

Auditbericht
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. Björn Lampe

Zentrumskoordinator Frau Dr. Katharina Carrizo

Auditzeitraum Audit Start: 10.08.2018
Audit Ende: 10.08.2018

Übergabe Auditbericht 29.08.2018

- 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"/> |

Frau Dr. Heike Rosendahl

Leitender Fachexperte

Auditbericht

Gesamteindruck

Das Gynäkologische Krebszentrum der Kaiserswerther Diakonie 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 ein Überwachungsaudit nach den Kriterien der DKG statt. Das Zentrum ist nach DIN EN ISO zertifiziert. Des Weiteren kann das Gynäkologische Krebszentrum eine ESGO (European Society of Gynecological Oncology) und eine EBCOG (European Board & College of Obstetrics and Gynecology)-Zertifizierung nachweisen.

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

- die hohe Studienquote,
- die zertifizierte Dysplasiesprechstunde,
- die hohe Anzahl von Fortbildungsveranstaltungen (klinikinterne Fortbildungen, Veranstaltungen für niedergelassene KollegInnen, internationale OP-workshops),
- die rege Publikationstätigkeit (mit hohem Impact-Faktor),
- die Beschäftigung von Doppelfachärzten im Team (Chirurgie/Gynäkologie; Urologie/Gynäkologie),
- die Fallzahlsteigerung um 12,2% in der Gynäkologie und um 7% in der Geburtsmedizin.

Die sehr hohe Fachkompetenz spiegelt sich auch in den Fallzahlen wieder, wo eine Fallzahlsteigerung von 12,2% gegenüber dem Vorjahr erreicht wurde und das bei konstanter Personalzahl. Im Jahr 2017 wurden 177 Primärfälle und 239 Fälle insgesamt behandelt. Dabei fällt auf, dass im Zentrum besonders viele Rezidive behandelt werden, was sich auch in der hohen Anzahl von Exenterationen ausdrückt.

Im Überwachungsaudit wurden keine Abweichungen festgestellt.

Die wenigen festgestellten Verbesserungspotentiale, sind in diesem Bericht unter „Hinweise“ beschrieben. Die Hinweise in diesem Bericht sind innerhalb der nächsten Wochen auszuwerten. Auf Basis dieser Auswertung sind konkrete Aktionen festzulegen und einzuleiten (Aktionsplan). Als besonders relevant werden folgende Hinweise betrachtet:

- die Personalressource in der Studien- und Tumordokumentation,
- die onkologische Fachpflege auf der Station.

Der Gesamteindruck in dem Zertifizierungsaudit ist sehr positiv. Eine Empfehlung zur Aufrechterhaltung des kann uneingeschränkt ausgesprochen werden.

Anmerkung: Aufgrund Unwetters, umgestürzten Bäumen auf Gleis- und Hochspannungsanlagen und dadurch ausgefallenen Zugverbindungen konnte die Auditorin nicht rechtzeitig zum Audit erscheinen. Ich möchte mich ausdrücklich und sehr herzlich dafür bedanken, dass alle im Auditplan vorgesehenen MitarbeiterInnen für das Audit weit über ihre Arbeitszeit hinaus in der Klinik geblieben sind und so die Durchführung des Audits erst ermöglicht haben. Sie haben damit das außerordentliche Engagement für ihr Gynäkologisches Krebszentrum bewiesen, das überall in der Klinik spürbar ist.

Auditbericht

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. |

Korrektheit / Vollständigkeit Unterlagen

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

- 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).

