



Kennzahlenauswertung 2026

Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Auditjahr 2025 / Kennzahlenjahr 2024

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Patient-Reported Outcomes	5
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2025	6
Berücksichtigte Standorte	7
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	8
Basisdatenauswertung	9
Kennzahlauswertungen	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 (LL QI)	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. 17: Anastomosensuffizienzen Kolon (LL QI) ...
 Kennzahl Nr. 18: Anastomosensuffizienzen Rektum (LL QI) ...
 Kennzahl Nr. 19: Mortalität postoperativ
 Kennzahl Nr. 20: Lokale R0-Resektionen Rektum
 Kennzahl Nr. 21: Anzeichnung Stomaposition (LL QI)
 Kennzahl Nr. 22a: Lebermetastasenresektion

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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	15*	0 - 92	5696	5552
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	15*	1 - 97	5991	5805
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	0% - 100%	95,1%**	95,6%

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.

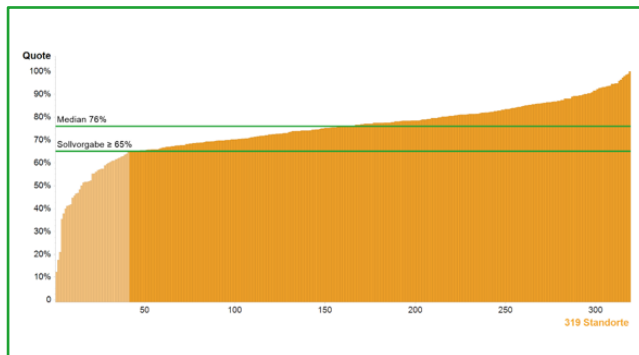
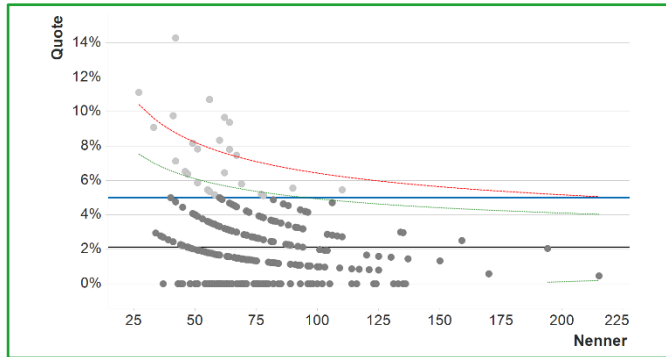


Diagramm:

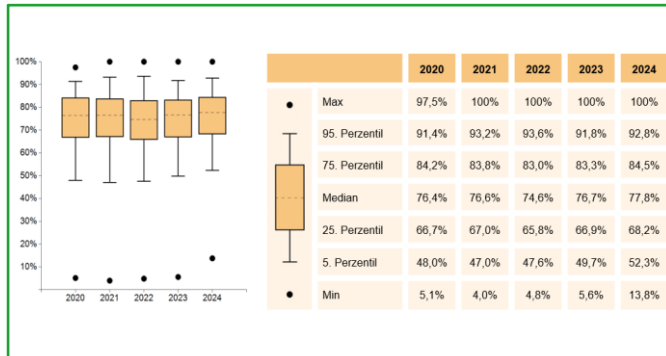
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



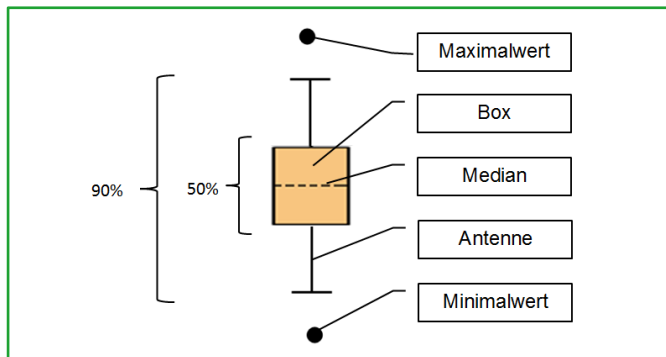
Funnel Plots:

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 **2020, 2021, 2022, 2023** und **2024** 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:

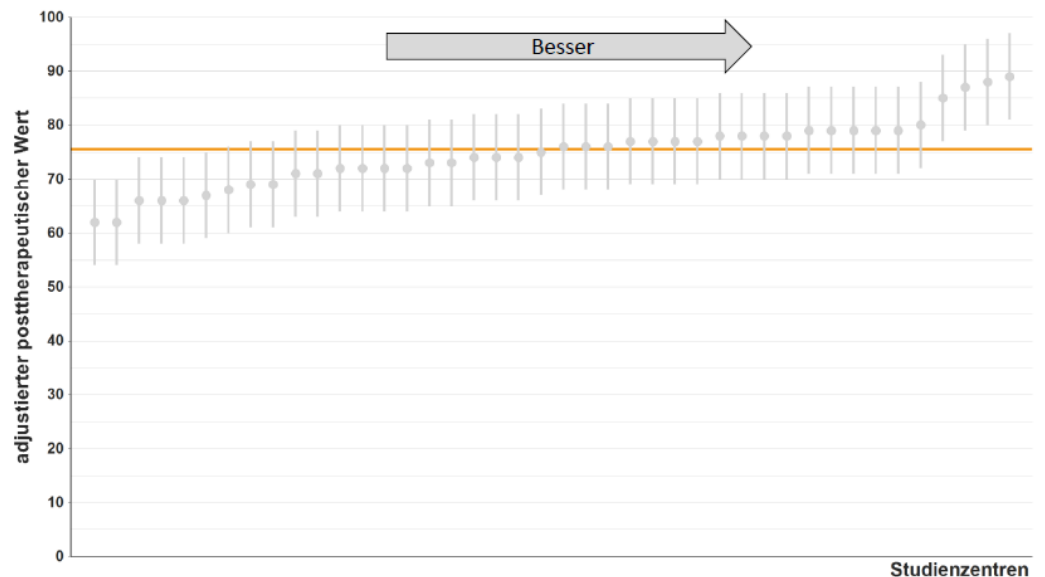
Die **Patient-Reported Outcomes-Berichte** finden Sie [hier](#).

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 2025

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
Laufende Verfahren	7	4	7	10	12	5
Zertifizierte Zentren	325	317	312	310	305	298
Zertifizierte Standorte	328	321	318	315	312	305
Darmkrebszentren mit 1 Standort	323	314	308	307	300	293
2 Standorte	1	2	2	1	3	3
3 Standorte	1	1	2	2	2	2
4 Standorte	0	0	0	0	0	0

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2025	31.12.2024	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	319	314	306	297	301	296
entspricht	97,3%	97,8%	96,2%	94,3%	96,5%	97,1%
Primärfälle gesamt*	30.174	29.556	27.595	26.993	26.998	28.595
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	95	94	90	91	90	97
Primärfälle pro Standort (Median)*	88	88	85	84	83	92

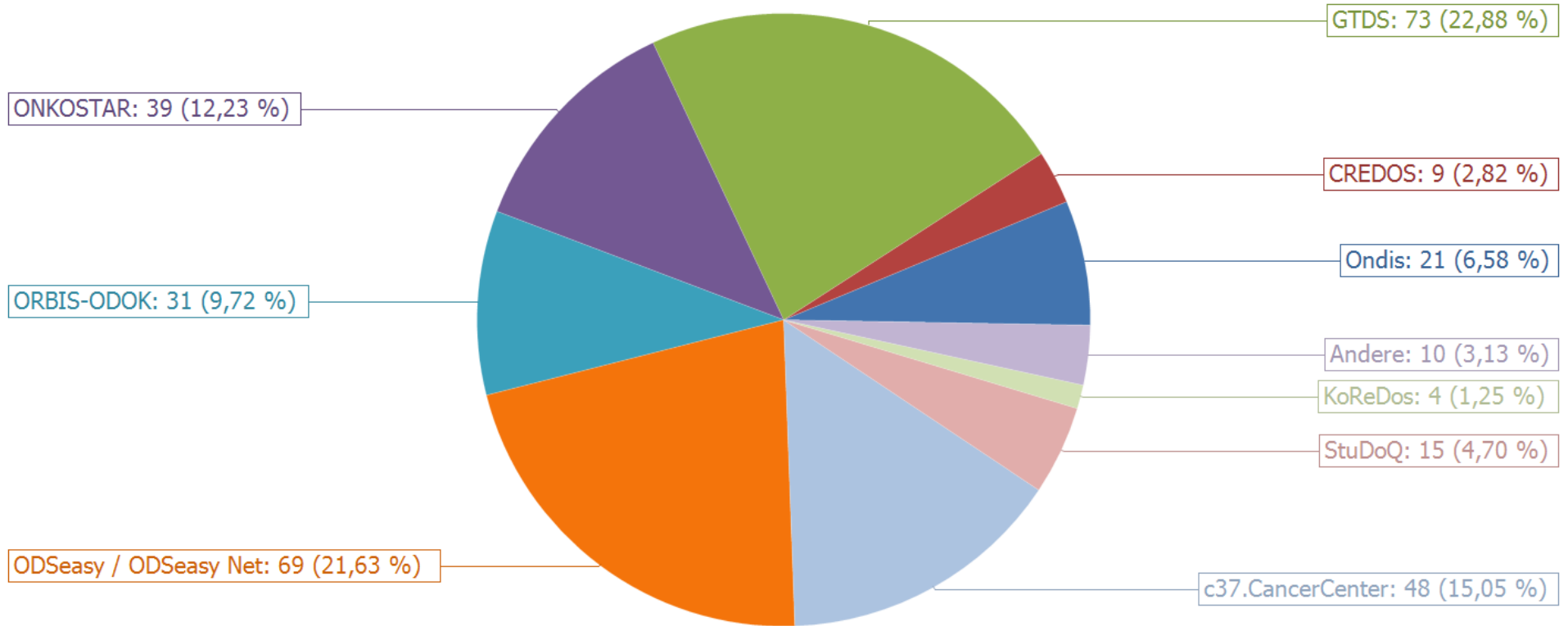
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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 319 der 328 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 7 Standorte, die im Jahr 2025 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). 2 weitere Standorte wurden nicht berücksichtigt, da von diesen zum Datenschluss am 31.01.2026 kein freigegebenes Datenblatt vorlag. In den 328 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 30.892 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2024. Sie stellen für die in 2025 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

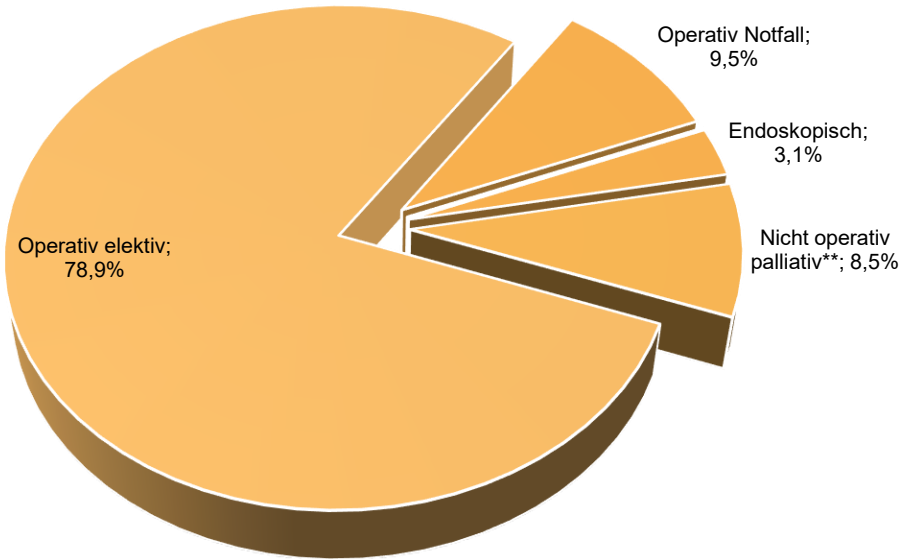


Legende:	
Andere	System in ≤ 4 Standorten genutzt

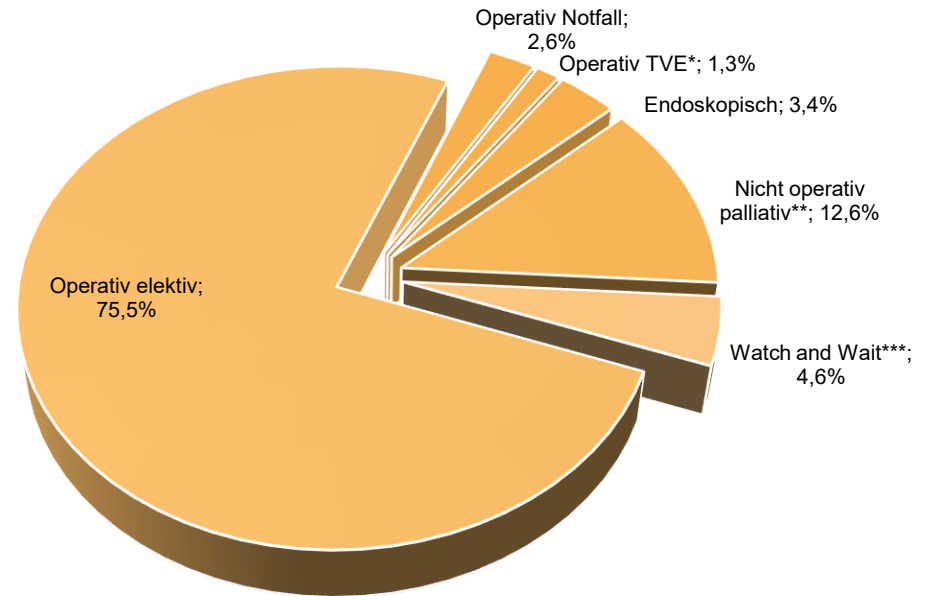
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten

Kolon



Rektum



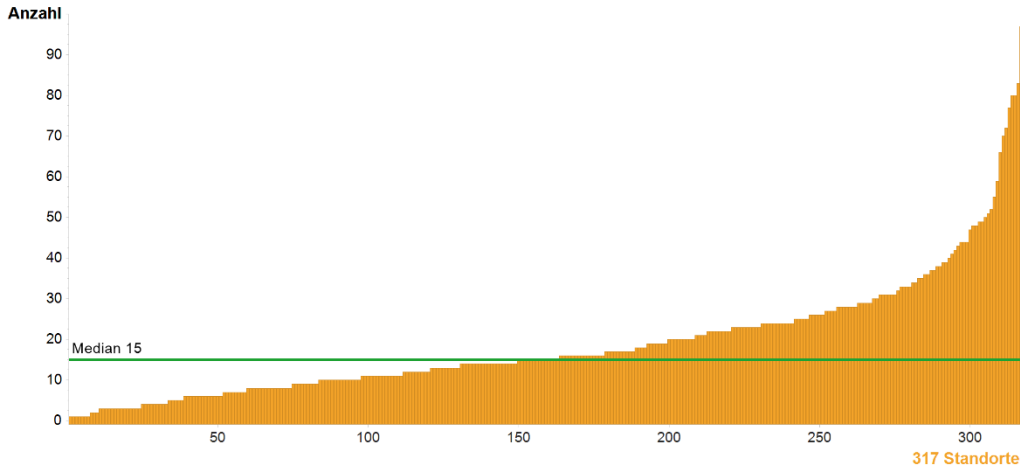
	Operativ elektiv	Operativ Notfall	Operativ TVE*	Endoskopisch	Nicht operativ palliativ**	Watch and Wait (Nicht operativ/ nicht endoskopisch kurativ)***	Gesamt
Kolon	15.531 (78,9%)	1.866 (9,5%)	---	610 (3,1%)	1.679 (8,5%)	---	19.686 (100%)
Rektum	7.915 (75,5%)	275 (2,6%)	140 (1,3%)	353 (3,4%)	1.326 (12,6%)	479 (4,6%)	10.488 (100%)
Primärfälle gesamt	23.446	2.141	140	963	3.005	479	30.174

* Operativ Transanale Vollwandexzision

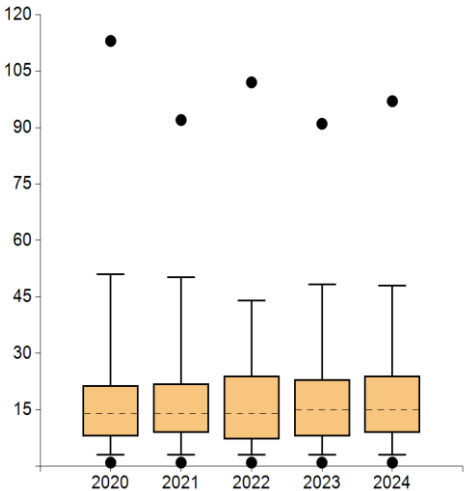
** Nicht operativ palliativ: Keine Tumorresektion; palliative Strahlen-/ Chemotherapie oder Best Supportive Care

