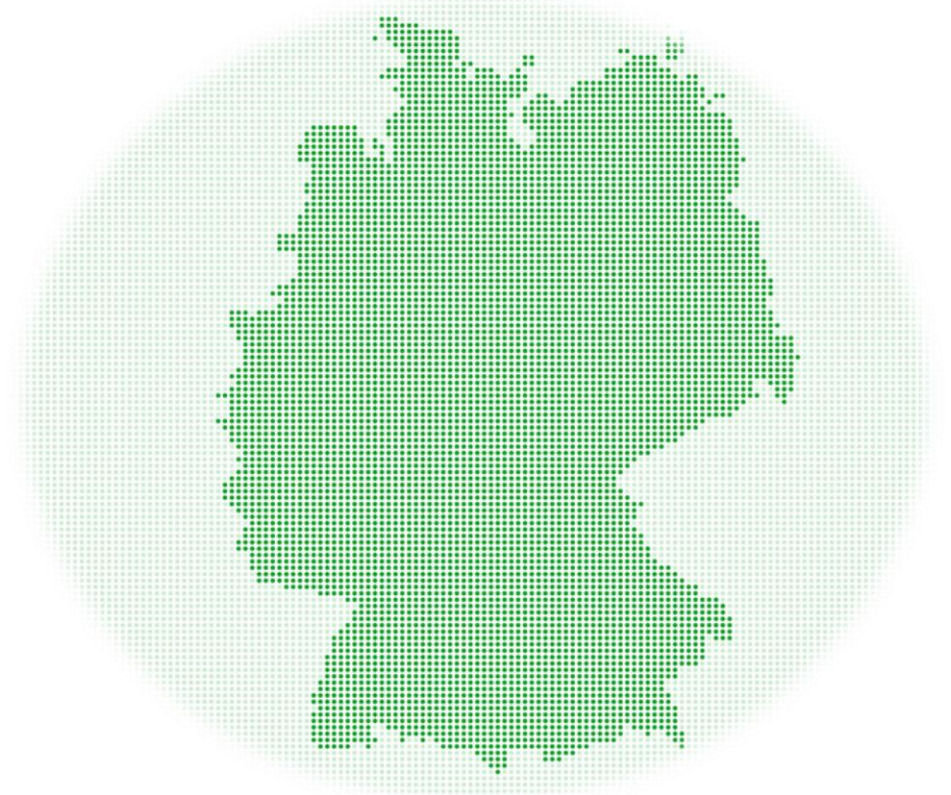


Kennzahlenauswertung 2018

Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Auditjahr 2017 / Kennzahlenjahr 2016



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2017	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	12
Kennzahl Nr. 1: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI 5)	12
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	13
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung	14
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung	15
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst	16
Kennzahl Nr. 6: Studienteilnahme	17
Kennzahl Nr. 7: KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese	18
Kennzahl Nr. 8: Genetische Beratung	19
Kennzahl Nr. 9: Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	20
Kennzahl Nr. 10: Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	21
Kennzahl Nr. 11: Vollständige elektive Koloskopien	22
Kennzahl Nr. 12: Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel (LL QI 1)	23
Kennzahl Nr. 13: Operative Primärfälle Kolon	24
Kennzahl Nr. 14: Operative Primärfälle Rektum	25
Kennzahl Nr. 15: Revisions-OP's Kolon	26
Kennzahl Nr. 16: Revisions-OP's Rektum	27
Kennzahl Nr. 17: Postoperative Wundinfektion	28
Kennzahl Nr. 18: Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI 9)	29
Kennzahl Nr. 19: Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI 8)	30
Kennzahl Nr. 20: Mortalität postoperativ	31
Kennzahl Nr. 21: Lokale R0-Resektionen Kolon	32
Kennzahl Nr. 22: Lokale R0-Resektionen Rektum	33
Kennzahl Nr. 23: Anzeichnung Stomaposition (LL QI 10)	34
Kennzahl Nr. 24: Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)	35
Kennzahl Nr. 25: Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)	36
Kennzahl Nr. 26: Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (LL QI 6)	37
Kennzahl Nr. 27: Neoadjuvante Radio- o. Radiochemotherapien Rektum (klinisches UICC Stad. II u. III) (LL QI 7)	38
Kennzahl Nr. 28: Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) (LL QI 3)	39
Kennzahl Nr. 29: Angabe Resektionsrand (LL QI 4)	40
Kennzahl Nr. 30: Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)	41
Kennzahl Nr. 31: Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	42
Impressum	43

Allgemeine Informationen

Einleitung

Allgemeine Informationen

Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2017

Berücksichtigte Standorte

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

Basisdatenauswertung

Kennzahlensauswertungen

Kennzahl Nr. 1: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI 5)

Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen

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

Grunddaten Kennzahl:

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

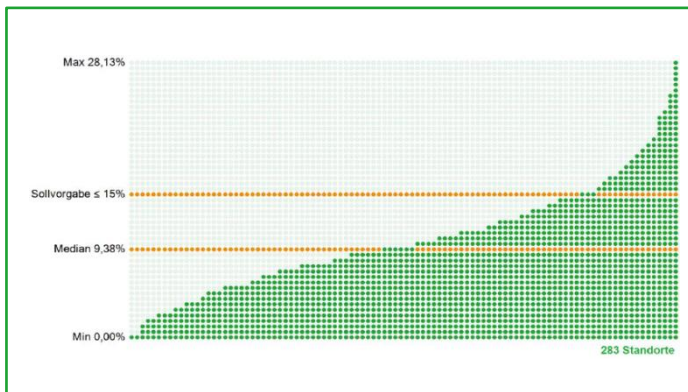
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

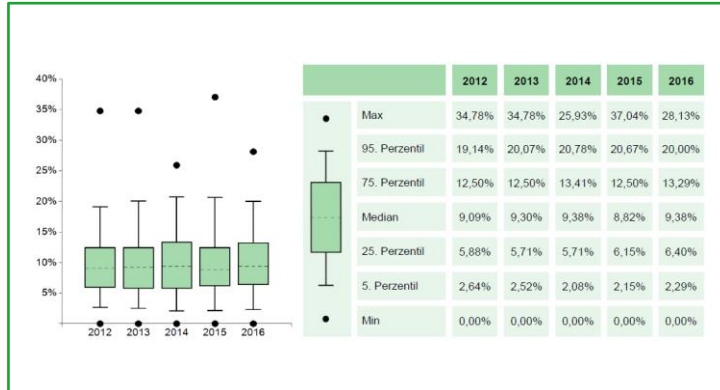
Diagramm:

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

	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	4*	0 - 19
Nenner	Elektive Kolon-Eingriffe	46*	17 - 122
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	9,38%	0,00% - 28,13%

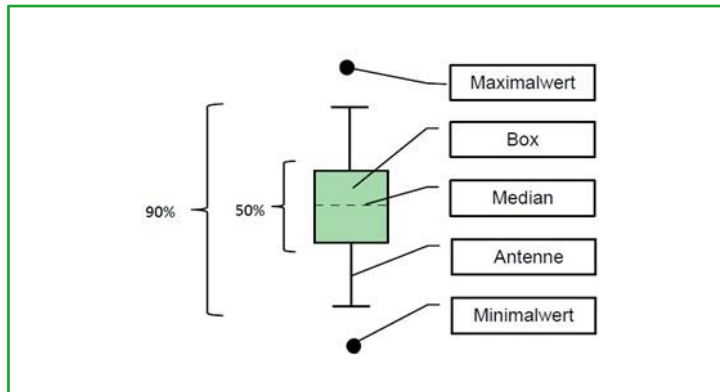


Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2012, 2013, 2014, 2015** und **2016** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



Boxplot:

Ein Boxplot setzt sich aus einer **Box mit Median, Antennen** und **Ausreißern** zusammen. Innerhalb der Box befinden sich 50 Prozent der Zentren. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Zentren. Die Antennen und die Box umfassen einen Bereich/Spannweite von 90 Perzentil. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2017

	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013
Laufende Verfahren	6	7	13	11	12
Zertifizierte Zentren	281	280	265	267	257
Zertifizierte Standorte	290	288	274	276	266
Darmkrebszentren mit 1 Standort	275	275	259	261	251
2 Standorte	4	3	4	4	4
3 Standorte	1	1	1	1	1
4 Standorte	1	1	1	1	1

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	283	273	261	257	253
entspricht	97,6%	94,8%	95,3%	93,1%	95,1%
Primärfälle gesamt*	26.285	25.214	24.277	23.842	23.182
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	93	92	93	93	92
Primärfälle pro Standort (Median)*	87	87	87	87	86

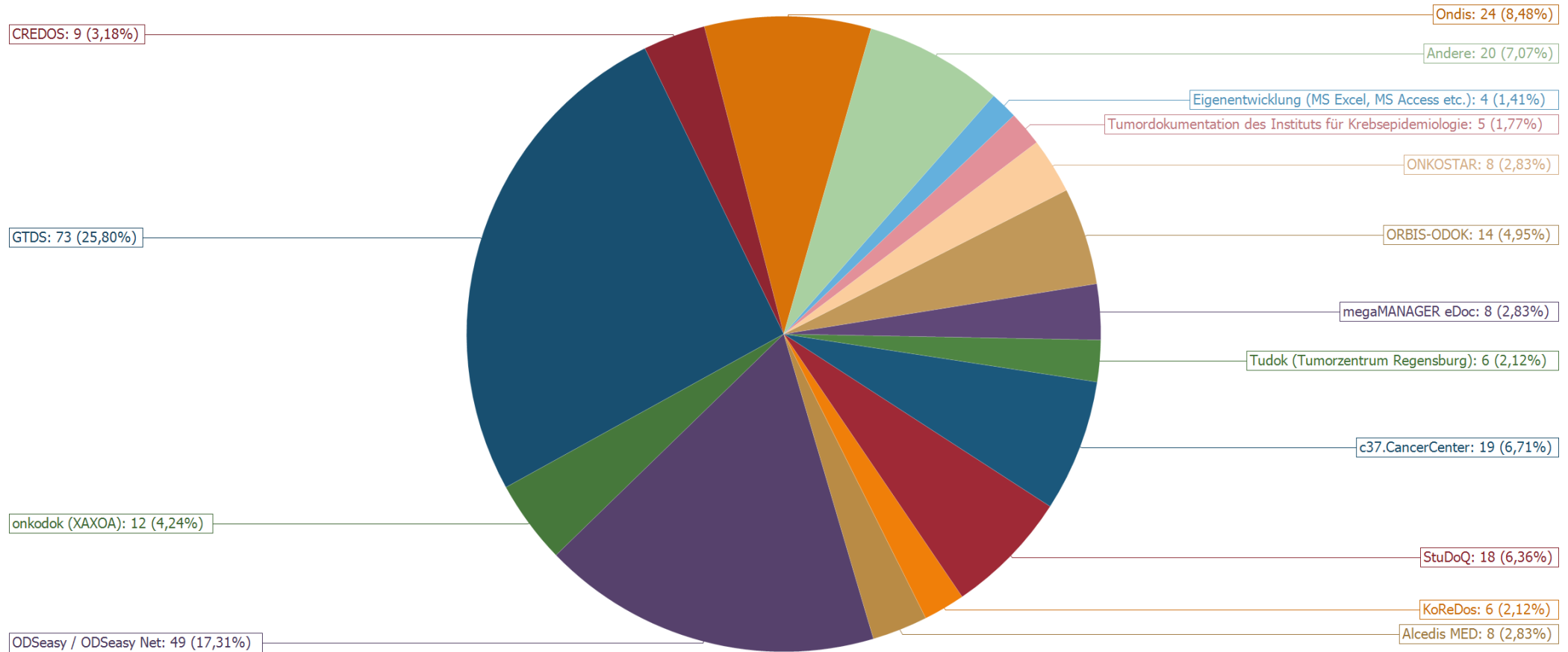
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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 283 der 290 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Nicht abgebildet sind 7 Standorte. Davon 4 Standorte, die im Jahr 2017 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend), 2 Standorte, bei denen die Verifizierung der Daten aus klinikinternen Gründen nicht termingerecht abgeschlossen werden konnte sowie 1 Standort aufgrund einer anstehenden Zertifikatsaussetzung (kein Datenblatt vorliegend).

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

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



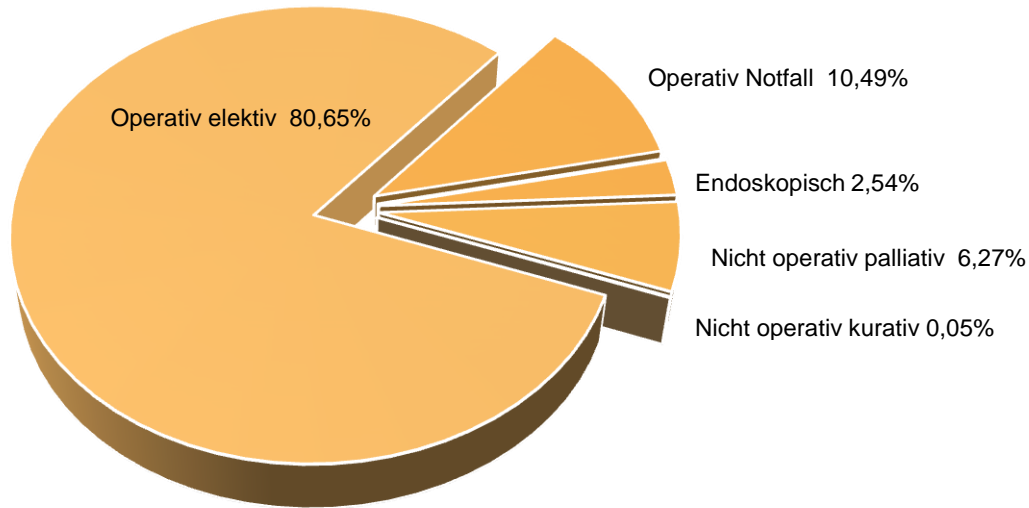
Legende:

Andere	System in < 4 Standorten genutzt
--------	----------------------------------

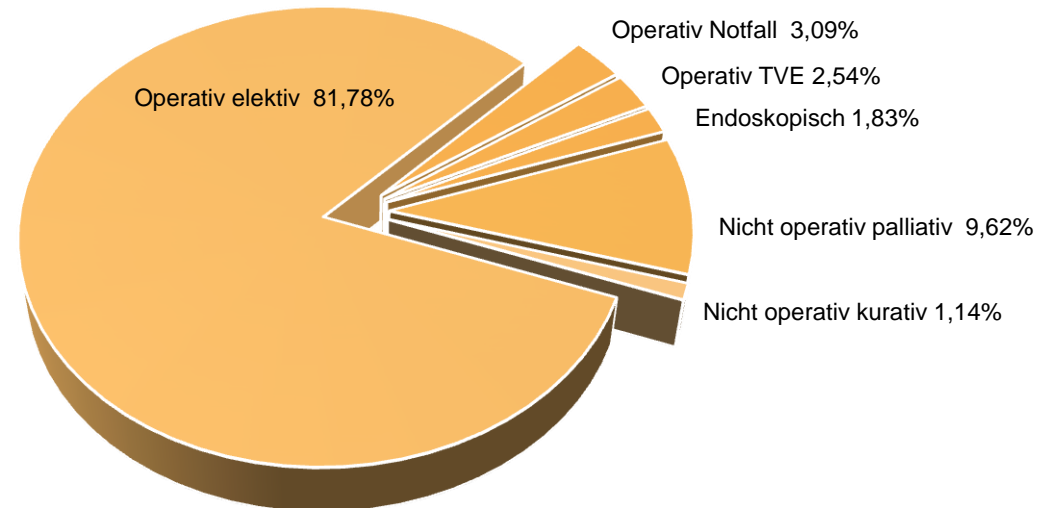
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten

Kolon



Rektum



	Operativ elektiv	Operativ Notfall	Operativ TVE*	Endoskopisch	Nicht operativ palliativ **	Watch and Wait (Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ) ***	Gesamt
Kolon	13.629 (80,65%)	1.773 (10,49%)	---	429 (2,54%)	1.059 (6,27%)	9 (0,05%)	16.899
Rektum	7.672 (81,78%)	290 (3,09%)	238 (2,54%)	172 (1,83%)	902 (9,62%)	107 (1,14%)	9.381
Primärfälle gesamt	21.301	2.063	238	601	1.961	116	26.280

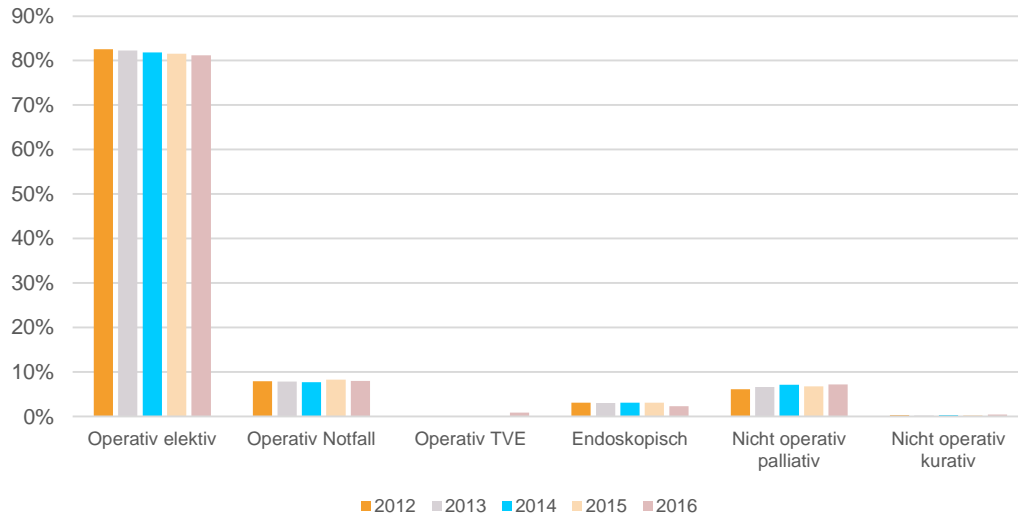
* Operativ Transanale Vollwandexzision

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

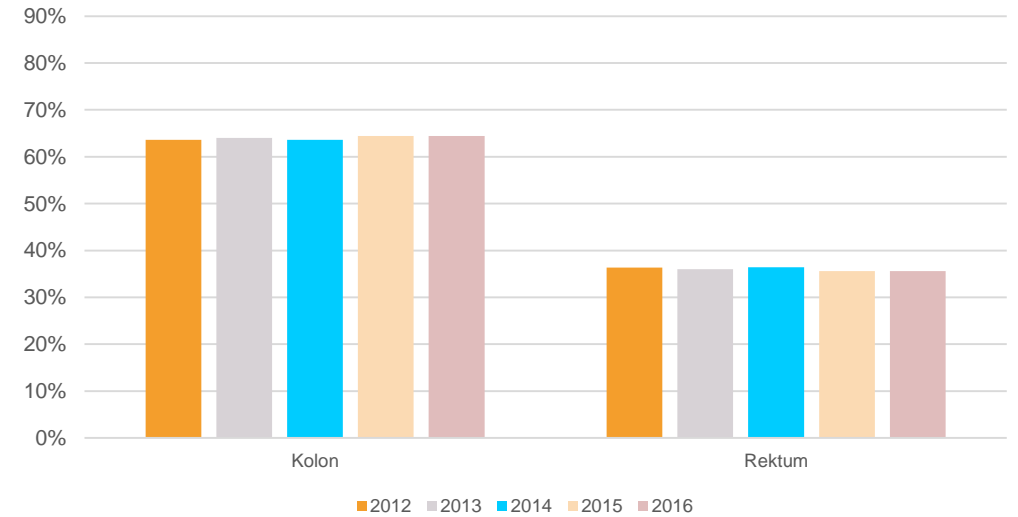
*** Watch and Wait (Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ): vollständige Tumorremission nach neoadjuvant geplanter Therapie und Operationsverzicht Patient

Basisdaten – Entwicklung 2012-2016

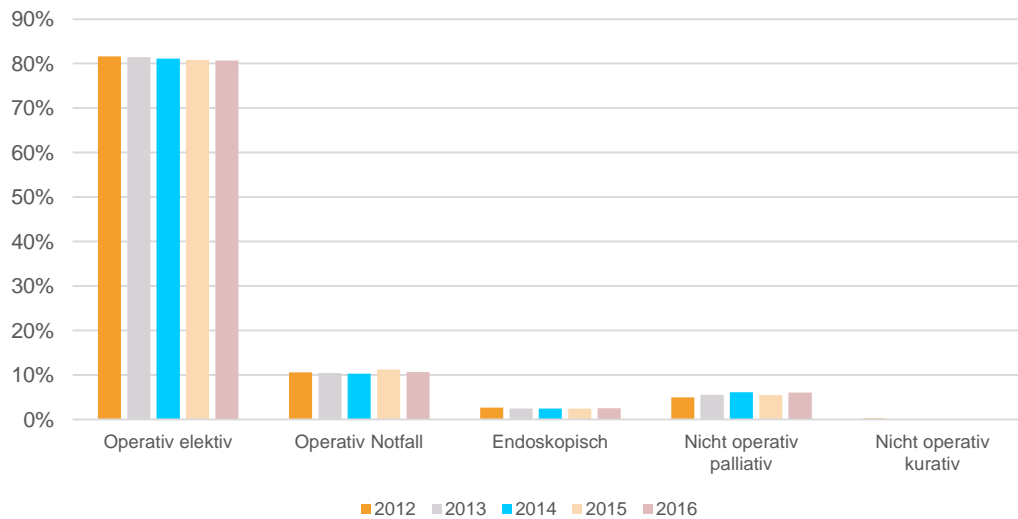
Primärfälle Kolon und Rektum: Therapie 2012-2016



