

Basisdaten Darm

(Erläuterungen zu den Kennzahlen sind unter www.xml-oncobox.de zu finden)

Reg.-Nr.	<input type="text"/>	(Muster Zertifikat)
Zentrum	<input type="text"/>	
Standort	<input type="text"/>	
Ansprechpartner	<input type="text"/>	Erstelldatum <input type="text"/>
		Datum Erstzertifizierung <input type="text"/>
		Kennzahlenjahr <input type="text" value="2020"/>

Bundesland / Land	Zusammenarbeit mit KFRG-Krebsregister
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tumordokumentationssystem	XML-OncoBox Darm
<input type="text"/>	<input type="text" value="Nein"/>

Basisdaten Auditjahr 2021: ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr.

Primärfälle Darmkrebs Def. gemäß EB	Operativ ¹⁾			Endoskopisch (außer TVE) ¹⁾	Nicht operativ		Gesamt
	Elektiv ²⁾		Notfall ²⁾		palliativ ¹⁾	Watch and Wait (nicht endoskopisch kurativ) ^{1) 4)}	
	Resektion	Transanale Vollwand- exzision (TVE)					
Primärfälle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kolon ³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rektum ³⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Grundlage des Erhebungsbogens stellt die TNM – Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage 2017 sowie die ICD-Klassifikation ICD-10-GM 2020 (DIMDI) und die OPS-Klassifikation OPS 2020 (DIMDI) dar.

Bearbeitungshinweise:

Definitionen zu den in der Tabelle verwendeten Begriffen sind grundsätzlich im Tabellenblatt "Datenfelder" des Spezifikationsdokuments in der jeweils gültigen Version (Download unter www.xml-oncobox.de) hinterlegt:

- 1) Datenfeld C1
- 2) Datenfeld G4 (E = elektiv, N = Notfall)
- 3) Datenfeld D6

Darüber hinaus finden sich in dem Dokument Informationen zur Fallzählung (Appendices) und Definition aller Kennzahlen.

4) Bei Watch & Wait-Patienten handelt es sich um neu diagnostizierte Rektumkarzinome, die nach radiotherapeutischer und/oder chemotherapeutischer Vorbehandlung bei klinischer Vollremission zunächst nicht operativ therapiert werden. Wenn diese Patienten bei Tumor-Rekurrenz oder aus anderen Gründen sekundär operiert werden, zählen sie als operativer Primärfall.

Die Felder stehen teilweise in Abhängigkeit voneinander, daher sollte jede Zeile vollständig von links nach rechts und fortlaufend von oben nach unten bearbeitet werden. Graue Felder müssen bearbeitet werden. Die Bearbeitung des Datenblattes sollte mit Microsoft Office 2010 oder einer der Folgeversionen erfolgen. Microsoft Office 2007 ist mit Einschränkungen nutzbar (u.a. werden Info-Buttons nicht angezeigt). Vorversionen von Microsoft Office 2007 sind für die Bearbeitung des Datenblattes nicht geeignet. Alle Zahlen und Texte müssen manuell eingegeben werden (nicht über copy-/paste-Funktion; Ausnahme sind Daten, die von der OncoBox eingelesen werden). Jede Änderung an den Basisdaten zieht eine Änderung des Kennzahlenbogens nach sich. In dem Dokument „Bestimmungen Datenqualität“ sind die wesentlichen Grundlagen für die Datenbewertung im Rahmen des Auditprozesses festgelegt. Insbesondere ist der Umgang mit Kennzahlen mit unterschrittener Sollvorgabe beschrieben (Download unter www.onkozert.de; Abschnitt Hinweise).

Kennzahlenbogen Darm

Zentrum

Reg.-Nr. Erstelldatum

Datenqualität Kennzahlen

In Ordnung	Plausibel 0,00% (0)	0,00% (0)	Bearbeitungs- qualität 0,00% (0)
	Plausibilität unklar 0,00% (0)		
Sollvorgabe nicht erfüllt		0,00% (0)	
Fehlerhaft	Inkorrekt 0,00% (0)	100,00% (35)	
	Unvollständig 100,00% (35)		

Die jeweilige Eingabe oder Änderung "Anzahl / Zähler / Nenner" (gepunktete Felder) ist nur im Tabellenblatt "Basisdaten" möglich, die Übertragung erfolgt automatisch. Der Zähler ist immer eine Teilmenge des Nenners (Ausnahme: Kennzahl 6 - Anteil Studienpatienten).

Bei den „rot“ gekennzeichneten Angaben handelt es sich um Neuerungen im Auditjahr 2021 (Änderungen gegenüber Auditjahr 2020).

Die für das Auditjahr 2021 / Kennzahlenjahr 2020 optionalen Kennzahlen sind im Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021 verbindlich abzubilden.

