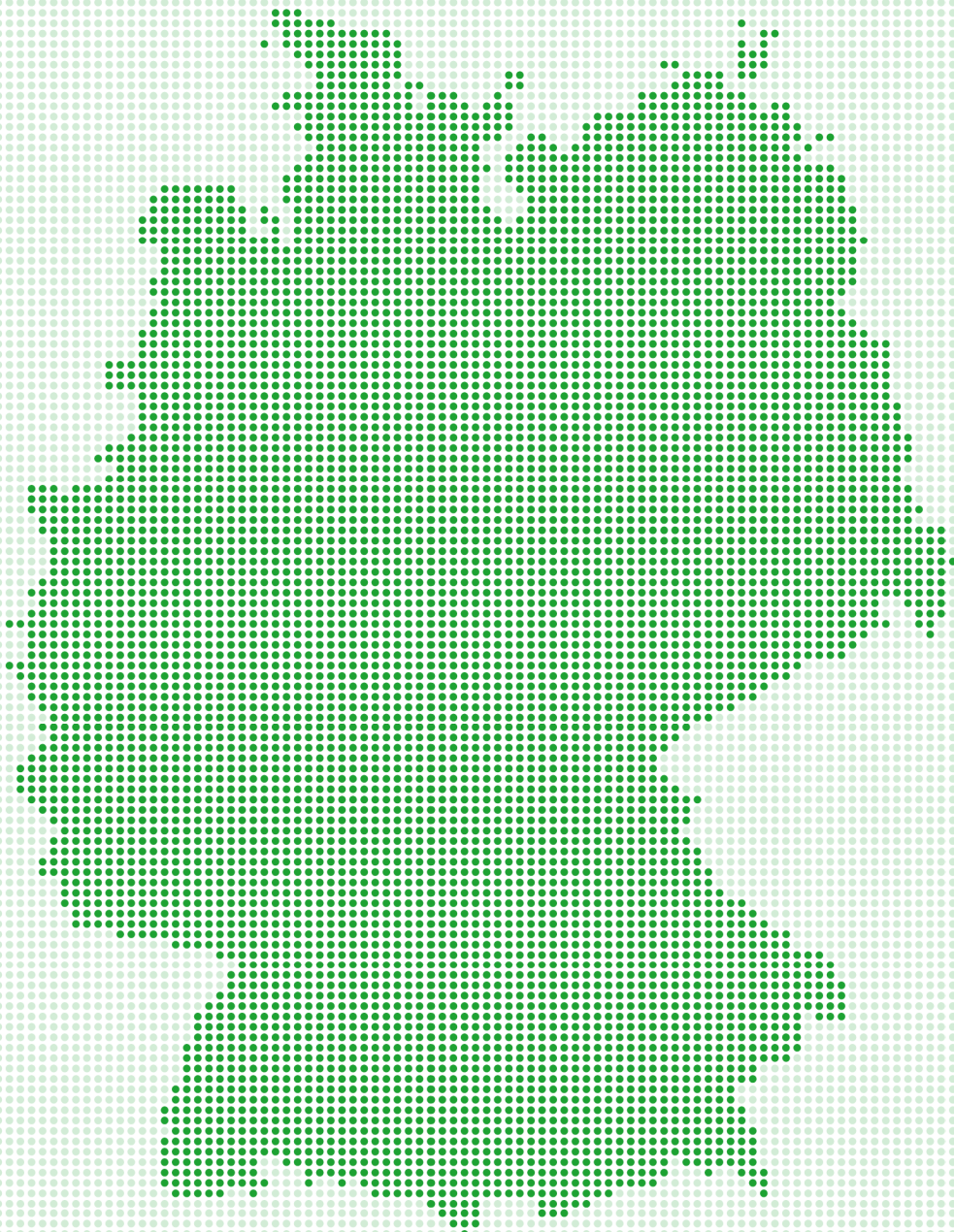


Benchmarking 2011
Jahresbericht der
zertifizierten Darmkrebszentren





Benchmarking 2011
**Jahresbericht der
zertifizierten Darmkrebszentren**

1. Einleitung.....	Seite 5
Grußworte	Seite 5
S3-Leitlinienkommission	Seite 8
Allgemeine Informationen	Seite 9
2. Strukturdaten zum Zertifizierungssystem	Seite 10
Stand des Zertifizierungssystem für Darmkrebszentren 2010	Seite 10
Darmkrebszentren (Standorte) in Deutschland zum 31.12.2010	Seite 11
Zentrumsstandorte pro Bundesland	Seite 11
Universitätsstatus von Zentrumsstandorten	Seite 12
Trägerform von Zentrumsstandorten	Seite 12
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten	Seite 13
3. Kennzahlenauswertungen	Seite 14
Gesamtergebnis Kennzahlenauswertung	Seite 14
Grafische Darstellung der Kennzahlenwerte	Seite 16
Kennzahl Nr. 1: Prätherapeutische Fallvorstellung.....	Seite 16
Kennzahl Nr. 2: Posttherapeutische Fallvorstellung	Seite 17
Kennzahl Nr. 3: Studienteilnahme	Seite 18
Kennzahl Nr. 4: Rücklaufquote Patientenbefragung	Seite 19
Kennzahl Nr. 5: KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese	Seite 20
Kennzahl Nr. 6: Genetische Beratung	Seite 21
Kennzahl Nr. 7: MSI-Untersuchung	Seite 22
Kennzahl Nr. 8: Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	Seite 23
Kennzahl Nr. 9: Vollständige elektive Koloskopien	Seite 24
Kennzahl Nr. 10: Operative Primärfälle Kolon	Seite 25
Kennzahl Nr. 11: Operative Primärfälle Rektum	Seite 26
Kennzahl Nr. 12: Revisions-OP's Kolon	Seite 27
Kennzahl Nr. 13: Revisions-OP's Rektum	Seite 28
Kennzahl Nr. 14: Postoperative Wundinfektion	Seite 29
Kennzahl Nr. 15: Anastomoseninsuffizienzen Kolon	Seite 30
Kennzahl Nr. 16: Anastomoseninsuffizienzen Rektum	Seite 31
Kennzahl Nr. 17: Mortalität postoperativ	Seite 32
Kennzahl Nr. 18: Lokale RO-Resektionen Kolon	Seite 33
Kennzahl Nr. 19: Lokale RO-Resektionen Rektum	Seite 34
Kennzahl Nr. 20: Qualität des TME-Rektumpräparates	Seite 35
Kennzahl Nr. 21: Lymphknotenuntersuchung	Seite 36
Kennzahl Nr. 22: Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	Seite 37
Kennzahl Nr. 23: Neoadjuvante Chemotherapien Rektum (UICC Stad. II u. III)	Seite 38
Kennzahl Nr. 24: Chemotherapie Folfox-Capecitabine (Kolon UICC Stad. III)	Seite 39
Kennzahl Nr. 25: Primäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)	Seite 40
Kennzahl Nr. 26: Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)	Seite 41
Kennzahl Nr. 27: Psychoonkologische Betreuung	Seite 42
Kennzahl Nr. 28: Beratung Sozialdienst	Seite 43



WISSEN AUS ERSTER HAND

Mehr Informationen unter www.krebsgesellschaft.de



Liebe
Kolleginnen,
liebe
Kollegen

Zentrale Zielsetzung des Zertifizierungssystems der Deutschen Krebsgesellschaft war von Beginn an, die Versorgung von Krebspatienten interdisziplinär in Form konkreter Daten und Kennzahlen darzulegen. Die Wissenschaft ist auf diese Daten angewiesen, um eine effektive Leitlinienarbeit zu gestalten. Die praktikable Definition und Weiterentwicklung von Kennzahlen benötigt konkrete Erfahrungswerte. Ohne vergleichbare und qualitätsgesicherte Kennzahlen ist eine Überprüfung der Wirksamkeit von Leitlinien nur eingeschränkt möglich. Mit der Zertifizierung ist eine qualitätsgesicherte Erhebung und Darlegung der Kennzahlen gegeben.

Die Aufgabenbereiche Datenmanagement, Leitlinienarbeit und Zertifizierung stehen in unmittelbarem Zusammenhang. Zwar ist jeder Aufgabenbereich für sich selbst dargestellt wichtig, jedoch ist eine Verbesserung der Patientenversorgung nur erreichbar, wenn sich diese drei Aufgabenbereiche im Einklang weiterentwickeln.

Wir freuen uns, mit dem hier vorliegenden Benchmarking-Bericht das Datenmanagement zu stärken und unserem Bestreben nach einer verbesserten Patientenversorgung einen großen Schritt vorangekommen zu sein.

A handwritten signature in green ink that reads "W. Hohenberger". The signature is written in a cursive, flowing style.

Prof. Dr. Dr. h. c.
Werner Hohenberger,
Präsident der Deutschen Krebsgesellschaft



Liebe
Kolleginnen,
liebe
Kollegen

Mit dem zum 12. März 2009 eingeführten neuen Erhebungsbogen wurde nun erstmals eine strukturierte Abbildung der zertifizierungsrelevanten Kennzahlen von den Darmkrebszentren gefordert. Die Umstellung bzw. Neuerung erwies sich für die Zentren als nicht immer einfach umsetzbar, da die datentechnische Infrastruktur auf diese Neuerung anzupassen war.

Vieles an Verbesserung der Datenqualität befindet sich momentan noch in Entwicklung. Dennoch wollten wir hier den aktuellen Stand schon für das Auditjahr 2010 in diesem Bericht präsentieren. Diese Daten sind bereits jetzt für die Leitlinien-Arbeit und die Weiterentwicklung der Zertifizierungsanforderungen von elementarer Bedeutung. Heute können wir den aktuellen Stand darlegen. Bereits in einem Jahr werden wir dann die Entwicklung der Zentren betrachten können.

Prof. Dr.
Thomas Seufferlein,
Vorsitzender der
Zertifizierungskommission für
Darmkrebszentren

Prof. Dr.
Stefan Post,
Stellv. Vorsitzender der
Zertifizierungskommission für
Darmkrebszentren



Liebe
Kolleginnen,
liebe
Kollegen

Auf dem jährlichen Treffen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmzentren am 12. Juni 2010 in Würzburg haben wir die Erstellung eines Benchmarking-Berichts für alle zertifizierten Darmkrebszentren angeregt. Dieser wurde erfreulicherweise nun fertiggestellt und liefert uns wichtige Anhaltspunkte, wo wir im Vergleich zu anderen Zentren stehen und welche Schwerpunkte wir bei der Verbesserung der Patientenversorgung innerhalb des Zentrums setzen müssen. Das DKG-Zertifizierungssystem gibt uns damit ein weiteres Instrument in die Hand, wie wir die Qualität der Behandlung von Krebspatienten verbessern können.

Diese Auswertungen motivieren uns, uns mit dem Erreichten nicht zufrieden zu geben. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Tumordokumentation, in dem noch substantielle Fortschritte erreicht werden müssen.

Prof. Dr. Stefan Benz
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Darmzentren (ADDZ)

Prof. Dr.
Wolff
Schmiegel
Koordinator
Leitlinien-
kommission
Kolorektales
Karzinom



Initiiert von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) wurde die S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ 1999 erstmalig mit dem Ziel veröffentlicht, eine flächendeckend hochwertige Patientenversorgung auf den Boden evidenzbasierter Medizin sicherzustellen.

Bei der Leitlinie, die in der Zwischenzeit mehrfach aktualisiert worden ist, handelt es sich um einen interdisziplinären Ansatz – beteiligt bei der Erarbeitung der S3-Leitlinie waren deshalb zahlreiche, mit der Versorgung von Darmkrebs-Patienten betraute Fachgesellschaften.

Themenkomplexe
S3-Leitlinie
Kolorektales
Karzinom

- I. Prävention asymptotische Bevölkerung
- II. Screening asymptotische Bevölkerung
- III. Risikogruppen
- IV. Endoskopie: Durchführung und Polypenmanagement
- V. Präoperative Diagnostik und Chirurgie
- VI. Adjuvante und neoadjuvante Therapie
- VII. Therapeutisches Vorgehen bei Metastasierung und in der palliativen Situation
- VIII. Nachsorge

Eminent wichtig für eine verbesserte Patientenversorgung ist die flächendeckende Implementierung dieser modernen, evidenzbasierten Therapieempfehlung. Diesem Anspruch werden die zertifizierten Darmkrebszentren in vollem Umfang gerecht. Für sie stellt die S3-Leitlinie nämlich keine unverbindliche Empfehlung dar, sondern sie ist obligate Bewertungsgrundlage und somit Voraussetzung für eine Anerkennung als DKG-zertifiziertes Darmkrebszentrum. Den nachfolgenden Auswertungen liegen die Ergebnisse des am 12. März 2009 in Kraft gesetzten Erhebungsbogens – und damit auch des Kennzahlenbogens – zugrunde.



Dass heute bereits jeder vierte Patient mit einem diagnostizierten kolorektalen Karzinom in einem zertifizierten Darmkrebszentrum versorgt wird, ist von großem Nutzen für die Leitlinienarbeit. Die breite Datenbasis, die im Benchmarking-Bericht abgebildet wird, ermöglicht die Beurteilung der Umsetzung der S3-Leitlinie.

Erläuterung Datengrundlage

Der vorliegende Benchmarking-Bericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Darmkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Benchmarking-Berichtes ist der Kennzahlenbogen, der Teil des Erhebungsbogens (Kriterienkatalog Zertifizierung) ist. Dieser muss von allen im Zertifizierungssystem befindlichen Zentren bearbeitet werden. 199 Standorte haben sich im Jahr 2010 einem Audit unterzogen – verteilt auf 33 Erstzertifizierungen, 122 Überwachungs- und 44 Wiederholaudits.

In dem Benchmarking-Bericht sind nicht alle zertifizierten Darmkrebszentren enthalten. Ausgenommen sind 33 Standorte, die im Jahr 2010 zum ersten Mal zertifiziert wurden (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend) sowie 5 Standorte, bei denen sich das Datensystem noch in Umstellung befindet.

Für die Darmkrebszentren wurde die Anwendung zum 1. Oktober 2009 verbindlich. Mit der kurzfristigen Einführung des Kennzahlenbogens, durch den eine strukturierte Datenerhebung möglich wurde, waren auf Seiten der Zentren sowie der Infrastruktur für die Tumordokumentation erhebliche Umstellungen verbunden.

Aufgrund der von den Zentren und Tumordokumentationssystemen noch teilweise in 2010 realisierten Anpassungen kommt es bei einzelnen Kennzahlen teilweise zu Defiziten, was die Vollständigkeit der Daten anbelangt. Die Bearbeitungsqualität hat sich im Laufe des Auditjahres 2010 erheblich erhöht, weshalb im kommenden Jahr mit einer deutlich verbesserten Datenqualität zu rechnen ist.

