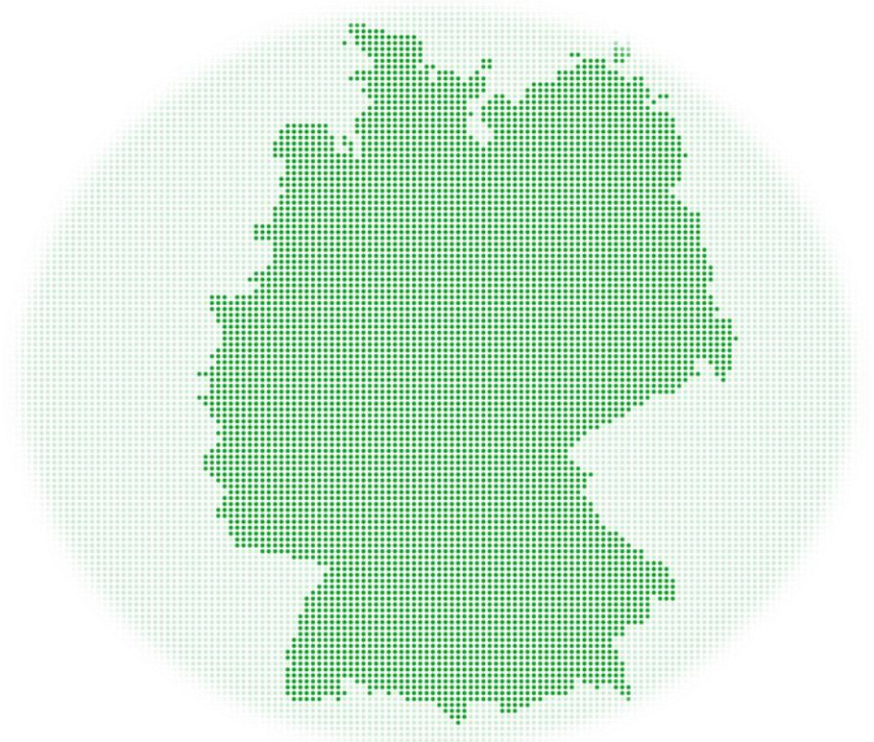


Kennzahlenauswertung 2016

Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Auditjahr 2015 / Kennzahlenjahr 2014



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2015	3
Allgemeine Informationen	4
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	12
Kennzahl Nr. 1: Prätherapeutische Fallvorstellung	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. 7b: KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese	18
Kennzahl Nr. 8b: Genetische Beratung - optional	19
Kennzahl Nr. 9: Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine MSI-Untersuchung	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	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	29
Kennzahl Nr. 19: Anastomoseninsuffizienzen Rektum	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	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)	37
Kennzahl Nr. 27: Neoadjuvante Radio- o. Radiochemotherapien Rektum (klinisches UICC Stad. II u. III)	38
Kennzahl Nr. 28: Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)	39
Kennzahl Nr. 29: Angabe Resektionsrand	40
Kennzahl Nr. 30: Lymphknotenuntersuchung	41
Impressum	42

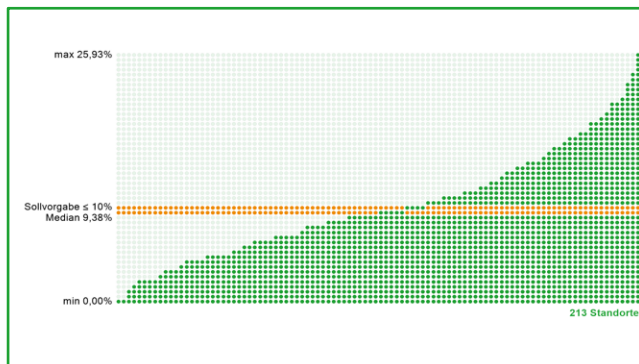
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2015

	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013	31.12.2012	31.12.2011
Laufende Verfahren	13	11	12	11	15
Zertifizierte Zentren	265	267	257	247	223
Zertifizierte Standorte	274	276	266	257	233
Darmkrebszentren mit 1 Standort	259	261	251	240	216
2 Standorte	4	4	4	5	5
3 Standorte	1	1	1	1	1
4 Standorte	1	1	1	1	1
Primärfälle gesamt*	25.809	25.418	22.281	21.391	20.198
Primärfälle pro Zentrum (Mittelwert)*	97	95	87	87	91
Primärfälle pro Zentrum (Median)*	88	88	76	76	80

* Die Zahlen beziehen sich auf alle zertifizierten Zentren.

Allgemeine Informationen

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	4*	0 - 16
Nenner	Elektive Kolon-Eingriffe	45*	25 - 136
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,38%	0,00% - 25,93%



Grunddaten Kennzahl:

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

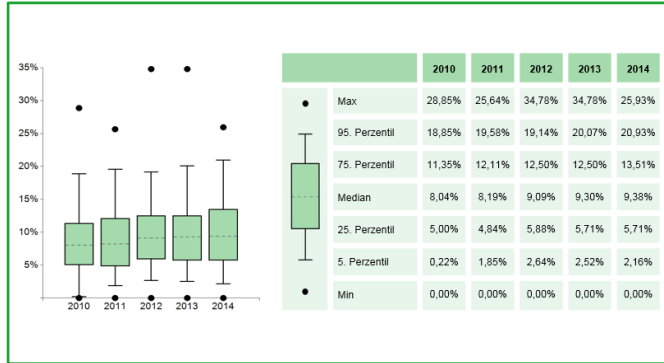
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

Diagramm:

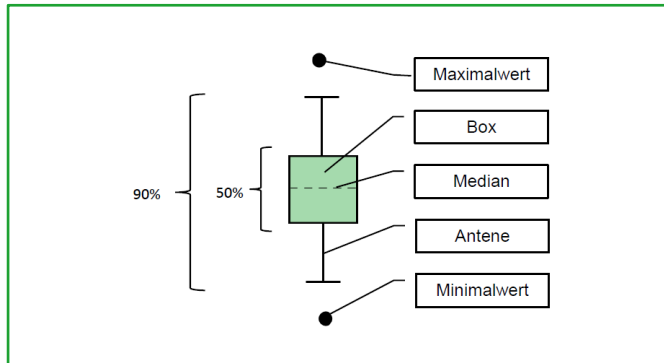
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder die Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als orange waagrechte Linie dargestellt. Der Median hingegen teilt als orange horizontale Linie die gesamte Gruppe in zwei gleich große Hälften.

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2010, 2011, 2012, 2013 und 2014** 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 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

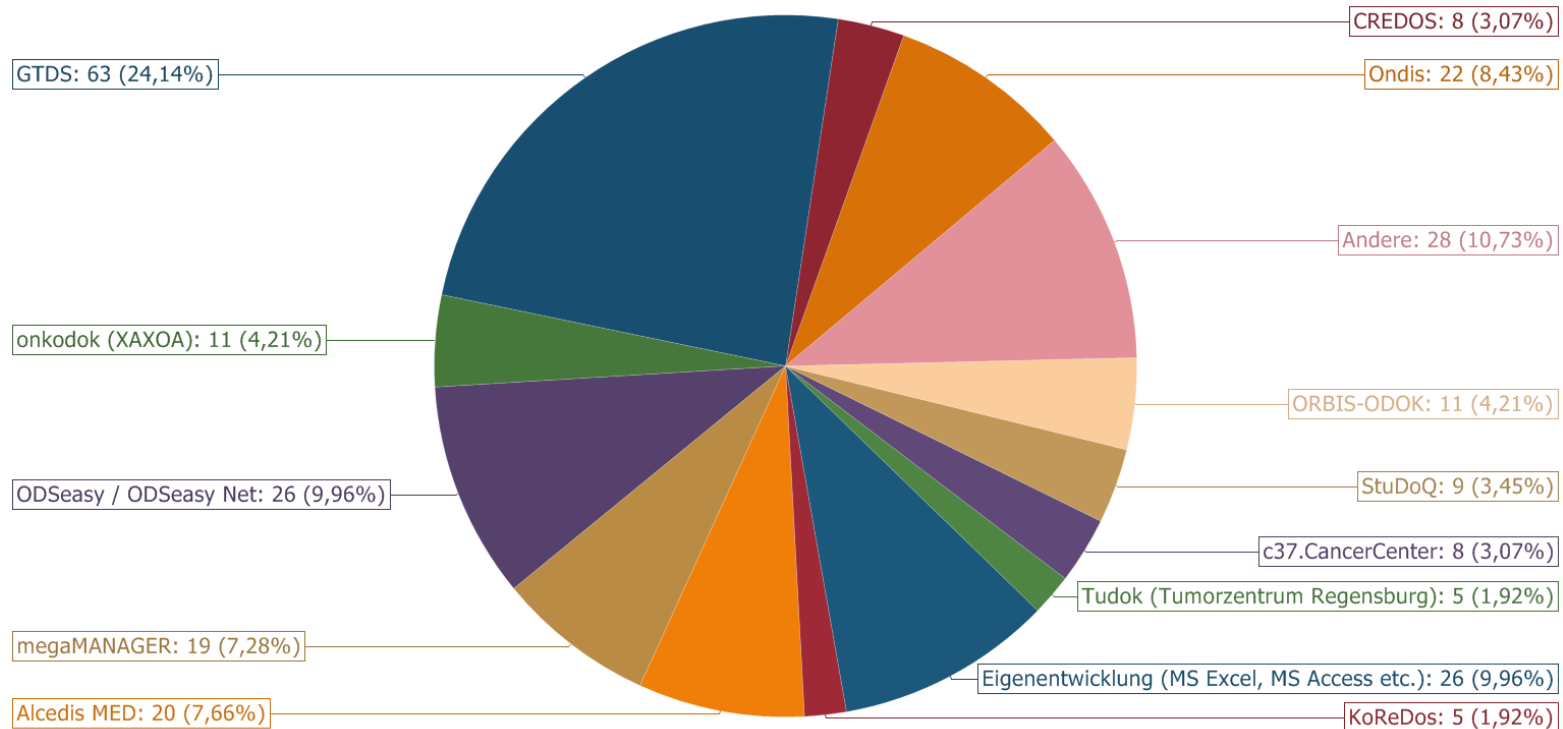
	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013	31.12.2012
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	261	257	253	230
entspricht	95,3%	93,1%	95,1%	89,5%

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

In dem Jahresbericht sind 261 der 274 zum 31.12.2015 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Nicht abgebildet sind 13 Standorte. Hierunter sind 10 Standorte, die im Jahr 2015 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend), 2 Standorte aufgrund einer Zertifikatsaussetzung und bei 1 Standort konnte die Verifizierung der Daten nicht termingerecht abgeschlossen werden.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2014. Sie stellen für die in 2015 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



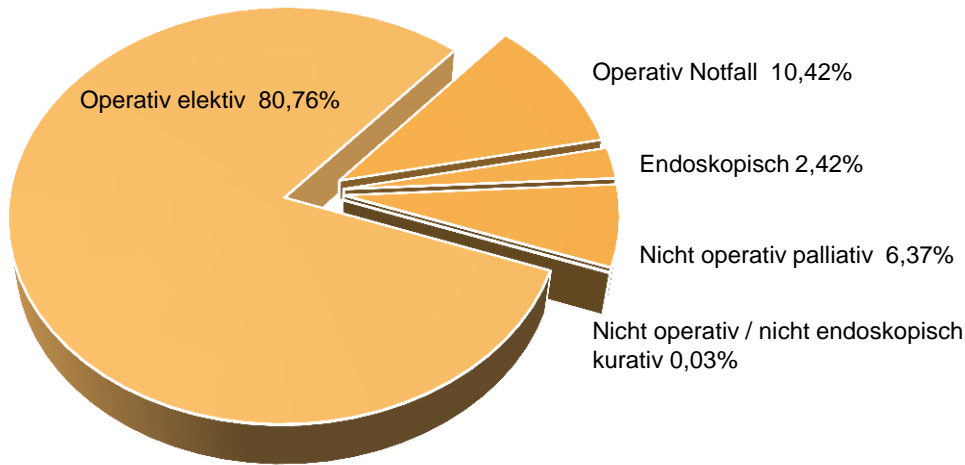
Legende:

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

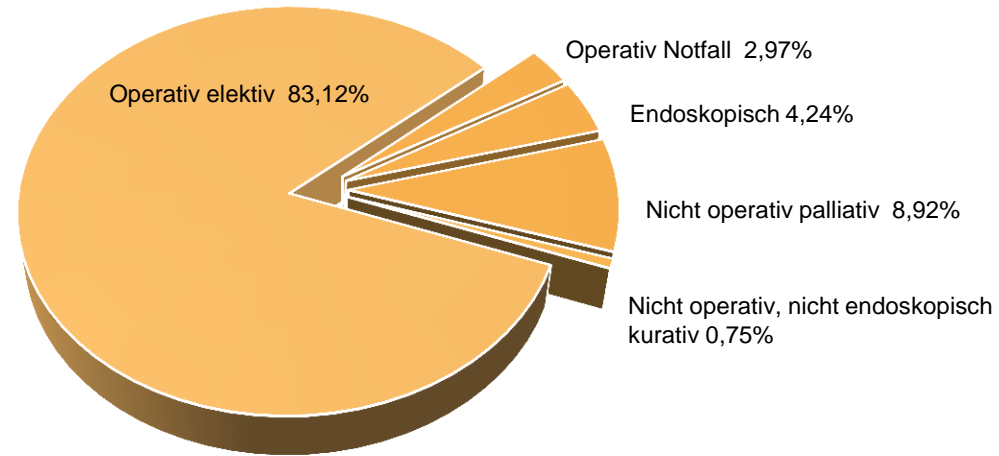
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem EXCEL-Anhang zum Erhebungsbogen (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte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

Basisdaten

Kolon



Rektum

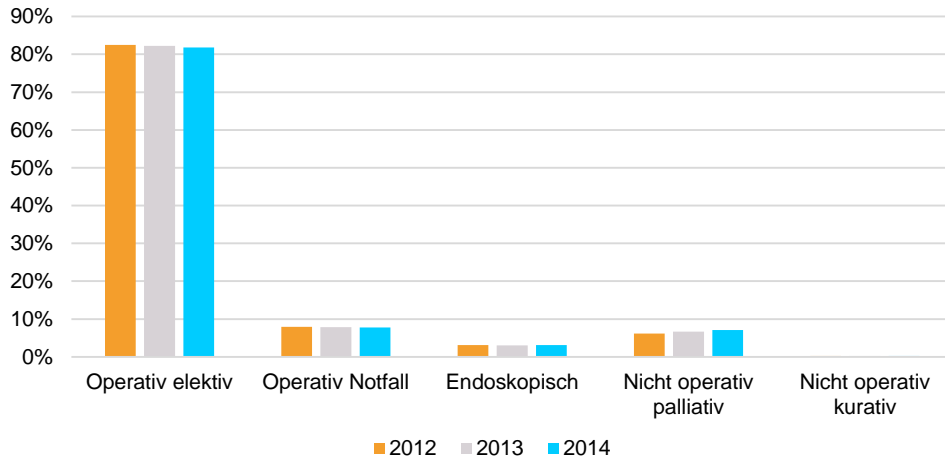


	Operativ elektiv	Operativ Notfall	Endoskopisch	Nicht operativ palliativ *	Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ **	Gesamt
Kolon	12.457 (80,76%)	1.607 (10,42%)	374 (2,42%)	982 (6,37%)	5 (0,03%)	15.425
Rektum	7.358 (83,12%)	263 (2,97%)	375 (4,24%)	790 (8,92%)	66 (0,75%)	8.852
Primärfälle gesamt	19.815	1.870	749	1.772	71	24.277

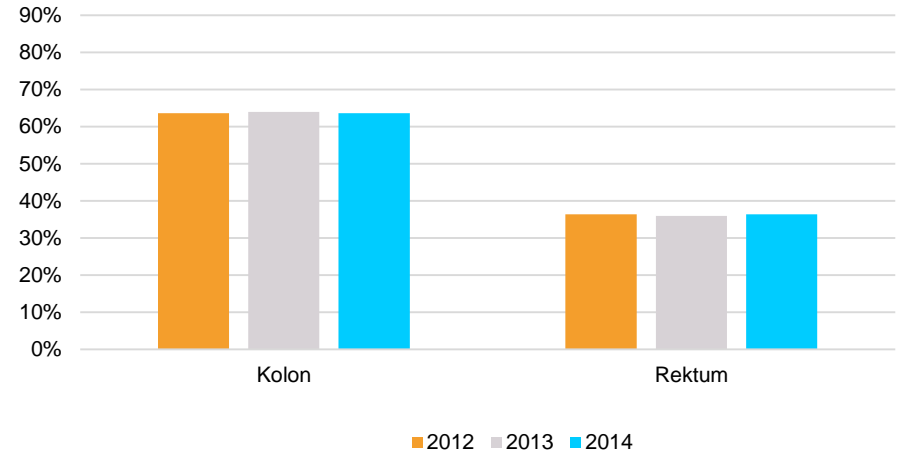
* Nicht operativ palliativ: Keine Tumorresektion; palliative Strahlen-/Chemotherapie oder Best Supportive Care
 ** Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ: vollständige Tumorremission nach neoadjuvant geplanter Therapie und Operationsverzicht Patient

