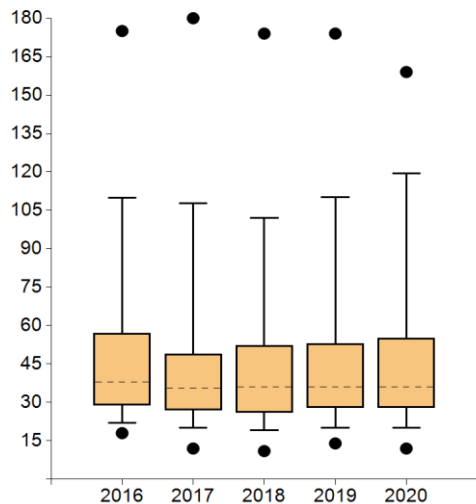
Anmerkungen:

Entgegen dem Trend bei anderen Tumorentitäten ist die Zahl der operativen Primärfälle um 11,70% angestiegen bei stabilem Median. Nur noch 10 Zentren (Vorjahr: 18) haben die Sollvorgabe verfehlt. 8 von ihnen verwiesen auf pandemiebedingte Auswirkungen (Vermeidung stationärer Aufenthalte durch Patienten, reduzierte OP-Kapazität). Seltener genannt wurde ein erhöhter Anteil metastasierter Stadien sowie Resektionen bei anderen Indikationen. Einige Zentren planten Verbesserungen in der Patientenakquise und der Kontaktpflege mit Zuweisern.

9. Operative Expertise Pankreas gesamt



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopfresektion, Totale Pankreatektomie, OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25)	36	12 - 159	6123
	Sollvorgabe ≥ 20			



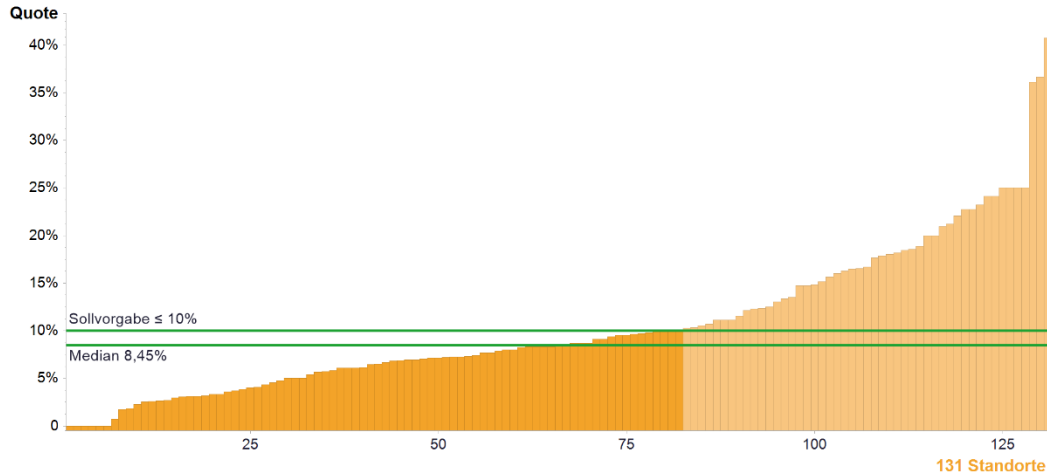
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	175,00	180,00	174,00	174,00	159,00
95. Perzentil	109,80	107,75	102,00	110,00	119,50
75. Perzentil	57,00	49,00	52,25	53,00	55,00
Median	38,00	35,50	36,00	36,00	36,00
25. Perzentil	29,00	27,00	26,00	28,00	28,00
5. Perzentil	22,00	20,00	19,25	20,00	20,00
● Min	18,00	12,00	11,00	14,00	12,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	127	96,95%

