„Welche Chancen bietet die Zentrenbildung für die onkologische Versorgung“

Dr. med. Johannes Bruns
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Berlin

DKG
KREBSGESELLSCHAFT

Frau * 1966
Mammakarzinom ED: 04/04
verstorben 04/16

- w geb. 1966
- Diagnose
- Mammakarzinom links, pT1b G2 R0 pN1a (1/10 LK) initial cM0, ER +, PR +, HER-2/neu negativ, ED 04/04 (ICD10:C50.9)

- Therapie und Verlauf:
- 04/04: Einleitung einer Chemotherapie mit 4 Zyklen EC, gefolgt von 4 Zyklen Taxol, im Anschluss Radiatio der Restmamma sowie Einleitung einer endokrinen Therapie mit GnRH-Analoga in Kombination mit Tamoxifen
- Bis 04/09: Fortführung der endokrinen Therapie mit GnRH-Analoga in Kombination mit Tamoxifen
- 12/09: Thrombose der V. subclavia links, in weiterführender Diagnostik V. a. axilläres Rezidiv mit histologischer Sicherung (G3, ER+, PR+, HER-2/neu negativ), zudem Erstdiagnose einer pulmonalen Filialisierung
- 12/09 - 05/10: 6 Zyklen Taxol und Avastin
- 06/10: Komplettremission der vorbeschriebenen Lungenmetastasen
- 07/10 - 12/10: Fortführung der Avastintherapie, antihormonelle Therapie mit Anastrozol sowie Radiatio der linken Axilla inkl. supra- und infraklavikulärem LAG
- 02/11: Zwischenstaging: Komplettremission
- 08/11: Im Rahmen der Nachsorge: Herdbefunde der ipsilateralen Mamma, stanzbioptische Sicherung eines invasiv-duktalen Spätrezidivs (G3, ER +, PR +, HER-2/neu negativ), Komplettremission der pulmonalen Metastasen. Erstdiagnose einer hepatischen Metastasierung
- 08/11 - 12/11: 6 Zyklen Navelbine mono
- 01/12: Progredienz der hepatischen Metastasierung, Einleitung einer Therapie mit Capecitabine (75 % Dosisreduktion bei Unverträglichkeit)
- 01/12 - 05/12: Capecitabinetherapie
- 11/12: Hepatischer Progress, Einleitung einer Halaventherapie (2x), bei Unverträglichkeit Einleitung einer Epirubicin mono Therapie mit 8-maliger Gabe
- 01/13: Bei Kardiotoxizität unter Epirubicin Umstellung auf Myocet
- 01/13 - 07/13: Myocettherapie
- 08/13: Staging mit leichtgradiger Befundverbesserung Endokrine Therapie mit Faslodex
- 11/13: Hepatischer Progress unter Faslodex (Größenprogredienz und Neuauftreten) Umstellung der endokrinen Therapie auf Aromasin und mTOR-Inhibitor
- 07/14: Progress der hepatischen und pulmonalen Metastasen, Umstellung der Chemotherapie auf Abraxane weekly über insgesamt 8 Monate
- 07/15 - 04/15: Abraxanetherapie
- 04/15: Progress der hepatischen Filiae, weitgehende Größenkonstant der pulmonalen Filiae
- 05/15: Einleitung einer Chemotherapie mit pegylierten Anthrazyklinen
- 05/15 - 08/15: Therapie mit pegylierten Anthrazyklinen (4 Zyklen mit Dosisreduktion auf 75 %)
- 08/15: Erneute Progredienz des hepatisch, pulmonal und lokoregionär metastasierten Mammakarzinoms. Umstellung auf Carboplatin mono
- 08/15 - 11/15: 3 Zyklen Carboplatin mono AUC 5
- 11/15: Progress unter Carboplatintherapie, insgesamt schlechte Verträglichkeit der Carboplatin mono Therapie Umstellung der Chemotherapie auf Gemcitabine
- 12/15: AZ-Verschlechterung, erschwerte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, V. a. prärenales Nierenversagen, Harnwegsinfekt bei Progress des metastasierten Mammakarzinoms unter Chemotherapie mit Gemcitabine mono Tumorboard: Umstellung der Systemtherapie auf antihormonelle Therapie mit Exemestan
- 04/16: Erneute AZ-Verschlechterung mit Anstieg der Leberwerte und des Bilirubins bei vorbekanntem hepatischen, pulmonalen sowie lokoregionär metastasiertem Mammakarzinom, Erstdiagnose einer ossären Metastasierung bei starken Schmerzen
- 13.04. - 14.04.16: Palliative analgetische Radiatio im Bereich von BWK 12 bis LWK 1 sowie im Bereich des Os sacrums bis zu einer GHD von 5,0 Gy (Klinik für Strahlentherapie)
- Am 16.04.2016 verstarb die Patientin im Beisein ihrer Angehörigen bei Leberversagen bei multiplen Lebermetastasen bei metastasiertem Mammakarzinom

Frau *1957;
Mammakarzinom ED: 05/05 - Uteruskarzinom ED: 03/13
verstorben 18.11.2015

- w geb. 1957
- Diagnosen
- 1. Mammacarcinom rechts **(ED 05/05)**
- 2. Uteruscarcinom **(ED 03/13)**

- Therapie und Verlauf
- Ad 1)
- 05/05 Stanzbioptische Diagnosesicherung
- **20.05.05 Ablatio mammae rechts mit Axilladissection**
- 06 —07/05 Drei Zyklen einer adjuvanten Chemotherapie nach FEC-Schema
- 08 —09/05 Drei Zyklen einer adjuvanten Chemotherpaie mit Docetaxel
- 10/05 Einleitung einer endokrinen Therapie mit Tamoxifen bei jetzt endokrionologisch Postmenopausenstatus
- 11 — 12/05 Radiatio der rechten Thoraxwand sowie supraclaviculär rechts mit einer Gesamtdosis von 50,4 Gy
- 06/10 Beendigung der endokrinen Therapie mit Tamoxifen
- 08/14 progressive disease bei nun Nachweis eines Pleuraergusses rechts als Hinweis auf eine mögliche Pleuracarcinose sowie einer ausgedehnten Aszites als Hinweis auf eine Peritonealcarcinose
- 09/14 Videoassistierte Thorakotomie rechts mit partieller Pleuektomie, histologisch Nachweis einer Pleuracarcinose durch das vordiagnostizierte Mammacarcinom Rezeptorstatus: ER 8, PR 12, HER-2-neu negativ, G3
- 10/14 Einleitung einer endokrinen Therapie mit Aromasin 25 mg 1-0-0
- **12/14 Stationäre Aufnahme in Klinik für Chirurgie wegen eines Subileus, unter konservativer Therapie (abführende Maßnahmen, Nahrungskarenz, Dekompression durch Magensonde, Analgesie und parenterale Flüssigkeitssubstitution) Restitutio**
- 07.01.15 Empfehlung der Interdisziplinären Tumorkonferenz des Brustkrebszentrums: Beendigung der endokrinen Therapie und Einleitung einer Chemotherapie mit Carboplatin mono
- 01- 05/15 Sechs Kurse einer palliativen Monotherapie mit Carboplatin
- 06/15 Re-Staging: Befundbesserung mit rückläufigem Aszites sowie rückläufigen knotigen peritonealen Veränderungen im Oberbauch, keine neu aufgetretenen Organ- oder Lymphknotenmetastasen, daher Verlaufskontrolle in drei Monaten empfohlen
- **18.09. Stationär Aufenthalt (Abteilung für Thoraxchirurgie).**
- 28.09.15 Histologische Sicherung eines Rezidivs eines Adenocarcinoms der Mamma. Aktuelle Histologie: Pleura parietalis links mit chronischer Entzündung und Nachweis winziger Infiltrate eines Adenocarcinoms, welches nicht weiter zugeordnet werden kann, rein histolomorphologisch am ehesten eine pleurale Manifestation des bekannten Mammacarcinoms Pleurapunktat: im Präparat innerhalb der Tumorzellen keine Expression des Östrogenoder Progesteron-Rezeptors, HER-2-neu +, Ki67 eingeschränkt beurteilbar ca. bei 30%
- 18.09.15 Vidoeassistierte Thorakoskopie links mit partieller Pleurektomie, Verzicht auf Talkumpleurodese wegen intraoperativ sich darstellender entzündlicher Veränderungen im Bereich der parietalen Pleura
- 22.10.2015 Aktueller Remissionsstatus: progressive disease mit neu aufgetretener diffuser hepatischer Filialisierung sowie neu aufgetretenem Pleuraerguss links und neu aufgetreten auch eine Magenwandverdickung im Bereich des Antrums
- Ad 2)
- 03/13 Abrasio, histologisch Verdacht auf ein seröses Adenocarcinom
- **04/13 Hysterektomie und Adnexektomie beidseits mit Entnahme der pelvinen und paraaortalen Lymphknoten sowie Appendektomie und Omentektomie, hierbei Diagnosesicherung eines endometroiden Adenocarcinoms des Corpus uteri**
- 22.10.2015 komplette Remission
- 20.11.2015 AZ Verschlechterung bei verminderter Nahrungs-und Flüssigkeitsaufnahme bei bekanntem metastasiertem Mamma-Ca rechts ED 05/05 mit diffuser hepatischer und peritonealer Metastasierung und Corpus uteri Karzinom ED 03/13
- Respiratorische Insuffizienz bei Z.n. Lungenembolie und TBVT 28.10.2015
- Akutes Nierenversagen a.e. prärenal bei Exikkose Unklarer Infekt
- **Exitus letalis am 18.11.2015**