Redaktionelle Änderungen sind "grün" gekennzeichnet (u.a. bedingt durch organübergreifende Anpassungen der Formulierungen).

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll- vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Daten- qualität
1 NEU		Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	-----	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	-----		Derzeit keine Vorgabe		Anzahl	optional - Unvollständig
4 2a	LL Q1-7	Prätherapeutische Fallvorstellung	Prätherapeutische Vorstellung aller Patienten mit einem Rektumkarzinom u. Kolonkarzinom UICC Stad. IV	Patienten des Nenners, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Elektive Patienten mit RK und alle elektiven Patienten mit KK Stad. IV		≥ 95%		Zähler Nenner %	Unvollständig n.d.

KN	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Datenqualität	
2b		Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	Prätherapeutische Vorstellung aller Patienten mit Rezidiv / metachronen Metastasen	Patienten des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	Patienten mit neuaufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1) Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen		≥ 95%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
3		Postoperative Fallvorstellung	Postoperative Vorstellung aller Primärfallpatienten	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	Operative und endoskopische Primärfälle		≥ 95%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
4		Psychoonkologische Betreuung	Adäquate Rate an psychoonkologischer Betreuung	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	Primärfälle Gesamt + Patienten mit neuaufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1) Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen	< 20%	Derzeit keine Vorgaben	> 95%	Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
5		Beratung Sozialdienst	Möglichst hohe Rate an Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	Primärfälle Gesamt + Patienten mit neuaufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (=Kennzahl 1) Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen	<45% < 50%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
6	1.7.6	Anteil Studienpatienten	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	Patienten des DZ, die in eine Studie oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden	Primärfälle gesamt		≥ 5%	> 50%	Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
7	LL Q1.4	KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese	Möglichst häufig Erfassung der Familienanamnese	Primärfälle des Nenners mit ausgefülltem Patientenfragebogen (http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/organkrebszentren.html unter dem Punkt Darmkrebs)	Primärfälle gesamt	<5%	Derzeit keine Vorgaben ≥ 90%		Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	

KN	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Datenqualität	
8		Genetische Beratung	Möglichst häufig Beratung bei pos. Familienanamnese	Primärfälle des Nenners, denen eine Vorstellung zur genetischen Beratung empfohlen wurde	Primärfälle mit pos. Patientenfragebogen	< 5%	Derzeit keine Vorgaben ≥ 90%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
9		Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	Möglichst hohe Rate an immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine bei Patienten mit KRK < 50 Jahre	Patienten des Nenners mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine	Patienten mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre		≥ 90%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
10	LL QI 3	RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK	Möglichst häufig KRAS- und BRAF Bestimmung vor Erstlinientherapie	Patienten des Nenners mit Bestimmung RAS- (= KRAS u. NRAS-Mutationen) sowie BRAF-Mutation zu Beginn der Erstlinientherapie	Patienten mit metastasiertem KRK und Erstlinientherapie	< 50%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
11		Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	Möglichst geringe Komplikationsrate bei therapeutischen Koloskopien	Koloskopien des Nenners mit Komplikationen (Blutung, die eine Re-Intervention (Rekoloskopie, Operation) oder eine Transfusion erforderlich macht u./o. Perforation)	Therapeutische Koloskopien mit Schlingenpolypektomien je koloskopierende Einheit (nicht nur Patienten DZ)	< 0,01%	≤ 1%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
12		Vollständige elektive Koloskopien	Möglichst vollständige elektive Koloskopien des Darmkrebszentrums	Koloskopien des Nenners, die vollständig waren	Elektive Koloskopien je koloskopierende Einheit des Darmkrebszentrums (nicht nur Patienten DZ) (Gezählt werden: Intention: Koloskopie vollständig)		≥ 95%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
13	LLQI 5	Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel	Möglichst häufig Angabe im Befundbericht	Patienten des Nenners mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	Patienten mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	< 90%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll- vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Daten- qualität	
14	5.2.4	Operative Primärfälle Kolon	Siehe Sollvorgabe	Operative Primärfälle Kolon	-----		≥ 30		Anzahl 0	Unvollständig	
15	5.2.4	Operative Primärfälle Rektum	Siehe Sollvorgabe	Operative Primärfälle Rektum (inkl. TVE)	-----		≥ 20		Anzahl 0	Unvollständig	
16		Revisions-OP's Kolon	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP <i>(nicht gezählt werden: diagnostische Spüllaparoskopien)</i>	Elektive Kolon-Operationen	< 0,01%	≤ 15%	>10%	Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
17		Revisions-OP's Rektum	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP <i>(nicht gezählt werden: diagnostische Spüllaparoskopien)</i>	Elektive Rektum-Operationen (ohne TVE)	< 0,01%	≤ 15%	>10%	Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
18		Postoperative Wundinfektion	Möglichst niedrige Rate an postoperativen Wundinfektionen mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	Operationen des Nenners mit postoperativer Wundinfektion innerhalb von 30 d nach OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	Elektive Operationen (ohne TVE)	< 0,01%	Derzeit keine Vorgaben	>15%	Zähler		Unvollständig
									Nenner	0	
									%	n.d.	
18 49	LL QI ⊕	Anastomoseninsuffizienzen Kolon	Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen am Kolon	Patienten des Nenners mit Re-Interventionsbedürftigen Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach Eingriffen	Patienten mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorsektion eine Anastomose angelegt wurde	< 0,01%	≤ 6%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	

