



Kennzahlenauswertung 2023

Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Auditjahr 2022 / Kennzahlenjahr 2021

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2022	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung.....	8
Kennzahlauswertungen	9
Kennzahl Nr. 1: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	9
Kennzahl Nr. 2a: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)	10
Kennzahl Nr. 2b: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	11
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung	12
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung	13
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst	14
Kennzahl Nr. 6: Anteil Studienpat.	15
Kennzahl Nr. 7: KRK-Pat. mit Erfassung Familienanamnese (LL QI)	16
Kennzahl Nr. 8: Genetische Beratung	17
Kennzahl Nr. 9: Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	18
Kennzahl Nr. 10: RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK (LL QI)	19
Kennzahl Nr. 11: Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	20
Kennzahl Nr. 12: Vollständige elektive Koloskopien	21
Kennzahl Nr. 13: Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel (LL QI)	22
Kennzahl Nr. 14: Operative Primärfälle Kolon.....	23
Kennzahl Nr. 15: Operative Primärfälle Rektum	24
Kennzahl Nr. 16: Revisions-OP's Kolon	25
Kennzahl Nr. 17: Revisions-OP's Rektum	26
Kennzahl Nr. 18: Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)	27
Kennzahl Nr. 19: Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)	28
Kennzahl Nr. 20: Mortalität postoperativ	29
Kennzahl Nr. 21: Lokale R0-Resektionen Rektum	30
Kennzahl Nr. 22: Anzeichnung Stomaposition (LL QI)	31
Kennzahl Nr. 23a: Lebermetastasenresektion	32
Kennzahl Nr. 23b: Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums	33
Kennzahl Nr. 23c: Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums	34
Kennzahl Nr. 24: Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (LL QI)	35
Kennzahl Nr. 25: Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie (LL QI)	36
Kennzahl Nr. 26: Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) (LL QI)	37
Kennzahl Nr. 27: Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK (LL QI)	38
Kennzahl Nr. 28: Lymphknotenuntersuchung (LL QI)	39
Kennzahl Nr. 29: Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	40
Kennzahl Nr. 30: MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, Liegedauer)	41
Impressum	42

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 16: Revisions-OP's Kolon
 Kennzahl Nr. 17: Revisions-OP's Rektum
 Kennzahl Nr. 18: Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)
 Kennzahl Nr. 19: Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)
 Kennzahl Nr. 20: Mortalität postoperativ
 Kennzahl Nr. 21: Lokale R0-Resektionen Rektum
 Kennzahl Nr. 22: Anzeichnung Stomaposition

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

Die Qualitätsindikatoren (QIs) beziehen sich auf die Version 2.1 der S3-LL Kolorektales Karzinom.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	75*	36 - 224	23816
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	76*	36 - 227	24180
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,78%	81,36% - 100%	98,49%**

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.

In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

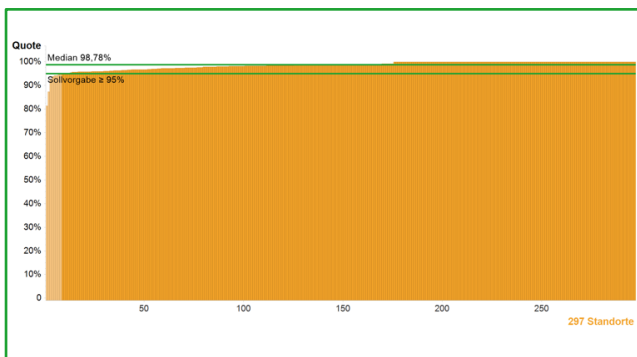
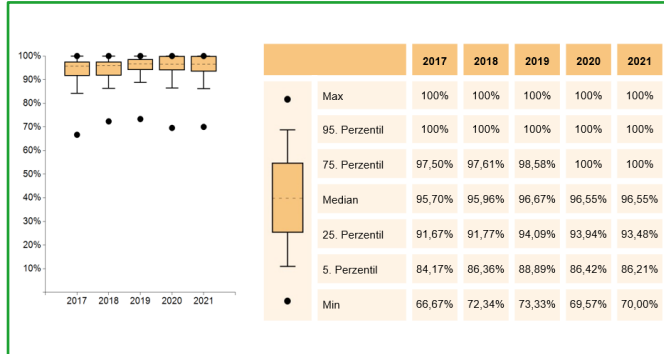


Diagramm:

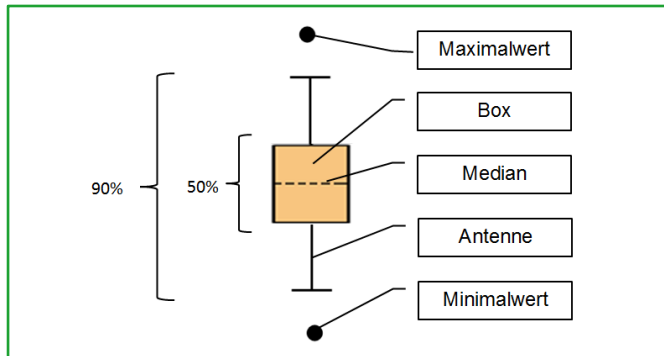
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2017, 2018, 2019, 2020** und **2021** 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 90 Prozent der Zentren. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2022

	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017
Laufende Verfahren	10	12	5	9	4	6
Zertifizierte Zentren	310	305	298	285	283	281
Zertifizierte Standorte	315	312	305	292	291	290
Darmkrebszentren mit 1 Standort	307	300	293	280	278	275
2 Standorte	1	3	3	3	3	4
3 Standorte	2	2	2	2	1	1
4 Standorte	0	0	0	0	1	1

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	297	301	296	284	284	283
entspricht	94,3%	96,5%	97,1%	97,3%	97,6%	97,6%
Primärfälle gesamt*	26.993	26.998	28.595	27.802	26.804	26.285
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	91	90	97	98	94	93
Primärfälle pro Standort (Median)*	84	83	92	90	88	87

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

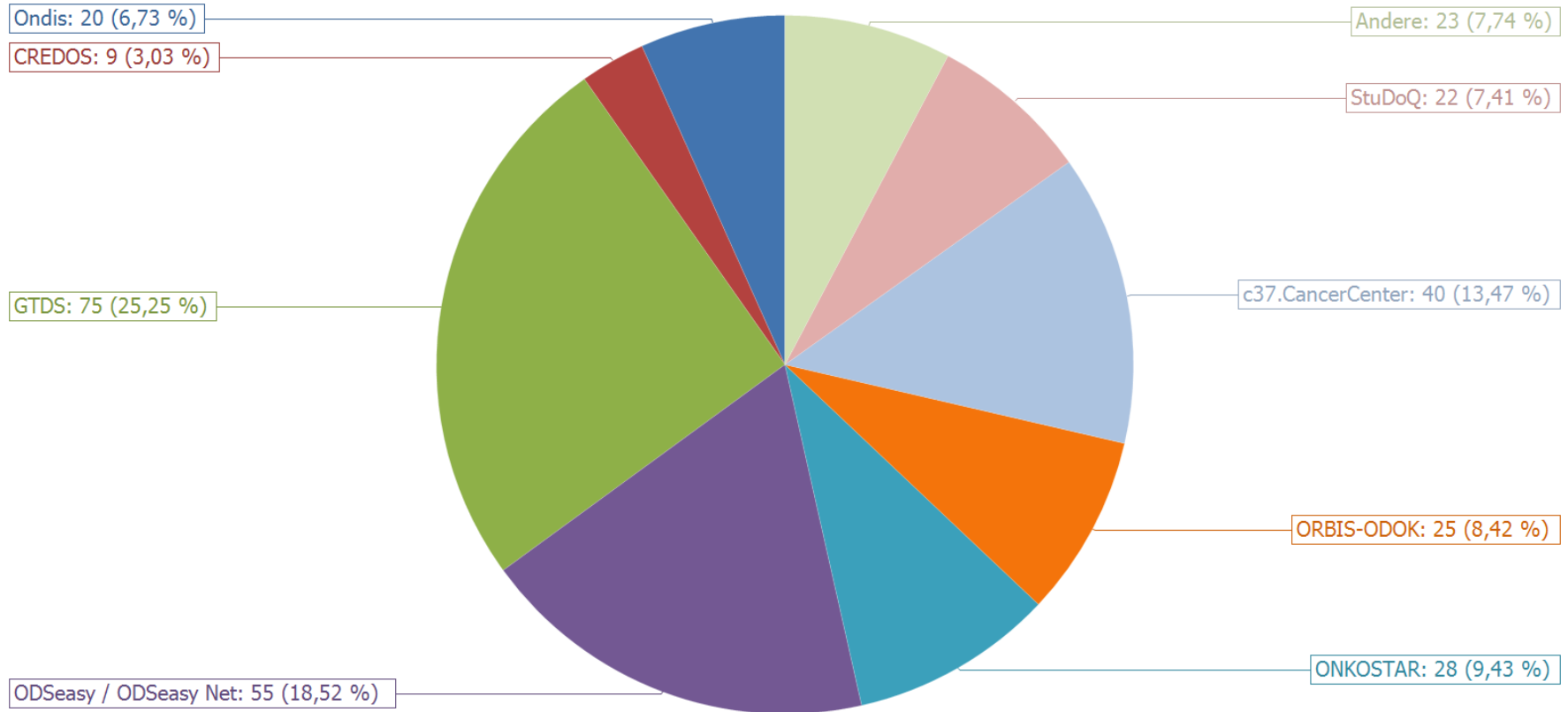
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Darmkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 297 der 315 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 7 Standorte, die im Jahr 2022 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend) sowie 1 Standort im nicht-europäischen Ausland (Anbindung OncoBox nicht verbindlich). Zudem wurden 2 Standorte nicht berücksichtigt, bei welchen zum Datenschluss am 31.01.2023 kein freigegebenes Datenblatt vorlag, sowie 2 weitere Standorte, welchen eine Nutzung der OncoBox nicht möglich war (Anbindung OncoBox verbindlich). Bei 6 Standorten wurde das Zertifikat im 1. Halbjahr 2023 ausgesetzt, 2022 wurde bereits kein Audit mehr durchgeführt und auch kein Datenblatt eingereicht.

In den 309 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 29.154 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2021. Sie stellen für die in 2022 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

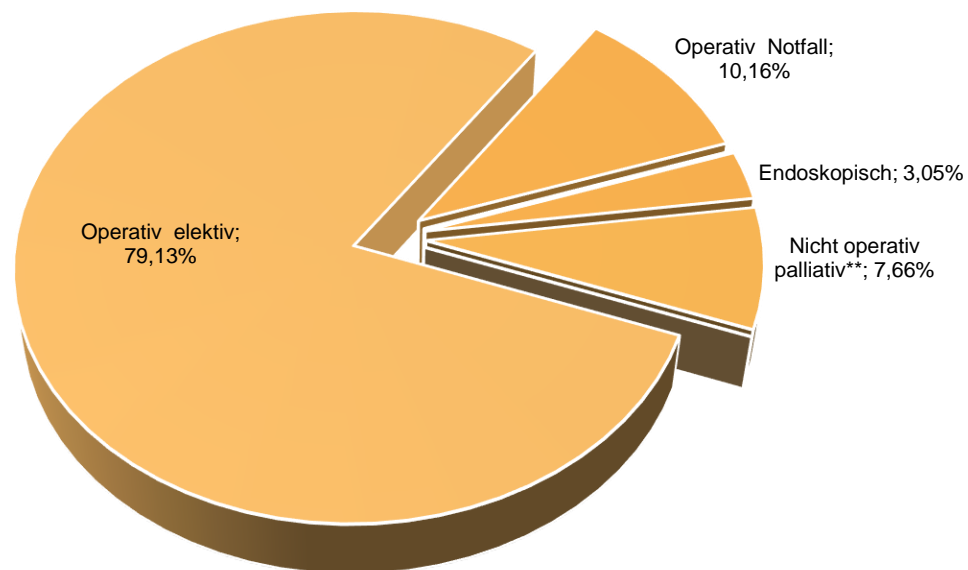


Legende:	
Andere	System in ≤ 4 Standorten genutzt

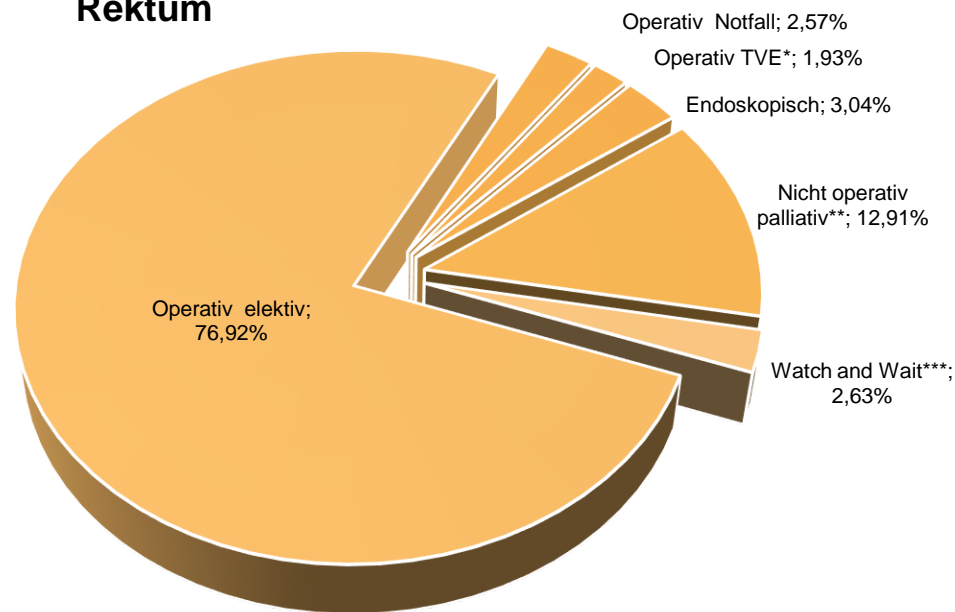
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten

Kolon



Rektum



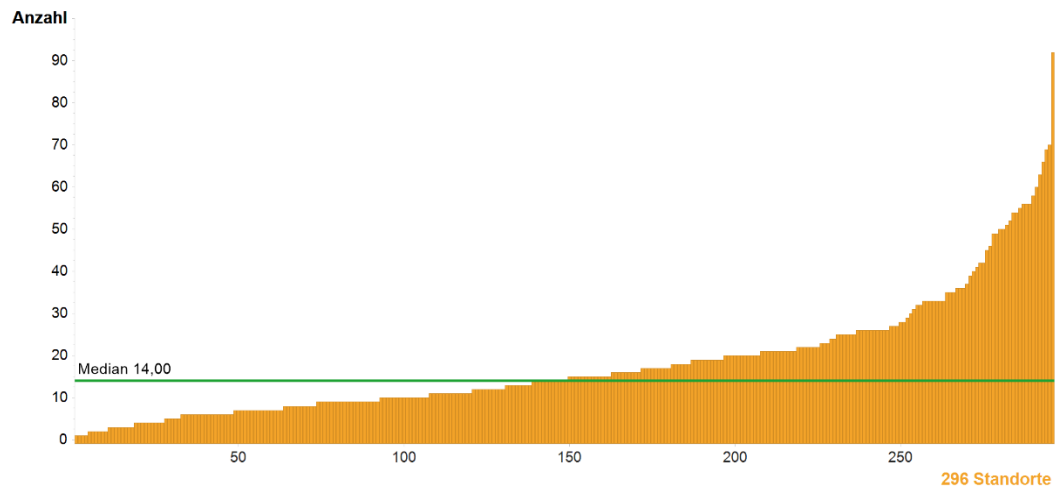
	Operativ elektiv	Operativ Notfall	Operativ TVE*	Endoskopisch	Nicht operativ palliativ **	Watch and Wait (Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ) ***	Gesamt
Kolon	13.873 (79,13%)	1.781 (10,16%)	---	535 (3,05%)	1.343 (7,66%)	0 (0,00%)	17.532 (100%)
Rektum	7.277 (76,92%)	243 (2,57%)	183 (1,93%)	288 (3,04%)	1.221 (12,91%)	249 (2,63%)	9.461 (100%)
Primärfälle gesamt	21.150	2.024	183	823	2.564	249	26.993

* Operativ Transanale Vollwandexzision

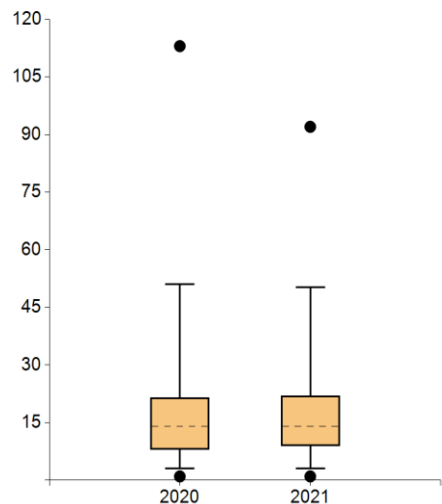
** Nicht operativ palliativ: Keine Tumorresektion; palliative Strahlen-/Chemotherapie oder Best Supportive Care

*** Watch and Wait (Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ): vollständige Tumorremission nach neoadjuvant geplanter Therapie und Operationsverzicht Pat.

1. Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	14	1 - 92	5323
	Keine Sollvorgabe			

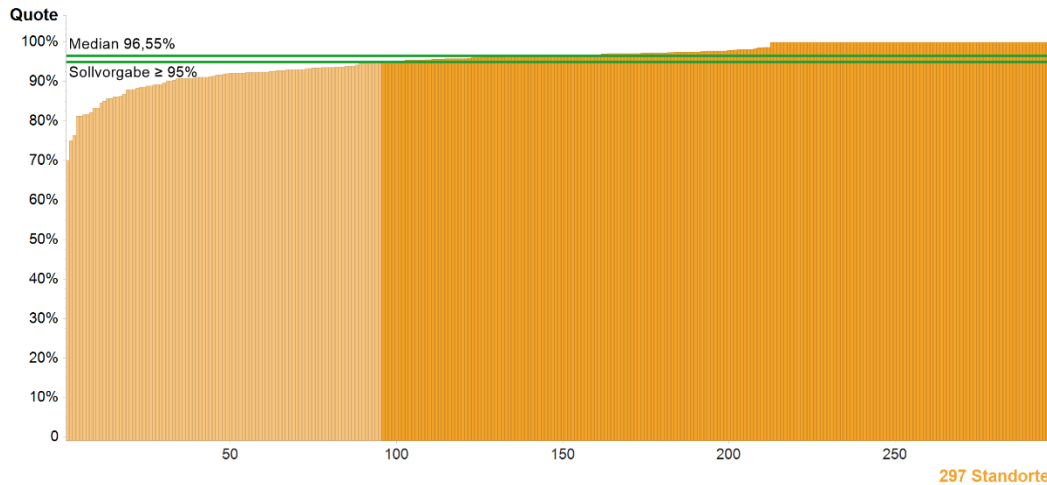


	2017	2018	2019	2020	2021
Max	----	----	----	113,00	92,00
95. Perzentil	----	----	----	51,00	50,25
75. Perzentil	----	----	----	21,50	22,00
Median	----	----	----	14,00	14,00
25. Perzentil	----	----	----	8,00	9,00
5. Perzentil	----	----	----	3,00	3,00
Min	----	----	----	1,00	1,00

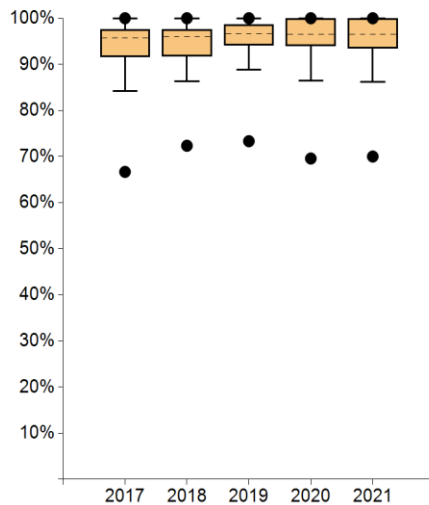
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
296	99,66%	----	----

Anmerkungen:
 Die Zahl der neuauftretenden Rezidive bzw. sekundären Fernmetastasen wird seit dem Kalenderjahr 2020 erhoben. Im Vergleich zum Vorkennzahlenjahr zeigen sich hier keine wesentlichen Änderungen. Im Median behandelte ein Zentrum 14 derartige Pat. im Kennzahlenjahr 2021.

2a. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	35*	10 - 121	11542
Nenner	Elektive Pat. mit RK und alle elektiven Pat. mit KK Stad. IV	36*	12 - 121	12080
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	96,55%	70,00% - 100%	95,55%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,50%	97,61%	98,58%	100%	100%
Median	95,70%	95,96%	96,67%	96,55%	96,55%
25. Perzentil	91,67%	91,77%	94,09%	93,94%	93,48%
5. Perzentil	84,17%	86,36%	88,89%	86,42%	86,21%
Min	66,67%	72,34%	73,33%	69,57%	70,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	202	68,01%

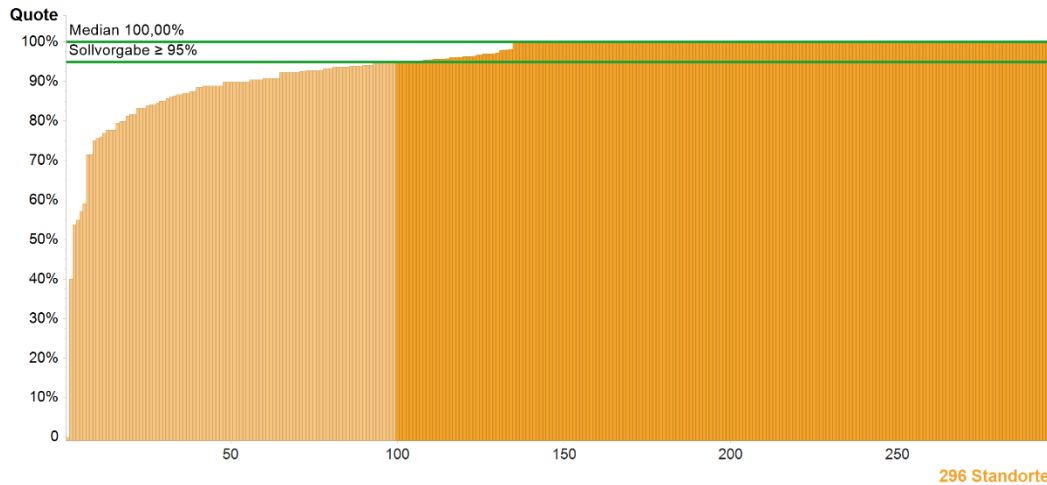
Anmerkungen:

Fast unverändert zeigt sich die Rate der prätherapeutischen Fallvorstellung. 95 Zentren (Vorjahr: 97) haben die Sollvorgabe verfehlt. 71 dieser Zentren berichteten von erst intra- oder postoperativ diagnostizierten Malignomen bzw. Metastasierungen. Dringliche Eingriffe (in der Regel wegen Stenosesymptomatik) führten 35 Zentren an. Bei 28 Zentren stellten sich präoperativ diagnostizierte Sigma-Karzinome intraoperativ als Rektumkarzinome heraus. 20x wurden Versäumnisse im Einzelfall genannt. Die Fachexperten sprachen in vielen Fällen Hinweise aus, insbesondere in Bezug auf die Einführung von Ad-hoc-Konferenzen, präoperativer starrer Rektoskopie sowie Schulungen.

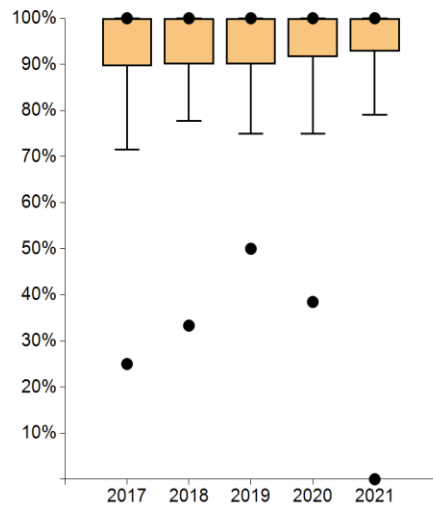
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

2b. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	14*	0 - 90	5019
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	14*	1 - 92	5323
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	0,00% - 100%	94,29%**



	2017	2018	2019	2020	2021
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	89,66%	90,00%	90,00%	91,67%	92,86%
5. Perzentil	71,43%	77,78%	75,00%	75,00%	79,06%
Min	25,00%	33,33%	50,00%	38,46%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
296	99,66%	197	66,55%

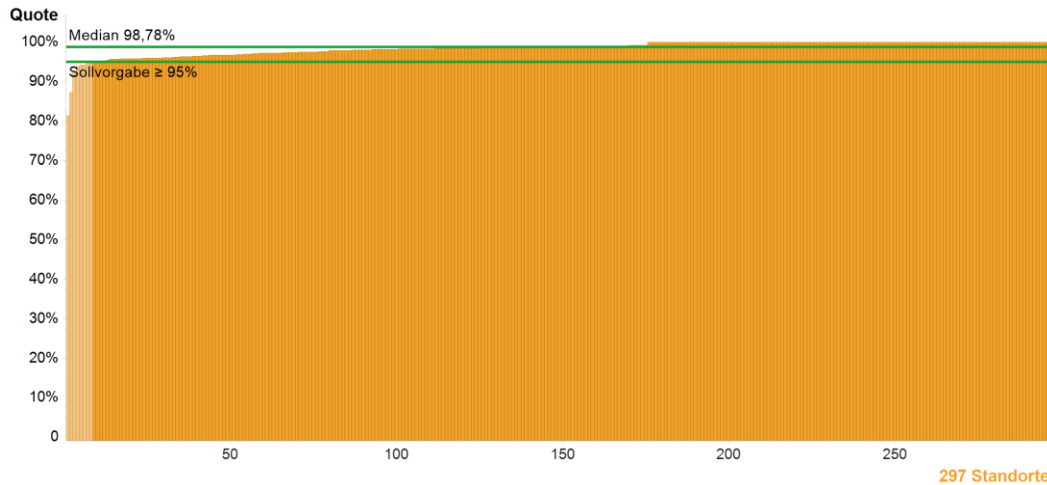
Anmerkungen:

Bei leicht verbesserter Gesamtquote haben sich 5. und 25. Perzentile leicht verbessert. Mit 99 Zentren haben 2 mehr als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt. Eine Vorstellung unterblieb vor allem bei dringlichen bzw. Nofalleingriffen (22 Nennungen), Versäumnissen im Einzelfall (21x), Zufallsbefunden (19x), Ablehnung einer weiteren Therapie durch die Pat. (18x) und bei extern vorgestellten Pat. (10x). Die Fachexperten wiesen auch bei dieser Kennzahl auf die Notwendigkeit einer konsequenten Vorstellung hin, mitunter führten die Zentren auch Schulungen und Qualitätszirkel durch. Neben vielen Hinweisen erhielt ein Zentrum eine Abweichung.

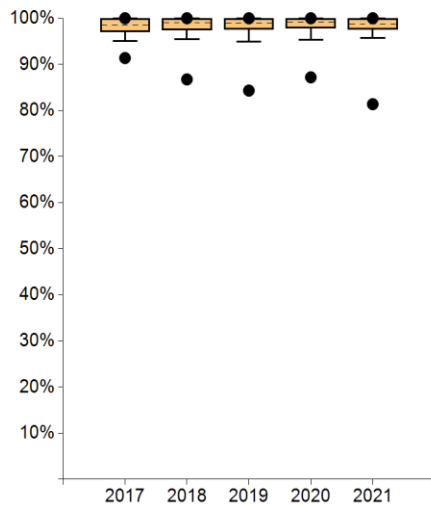
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	75*	36 - 224	23816
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	76*	36 - 227	24180
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,78%	81,36% - 100%	98,49%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	98,45%	98,97%	98,83%	99,14%	98,78%
25. Perzentil	97,01%	97,45%	97,59%	97,85%	97,53%
5. Perzentil	95,01%	95,49%	94,93%	95,31%	95,71%
Min	91,36%	86,73%	84,31%	87,18%	81,36%

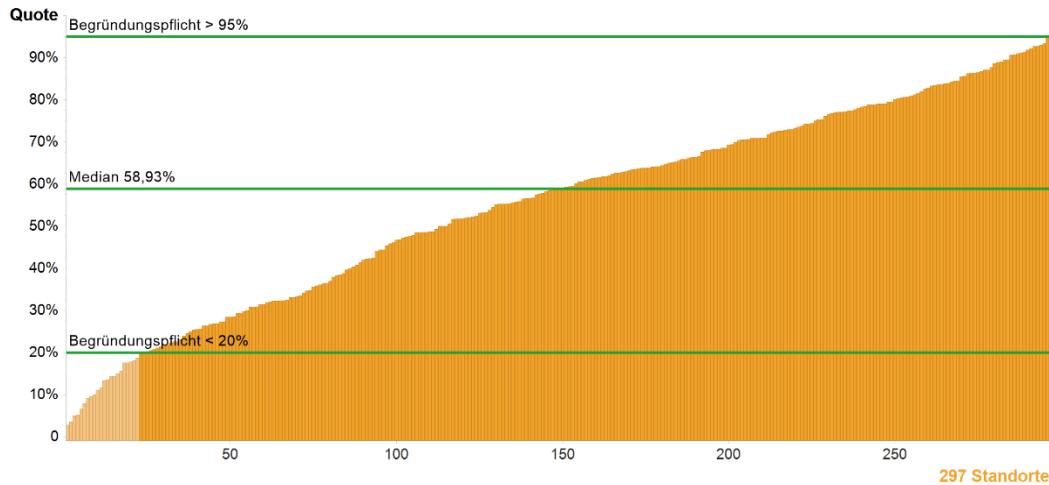
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	289	97,31%

Anmerkungen:

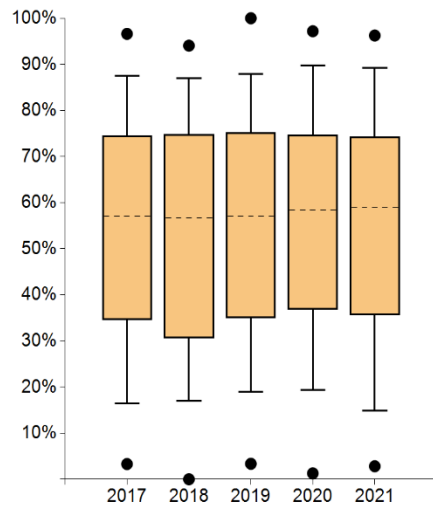
Mit 8 Zentren verfehlen 5 weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe bei insgesamt stabilem Median. 122 Zentren erreichen eine Quote von 100%. Die Zentren unterhalb der Sollvorgabe verwiesen vor allem auf unmittelbar postoperativ verstorbene Pat. (7x). 2 Zentren berichteten von Versäumnissen im Einzelfall. Weitere Gründe wurden nur vereinzelt genannt.

* 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 Pat.

4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	56*	2 - 165	17256
Nenner	Primärfälle Gesamt + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	101*	40 - 336	32316
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >95%	58,93%	2,82% - 96,25%	53,40%***



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	96,61%	94,05%	100%	97,18%	96,25%
95. Perzentil	87,50%	86,96%	87,87%	89,77%	89,20%
75. Perzentil	74,49%	74,75%	75,24%	74,67%	74,32%
Median	57,11%	56,73%	57,05%	58,44%	58,93%
25. Perzentil	34,58%	30,67%	34,92%	36,84%	35,64%
5. Perzentil	16,51%	16,92%	19,01%	19,35%	14,89%
Min	3,30%	0,00%	3,36%	1,28%	2,82%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	274	92,26%

Anmerkungen:

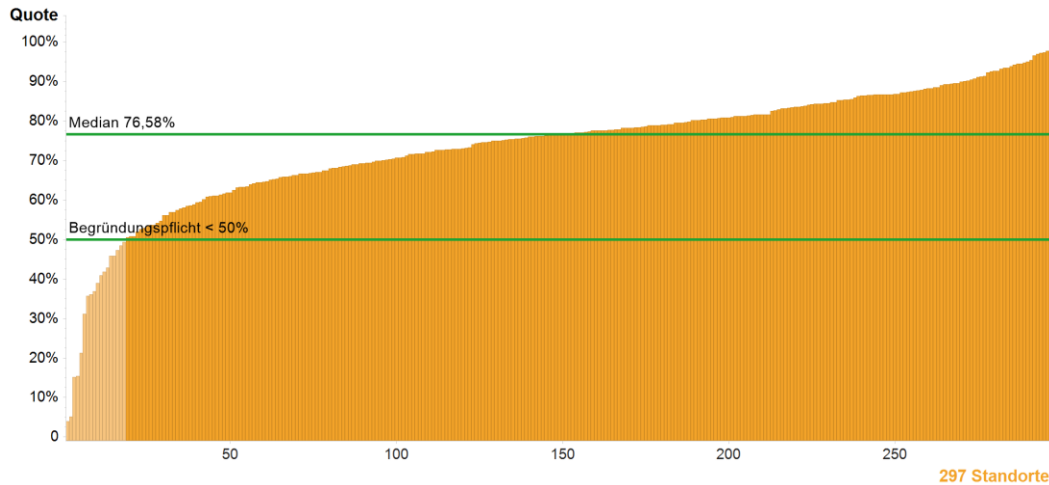
Die Rate der psychoonkologischen Betreuung bewegt sich auf Vorjahresniveau. 23 Zentren (Vorjahr: 18) mussten Ergebnisse unter 20% begründen. 10 verwiesen auf den geringen Bedarf seitens der Pat., 4 auf Personalengpässe. 2 Zentren machten die Auswirkungen der Covid19-Pandemie geltend. In den Audits wurden in erster Linie Maßnahmen für ein intensiviertes Screening der Betroffenen sowie für die Behebung von Personalengpässen besprochen.

