



Kennzahlenauswertung 2024

Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Auditjahr 2023 / Kennzahlenjahr 2022

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Patient-Reported Outcomes	5
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2023	6
Berücksichtigte Standorte	7
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	8
Basisdatenauswertung	9
Kennzahlauswertungen	9
Kennzahl Nr. 1: Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	10
Kennzahl Nr. 2a: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)	11
Kennzahl Nr. 2b: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/ metachrone Metastasen	12
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung	13
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologisches Distress-Screening	14
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst	15
Kennzahl Nr. 6: Anteil Studienpat.	16
Kennzahl Nr. 7: KRK-Pat. mit Erfassung Familienanamnese (LL QI)	19
Kennzahl Nr. 8: Genetische Beratung	20
Kennzahl Nr. 9: Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	21
Kennzahl Nr. 10: RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK (LL QI)	22
Kennzahl Nr. 11: Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	23
Kennzahl Nr. 12: Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel (LL QI)	24
Kennzahl Nr. 13: Operative Primärfälle Kolon	25
Kennzahl Nr. 14: Operative Primärfälle Rektum	26
Kennzahl Nr. 15: Revisions-OPs Kolon	27
Kennzahl Nr. 16: Revisions-OPs Rektum	28
Kennzahl Nr. 17: Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)	29
Kennzahl Nr. 18: Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)	30
Kennzahl Nr. 19: Mortalität postoperativ	31
Kennzahl Nr. 20: Lokale R0-Resektionen Rektum	32
Kennzahl Nr. 21: Anzeichnung Stomaposition (LL QI)	33
Kennzahl Nr. 22a: Lebermetastasenresektion	34
Kennzahl Nr. 22b: Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums	35
Kennzahl Nr. 22c: Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums	36
Kennzahl Nr. 23: Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (LL QI)	37
Kennzahl Nr. 24: Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie (LL QI)	38
Kennzahl Nr. 25: Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) (LL QI)	39
Kennzahl Nr. 26: Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK (LL QI)	40
Kennzahl Nr. 27: Lymphknotenuntersuchung (LL QI)	41
Kennzahl Nr. 28: Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	42
Kennzahl Nr. 29: MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, postoperative Liegedauer)	43
Impressum	44

Allgemeine Informationen

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

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

In dem Inhaltsverzeichnis und in den jeweiligen Überschriften sind die Kennzahlen, die den Qualitätsindikatoren der evidenzbasierten Leitlinie entsprechen, besonders ausgewiesen. Die so gekennzeichneten Qualitätsindikatoren beruhen auf starken Empfehlungen der Leitlinien und sind durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet worden. Weiterführende Information: www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Die Qualitätsindikatoren (QIs) beziehen sich auf die Version 2.1 der S3-LL Kolorektales Karzinom.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	13*	1 - 99	5315
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	14*	1 - 102	5569
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	50,00% - 100%	95,44%**

Grunddaten Kennzahl:

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

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

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

In der Spalte **Pat. Gesamt** sind die Summe aller gemäß der Kennzahl behandelten Pat. sowie die dazugehörige Quote dargestellt.

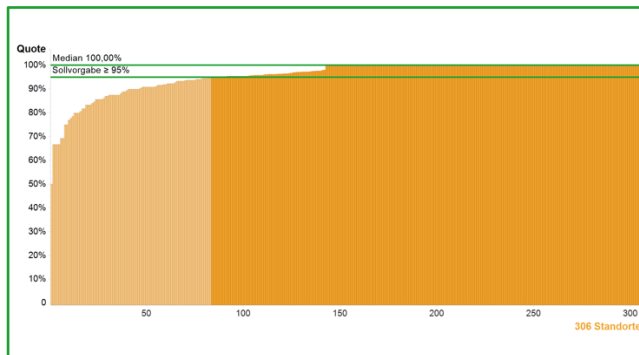
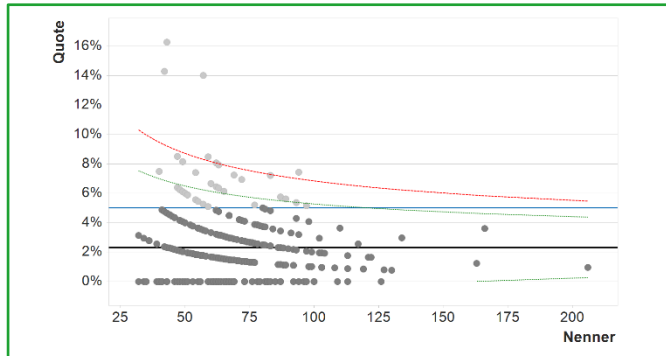


Diagramm:

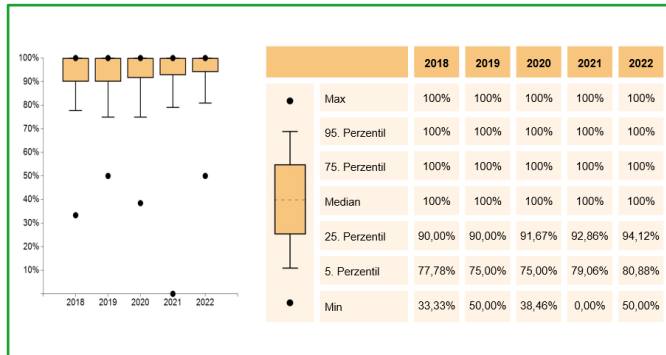
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



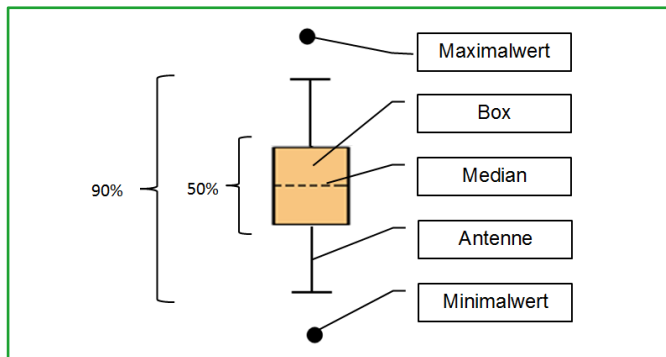
Funnel Plots:

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



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2018, 2019, 2020, 2021** und **2022** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



Boxplot:

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

Patient-Reported Outcomes

Interesse an weiteren Auswertungen zur Ergebnisqualität?

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

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

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

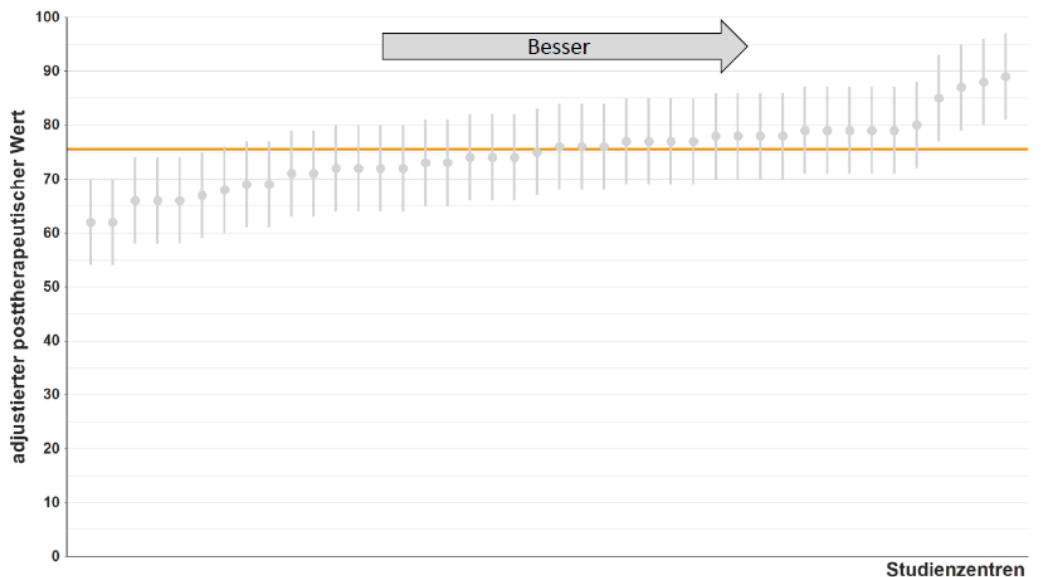
Die **Patient-Reported Outcomes-Berichte** finden Sie [hier](#).

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

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

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

Physische Funktion (nach elektiver Tumorresektion, Kolon)



Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2023

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
Laufende Verfahren	7	10	12	5	9	4
Zertifizierte Zentren	312	310	305	298	285	283
Zertifizierte Standorte	318	315	312	305	292	291
Darmkrebszentren mit 1 Standort	308	307	300	293	280	278
2 Standorte	2	1	3	3	3	3
3 Standorte	2	2	2	2	2	1
4 Standorte	0	0	0	0	0	1

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2023	31.12.2022	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	306	297	301	296	284	284
entspricht	96,2%	94,3%	96,5%	97,1%	97,3%	97,6%
Primärfälle gesamt*	27.595	26.993	26.998	28.595	27.802	26.804
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	90	91	90	97	98	94
Primärfälle pro Standort (Median)*	85	84	83	92	90	88

* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

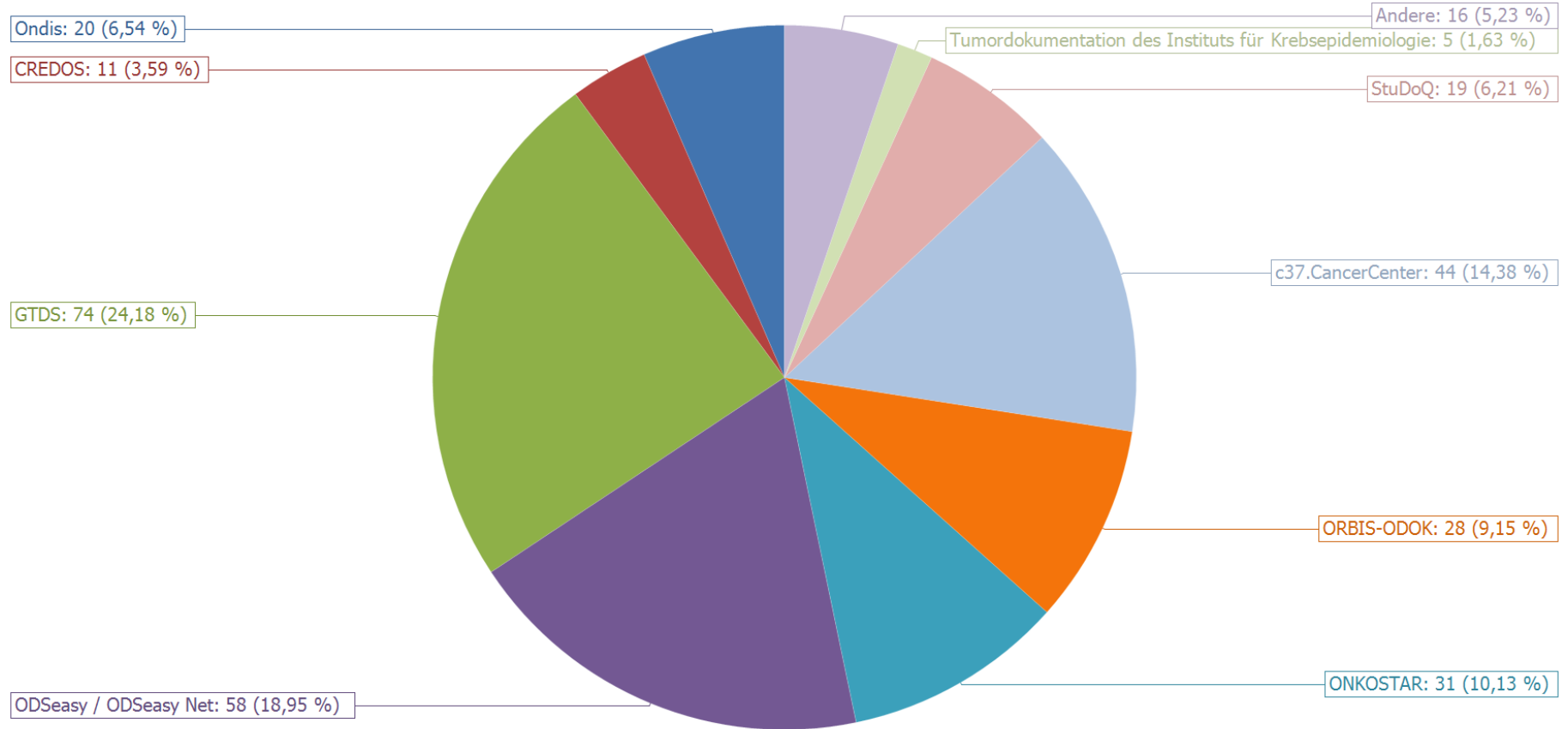
Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Darmkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 306 der 318 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 8 Standorte, die im Jahr 2023 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). Zudem wurden 2 Standorte nicht berücksichtigt, bei welchen zum Datenschluss am 31.01.2024 kein freigegebenes Datenblatt vorlag. Bei 2 weiteren Standorten wurde das Zertifikat im 1. Quartal 2024 ausgesetzt, 2023 wurde bereits kein Audit mehr durchgeführt und auch kein Datenblatt eingereicht.

In den 316 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 28.275 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2022. Sie stellen für die in 2023 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

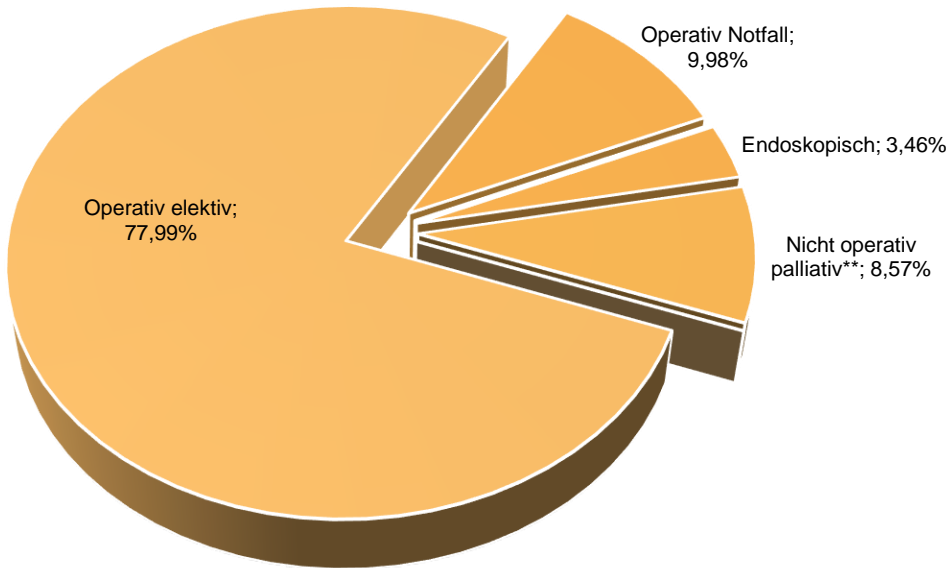


Legende:	
Andere	System in ≤ 4 Standorten genutzt

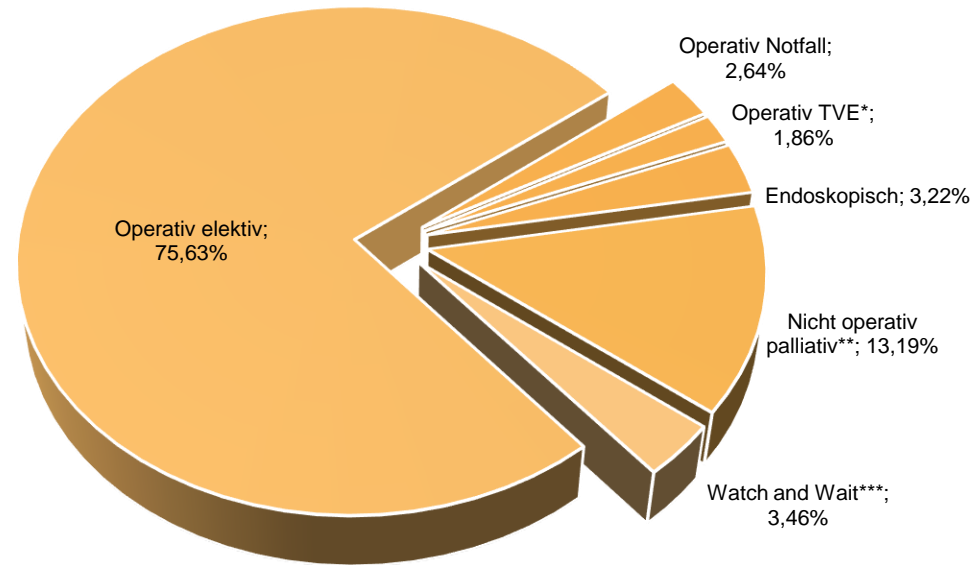
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten

