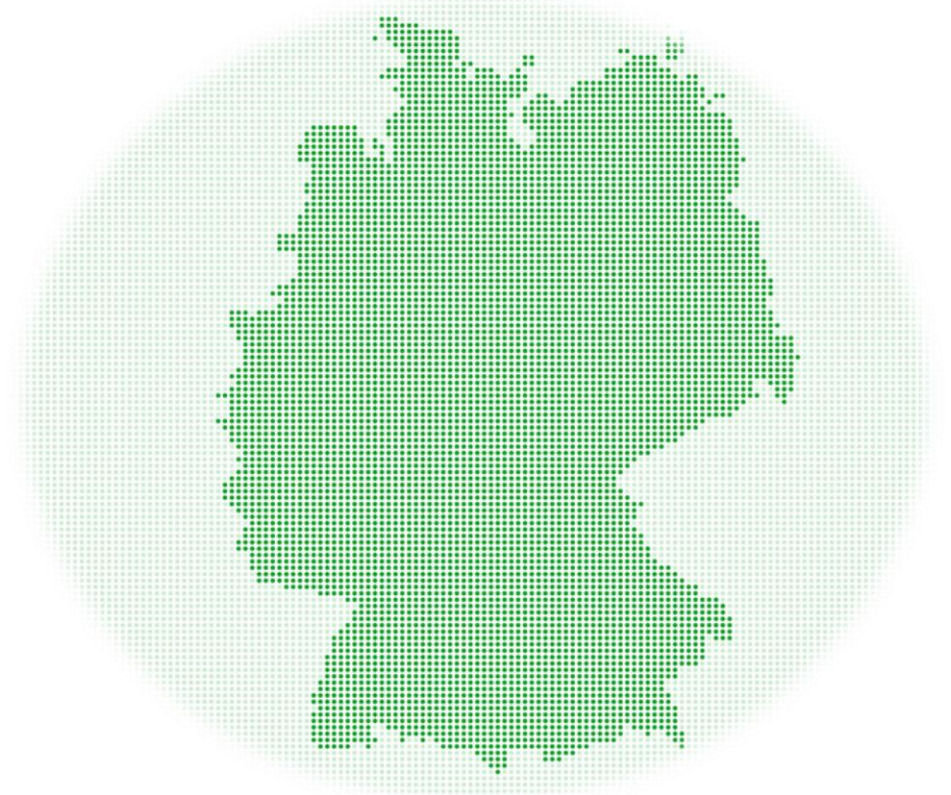


Kennzahlenauswertung 2017

Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Auditjahr 2016 / Kennzahlenjahr 2015



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Allgemeine Informationen	3
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2016	5
Berücksichtigte Standorte	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	7
Basisdatenauswertung	8
Kennzahlenauswertungen	12
Kennzahl Nr. 1: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI 5)	12
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	13
Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung	14
Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung	15
Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst	16
Kennzahl Nr. 6: Studienteilnahme	17
Kennzahl Nr. 7: KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese	18
Kennzahl Nr. 8: Genetische Beratung	19
Kennzahl Nr. 9: Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	20
Kennzahl Nr. 10: Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	21
Kennzahl Nr. 11: Vollständige elektive Koloskopien	22
Kennzahl Nr. 12: Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel (LL QI 1)	23
Kennzahl Nr. 13: Operative Primärfälle Kolon	24
Kennzahl Nr. 14: Operative Primärfälle Rektum	25
Kennzahl Nr. 15: Revisions-OP's Kolon	26
Kennzahl Nr. 16: Revisions-OP's Rektum	27
Kennzahl Nr. 17: Postoperative Wundinfektion	28
Kennzahl Nr. 18: Anastomoseninsuffizienzen Kolon (LL QI 9)	29
Kennzahl Nr. 19: Anastomoseninsuffizienzen Rektum (LL QI 8)	30
Kennzahl Nr. 20: Mortalität postoperativ	31
Kennzahl Nr. 21: Lokale R0-Resektionen Kolon	32
Kennzahl Nr. 22: Lokale R0-Resektionen Rektum	33
Kennzahl Nr. 23: Anzeichnung Stomaposition (LL QI 10)	34
Kennzahl Nr. 24: Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)	35
Kennzahl Nr. 25: Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)	36
Kennzahl Nr. 26: Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) (LL QI 6)	37
Kennzahl Nr. 27: Neoadjuvante Radio- o. Radiochemotherapien Rektum (klinisches UICC Stad. II u. III) (LL QI 7)	38
Kennzahl Nr. 28: Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) (LL QI 3)	39
Kennzahl Nr. 29: Angabe Resektionsrand (LL QI 4)	40
Kennzahl Nr. 30: Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)	41
Impressum	42

Allgemeine Informationen

Einleitung
Allgemeine Informationen
Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2016
Berücksichtigte Standorte
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten
Basisdatenauswertung
Kennzahlenauswertungen
Kennzahl Nr. 1: Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI 5)
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / me...

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 durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet worden. Weiterführende Information: www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Grunddaten Kennzahl:

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

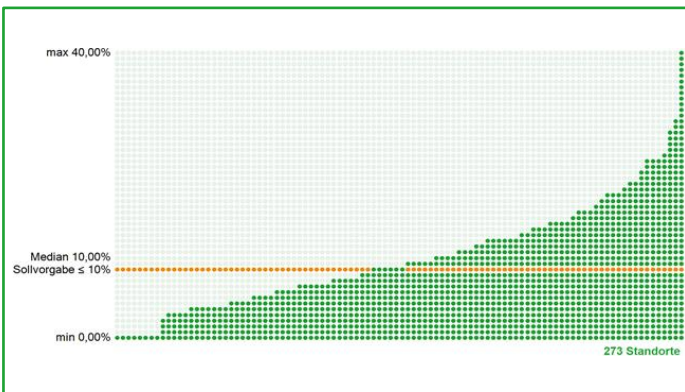
Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

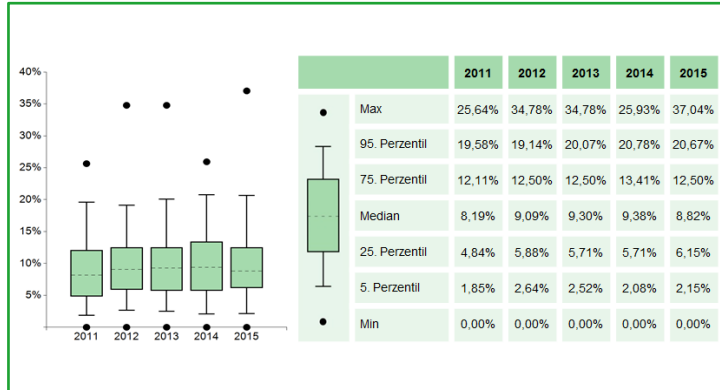
Diagramm:

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

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	3*	0 - 10
Nenner	Elektive Rektum-Eingriffe	25*	9 - 97
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	10,00%	0,00% - 40,00%

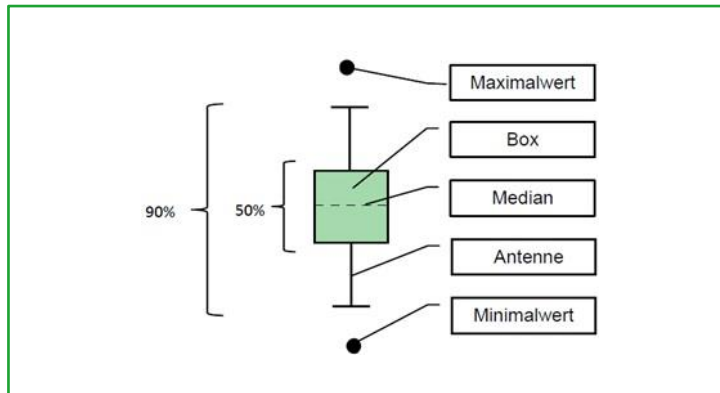


Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2011, 2012, 2013, 2014** und **2015** 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 2016

	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013	31.12.2012
Laufende Verfahren	7	13	11	12	11
Zertifizierte Zentren	280	265	267	257	247
Zertifizierte Standorte	288	274	276	266	257
Darmkrebszentren mit 1 Standort	275	259	261	251	240
2 Standorte	3	4	4	4	5
3 Standorte	1	1	1	1	1
4 Standorte	1	1	1	1	1

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013	31.12.2012
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	273	261	257	253	230
entspricht	94,8%	95,3%	93,1%	95,1%	89,5%
Primärfälle gesamt*	25.214	24.277	23.842	23.182	20.030
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	92	93	93	92	87
Primärfälle pro Standort (Median)*	87	87	87	86	79

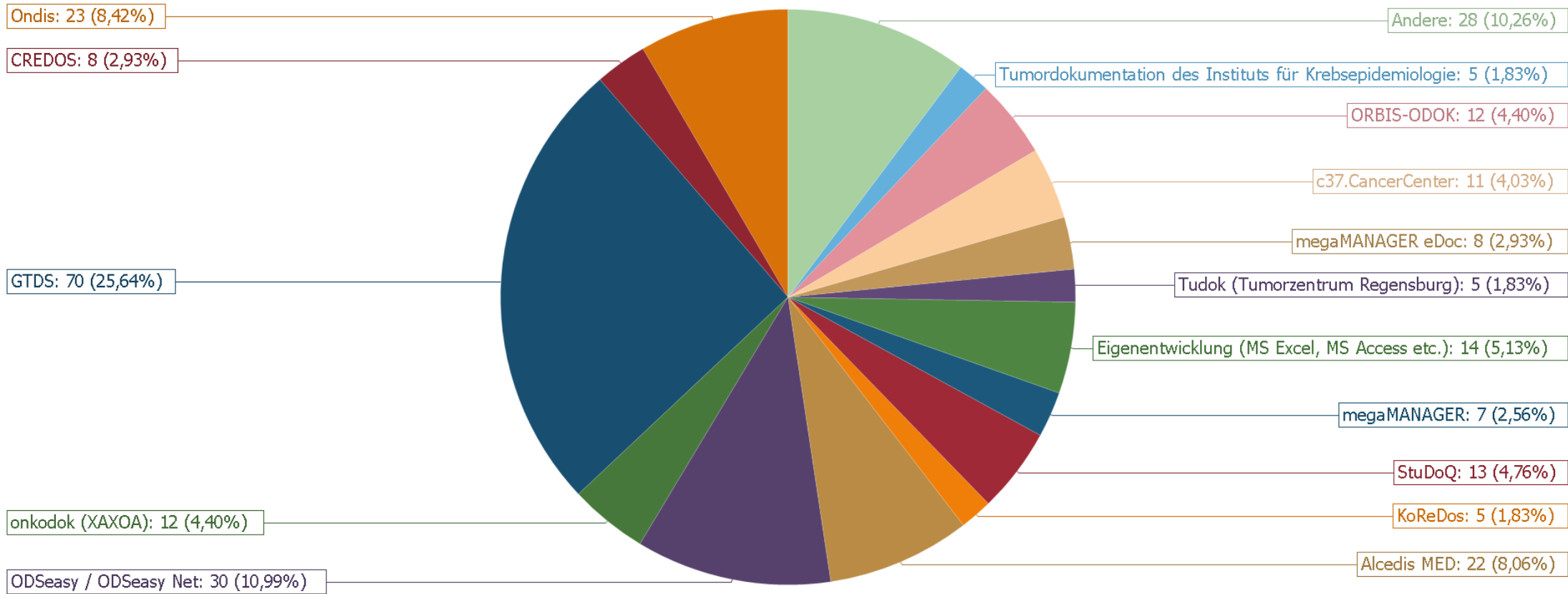
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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

In dem Jahresbericht sind 273 der 288 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Nicht abgebildet sind 15 Standorte. Davon 11 Standorte, die im Jahr 2016 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend), 3 Standorte, bei denen die Verifizierung der Daten aus klinikinternen Gründen nicht termingerecht abgeschlossen werden konnte sowie 1 Standort aufgrund einer Zertifikatsaussetzung.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2015. Sie stellen für die in 2016 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



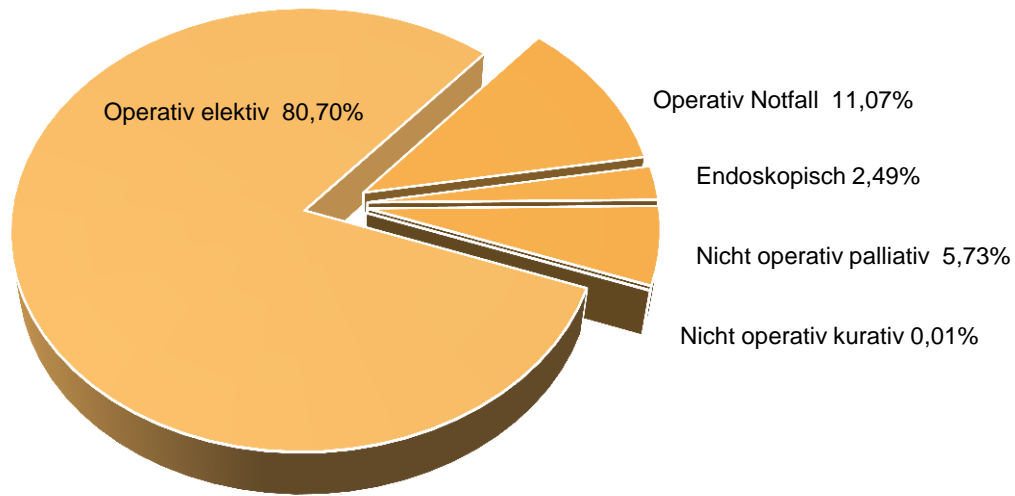
Legende:

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

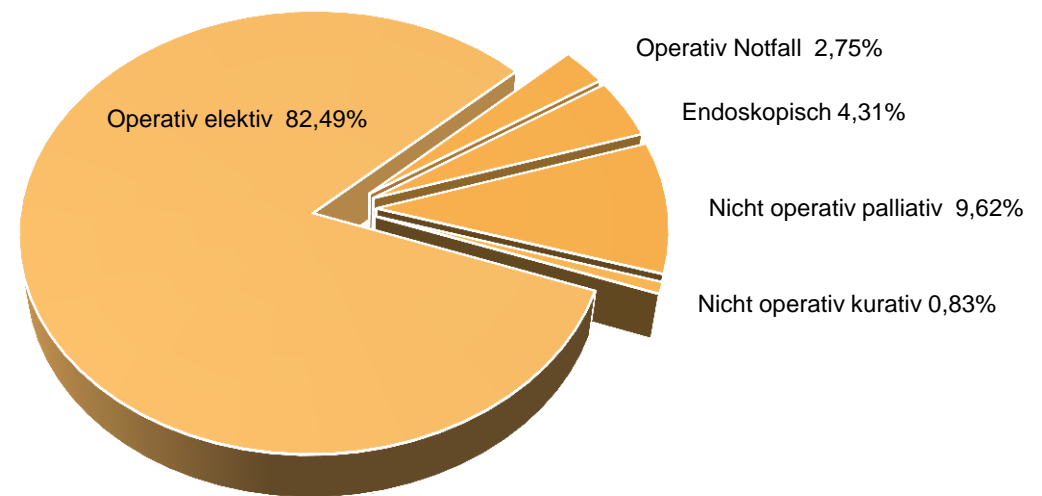
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem EXCEL-Anhang zum Erhebungsbogen (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte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

Basisdaten

Kolon



Rektum



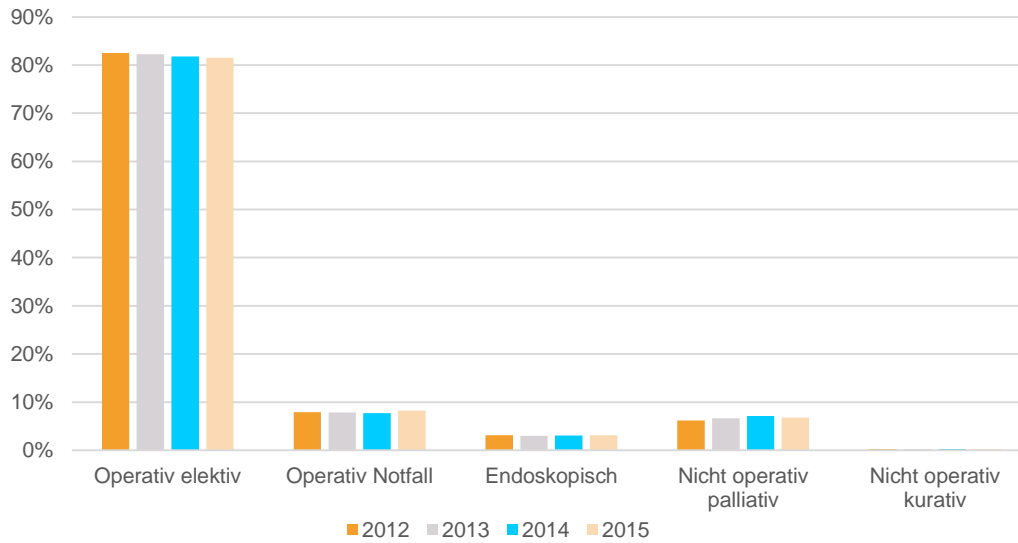
	Operativ elektiv	Operativ Notfall	Endoskopisch	Nicht operativ palliativ *	Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ **	Gesamt
Kolon	13.076 (80,70%)	1.794 (11,07%)	404 (2,49%)	928 (5,73%)	2 (0,01%)	16.204 (100%)
Rektum	7.432 (82,49%)	248 (2,75%)	388 (4,31%)	867 (9,62%)	75 (0,83%)	9.010 (100%)
Primärfälle gesamt	20.508	2.042	792	1.795	77	25.214

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

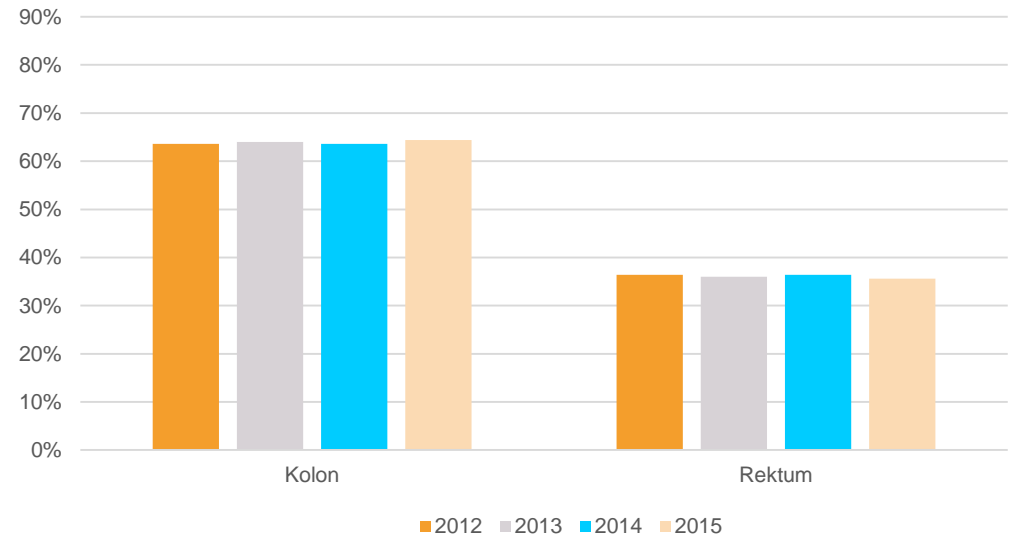
** Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ: vollständige Tumorremission nach neoadjuvant geplanter Therapie und Operationsverzicht Patient

