

Kennzahlenauswertung 2018

Jahresbericht der zertifizierten Pankreaskarzinomzentren

Auditjahr 2017 / Kennzahlenjahr 2016



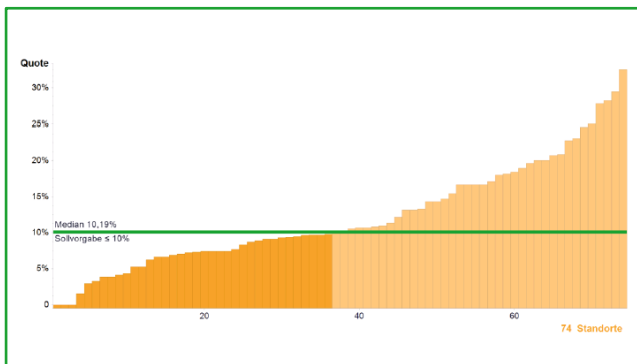
Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2017	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	10
Kennzahl Nr. 1: Primärfälle Zentrum	10
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung.....	11
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung.....	12
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung.....	13
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst.....	14
Kennzahl Nr. 6: Studienteilnahme.....	15
Kennzahl Nr. 7a: Endoskopie Komplikationen - Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	16
Kennzahl Nr. 7b: Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	17
Kennzahl Nr. 8: Operative Primärfälle Pankreas	18
Kennzahl Nr. 9: Operative Expertise Pankreas gesamt.....	19
Kennzahl Nr. 10: Revisions-OP's Pankreas.....	20
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion.....	21
Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ.....	22
Kennzahl Nr. 13: Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI 1)	23
Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)	24
Kennzahl Nr. 16: Inhalt Pathologieberichte (LL QI 3)	25
Kennzahl Nr. 17: Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4)	26
Kennzahl Nr. 18: Palliative Chemotherapie (LL QI 5)	27
Impressum	28

Allgemeine Informationen

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Pankreaskarzinomzentren 2017	3
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	10
Kennzahl Nr. 1: Primärfälle Zentrum	10
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallowstellung	11
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallowstellung	12
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung	13
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst	14
Kennzahl Nr. 6: Studienteilnahme	15
Kennzahl Nr. 7a: Endoskopie Komplikationen - Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	16
Kennzahl Nr. 7b: Endoskopie Komplikationen - Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	17
Kennzahl Nr. 8: Operative Primärfälle Pankreas	18
Kennzahl Nr. 9: Operative Expertise Pankreas gesamt	19
Kennzahl Nr. 10: Revisions-OP's Pankreas	20
Kennzahl Nr. 11: Postoperative Wundinfektion	21
Kennzahl Nr. 12: Mortalität postoperativ	22
Kennzahl Nr. 13: Lokale RO-Resektionen Pankreas (LL Q1)	23
Kennzahl Nr. 14: Lymphknotenuntersuchung (LL Q2)	24
Kennzahl Nr. 16: Inhalt Pathologieberichte (LL Q3)	25
Kennzahl Nr. 17: Adjuvante Chemotherapie (LL Q4)	26
Kennzahl Nr. 18: Palliative Chemotherapie (LL Q5)	27
Impressum	28

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach Pankreasresektion	4,5*	0 - 23
Nenner	Pankreasresektionen (5-524ff und 5-525ff, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	38*	18 - 175
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	10,19%	0,00% - 32,50%



Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

In dem Inhaltsverzeichnis und in den Überschriften sind die Kennzahlen, die den Qualitätsindikatoren der evidenzbasierten Leitlinie entsprechen, besonders ausgewiesen. Die so gekennzeichneten Qualitätsindikatoren beruhen auf starken Empfehlungen der Leitlinien und wurden durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet. Weiterführende Information: www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Grunddaten Kennzahl:

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

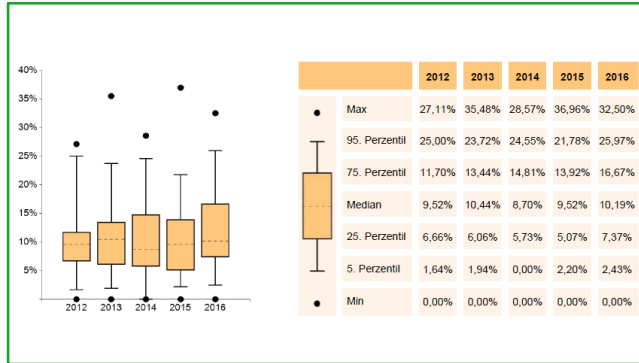
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

Diagramm:

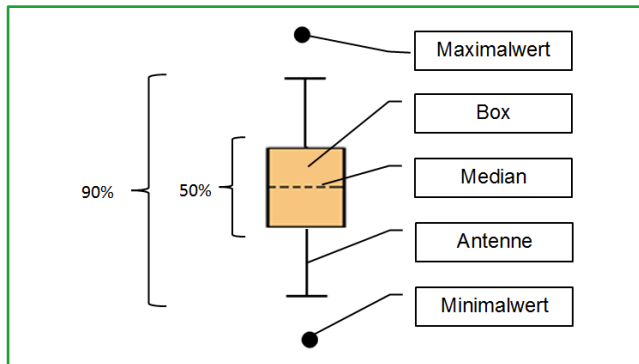
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2012, 2013, 2014, 2015** und **2016** 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 2017

	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013
Laufende Verfahren	10	5	8	11	9
Zertifizierte Zentren	98	91	77	67	50
Zertifizierte Standorte	100	93	79	68	50

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	93	83	72	52	42
entspricht	93%	89,2%	91,1%	76,5%	84,0%
Primärfälle gesamt*	4.526	3.877	3.177	2.378	1.813
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	49	47	44	46	43
Primärfälle pro Standort (Median)*	44	43	37,5	39	39

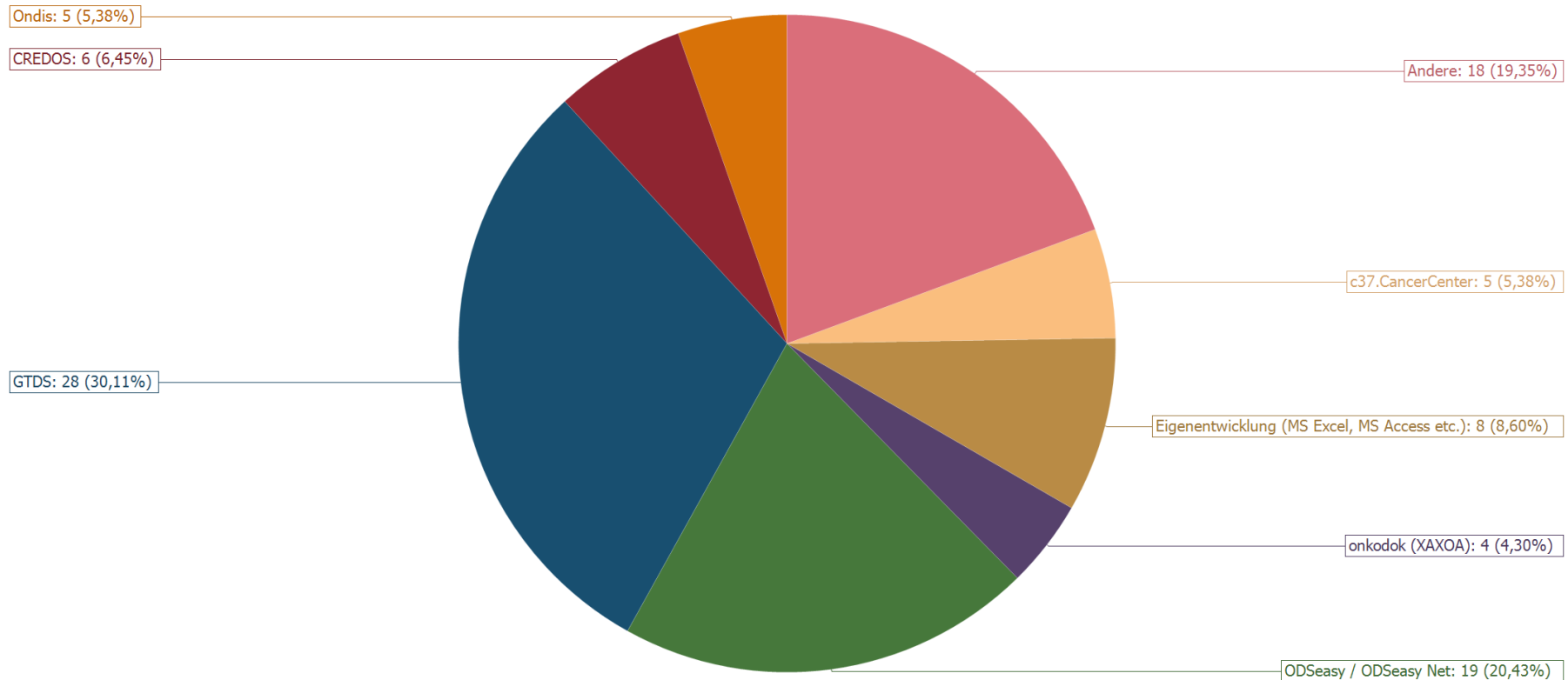
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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 93 der 100 zertifizierten Zentrumstandorte enthalten. Ausgenommen sind 7 Standorte, die im Jahr 2017 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2016. Sie stellen für die 2017 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

