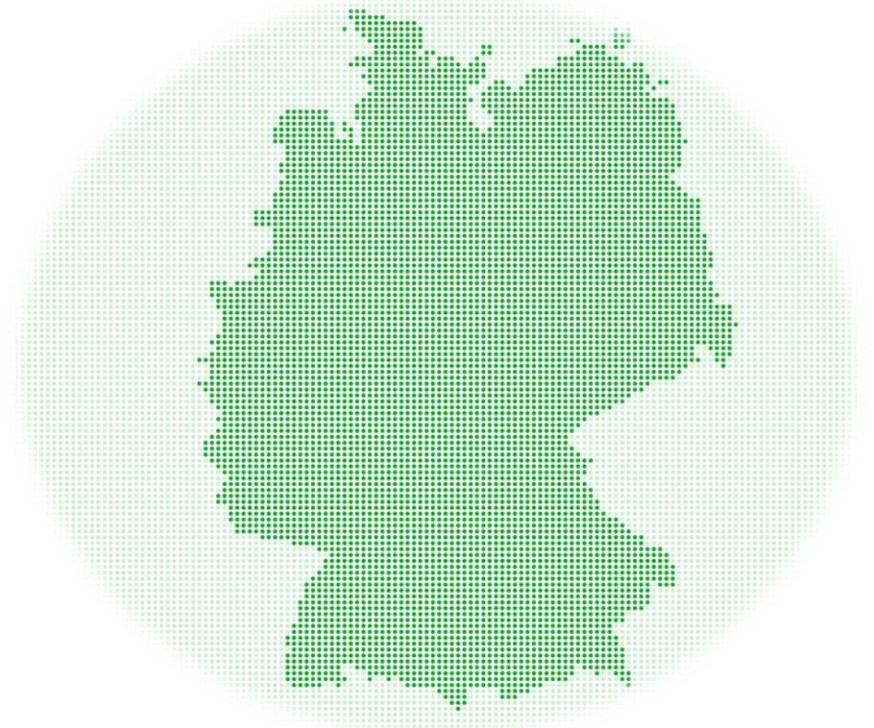


Kennzahlenauswertung 2014

Benchmarking-Bericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Kennzahlenjahr 2012 / Auditjahr 2013



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2013	3
Allgemeine Informationen	4
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdaten	8
Kennzahlenauswertungen	9
Kennzahl Nr. 1: Prätherapeutische Fallvorstellung	9
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	10
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung	11
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung	12
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst	13
Kennzahl Nr. 6: Studienteilnahme	14
Kennzahl Nr. 7: KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese	15
Kennzahl Nr. 8: Genetische Beratung	16
Kennzahl Nr. 9: MSI-Untersuchung	17
Kennzahl Nr. 10: Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	18
Kennzahl Nr. 11: Vollständige elektive Koloskopien	19
Kennzahl Nr. 12: Angabe Abstand mesorektale Faszie	20
Kennzahl Nr. 13: Operative Primärfälle Kolon.....	21
Kennzahl Nr. 14: Operative Primärfälle Rektum	22
Kennzahl Nr. 15: Revisions-OP's Kolon	23
Kennzahl Nr. 16: Revisions-OP's Rektum	24
Kennzahl Nr. 17: Postoperative Wundinfektion	25
Kennzahl Nr. 18: Anastomoseninsuffizienzen Kolon	26
Kennzahl Nr. 19: Anastomoseninsuffizienzen Rektum	27
Kennzahl Nr. 20: Mortalität postoperativ	28
Kennzahl Nr. 21: Lokale R0-Resektionen Kolon	29
Kennzahl Nr. 22: Lokale R0-Resektionen Rektum	30
Kennzahl Nr. 23: Anzeichnung Stomaposition	31
Kennzahl Nr. 24: Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)	32
Kennzahl Nr. 25: Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)	33
Kennzahl Nr. 26: Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	34
Kennzahl Nr. 27: Neoadjuvante Radio- o. Radiochemotherapien Rektum (klinisches UICC Stad. II u. III)	35
Kennzahl Nr. 28: Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)	36
Kennzahl Nr. 29: Angabe Resektionsrand	37
Kennzahl Nr. 30: Lymphknotenuntersuchung	38

Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2013

	31.12.2013	31.12.2012	31.12.2011	31.12.2010
Laufende Verfahren	12	11	15	28
Zertifizierte Zentren	257	247	223	188
Zertifizierte Standorte	266	257	233	199
Darmkrebszentren mit 1 Standort	251	240	216	181
2 Standorte	4	5	5	4
3 Standorte	1	1	1	2
4 Standorte	1	1	1	1
Primärfälle gesamt	22.281	21.391	20.198	17.844
Primärfälle pro Zentrum	87	87	91	95
Primärfälle pro Standort	84	83	87	90

Allgemeine Informationen

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	32*	8 - 103
Nenner	Alle Patienten mit RK und alle Pat. mit KK Stad. IV	35*	8 - 116
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	94,4%	56,0% - 100%

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.

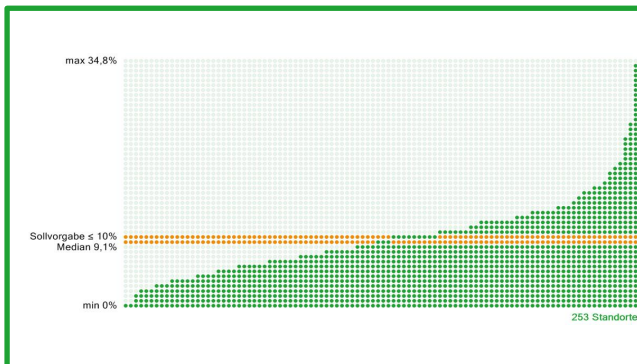
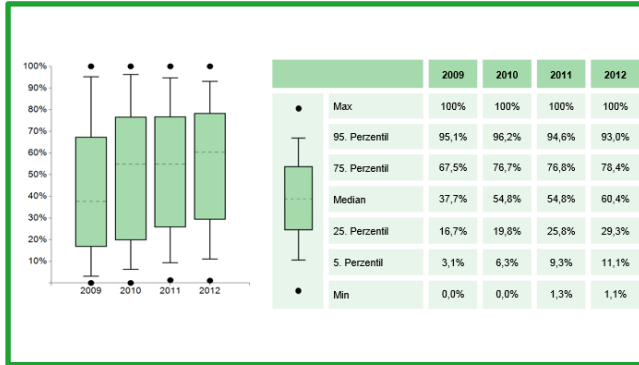


Diagramm:

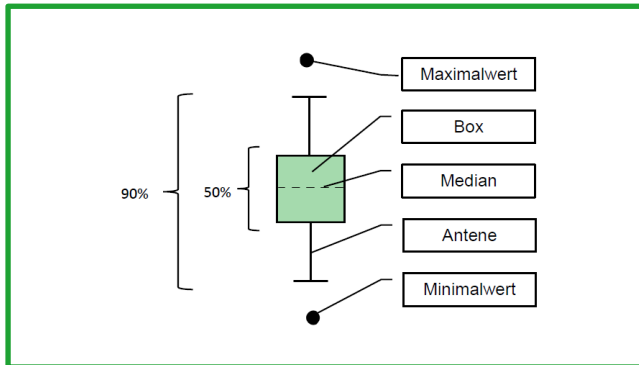
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder die Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als orange waagrechte Linie dargestellt. Der Median hingegen teilt als orange horizontale Linie die gesamte Gruppe in zwei gleich große Hälften.

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2009**, **2010**, **2011** und **2012** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



Boxplot:

Ein Boxplot setzt sich aus einer **Box mit Median**, **Antennen** und **Ausreißer** zusammen. Innerhalb der Box befinden sich 50 Prozent der Zentren. Der Median teilt die gesamte vorliegende 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.

Allgemeine Informationen

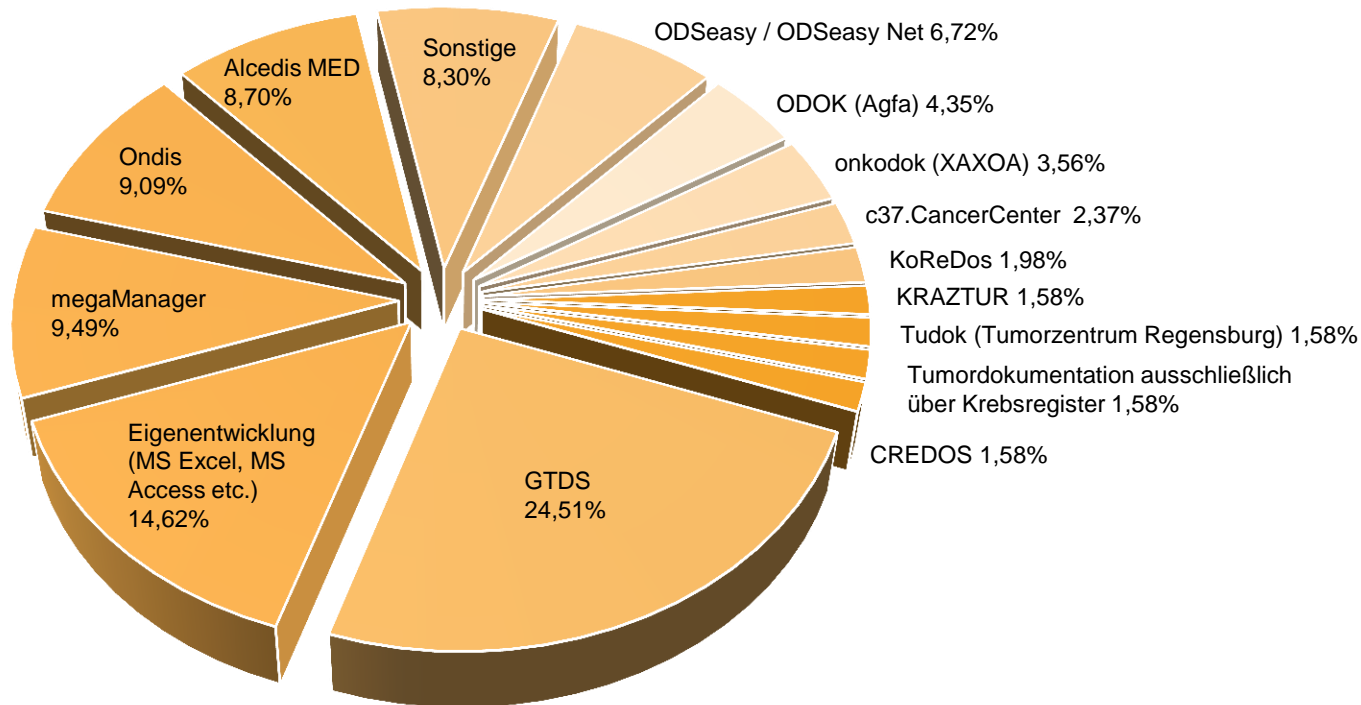
	31.12.2013	31.12.2012	31.12.2011
Im Benchmarking-Bericht berücksichtigte Standorte	253	230	204
entspricht	95,1%	89,5%	87,6%

Der vorliegende Benchmarking-Bericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Darmkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Benchmarking-Berichtes ist der Kennzahlenbogen, der Teil des Erhebungsbogens (Kriterienkatalog Zertifizierung) ist.

In dem Benchmarking-Bericht sind nicht alle 266 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 9 Standorte, die im Jahr 2013 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend) sowie 4 Standorte, bei denen sich das Datensystem noch in Umstellung befunden hat. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2012. Sie stellen für die in 2013 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



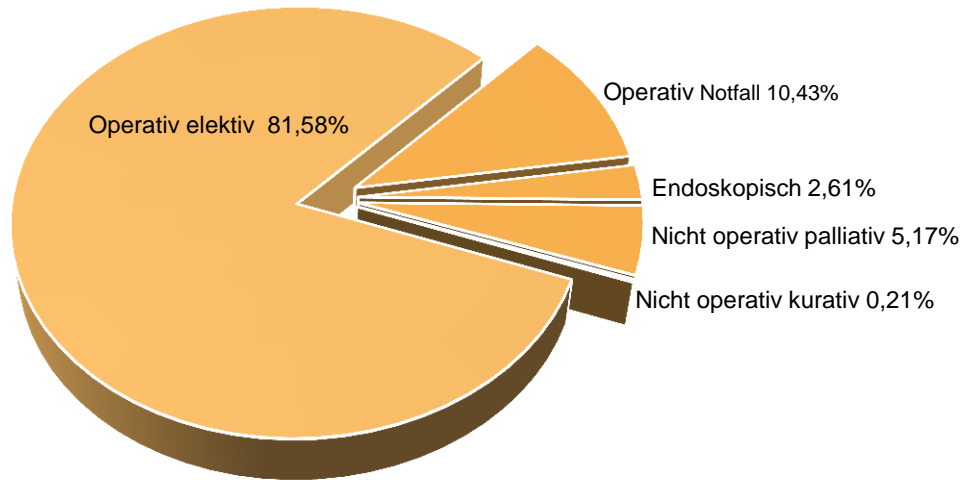
Legende:

Sonstige	System in < 4 Standorten genutzt
----------	----------------------------------

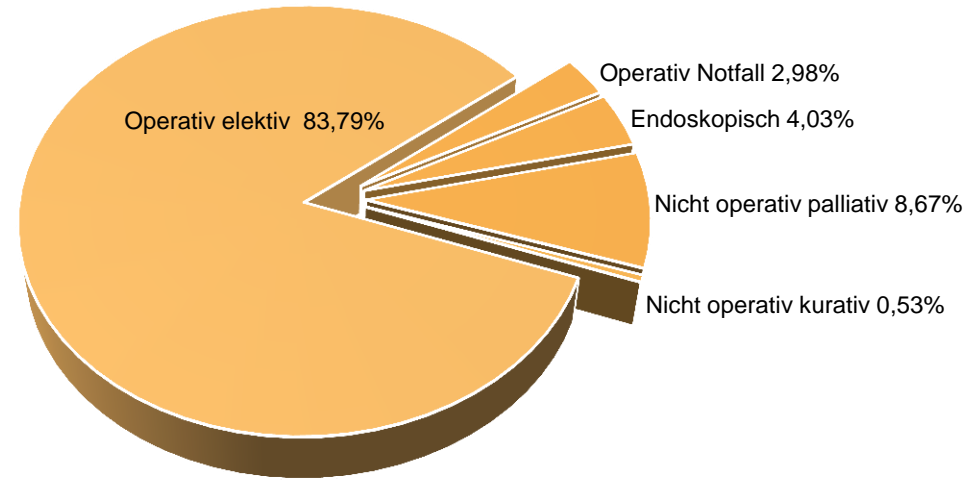
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem EXCEL-Anhang zum Erhebungsbogen (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte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