Nr.	EB	Kennzahl	Kennzahlbeschreibung	Zähler	Grundgesamtheit (Nenner)	Sollvorgabe	Metrum	Einheit	Einheitswert
1	2.1	Prätherapeutische Falschstellung	Prätherapeutische Falschstellung, d.h. die in der prätherapeutischen Falschstellung (UICC, TNM, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit prätherapeutischer Falschstellung, die in der prätherapeutischen Falschstellung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit prätherapeutischer Falschstellung, die in der prätherapeutischen Falschstellung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	100% prätherapeutische Falschstellung	Zähler/Nenner	%	100
2	2.1	Postoperative Falschstellung	Postoperative Falschstellung, d.h. die in der postoperativen Falschstellung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit postoperativer Falschstellung, die in der postoperativen Falschstellung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit postoperativer Falschstellung, die in der postoperativen Falschstellung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	100% postoperative Falschstellung	Zähler/Nenner	%	100
3	2.2	Stübenentnahme	Stübenentnahme, d.h. die in der Stübenentnahme (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit Stübenentnahme, die in der Stübenentnahme (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit Stübenentnahme, die in der Stübenentnahme (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	100% Stübenentnahme	Zähler/Nenner	%	100
4	4.1	Rektoskopische Untersuchung	Rektoskopische Untersuchung, d.h. die in der Rektoskopischen Untersuchung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit rektoskopischer Untersuchung, die in der rektoskopischen Untersuchung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit rektoskopischer Untersuchung, die in der rektoskopischen Untersuchung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	100% rektoskopische Untersuchung	Zähler/Nenner	%	100
5	5.2	Kolonoskopie mit pos. Familienanamnese	Kolonoskopie mit pos. Familienanamnese, d.h. die in der Koloskopie mit pos. Familienanamnese (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit Koloskopie mit pos. Familienanamnese, die in der Koloskopie mit pos. Familienanamnese (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit Koloskopie mit pos. Familienanamnese, die in der Koloskopie mit pos. Familienanamnese (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	100% Koloskopie mit pos. Familienanamnese	Zähler/Nenner	%	100
6	5.2	Rektoskopische Untersuchung	Rektoskopische Untersuchung, d.h. die in der Rektoskopischen Untersuchung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit rektoskopischer Untersuchung, die in der rektoskopischen Untersuchung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit rektoskopischer Untersuchung, die in der rektoskopischen Untersuchung (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	100% rektoskopische Untersuchung	Zähler/Nenner	%	100
7	5.2	Kolonoskopie	Kolonoskopie, d.h. die in der Koloskopie (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit Koloskopie, die in der Koloskopie (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit Koloskopie, die in der Koloskopie (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	100% Koloskopie	Zähler/Nenner	%	100
8	5.2	Kolonoskopie mit pos. Familienanamnese	Kolonoskopie mit pos. Familienanamnese, d.h. die in der Koloskopie mit pos. Familienanamnese (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit Koloskopie mit pos. Familienanamnese, die in der Koloskopie mit pos. Familienanamnese (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit Koloskopie mit pos. Familienanamnese, die in der Koloskopie mit pos. Familienanamnese (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	100% Koloskopie mit pos. Familienanamnese	Zähler/Nenner	%	100
9	5.2	Kolonoskopie	Kolonoskopie, d.h. die in der Koloskopie (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit Koloskopie, die in der Koloskopie (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	Anzahl Patienten mit Koloskopie, die in der Koloskopie (UICC, TNM, TNM) mit einem Rektumkarzinom (Ektoprojektion) diagnostiziert wurde	100% Koloskopie	Zähler/Nenner	%	100

Auszug Kennzahlenbogen; Grundlage für Benchmarking

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kalenderjahr 2009. Sie stellen für die in 2010 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

Die strukturierte Darstellung und Betrachtung der Kennzahlen von Darmkrebszentren war erst mit der Einführung des Erhebungsbogens (Inkraftsetzung am 12. März 2009) möglich.

Nr.	EB	Kennzahl	Sollvorgabe	Anzahl	Nenner	%	Datenqualität	Ändern/Verifizierung	HS
1	2.1	Prätherapeutische Falschstellung	100% prätherapeutische Falschstellung	42	48	87,50%	Sollvorgabe nicht erfüllt	OK	OK
2	2.1	Postoperative Falschstellung	100% postoperative Falschstellung	110	113	97,35%	Sollvorgabe nicht erfüllt	OK	OK
3	3.2	Stübenentnahme	Entzerrung + 1 Patient, nach 1 Jahr + 10%	28	122	18,87%	I.O.	OK	OK
4	4.1	Rektoskopische Untersuchung	100% rektoskopische Untersuchung	77	122	63,11%	I.O.	OK	OK
5	5.2	Kolonoskopie mit pos. Familienanamnese	Darunter keine Vorgaben	3	122	2,46%	I.O.	OK	OK
6	5.2	Rektoskopische Untersuchung	Darunter keine Vorgaben	3	122	2,46%	I.O.	OK	OK
7	5.2	Kolonoskopie	100%	6	8	75,00%	Sollvorgabe nicht erfüllt	OK	OK
8	5.2	Kolonoskopie mit pos. Familienanamnese	100%	4	846	0,47%	Sollvorgabe nicht erfüllt	OK	OK
9	5.2	Kolonoskopie	100%	72	122	58,97%	Daten liegen nicht vor	OK	OK
10	5.2	Kolonoskopie	100%	41	122	33,61%	I.O.	OK	OK
11	5.2	Kolonoskopie	100%	41	122	33,61%	I.O.	OK	OK
12	5.2	Kolonoskopie	100%	85	85	100,00%	I.O.	OK	OK
13	5.2	Kolonoskopie	100%	2	37	5,41%	I.O.	OK	OK

EKB; Weiterentwicklung des Datenmanagements im Auditjahr 2011

Die Bearbeitungsqualität der bei OnkoZert im Laufe des Auditjahres 2010 eingereichten Bögen lag bei 92,7 Prozent (zum Vergleich 2009: 80,6 Prozent). Die Einführung der manuellen Kennzahlenbewertung zum 1. Januar 2010 hat erheblich zur Verbesserung der Datenqualität beigetragen.

Für das Auditjahr 2011 ist von einer Bearbeitungsqualität bei den zertifizierten Darmkrebszentren von über 95 Prozent auszugehen.

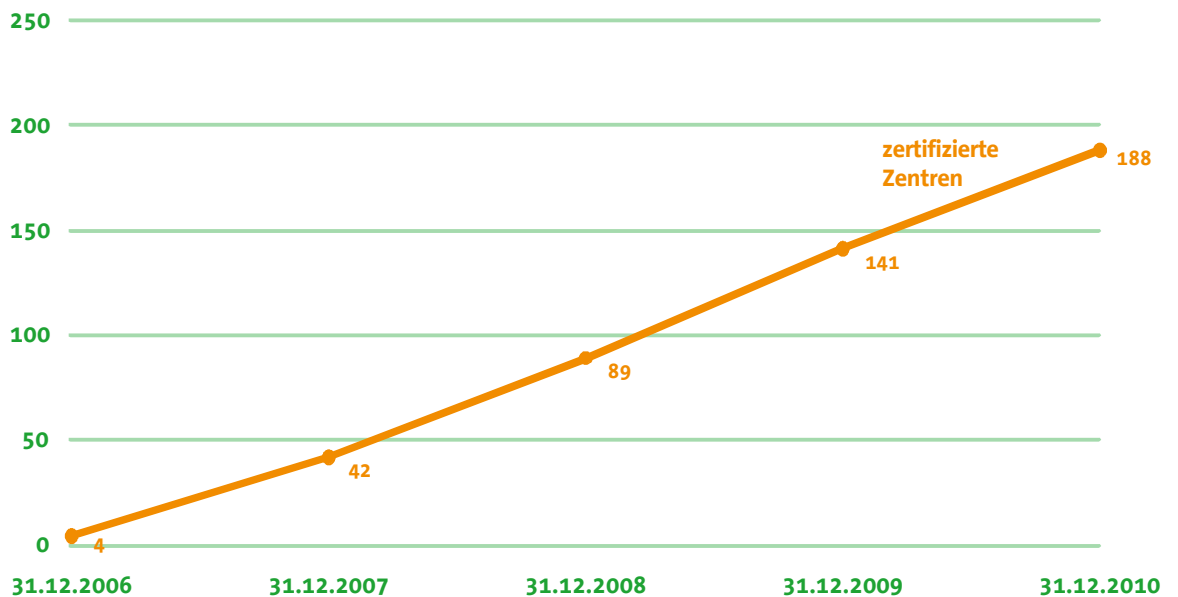
Für das Auditjahr 2011 wird das Datenmanagement wesentlich weiterentwickelt. Die Darlegung der Kennzahlen durch die Zentren erfolgt dann anstatt in einer Word-Vorlage über den Elektronischen Kennzahlenbogen (EKB). Im EKB wird dann auch eine Verifizierung und Plausibilitätsbetrachtung der Kennzahlen implementiert sein.

Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren

	31.12. 2010	31.12. 2009
Laufende Verfahren	28	37
Zertifizierte Zentren	188	141
Zertifizierte Standorte	199	152
Darmkrebszentren mit 1 Standort	181	134
2 Standorte	4	4
3 Standorte	2	2
4 Standorte	1	1
Primärfälle gesamt	17.844	15.896
Primärfälle pro Zentrum	95	113
Primärfälle pro Standort	90	105
Gesamtanteil	24,4%	21,7%
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	161	
entspricht	80,9%	

Die Beteiligung der Kliniken am Zertifizierungssystem der Darmkrebszentren ist kontinuierlich gestiegen. Die Anzahl der Anfragen bzw. in Erstzertifizierung befindlichen Zentren ist ebenfalls konstant. Zum 01.01.2011 befinden sich 28 Zentren in einem laufenden Zertifizierungsverfahren.

Entwicklung der Darmkrebszentren



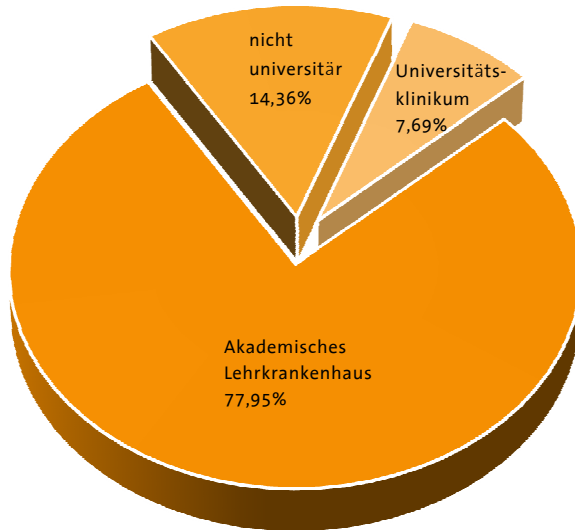
**Darmkrebszentren
in Deutschland
zum 31.12.2010**



Bundesland	Anzahl Standorte
Baden-Württemberg	32
Bayern	36
Berlin	9
Brandenburg	6
Bremen	1
Hamburg	4
Hessen	15
Mecklenburg-Vorpommern	1
Gesamt	199

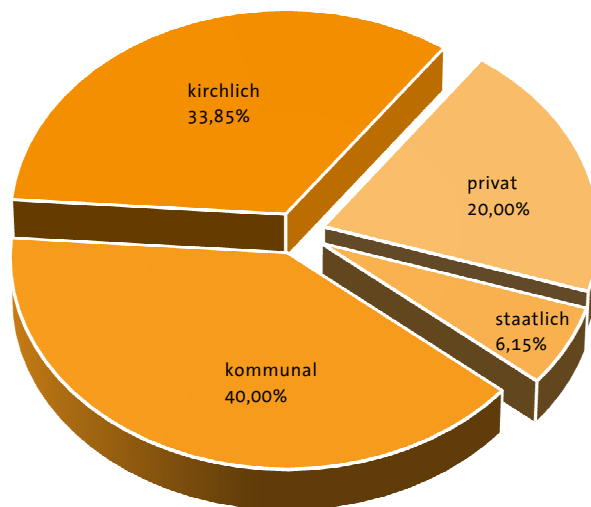
Bundesland	Anzahl Standorte
Niedersachsen	11
Nordrhein-Westfalen	48
Rheinland-Pfalz	9
Saarland	2
Sachsen	9
Sachsen-Anhalt	9
Schleswig-Holstein	1
Thüringen	6

Universitätsstatus von Zentrumsstandorten



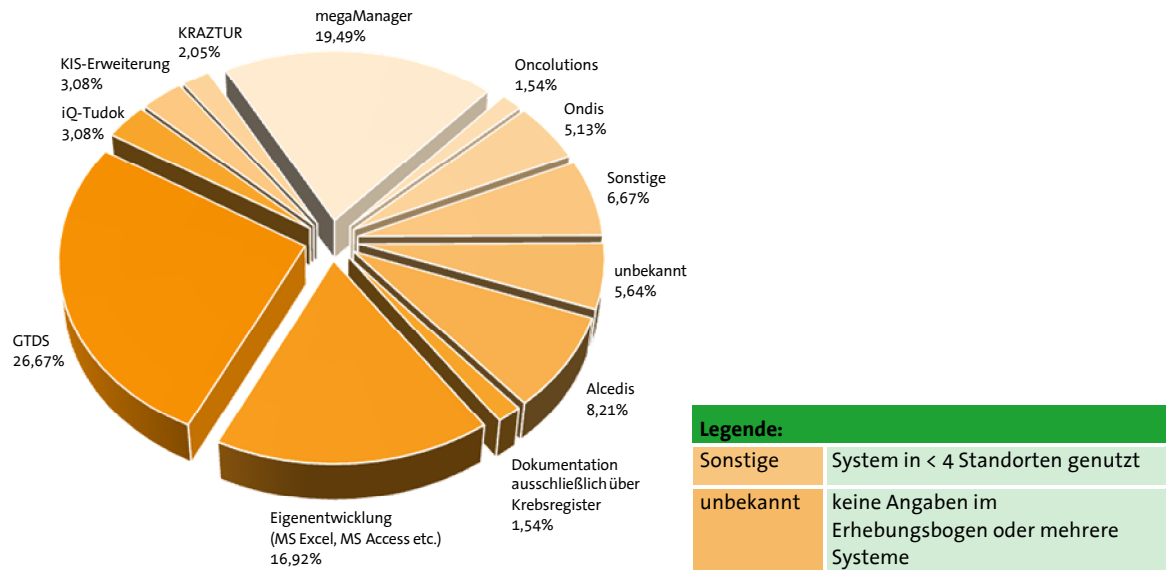
Legende:	
7,69%	Universitätsklinikum
77,95%	Akademisches Lehrkrankenhaus
14,36%	nicht universitär

Trägerform von Zentrumsstandorten



Legende:	
33,85%	kirchlich
40,00%	kommunal
20,00%	privat
6,15%	staatlich

Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



Die Angaben zum Tumordokumentationssystem werden aus dem Erhebungsbogen entnommen. Bei dieser Abfrage wird die Anwendung von mehreren Systemen nicht berücksichtigt. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann bei dem Einsatz von GTDS eine direkte Verbindung zum Krebsregister bestehen.