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"/> | ----- |
| Auflagen Ausschussprotokoll (sofern vorhanden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Auditbericht

Darstellung der Einzelergebnisse

| | | |
|--------------------------------------|------------------|---|
| 1.1 Struktur des Netzwerks | Feststellung(en) | Das Gynäkologische Krebszentrum kann auf ein festes Netzwerk von langjährigen Kooperationspartnern zurückgreifen, die Abläufe zwischen den Kooperationspartnern sind bestens eingespielt. Alle Kooperationspartner sind auf dem Klinikgelände angesiedelt, allerdings ist der Kooperationspartner für die Radiologie als eigenständige Praxis auf dem Klinikgelände eingerichtet. Durch die gut strukturierten Abläufe entsteht für die Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums der Eindruck, dass alle Leistungen unter einem Dach angeboten werden. Die Kooperationsverträge mit der Strahlentherapie und Pathologie wurden im Audit betrachtet. Sie sind aktuell. Alle Kooperationsverträge werden regelmäßig auf Aktualität geprüft. |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit | Feststellung(en) | Die interdisziplinäre Zusammenarbeit kristallisiert sich in der Tumorkonferenz, in der alle onkologischen Patientinnen besprochen werden. Teilnehmer sind die Chefärzte und (Ltd.) Oberärzte der geforderten Fachdisziplinen. In den betrachteten Tumorkonferenzen vom 18.05.2017 und 21.09.2017 waren alle geforderten Disziplinen anwesend. M&M-Konferenzen nehmen im Gesamtkonzept des Gynäkologischen Krebszentrums einen hohen Stellenwert ein. Sie finden 7-8x im Jahr statt und sind von der ÄK Nordrhein zertifizierte Veranstaltungen. 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. Qualitätszirkel des Zentrums haben am 18.05.2017 und 21.09.2017 stattgefunden. Themen waren die neuen Studien, an denen sich das Gynäkologische Krebszentrum beteiligt und die Arbeit der Psychoonkologinnen. Auch an diesen Veranstaltungen haben nachweislich alle geforderten Kooperationspartner teilgenommen. Sehr geschätzt wird das von Prof. Lampe initiierte „Nationale Tumorbord“, welches einmal monatlich stattfindet und Kollegen aus der gesamten Republik die Möglichkeit bietet, komplexe Fälle vorzustellen und mit Experten zu beraten. |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

| | | |
|---|------------------|--|
| 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>Regelmäßig wird vom Gynäkologischen Krebszentrums ein Flyer erstellt „Update - Ein besonderes Konzept für gynäkologische Chirurgie“, welcher vierteljährlich an die niedergelassenen Kollegen verschickt wird.</p> |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 1.4 Psychoonkologie | Feststellung(en) | <p>Mit Frau Dipl.-Psych. Wettengel (0,58 VK) und Frau Dr. Wienen (FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie; 0,86 VK) stehen dem Zentrum zwei erfahrenen Psychoonkologinnen zur Verfügung. Der psychoonkologische Bedarf wird über den Hornheider Fragebogen als Screening-Instrument ermittelt und ggf. auch von den Ärzten und Pflegenden bei der Visite angeboten. Konsilanforderungen und Dokumentation erfolgen im Krankenhaus-Informationssystem (KIS) i-Med-One.</p> <p>Vertretungen sind geregelt. Die Psychoonkologinnen nehmen regelmäßig an den Tumorkonferenzen teil und organisieren ihre Fortbildungen und Supervisionen.</p> |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation | Feststellung(en) | <p>Der Sozialdienst im Florence-Nightingale-Krankenhaus umfasst vier Mitarbeiterinnen, alle können die Qualifikation Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin oder einen Bachelor in Sozialer Arbeit nachweisen.</p> <p>Für das Gynäkologische Krebszentrum ist Frau Kutsche (0,75 VK) zuständig, für Vertretungen im Urlaubs- oder Krankheitsfall steht Frau Margret Leveling zur Verfügung. Die sozialen Dienste werden in einem ansprechenden Flyer bekannt gemacht. Wöchentlich findet eine interdisziplinäre Sozialvisite statt.</p> <p>Es fällt auf, dass im Jahr 2017 nur 44% der Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums zu sozialen Fragen beraten wurden.</p> |
| | Hinweis(e) | Der sozialen und psychoonkologischen Beratung wird im Nationalen Krebsplan ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Es wird erwartet, dass die Beratung zu sozialrechtlichen Fragen allen Patientinnen zu Teil wird (Ausnahme Patientinnen aus dem Ausland). Hier sind Maßnahmen zur Steigerung der Beratungszahlen erforderlich. |
| | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