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

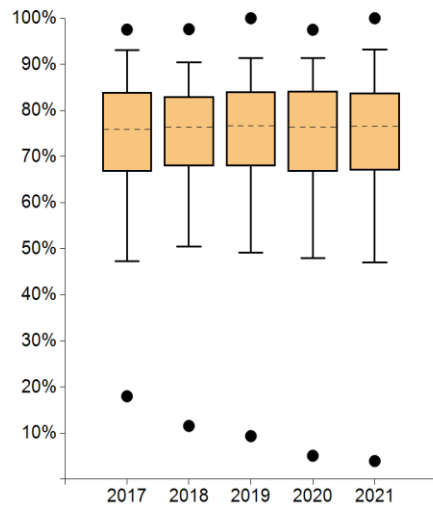
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	74*	3 - 265	23708
Nenner	Primärfälle Gesamt + Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (=Kennzahl 1)	101*	40 - 336	32316
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 50\%</math>	76,58%	3,95% - 100%	73,36%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	97,54%	97,62%	100%	97,50%	100%
95. Perzentil	93,12%	90,37%	91,28%	91,36%	93,24%
75. Perzentil	83,90%	83,04%	84,10%	84,21%	83,78%
Median	75,84%	76,45%	76,61%	76,36%	76,58%
25. Perzentil	66,78%	67,95%	67,93%	66,67%	66,96%
5. Perzentil	47,29%	50,43%	49,19%	48,00%	46,99%
Min	18,00%	11,57%	9,36%	5,10%	3,95%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	279	93,94%

Anmerkungen:

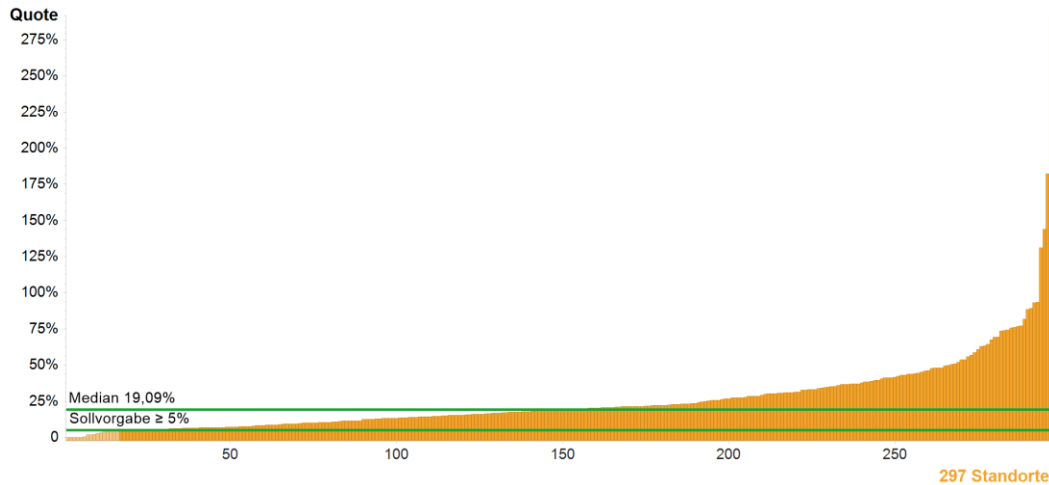
Auch bei der Beratung durch den Sozialdienst zeigen sich recht konstante Werte. Von den 18 Zentren außerhalb der Plausibilitätsgrenze (Vorjahr: 17) befanden sich 9 im deutschsprachigen Ausland, wo andere Rechtsansprüche und Zuständigkeiten gelten. 5 Zentren verwiesen auf Auswirkungen der Covid19-Pandemie, die viele Pat. vor Kontakten mit weiteren Personen abhielt. Mitunter (2x) wurde auch ein geringer Beratungsbedarf festgestellt. Die Zentren versuchten mit einer verbesserten Pat.ansprache sowie der Einrichtung einer Sozialdienstsprechstunde die Quoten perspektivisch zu verbessern.

* 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.

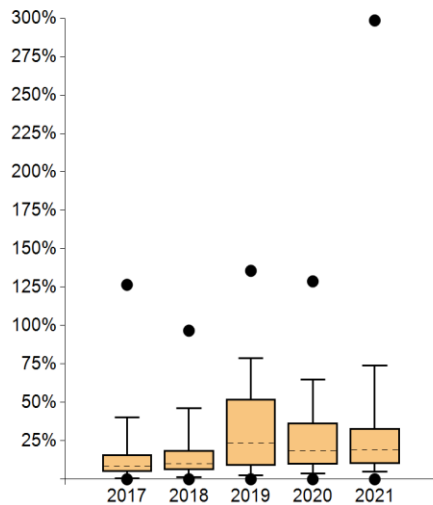
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

6. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des DZ, die in eine Studie oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden	17*	0 - 301	7091
Nenner	Primärfälle gesamt	84*	37 - 267	26993
Quote	Sollvorgabe \geq 5%	19,09%	0,00% - 298,53%	26,27%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	126,53%	96,67%	135,64%	128,75%	298,53%
95. Perzentil	40,33%	46,19%	78,65%	64,96%	73,83%
75. Perzentil	16,18%	18,85%	52,28%	36,54%	32,95%
Median	8,53%	9,93%	23,63%	18,45%	19,09%
25. Perzentil	5,10%	5,97%	9,02%	9,68%	10,23%
5. Perzentil	0,48%	1,49%	2,61%	3,65%	4,79%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	281	94,61%

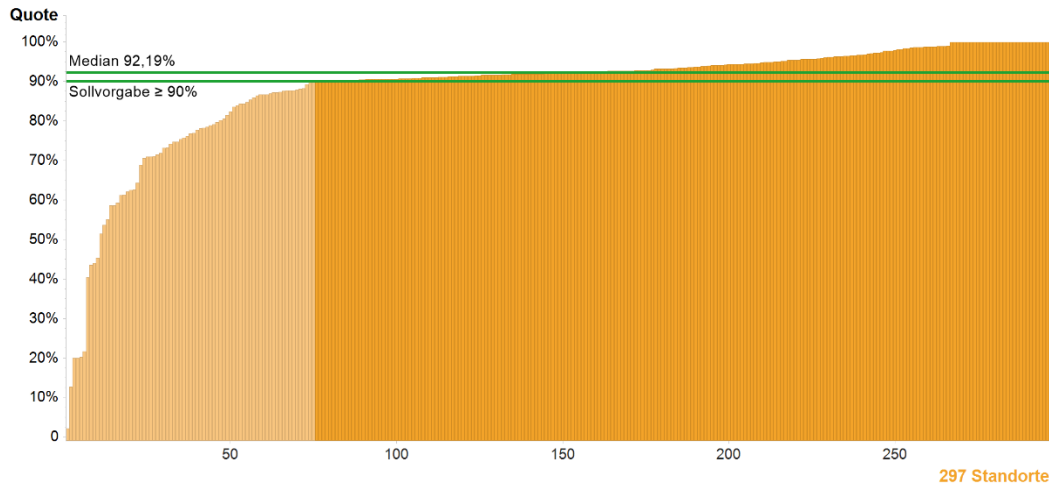
Anmerkungen:

Nach einem deutlichen Rückgang im Kennzahlenjahr 2020 ist die Studienquote wieder leicht angestiegen. 16 Zentren (Vorjahr: 22) haben die Sollvorgabe verfehlt. 5 Zentren machten weiter Auswirkungen der Covid19-Pandemie geltend. Daneben verwiesen jeweils 3 Zentren auf nicht in der Studybox gelistete Studien bzw. geschlossene Studien (insbesondere durch Insolvenz des Studienanbieters). Maßnahmen umfassten insbesondere die rechtzeitige Registrierung von Studien in der StudyBox sowie die Studien- und Personalakquise.

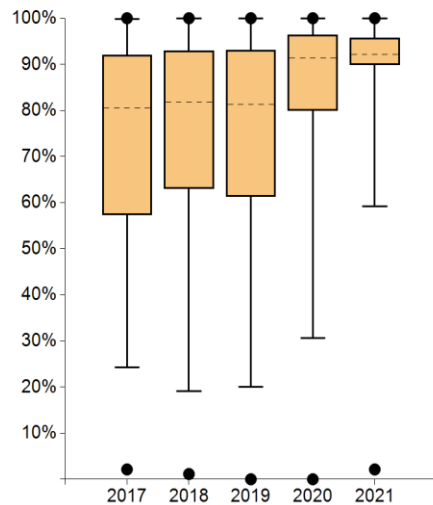
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

7. KRK-Pat. mit Erfassung Familienanamnese (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit ausgefülltem Pat.fragebogen (http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/organkrebszentren.html unter dem Punkt Darmkrebs)	76*	3 - 246	23762
Nenner	Primärfälle gesamt	84*	37 - 267	26993
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	92,19%	2,13% - 100%	88,03%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,87%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	91,99%	92,99%	93,05%	96,33%	95,65%
Median	80,55%	81,82%	81,25%	91,30%	92,19%
25. Perzentil	57,35%	62,97%	61,33%	80,00%	89,87%
5. Perzentil	24,22%	19,10%	20,00%	30,56%	59,14%
● Min	2,13%	1,14%	0,00%	0,00%	2,13%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	222	74,75%

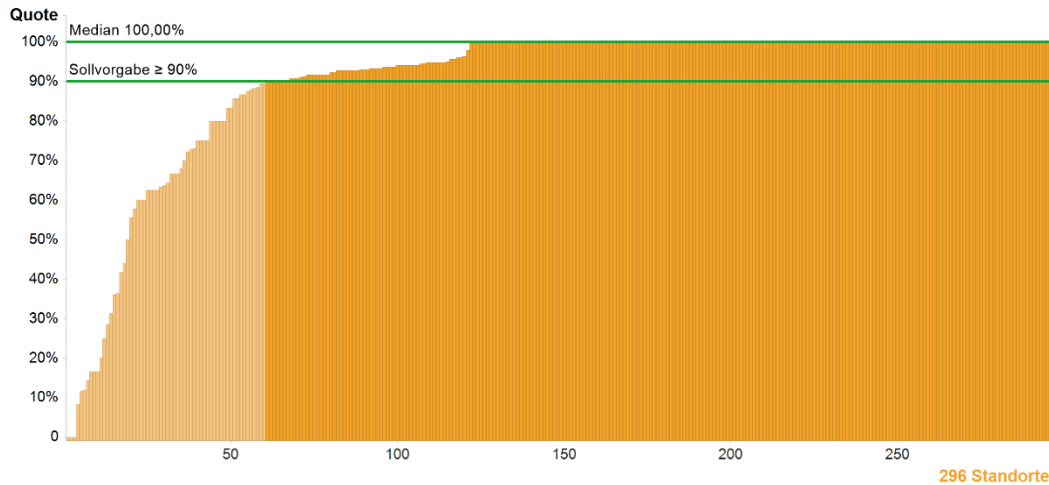
Anmerkungen:

Der positive Trend bei diesem QI der Leitlinie hält an. Mit 75 Zentren verfehlen 48 weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe. Niedrige Raten in Bezug auf die Familienanamnese beruhen am häufigsten auf Versäumnissen (25 Nennungen), frühzeitig verstorbenen Pat. (13x) und Dokumentationsproblemen (10x). Die Maßnahmenbündel umfassten entsprechend Prozess- und IT-Anpassungen, Qualitätszirkel, SOP, Schulungen u.v.m. 6 Zentren erhielten eine Abweichung, darunter auch das Zentrum mit einer Quote von nur 2,13%.

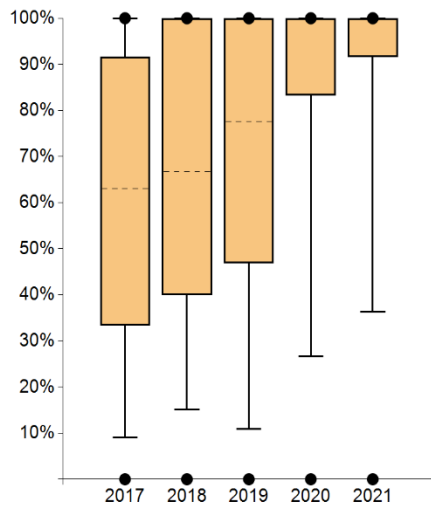
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

8. Genetische Beratung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, denen eine Vorstellung zur genetischen Beratung empfohlen wurde	10*	0 - 52	3428
Nenner	Primärfälle mit pos. Pat.fragebogen	12*	1 - 54	3844
Quote	Sollvorgabe \geq 90%	100%	0,00% - 100%	89,18%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	91,58%	100%	100%	100%	100%
Median	63,01%	66,67%	77,53%	100%	100%
25. Perzentil	33,33%	40,00%	46,83%	83,33%	91,67%
5. Perzentil	9,10%	15,11%	10,85%	26,70%	36,27%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
296	99,66%	236	79,73%

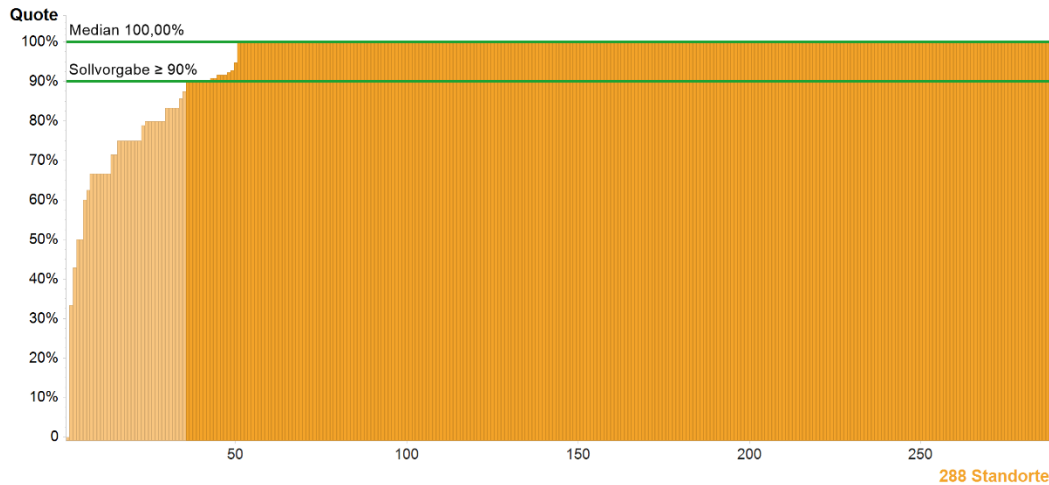
Anmerkungen:

Analog zur Erfassung der Familienanamnese (KeZa 7) zeigen sich deutliche Verbesserungen bei der genetischen Beratung. Die Zahl der Zentren unterhalb der Sollvorgabe sinkt von 83 auf 60. Diese Zentren verwiesen in erster Linie auf Pat. ohne MSI (15x), Dokumentationsfehler (11x) und Versäumnisse (8x). Ab dem Auditjahr 2023 werden nur noch Pat. mit positivem Fragebogen und MSI in den Nenner eingehen.

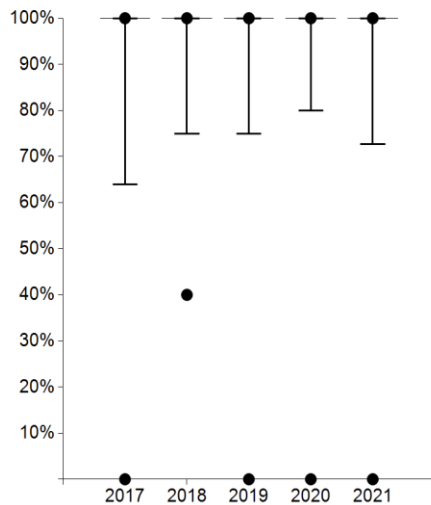
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

9. Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine	4*	0 - 29	1529
Nenner	Pat. mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre	5*	1 - 29	1599
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	0,00% - 100%	95,62%**



	2017	2018	2019	2020	2021
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	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	64,00%	75,00%	75,00%	80,00%	72,68%
Min	0,00%	40,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
288	96,97%	253	87,85%

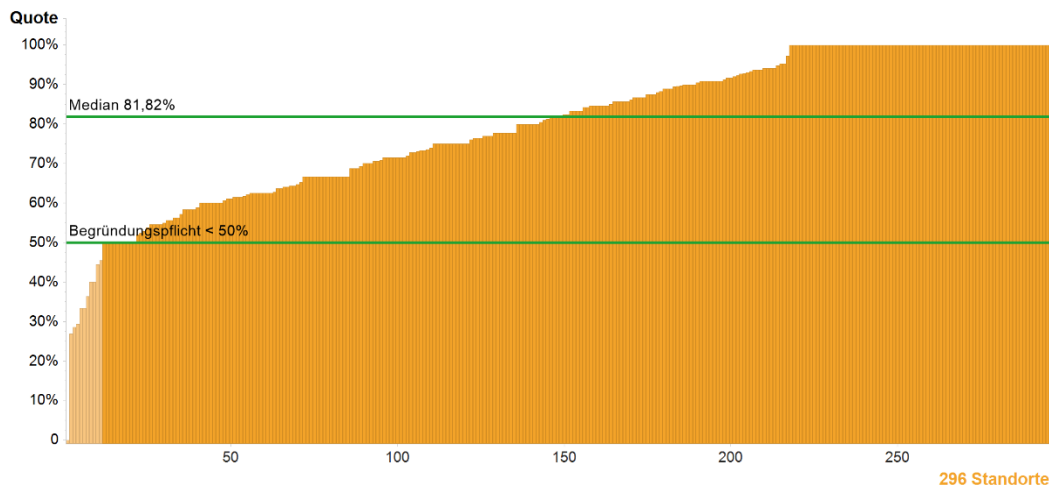
Anmerkungen:

Die Erfüllung dieser Kennzahl bewegt sich ungefähr auf Vorjahresniveau. Während 238 Zentren bei allen Pat. des Nenners die MMR-Proteine bestimmten, lagen 35 Zentren (Vorjahr: 36) unterhalb der Sollvorgabe. Die häufigsten Begründungen waren auswärtig weiterbehandelte Pat. (8x), fehlender Wunsch nach weiterer Diagnostik/Behandlung (8x) sowie einzelne Versäumnisse (5x). Das Zentrum mit einer Quote von 0% hatte lediglich einen Pat. im Nenner.