Gesamtergebnis Kennzahlenauswertung

Nr.	Kennzahl	Anzahl / Zähler			Quote			
		min.	max.	Mittel	Soll-vorgabe	min.	max.	Mittel
1	Prätherapeutische Fallvorstellung	10	122	35,4	100 %	27,0 %	100 %	83,9 %
2	Postoperative Fallvorstellung	44	256	89,6	100 %	60,0 %	100 %	96,4 %
3	Studienteilnahme	0	117	17,9	≥ 10 %	0 %	94,4 %	18,2 %
4	Rücklaufquote Patientenbefragung (mind. 30 zurückerhaltene FB)	0	973	48,4	> 50 %	0 %	100 %	54,4 %
5	KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese	0	38	6,8	-----	0 %	52,1 %	7,3 %
6	Genetische Beratung	0	50	3,2	-----			-----
7	MSI-Untersuchung	0	20	4,1	≥ 90 %	0 %	100 %	78,2 %
8	Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	0	49	3,4	≤ 0,2 %	0 %	5,19 %	0,54 %
9	Vollständige elektive Koloskopien	247	6993	1355,6	≥ 95 %	50,3 %	100 %	96,1 %
10	Operative Primärfälle Kolon (mind. 30)	29	154	56,3	-----			-----
11	Operative Primärfälle Rektum (mind. 20)	12	135	33,3	-----			-----
12	Revisions-OP's Kolon	0	13	4,6	< 10 %	0 %	25,8 %	8,9 %
13	Revisions-OP's Rektum	0	14	3,0	< 10 %	0 %	37,9 %	9,5 %
14	Postoperative Wundinfektion	0	23	6,4	-----	0 %	21,1 %	7,1 %
15	Anastomosensuffizienzen Kolon	0	8	2,5	≤ 3 %	0 %	17,5 %	4,9 %
16	Anastomosensuffizienzen Rektum	0	8	2,3	≤ 15 %	0 %	36,4 %	8,6 %
17	Mortalität postoperativ	0	10	2,7	< 5 %	0 %	14,3 %	3,3 %
18	Lokale RO-Resektionen Kolon	21	181	54,3	≥ 90 %	79,3 %	100 %	95,6 %

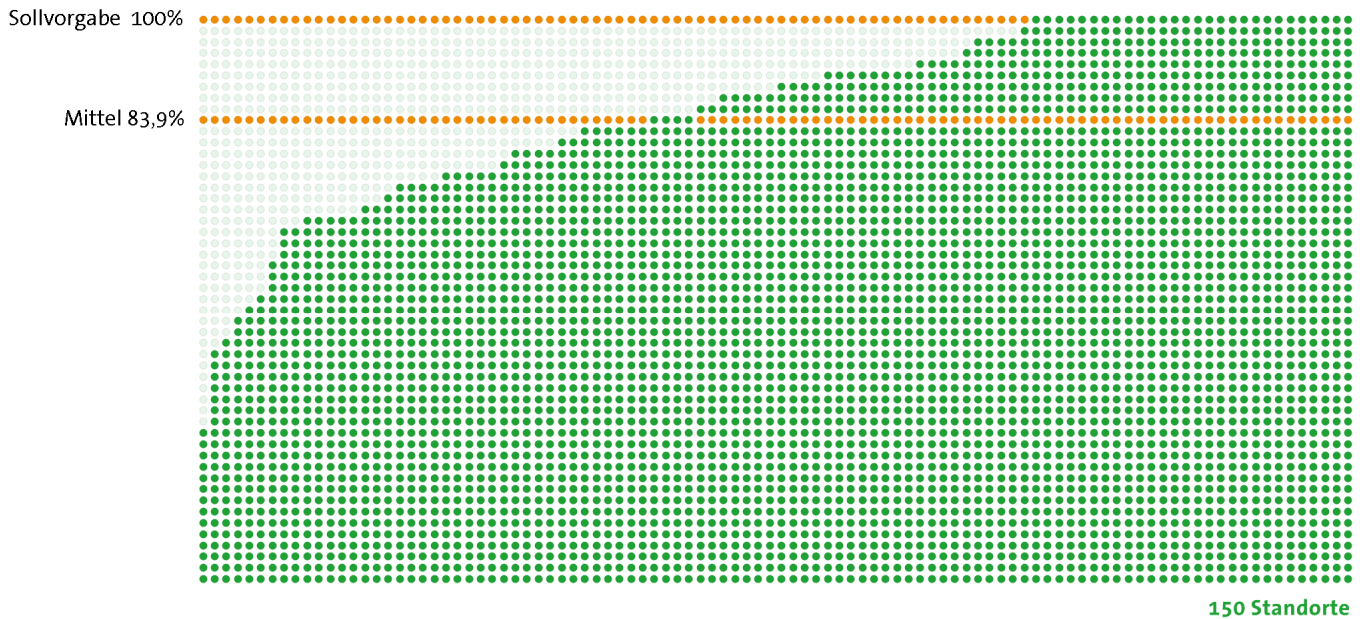
Gesamtergebnis Kennzahlenauswertung

Nr.	Kennzahl	Anzahl / Zähler			Quote			
		min.	max.	Mittel	Soll-vorgabe	min.	max.	Mittel
19	Lokale RO-Resektionen Rektum	11	335	32,9	≥ 90 %	74,3 %	100 %	94,8 %
20	Qualität des TME-Rektumpräparates	0	90	22,5	≥ 70 %	0 %	100 %	84,0 %
21	Lymphknotenuntersuchung	32	209	71,7	≥ 95 %	70,4 %	100 %	94,5 %
22	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	1	45	10,3	≥ 80 %	20 %	100 %	73,8 %
23	Neoadjuvante Chemotherapien Rektum (UICC Stad. II u. III)	2	43	11,5	≥ 80 %	29,4 %	100 %	77,9 %
24	Chemotherapie Folfox- Capecitabine (Kolon UICC Stad. III)	0	34	7,6	-----	0 %	100 %	66,5 %
25	Primäre Lebermetastasen- resektionen (KRK UICC Stad. IV)	0	32	3,2	≥ 15 %	0 %	100 %	21,5 %
26	Sekundäre Lebermetastasen- resektionen (KRK UICC Stad. IV)	0	12	1,9	≥ 10 %	0 %	100 %	19,0 %
27	Psychoonkologische Betreuung	0	192	38,1	-----	0 %	100 %	41,8 %
28	Beratung Sozialdienst	10	214	66,4	-----	12,7 %	100 %	70,2 %

Kennzahl 1

Prätherapeutische Fallvorstellung

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Alle Patienten mit einem Rektumkarzinom u. einem Kolonkarzinom UICC Stad. IV, die in der präoperativen Konferenz vorgestellt wurden	35,4	10	122	
Nenner	Alle Patienten mit einem Rektumkarzinom und einem Kolonkarzinom UICC Stad. IV	42,8	10	157	
Quote	Sollvorgabe 100%	83,9%	27,0%	100%	



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
150	93,2%	41	27,3%	109	72,7%	

Anmerkungen:

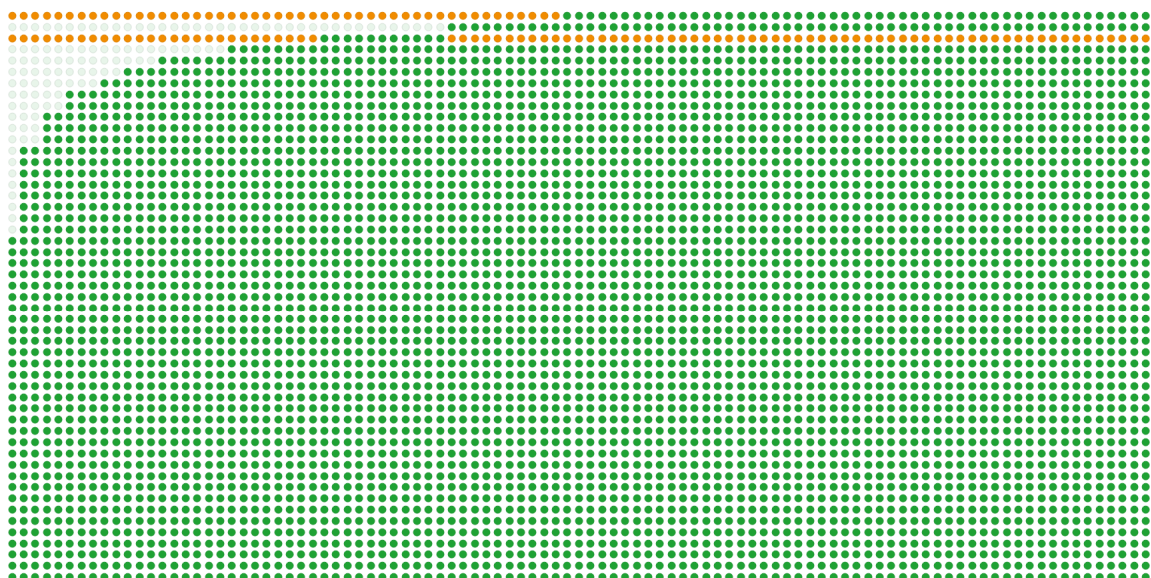
In der Sitzung der Zertifizierungskommission am 02.11.2010 wurde konsentiert, dass für Audits ab Januar 2011 eine Sollvorgabe von $\geq 95\%$ anstelle von 100% gilt.

Kennzahl 2

Postoperative Fallvorstellung

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Alle Patienten mit einem Rektum-/Kolonkarzinom (Erstdiagnose, Rezidiv u./o. metastasiert), die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	89,6	44	256	
Nenner	Alle Patienten mit einem Rektum- u./o. Kolonkarzinom (Erstdiagnose, Rezidiv u./o. metastasiert)	93,2	47	279	
Quote	Sollvorgabe 100%	96,4%	60,0%	100%	

Sollvorgabe 100%
Mittel 96,4%



158 Standorte

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
158	98,1	81	51,3	77	48,7	

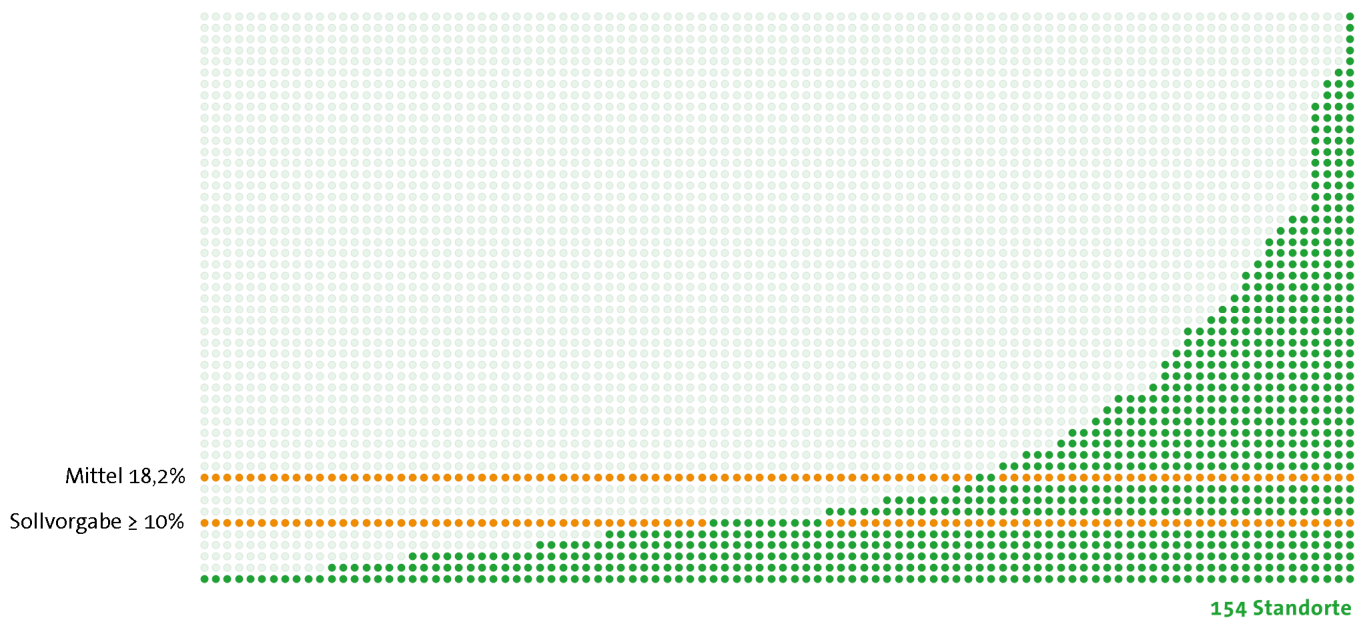
Anmerkungen:

Für eine Präzisierung der Kennzahl wird diese entsprechend den Ergebnissen der Kommissionssitzung unterteilt in eine postoperative Vorstellung der operativen Primärfälle und die prätherapeutische Vorstellung der Patienten mit Rezidiv und neu aufgetretenen Metastasen. Die Änderung wird für Audits ab 2011 gelten.

Kennzahl 3

Studienteilnahme

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Alle Patienten mit kolorektalem Karzinom (KRK) des Darmkrebszentrums (DZ), die in eine Studie eingebracht wurden	17,9	0	117	
Nenner	Primärfälle gesamt	95,8	47	279	
Quote	Sollvorgabe $\geq 10\%$	18,2%	0,0%	94,4%	



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
154	95,7	83	53,9	71	46,1	

Anmerkungen:

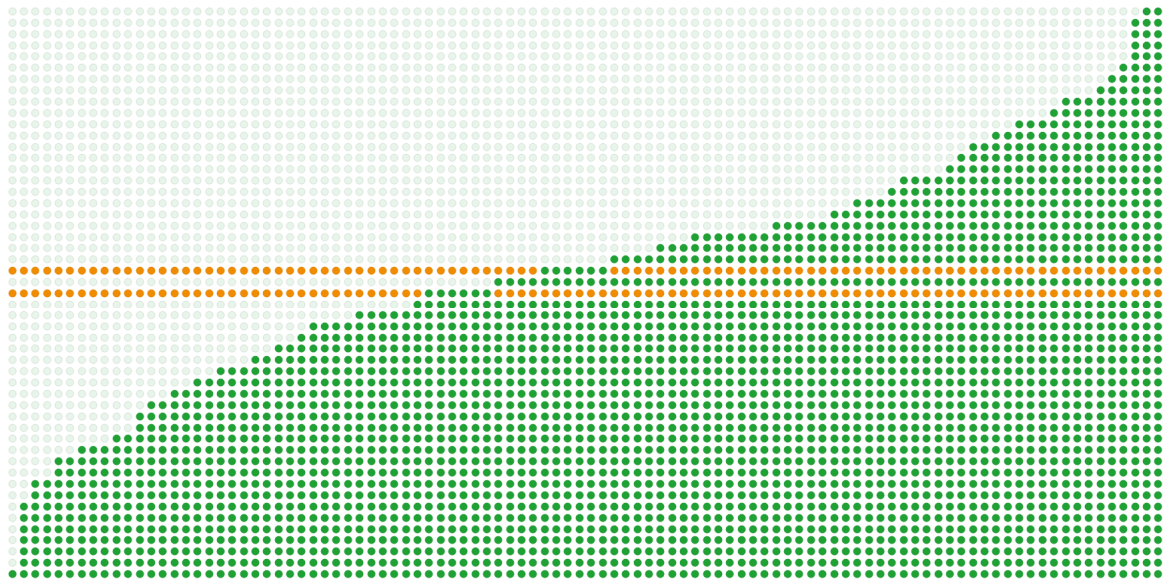
Die Sollvorgabe beträgt ab dem 1. Überwachungsaudit $\geq 10\%$. Sofern ein Zentrum diese Sollvorgabe nicht erreicht, sind Studienaktivitäten darzulegen (inkl. Begründung der Sollvorgaben-Unterschreitung). Zukünftig können auch kolorektale Präventionsstudien und chirurgische Studien zum kolorektalen Karzinom in die Berechnung der Studienquote einbezogen werden.