| | | |
|--------------------------|------------------|---|
| 1.6 Patientenbeteiligung | Feststellung(en) | <p>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.</p> <p>Die kontinuierlich durchgeführte Patientenbefragung hat im Jahr 2017 eine Rücklaufquote von unter 30% ergeben. Das Zentrum hat daraufhin den Fragebogen überarbeitet und gekürzt. Der neue Fragebogen soll demnächst eingesetzt werden, um eine höhere Rücklaufquote zu erreichen.</p> |
| | Hinweis(e) | <p>Rücklaufquoten unter 30% bei der Patientenbefragung liefern kaum Erkenntnisse über die Zufriedenheit unserer Patientinnen. Es sind Maßnahmen zur Steigerung der Rücklaufquote einzuleiten. Vielleicht macht es Sinn, den Befragungszeitraum zu verkürzen und dafür gezielt bei Entlassung um Rückgabe der ausgefüllten Bögen zu bitten.</p> |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 1.7 Studienmanagement | Feststellung(en) | <p>Das Zentrum hat sich bezüglich der geforderten Studienquote enorm verbessert und kann jetzt eine Studienquote von 21,47% nachweisen, darunter auch aufwändige operative Studien.</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> <p>Für 2018 ist die Teilnahme an der operativen ECLAT-Studie geplant, für die nach langer Vorbereitungsphase jetzt endlich rekrutiert werden kann. Des Weiteren ist die Teilnahme an der AGO-Ovar 2.29 /Atezolizumab) und an der AGO-Ovar 23 DUO-O (Durvalumab) geplant.</p> <p>Studienbeauftragte Ärzte sind Prof. 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> |
| | Hinweis(e) | <p>In Anbetracht der Tatsache, dass Frau Bonin und Frau Karpmann nicht nur die aufwändige Studiendokumentation bewältigen, sondern auch für die Tumordokumentation des Zentrums zuständig sind, muss hier dringend über eine Erweiterung der Personalressource nachgedacht werden.</p> |
| | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

| | | |
|------------------------------------|------------------|--|
| 1.8 Pflege | Feststellung(en) | <p>Die betrachtete gynäko-/onkologische Station gliedert sich in einen gynäkologischen Bereich mit 17 Betten und einen chirurgischen Bereich mit 15 Betten. Die Besetzung der Schichten ist für diese große operative Station mit 4/4/2 geplant. Mit Neu-Einstellung von 3 Kolleginnen konnten die Überstunden, die sich in den letzten Jahren auf >1000 angehäuften hatten auf aktuell ca. 400 reduziert werden. Nach wie vor sind 1,4 Stellen auf der Station offen, die Einstellung einer weiteren Kollegin ist aber bereits avisiert.</p> <p>Für das Zentrum wurde ein ausführliches onkologisches Pflegekonzept erstellt, welches wie ein kleines Nachschlagewerk aufgebaut ist.</p> <p>Im Gynäkologischen Krebszentrum arbeiten insgesamt 8 onkologische Fachpflegekräfte, sie sind allerdings vornehmlich in der Tagesklinik eingesetzt, stehen aber auf Nachfrage auch für die Station zur Verfügung.</p> <p>Derzeit wird eine Schwester der Station zur Stoma-Therapeutin und Wundmanagerin ausgebildet, die Ausbildung einer Pelvic Care Nurse ist in Planung.</p> <p>Chemotherapien werden auf der Station nicht appliziert. Wenn bei operierten Patientinnen die Chemotherapien noch während des stationären Aufenthaltes begonnen werden soll, gehen die Patientinnen dazu in die Tagesklinik.</p> |
| | Hinweis(e) | Aufgrund der hohen Zahl an onkologischen Patientinnen auf der Station wird die Ausbildung von weiteren onkologischen Fachkräften, die dann auch auf der Station eingesetzt werden, dringend empfohlen. Erst dann werden sich onkologische Pflegevisiten und deren Evaluation realisieren lassen. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche | Feststellung(en) | Für Gynäkologische Krebszentren ist dieses Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt. |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 2 Organspezifische Diagnostik | Feststellung(en) | <p>Für die Diagnostik stehen ausreichend und ansprechend gestaltete Untersuchungsräume zur Verfügung.</p> <p>Eine zertifizierte Dysplasiesprechstunde ist eingerichtet und findet einmal wöchentlich statt. Die Sprechstunde wird von OÄ Dr. Carrizo (Kolposkopiediplom) geleitet. Ein geeignetes Sprechzimmer mit Kolposkop und entsprechender Kamera, die das direkte Speichern der kolposkopischen Bilder im KIS ermöglicht ist vorhanden.</p> <p>Darüber hinaus besteht eine enge Kooperation mit der Dysplasie-Sprechstunde in der Praxis von PD Dr. Küppers.</p> |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 3 Radiologie | Feststellung(en) | Nicht auditiert. |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

