

Qualitätsbericht

Kolorektales Karzinom

2023/2024

18.11.2025

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Methodisches Vorgehen	3
3	Ergebnisse	4
3.1	Fallauswahl und -zuordnung	4
3.2	Klassifikation der Tumoren.....	6
3.3	Therapien.....	9
3.4	Versorgungsindikatoren	11
3.4.1	Versorgungsindikator 1 – R0-Resektion	11
3.4.2	Versorgungsindikator 2 – Lymphknotenuntersuchung	12
3.5	Qualitätsindikatoren.....	13
3.5.1	Qualitätsindikator 6 – Qualität des TME-Rektumpräparates	13
3.5.2	Qualitätsindikator 7 – prätherapeutische Tumorkonferenz	13
3.5.3	Weitere Qualitätsindikatoren	14
4	Zusammenfassende Bewertung.....	16

1 Einleitung

Gemäß dem Auftrag des Landeskrebsregistergesetzes für Schleswig-Holstein hat die Registerstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein (KR.SH) regelmäßig Auswertungen zur regionalen und einrichtungsbezogenen Versorgungsqualität von Krebserkrankungen zur Verfügung zu stellen. Sie tut dies in Form von Auswertungen für organbezogene Qualitätskonferenzen oder der Landesqualitätskonferenz.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Versorgungsqualität von kolorektalen Krebserkrankungen (ICD-10 C18 - C20) und beschreibt die Versorgung anhand von Versorgungsparametern und Qualitätsindikatoren ausgehend von den beteiligten Leistungserbringern (LE). Dabei sind die Leistungserbringer im folgenden Bericht pseudonymisiert dargestellt. Grundlage sind die Auswertungen zur Qualitätskonferenz „Darm“, die am 06.10.2025 stattgefunden hat. Den im Benchmark aufgeführten Leistungserbringern sind ihre Pseudonyme aus der Qualitätskonferenz bzw. dem im Vorfeld verschickten zugehörigen Handout bekannt.

2 Methodisches Vorgehen

Ausgewertet werden die dem Krebsregister Schleswig-Holstein vorliegenden Daten¹ zum kolorektalen Karzinom (ICD-10 C18 - C20) ab dem Diagnosejahr 2017. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf den Fällen aus den Jahren 2023 und 2024, für die von einer weitgehend vollständigen Dokumentation der Primärtherapie ausgegangen wurde. Datenstand ist der 22.09.2025.

Als Primärversorger beim kolorektalen Karzinom wurden die zertifizierten Darmkrebszentren (unabhängig von der Fallzahl) sowie Versorgungseinrichtungen mit mindestens 80 dem Krebsregister über Meldungen zu Diagnose, Tumorkonferenz oder Therapie berichteten Fällen mit Datum der Diagnose in den Jahren 2023/24 definiert.

Die Qualitätsindikatoren (QI) basieren auf den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom in der Version 2.1 aus dem Jahre 2019. Die Berechnung von Nenner und Zähler der Qualitätsindikatoren anhand der den Krebsregistern vorliegenden Daten wurde von der AG QI der Plattform § 65c in Absprache mit dem Deutschen Krebsregister e.V. (DKR) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) definiert². Da sich nicht alle QI mit den Variablen des onkologischen Basisdatensatzes (oBDS) bilden lassen, ist hier nur eine Auswahl abgebildet. Darüber hinaus stellt dieser Bericht auch „einfachere“ Versorgungsindikatoren (VI) dar, die eine größere Grundgesamtheit ermöglichen und einem LE eindeutig zuordenbar sind.

Seit 2023 wird in Schleswig-Holstein für die Durchführung der Qualitätskonferenzen das Auswertungstool QlikView genutzt. Es ist eine Form der interaktiven Analyse und Präsentation, die es ermöglicht, Fragen und Kommentare direkt in der Veranstaltung beantworten und erläutern zu können. Die im vorliegenden Bericht integrierten Abbildungen – meist in Form von Balkendiagrammen über die Auswertungsjahre und als Benchmarking unter den Primärversorgern – sind diesem Tool entnommen und stellen nur einen Ausschnitt der möglichen Qualitätsbetrachtungen dar.

¹ Es können nur Fälle ausgewertet werden, die dokumentiert und dem Krebsregister übermittelt wurden.

² <https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/LLQI/pages/100598894/Kolorektales+Karzinom>

3 Ergebnisse

3.1 Fallauswahl und -zuordnung

Zum Stichtag 22.09.2025 befanden sich in der Datenbank der Registerstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein (KR.SH) 4.937 Darmkrebsfälle (Tumoren) mit Diagnosejahr 2023 oder 2024 (Abbildung 1). Für die Analyse wurden zunächst einige Fälle ausgeschlossen (Tumoren im Bearbeitungsverfahren, Sekundärtumoren, U18) und Untergruppen gebildet:

- „DMTUKTM fehlen“: zu 536 Tumoren gibt es keine Meldungen zu Diagnose, Tumorkonferenz oder Therapie. Meist handelt es sich um Fälle, die dem KR.SH nur durch Todesbescheinigung, solitäre Meldungen aus der Pathologie oder Verlaufsmeldungen bekannt sind.
- „DMTUKTM extern“: zu 537 Tumoren liegen dem KR.SH Meldungen zu Diagnose, Tumorkonferenz oder Therapie nur aus anderen Bundesländern vor, d.h. meist: Patientinnen und Patienten aus Schleswig-Holstein wurden in einem anderen Bundesland behandelt.
- „LE001 – LE019“: zu 3.303 Tumoren liegt dem KR.SH mindestens eine Meldung zu Diagnose, Tumorkonferenz oder Therapie aus einer Praxis oder aus einem Klinikum vor, die/das für die Diagnosejahre 2023/2024 zu mindestens 80 Fällen entsprechende Meldungen abgegeben hat.

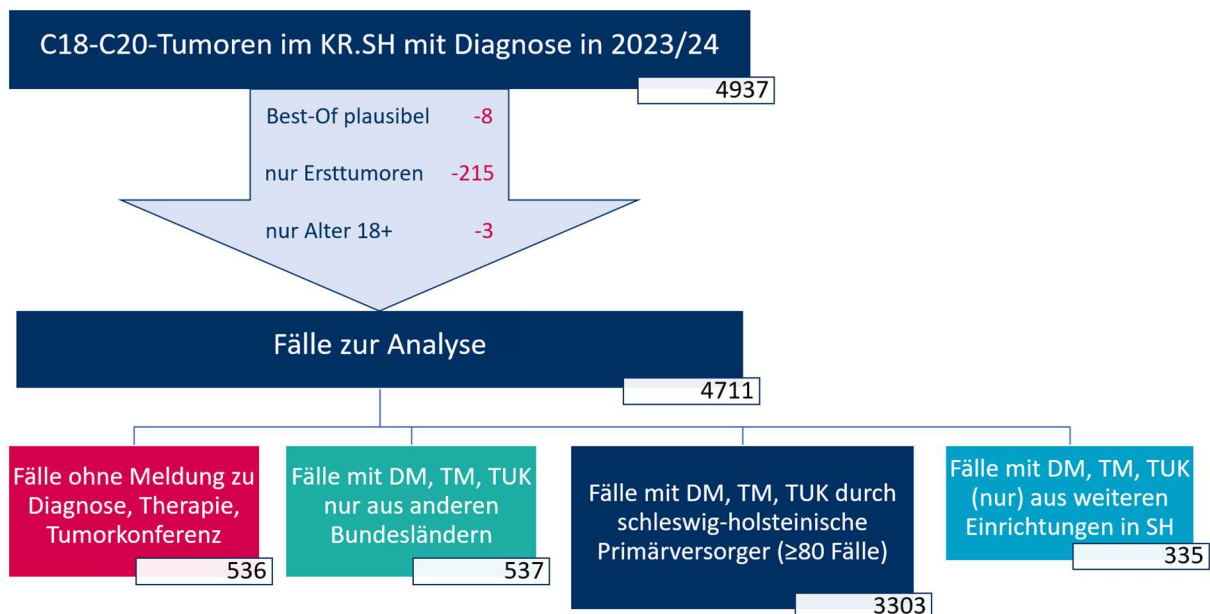


Abbildung 1: Fallauswahl und -zuordnung

- „SH sonst“: in 335 Fällen erfolgte die Behandlung nach Lage der Dokumentation – zumindest teilweise – in Schleswig-Holstein jedoch durch einen „kleineren“ Leistungserbringer, der die o.g. 80+-Fälle-Marke nicht erreicht.