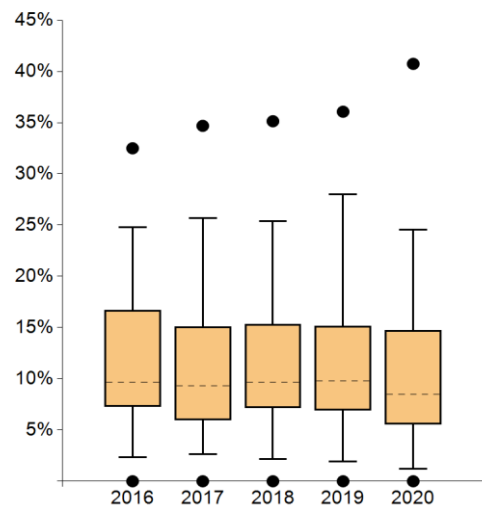
Anmerkungen:

1 Zentrum weniger als im Vorjahr hat die Sollvorgabe von mind. 20 Pankreasresektionen verfehlt. All diese Zentren gaben die Auswirkungen der Corona-Pandemie als Grund für die Unterschreitung an. 1 Zentrum befand sich im Wiederholaudit, erreichte die Mindestmenge aber im Schnitt der letzten 3 Jahre.

10. Revisions-OP's Pankreas



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Resektionen des Nenners mit Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP	3*	0 - 26	628
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	36*	12 - 159	6123
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	8,45%	0,00% - 40,74%	10,26%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	32,50%	34,69%	35,14%	36,07%	40,74%
95. Perzentil	24,77%	25,70%	25,37%	28,00%	24,57%
75. Perzentil	16,67%	15,11%	15,31%	15,15%	14,73%
Median	9,68%	9,31%	9,65%	9,76%	8,45%
25. Perzentil	7,27%	5,97%	7,14%	6,90%	5,54%
5. Perzentil	2,36%	2,62%	2,15%	1,92%	1,23%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	82	62,60%

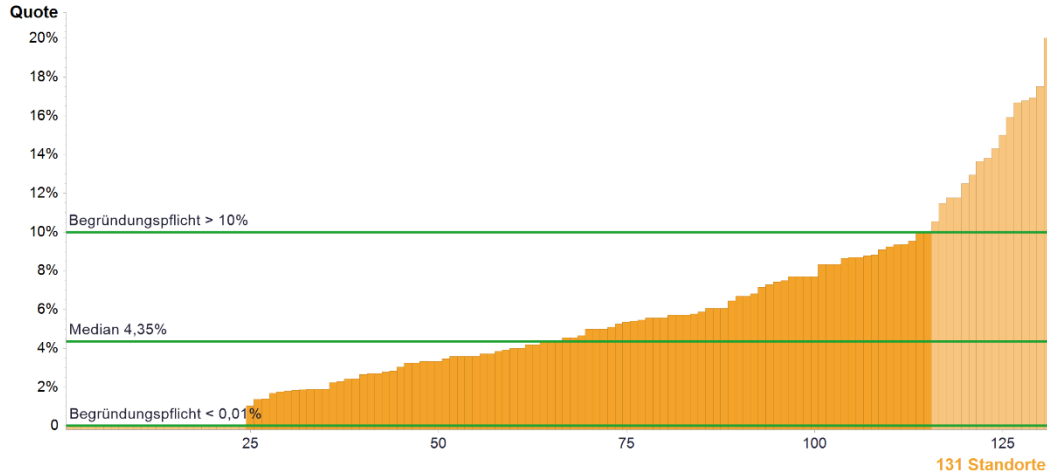
Anmerkungen:

Trotz gestiegener Streuung hat sich die Revisionsrate insgesamt leicht verringert. 49 Zentren (Vorjahr: 53) lagen hierbei über einer Quote von 10%. Die mit Abstand am häufigsten genannten Gründe waren Anastomosensuffizienzen (33x) und Blutungen (30x), gefolgt von Ischämien/Thrombosen (13x), Nekrosen (11x), Platzbauch (10x) und Fisteln (10x). 8 Zentren verwiesen auf die zentrumseigene Revisionspolitik mit frühzeitigen Interventionen. Maßnahmen umfassten insbesondere M&M-Konferenzen, Peer-Reviews sowie bei Bedarf die Anpassung von OP-Techniken. Systematische Fehler wurden meist nicht identifiziert. In den Audits erhielten 4 Zentren eine Abweichung.

