

## Auditbericht 2021

### Darmkrebszentrum Lörrach

		Darm	Pankreas	Leber	Magen	Speise- röhre
		Bearbeitung OnkoZert				
<b>Standort 1</b>	Darmkrebszentrum Lörrach	FAD-Z053	Reg. Nr.	Reg. Nr.	Reg. Nr.	Reg. Nr.
<b>Standort 2</b>		Reg. Nr.	Reg. Nr.	Reg. Nr.	Reg. Nr.	Reg. Nr.

**Leiter Zentrum** LOA Herr Dr. med. Igor Maul

**Zentrumskoordinator** Frau Petra Uhlemann

**Auditzeitraum** Audit Start: 29.03.2021

Audit Ende: 30.03.2021

**Übergabe Auditbericht** 15.04.2021

- 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	Mitarbeiter OnkoZert
Herr Dr. Joachim Köhler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herr Prof. Dr. med. Knut A. Böttcher	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dr. Joachim Köhler

Leitender Fachexperte

## Auditbericht 2021

### Gesamteindruck

Das Darmkrebszentrum Lörrach wurde vom 29.03.2021 bis zum 30.03.2021 dem zweiten Wiederholaudit unterzogen. Inhaltliche Grundlagen waren die zeitgerecht bei OnkoZert eingereichten Unterlagen (Erhebungsbogen, Kennzahlenbogen) als auch die geforderte Konformität mit den fachlichen Anforderungen an Darmkrebszentren (FAD).

Organisatorisch sehr gut vorbereitet, konnte trotz der weiterhin gegebenen Einschränkungen durch SARS Covid 19, eine inhaltlich fast uneingeschränkte Umsetzung erfolgen. Die kollegiale, offene und freundliche und auch insbesondere konstruktive Atmosphäre aller daran Beteiligten sei besonders hervorzuheben. Hervorragend vorbereitet durch die Koordinatorin waren während des gesamten Auditzeitraumes sämtlich Unterlagen griffbereit oder wurden in kürzester Zeit zur Verfügung gestellt. Während der Eröffnung als auch zum Abschluß des Wiederholaudits waren die Hauptkooperationspartner CA PD. Dr. med. C. Hamel (Allgemein- und Visceralchirurgie), LOA PD Dr. med. V. Brass (Gastroenterologie), OÄ Dr. med. M. Wieser (Onkologie) als auch als Vertreterin der Geschäftsführung Fr. GL Pflege K. Knelange anwesend. Während des gesamten Verlaufes erfolgte eine Begleitung durch die Koordinatorin Fr. P. Uhlemann als auch den Darmzentrumsleiter Hr. LOA Dr. med. I. Maul selbst. Das Darmzentrum ist im Konstrukt der Kliniken des Landkreises Lörrach als größtes Haus zentraler Baustein in der Überführung in ein Zentralklinikum mit dessen Bau in Lörrach - Brombach schon begonnen wurde und mit dessen Fertigstellung 2025 gerechnet wird. Der „Lörracher Weg 2.0“ sieht hierbei neben einer Schließung der bisherigen Klinikstandorte Lörrach, Rheinfelden und Schopfheim eine Einbindung des somatischen Leistungsangebotes des St. Elisabethen Krankenhauses vor, sodaß das neue Klinikum incl. der somatischen und psychosomatischen Belange mit 677 Betten acht tagesklinische Plätze in der Psychosomatik anbieten kann.

Nachdem bisher schon, bedingt durch die gynäkologisch onkologische Ausrichtung des St. Elisabethen Krankenhauses, supportive Bereich „zusammengelegt“ bzw. beiderseits synergistisch genutzt worden waren, ist, insbesondere unter Berücksichtigung der bisherigen, sich nun weiter „verdichtenden, aber auch zu erwartend prosperierenden“ Strukturen u.a. betreffs einer auch onkologisch orientiert gesamtstrategischen Ausrichtung des Hauses bei vorhandenen, jedoch nicht genutzten Kompetenzen der Visceralchirurgie (leberchirurgische Eingriffe) und Verzicht auf pankreaschirurgische Eingriffe hier dringlichst die Empfehlung auszusprechen, eine Supportion durch entsprechende Vorhaltung oder Ausweitung insbesondere anästhesiologisch – intensivmedizinischer Kompetenzen im Zentralklinikum anzustreben.

Diese onkologische Positionierung zeigt sich am Zentrum bereits im August 2019 durch die Verstärkung durch Fr. OÄ Dr. med. M. Wieser (Internistische Onkologin, Hämatologin und Palliativmedizinerin). Diese wesentliche Verstärkung der onkologischen Ausrichtung des Klinikums zeigt sich u.a. durch die Leitung der Interdisziplinären Tumorkonferenz. Der OSP Lörrach-Rheinfelden wurde mit Beschluss des Sozialministeriums Baden-Württemberg 2006 eingerichtet und damals zertifiziert. Zwischenzeitlich ist diese Zertifizierung ausgelaufen. Ziel war und ist es durch Zusammenschluss onkologisch tätiger Einrichtungen die Patientenversorgung ständig zu optimieren, unter Beachtung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen eine Qualitätssicherung einzurichten und zu pflegen. Die soziale Beratung und Betreuung von Tumorkranken soll stetig weiter verbessert und auf einem hohen Niveau gehalten werden. Neben einem sozialen und psychoonkologischen Dienst der der umfassenden, optimalen Versorgung der Patienten und deren Angehörigen dienen soll, die die Brückenpflege einer Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung des Patienten sowie seiner Angehörigen. Als Mitglied des OSP Lörrach-Rheinfelden ist Fr. Dr. med. M. Wieser für die Versorgung der stationären onkologischen Patienten verantwortlich.

Die bisher in umliegender kürzester Nähe befindlichen ambulanten Hauptkooperationspartner („Onkologische Schwerpunktpraxis Onkologie Dreiländereck“ und „Strahlentherapie des Universitätsspitals Basel“, niedergelassen in Form eines MVZ) werden die geografische Veränderung ebenfalls mit vornehmen.

