



Kennzahlenauswertung 2022

Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Auditjahr 2021 / Kennzahlenjahr 2020

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2021	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung.....	8
Kennzahlenauswertungen	9
Kennzahl Nr. 1: Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	9
Kennzahl Nr. 2a: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)	10
Kennzahl Nr. 2b: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	11
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung	12
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung	13
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst	14
Kennzahl Nr. 6: Anteil Studienpatienten	15
Kennzahl Nr. 7: KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese (LL QI)	16
Kennzahl Nr. 8: Genetische Beratung	17
Kennzahl Nr. 9: Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	18
Kennzahl Nr. 10: RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK (LL QI)	19
Kennzahl Nr. 11: Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	20
Kennzahl Nr. 12: Vollständige elektive Koloskopien	21
Kennzahl Nr. 13: Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel (LL QI)	22
Kennzahl Nr. 14: Operative Primärfälle Kolon.....	23
Kennzahl Nr. 15: Operative Primärfälle Rektum	24
Kennzahl Nr. 16: Revisions-OP's Kolon	25
Kennzahl Nr. 17: Revisions-OP's Rektum	26
Kennzahl Nr. 18: Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)	27
Kennzahl Nr. 19: Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)	28
Kennzahl Nr. 20: Mortalität postoperativ	29
Kennzahl Nr. 21: Lokale R0-Resektionen Rektum	30
Kennzahl Nr. 22: Anzeichnung Stomaposition (LL QI)	31
Kennzahl Nr. 23a: Lebermetastasenresektion	32
Kennzahl Nr. 23b: Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums	33
Kennzahl Nr. 23c: Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums	34
Kennzahl Nr. 24: Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (LL QI)	35
Kennzahl Nr. 25: Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie (LL QI)	36
Kennzahl Nr. 26: Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) (LL QI)	37
Kennzahl Nr. 27: Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK (LL QI)	38
Kennzahl Nr. 28: Lymphknotenuntersuchung (LL QI)	39
Kennzahl Nr. 29: Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	40
Kennzahl Nr. 30: MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, Liegedauer)	41
Impressum	42

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 16: Revisions-OP's Kolon
 Kennzahl Nr. 17: Revisions-OP's Rektum
 Kennzahl Nr. 18: Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)
 Kennzahl Nr. 19: Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)
 Kennzahl Nr. 20: Mortalität postoperativ
 Kennzahl Nr. 21: Lokale R0-Resektionen Rektum
 Kennzahl Nr. 22: Anzeichnung Stomaposition

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 (QI's) beziehen sich auf die Version 2.1 der S3-LL Kolorektales Karzinom.

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.

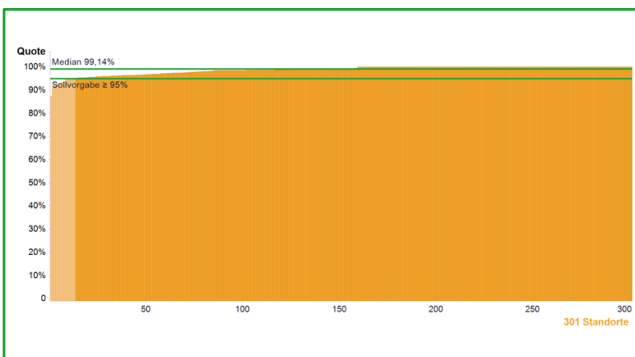
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

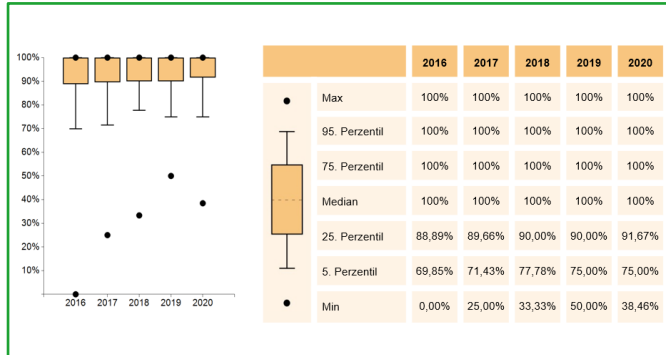
Diagramm:

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 orange waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als orange waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große Hälften.

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	74*	27 - 208	24135
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	76*	28 - 211	24477
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	99,14%	87,18% - 100%	98,60%**

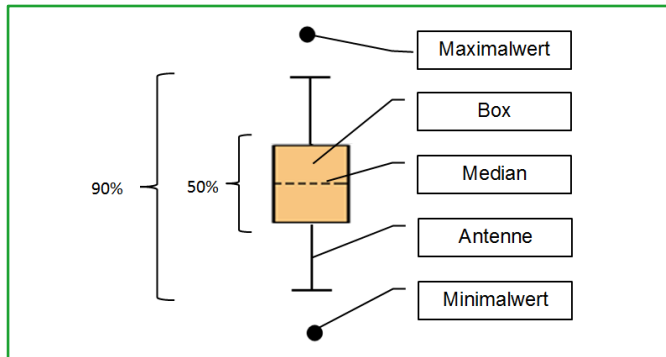


Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2016, 2017, 2018, 2019** und **2020** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



Boxplot:

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

Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2021

	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016
Laufende Verfahren	12	5	9	4	6	7
Zertifizierte Zentren	305	298	285	283	281	280
Zertifizierte Standorte	312	305	292	291	290	288
Darmkrebszentren mit 1 Standort	300	293	280	278	275	275
2 Standorte	3	3	3	3	4	3
3 Standorte	2	2	2	1	1	1
4 Standorte	0	0	0	1	1	1

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2021	31.12.2020	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	301	296	284	284	283	273
entspricht	96,5%	97,1%	97,3%	97,6%	97,6%	94,8%
Primärfälle gesamt*	26.998	28.595	27.802	26.804	26.285	25.214
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	90	97	98	94	93	92
Primärfälle pro Standort (Median)*	83	92	90	88	87	87

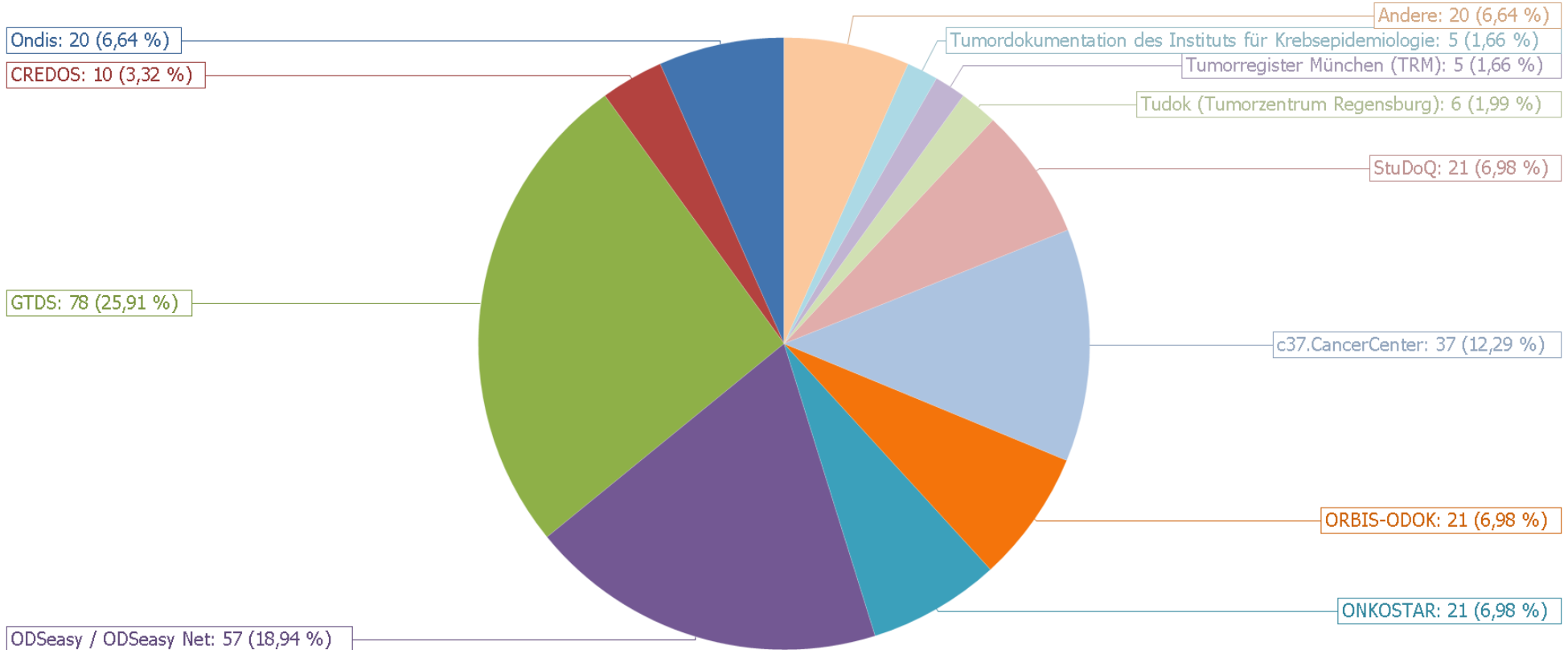
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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 301 der 312 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 7 Standorte, die im Jahr 2021 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend), ein Standort, bei welchem das Zertifikat 2021 wiedereingesetzt wurde und bei welchem eine Verifizierung der Daten nicht für ein komplettes Kalenderjahr erfolgte, sowie 3 Standorte im nicht-europäischen Ausland (Anbindung OncoBox nicht verbindlich). In den 312 Standorten mit vorliegendem Datenblatt wurden insgesamt 29.246 Primärfälle behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2020. Sie stellen für die in 2021 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten

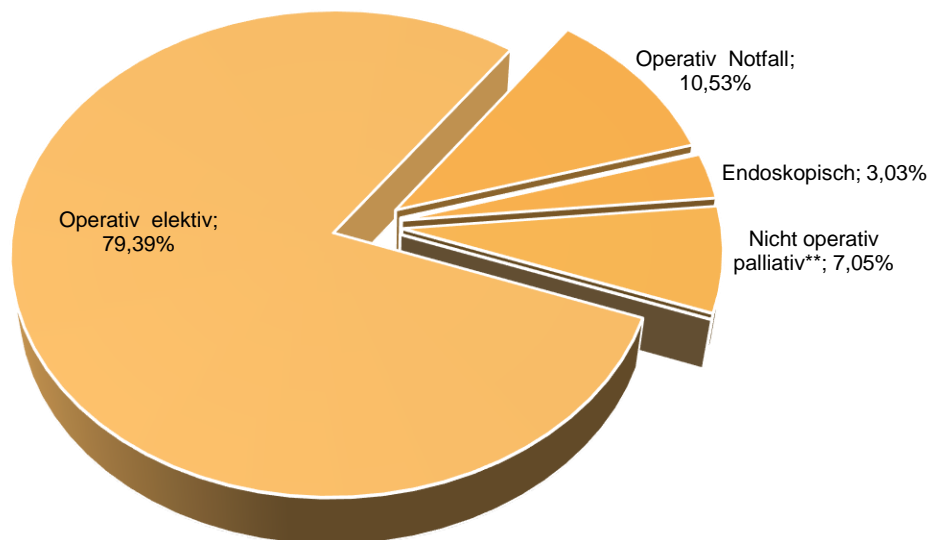


Legende:	
Andere	System in ≤ 4 Standorten genutzt

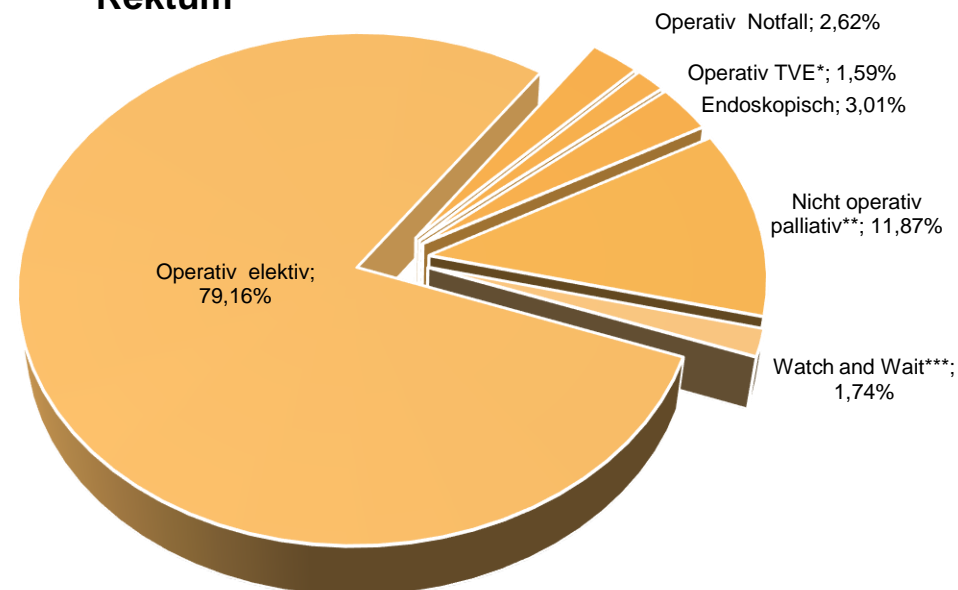
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum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

Basisdaten

Kolon



Rektum



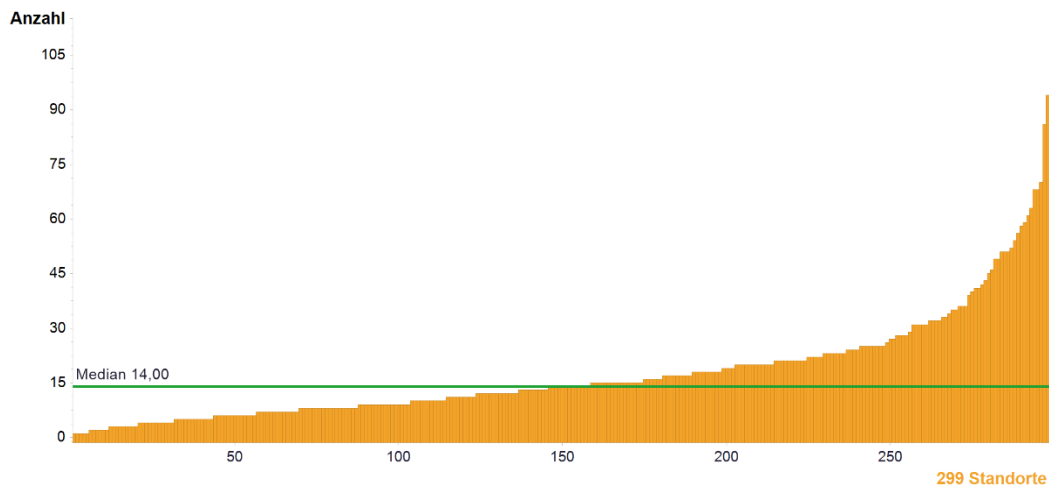
	Operativ elektiv	Operativ Notfall	Operativ TVE*	Endoskopisch	Nicht operativ palliativ **	Watch and Wait (Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ) ***	Gesamt
Kolon	13.962 (79,39%)	1.851 (10,53%)	---	533 (3,03%)	1.240 (7,05%)	0 (0,00%)	17.586 (100%)
Rektum	7.451 (79,16%)	247 (2,62%)	150 (1,59%)	283 (3,01%)	1.117 (11,87%)	164 (1,74%)	9.412 (100%)
Primärfälle gesamt	21.413	2.098	150	816	2.357	164	26.998

* Operativ Transanale Vollwandexzision

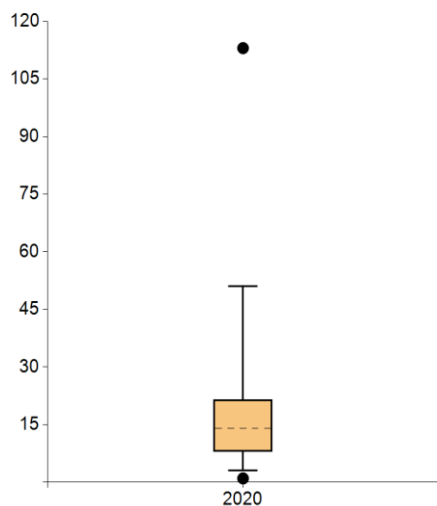
** Nicht operativ palliativ: Keine Tumorresektion; palliative Strahlen-/Chemotherapie oder Best Supportive Care

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

1. Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	14	1 - 113	5285
	Keine Sollvorgabe			