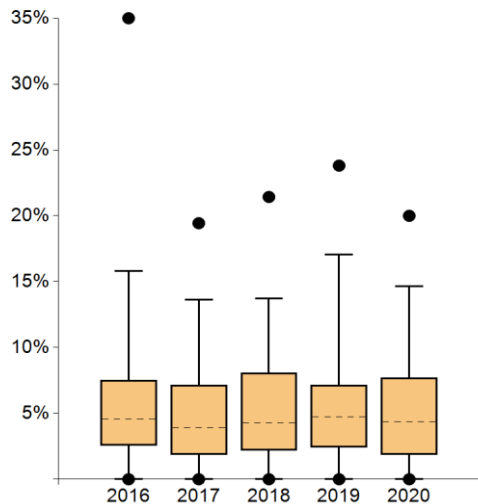
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten 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 - 26	342
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	36*	12 - 159	6123
Quote	Begründungspflicht*** <0,01% und >10%	4,35%	0,00% - 20,00%	5,59%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	35,00%	19,44%	21,43%	23,81%	20,00%
95. Perzentil	15,79%	13,64%	13,72%	17,05%	14,65%
75. Perzentil	7,50%	7,14%	8,09%	7,14%	7,69%
Median	4,57%	3,93%	4,26%	4,76%	4,35%
25. Perzentil	2,56%	1,85%	2,19%	2,44%	1,89%
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	%
131	100,00%	91	69,47%

Anmerkungen:

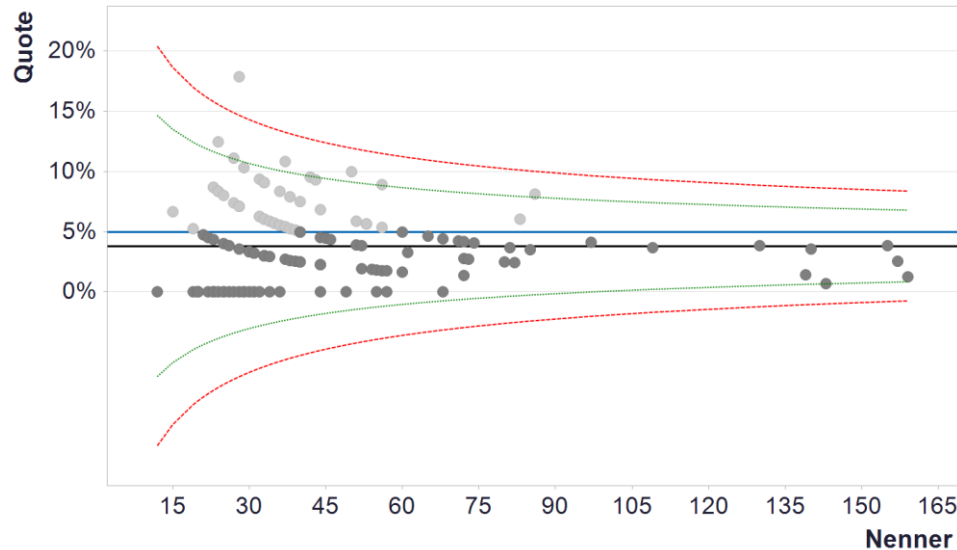
Die postoperative Wundinfektionsrate ist rückläufig. 24 Zentren erreichten 0%, mit 16 Zentren mussten 7 weniger als im Vorjahr eine Rate über 10% begründen: Am häufigsten traten Wundinfektionen bei Revisionseingriffen auf (5 Nennungen), die übrigen Begründungen waren sehr heterogen (u.a. infizierte Hämatome, infektionsbegünstigende Komorbiditäten und Multiviszeralresektionen). Einige Zentren passten ihre OP-Prozesse (z.B. Single-shot-Antibiose, Hautdesinfektion) an bzw. sie betrachteten die entsprechenden Fälle in M&M-Konferenzen oder eigens eingeführten Verbandvisiten.

* 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.