Besonders hervorzuheben sind:

- Die gelebte Interdisziplinarität, erkennbar am turnusmäßigen, zweijährlichen Wechsel der Darmzentrumsleitung (aktuell LOA Dr. med. I. Maul (Allgemein- +Visceralchirurgie), zuvor LOA PD Dr. med. V. Brass (Gastroenterologie))
- Die konsequente Aufarbeitung der letztjährigen Hinweise und deren Umsetzungen unter
- Kritischer Analyse und Auseinandersetzung mit der lokalen Situation in der Managementbewertung
- Das herausragende persönliche Engagement der Zentrumskoordinatorin

## Auditbericht 2021

Im zweiten Wiederholaudit wurden keine Abweichungen festgestellt.

Es wurden einige Schwachstellen bzw. Verbesserungspotential festgestellt, die in diesem Bericht unter „Hinweise“ beschrieben sind. Diese Hinweise sind innerhalb der nächsten Wochen auszuwerten und auf deren Basis konkrete Aktionen festzulegen und Maßnahmenableitungen einzuleiten. Als besonders relevant werden folgende Hinweise betrachtet:

- Alle Zentrumspatienten mit Rezidiven, syn- oder metachronen Metastasen müssen vor einer Weiterleitung in der Interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden
- Die Onkologische Fachpflege muß entsprechend den Anforderungen personell möglich gemacht werden sowie
- deren Bedeutung im Gesamtkonzept bzw. für die Chirurgie besser und genauer definiert werden
- Die Einführung einer elektronischen Patientenakte sollte vor einem Umzug ins Zentralklinikum etabliert sein und
- hierbei alle Fachdisziplinen (ärztlicherseits, pflegerisch als auch administrativ) frühzeitig in die notwendigen Erfordernisse der verschiedenen Entitäten einzubinden und damit auch deren Akzeptanz zu stärken
- Die Zeitliche Positionierung der Interdisziplinären Tumorkonferenz

Der Gesamteindruck im zweiten Wiederholaudit ist überwiegend positiv, sodaß die Empfehlung zur Beibehaltung des Zertifikates uneingeschränkt ausgesprochen werden kann.

### Erläuterung Darstellung Einzelergebnis

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

## Auditbericht 2021

### Korrektheit / Vollständigkeit Unterlagen

	i.O.	n.i.O. <sup>1)</sup>	Kommentar
Behandlungsnetzwerk / Kooperationspartner (OncoMap)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.
Erhebungsbogen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.
Datenblatt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Anmerkung OnkoZert</u> Siehe Abschnitt Kennzahlenbewertung - das aktualisierte Datenblatt (KN 8, 11 und 12) ist bis zum 31.05.2021 bei den Fach- experten (in „cc“ OnkoZert) einzureichen.

- 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.
Auflagen Ausschussprotokoll (sofern vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.

### Reduktion Auditzyklus (REDZYK)

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

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

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

## Auditbericht 2021

### Darstellung der Einzelergebnisse

<p>1.1 Struktur des Netzwerks</p>	<p>Feststellung(en)</p>	<p>Wie vereinbart ist im zweijährigen Wechsel nun die Darmzentrumsleitung ist von LOA PD Dr. med. V. Brass auf LOA Dr. med. I. Maul (Allgemein- + Visceralchirurgie) übergegangen. Weiterhin für die Koordination ist Fr. P. Uhlemann zuständig.</p> <p>Die Krankenhausleitung hat insbesondere durch den Zusammenschluß mit dem, u.a. onkologisch ausgerichtetem St. Elisabethenkrankenhaus, die Unterstützung der onkologisch tätigen Fachbereiche als auch durch die Anwesenheit im Audit, die Förderung des Darmzentrums speziell avisiert.</p> <p>Die Kooperationsverträge wurden aufgrund von klinikinternen personellen Veränderungen angepaßt. Sehr engagiert wird durch die Koordinatorin persönlich an jeden Primärfallpatienten ein aufwendig gestalteter Darmzentrumsordner zur Information als auch längerfristigen Dokumentation der spezifischen Behandlungsunterlagen ausgehändigt. Inhaltlich findet sich weiteres supportives Informationsmaterial, womit die weitere Behandlung / Nachsorge mit Informationen gesichert und direkt als auch indirekt eine längerfristige Bindung des Patienten an das Zentrum als auch Neuakquise weiterer Patienten angestrebt wird.</p> <p>Zentraler Bestandteil der weiteren Planung ist der Bau des Zentralklinikums während die bisherigen Kreiskliniken geschlossen und das St. Elisabethenkrankenhaus eingegliedert werden soll. Somit geschuldet sind keine größeren, weiteren Investitionen in eine Weiterentwicklung für Strukturen zu erwarten die dort nicht verwandt werden.</p> <p>Die bisherige Struktur des klinikinternen Netzwerkes zeigt sich sehr unübersichtlich gestaltet und wenig praxisgerecht, sodaß viele Doppelstrukturen zu verzeichnen sind und eine unübersichtliche Dokumentenstruktur vorhanden ist, auch wenn ein Dokumentenlenkungsprogramm vorhanden und für Aktualisierungen verwandt wird. Das Scannen ambulanter Befunde (insbesondere z.B. immanent wichtiger Histologien) ist nicht möglich. Somit ist unter Qualitätsmedizinischen Gesichtspunkten aufgrund „freihändiger“ Text- und Befundkopien möglicherweise eine Fehlerquelle geschaffen.</p> <p>Behandlungsabläufe / SOP`s sind teilweise lose in Blattform vorhanden oder werden auf Station ausgehängt.</p> <p>Die Umsetzung der „Checkliste“ und Einbindung in den viszeralchirurgischen Alltag ist bisher gut gelungen.</p>
	<p>Hinweis(e)</p>	<p>Die dringlich erforderliche Einführung einer umfassenden elektronischen Dokumentation, Archivierung und Inklusion von Fremdbefunden in die Patientenakte ist auf allen Ebenen der Behandlung (insbesondere pflegerischer als auch ärztlicher Bereich) anzustreben. Ferner auch der, datenschutzrechtlich absolut konforme, stationär-ambulante Informationsaustausch der Hauptkooperationspartner sollte hierin Beachtung finden. Die frühzeitige Einbindung aller beteiligten Personen in die Entscheidungsfindung betreffs der Anschaffung der Softwareprogramme wird empfohlen um spezifischen Erfordernissen Rechnung zu leisten und eine hohe Akzeptanz zu erzielen.</p>