Basisdaten – Entwicklung 2012-2015

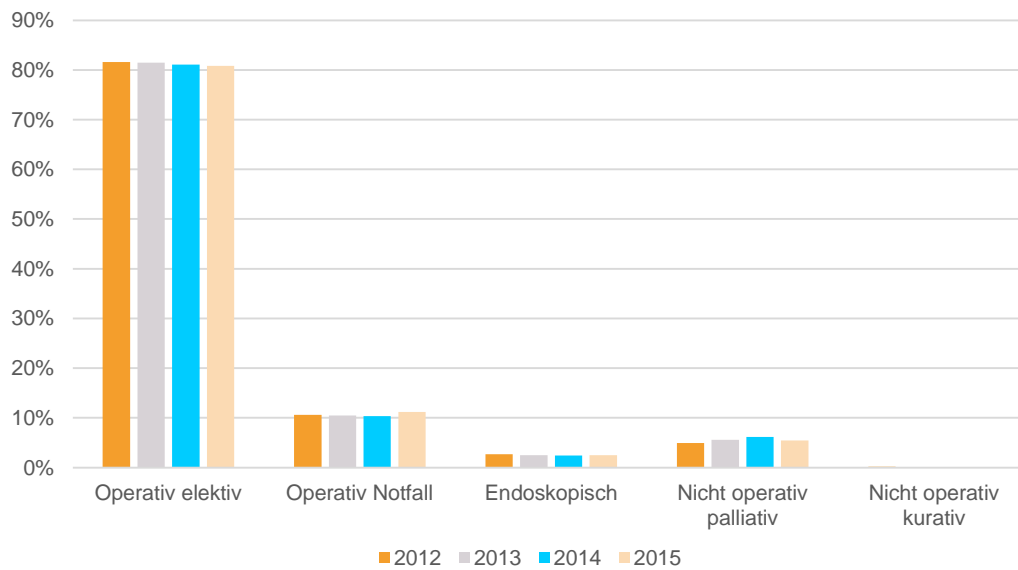
Stadienverteilung Primärfälle 2012-2015



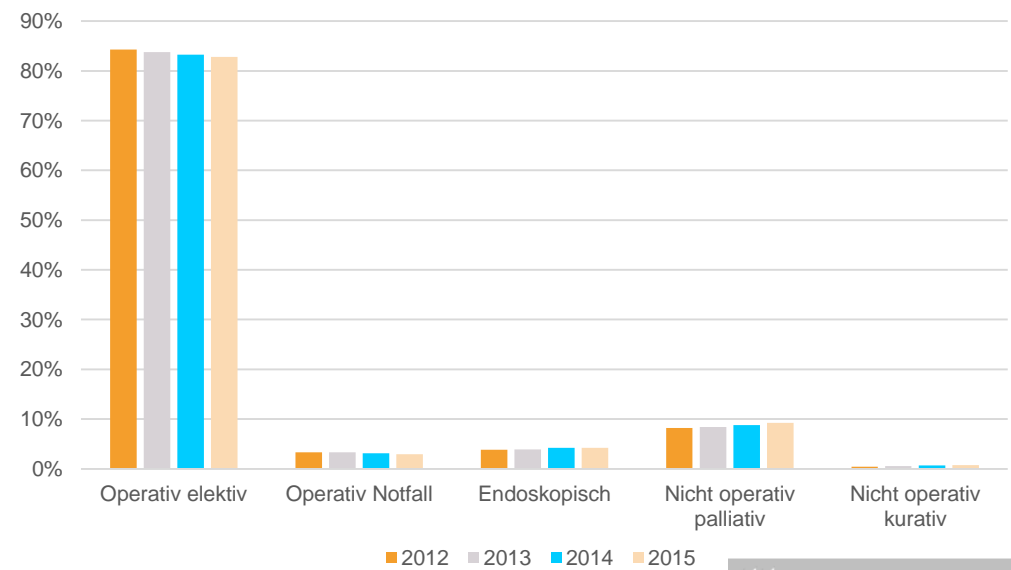
Verteilung zwischen Primärfälle Kolon und Rektum 2012-2015



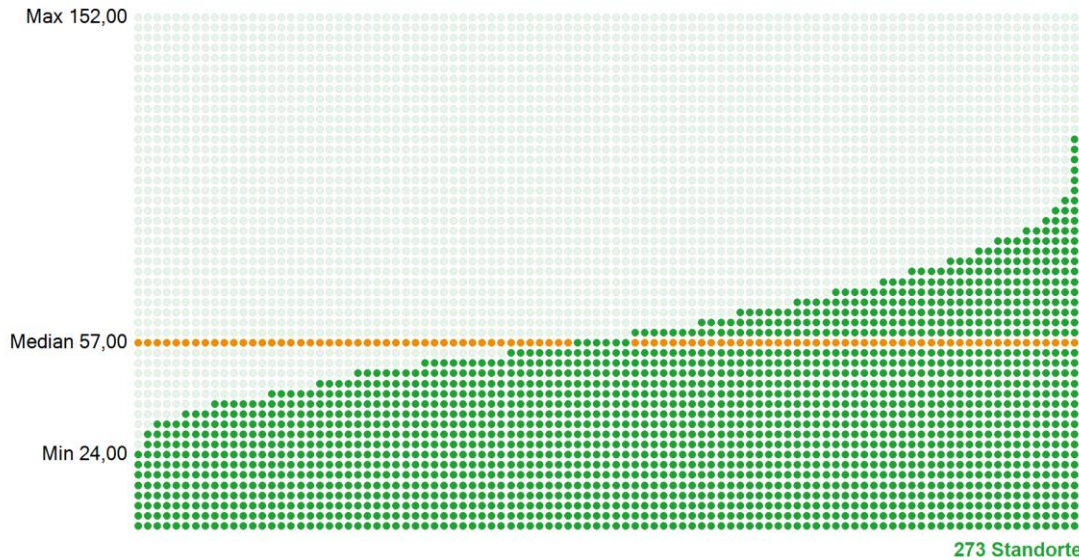
Stadienverteilung Primärfälle Kolon 2012-2015



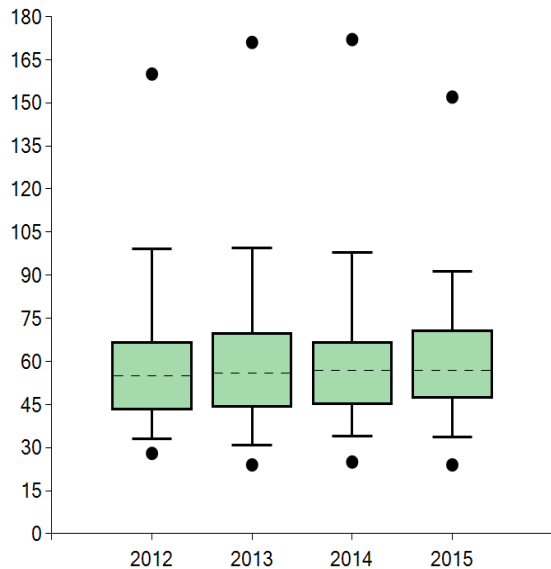
Stadienverteilung Primärfälle Rektum 2012-2015



Gesamtprimärfälle Kolon



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Anzahl	Gesamtprimärfälle Kolon (Def. Folie 8)	57	24 - 152



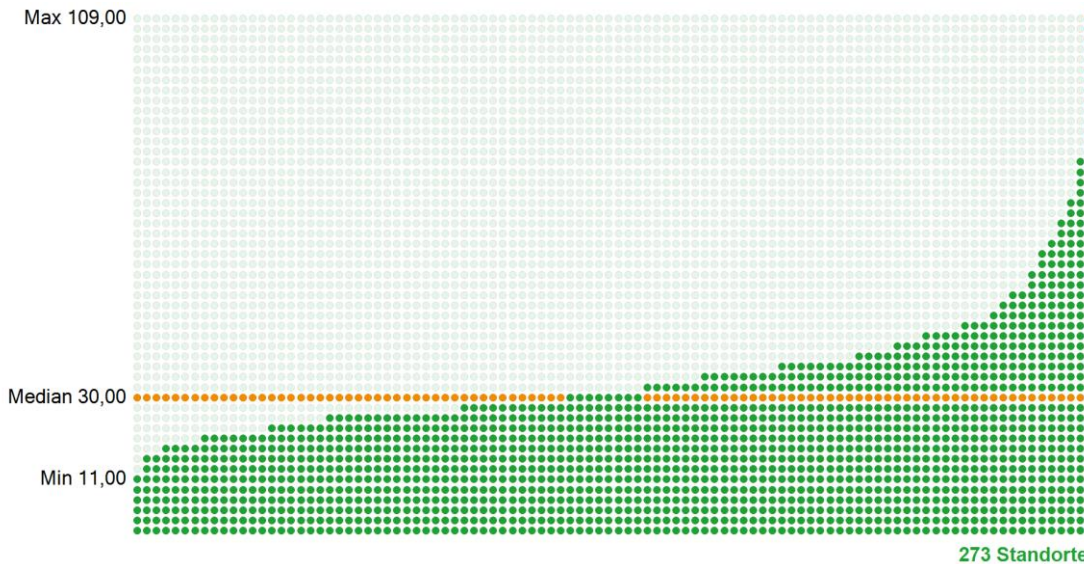
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	----	160,00	171,00	172,00	152,00
95. Perzentil	----	99,00	99,00	98,00	91,40
75. Perzentil	----	67,00	70,00	67,00	71,00
Median	----	55,00	56,00	57,00	57,00
25. Perzentil	----	43,00	44,00	45,00	47,00
5. Perzentil	----	33,00	30,80	34,00	33,60
Min	----	28,00	24,00	25,00	24,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	----	----

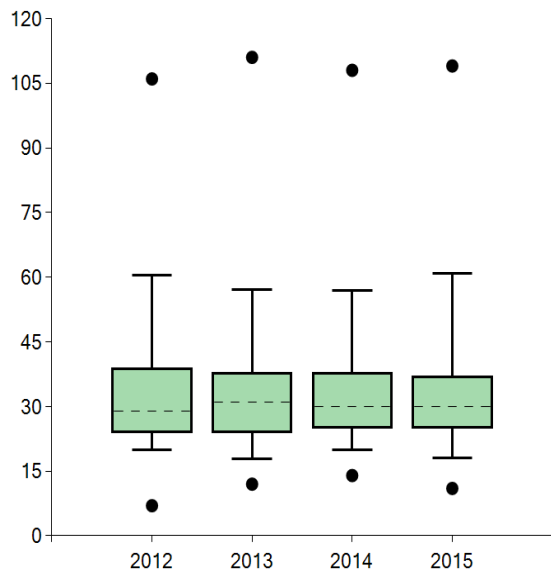
Anmerkungen:

Der Median der Gesamtprimärfälle Kolonkarzinom bleibt im Vergleich zum Vorjahr gleich.
Im Jahr 2015 wurden 26.463 Patienten mit der Erstdiagnose eines kolorektalen Karzinoms in einem zertifizierten Darmkrebszentrum behandelt. Das entspricht 43% der inzidenten Fälle (= 61.252; Abfrage 5/2017: www.gekid.de)

Gesamtprimärfälle Rektum



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Anzahl	Gesamtprimärfälle Rektum (Def. Folie 8)	30	11 - 109

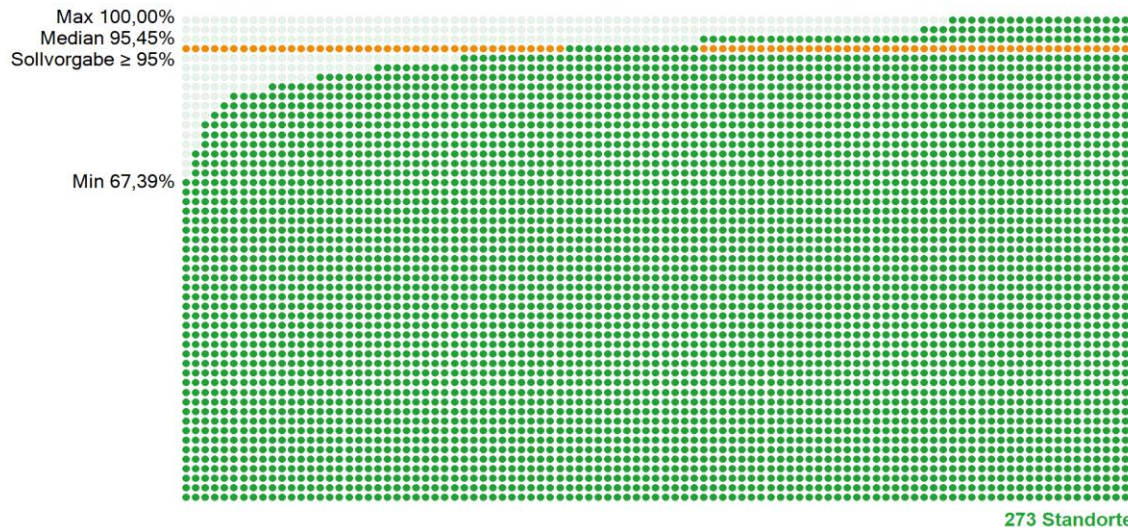


	2011	2012	2013	2014	2015
Max	----	106,00	111,00	108,00	109,00
95. Perzentil	----	60,00	57,00	57,00	60,80
75. Perzentil	----	39,00	38,00	38,00	37,00
Median	----	29,00	31,00	30,00	30,00
25. Perzentil	----	24,00	24,00	25,00	25,00
5. Perzentil	----	20,00	17,80	20,00	18,00
Min	----	7,00	12,00	14,00	11,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	----	----

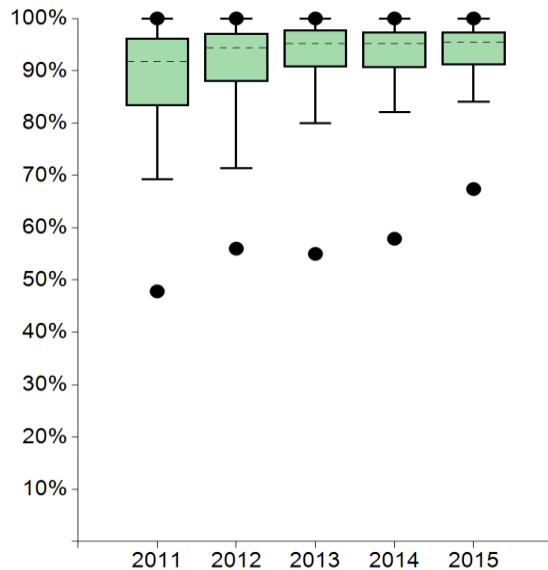
Anmerkungen:
Siehe Erläuterungen Folie 10.
Auch der Median der Primärfälle Rektumkarzinom bleibt im Vergleich zum Vorjahr gleich.

1. Prätherapeutische Fallvorstellung (LL QI 5)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	36*	14 - 114
Nenner	Patienten mit RK und alle Patienten mit KK Stad. IV	37*	16 - 118
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	95,45%	67,39% - 100%

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



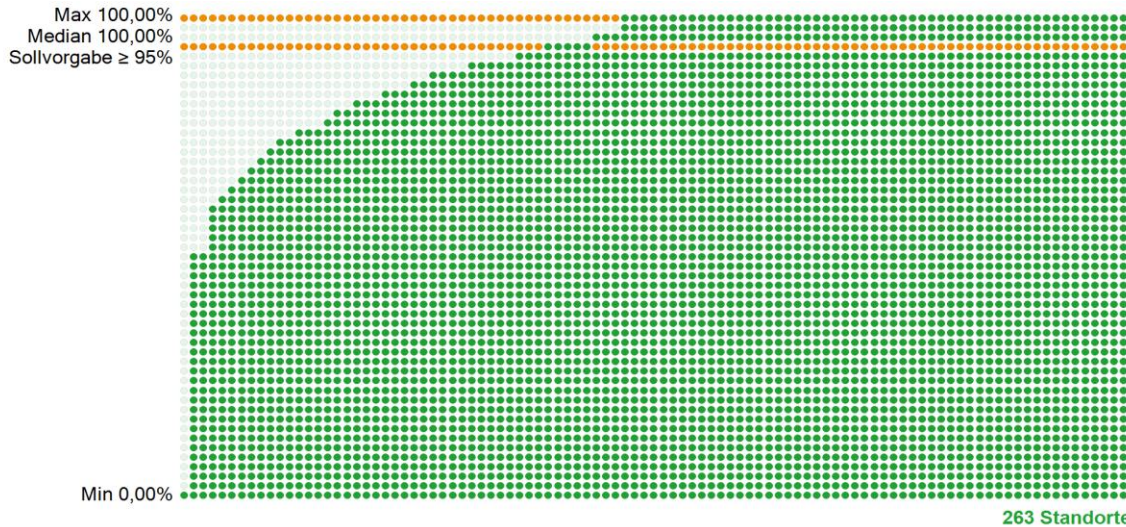
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	96,26%	97,14%	97,78%	97,46%	97,44%
Median	91,78%	94,44%	95,12%	95,12%	95,45%
25. Perzentil	83,33%	87,87%	90,63%	90,59%	91,11%
5. Perzentil	69,23%	71,42%	80,00%	82,03%	84,05%
Min	47,83%	56,00%	55,00%	57,89%	67,39%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	152	55,68%

Anmerkungen:

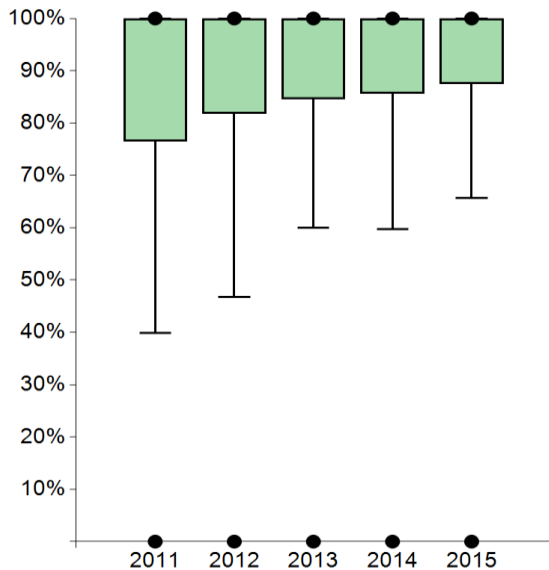
Sehr gute Implementierung des Qualitätsindikators der Leitlinie. Mehr Zentren als im Vorjahr (= 134 im Jahr 2015) erreichen die Sollvorgabe von 95% und auch der Minimalwert steigt über den Verlauf der Zeit deutlich an. Als Begründungen für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe werden u.a. angegeben: erst intraoperative Sicherung des Rektum-Ca's bzw. Kolon-Ca's Stad. IV, Zufallsbefunde bei primär gynäkologischen Operationen, externe Zuweisungen mit klarem Operations-Auftrag, quantitative Begrenzung der in der Tumorkonferenz zu besprechenden Fälle. Maßnahmen, die die Zentren in Absprache mit den Auditoren ergreifen, um die Rate zu verbessern: häufiger präoperative Höhenlokalisierung des Tumors, Qualitätszirkel mit Sensibilisierung für die Vorstellung der Patienten und Verhandlungen mit der Klinikleitung, um die personellen Ressourcen zu verbessern und damit mehr Vorstellungen zu ermöglichen.

2. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	10*	0 - 97
Nenner	Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen	11*	1 - 102
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	0,00% - 100%

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



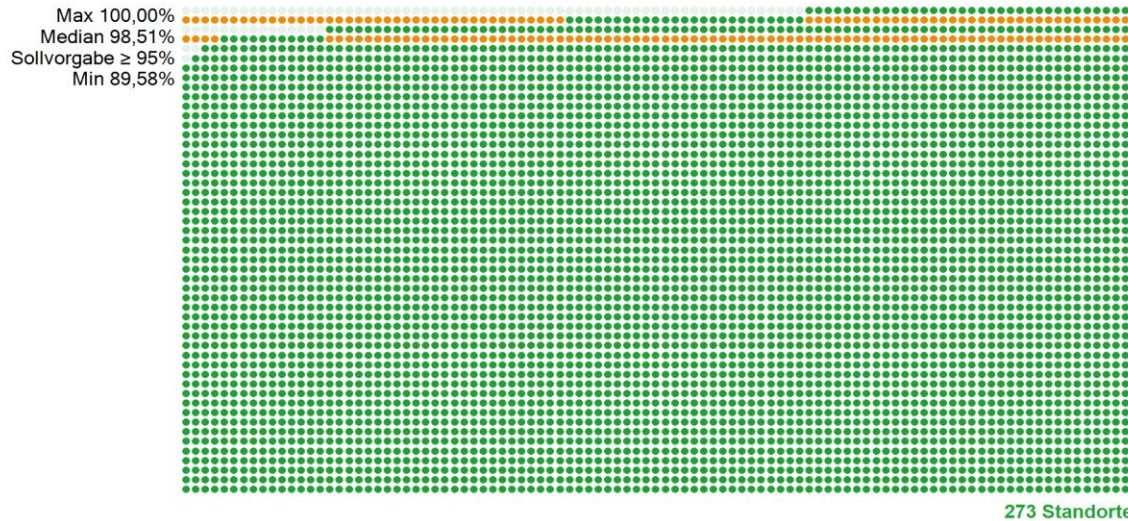
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	76,47%	81,81%	84,62%	85,71%	87,50%
5. Perzentil	39,94%	46,80%	60,00%	59,67%	65,65%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
263	96,34%	161	61,22%

Anmerkungen:

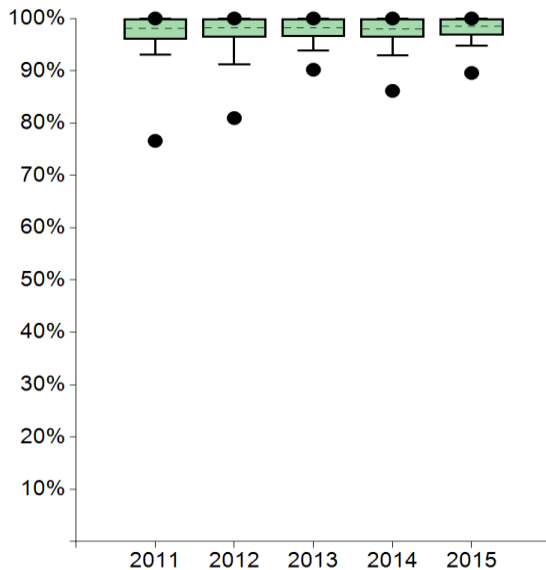
Immer bessere Umsetzung der Kennzahl. Im Vergleich zum Vorjahr wurde die Vorstellungsrate in mehr Zentren gesteigert bzw. unverändert gut (= 100%) umgesetzt (172 Zentren mit Zunahme/unverändert 100%-Rate). Die Zentren mit den niedrigsten Werten im Vorjahr haben ihre Ergebnisse verbessert. Das Zentrum mit fehlender Vorstellung (= 0%) hatte auch den kleinsten Nenner (= 1 Pat.) und gab an, dass es sich um einen Zufallsbefund bei Ileus-OP handelte. Weitere Begründungen, wenn die Vorgabe nicht erreicht wurde: Therapieablehnung durch die Patienten, fehlende Information bzw. Vorstellung durch niedergelassene Kollegen und andere Fachabteilungen und die klare Chemotherapieindikation. Die Auditoren haben für diese Begründung und auch weitere eine Reihe von Hinweisen ausgesprochen. Als Maßnahme zur Verbesserung wurde v.a. die wiederholte Information der Kooperationspartner in Fortbildungen und Qualitätszirkeln identifiziert.

3. Postoperative Fallvorstellung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Operative und endoskopische Primärfälle, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	80*	40 - 217
Nenner	Operative und endoskopische Primärfälle	81*	40 - 222
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,51%	89,58% - 100%

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



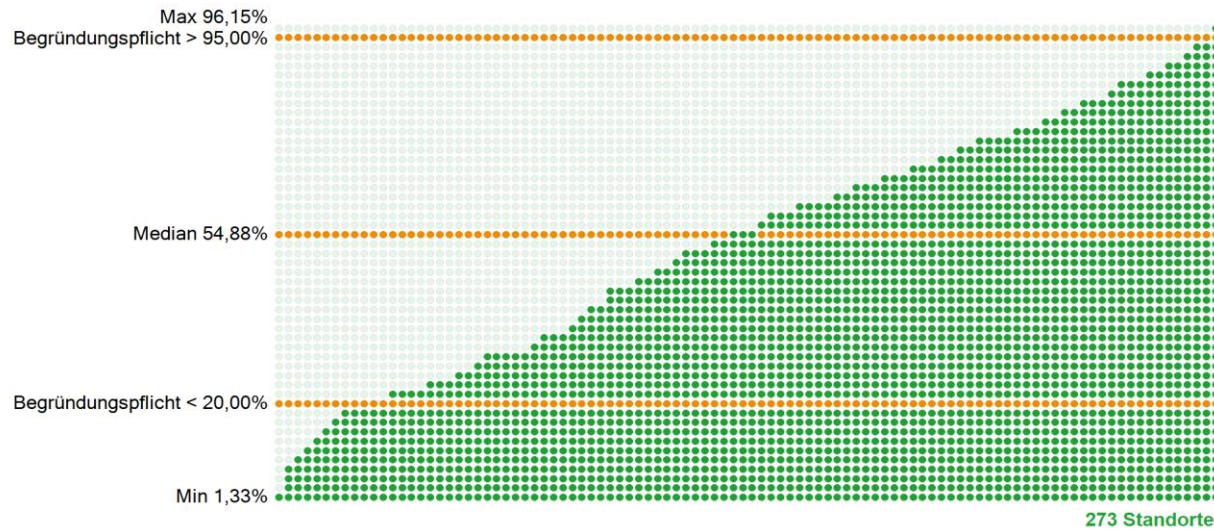
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	98,10%	98,19%	98,20%	97,97%	98,51%
25. Perzentil	96,01%	96,36%	96,49%	96,36%	96,73%
5. Perzentil	93,11%	91,23%	93,81%	92,96%	94,81%
Min	76,60%	80,95%	90,20%	86,15%	89,58%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	257	94,14%

Anmerkungen:

Die postoperative Vorstellung der operativen und endoskopischen Primärfälle wird sehr gut umgesetzt. Als Begründung für die Nicht-Vorstellung wird v.a. angegeben, dass das palliative Therapiekonzept bereits vor der Operation umfassend festgelegt wurde. Die häufigste Angabe war jedoch, dass die postoperativ verstorbenen Patienten nicht vorgestellt wurden. Diese Patienten werden entsprechend der Anforderung des Erhebungsbogens in der M&M-Konferenz besprochen.

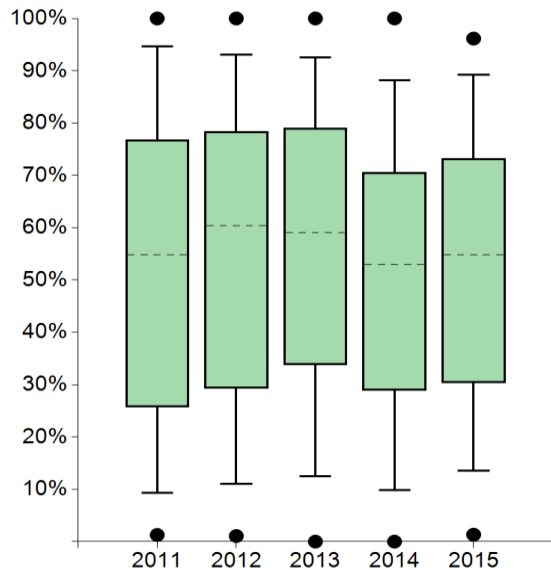
4. Psychoonkologische Betreuung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	52*	1 - 172
Nenner	Primärfälle Gesamt + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	100*	42 - 300
Quote	Begründungspflicht** <20% und >95%	54,88%	1,33% - 96,15%

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

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



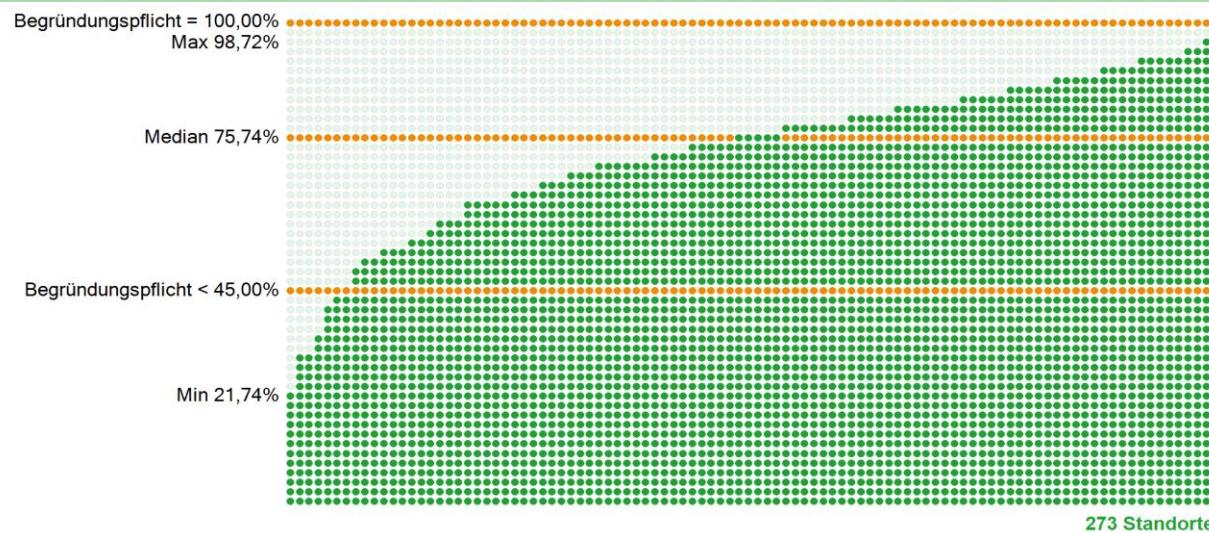
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	96,15%
95. Perzentil	94,61%	93,01%	92,50%	88,17%	89,21%
75. Perzentil	76,79%	78,40%	79,10%	70,60%	73,28%
Median	54,76%	60,41%	59,09%	52,94%	54,88%
25. Perzentil	25,77%	29,26%	33,75%	28,83%	30,41%
5. Perzentil	9,28%	11,09%	12,45%	9,86%	13,57%
Min	1,28%	1,07%	0,00%	0,00%	1,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	243	89,01%

Anmerkungen:

Der Median der psychoonkologischen Betreuungsrate ist ansteigend und in den meisten Zentren ist die Rate an psychoonkologischen Gesprächen >25 Min. zunehmend (154 Zentren mit Zunahme der Quote vs. 101 Zentren mit Abnahme). Die Zentren geben als Begründung für niedrige Raten an, dass die Gespräche weniger als 25 Minuten gedauert hätten bzw. dass nach erfolgtem Screening kein höherer Bedarf an Beratungsgesprächen bestand. Weitere Gründe sind eingeschränkte personelle Ressourcen.

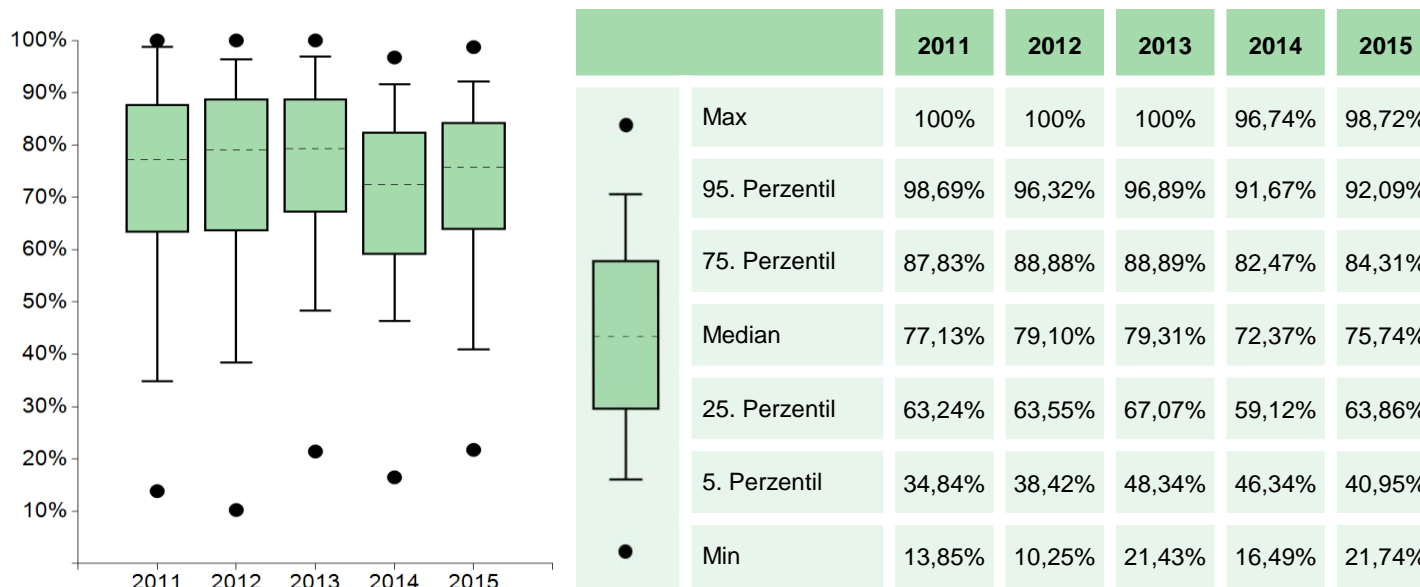
5. Beratung Sozialdienst



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	73*	19 - 233
Nenner	Primärfälle Gesamt + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen	100*	42 - 300
Quote	Begründungspflicht** <45% und =100%	75,74%	21,74% - 98,72%

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

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

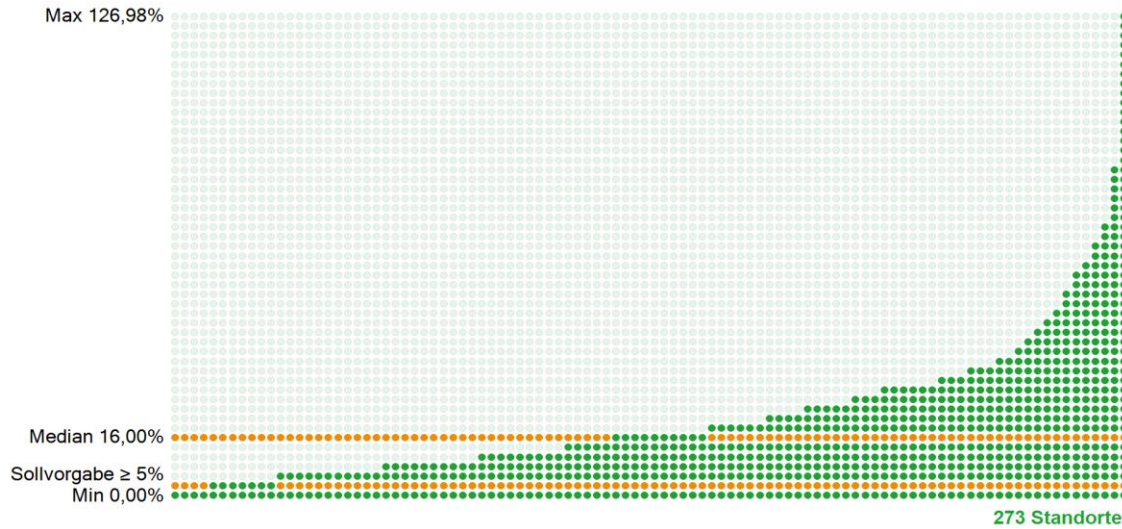


Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	255	93,41%

Anmerkungen:

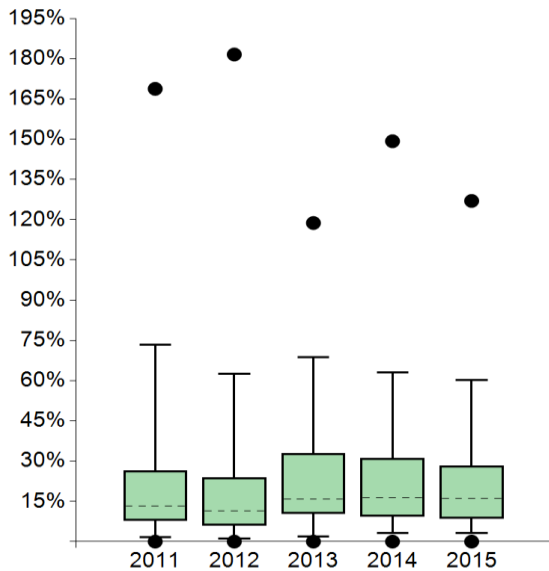
Auch die Quote der sozialarbeiterischen Beratungen ist im Median ansteigend. In den meisten Zentren nimmt dementsprechend die Rate zu (157 Zentren mit Zunahme vs. 99 Zentren mit Abnahme). Die Zentren begründen niedrige Raten v.a. mit Nicht-Inanspruchnahme trotz niederschwelligem Angebot. Im deutschsprachigen Ausland wird die Sozialarbeit v.a. durch ambulante Beratungsstellen erbracht, so dass bei diesen Zentren niedrige Betreuungsraten auftreten.

6. Studienteilnahme



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten des DZ, die in eine Studie oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden	13*	0 - 127
Nenner	Primärfälle gesamt	87*	42 - 233
Quote	Sollvorgabe \geq 5%	16,00%	0,00% - 126,98%

* 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.



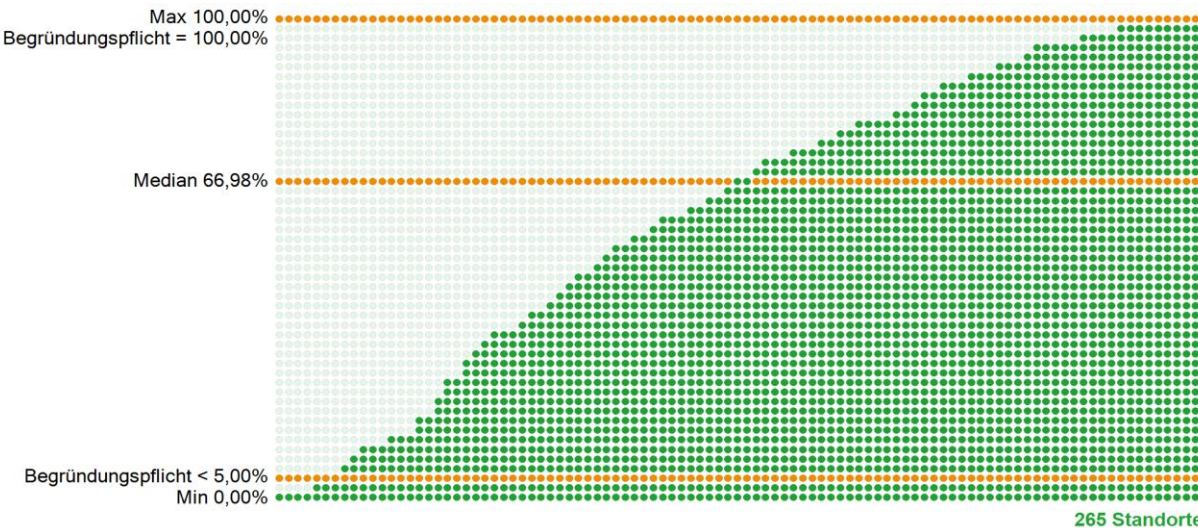
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	168,75%	181,56%	118,75%	149,23%	126,98%
95. Perzentil	73,47%	62,60%	68,83%	63,10%	60,18%
75. Perzentil	26,36%	23,76%	32,89%	31,07%	28,21%
Median	13,15%	11,49%	15,85%	16,22%	16,00%
25. Perzentil	7,84%	5,95%	10,47%	9,35%	8,70%
5. Perzentil	1,74%	1,02%	1,82%	3,09%	3,18%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	245	89,74%

Anmerkungen:

Der Median der Kennzahl ist annähernd unverändert. Im Vergleich zum Vorjahr wurden jedoch weniger Patienten in Studien eingeschlossen (2015: 5.008 vs. 2014: 5.512) bei annähernd gleicher Grundgesamtheit der betrachteten Zentren (2015: 23.829 vs. 2014: 23.950). Als Begründungen für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe wird das fehlende Studienangebot u.a. im deutschsprachigen Ausland genannt. Ab 2017 ist die StudyBox verpflichtend, so dass hier prospektiv eine bessere Kenntnis über mögliche Studien zur Verfügung steht. Zentren mit hohen Studienquoten schließen Patienten in mehr als 1 Studie ein und haben zudem ein breites Studienangebot. Die Kennzahl für die Studienquote ist die einzige Kennzahl, bei der der Zähler keine Teilmenge des Nenners ist. Da man die Studienauswahl nicht ausschließlich auf Studien für Patienten mit Ersterkrankung beschränken wollte, aber zugleich auch einen Anhalt für die Größe des Zentrums benötigt (Primärfallzahl), wurde diese Abweichung von der Regel (= Zähler ist eine Teilmenge des Nenners) in Kauf genommen.