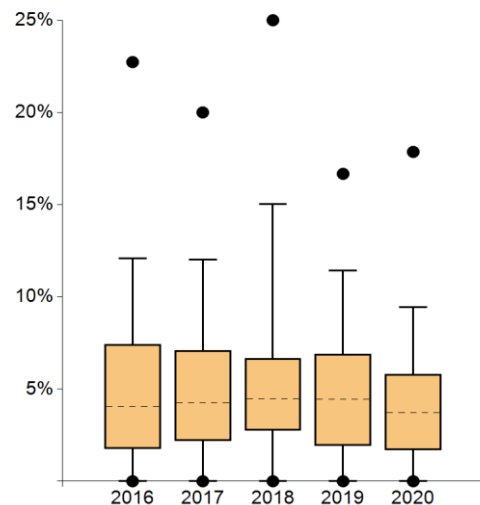
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

12. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners, bei denen Patienten innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	2*	0 - 7	234
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524* und 5-525*, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	36*	12 - 159	6123
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	3,70%	0,00% - 17,86%	3,82%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	22,73%	20,00%	25,00%	16,67%	17,86%
95. Perzentil	12,08%	12,03%	15,03%	11,43%	9,45%
75. Perzentil	7,41%	7,08%	6,67%	6,90%	5,80%
Median	4,05%	4,23%	4,47%	4,44%	3,70%
25. Perzentil	1,75%	2,18%	2,77%	1,92%	1,71%
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	%
131	100,00%	87	66,41%

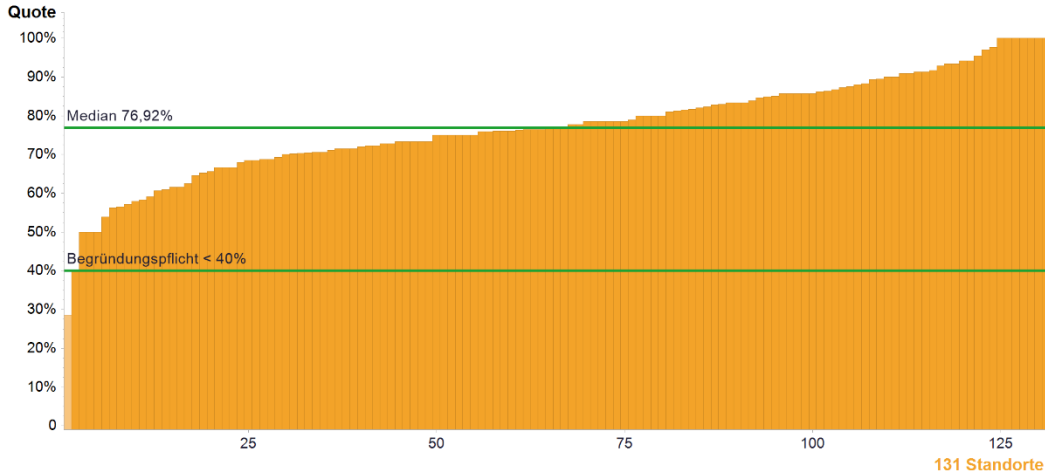
Anmerkungen:

Die hohe Bedeutung dieser Kennzahl spiegelt sich in dem 2022 laufenden Pilotprojekt eines Coachings für auffällige Zentren wider. Im Jahr 2020 verzeichneten 44 Zentren (Vorjahr: 42) eine postoperative Mortalität von über 5%, wobei Median und Gesamtquote deutlich zurückgegangen sind. Die Zentren bereiten für die Audits die Todesursachen auf: Blutungen/hämorrhagischer Schock wurden am häufigsten genannt (16x), gefolgt von Leberversagen (13x), Multiorganversagen (12x), kardiopulmonaler Dekompensation (11x), Anastomoseninsuffizienzen (9x), Sepsis (8x) und Ischämien (7x). 2 Zentren erhielten Abweichung. Die Todesfälle wurden in der Regel in M&M-Konferenzen vorgestellt, einige Zentren nahmen ein Coaching in Anspruch und/oder passten die präoperative Risikostratifizierung an.