## Auditbericht 2021

		<p>„Baumstrukturen“ unter dem Gesichtspunkt von harmonisierten Dokumenten (z.B. Tumorkonferenzprotokoll Darmzentrum / Brustzentrum) könnten Ressourcen freigeben und jeweils nurmehr „kleine“ spezifische EDV - technische Modifikationen erforderlich machen.</p> <p>Ein Koordinatorentreffen aller Zentren (onkologisch-nichtonkologisch) könnte frühzeitig Synergien bündeln helfen und bei einer Neuausrichtung oder anderweitig angestrebten Zentrenbildung frühzeitig Problemlösungen anbieten bzw. abteilungsübergreifend aufzeigen können.</p> <p>Die Einrichtung eines QM, idealerweise zertifiziert, sollte in die „Neustrukturierung / den Neubau“ inhaltlich mit einbezogen werden.</p>
	Abweichung(en)	Keine.
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Feststellung(en)	<p>Die Interdisziplinäre Tumorkonferenz ist zentrales Organ der Therapieempfehlungen des Zentrums. Auf verschiedenen Ebenen wird das Dokument vorbereitet, während der Konferenz für alle ersichtlich dokumentiert, am Folgetag nachgearbeitet und dann allen Hauptbehandlungspartnern zugänglich gemacht. Der hierfür notwendige Personalaufwand ist nicht unerheblich und bindet Ressourcen.</p> <p>Die Qualitätszirkel zeichnen sich durch inhaltlich sehr ansprechende Protokolle (z.B. Therapieentscheid TNT) als Spiegel der stattgehabten Diskussion wider. Neben möglicherweise unumgänglichen Erfordernissen, sind zeitlich nahe aneinanderliegende Termine gewählt worden.</p> <p>Die M&amp;M Konferenzen werden aktuell unter dem Gesichtspunkt klinischer Fallbesprechungen durchgeführt.</p>
	Hinweis(e)	<p>Langfristig sollte, idealerweise noch vor Umzug in das neue Zentralklinikum eine etablierte Software vorhanden sein und diese ein nun so gestaltetes Tumorkonferenzprotokoll aufweisen, das einerseits um eine deutlich differenziertere Darstellung erweitert wurde die relevanten Informationen (ECOG, Studieneinschluß) enthält und dann keiner weiteren Nachbearbeitung bedarf. Inwieweit dieses Dokument, auch als Instrument der Einweiserzufriedenheit und –information betrachtet, neuerlich um ein ergänzendes Schreiben dem Hausarzt zugesandt werden wird ist dem Zentrum überlassen.</p> <p>Inwieweit eine Empfehlung zur konsiliarischen Vorstellung in einer leberchirurgisch – spezifischen Einrichtung ausgesprochen wird, sollte alleinig der Interdisziplinären Tumorkonferenz und der hierin befindlichen leberchirurgischen Expertise überlassen werden.</p> <p>Die Qualitätszirkel sollten auf die vier Quartale verteilt werden. Unter anderem sollte auch eine Vorstellung des Benchmarkingberichtes der DKG hierbei vorgenommen werden und diesen den Hauptbehandlungspartnern entweder in direkter Form oder über eine Laufwerkstruktur zugänglich gemacht werden. Eine „Multiplikation“ im Sinne einer Mitteilung an die niedergelassenen Kollegen, könnte die Akzeptanz des Zentrums weiter vertiefen.</p> <p>Die M&amp;M Konferenzen sollten nach einem spezifischen „Schlüssel“ durchgegangen und protokolliert werden sowie eine finale Empfehlung oder Feststellung enthalten. Ob diese Empfehlungen dann Fallspezifisch zugeordnet archiviert werden,</p>

## Auditbericht 2021

		oder z.B. ein Zentrumsordner mit schreibgeschütztem Protokoll für alle Behandelnden einsehbar vorliegt sollte im Qualitätszirkel entschieden werden. Die Einbindung der Anästhesie im Sinne einer M&M Konferenz bei protrahierten oder letalen Verläufen sollte erfolgen.
	Abweichung(en)	Keine.
1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge	Feststellung(en)	<p>Das Zentrum ist über seine kooperierenden Einweiser vollauf im Bilde. Bei stabilen Strukturen vor Ort, hat sich in den letzten Jahren hier, insbesondere auf dem Sektor der Gastroenterologie, keine Veränderung ergeben.</p> <p>Das Rückmeldesystem des Darmzentrums ist gut organisiert. Die Einführung einer „Medizinischen Gesellschaft“ war bereits mit mehreren Vortragsreihen geplant gewesen. Sie sollte jeden dritten Mittwoch im Monat stattfinden, war bereits über das gesamte Jahr 2020 terminiert und thematisch festgelegt gewesen, mußte jedoch aufgrund der SARS Covid 19 Pandemie abgesagt werden.</p> <p>Nachdem in 2019 eine Einweiserzufriedenheitsermittlung durchgeführt worden war, ist diese für 2022 bereits geplant. Hervorzuheben ist aus der letztmals vorgenommenen Befragung eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Zentrum. Die niedergelassenen Kollegen werden sehr detailliert über die verschiedenen Behandlungsschritte der Patienten informiert. Die Nachsorge wird über die onkologische Schwerpunktpraxis vorgenommen.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.4 Psychoonkologie	Feststellung(en)	Die Psychoonkologin Fr. K. Wenzel stellt sich persönlich im Audit vor. Sehr engagiert berichtet sie über die Betreuung / Behandlung der Patienten. Eingebunden in eine wöchentliche Sozialvisite wird der Zeitpunkt der Ausgabe des Screeningsbogens noch durchaus diskutiert. Sehr lange war dieser im Patientenordner miteinliegend, wurde aber dann hieraus entfernt. Eine Vertretungsregelung ist organisiert. Die Teilnahme an der Interdisziplinären Tumorkonferenz ist möglich und wird durchgeführt.
	Hinweis(e)	<p>Im Rahmen des Erstkontaktes in der Sprechstunde könnte auf die weiteren supportiven Angebote verwiesen werden. Auf die durchaus den Patienten belastende Situation, auch und insbesondere bis zum histopathologischen Ergebnis kann verwiesen werden. Sollte sich grundsätzlich ein Betreuungs- / Therapiebedarf abzeichnen, kann über die Pflege die Psychoonkologie früher konsiliarisch mit hinzugezogen werden. Bestätigt sich die Diagnose einer Neoplasie möglicherweise mit weiter erforderlicher Therapie ist neben der Ausgabe des Screeningbogens grundsätzlich eine Konsilanforderung vorgesehen. Die Differenzierung der &lt; 25 min. Konsiliarbesuche und hierbei z.B. nicht gewünschter weiterer Maßnahmen gegenüber gar nicht stattgefundenener Vorstellung könnte hierbei nochmals unterstützend zur Personalplanung hinzugezogen werden.</p> <p>Eine weitere ambulante Versorgung von Patienten und deren Angehörigen ist gegeben bzw. organisatorisch festgelegt.</p>
	Abweichung(en)	Keine.