*** 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	15	1 - 97	5991	5805
	Keine Sollvorgabe				

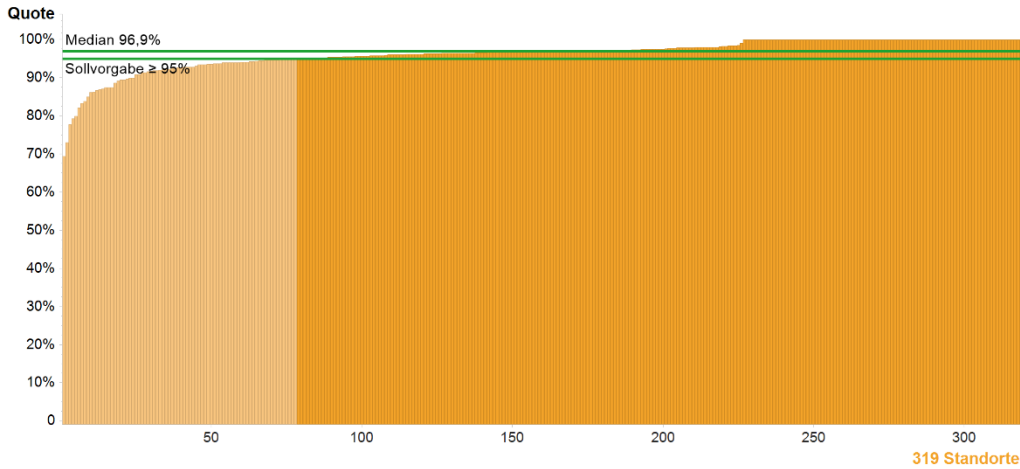


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	113	92	102	91	97
95. Perzentil	51	50,3	44	48,4	48
75. Perzentil	21,5	22	24	23	24
Median	14	14	14	15	15
25. Perzentil	8	9	7,3	8	9
5. Perzentil	3	3	3	3	3
Min	1	1	1	1	1

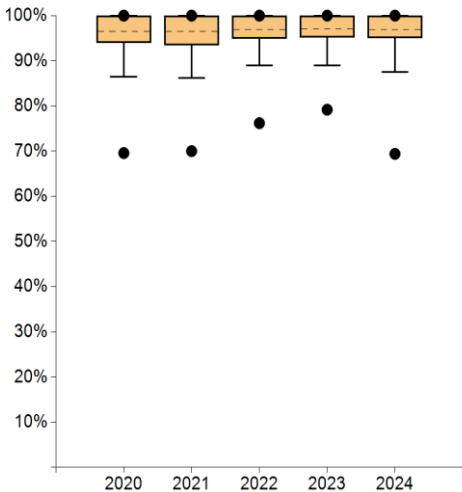
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
317	99,4%	312	99,4%	----	----	----	----

Anmerkungen:
 Im KeZa-Jahr 2024 wurden an 317 Standorten (Vorjahr: 312; + 1,6%) insgesamt 5.991 Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen dokumentiert (Vorjahr: 5.805; + 3,2%). Der Median liegt unverändert bei 15 Pat. pro Standort. Die Spannweite von 1 bis 97 bleibt breit, bei insgesamt stabilen Perzentilen ohne relevante Verschiebungen.

2a. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	36*	9 - 118	12827	12488
Nenner	Elektive Pat. mit RK und alle elektiven Pat. mit KK Stad. IV	38*	10 - 132	13314	12968
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,9%	69,4% - 100%	96,3%**	96,3%



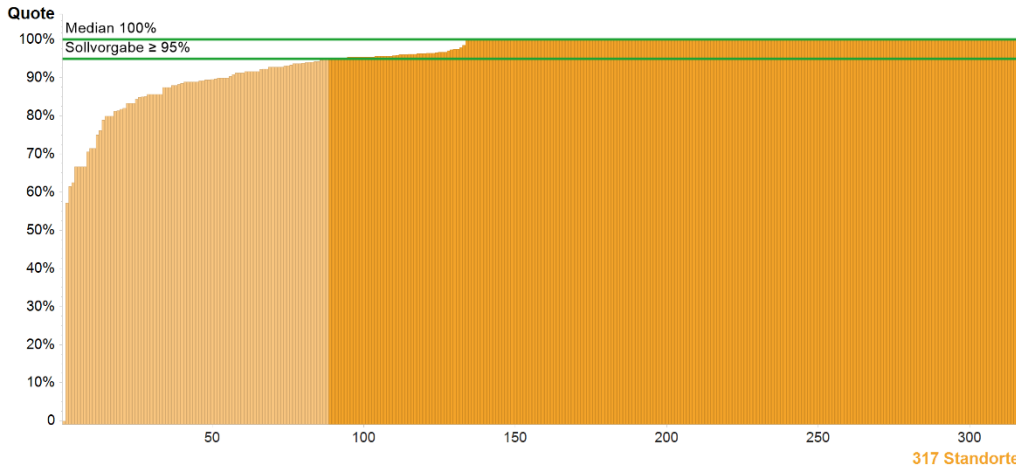
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	96,6%	96,6%	96,9%	97,0%	96,9%
25. Perzentil	93,9%	93,5%	94,9%	95,2%	95,0%
5. Perzentil	86,4%	86,2%	89,0%	89,0%	87,5%
Min	69,6%	70,0%	76,2%	79,2%	69,4%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		
	2024	2023	
2024	2024	2023	
319	100%	314	100%
		241	75,6%
		239	76,1%

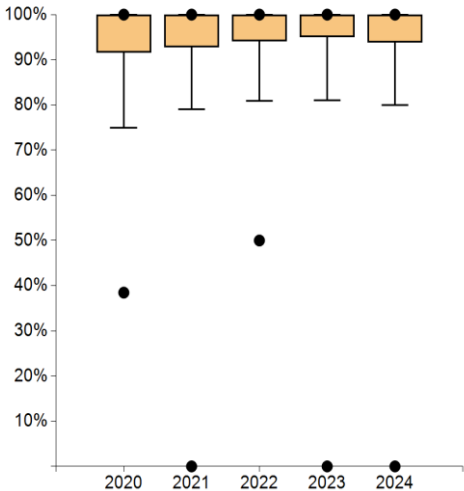
Anmerkungen:
Die Rate der prätherap. Fallvorstellungen bewegt sich auf der Ebene der Vorjahre mit einem Median von 96,9% und einer Gesamtquote von 96,3% (Vorjahr: 97% u. 96,3%). 78 Zentren haben die SV unterschritten (Vorjahr: 75). Häufigster Grund war, dass Malignome o. Metastasen erst postop./postinterventionell erkannt wurden (112x). In 21 Fällen erfolgte präop. die Einstufung als Sigmakarzinom mit direkter operativer Versorgung ohne prätherap. Tumorkonferenz. Weitere Gründe waren dringliche Therapieindikationen (45x), Versäumnis (25x), externe Tumorkonferenzen (40x), Ausfall der Tumorkonferenz wg. Feiertagen (9x) sowie Therapieablehnung durch Pat. (7x). Es wurden 12 Hinweise mit Empfehlungen insbesondere zur verbindlichen Etablierung von Ad-hoc-Tumorkonferenzen 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	15*	0 - 92	5696	5552
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	15*	1 - 97	5991	5805
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	0% - 100%	95,1%**	95,6%



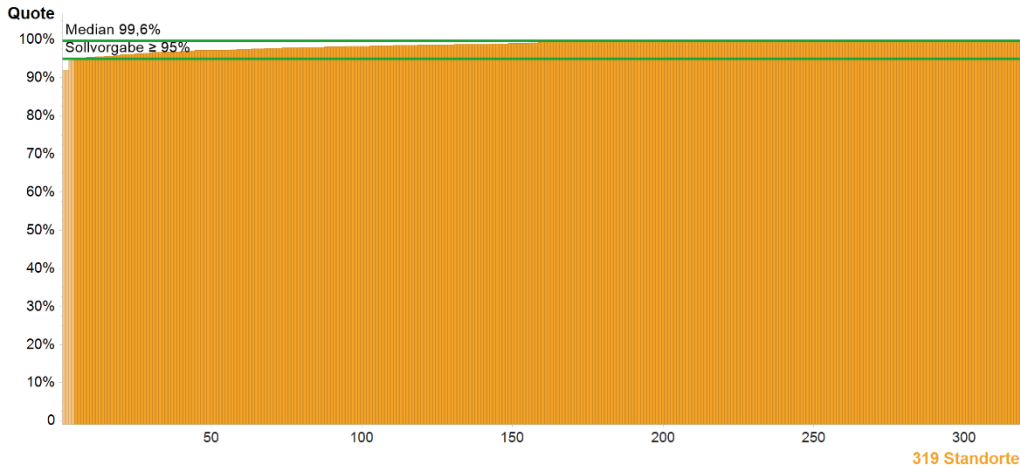
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	91,7%	92,9%	94,1%	95,0%	93,9%
5. Perzentil	75,0%	79,1%	80,9%	81,0%	80,0%
Min	38,5%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
317	99,4%	229	72,2%
312	99,4%	241	77,2%

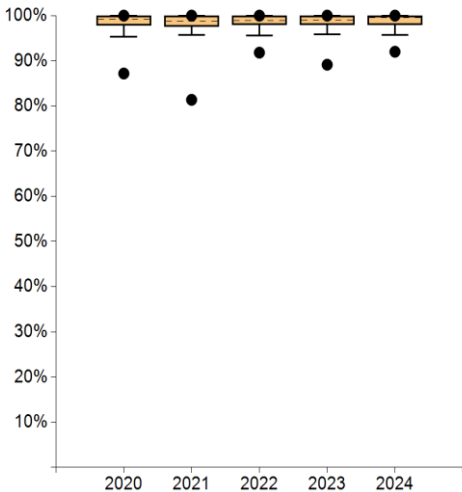
Anmerkungen:
 Die Gesamtquote bleibt auf konstant hohem Niveau mit 95,1% (Vorjahr: 95,6%). Der Median beträgt weiterhin 100%. 88 Standorte haben die SV unterschritten (Vorjahr: 71). Begründet wurde dies mit Schnittstellenproblemen (80x), intraop. Zufallsbefunden (21x), Notfallingriffen (34x), palliativer Situation (21x) oder fehlendem Behandlungswunsch (21x). Zusätzlich wurden Dokumentationsdefizite (40x), Versterben der Pat. (14x) sowie externe Behandlungen (8x) angegeben. Die Zentren reagierten mit Schulungen der Mitarbeiter. Es wurden 4 Hinweise, davon 1 kritischer Hinweis, 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.

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	78*	35 - 229	26370	25875
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	78*	35 - 230	26690	26203
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	99,6%	92% - 100%	98,8%**	98,7%



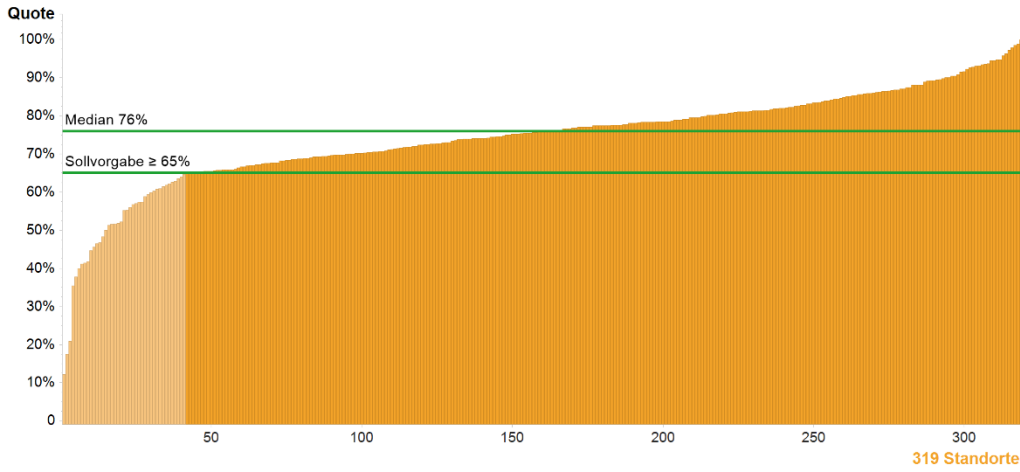
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	99,1%	98,8%	98,9%	99,1%	99,6%
25. Perzentil	97,9%	97,5%	97,9%	98,0%	98,0%
5. Perzentil	95,3%	95,7%	95,6%	95,9%	95,7%
Min	87,2%	81,4%	91,8%	89,1%	92,0%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt						
	2024	2023	2024	2023			
319	100%	314	100%	315	98,8%	309	98,4%

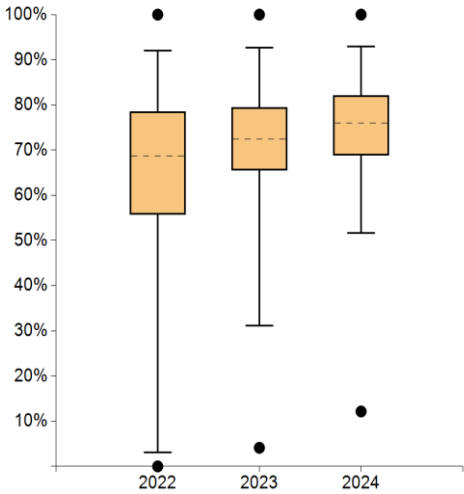
Anmerkungen:
Die Gesamtquote der postoperativen Fallvorstellung liegt auch im aktuellen KeZa-Jahr bei fast 99 % (Vorjahr: 98,7%). Der Median beträgt 99,6% (Vorjahr: 99,1%). Nur 4 der 319 Standorte (Vorjahr: 5) haben die SV von $\geq 95\%$ unterschritten, während 159 Zentren eine Quote von 100 % erreichten (Vorjahr: 146). Als Gründe für die Unterschreitung gaben die Zentren frühzeitig verstorbene Pat. (11x) und Versäumnisse nach endoskopischer Abtragung (6x) an. Ein Zentrum berichtet, dass bei einigen Pat. in der prätherapeutischen Tumorkonferenz auch das postoperative Prozedere festgelegt wurde. Dies wurde im Audit durch den FE kritisiert und ein Hinweis 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.

4. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	79*	9 - 263	26783	24476
Nenner	Primärfälle Gesamt + Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	105*	39 - 328	36165	35361
Quote	Sollvorgabe >= 65%	76%	12,2% - 100%	74,1%**	69,2%



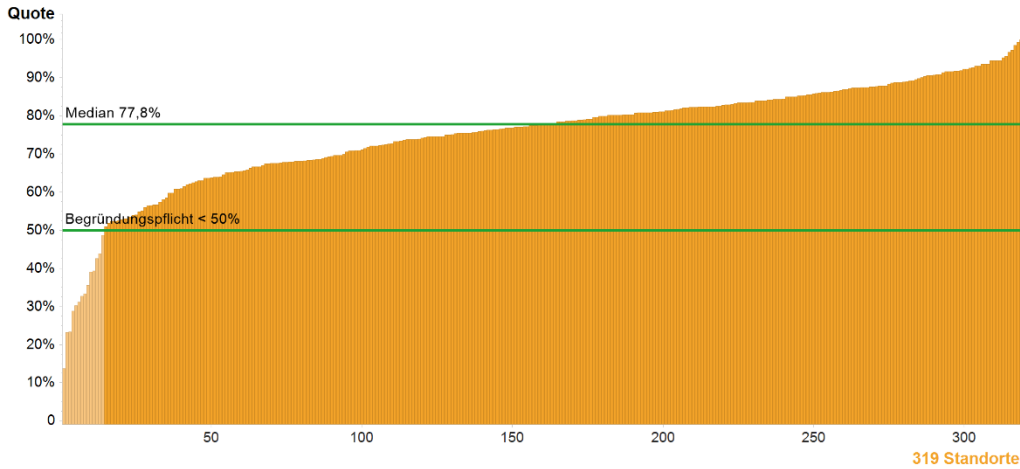
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	100%	100%	100%
95. Perzentil	---	---	92,1%	92,7%	92,9%
75. Perzentil	---	---	78,5%	79,4%	82,1%
Median	---	---	68,8%	72,5%	76,0%
25. Perzentil	---	---	55,8%	65,6%	68,9%
5. Perzentil	---	---	3,0%	31,2%	51,6%
Min	---	---	0,0%	4,1%	12,2%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	278	87,2%
		247	78,7%

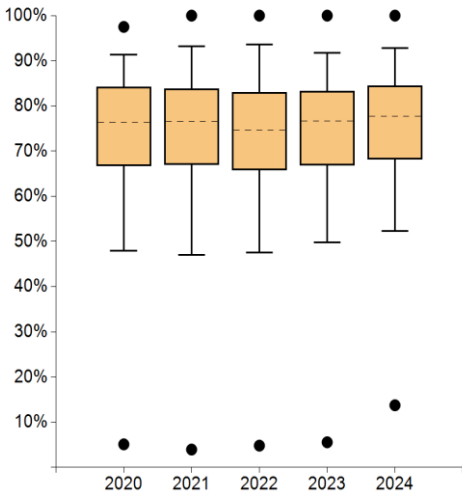
Anmerkungen:
 Gesamtquote und Median des psychoonkol. Distress-Screenings steigen im 2. obligaten Erfassungsjahr erfreulicherweise weiterhin an (Gesamt 74,1%, Median 76%). 41 Zentren (Vorjahr: 67) haben die SV unterschritten und dies insbesondere mit noch nicht abgeschlossenem Roll-out des Screenings (16x), Aufbau digitaler Lösungen (9x), aber auch kurzer Liegedauer (6x) u. personellen Einschränkungen (10x) begründet. Als Maßnahmen nannten die Zentren Schulungen der Mitarbeiter, Qualitätszirkel und die Implementierung neuer digitaler Lösungen. In vielen Fällen konnte im Audit bereits eine Steigerung der Quote für das folgende KeZa-Jahr gezeigt werden. 21 Zentren erhielten jedoch Hinweise (3 davon kritische Hinweise).