Kolon



Rektum



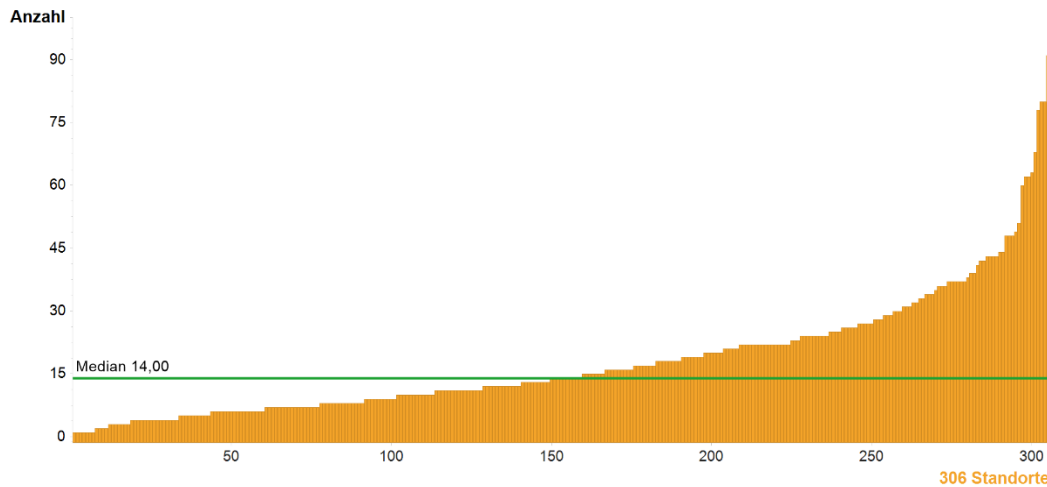
	Operativ elektiv	Operativ Notfall	Operativ TVE*	Endoskopisch	Nicht operativ palliativ**	Watch and Wait (Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ)***	Gesamt
Kolon	14.012 (77,99%)	1.794 (9,98%)	---	621 (3,46%)	1.540 (8,57%)	0 (0,00%)	17.967 (100%)
Rektum	7.282 (75,63%)	254 (2,64%)	179 (1,86%)	310 (3,22%)	1.270 (13,19%)	333 (3,46%)	9.628 (100%)
Primärfälle gesamt	21.294	2.048	179	931	2.810	333	27.595

* Operativ Transanale Vollwandexzision

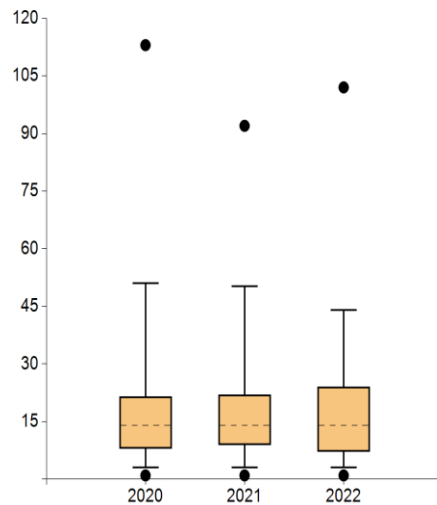
** Nicht operativ palliativ: Keine Tumorresektion; palliative Strahlen-/Chemotherapie oder Best Supportive Care

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

1. Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen	14	1 - 102	5569
	Keine Sollvorgabe			

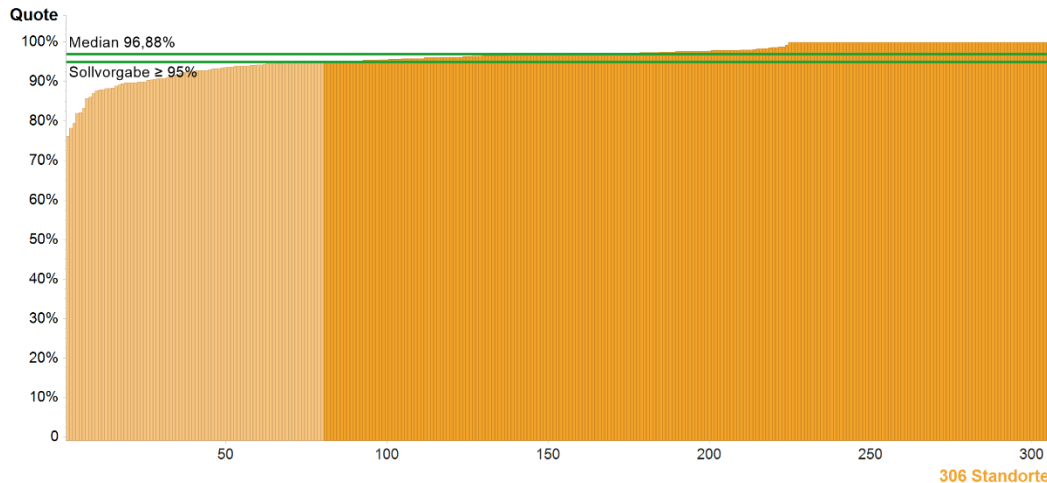


	2018	2019	2020	2021	2022
Max	----	----	113,00	92,00	102,00
95. Perzentil	----	----	51,00	50,25	44,00
75. Perzentil	----	----	21,50	22,00	24,00
Median	----	----	14,00	14,00	14,00
25. Perzentil	----	----	8,00	9,00	7,25
5. Perzentil	----	----	3,00	3,00	3,00
Min	----	----	1,00	1,00	1,00

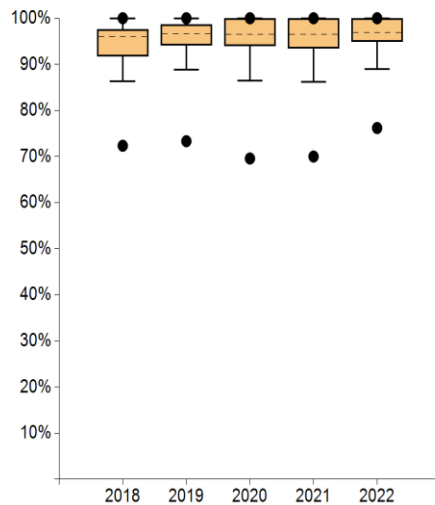
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	----	----

Anmerkungen:
Diese Kennzahl wird seit dem 2020 erhoben. Pro Standort wurden im Median 14 Patienten mit neu aufgetretenen Rezidiven und/oder Metastasen therapiert. Es zeigen sich keine wesentlichen Änderungen im Vergleich zu den Vorjahren.

2a. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	36*	13 - 131	11882
Nenner	Elektive Pat. mit RK und alle elektiven Pat. mit KK Stad. IV	37*	14 - 132	12339
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,88%	76,19% - 100%	96,30%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,61%	98,58%	100%	100%	100%
Median	95,96%	96,67%	96,55%	96,55%	96,88%
25. Perzentil	91,77%	94,09%	93,94%	93,48%	94,86%
5. Perzentil	86,36%	88,89%	86,42%	86,21%	88,97%
Min	72,34%	73,33%	69,57%	70,00%	76,19%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	226	73,86%

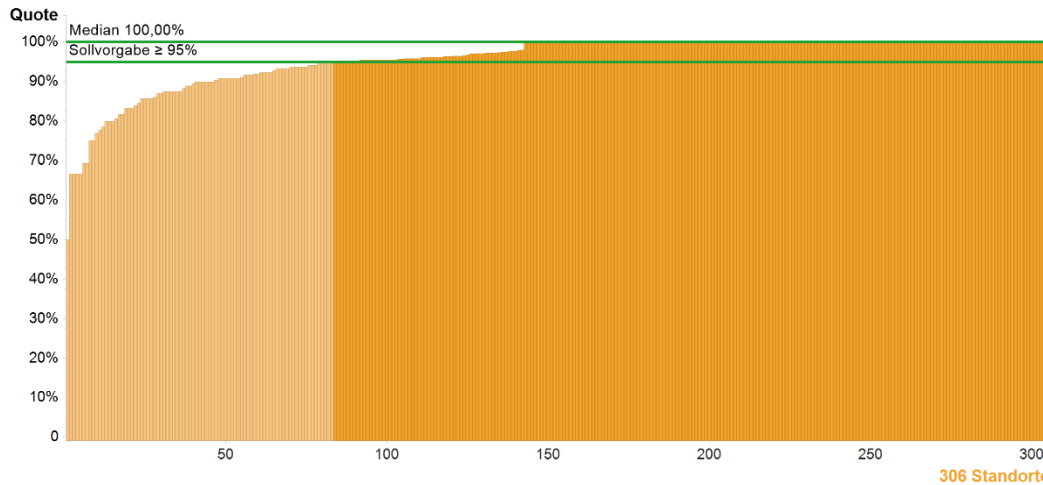
Anmerkungen:

Die Rate der prätherapeutischen Fallvorstellungen zeigt sich auf hohem Niveau stabil (97% im Median). 80 Zentren (Vorjahr: 95) verfehlten die Sollvorgabe. Bei 121 Fällen begründeten die Zentren die Nicht-Vorstellung mit erst intra- oder postoperativ diagnostizierten Malignomen bzw. Metastasierungen. Dringliche Eingriffe (Stenosesymptomatik) führten 24 Zentren begründend an. 32 präoperativ als Sigmakarzinom gewertete Fälle stellten sich intraoperativ als Rektumkarzinom heraus und 32x wurde die Vorstellung versäumt. Die Fachexperten empfahlen in Hinweisen die Einführung von Ad-hoc-Konferenzen sowie Schulungen.

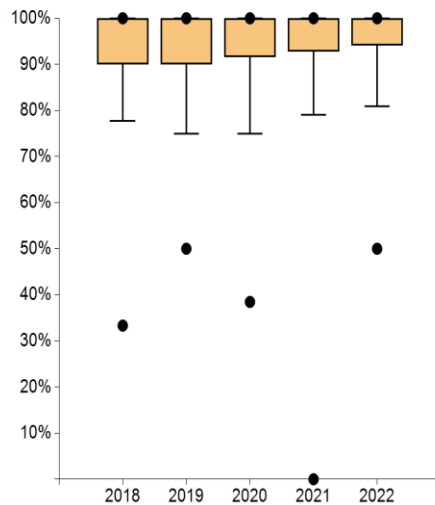
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

2b. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/ metachrone Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	13*	1 - 99	5315
Nenner	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	14*	1 - 102	5569
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	50,00% - 100%	95,44%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	90,00%	90,00%	91,67%	92,86%	94,12%
5. Perzentil	77,78%	75,00%	75,00%	79,06%	80,88%
Min	33,33%	50,00%	38,46%	0,00%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	223	72,88%

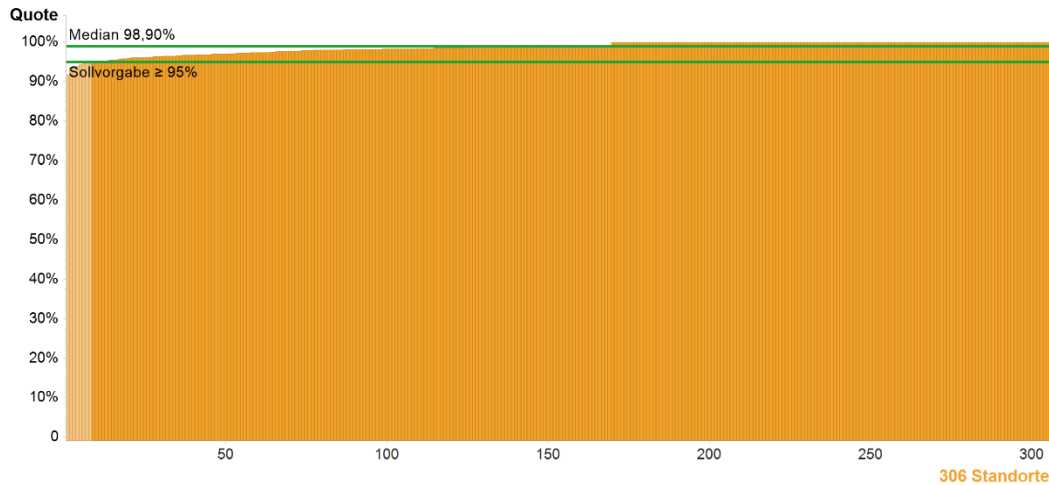
Anmerkungen:

Der Median von 100% in den letzten Jahren belegt die hohe Durchdringung dieser KeZa. Im Vergleich zum Vorjahr (99) verfehlten 16 Standorte weniger (83) die Sollvorgabe. Eine Vorstellung unterblieb hauptsächlich aufgrund von eigenen Versäumnissen oder Versäumnissen (39x) durch Kooperationspartner (16x), palliativer Situation (19x), intraoperativen Zufallsbefunden neuer Metastasen (15x), Notfalleingriffen (13x) und dem Tod der Patienten (12x). Die Fachexperten wiesen darauf hin, dass bei neu aufgetretenen Metastasen im kurativen Setting eine prätherap. Vorstellung erfolgen muss, jedoch bei Progress/weiteren Metastasen in palliativer Situation keine erneute Vorstellung notwendig ist.

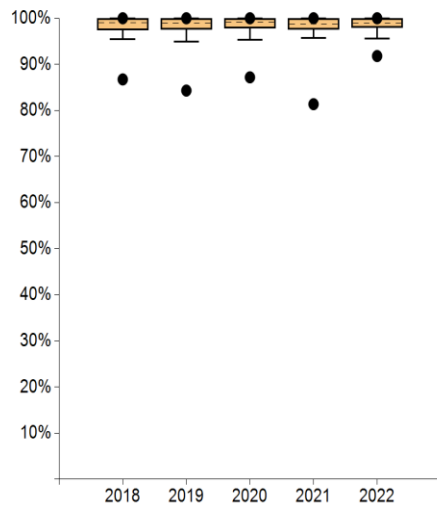
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	75,5*	35 - 214	24122
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	76*	35 - 214	24452
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,90%	91,80% - 100%	98,65%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	98,97%	98,83%	99,14%	98,78%	98,90%
25. Perzentil	97,45%	97,59%	97,85%	97,53%	97,94%
5. Perzentil	95,49%	94,93%	95,31%	95,71%	95,61%
Min	86,73%	84,31%	87,18%	81,36%	91,80%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	298	97,39%

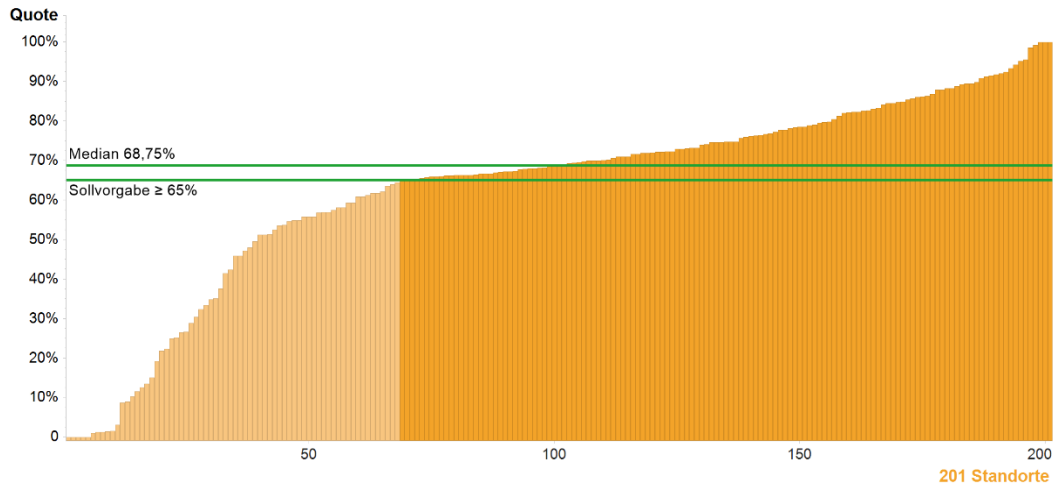
Anmerkungen:

Auch die Erfüllung dieser KeZa bleibt konsequent hoch. Wie im Vorjahr unterschritten nur 8 Zentren die Sollvorgabe von $\geq 95\%$. 137 (Vorjahr 122) von 306 Zentren erreichten dagegen eine Quote von 100%. Die Zentren unterhalb der Sollvorgabe verwiesen vor allem auf unmittelbar postoperativ verstorbene Pat. (25 Patienten). 3 Zentren gaben eine therapeutische Koloskopie mit Versäumnis der posttherapeutischen Vorstellung an.

