

Auditbericht 2020
Gynäkologisches Krebszentrum Kaiserswerther
Diakonie Düsseldorf

	Brust	Gyn
Standort 1 Kaiserswerther Diakonie; Florence-Nightingale-Krankenhaus	Reg. Nr.	FAG-Z006
Standort 2 -----	Reg. Nr.	Reg. Nr.

Leiter Zentrum Herr Prof. Dr. med. Björn Lampe

Zentrumskoordinator Frau Dr. med. Katharina Carrizo

Auditzeitraum Audit Start: 19.06.2020

Audit Ende: 19.06.2020

Übergabe Auditbericht 30.06.2020

- Art des Audits**
- Erstzertifizierung
 - Überwachungsaudit
 - Wiederholaudit
 - Nicht gelistete Art des Audits hier eingeben.

Audit kombiniert mit Onkologischem Zentrum Ja (falls ja, siehe auch Darlegungen im Auditbericht Onkologisches Zentrum)

Auditteam

Titel, Vorname, Name	Funktion					
	Leitender Fachexperte	Co-Fachexperte	Auditleiter ISO	Co-Auditor ISO	Hospitant	Mitarbeiter OnkoZert
Frau Dr. Heike Rosendahl	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Christoph Lindner	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dr. Heike Rosendahl

Auditbericht 2020

Gesamteindruck

Das Gynäkologische Krebszentrum (GZ) der Kaiserswerther Diakonie Düsseldorf im Florence-Nightingale-Krankenhaus gehört zu den 10 Gynäkologischen Spitzen-Zentren, die im Jahr 2008 erstzertifiziert worden sind. Leiter des Gynäkologischen Krebszentrums ist der Chefarzt der Frauenklinik Prof. Dr. Björn Lampe. Durch die hohe Fachkompetenz der Abteilung, die von Prof. Lampe initiierten „Nationalen Tumorboards“ und die internationalen Workshops zu multiviszeralen Eingriffen beim Ovarialkarzinom ist die Klinik weit über das Einzugsgebiet hinaus und auch international bekannt.

In diesem Jahr fand das Wiederholaudit nach den Kriterien der DKG statt, in 2019 wurde statt einer Vor-Ort-Begehung ein reduzierter Auditzyklus durchgeführt. Aufgrund der Coronavirus-Pandemie wurde dieses Audit in kleinen Runden und zum Teil als Schnittstellenbetrachtung durchgeführt.

Das Audit war sehr gut vorbereitet, alle Unterlagen inklusive Bearbeitung des Auditchecks wurden rechtzeitig bereitgestellt und konnten während des Audits betrachtet werden. Die angenehme Atmosphäre während des Audits sorgte für offene, angeregte Diskussionen.

Das Zentrum ist nach DIN EN ISO zertifiziert. Des Weiteren kann das Gynäkologische Krebszentrum eine ESGO (European Society of Gynokological Ocology) und eine EBCOG (European Board & College of Obstetrics and Gynecology)-Zertifizierung nachweisen.

In diesem Wiederholaudit konnte das Zentrum erneut seine außerordentliche operative Expertise, ein sehr engagiertes und kompetentes Netzwerk sowie die sehr patientenorientierte Betreuung von Patientinnen mit Genitalmalignomen darlegen. Die strukturellen Weichenstellungen des Zentrums sind geprägt von Zielorientierung (QM-System, Erfüllung der Zertifizierungskriterien, Umsetzung von Hinweisen) gepaart mit großer menschlicher und fachlicher Kompetenz. Diese werden getragen von einem weiterhin konstanten Team von Persönlichkeiten, die mit hohem Einsatz und spürbarem Idealismus ihre Aufgaben erfüllen und dabei stets das Wohl der Patientinnen im Auge haben. Der wertschätzende, kollegiale Umgang untereinander fällt besonders positiv auf und findet seinen Niederschlag in einer zugewandten, innovativen und empathischen Patientinnenversorgung.

