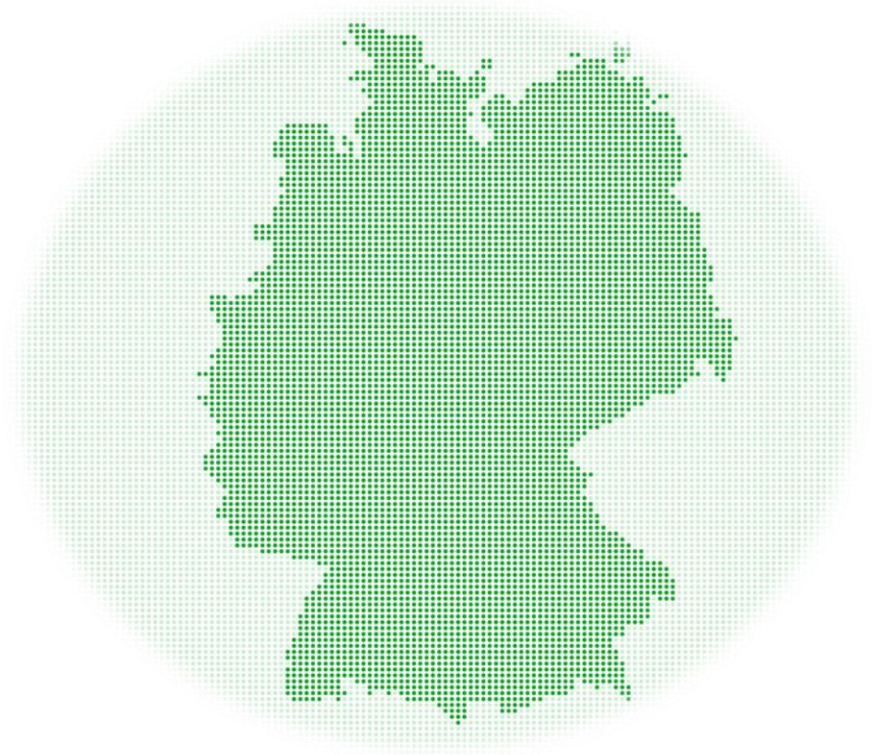


# Kennzahlenauswertung 2016

## Jahresbericht der zertifizierten Darmkrebszentren

Auditjahr 2015 / Kennzahlenjahr 2014



## Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Einleitung .....   | 3  |
| Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2015 .....   | 3  |
| Allgemeine Informationen .....   | 4  |
| Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten .....   | 7  |
| Basisdatenauswertung .....   | 8  |
| Kennzahlenauswertungen .....   | 12 |
| Kennzahl Nr. 1: Prätherapeutische Fallvorstellung .....  | 12 |
| Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen .....                    | 13 |
| Kennzahl Nr. 3: Postoperative Fallvorstellung .....  | 14 |
| Kennzahl Nr. 4: Psychoonkologische Betreuung .....   | 15 |
| Kennzahl Nr. 5: Beratung Sozialdienst .....  | 16 |
| Kennzahl Nr. 6: Studienteilnahme .....   | 17 |
| Kennzahl Nr. 7b: KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese .....  | 18 |
| Kennzahl Nr. 8b: Genetische Beratung - optional .....  | 19 |
| Kennzahl Nr. 9: Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine MSI-Untersuchung .....                     | 20 |
| Kennzahl Nr. 10: Komplikationsrate therapeutische Koloskopien .....  | 21 |
| Kennzahl Nr. 11: Vollständige elektive Koloskopien .....   | 22 |
| Kennzahl Nr. 12: Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel .....           | 23 |
| Kennzahl Nr. 13: Operative Primärfälle Kolon .....   | 24 |
| Kennzahl Nr. 14: Operative Primärfälle Rektum .....  | 25 |
| Kennzahl Nr. 15: Revisions-OP's Kolon .....  | 26 |
| Kennzahl Nr. 16: Revisions-OP's Rektum .....   | 27 |
| Kennzahl Nr. 17: Postoperative Wundinfektion .....   | 28 |
| Kennzahl Nr. 18: Anastomoseninsuffizienzen Kolon .....   | 29 |
| Kennzahl Nr. 19: Anastomoseninsuffizienzen Rektum .....  | 30 |
| Kennzahl Nr. 20: Mortalität postoperativ .....   | 31 |
| Kennzahl Nr. 21: Lokale R0-Resektionen Kolon .....   | 32 |
| Kennzahl Nr. 22: Lokale R0-Resektionen Rektum .....  | 33 |
| Kennzahl Nr. 23: Anzeichnung Stomaposition .....   | 34 |
| Kennzahl Nr. 24: Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV) .....                                | 35 |
| Kennzahl Nr. 25: Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV) .....                            | 36 |
| Kennzahl Nr. 26: Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III) .....                                     | 37 |
| Kennzahl Nr. 27: Neoadjuvante Radio- o. Radiochemotherapien Rektum (klinisches UICC Stad. II u. III) ..... | 38 |
| Kennzahl Nr. 28: Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) .....                               | 39 |
| Kennzahl Nr. 29: Angabe Resektionsrand .....   | 40 |
| Kennzahl Nr. 30: Lymphknotenuntersuchung .....   | 41 |
| Impressum .....  | 42 |

## Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2015

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

\* Die Zahlen beziehen sich auf alle zertifizierten Zentren.

## Allgemeine Informationen

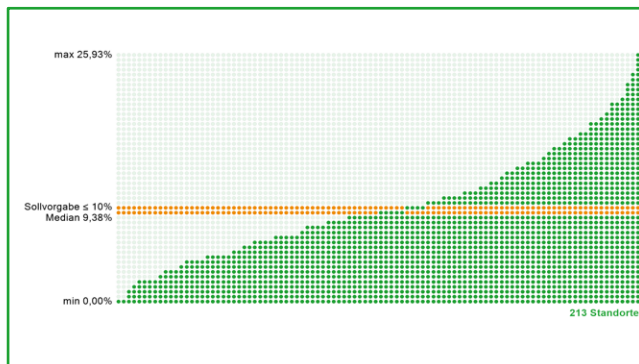
|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |                |
|--------|---|---------------------|----------------|
|        |   | Median              | Range          |
| Zähler | Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP | 4*     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

### Grunddaten Kennzahl:

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

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

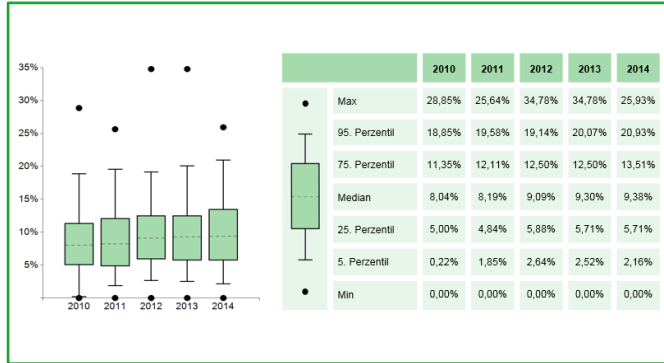
Unter Range ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.



### Diagramm:

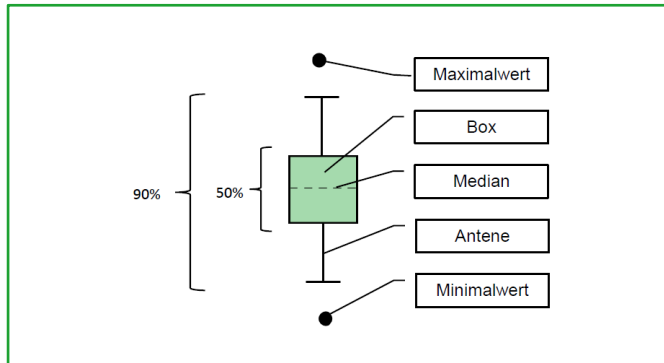
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder die Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als orange waagrechte Linie dargestellt. Der Median hingegen teilt als orange horizontale Linie die gesamte Gruppe in zwei gleich große Hälften.

## Allgemeine Informationen



### Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2010, 2011, 2012, 2013 und 2014** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



### Boxplot:

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

## Allgemeine Informationen

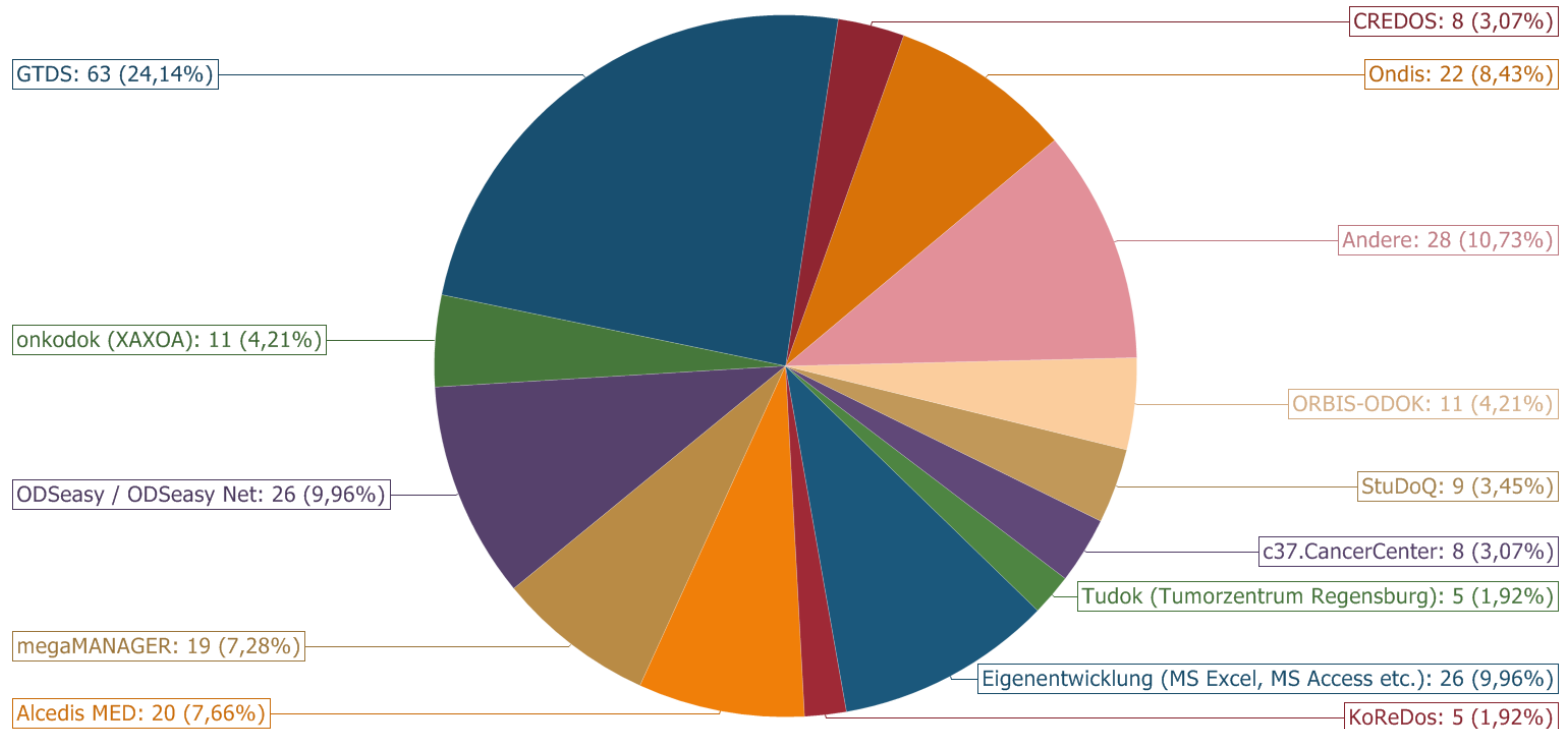
|  | 31.12.2015 | 31.12.2014 | 31.12.2013 | 31.12.2012 |
|--|------------|------------|------------|------------|
| im Jahresbericht berücksichtigte Standorte | 261        | 257        | 253        | 230        |
| entspricht                                 | 95,3%      | 93,1%      | 95,1%      | 89,5%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

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

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

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

## Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



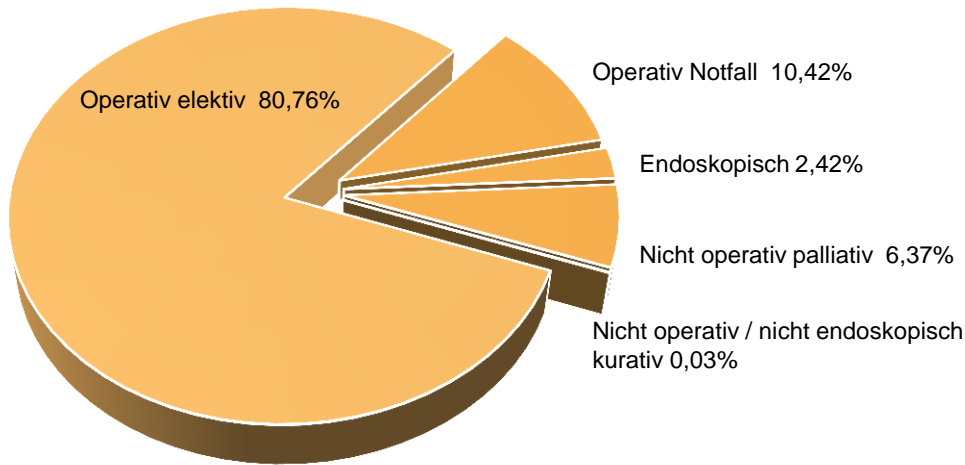
Legende:

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

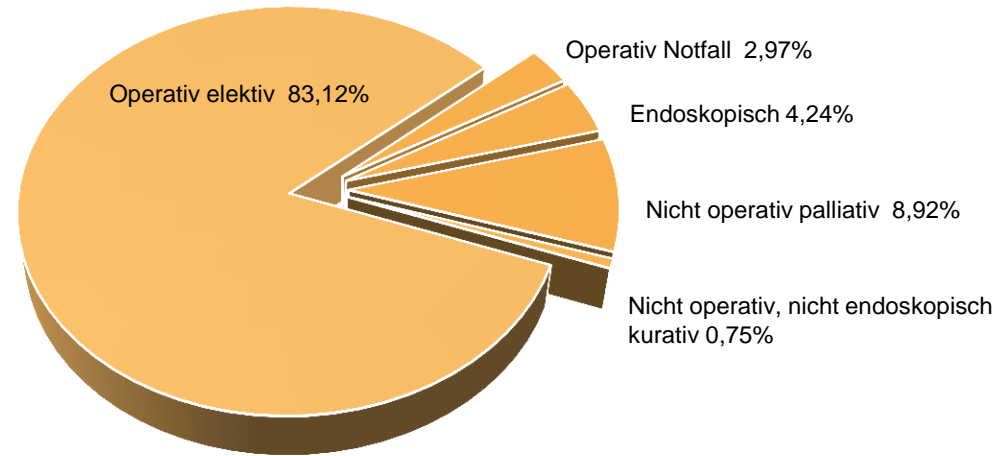
Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem EXCEL-Anhang zum Erhebungsbogen (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte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

**Basisdaten**

**Kolon**



**Rektum**



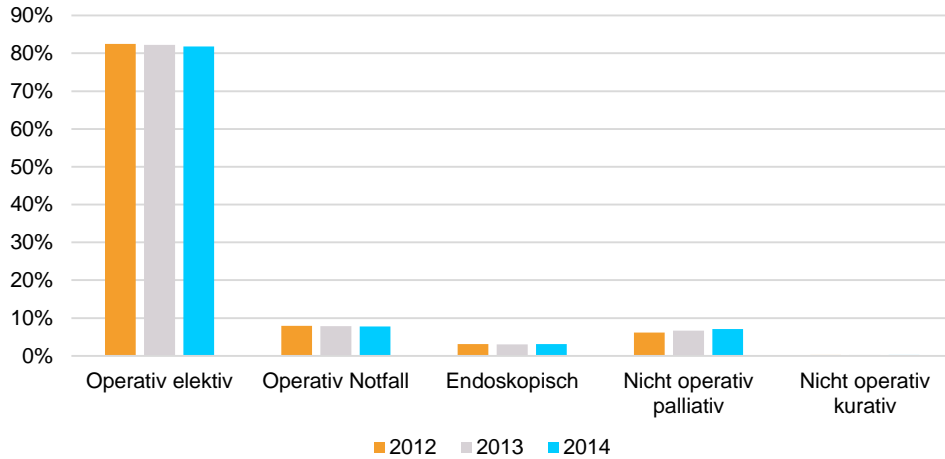
|                           | Operativ elektiv | Operativ Notfall | Endoskopisch | Nicht operativ palliativ * | Nicht operativ / nicht endoskopisch kurativ ** | Gesamt |
|---------------------------|------------------|------------------|--------------|----------------------------|--|--------|
| <b>Kolon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