Mann * 1934
Kolonkarzinom ED: 4/11
verstorben 10/14

- m geb 1934
- Diagnose Kolon-Karzinom der li. Flexur
- Histologie (H 10624/11): Mäßig differenziertes Adeno-Karzinom, G2. k-ras-Status: Wildtyp N-ras-Status: Wildtyp
- TNM initial: pT3c, L1, V1, pN2b (11/61), pM1b (HEP), Stadium IV
-
- Therapie und Verlauf
- 04/11 Hemikolektomie links und Resektion von Lebersegment IVa, belassen Metastase Segment VII am 12.04.2011
- 05-06/11 3 Kurse neoadjuvante (bezogen auf residuelle Lebermetastasen) Immun-Chemotherapie mit FOLFIRI + Cetuximab
- 07/11 Hemihepatektomie rechts (06.07.2011) und partielle Duodenumresektion (Nachweis eines GIST) Keine adjuvante Chemotherapie wegen red. AZ
- 05/12 CT Abdomen: Multiple Lebermetastasen
- 05 - 08/2 1. - 6. Kurs palliative Chemotherapie mit FOLFIRI + Cetuximab
- 08/12 CT Abdomen-Becken: Partielle Remission der Lebermetastase
- 09/12 Leberteilresektion im Segment VII/VIII und Segment IV a
- 12/12 7. und 8. Kurs palliativer Chemotherapie mit FOLFIRI + Cetuximab
- 12/12 12.12.2012 Leber-Resektion Segment IVA
- 05/13 08.05.2013: V. a. kleine Lungenmetastase imventralen Oberlappen re. Metastase am Resektionsrand des re. Leberlappens
- 06/13 CT gesteuerte RFA der Lunoe vom 05.06.2013
- 06/13 12.06.2013: Leberresektion von Seg. IVB und part. Seg. III. Histologie: 4 Adeno-Karzinom-Metastasen
- 08-09/13Palliative, lokal fraktionierte Radiotherapie, erweiterte R1-Region ED 1,8 Gy, GD 54,0 Gy, R1-Region ED 2,0 Gy, GD 60,0 Gy.
- 11/13 Segment III mit 2 cm, cranialen subphrenischen Resektionsbereich transversal 6,3 cm
- 12/13-04/14 7 Kurse palliative Chemotherapie mit FOLFIRI + Cetuximab
- 07/14 Progrediente pulmonale und hepatische Metastasen
- 10/14 Exitus

Frau * 1949
Ovarialkarzinom ED: 02/12
verstorben 02/17

- w geb. 1949
- Diagnose: Ovarial-Carcinom, ED 02/2012
- Histologie ausgedehntes organüberschreitendes mäßig differenziertes serös papilläres Adeno-Carcinom der Ovarien mit ausgedehnter Peritoneal- und Netzkarzinose sowie Lymphknotenmetastasen
- TNM pT3c, pN1 (2/117), cl\/IO, Pn0, L1, VO, GZ, RO, FIGO IIIC
-
- Therapie und Verlauf:
- Seit 01/12 Appetitverlust und Gewichtsabnahme Ca15-3 1419 Ulml, Ca12-5 364 U/ml
- 03 02 12 Aszitespunktion Histologie PAP V, Adenocarcinom
- 14.02.12 Stanzbiopsie linke Mamma: Mastopathie, keine Malignitat
- 15 02 12 Diagnostische Laparoskopie, Ovarektomie bds Biopsieentnahme, Zytologieentnahme
- 29 02 12 Hysterektomie, LNE pelvin und paraaortal, Splenektomie, Resektion des Colon transversum, Hemicolektomie links, descendorektale Anastomose, Appendektomie und Anlage eines protektiven Ileostomas
- 04-05/12 2 adjuvante Chemotherapiezyklen Paclitaxel/Carboplatin, Therapieumstellung wegen schlechter Verträglichkeit (Übelkeit, Erbrechen, Polyneuropathie)
- 05/12 Ca12-5 9 Ulml
- 05-07/12 4 adjuvante Chemotherapiezyklen Carboplatin AUC5
- 12/12 Drainage ausgedehnter intraabdomineller Lymphzysten
- 09-10/13 Rezidivierender Subileus, am ehesten narbige Verwachsungen als OP-Folge
- 05-06/14 stationär mit Subileus/Übelkeit, Erbrechen, Bauchkrämpfe
- 12/14 Sonographie Abdomen Lymphknoten unklarer Dignität rechts inguinal 27 x 17 mm, links 14 x 10 mm Bekannte Lymphzyste im rechten Unterbauch (DT-Abdomen). Neu aufgetretener Lymphknoten im unteren Mediastinum ventral 13 mm, mesenterial 21 mm im linken Mittelbauch, mehrere Noduli auf Höhe der Leberpforte bis 25 mm Retroperitoneal neu aufgetretene Lymphknoten bis 23 mm, rechts ingumal 28 mm Bekannte Lymphzyste im rechten Unterbauch Ca12-5 6,3 Ulml Stanzbiopsie LK rechts inguinal -Histologie Befund passend zu Lymphknotenmetastase des bekannten Ovarialcarcinoms
- 08/15 Sonographie Abdomen Gegenüber 5/15 keine signifikante Größenzunahme der Lymphknotenmetastasen subhepatisch und rechts inguinal
- 11/15 Sonographie Abdomen Lymphknotenmetastasen inguinal rechts 36 x 22 und 27 x 18 mm, links 22 x 12 mm
- 02/16 CT Abdomen neu deutliche Pleuraergüsse, progrediente Knoten am Zwerchfell rechts ventral deutlicher Größenprogress eines Lymphknotens rechts inguinal auf 5 x 13 cm. Ausgeprägt erweiterte Dünndarmschlingen mit Spiegelbildungen -Laparotomie bei mechanischem Dünndarmileus, Adhäsiolyse, Lymphzystenfensterung rechts, Stomaauslösung und Stomaneuanlage, Dünndarmteilresektion, inguinale Dissektion rechts histologisch Lymphknotenmetastase, passend zu einer Metastase des bekannten Ovarialkarzinoms
- 10/16 Sonographie Abdomen Lymphknotenmetastase links inguinal 28 x 25 x 19 mm
- 11/16 Prärenales Nierenversagen bei Kurzdarmsyndrom bei Ileostoma, Empfehlung zur parenteralen Flüssigkeitssubstitution durch das Nierenzentrum
- 05.12.16 CT Thorax und Abdomen Größenprogredienz der vorbestehenden Knotenbefunde, neu aufgetretene peritoneale, mesenteriale und retroperitoneale Knoten / Lymphknoten im Sinne einer deutlichen Befundverschlechterung Progredienz der inguinalen Lymphknotenmetastase links
- 08.12.16 partielle inguinale Lymphadenektomie links
- 14.12.16 Tumorboard CT Thorax und Abdomen Kontrolle in drei Monaten bei Therapiewunsch Endoxan oder Treosulfan per os
- 01.02.17 Exitus

Mann * 1951
Hepatozelluläres Krazinom ED: 12/2013
Verlauf....