Basisdaten

Kolon

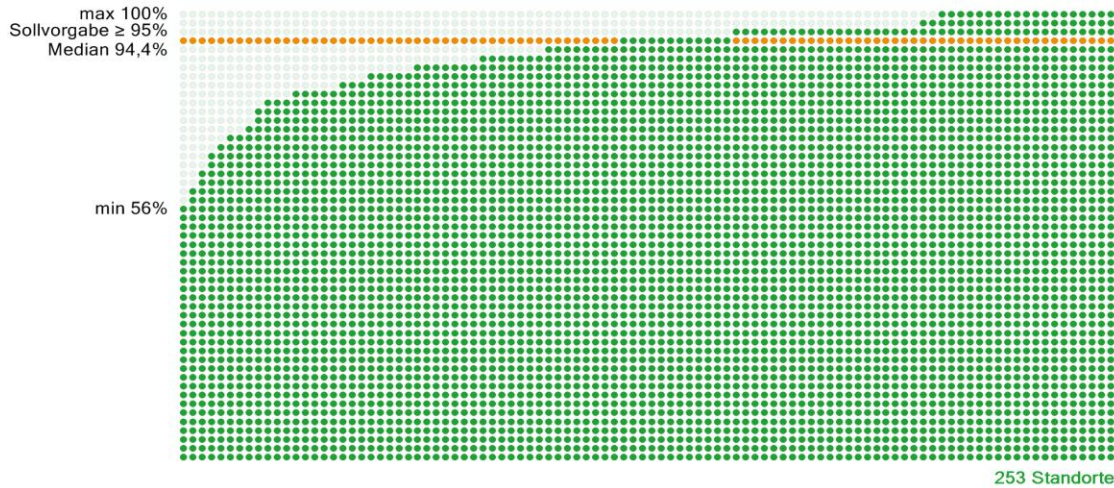


Rektum



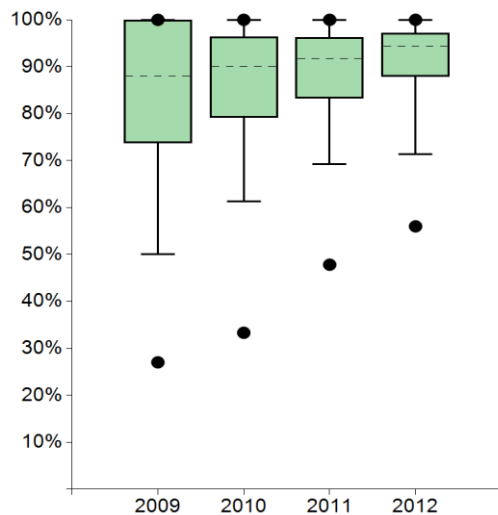
Primärfälle		Operativ elektiv	Operativ Notfall	Endoskopisch	Nicht operativ palliativ	Nicht operativ kurativ
Kolon	abs.	12.024	1.537	385	762	31
	in %	81,58%	10,43%	2,61%	5,17%	0,21%
Rektum	abs.	7.074	252	340	732	45
	in %	83,79%	2,98%	4,03%	8,67%	0,53%
Gesamt	abs.	19.098	1.789	725	1.494	76

1. Prätherapeutische Fallvorstellung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	32*	8 - 103
Nenner	Alle Patienten mit RK und alle Pat. mit KK Stad. IV	35*	8 - 116
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	94,4%	56,0% - 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.



	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	96,4%	96,3%	97,1%
Median	88,0%	90,0%	91,8%	94,4%
25. Perzentil	73,7%	79,2%	83,3%	87,9%
5. Perzentil	50,1%	61,4%	69,2%	71,4%
Min	27,0%	33,3%	47,8%	56,0%

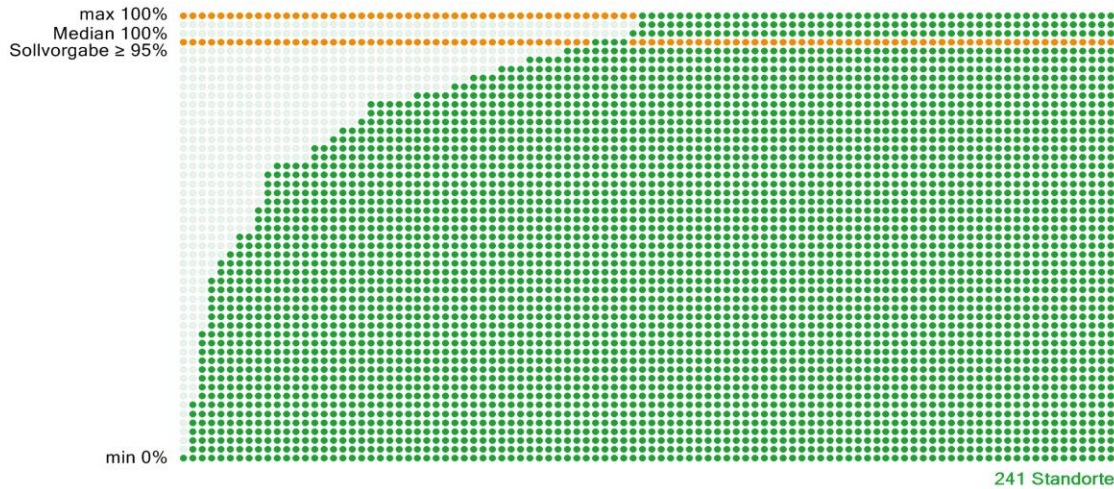
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	115	45,5%

Anmerkungen:

Standorte mit Unterschreitung der Sollvorgabe haben einen strukturierten Verbesserungsprozess eingeleitet, der im Rahmen der jährlichen Zertifizierung beobachtet und überprüft wird (allgemeiner Grundsatz bei Unterschreitung von Sollvorgaben). Begründungen für die Nichterfüllung waren v.a.: Notfallpat., C19 und präoperativ nicht bekanntes Stad. IV.

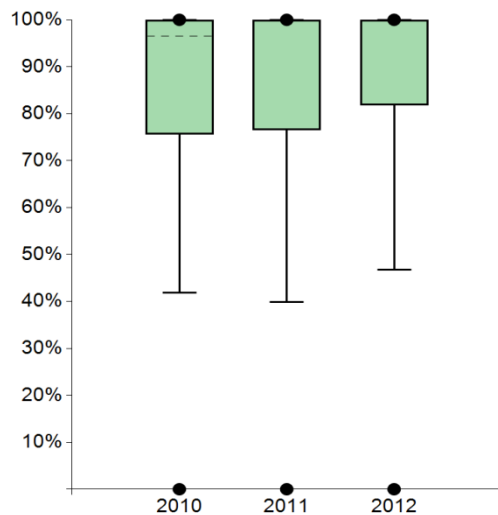
Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 5).

2. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Alle Pat. mit Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen, die in der präoperativen Konferenz vorgestellt wurden	8*	0 - 109
Nenner	Alle Pat. mit Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen	10*	1 - 130
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	0,0% - 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.



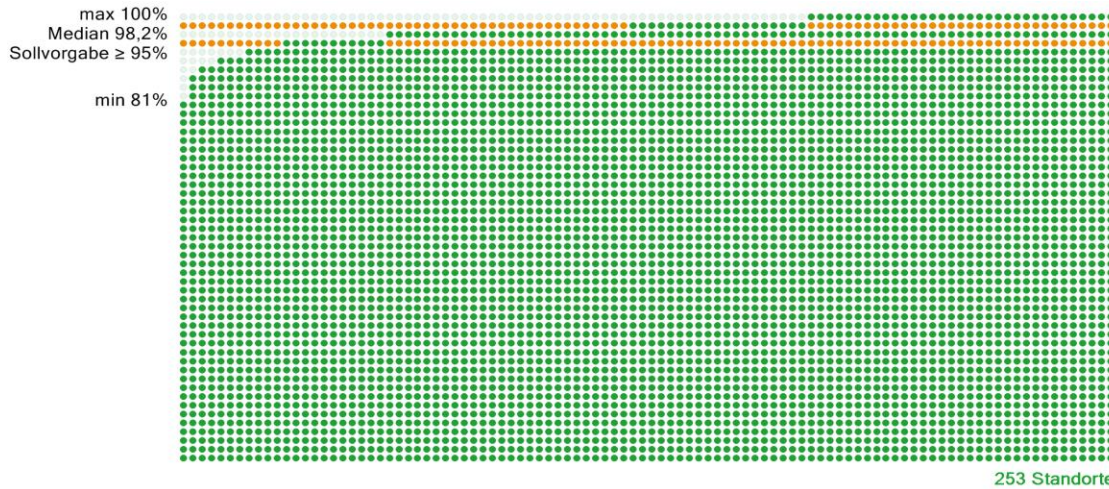
	2009	2010	2011	2012
Max	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	100%	100%	100%
Median	----	96,5%	100%	100%
25. Perzentil	----	75,6%	76,5%	81,8%
5. Perzentil	----	41,8%	39,9%	46,8%
Min	----	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
241	95,3%	130	53,9%

Anmerkungen:

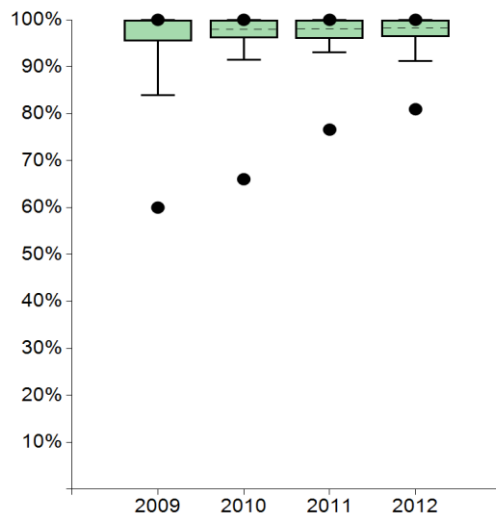
In vielen Zentren tritt die Behandlung von Rezidiven und Fernmetastasierungen im Verlauf sehr selten auf. Daraus erklärt sich die große Spannweite bei den erreichten Quoten. In den Begründungen zeigt sich, dass die nicht erfolgte Vorstellung häufig ein Kommunikationsproblem innerhalb des Netzwerkes ist, v.a. an den transsektoralen und abteilungsübergreifenden Schnittstellen.

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Alle operativen und endoskopischen Primärfälle, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	76*	36 - 215
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	80*	37 - 230
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,2%	81,0% - 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.



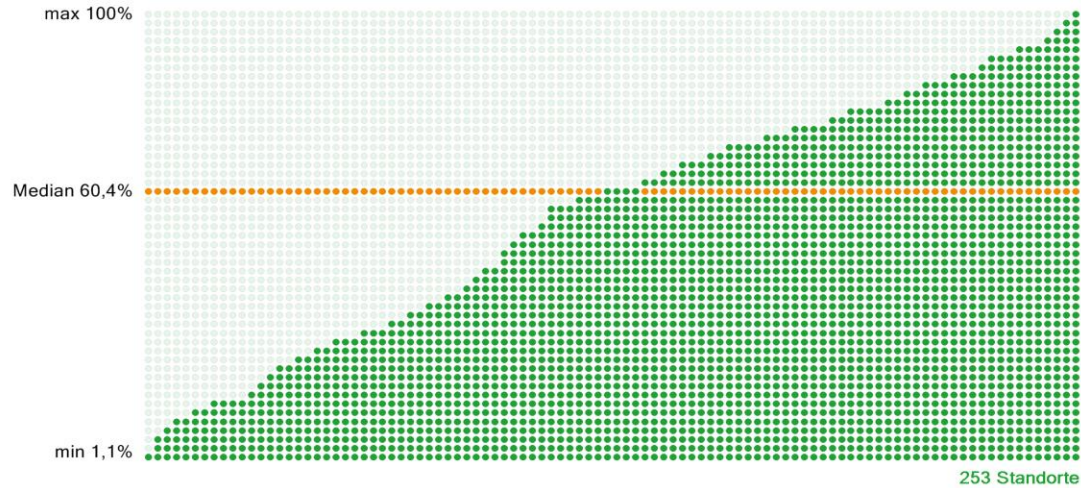
	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	97,9%	98,1%	98,2%
25. Perzentil	95,5%	96,2%	96,0%	96,4%
5. Perzentil	84,0%	91,5%	93,1%	91,2%
Min	60,0%	66,0%	76,6%	81,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	218	86,2%

Anmerkungen:

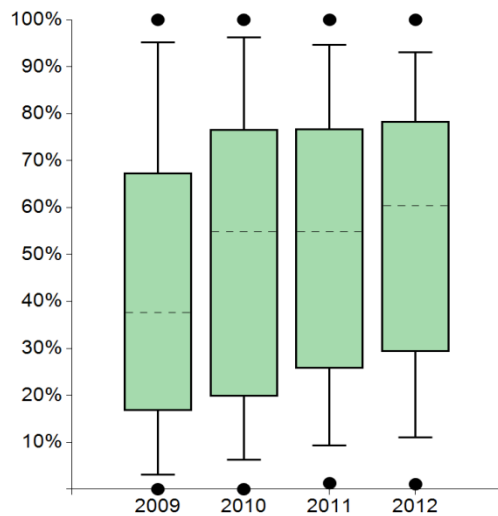
Häufige Begründungen für die nicht erfolgte Vorstellung: Endoskopische Pat. nicht berücksichtigt u. Versterben der Pat.

4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Patienten, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer > 25 min.)	48*	1 - 128
Nenner	Gesamtprimärfälle	86*	42 - 230
Quote	Keine Sollvorgabe	60,4%	1,1% - 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.

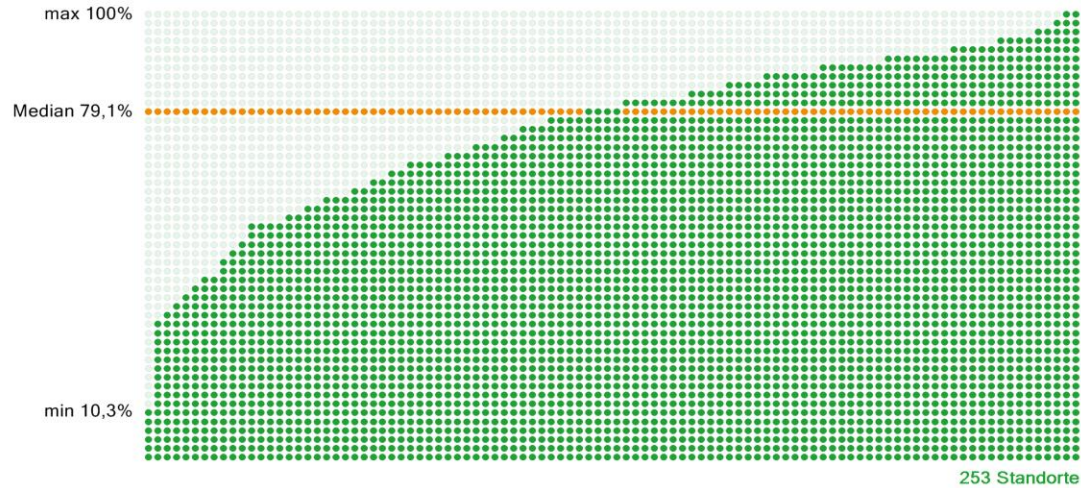


	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	95,1%	96,2%	94,6%	93,0%
75. Perzentil	67,5%	76,7%	76,8%	78,4%
Median	37,7%	54,8%	54,8%	60,4%
25. Perzentil	16,7%	19,8%	25,8%	29,3%
5. Perzentil	3,1%	6,3%	9,3%	11,1%
Min	0,0%	0,0%	1,3%	1,1%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	-----	-----

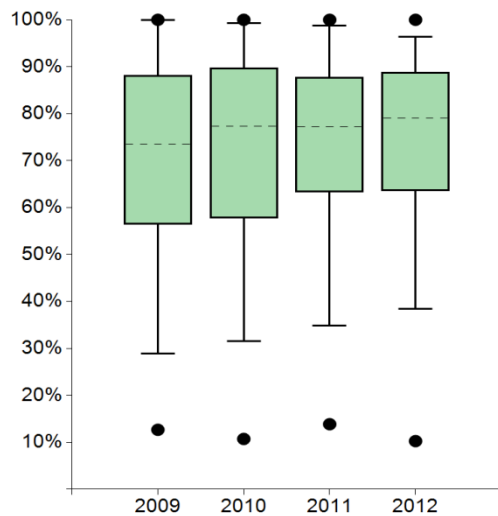
Anmerkungen:

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden	65*	12 - 225
Nenner	Gesamtprimärfälle	86*	42 - 230
Quote	Keine Sollvorgabe	79,1%	10,3% - 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.