Auch im zurückliegenden Jahr kann das Zentrum zahlreiche positive Veränderungen aufweisen, die eine Weiterentwicklung des Zentrums darstellen. Hervorzuheben sind insbesondere

- das sehr engagierte Team von Mitarbeiter/innen in allen Berufsgruppen
- die hohe Anzahl von Fortbildungsveranstaltungen (klinikinterne Fortbildungen, Veranstaltungen für niedergelassene Kolleg/inn/en, internationale OP-workshops)
- die rege Publikationstätigkeit (mit hohem impact-Faktor)
- das Mentoren-Programm
- die Beschäftigung von Doppelfachärzten im Team (Chirurgie/Gynäkologie; Urologie/Gynäkologie)
- Erarbeitung eines Rotations-Konzeptes zur Ausbildung „Medikamentöse Tumorthherapie“ gemeinsam mit den Internistischen Onkologen

Der Gesamteindruck in dem Zertifizierungsaudit ist sehr positiv. Die Empfehlung zur Aufrechterhaltung des Zertifikates wird uneingeschränkt ausgesprochen.

Erläuterung Darstellung Einzelergebnis

Feststellung(en)	Unter Feststellung(en) werden allgemeine Eindrücke aus dem Audit beschrieben, die weder einen Hinweis noch eine Abweichung darstellen.
Hinweis(e)	Stellen Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Zentrums dar. Sofern die Formulierung „muss“ gewählt ist, kann eine Nichterfüllung des Hinweises in dem nächsten Überwachungs-/Wiederholaudit zu einer Abweichung führen.
Abweichung(en)	Beschreiben eine Nichtkonformität gegenüber den Fachlichen Anforderungen. Abweichungen sind von dem Zentrum innerhalb eines im Abweichungsprotokoll festgelegten Zeitraums nachweislich gegenüber OnkoZert zu beheben.

Auditbericht 2020

Korrektheit / Vollständigkeit Unterlagen

	i.O.	n.i.O. ¹⁾	Kommentar
Behandlungsnetzwerk / Kooperationspartner (OncoMap)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.
Erhebungsbogen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.
Datenblatt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.

- 1) Status „n.i.O.“ bedeutet, dass die entsprechenden Unterlagen zu korrigieren sind; die korrigierten Unterlagen sind spätestens nach 3 Monaten ausgehend vom Auditdatum bei OnkoZert einzureichen; positive Bewertung der Korrektur ist Voraussetzung für Bewertung Ausschuss (z.B. zwecks Zertifikatserteilung/-verlängerung).

Bewertung Gynäkologische Praxen ²⁾

	Relevant	<input type="checkbox"/>	Kommentar
Bezeichnung Praxen	i.O.	<input type="checkbox"/>	Erläuterungen siehe Abschnitt 2 zum Kapitel "Organspezifische Diagnostik"
Bezeichnung Praxen	n.i.O.	<input type="checkbox"/>	

- 2) Es besteht für Gynäkologische Praxen, die in Kooperation mit einem zertifizierten Brust- und/oder Gynäkologischen Krebszentrum stehen, keine Verpflichtung für die Zertifizierung. Praxen, die sich als registrierter bzw. zertifizierter Kooperationspartner bezeichnen und das DKG-Logo des zertifizierten Brust- und/oder Gynäkologischen Krebszentrums verwenden möchten, müssen sich dem Zertifizierungsprozess unterziehen. Nähere Informationen auf www.onkoziert.de.

Umsetzung vorausgehende Bewertungen

	Relevant	i.O.	n.i.O.	Kommentar
Auditbericht (Vorjahr) / Bewertung Erhebungsbogen (bei Erstzertifizierung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.
Auflagen Ausschussprotokoll (sofern vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.

Auditbericht 2020

Reduktion Auditzyklus (REDZYK)

Ein Zentrum, welches in der Vergangenheit überdurchschnittlich gute Auditergebnisse erzielt hat, kann eine Reduktion des Auditzyklus beantragen. Eine Reduktion des Auditzyklus bedeutet, dass alternativ zu einer Auditdurchführung vor Ort die Zertifizierungsanforderungen über eine Dokumentenprüfung betrachtet werden. Ausgenommen hiervon sind Wiederholaudits, die im Vorfeld einer möglichen Zertifikatsverlängerung verbindlich durchzuführen sind.

Ja	Empfehlung REDZYK bzgl. Kriterium Auditergebnis gegeben
----	---

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Empfehlung für den Ausschuss Zertifikatserteilung lediglich eine Empfehlung darstellt und somit unverbindlich ist. Auch wird darauf hingewiesen, dass für eine Zulassung zum REDZYK weitere Kriterien zu erfüllen sind. Alle weiteren Informationen zum Verfahren sind den Dokumenten „Bestimmungen Reduktion Auditzyklus“ und „Antrag Reduktion Auditzyklus“ (Download unter www.onkozert.de) zu entnehmen.

