

## Managementbewertung 2019

**Inhalt:**

1	Das Onkologische Zentrum und seine Netzwerkpartner .....	3
1.1	Leitbild, Vision und Strategie .....	3
1.2	Struktur des Zentrums .....	7
1.2.1	Organigramm.....	7
1.2.2	Interne und externe Behandlungspartner .....	8
1.2.3	Veränderungen im Zentrum .....	11
1.3	Bewertung .....	11
1.3.1	Abgeleitete Maßnahmen.....	11
2	Leistungszahlen .....	12
2.1	Darmkrebs.....	12
2.2	Brustkrebs .....	12
2.3	Gynäkologische Krebserkrankungen .....	12
2.4	Lungenkrebs .....	13
2.5	Pankreaskrebs.....	13
2.6	Weitere onkologische Entitäten .....	13
2.7	Palliativ-Medizin / Palliativ-Care .....	13
2.8	Fallkonferenzen .....	14
2.9	Bewertung .....	14
2.9.1	Abgeleitete Maßnahmen.....	14
3	Qualitätsindikatoren .....	15
3.1	Darmkrebs.....	15
3.2	Brustkrebs .....	19
3.3	Gynäkologische Krebserkrankungen .....	20
3.4	Lungenkrebs .....	21
3.5	Pankreaskrebs.....	24
3.6	Weitere onkologische Entitäten .....	24
3.7	Bewertung .....	24
3.7.1	Abgeleitete Maßnahmen.....	24
4	Ergebnisse interner und externer Audits.....	25
4.1	Interne Audits .....	25
4.2	Externe Audits.....	25
4.2.1	Darmzentrum.....	25
4.2.2	Brustzentrum .....	26
4.2.3	Lungenzentrum .....	27

4.3	Maßnahmenplan .....	28
5	Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen .....	29
5.1	Qualitätszirkel .....	29
5.2	MoMo-Konferenzen .....	29
5.3	Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen .....	30
5.4	Informationsveranstaltungen für Betroffene .....	30
5.5	Bewertung .....	30
5.5.1	Abgeleitete Maßnahmen .....	30
6	Zufriedenheitserfassung .....	31
6.1	Patienten .....	31
6.2	Zuweiser .....	31
6.3	Mitarbeiter .....	32
6.4	Bewertung .....	32
6.4.1	Abgeleitete Maßnahmen .....	32
7	Fehler und Beschwerden .....	33
7.1	Fehler .....	33
7.2	Beschwerden .....	33
7.3	Bewertung .....	33
7.3.1	Abgeleitete Maßnahmen .....	33
8	Forschungstätigkeit .....	34
8.1	Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren .....	34
8.2	Wissenschaftliche Publikationen .....	34
8.3	Studien .....	35
8.4	Bewertung .....	36
8.4.1	Abgeleitete Maßnahmen .....	36
9	Austausch mit anderen Onkologischen Zentren .....	37
10	Liste interner Anweisungen und Behandlungskonzepte mit Bezug zu Diagnostik und Therapie .....	37
11	Terminplan .....	42
12	Qualitätsziele .....	44
12.1	Qualitätsziele aus der letzten Bewertung .....	44
12.2	Qualitätsziele für das kommende Jahr / die kommenden Jahre .....	45
13	Maßnahmen .....	46
13.1	Maßnahmenumsetzung der letzten Bewertung .....	46
13.2	Maßnahmenplan .....	46

# 1 Das Onkologische Zentrum und seine Netzwerkpartner

## 1.1 Leitbild, Vision und Strategie

Das **Leitbild** der Stiftung Krankenhaus Bethanien für die Grafschaft Moers:

**"Miteinander - Würde - Menschlichkeit"**

gilt ohne Einschränkungen für das Onkologische Zentrum Bethanien Moers.



Dieses Leitbild verkörpert für uns im Onkologischen Zentrum vor allem folgende

Werte und Ziele:

- Wir wollen unsere Patienten in einem interdisziplinären Netzwerk versorgen. Dabei soll allen Patienten die gleiche Versorgung zuteilwerden, egal in welcher Abteilung der Patient sich zuerst vorstellt.
- Die Therapie soll individuell auf jeden einzelnen Patienten zugeschnitten sein. Dabei sind Komorbiditäten genauso zu berücksichtigen wie individuelle Wünsche des Patienten und neuste Studienergebnisse.
- Alle Patienten haben einen Anspruch auf eine kompetente psychosoziale Betreuung bei einer onkologischen Diagnose. So ist bei der Diagnosemitteilung neben einer hohen medizinischen auch eine große psychosoziale Kompetenz gefordert. Der Zugang zu psychoonkologischer Betreuung, onkologischer Fachpflege und Sozialdienstberatung ist unabdingbar und integraler Bestandteil der Versorgung im Onkologischen Zentrum Bethanien Moers.

**Visionen** des Onkologischen Zentrums Bethanien Moers

- Zentrale Anlaufstelle der Patienten mit onkologischen Erkrankungen in Moers und Umgebung
- Ausreichende Finanzierung des Onkologischen Zentrums Bethanien Moers durch die Krankenkassen
- Umfangreiche Versorgung der Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten – von der Verdachtsdiagnose bis zur Nachsorge und Palliativversorgung
- Vereinheitlichung der Dokumentationssysteme

**Strategie und Ziele**

Ziel des Onkologischen Zentrums Bethanien Moers ist eine bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung der Patienten mit onkologischen Erkrankungen in der Region sowie eine kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsangebots.

Im Rahmen der vernetzten Strukturen stellen das Krankenhaus, niedergelassene Ärzte sowie andere, an der Betreuung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen beteiligte, Einrichtungen eine durchgängige Behandlung der Patienten sicher.

Zur Erreichung unserer Vision und der strategischen Ziele werden in folgenden Zielfeldern operative Ziele festgelegt:

- Finanzziele
- Kundenerwartungen
- Leistungsprozesse
- Potenziale

In diesen Zielfeldern werden einmal jährlich operative Ziele, Kennzahlen und entsprechende Maßnahmen vereinbart. Die Auswahl der operativen Ziele orientiert sich zum einen an der Bedeutung für die Erreichung der strategischen Ziele, zum anderen an den Auswertungen der Kennzahlen, Q-Indikatoren, Befragungen und dem Erreichungsgrad der operativen Ziele des Vorjahres. Dargestellt wird dies im jährlichen Qualitätsbericht des onkologischen Zentrums und den Jahresberichten der Organkrebszentren.

## Übergeordnete Ziele im Einzelnen:

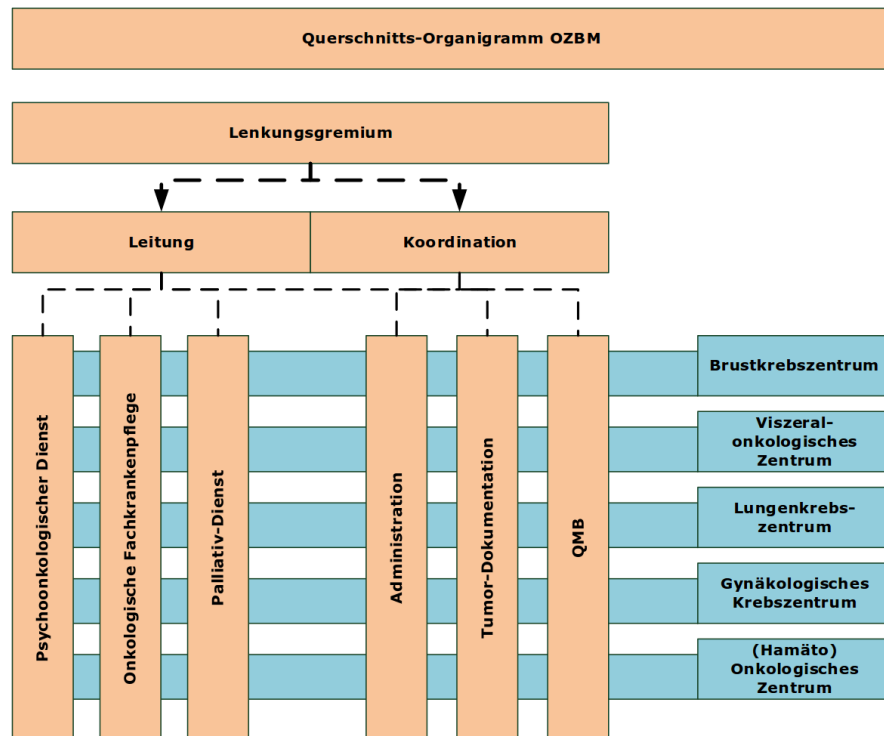
Ziel	Messgröße
1. Gezielte Förderung interdisziplinärer Kompetenz	Etablierung von Tumorkonferenzen in allen Bereichen im Geltungsbereich des OZ  Anzahl an QZ im OZ und in den OrZ  Anwesenheitsquote der Fachrichtungen an den Tumorkonferenzen (gemäß Anforderungskatalogen), Qualitätszirkeln und MoMo-Konferenzen
2. Festlegung und Umsetzung interdisziplinär abgestimmter Therapiekonzepte	Anteil Patienten in Tumorkonferenzen (Zeitpunkt gemäß Kennzahlenbögen)  Abweichungsquote (Konferenzbeschluss / dokumentierte Therapie)
3. Verbesserung der Versorgungsqualität onkologischer Patienten	DFS / OAS  Quote von Patienten mit psychoonkologischem Kontakt  Quote von Patienten mit Kontakt zum Sozialdienst
4. Gemeinsame Tumordokumentation und Darstellung der Ergebnisqualität	Belastbare Datenabfrage aus ORBIS / ODOK  Markierung der Patienten in ORBIS / NICE
5. Umsetzung und Aufrechterhaltung der Zertifizierung	Anzahl Abweichungen  Anzahl Hinweise
6. Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit	Gemeinsame Broschüre  Gemeinsamer Internetauftritt  Anzahl gemeinsamer Veranstaltungen
7. Organisation von Aus-/ Fort-/ und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Tagungen	Anzahl Veranstaltungen des OZ
8. Förderung klinischer Studien	Anzahl Studien  Quote eingebrachter Patienten

**Kennzahlen**

Onkologisches Zentrum	Zertrechner Kennzahlenbogen Palliativ
Viszeralonkologisches Zentrum	Kennzahlenbogen Darm Ergebnismatrix Kolon Ergebnismatrix Rektum Kennzahlenbogen Pankreas Ergebnismatrix Pankreas Kennzahlenbogen Magen Kennzahlenbogen Leber Kennzahlenbogen Tumorentität (S4)
Lungenkrebszentrum	Kennzahlenbogen Lunge Ergebnismatrix Lunge
Brustkrebszentrum	Kennzahlenbogen Brust Ergebnismatrix Brust Kennzahlen ÄK-Zert / EQS
Gynäkologischen Krebszentrum	Kennzahlenbogen Gynäkologie Ergebnismatrix Gynäkologie
(Hämato)-Onkologisches Zentrum	Kennzahlen Tumorentität (S3 und S5)

## 1.2 Struktur des Zentrums

### 1.2.1 Organigramm



**Interne Kooperationspartner:**

Radiologie	Krankenhaussozialdienst
Nuklearmedizin	Physiotherapie
Anästhesie, operative Intensivmedizin	Schmerztherapie
Seelsorge	Ernährungsberatung

**Externe Kooperationspartner:**

Pathologie	Onkologische Praxis
Strahlentherapie	Genetik
Palliativ-Station	Hospiz
Apotheke	Sanitätshaus