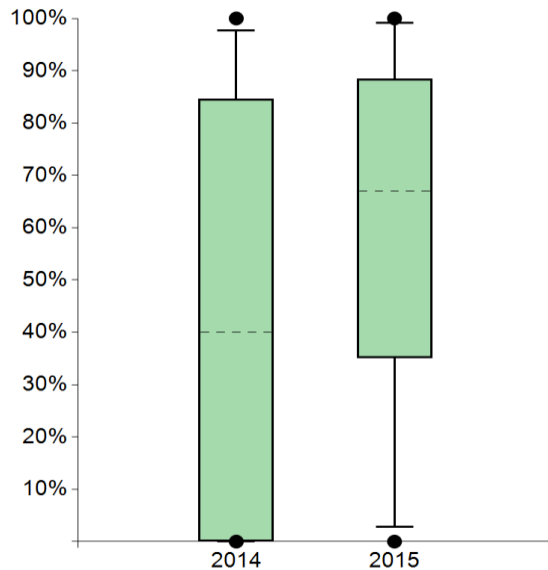
7. KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit einem KRK und ausgefüllten Pat.fragebogen (http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/organkrebszentren.html unter dem Punkt Darmkrebs)	56*	0 - 161
Nenner	Primärfälle gesamt	87*	42 - 233
Quote	Begründungspflicht** <5% und =100%	66,98%	0,00% - 100%

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

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



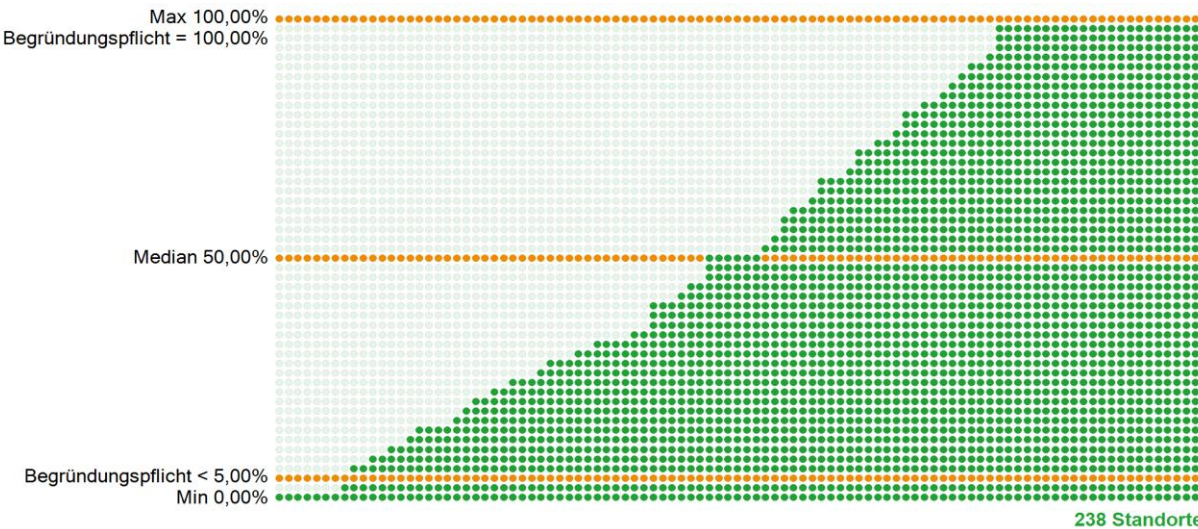
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	97,63%	99,12%
75. Perzentil	----	----	----	84,57%	88,46%
Median	----	----	----	40,00%	66,98%
25. Perzentil	----	----	----	0,00%	35,14%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	2,87%
Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
265	97,07%	235	88,68%

Anmerkungen:

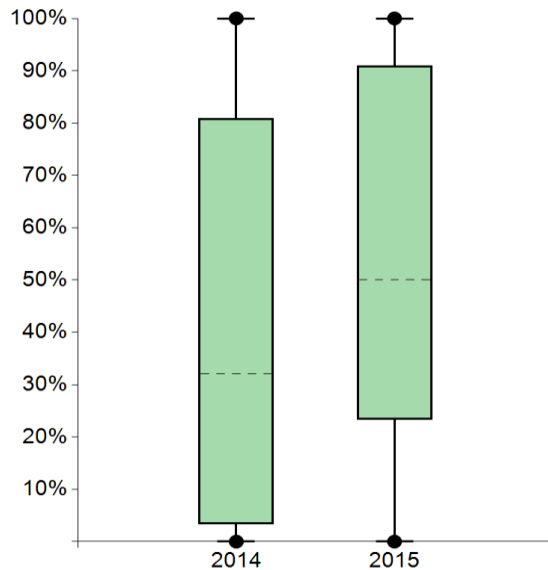
Der Prozess ist wesentlich besser implementiert als im letzten Jahr, als die Umsetzung noch optional war. Die Zentren mit den niedrigsten Werten sind gegenwärtig noch dabei, den Prozess der Erfassung der Familienanamnese mithilfe des Patientenfragebogens (v.a. elektronisch) zu implementieren und dementsprechend von der unstrukturierten Erfassung zu einer Erfassung auf Basis der Amsterdam/Bethesda-Kriterien umzustellen.

8. Genetische Beratung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit pos. Patientenfragebogen, denen eine Vorstellung in einem Zentrum für familiären Darmkrebs empfohlen wurde	4*	0 - 44
Nenner	Primärfälle mit pos. Patientenfragebogen	9*	1 - 46
Quote	Begründungspflicht** <5% und =100%	50,00%	0,00% - 100%

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



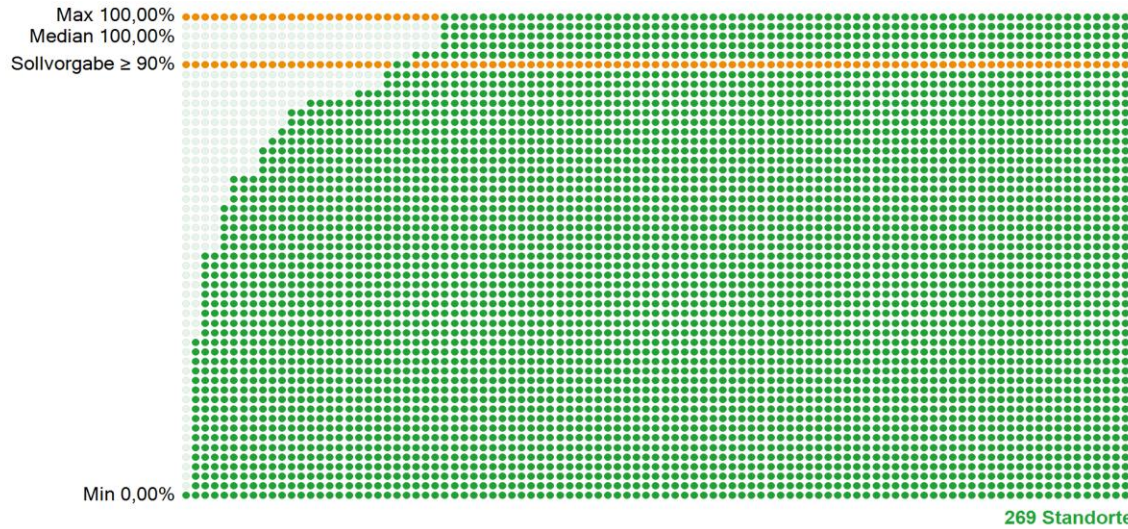
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	80,83%	90,91%
Median	----	----	----	32,05%	50,00%
25. Perzentil	----	----	----	3,41%	23,30%
5. Perzentil	----	----	----	0,00%	0,00%
Min	----	----	----	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
238	87,18%	166	69,75%

Anmerkungen:

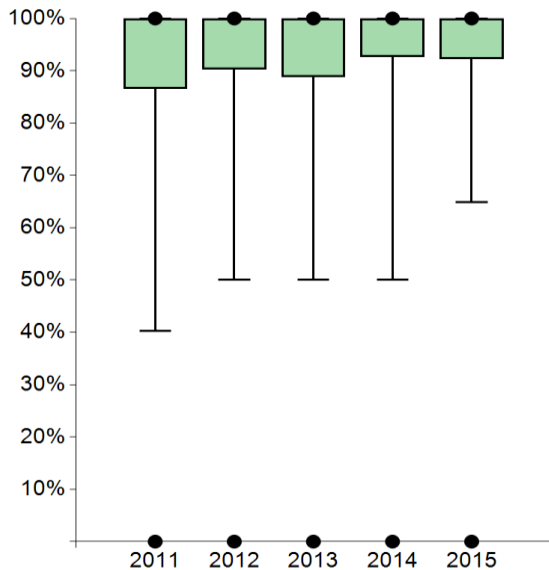
Auch die Umsetzung dieser Kennzahl erfolgt im Behandlungsjahr 2015 deutlich besser. 18 Zentren haben keinem Patienten, mit positivem Patientenfragebogen, die Vorstellung in einem Zentrum für familiären Darmkrebs empfohlen. Dabei sind die sehr kleinen Nenner dieser Zentren (1-20) zu beachten. Die Zentren begründen dies v.a. damit, dass sie zwar eine Empfehlung für eine Vorstellung ausgesprochen haben, jedoch nicht in einem Zentrum für familiären Darmkrebs. Darüber hinaus wird in einigen Zentren die Empfehlung mit der tatsächlich stattgefundenen Vorstellung verwechselt. Eine entsprechende Frequently asked question (FAQ) wird in das Spezifikationsdokument der OncoBox aufgenommen.

9. Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine	4*	0 - 23
Nenner	Patienten mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre	5*	1 - 24
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	100%	0,00% - 100%

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



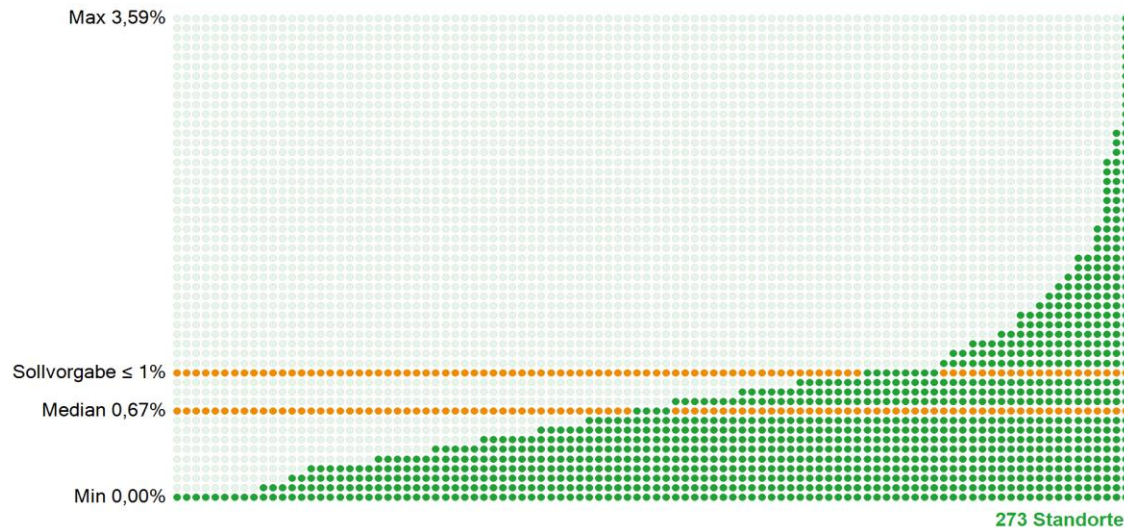
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	86,61%	90,23%	88,89%	92,67%	92,31%
5. Perzentil	40,29%	50,00%	50,00%	50,00%	64,85%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
269	98,53%	211	78,44%

Anmerkungen:

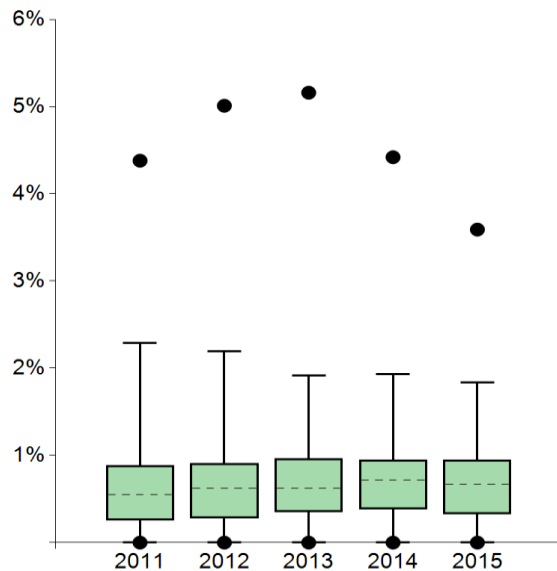
Der Prozess der Bestimmung der MMR-Proteine bei Patienten mit KRK <50. J. ist zunehmend besser umgesetzt. 2 Zentren haben keine immunhistochemische Bestimmungen durchgeführt, diese Zentren hatten jedoch lediglich 1 Patienten im Nenner. Als Begründungen für die Nicht-Erfüllung der Sollvorgabe werden angegeben: fehlendes Gewebe für die Bestimmung, Abstimmungsschwierigkeiten mit weiterbehandelnden Kollegen bzw. Pathologen, Ablehnung der Untersuchung durch die Patienten und hochpalliative Situationen ohne Familienangehörige. Die Auditoren haben eine Vielzahl von Hinweisen ausgesprochen.

10. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Therapeutische Koloskopien mit Komplikationen (Blutung, die eine Re-Intervention (Rekoloskopie, Operation) oder eine Transfusion erforderlich macht u./o. Perforation)	3*	0 - 29
Nenner	Therapeutische Koloskopien je koloskopierende Einheit (nicht nur Patienten DZ)	424*	106 - 2573
Quote	Sollvorgabe ≤ 1%	0,67%	0,00% - 3,59%

* 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.



	2011	2012	2013	2014	2015
Max	4,38%	5,01%	5,16%	4,42%	3,59%
95. Perzentil	2,29%	2,19%	1,92%	1,93%	1,83%
75. Perzentil	0,88%	0,91%	0,96%	0,95%	0,95%
Median	0,55%	0,62%	0,62%	0,72%	0,67%
25. Perzentil	0,26%	0,28%	0,35%	0,38%	0,33%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

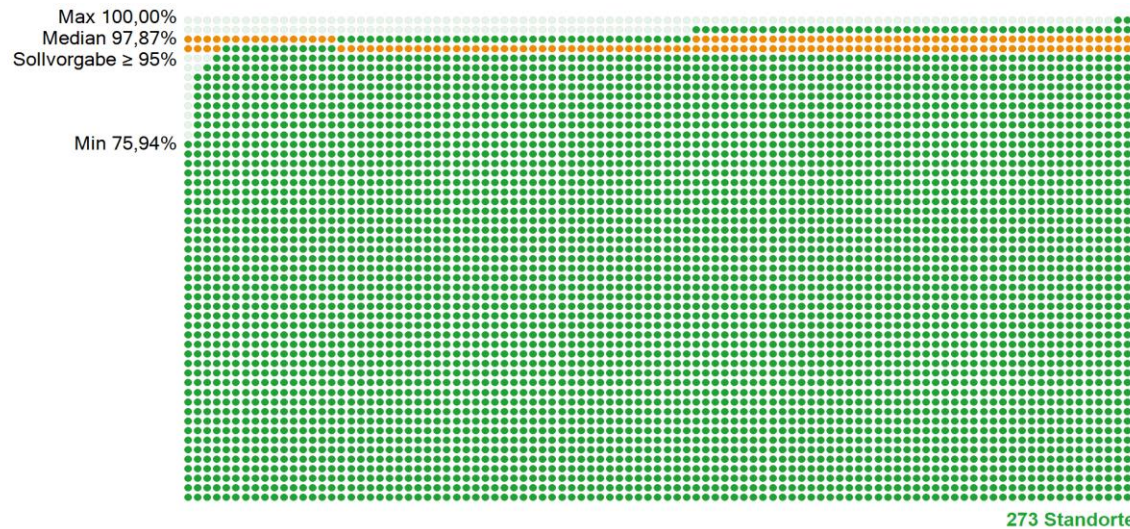
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	218	79,85%

Anmerkungen:

Der Median der Komplikationsraten bei therapeutischen Koloskopien ist annähernd unverändert über den Verlauf der Zeit. Die Zentren, die im Vorjahr die höchsten Komplikationsraten hatten, haben sich jedoch deutlich verbessert.

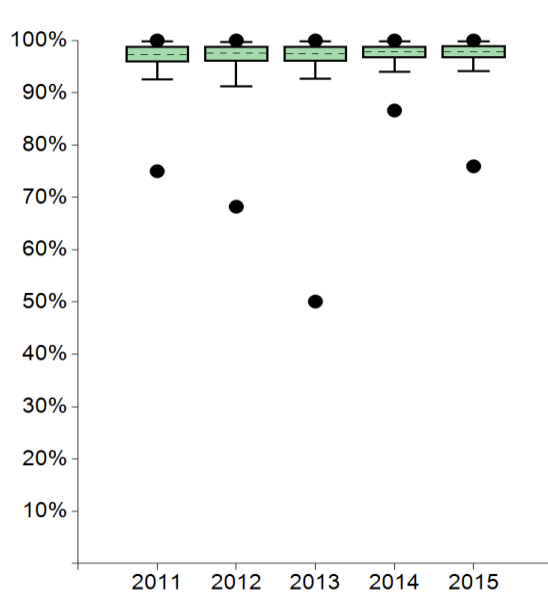
Die Komplikationen sind v.a. durch Blutungen bzw. Perforationen begründet. Die Zentren begründen hohe Raten damit, dass v.a. schwere Fälle in das Zentrum verwiesen werden, wie z.B. ambulant nicht abtragbare, große Polypen. Als weitere Begründungen werden Notfallingriffe und auch Personalwechsel genannt. Als Maßnahmen wurden mit den Auditoren, die eine Vielzahl von Hinweisen ausgesprochen haben genannt: häufiger durchgeführte prophylaktische Blutstillung, engere Supervision und vermehrte Einlage von Hämoclips.