## Auditbericht 2021

1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation	Feststellung(en)	Eingebunden in das Team ist die Sozialarbeiterin Fr. L. Scholer persönlich im Audit anwesend. Auch hier darf nochmals speziell auf die sehr gut organisierte „supportive“ wöchentliche Visite verwiesen werden. Sie berichtet über einen manchmal sehr späten Kontakt und rasche Notwendigkeit der Regelung der weiteren Versorgung.
	Hinweis(e)	Analog den bereits im Hause gegebenen Strukturen der Endoprothetik könnte den Patienten im Rahmen der Terminierung in der chirurgischen Ambulanz / Sprechstunde zur Festlegung der weiteren Therapie (nach häuslichen und persönlichen Notwendigkeiten etc.) ein Termin bei den Mitarbeitern der Sozialarbeit / Rehabilitation angeboten werden um bei sich hieraus ergebenden Notwendigkeiten frühzeitig reagieren zu können. Sollte zum Zeitpunkt der Vorstellung bereits eine Neoplasie gesichert sein, könnte die Beratung auch betreffs einer Onkologischen Rehabilitation teilweise schon vorangetrieben werden.
	Abweichung(en)	Keine.
1.6 Patientenbeteiligung	Feststellung(en)	<p>Im Rahmen des Klinikaufenthaltes erhält jeder Darmzentrumspatient einen gelben Informationsordner der neben der Vorstellung des Zentrums, Informationsmaterial supportiver Bereiche etc. beinhaltet, sowie eine Erfassung der ärztlichen Dokumentation, Befunde, OP-Berichte etc. erlaubt. U.a. sind in diesem Ordner auch Bögen der laufend erhobenen Patientenbefragung einliegend. Entweder direkt am Ende des stationären Behandlungsaufenthaltes oder dann postalisch werden diese wieder eingefordert.</p> <p>Das Informationsmaterial des Ordners erleichtert u.a. auch eine Kontaktaufnahme mit der ILCO. Hier ist im Audit Hr. Roland Hofmann anwesend, der sehr engagiert über seine Arbeit und die Beratung der Patienten berichtet. Der Informationsfluß betreffs einer datenschutzkonformen Weitergabe von Patientendaten ist im Rahmen eines umfassenden Beratungsgesprächs und schriftlicher patientenseitiger Zustimmung bei Aushändigung des Ordners bereits erfolgt. Die Anbindung durch die Gruppe Südschwarzwald geschieht hochengagiert teilweise noch direkt während des stationären Aufenthaltes. Der im letztjährigen Audit bereits erwähnte und geplante Kooperationsvertrag ist erfolgt. Patientenveranstaltungen selbst konnten noch im Februar 2020 durchgeführt werden. Weitere geplante Termine mußten aus bekannten Gründen abgesagt werden.</p> <p>Es wird anhängend bzw. drucktechnisch integriert ein Nachsorgeschema für die Patienten angehängt, was die notwendigsten Angaben enthält.</p>
	Hinweis(e)	Eine detailliertere Darstellung der empfohlenen Nachsorgeuntersuchungen inkl. z.B. der noch zu vervollständigenden Koloskopie könnte mit, EDV technisch hinterlegten Formeln, einen „circa Zeitpunkt“ für den Patienten und den Hausarzt generieren, sodaß die zeitliche Zuordnung einen verbindlicheren Charakter hätte.
	Abweichung(en)	Keine.