Kennzahl 4

Rücklaufquote Patientenbefragung

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl an ausgefüllten, zurückerhaltenen Fragebögen	48,4	0	973	
Nenner	Primärfälle operativ während des Befragungszeitraumes	95,3	7	2073	
Quote	Sollvorgabe > 50 %	54,5%	0,0%	100%	

Mittel 54,4%
Sollvorgabe > 50%



142 Standorte

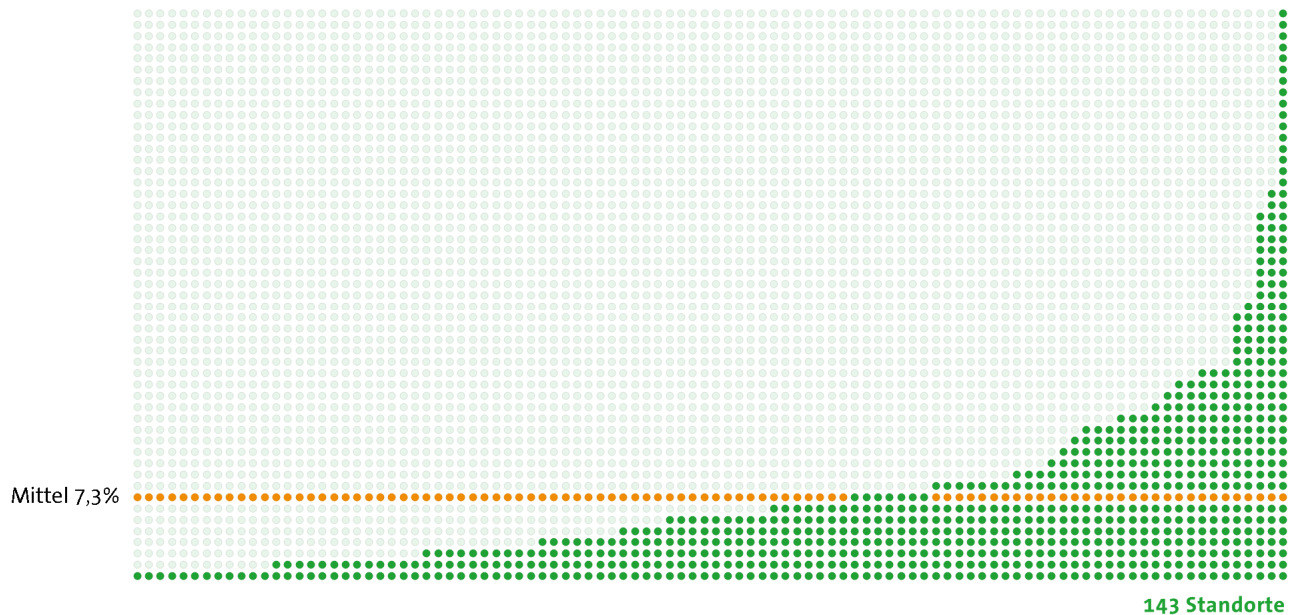
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
142	88,2%	78	54,9%	64	45,1%	

Anmerkungen:

Kennzahl 5

KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der Patienten mit einem KRK und pos. Familienanamnese	6,8	0	38	
Nenner	Alle Primärfälle des Darmzentrums	92,9	49	279	
Quote	Sollvorgabe -----	7,3%	0,0%	52,1%	



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
143	88,8%	----	----	----	----	

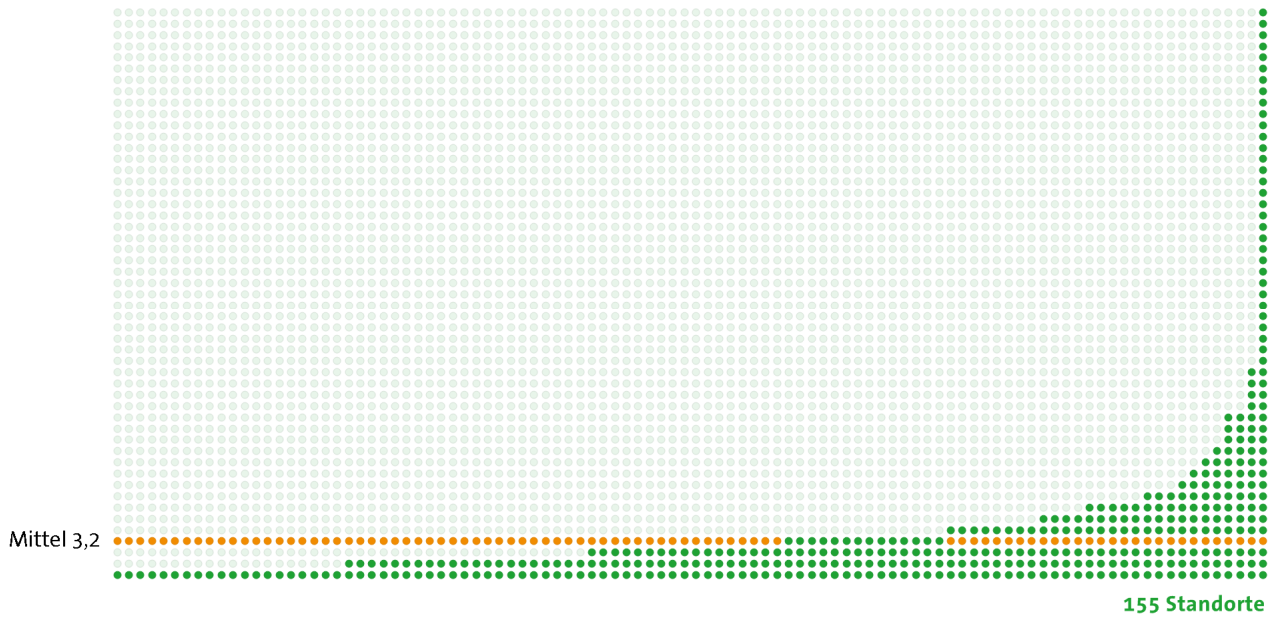
Anmerkungen:

Für die Identifikation von Risikogruppen wurde im Jahr 2010 ein Fragebogen entwickelt, der auf den Websites der DKG (www.krebsgesellschaft.de/zertifizierte_zentren) und OnkoZert (www.onkozert.de) heruntergeladen werden kann.

Kennzahl 6

Genetische Beratung

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Patienten mit einem KRK, die in einem Zentrum für familiären Darmkrebs vorgestellt wurden	3,2	0	50	
Nenner	----	----	----	----	
Quote	Sollvorgabe -----	----	----	----	



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
155	96,3%	----	----	----	----	

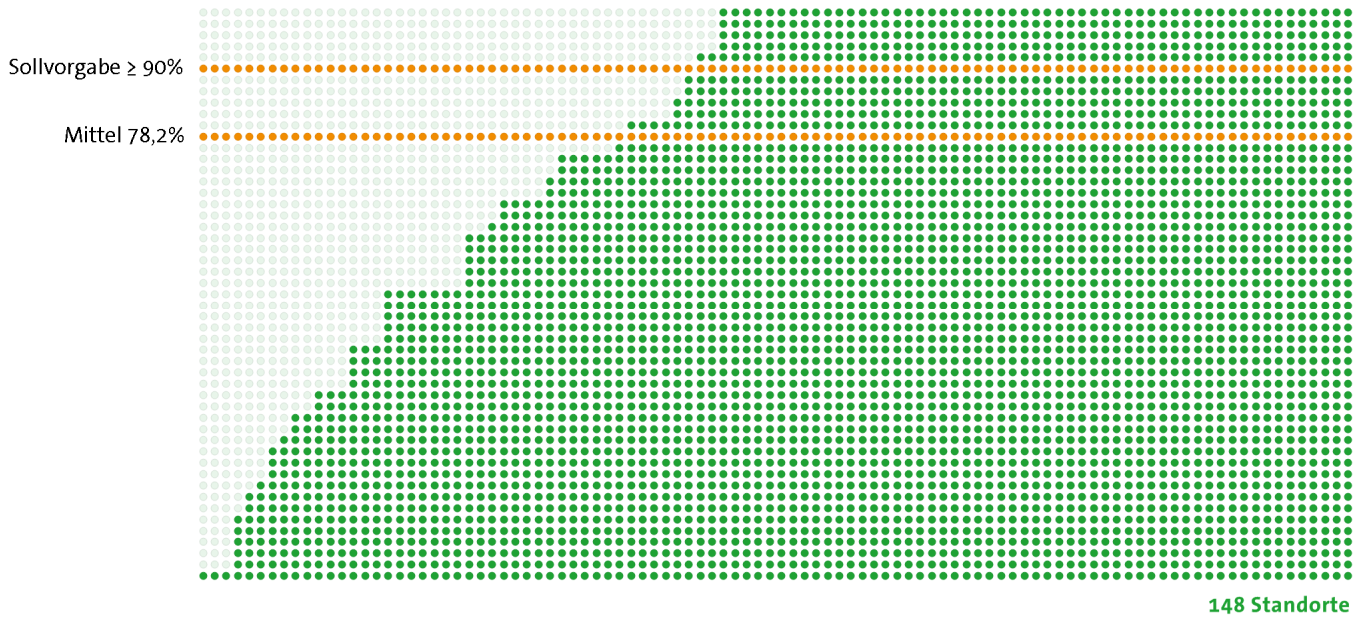
Anmerkungen:

Für die Audits ab 2011 werden die genetischen Beratungen auf die Primärfälle des Zentrums bezogen und somit nicht mehr als Anzahl, sondern als Quote angegeben.

Kennzahl 7

MSI-Untersuchung

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	MSI-Untersuchung bei Pat. mit Erstdiagnose KRK < 50 Jahre.	4,1	0	20	
Nenner	Alle Patienten mit der Erstdiagnose KRK < 50 Jahre	5,9	1	70	
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	78,2%	0,0%	100%	



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
148	91,9%	84	56,8%	64	43,2%	

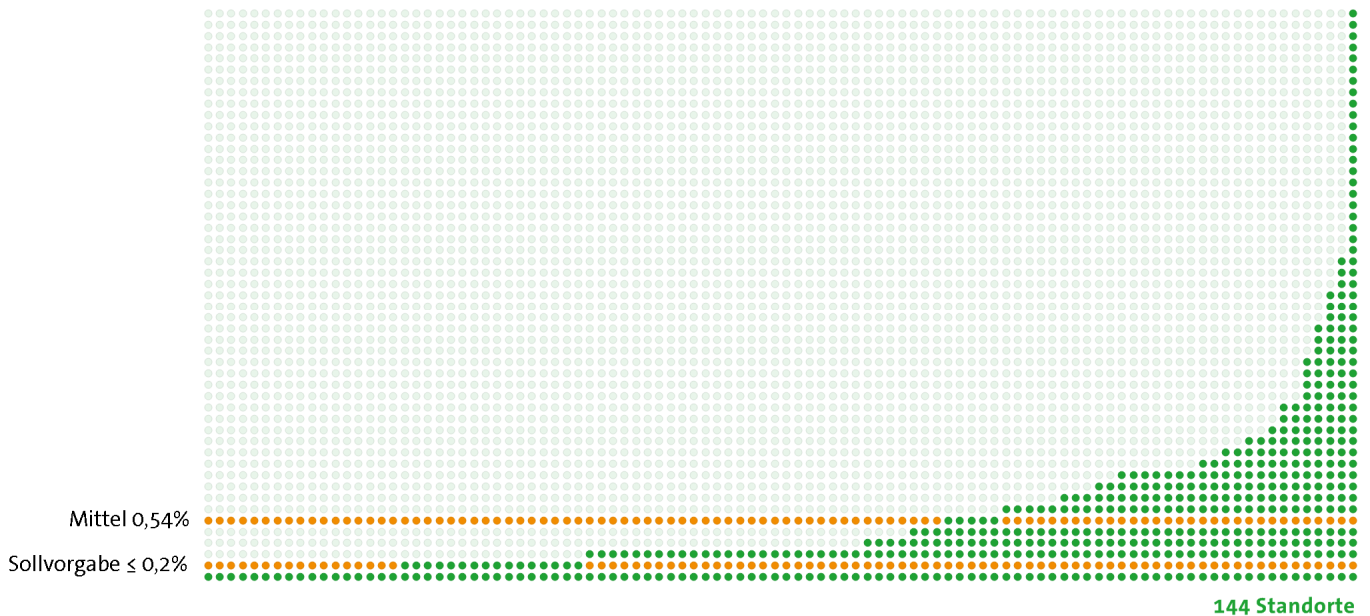
Anmerkungen:

Sofern ein Zentrum keinen Patienten mit Erstdiagnose unter 50 Jahren hat, werden diese Standorte nicht in der Darstellung berücksichtigt.

Kennzahl 8

Komplikationsrate therapeutische Koloskopien

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der therapeutischen Koloskopien mit Komplikationen (Blutung u./o. Perforation)	3,4	0	49	
Nenner	Alle therapeutischen Koloskopien je koloskopierende Einheit	858,8	61	4515	
Quote	Sollvorgabe $\leq 0,2\%$	0,54%	0,0%	5,19%	



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
144	89,4%	49	34,0%	95	66,0%	

Anmerkungen:

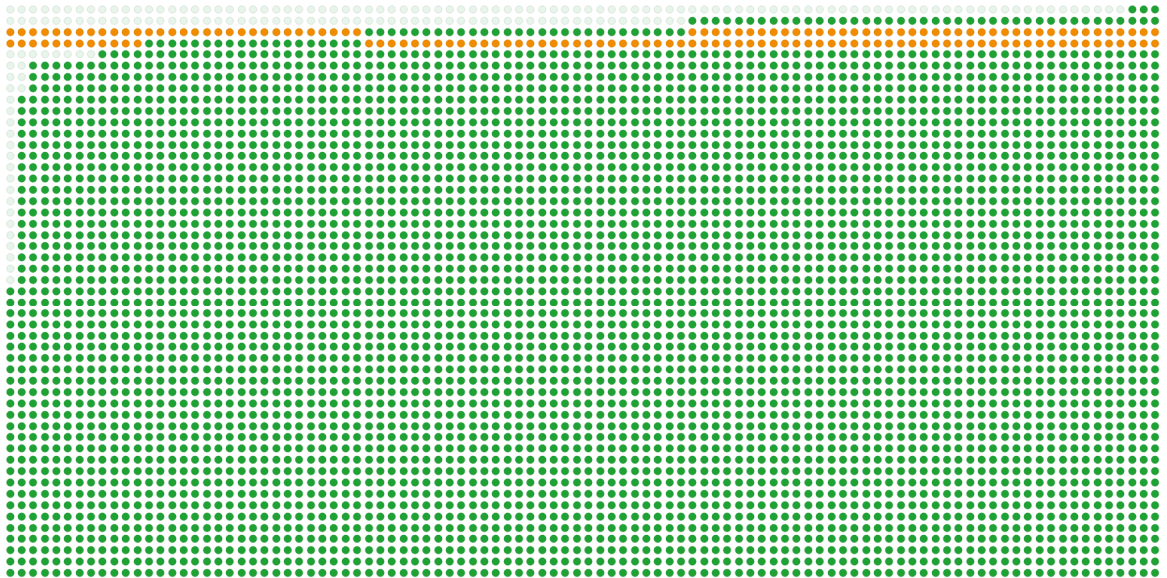
Da das Patientenkollektiv für die therapeutischen Koloskopien nicht mit dem Kollektiv der Vorsorgekoloskopien vergleichbar ist, wurde die Sollvorgabe von $\leq 0,2\%$ auf $\leq 1\%$ angepasst.