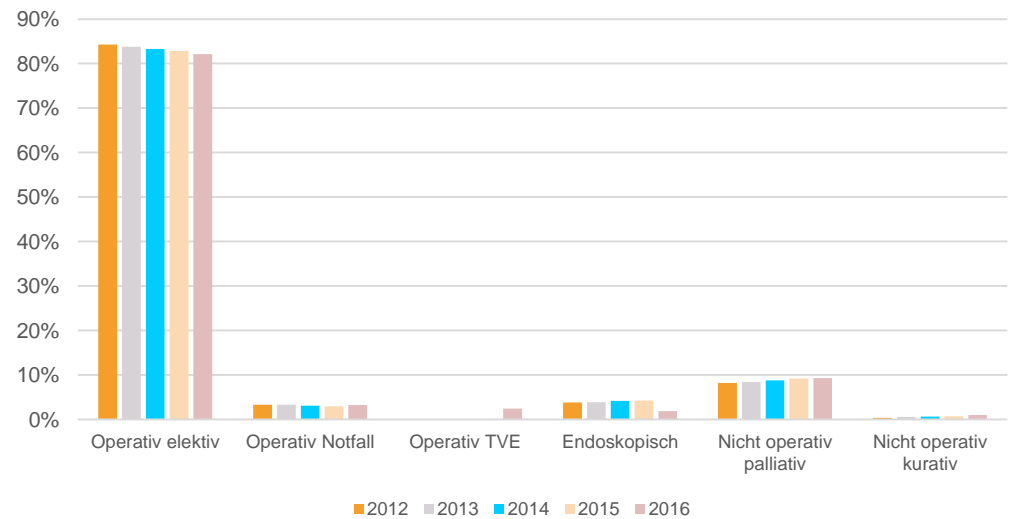
Verhältnis zwischen Primärfällen Kolon und Rektum 2012-2016



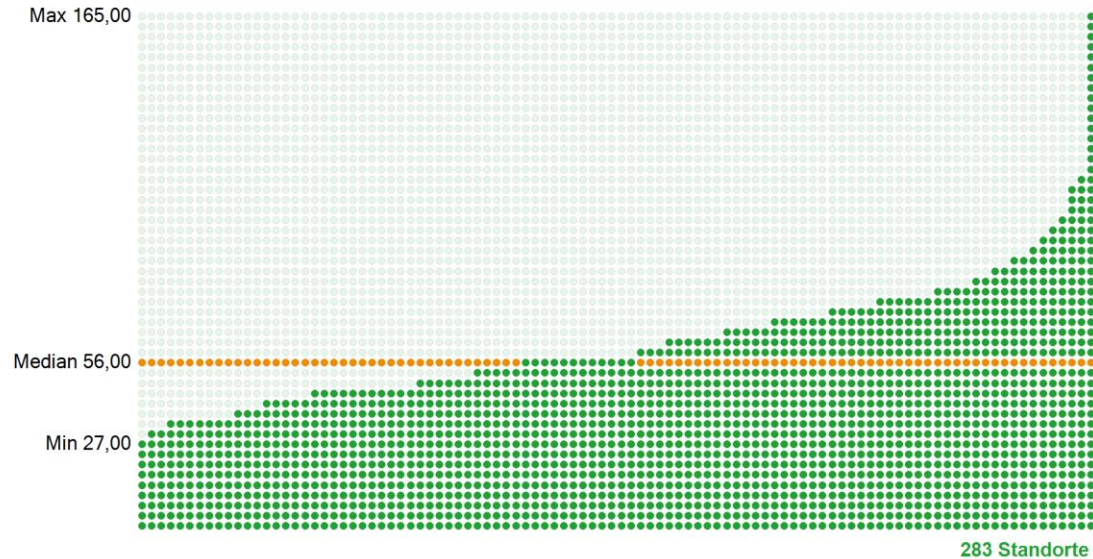
Primärfälle Kolon: Therapie 2012-2016



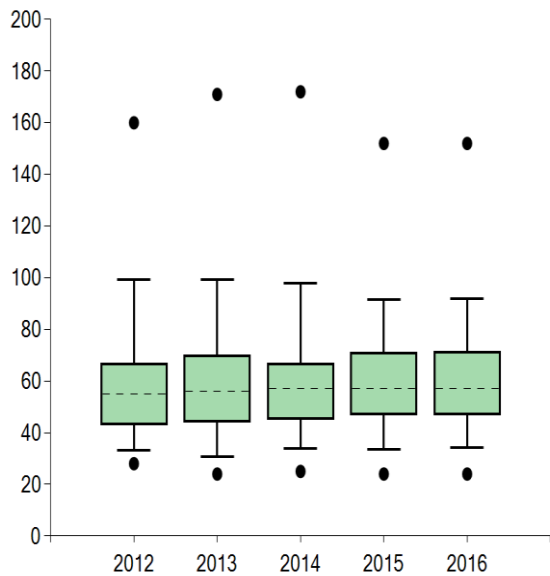
Primärfälle Rektum: Therapie 2012-2016



Gesamtprimärfälle Kolon



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Anzahl	Gesamtprimärfälle Kolon (Def. Folie 8)	56	27 - 165



	2012	2013	2014	2015	2016
Max	160,00	171,00	172,00	152,00	165,00
95. Perzentil	99,00	99,00	98,00	91,40	95,80
75. Perzentil	67,00	70,00	67,00	71,00	71,00
Median	55,00	56,00	57,00	57,00	56,00
25. Perzentil	43,00	44,00	45,00	47,00	46,00
5. Perzentil	33,00	30,80	34,00	33,60	34,00
Min	28,00	24,00	25,00	24,00	27,00

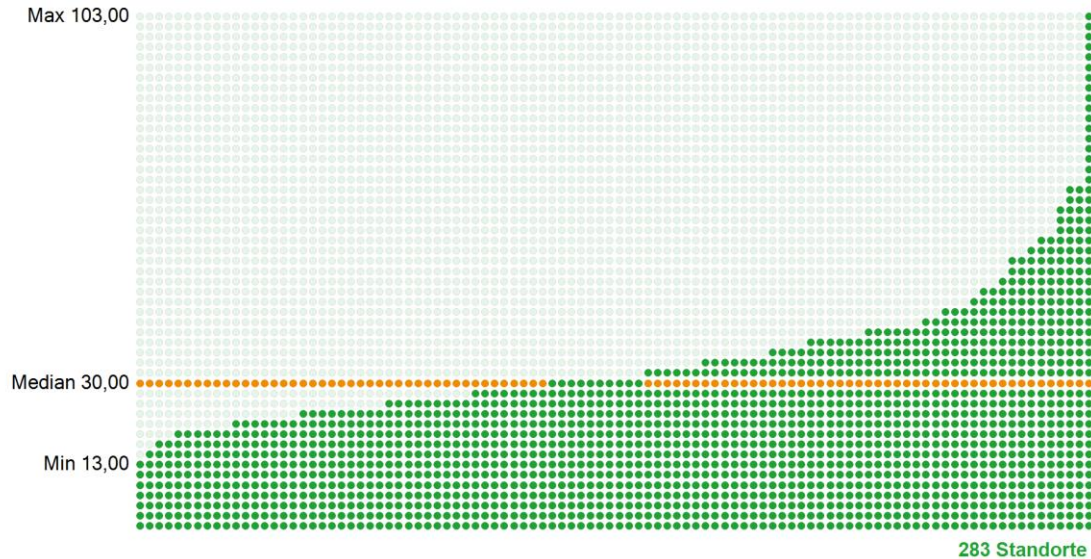
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	----	----

Anmerkungen:

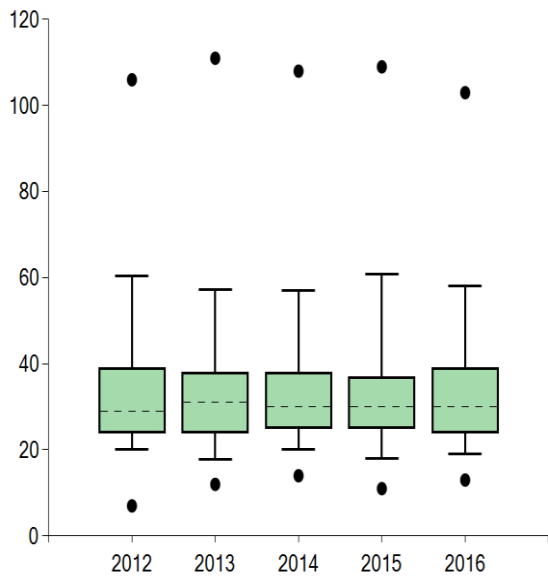
Der Median der Gesamtprimärfälle mit Kolonkarzinom ist im Verlauf der letzten fünf Jahre gleichbleibend. Insgesamt wurden 16.899 Patienten mit der Erstdiagnose eines Kolonkarzinoms in den Darmkrebszentren behandelt und damit 695 Patienten mehr als im Vorjahr.

Bezogen auf Patienten mit kolorektalem Karzinom wurden in 2016 26.280 Patienten mit einer Erstdiagnose in einem zertifizierten Darmkrebszentrum behandelt. Dies entspricht etwa 43% der inzidenten Fälle (Bezug: Inzidenz kolorektaler Karzinome 2014: 61.018, www.krebsdaten.de [Zugriff am: 14.02.2018]).

Gesamtprimärfälle Rektum



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Anzahl	Gesamtprimärfälle Rektum (Def. Folie 8)	30	13 - 103

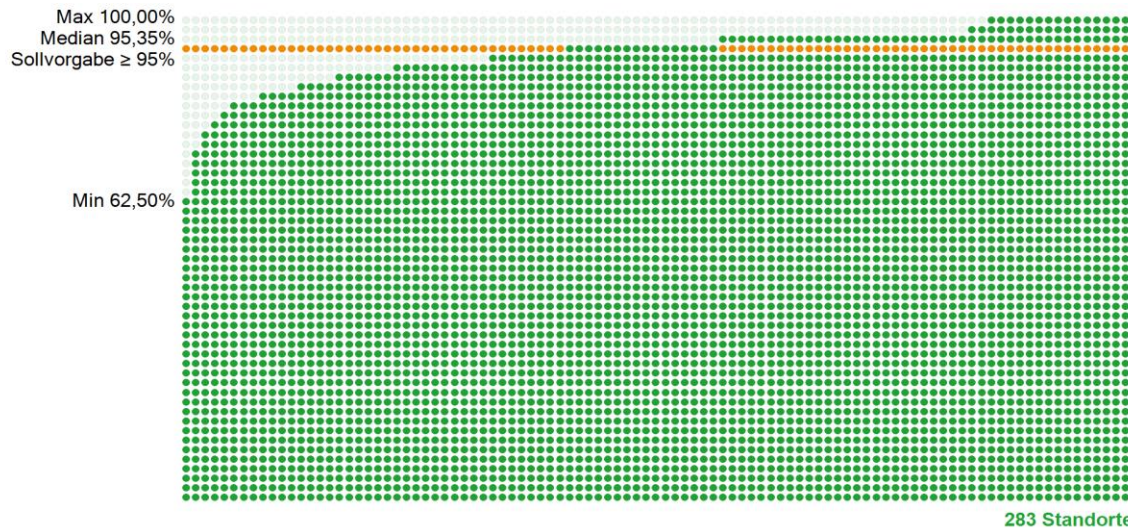


	2012	2013	2014	2015	2016
Max	106,00	111,00	108,00	109,00	103,00
95. Perzentil	60,00	57,00	57,00	60,80	58,00
75. Perzentil	39,00	38,00	38,00	37,00	39,00
Median	29,00	31,00	30,00	30,00	30,00
25. Perzentil	24,00	24,00	25,00	25,00	24,00
5. Perzentil	20,00	17,80	20,00	18,00	19,00
Min	7,00	12,00	14,00	11,00	13,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	----	----

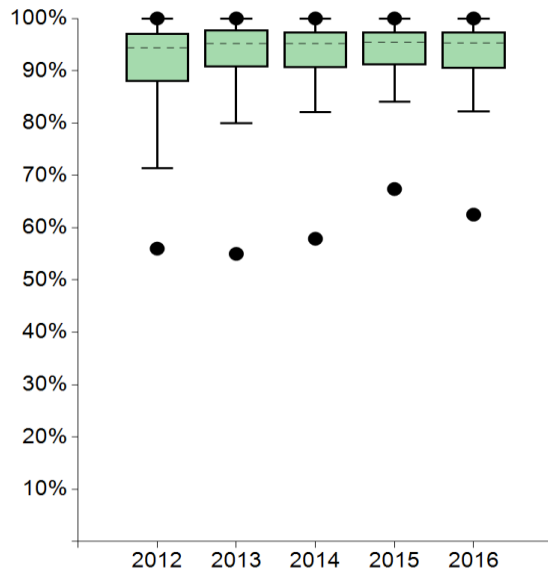
Anmerkungen:
Der Median der Gesamtprimärfälle mit Rektumkarzinom ist über die letzten fünf Jahre in den Zentren unverändert. Insgesamt wurden 9.381 Primärfälle mit Rektumkarzinom behandelt und damit 371 Patienten mehr als im Vorjahr. Weitere Anmerkungen siehe Folie 10.

1. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI 5)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	37*	15 - 114
Nenner	Elektive Patienten mit RK und alle elektiven Patienten mit KK Stad. IV	40*	17 - 118
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,35%	62,50% - 100%

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



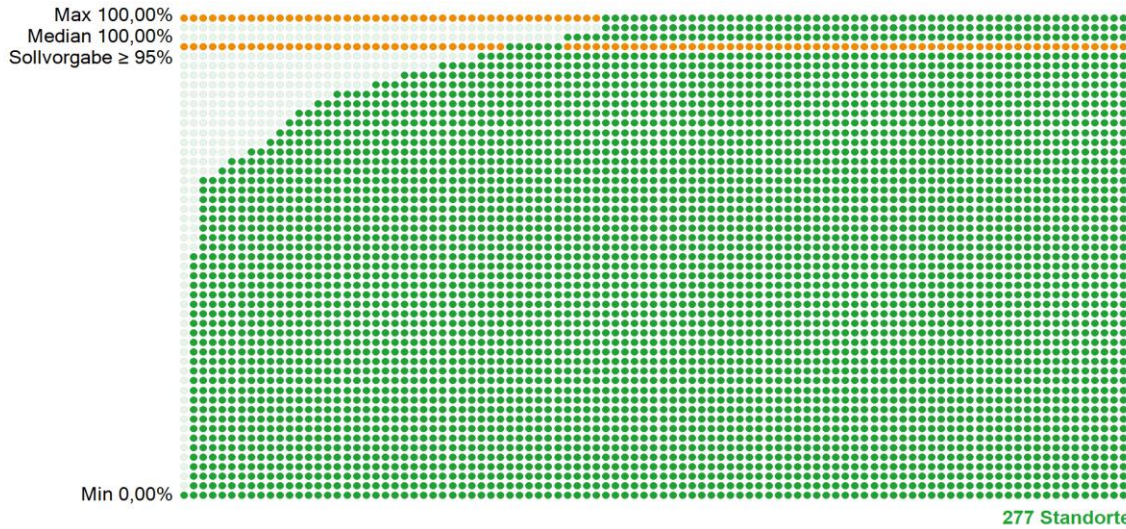
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,14%	97,78%	97,46%	97,44%	97,47%
Median	94,44%	95,12%	95,12%	95,45%	95,35%
25. Perzentil	87,87%	90,63%	90,59%	91,11%	90,48%
5. Perzentil	71,42%	80,00%	82,03%	84,05%	82,15%
Min	56,00%	55,00%	57,89%	67,39%	62,50%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	150	53,00%

Anmerkungen:

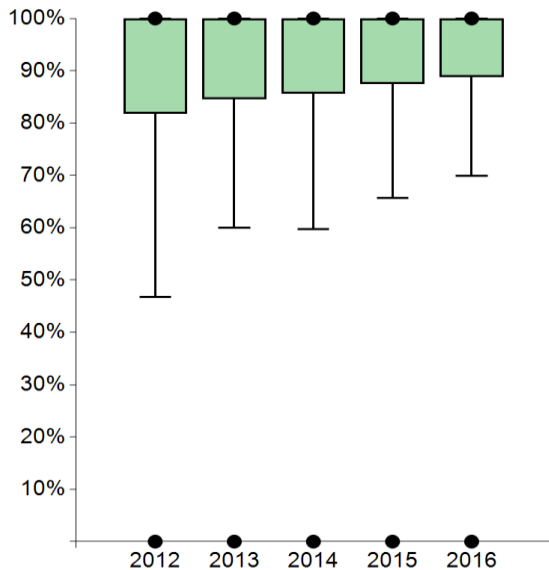
Weiterhin sehr gute Erfüllung des Qualitätsindikators der Leitlinie. Als Begründungen für das Nicht-Erfüllen der Sollvorgabe werden von den Zentren genannt: erst intraoperative Diagnosesicherung (M1 bzw. Rektumkarzinom), extern durchgeführte Tumorkonferenzen bzw. neoadjuvante Therapien mit Einweisung direkt zur Operation, hohe Dringlichkeit der Operation und Dokumentationsprobleme. Als Maßnahmen zur Verbesserung wurden umgesetzt: Verfahrensanweisungen für alle Mitarbeiter, Diskussion innerhalb von Qualitätszirkeln und vermehrt präoperative starre Rektoskopien. Das Zentrum mit der niedrigsten Quote wird nur mit erfüllter Sollvorgabe zum Wiederholaudit zugelassen. Die Auditoren haben eine Reihe von Hinweisen bzw. Abweichungen ausgesprochen.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	11*	0 - 85
Nenner	Patienten mit Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen	12*	1 - 101
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	0,00% - 100%

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



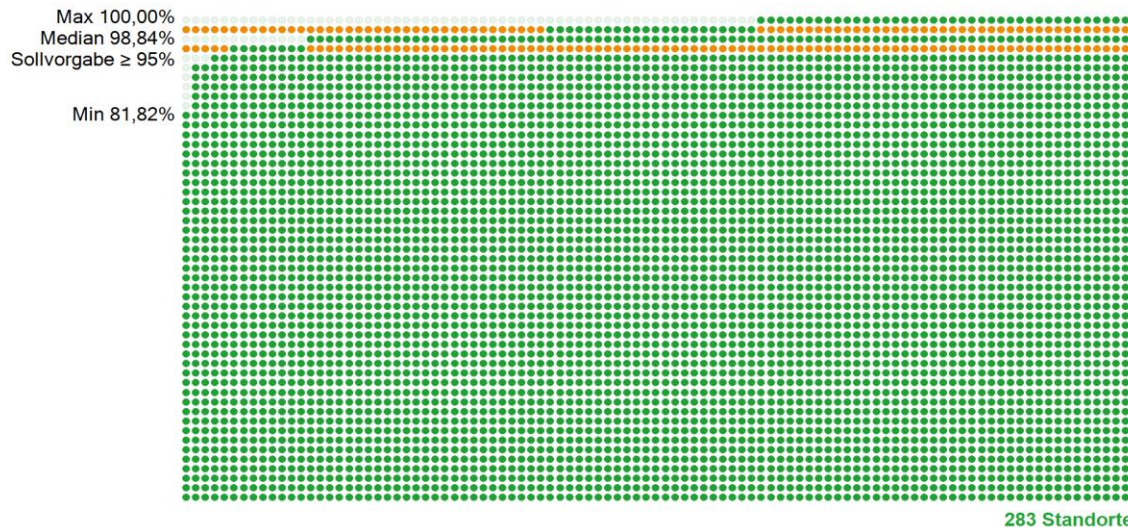
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	81,81%	84,62%	85,71%	87,50%	88,89%
5. Perzentil	46,80%	60,00%	59,67%	65,65%	69,85%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
277	97,88%	176	63,54%

Anmerkungen:

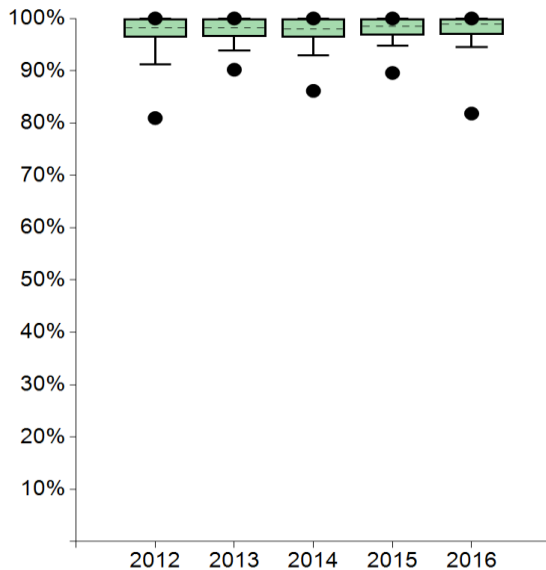
Bessere Umsetzung der Kennzahl über den Verlauf der Zeit, mehr Zentren erreichen die Sollvorgabe. Die nicht-erfolgte Vorstellung durch andere Fachdisziplinen wird als häufigste Begründung für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe genannt, außerdem die fortgeschrittene palliative Situation und die erst intraoperativ erfolgte Diagnose eines Rezidivs bzw. einer sekundären Fernmetastasierung. Als Maßnahmen für eine höhere Vorstellungsrates wird die Durchführung von Qualitätszirkeln mit den anderen Fachabteilungen genannt, in denen die Notwendigkeit der prätherapeutischen Vorstellung besprochen wird. Das Zentrum mit fehlender Vorstellung (= 0%) hatte eine kleine Grundgesamtheit (n = 3), beim nächsten Audit wird die Kennzahl jedoch im Fokus stehen.