**1.2.2 Interne und externe Behandlungspartner**
**Intern:**

Fachbereich	Partner	Brust	Darm / Pankreas	Lunge	Gyn.	Allgemein	FÄ-Zahl
Viszeralchirurgie	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie 02841 / 200 - 2262	x	x	x	x	x	5 (2HO)
Gastroenterologie	Klinik für Gastroenterologie und Onkologie 02841 / 200 - 2201		x			x	5
Onkologie stationär	Klinik für Gastroenterologie und Onkologie 02841 / 200 - 2201		x			x	3
Pneumologie und thorakale Onkologie	Klinik für Pneumologie 02841 / 200-2410			x			9
Thoraxchirurgie	Klinik für Thoraxchirurgie 02841 / 200-2552	x	x	x	x	x	4
Senologie	Frauenklinik 02841 / 200-2600	x					10 (2HO)
Operative Gynäkologie	Frauenklinik 02841 / 200-2600				x		10 (2HO)
Radiologie	Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin 02841 / 200-2484	x	x	x	x	x	7
Nuklearmedizin	Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin 02841 / 200-2484	x	x	x	x	x	2
Tumordokumentation	Onkologisches Zentrum Bethanien Moers 02841 / 200 - 20784	x	x	x	x	x	
Genetik	Institut für Humangenetik und Anthropologie Universitätsklinik Düsseldorf 0211 / 81 12350		x			x	
Sozialdienst	Krankenhaussozialdienst 02841 / 200 - 9785	x	x	x	x	x	



Fachbereich	Partner	Brust	Darm / Pankreas	Lunge	Gyn.	Allgemein	FÄ-Zahl
Psychoonkologie	Psychoonkologischer Dienst 02841 / 200-20835 02841 / 200-2600	x	x	x	x	x	1
Physiotherapie	Physiotherapie 02841 / 200-2364	x	x	x	x	x	
Ernährungsberatung	Ernährungsberatung 02841 / 200-20732	x	x	x	x	x	
Seelsorge	Seelsorge 02841 / 200-2448	x	x	x	x	x	
Palliativ-Dienst	Palliativ-Konsildienst	x	x	x	x	x	8
Breast-Care-Nurse	Brustsprechstunde 02841 / 200-2600	x					
Qualitätsmanagement	Qualitäts-, Risiko-, Projektmanagement 02841 / 200 - 2137	x	x	x	x	x	

**Extern:**

Fachbereich	Partner	Brust	Darm / Pankreas	Lunge	Gyn.	Allgemein	FÄ-Zahl
Stoma-Therapeutin	VitalCentrum Hodey, Kamp-Lintfort 02842 / 9132-171		x				
Pathologie	ÜbBAG – Pathologie Viersen Pathologisches Institut Moers 02841 / 1278	x	x	x	x	x	6
Strahlentherapie	Praxis für Strahlentherapie Duisburg / Moers 02065 / 971800	x	x	x	x	x	5
Onkologie – ambulant	Onkologische Praxis Moers 02841 / 921660	x	x	x	x	x	4
Selbsthilfe	Deutsche ILCO 0171 / 381714		x				
Selbsthilfe	Frauenselbsthilfe nach Krebs 02841 / 26437	x	x	x	x	x	

Fachbereich	Partner	Brust	Darm / Pankreas	Lunge	Gyn.	Allgemein	FÄ-Zahl
Selbsthilfe	Selbsthilfegruppe für Frauen nach Krebs 02843 / 8165	x	x	x	x	x	
Selbsthilfe	Patientenliga Atemwegserkrankungen Kontakt über: 02841 / 200-2410				x		
Palliativmedizin – stationär	St. Josef Krankenhaus Asberger Str. 4 47441 Moers	x	x	x	x	x	
Palliativmedizin – stationär	Katholisches Karl-Leisner-Klinikum Wilhelm-Anton-Hospital Goch Voßheider Str. 214, 47574 Goch	x	x	x	x	x	
Hospiz	Hospiz Haus Sonnenschein Orsoyer Straße 55 47495 Rheinberg	x	x	x	x	x	
Hospiz	Hospiz Haus Brücke Friedel Geldern - Walbeck 02831 / 974752	x	x	x	x	x	
Palliativmedizin – ambulant	Palliativ-Netzwerk Niederrhein GmbH 0162 / 5151888	x	x	x	x	x	
Sanitätshaus	VitalCentrum Hodey, Kamp-Lintfort 02842 / 9132-171	x			x		
Tabakentwöhnung	Vermittlung über das Sekretariat 02841 / 200-2410			x			
Logopädie	Zentrum für Sprachtherapie 02841 / 988898			x			

**1.2.3 Veränderungen im Zentrum**

In **allen Zentren** haben sich in 2019 Veränderungen im Bereich der Pathologie ergeben.

Die geplante – altersbedingte – Übergabe des Instituts in Moers (PD Dr. M.-L. Mlynek-Kersjes) an das Institut in Neuss (Prof. Dr. R. Engers) hatte zur Folge, dass die Leistungen an beiden Standorten (präoperative Histologien beinahe ausschließlich in Neuss) erstellt wurden. Da die Übergabe des Instituts aber nicht wie geplant abgelaufen ist, ist die Zusammenarbeit im den Institut in Neuss am Jahresende 2019 beendet worden.

Das Institut in Moers wurde zum 01.01.2020 vom Institut in Viersen (Dr. E. Pelz) übernommen, so dass für das Jahr 2020 eine gänzlich neue Kooperation entsteht.

Wiederbesetzung einer Oberarztstelle in der Medizinischen Klinik 1 mit der Qualifikation Hämatologie und Internistische Onkologie.

Einrichtung einer zentralen Tumordokumentation mit Einführung von ODOK (Onkologie-Modul in ORBIS).

Einrichtung eines Studienzentrums.

Intensivierung des Palliativ-Konsil-Dienstes.

**Lungenzentrum:**

Erste Gespräche zur Erweiterung des Lungenzentrums (Alfried-Krupp-Krankenhaus Essen-Steele) sind geführt worden.

Die Kooperation bezüglich der thoraxchirurgischen Leistungen ist seit Jahren etabliert.

**1.3 Bewertung**

Die Netzwerk-Struktur hat sich über die Jahre – vom Aufbau des ersten Zentrums – als sehr stabil erwiesen. Der Wechsel des Hauptkooperationspartners „Pathologie“ durch den Ruhestands-bedingten Übergang des Instituts wird mit Sicherheit zu neuen Abstimmungen bezüglich der Befundberichte und der Teilnahme an (Tumor-)Konferenzen führen müssen, ohne dass diese jetzt schon konkret zu benennen sind.

Die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit muss sicherlich noch intensiviert werden. Vor allem sind hier die Veranstaltungen für die Niedergelassenen und die Betroffenen besser zu koordinieren.

Weitere Kooperationen zur Diagnostik und Behandlung (Neurochirurgie, Brachytherapie, Stammzellentransplantation) müssen noch vorbereitet und vereinbart werden. Darüber hinaus sind Kooperationen mit anderen Krankenhäusern (Wahrnehmung besonderer Aufgaben durch das OZBM) abzuschließen.

**1.3.1 Abgeleitete Maßnahmen**

<b>Maßnahme:</b>	<b>Verantwortlich:</b>	<b>Termin:</b>
Absprachen zum Befundbericht – Pathologie	Dr. Zachert (DZ, VZ), Dr. Tönnies (BZ, GZ), Dr. Kambartel (LZ), Dr. Yakar (weitere Entitäten)	31.03.2020

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Kooperation Neurochirurgie	Dr. Kambartel	30.06.2020
Kooperation Brachytherapie	STDM	30.06.2020
Kooperation Westdeutsches Tumorzentrum	Prof. Kubitz	30.06.2020
Kooperationen mit anderen KH	Dr. Engels	31.10.2020
Gemeinsame Veranstaltungsplanung	Dr. Kambartel, Hr. Drückes	31.03.2020

## 2 Leistungszahlen

### 2.1 Darmkrebs

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Primärfälle</b>	<b>70</b>	<b>53</b>	<b>50</b>	<b>77</b>	<b>75</b>
Anzahl operierter Primärfälle - Dickdarmkrebs	46	32	37	51	40
Anzahl operierter Primärfälle - Enddarmkrebs	20	15	25	22	25
Anzahl Spiegelungen des Dickdarms	1522	1628	1624	1751	1875
Anzahl Spiegelungen des Dickdarms mit Entfernung von Polypen	598	794	625	499*	657*

\* Zählweise wurde von OnkoZert verändert (nur noch Schlingenpolypektomie werden gezählt)

### 2.2 Brustkrebs

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Primärfälle</b>	<b>136</b>	<b>149</b>	<b>124</b>	<b>135</b>	<b>142</b>
Anzahl operierter Primärfälle	131	129	107	123	125

### 2.3 Gynäkologische Krebserkrankungen

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Primärfälle</b>	<b>noch nicht per Definition erfasst</b>				<b>61</b>
weitere Fälle (DKG)	noch nicht per Definition erfasst				16

## 2.4 Lungenkrebs

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Primärfälle des Lungenzentrums</b>	<b>292</b>	<b>332</b>	<b>369</b>	<b>338</b>	<b>391</b>
Anzahl Lungenresektionen (Def. gem. FAL)	110	131	122	108	142
Anzahl flexibler Bronchoskopien	5012	4769	4647	4015	4045
EBUS-TBNA	333	319	326	319	356

## 2.5 Pankreaskrebs

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Primärfälle</b>	<b>noch nicht in ODOK erfasst</b>			<b>27</b>	<b>25</b>

## 2.6 Weitere onkologische Entitäten

	2015	2016	2017	2018	2019
Haut – Primärfälle	noch nicht in ODOK erfasst			7	3
Melanom – Primärfälle	noch nicht in ODOK erfasst			0	1
Leber – Primärfälle	noch nicht in ODOK erfasst			6	10
Magen – Primärfälle	noch nicht in ODOK erfasst			10	15
Ösophagus – Primärfälle	noch nicht in ODOK erfasst			13	10

## 2.7 Palliativ-Medizin / Palliativ-Care

	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Patienten mit komplexer Palliativbehandlung (8-89h)</b>	<b>noch nicht erfasst</b>			<b>160</b>	<b>236</b>

## 2.8 Fallkonferenzen

	2015	2016	2017	2018	2019
Tumorkonferenzen im Brustzentrum	49	47	49	49	51
Tumorkonferenzen im Darmzentrum	49	48	49	49	50
Tumorkonferenzen im Lungenzentrum	100	100	100	99	100
Tumorkonferenzen im Gynäkologischen Krebszentrum	49	47	49	49	51
Tumorkonferenzen „allgemeine“ Onkologie	49	48	49	49	50

## 2.9 Bewertung

Die etablierten Zentren werden sicherlich auch zukünftig die notwendigen Fallzahlen erreichen. Schwankungen über die Jahre wird es dabei aber sicherlich geben. Hier ist eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit / Strategie im Marketing zu intensivieren. Dies gilt umso mehr für die Bereich Pankreaskarzinom und gynäkologische Krebserkrankungen. Hier müssen darüber hinaus auch die internen Strukturen und Prozessen noch einmal betrachtet werden.