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	80*	11 - 263	27042	25883
Nenner	Primärfälle Gesamt + Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	105*	39 - 328	36165	35361
Quote	Begründungspflicht*** <50%	77,8%	13,8% - 100%	74,8%**	73,2%



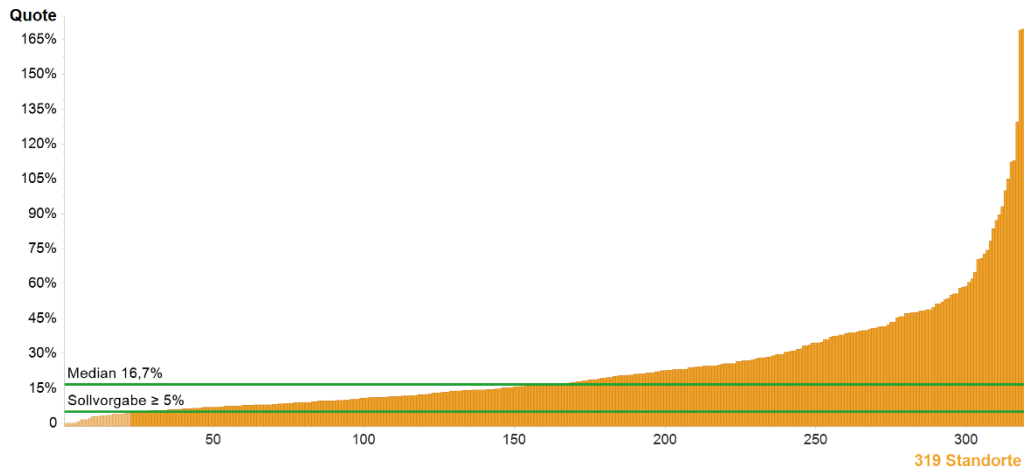
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	97,5%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	91,4%	93,2%	93,6%	91,8%	92,8%
75. Perzentil	84,2%	83,8%	83,0%	83,3%	84,5%
Median	76,4%	76,6%	74,6%	76,7%	77,8%
25. Perzentil	66,7%	67,0%	65,8%	66,9%	68,2%
5. Perzentil	48,0%	47,0%	47,6%	49,7%	52,3%
Min	5,1%	4,0%	4,8%	5,6%	13,8%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen						
	2024	2023	2024	2023			
319	100%	314	100%	305	95,6%	298	94,9%

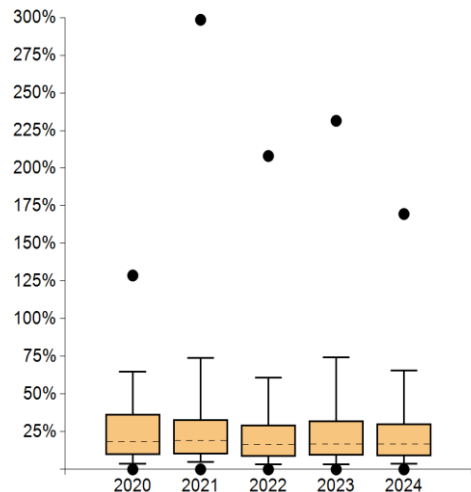
Anmerkungen:
 Im aktuellen Jahr liegt die Gesamtquote bei 74,8% (Vorjahr: 73,2%), der Median bei 77,8% (Vorjahr: 76,7%). Die Beratung durch den Sozialdienst zeigt sich weiterhin insgesamt konstant. 14 Zentren lagen unterhalb der Plausibilitätsgrenze (Vorjahr: 16), darunter 12 im Ausland, wo teils abweichende gesetzliche Rahmenbedingungen gelten. Als Gründe wurde ein geringer Bedarf (7x) sowie Personalengpässe (1x), ein fehlendes Bewusstsein beim Personal (1x) und organisatorische Schwierigkeiten (1x) genannt. Als Maßnahmen wurden digitale Screeninglösungen und Personalaufstockung angegeben. Die FE sprachen 7 Hinweise, aber keine Abweichung 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden	15*	0 - 234	7169	7286
Nenner	Primärfälle gesamt	88*	35 - 258	30174	29556
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	16,7%	0% - 169,6%	23,8%**	24,7%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	128,8%	298,5%	208,1%	231,5%	169,6%
95. Perzentil	65,0%	73,8%	60,8%	74,5%	65,6%
75. Perzentil	36,5%	33,0%	29,6%	32,2%	30,2%
Median	18,5%	19,1%	16,3%	17,0%	16,7%
25. Perzentil	9,7%	10,2%	8,4%	9,2%	9,0%
5. Perzentil	3,7%	4,8%	3,2%	3,4%	3,9%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	297	92,4%
100%	314	100%	290
93,1%	290	92,4%	

Anmerkungen:
Im aktuellen Kennzahlenjahr zeigt sich ein leichter Rückgang der Gesamtquote auf 23,8% (Vorjahr: 24,7%), bei einem Median von 16,7% (Vorjahr: 17,0%). Insgesamt unterschritten 22 Zentren die SV. Als häufigste Gründe wurden ein Mangel geeigneter Pat. für bestehende Studien (7x) sowie noch in Planung befindliche Studien (7x) genannt. Weitere Ursachen waren organisatorische Gründe (5x), Personalengpässe (4x) sowie die Ablehnung durch Pat. (3x). Viele Zentren berichteten über aktive Bemühungen zur Studieneinbringung und konnten im Audit eine steigende Entwicklung für das Folgejahr darstellen. Es wurden 6 Hinweise ausgesprochen (davon 3 kritische Hinweise). Zudem wurden 5 Abweichungen bei wiederholter Unterschreitung dokumentiert.

* 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.

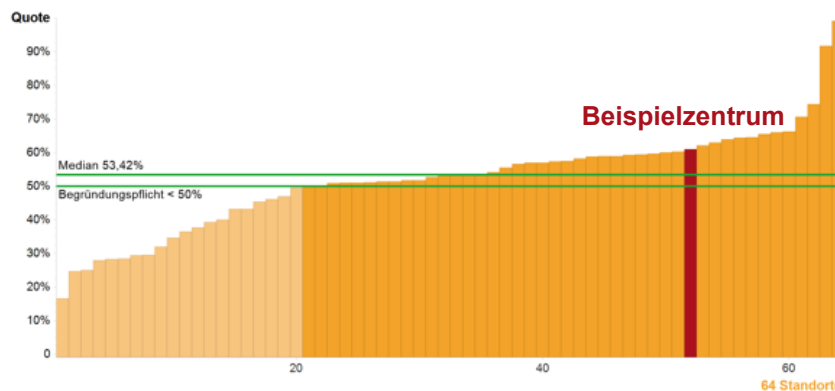
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkoziert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

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 (beispielweise 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				
		2020	2021	2022	2023	2024
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch Sozialdienst beraten wurden	185	198	176	170	186
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit Rezidiv/Progress (= Kennzahl 1b)	305	338	333	335	305
Quote	Begründungspflicht* <50%	60,66%	58,58%	52,85%	50,75%	60,98%

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:

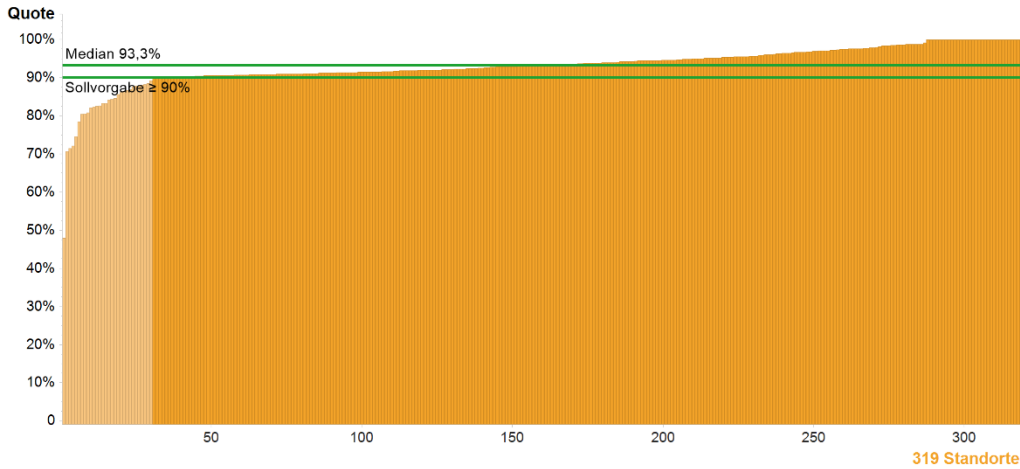
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

- 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).

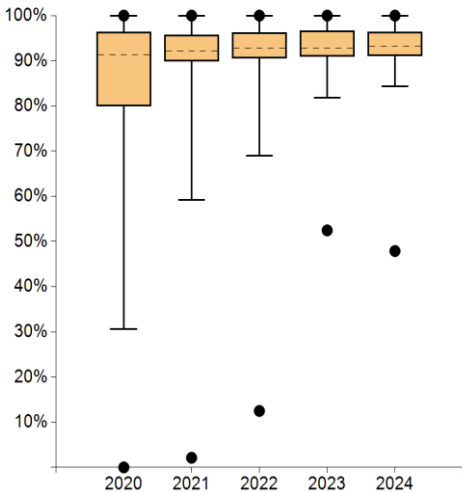
Alle anderen Organkrebszentren / Module

- 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit ausgefülltem Pat.fragebogen (https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html unter dem Punkt Darmkrebs)	82*	34 - 256	28072	27396
Nenner	Primärfälle gesamt	88*	35 - 258	30174	29556
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	93,3%	47,9% - 100%	93%**	92,7%



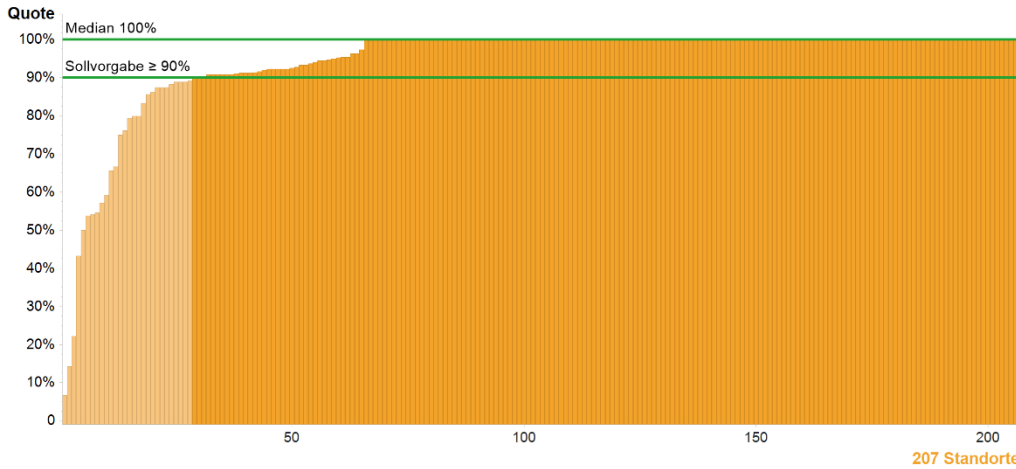
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	96,3%	95,7%	96,3%	96,6%	96,4%
Median	91,3%	92,2%	92,8%	92,9%	93,3%
25. Perzentil	80,0%	89,9%	90,5%	90,9%	91,1%
5. Perzentil	30,6%	59,1%	69,0%	81,8%	84,3%
Min	0,0%	2,1%	12,5%	52,5%	47,9%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	2024	2023
2024	319	100%
2023	314	100%
2024	289	90,6%
2023	274	87,3%

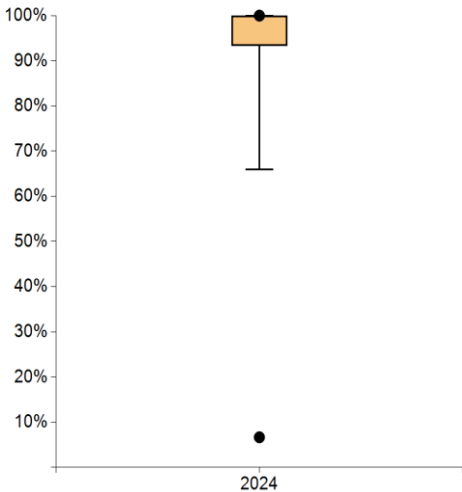
Anmerkungen:
Dieser LL-QI liegt wie in den Vorjahren auf konstant hohem Niveau. Die Gesamtquote beträgt 93,3% (Vorjahr: 92,7%), der Median liegt ebenfalls bei 93,3% (Vorjahr: 92,9%). 30 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 40). Die Zentren begründeten dies insbesondere mit organisatorischen Problemen und Dokumentationsdefiziten. Zusätzlich wurden Sprachbarrieren, Ablehnung durch Pat., Versterben und palliative Situationen als Gründe genannt. Die Zentren reagierten mit Schulungen der Mitarbeiter, IT-gestützten Lösungen, Qualitätszirkeln und der Einführung bzw. Überarbeitung von SOPs. Die FE haben 11 Hinweise, davon 2 kritische 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.

8. Genetische Beratung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, denen eine Vorstellung zur genetischen Beratung empfohlen wurde	7*	1 - 43	2187	---
Nenner	Primärfälle mit pos. Pat.fragebogen u./o. auffälliger IHC (MSH2/MSH6/PMS2 in < 10% d. Tumorzellen positiv) u./o. MSI; bei MLH1 in < 10% d. Tumorzellen u. BRAF-wt und Ausschluss MLH1-Promotermethylierung	8*	1 - 45	2411	---
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	6,7% - 100%	90,7%**	---



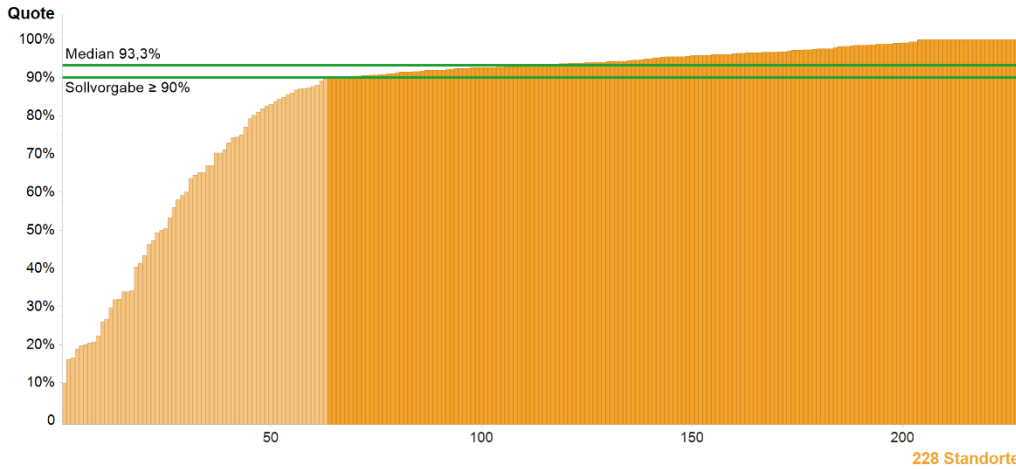
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	---	---	---	---	100%
95. Perzentil	---	---	---	---	100%
75. Perzentil	---	---	---	---	100%
Median	---	---	---	---	100%
25. Perzentil	---	---	---	---	93,3%
5. Perzentil	---	---	---	---	65,9%
Min	---	---	---	---	6,7%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
207	64,9%	179	86,5%

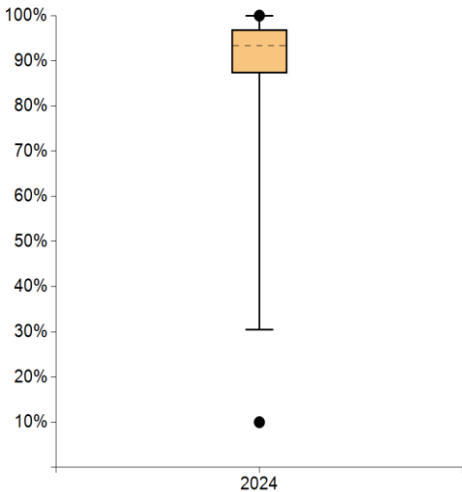
Anmerkungen:
Diese KeZa hat im Vergleich zu den Vorjahren eine Neudefinition und Erweiterung des Nenners erfahren. Es werden nun Fälle mit pos. Familienanamnese u./o. auffälliger IHC u./o. MSI inkludiert. Die Gesamtquote liegt im ersten Erfassungsjahr bei 90,7% und der Median bei 100%. 28 der 207 Zentren mit Datenangabe unterschritten die SV. Begründet wurde dies insbesondere mit Versäumnis bzw. Dokumentationsdefizit (20x), fehlenden Angehörigen (4x) und Ablehnung durch Pat. (2x). Als Maßnahmen wurden Qualitätszirkel und Schulungen etabliert. Trotz aktuell optionaler Erfassung wurden mehrere 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.

9. Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine und ggf. molekularer MSI-Analyse	81*	8 - 246	18927	---
Nenner	Pat. mit der Erstdiagnose KRK	89*	35 - 258	21925	---
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	93,3%	10% - 100%	86,3%**	---



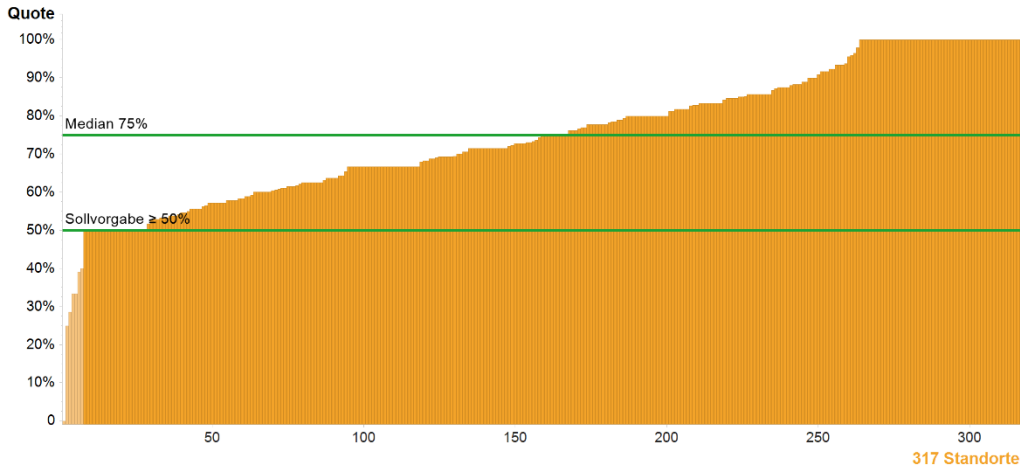
	2020	2021	2022	2023	2024
● Max	---	---	---	---	100%
95. Perzentil	---	---	---	---	100%
75. Perzentil	---	---	---	---	96,8%
Median	---	---	---	---	93,3%
25. Perzentil	---	---	---	---	87,2%
5. Perzentil	---	---	---	---	30,5%
● Min	---	---	---	---	10,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
228	71,5%	165	72,4%

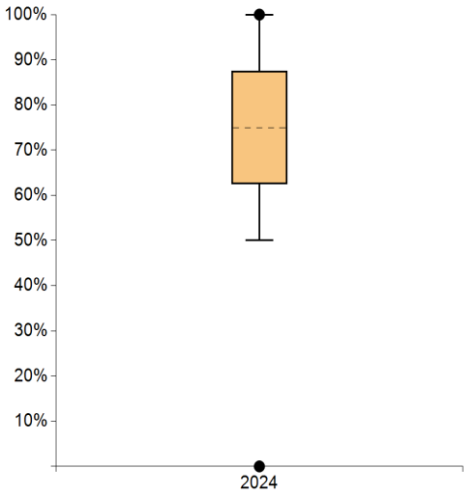
Anmerkungen:
 Auch diese KeZa wurde modifiziert und die molekulare MSI-Analyse im Zähler ergänzt. Die Gesamtquote liegt bei 86,3% und der Median bei 93,3%. 63 Zentren haben die SV unterschritten. Die betroffenen Zentren gaben an, dass die routinemäßige MMR-Bestimmung im KeZa-Jahr 2024 noch nicht etabliert war (53x). Weitere Begründungen waren schlechter Allgemeinzustand bzw. Versterben (3x), externe Pat. (4x) und Versäumnisse (7x). Die Erfassung erfolgte ebenfalls zunächst optional, dennoch wurden mehrere 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.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit IHC der MMR-Proteine und Bestimmung RAS- (= KRAS u. NRAS-Mutationen) sowie BRAF-Mutation zu Beginn der Erstlinientherapie	9*	0 - 188	3508	----
Nenner	Pat. mit metastasiertem KRK und systemischer Erstlinientherapie	12*	1 - 196	4625	----
Quote	Sollvorgabe ≥ 50%	75%	0% - 100%	75,8%**	----



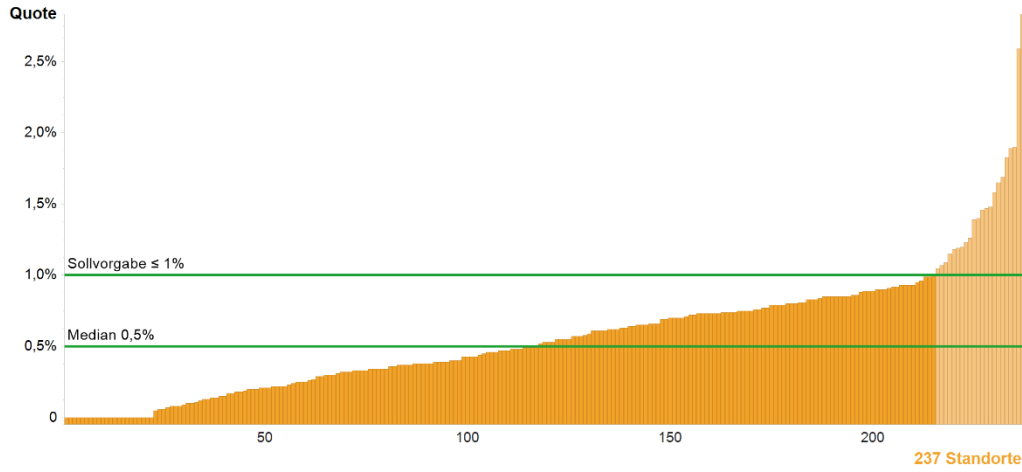
	2020	2021	2022	2023	2024
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	87,5%
Median	----	----	----	----	75,0%
25. Perzentil	----	----	----	----	62,5%
5. Perzentil	----	----	----	----	50,0%
● Min	----	----	----	----	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
317	99,4%	310	97,8%

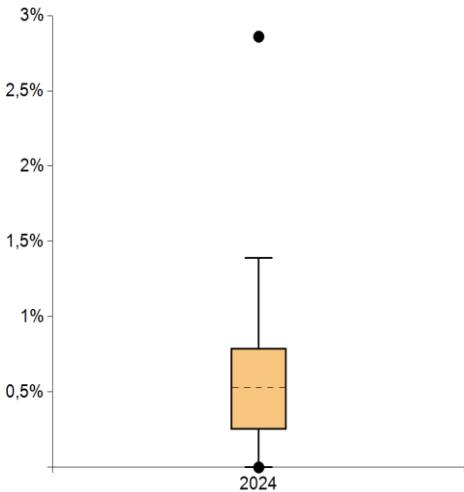
Anmerkungen:
 Der Zähler wurde um die IHC der MMR-Proteine im aktuellen KeZa-Jahr erweitert, so dass die Erfassung zunächst optional erfolgte. Die Gesamtquote beträgt im KeZa-Jahr 2024 75,8% und der Median 75%. 7 Zentren haben die SV unterschritten. Begründet wurde dies u.a. mit externen bzw. ambulanten Pat. (4x), einer nicht zeitgerechten Bestimmung (3x) oder Versterben der Pat. (2x). Die meisten Fälle ließen sich in einer Einzelfallanalyse schlüssig erklären, jedoch wurde bei deutlicher Unterschreitung auch ein kritischer Hinweis 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.

11. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Koloskopien des Nenners mit Komplikationen (Blutung, die eine Re-Intervention (Rekoloskopie, Operation) oder eine Transfusion erforderlich macht u./o. Perforation)	3*	0 - 20	773	----
Nenner	Therapeutische Koloskopien je koloskopierende Einheit (nicht nur Pat. DZ)	532*	127 - 10696	170537	----
Quote	Sollvorgabe ≤ 1%	0,5%	0% - 2,9%	0,5%**	----



	2020	2021	2022	2023	2024
● Max	----	----	----	----	2,9%
95. Perzentil	----	----	----	----	1,4%
75. Perzentil	----	----	----	----	0,8%
Median	----	----	----	----	0,5%
25. Perzentil	----	----	----	----	0,3%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,0%
● Min	----	----	----	----	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
237	74,3%	----	----	215	90,7%	----	----

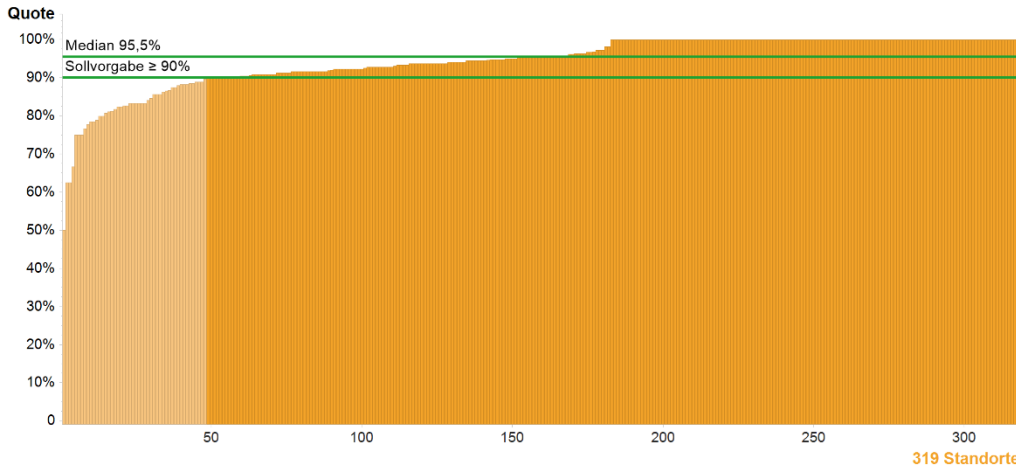
Anmerkungen:

Die KeZa zur Komplikationsrate nach therap. Koloskopie wurde gegenüber dem Vorjahr dahingehend geändert, dass der Nenner nun alle therapeutischen endoskopischen Resektionsverfahren (nicht mehr nur die Schlingenpolypektomie) umfasst. 237 der 319 Zentren gaben im ersten optionalen Erfassungsjahr Daten an. Gesamtquote und Median liegen bei 0,5% (Vorjahr 0,55 %). 22 Zentren hatten Quoten >1% und begründeten dies mit einer hohen Fallkomplexität und ambulant nicht koloskopierbaren Befunden. Die komplikativen Fälle wurden in den Audits diskutiert und durch die FE plausibilisiert.

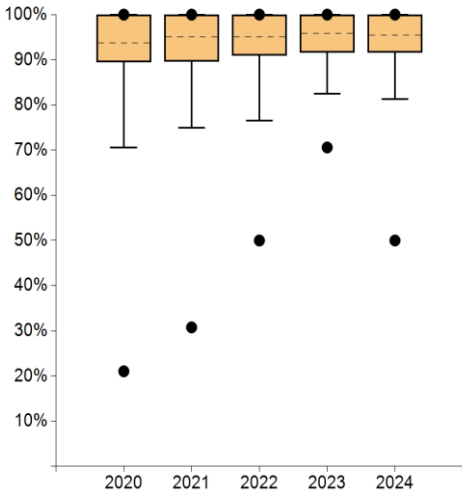
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	16*	3 - 63	5708	5437
Nenner	Pat. mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	17*	3 - 66	6058	5768
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	95,5%	50% - 100%	94,2%**	94,3%



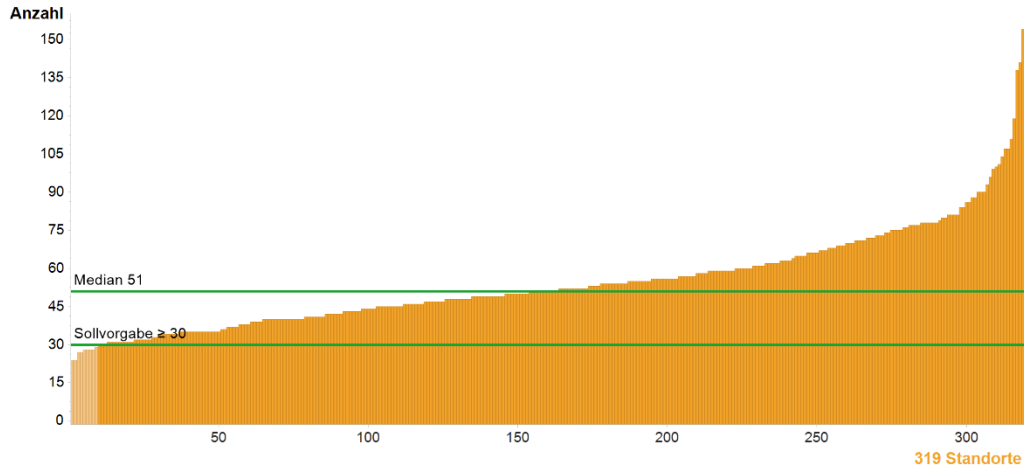
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	93,8%	95,0%	95,0%	95,8%	95,5%
25. Perzentil	89,5%	89,6%	90,9%	91,7%	91,7%
5. Perzentil	70,6%	75,0%	76,6%	82,5%	81,2%
Min	21,1%	30,8%	50,0%	70,6%	50,0%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt						
	2024	2023	2024	2023			
319	100%	314	100%	271	85%	269	85,7%

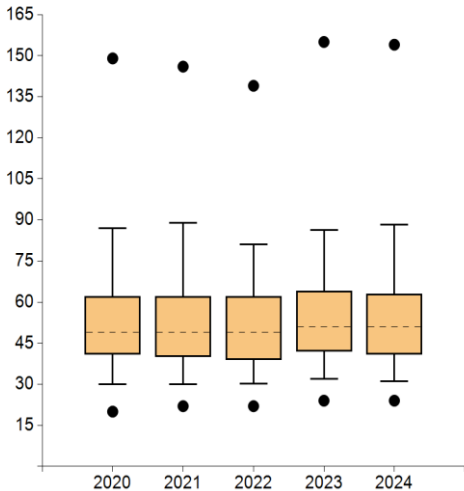
Anmerkungen:
Die Erfüllungsquote dieses LL-QIs liegt auf dem Niveau der Vorjahre in Gesamtquote (94,2%, Vorjahr 94,3%) und Median (95,5%, Vorjahr 95,8%). 48 Zentren unterschritten die SV ≥ 90% (Vorjahr: 45). Die Ursachen für die Unterschreitung waren vielfältig. Hauptgründe waren fehlende Tumordarstellung nach endoskopischer Abtragung oder neoadjuvanter Therapie (42x), fehlende Abstandsmessung bei externer Bildgebung (37x) sowie Artefakte (24x). Mehrere Zentren reagierten mit Gesprächen mit (externen) Radiologien und Qualitätszirkeln. Die FE sprachen 3 Hinweise, aber keine 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.