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Operative und endoskopische Primärfälle, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	79*	40 - 213
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	80*	41 - 218
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,84%	81,82% - 100%

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



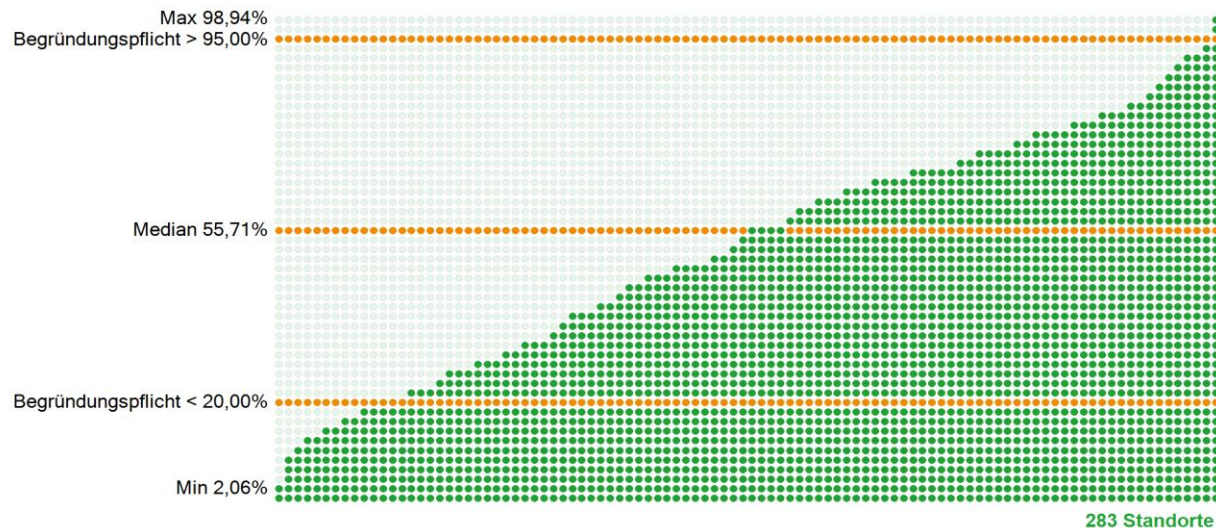
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	98,19%	98,20%	97,97%	98,51%	98,84%
25. Perzentil	96,36%	96,49%	96,36%	96,73%	96,86%
5. Perzentil	91,23%	93,81%	92,96%	94,81%	94,50%
Min	80,95%	90,20%	86,15%	89,58%	81,82%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	268	94,70%

Anmerkungen:

Weiterhin sehr gute Erfüllung der Kennzahl. Nahezu alle Zentren erfüllen die Sollvorgabe, bei der Mehrzahl der Zentren hat sich die Rate der postoperativen Fallvorstellung erhöht. Wie in den Vorjahren sind die häufigsten Begründungen für die Nicht-Vorstellung, dass postoperative Therapiekonzepte präoperativ abgestimmt wurden (insbesondere bei palliativen Patienten) und dass postoperativ verstorbene Patienten nicht in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden. Stattdessen erfolgte die Besprechung der verstorbenen Patienten, entsprechend des Erhebungsbogens, in der Morbiditäts-/Mortalitätskonferenz. Als Maßnahmen zur besseren Erfüllung der Kennzahl werden Qualitätszirkel und Hinweisfelder im OP-Protokoll benannt.

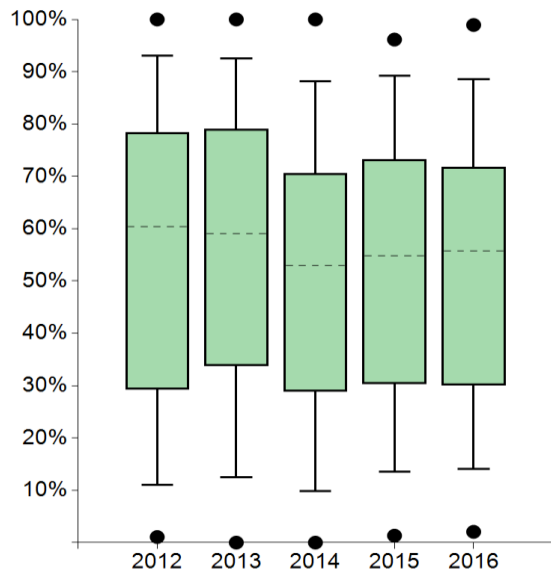
4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	52*	2 - 151
Nenner	Primärfälle Gesamt + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	102*	52 - 289
Quote	Begründungspflicht** <20% und >95%	55,71%	2,06% - 98,94%

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

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



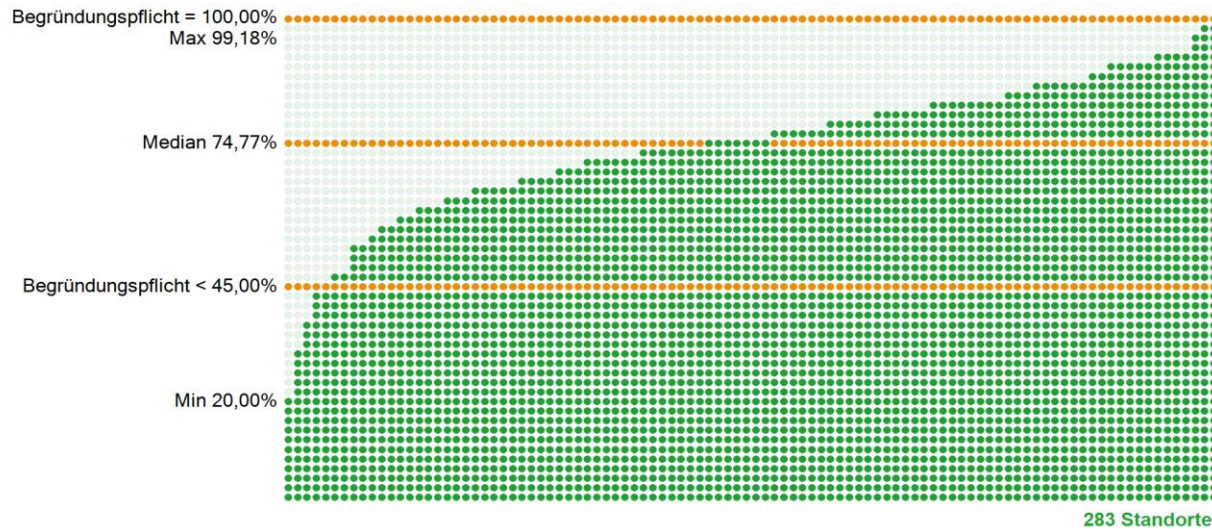
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	96,15%	98,94%
95. Perzentil	93,01%	92,50%	88,17%	89,21%	88,58%
75. Perzentil	78,40%	79,10%	70,60%	73,28%	71,73%
Median	60,41%	59,09%	52,94%	54,88%	55,71%
25. Perzentil	29,26%	33,75%	28,83%	30,41%	30,13%
5. Perzentil	11,09%	12,45%	9,86%	13,57%	14,03%
Min	1,07%	0,00%	0,00%	1,33%	2,06%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	250	88,34%

Anmerkungen:

Die psychoonkologische Betreuungsrate ist gegenüber dem Vorjahr gleichbleibend. Der Großteil der Zentren, die im Vorjahr eine begründungspflichtige Rate unter 20% aufwiesen, konnte den Anteil der psychoonkologisch betreuten Patienten erhöhen (21 von 28 Zentren [75%]). Zentren geben häufig als Gründe für niedrige Raten an, dass Patienten das Beratungsangebot auch nach Assessment ablehnten, Betreuungen telefonisch oder verkürzt (< 25 Minuten) stattfanden oder Personalengpässe bestanden. Zur Verbesserung der Betreuungsrate bekundeten die Zentren, die Assessments konsequenter umsetzen zu wollen, neue Psychoonkologen einzustellen und Personalschulungen durchzuführen.

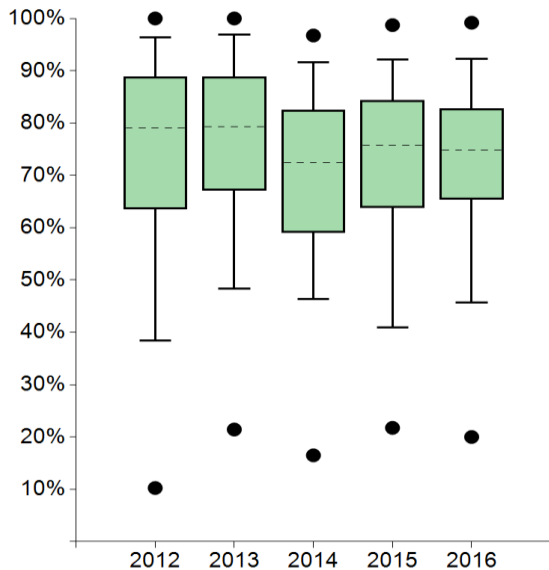
5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	75*	20 - 212
Nenner	Primärfälle Gesamt + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	102*	52 - 289
Quote	Begründungspflicht** <45% und =100%	74,77%	20,00% - 99,18%

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

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



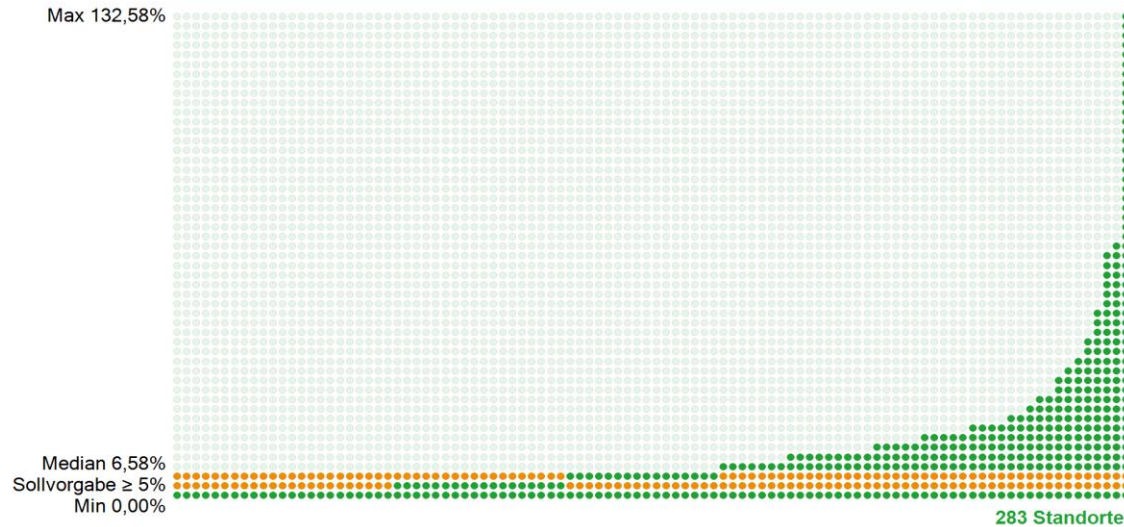
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	96,74%	98,72%	99,18%
95. Perzentil	96,32%	96,89%	91,67%	92,09%	92,25%
75. Perzentil	88,88%	88,89%	82,47%	84,31%	82,76%
Median	79,10%	79,31%	72,37%	75,74%	74,77%
25. Perzentil	63,55%	67,07%	59,12%	63,86%	65,46%
5. Perzentil	38,42%	48,34%	46,34%	40,95%	45,67%
Min	10,25%	21,43%	16,49%	21,74%	20,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	270	95,41%

Anmerkungen:

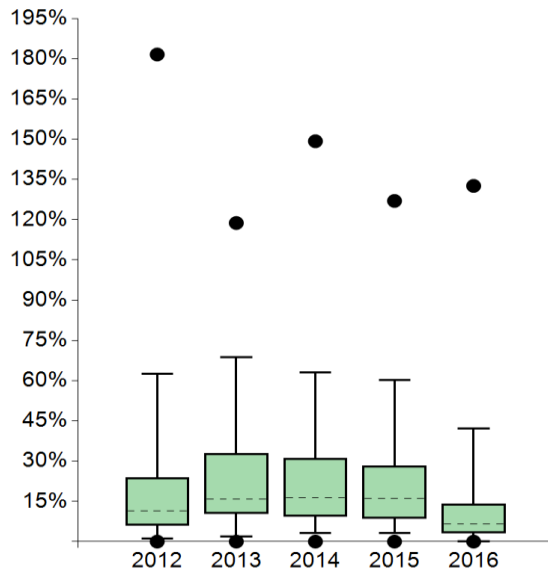
Die Rate an Beratungen durch den Sozialdienst ist im Median gegenüber dem Vorjahr gleichbleibend. Der Großteil der Zentren konnte die Beratungsrate erhöhen. Von den 13 Zentren mit einer begründungspflichtigen Rate sind 8 im deutschsprachigen Ausland angesiedelt. Diese Zentren geben an, dass im Vergleich zu Deutschland andere Versorgungsstrukturen bestehen (häusliche Pflege wird durch die Krankenhauspflege organisiert, ambulante Beratungsstellen für den Sozialdienst) und gesetzliche Regelungen abweichen. Die deutschen Zentren begründen niedrige Raten u.a. damit, dass trotz niederschweligen Angebots ein geringer Bedarf der Patienten bestand.

6. Studienteilnahme



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten des DZ, die in eine Studie oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden	6*	0 - 118
Nenner	Primärfälle gesamt	87*	43 - 232
Quote	Sollvorgabe $\geq 5\%$	6,58%	0,00% - 132,58%

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



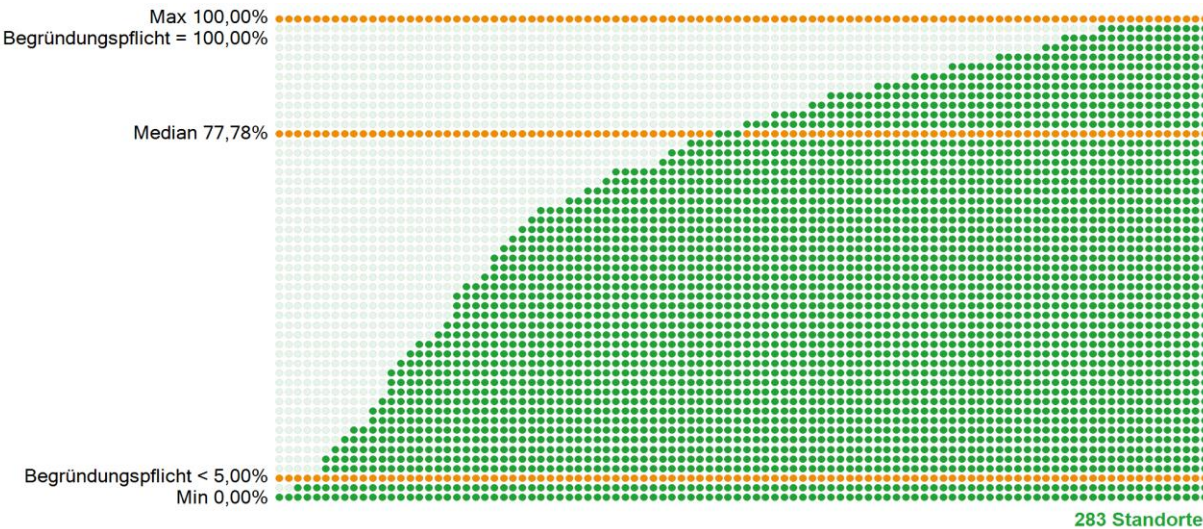
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	181,56%	118,75%	149,23%	126,98%	132,58%
95. Perzentil	62,60%	68,83%	63,10%	60,18%	42,24%
75. Perzentil	23,76%	32,89%	31,07%	28,21%	14,00%
Median	11,49%	15,85%	16,22%	16,00%	6,58%
25. Perzentil	5,95%	10,47%	9,35%	8,70%	3,23%
5. Perzentil	1,02%	1,82%	3,09%	3,18%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	175	61,84%

Anmerkungen:

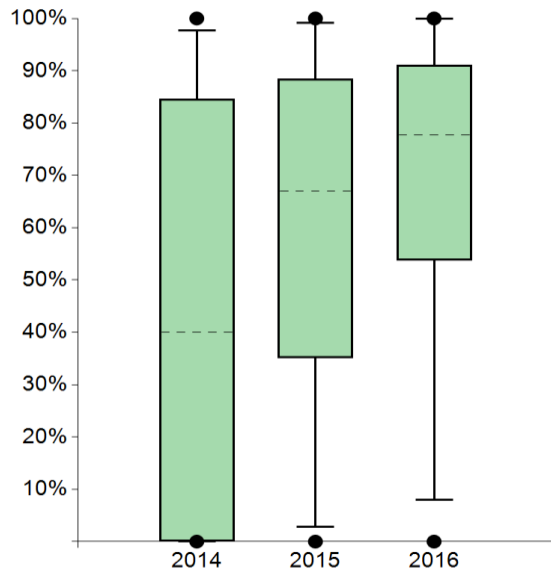
Der Median der Kennzahl fällt gegenüber dem Vorjahr ab. Deutlich weniger Zentren erfüllen die Sollvorgabe. Seit 2017 können für den Zähler der Kennzahl nur noch Patienten angerechnet werden, die in eine über die StudyBox akkreditierte Studie eingeschlossen wurden. Die Zentren begründen die Nicht-Erfüllung der Sollvorgabe vor allem damit, dass Patienten in nicht-akkreditierte Studien eingeschlossen wurden. Weitere Gründe waren Personalressourcen oder ein fehlendes Studienangebot. Viele Zentren gaben an, sich aktuell um die Teilnahme an Studien der StudyBox zu bemühen. Die Kennzahl ist die Einzige, bei der der Zähler keine Teilmenge des Nenners ist. Diese Abweichung wurde in Kauf genommen, um auch Studienteilnehmer des Zentrums, die keine Primärfälle sind, bei der Erfassung mitberücksichtigen zu können.

7. KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit einem KRK und ausgefüllten Pat.fragebogen (http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/organkrebszentren.html unter dem Punkt Darmkrebs)	62*	0 - 199
Nenner	Primärfälle gesamt	87*	43 - 232
Quote	Begründungspflicht** <5% und =100%	77,78%	0,00% - 100%

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren



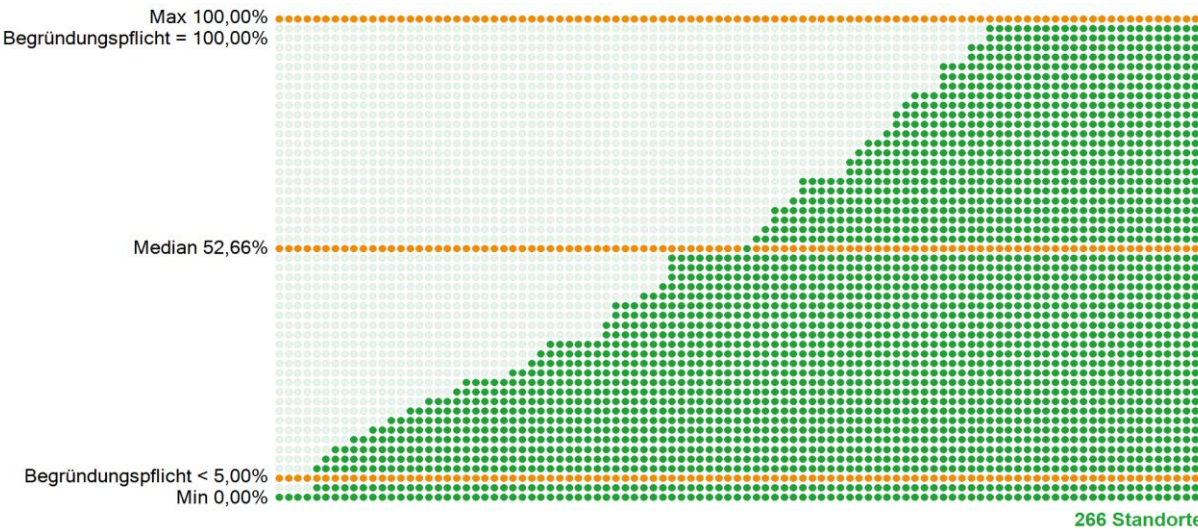
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	97,63%	99,12%	100%
75. Perzentil	----	----	84,57%	88,46%	91,07%
Median	----	----	40,00%	66,98%	77,78%
25. Perzentil	----	----	0,00%	35,14%	53,82%
5. Perzentil	----	----	0,00%	2,87%	7,96%
Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	253	89,40%

Anmerkungen:

Die Anwendung des Patientenfragebogens der DKG zur Erhebung der Familienanamnese wird gegenüber den Vorjahren besser umgesetzt. Der Median ist angestiegen, dementsprechend hat sich der Großteil der Zentren bei dieser Kennzahl verbessert (66%). Zentren mit einer niedrigen Anwendungsrate geben an, die Amsterdam-/Bethesda-Kriterien mit einem anderen Fragebogen zu erheben oder eine formlose Erhebung der Familienanamnese durchzuführen. Gleichzeitig bekunden diese Zentren, durch Änderung von Verfahrensabläufen den Fragebogen implementieren zu wollen (Aufnahme Patientenmappe, Integration in die Abläufe der Sprechstunde etc.).

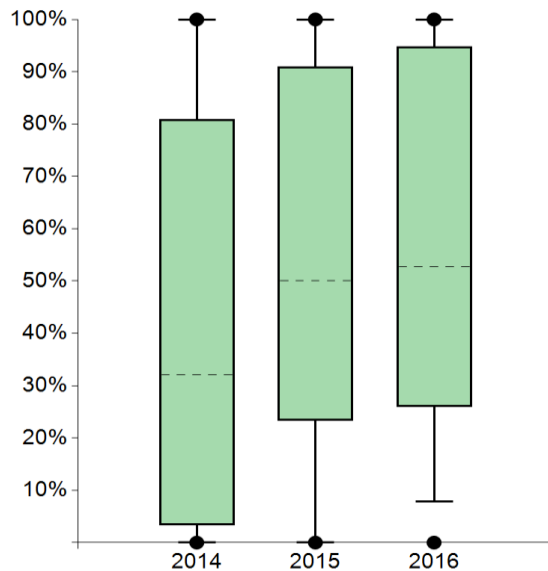
8. Genetische Beratung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit pos. Patientenfragebogen, denen eine Vorstellung zur genetischen Beratung empfohlen wurde	3*	0 - 54
Nenner	Primärfälle mit pos. Patientenfragebogen	8*	1 - 56
Quote	Begründungspflicht** <5% und =100%	52,66%	0,00% - 100%

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

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



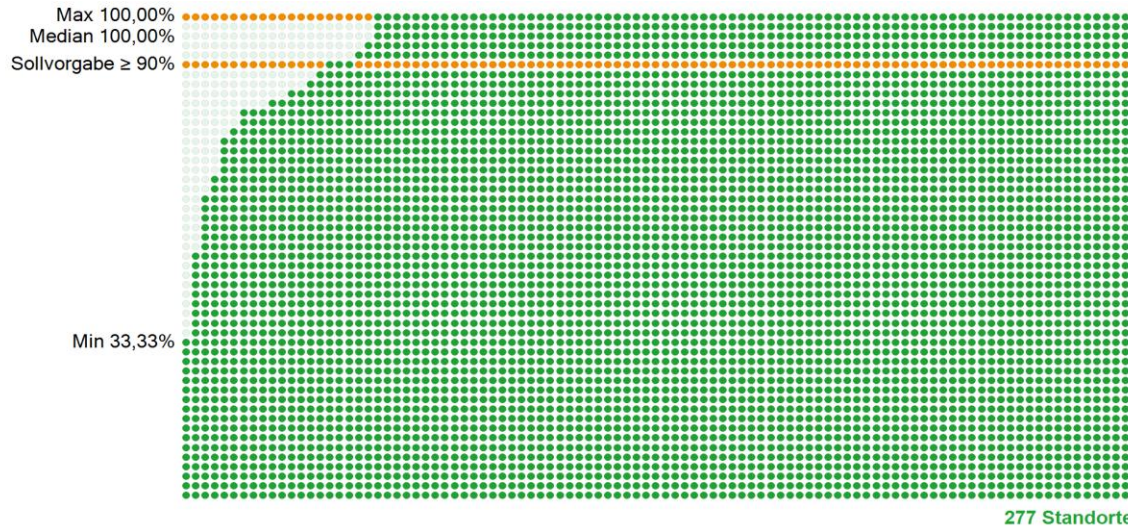
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	80,83%	90,91%	94,78%
Median	----	----	32,05%	50,00%	52,66%
25. Perzentil	----	----	3,41%	23,30%	25,95%
5. Perzentil	----	----	0,00%	0,00%	7,85%
Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
266	93,99%	193	72,56%

Anmerkungen:

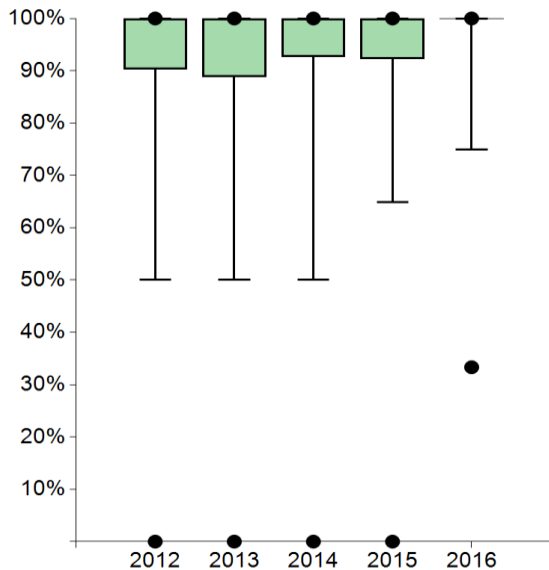
Der Median der Kennzahl hat sich im Vergleich zu 2015 geringfügig verbessert. Die Mehrheit der Zentren hat dabei die Rate der Empfehlungen zur genetischen Beratung bei positiver Familienanamnese im Patientenfragebogen erhöht (höhere Rate: n=134, niedrigere Rate: n=86). Die Zentren ohne Empfehlungen zur genetischen Beratung weisen kleine Nenner auf (1 - 11), sodass einzelne Fälle bei der Berechnung der Rate stärker gewichtet werden. Häufige Gründe für geringe Raten sind der Verzicht auf die Aussprache der Empfehlung nach Rücksprache mit einem Humangenetiker oder bei unauffälligen Befunden in der Mikrosatelliten-Analyse und der Analyse der Mismatch-Reparatur-Proteine.

9. Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine	4*	1 - 24
Nenner	Patienten mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre	5*	1 - 24
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	33,33% - 100%

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



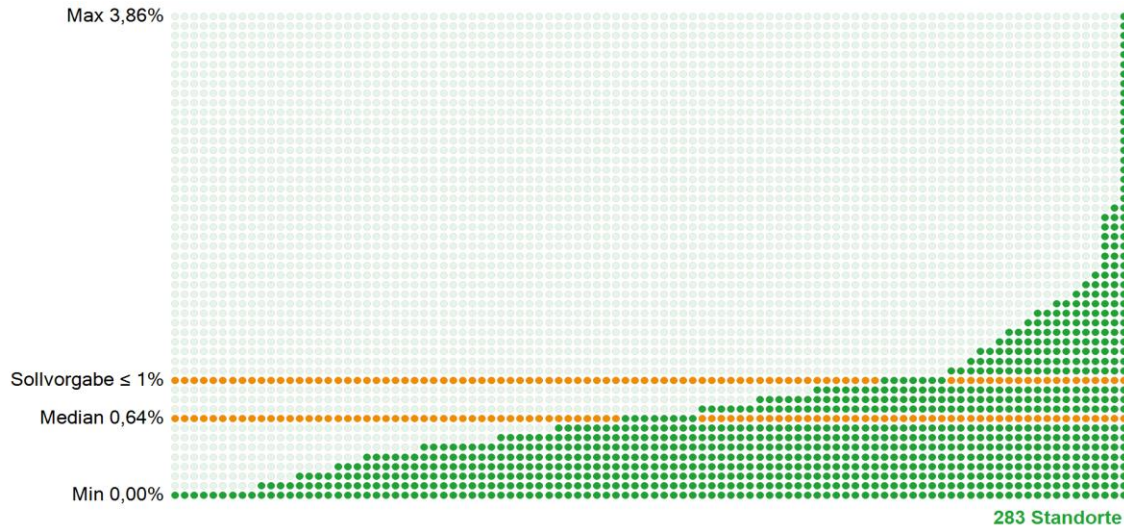
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	90,23%	88,89%	92,67%	92,31%	100%
5. Perzentil	50,00%	50,00%	50,00%	64,85%	75,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
277	97,88%	236	85,20%

Anmerkungen:

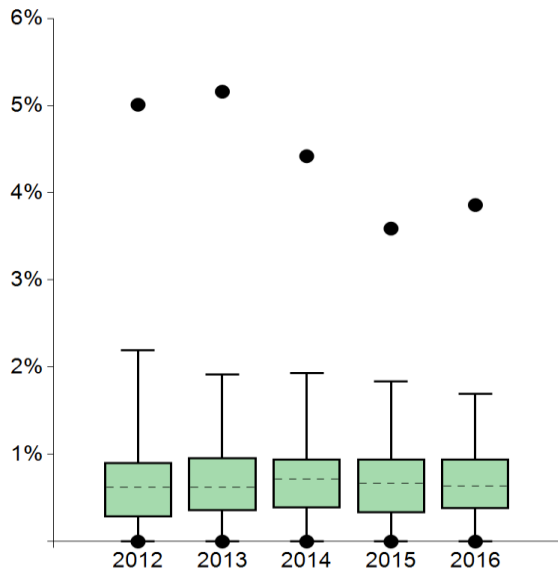
Insgesamt wird die immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine bei Patienten unter 50 Jahren gut umgesetzt. Mit 85,2% steigt der Anteil der Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, an (78,4% in 2015). 91% der Zentren, die die Sollvorgabe im Vorjahr nicht erfüllten, verzeichneten eine Verbesserung der Kennzahl. Zentren mit Raten unterhalb der Sollvorgabe benannten als Gründe zumeist, dass kein ausreichendes Gewebe zur Analyse vorhanden war, Gewebe gar nicht erst entnommen wurde (z.B. bei Palliativpatienten) oder keine Tumorzellen im Gewebe nachgewiesen werden konnten. Auch bei dieser Kennzahl wiesen die Zentren mit niedrigen Raten in der Regel kleine Nenner auf.

10. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Therapeutische Koloskopien mit Komplikationen (Blutung, die eine Re-Intervention (Rekoloskopie, Operation) oder eine Transfusion erforderlich macht u./o. Perforation)	3*	0 - 20
Nenner	Therapeutische Koloskopien je koloskopierende Einheit (nicht nur Patienten DZ)	445*	103 - 2928
Quote	Sollvorgabe ≤ 1%	0,64%	0,00% - 3,86%

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



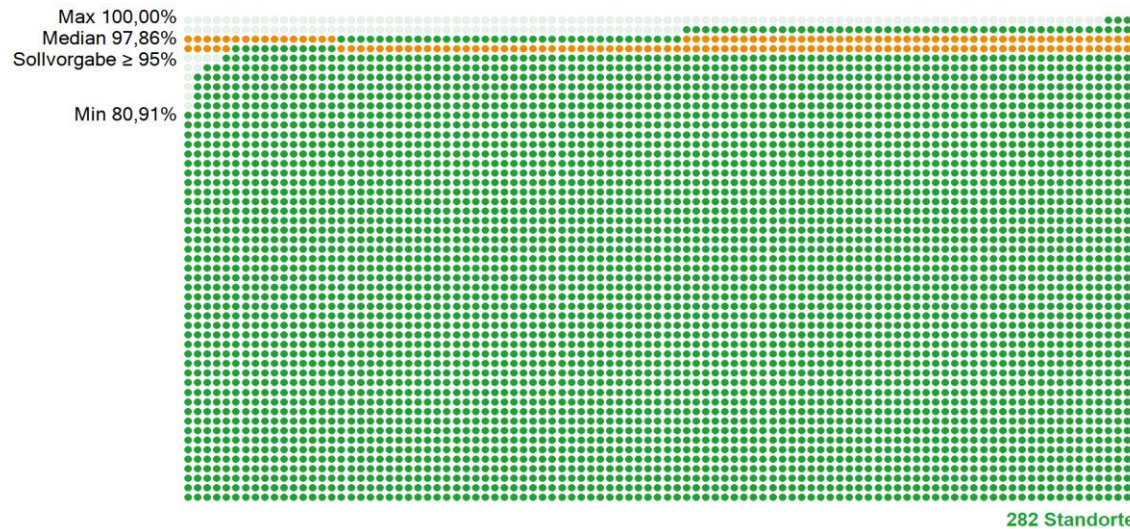
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	5,01%	5,16%	4,42%	3,59%	3,86%
95. Perzentil	2,19%	1,92%	1,93%	1,83%	1,69%
75. Perzentil	0,91%	0,96%	0,95%	0,95%	0,95%
Median	0,62%	0,62%	0,72%	0,67%	0,64%
25. Perzentil	0,28%	0,35%	0,38%	0,33%	0,38%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	228	80,57%

Anmerkungen:

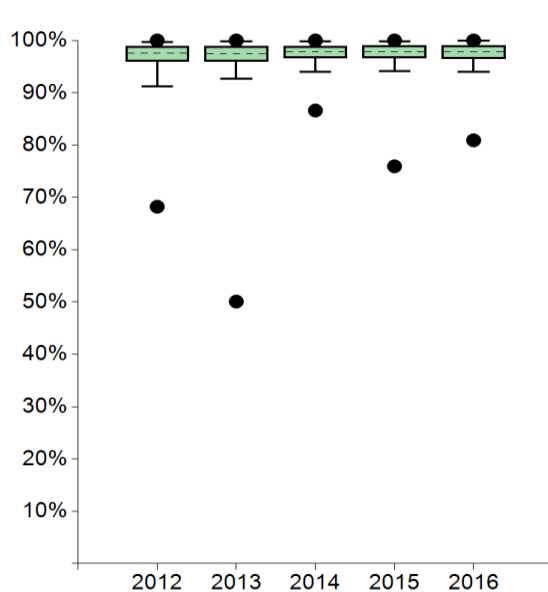
Die Komplikationsrate bei therapeutischen Koloskopien bleibt im Median über die Jahre nahezu unverändert. Der Großteil der Zentren, der die Sollvorgabe im Vorjahr nicht erfüllte, wies in 2016 verbesserte Komplikationsraten auf (78%). Hohe Komplikationsraten begründen die Zentren damit, dass ihnen komplizierte Fälle (große Polypen, multimorbide Patienten (häufig mit antikoagulatorischer Therapie)) aus dem ambulanten Bereich zugewiesen werden. Als häufigste Komplikationen werden Nachblutungen benannt, selten sind operative Eingriffe erforderlich. Mit den Auditoren wurden u.a. als Maßnahmen vereinbart: Einbindung eines zweiten erfahrenen Koloskopikers oder häufigere prophylaktische Blutstillung mittels Clips.

11. Vollständige elektive Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Vollständige elektive Koloskopien	1395,5*	458 - 11157
Nenner	Elektive Koloskopien je koloskopierende Einheit des Darmkrebszentrums (nicht nur Patienten DZ) (Gezählt werden: Intention: Koloskopie vollständig)	1417*	470 - 11199
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,86%	80,91% - 100%

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



	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,73%	99,81%	99,83%	99,81%	99,89%
75. Perzentil	98,82%	98,86%	98,92%	99,04%	99,07%
Median	97,55%	97,49%	97,80%	97,87%	97,86%
25. Perzentil	95,98%	95,96%	96,64%	96,69%	96,53%
5. Perzentil	91,15%	92,60%	93,96%	94,12%	94,02%
Min	68,22%	50,09%	86,61%	75,94%	80,91%

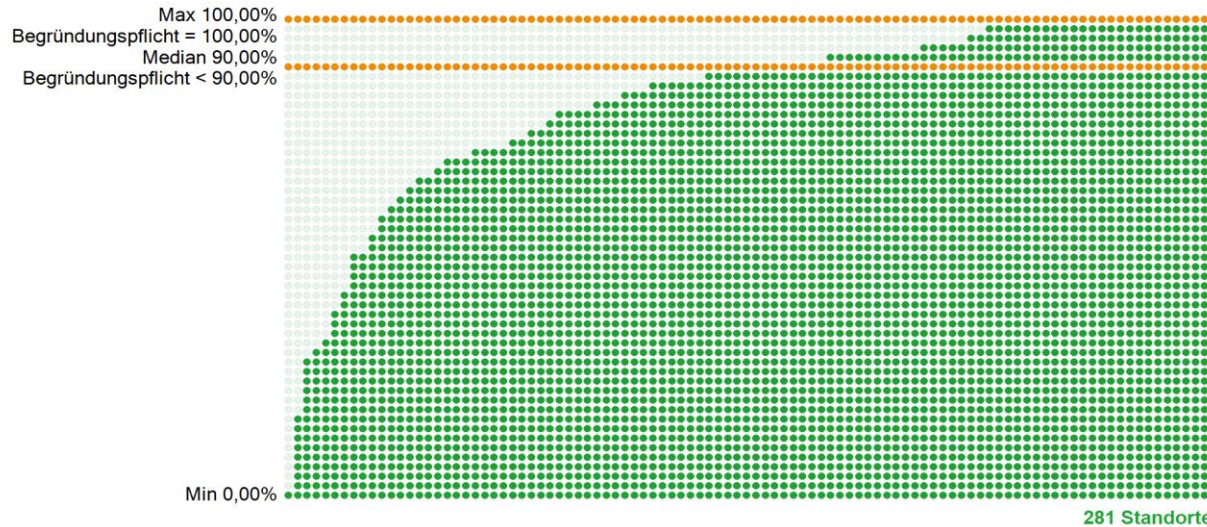
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
282	99,65%	265	93,97%

Anmerkungen:

Die Rate vollständiger Koloskopien ist im Verlauf der Jahre in den Zentren konstant gut. Dabei verbesserte sich die Kennzahl bei der Mehrheit der Zentren im Vergleich zu 2015. Von den 17 Zentren, die im Vorjahr die Sollvorgabe nicht erfüllten, erreichten in 2016 9 die Sollvorgabe (52%). Insgesamt konnten 13 Zentren ihre Rate verbessern (76,4%).

Zentren, die die Sollvorgabe unterschreiten, geben als Gründe an: Zuweisung komplizierter Fälle (z.B. stenosierende Prozesse, kardiopulmonal instabile Patienten mit Sedierungsproblemen), unvollständige Darmreinigungen und Dokumentationsprobleme.