## Auditbericht 2021

1.7 Studienmanagement	Feststellung(en)	Das Studiensekretariat ist in der Onkologischen Praxis angesiedelt. Zum Zeitpunkt des Audits waren aufgrund Krankheit leider keine Mitarbeiter anwesend. Die Räumlichkeiten in der Praxis (Verschluß der Ordner / Datensicherheit) ist gewährleistet. Die Studienquote wird für 2020 erfüllt. Bei der Betrachtung des Tumorkonferenzprotokoll zeigt sich bereits, dass die Vorgabe eines ECOG Status vorgesehen ist, was allerdings kaum vorgenommen wurde.
	Hinweis(e)	Eine Sichtung der Tumorkonferenzanmeldungen durch das Studiensekretariat im Rahmen des Anmeldeprozedere könnte eine Optimierung seitens der Studienfähigkeit der Patienten (siehe u. a. ECOG Angabe im Protokoll), eine Sensibilisierung der behandelnden Kollegen hinsichtlich einer Patienteninformation, als auch ein effektiveres und einfacheres Praescreening von Patienten erlauben.
	Abweichung(en)	Keine.
1.8 Pflege	Feststellung(en)	<p>Im Audit konnte aufgrund der Hygienemaßnahmen keine Station besucht werden. Es stellt sich Hr. B. Riebl als ein extrem motivierter onkologischer Fachpfleger vor, der in der Onkologie stellentechnisch verordnet, dem Darmzentrum konsiliarisch zur Verfügung steht. Viele seiner spezifischen Einbindungen in die „onkologisch – fachspezifischen Tätigkeiten, erfolgten im vergangenen Jahr direkt auch an chirurgischen Patienten, nachdem aufgrund der zeitweise sehr hohen Belegung (bis zu 100 SARS Covid 19 Fälle) auch damit eine Auflösung von bisherigen Stationszuordnungen vorgenommen werden mußte und eine „Konzentration“ von onkologischen Patienten stattfand. Von Hr. Riebl geplante Weiterbildungsmaßnahmen der „konventionellen“ chirurgischen Pflegekräfte konnten dann im laufenden Jahr, nicht in größeren Gruppen erfolgen, werden aber tagesaktuell vorgenommen. Ähnliche Bedingungen sind nun auch in diesem Jahr wiederum gegeben. Es waren mehrfache Versuche unternommen worden, weitere Pflegekräfte in die Weiterbildung zur Onkologischen Fachpflege zu motivieren. Derzeit sind zwei Kolleginnen möglicherweise für eine Weiterbildung zu gewinnen.</p> <p>Eng in die Behandlung von Patienten durch Wundkompetenz- als auch Stomaversorgung und deren geforderte Ausbildung involviert, besteht hier eine besondere, für die Patienten sehr bereichernde Situation nach dem Mitarbeiterin Fr. Preusch früher primär im ambulanten Bereich tätig, nun im Klinikum angestellt die Kompetenzen und Kenntnisse über die klinikexterne Versorgungssituation und deren Belange exzellent überblickt. Ein Weiterbildungsplan existiert.</p>
	Hinweis(e)	<p>Eine onkologische Fachpflegekraft muß konsiliarisch vermehrt dem Darmzentrum zur Verfügung stehen. Auch sollten deren Aufgaben genauer definiert und strukturiert beschrieben werden.</p> <p>Eine Weiterbildung des ärztlichen als auch pflegerischen Personales über die Stomaanlage, Versorgung etc. könnte angeboten werden und die Kompetenzen aller Beteiligten bei Dysfunktionen, abgegangenen Stomabeuteln etc. erhöhen.</p>
	Abweichung(en)	Keine.

## Auditbericht 2021

1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche	Feststellung(en)	<p>Mit sofort merklich hoher Gesprächsführungskompetenz ausgestattet, stellt sich für die Seelsorge stellvertretend Hr. Pfarrer Dr. Christoph Heizler vor. Lebensqualitätsintendiert berichtet der Geistliche in wenigen Worten mitreißend über die Arbeit der ihm anvertrauten Patienten als auch der Mitarbeiter des Klinikums. Im interkonfessionellen Arrangement ist ein Hinzuziehen der Seelsorge jederzeit organisiert, als auch vertretungstechnisch geregelt.</p> <p>Betreffs der Ernährungsberatung, waren in den Vorjahren kritische Fallzahl kurz vor einer Abweichung stehend in den Auditberichten vermerkt worden. Aktuell zeigt sich dies nun deutlich verbessert bzw. behoben. Nachdem die Mitarbeiterin in den Kreis der Sozialvisite integriert ist, können hierdurch sowohl Primärkontakte generiert werden, als auch die Kontrollscreenings bzw. deren Ergebnisse frühzeitig reflektiert werden. Sehr motiviert und engagiert berichtet die Diätassistentin Frau Anne Anti über ihre Tätigkeit.</p>
	Hinweis(e)	<p>Zusammen mit der Psychoonkologie als auch allen anderen an der Behandlung beteiligten, könnte eine SOP / Arbeitsanweisung betreffs des Vorgehens in einer „Krisenintervention“ im Intranet hinterlegt werden. Eine alle Ebenen der Behandlung von Patienten betreffende Weiterbildung „Gesprächsführung Lebensqualitätsintendiert – Problemorientiert“ könnte eine Bereicherung sowohl für die Gesprächsführung mit dem Patienten, als auch der Mitarbeiter untereinander darstellen.</p> <p>Den Ernährungsstatus betrachtend sollte, falls sich schon zum Zeitpunkt der ambulanten Vorstellung eine, noch nicht stationär notwendige Verbesserung des alimentären Zustandes aufzeigen vorliegt, aus der Sprechstunde heraus eine kurzfristige konsiliarischen Beurteilung erfolgen sowie die sehr liebevoll und inhaltlich detailliert erstellten Bögen ausgehändigt werden. Grundsätzlich sollten diese Ratgeber dem Patientenordner beigefügt werden, wobei speziell die Unterlagen zur Ernährungsberatung bei Vorhandensein eines Stomas nur den Rektumkarzinomerkrankten mitbeizufügen sind.</p>
	Abweichung(en)	Keine.
2 Organspezifische Diagnostik	Feststellung(en)	<p>Es wird die chirurgische Ambulanz auditiert. Eine KV Ermächtigung liegt bei Hr. CA PD Dr. med. C. Hamel. Die mehrmals in der Woche stattfindende Sprechstunde weist einen sehr gut durchdachten und geregelten Pfad auf, der keine Lücken erkennen lässt. Eine kurzfristig notwendige Rektoskopie kann ebenfalls ohne größeren Aufwand vorgenommen werden, wobei die räumlichen Gegebenheiten hierbei alle Notwendigkeiten vorhalten. Die Endosonographie erfolgt über die Kollegen der Gastroenterologie. Sämtliche Ausbreitungsdiagnostik ist zeitlich nach den Vorgaben möglich und wird bereits im Rahmen der Sprechstunde organisiert, Fremdbefunde eingelesen und die möglicherweise bereits erfolgte radiologische Diagnostik ins System eingepflegt. Sollte noch eine weitere gynäkologisch urologische Diagnostik oder Therapie notwendig sein, ist dies bereits jetzt organisiert und würde sich, in Bezug auf das neu entstehende „Zentralklinikum“ noch weiter räumlich und zeitlich entschärfen.</p>