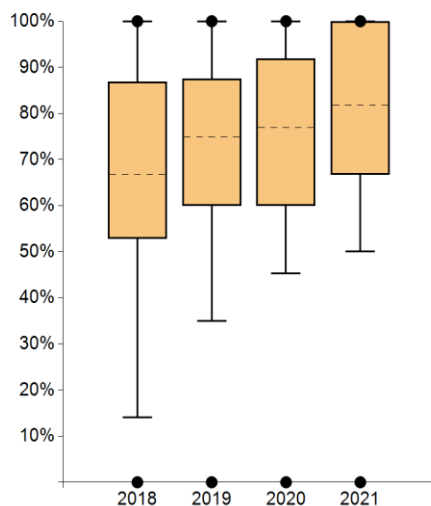
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

10. RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Bestimmung RAS- (= KRAS u. NRAS-Mutationen) sowie BRAF-Mutation zu Beginn der Erstlinientherapie	9*	0 - 101	3193
Nenner	Pat. mit metastasiertem KRK und Erstlinientherapie	12*	1 - 109	4050
Quote	Begründungspflicht*** <50%	81,82%	0,00% - 100%	78,84%**



	2017	2018	2019	2020	2021
● Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	86,88%	87,50%	91,92%	100%
Median	----	66,67%	75,00%	76,92%	81,82%
25. Perzentil	----	52,80%	60,00%	60,00%	66,67%
5. Perzentil	----	14,08%	35,00%	45,30%	50,00%
● Min	----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
296	99,66%	285	96,28%

Anmerkungen:

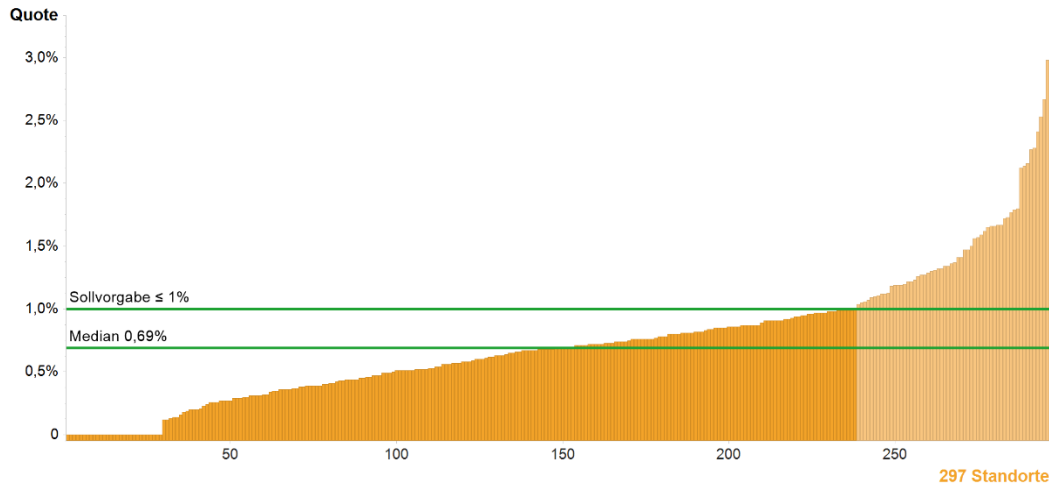
Der positive Trend bei der Erfüllung dieser KeZa setzt sich fort, der Median liegt nun bei knapp 82%. Die Zahl der begründungspflichtigen Zentren sinkt von 16 auf 11. Letztere verwiesen auf die Notwendigkeit eines zügigen Beginns der Chemo (5x) und somit Bestimmung erst nach Beginn der Systemtherapie. 3 Zentren verwiesen auf auswärtige/ambulante Bestimmungen, bei denen das Ergebnis nicht bekannt war. Weitere Gründe waren frühzeitig verstorbene, RAS-positive Pat. (keine BRAF-Bestimmung erforderlich) sowie Versäumnisse (jeweils 2x). Sofern erforderlich, wurden die Probleme in Qualitätszirkeln aufgearbeitet.

* 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.

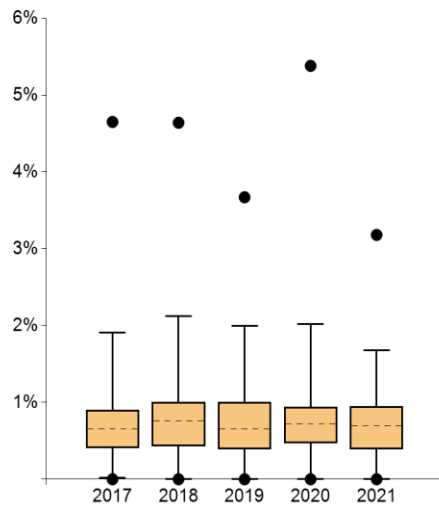
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

11. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Koloskopien des Nenners mit Komplikationen (Blutung, die eine Re-Intervention (Rekoloskopie, Operation) oder eine Transfusion erforderlich macht u./o. Perforation)	2*	0 - 29	915
Nenner	Therapeutische Koloskopien mit Schlingenpolypektomien je koloskopierende Einheit (nicht nur Pat. DZ)	374*	65 - 5065	133233
Quote	Sollvorgabe ≤ 1%	0,69%	0,00% - 3,18%	0,69%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	4,65%	4,64%	3,67%	5,38%	3,18%
95. Perzentil	1,91%	2,12%	1,99%	2,02%	1,68%
75. Perzentil	0,90%	1,00%	1,00%	0,94%	0,95%
Median	0,65%	0,76%	0,66%	0,72%	0,69%
25. Perzentil	0,41%	0,43%	0,39%	0,47%	0,39%
5. Perzentil	0,02%	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	%
297	100,00%	238	80,13%

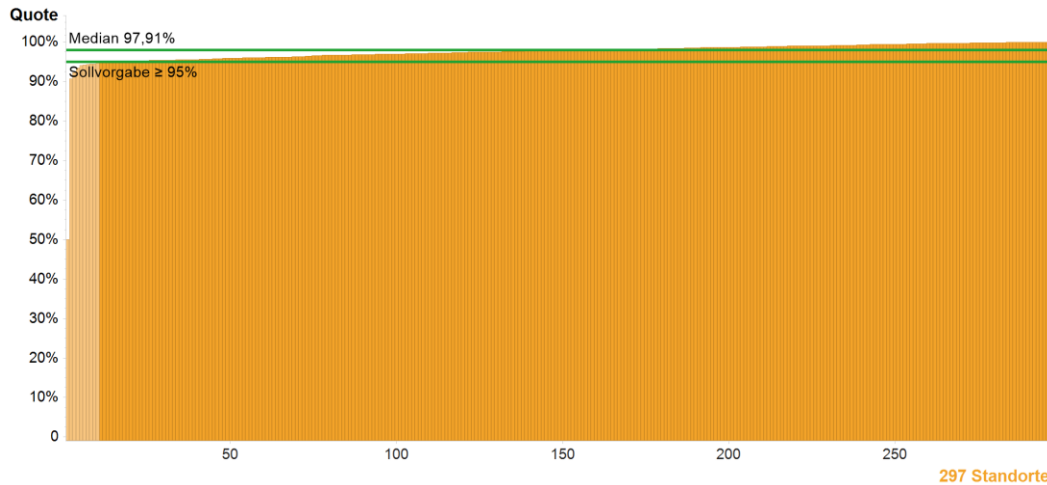
Anmerkungen:

Die Komplikationsrate ist auf niedrigem Niveau weiter zurückgegangen. Nur noch 59 Zentren (Vorjahr: 61) lagen über 1%. Diese verwiesen in fast allen Fällen auf Blutungen (37x) bzw. Perforationen (30x). 20 Zentren verwiesen auf besonders komplexe Konstellationen (multiple und/oder breitbasige Polypen (20x), Antikoagulation (11x)), die im niedergelassenen Bereich nicht koloskopierbar waren. Maßnahmen der Zentren umfassten neben der Besprechung von komplikationsreichen Verläufen in M&M-Konferenzen u.a. SOP und prophylaktisches Clipping.

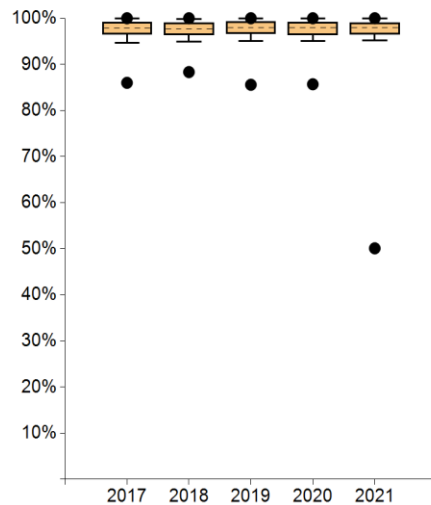
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

12. Vollständige elektive Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Koloskopien des Nenners, die vollständig waren	1271*	364 - 13008	444511
Nenner	Elektive Koloskopien je koloskopierende Einheit des Darmkrebszentrums (nicht nur Pat. DZ) (Gezählt werden: Intention: Koloskopie vollständig)	1297*	379 - 13049	454974
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,91%	50,09% - 100%	97,70%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,88%	99,86%	100%	100%	99,90%
75. Perzentil	99,17%	99,04%	99,22%	99,11%	99,08%
Median	97,89%	97,68%	97,95%	97,92%	97,91%
25. Perzentil	96,48%	96,35%	96,61%	96,32%	96,54%
5. Perzentil	94,71%	94,91%	95,05%	95,07%	95,14%
Min	85,99%	88,32%	85,57%	85,68%	50,09%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	287	96,63%

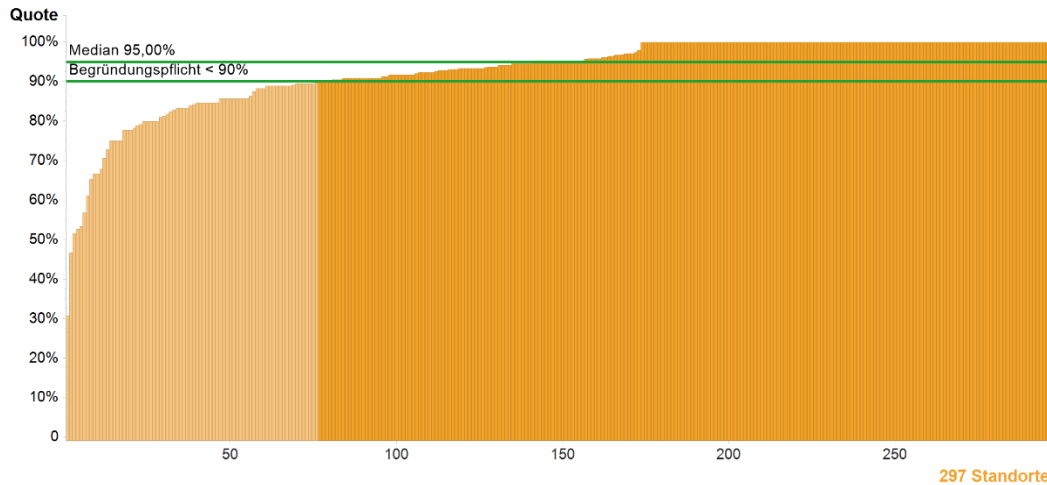
Anmerkungen:

Diese Kennzahl wird weiter sehr gut von den Zentren erfüllt. Die 10 Zentren unterhalb der Sollvorgabe verfehlten diese in aller Regel nur sehr knapp und führten dies auf Stenosen (6x), Darmverschmutzungen (5x) und Perforationsgefahr (z.B. bei Colitis) (2x) zurück. 3 Zentren verwiesen auf Dokumentationsprobleme, so auch das Zentrum mit einer Quote von 50,09%. Ein systematischer Fehler ließ sich in den Audits nicht identifizieren. Wegen der sehr guten Erfüllung wird diese KeZa auf Beschluss der Zertifizierungskommission perspektivisch nicht mehr erhoben.

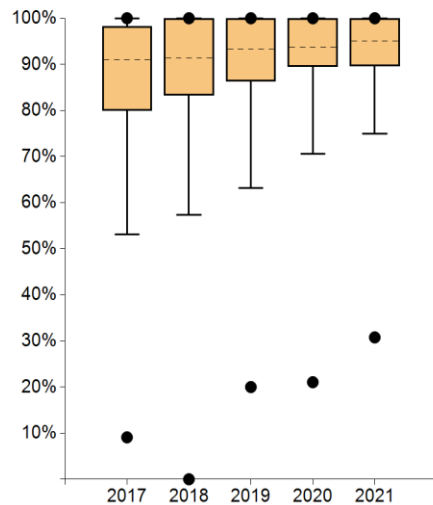
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

13. Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	15*	1 - 48	4874
Nenner	Pat. mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	16*	1 - 56	5315
Quote	Begründungspflicht*** <90%	95,00%	30,77% - 100%	91,70%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,25%	100%	100%	100%	100%
Median	90,91%	91,29%	93,33%	93,75%	95,00%
25. Perzentil	80,00%	83,33%	86,36%	89,47%	89,58%
5. Perzentil	53,08%	57,32%	63,12%	70,59%	75,00%
Min	9,09%	0,00%	20,00%	21,05%	30,77%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	221	74,41%

Anmerkungen:

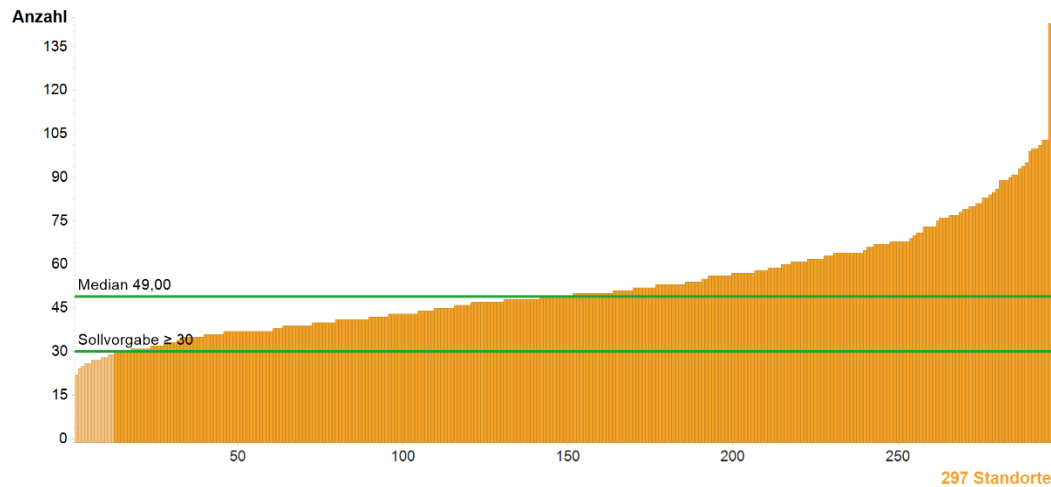
Der seit Jahren positive Trend bei der Erfüllung dieses QI der Leitlinie setzt sich fort. Wie im Vorjahr liegen 76 Zentren unter der Marke von 90%, 34 davon bereits im Vorjahr. Der mit Abstand am meisten genannte Grund waren externe Befunde (32x), die z.T. nachbefundet wurden. Weitere häufige Gründe waren die bereits endoskopische Abtragung bzw. intraoperative Diagnosestellung des Tumors (23x), Versäumnisse (16x), fehlende Sichtbarkeit im CT (MRT z.B. aufgrund Schrittmacher nicht möglich) (12x), nicht detektierbare Tumoren (11x) und palliative Verläufe ohne therapeutische Konsequenz (10x). In vielen Fällen wurden SOPs aktualisiert bzw. Qualitätszirkel veranstaltet.

* 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.

