

Auditbericht
Lungenkrebszentrum Osnabrück am Krankenhaus St. Raphael
Ostercappeln

Lunge

Standort 1 Krankenhaus St. Raphael Ostercappeln, Niels-Stensen-Kliniken

FAL-Z024

Standort 2 -----

Reg. Nr.

Leiter Zentrum Herr Dr. Ludger Hillejan

Zentrumskoordinator Herr Dr. Gunther Richardsen

Auditzeitraum Audit Start: 09.04.2018

Audit Ende: 09.04.2018

Übergabe Auditbericht 16.05.2018

- 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 |
| Herr Dr. med. Dipl. Oec. E. Hecker | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dr. med. Dipl.-Oec. Erich Hecker

Leitender Fachexperte

Auditbericht

Gesamteindruck

Das erste Überwachungsaudit des Lungenkrebszentrums Osnabrück am Krankenhaus St. Raphael in Ostercappeln fand am 09.04.2018 statt.

Das Lungenkrebszentrum wurde 2011 erstzertifiziert, 2014 und 2017 erfolgreich re-zertifiziert und stellt sich nun dem ersten Überwachungsaudit der Deutschen Krebsgesellschaft. Die vorangegangenen Audits waren jeweils erfolgreich absolviert worden.

Der Fachexperte wurde in sehr freundlicher Atmosphäre empfangen. Die Behandlung während des gesamten Überwachungsaudits war stets uneingeschränkt positiv. Die Wertigkeit des Audittermins für das Zentrum wurde durch die permanente Anwesenheit des Zentrumleiters Herr Dr. Ludger Hillejan (Chefarzt der Thoraxchirurgie), Herrn Dr. Christoph Hünermann (Chefarzt der Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin, stellvertretender Zentrumsleiter), Herrn Dr. Gunther Richardsen (Oberarzt der Klinik für Thoraxchirurgie, Zentrumskoordinator) und Frau R. Rommel (QM-Koordinatorin, stellvertretende Pflegedirektorin) ausgedrückt. Die genannten Personen waren während der gesamten Auditzeit stets anwesend.

Die Auditeröffnung als auch die Abschlussbesprechung fanden in Anwesenheit quasi aller Fachbereiche des Zentrums inkl. der Pflegedirektion und der Geschäftsführung statt.

Die im Audit besprochenen Bereiche waren alle durch kompetente Ansprechpartner vertreten, sodass alle Fragen, die sich aus dem Erhebungsbogen oder dem Datenblatt ergeben hatten, stets umfänglich beantwortet werden konnten.

Herr Dr. Richardsen und Herr Dr. Hillejan hatten sämtliche Daten des Datenblattes in einer sehr umfassenden Präsentation vorbereitet; die dazu gehörigen statistischen Analysen waren exzellent ausgearbeitet und durch die detaillierte und effektive Zusammenfassung der Darstellung des Zentrums und seiner Entwicklung, jeweils über mehrere Jahre, vorgetragen von Herrn Dr. Hillejan, waren abschließend keine inhaltlichen Aspekte unbeantwortet.

Besonders erfreulich hervorzuheben ist die kontinuierliche Diskussionsbereitschaft um inhaltliche Fragen. Wie schon im Vorjahresaudit ist die Art der Kommunikation während des Audittermins als auch die Präsentation der Philosophie des Organkrebszentrums und der gelebten Interdisziplinarität eines der uneingeschränkt positiven Merkmale dieses Zentrums.

Der Gesamteindruck im ersten Überwachungsaudit war positiv ohne Einschränkung.

Im Audit wurden keine Abweichungen festgestellt.

Die im Auditbericht genannten Hinweise sollten der Weiterentwicklung des Zentrums dienen.