Auditbericht 2020

Darstellung der Einzelergebnisse

1.1 Struktur des Netzwerks	Feststellung(en)	<p>Das Gynäkologische Krebszentrum (GZ) kann auf ein festes Netzwerk von langjährigen, sehr engagierten Kooperationspartnern zurückgreifen, die Abläufe zwischen den Kooperationspartnern sind bestens eingespielt.</p> <p>Die Leistungen und die Strukturen des Zentrums (inklusive aller Kooperationspartner) sowie die außerordentlichen Studienaktivitäten sind auf den Internetseiten der Klinik sehr informativ und ansprechend abgebildet.</p> <p>Alle Kooperationsverträge werden regelmäßig auf Aktualität geprüft.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Feststellung(en)	<p>Die Tumorkonferenzprotokolle spiegeln die hohe fachliche Kompetenz der verschiedenen Fachdisziplinen wider. Teilnehmer der Tumorkonferenz sind die Chefärzte und (Ltd.) Oberärzte der geforderten Fachdisziplinen.</p> <p>In den betrachteten Tumorkonferenzen waren alle geforderten Disziplinen anwesend. Da im Zentrum viele fortgeschrittene Karzinome behandelt werden, werden ständig hoch komplexe Fälle in der Tumorkonferenz diskutiert.</p> <p>M+M-Konferenzen nehmen im Gesamtkonzept des Gynäkologischen Krebszentrums einen hohen Stellenwert ein. Sie finden jedes Quartal statt und sind von der ÄK Nordrhein zertifizierte Veranstaltungen. Dazu werden regelmäßig Komplikationen und Besonderheiten in einer Liste notiert, aus der dann Themen für die M+M-Konferenz generiert werden. Die postoperativen Komplikationen werden nach der Clavien-Dindo-Klassifikation eingeteilt. Neben den sehr gut vorbereiteten und mit OP-Bildern untermauerten Fallvorstellungen gibt es in jeder der M+M-Konferenzen einen Vortrag zu einem zu den Fallvorstellungen passenden Thema. Die M+M-Konferenzen werden vorbildlich protokolliert.</p> <p>Auch an den interessanten Qualitätszirkeln haben nachweislich alle geforderten Kooperationspartner teilgenommen.</p> <p>Sehr geschätzt wird das von Prof. Dr. Lampe initiierte „Nationale Tumorbord“, welches einmal monatlich stattfindet und Kolleg/innen aus der gesamten Republik die Möglichkeit bietet, komplexe Fälle vorzustellen und mit Experten zu beraten.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge	Feststellung(en)	<p>Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ist gut. Die Niedergelassenen werden sehr zeitnah über die geplanten Behandlungsschritte (Sprechstundenbriefe) und den stationären Aufenthalt informiert (jede Patientin geht mit einem Arztbrief nach Hause). Die Kontaktaufnahme zu den Klinikmitarbeitern ist geregelt.</p> <p>Nachsorgeuntersuchungen finden ganz überwiegend bei den niedergelassenen Fachärzten statt.</p> <p>Das Zentrum bietet regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen für Niedergelassene.</p> <p>Besonders positiv fällt die angeregte Zusammenarbeit mit externen Dysplasie-Praxen auf.</p>

