

Handbuch für **Koordinatoren von Darmkrebszentren**
(DKG-Zertifizierung)

Kennzahlen-Definition für 2017

(Stand 28.11.2016/Auditjahr 2017/ Kennzahljahr 2016)

Einleitung

Ziel dieses Handbuches ist es einen besseren Überblick der Kennzahlen mit einer allgemeingültigen Definition darzustellen. Für alle Kennzahlen wurde eine Zusammenstellung der Informationen aus Dokumenten von OnkoZert (z.B. Erhebungsbogen, Matrix, Spezifikationen OnkoBox) und Erfahrungen aus der gängigen Praxis der Zertifizierung und Audits sowie aus dem Koordinatoren-Workshop Hannover im Rahmen der addz Tagung am 19.6.2015 erarbeitet, zusätzlich wurden nun die aktuellen Änderungen der DKG (Stand 07/2016) hinzugefügt.

Dass eine erhebliche Differenz in der Interpretation einer Kennzahl vorliegen kann, wurde insbesondere in der Präsentation der 30 Kennzahlen auf der addz Jahrestagung in Hannover 2015 aufgezeigt. Dieses Problem wird anhand des Benchmarkingberichts deutlich (Spanne bei Kennzahlen Nr. 24 und 25 0% bis 100% und dies nicht als Ausreißer).

Allein mit einer allgemeingültigen Definition ist es möglich, eine sinnvolle Darstellung der Datenlage und im Benchmarking abzubilden. Hierzu wurde dieser Datensatz OnkoZert zur Verfügung gestellt.

Wir als Koordinatoren stehen in einer Schlüsselposition der Zertifizierung. Genaue Kennzahlendefinitionen sind notwendig, um eine korrekte Datenermittlung zu erheben.

Eine stetige Aktualisierung dieser Zusammenstellung ist erforderlich. Hierzu sind Verbesserungsvorschläge und Anregungen aus der Praxis der DKG-Zertifizierung sehr willkommen.

Für Rückfragen stehen u.g. Autoren für Sie bereit:

Dr. med. Frank Forst, Gelnhausen
Frank.Forst@mkkliniken.de

Dr. med. Thomas Sprinz, Würzburg
t.sprinz@juliusspital.de

Dr. med. Anja-Kathrin Horn, Bamberg
anja-kathrin.horn@sozialstiftung-bamberg.de

Dr. rer. nat. Ina Begemann, Hannover
ina.begemann@ddh-gruppe.

(Anmerkung:

In die rechten Spalten der folgenden Tabellen kann das Zentrum unter X die eigenen Zahlen für das Audit eintragen.)

Kennzahl 1: prätherapeutische Fallvorstellung

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden.</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>elektive Primärfälle mit Rektumkarzinom (alle Stadien) und alle Patienten mit Kolonkarzinom im Stadium UICC IV</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>(Rektum = ? Kolon UICC IV = ?)</p> <p>Ziel > 95 %</p>
---	--

Hinweise:

Notfallpatienten zählen hier nicht!

Ausgenommen sind endoskopische Primärfälle (s. Kennzahl 3)

Patienten mit transanaler Vollwandresektion müssen prätherapeutisch vorgestellt werden.

Patienten nach neoadjuvanter RCT sind bei komplettem Tumorregress präoperativ erneut vorzustellen, um ein watch&wait-Konzept zu diskutieren, wird aber in dieser Kennzahl nicht berücksichtigt.

Nur c-Stadien: sollte eine Fernmetastasierung erst intraoperativ festgestellt werden, zählt der Patient nicht unter Kennzahl 1.

Die Bezugslinie ist die Linea anokutanea gemessen i.d.R. durch starre Rektoskopie.

Kennzahl 2: Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/ metachrone Metastasen

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Alle prätherapeutisch in der Tumorkonferenz vorgestellten Patienten aus n.</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Patienten mit Rezidiv bzw. neu aufgetretenen (metachronen) Metastasen bei KRK</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel > 95 %</p>
--	--

Hinweise:

Alle Zentrumsfälle (nicht nur Primärpatienten des Auditzeitraums) zählen.
Es zählen nur elektive Patienten, keine Notfälle!