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

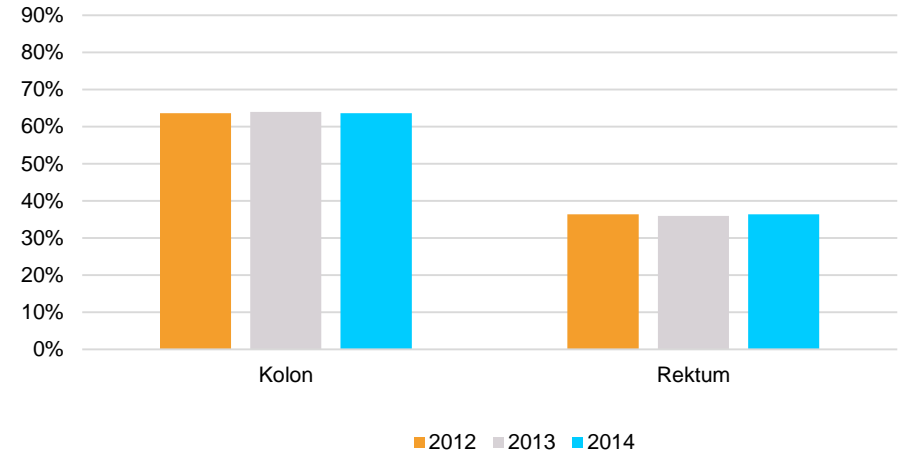


**Basisdaten – Entwicklung 2012-2014**

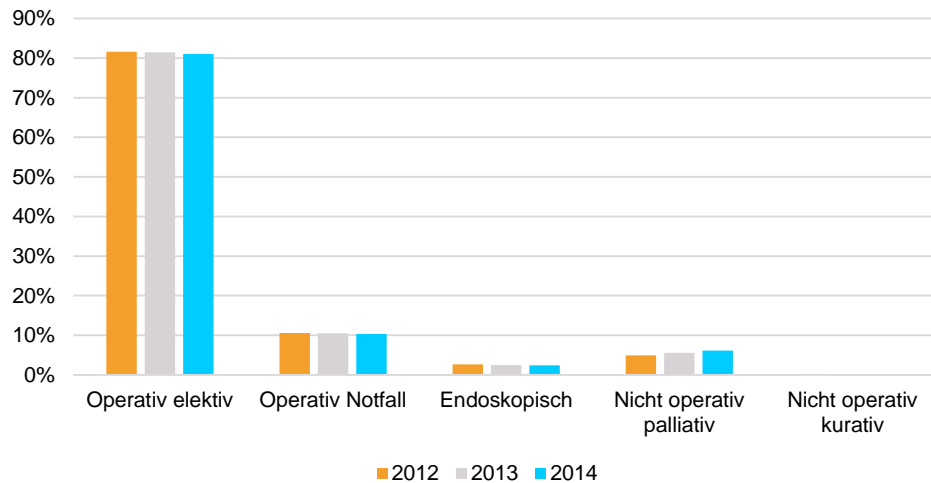
**Stadienverteilung Primärfälle 2012-2014**



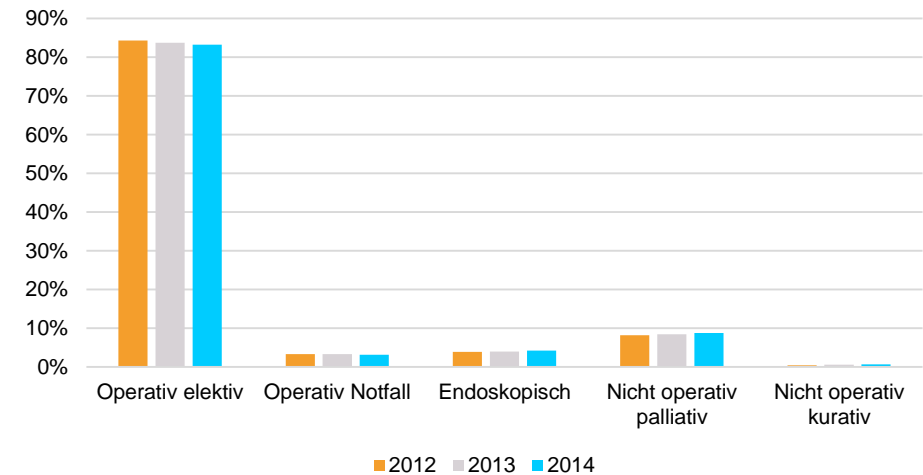
**Verteilung zwischen Primärfälle Kolon und Rektum 2012-2014**



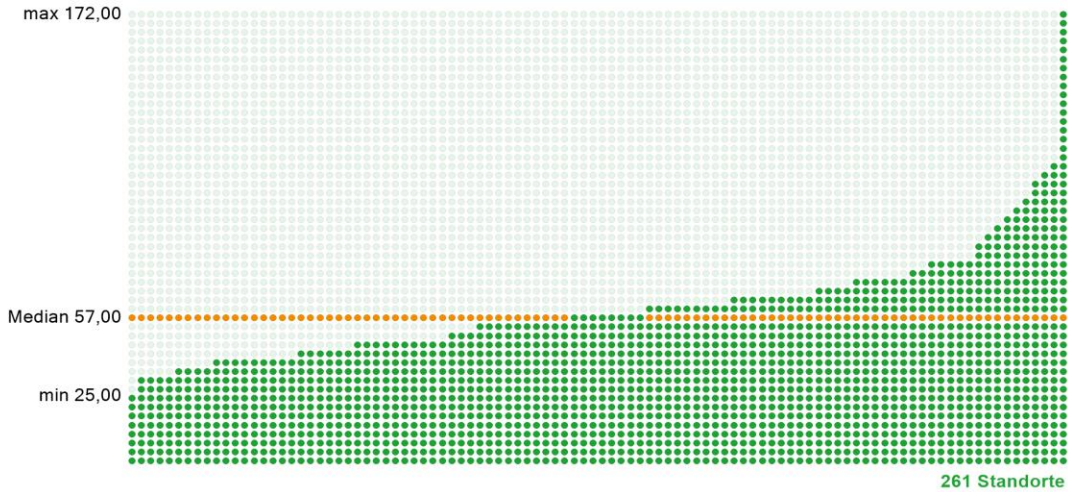
**Stadienverteilung Primärfälle Kolon 2012-2014**



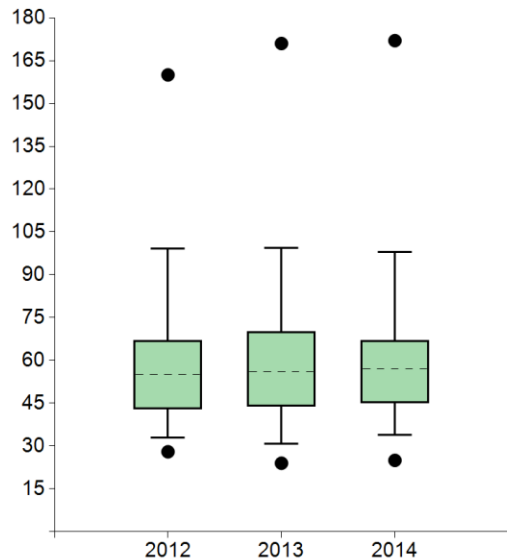
**Stadienverteilung Primärfälle Rektum 2012-2014**



## Gesamtprimärfälle Kolon



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

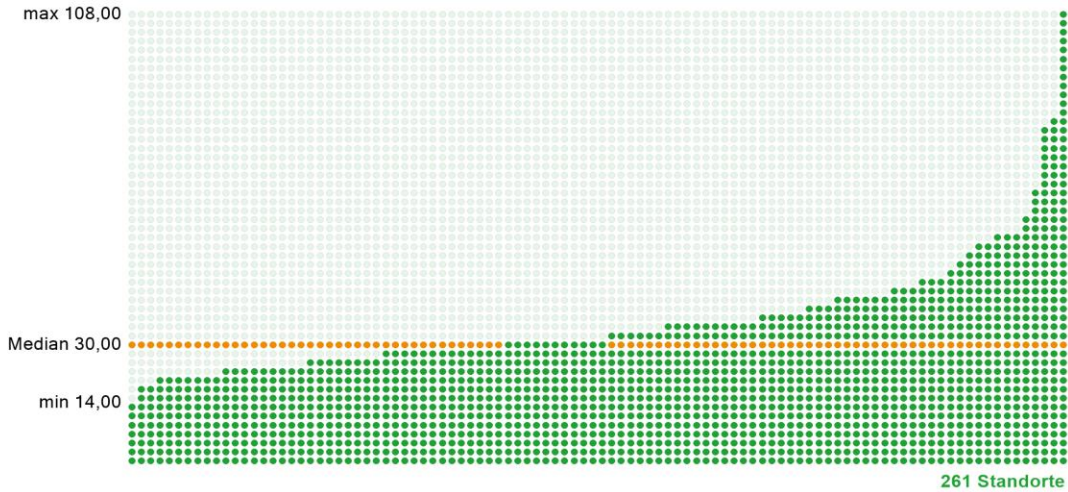


|               | 2010 | 2011 | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|------|------|--------|--------|--------|
| Max           | ---- | ---- | 160,00 | 171,00 | 172,00 |
| 95. Perzentil | ---- | ---- | 99,00  | 99,00  | 98,00  |
| 75. Perzentil | ---- | ---- | 67,00  | 70,00  | 67,00  |
| Median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

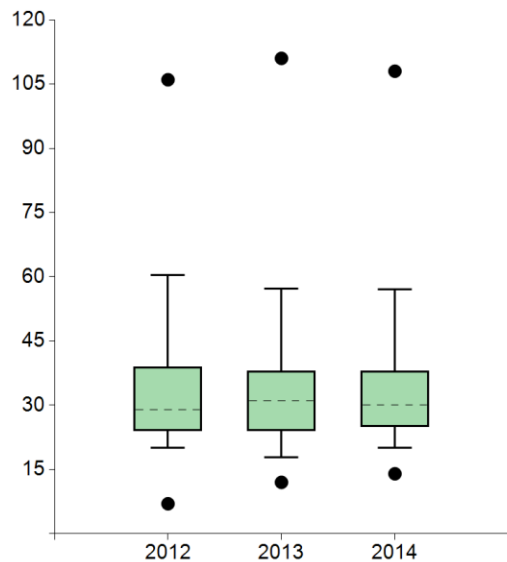
| Standorte mit auswertbaren Daten |         | Standorte mit Sollvorgabe erfüllt |      |
|----------------------------------|---------|-----------------------------------|------|
| Anzahl                           | %       | Anzahl                            | %    |
| 261                         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

### Anmerkungen:

## Gesamtprimärfälle Rektum



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

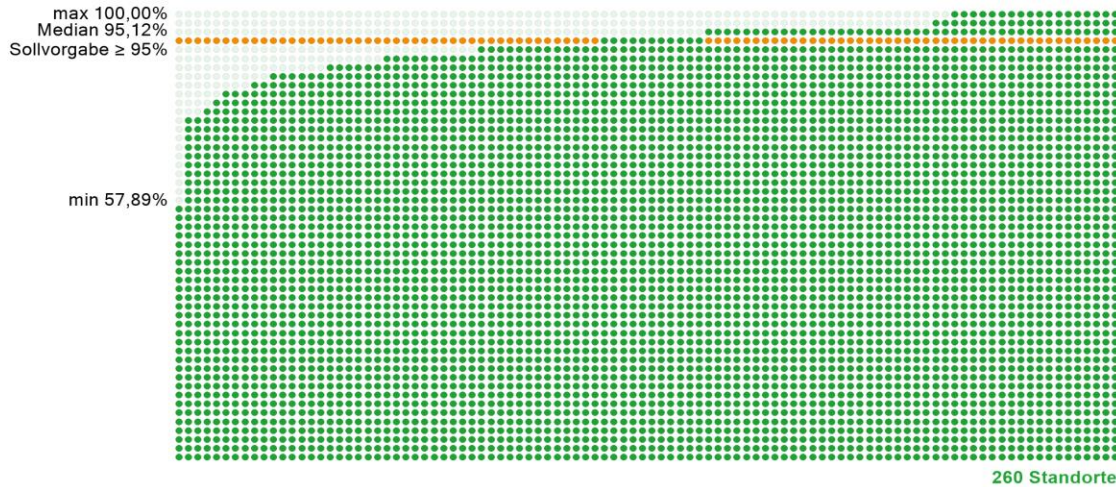


|               | 2010 | 2011 | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|------|------|--------|--------|--------|
| Max           | ---- | ---- | 106,00 | 111,00 | 108,00 |
| 95. Perzentil | ---- | ---- | 60,00  | 57,00  | 57,00  |
| 75. Perzentil | ---- | ---- | 39,00  | 38,00  | 38,00  |
| Median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

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

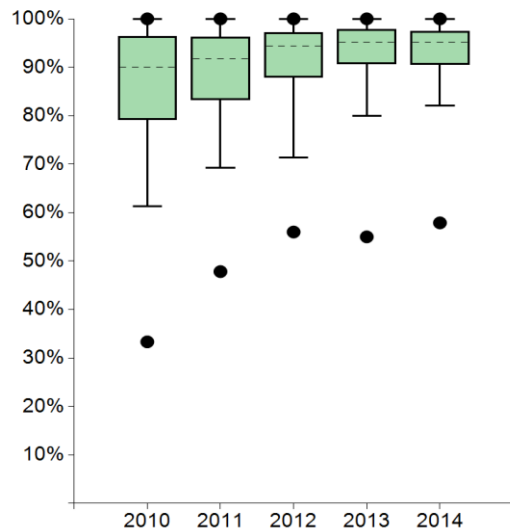
Anmerkungen:

# 1. Prätherapeutische Fallvorstellung (QI 5 der Leitlinie)



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |               |
|--------|---|---------------------|---------------|
|        |   | Median              | Range         |
| Zähler | Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden | 34*                 | 11 - 105      |
| Nenner | Patienten mit RK und alle Patienten mit KK Stad. IV   | 36*                 | 16 - 114      |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 95%   | 95,12%              | 57,89% - 100% |

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



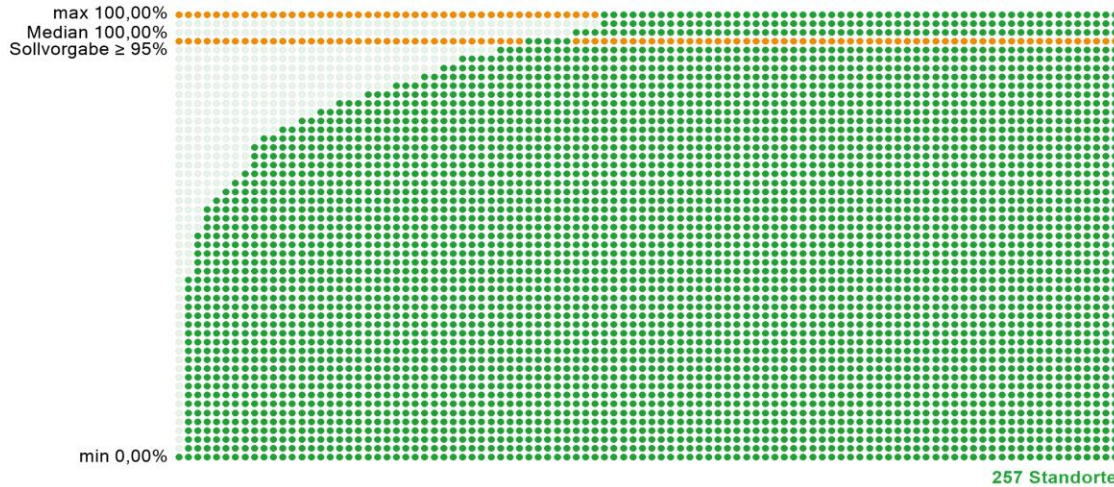
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 75. Perzentil | 96,37% | 96,26% | 97,14% | 97,78%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