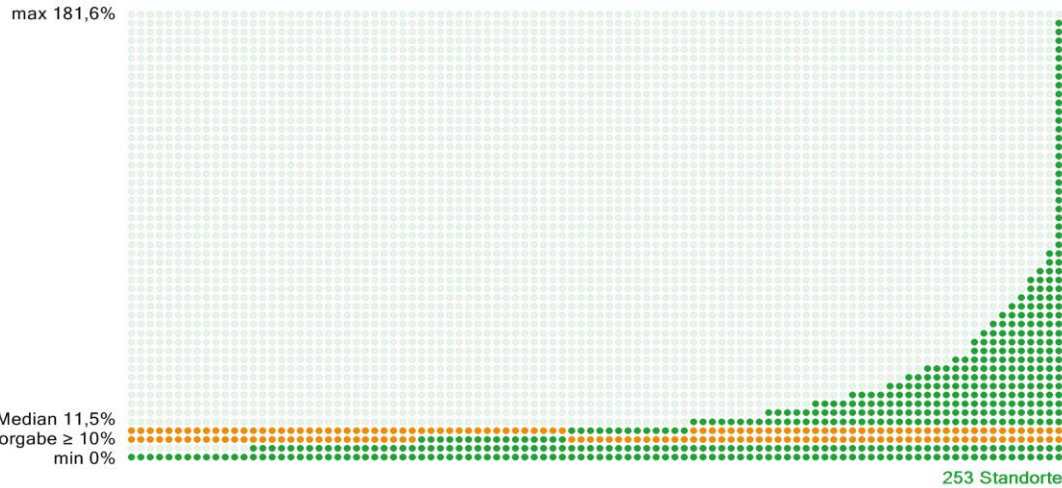
	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	99,3%	98,7%	96,3%
75. Perzentil	88,2%	89,7%	87,8%	88,9%
Median	73,4%	77,4%	77,1%	79,1%
25. Perzentil	56,5%	57,8%	63,2%	63,6%
5. Perzentil	28,9%	31,6%	34,8%	38,4%
Min	12,7%	10,7%	13,9%	10,3%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	-----	-----

Anmerkungen:

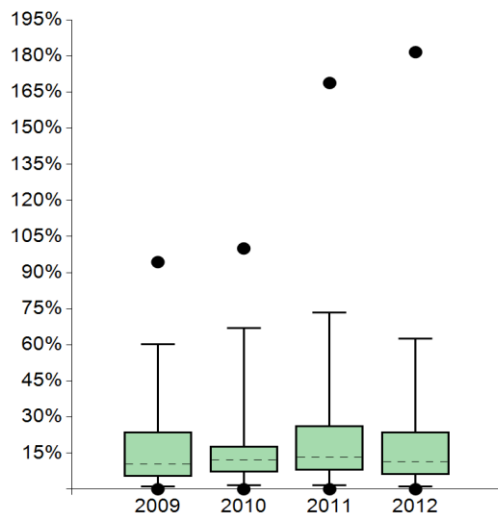
Der niedrigste Wert (10,3%) wurde von einem Darmkrebszentrum außerhalb Deutschlands gemeldet. Der Extremwert erklärt sich aus Unterschieden in der landesspezifischen Gesetzgebung.

6. Studienteilnahme



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Alle Patienten des DZ, die in eine Studie oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden	11*	0 - 325
Nenner	Primärfälle gesamt	86*	42 - 230
Quote	Sollvorgabe ≥ 10%	11,5%	0,0% - 181,6%

*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.



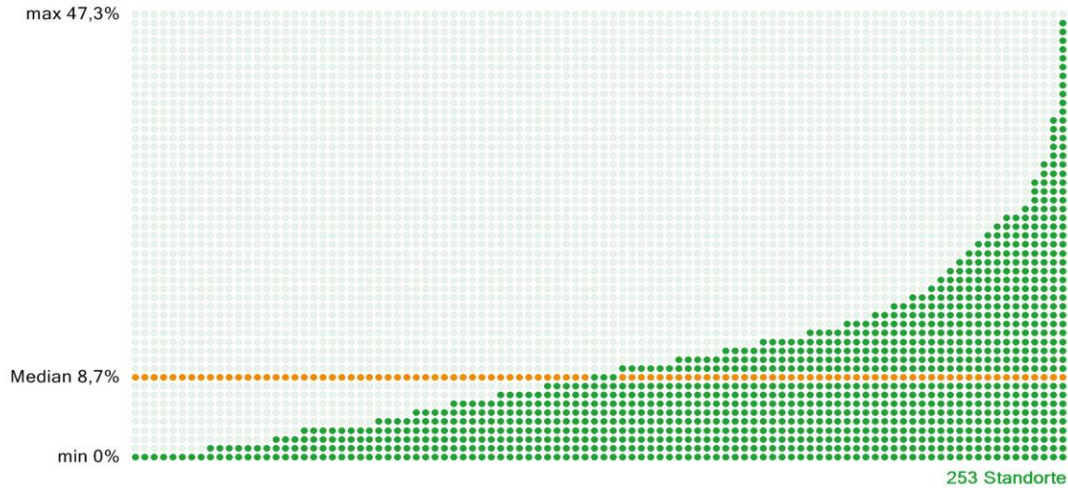
	2009	2010	2011	2012
Max	94,4%	100%	168,8%	181,6%
95. Perzentil	60,2%	67,0%	73,5%	62,6%
75. Perzentil	23,8%	17,8%	26,4%	23,8%
Median	10,5%	12,1%	13,1%	11,5%
25. Perzentil	5,2%	7,1%	7,8%	6,0%
5. Perzentil	1,1%	1,7%	1,7%	1,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	157	62,1%

Anmerkungen:

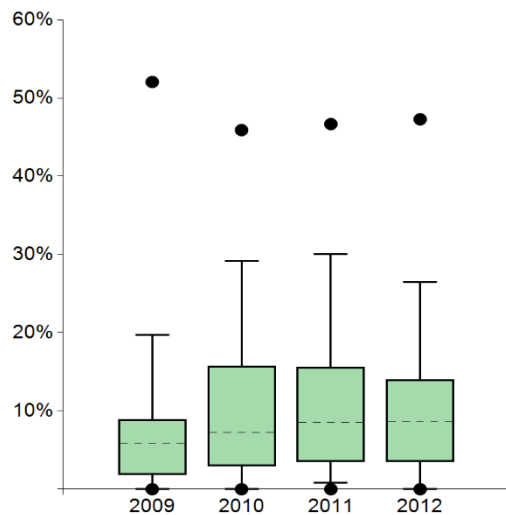
Die Studienquote > 100% begründet sich aus folgender Kennzahldefinition: Doppelzählung von Pat., die in einem Kalenderjahr in mehrere Studien parallel eingebracht werden, ist möglich. Bezugsgröße (=Nenner) für Berechnung Studienquote ist der Primärfall; Nicht-Primärfallpatienten (z.B. Rezidiv-Pat.) werden im Zähler zusätzlich gezählt. Begründungen für das Nicht-Erreichen: keine passenden Studien für das Pat.kollektiv vorhanden.

7. KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Primärfallpat. mit einem KRK und pos. Familienanamnese	7*	0 - 67
Nenner	Primärfälle gesamt	86*	42 - 230
Quote	Keine Sollvorgabe	8,7%	0,0% - 47,3%

*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.



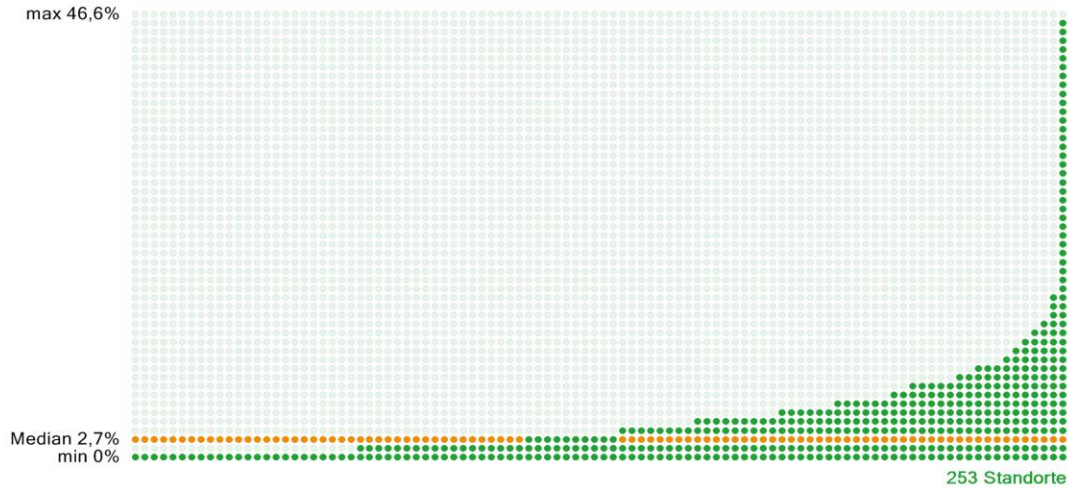
	2009	2010	2011	2012
Max	52,1%	45,9%	46,7%	47,3%
95. Perzentil	19,7%	29,2%	30,0%	26,5%
75. Perzentil	8,9%	15,7%	15,6%	14,0%
Median	5,8%	7,3%	8,5%	8,7%
25. Perzentil	1,9%	2,9%	3,5%	3,5%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	-----	-----

Anmerkungen:

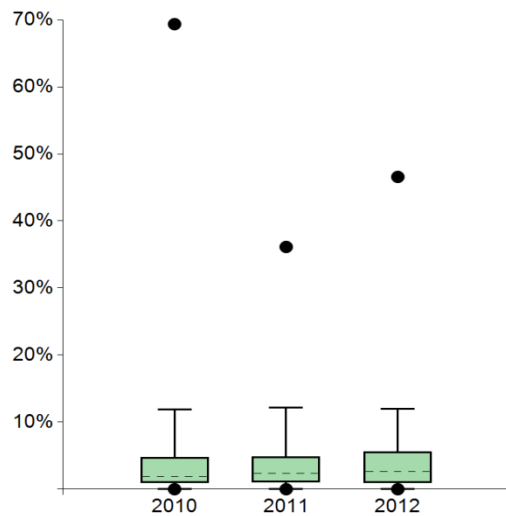
Sehr heterogenes Bild in der Kennzahlenanalyse: eine Reihe von Zentren, bei denen der Auditor eine Verbesserung der Anamneseerfassung feststellt; aber auch Zentren, die Fam.anamnese nicht regelhaft durchführen. Die Zentren mit den höchsten Werten erfassen alle Tm-entitäten in der Familie.

8. Genetische Beratung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Primärfallpat., die in einem Zentrum für familiärem Darmkrebs vorgestellt wurden	2*	0 - 34
Nenner	Primärfälle gesamt	86*	42 - 230
Quote	Keine Sollvorgabe	2,7%	0,0% - 46,6%

*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.

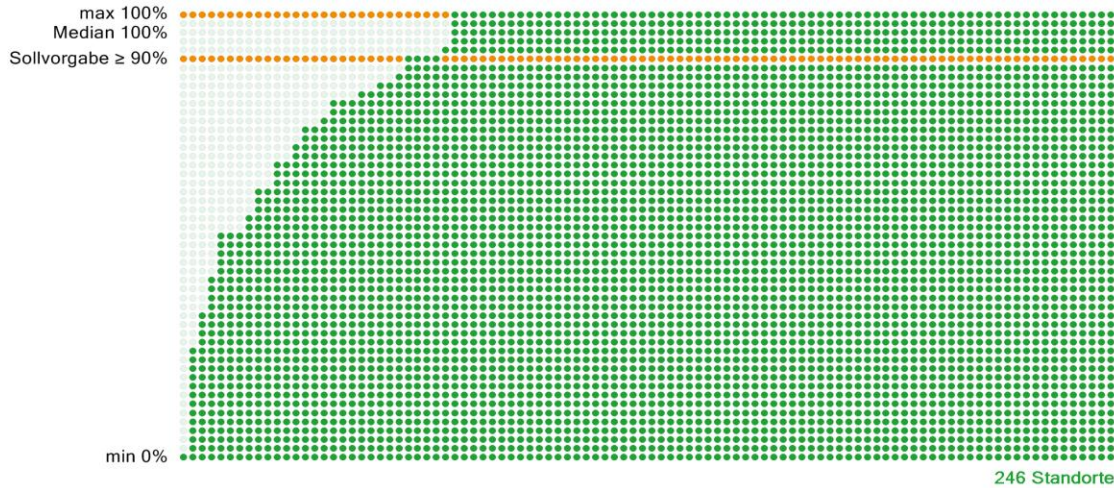


	2009	2010	2011	2012
Max	----	69,4%	36,1%	46,6%
95. Perzentil	----	11,9%	12,1%	12,0%
75. Perzentil	----	4,8%	4,9%	5,6%
Median	----	1,9%	2,4%	2,7%
25. Perzentil	----	1,0%	1,1%	1,0%
5. Perzentil	----	0,0%	0,0%	0,0%
Min	----	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	----	----

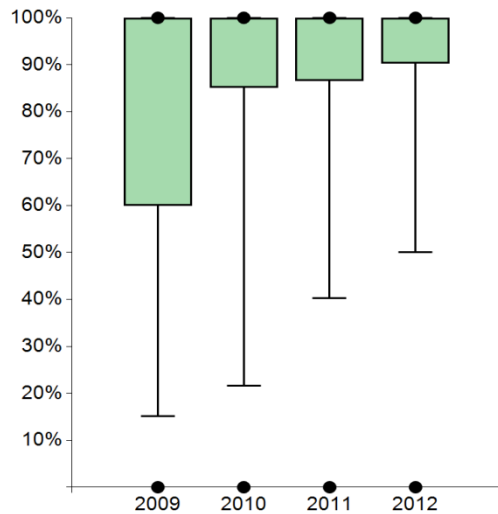
Anmerkungen:

9. MSI-Untersuchung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	MSI-Untersuchung bei Pat. mit Erstdiagnose KRK < 50 Jahre	4*	0 - 17
Nenner	Alle Patienten mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre	5*	1 - 17
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,0% - 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.