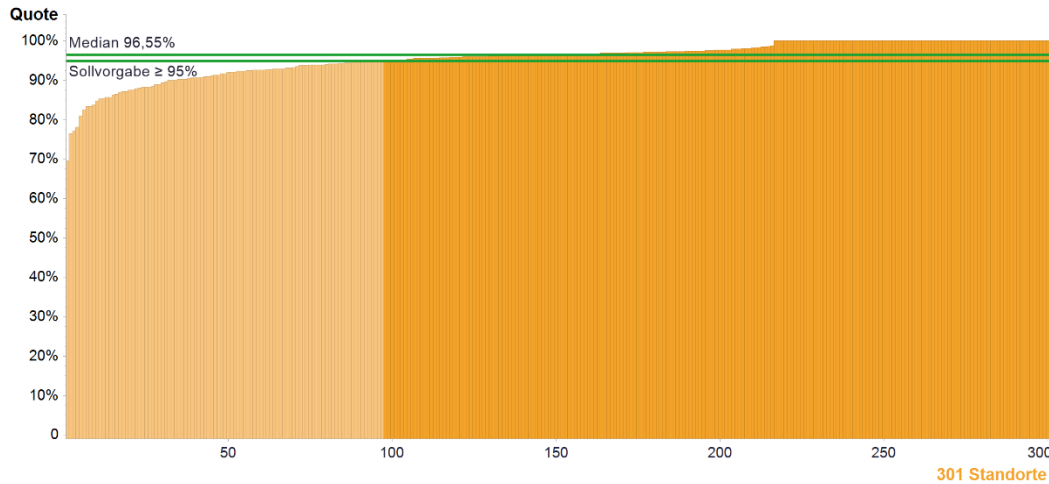
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	----	113,00
95. Perzentil	----	----	----	----	51,00
75. Perzentil	----	----	----	----	21,50
Median	----	----	----	----	14,00
25. Perzentil	----	----	----	----	8,00
5. Perzentil	----	----	----	----	3,00
● Min	----	----	----	----	1,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
299	99,34%	----	----

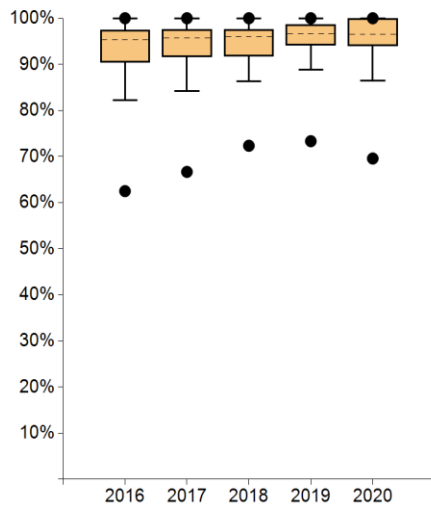
Anmerkungen:

Erstmals wurde in den zertifizierten Darmkrebszentren die Zahl der neuauftretenden Rezidive bzw. Fernmetastasen erhoben. Während die Zahl der im Jahresbericht erfassten Primärfälle trotz 5 zusätzlicher Zentren um 5,6% (höchstwahrscheinlich Covid-bedingt) gesunken ist, kann ein derartiger Vergleich wegen der fehlenden Daten aus den Vorjahren hier nicht gezogen werden. Bei einer großen Spannweite wurden im Median 14 Patienten mit Rezidiv oder sekundärer Fernmetastasierung behandelt.

2a. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	35*	9 - 101	11471
Nenner	Elektive Patienten mit RK und alle elektiven Patienten mit KK Stad. IV	36*	10 - 107	12018
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,55%	69,57% - 100%	95,45%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,47%	97,50%	97,61%	98,58%	100%
Median	95,35%	95,70%	95,96%	96,67%	96,55%
25. Perzentil	90,48%	91,67%	91,77%	94,09%	93,94%
5. Perzentil	82,15%	84,17%	86,36%	88,89%	86,42%
Min	62,50%	66,67%	72,34%	73,33%	69,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	204	67,77%

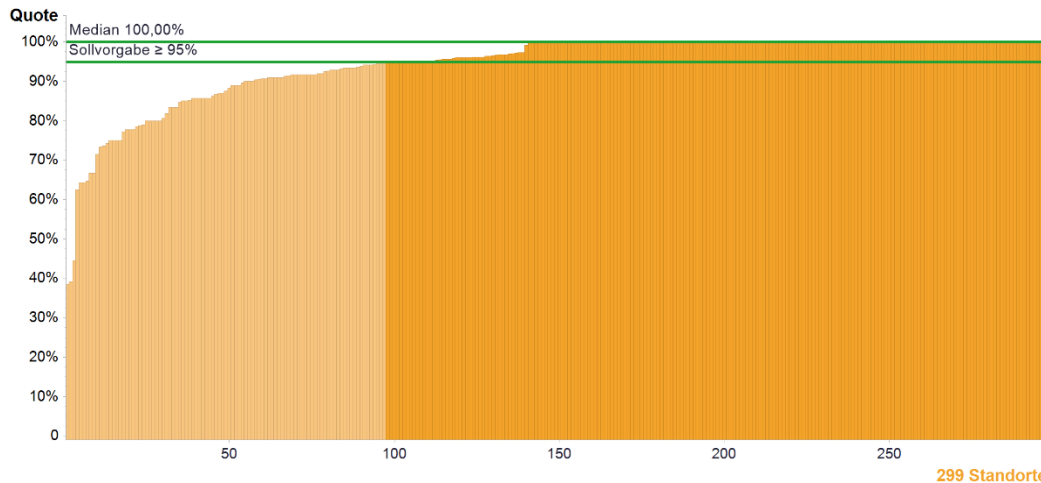
Anmerkungen:

Die Quoten bei der prätherapeutischen Vorstellung liegen ungefähr auf Vorjahresniveau. 97 Zentren verfehlten die 95-prozentige Sollvorgabe. Am häufigsten machten die Zentren geltend, dass (insbesondere peritoneale) Metastasen eines Kolon-Cas erst intraoperativ nachgewiesen wurden (50 Nennungen), die Malignomdiagnose intra- bzw. postoperativ gestellt wurde (z.B. initiale Diagnose Divertikulitis) (40x), ein zunächst im Sigma lokalisiertes Karzinom sich als Rektumkarzinom herausstellte (28x) oder weil der Eingriff aufgrund einer Stenosesymptomatik als dringlich eingestuft wurde (27x). 22 Zentren hatten die Vorstellung in einzelnen Fällen versäumt. Die Zentren reagierten mit zahlreichen Maßnahmen (z.B. ad-hoc-Tumorboards, Qualitätszirkel). In 2 Fällen sprach der Fachexperte eine Abweichung aus.

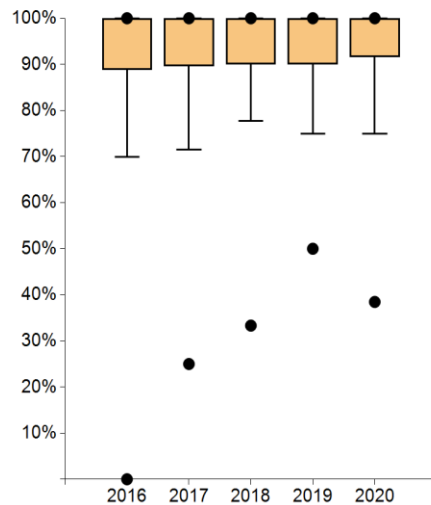
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

2b. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	13*	1 - 112	4964
Nenner	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	14*	1 - 113	5285
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	38,46% - 100%	93,93%**



	2016	2017	2018	2019	2020
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	88,89%	89,66%	90,00%	90,00%	91,67%
5. Perzentil	69,85%	71,43%	77,78%	75,00%	75,00%
Min	0,00%	25,00%	33,33%	50,00%	38,46%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
299	99,34%	202	67,56%

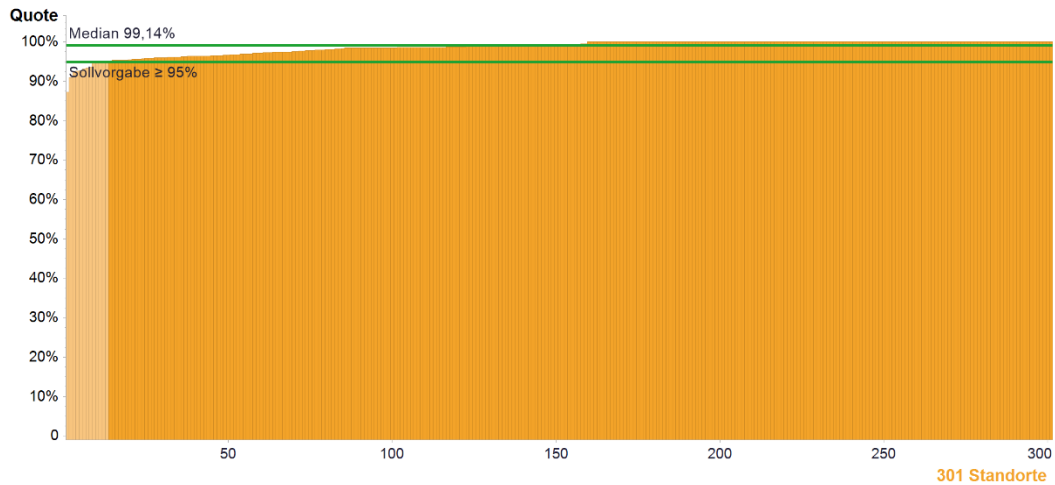
Anmerkungen:

Die Gesamtquote bei dieser Kennzahl hat sich leicht verbessert, zudem verfehlen 12 Zentren weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe. Von diesen gaben 28 an, Patienten wegen Notfalleingriffen (insbes. Ileus) nicht prätherapeutisch vorgestellt zu haben. 24 Zentren verwiesen auf intra- bzw. postoperativ diagnostizierte Rezidive bzw. Metastasen. 31 Zentren hatten die Vorstellung einzelner Patienten versäumt. Weitere Gründe waren zum Zeitpunkt der Tumorkonferenz verstorbene Patienten und bereits laufende Systemtherapien. Die Auditoren wiesen darauf hin, dass auch bei bereits bestehender Metastasierung oder geplanter BSC eine Vorstellung erfolgen muss. Die Zentren kommunizierten diese Vorgabe teils mit Schulungen oder der Einführung von ad-hoc-Tumorboards.

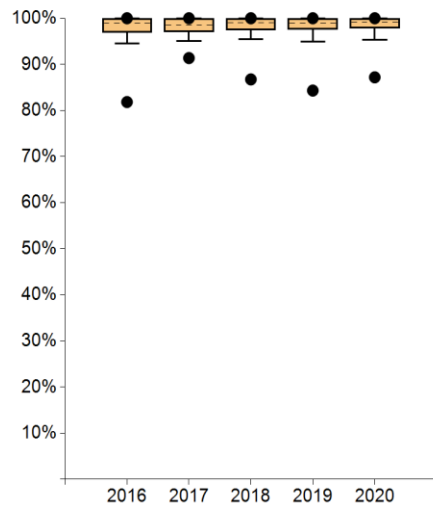
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	74*	27 - 208	24135
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	76*	28 - 211	24477
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	99,14%	87,18% - 100%	98,60%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	98,84%	98,45%	98,97%	98,83%	99,14%
25. Perzentil	96,86%	97,01%	97,45%	97,59%	97,85%
5. Perzentil	94,50%	95,01%	95,49%	94,93%	95,31%
Min	81,82%	91,36%	86,73%	84,31%	87,18%

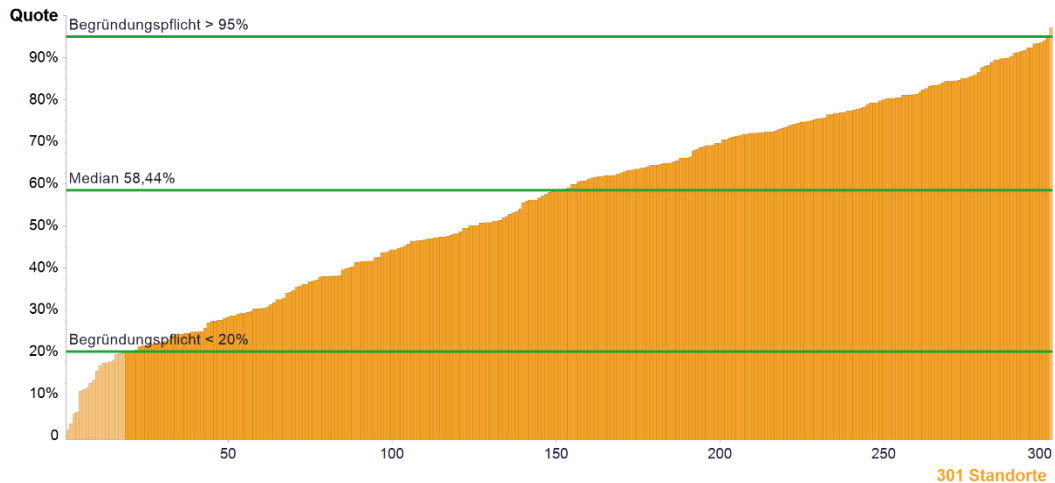
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	288	95,68%

Anmerkungen:

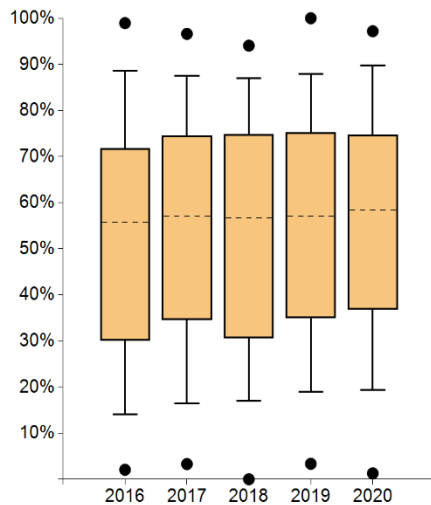
Die bereits sehr guten postoperativen Vorstellungsquoten konnten weiter verbessert werden. 3 Zentren weniger als im Vorjahr verfehlten die Sollvorgabe. Von diesen 13 Zentren verwiesen 12 auf unmittelbar postoperativ verstorbene Patienten. In einigen Fällen wurde die Vorstellung versäumt. Bei vereinzelten Begründungen wie z.B. die Ablehnung jeder weiteren Therapie durch die Patienten oder die unmittelbare postoperative Verlegung reagierten die Auditoren mit Hinweisen auf die Vorgabe einer konsequenten Vorstellung.

* 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 Patienten.

4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	56*	1 - 261	17204
Nenner	Primärfälle Gesamt + Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (= Kennzahl 1)	97*	38 - 348	32283
Quote	Begründungspflicht*** <20% und >95%	58,44%	1,28% - 97,18%	53,29%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	98,94%	96,61%	94,05%	100%	97,18%
95. Perzentil	88,58%	87,50%	86,96%	87,87%	89,77%
75. Perzentil	71,73%	74,49%	74,75%	75,24%	74,67%
Median	55,71%	57,11%	56,73%	57,05%	58,44%
25. Perzentil	30,13%	34,58%	30,67%	34,92%	36,84%
5. Perzentil	14,03%	16,51%	16,92%	19,01%	19,35%
Min	2,06%	3,30%	0,00%	3,36%	1,28%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	282	93,69%

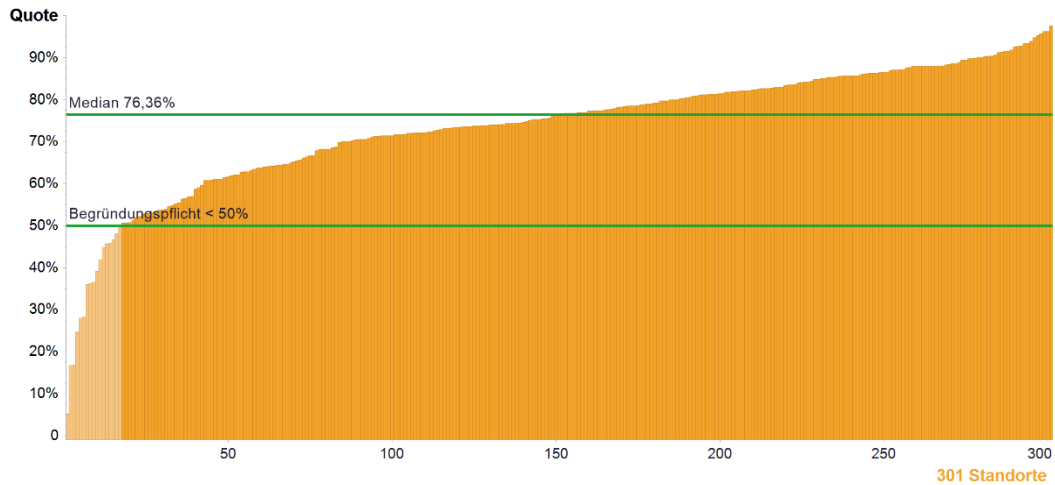
Anmerkungen:
Trotz vereinzelt berichteter Covid-bedingter Einschränkungen bei Screening und Patientenkontakten ist die psychoonkologische Betreuungsquote insgesamt sogar leicht angestiegen. Von den 19 Zentren außerhalb des vorgegebenen Korridors lag eines sogar über einer Quote von 95%. Insgesamt verwiesen die Zentren vor allem auf einen geringen Beratungsbedarf seitens der Patienten, teilweise auch auf Personalengpässe. Durch Schulungen und Qualitätszirkel wurde vielfach versucht, die Screeningquote zu optimieren.

* 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.

