



Kennzahlenauswertung 2025

Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Auditjahr 2024 / Kennzahlenjahr 2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Patient-Reported Outcomes	5
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2024	6
Berücksichtigte Standorte	7
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	8
Basisdatenauswertung	9
Kennzahlenauswertungen	10
Kennzahl Nr. 1: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	10
Kennzahl Nr. 2a: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)	11
Kennzahl Nr. 2b: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/ metachrone Metastasen	12
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung	13
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologisches Distress-Screening	14
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst	15
Kennzahl Nr. 6: Anteil Studienpat.	16
Kennzahl Nr. 7: KRK-Pat. mit Erfassung Familienanamnese (LL QI)	19
Kennzahl Nr. 8: Genetische Beratung	20
Kennzahl Nr. 9: Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	21
Kennzahl Nr. 10: RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK (LL QI)	22
Kennzahl Nr. 11: Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	23
Kennzahl Nr. 12: Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel (LL QI)	24
Kennzahl Nr. 13: Operative Primärfälle Kolon	25
Kennzahl Nr. 14: Operative Primärfälle Rektum	26
Kennzahl Nr. 15: Revisions-OPs Kolon	27
Kennzahl Nr. 16: Revisions-OPs Rektum	28
Kennzahl Nr. 17: Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)	29
Kennzahl Nr. 18: Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)	30
Kennzahl Nr. 19: Mortalität postoperativ	31
Kennzahl Nr. 20: Lokale R0-Resektionen Rektum	32
Kennzahl Nr. 21: Anzeichnung Stomaposition (LL QI)	33
Kennzahl Nr. 22a: Lebermetastasenresektion	34
Kennzahl Nr. 22b: Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums	35
Kennzahl Nr. 22c: Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums	36
Kennzahl Nr. 23: Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (LL QI)	37
Kennzahl Nr. 24: Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie (LL QI)	38
Kennzahl Nr. 25: Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) (LL QI)	39
Kennzahl Nr. 26: Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK (LL QI)	40
Kennzahl Nr. 27: Lymphknotenuntersuchung	41
Kennzahl Nr. 28: Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	42
Kennzahl Nr. 29: MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, postoperative Liegedauer)	43
Impressum	44

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 15: Revisions-OPs Kolon
Kennzahl Nr. 16: Revisions-OPs Rektum
Kennzahl Nr. 17: Anastomosensuffizienzen Kolon (LL QI)
Kennzahl Nr. 18: Anastomosensuffizienzen Rektum (LL QI)
Kennzahl Nr. 19: Mortalität postoperativ

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 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	14*	0 - 88	5552
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	15*	1 - 91	5805
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	0,00% - 100%	95,64%**

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.

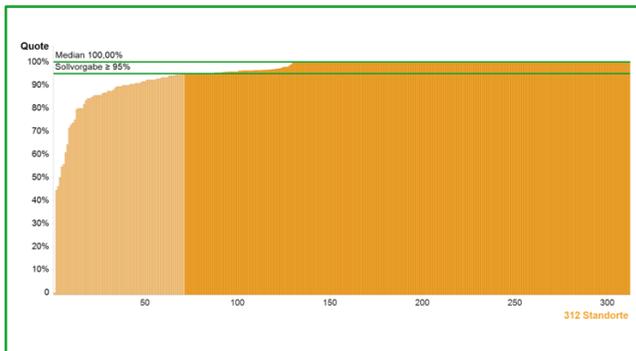
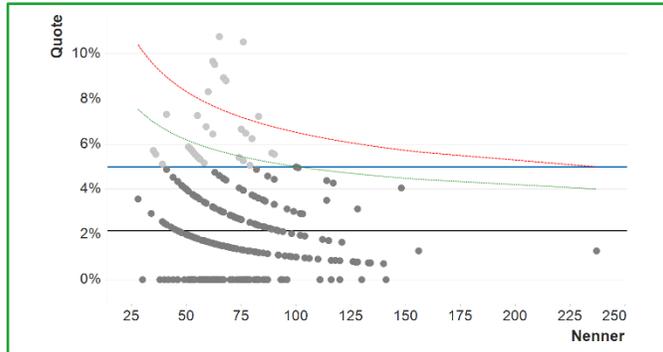


Diagramm:

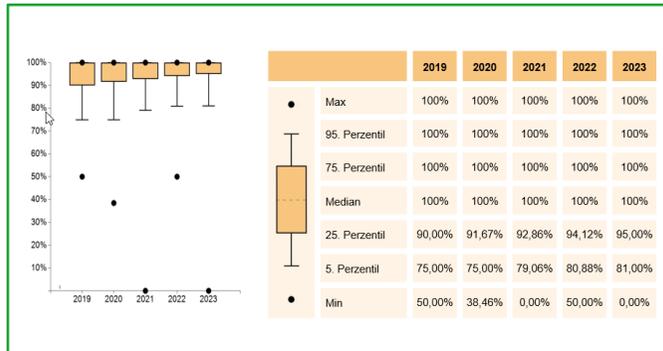
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



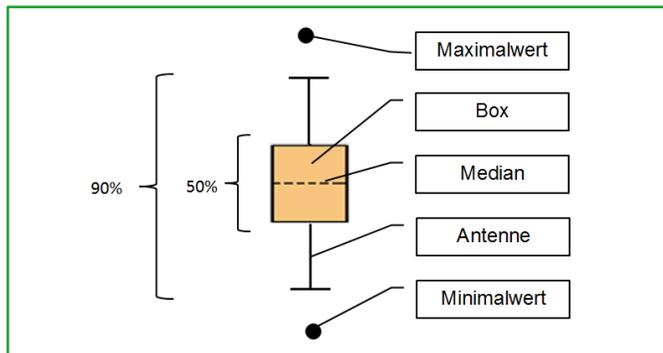
Funnel Plots:

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



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2019, 2020, 2021, 2022** und **2023** 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.

Patient-Reported Outcomes

Interesse an weiteren Auswertungen zur Ergebnisqualität?

In den zertifizierten Darmkrebszentren werden im Rahmen der EDIUM-Studie zudem Patient-Reported Outcomes anhand des EORTC QLQ-C30 und -CR29 erhoben. **Für weitere Informationen zur EDIUM-Studie:** www.edium-studie.de; PD Dr. Christoph Kowalski (Deutsche Krebsgesellschaft e. V.), info@edium-studie.de, 030 322 932 934

In jährlichen Jahresberichten werden die Funktionen und Symptome pro Zentrum ein Jahr nach der elektiven Tumorresektion adjustiert nach soziodemografischen Angaben und Erkrankungsschwere dargestellt.

Hier ein Beispiel. Jeder Punkt stellt den adjustierten Wert eines Zentrums dar:

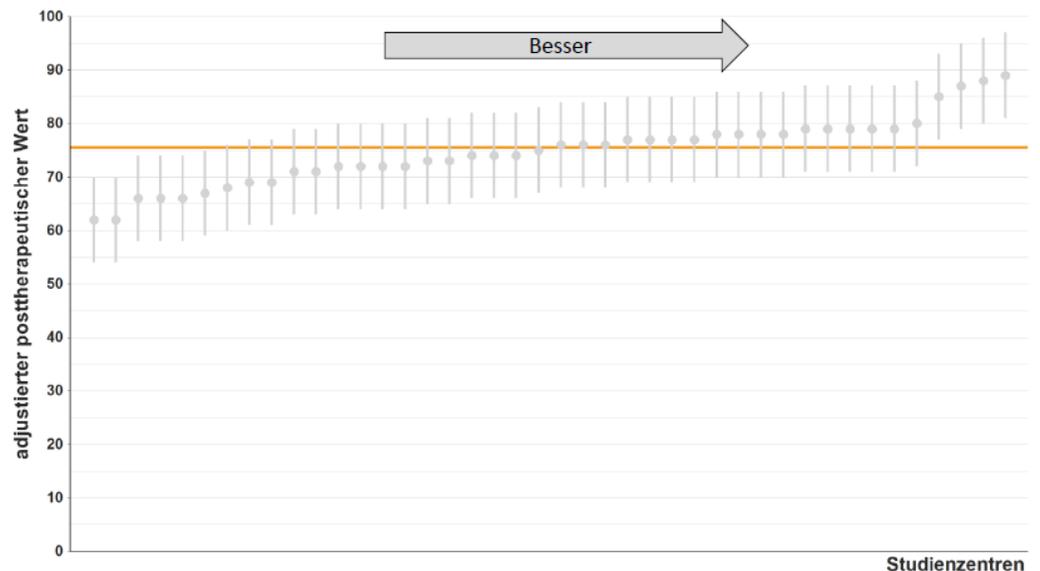
Die **Patient-Reported Outcomes-Berichte** finden Sie [hier](#).

Die Ergebnisse der EDIUM-Studie wurden im [Ärzteblatt](#) veröffentlicht.

Sie möchten sich als Zentrum an der EDIUM-Studie beteiligen?

Wenden Sie sich an: OnkoZert, v.kolb@onkozert.de,
07 31 / 70 51 16 - 40

Physische Funktion (nach elektiver Tumorresektion, Kolon)



Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2024

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019
Laufende Verfahren	4	7	10	12	5	9
Zertifizierte Zentren	317	312	310	305	298	285
Zertifizierte Standorte	321	318	315	312	305	292
Darmkrebszentren mit 1 Standort	314	308	307	300	293	280
2 Standorte	2	2	1	3	3	3
3 Standorte	1	2	2	2	2	2
4 Standorte	0	0	0	0	0	0

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	314	306	297	301	296	284
entspricht	97,8%	96,2%	94,3%	96,5%	97,1%	97,3%
Primärfälle gesamt*	29.556	27.595	26.993	26.998	28.595	27.802
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	94	90	91	90	97	98
Primärfälle pro Standort (Median)*	88	85	84	83	92	90

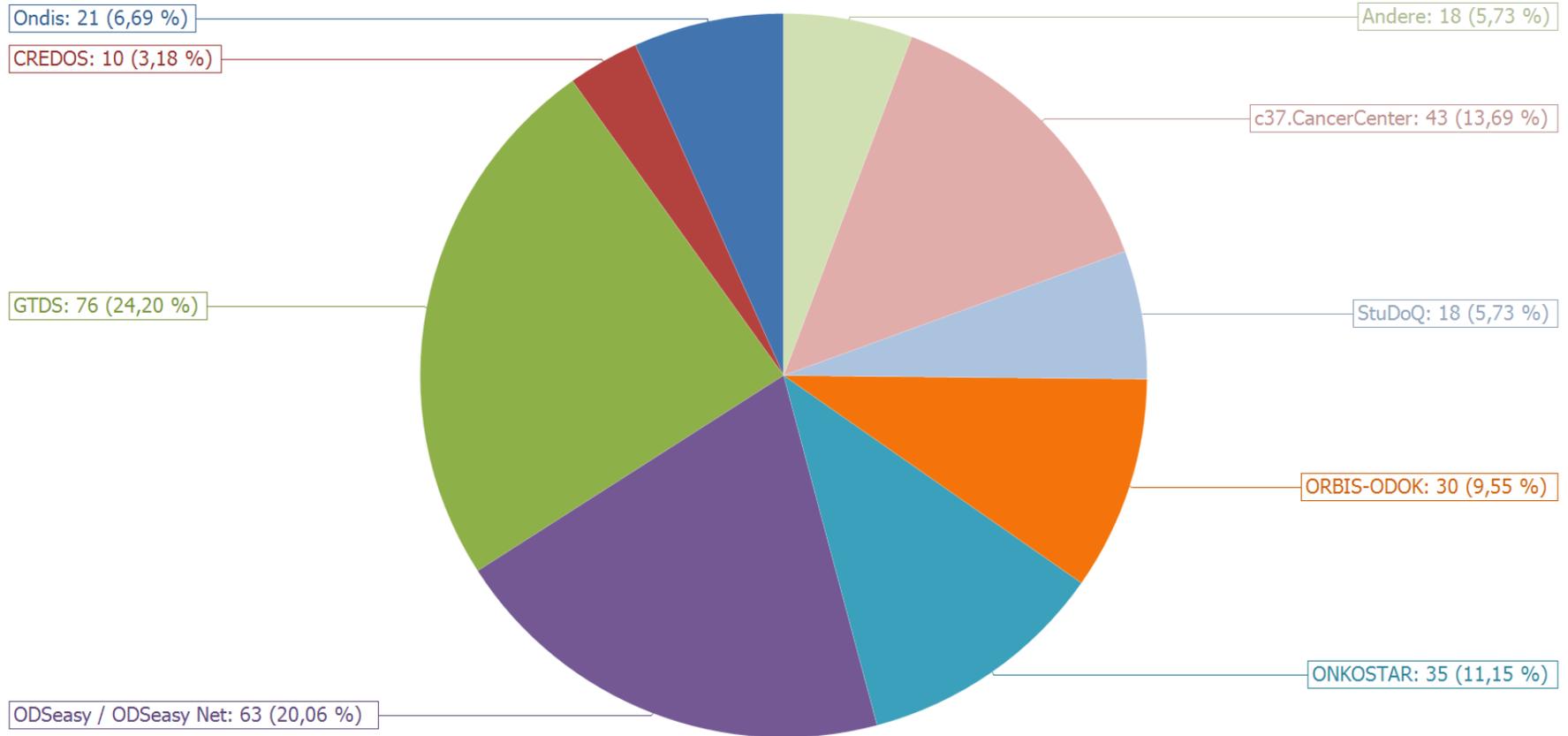
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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 314 der 321 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 4 Standorte, die im Jahr 2024 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend) und 2 Standorte mit einer Wiedereinsetzung im Jahr 2024. Zudem wurde 1 Standort nicht berücksichtigt, bei welchem zum Datenschluss am 31.01.2025 kein freigegebenes Datenblatt vorlag. In den 321 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 30.124 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2023. Sie stellen für die in 2024 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

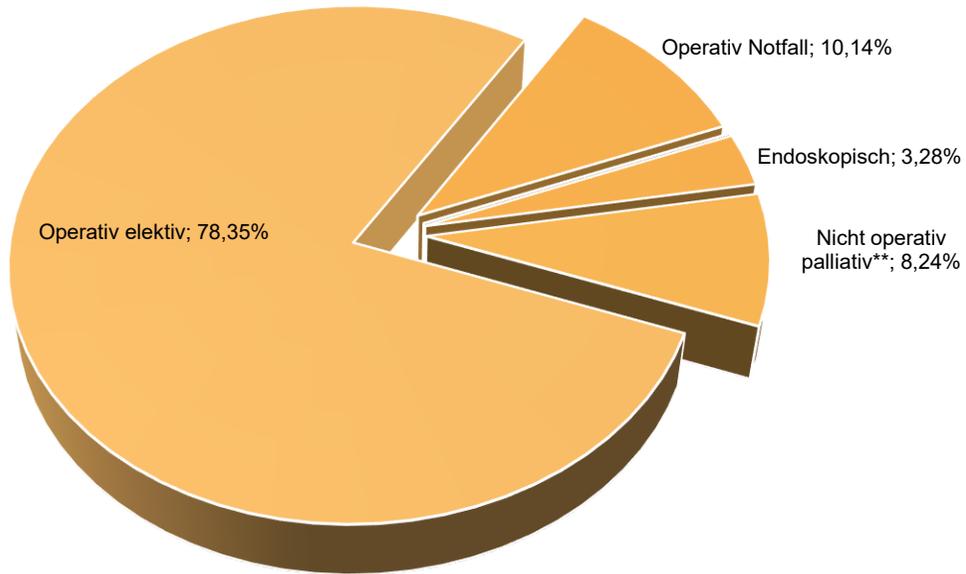


Legende:	
Andere	System in ≤ 4 Standorten genutzt

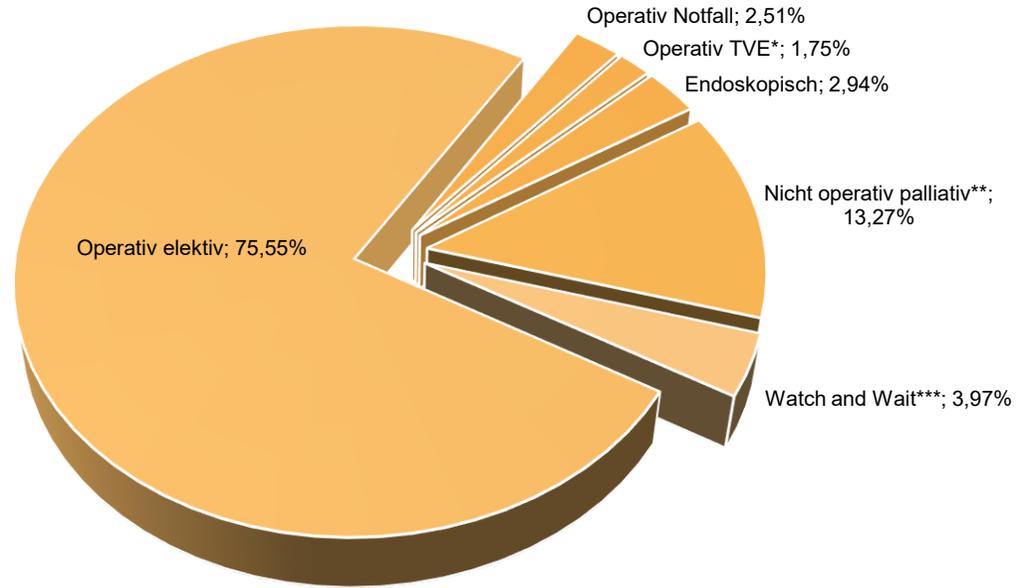
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten

Kolon



Rektum



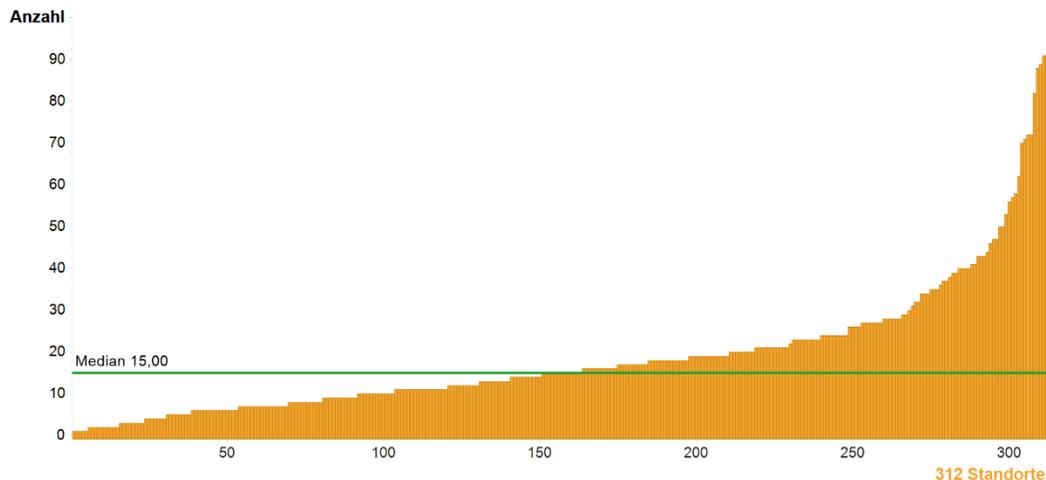
	Operativ elektiv	Operativ Notfall	Operativ TVE*	Endoskopisch	Nicht operativ palliativ**	Watch and Wait (Nicht operativ/ nicht endoskopisch kurativ)***	Gesamt
Kolon	15.165 (78,35%)	1.962 (10,14%)	---	634 (3,28%)	1.594 (8,24%)	---	19.355 (100%)
Rektum	7.707 (75,55%)	256 (2,51%)	179 (1,75%)	300 (2,94%)	1.354 (13,27%)	405 (3,97%)	10.201 (100%)
Primärfälle gesamt	22.872	2.218	179	934	2.948	405	29.556

* Operativ Transanale Vollwandexzision

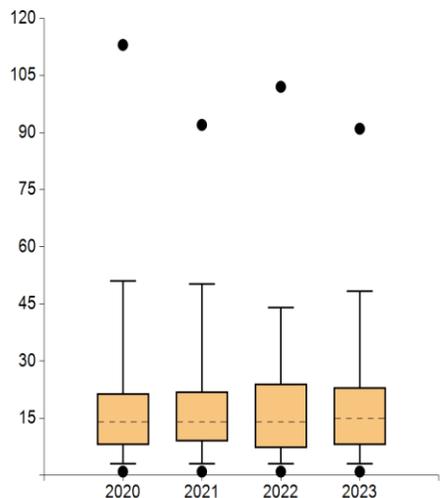
** Nicht operativ palliativ: Keine Tumorresektion; palliative Strahlen-/ Chemotherapie oder Best Supportive Care

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

1. Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	15	1 - 91	5805
	Keine Sollvorgabe			



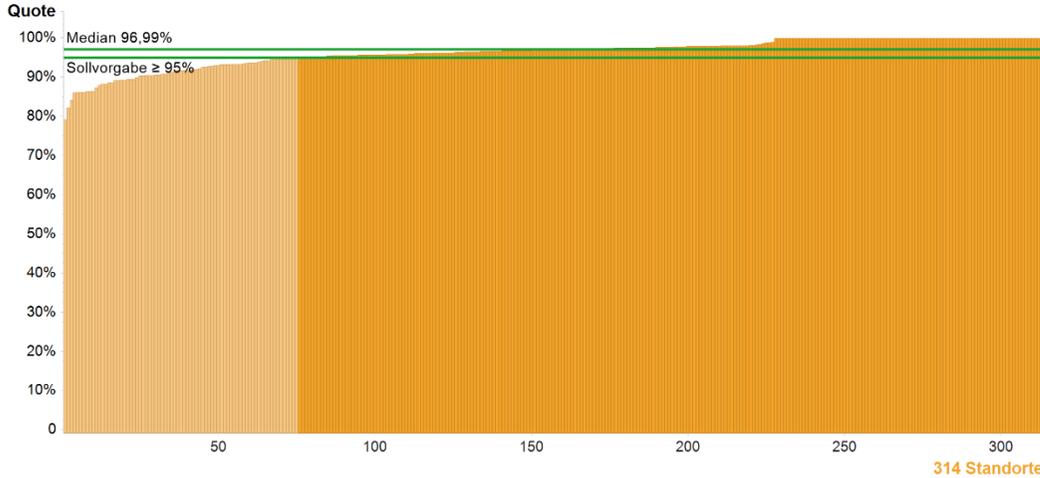
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	113,00	92,00	102,00	91,00
95. Perzentil	----	51,00	50,25	44,00	48,35
75. Perzentil	----	21,50	22,00	24,00	23,00
Median	----	14,00	14,00	14,00	15,00
25. Perzentil	----	8,00	9,00	7,25	8,00
5. Perzentil	----	3,00	3,00	3,00	3,00
Min	----	1,00	1,00	1,00	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
312	99,36%	----	----

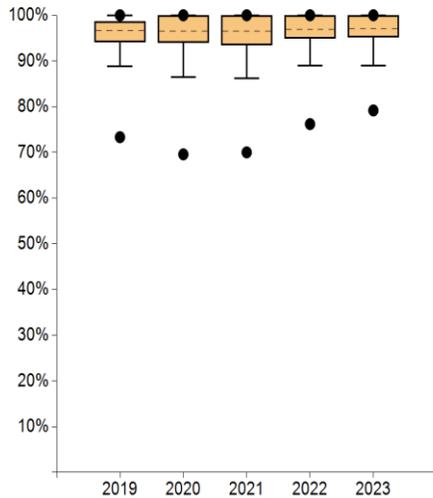
Anmerkungen:

Im aktuellen Kennzahlenjahr wurden an 312 Standorten (Vorjahr: 306; + 2,0 %) insgesamt 5.805 Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen dokumentiert (Vorjahr: 5.569; + 4,2 %). Pro Standort wurden im Median 15 Pat. therapiert (Vorjahr: 14, Spannweite: 1 – 91).

2a. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	38*	11 - 111	12488
Nenner	Elektive Pat. mit RK und alle elektiven Pat. mit KK Stad. IV	39*	11 - 125	12968
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	96,99%	79,17% - 100%	96,30%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,58%	100%	100%	100%	100%
Median	96,67%	96,55%	96,55%	96,88%	96,99%
25. Perzentil	94,09%	93,94%	93,48%	94,86%	95,18%
5. Perzentil	88,89%	86,42%	86,21%	88,97%	88,96%
Min	73,33%	69,57%	70,00%	76,19%	79,17%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	239	76,11%

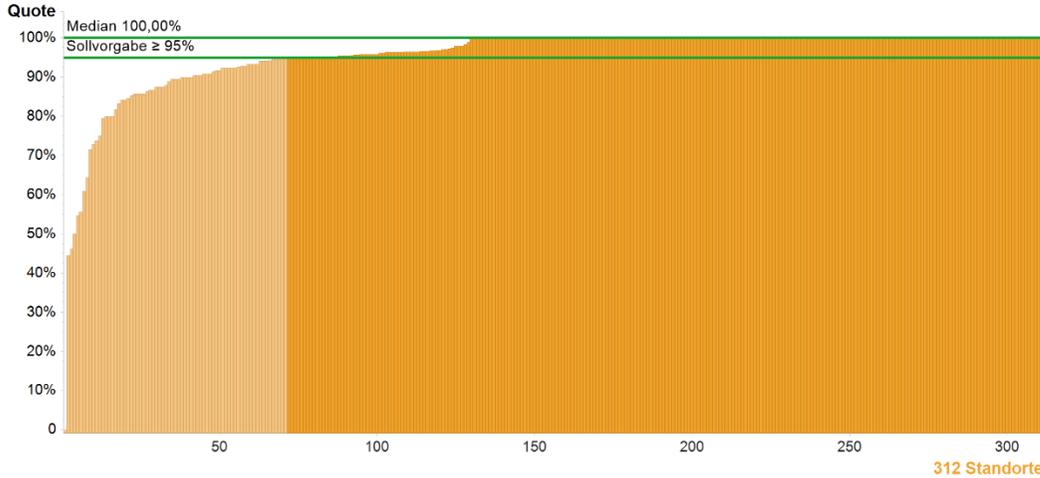
Anmerkungen:

Die Rate der prätherap. Fallvorstellungen ist mit einem Median von 97 % und einer Gesamtquote von 96,3 % stabil (Vorjahr: 96,9 u. 96,3%). 75 Zentren haben die SV unterschritten (Vorjahr: 80). 117x wurden Malignome o. Metastasen erst postop./-inter-ventionell erkannt. 37 Fälle waren präop. als Sigmakarzinom eingestuft und erst postop. als Rektumkarzinom diagnostiziert. 32x war eine dringliche Therapie notwendig, 24x wurde die Vorstellung (jeweils als Einzelfälle in Zentren) versäumt. Weitere Gründe waren externe Tumorkonferenzen (19x), frühe Todesfälle oder Therapieablehnung durch die Pat. Es wurden 10 Hinweise mit Empfehlungen zur verbindlichen Etablierung von Ad-hoc-Tumorkonferenzen, Optimierung des Stagings und zur erneuten Vorstellung extern zugewiesener Pat. in der klinikinternen Tumorkonferenz ausgesprochen.

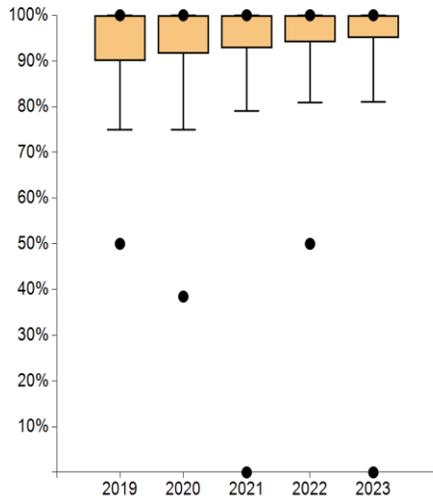
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

2b. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/ metachrone Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	14*	0 - 88	5552
Nenner	Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	15*	1 - 91	5805
Quote	Sollvorgabe \geq 95%	100%	0,00% - 100%	95,64%**



	2019	2020	2021	2022	2023
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	90,00%	91,67%	92,86%	94,12%	95,00%
5. Perzentil	75,00%	75,00%	79,06%	80,88%	81,00%
Min	50,00%	38,46%	0,00%	50,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
312	99,36%	241	77,24%

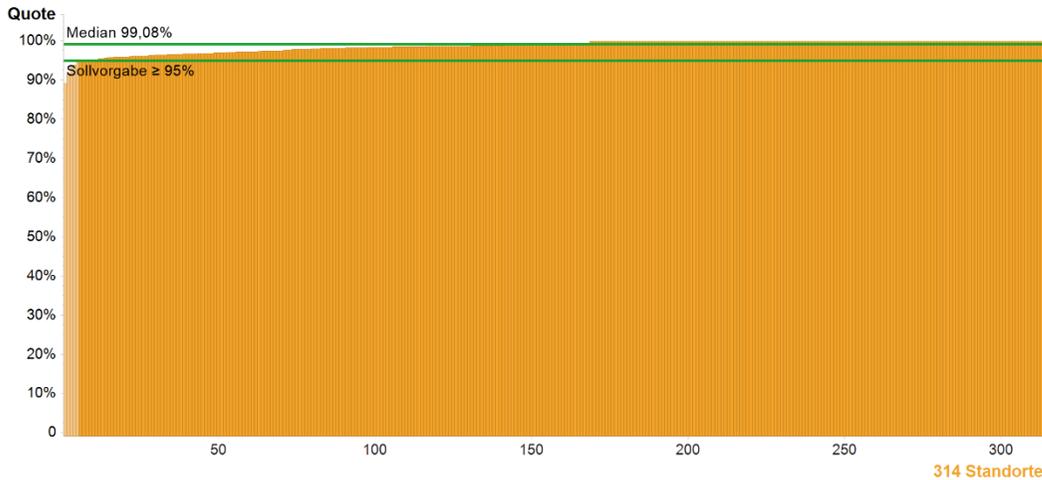
Anmerkungen:

Auf hohem Niveau hat sich bei einer Gesamtquote von 95,6% (Vorjahr 95,4%) auch in diesem Jahr der positive Trend fortgesetzt (Median 100%). 71 Standorte haben die SV unterschritten (Vorjahr: 77). Häufige Gründe waren Versäumnisse, oft im Rahmen von Schnittstellenproblemen (79x), intraop. Zufallsbefunde (21x), Notfalleingriffe (20x), palliative Situation oder fehlender Behandlungswunsch (22x), Tod der Pat. (10x) sowie externe Weiterbehandlung (10x). Die Zentren reagierten mit erneuten Schulungen in Qualitätszirkeln. Die FE sprachen 11 Hinweise sowie bei wiederholter Unterschreitung und fehlerhafter Dokumentation 2 Abweichungen aus.

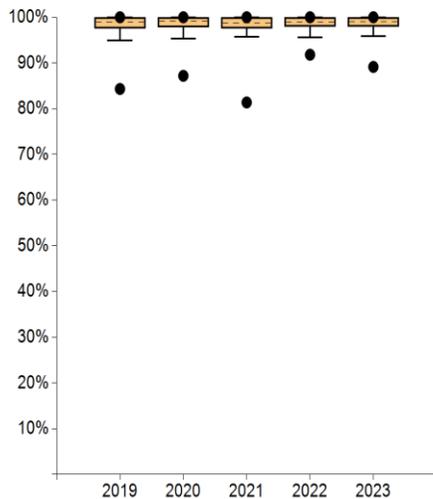
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	77*	36 - 248	25875
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	78*	37 - 248	26203
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	99,08%	89,13% - 100%	98,75%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	98,83%	99,14%	98,78%	98,90%	99,08%
25. Perzentil	97,59%	97,85%	97,53%	97,94%	97,96%
5. Perzentil	94,93%	95,31%	95,71%	95,61%	95,87%
Min	84,31%	87,18%	81,36%	91,80%	89,13%

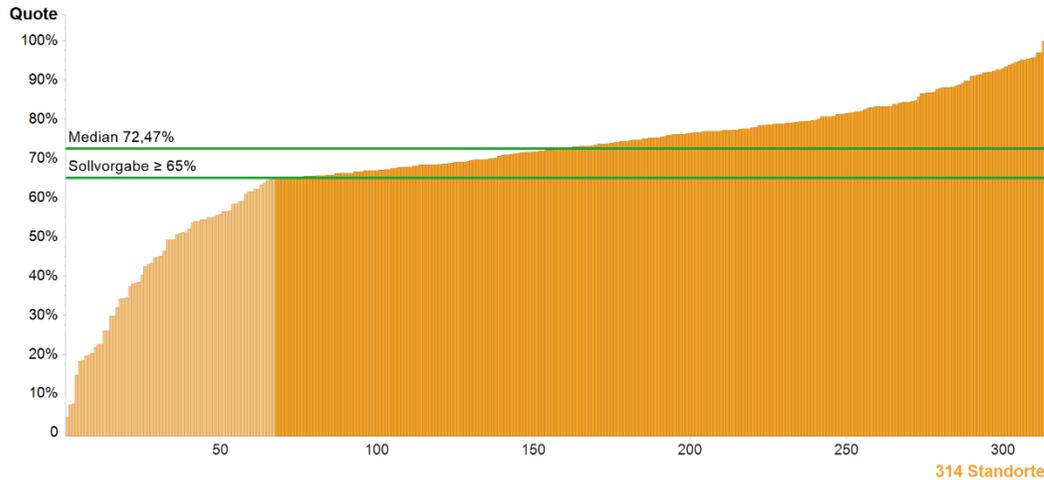
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	309	98,41%

Anmerkungen:

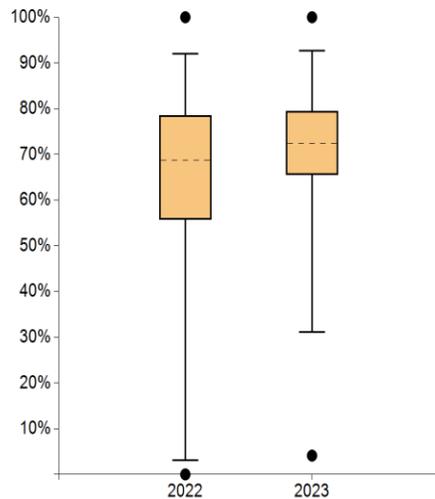
Auch im aktuellen Jahr zeigt sich eine gleichbleibend hohe Erfüllung der KeZa. Die Gesamtquote liegt bei 98,8% (Vorjahr: 98,6%), der Median bei 99,1% (Vorjahr: 98,9%). Nur 5 der 314 Standorte (Vorjahr: 8) haben die SV von ≥ 95 % unterschritten, während 146 Zentren eine Quote von 100 % erreichten (Vorjahr: 137). Als Gründe für Unterschreitungen nannten die Zentren v. a. früh verstorbene Pat. (19x), Versäumnisse (3x) bei therapeutischen Koloskopien (1x).