Basisdaten – Entwicklung 2012-2014

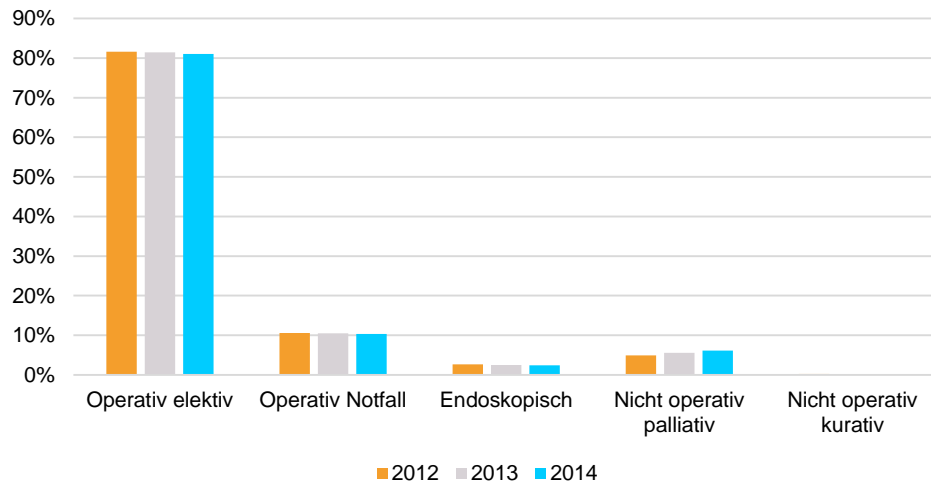
Stadienverteilung Primärfälle 2012-2014



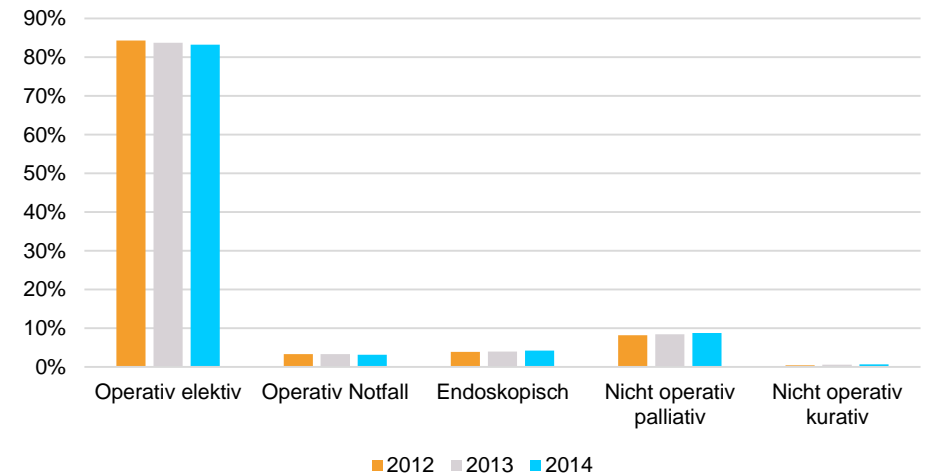
Verteilung zwischen Primärfälle Kolon und Rektum 2012-2014



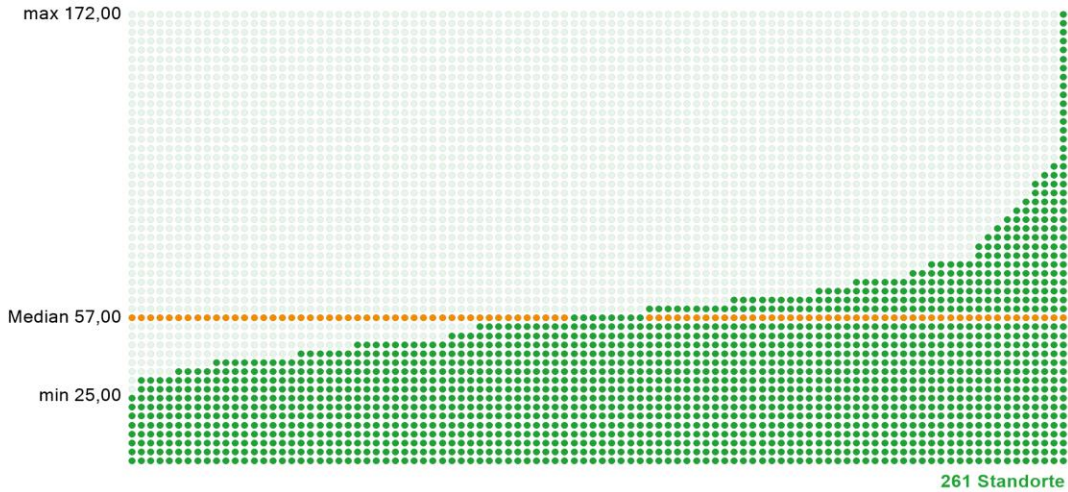
Stadienverteilung Primärfälle Kolon 2012-2014



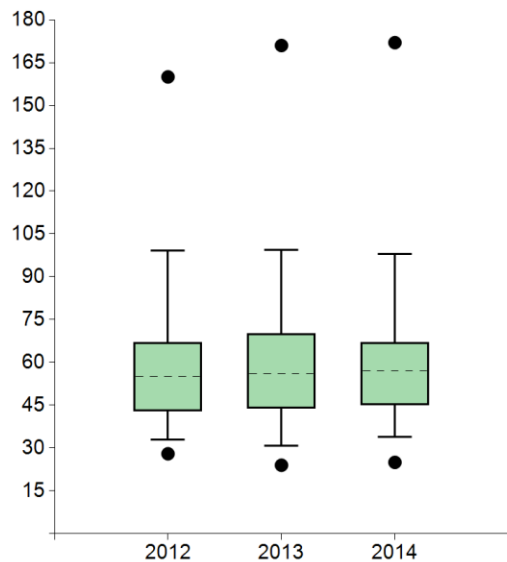
Stadienverteilung Primärfälle Rektum 2012-2014



Gesamtprimärfälle Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Anzahl	Gesamtprimärfälle Kolon (Def. Folie 8)	57	25 - 172

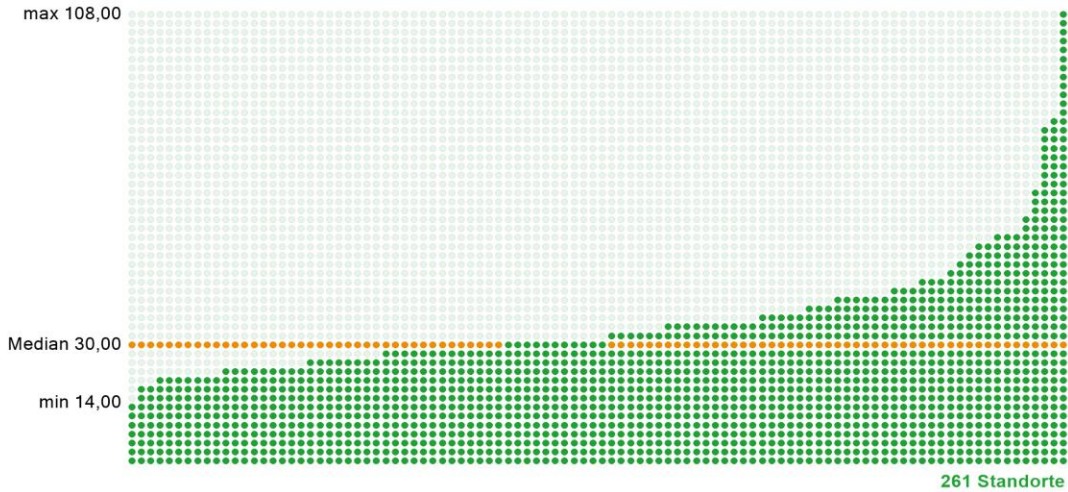


	2010	2011	2012	2013	2014
Max	----	----	160,00	171,00	172,00
95. Perzentil	----	----	99,00	99,00	98,00
75. Perzentil	----	----	67,00	70,00	67,00
Median	----	----	55,00	56,00	57,00
25. Perzentil	----	----	43,00	44,00	45,00
5. Perzentil	----	----	33,00	30,80	34,00
Min	----	----	28,00	24,00	25,00

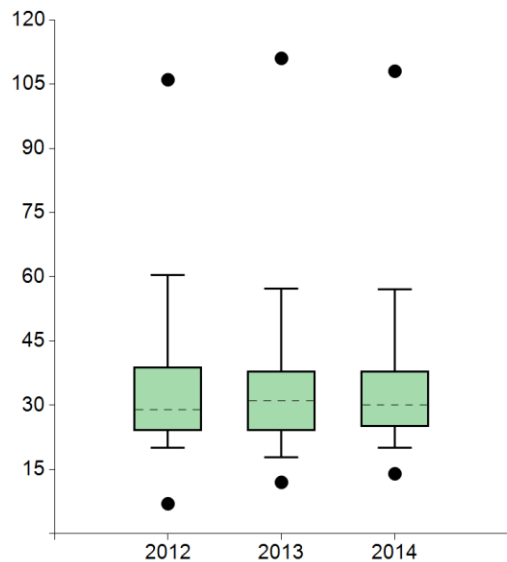
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	----	----

Anmerkungen:

Gesamtprimärfälle Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Anzahl	Gesamtprimärfälle Rektum (Def. Folie 8)	30	14 - 108

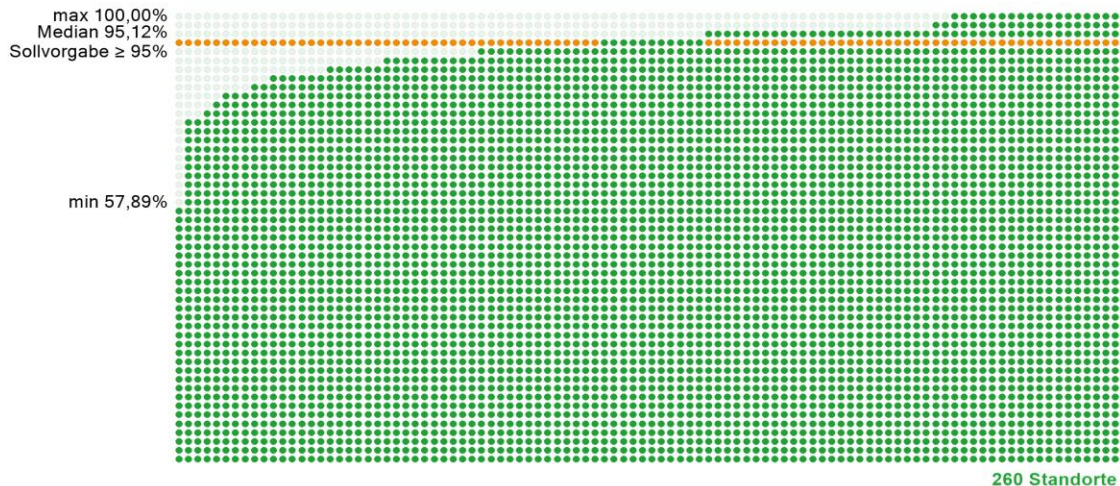


	2010	2011	2012	2013	2014
Max	----	----	106,00	111,00	108,00
95. Perzentil	----	----	60,00	57,00	57,00
75. Perzentil	----	----	39,00	38,00	38,00
Median	----	----	29,00	31,00	30,00
25. Perzentil	----	----	24,00	24,00	25,00
5. Perzentil	----	----	20,00	17,80	20,00
Min	----	----	7,00	12,00	14,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	----	----

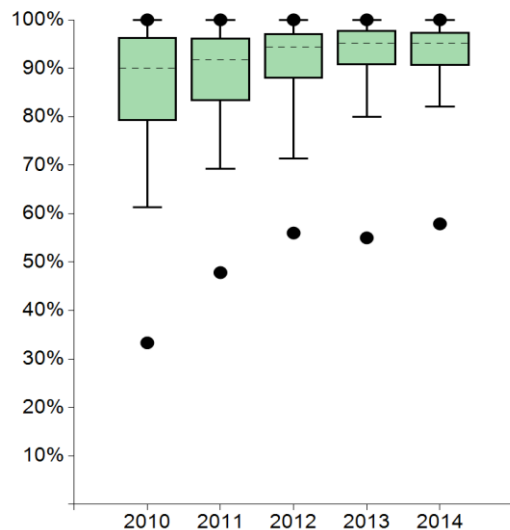
Anmerkungen:

1. Prätherapeutische Fallvorstellung (QI 5 der Leitlinie)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	34*	11 - 105
Nenner	Patienten mit RK und alle Patienten mit KK Stad. IV	36*	16 - 114
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,12%	57,89% - 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.



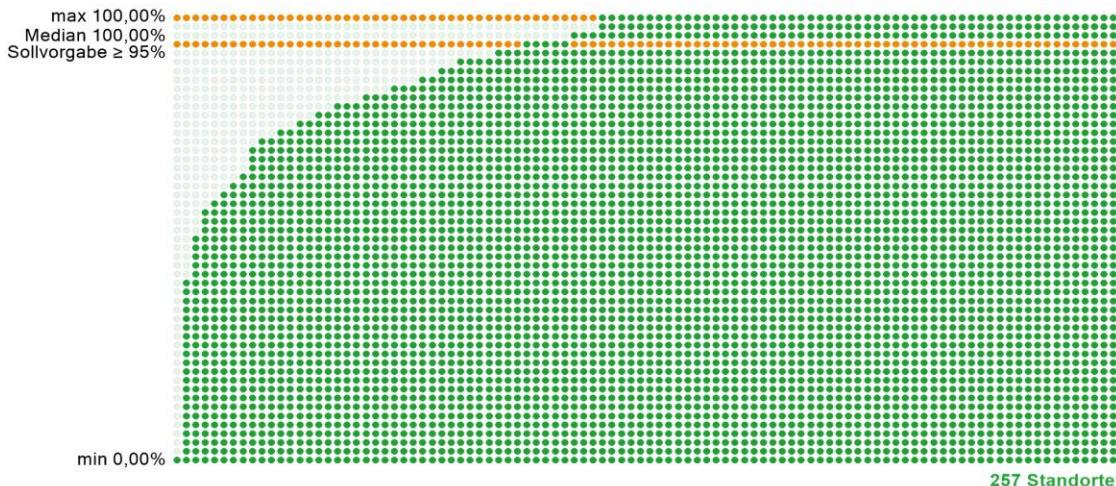
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	96,37%	96,26%	97,14%	97,78%	97,46%
Median	90,00%	91,78%	94,44%	95,12%	95,12%
25. Perzentil	79,18%	83,33%	87,87%	90,63%	90,59%
5. Perzentil	61,35%	69,23%	71,42%	80,00%	82,03%
Min	33,33%	47,83%	56,00%	55,00%	57,89%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
260	99,62%	134	51,54%

Anmerkungen:

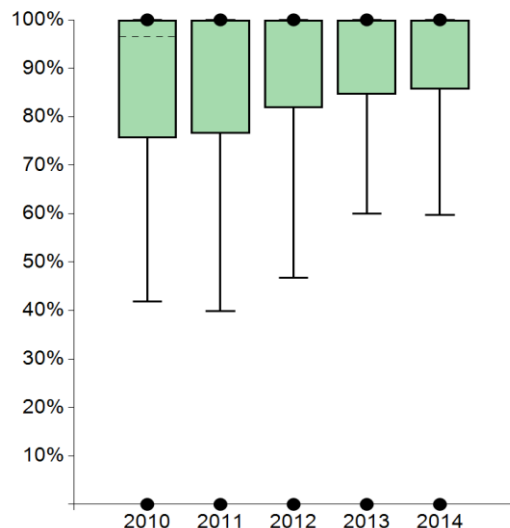
Die Umsetzung der Kennzahl zeigt über den Verlauf eine gute Entwicklung, aber ca. 49% der Zentren erreichen die Sollvorgabe nicht. Begründungen für das Nicht-Erreichen: erst intraoperative Diagnosesicherung (Rektum-Ca bzw. Metastasierung Kolon-Ca), Abstimmungsschwierigkeiten mit internen/externen Kooperationspartnern, OP's mit Dringlichkeit (nicht Notfall). Vereinbarte Maßnahmen: vermehrt starre Rektoskopien prä-OP, Schulungen der Kooperationspartner, Durchführung von interdisziplinären Indikationskonferenzen. Die Fachexperten haben eine Vielzahl von Abweichungen und Hinweisen ausgesprochen.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	10*	0 - 87
Nenner	Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen	11*	1 - 106
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.