11. Vollständige elektive Koloskopien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Vollständige elektive Koloskopien	1368*	305 - 11534
Nenner	Elektive Koloskopien je koloskopierende Einheit des Darmkrebszentrums (nicht nur Patienten DZ) (Gezählt werden: Intention: Koloskopie vollständig)	1399*	313 - 11580
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,87%	75,94% - 100%

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



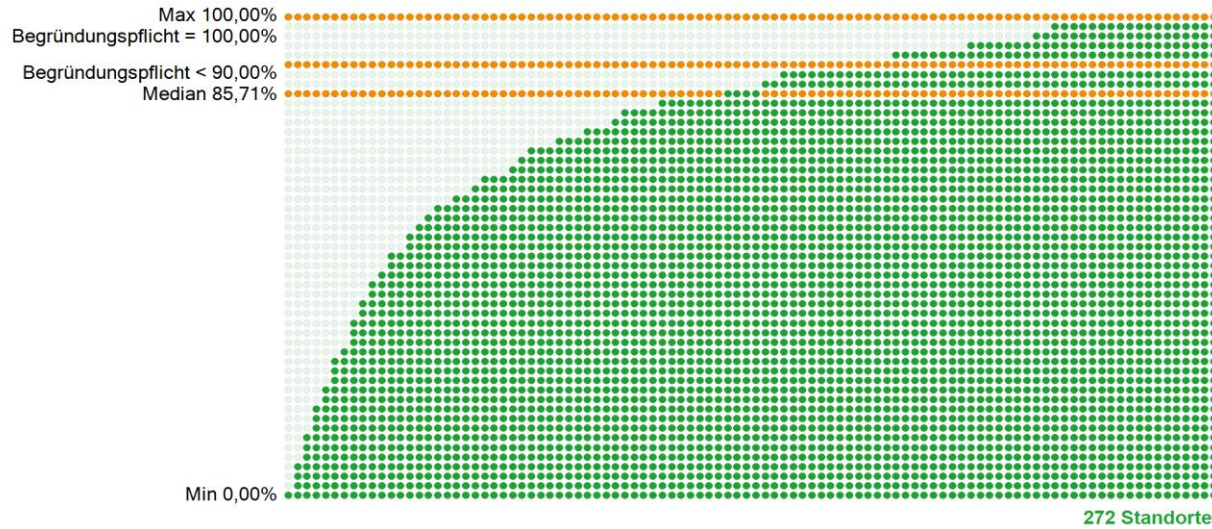
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,87%	99,73%	99,81%	99,83%	99,81%
75. Perzentil	98,88%	98,82%	98,86%	98,92%	99,04%
Median	97,32%	97,55%	97,49%	97,80%	97,87%
25. Perzentil	95,87%	95,98%	95,96%	96,64%	96,69%
5. Perzentil	92,58%	91,15%	92,60%	93,96%	94,12%
Min	75,00%	68,22%	50,09%	86,61%	75,94%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	256	93,77%

Anmerkungen:

Die Kennzahl wird sehr gut in den Darmkrebszentren umgesetzt. Wenn vollständige Koloskopien geplant sind, dann werden diese auch vollständig durchgeführt. 1 Zentrum hat wiederholt die niedrigste Rate an vollständigen Koloskopien und begründet dies mit stenosierenden Tumoren. Der Auditor hat einen Hinweis ausgesprochen.

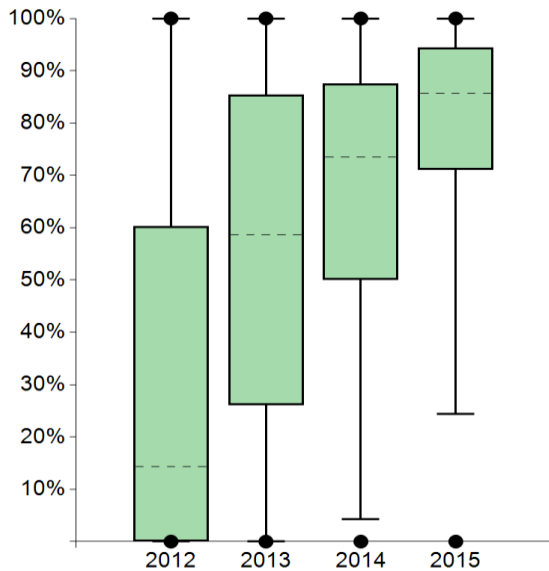
12. Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel (LL QI 1)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht	13*	0 - 71
Nenner	Patienten mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	16*	1 - 85
Quote	Begründungspflicht** <90% und =100%	85,71%	0,00% - 100%

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

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



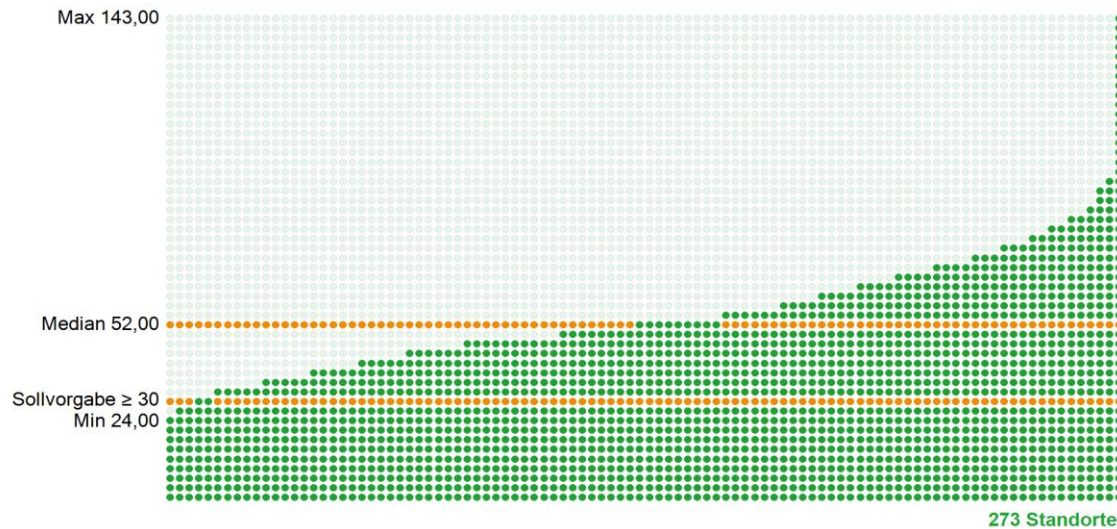
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	60,28%	85,36%	87,50%	94,33%
Median	----	14,32%	58,62%	73,53%	85,71%
25. Perzentil	----	0,00%	26,13%	50,00%	71,07%
5. Perzentil	----	0,00%	0,00%	4,28%	24,34%
Min	----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
272	99,63%	67	24,63%

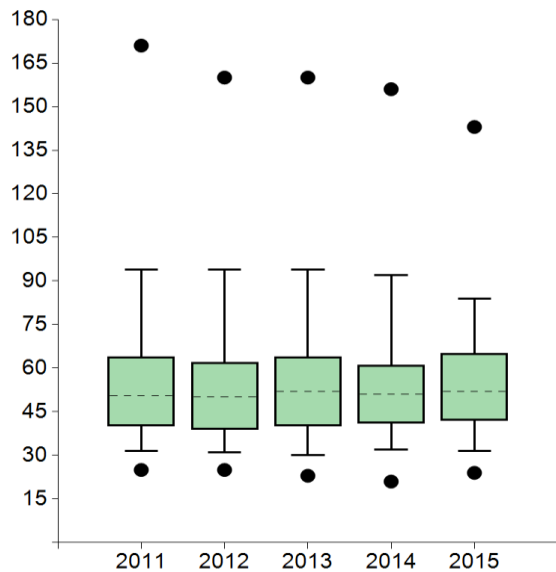
Anmerkungen:

Der Qualitätsindikator der Leitlinie wird immer besser umgesetzt. Während im Vorjahr noch 13 Zentren keine Angabe zum Abstand der mesorektalen Faszie im radiologischen Befundbericht hatten, waren es im Auditjahr 2016 lediglich 2 Zentren. Die Auditoren haben Hinweise ausgesprochen.

13. Operative Primärfälle Kolon



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Anzahl	Operative Primärfälle Kolon	52	24 - 143
	Sollvorgabe ≥ 30		



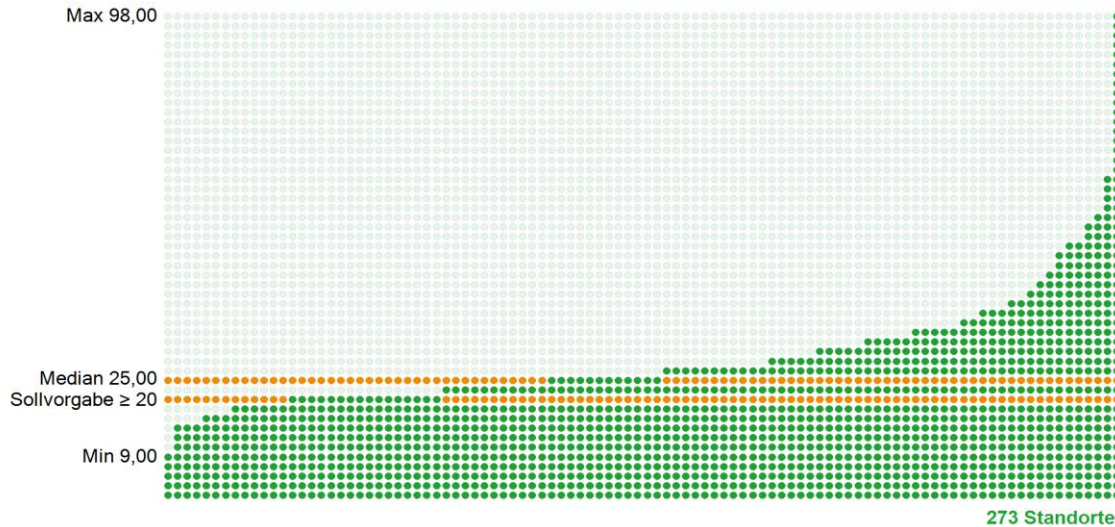
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	171,00	160,00	160,00	156,00	143,00
95. Perzentil	93,85	94,00	94,00	92,00	83,80
75. Perzentil	64,00	62,00	64,00	61,00	65,00
Median	50,50	50,00	52,00	51,00	52,00
25. Perzentil	40,00	39,00	40,00	41,00	42,00
5. Perzentil	31,45	31,00	30,00	32,00	31,60
Min	25,00	25,00	23,00	21,00	24,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	263	96,34%

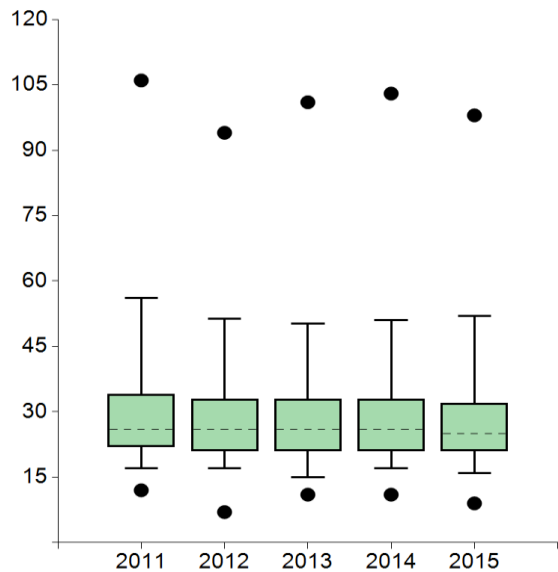
Anmerkungen:

Im Behandlungsjahr 2015 wurden 15.627 Patienten mit Kolon-Ca in einem DZ operiert. Damit wurden 53% aller Kolon-Ca Operationen 2015 (= 29.740) in zertifizierten DZ erbracht (Quelle: Statistisches Bundesamt, DRG-Statistik).
Im Vergleich zum Vorjahr unterschreiten mehr Zentren die Sollvorgabe (= 10 Zentren vs. 5 Zentren 2014). Die Erfüllung der Primärfallrichtlinie ist zu Erst- und Re-Zertifizierungen verpflichtend.

14. Operative Primärfälle Rektum



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Anzahl	Operative Primärfälle Rektum	25	9 - 98
	Sollvorgabe ≥ 20		



	2011	2012	2013	2014	2015
Max	106,00	94,00	101,00	103,00	98,00
95. Perzentil	56,10	51,40	50,20	51,00	52,00
75. Perzentil	34,00	33,00	33,00	33,00	32,00
Median	26,00	26,00	26,00	26,00	25,00
25. Perzentil	22,00	21,00	21,00	21,00	21,00
5. Perzentil	17,00	17,00	15,00	17,00	16,00
Min	12,00	7,00	11,00	11,00	9,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	238	87,18%

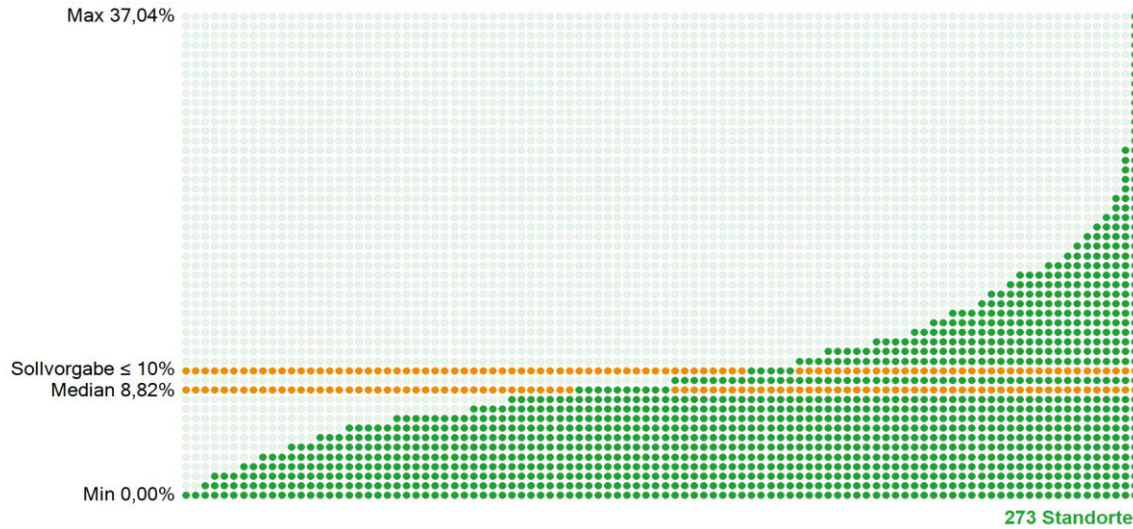
Anmerkungen:

In den zertifizierten Darmkrebszentren wurden im Jahr 2015 8.069 Rektum-Ca Operationen durchgeführt. Damit wurden 58% der bundesweit durchgeführten OP's (=13.880) in zertifizierten DZ erbracht (Quelle: Statistisches Bundesamt, DRG-Statistik).

35 Zentren erreichen die Sollvorgabe nicht. 29 dieser Zentren waren im Überwachungsaudit.

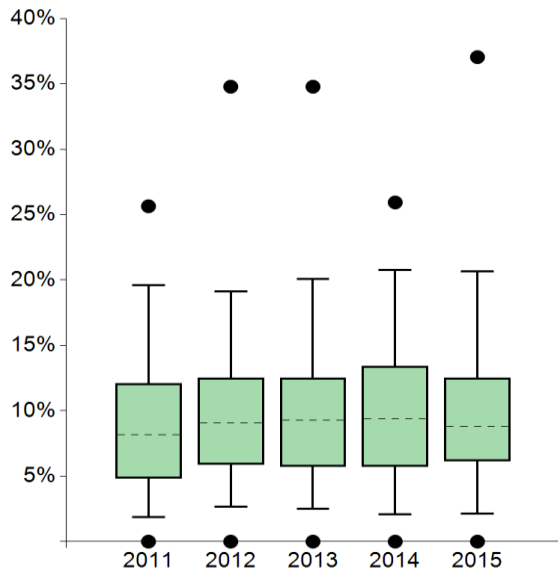
Als Begründung für abnehmende Fallzahlen werden Chefarztwechsel und Abstimmungsschwierigkeiten mit einweisenden Kollegen genannt.

15. Revisions-OP's Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	4*	0 - 18
Nenner	Elektive Kolon-Eingriffe	46*	19 - 121
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	8,82%	0,00% - 37,04%

* 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.



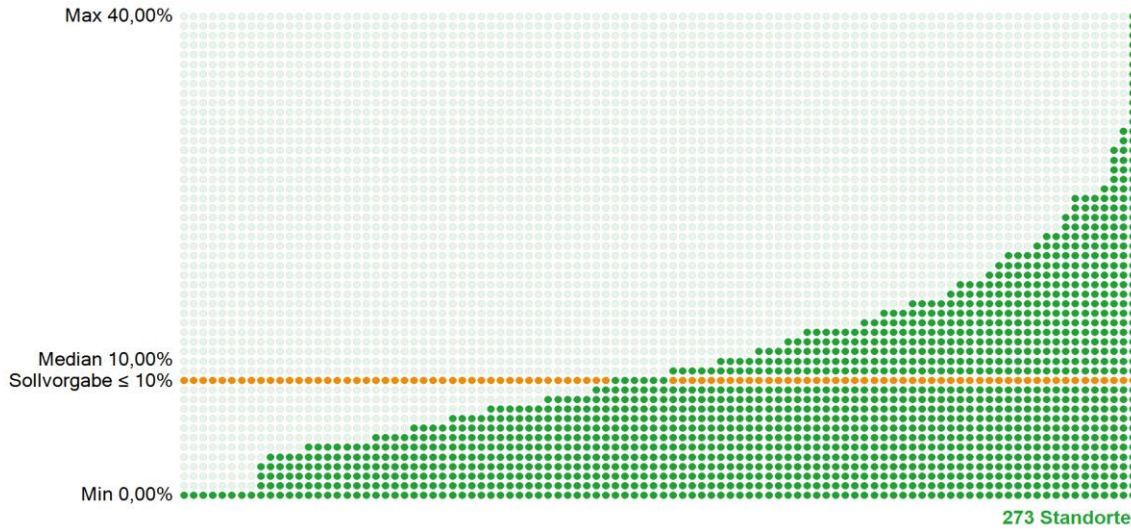
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	25,64%	34,78%	34,78%	25,93%	37,04%
95. Perzentil	19,58%	19,14%	20,07%	20,78%	20,67%
75. Perzentil	12,11%	12,50%	12,50%	13,41%	12,50%
Median	8,19%	9,09%	9,30%	9,38%	8,82%
25. Perzentil	4,84%	5,88%	5,71%	5,71%	6,15%
5. Perzentil	1,85%	2,64%	2,52%	2,08%	2,15%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	168	61,54%

Anmerkungen:

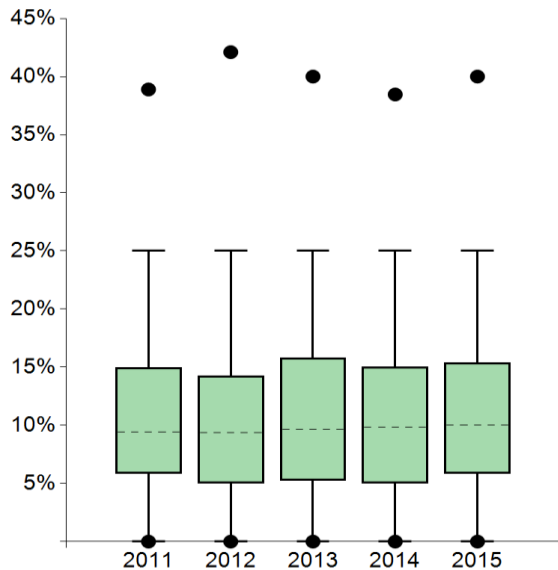
Der Median der Kennzahl ist erstmalig leicht rückläufig und im Vergleich zum Vorjahr erreichen mehr Zentren die Sollvorgabe (62% vs. 57%). Die Zentren mit den schlechtesten Raten im Vorjahr haben sich verbessert, während sich die Zentren mit den besten Raten im Vorjahr (= 0%) etwas verschlechtert haben. Ursachen der Revisionseingriffe sind v.a. Wundheilungsstörungen und Anastomoseninsuffizienzen. Als Maßnahmen für eine Reduktion der Raten wurde in Absprache mit dem Auditor die Änderung der Nahttechnik und des -materials, die Diskussion in M&M-Konferenzen sowie die engmaschige Evaluierung der Ergebnisse besprochen. Die Auditoren haben eine Vielzahl von Hinweisen und Abweichungen ausgesprochen.