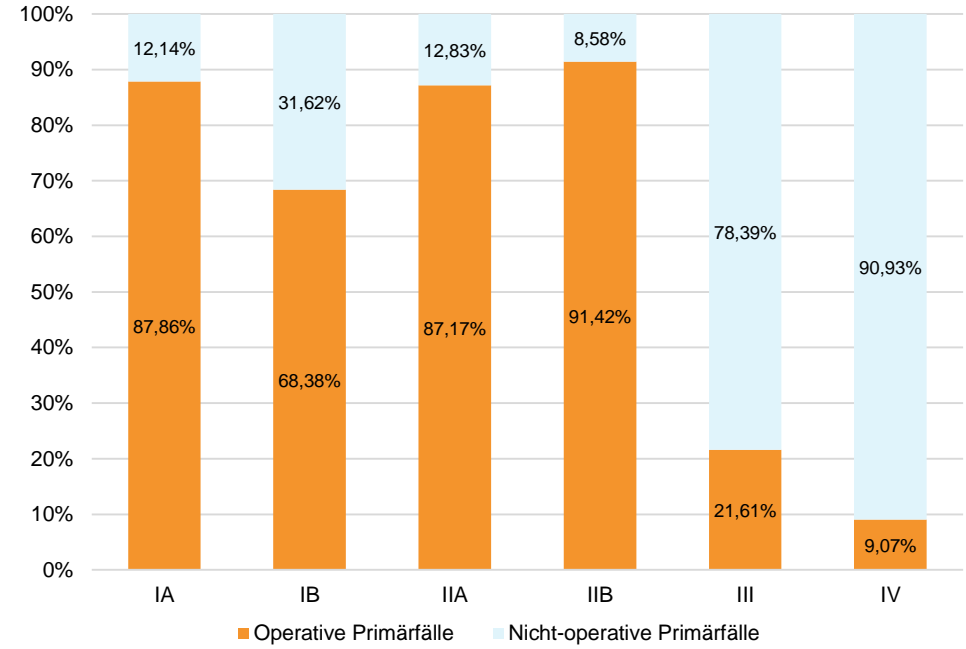
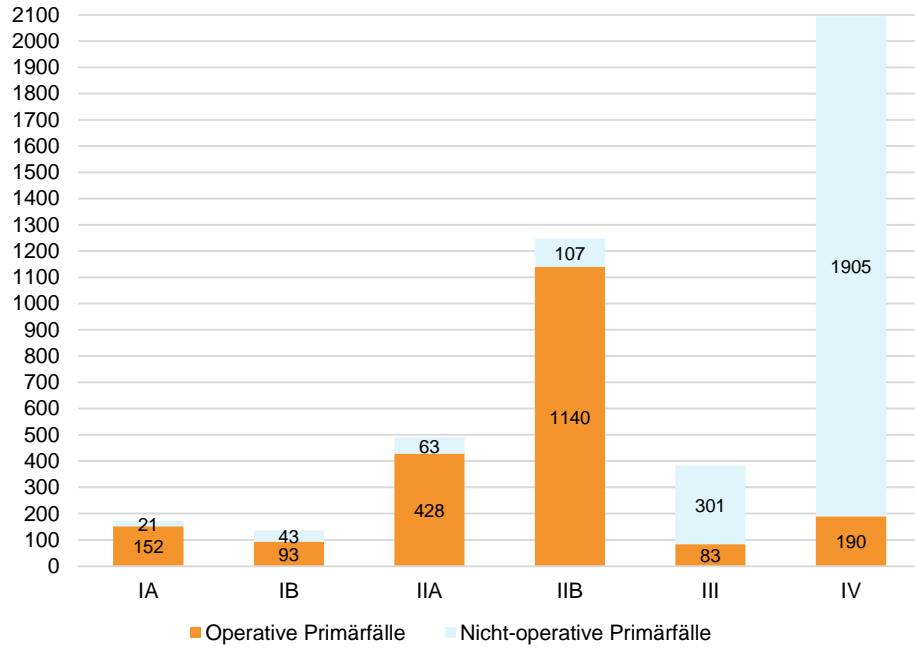
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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.

Legende:	
Andere	System in ≤ 3 Standorten genutzt

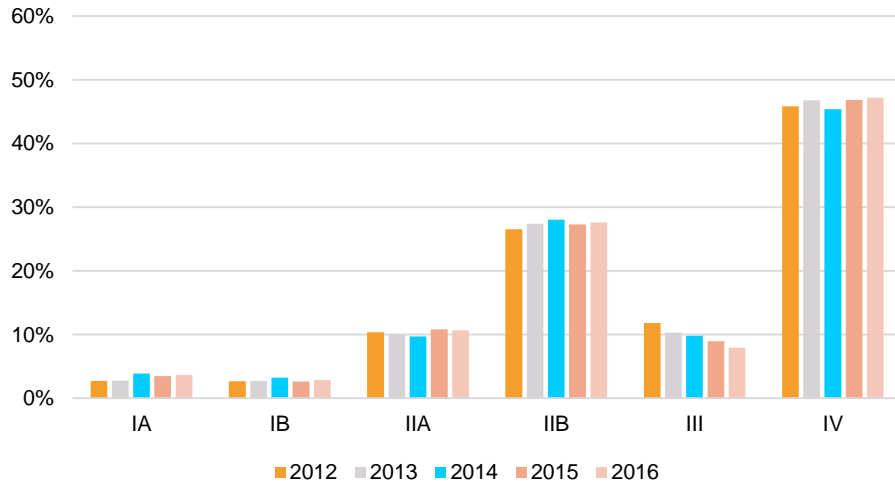
Basisdaten – Primärfälle Pankreaskarzinom



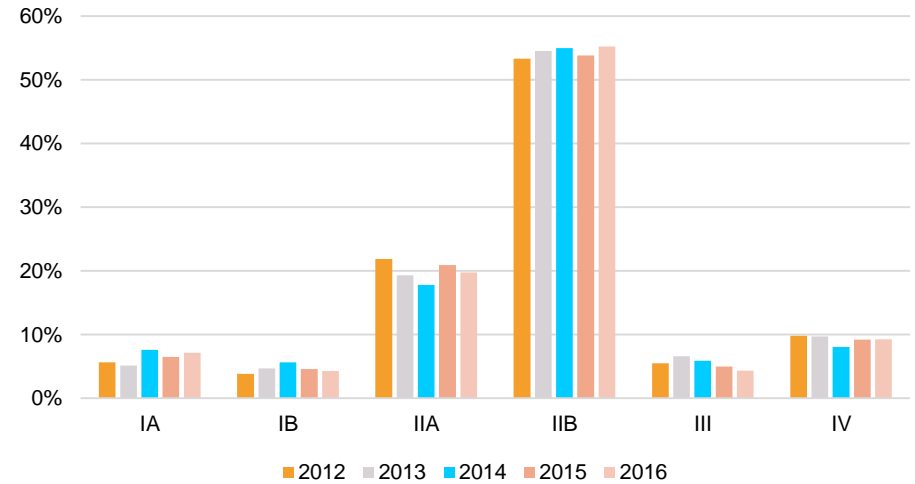
	IA	IB	IIA	IIB	III	IV	Gesamt
Operative Primärfälle	152 (87,86%)	93 (68,38%)	428 (87,17%)	1.140 (91,42%)	83 (21,61%)	190 (9,07%)	2.086 (46,09%)
Nicht-operative Primärfälle	21 (12,14%)	43 (31,62%)	63 (12,83%)	107 (8,58%)	301 (78,39%)	1.905 (90,93%)	2.440 (53,91%)
Primärfälle gesamt	173 (100%)	136 (100%)	491 (100%)	1.247 (100%)	384 (100%)	2.095 (100%)	4.526 (100%)

Basisdaten – Entwicklung 2012-2016

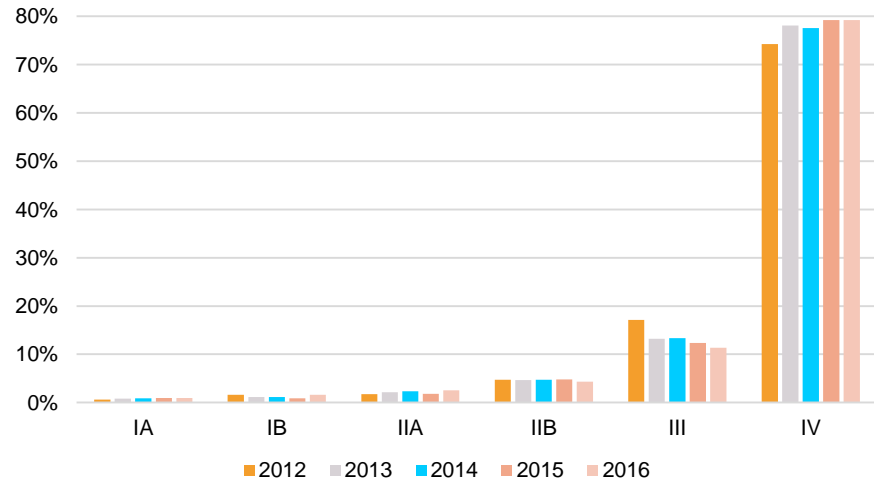
Stadienverteilung Primärfälle 2012-2016



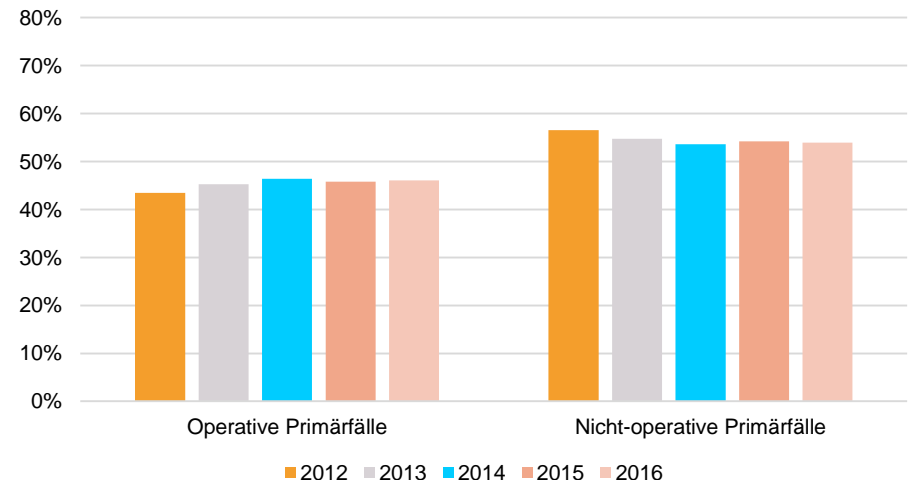
Stadienverteilung Operative Primärfälle 2012-2016



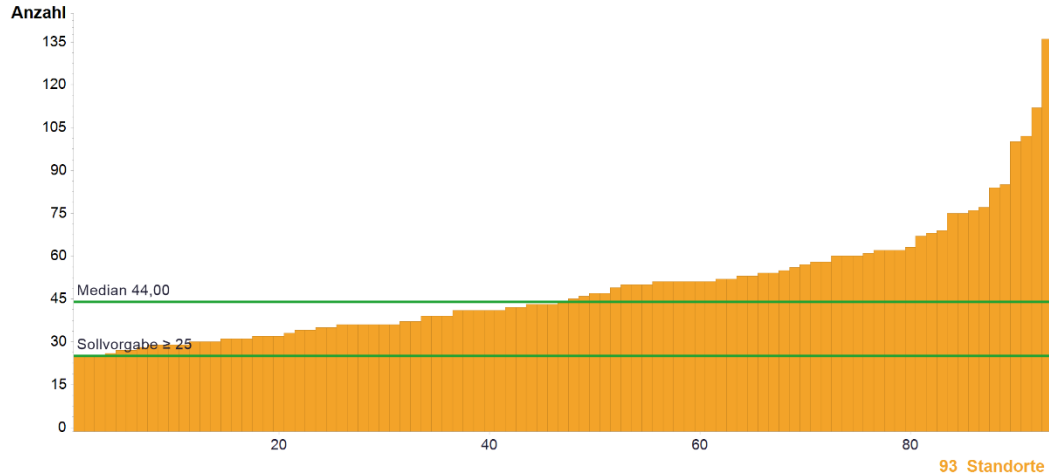
Stadienverteilung Nicht-operative Primärfälle 2012-2016