Während die Fälle in den vier Gruppen distinkt sind, können Fälle, die durch mehrere Leistungserbringer aus LE001 bis LE019 behandelt wurden, im Leistungserbringer-Benchmarking mehrfach – nämlich jeweils in den Zahlen jedes der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer – gezählt werden. In der Gesamtschau (z.B. Darstellung nach Diagnosejahr) zählen sie dann jedoch nur einmal.

Abbildung 2 zeigt die Anzahl der Fälle nach Leistungserbringern für die Diagnosejahre 2023 und 2024 für die neunzehn Primärversorger.

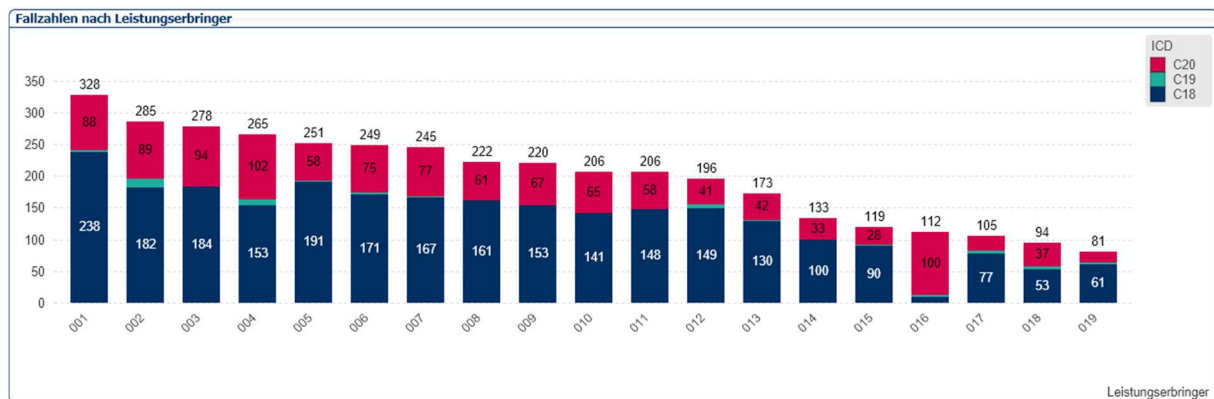


Abbildung 2: Fallzahl der Primärversorger für die Diagnosejahre 2023 und 2024

Die prozentuale Verteilung der Fälle in die vier Gruppen „Primärversorger“ (LE001-LE019), „SH sonst“, „DM/TUK/TM extern“ und „DM/TUK/TM fehlen“ veränderte sich über die letzten Jahre nur leicht (Abbildung 3).



Abbildung 3: Versorgergruppen im Verlauf

Abbildung 4 zeigt die Altersverteilung der 4.711 Patientinnen und Patienten mit Diagnose in 2023/24.

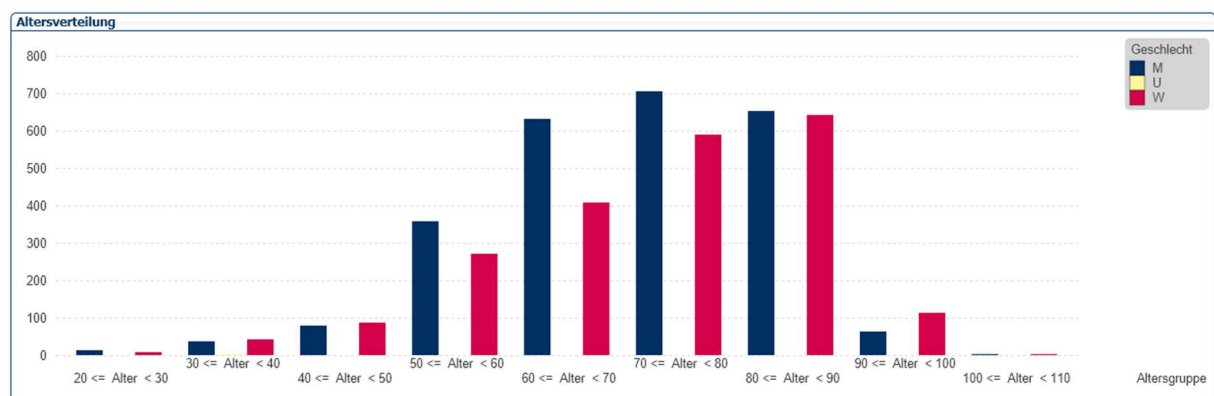


Abbildung 4: Altersverteilung

Im Verlauf zeigt sich keine große Veränderung in der Altersverteilung der inzidenten Fälle:

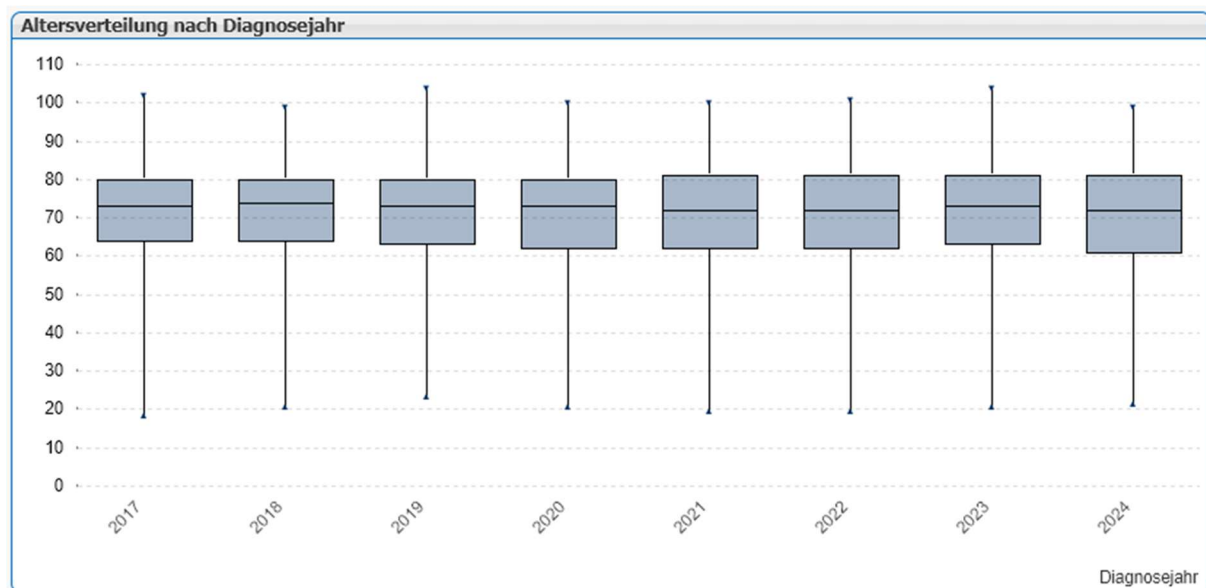


Abbildung 5: Altersverteilung im Verlauf

3.2 Klassifikation der Tumoren

Eine spezifische cT-Klassifikation und ein klinischer Nodalstatus liegen in ca. 60 % der 3.303 von Primärversorgern diagnostizierten Fällen vor (Abbildung 6). Dabei schwankt die Vollständigkeit der Angaben erheblich zwischen ca. 18 % (LE006) und über 95 % (LE018).