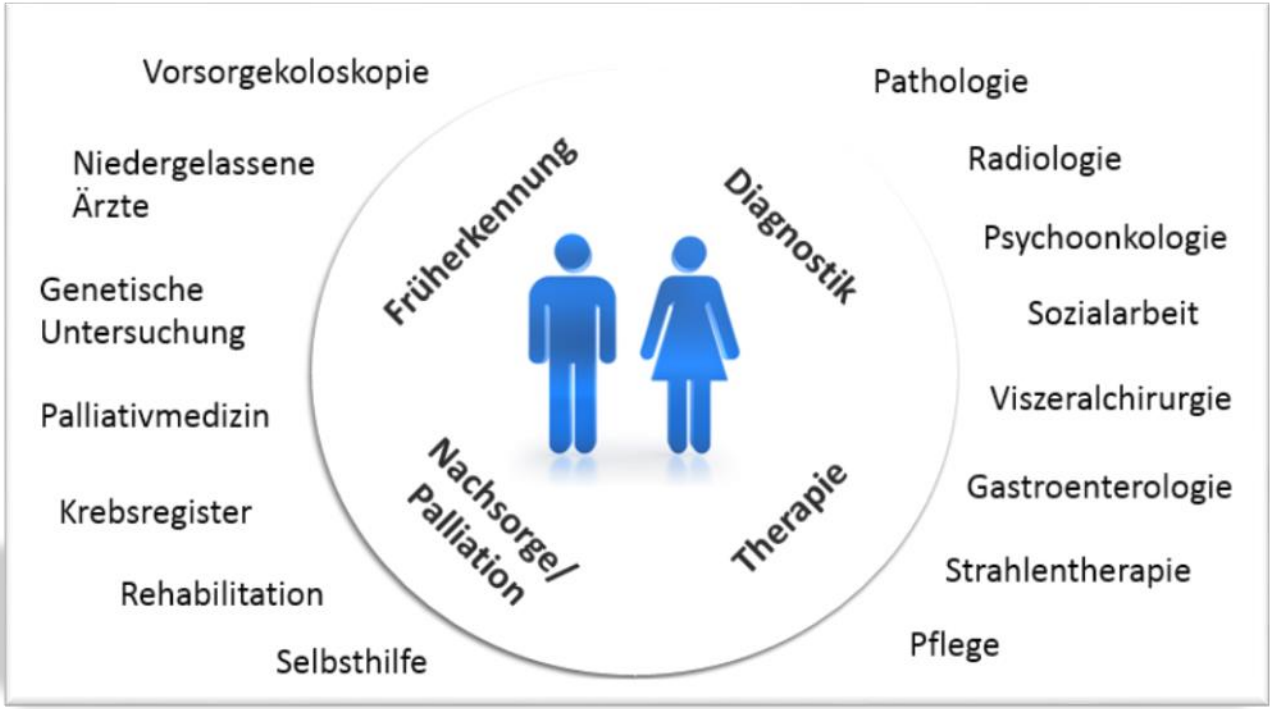
- m geb. 1951
- Diagnose: Hepatozelluläres Cacinom (ED 12/2013)
-
- Therapie und Verlauf:
- 12/2013 Hemihepatektomie links bei multifokalem HCC (G2, pT3a, L0, V0, R0, M0).
- 03/2014 CT-Thorax/Abdomen: Verhalt an der Leberresektionsfläche, kein Hinweis auf intrapulmonale oder
- intraabdominelle Raumforderungen. AFP 7,7 ng/ml.
- 11/2015 TACE
- 01/2016 TACE
- 02.06.2016 Adhäsiolyse; Leberresektion Subsegment VI; alloplastischer Bruchlückenverschluss mit Parietex-Netz.
- 08.06.2016 Mikrowellenablation von 3 Herden.
- 09.11.2016 Mikrowellenablation bei Rezidiv eines HCC Seg VI/VII.
- 10.02.2017 Mikrowellenablation bei Rezidiv eines HCC Seg. V/VIII.
- 09.06.2017 Pulmonale Metastasen, Lungenarterienembolie.
- 06/2017 Einleitung einer systemischen Therapie mit Sorafenib, Beginn mit 200 mg 1-0-1, Zieldosis 200 mg 2-0-2, WV zur Verlaufskontrolle in 4 Wochen.
- 07/2017 Beginnendes hepatorenales Syndrom. Ausschluss einer akuten Cholestase

Mann * 1941
Rektumkarzinom ED: 05/13
Verlauf

- m geb. 1941
- 05/2013: Erstdiagnose: Rektumkarzinom
- Therapie und Verlauf
- 14.08.2013 Offene tiefe anteriore Tumorresektion mit Deszendorektostomie, protektive doppellagiges Ileostoma und adjuvante Radiochemotherapie (Strahlendosis 50,4 Gy und Chemotherapie Cabecitabine)
- 09/2013-01/2014 Komplettierung der adjuvanten Chemotherapie mit Capecitabine in weiteren 6 Zyklen
- 19.03.2014 Stoma-Rückverlagerung
- 02.02.2016 Letzte Kontrolle, kein Anhalt auf Rezidiv
- 05/2016 Erstdiagnose: Raumforderung links occipital
- 31.05.2016 Kraniotomie links occipital und Tumorresektion (Neurochirurgie) Histologie: Adeno-Ca-Metastase (Neuropathologi)
- 07.06.2016 Tumorboard-Votum: Bestrahlung des Tumorbetts indiziert, Staging-CT
- 09.06.2016 Anfertigung Kontrastmittel-Sonographie der Nieren und Knochen-Szintigraphie bei Verdacht auf Rippen-Metastase. Dann Wiedervorstellung im Tumorboard
- 28.06.2016 Wiedervorstellung chirurgisches Tumorboard: Hier wird die Hirn-Radiatio empfohlen und bei Bedarf die Radiatio der Metastase an der 6. Rippe rechts sowie am Femur rechts
- 06-07/16: Konsolidierende Radiatio linke Occipitalregion im hypofraktionierten Regime mit 45 Gy (Strahlentherapie
- 25.07.2016 Klinische Nachsorgeuntersuchung ohne Besonderheiten
- 22.08.-02.09.16: Aktuelle Therapie: Palliativ analgetische Radiatio der rechten Rippe in ED von 3 Gy bis zu einer GHD von 30 Gy (Klinik für Strahlentherapie)
- 31.08.16: Erstmals Applikation von Zometa i. v. 4 mg
- 31.08.16: MRT-Schädel: Diagnose einer singulären 5 mm großen zerebralen Filia Geplantes Procedere: Vorstellung im interdisziplinären Tumorboard am 06. bzw. 07.09.2016 bzgl. des weiteren Procedere
- 21.09.-04.10.16: Hypofraktionierte Radiatio einer zerebralen Filia (MR-Diagnostik) in 5 Gy (Applikation jeden 2. Tag) bis zu einer GHD von 30 Gy (Klinik für Strahlentherapie)
- 021/17: VVI-SM-Implantation in domo bei Brady-/Tachysyndrom
- 05/17: Z. n. Harnstau und HWI, Harnleiterschienung rechts
- 14.06.17: Strahlentherapeutische Nachsorgeuntersuchung

Zertifizierte Zentren:
„die […] möglichst die gesamte Versorgungskette für Betroffene abbilden […]

= Netzwerkbildung



Stand des Zertifizierungssystems

1.127 Zentren, davon 71 Standorte im Ausland

	Organkrebszentren						Onkolog. Zentren	Module				
	Brust	Darm	Gyn.	Haut	Lunge	Prostata		Kopf-Hals-Tumore	[illegible]-Tumore	Leber	Magen	Pankreas
Laufende Erstzertifiz.	4	7	6	5	5	7	6	6	8	4	5	5
Zertifizierte Zentren	230	280	133	55	45	103	97	41	26	10	16	91
Zertifizierte Standorte	280	288	135	55	53	104	109	43	27	10	18	93
Primärfälle gesamt	54230	26660	12306	11209 (2)	17731	19932	---	6273	5456 (4)	---	---	4070
Primärfälle pro Zentrum	236	95	93	204	394	194	---	153	210	---	---	45
Standorte im Ausland	11	10	9	4	2	7	6					
Krebsneuerkrankungen (1)	70170	62230	26140	20820 (2)	52520	63710	---					
Gesamtanteil 31.12.2016	74,6%	41,4%	43,6%	50,8%	32,9%	29,6%	---					