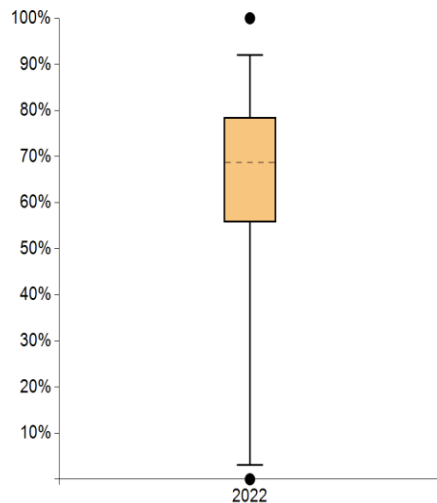
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

4. Psychoonkologisches Distress-Screening



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die psychoonkologisch gescreent wurden	65*	0 - 228	13479
Nenner	Primärfälle Gesamt + Pat. mit neuauftretenem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	100*	47 - 325	21731
Quote	Sollvorgabe ≥ 65%	68,75%	0,00% - 100%	62,03%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	92,06%
75. Perzentil	----	----	----	----	78,49%
Median	----	----	----	----	68,75%
25. Perzentil	----	----	----	----	55,81%
5. Perzentil	----	----	----	----	3,03%
Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
201	65,69%	133	66,17%

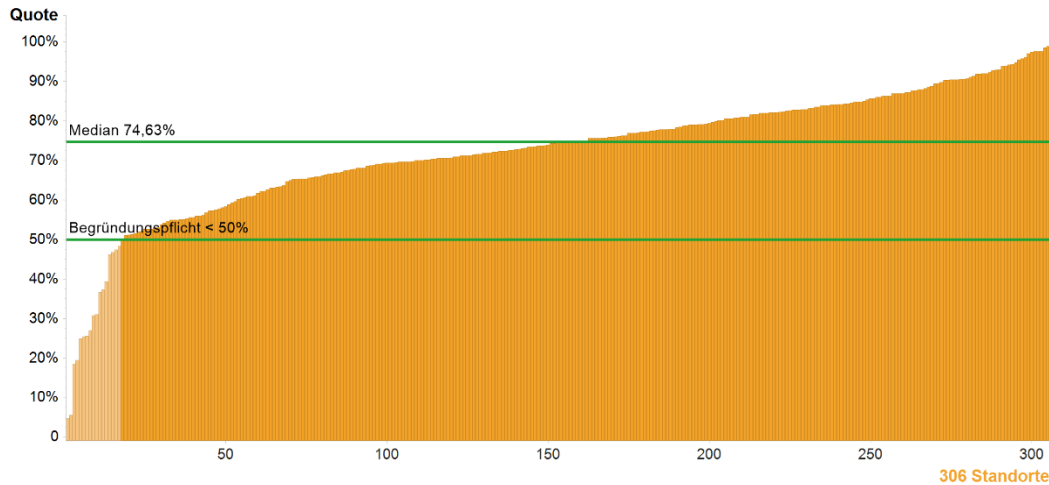
Anmerkungen:

Die Kennzahl wurde im aktuellen Kennzahlenjahr erstmals erfasst, wobei den Zentren die Option zur Angabe überlassen wurde. Von den 306 Standorten haben 201 Zentren Daten hierzu angegeben. 68 Zentren blieben unterhalb der Quote von 65%. In den meisten Fällen (31 Zentren) wurde darauf hingewiesen, dass ein Großteil der Patienten ein psychoonkologisches Konsil gemäß den Vorgaben des Vorjahres erhielt, der Prozess des Screenings jedoch noch nicht etabliert war. Vier Zentren merkten an, dass der Rücklauf der Bögen von den Patienten bzw. der Bedarf nur gering war.

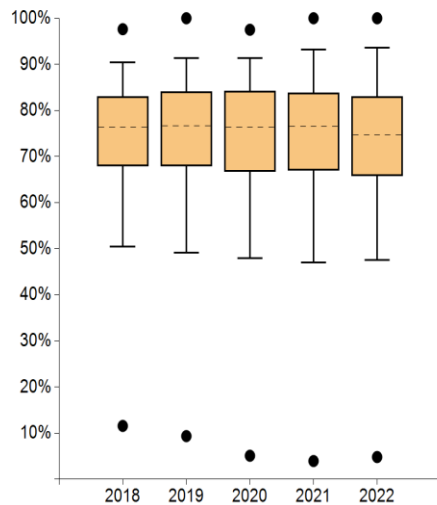
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	74*	4 - 256	23714
Nenner	Primärfälle Gesamt + Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	100*	41 - 325	33164
Quote	Begründungspflicht*** <50%	74,63%	4,82% - 100%	71,51%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	97,62%	100%	97,50%	100%	100%
95. Perzentil	90,37%	91,28%	91,36%	93,24%	93,63%
75. Perzentil	83,04%	84,10%	84,21%	83,78%	82,97%
Median	76,45%	76,61%	76,36%	76,58%	74,63%
25. Perzentil	67,95%	67,93%	66,67%	66,96%	65,79%
5. Perzentil	50,43%	49,19%	48,00%	46,99%	47,60%
Min	11,57%	9,36%	5,10%	3,95%	4,82%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	289	94,44%

Anmerkungen:

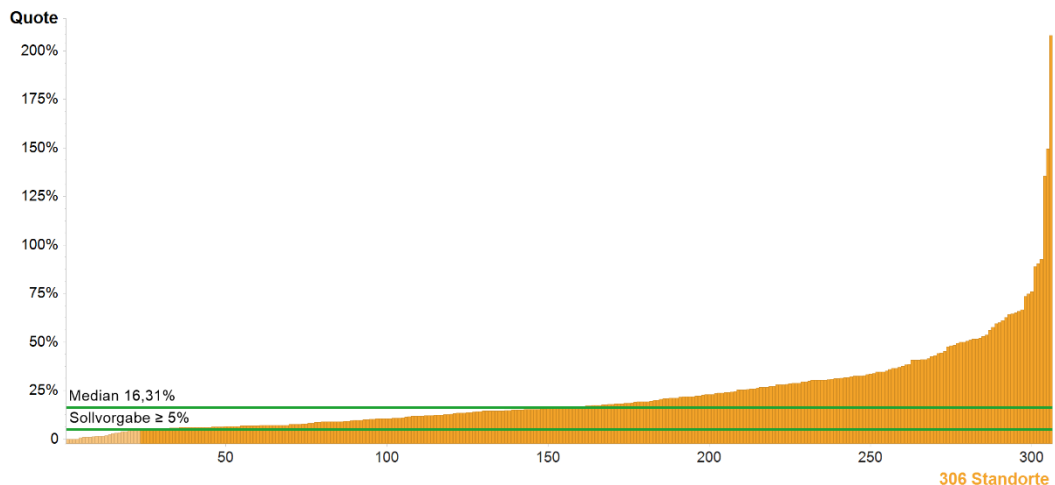
Ein leichter Rückgang des Medians dieser KeZa auf 74,6% im Vergleich zu den Vorjahren ist zu verzeichnen. Die Zahl der Zentren unterhalb der Plausibilitätsgrenze bleibt mit 17 (Vorjahr 18) nahezu konstant. Davon befanden sich 12 Standorte im deutschsprachigen Ausland (Vorjahr 9), wo unterschiedliche Rechtsansprüche und Zuständigkeiten gelten. In 5 Zentren traten Organisationsprobleme und Personalengpässe auf. Diese Zentren erhielten teilweise kritische Hinweise von den Fachexperten oder reagierten bereits auf die Nichterfüllung der KeZa durch Neueinstellungen von Fachkräften oder Umstrukturierungen der Prozesse.

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

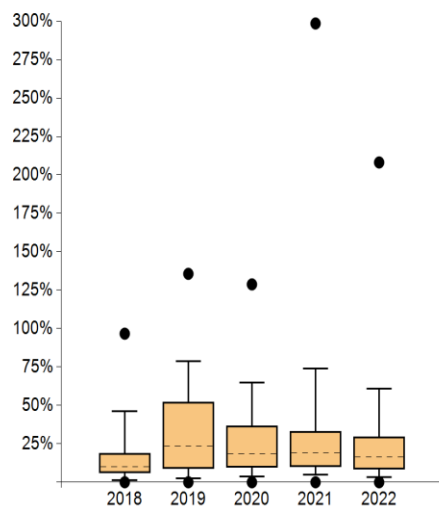
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

6. Anteil Studienpat.



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat., die in eine Studie mit Ethikvotum oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden	13*	0 - 260	6261
Nenner	Primärfälle gesamt	85*	39 - 262	27595
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	16,31%	0,00% - 208,11%	22,69%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	96,67%	135,64%	128,75%	298,53%	208,11%
95. Perzentil	46,19%	78,65%	64,96%	73,83%	60,79%
75. Perzentil	18,85%	52,28%	36,54%	32,95%	29,64%
Median	9,93%	23,63%	18,45%	19,09%	16,31%
25. Perzentil	5,97%	9,02%	9,68%	10,23%	8,36%
5. Perzentil	1,49%	2,61%	3,65%	4,79%	3,24%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	283	92,48%

Anmerkungen:

Nachdem die Studienquote im Vorjahr wieder leicht anstieg, zeigt sich nun ein erneuter Rückgang auf einen Median von 16,3%. Dieser Trend erstreckt sich über alle Perzentile und führt zu einer vermehrten Verfehlung der Sollvorgabe (23 Zentren) im Vorjahresvergleich (16). Hauptsächlich wurden organisatorische Probleme (12x) als Ursache angegeben, was zu Abweichungen (2x) und mehreren kritischen Hinweisen durch die FE führte. Zusätzlich verwiesen 7 Zentren auf nicht in der StudyBox gelistete oder geschlossene Studien. Als Maßnahmen wurden insbesondere die Restrukturierung der Studienzentren ergriffen, was in vielen Fällen bereits zur Sicherung der Sollvorgabe für das Folgeaudit führte.

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

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

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Individueller Jahresbericht - Standortspezifische Kennzahlenauswertung eines Zentrums

Was ist der individuelle Jahresbericht?

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

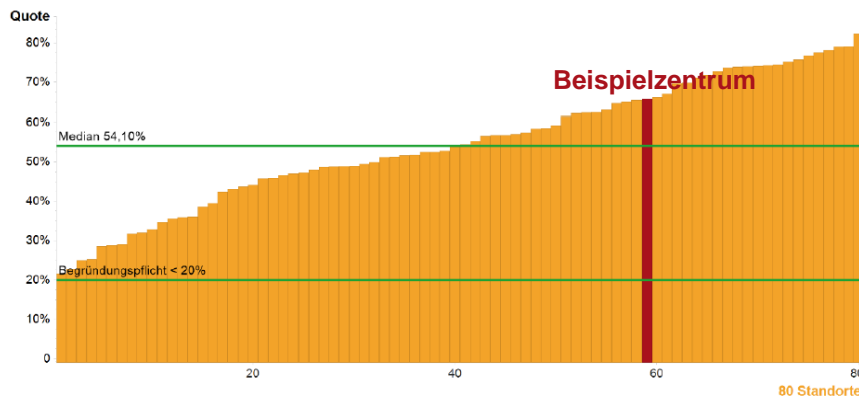
Inhalte und Gestaltung eines individuellen Jahresberichtes orientieren sich an den allgemeinen Jahresberichten. Ein Beispiel für einen individuellen Jahresbericht ist auf www.onkoziert.de unter Allgemeine Informationen / Jahresberichte zugänglich.

Wer kann den individuellen Jahresbericht erhalten?

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

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

Für Onkologische Zentren ist aktuell nur der allgemeine Jahresbericht verfügbar.



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

	Kennzahldefinition	Beispielzentrum				
		2018	2019	2020	2021	2022
Zähler	Pat. des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	219	263	220	240	237
Nenner	Primärfälle (= Kennzahl 1a) + Pat. mit neu aufgetretenem Rezidiv (Lokal, regionale LK-Metastasen) und/ oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1b)	321	362	331	355	360
Quote	Begründungspflicht* <20%	68,22%	72,65%	66,47%	67,61%	65,83%

Individuelle Entwicklung des Beispielzentrums im Zeitverlauf

Auszug aus einem individuellen Jahresbericht (Kennzahl Beratung Sozialdienst)

Individueller Jahresbericht - Benchmark

Wie kann man den individuellen Jahresbericht erhalten?

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

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

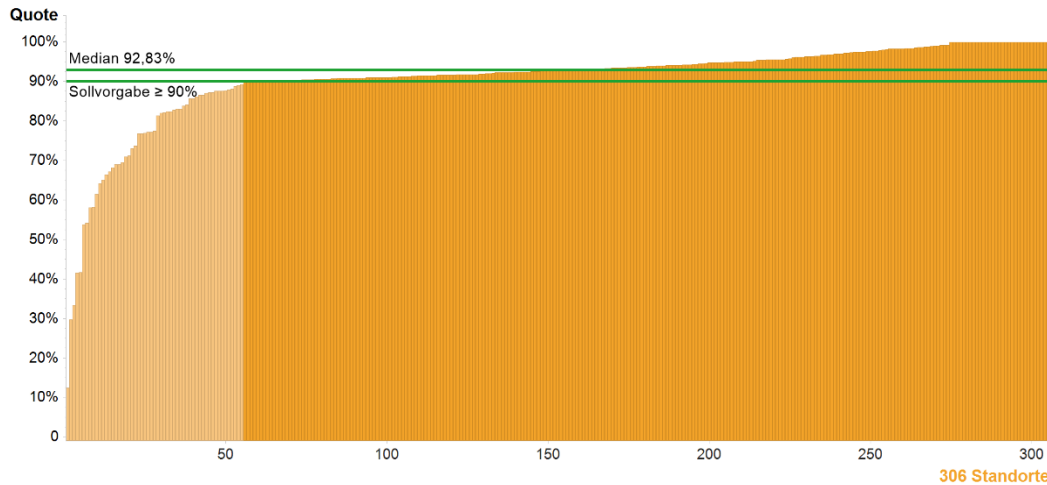
Darm-, Prostata- und Gynäkologische Krebszentren

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

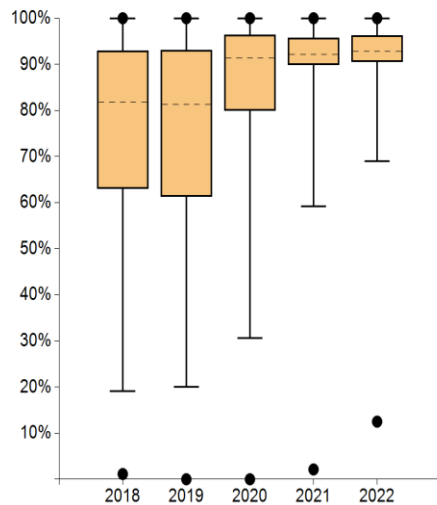
Alle anderen Organkrebszentren / Module

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit ausgefülltem Pat.fragebogen (https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html unter dem Punkt Darmkrebs)	79*	5 - 242	25047
Nenner	Primärfälle gesamt	85*	39 - 262	27595
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	92,83%	12,50% - 100%	90,77%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	92,99%	93,05%	96,33%	95,65%	96,30%
Median	81,82%	81,25%	91,30%	92,19%	92,83%
25. Perzentil	62,97%	61,33%	80,00%	89,87%	90,53%
5. Perzentil	19,10%	20,00%	30,56%	59,14%	68,98%
Min	1,14%	0,00%	0,00%	2,13%	12,50%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	251	82,03%

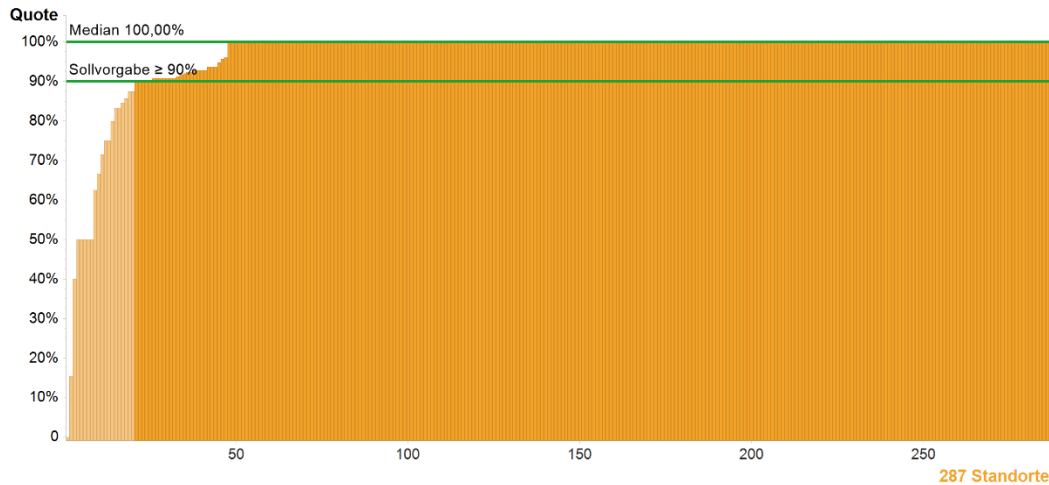
Anmerkungen:

Die positive Tendenz der Kennzahl setzt sich fort und zeigt sich sowohl im Median als auch in allen Perzentilen. 55 Zentren verfehlten die Sollvorgabe, im Vergleich zu 75 im Vorjahr. 19 Standorte gaben an, bisher keine strukturierte Erfassung durchgeführt zu haben, was in 3 Fällen zu Abweichungen führte (Vorjahr 6). 14x wurde eine Schnittstellenproblematik angegeben, da die an der Behandlung beteiligte Fachabteilungen die Erfassung nicht vorgenommen hatten. Weitere 23 Zentren nannten Notfälle, Demenz und das Versterben der Patienten als Gründe. Als Maßnahmen wurden Prozess- und IT-Anpassungen, wie die Einführung von Pflichtfeldern in der Dokumentation, Qualitätszirkel, SOPs und Schulungen ergriffen.