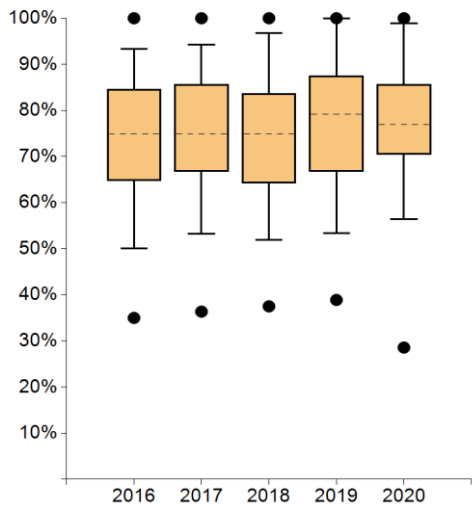
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

13. Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	14*	4 - 61	2327
Nenner	Operative Primärfälle (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	18*	6 - 87	3008
Quote	Begründungspflicht*** <40%	76,92%	28,57% - 100%	77,36%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	93,26%	94,27%	96,74%	100%	98,87%
75. Perzentil	84,62%	85,71%	83,61%	87,50%	85,71%
Median	75,00%	75,00%	75,00%	79,17%	76,92%
25. Perzentil	64,71%	66,67%	64,22%	66,67%	70,48%
5. Perzentil	50,00%	53,26%	51,97%	53,33%	56,39%
● Min	35,00%	36,36%	37,50%	38,89%	28,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	130	99,24%

Anmerkungen:

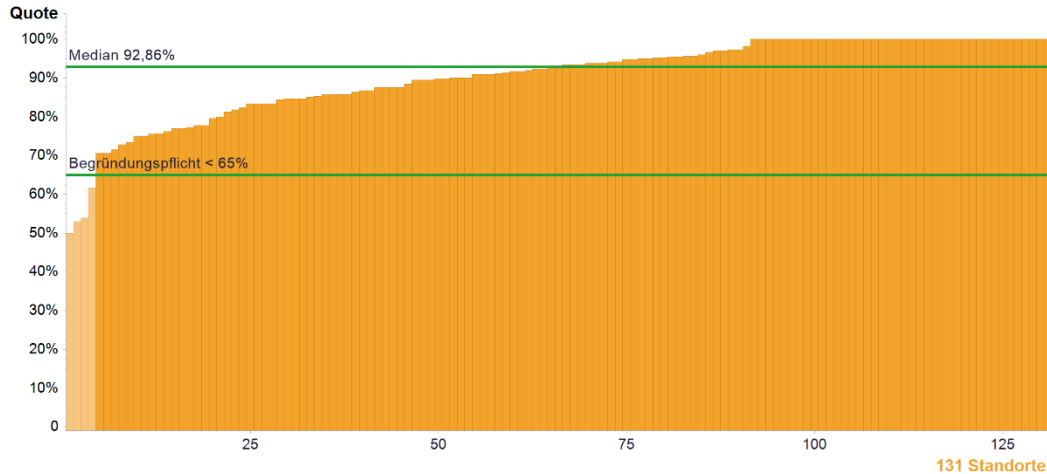
Dasselbe Zentrum wie im Vorjahr verfehlt die Sollvorgabe bei der lokalen R0-Resektion. Das Zentrum verwies auf einen hohen Anteil fortgeschrittener Tumorstadien. Im Audit wurden die Ergebnisse ausführlich analysiert und die Begründung konnte bestätigt werden. Bezogen auf alle Zentren ist der Median bei gestiegener Streuung gesunken. 7 Zentren haben durchweg lokale R0-Resektionen verzeichnet.

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

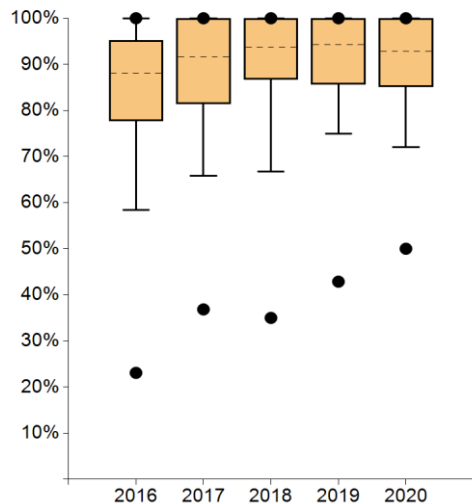
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