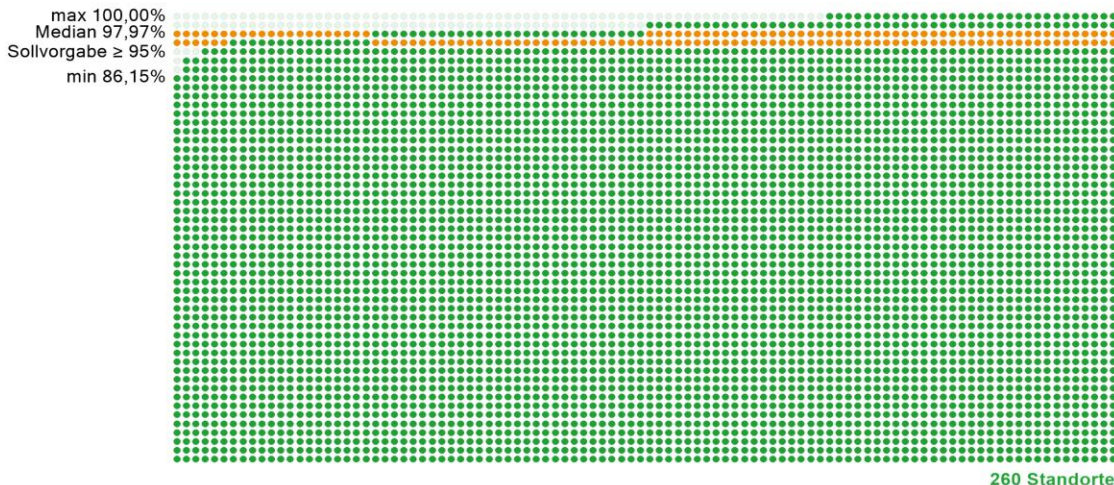
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	96,49%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	75,61%	76,47%	81,81%	84,62%	85,71%
5. Perzentil	41,83%	39,94%	46,80%	60,00%	59,67%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
257	98,47%	157	61,09%

Anmerkungen:

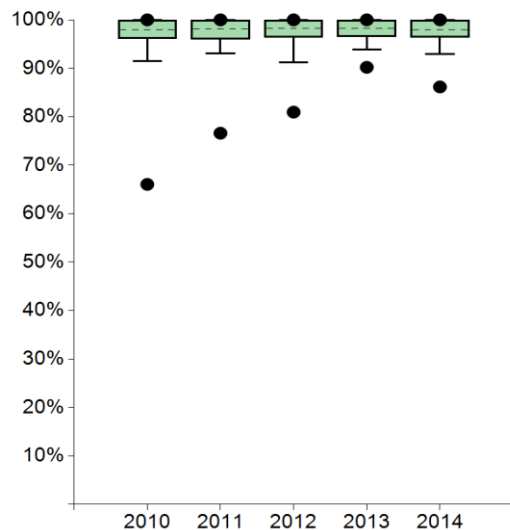
Die Zentren ohne Vorstellung in der Tumorkonferenz haben sehr kleine Grundgesamtheiten (1 bzw. 3 Pat.). Als Begründungen für nicht erfolgte Vorstellungen geben die Zentren an, dass die Behandlung der Patienten extern erfolgte, dass die Diagnose eines Rezidivs/Metastasierung erst intraoperativ gestellt wurde und dass Abstimmungsschwierigkeiten mit den interdisziplinären Partnern bestehen, die die Therapie ohne Tumorkonferenz-Vorstellung einleiten. Maßnahmen für die Verbesserung der Vorstellung: Schulungen der Kooperationspartner.

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Operative und endoskopische Primärfälle, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	79*	42 - 246
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	80,5*	43 - 254
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,97%	86,15% - 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.

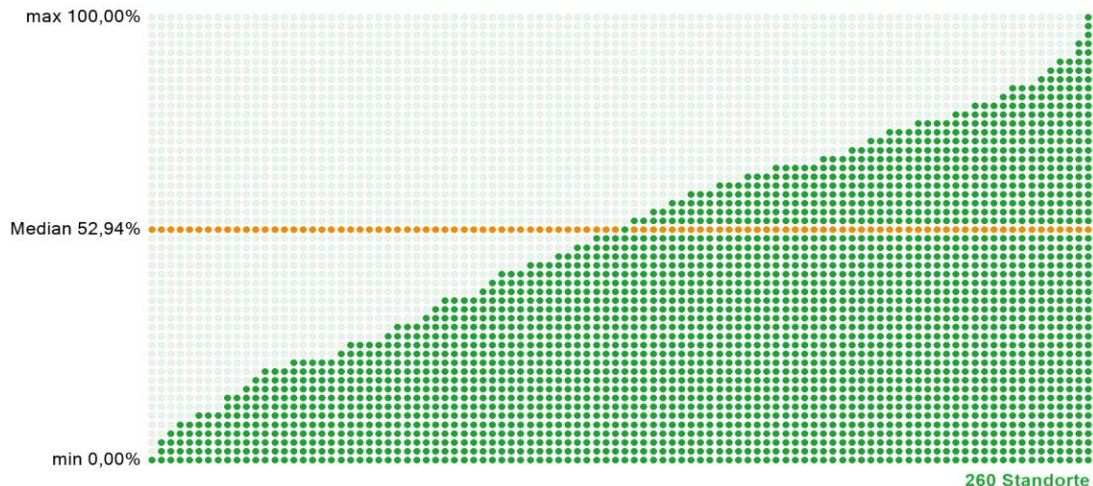


	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	97,94%	98,10%	98,19%	98,20%	97,97%
25. Perzentil	96,16%	96,01%	96,36%	96,49%	96,36%
5. Perzentil	91,54%	93,11%	91,23%	93,81%	92,96%
Min	66,04%	76,60%	80,95%	90,20%	86,15%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
260	99,62%	232	89,23%

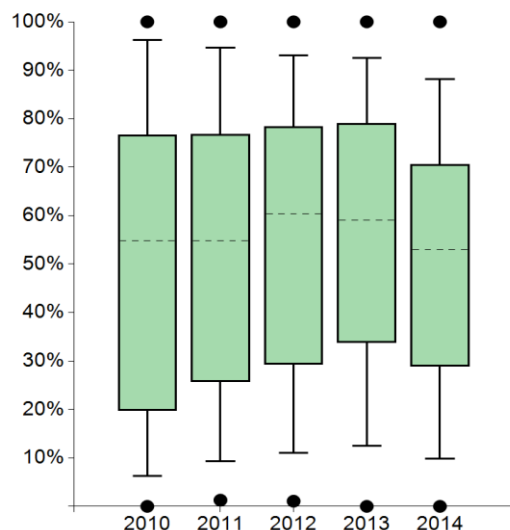
Anmerkungen:
Begründungen für die nicht erfolgte Vorstellung der Patienten in der Tumorkonferenz waren: Versterben der Patienten postoperativ, interdisziplinäre Konsile auf Station, Festlegung des Procedere bereits in prätherapeutischer Tumorkonferenz und Abstimmungsschwierigkeiten zwischen den Behandlungspartnern.

4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	49*	0 - 183
Nenner	Primärfälle Gesamt + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	98,5*	49 - 345
Quote	Keine Sollvorgabe	52,94%	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.



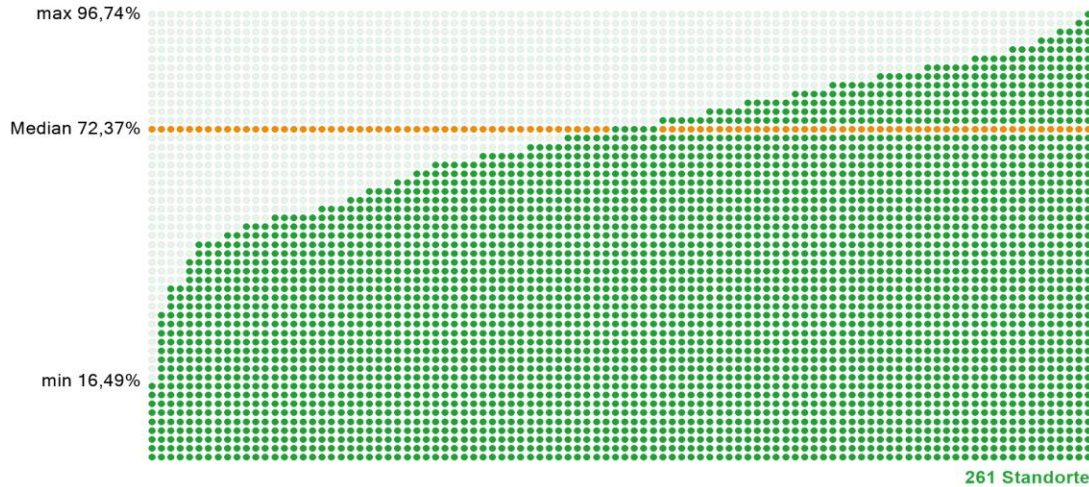
	2010	2011	2012	2013	2014
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	96,23%	94,61%	93,01%	92,50%	88,17%
75. Perzentil	76,67%	76,79%	78,40%	79,10%	70,60%
Median	54,79%	54,76%	60,41%	59,09%	52,94%
25. Perzentil	19,80%	25,77%	29,26%	33,75%	28,83%
5. Perzentil	6,25%	9,28%	11,09%	12,45%	9,86%
● Min	0,00%	1,28%	1,07%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
260	99,62%	----	----

Anmerkungen:

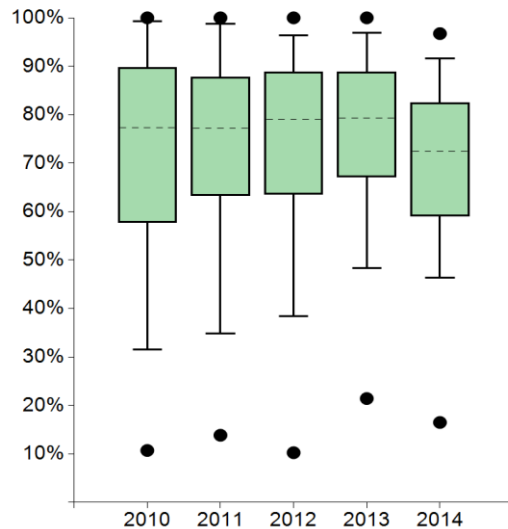
Im Vergleich zum Vorjahr sind die Betreuungsquoten in über der Hälfte der Zentren angestiegen (134 vs. 88 Zentren mit Zunahme der Betreuungsquote). Das Zentrum mit der niedrigsten Betreuungsquote begründet dies mit dem eingesetzten Screeninginstrument (Auditor hat einen Hinweis ausgesprochen). Weitere Begründungen: das Angebot wird durch die Patienten nicht angenommen (Auditor formuliert Hinweis auf niedrigschwelliges Angebot) und eingeschränkte personelle Ressourcen.

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	70*	16 - 273
Nenner	Primärfälle Gesamt + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	99*	49 - 345
Quote	Keine Sollvorgabe	72,37%	16,49% - 96,74%

*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.



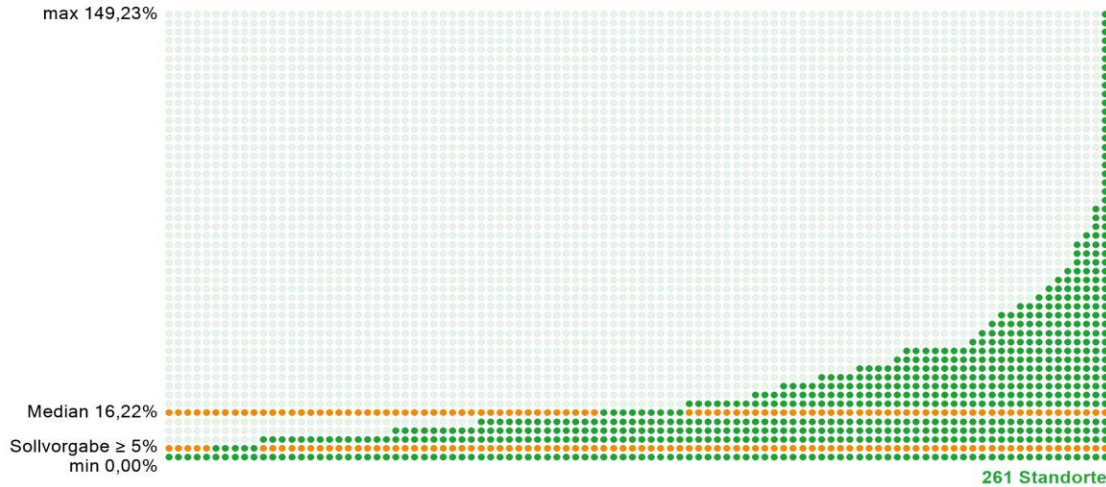
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100%	100%	100%	100%	96,74%
95. Perzentil	99,26%	98,69%	96,32%	96,89%	91,67%
75. Perzentil	89,71%	87,83%	88,88%	88,89%	82,47%
Median	77,38%	77,13%	79,10%	79,31%	72,37%
25. Perzentil	57,75%	63,24%	63,55%	67,07%	59,12%
5. Perzentil	31,57%	34,84%	38,42%	48,34%	46,34%
Min	10,71%	13,85%	10,25%	21,43%	16,49%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	----	----

Anmerkungen:

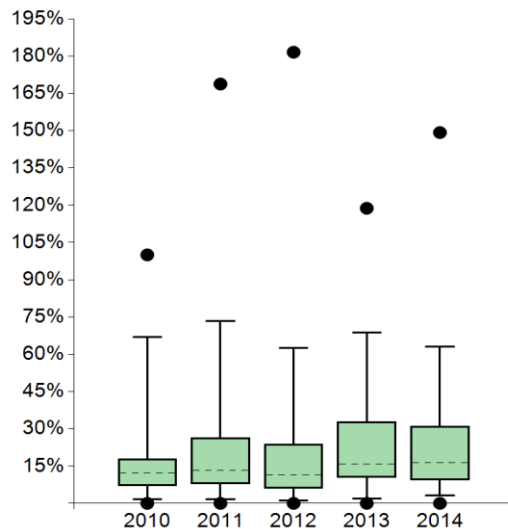
Für die meisten Zentren im deutschsprachigen Ausland besteht die Besonderheit, dass die Organisation der Sozialarbeit nicht über die Krankenhäuser erfolgt, sondern über ambulante Beratungsstellen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Beratungsquote jedoch in 2/3 der Zentren abnehmend. Begründungen für niedrige Vorstellungsquoten: Beratung erfolgt ambulant, eingeschränkte personelle Ressourcen und Nicht-Inanspruchnahme durch die Patienten.

6. Studienteilnahme



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten des DZ, die in eine Studie oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden	14*	0 - 129
Nenner	Primärfälle gesamt	87*	47 - 272
Quote	Sollvorgabe $\geq 5\%$	16,22%	0,00% - 149,23%

*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.



	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100%	168,75%	181,56%	118,75%	149,23%
95. Perzentil	66,97%	73,47%	62,60%	68,83%	63,10%
75. Perzentil	17,82%	26,36%	23,76%	32,89%	31,07%
Median	12,14%	13,15%	11,49%	15,85%	16,22%
25. Perzentil	7,14%	7,84%	5,95%	10,47%	9,35%
5. Perzentil	1,65%	1,74%	1,02%	1,82%	3,09%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	239	91,57%

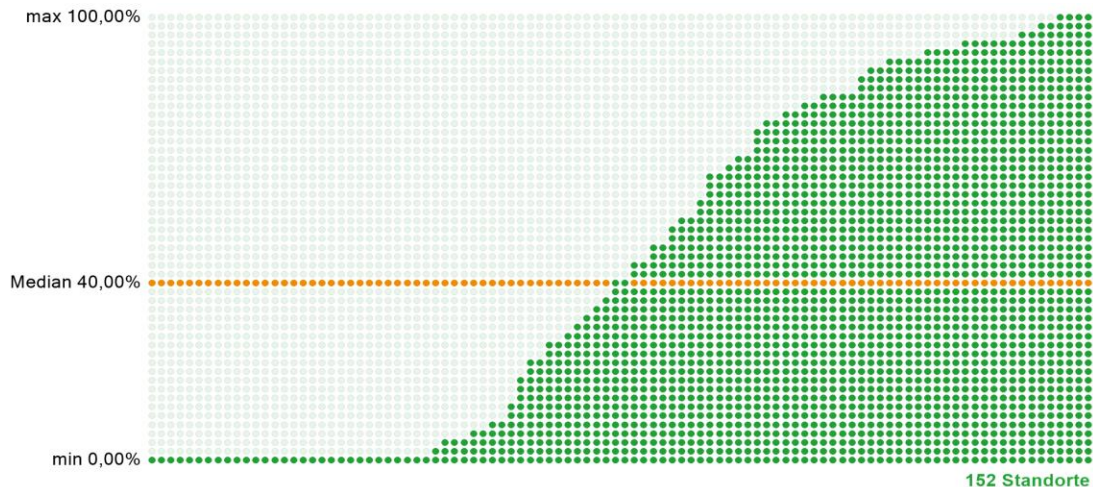
Anmerkungen:

Die Kennzahl für die Studienquote ist die einzige Kennzahl, bei der der Zähler keine Teilmenge des Nenners ist. Da man die Studienauswahl nicht ausschließlich auf Studien für Patienten mit Ersterkrankung beschränken wollte, aber zugleich auch einen Anhalt für die Größe des Zentrums benötigt (Primärfallzahl), wurde diese Abweichung von der Regel (= Zähler ist eine Teilmenge des Nenners) in Kauf genommen.

5 der 22 Zentren, die die Sollvorgabe nicht erreichen, haben auch in dem/n Vorjahr/en die Sollvorgabe nicht erreicht. Begründungen: kein ausreichendes Studienangebot, Schwierigkeiten im Studienmanagement. Zentren mit hohen Studienquoten begründen dies u.a. mit dem Einschluß der Patienten in mehrere Studien gleichzeitig.

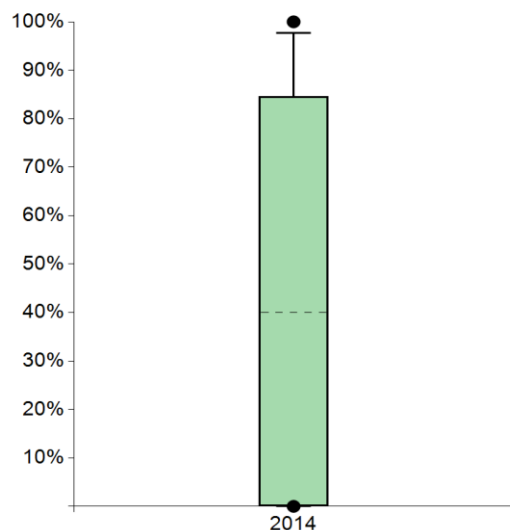
Zukünftig ist die StudyBox zu berücksichtigen, in der die im Zertifizierungssystem anerkannten Studien aufgeführt sind (ab 2017 verpflichtend).

7b. KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		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)	33,5*	0 - 161
Nenner	Primärfälle gesamt	87*	47 - 248
Quote	Keine Sollvorgabe	40,00%	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.