KN	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Datenqualität	
19 20	LL QI 9	Anastomoseninsuffizienzen Rektum	Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen am Rektum	Patienten des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe o. interventioneller Drainage o. transanaler Lavage / Drainage) oder C ((Re-) Laparotomie)	Patienten mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde (ohne TVE)	< 0,01%	≤ 15%		Zähler Nenner %	n.d.	Unvollständig
20 21		Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Patienten nach elektiven Eingriffen	Patienten des Nenners, die innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	Elektiv operierte Patienten (ohne TVE)	< 0,01%	≤ 5%		Zähler Nenner %	0 n.d.	Unvollständig
21 22		Lokale R0-Resektionen Rektum	Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen	Operationen des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	Elektive Rektum-OP's (operativ) (ohne TVE)		≥ 90%		Zähler Nenner %	0 n.d.	Unvollständig
22 23	LL QI 44	Anzeichnung Stomaposition	Möglichst häufig präoperative Anzeichnung Stomaposition	Patienten des Nenners mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	Patienten mit RK, bei denen eine elektive Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde (ohne TVE)		≥ 70% ≥ 90%		Zähler Nenner %	n.d.	Unvollständig
24a		Primäre Lebermetastasenresektion (KRK-UICC-Std.-IV)	≥15% primäre Lebermetastasenresektion bei Patienten mit KRK-UICC-Std.-IV	Primärfälle des Nenners, die eine Lebermetastasenresektion erhalten	Primärfälle mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK-UICC-Std.-IV (ohne TVE)		≥ 15%		Zähler Nenner %	n.d.	Unvollständig
24b		Primäre Lebermetastasenresektion (KRK-UICC-Std.-IV) am operativen Standort des Darmkrebszentrums	-----	Primärfälle des Nenners 24a, die intern (= am operativen Standort des Darmkrebszentrums) eine primäre Lebermetastasenresektion erhalten (ohne TVE) (= Teilmenge Zähler 24a)	-----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl		Unvollständig

KN	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Datenqualität	
24e		Primäre Lebermetastasenresektion (KRK-UICC-Stad. IV) außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums	----	Primärfälle des Nenners 24a, die extern (= außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums) eine primäre Lebermetastasenresektion erhalten (= Teilmenge Zähler 24a)	----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl	0	Unvollständig
25a		Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK-UICC-Stad. IV)	≥ 10% sekundäre Lebermetastasenresektion bei Patienten mit KRK-UICC-Stad. IV	Primärfälle des Nenners, bei denen nach Chemotherapie eine sekundäre Lebermetastasenresektion durchgeführt wurde	Primärfälle mit KRK-UICC-Stad. IV mit primär nicht resektablen, ausschließlichen Lebermetastasen, die eine Chemotherapie erhalten haben (ohne TVE)		≥ 10%		Zähler		Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	
25b		Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK-UICC-Stad. IV) am operativen Standort des Darmkrebszentrums	----	Primärfälle des Nenners 25a, die intern (= am operativen Standort des Darmkrebszentrums) eine sekundäre Lebermetastasenresektion erhalten (ohne TVE) (= Teilmenge Zähler 25a)	----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl		Unvollständig
25e		Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK-UICC-Stad. IV) außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums	----	Primärfälle des Nenners 25a, die extern (= außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums) eine sekundäre Lebermetastasenresektion erhalten (= Teilmenge Zähler 25a)	----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl	0	Unvollständig
23a NEU Angabe optional		Lebermetastasenresektion	Möglichst häufig Lebermetastasenresektion	Patienten des Nenners, die eine Lebermetastasenresektion erhalten haben	Patienten des Zentrums mit metastasiertem KRK und 1. ausschließlicher Lebermetastasierung (primär oder im Kennzahlenjahr neu aufgetreten) ohne Leberspezifische Chemotherapie (Zahlzeitpunkt: Diagnosedatum Lebermetastase) oder 2. ausschließlicher Lebermetastasierung, die eine Chemotherapie wegen der Lebermetastasierung erhalten haben (Zahlzeitpunkt: Ende CHTH im Kennzahlenjahr)		< 20%		Zähler		optional - Unvollständig
									Nenner		
									%	n.d.	