### 2.9.1 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
bereits unter 1 erwähnt		

### 3 Qualitätsindikatoren

#### 3.1 Darmkrebs

Nr.	Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019	
1.	<b>Prätherapeutische</b> Fallvorstellung	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit einem Rektumkarzinom u. Kolonkarzinom UICC Stad. IV	≥ 95% prätherapeutische Vorstellung	96,9%	95,8%	100%	97,1%	100%
2.	<b>Prätherapeu-tische</b> Fallvorstellung Rezidiv/metachrone Metastasen	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit Rezidiv/ metachronen Metastasen	≥ 95% prätherapeutische Vorstellung	100%	100%	57,1%	100%	100%
3.	<b>Postoperative</b> Fallvorstellung	Postoperative Vorstellung aller Primärfallpat.	≥ 95% post-operative Vorstellung	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Psychoonkologische Betreuung	Adäquate Rate an psychoonkologischer Betreuung	Derzeit keine Vorgaben	30,6%	31,8%	20,8%	29,5%	21,8%
5.	Beratung Sozialdienst	Möglichst hohe Rate an Pat., die durch den Sozialdienst beraten wurden	Derzeit keine Vorgaben	84,7%	77,8%	86,1%	25,3%	44,9%
6.	Studienteilnahme	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	≥ 5%	34,3%	19,6%	21,4%	25,3%	33,8%
7.	KRK-Patienten mit Erfassung der Familienanamnese	-----	Derzeit keine Vorgaben	91,43	92,6%	95,4%	91,1%	85,1%
8.	Genetische Beratung	Möglichst hohe Rate an Empfehlung zur Beratung bei pos. Familienanamnese	Derzeit keine Vorgaben	71,4%	100%	100%	60,7%	41,9%

# Onkologisches Zentrum - Krankenhaus Bethanien Moers

IN-OZ

Managementbewertung 2019

Seite 16 / 48

Nr.		Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019
9.	Untersuchung der MMR-Proteine	Möglichst hohe Rate an Bestimmung der MMR-Proteine bei Pat. mit KRK < 50 Jahre	≥ 90%	50%	100%	100%	100%	100%
10.	Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	Möglichst geringe Komplikationsrate bei therapeutischen Koloskopien	≤ 1% Komplikationsrate (Blutung u./o. Perforation)	0%	0,4%	0,5%	0,4%	0,3%
11.	Vollständige elektive Koloskopien	Möglichst vollständige elektive Koloskopien des Darmkrebszentrums	≥ 95% vollständige elektive Koloskopien	99,4%	98,2%	98,2%	98,7%	97,0%
12.	Angabe Abstand Mesorektale Faszie	Möglichst häufig Angabe im Befundbericht	Derzeit keine Vorgaben	92,3%	84,6%	100%	100%	94,7%
13.	Operative Primärfälle <b>Kolon</b>	siehe Sollvorgabe	Mind. 30 Kolon-Op's pro Jahr und Standort	46	32	37	51	41
14.	Operative Primärfälle <b>Rektum</b>	siehe Sollvorgabe	Mind. 20 Rektum-OP's pro Jahr und Standort	20	15	25	22	26
15.	Revisions-OP's <b>Kolon</b>	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	< 15% Revisions-OP's nach elektiven <b>Kolon-OP's</b>	15,8%	4,0%	0%	4,0%	7,7%
16.	Revisions-OP's <b>Rektum</b>	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	< 15% Revisions-OP's nach elektiven <b>Rektum-OP's</b>	15,0%	30,8%	10%	4,6%	24,0%*
17.	Post-operative Wundinfektion	Möglichst niedrige Rate an postoperativen Wundinfektionen	Derzeit keine Vorgaben	0,0%	5,3%	4,6%	6,9%	3,13%
18.	Anastomoseninsuffizienzen <b>Kolon</b>	Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen	≤ 6% Anastomoseninsuffizienzen Kolon	8,6%	4,0%	0%	0%	2,6%



Nr.	Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019	
19.	Anastomosensuffizienzen <b>Rektum</b>	Möglichst niedrige Rate an Anastomosensuff. nach elektiven Eingriffen	≤ 15% Anastomosensuffizienzen Rektum	11,8	0,0%	14,3%	6,3%	22,7%*
20.	Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Patienten nach elektiven Eingriffen	< 5% postoperativ verstorbene Pat.	8,6%	7,9%	0%	4,2	7,8%*
21.	Lokale R0-Resektionen <b>Rektum</b>	Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen	≥ 90% R0-Resektionen Rektum	100%	100%	95%	96,5%	88%*
22.	Anzeichnung Stomaposition	Möglichst häufig präoperative Anzeichnung	Derzeit keine Vorgaben	88,9%	100%	100%	100%	100%
23.	Primäre Lebermetastasenresektion (KRK UICC Stad. IV)	≥15% primäre Lebermetastasenresektion bei Pat. mit KRK UICC Stad. IV	≥ 15% primäre Lebermetastasenresektionen	25%	33%	25%	33,3%	50%
24.	Sekundäre Lebermetastasenresektionen (KRK UICC Stad. IV)	≥ 10% sekundäre Lebermetastasenresektion bei Pat. mit KRK UICC Stad. IV	≥ 10% sekundäre Lebermetastasenresektionen	Lebermetastasenresektionen werden durchgeführt, können aber wegen der Zuordnung zum Kennzahlenjahr aber nicht dargestellt werden.				
25.	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	Möglichst hohe Rate an Chemotherapien bei Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III	≥ 70% Chemotherapien bei Pat. mit Kolonkarzinom UICC Stad. III	71,4%	70%	69,2%	70%	85,7%
26.	Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)	Möglichst hohe Rate an TME-Rektumpräparaten mit guter Qualität	≥ 70% der TME-Rektumpräparaten mit guter Qualität (MERCURY Grad 1 u. 2)	83,3%	100%	77,8%	91,7%	88,2%

# Onkologisches Zentrum - Krankenhaus Bethanien Moers

IN-OZ

Managementbewertung 2019

Seite 18 / 48

Nr.		Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019
27.	Lymphknotenuntersuchung	Bei $\geq 95\%$ der Pat. mit Lymphadenektomie u. ohne neoadjuvante Behandlung werden $\geq 12$ Lymphknoten pathologisch untersucht	$\geq 95\%$	85,45%	92,1%	95%	95,6%	96,9%
28.	Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	Möglichst häufig Beginn [...] innerhalb der vorgegebenen Zeit	Derzeit keine Vorgaben	neu	neu	100%	71,4%	100%
29.	Follow-Up Quote	Möglichst hohe Follow-Up Quote	$\geq 80\%$ (3 Jahre nach Erstzertifizierung)	85,3%	85,9% (K) 90,7% (R)	91,3% (K) 97,8% (R)	81,0% (K) 92,2% (K)	83,3% (K) 95,2% (R)

\* Vorstellung und Diskussion aller Fälle in den MoMo-Konferenzen. Einzig ableitbare Maßnahme: Gespräche über Anastomosentechniken.

**3.2 Brustkrebs**

Nr.	Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019	
1.	Wartezeiten in der Brustsprechstunde	(< 30 Min.)	nicht definiert	93%	95%	78%	82%	82%
2.	Wartezeit auf einen Termin	(≤ 1 Woche)	nicht definiert	78%	90%	75%	65%	92%
3.	Revisionsoperationen	Selten	< 5%	0,9%	0,8%	0,9%	0%	0,8%
4.	Postoperative Wundinfektionen	Selten	< 5%	0,6%	2,2%	0%	0%	0%
5.	Operative Therapie (R0) bei BET	Fälle mit 1 Eingriff Fälle mit 2 Eingriffen Fälle mit ≥ 3 Eingriffen	nicht definiert	neu	neu	82/9/0	86/13/0	98/17/4
6.	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung		≥ 90%	97,5	95,9	97,3	98,9	95,7
7.	HER2-Positivitätsrate (O/E)		nicht definiert	neu	1,16	1,12	1,34	1,26
8.	Intraoperatives Präparateröntgen oder sonografische Kontrolle bei mammographischer Drahtmarkierung		≥ 95%	90,9	100	100	100	100
9.	Intraoperative Präparatesonographie bei sonographischer Drahtmarkierung		≥ 95%	96,3	96,2	100	100	100
10.	Primäre Axilladissektion bei DCIS		Sent. Ev.	0	0	0	0	0
11.	Lymphknotenentnahme bei DCIS und BET		< 8,2% (aktuell)	20	0	20	0	7,7
12.	Indikation zu SN-Biopsie		≥ 80%	90,2	94,4	91,7	100	100
13.	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und OP unter 7 Tage		≤ 16,4% (aktuell)	20,0	5,9	9,4	10	1,9
14.	Nachresektionsrate		nicht definiert	neu	12,5	11,8	13,1	17,6
15.	Postoperative Tumorkonferenz		nicht definiert	neu	neu	neu	98,5	100

### 3.3 Gynäkologische Krebserkrankungen

Es erfolgt nur die Darstellung von Kennzahlen, deren Dateneingabe bereits in 2019 nach DKG-Vorgaben erfolgt ist.

Nr.		Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019
1.	Vorstellung Tumorkonferenz	Möglichst häufig Vorstellung der Patientinnen mit Genitalmalignom	> 79%					98,9%
2.	Ovarialkarzinom - OP durch Gynäkoonkologe (fortgeschrittenes Ovarialkarzinom)	Möglichst häufig OP durch FA mit SP	keine Vorgaben					100%
3.	Zervixkarzinom - Zytologisches / histologisches LK-Staging	Möglichst häufig ...	keine Vorgaben					100%
4.	Psychoonkologie	Adäquate Rate an Vorstellungen	keine Vorgaben					7,9%*
5.	Sozialdienst	Adäquate Rate an Vorstellungen	keine Vorgaben					5,7%*

\* vermutliches Dokumentationsproblem

**3.4 Lungenkrebs**

Nr.	Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019	
1.	Primärfälle des LKZ	Siehe Sollvorgabe	≥200 Primärfälle	292	332	369	338	391
2.	Prätherapeutische Fallbesprechung	Prätherapeutische Vorstellung aller Patienten mit Lungenkrebs	≥90% prätherapeutische Vorstellung	98,29%	98,8%	97,6%	98,2%	98,7%
2b	Fallbesprechung nach kurativ intendierter Ersttherapie	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive / Metastasen nach kurativer Behandlung	≥90%	90,38%	94,9%	95,0%	95,1%	91,3%
3.	Tumorkonferenz nach operativer Primärtherapie Stad. IB - IIIB	Möglichst häufig Vorstellung nach operativer Primärtherapie	≥90%	95,31%	97,1%	95,2%	95,2%	94,5%
4.	Psychoonkologische Betreuung	Möglichst hohe Rate an Pat., die eine psychoonkologische Beratung erhalten haben (> 25 Min.)	Derzeit keine Vorgaben	24,42%	19,1%	19,6%	15,3%	27,8%
5.	Beratung Sozialdienst	Möglichst hohe Rate an Pat., die durch den Sozialdienst beraten wurden	Derzeit keine Vorgaben	40,70%	34,8%	34,9%	31,9%	49,0%
6.	Studienteilnahme	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	≥5 %	7,19%	5,7%	11,6%	5,3%	5,4%
7.	Flexible Bronchoskopie	Siehe Sollvorgabe	500 flexible Bronchoskopien/ Zentrum	5012	4769	4647	4015	4045
8.	Interventionelle bronchologische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen	Siehe Sollvorgabe	≥10	55	81	45	31	14
9.	Lungenresektionen (Operative Primärfälle)	siehe Sollvorgabe	Derzeit keine Vorgaben	110	131	122	108	142