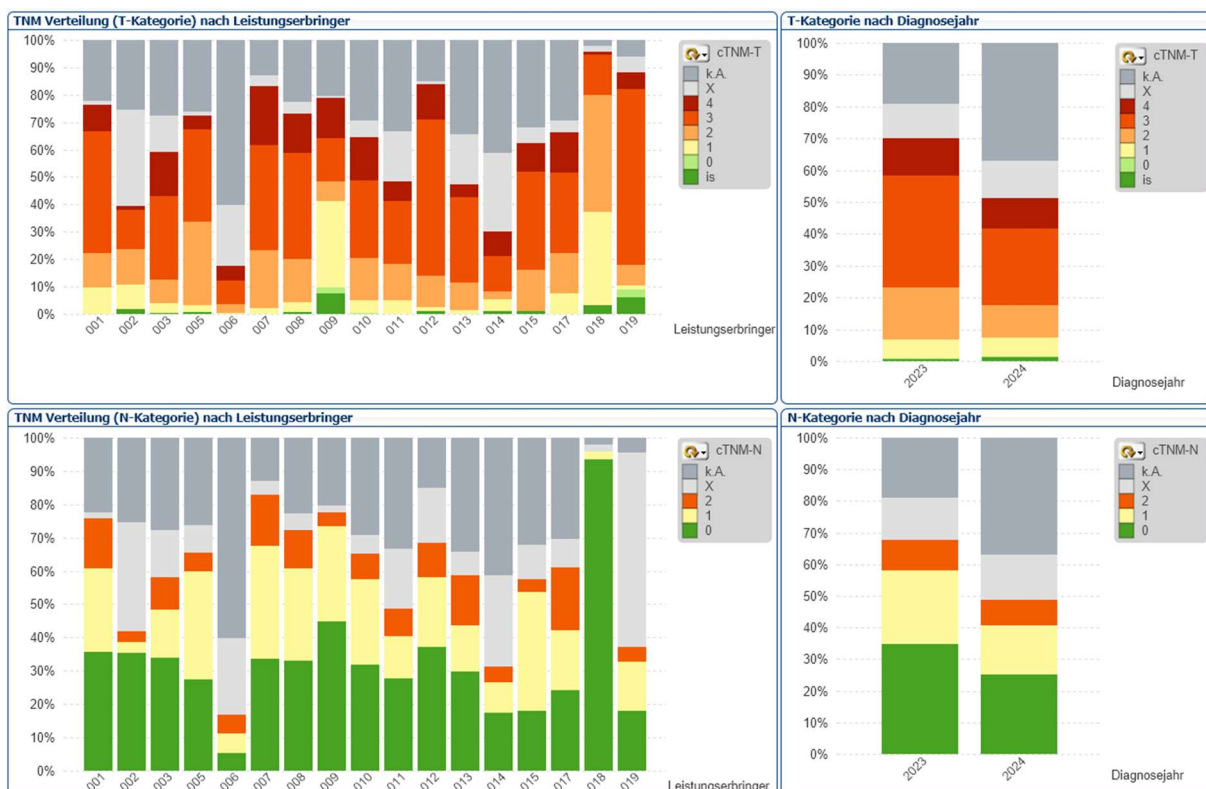


Abbildung 6: cTNM – Fälle mit Diagnosemeldung durch genannten Leistungserbringer

Das pTNM ist mit ca. 80 % insgesamt mit höherer Vollständigkeit und mit geringerer Schwankung (zwischen 70 % und 93 %) dokumentiert und an das Krebsregister übermittelt (keine Abbildung). Betrachtet man das pTNM nur für Fälle mit einer gemeldeten OP, dann liegt die Rate mit spezifischem pTNM bei über 95 % (Abbildung 7).

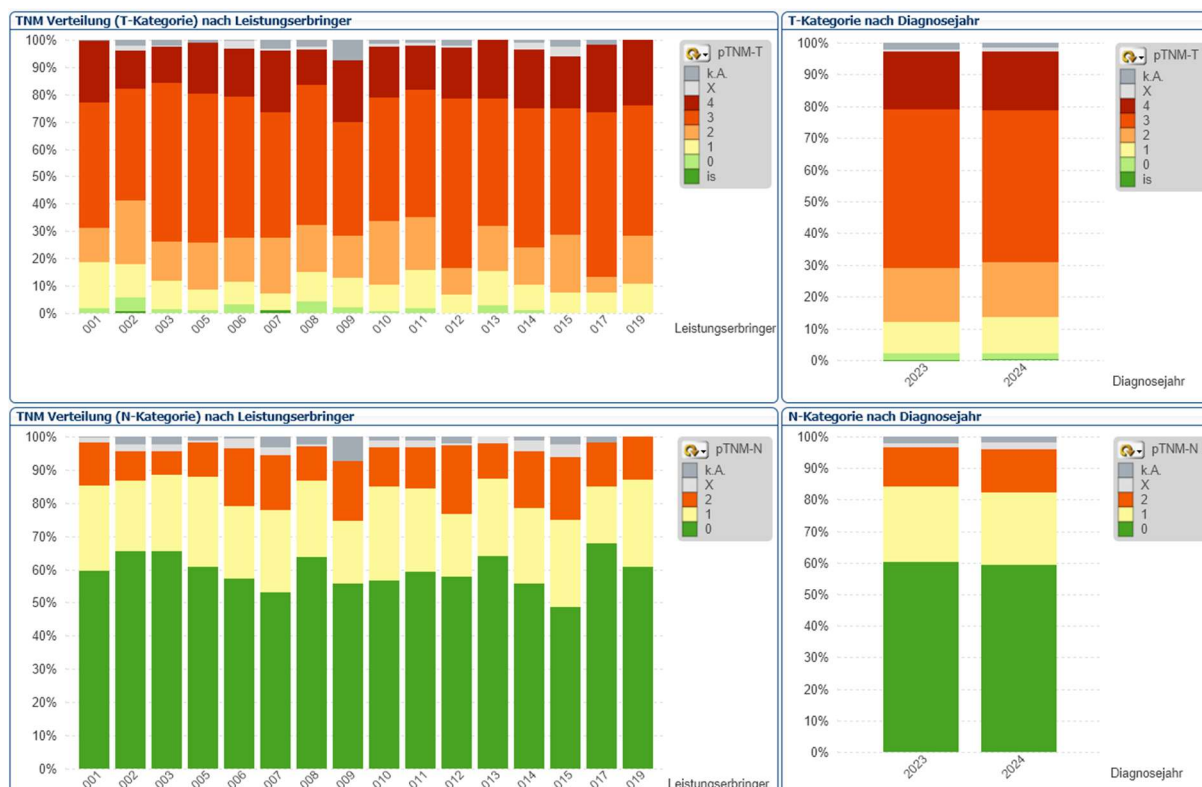


Abbildung 7: pTNM – Fälle mit OP-Meldung durch genannten Leistungserbringer

Bei den Angaben zum UICC-Staging (hier gebildet aus p- und ggf. cTNM) sind die Unterschiede bzgl. der Vollständigkeit weniger gravierend. Über alle schleswig-holsteinischen Leistungserbringer betrachtet, fehlen bei etwa 7 % die Angaben. Insgesamt unterscheiden sich die Patientenkollektive bzgl. des UICC-Stagings zwischen den einzelnen Leistungserbringern (Abbildung 8, hier nur bei Diagnose oder OP durch den genannten Leistungserbringer).