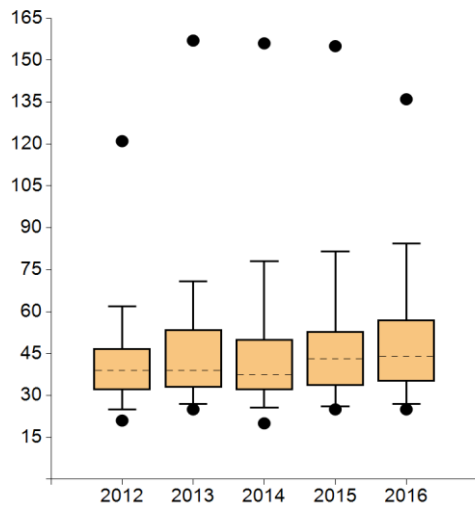
Verteilung zwischen Operative und Nicht-operative Primärfälle 2012-2016



1. Primärfälle Zentrum



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Anzahl	Primärfälle	44	25 - 136
	Sollvorgabe ≥ 25		



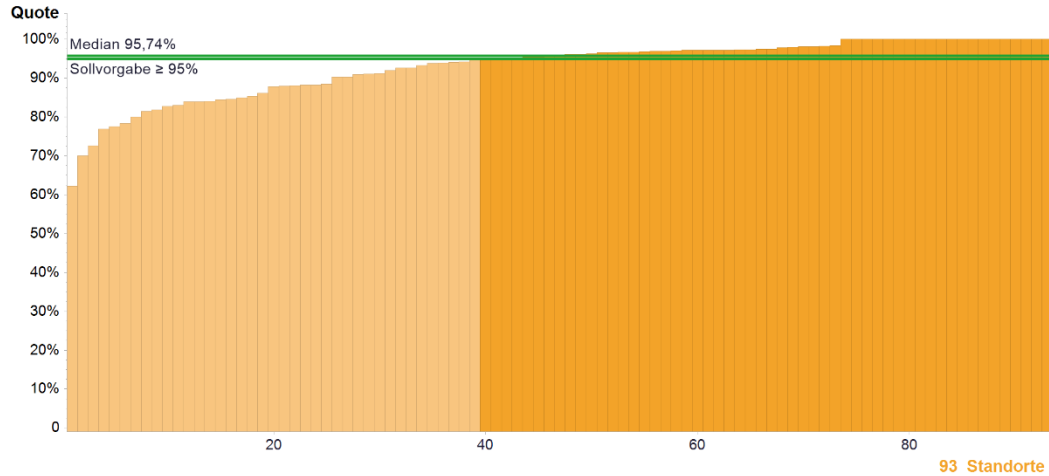
	2012	2013	2014	2015	2016
● Max	121,00	157,00	156,00	155,00	136,00
95. Perzentil	61,85	70,90	77,95	81,60	84,40
75. Perzentil	46,75	53,50	50,00	53,00	57,00
Median	39,00	39,00	37,50	43,00	44,00
25. Perzentil	32,00	32,75	32,00	33,50	35,00
5. Perzentil	25,00	27,00	25,55	26,10	27,00
● Min	21,00	25,00	20,00	25,00	25,00

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

Anmerkungen:

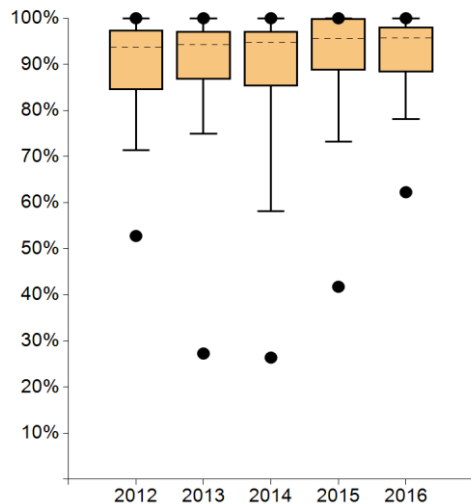
Der Median der Primärfälle steigt im Vergleich zum Vorjahr an. Alle Zentren erreichen die Sollvorgabe. Mit 4.763 Primärfällen wurden 446 Patienten mehr als im Vorjahr in zertifizierten Zentren behandelt (einschließlich Zentren, die nicht im Jahresbericht enthalten sind). 4.392 der Primärfälle entfallen auf Zentren in Deutschland. Bezogen auf die Inzidenz bösartiger Pankreastumore in 2014 (17.126, www.krebsdaten.de) wurden somit 25,7% der Primärfälle in zertifizierten Zentren versorgt.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit einem Pankreaskarzinom, die in der präoperativen Konferenz vorgestellt wurden	41*	20 - 115
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	44*	25 - 136
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,74%	62,26% - 100%

* 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.



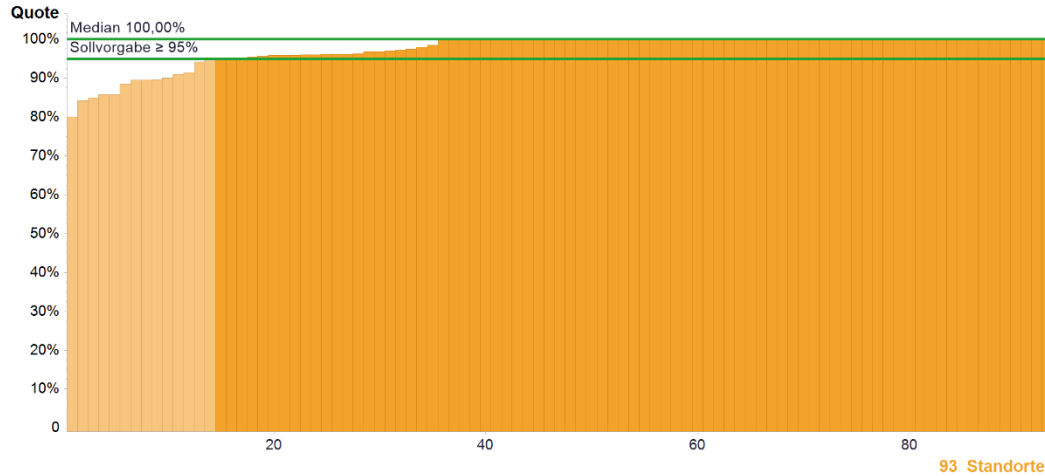
	2012	2013	2014	2015	2016
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,38%	97,16%	97,12%	100%	98,04%
Median	93,77%	94,30%	94,73%	95,52%	95,74%
25. Perzentil	84,44%	86,77%	85,28%	88,68%	88,24%
5. Perzentil	71,32%	74,94%	58,18%	73,16%	78,06%
● Min	52,77%	27,27%	26,39%	41,75%	62,26%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	54	58,06%

Anmerkungen:

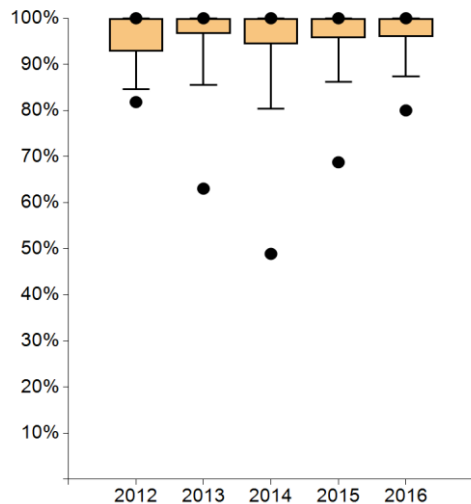
Der Median der Kennzahl bleibt im Vergleich zum Vorjahr annähernd gleich. Der Großteil der Zentren konnte die Rate an prätherapeutischen Fallvorstellungen im Vergleich zu 2015 erhöhen und ein größerer Anteil als im Vorjahr erfüllt die Sollvorgabe (55,4% in 2015). Dennoch erreichen 39 Zentren das geforderte Soll nicht. Sie geben Notfalloperationen, Palliativsituationen, Zufallsbefunde und multimorbide Patienten als Grund dafür an. Zur Verbesserung der Rate planen sie folgende Maßnahmen: Qualitätszirkel, Checklisten oder eine zweite wöchentliche Tumorkonferenz.

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Operative Primärfälle Pankreas, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	18*	6 - 67
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (5-524ff und 5-525ff mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19*	7 - 68
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	80,00% - 100%

* 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.



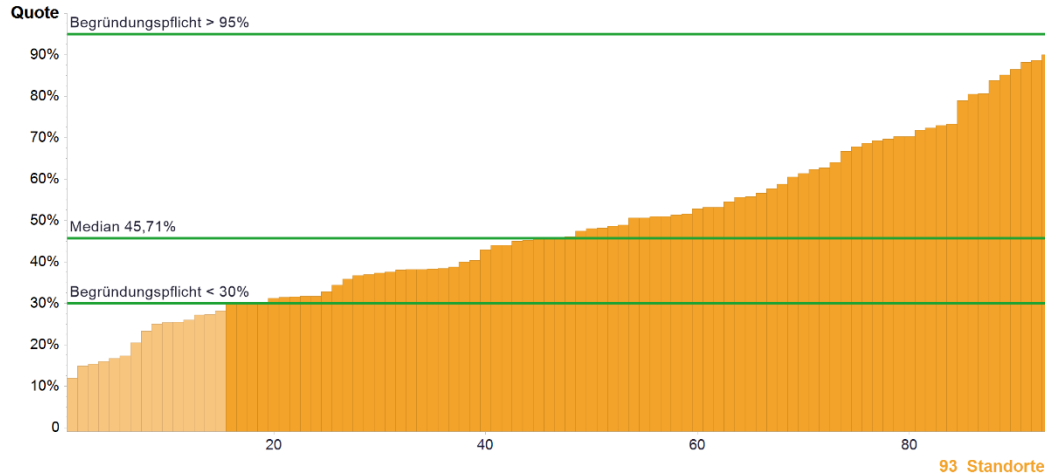
	2012	2013	2014	2015	2016
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	92,85%	96,61%	94,44%	95,74%	96,00%
5. Perzentil	84,61%	85,58%	80,36%	86,14%	87,36%
● Min	81,81%	63,04%	48,89%	68,75%	80,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	79	84,95%

Anmerkungen:

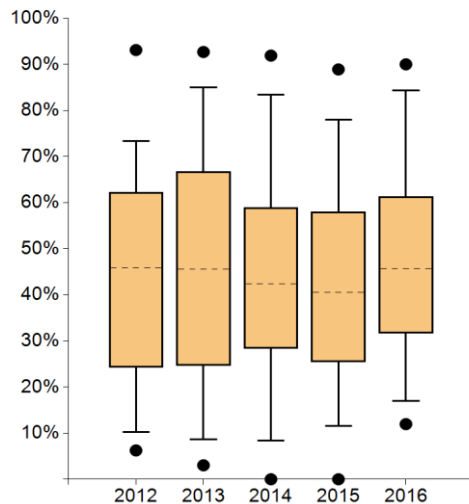
Der Prozess der postoperativen Fallvorstellung wird unverändert gut in den Zentren umgesetzt. Der Großteil der Zentren konnte die Rate steigern oder erhöhen. Von den 12 Zentren, die 2015 die Sollvorgabe verfehlten, haben neun ihre Rate in 2016 verbessert (75%) und sieben der 12 Zentren erreichen 2016 die Sollvorgabe (58,3%). Die 14 Zentren, die 2016 die Sollvorgabe verfehlten, begründen dies vor allem mit postoperativ verstorbenen Patienten, welche wiederum in der Morbiditäts-/Mortalitäts-Konferenz vorgestellt wurden.