Auditbericht 2020

	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.4 Psychoonkologie	Feststellung(en)	Die psychoonkologische Versorgung des Gynäkologischen Krebszentrums erfolgt überwiegend durch Frau Dr. Wiene, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, die eine 0,86 VK-Stelle bekleidet, insgesamt verfügt das Florence-Nightingale-Krankenhaus über 1,4 VK Psychoonkologie-Stellen. Die beiden psychoonkologischen Mitarbeiterinnen gehören durch klinikinterne Umstrukturierung nunmehr organisatorisch zur Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Anmeldung eines psychoonkologischen Konsils erfolgt über das KIS oder auch durch direkte Anforderung über das Frauenklinik-Sekretariat. Als Screeninginstrument wird das Hornheider-Schema angewandt. Die Patientengespräche können in einem eigenen Büro stattfinden. Die Gesprächsdokumentation erfolgt wiederum im KIS, allerdings bei sehr persönlichen Aufzeichnungen in einer gesonderten, nicht einsehbaren Dokumentation. Fort- und Weiterbildungsnachweise sind vorhanden.
	Hinweis(e)	Im Erhebungsbogen sind diskrepante, zum Teil sehr niedrige Erfassungsraten der psychoonkologischen Versorgung von Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums enthalten. Nach Auskunft im Audit hat dieses u. g. dokumentatorische Gründe. So werden zum einen nur Gesprächstermine länger als 25 Minuten erfasst, zum anderen Mehrfachtermine nicht. Die tatsächliche psychoonkologische Versorgung sei vollständiger als es die entsprechende Dokumentation wiedergebe. Es sollte daher für das nächste Audit eine eigene Termin- und Gesprächsdauererfassung durch die Psychoonkologie erfolgen.
	Abweichung(en)	Keine.
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation	Feststellung(en)	Der Sozialdienst im Florence-Nightingale-Krankenhaus verfügt nach Angaben im Audit über 3,9 VK. Die Patientenanmeldung erfolgt über das KIS. Die Teilnahme an einer wöchentlichen interdisziplinären Sozialvisite wurde angegeben. Fortbildungsnachweise lagen vor.
	Hinweis(e)	Auch im Sozialdienst ist wie bei der Psychoonkologie eine Diskrepanz hinsichtlich des Erfassungsgrades der Patientinnen im Sozialdienst aufgefallen. Auch hier scheint es dokumentatorische Probleme zu geben und zum nächsten Audit sollte die tatsächliche Inanspruchnahme des Sozialdienstes durch Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums in einer gesonderten Dokumentation festgehalten werden.
	Abweichung(en)	Keine.
1.6 Patientenbeteiligung	Feststellung(en)	Für die Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums wird umfangreiches Informationsmaterial zur Verfügung gestellt. Eine Selbsthilfegruppe wurde in Zusammenarbeit mit der Krebshilfe NRW initiiert, in der Klinik sind feste Ansprechpartner für die Selbsthilfegruppe benannt. Die kontinuierlich durchgeführte poststationäre Patientenbefragung hat im Jahr 2019 eine Rücklaufquote von unter 30% ergeben. Das Zentrum hat daraufhin den Fragebogen überarbeitet und gekürzt. Außerdem wird jetzt dem Fragebogen ein frankierter

Auditbericht 2020

		<p>Rückumschlag hinzugefügt. So soll eine höhere Rücklaufquote erreicht werden.</p> <p>Neben dieser poststationären Befragung haben die Patientinnen die Möglichkeit, „Meinungskärtchen“ während oder am Ende des stationären Aufenthaltes abzugeben. Hier beträgt der Rücklauf 87% und das Gynäkologische Krebszentrum wird sehr positiv bewertet.</p>
	Hinweis(e)	<p>Die vom Zentrum eingeleiteten Maßnahmen sind geeignet, die Rücklaufquote bei der Patientenbefragung zu erhöhen.</p> <p>Für die Anforderungen an Gynäkologische Krebszentren ist es ausreichend, die Befragung alle drei Jahre über einen begrenzten Zeitraum von drei Monaten durchzuführen.</p>
	Abweichung(en)	Keine.
1.7 Studienmanagement	Feststellung(en)	<p>Das Zentrum hat im Jahr 2019 15,69% seiner Patientinnen in Studien behandelt, darunter viele aufwändige operative Studien.</p> <p>Auch das lange Follow-up dieser Studien stellt eine große Herausforderung für das Studienzentrum dar. So befinden sich allein 140 Patientinnen im Follow-up der TRUST-Studie.</p> <p>Studienbeauftragte Ärzte sind Prof. Dr. Lampe als Studienleiter, sowie OÄ Dr. Carrizo und OÄ Dr. Dizdar.</p> <p>Frau Bonin und Frau Karpmann sind mit jeweils 1,0 VK für die Dokumentation der Studien aber gleichzeitig auch für die Tumordokumentation zuständig. Sie vertreten sich gegenseitig.</p> <p>Bereits vor jeder Tumorkonferenz wird ein möglicher Studieneinschluss geprüft. Die Studien sind auf den Internetseiten des Zentrums übersichtlich und für Patienten verständlich dargestellt.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.8 Pflege	Feststellung(en)	<p>Für das Gynäkologische Krebszentrum stehen 19 Betten auf einer großen operativen Station (insgesamt 49 Betten), die auch von den Allgemeinchirurgen (18 Betten) und den Thoraxchirurgen (12 Betten) belegt wird, bereit. Zusätzlich stehen auf der Komfort-Station 12-15 weitere Betten zur Verfügung.</p> <p>Gearbeitet wird im Drei-Schicht-System mit einer Besetzung von 5/5/2 examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen. Derzeit sind alle Planstellen besetzt. Zu Zeiten des Lock-downs wegen der Coronavirus-Pandemie konnten alle Überstunden abgebaut werden.</p> <p>Die Pflege arbeitet nach dem Modell des „Advanced Nursing Practice“. Ein Ernährungs-Screening ist etabliert. Die Stoma-Therapeutin hat einen eigenen Arbeitsraum auf der Station und ist jeder Zeit verfügbar. Im Rahmen der Einarbeitung läuft jede Pflegerin/jeder Pfleger einen Tag lang mit der Stoma-Schwester mit. Monatlich finden Fallbesprechungen statt, die an Pflegevisiten gekoppelt sind.</p> <p>Neben innerbetrieblichen Fortbildungen werden auch externe Fortbildungen wahrgenommen, entsprechende Fortbildungspläne auch zu Pflichtfortbildungen wurden vorgelegt. Darüber hinaus haben die Mitarbeiter/innen die Möglichkeit in der Dienstzeit oder auch zu Hause CNE-Fortbildungen EDV-gestützt zu absolvieren.</p>