	2010	2011	2012	2013	2014
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	97,63%
75. Perzentil	----	----	----	----	84,57%
Median	----	----	----	----	40,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

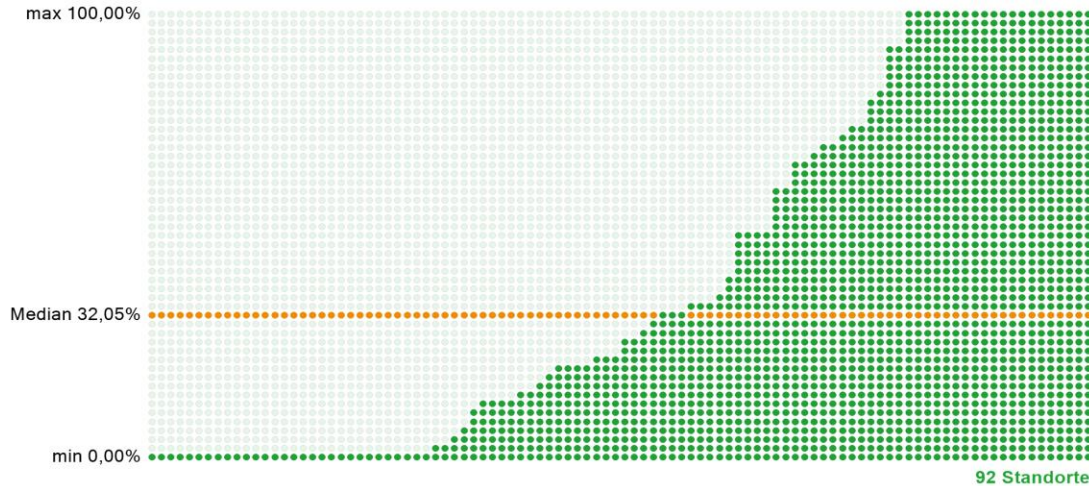
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
152	58,24%	----	----

Anmerkungen:

Die Kennzahl war im Jahr 2015 noch optional auszufüllen und hat ab 2016 die Kennzahl „KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese“ ersetzt, da es bei dieser Kennzahl immer wieder zu Missverständnissen gekommen ist.

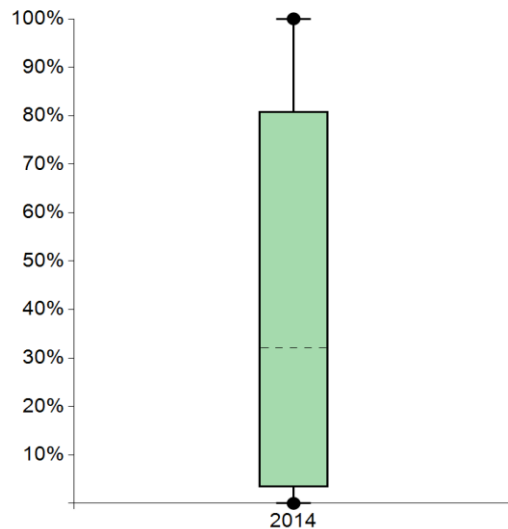
Der Prozess für den Einsatz des Patientenfragebogens wird in vielen Zentren erst etabliert, daher die geringe Anzahl an auswertbaren Standorten.

8b. Genetische Beratung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit pos. Patientenfragebogen, denen eine Vorstellung in einem Zentrum für familiären Darmkrebs empfohlen wurde	2*	0 - 43
Nenner	Primärfälle mit pos. Patientenfragebogen	7,5*	1 - 68
Quote	Keine Sollvorgabe	32,05%	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.



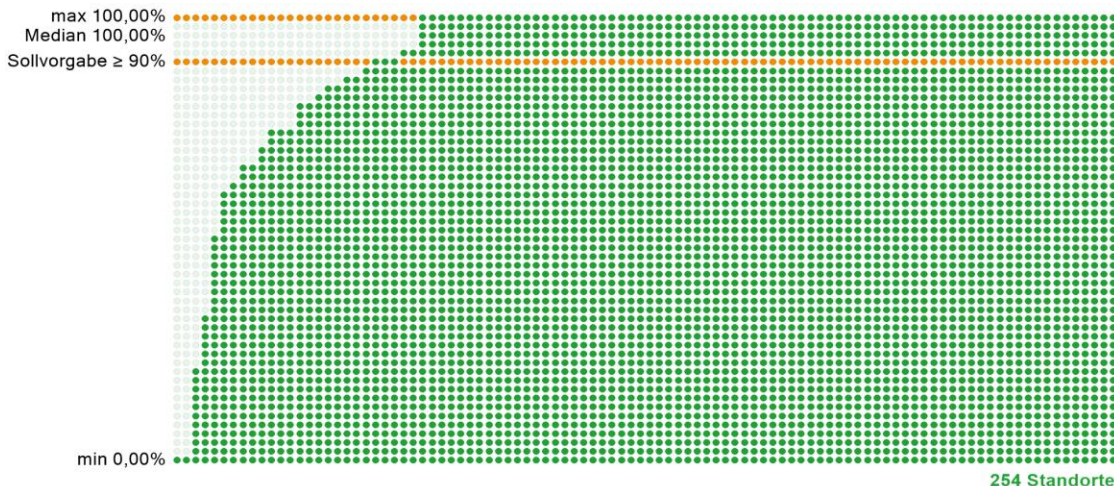
	2010	2011	2012	2013	2014
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	80,83%
Median	----	----	----	----	32,05%
25. Perzentil	----	----	----	----	3,41%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
92	35,25%	----	----

Anmerkungen:

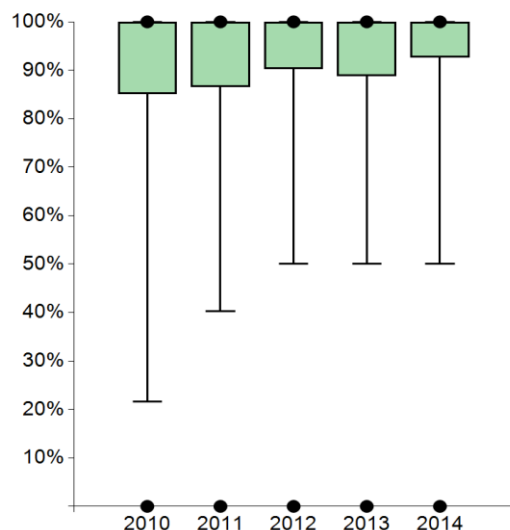
Die Kennzahl war im Auditjahr 2015 noch optional auszufüllen und hat ab Auditjahr 2016 die Kennzahl „Vorstellung von Primärfällen im Zentrum für familiären Darmkrebs“ ersetzt. Durch die optionale Angabe und die Notwendigkeit, einen Prozess zu etablieren, sind im Jahresbericht nur wenige Standorte mit auswertbaren Daten enthalten.

9. Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine	4*	0 - 21
Nenner	Patienten mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre	5*	1 - 24
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	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.



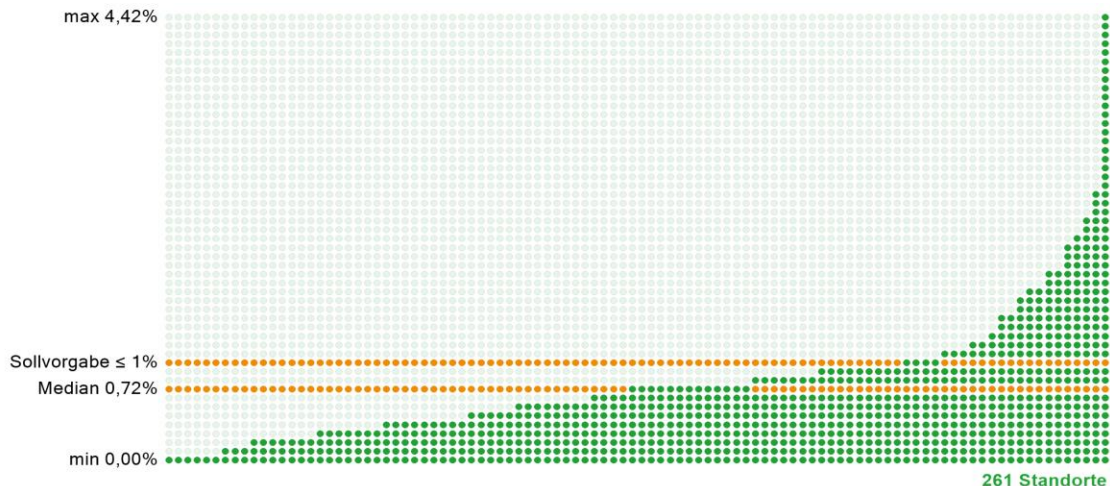
	2010	2011	2012	2013	2014
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	85,12%	86,61%	90,23%	88,89%	92,67%
5. Perzentil	21,67%	40,29%	50,00%	50,00%	50,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
254	97,32%	201	79,13%

Anmerkungen:

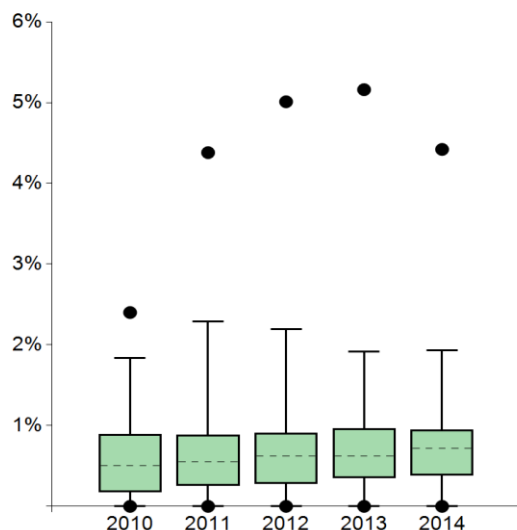
Die berücksichtigten Grundgesamtheiten der Kennzahl sind sehr klein (1-24). Die Zentren mit einer 0%-Quote hatten beispielsweise je 1 Patient < 50 Jahre im Nenner und begründeten die Nicht-Untersuchung mit Wegzug des Patienten bzw. nicht ausreichendem Material für die Bestimmung. Weitere Begründungen für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe: Ablehnung durch die Patienten und Dokumentationsschwierigkeiten.

10. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Therapeutische Koloskopien mit Komplikationen (Blutung, die eine Re-Intervention (Rekoloskopie, Operation) oder eine Transfusion erforderlich macht u./o. Perforation)	3*	0 - 52
Nenner	Therapeutische Koloskopien je koloskopierende Einheit (nicht nur Patienten DZ)	438*	98 - 3328
Quote	Sollvorgabe ≤ 1%	0,72%	0,00% - 4,42%

*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.



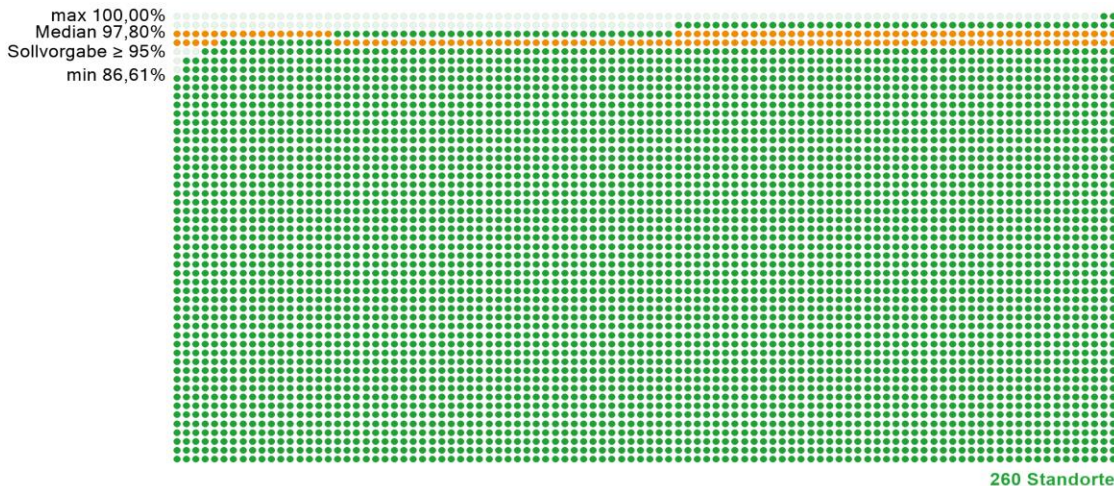
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	2,40%	4,38%	5,01%	5,16%	4,42%
95. Perzentil	1,84%	2,29%	2,19%	1,92%	1,93%
75. Perzentil	0,89%	0,88%	0,91%	0,96%	0,95%
Median	0,50%	0,55%	0,62%	0,62%	0,72%
25. Perzentil	0,18%	0,26%	0,28%	0,35%	0,38%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	213	81,61%

Anmerkungen:

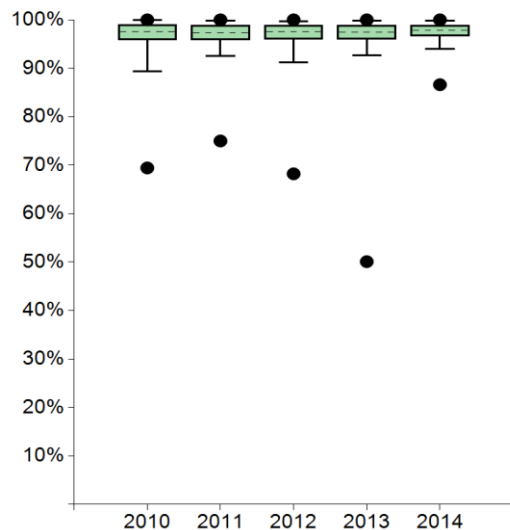
Als Begründungen für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe werden v.a. Blutungen/Perforationen nach Endoskopischer Submukosadisektion genannt. Die Fachexperten bestätigen v.a. die plausible Aufarbeitung der Fälle. Die Zentren, die in den vergangenen Jahren die höchsten Komplikationsraten hatten, haben ihre Ergebnisse verbessert.

11. Vollständige elektive Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Vollständige elektive Koloskopien	1406,5*	77 - 11378
Nenner	Elektive Koloskopien je koloskopierende Einheit des Darmkrebszentrums (nicht nur Patienten DZ) (Gezählt werden: Intention: Koloskopie vollständig)	1456*	79 - 11426
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,80%	86,61% - 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.

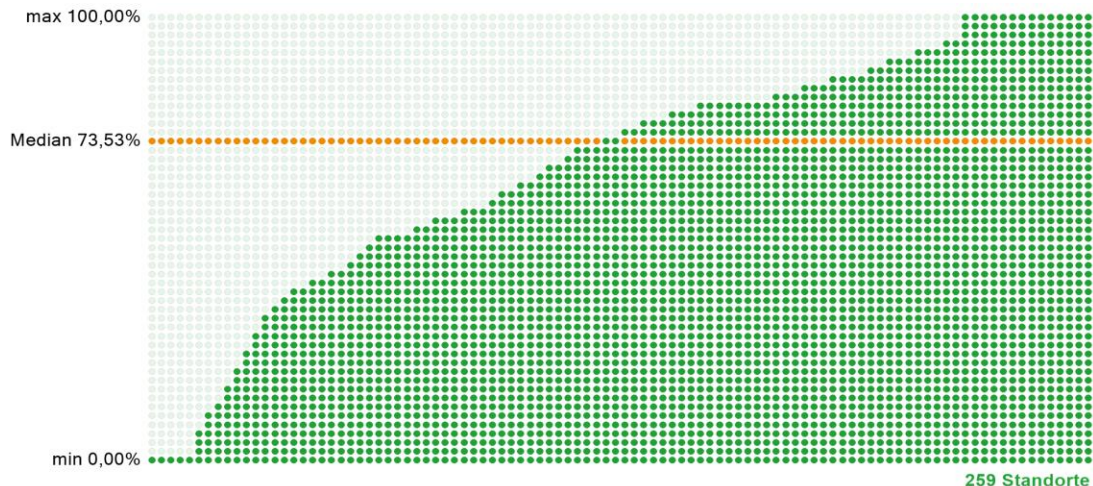


	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,94%	99,87%	99,73%	99,81%	99,83%
75. Perzentil	98,99%	98,88%	98,82%	98,86%	98,92%
Median	97,58%	97,32%	97,55%	97,49%	97,80%
25. Perzentil	95,87%	95,87%	95,98%	95,96%	96,64%
5. Perzentil	89,35%	92,58%	91,15%	92,60%	93,96%
Min	69,43%	75,00%	68,22%	50,09%	86,61%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
260	99,62%	235	90,38%

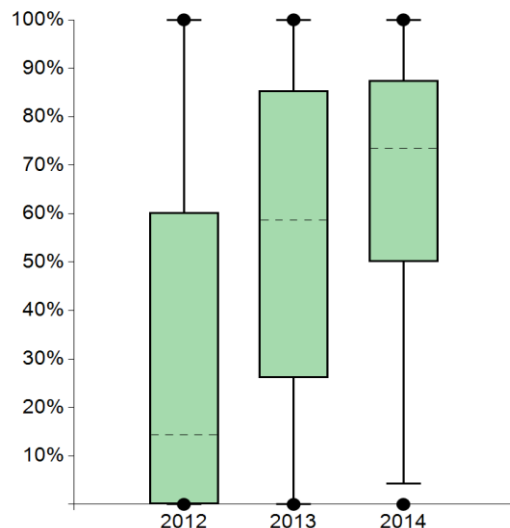
Anmerkungen:
Die Kennzahl wird unverändert sehr gut über den Verlauf der Zeit umgesetzt: annähernd alle geplanten Koloskopien sind vollständige Koloskopien.

12. Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	12*	0 - 56
Nenner	Patienten mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	17*	1 - 69
Quote	Keine Sollvorgabe	73,53%	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.



	2010	2011	2012	2013	2014
● Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	60,28%	85,36%	87,50%
Median	----	----	14,32%	58,62%	73,53%
25. Perzentil	----	----	0,00%	26,13%	50,00%
5. Perzentil	----	----	0,00%	0,00%	4,28%
● Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

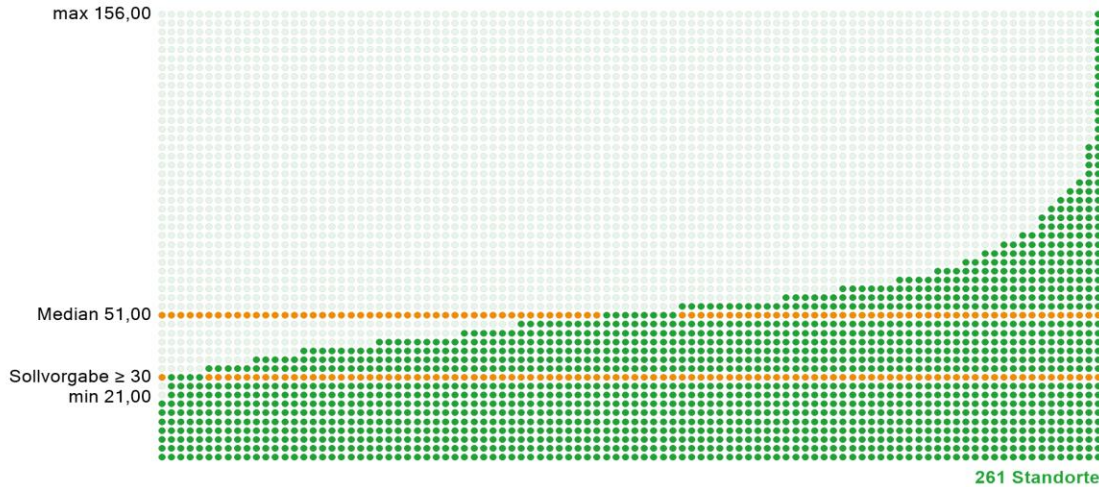
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
259	99,23%	----	----

Anmerkungen:

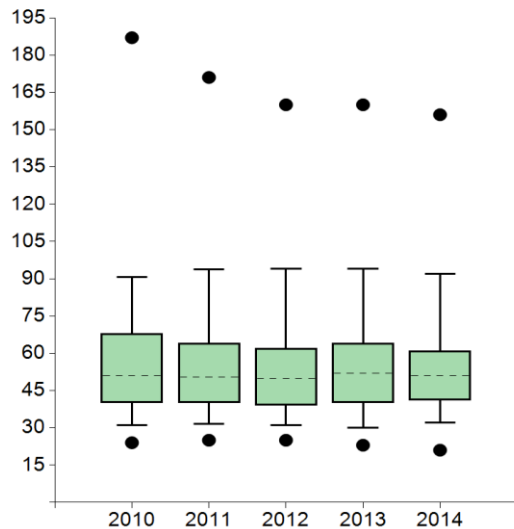
Über den Verlauf der Zeit ist sehr gut zu sehen, wie der Prozess (= Angabe Abstand zur mesorektalen Faszie im Befundbericht) in den Zentren etabliert wurde: bei 151 Standorten hat sich die Rate der Angaben im Vergleich zum Vorjahr erhöht bzw. ist bei 100% geblieben.

Nur bei 13 Standorten erfolgt weiterhin keine Angabe in den Befundberichten. Hier erfolgte die Rücksprache innerhalb des Zentrums und die Verständigung auf die zukünftige Angabe.

13. Operative Primärfälle Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Anzahl	Operative Primärfälle Kolon	51	21 - 156
	Sollvorgabe ≥ 30		



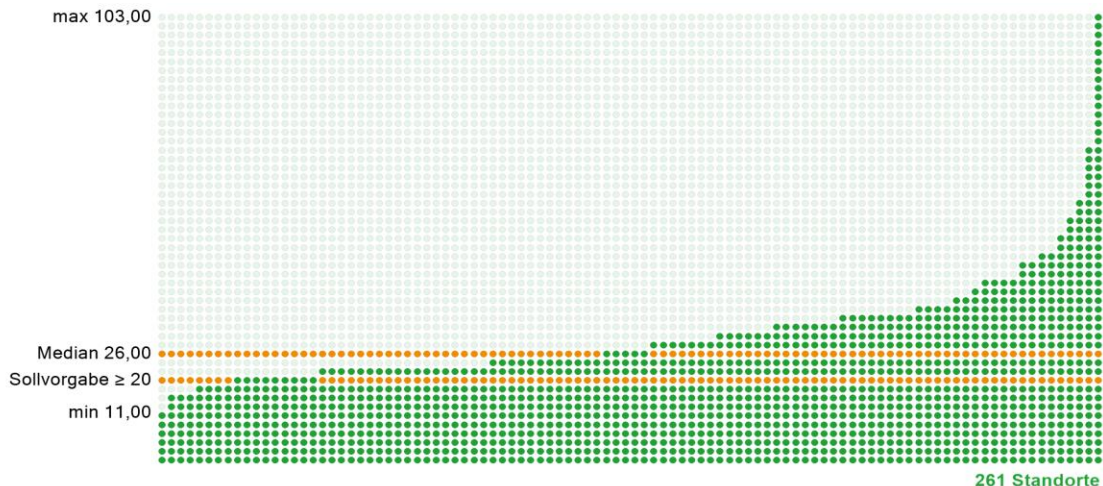
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	187,00	171,00	160,00	160,00	156,00
95. Perzentil	90,70	93,85	94,00	94,00	92,00
75. Perzentil	68,00	64,00	62,00	64,00	61,00
Median	51,00	50,50	50,00	52,00	51,00
25. Perzentil	40,00	40,00	39,00	40,00	41,00
5. Perzentil	31,00	31,45	31,00	30,00	32,00
Min	24,00	25,00	25,00	23,00	21,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	256	98,08%

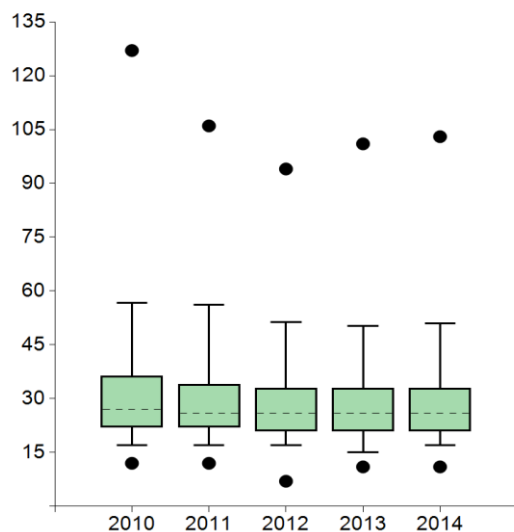
Anmerkungen:

5 Zentren unterschreiten die Sollvorgabe. Diese Zentren hatten 2015 ein Überwachungsaudit (Erreichen der Sollvorgabe bei Erst- und Re-Zertifizierung obligat). Im Vergleich mit dem Vorjahr zeigt sich, dass in den 238 in 2014 und 2015 zertifizierten Standorten die Gesamtzahl der operierten Primärfälle Kolon von 13.302 auf 12.838 zurückgegangen ist. Der Rückgang der Gesamtfallzahl deckt sich mit dem Rückgang der Inzidenz (C20) laut RKI-Daten von 41.006 (2010) auf 39.500 (2012).

14. Operative Primärfälle Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Anzahl	Operative Primärfälle Rektum	26	11 - 103
	Sollvorgabe ≥ 20		



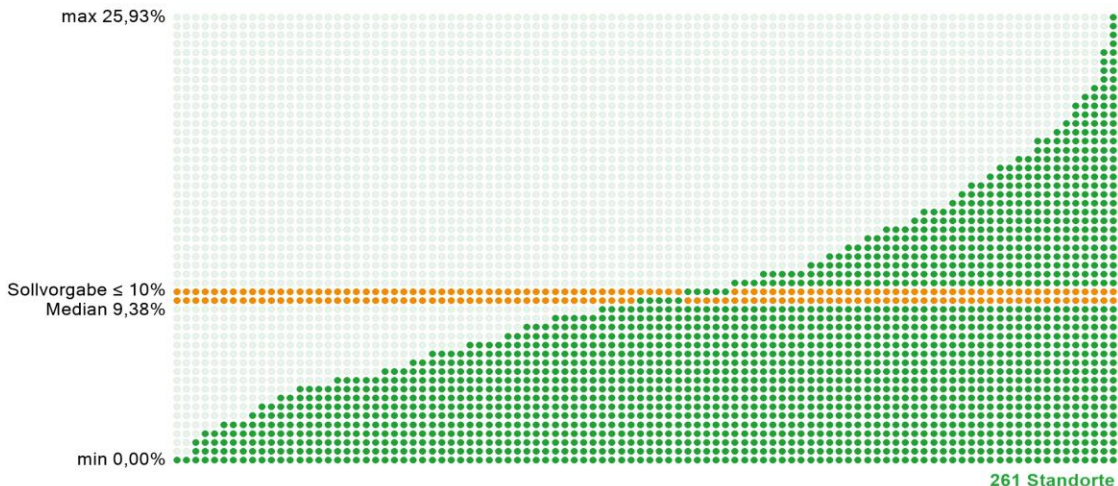
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	127,00	106,00	94,00	101,00	103,00
95. Perzentil	56,70	56,10	51,40	50,20	51,00
75. Perzentil	36,25	34,00	33,00	33,00	33,00
Median	27,00	26,00	26,00	26,00	26,00
25. Perzentil	22,00	22,00	21,00	21,00	21,00
5. Perzentil	17,00	17,00	17,00	15,00	17,00
Min	12,00	12,00	7,00	11,00	11,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	230	88,12%

Anmerkungen:

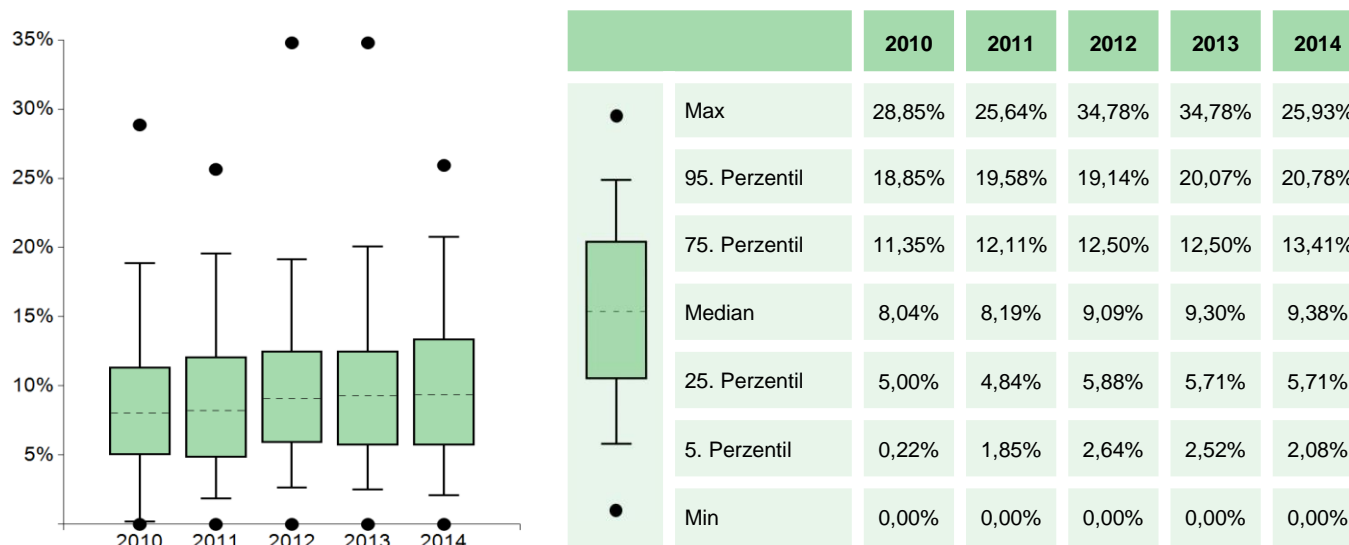
Im Kennzahlenjahr 2014 wurden 7.621 Primärfälle mit Rektum-Ca. an 261 Standorten operiert. In einem Vergleich mit dem Vorjahr ist die Anzahl der operativen Primärfälle Rektum abnehmend: von 7.063 (2013) auf 6.994 (2014) in 238 Standorten. Auch hier spiegelt die abnehmende Primärfallzahl die Entwicklung der RKI-Daten wider: 21.817 (2010) auf 20.912 (2012).

15. Revisions-OP's Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	4*	0 - 16
Nenner	Elektive Kolon-Eingriffe	44*	18 - 136
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,38%	0,00% - 25,93%

*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.



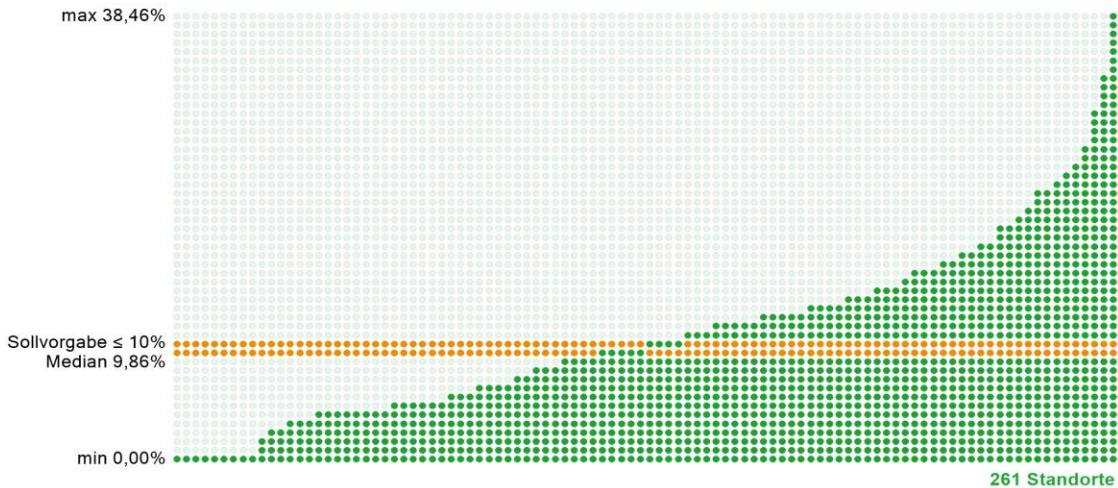
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	149	57,09%

Anmerkungen:

57% der Standorte erreichen die Sollvorgabe. Im Vorjahresvergleich zeigt sich, dass ca. 2/3 der Standorte mit einer Überschreitung der Sollvorgabe im Auditjahr 2014 (= 107) im aktuellen Auditjahr ihre Ergebnisse verbessern konnten (74 Standorte mit Verbesserung).

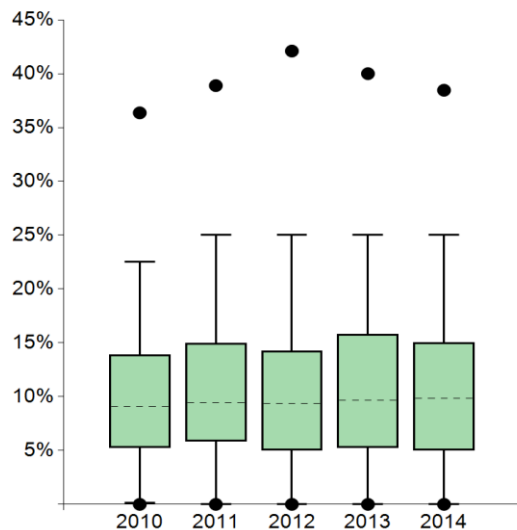
Als Begründungen für Revisions-OP's werden angegeben: Anastomosensuffizienzen, postoperative Fadendehiszenz, bestehende Komorbiditäten, Operateurwechsel. Maßnahmen für die Verbesserung: Änderung Anastomosentechnik, Wechsel Nahtmaterial. Die Auditoren beschreiben, dass die Fälle in den M&M-Konferenzen aufgearbeitet wurden.

16. Revisions-OP's Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	3*	0 - 15
Nenner	Elektive Rektum-Eingriffe	25*	11 - 100
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	9,86%	0,00% - 38,46%

*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.