4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	25*	4 - 79
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	52*	25 - 153
Quote	Begründungspflicht** <30% und >95%	45,71%	11,96% - 90,00%

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



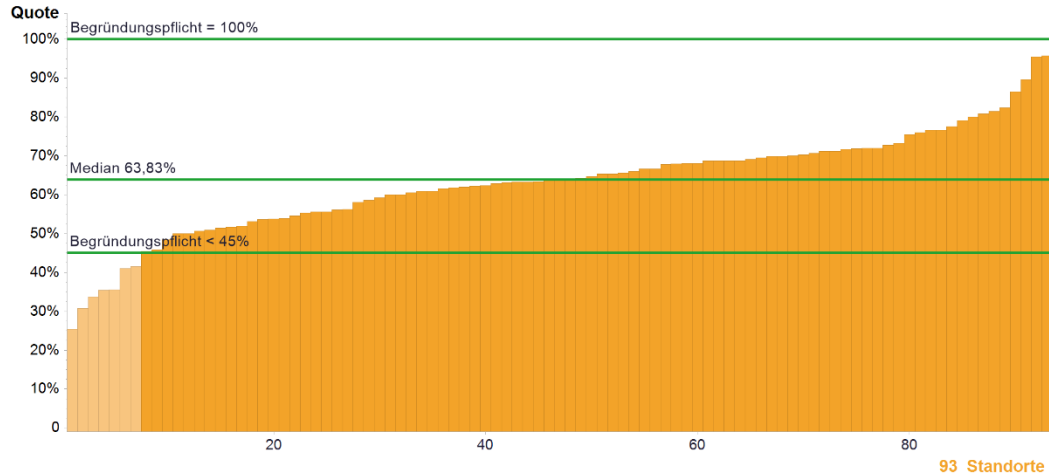
	2012	2013	2014	2015	2016
● Max	93,10%	92,68%	91,89%	88,89%	90,00%
● 95. Perzentil	73,32%	85,03%	83,45%	78,04%	84,28%
● 75. Perzentil	62,21%	66,67%	58,89%	58,06%	61,33%
● Median	45,80%	45,51%	42,41%	40,48%	45,71%
● 25. Perzentil	24,33%	24,68%	28,43%	25,41%	31,71%
● 5. Perzentil	10,30%	8,66%	8,37%	11,51%	17,01%
● Min	6,25%	3,03%	0,00%	0,00%	11,96%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	78	83,87%

Anmerkungen:

Der Median der Kennzahl steigt im Vergleich zum Vorjahr an. Dementsprechend konnte der Großteil der Zentren die Rate an psychoonkologischen Betreuungen erhöhen. Zentren mit niedrigen Betreuungsquoten benennen als Gründe Personalkapazitäten oder den Patientenwunsch. Als Verbesserungsmaßnahmen wurden angegeben: Einführung eines Screenings, Qualitätszirkel und die Sicherstellung eines niederschweligen Angebots.

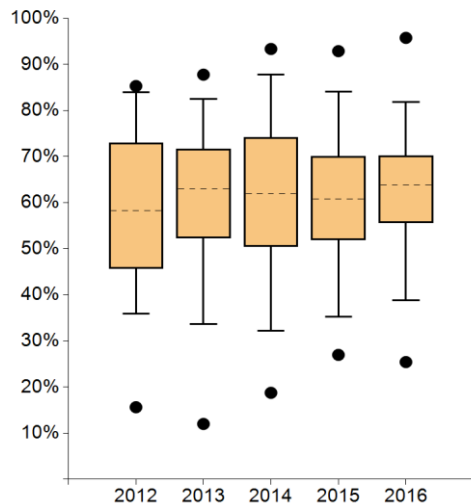
5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden	32*	15 - 108
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1) + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	52*	25 - 153
Quote	Begründungspflicht** <45% und =100%	63,83%	25,42% - 95,74%

* 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.

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



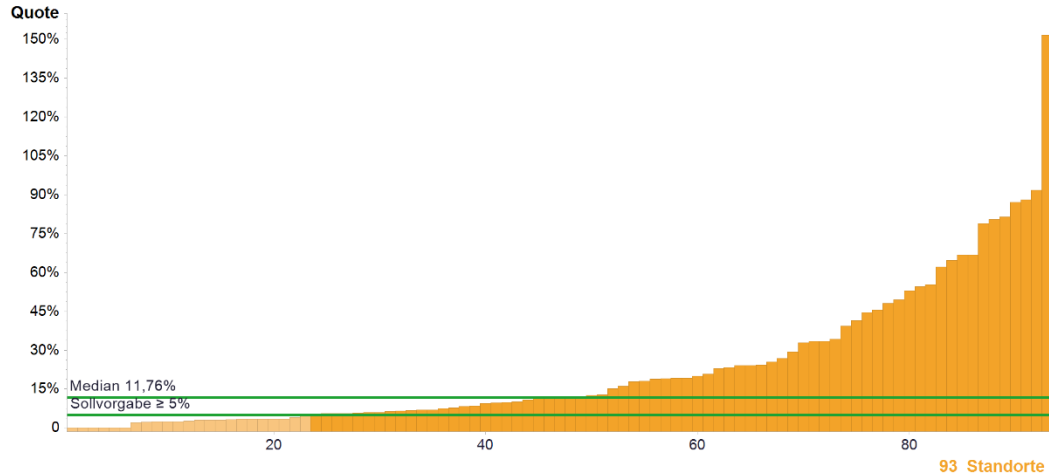
	2012	2013	2014	2015	2016
● Max	85,29%	87,76%	93,33%	92,86%	95,74%
95. Perzentil	83,92%	82,52%	87,84%	84,00%	81,83%
75. Perzentil	72,91%	71,63%	74,08%	70,01%	70,21%
Median	58,33%	63,07%	62,02%	60,81%	63,83%
25. Perzentil	45,67%	52,25%	50,49%	51,86%	55,56%
5. Perzentil	35,90%	33,70%	32,18%	35,28%	38,84%
● Min	15,62%	12,00%	18,75%	26,98%	25,42%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	86	92,47%

Anmerkungen:

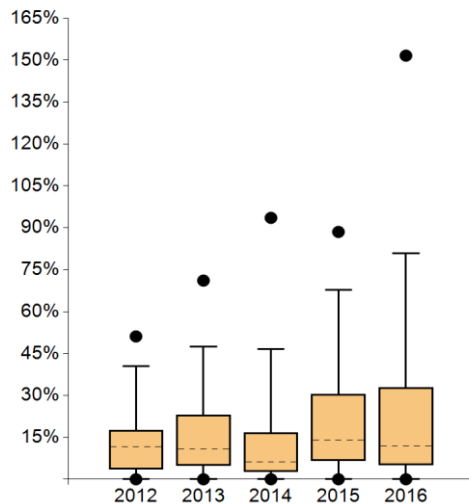
Im Vergleich zum Vorjahr steigt der Median der Kennzahl wieder an. Auch der Anteil an Zentren, die eine Rate oberhalb der Begründungspflicht von 45% haben, hat sich erhöht (88,0% in 2015). Von den zehn Zentren mit Raten unterhalb 45% in 2015 konnten sieben ihre Rate in 2016 verbessern. 2016 haben sieben Zentren eine begründungspflichtige Rate. Davon befinden sich vier im deutschsprachigen Ausland. Hier ist die sozialdienstliche Versorgung anders geregelt (ambulante Stellen für den Sozialdienst).

6. Studienteilnahme



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Pankreaskarzinom (nicht nur Primärfälle), die in eine Studie eingebracht wurden	5*	0 - 94
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1)	44*	25 - 136
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	11,76%	0,00% - 151,61%

* 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.



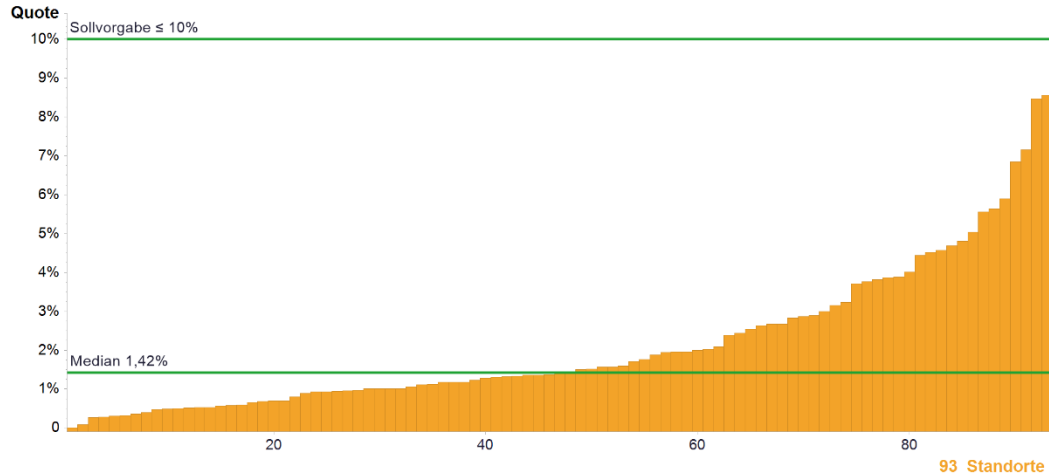
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	51,11%	71,11%	93,55%	88,52%	151,61%
95. Perzentil	40,57%	47,52%	46,47%	67,71%	80,83%
75. Perzentil	17,54%	23,10%	16,73%	30,52%	32,89%
Median	11,57%	10,88%	6,25%	13,95%	11,76%
25. Perzentil	3,49%	4,81%	2,65%	6,71%	5,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	70	75,27%

Anmerkungen:

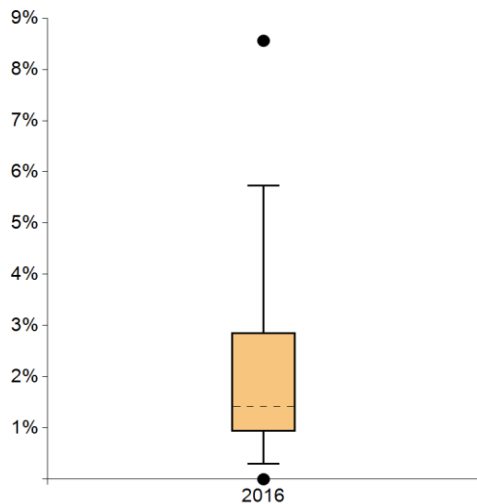
Der Median der Kennzahl zur Studienteilnahme sinkt im Vergleich zum Vorjahr. Der Anteil an Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, bleibt dabei annähernd gleich (75,9% in 2015). Von den 20 Zentren, die im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlten, konnten 14 ihre Quote an studienteilnehmenden Patienten erhöhen. Zentren, die in 2016 die Sollvorgabe verfehlten, begründeten dies mit einem fehlenden Studienangebot und der Ablehnung der Studienteilnahme durch die Patienten.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	ERCP spezifische Komplikationen. Pankreatitis nach ERCP (EB 2.1)	5*	0 - 38
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	401*	134 - 2305
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	1,42%	0,00% - 8,56%

* 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.