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll- vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Daten- qualität
23b NEU Angabe optional		Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums	-----	Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 23a)	-----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl	optional - Unvollständig
23c NEU Angabe optional		Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standort des Darmkrebszentrums	-----	Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 23a)	-----		Derzeit keine Vorgaben		Anzahl	optional - Unvollständig
24 26	LL QI 8	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	Möglichst hohe Rate an Chemotherapien bei Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III	Patienten des Nenners, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	Patienten ≤ 75 Jahre mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte		≥ 70%		Zähler Nenner %	Unvollständig n.d.
25 27	LL QI 4	Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie	Möglichst häufig Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie	Patienten des Nenners mit Kombinationschemotherapie	Patienten mit metastasiertem KRK, ECOG 0-1 und systemischer Erstlinientherapie	< 50%	Derzeit keine Vorgaben		Zähler Nenner %	Unvollständig n.d.
26 28	LL-QI 6	Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)	Möglichst viele Patienten mit TME-Rektumpräparaten mit guter o. moderater Qualität	Patienten des Nenners mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME	Patienten mit elektiv radikal operiertem RK (ohne TVE)		≥ 85%		Zähler Nenner %	Unvollständig n.d.

KN	EB/LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Sollvorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Datenqualität	
27 29	LL Q1 2	Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK	Möglichst häufig vollständiger Befundbericht nach vollständiger Resektion	Patienten des Nenners mit Befundbericht mit Angabe von: <ul style="list-style-type: none"> • Tumortyp nach WHO-Klassifikation und • Tumorinvasionstiefe (pT-Klassifikation) und • Status der regionären Lymphknoten (pN-Klassifikation) und • Anzahl der untersuchten Lymphknoten und • Grading und • Abstand von den Resektionsrändern (beim Rektumkarzinom auch circumferentiell) und • R-Klassifikation 	Patienten mit KRK und operativer Resektion		≥ 95%		Zähler Nenner %	n.d. n.d.	Unvollständig
28 30	LL Q1 2	Lymphknotenuntersuchung	Bei ≥ 95% der Patienten mit Lymphadenektomie werden ≥ 12 Lymphknoten pathologisch untersucht	Patienten des Nenners mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten	Patienten mit KRK, die eine elektive OP mit Lymphadenektomie erhalten haben (ohne TVE)		≥ 95%		Zähler Nenner %	n.d. n.d.	Unvollständig
29 31		Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	Möglichst häufig Beginn der adjuvanten systemischen Therapie innerhalb der vorgegebenen Zeit	Patienten des Nenners mit Beginn der Chemotherapie innerhalb von 8 Wochen nach OP	Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben (= Zähler Kennzahl 26 24)	< 70%	Derzeit keine Vorgaben	>95%	Zähler Nenner %	0 n.d.	Unvollständig

KN	EB/ LL	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll- vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert	Daten- qualität	
30 NEU Angabe optional		MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, Liegedauer)	Möglichst wenige postoperative Ereignisse	Patienten des Nenners, die • innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind (Zähler Kennzahl 20) oder • in ein anderes Akut-Krankenhaus verlegt wurden oder • einen Krankenhausaufenthalt > 22d nach Tumorresektion hatten	Elektiv operierte Patienten (= Nenner Kennzahl 20)		Derzeit keine Vorgaben	> 10%	Zähler Nenner %	 0 n.d.	optional - Unvollständig
31		Strahlentherapiedosis pro Zeit	Möglichst häufig komplette Durchführung der Strahlentherapie in der geplanten Dosis und Zeit	Keine Verbindlichkeit im Auditjahr 2020 2021 Kennzahl wird aktuell organübergreifend definiert. Eine verbindliche Darlegung der Kennzahl in dem Auditjahr 2020 2021 ist unabhg. der geführten Diskussionen nicht vorgesehen.					Zähler Nenner %	 n.d.	

Bearbeitungshinweise:

Wenn die Datenqualität nicht "I.O." ist, ist in Spalte "Begründung/Ursache" der Kennzahlenwert zu begründen bzw. eine kurze Ursachenanalyse mit max. 500 Zeichen vorzunehmen. Ergeben sich aus der Ursachenanalyse konkrete Aktionen zur Verbesserung des Kennzahlenwertes, sind diese in Spalte "Eingeleitete/geplante Aktionen" zu beschreiben.