Kennzahl 2 bewegt sich außerhalb der typischen Primärfallpatienten und der Tumordokumentation des Darmkrebszentrums. Erstaunlich ist in dieser Definition, dass der Patient nur 1 x im Zähler und 1 x im Nenner erfasst wird, aber **nur für die ERST-Metastasierung**. Bei Mehrfachmetastasierung (z.B. wenn der Patient im Auditjahr Leber- und dann Lungenmetastasen entwickelt, muss er lt. Kennzahl nur vor der Lebermetastasierung vorgestellt werden, klinisch sinnvoll wäre jedoch eine erneute Wiedervorstellung, wenn wie im Bsp. Lungenmetastasen auftreten).

Zu berücksichtigen ist **jede Therapie** in der Rezidivsituation: operativ, medikamentös, strahlentherapeutisch, interventionell.

Generell schwieriger Nachweis einer vollständigen Erfassung aller Patienten im Zentrum, die mit Rezidiv und/ oder Metastasen behandelt werden.

Keine Berechnung durch XML-OnkoBox möglich.

Kennzahl 3: postoperative Fallvorstellung

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Operative und endoskopische Primärfälle, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden.</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Operative und endoskopische Primärfälle</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel > 95 %</p>
--	--

Hinweise:

Achtung: Diese Kennzahl heißt immer noch postoperativ, gemeint ist aber posttherapeutisch.

Alle Primärfälle operativ/endoskopisch, unabhängig ob elektiv oder Notfallpatienten, sind zu berücksichtigen. Auch endoskopisch sanierte Patienten (Primärfälle Endoskopie, T1-low-risk-Karzinome) müssen vorgestellt werden. Primärfälle palliativ sind hier nicht gemeint.

Fall's im Einzelfall ein Rektumkarzinom kurativ RCTx wird, ist auch dieser Fall posttherapeutisch vorzustellen (**neu:** watch and wait Konzept: Neu diagnostizierte Rektumkarzinome, die nach neoadjuvanter RCTx bei klinischer Vollremission zunächst (innerhalb 6 Monaten nach Therapiebeginn) nicht operativ therapiert werden. Wenn diese Patienten bei Tumor-Rekurrenz oder aus anderen Gründen im Intervall sekundär operiert werden, dürfen sie als neuer/operativer Fall gerechnet werden). **Die Sechsmonatsfrist ist im neuen Kennzahlenbogen weg. Wird ein Patient im Verlauf doch operiert, wandelt er sich in einen operativen Primärfall, wird er im nächsten Kalenderjahr operiert, zählt er dann im neuen Kalenderjahr als operativer Primärfall. (Aussage Hr. Dieng – bei geschätzt bisher ca. 60/Fällen pro Jahr in Deutschland).**

Unklarheit bei verstorbenen Patienten:

Ist eine postoperative (hier postmortale) Vorstellung in einer M&M-Konferenz des Darmkrebszentrums (anstelle des Tumorboards) ausreichend? -> **nein.**

Werden die Patienten in der Tumorkonferenz nicht vorgestellt -> Abweichung Benchmark. -> **Postoperativ verstorbene Patienten zählen nur im Nenner, sie dürfen im Zähler nicht auftauchen, es sei denn, sie sind vor dem Versterben besprochen worden.**

Kennzahl 4: psychoonkologische Vorstellung

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Alle Patienten aus n mit > 25 min. psychoonkologischem Gespräch</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Primärfälle gesamt und alle Patienten mit neu aufgetretenen (metachronen) Metastasen bzw. Rezidiv</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: derzeit keine Vorgabe</p> <p>Plausibilität unklar < 20 %, >95%</p>
--	--

Hinweise:

Was ist mit postoperativ verstorbenen Patienten? -> **Zählen dazu, keine Einschränkung des Nenners.**

Gespräche können stationär oder ambulant gewertet werden.

Was ist mit Patienten, die mehrfach vorgestellt werden, jedoch < 25 min. Gesprächsdauer haben? (zählen hier nicht)

Berechnung durch XML-OnkoBox auf die Primärfälle beschränkt.

Schwierige Erfassung, da nicht nur Primärfälle sondern auch alle Patienten mit Rezidiv und/oder Metastasen gemeint sind.