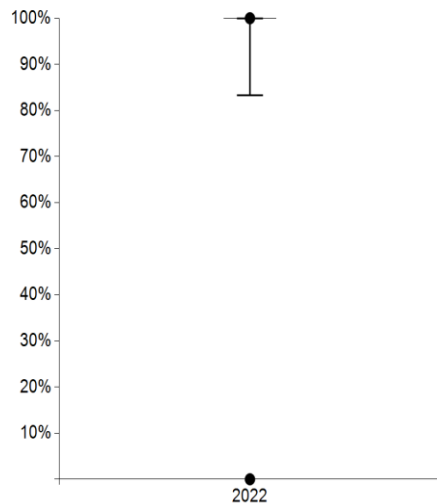
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

8. Genetische Beratung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, denen eine Vorstellung zur genetischen Beratung empfohlen wurde	5*	0 - 54	1822
Nenner	Primärfälle mit pos. Pat.fragebogen und MSI	5*	1 - 54	1897
Quote	Sollvorgabe \geq 90%	100%	0,00% - 100%	96,05%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	100%
5. Perzentil	----	----	----	----	83,33%
Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
287	93,79%	267	93,03%

Anmerkungen:

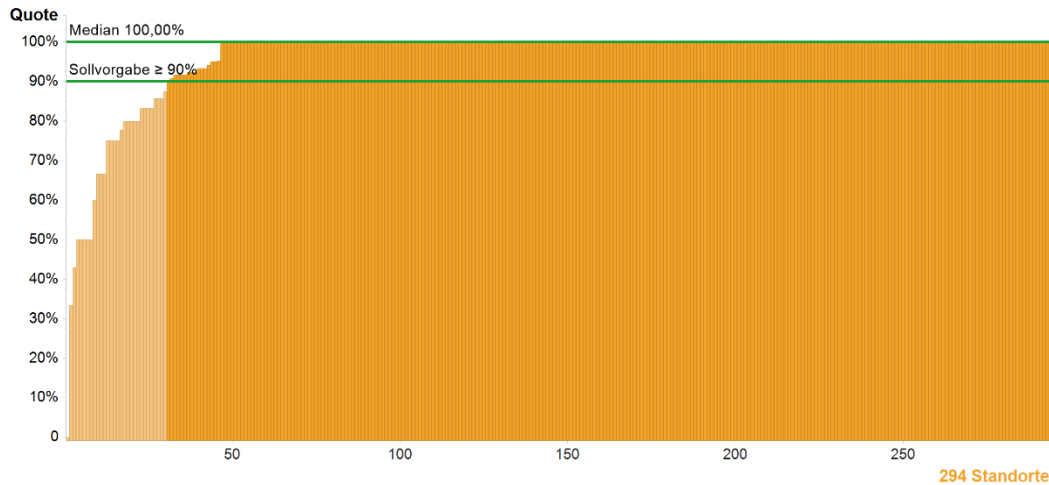
Diese Kennzahl hat im aktuellen Betrachtungszeitraum eine Änderung erfahren: Im Nenner werden nun die Pat. mit pos. FA UND MSI gezählt. Standorte mit unklarer Plausibilität (19 von 306) aufgrund des Fehlens der FA werden in obiger Statistik nicht berücksichtigt.

Es zeigt sich, dass in Zentren mit etablierten Prozessen zur Erfassung der FA auch eine konsequente Empfehlung zur genetischen Beratung erfolgt (Median 100%). 20 Zentren verfehlten die Sollvorgabe. Ursächlich werden vorwiegend Versäumnis (8x), fehlende Angehörige des Pat. (5x) und Dokumentationsfehler (4x) angegeben.

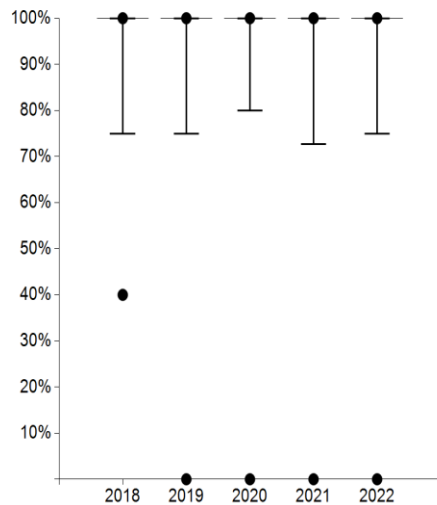
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

9. Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine	5*	0 - 23	1594
Nenner	Pat. mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre	5*	1 - 23	1649
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	0,00% - 100%	96,66%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
5. Perzentil	75,00%	75,00%	80,00%	72,68%	75,00%
Min	40,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
294	96,08%	264	89,80%

Anmerkungen:

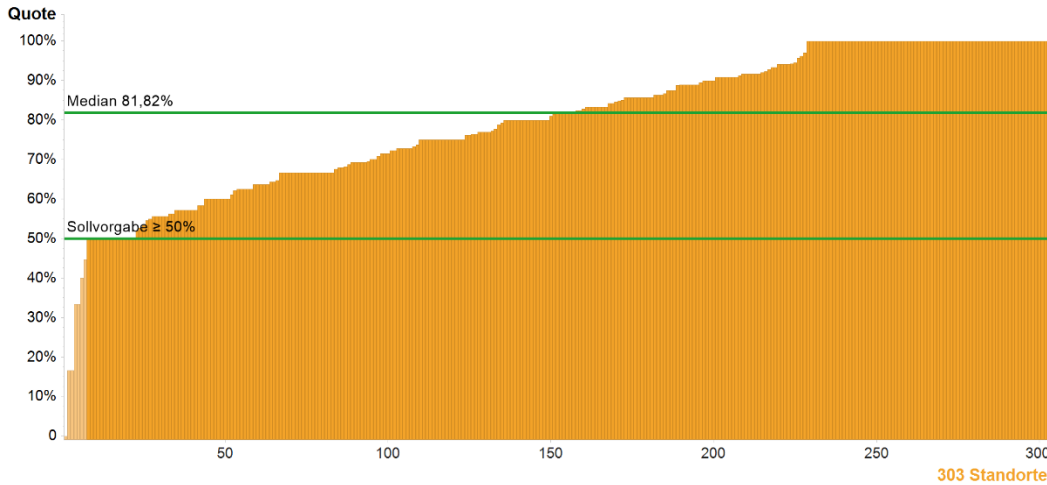
Bei der Erfüllung dieser Kennzahl fanden sich keine wesentlichen Änderungen zu den Vorjahren. 30 Zentren verfehlten die Sollvorgabe (Vorjahr 35). Als Begründung wurde v.a. Versäumnis (6x), fehlendes Tumormaterial (nach Neoadjuvant (WW) oder endoskopischer Abtragung, 5x), fehlende Konsequenz bei Stadium I (5x) und Patientenwunsch (4x) angegeben.

Das Zentrum mit einer Quote von 0% hatte lediglich einen Pat. im Nenner.

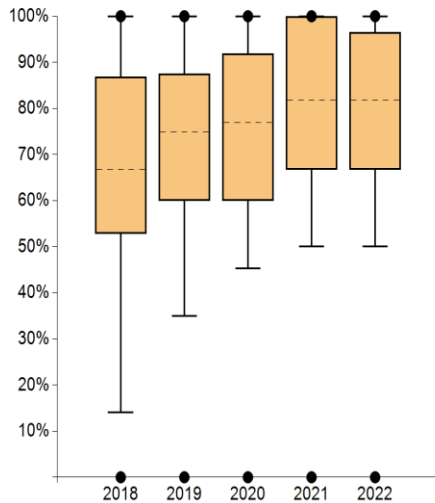
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Bestimmung RAS- (= KRAS u. NRAS-Mutationen) sowie BRAF-Mutation zu Beginn der Erstlinientherapie	9*	0 - 106	3346
Nenner	Pat. mit metastasiertem KRK und systemischer Erstlinientherapie	11*	1 - 107	4186
Quote	Sollvorgabe ≥ 50%	81,82%	0,00% - 100%	79,93%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	86,88%	87,50%	91,92%	100%	96,56%
Median	66,67%	75,00%	76,92%	81,82%	81,82%
25. Perzentil	52,80%	60,00%	60,00%	66,67%	66,67%
5. Perzentil	14,08%	35,00%	45,30%	50,00%	50,00%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

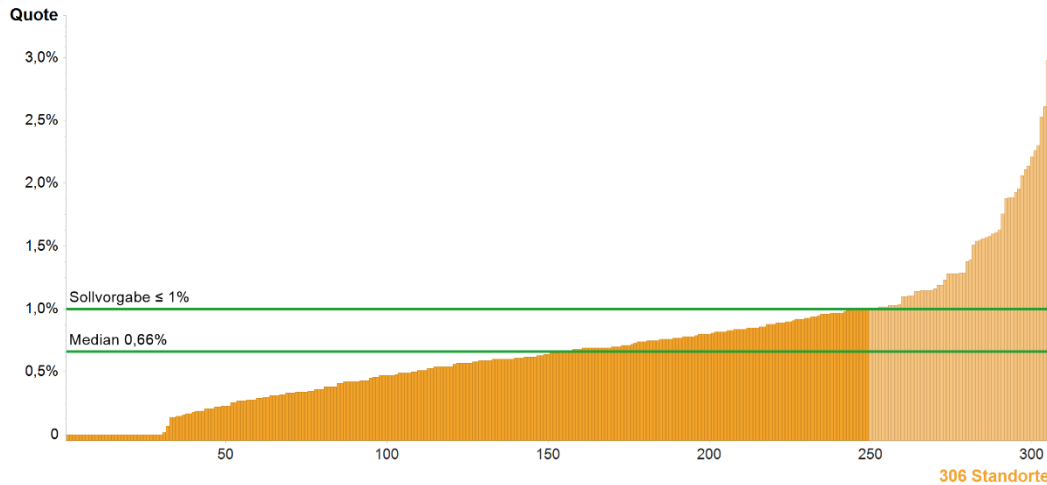
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
303	99,02%	296	97,69%

Anmerkungen:

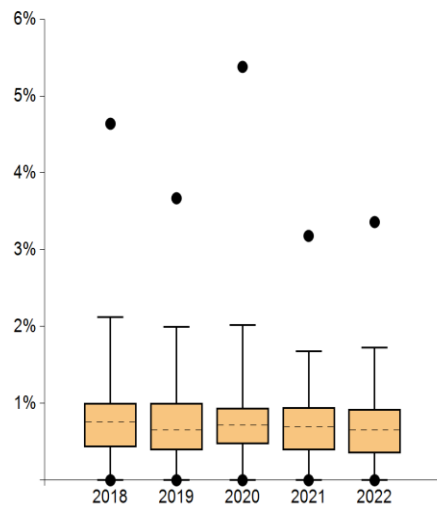
Nach einer positiven Entwicklung dieser Kennzahl seit 2018 zeigt sie sich im Vergleich zum Vorjahr auf hohem Niveau stabil mit einem aktuellen Median von 81,82%. Nur 7 Zentren blieben hinter der Sollvorgabe zurück, im Vorjahr waren es noch 11. 5 Zentren verzichteten auf die Bestimmung bei fehlender therapeutischer Konsequenz. Vereinzelt wird Versäumnis oder Erhalt des Befundes nach Beginn der Chemotherapie als Begründung aufgeführt. Sofern notwendig wurden Maßnahmen in QZ festgelegt.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

11. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Koloskopien des Nenners mit Komplikationen (Blutung, die eine Re-Intervention (Rekoloskopie, Operation) oder eine Transfusion erforderlich macht u./o. Perforation)	2*	0 - 15	905
Nenner	Therapeutische Koloskopien mit Schlingenpolypektomien je koloskopierende Einheit (nicht nur Pat. DZ)	392*	82 - 4429	141140
Quote	Sollvorgabe ≤ 1%	0,66%	0,00% - 3,36%	0,64%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	4,64%	3,67%	5,38%	3,18%	3,36%
95. Perzentil	2,12%	1,99%	2,02%	1,68%	1,73%
75. Perzentil	1,00%	1,00%	0,94%	0,95%	0,93%
Median	0,76%	0,66%	0,72%	0,69%	0,66%
25. Perzentil	0,43%	0,39%	0,47%	0,39%	0,35%
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	%
306	100,00%	249	81,37%

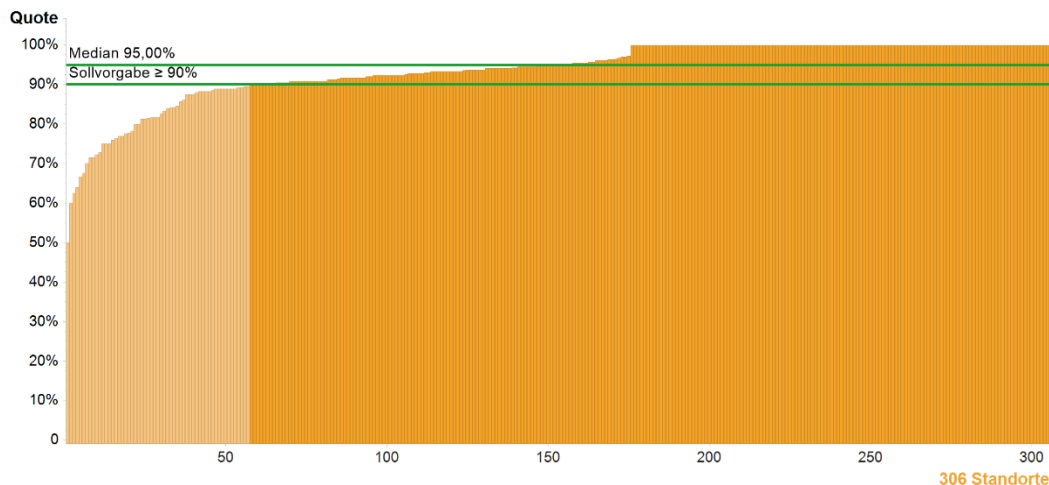
Anmerkungen:

Die Komplikationsrate nach Koloskopie zeigte in den letzten Jahren nur minimale Schwankungen und ist auch im aktuellen Betrachtungszeitraum stabil geblieben. 57 Zentren (Vorjahr 59) wiesen eine Rate oberhalb der Sollvorgabe auf. Als Komplikationen wurden 41 Nachblutungen und 22 Perforationen gemeldet. Viele dieser Zentren verwiesen auf die Komplexität der Eingriffe (16x, z.B. große Befunde, schwer abzutragende, multiple Polypen) oder auf Gerinnungsstörungen bzw. Antikoagulationstherapie (11x). Als Maßnahmen wurden die strukturierte Aufarbeitung der Fälle in Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sowie prophylaktisches Clipping angegeben.

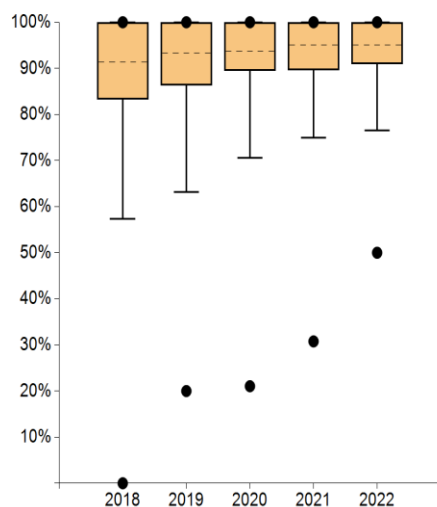
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	15*	3 - 54	5087
Nenner	Pat. mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	16*	3 - 59	5455
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	95,00%	50,00% - 100%	93,25%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	91,29%	93,33%	93,75%	95,00%	95,00%
25. Perzentil	83,33%	86,36%	89,47%	89,58%	90,91%
5. Perzentil	57,32%	63,12%	70,59%	75,00%	76,58%
Min	0,00%	20,00%	21,05%	30,77%	50,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	249	81,37%

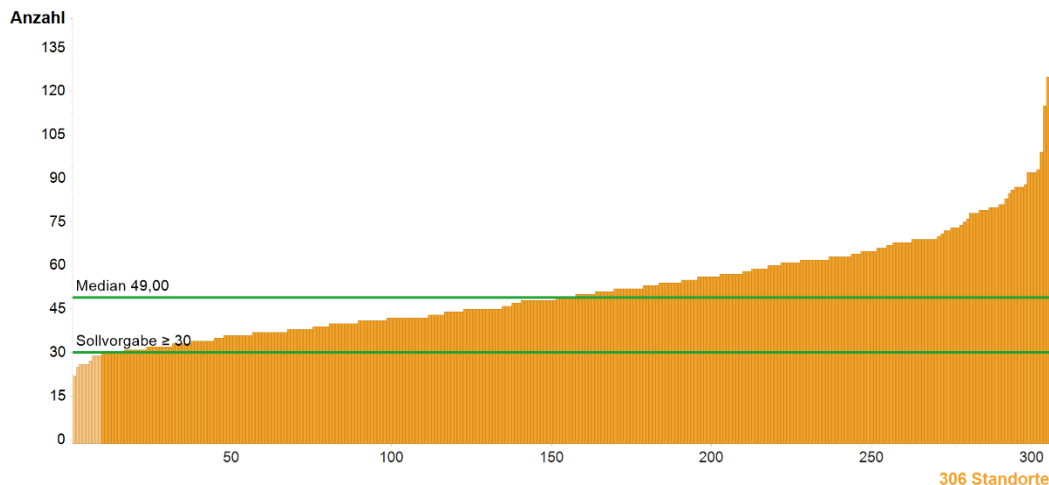
Anmerkungen:

Die Erfüllung dieser KeZa zeigt weiterhin eine positive Tendenz und liegt im Median bei 95%. Insgesamt 57 Zentren blieben unterhalb der festgelegten Sollvorgabe (Vorjahr 76). Die Hauptursache hierfür war das Fehlen der Abstandsmessung durch ext. Bildgebung/Befunde (18x). 18x wurde angeführt, dass sich der Tumor nach endoskopischer Abtragung oder neoadjuvanter Therapie in der Bildgebung nicht mehr nachweisen ließ. Weitere Gründe umfassten Artefaktbildung (14x) sowie unklare Faktoren, die eine genaue Vermessung verhinderten (10x). Die FE wiesen darauf hin, dass auch bei ext. Bildgebung eine Abstandsmessung erfolgen soll. In vielen Fällen wurden SOPs aktualisiert bzw. Qualitätszirkel veranstaltet.