## Auditbericht 2021

		<p>Die in den Vorjahren thematisierte Erhebung der Familienanamnese erfolgt nun auch in der neu implementierten Checkliste. In der Tumorkonferenz wird die Beratungsnotwendigkeit einer Genetischen Untersuchung festgelegt und über die Onkologische Praxis „Dreiländereck“ organisiert, dann auch dieser durch Prof. Dr. med. J. Kohlhase vorgenommen. Hierfür existiert eine Kooperationsvereinbarung. Im Jahr 2020 erfolgten sieben Beratungen; Eine Beratung stellte sich nach erfolgter Immunhistochemischer Untersuchung als nicht notwendig heraus. Somit ergibt der Rechenwert, bei knapp 90% (7/8 = 87%). Ein Patient wurde vergessen zu empfehlen, was aber aktiv nachgeholt wurde.</p> <p>Die Endoskopie wird gemeinsam mit LOA PD Dr. med. V. Brass auditiert. Die Räumlichkeiten weisen eine sehr gute Funktionalität auf. Die Mitarbeiter sind hoch motiviert. Bei einer guten apparativen Ausstattung ist nun „softwaretechnisch“ die Dokumentation über WLAN nun auch mit Bildern möglich. Die Überwachungsräume, Aufarbeitungsmaschinerie, die Nachverfolgung der hygienischen Vorgaben zu den einzelnen Untersuchungsgeräten etc. ist sehr gut organisiert und dokumentiert. Als herausragend zu erwähnen sind die wöchentlich organisierten Komplikationsbesprechungen, deren Ergebnis auch den anderen Behandlungspartnern inhaltlich mitgeteilt werden. Es besteht ein sehr hohes Maß an endoskopischer Expertise, das auch im Rahmen der Ausbildung nun weitergegeben wird.</p>
	Hinweis(e)	In die neue elektronische Patientenakte soll ein geleitetes Dokument analog den im Erhebungsbogen empfohlenen „Fragebogen genetische Beratung“ bzw. die „Amsterdam- und Bethesda-kriterien“ eingepflegt werden, der auch um spezifische Belange des Brustzentrums erweitert werden sollte bzw. hier ein „Grundgerüst“ darstellt.
	Abweichung(en)	Keine.
3 Radiologie	Feststellung(en)	<p>Die Radiologie wird gemeinsam mit CA Dr. C. Rozeik als auch der Teamleitung Fr. K. Machts auditiert. Es stehen im zeitkonformen Rahmen alle notwendigen Untersuchungen zur Verfügung. Ferner besteht ein Ausfallkonzept. Auch interventionelle Maßnahmen sind möglich (CT gesteuerte Punktionen und Abszeßdrainagen, Histologiegewinnung etc.). Neben vier Fachärzten befinden sich zwei Assistenten in der Ausbildung. Eine 24 h Dienst besteht nicht. Sollte nachts eine computertomographische Diagnostik notwendig sein, erfolgt deren fachärztliche Beurteilung telerradiologisch bzw. mittels schriftlicher als auch mündlich telefonischer Kontaktaufnahme zum Anfordernden. Die Bilder selbst werden am nächsten Tag neuerlich abteilungsintern beurteilt und bei divergierenden Ansichten interkollegial besprochen sowie das Ergebnis den anfordernden Kollegen mitgeteilt. Momentan stet ein MRT (1,5 Tesla) sowie ein CT zur Verfügung. Im Zentralklinikum werden dann zwei MRT als auch zwei Computertomographen zur Verfügung stehen. Herauszuheben ist die sehr hohe fachliche Kompetenz der Abteilungsleitung die neben einer kritischen Auseinandersetzung mit externen Befunden auch die Beurteilung inhaltlicher Anforderungen des Erhebungsbogens anbelangt.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.

## Auditbericht 2021

4	Nuklearmedizin	Feststellung(en)	Für Viszeralonkologische Zentren bzw. Darmkrebszentren ist das vorliegende Kapitel nicht mit Fachlichen Anforderungen hinterlegt.
		Hinweis(e)	Keine.
		Abweichung(en)	Keine.
5	Operative Onkologie	Feststellung(en)	<p>CA PD. Dr. med. C. Hamel als auch der Zentrumsleiter LOA Dr. med. I. Maul weisen die fachliche Kompetenz als Zentrumschirurgen auf. Vorbildlich erweist sich die, im „Hintergrund“ gegebene Expertise der Mitarbeiter, sodaß von den 12 Notfalleingriffen des Kennzahlenjahres 2020 nur vier von versierten oberärztlichen Fachärzten durchgeführt wurden.</p> <p>Sehr detailliert haben sich die Kollegen mit dem vorhandenen Instrumentarium (Stapler etc.) und dessen operativen Einsatz insbesondere unter den vorletztjährigen, aber sich im Toleranzbereich bewegenden Zahlen und Patienten auseinandergesetzt, sodaß nachvollziehbar im Kennzahlenjahr 2020 keine Anastomoseninsuffizienzen bei Rektum – als auch nur eine AI bei Kolonkarzinompatienten zu verzeichnen gewesen war. Das Komplikationsmanagement innerhalb der Abteilung, mit Einzelfallbetrachtung und konsekutiven Handlungsempfehlungen, sieht engmaschige Analysen als auch Besprechungen vor; Spezielle betrachtend den einzigen letztjährigen watch &amp; wait Fall, der aktuell ansteht sich einer chirurgischen Therapie zuzuwenden, wird Gegenstand einer M&amp;M Konferenz werden (siehe Protokoll Qualitätszirkel TNT). Die Kompetenzen in Sachen leberchirurgischer Eingriffe ist vorhanden. Selbstlimitierend kritisch evaluierend wird bei kritischer Lokalisation von Metastasen, eine konsiliarische Vorstellung an der Universitätsklinik Freiburg erfolgen.</p> <p>Ergänzend wurde der OP-Bereich mit OP Koordinatorin Fr. R. Wiesmüller auditiert. Ein festgelegtes Procedere anhand einer ausführlichen Patientencheckliste wird demonstriert. Bei hoher zeitlicher Be- als auch Auslastung durch den überregionalen Charakter der Klinikversorgung (insbesondere unfallchirurgischerseits) sind die geforderten operativen Ressourcen vorhanden. Inwieweit diese im Zentralklinikum durch Zusammenlegung erweitert werden (notwendiges Sectioteam etc.) ist noch in Planung.</p>
		Hinweis(e)	Keine.
		Abweichung(en)	Keine.
6	Medikamentöse / Internistische Onkologie	Feststellung(en)	Es wurde die Onkologische Praxis „Onkologie Dreiländereck“ gemeinsam mit Hr. Prof. Dr. med. R. Fischer als auch der dortigen QMB Fr. C. Velten begangen. Der personelle Schlüssel verteilt sich bei 10 VK auf 18 Personen. Die Voraussetzungen der Fachpflegekräfte betreffs der Anzahl der Chemotherapieapplikationen wird weit übertroffen. Ebenso werden die Fallzahlen pro Behandlungseinheit weit erfüllt. Ein Fortbildungsplan besteht. Der Weg des Patienten als auch seiner zu erhaltenden Chemotherapie nachvollziehend, zeigt sich ein durchstrukturierter Prozeß. Täglich werden die terminierten Patienten bzw. deren Therapien vor Beginn besprochen. Dienstags erfolgt dies gemeinsam mit der Strahlentherapie. Ein Notfalltelefon ist eingerichtet bzw. besteht eine Absprache mit den Kollegen der