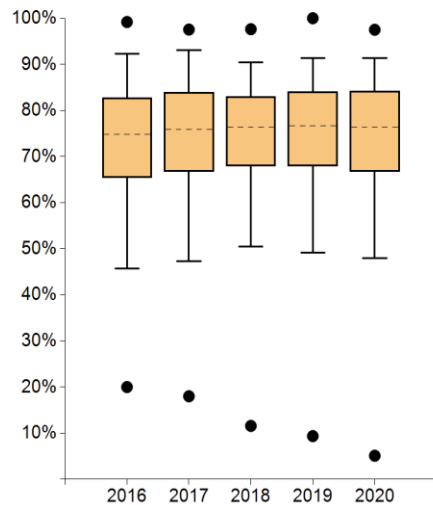
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	74*	10 - 248	23494
Nenner	Primärfälle Gesamt + Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen (=Kennzahl 1)	97*	38 - 348	32283
Quote	Begründungspflicht*** <50%	76,36%	5,10% - 97,50%	72,78%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	99,18%	97,54%	97,62%	100%	97,50%
95. Perzentil	92,25%	93,12%	90,37%	91,28%	91,36%
75. Perzentil	82,76%	83,90%	83,04%	84,10%	84,21%
Median	74,77%	75,84%	76,45%	76,61%	76,36%
25. Perzentil	65,46%	66,78%	67,95%	67,93%	66,67%
5. Perzentil	45,67%	47,29%	50,43%	49,19%	48,00%
Min	20,00%	18,00%	11,57%	9,36%	5,10%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	284	94,35%

Anmerkungen:

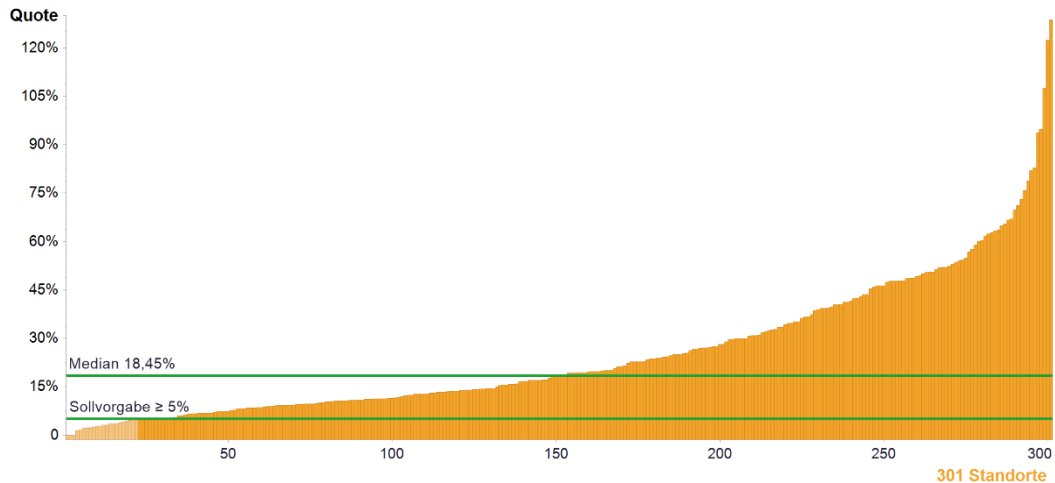
Die Beratungsquote des Sozialdienstes ist im Vergleich zum Vorjahr v.a. in den unteren Prozentbereichen leicht gesunken. 17 Zentren (Vorjahr: 9) lagen unter einer Beratungsquote von 50%. 9 davon lagen im deutschsprachigen Ausland mit abweichenden Rechtsansprüchen und Zuständigkeiten auf diesem Gebiet. Die übrigen Zentren verwiesen in erster Linie auf die Pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen und dem damit einhergehenden geringeren Beratungswunsch der Patienten. Auch wurden z.T. Stationen zu Covid-Stationen umgewidmet und das Personal anderweitig eingesetzt. 3 Zentren führten in relevantem Ausmaß die Beratungen durch Casemanager durch, was für die Kennzahl nicht zählbar 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.

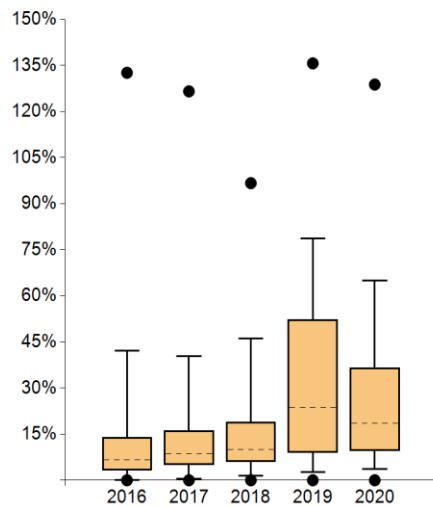
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

6. Anteil Studienpatienten



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des DZ, die in eine Studie oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden	15*	0 - 103	6700
Nenner	Primärfälle gesamt	83*	31 - 239	26998
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	18,45%	0,00% - 128,75%	24,82%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	132,58%	126,53%	96,67%	135,64%	128,75%
95. Perzentil	42,24%	40,33%	46,19%	78,65%	64,96%
75. Perzentil	14,00%	16,18%	18,85%	52,28%	36,54%
Median	6,58%	8,53%	9,93%	23,63%	18,45%
25. Perzentil	3,23%	5,10%	5,97%	9,02%	9,68%
5. Perzentil	0,00%	0,48%	1,49%	2,61%	3,65%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

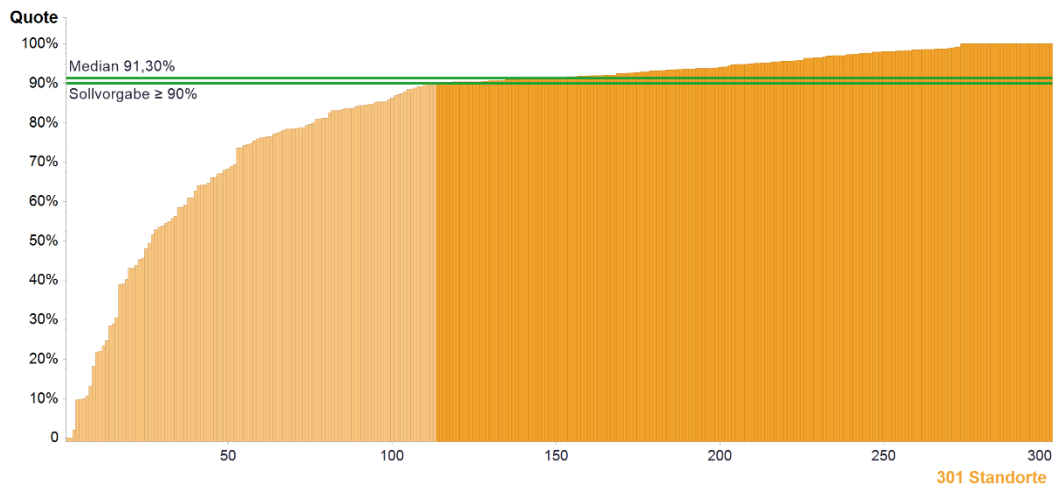
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	279	92,69%

Anmerkungen:

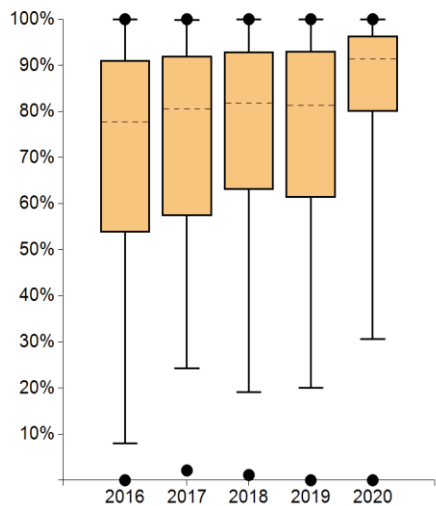
Die Studienquote insgesamt ist deutlich zurückgegangen, was u.a. mit dem Ausschluss reiner Biobanksammlungen zusammenhängen dürfte. Gleichwohl haben 5 Zentren weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt. Von diesen 22 Zentren berichteten 7 von pandemiebedingten Rekrutierungsstopps sowie Zurückhaltung seitens der Patienten. In einigen Fällen war auch der Einschluss in eine nicht in der StudyBox gelistete Studie sowie ein negatives Screening der Grund für eine Unterschreitung der Sollvorgabe.

* 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 Patienten.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners mit ausgefülltem Patientenfragebogen (http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/organkrebszentren.html unter dem Punkt Darmkrebs)	72*	0 - 216	22619
Nenner	Primärfälle gesamt	83*	31 - 239	26998
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	91,30%	0,00% - 100%	83,78%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	99,87%	100%	100%	100%
75. Perzentil	91,07%	91,99%	92,99%	93,05%	96,33%
Median	77,78%	80,55%	81,82%	81,25%	91,30%
25. Perzentil	53,82%	57,35%	62,97%	61,33%	80,00%
5. Perzentil	7,96%	24,22%	19,10%	20,00%	30,56%
● Min	0,00%	2,13%	1,14%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	188	62,46%

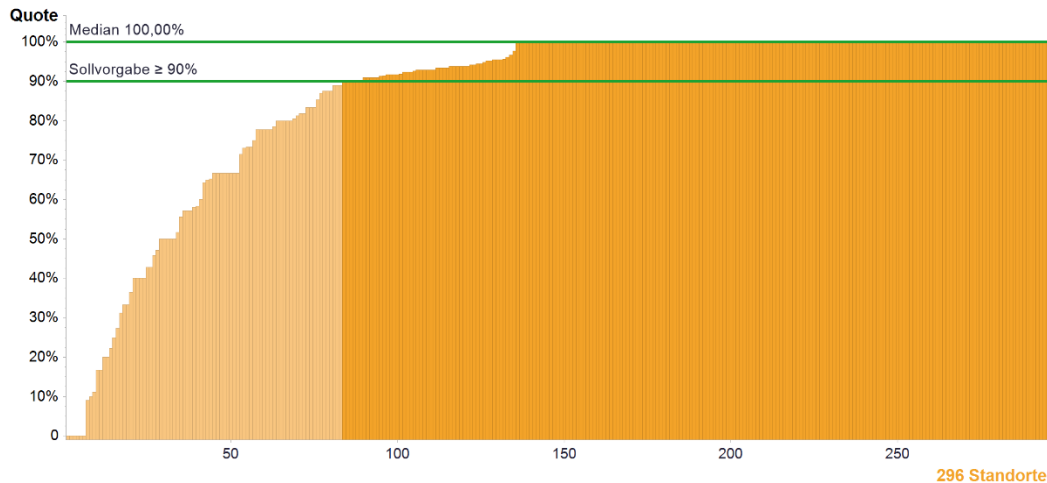
Anmerkungen:

Die Begründungspflicht bei <5% wurde in eine mind. 90-prozentige Sollvorgabe umgewandelt. Daher haben wesentlich mehr Zentren (123) als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt, obwohl die Kennzahl eine sehr positive Entwicklung genommen hat. 23 dieser Zentren verwiesen auf (teils zum Audittermin schon behobene) Dokumentationsprobleme, 21 Zentren auf mehr oder weniger ausgeprägte Versäumnisse. Weitere Gründe waren Sprachbarrieren, demente Patienten, pandemiebedingte Probleme (weniger Patientenkontakte, keine Besuche für Fremdanamnese, Verlegung auf nicht mit den Prozessen vertraute Stationen). Die Zentren reagierten mit Schulungen und Prozessanpassungen (insbesondere durch Digitalisierung der Fragebögen).

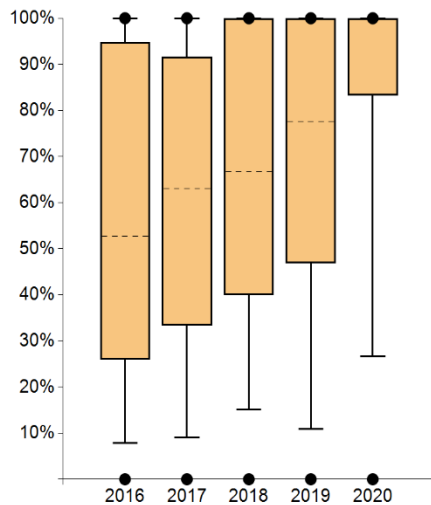
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

8. Genetische Beratung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle des Nenners, denen eine Vorstellung zur genetischen Beratung empfohlen wurde	8*	0 - 45	2952
Nenner	Primärfälle mit pos. Patientenfragebogen	10*	1 - 49	3442
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%	85,76%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	94,78%	91,58%	100%	100%	100%
Median	52,66%	63,01%	66,67%	77,53%	100%
25. Perzentil	25,95%	33,33%	40,00%	46,83%	83,33%
5. Perzentil	7,85%	9,10%	15,11%	10,85%	26,70%
● Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
296	98,34%	213	71,96%

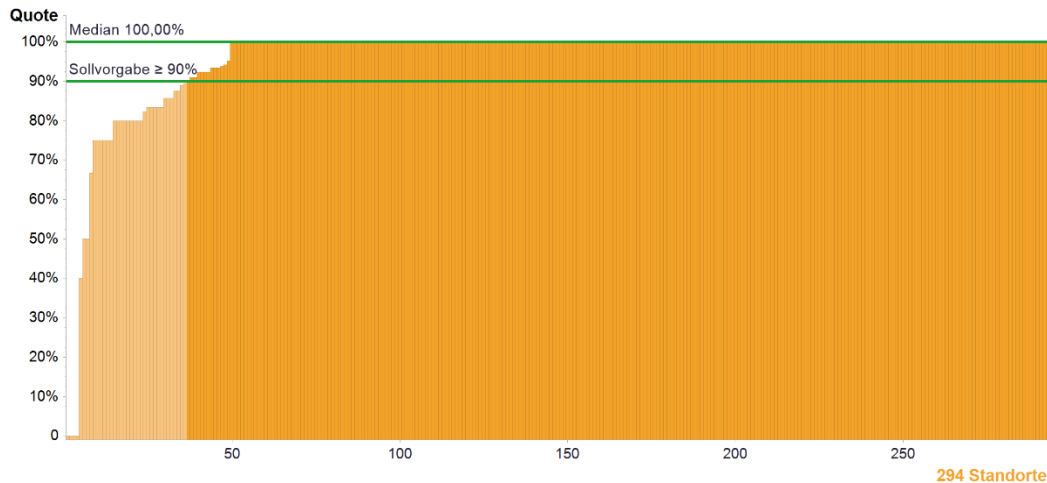
Anmerkungen:

5 Zentren konnten dem Nenner keinen Patienten zuordnen. Analog der KeZa 7 ist die Beratungsquote insgesamt deutlich angestiegen, wenngleich durch die Neufestsetzung der Sollvorgabe deutlich mehr Zentren (83) auffällig wurden. 23 Zentren berichteten Dokumentationsfehler, die u.a. mit der Anpassung der Arztbriefvorlagen angegangen wurden. Andere Zentren verwiesen auf unauffällige molekularpathologische bzw. immunhistochemische Befunde (14x), frühzeitig verstorbene Patienten (16x) oder Versäumnisse (17x). Vielfach führten die Zentren Schulungen und Qualitätszirkel zu dem Thema durch.

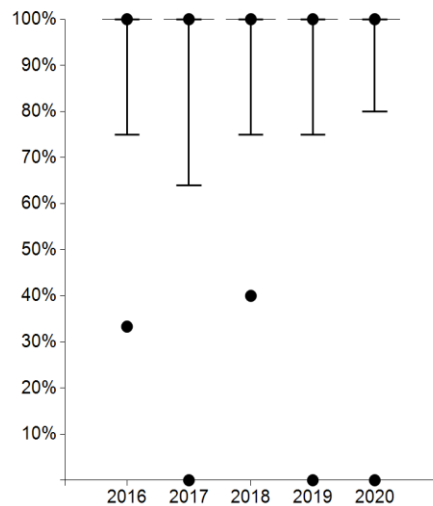
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

9. Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine	4*	0 - 20	1497
Nenner	Patienten mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre	4,5*	1 - 21	1553
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	100%	0,00% - 100%	96,39%**



	2016	2017	2018	2019	2020
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%	64,00%	75,00%	75,00%	80,00%
Min	33,33%	0,00%	40,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
294	97,67%	258	87,76%

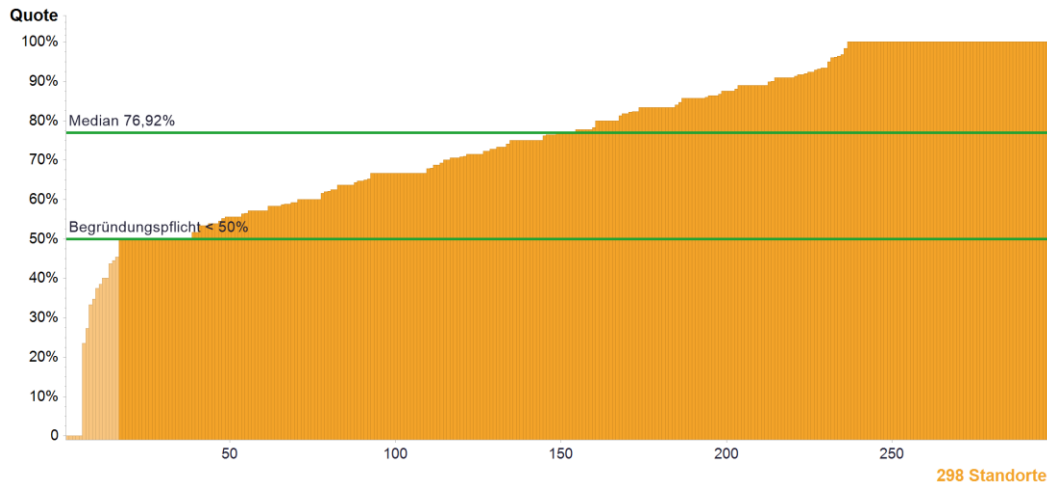
Anmerkungen:

Die weitaus meisten Zentren (245) setzten diese Kennzahl vollständig um. 36 Zentren (5 weniger als im Vorjahr) haben bei weniger als 90% der Patienten des Nenners die MMR-Proteine bestimmt. Dies lag meist daran, dass kein Tumorgewebe mehr nachweisbar war (bei auswärtiger Biopsie oder neoadjuvanter Behandlung) bzw. dass die Untersuchung patientenseitig abgelehnt wurde. Die Zentren reagierten u.a. mit Qualitätszirkeln sowie der eigenständigen MMR-Bestimmung an auswärtig untersuchten Präparaten. Die 4 Zentren mit einer Quote von 0% hatten nur 1 Patienten im Nenner.