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

### Anmerkungen:

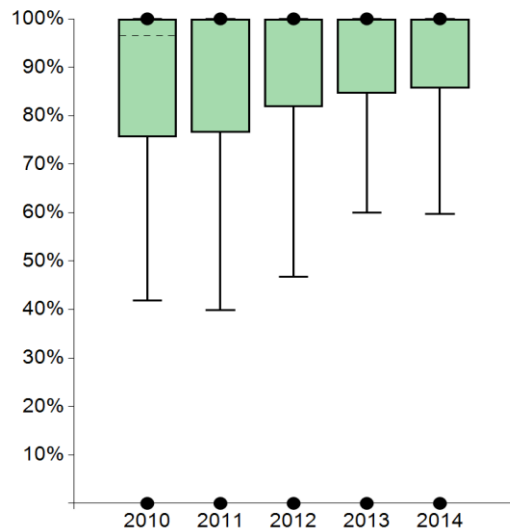
Die Umsetzung der Kennzahl zeigt über den Verlauf eine gute Entwicklung, aber ca. 49% der Zentren erreichen die Sollvorgabe nicht. Begründungen für das Nicht-Erreichen: erst intraoperative Diagnosesicherung (Rektum-Ca bzw. Metastasierung Kolon-Ca), Abstimmungsschwierigkeiten mit internen/externen Kooperationspartnern,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

## 2. Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |              |
|--------|---|---------------------|--------------|
|        |   | Median              | Range        |
| Zähler | Patienten mit Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden | 10*                 | 0 - 87       |
| Nenner | Patienten mit Rezidiv bzw. neuauftretenden Metastasen   | 11*                 | 1 - 106      |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 95%   | 100%                | 0,00% - 100% |

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



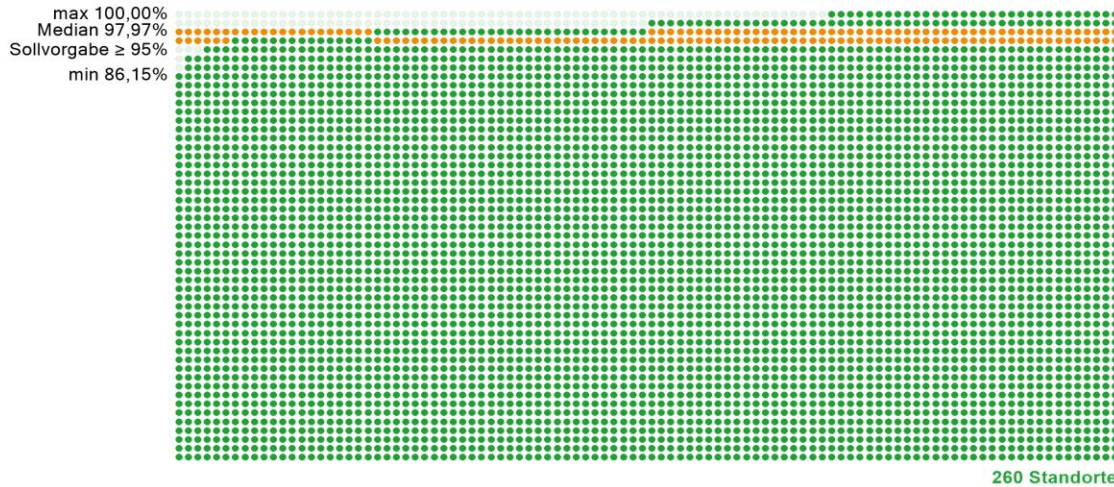
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 75. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%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

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

### Anmerkungen:

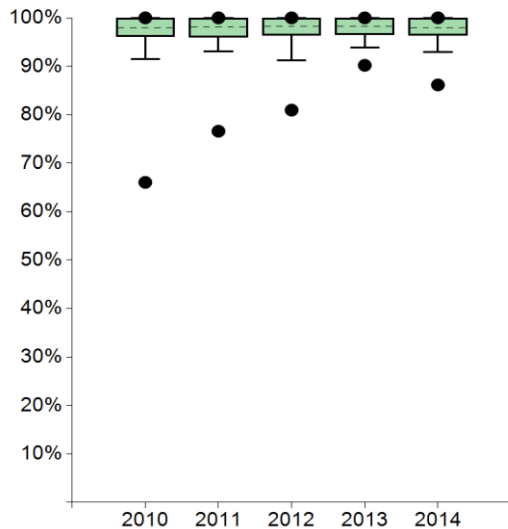
Die Zentren ohne Vorstellung in der Tumorkonferenz haben sehr kleine Grundgesamtheiten (1 bzw. 3 Pat.). Als Begründungen für nicht erfolgte Vorstellungen geben die Zentren an, dass die Behandlung der Patienten extern erfolgte, dass die Diagnose eines Rezidivs/Metastasierung erst intraoperativ gestellt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

### 3. Postoperative Fallvorstellung



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |               |
|--------|---|---------------------|---------------|
|        |   | Median              | Range         |
| Zähler | Operative und endoskopische Primärfälle, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden | 79*                 | 42 - 246      |
| Nenner | Operative und endoskopische Primärfälle   | 80,5*               | 43 - 254      |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 95%   | 97,97%              | 86,15% - 100% |

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

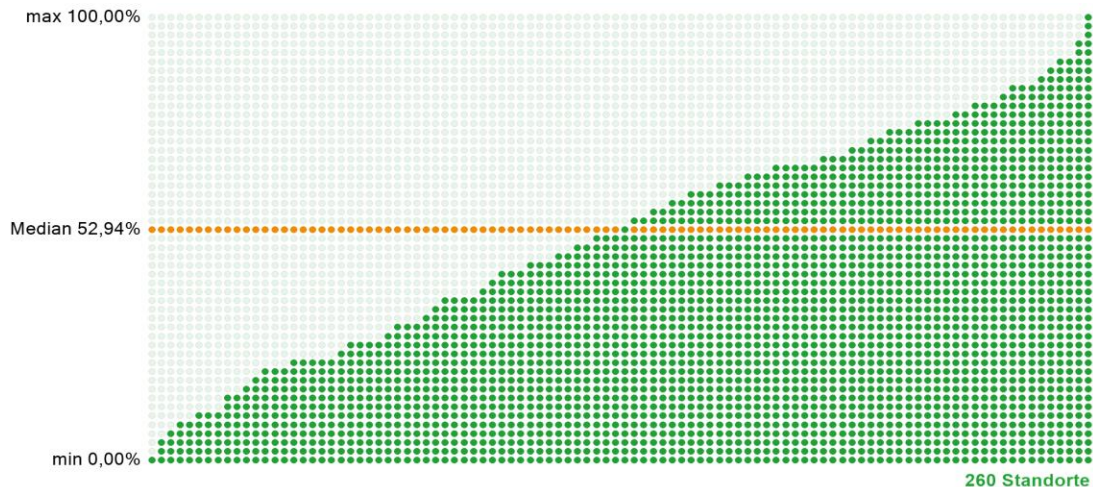


|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 75. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%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

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

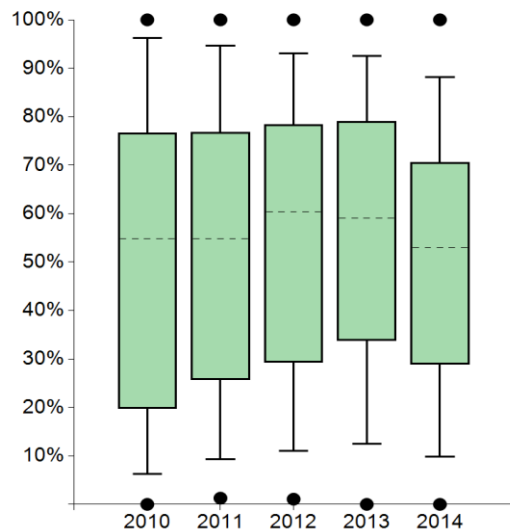
**Anmerkungen:**  
Begründungen für die nicht erfolgte Vorstellung der Patienten in der Tumorkonferenz waren: Versterben der Patienten postoperativ, interdisziplinäre Konsile auf Station, Festlegung des Procedere bereits in prätherapeutischer Tumorkonferenz und Abstimmungsschwierigkeiten zwischen den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

## 4. Psychoonkologische Betreuung



|        | Kennzahldefinition   | Alle Standorte 2014 |              |
|--------|--|---------------------|--------------|
|        |  | Median              | Range        |
| Zähler | Patienten, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.) | 49*                 | 0 - 183      |
| Nenner | Primärfälle Gesamt + Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen Metastasen                       | 98,5*               | 49 - 345     |
| Quote  | Keine Sollvorgabe  | 52,94%              | 0,00% - 100% |

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



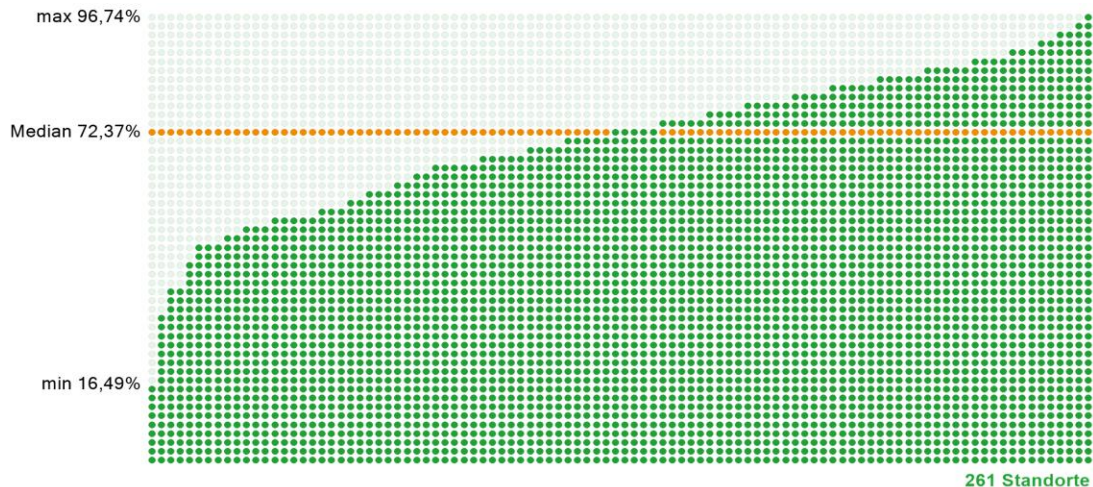
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ● Max         | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 96,23% | 94,61% | 93,01% | 92,50% | 88,17% |
| 75. Perzentil | 76,67% | 76,79% | 78,40% | 79,10%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

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

### Anmerkungen:

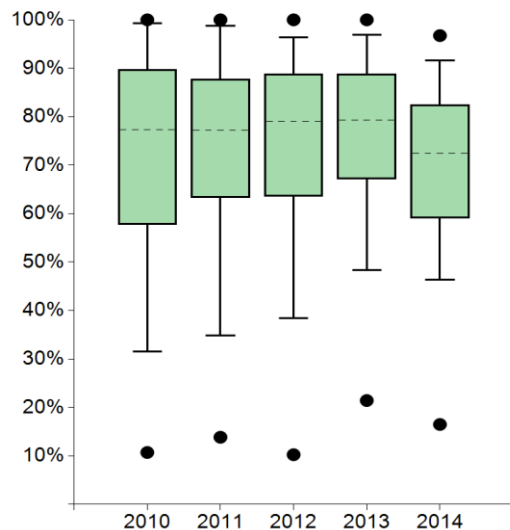
Im Vergleich zum Vorjahr sind die Betreuungsquoten in über der Hälfte der Zentren angestiegen (134 vs. 88 Zentren mit Zunahme der Betreuungsquote). Das Zentrum mit der niedrigsten Betreuungsquote begründet dies mit dem eingesetzten Screeninginstrument (Auditor hat einen Hinweis ausgesprochen). Weitere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

## 5. Beratung Sozialdienst



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

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



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

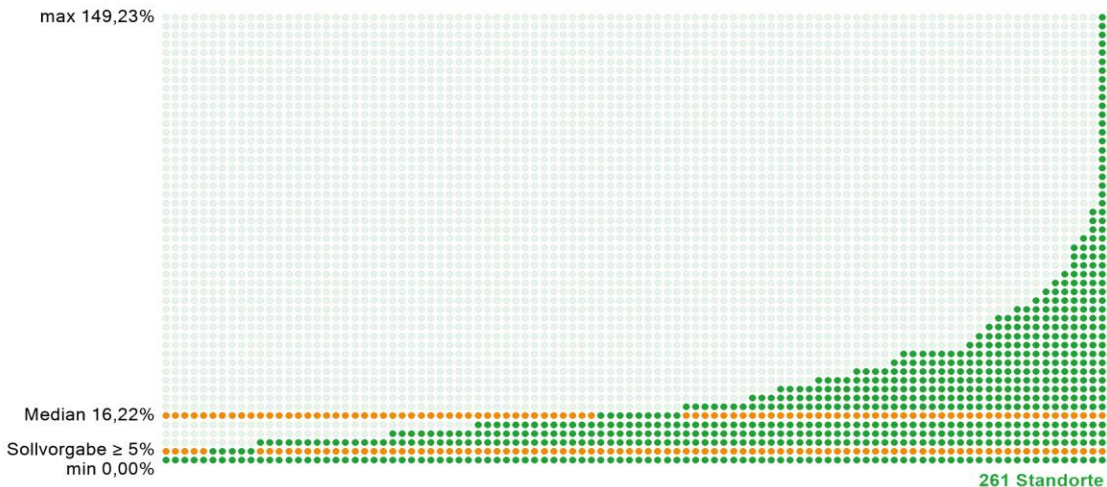
| Standorte mit auswertbaren Daten |         | Standorte mit Sollvorgabe erfüllt |      |
|----------------------------------|---------|-----------------------------------|------|
| Anzahl                           | %       | Anzahl                            | %    |
| 261                         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

### Anmerkungen:

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

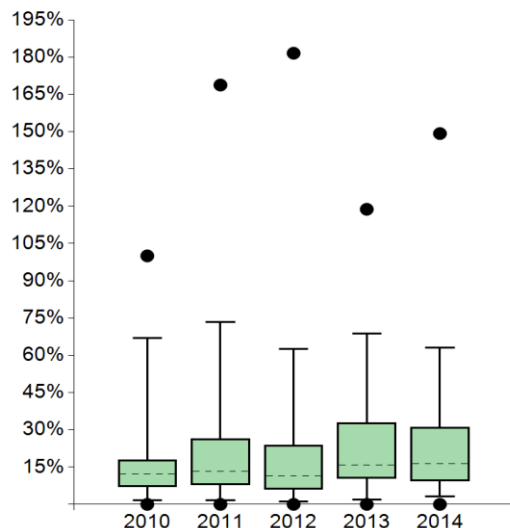


## 6. Studienteilnahme



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

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



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

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

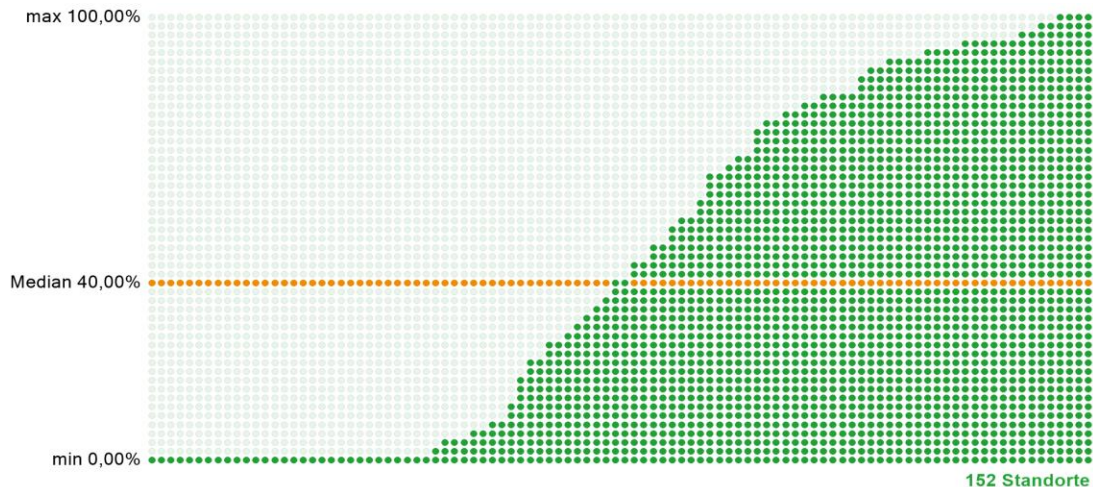
### Anmerkungen:

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

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

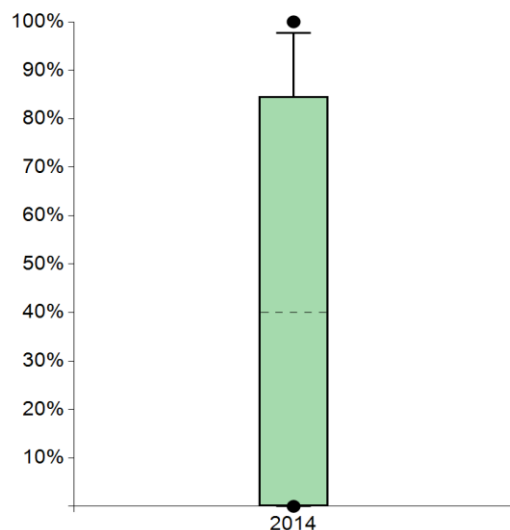
Zukünftig ist die StudyBox zu berücksichtigen, in der die im Zertifizierungssystem anerkannten Studien aufgeführt sind (ab 2017 verpflichtend).