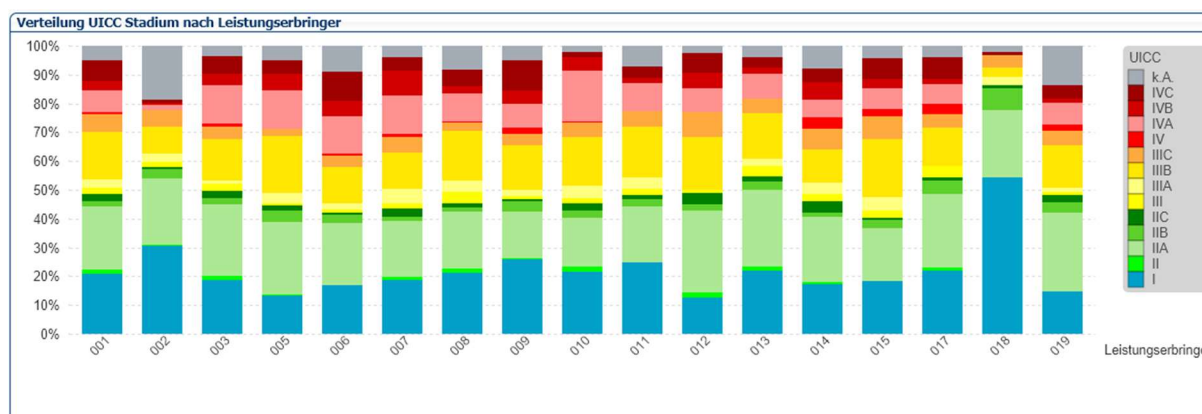


Abbildung 8: UICC – Fälle mit Diagnose- oder OP-Meldung durch genannten Leistungserbringer

Der allgemeine Leistungszustand (nach ECOG bzw. Karnowsky) wird von den Primärversorgern (ausgehend davon, dass diese auch eine Meldung zur Diagnose übermitteln) insgesamt recht vollständig übermittelt (Abbildung 9). Der Verlauf über die Jahre zeigt eine deutliche Verbesserung der Datenqualität (Abbildung 10). Der ECOG wird für die Bildung von einigen Qualitätsindikatoren nach S3-LL benötigt (z.B. QI 4).

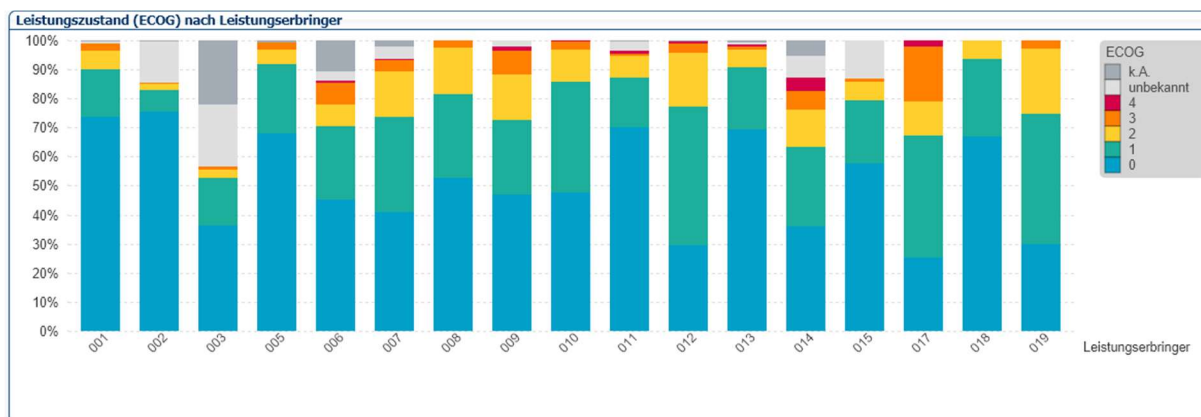


Abbildung 9: ECOG – Fälle mit Diagnosemeldung durch genannten Leistungserbringer

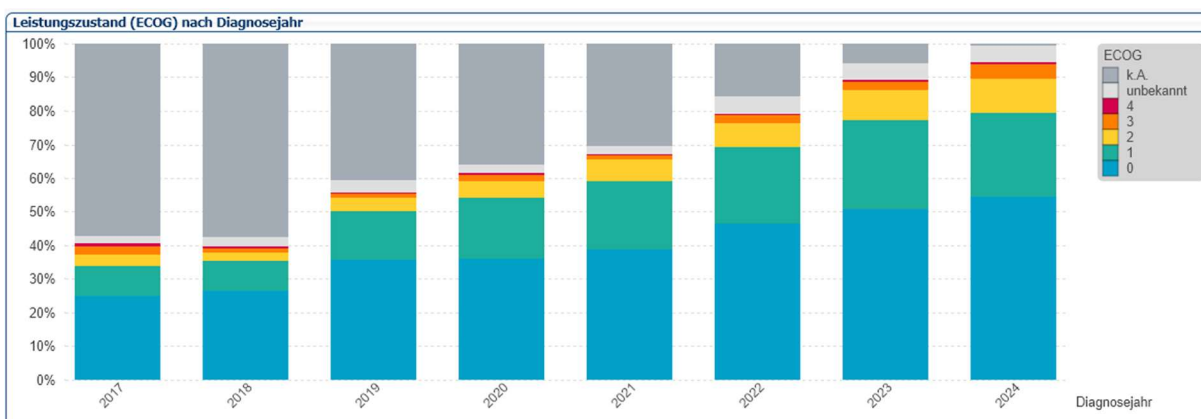


Abbildung 10: ECOG im Verlauf

3.3 Therapien

Die Angaben zu Therapien und Tumorklassifikationen werden unter anderem benötigt, um die in den Leitlinien für Onkologie stehenden Qualitätsindikatoren (QI) für die Leistungserbringer zu berechnen. Fehlen die benötigten Angaben, kann der Tumorfall in der Berechnung entweder nicht berücksichtigt werden und fehlt in der Darstellung, oder der Indikator erscheint mitunter aufgrund der fehlenden Meldungen schlechter als die Qualität in der Realität ist.

Abbildung 11 zeigt die gemeldeten Therapien differenziert nach Kolon- (n = 2.338) und Rektumtumoren (n = 965) für die von schleswig-holsteinischen Primärversorgern behandelten Fälle. Für Kolonkarzinome zeigt sich ein höherer Anteil operativer Therapien und nur wenige Bestrahlungen. Häufiger wurden Rektumkarzinome bestrahlt und systemisch behandelt.

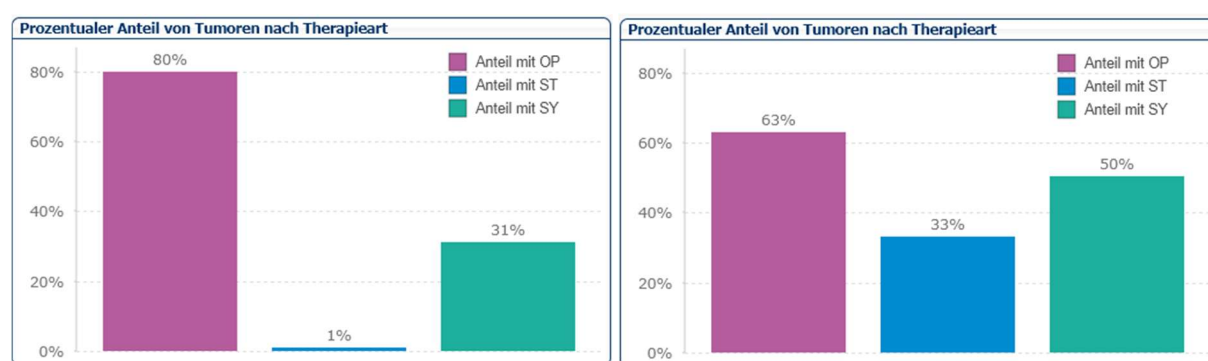


Abbildung 11: Therapien von Karzinomen an Kolon (C18) und Rektum (C19, C20)

In Abbildung 12 sind die verschiedenen Kombinationen von Therapien aufgeführt. Für knapp 12 % (278 von 2.338) der Kolonkarzinome und knapp 14 % (134 von 965) der rektalen Karzinome der Diagnosejahre 2023/24 wurde keine Therapie gemeldet.