## Auditbericht 2021

		<p>Onkologie im Klinikum was den Informationsfluß bei einer möglichen notfallmäßig erforderlichen Aufnahme von Patienten vorsieht. Insgesamt stehen in der Praxis 29 Therapieplätze zur Verfügung. Die apparative Ausstattung für eine körperliche Untersuchung (Sonographie) als auch die Basislabordiagnostik sind vorhanden. Umfangreichere Laborwertbestimmungen werden im Labor Clotten in Freiburg, oder bei notfallmäßigen Erfordernissen im Kliniklabor angefordert. Die Praxis selbst ist seit 2005 DIN ISO zertifiziert. Die Vorbereitung der Freigabe einer Therapie analog des Vier Augen Schemas wird nachvollzogen. Die Herstellung der Medikamente erfolgt örtlich sehr nahe in der nur wenig entfernten Bahnhofsapotheke in Lörrach bzw. der kooperierenden Krankenhausapotheke. Auch in Hinsicht auf das neue Zentralklinikum werden sich hier keine längeren Lieferzeiten oder anderweitige Erschwernisse ergeben.</p>
	Hinweis(e)	<p>Nachdem die Nachsorge den niedergelassenen onkologischen Kollegen überlassen ist, muß eine Vorstellung bei neu aufgetretenen Metastasen, Rezidiven etc. grundsätzlich erfolgen und im interdisziplinären Gespräch und unter Berücksichtigung der lokal gegebenen Kompetenzen die Entscheidung über die weitere Therapie auszusprechen.</p>
	Abweichung(en)	Keine.
7	Radioonkologie	<p>Feststellung(en)</p> <p>Es wird das MVZ Strahlentherapie / MVZ Rhenus Ronk, dass eine Dependence des Universitätsspitals Basel / Schweiz darstellt, wird gemeinsam mit ÄL Hr. Dr. med. A. Stein, als auch GF A. Escher auditiert. 2019 ist die Ärztliche Stelle zuletzt vor Ort gewesen. Den Weg des Patienten nachvollziehend werden die verschiedenen Patientenidentifikationsschritte auditiert und die rechtfertigende Indikation, Tumorkonferenzprotokolle bzw. deren Empfehlungen etc. eingesehen. Ein Linearbeschleuniger zur Verfügung. Chemotherapien werden nicht appliziert bzw. besteht hier eine Vereinbarung mit der Onkologie Dreiländereck, die sich im selben Haus befindet. Die Anwesenheit des Strahlentherapeuten in der Interdisziplinären Tumorkonferenz ist gesichert.</p> <p>Aktuelle stehen drei Fachärzte für Strahlentherapie zu 100% als auch fünf Medizinphysikexperten (von zwei in Elternzeit sind) zur Verfügung. Vier MTRA sind in der Praxis angestellt, wobei sich eine weitere in Anerkennung befindet. Ein Ausfallskonzept ist gegeben (via Universitätsspital Basel). Wöchentliche Fortbildungen für alle akademischen Mitarbeiter werden in Zusammenarbeit mit dem Universitätsspital Basel vorgenommen.</p> <p>Hervorzuheben ist ein neues „Infocenter“ im Sinne eines internen QM-Systems, das aktuell neu implementiert wurde. Hier sollen u.a. auch eine Dokumentation über CIRS Fälle etc. erfolgen. Eine Dokumentation der Inhalte von verschiedenen Fortbildungen jeweils den entsprechenden beruflichen Ausrichtungen der Mitarbeiter zuzuordnen (Ärzte, Pflege, Medizinphysikexperte etc.) wird demonstriert.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.

## Auditbericht 2021

8 Pathologie	Feststellung(en)	<p>Nachdem intermittierend über die Jahre hinweg die Pathologie des Universitätsspitals Basel für die Versorgung zuständig war, war diese zum 01.01.2020 an die Universität Freiburg abgegeben worden, wenngleich aufgrund der nicht tolerierten Schnellschnittzeiten dies an Universitätsspital Basel verblieb. Hinzuzufügen ist hierbei allerdings, sollte Gewebe zum Schnellschnitt versandt werden, so wird das gesamte Präparat dann, auch dieser Pathologie zugesandt.</p> <p>Nachdem SARS COVID 19 hygienebedingt die personellen Anwesenheiten in der Tumorkonferenz eingeschränkt hatte bzw. diese Situation wiederum gegeben ist, wird mittels eines standardisierten Videokonferenzsystem die Teilnahme der Pathologie an den Konferenzen sichergestellt.</p> <p>Die Pathologieberichte enthalten die geforderten Informationen, sind aber häufig in mehreren Segmenten, insbesondere für die Tumordokumentation schwierig zuzuordnen.</p>
	Hinweis(e)	Zusammenfassung der Pathologieberichte durch die Universitätspathologie Freiburg zu einem abschließenden Befund mit den im Erhebungsbogen geforderten Inhalten.
	Abweichung(en)	Keine.
9 Palliativversorgung und Hospizarbeit	Feststellung(en)	<p>Die Onkologie ist ebenso wie die Gastroenterologie Teil der Inneren Medizin des Klinikum Lörrach. Ein spezielles stationäres palliativmedizinisches Angebot war bis vor wenigen Jahren noch nicht in diesem Maße vorhanden. Mit der Verpflichtung von Fr. OÄ Dr. M. Wieser, angestellt über den OSP Lörrach-Rheinfeldern, bzw. den dem Klinikum zuzuordnenden Mitarbeiter Hr. Riebl stehen dem Zentrum bzw. dem Klinikum nun u.a. zwei sehr engagierte Mitarbeiter zur Verfügung. An besonderem Angebot für die Patienten und deren Angehörigen sei die enge Zusammenarbeit mit der Brückenpflege als auch der SAPV erwähnt. Die Schmerztherapie ist herbei fester Bestandteil und fachlich entsprechend hinterlegt.</p> <p>Die Zusammenarbeit mit den Hospizen ist in Kooperationsvereinbarungen geregelt.</p> <p>Die Einbindung der Pallidoc Software ist ferner zur Unterstützung der Leistungserbringer bei der Koordination, Dokumentation und Qualitätssicherung in der mobilen Palliativversorgung (SAPV, AAPV, MPT, PKD) als ein sehr nützliches Instrument etabliert.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.