Auditbericht 2020

		Seit letztem Jahr hat das Pflegeteam die Möglichkeit zu einer externen Supervision bekommen, was von den Mitarbeiter/innen sehr gut angenommen wurde.
	Hinweis(e)	In Anbetracht der Schwere der onkologischen Fälle auf dieser interdisziplinären Station sollte die Möglichkeit zur Supervision unbedingt fortgesetzt werden.
	Abweichung(en)	Keine.
1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche	Feststellung(en)	Dieses Kapitel ist für Organzentren nicht mit Anforderungen hinterlegt.
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
2 Organspezifische Diagnostik	Feststellung(en)	Für die Sprechstunden stehen drei Untersuchungsräume zur Verfügung, alle drei sind mit modernen Ultraschallgeräten ausgestattet. Ein Sprechstundenraum verfügt über einen urodynamischen Messplatz, ein anderer verfügt für die Dysplasie-Sprechstunde über eine Kamera am Kolposkop, so dass die Zervixbefunde fotodokumentiert und in der Patientenakte archiviert werden können. Die Sprechstundenräume sind klein und leider ohne Fenster, aber sehr ansprechend und zweckmäßig eingerichtet. Für die Abschluss-Untersuchungen gibt es einen weiteren Raum mit Sonografie-Gerät auf der gynäkologischen Station. Wartezeiten in der Sprechstunde und Wartezeiten auf einen Termin werden regelmäßig gemessen und entsprechen den Anforderungen.
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
3 Radiologie	Feststellung(en)	Die radiologische Versorgung des Florence-Nightingale-Krankenhaus (FNK) und damit des Gynäkologischen Krebszentrums erfolgt durch einen Praxisverbund (Med. 360°), die mit einer Zweigstelle in den Räumlichkeiten des Florence-Nightingale-Krankenhaus untergebracht sind. Die Räumlichkeiten wurden während des Audits besichtigt. Der ärztliche Stellenplan in der Radiologie des Florence-Nightingale-Krankenhaus verfügt über 3 Fachärzte und 7 VK MTRAs. Als Geräte stehen ein CT und ein MRT zur Verfügung, Mammographien und Sonographien werden nicht durchgeführt. Eine ärztliche Verfügbarkeit ist durch Teleradiologie über 24 Stunden gewährleistet. Die Räumlichkeiten sind ansprechend und großzügig. Fort- und Weiterbildungsnachweise waren ebenso wie die geräte-technischen Überprüfungen vorhanden.
	Hinweis(e)	Keine
	Abweichung(en)	Keine
4 Nuklearmedizin	Feststellung(en)	Nicht auditiert.
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
5 Operative Onkologie	Feststellung(en)	Die operative Expertise des Zentrums und seines Leiters ist weit über die Grenzen des Einzugsbereiches der Klinik hinaus bekannt. Durch die Beschäftigung von Oberärzten, die in zwei