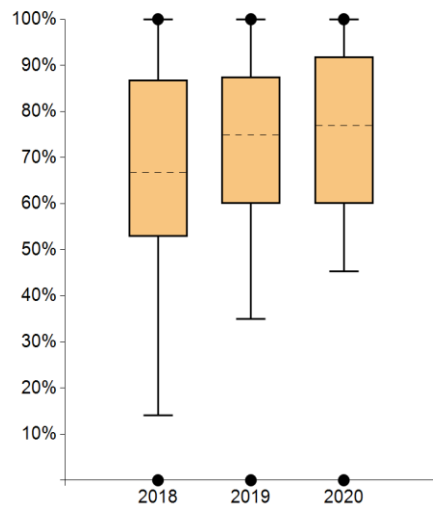
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Bestimmung RAS- (= KRAS u. NRAS-Mutationen) sowie BRAF-Mutation zu Beginn der Erstlinientherapie	8*	0 - 98	3131
Nenner	Patienten mit metastasiertem KRK und Erstlinientherapie	11*	1 - 109	4157
Quote	Begründungspflicht*** <50%	76,92%	0,00% - 100%	75,32%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	86,88%	87,50%	91,92%
Median	----	----	66,67%	75,00%	76,92%
25. Perzentil	----	----	52,80%	60,00%	60,00%
5. Perzentil	----	----	14,08%	35,00%	45,30%
Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
298	99,00%	282	94,63%

Anmerkungen:

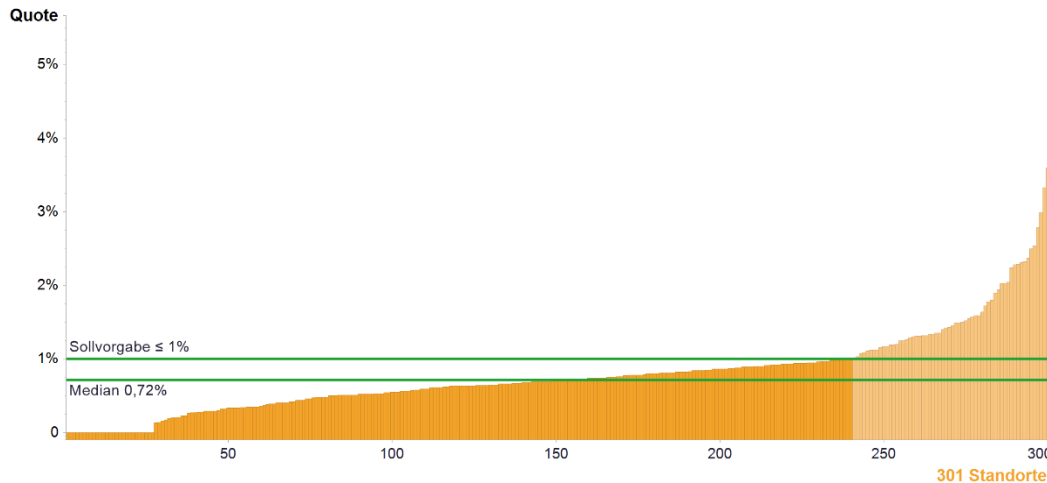
Diese noch recht neue KeZa zeigt eine weiter positive Entwicklung, sodass nur noch 16 Zentren (Vorjahr: 31) begründungspflichtig waren. Häufig (7 Nennungen) erfolgte die Bestimmung extern, was die Zentren veranlasste, den Informationsfluss z.B. mit Praxen zu verbessern. 6 Zentren gaben an, die Therapie bereits vor Befundmitteilung gestartet zu haben (z.B. wegen hohem Therapiedruck oder langer Dauer bis zum Befund). Viele Zentren nahmen ihre Quoten zum Anlass, Qualitätszirkel durchzuführen.

* 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.

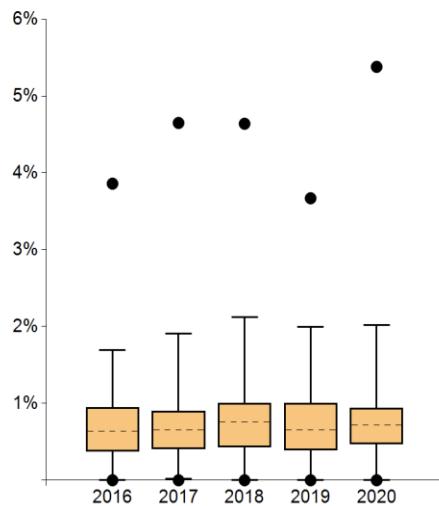
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

11. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Koloskopien des Nenners mit Komplikationen (Blutung, die eine Re-Intervention (Rekoloskopie, Operation) oder eine Transfusion erforderlich macht u./o. Perforation)	2*	0 - 20	914
Nenner	Therapeutische Koloskopien mit Schlingenpolypektomien je koloskopierende Einheit (nicht nur Patienten DZ)	346*	40 - 4238	125617
Quote	Sollvorgabe ≤ 1%	0,72%	0,00% - 5,38%	0,73%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	3,86%	4,65%	4,64%	3,67%	5,38%
95. Perzentil	1,69%	1,91%	2,12%	1,99%	2,02%
75. Perzentil	0,95%	0,90%	1,00%	1,00%	0,94%
Median	0,64%	0,65%	0,76%	0,66%	0,72%
25. Perzentil	0,38%	0,41%	0,43%	0,39%	0,47%
5. Perzentil	0,00%	0,02%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

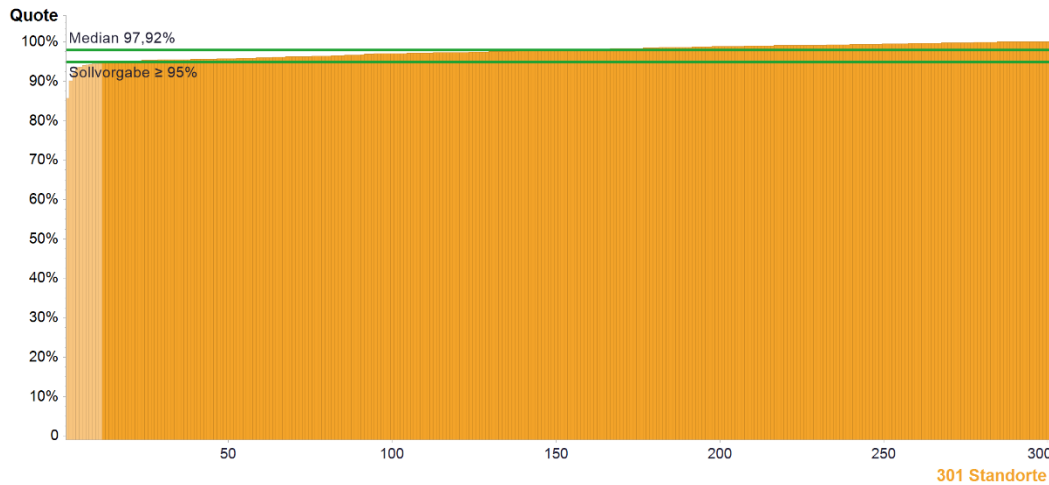
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	240	79,73%

Anmerkungen:

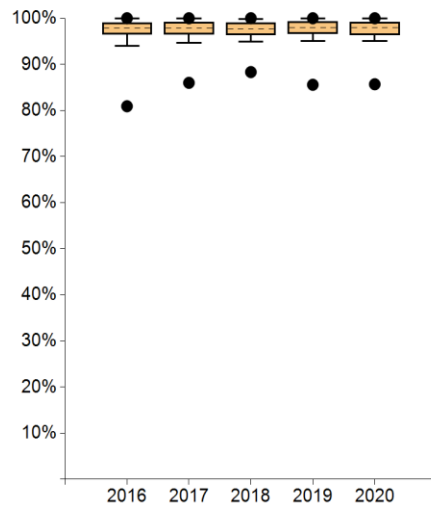
Die Zahl der therapeutischen Koloskopien insgesamt ist (wahrscheinlich Covid-bedingt) um 11% zurückgegangen. Die Komplikationsrate insgesamt ist konstant geblieben. 27 Zentren verzeichneten keinerlei Komplikationen. Mit 61 Zentren haben 13 weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt. Blutungen (39x) wurden dabei etwas häufiger genannt als Perforationen (28x). Allgemein gaben die betroffenen Zentren an, viele Risikopatienten (z.B. unter fortgeführter Antikoagulation) bzw. komplexe Befunde (z.B. multiple/große Polypen) zu behandeln, die durch niedergelassene Kollegen zugewiesen wurden. Einige Zentren führten gleichwohl Einzelfallanalysen und M&M-Konferenzen durch. Systematische Fehler wurden nicht festgestellt.

* 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 Patienten.

12. Vollständige elektive Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Koloskopien des Nenners, die vollständig waren	1237*	413 - 13412	440684
Nenner	Elektive Koloskopien je koloskopierende Einheit des Darmkrebszentrums (nicht nur Patienten DZ) (Gezählt werden: Intention: Koloskopie vollständig)	1279*	417 - 13454	450028
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,92%	85,68% - 100%	97,92%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,89%	99,88%	99,86%	100%	100%
75. Perzentil	99,07%	99,17%	99,04%	99,22%	99,11%
Median	97,86%	97,89%	97,68%	97,95%	97,92%
25. Perzentil	96,53%	96,48%	96,35%	96,61%	96,32%
5. Perzentil	94,02%	94,71%	94,91%	95,05%	95,07%
Min	80,91%	85,99%	88,32%	85,57%	85,68%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	290	96,35%

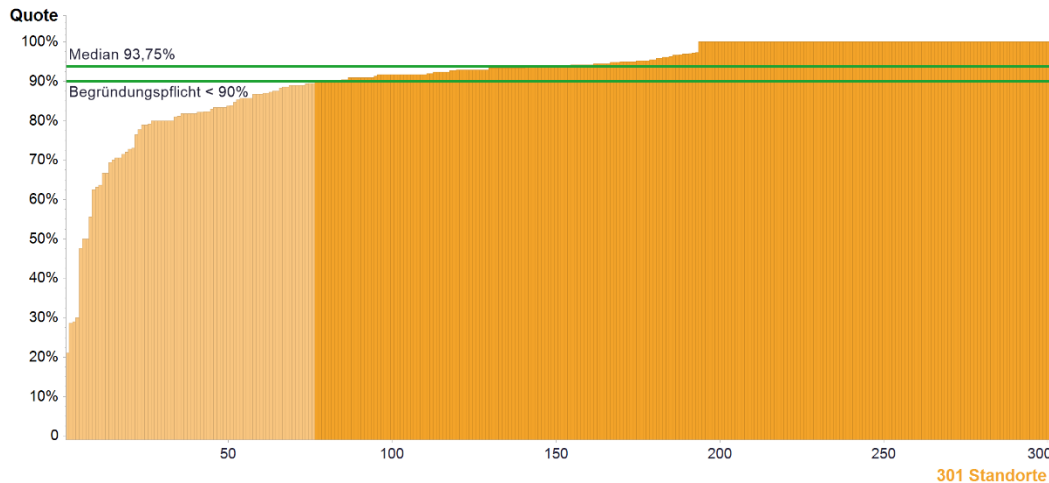
Anmerkungen:

Ähnlich wie bei KeZa 11 sind die elektiven Koloskopien insgesamt um 12,6% im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen. Ergebnisse und Erfüllungsgrad dieser Kennzahl sind auf hohem Niveau nahezu konstant geblieben. Während 17 Zentren 100% erreicht haben, lagen 11 Zentren unterhalb der 95-prozentigen Sollvorgabe, was meist an Darmverschmutzungen, Stenosen und verschlungenen/geknickten Darmwindungen lag. Ein systematisches Problem wurde nicht identifiziert.

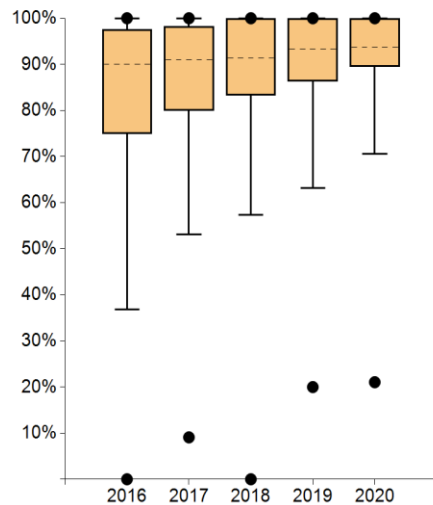
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	15*	1 - 62	4815
Nenner	Patienten mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	16*	1 - 70	5309
Quote	Begründungspflicht*** <90%	93,75%	21,05% - 100%	90,70%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,56%	98,25%	100%	100%	100%
Median	90,00%	90,91%	91,29%	93,33%	93,75%
25. Perzentil	75,00%	80,00%	83,33%	86,36%	89,47%
5. Perzentil	36,84%	53,08%	57,32%	63,12%	70,59%
Min	0,00%	9,09%	0,00%	20,00%	21,05%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	225	74,75%

Anmerkungen:

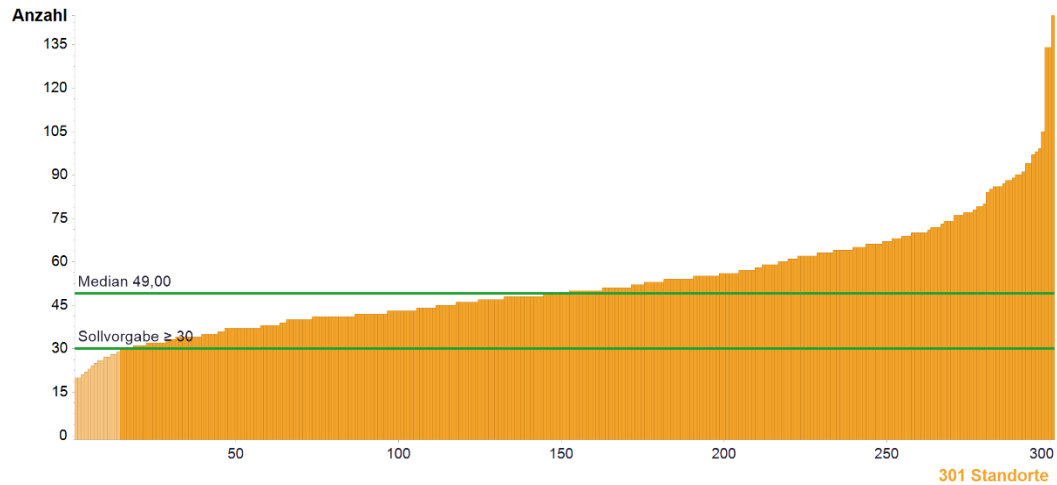
Der positive Trend bei dieser Kennzahl setzt sich weiter fort. 76 Zentren (Vorjahr: 94) mussten begründen, warum die Angabe im Befundbericht fehlte: 34 Zentren verwiesen auf auswärtige Befunde. Nur zum Teil waren die Radiologen im Zentrum zur Nachbefundung bereit, einige lehnten dies aus rechtlichen Gründen ab. Weitere häufige Gründe waren nicht abgrenzbare Faszien/Tumoren (22x), bereits abgetragene/resezierte Tumoren (12x) sowie einzelne Versäumnisse (9x). Geringe Quoten wurden recht häufig in Qualitätszirkeln thematisiert, auch wurden mitunter standardisierte Befundberichte neu implementiert.

* 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.