13. Operative Primärfälle Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Kolon	51	24 - 154	17397	17127
	Sollvorgabe ≥ 30				

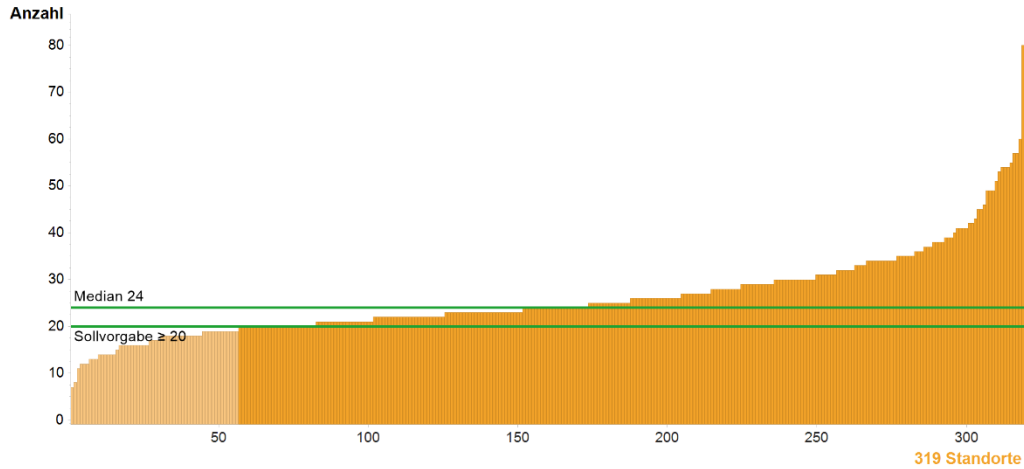


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	149	146	139	155	154
95. Perzentil	87	89	81	86,4	88,2
75. Perzentil	62	62	62	64	63
Median	49	49	49	51	51
25. Perzentil	41	40	39	42	41
5. Perzentil	30	30	30,3	32	31
Min	20	22	22	24	24

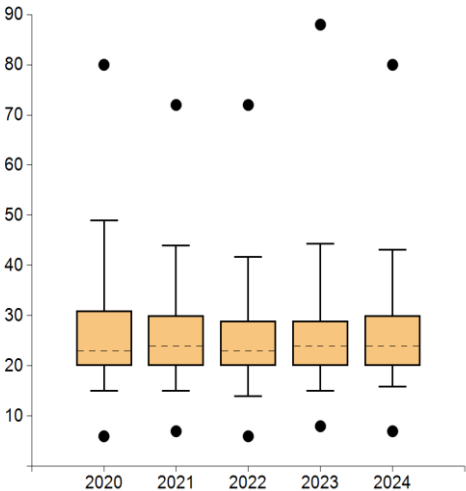
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	310	97,2%
314	100%	309	98,4%

Anmerkungen:
 Die Anzahl der operativen Primärfälle Kolon bleibt im KeZa-Jahr 2024 weitgehend konstant. Die Gesamtfallzahl ist um ca. 1,58% (Vorjahr: 17.127 Resektionen) gestiegen. 9 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 5). Begründet wurde dies u.a mit schwankenden bzw. wenigen Zuweisungen (3x) sowie veränderter Personalsituation (2x). Teilweise wurde keine klare Ursache erkannt (3x). Es wurden 2 Abweichungen ausgesprochen (1x WA, 1x UA). Die Zentren reagierten mit Informationsveranstaltungen und Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit. 4 der 9 betroffenen Zentren befanden sich im Wiederholaudit, fielen jedoch unter die „Sonderregelung Primärfallbewertung“ bzw. erreichten den 3-Jahresdurchschnitt. Somit wurden die Zertifikate der betroffenen Zentren (teilweise mit verkürzter Laufzeit) verlängert.

14. Operative Primärfälle Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Rektum (inkl. TVE)	24	7 - 80	8330	8142
	Sollvorgabe ≥ 20				

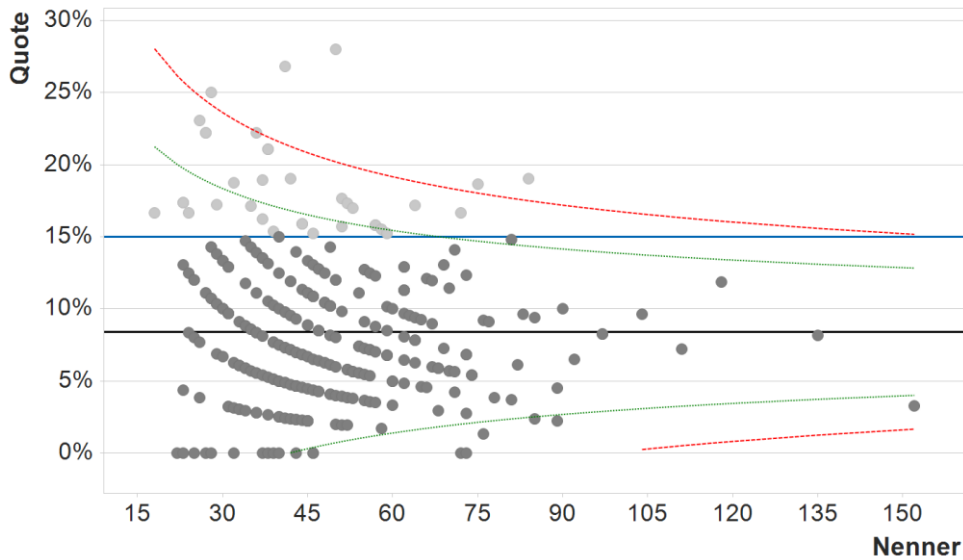


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	80	72	72	88	80
95. Perzentil	49	44	41,8	44,4	43,2
75. Perzentil	31	30	29	29	30
Median	23	24	23	24	24
25. Perzentil	20	20	20	20	20
5. Perzentil	15	15	14	15	15,9
Min	6	7	6	8	7

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	263	82,5%
		253	80,6%

Anmerkungen:
 Auch die Zahl d. operativen Primärfälle Rektum ist im Vergleich zum Vorjahr um 2,3% gestiegen. 56 Zentren haben die SV nicht erfüllt. Die Gründe dafür blieben in vielen Fällen unklar, vereinzelt wurde ein Watch/Wait Status, starker Wettbewerb im Einzugsgebiet oder eine sinkende Inzidenz angegeben. Es wurde 1 Abweichung ausgesprochen. Als Maßnahmen nannten die Zentren u.a. eine intensiviertere Öffentlichkeitsarbeit und Ausbau der Kooperationen. 25 der betroffenen Zentren befanden sich im Wiederholaudit; bei Erreichen der Sollvorgabe im 3-Jahresdurchschnitt wurde das Zertifikat verlängert.

15. Revisions-OPs Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	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	1307	1301
Nenner	Elektive Kolon-Operationen	45*	18 - 152	15531	15165
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	8%	0% - 28%	8,4%**	8,6%



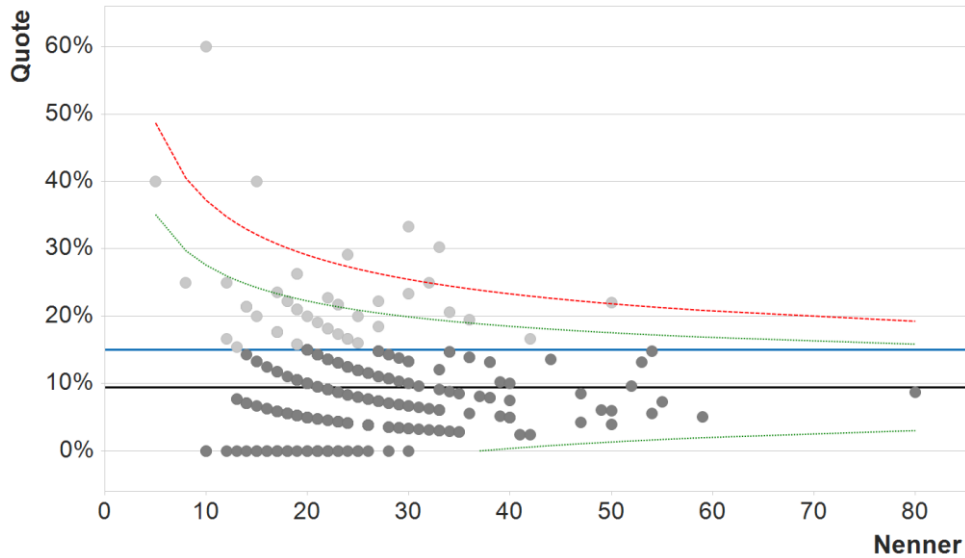
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	23,5%	25,9%	28,6%	31,3%	28,0%
95. Perzentil	17,0%	17,4%	16,1%	18,3%	17,4%
75. Perzentil	11,6%	11,8%	10,8%	11,9%	11,9%
Median	8,1%	7,7%	7,5%	8,6%	8,0%
25. Perzentil	5,4%	4,6%	4,8%	5,3%	5,0%
5. Perzentil	2,2%	1,2%	1,7%	1,8%	1,7%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	283	92%
100%	314	100%	289

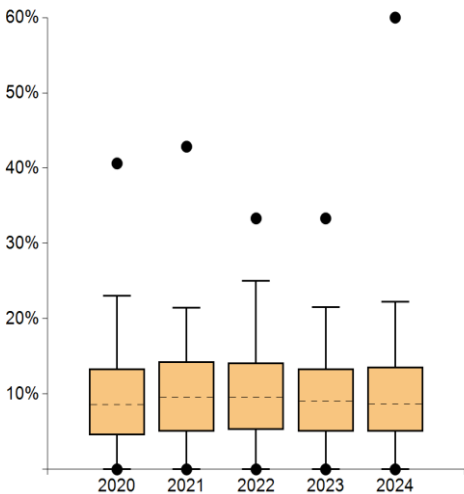
Anmerkungen:
Die Revisionsrate bewegt sich im KeZa-Jahr 2024 im Bereich der Vorjahre (Gesamtquote 8,4% vs. 8,6%; Median 8,0% vs. 8,6%). 36 Zentren wiesen Revisionsraten von > 15% auf. Als häufigste Gründe für Revisionen wurden Anastomosensuffizienzen (131x) genannt, gefolgt von Fasziendehiszenzen/ Platzbauch (47x), Wundheilungsstörungen (28x) und Nachblutungen (15x). Die Fälle wurden in internen MM-Konferenzen besprochen und Zentren reagierten z.T. mit Schulungen oder einer Überarbeitung des Hygienekonzepts. Die FE sprachen 5 Hinweise, davon 1 kritischen Hinweis, aus. Zudem wurden bei gleichzeitig erhöhter Mortalität/ Anastomosensuffizienzrate 2 Abweichungen dokumentiert.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	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	748	736
Nenner	Elektive Rektum-Operationen (ohne TVE)	23*	5 - 80	7915	7707
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	8,7%	0% - 60%	9,5%**	9,5%



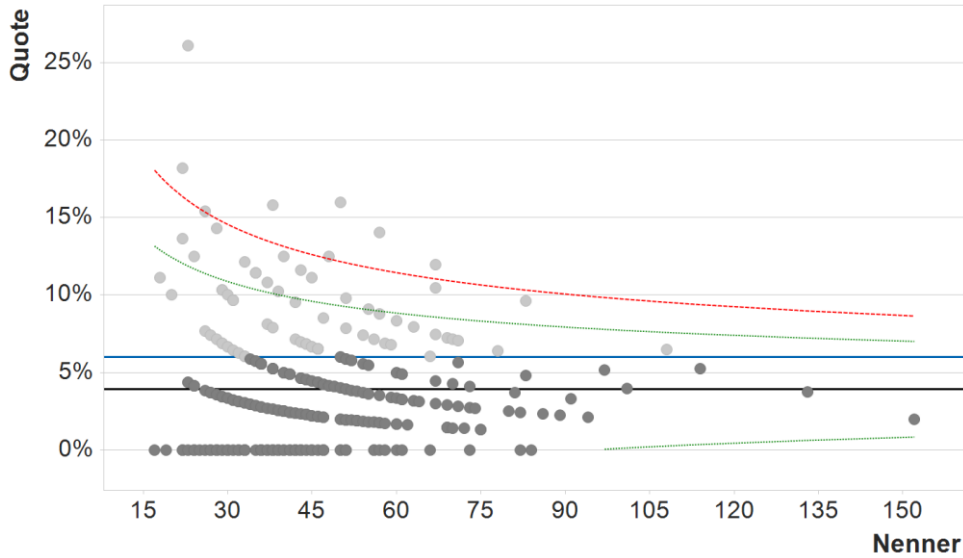
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	40,6%	42,9%	33,3%	33,3%	60,0%
95. Perzentil	23,1%	21,5%	25,0%	21,5%	22,2%
75. Perzentil	13,3%	14,3%	14,2%	13,3%	13,6%
Median	8,6%	9,5%	9,5%	9,1%	8,7%
25. Perzentil	4,6%	5,0%	5,3%	5,0%	5,0%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	270	84,1%
100%	314	100%	264
84,6%	270	84,6%	264

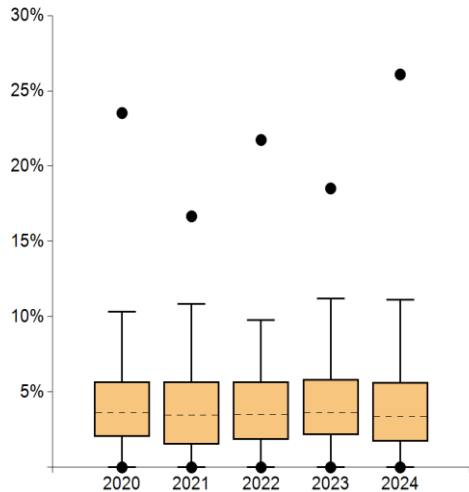
Anmerkungen:
Die Revisionsrate zeigt im KeZa-Jahr 2024 mit einem Median von 8,7% im Zeitverlauf einen leicht undulierenden Verlauf auf insgesamt stabilem Niveau. Die Gesamtquote beträgt 9,5% und ist damit unverändert zum Vorjahr. Insgesamt überschritten 49 Zentren die SV (Vorjahr: 50). Häufigste Gründe für Revisionen waren Anastomosensuff. (79x), Stomarevisionen (32x), Ileus (27x), Wundheilungsstörungen (24x), Abszesse bzw. intraabdominelle Komplikationen (23x), Nachblutungen (17x), Fasziendehiszenzen (17x) und Dünndamperforationen (7x). Es wurden mehrere Hinweise ausgesprochen, davon 3 kritisch, sowie 2 Abweichungen. Die Zentren reagierten mit Anpassungen der OP-Techniken und 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.

17. Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Re-Interventionsbedürftigen Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach Eingriffen	2*	0 - 8	584	617
Nenner	Pat. mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	44*	17 - 152	14880	14589
Quote	Sollvorgabe ≤ 6%	3,4%	0% - 26,1%	3,9%**	4,2%



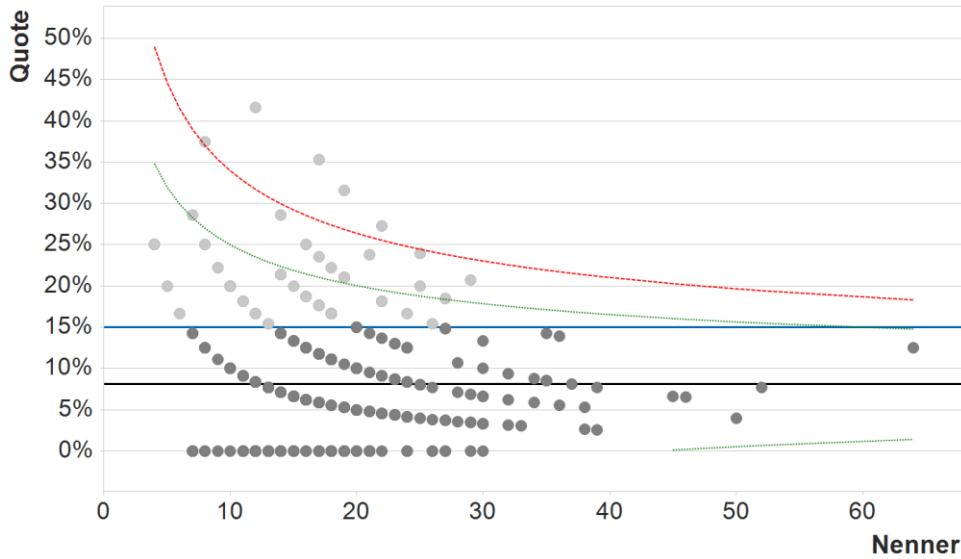
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	23,5%	16,7%	21,7%	18,5%	26,1%
95. Perzentil	10,3%	10,9%	9,8%	11,2%	11,1%
75. Perzentil	5,7%	5,7%	5,7%	5,9%	5,7%
Median	3,6%	3,5%	3,5%	3,6%	3,4%
25. Perzentil	2,0%	1,5%	1,8%	2,2%	1,7%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	250	77,1%
314	100%	242	77,1%

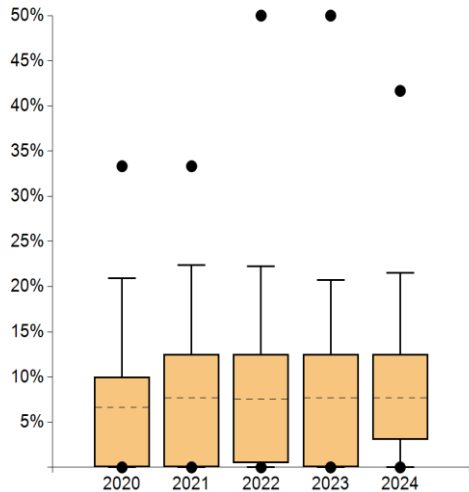
Anmerkungen:
 Im KeZa-Jahr 2024 liegt der Median bei 3,4% (Vorjahr: 3,6%), die Gesamtquote bei 3,9% (Vorjahr: 4,2%). Insgesamt überschritten 69 Zentren die SV (Vorjahr: 72). Als häufigste Ursachen wurden patientenseitige Risikofaktoren und Komorbiditäten, insbesondere Adipositas, genannt (88x). Weitere Gründe waren lokal fortgeschrittene Tumoren (18x), operative Konstellationen (Subileus/drohender Ileus (11x), komplexe Multiviszeralresektionen (11x) sowie Staplerprobleme (8x) und Operationen bei Mangelernährung (4x). In einem relevanten Anteil blieb die Ursache unklar (45x). 28 Zentren verwiesen auf die Falldarstellung im Audit und gaben keine Begründungen im Datenblatt an. Der überwiegende Anteil der Fälle ließ sich in den Audits plausibilisieren. Es wurden 2 Hinweise und 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.

18. Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	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 - 8	482	467
Nenner	Pat. mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde (ohne TVE)	17*	4 - 64	5956	5711
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	7,7%	0% - 41,7%	8,1%**	8,2%



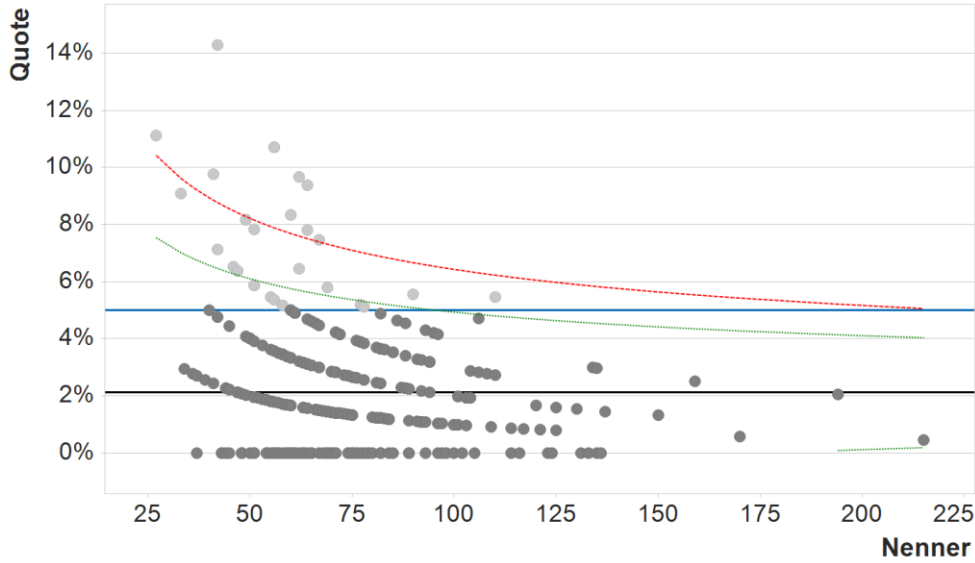
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	33,3%	33,3%	50,0%	50,0%	41,7%
95. Perzentil	20,9%	22,4%	22,2%	20,7%	21,5%
75. Perzentil	10,0%	12,5%	12,5%	12,5%	12,5%
Median	6,7%	7,7%	7,6%	7,7%	7,7%
25. Perzentil	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	3,1%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	270	84,6%
314	100%	265	84,4%

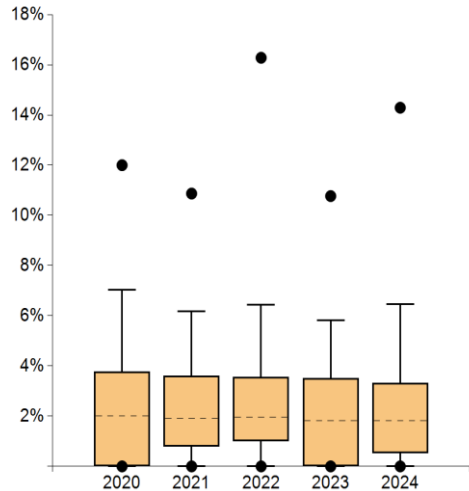
Anmerkungen:
 Im KeZa-Jahr 2024 liegt der Median wie im Vorjahr bei 7,7%, die Gesamtquote bei 8,1% (Vorjahr: 8,2%). Damit zeigt sich ein unverändertes Niveau gegenüber den Vorjahren. Während 54 Zentren eine Anastomoseninsuffizienzrate von 0% aufwiesen, überschritten 49 Zentren die SV.
 Als Gründe wurden am häufigsten Risikokonstellationen durch Komorbiditäten (31×), neoadjuvante Therapien (31×) sowie fortgeschrittene Tumorstadien (14×) angegeben. In 86 Fällen blieben die Ursachen unklar. Es wurden 8 Hinweis (davon 1 kritischer Hinweis) und 2 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.

19. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	1*	0 - 6	496	495
Nenner	Elektiv operierte Pat. (ohne TVE)	69*	27 - 215	23446	22872
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	1,8%	0% - 14,3%	2,1%**	2,2%



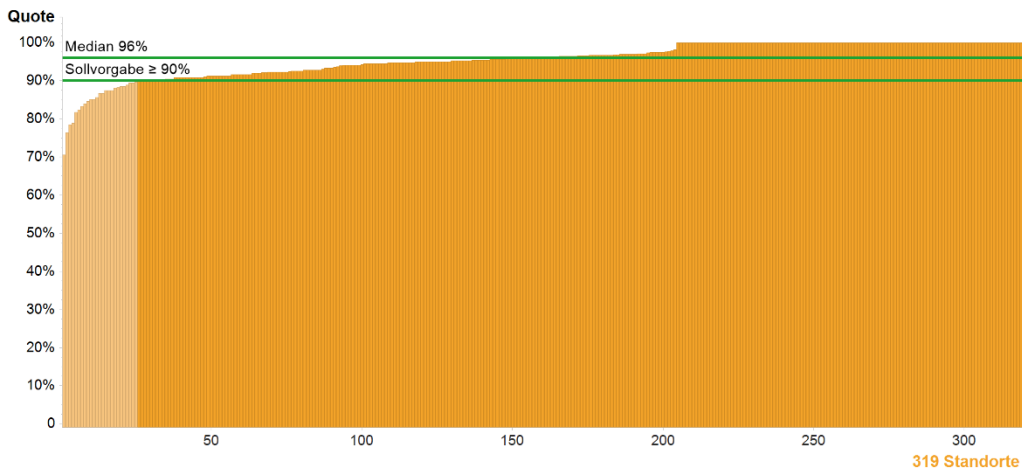
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	12,0%	10,9%	16,3%	10,8%	14,3%
95. Perzentil	7,0%	6,2%	6,4%	5,8%	6,5%
75. Perzentil	3,8%	3,6%	3,6%	3,5%	3,3%
Median	2,0%	1,9%	2,0%	1,8%	1,8%
25. Perzentil	0,0%	0,8%	1,0%	0,0%	0,5%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	291	89,8%
314	100%	282	89,8%

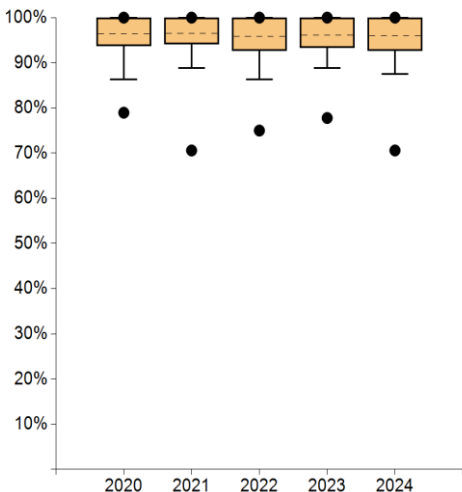
Anmerkungen:
Die postoperative Mortalität liegt im KeZa-Jahr 2024 mit einem Median von 1,8% auf dem Wert des Vorjahres, bei insgesamt über die Jahre weitgehend unveränderter Gesamtquote von aktuell 2,1% (Vorjahr: 2,2%). 28 Zentren überschritten die SV von ≤ 5% (Vorjahr: 32). Als Todesursachen wurden u.a. abdominelle und pneumogene Septitiden, u.a. auch infolge von Anastomoseinsuffizienzen, kardiopulmonale Dekompensationen, Multiorganversagen oder auch Akutereignisse wie Myokardinfarkte und Lungenarterienembolien genannt. Bei einem Großteil der Pat. lagen zudem relevante Komorbiditäten vor. Die Zentren haben die Verläufe in M+M bzw. Einzelfallanalysen aufgearbeitet. Die FE sprachen keine Abweichungen, jedoch 6 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.

20. Lokale R0-Resektionen Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	22*	5 - 78	7575	7398
Nenner	Elektive Rektum-OPs (operativ) (ohne TVE)	23*	5 - 80	7915	7707
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	96%	70,6% - 100%	95,7%**	96%



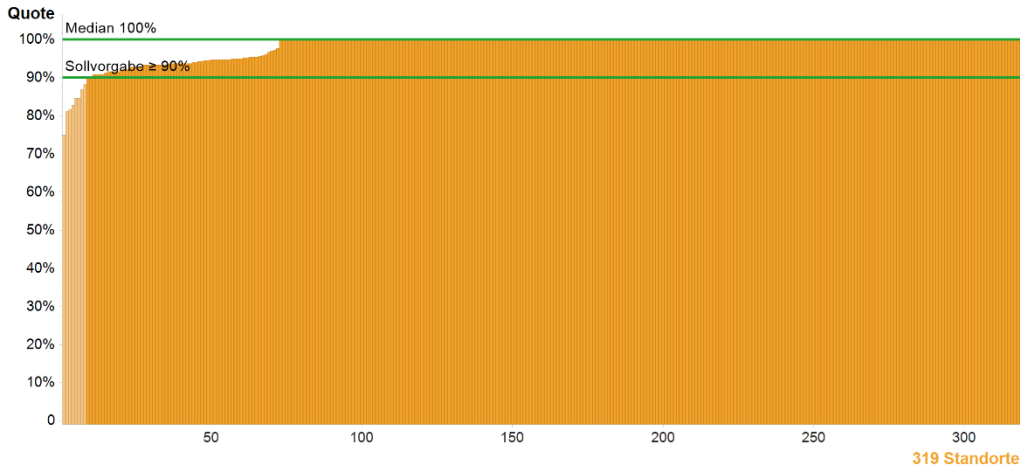
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	96,4%	96,6%	95,8%	96,2%	96,0%
25. Perzentil	93,8%	94,1%	92,7%	93,3%	92,7%
5. Perzentil	86,4%	88,9%	86,3%	88,9%	87,5%
Min	79,0%	70,6%	75,0%	77,8%	70,6%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
	2024	2023
2024	319	100%
2023	314	100%
2024	294	92,2%
2023	293	93,3%

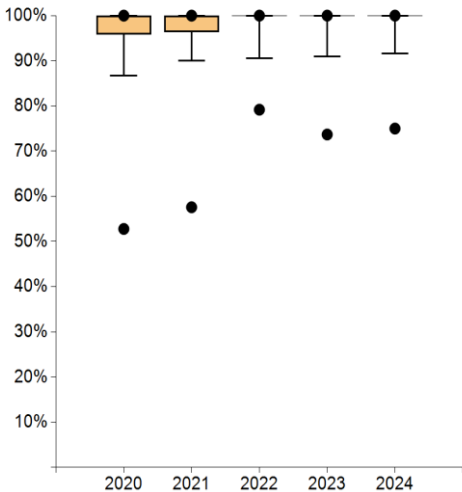
Anmerkungen:
 Die KeZa zur lokalen R0-Resektion zeigt bei den Zentren in den letzten Jahren eine sehr gute Umsetzung mit einer Gesamtquote von 95,7% (Vorjahr: 96,0%) und einem Median von aktuell 96,0%. 25 Zentren haben die SV unterschritten. Häufige Ursachen sind fortgeschrittene Tumoren mit Infiltration der Beckenwand oder Prostata, Ovar, Vagina, Harnblase (37x) sowie CRM-positive Befunde (19x). Vereinzelt wurden Tumorperforationen mit Abszessen (4x) genannt. Die FE sprachen 5 Hinweise, aber keine Abweichung aus. Die meisten Zentren konnten die KeZa im Audit plausibel begründen. Durch die FE wurde darauf hingewiesen, dass lokal fortgeschrittene Rektumkarzinome leitliniengerecht neoadjuvant vorbehandelt und eine präoperative radiologische Bilddokumentation zur OP-Planung sichergestellt werden sollte.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	16*	3 - 52	5551	5428
Nenner	Pat. mit RK, bei denen eine elektive Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde (ohne TVE)	16*	3 - 53	5656	5524
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	75% - 100%	98,1%**	98,3%



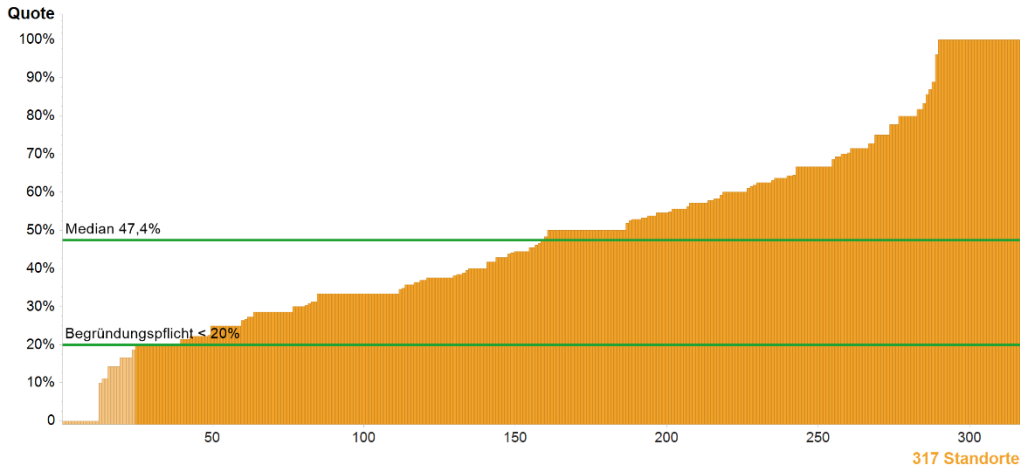
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	95,8%	96,4%	100%	100%	100%
5. Perzentil	86,7%	90,0%	90,5%	90,9%	91,7%
Min	52,8%	57,6%	79,2%	73,7%	75,0%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		
	2024	2023	
319	100%	314	100%
		311	97,5%
		307	97,8%

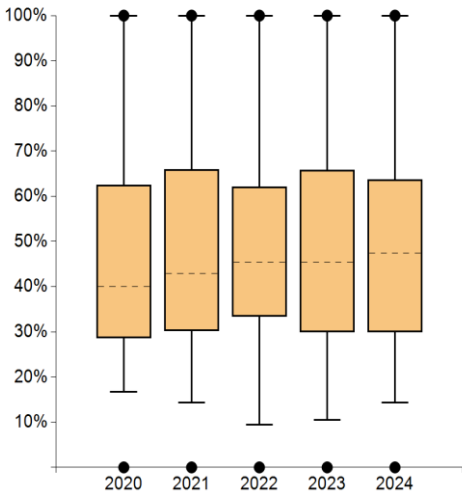
Anmerkungen:
Die präoperative Anzeichnung der Stomaposition erfolgt seit nunmehr 3 Jahren bis in die 25. Perzentile durchgehend bei 100%. Im KeZa-Jahr 2024 beträgt die Gesamtquote 98,1% (Vorjahr: 98,3%). 8 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 7). Begründet wurde dies überwiegend mit Dokumentationsdefiziten oder organisatorischen Versäumnissen (16x). Vereinzelt erfolgte nur eine Stomaumwandlung (3x) oder die Stomaanlage unerwartet intraoperativ (3x). Die FE sprachen einen Hinweis, jedoch keine Abweichung 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.