# Onkologisches Zentrum - Krankenhaus Bethanien Moers

IN-OZ

Managementbewertung 2019

Seite 22 / 48

Nr.	Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019	
9b	Lungen-resektionen (Operative Expertise gesamt)	siehe Sollvorgabe	≥ 75	neu	147	150	125	183
10.	Verhältnis Broncho-/Angioplastische Operationen zu Pneumektomien	Adäquates Verhältnis	derzeit keine Vorgaben	3,64%	1,5%	neu	77,8%	66,7%
11.	Videoskopische (VATS) und Roboterassistierte (RATS) anatomische Resektionen	Erfassung	derzeit keine Vorgaben	9,09%	6,9%	neu	68,8%	80,3%
12.	30d-Mortalität nach Resektionen	Möglichst niedrige Rate an post-op verstorbenen Pat. nach Resektion	≤ 5% postoperativ verstorbene Pat.	0,91%	0,8%	1,6%	0,0%	2,1%
13.	Postoperative Bronchusstumpf-/Anastomoseninsuffizienz	Möglichst niedrige Rate an post-op Bronchusstumpf-/Anastomoseninsuffizienz	≤5% Bronchusstumpf-/Anastomoseninsuffizienz	0,0%	0,8%	0,0%	0,9%	0,0%
14.	Revisionsoperationen	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen	<10% Revisionsoperationen	4,55%	3,8%	1,6%	0,9%	2,8%
15.	Lokale R0-Resektionen im Stadium I und II	Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen	≥95% R0-Resektionen	97,5%	99,1%	100%	100%	98,0%
16.	Lokale R0-Resektionen im Stadium III	Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen	≥85% R0-Resektionen	78,26%	89,5%	93,6%	95,8%	92,9%
17.	Thorakale Bestrahlungen	Siehe Sollvorgabe	≥70	132	125	135	128	149
18.	Pathologische Begutachtungen	Siehe Sollvorgabe	≥200 Fälle	646	789	759	240	681
19.	Adjuvante Cisplatinhaltige Chemotherapie Stad. II - IIIA1/2	Möglichst häufig adjuvante Cisplatinhaltige CTx bei R0- und LK-resezierten NSCLC-Pat. Stad. II - IIIA1/2	derzeit keine Vorgaben	48,65%	67,4%	48,8%	38,5%	21,8%

# Onkologisches Zentrum - Krankenhaus Bethanien Moers

IN-OZ

Managementbewertung 2019

Seite 23 / 48

Nr.	Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019	
20.	Kombinierte Radiochemotherapie im Stad. IIIA4/IIIB/IIIC	Möglichst häufig komb. RCTx bei NSCLC-Pat. Stad. IIIA4/IIIB/IIIC	derzeit keine Vorgaben	68,18%	71%	47,8%	26,9%	57,6%
21.	Molekularpathologische Untersuchung bei Patienten NSCLC Stadium IV	Möglichst häufig molekularpathologische Untersuchung	derzeit keine Vorgaben	neu	neu	neu	72,2%	62,4%
22.	Erstlinientherapie mit EGFR-TKI bei Patienten NSCLC Stadium IV mit aktivierender EGFR-Mutation	Möglichst häufig Erstlinientherapie mit EGFR-TKI bei Patienten NSCLC Stadium IV mit aktivierender EGFR-Mutation	derzeit keine Vorgaben	neu	neu	neu	50,0%	75,0%
23.	Erstlinientherapie mit ALK-spezifischer TKI-Therapie bei Patienten mit ALK positivem NSCLC Stadium IV	Möglichst häufig Erstlinientherapie mit ALK-spezifischer TKI-Therapie bei Patienten mit ALK positivem NSCLC Stadium IV	derzeit keine Vorgaben	neu	neu	neu	100%	100%
24.	Erstlinientherapie mit ROS1-spezifischer TKI-Therapie bei Patienten mit ROS1 positivem NSCLC Stadium IV	Möglichst häufig Erstlinientherapie mit ROS1-spezifischer TKI-Therapie bei Patienten mit ROS1 positivem NSCLC Stadium IV	derzeit keine Vorgaben	neu	neu	neu	0 von 0	0 von 0
25.	Kombinierte RCTx bei SCLC Stad. IIB-IIB	Wenn möglich Kombinierte RCTx bei SCLC Stad. IIB-IIB	derzeit keine Vorgaben	neu	neu	neu	60,0%	71,4%
26.	CTCAE Grad V unter Systemtherapie	Möglichst selten CTCAE Grad V unter Systemtherapie	derzeit keine Vorgaben	neu	neu	neu	4,3%	1,4%

### 3.5 Pankreaskrebs

Kennzahlen können erst ab 2021 in ODOK ermittelt werden.

Nr.	Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019

### 3.6 Weitere onkologische Entitäten

Kennzahlen-Systematik muss für 2020 eingerichtet werden.

Nr.	Ziel	Vorgabe	2015	2016	2017	2018	2019

### 3.7 Bewertung

Mit Blick auf die auffälligen Q-Indikatoren im Darmzentrum sind ausführliche Einzelfallanalysen erstellt (zusätzlich zur Besprechung in den MoMo-Konferenzen) und an die Fachexperten bei OnkoZert weitergeleitet worden. Die eingereichten Einzelfallanalysen sind als solche im Rahmen des reduzierten Audit-Zyklus akzeptiert worden.

Im Bereich des Lungenzentrums und des Brustzentrums ergaben sich keine Auffälligkeiten.

Für die weiteren Entitäten müssen Auswertungsmöglichkeiten (gemäß DKG-Kennzahlen – wo möglich) erstellt werden.

Für das Gynäkologische Krebszentrum muss die Dateneingabe in ODOK an die Kennzahlensystematik angepasst werden.

#### 3.7.1 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Anschaffung ODOK-Modul „Pankreas“	Hr. Drückes, Dr. Zachert, Hr. Eidmann	01.01.2021
Festlegung von Kennzahlen / Q-Indikatoren für weitere Entitäten	Hr. Drückes (mit den Leitungen)	31.12.2020
Fortbildung der Tumordokumentarinnen mit Blick auf die Dateneingabe im gynäkologischen Zentrum	Hr. Drückes	30.03.2020



## 4 Ergebnisse interner und externer Audits

### 4.1 Interne Audits

Die Ergebnisse sind den Auditberichten zu entnehmen. Die Auditberichte sind beim Leiter des QM-Teams vor Ort abrufbar.

**Alle Zentren:**

Folgende Abweichungen / Verbesserungspotenziale wurden erkannt:

- Stand der Einweisungen in Geräte der Anlage 1 ist für Stationsleitungen nicht spontan nachvollziehbar
- Die Vorgaben zum Datenschutz werden nicht umfänglich beachtet (Dienstzimmer offen, PC's „offen“)

**Brustzentrum:**

BSP: Desinfektionspläne noch nicht überarbeitet (2016), aber mit Anweisung (US-Sonde) ergänzt, dadurch vollständig und aktuell

Ltg: Beratungen zum Behandlungspfad abschließen

Station: (Arzneimittelagerung) Keine Dokumentation der Kontrollen, Schränke werden lt. Aussage regelmäßig gereinigt, Anstaubungen aber wieder feststellbar

Onkologie Aufklärung erfolgt mündlich und schriftlich, Dokument wird eingescannt (so der Plan), bei 3 von 4 Patientinnen ist der Scan in der Akte nicht zu finden

Ltg: Zeiten für Tu-Board werden als nicht ausreichend betrachtet

### 4.2 Externe Audits

#### 4.2.1 Darmzentrum

**Besondere Stärken:**

„Die gelebte Interdisziplinarität mit einem hohen Engagement aller Beteiligten“

„Das konstant hohe Studienniveau mit meist chirurgisch akquirierten Studien“

„Die ausgezeichnete Erfüllung der Kennzahlen“

„Die Qualität der operativen Versorgung innerhalb des Darmkrebszentrums Bethanien Moers darf als hervorragend bezeichnet werden“

**Abweichungen:**

Abweichungen	Kommentar
Trotz eindeutigem Hinweis aus dem Voraudit gibt es keinen funktionierenden Algorithmus bei inkompletten Koloskopien.	Einrichtung einer „Prüf-Instanz“ in ORBIS, Kontrollen durch die Tumordokumentation

**Als Verbesserungspotenziale wurden festgehalten:**

VP	Kommentar
Die Tumorkonferenzeinladungen sind nach dem Wechsel zu ODOK zu unübersichtlich geworden und sollten wieder deutlich gestrafft werden.	Erneute und wiederholte Gespräche mit Team ORBIS, Krisengespräch mit AGFA
Leitlinienabweichungen, die in der Tumorkonferenz beschlossen werden, müssen begründet werden.	Information aller Beteiligten
Bei Therapieabweichungen vom Tumorkonferenzbeschluss muss eine Wiedervorstellung in der Konferenz erfolgen.	Information aller Beteiligten
Es wird empfohlen, die Patientenbefragung aber auch z.B. die Auditergebnisse oder die Überlebensraten des Zentrums, beispielsweise im Sinne eines „internen Marketings“ v.a. auch den nicht leitenden Mitarbeitern zugänglich zu machen.	Für 2020 (n. d. Prüfaudit) geplant

**4.2.2 Brustzentrum**

**Besondere Stärken:**

Als besondere Stärken wurden im Prüf-Audit (21. März 2019 am Standort Kleve) die Aktenführung am Standort Kleve und die Thematisierung von Prozessrisiken im internen Audit dargestellt.

**Abweichungen:**

Abweichungen	Kommentar
keine	

**Als Verbesserungspotenziale wurden festgehalten:**

VP	Kommentar
Es werden Risiken und Chancen in internen Audits bei den Mitarbeitern erfragt. Sie werden aber nicht als solche nachvollziehbar dokumentiert.	Bei der Erstellung des Audit-Berichtes wurde auf die Dokumentation an dieser Stelle verzichtet. Die Dokumentation erfolgte direkt in der Risikoübersicht.
Es sollte überdacht werden auch standortspezifische Qualitätsziele zu formulieren.	Die Management-Bewertung 2020 (für 2019) wurde entsprechend angepasst.
Die Ergebnisse der Patientenbefragung sollten mit allen beteiligten Professionen besprochen werden.	Die Ergebnisse der Patientenbefragung sind in den beiden Vollversammlungen allen Professionen vorgestellt worden.
Es muss darauf geachtet werden, dass die Managementbewertung alle im Anforderungskatalog vorgegebenen Themen beinhaltet.	Das im Audit angesprochene fehlende Thema ist im Anforderungskatalog nicht explizit gefordert. In der DIN-EN-ISO 9001 ist das Thema gefordert. Dennoch wurde die Management-Bewertung 2020 (für 2019) entsprechend angepasst.

VP	Kommentar
Am Standort Moers können bei knapp über 100 Primär-OP`s nur 2 Hauptoperateure benannt werden.	Da diese Entwicklung erst Mitte 2018 erkennbar war, konnte dies für das erste Halbjahr 2018 nicht mehr geändert werden.
Es muss darauf geachtet werden, dass die benannten Hauptoperateure mindestens die geforderten 10 Weiterbildungseingriffe durchführen.	Mit der neuen Benennung der Hauptoperateure war die Zahl im zweiten Halbjahr 2018 nicht mehr ohne Probleme erreichbar. Insgesamt wurden >20 WB-Eingriffe durchgeführt.
Die Wartezeiten am Standort Moers auf einen Termin und in der Sprechstunde sollten noch weiter verkürzt werden.	Entsprechende Maßnahmen wurden getroffen. Die Wartezeit auf einen Termin konnte verbessert werden.

### 4.2.3 Lungenzentrum

Aufgrund des guten Ergebnisses der Re-Zertifizierung in 2017 fand in 2019 kein Prüf-Audit statt (RedZyk).

#### Besondere Stärken:

#### Abweichungen:

Abweichungen	Kommentar

#### Als Verbesserungspotenziale wurden festgehalten:

VP	Kommentar

**4.3 Maßnahmenplan**

<b>Maßnahme:</b>	<b>Verantwortlich:</b>	<b>Termin:</b>
Erneute Besprechung (Einkauf, Med-Tech, EDV) zur Umsetzung der Matrizen zur Einweisungsdokumentation.	R. Drückes	31.03.2020
Umsetzung der Online-Pflichtschulungen im Datenschutz	Alle Leitungen / Akademie zur Rückmeldung	31.03.2021
Überarbeitung der Desinfektionspläne	Team Hygiene	31.03.2020
Höhere Durchdringung des Scannen der Einverständniserklärung (OPM)	Dr. Liebisch / Dr. Mattonet	31.12.2020 (Kontrolle im internen Audit 2021)
Diskussion anderer Termin-Slots für die Tumorkonferenz im BZ	Dr. Trnka / Dr. Tönnies	31.12.2020

## 5 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

### 5.1 Qualitätszirkel

Protokolle und TN-Listen sind in den Zentren hinterlegt.