| | | | |
|---|--|------------------|--|
| 4 | Nuklearmedizin | Feststellung(en) | Nicht auditiert. |
| | | Hinweis(e) | Keine. |
| | | Abweichung(en) | Keine. |
| 5 | Operative Onkologie | Feststellung(en) | <p>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 Fachdisziplinen ausgebildet sind (Facharzt für Chirurgie + Gynäkologie, Fachärztin für Urologie + Gynäkologie) können multiviszerales Eingriffe innerhalb der eigenen Abteilung organisiert werden. Insgesamt arbeiten drei OberärztInnen mit der Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie im Zentrum, drei weitere werden die Ausbildung im Jahr 2019 abschließen. Bei allen Karzinomoperationen wird der intraoperative Situs einem zweiten Schwerpunkthinhaber demonstriert. Die hohe operative Expertise der Abteilung zeigt sich auch in der großen Anzahl von Patientinnen mit rezidivierter Erkrankung, die sich im Gynäkologischen Krebszentrum behandeln lassen.</p> <p>Die Patientenakten liegen in elektronischer Form vor, alle erforderlichen Dokumente ließen sich mit Hilfe der Klinikmitarbeiter 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.</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 mit den Schwerpunkten Onkologie und Gastroenterologie durchgeführt. Die Tagesklinik verfügt über 8 Therapieplätze in sehr ansprechenden Räumen. Stationär können weiter 16 Patienten behandelt werden. Die Leitung der Tagesklinik obliegt dem Ltd. OA Dr. Kraft und OA Dr. Winter. Dr. Kraft absolviert in regelmäßigen Abständen die ESMO-Prüfung, Dr. Winter ist zusätzlich als Palliativmediziner ausgebildet.</p> <p>Im Jahr 2017 wurden 374 Patientinnen mit der Diagnose C51-C58 behandelt, davon haben etwas über 84 Patientinnen eine Chemotherapie erhalten, bestehend aus insgesamt 588 Zyklen. Die Zytostatika werden fertig konfektioniert von der Apotheke geliefert.</p> <p>Patientinnen, die noch während ihres stationären Aufenthaltes 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>Geplant ist, dass zukünftig die Ärzte des Gynäkologischen Krebszentrums zu Ausbildungszwecken für 6 Monate in die Tagesklinik rotieren.</p> |
| | | Hinweis(e) | Keine. |
| | | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