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) | <p>Die Dokumente der Geschäftsordnung und die Verträge mit den Kooperationspartnern waren im vorherigen Audit eingesehen worden und waren vollumfänglich, die Ergänzung um Frau Dr. P. Hoffknecht hat stattgefunden.</p> <p>Das MVZ Onkologie und die Detektion Thoraxonkologie stehen seit 2017 unter der Leitung von Frau Dr. P. Hoffknecht.</p> <p>Das Lungenkrebszentrum benutzt ein Managementhandbuch, dessen Strukturen und Inhalte im Vorjahr ausgiebig betrachtet wurden.</p> <p>Sämtliche vorgelegten aktuellen Dokumente waren auf dem neusten Stand und enthielten alle Vorgaben, die im Erhebungsbogen gefordert wurden.</p> <p>Die Managementbewertung für das Jahr 2017, Freigabe am 09.04.2018, wurde beim Audit ausgiebig betrachtet und als fehlerfrei bewertet.</p> <p>Das Leitbild des Lungenkrebszentrums ist unverändert am Leitbild der Niels-Stensen-Klinik assoziiert. Qualitätsziele sind definiert.</p> <p>Die Managementbewertung wird in der Steuerteamsitzung überprüft und in regelmäßigen Qualitätszirkeln überprüft.</p> <p>Die Ansprechpartner und Kooperationspartner sind in Patienteninformationsmappen-Homepage aufgeführt und mit den entsprechenden Erreichbarkeitsdaten hinterlegt.</p> <p>SOP's für die Behandlungspfade sind existent.</p> |
| | Hinweis(e) | <p>Qualitätsziele müssen messbar und nachvollziehbar überprüfbar sein. => Die Definition von quantitativen Qualitätszielen sollte daher im Bestreben eines Lungenkrebszentrums auf diese Parameter ausgerichtet sein.</p> <p>Es existieren keine SOPs für die Tumorkonferenz, was zur Optimierung des Standards in einem solchen Zentrum selbstverständlich sein sollte. Die Nicht-Einheitlichkeit der Tumorkonferenzempfehlung, insbesondere bei der Festlegung zum mediastinalen Staging, machte dies bei der Patientenaktenüberprüfung deutlich.</p> <p>Es sollten in einem Lungenkrebszentrum SOPs für</p> <ul style="list-style-type: none"> • das mediastinale standardisierte Staging, • die Indikationsstellung Stereotaxie, • die Vorgehensweise im Falle der Oligometastasierung vorliegen. |
| | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

| | | |
|-----------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit | Feststellung(en) | <p>Die Primärfallliste wurde zu Beginn des Audits vorgelegt und durch Stichprobenkontrolle hinsichtlich der Vollständigkeit überprüft.</p> <p>Die qualitative Leistungsstärke des Zentrums mit Entwicklung der Kennzahlen (365/392/388/394/429/992/355/455/442) zeigt eine stabile, sehr zufriedenstellende Entwicklung. Das Verhältnis der Tumorstadien im Datenblatt ist nachvollziehbar.</p> <p>Die Quote der Tumorkonferenzvorstellung beträgt 98,64% prätherapeutisch 100%, posttherapeutisch im Stadium IB bis IIIB, Rezidive wurden zu 100% vorgestellt.</p> <p>Die beiden Tumorkonferenzen (Montag 17:00 Uhr und Donnerstag ab 07:15 Uhr) finden mit definierten Vertretern für Thoraxchirurgie, Pneumologie, Radiologie, Nuklearmedizin, Onkologie, Strahlentherapie, Pathologie, Palliativmedizin und Psychoonkologie statt. Für die Hauptbehandlungspartner sind die jeweiligen Vertreter namentlich benannt.</p> <p>Die Qualitätszirkel des Lungenkrebszentrums wurden hinsichtlich der Teilnehmerliste und der Ergebnisprotokolle exemplarisch angesehen und entsprachen den Vorgaben.</p> <p>Die Morbiditäts- und Letalitätskonferenz wurden exemplarisch hinsichtlich der Teilnehmerliste und Ergebnisprotokolle angesehen und entsprachen vollumfänglich den Vorgaben.</p> |
| | Hinweis(e) | Das Verhältnis von frühen Tumorstadien zu operativen Fällen im Stadium I sollte überprüft werden, da die Quote zugunsten der Nicht-OP-Fälle besteht, was ungewöhnlich ist. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge | Feststellung(en) | Nicht Bestandteil des Audits. |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