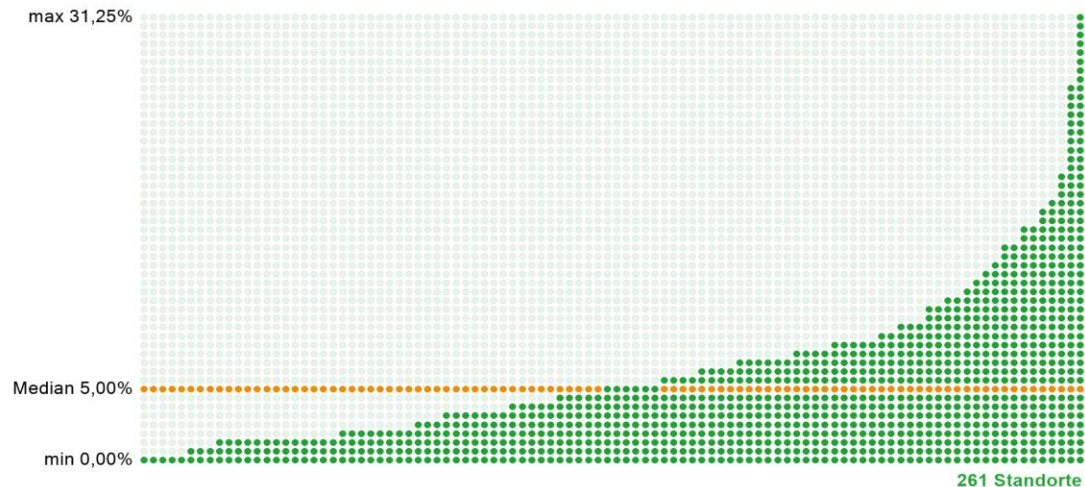
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	36,36%	38,89%	42,10%	40,00%	38,46%
95. Perzentil	22,54%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
75. Perzentil	13,92%	14,95%	14,28%	15,79%	15,00%
Median	9,09%	9,45%	9,37%	9,68%	9,86%
25. Perzentil	5,26%	5,88%	5,00%	5,26%	5,00%
5. Perzentil	0,12%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	134	51,34%

Anmerkungen:

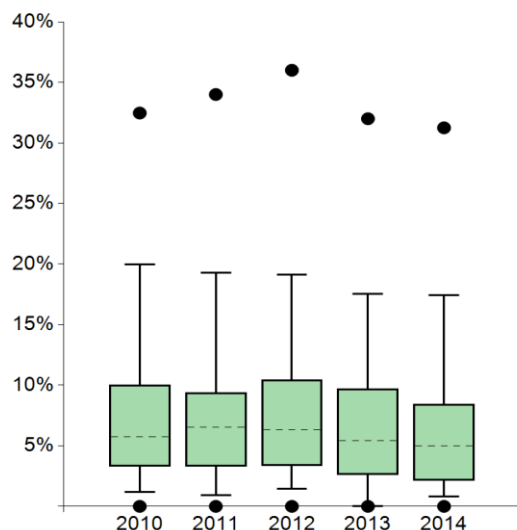
127 Standorte erfüllen die Sollvorgabe nicht. Jedoch hat der größte Teil der Standorte, die im letzten Auditjahr die Sollvorgabe überschritten haben, ihre Ergebnisse verbessert (83 von 126 Standorten). Einige Begründungen für Revisions-OP's: Einsatz neuer OP-Techniken, bestehende Komorbiditäten und Z.n. neoadjuvanter Therapie. Als umgesetzte Maßnahmen wurden die Besprechung in M&M-Konferenzen, die Anlage protektiver Stomata und die Durchführung von Fortbildungen genannt.

17. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach elektiver OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	4*	0 - 37
Nenner	Operative Eingriffe des DZ	68*	39 - 223
Quote	Keine Sollvorgabe	5,00%	0,00% - 31,25%

*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.



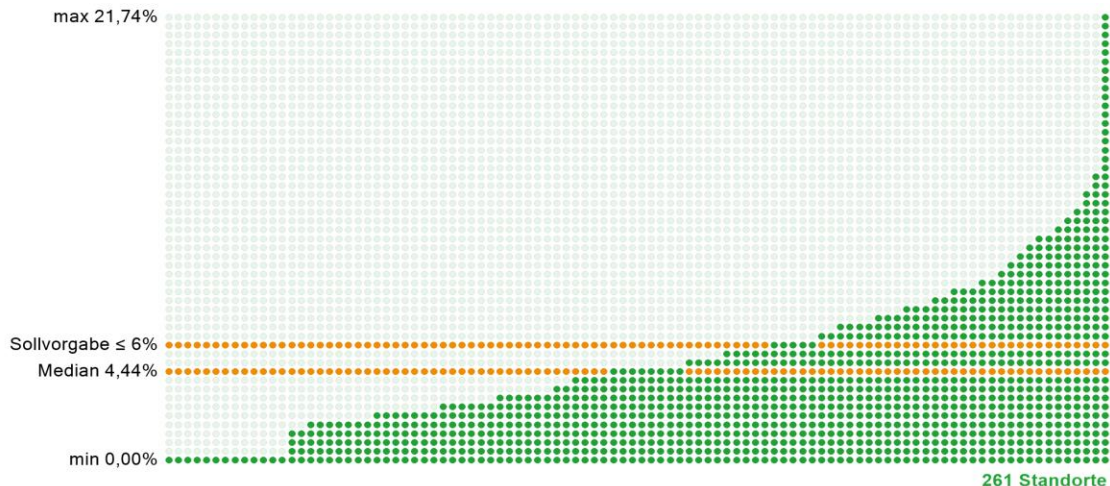
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	32,47%	34,00%	36,00%	32,00%	31,25%
95. Perzentil	19,95%	19,29%	19,13%	17,56%	17,44%
75. Perzentil	10,03%	9,40%	10,43%	9,72%	8,45%
Median	5,71%	6,52%	6,34%	5,41%	5,00%
25. Perzentil	3,31%	3,30%	3,33%	2,61%	2,13%
5. Perzentil	1,17%	0,93%	1,45%	0,00%	0,82%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	----	----

Anmerkungen:

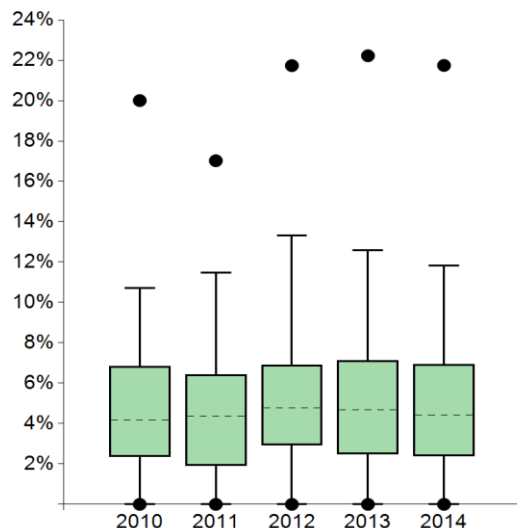
Seit dem Auditjahr 2016 hat diese Kennzahl Plausibilitätsgrenzen, sodass man mehr Informationen über die Ursachen der Wundinfektionen erhalten wird. Die Zentren mit den höchsten Wundinfektionsraten im Vorjahr haben sich durchgängig verbessert. Angegebene Maßnahmen für die Verbesserung: präoperative Risikoevaluation, Mangelernährungsmanagement, perioperative Antibiotikaprophylaxe, Analyse Operateur/Infektionsrate und OP-Team/Infektionsrate.

18. Anastomoseninsuffizienzen Kolon (QI 9 der Leitlinie)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Re-Interventionsbedürftige Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach elektiven Eingriffen	2*	0 - 12
Nenner	Patienten mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	43*	16 - 128
Quote	Sollvorgabe ≤ 6%	4,44%	0,00% - 21,74%

*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.



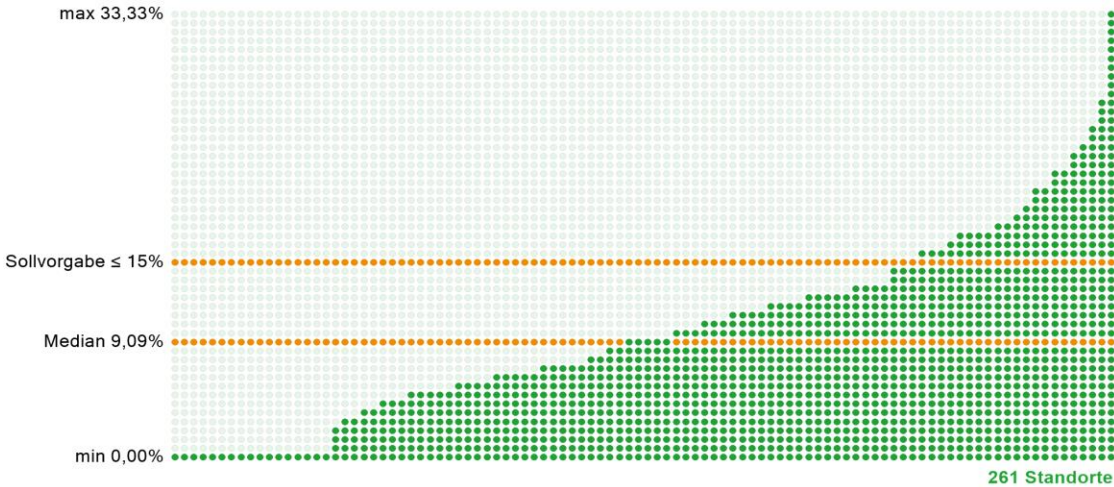
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	20,00%	17,02%	21,73%	22,22%	21,74%
95. Perzentil	10,71%	11,46%	13,33%	12,59%	11,83%
75. Perzentil	6,84%	6,43%	6,89%	7,14%	6,94%
Median	4,17%	4,35%	4,76%	4,67%	4,44%
25. Perzentil	2,37%	1,92%	2,94%	2,50%	2,38%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	175	67,05%

Anmerkungen:

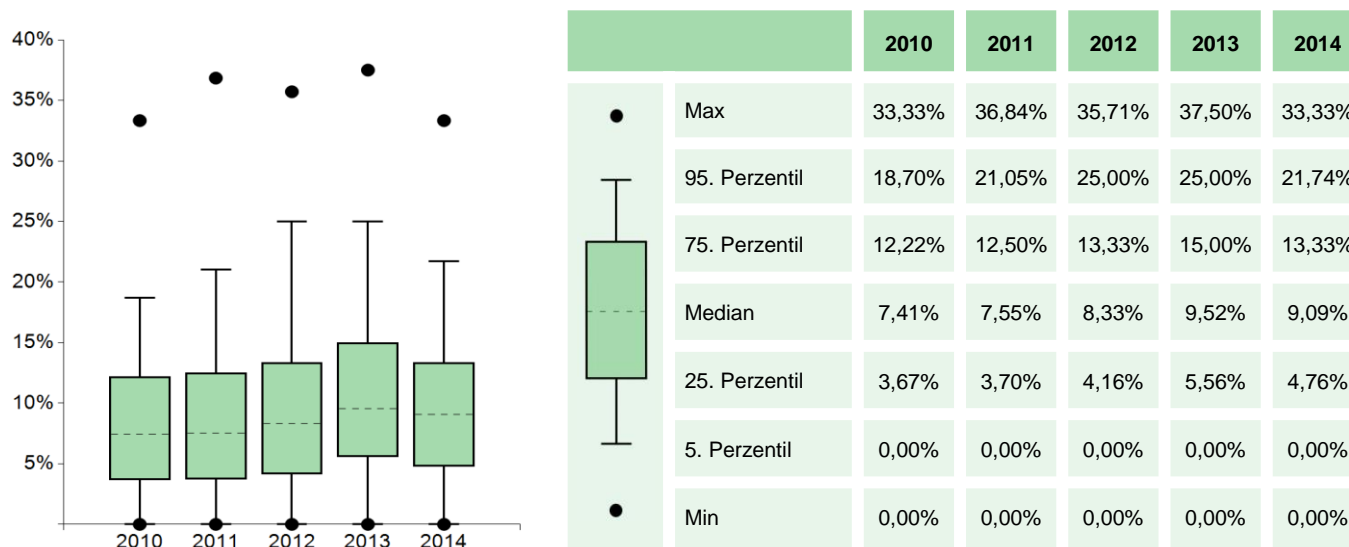
Die Umsetzung der Kennzahl bleibt über den Verlauf der Zeit nahezu gleich. Bei einem Vergleich mit dem Vorjahr wird ersichtlich, dass für die Gesamtzahl der Standorte die Quote der Anastomoseninsuffizienzen abnimmt (129 Standorte mit einer verbesserten Anastomoseninsuffizienzrate).

19. Anastomoseninsuffizienzen Rektum (QI 8 der Leitlinie)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Anastomoseninsuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe o. interventioneller Drainage o. transanaler Lavage / Drainage) oder C ((Re-) Laparotomie)	2*	0 - 9
Nenner	Patienten mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	18*	6 - 94
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	9,09%	0,00% - 33,33%

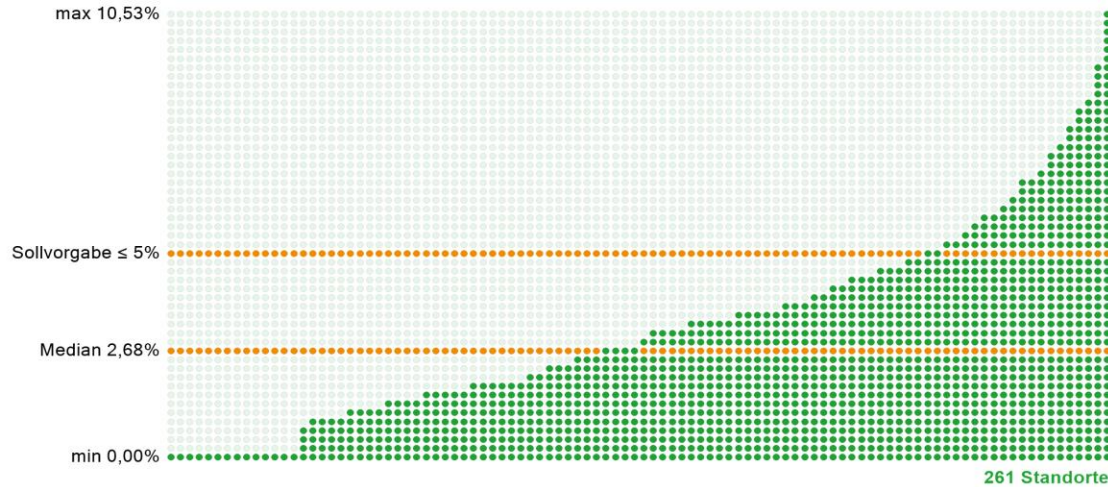
*Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	206	78,93%

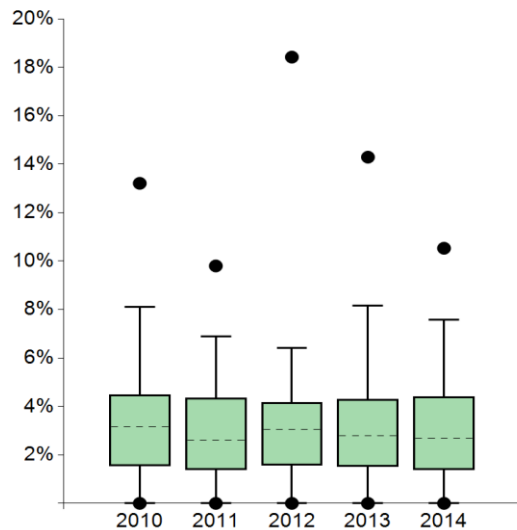
Anmerkungen:
Der Median der Kennzahl ist abnehmend, aber mehr Zentren erreichen die Sollvorgabe von ≤ 15% als im Vorjahr (79% vs. 75%).

20. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Postoperativ verstorbene Patienten nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30d	2*	0 - 10
Nenner	Elektiv operierte Patienten	68*	39 - 223
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	2,68%	0,00% - 10,53%

*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.



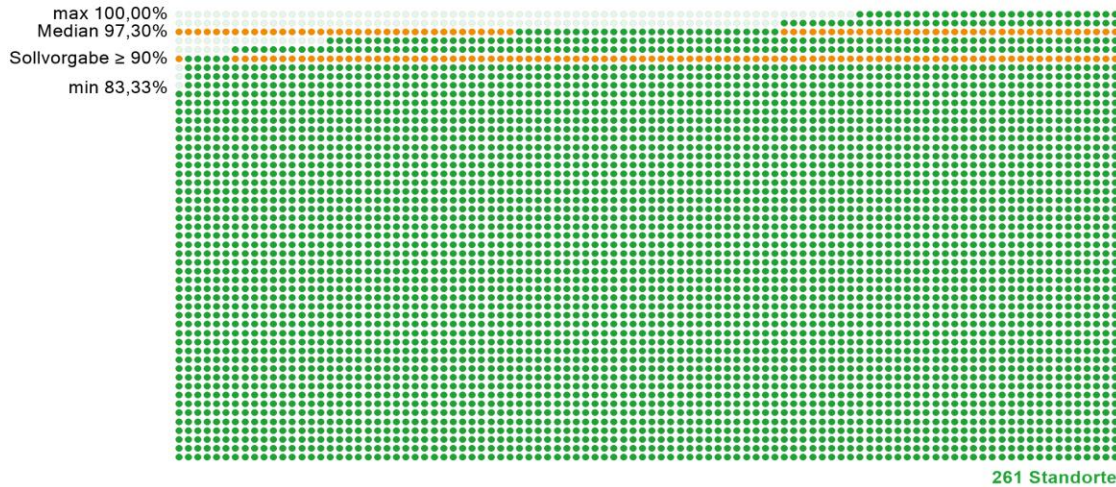
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	13,21%	9,80%	18,42%	14,29%	10,53%
95. Perzentil	8,10%	6,90%	6,41%	8,15%	7,58%
75. Perzentil	4,48%	4,35%	4,16%	4,30%	4,41%
Median	3,16%	2,60%	3,06%	2,78%	2,68%
25. Perzentil	1,56%	1,39%	1,58%	1,52%	1,39%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	214	81,99%

Anmerkungen:

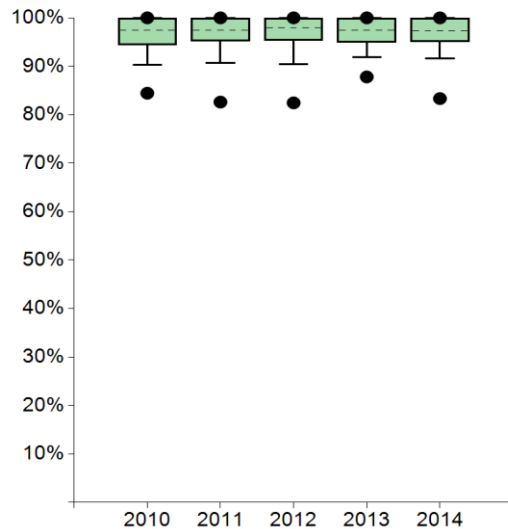
Gute Entwicklung der Kennzahl, aber mehr Zentren erreichen die Sollvorgabe nicht (47 vs. 37 im Vorjahr). Das Zentrum mit dem höchsten Wert hat sich jedoch im Vergleich zum Vorjahr verbessert. Als häufigste Begründungen werden angegeben: postoperatives Organversagen, septischer/kardiogener Schock, Lungenembolie. Maßnahmen der Zentren: strengere präoperative Risikoanalyse, Aufarbeitung der Fälle in M&M-Konferenzen. Die Auditoren haben die Einzelfälle betrachtet und systematische Fehler ausgeschlossen.