Kennzahl 9

Vollständige elektive Koloskopien

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der vollständigen elektiven Koloskopien	1355,6	247	6993	
Nenner	Alle elektiven Koloskopien je koloskopierende Einheit des Darmzentrums	1410,2	255	7401	
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	96,1%	50,3%	100%	

Mittel 96,1%
Sollvorgabe $\geq 95\%$



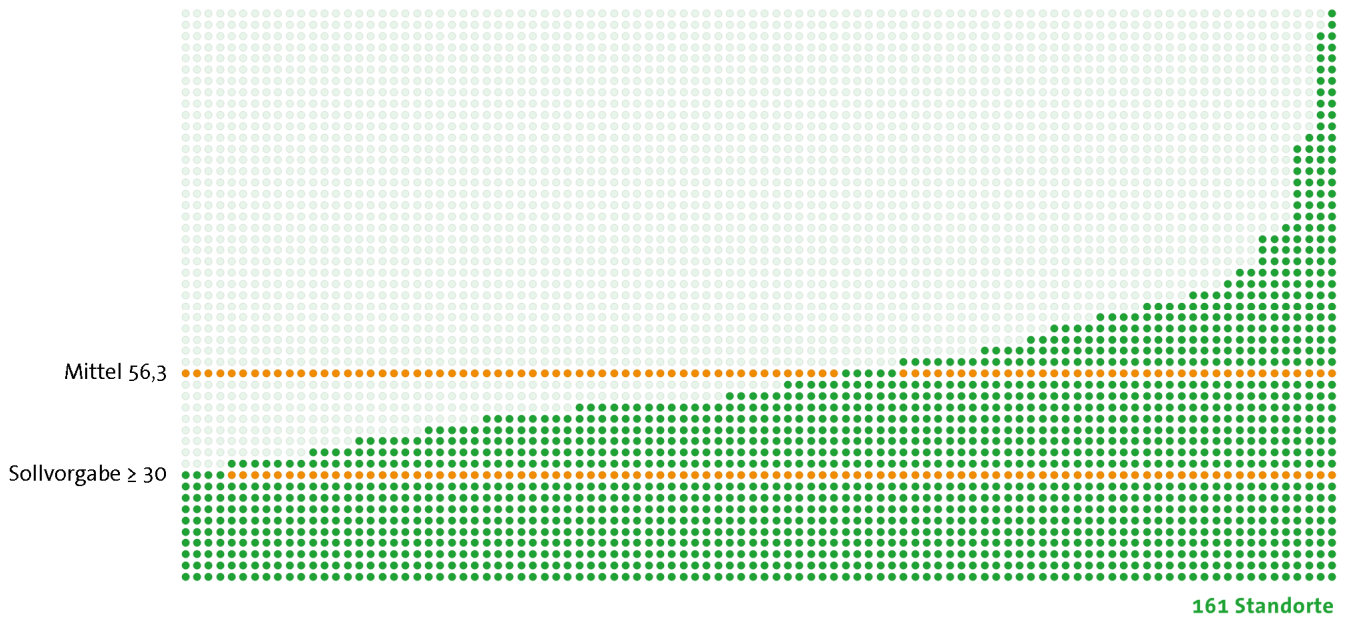
129 Standorte

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
129	80,1%	107	82,9%	22	17,1%	

Anmerkungen:

Kennzahl 10 Operative Primärfälle Kolon

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Operative Primärfälle Kolon (anhängende Primärfalldefinition beachten)	56,3	29	154	
Nenner	----	----	----	----	
Quote	Sollvorgabe mind. 30 Kolon-Op's	----	----	----	



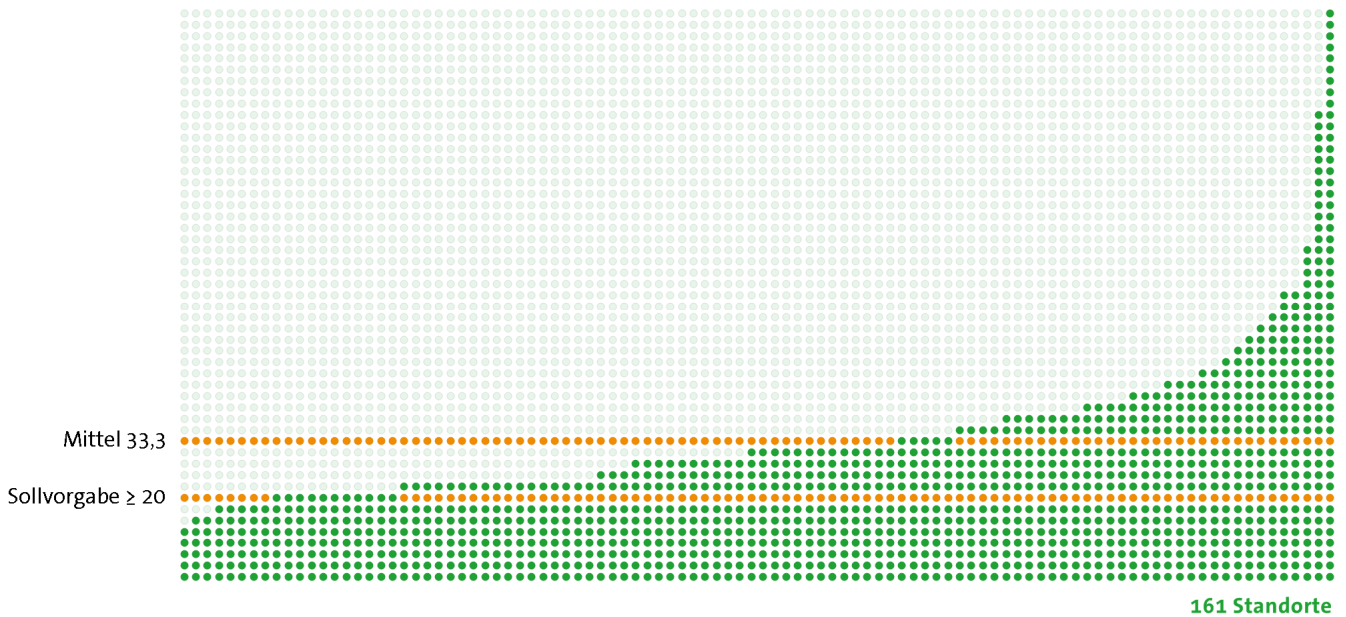
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
161	100%	160	99,4	1	0,6	

Anmerkungen:

Kennzahl 11

Operative Primärfälle Rektum

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Operative Primärfälle Rektum (anhängende Primärfalldefinition beachten)	33,3	12	135	
Nenner	----	----	----	----	
Quote	Sollvorgabe mind. 20 Rektum-OP's	----	----	----	

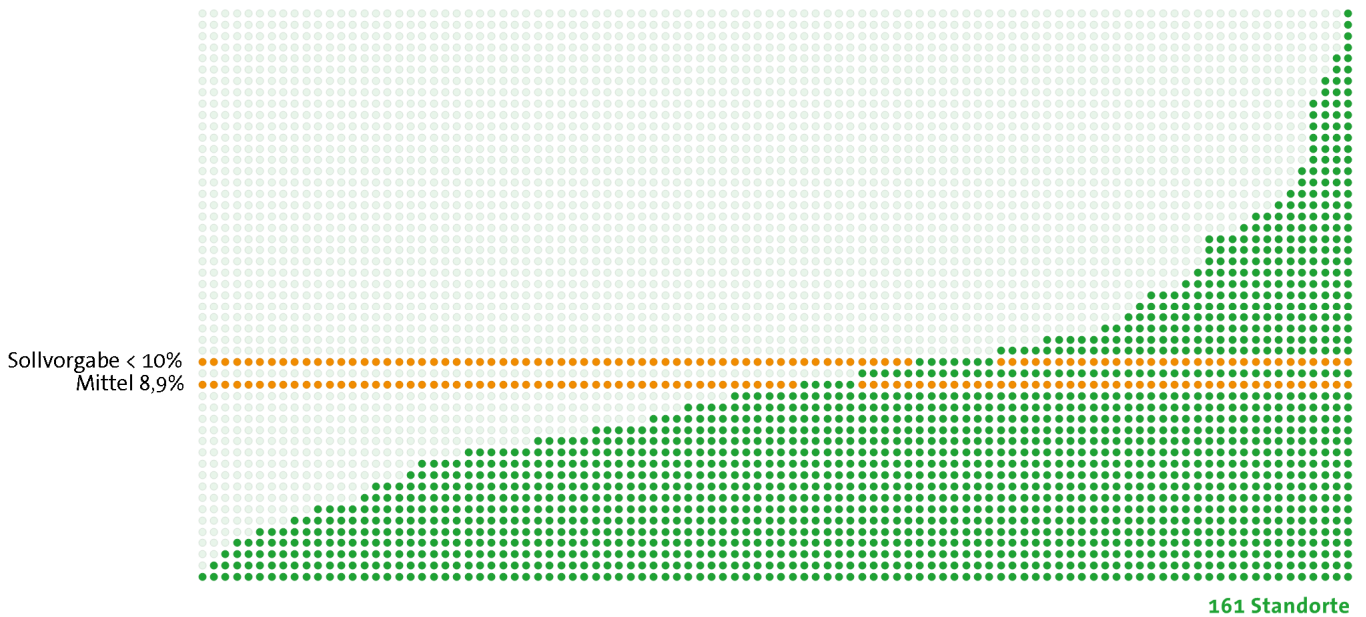


Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
161	100%	142	88,2	19	11,8	

Anmerkungen:

Kennzahl 12 Revisions-OP's Kolon

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl an Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	4,6	0	13	
Nenner	Anzahl aller elektiven Kolon -Eingriffe	53,0	24	150	
Quote	Sollvorgabe <10%	8,9%	0,0%	25,8%	



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
161	100%	101	62,7%	60	37,3%	

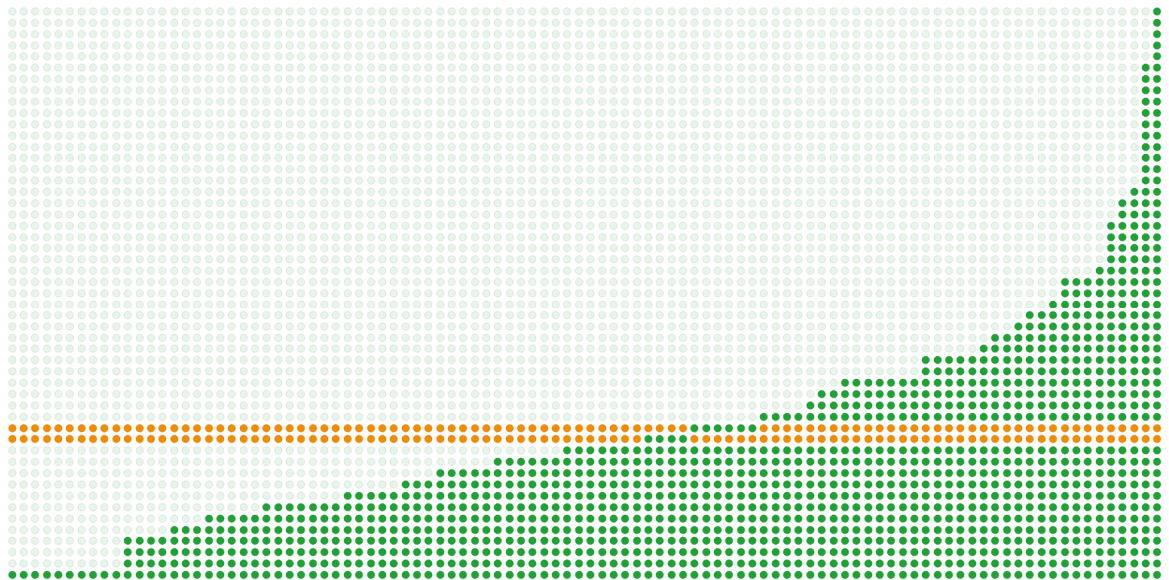
Anmerkungen:

Kennzahl 13

Revisions-OP's Rektum

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl an Revisionsoperationen infolge von perioperativen Komplikationen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	3,0	0	14	
Nenner	Anzahl aller elektiven Rektum -Eingriffe	32,7	8	135	
Quote	Sollvorgabe <10%	9,5%	0,0%	37,9%	

Sollvorgabe < 10%
Mittel 9,5%



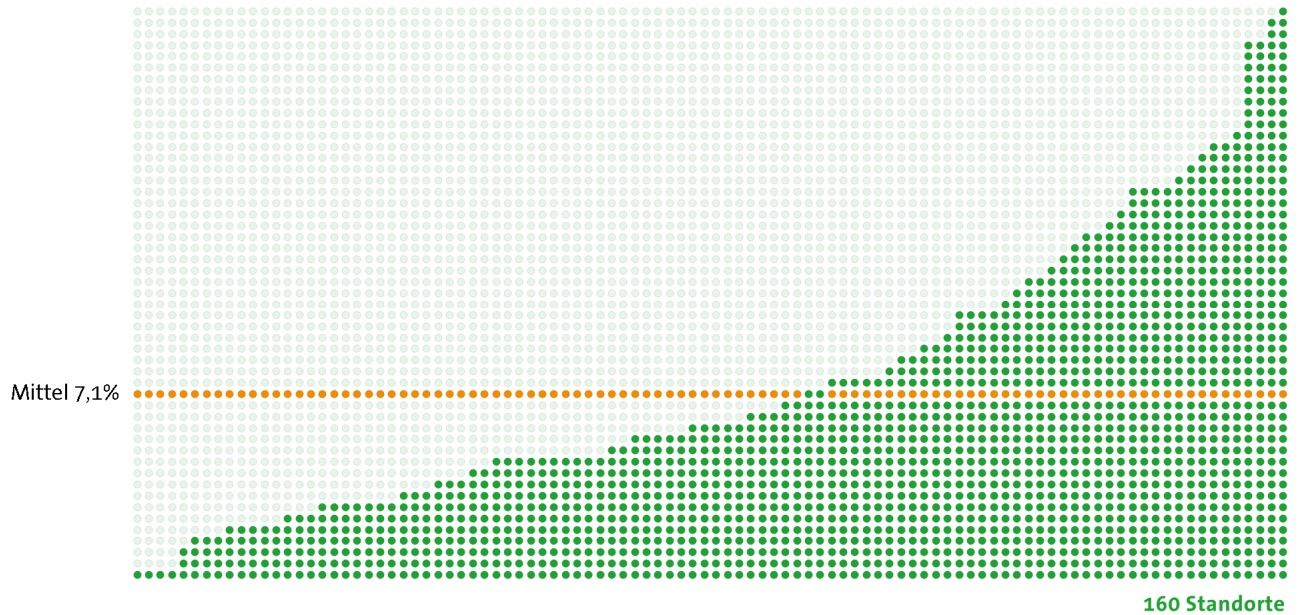
161 Standorte

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
161	100%	96	59,6%	65	40,4%	

Anmerkungen:

Kennzahl 14 Postoperative Wundinfektion

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl an postoperativen Wundinfektionen innerhalb von 30 d nach elektiver OP	6,4	0	23	
Nenner	Anzahl aller operativen Eingriffe des DZ	92,5	44	279	
Quote	Sollvorgabe ----	7,1%	0,0%	21,1%	