| | | |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.4 Psychoonkologie | Feststellung(en) | <p>Im Krankenhaus St. Raphael sind Frau Dipl. Psychoonkologin R. Nebel, anerkannte Psychoonkologin nach PSO, und Frau B. Schelling, Fachärztin für Innere Medizin und Palliativmedizin, ebenfalls anerkannte Psychologin, tätig. Die beiden Psychoonkologinnen vertreten sich gegenseitig.</p> <p>Am Franziskus-Hospital Harderberg sind die Dipl. Psychologin E. Roesch und die Dipl. Psychologin D. Botermans tätig, Frau Dipl. Psychologin J. Krah ist Psychoonkologin in Ausbildung, die sich im Urlaubs- und Krankheitsfall gegenseitig vertreten.</p> <p>Das psychoonkologische Screening erfolgt über den Hornheider Fragebogen.</p> <p>Alle Patienten werden zeitnah nach stationärer Aufnahme von den Psychoonkologen persönlich aufgesucht und im Rahmen eines kurzen Vorstellungsgesprächs kontaktiert, wodurch die niederschweligen Gesprächsangebote dargestellt werden und das Portfolio der Psychoonkologie transparent gemacht wird. Es existieren Internetflyer in den Patienteninformationsmappen, außerdem ist das therapeutische Personal (ärztlicher Dienst, Pflegedienst) angewiesen, die Patienten auf die Möglichkeit der psychoonkologischen Betreuung hinzuweisen.</p> |
| | Hinweis(e) | Durch die engmaschige Einbindung aller Berufsgruppen und die persönliche Anstrengung der Psychoonkologen ist die Betreuungsquote des Lungenkrebszentrums mit 68% hervorragend. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation | Feststellung(en) | <p>Am Krankenhaus St. Raphael sind Dipl. Sozialpädagogin Frau M. Oster und Dipl. Sozialpädagoge Herr A. Meinert tätig.</p> <p>Am Franziskus-Hospital Harderberg Dipl. Sozialpädagoge Herr R. Metzler und Dipl.-Sozialpädagogin Frau C. Jochmann.</p> <p>Die Betreuungsquote im Lungenkrebszentrum betrug 52,07%.</p> |
| | Hinweis(e) | <p>Die schon im Vorjahr aufgeführte, zu knapp bemessene Personalausstattung des Sozialdienstes muss bezogen auf die Anzahl der Primärfälle mit 1,38 VK nur für das Lungenkrebszentrum kalkuliert werden.</p> <p>Da das gesetzlich vorgeschriebene Entlassungsmanagement den Sozialdienst zusätzlich bindet, muss eine Aufstockung der Personalsituation im Sozialdienst erfolgen.</p> <p>Der Hinweis, dass die Sozialdienstbetreuungsquote schon im Vorjahr mit 54,39% und nun mit 52,07% im unteren Bereich der Betreuungsleistung aller Lungenkrebszentren in Deutschland liegt/lag, ist mit den veränderten Rahmenbedingungen ein deutlicher Hinweis zur Notwendigkeit einer Änderung der Personalstruktur.</p> |
| | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

| | | |
|------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.6 Patientenbeteiligung | Feststellung(en) | Regelmäßige Patientenveranstaltungen haben stattgefunden. Neue Informationsflyer sind existent, außerdem gab es eine achtseitige Zeitungsbeilage in exzellenter Qualität mit Berichten über und aus dem Lungenkrebszentrum, dessen Bestandteil das Lungenkrebszentrum ist. |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 1.7 Studienmanagement | Feststellung(en) | Nicht Bestandteil des Audits. |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 1.8 Pflege | Feststellung(en) | Nicht Bestandteil des Audits, da die onkologische Therapie am Franziskus-Hospital Harderberg stattfindet, das beim Audit 2018 nicht begangen wurde. |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche | Feststellung(en) | Nicht Bestandteil des Audits. |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