## 7b. KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese



|        | Kennzahldefinition   | Alle Standorte 2014 |              |
|--------|--|---------------------|--------------|
|        |  | Median              | Range        |
| Zähler | Primärfälle mit einem KRK und ausgefüllten Pat.fragebogen ( <a href="http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/organkrebszentren.html">http://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen/organkrebszentren.html</a> unter dem Punkt Darmkrebs) | 33,5*               | 0 - 161      |
| Nenner | Primärfälle gesamt   | 87*                 | 47 - 248     |
| Quote  | Keine Sollvorgabe  | 40,00%              | 0,00% - 100% |

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



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

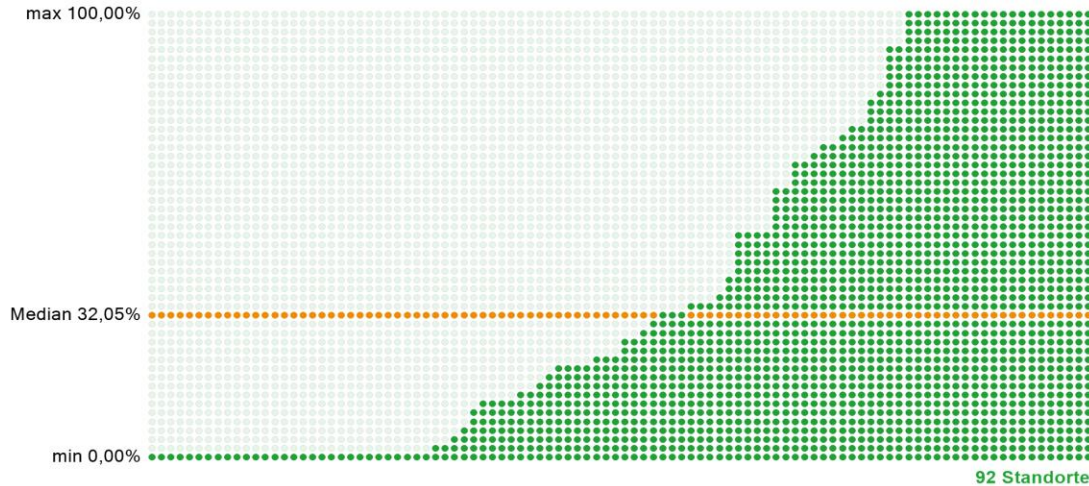
| Standorte mit auswertbaren Daten |        | Standorte mit Sollvorgabe erfüllt |      |
|----------------------------------|--------|-----------------------------------|------|
| Anzahl                           | %      | Anzahl                            | %    |
| 152                            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

### Anmerkungen:

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

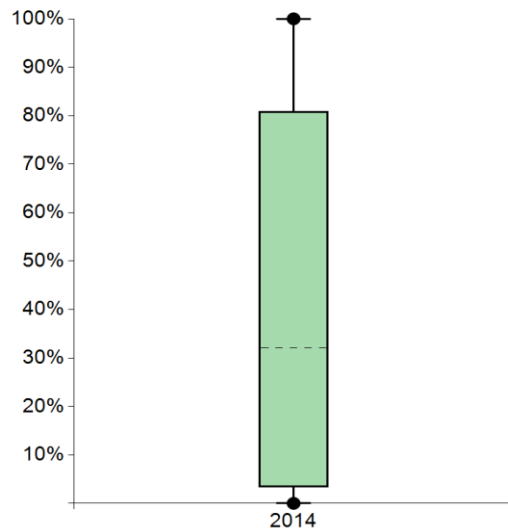
Der Prozess für den Einsatz des Patientenfragebogens wird in vielen Zentren erst etabliert, daher die geringe Anzahl an auswertbaren Standorten.

## 8b. Genetische Beratung



|        | Kennzahldefinition   | Alle Standorte 2014 |              |
|--------|--|---------------------|--------------|
|        |  | Median              | Range        |
| Zähler | Primärfälle mit pos. Patientenfragebogen, denen eine Vorstellung in einem Zentrum für familiären Darmkrebs empfohlen wurde | 2*                  | 0 - 43       |
| Nenner | Primärfälle mit pos. Patientenfragebogen   | 7,5*                | 1 - 68       |
| Quote  | Keine Sollvorgabe  | 32,05%              | 0,00% - 100% |

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



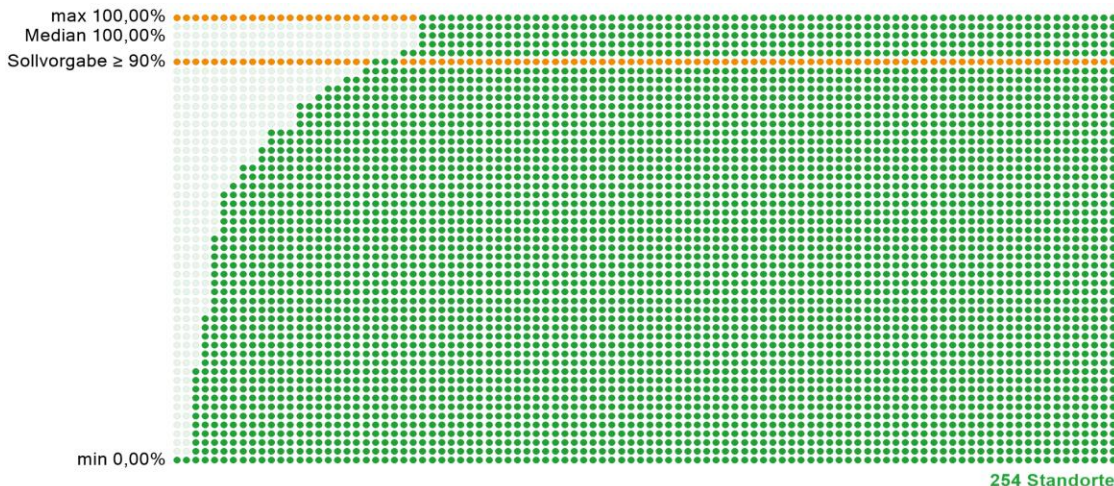
|               | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014   |
|---------------|------|------|------|------|--------|
| ● Max         | ---- | ---- | ---- | ---- | 100%   |
| 95. Perzentil | ---- | ---- | ---- | ---- | 100%   |
| 75. Perzentil | ---- | ---- | ---- | ---- | 80,83% |
| Median        | ---- | ----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

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

### Anmerkungen:

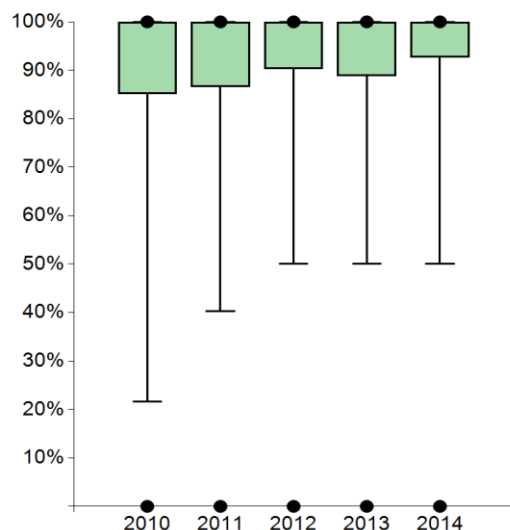
Die Kennzahl war im Auditjahr 2015 noch optional auszufüllen und hat ab Auditjahr 2016 die Kennzahl „Vorstellung von Primärfällen im Zentrum für familiären Darmkrebs“ ersetzt. Durch die optionale Angabe und die Notwendigkeit, einen Prozess zu etablieren, sind im Jahresbericht nur wenige Standorte mit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

## 9. Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |              |
|--------|---|---------------------|--------------|
|        |   | Median              | Range        |
| Zähler | Patienten mit immunhistochemischer Bestimmung d. MMR-Proteine | 4*                  | 0 - 21       |
| Nenner | Patienten mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre                 | 5*                  | 1 - 24       |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 90%   | 100%                | 0,00% - 100% |

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



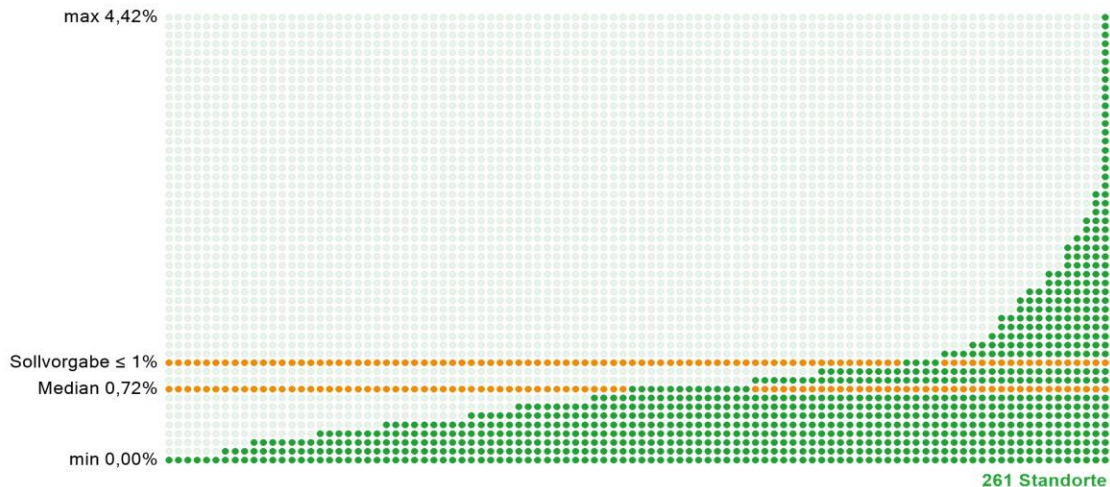
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ● Max         | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 75. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%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

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

### Anmerkungen:

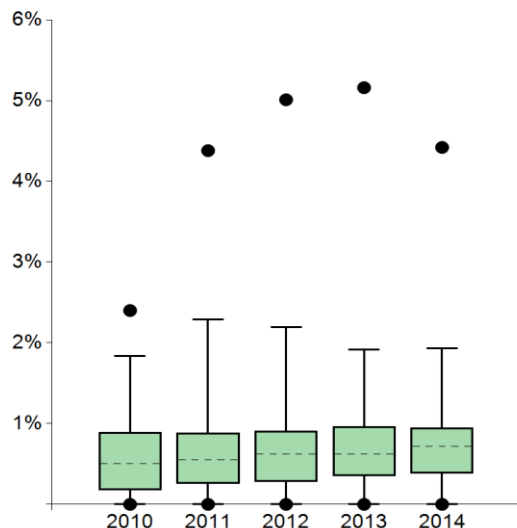
Die berücksichtigten Grundgesamtheiten der Kennzahl sind sehr klein (1-24). Die Zentren mit einer 0%-Quote hatten beispielsweise je 1 Patient < 50 Jahre im Nenner und begründeten die Nicht-Untersuchung mit Wegzug des Patienten bzw. nicht ausreichendem Material für die Bestimmung. Weitere Begründungen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

## 10. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien



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

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



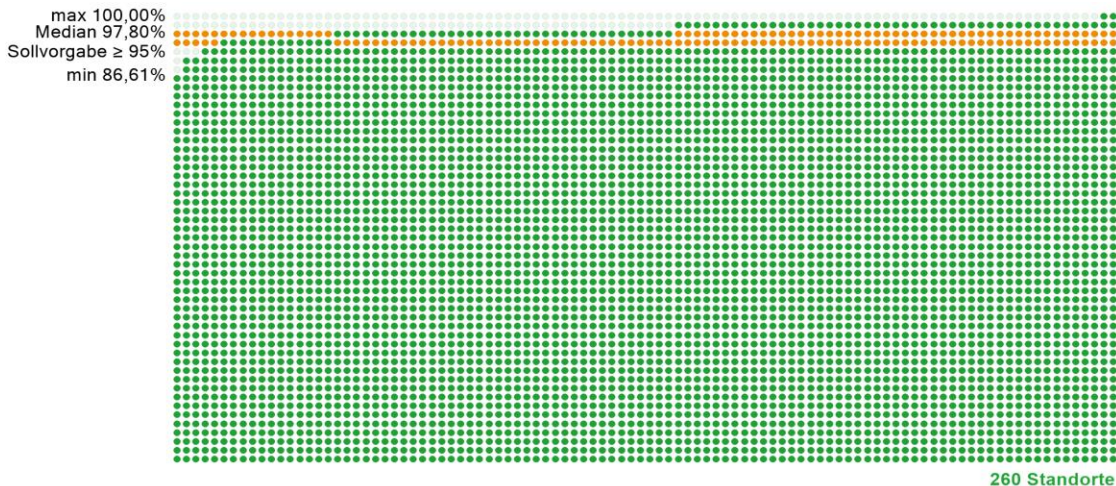
|               | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Max           | 2,40% | 4,38% | 5,01% | 5,16% | 4,42% |
| 95. Perzentil | 1,84% | 2,29% | 2,19% | 1,92% | 1,93% |
| 75. Perzentil | 0,89% | 0,88% | 0,91% | 0,96% | 0,95% |
| Median  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

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

### Anmerkungen:

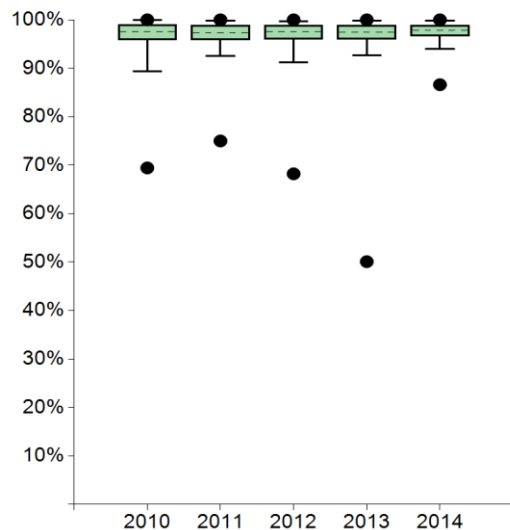
Als Begründungen für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe werden v.a. Blutungen/Perforationen nach Endoskopischer Submukosadisektion genannt. Die Fachexperten bestätigen v.a. die plausible Aufarbeitung der Fälle. Die Zentren, die in den vergangenen Jahren die höchsten Komplikationsraten hatten, haben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

# 11. Vollständige elektive Koloskopien



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |               |
|--------|---|---------------------|---------------|
|        |   | Median              | Range         |
| Zähler | Vollständige elektive Koloskopien   | 1406,5*             | 77 - 11378    |
| Nenner | Elektive Koloskopien je koloskopierende Einheit des Darmkrebszentrums (nicht nur Patienten DZ)<br>(Gezählt werden: Intention: Koloskopie vollständig) | 1456*               | 79 - 11426    |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 95%   | 97,80%              | 86,61% - 100% |

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

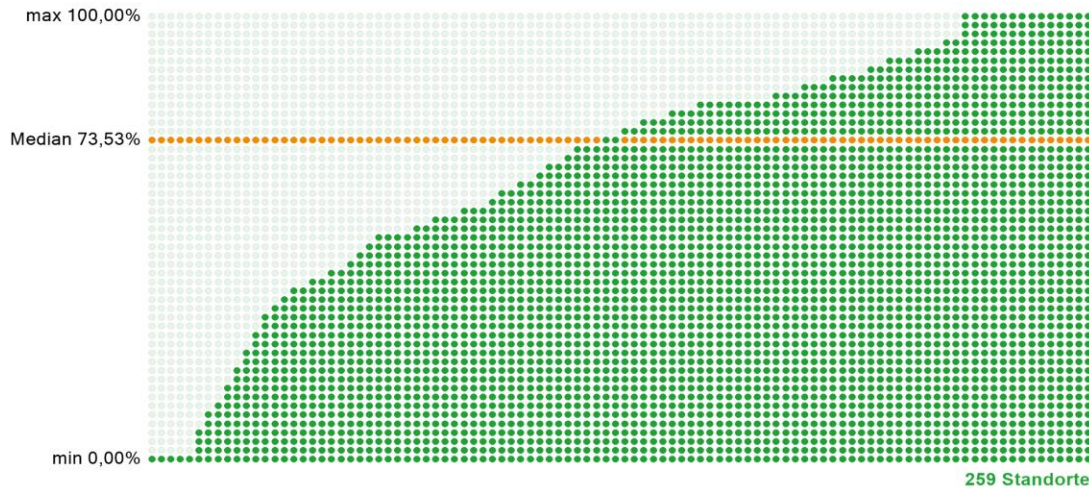


|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 99,94% | 99,87% | 99,73% | 99,81% | 99,83% |
| 75. Perzentil | 98,99% | 98,88% | 98,82% | 98,86%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

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

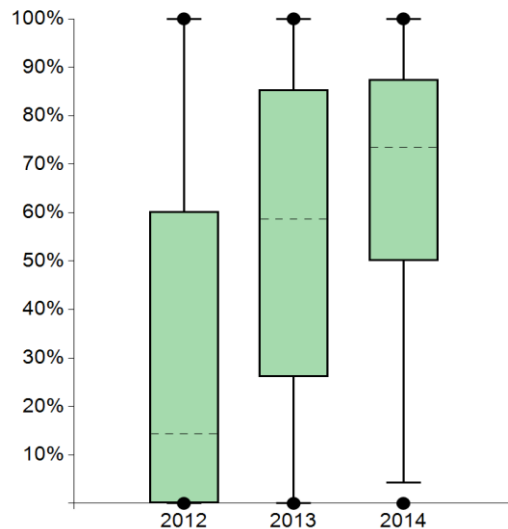
**Anmerkungen:**  
Die Kennzahl wird unverändert sehr gut über den Verlauf der Zeit umgesetzt: annähernd alle geplanten Koloskopien sind vollständige Koloskopien.