14. Lymphknotenentfernung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit ≥ 12 regionären LK im OP-Präparat nach Abschluss der operativen Therapie	14*	4 - 77	2343
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524*, 5-525* ausschließlich mit ICD-10 C25) ohne NET und NEC, die eine Lymphadenektomie erhalten haben	16*	4 - 77	2597
Quote	Begründungspflicht*** <65%	92,86%	50,00% - 100%	90,22%**



	2016	2020
● Max	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%
75. Perzentil	95,24%	100%
Median	88,00%	92,86%
25. Perzentil	77,78%	85,15%
5. Perzentil	58,38%	72,08%
● Min	23,08%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	127	96,95%

Anmerkungen:

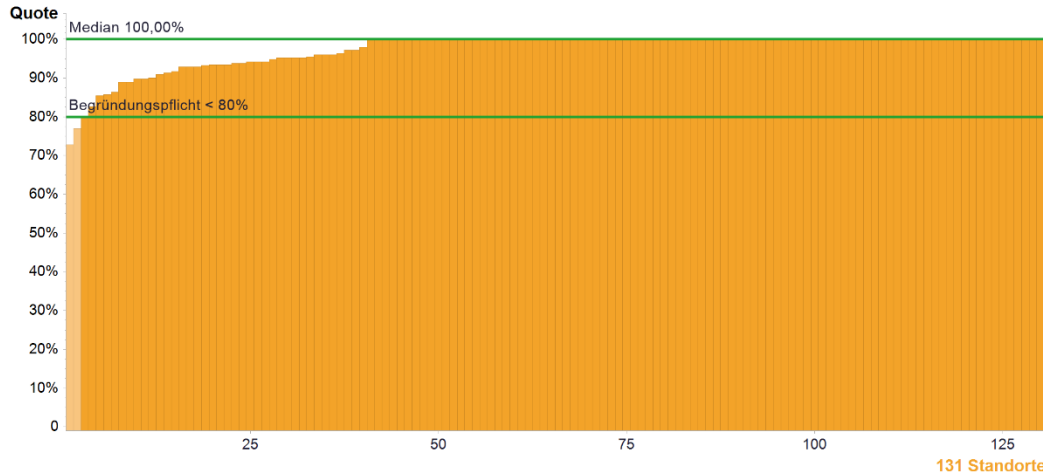
Bei den Minimalwerten setzt sich der positive Trend der letzten Jahre fort, wenngleich der Median leicht zurückgegangen ist. Nur 4 Zentren (Vorjahr: 2) fanden in weniger als 65% der Fälle mind. 12 Lymphknoten. Diese Zentren suchten das Gespräch mit der Pathologie und vereinbarten zum Teil Nachuntersuchungen. In den Audits rieten einige Fachexperten zu einer verbesserten Präparateaufarbeitung und Dokumentation. Insgesamt zeigt sich, dass fast alle Zentren diesen Qualitätsindikator der Leitlinie gut umsetzen.

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

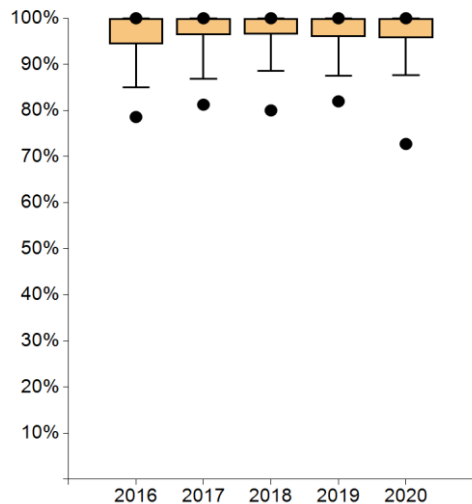
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