* 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. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	73*	3 - 240	24476
Nenner	Primärfälle Gesamt + Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	104*	42 - 314	35361
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	72,47%	4,11% - 100%	69,22%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	92,06%	92,66%
75. Perzentil	----	----	----	78,49%	79,43%
Median	----	----	----	68,75%	72,47%
25. Perzentil	----	----	----	55,81%	65,57%
5. Perzentil	----	----	----	3,03%	31,18%
Min	----	----	----	0,00%	4,11%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	247	78,66%

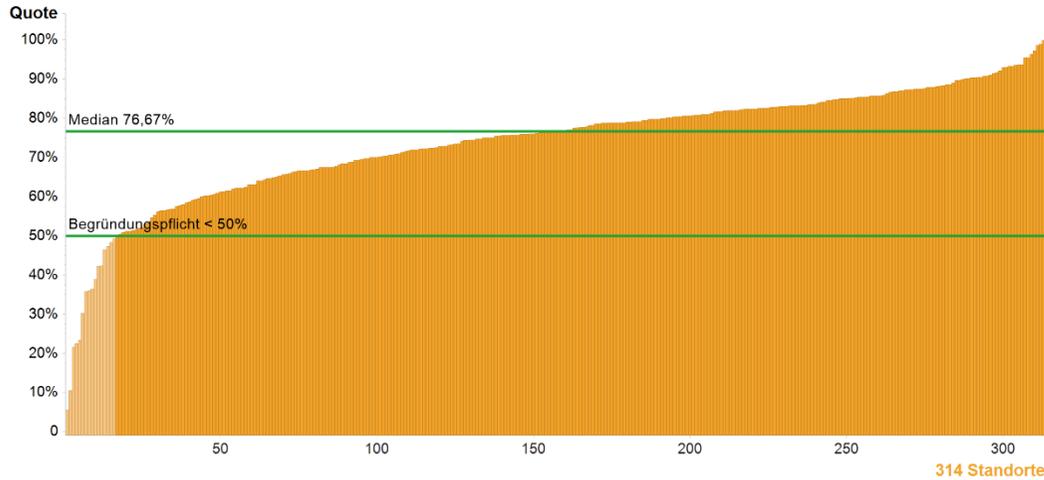
Anmerkungen:

Nach der Umstellung der psychoonkologischen Beratung auf ein strukturiertes Screening ist die Kennzahl erstmals obligat erfasst worden. Die Gesamtquote liegt bei 69,2% (Vorjahr: 62,0%), der Median bei 72,5%; dabei zeigt sich vor allem eine positive Entwicklung der unteren Perzentile. 67 Zentren (Vorjahr: 105) haben die SV unterschritten und nennen als Gründe fehlende Prozessregelungen (37x), Beratung statt strukturiertem Screening (9x), Personalengpässe (6x), Dokumentationsprobleme (5x) sowie digitale Lösungen im Aufbau (4x) genannt. Es wurden 20 Hinweise und 5 Abweichungen bei z.T. deutlicher Unterschreitung oder fehlenden Nachweisen für eingeleitete Maßnahmen ausgesprochen.

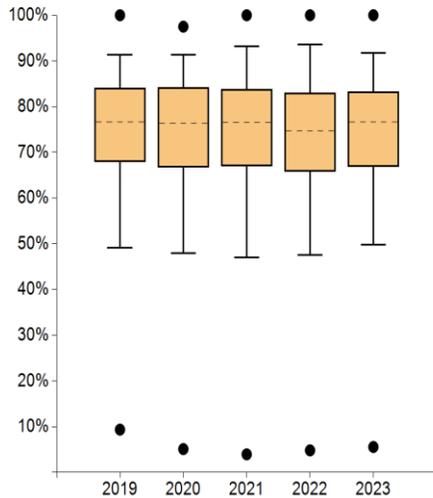
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	78*	5 - 242	25883
Nenner	Primärfälle Gesamt + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (=Kennzahl 1)	104*	42 - 314	35361
Quote	Begründungspflicht*** < 50%	76,67%	5,56% - 100%	73,20%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	97,50%	100%	100%	100%
95. Perzentil	91,28%	91,36%	93,24%	93,63%	91,80%
75. Perzentil	84,10%	84,21%	83,78%	82,97%	83,31%
Median	76,61%	76,36%	76,58%	74,63%	76,67%
25. Perzentil	67,93%	66,67%	66,96%	65,79%	66,86%
5. Perzentil	49,19%	48,00%	46,99%	47,60%	49,74%
Min	9,36%	5,10%	3,95%	4,82%	5,56%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	298	94,90%

Anmerkungen:

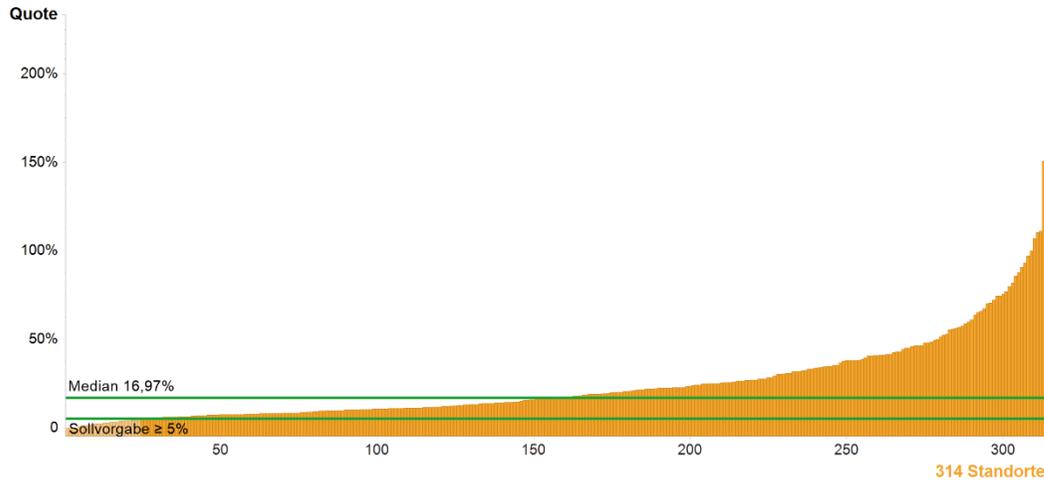
Im aktuellen Jahr liegt die Gesamtquote bei 73,2% (Vorjahr: 71,5%), der Median bei 76,7% (Vorjahr: 74,6%). Die Beratung durch den Sozialdienst zeigt sich insgesamt über die letzten 5 Jahre weitgehend konstant. 16 Zentren lagen unterhalb der Plausibilitätsgrenze (Vorjahr: 17), darunter 12 im Ausland, wo teils abweichende gesetzliche Rahmenbedingungen gelten. Weitere Gründe waren ein geringer Bedarf (3x) sowie Personalengpässe und organisatorische Schwierigkeiten (2x). Die Fachexperten sprachen teilweise Hinweise aus.

* 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.

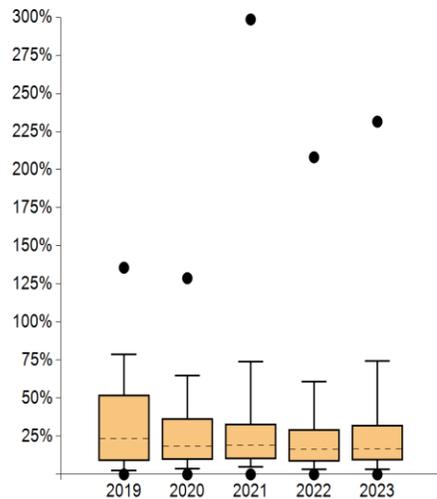
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

6. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden	15,5*	0 - 206	7286
Nenner	Primärfälle gesamt	88*	40 - 264	29556
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	16,97%	0,00% - 231,46%	24,65%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	135,64%	128,75%	298,53%	208,11%	231,46%
95. Perzentil	78,65%	64,96%	73,83%	60,79%	74,51%
75. Perzentil	52,28%	36,54%	32,95%	29,64%	32,20%
Median	23,63%	18,45%	19,09%	16,31%	16,97%
25. Perzentil	9,02%	9,68%	10,23%	8,36%	9,15%
5. Perzentil	2,61%	3,65%	4,79%	3,24%	3,36%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	290	92,36%

Anmerkungen:

Nach rückläufiger Studienquote in den letzten Jahren ist diese im aktuellen Kennzahlenjahr auf gesamter Spannweite wieder angestiegen: Die Gesamtquote liegt bei 24,7% (Vorjahr: 22,7%), der Median bei 17% (Vorjahr: 16,3%). 24 Zentren haben die SV unterschritten. Ursächlich wurden ein Mangel geeigneter Pat. für bestehende Studien (13x), ein sich noch im Aufbau befindliches Studienzentrum (4x) sowie Personalengpässe (3x) angegeben. Bei z.T. wiederholter Unterschreitung der KeZa oder Unterschreitung der Studienquote in mehreren Organsystemen von Onkol. Zentren wurden insgesamt 5 Abweichungen ausgesprochen sowie 4 Hinweise und 1 kritischer Hinweis. In vielen Fällen zeigen die Zentren bereits im aktuellen Jahr eine positive Tendenz infolge aktiver Bemühungen.

* 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.

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

Was ist der individuelle Jahresbericht?

Im individuellen Jahresbericht werden die standortspezifischen Zentrumsdaten abgebildet und in Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren im jeweiligen Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft gesetzt. Darüber hinaus wird die individuelle Entwicklung des Zentrums über den Verlauf der Zeit dargestellt.

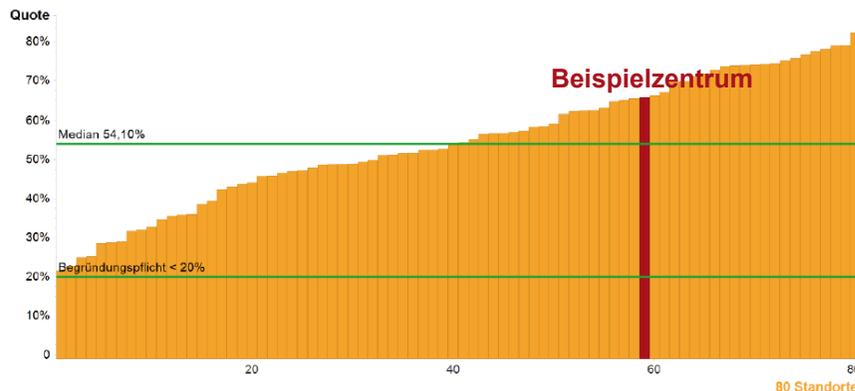
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkoziert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

Voraussetzung für die Erstellung des individuellen Jahresberichtes ist die Veröffentlichung des allgemeinen Jahresberichtes (Bekanntgabe u.a. auf www.onkoziert.de) sowie die Abbildung des eigenen Zentrums im allgemeinen Jahresbericht (beispielsweise sind Zentren mit Erstzertifizierung im Auditjahr nicht abgebildet).

Bei mehrstandortigen Zentren wird jeder Standort in einem eigenständigen individuellen Jahresbericht abgebildet.

Für Onkologische Zentren ist aktuell nur der allgemeine Jahresbericht verfügbar.



Beispielzentrum (roter Balken) im Vergleich zu den anderen zertifizierten Zentren

	Kennzahldefinition	Beispielzentrum				
		2019	2020	2021	2022	2023
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	219	263	220	240	237
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv (Lokal, regionale LK-Metastasen) und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	321	362	331	355	360
Quote	Begründungspflicht* <20%	68,22%	72,65%	66,47%	67,61%	65,83%

Individuelle Entwicklung des Beispielzentrums im Zeitverlauf

Auszug aus einem individuellen Jahresbericht (Kennzahl Beratung Sozialdienst)

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Wie kann man den individuellen Jahresbericht erhalten?

Der individuelle Jahresbericht wird elektronisch als PowerPoint-Datei auf der Plattform [Data-WhiteBox](#) zum Download bereitgestellt.

Der Zugang zu einem individuellen Jahresbericht unterscheidet sich je nach Zertifizierungssystem:

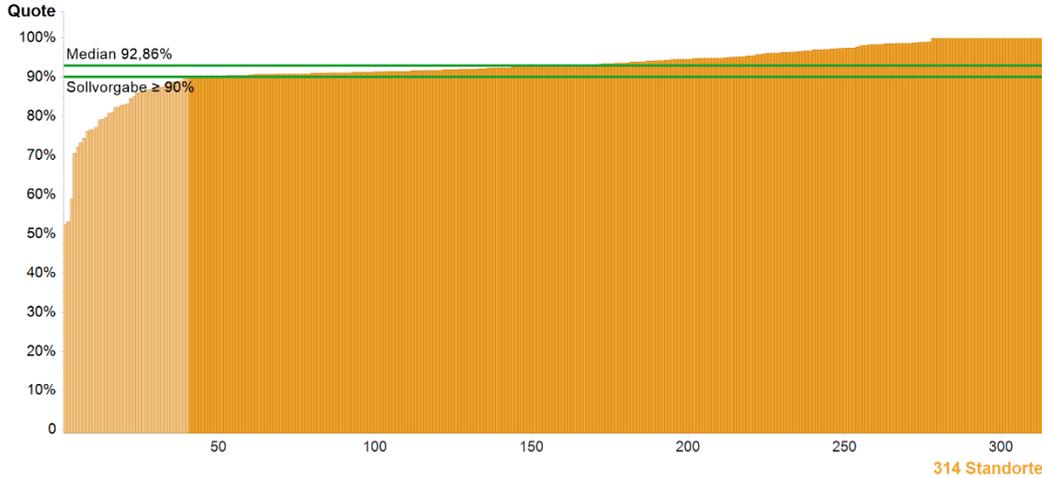
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- Auf Beschluss der jeweiligen Zertifizierungskommission wird der individuelle Jahresbericht für alle Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren bereitgestellt.
- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die Verfügbarkeit des jeweiligen individuellen Jahresberichtes informiert.
- Die Zugangsdaten zum Abruf des individuellen Jahresberichtes liegen der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination vor (einmalige Zusendung der Zugangsdaten).

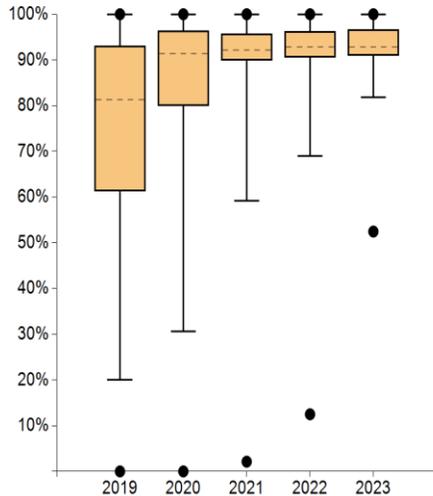
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- Die Zentren (Zentrumsleitung und Zentrumskoordination) werden per E-Mail durch OnkoZert über die grundsätzliche Verfügbarkeit der individuellen Jahresberichte informiert. Ab diesem Zeitpunkt kann ein individueller Jahresbericht optional kostenpflichtig bestellt werden.
- Das „Bestellformular Individueller Jahresbericht“ ist auf www.onkozert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich. Eine Bestellung ist nur durch Personen möglich, die bei OnkoZert als Ansprechpartner (z.B. Zentrumsleitung, Zentrumskoordination, QMB, etc.) registriert sind.
- Die Kosten für die jeweiligen individuellen Jahresberichte sind auf dem Formular aufgeführt.
- Die Erstelldauer beträgt nach Bestelleingang ca. 3 Wochen.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit ausgefülltem Pat.fragebogen (https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html unter dem Punkt Darmkrebs)	81,5*	25 - 260	27396
Nenner	Primärfälle gesamt	88*	40 - 264	29556
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	92,86%	52,46% - 100%	92,69%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	93,05%	96,33%	95,65%	96,30%	96,61%
Median	81,25%	91,30%	92,19%	92,83%	92,86%
25. Perzentil	61,33%	80,00%	89,87%	90,53%	90,94%
5. Perzentil	20,00%	30,56%	59,14%	68,98%	81,83%
Min	0,00%	0,00%	2,13%	12,50%	52,46%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	274	87,26%

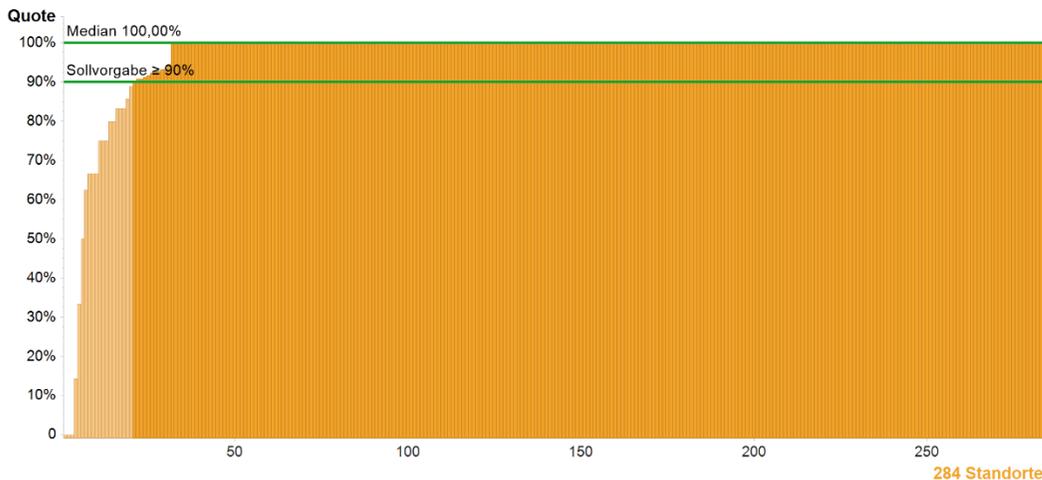
Anmerkungen:

Dieser LL-QI zeigt eine insgesamt positive Entwicklung mit steigender Gesamtquote (92,7%, Vorjahr 90,7%) und einer Verbesserung in den unteren Perzentilen (5. Perzentil 81,8 % (Vorjahr: 69,0%), Minimum 52,5% (Vorjahr: 12,5%)). 40 Zentren haben die SV unterschritten (Vorjahr: 55). Die Begründungen sind vielfältig (Demenz, Sprachbarrieren, Ablehnung durch Pat., Versterben), meist fehlt jedoch eine abteilungsübergreifend strukturierte Erfassung. Die Zentren haben mit IT-gestützten Pflichtfeldern, der Einführung bzw. Überarbeitung von SOPs, interdisziplinären Abstimmungen u. Schulungen reagiert. Die FE haben zahlreiche Hinweise, 1 kritischen Hinweis u. 1 Abweichung ausgesprochen.