Nicht alle Patienten, die vorgestellt werden, haben eine einzelne Gesprächsdauer > 25 min. Der Bedarf spiegelt sich aber auch in Mehrfachvorstellungen und Gesprächen < 25 min, die hier nicht abgebildet werden.

Kennzahl 5: Beratung Sozialdienst

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten aus n, stationär oder ambulant mit Beratung durch den Sozialdienst</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Primärfälle Gesamt und alle Patienten mit neu aufgetretenen (metachronen) Metastasen bzw. Rezidiv</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: Derzeit keine Vorgabe</p> <p>Plausibilität unklar < 45 %, 100 %</p>
--	--

Hinweise:

Was ist mit postoperativ verstorbenen Patienten?
-> **Zählen dazu, keine Einschränkung des Nenners.**

Allerdings existiert bei dieser Kennzahl keine Sollvorgabe, lediglich Plausibilitätsgrenzen.

Beratungen können stationär und / oder ambulant gewertet werden.

Berechnung durch XML-OnkoBox auf die Primärfälle beschränkt.

Schwierige Erfassung, da nicht nur Primärfälle sondern auch alle Patienten mit Rezidiv und/oder Metastasen gemeint sind.

Kennzahl 6: Studienteilnahme

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten des DKZ, die in eine Studie oder kolorektale Präventionsstudie eingebracht wurden.</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Primärfälle gesamt</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: 5 %</p> <p>Plausibilität unklar > 50 %</p>
---	---

Hinweise:

Ab dem Auditjahr 2017 ist die verbindliche Nutzung der StudyBox vorgesehen. Somit können ab dem 01.01.2016 nur noch Patienten für die Studienquote des Auditjahres 2017 gezählt werden, die im Jahr 2016 in eine akkreditierte Studie eingeschlossen wurden. Welche Studien sind akkreditiert, bzw. registriert? -> www.studybox.de

Patienten müssen nicht Teil des Nenners sein, entscheidend ist, dass Pat. im Kennzahlen-Jahr in die Studie eingebracht wurde. -> Zählzeitpunkt: Einwilligung in die Studie. Im Follow-up einer Studie geführte Patienten zählen nicht.

D.h., es können auch Patienten mit KRK gezählt werden, welche nicht Primärpatienten des Betrachtungszeitraum sind. Jeder Patient mit KRK zählt für die Studienquote, wenn er in einer Studie des Zentrums geführt wird.

Keine Berechnung durch XML-OnkoBox (nur für Primärfälle)

Info über Studien über diverse Plattformen – Fachgesellschaften, DKG, addz, www.studybox.de

Anregung:

Sobald neue Studien zum Thema KRK initiiert werden, sollten automatisch die DKZ per e-mail-Verteiler informiert werden.

Kennzahl 7: KRK Patienten mit Erfassung der Familienanamnese

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Primärfallpatienten mit einem KRK und ausgefülltem Patientenfragebogen (DKG)</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Primärfälle gesamt</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: derzeit keine Vorgabe</p> <p>Plausibilität unklar <5%; 100%</p>
---	--

Hinweise:

Ab sofort gilt der Fragebogen der DKG. Dieser wird dargestellt und gestaffelt betrachtet.

Rückmeldung des DKG Fragebogens muss genutzt werden!

Hieraus ergibt sich ein direkter Bezug zur Kennzahl 8. Patienten, die eine der Fragen 2-6 mit ja beantworten, soll eine genetische Beratung empfohlen werden.

Im Audit muss die Dokumentation der Empfehlung nachgewiesen werden (z.B. die Empfehlung im Arztbericht ist ausreichend). Die meisten Zentren dokumentieren zusätzlich die Amsterdam- und Bethesdakriterien (sind hier nicht gemeint).

Kennzahl 8: genetische Beratung

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Alle Patienten aus n, denen eine Vorstellung zur genetischen Beratung empfohlen wurde (Genetische Beratung)</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Primärfälle mit positivem Patientenfragebogen</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: derzeit keine Vorgabe</p> <p>Plausibilität unklar < 5%; 100%</p>
---	---

Hinweise:

Neue Definition der Kennzahl 8 mit direktem Bezug zu Kennzahl 7.

Im Audit muss die Dokumentation der Empfehlung nachgewiesen werden (die Empfehlung im Arztbericht ist ausreichend).