22a. Lebermetastasenresektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine Lebermetastasenresektion erhalten haben	4*	0 - 72	1682	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 - 75	3530	3371
Quote	Begründungspflicht*** <20%	47,4%	0% - 100%	47,6%**	48,4%



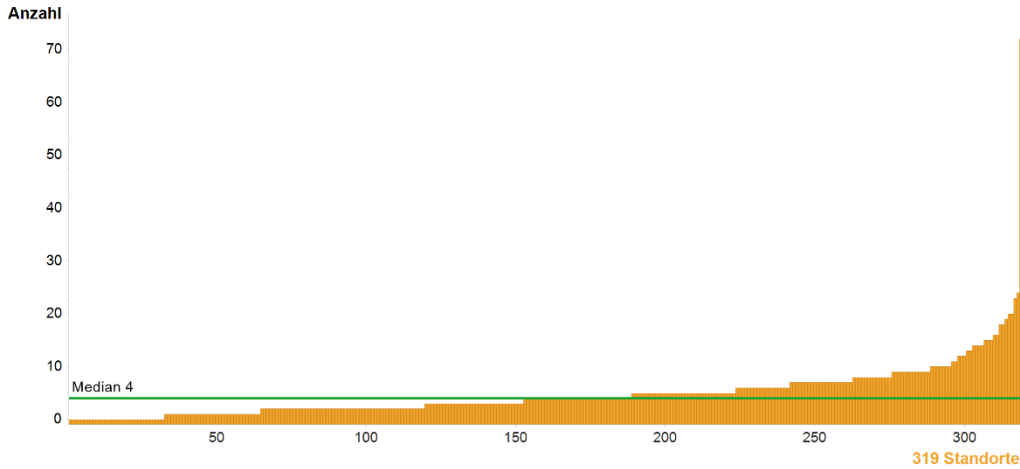
	2020	2021	2022	2023	2024
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	62,5%	66,0%	62,1%	65,8%	63,6%
Median	40,0%	42,9%	45,5%	45,5%	47,4%
25. Perzentil	28,6%	30,2%	33,3%	30,0%	30,0%
5. Perzentil	16,7%	14,3%	9,4%	10,6%	14,3%
● Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024	2023	2024	2023	2024	2023
317	99,4%	311	99%	293	92,4%
		290	93,2%		

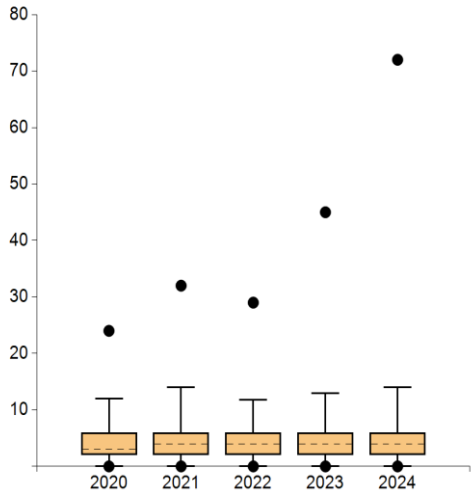
Anmerkungen:
Die Quote der Lebermetastasenresektionen ist im KeZa-Jahr 2024 leicht auf 47,6% (Vorjahr: 48,41%) zurückgegangen. Bei 24 Zentren bestand eine Begründungspflicht (Vorjahr: 18). Die häufigsten Ursachen waren diffuse oder multilokuläre Lebermetastasierung (63x) sowie eine palliative Situation/ Versterben der Pat. (32x). In 36 Fällen wurde keine Begründung angegeben. Die KeZa wurde im Audit thematisiert, es konnte kein systematischer Fehler festgestellt werden.

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 22a)	4	0 - 72	1537	1521
	Keine Sollvorgabe				

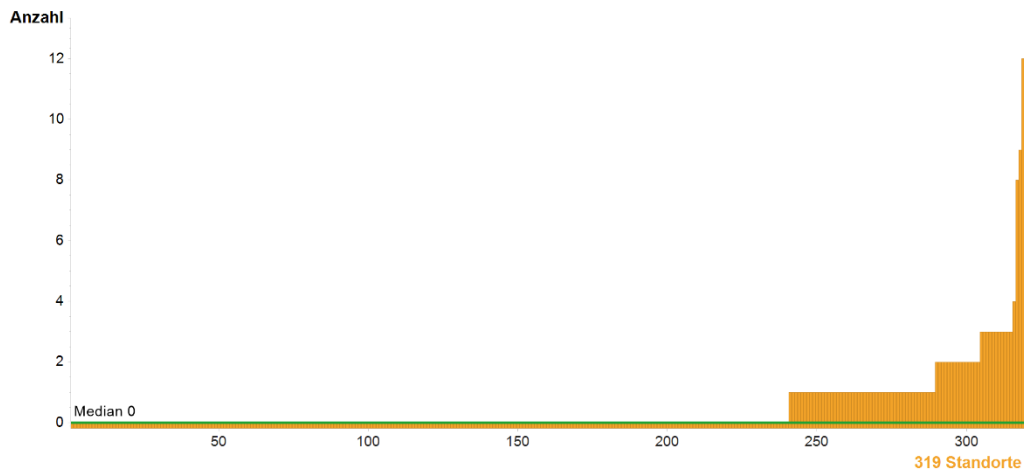


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	24	32	29	45	72
95. Perzentil	12	14	11,8	13	14
75. Perzentil	6	6	6	6	6
Median	3	4	4	4	4
25. Perzentil	2	2	2	2	2
5. Perzentil	0	0	0	0	0
Min	0	0	0	0	0

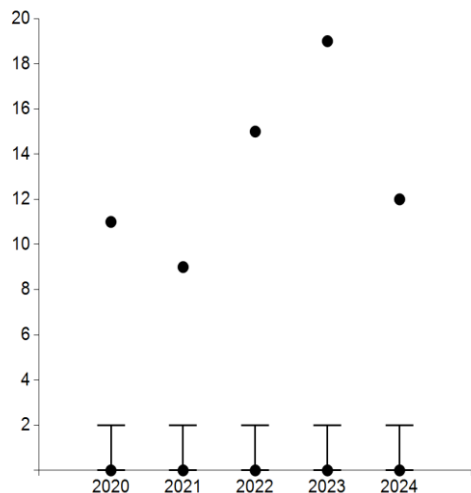
Standorte mit auswertbaren Daten				Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
2024		2023		2024		2023	
319	100%	314	100%	----	----	----	----

Anmerkungen:
Die Teilkennzahl zeigt seit Jahren konstante Ergebnisse. Insgesamt wurden 1.537 Lebermetastasenresektionen am operativen Standort durchgeführt (Vorjahr: 1.521; +1,05%).

22c. Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standort des Darmkrebszentrums



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Anzahl	Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 22a)	0	0 - 12	145	111
	Keine Sollvorgabe				

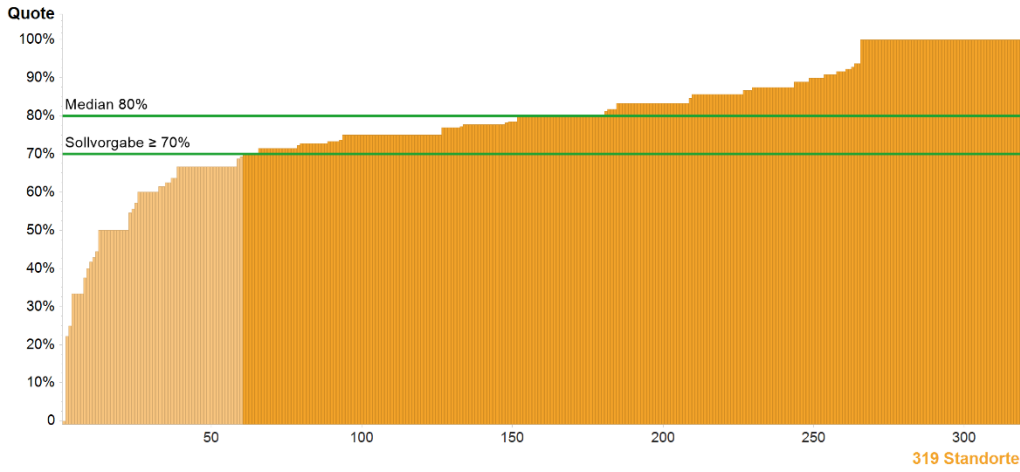


	2020	2021	2022	2023	2024
Max	11	9	15	19	12
95. Perzentil	2	2	2	2	2
75. Perzentil	0	0	0	0	0
Median	0	0	0	0	0
25. Perzentil	0	0	0	0	0
5. Perzentil	0	0	0	0	0
Min	0	0	0	0	0

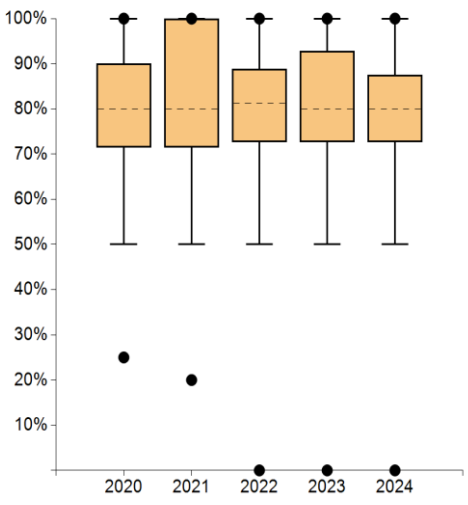
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	314	100%
		----	----

Anmerkungen:
Im KeZa-Jahr 2024 verwiesen 79 Zentren (Vorjahr: 59) Pat. zur Lebermetastasenresektion an ein externes Haus. Insgesamt wurden 145 Resektionen außerhalb des operativen Standorts durchgeführt (Vorjahr: 111), das entspricht 8,6% aller Lebermetastasenresektionen (Vorjahr: 6,8%).

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	6*	0 - 27	2118	2009
Nenner	Pat. ≤ 75 Jahre mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	8*	1 - 30	2685	2512
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	80%	0% - 100%	78,9%**	80%



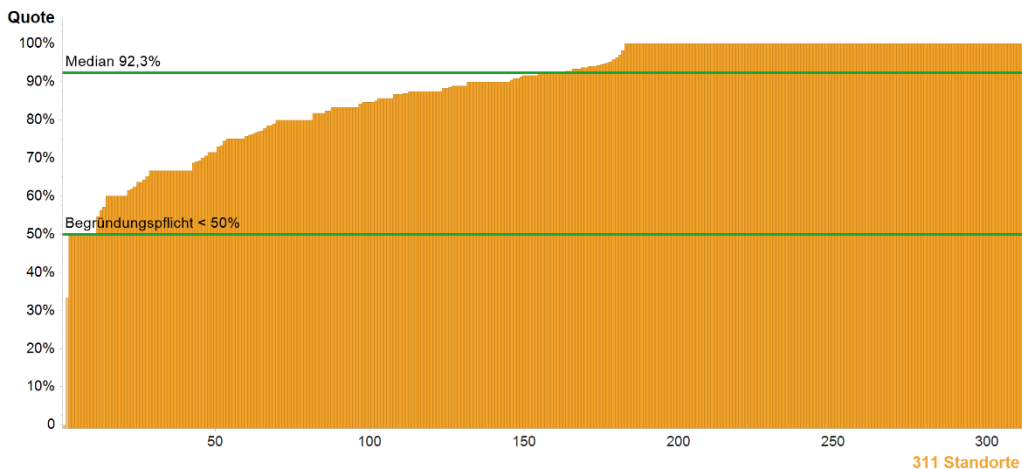
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	90,0%	100%	88,9%	92,9%	87,5%
Median	80,0%	80,0%	81,3%	80,0%	80,0%
25. Perzentil	71,4%	71,4%	72,7%	72,7%	72,7%
5. Perzentil	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%	50,0%
Min	25,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	313	99,7%
		259	81,2%
		257	82,1%

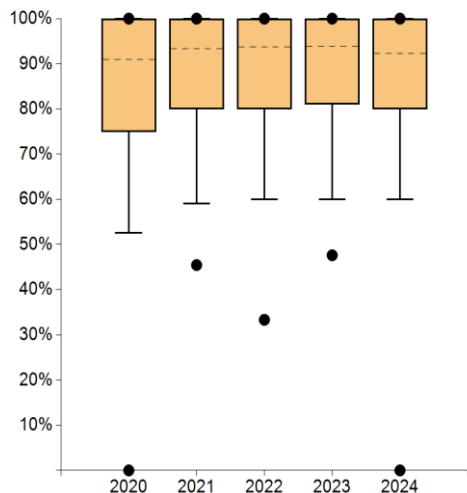
Anmerkungen:
 Die Erfüllung des LL-QI liegt mit einer Gesamtquote von 78,9% und einem Median von 80,0% etwa auf dem Niveau der Vorjahre (Gesamtquote Vorjahr: 80,0%). 60 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 56). Die Zentren begründeten dies u.a mit Ablehnung durch die Pat. (77x), Multimorbidität bzw. eingeschränktem AZ (57x) und einer palliativen Situation bzw. Tod vor Beginn der Therapie (15x). Weitere Gründe waren fehlende Rückmeldungen externer Praxen (20x) und lost to follow up (15x). Die FE betonten, dass auch Behandlungsinformationen zu extern durchgeführten adjuvanten Therapien durch die Zentren einzuholen sind (5 Hinweise).

* 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 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Kombinationschemotherapie	9*	0 - 103	3419	3035
Nenner	Pat. mit metastasiertem KRK, ECOG 0-1 und systemischer Erstlinientherapie	10*	1 - 105	3891	3478
Quote	Begründungspflicht*** < 50%	92,3%	0% - 100%	87,9%**	87,3%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	90,9%	93,3%	93,8%	93,8%	92,3%
25. Perzentil	75,0%	80,0%	80,0%	81,0%	80,0%
5. Perzentil	52,6%	59,0%	60,0%	60,0%	60,0%
Min	0,0%	45,5%	33,3%	47,6%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024	2023	2024	2023	2024	2023
311	97,5%	306	97,5%	309	99,4%
				305	99,7%

Anmerkungen:

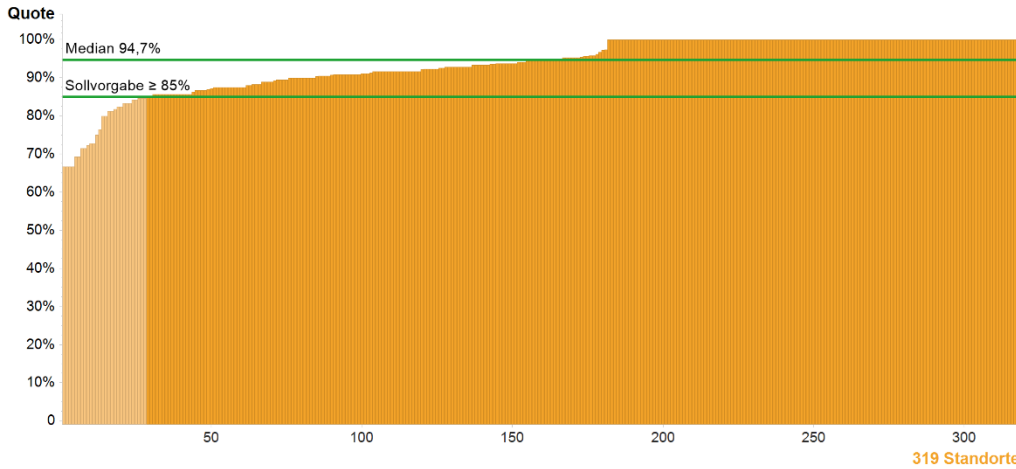
Wie in den Vorjahren wird bei knapp 90% der Pat. mit metastasiertem KRK eine Kombinationschemotherapie in der Erstlinie durchgeführt (87,9%, Vorjahr: 87,3%). Der Median liegt bei 92,3%. Die 2 Zentren mit Quoten von 0% bzw. 33% hatten nur 2 bzw. 3 Pat. im Nenner und begründeten Monotherapien mit patientenseitigen Faktoren wie höherem Alter, relevanten Komorbiditäten und eingeschränkter Therapiefähigkeit. Ein systematischer Fehler konnte im Audit nicht festgestellt werden.

* 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.