Zentrum	Datum	Thema
Brustzentrum	13.02.2019	Ergebnisse Kölner Befragung; Jahresplanung
Brustzentrum	22.05.2019	Staging-Untersuchungen
Lungenzentrum	12.04.2019	Aktuelle Probleme im Lungenzentrum
Lungenzentrum	21.11.2019	R-Definitionen; Neues in der Therapie des SCLC
Lungenzentrum	19.12.2019	Jahresstatistik; Ausblick 2020 (Erweiterung Lungenzentrum)
Darmzentrum	16.12.2019	Erstellung Algorithmus „Inkomplette Koloskopie“
Darmzentrum	18.03.2019	Anmeldung und Protokoll Tumorkonferenz (Umstellung Tumordokumentation)
Darmzentrum	09.09.2019	Regelung der Vorstellungspflicht in der Tumorkonferenz: Primärfälle, neue Metastasen, neue Rezidive, Änderung der Therapie, Exitus letalis
Darmzentrum	15.05.2019	Vorstellung (und Nutzung) ambulanter Hospizdienst; Meldewesen zum internen Palliativ-Team / Palliativ-Konsil

### 5.2 MoMo-Konferenzen

Protokolle und TN-Listen sind in den Zentren hinterlegt.

Zentrum	Datum	Thema
Brustzentrum	22.05.2019	
Brustzentrum	09.12.2019	
Lungenzentrum	12.12.2019	
Lungenzentrum	19.12.2019	
Darmzentrum	08.07.2019	
Darmzentrum	25.02.2019	

**5.3 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen**

Zentrum	Datum	Thema
BZ, DZ, LZ, OZ	27.02.2019	Krebsforum Moers
Brustzentrum	03.07.2019	Antikörpertherapie, Bisphosphonate, PARP-Inhibitoren
Brustzentrum	18.09.2019	„Wiesenhof“ – Fortbildung für Fachärzte
Lungenzentrum	09.10.2019	Lungenkarzinom auf den Punkt
Lungenzentrum	06.12.2019	Medical Detectives
Darmzentrum	23.05.2019	„Fokus Darm“

**5.4 Informationsveranstaltungen für Betroffene**

Zentrum	Datum	Thema
Brustzentrum	11.05.2019	Brusttag am KH Bethanien Moers
Darmzentrum	06.11.2019	Tumordokumentation, „Darmgesund in Moers“, Studiensekretariat
Darmzentrum	05.06.2019	Onkologisches Zentrum Bethanien Moers, Krankenhaussozialdienst

**5.5 Bewertung**

Alle Zentren erfüllen (bzw. übertreffen) die Anforderungen an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln und MoMo-Konferenzen. Mit Blick auf die MoMo-Konferenzen könnte überlegt werden, einen einheitlichen Leitfaden für die Vorbereitung, Durchführung und Protokollierung zu erstellen. Allerdings haben in der Vergangenheit unterschiedliche Sichtweisen der Fachexperten und Auditoren zu den unterschiedlichen Vorgehensweisen geführt.

**5.5.1 Abgeleitete Maßnahmen**

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:

## 6 Zufriedenheitserfassung

### 6.1 Patienten

Im **Darmzentrum** erhalten alle – operierten - Patienten die Möglichkeit an einer Patientenbefragung teilzunehmen.

Von den 65 Patientinnen habe 60 einen auswertbaren Bogen zurückgegeben.

Auffällig ist die Veränderung der Altersstruktur der Patienten im Vergleich zum Vorjahr.

Darüber hinaus sind weiterhin die vom Patienten empfundenen Informationsdefizite rund um die Entlassung (AHB, ILCO) auffällig, obwohl bereits auf vielen Kanälen informiert wird.

Für Details verweisen wir auf die Managementbewertung 2019 des Darmzentrums.

Das **Brustzentrum** nimmt an der Patientinnenbefragung des ZVFK teil. Die Befragung wird im jährlichen Rhythmus vom 1. Februar bis zum 31. Juli durchgeführt. Die Ergebnisse werden bewertet und falls notwendig werden daraus - mit entsprechenden Maßnahmen versehen - Qualitätsziele abgeleitet.

In der Brustzentrums-Gesamtplatzierung liegt der Standort Moers im 5. Quintil (5. Quintil im Vorjahr).

Die Ergebnisse wurden im Qualitätszirkel vorgestellt und besprochen. Bei den Ergebnissen und Platzierungen zeigt sich zum einen sicherlich, wie eng die Brustzentren in NRW bei den Ergebnissen beieinanderliegen, so dass auch minimale Veränderungen sofort zu „Rang-Veränderungen“ führen. Zum anderen sind auch manche Veränderungen in der Beurteilung nicht mit Veränderungen in Strukturen oder Prozessen verknüpft.

Für Details verweisen wir auf die Managementbewertung 2019 des Brustzentrums.

Im **Lungenzentrum** hat Ende 2019 eine Patientenbefragung stattgefunden. Von 70 angeschriebenen Patienten haben 33 einen Bogen zurückgeschickt (47%).

Die auffällig schlechten Ergebnisse rund um den Themenkomplex „Poststationäre Betreuung / Information über unser soziales Netzwerk“ ist Ausgangspunkt neu – und vielleicht „kreativer“ – mit der Frage nach einer Lotsenfunktion der Fachpflegekräfte für unsere Patienten nachzudenken.

### 6.2 Zuweiser

Im **Darmzentrum** wurde Ende 2019 eine Zuweiserbefragung durchgeführt. Angeschrieben wurden alle externen Einweiser der Klinik für Gastroenterologie und der Klinik für Allgemein Chirurgie. Insgesamt kamen von 271 verschickten Fragebögen 47 zurück.

Die niedergelassenen Ärzte mit Rückmeldung äußerten sich überwiegend voll bis überwiegend zufrieden. Einige wenige Einweiser waren bei allen erfragten Themen nur zum Teil bis gar nicht zufrieden. Ein konkreter Ansatz für Maßnahmen lässt sich aus den Ergebnissen nicht ableiten.

Im **Brustzentrum** wurde zuletzt in 2018 eine Zuweiserbefragung durchgeführt.

Am Standort Moers gingen 18 Rückmeldungen ein. Insgesamt wurden beinahe alle Fragen ausschließlich mit „voll zufrieden“ und „überwiegend zufrieden“ beantwortet. Einzelne Bewertungen „zum Teil zufrieden“ beziehen sich auf die Zeitnähe unterschiedlicher Arztbriefe. Dies wurde besprochen aber als nicht wesentlich veränderbar bezeichnet.

Im **Lungenzentrum** wurde Ende 2019 eine Zuweiserzufriedenheitserfassung durchgeführt. Von 106 angeschriebenen Praxen erhielten wir 16 Rückmeldungen.

Die geringe Rücklaufquote deckt sich mit den Erfahrungen in anderen Befragungen von Zuweisern im Krankenhaus. Die Niedergelassenen scheinen sich nicht an Befragungen beteiligen zu wollen. Ein kollegialer Austausch im Rahmen von Fortbildungen, Kongressen und Telefonaten findet regelmäßig statt, wird leider nur nicht statistisch erfasst.

Die Ergebnisse wurden in einem QZ kurz vorgestellt, führten aber aufgrund des geringen Rücklaufes nicht zu begründeten Maßnahmen.

## 6.3 Mitarbeiter

Im Krankenhaus wurde in 2018 eine Mitarbeitendenbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden präsentiert und können vor Ort eingesehen werden.

Maßnahmen: Anpassung der Einladeliste für das „Bethanien-Forum“, Herausgabe einer Broschüre mit den Veranstaltungen der „Bethanien-Akademie“. Beides wurde bereits Ende 2018 umgesetzt.

## 6.4 Bewertung

### 6.4.1 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Implementierung von Strukturen und Prozessen („Lotsenfunktion der FKP“ durch Austausch zwischen Koordinatoren, FKP und PDL	Dr. Kambartel	31.12.2020
Gedankenaustausch über alternative Möglichkeiten die Zufriedenheit der Zuweisenden zu erheben	R. Drückes (QM-Team)	31.12.2020



## **7 Fehler und Beschwerden**

### **7.1 Fehler**

### **7.2 Beschwerden**

Das Lob- und Beschwerdemanagement erfolgt im Rahmen der bestehenden Qualitätsmanagement-Systeme. Die Zentrumskoordinatoren und der Qualitätsmanagementbeauftragte der Zentren werden über zentrumsrelevante Beschwerden informiert. Die jeweiligen Chefärzte werden über Beschwerden in den Abteilungen informiert.

Insgesamt ist die Anzahl der Beschwerden sehr gering, so dass eine Aufbereitung über den Einzelfall hinaus nicht möglich war.

### **7.3 Bewertung**

Auf der Ebene der Zentren besteht hier kein Handlungsbedarf.

#### **7.3.1 Abgeleitete Maßnahmen**

<b>Maßnahme:</b>	<b>Verantwortlich:</b>	<b>Termin:</b>

## 8 Forschungstätigkeit

### 8.1 Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren

#### Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie AWMF-Registernummer 020-002

S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)

P. Haidl<sup>1</sup>, B. Jany<sup>2</sup>, J. Geiseler<sup>3</sup>, S. Andreas<sup>4</sup>, M. Arzt<sup>5</sup>, M. Dreher<sup>6</sup>, M. Frey<sup>7</sup>, R.W. Hauck<sup>8</sup>, F. Herth<sup>9</sup>, T. Jehser<sup>10</sup>, K. Kenn<sup>11</sup>, B. Lamprecht<sup>12</sup>, F. Magnet<sup>13</sup>, O. Oldenburg<sup>14</sup>, P. Schenk<sup>15</sup>, B. Schucher<sup>16</sup>, M. Studnicka<sup>17</sup>, T. Voshaar<sup>18</sup>, W. Windisch<sup>13</sup>, H. Woehrle<sup>19</sup>, H. Worth<sup>20</sup>

1 Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft GmbH, Abteilung Pneumologie II, Schmallingenberg

2 Klinikum Würzburg Mitte (KWM), Klinik für Innere Medizin, Pneumologie und Beatmungsmedizin, Standort MissioKlinik

3 Klinikum Vest, Medizinische Klinik IV: Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin, Marl

4 Lungenfachklinik Immenhausen, Universitätsmedizin Göttingen, Immenhausen

5 Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Regensburg

6 Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Pneumologie und Internistische Intensivmedizin, Aachen

7 Klinik Barmelweid, Rombach Schweiz

8 Klinikum Altötting, Klinik für Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin, Altötting

9 Thoraxklinik, Abteilung für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Universität Heidelberg, Heidelberg

10 Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Palliativstation, Berlin

11 Philips Universität Marburg, Lehrstuhl für pneumologische Rehabilitation, Marburg

12 Kepler Universitätsklinikum, Med Campus III, Linz Österreich

13 Lungenklinik, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Köln

14 Clemenshospital, Klinik für Kardiologie, Münster

15 Landesklinikum Hohegg, Abteilung für Pulmologie, Grimsenstein Österreich

16 LungenClinic Grosshansdorf, Großhansdorf

17 Landeskrankenhaus Salzburg, Universitätsklinikum der PMU, Universitätsklinik für Pneumologie, Salzburg Österreich

18 Krankenhaus Bethanien Lungenzentrum, Medizinische Klinik III, Moers

19 Lungenzentrum Ulm, Ulm

20 Facharztzentrum Fürth, Fürth

### 8.2 Wissenschaftliche Publikationen

Kambartel, K; Liebisch, P; Mattonet, C; Engers, R; Voshaar, T. Wandel eines KRAS-mutierten Adeno-Ca in ein SCLC als Resistenzmechanismus unter Immuntherapie. *Pneumologie* 2020; 74(S01): 37 – 37 DOI: 10.1055/s-0039-3403143

Berzins, A; Kopeika, U; Arutyunyan, A; Kambartel, K; Voshaar, T; Krbek, T. Changing in Paradigm: thoracoscopic anatomical lung resection with VO<sub>2</sub>max under 10 ml/kg/min is still possible. *Zentralblatt für Chirurgie - Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie* 2019; 144(S01): 94 – 94 DOI: 10.1055/s-0039-1694207

Geiseler J, Westhoff M, Dellweg D, Voshaar T, Hetzel M Pfeife M. Positionspapier zu Ursachen und Diagnostik der Beatmungsabhängigkeit sowie zu praktische Durchführung und Abrechnung des Weaning-Prozesses. Pneumologie 2019; 73: 716–722

Stamatis G, Leschber G, Schwarz B, Brintrup D, Ose C, Weinreich G, Passlik B, Hecker E, Kugler CH, Dienemann H, Krbek T, Eggeling S, Hatz R, Müller M, Weder W, Aigner C, Jöckel K. Perioperative course and quality of life in a prospective randomized multicenter phase III trial, comparing standard lobectomy versus anatomical segmentectomy in patients with non-small cell lung cancer up to 2 cm, stage IA (7th edition of TNM staging system). Lung Cancer 138 (2019) S 19ff.