15. Inhalt Pathologieberichte (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Befundberichte des Nenners mit Angabe von: pT, pN, M; Tumorgrading; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	18*	6 - 87	2899
Nenner	Befundberichte von operativen Primärfällen	18*	6 - 87	2982
Quote	Begründungspflicht*** <80%	100%	72,73% - 100%	97,22%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● 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	94,44%	96,36%	96,45%	96,00%	95,70%
5. Perzentil	85,00%	86,80%	88,54%	87,50%	87,63%
● Min	78,57%	81,25%	80,00%	81,97%	72,73%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	129	98,47%

Anmerkungen:

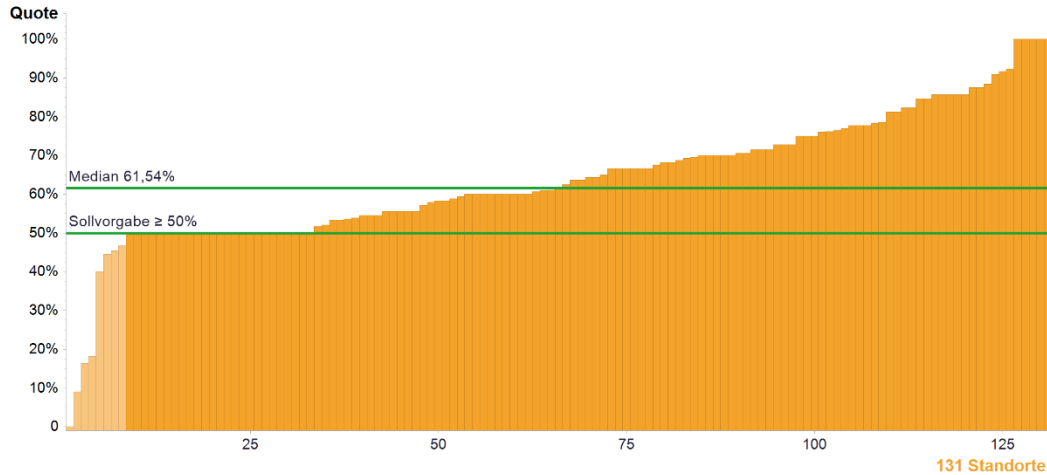
Im Vergleich zu den Vorjahren lagen wieder 2 Zentren knapp unter der mit einer Begründungspflicht einhergehenden 80%-Marke. Die beiden Zentren verwiesen jeweils auf Spezifika der untersuchten Tumoren (NET, Azinuszellkarzinom bzw. kolloides Adenokarzinom ohne vorgesehene Grading).

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

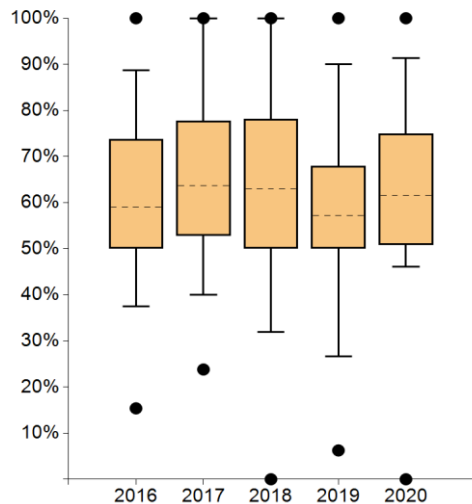
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

16. Adjuvante Chemotherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit adjuvanter Chemotherapie mit Gemcitabin o. 5-FU/Folinsäure	7*	0 - 38	1199
Nenner	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III und R0-Resektion (ohne NET und NEC)	12*	2 - 50	1896
Quote	Sollvorgabe ≥ 50%	61,54%	0,00% - 100%	63,24%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	88,69%	100%	100%	90,00%	91,29%
75. Perzentil	73,68%	77,65%	78,07%	67,86%	75,00%
Median	59,09%	63,64%	63,07%	57,14%	61,54%
25. Perzentil	50,00%	52,81%	50,00%	50,00%	50,81%
5. Perzentil	37,48%	40,00%	31,94%	26,67%	46,06%
● Min	15,38%	23,81%	0,00%	6,25%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	123	93,89%