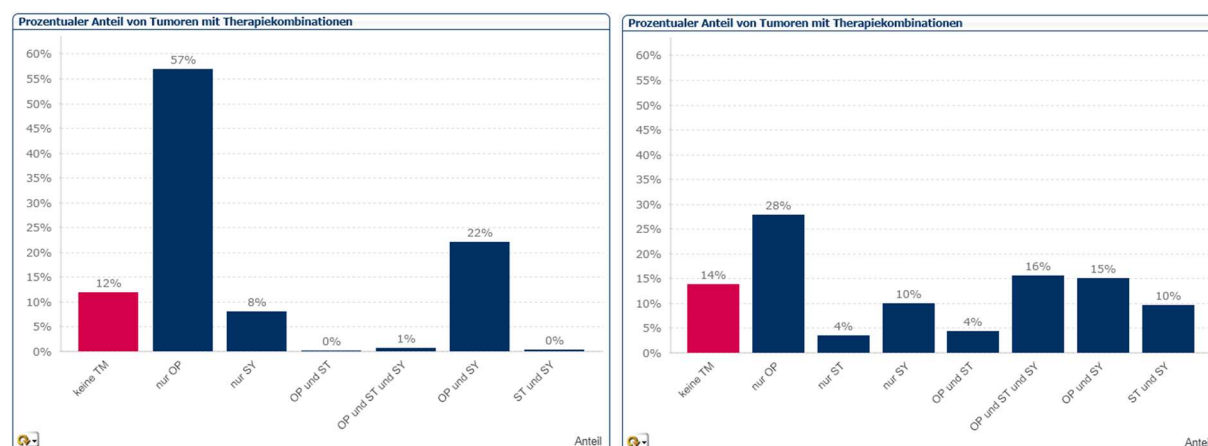


Abbildung 12: Therapiekombinationen Kolon (C18) und Rektum (C19, C20)

Abbildung 13 zeigt die für C20 im UICC-Stadium III (n = 251) gemeldeten Strahlentherapien differenziert nach Leistungserbringern. Zur Erinnerung: Für die Auswertung im Leistungserbringer-Benchmarking wurde ein Fall jeder durch Diagnose-, Tumorkonferenz- oder Therapiemeldung beteiligten Einrichtung zugeordnet.

Die in Abbildung 13 erkennbaren Defizite zu den Strahlentherapien bei Rektum-Tumoren im Stadium UICC III weisen also zunächst nicht auf ein Meldedefizit bei den behandelnden Primärversorgern LE001, LE008 und LE015 hin (LE016: Strahlentherapeutische Praxis, LE018: Diagnostizierende Praxis mit nur wenigen C20-UICC-III-Fällen), sondern auf fehlende Meldungen seitens der Kooperationspartner aus der Strahlentherapie. Dies kann sich in der Folge jedoch für die genannten Kliniken in schlechteren Bewertungen von Qualitätsindikatoren niederschlagen. Das vollzählige Melden an das Krebsregister ist also ein gemeinsames Thema einer sektorübergreifenden Kooperation.

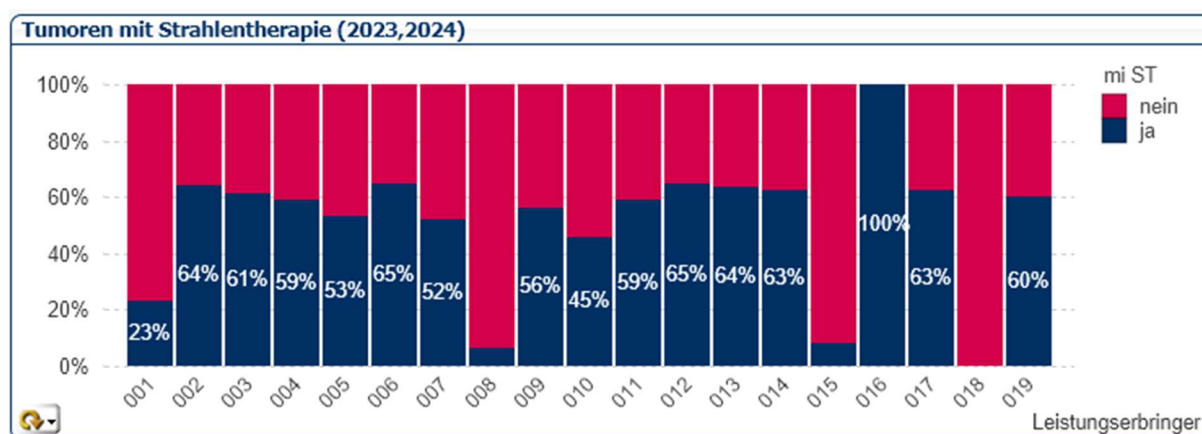


Abbildung 13: Strahlentherapie bei C20-Tumoren mit UICC III

Die in Abbildung 14 dargestellte Entwicklung, die die gemeldeten Strahlentherapien im Verlauf für die genannten Leistungserbringer zeigt, lässt darauf schließen, dass sich das Problem fehlender Meldungen insbesondere für die Primärversorger LE001 und LE008 erst in den letzten Jahren abzeichnete.

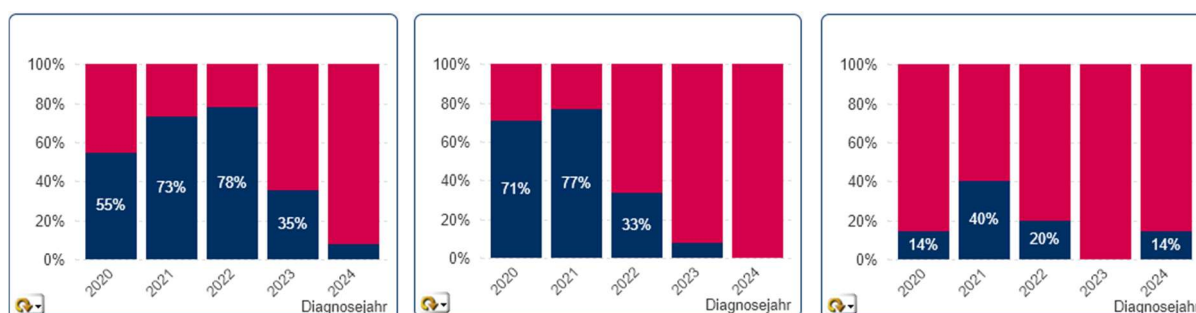


Abbildung 14: Strahlentherapie bei C20-Tumoren mit UICC III, LE001, LE008, LE015 im Verlauf

Im Qualitätsbericht für die Diagnosejahre 2021 und 2022 zeigten sich für die Leistungserbringer LE005 und LE011 fehlende Meldungen zur Strahlentherapie. Hier haben entsprechende Anstrengungen in der Kooperation offensichtlich Abhilfe schaffen können.

3.4 Versorgungsindikatoren

Da sich in den Qualitätsindikatoren der S3-Leitlinien die gemeinschaftliche Versorgung der Patientinnen bzw. Patienten durch mehrere Einrichtungen widerspiegelt (z.B. „kombinierte Radio-Chemo-Therapie“), ist – wie oben beschrieben – im Benchmarking der Primärversorger (LE001-LE019) jeder Fall zunächst allen durch Diagnose, Tumorkonferenz und/oder Therapie beteiligten Einrichtungen zugeordnet. Die Ergebnisse können dann auch Anlass sein, das Gespräch mit Kooperationspartnern zu suchen. Darüber hinaus wird durch weitere Filterung versucht, die Ergebnisse den jeweils betreffenden Leistungserbringern näher zuzuordnen.