Kennzahl 9: Immunhistochemische Bestimmung der MMR Proteine

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten mit immunhistochemischer Bestimmung der MMR Proteine</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Patienten mit Erstdiagnose KRK < 50 Jahre (Gesamtprimärfälle) zum Zeitpunkt der ED < 50 Jahre</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: > 90 %</p>
--	---

Hinweise:

Mismatch-Reparatur-Proteine, früher MSI-Bestimmung (Mikrosatelliteninstabilität).

Bestimmung am OP-Präparat oder an der endoskopisch gewonnenen PE (bei ypT0 nach neoadjuvanter Therapie muss das Material der endoskopischen PE untersucht werden).

Kennzahl 10: Komplikationsrate therapeutischer Koloskopien

<u>Zähler (z):</u> Patienten aus n mit Komplikationen	Ergebnis: X % (z/n)
<u>Nenner (n):</u> Alle therapeutischen Koloskopien	
	Ziel: < 1 %
	Plausibilität unklar <0,01 %

Hinweise:

Komplikationsrate therapeutischer Koloskopien je koloskopierender Einheit (nicht nur Patienten aus dem Darmkrebszentrum)

Therapeutische Koloskopien mit Komplikationen (Blutung, die eine Reintervention (Re-Koloskopie, Operation) oder eine Transfusion erforderlich macht u./o. Perforation)

Eine therapeutische Koloskopie beinhaltet die Entnahme von Polypen. Eine therapeutische Koloskopie kann, muss aber nicht, eine Teilmenge der vollständigen Koloskopien sein, sofern der Dickdarm vollständig untersucht wird.

Nicht als Komplikation zu werten ist eine Blutung, die bei einer Polypabtragung auftritt und in derselben Sitzung gestillt werden kann.

Erfassung schwierig -Daten außerhalb des Kollektivs der Primärpatienten.

Alle therapeutischen Koloskopien sind zu zählen, nicht nur Untersuchungen bei Darmkrebszentrums-Patienten.

Die therapeutische Koloskopie muss nicht komplett sein, auch partielle Koloskopien sind zu berücksichtigen.

Eindeutige Komplikationen sind Perforation, Blutung mit Re-Koloskopie oder Transfusionspflichtigkeit sowie OP.

Kennzahl 11: Vollständige elektive Koloskopie

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Alle tatsächlich kompletten Koloskopien aus dem Kollektiv n.</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Alle geplanten kompletten und elektiven Koloskopien</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: > 95 %</p> <p>Plausibilität unklar 100 %</p>
--	---

Hinweise:

Vollständige elektive Koloskopien bei elektiven Koloskopien je koloskopierender Einheit des Darmkrebszentrums (nicht nur Patienten DKZ)
(Gezählt werden: **Intention: Koloskopie vollständig**)

Anmerkung:

Unter einer vollständigen Koloskopie wird die vollständige Untersuchung des Darms mit oder ohne Polypenabtragung bezeichnet. Eine Koloskopie wird dann als „elektiv“ bezeichnet, wenn der Termin zur Koloskopie mit einem zeitlichen Vorlauf geplant werden kann; z.B. der Zeitraum zwischen Aufklärung und Untersuchung > 24 h beträgt.

Erfassung schwierig - Daten außerhalb des Kollektivs der Primärpatienten. Zudem sind diverse Koloskopien nur partiell geplant und lassen sich evtl. schwer aus dem Kollektiv heraus dividieren.

Viele EDV-Systeme sind auf die korrekte Erfassung und evtl. Angabe der mitarbeiterbezogenen Daten nicht ausgerichtet. Daher werden die Zahlen gelegentlich nur geschätzt?

Eine genaue Ermittlung der entsprechenden Zahlen ist aber gefordert.

Kennzahl 12: Angabe Abstand mesorektale Faszie bei Rektumkarzinomen im unteren und mittleren Drittel

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten mit Angabe des Abstandes zur mesorektalen Faszie im Befundbericht</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Patienten mit Rektumkarzinom im unteren und mittleren Drittel (0-12 cm ab ano) mit einem Dünnschicht-CT oder MRT des Beckens</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: derzeit keine Vorgabe</p> <p>Plausibilität unklar <90 %, 100%</p>
--	--

Hinweise:

Nur elektive Fälle, keine Notfälle.