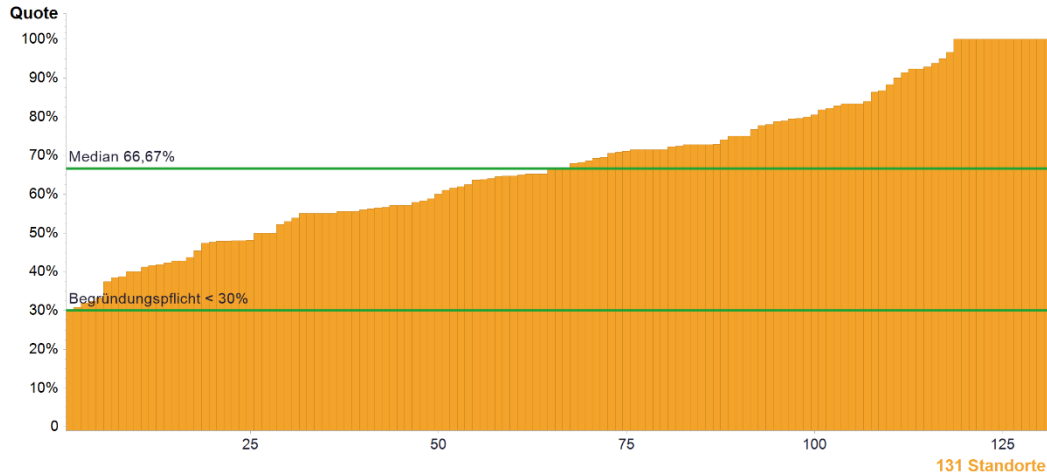
Anmerkungen:

Der Erfüllungsgrad dieses QI der Leitlinie hat sich deutlich verbessert. Nur noch 8 Zentren (Vorjahr: 24) lagen unter einer Quote von 50%. Meist lehnten die Patienten die Chemotherapie ab (4 Nennungen), die Therapie wurde noch nicht begonnen (4x), Patienten wurden auswärts weiterbehandelt, ohne dass weitere Informationen vorlagen (3x) oder sie waren zu Beginn der geplanten Chemotherapie bereits verstorben (3x). Das Zentrum mit einer Quote von 0% hatte lediglich 4 Patienten im Nenner und verwendete ein anderes Therapieschema.

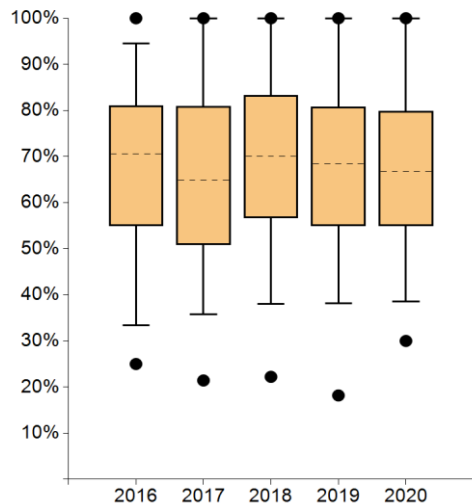
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

17. Palliative Chemotherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit palliativer Chemotherapie	12*	2 - 79	1930
Nenner	Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. III (Palliative Situation) und IV und ECOG 0-2 (ohne NET und NEC)	20*	2 - 94	2892
Quote	Begründungspflicht*** <30%	66,67%	30,00% - 100%	66,74%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	94,57%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	81,08%	80,89%	83,33%	80,77%	79,78%
Median	70,59%	64,86%	70,00%	68,42%	66,67%
25. Perzentil	55,00%	50,83%	56,72%	55,00%	55,00%
5. Perzentil	33,33%	35,78%	38,05%	38,10%	38,59%
● Min	25,00%	21,43%	22,22%	18,18%	30,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
131	100,00%	131	100,00%

Anmerkungen:

Erstmals liegen alle Zentren bei einer Quote von mindestens 30% palliativer Chemotherapie bei den Patienten des Nenners. Insgesamt wurde diese bei ca. 2/3 dieser Patienten durchgeführt.

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

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

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

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission 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 Nödler, OnkoZert
Florina Dudu, OnkoZert

Impressum

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

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

Version e-A1-de; Stand 31.05.2022

ISBN: 978-3-948226-67-1



9 783948 226671