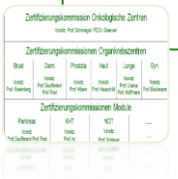
Stand: 31.12.2016

Die Zentren behandeln **>200.000 Patienten mit Erstdiagnose/Jahr**

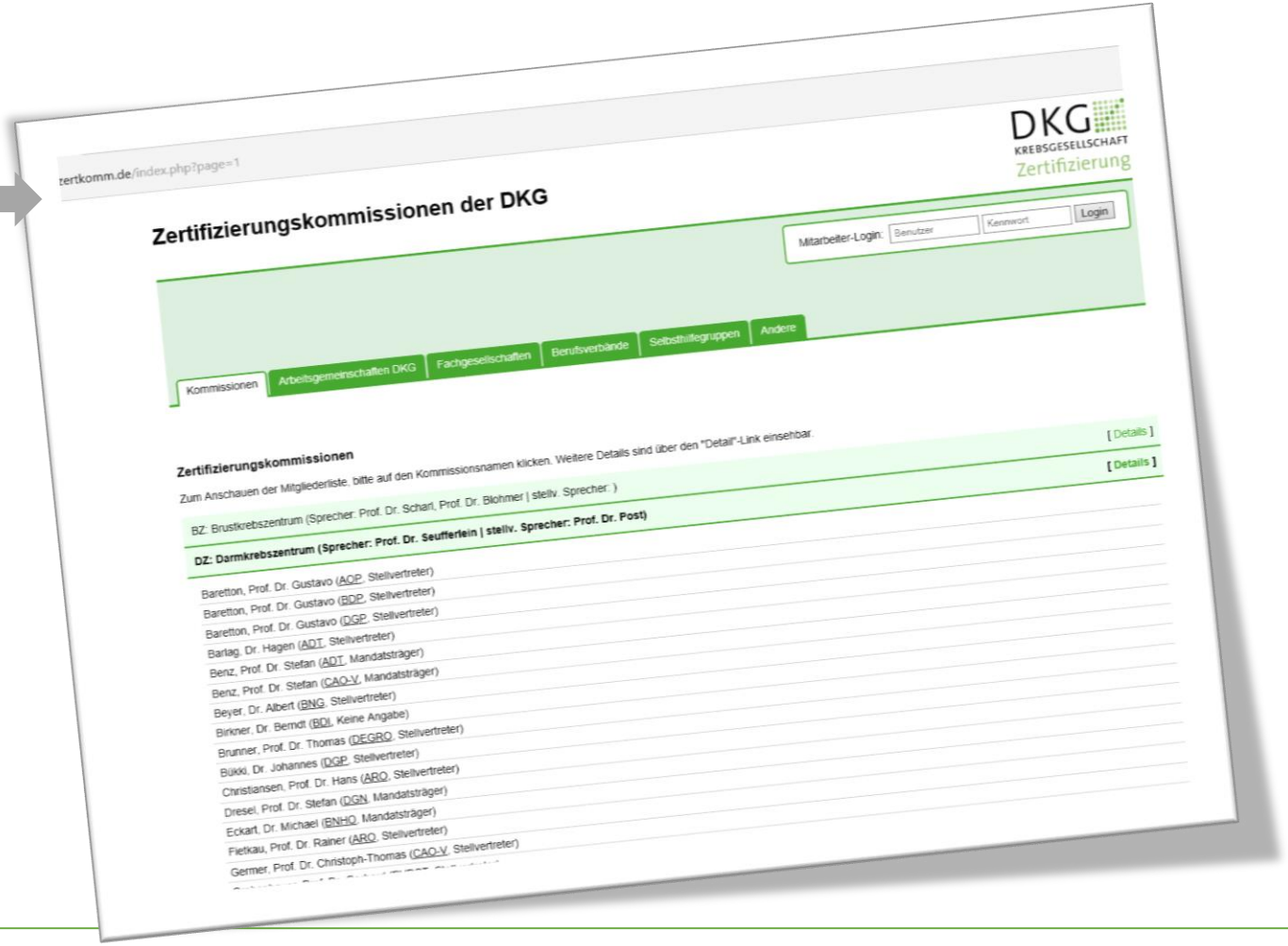
Entstehen der Anforderungen

Legislative

Zertifizierungs-kommission



Erhebungs-bogen

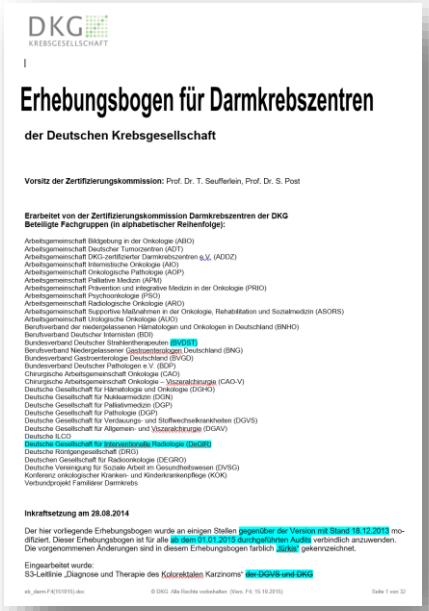


Entstehen der Anforderungen

Legislative

Zertifizierungs-kommission

Erhebungs-bogen



DKG KREBSGESELLSCHAFT

Erhebungsbogen für Darmkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. T. Seufferlein, Prof. Dr. S. Post

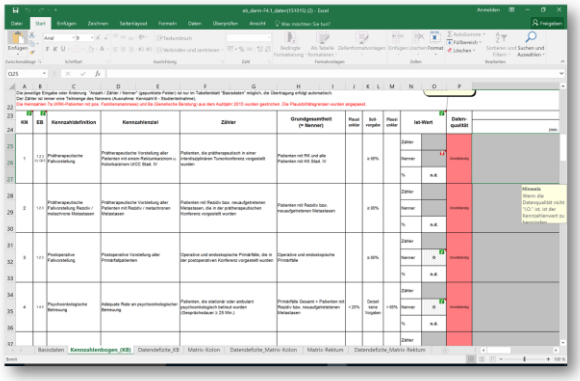
Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Darmkrebszentren der DKG
Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft DKG-zertifizierter Darmkrebszentren e.V. (ADDZ)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)
Bundesverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschland (BNG)
Bundesverband Gastroenterologie Deutschland (BVGD)
Bundesverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie – Viszeralchirurgie (CAO-V)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Deutsche ILCO
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutscher Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Verbundprojekt Familiärer Darmkrebs

Inkraftsetzung am 28.08.2014

Der hier vorliegende Erhebungsbogen wurde an einigen Stellen gegenüber der Version mit Stand 18.12.2013 modifiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2015 durchgeführten Audits verbindlich anzuwenden. Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich „Grün" gekennzeichnet.

Eingearbeitet wurde:
S3-Leitlinie „Diagnose und Therapie des Kolorektalen Karzinoms" ~~der DGVS und DKG~~



Erhebungsbogen Darmkrebszentren

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Erhebungsbogen für Darmkrebszentren

der Deutschen Krebsgesellschaft

Vorsitz der Zertifizierungskommission: Prof. Dr. T. Seufferlein, Prof. Dr. S. Post

Erarbeitet von der Zertifizierungskommission Darmkrebszentren der DKG
Beteiligte Fachgruppen (in alphabetischer Reihenfolge):

Arbeitsgemeinschaft Bildgebung in der Onkologie (ABO)
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)
Arbeitsgemeinschaft DKG-zertifizierter Darmkrebszentren e.V. (ADDZ)
Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO)
Arbeitsgemeinschaft Onkologische Pathologie (AOP)
Arbeitsgemeinschaft Palliative Medizin (APM)
Arbeitsgemeinschaft Prävention und integrative Medizin in der Onkologie (PRIO)
Arbeitsgemeinschaft Psychoonkologie (PSO)
Arbeitsgemeinschaft Radiologische Onkologie (ARO)
Arbeitsgemeinschaft Supportive Maßnahmen in der Onkologie, Rehabilitation und Sozialmedizin (ASORS)
Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO)
Berufsverband der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO)
Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)
Bundesverband Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST)
Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschland (BNG)
Bundesverband Gastroenterologie Deutschland (BVGD)
Bundesverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie (CAO)
Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Onkologie – Viszeralchirurgie (CAO-V)
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Pathologie (DGP)
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
Deutsche ILCO
Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie (DeGIR)
Deutsche Röntgengesellschaft (DRG)
Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO)
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK)
Verbundprojekt Familiärer Darmkrebs

Inkraftsetzung am 28.08.2014

Der hier vorliegende Erhebungsbogen wurde an einigen Stellen gegenüber der Version mit Stand 18.12.201
difiziert. Dieser Erhebungsbogen ist für alle ab dem 01.01.2015 durchgeführten Audits verbindlich anzuwend
Die vorgenommenen Änderungen sind in diesem Erhebungsbogen farblich „türkis" gekennzeichnet.

Eingearbeitet wurde:
S3-Leitlinie „Diagnose und Therapie des Kolorektalen Karzinoms" ~~der DGVS und DKG~~

eb_darm-F4(151015).doc © DKG Alle Rechte vorbehalten (Vers. F4; 15.10.2015) Seite

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Angaben zum Darmkrebszentrum
   - 1.1 Struktur des Netzwerks
   - 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit
   - 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge
   - 1.4 Psychoonkologie
   - 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation
   - 1.6 Patientenbeteiligung
   - 1.7 Studienmanagement
   - 1.8 Pflege
   - 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche (Apotheke, Ernährungsberatung, Logopädie, ...)
2. Organspezifische Diagnostik
   - 2.1 Sprechstunde
   - 2.2 Diagnostik
3. Radiologie
4. Nuklearmedizin
5. Operative Onkologie
   - 5.1 Organübergreifende operative Therapie
   - 5.2 Organspezifische operative Therapie
6. Internistische/Medikamentöse Onkologie
   - 6.1 Hämato-/Onkologie
   - 6.2 Organspezifische medikamentöse onkologische Therapie
7. Radioonkologie
8. Pathologie
9. Palliativversorgung und Hospizarbeit
10. Tumordokumentation/Ergebnisqualität

Kennzahlenbogen Darmkrebszentren

eb_darm-F4.1_daten(151015) (2) - Excel

Die jeweilige Eingabe oder Änderung "Anzahl / Zähler / Nenner" (gepunktete Felder) ist nur im Tabellenblatt "Basisdaten" möglich, die Übertragung erfolgt automatisch.
Der Zähler ist immer eine Teilmenge des Nenners (Ausnahme: Kennzahl 6 - Studienteilnahme).
Die Kennzahlen 7a (KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese) und 8a (Genetische Beratung) aus dem Auditjahr 2015 wurden gestrichen. Die Plausibilitätsgrenzen wurden angepasst.