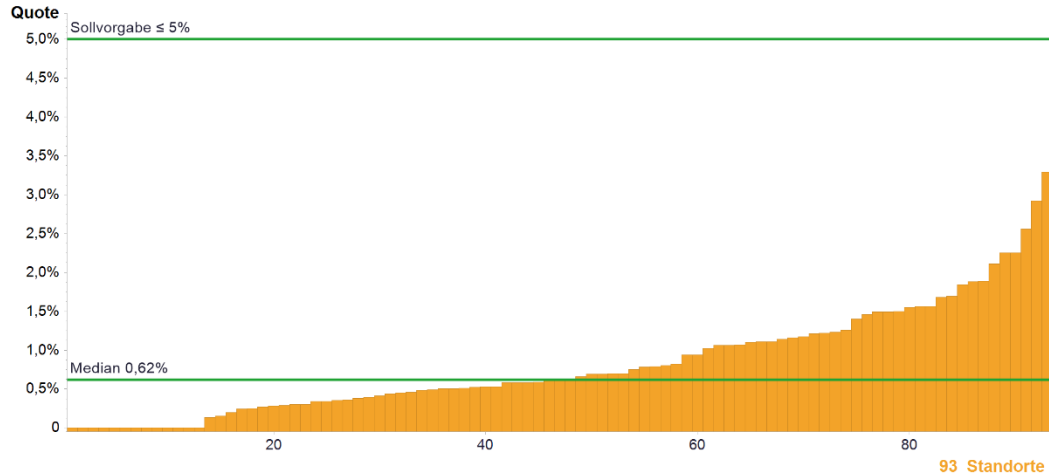
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	----	----	----	----	8,56%
95. Perzentil	----	----	----	----	5,73%
75. Perzentil	----	----	----	----	2,86%
Median	----	----	----	----	1,42%
25. Perzentil	----	----	----	----	0,93%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,31%
Min	----	----	----	----	0,00%

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

Anmerkungen:

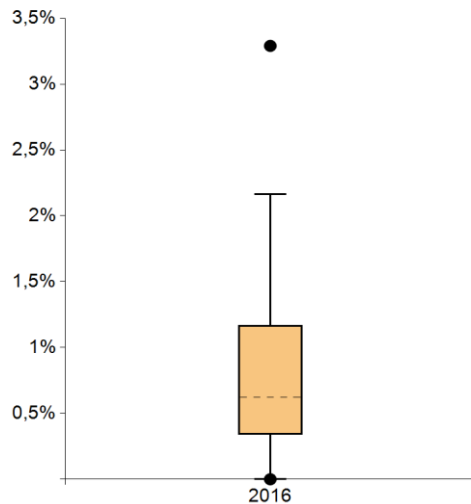
Die Erhebung der Komplikationen nach ERCP (Kennzahl 7a/b) erfolgt seit 2016 bezogen auf alle durchgeführten ERCPs und nicht mehr bezogen auf die mittels ERCP untersuchten Patienten. Somit kann die Ergebnisqualität der endoskopischen Eingriffe genauer erfasst werden. Ein Vergleich mit den Kennzahlenwerten der Vorjahre ist aufgrund der geänderten Nenner nicht sachgerecht. Alle Zentren erfüllen in 2016 die Sollvorgabe von maximal 10% an Pankreatitiden als Komplikation in Folge einer ERCP-Behandlung.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	ERCP spezifische Komplikationen. Blutung u. Perforation nach ERCP (EB 2.1)	3*	0 - 21
Nenner	ERCPs je endoskopierender Einheit	401*	134 - 2305
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,62%	0,00% - 3,29%

* 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.



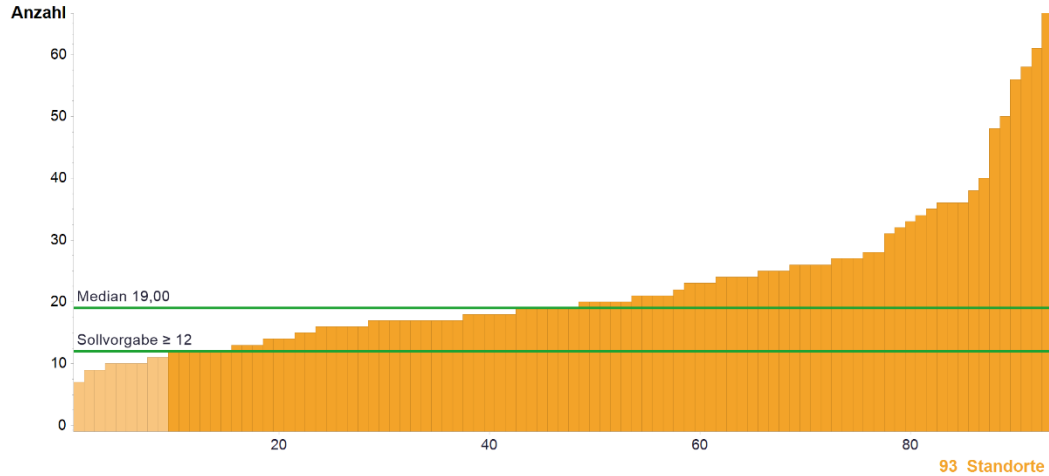
	2012	2013	2014	2015	2016
● Max	----	----	----	----	3,29%
95. Perzentil	----	----	----	----	2,17%
75. Perzentil	----	----	----	----	1,17%
Median	----	----	----	----	0,62%
25. Perzentil	----	----	----	----	0,34%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

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

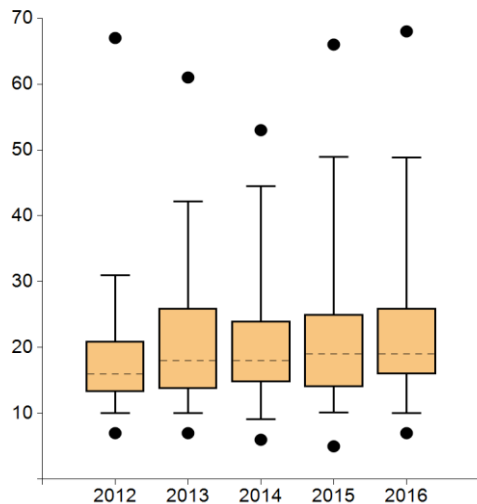
Anmerkungen:

Zur geänderten Nennerdefinition siehe Anmerkung unter Kennzahl 7a.
 Alle Zentren erfüllen die Sollvorgabe zu Blutungs- und Perforationsraten nach durchgeführter ERCP.
 Die Zentren mit den höchsten Komplikationsraten an Pankreatitiden sind andere Zentren als diejenigen mit hohen Blutungs- und Perforationsraten.

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Anzahl	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524ff, 5-525ff ausschließlich mit ICD-10 C25) (Def. 5.2.4)	19	7 - 68
	Sollvorgabe ≥ 12		



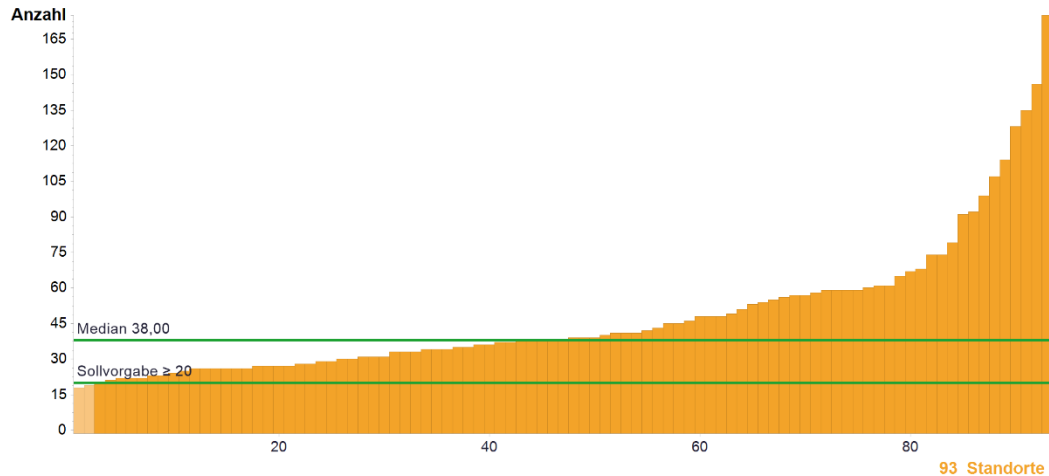
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	67,00	61,00	53,00	66,00	68,00
95. Perzentil	31,00	42,15	44,45	48,90	48,80
75. Perzentil	21,00	26,00	24,00	25,00	26,00
Median	16,00	18,00	18,00	19,00	19,00
25. Perzentil	13,25	13,75	14,75	14,00	16,00
5. Perzentil	10,05	10,00	9,10	10,10	10,00
Min	7,00	7,00	6,00	5,00	7,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	84	90,32%

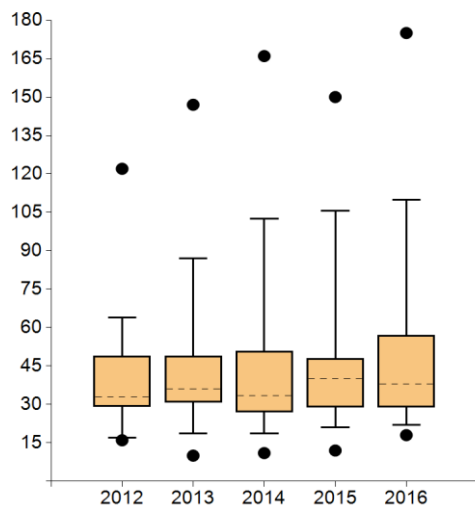
Anmerkungen:

Der Median der operativen Primärfälle ist in den Zentren im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Bei Betrachtung der Zentren, die sowohl im Jahresbericht 2015 als auch 2016 berücksichtigt sind, steigt die Gesamtzahl der operativen Primärfälle von 1.753 auf 1.841. Neun Zentren verfehlten die Sollvorgabe. Von den Auditoren wurden in diesen Fällen Hinweise und Abweichungen ausgesprochen. Von den insgesamt 5.178 Resektionen, die 2016 lt. DRG-Statistik in Deutschland durchgeführt wurden, wurden 1.969 (38%) in einem zertifizierten Zentrum erbracht.