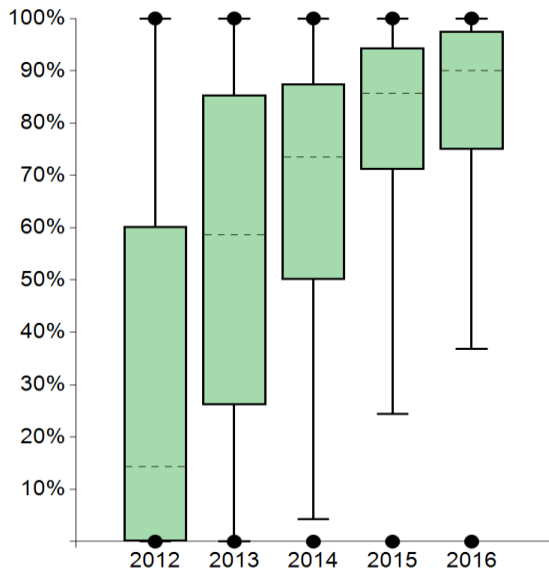
12. Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel (LL QI 1)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	14*	0 - 57
Nenner	Patienten mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	16*	3 - 74
Quote	Begründungspflicht** <90% und =100%	90,00%	0,00% - 100%

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

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



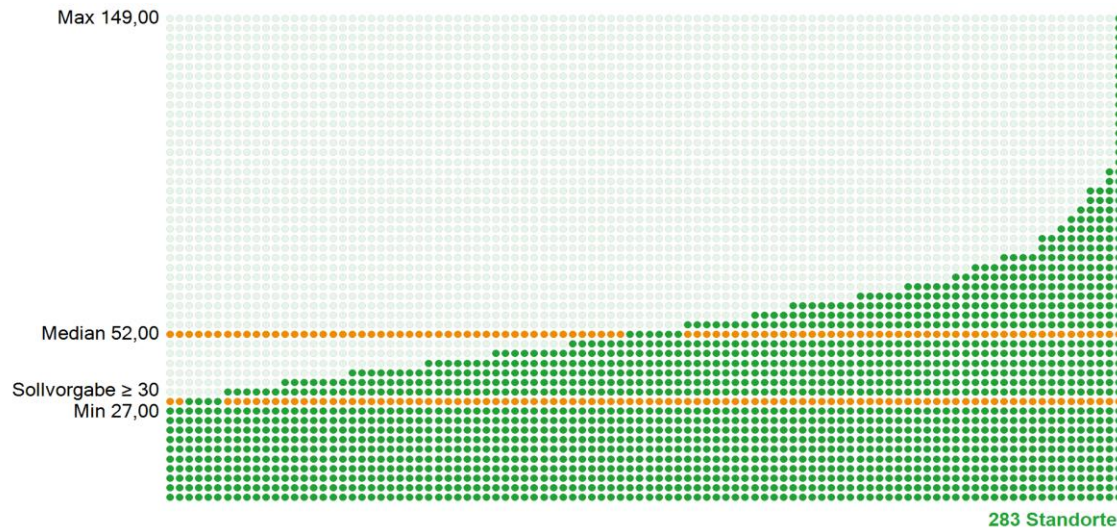
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	60,28%	85,36%	87,50%	94,33%	97,56%
Median	14,32%	58,62%	73,53%	85,71%	90,00%
25. Perzentil	0,00%	26,13%	50,00%	71,07%	75,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	4,28%	24,34%	36,84%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
281	99,29%	80	28,47%

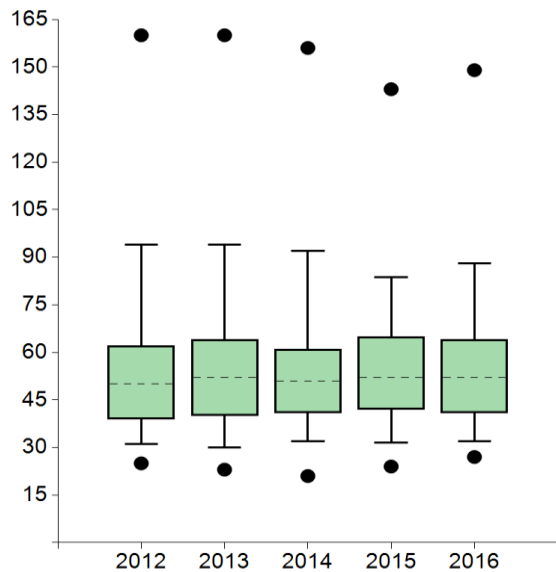
Anmerkungen:

Der Qualitätsindikator der Leitlinie wird über die Jahre immer besser umgesetzt. Im Vergleich zu den Vorjahren steigt der Median weiter an, gleiches gilt für die 5., 25. und 75. Perzentile. Der große Teil der Zentren konnte dementsprechend seine Rate im Vergleich zu 2015 verbessern. Zentren mit einer geringen Anzahl an Patienten mit Rektumkarzinomen im unteren und mittleren Drittel, bei denen eine Abstandsangabe zur mesorektalen Faszie im radiologischen Befundbericht vorlag, gaben häufig an, dass die radiologische Diagnostik zentrumsextern durchgeführt wurde. Als Verbesserungsmaßnahmen benannten sie Abstimmungsprozesse mit den Radiologen sowie die Erstellung von Dienst- oder Verfahrensanweisungen.

13. Operative Primärfälle Kolon



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Anzahl	Operative Primärfälle Kolon	52	27 - 149
	Sollvorgabe ≥ 30		



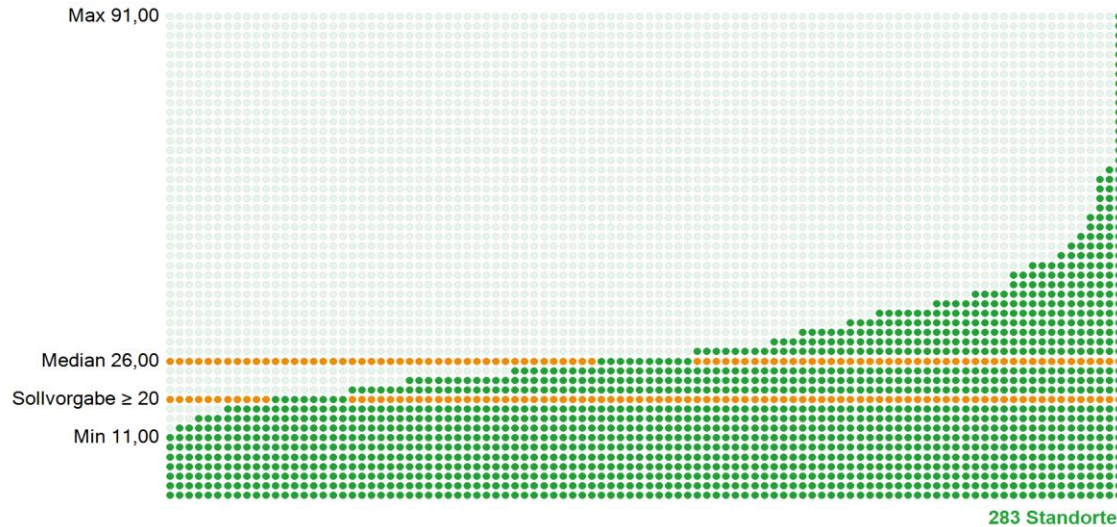
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	160,00	160,00	156,00	143,00	149,00
95. Perzentil	94,00	94,00	92,00	83,80	88,00
75. Perzentil	62,00	64,00	61,00	65,00	64,00
Median	50,00	52,00	51,00	52,00	52,00
25. Perzentil	39,00	40,00	41,00	42,00	41,00
5. Perzentil	31,00	30,00	32,00	31,60	32,00
Min	25,00	23,00	21,00	24,00	27,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	276	97,53%

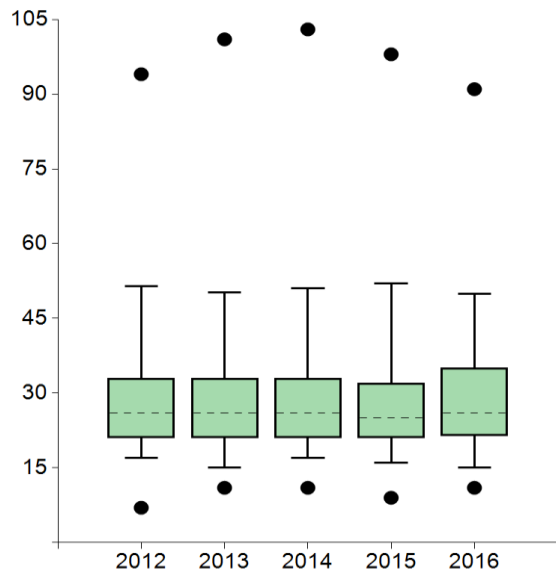
Anmerkungen:

Der Median der operierten Primärfälle mit Kolonkarzinom in den Zentren ist über die Jahre gleichbleibend. Auch die Quote der Standorte, die die Mindestanzahl von 30 Operationen bei Kolonkarzinom erfüllen, ist nahezu unverändert (96,3% in 2015). Die Erfüllung der Mindestvorgabe muss von den Zentren zur Erst- und Re-Zertifizierung nachgewiesen werden. Von den 29.677 Operationen bei Patienten mit Kolonkarzinomen, die 2016 in Deutschland durchgeführt wurden (Quelle: DESTATIS), erfolgten 14.858 in einem zertifizierten Zentrum (50%). Im Vorjahr wurden 14.520 Patienten mit Erstdiagnose eines Kolonkarzinoms in einem Darmkrebszentrum operiert (ausgeschlossen sind Zentren außerhalb Deutschlands und Zentren, die nicht im Jahresbericht aufgeführt sind).

14. Operative Primärfälle Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Anzahl	Operative Primärfälle Rektum (inkl. TVE)	26	11 - 91
	Sollvorgabe ≥ 20		



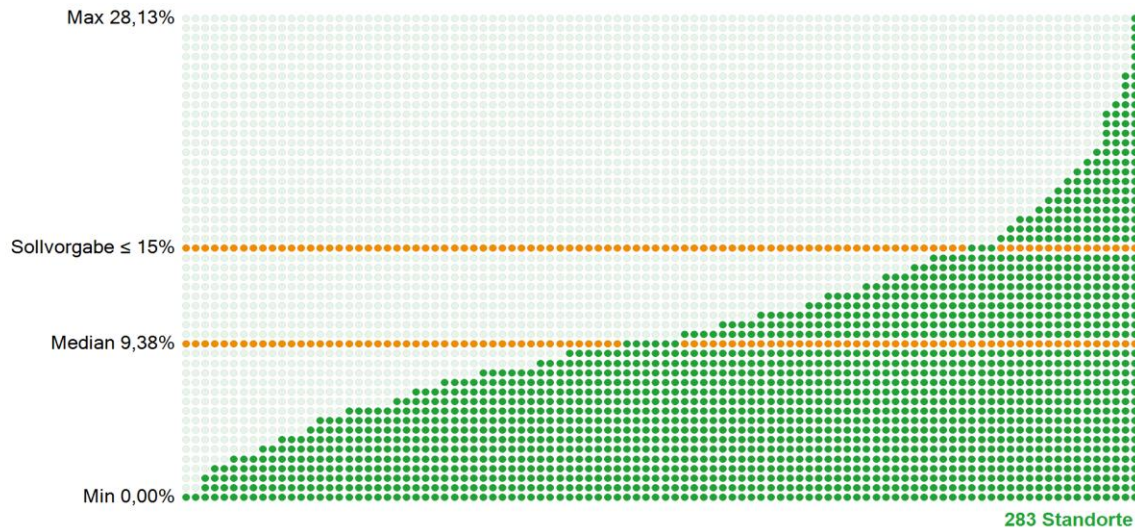
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	94,00	101,00	103,00	98,00	91,00
95. Perzentil	51,40	50,20	51,00	52,00	49,90
75. Perzentil	33,00	33,00	33,00	32,00	35,00
Median	26,00	26,00	26,00	25,00	26,00
25. Perzentil	21,00	21,00	21,00	21,00	21,50
5. Perzentil	17,00	15,00	17,00	16,00	15,10
Min	7,00	11,00	11,00	9,00	11,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	242	85,51%

Anmerkungen:

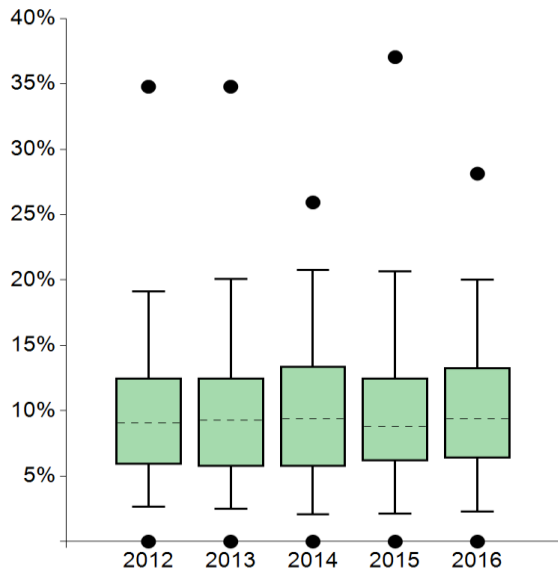
Auch die Ergebnisse zu den operativen Primärfällen Rektumkarzinom sind über die Jahre unverändert. 41 Zentren erreichten die Mindestzahl von 20 Operationen in 2016 nicht. Davon befanden sich 34 Zentren in einem Überwachungsaudit (Nachweis der Sollerfüllung bei Wiederholaudit notwendig), 7 weitere Zentren wurden 2016 rezertifiziert und konnten nachweisen, dass die Sollvorgabe im Mittel über die letzten drei Jahre erfüllt wurde. Von den 13.684 OP's bei Rektumkarzinomen, die deutschlandweit in 2016 durchgeführt wurden (Quelle: Statistisches Bundesamt), erfolgten 7.889 in einem zertifizierten Darmkrebszentrum (57,6%) (ausgeschlossen wurden Zentren außerhalb Deutschlands und Zentren, die nicht im Jahresbericht aufgeführt sind).

15. Revisions-OP's Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	4*	0 - 19
Nenner	Elektive Kolon-Eingriffe	46*	17 - 122
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	9,38%	0,00% - 28,13%

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



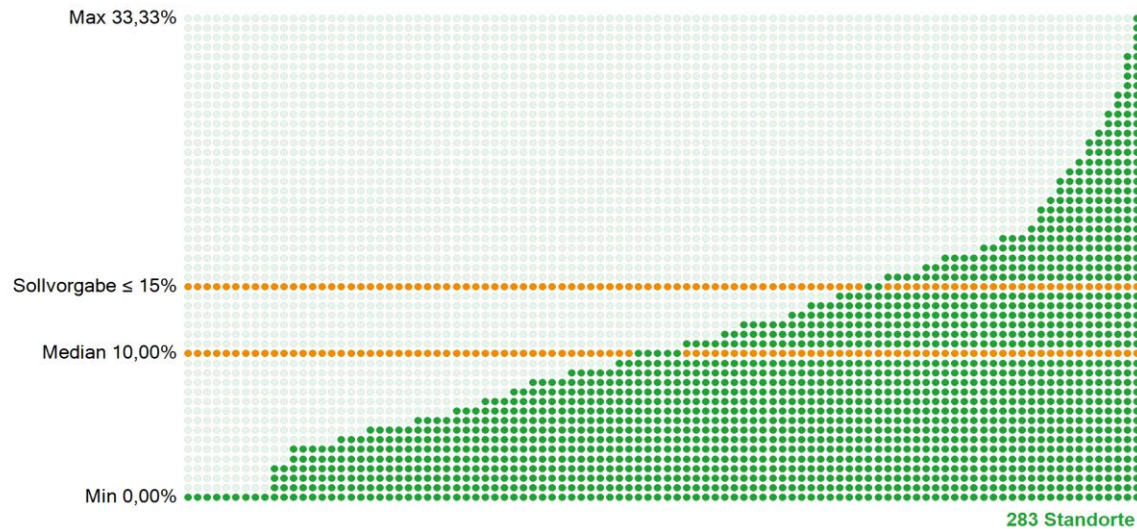
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	34,78%	34,78%	25,93%	37,04%	28,13%
95. Perzentil	19,14%	20,07%	20,78%	20,67%	20,00%
75. Perzentil	12,50%	12,50%	13,41%	12,50%	13,29%
Median	9,09%	9,30%	9,38%	8,82%	9,38%
25. Perzentil	5,88%	5,71%	5,71%	6,15%	6,40%
5. Perzentil	2,64%	2,52%	2,08%	2,15%	2,29%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	239	84,45%

Anmerkungen:

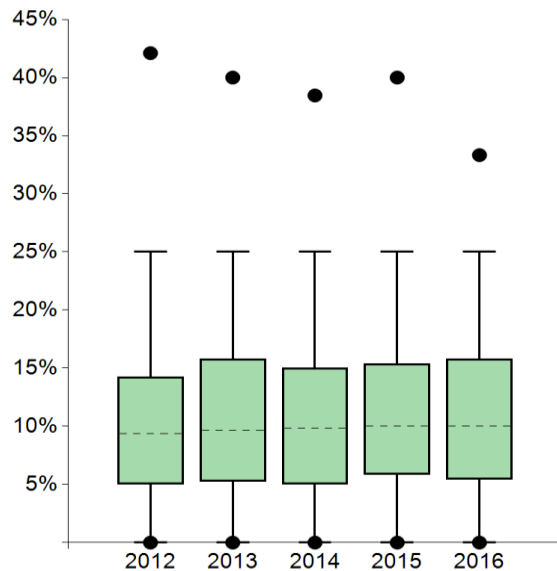
Der Median der Rate an Revisionsoperationen bei Kolonkarzinom ist über die letzten fünf Jahre in den Zentren gleichbleibend. Dabei hat sich der Maximalwert im Vergleich zum Behandlungsjahr 2015 verbessert. Von den 44 Zentren, die im Vorjahr die Sollvorgabe nicht erfüllten, konnten 37 ihre Revisionsrate reduzieren (entspricht 84,1%). Häufigste Ursachen für Revisionsoperationen sind Anastomosensuffizienzen und Wundheilungsstörungen. Die Einzelfälle wurden während der Audits analysiert und Maßnahmen zur Verbesserung (z.B. Standardisierung der Nahttechniken oder konsequentere Darmdekontamination) vereinbart.

16. Revisions-OP's Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	3*	0 - 10
Nenner	Elektive Rektum-Eingriffe (ohne TVE)	25*	10 - 86
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	10,00%	0,00% - 33,33%

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



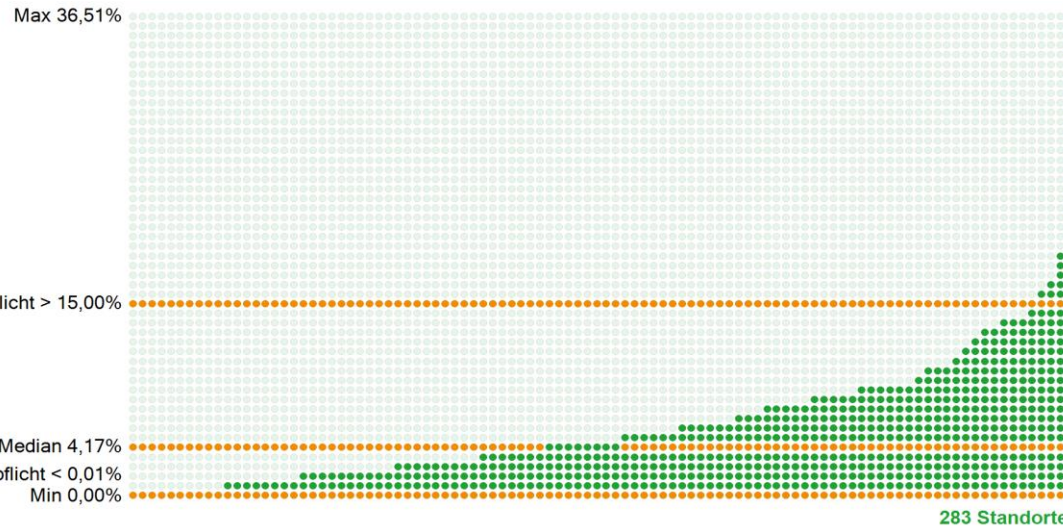
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	42,10%	40,00%	38,46%	40,00%	33,33%
95. Perzentil	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
75. Perzentil	14,28%	15,79%	15,00%	15,38%	15,79%
Median	9,37%	9,68%	9,86%	10,00%	10,00%
25. Perzentil	5,00%	5,26%	5,00%	5,88%	5,43%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	205	72,44%

Anmerkungen:

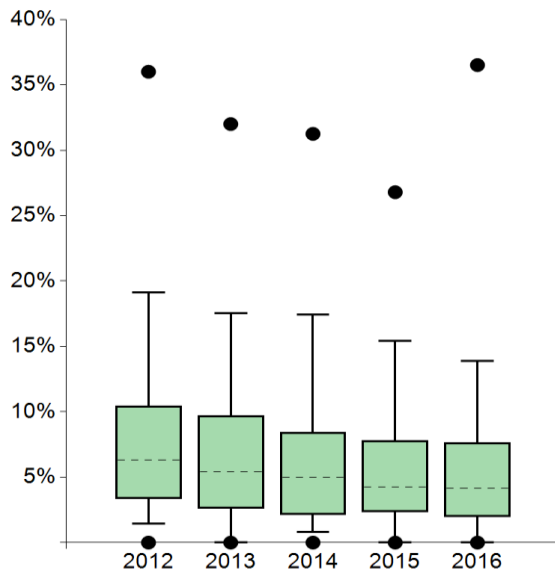
Der Median der Rate an Revisionsoperationen bei Patienten mit Rektumkarzinomen ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Der große Teil der Zentren, der im Vorjahr die Sollvorgabe nicht erfüllte, konnte in 2016 die Revisionsrate verbessern (74,3%). Am häufigsten werden die Revisionsoperationen aufgrund von Anastomosensuffizienzen oder Wundheilungsstörungen durchgeführt. Zentren mit hohen Raten weisen als Grund oftmals auf ein multimorbides Patientenkollektiv hin. Die Auditoren haben vielfach Hinweise und Abweichungen ausgesprochen. Vereinbarte Verbesserungsmaßnahmen sind u.a. Änderungen der Operationstechniken sowie vermehrte Fortbildungen und Schulungen.

17. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach elektiver OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	3*	0 - 23
Nenner	Elektive operative Eingriffe des DZ (ohne TVE)	71*	34 - 182
Quote	Begründungspflicht** <0,01% und >15%	4,17%	0,00% - 36,51%

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren



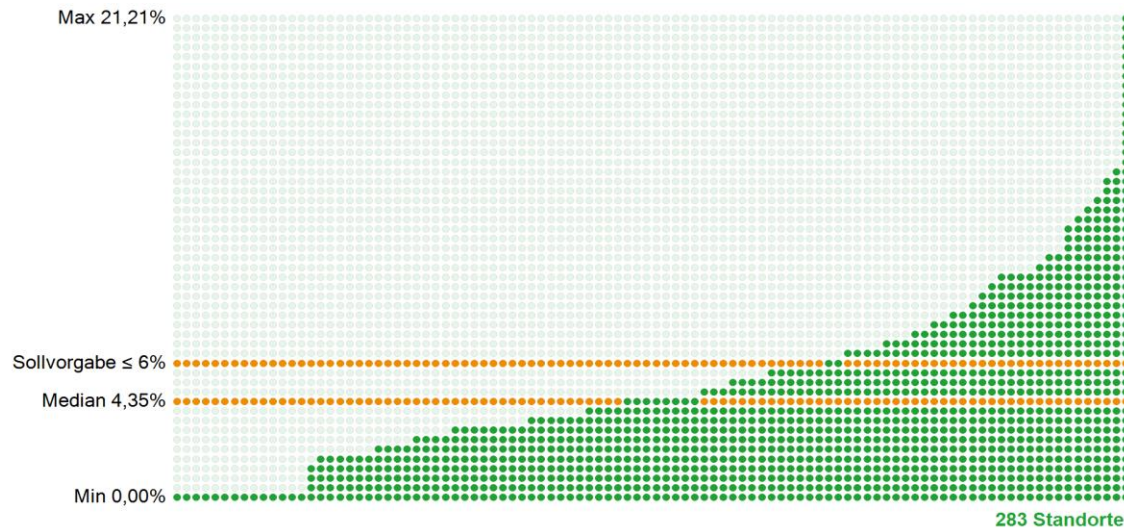
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	36,00%	32,00%	31,25%	26,79%	36,51%
95. Perzentil	19,13%	17,56%	17,44%	15,41%	13,89%
75. Perzentil	10,43%	9,72%	8,45%	7,81%	7,64%
Median	6,34%	5,41%	5,00%	4,26%	4,17%
25. Perzentil	3,33%	2,61%	2,13%	2,33%	1,97%
5. Perzentil	1,45%	0,00%	0,82%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	243	85,87%

Anmerkungen:

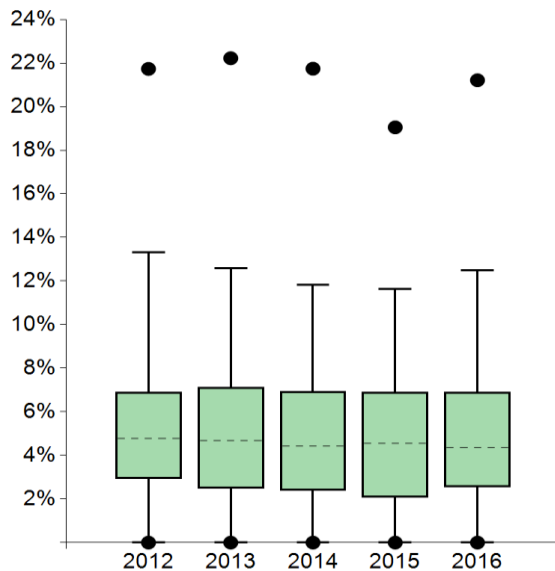
Die Kennzahl zeigt eine gute Entwicklung über den Verlauf der Zeit und bleibt im Median im Vergleich zum Vorjahr annähernd unverändert bei gleichzeitiger Verbesserung des 95. und 75. Perzentiles. Von den 16 Zentren, die in 2015 eine begründungspflichtige Wundinfektionsrate über 15% aufwiesen, konnten 14 ihre Rate senken. Die Zentren mit den höchsten Raten geben u.a. als Grund an, dass die Wundversorgung sehr akribisch dokumentiert wird oder dass das Zentrum ein besonders multimorbides Patientenkollektiv versorgt. Als Maßnahmen zur Verbesserung wurden vereinbart: Hygienemaßnahmen (geänderte Desinfektionsprozeduren oder Antibiotika-Prophylaxe), Einführung von Ernährungsscreenings, größere Zahl an Laparoskopien.

18. Anastomosensuffizienzen Kolon (LL QI 9)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Re-Interventionsbedürftige Anastomosensuffizienzen Kolon nach elektiven Eingriffen	2*	0 - 10
Nenner	Patienten mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	44*	16 - 112
Quote	Sollvorgabe ≤ 6%	4,35%	0,00% - 21,21%

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



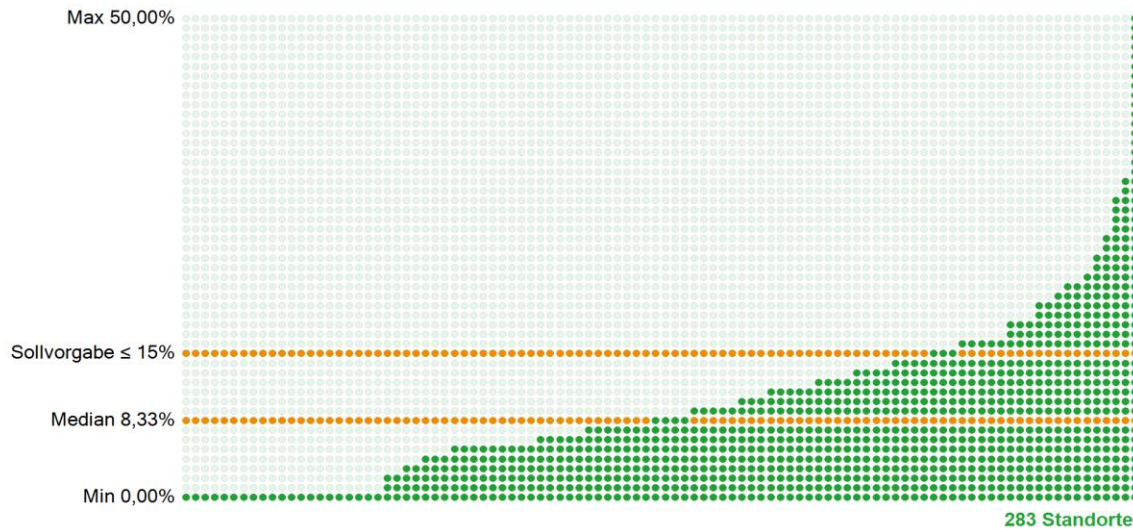
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	21,73%	22,22%	21,74%	19,05%	21,21%
95. Perzentil	13,33%	12,59%	11,83%	11,63%	12,50%
75. Perzentil	6,89%	7,14%	6,94%	6,90%	6,90%
Median	4,76%	4,67%	4,44%	4,55%	4,35%
25. Perzentil	2,94%	2,50%	2,38%	2,08%	2,56%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	193	68,20%

Anmerkungen:

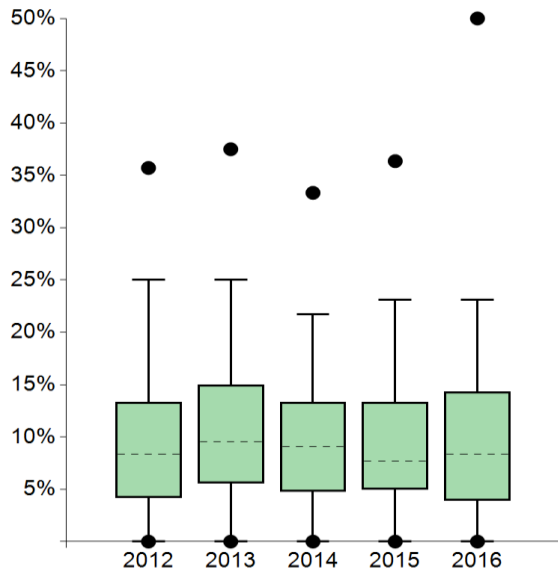
Die Ergebnisse für den Qualitätsindikator der Leitlinie sind im Median über die Jahre annähernd gleichbleibend. Auch der Anteil der Zentren, der die Sollvorgabe erfüllt, ist im Vergleich zum Vorjahr unverändert (68,1% in 2015). Die Zentren mit den höchsten Insuffizienzraten bei Kolon-OP's 2016 haben schlechtere Raten als im Vorjahr. Gleichzeitig zeigten aber viele der Zentren, die in 2015 hohe Raten aufwiesen, eine Verbesserung. Die Zentren begründen hohe Raten vor allem mit einem großen Anteil komplexer Fälle (Multimorbidität, Immunsuppression etc.). Mit den Auditoren wurden als Verbesserungsmaßnahmen vereinbart: konsequente Besprechung in der M&M-Konferenz, standardisierte Darmdekontamination, zwei Fachärzte für die Durchführung der Operation.

19. Anastomosensuffizienzen Rektum (LL QI 8)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Anastomosensuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe o. interventioneller Drainage o. transanaler Lavage / Drainage) oder C ((Re-) Laparotomie)	2*	0 - 8
Nenner	Patienten mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde (ohne TVE)	18*	4 - 77
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	8,33%	0,00% - 50,00%

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



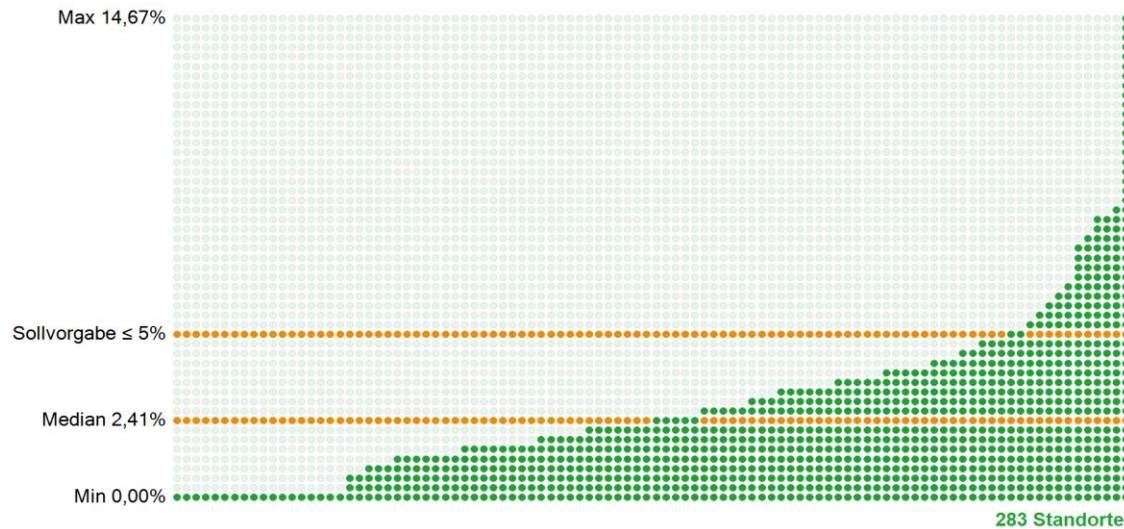
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	35,71%	37,50%	33,33%	36,36%	50,00%
95. Perzentil	25,00%	25,00%	21,74%	23,08%	23,08%
75. Perzentil	13,33%	15,00%	13,33%	13,33%	14,29%
Median	8,33%	9,52%	9,09%	7,69%	8,33%
25. Perzentil	4,16%	5,56%	4,76%	5,00%	3,94%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	225	79,51%

Anmerkungen:

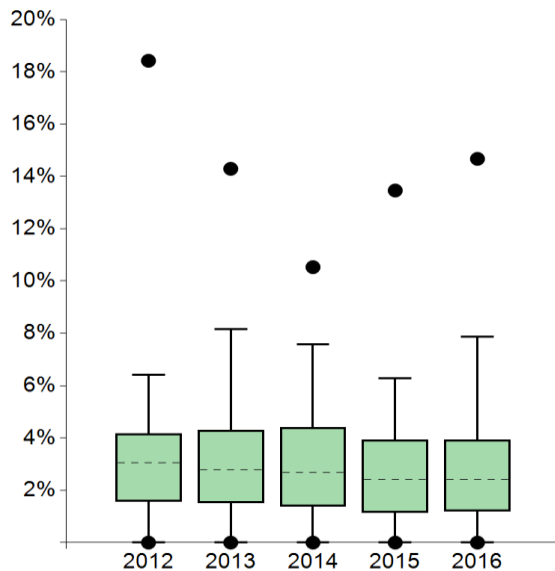
Der Median des Qualitätsindikators der Leitlinie ist im Vergleich zum Vorjahr leicht erhöht. Der Anteil der Standorte, der die Sollvorgabe erfüllt, ist gegenüber 2015 (82,8%) reduziert. Das Zentrum mit der höchsten Rate hatte in den Vorjahren unauffällige Werte. Das Zentrum hat verschiedene Maßnahmen eingeleitet (Änderungen der OP-Technik, neues Staplermaterial etc.). Im Audit zeigte sich eine deutliche Verbesserung der Rate für das 1. Halbjahr 2017. Auch in den übrigen Zentren mit erhöhten Raten erfolgten Einzelfallanalysen während des Audits. Systematische Fehler wurden ausgeschlossen und Verbesserungsmaßnahmen vereinbart (z.B. Schulungen, Qualitätszirkel, Zweitbegutachtung der Anastomose am Ende der OP).

20. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Postoperativ verstorbene Patienten nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30d	2*	0 - 11
Nenner	Elektiv operierte Patienten (ohne TVE)	71*	34 - 182
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	2,41%	0,00% - 14,67%

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



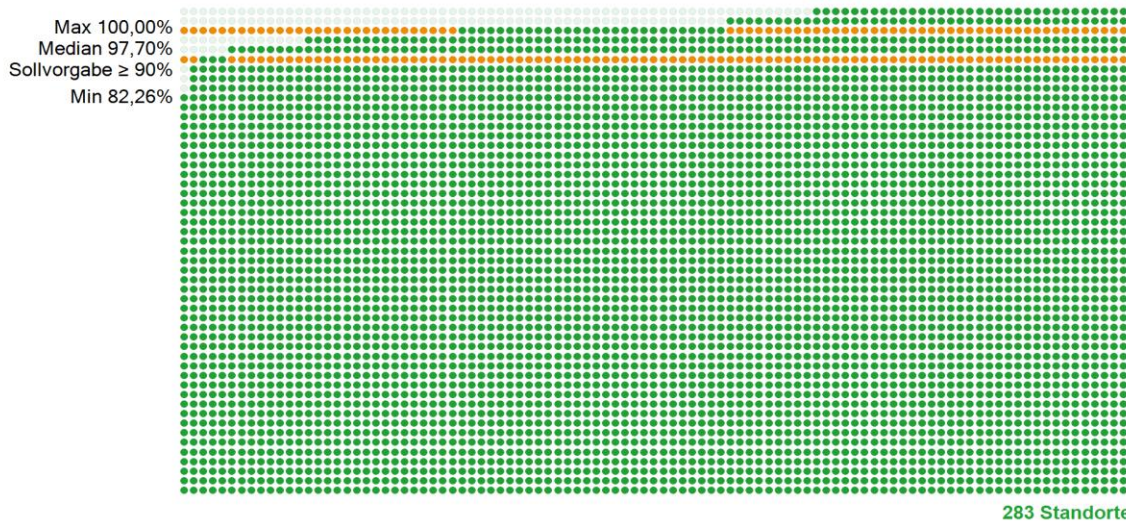
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	18,42%	14,29%	10,53%	13,46%	14,67%
95. Perzentil	6,41%	8,15%	7,58%	6,27%	7,87%
75. Perzentil	4,16%	4,30%	4,41%	3,92%	3,94%
Median	3,06%	2,78%	2,68%	2,41%	2,41%
25. Perzentil	1,58%	1,52%	1,39%	1,15%	1,21%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	247	87,28%

Anmerkungen:

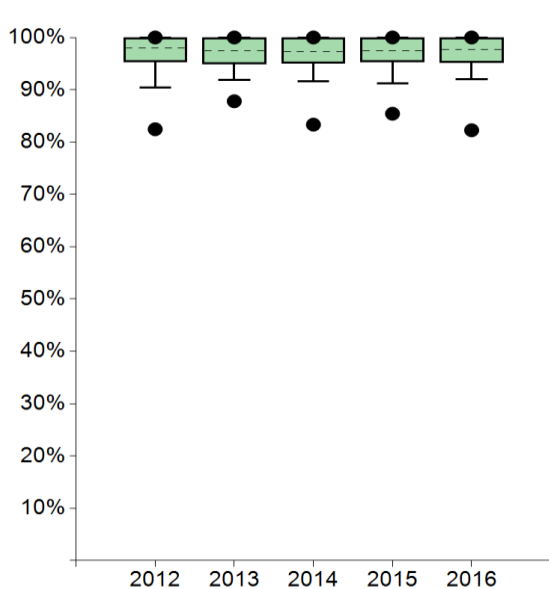
Die postoperative Mortalität zeigt sich im Median gegenüber dem Vorjahr unverändert. Der Maximalwert und das 95. Perzentil sind etwas angestiegen. Der Anteil an Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, ist im Vergleich zu 2015 (88,3%) leicht verringert. Zentren mit einer postoperativen Mortalität oberhalb der Sollvorgabe in 2015 konnten ihre Raten verbessern (im Mittel Reduzierung um 2,24%). Als häufige Ursachen der postoperativen Todesfälle werden kardiopulmonale Komplikationen oder Sepsis mit Multiorganversagen, z.B. nach Darmperforationen, benannt. Die Todesfälle wurden in den Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen der Zentren besprochen. Während der Audits erfolgten Einzelfallanalysen und der Ausschluss systematischer Fehler durch die Fachexperten.

21. Lokale R0-Resektionen Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Lokale R0-Resektionen Kolon nach Abschluss der operativen Therapie	44*	16 - 121
Nenner	Elektive operative Kolon-OPs gemäß Primärfalldefinition (operativ)	46*	17 - 122
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	97,70%	82,26% - 100%

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



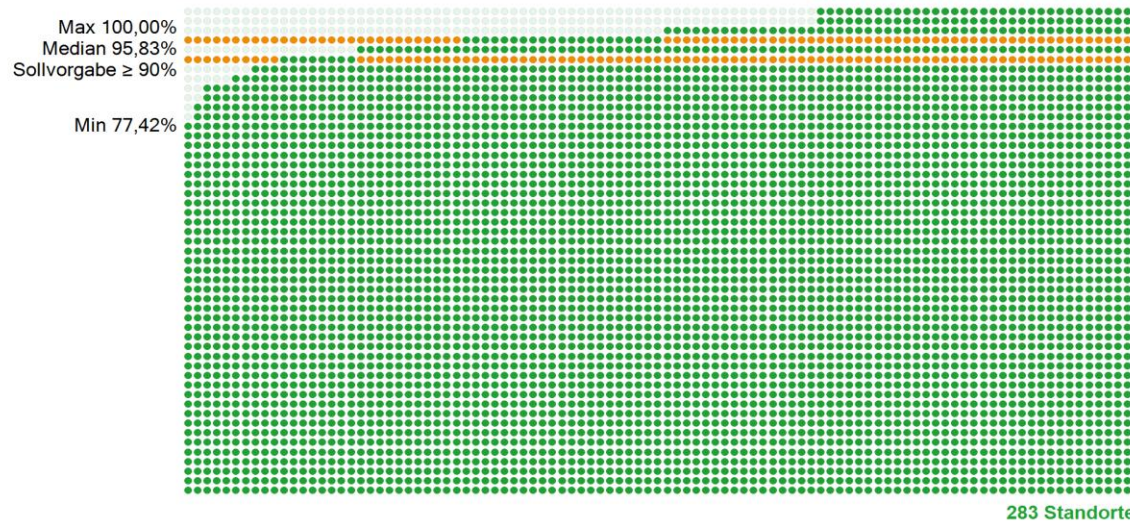
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	97,91%	97,37%	97,30%	97,47%	97,70%
25. Perzentil	95,34%	94,87%	95,00%	95,35%	95,24%
5. Perzentil	90,47%	91,83%	91,67%	91,22%	91,95%
Min	82,45%	87,80%	83,33%	85,42%	82,26%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	278	98,23%

Anmerkungen:

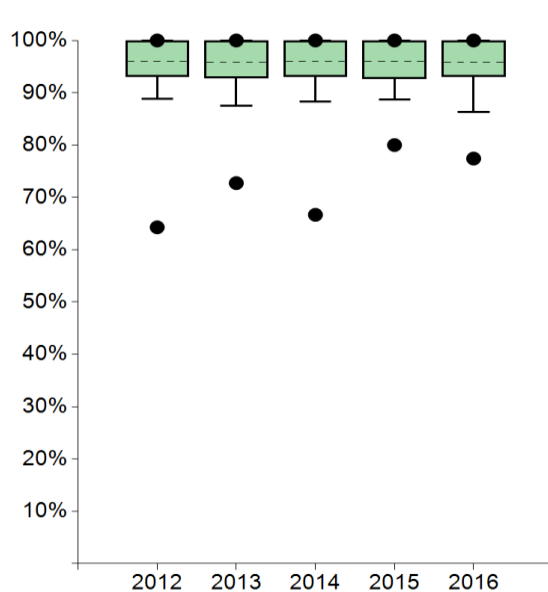
Die Kennzahl ist im Verlauf der Jahre unverändert und wird in den Zentren weiterhin sehr gut umgesetzt. Nur fünf Zentren erreichen die Sollvorgabe hinsichtlich der lokalen R0-Resektionen nach Operationen bei Kolonkarzinomen nicht. Als Gründe für die Nicht-Erfüllung nannten die Zentren Fälle im fortgeschrittenen Stadium, beispielsweise mit Peritonealkarzinose oder anderweitiger Metastasierung.