16. Revisions-OP's Rektum



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	3*	0 - 10
Nenner	Elektive Rektum-Eingriffe	25*	9 - 97
Quote	Sollvorgabe ≤ 10%	10,00%	0,00% - 40,00%

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



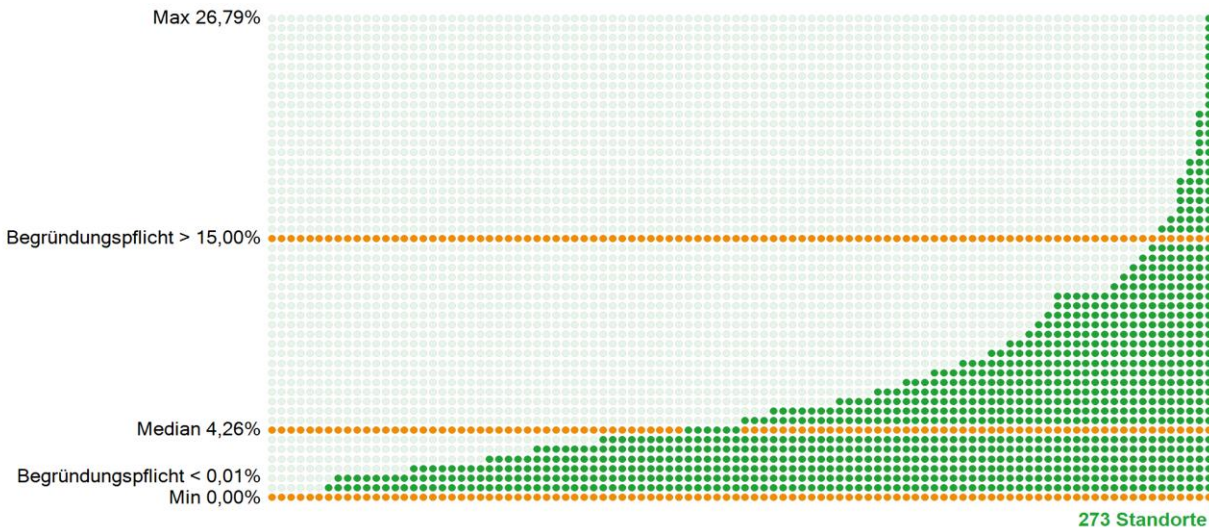
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	38,89%	42,10%	40,00%	38,46%	40,00%
95. Perzentil	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
75. Perzentil	14,95%	14,28%	15,79%	15,00%	15,38%
Median	9,45%	9,37%	9,68%	9,86%	10,00%
25. Perzentil	5,88%	5,00%	5,26%	5,00%	5,88%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	137	50,18%

Anmerkungen:

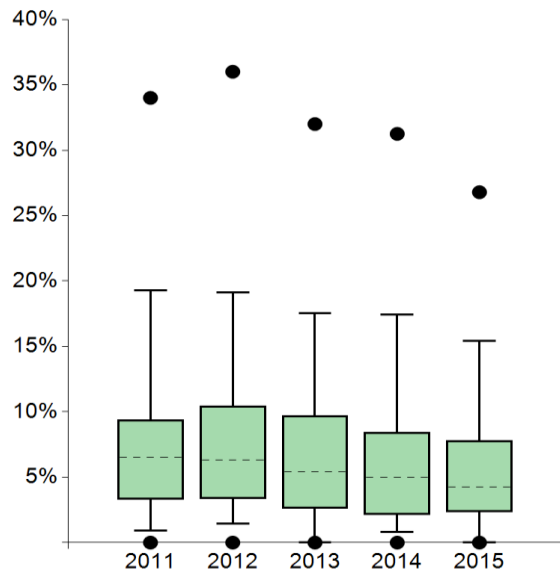
Der Median der Kennzahl steigt über den Verlauf der Zeit leicht an. Die 4 Zentren mit den schlechtesten Ergebnissen hatten auch im Vorjahr Ergebnisse, die (etwas) über der Sollvorgabe lagen. Allerdings haben sich die Zentren mit den höchsten Revisionsraten im Vorjahr durchgehend verbessert. Die Auditoren haben die Kennzahl ausführlich betrachtet und viele Hinweise und Abweichungen ausgesprochen. Die häufigsten Ursachen für Revisionsoperationen waren Anastomosensuffizienzen, Ileostomakomplikationen, Wundheilungsstörungen, bestehende Komorbiditäten und Fadendehiszenzen. Als Maßnahmen wurden in Absprache mit den Auditoren vereinbart: Screening auf Mangelernährung, Absprache in den M&M-Konferenzen, Durchführung von OP-Kursen (Naht- u. Anastomosetechniken) und zentral auch das engmaschige unterjährige Monitoring der Raten.

17. Postoperative Wundinfektion



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Postoperative Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach elektiver OP mit Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC-Verband)	3*	0 - 29
Nenner	Operative Eingriffe des DZ	71*	33 - 193
Quote	Begründungspflicht** <0,01% und >15%	4,26%	0,00% - 26,79%

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



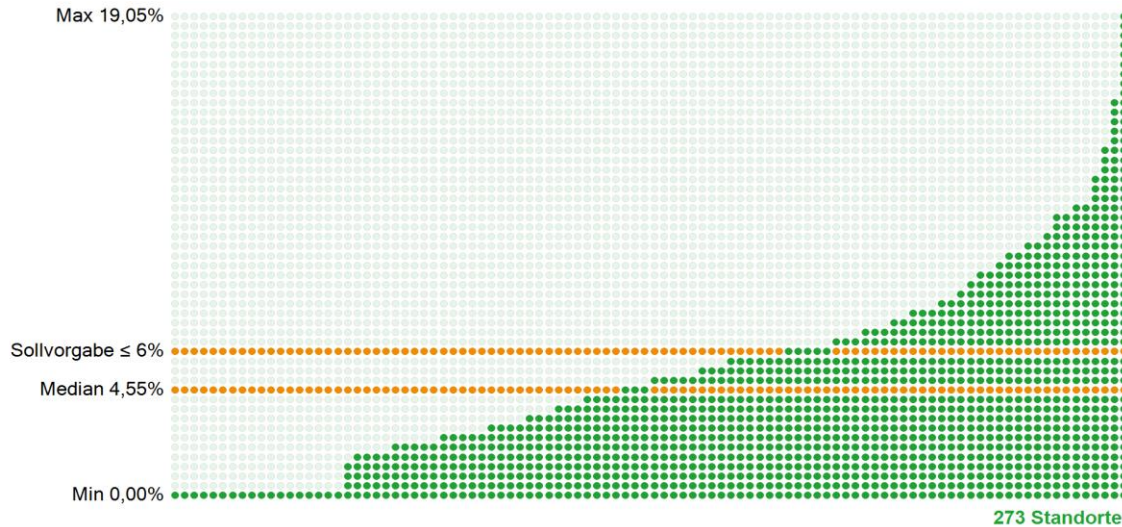
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	34,00%	36,00%	32,00%	31,25%	26,79%
95. Perzentil	19,29%	19,13%	17,56%	17,44%	15,41%
75. Perzentil	9,40%	10,43%	9,72%	8,45%	7,81%
Median	6,52%	6,34%	5,41%	5,00%	4,26%
25. Perzentil	3,30%	3,33%	2,61%	2,13%	2,33%
5. Perzentil	0,93%	1,45%	0,00%	0,82%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	240	87,91%

Anmerkungen:

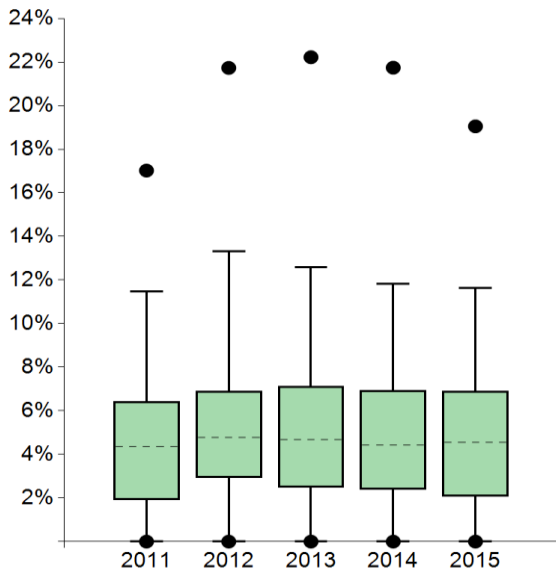
Die Kennzahl zeigt eine gute Entwicklung über den Verlauf der Zeit mit abnehmenden Maximalwerten und einem abnehmenden Median. Die Zentren mit den höchsten Werten hatten auch im Vorjahr Werte über der 95. Perzentile. Die Auditoren haben die Befunde im Einzelnen begutachtet und systematische Fehler ausgeschlossen. Die Zentren mit hohen postoperativen Wundinfektionsraten begründen dies v.a. mit der sehr differenzierten Erfassung, die teilweise über die Definition des Zählers hinausgeht. Als Maßnahmen haben die Zentren umgesetzt: Darmdekontamination, grundsätzliche Anlage von VAC-Verbänden bei abdominoperinealen Exstirpationen, Hygieneschulung und die Anwendung von Wundschutzfolien.

18. Anastomosensuffizienzen Kolon (LL QI 9)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Re-Interventionsbedürftige Anastomosensuffizienzen Kolon nach elektiven Eingriffen	2*	0 - 12
Nenner	Patienten mit KK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	43*	17 - 115
Quote	Sollvorgabe ≤ 6%	4,55%	0,00% - 19,05%

* 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.



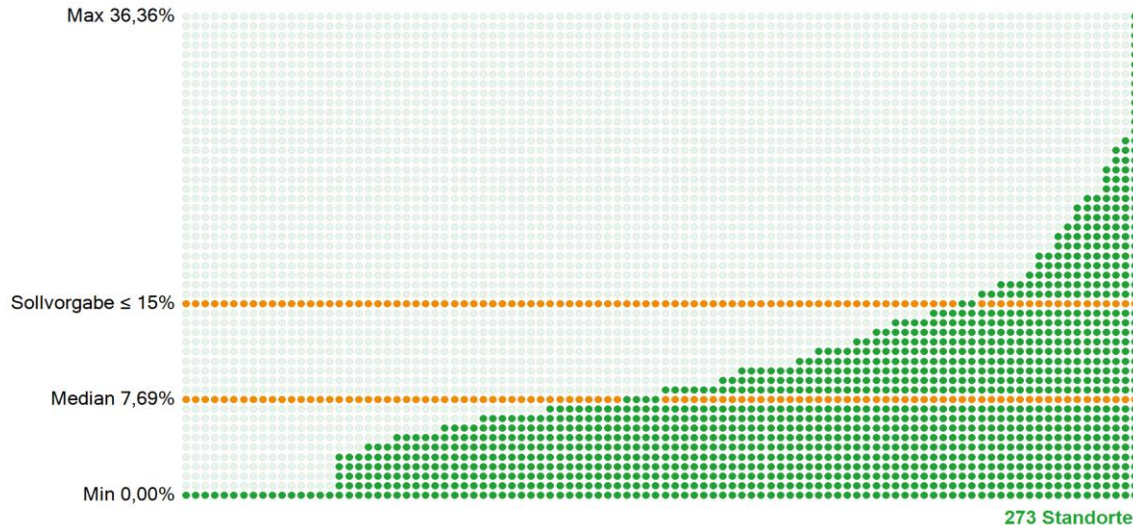
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	17,02%	21,73%	22,22%	21,74%	19,05%
95. Perzentil	11,46%	13,33%	12,59%	11,83%	11,63%
75. Perzentil	6,43%	6,89%	7,14%	6,94%	6,90%
Median	4,35%	4,76%	4,67%	4,44%	4,55%
25. Perzentil	1,92%	2,94%	2,50%	2,38%	2,08%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	186	68,13%

Anmerkungen:

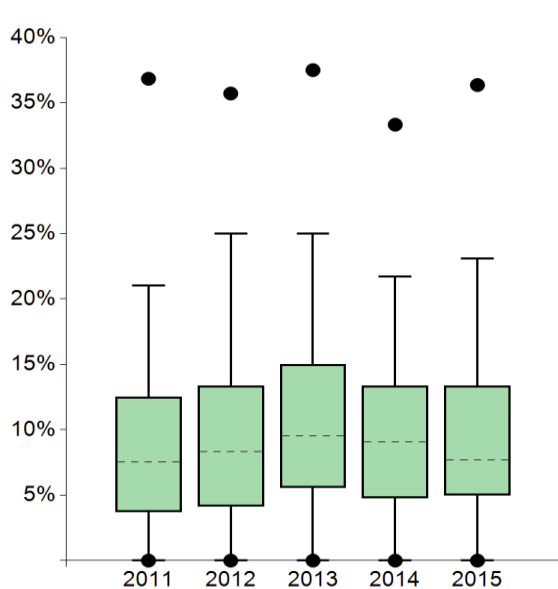
Im Gegensatz zu der nachfolgenden Kennzahl bleibt der Median über den Verlauf der Zeit nahezu unverändert. Bei der Auswertung zeigt sich, dass die Zentren mit den höchsten Raten 2015 im Vorjahr unterhalb der Sollvorgabe lagen, während die Zentren mit den höchsten Raten im Vorjahr ihre Ergebnisse verbessert haben. Die Ursachen der Insuffizienzen werden von den Zentren wie folgt benannt: chronische Begleiterkrankungen, linksseitige Resektionen, Adipositas und hochkomplexe Fälle. Als Maßnahmen für eine Verbesserung der Raten haben die Zentren in Absprache mit den Auditoren die Fälle in den M&M-Konferenzen besprochen, das präoperative Management verbessert, die Darmdekontamination eingeführt und Schulungen der Mitarbeiter durchgeführt. Die Auditoren haben Abweichungen und Hinweise ausgesprochen.

19. Anastomosensuffizienzen Rektum (LL QI 8)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit Anastomosensuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe o. interventioneller Drainage o. transanaler Lavage / Drainage) oder C ((Re-) Laparotomie)	1*	0 - 9
Nenner	Patienten mit RK, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde	18*	6 - 90
Quote	Sollvorgabe ≤ 15%	7,69%	0,00% - 36,36%

* 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.



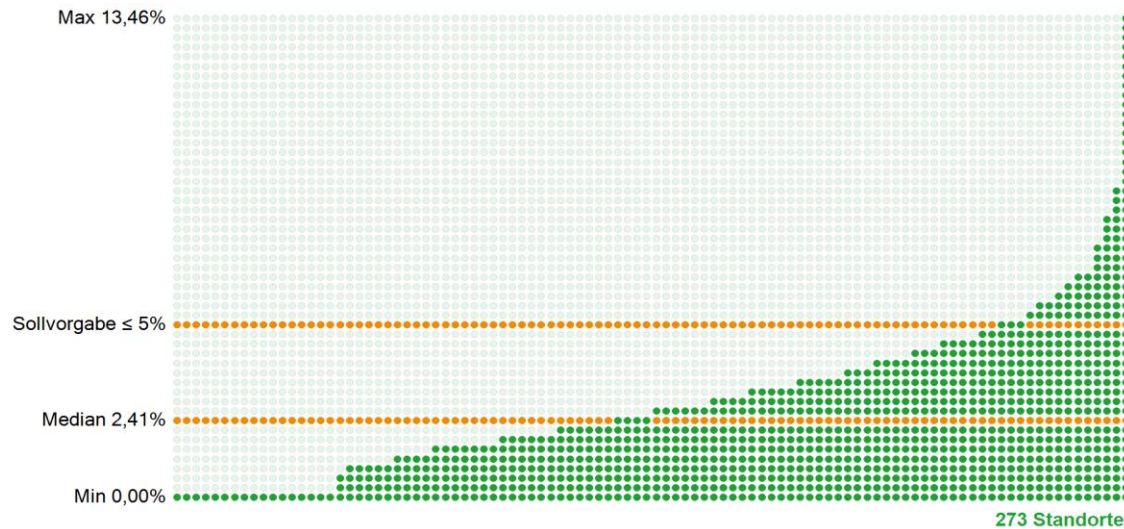
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	36,84%	35,71%	37,50%	33,33%	36,36%
95. Perzentil	21,05%	25,00%	25,00%	21,74%	23,08%
75. Perzentil	12,50%	13,33%	15,00%	13,33%	13,33%
Median	7,55%	8,33%	9,52%	9,09%	7,69%
25. Perzentil	3,70%	4,16%	5,56%	4,76%	5,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	226	82,78%

Anmerkungen:

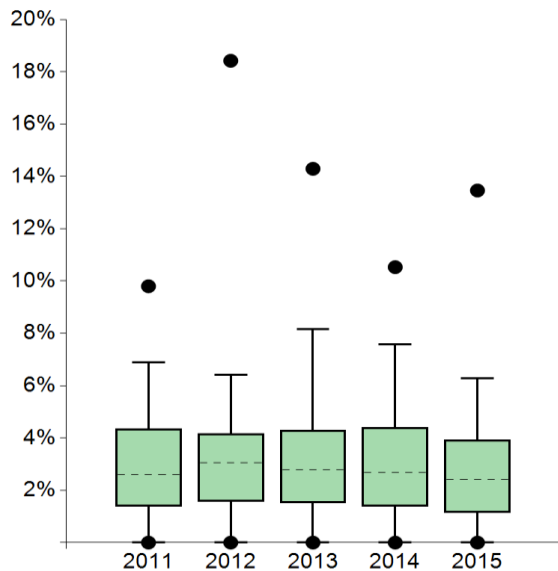
Der Median der Anastomosensuffizienzen bei Rektumkarzinom ist weiter abfallend und mehr Zentren erreichen die Sollvorgabe von 15% (83% vs. 79%). Begründungen von Seiten der Zentren für hohe Insuffizienz-Raten sind bestehende Komorbiditäten, Zustand nach neoadjuvanter Strahlentherapie und primär perforierte Tumore. Eingeleitete Maßnahmen, die die Zentren präsentiert haben sind u.a. die vermehrte Anlage von protektiven Ileostomata, die (temporäre) Eingrenzung des Operateurkreises und der Austausch der Stapler-Modelle. Auch bei dieser Kennzahl hat die intensive Diskussion mit den Fachexperten vor Ort stattgefunden. Den Zentren mit den auffälligsten Werten wurden Coaching-Termine über die DGAV/DKG/ADDZ angeboten.

20. Mortalität postoperativ



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Postoperativ verstorbene Patienten nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30d	2*	0 - 8
Nenner	Elektiv operierte Patienten	71*	33 - 193
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	2,41%	0,00% - 13,46%

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



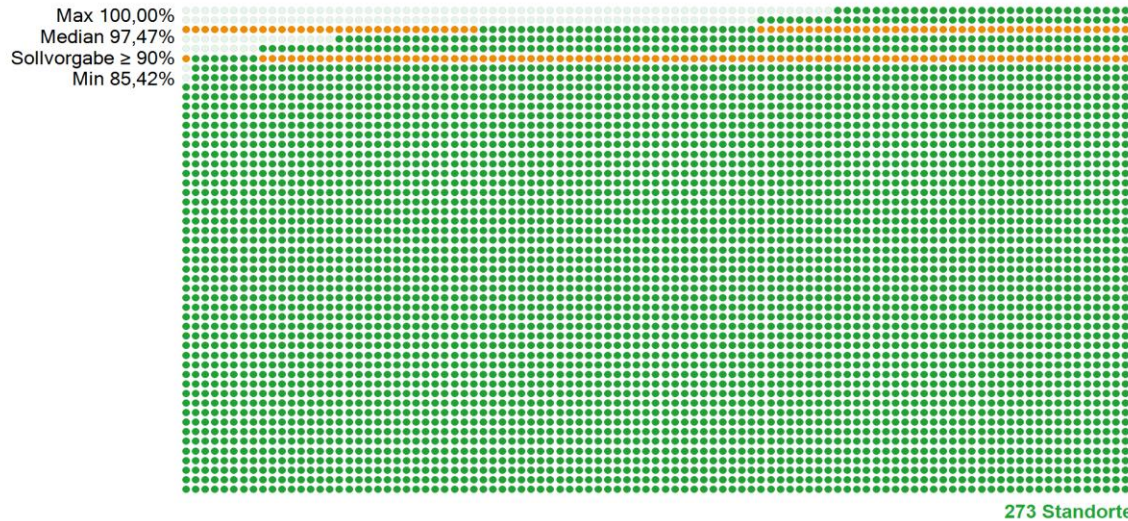
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	9,80%	18,42%	14,29%	10,53%	13,46%
95. Perzentil	6,90%	6,41%	8,15%	7,58%	6,27%
75. Perzentil	4,35%	4,16%	4,30%	4,41%	3,92%
Median	2,60%	3,06%	2,78%	2,68%	2,41%
25. Perzentil	1,39%	1,58%	1,52%	1,39%	1,15%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	241	88,28%

Anmerkungen:

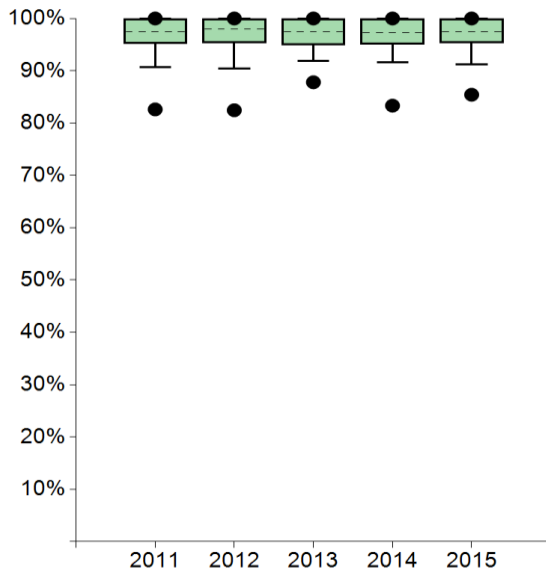
Der Median der Kennzahl hat sich verbessert. Und im Vergleich zum Vorjahr sind weniger elektiv operierte Patienten postoperativ verstorben (504 vs. 575 in Zentren, die in beiden Jahren zertifiziert waren). Auch die Zahl der Zentren, die die Sollvorgabe überschreiten, hat sich trotz zunehmender Anzahl der Zentren von 47 (= 2014) auf 32 Zentren verbessert. Begründungen für die postoperativen Todesfälle sind u.a. Sepsis mit Multiorganversagen, häufig auf dem Boden von Anastomoseninsuffizienzen. Darüber hinaus intraoperative Blutungen und Embolien. Die Fachexperten haben alle Einzelfälle im Rahmen der Audits diskutiert. Das Zentrum mit der höchsten Rate, dessen Zertifikat zunächst nur für ein Jahr verlängert wurde, ist bereits zum Coaching angemeldet.