Auditbericht 2020

		<p>Fachdisziplinen ausgebildet sind (Facharzt für Chirurgie + Gynäkologie, Fachärztin für Urologie + zur Zeit in Weiterbildung Gynäkologie und Geburtsmedizin) können multiviszzerale Eingriffe innerhalb der eigenen Abteilung organisiert werden. Insgesamt arbeiten fünf Arzt/innen mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie im Zentrum, drei weitere befinden sich in der Ausbildung dazu. Bei allen Karzinomoperationen wird der intraoperative Situs einem zweiten Schwerpunkthaber demonstriert. Jeder Situs wird fotodokumentiert, die Fotos sind Teil der Patientenakte. Das Vertrauen in die sehr hohe operative Expertise der Abteilung zeigt sich auch in der großen Anzahl von Patientinnen (teilweise von weit her) mit rezidivierender, fortgeschrittener Erkrankung, die sich im Gynäkologischen Krebszentrum behandeln lassen. Perioperativ wird das ERAS-Konzept verfolgt (Early Recovery after Surgery), wobei PCA-Pumpen und Periduralanästhesien nur sehr kurzfristig zum Einsatz kommen, um eine frühzeitige Mobilisation der Patientin zu ermöglichen. In der Klinik wird jeder Assistenzärztin/jedem Assistenzarzt ein Mentor/eine Mentorin aus der Oberarzttruppe zur Seite gestellt. Es wird berichtet, dass sich dieses Modell im klinischen Alltag sehr bewährt hat. Die Patientenakten liegen in elektronischer Form vor. Alle erforderlichen Dokumente ließen sich mit Hilfe der Klinikmitarbeiter/innen schnell auffinden. Das Tumorkonferenzprotokoll ist so konfiguriert, dass es 1:1 in den Arztbrief übernommen werden kann. In den betrachteten Patientenakten waren die Therapieentscheidungen leitlinienkonform, die Tumorkonferenzprotokolle spiegeln die komplexe, interdisziplinäre Diskussion und Zusammenarbeit wider. Die OP-Berichte sind detailliert. Die Arztbriefe werden zeitnah verschickt und sind sehr informativ. Die Kennzahlen des Zentrums zeigen nicht nur beeindruckende Primär- und Gesamtfallzahlen sondern auch eine sehr hohe Erfüllung der Sollvorgaben und Qualitätsindikatoren. Beeindruckend ist die Zahl vom Erreichen makroskopisch freier Resektatränder in 84%. Es zeigt sich bei den Sollvorgaben nur eine Abweichung, bei drei von acht Patientinnen, wurde aufgrund von Multimorbidität und hohem Alter auf ein inguino-femorales Staging verzichtet.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
6 Medikamentöse / Internistische Onkologie	Feststellung(en)	<p>Chemotherapien und Immuntherapien der Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums werden in der Tagesklinik der Klinik für Innere Medizin Hämatologie und Onkologie durchgeführt. Die Tagesklinik verfügt über großzügige, sehr ansprechende Räume, in denen auch zu Coronavirus-Pandemie-Zeiten problemlos alle 14 Therapieplätze unter Einhaltung der Abstandsregeln belegt werden können. Stationär können weitere 16 Patienten behandelt werden. Die Leitung der Tagesklinik obliegt den Oberärzten Dr. Möller und Dr. Winter. OA Dr. Winter ist zusätzlich als Palliativmediziner ausgebildet. Im Jahr 2019 wurden 995 Patientinnen mit einer Chemotherapie behandelt, davon 167 Patientinnen mit der Diagnose C51-C58. Die Zytostatika werden fertig konfektioniert von der Apotheke geliefert. Patientinnen, die noch während ihres stationären Aufenthaltes</p>