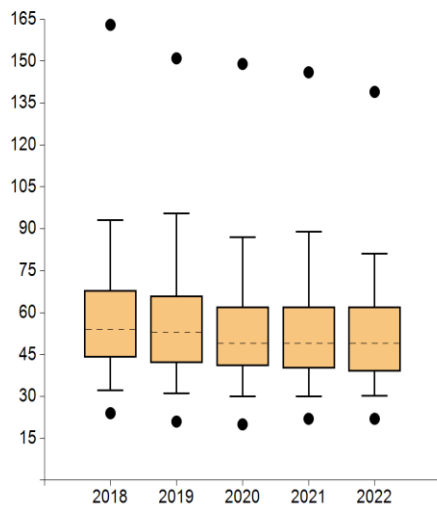
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

13. Operative Primärfälle Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Kolon	49	22 - 139	15806
	Sollvorgabe \geq 30			



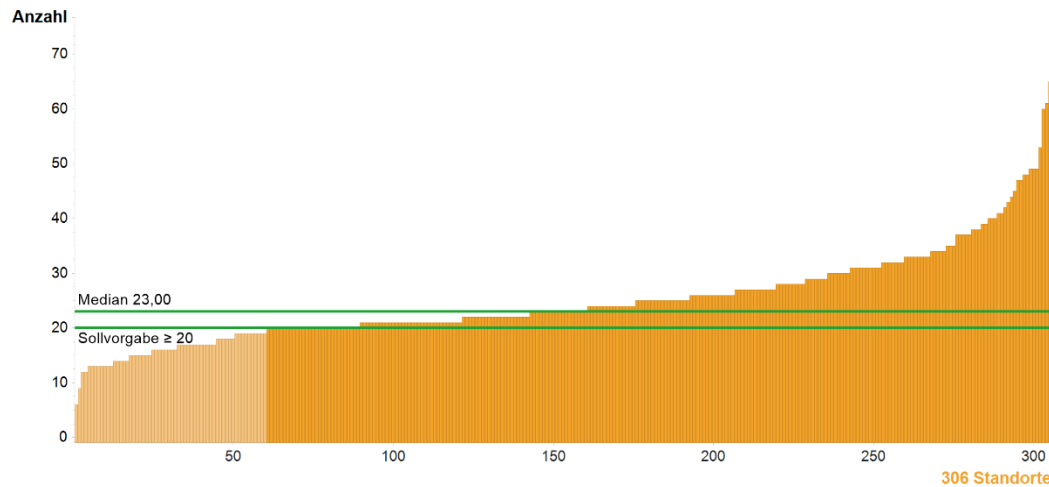
	2018	2019	2020	2021	2022
Max	163,00	151,00	149,00	146,00	139,00
95. Perzentil	93,00	95,50	87,00	89,00	81,00
75. Perzentil	68,00	66,00	62,00	62,00	62,00
Median	54,00	53,00	49,00	49,00	49,00
25. Perzentil	44,00	42,00	41,00	40,00	39,00
5. Perzentil	32,15	31,00	30,00	30,00	30,25
Min	24,00	21,00	20,00	22,00	22,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	297	97,06%

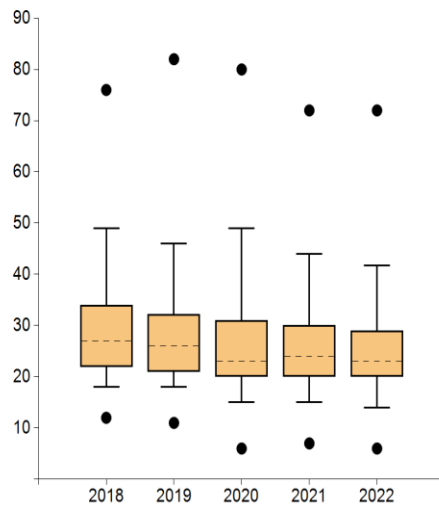
Anmerkungen:

Die Gesamtfallzahl hält sich auf demselben Niveau wie im Vorjahr mit einem konstanten Median von 49 Fällen. 9 Zentren haben die Vorgabe von > 30 Primärfällen nicht erreicht (Vorjahr 12). 5 Zentren erklärten den Rückgang mit den Auswirkungen der COVID Pandemie. In 3 Fällen konnte keine Begründung gefunden werden, 1x wurde ein Chefarztwechseln angegeben. Als Maßnahmen wurden Infoveranstaltungen und Einweiserbesuche intensiviert. Es wurden keine Abweichungen ausgesprochen. 8 Zentren befanden sich im Überwachungsaudit, 1 Zentren im Wiederholaudit. Alle 9 Zentren konnten bereits im Vorjahr die Sollvorgabe der Primärfälle Kolon nicht erreichen.

14. Operative Primärfälle Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Rektum (inkl. TVE)	23	6 - 72	7715
	Sollvorgabe ≥ 20			



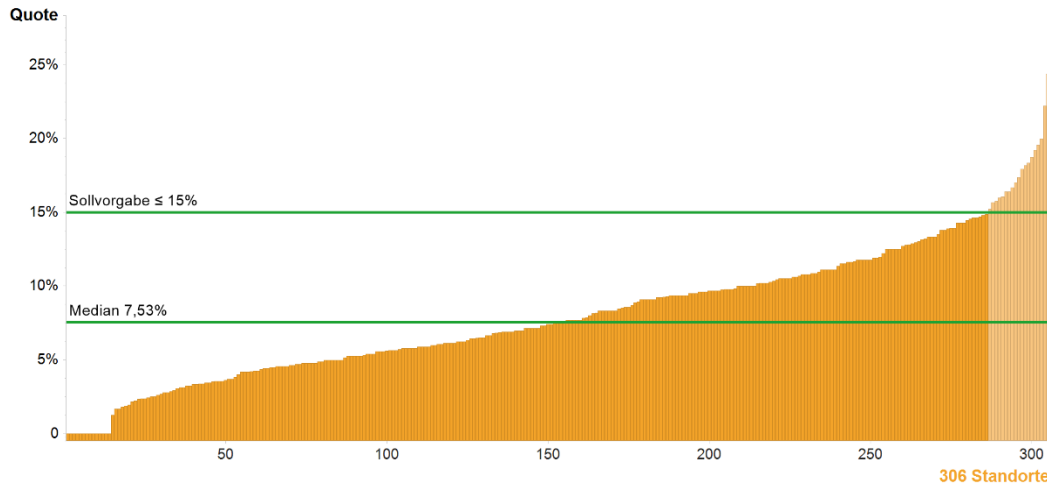
	2018	2019	2020	2021	2022
Max	76,00	82,00	80,00	72,00	72,00
95. Perzentil	49,00	46,00	49,00	44,00	41,75
75. Perzentil	34,00	32,25	31,00	30,00	29,00
Median	27,00	26,00	23,00	24,00	23,00
25. Perzentil	22,00	21,00	20,00	20,00	20,00
5. Perzentil	18,00	18,00	15,00	15,00	14,00
Min	12,00	11,00	6,00	7,00	6,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	246	80,39%

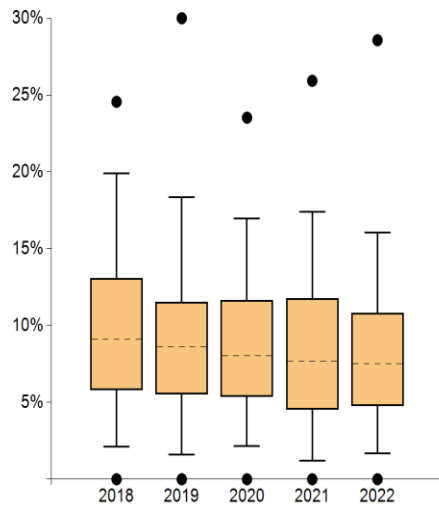
Anmerkungen:

Auch bei den Primärfällen Rektum konnte das Niveau der Jahre vor 2019 nicht erreicht werden. 60 Zentren operierten weniger als 20 Primärfälle Rektum (Vorjahr 61). 8 hiervon konnten jedoch über die Sonderregelung der Zählung von max. 3 WW-Fällen die Gesamtfallzahl erreichen. Die Nichterfüllung der Sollvorgabe begründeten die Zentren mit den Auswirkungen der Pandemie (15x), unklar (12), starkem Wettbewerb (7x), Chefarztwechsel (5x) und Zunahme von TNT bzw. WW-Therapien (15x). Zu den ergriffenen Maßnahmen zählten die Intensivierung der Einweiserkooperation, Ausbau der Endoskopie und Anschaffung von Robotersystemen. Es kam in 8 Fällen zu einer Abweichung.

15. Revisions-OPs Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP (nicht gezählt werden: diagnostische Spüllaparoskopien)	3*	0 - 15	1132
Nenner	Elektive Kolon-Operationen	43*	17 - 138	14012
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	7,53%	0,00% - 28,57%	8,08%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	24,56%	30,00%	23,53%	25,93%	28,57%
95. Perzentil	19,92%	18,37%	16,98%	17,41%	16,05%
75. Perzentil	13,07%	11,54%	11,63%	11,76%	10,81%
Median	9,09%	8,62%	8,05%	7,69%	7,53%
25. Perzentil	5,79%	5,53%	5,36%	4,55%	4,76%
5. Perzentil	2,14%	1,59%	2,17%	1,21%	1,67%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	286	93,46%

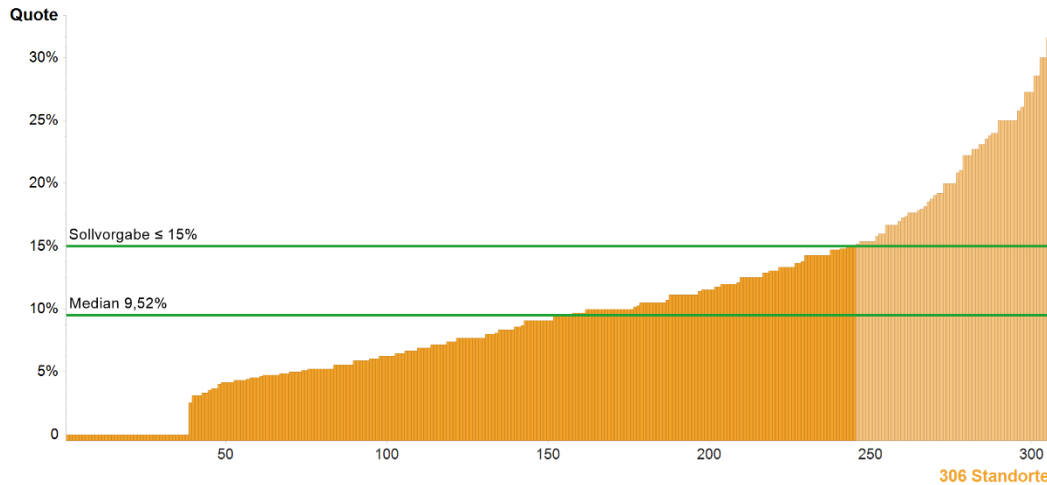
Anmerkungen:

Die positive Entwicklung der Revisionsraten nach Kolonresektionen setzt sich weiter fort. Lediglich 20 Zentren (Vorjahr: 22) verfehlten die Sollvorgabe, während 14 Standorte eine Revisionsrate von 0% aufwiesen. Ursächlich für Revisionsoperationen waren vorwiegend Anastomosensuffizienzen (25x), gefolgt von Fasziendehiszenz und Platzbauch (16x). Weitere Gründe umfassten Wundheilungsstörungen (7x), mesenteriale Ischämie (6x), Nachblutungen (5x) und Perforationen (5x). Nur in den wenigsten Fällen ließ sich nach Einzelfallanalyse eine Maßnahme (wie Überarbeitung des Hygienekonzepts, Einführung von ICG-Messungen) ableiten.

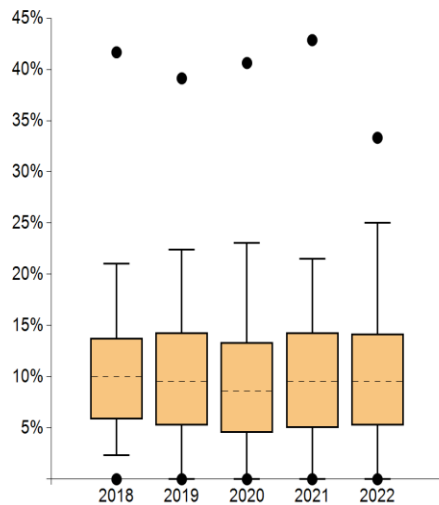
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

16. Revisions-OPs Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP (nicht gezählt werden: diagnostische Spüllaparoskopien, endoskopische Einlage Vakuumschwamm)	2*	0 - 10	714
Nenner	Elektive Rektum-Operationen (ohne TVE)	22*	5 - 68	7282
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	9,52%	0,00% - 33,33%	9,80%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	41,67%	39,13%	40,63%	42,86%	33,33%
95. Perzentil	21,05%	22,44%	23,08%	21,49%	25,00%
75. Perzentil	13,79%	14,29%	13,33%	14,29%	14,17%
Median	10,00%	9,52%	8,57%	9,52%	9,52%
25. Perzentil	5,88%	5,26%	4,55%	5,00%	5,26%
5. Perzentil	2,31%	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	%
306	100,00%	245	80,07%

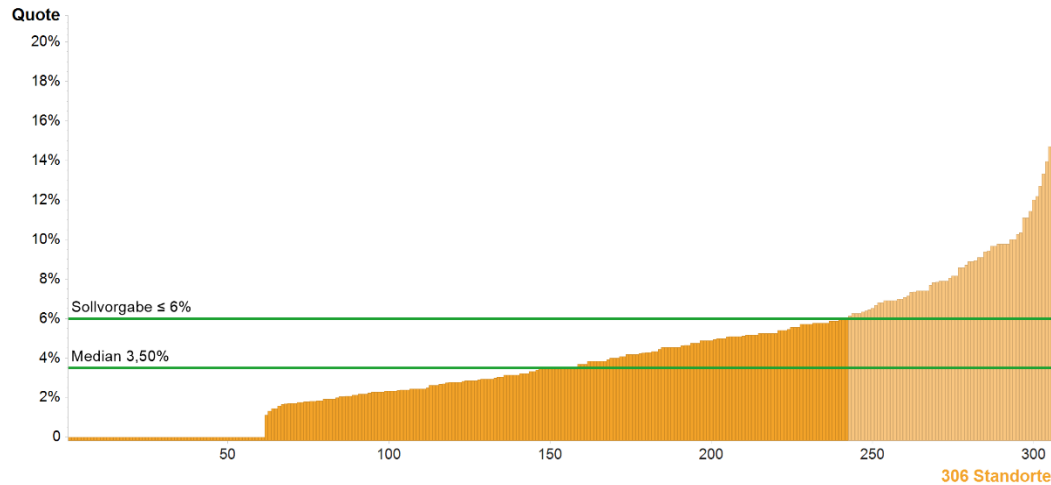
Anmerkungen:

Die Revisionsrate nach Rektumresektion bleibt auch im aktuellen KeZa-Jahr stabil und liegt wie in den Vorjahren im Median bei 9,52%. Insgesamt verfehlten 61 Zentren die Sollvorgabe (Vorjahr: 61). Anastomosensuffizienzen sind auch hier mit 42 Nennungen die häufigste Ursache für die Revisionsen. Weitere Gründe sind Stomarevisionen bei Ausriss/Nekrose (13x), Ileus (17x), Fasziendehiszenzen 13x, Wundheilungsstörungen (inkl. perinealer Wunden, 15x), Nachblutungen (9x), intraabdominelle Verhalte (9x). Die Zentren arbeiteten die Fälle in MM-Konferenzen auf, jedoch ließ sich in den meisten Fällen kein systematischer Fehler nachweisen.

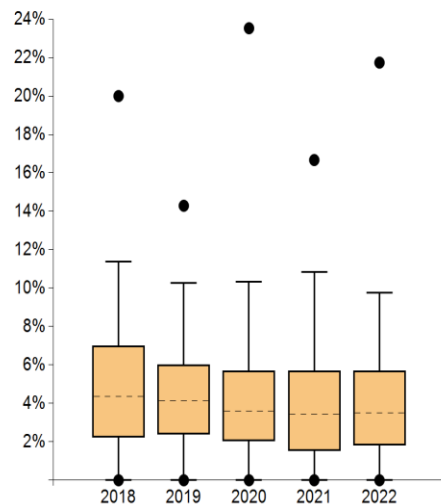
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

17. Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Re-Interventionsbedürftigen Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach Eingriffen	1*	0 - 10	535
Nenner	Pat. mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	41*	17 - 136	13463
Quote	Sollvorgabe ≤ 6%	3,50%	0,00% - 21,74%	3,97%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	20,00%	14,29%	23,53%	16,67%	21,74%
95. Perzentil	11,38%	10,28%	10,34%	10,85%	9,76%
75. Perzentil	7,00%	6,00%	5,71%	5,71%	5,71%
Median	4,35%	4,13%	3,61%	3,45%	3,50%
25. Perzentil	2,24%	2,38%	2,04%	1,54%	1,83%
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	%
306	100,00%	242	79,08%

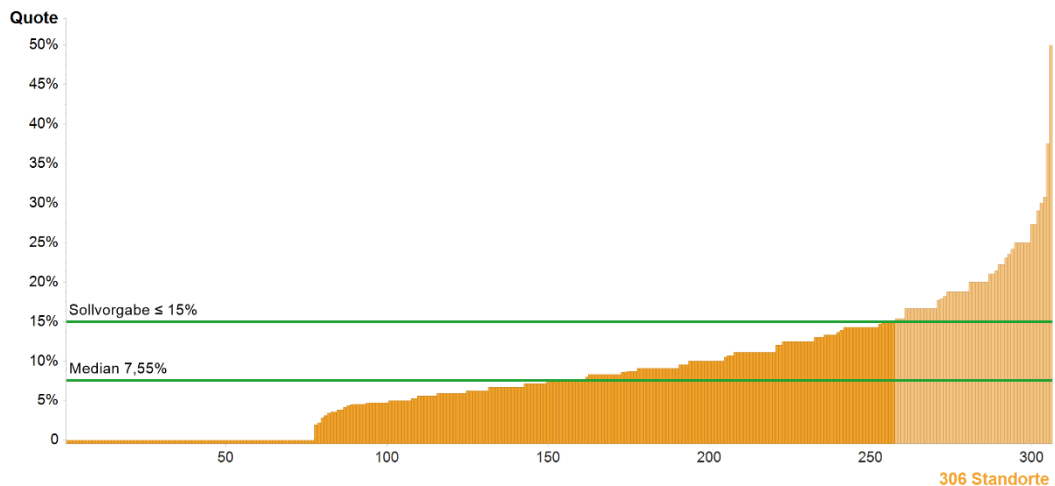
Anmerkungen:

Der Median im aktuellen Jahr entspricht dem um 3,5% undulierenden Verlauf der Vorjahre. 61 Zentren erreichten eine Insuffizienzrate von 0%, wohingegen 64 Standorte (Vorjahr 65) die Sollvorgabe von <6% verfehlten. Ursächlich sahen die Zentren Risikokonstellationen wie u.a. Multimorbidität (21x), fortgeschrittene Tumorerkrankungen (z.B. Tumorperforation, 11x), Multiviszeralresektionen (6x) und immunsuppressive Therapien (5). 19x verwiesen die Zentren auf eine Thematisierung im Audit und nannten im KeZa-Bogen keine Gründe. 16x blieb die Ursache unklar. Spezifische Maßnahmen ließen sich somit in den wenigsten Fällen erarbeiten. Einige Zentren etablierten jedoch ICG-Perfusionsmessungen in ihren Prozessen.