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



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |              |
|--------|---|---------------------|--------------|
|        |   | Median              | Range        |
| Zähler | Patienten mit Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie im Befundbericht                | 12*                 | 0 - 56       |
| Nenner | Patienten mit RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens | 17*                 | 1 - 69       |
| Quote  | Keine Sollvorgabe   | 73,53%              | 0,00% - 100% |

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



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

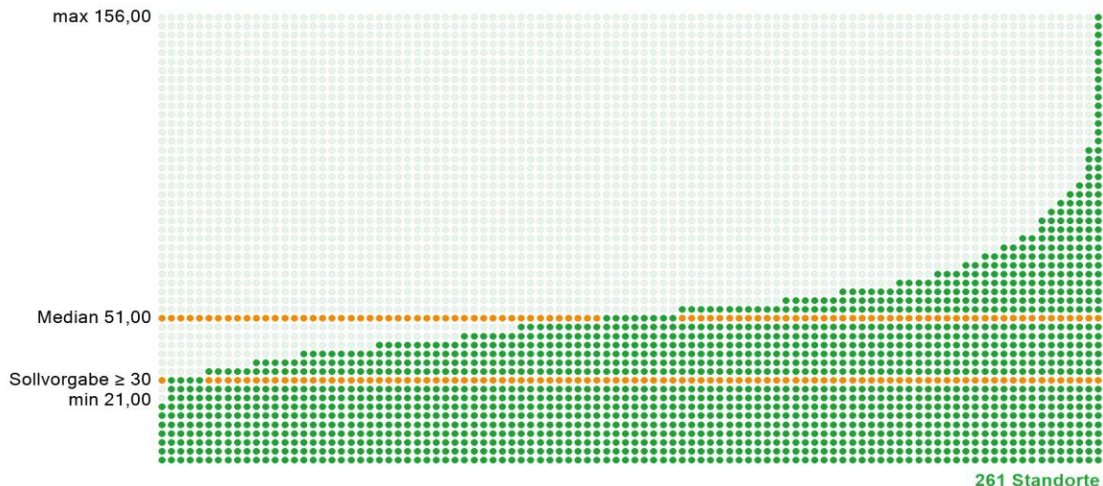
| Standorte mit auswertbaren Daten |        | Standorte mit Sollvorgabe erfüllt |      |
|----------------------------------|--------|-----------------------------------|------|
| Anzahl                           | %      | Anzahl                            | %    |
| 259                            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

### Anmerkungen:

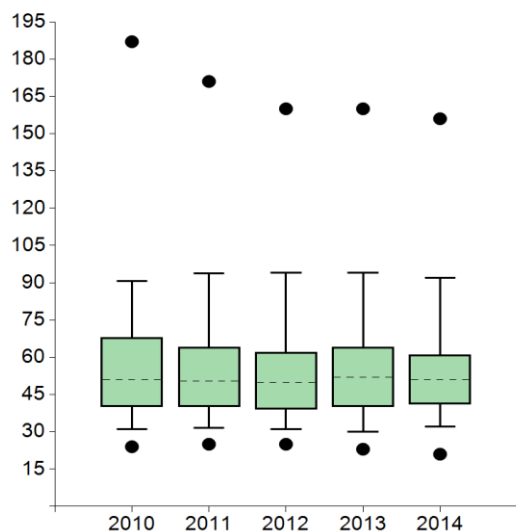
Über den Verlauf der Zeit ist sehr gut zu sehen, wie der Prozess (= Angabe Abstand zur mesorektalen Faszie im Befundbericht) in den Zentren etabliert wurde: bei 151 Standorten hat sich die Rate der Angaben im Vergleich zum Vorjahr erhöht bzw. ist bei 100% geblieben.

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

### 13. Operative Primärfälle Kolon



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



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

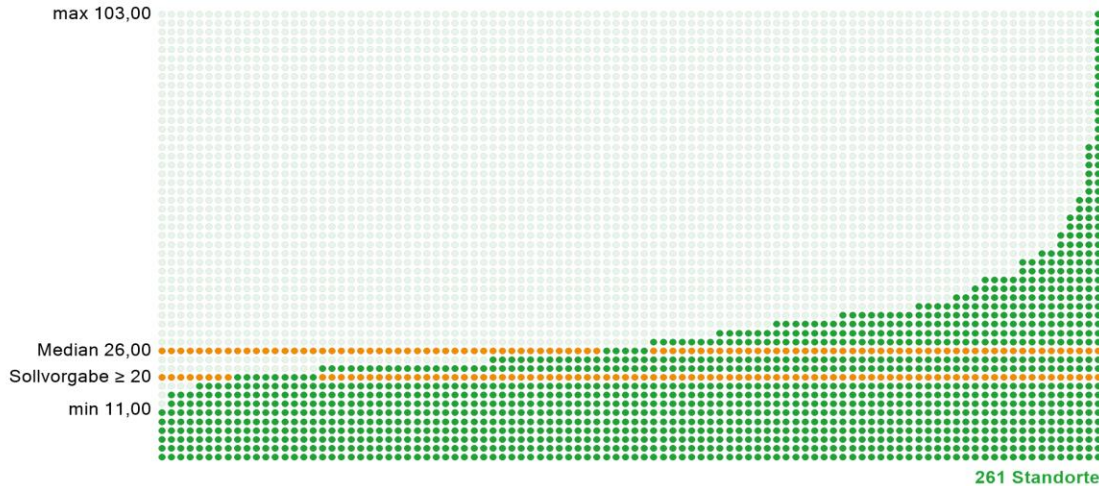
| Standorte mit auswertbaren Daten |         | Standorte mit Sollvorgabe erfüllt |        |
|----------------------------------|---------|-----------------------------------|--------|
| Anzahl                           | %       | Anzahl                            | %      |
| 261                   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

**Anmerkungen:**

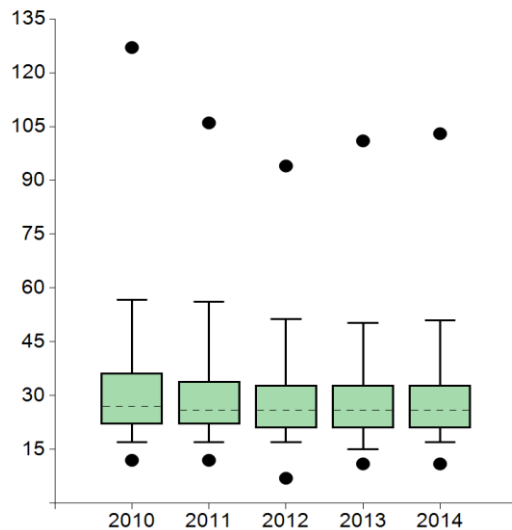
5 Zentren unterschreiten die Sollvorgabe. Diese Zentren hatten 2015 ein Überwachungsaudit (Erreichen der Sollvorgabe bei Erst- und Re-Zertifizierung obligat). Im Vergleich mit dem Vorjahr zeigt sich, dass in den 238 in 2014 und 2015 zertifizierten Standorten die Gesamtzahl der operierten Primärfälle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



## 14. Operative Primärfälle Rektum



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



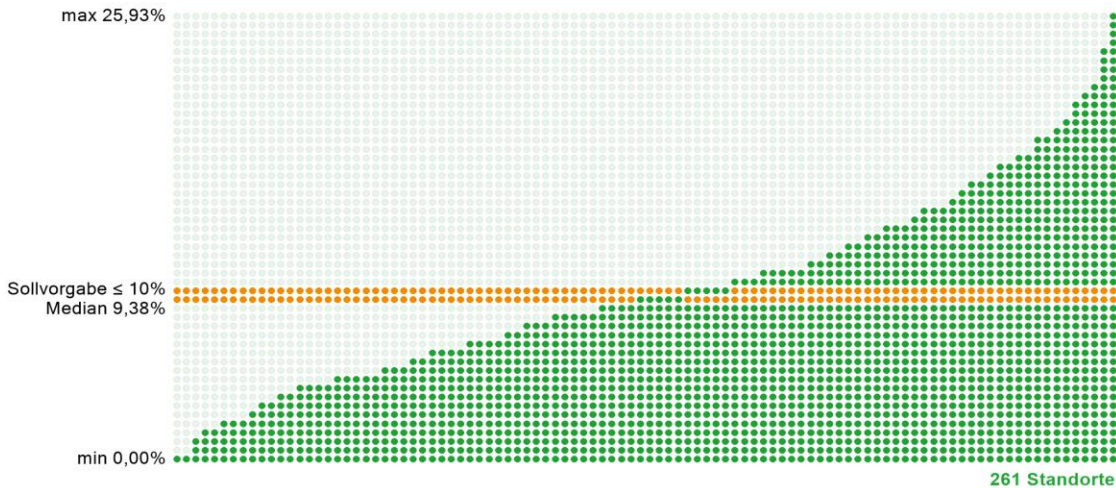
|               | 2010   | 2011   | 2012  | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|-------|--------|--------|
| Max           | 127,00 | 106,00 | 94,00 | 101,00 | 103,00 |
| 95. Perzentil | 56,70  | 56,10  | 51,40 | 50,20  | 51,00  |
| 75. Perzentil | 36,25  | 34,00  | 33,00 | 33,00  |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

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

### Anmerkungen:

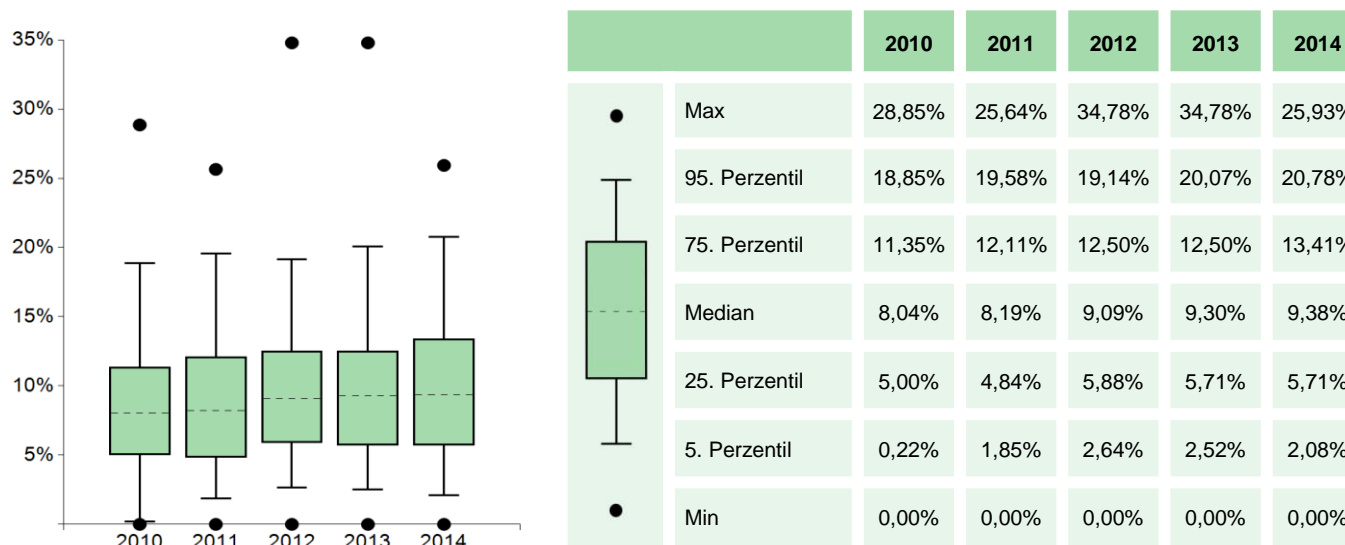
Im Kennzahlenjahr 2014 wurden 7.621 Primärfälle mit Rektum-Ca. an 261 Standorten operiert. In einem Vergleich mit dem Vorjahr ist die Anzahl der operativen Primärfälle Rektum abnehmend: von 7.063 (2013) auf 6.994 (2014) in 238 Standorten. Auch hier spiegelt die abnehmende Primärfallzahl die Entwicklung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

## 15. Revisions-OP's Kolon



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

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

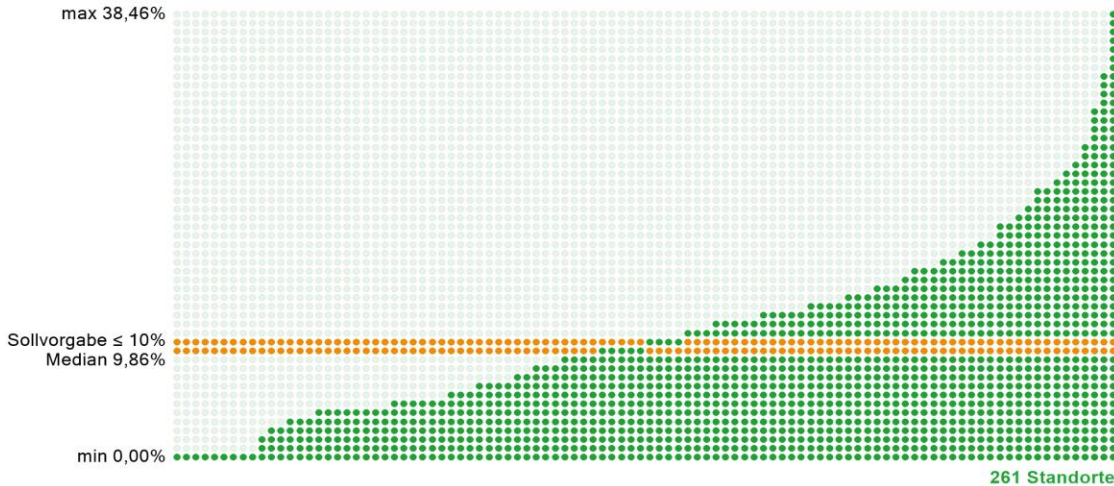


| Standorte mit auswertbaren Daten |         | Standorte mit Sollvorgabe erfüllt |        |
|----------------------------------|---------|-----------------------------------|--------|
| Anzahl                           | %       | Anzahl                            | %      |
| 261                   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

### Anmerkungen:

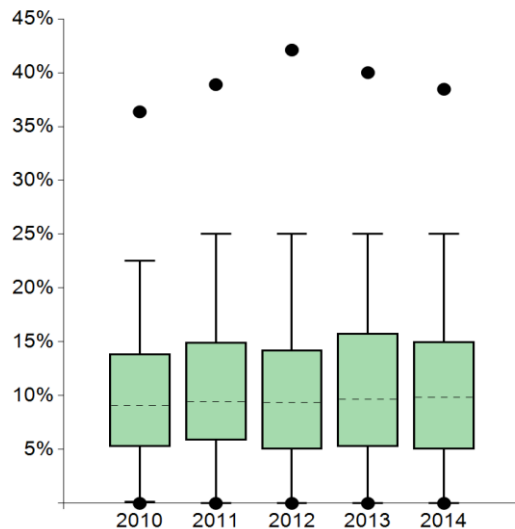
57% der Standorte erreichen die Sollvorgabe. Im Vorjahresvergleich zeigt sich, dass ca. 2/3 der Standorte mit einer Überschreitung der Sollvorgabe im Auditjahr 2014 (= 107) im aktuellen Auditjahr ihre Ergebnisse verbessern konnten (74 Standorte mit Verbesserung).  
Als Begründungen für Revisions-OP's werden angegeben: Anastomosensuffizienzen, postoperative Fadendehiszenz, bestehende Komorbiditäten, Operateurwechsel. Maßnahmen für die Verbesserung: Änderung Anastomosentechnik, Wechsel Nahtmaterial. Die Auditoren beschreiben, dass die Fälle in den M&M-Konferenzen aufgearbeitet wurden.