21. Lokale R0-Resektionen Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Lokale R0-Resektionen Kolon nach Abschluss der operativen Therapie	43*	15 - 130
Nenner	Operative Kolon-OPs gemäß Primärfalldefinition (operativ)	44*	18 - 136
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	97,30%	83,33% - 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.



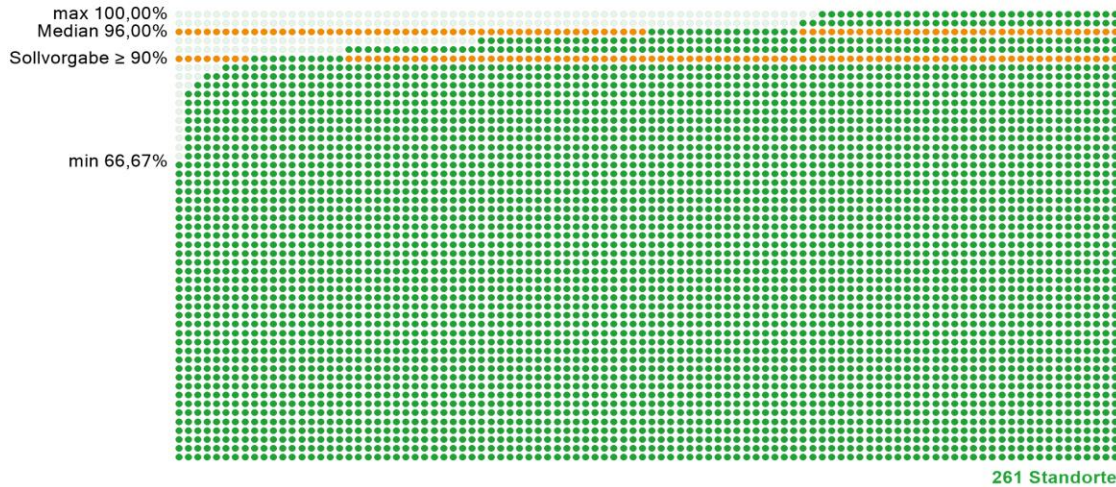
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	97,41%	97,43%	97,91%	97,37%	97,30%
25. Perzentil	94,33%	95,18%	95,34%	94,87%	95,00%
5. Perzentil	90,34%	90,62%	90,47%	91,83%	91,67%
Min	84,44%	82,61%	82,45%	87,80%	83,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	258	98,85%

Anmerkungen:

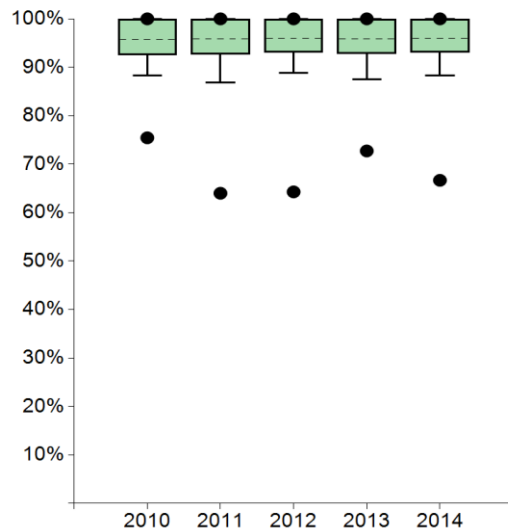
3 Zentren erreichen die Sollvorgabe nicht. Diese Zentren hatten im Vorjahr unauffällige Werte. Als Begründung wird angegeben: fehlende R-Klassifikation bei Serosaperforation.

22. Lokale R0-Resektionen Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Lokale R0-Resektionen Rektum nach Abschluss der operativen Therapie	24*	10 - 98
Nenner	Operative Rektum-OP's gemäß Primärfalldefinition (operativ)	25*	11 - 100
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	96,00%	66,67% - 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.



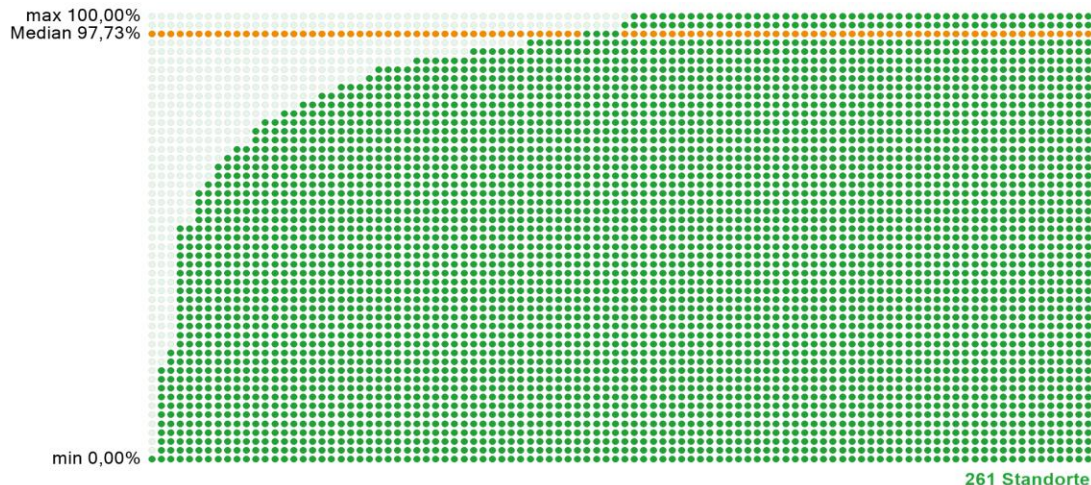
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	95,65%	95,83%	95,91%	95,83%	96,00%
25. Perzentil	92,52%	92,63%	93,10%	92,86%	93,02%
5. Perzentil	88,34%	86,86%	88,88%	87,50%	88,24%
Min	75,44%	64,00%	64,28%	72,73%	66,67%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	241	92,34%

Anmerkungen:

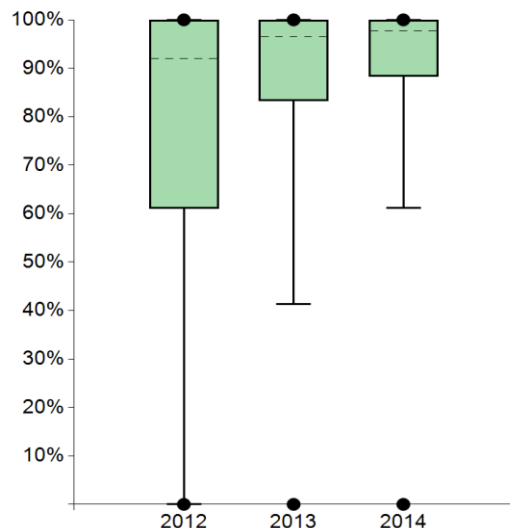
Über 92% der Zentren erreichen die Sollvorgabe. Als Begründungen für das Nicht-Erreichen werden v.a. Infiltration der Nachbarorgane, Z.n. Vor-Operationen und Abszeßbildung angegeben. Die Auditoren haben die Fälle betrachtet und die Begründungen überwiegend als schlüssig bewertet.

23. Anzeichnung Stomaposition (QI 10 der Leitlinie)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	16*	0 - 98
Nenner	Patienten mit RK, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde	18*	3 - 99
Quote	Keine Sollvorgabe	97,73%	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.

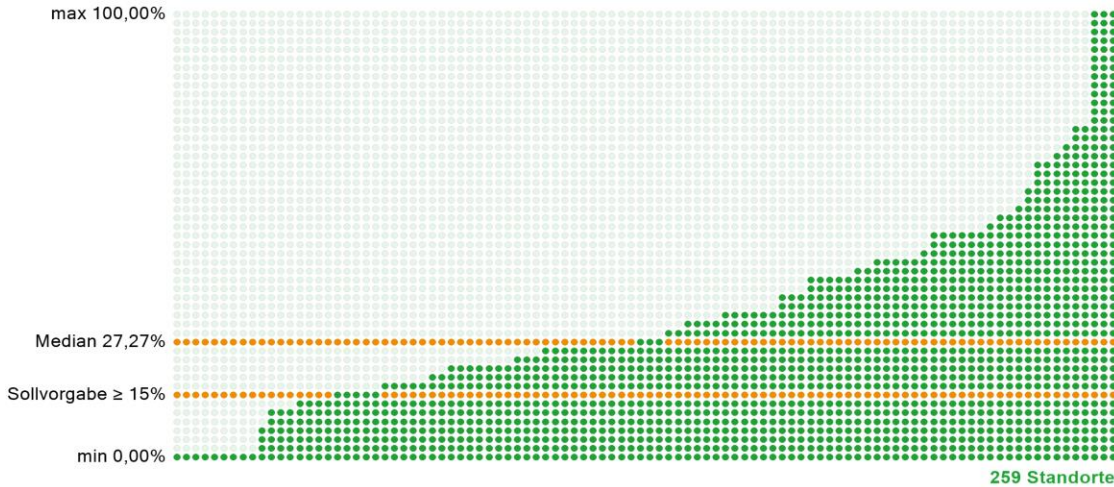


	2010	2011	2012	2013	2014
Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
Median	----	----	92,00%	96,55%	97,73%
25. Perzentil	----	----	60,99%	83,33%	88,24%
5. Perzentil	----	----	0,00%	41,34%	61,11%
Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	----	----

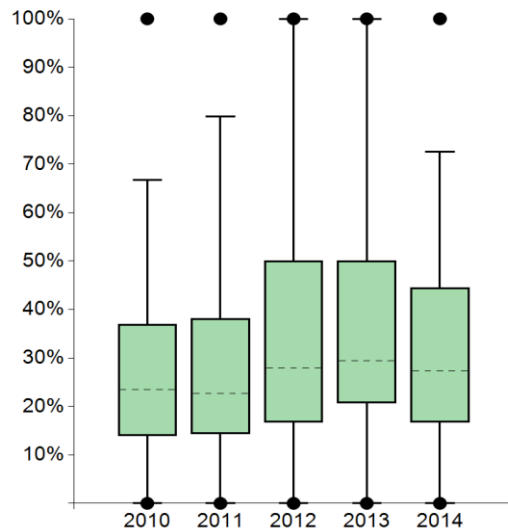
Anmerkungen:
Sehr gute Entwicklung der Kennzahl über den Verlauf der Zeit. Der Prozess ist zunehmend in den Zentren etabliert.

24. Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit KRK UICC Stad. IV, die eine Lebermetastasenresektion erhalten	2*	0 - 13
Nenner	Primärfälle mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK UICC Stad. IV	8*	1 - 62
Quote	Sollvorgabe ≥ 15%	27,27%	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.



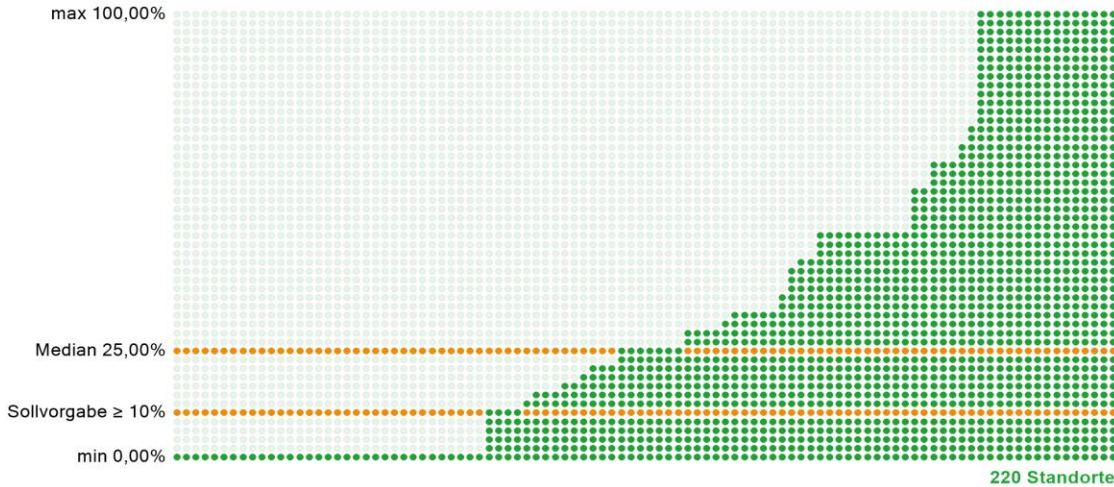
	2010	2011	2012	2013	2014
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	66,67%	79,86%	100%	100%	72,50%
75. Perzentil	36,93%	38,20%	50,00%	50,00%	44,44%
Median	23,53%	22,73%	27,92%	29,41%	27,27%
25. Perzentil	13,97%	14,29%	16,66%	20,72%	16,67%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
259	99,23%	205	79,15%

Anmerkungen:

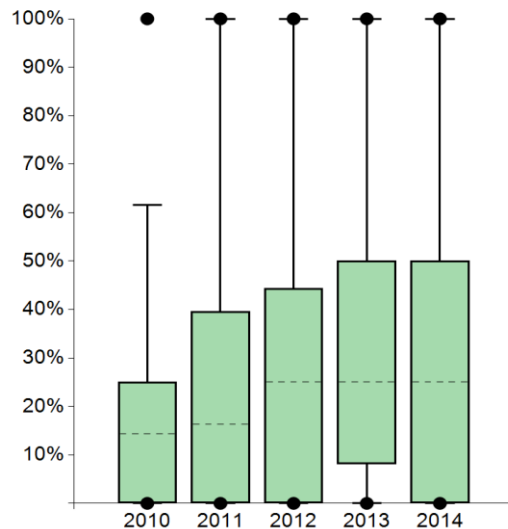
Insgesamt haben 712 Patienten mit ausschließlichen Lebermetastasen eine primäre Resektion erhalten. Als Begründungen für das Nicht-Erreichen der Kennzahl werden angegeben: diffuse Lebermetastasierung, Ablehnung durch Patienten, sekundäre Resektion nach Chemotherapie und Vorstellung in großen Zentren zur Resektion. Die Fälle wurden sehr ausführlich durch die Zentren aufgearbeitet und begründet. Die Auditoren haben die Begründungen als plausibel bewertet. Zu berücksichtigen ist der kleine Nenner der Kennzahl.

25. Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit KRK im UICC Stad. IV, bei denen nach Chemotherapie eine sekundäre Lebermetastasenresektion durchgeführt wurde	1*	0 - 11
Nenner	Primärfälle mit KRK UICC Stad. IV mit primär nicht resektablen, ausschließlichen Lebermetastasen, die eine Chemotherapie erhalten haben	4*	1 - 62
Quote	Sollvorgabe ≥ 10%	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.



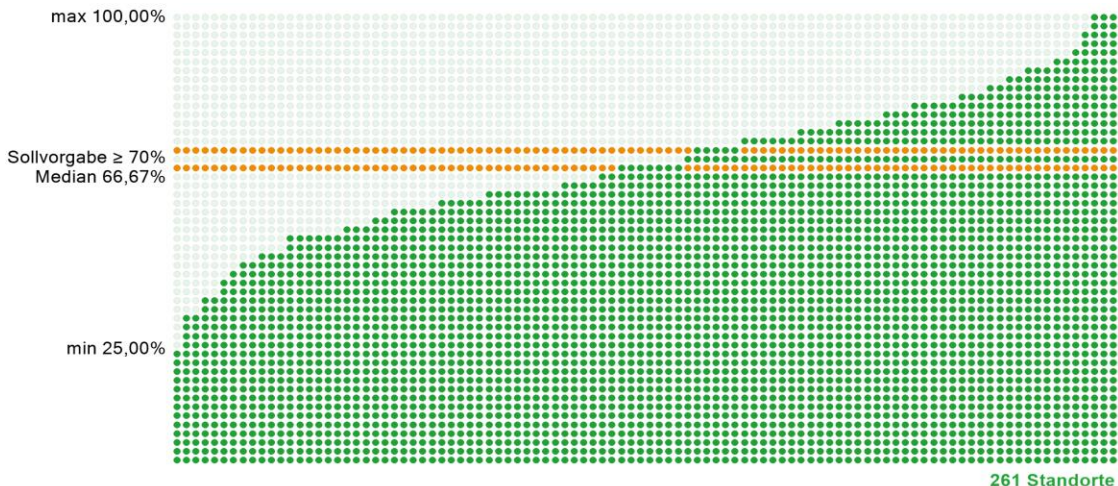
	2010	2011	2012	2013	2014
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	61,63%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	25,00%	39,62%	44,36%	50,00%	50,00%
Median	14,29%	16,34%	25,00%	25,00%	25,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	8,11%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
220	84,29%	146	66,36%

Anmerkungen:

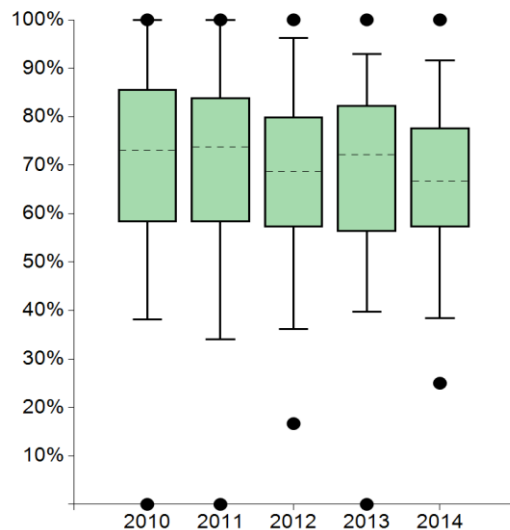
Im Kennzahlenjahr 2014 wurden 293 sekundäre Resektionen durchgeführt. Begründungen für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe waren: progrediente Metastasierung unter Chemotherapie sowie diffuse Metastasierung.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	9*	2 - 25
Nenner	Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	13*	5 - 35
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	66,67%	25,00% - 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.