22. Lokale R0-Resektionen Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Lokale R0-Resektionen Rektum nach Abschluss der operativen Therapie	24*	10 - 84
Nenner	Elektive operative Rektum-OPs gemäß Primärfalldefinition (operativ) (ohne TVE)	25*	10 - 86
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	95,83%	77,42% - 100%

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



	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	95,91%	95,83%	96,00%	96,00%	95,83%
25. Perzentil	93,10%	92,86%	93,02%	92,68%	93,02%
5. Perzentil	88,88%	87,50%	88,24%	88,72%	86,26%
Min	64,28%	72,73%	66,67%	80,00%	77,42%

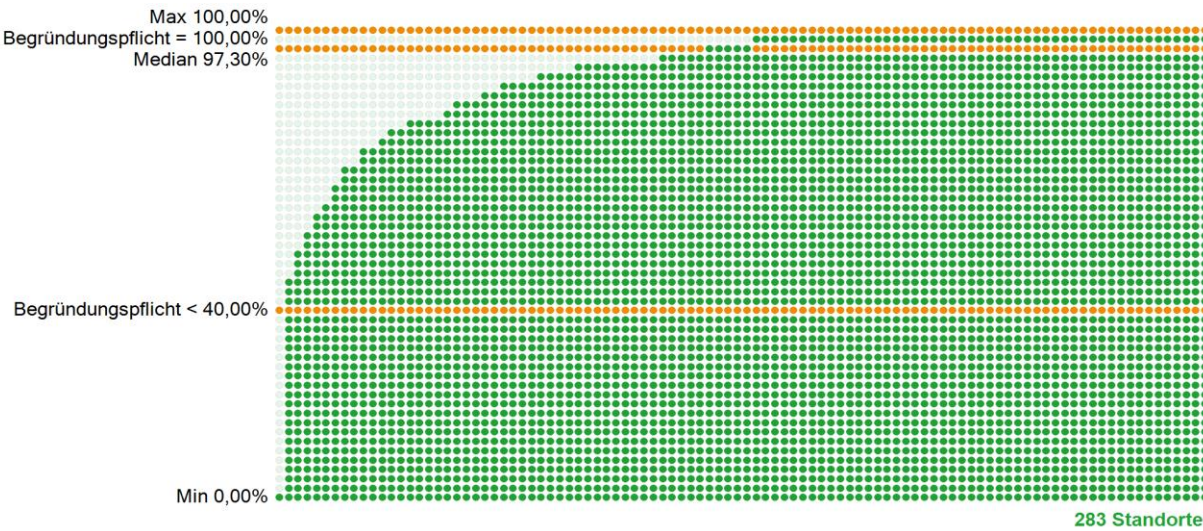
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	254	89,75%

Anmerkungen:

Auch die Kennzahl bezüglich lokaler R0-Resektionen bei Rektumkarzinom-Operationen wird in den Zentren gut umgesetzt und ist im Verlauf der Jahre gleichbleibend. Der Anteil der Zentren, die die Sollvorgabe erreichen, ist im Vergleich zum Vorjahr etwas niedriger (91,9% in 2015).

Die häufigsten Gründe für niedrige R0-Resektionsraten waren Infiltrationen in Nachbarorgane, tumorfreie Schnellschnitte mit nachträglicher Feststellung von Tumorzellen im Resektionsrand und weit fortgeschrittene Tumorerkrankungen. Die Auditoren führten Einzelfallanalysen durch, systematische Fehler konnten ausgeschlossen werden.

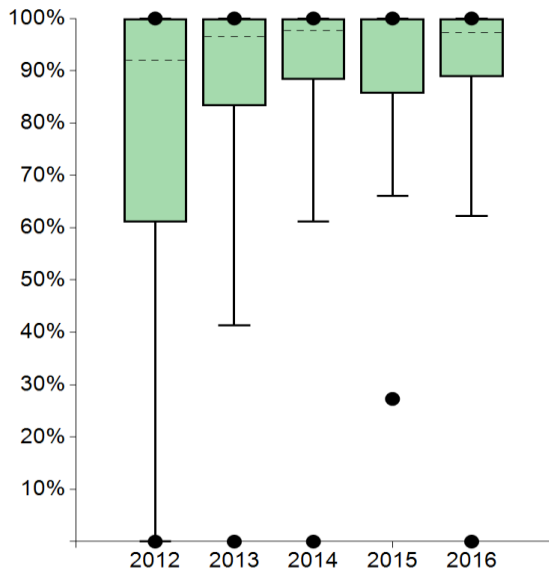
23. Anzeichnung Stomaposition (LL QI 10)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	18*	0 - 85
Nenner	Patienten mit RK, bei denen eine elektive Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde (ohne TVE)	19*	4 - 86
Quote	Begründungspflicht** <40% und =100%	97,30%	0,00% - 100%

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

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



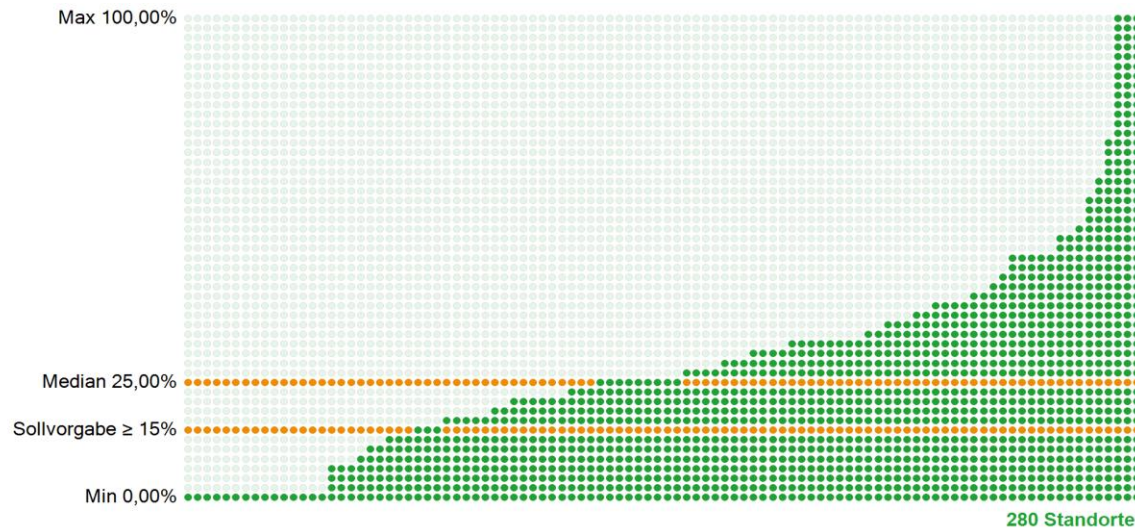
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	92,00%	96,55%	97,73%	100%	97,30%
25. Perzentil	60,99%	83,33%	88,24%	85,71%	88,89%
5. Perzentil	0,00%	41,34%	61,11%	66,02%	62,23%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	27,27%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	143	50,53%

Anmerkungen:

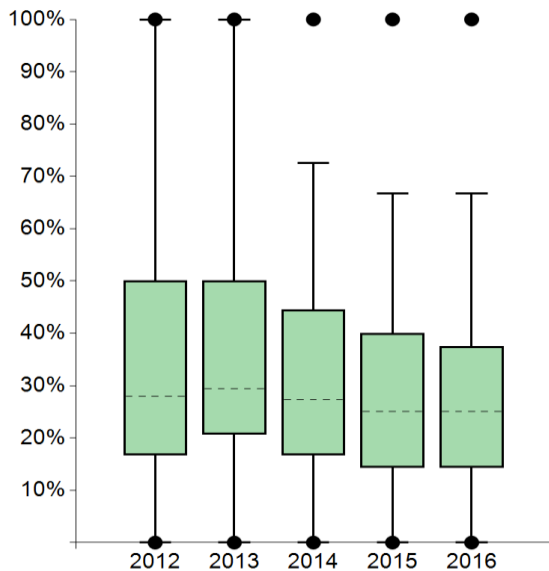
Der Qualitätsindikator der Leitlinie zur Anzeichnung der Stomaposition bei elektiven Rektumkarzinom-Operationen wird in den Zentren weiterhin gut umgesetzt. Das Zentrum ohne dokumentierte Fälle mit angezeichneter Stomaposition hat angegeben, dass die Anzeichnung bei allen Patienten vor geplanter Stomaanlage erfolgt sei und fortan konsequent dokumentiert werde. Auch die übrigen Zentren mit niedrigen Raten haben Dokumentationsprobleme als Gründe benannt.

24. Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit KRK UICC Stad. IV, die eine Lebermetastasenresektion erhalten	2*	0 - 9
Nenner	Primärfälle mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK UICC Stad. IV (ohne TVE)	9*	1 - 32
Quote	Sollvorgabe ≥ 15%	25,00%	0,00% - 100%

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



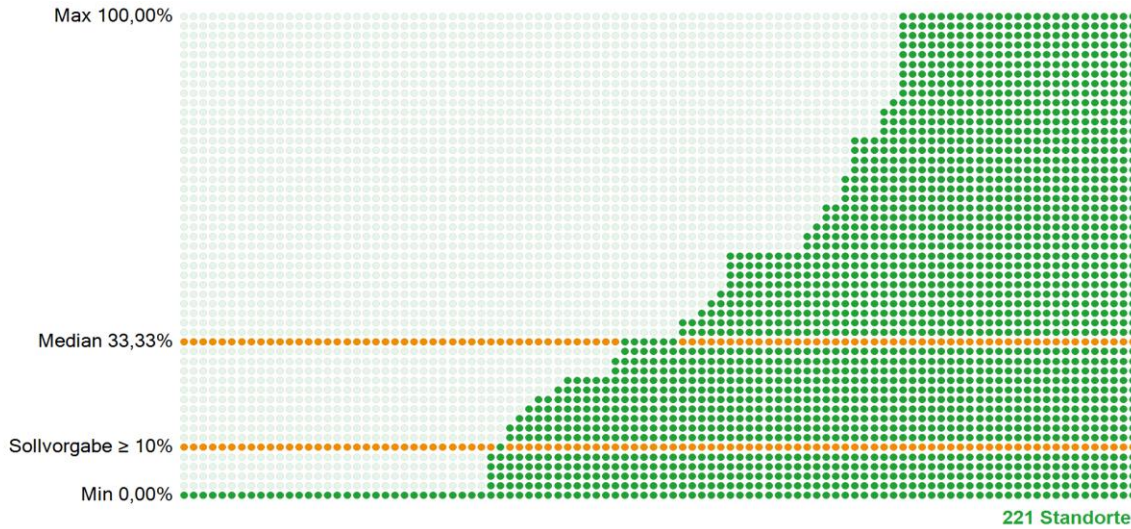
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	72,50%	66,67%	66,67%
75. Perzentil	50,00%	50,00%	44,44%	40,00%	37,50%
Median	27,92%	29,41%	27,27%	25,00%	25,00%
25. Perzentil	16,66%	20,72%	16,67%	14,29%	14,29%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
280	98,94%	206	73,57%

Anmerkungen:

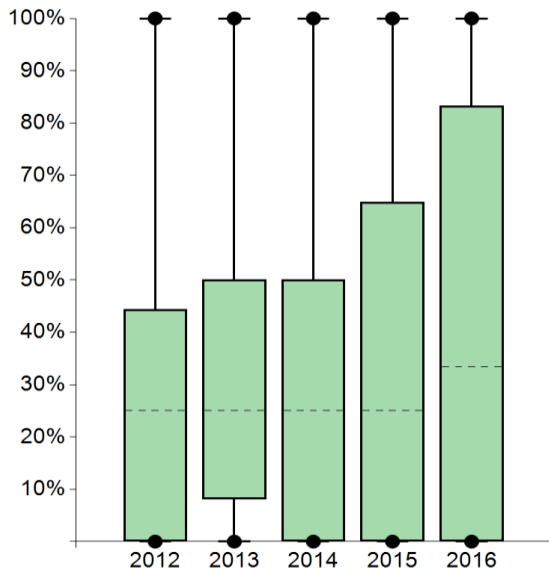
Die Kennzahl ist im Vergleich zum Vorjahr im Median und hinsichtlich der Perzentile unverändert. In 2016 erfolgten 689 primäre Lebermetastasenresektionen in den Darmkrebszentren (671 in 2015). Die Zahl der Zentren, die keine Resektionen durchführten (= 0%) bleibt annähernd gleich (43 in 2016, 44 in 2015). Diese Zentren geben als Begründung für nicht durchgeführte Metastasenresektionen an, dass ausgeprägte Lebermetastasen bestanden, Patienten notfallmäßig operiert wurden und bei multimorbiden Patienten auf den Eingriff verzichtet wurde. Die einzelnen Fälle wurden von den Fachexperten während der Audits analysiert und nachvollzogen.

25. Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit KRK im UICC Stad. IV, bei denen nach Chemotherapie eine sekundäre Lebermetastasenresektion durchgeführt wurde	1*	0 - 10
Nenner	Primärfälle mit KRK UICC Stad. IV mit primär nicht resektablen, ausschließlichen Lebermetastasen, die eine Chemotherapie erhalten haben (ohne TVE)	3*	1 - 26
Quote	Sollvorgabe ≥ 10%	33,33%	0,00% - 100%

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



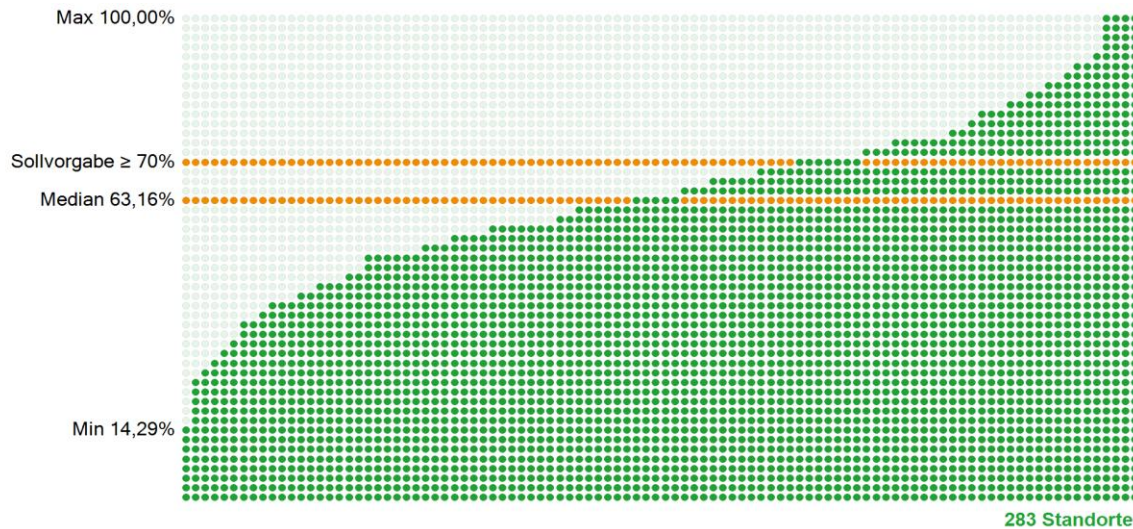
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	44,36%	50,00%	50,00%	64,92%	83,33%
Median	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	33,33%
25. Perzentil	0,00%	8,11%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
221	78,09%	148	66,97%

Anmerkungen:

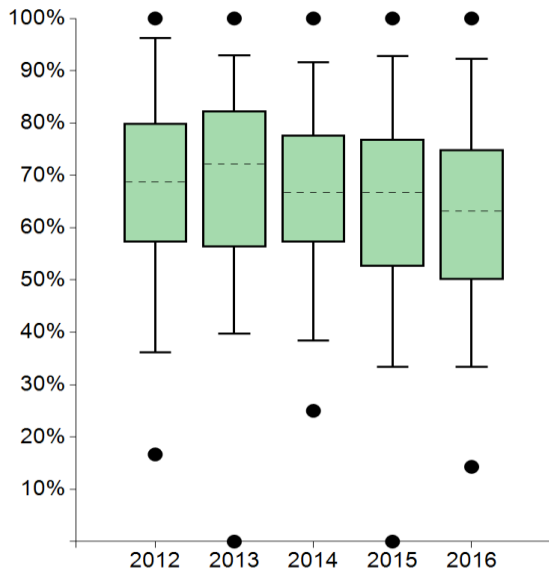
Im Jahr 2016 erhielten im Vergleich zum Vorjahr mehr Patienten mit kolorektalem Karzinom eine sekundäre Lebermetastasenresektion (307 in 2016, 282 in 2015). 72 Zentren führten keine sekundären Resektionen von Lebermetastasen durch (70 in 2015). Nicht-durchgeführte Resektionen begründeten die Zentren häufig damit, dass Patienten während der Chemotherapie verstarben, sich in einer palliativen Behandlungssituation befanden, eine diffuse Lebermetastasierung bestand oder die Chemotherapie noch nicht abgeschlossen war.

26. Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (LL QI 6)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	8*	1 - 27
Nenner	Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	13*	3 - 41
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	63,16%	14,29% - 100%

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



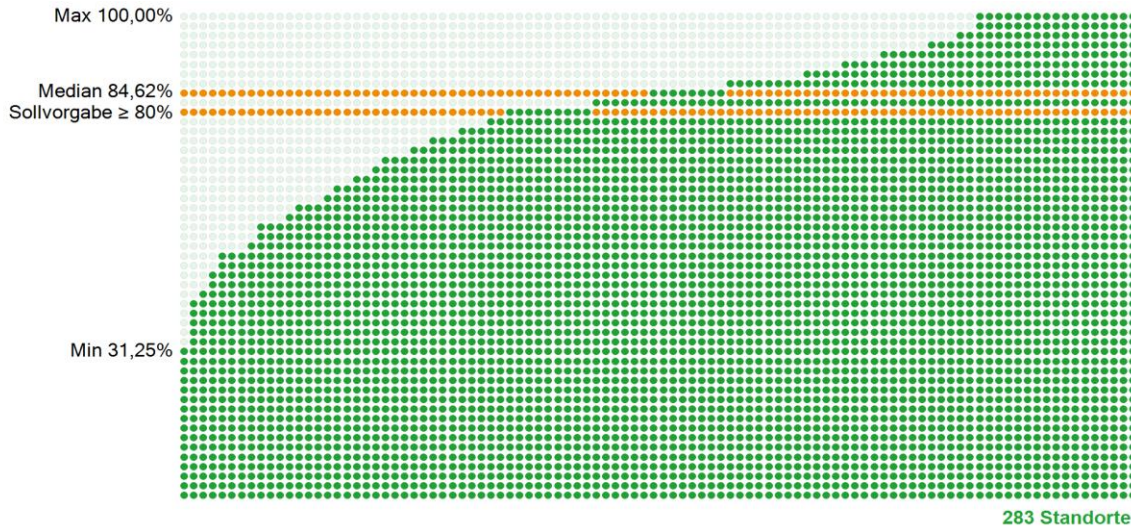
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	96,25%	92,95%	91,67%	92,86%	92,25%
75. Perzentil	80,00%	82,35%	77,78%	76,92%	75,00%
Median	68,75%	72,22%	66,67%	66,67%	63,16%
25. Perzentil	57,14%	56,25%	57,14%	52,63%	50,00%
5. Perzentil	36,11%	39,69%	38,46%	33,33%	33,33%
Min	16,66%	0,00%	25,00%	0,00%	14,29%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	103	36,40%

Anmerkungen:

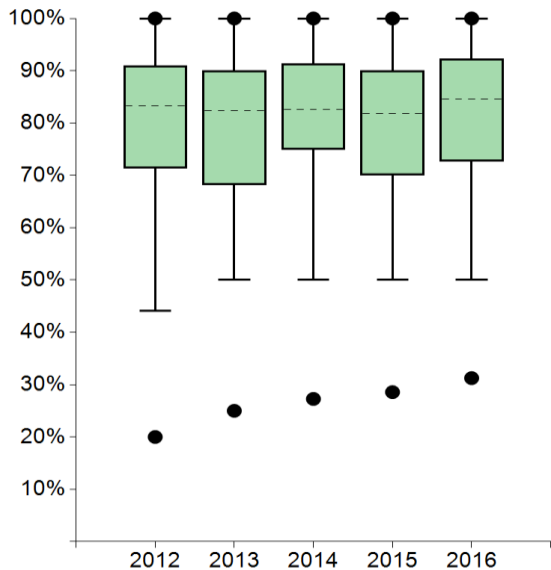
Der Median der Kennzahl ist über den Verlauf der Zeit leicht abnehmend und im Vergleich zum Vorjahr erfüllen deutlich weniger Zentren die Sollvorgabe (36% vs. 46% in 2015). Auch die Gesamtzahl der adjuvanten Chemotherapien (2.340 vs. 2.465 in 2015) ist leicht abnehmend bei annähernd gleicher Grundgesamtheit. Begründungen für die nicht-durchgeführte Chemotherapie sind Alter und Multimorbidität der Patienten sowie die Ablehnung der Therapie durch die Patienten.