Scheffler, M, Ihle M, Hein R, Merkelbach-Buse S, Scheel A Kambartel K, Thomas R, Büttner R Wolf J et al. K-ras mutation subtypes in NSCLC and associated co-occurring mutations in other oncogenic pathways. Journal of Thoracic Oncology 2019 606ff  
Fisteag S, Kambartel K, Mlynek-Kersjes ML, Roesel C, Krbek T, Voshaar Th: Endobronchiales Hamartom – Bronchologische Intervention vs. OP. Pneumologie 2019; 73(S 01) DOI: 10.1055/s-0039-1678253

## 8.3 Studien

Das **Darmzentrum** beteiligt sich an folgenden multizentrischen Studien:

Kolon-Segment-(Chemo)Studie

LeQS-Stoma

Präferenzstudie mKRK

Validate

FerInject

FIRE-4

TKK inkl. CoLQ

Das **Lungenzentrum** beteiligt sich an folgenden multizentrischen Studien:

BMS CA 209-743

BMS CA 209-384

Bioluma

PRIMUS

CRISP Stadium III

AIO-NintNivo

MSD KN-799

CRISP

Neptun

ENLARGE-Lung. CA209580

Vargado-NIS

HYPERION-NIS

## 8.4 Bewertung

Im Darm- und im Lungenkrebszentrum ist die Teilnahme an Studien sehr hoch. Im Darmzentrum muss allerdings beachtet werden, dass es sich beinahe ausschließlich um operative Studien handelt. Hier ist darauf zu achten, dass auch Studien zur System- oder Radio-Therapie auf Umsetzbarkeit im Zentrum geprüft werden.

Für das Brust- und das Gynäkologische Krebszentrum gilt, dass ein Ausbau der Studienteilnahme zwingend erforderlich ist. Gespräche mit der OPM und dem Westdeutschen Tumorzentrum laufen bereits.

### 8.4.1 Abgeleitete Maßnahmen

<b>Maßnahme:</b>	<b>Verantwortlich:</b>	<b>Termin:</b>
Ausbau der Studienteilnahme / Gespräche über geeignete Studien mit OPM und WTZ	Dr. Tönnies	31.12.2020

## 9 Austausch mit anderen Onkologischen Zentren

Erste Gespräche mit dem Westdeutschen Tumorzentrum (Essen) laufen. Eine konkrete Vereinbarung zum regelmäßigen Austausch gibt es aber noch nicht. Im Rahmen der Tätigkeit als Fachexperte im Zertifizierungsverfahren für Lungenkrebszentren steht Dr. Kambartel aber diesbezüglich in einem ständigen Austausch (auch bei Onkologischen Zentren, die ein Lungenzentrum umfassen).

## 10 Liste interner Anweisungen und Behandlungskonzepte mit Bezug zu Diagnostik und Therapie

Titel	Redakteur	Erste Freigabe	Letzte Freigabe	nächste Revision	Version Nr.
04 Ambulante Diagnostik - Darmzentrum	Hr. Drückes	23.09.2019	23.09.2019	23.09.2021	1
04 Ambulante Diagnostik / Brustsprechstunde - Brustzentrum	QM-Team / Vorstand	26.08.2014	19.02.2019	19.02.2021	0
04 Pfad: Diagnostik und Behandlung - Lungenkarzinom	Hr. Drückes	10.07.2020	10.07.2020	10.07.2022	3
05 - Tumorkonferenz - Darmzentrum	Hr. Drückes	05.12.2019	05.12.2019	05.12.2021	3
05 Tumorkonferenz - Brustzentrum	QM-Team / Vorstand	26.08.2014	19.02.2019	19.02.2021	0
05 Tumorkonferenz - Lungenzentrum	Hr. Drückes	19.06.2020	19.06.2020	19.06.2022	2
06 Stationärer Aufenthalt zur operativen Therapie - Brustzentrum	QM-Team / Vorstand	20.04.2018	20.04.2018	20.04.2020	2
06 Stationärer Aufenthalt zur operativen Therapie - Darmzentrum	Hr. Drückes	23.09.2019	23.09.2019	23.09.2021	1
06 Stationärer Aufenthalt zur operativen Therapie - Lungenzentrum	Hr. Drückes	19.06.2020	19.06.2020	19.06.2022	2
07 (Primär-) Systemische Therapie / Strahlentherapie - Darmzentrum	Hr. Drückes	23.09.2019	01.07.2019	01.07.2021	1
07 (Primär-) Systemische Therapie / Strahlentherapie - Lungenzentrum	Hr. Drückes	11.11.2019	11.11.2019	11.11.2021	1
07 Systemische Therapie / Strahlentherapie - Brustzentrum	QM-Team / Vorstand	26.08.2014	19.02.2019	19.02.2021	0
08 Therapie bei lokoregionärem Rezidiv - Brustzentrum	QM-Team / Vorstand	26.08.2014	19.02.2019	19.02.2021	0
08 Therapie bei lokoregionärem Rezidiv - Darmzentrum	Hr. Drückes	23.09.2019	23.09.2019	23.09.2021	1
09 (Stationäre Aufnahme zur) Palliativen Therapie - Brustzentrum	QM-Team / Vorstand	26.08.2014	19.02.2019	19.02.2021	0

Titel	Redakteur	Erste Freigabe	Letzte Freigabe	nächste Revision	Version Nr.
09 (Stationäre Aufnahme zur) Palliativen Therapie - Darmzentrum	Hr.Drückes	23.09.2019	23.09.2019	23.09.2021	1
Abdominale Hysterektomie - mit und ohne Adnexen	Dr. Tönnies	14.08.2020	14.08.2020	14.08.2022	1
Ablauf einer Chemotherapie für die Pflege - Med. Klinik 1	Fr. Niemüller	08.03.2017	11.12.2019	11.12.2021	0
Ablauf einer Chemotherapie für die Pflege - Med. Klinik 3	Fr. Niemüller/ Fr. Uhr	25.11.2019	25.11.2019	25.11.2021	1
Ablauf Gendiagnostik	Dr. Tönnies / Dr. Trnka	12.01.2016	05.07.2020	06.07.2022	0
Anamnesebogen - Brustsprechstunde	Dr. Tönnies	21.08.2020	21.08.2020	21.08.2022	1
Anforderung Ernährungsberatung	Dr. Rackwitz / Prof. Kubitz	22.12.2016	07.01.2020	07.01.2022	1
Anmeldung Patientin - Brustsprechstunde	Dr. Tönnies	10.02.2015	19.02.2019	19.02.2021	0
Anmeldung Tumorkonferenz	Fr. Job	11.11.2019	11.11.2019	11.11.2021	0
Antiemetische Prophylaxe unter Chemotherapie	Prof. Kubitz	23.03.2016	22.03.2016	23.03.2018	1
Arbeitsanweisung inkomplette Koloskopie bei kolorektalem Karzinom	Dr. Zachert	09.09.2019	09.09.2019	09.09.2021	0
Aufgabenbeschreibung - Krankenhaussozialdienst im Rahmen onkologischer Organzentren	Hr. Drückes	26.10.2018	26.10.2018	26.10.2020	1
Aufnahmeprozedur - Brustzentrum	Dr. Tönnies	10.02.2015	19.02.2019	19.02.2021	0
Axilla-Sonographie	Dr. Tönnies / Dr. Trnka	13.06.2017	07.01.2020	07.01.2022	1
Beckenkammpunktion	Prof. Kubitz	15.02.2017	14.02.2017	15.02.2019	1
Behandlungspfad Kolorektales Karzinom	Dr. Zachert	25.11.2019	25.11.2019	25.11.2021	4
Brustsprechstunde - Übersicht	Dr. Tönnies	14.08.2020	14.08.2020	14.08.2022	1
BZ-M 4 Aufnahme-Ablauf - Patienteninformation	Fr. König / Dr. Tönnies	20.03.2020	20.03.2020	20.03.2022	0
Checkliste für endoskopische und sonographisch-interventionelle Untersuchungen	Dr. Giesecke / Prof. Kubitz Dr. Zachert / Dr. Tönnies / Dr. Daehnke	18.11.2016	17.11.2016	18.11.2018	1
Check-Liste zum FAST-TRACK-Konzept		02.08.2019	02.08.2019	02.08.2021	1
Checkliste zur Erfassung einer erblichen Belastung für Brust- und / oder Eierstockkrebs	Ärztekammer Westfalen-Lippe	11.09.2020	12.09.2019	11.09.2021	4
Chemo-Endokrine Therapie bei Mammakarzinom	Dr. Liebisch / Dr. Tönnies	17.12.2015	18.02.2019	18.02.2021	1
Chemotherapie - Praxis - Darmzentrum	Dr. Liebisch	12.11.2019	12.11.2019	12.11.2021	2
Chemo-Therapie - Vorlage	Dr. Kambartel	27.05.2019	27.05.2019	27.05.2021	3
Coloncarcinom	Dr. Zachert	16.06.2015	11.12.2019	11.12.2021	0