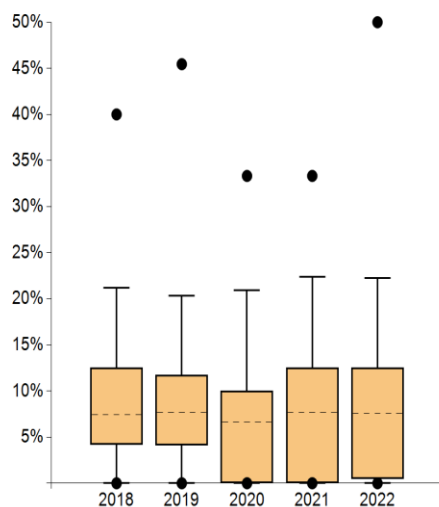
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

18. Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe o. interventioneller Drainage o. transanaler Lavage/ Drainage) oder C ((Re-) Laparotomie)	1*	0 - 9	443
Nenner	Pat. mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde (ohne TVE)	16*	2 - 58	5405
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	7,55%	0,00% - 50,00%	8,20%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	40,00%	45,45%	33,33%	33,33%	50,00%
95. Perzentil	21,22%	20,36%	20,93%	22,39%	22,22%
75. Perzentil	12,50%	11,76%	10,00%	12,50%	12,50%
Median	7,42%	7,69%	6,67%	7,69%	7,55%
25. Perzentil	4,17%	4,13%	0,00%	0,00%	0,49%
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	%
306	100,00%	257	83,99%

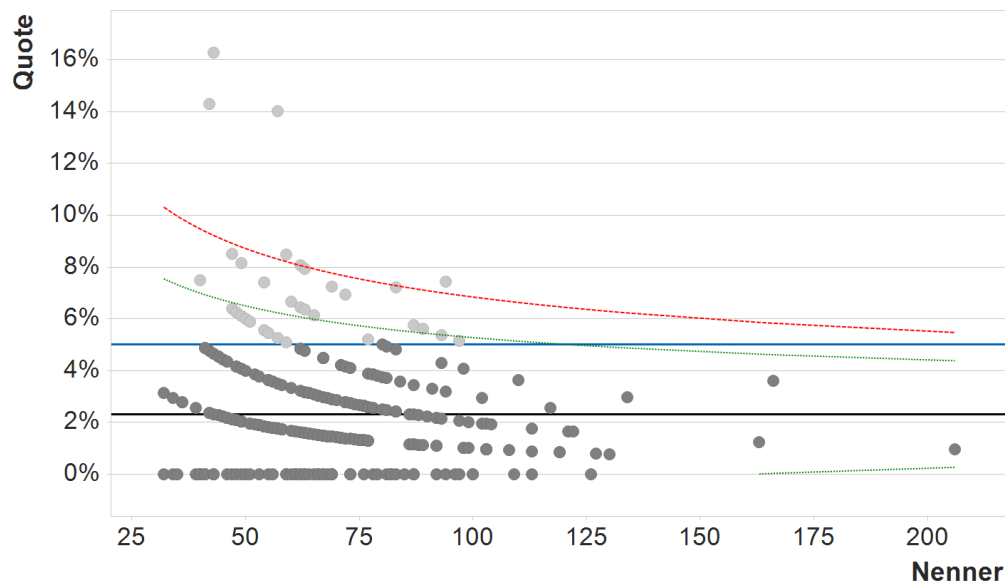
Anmerkungen:

Auch bei diesem LL-QI stabilisiert sich der Median nach einem leicht undulierenden Verlauf der Vorjahre bei 7,55%. 49 Zentren (Vorjahr 48) lagen bei einer Rate von >15%, 77 verzeichneten dagegen eine Insuffizienzrate von 0%. In der Analyse führten die Zentren Risikokonstellationen (kardiovaskulär, Adipositas, D.m., Nikotinabusus, 20x), Neoadjuvant (12x), unklar (8x) und Verzicht auf prot. Stoma bei tiefer Anastomose (6x) an. 14x wurde keine Begründung angegeben mit dem Verweis, dass dies im Audit thematisiert werden sollte. Neben der Aufarbeitung der Fälle in M&M-Konferenzen resultierten als Maßnahmen die ICG-Perfusionskontrolle oder großzügigere Indikation zur Stomaanlage. Es wurden 2 Abweichungen ausgesprochen.

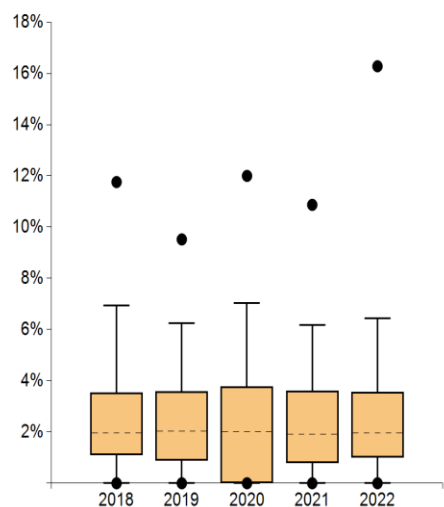
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

19. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	1*	0 - 8	495
Nenner	Elektiv operierte Pat. (ohne TVE)	66*	32 - 206	21294
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	1,95%	0,00% - 16,28%	2,32%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	11,76%	9,52%	12,00%	10,87%	16,28%
95. Perzentil	6,93%	6,25%	7,04%	6,18%	6,43%
75. Perzentil	3,53%	3,57%	3,77%	3,60%	3,56%
Median	1,96%	2,04%	2,00%	1,92%	1,95%
25. Perzentil	1,11%	0,89%	0,00%	0,80%	1,01%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

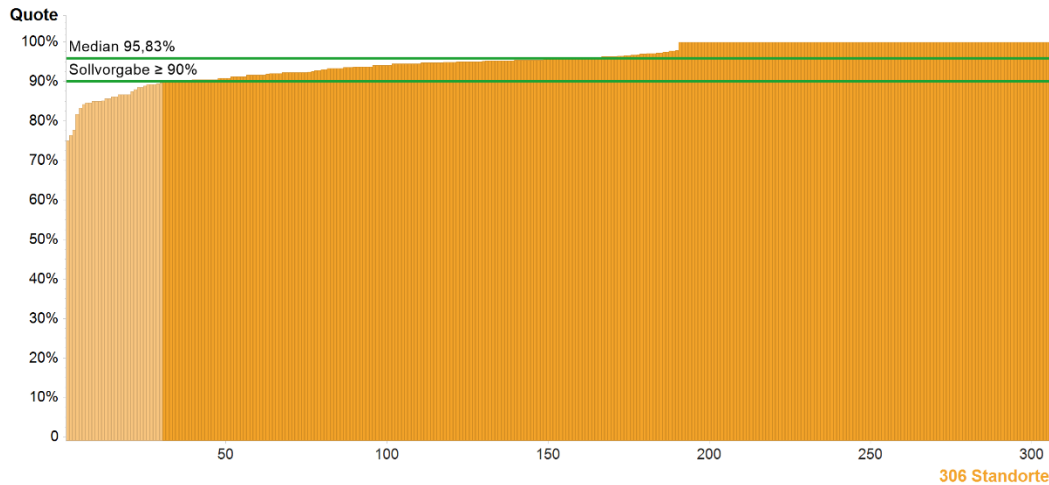
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	273	89,22%

Anmerkungen:

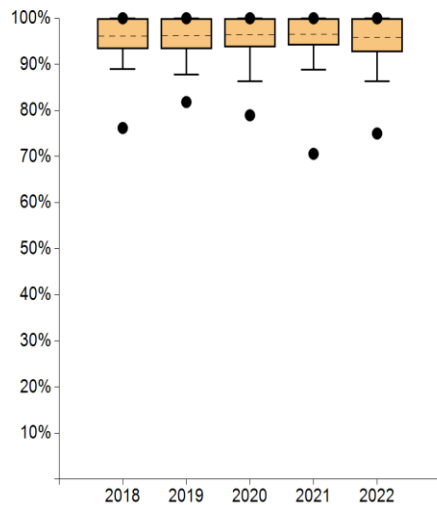
Die Mortalität schwankt in den letzten 5 Jahren nur minimal und zeigte im aktuellen KeZa Jahr einen Median von 1,95%. 33 Zentren verfehlten die Sollvorgabe (Vorjahr 32), während 65 Standorte eine Mortalität von 0% erreichten (Vorjahr 72). Als Todesursache wurden vorwiegend fulm. Aspiration/ Aspirationspneumonie (13x), Anastomosensuffizienzen mit Peritonitiden und konsekutiver Sepsis (9x), Lungenembolien (8x), Folgen einer kardiopulmonalen Dekompensation (6x), Myokardinfarkt (5x) und hämorrhagischer Schock (5x) identifiziert. Als Konsequenz haben einige Zentren ihre Konzepte der Indikationsstellung überprüft, in den meisten Fällen ließ sich jedoch keine Konsequenz ableiten. Es wurde 1 Abweichung ausgesprochen.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

20. Lokale R0-Resektionen Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	21*	5 - 68	6958
Nenner	Elektive Rektum-OPs (operativ) (ohne TVE)	22*	5 - 68	7282
Quote	Sollvorgabe \geq 90%	95,83%	75,00% - 100%	95,55%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	96,08%	96,30%	96,43%	96,55%	95,83%
25. Perzentil	93,29%	93,27%	93,75%	94,12%	92,66%
5. Perzentil	88,95%	87,79%	86,36%	88,89%	86,33%
Min	76,19%	81,82%	78,95%	70,59%	75,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	276	90,20%

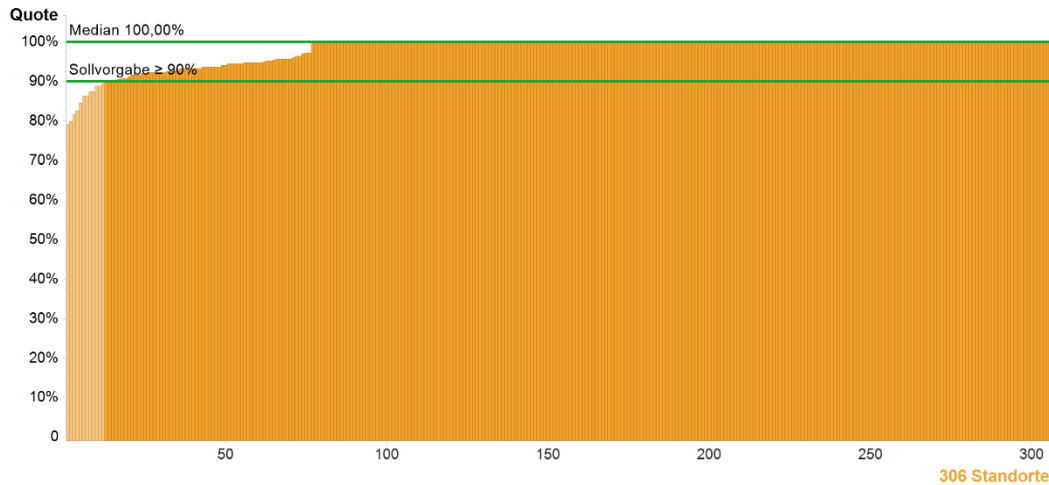
Anmerkungen:

Die Rate der R0-Resektionen beim Rektumkarzinom bewegt sich ungefähr auf Vorjahresniveau, wobei 12 Zentren weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlten (30, Vorjahr: 42). 21 Zentren identifizierten als Ursache weit fortgeschrittene Karzinome mit Infiltration der umliegenden Strukturen (Beckenachse, Sacrum, Prostata, Uterus/Vagina, Psoas, Harnblase/-röhre), die trotz neoadjuvanter Therapie nur z.T. einer Resektion zugänglich waren. Des Weiteren wurde Tumorperforation (5x), Präparateinriss (3x) und palliative Tumorresektion zur Symptomkontrolle (4x) als Begründungen angegeben. Die Aufarbeitung der Fälle zeigte keine systematischen Fehler auf.

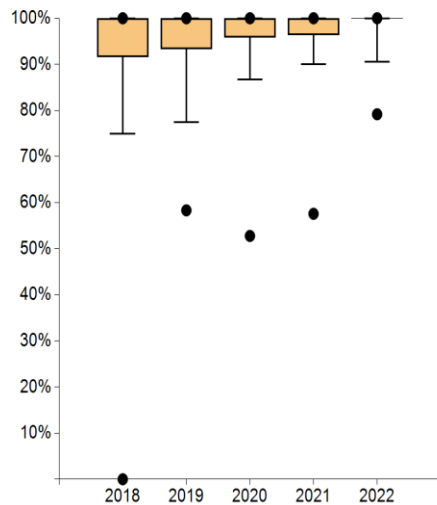
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

21. Anzeichnung Stomaposition (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	15*	2 - 51	5143
Nenner	Pat. mit RK, bei denen eine elektive Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde (ohne TVE)	16*	2 - 51	5258
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	79,17% - 100%	97,81%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	91,67%	93,33%	95,83%	96,43%	100%
5. Perzentil	75,00%	77,51%	86,67%	90,00%	90,52%
Min	0,00%	58,33%	52,78%	57,58%	79,17%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	294	96,08%

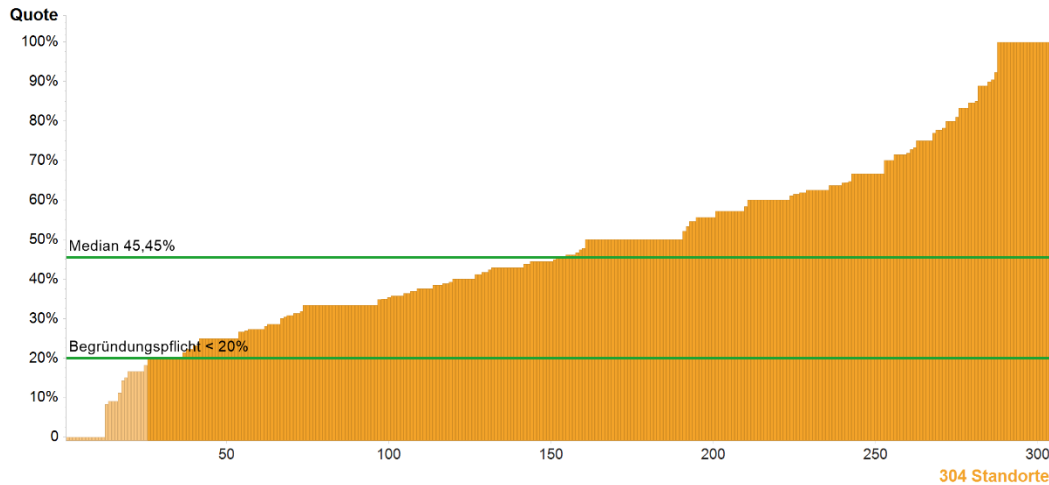
Anmerkungen:

Die hohe Durchdringung dieses QIs der LL spiegelt sich in der geringen Zahl an Zentren (12) wider, die die Sollvorgabe nicht erreichten (Vorjahr 14). Als Begründungen für die Nichterfüllung gaben 4 Zentren an, dass erst intraoperativ die Entscheidung zur Stomaanlage erfolgte. 4 Standorte machten Dokumentationsdefizite geltend, 3 berichteten von Versäumnissen im Einzelfall, 1x war bereits ein Stoma vorhanden. Zur Qualitätsverbesserung erfolgten Schulungen, Festlegungen der Verantwortlichkeiten in SOPs und Optimierungen der Dokumentationsmöglichkeiten im KIS.