Oft sind die Qualitätsindikatoren (QI) der Leitlinien auch sehr spezifisch: Durch die im Nenner sehr eingrenzend beschriebene Fallauswahl finden sich oft nur wenige Tumoren als Grundlage für die Bildung des QI-Zählers.

Um beidem – Zuordnungsproblem bei Versorgung im Netzwerk und kleinen Fallzahlen – zu begegnen, wird durch die Bildung einfacherer „Versorgungsindikatoren“ (VI) versucht, die Ergebnisse durch größere Fallzahlen auf eine breitere Grundlage zu stellen und den behandelnden Einrichtungen besser zuzuordnen.

3.4.1 Versorgungsindikator 1 – R0-Resektion

In 94 % der operierten Fälle konnte mit Abschluss der OP-Therapie ein lokaler Resektionsstatus R0 festgestellt werden. Bei Beschränkung auf elektive Resektions-OPs (vgl. DKG-Kennzahl 20) liegt dieser Wert bei 95 %:

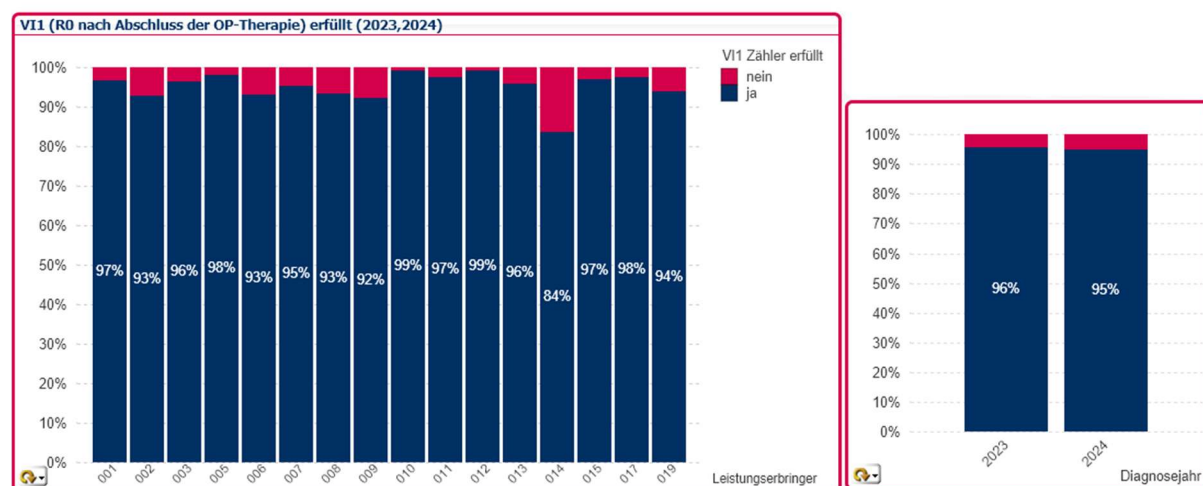


Abbildung 15: Lokales R0 nach elektiver Resektion

3.4.2 Versorgungsindikator 2 – Lymphknotenuntersuchung

In 90 % der Fälle wurden nach einer Resektions-OP mindestens 12 Lymphknoten untersucht. Bei Beschränkung auf elektive Resektions-OPs (vgl. DKG-Kennzahl 27) liegt dieser Wert etwas höher:

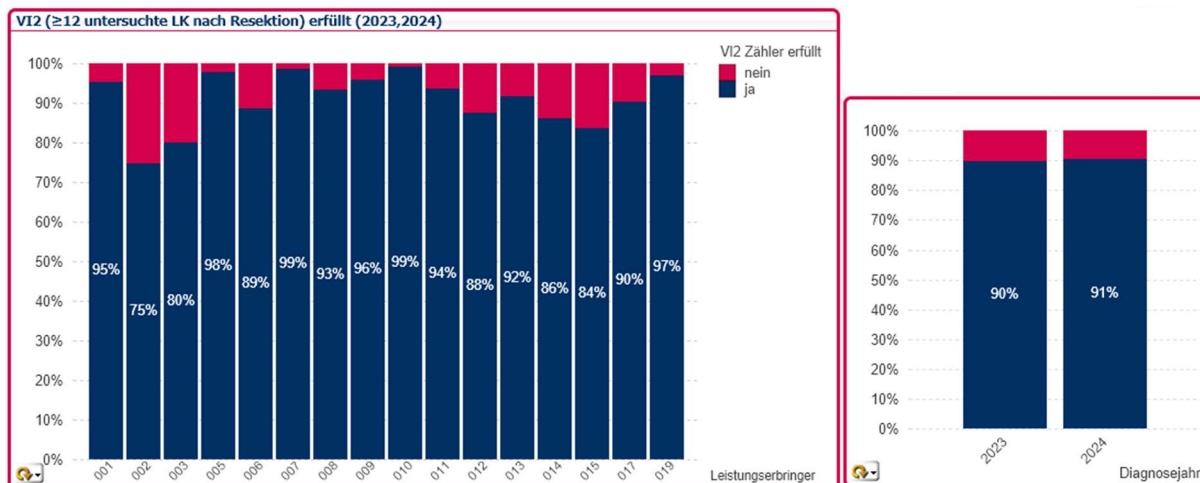


Abbildung 16: ≥ 12 untersuchte Lymphknoten nach elektiver Resektion

3.5 Qualitätsindikatoren

Die bildbaren Qualitätsindikatoren (QI) basieren auf den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom in der Version 2.1 aus dem Jahr 2019. Dieser Bericht konzentriert sich bzgl. des Benchmarkings auf die zwei Qualitätsindikatoren QI 6 und QI 7 – insbesondere wegen der guten Zuordenbarkeit zu einer Einrichtung und einer jeweils relativ großen Grundgesamtheit durch eine weniger spezifische Regel zur Bildung des QI-Nenners.

3.5.1 Qualitätsindikator 6 – Qualität des TME-Rektumpräparates

Qualitätsindikator 6 erwartet eine gute oder zumindest moderate Qualität des Präparats nach totaler mesorektaler Exzision (TME). In die Berechnung gehen 317 Fälle mit OP durch einen der Primärversorger aus den Jahren 2023/24 mit TME und dokumentierter Qualität des Präparats ein. In 84 % der Fälle ist ein Grad 1 oder 2 angegeben (Abbildung 17). Die Spannweite liegt bei den Primärversorgern zwischen 0 % (hier nur 1 Fall im Nenner!) und 100 %. Schränkt man die Fälle auf diejenigen ein, die nicht als Notfall und nicht im oberen Drittel des Rektums operiert wurden, steigt der Wert des Qualitätsindikators zwar auf 94 % (95 von 101 Fällen, keine Abbildung), verliert jedoch viele Fälle für die Rechnung, da der Abstand zur Anokutanlinie (KRK-Modulfeld im oBDS) leider in weniger als der Hälfte der Fälle an das Krebsregister übermittelt wurde.