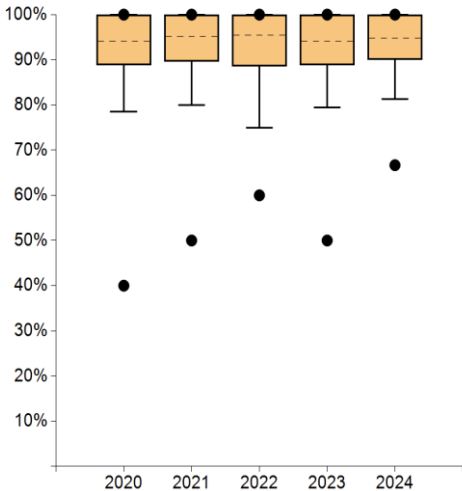
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	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 - 48	4640	4520
Nenner	Pat. mit elektiv radikal operiertem RK im mittleren oder unteren Drittel (ohne TVE)	14*	1 - 55	4962	4871
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	94,7%	66,7% - 100%	93,5%**	92,8%



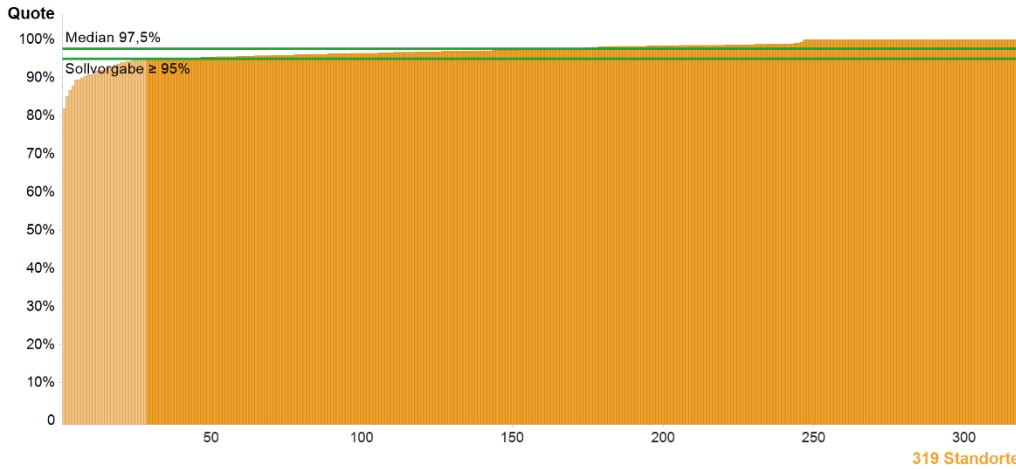
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	94,1%	95,2%	95,5%	94,1%	94,7%
25. Perzentil	88,9%	89,7%	88,6%	88,9%	90,0%
5. Perzentil	78,6%	80,0%	75,0%	79,5%	81,3%
Min	40,0%	50,0%	60,0%	50,0%	66,7%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
319	100%	291	87,3%
		274	91,2%
		314	100%

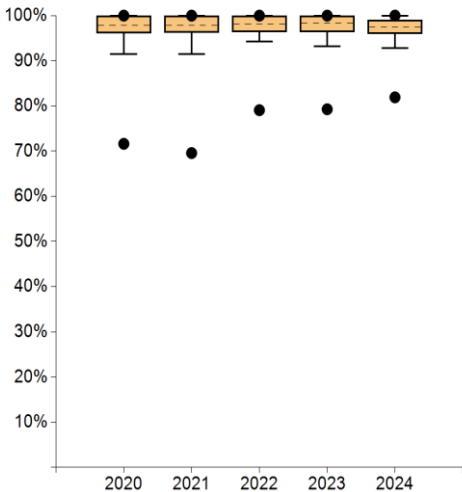
Anmerkungen:
Die Qualität des TME-Rektumpräparates zeigt auch im KeZa-Jahr 2024 eine hohe Erfüllung mit einem Median von 94,7% und einer Gesamtquote von 93,5% (Vorjahr: 92,8%). In 138 Zentren (43%) lag bei allen Pat. ein TME Grad 1 oder 2 vor. 28 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 40). Begründet wurde dies mit erschwerten anatomischen Verhältnissen und Voroperationen (33x), tumorbedingten Komplikationen wie Perforation, Abszess oder Infiltration (27x) und Z.n. Neoadjuvanz bzw. TNT (23x). Bei einigen Fällen wurde keine Ursache angegeben. Es wurden 3 Hinweise und 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.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit vollständigen Befundberichten	73*	34 - 214	24865	24457
Nenner	Pat. mit KRK und operativer Resektion	75*	34 - 221	25568	25076
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,5%	81,9% - 100%	97,3%**	97,5%



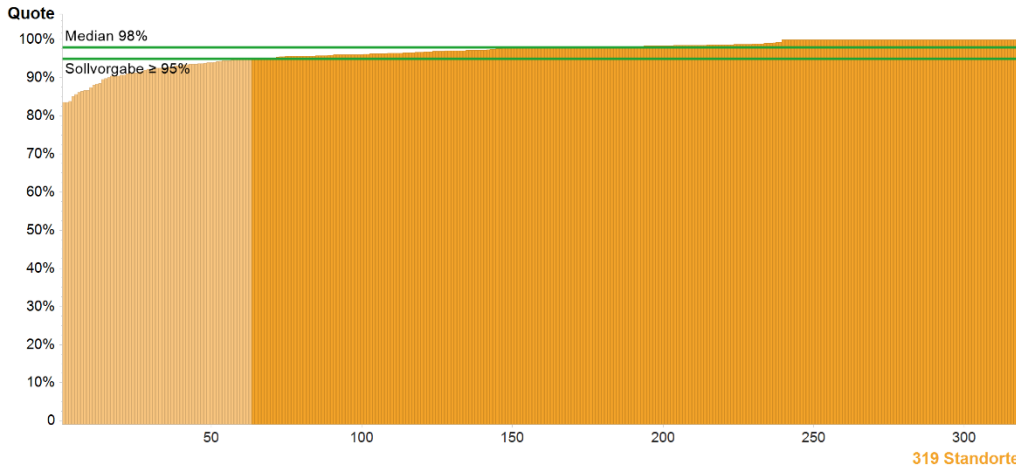
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	99,0%
Median	97,9%	97,9%	98,1%	98,3%	97,5%
25. Perzentil	96,1%	96,2%	96,3%	96,4%	96,0%
5. Perzentil	91,4%	91,5%	94,3%	93,2%	92,8%
Min	71,6%	69,6%	79,1%	79,3%	81,9%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt						
	2024	2023	2024	2023			
319	100%	314	100%	291	91,2%	291	92,7%

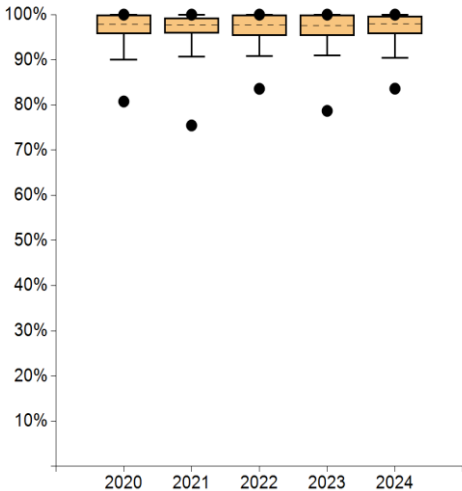
Anmerkungen:
 Im KeZa-Jahr 2024 beträgt die Gesamtquote 97,3% (Vorjahr: 97,5%) bei einem Median von 97,5%. 28 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 23). Begründet wurde dies mit fehlendem Tumornachweis nach endoskopischer oder neoadjuvanter Vorbehandlung (42x), unvollständigen Angaben zum zirkumferentiellen Resektionsrand (25x), RX-Klassifikationen bei Perforation, Notfall-OP oder mehrteiliger Resektion (20x), fehlenden Angaben zum aboralen Resektionsrand (17x) sowie Gx nach neoadjuvanter Therapie (6x). Es wurde eine Abweichung ausgesprochen. Die Zentren reagierten mit Qualitätszirkeln 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 (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten	66*	27 - 195	22600	22041
Nenner	Pat. mit KRK, die eine elektive OP mit Lymphadenektomie erhalten haben (ohne TVE)	68*	27 - 215	23328	22777
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98%	83,6% - 100%	96,9%**	96,8%



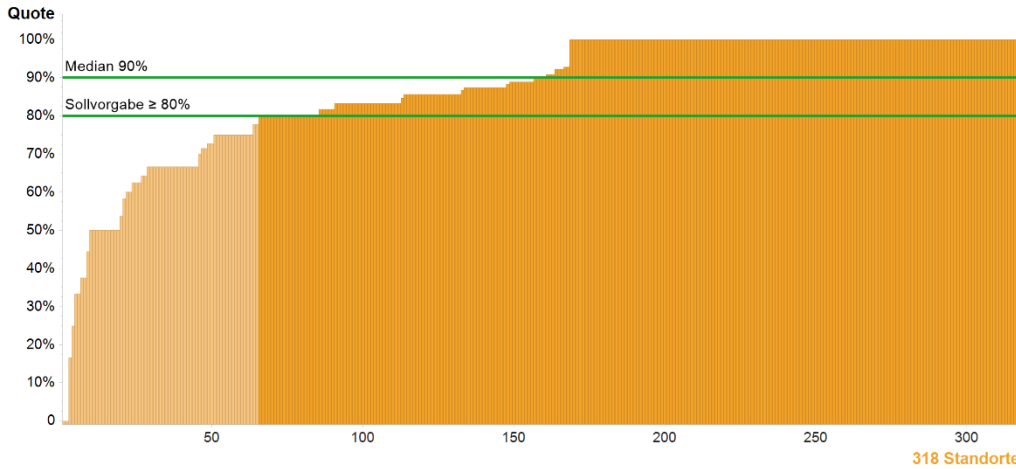
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	99,3%	100%	100%	99,6%
Median	97,9%	97,7%	97,7%	97,5%	98,0%
25. Perzentil	95,7%	95,8%	95,3%	95,3%	95,7%
5. Perzentil	90,0%	90,7%	90,8%	90,9%	90,4%
Min	80,8%	75,5%	83,6%	78,7%	83,6%

Standorte mit auswertbaren Daten	Standorte mit Sollvorgabe erfüllt			
	2024	2023		
2024	2024	2023		
319	100%	314	100%	
	256	80,3%	251	79,9%

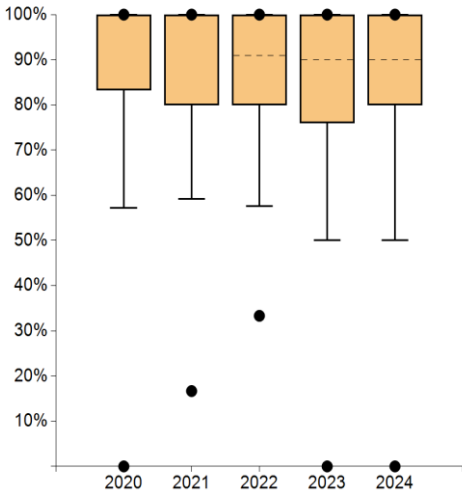
Anmerkungen:
 Im KeZa-Jahr 2024 beträgt die Gesamtquote 96,9% (Vorjahr: 96,8%) bei einem Median von 98,0%. 63 Zentren unterschritten die SV (Vorjahr: 63). Als häufigste Ursachen für die Unterschreitung der SV wurden eine vorangegangene neoadjuvante Therapie (163x), limitierte Resektionen (31x) sowie patienten-/operationsbedingte Faktoren wie Adipositas, Komorbiditäten oder Voroperationen (15x) genannt. In 151 Fällen war die Ursache unklar bzw. konnten trotz Nachuntersuchung keine weiteren Lymphknoten identifiziert werden. Die Zentren reagierten mit erneuten Abstimmungen mit der Pathologie und Qualitätszirkeln.
 Die FE sprachen insgesamt 11 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.

28. Beginn der adjuvanten systemischen Therapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Beginn der Chemotherapie innerhalb von 8 Wochen nach OP	5*	0 - 27	1848	1732
Nenner	Pat. mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben (= Zähler Kennzahl 23)	6*	1 - 27	2118	2009
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	90%	0% - 100%	87,3%**	86,2%



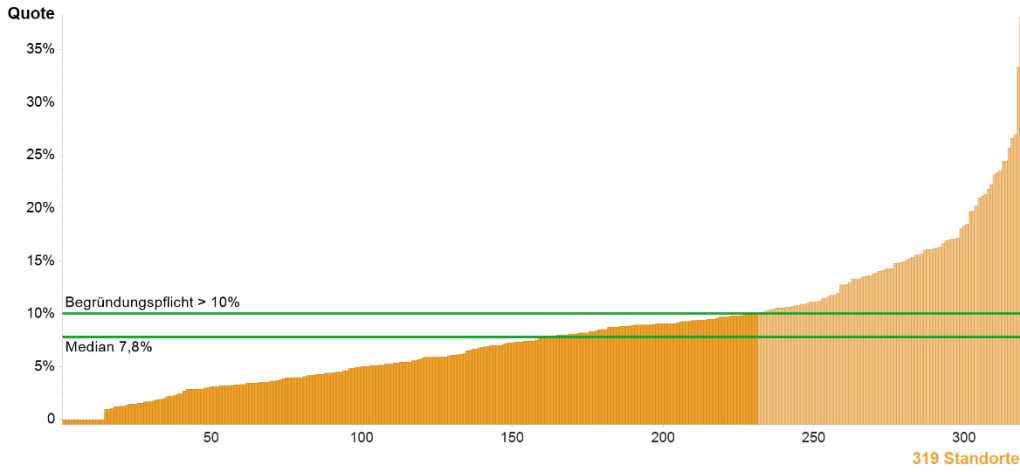
	2020	2021	2022	2023	2024
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	90,9%	90,0%	90,0%
25. Perzentil	83,3%	80,0%	80,0%	76,0%	80,0%
5. Perzentil	57,1%	59,1%	57,6%	50,0%	50,0%
Min	0,0%	16,7%	33,3%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
2024	2023	2024	2023
318	99,7%	253	79,6%
311	99%	---	---

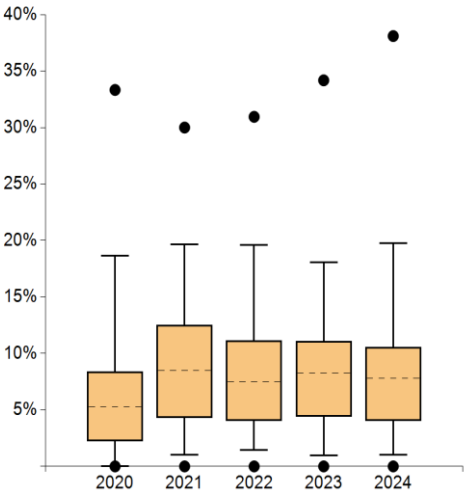
Anmerkungen:
 Die Erfüllung der Kennzahl bewegt sich auf dem Niveau der Vorjahre. Die Gesamtquote liegt bei 87,3 % (Vorjahr: 86,2 %), der Median beträgt unverändert 90,0 %. 65 Zentren überschreiten die SV (Vorjahr: 42). Die Ursachen für eine Überschreitung des 8-Wochen-Intervalls sind weiterhin heterogen. Häufig sind eine protrahierte Rekonvaleszenz bei Komplikationen (36x), organisatorische Gründe (35x) sowie patientenseitige Faktoren (32x). Seltener spielen ein reduzierter AZ (18x) und Diagnostik bzw. Therapie bei Zweitmalignomen (8x) eine Rolle. Weitere Gründe sind u. a. Incompliance, akute Infekte, Portanlagen, frühzeitige Stomarückverlagerungen und Todesfälle. Die Zentren reagieren mit Prozessumstellungen und Qualitätszirkeln. Es werden 4 Hinweise ausgesprochen, davon 2 als kritische Hinweise bei wiederholter Unterschreitung.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2024			2023
		Median	Range	Pat. Gesamt	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	5*	0 - 23	1891	1921
Nenner	Elektiv operierte Pat. (= Nenner Kennzahl 19)	69*	27 - 215	23446	22872
Quote	Begründungspflicht*** >10%	7,8%	0% - 38,1%	8,1%**	8,4%



	2020	2021	2022	2023	2024
Max	33,3%	30,0%	31,0%	34,2%	38,1%
95. Perzentil	18,7%	19,7%	19,6%	18,1%	19,8%
75. Perzentil	8,4%	12,5%	11,1%	11,1%	10,5%
Median	5,3%	8,5%	7,5%	8,3%	7,8%
25. Perzentil	2,3%	4,3%	4,1%	4,4%	4,0%
5. Perzentil	0,0%	1,0%	1,5%	1,0%	1,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen			
2024	2023	2024		2023	
319	100%	314	100%	215	68,5%

Anmerkungen:
Im aktuellen Kennzahlenjahr zeigt sich eine leichte Abnahme der Gesamtquote auf 7,8% (Vorjahr: 8,4%) bei gleichzeitig rückläufigem Median (7,8% vs. 8,3 %). 88 Zentren fielen unter die Begründungspflicht (Vorjahr: 99). Ursächlich ist überwiegend eine verlängerte Liegedauer (678 Fälle), v.a. infolge postop. Komplikationen (452 Fälle, inkl. AI, Wundinfektionen etc.). Weitere Gründe waren u.a. postoperative Ereignisse, die auf erhöhtes Alter und relevante Komorbiditäten (144x), fortgeschrittene Tumorstadien (26x) sowie organisatorische Aspekte (42x) zurückzuführen sind. Insgesamt verstarben 173 Pat. innerhalb von 30 d postoperativ. Verlegungen in andere Einrichtungen waren demgegenüber nur vereinzelt erforderlich, was die hohe Versorgungskompetenz der Zentren unterstreicht, die auch komplexe Verläufe eigenständig behandeln können. Bei teilweise wiederholter Überschreitung der Plausibilitätsgrenze wurden 6 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.
 *** 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.
Aline Kaufmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Carolin Barth, OnkoZert
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 06.05.2026

ISBN: 978-3-912231-11-3



9 783912 231113