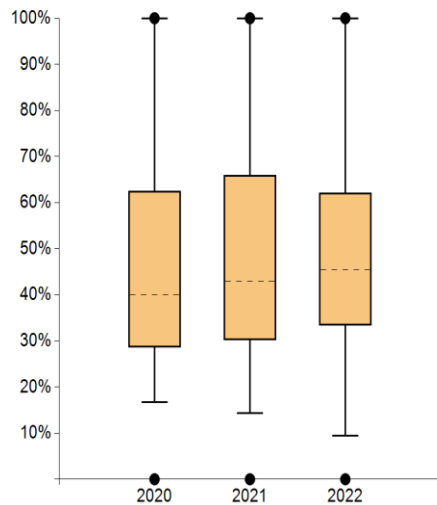
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

22a. Lebermetastasenresektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine Lebermetastasenresektion erhalten haben	4*	0 - 29	1537
Nenner	Pat. des Zentrums mit metastasiertem KRK und 1. ausschließlicher Lebermetastasierung ohne leberspezifische Chemotherapie oder 2. ausschließlicher Lebermetastasierung, die eine Chemotherapie wegen der Lebermetastasierung erhalten haben	9*	2 - 45	3212
Quote	Begründungspflicht*** <20%	45,45%	0,00% - 100%	47,85%**



	2018	2019	2020	2021	2022
● Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	62,50%	65,95%	62,05%
Median	----	----	40,00%	42,86%	45,45%
25. Perzentil	----	----	28,57%	30,22%	33,33%
5. Perzentil	----	----	16,67%	14,29%	9,39%
● Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
304	99,35%	279	91,78%

Anmerkungen:

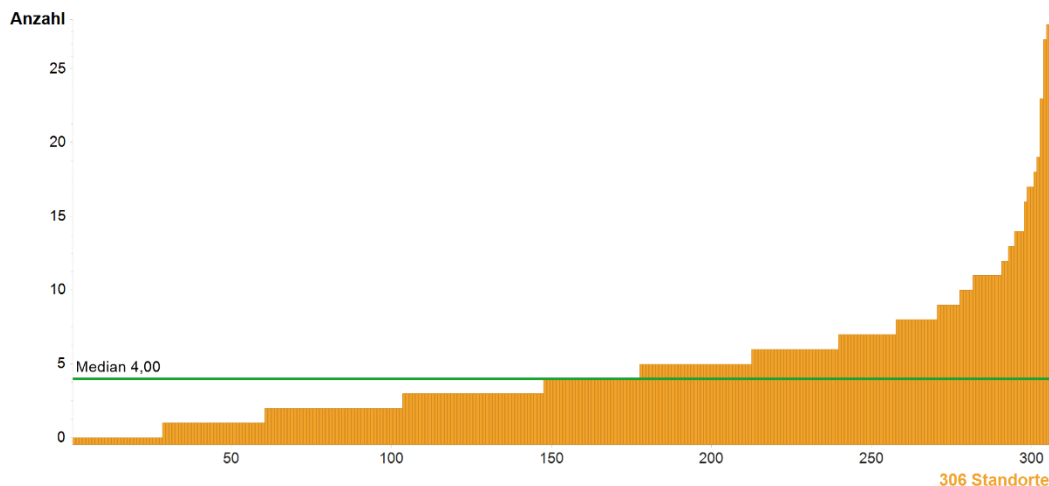
Die Kennzahl ist im zweiten Jahr verbindlich erhoben worden. 25 Zentren fielen unter die Begründungspflicht (Vorjahr 18). 14x wurde die Entscheidung gegen eine Resektion mit diffuser/ multilokulärer Lebermetastasierung begründet. Weitere Ursachen waren Ablehnung der Therapie durch den Patienten (8x), palliative Situation (7x), schlechter AZ/bzw. Multimorbidität (7x) und Versterben der Patienten vor der Resektion (6x). Die Begründungen wurden in den Audits auf Plausibilität geprüft.

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

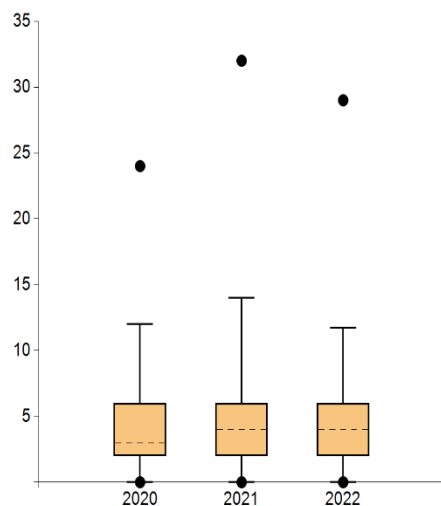
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

22b. Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 22a)	4	0 - 29	1425
	Keine Sollvorgabe			



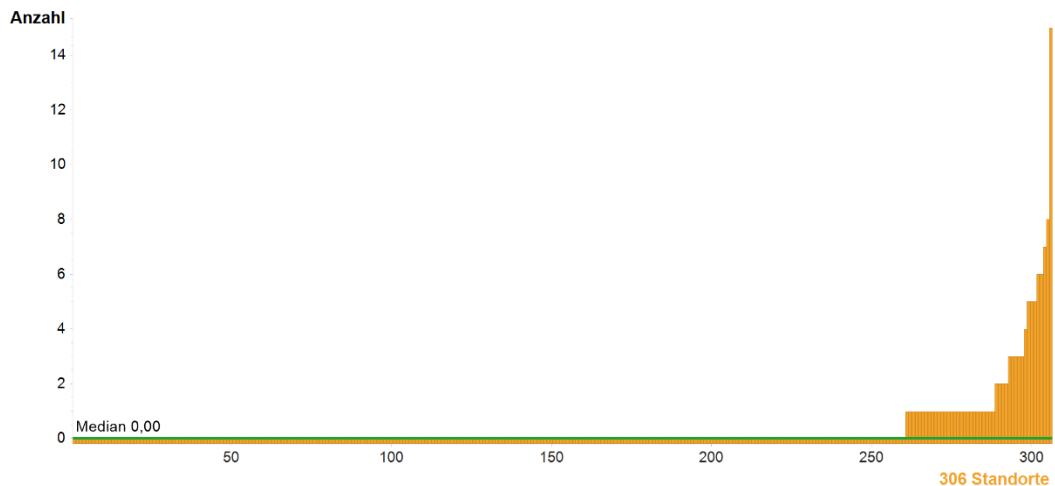
	2018	2019	2020	2021	2022
Max	----	----	24,00	32,00	29,00
95. Perzentil	----	----	12,00	14,00	11,75
75. Perzentil	----	----	6,00	6,00	6,00
Median	----	----	3,00	4,00	4,00
25. Perzentil	----	----	2,00	2,00	2,00
5. Perzentil	----	----	0,00	0,00	0,00
Min	----	----	0,00	0,00	0,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	----	----

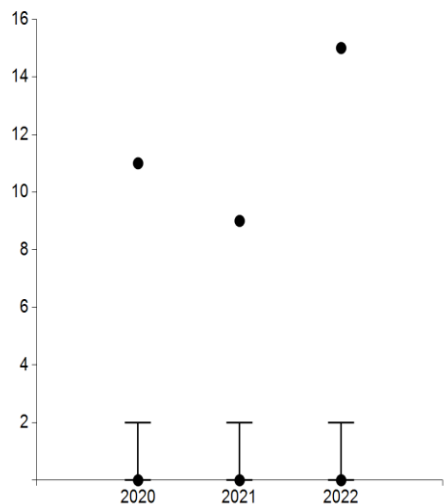
Anmerkungen:

In dieser Teilkennzahl zeigt sich, dass an 278 von 306 Zentren die Lebermetastasenresektionen am eigenen Standort erfolgten. Es wurden im Median pro Standort 4 derartige Eingriffe bei insgesamt 1425 Resektionen durchgeführt.

22c. Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Anzahl	Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 22a)	0	0 - 15	112
	Keine Sollvorgabe			



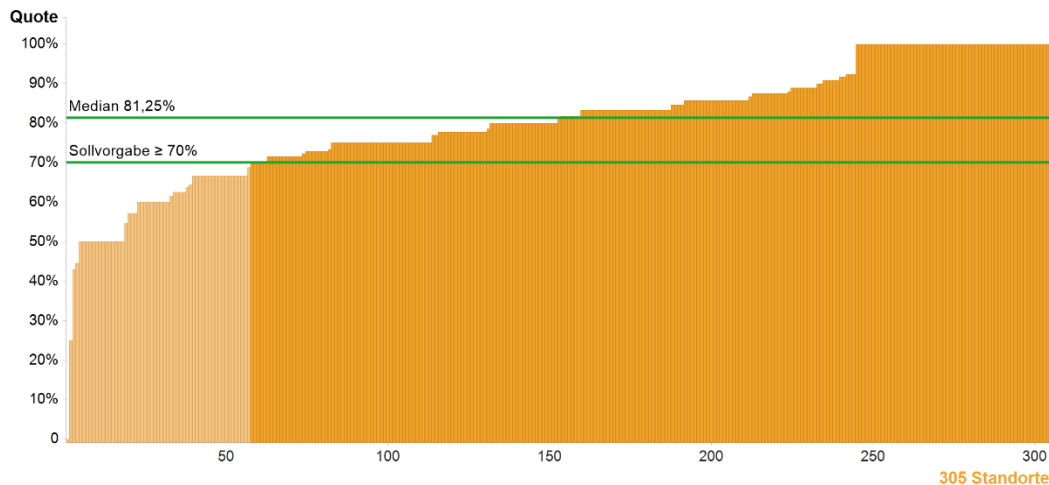
	2018	2019	2020	2021	2022
Max	----	----	11,00	9,00	15,00
95. Perzentil	----	----	2,00	2,00	2,00
75. Perzentil	----	----	0,00	0,00	0,00
Median	----	----	0,00	0,00	0,00
25. Perzentil	----	----	0,00	0,00	0,00
5. Perzentil	----	----	0,00	0,00	0,00
Min	----	----	0,00	0,00	0,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	----	----

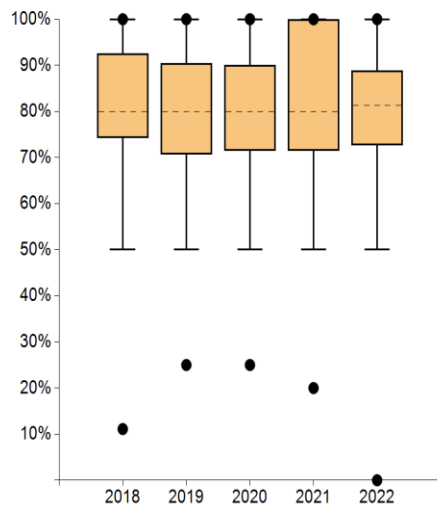
Anmerkungen:

Im Vergleich zum Vorjahr (66 Zentren) haben nur 46 Zentren Patienten zur Lebermetastasenresektion an externe Häuser weitergeleitet. Insgesamt handelte es sich um 112 Fälle von 1537 Resektionen insgesamt (7,29%).

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	6*	0 - 22	1921
Nenner	Pat. ≤ 75 Jahre mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	7*	1 - 25	2397
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	81,25%	0,00% - 100%	80,14%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	92,59%	90,46%	90,00%	100%	88,89%
Median	80,00%	80,00%	80,00%	80,00%	81,25%
25. Perzentil	74,34%	70,72%	71,43%	71,43%	72,73%
5. Perzentil	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Min	11,11%	25,00%	25,00%	20,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
305	99,67%	248	81,31%

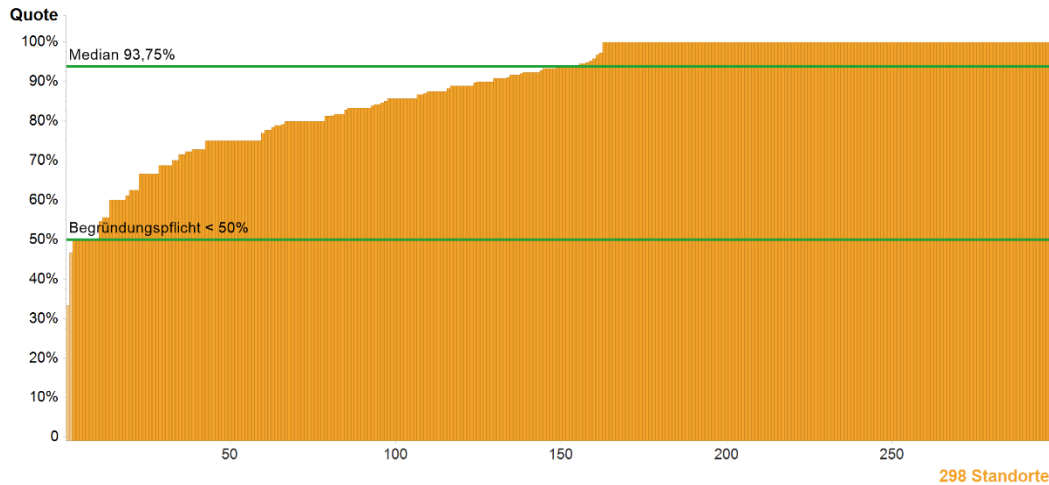
Anmerkungen:

Die Erfüllung des LL-QI beträgt 81% im Median und liegt dabei etwas über dem Niveau der Vorjahre. 57 Zentren verfehlten die Sollvorgabe (Vorjahr: 61). Die Begründungen der Zentren wurden in den Audits auf Plausibilität geprüft und umfassten vorwiegend Ablehnung durch den Patienten (37x), Multimorbidität/bzw. schlechter Allgemeinzustand (21x), Tod vor Beginn der Chemotherapie (16x), Nicht-Erscheinen des Patienten (9x) und Verstreichenlassen des Zeitfensters aufgrund anderer Erkrankungen (6x).

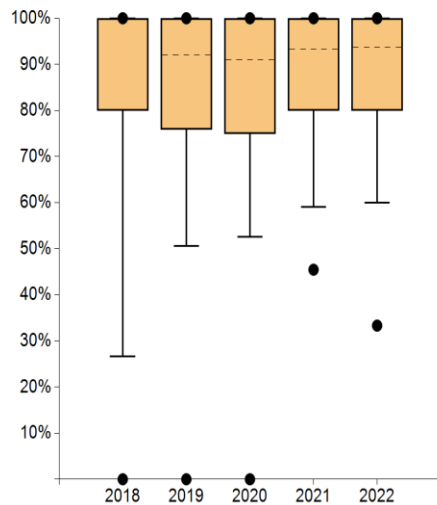
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Kombinationschemotherapie	8*	1 - 92	2888
Nenner	Pat. mit metastasiertem KRK, ECOG 0-1 und systemischer Erstlinientherapie	9*	1 - 100	3273
Quote	Begründungspflicht*** $\le 50\%$	93,75%	33,33% - 100%	88,24%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	91,99%	90,91%	93,33%	93,75%
25. Perzentil	80,00%	75,89%	75,00%	80,00%	80,00%
5. Perzentil	26,66%	50,60%	52,59%	59,00%	60,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	45,45%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
298	97,39%	296	99,33%

Anmerkungen:

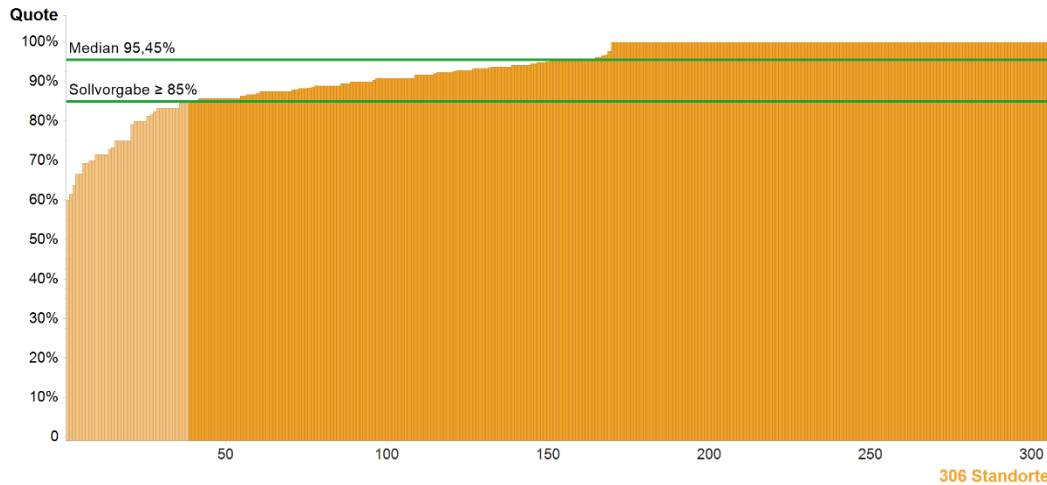
Der positive Trend des Medians und der Gesamtquote setzt sich auch im aktuell Kennzahlenjahr fort. Zwei Zentren fielen unter die Begründungspflicht (Vorjahr 1), konnten jedoch plausible Erklärungen angeben (wie adjuvante Monochemotherapie im Rahmen von neoadjuvanter RCT).