Keine endoskopischen Primärfälle.

Erfassung und Dokumentation numerisch (Zahl >= Null)

Qualitätsindikator der Leitlinie, wenn diese Untersuchung gemacht wird, **DANN** soll eine Angabe zum Abstand erfolgen, Angabe muss in mm angegeben werden.

Kennzahl 13: Operative Primärfälle Kolon

Operative Primärfälle Kolon	Ergebnis: n = X % Ziel: n \geq 30
------------------------------------	--

Hinweise:

Alle Primärfälle **Kolon** operativ, Tumor muss reseziert sein, dann zählen auch palliative oder notfallmäßige OP`s.

Palliative Operationen bei belassenem Primärtumor zählen hier nicht (nur Anlage Stoma oder innere Umgehung).

Es muss histologisch ein Adenokarzinom vorliegen.

Reine NEC, Lymphome etc. zählen nicht (Mischtypen mit Anteilen Adenokarzinom dagegen schon).

Koloskopische Fälle sind auszuschließen.

Bei 27-29 operativen Primärfällen Kolon kann der Auditor in Zukunft bei ansonsten unauffälligem Auditergebnis (was auch immer das heißt) eine Empfehlung zur Aufrechterhaltung des Zertifikats erteilen (Einzelfallprüfung)

Kennzahl 14: Operative Primärfälle Rektum

Operative Primärfälle Rektum (inclusive TVE)	Ergebnis: n = X % Ziel: n \geq 20
---	--

Hinweise:

Alle Primärfälle **Rektum** operativ, Tumor muss reseziert sein, dann zählen auch palliative oder notfallmäßige OP`s.

Palliative Operationen bei belassenem Primärtumor zählen hier nicht (nur Anlage Stoma oder innere Umgehung).

Es muss histologisch ein Adenokarzinom vorliegen.

Reine NEC, Lymphome etc. zählen nicht (Mischtypen mit Anteilen Adenokarzinom dagegen schon).

Koloskopische Fälle zählen hier nicht, sie werden als endoskopische Primärfälle gewertet.

Die operativ transanal resezierten Karzinome zählen jetzt neu dazu.

Beim Rektumkarzinom sehen viele Probleme in der Erfüllung der Anzahl von 20 Patienten, es wird hier darauf hingewiesen, dass auch retrospektiv die Anzahl im Mittel der letzten 3 Jahre betrachtet werden kann.

Bei 18-19 operativen Primärfällen Rektum kann der Auditor in Zukunft bei ansonsten unauffälligem Auditergebnis (was auch immer das heißt) eine Empfehlung zur Aufrechterhaltung des Zertifikats erteilen (Einzelfallprüfung)

Kennzahl 15: Revisions-OP's Kolon

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Alle Revisions-OP's aus n infolge perioperativer Komplikationen innerhalb 30 d nach elektiver OP</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Alle elektiv operierten Kolonkarzinome</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: \leq 15%</p> <p>Plausibilität unklar < 0,01 %, >15%</p>
---	--

Hinweise:

Keine Notfall-OP's

Revision innerhalb 30 Tage nach elektiver OP

Alle Revisionen unter OP-Bedingungen, von der Relaparotomie bis lediglich Wundspreizung/VAC-Verband etc.

Zählweise pro Patient, Anzahl der OP's hier nicht relevant (z.B. mehrere Revisionen bei VAC Therapie zählen 1 x).

Kennzahl 16: Revisions-OP's Rektum

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Alle Revisions-OP's aus n infolge perioperativer Komplikationen</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Alle elektiv operierten Rektumkarzinome (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: \leq 15 %</p> <p>Plausibilität unklar < 0,01 %, >15%</p>
--	---

Hinweise:

Keine Notfall-OP's

Revision innerhalb 30 Tage nach elektiver OP

Alle Revisionen unter OP-Bedingungen, von der Relaparotomie bis lediglich Wundspreizung/VAC-Verband etc.

Zählweise pro Patient, Anzahl der OP's hier nicht relevant (z.B. mehrere Revisionen bei VAC Therapie zählen 1 x).