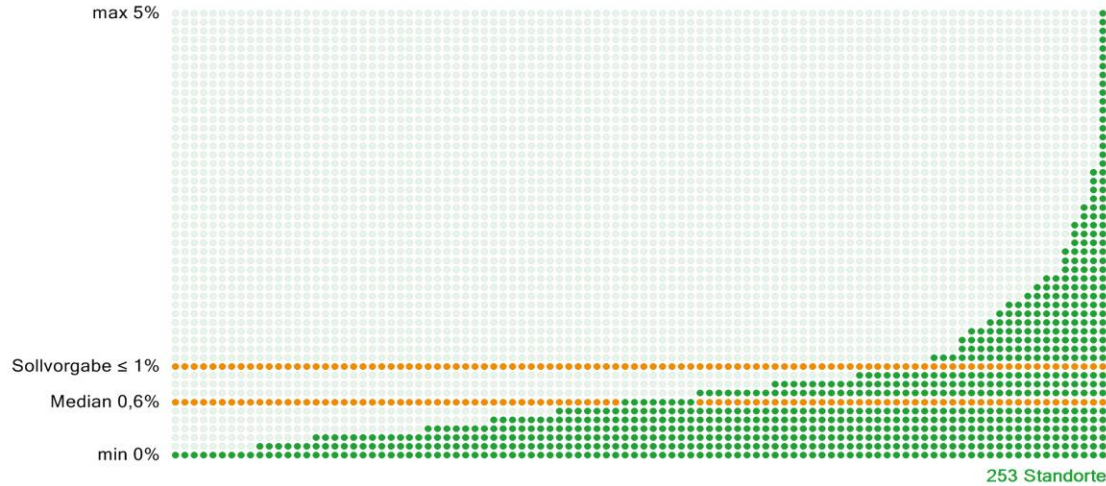
	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	60,0%	85,1%	86,6%	90,2%
5. Perzentil	15,1%	21,7%	40,3%	50,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
246	97,2%	186	75,6%

Anmerkungen:

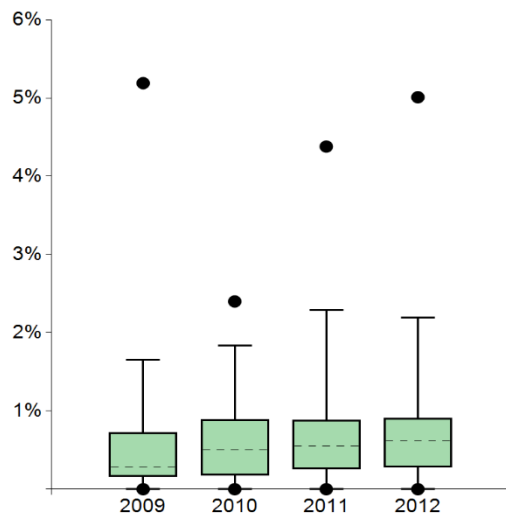
Sehr kleine Nenner.
Begründungen bei Nicht-erfüllen der Sollvorgabe:
v.a. Ablehnung durch Pat.

10. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der therapeutischen Koloskopien mit Komplikationen (Blutung u./o. Perforation)	3*	0 - 52
Nenner	Alle therapeutischen Koloskopien je koloskopierende Einheit (nicht nur Pat. DZ)	489*	37 - 6584
Quote	Sollvorgabe ≤ 1%	0,6%	0,0% - 5,0%

*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.



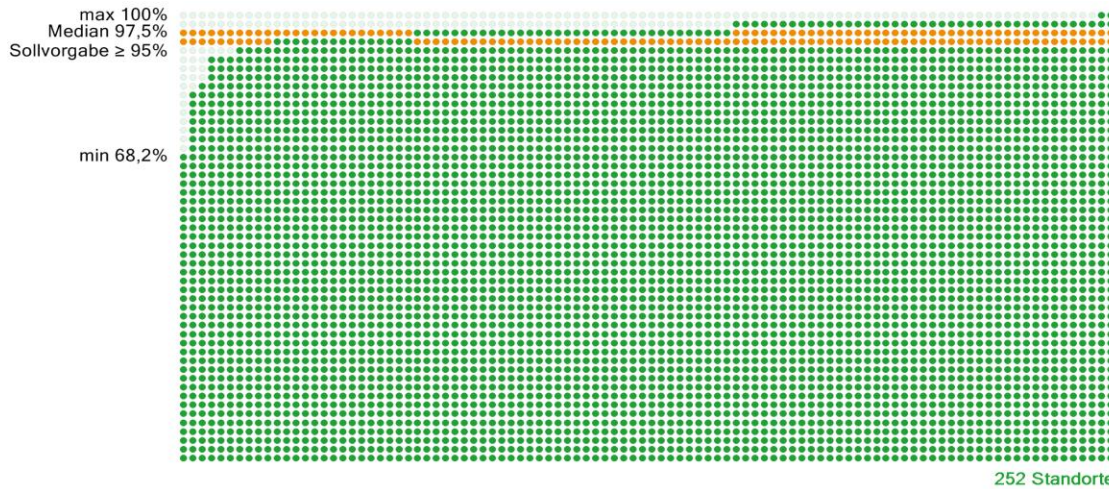
	2009	2010	2011	2012
Max	5,2%	2,4%	4,4%	5,0%
95. Perzentil	1,7%	1,8%	2,3%	2,2%
75. Perzentil	0,7%	0,9%	0,9%	0,9%
Median	0,3%	0,5%	0,6%	0,6%
25. Perzentil	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	205	81,0%

Anmerkungen:

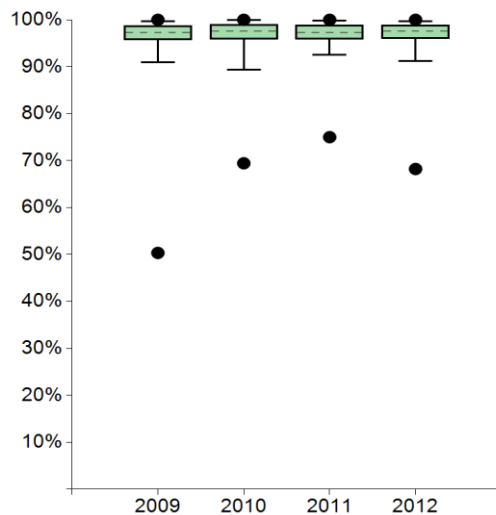
Die maximale Komplikationsquote von 5% in einer Behandlungseinheit wurde im Audit intensiv analysiert und diskutiert. Maßnahmen zur Verbesserung des Kennzahlenwertes wurden eingeleitet und vom Fachexperten als positiv bewertet (Verbesserung Kennzahlenwert im Folgejahr erwartet).

11. Vollständige elektive Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der vollständigen elektiven Koloskopien	1358,5*	51 - 9610
Nenner	Alle elektiven Koloskopien je koloskopierende Einheit des Darmkrebszentrums (nicht nur Pat. DZ)	1407*	56 - 9649
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,5%	68,2% - 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.



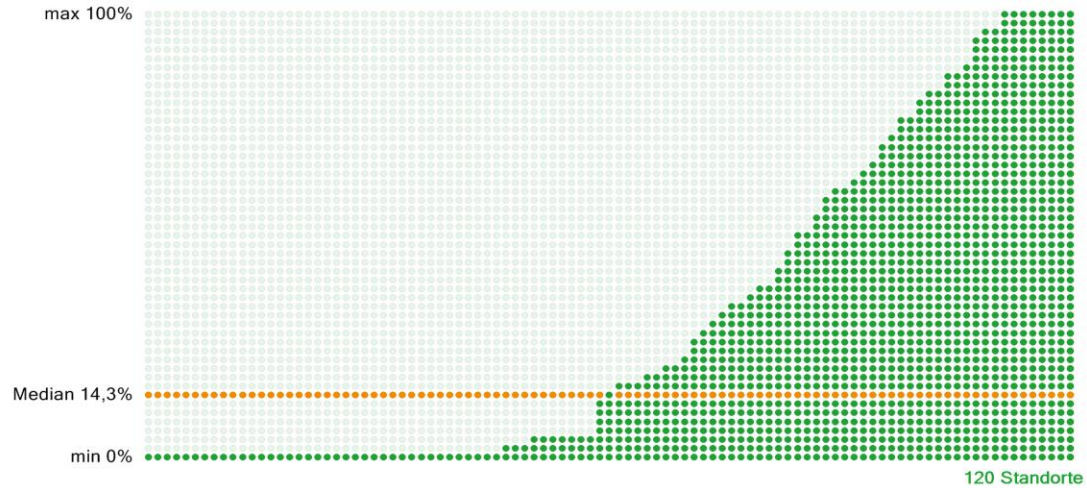
	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,7%	99,9%	99,9%	99,7%
75. Perzentil	98,8%	99,0%	98,9%	98,8%
Median	97,4%	97,6%	97,3%	97,5%
25. Perzentil	95,7%	95,9%	95,9%	96,0%
5. Perzentil	90,9%	89,3%	92,6%	91,1%
Min	50,3%	69,4%	75,0%	68,2%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
252	99,6%	221	87,7%

Anmerkungen:

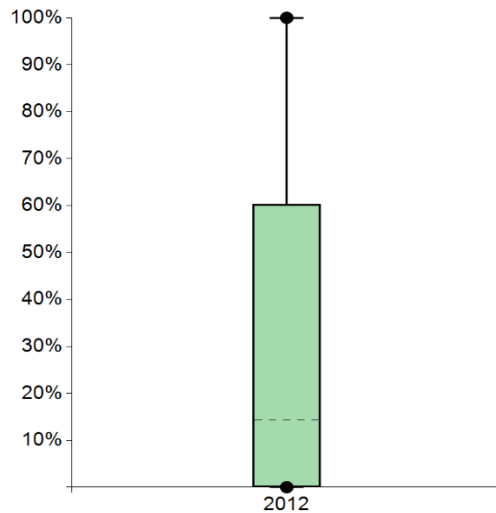
Das Zentrum mit der niedrigsten Quote (68,2%) erklärt den Wert mit Defiziten in der Tumordokumentation. Ambulant erfolgte vollständige Koloskopien wurden nicht immer rückgemeldet und waren somit auch lückenhaft erfasst (Verbesserung im Folgejahr erwartet).

12. Angabe Abstand mesorektale Faszie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Pat. mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	2*	0 - 55
Nenner	Pat. mit RK und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	20*	1 - 69
Quote	Keine Sollvorgabe	14,3%	0,0% - 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.



	2009	2010	2011	2012
● Max	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	60,3%
Median	----	----	----	14,3%
25. Perzentil	----	----	----	0,0%
5. Perzentil	----	----	----	0,0%
● Min	----	----	----	0,0%

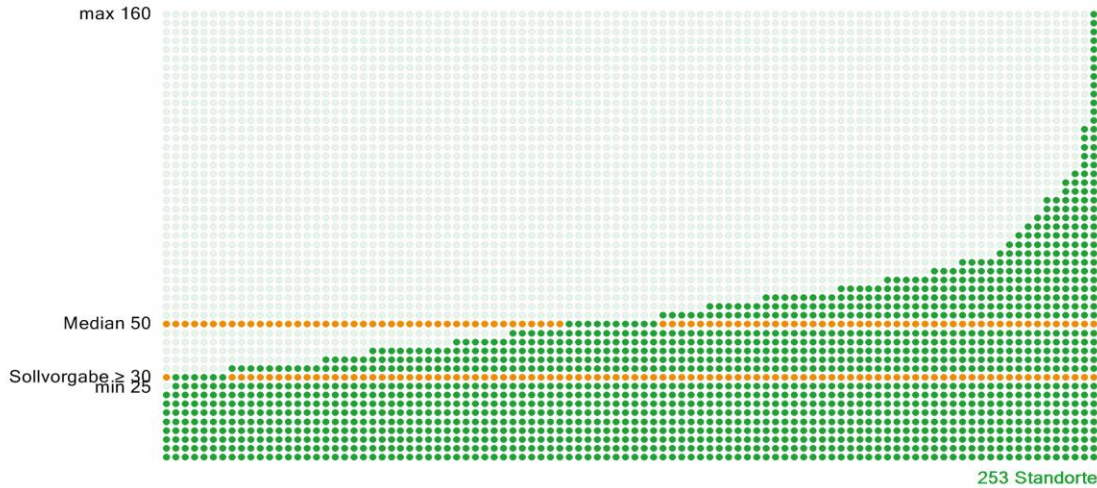
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
120	47,4%	----	----

Anmerkungen:

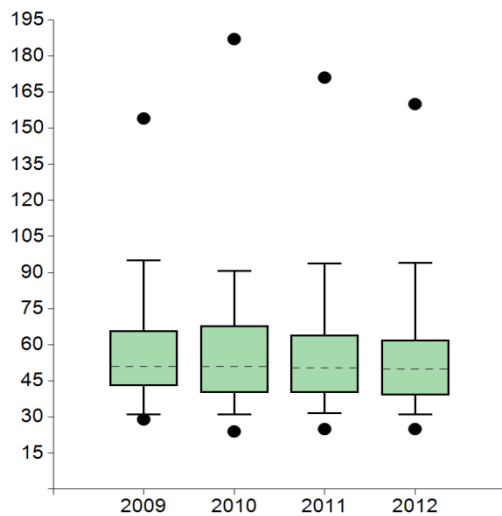
Die Kennzahl wird erst seit dem Jahr 2013 und im ersten Jahr auch nur optional erhoben. Die dargestellten Diagramme (Kennzahlenjahr 2012) entstanden aus nacherfassten Informationen und sind dementsprechend nicht vollständig. Für den Jahresbericht 2015 (Darlegung obligat) werden aussagekräftigere Ergebnisse erwartet.

Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 1).