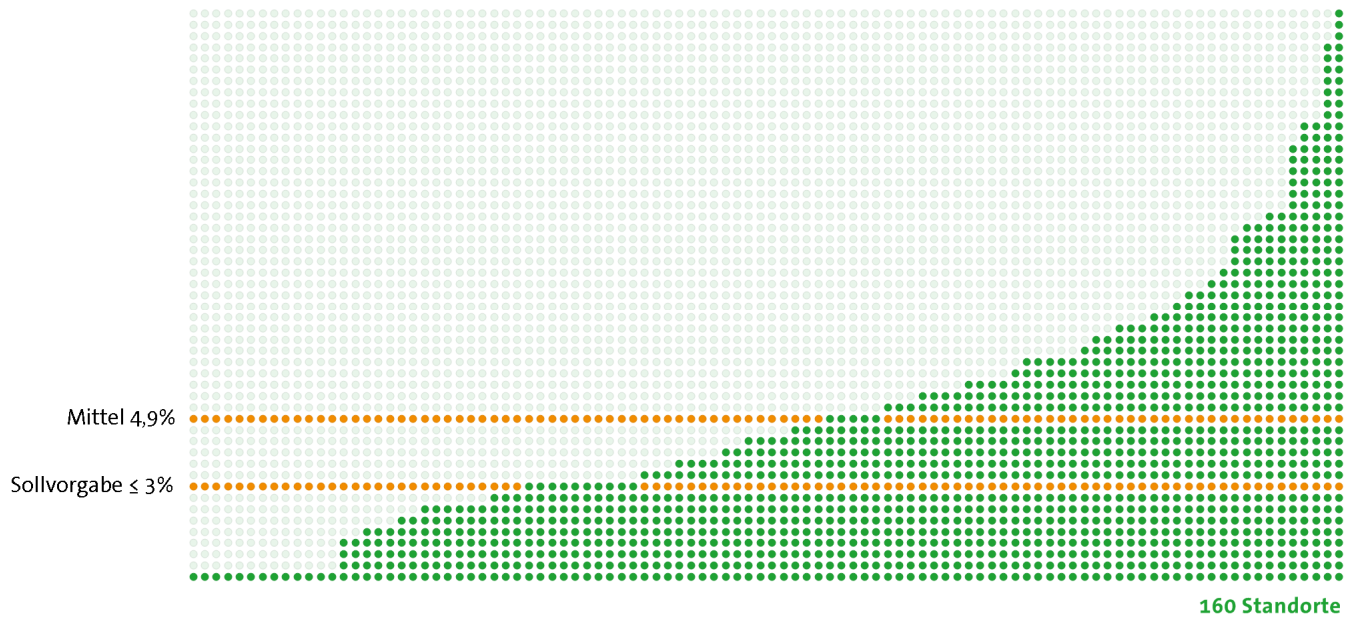


Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
160	99,4%	----	----	----	----	

Anmerkungen:

Kennzahl 15 Anastomosensuffizienzen Kolon

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anastomosensuffizienzen Kolon nach elektiven Eingriffen	2,5	0	8	
Nenner	Anzahl aller elektiven Kolon -OP's, bei denen eine Anastomose durchgeführt wurde	52,4	14	150	
Quote	Sollvorgabe ≤3%	4,9%	0,0%	17,5%	



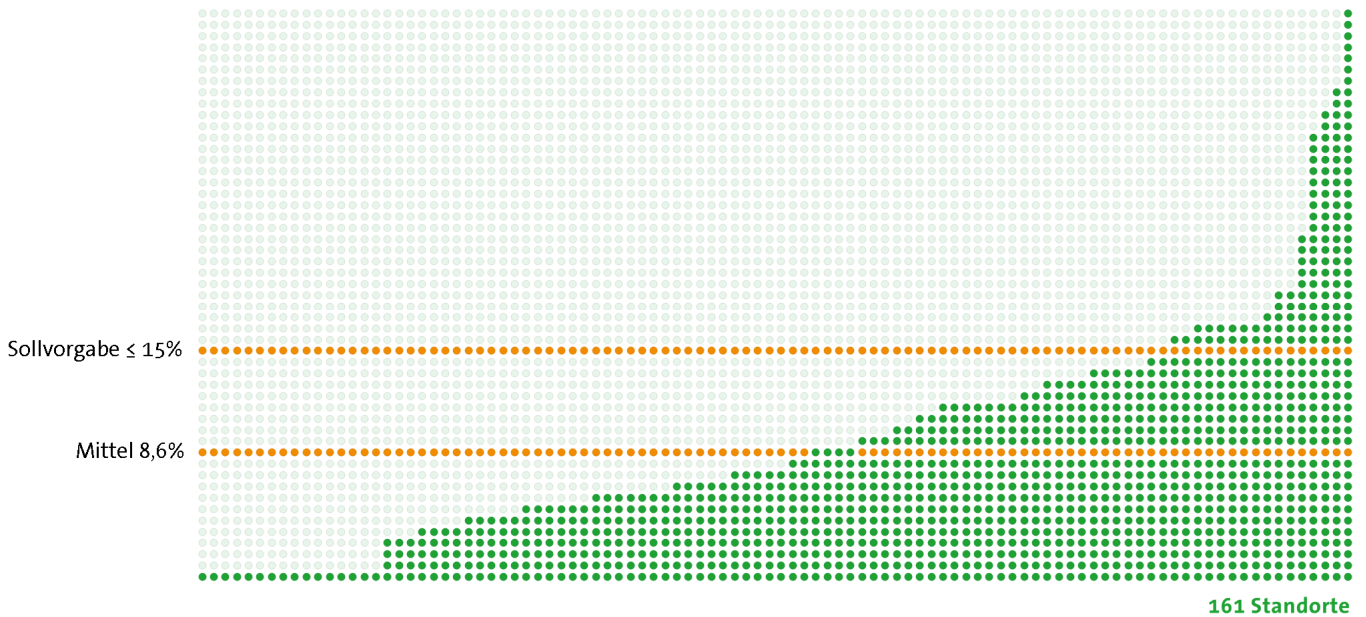
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
160	99,4%	53	33,1%	107	66,9%	

Anmerkungen:

Für die Audits ab 2011 wird die Definition der Anastomosensuffizienz durch die Beschränkung auf re-interventionspflichtige Insuffizienzen präzisiert. Darüber hinaus wird die Sollvorgabe von ≤ 3% auf ≤ 6% verändert.

Kennzahl 16 Anastomosensuffizienzen Rektum

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anastomosensuffizienzen Rektum nach elektiven Eingriffen	2,3	0	8	
Nenner	Anzahl aller elektiven Rektum-OP's , bei denen eine Anastomose durchgeführt wurde	29,5	6	135	
Quote	Sollvorgabe ≤15%	8,6%	0,0%	36,4	



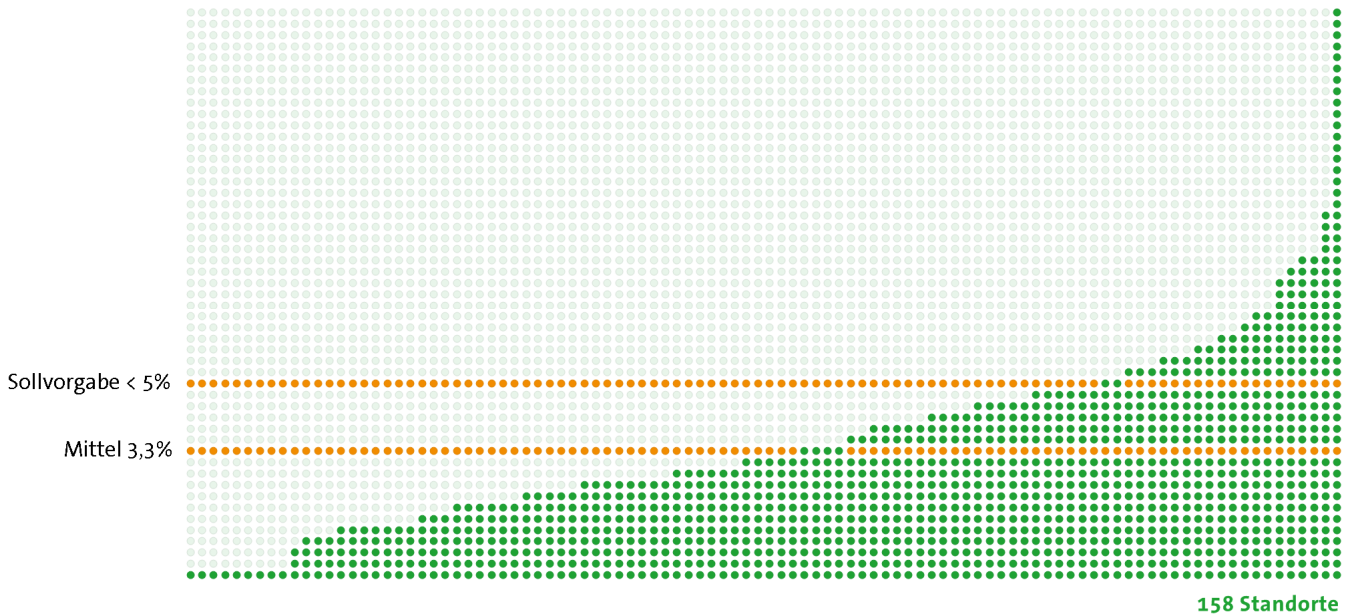
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
161	100%	136	84,5%	25	15,5%	

Anmerkungen:

Für die Audits ab 2011 wird die Definition der Anastomosensuffizienz durch die Beschränkung auf re-interventionspflichtige Insuffizienzen präzisiert.

Kennzahl 17 Mortalität postoperativ

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der postoperativ verstorbenen Patienten nach elektiven Eingriffen innerhalb von 30 d	2,7	0	10	
Nenner	Anzahl aller elektiv operierten Patienten	85,6	21	279	
Quote	Sollvorgabe < 5%	3,3%	0,0%	14,3%	



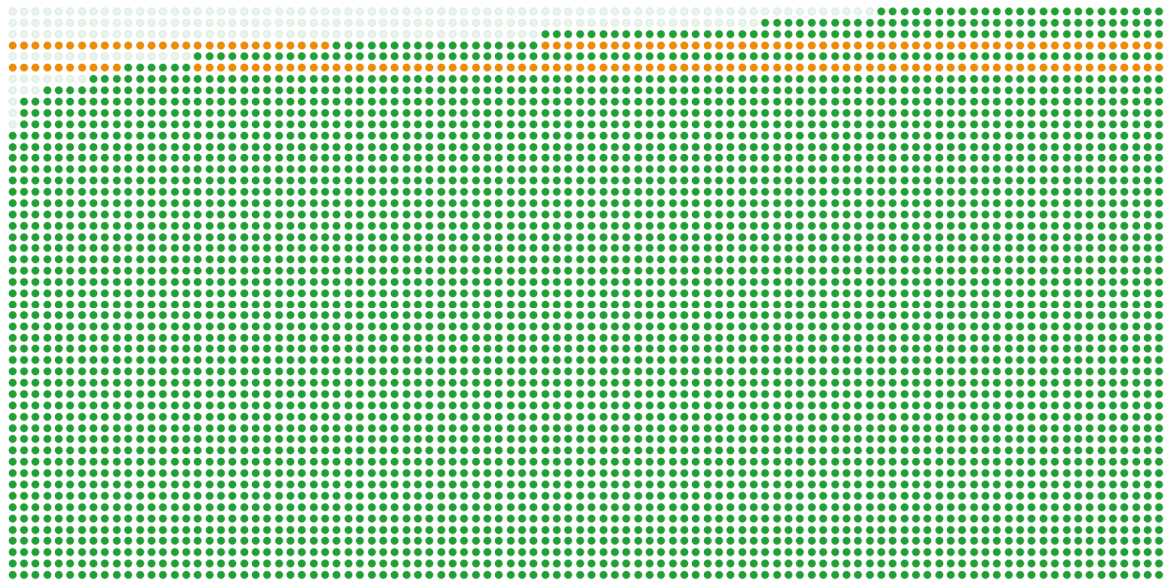
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
158	98,1%	127	80,4%	31	19,6%	

Anmerkungen:

Kennzahl 18 Lokale RO-Resektionen Kolon

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der lokalen RO-Resektionen Kolon nach Abschluss der operativen Therapie	54,3	21	181	
Nenner	Anzahl aller operativen Kolon-OP's gemäß Primärfalldefinition (operativ)	56,9	21	215	
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	95,6%	79,3%	100%	

Mittel 95,6%
Sollvorgabe $\geq 90\%$



161 Standorte

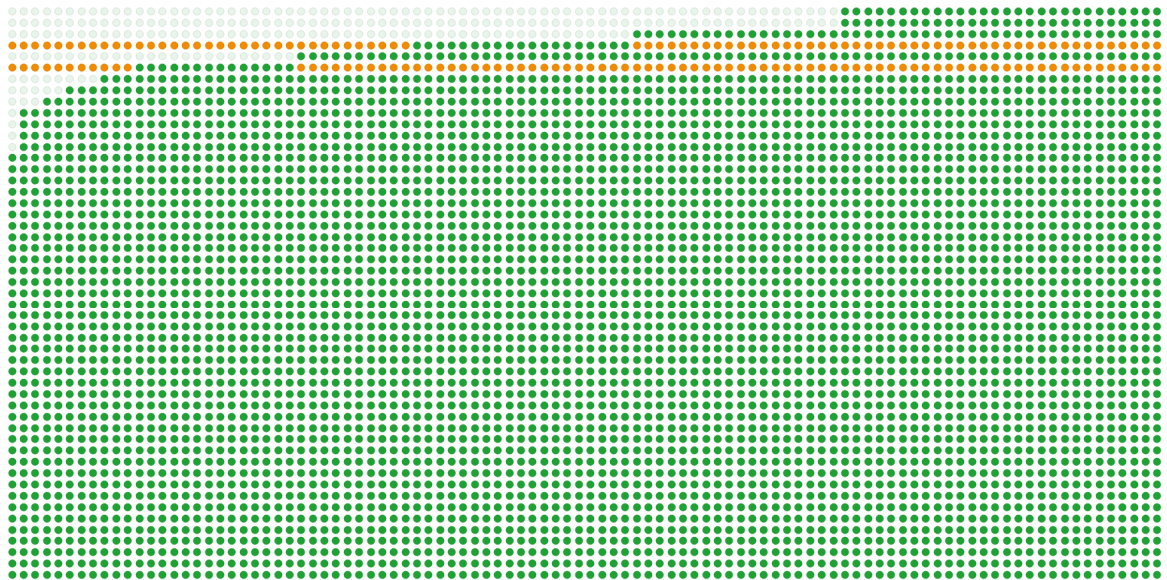
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
161	100%	144	89,4%	17	10,6%	

Anmerkungen:

Kennzahl 19 Lokale RO-Resektionen Rektum

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der lokalen RO-Resektionen Rektum nach Abschluss der operativen Therapie	32,9	11	335	
Nenner	Anzahl aller operativen Rektum -OP's gemäß Primärfalldefinition (operativ)	34,8	11	368	
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	94,8%	74,3%	100,0%	

Mittel 94,8%
Sollvorgabe $\geq 90\%$



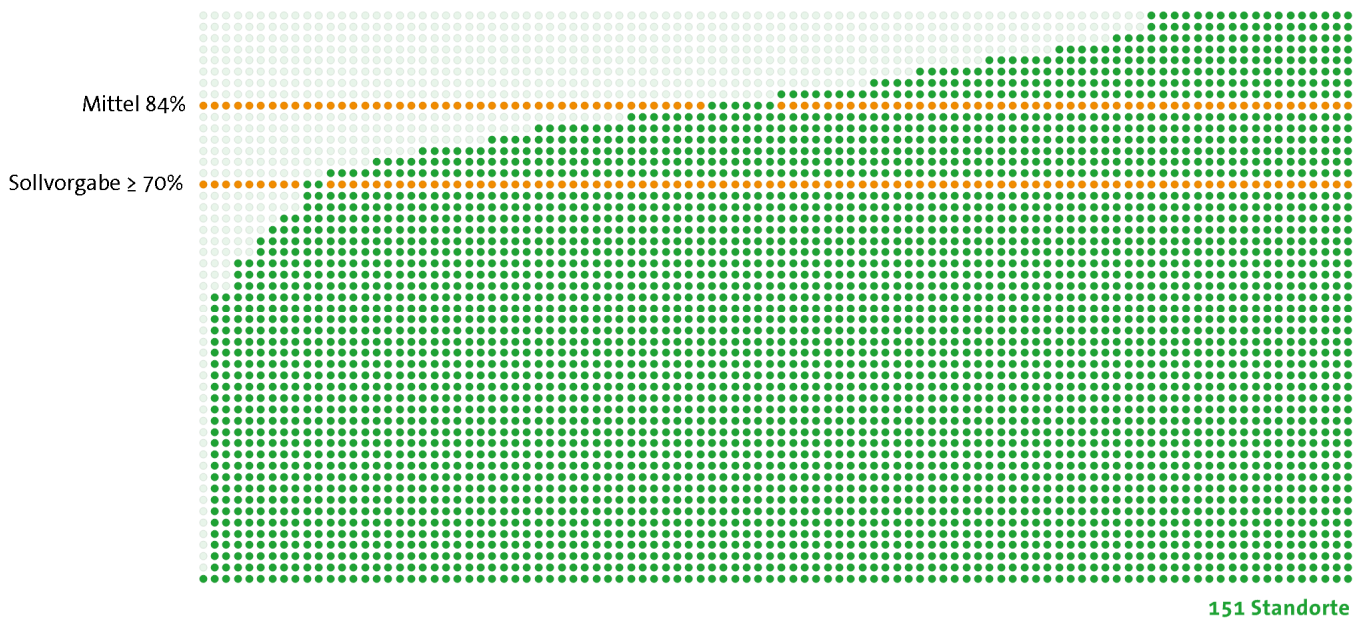
161 Standorte

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
161	100%	142	88,2%	19	11,8%	