Auditbericht 2020

		<p>mit der Chemotherapie beginnen, gehen dazu in die Tagesklinik und werden von den Ärzten des Gynäkologischen Krebszentrums mit betreut.</p> <p>Auf den gynäkologischen Stationen werden keine Chemotherapien verabreicht.</p> <p>Von den 11 Pflegekräften (7,5VK) in der onkologischen Tagesklinik sind zwei als onkologische Fachschwestern weitergebildet, alle anderen verfügen über sehr lange Berufserfahrung auf diesem Gebiet. Die Verabreichung der Zytostatika obliegt dem Pflegepersonal, welches zu diesem Zweck regelmäßig geschult wird. Alle Pflegekräfte können nachweisen, dass sie weit mehr als 50 Chemotherapien verabreicht haben. Das Vorgehen bei Paravasaten ist klar geregelt. Anweisungen, Spillkit und Paravasate-Set stehen bereit. Savene® wird von der Apotheke auf Abruf bereitgestellt. Derzeit wird die Dokumentation in der Tagesklinik von analog auf digital umgestellt, in diesem Rahmen ist auch das Zenzy-Programm in Betrieb genommen worden, so dass jetzt alle Therapieprotokolle im Zenzy hinterlegt sind.</p> <p>Geplant ist, dass zukünftig die Ärzt/innen des Gynäkologischen Krebszentrums im Rahmen der Weiterbildung in die Tagesklinik rotieren und dort ein Ausbildungs-Curriculum absolvieren, so dass sie danach die Prüfung für die Medikamentöse Tumorthherapie ablegen können.</p>
	Hinweis(e)	Das Konzept, die „Medikamentöse Tumorthherapie“ in das Weiterbildungskonzept zu integrieren, wird ausdrücklich begrüßt.
	Abweichung(en)	Keine.
7	Radioonkologie	<p>Feststellung(en)</p> <p>Aufgrund der Coronavirus-Pandemie fand eine Schnittstellenbetrachtung statt, zu der Prof. Hartmann und seine Stellvertreterin Dr. Hunger aus dem Marienhospital Düsseldorf angereist sind. Die Strahlentherapie besteht aus einer Klinikabteilung und einem MVZ, in denen die ärztlichen Mitarbeiter/innen anteilig angestellt sind. Regelmäßige Teilnahme an den Tumorkonferenzen ist selbstverständlich. Die Tumorkonferenzbeschlüsse sind bindend und stellen einen zentralen Punkt der Patientenakte dar, falls doch Abweichungen erforderlich sind, werden diese der Konferenz zurückgemeldet. Die Patientenakten sind sehr ordentlich geführt und enthalten alle wesentlichen Befunde, inklusive dem Original des histo-pathologischen Befundes.</p> <p>Pläne und Zertifikate zu internen und externen Fortbildungen für alle ärztlichen Mitarbeiter/innen und das Assistenzpersonal wurden vorgelegt.</p> <p>Mitarbeiter des Gynäkologischen Krebszentrums und auch der Strahlentherapie zeigten sich gegenseitig sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
8	Pathologie	<p>Feststellung(en)</p> <p>Aufgrund der Coronavirus-Pandemie fand eine Schnittstellenbetrachtung statt, zu der Herr Prof. Gerharz, Leiter des Instituts für Pathologie im Ev. Krankenhaus Bethesda in Duisburg, ins Gynäkologischen Krebszentrums gekommen ist. Das pathologische Institut versorgt insgesamt 13 Kliniken und Zentren in der Umgebung. Präparat-Begleitscheine und histo-pa-</p>