1) Plausibilität unklar

Der angegebene Kennzahlenwert stellt im Vergleich zu anderen Zentren einen außergewöhnlichen Wert dar. Die Einstufung „Plausibilität unklar“ bedeutet nicht automatisch eine negative Bewertung. Der Kennzahlenwert ist aufgrund seiner Außergewöhnlichkeit auf Korrektheit zu überprüfen. Im Einzelfall kann ein positiver Kennzahlenwert bei einer detaillierten Betrachtung auch eine negative Versorgungssituation darstellen (z.B. Überversorgung). Das Ergebnis dieser Überprüfung ist durch das Zentrum im Kennzahlenbogen in der Spalte „Begründung /Ursache“ näher zu erläutern. Ggf. sollten entsprechend dem Vorgehen „Unterschreitung Sollvorgabe“ zum Zwecke der Verbesserung gezielte Aktionen definiert und durchgeführt werden.

2) Sollvorgabe nicht erfüllt

Die betroffenen Kennzahlen sind zu analysieren. Das Ergebnis ist im Tabellenblatt Kennzahlenbogen_(KB) zu dokumentieren. Nähere Informationen hierzu sind dem Dokument „Bestimmungen Datenqualität“ zu entnehmen.

3) Unvollständig

Sofern Kennzahlen den Status „unvollständig“ haben, sind diese entweder nachzuliefern oder es ist eine eindeutige Aussage über die Möglichkeit der zukünftigen Darlegung zu treffen („unvollständige Kennzahlen“ stellen grundsätzlich eine potentielle Abweichung dar).

Anmerkung:

Die lediglich aus Gründen der Lesbarkeit verwendete Bezeichnung „Patient“ schließt ausdrücklich jede Geschlechtszuschreibung (weiblich, männlich, divers) ein.

Matrix - Ergebnisqualität Primärbehandlung (Kolonpatienten)

Bitte beide Tabellenblätter, Kolon und Rektum, getrennt bearbeiten !!!!

Zentrum

Reg.-Nr.

Erstelldatum

Datenqualität Matrix

In Ordnung	Plausibilität unklar 0	Sollvorgabe nicht erfüllt 0	Inkorrekt 0	Unvollständige Jahre 0
------------	---------------------------	--------------------------------	----------------	---------------------------

Matrix Auditjahr 2021: ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr.

A	B	Angaben Primärdiagnose					Follow-Up-Meldungen											Auswertungen ⁸⁾			
		C	D	E	F	G	I	J	K	L	M	O	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Relevante Nachsorgejahre	Jahr der Erstdiagnose	Anzahl Primärpatienten	UICC I ¹⁾	UICC II ¹⁾	UICC III ¹⁾	UICC IV ¹⁾	Patienten „im Follow-Up“ (aus Grundgesamtheit Primärpat.) ³⁾	Follow-Up-Daten vom Krebsregister ^{3) 4) 5) 6)}	Follow-Up-Daten vom Zentrum (bzw. Quelle nicht bekannt) ^{3) 4)}	Keine Rückmeldung ³⁾	Follow-Up Quote in % = (J + K) / I	Patienten tumorfrei	Patienten mit mindestens 1 der Ereignisse in Spalte R bis T ⁷⁾	Pat. mit lokoregionärem Rezidiv	Pat. mit Lymphknotenrezidiv	Pat. mit Fernmetastasen	Diagnose Zweitmalignom im Verlauf	Tumorbedingt gestorben (bezüglich jeder Tumorentität)	Nicht tumorbedingt gestorben bzw. Todesursache unbekannt	DFS nach Kaplan-Meier (Disease Free Survival) in %	OAS nach Kaplan-Meier (Overall Survival) in %
nicht relevant	2014	0																			
nicht relevant	2015	0																			
nicht relevant	2016	0																			
nicht relevant	2017	0																			
nicht relevant	2018	0																			
nicht relevant	2019 ⁹⁾	0																			
nicht relevant	2020 ⁹⁾	0																			