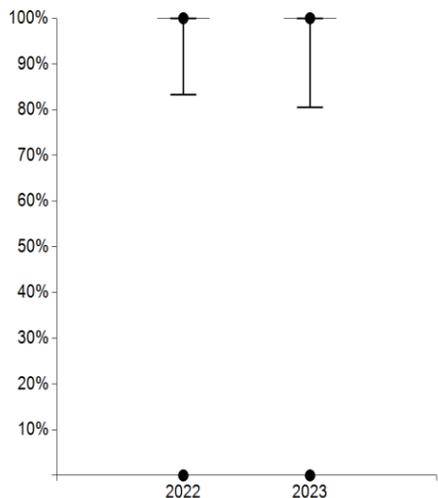
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

8. Genetische Beratung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, denen eine Vorstellung zur genetischen Beratung empfohlen wurde	3*	0 - 41	1276
Nenner	Primärfälle mit pos. Pat.fragebogen und MSI	3*	1 - 44	1319
Quote	Sollvorgabe \geq 90%	100%	0,00% - 100%	96,74%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%	100%
Median	----	----	----	100%	100%
25. Perzentil	----	----	----	100%	100%
5. Perzentil	----	----	----	83,33%	80,50%
Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
284	90,45%	264	92,96%

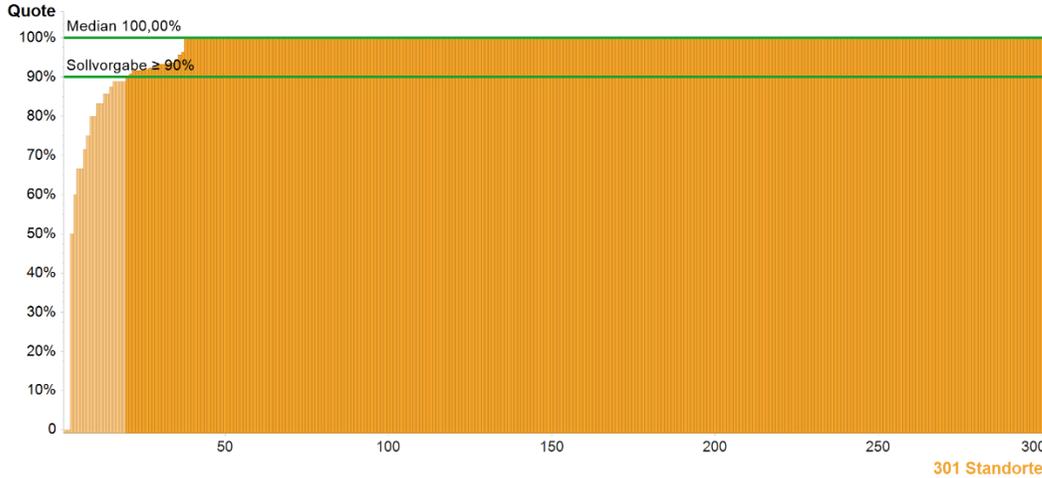
Anmerkungen:

Diese KeZa wird nach Modifikation nun im ersten Jahr obligat erfasst. Bis zur 25. Perzentile wird eine konsequente Empfehlung zur genetischen Beratung umgesetzt (100%). Wie im Vorjahr unterschritten 20 Zentren die SV. Begründet wurde vor allem mit Versäumnis (9x), Versterben der Pat. vor Empfehlung (5x), MLH1-Promotermethylierung (2x) sowie fehlende Angehörige (3x) angegeben. Z.T. lagen sehr geringe Fallzahlen im Nenner vor, sodass bereits einzelne Fälle zu einer Unterschreitung der SV führten. Es wurden 4 Hinweise ausgesprochen; in einem Fall wurde bei fehlender kritischer Auseinandersetzung mit der KeZa eine Abweichung erteilt.

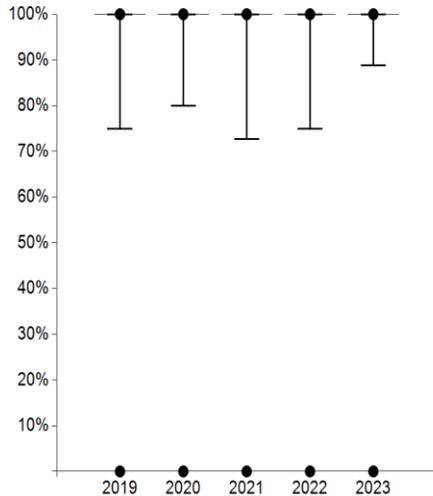
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

9. Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine	5*	0 - 26	1777
Nenner	Pat. mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre	5*	1 - 27	1822
Quote	Sollvorgabe \geq 90%	100%	0,00% - 100%	97,53%**



	2019	2020	2021	2022	2023
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	75,00%	80,00%	72,68%	75,00%	88,89%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	95,86%	282	93,69%

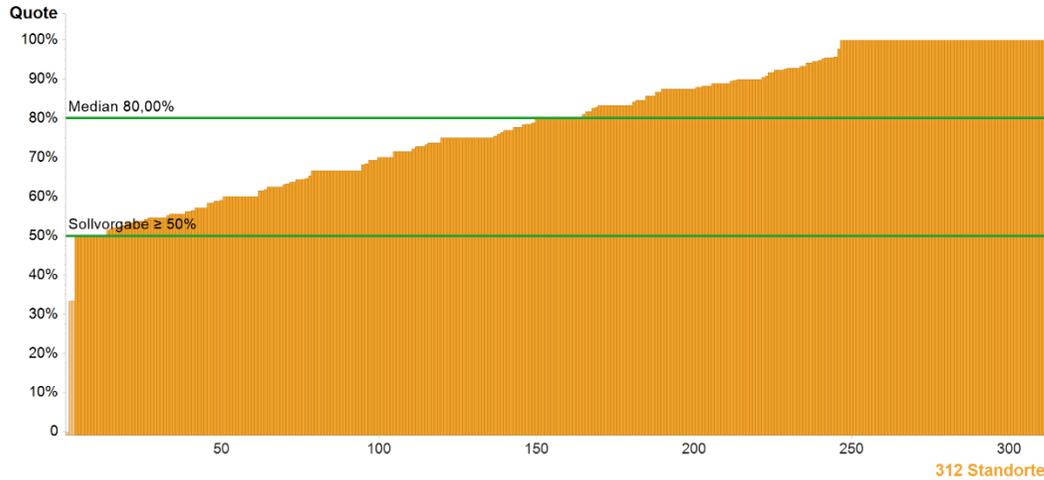
Anmerkungen:

Mit einer 25. Perzentile von 100% zeigt diese Kennzahl seit mehreren Jahren eine hohe Umsetzung. Im aktuellen Jahr ist sowohl die Gesamtquote als auch das 5. Perzentil erneut angestiegen. 19 Zentren haben die SV unterschritten (Vorjahr: 30). Als Gründe wurden v.a. fehlendes Tumormaterial infolge neoadjuvanter Therapie oder endoskopischer Abtragung (4*), schlechter Allgemeinzustand bzw. Versterben (3*) sowie Becherzellkarzinoide (2*) angegeben. Bei einzelnen Fällen kam es in den betroffenen Zentren auch zu Versäumnissen (10x).

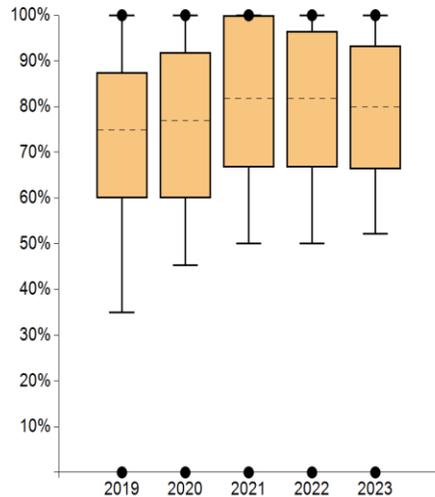
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** 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 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Bestimmung RAS- (= KRAS u. NRAS-Mutationen) sowie BRAF-Mutation zu Beginn der Erstlinientherapie	9*	0 - 95	3419
Nenner	Pat. mit metastasiertem KRK und systemischer Erstlinientherapie	11*	1 - 106	4354
Quote	Sollvorgabe \geq 50%	80,00%	0,00% - 100%	78,53%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	87,50%	91,92%	100%	96,56%	93,33%
Median	75,00%	76,92%	81,82%	81,82%	80,00%
25. Perzentil	60,00%	60,00%	66,67%	66,67%	66,35%
5. Perzentil	35,00%	45,30%	50,00%	50,00%	52,17%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
312	99,36%	309	99,04%

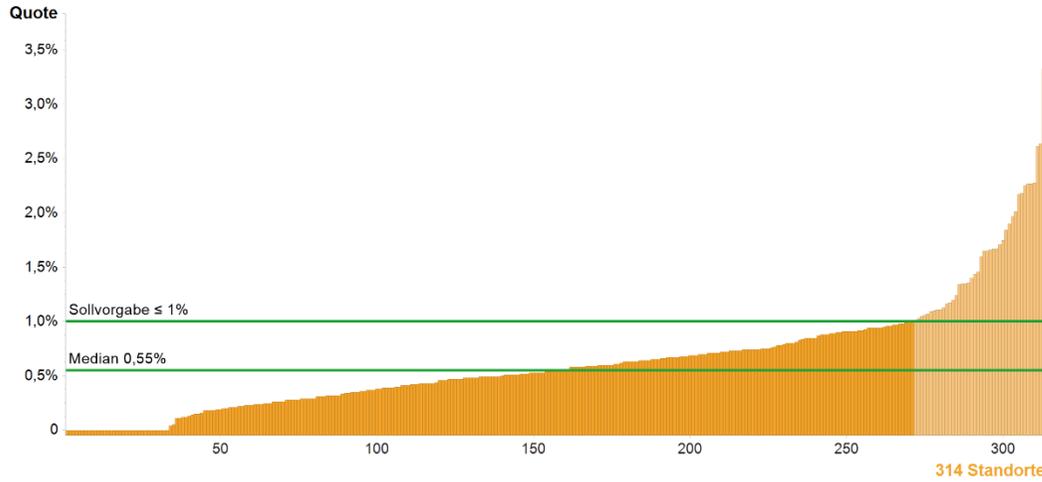
Anmerkungen:

Die Gesamtquote (78,5% (Vorjahr: 79,9%)), Median und 75. Perzentil dieses LL-QIs liegen im aktuellen KeZa Jahr leicht unter den Vorjahresergebnissen. Insgesamt hält sich die KeZa jedoch weitestgehend auf dem Niveau der Vorjahre. Nur 3 Zentren haben die SV unterschritten (Vorjahr: 7). Gründe sind v.a. ein später Befundeingang nach Therapiebeginn oder fehlende therapeutische Relevanz bei BSC. Die Fälle ließen sich in den Audits alle plausibilisieren, systematische Fehler lagen nicht vor.

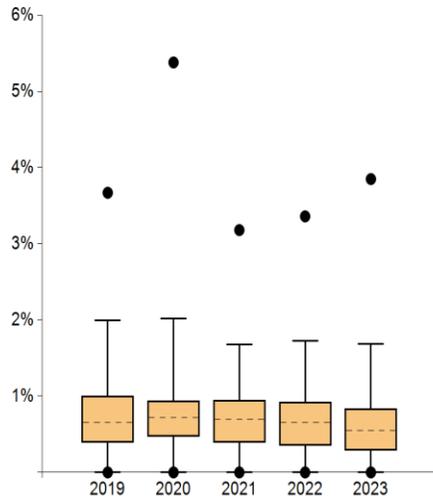
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

11. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		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 - 19	907
Nenner	Therapeutische Koloskopien mit Schlingenpolypektomien je koloskopierende Einheit (nicht nur Pat. DZ)	424,5*	112 - 4889	159263
Quote	Sollvorgabe ≤ 1%	0,55%	0,00% - 3,85%	0,57%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	3,67%	5,38%	3,18%	3,36%	3,85%
95. Perzentil	1,99%	2,02%	1,68%	1,73%	1,68%
75. Perzentil	1,00%	0,94%	0,95%	0,93%	0,84%
Median	0,66%	0,72%	0,69%	0,66%	0,55%
25. Perzentil	0,39%	0,47%	0,39%	0,35%	0,29%
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	%
314	100,00%	271	86,31%

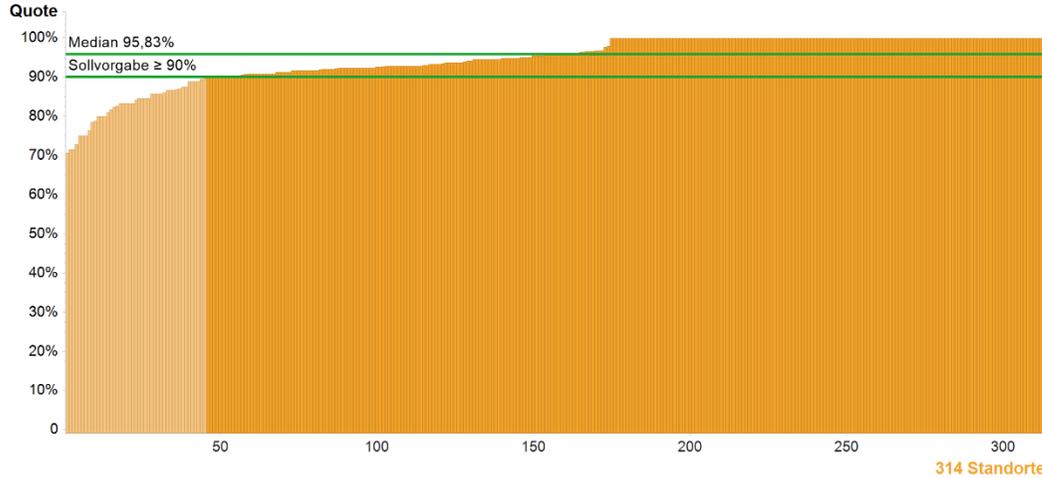
Anmerkungen:

Die Komplikationsrate nach therapeutischer Koloskopie zeigt eine positive Entwicklung und erreicht mit einer Gesamtquote von 0,57% (Vorjahr: 0,64%) und einem Median von 0,55% die bislang niedrigsten Werte der letzten 5 Jahre. 43 Zentren hatten Quoten > 1% (Vorjahr: 59), davon begründeten 15 Zentren die Komplikationsrate mit einer hohen Fallkomplexität durch ambulant nicht koloskopierbare Befunde. Es wurden 7 Hinweise ausgesprochen, u. a. zur verstärkten Anwendung prophylaktischer Maßnahmen wie Clipping.

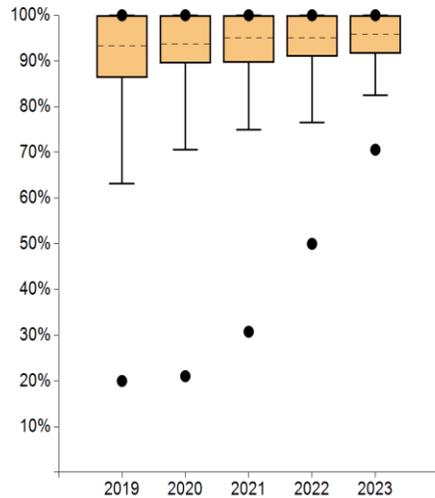
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	16*	2 - 69	5437
Nenner	Pat. mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	17*	2 - 76	5768
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	95,83%	70,59% - 100%	94,26%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	93,33%	93,75%	95,00%	95,00%	95,83%
25. Perzentil	86,36%	89,47%	89,58%	90,91%	91,67%
5. Perzentil	63,12%	70,59%	75,00%	76,58%	82,52%
Min	20,00%	21,05%	30,77%	50,00%	70,59%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	269	85,67%

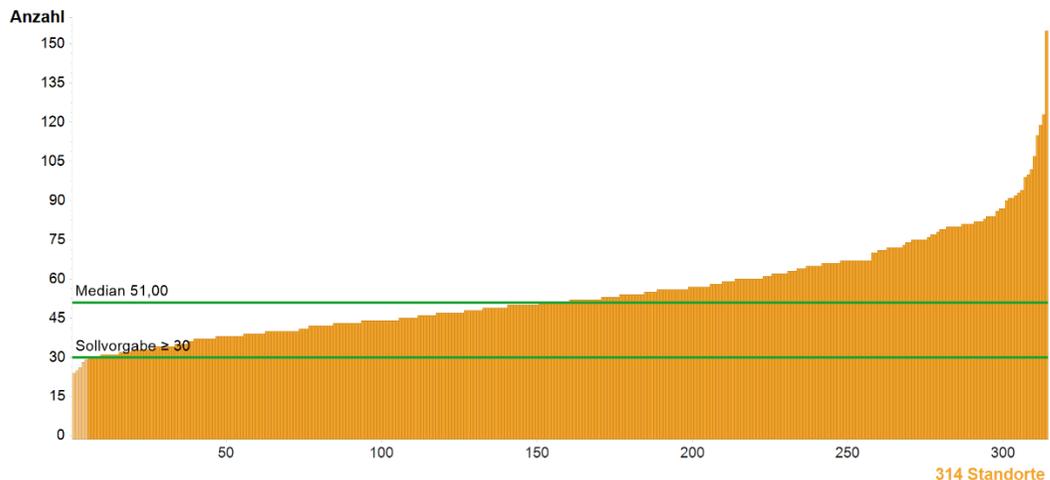
Anmerkungen:

Bei der Erfüllung dieses LL-QIs ist eine stetige Verbesserung über die letzten Jahre hinweg erkennbar. 45 Zentren haben die SV unterschritten (Vorjahr: 57). Hauptgründe waren fehlende Tumordarstellung nach endoskopischer Abtragung oder neoadjuvanter Therapie (44x) sowie fehlende Abstandsmessung bei externer Bildgebung (25x). Weitere Ursachen waren Artefakte (19x) und Versäumnisse (14x). Mehrere Zentren führten Rücksprachen mit (externen) Radiologien und Qualitätszirkel durch.