Titel	Redakteur	Erste Freigabe	Letzte Freigabe	nächste Revision	Version Nr.
Diagnostik und antimikrobielle Therapie von unerklärbarem Fieber bei Neutropenie	Prof. Kubitz	23.03.2016	22.03.2016	23.03.2018	1
Diagnostik und Therapie-Handbuch - Lungenzentrum	Dr. Kambartel / Dr. Voshaar / Dr. Krbek	06.06.2018	06.06.2018	06.06.2020	1
Durchführung der Strahlentherapie - Brustzentrum	Dres. Konrad, Lücker, Schwerdtfeger	28.06.2017	12.12.2019	12.12.2021	1
Durchführung einer kompletten Ileokoloskopie bei Patienten mit stenosierendem kolorektalem Karzinom	Prof. Kubitz	18.12.2019	18.12.2019	18.12.2021	1
Einleitung Palliativtherapie - Lungenzentrum	Dr. Kambartel / Dr. Voshaar	15.02.2017	01.02.2019	01.02.2021	0
Einstelltechnik in der Mammographie	Dr. Bender	09.09.2014	03.09.2020	04.09.2022	0
Entlassungsgespräch bei Patienten mit Kolorektalem Karzinom	Hr. Drückes	12.09.2019	12.09.2019	12.09.2021	1
Ermittlung des Risikos für familiären Darmkrebs	Prof. Kubitz	28.08.2015	21.07.2015	21.07.2017	0
Ernährungsempfehlung für Tumorpatienten	Fr. Monßen	08.02.2011	06.02.2019	06.02.2021	0
Gyn-Abdominale HE	Hr. Weißmann / Dr. Tönnies	22.02.2018	21.02.2018	22.02.2020	0
Hämoptysen - Hämoptoe	Dr. Voshaar	06.09.2011	11.12.2019	11.12.2021	0
Indikation zur primär systemischen Therapie bei Mammakarzinom	Prof. Runde / Vorstand	10.12.2012	06.01.2015	06.01.2017	0
Indikationsstellung, Bestellung und Verabreichung von zytostatischer Therapie	Dr. Mattonet	06.02.2018	05.02.2018	06.02.2020	0
Information für Tumor-Patienten mit Bisphosphonat-Therapie	Dr. Kambartel / Dr. Voshaar	06.09.2011	01.02.2019	01.02.2021	0
Klipmarkierung des Tumorbettes	Dr. Tönnies / Dr. Trnka	15.02.2017	19.02.2019	19.02.2021	1
Komplexe endoskopische Interventionen	Dr. Voshaar	08.12.2016	19.02.2019	19.02.2021	1
Kurzanleitung Sentinel Lymph Node Szintigraphie an der Schilddrüsengammakamera TH-22-Nucline	Fr. Hajok / Dr. Bender	03.08.2015	05.07.2020	06.07.2022	0
Kurzintervention und Beratung bei chronischem Tabakkonsum	Dr. Kambartel	17.10.2019	17.10.2019	17.10.2021	1
Lebensqualität - Distress-Thermometer	Hr. Jotzo	30.01.2015	30.01.2019	30.01.2021	0
Lungenkarzinom	Dr. Krbek	24.06.2020	24.06.2020	24.06.2022	0
Lungenszintigraphie - Perfusion	Fr. Hajok / Dr. Bender	03.08.2015	17.12.2015	17.12.2017	0
Lymphknotenbestimmung im OP-Präparat	Dr. Zachert / Prof. Kubitz	09.08.2019	09.08.2019	09.08.2021	1
Lymphknotenbogen - Lungenzentrum	Dr. Kambartel	29.10.2019	29.10.2019	29.10.2021	1

Titel	Redakteur	Erste Freigabe	Letzte Freigabe	nächste Revision	Version Nr.
LZ-8 Staging bei Lungenkarzinompatienten	Dr. Kambartel / Dr. Voshaar	22.07.2013	11.12.2019	11.12.2021	0
Magencarcinom	Dr. Zachert	09.01.2012	08.03.2019	08.03.2021	0
Maligne Pleura-Mesotheliome	Dr. Krbek	24.06.2020	24.06.2020	24.06.2022	0
Mammasonographie	Dr. Raabe / Dr. Tönnies	06.01.2016	21.01.2018	22.01.2020	1
Mammographie	Dr. Veelken	02.08.2019	02.08.2019	02.08.2021	1
Mikrosatelliteninstabilität	Fr. Döhrmann-Sohr / Dr. Zachert	17.05.2019	17.05.2019	17.05.2021	1
Morbiditätskonferenz - Lungenzentrum	Dr. Kambartel	11.11.2019	11.11.2019	11.11.2021	1
Mundspüllösung - Chemotherapie	Fr. Niemüller / Fr. Linkner / Dr. Voshaar	25.10.2017	11.12.2019	11.12.2021	1
Onkologisches Pflegekonzept	Fr. Niemüller / Fr. Urh	14.12.2012	09.09.2020	10.09.2022	0
OZ - Stellenbeschreibung Tumordokumentationsbeauftragte	Dr. Kambartel	18.06.2020	18.06.2020	18.06.2022	0
OZ-QMH-5 Tumorkonferenzen	Dr. Kambartel	05.12.2019	05.12.2019	05.12.2021	0
OZ-QMH-6 Stationärer Aufenthalt zur Therapie.docx	Dr. Kambartel	03.01.2020	03.01.2020	03.01.2022	0
OZ-QMH-7 (Primär-) Systemische Therapie - Strahlentherapie	Dr. Kambartel	05.12.2019	05.12.2019	05.12.2021	0
OZ-QMH-Kapitel 4 - Behandlungspfade	Dr. Kambartel	18.04.2019	18.04.2019	18.04.2021	0
Patienteninformation und Einwilligungserklärung zur Akteneinsicht im Rahmen der Zertifizierungsverfahren	Hr. Drückes Dr. Weis-Hoffmann / Dr. Daehnke / Dr. Tönnies / Dr. Zachert	14.08.2018	30.06.2020	01.07.2022	0
Perioperatives Ernährungskonzept für onkologische Laparotomien	Fr. Urh/ Dr. Voshaar	27.08.2020	27.08.2020	27.08.2022	1
Pflege der bestrahlten Haut	Dr. Rackwitz / Prof. Kubitz	28.03.2014	30.01.2019	30.01.2021	0
Polypektomie / Mukosektomie	Prof. Kubitz	08.12.2016	07.12.2016	08.12.2018	1
Polypektomie bei Gastroskopie oder Koloskopie	Dr. Zachert	16.12.2016	15.12.2016	16.12.2018	1
Port-Systeme - Umgang mit	Dr. Roesel	24.10.2013	06.07.2020	07.07.2022	0
Postoperative Bronchusstumpfinsuffizienz	Dr. Roesel	07.06.2018	23.07.2020	24.07.2022	0
Postoperative Infektionen	Dr. Roesel	14.08.2018	23.07.2020	24.07.2022	0
Postoperative intensivmedizinische Versorgung in der Chirurgie 1	Dr. Zachert / Dr. Daehnke	10.01.2012	08.03.2019	08.03.2021	0
Postoperative Physiotherapie in der Chirurgie 1	Dr. Zachert	10.01.2012	08.03.2019	08.03.2021	0



Titel	Redakteur	Erste Freigabe	Letzte Freigabe	nächste Revision	Version Nr.
Postoperative Schmerztherapie Abteilung für Thoraxchirurgie	Dr. Roesel	14.06.2018	23.07.2020	24.07.2022	0
Prä- und postoperative Maßnahmen - Abdominelle Eingriffe, große LSK	Dr. Tönnies	14.08.2020	14.08.2020	14.08.2022	1
Prätherapeutische Vorstellung in der Tumorkonferenz	Hr. Drückes / Vorstand Hr. Jotzo / Dr. Voshaar / Dr. Zachert	27.08.2015	04.06.2018	04.06.2020	0
Psychoonkologischer Dienst	Zachert	07.05.2015	30.01.2019	30.01.2021	0
Punch-Biopsie bei Mammakarzinom	Dr. Raabe / Dr. Tönnies	06.01.2016	19.02.2019	19.02.2021	1
QRM-Dokumentation	Hr. Drückes / Direktorium	30.04.2020	30.04.2020	30.04.2022	2
Rektoskopie - Vorbereitung	Dr. Rackwitz / Prof. Kubitz	16.12.2016	15.12.2016	16.12.2018	1
Rektumcarcinom	Dr. Zachert	09.01.2012	08.03.2019	08.03.2021	0
Sentinel-Lymph-Node Szintigraphie beim Mammakarzinom	Fr. Hajok / Dr. Bender / Dr. Behling	10.12.2012	07.01.2015	07.01.2017	0
Sentinel-Lymphnode-Biopsie	Dr. Tönnies, Dr. Trnka	05.02.2016	05.07.2020	06.07.2022	0
Skelettszintigraphie	Fr. Hajok / Dr. Veelken	13.06.2017	12.06.2017	13.06.2019	1
Sonographische Stanzbiopsie - Mamma	Dr. Tönnies	06.01.2016	07.01.2020	07.01.2022	1
Sport und Bewegung - Brustzentrum	Fr. Hutka / Dr. Tönnies	07.02.2014	19.02.2019	19.02.2021	0
Stellenbeschreibung Onkopsychologischer Dienst	Hr. Drückes / Dr. Voshaar	13.06.2017	11.12.2019	11.12.2021	1
Stereotaktische Drahtmarkierung	Dr. Veelken / Dr. Tönnies	25.09.2020	25.09.2020	25.09.2022	1
Stoma und Ernährung	Fr. Monßen	08.02.2011	06.02.2019	06.02.2021	0
Strahlentherapie - Patienteninformation	Fr. Urh/ Fr. Niemüller	14.05.2014	30.01.2019	30.01.2021	0
Strukturierter Befund MRT Rektumkarzinom	Dr. Veelken	09.09.2019	09.09.2019	09.09.2021	1
Tabakentwöhnung - Lungenzentrum	Dr. Kambartel	29.10.2019	29.10.2019	29.10.2021	1
Therapie gynäkologischer Malignome	Dr. Tönnies	10.02.2015	19.02.2019	19.02.2021	0
Umgang mit Zytostatika	Hr. Grimm	27.01.2016	14.07.2020	15.07.2022	1
Vaginale Hysterektomie	Dr. Tönnies	16.01.2020	16.01.2020	16.01.2022	1
Verfahrensweise zur Schnellschnittuntersuchung von Mammaexcidaten	Dr. Tönnies / Dr. Trnka	10.12.2012	07.01.2020	07.01.2022	0
Vorgehen bei unklarem Mammographiebefund	QM-Team / Vorstand	17.03.2017	07.01.2020	07.01.2022	1
Wundmanagement Thoraxchirurgie	Dr. Roesel	07.06.2018	23.07.2020	24.07.2022	0

## 11 Terminplan

„Extern“:

Datum	Veranstaltung	Uhrzeit	Ort	Bemerkung
16.09.2020	BZ: Patientinnenveranstaltung	offen	offen	Thema wird noch bestimmt
30.09.2020	LZ: Ärzte-Fortbildung	18.00	Duisburg	Lungenkarzinom auf den Punkt
18.11.2020	OZ: Ärzte-Fortbildung	offen	Moers	Thema wird noch bestimmt

\* bereits bei der Erstellung der Bewertung wurden geplante Veranstaltungen Corona-bedingt abgesagt. Diese werden hier nicht mit aufgeführt.

„Intern“:

Datum	Veranstaltung	Uhrzeit	Ort	Bemerkung
27.01.2020	BZ: QM-Treffen	14.00 Uhr	Kleve	
27.01.2020	DZ: MoMo	17.00 Uhr	Moers	
04.02.2020	OZ: Leitung	16.00 Uhr	Moers	
10.02.2020	BZ: QZ	15.30 Uhr	Video	Leistungszahlen, Jahresplanung, interne Audits; Onkotype – Anforderung / Überweisung
18.03.2020	DZ: Leitung	16.00 Uhr	Moers	
23.03.2020	BZ: MoMo	15.30 Uhr	Video	Vorstellung durch Moers
24.03.2020	BZ: Prüf-Audit	10.00 Uhr	Moers	
30.03.2020	BZ: QM-Treffen	14.00 Uhr	Moers	
30.03.2020	DZ: QZ	17.00 Uhr	Moers	
01.04.2020	OZ: QZ	16.00 Uhr	Moers	
22.04.2020	BZ: Vorstand	15.30 Uhr	Kleve	
28.04.2020	DZ: MoMo	17.00 Uhr	Moers	
28.04.2020	LZ: QZ	16.00 Uhr	Moers	
29.04.2020	DZ: Audit	08.00 Uhr	Moers	
30.04.2020	BZ: Vollversammlung	14.00 Uhr	Moers	
18.05.2020	BZ: QZ	15.30 Uhr	Video	Audit-Ergebnis; Regressionsgrad RCB vs. Sinn (Anfrage Dr. Otterbach)
20.05.2020	OZ: Lenkungstreffen	16.00 Uhr	Moers	
08.06.2020	DZ: QZ	17.00 Uhr	Moers	