Kennzahl 17: Postoperative Wundinfekte

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Alle Fälle aus n mit Wundinfekt und Notwendigkeit der chirurgischen Wundrevision (Spülung, Spreizung, VAC Verband)</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Primärfälle operativ, elektiv operiert (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: derzeit keine Vorgabe</p> <p>Plausibilität unklar < 0,01 %, >15%</p>
--	--

Hinweise:

Keine Notfall-OP's

Auftreten innerhalb 30 Tagen nach der elektiven OP.

Bettseitige Interventionen sind zu zählen.

Konservative Maßnahmen sind hier nicht zu zählen (Kühlung, Antibiose).

Kennzahl 18: Anastomoseninsuffizienz Kolon

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Re-Interventionsbedürftige Anastomoseninsuffizienzen Kolon nach elektiven Eingriffen</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Patienten mit Kolonkarzinom, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: < 6 %</p> <p>Plausibilität unklar < 0,01 %</p>
--	--

Hinweise:

Keine Notfall-OP's

Revision innerhalb 30 Tagen nach elektiver OP am Kolon.

Alle Kolon-Anastomoseninsuffizienzen zählen, welche „reinterventionsbedürftig“ sind.

Konservative Maßnahmen sind hier nicht zu zählen (Nahrungskarenz, Antibiose).

CT-gesteuerte Abszesspunktion ist für Kennzahl 18 aktuell nicht spezifiziert (im Gegensatz zu Kennzahl 19).

Kennzahl 19: Anastomoseninsuffizienz Rektum

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten mit Anastomoseninsuffizienz Grad B (mit Antibiotikagabe oder interventioneller Drainage oder transanaler Lavage/Drainage) <u>oder</u> Patienten mit Anastomoseninsuffizienz Grad C (Re-Laparotomie)</p> <p>nach elektiven Eingriffen</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Patienten mit Rektumkarzinom, bei denen in einer elektiven Tumorresektion eine Anastomose angelegt wurde (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: < 15 %</p> <p>Plausibilität unklar < 0,01 %</p>
--	---

Hinweise:

Keine Notfälle.

Revision innerhalb 30 Tagen nach elektiver OP.

Achtung:

Es gibt eine genaue Definition der Anastomoseninsuffizienzen beim Rektum-CA
Grad A-C, nicht jedoch für das Kolon-CA!

Antibiotikagabe ist hier zu zählen.

Kennzahl 20: Mortalität postoperativ

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Postoperativ verstorbene Patienten nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30 Tagen postoperativ</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Elektiv operierte Primärfallpatienten (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: < 5 %</p> <p>Plausibilität unklar < 0,01 %</p>
---	--

Kennzahl 21: Lokale R0 Resektionen Kolon

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Lokale R0 Resektionen Kolon nach Abschluss der operativen Therapie (also nach allen OP´s)</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Primärfallpatient Kolon, elektiv operiert</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: > 90 %</p>
---	---

Hinweis:

Ist der Tumor bei palliativer Gesamtsituation reseziert – lokal R0 (z.B. Tumorstenose bei Peritonealkarzinose oder diffuser Lebermetastasierung), wird der Patient hier gezählt.

Kennzahl 22: Lokale R0 Resektionen Rektum

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Lokale R0 Resektionen Rektum nach Abschluss der operativen Therapie (also nach allen OP´s)</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Primärfallpatient Rektum, elektiv operiert (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: > 90 %</p>
--	---

Hinweis:

Ist der Tumor bei palliativer Gesamtsituation reseziert – lokal R0 (z.B. Tumorstenose bei Peritonealkarzinose oder diffuser Lebermetastasierung), wird der Patient hier gezählt.

Kennzahl 23: Anzeichnen Stomaposition

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten mit präoperativer Anzeichnung der Stomaposition</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Patienten mit Rektumkarzinom, bei denen eine elektive OP mit Stomaanlage durchgeführt wurde (kann auch separate OP, also vor/ nach Tumorresektion sein) ohne TVE</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: derzeit keine Vorgabe</p> <p>Plausibilität unklar < 40 %, 100%</p>
--	---

Hinweis:

Keine Notfälle.

Nur vorhersehbare Stomaanlagen sind zu berücksichtigen.