Ø Follow-Up Quote der Jahre 2016-2018

- ¹⁾ Stratifizierung nach Tumorstatus (pathologisch); nach neoadjuvanter Vorbehandlung Berechnung des UICC-Stadiums mit dem klinischen Tumorstatus.
 - ²⁾ Fußnote 2 für Darmkrebspatienten nicht relevant.
 - ³⁾ Pat., die in dieser Darstellung (Spalte I - W) nicht berücksichtigt werden dürfen, sind: primäre UICC IV-Pat. (auch kurativ therapiert) und Patienten mit vorausgegangenem Tumor (alle Entitäten, inkl. Darm).
 - ⁴⁾ Die Daten müssen patientenbezogen rückverfolgbar sein. Es werden Follow-Up-Daten aus dem vorletzten Kalenderjahr vor dem Auditjahr betrachtet (Auditjahr 2021 => Follow-Up Daten aus dem Zeitraum 01.01.2019-31.12.2019).
 - ⁵⁾ In der Regel werden die Follow-Up-Daten entweder extern (Krebsregister) oder durch das Zentrum eingeholt. Eine Kombination ist jedoch möglich (keine doppelte Zuordnung!).
 - ⁶⁾ Krebsregister können in der Regel keine Follow-Up-Daten zu Patienten außerhalb des Einzugsgebietes einholen.
 - ⁷⁾ Zusätzlich können hier Patienten mit Ereignis ohne exakte Lokalisationsangabe eingetragen werden, die keiner der drei Spalten R - T genau zuzuordnen sind.
 - ⁸⁾ DFS und OAS sind nicht direkt aus dieser Matrix abzuleiten und können deshalb nach eigener Berechnung hier manuell eingetragen werden. Eine automatische Berechnung durch EXCEL erfolgt nicht.
- Die Auswertungen der Kaplan-Meier-Kurven beziehen sich auf die entsprechende Jahreskohorte ohne die in der Fußnote 3 genannten Patientengruppen.
- ⁹⁾ Ausgelöst durch die Follow-Up-Strukturen der Krebsregister (Latenzzeit Vollzähligkeit der Registrierung von Zielereignissen) ist es für die letzten beiden Kalenderjahre ausreichend, die aufgeschlüsselten Primärfälle (Spalte D-G) anzugeben.

Bearbeitungshinweise:

Für Darmkrebszentren ist die Matrix Ergebnisqualität obligat zu bearbeiten.

Für die Bewertung der Matrix gelten folgende Regelungen:

- a) Alle Patienten ab dem Folgejahr der EZ sind im Follow-Up zu berücksichtigen; alle relevanten Nachsorgejahre sind zu bearbeiten, abhängig vom Datum der Erstzertifizierung.
- b) Nachsorgejahr "relevant" (Spalte A) => Sämtliche „hellgrau“ hinterlegten Felder sollten vollständig bearbeitet werden; dies gilt auch für Nullwerte (=0).
- c) Ausnahmen sind die optional anzugebenden Felder OAS und DFS (Spalten Y und Z). Dezimaltrennzeichen ist das Komma (nicht der Punkt). Rundung erfolgt auf zwei Nachkommastellen.
- d) Bei den „hellrot“ hinterlegten Feldern liegt eine Falscheingabe vor, diese ist zu korrigieren.
- e) Zahlen müssen manuell eingegeben werden, diese dürfen nicht kopiert werden.
- f) „Hellgrün“ hinterlegte Felder weisen auf Unplausibilitäten hin. Diese Werte sind zu analysieren und das Ergebnis ist auf dem Folgeblatt „Datendefizite_Matrix-Kolon“ darzulegen.

Anmerkungen:

In dieser Excel-Vorlage sind die nachfolgend skizzierten Plausibilitätsabfragen hinterlegt.

Ein Anspruch auf Vollständigkeit besteht nicht.

Von Seiten des Fachexperten können weitere Unplausibilitäten bzw. Inkorrektheiten identifiziert und im Rahmen des Auditergebnisses dargestellt werden.

Tabelle Plausibilitätsabfragen:

Spalte / Zelle	Bedingung Wert	Datenqualität	Erläuterung
Matrix	nicht relevant		Zellen müssen nicht ausgefüllt werden
Matrix	relevant		Nicht ausgefüllte Zellen von relevanten Nachsorgejahren
A	leere Zellen	Unvollständige Jahre	Alle relevanten Nachsorgejahre sind zu bearbeiten, abhängig vom Datum der Erstzertifizierung
I	Spalte C - G	Inkorrekt	Werte Spalte I "Patienten im Follow-Up" müssen kleiner gleich sein als Spalte G subtrahiert von Spalte C; siehe Fußnote 3
O	$O < 0$	Inkorrekt	Werte Spalte O "Pat. tumorfrei" dürfen keine negativen Werte annehmen
R, S, T	$Q < \text{Max}(R \text{ bis } T)$	Inkorrekt	Die einzelnen Werte in den Spalten R, S und T dürfen den Wert in Spalte Q nicht übersteigen
M31	$M31 < 80\%$	Sollvorgabe nicht erfüllt	Follow-Up Quote der Jahre 2016-2018
C	$C < 25$	Plausibilität unklar	Anzahl Primärpatienten
M	$M < 70\%$	Plausibilität unklar	Geringe Follow-Up Quote der Nachsorgejahre
M31	$M31 > 99\%$	Plausibilität unklar	Follow-Up Quote der Jahre 2016-2018 (positive Unplausibilität)
Y23	$x < 50\% \parallel x > 90\%$	Plausibilität unklar	DFS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2014
Y24	$x < 50\% \parallel x > 90\%$	Plausibilität unklar	DFS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2015
Y25	$x < 55\% \parallel x > 90\%$	Plausibilität unklar	DFS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2016
Y26	$x < 60\% \parallel x > 95\%$	Plausibilität unklar	DFS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2017
Y27	$x < 65\% \parallel x > 95\%$	Plausibilität unklar	DFS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2018
Z23	$x < 65\% \parallel x > 95\%$	Plausibilität unklar	OAS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2014
Z24	$x < 65\% \parallel x > 95\%$	Plausibilität unklar	OAS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2015
Z25	$x < 65\% \parallel x > 95\%$	Plausibilität unklar	OAS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2016
Z26	$x < 70\% \parallel x > 99\%$	Plausibilität unklar	OAS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2017
Z27	$x < 80\% \parallel x > 99\%$	Plausibilität unklar	OAS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2018