Datum	Veranstaltung	Uhrzeit	Ort	Bemerkung
29.06.2020	BZ: QM-Treffen	14.00 Uhr	Kleve	
28.07.2020	LZ: Mol-Path (Auftakt)	16.00 Uhr	Video	
17.08.2020	DZ: MoMo	17.00 Uhr	Moers	
31.08.2020	BZ: QZ	15.30 Uhr	Video	
09.09.2020	OZ: QZ und MoMo	16.00 Uhr	Moers	
14.09.2020	DZ: QZ	17.00 Uhr	Moers	
22.09.2020	OZ: QZ	16.00 Uhr	Moers	
23.09.2020	DZ: Leitung	16.00 Uhr	Moers	
30.09.2020	BZ: Vorstand	15.30 Uhr	Moers	
26.10.2020	BZ: QM-Treffen	14.00 Uhr	Moers	
02.11.2020	BZ: MoMo	15.30 Uhr	Video	Vorstellung durch Kleve
04.11.2020	OZ: MoMo	16.00 Uhr	Moers	
07.12.2020	DZ: QZ	17.00 Uhr	Moers	
14.12.2020	BZ: QZ	15.30 Uhr	Video	

## 12 Qualitätsziele

### 12.1 Qualitätsziele aus der letzten Bewertung (für das OZBM ist dies die erste Bewertung!)

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll	Ist	Bemerkung
DZ: Fallentwicklung stationär	Information über Internet, niedergelassene Ärzte, Info-Veranstaltungen	Anzahl operierter Primärfälle Kolon-Karzinom	> 35	41	
		Rektum-Karzinom	> 20	25	
DZ: Fallentwicklung ambulant	Information über Internet, niedergelassene Ärzte, Info-Veranstaltungen	Anzahl Koloskopien im Zentrum	> 1400	1875	
DZ: Postoperative Mortalität	Einzelfallbesprechung, MoMo-Konferenz, Prä-Operative Konsile mit Anästhesie / Internie	Kennzahlendokumentation gemäß Kennzahlenbogen	< 5%	7,8%	
DZ: Revisionsoperationen nach elektiven Kolonoperationen		gemäß Kennzahlenbogen	< 10%	7,7%	
DZ: Revisionsoperationen nach elektiven Rektumoperationen		gemäß Kennzahlenbogen	< 10%	24,0%	
DZ: Enge interdisziplinäre Zusammenarbeit		Anteil Patienten in prä-op. Tumorkonferenz	> 95%	100%	
		in post-op Tumorkonferenz	> 98%	100%	
DZ: Beratung bei pos. Familienanamnese	Verbesserung interdisziplin. Informationsweitergabe, Dokumentation der Empfehlung	Anteil Pat. mit Empfehlung zur Vorstellung in einem Zentrum	> 75%	41,9%	
DZ: Qualifizierung	Interdisziplinäre Fortbildungsmaßnahmen	Anzahl FB	> 5	5	
BZ: Fallentwicklung stationär	Information über Internet, niedergelassene Ärzte, Info-Veranstaltungen	Anzahl Primärfälle Mamma-CA	Mo: > 140	Mo: 142	
BZ: Qualifikation der Ärzte in speziellen Bereichen der Brustoperation	WB-Eingriffe	Durchgeführte WB-Eingriffe	> 15 / Operateur	B: 10 R: 14	
BZ: Qualifikation der Ärzte	Standortübergreifende Fortbildungen	Anzahl	1	1	

**12.2 Qualitätsziele für das kommende Jahr / die kommenden Jahre**

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Ist	Soll
DZ: Möglichst hohe Quote an Patienten mit Erfassung der Familienanamnese	Besprechung im Qualitätszirkel, Kontrolle und Erinnerung durch TuDoku	Auswertung ODOK	85,1%	> 90%
DZ: Möglichst hohe Rate an Empfehlung zur Beratung bei pos. Familienanamnese	Besprechung im Qualitätszirkel, Kontrolle und Erinnerung durch TuDoku	Auswertung ODOK	41,9%	> 75%
DZ: Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	Fallvorstellung und Diskussion in der MoMo-Konferenz, ggf. Ableiten von Maßnahmen	Auswertung ODOK	24%	< 15%
DZ: Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen	Fallvorstellung und Diskussion in der MoMo-Konferenz, ggf. Ableiten von Maßnahmen; erneute Besprechung von Anastomosetechniken	Auswertung ODOK	22,7%	< 15%
DZ: Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Patienten nach elektiven Eingriffen	Fallvorstellung und Diskussion in der MoMo-Konferenz, ggf. Ableiten von Maßnahmen	Auswertung ODOK	7,8%	< 5%
DZ: Regelung zur Erstellung des strukturierten Pathologiebefundes liegen konsentiert vor	Information der Pathologie, Regelung erstellen	QM-Dokumentation		ja
DZ: Möglichst zeitnahe Information über Start und Ende sowie Dosierung und Substanz an die zentrale Tumordokumentation. Quote nicht kompletter Fälle in ODOK.	Absprachen mit den externen Kooperationspartner, Regelung der Datenweitergabe	Auswertung ODOK	nicht erhoben	> 90% der externen Therapien
Verbesserung der Patienteninformation rund um Nachversorgung und soziales Netzwerk	AG „Lotsen-Funktion“ der FKP	Antworten aus den Fragen 10 bis 13 der Patientenbefragung		„Nein“ in weniger als 25% der Fälle
LZ: Ausbau der Zusammenarbeit mit dem AKH in Essen-Steele	Vorbereitung der Zertifizierung als mehrstandortiges Lungenzentrum	Gemeinsames Zertifikat ist vorhanden		ja

## 13 Maßnahmen

### 13.1 Maßnahmenumsetzung der letzten Bewertung (für das OZBM ist dies die erste Bewertung!)

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:	Umsetzung erfolgt?
BZ: Beratungen zum Behandlungspfad abschließen	Drückes / Raabe / v. Heumen	31.03.2019	begonnen
BZ: Desinfektionspläne aktualisieren	Hr. Stelter	30.06.2019	ja
BZ: Kontaktaufnahme mit Studiennetzwerk Essen	Dr. Raabe	31.03.2019	ja
BZ: Arzneimittelschränke Reinigung und Kontrolle gemäß Vorgaben (inkl. Dokumentation)	Fr. Pajonk	31.03.2019	ja
BZ: Aufklärung / Einverständniserklärung Systemische Therapie: Prozess neu regeln, kommunizieren und überwachen	Dr. Liebisch	31.03.2019	ja
BZ: Diskussion der Tu-Board-Zeiten	Dr. Tönnies	30.04.2019	ja
BZ: Personelle Ressourcen – BCN Standort Moers – zur Verbesserung der Beratungsleistung sollen erhöht werden. Dazu sollen täglich Korridore geschaffen werden um die Beratung sicher zu stellen	Dr. Tönnies	31.12.2018*	ja, bereits vor den Ergebnissen beschlossen und Umgesetzt
BZ: Räumlichkeit zur Beratung schaffen	Dr. Tönnies	31.03.2019*	ja, bereits vor den Ergebnissen beschlossen und Umgesetzt

### 13.2 Maßnahmenplan

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
DZ: Vorstellung aller komplikativen Verläufe in der MoMo-Konferenz	Fr. Döhrmann-Sohr	27.01.2020 17.08.2020
DZ: Besprechung / Vorschlag – strukturierter Pathologie-Befund	Dr. Zachert	30.03.2020
DZ: Besprechung zur Weiterleitung der Therapie-Daten aus der OPM an die Tumordokumentation	Hr. Drückes	30.03.2020
DZ: Weiterarbeit an den Formularen zur Tumorkonferenz	Fr. Job, Fr. Kuczera, Fr. Döhrmann-Sohr, Fr. Yakar	30.03.2020
BZ: Beratungen zum Behandlungspfad abschließen (inkl. Onkotype)	Drückes / Raabe / v. Heumen	30.06.2020
BZ: Aktualisierung der Regelungen zur Schnittstelle „Operativ“ zur „Pathologie“	Drückes / Raabe / v. Heumen / Pelz	30.06.2020
BZ: Diskussion und ggf. Änderung der Regelungen rund um die Tumorkonferenz	Drückes / Trnka / Tönnies	31.10.2020

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
BZ: Diskussion und ggf. Maßnahmenplanung zur Beratungsqualität	Drückes / Tönnies	30.06.2020
LZ: Bildung einer Arbeitsgruppe zum Thema „Lotsen-Funktion“ durch die Fachpflegekräfte.	Dr. Kambartel	31.07.2020
<b>LZ: Vorbereitung gemeinsame Zertifizierung:</b>		
LZ: Terminierung QZ / TuKo / Mol-Path / Fortbildungen	Dr. Kambartel	30.03.2020
LZ: Abgleich Geschäftsordnung, QM-Handbuch, Therapiepfade	Dr. Kambartel, Fr. Neven, Hr. Drückes, Hr. Steinmann	31.12.2020
LZ: Internes Audit in Essen	Dr. Kambartel, Hr. Drückes	30.05.2020
Absprachen zum Befundbericht – Pathologie	Dr. Zachert (DZ, VZ), Dr. Tönnies (BZ, GZ), Dr. Kambartel (LZ), Dr. Yakar (weitere Entitäten)	31.03.2020
Kooperation Neurochirurgie	Dr. Kambartel	30.06.2020
Kooperation Brachytherapie	STDM	30.06.2020
Kooperation Westdeutsches Tumorzentrum	Prof. Kubitz	30.06.2020
Kooperationen mit anderen KH	Dr. Engels	31.10.2020
Gemeinsame Veranstaltungsplanung	Dr. Kambartel, Hr. Drückes	31.03.2020
Anschaffung ODOK-Modul „Pankreas“	Hr. Drückes, Dr. Zachert, Hr. Eidmann	01.01.2021
Festlegung von Kennzahlen / Q-Indikatoren für weitere Entitäten	Hr. Drückes (mit den Leitungen)	31.12.2020
Fortbildung der Tumordokumentarinnen mit Blick auf die Dateneingabe im gynäkologischen Zentrum	Hr. Drückes	30.03.2020
Erneute Besprechung (Einkauf, Med-Tech, EDV) zur Umsetzung der Matrizen zur Einweisungsdokumentation.	R. Drückes	31.03.2020
Umsetzung der Online-Pflichtschulungen im Datenschutz	Alle Leitungen / Akademie zur Rückmeldung	31.03.2021
Überarbeitung der Desinfektionspläne	Team Hygiene	31.03.2020
Höhere Durchdringung des Scannen der Einverständniserklärung (OPM)	Dr. Liebisch / Dr. Mattonet	31.12.2020 (Kontrolle im internen Audit 2021)
Diskussion anderer Termin-Slots für die Tumorkonferenz im BZ	Dr. Trnka / Dr. Tönnies	31.12.2020
Implementierung von Strukturen und Prozessen („Lotsenfunktion der FKP“ durch Austausch zwischen Koordinatoren, FKP und PDL	Dr. Kambartel	31.12.2020
Gedankenaustausch über alternative Möglichkeiten die Zufriedenheit der Zuweisenden zu erheben	R. Drückes (QM-Team)	31.12.2020
Ausbau der Studienteilnahme / Gespräche über geeignete Studien mit OPM und WTZ	Dr. Tönnies	31.12.2020

**Moers, Oktober 2020**

gez. Dr. K. Kambartel  
Dr. K. Kambartel  
Leiter OZBM

gez. S. Döhrmann-Sohr  
S. Döhrmann-Sohr  
Stv. Leiterin OZBM

gez. R. Drückes  
R. Drückes  
Koordinator OZBM

gez. Dr. R. Engels  
Dr. R. Engels  
Vorstand Stiftung Krankenhaus für  
die Grafschaft Moers

**Moers, Oktober 2020**



Dr. K. Kambartel  
Leiter OZBM



S. Döhrmann-Sohr  
Stv. Leiterin OZBM



R. Drückes  
Koordinator OZBM



Dr. R. Engels  
Vorstand Stiftung Krankenhaus für  
die Grafschaft Moers