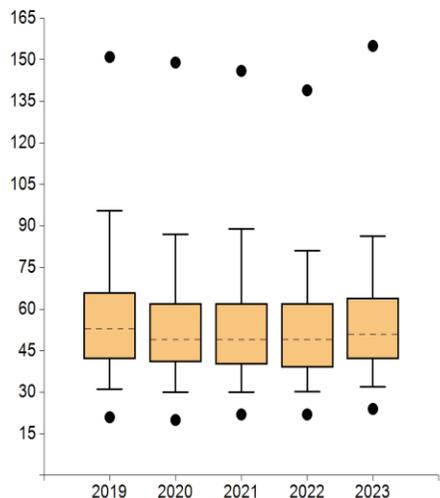
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

13. Operative Primärfälle Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Kolon	51	24 - 155	17127
	Sollvorgabe ≥ 30			



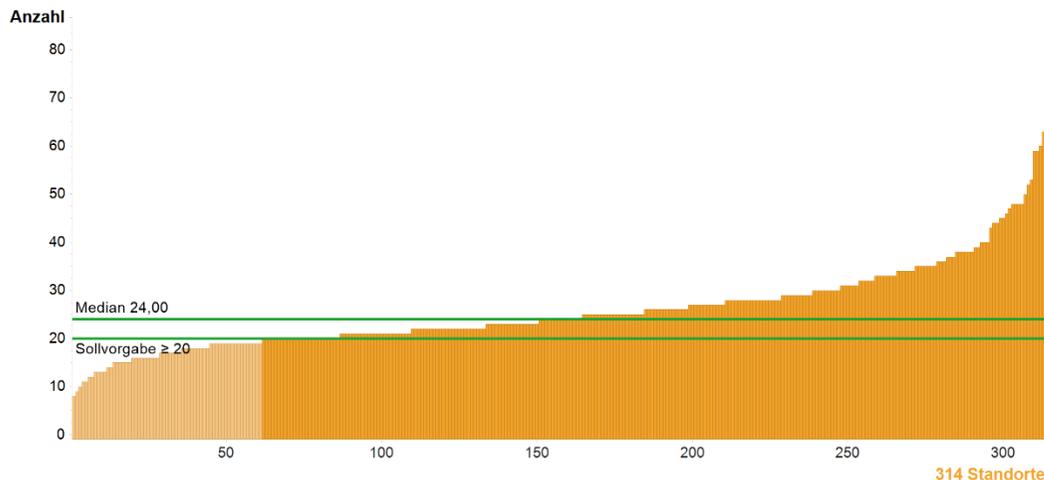
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	151,00	149,00	146,00	139,00	155,00
95. Perzentil	95,50	87,00	89,00	81,00	86,35
75. Perzentil	66,00	62,00	62,00	62,00	64,00
Median	53,00	49,00	49,00	49,00	51,00
25. Perzentil	42,00	41,00	40,00	39,00	42,00
5. Perzentil	31,00	30,00	30,00	30,25	32,00
Min	21,00	20,00	22,00	22,00	24,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	309	98,41%

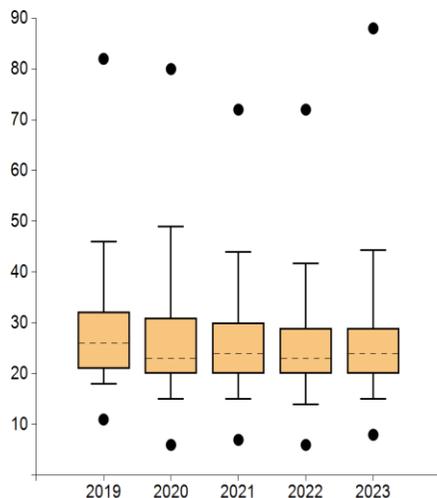
Anmerkungen:

Erstmals kommt es nach Rückgang der operativen Fallzahlen der letzten Jahre zu einer Zunahme über alle Perzentilen hinweg. Die Gesamtfallzahl stieg um 6,9% (Vorjahr: 15.806 Resektionen). 5 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 9). Die Zentren konnten hierfür keine klare Ursache identifizieren. Sie reagierten u. a. mit Neustrukturierungen der Endoskopie sowie Einweiserveranstaltungen und konnten z.T. von einem Anstieg der Fallzahlen im Jahr 2024 berichten. Alle 5 betroffenen Zentren befanden sich im Überwachungsaudit und hatten die SV in den Vorjahren erfüllt. 4 der 5 Zentren unterschritten zusätzlich auch die SV bei den Rektumresektionen. Es wurden keine Abweichungen ausgesprochen.

14. Operative Primärfälle Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Rektum (inkl. TVE)	24	8 - 88	8142
	Sollvorgabe ≥ 20			



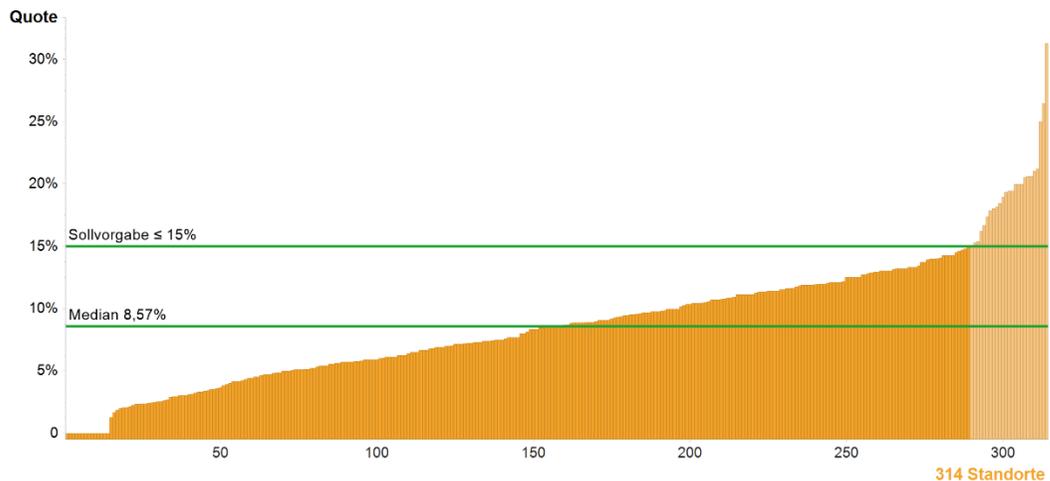
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	82,00	80,00	72,00	72,00	88,00
95. Perzentil	46,00	49,00	44,00	41,75	44,35
75. Perzentil	32,25	31,00	30,00	29,00	29,00
Median	26,00	23,00	24,00	23,00	24,00
25. Perzentil	21,00	20,00	20,00	20,00	20,00
5. Perzentil	18,00	15,00	15,00	14,00	15,00
Min	11,00	6,00	7,00	6,00	8,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	253	80,57%

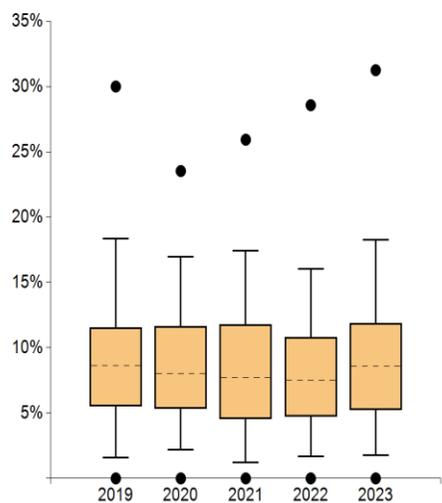
Anmerkungen:

Auch die Fallzahl der operativen Primärfälle Rektum ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen (+5,5%): 61 Zentren haben < 20 Resektionen durchgeführt. Die Ursachen blieben in vielen Fällen unklar, vereinzelt wurden starker Wettbewerb im Einzugsgebiet oder ein Chefarztwechsel benannt. 40 der betroffenen Zentren befanden sich im Überwachungsaudit, 21 im Wiederholaudit. Es wurden Maßnahmen wie Öffentlichkeitsarbeit, strukturelle Anpassungen und eine gezielte Zuweisungspflege eingeleitet. 5 Abweichungen wurden ausgesprochen, insbesondere bei z.T. deutlicher oder wiederholter Unterschreitung der SV.

15. Revisions-OPs Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		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)	4*	0 - 16	1301
Nenner	Elektive Kolon-Operationen	46*	17 - 151	15165
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	8,57%	0,00% - 31,25%	8,58%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	30,00%	23,53%	25,93%	28,57%	31,25%
95. Perzentil	18,37%	16,98%	17,41%	16,05%	18,26%
75. Perzentil	11,54%	11,63%	11,76%	10,81%	11,89%
Median	8,62%	8,05%	7,69%	7,53%	8,57%
25. Perzentil	5,53%	5,36%	4,55%	4,76%	5,26%
5. Perzentil	1,59%	2,17%	1,21%	1,67%	1,79%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	289	92,04%

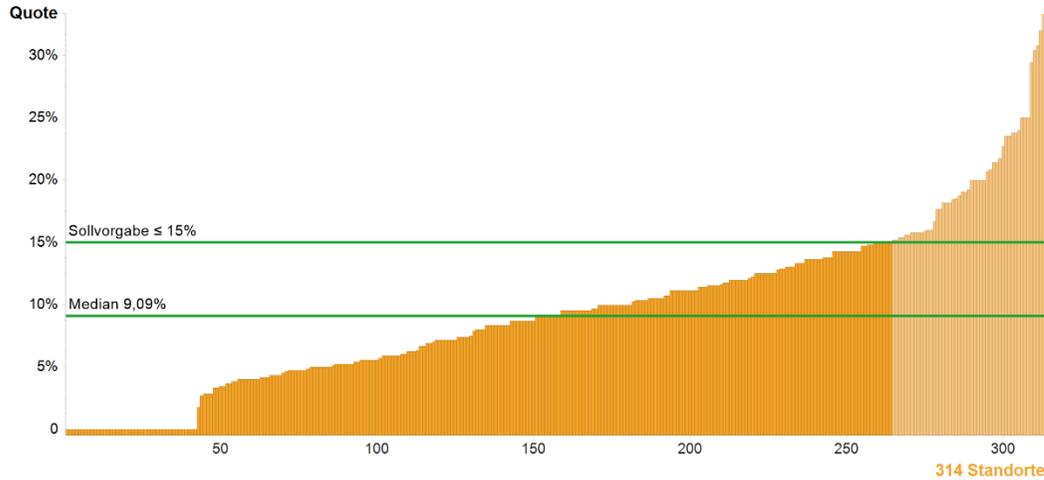
Anmerkungen:

Im aktuellen KeZa-Jahr ist die Revisionsrate nach Kolonresektionen ggü. dem Vorjahr über alle Perzentilen hinweg sowie im Median leicht angestiegen. 25 Zentren hatten eine Revisionsrate > 15%, in 14 Zentren lag die Rate bei 0%. Als häufigste Gründe für Revisionsoperationen wurden Anastomosensuffizienzen (73x) genannt, gefolgt von Fasziendehiszenzen/Platzbauch (34x), postoperativem Ileus (18x) und Wundheilungsstörungen (15x). Die Zentren reagierten z.T. mit der Anpassung der Anastomosentechnik oder einer Überarbeitung des Hygienekonzepts. Die FE sprachen 5 Hinweise, 1 kritischen Hinweis sowie 3 Abweichungen aus; letztere bei wiederholter Überschreitung bzw. gleichzeitiger Überschreitung der Rate an Anastomosensuffizienzen.

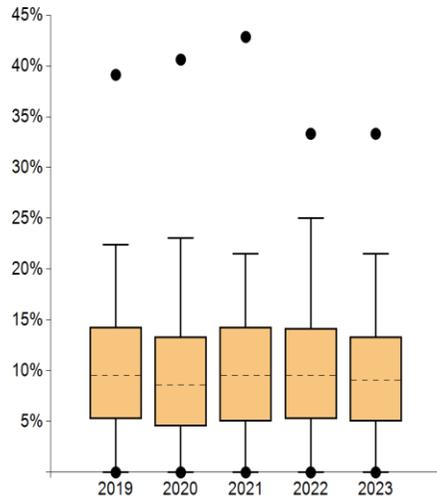
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

16. Revisions-OPs Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		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, endoskopische Einlage Vakuumschwamm)	2*	0 - 11	736
Nenner	Elektive Rektum-Operationen (ohne TVE)	22,5*	8 - 86	7707
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	9,09%	0,00% - 33,33%	9,55%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	39,13%	40,63%	42,86%	33,33%	33,33%
95. Perzentil	22,44%	23,08%	21,49%	25,00%	21,54%
75. Perzentil	14,29%	13,33%	14,29%	14,17%	13,33%
Median	9,52%	8,57%	9,52%	9,52%	9,09%
25. Perzentil	5,26%	4,55%	5,00%	5,26%	5,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	264	84,08%

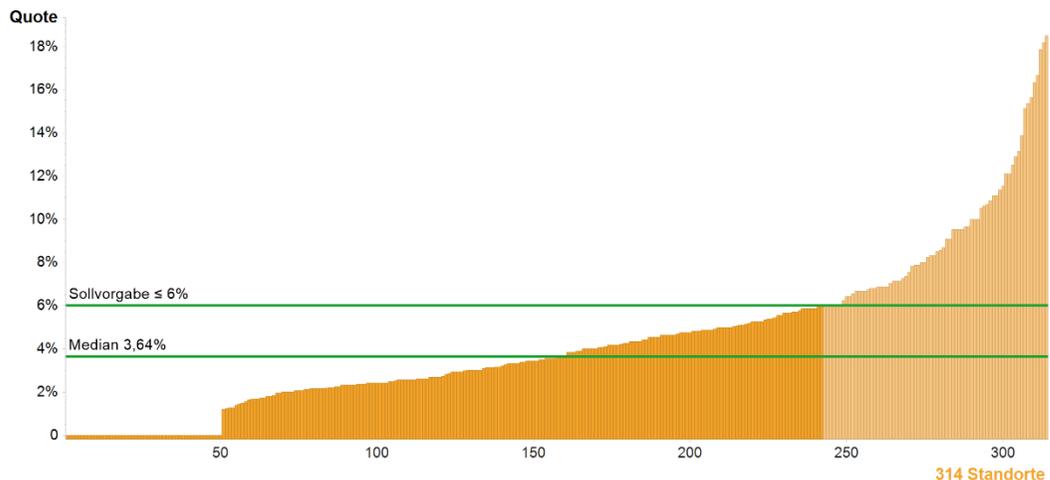
Anmerkungen:

Die Revisionsrate nach Rektumresektionen ist im aktuellen Jahr weitestgehend stabil (Gesamtquote 9,6%; Vorjahr: 9,8%). Die Zahl der Zentren mit Quoten > 15% ist von 61 auf 50 gefallen. Häufigste Gründe für Revisionen waren Anastomoseninsuff. (65x), Ileus (26x), Nachblutungen (25x), Wundheilungsstörungen (22x), Fasziendehiszenzen (15x), perinealen Wundheilungsstörungen (14x), Stomarevisionen (12x) und Abszessen/intraabd. Verhalten (11x). Es wurden 7 Hinweise, 1 kritischer Hinweis und 4 Abweichungen ausgesprochen (bei gleichzeitiger Überschreitung der Anastomoseninsuff.raten, bzw. wiederholter Überschreitung). Die Zentren reagierten mit Anpassung von OP-Techniken, Einführung von ICG-Messungen und Umstellungen von Hygienekonzepten.