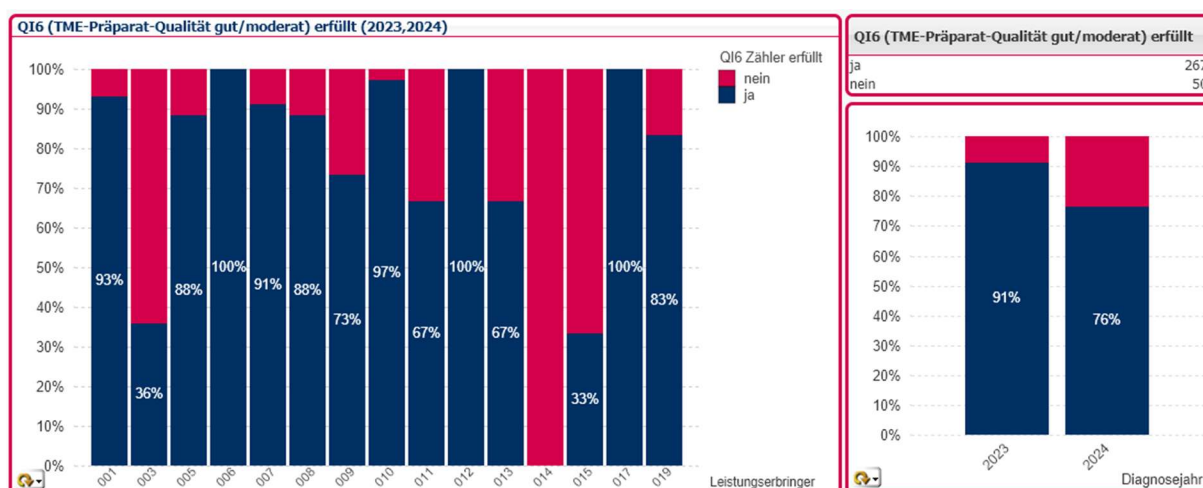


Abbildung 17: QI 6 – Qualität des TME-Präparats

Beides, die geringe Übermittlungsquote für das Modulfeld „Abstand des Tumorunterrandes zur Anokutanlinie“ und die Streuung bei der Übermittlung der Qualität des TME-Präparats, weisen darauf hin, dass noch Verbesserungspotential bezüglich der Meldung der Modulfelder gibt.

3.5.2 Qualitätsindikator 7 – prätherapeutische Tumorkonferenz

Qualitätsindikator 7 verlangt, dass Patientinnen und Patienten mit einem Kolonkarzinom (C18) im Stadium UICC IV oder einem Rektumkarzinom (C20) prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden. Abbildung 18 zeigt, dass dies in den Jahren 2023/24 insgesamt in nur etwa der Hälfte der Fälle geschah bzw. dokumentiert und gemeldet

wurde (2021/22: 62 %). Die Spannweite zwischen den Primärversorgern ist mit 0 % bis 93 % groß. Es kann davon ausgegangen werden, dass hier ein Übermittlungsproblem vorliegt, dem die unterschiedlichen Leistungserbringer bzw. deren Dokumentationssoftware bisher verschieden erfolgreich begegnet sind.

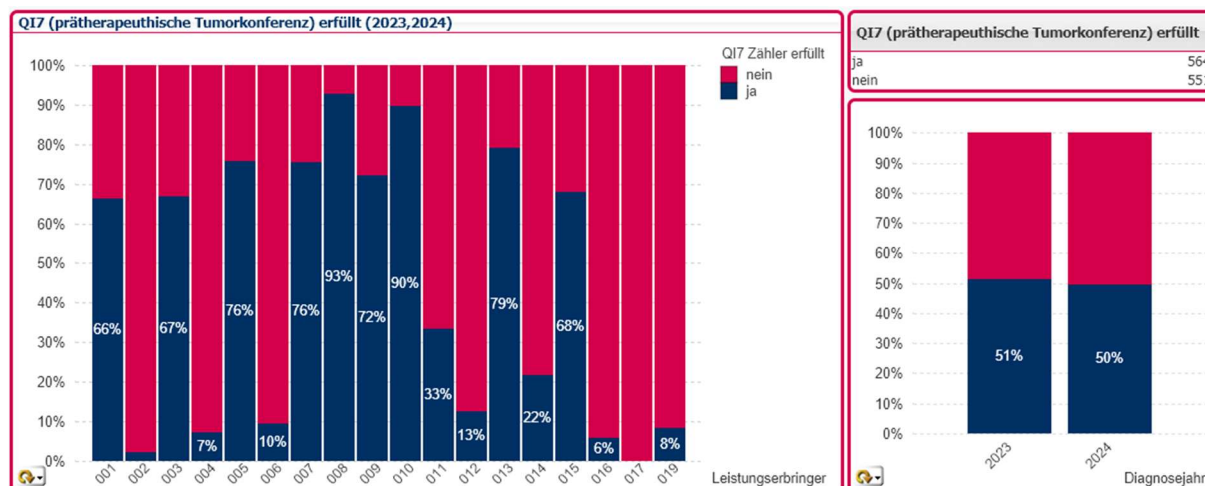


Abbildung 18: QI 7 – prätherapeutische Tumorkonferenz

Schließt man Fälle mit Notfall-OP oder ohne gemeldete Operation aus, ändern sich die Werte nicht wesentlich (ohne Abbildung).

3.5.3 Weitere Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator 2 fordert, dass möglichst häufig vollständige Befundberichte nach einer Tumoresektion vorliegen sollen. Es werden Daten zu folgenden Parametern erwartet: Histologie nach WHO, Tumordinvasionstiefe (pT-Klassifikation), Status der regionären Lymphknoten (pN-Klassifikation), Anzahl der untersuchten Lymphknoten, Grading \neq (U, X, T), Abstand von den Resektionsrändern (aboral und circumferentiell) (Modul KRK im oBDS), R-Klassifikation \neq RX. Wegen der Modulstruktur im onkologischen Basisdatensatz (oBDS) ist dieser QI zunächst nur für C20-Fälle berechenbar. Für die Berechnung stehen 501 Fälle zur Verfügung, die die Nenner-Bedingung (C20, operative Tumoresektion) erfüllen. Die Fallzahlen der Primärversorger reichen von 5 bis 80 Fällen. Insgesamt wird dieser Qualitätsindikator zu 70 % im Jahr 2023 und 67 % im Jahr 2024 erfüllt. Die Spannweite zwischen den Leistungserbringern liegt zwischen 0 % und 100 %. Dieser Qualitätsindikator ist als schwierig einzuschätzen, da zum Erfüllen des Zählers eine große Zahl an Bedingungen erfüllt sein müssen. Insbesondere fehlen häufig Daten zu den Resektionsrändern (Modulfelder). (Abbildung 19)

Qualitätsindikator 4 sieht vor, dass bei Patientinnen und Patienten mit gutem Allgemeinzustand (ECOG 0/1), aber metastasiertem KRK (mKRK) in der Erstlinienchemotherapie in erster Linie Fluoropyrimidin-basierte Kombinationsregime eingesetzt werden sollen. Schon die Definition der Nennerbedingungen ist sehr spezifisch und hängt auch von der Vollständigkeit der gemeldeten Daten ab, so dass nur 111 Tumoren aus den Jahren 2023/24 betrachtet werden

könnten (Nenner des QI). Ein Benchmarking zwischen den einzelnen Leistungserbringern erscheint daher nur mäßig sinnvoll. (Abbildung 19)

Qualitätsindikator 5 fordert für alle Patientinnen und Patienten mit Rektumkarzinom und MRT oder Dünnschicht-CT die Angabe des Abstandes zur mesorektalen Faszie. In der Definition dieses Qualitätsindikators fehlen jedoch im Nenner die Bedingungen, dass der Tumor im unteren bzw. mittleren Drittel des Rektums liegen muss. Diese Bedingung würde – auch durch die o.g. mangelhafte Dokumentation des Abstands zur Anokutanlinie (KRK-Modulfeld im oBDS, insbesondere für 2024 fehlt diese Angabe häufig) – dazu führen, dass nur 74 Tumoren aus den Jahren 2023/24 betrachtet werden könnten (Nenner des QI). (Abbildung 19)