## 16. Revisions-OP's Rektum



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

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



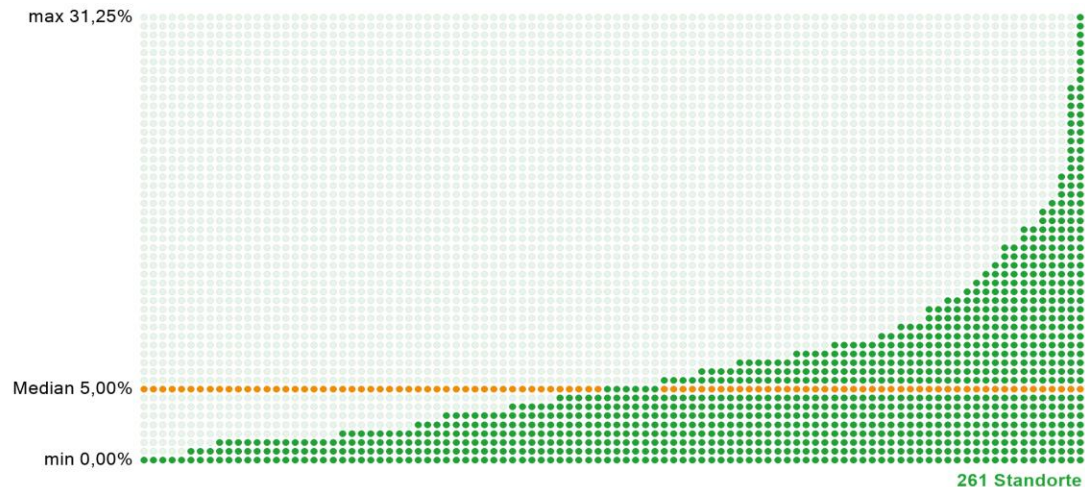
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 36,36% | 38,89% | 42,10% | 40,00% | 38,46% |
| 95. Perzentil | 22,54% | 25,00% | 25,00% | 25,00% | 25,00% |
| 75. Perzentil | 13,92% | 14,95% | 14,28% | 15,79%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

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

### Anmerkungen:

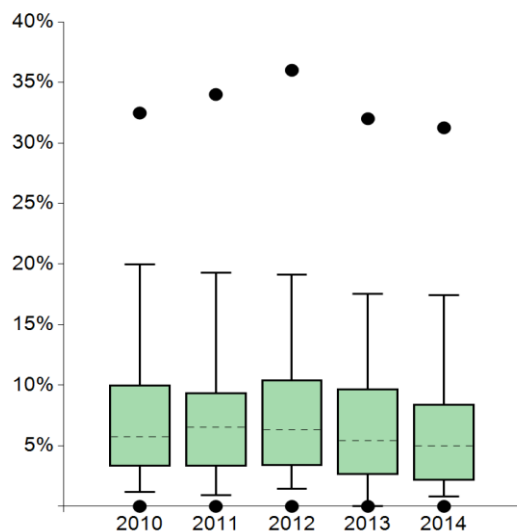
127 Standorte erfüllen die Sollvorgabe nicht. Jedoch hat der größte Teil der Standorte, die im letzten Auditjahr die Sollvorgabe überschritten haben, ihre Ergebnisse verbessert (83 von 126 Standorten). Einige Begründungen für Revisions-OP's: Einsatz neuer OP-Techniken, bestehende Komorbiditäten und Z.n.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

## 17. Postoperative Wundinfektion



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

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



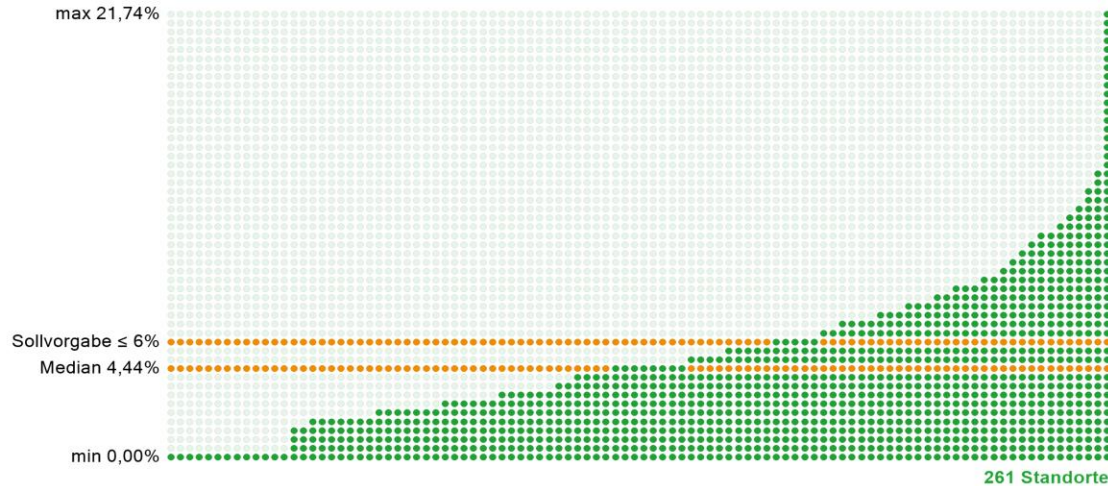
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 32,47% | 34,00% | 36,00% | 32,00% | 31,25% |
| 95. Perzentil | 19,95% | 19,29% | 19,13% | 17,56% | 17,44% |
| 75. Perzentil | 10,03% | 9,40%  | 10,43% | 9,72%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

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

### Anmerkungen:

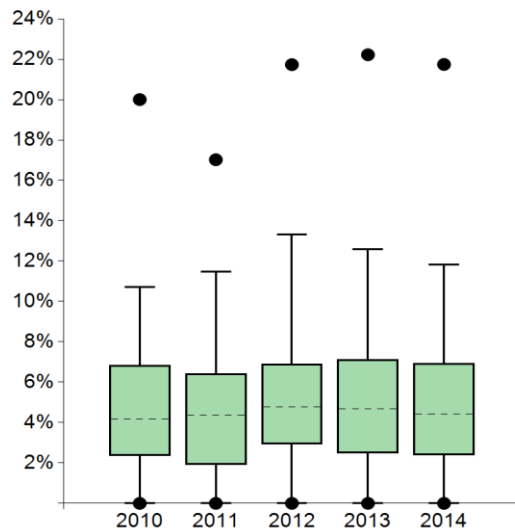
Seit dem Auditjahr 2016 hat diese Kennzahl Plausibilitätsgrenzen, sodass man mehr Informationen über die Ursachen der Wundinfektionen erhalten wird. Die Zentren mit den höchsten Wundinfektionsraten im Vorjahr haben sich durchgängig verbessert. Angegebene Maßnahmen für die Verbesserung: präoperative Risikoevaluation,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

## 18. Anastomoseninsuffizienzen Kolon (QI 9 der Leitlinie)



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

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



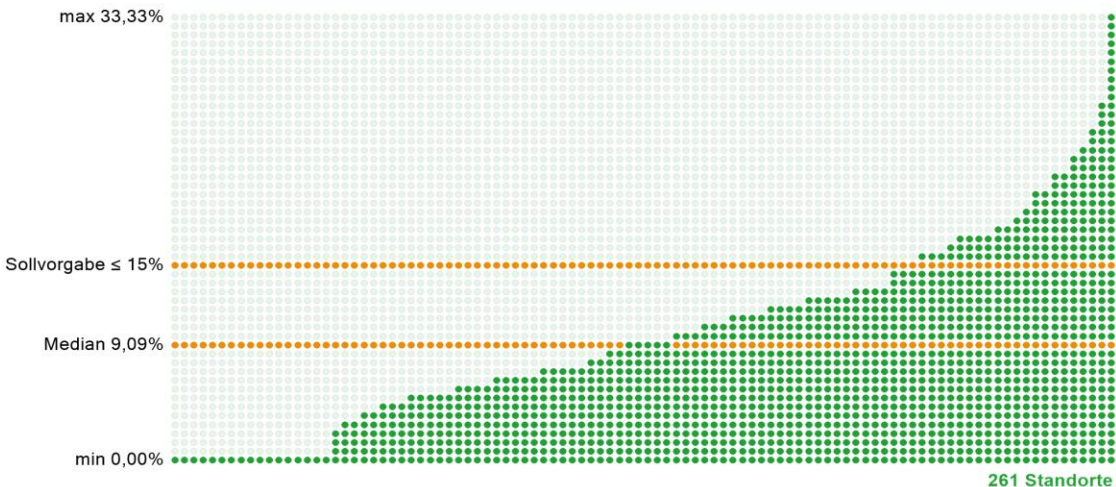
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 20,00% | 17,02% | 21,73% | 22,22% | 21,74% |
| 95. Perzentil | 10,71% | 11,46% | 13,33% | 12,59% | 11,83% |
| 75. Perzentil | 6,84%  | 6,43%  | 6,89%  | 7,14%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

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

### Anmerkungen:

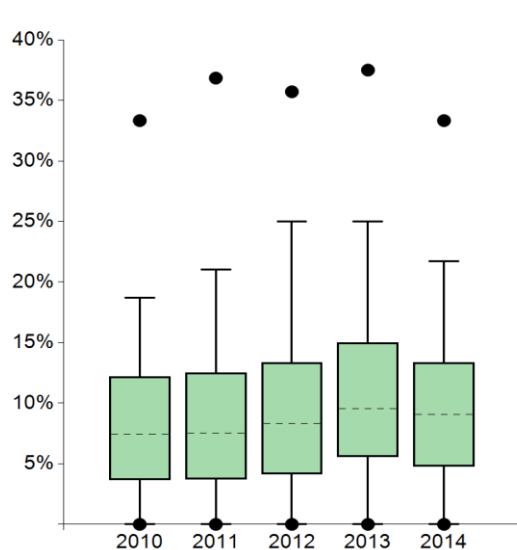
Die Umsetzung der Kennzahl bleibt über den Verlauf der Zeit nahezu gleich. Bei einem Vergleich mit dem Vorjahr wird ersichtlich, dass für die Gesamtzahl der Standorte die Quote der Anastomoseninsuffizienzen abnimmt (129 Standorte mit einer verbesserten Anastomoseninsuffizienzrate).

## 19. Anastomoseninsuffizienzen Rektum (QI 8 der Leitlinie)



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

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



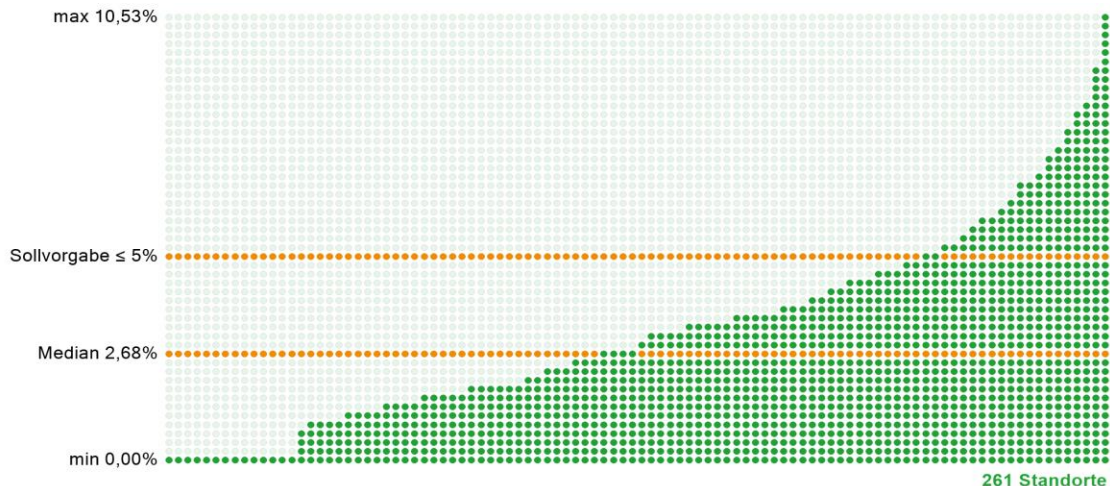
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 33,33% | 36,84% | 35,71% | 37,50% | 33,33% |
| 95. Perzentil | 18,70% | 21,05% | 25,00% | 25,00% | 21,74% |
| 75. Perzentil | 12,22% | 12,50% | 13,33% | 15,00% | 13,33% |
| Median        | 7,41%  | 7,55%  | 8,33%  | 9,52%  | 9,09%  |
| 25. Perzentil | 3,67%  | 3,70%  | 4,16%  | 5,56%  | 4,76%  |
| 5. Perzentil  | 0,00%  | 0,00%  | 0,00%  | 0,00%  | 0,00%  |
| Min           | 0,00%  | 0,00%  | 0,00%  | 0,00%  | 0,00%  |

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

### Anmerkungen:

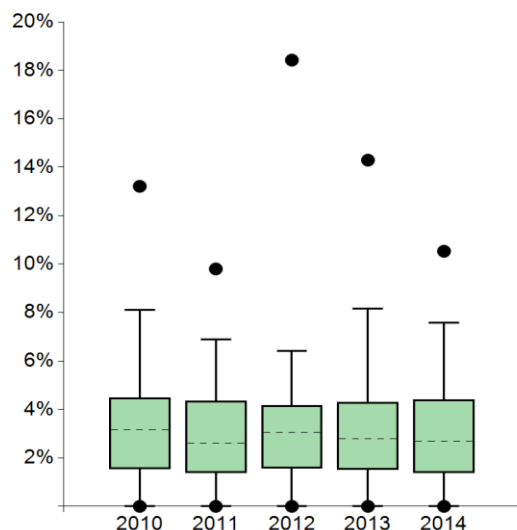
Der Median der Kennzahl ist abnehmend, aber mehr Zentren erreichen die Sollvorgabe von ≤ 15% als im Vorjahr (79% vs. 75%).