13. Operative Primärfälle Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Anzahl	Operative Primärfälle Kolon	50	25 - 160
	Sollvorgabe ≥ 30		



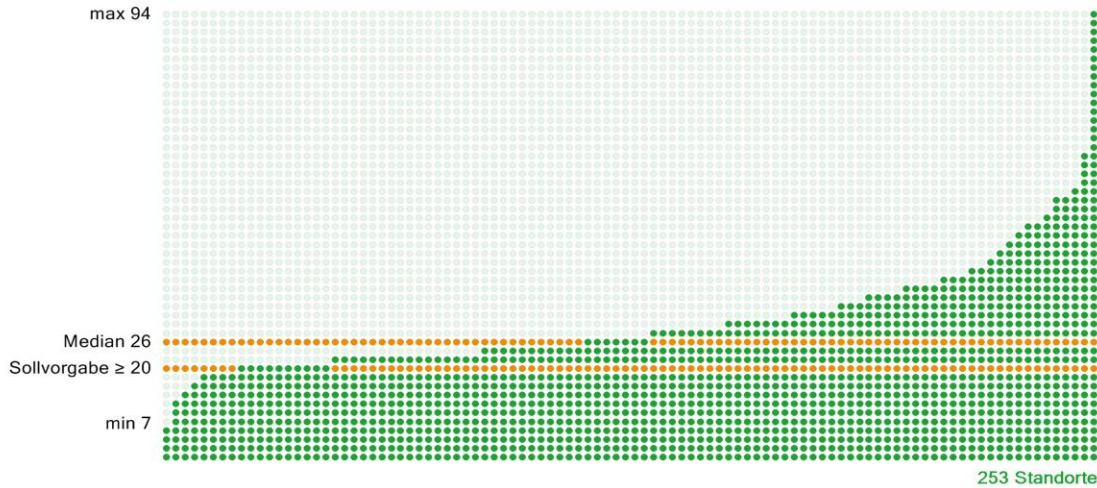
	2009	2010	2011	2012
Max	154	187	171	160
95. Perzentil	95,0	90,7	93,9	94,0
75. Perzentil	66,0	68,0	64,0	62,0
Median	51	51	50,5	50
25. Perzentil	43,0	40,0	40,0	39,0
5. Perzentil	31,0	31,0	31,5	31,0
Min	29	24	25	25

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	248	98,0%

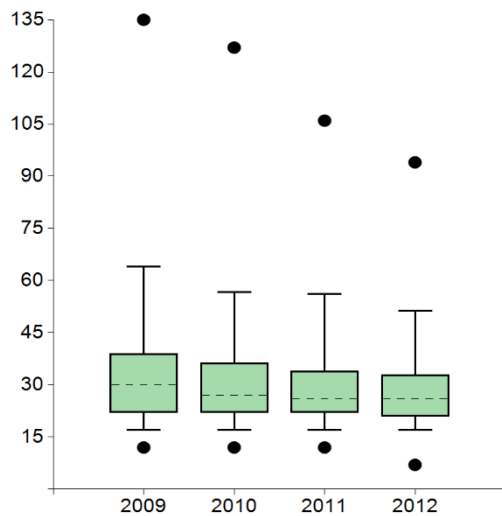
Anmerkungen:

Standorte mit einer Unterschreitung der Sollvorgabe befanden sich im Überwachungsaudit (Erfüllung bei Rezertifizierung alle 3 Jahre nachzuweisen).

14. Operative Primärfälle Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Anzahl	Operative Primärfälle Rektum	26	7 - 94
	Sollvorgabe \geq 20		



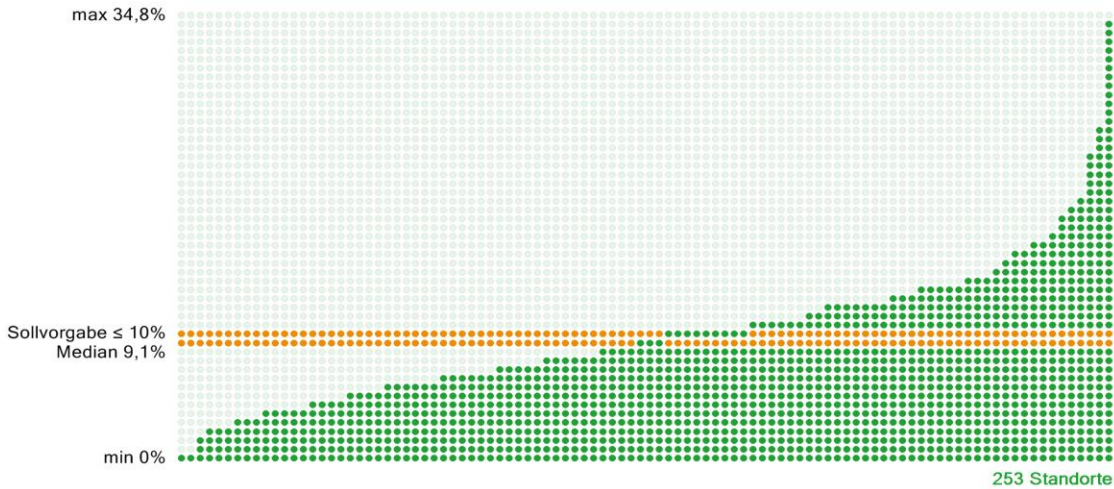
	2009	2010	2011	2012
Max	135	127	106	94
95. Perzentil	64,0	56,7	56,1	51,4
75. Perzentil	39,0	36,3	34,0	33,0
Median	30	27	26	26
25. Perzentil	22,0	22,0	22,0	21,0
5. Perzentil	17,0	17,0	17,0	17,0
Min	12	12	12	7

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	224	88,5%

Anmerkungen:

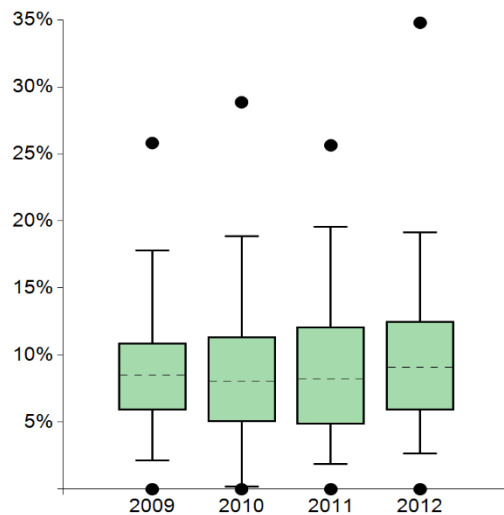
Standorte mit einer Unterschreitung der Sollvorgabe befanden sich im Überwachungsaudit (Erfüllung bei Rezertifizierung alle 3 Jahre nachzuweisen) bzw. eine Beendigung des Zertifikates steht in Kürze an.

15. Revisions-OP`s Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl an Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	4*	0 - 15
Nenner	Anzahl aller elektiven Kolon-Eingriffe	44*	20 - 130
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,1%	0,0% - 34,8%

*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.



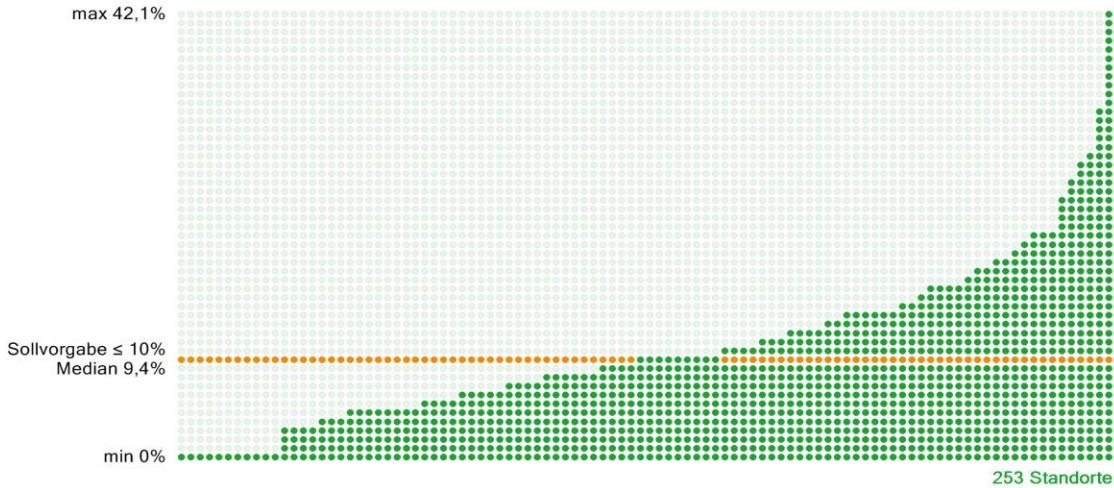
	2009	2010	2011	2012
Max	25,8%	28,9%	25,6%	34,8%
95. Perzentil	17,8%	18,9%	19,6%	19,1%
75. Perzentil	10,9%	11,3%	12,1%	12,5%
Median	8,5%	8,0%	8,2%	9,1%
25. Perzentil	5,9%	5,0%	4,8%	5,9%
5. Perzentil	2,1%	0,2%	1,9%	2,6%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	145	57,3%

Anmerkungen:

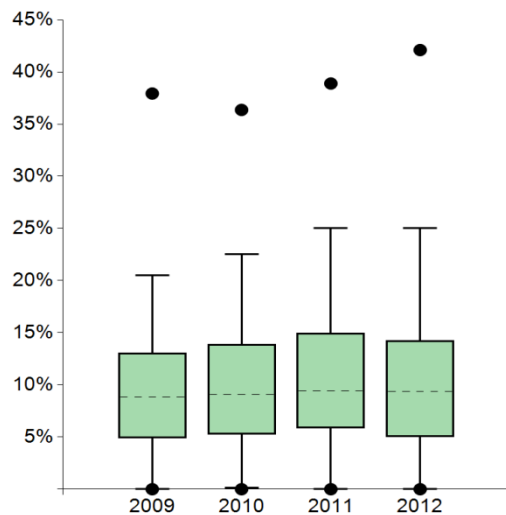
Alle Zentren mit Überschreitung der Sollvorgabe haben die Fälle auf Einzelfallbasis überprüft und Maßnahmen vereinbart (Vorstellung M&M-Konferenzen, Änderung der Nahttechnik zum Bauchdeckenverschluss, Wechsel der Fäden, protektive Ileostomata-Anlage etc.).

16. Revisions-OP`s Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl an Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	2*	0 - 13
Nenner	Anzahl aller elektiven Rektum-Eingriffe	25*	7 - 90
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,4%	0,0% - 42,1%

*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.



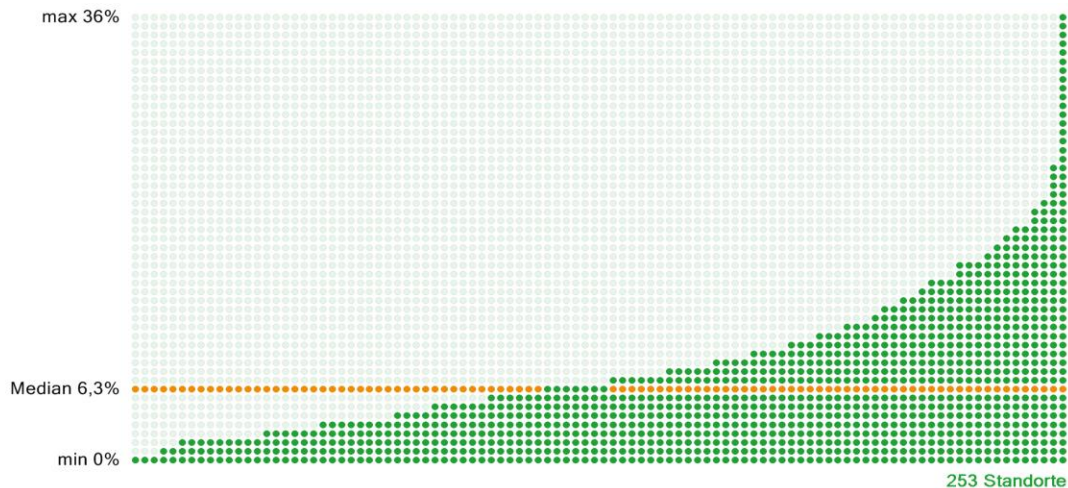
	2009	2010	2011	2012
Max	37,9%	36,4%	38,9%	42,1%
95. Perzentil	20,5%	22,5%	25,0%	25,0%
75. Perzentil	13,0%	13,9%	15,0%	14,3%
Median	8,8%	9,1%	9,5%	9,4%
25. Perzentil	4,9%	5,3%	5,9%	5,0%
5. Perzentil	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	146	57,7%

Anmerkungen:

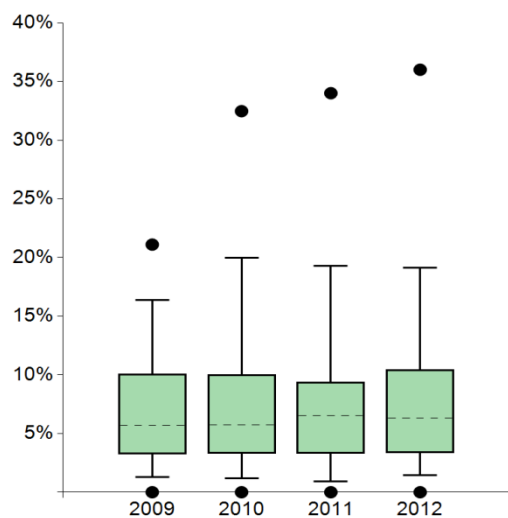
Das Zentrum mit der höchsten Revisions-OP-Rate bei Rektumpatienten begründet diese mit einer niedrigschwelligen Indikationsstellung zur Revision. Im Audit konnte nachgewiesen werden, dass alle Patienten analysiert und in Qualitätszirkeln und M&M-Konferenzen vorgestellt wurden.

17. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl an postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach elektiver OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	4*	0 - 32
Nenner	Anzahl aller operativen Eingriffe des DZ	69*	34 - 196
Quote	Keine Sollvorgabe	6,3%	0,0% - 36,0%

*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.