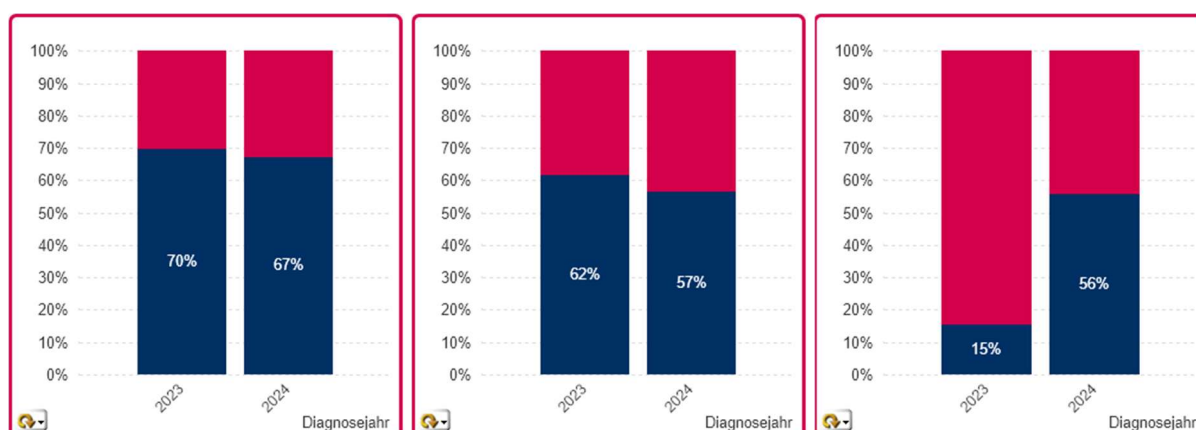


Abbildung 19: QI 2 - Befundbericht, QI 4 – Kombi-Chemoth., QI 5 – Abstand mesorekt. Faszie

Qualitätsindikator 8: Bei Patientinnen und Patienten mit einem R0 resezierten Kolonkarzinom im Stadium UICC III ist eine adjuvante Chemotherapie indiziert. Dass dieser QI in nur rund der Hälfte der von schleswig-holsteinischen Primärversorgern operierten Fälle mit Diagnose in den Jahren 2023/24 erfüllt ist (Abbildung 20), kann daran liegen, dass die für den QI-Zähler notwendige adjuvante Chemotherapie meist von nachgelagerten Kooperationspartnern gemeldet werden muss. Wie schon oben bzgl. der Strahlentherapie erwähnt, stellt dies eine Kommunikationsherausforderung in der sektorübergreifenden Kooperation dar.

Übrigens: Bei Beschränkung auf die Altersgruppe bis 75 Jahre steigt der Wert des Qualitätsindikators 8 auf 68 %.

Laut **Qualitätsindikator 9** soll es möglichst selten Anastomoseninsuffizienzen Grad B oder C nach Anastomosenanlage bei operiertem Rektumkarzinom geben. Abbildung 20 zeigt, dass dieser QI recht gut erfüllt zu werden scheint. Jedoch schränkt eine hohe Zahl von mit „unbekannt“ dokumentierten Anastomoseninsuffizienzen die Aussagekraft ein.

Gut (mit nur wenigen Ausnahmen bei einzelnen Leistungserbringern) ist die präoperative Anzeichnung der Stomaposition dokumentiert, die laut **Qualitätsindikator 11** bei Operationen mit Stomaanlage durchgeführt werden soll (Abbildung 20, hier ohne Notfalleingriffe).

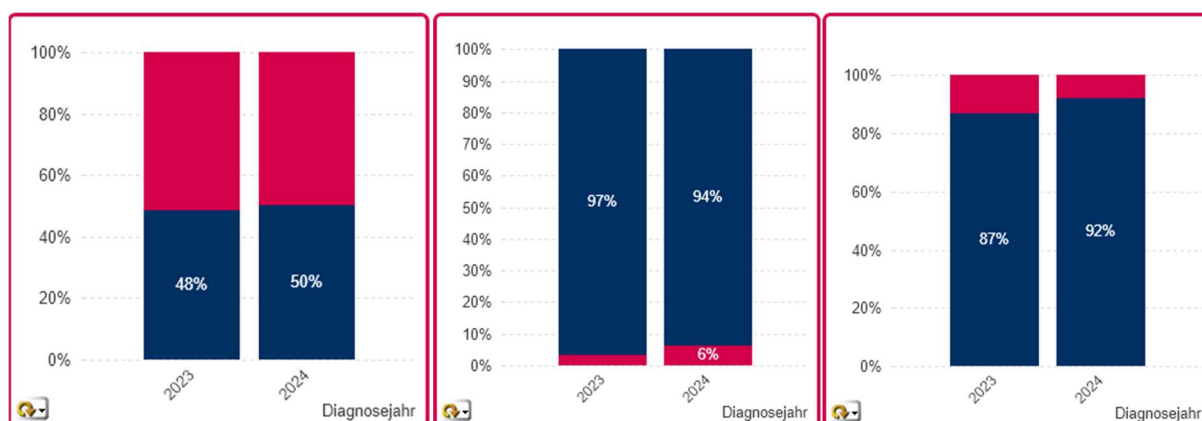


Abbildung 20: QI 8- adjuv. Chemoth., QI 9 - Anastomoseninsuffizienz, QI 11- Stomaposition

4 Zusammenfassung und Bewertung

Im zweiten Qualitätsbericht zum kolorektalen Karzinom wurden die klassischen, auf den S3-Leitlinien basierenden Qualitätsindikatoren (QI) der DKG um erste breit anwendbare Versorgungsindikatoren (VI) ergänzt (u. a. R0-Resektion und Anzahl untersuchter Lymphknoten in Anlehnung an den Kennzahlenbogen der DKG). Während klassische QI häufig zahlreiche Einschluss- und Ausschlusskriterien aufweisen und daher meist nur kleine Patientengruppen abbilden, sollen die neuen VI möglichst viele Betroffene einschließen und einen orientierenden Überblick über zentrale Versorgungsaspekte ermöglichen. Die höheren Fallzahlen erhöhen zudem die Belastbarkeit von Benchmarks. Bei klassischen QI kommt es dagegen häufig zu sehr kleinen Fallzahlen pro Leistungserbringer (oft <10 Fälle), was zu scheinbar großen Abweichungen in der Darstellung führen kann.

Nach elektiver Operation zeigen die Versorgungsindikatoren eine insgesamt gute Behandlungsqualität: Die R0-Resektionsrate lag 2020 bei 95 %, und auch der Anteil von >12 untersuchten Lymphknoten erreichte über 90 %.

Im Bereich der klassischen QI ergibt sich jedoch ein heterogenes Bild. Für einige Leistungserbringer liegen die Werte im erwarteten Bereich, bei anderen zeigen sich sehr deutliche Abweichungen. Ein exemplarisches Beispiel ist QI 7 (prätherap. Tumorkonferenz): Während einzelne Kliniken Werte um 90 % erreichen, liegen andere nahezu bei 0 %. Dies weist vor allem auf Probleme in der Meldung – hier der Tumorkonferenzen – hin. Landesweit beträgt der dokumentierte Anteil lediglich rund 50 %. Auch weitere QI zeigen insgesamt unplausibel niedrige Werte (z. B. QI 8: Strahlentherapie bei R0-reseziertem Kolonkarzinom, Stadium UICC III: 50 %).

Auffällig ist, dass QI, die ausschließlich auf Daten einer Klinik beruhen, deutlich vollständiger dokumentiert sind als solche, für die Informationen aus mehreren Versorgungsebenen zusammengeführt werden müssen (z. B. operierende Klinik, niedergelassene Strahlentherapie, niedergelassene Hämatookologie).

Die vorliegenden Daten erlauben eine erste orientierende Bewertung der Versorgungsqualität bei Darmkrebs. Um die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren weiter zu stärken, sind jedoch zusätzliche Anstrengungen sowohl in den Kliniken als auch im niedergelassenen Bereich erforderlich. Insbesondere die zertifizierten Zentren sind gefordert, ihre kooperierenden Partner verlässlich zur Meldung aller Zentrumsfälle an das Krebsregister zu verpflichten.