## 20. Mortalität postoperativ



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

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



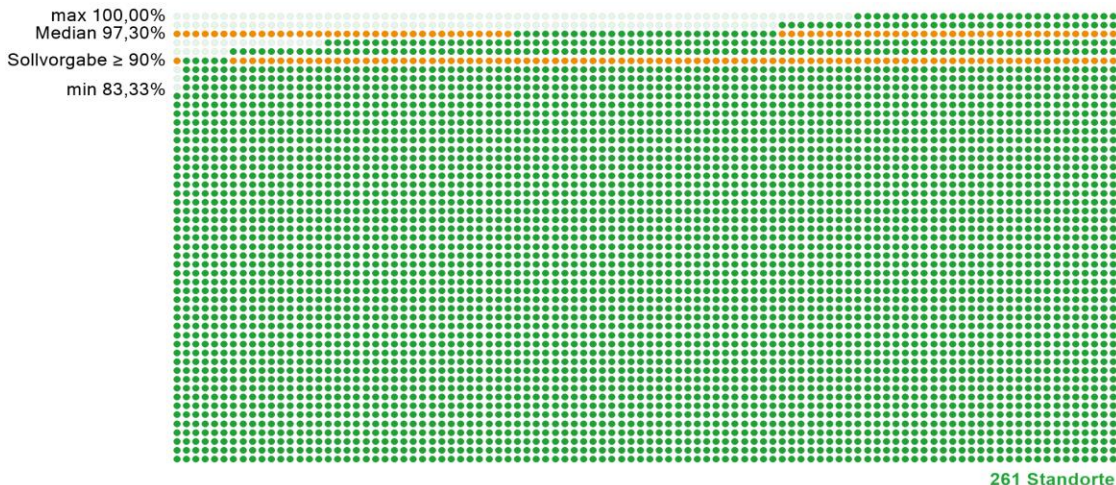
|               | 2010   | 2011  | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|-------|--------|--------|--------|
| Max           | 13,21% | 9,80% | 18,42% | 14,29% | 10,53% |
| 95. Perzentil | 8,10%  | 6,90% | 6,41%  | 8,15%  | 7,58%  |
| 75. Perzentil | 4,48%  | 4,35% | 4,16%  | 4,30%  |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

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

### Anmerkungen:

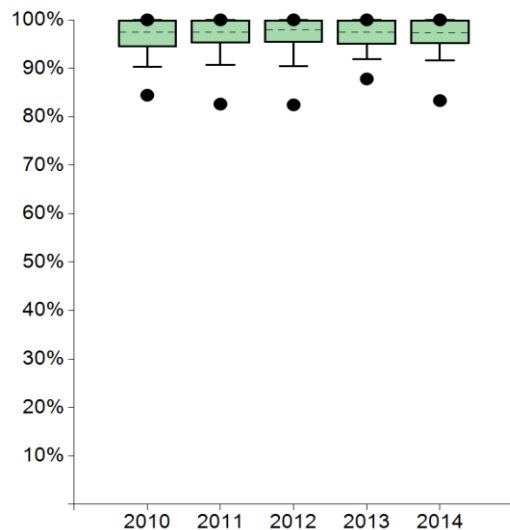
Gute Entwicklung der Kennzahl, aber mehr Zentren erreichen die Sollvorgabe nicht (47 vs. 37 im Vorjahr). Das Zentrum mit dem höchsten Wert hat sich jedoch im Vergleich zum Vorjahr verbessert. Als häufigste Begründungen werden angegeben: postoperatives Organversagen, septischer/kardiogener Schock, Lungenembolie.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

## 21. Lokale R0-Resektionen Kolon



|        | Kennzahldefinition   | Alle Standorte 2014 |               |
|--------|--|---------------------|---------------|
|        |  | Median              | Range         |
| Zähler | Lokale R0-Resektionen Kolon nach Abschluss der operativen Therapie | 43*                 | 15 - 130      |
| Nenner | Operative Kolon-OPs gemäß Primärfalldefinition (operativ)          | 44*                 | 18 - 136      |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 90%  | 97,30%              | 83,33% - 100% |

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



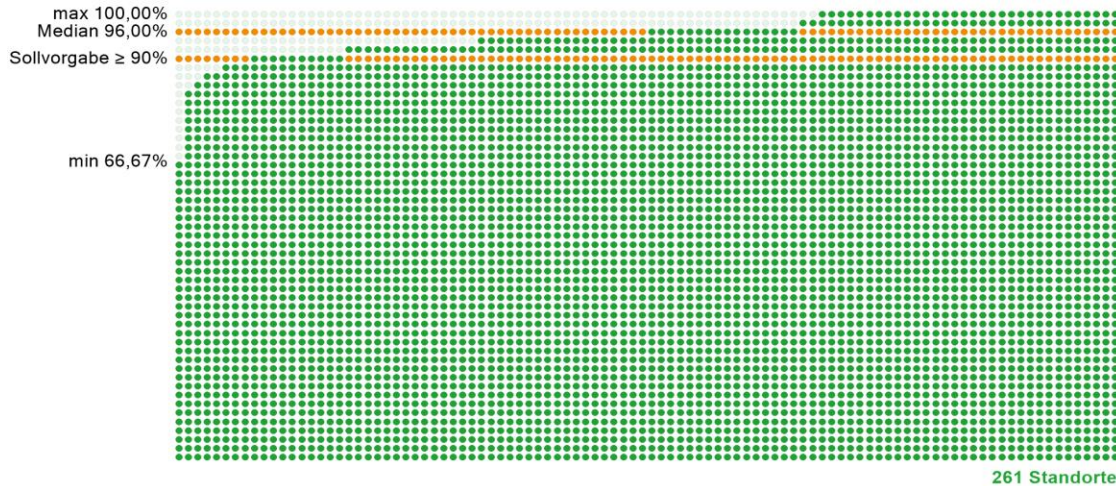
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 75. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%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

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

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

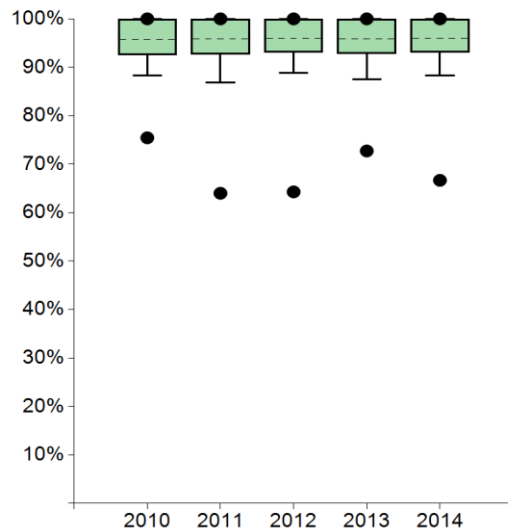


## 22. Lokale R0-Resektionen Rektum



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

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



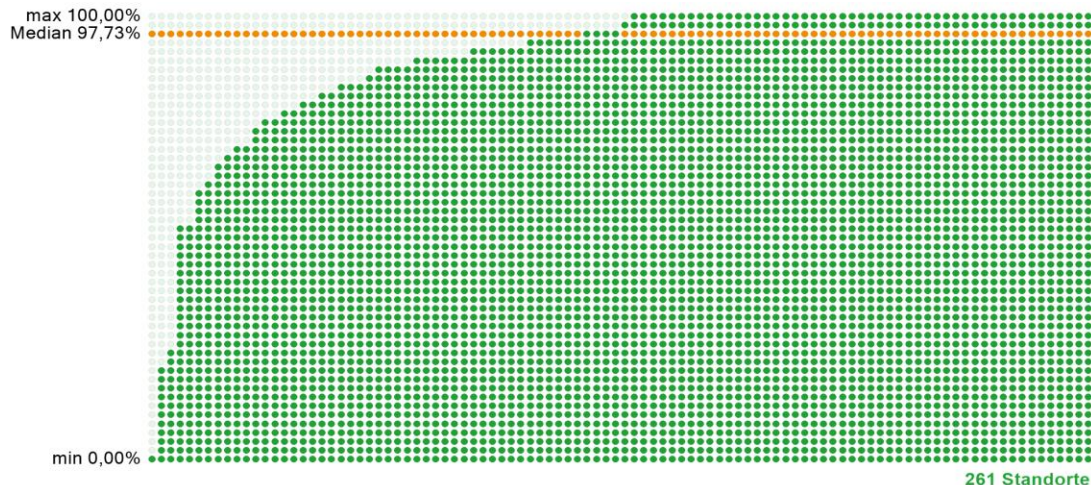
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 75. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%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

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

### Anmerkungen:

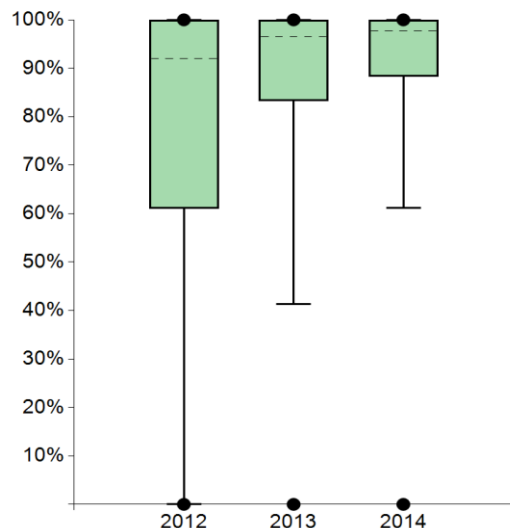
Über 92% der Zentren erreichen die Sollvorgabe. Als Begründungen für das Nicht-Erreichen werden v.a. Infiltration der Nachbarorgane, Z.n. Vor-Operationen und Abszeßbildung angegeben. Die Auditoren haben die Fälle betrachtet und die Begründungen überwiegend als schlüssig bewertet.

## 23. Anzeichnung Stomaposition (QI 10 der Leitlinie)



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |              |
|--------|---|---------------------|--------------|
|        |   | Median              | Range        |
| Zähler | Patienten mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition                     | 16*                 | 0 - 98       |
| Nenner | Patienten mit RK, bei denen eine Operation mit Stomaanlage durchgeführt wurde | 18*                 | 3 - 99       |
| Quote  | Keine Sollvorgabe   | 97,73%              | 0,00% - 100% |

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

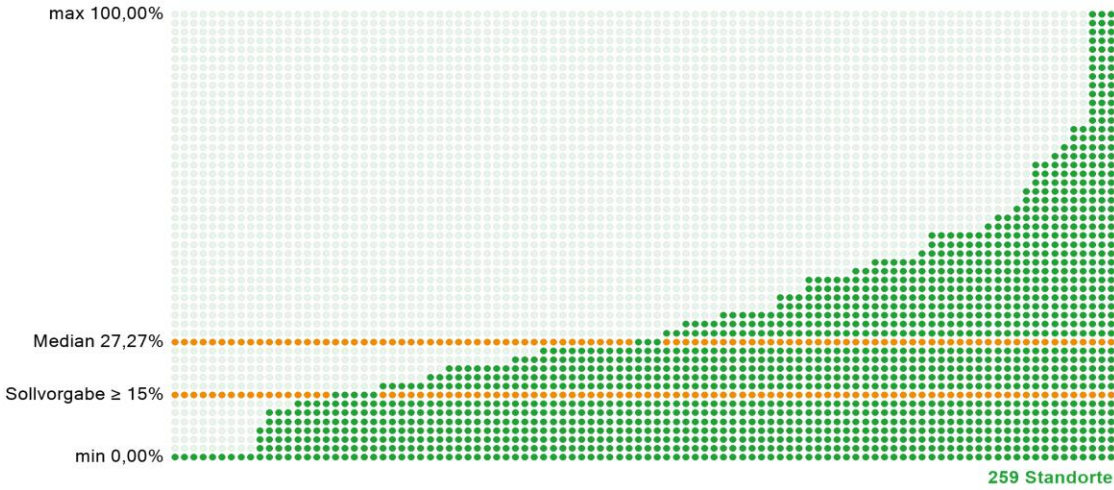


|               | 2010 | 2011 | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|------|------|--------|--------|--------|
| Max           | ---- | ---- | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | ---- | ---- | 100%   | 100%   | 100%   |
| 75. Perzentil | ---- | ---- | 100%   | 100%   | 100%   |
| Median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

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

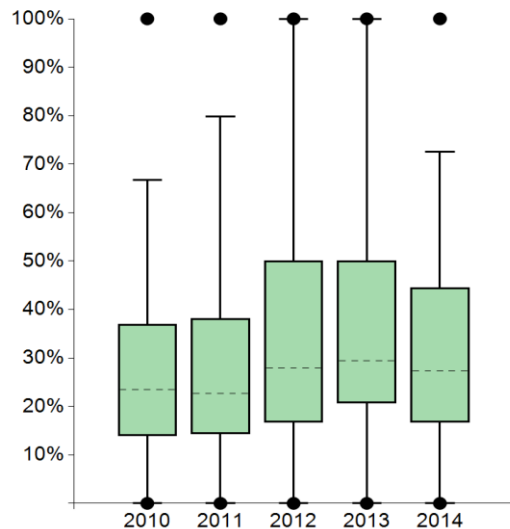
**Anmerkungen:**  
Sehr gute Entwicklung der Kennzahl über den Verlauf der Zeit. Der Prozess ist zunehmend in den Zentren etabliert.

## 24. Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |              |
|--------|---|---------------------|--------------|
|        |   | Median              | Range        |
| Zähler | Primärfälle mit KRK UICC Stad. IV, die eine Lebermetastasenresektion erhalten | 2*                  | 0 - 13       |
| Nenner | Primärfälle mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK UICC Stad. IV          | 8*                  | 1 - 62       |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 15%   | 27,27%              | 0,00% - 100% |

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



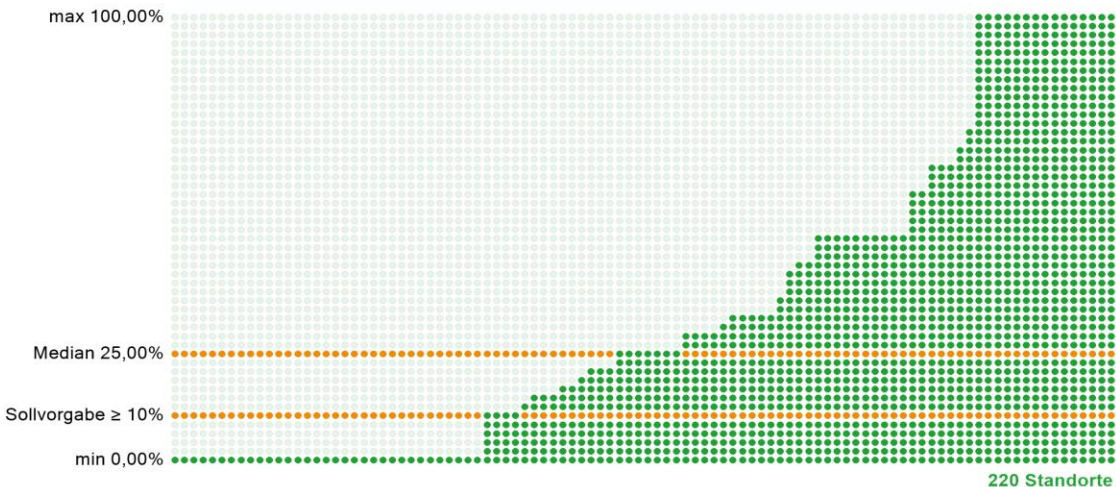
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ● Max         | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 66,67% | 79,86% | 100%   | 100%   | 72,50% |
| 75. Perzentil | 36,93% | 38,20% | 50,00% | 50,00%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

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

### Anmerkungen:

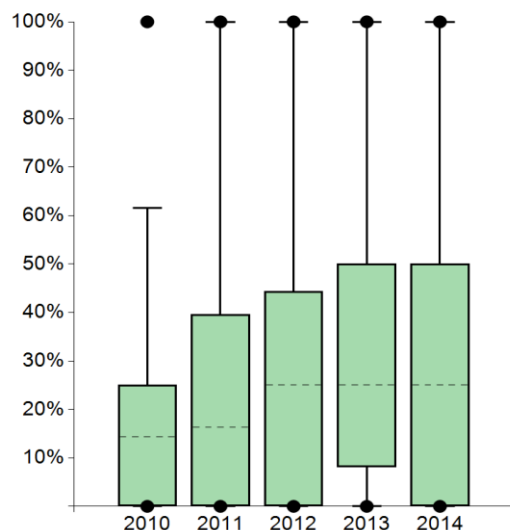
Insgesamt haben 712 Patienten mit ausschließlichen Lebermetastasen eine primäre Resektion erhalten. Als Begründungen für das Nicht-Erreichen der Kennzahl werden angegeben: diffuse Lebermetastasierung, Ablehnung durch Patienten, sekundäre Resektion nach Chemotherapie und Vorstellung in großen Zentren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

## 25. Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |              |
|--------|---|---------------------|--------------|
|        |   | Median              | Range        |
| Zähler | Primärfälle mit KRK im UICC Stad. IV, bei denen nach Chemotherapie eine sekundäre Lebermetastasenresektion durchgeführt wurde           | 1*                  | 0 - 11       |
| Nenner | Primärfälle mit KRK UICC Stad. IV mit primär nicht resektablen, ausschließlichen Lebermetastasen, die eine Chemotherapie erhalten haben | 4*                  | 1 - 62       |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 10%   | 25,00%              | 0,00% - 100% |

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



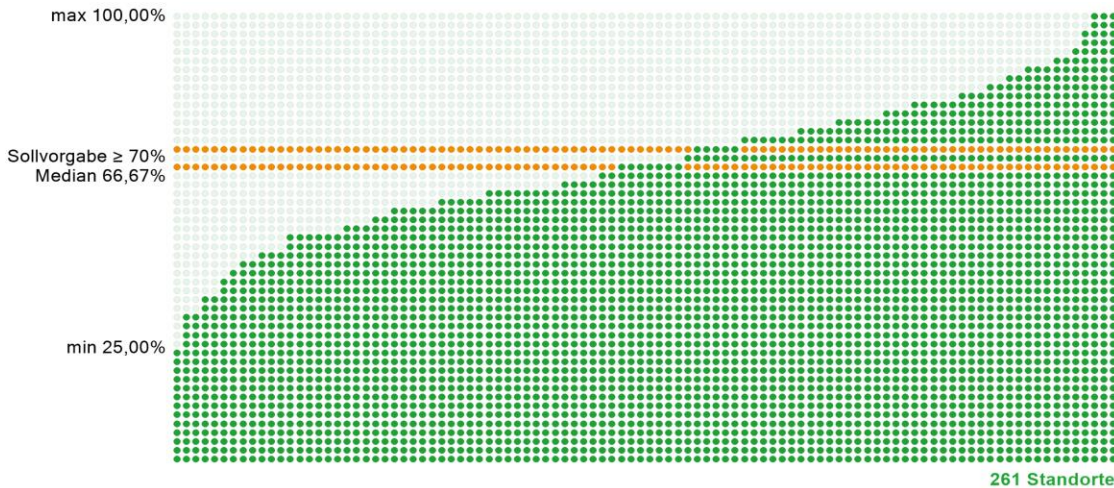
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ● Max         | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 61,63% | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 75. Perzentil | 25,00% | 39,62% | 44,36% | 50,00%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

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

### Anmerkungen:

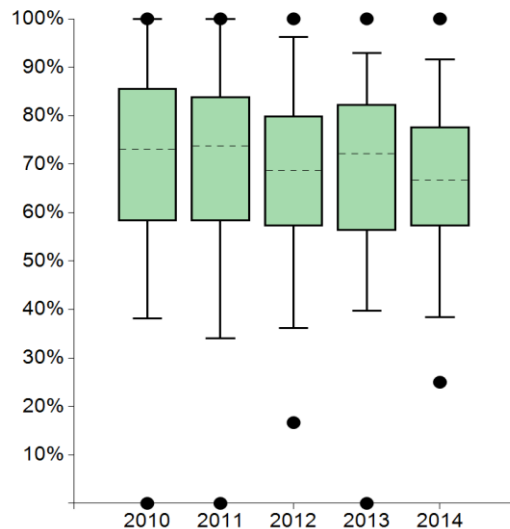
Im Kennzahlenjahr 2014 wurden 293 sekundäre Resektionen durchgeführt. Begründungen für das Nicht-Erreichen der Sollvorgabe waren: progrediente Metastasierung unter Chemotherapie sowie diffuse Metastasierung.