Kennzahl 24: primäre Lebermetastasenresektion

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Alle Primärfälle mit KRK UICC IV, deren Lebermetastasen reseziert wurden (ohne vorherige Chemotherapie)</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Alle Primärfälle mit ausschließlich Lebermetastasen bei KRK UICC IV (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: > 15 %</p>
--	---

Hinweise:

Unter z zählen nur **kurativ intendierte Leberresektionen**. PE´s ohne R0-Status zählen nicht. Zeitpunkt der Resektion ist variabel (möglich ist vor („Liver-first“)/ simultan oder nach der Primariusresektion).

WICHTIG:

-> **ohne spezielle Chemotherapie** für die Lebermetastasen, sonst handelt es sich um eine sekundäre Resektion (Ausnahme: neoadjuvante Radio-Chemotherapie bei Rektumkarzinom).

-> es dürfen **keine extrahepatischen Metastasen** vorliegen (auch nicht resektable Lungenmetastasen)->sonst zählen Pat. nicht dazu!

Kurative RFA-> zählt nicht dazu.

Müssen synchrone Metastasen vorliegen?

Kennzahl 25:sekundäre Lebermetastasenresektion

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Primärfälle mit KRK UICC IV mit primär nicht resektablen, ausschließlich Lebermetastasen, die erst nach einer Chemotherapie eine Lebermetastasenresektion erhalten haben. Kurative Intention.</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Alle Primärfälle mit KRK UICC IV mit ausschließlich Lebermetastasen, primär nicht resektabel, die eine Chemotherapie erhalten haben (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: > 10 %</p>
--	---

Hinweise:

Unter z zählen nur kurativ intendierte Leberresektionen nach einer Chemotherapie. Zeitpunkt der Resektion variabel (möglich ist vor („Liver-first“)/ simultan oder nach der Primariusresektion).

Patienten, die primär resektabel eingestuft werden und erst nach einer CTX reseziert werden, werden hier jedoch nicht erfasst!

Patienten mit diffuser Lebermetastasierung zählen hier dazu.

Erfassung wäre sinnvoller, wenn eine Einteilung erfolgen würde (diffuse Metastasierung- nie resektabel, potentiell resektabel- sekundär resektabel, prim. resektabel)

Einige Zentren nehmen die diffuse Lebermetastasierung hier komplett heraus.

Dass eine erhebliche Differenz der Interpretationen vorliegen kann, wird hier klar erkennbar. Das Problem wurde anhand des Benchmarkberichts deutlich! (Spanne 0% bis 100% und dies nicht als Ausreißer).

Müssen synchrone Metastasen vorliegen?

RFA´s zählen hier nicht.

Rechenbeispiel zur Lebermetastasenresektion

(vgl. Kennzahlen 24 und 25)

Die beiden Kennzahlen zur Lebermetastasenresektion werden teils sehr unterschiedlich interpretiert. Dies wird immer wieder in den Benchmark-Berichten deutlich, mit Spannbreiten zwischen 0% und 100 %.

In diesem Beispiel hat ein Zentrum im Jahreszeitraum genau 10 Patienten mit ausschließlich Lebermetastasierung.

2 Patienten werden ohne Chemotherapie primär kurativ reseziert. Kennzahl 24 ist $2/10=20\%$. (Primäre Lebermetastasenresektion, Patient zählt im Jahr der Erst-OP, z.B. Patient 12/2014 am Kolon reseziert, Leber 1/2015 reseziert: alle Kennzahlen zählen für 2014).

Die übrigen 8 Patienten werden chemotherapiert. Nach einigen Zyklen werden nun 2 weitere Patienten kurativ reseziert. Kennzahl 25 ist $2/8=25\%$. (Sekundäre Lebermetastasenresektion. Auch hier zählt das Jahr der Erst-OP. s.o.).

Somit muss auch der Nenner von Kennzahl 24 immer größer als der von Nr. 25 sein.

Kennzahl 26: Adjuvante Chemotherapie Kolon UICC III

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC III, die eine adjuvante CTx erhalten haben.</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Patienten mit einem Kolonkarzinoms UICC III, bei denen eine R0 Resektion des Primärtumors erfolgt ist.</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: > 70 %</p> <p>Plausibilität unklar: 100 %</p>
---	--

Hinweis:

Hier zählen nicht nur elektive Patienten, sondern auch Notfalloperationen.