Auditbericht 2020

		<p>thologische Befunde werden derzeit noch in Papierform übermittelt. Zusätzlich zum Präparate-Begleitschein schickt das Gynäkologische Krebszentrum jeweils noch die Fotodokumentation zur Pathologie. Schnellschnittzeiten werden gemessen und entsprechen den Anforderungen, ebenso die Zeiten bis zum Vorliegen des endgültigen histo-pathologischen Befundes. Regelmäßige Teilnahme an den Tumorkonferenzen ist selbstverständlich. Das Institut legt großen Wert auf Fort- und Weiterbildung, entsprechende Schulungspläne wurden vorgelegt. Die Zusammenarbeit mit der Pathologie ist von gegenseitigem Respekt und gegenseitiger Wertschätzung geprägt.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
9	Palliativversorgung und Hospizarbeit	<p>Feststellung(en)</p> <p>Die Palliativmedizin des Florence-Nightingale-Krankenhauses ist in der Inneren Medizin angesiedelt. Die Palliativstation mit 7 Betten wird von OA Dr. Winter geleitet, der auch regelmäßig an den Tumorkonferenzen teilnimmt. Die Räume sind sehr ansprechend eingerichtet und sind am Ende des Flurs der internistischen Station gelegen. Zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen arbeiten fest auf der Palliativstation vor allem für koordinierende Aufgaben. Die übrigen Dienste werden aus dem Pool des 30-köpfigen Teams der hämato-onkologischen Station besetzt. Dieses Team setzt sich zusammen aus 4 onkologischen Fachpflegekräften, 6 Mitarbeiter/innen mit palliative-care-Ausbildung und zwei weiteren, die gerade die palliative-care-Ausbildung absolvieren. Interdisziplinäre Team- und Fall-Besprechungen sind geübte Praxis. Es werden tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet.</p> <p>Die Zusammenarbeit mit dem Palliativ-Care-Team (SAPV) und dem Hospiz in Düsseldorf ist sehr gut. Die Palliativstation erhält regelmäßig Rückmeldungen über Patienten, die in die ambulante Versorgung oder das Hospiz überstellt wurden. Palliativkonsile können von den Stationen jederzeit abgerufen werden.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
10	Tumordokumentation	<p>Feststellung(en)</p> <p>Die Tumordokumentation wird sehr gewissenhaft und akribisch Frau Bonin und in Vertretung von Frau Karpmann erledigt. Beide sind mit 1,0 VK am Zentrum angestellt. Sie sind neben der Tumordokumentation auch für die Studiendokumentation zuständig.</p> <p>Die Tumordokumentation erfolgt sehr zeitnah im GTDS, zumal Frau Bonin auch die Tumorkonferenzprotokolle vorbereitet und dies mit einer Detailkenntnis und mit einem medizinischen Verständnis, welches weit über die Anforderungen an eine Dokumentarin hinausgeht.</p> <p>Die Daten des Zentrums werden regelmäßig an das Krebsregister NRW übermittelt. Allerdings werden außer Sterbedaten bisher keine Kennzahlen an das Zentrum zurückübermittelt. Auch fehlende Nachsorgedaten werden allein vom Zentrum eingeholt.</p>
	Hinweis(e)	Wünschenswert ist, dass sich die Zusammenarbeit mit dem klinischen Krebsregister dahingehend verbessert, dass auch

Auditbericht 2020

		Daten an das Zentrum zurückgespielt werden und das Follow-up ergänzt wird.
	Abweichung(en)	Keine.

Auditbericht 2020

Kennzahlenbewertung

Gynäkologisches Krebszentrum:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
1	Vorstellung Tumorkonferenz	Keine.	Keine.
2	Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min.)	Keine.	Keine.
3	Beratung Sozialdienst	Keine.	Keine.
4	Anteil Studienpatientinnen	Keine.	Keine.
5	Gesamtfallzahl	Keine.	Keine.
6	Primärfälle	Keine.	Keine.
7	Operative Fälle	Keine.	Keine.

Kennzahlen Ovarialkarzinom:

9	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Keine.	Keine.
10	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Keine.	Keine.
11	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkologen	Keine.	Keine.
12	Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Keine.	Keine.
13	First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Keine.	Keine.

Kennzahlen Zervixkarzinom:

14	Vorstellung in Tumorkonferenz	Keine.	Keine.
15	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Keine.	Keine.
16	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	Keine.	Keine.
17	Zytologisches/histologisches LK-staging	Keine.	Keine.

Kennzahlen Vulvakarzinom:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
19	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Keine.	Keine.
20	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	Keine.	Keine.
21	Durchführung inguinofemorales Staging	Abweichung von der Sollvorgabe/Leitlinie wurde plausibel begründet.	Keine.
22	Sentinel Lymphknoten Biopsie	Keine.	Keine.

Kennzahlen Endometriumkarzinom:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
23	Systematische Lymphadenektomie bei Typ-I-Endometriumkarzinom	Keine.	Keine.

Auditbericht 2020

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
24	Adjuvante Chemotherapie bei Typ-I-Endometriumkarzinom	Keine.	Keine.

Optionale Kennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum:

Kennzahl Ovarialkarzinom:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
8	Angebot zur genetischen Testung	Keine.	Keine.

Kennzahl Zervixkarzinom:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
18	Brachytherapie als Bestandteil prim. Radio(chemo)therapie	Keine.	Keine.