| | | | |
|---|-----------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Organspezifische Diagnostik | Feststellung(en) | <p>1. Hervorzuheben ist die geplante Umbausituation der Lungenfunktion, die im Jahr 2018 abgeschlossen werden soll.</p> <p>2. Ebenfalls hervorzuheben ist, dass die Aufarbeitungskonzeption in der Endoskopieabteilung dem Hinweis im letzten Auditbericht folgend baulich geändert wurde und entsprechend die aktuellsten Hygieneanforderungen umsetzt.</p> <p>Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten am Standort Ostercappeln sind unverändert durch die Ermächtigungsambulanz von Herrn Dr. Hillejan, Konsildienst für andere Krankenhäuser, der Privatsprechstunde von Herrn Dr. Hillejan, Herrn Dr. Hünermann sowie prä- und poststationär möglich als auch im MVZ Onkologie im Krankenhaus Harderberg durch Frau Dr. Hoffknecht.</p> <p>Sprechstunden sind täglich von Montag bis Freitag möglich.</p> <p>Die Diagnostik für Lungenkrebspatienten im ambulanten Bereich ist am Standort Ostercappeln für alle Untersuchungsmöglichkeiten gegeben.</p> <p>Die bronchologische Expertise des Zentrums ist mit 3.251 Bronchoskopien und 120 interventionellen Eingriffen exzellent.</p> <p>Erfreulich hervorzuheben ist, dass Bronchoskopien inkl. sämtlicher Untersuchungsmöglichkeiten und aller interventionellen Verfahren in beiden Abteilungen (Thoraxchirurgie und Pneumologie) etabliert sind.</p> |
| | | Hinweis(e) | <p>Es existiert keine SOP über den Ablauf der Endoskopie hinsichtlich des Standards welche Stationen, in welcher Technik und in welcher Quantität Punktionen / Biopsien erfolgen. => Hier sollte einer Harmonisierung / Standardvorgabe für alle Untersucher beider Abteilungen umgesetzt werden.</p> |
| | | Abweichung(en) | Keine. |
| 3 | Radiologie | Feststellung(en) | <p>Die Betrachtung des Erhebungsbogens zeigte, dass alle Vorgaben erfüllt sind.</p> <p>Herr Dr. Sauer, Chefarzt im Krankenhaus St. Raphael, Ostercappel und am Franziskus-Hospital Harderberg bietet die Möglichkeiten für CT, CT-gesteuerte Biopsien, konventionelles digitales Röntgen und Durchleuchtungsuntersuchungen und sichert die fachärztliche Hintergrundversorgung über Tele-Radiologie außerhalb der Regelarbeitszeiten.</p> <p>MRT-Untersuchungen erfolgen im Franziskus-Hospital Harderberg in Kooperation mit der Praxis Drewes und Partner.</p> |
| | | Hinweis(e) | Keine. |
| | | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

| | | | |
|---|---------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4 | Nuklearmedizin | Feststellung(en) | <p>Die nuklearmedizinische Sicherstellung erfolgt über das Röntgen-Nuklear-Institut Drewes und Partner.</p> <p>Ein PET-CT mit Low Dose-Kamera ist arbeitstäglich verfügbar, ebenso eine Doppelkopfkamera mit Ganzkörperzusatz und SPECT sowie eine Lungenperfusionsszintigraphie mit Quantifizierung.</p> <p>Die entsprechenden SOPs liegen vor.</p> |
| | | Hinweis(e) | <p>Eine Überprüfung der eigenen Ergebnisqualität der PET-CT-Bewertung Mediastinum/Primarius im Vergleich mit den histologischen Untersuchungen der Pathologie nach anatomischer Resektion hat bisher nicht stattgefunden.</p> <p>Dies sollte zur Qualitätssicherung in einem Lungenkrebszentrum regelmäßig erfolgen.</p> |
| | | Abweichung(en) | Keine. |
| 5 | Operative Onkologie | Feststellung(en) | <p>Die Klinik für Thoraxchirurgie unter der Leitung von Herrn Dr. Hillejan führt sämtliche Operationen des Fachgebietes durch.</p> <p>Für alle Operationstechniken besteht eine hohe Expertise.</p> <p>Die Klinik ist zertifiziert als Thoraxzentrum der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie, wodurch die Vorgaben, die für ein Lungenkrebszentrum gefordert sind, vielfach übertroffen werden; die Re-Zertifizierung als Thoraxzentrum hat zuletzt am 11.07.2016 stattgefunden.</p> <p>Die operative Ergebnisqualität ist sehr gut. Die Anzahl der anatomischen Resektionen zeigt zwar tendenziell einen geringgradigen Rückgang über die letzten Jahre, wobei die Absolutzahl weiterhin erheblich über der geforderten Norm liegt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Quote der Pneumonektomien ist erfreulich niedrig (8,87%). • Die Anzahl der broncho-/angioplastischen Eingriffe wird nur um 0,32% unterschritten. • 30-Tage Letalität und postoperative Stumpfsuffizienz sind mit 0,81% herausragend. • Die Quote der Revisionsoperationen liegt mit 6,45% deutlich unterhalb der geforderten Mindestgrenze (<10%). • Die Anzahl der lokalen R0-Resektionen im Stadium IA/B, IIA/B und IIIA/B liegen jeweils deutlich über der geforderten Norm (97,92% vs.95%; 96% vs. 85%). <p>Operationsindikationen werden täglich durch die Abteilungsleiter oder seinen oberärztlichen Vertreter überprüft. Die Indikationsbesprechung wird schriftlich dokumentiert.</p> <p>Die Versorgungsqualität auf der interdisziplinären Intensivstation ist sehr gut. Die Intensivstation entspricht in sämtlichen Bereichen modernsten Standards.</p> <p>Die Hygienerahmenbedingungen sind exzellent umgesetzt und weit über den geforderten Mindeststandard hinsichtlich der Ergebnisqualität.</p> |