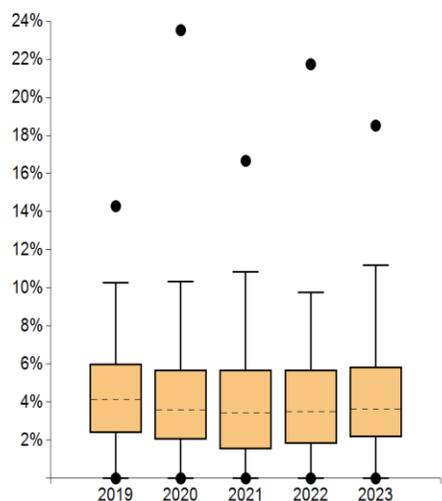
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

17. Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Re-Interventionsbedürftigen Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach Eingriffen	2*	0 - 9	617
Nenner	Pat. mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	43,5*	17 - 149	14589
Quote	Sollvorgabe ≤ 6%	3,64%	0,00% - 18,52%	4,23%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	14,29%	23,53%	16,67%	21,74%	18,52%
95. Perzentil	10,28%	10,34%	10,85%	9,76%	11,20%
75. Perzentil	6,00%	5,71%	5,71%	5,71%	5,85%
Median	4,13%	3,61%	3,45%	3,50%	3,64%
25. Perzentil	2,38%	2,04%	1,54%	1,83%	2,17%
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	%
314	100,00%	242	77,07%

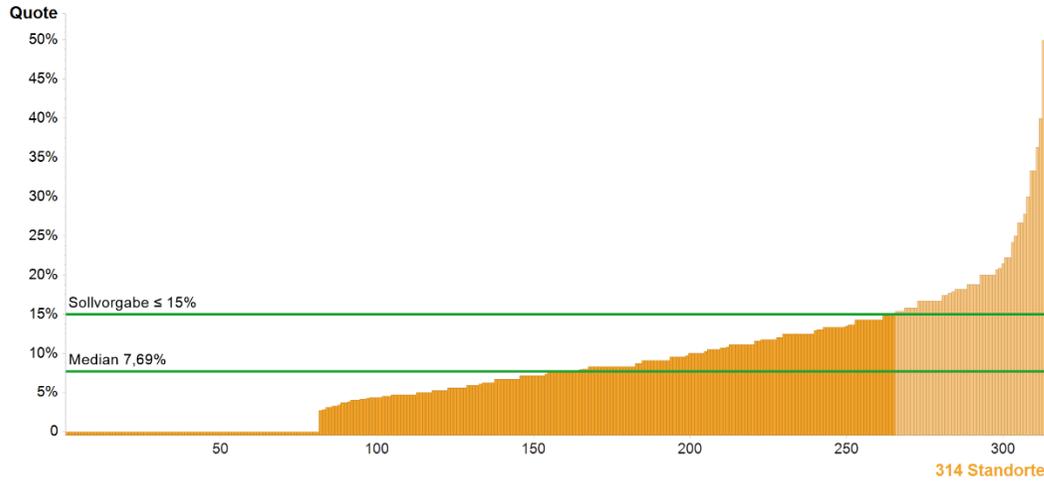
Anmerkungen:

Die Insuffizienzrate liegt im aktuellen Jahr mit 4,2% diskret über dem Vorjahreswert (4,0%); auch der Median ist auf 3,6% leicht angestiegen. In 50 Zentren ist keine Insuff. aufgetreten, in 72 lag die Quote < 6%. In diese Zentren konnten u.a. Pat.-seitige Risikofaktoren wie ein erhöhtes Alter u/o Komorbiditäten identifiziert werden. Die Zentren haben u.a. mit Überprüfung der perioperativen Behandlungskonzept, Anastomosentechnik, Wechsel des Stapler-Systems und konsequenter ICG-Messung reagiert. Durch die FE wurden 10 Hinweise, 1 kritischer Hinweis sowie 4 Abweichungen bei z.T. unkritischem Umgang mit den Insuffizienzraten ausgesprochen.

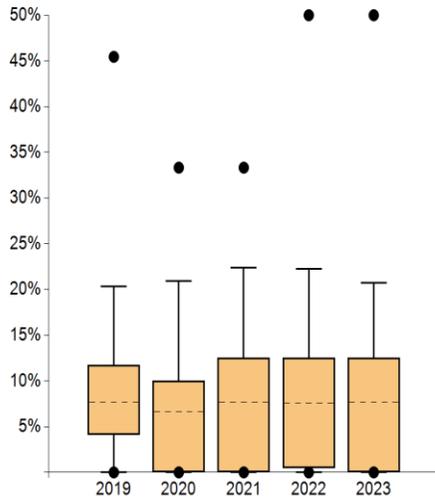
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

18. Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		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	467
Nenner	Pat. mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde (ohne TVE)	17*	4 - 67	5711
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	7,69%	0,00% - 50,00%	8,18%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	45,45%	33,33%	33,33%	50,00%	50,00%
95. Perzentil	20,36%	20,93%	22,39%	22,22%	20,74%
75. Perzentil	11,76%	10,00%	12,50%	12,50%	12,50%
Median	7,69%	6,67%	7,69%	7,55%	7,69%
25. Perzentil	4,13%	0,00%	0,00%	0,49%	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	%
314	100,00%	265	84,39%

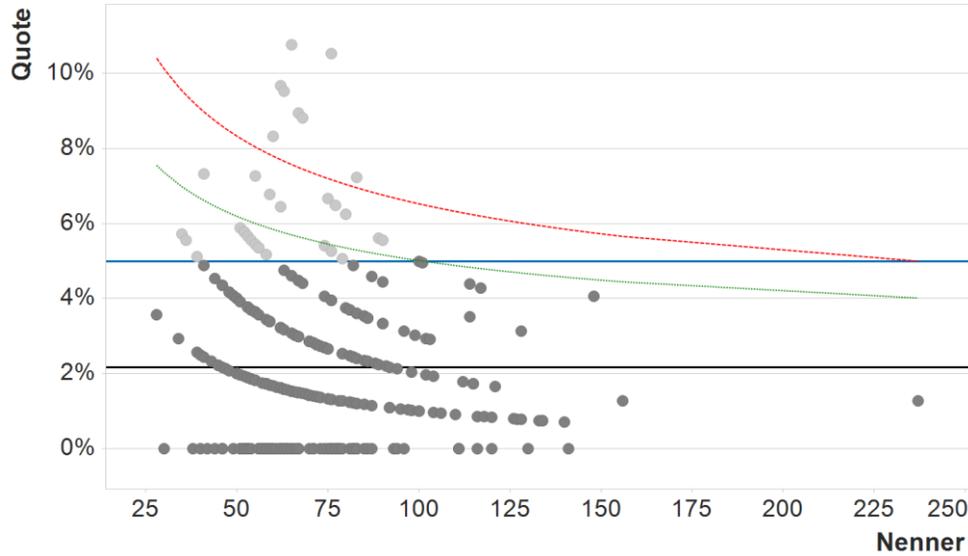
Anmerkungen:

Im aktuellen Keze-Jahr liegt die Rate der Anastomoseninsuff. nach Rektumresektion wie im Vorjahr bei 8,2%; der Median beträgt 7,7% (Vorjahr: 7,6%). Damit bleibt die Entwicklung stabil auf dem Niveau der Vorjahre. Insgesamt haben wie im Vorjahr 49 Zentren eine Rate > 15%, 81 Zentren hatten eine von 0%. Als Gründe wurden am häufigsten Risikokonstellationen durch Komorbiditäten (22x), neoadjuvante Therapien (20x) sowie fortgeschrittene Tumorstadien (10x) angegeben. In 40 Fällen blieben die Ursachen unklar. Es wurden 15 Hinweise, 2 kritische Hinweise und 4 Abweichungen (bei z.T. gleichzeitiger Überschreitung der Revisionsraten) ausgesprochen.

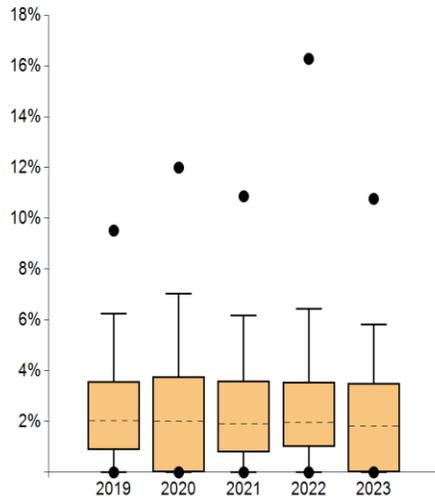
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

19. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	1*	0 - 8	495
Nenner	Elektiv operierte Pat. (ohne TVE)	68*	28 - 237	22872
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	1,82%	0,00% - 10,77%	2,16%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	9,52%	12,00%	10,87%	16,28%	10,77%
95. Perzentil	6,25%	7,04%	6,18%	6,43%	5,81%
75. Perzentil	3,57%	3,77%	3,60%	3,56%	3,51%
Median	2,04%	2,00%	1,92%	1,95%	1,82%
25. Perzentil	0,89%	0,00%	0,80%	1,01%	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	%
314	100,00%	282	89,81%

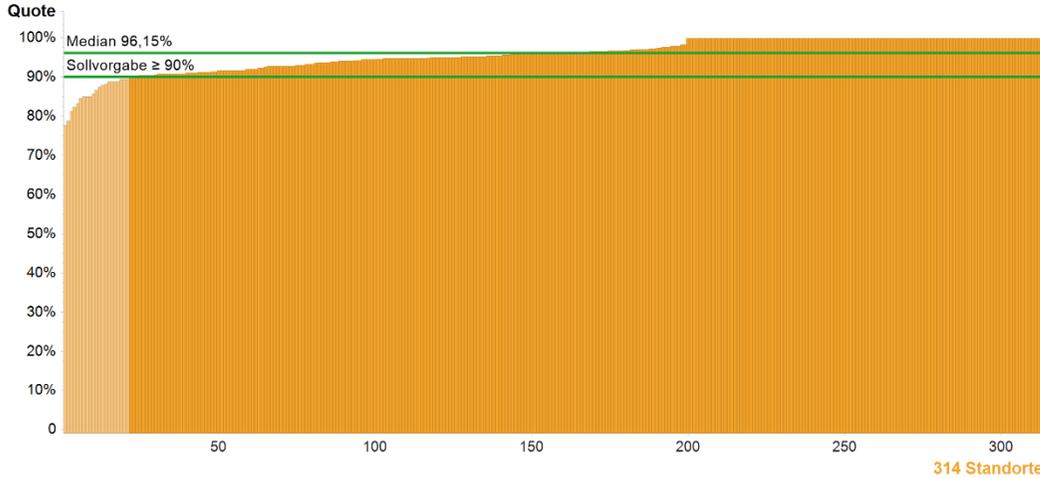
Anmerkungen:

Bei der 30-Tage-Mortalitätsrate zeigt sich mit einer Gesamtquote von 2,2% eine Verbesserung im Vgl zum Vorjahr (2,4%). An 82 Zentren verstarben keine Pat. innerhalb von 30d nach elektiver Operation (Vorjahr: 72). Als Todesursachen wurden u.a. abdominelle und pneumogene Septitiden, u.a. auch infolge von Anastomoseinsuffizienzen, kardiopulmonale Dekompensationen oder auch Akutereignisse wie Myokardinfarkte und Lungenarterienembolien genannt. Die Zentren haben die Verläufe in M+M bzw. Einzelfallanalysen aufgearbeitet. In den Audits wurden durch die FE keine Abweichungen, jedoch 4 Hinweise ausgesprochen.

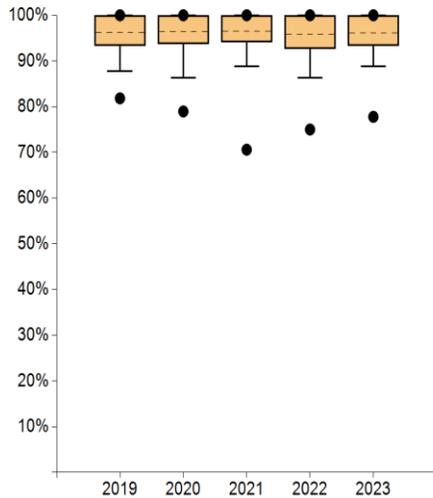
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

20. Lokale R0-Resektionen Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit lokalem R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	22*	8 - 81	7398
Nenner	Elektive Rektum-OPs (operativ) (ohne TVE)	22,5*	8 - 86	7707
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	96,15%	77,78% - 100%	95,99%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	96,30%	96,43%	96,55%	95,83%	96,15%
25. Perzentil	93,27%	93,75%	94,12%	92,66%	93,33%
5. Perzentil	87,79%	86,36%	88,89%	86,33%	88,89%
Min	81,82%	78,95%	70,59%	75,00%	77,78%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	293	93,31%

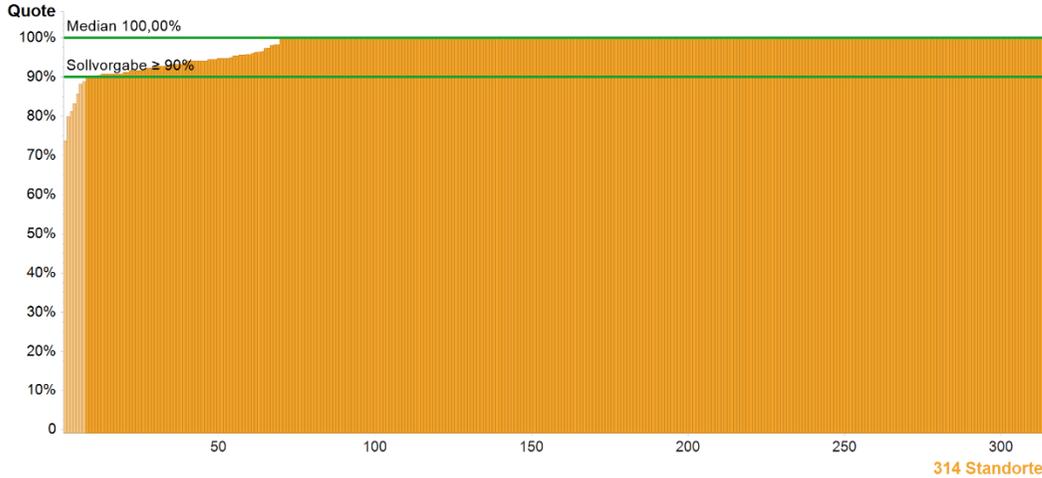
Anmerkungen:

Die Rate lokaler R0-Resektionen liegt mit einer Gesamtquote von 95,99% auf hohem Niveau. Der Median beträgt 96,15%, auch die Perzentilen steigen im Vergleich zum Vorjahr leicht an. 21 Zentren haben die Sollvorgabe unterschritten. Häufige Ursachen sind fortgeschrittene Tumoren mit Infiltration der Beckenwand oder Prostata, Ovar, Vagina, Harnblase sowie CRM-positive Befunde. Vereinzelt wurden Tumorperforationen mit Abszessen oder Blutungen genannt. Abweichungen wurden nicht ausgesprochen, die wenigen Hinweise bezogen sich auf technisch bedingte Limitationen, die im Audit plausibilisiert wurden.

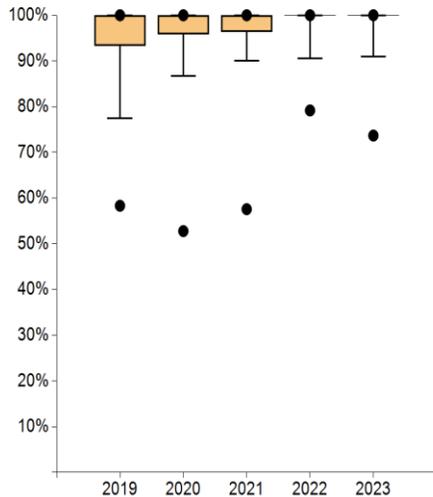
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

21. Anzeichnung Stomaposition (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	16*	2 - 59	5428
Nenner	Pat. mit RK, bei denen eine elektive Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde (ohne TVE)	16*	2 - 60	5524
Quote	Sollvorgabe \geq 90%	100%	73,68% - 100%	98,26%**



	2019	2020	2021	2022	2023
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	93,33%	95,83%	96,43%	100%	100%
5. Perzentil	77,51%	86,67%	90,00%	90,52%	90,91%
Min	58,33%	52,78%	57,58%	79,17%	73,68%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	307	97,77%

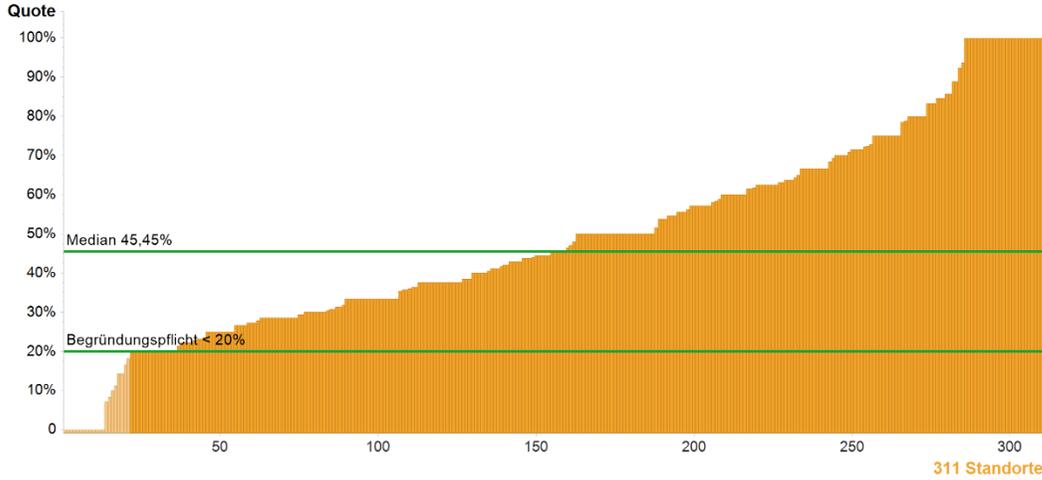
Anmerkungen:

Die Kennzahl zeigt sich erneut auf sehr hohem Niveau: Die Gesamtquote steigt auf 98,26% (Vorjahr: 97,81%), die 25. Perzentile liegt weiterhin bei 100%. 7 Zentren haben die Sollvorgabe unterschritten (Vorjahr 12). Die Ursachen betreffen überwiegend Dokumentationsdefizite oder organisatorische Versäumnisse. Vereinzelt erfolgte nur eine Stomaumwandlung oder die Stomaanlage erfolgte unerwartet intraoperativ. Es wurde 1 Abweichung ausgesprochen (Vorjahr: kritischer Hinweis), in 2 Fällen erfolgten Hinweise bei Dokumentationsdefiziten.