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

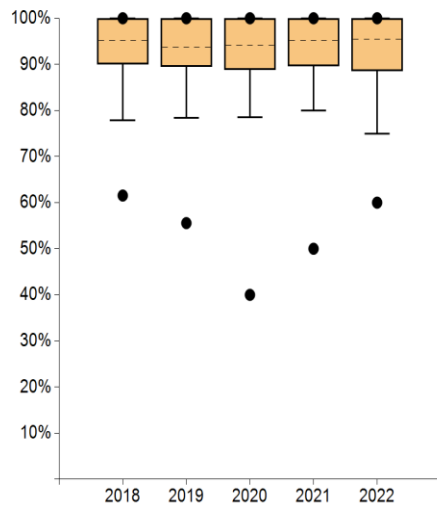
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME	13*	1 - 46	4362
Nenner	Pat. mit elektiv radikal operiertem RK im mittleren oder unteren Drittel (ohne TVE)	14*	1 - 48	4698
Quote	Sollvorgabe $\geq 85\%$	95,45%	60,00% - 100%	92,85%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	95,24%	93,75%	94,12%	95,24%	95,45%
25. Perzentil	90,00%	89,47%	88,89%	89,66%	88,57%
5. Perzentil	77,90%	78,37%	78,57%	80,00%	75,00%
Min	61,54%	55,56%	40,00%	50,00%	60,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	268	87,58%

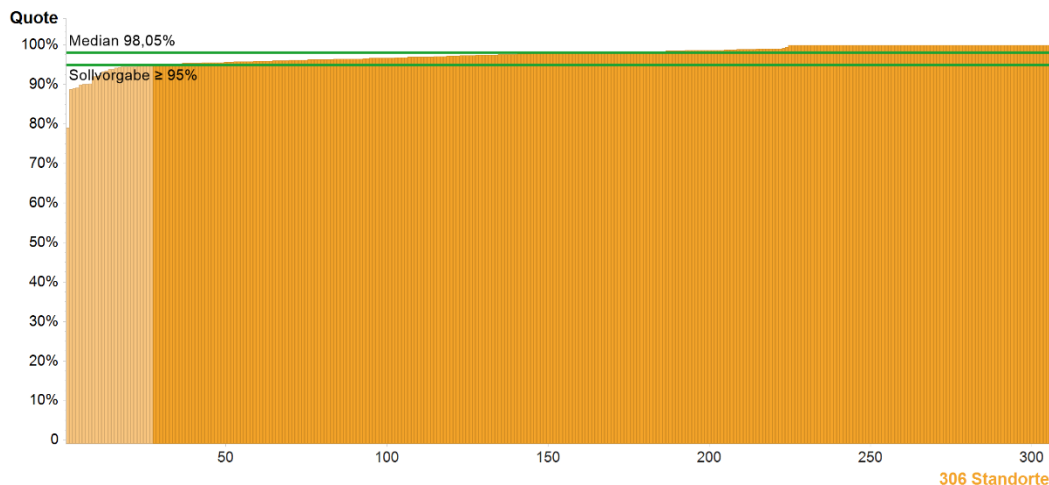
Anmerkungen:

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich Median und Gesamtquote konstant. 38 Zentren lagen unter der Sollvorgabe von 85% (Vorjahr 29). Ursächlich wurden vorwiegend perforierende, abszedierende und/oder infiltrierende Tumoren (20x) sowie erschwerte Präparation (insbesondere aufgrund von Verwachsungen nach Radio- und/oder Chemotherapie, Voroperationen bzw. schwierigen anatomischen Verhältnissen) geltend gemacht (23x). 5 Zentren berichteten von Präparateinrisse bei der transperinealen Bergung. Als Maßnahmen wurden die Fälle in MM-Konferenzen aufgearbeitet, Roboter assistierte Systeme eingeführt oder Schulungen/ Fortbildungen absolviert.

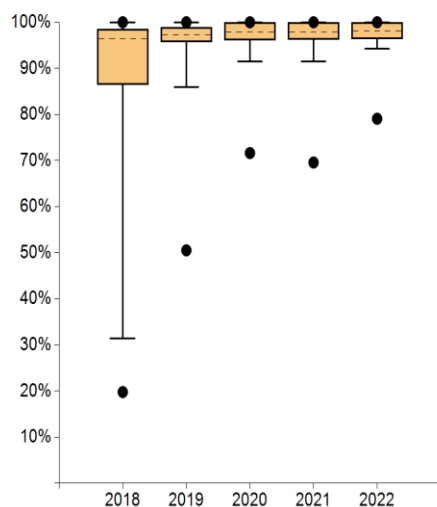
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit vollständigen Befundberichten	71*	34 - 197	22741
Nenner	Pat. mit KRK und operativer Resektion	73*	35 - 208	23327
Quote	Sollvorgabe \geq 95%	98,05%	79,07% - 100%	97,49%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,53%	98,83%	100%	100%	100%
Median	96,35%	97,29%	97,85%	97,87%	98,05%
25. Perzentil	86,45%	95,71%	96,12%	96,20%	96,32%
5. Perzentil	31,35%	85,96%	91,43%	91,54%	94,27%
Min	19,78%	50,52%	71,62%	69,57%	79,07%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	279	91,18%

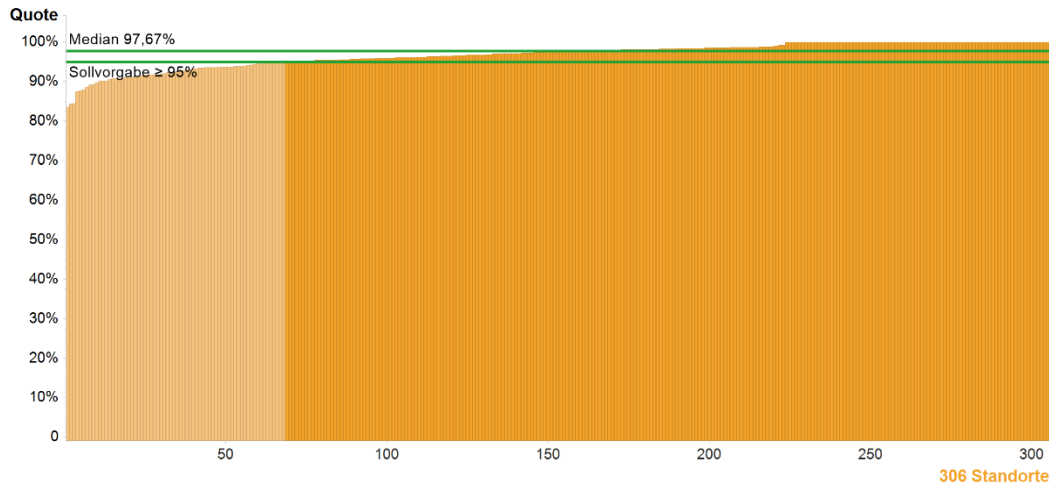
Anmerkungen:

Trotz bereits hoher Durchdringung zeigt sich ein erneuter Anstieg der Quote im aktuellen Kennzahlenjahr auf 98%. 27 Zentren (Vorjahr: 29) verfehlten die Sollvorgabe von 95%. Am häufigsten fehlten Angaben zum CRM (v.a. bei fehlender Abstandsangabe aufgrund von Einrissen/ Fragmentation, Versäumnissen, 13x), zum oralen/aboralen Resektionsrand (fehlende Markierung/Versäumnis, 7x), bei nicht mehr nachweisbarem Tumor (8x), Gx nach neoadjuvanter Therapie (7x) und Rx bei Perforation oder Peritonealkarzinose (5x). Die Zentren reagierten mit erneuten Absprachen zwischen Pathologie und Operateuren, Qualitätszirkeln und gemeinsamen Fortbildungen.

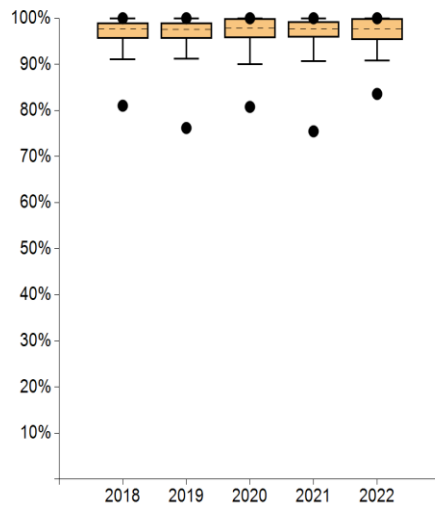
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

27. Lymphknotenuntersuchung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten	63*	30 - 196	20513
Nenner	Pat. mit KRK, die eine elektive OP mit Lymphadenektomie erhalten haben (ohne TVE)	66*	31 - 204	21180
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,67%	83,58% - 100%	96,85%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	99,00%	98,98%	100%	99,31%	100%
Median	97,66%	97,61%	97,89%	97,73%	97,67%
25. Perzentil	95,56%	95,58%	95,74%	95,83%	95,27%
5. Perzentil	91,13%	91,15%	90,00%	90,70%	90,81%
Min	81,03%	76,19%	80,77%	75,47%	83,58%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	238	77,78%

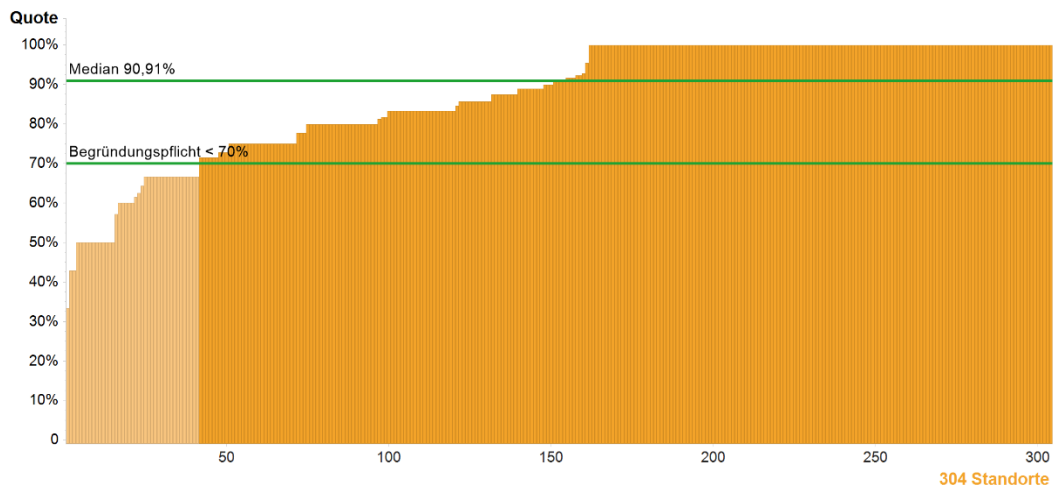
Anmerkungen:

In den vergangenen Jahren bleibt die Kennzahl dieses QI konstant, mit einer Quote von 97%. Es zeichnet sich im Vgl. zum Vorjahr eine leichte Zunahme an Zentren ab, die die Sollvorgabe unterschreiten (68, Vorjahr: 57). Gleichzeitig erreichten jedoch auch mehr Zentren (83, Vorjahr: 73) eine Quote von 100%. Begründet wurde eine geringe Ausbeute an Lymphknoten durch neoadjuvante Vorbehandlung (54x) und geplant limitierte oder palliative Resektion (Alter, Vorerkrankungen, Metastasierung, 25x). 35x konnten keine Ursachen gefunden werden. In den meisten Fällen ließen sich keine Aktionen ableiten, nur vereinzelt wurden Hinweise zu onkologischen Resektionstechniken und histopathologischer Aufarbeitung ausgesprochen.

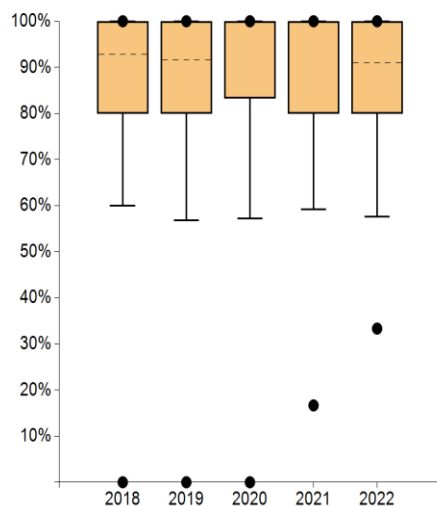
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

28. Beginn der adjuvanten systemischen Therapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners mit Beginn der Chemotherapie innerhalb von 8 Wochen nach OP	5*	1 - 21	1676
Nenner	Pat. mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben (= Zähler Kennzahl 23)	6*	1 - 22	1921
Quote	Begründungspflicht*** $<70\%$	90,91%	33,33% - 100%	87,25%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	92,86%	91,67%	100%	100%	90,91%
25. Perzentil	80,00%	80,00%	83,33%	80,00%	80,00%
5. Perzentil	60,00%	56,87%	57,14%	59,14%	57,57%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	16,67%	33,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
304	99,35%	263	86,51%

Anmerkungen:

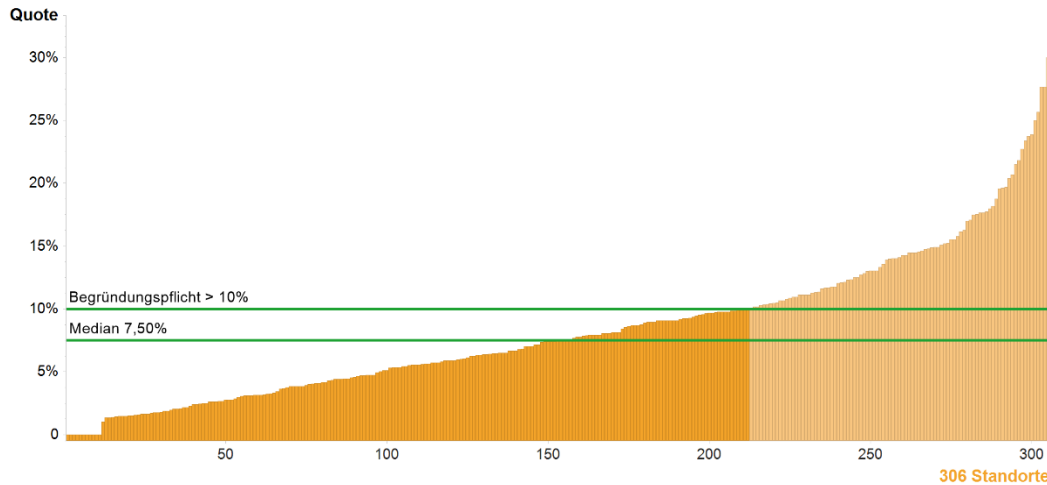
Die Quote des QI zeigt im Vergleich zu den Vorjahren einen leichten Abfall auf 90% im Median bei jedoch konstanten 95./75. und 25./5. Perzentilen. 46 Zentren (Vorjahr 33) fielen unter die Begründungspflicht. Am häufigsten wurden ein komplikativer postoperativer Verlauf (16x), der explizite Patientenwunsch (13x) und die äußerst knappe Verfehlung des Zeitfensters um 1-2 Tage (10x) als Ursache angegeben. Weitere Gründe umfassten Komorbiditäten (7x), dringliche Diagnostik/Therapie bei Zweitmalignomen/fraglicher Metastasierung (6x) und verzögerte Rekonvaleszenz bei insgesamt reduziertem Allgemeinzustand (4x). Aktionen ließen sich im Allgemeinen nicht ableiten.

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

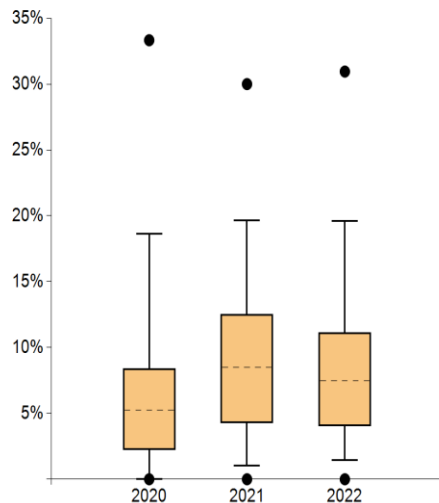
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Pat.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2022		
		Median	Range	Pat. Gesamt
Zähler	Pat. des Nenners, die • innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind (Zähler Kennzahl 19) oder • in ein anderes Akut-Krankenhaus verlegt wurden oder • einen Krankenhausaufenthalt > 22d nach Tumorresektion hatten	5*	0 - 29	1755
Nenner	Elektiv operierte Pat. (= Nenner Kennzahl 19)	66*	32 - 206	21294
Quote	Begründungspflicht*** >10%	7,50%	0,00% - 30,95%	8,24%**



	2018	2019	2020	2021	2022
Max	----	----	33,33%	30,00%	30,95%
95. Perzentil	----	----	18,65%	19,66%	19,62%
75. Perzentil	----	----	8,40%	12,50%	11,11%
Median	----	----	5,26%	8,51%	7,50%
25. Perzentil	----	----	2,26%	4,29%	4,06%
5. Perzentil	----	----	0,00%	1,03%	1,46%
Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
306	100,00%	212	69,28%

Anmerkungen:

Die verbindliche Erhebung dieser KeZa erfolgt erst seit 2022. 94 Standorte liegen oberhalb der Plausibilitätsgrenze (Vorjahr: 99). Fast alle Zentren verwiesen auf eine verlängerte Liegedauer (81x), bedingt durch komplikativem postoperativen Verlauf (65x), Ko-/Multimorbiditäten (28x) oder verzögerte Entlassung in die Reha/Kurzzeitpflege (10x). 57x wurden Todesfälle ursächlich angegeben. Lediglich 18x berichteten die Zentren von Verlegungen in andere Kliniken, hierbei vorwiegend in Geriatrien (6x) und Intensivstationen (6x).

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

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

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

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Darmkrebszentren
Julia Mayerle, Vorsitzende Zertifizierungskommission
Christoph Reißfelder, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Manije Sabet, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Carolin Barth, OnkoZert
Michaela Rommel, OnkoZert
Florina Dudu, OnkoZert

Impressum

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

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

Version A1; Stand 20.06.2024

ISBN: 978-3-910336-53-7