Auditbericht

| | | |
|---|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 2017 wurde ein ABS-Team neu implementiert und hat die noch bestehende Lücke moderner Infektiologie am Standort geschlossen. |
| | Hinweis(e) | <p>Die Quote der VATS-Lobektomien sollte evaluiert werden, ebenso die entsprechende OP-Dauer und operative/ onkologische Ergebnisqualität im Vergleich zu offenen Verfahren für die Stadien T1a-T2b N0/N1, da nur für diese Tumorentitäten Empfehlungen zur Durchführung einer VATS-Lobektomie vorliegen.</p> <p><u>Erneuter Hinweis:</u> Anschaffung einer eigenen ECMO/iLA aktiv / passiv zur Erweiterung der intensivmedizinischen Kernkompetenz und zur Erweiterung des operativen Spektrums.</p> <p><u>Erneuter Hinweis:</u> Konzeptionell sollten der Träger und die Klinikleiter die Implementierung einer eigenständigen Weaning-Einheit und einer echten Intermediate Care prüfen, da diese das Leistungsportfolio des ansonsten sehr kompetent aufgestellten, interdisziplinären Zentrums vervollständigen würden.</p> |
| | Abweichung(en) | Keine. |
| 6 | Medikamentöse / Internistische Onkologie | <p>Feststellung(en)</p> <p>Die Sektion Thoraxonkologie wurde im April 2015 eingerichtet und steht seit 2017 unter der Leitung von Frau Dr. P. Hoffknecht.</p> <p>Die stationäre Versorgung und die ambulante Therapie im MVZ II, in der Onkologie am Franziskus-Hospital Harderberg erfolgen durch Frau Dr. Hoffknecht, Frau Dr. Lütke-Heckenkamp und Herrn Dr. Wamhoff.</p> <p>Die Verfahren für die medikamentöse onkologische Therapie erfolgen strikt analog der Leitlinie der Fachgesellschaften (Onkopedia, S3-Leitlinie, ESMO). Patienten mit Mutationen (EGFR) mit entsprechender Therapie waren</p> <ul style="list-style-type: none"> • ALK N=4, • ROS1 N=1, • BRAF N=1 sowie • 30% ein PDL1-Nachweis <p>mit Therapiekonsequenz.</p> <p>Durch die Verantwortlichkeit für ambulante und stationäre Therapie unter einer Ägide von Frau Dr. Hoffknecht wird nahezu jeder Patient hinsichtlich seiner Therapiemöglichkeiten im ambulanten oder stationären Bereich im gleichen „Setting“ evaluiert.</p> |
| | Hinweis(e) | <p>Eine Standardisierung „Welcher Patient wird ambulant behandelt, welcher stationär“ existiert noch nicht.</p> <p>Die SA und SAE werden konsequent dokumentiert, aber eine systematische Analyse der jährlichen Vorkommnisse ist bisher nicht erfolgt.</p> |
| | Abweichung(en) | Keine. |