21. Lokale R0-Resektionen Kolon



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Lokale R0-Resektionen Kolon nach Abschluss der operativen Therapie	44*	18 - 119
Nenner	Operative Kolon-OPs gemäß Primärfalldefinition (operativ)	46*	19 - 121
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	97,47%	85,42% - 100%

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



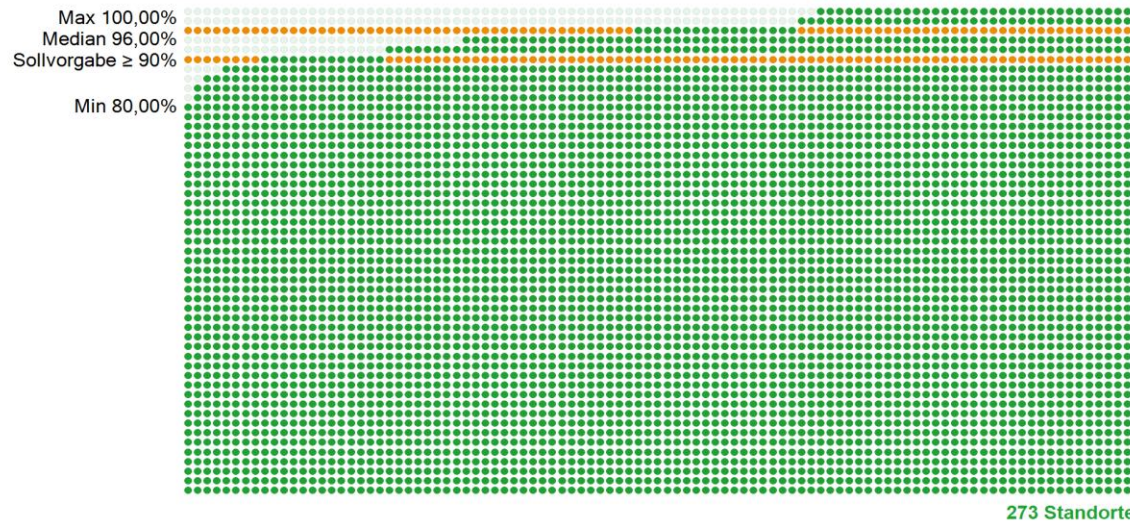
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	97,43%	97,91%	97,37%	97,30%	97,47%
25. Perzentil	95,18%	95,34%	94,87%	95,00%	95,35%
5. Perzentil	90,62%	90,47%	91,83%	91,67%	91,22%
Min	82,61%	82,45%	87,80%	83,33%	85,42%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	269	98,53%

Anmerkungen:

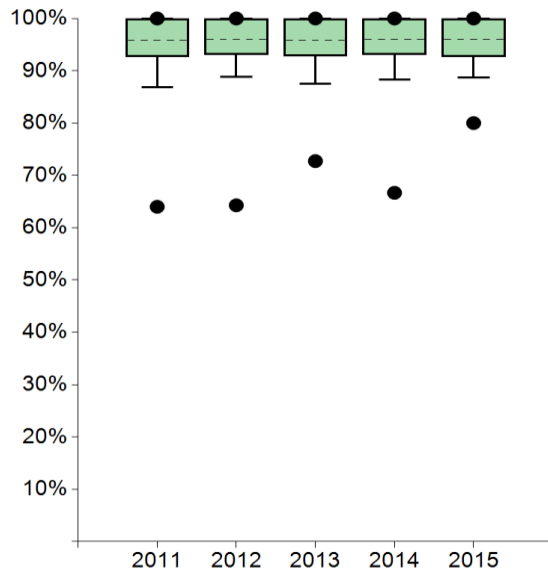
Sehr gute Umsetzung der Kennzahl, lediglich 4 Zentren erreichen die Sollvorgabe nicht. Als Begründungen nennen die Zentren u.a. Operationen bei weit fortgeschrittenen Tumoren mit Peritonealkarzinose, Tumorperforation und Hämangiosarcoma.

22. Lokale R0-Resektionen Rektum



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Lokale R0-Resektionen Rektum nach Abschluss der operativen Therapie	24*	8 - 95
Nenner	Operative Rektum-OPs gemäß Primärfalldefinition (operativ)	25*	9 - 97
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	96,00%	80,00% - 100%

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



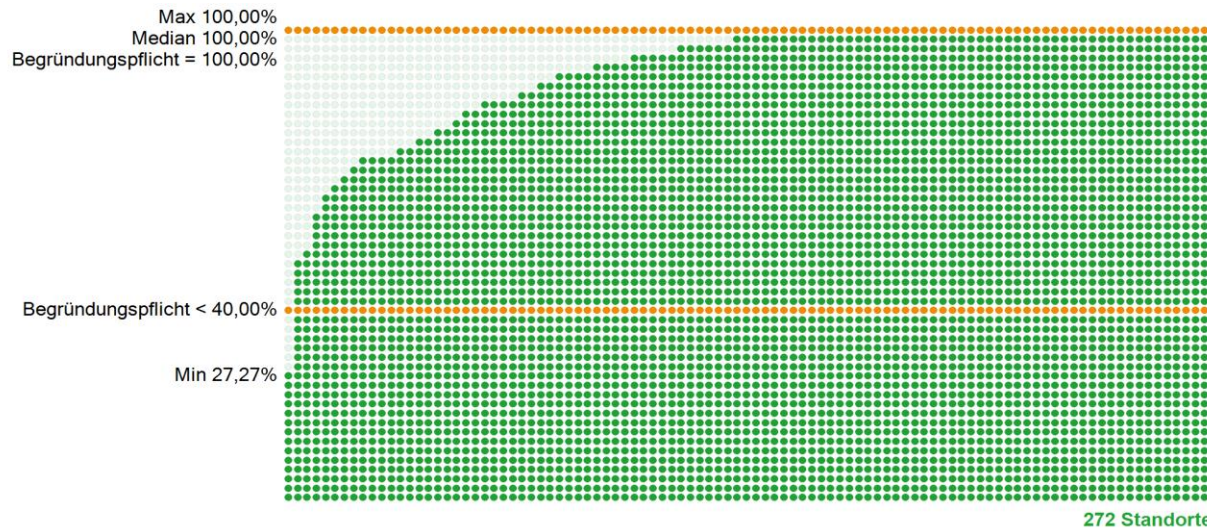
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	95,83%	95,91%	95,83%	96,00%	96,00%
25. Perzentil	92,63%	93,10%	92,86%	93,02%	92,68%
5. Perzentil	86,86%	88,88%	87,50%	88,24%	88,72%
Min	64,00%	64,28%	72,73%	66,67%	80,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	251	91,94%

Anmerkungen:

Der Median ist unverändert und 92% der Zentren erreichen die Sollvorgabe (=90%). Als Begründungen für das Nicht-Erreichen geben die Zentren v.a. an: fortgeschrittene Tumore mit Infiltration der Nachbarorgane, palliativ intendierte Operationen mit eingeschränktem Resektionsausmaß und den Nachweis von Tumorzellen im endgültigen Befund bei tumorfreiem Schnellschnitt. Die Auditoren haben die Einzelfälle betrachtet und systematische Fehler ausgeschlossen.

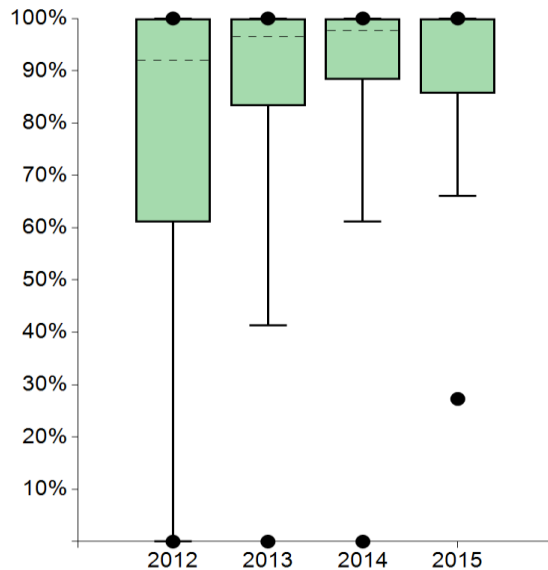
23. Anzeichnung Stomaposition (LL QI 10)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition	17*	3 - 94
Nenner	Patienten mit RK, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde	18*	4 - 96
Quote	Begründungspflicht** <40% und =100%	100%	27,27% - 100%

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

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



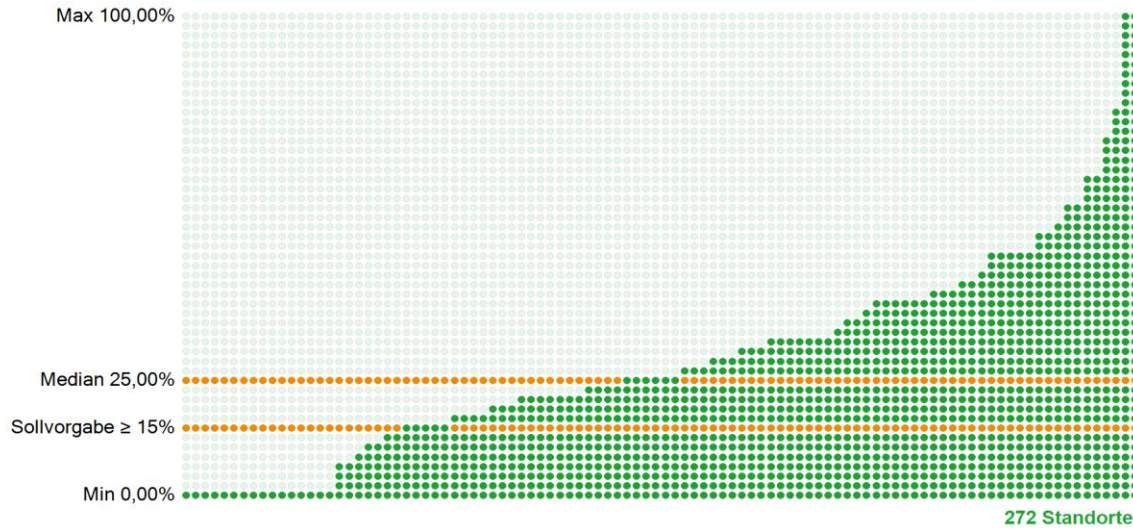
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
Median	----	92,00%	96,55%	97,73%	100%
25. Perzentil	----	60,99%	83,33%	88,24%	85,71%
5. Perzentil	----	0,00%	41,34%	61,11%	66,02%
Min	----	0,00%	0,00%	0,00%	27,27%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
272	99,63%	132	48,53%

Anmerkungen:

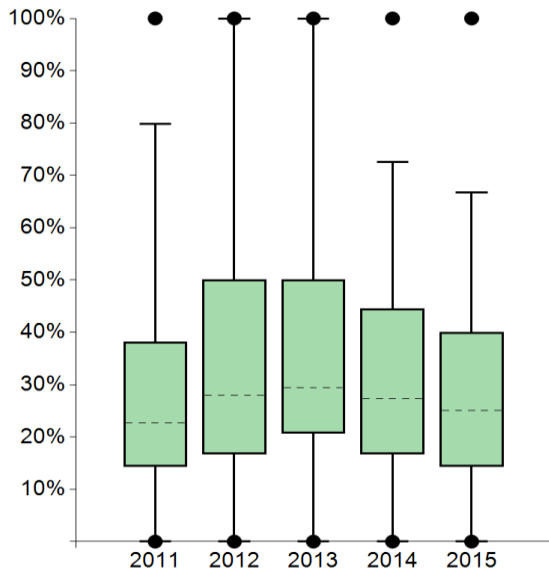
Der Qualitätsindikator wird sehr gut in den Zentren umgesetzt. Vor allem in den unteren Perzentilen Bereichen sieht man eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse. Die Zentren mit den auffälligsten Werten im Vorjahr haben die Rate der präoperativen Stomaanzeichnungen deutlich verbessert.

24. Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit KRK UICC Stad. IV, die eine Lebermetastasenresektion erhalten	2*	0 - 12
Nenner	Primärfälle mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK UICC Stad. IV	8*	1 - 37
Quote	Sollvorgabe ≥ 15%	25,00%	0,00% - 100%

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



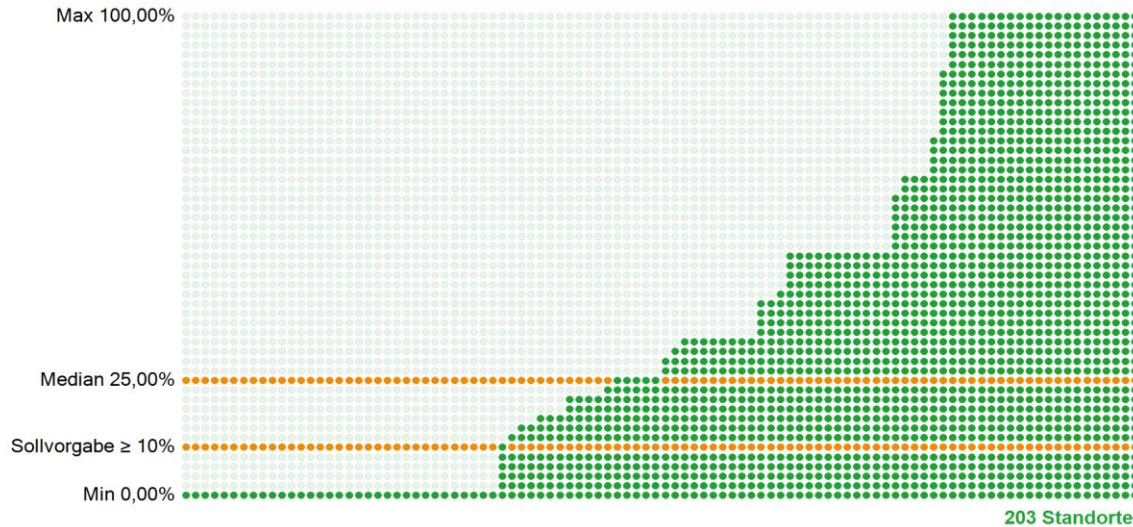
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	79,86%	100%	100%	72,50%	66,67%
75. Perzentil	38,20%	50,00%	50,00%	44,44%	40,00%
Median	22,73%	27,92%	29,41%	27,27%	25,00%
25. Perzentil	14,29%	16,66%	20,72%	16,67%	14,29%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
272	99,63%	198	72,79%

Anmerkungen:

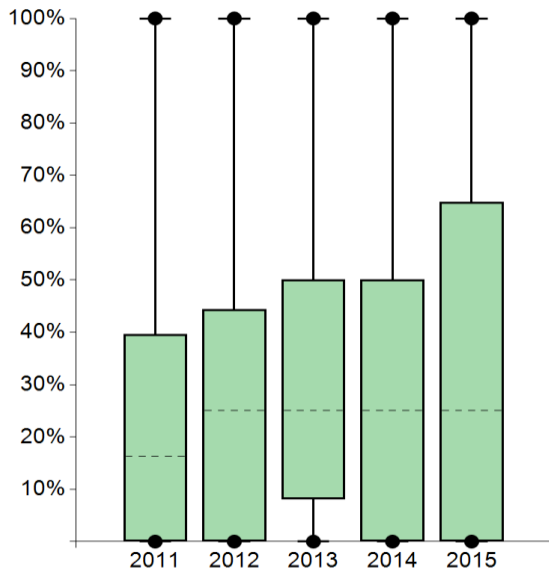
Im Jahr 2015 haben 671 Patienten eine primäre Lebermetastasenresektion erhalten und damit weniger Patienten als im Vorjahr (= 712). Diese wurden in 228 DZ durchgeführt und damit auch in weniger DZ als im Jahr zuvor (= 236). 44 Zentren haben somit keine primäre Resektion durchgeführt. Begründungen der Zentren waren reduzierter Allgemeinzustand bzw. Komorbiditäten der Patienten, diffuse Lebermetastasierung, stenosierender Primärtumor mit Notwendigkeit der OP und die bestehende Kooperationsvereinbarung mit anderen Zentren, die die Resektion durchführen (die zuletzt genannte Begründung ist nicht anwendbar, da die Patienten trotzdem gezählt werden könnten). Die Auditoren haben die Kennzahlen kritisch evaluiert und diskutiert.

25. Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Primärfälle mit KRK im UICC Stad. IV, bei denen nach Chemotherapie eine sekundäre Lebermetastasenresektion durchgeführt wurde	1*	0 - 12
Nenner	Primärfälle mit KRK UICC Stad. IV mit primär nicht resektablen, ausschließlichen Lebermetastasen, die eine Chemotherapie erhalten haben	3*	1 - 25
Quote	Sollvorgabe ≥ 10%	25,00%	0,00% - 100%

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



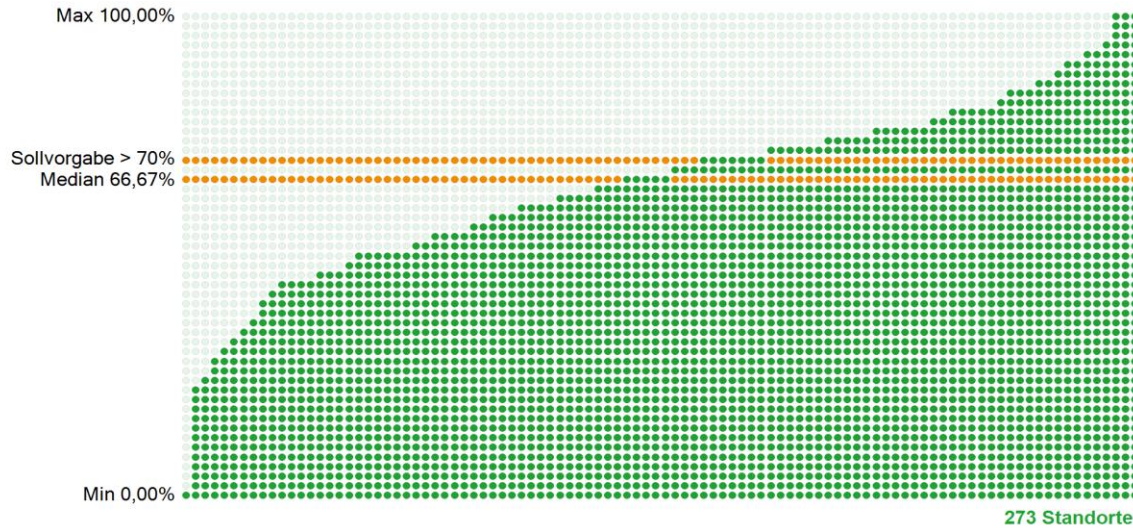
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	39,62%	44,36%	50,00%	50,00%	64,92%
Median	16,34%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	8,11%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
203	74,36%	136	67,00%

Anmerkungen:

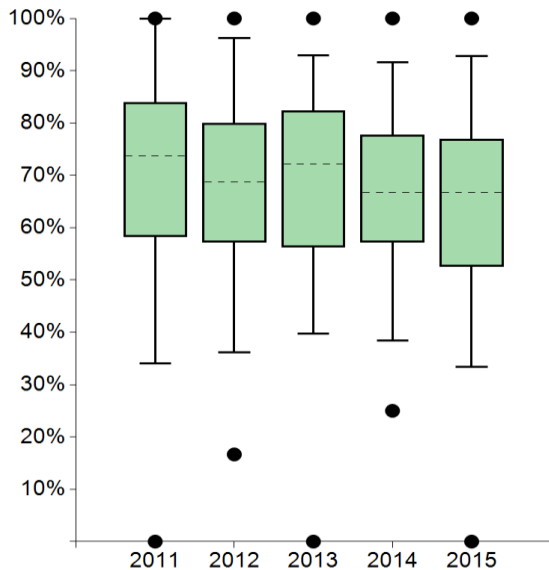
Im Jahr 2015 haben 282 Patienten eine sekundäre Lebermetastasenresektion erhalten (2014: 293). Die Resektionen wurden in 136 Zentren durchgeführt (2014: 147). 70 DZ hatten keinen Patienten, der bei ausschließlichen Lebermetastasen eine Chemotherapie erhalten hätte und 67 weitere DZ hatten keinen Patienten mit sekundärer Resektion. Als Begründungen für die Nicht-Durchführung geben die Zentren v.a. Progress unter Chemotherapie, Versterben der Patienten, Ablehnung und bestehende Komorbiditäten der Patienten sowie Dokumentationsschwierigkeiten an.