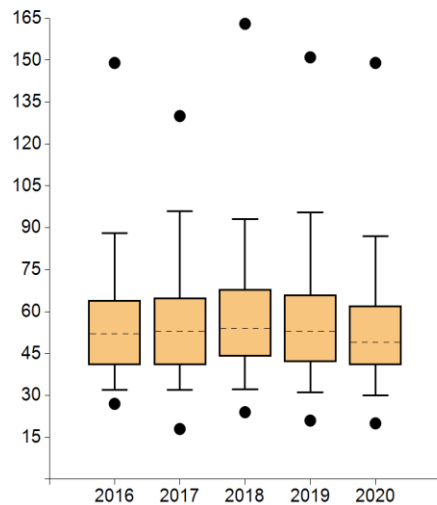
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

14. Operative Primärfälle Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Kolon	49	20 - 149	15813
	Sollvorgabe ≥ 30			



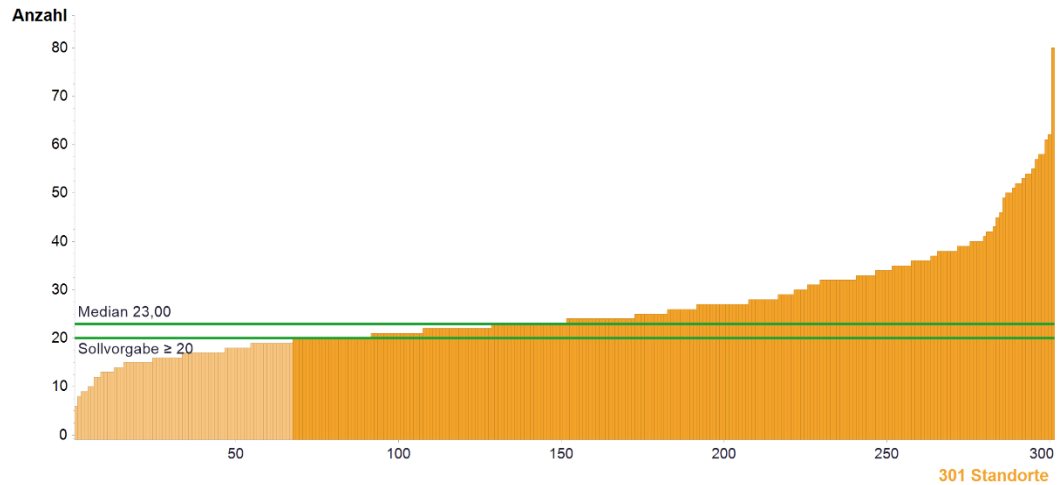
	2016	2017	2018	2019	2020
Max	149,00	130,00	163,00	151,00	149,00
95. Perzentil	88,00	95,85	93,00	95,50	87,00
75. Perzentil	64,00	65,00	68,00	66,00	62,00
Median	52,00	53,00	54,00	53,00	49,00
25. Perzentil	41,00	41,00	44,00	42,00	41,00
5. Perzentil	32,00	32,00	32,15	31,00	30,00
Min	27,00	18,00	24,00	21,00	20,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	287	95,35%

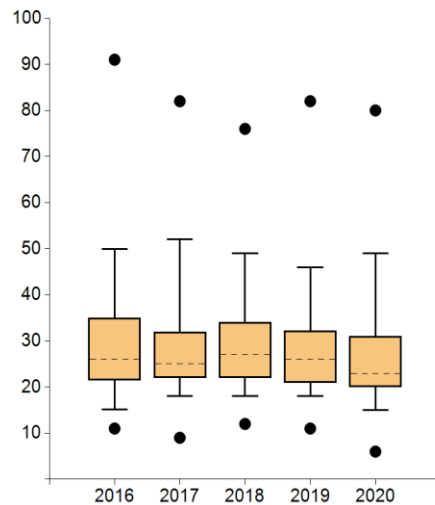
Anmerkungen:

Die Zahl der operativen Primärfälle ist Covid-bedingt um 5,85% zurückgegangen. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass 9 Zentren mehr als im Vorjahr die Sollvorgabe verfehlt haben. Alle begründeten die Rückgänge mit der Pandemie, konkret mit weniger Koloskopien, der Umfunktionierung zu Corona-Stationen sowie der patientenseitigen Zurückhaltung gegenüber Krankenhausaufenthalten.

15. Operative Primärfälle Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Operative Primärfälle Rektum (inkl. TVE)	23	6 - 80	7848
	Sollvorgabe ≥ 20			



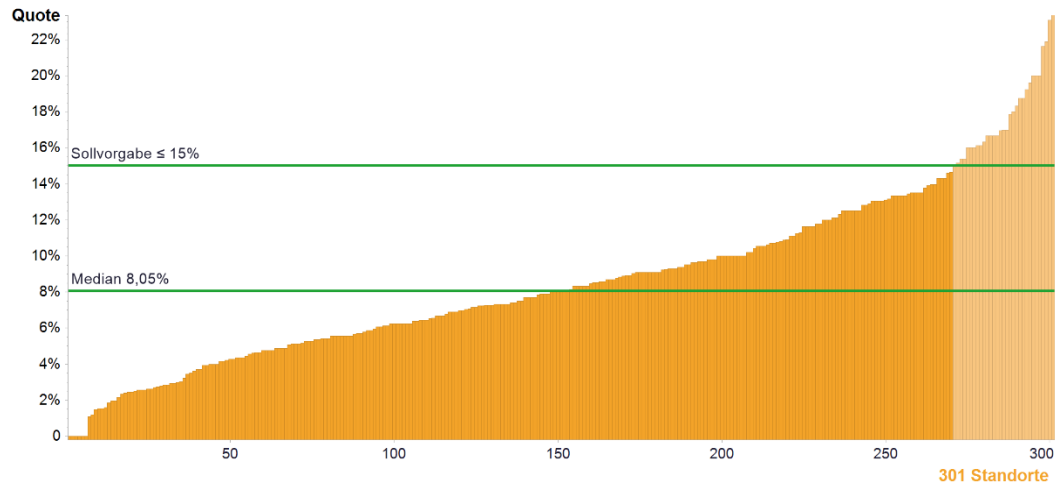
	2016	2017	2018	2019	2020
Max	91,00	82,00	76,00	82,00	80,00
95. Perzentil	49,90	52,00	49,00	46,00	49,00
75. Perzentil	35,00	32,00	34,00	32,25	31,00
Median	26,00	25,00	27,00	26,00	23,00
25. Perzentil	21,50	22,00	22,00	21,00	20,00
5. Perzentil	15,10	18,00	18,00	18,00	15,00
Min	11,00	9,00	12,00	11,00	6,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	234	77,74%

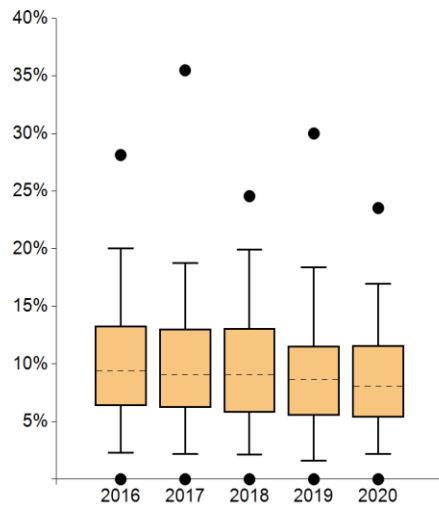
Anmerkungen:

Mit einem Rückgang um 6,47% ist das Minus bei den Rektumkarzinomen – trotz einer höheren Zahl an Zentren – noch größer als bei den Kolonkarzinomen (vgl. KeZa 14). Mit 77 Zentren hat sich die Zahl der Zentren unterhalb der Sollvorgabe mehr als verdoppelt. 60 von Ihnen begründeten dies mit der Pandemie. Auch der zunehmende Stellenwert der Totalen neoadjuvanten Therapie sowie ein höherer Anteil palliativer Patienten wurden vereinzelt genannt. Die Zentren konnten das Jahr 2020 bei der Berechnung der 3-Jahres-Fallzahlen ausblenden, sofern ein Wiederholaudit anstand.

16. Revisions-OPs Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP (nicht gezählt werden: diagnostische Spüllaparoskopien)	3*	0 - 18	1180
Nenner	Elektive Kolon-Operationen	43*	16 - 133	13962
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	8,05%	0,00% - 23,53%	8,45%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	28,13%	35,48%	24,56%	30,00%	23,53%
95. Perzentil	20,00%	18,75%	19,92%	18,37%	16,98%
75. Perzentil	13,29%	13,04%	13,07%	11,54%	11,63%
Median	9,38%	9,09%	9,09%	8,62%	8,05%
25. Perzentil	6,40%	6,22%	5,79%	5,53%	5,36%
5. Perzentil	2,29%	2,18%	2,14%	1,59%	2,17%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	270	89,70%

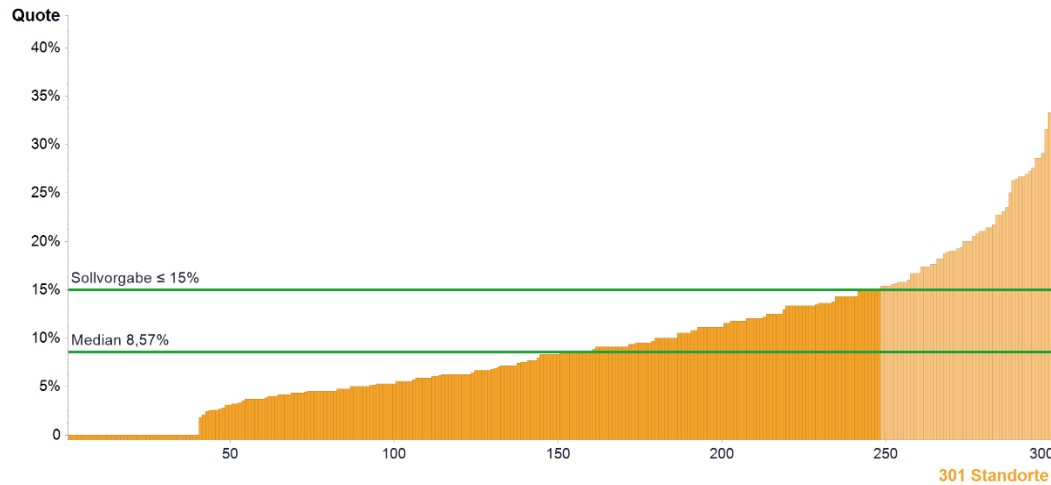
Anmerkungen:

Die Revisionsrate insgesamt ist leicht rückläufig. 2 Zentren weniger als im Vorjahr lagen über 15%. Am häufigsten (26x) nannten die Zentren Anastomosensuffizienzen als Ursache, gefolgt von Platzbauch (15x), Blutungen (13x), Ileus (10x) und Perfusionsstörungen (6x). Die Einzelfallanalysen ergaben in den weitaus meisten Fällen, dass die Begründungen plausibilisierbar waren. Viele Zentren führten diesbezügliche Qualitätszirkel durch oder verfassten Maßnahmenpläne.

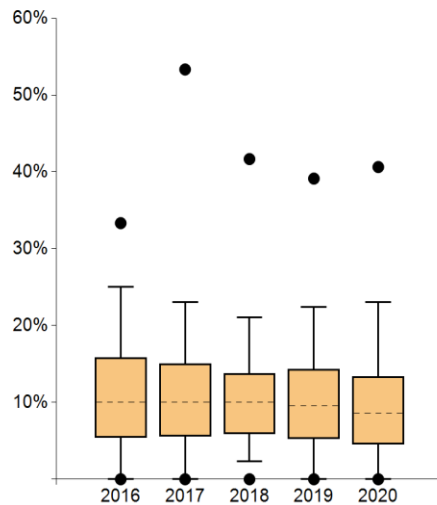
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

17. Revisions-OPs Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach OP (nicht gezählt werden: diagnostische Spüllaparoskopien)	2*	0 - 13	693
Nenner	Elektive Rektum-Operationen (ohne TVE)	22*	5 - 77	7451
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	8,57%	0,00% - 40,63%	9,30%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	33,33%	53,33%	41,67%	39,13%	40,63%
95. Perzentil	25,00%	23,03%	21,05%	22,44%	23,08%
75. Perzentil	15,79%	15,00%	13,79%	14,29%	13,33%
Median	10,00%	10,00%	10,00%	9,52%	8,57%
25. Perzentil	5,43%	5,56%	5,88%	5,26%	4,55%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	2,31%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

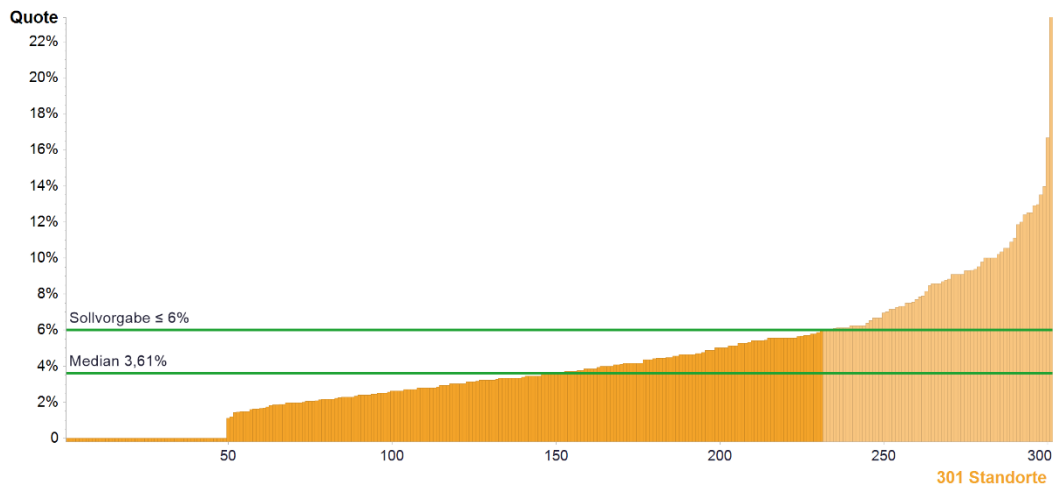
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	248	82,39%

Anmerkungen:

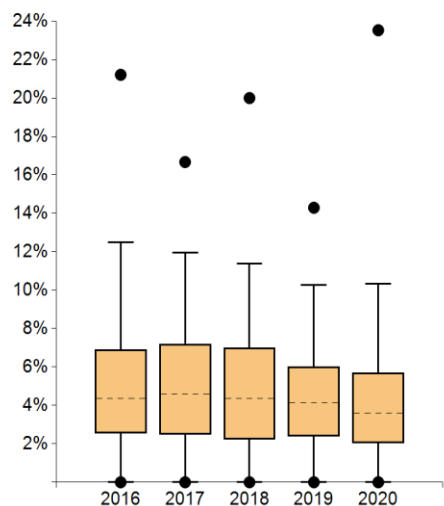
Die Revisionsrate bei den Rektumeingriffen ist recht deutlich gesunken. Auch die Zahl der Zentren mit einer Quote von >15% hat sich von 69 auf 53 verringert. Mit 33 Nennungen bildet die Anastomosensuffizienz bei Rektum-Revisionen die häufigste Komplikation. Ebenso berichteten die Zentren (neben zahlreichen anderen, selteneren Revisionsgründen) von Wundheilungsstörungen bzw. -infektionen (18x), Ileus (21x), Platzbauch (11x) und Blutungen (12x). Systematische Fehler wurden in den Audits nicht festgestellt. Maßnahmen der Zentren umfassten Qualitätszirkel, M&M-Konferenzen oder spezifische Lösungen wie die Aufzeichnung von OPs zur Fehleranalyse.

* 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 Patienten.

18. Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Re-Interventionsbedürftigen Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach Eingriffen	1*	0 - 14	551
Nenner	Patienten mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	41*	15 - 132	13342
Quote	Sollvorgabe ≤ 6%	3,61%	0,00% - 23,53%	4,13%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	21,21%	16,67%	20,00%	14,29%	23,53%
95. Perzentil	12,50%	11,94%	11,38%	10,28%	10,34%
75. Perzentil	6,90%	7,19%	7,00%	6,00%	5,71%
Median	4,35%	4,59%	4,35%	4,13%	3,61%
25. Perzentil	2,56%	2,50%	2,24%	2,38%	2,04%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

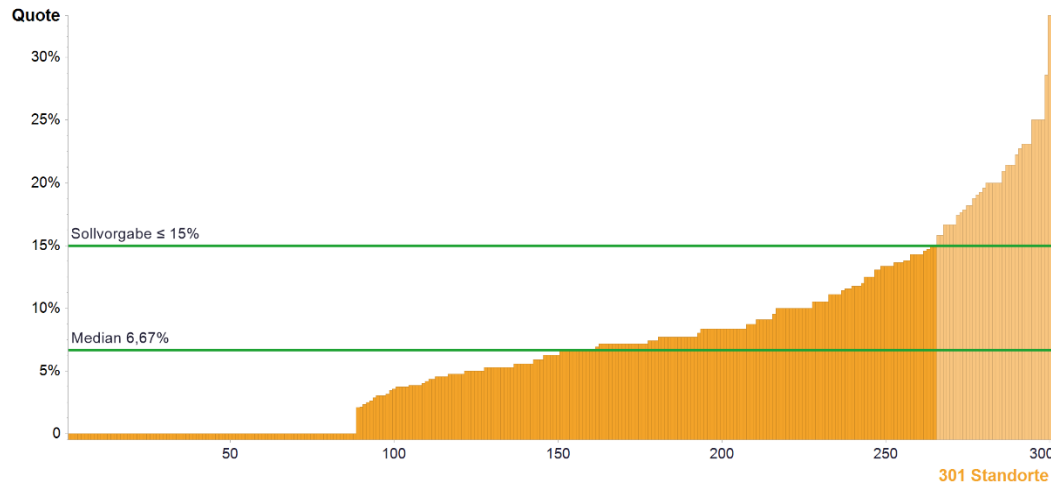
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	231	76,74%

Anmerkungen:

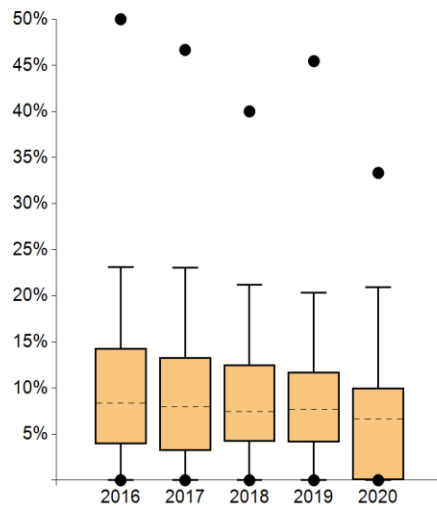
Die Anastomoseninsuffizienzrate setzt ihre positive Tendenz fort und ist weiter gesunken. Mit 70 Zentren verfehlen 3 weniger als im Vorjahr die Sollvorgabe. In den Audits verwiesen die Zentren 33x auf Hochrisikopatienten (insbesondere Multimorbidität) sowie 27x auf komplexe bzw. ausgedehnte Eingriffe. Andere Gründe wie z.B. fehleranfällige Stapler oder eine hohe Blutungsneigung spielten eine untergeordnete Rolle. Ein systematischer Fehler ließ sich in aller Regel nicht feststellen. Häufig thematisierten die Zentren die Fälle in M&M-Konferenzen oder sie wählten spezifische Maßnahmen wie eine verbesserte präoperative Risikoeinschätzung, intraoperative ICG-Perfusionskontrollen oder mehr protektive Stomas.

* 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 Patienten.

19. Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Anastomoseninsuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe o. interventioneller Drainage o. transanaler Lavage / Drainage) oder C ((Re-)Laparotomie)	1*	0 - 9	385
Nenner	Patienten mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde (ohne TVE)	16*	2 - 69	5519
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	6,67%	0,00% - 33,33%	6,98%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	50,00%	46,67%	40,00%	45,45%	33,33%
95. Perzentil	23,08%	23,03%	21,22%	20,36%	20,93%
75. Perzentil	14,29%	13,33%	12,50%	11,76%	10,00%
Median	8,33%	7,95%	7,42%	7,69%	6,67%
25. Perzentil	3,94%	3,21%	4,17%	4,13%	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%

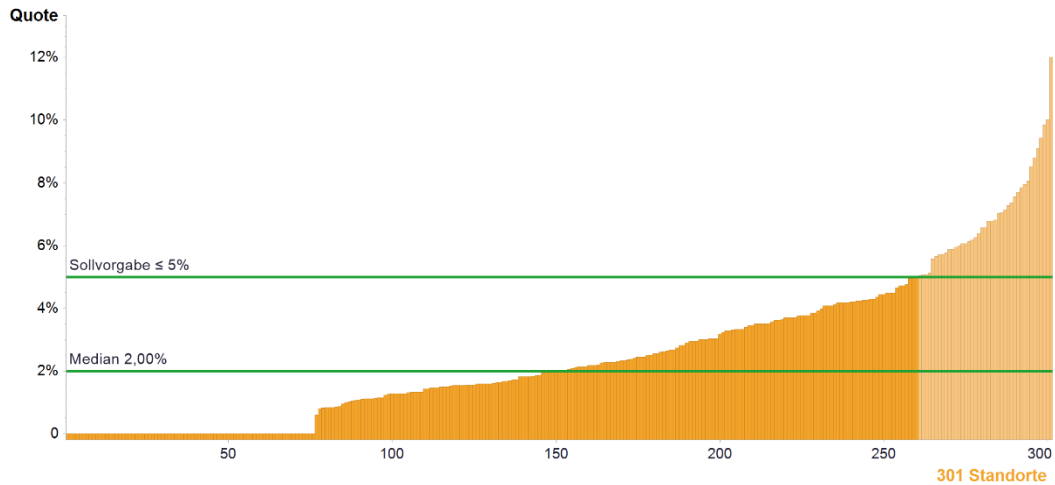
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	265	88,04%

Anmerkungen:

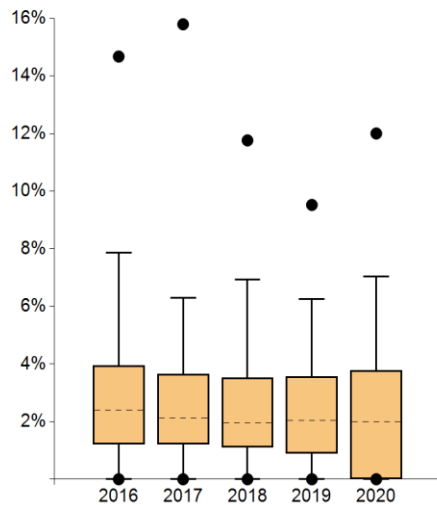
Auch beim Rektumkarzinom setzt sich der positive Trend fort. Während 88 Zentren keinerlei Anastomoseninsuffizienzen zu verzeichnen hatten, verfehlten 36 (Vorjahr: 32) Zentren die Sollvorgabe von maximal 15%. Neben den Begründungen, die bereits bei KeZa 18 genannt wurden, verwiesen die Zentren insbesondere auf neoadjuvant vorbehandelte Patienten sowie auf tiefe Anastomosen (z.T. ohne protektives Ileostoma). Die beiden Zentren mit einer Quote von 33,33% hatten jeweils nur 3 bzw. 6 Patienten 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 Patienten.

20. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind	1*	0 - 8	514
Nenner	Elektiv operierte Patienten (ohne TVE)	67*	22 - 190	21413
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	2,00%	0,00% - 12,00%	2,40%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	14,67%	15,79%	11,76%	9,52%	12,00%
95. Perzentil	7,87%	6,30%	6,93%	6,25%	7,04%
75. Perzentil	3,94%	3,64%	3,53%	3,57%	3,77%
Median	2,41%	2,13%	1,96%	2,04%	2,00%
25. Perzentil	1,21%	1,22%	1,11%	0,89%	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%

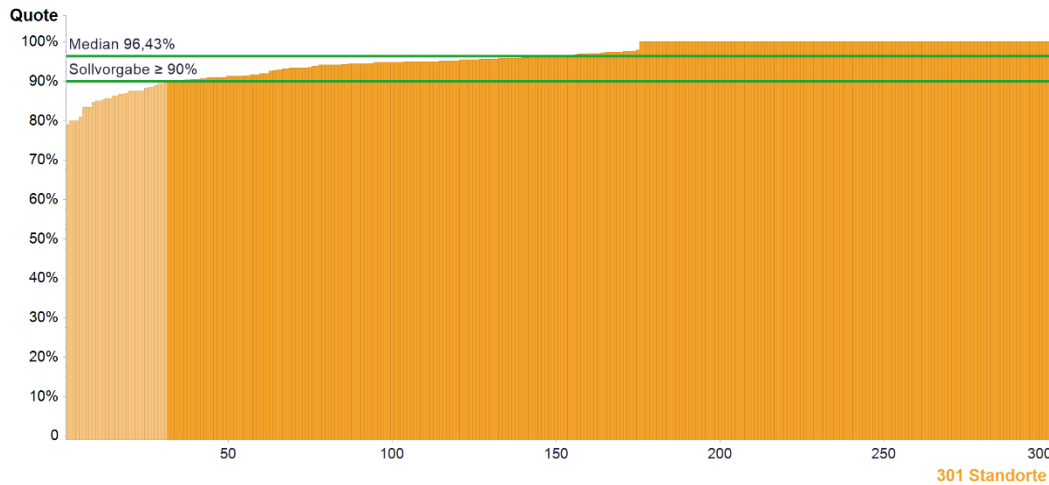
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	260	86,38%

Anmerkungen:

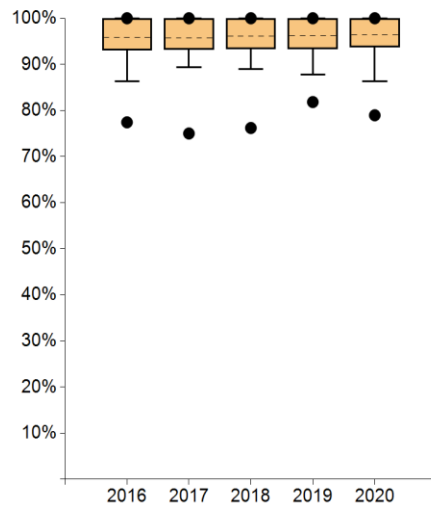
Die Ergebnisse dieser Kennzahl bewegen sich ungefähr auf Vorjahresniveau, wobei 76 Zentren keinen Todesfall 30 Tage nach OP verzeichneten. Über 5% lagen 41 Zentren, die die Todesfälle meist auf eine aspirationsbedingte oder nosokomiale Pneumonie (20 Nennungen), Sepsis (18x), Lungenembolie (9x) oder Peritonitis (9x) zurückführten. 4 Zentren berichteten von einem Covid-bedingten Todesfall. Neben der Einzelfallbetrachtung in M&M-Konferenzen planten einige Zentren, die präoperative kardiologische Abklärung zu intensivieren. Meist stellten die Fachexperten keinen systematischen Fehler fest. In einigen Fällen wurden jedoch Hinweise ausgesprochen und Einzelfallbetrachtungen für das kommende Audit angeündigt.

* 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 Patienten.

21. Lokale R0-Resektionen Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operationen des Nenners mit lokalen R0-Resektionen nach Abschluss der operativen Therapie	22*	5 - 75	7138
Nenner	Elektive Rektum-OPs (operativ) (ohne TVE)	22*	5 - 77	7451
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	96,43%	78,95% - 100%	95,80%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	95,83%	95,65%	96,08%	96,30%	96,43%
25. Perzentil	93,02%	93,16%	93,29%	93,27%	93,75%
5. Perzentil	86,26%	89,32%	88,95%	87,79%	86,36%
Min	77,42%	75,00%	76,19%	81,82%	78,95%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	270	89,70%

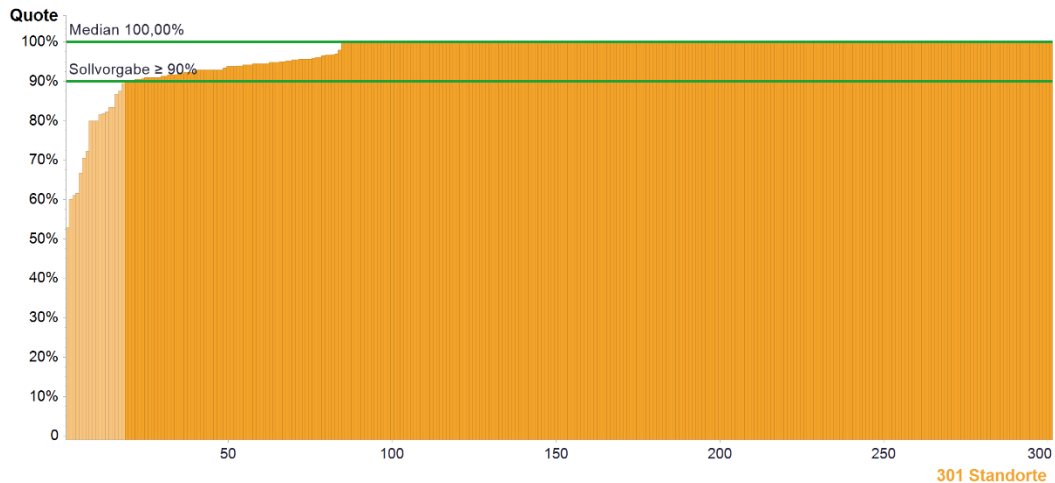
Anmerkungen:

Die Kennzahl bewegt sich auf dem hohen Niveau der Vorjahre, fast 90% der Zentren erfüllen die Sollvorgabe. Die übrigen 31 erläuterten in den Audits, dass bei bekannter Metastasierung bzw. infiltrierendem Wachstum eine R0-Resektion nicht möglich war. Mitunter wurde auch erst intraoperativ eine Peritonealkarzinose diagnostiziert. Die Begründungen der Zentren konnten in den Audits fast immer plausibilisiert werden. Vereinzelt wurden Maßnahmen wie z.B. routinemäßige Schnellschnitte empfohlen.

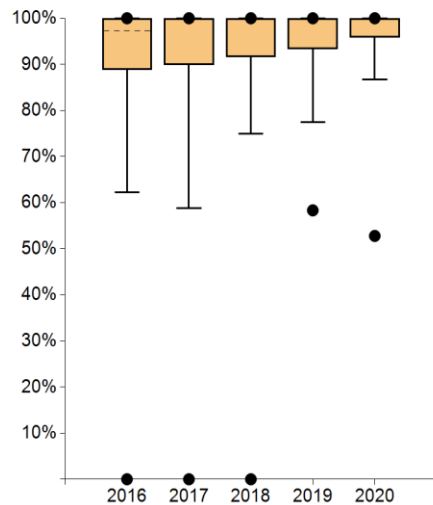
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

22. Anzeichnung Stomaposition (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	16*	2 - 76	5403
Nenner	Patienten mit RK, bei denen eine elektive Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde (ohne TVE)	17*	3 - 76	5571
Quote	Sollvorgabe \geq 90%	100%	52,78% - 100%	96,98%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	97,30%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	88,89%	89,87%	91,67%	93,33%	95,83%
5. Perzentil	62,23%	58,81%	75,00%	77,51%	86,67%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	58,33%	52,78%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	283	94,02%

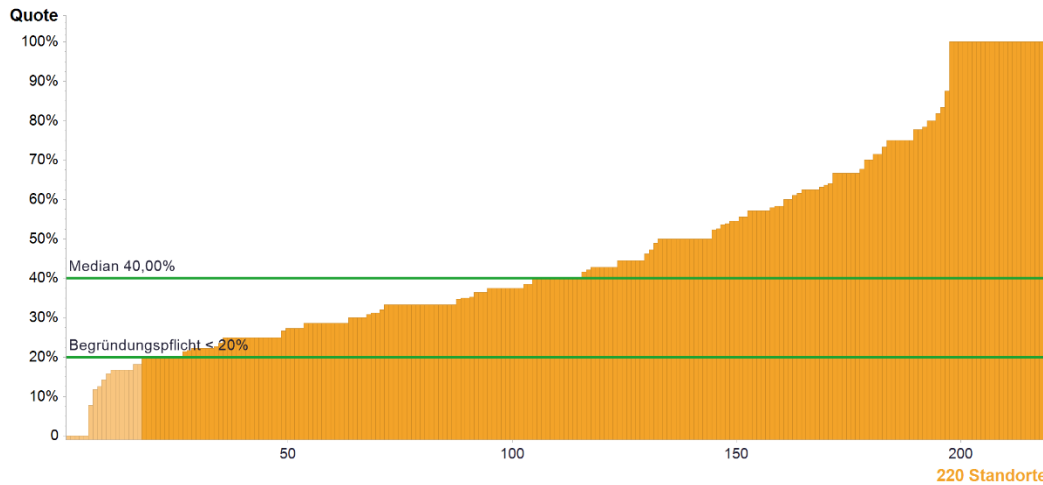
Anmerkungen:

Die Ergebnisse dieses QI der Leitlinie entwickeln sich weiter sehr gut. Die Gesamtquote ist noch einmal angestiegen auf nun fast 97%. 18 Zentren (Vorjahr: 4) blieben hingegen unter eine Quote von 90%, was vor allem mit Dokumentationsdefiziten und Versäumnissen begründet wurde. Teilweise entschied man sich auch erst intraoperativ für eine Stomaanlage. 2 Zentren verwiesen auf den mit der Covid-Pandemie einhergehenden Personalwechsel bzw. fehlenden Zugang durch externe Stomafachkräfte. Maßnahmen der Zentren umfassten u.a. Schulungen, neue Checklisten und die Einführung einer Fotodokumentation.