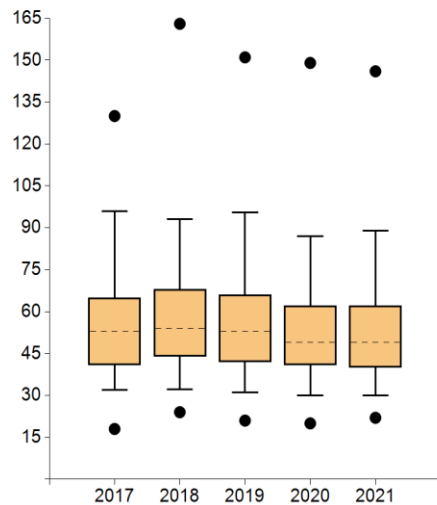
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

14. Operative Primärfälle Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Kolon	49	22 - 146	15654
	Sollvorgabe ≥ 30			



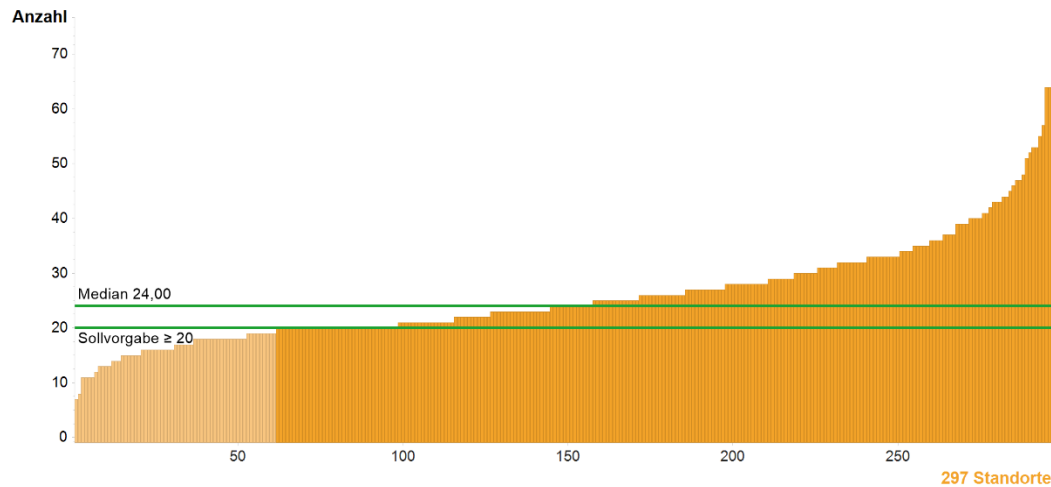
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	130,00	163,00	151,00	149,00	146,00
95. Perzentil	95,85	93,00	95,50	87,00	89,00
75. Perzentil	65,00	68,00	66,00	62,00	62,00
Median	53,00	54,00	53,00	49,00	49,00
25. Perzentil	41,00	44,00	42,00	41,00	40,00
5. Perzentil	32,00	32,15	31,00	30,00	30,00
Min	18,00	24,00	21,00	20,00	22,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	285	95,96%

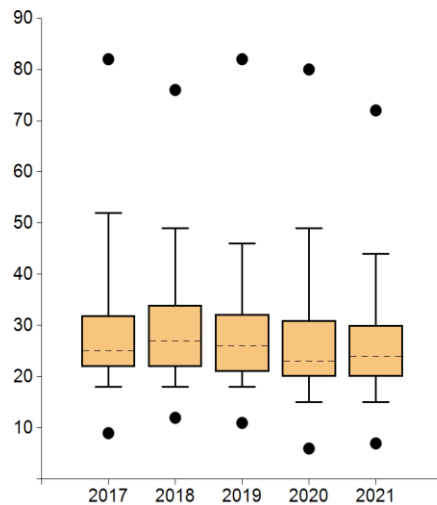
Anmerkungen:

Median und Gesamtfallzahl bewegen sich auf dem Covid19-bedingt niedrigen Niveau des Vorkennzahlenjahres. Mit 12 Zentren haben 2 weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt. 10 verwiesen auf pandemiebedingte Fallzahlrückgänge, 3 auf diesbezügliche Umfunktionierungen von Abteilungen. Weitere Gründe (z.B. Chefarztwechsel) wurden nur vereinzelt genannt. Die Zentren reagierten insbesondere mit Infoveranstaltungen und Einweiserbesuchen. Es wurden 4 Abweichungen ausgesprochen. 5 Zentren befanden sich im Überwachungsaudit, 7 Zentren mit Wiederholaudit erreichten die Zahlen im Schnitt der letzten 3 Jahre (ggf. mit Covid19-Sonder-REDZYK). Bei 4 Zentren hiervon konnte das Zertifikat nur mit reduzierter Gültigkeit um 12 Monate verlängert werden.

15. Operative Primärfälle Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Rektum (inkl. TVE)	24	7 - 72	7703
	Sollvorgabe ≥ 20			



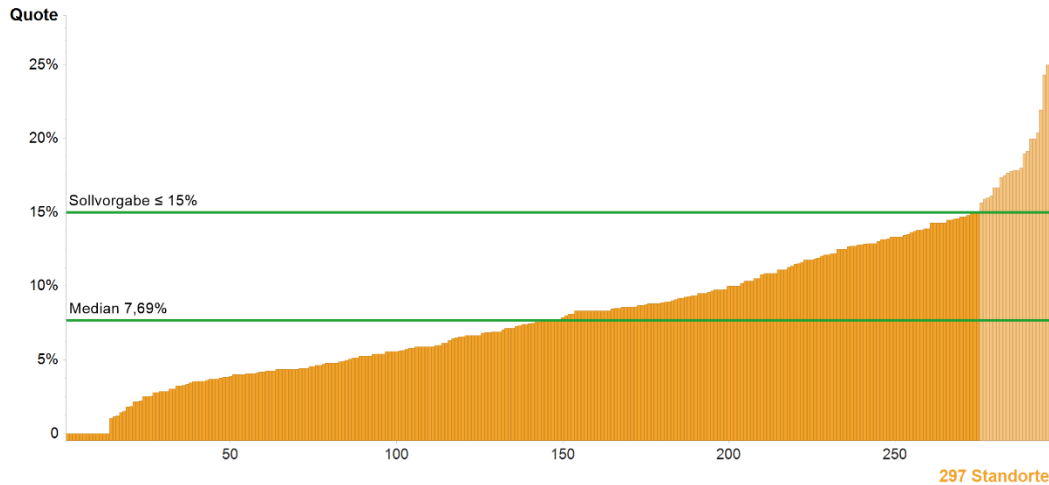
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	82,00	76,00	82,00	80,00	72,00
95. Perzentil	52,00	49,00	46,00	49,00	44,00
75. Perzentil	32,00	34,00	32,25	31,00	30,00
Median	25,00	27,00	26,00	23,00	24,00
25. Perzentil	22,00	22,00	21,00	20,00	20,00
5. Perzentil	18,00	18,00	18,00	15,00	15,00
Min	9,00	12,00	11,00	6,00	7,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	236	79,46%

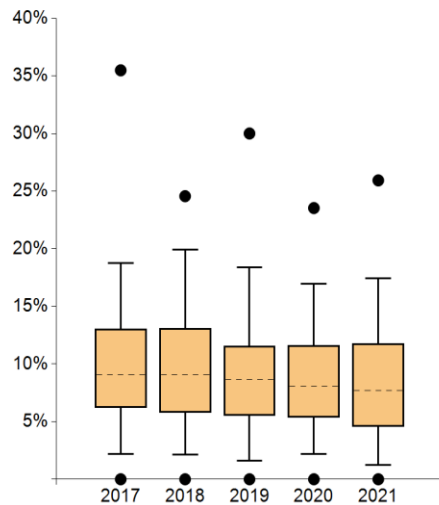
Anmerkungen:

Ähnlich wie bei KeZa 14 sind auch beim Rektumkarzinom die Auswirkungen der Covid19-Pandemie sichtbar. Mit 61 Zentren verfehlen jedoch 16 weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe. 42 Zentren verwiesen auf pandemiebedingte Fallzahlrückgänge, 18 auf den zunehmenden Stellenwert von TNT bzw. W&W-Therapien. 6 Zentren beobachteten einen zunehmenden Anteil fortgeschrittener Stadien. Die Zentren reagierten mit Infoveranstaltungen, Einweiserbesuchen, besserer Öffentlichkeitsarbeit und z.T. dem Ausbau der Endoskopie. Während 30 Zentren im Überwachungsaudit waren und die Fallzahlen unterschreiten konnten, erreichten 31 Zentren die Zahlen im Schnitt der letzten 3 Jahre (ggf. mit Covid19-Sonder-Redzyk). Bei 10 Zentren hiervon konnte das Zertifikat nur mit reduzierter Gültigkeit um 12 Monate verlängert werden.

16. Revisions-OPs Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP (nicht gezählt werden: diagnostische Spüllaparoskopien)	3*	0 - 17	1150
Nenner	Elektive Kolon-Operationen	44*	18 - 134	13873
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	7,69%	0,00% - 25,93%	8,29%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	35,48%	24,56%	30,00%	23,53%	25,93%
95. Perzentil	18,75%	19,92%	18,37%	16,98%	17,41%
75. Perzentil	13,04%	13,07%	11,54%	11,63%	11,76%
Median	9,09%	9,09%	8,62%	8,05%	7,69%
25. Perzentil	6,22%	5,79%	5,53%	5,36%	4,55%
5. Perzentil	2,18%	2,14%	1,59%	2,17%	1,21%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	275	92,59%

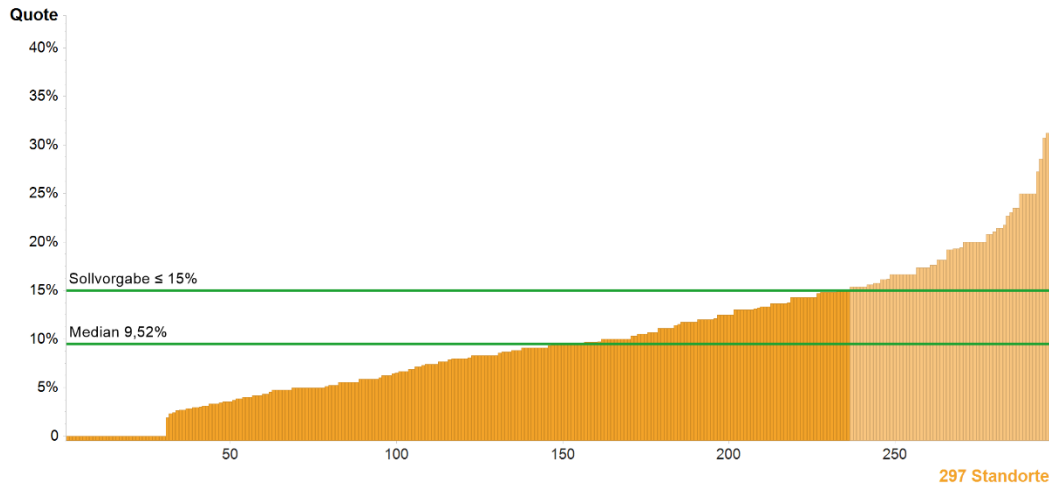
Anmerkungen:

Der Trend zu sinkenden Revisionsraten setzt sich fort. Dies zeigt sich auch daran, dass nur noch 22 Zentren (Vorjahr: 31) die Sollvorgabe verfehlt haben. 18 Zentren machten Anastomoseninsuffizienzen geltend. Weitere häufig genannte Gründe waren Blutungen (11x), multiforme Pat. (9x), Platzbauch (8x), Ileus (7x) und Perforationen (7x). Meist ließen sich die Fälle in den Audits klären, sodass kein systematisches Problem identifiziert wurde. Ein Zentrum erhielt jedoch wegen einer zu hohen postoperativen Komplikationsrate eine Abweichung.

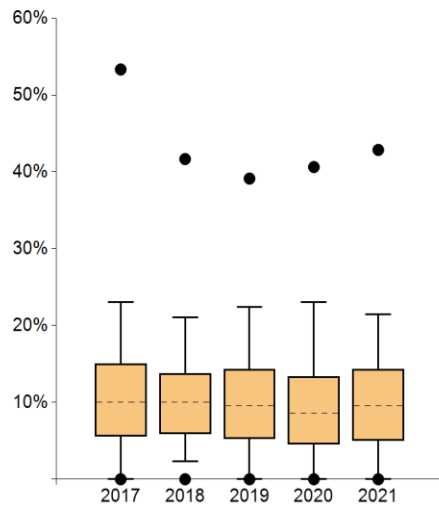
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

17. Revisions-OPs Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP (nicht gezählt werden: diagnostische Spüllaparoskopien)	2*	0 - 10	712
Nenner	Elektive Rektum-Operationen (ohne TVE)	22*	7 - 68	7277
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	9,52%	0,00% - 42,86%	9,78%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	53,33%	41,67%	39,13%	40,63%	42,86%
95. Perzentil	23,03%	21,05%	22,44%	23,08%	21,49%
75. Perzentil	15,00%	13,79%	14,29%	13,33%	14,29%
Median	10,00%	10,00%	9,52%	8,57%	9,52%
25. Perzentil	5,56%	5,88%	5,26%	4,55%	5,00%
5. Perzentil	0,00%	2,31%	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	%
297	100,00%	236	79,46%

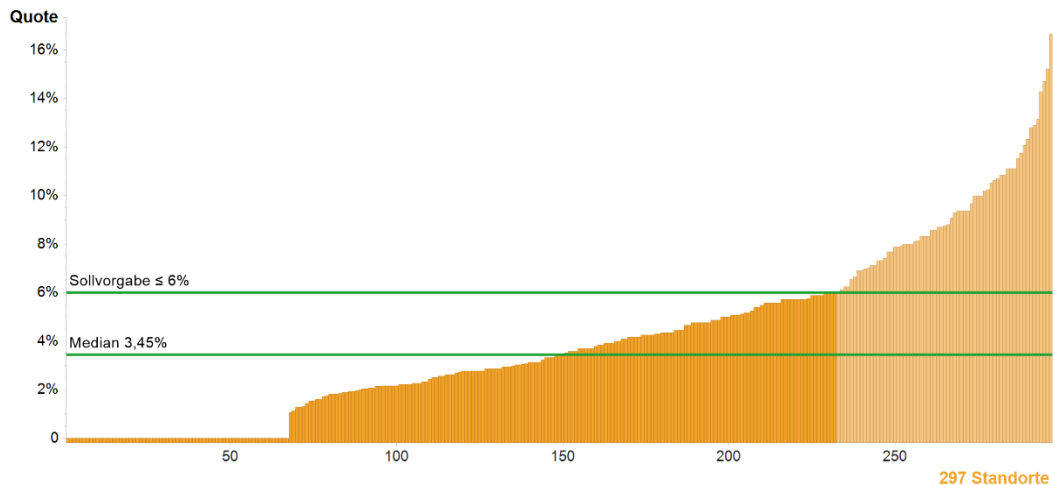
Anmerkungen:

Im Gegensatz zu den Koloneingriffen (KeZa 16) ist der Median der Revisionsrate beim Rektum leicht angestiegen. Die Zahl der Zentren oberhalb der Sollvorgabe steigt von 53 auf 61. Die Anastomosensinsuffizienz ist auch hier mit 41 Nennungen die häufigste Ursache für Revisionsen, gefolgt von Ileus (24x), Faszien dehinszenz/ Platzbauch (16x), Blutung (14x), Wundinfektionen bzw. Wundheilungsstörung (jeweils 11x) und Hämatom (10x). In den Audits wurden die Fälle besprochen. Maßnahmen umfassten neben M&M-Konferenzen und Qualitätszirkeln auch spezifische Aktionen wie die Einführung der ICG-Perfusionsdarstellung.