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



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben	9*	0 - 23
Nenner	Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte	13*	4 - 34
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	66,67%	0,00% - 100%

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



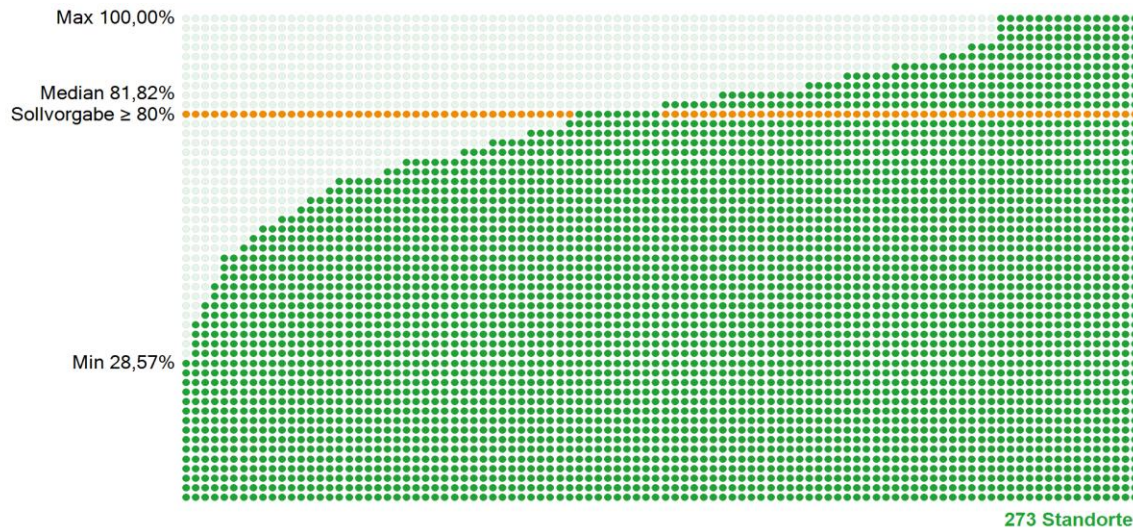
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	96,25%	92,95%	91,67%	92,86%
75. Perzentil	83,98%	80,00%	82,35%	77,78%	76,92%
Median	73,68%	68,75%	72,22%	66,67%	66,67%
25. Perzentil	58,33%	57,14%	56,25%	57,14%	52,63%
5. Perzentil	34,04%	36,11%	39,69%	38,46%	33,33%
Min	0,00%	16,66%	0,00%	25,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	126	46,15%

Anmerkungen:

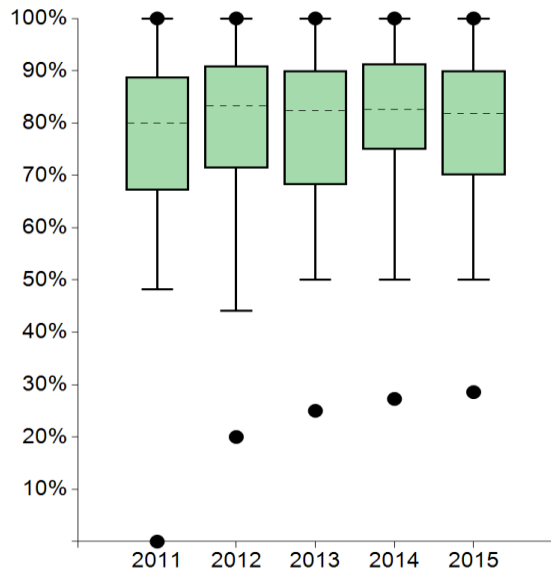
Die Gesamtzahl der adjuvanten Chemotherapien bei Patienten mit R0-reseziertem Kolonkarzinom UICC Stad. III nimmt im Vergleich zum Vorjahr leicht ab (2.365 vs. 2.390 Pat.) bei gleichzeitig leicht zunehmender Grundgesamtheit (3.648 vs. 3.607). Die Zentren begründen die Nicht-Durchführung der Chemotherapie mit hohem Alter der Patienten, reduziertem Allgemeinzustand und bestehenden Komorbiditäten. Die Zentren mit den niedrigsten Raten geben die fehlenden Rückmeldungen durch niedergelassene Kollegen als Hauptbegründung an. Die Auditoren haben die Kennzahl intensiv in den Audits betrachtet und eine Vielzahl von Hinweisen ausgesprochen.

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die eine neoadjuvante Radio- u. Radiochemotherapie erhalten haben	9*	1 - 38
Nenner	Patienten mit RK des mittleren und unteren Drittels (= bis 12 cm ab ano) und den TNM-Kategorien cT3, 4/cM0 und/oder cN1, 2/cM0, die operiert wurden (= klinisches UICC-Stadium II u. III)	11*	2 - 60
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	81,82%	28,57% - 100%

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



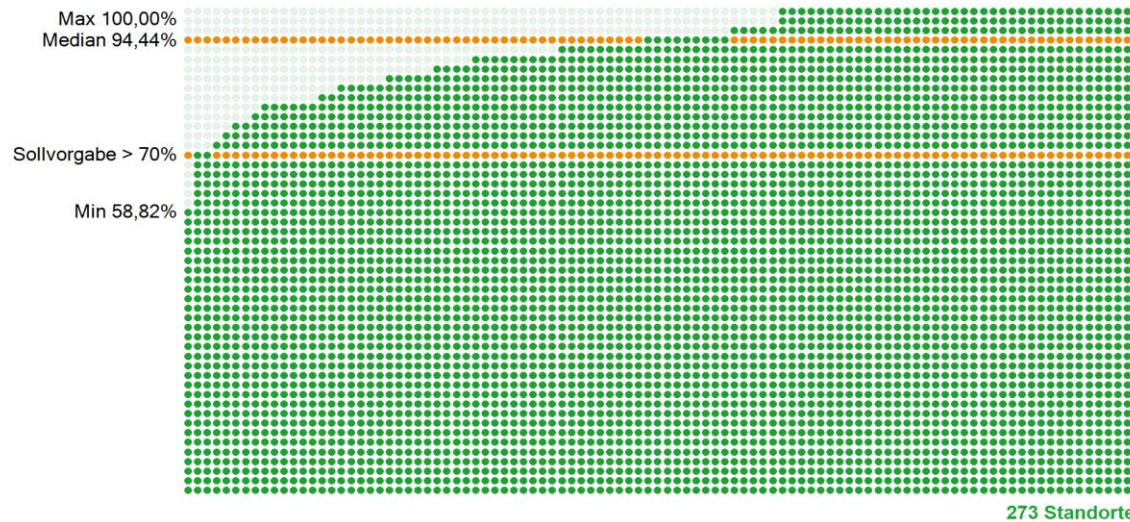
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	88,89%	90,90%	90,00%	91,30%	90,00%
Median	80,00%	83,33%	82,35%	82,61%	81,82%
25. Perzentil	67,11%	71,42%	68,18%	75,00%	70,00%
5. Perzentil	48,17%	44,16%	50,00%	50,00%	50,00%
Min	0,00%	20,00%	25,00%	27,27%	28,57%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	160	58,61%

Anmerkungen:

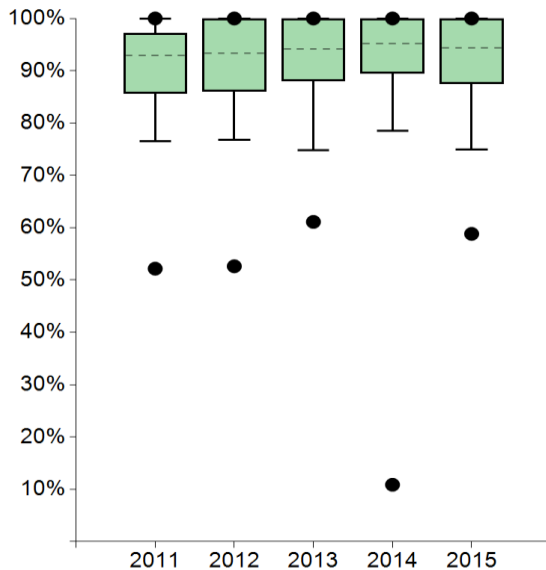
Der Median der neoadjuvanten Radio- und Radiochemotherapien bleibt über den Verlauf annähernd gleich. Die Zentren geben als Begründung für die nicht erfolgte neoadjuvante Therapie u.a. hohes Alter und bestehende Komorbiditäten sowie Ablehnung durch die Patienten an. Darüber hinaus Zustand nach Radiatio, stenosierende Tumore, Zweitcarcinome und die Teilnahme an der OCUM-Studie. Die Fachexperten haben die Kennzahl inklusive der Begründungen der Zentren ausgiebig in den Audits betrachtet.

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME	15*	2 - 83
Nenner	Patienten mit radikal operiertem RK	17*	3 - 87
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	94,44%	58,82% - 100%

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



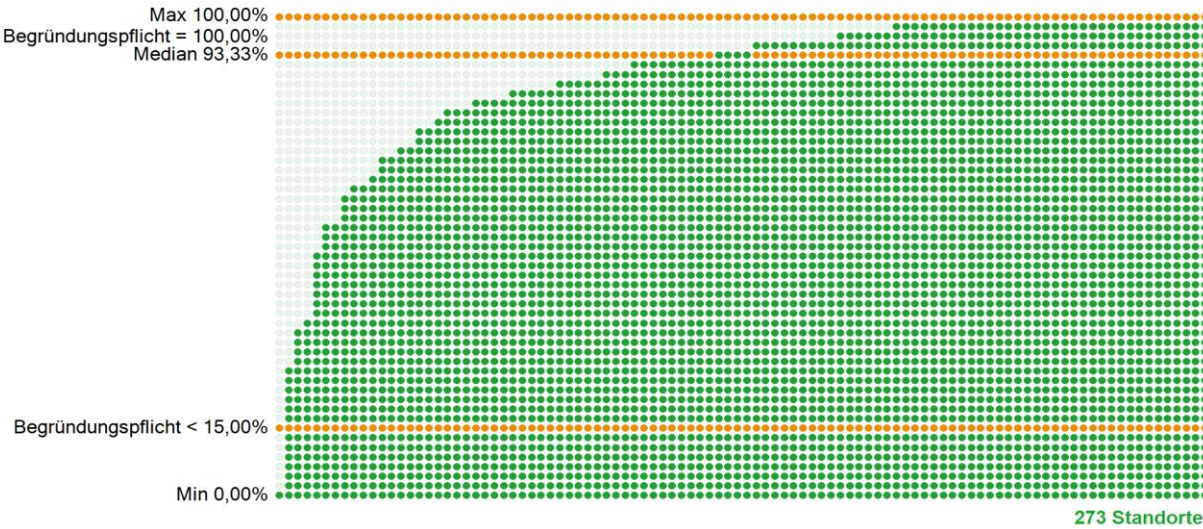
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,16%	100%	100%	100%	100%
Median	92,98%	93,33%	94,12%	95,24%	94,44%
25. Perzentil	85,71%	86,04%	88,00%	89,47%	87,50%
5. Perzentil	76,56%	76,74%	74,84%	78,57%	75,00%
Min	52,17%	52,63%	61,11%	10,87%	58,82%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	270	98,90%

Anmerkungen:

Die Qualität der TME-Präparate ist sehr gut. Lediglich 3 Zentren haben die Sollvorgabe von 70% nicht erreicht. Eines der Zentren hatte die kleinste Grundgesamtheit (= 3). Ein weiteres hat den Kooperationspartner Pathologie gewechselt und konnte damit im aktuellen Auditjahr eine bereits deutlich verbesserte Rate nachweisen und ein Zentrum hat die niedrige Rate mit lokal fortgeschrittenen Tumoren mit Blaseninfiltration begründet.

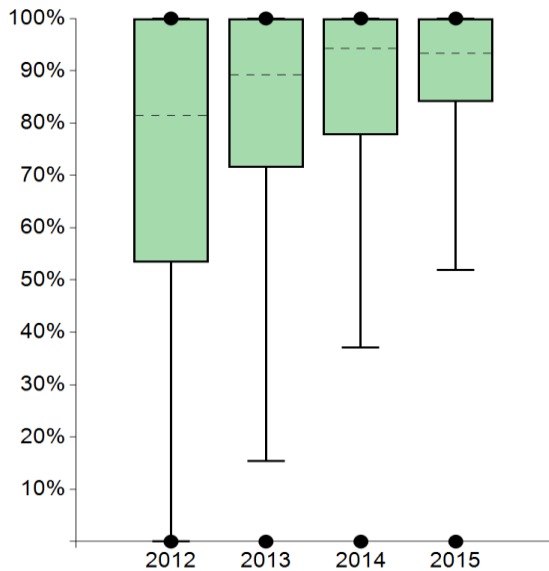
29. Angabe Resektionsrand (LL QI 4)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten, bei denen der Abstand des aboralen Tumorrandes zur aboralen Resektionsgrenze in mm und der Abstand des Tumors zur zirkumferentiellen mesorektalen Resektionsebene in mm dokumentiert wurden	21*	0 - 87
Nenner	Patienten mit RK, bei denen der Primärtumor in Form einer TME oder PME reseziert wurde	23*	8 - 97
Quote	Begründungspflicht** <15% und =100%	93,33%	0,00% - 100%

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

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



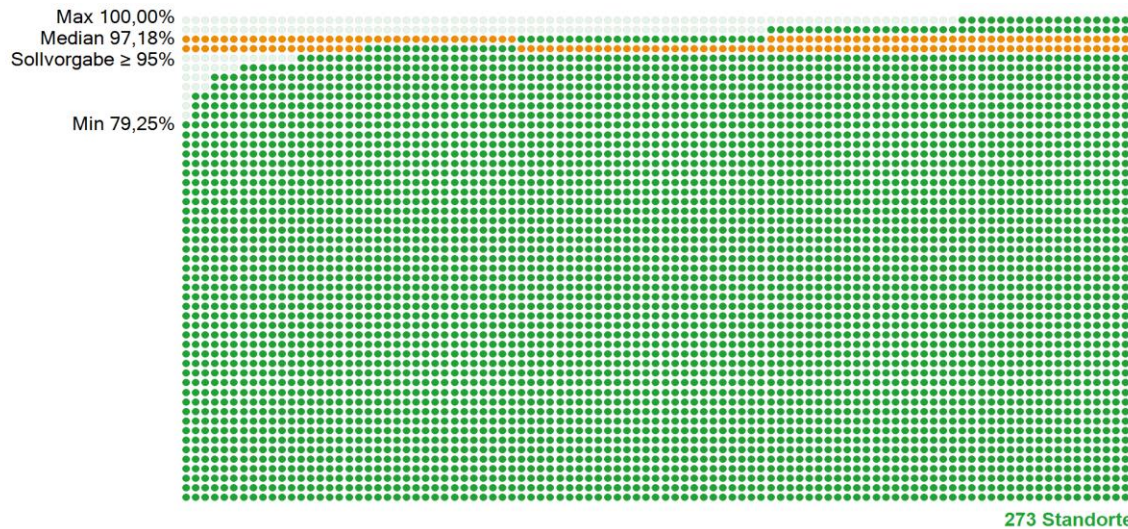
	2011	2012	2013	2014	2015
Max	----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	----	100%	100%	100%	100%
Median	----	81,45%	89,29%	94,29%	93,33%
25. Perzentil	----	53,39%	71,43%	77,78%	84,00%
5. Perzentil	----	0,00%	15,39%	37,14%	51,95%
Min	----	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	179	65,57%

Anmerkungen:

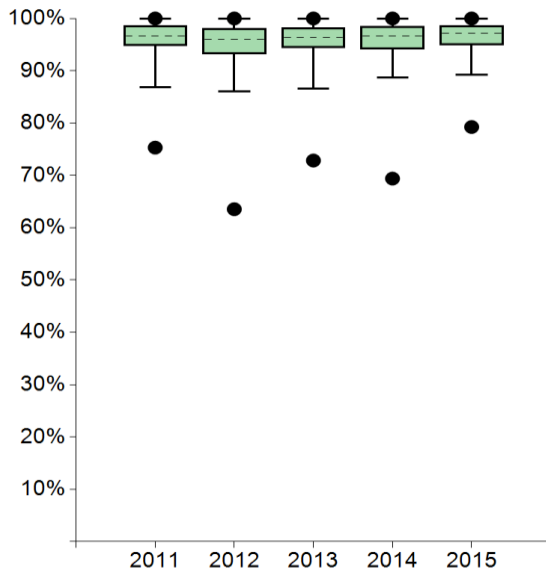
Der Qualitätsindikator der Leitlinie ist zunehmend besser umgesetzt. Die Boxplots zeigen sehr gut, wie sich die Ergebnisse der Zentren aneinander angleichen. Die Zentren mit den schlechtesten Werten im Vorjahr haben ihre Ergebnisse verbessert. Als Begründungen für niedrige Raten werden u.a. der erst im Rahmen der Erstzertifizierung etablierte Prozess genannt oder die Dokumentation von lediglich einem der geforderten zwei Abstände (circumferentiell oder aboral).

30. Lymphknotenuntersuchung (LL QI 2)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2015	
		Median	Range
Zähler	Patienten mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten	69*	30 - 186
Nenner	Patienten mit KRK, die eine Lymphadenektomie erhalten	71*	32 - 193
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	97,18%	79,25% - 100%

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



	2011	2012	2013	2014	2015
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	98,65%	98,03%	98,25%	98,48%	98,61%
Median	96,61%	96,00%	96,34%	96,61%	97,18%
25. Perzentil	94,75%	93,15%	94,44%	94,12%	94,92%
5. Perzentil	86,81%	86,10%	86,53%	88,64%	89,18%
Min	75,31%	63,54%	72,84%	69,39%	79,25%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
273	100,00%	202	73,99%

Anmerkungen:

Sehr gute Umsetzung des Qualitätsindikators der Leitlinie. Mehr Zentren als im Vorjahr erreichen die Sollvorgabe von 95%. Das Zentrum mit dem niedrigsten Wert hatte auch im Vorjahr die niedrigsten Quoten. Begründet durch einen Wechsel in der Pathologie konnten im Folgenden mehr Lymphknotenentfernungen mit >12LK nachgewiesen werden.

Begründungen für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe sind v.a. neoadjuvante Therapiekonzepte und eingeschränkte Operationen bei palliativer Gesamtsituation. Die Auditoren haben die Kennzahl intensiv diskutiert.

Autoren

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

Impressum

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

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

Version A1; Stand 16.06.2017

ISBN: 978-3-946714-51-4