Anmerkungen:

Kennzahl 20 Qualität des TME-Rektumpräparates

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	TME-Rektumpräparate mit guter Qualität	22,5	0	90	
Nenner	Alle TME-Rektumpräparate	26,3	5	104	
Quote	Sollvorgabe $\geq 70\%$	84,0%	0,0%	100%	



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
151	93,8%	136	90,1%	15	9,9%	

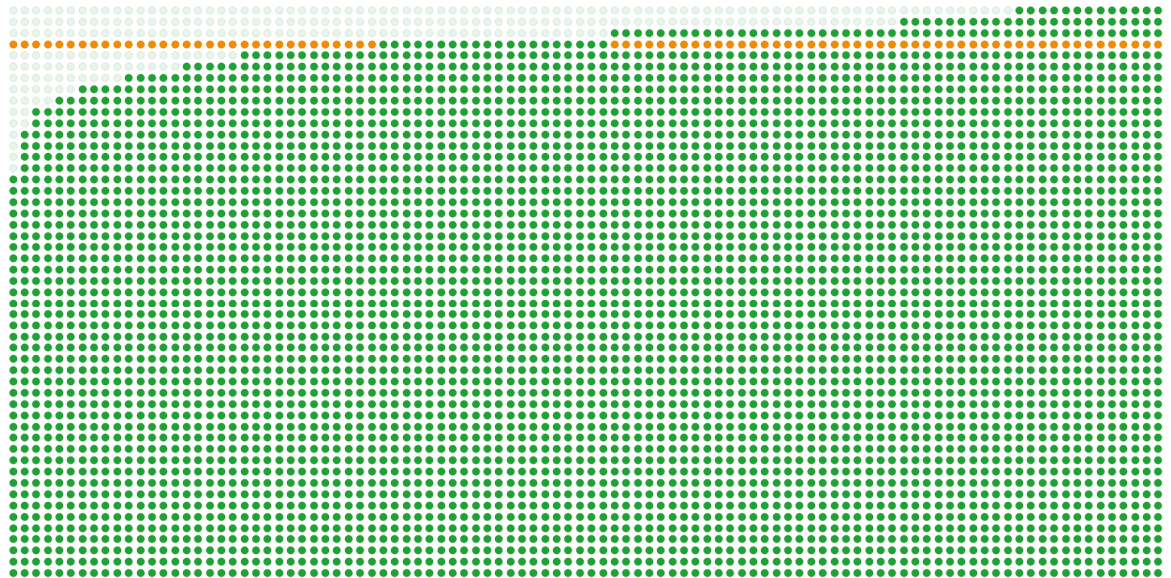
Anmerkungen:

Für die Audits ab 2011 ist die gute Qualität des TME-Präparates definiert als Mercury Grad 1 und 2.

Kennzahl 21 Lymphknotenuntersuchung

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der Patienten mit ≥ 12 pathologisch untersuchten Lymphknoten und ohne neoadjuvante Vorbehandlung	71,7	32	209	
Nenner	Anzahl aller Patienten mit KRK, die eine Lymphadenektomie erhalten und nicht neoadjuvant vorbehandelt waren	75,8	36	209	
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	94,5%	70,4%	100%	

Sollvorgabe $\geq 95\%$
Mittel 94,5%



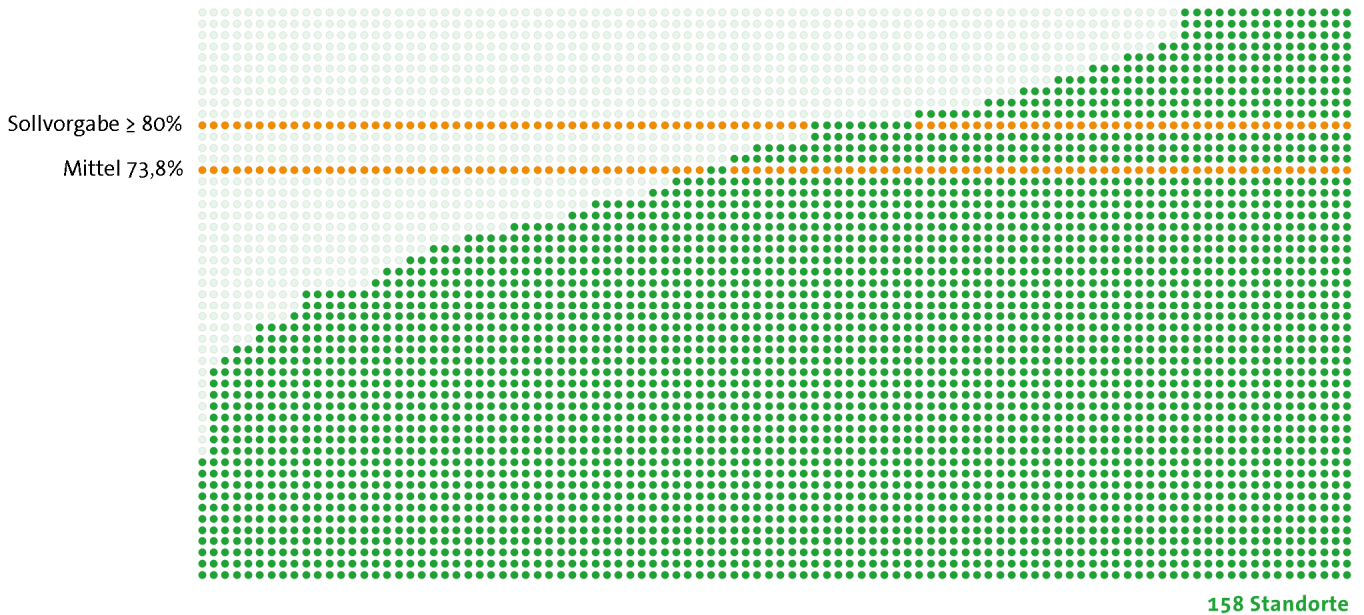
160 Standorte

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
160	99,4%	97	60,6%	63	39,4%	

Anmerkungen:

Kennzahl 22 Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine Chemotherapie erhalten haben	10,3	1	45	
Nenner	Alle Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III	14,2	1	54	
Quote	Sollvorgabe ≥80%	73,8%	20,0%	100%	



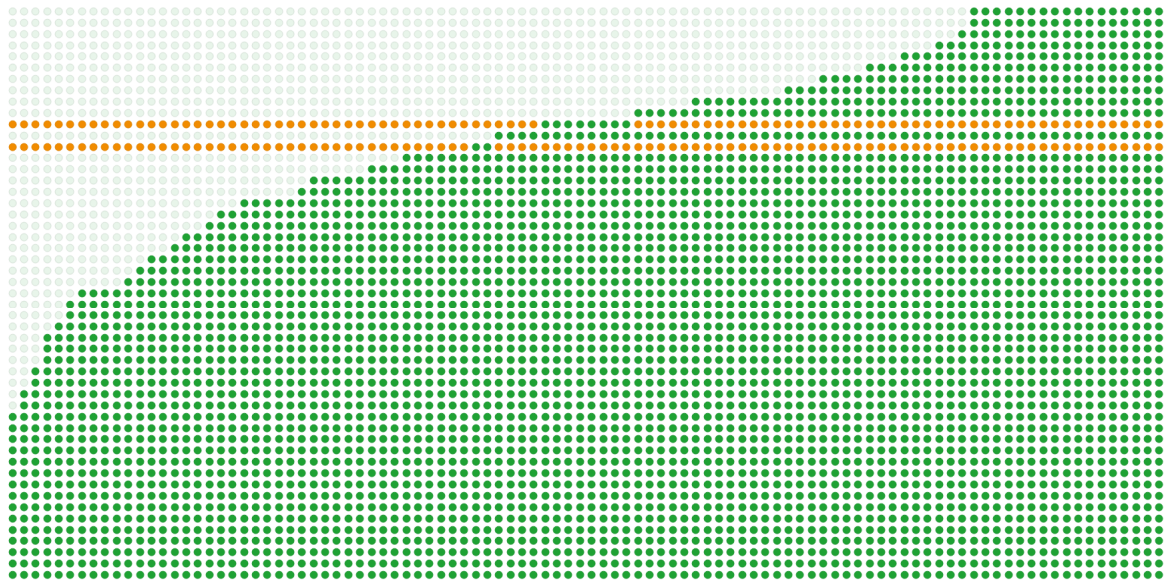
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
158	98,1%	73	46,2%	85	53,8%	

Anmerkungen:

Kennzahl 23 Neoadjuvante Chemotherapien Rektum (UICC Stad. II u. III)

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Patienten mit einem Rektumkarzinom bis 12 cm ab ano UICC Stad. II u. III, die eine Chemotherapie erhalten haben	11,5	2	43	
Nenner	Alle Patienten mit einem Rektumkarzinom bis 12 cm ab ano UICC Stad. II u. III	15,0	2	58	
Quote	Sollvorgabe ≥80%	77,9%	29,4%	100%	

Sollvorgabe ≥ 80%
Mittel 77,9%



161 Standorte

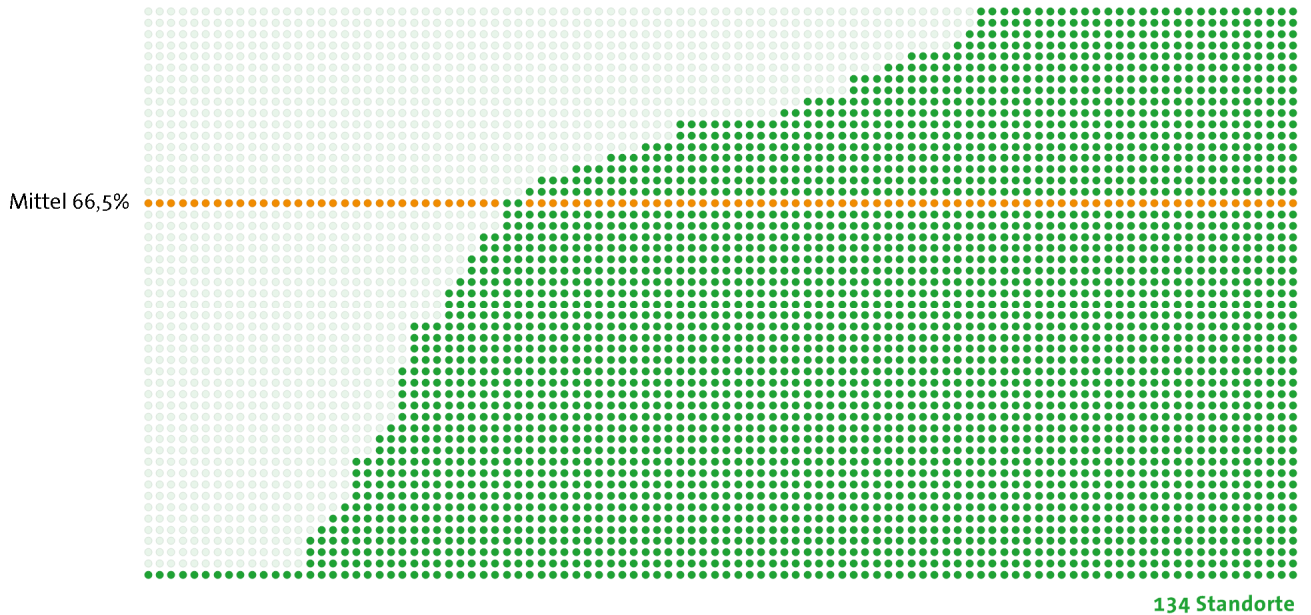
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
161	100%	86	53,4%	75	46,6%	

Anmerkungen:

In die Kennzahl geht für die Audits ab 2011 entsprechend der Leitlinie die Radiotherapie mit ein.

Kennzahl 24 Chemotherapie Folfox-Capecitabine (Kolon UICC Stad. III)

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der Patienten mit Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine Chemotherapie mit Folfox u. Capecitabine erhalten haben	7,6	0	34	
Nenner	Alle Patienten mit Kolonkarzinom UICC Stad. III, die eine Chemotherapie erhalten haben	11,4	2	47	
Quote	Sollvorgabe -----	66,5%	0,0%	100%	



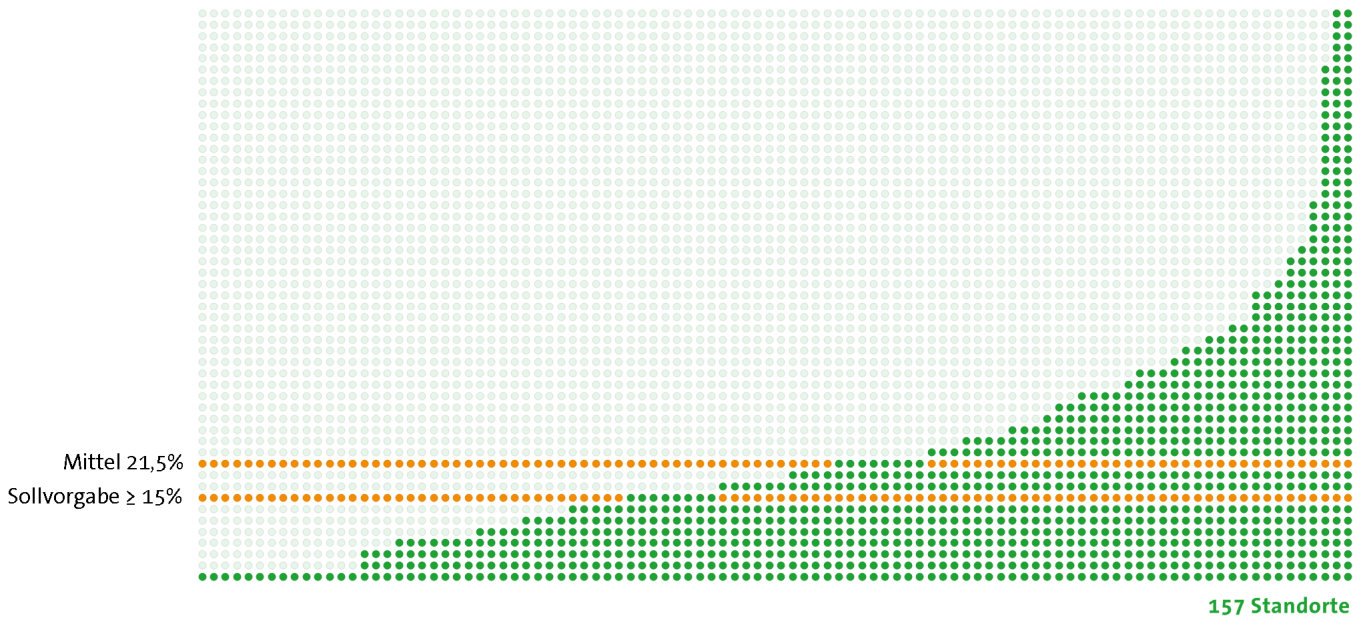
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
134	83,2%	----	----	----	----	

Anmerkungen:

Die Kennzahl „Chemotherapie Folfox-Capecitabine“ ist in dem neuen Kennzahlenbogen (Stand 03.12.2010) nicht mehr enthalten.