KN	EB	Kennzahldefinition	Kennzahlenziel	Zähler	Grundgesamtheit (= Nenner)	Plausi unklar	Soll-vorgabe	Plausi unklar	Ist-Wert		Daten-qualität	
1	1.2.3 LL QI 5	Prätherapeutische Fallvorstellung	Prätherapeutische Vorstellung aller Patienten mit einem Rektumkarzinom u. Kolonkarzinom UICC Stad. IV	Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt wurden	Patienten mit RK und alle Patienten mit KK Stad. IV		≥ 95%		Zähler		Unvollständig	(min.
									Nenner			
									%	n.d.		
2	1.2.3	Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	Prätherapeutische Vorstellung aller Patienten mit Rezidiv / metachronen Metastasen	Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen, die in der prätherapeutischen Konferenz vorgestellt wurden	Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen		≥ 95%		Zähler		Unvollständig	
									Nenner			
									%	n.d.		
3	1.2.3	Postoperative Fallvorstellung	Postoperative Vorstellung aller Primärfallpatienten	Operative und endoskopische Primärfälle, die in der postoperativen Konferenz vorgestellt wurden	Operative und endoskopische Primärfälle		95%		Zähler		Unvollständig	
									Nenner	0		
									%	n.d.		
4	1.4.2	Psychoonkologische Betreuung	Adäquate Rate an psychoonkologischer Betreuung	Patienten, die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	Primärfälle Gesamt + Patienten mit Rezidiv bzw. neuaufgetretenen Metastasen							

Hinweis
Wenn die Datenqualität nicht "I.O." ist, ist der Kennzahlenwert zu begründen

Basisdaten | Kennzahlenbogen_(KB) | Datendefizite_KB | Matrix-Kolon | Datendefizite_Matrix-Kolon

- Eindeutige Zähler u. Nenner Definition
- Sollvorgaben bzw. Plausibilitätsgrenzen mit Begründungspflicht

Kennzahlen

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

Wesselmann S, Seufferlein T. (2014) What can colorectal cancer centers achieve in the diagnostics and therapy of colorectal liver metastases? Der Chirurg 01/2014; 85(1). DOI: 10.1007/s00104-013-2562-4

M Follmann, S Wesselmann, M Nothacker, M Klinkhammer-Schalke, I Kopp (2013) Entwicklung von Leitlinien basierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie. Version 1.0.2013 (http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/QIEP_OL_2013.pdf)

Kennzahlen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

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

Wesselmann S, Seufferlein T. (2014) What can colorectal cancer centers achieve in the diagnostics and therapy of colorectal liver metastases? Der Chirurg 01/2014; 85(1). DOI: 10.1007/s00104-013-2562-4

M Follmann, S Wesselmann, M Nothacker, M Klinkhammer-Schalke, I Kopp (2013) Entwicklung von Leitlinien basierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie. Version 1.0.2013 (http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/QIEP_OL_2013.pdf)

Kennzahlen

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

Qualitäts-indikatoren der Leitlinie

DKG Zertifizierung
KREBSGESELLSCHAFT

Wesselmann S, Seufferlein T. (2014) What can colorectal cancer centers achieve in the diagnostics and therapy of colorectal liver metastases? Der Chirurg 01/2014; 85(1). DOI: 10.1007/s00104-013-2562-4

M Follmann, S Wesselmann, M Nothacker, M Klinkhammer-Schalke, I Kopp (2013) Entwicklung von Leitlinien basierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie. Version 1.0.2013 (http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/QIEP_OL_2013.pdf)

Kennzahlen

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

Expertise (tumorspezifisch)

DKG Zertifizierung
KREBSGESELLSCHAFT

Wesselmann S, Seufferlein T. (2014) What can colorectal cancer centers achieve in the diagnostics and therapy of colorectal liver metastases? Der Chirurg 01/2014; 85(1). DOI: 10.1007/s00104-013-2562-4

M Follmann, S Wesselmann, M Nothacker, M Klinkhammer-Schalke, I Kopp (2013) Entwicklung von Leitlinien basierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie. Version 1.0.2013 (http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/QIEP_OL_2013.pdf)

Jahresberichte der zertifizierten Darmkrebszentren

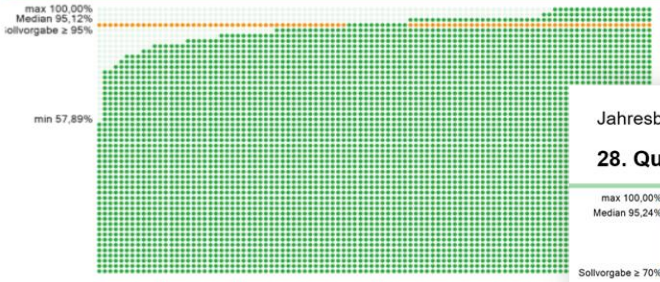
www.krebsgesellschaft.de
www.onkozert.de

Darstellung der Kennzahlenergebnisse

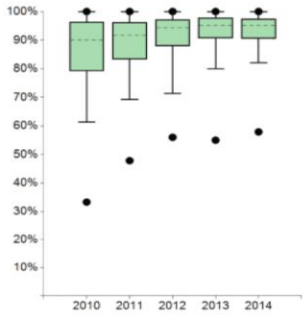
Jahresbericht Darm 2016 (Auditjahr 2015 / Kennzahlenjahr 2014)

1. Prätherapeutische Fallvorstellung (QI 5 der Leitlinie)

DKG KREBSGESELLSCHAFT



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2014	
		Median	Range
Zähler	Patienten, die prätherapeutisch in einer interdisziplinären	34*	11 - 105

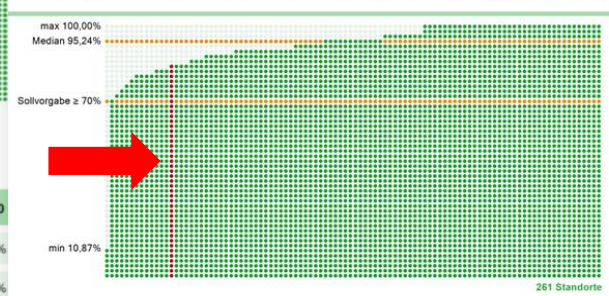


	2010
Max	100%
95. Perzentil	100%
75. Perzentil	96,37%
Median	90,00%
25. Perzentil	79,18%
5. Perzentil	61,35%
Min	33,33%

Jahresbericht Darm 2016 (Auditjahr 2015 / Kennzahlenjahr 2014)

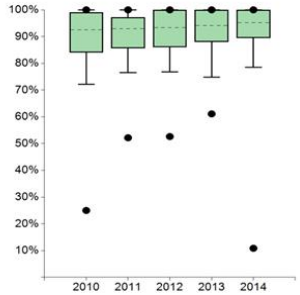
28. Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie) (QI 3 der Leitlinie)

DKG KREBSGESELLSCHAFT



	Kennzahlendefinition	FAD-Z360				
		2010	2011	2012	2013	2014
Zähler	Patienten mit guter o. moderater Qualität (Grad 1: Mesorektale Faszie erhalten o. Grad 2: Intramesorektale Einrisse) der TME	k.A.	k.A.	21	19	11
Nenner	Patienten mit radikal operiertem RK	k.A.	k.A.	23	19	13
Quote	Sollvorgabe ≥ 70%	k.A.	k.A.	91,30%	100%	84,62%

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



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

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

Anmerkungen:

Jahresberichte der Darmkrebszentren

Jahresbericht Darm 2016 (Auditjahr 2015 / Kennzahlenjahr 2014)

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Stand des Zertifizierungssystems für Darmkrebszentren 2015

		31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013	31.12.2012	31.12.2011
Laufende Verfahren		13	11	12	11	15
Zertifizierte Zentren		265	267	257	247	223
Zertifizierte Standorte		274	276	266	257	233
Darmkrebszentren mit	1 Standort	259	261	251	240	216
	2 Standorte	4	4	4	5	5
	3 Standorte	1	1	1	1	1
	4 Standorte	1	1	1	1	1
Primärfälle gesamt*		25.809	25.418	22.281	21.391	20.198
Primärfälle pro Zentrum (Mittelwert)*		97	95	87	87	91
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*		94	92	84	83	87

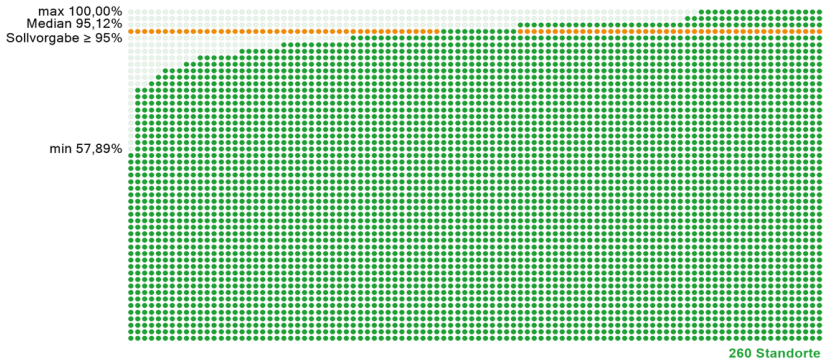
* Die Zahlen beziehen sich auf alle zertifizierten Zentren.

Entwicklung der Kennzahlenergebnisse: Prätherapeutische Fallvorstellung

Jahresbericht Darm 2016 (Auditjahr 2015 / Kennzahlenjahr 2014)

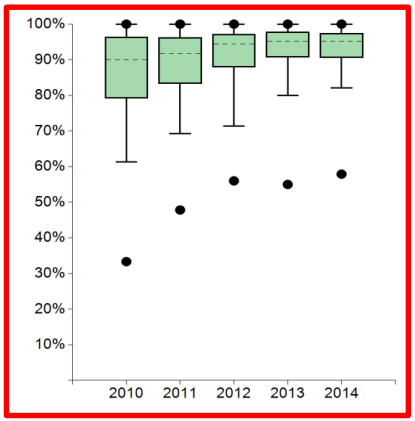
DKG KREBSGESELLSCHAFT

1. Prätherapeutische Fallvorstellung (QI 5 der Leitlinie)



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

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



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

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

Anmerkungen: Die Umsetzung der Kennzahl zeigt über den Verlauf eine gute Entwicklung, aber 52% der Zentren erreichen die Sollvorgabe nicht. Begründungen für das Nicht-Erreichen: erst intraoperative Diagnosesicherung (Rektum-Ca bzw. Metastasierg. Kolon-Ca), Abstimmungs-schwierigkeiten mit internen/externen Koop.partnern, OP´s mit Dringlichkeit (nicht Notfall). Vereinbarte Maßnahmen: vermehrt starre Rektoskopien prä-OP, Schulungen der Koop.partner; Durchführung von interdisziplinären Indikations-Telkos. Die Fachexperten haben eine Vielzahl von Abweichungen u Hinweisen ausgesprochen.