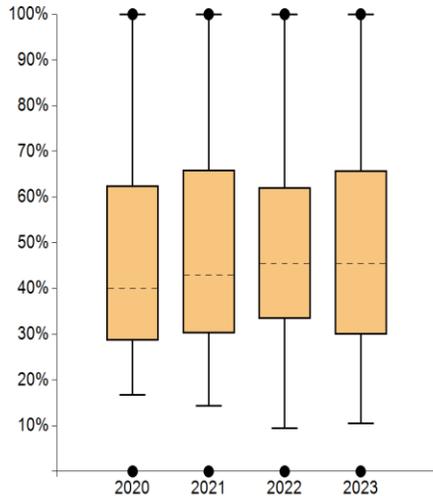
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

22a. Lebermetastasenresektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine Lebermetastasenresektion erhalten haben	4*	0 - 45	1632
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 - 47	3371
Quote	Begründungspflicht*** <20%	45,45%	0,00% - 100%	48,41%**



	2019	2020	2021	2022	2023
● Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	62,50%	65,95%	62,05%	65,84%
Median	----	40,00%	42,86%	45,45%	45,45%
25. Perzentil	----	28,57%	30,22%	33,33%	30,00%
5. Perzentil	----	16,67%	14,29%	9,39%	10,56%
● Min	----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
311	99,04%	290	93,25%

Anmerkungen:

Die Quote der Lebermetastasenresektionen steigt leicht auf 48,4% (Vorjahr: 47,9%). Bei 18 Zentren bestand eine Begründungspflicht (Vorjahr: 25). Häufigste Ursachen waren diffuse oder multilokuläre Lebermetastasierung (74 x) sowie technisch irresektable Befunde aufgrund der Lage (12 x). In 5 Fällen lehnten die Pat. die Resektion ab, 4 Pat. verstarben vor geplanter OP.

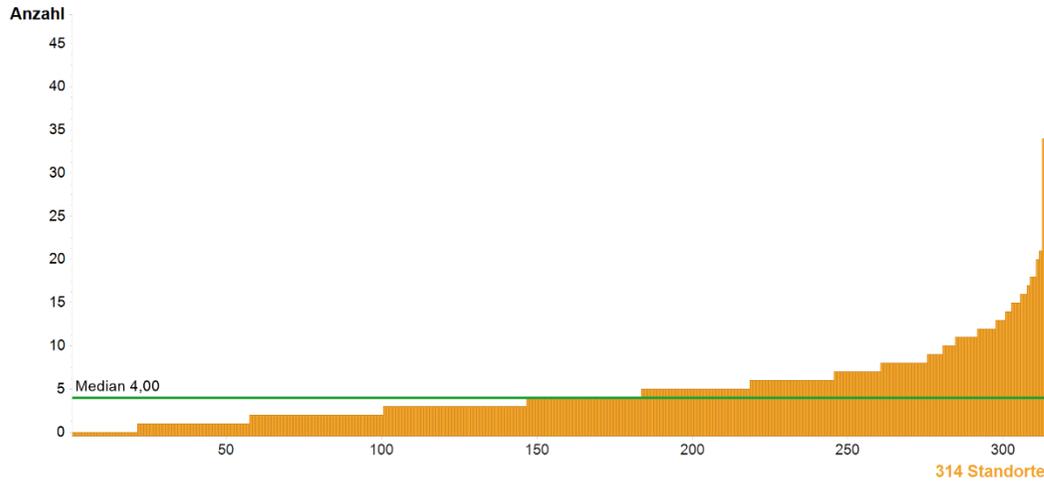
Die Angaben wurden im Rahmen der Audits auf Plausibilität geprüft. Abweichungen wurden nicht ausgesprochen.

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

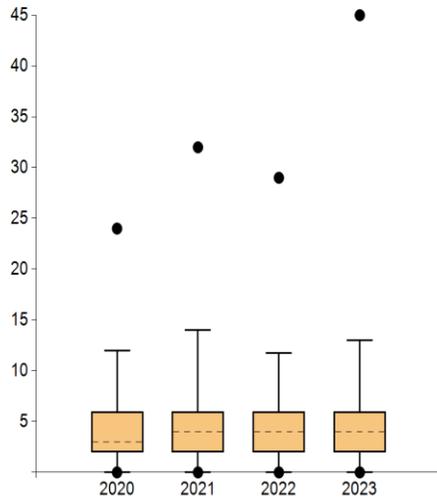
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

22b. Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 22a)	4	0 - 45	1521
	Keine Sollvorgabe			



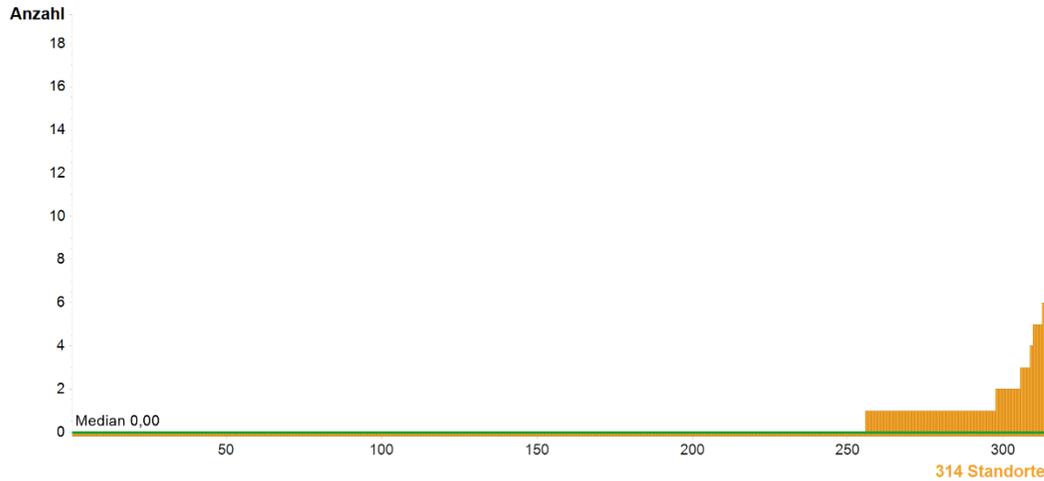
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	24,00	32,00	29,00	45,00
95. Perzentil	----	12,00	14,00	11,75	13,00
75. Perzentil	----	6,00	6,00	6,00	6,00
Median	----	3,00	4,00	4,00	4,00
25. Perzentil	----	2,00	2,00	2,00	2,00
5. Perzentil	----	0,00	0,00	0,00	0,00
Min	----	0,00	0,00	0,00	0,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	----	----

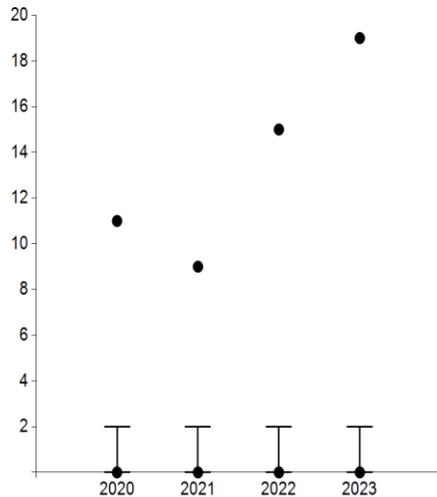
Anmerkungen:

Die Teilkennzahl zeigt eine stabile Entwicklung mit konstantem Median und unteren Perzentilen. Oberes Perzentil und Maximum steigen leicht an. Insgesamt wurden 1.521 Lebermetastasenresektionen am operativen Standort durchgeführt (Vorjahr: 1.425; + 6,7%).

22c. Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 22a)	0	0 - 19	111
	Keine Sollvorgabe			



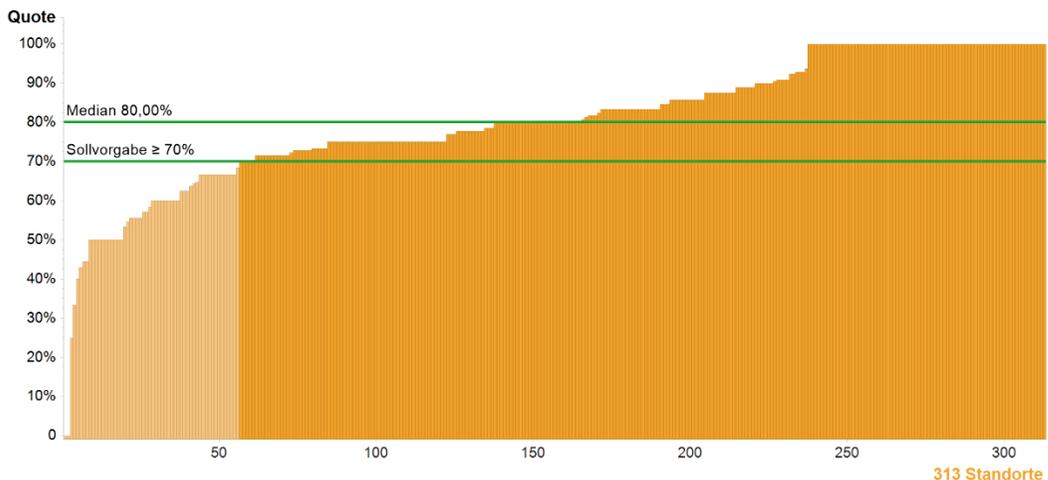
	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	11,00	9,00	15,00	19,00
95. Perzentil	----	2,00	2,00	2,00	2,00
75. Perzentil	----	0,00	0,00	0,00	0,00
Median	----	0,00	0,00	0,00	0,00
25. Perzentil	----	0,00	0,00	0,00	0,00
5. Perzentil	----	0,00	0,00	0,00	0,00
Min	----	0,00	0,00	0,00	0,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	----	----

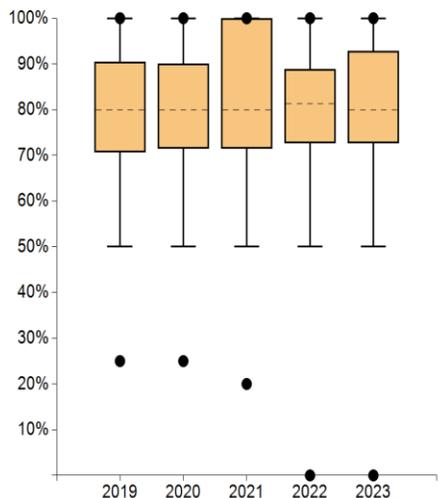
Anmerkungen:

Die Teilkenzahl bleibt im Vergleich zum Vorjahr nahezu unverändert: 59 Zentren (Vorjahr: 46) verweisen Patienten zur Lebermetastasenresektion an ein externes Haus. Insgesamt wurden 111 Resektionen außerhalb des operativen Standortes durchgeführt (Vorjahr: 112), das entspricht 6,8% aller Lebermetastasenresektionen (Vorjahr: 7,3%). Der Median bleibt bei 0, das Maximum steigt von 15 auf 19 Fälle.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	6*	0 - 21	2009
Nenner	Pat. ≤ 75 Jahre mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	8*	1 - 26	2512
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	80,00%	0,00% - 100%	79,98%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	90,46%	90,00%	100%	88,89%	92,86%
Median	80,00%	80,00%	80,00%	81,25%	80,00%
25. Perzentil	70,72%	71,43%	71,43%	72,73%	72,73%
5. Perzentil	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Min	25,00%	25,00%	20,00%	0,00%	0,00%

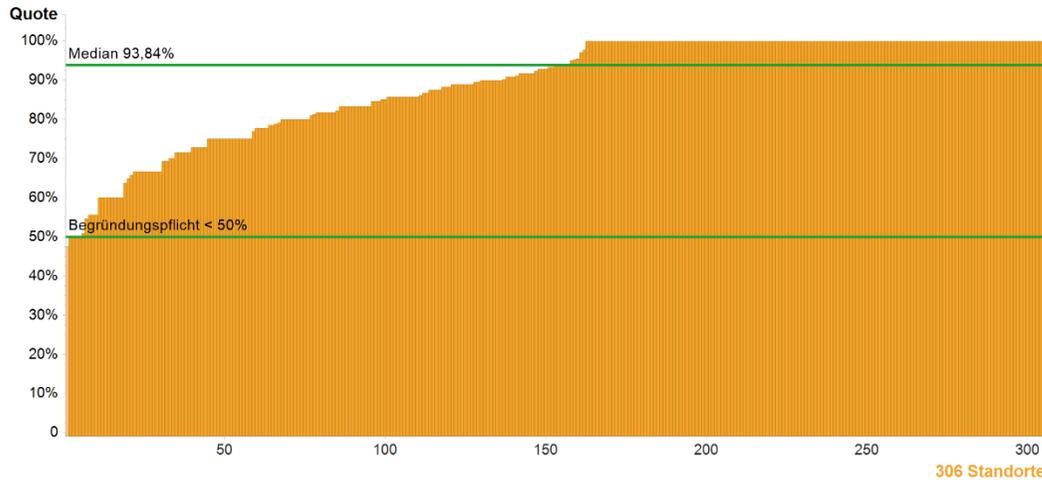
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
313	99,68%	257	82,11%

Anmerkungen:

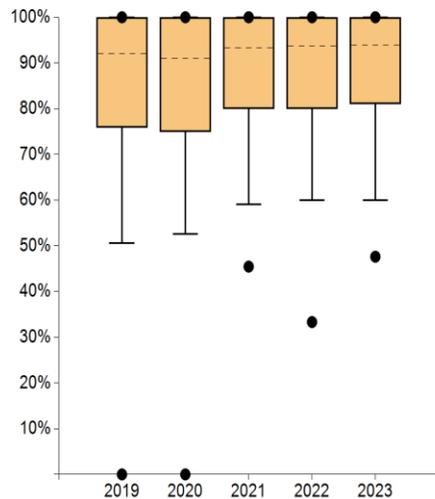
Die Erfüllung des LL-QI liegt mit einem Median von 80,0% auf dem Niveau der Vorjahre (Gesamtquote Vorjahr 80,1%). 56 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 57). Häufigste Begründungen waren Ablehnung durch die Pat. (59x), Multimorbidität bzw. eingeschränkter AZ (48x) und Tod vor Beginn der Therapie (20x). Weitere Gründe waren fehlende Rückmeldungen externer Praxen (19x) und lost to follow up (5x).

* 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.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Kombinationschemotherapie	8*	1 - 93	3035
Nenner	Pat. mit metastasiertem KRK, ECOG 0-1 und systemischer Erstlinientherapie	9*	1 - 102	3478
Quote	Begründungspflicht*** <50%	93,84%	47,62% - 100%	87,26%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	91,99%	90,91%	93,33%	93,75%	93,84%
25. Perzentil	75,89%	75,00%	80,00%	80,00%	81,03%
5. Perzentil	50,60%	52,59%	59,00%	60,00%	60,00%
Min	0,00%	0,00%	45,45%	33,33%	47,62%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	97,45%	305	99,67%

Anmerkungen:

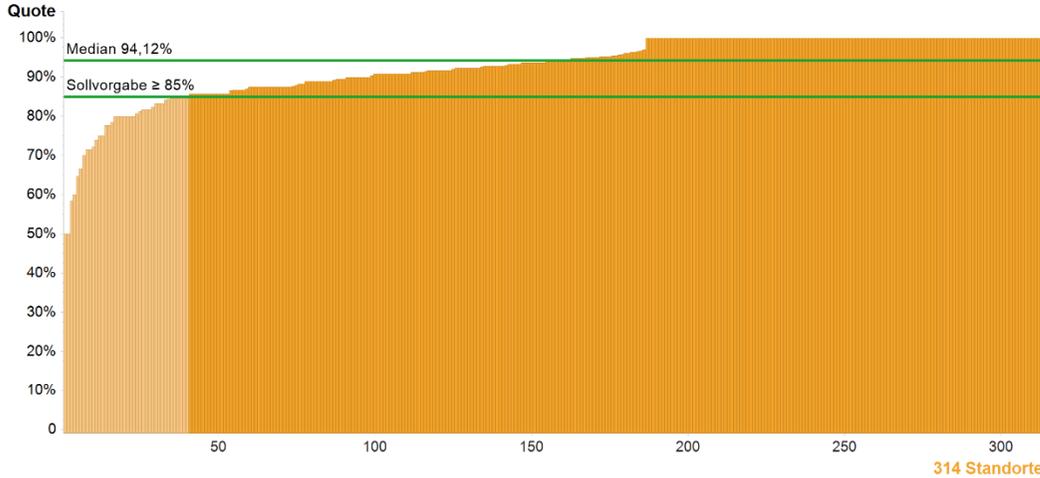
Der LL-QI bleibt wie in den Jahren zuvor stabil. Median (93,8%) und Gesamtquote (87,3%) entsprechen im Wesentlichen den Vorjahreswerten (93,8% bzw. 88,3%). Ein Zentrum lag unterhalb der Plausibilitätsgrenze (Vorjahr: 2). Die Gründe ließen sich im Audit plausibilisieren.

* 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.