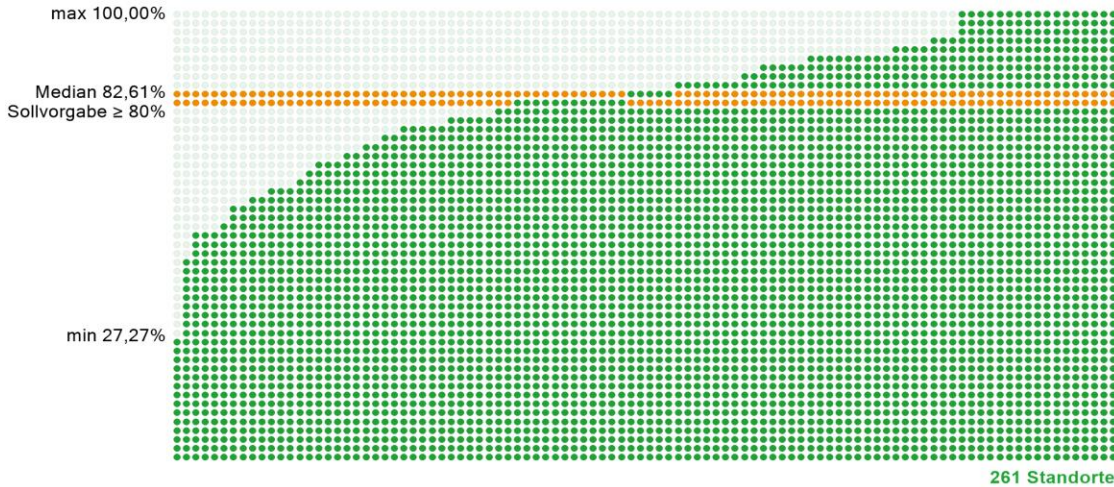
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	96,25%	92,95%	91,67%
75. Perzentil	85,71%	83,98%	80,00%	82,35%	77,78%
Median	73,03%	73,68%	68,75%	72,22%	66,67%
25. Perzentil	58,33%	58,33%	57,14%	56,25%	57,14%
5. Perzentil	38,13%	34,04%	36,11%	39,69%	38,46%
Min	0,00%	0,00%	16,66%	0,00%	25,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	117	44,83%

Anmerkungen:

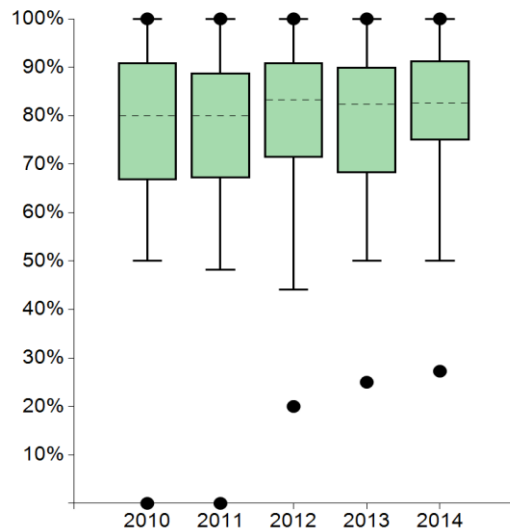
Der Median der Kennzahl nimmt über den Verlauf der Zeit ab. Zudem hat im Vergleich zum Vorjahr die Rate der durchgeführten adjuvanten Chemotherapien in mehr Zentren ab- und nicht zugenommen (131 Zentren vs. 108 Zentren mit Abnahme). Als Begründungen werden angegeben: Versterben der Patienten, Ablehnung durch Patienten, bestehende Komorbiditäten, Zweitkarzinome. Die Zentren legen den Auditoren die Fälle ausführlich und nachvollziehbar dar. Auch bei dieser Kennzahl ist der kleine Nenner zu berücksichtigen.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die eine neoadjuvante Radio- u. Radiochemotherapie erhalten haben	10*	2 - 36
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 operiert wurden (= klinisches UICC-Stadium II u. III)	12*	2 - 53
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	82,61%	27,27% - 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.



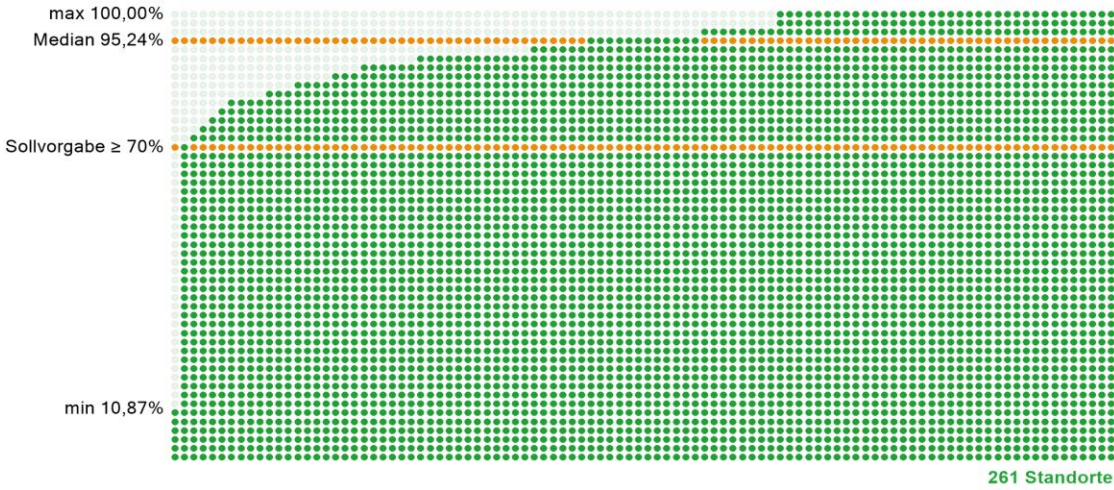
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
95. Perzentil	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
75. Perzentil	91,01%	88,89%	90,90%	90,00%	91,30%
Median	80,00%	80,00%	83,33%	82,35%	82,61%
25. Perzentil	66,67%	67,11%	71,42%	68,18%	75,00%
5. Perzentil	50,00%	48,17%	44,16%	50,00%	50,00%
Min	0,00%	0,00%	20,00%	25,00%	27,27%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	166	63,60%

Anmerkungen:

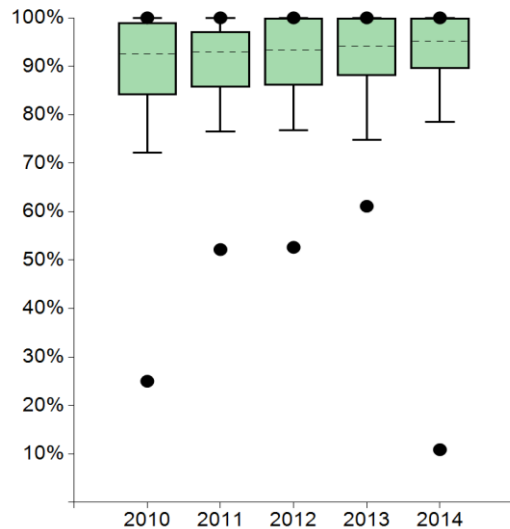
Die Umsetzung der Kennzahl bleibt über den Verlauf der Zeit annähernd unverändert. Sie wird jedoch besser erfüllt als die Kennzahl 26 (adjuvante Chemotherapien bei Kolon-Ca). Die Zentren begründen niedrige Raten mit: stenosierendem Tumor und damit Notwendigkeit zur OP, Ablehnung durch die Patienten, Multimorbidität, Zweitkarzinome, Teilnahme OCUM-Studie und Schwierigkeiten in der Abstimmung mit Kooperationspartnern. Maßnahmen: u.a. gemeinsame Aufklärungsgespräche Radioonkologe und Gastroenterologe.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intra mesorektale Einrisse) der TME	18*	5 - 71
Nenner	Patienten mit radikal operiertem RK	19*	6 - 78
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	95,24%	10,87% - 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.



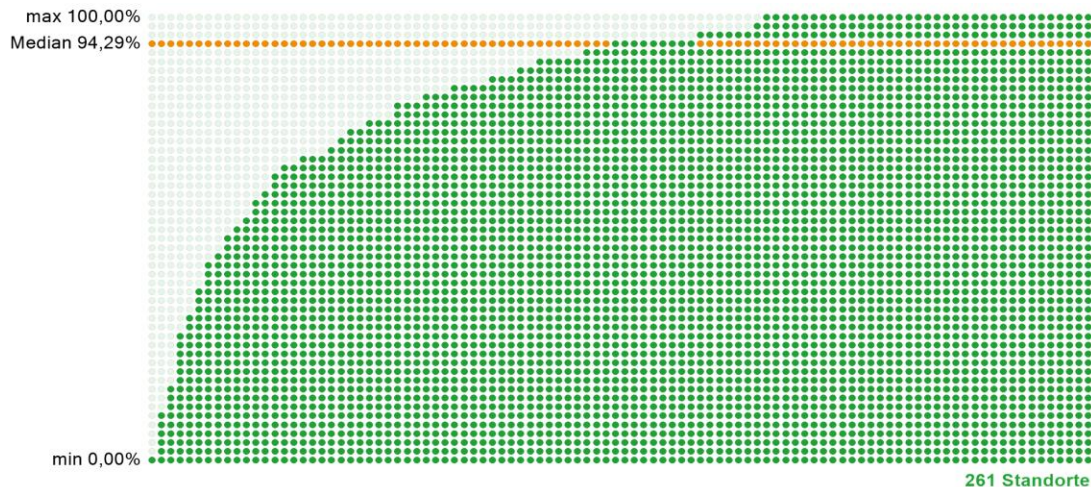
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	99,08%	97,16%	100%	100%	100%
Median	92,59%	92,98%	93,33%	94,12%	95,24%
25. Perzentil	84,05%	85,71%	86,04%	88,00%	89,47%
5. Perzentil	72,20%	76,56%	76,74%	74,84%	78,57%
Min	25,00%	52,17%	52,63%	61,11%	10,87%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	257	98,47%

Anmerkungen:

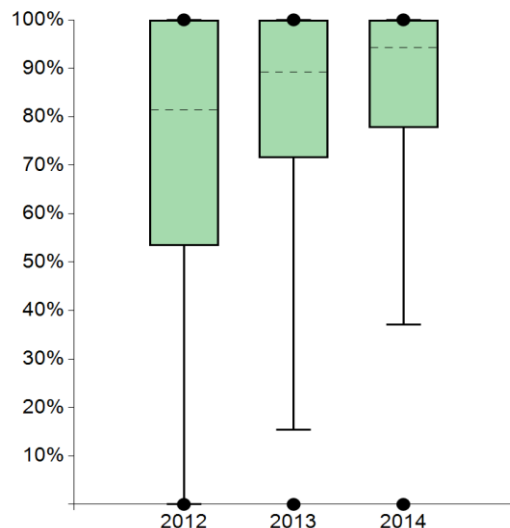
Die Qualität der TME-Präparate ist sehr gut. 4 Zentren erfüllen die Sollvorgabe nicht. Bei 2 dieser Zentren war die Schulung des Pathologen für die Dokumentation noch nicht erfolgt. Der Auditor hat eine Abweichung ausgesprochen. Alle Zentren mit auffälligen Werten im Vorjahr haben im Auditjahr 2015 die Sollvorgabe erreicht.

29. Angabe Resektionsrand (QI 4 der Leitlinie)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		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*	0 - 81
Nenner	Patienten mit RK, bei denen der Primärtumor in Form einer TME oder PME reseziert wurde	23*	8 - 100
Quote	Keine Sollvorgabe	94,29%	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.



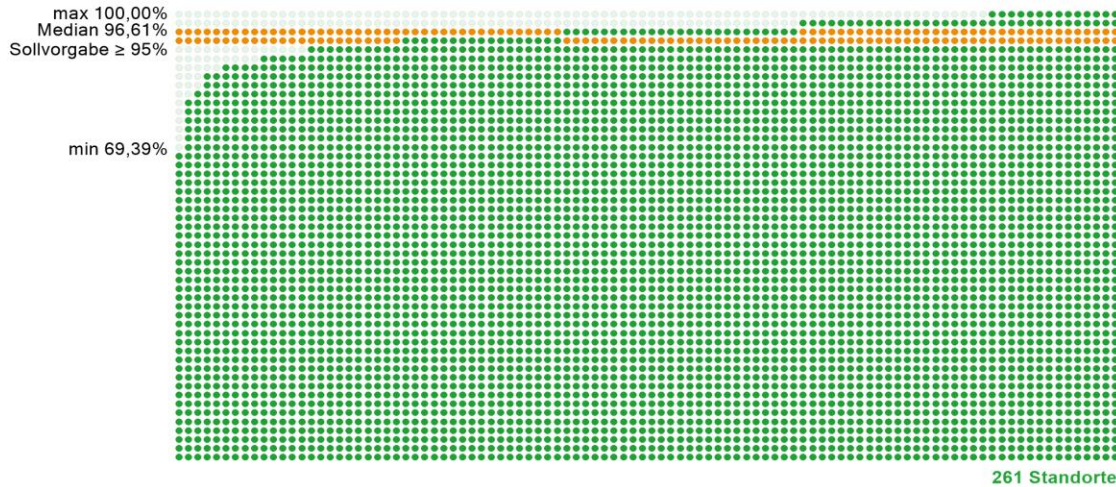
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
Median	----	----	81,45%	89,29%	94,29%
25. Perzentil	----	----	53,39%	71,43%	77,78%
5. Perzentil	----	----	0,00%	15,39%	37,14%
Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	----	----

Anmerkungen:

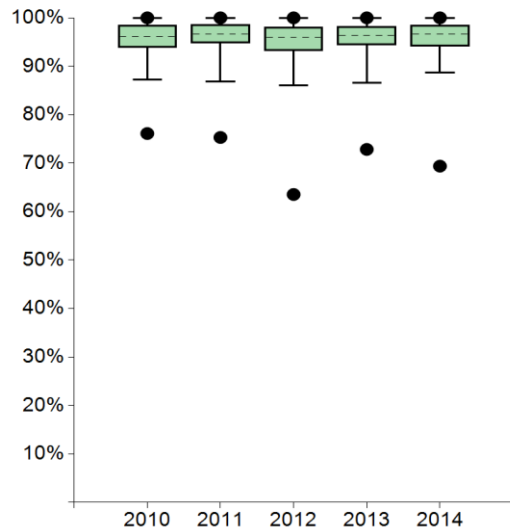
Die Angabe des Resektionsrandes aboral und zur zirkumferentiellen mesorektalen Resektionsebene ist immer besser in den Zentren etabliert. Die Auditoren haben durchgängig Feststellungen/Hinweise und Abweichungen ausgesprochen, wenn die Angaben nicht erfolgten. Die Zentren mit den niedrigsten Werten hatten alle im Vorjahr höhere Quoten. Umgesetzte Maßnahmen: Qualitätszirkel innerhalb des Zentrums zur Festlegung der Inhalte Pathologieberichte.

30. Lymphknotenuntersuchung (QI 2 der Leitlinie)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten	66*	35 - 213
Nenner	Patienten mit KRK, die eine Lymphadenektomie erhalten	68*	39 - 223
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,61%	69,39% - 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.



	2010	2011	2012	2013	2014
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,48%	98,65%	98,03%	98,25%	98,48%
Median	96,07%	96,61%	96,00%	96,34%	96,61%
25. Perzentil	93,90%	94,75%	93,15%	94,44%	94,12%
5. Perzentil	87,25%	86,81%	86,10%	86,53%	88,64%
● Min	76,12%	75,31%	63,54%	72,84%	69,39%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
261	100,00%	185	70,88%

Anmerkungen:

Insgesamt eine sehr gute Umsetzung des Qualitätsindikators. Begründung für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe ist v.a. die neoadjuvante Vorbehandlung der Patienten. Das Zentrum mit der niedrigsten Quote hat seit 2011 den Minimalwert. Das Zentrum hat interne Qualitätszirkel durchgeführt und der Auditor bestätigt erfolgreiche Anstrengungen für Auditjahr 2015.

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-A3-de; Stand 21.07.2016

DOI: 10.13140/RG.2.1.3543.9760

ISBN: 978-3-946714-01-9



9 783946 714019