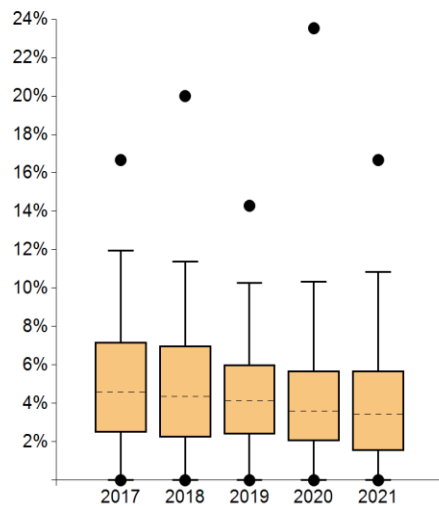
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

18. Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Re-Interventionsbedürftigen Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach Eingriffen	1*	0 - 9	531
Nenner	Pat. mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	42*	18 - 131	13321
Quote	Sollvorgabe ≤ 6%	3,45%	0,00% - 16,67%	3,99%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	16,67%	20,00%	14,29%	23,53%	16,67%
95. Perzentil	11,94%	11,38%	10,28%	10,34%	10,85%
75. Perzentil	7,19%	7,00%	6,00%	5,71%	5,71%
Median	4,59%	4,35%	4,13%	3,61%	3,45%
25. Perzentil	2,50%	2,24%	2,38%	2,04%	1,54%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

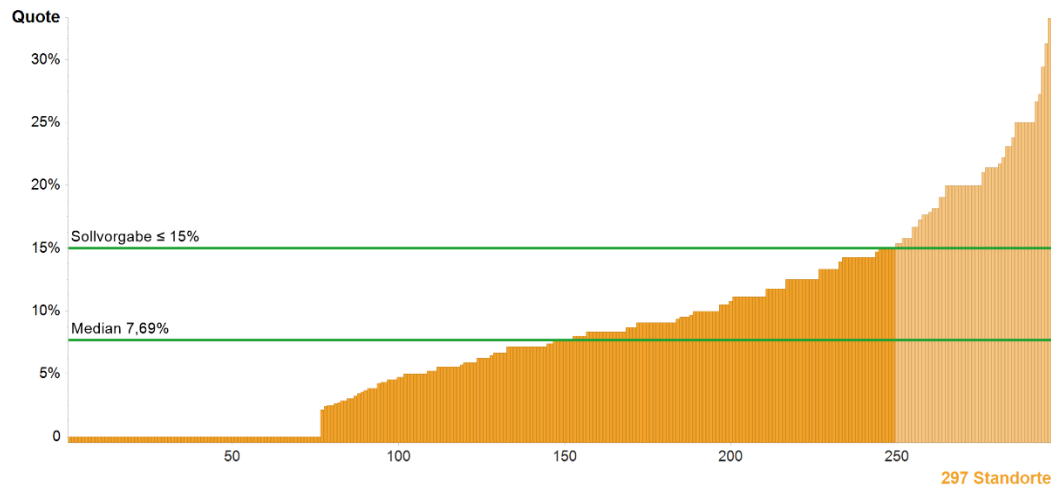
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	232	78,11%

Anmerkungen:

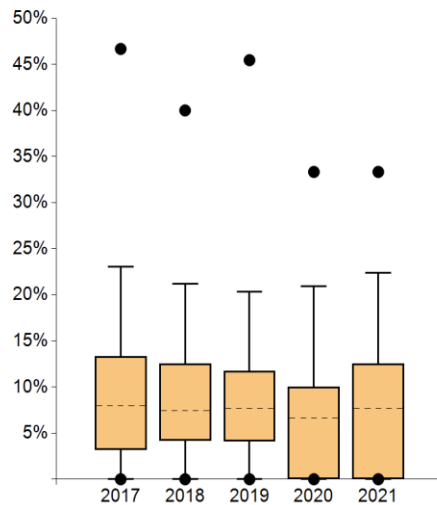
Der Trend eines sinkenden Medians setzt sich fort. Gleichwohl lagen 65 Zentren (Vorjahr: 70) über der Sollvorgabe von max. 6%. Begründet wurde dies häufig mit Risikokonstellationen wie Multimorbidität (25x), ausgedehnten Eingriffen (14x), hohem Alter (12x), OP im Subileus (6x) und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (5x). Mitunter kam es auch zu Ischämien (7x) bzw. Problemen mit dem Stapler (5x). Die Fälle wurden von den Zentren aufbereitet und in den Audits besprochen, wo in den meisten Fällen kein systematischer Fehler identifiziert wurde. Der Wechsel des Staplers und die Einführung der ICG-Methode waren häufige spezifische Maßnahmen.

* 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 Pat.

19. Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe o. interventioneller Drainage o. transanaler Lavage / Drainage) oder C ((Re-)Laparotomie)	1*	0 - 9	440
Nenner	Pat. mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde (ohne TVE)	17*	5 - 55	5429
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	7,69%	0,00% - 33,33%	8,10%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	46,67%	40,00%	45,45%	33,33%	33,33%
95. Perzentil	23,03%	21,22%	20,36%	20,93%	22,39%
75. Perzentil	13,33%	12,50%	11,76%	10,00%	12,50%
Median	7,95%	7,42%	7,69%	6,67%	7,69%
25. Perzentil	3,21%	4,17%	4,13%	0,00%	0,00%
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	%
297	100,00%	249	83,84%

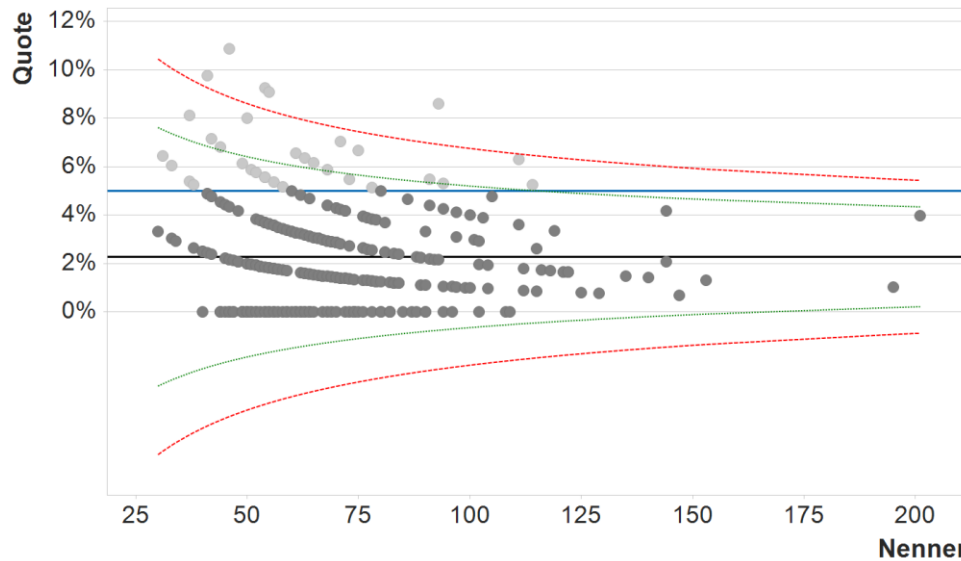
Anmerkungen:

Im Gegensatz zu den Koloneingriffen (vgl. KeZa 18) ist der Median der Anastomoseninsuffizienzen bei den Rektumeingriffen gestiegen. 48 Zentren (Vorjahr: 36) lagen über einer Quote von 15%. Die Zentren machten hier insbesondere ko-/ multimorbide Pat. (10x), ausgedehnte Eingriffe (8x), Eingriffe mit tiefer Anastomose (6x), neoadjuvante Chemotherapien (6x), Stapler-Probleme (4x) und die Einführung der Robotik-Technik (4x) geltend. Sie reagierten auf hohe Quoten mit der Aufarbeitung in M&M-Konferenzen oder spezifischen Maßnahmen wie ICG-Perfusionskontrolle oder der häufigeren Stomaanlage.

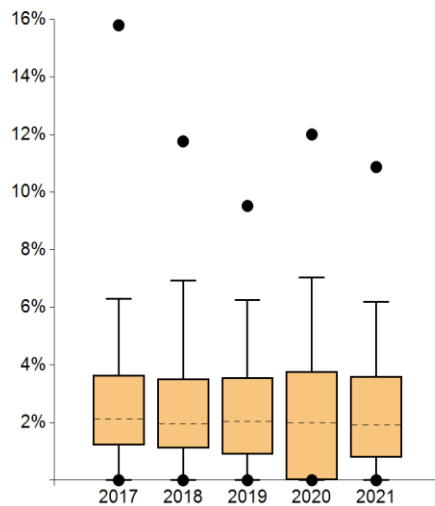
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

20. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	1*	0 - 8	482
Nenner	Elektiv operierte Pat. (ohne TVE)	67*	30 - 201	21150
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	1,92%	0,00% - 10,87%	2,28%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	15,79%	11,76%	9,52%	12,00%	10,87%
95. Perzentil	6,30%	6,93%	6,25%	7,04%	6,18%
75. Perzentil	3,64%	3,53%	3,57%	3,77%	3,60%
Median	2,13%	1,96%	2,04%	2,00%	1,92%
25. Perzentil	1,22%	1,11%	0,89%	0,00%	0,80%
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	%
297	100,00%	265	89,23%

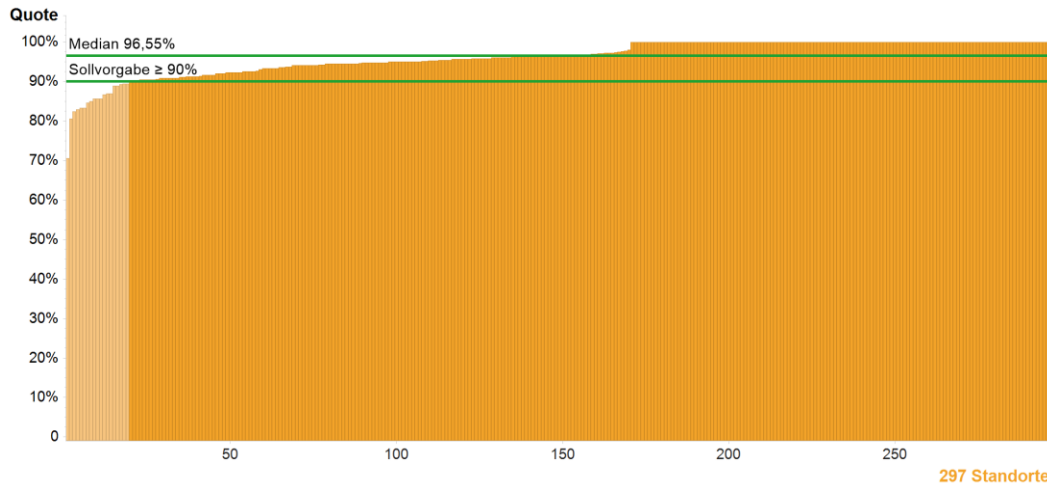
Anmerkungen:

Der Median der postoperativen 30d-Mortalität ist auf den niedrigsten Stand der letzten 5 Jahre gesunken. Während 72 Zentren keinen einzigen Todesfall verzeichneten, lagen 32 Zentren (Vorjahr: 41) über 5%. Die Fälle wurden in den Audits besprochen. Die Zentren identifizierten v.a. Septitiden (12x), kardiopulmonale Dekompensationen (12x), multimorbide Pat. (10x), Pneumonien (9x), Lungenembolien (6x) und weit fortgeschrittene Tumorstadien (6x) als Todesursachen. Diesen wurde teils mit Maßnahmen wie einer strengeren Indikationsstellung zur OP oder besserer Präkonditionierung begegnet. 8 Zentren verwiesen zudem auf Pat., die jegliche weitere Therapie abgelehnt hatten. Die Fachexperten sprachen Hinweise aus, sofern sie qualitätsrelevante Prozesse betroffen sahen.

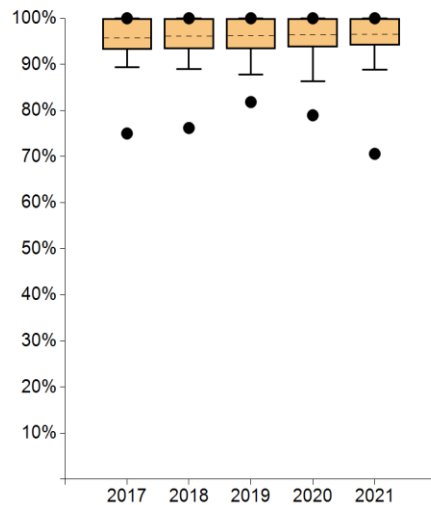
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

21. Lokale R0-Resektionen Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit lokalem R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	21*	7 - 63	6998
Nenner	Elektive Rektum-OPs (operativ) (ohne TVE)	22*	7 - 68	7277
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	96,55%	70,59% - 100%	96,17%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	95,65%	96,08%	96,30%	96,43%	96,55%
25. Perzentil	93,16%	93,29%	93,27%	93,75%	94,12%
5. Perzentil	89,32%	88,95%	87,79%	86,36%	88,89%
Min	75,00%	76,19%	81,82%	78,95%	70,59%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	278	93,60%

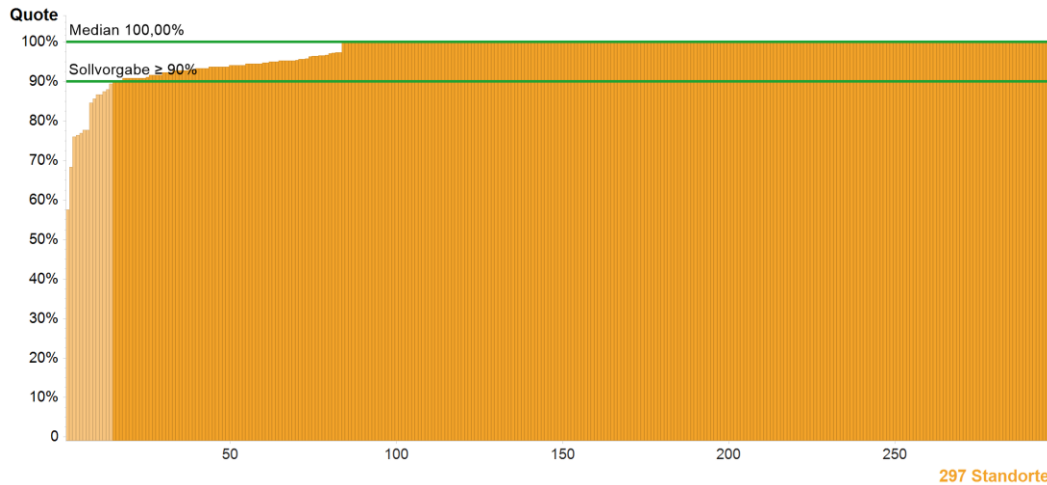
Anmerkungen:

Die R0-Rate beim Rektumkarzinom bewegt sich ungefähr auf Vorjahresniveau, wobei 12 Zentren weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlten. Von diesen 19 Zentren gaben 14 an, dass bei fortgeschrittenem und/oder metastasiertem Befund die Resektion (teils geplant) inkomplett war, insbesondere zur Verbesserung der Lebensqualität. In einigen Fällen wurde in den Audits die Indikationsstellung zur primären Radiochemotherapie bzw. TNT diskutiert. Andere Gründe (z.B. Präparat ingerissen) wurden nur vereinzelt genannt. Systematische Fehler ließen sich in den Audits nicht identifizieren.

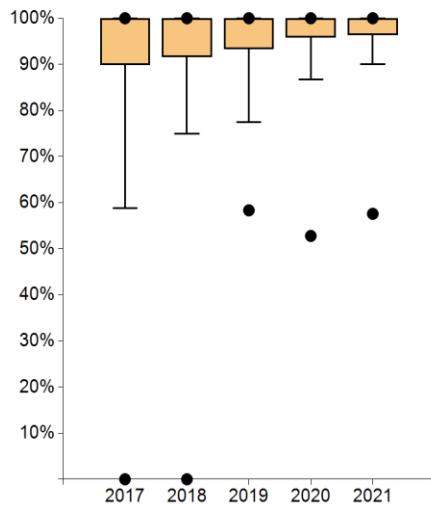
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

22. Anzeichnung Stomaposition (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	16*	2 - 63	5288
Nenner	Pat. mit RK, bei denen eine elektive Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde (ohne TVE)	16*	2 - 63	5434
Quote	Sollvorgabe \geq 90%	100%	57,58% - 100%	97,31%**



	2017	2018	2019	2020	2021
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	89,87%	91,67%	93,33%	95,83%	96,43%
5. Perzentil	58,81%	75,00%	77,51%	86,67%	90,00%
Min	0,00%	0,00%	58,33%	52,78%	57,58%

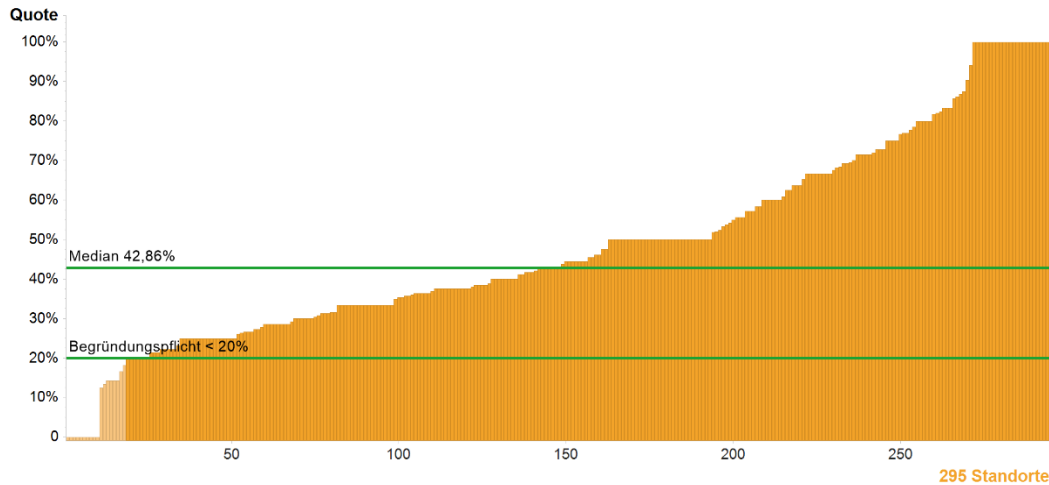
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	283	95,29%

Anmerkungen:

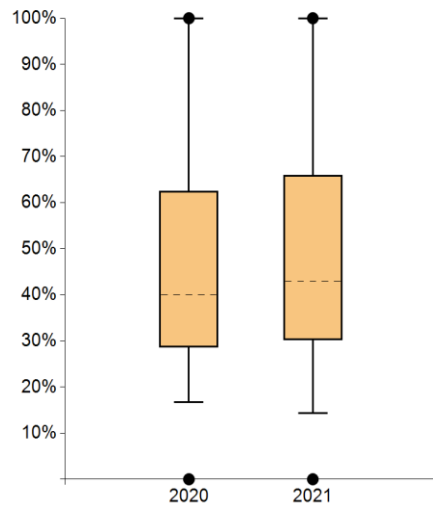
Dieser QI der Leitlinie ist zunehmend in den Zentren etabliert. Während 214 Zentren 100% erreichen, lagen nur noch 14 Zentren (Vorjahr: 18) unter der Sollvorgabe. 6 Zentren erklärten, dass bei einigen Fällen erst intraoperativ die Entscheidung für eine Stomaanlage getroffen wurde. 4 machten Dokumentationsdefizite geltend und 3 berichteten von Versäumnissen im Einzelfall. Maßnahmen umfassten insbesondere Schulungen und bessere Dokumentationsmöglichkeiten im KIS. Ein Zentrum erhielt wegen wiederholt niedriger Quoten 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 Pat.