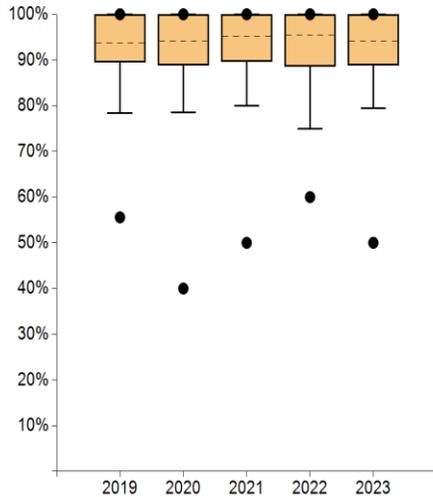
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		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	13*	1 - 58	4520
Nenner	Pat. mit elektiv radikal operiertem RK im mittleren oder unteren Drittel (ohne TVE)	14*	1 - 67	4871
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	94,12%	50,00% - 100%	92,79%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	93,75%	94,12%	95,24%	95,45%	94,12%
25. Perzentil	89,47%	88,89%	89,66%	88,57%	88,89%
5. Perzentil	78,37%	78,57%	80,00%	75,00%	79,50%
Min	55,56%	40,00%	50,00%	60,00%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	274	87,26%

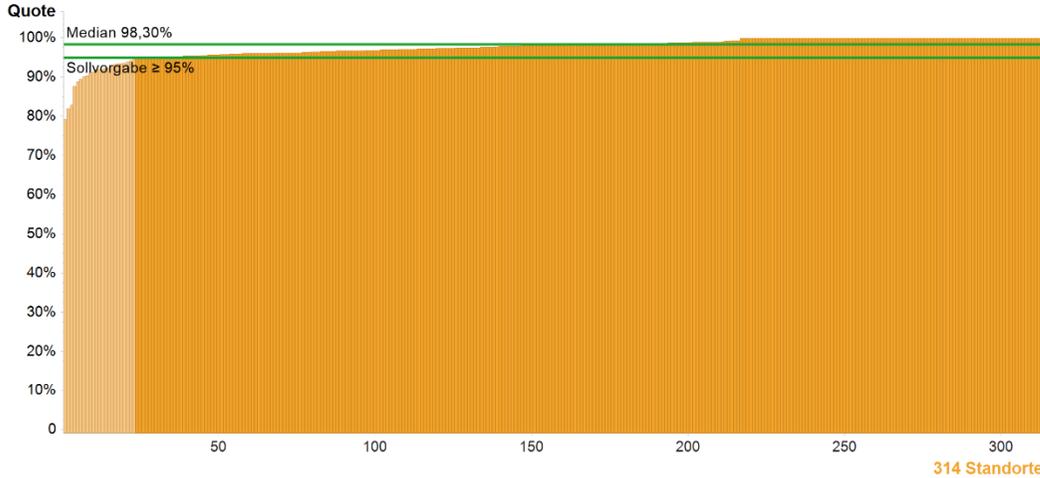
Anmerkungen:

Der LL QI bleibt auf dem Niveau der Vorjahre (Median: 94,1%). 40 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 38). Hauptgründe waren wie im Vorjahr tumorbedingte Komplikationen wie Perforation, Abszess oder Infiltration (53x), Z.n. Neoadjuvanz (bzw. TNT) 30 sowie erschwerte anatomische Verhältnisse und Voroperationen (18x). Es wurden mehrere Hinweise und 1 kritischer Hinweis bei wiederholter Unterschreitung ausgesprochen. Maßnahmen umfassten Fallanalysen in Tumorkonferenzen, OP-Technik-Anpassungen sowie Fortbildungen.

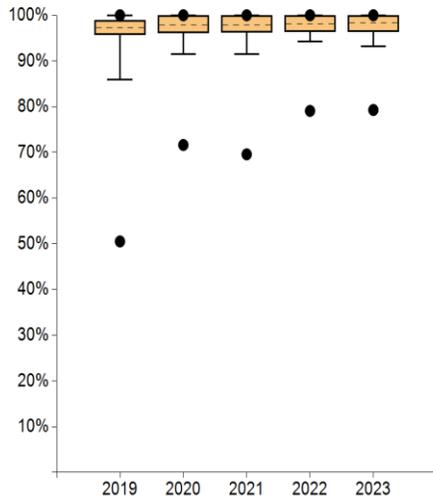
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit vollständigen Befundberichten	73*	34 - 232	24457
Nenner	Pat. mit KRK und operativer Resektion	75,5*	35 - 241	25076
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,30%	79,27% - 100%	97,53%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,83%	100%	100%	100%	100%
Median	97,29%	97,85%	97,87%	98,05%	98,30%
25. Perzentil	95,71%	96,12%	96,20%	96,32%	96,40%
5. Perzentil	85,96%	91,43%	91,54%	94,27%	93,22%
Min	50,52%	71,62%	69,57%	79,07%	79,27%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	291	92,68%

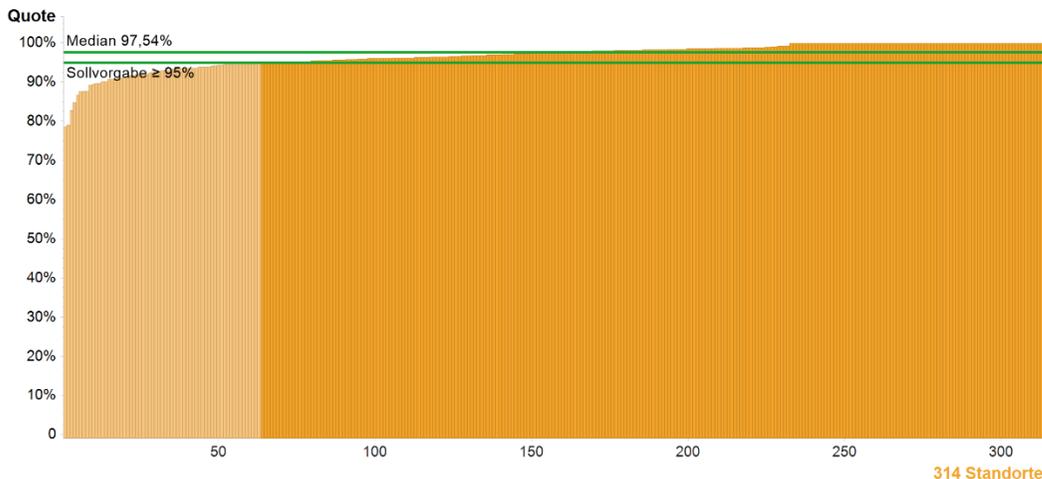
Anmerkungen:

Dieser LL-QI hält sich im aktuellen KeZa-Jahr mit einer Gesamtquote von 97,5% (Vorjahr: 97,5%) auf konstant hohem Niveau. 23 Zentren (Vorjahr: 27) unterschritten die SV. Häufigste Ursachen waren fehlender Tumornachweis nach endoskopischer oder neoadjuvanter Vorbehandlung (44x), RX-Klassifikationen bei Perforation, Notfall-OP oder mehrteiliger Resektion (39x), Gx nach neoadjuvanter Therapie (27x), fehlende Angaben zum aboralem Resektionsrand (27x) sowie unvollständige Angaben zum zirkumferentiellen Resektionsrand (11x). In 4 Fällen wurden Hinweise z.T. bei wiederholter oder deutlicher Unterschreitung der SV ausgesprochen. Als Maßnahmen erfolgten Qualitätszirkel und Rücksprachen mit der Pathologie.

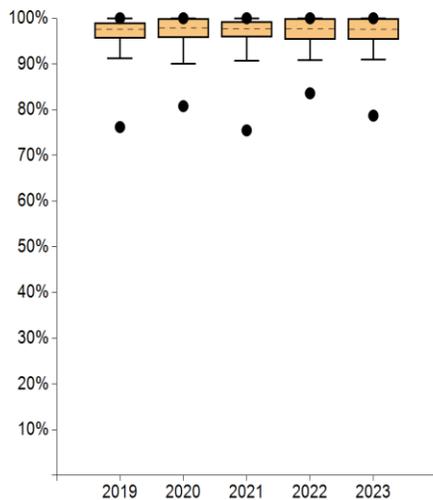
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

27. Lymphknotenuntersuchung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit \geq 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten	66*	26 - 218	22041
Nenner	Pat. mit KRK, die eine elektive OP mit Lymphadenektomie erhalten haben (ohne TVE)	67*	28 - 237	22777
Quote	Sollvorgabe \geq 95%	97,54%	78,69% - 100%	96,77%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,98%	100%	99,31%	100%	100%
Median	97,61%	97,89%	97,73%	97,67%	97,54%
25. Perzentil	95,58%	95,74%	95,83%	95,27%	95,33%
5. Perzentil	91,15%	90,00%	90,70%	90,81%	90,91%
Min	76,19%	80,77%	75,47%	83,58%	78,69%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	251	79,94%

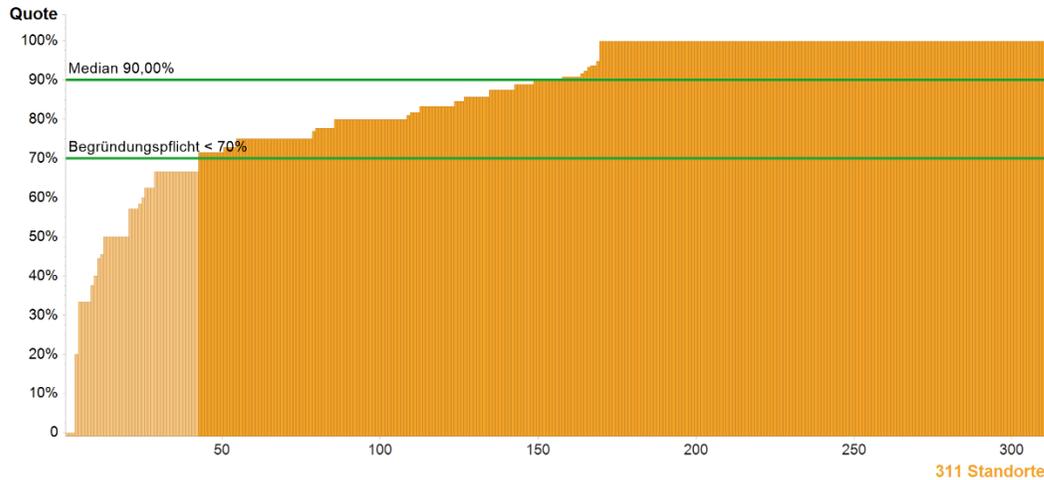
Anmerkungen:

Die Quote bleibt mit 96,8% (Vorjahr: 96,9%) auf hohem Niveau stabil. Im aktuellen Jahr unterschritten 63 Zentren (Vorjahr: 68) die SV. In 174 Fällen wurde ursächlich eine neoadjuvante Vorbehandlung angegeben. In 127 Fällen wurden trotz Nachpräparation durch die Pathologie keine weiteren Lymphknoten identifiziert. In 27 Fällen lagen gezielt limitierte oder palliative Resektionen vor. Es wurden 9 Hinweise aber keine Abweichungen ausgesprochen.

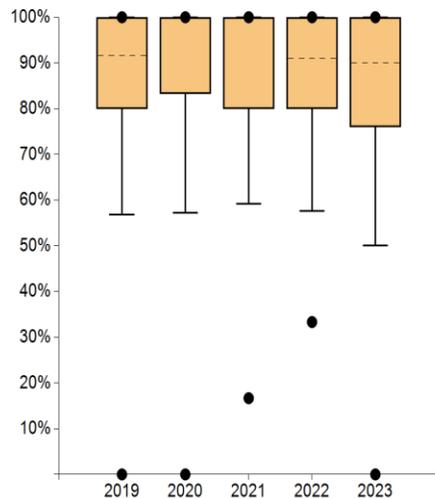
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

28. Beginn der adjuvanten systemischen Therapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Beginn der Chemotherapie innerhalb von 8 Wochen nach OP	5*	0 - 18	1732
Nenner	Pat. mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben (= Zähler Kennzahl 23)	6*	1 - 21	2009
Quote	Begründungspflicht*** <70%	90,00%	0,00% - 100%	86,21%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	91,67%	100%	100%	90,91%	90,00%
25. Perzentil	80,00%	83,33%	80,00%	80,00%	75,96%
5. Perzentil	56,87%	57,14%	59,14%	57,57%	50,00%
Min	0,00%	0,00%	16,67%	33,33%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
311	99,04%	269	86,50%

Anmerkungen:

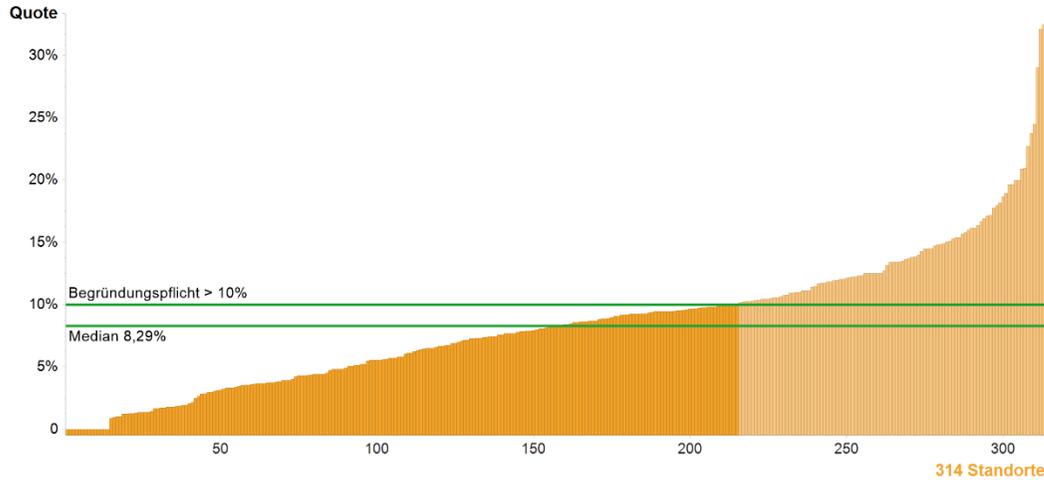
Die Gesamtquote bleibt mit 86,2% (Vorjahr: 87,3%) weitgehend stabil, der Median liegt wie im Vorjahr bei 91%. 42 Zentren (Vorjahr: 46) lagen unterhalb der Begründungspflichtgrenze von 70%. Als häufigste Ursachen wurden ein komplikativer postoperativer Verlauf (25x), expliziter Patientenwunsch (14x), Diagnostik oder Therapie bei Verdacht auf Metastasen (10x) sowie bei anderen Begleiterkrankungen (14x) benannt. In 9 Fällen wurde das Zeitfenster lediglich um 1–2 Tage überschritten, in 5 Fällen verzögerte sich der Beginn der Therapie durch die Portanlage. Akute Infekte (4x) und organisatorische/terminliche Engpässe (4x) wurden ebenfalls als Ursachen 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.

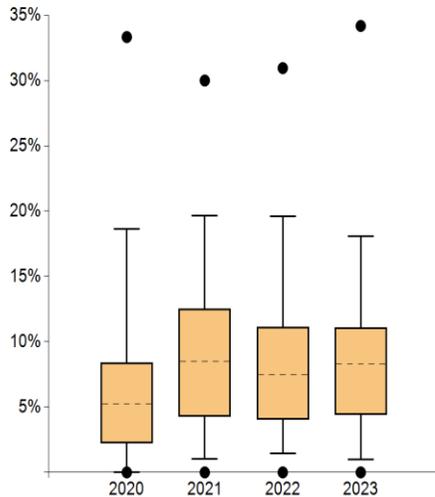
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

29. MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, postoperative Liegedauer)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2023		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die • innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind (Zähler Kennzahl 19) oder • in ein anderes Akut-Krankenhaus verlegt wurden oder • einen Krankenhausaufenthalt > 22d nach Tumorresektion hatten	6*	0 - 27	1921
Nenner	Elektiv operierte Pat. (= Nenner Kennzahl 19)	68*	28 - 237	22872
Quote	Begründungspflicht*** >10%	8,29%	0,00% - 34,18%	8,40%**



	2019	2020	2021	2022	2023
Max	----	33,33%	30,00%	30,95%	34,18%
95. Perzentil	----	18,65%	19,66%	19,62%	18,06%
75. Perzentil	----	8,40%	12,50%	11,11%	11,09%
Median	----	5,26%	8,51%	7,50%	8,29%
25. Perzentil	----	2,26%	4,29%	4,06%	4,40%
5. Perzentil	----	0,00%	1,03%	1,46%	0,99%
Min	----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
314	100,00%	215	68,47%

Anmerkungen:

Die Gesamtquote liegt im aktuellen KeZa-Jahr bei 8,4% (Vorjahr: 8,2%) und somit im Niveau der Vorjahre. 99 Zentren (Vorjahr: 94) hatten einen Index >10% und waren, z.T. wiederholt (n= 62), begründungspflichtig. Diese Zentren haben hauptsächlich auf verlängerte Liegezeiten infolge komplikativer Verläufe, gefolgt von Komorbiditäten (57x), Infektionen (14x), Zweitmalignomen (6x) und frühen Stomarückverlagerungen (4x) verwiesen. Von den 94 im Vorkennzahlenjahr auffälligen Zentren haben 66 ihren Index verbessern können, so dass 35 Zentren in diesem Jahr nicht mehr begründungspflichtig waren.

* 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
Manije Sabet-Rashedi, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Birgit Klages, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Andreea Baltas, 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 28.07.2025

ISBN: 978-3-910336-81-0



9 783910 336810