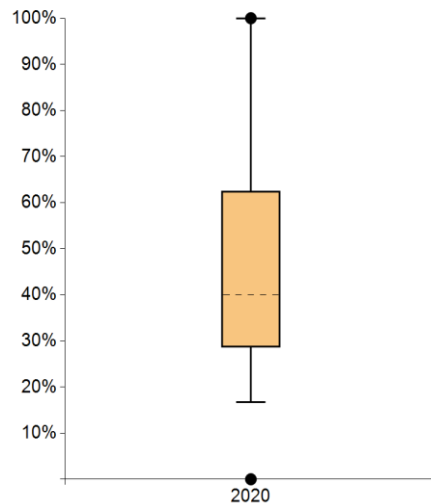
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

23a. Lebermetastasenresektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die eine Lebermetastasenresektion erhalten haben	4*	0 - 29	1064
Nenner	Patienten 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*	1 - 49	2396
Quote	Begründungspflicht*** <math>< 20\%</math>	40,00%	0,00% - 100%	44,41%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	62,50%
Median	----	----	----	----	40,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	28,57%
5. Perzentil	----	----	----	----	16,67%
● Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
220	73,09%	203	92,27%

Anmerkungen:

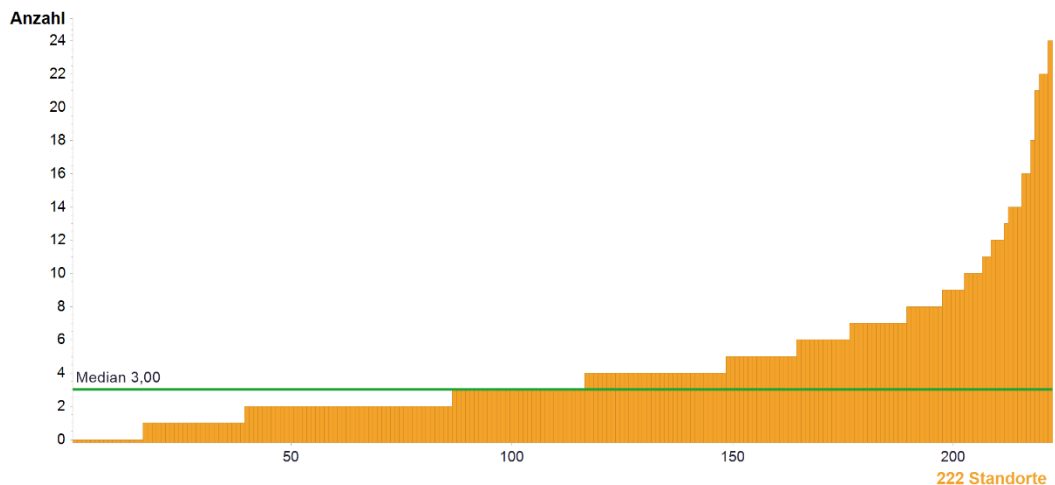
Die Kennzahl wurde in dieser Form erstmals und freiwillig erhoben. Von den 220 datenliefernden Zentren wurde in 203 bei mind. 20% der Patienten des Nenners eine Lebermetastasenresektion durchgeführt. Die übrigen 17 Zentren verwiesen meist auf Patienten, die aufgrund diffuser, multipler oder ungünstig gelegener Metastasen nicht operabel waren. Mitunter lehnten die Patienten den Eingriff auch ab oder waren bereits vor einer möglichen OP verstorben. Perspektivisch wird mit einer verbindlichen Erhebung der Kennzahl eine breitere Datenbasis zur Verfügung stehen.

* 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.

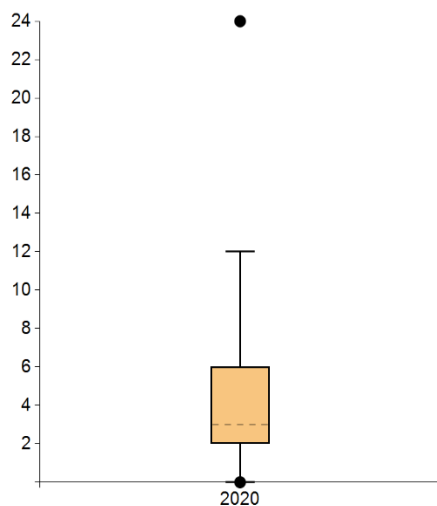
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

23b. Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 23a)	3	0 - 24	979
	Keine Sollvorgabe			

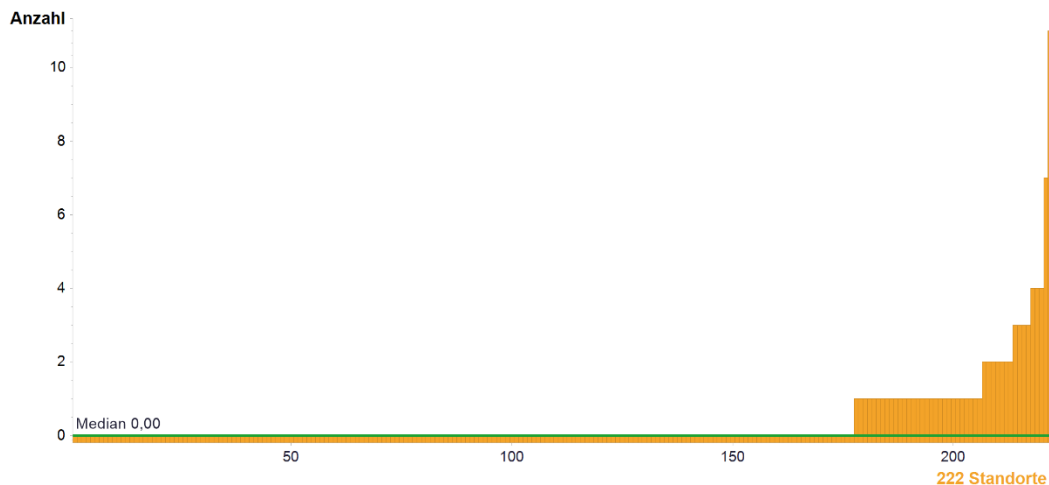


	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	----	24,00
95. Perzentil	----	----	----	----	12,00
75. Perzentil	----	----	----	----	6,00
Median	----	----	----	----	3,00
25. Perzentil	----	----	----	----	2,00
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00
● Min	----	----	----	----	0,00

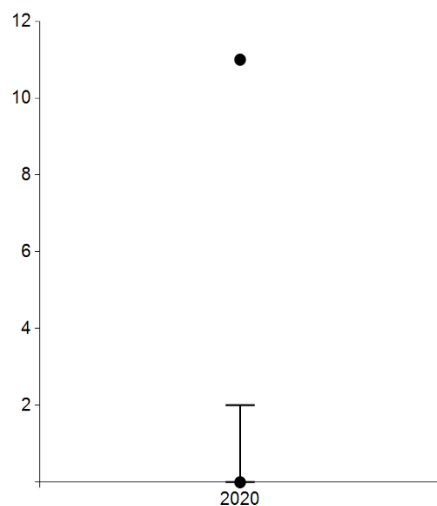
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
222	73,75%	----	----

Anmerkungen:
 Von den 1064 Lebermetastasenresektionen (vgl. KeZa 23a) wurden 979 (92,01%) am Standort des Zentrums durchgeführt. Im Median führten die Zentren 3 derartige Operationen durch.

23c. Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standort des Darmkrebszentrums



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums durchgeführt (Teilmenge Zähler 23a)	0	0 - 11	85
	Keine Sollvorgabe			



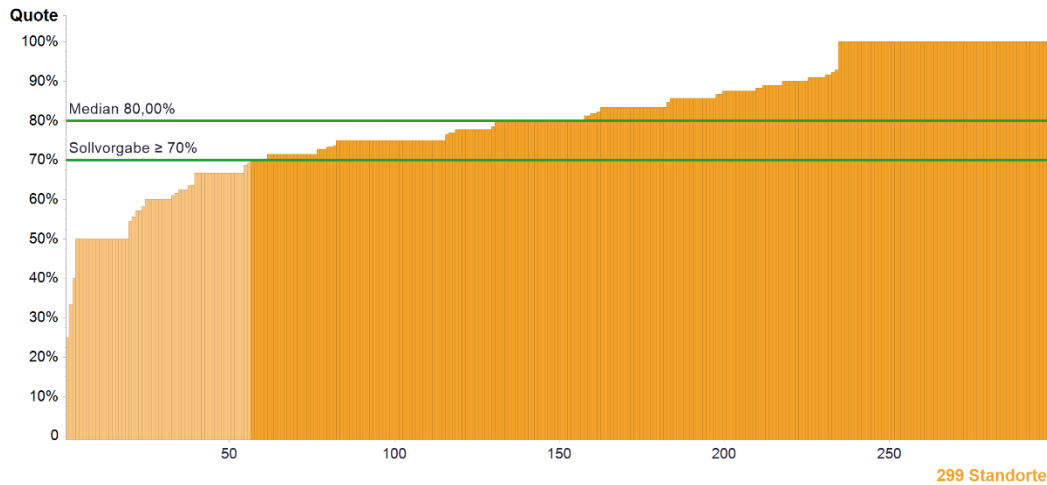
	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	----	----	----	----	11,00
95. Perzentil	----	----	----	----	2,00
75. Perzentil	----	----	----	----	0,00
Median	----	----	----	----	0,00
25. Perzentil	----	----	----	----	0,00
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00
● Min	----	----	----	----	0,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
222	73,75%	----	----

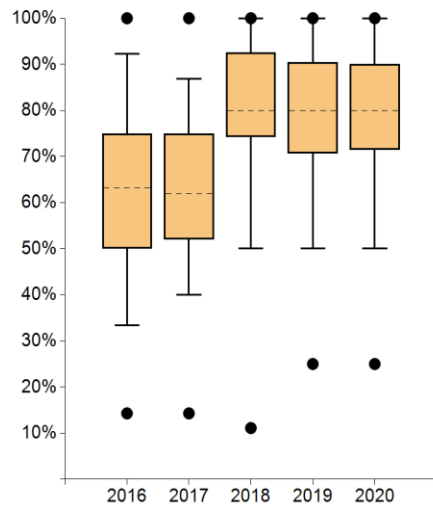
Anmerkungen:

Nur eine Minderheit der Lebermetastasenresektionen von 7,99% wurde durch ein anderes Krankenhaus durchgeführt. Bei 175 der 222 Zentren wurde kein einziger Patient nach extern geschickt. 2 Zentren stehen mit 7 bzw. 11 Verlegungen heraus.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	6*	1 - 20	1907
Nenner	Patienten ≤ 75 Jahre mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	7*	1 - 22	2369
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	80,00%	25,00% - 100%	80,50%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	92,25%	86,87%	100%	100%	100%
75. Perzentil	75,00%	75,00%	92,59%	90,46%	90,00%
Median	63,16%	62,02%	80,00%	80,00%	80,00%
25. Perzentil	50,00%	52,03%	74,34%	70,72%	71,43%
5. Perzentil	33,33%	40,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Min	14,29%	14,29%	11,11%	25,00%	25,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
299	99,34%	243	81,27%

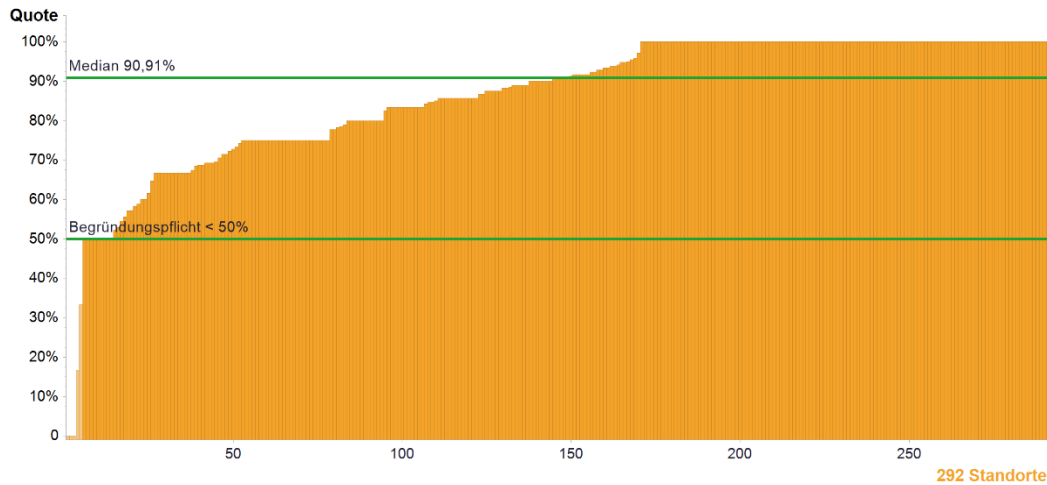
Anmerkungen:

Die Umsetzung dieses Leitlinien-QIs verbessert sich weiter auf nun über 80%. 56 Zentren (Vorjahr: 69) haben die Sollvorgabe verfehlt, wobei die teils geringen Patientenzahlen im Nenner zu berücksichtigen sind. 39 Zentren gaben an, dass Patienten die adjuvante Chemotherapie abgelehnt hätten. Daneben waren Multimorbidität bzw. schlechter Allgemeinzustand (26 Nennungen) und frühzeitig verstorbene Patienten (13 Nennungen) häufige Gründe. Ein systematischer Fehler wurde in den Audits nicht identifiziert. Insbesondere die verstorbenen Patienten wurden in Qualitätszirkeln besprochen.

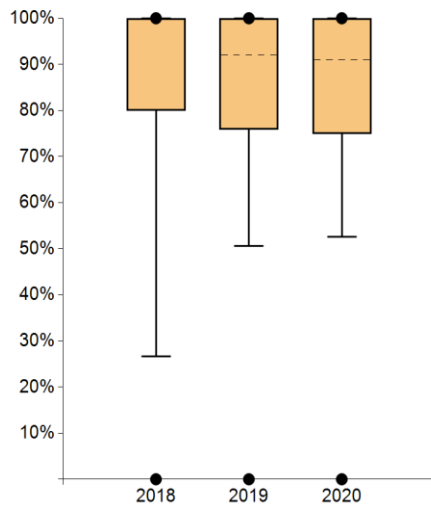
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Kombinationschemotherapie	7*	0 - 49	2505
Nenner	Patienten mit metastasiertem KRK, ECOG 0-1 und systemischer Erstlinientherapie	8*	1 - 49	2911
Quote	Begründungspflicht*** <50%	90,91%	0,00% - 100%	86,05%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
Median	----	----	100%	91,99%	90,91%
25. Perzentil	----	----	80,00%	75,89%	75,00%
5. Perzentil	----	----	26,66%	50,60%	52,59%
Min	----	----	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
292	97,01%	287	98,29%

Anmerkungen:

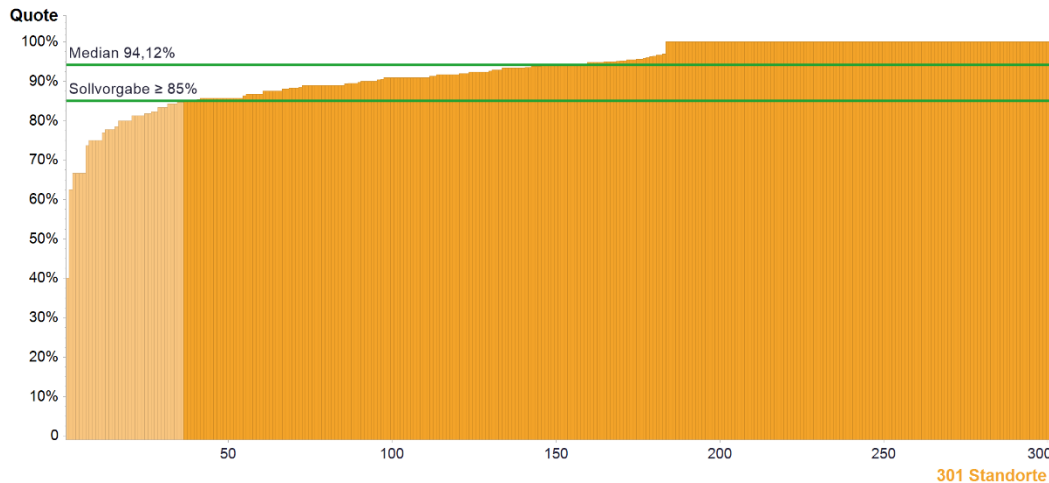
Bis auf 5 Zentren lagen alle Zentren über einer Quote von 50% Kombinationschemotherapien bei Patienten des Nenners. Damit bewegt sich die Kennzahl ungefähr auf Vorjahresniveau. Die Zentren mit Quoten unter 50% verwiesen auf Einzelfallentscheidungen, z.B. auf Durchführung einer HIPEC oder auf multimorbide Patienten. Auch bei dieser Kennzahl sind die teils sehr geringen Werte im Nenner zu berücksichtigen. So hatten 2 der 3 Zentren mit einer Quote von 0% lediglich 1 Patienten 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.