27. Neoadjuvante Radio- o. Radiochemotherapien Rektum (klinisches UICC Stad. II u. III) (LL QI 7)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die eine neoadjuvante Radio- u. Radiochemotherapie erhalten haben	9*	2 - 37
Nenner	Patienten mit RK des mittleren und unteren Drittels (= bis 12 cm ab ano) und den TNM-Kategorien cT3, 4/cM0 und/oder cN1, 2/cM0, die elektiv operiert wurden (= klinisches UICC-Stadium II u. III) (ohne TVE)	11*	2 - 42
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	84,62%	31,25% - 100%

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

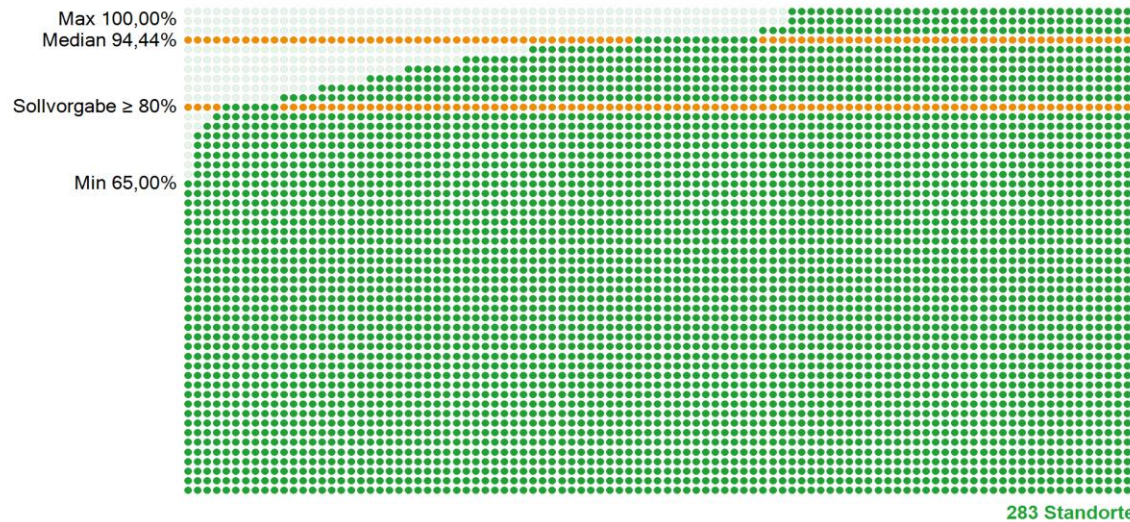


	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	90,90%	90,00%	91,30%	90,00%	92,31%
Median	83,33%	82,35%	82,61%	81,82%	84,62%
25. Perzentil	71,42%	68,18%	75,00%	70,00%	72,73%
5. Perzentil	44,16%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Min	20,00%	25,00%	27,27%	28,57%	31,25%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	187	66,08%

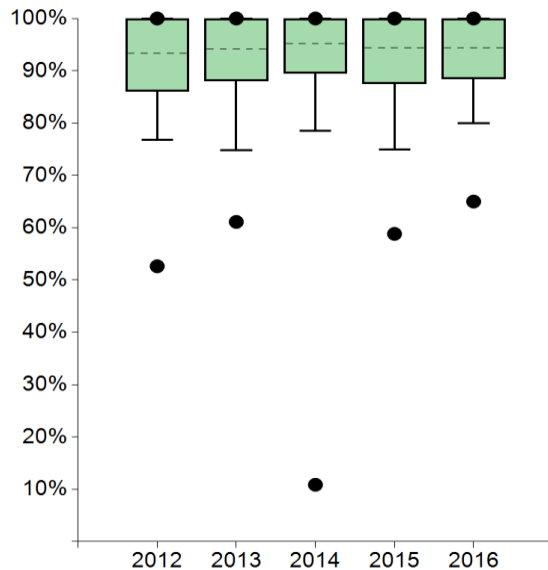
Anmerkungen:
Die Sollvorgabe von 80% wird von mehr Zentren als im Vorjahr erreicht (66% vs. 59% in 2015) und mehr Zentren haben eine Zunahme der Rate an neoadjuvanten Radiochemotherapien. Auch die Gesamtzahl der durchgeführten neoadjuvanten Therapien nahm im Vergleich zum Vorjahr zu (2.756 vs. 2.723 im Vorjahr). Als Begründung für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe nennen die Zentren die Ablehnung durch die Patienten, Teilnahme an der OCUM-Studie, Multimorbidität und drohender Ileus mit OP-Notwendigkeit. Als Maßnahme bei Ablehnung der Therapie wurde u.a. das Gespräch mit dem Radioonkologen initiiert. Der Qualitätsindikator wurde im Update der Leitlinie aus dem Set der Qualitätsindikatoren gestrichen, weil die überarbeitete Empfehlung die Patientenkollektive nicht differenziert genug erfasst.

28. Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) (LL QI 3)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME	15*	4 - 74
Nenner	Patienten mit elektiv radikal operiertem RK (ohne TVE)	17*	4 - 74
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	94,44%	65,00% - 100%

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



	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	93,33%	94,12%	95,24%	94,44%	94,44%
25. Perzentil	86,04%	88,00%	89,47%	87,50%	88,46%
5. Perzentil	76,74%	74,84%	78,57%	75,00%	80,00%
Min	52,63%	61,11%	10,87%	58,82%	65,00%

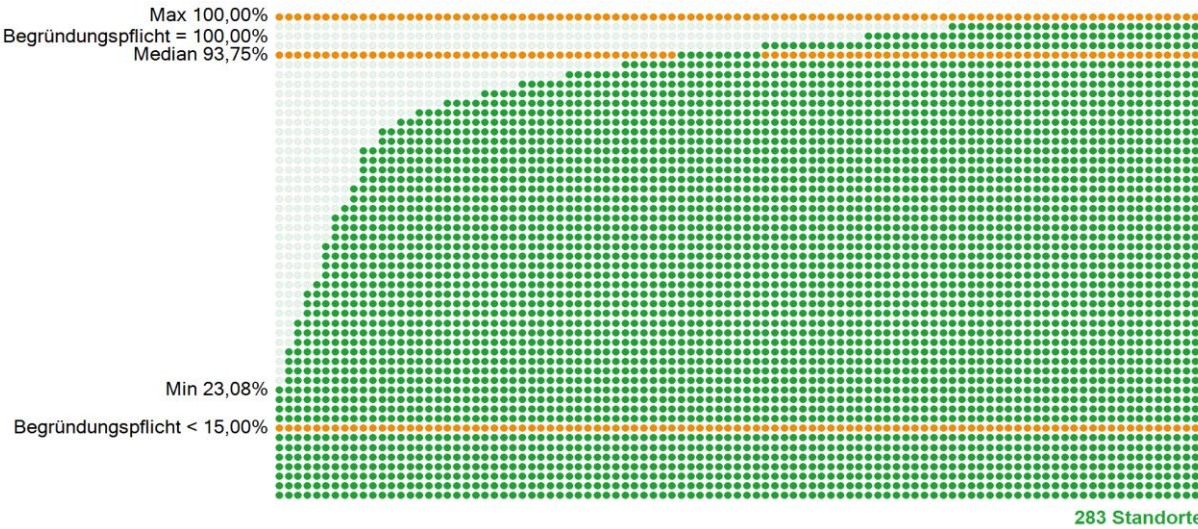
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	272	96,11%

Anmerkungen:

Auch dieser Qualitätsindikator der Leitlinie wird sehr gut in den Zentren umgesetzt. 96% der Zentren erfüllen die Sollvorgabe von 80%.

Die Zentren mit den niedrigsten Werten begründen diese mit schwierigen Exstirpationen. Die Auditoren haben die Einzelfälle betrachtet und systematische Fehler ausgeschlossen.

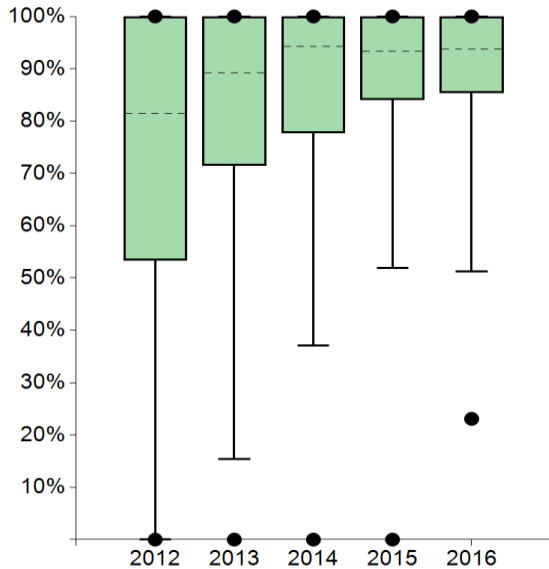
29. Angabe Resektionsrand (LL QI 4)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten, bei denen der Abstand des aboralen Tumorrandes zur aboralen Resektionsgrenze in mm und der Abstand des Tumors zur zirkumferentiellen mesorektalen Resektionsebene in mm dokumentiert wurden	20*	3 - 83
Nenner	Patienten mit RK, bei denen der Primärtumor in Form einer TME oder PME elektiv reseziert wurde (ohne TVE)	23*	5 - 86
Quote	Begründungspflicht** <15% und =100%	93,75%	23,08% - 100%

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

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



	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	81,45%	89,29%	94,29%	93,33%	93,75%
25. Perzentil	53,39%	71,43%	77,78%	84,00%	85,45%
5. Perzentil	0,00%	15,39%	37,14%	51,95%	51,31%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	23,08%

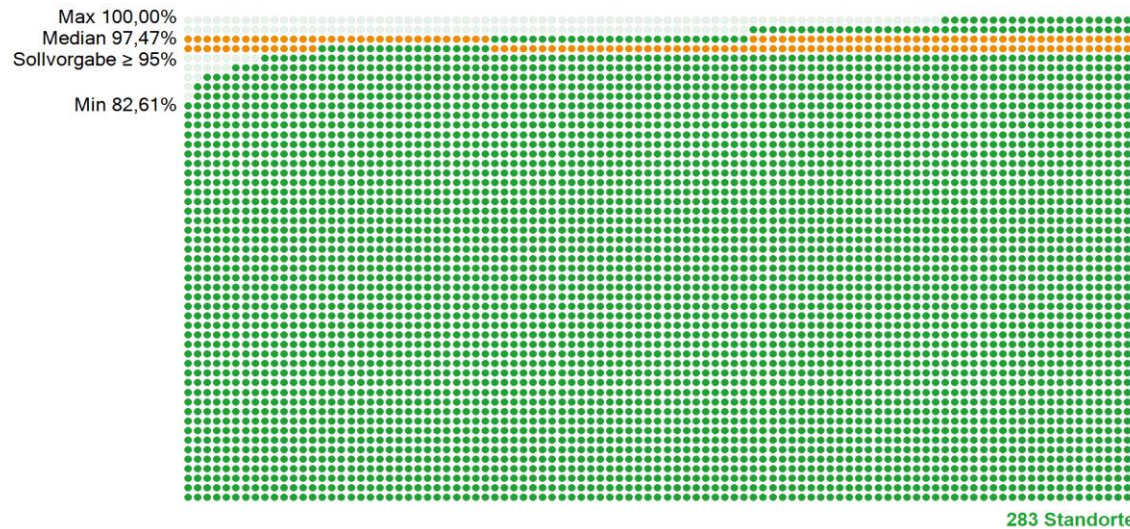
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	204	72,08%

Anmerkungen:

Der Qualitätsindikator der Leitlinie wird immer besser erfüllt. Im Update der Leitlinie wurde der Qualitätsindikator in einen neuen Qualitätsindikator integriert, sodass der Qualitätsindikator in dieser Form nur bis 2018 dokumentiert wird.

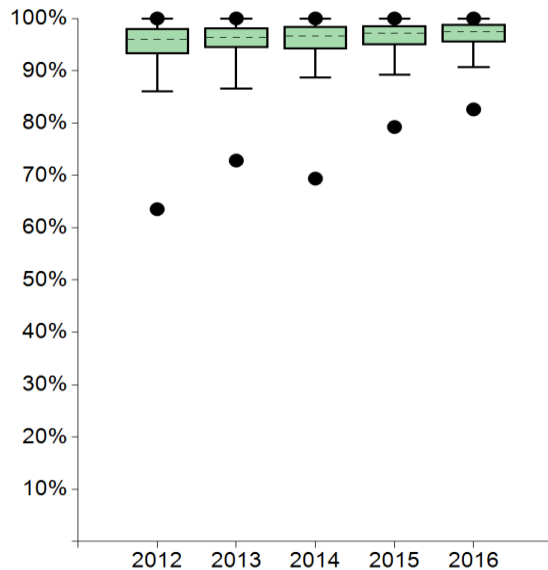
Die Zentren mit den auffälligsten Werten im Vorjahr haben sich deutlich verbessert.

30. Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten	68*	32 - 173
Nenner	Patienten mit KRK, die eine elektive OP mit Lymphadenektomie erhalten haben (ohne TVE)	70*	34 - 182
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,47%	82,61% - 100%

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



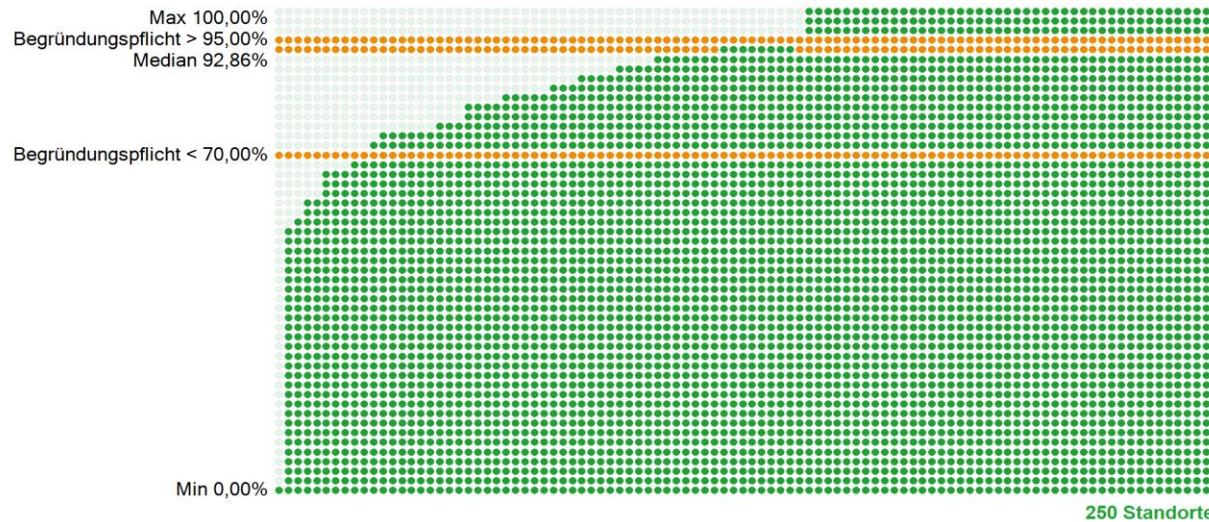
	2012	2013	2014	2015	2016
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,03%	98,25%	98,48%	98,61%	98,91%
Median	96,00%	96,34%	96,61%	97,18%	97,47%
25. Perzentil	93,15%	94,44%	94,12%	94,92%	95,45%
5. Perzentil	86,10%	86,53%	88,64%	89,18%	90,66%
Min	63,54%	72,84%	69,39%	79,25%	82,61%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
283	100,00%	226	79,86%

Anmerkungen:

Der Qualitätsindikator der Leitlinie wird sehr gut erfüllt. Aufgrund der sehr guten Ergebnisse der Zentren hat die Leitliniengruppe im Update beschlossen, dass der Qualitätsindikator aus dem Set der Qualitätsindikatoren gestrichen wird. Das Zentrum mit der niedrigsten Rate hatte auch im Vorjahr einen Wert unterhalb des 5. Perzentils. Im Audit 2018 wird hier ein Schwerpunkt gelegt. Als Begründung für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe geben die Zentren v.a. neoadjuvante Vorbehandlungen an. Die Werte und Prozesse werden zwischen Chirurgen und Pathologen besprochen und entsprechende Maßnahmen festgelegt.

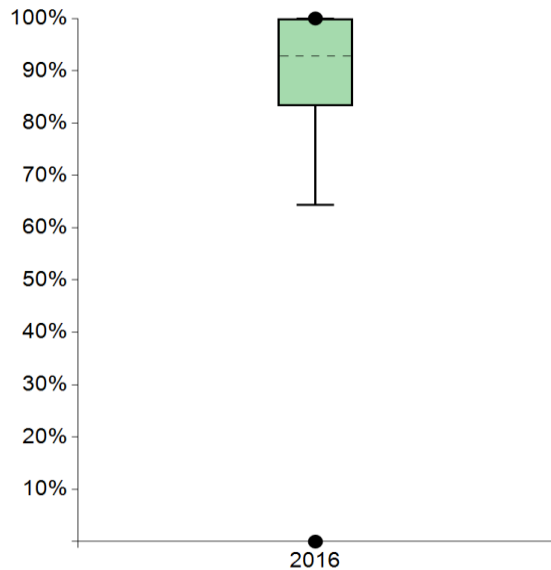
31. Beginn der adjuvanten systemischen Therapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2016	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Beginn der Chemotherapie innerhalb von 8 Wochen nach OP	7*	0 - 21
Nenner	Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben (= Zähler Kennzahl 26)	8*	1 - 23
Quote	Begründungspflicht** <70% und >95%	92,86%	0,00% - 100%

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

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



	2012	2013	2014	2015	2016
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	92,86%
25. Perzentil	----	----	----	----	83,33%
5. Perzentil	----	----	----	----	64,38%
Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
250	88,34%	116	46,40%

Anmerkungen:

Die Angabe im Kennzahlenjahr 2016 war freiwillig. Wenn die Chemotherapie nicht innerhalb von 8 Wochen nach Operation begonnen wurde, begründen die Zentren dies v.a. mit postoperativen Komplikationen und hohem Alter der Patienten, die somit eine längere Rekonvaleszenzphase nach der Operation benötigen.

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Darmkrebszentren
Thomas Seufferlein, Sprecher Zertifizierungskommission
Stefan Post, Stellv. Sprecher Zertifizierungskommission
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Christoph Kowalski, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Henning Adam, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Julia Ferencz, OnkoZert GmbH

Impressum

Herausgeber und inhaltlich verantwortlich:
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Tel: +49 (030) 322 93 29 0
Fax: +49 (030) 322 93 29 66
Vereinsregister Amtsgericht Charlottenburg,
Vereinsregister-Nr.: VR 27661 B
V.i.S.d.P.: Dr. Johannes Bruns

in Zusammenarbeit mit:
OnkoZert, Neu-Ulm
www.onkozert.de

Version A1; Stand 02.03.2018

ISBN: 978-3-946714-67-5