Substanz der Chemotherapie ist unerheblich.

Patienten, die eine Chemotherapie ablehnen oder aufgrund z. B. von Komorbiditäten oder Alter keine adjuvante Chemotherapie erhalten, werden im Nenner gezählt und führen zu einer „scheinbaren“ Abweichung. Im Kennzahlenbogen muss dann die Begründung im Einzelfall erläutert werden.

- ➔ Wünschenswert wäre, wenn diese Pat. bei vorliegender Indikation oder Ablehnung nicht im Nenner gewertet werden.

Kennzahl 27: Neoadjuvante Radio- oder RCTx Rektum bis < 12 cm bei UICC Stadium II und III

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten, die eine neoadjuvante Radiatio- und RCTx erhalten haben</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Patienten mit Rektumkarzinom des mittleren und distalen Drittels (bis 12 cm ab ano) und den TNM Kategorien cT3,4/cM0 und/ oder cN1/cM0, die operiert wurden Klinisches Stadium II und III (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: > 80 %</p> <p>Plausibilität unklar: 100 %</p>
---	--

Hinweise:

Keine Notfälle

Nur Stagingstadien zählen (cTNM)
R oder RCTx. Kurz- und Langzeitbestrahlung.

Kennzahl 28: Qualität TME Präparat

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>TME Qualität Mercury Grad 1 oder 2</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Alle operativen Primärfälle Rektum (unteres und mittleres Drittel), bei denen eine TME durchgeführt wurde (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: > 80 %</p> <p>Plausibilität unklar: 100 %</p>
---	--

Hinweise:

Keine Notfälle

Beurteilung des Pathologen ist entscheidend.

Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten

Grad 2: Einrisse des Mesorektums -intramesorektal- (nicht bis Muskulatur)

Frage:

Höhenlokalisierung des Rektumkarzinoms relevant? -> **Ja (mittleres und unteres Drittel)**

Kennzahl 29: Angabe des Resektionsrandabstand

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Fälle aus n mit im Patho-Befund genannten Tumorrandabständen nach aboral und zur zirkumferentiell mesorektalen Resektionsebene in mm.</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Alle operierten elektiven Primärfälle Rektum, bei welchen eine PME/TME durchgeführt wurde (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: derzeit keine Vorgabe</p> <p>Plausibilität unklar < 15 %, 100%</p>
--	---

Hinweise:

Keine Notfälle

Kennzahl 30: LK Untersuchung > 12

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten mit mindestens 12 histopathologisch untersuchten/ aufgearbeiteten Lymphknoten.</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Elektiv operierte Primärfälle (Kolon und Rektum), welche eine Lymphadenektomie erhalten haben (ohne TVE)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Ziel: > 95 %</p> <p>Plausibilität unklar: 100 %</p>
---	--

Hinweise:

Keine Notfälle

Ggf. weitere Aufarbeitung oder Acetonclearing.

Kennzahl 31: Beginn der adjuvanten systemischen Therapie

<p><u>Zähler (z):</u></p> <p>Patienten mit Beginn der Chemotherapie innerhalb von 8 Wochen nach OP</p> <p><u>Nenner (n):</u></p> <p>Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stadium III, die eine adjuvante Chemotherapie erhalten haben (= Zähler Kennzahl 26)</p>	<p>Ergebnis: X % (z/n)</p> <p>Derzeit keine Vorgabe</p> <p>Plausibilität unklar: <70%, >95%</p>
--	---

Hinweise:

Die Dokumentation des Beginns der adjuvanten Chemotherapie ist erforderlich.

Ziel:

Möglichst häufig Beginn der adjuvanten systemischen Therapie innerhalb der vorgegebenen Zeit.

Kennzahl 32: Strahlentherapiedosis pro Zeit

Zähler (z):

Kennzahl wird aktuell organübergreifend definiert ...

Nenner (n):

Hinweise:

Ziel:

Möglichst häufige komplette Durchführung der Strahlentherapie in der geplanten Dosis und Zeit.

Kennzahl wird aktuell organübergreifend definiert. Ein Ergebnis wird im 3. Quartal 2016 erwartet. Im Auditjahr 2017 ist die Angabe optional.

Ist laut Frau Wesselmann noch nicht sicher ob diese Kennzahl kommt.