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



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |               |
|--------|---|---------------------|---------------|
|        |   | Median              | Range         |
| Zähler | Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben       | 9*                  | 2 - 25        |
| Nenner | Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, bei denen eine R0-Resektion des Primärtumors erfolgte | 13*                 | 5 - 35        |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 70%   | 66,67%              | 25,00% - 100% |

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



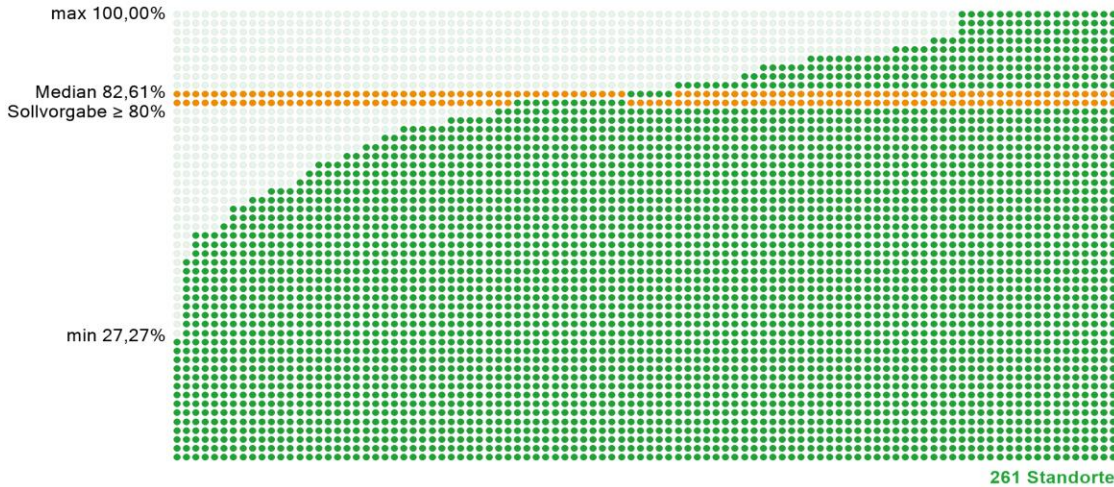
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 100%   | 100%   | 96,25% | 92,95% | 91,67% |
| 75. Perzentil | 85,71% | 83,98% | 80,00% | 82,35%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

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

### Anmerkungen:

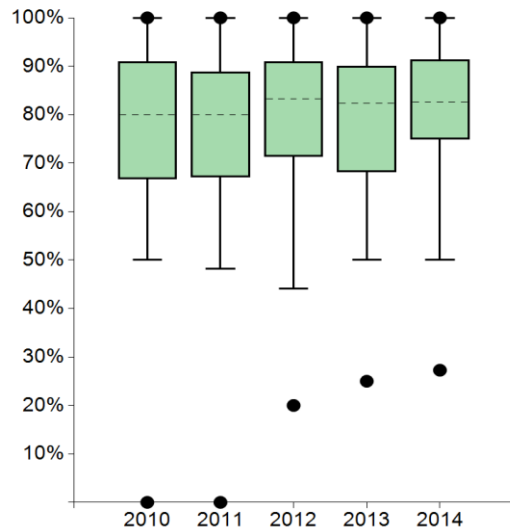
Der Median der Kennzahl nimmt über den Verlauf der Zeit ab. Zudem hat im Vergleich zum Vorjahr die Rate der durchgeführten adjuvanten Chemotherapien in mehr Zentren ab- und nicht zugenommen (131 Zentren vs. 108 Zentren mit Abnahme). Als Begründungen werden angegeben: Versterben der Patienten, Ablehnung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

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



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |               |
|--------|---|---------------------|---------------|
|        |   | Median              | Range         |
| Zähler | Patienten, die eine neoadjuvante Radio- u. Radiochemotherapie erhalten haben  | 10*                 | 2 - 36        |
| Nenner | Patienten mit RK des mittleren und unteren Drittels (= bis 12 cm ab ano) und den TNM-Kategorien cT3, 4/cM0 und/oder cN1, 2/cM0, die operiert wurden (= klinisches UICC-Stadium II u. III) | 12*                 | 2 - 53        |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 80%   | 82,61%              | 27,27% - 100% |

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



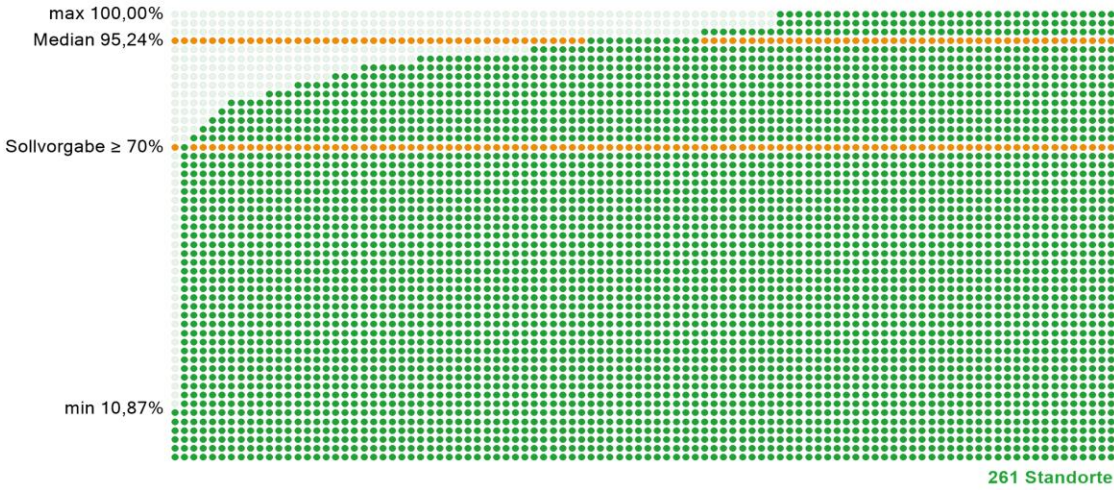
|               | 2010    | 2011    | 2012    | 2013    | 2014    |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Max           | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 95. Perzentil | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 75. Perzentil | 91,01%  | 88,89%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

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

### Anmerkungen:

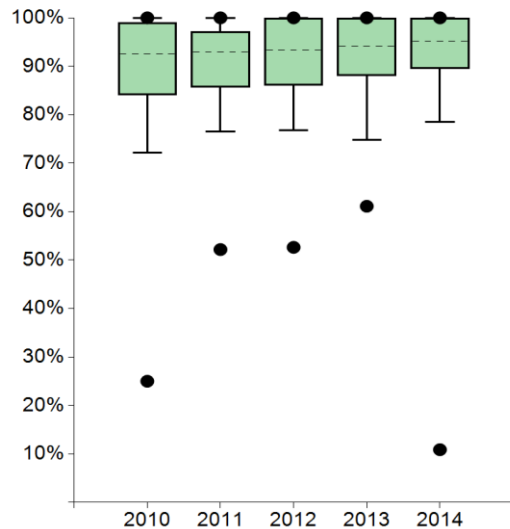
Die Umsetzung der Kennzahl bleibt über den Verlauf der Zeit annähernd unverändert. Sie wird jedoch besser erfüllt als die Kennzahl 26 (adjuvante Chemotherapien bei Kolon-Ca). Die Zentren begründen niedrige Raten mit: stenosierendem Tumor und damit Notwendigkeit zur OP, Ablehnung durch die Patienten,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

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



|        | Kennzahldefinition  | Alle Standorte 2014 |               |
|--------|---|---------------------|---------------|
|        |   | Median              | Range         |
| Zähler | Patienten mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intra mesorektale Einrisse) der TME | 18*                 | 5 - 71        |
| Nenner | Patienten mit radikal operiertem RK   | 19*                 | 6 - 78        |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 70%   | 95,24%              | 10,87% - 100% |

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



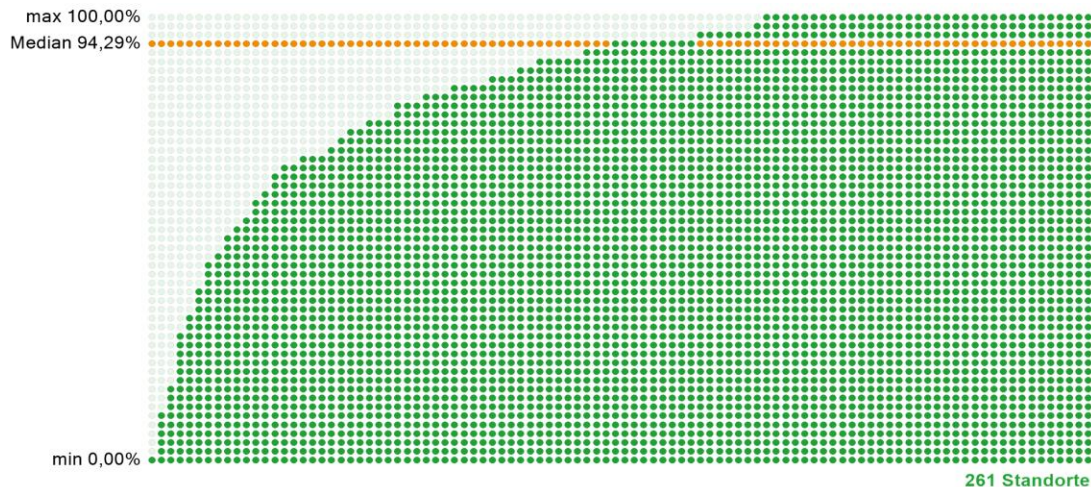
|               | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   |
|---------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Max           | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 95. Perzentil | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   | 100%   |
| 75. Perzentil | 99,08% | 97,16% | 100%   | 100%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

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

### Anmerkungen:

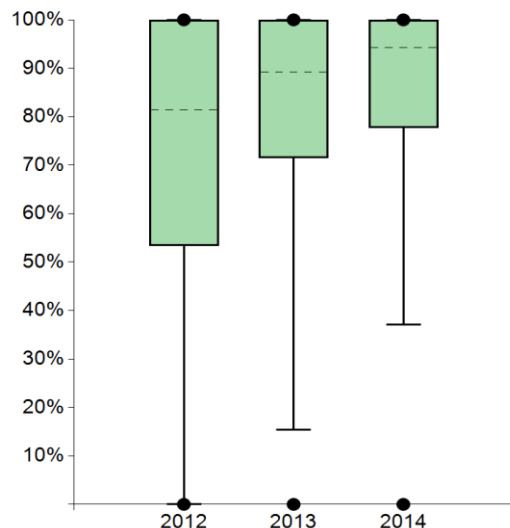
Die Qualität der TME-Präparate ist sehr gut. 4 Zentren erfüllen die Sollvorgabe nicht. Bei 2 dieser Zentren war die Schulung des Pathologen für die Dokumentation noch nicht erfolgt. Der Auditor hat eine Abweichung ausgesprochen. Alle Zentren mit auffälligen Werten im Vorjahr haben im Auditjahr 2015 die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

## 29. Angabe Resektionsrand (QI 4 der Leitlinie)



|        | Kennzahldefinition   | Alle Standorte 2014 |              |
|--------|--|---------------------|--------------|
|        |  | Median              | Range        |
| Zähler | Patienten, bei denen der Abstand des aboralen Tumorrandes zur aboralen Resektionsgrenze in mm und der Abstand des Tumors zur zirkumferentiellen mesorektalen Resektionsebene in mm dokumentiert wurden | 20*                 | 0 - 81       |
| Nenner | Patienten mit RK, bei denen der Primärtumor in Form einer TME oder PME reseziert wurde   | 23*                 | 8 - 100      |
| Quote  | Keine Sollvorgabe  | 94,29%              | 0,00% - 100% |

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



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

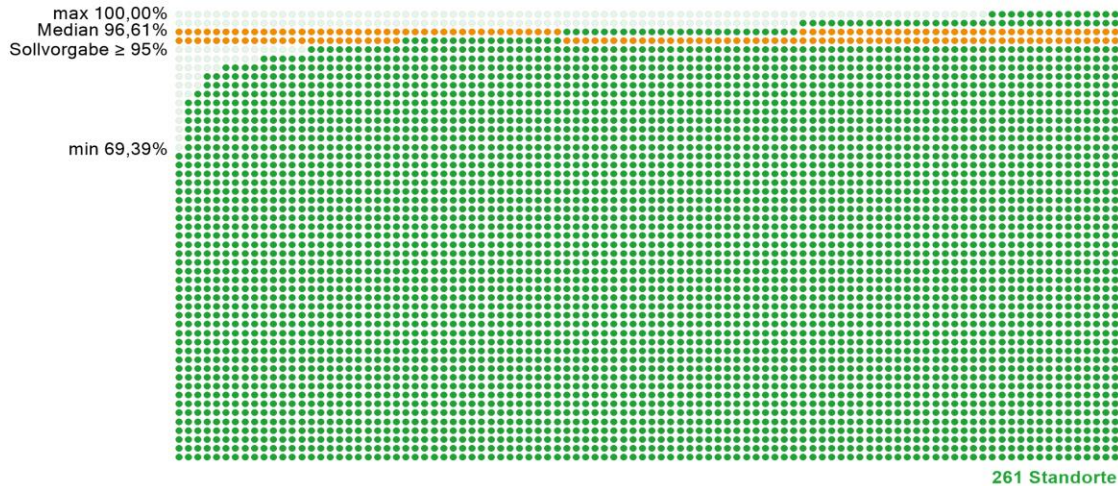
| Standorte mit auswertbaren Daten |         | Standorte mit Sollvorgabe erfüllt |      |
|----------------------------------|---------|-----------------------------------|------|
| Anzahl                           | %       | Anzahl                            | %    |
| 261                         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

### Anmerkungen:

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

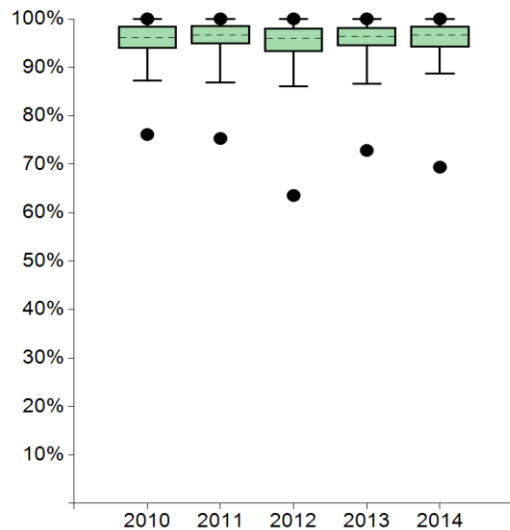


### 30. Lymphknotenuntersuchung (QI 2 der Leitlinie)



|        | Kennzahldefinition                                       | Alle Standorte 2014 |               |
|--------|--|---------------------|---------------|
|        |  | Median              | Range         |
| Zähler | Patienten mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten | 66*                 | 35 - 213      |
| Nenner | Patienten mit KRK, die eine Lymphadenektomie erhalten    | 68*                 | 39 - 223      |
| Quote  | Sollvorgabe ≥ 95%  | 96,61%              | 69,39% - 100% |

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



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

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

**Anmerkungen:**

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

Mehr Informationen unter [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de)

## 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](http://www.onkozert.de)

Version A2; Stand 21.03.2016