Wesselmann S, Winter A, Ferencz J, Seufferlein T, Post S (2014) Documented quality of care in certified colorectal cancer centers. Int J Colorectal Dis DOI 10.1007/s00384-014-1842-x

Analyse der Kennzahlenergebnisse

Benchmarking - Data-WhiteBox

Allgemein | Standortspezifisch

Ansicht | Stammdatendiagramme: Kuchendiagramm | Kennzahlendiagramme: Streudiagramm, Balkendiagramm, Punktediagramm, Boxplot | Berichte: PPTx Folien, Einzelauswertung, Vorjahresvergleich, XLSTAT, Feststellungen | Ausschließung Standorte: Ausschließen

Filtereinstellungen

Allgemein | Standortspezifisch

Alle KN markieren | Obligate KN markieren | Optionale KN markieren | Nichts markieren

			Auswertbare Daten														Nicht auswertbare Daten			
			Sollvorgabe...		Plausibilität		Sollvorgabe nic...						Gesamt				Gesamt		I.O. Nicht Ausw...	...
A...	Nr	Kennzahl	Stan...	In %	Stan...	In %	Stan...	In %	Min	Max	Durchsch...	Median	Anzahl	Nenner	Stan...	In %	Stan...	In %	Standorte	
	1	Prätherapeutische Fallvorstellung	134	51,34	0	0	126	48,27	57,89	100	93,39	95,12	9676	10360	260	99,61	1	0,38	0	
	2	Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	157	60,15	0	0	100	38,31	0	100	90,78	100	3530	3941	257	98,46	4	1,53	4	
	3	Postoperative Fallvorstellung	232	88,88	0	0	28	10,72	86,15	100	97,61	97,97	21735	22297	260	99,61	1	0,38	0	
	4	Psychoonkologische Betreuung	228	87,35	32	12,26	0	0	0	100	50,81	52,93	13760	28051	260	99,61	1	0,38	0	
	5	Beratung Sozialdienst	249	95,40	12	4,59	0	0	16,49	96,74	70,22	72,37	19603	28218	261	100	0	0	0	
	6	Studienteilnahme	213	81,60	26	9,96	22	8,42	0	149,23	23,05	16,22	5649	24277	261	100	0	0	0	
	7a	KRK-Patienten mit pos. Familienanamnese	258	98,85	3	1,14	0	0	0	38	9,76	8,33	2426	24277	261	100	0	0	0	
	7b	*KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese*	*152*	*58,23*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*100*	*43,73*	*40*	*6081*	*14087*	*152*	*58,23*	*109*	*41,76*	*0*	
	8a	Genetische Beratung	247	94,63	14	5,36	0	0	0	46,88	5,38	3,54	1295	24277	261	100	0	0	0	
	8b	*Genetische Beratung - optional*	*92*	*35,24*	*0*	*0*	*0*	*0*	*0*	*100*	*42,68*	*32,05*	*365*	*994*	*92*	*35,24*	*169*	*64,75*	*37*	
	9	Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	201	77,01	0	0	53	20,30	0	100	91,94	100	1258	1366	254	97,31	7	2,68	7	
	10	Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	198	75,86	15	5,74	48	18,39	0	4,42	0,77	0,72	1075	156917	261	100	0	0	0	
	11	Vollständige elektive Koloskopien	226	86,59	9	3,44	26	9,96	46,09	100	97,26	97,80	430694	441955	261	100	0	0	0	
	12	Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel	259	99,23	0	0	0	0	0	100	66,16	73,53	3271	5015	259	99,23	2	0,76	2	
	13	Operative Primärfälle Kolon	256	98,08	0	0	5	1,91	21	156	53,88	51	14064	0	261	100	0	0	0	
	14	Operative Primärfälle Rektum	230	88,12	0	0	31	11,87	11	103	29,19	26	7621	0	261	100	0	0	0	
	15	Revisions-OP's Kolon	143	54,78	6	2,29	112	42,91	0	25,93	9,96	9,38	1219	12457	261	100	0	0	0	
	16	Revisions-OP's Rektum	111	42,52	23	8,81	127	48,65	0	38,46	10,95	9,86	774	7358	261	100	0	0	0	

ONKOZERT | DKG KREBSGESELLSCHAFT

Analyse der Kennzahlenergebnisse: Prätherapeutische Fallvorstellung

Einzelauswertung_Darm_KJ2014_AJ2015(09.02.2016) - Excel

I5: Die Matrix Ergebnisqualität wurde für beide Tumorentitäten ohne Hilfe durch die OncoBox völlig korrekt berechnet. Die Überlebenszeiten (DFS, OAS) für die Jahreskohorten sind

	A	B	C	D	E	F	G	H	
1	Z	N	%	Erläuterungen Datendefizit	Aktionen	Feststellung	Hinweis	Abweichung	
2	20	30	66,67	Die Struktur mit den Kooperationspartnern war noch nicht zufriedenstellend, sodass Patienten ohne präth.TuBoard therapiert wurden. Wir haben aus diesem Grund einen speziellen Anmeldebogen entwickelt, mit dem Ziel der effizienteren Einschleusung in die präth.Tumorkonferenz, besonders der Anmelder der Kooperationspartner. Das dies gelungen ist, siehe Kennzahlenbogen 2015	Im Erstzertifizierungsjahr wurde vom Lenkungsteam unseres Darmkrebszentrums ein spezieller Anmeldebogen entwickelt, der die Zusammenarbeit zwischen KP und DKZ erleichtern sollte, speziell für die rechtzeitige Anmeldung in die präth.TuKO. Im Kennzahlenbogen 2015 kann im Zeitraum 01-10 2015 bereits eine 96,15%-ige Erfüllung nachgewiesen werden (25/26), die Quote also erfüllt werden.				
3	27	35	77,14	Die Nichtvorstellungen sind wie folgt zu begründen: intraoperatives Feststellen von Metastasen bzw. bei präoperativer Diagnostik Metastasen festgestellt, aber wegen Subileus-Symptomatik dringende OP.	Besprechung in der M&M-Konferenz	Kennzahl 1 (Präoperative Fallvorstellung in der Tumorkonferenz) wird mit 27 von 35 angegeben. Die Grundgesamtheit erscheint bei 28 Fällen mit Rektumkarzinom und 14 Fällen mit Kolonkarzinom UICC IV nicht plausibel. In der Begründung wird auf eine dringliche OP-Indikation hingewiesen. Die Kenn-zahl ist nur für elektive Fälle zu ermitteln.			Das Follow-Up lag Die Tumordokumer Seit April 2014 hat Zugriff auf das Aus dieses Audit desha Das Tumorzentrum ebenfalls in GTDS, stellen.
4	38	49	77,55	1) 1x UICC IV erst intraoperativ erkannt (peritoneale Carcinose)-- 2) 4x praeop. Lokalisation des Tumors im Sigma, intraop. im hohen Rektum-- 3) 3x OP vor nächster Tumorkonf. (dringlich bei stenosierendem Tumor)-- 4) 3x Versäumnis bei Verlegung Innere -> Chirurgie	ad 1) Dies wird sich nicht zu 100% vermeiden lassen.-- ad 2) Rektoskopie häufiger einsetzen, auch bei flexibler Höhenangabe > 20cm (bis 25 cm?) -- ad 3) bei Bedarf telefonische Konferenzen mit Onkologie/ Strahlentherapie/ Pathologie als Ersatz der regulären Tumorkonferenz, diesbezüglich ist die Dokumentationsform zu klären -- ad 4) breitere Information an Assistenten der med. Klinik und der Chirurgie, wann Vorstellung angezeigt (entsprechende Patientenpfade werden erstellt)			Abweichung 1 von 1: Die prä- und posttherapeutische Vorstellungsquote in der Tumorkonferenz wurde 2014 nicht erreicht. Auch in 2015 liegt die Quote bisher nur bei 85%.	Derzeit verfügt das Datenbasis für die Die wenigen knapp 26) wurden nachvo Die Ergebnisqualitä Vorgaben (z.B. Ana scheinen derzeit ni verbesserungswür Die Tumordokumer und mittels der Onc des Zentrums v.a.
	16	20	80	bei vier Pat war Stadium IV vor OP nicht abzusehen war, bzw erst unter der OP als Rektum Ca festzulegen.			2014 wurden nur 80% der erforderlichen Fälle prätherapeutisch in der Tumorkonferenz vorgestellt (Kennzahl 1) und die Sollvorgabe wie im Vorjahr unterschritten. Die Fälle wurden im Audit diskutiert, plausible Gründe hierfür vom Zentrum vorgetragen.		durch die OncoBox OAS) für die Jahre Das Zentrum arbei Megapharm) und k OncoBox vorlegen scheinen auf den e Die Kennzahlen 20 persönlichem Enga berechnet und in d
					Es wurde 2014 eine neue, verbindliche			Abweichung 2 von 3:	Die Erfassung der Estermann, die die Nachsorgequote in

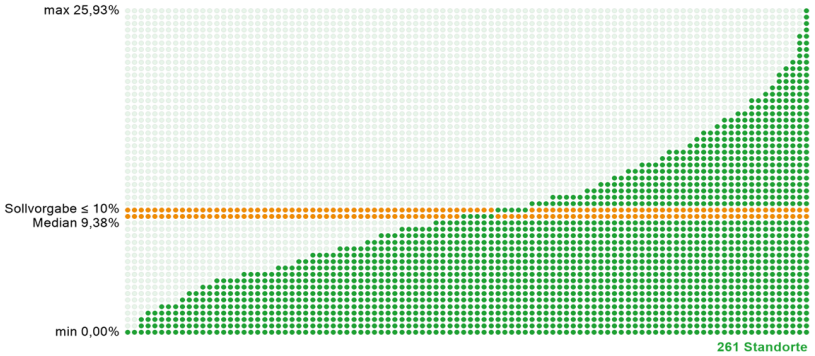
Filterkriterien | Qualität | Einzelauswertung-Kb | KN 1 | KN 2 | KN 3 | KN 4 | KN 5 | KN 6 | KN 7a | KN 7b | KN ...