9. Operative Expertise Pankreas gesamt



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Anzahl	Pankreasresektionen (Pankreaslinks-, Pankreaskopf-resektion, Totale Pankreatektomie, OPS: 5-524ff und 5-525ff, mit u. ohne ICD-10 C25)	38	18 - 175
	Sollvorgabe ≥ 20		



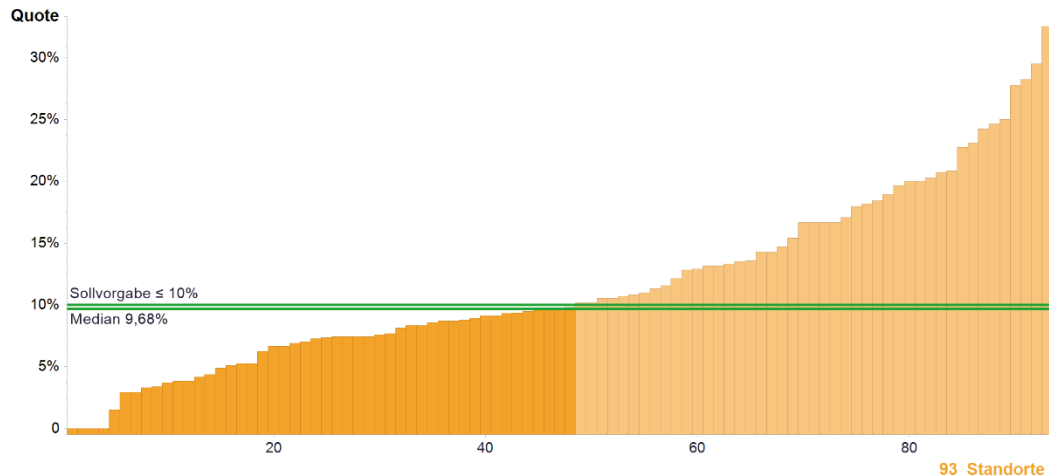
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	122,00	147,00	166,00	150,00	175,00
95. Perzentil	63,90	87,00	102,45	105,70	109,80
75. Perzentil	49,00	49,00	50,75	48,00	57,00
Median	33,00	36,00	33,50	40,00	38,00
25. Perzentil	29,25	30,75	27,00	29,00	29,00
5. Perzentil	17,05	18,65	18,65	21,00	22,00
Min	16,00	10,00	11,00	12,00	18,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	91	97,85%

Anmerkungen:

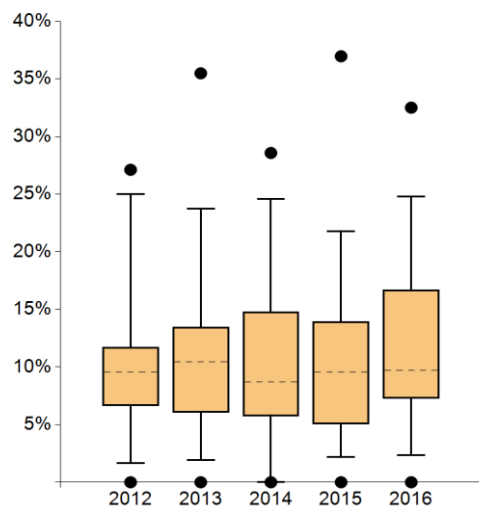
Der Median der gesamten Pankreasresektionen (unabhängig von der Indikation) fällt gegenüber 2015 geringfügig ab. Über alle Zentren hinweg wurden in 2016 4.444 Pankreasresektionen durchgeführt (2015: 3.793). Zwei Zentren verfehlen die Sollvorgabe von mindestens 20 Resektionen. Bei einem von diesen Zentren wurde 2017 ein Überwachungsaudit durchgeführt (Nachweis der Expertise ist für die Rezertifizierung alle drei Jahre erforderlich). Das zweite Zentrum wurde rezertifiziert und konnte die Erfüllung der Sollvorgabe im Mittel der letzten drei Jahre nachweisen.

10. Revisions-OP's Pankreas



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Revisions-OP's infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30d nach Pankreasresektion	4*	0 - 23
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524ff und 5-525ff, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	38*	18 - 175
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,68%	0,00% - 32,50%

* 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.



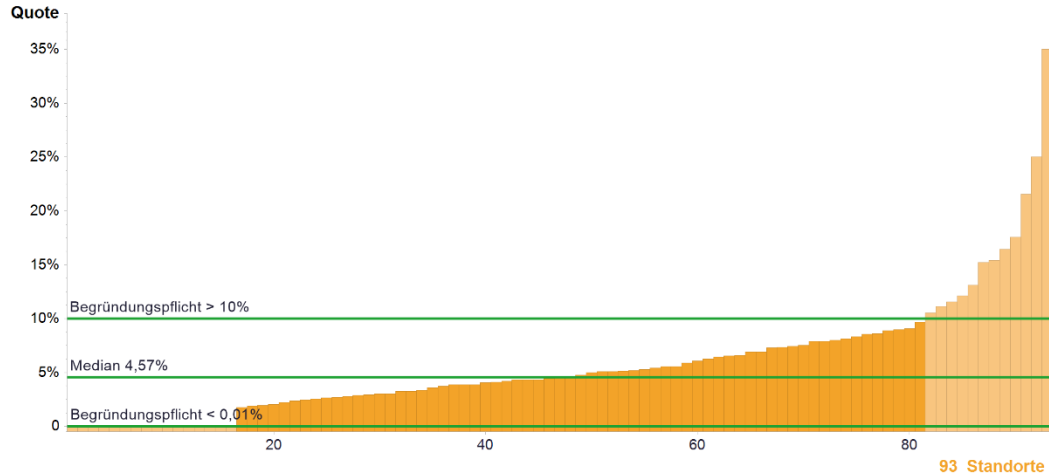
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	27,11%	35,48%	28,57%	36,96%	32,50%
95. Perzentil	25,00%	23,72%	24,55%	21,78%	24,77%
75. Perzentil	11,70%	13,44%	14,81%	13,92%	16,67%
Median	9,52%	10,44%	8,70%	9,52%	9,68%
25. Perzentil	6,66%	6,06%	5,73%	5,07%	7,27%
5. Perzentil	1,64%	1,94%	0,00%	2,20%	2,36%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	48	51,61%

Anmerkungen:

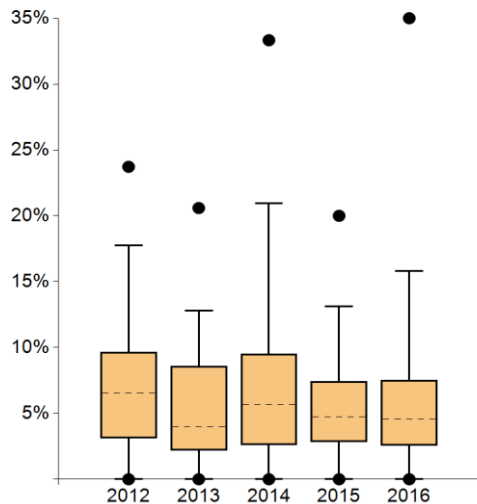
Der Median der Revisionsoperationen nach Pankreasresektionen bleibt im Vergleich zum Vorjahr gleich. Dabei sinkt der Anteil an Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen (57,8% in 2015). Von den 35 Zentren, die in 2015 die Sollvorgabe verfehlten, konnten 22 ihre Rate senken (62,9%). Häufige Ursachen für die Revisionseingriffe sind Anastomosensuffizienzen, Nachblutungen und Pankreatitiden. Bei Zentren, die die Sollvorgabe nicht erreichten, erfolgten Einzelfallanalysen während der Audits und es wurden Maßnahmen zur Verbesserung (z.B. Änderung der OP-Technik) vereinbart.

11. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30d nach Pankreasresektion mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	2*	0 - 21
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524ff und 5-525ff, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	38*	18 - 175
Quote	Begründungspflicht** <0,01% und >10%	4,57%	0,00% - 35,00%

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



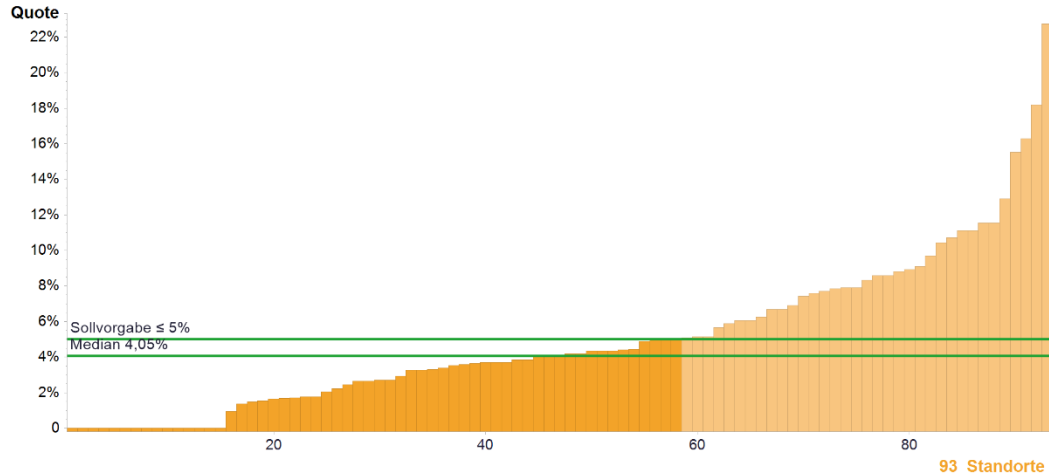
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	23,72%	20,59%	33,33%	20,00%	35,00%
95. Perzentil	17,76%	12,80%	20,93%	13,13%	15,79%
75. Perzentil	9,66%	8,57%	9,52%	7,41%	7,50%
Median	6,56%	4,01%	5,65%	4,72%	4,57%
25. Perzentil	3,12%	2,21%	2,60%	2,86%	2,56%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	65	69,89%

Anmerkungen:

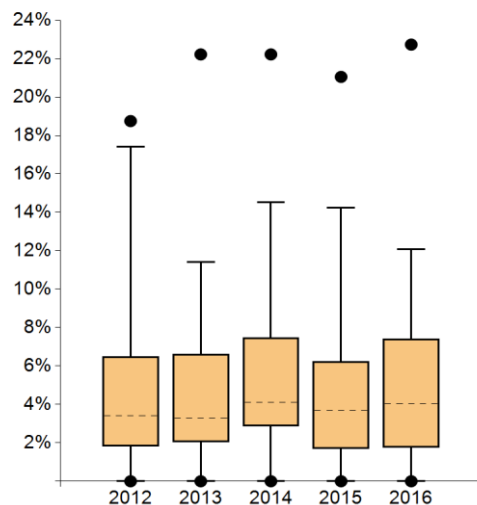
Im Vergleich zu 2015 bleibt der Median der Kennzahl bei steigendem 95. Perzentil und höherem Maximalwert nahezu gleich. Der Anteil an Zentren mit begründungspflichtiger Wundinfektionsrate >10% erhöht sich von 7,5% in 2015 auf 12,9% in 2016. Fünf der sechs Zentren mit einer Rate >10% in 2015 konnten ihre Quote verbessern. Die Zentren mit hohen Wundinfektionsraten begründen dies u.a. mit den Komorbiditäten ihrer Patienten. In den Audits erfolgten Einzelfallanalysen und systematische Fehler wurden ausgeschlossen.

12. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Postoperativ verstorbene Patienten nach Pankreasresektionen innerhalb von 30d	2*	0 - 9
Nenner	Pankreasresektionen (OPS: 5-524ff und 5-525ff, mit u. ohne ICD-10 C25) (= Kennzahl 9)	38*	18 - 175
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	4,05%	0,00% - 22,73%

* 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.



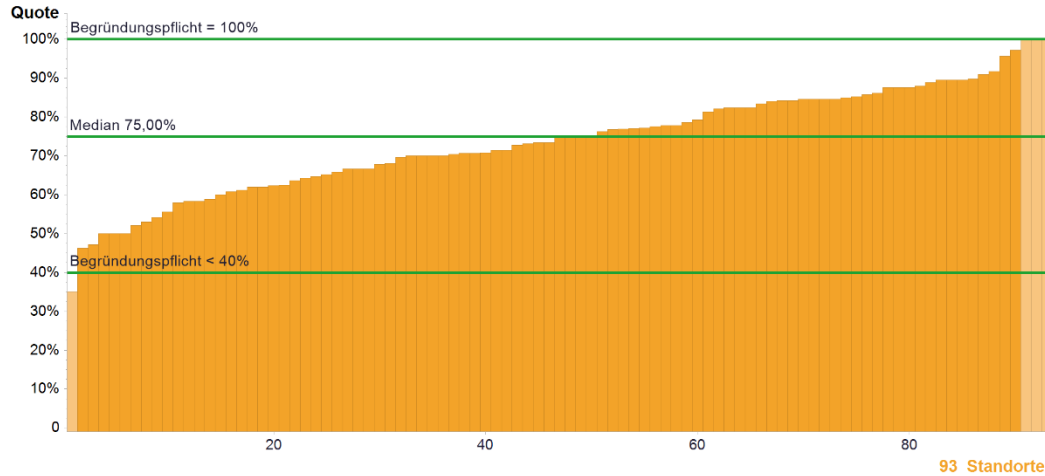
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	18,75%	22,22%	22,22%	21,05%	22,73%
95. Perzentil	17,42%	11,40%	14,52%	14,24%	12,08%
75. Perzentil	6,50%	6,62%	7,46%	6,24%	7,41%
Median	3,41%	3,28%	4,11%	3,70%	4,05%
25. Perzentil	1,83%	2,04%	2,86%	1,68%	1,75%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	58	62,37%

Anmerkungen:

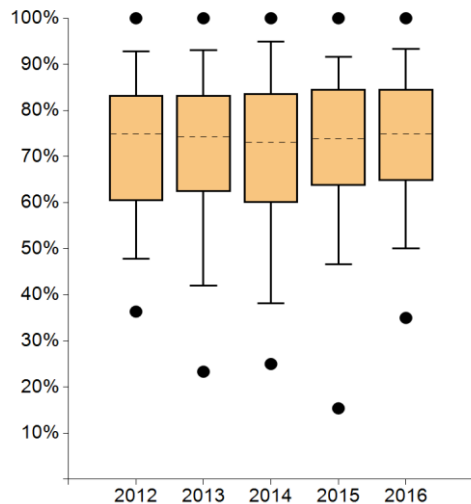
Die postoperative Mortalitätsrate ist im Median über die Jahre in den Zentren stabil und steigt im Vergleich zu 2015 diskret an. Der Anteil an Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, verringert sich im Vergleich zum Vorjahr (2015: 68,7%). Die Zentren mit den höchsten Werten in 2015 konnten ihre Mortalitätsrate deutlich reduzieren. Die häufigsten Ursachen für postoperative Todesfälle waren Myokardinfarkte, Lungenembolien oder nekrotisierende Pankreatitiden. Während der Audits erfolgten Einzelfallanalysen; systematische Fehler konnten ausgeschlossen werden.

13. Lokale R0-Resektionen Pankreas (LL QI 1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Lokale R0-Resektionen Pankreas nach Abschluss der operativen Therapie	14*	5 - 61
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524ff, 5-525ff ausschließlich mit ICD-10 C25) (= Kennzahl 8)	19*	7 - 68
Quote	Begründungspflicht** <40% und =100%	75,00%	35,00% - 100%

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



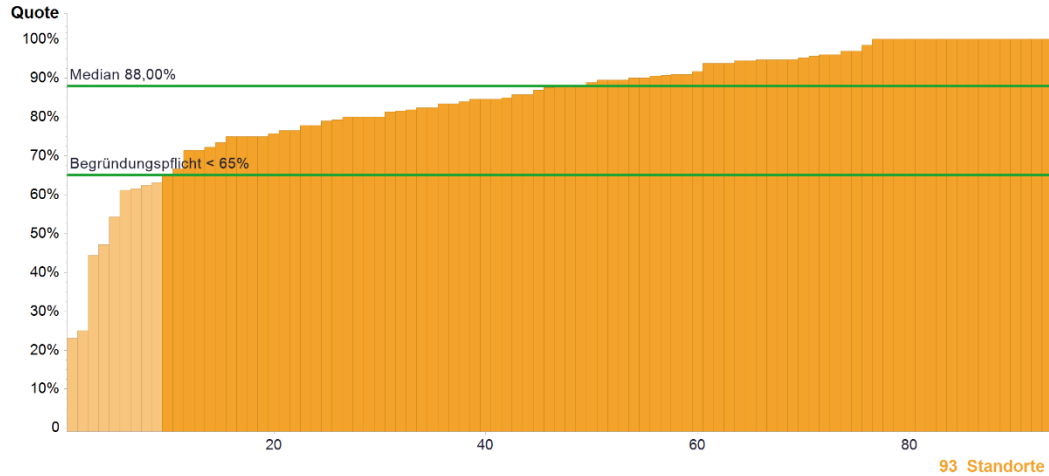
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	92,82%	93,07%	94,86%	91,67%	93,26%
75. Perzentil	83,33%	83,33%	83,65%	84,62%	84,62%
Median	75,00%	74,34%	73,03%	73,91%	75,00%
25. Perzentil	60,38%	62,37%	60,00%	63,69%	64,71%
5. Perzentil	47,88%	41,96%	38,16%	46,67%	50,00%
Min	36,36%	23,33%	25,00%	15,38%	35,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	89	95,70%

Anmerkungen:

Die Umsetzung des Qualitätsindikators der Leitlinie ist über den zeitlichen Verlauf gleichbleibend. Der Großteil der Zentren konnte ihre Rate an R0-Resektionen von 2015 zu 2016 steigern. Auch die drei Zentren, die in 2015 eine begründungspflichtige Rate <40% aufwiesen, konnten ihre Quote an R0-Resektionen in 2016 deutlich erhöhen.

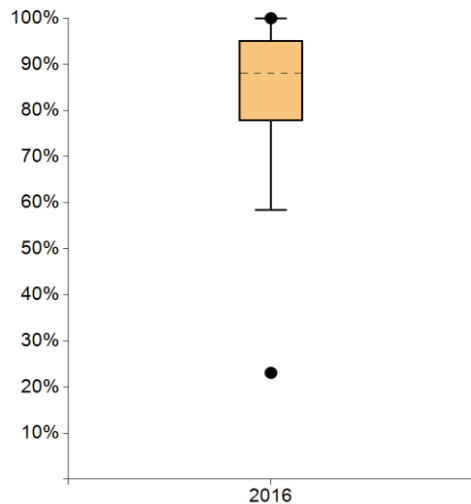
14. Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Operative Primärfälle Pankreas mit ≥ 12 regionären LK im OP-Präparat nach Abschluss der operativen Therapie	16*	3 - 67
Nenner	Operative Primärfälle Pankreas (OPS: 5-524ff, 5-525ff ausschließlich mit ICD-10 C25), die eine Lymphadenektomie erhalten haben	19*	7 - 68
Quote	Begründungspflicht** <math>< 65\%</math>	88,00%	23,08% - 100%

* 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.

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



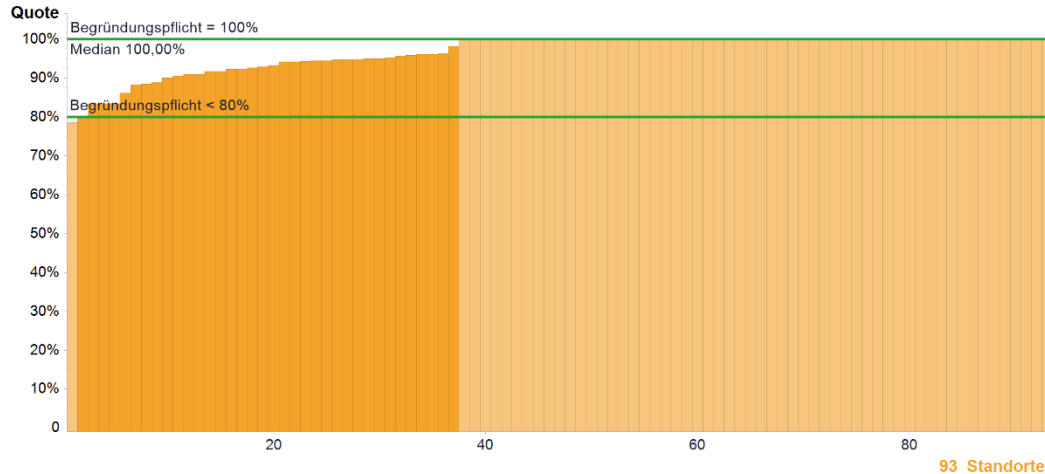
	2012	2013	2014	2015	2016
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	95,24%
Median	----	----	----	----	88,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	77,78%
5. Perzentil	----	----	----	----	58,38%
● Min	----	----	----	----	23,08%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	84	90,32%

Anmerkungen:

Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich der Zähler der Kennzahl geändert, da nach Aktualisierung der TNM-Klassifikation (8. Auflage) mindestens 12 Lymphknoten (LK) zur Feststellung des N0-Status zu überprüfen sind. Ein Vergleich mit den Vorjahren (Zähler: ≥ 10 LK) kann somit nicht erfolgen. Weiterhin ist der Prozess der Lymphknotenuntersuchung in den Zentren gut implementiert. Die Zentren mit niedrigen Raten stellen derzeit ihre Prozesse entsprechend der geänderten Anforderung um und führen Qualitätszirkel mit den Operateuren und Pathologen durch.

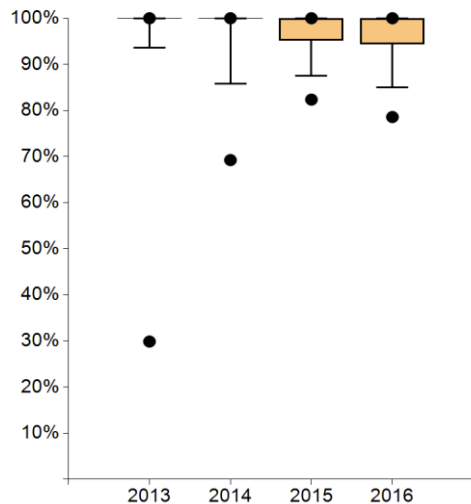
16. Inhalt Pathologieberichte (LL QI 3)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Befundberichte von operativen Primärfällen mit Angabe von: pT, pN, M; Tumorgading; Verhältnis von befallenen zu entfernten LK	19*	7 - 68
Nenner	Befundberichte von operativen Primärfällen	19*	7 - 68
Quote	Begründungspflicht** <80% und =100%	100%	78,57% - 100%

* 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.

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



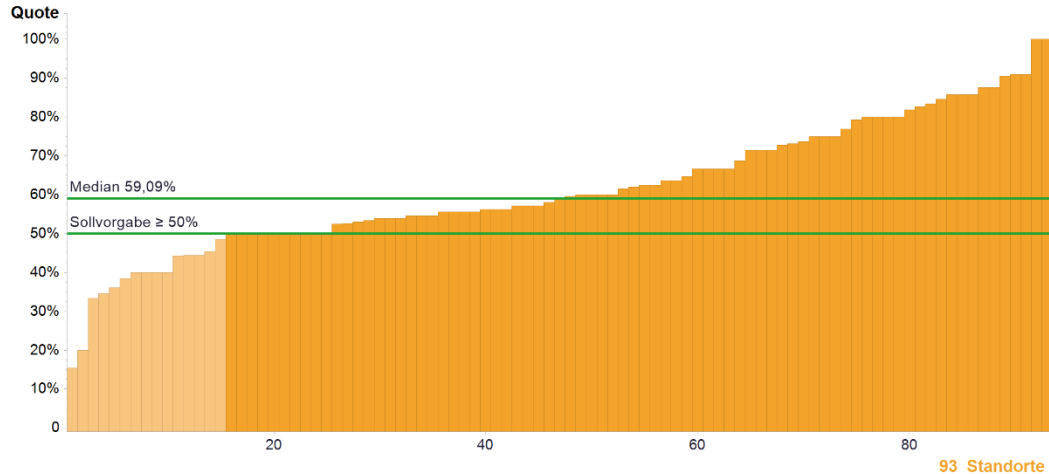
	2012	2013	2014	2015	2016
● Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
Median	----	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	----	100%	100%	95,23%	94,44%
5. Perzentil	----	93,62%	85,84%	87,50%	85,00%
● Min	----	29,87%	69,23%	82,35%	78,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	36	38,71%

Anmerkungen:

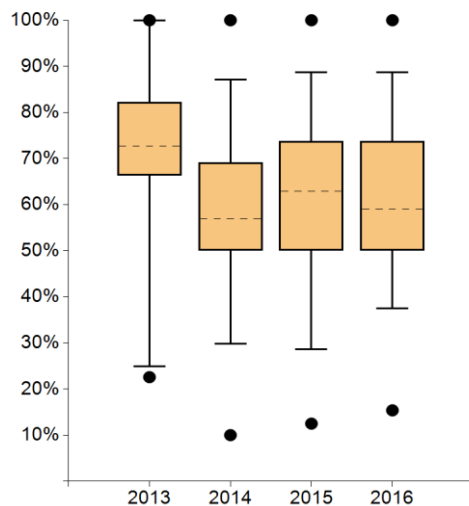
Der Qualitätsindikator der Leitlinie ist weiterhin gut in den Zentren umgesetzt. Bei gleichbleibendem Median sinken das 25. und 5. Perzentil im Vergleich zu 2015 ab. Nur ein Zentrum hatte eine begründungspflichtige Rate <80%. Im Audit wurde vom Fachexperten auf die Erfordernis zur Verbesserung der Qualität der Pathologieberichte hingewiesen.

17. Adjuvante Chemotherapie (LL QI 4)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III, R0-Resektion und adjuvanter Chemotherapie mit Gemcitabin o. 5-FU/Folinsäure	8*	2 - 50
Nenner	Operative Primärfälle Pankreaskarzinom UICC Stad. I-III und R0-Resektion	13*	4 - 57
Quote	Sollvorgabe \geq 50%	59,09%	15,38% - 100%

* 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.



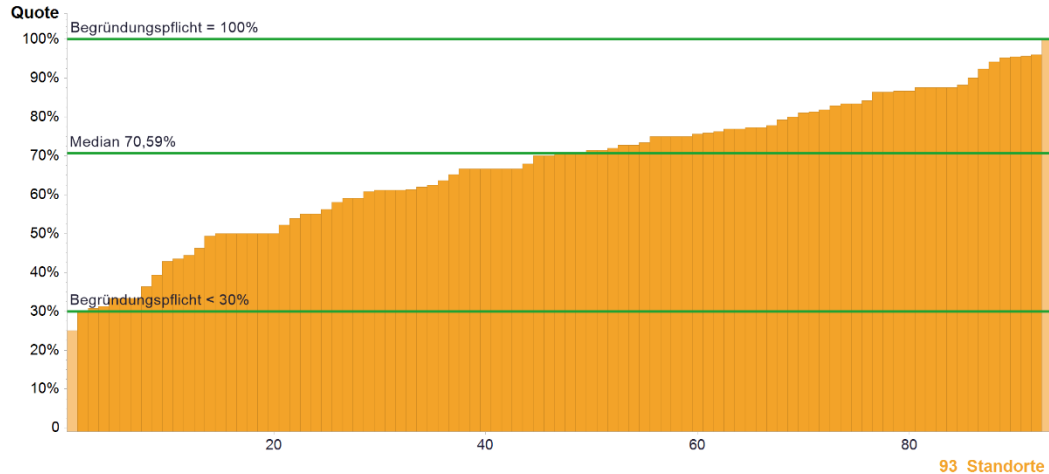
	2012	2013	2014	2015	2016
● Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	87,14%	88,75%	88,69%
75. Perzentil	----	82,22%	69,06%	73,80%	73,68%
Median	----	72,73%	56,98%	62,96%	59,09%
25. Perzentil	----	66,35%	50,00%	50,00%	50,00%
5. Perzentil	----	24,97%	29,78%	28,57%	37,48%
● Min	----	22,58%	10,00%	12,50%	15,38%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	78	83,87%

Anmerkungen:

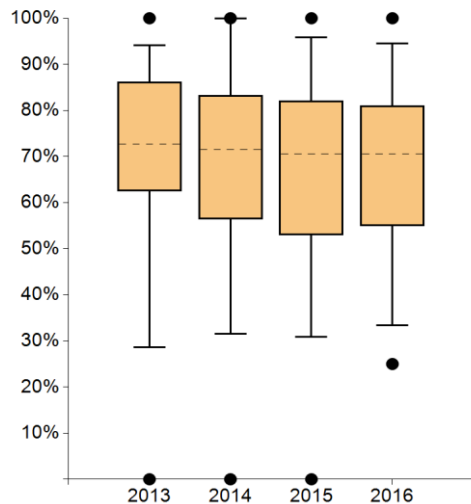
Der Median dieses Qualitätsindikators der Leitlinie sinkt im Vergleich zum Vorjahr. Der Anteil an Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, steigt (2015: 81,9%). 14 der 15 Zentren, die 2015 die Sollvorgabe unterschritten, konnten ihre Rate erhöhen. Zentren, die 2016 die Sollvorgabe verfehlten, begründen die Nicht-Durchführung der adjuvanten Chemotherapie mit dem Allgemeinzustand der Patienten, dem Patientenwunsch oder einer heimatnahen Versorgung, die nicht mehr im Zentrum dokumentiert werden konnte.

18. Palliative Chemotherapie (LL QI 5)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit Pankreaskarzinom UICC Stad III und IV, ECOG 0-2 und palliativer Chemotherapie	12*	2 - 51
Nenner	Primärfälle mit Pankreaskarzinom UICC Stad. III (Palliative Situation) und IV und ECOG 0-2	20*	3 - 73
Quote	Begründungspflicht** <30% und =100%	70,59%	25,00% - 100%

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



	2012	2013	2014	2015	2016
Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	94,12%	100%	95,87%	94,57%
75. Perzentil	----	86,21%	83,33%	82,09%	81,08%
Median	----	72,73%	71,43%	70,59%	70,59%
25. Perzentil	----	62,50%	56,45%	52,94%	55,00%
5. Perzentil	----	28,57%	31,58%	30,85%	33,33%
Min	----	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
93	100,00%	91	97,85%

Anmerkungen:

Der Qualitätsindikator der Leitlinie ist über den zeitlichen Verlauf unverändert. Die Mehrheit der Zentren konnte ihre Rate an palliativen Chemotherapien im Vergleich zu 2015 steigern oder halten. Für Fälle, bei denen die Durchführung der palliativen Chemotherapie nicht dokumentiert wurde, gaben die Zentren als Gründe an: Patientenwunsch, Allgemeinzustand des Patienten oder eine heimatnahe Versorgung (keine Information zur Durchführung der Chemotherapie im Zentrum vorhanden).

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Pankreaskarzinomzentren
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.
Julia Ferencz, OnkoZert GmbH

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 22.05.2018

ISBN: 978-3-946714-70-5



9 783946 714705