23a. Lebermetastasenresektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine Lebermetastasenresektion erhalten haben	4*	0 - 33	1568
Nenner	Pat. des Zentrums mit metastasiertem KRK und 1. ausschließlicher Lebermetastasierung ohne Leberspezifische Chemotherapie oder 2. ausschließlicher Lebermetastasierung, die eine Chemotherapie wegen der Lebermetastasierung erhalten haben	10*	1 - 46	3252
Quote	Begründungspflicht*** <20%	42,86%	0,00% - 100%	48,22%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	62,50%	65,95%
Median	----	----	----	40,00%	42,86%
25. Perzentil	----	----	----	28,57%	30,22%
5. Perzentil	----	----	----	16,67%	14,29%
Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
295	99,33%	277	93,90%

Anmerkungen:

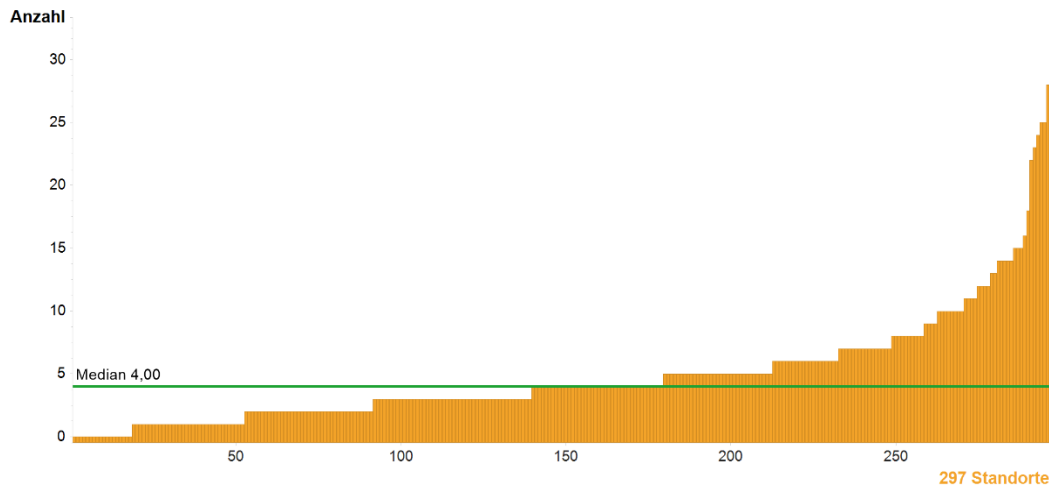
Die Kennzahl wurde erstmals verbindlich in allen Zentren erhoben. 18 Zentren erzielten Werte <20% und mussten eine Begründung abgeben. Diese Zentren hatten tendenziell geringe Pat.zahlen im Nenner. 13 Zentren berichteten, wegen diffuser/ multipler Metastasierung auf eine Operation verzichtet zu haben. In 4 Fällen waren Pat. vor der OP bereits verstorben. 3 Zentren berichteten von Pat., die die Resektion abgelehnt hatten. Die Fälle ließen sich in den Audits plausibilisieren.

* 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.

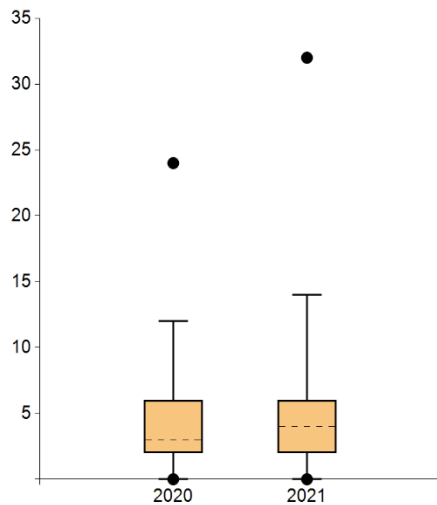
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

23b. Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 23a)	4	0 - 32	1455
	Keine Sollvorgabe			



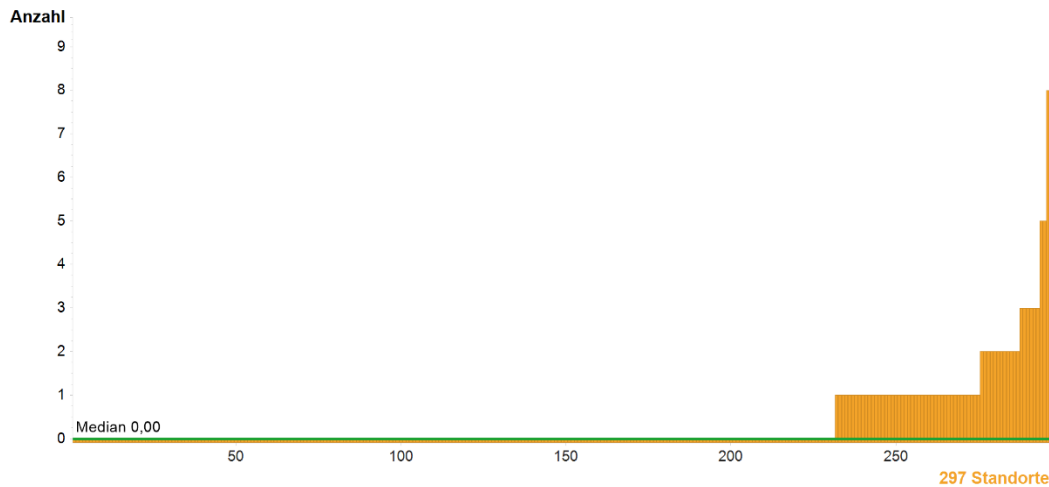
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	----	----	----	24,00	32,00
95. Perzentil	----	----	----	12,00	14,00
75. Perzentil	----	----	----	6,00	6,00
Median	----	----	----	3,00	4,00
25. Perzentil	----	----	----	2,00	2,00
5. Perzentil	----	----	----	0,00	0,00
Min	----	----	----	0,00	0,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	----	----

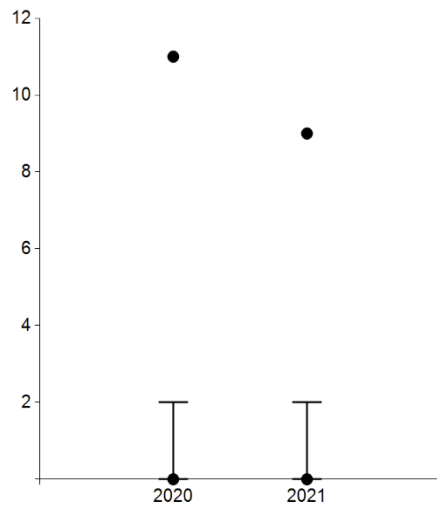
Anmerkungen:

Von den 297 Zentren mit auswertbaren Daten haben 279 Lebermetastasenresektionen am eigenen Standort durchgeführt. Im Median waren dies 4 Eingriffe im Kennzahlenjahr, über alle Zentren hinweg 1.455 Resektionen. Auch diese KeZa wurde erstmals verbindlich in den Zentren erhoben.

23c. Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standort des Darmkrebszentrums



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 23a)	0	0 - 9	113
	Keine Sollvorgabe			



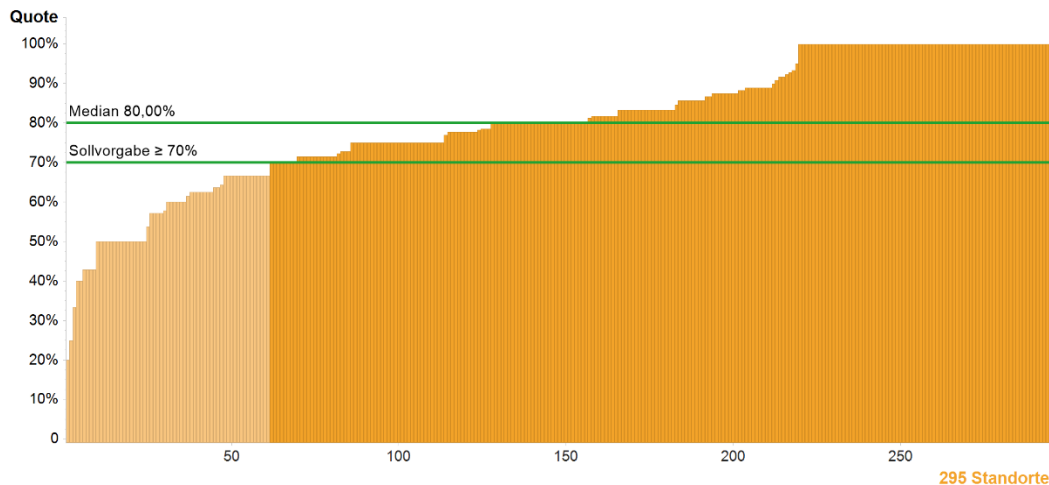
	2017	2018	2019	2020	2021
Max	----	----	----	11,00	9,00
95. Perzentil	----	----	----	2,00	2,00
75. Perzentil	----	----	----	0,00	0,00
Median	----	----	----	0,00	0,00
25. Perzentil	----	----	----	0,00	0,00
5. Perzentil	----	----	----	0,00	0,00
Min	----	----	----	0,00	0,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	----	----

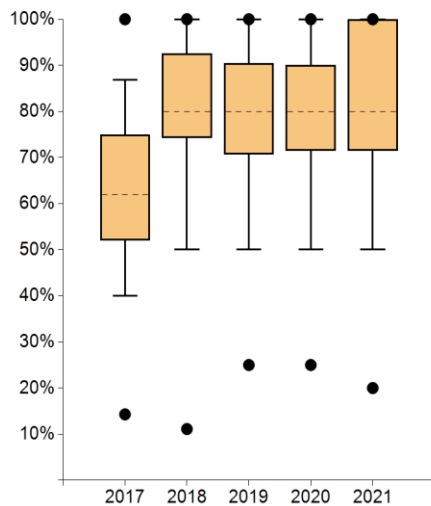
Anmerkungen:

Nur 66 Zentren haben Pat. zur Lebermetastasenresektion an ein anderes Haus überwiesen. Insgesamt betraf dies 113 Eingriffe und somit 7,2% der Lebermetastasenresektionen (vgl. KeZa 23a).

24. Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	6*	1 - 19	1828
Nenner	Pat. ≤ 75 Jahre mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	7*	1 - 23	2296
Quote	Sollvorgabe $\geq 70\%$	80,00%	20,00% - 100%	79,62%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	86,87%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	75,00%	92,59%	90,46%	90,00%	100%
Median	62,02%	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%
25. Perzentil	52,03%	74,34%	70,72%	71,43%	71,43%
5. Perzentil	40,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Min	14,29%	11,11%	25,00%	25,00%	20,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
295	99,33%	234	79,32%

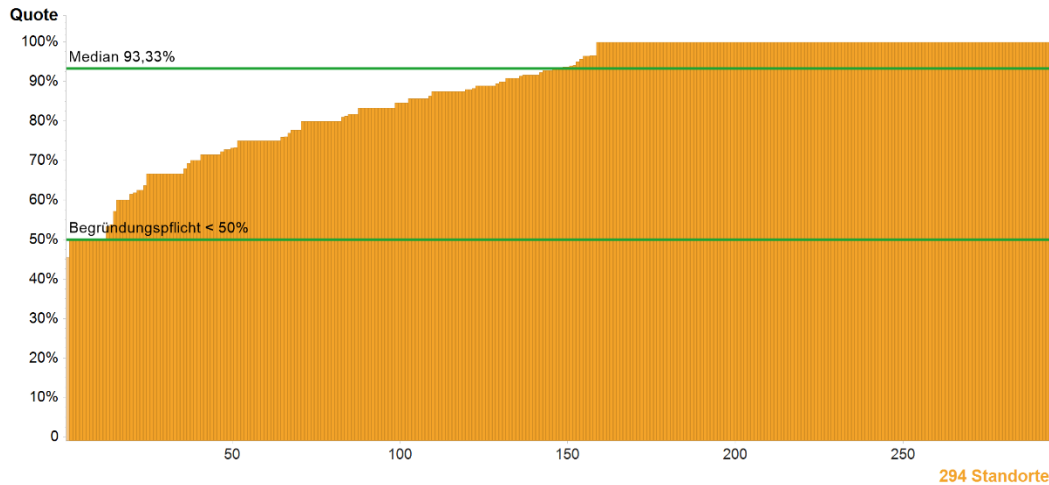
Anmerkungen:

Die Erfüllung dieser KeZa insgesamt liegt wie der Median weiter bei etwa 80%. 61 Zentren (Vorjahr: 56) haben die Sollvorgabe verfehlt. Die von den Zentren angegebenen Begründungen ließen sich durchweg in den Audits plausibilisieren. Dazu gehörten in erster Linie die Ablehnung durch die Pat. (38x), Ko-/ Multimorbidität (24x), Tod vor Beginn der Chemotherapie (18x), postoperative Komplikationen (z.B. Abszess, Myokardinfarkt, Platzbauch) (16x) und therapieleitendes Zweitmalignom (12x).

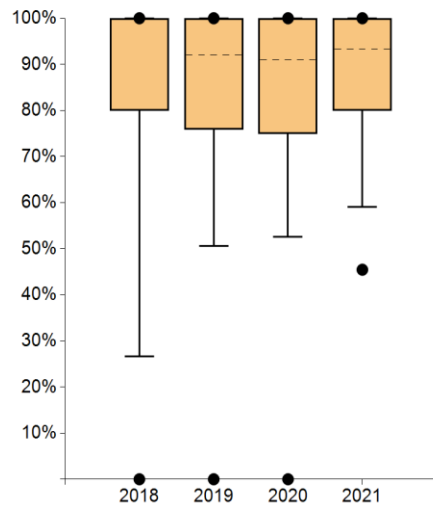
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

25. Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Kombinationschemotherapie	7*	1 - 98	2663
Nenner	Pat. mit metastasiertem KRK, ECOG 0-1 und systemischer Erstlinientherapie	8,5*	1 - 105	3065
Quote	Begründungspflicht*** <50%	93,33%	45,45% - 100%	86,88%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	100%	91,99%	90,91%	93,33%
25. Perzentil	-----	80,00%	75,89%	75,00%	80,00%
5. Perzentil	-----	26,66%	50,60%	52,59%	59,00%
Min	-----	0,00%	0,00%	0,00%	45,45%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
294	98,99%	293	99,66%

Anmerkungen:

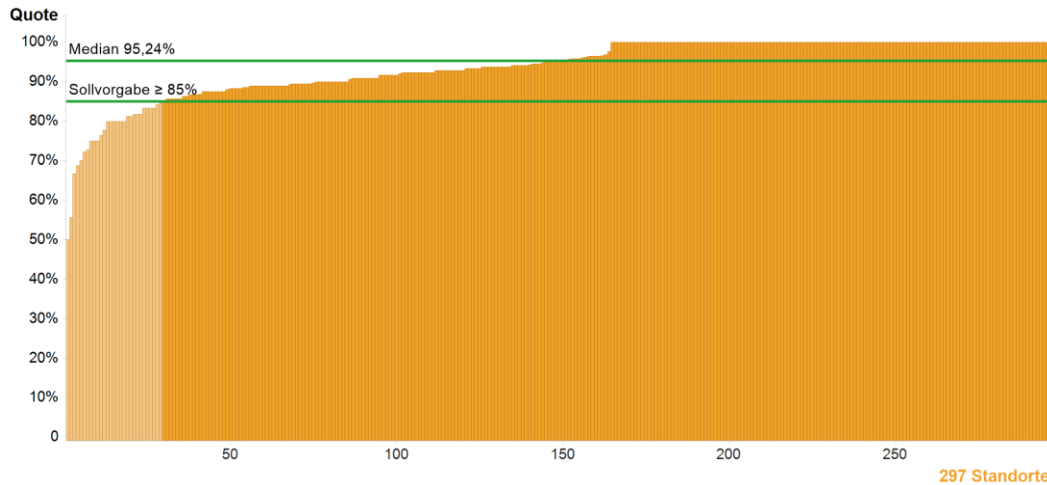
Der Median und die Gesamtquote bei diesem QI der Leitlinie sind weiter angestiegen. Nur noch ein Zentrum (Vorjahr: 5) war begründungspflichtig. Das betreffende Zentrum konnte für die betreffenden Pat. plausibel darlegen, warum auf eine Kombinationschemotherapie verzichtet wurde (Abbruch erforderlich, therapieleitendes Zweitmalignom, frühzeitig verstorben, abgelehnt).

* 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.