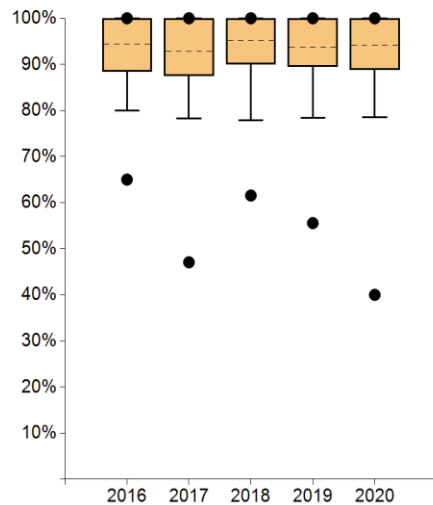
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME	14*	2 - 62	4531
Nenner	Patienten mit elektiv radikal operiertem RK (ohne TVE)	15*	2 - 64	4879
Quote	Sollvorgabe ≥ 85%	94,12%	40,00% - 100%	92,87%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	94,44%	92,86%	95,24%	93,75%	94,12%
25. Perzentil	88,46%	87,50%	90,00%	89,47%	88,89%
5. Perzentil	80,00%	78,31%	77,90%	78,37%	78,57%
Min	65,00%	47,06%	61,54%	55,56%	40,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	265	88,04%

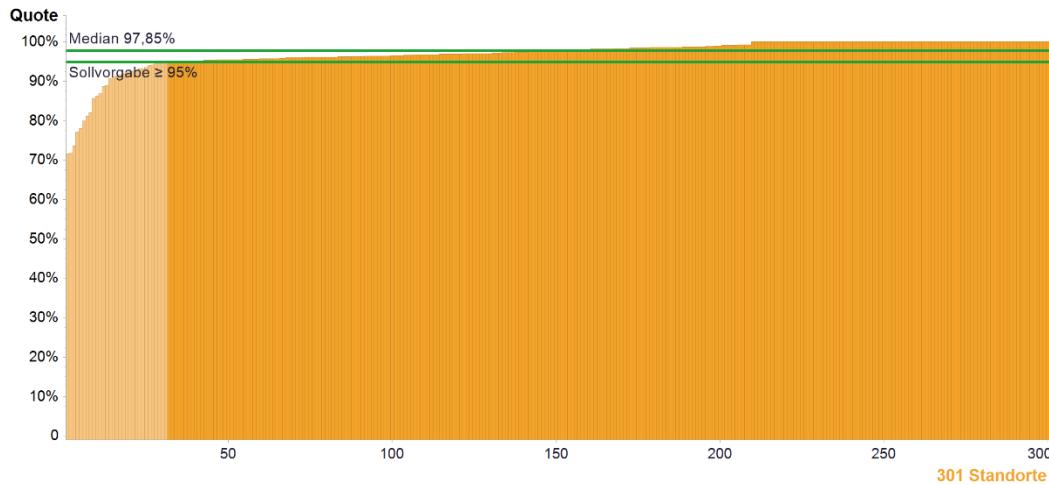
Anmerkungen:

Der Median verharrt auf hohem Niveau, die weitaus meisten Zentren erreichen die Sollvorgabe. Die 36 Zentren mit geringeren Quoten verweisen auf infiltrierend wachsende Tumoren (18 Nennungen), bestrahlungsbedingte Gewebeveränderungen (12x) und auf durch Voroperationen bedingte Adhäsionen (5x). Bei den einzelnen Fällen, bei denen die Angabe versäumt wurde, wurden die Befundberichte der Pathologie standardisiert.

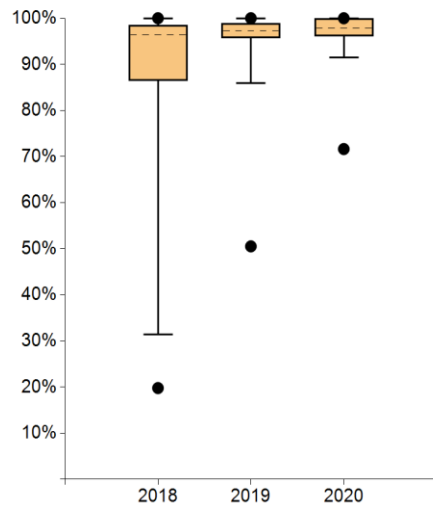
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit vollständige Befundberichten	70*	25 - 198	22757
Nenner	Patienten mit KRK und operativer Resektion	73*	26 - 207	23498
Quote	Sollvorgabe \geq 95%	97,85%	71,62% - 100%	96,85%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	----	----	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	----	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	----	98,53%	98,83%	100%
Median	----	----	96,35%	97,29%	97,85%
25. Perzentil	----	----	86,45%	95,71%	96,12%
5. Perzentil	----	----	31,35%	85,96%	91,43%
Min	----	----	19,78%	50,52%	71,62%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	270	89,70%

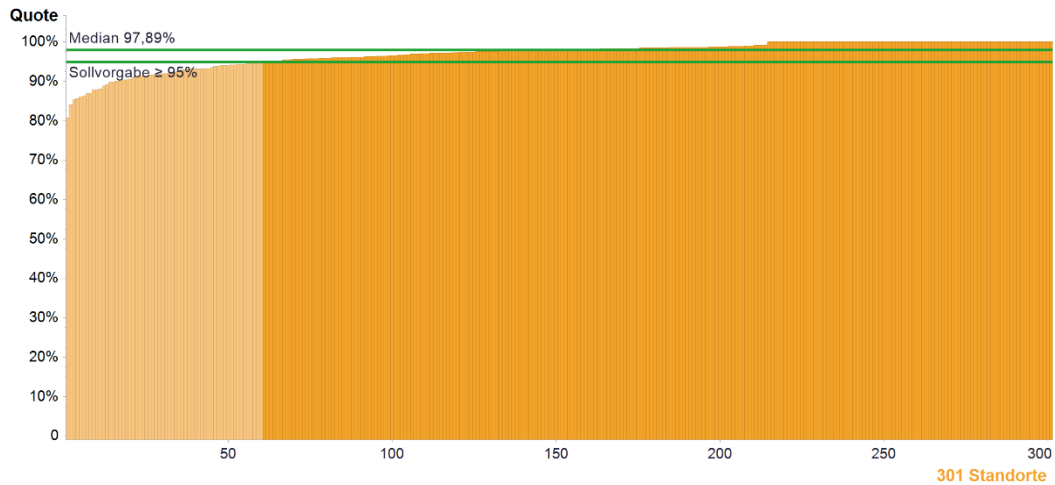
Anmerkungen:

Dieser QI der Leitlinie zeigt weiter eine sehr erfreuliche Entwicklung, die dazu führt, dass nur noch 31 Zentren (Vorjahr: 53) die Sollvorgabe verfehlt haben. Meist fehlte eine Angabe zum Resektionsrand (insbesondere aboral oder zirkumferentiell), das Grading wurde nach neoadjuvanter Therapie nicht angegeben oder aber es war (insbesondere bei Nachresektionen) kein Tumor im Resektat nachweisbar. Bei nicht plausibilisierbaren Ergebnissen stimmten sich die Zentren mit der Pathologie ab bzw. forderten in einzelnen Fällen Angaben nach.

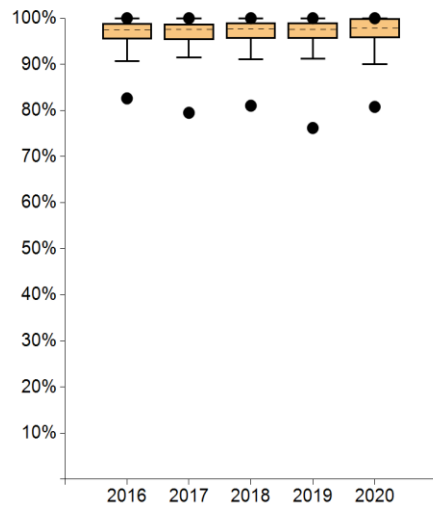
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

28. Lymphknotenuntersuchung (LL QI)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten	65*	22 - 181	20672
Nenner	Patienten mit KRK, die eine elektive OP mit Lymphadenektomie erhalten haben (ohne TVE)	66*	22 - 190	21312
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,89%	80,77% - 100%	97,00%**



	2016	2017	2018	2019	2020
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,91%	98,78%	99,00%	98,98%	100%
Median	97,47%	97,58%	97,66%	97,61%	97,89%
25. Perzentil	95,45%	95,34%	95,56%	95,58%	95,74%
5. Perzentil	90,66%	91,44%	91,13%	91,15%	90,00%
● Min	82,61%	79,49%	81,03%	76,19%	80,77%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
301	100,00%	241	80,07%

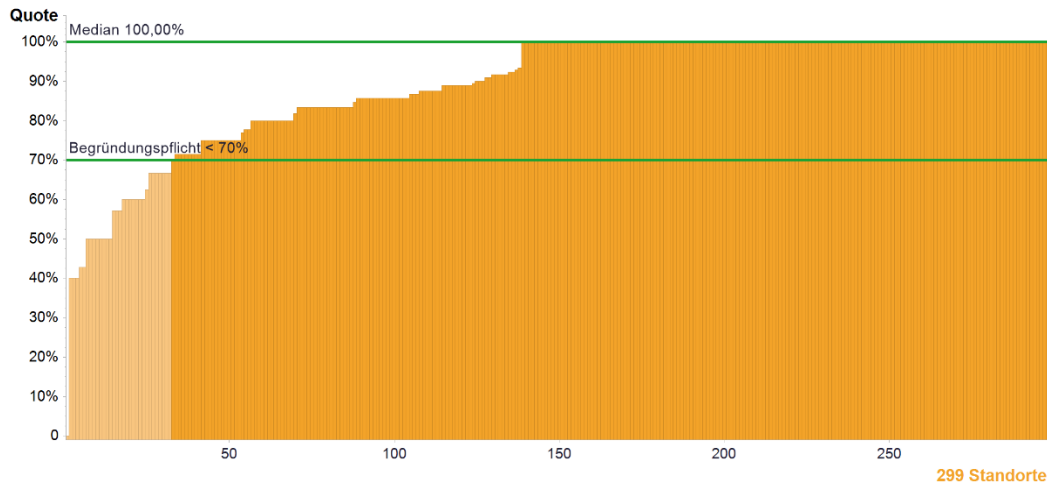
Anmerkungen:

Die Zentren erfüllen diese Kennzahl weiter sehr gut. 60 Zentren haben die Sollvorgabe (oft nur knapp) verfehlt. Sie verwiesen in erster Linie (42 Nennungen) auf neoadjuvant radio(chemo)therapierte Patienten und auf Eingriffe mit palliativer Intention (14x). Häufig wurden trotz Nachbefundungen weniger als 12 Lymphknoten im Präparat gefunden (28x). Hier traten die Zentren in Kontakt mit der Pathologie zwecks Nach- oder Fremdbefundung, wechselten z.T. die Pathologie bzw. veranstalteten Qualitätszirkel zur künftigen Befundung.

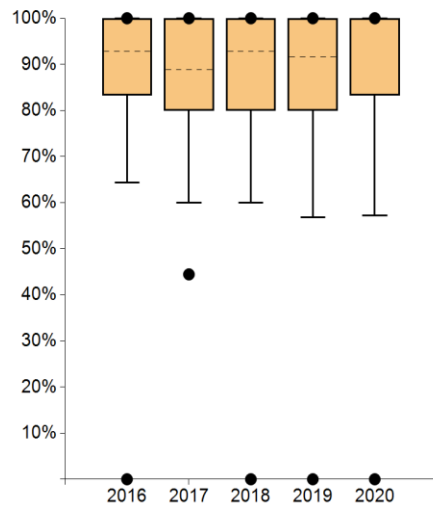
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

29. Beginn der adjuvanten systemischen Therapie



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners mit Beginn der Chemotherapie innerhalb von 8 Wochen nach OP	5*	0 - 17	1682
Nenner	Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben (= Zähler Kennzahl 24)	6*	1 - 20	1907
Quote	Begründungspflicht*** $<70\%$	100%	0,00% - 100%	88,20%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	92,86%	88,89%	92,86%	91,67%	100%
25. Perzentil	83,33%	80,00%	80,00%	80,00%	83,33%
5. Perzentil	64,38%	60,00%	60,00%	56,87%	57,14%
Min	0,00%	44,44%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
299	99,34%	267	89,30%

Anmerkungen:

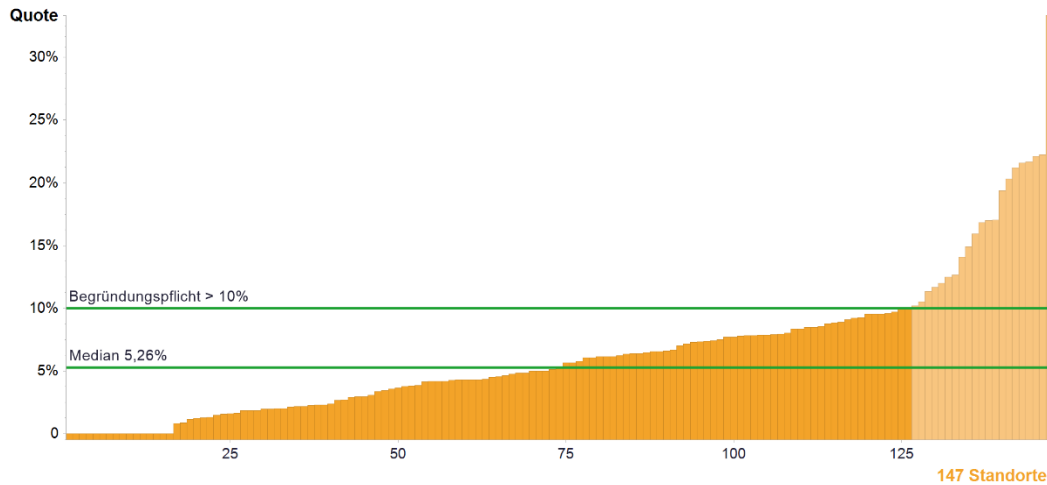
Erstmals beträgt der Median 100%, was die stetig bessere Erfüllung dieser Kennzahl unterstreicht. Durch den Wegfall der Begründungspflicht bei Quoten $>95\%$ ist die Zahl begründungspflichtiger Zentren stark gesunken, die Zahl der Zentren mit einer Quote $<70\%$ sank von 45 auf 32. 15 dieser Zentren verwiesen auf postoperative Komplikationen (z.B. Wundheilungsstörung) als Grund für den verzögerten Beginn der Chemotherapie. Weitere Gründe waren der Wunsch des Patienten, ein bestehendes Zweitmalignom bzw. durch Niedergelassene durchgeführte Chemotherapien, die verzögert erfolgten. Die Begründungen ließen sich in den Audits plausibilisieren.

* 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.

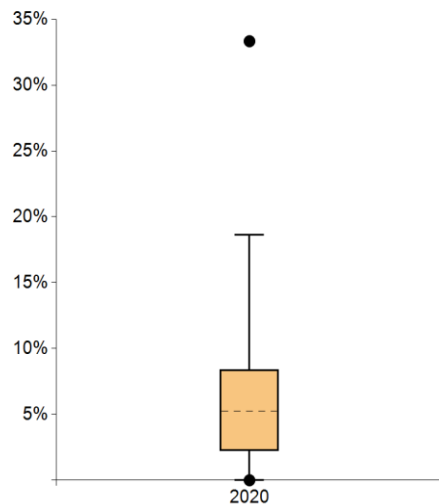
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

30. MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, Liegedauer)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2020		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Patienten des Nenners, die • innerhalb von 30 d postoperativ verstorben sind (Zähler Kennzahl 20) oder • in ein anderes Akut-Krankenhaus verlegt wurden oder • einen Krankenhausaufenthalt > 22d nach Tumorresektion hatten	4*	0 - 21	634
Nenner	Elektiv operierte Patienten (= Nenner Kennzahl 20)	64*	22 - 190	10322
Quote	Begründungspflicht*** >10%	5,26%	0,00% - 33,33%	6,14%**



	2016	2017	2018	2019	2020
Max	----	----	----	----	33,33%
95. Perzentil	----	----	----	----	18,65%
75. Perzentil	----	----	----	----	8,40%
Median	----	----	----	----	5,26%
25. Perzentil	----	----	----	----	2,26%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
147	48,84%	126	85,71%

Anmerkungen:

Diese neuartige kombinierte Kennzahl spiegelt den postoperativen Verlauf wider und wurde 2020 erstmals erhoben. 147 Zentren haben freiwillig Daten geliefert. Die weitaus meisten erreichten eine Quote von max. 10% an Patienten, die mind. ein Kriterium des Zählers erfüllen. Bei den übrigen 21 Zentren dominierten lange Liegedauern (18 Nennungen), die u.a. mit postoperativen Komplikationen, Komorbiditäten, aber auch mit Covid-bedingten verzögerten Verlegungen in Reha- und Pflegeeinrichtungen begründet wurden. Postoperative Todesfälle wurden von 16 Zentren angegeben. Nur 1 Zentrum berichtete von einer Verlegung in ein anderes Akutkrankenhaus.

* 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 Patienten.

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

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Zertifizierungskommission Viszeralonkologische Zentren / Darmkrebszentren
Julia Mayerle, Vorsitzende Zertifizierungskommission
Stefan Post, Vorsitzender Zertifizierungskommission
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Johannes Rückher, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Martin Utzig, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Carolin Nödler, 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 30.05.2022

ISBN: 978-3-948226-63-3



9 783948 226633