## Auditbericht 2021

10 Tumor- dokumentation	Feststellung(en)	Zur Datenerfassung der Tumordokumentation wird ein nicht sehr häufig verwandtes, allerdings mit viel guter Erfahrung am CCC in Ulm eingesetztes System verwandt, das seit 2003 im Einsatz ist und die entsprechenden Datensätze zuverlässig generiert. Die Darstellung des Kennzahlenbogens als auch der Ergebnisqualität wird über das Krebsregister gewährleistet, an das die Daten versandt werden. Im Audit wurde die Tumordokumentation begangen. Fr. V. Kromer ist die für das Darmkrebszentrum zuständige Dokumentarin die sehr engagiert zum Datenabgleich und Sicherung parallel eine Exceltabelle führt, die weitere spezifische Daten für die hausinterne Qualitätssicherung erhebt. Problemlos werden die Dokumentationsvorgänge erläutert und demonstriert, als auch Daten generiert. Sämtliche Diskussionswürdigen Daten wurden eingehend erläutert, aufgerufen und die Dokumentenqualität ferner in diesem Rahmen durch Aktenstudium verifiziert. Die Arbeit mit der OncoBox wurde erfolgreich demonstriert.
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.

## Auditbericht 2021

### Kennzahlenbewertung Darmkrebszentrum:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
1	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	Keine.	Keine.
2a	Prätherapeutische Fallvorstellung	Keine.	Keine.
2b	Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	Keine.	Keine.
3	Postoperative Fallvorstellung	Keine.	Keine.
4	Psychoonkologische Betreuung	Keine.	Keine.
5	Beratung Sozialdienst	Keine.	Keine.
6	Anteil Studienpatienten	Keine.	Keine.
7	KRK-Patienten mit Erfassung Familienanamnese	Keine.	Keine.
8	Genetische Beratung	Ein Patient erfüllte die Kriterien zur Empfehlung einer genetischen Beratung nicht (somit keine Berücksichtigung im Nenner). Ein Patient wurde vergessen. (7/8 Pat = 87%)	Keine.
9	Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	Keine.	Keine.
10	RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK	Im Rahmen der Anforderung einer histopathologischen Untersuchung am OP ende könnte den Kollegen der Pathologie direkt bei Angabe einer UICCC IV Situation der Auftrag zur Untersuchung RAS / BRAF gegeben werden.	Keine.
11	Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	Die Definition Zähler / Nenner bzw. die Hinzuzählung inkompletter Koloskopien hatte zu der differierenden Zahl geführt. Korrektur im Audit erfolgt.	Keine.
12	Vollständige elektive Koloskopien	Die Definition Zähler / Nenner bzw. die Hinzuzählung inkompletter Koloskopien hatte zu der differierenden Zahl geführt. Korrektur im Audit erfolgt.	Keine.
13	Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel	Grundsätzliche Angabe des Abstandes durchaus auch unter kritischer Anmerkung aktueller Studienergebnisse. Die nicht dokumentierten Fälle wurden erklärend erläutert.	Keine.
14	Operative Primärfälle Kolon	Keine.	Keine.
15	Operative Primärfälle Rektum	Die im Kennzahlenbogen angegebenen Werte wurden überprüft und für korrekt befunden.	Keine.
16	Revisions-OP's Kolon	Die im Kennzahlenbogen angegebenen Werte wurden überprüft und für korrekt befunden.	Keine.
17	Revisions-OP's Rektum	Die im Kennzahlenbogen angegebenen Werte wurden überprüft und für korrekt befunden.	Keine.
18	Anastomoseninsuffizienzen Kolon	Die im Kennzahlenbogen angegebenen Werte wurden überprüft und für korrekt befunden.	Keine.
19	Anastomoseninsuffizienzen Rektum	Die im Kennzahlenbogen angegebenen Werte wurden überprüft und für korrekt befunden.	Keine.
20	Mortalität postoperativ	Keine.	Keine.
21	Lokale R0-Resektionen Rektum	Keine.	Keine.
22	Anzeichnung Stomaposition	Keine.	Keine.
24	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	Keine.	Keine.



## Auditbericht 2021

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
25	Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie	Keine.	Keine.
26	Qualität des TME-Rektum-präparates (Angabe Pathologie)	Keine.	Keine.
27	Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK	Keine.	Keine.
28	Lymphknotenuntersuchung	Grundsätzlich ist von Seiten der Pathologie bei nichterreichten der geforderten Mindestanzahl eine Nachuntersuchung veranlaßt worden; Auch in diesen Fällen. Erklärende Einzelfallbetrachtungen wurden demonstriert.	Keine.
29	Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	Keine.	Keine.

### Optionale Kennzahlen Darmkrebszentrum

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
23a	Lebermetastasenresektion	Im Audit wurde auf die für das Auditjahr 2021 relevante Dokumentation hingewiesen.	Keine.
23b	Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums	Im Audit wurde auf die für das Auditjahr 2021 relevante Dokumentation hingewiesen.	Keine.
23c	Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums	Im Audit wurde auf die für das Auditjahr 2021 relevante Dokumentation hingewiesen.	Keine.
30	MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, Liegedauer)	Im Audit wurde auf die für das Auditjahr 2021 relevante Dokumentation hingewiesen.	Keine.