Matrix - Ergebnisqualität Primärbehandlung (Rektumpatienten)

Bitte beide Tabellenblätter, Kolon und Rektum, getrennt bearbeiten !!!!

Zentrum

Reg.-Nr. Erstelldatum

Datenqualität Matrix

In Ordnung	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt	Inkorrekt	Unvollständige Jahre
	0	0	0	0

Matrix Auditjahr 2021: ohne inhaltliche Änderungen zum Vorjahr.

A	B	Angaben Primärdiagnose					Follow-Up-Meldungen											Auswertungen ⁸⁾			
		C	D	E	F	G	I	J	K	L	M	O	Q	R	S	T	U	V	W	Y	Z
Relevante Nachsorgejahre	Jahr der Erstdiagnose	Anzahl Primärpatienten	UICC I ¹⁾	UICC II ¹⁾	UICC III ¹⁾	UICC IV ¹⁾	Patienten „im Follow-Up“ (aus Grundgesamtheit Primärpat.) ³⁾	Follow-Up-Daten vom Krebsregister ^{3) 4) 5) 6)}	Follow-Up-Daten vom Zentrum (bzw. Quelle nicht bekannt) ^{3) 4)}	Keine Rückmeldung ³⁾	Follow-Up Quote in % = (J + K) / I	Patienten tumorfrei	Patienten mit mindestens 1 der Ereignisse in Spalte R bis T ⁷⁾	Pat. mit lokoregionärem Rezidiv	Pat. mit Lymphknotenrezidiv	Pat. mit Fernmetastasen	Diagnose Zweitmalignom im Verlauf	Tumorbedingt gestorben (bezüglich jeder Tumorentität)	Nicht tumorbedingt gestorben bzw. Todesursache unbekannt	DFS nach Kaplan-Meier (Disease Free Survival) in %	OAS nach Kaplan-Meier (Overall Survival) in %
nicht relevant	2014	0																			
nicht relevant	2015	0																			
nicht relevant	2016	0																			
nicht relevant	2017	0																			
nicht relevant	2018	0																			
nicht relevant	2019 ⁹⁾	0																			
nicht relevant	2020 ⁹⁾	0																			

Ø Follow-Up Quote der Jahre 2016-2018

- 1) Stratifizierung nach Tumorstatus (pathologisch); nach neoadjuvanter Vorbehandlung Berechnung des UICC-Stadiums mit dem klinischen Tumorstatus.
- 2) Fußnote 2 für Darmkrebspatienten nicht relevant.
- 3) Pat., die in dieser Darstellung (Spalte I - W) nicht berücksichtigt werden dürfen, sind: primäre UICC IV-Pat. (auch kurativ therapiert) und Patienten mit vorausgegangenem Tumor (alle Entitäten, inkl. Darm).
- 4) Die Daten müssen patientenbezogen rückverfolgbar sein. Es werden Follow-Up-Daten aus dem vorletzten Kalenderjahr vor dem Auditjahr betrachtet (Auditjahr 2021 => Follow-Up Daten aus dem Zeitraum 01.01.2019-31.12.2019).
- 5) In der Regel werden die Follow-Up-Daten entweder extern (Krebsregister) oder durch das Zentrum eingeholt. Eine Kombination ist jedoch möglich (keine doppelte Zuordnung!).
- 6) Krebsregister können in der Regel keine Follow-Up-Daten zu Patienten außerhalb des Einzugsgebietes einholen.
- 7) Zusätzlich können hier Patienten mit Ereignis ohne exakte Lokalisationsangabe eingetragen werden, die keiner der drei Spalten R - T genau zuzuordnen sind.
- 8) DFS und OAS sind nicht direkt aus dieser Matrix abzuleiten und können deshalb nach eigener Berechnung hier manuell eingetragen werden. Eine automatische Berechnung durch EXCEL erfolgt nicht.
Die Auswertungen der Kaplan-Meier-Kurven beziehen sich auf die entsprechende Jahreskohorte ohne die in der Fußnote 3 genannten Patientengruppen.
- 9) Ausgelöst durch die Follow-Up-Strukturen der Krebsregister (Latenzzeit Vollzähligkeit der Registrierung von Zielereignissen) ist es für die letzten beiden Kalenderjahre ausreichend, die aufgeschlüsselten Primärfälle (Spalte D-G) anzugeben.