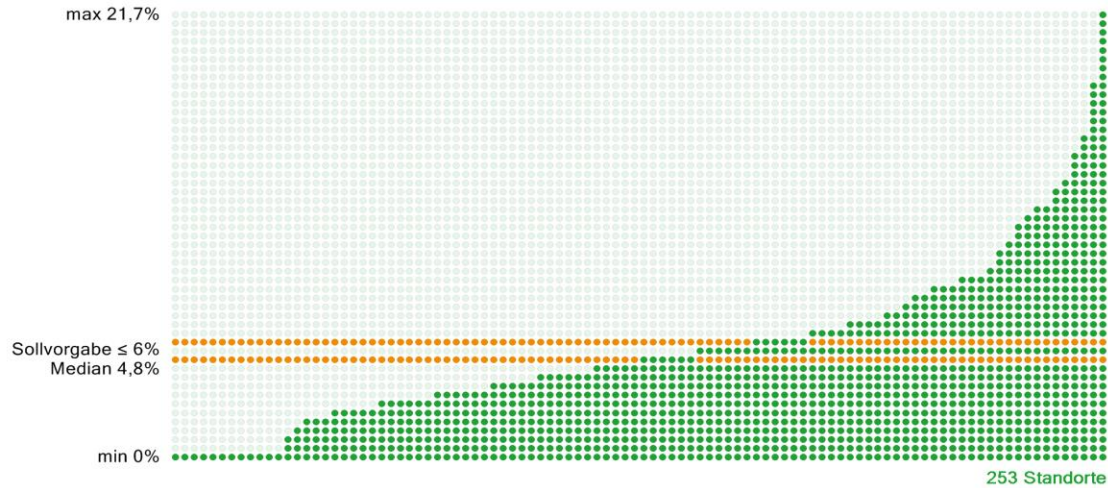


	2009	2010	2011	2012
Max	21,1%	32,5%	34,0%	36,0%
95. Perzentil	16,4%	20,0%	19,3%	19,1%
75. Perzentil	10,1%	10,0%	9,4%	10,4%
Median	5,7%	5,7%	6,5%	6,3%
25. Perzentil	3,3%	3,3%	3,3%	3,3%
5. Perzentil	1,3%	1,2%	0,9%	1,5%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	-----	-----

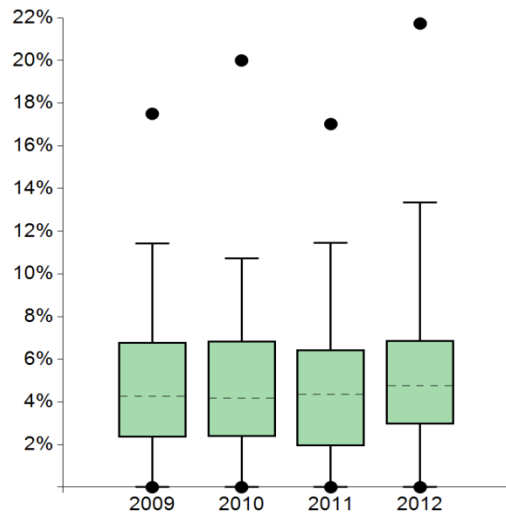
Anmerkungen:

18. Anastomoseninsuffizienzen Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Re-Interventionsbedürftige Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach elektiven Eingriffen	2*	0 - 11
Nenner	Alle Pat mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	43*	19 - 125
Quote	Sollvorgabe ≤ 6%	4,8%	0,0% - 21,7%

*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.



	2009	2010	2011	2012
Max	17,5%	20,0%	17,0%	21,7%
95. Perzentil	11,4%	10,7%	11,5%	13,3%
75. Perzentil	6,8%	6,8%	6,4%	6,9%
Median	4,3%	4,2%	4,4%	4,8%
25. Perzentil	2,3%	2,4%	1,9%	2,9%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

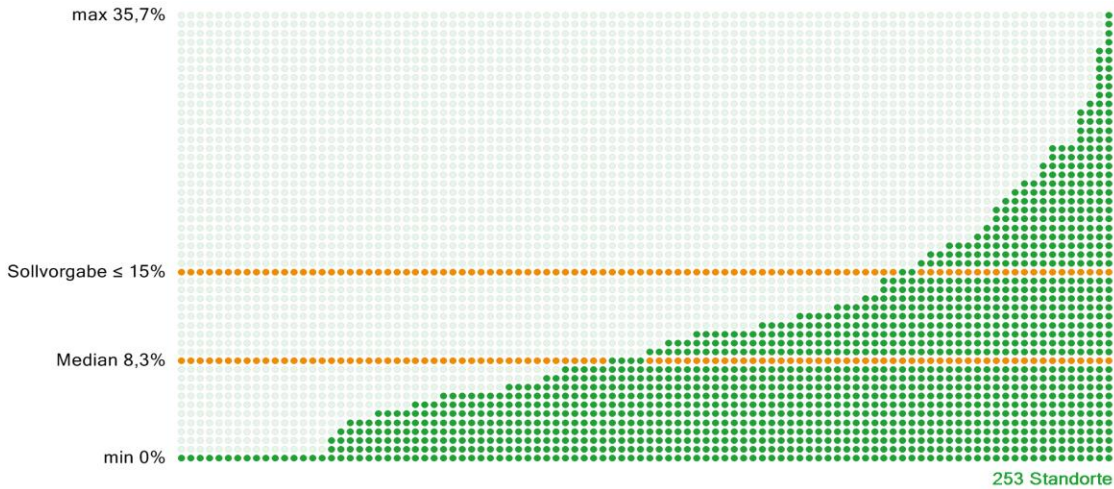
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	170	67,2%

Anmerkungen:

Beide Zentren mit Werten über 20% haben alle Patienten im Rahmen der M&M-Konferenzen analysiert. Als Reaktion auf diese Analyse wurde in beiden Fällen die Anastomosentechnik verändert. Die Fachexperten legten fest, dass die Überprüfung der Maßnahmenwirksamkeit im nächsten Audit im Fokus stehen sollte.

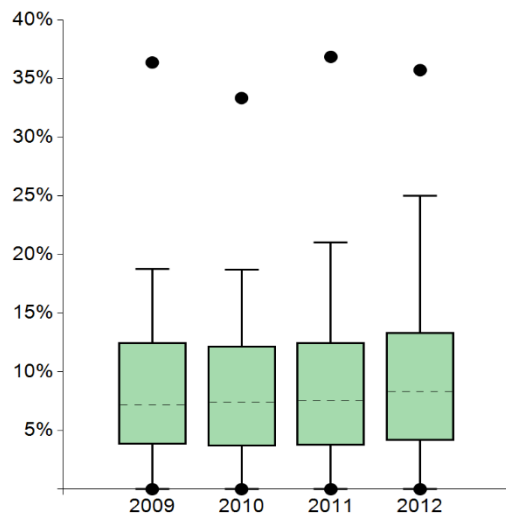
Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 9).

19. Anastomoseninsuffizienzen Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Pat. mit Anastomoseninsuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe o. interventioneller Drainage o. transanaler Lavage/Drainage) oder C ((Re-)Laparotomie)	2*	0 - 8
Nenner	Alle Pat mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	20*	3 - 90
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	8,3%	0,0% - 35,7%

*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.



	2009	2010	2011	2012
Max	36,4%	33,3%	36,8%	35,7%
95. Perzentil	18,8%	18,7%	21,1%	25,0%
75. Perzentil	12,5%	12,2%	12,5%	13,3%
Median	7,1%	7,4%	7,6%	8,3%
25. Perzentil	3,9%	3,7%	3,7%	4,2%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

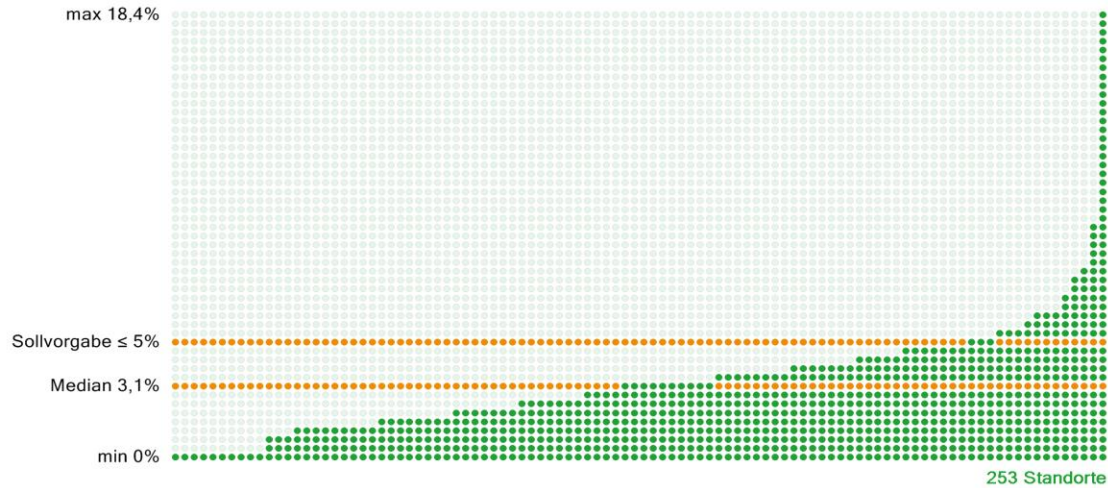
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	196	77,5%

Anmerkungen:

Die Zentren mit über 30% Inauff.rate haben alle Pat. in den M&M-Konferenzen besprochen und systematische Fehler ausgeschlossen. Als Gründe wurden neben der Multimorbidität die Rx-Vorbehandlung u. die tiefen Anastomosen genannt. Mit den Fachexperten wurde die eingehende Betrachtung im nächsten Audit vereinbart.

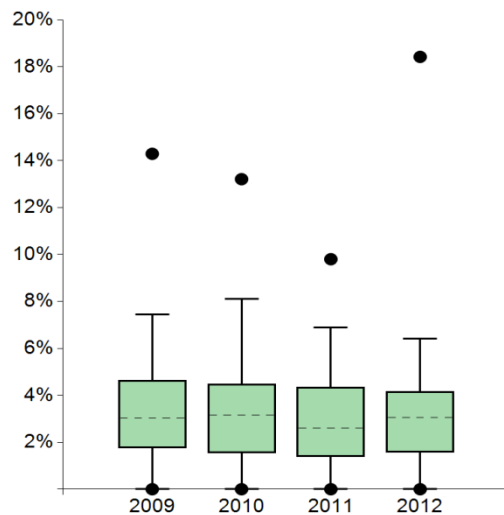
Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 8).

20. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der postoperativ verstorbenen Patienten nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30 d	2*	0 - 8
Nenner	Anzahl aller elektiv operierten Patienten	69*	34 - 196
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	3,1%	0,0% - 18,4%

*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.



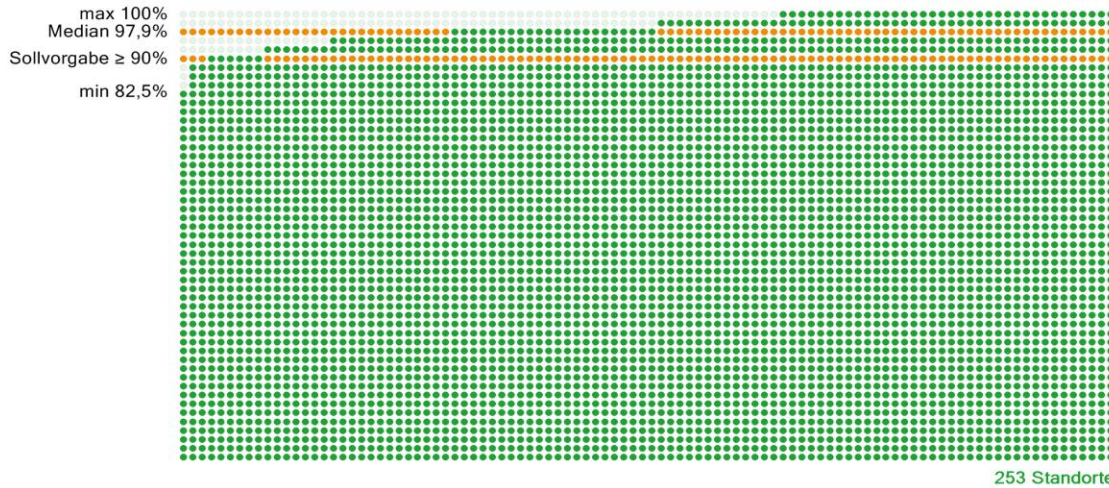
	2009	2010	2011	2012
Max	14,3%	13,2%	9,8%	18,4%
95. Perzentil	7,5%	8,1%	6,9%	6,4%
75. Perzentil	4,6%	4,5%	4,4%	4,2%
Median	3,0%	3,2%	2,6%	3,1%
25. Perzentil	1,8%	1,6%	1,4%	1,6%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	222	87,7%

Anmerkungen:

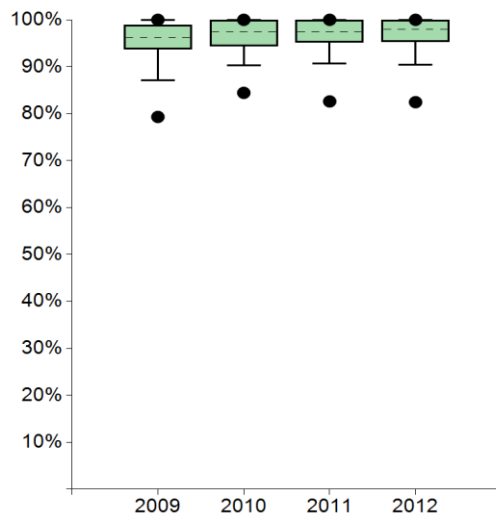
Im Audit des Zentrums mit der Mortalitätsquote von 18,4% wurden alle Patienten einer Einzelfallanalyse durch den Fachexperten unterzogen. Das Darmkrebszentrum konnte hierbei nachweisen, dass mit Ausnahme eines Patienten die postoperative Mortalität nicht unmittelbare Folge der Operation war, sondern durch die Komorbiditäten der Pat. begründet werden konnte. Alle Pat. wurden in den M&M-Konferenzen besprochen.

21. Lokale R0-Resektionen Kolon



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der lokalen R0-Resektionen Kolon nach Abschluss der operativen Therapie	43*	19 - 129
Nenner	Anzahl aller operativen Kolon-OP's gemäß Primärfalldefinition (operativ)	44*	20 - 130
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	97,9%	82,5% - 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.

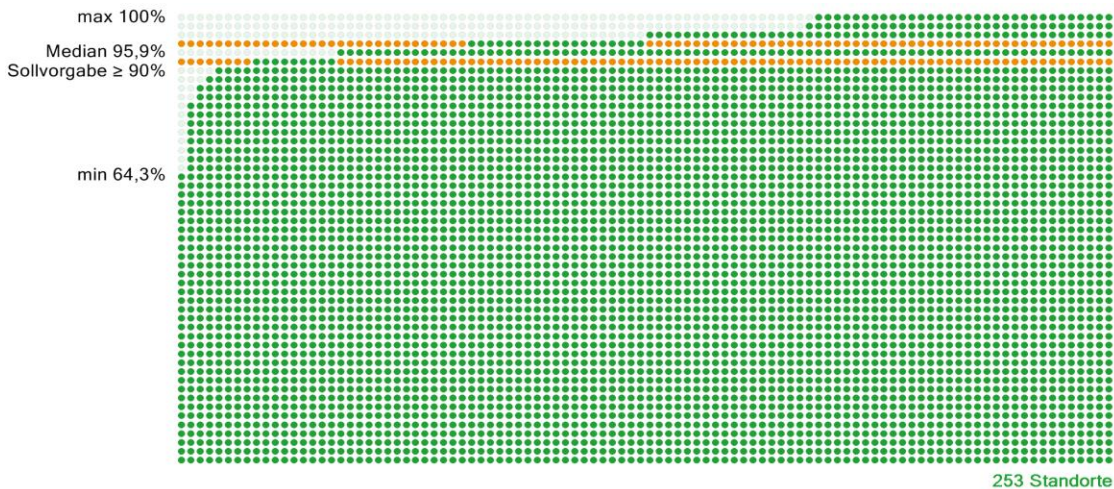


	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,9%	100%	100%	100%
Median	96,3%	97,4%	97,4%	97,9%
25. Perzentil	93,8%	94,3%	95,2%	95,3%
5. Perzentil	87,1%	90,3%	90,6%	90,5%
Min	79,3%	84,4%	82,6%	82,5%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	244	96,4%

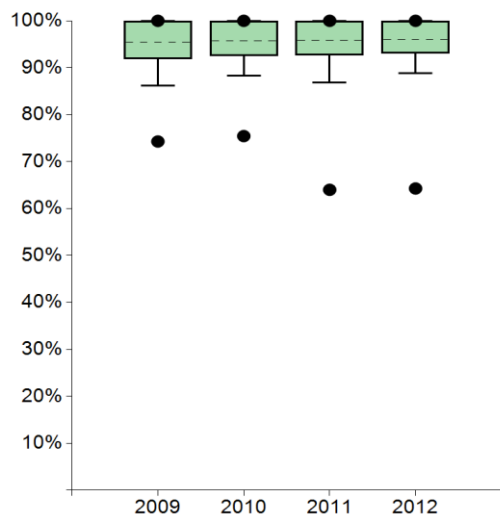
Anmerkungen:

22. Lokale R0-Resektionen Rektum



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der lokalen R0-Resektionen Rektum nach Abschluss der operativen Therapie	24*	6 - 88
Nenner	Anzahl aller operativen Rektum-OP's gemäß Primärfaldefinition (operativ)	25*	7 - 90
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	95,9%	64,3% - 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.