Kennzahl 25 Primäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Alle Pat. mit KRK UICC Stad. IV, die eine Lebermetastasenresektion erhalten	3,2	0	32	
Nenner	Alle Pat. mit Lebermetastasen bei KRK UICC Stad. IV	15,6	1	121	
Quote	Sollvorgabe $\geq 15\%$	21,5%	0,0%	100%	



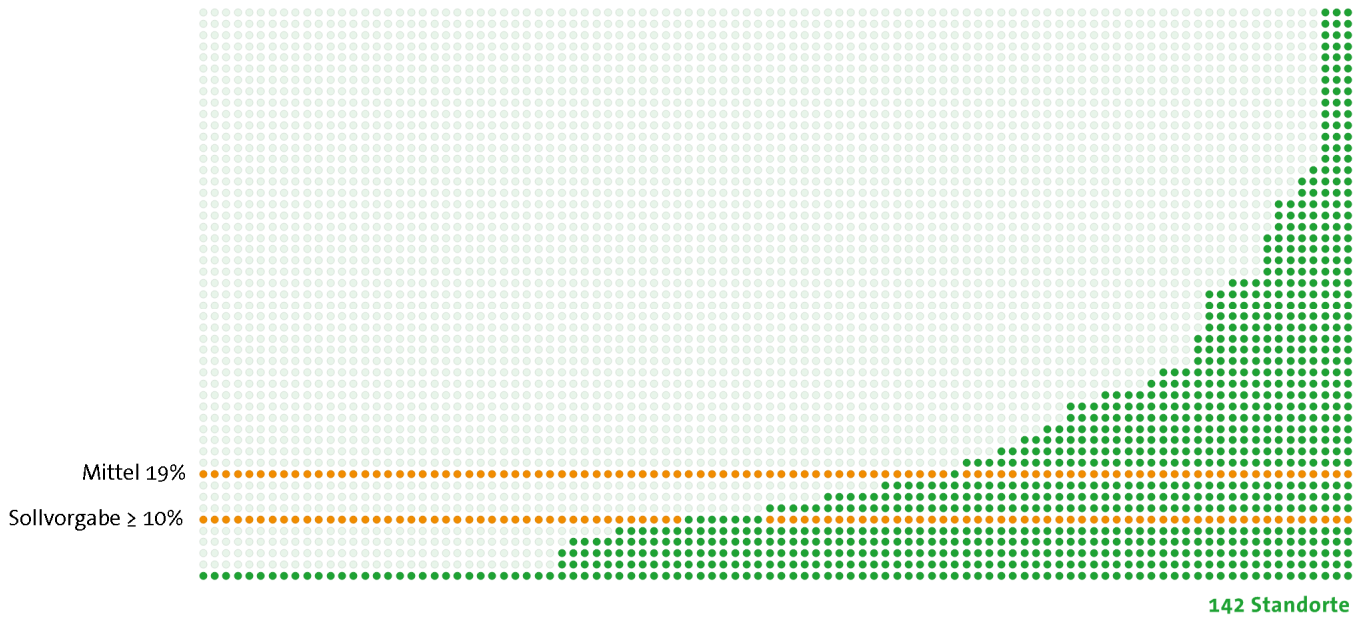
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
157	97,5%	89	56,7%	68	43,3%	

Anmerkungen:

Sofern ein Zentrum keinen Patienten mit diagnostizierten Lebermetastasen hat, werden diese Standorte nicht in der Darstellung berücksichtigt.

Kennzahl 26 Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der Patienten mit KRK im UICC Stad. IV, bei denen nach Chemotherapie eine sekundäre Lebermetastasenresektion durchgeführt wurde	1,9	0	12	
Nenner	Alle Patienten mit KRK UICC Stad. IV mit primär nicht resektablen Lebermetastasen, die eine Chemotherapie erhalten haben	10,7	1	32	
Quote	Sollvorgabe $\geq 10\%$	19,0%	0,0%	100%	



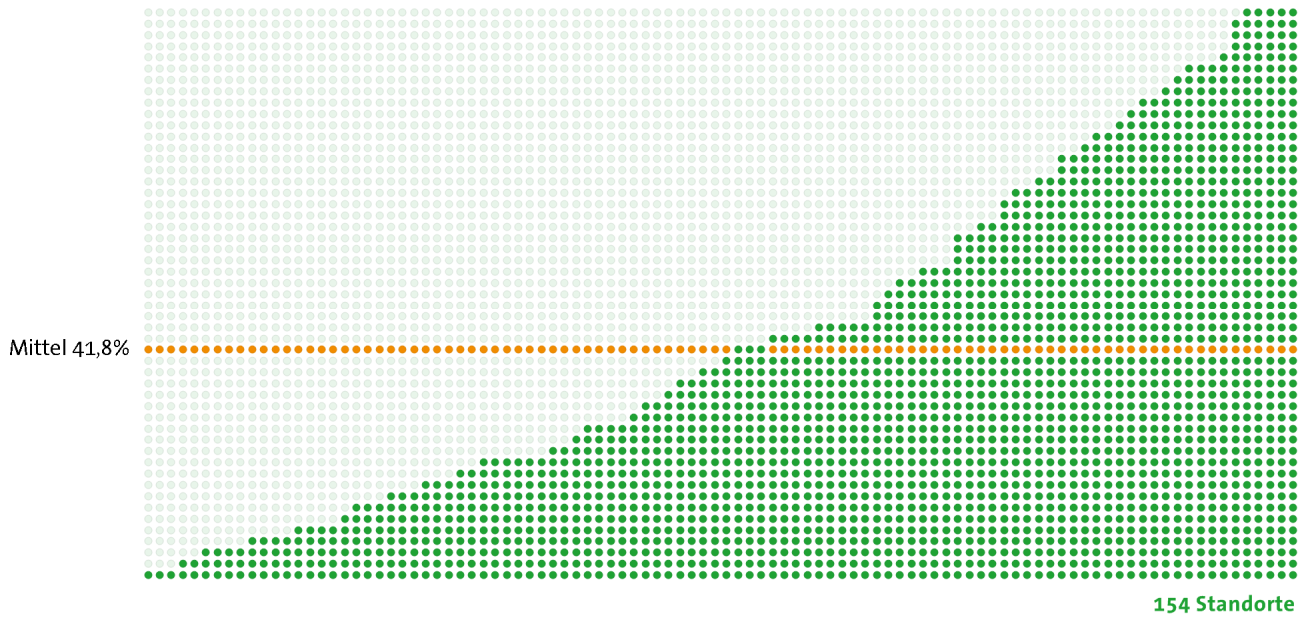
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
142	88,2%	82	57,7%	60	42,3%	

Anmerkungen:

Sofern ein Zentrum keinen Patienten mit diagnostizierten Lebermetastasen verbunden mit einer neoadjuvant applizierten Chemotherapie hat, werden diese Standorte nicht in der Darstellung berücksichtigt.

Kennzahl 27 Psychoonkologische Betreuung

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der Patienten, die psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer > 30 min.)	38,1	0	192	
Nenner	Gesamtprimärfälle	92,6	14	279	
Quote	Sollvorgabe -----	41,8%	0,0%	100%	



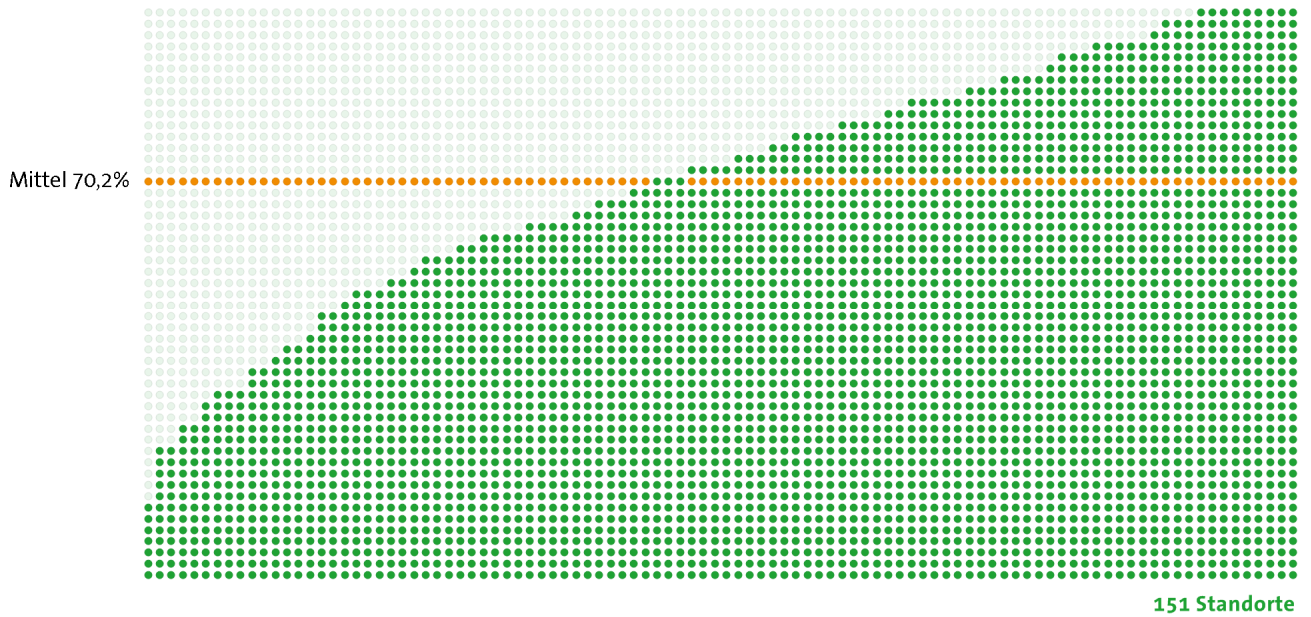
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
154	95,7%	----	----	----	----	

Anmerkungen:

Kennzahl 28

Beratung Sozialdienst

	Kennzahldefinition	alle Standorte			
		Mittel	min	max	
Zähler	Anzahl der Patienten, die durch den Sozialdienst beraten wurden	66,4	10	214	
Nenner	Gesamtprimärfälle	95,8	47	413	
Quote	Sollvorgabe -----	70,2%	12,7%	100%	



Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt		Standorte mit Sollvorgabe nicht erfüllt		
Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	
151	93,8%	----	----	----	----	

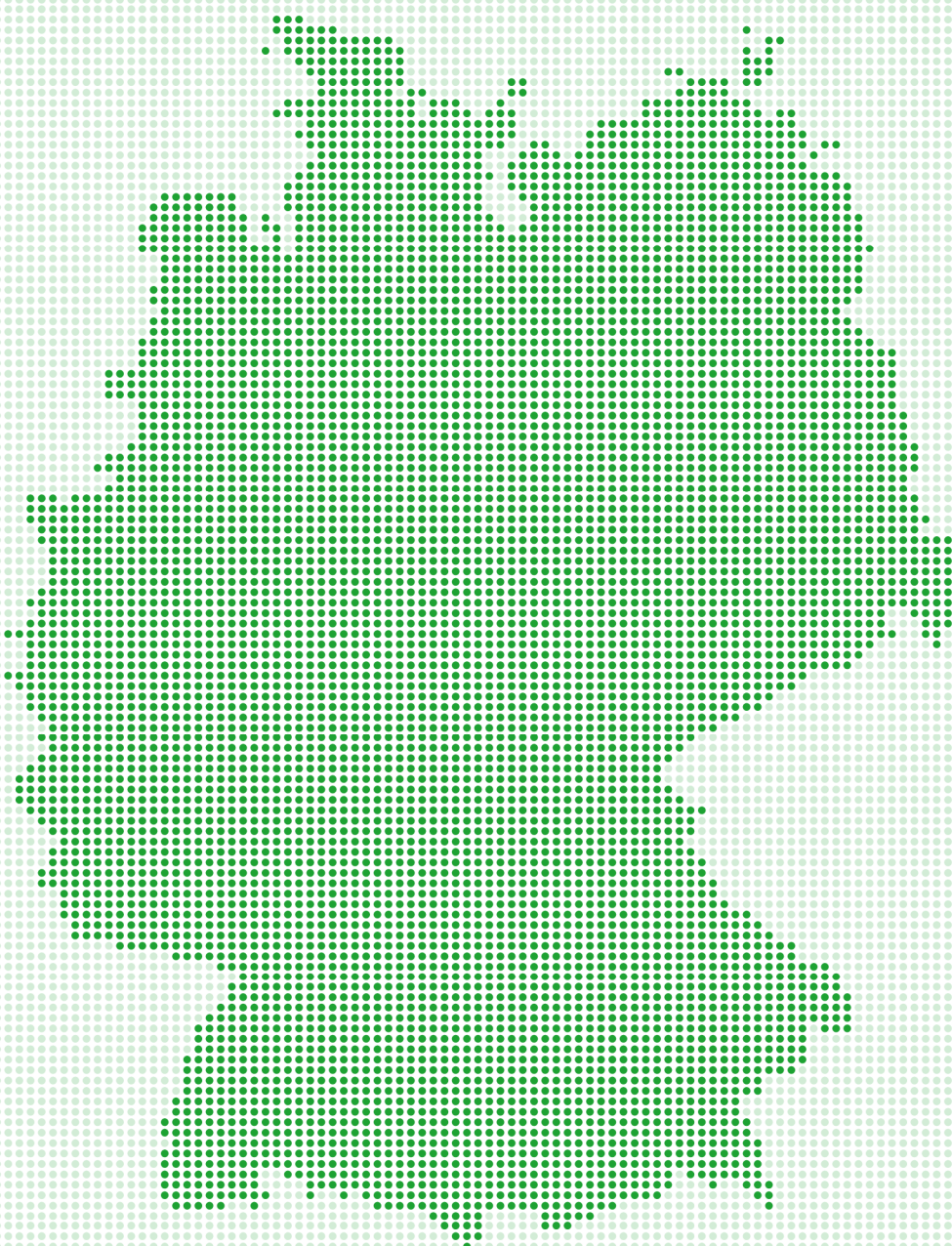
Anmerkungen:

**Deutschlands größtes
Netzwerk für optimale
Versorgung von Krebspatienten**

**WISSEN AUS
ERSTER HAND**

Informationen unter www.krebsgesellschaft.de

Spendenkonto: 10 10 10, Frankfurter Sparkasse, BLZ 500 502 01



Impressum

Herausgeber und inhaltlich
verantwortlich:
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
Tiergarten Tower
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
Fon: +49 30 322 93 29 0
Fax: +49 30 322 93 29 66
Vereinsregister Amtsgericht
Charlottenburg,
Vereinsregister-Nr. VR 27 661 B

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

WISSEN AUS ERSTER HAND

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Mehr Informationen unter www.krebsgesellschaft.de