Auditbericht

| | | | |
|----|----------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | Radioonkologie | Feststellung(en) | Sämtliche Anforderungen an eine Radioonkologie werden weit über das geforderte Maß hinaus erfüllt. Die strukturellen Grundüberlegungen, die Herr PD Dr. Bölling in dem neu eröffneten Strahlentherapiezentrum am Franziskus-Hospital Harderberg 2016 umgesetzt hat, sind bereits beim letzten Audit als beispielhaft gut dargestellt worden. |
| | | Hinweis(e) | Die Radioonkologie betreibt eine eigene Nachsorge für bestrahlte Patienten. Es existiert kein Standard wann, womit (konventionelles Röntgen, CT, MRT) und wie oft diese entsprechend strukturierten Nachsorgen der Radioonkologie erfolgen sollen. Dies muss bis zum nächsten Audit umgesetzt sein. |
| | | Abweichung(en) | Keine. |
| | | | |
| 8 | Pathologie | Feststellung(en) | Eine Begehung der Pathologie hat nicht stattgefunden. Sämtliche Daten, die im Erhebungsbogen gefordert sind, werden in vorbildlicher Weise erfüllt. Immunhistochemie und in situ-Hybridisierung erfolgen in der Praxis für Pathologie. Für die Molekularpathologie besteht eine Berufsausübungsgemeinschaft mit der Hämatopathologie Hamburg, Prof. Dr. Tiemann, in einer gemeinsam gegründeten Praxis in Georgsmarienhütten (überörtliche Teilgemeinschaftspraxis). Die Schnellschnittwerte liegen mit 5 bis 45 Minuten in einem Median von 16 Minuten im Normbereich. |
| | | Hinweis(e) | Keine. |
| | | Abweichung(en) | Keine. |
| 9 | Palliativversorgung und Hospizarbeit | Feststellung(en) | Nicht Bestandteil des Audits. |
| | | Hinweis(e) | Keine. |
| | | Abweichung(en) | Keine. |
| 10 | Tumordokumentation / Basisdaten / Kennzahlenbogen / Ergebnisqualität | Feststellung(en) | Die Nachsorgequantität und -qualität durch Frau M. Willen und Frau A. Engel ist mit zusammen 69 Stunden/Woche entsprechend den Hinweisen im Voraudit auf 1,74 VK angehoben worden. Die Tumordokumentation erfolgt im Tumordokumentationsprogramm Celsius 37. Die Überprüfung aus ärztlicher Sicht erfolgt durch den Zentrumskoordinator Herr Dr. Richardsen. Es existiert ein konsequentes Abfragesystem für den Erhalt der vollständigen Tumordokumentation, indem Anfragen an das Krebsregister Niedersachsen, bei Haus- und Fachärzten oder in Einwohnermeldeämtern 1x jährlich aktiv eingeholt werden. Die tumorspezifischen Daten für Overall Survival, Disease-Free Survival und das PFS wurden mit verschiedenen Kaplan-Meier-Kurven zu Auditbeginn demonstriert. |

Auditbericht

| | | |
|--|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Die Follow-Up-Quote des Lungenkrebszentrums stellt einen bundesweiten Spitzenwert dar |
| | Hinweis(e) | Keine. |
| | Abweichung(en) | Keine. |

Kennzahlenbewertung

| KN | Kennzahldefinition | Feststellung(en) / Hinweis(e) | Abweichung |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 1 | Primärfälle des LZ | Keine. | Keine. |
| 2a | Prätherapeutische Tumorkonferenz | Keine. | Keine. |
| 2b | Vorstellung neu aufgetretener Rezidive u/o Fernmetastasen nach vorheriger kurativer Behandlung in Tumorkonferenz | Keine. | Keine. |
| 3 | Tumorkonferenz nach operativer Therapie von Primärfällen Stad. IB-III B | Keine. | Keine. |
| 4 | Psychoonkologische Betreuung | Durch die engmaschige Einbindung aller Berufsgruppen und die persönliche Anstrengung der Psychoonkologen ist die Betreuungsquote des Lungenkrebszentrums mit 68% hervorragend. | Keine. |
| 5 | Beratung Sozialdienst | Keine. | Keine. |
| 6 | Studienteilnahme | Keine. | Keine. |
| 7 | Flexible Bronchoskopie | Keine. | Keine. |
| 8 | Interventionelle bronchologische Eingriffe (Thermische Verfahren u. Stenteinlage) | Keine. | Keine. |
| 9a | Lungenresektionen - Operative Primärfälle anatomische Lungenresektionen | Keine. | Keine. |
| 9b | Lungenresektionen - Operative Expertise - Anzahl anatomische Resektionen | Keine. | Keine. |
| 10 | Anteil Pneumektomien an Lungenresektionen | Keine. | Keine. |
| 11 | Anteil Broncho-/ Angioplastische Operationen an Lungenresektionen | Die Anzahl der broncho-/angioplastischen Eingriffe wird nur um 0,32% unterschritten. | Keine. |
| 12 | 30d-Letalität nach Resektionen | Keine. | Keine. |
| 13 | Postoperative Bronchusstumpf-/Anastomosensinsuffizienz | Keine. | Keine. |
| 14 | Revisionsoperationen | Keine. | Keine. |
| 15 | Lokale R0-Resektionen im Stadium IA/B u. IIA/B | Keine. | Keine. |
| 16 | Lokale R0-Resektionen im Stadium IIIA/B | Keine. | Keine. |
| 17 | Thorakale Bestrahlungen | Keine. | Keine. |
| 18 | Pathologische Begutachtungen | Keine. | Keine. |
| 19 | Adjuvante Cisplatinhaltige Chemotherapie Stad. II-III A1/2 | Keine. | Keine. |
| 20 | Kombinierte Radiochemotherapie im Stad. IIIA4/IIIB/IIIC | Keine. | Keine. |