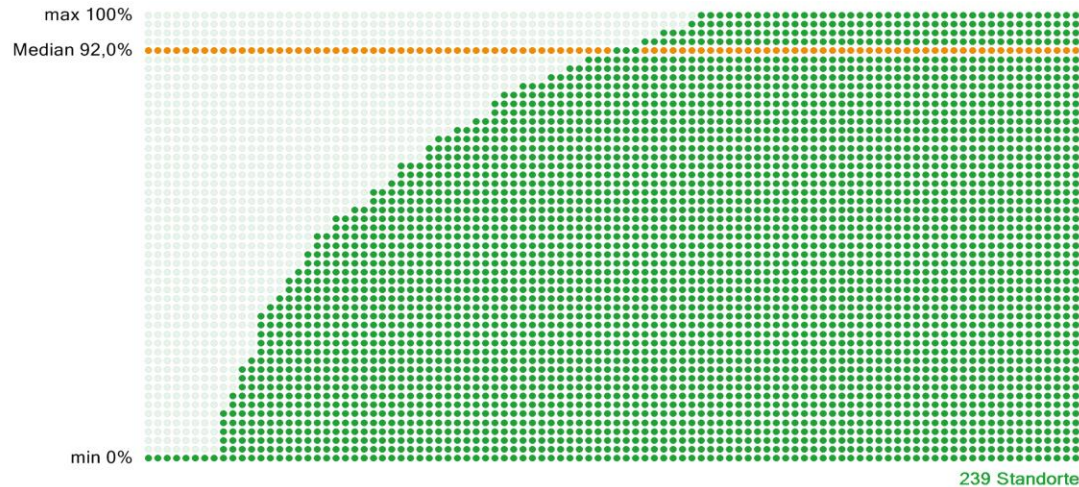


	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%
Median	95,5%	95,7%	95,8%	95,9%
25. Perzentil	91,9%	92,5%	92,6%	93,1%
5. Perzentil	86,2%	88,3%	86,9%	88,9%
Min	74,3%	75,4%	64,0%	64,3%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	233	92,1%

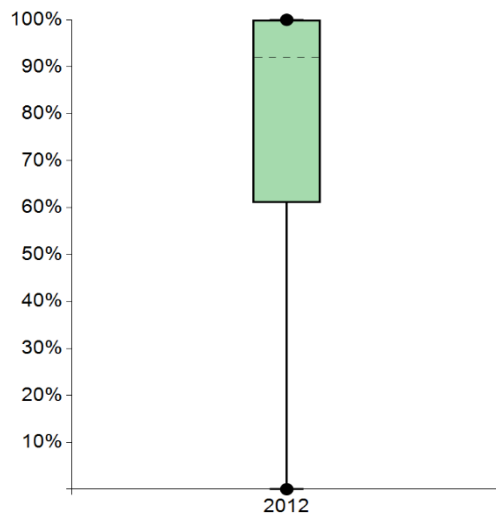
Anmerkungen:

23. Anzeichnung Stomaposition



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Pat. mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	14*	0 - 93
Nenner	Alle Pat. mit RK, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde	18*	1 - 93
Quote	Keine Sollvorgabe	92,0%	0,0% - 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.



	2009	2010	2011	2012
Max	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%
Median	----	----	----	92,0%
25. Perzentil	----	----	----	61,0%
5. Perzentil	----	----	----	0,0%
Min	----	----	----	0,0%

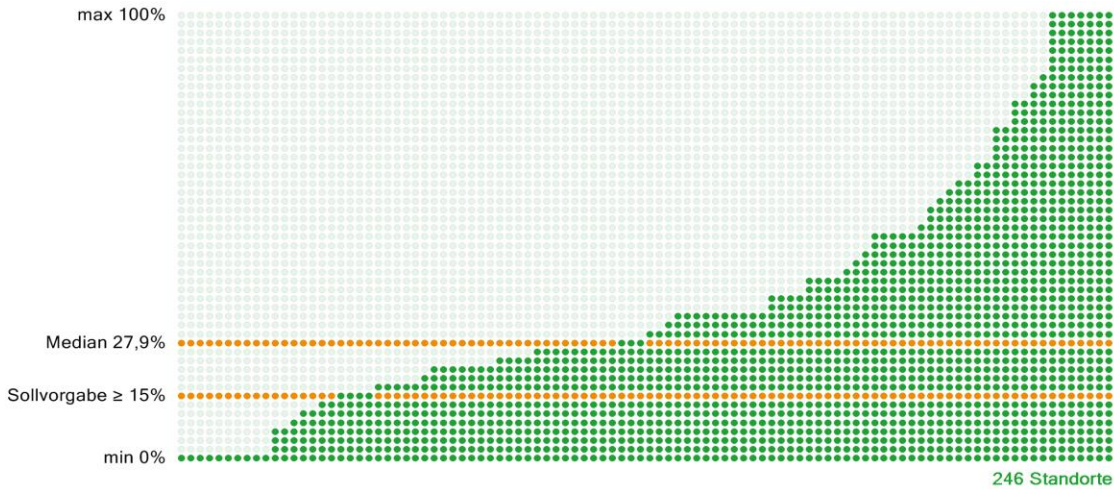
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
239	94,5%	----	----

Anmerkungen:

Die Kennzahl wird erst seit dem Jahr 2013 regelhaft erhoben. Die dargestellten Diagramme (Kennzahlenjahr 2012) entstanden häufig aus nacherfassten Informationen. Die Informationen konnten in einigen Fällen nicht nachträglich erhoben werden. Für den Jahresbericht 2015 ist mit einer verbesserten Datenqualität zu rechnen.

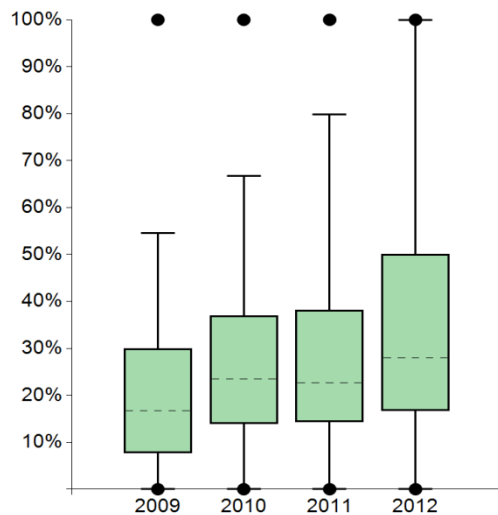
Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 10).

24. Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Alle Pat. mit KRK UICC Stad. IV, die eine Lebermetastasenresektion erhalten	2*	0 - 24
Nenner	Alle Pat. mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK UICC Stad. IV	8*	1 - 74
Quote	Sollvorgabe ≥ 15%	27,9%	0,0% - 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.



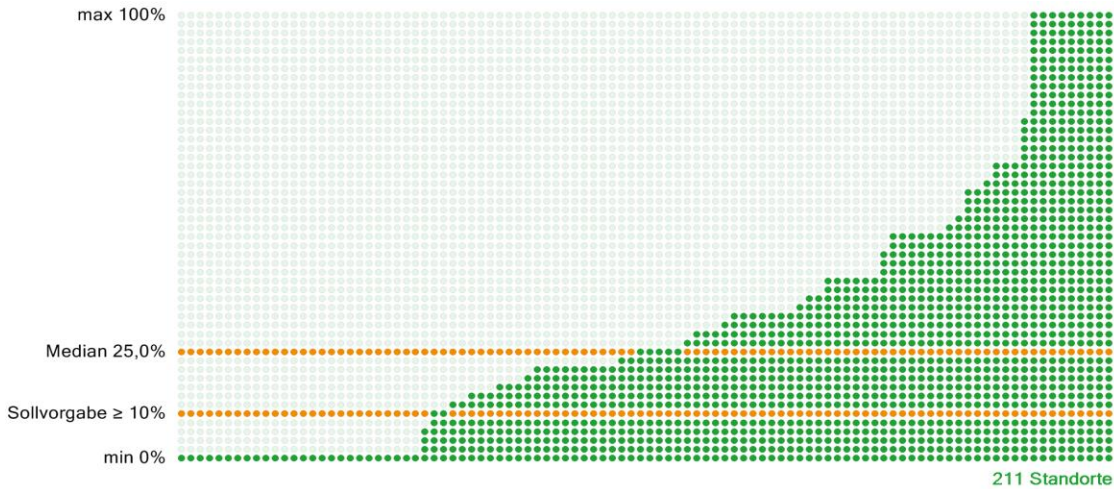
	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	54,5%	66,7%	79,9%	100%
75. Perzentil	30,0%	36,9%	38,2%	50,0%
Median	16,7%	23,5%	22,7%	27,9%
25. Perzentil	7,7%	14,0%	14,3%	16,7%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
246	97,2%	198	80,5%

Anmerkungen:

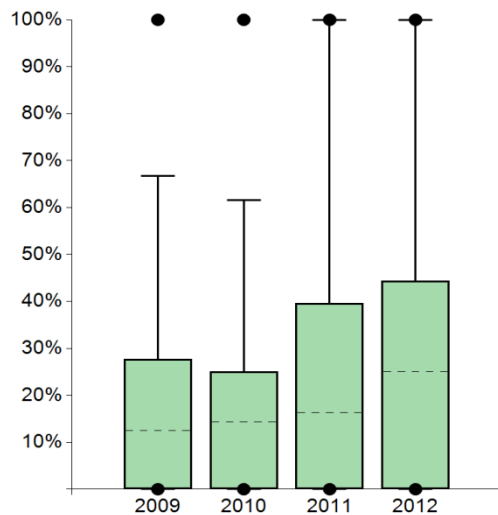
Die Anzahl der Patienten im Nenner ist i.d.R. sehr gering, was zu großen Schwankungen der Quote führt. So haben beispielsweise 14 der 18 Zentren mit einem Ergebnis von 100% maximal 3 Patienten mit einer ausschließlichen Lebermetastase.

25. Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Patienten mit KRK im UICC Stad. IV, bei denen nach Chemotherapie eine sekundäre Lebermetastasenresektion durchgeführt wurde	1*	0 - 13
Nenner	Alle Patienten mit KRK UICC Stad. IV mit primär nicht resektablen, ausschließlichen Lebermetastasen, die eine Chemotherapie erhalten haben	6*	1 - 50
Quote	Sollvorgabe ≥ 10%	25,0%	0,0% - 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.



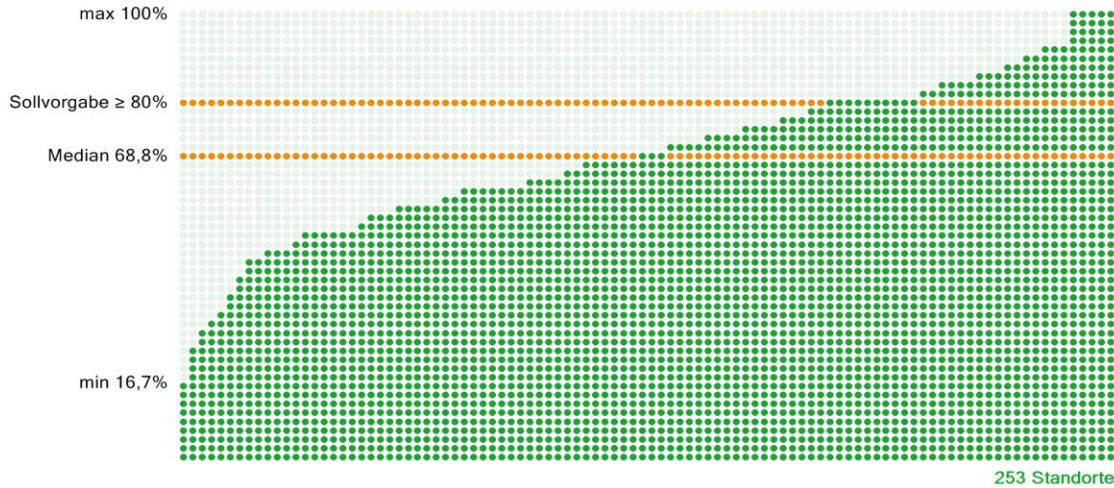
	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	66,7%	61,6%	100%	100%
75. Perzentil	27,7%	25,0%	39,6%	44,4%
Median	12,5%	14,3%	16,3%	25,0%
25. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5. Perzentil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Min	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
211	83,4%	153	72,5%

Anmerkungen:

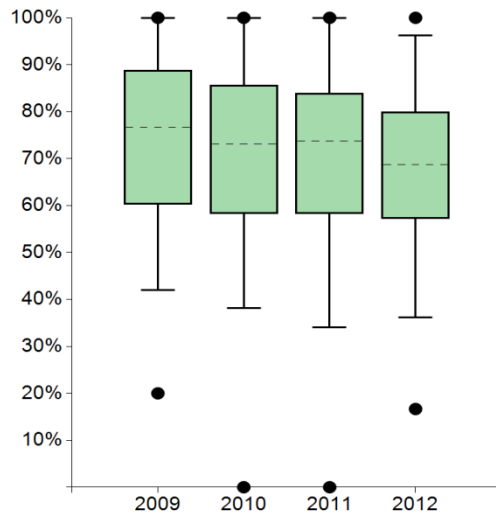
Die Anzahl der Patienten im Nenner ist i.d.R. sehr gering, was zu großen Schwankungen der Quote führt. So haben beispielsweise 15 der 17 Zentren mit einem Ergebnis von 100% maximal 3 Patienten mit einer primär nicht resektablen Lebermetastase, die chemotherapiert wurde.

26. Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	8*	1 - 36
Nenner	Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	12*	4 - 44
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	68,8%	16,7% - 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.



	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	96,3%
75. Perzentil	88,8%	85,7%	84,0%	80,0%
Median	76,7%	73,0%	73,7%	68,8%
25. Perzentil	60,3%	58,3%	58,3%	57,1%
5. Perzentil	42,0%	38,1%	34,0%	36,1%
Min	20,0%	0,0%	0,0%	16,7%

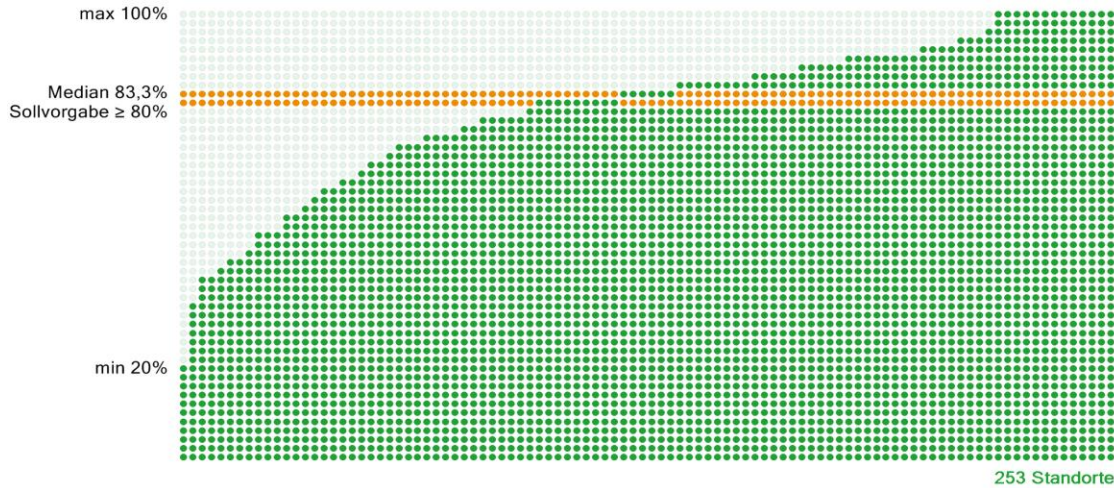
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	78	30,8%

Anmerkungen:

Bei den teilweise sehr kleinen Nennern führt die begründete Nicht-Durchführung einer Chemotherapie (Komorbiditäten, Alter, Patientenablehnung) ggf. zu einer Unterschreitung der Sollvorgabe.

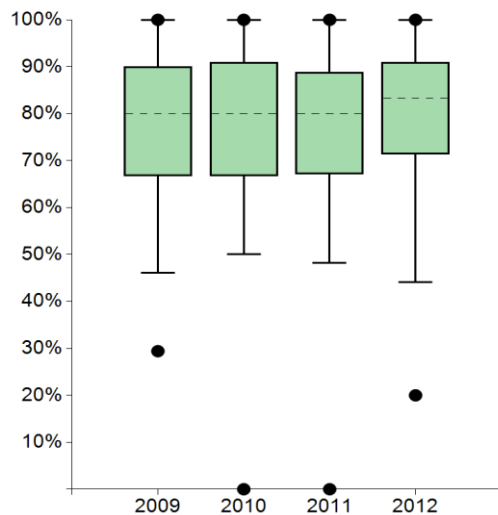
Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 6).

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Patienten, die eine neoadjuvante Radio- u. Radiochemotherapie erhalten haben	9*	1 - 37
Nenner	Alle Patienten mit RK des mittleren und unteren Drittels (=bis 12cm ab ano) und den TNM-Kategorien cT3, 4/cM0 und/oder cN1, 2/cM0, die operiert wurden (= klinisches UICC-Stadium II u. III)	11*	2 - 43
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	83,3%	20,0% - 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.



	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	90,0%	91,0%	88,9%	90,9%
Median	80,0%	80,0%	80,0%	83,3%
25. Perzentil	66,7%	66,7%	67,1%	71,4%
5. Perzentil	46,2%	50,0%	48,2%	44,2%
Min	29,4%	0,0%	0,0%	20,0%

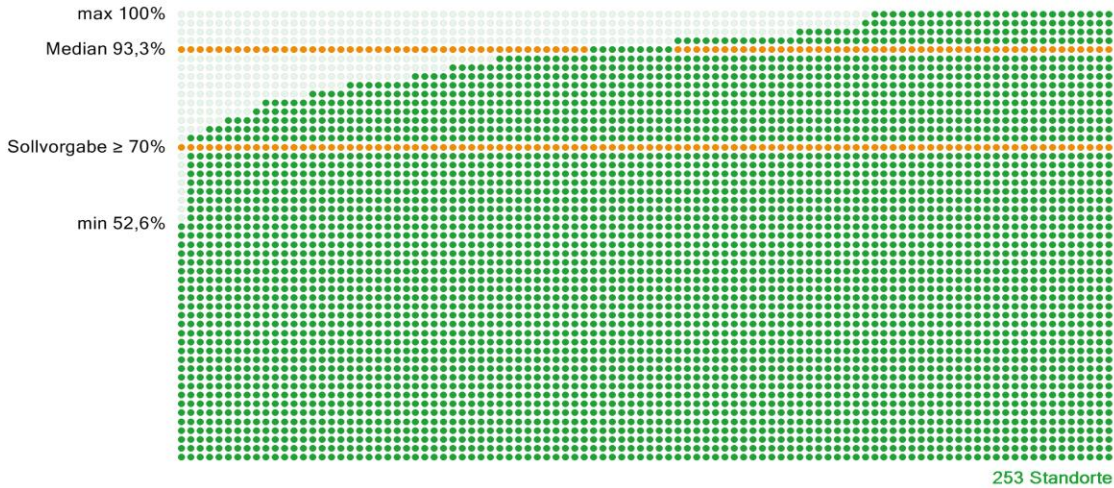
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	156	61,7%

Anmerkungen:

Bei den teilweise sehr kleinen Nennern führt die begründete Nicht-Durchführung einer Radio-/Radiochemotherapie (Komorbiditäten, Alter, Patientenablehnung) ggf. zu einer Unterschreitung der Sollvorgabe.

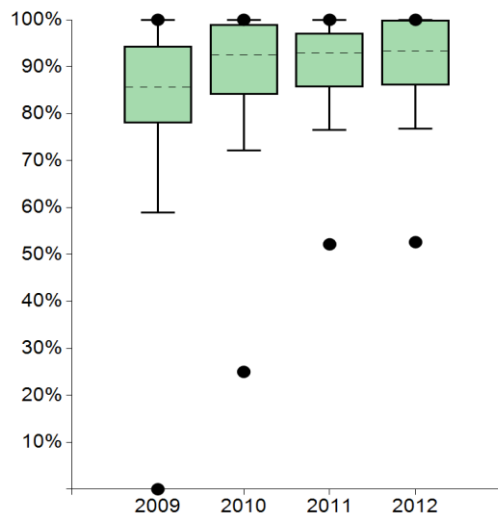
Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 7).

28. Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl Pat. mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME	20*	5 - 76
Nenner	Alle Pat. mit radikal operiertem RK	21*	5 - 90
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	93,3%	52,6% - 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.



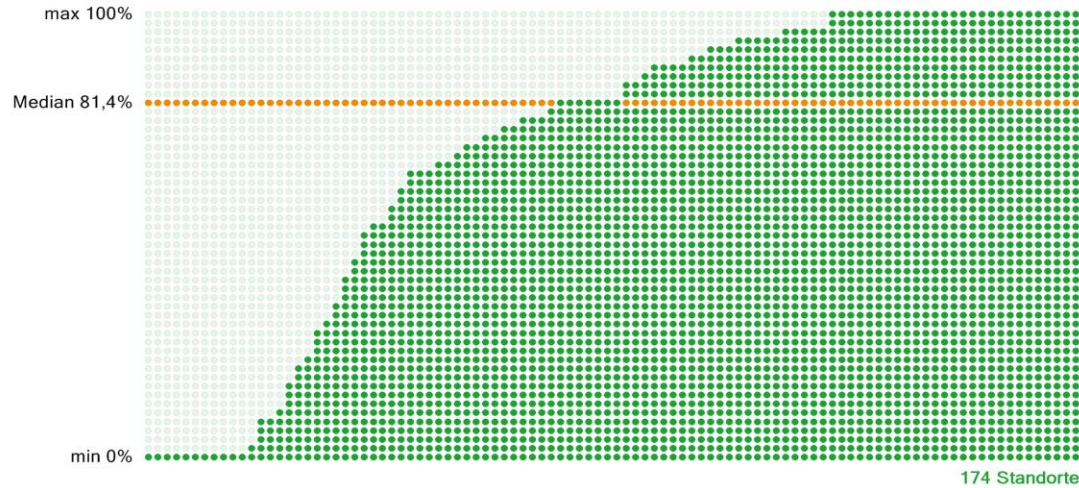
	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	94,4%	99,1%	97,2%	100%
Median	85,7%	92,6%	93,0%	93,3%
25. Perzentil	78,0%	84,0%	85,7%	86,0%
5. Perzentil	58,9%	72,2%	76,6%	76,7%
Min	0,0%	25,0%	52,2%	52,6%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	251	99,2%

Anmerkungen:

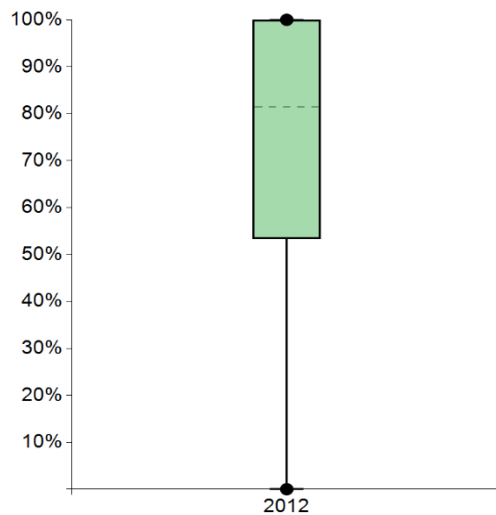
Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 3).

29. Angabe Resektionsrand



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der 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	17,5*	0 - 64
Nenner	Alle Patienten mit RK, bei denen der Primärtumor in Form einer TME oder PME reseziert wurde.	23*	3 - 67
Quote	Keine Sollvorgabe	81,4%	0,0% - 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.



	2009	2010	2011	2012
Max	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	100%
Median	----	----	----	81,4%
25. Perzentil	----	----	----	53,4%
5. Perzentil	----	----	----	0,0%
Min	----	----	----	0,0%

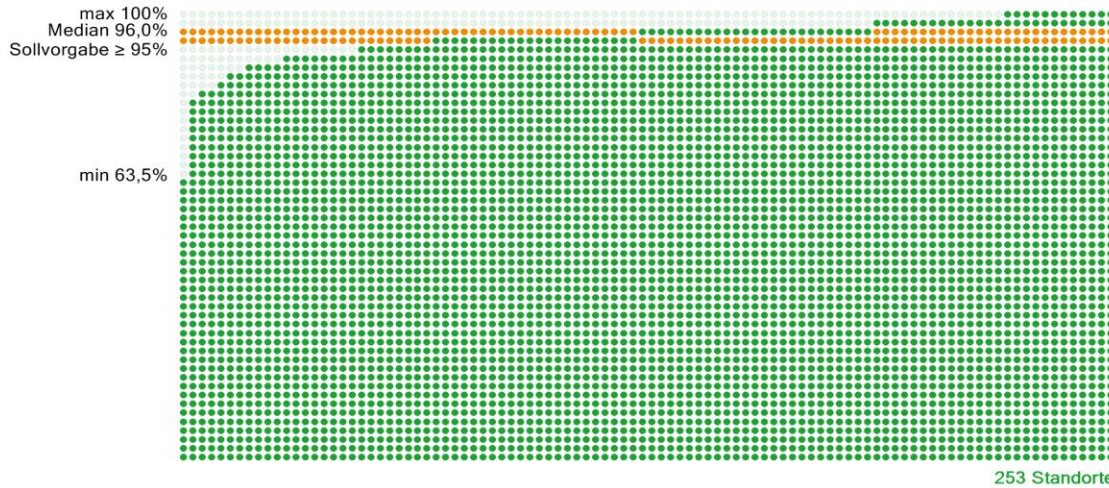
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
174	68,8%	----	----

Anmerkungen:

Die Kennzahl wird erst seit dem Jahr 2013 regelhaft erhoben. Die dargestellten Diagramme (Kennzahlenjahr 2012) entstanden aus nacherfassten Informationen und waren lediglich optional anzugeben. Für den Jahresbericht 2015 (Darlegung obligat) wird eine deutlich verbesserte Datenqualität erwartet.

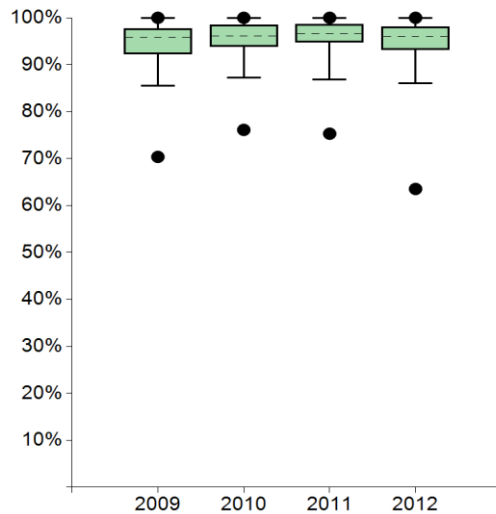
Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 4).

30. Lymphknotenuntersuchung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2012	
		Median	Range
Zähler	Anzahl der Patienten mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten	62*	19 - 188
Nenner	Anzahl aller Patienten mit KRK, die eine Lymphadenektomie erhalten	66*	20 - 196
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,0%	63,5% - 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.



	2009	2010	2011	2012
Max	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,7%	98,5%	98,7%	98,0%
Median	95,9%	96,1%	96,6%	96,0%
25. Perzentil	92,3%	93,9%	94,8%	93,2%
5. Perzentil	85,5%	87,3%	86,8%	86,1%
Min	70,4%	76,1%	75,3%	63,5%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
253	100%	161	63,6%

Anmerkungen:

Der Ausreißer (63,5%) wurde im Audit intensiv diskutiert. Ein strukturierter Verbesserungsprozess (Nachuntersuchung durch 2. Pathologen) ist eingeleitet (zukünftige Erfüllung Sollvorgabe bei diesem Zentrum erwartet).

Kennzahl entspricht Qualitätsindikator aus S3-Leitlinie (LL QI 2).

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.
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 e-B3-de; Stand 21.07.2016

DOI: 10.13140/RG.2.1.3332.5209

ISBN: 978-3-946714-15-6



9 783946 714156