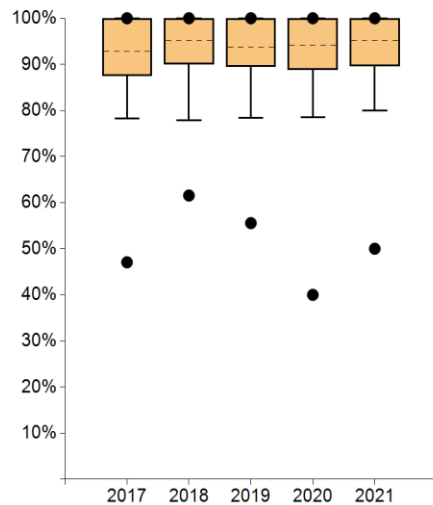
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

26. Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME	14*	1 - 48	4463
Nenner	Pat. mit elektiv radikal operiertem RK (ohne TVE)	15*	2 - 53	4759
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	95,24%	50,00% - 100%	93,78%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	92,86%	95,24%	93,75%	94,12%	95,24%
25. Perzentil	87,50%	90,00%	89,47%	88,89%	89,66%
5. Perzentil	78,31%	77,90%	78,37%	78,57%	80,00%
Min	47,06%	61,54%	55,56%	40,00%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	268	90,24%

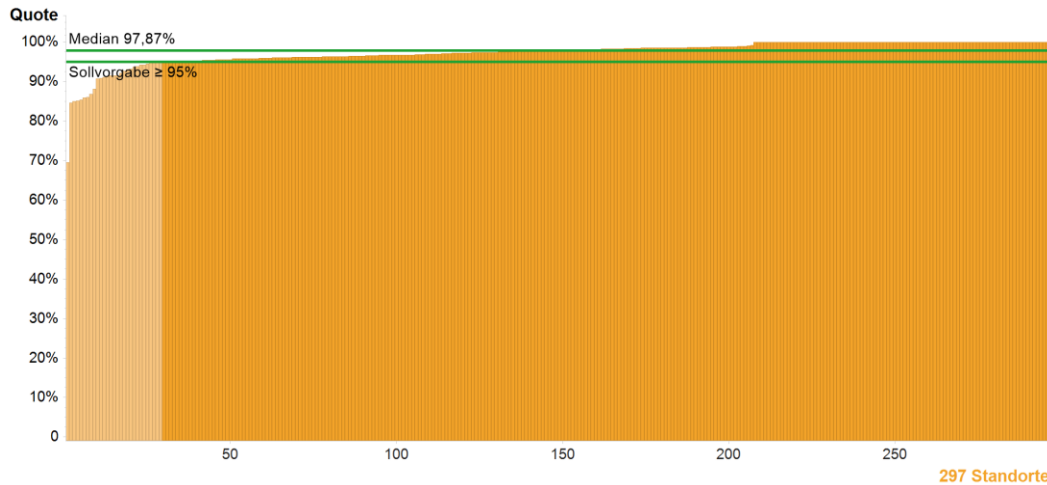
Anmerkungen:

Dieser QI der Leitlinie zeigt weitgehend stabile Ergebnisse. 5 Zentren weniger als im Vorkennzahlenjahr (nun 29) haben die Sollvorgabe verfehlt. Häufigster Grund waren perforierende, abszedierende und/oder infiltrierende Tumoren (18x). Mitunter waren die OP-Bedingungen (insbesondere aufgrund von Verwachsungen nach Radio- und/oder Chemotherapie, Vor-Operationen bzw. schwierigen anatomischen Verhältnissen) erschwert (23x). 7 Zentren berichteten von Präparatbeschädigungen bei der Bergung. Die Zentren reagierten hier insbesondere mit der Aufarbeitung der Fälle in Qualitätszirkeln und M&M-Konferenzen.

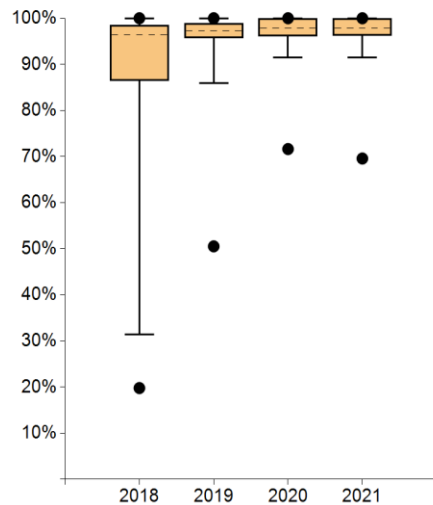
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

27. Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit vollständige Befundberichten	70*	35 - 208	22521
Nenner	Pat. mit KRK und operativer Resektion	72*	35 - 217	23155
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	97,87%	69,57% - 100%	97,26%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	98,53%	98,83%	100%	100%
Median	-----	96,35%	97,29%	97,85%	97,87%
25. Perzentil	-----	86,45%	95,71%	96,12%	96,20%
5. Perzentil	-----	31,35%	85,96%	91,43%	91,54%
Min	-----	19,78%	50,52%	71,62%	69,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	268	90,24%

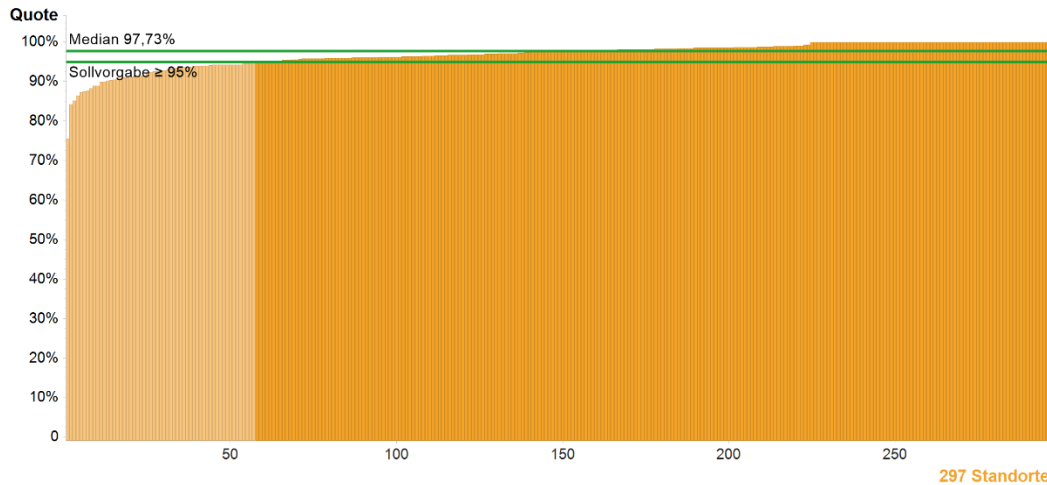
Anmerkungen:

Vollständige Befundberichte haben sich auf hohem Niveau in den Zentren etabliert. Lediglich 29 Zentren (Vorjahr: 31) haben die Sollvorgabe – in den meisten Fällen knapp – verfehlt. Am häufigsten (15x) fehlte die Angabe zum Resektionsrand (u.a. bei pT0 oder fehlender mm-Angabe), gefolgt von RX (v.a. bei Perforation oder Peritonealkarzinose) (12x), GX nach neoadjuvanter Therapie (11x), nicht mehr nachweisbarem Tumor (9x) und fehlender Unterscheidbarkeit zwischen oralem und aboralem Resektionsrand (5x). Die Zentren reagierten mit Schulungen der Operateure bzw. Pathologen und passten z.T. die Berichtsvorlagen an.

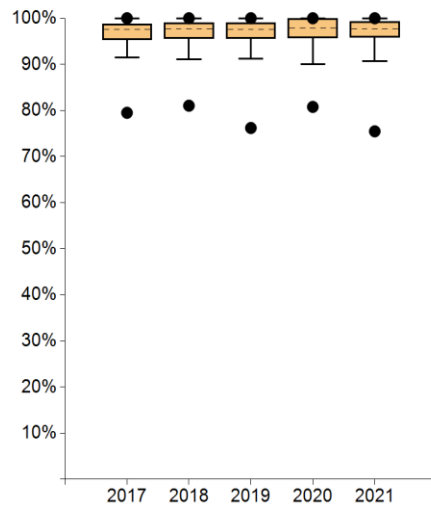
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

28. Lymphknotenuntersuchung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten	65*	27 - 195	20408
Nenner	Pat. mit KRK, die eine elektive OP mit Lymphadenektomie erhalten haben (ohne TVE)	67*	30 - 201	21055
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	97,73%	75,47% - 100%	96,93%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,78%	99,00%	98,98%	100%	99,31%
Median	97,58%	97,66%	97,61%	97,89%	97,73%
25. Perzentil	95,34%	95,56%	95,58%	95,74%	95,83%
5. Perzentil	91,44%	91,13%	91,15%	90,00%	90,70%
Min	79,49%	81,03%	76,19%	80,77%	75,47%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	240	80,81%

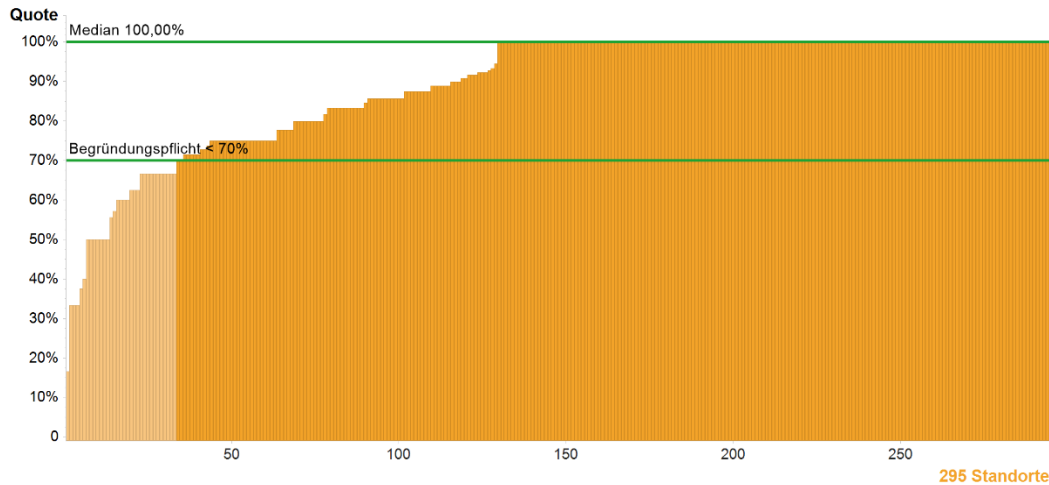
Anmerkungen:

Auch bei diesem QI der Leitlinie zeigen sich kaum Veränderungen. 73 Zentren erreichen eine Quote von 100%. Mit 57 Zentren verfehlen 3 weniger als im Vorkennzahlenjahr die Sollvorgabe. Häufigster Grund für eine geringe Zahl an Lymphknoten waren neoadjuvant vortherapierte Pat. (39x). 28 Zentren berichteten, trotz Bemühungen (z.B. Acetonbehandlung) nicht mehr Lymphknoten finden zu können. Häufig wurde auch geplant (z.B. bei Metastasierung) eine limitierte Resektion durchgeführt (14x). Maßnahmen umfassen neben Qualitätszirkeln auch Rücksprachen mit und Nachbefundungen durch die Pathologie.

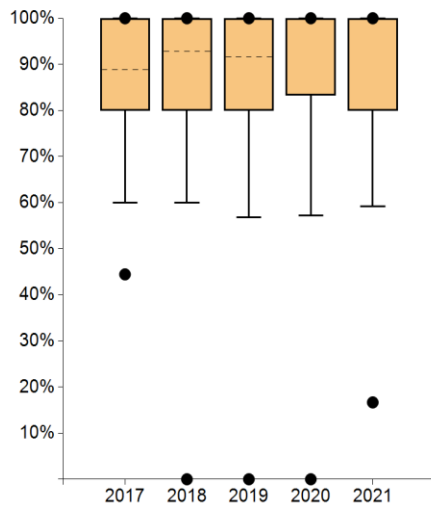
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

29. Beginn der adjuvanten systemischen Therapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Beginn der Chemotherapie innerhalb von 8 Wochen nach OP	5*	1 - 17	1627
Nenner	Pat. mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben (= Zähler Kennzahl 24)	6*	1 - 19	1828
Quote	Begründungspflicht*** <70%	100%	16,67% - 100%	89,00%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	88,89%	92,86%	91,67%	100%	100%
25. Perzentil	80,00%	80,00%	80,00%	83,33%	80,00%
5. Perzentil	60,00%	60,00%	56,87%	57,14%	59,14%
Min	44,44%	0,00%	0,00%	0,00%	16,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
295	99,33%	262	88,81%

Anmerkungen:

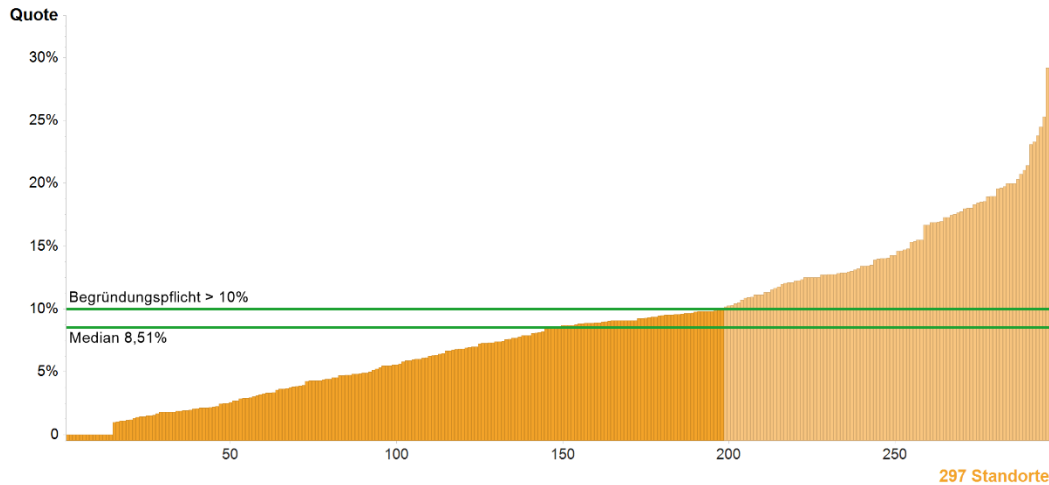
Der Erfüllungsgrad bewegt sich weiter auf hohem Niveau. 33 Zentren mussten begründen, warum sie die zeitliche Vorgabe des Nenners in weniger als 70% der Fälle einhalten konnten. Der mit Abstand häufigste Grund (17x) war ein komplizierter postoperativer Verlauf bzw. eine verzögerte Rekonvaleszenz. 9 Zentren verwiesen auf den expliziten Wunsch der Pat. Andere Gründe (z.B. Covid-Infektion, Zweitmalignom) wurden nur vereinzelt genannt. Die Angaben der Zentren ließen sich in den Audits plausibilisieren.

* 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.

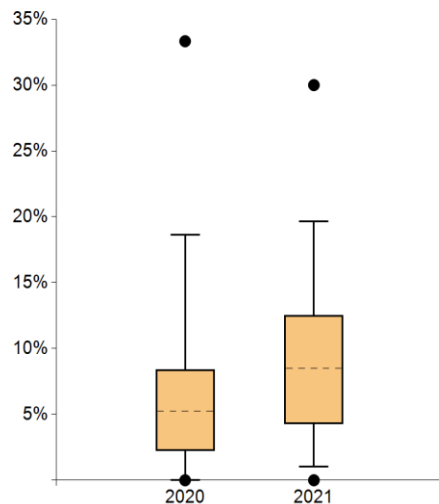
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

30. MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, Liegedauer)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2021		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. 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	6*	0 - 26	1832
Nenner	Elektiv operierte Pat. (= Nenner Kennzahl 20)	67*	30 - 201	21150
Quote	Begründungspflicht*** >10%	8,51%	0,00% - 30,00%	8,66%**



	2017	2018	2019	2020	2021
Max	----	----	----	33,33%	30,00%
95. Perzentil	----	----	----	18,65%	19,66%
75. Perzentil	----	----	----	8,40%	12,50%
Median	----	----	----	5,26%	8,51%
25. Perzentil	----	----	----	2,26%	4,29%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	1,03%
Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
297	100,00%	198	66,67%

Anmerkungen:
Diese neuartige Kennzahl wurde erstmals verbindlich in allen Zentren erhoben. Ein Drittel der Zentren (99) lag über der 10%-Marke und war somit begründungspflichtig. 58 Zentren verwiesen hier auf postoperative Todesfälle. Faktisch alle begründungspflichtigen Zentren hatten Fälle mit langer Liegedauer, v.a. wegen komplikativem postoperativem Verlauf (72x), Ko-/ Multimorbidität (33x), hohem Alter (14x), Covid-Erkrankung (12x), verzögerter Überleitung in die Reha bzw. Kurzzeitpflege (12x) und Zweitmalignomen (5x). Nur 13 Zentren berichteten von Verlegungen in ein anderes Akutkrankenhaus, wobei hier lediglich die Geriatrie (5x) mehr als nur vereinzelt genannt wurde.

* 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 Pat.

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

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Darmkrebszentren
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 Barth, 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 A1; Stand 29.06.2023

ISBN: 978-3-910336-20-9



9 783910 336209