Auditbericht

| | | | |
|----|---|------------------|--|
| 7 | Radioonkologie | Feststellung(en) | Nicht auditiert. |
| | | Hinweis(e) | Keine. |
| | | Abweichung(en) | Keine. |
| 8 | Pathologie | Feststellung(en) | Nicht auditiert. |
| | | Hinweis(e) | Keine. |
| | | Abweichung(en) | Keine. |
| 9 | Palliativversorgung und Hospizarbeit | Feststellung(en) | Nicht auditiert. |
| | | Hinweis(e) | Keine. |
| | | Abweichung(en) | Keine. |
| 10 | Tumor- dokumentation | Feststellung(en) | <p>Die Tumordokumentation wird sehr gewissenhaft und akribisch von Frau Karpman und Frau Bonin erledigt. Beide sind mit 1,0 VK am Zentrum angestellt. Sie sind neben der Tumordokumentation auch für die Studiendokumentation zuständig.</p> <p>In den vergangenen Jahren ist das Tumordokumentationssystem von Alcedis (Einstellung des Supports seitens der Firma) auf GTDS umgestellt worden. Zwar konnten einige der Alt-Daten EDV-gestützt ins GTDS übernommen werden, sehr viele Daten mussten aber von Hand nachgepflegt werden.</p> <p>So wird besonders lobend erwähnt, dass jetzt alle Alt-Daten im neuen System vorhanden sind und Kaplan-Meier-Kurven für das OAS und PFS für alle Tumorentitäten dargestellt werden können und die Daten zur Ergebnisqualität bezüglich der Zervixkarzinome des Zentrums seit 2012 dargestellt werden können.</p> <p>Die Daten des Zentrums werden regelmäßig an das Krebsregister NRW übermittelt.</p> |
| | | Hinweis(e) | In Anbetracht der Tatsache, dass Frau Bonin und Frau Karpman nicht nur die Tumordokumentation bewältigen, sondern auch für aufwändige Studiendokumentation des Zentrums zuständig sind, muss hier dringend über eine Erweiterung der Personalressource nachgedacht werden. |
| | | Abweichung(en) | Keine. |

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 Studien Patientinnen | Keine. | Keine. |
| 5 | Gesamtfallzahl Pat. mit Genitalmalignom | Keine. | Keine. |
| 6 | Primärfälle mit Genitalmalignom | Keine. | Keine. |
| 7 | Operative Fälle mit Genitalmalignom | Keine. | Keine. |
| 8 | Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom | Keine. | Keine. |

Auditbericht

| KN | Kennzahldefinition | Feststellung(en) / Hinweis(e) | Abweichung |
|----|--|-------------------------------|------------|
| 9 | Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom | Keine. | Keine. |
| 10 | Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom | Keine. | Keine. |
| 11 | Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom | Keine. | Keine. |
| 12 | Keine adjuvante Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom | Keine. | Keine. |
| 13 | Platinhaltige Chemotherapie frühes Ovarialkarzinom | Keine. | Keine. |
| 14 | First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom | Keine. | Keine. |
| 17 | Keine adjuvante Therapie BOT | Keine. | Keine. |

Kennzahlen Zervixkarzinom:

| | | | |
|----|--|--------|--------|
| 18 | Vorstellung in Tumorkonferenz | Keine. | Keine. |
| 19 | Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion | Keine. | Keine. |
| 20 | Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie | Keine. | Keine. |
| 21 | Zytologisches/histologisches LK-staging | Keine. | Keine. |
| 22 | Exenteration | Keine. | Keine |

Kennzahlen Vulvakarzinom:

| KN | Kennzahldefinition | Feststellung(en) / Hinweis(e) | Abweichung |
|----|--|-------------------------------|------------|
| 23 | Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion | Keine. | Keine. |
| 24 | Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie | Keine. | Keine. |
| 25 | Lokale radikale Exzision | Keine. | Keine. |
| 26 | Durchführung inguinofemorales Staging | Keine. | Keine. |
| 27 | Sentinel Lymphknoten Biopsie | Keine. | Keine. |