Bearbeitungshinweise:

Für Darmkrebszentren ist die Matrix Ergebnisqualität obligat zu bearbeiten.

Für die Bewertung der Matrix gelten folgende Regelungen:

- a) Alle Patienten ab dem Folgejahr der EZ sind im Follow-Up zu berücksichtigen; alle relevanten Nachsorgejahre sind zu bearbeiten, abhängig vom Datum der Erstzertifizierung.
- b) Nachsorgejahr "relevant" (Spalte A) => Sämtliche „hellgrau“ hinterlegten Felder sollten vollständig bearbeitet werden; dies gilt auch für Nullwerte (=0).
- c) Ausnahmen sind die optional anzugebenden Felder OAS und DFS (Spalten Y und Z). Dezimaltrennzeichen ist das Komma (nicht der Punkt). Rundung erfolgt auf zwei Nachkommastellen.
- d) Bei den „hellrot“ hinterlegten Feldern liegt eine Falscheingabe vor, diese ist zu korrigieren.
- e) Zahlen müssen manuell eingegeben werden, diese dürfen nicht kopiert werden.
- f) „Hellgrün“ hinterlegte Felder weisen auf Unplausibilitäten hin. Diese Werte sind zu analysieren und das Ergebnis ist auf dem Folgeblatt „Datendefizite_Matrix-Rektum“ darzulegen.

Anmerkungen:

In dieser Excel-Vorlage sind die nachfolgend skizzierten Plausibilitätsabfragen hinterlegt.

Ein Anspruch auf Vollständigkeit besteht nicht.

Von Seiten des Fachexperten können weitere Unplausibilitäten bzw. Inkorrektheiten identifiziert und im Rahmen des Auditergebnisses dargestellt werden.

Tabelle Plausibilitätsabfragen:

Spalte / Zelle	Bedingung Wert	Datenqualität	Erläuterung
Matrix	nicht relevant		Zellen müssen nicht ausgefüllt werden
Matrix	relevant		Nicht ausgefüllte Zellen von relevanten Nachsorgejahren
A	leere Zellen	Unvollständige Jahre	Alle relevanten Nachsorgejahre sind zu bearbeiten, abhängig vom Datum der Erstzertifizierung
I	Spalte C - G	Inkorrekt	Werte Spalte I "Patienten im Follow-Up" müssen kleiner gleich sein als Spalte G subtrahiert von Spalte C; siehe Fußnote 3
O	$O < 0$	Inkorrekt	Werte Spalte O "Pat. tumorfrei" dürfen keine negativen Werte annehmen
R, S, T	$Q < \text{Max}(R \text{ bis } T)$	Inkorrekt	Die einzelnen Werte in den Spalten R, S und T dürfen den Wert in Spalte Q nicht übersteigen
M31	$M31 < 80\%$	Sollvorgabe nicht erfüllt	Follow-Up Quote der Jahre 2016-2018
C	$C < 16$	Plausibilität unklar	Anzahl Primärpatienten
M	$M < 70\%$	Plausibilität unklar	Geringe Follow-Up Quote der Nachsorgejahre
M31	$M31 > 99\%$	Plausibilität unklar	Follow-Up Quote der Jahre 2016-2018 (positive Unplausibilität)
Y23	$x < 45\% \parallel x > 75\%$	Plausibilität unklar	DFS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2014
Y24	$x < 45\% \parallel x > 75\%$	Plausibilität unklar	DFS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2015
Y25	$x < 50\% \parallel x > 80\%$	Plausibilität unklar	DFS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2016
Y26	$x < 55\% \parallel x > 85\%$	Plausibilität unklar	DFS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2017
Y27	$x < 60\% \parallel x > 85\%$	Plausibilität unklar	DFS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2018
Z23	$x < 50\% \parallel x > 80\%$	Plausibilität unklar	OAS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2014
Z24	$x < 50\% \parallel x > 80\%$	Plausibilität unklar	OAS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2015
Z25	$x < 55\% \parallel x > 90\%$	Plausibilität unklar	OAS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2016
Z26	$x < 60\% \parallel x > 90\%$	Plausibilität unklar	OAS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2017
Z27	$x < 65\% \parallel x > 95\%$	Plausibilität unklar	OAS auffällig niedrig oder hoch Jahr 2018