Entwicklung der Kennzahlenergebnisse: Revisions-OP´s Kolon

Jahresbericht Darm 2016 (Auditjahr 2015 / Kennzahlenjahr 2014)

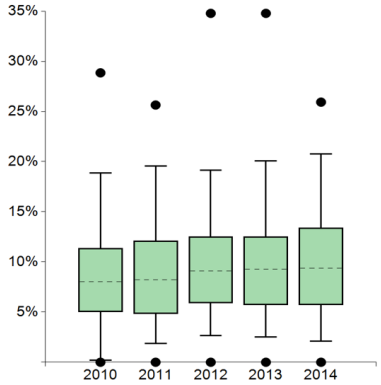
DKG KREBSGESELLSCHAFT

15. Revisions-OP's Kolon



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

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

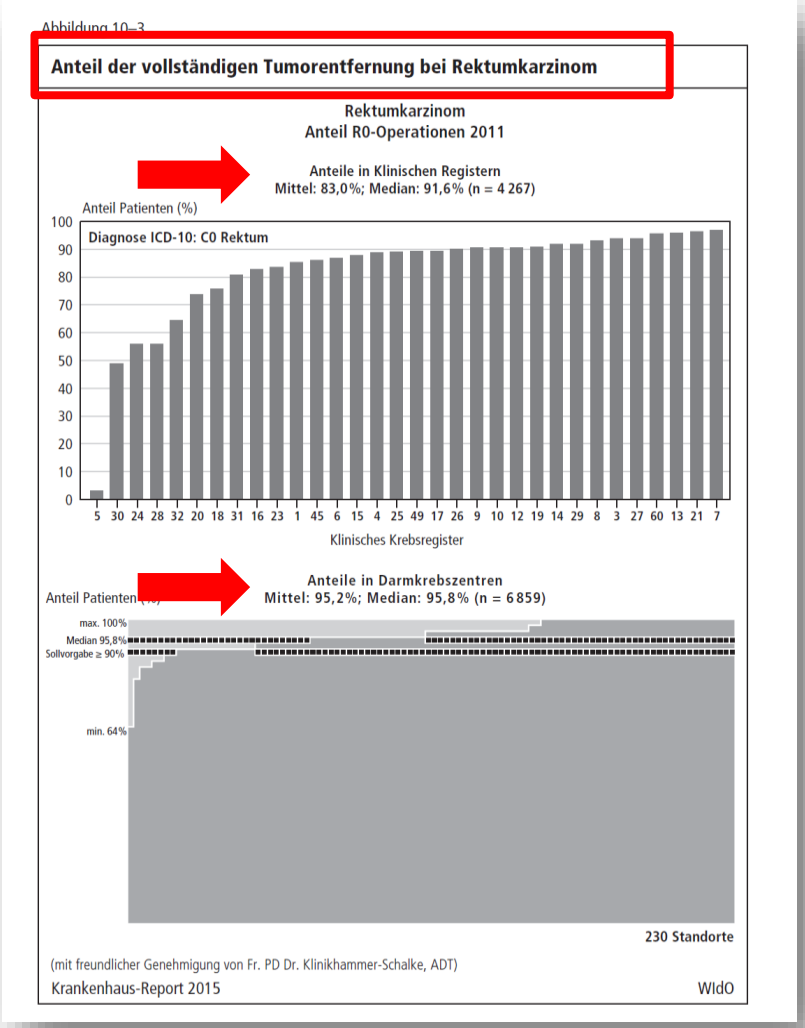


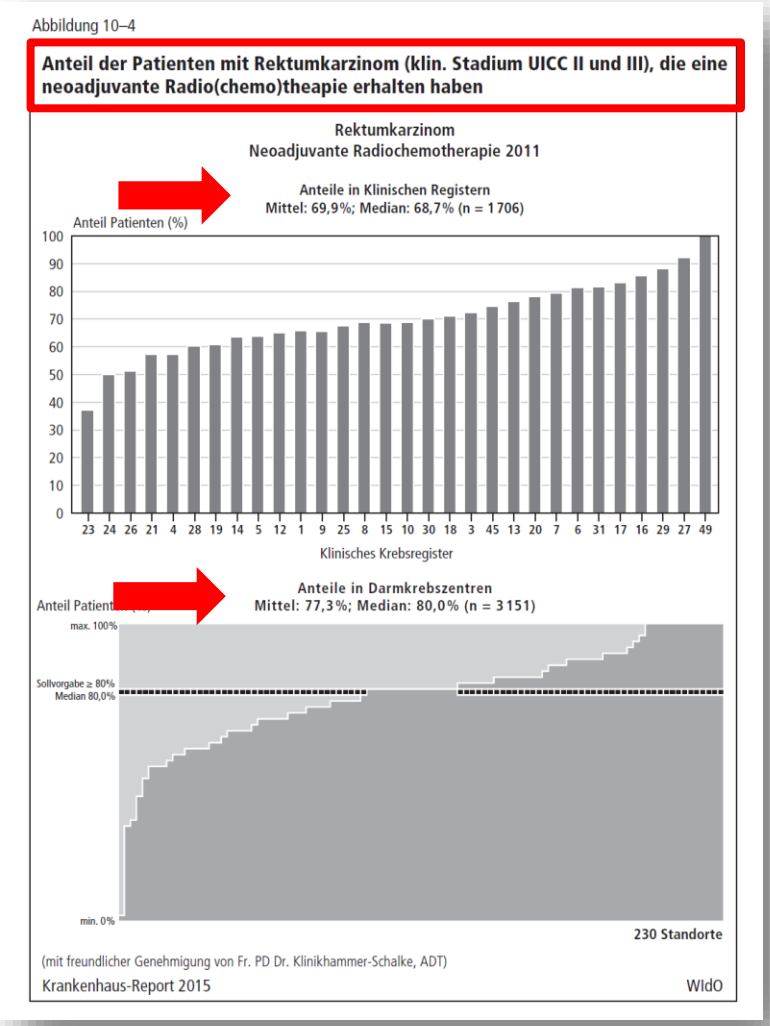
	2010	2011	2012	2013	2014
Max	28,85%	25,64%	34,78%	34,78%	25,93%
95. Perzentil	18,85%	19,58%	19,14%	20,07%	20,78%
75. Perzentil	11,35%	12,11%	12,50%	12,50%	13,41%
Median	8,04%	8,19%	9,09%	9,30%	9,38%
25. Perzentil	5,00%	4,84%	5,88%	5,71%	5,71%
5. Perzentil	0,22%	1,85%	2,64%	2,52%	2,08%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

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

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

Vergleich Daten Zentren vs. Klinische Krebsregister





DKG Zertifizierung
KREBSGESELLSCHAFT

Wesselmann S, Mostart C, Bruns J, Malzahn J. Onkologische Behandlung - qualitätsorientierte Versorgung zügig umsetzen. In: Krankenhausreport 2015: Schwerpunkt Strukturwandel. Klauber J (Hrsg.); Geraedts M (Hrsg.), Friedrich J (Hrsg.), Wasem, Jürgen (Hrsg.), Schattauer Verlag Stuttgart

Kanton Zürich
Gesundheitsdirektion

vom 10. Februar 2017
vem

Einladung zur fachlichen Stellungnahme bezüglich Änderungen der Leistungsgruppen und Anforderungen der Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik

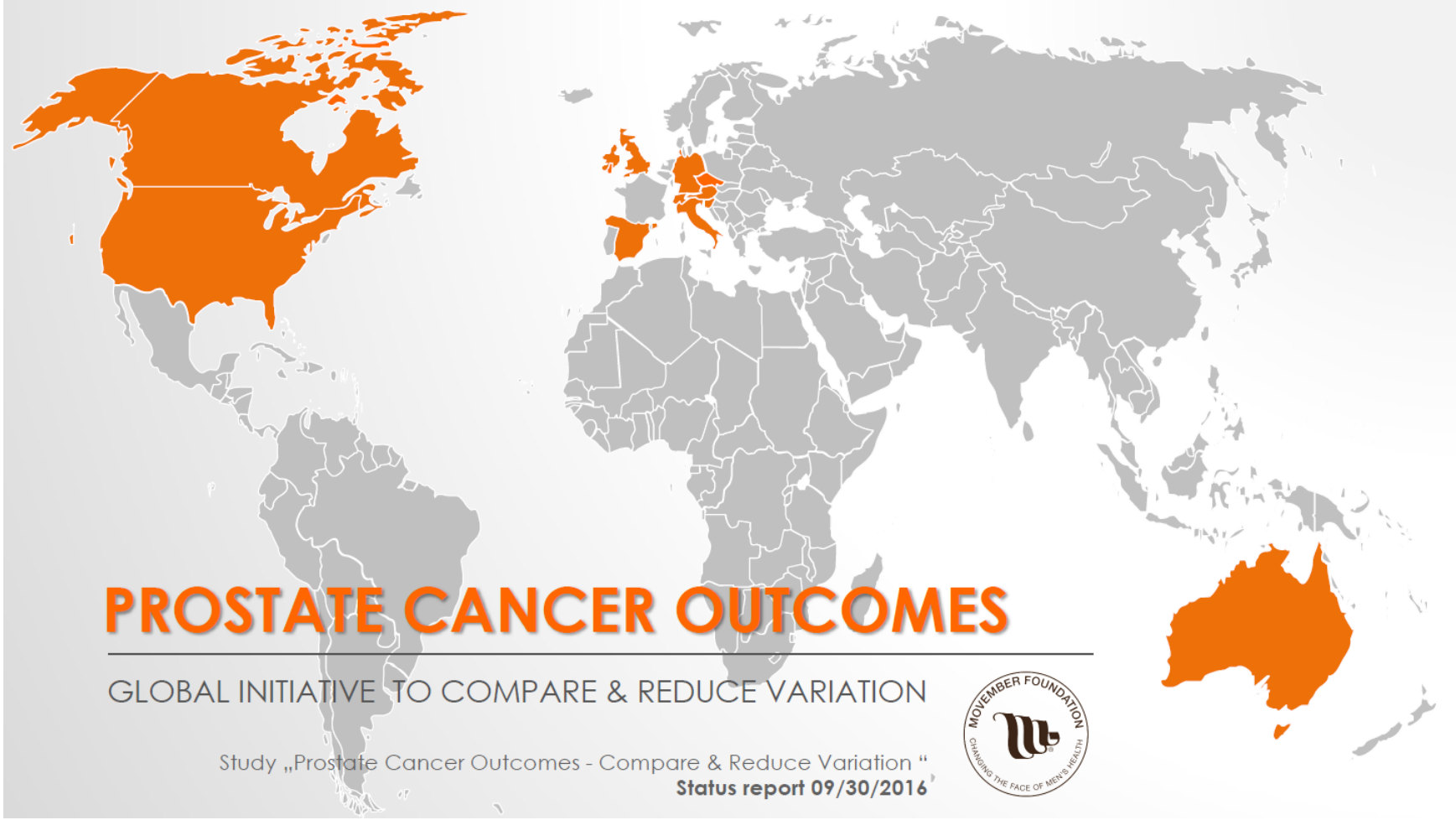
Mindestfallzahlen

- HNO2 Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie
- GEF2 Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
- ANG2 Interventionen intraabdominale Gefässe
- GEF3 Gefässchirurgie Carotis

Prostate Cancer Outcomes – Compare & Reduce Variation

Patient-Reported Outcome

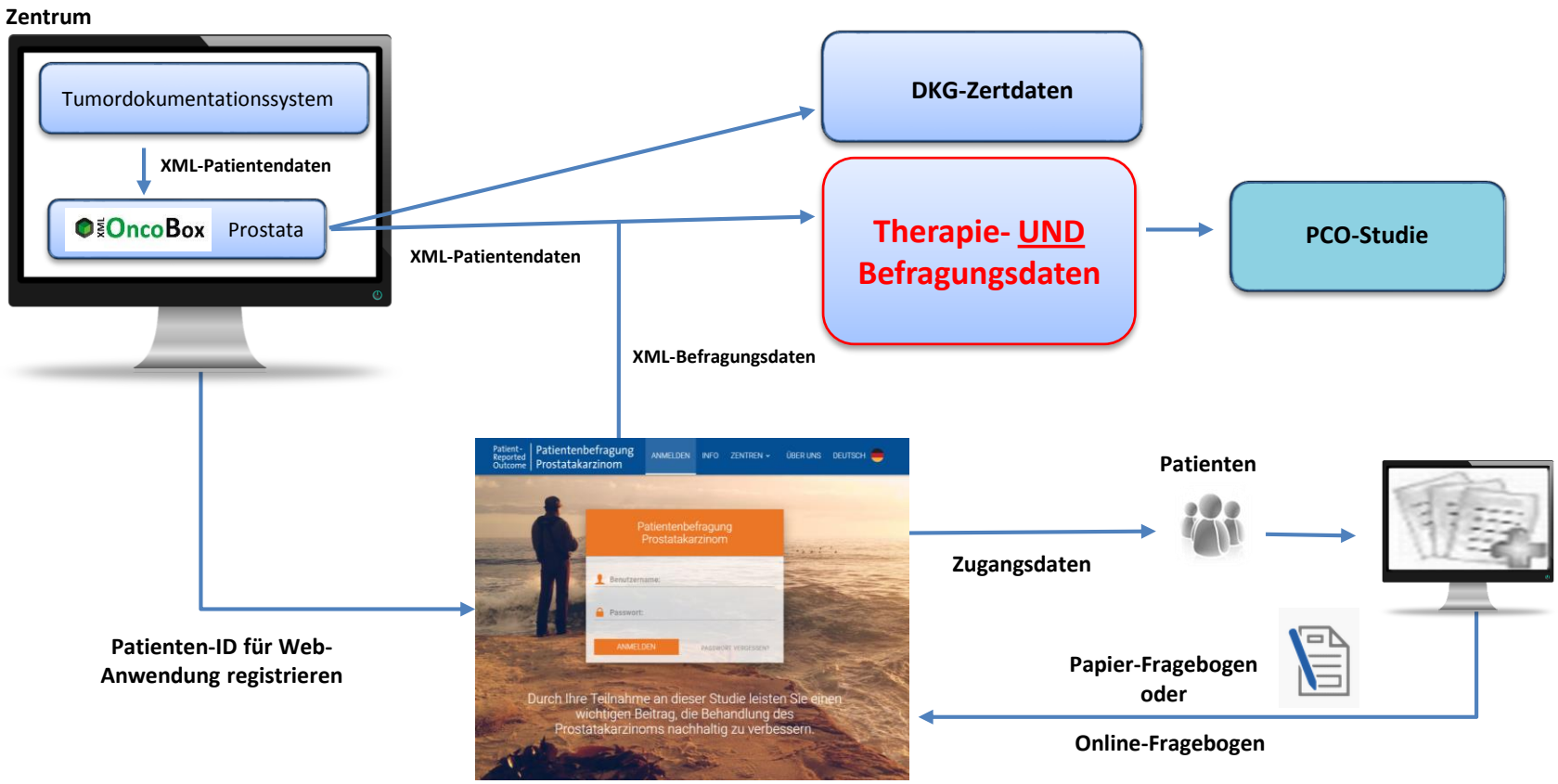
Patientenbefragung Prostatakarzinom



Und was ist das Besondere an der Studie bzw. dem PRO-Projekt?

Patient-Reported Outcome
Patientenbefragung Prostatakarzinom

1. Zusammenführung von klinischen Daten und Befragungsdaten:



www.pco-study.com

Wissensgenerierende onkologische Versorgung

Versorgung

Bei der Versorgung der Patienten arbeiten ambulant und stationär tätige Ärzte in Kontakt mit dem Tumorboard zusammen.
Das Tumorboard kann den Patienten im Auftrag des Behandlers therapieren oder mit ihm bei der Therapie kooperieren.

Steuerung

Der G-BA bestimmt, für welche Innovationen translationale Tumorboards eingerichtet werden und nutzt die Daten, die dort dokumentiert werden, zur Versorgungsverbesserung.

Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA

Patient

Behandler

Translationales Tumorboard

ist auf die Anwendung der Innovation spezialisiert und interdiziplinär besetzt.
Es verpflichtet sich zur Dokumentation der behandelten Fälle.

- Radiologie
- Chirurgie
- Pathologie
- Radio-onkologie
- Molekulare Diagnostik
- Med. Tumor-therapie
- Patienten-vertreter
- Onkolog. Pflege
- Psycho-onkologie

Anonymisierte Daten stehen auf Anfrage für den G-BA und für Forschungsplattformen zur Verfügung.

klinisches Krebsregister

Innovation

Der Behandler erkennt beim Patienten den Bedarf für den Einsatz einer medizinischen Innovation.

Dokumentation

Bei der Behandlung werden Daten gesammelt und an ein klinisches Krebsregister weitergegeben.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung - Nicht-kommerziell - Keine Bearbeitung 3.0 Deutschland Lizenz.
Es darf unter Namensnennung in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreitet werden, allerdings nur nicht-kommerziell und ohne Bearbeitung/Änderung.

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
ViSdP: Dr. Johannes Bruns
Tel.: 030 3229329–0, Fax: -66
www.krebsgesellschaft.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit