

Auditbericht 2022

Darmkrebszentrum Lörrach

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

Leiter Zentrum Herr Dr. med. Igor Maul

Zentrumskoordinator Frau Petra Uhlemann

Auditzeitraum Audit Start: 29.03.2022

Audit Ende: 29.03.2022

Übergabe Auditbericht 14.04.2022

- 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. med. Joachim Köhler	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dr. Joachim Köhler

Leitender Fachexperte

Auditbericht 2022

Gesamteindruck

Am 29.03.2022 erfolgte das erste Überwachungsaudit des Darmkrebszentrum Lörrach. Betrachtungszeitraum dieses Audits war gemäß den Vorgaben das letzte vollständige Kalenderjahr 01.01.2021 – 31.12.2021. Hierbei wurde nach den fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) an Darmzentren (FAD) die Konformität mit selbigen geprüft. Grundlagen des Audits waren die zeitgerecht eingereichten Erhebungsbögen des Darmzentrums, der Pathologie und der Radioonkologie, der Kennzahlenbogen mit den Ergebnismatrixen, Besuch der niedergelassenen Hauptbehandlungspartner sowie die Darstellung der supportiven Leistungserbringer am Zentrum selbst.

Die nach dem Auditcheck intermittierend bearbeiteten Unterlagen, weisen einen vollständigen Inhalt auf und sind gut nachvollziehbar vorbereitet. Die individualspezifisch sehr offene, informativ sowie anschaulich dargestellte Positionierung des Zentrums, zeigt dieses gut aufgestellt. Grundsätzlich muss bezüglich der, zwar soliden Personalsituation die geographische spezielle, weil grenznahe Lage des insgesamt dünn besiedelten Landkreises Lörrach mitberücksichtigt werden. Bereits 2017 hatte es auf Schweizer Seite eine Initiative zur Stärkung der Personalsituation in Pflegeberufen gegeben. Anders finanziert, ist die Bezahlung in allen Belangen des Gesundheitswesens sehr gut, insbesondere im direkten Vergleich mit den deutschen Gehältern, auch wenn die Lebenshaltungskosten in der Schweiz über denen Deutschlands liegen. Die Pflegeberufe in der Schweiz zeigen inhaltlich eine deutlich weitreichendere Kompetenz als in vergleichbaren deutschen Bereichen. Somit ist auch eine Personalakquise entsprechend schwierig.

Das Audit selbst wurde durch Leitungsebene des Darmzentrums einer Vertreterin der Geschäftsführung, als auch dem Ärztlichen Direktor eröffnet und den gesamten Zeitraum über vom Darmzentrumsleiter Herrn Dr. Maul, seinem Stellvertreter Herrn PD Dr. Hamel als auch der Darmzentrumskordinatorin Frau Uhlemann begleitet. Umfassend inhaltlich und organisatorisch vorbereitet waren jeder Zeit Rückfragen möglich, Dokumente, häufig elektronisch basiert, einsehbar und wurden sofort mündlich um vertiefende Hintergrundinformationen ergänzt. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist jedoch der wenige Tage zuvor stattgehabter Hackerangriff, der teilweise für langsame Suchverläufe und noch nicht wieder aufgesetzte Bereiche sorgte. Die Atmosphäre im Audit darf als sehr angenehm freundlich, kollegial und von einem offenen Gesprächs- und Austauschklima beherrscht, beschrieben werden. Die im letzten Auditbericht angeregten Veränderungen bzw. eingeleiteten Aktionen zur Weiterentwicklung des Darmkrebszentrums wurden in der Managementbewertung 2021 thematisiert, umfassend verfolgt und den Möglichkeiten nach umgesetzt. Es muss auf den für 2025 geplanten Einzug mit Zusammenführung aller bisherigen Klinikstandorte des Landkreises (Lörrach, Rheinfelden, Schopfheim) in ein neues Zentralklinikum am Rande von Lörrach verwiesen werden, weswegen sich manche Investitionen als wirtschaftlich nicht tragbar oder sinnvoll, wenngleich inhaltlich unbestritten notwendig zeigen. Das Hinzutreten des u.a. onkologisch ausgerichteten St. Elisabethen Krankenhaus (Brustzentrum) und die „Fusion“ zu einem gemeinsamen Klinikum stärken hierbei sicherlich die neoplastische Ausrichtung. Auch wenn eine berichtete Neustrukturierung der Disziplinen für Innere Medizin vorgenommen werden soll, so finden die soliden Tumoren keine dezidierte onkologische Fokussierung. Ein die klinischen Ebenen und Strukturen durchdringender Zentrumsgedanke ohne starre und steile Hierarchien und lebendigem Miteinander zeigt den gelebten interdisziplinären Charakter, die kurzen Wege und einem von allen Beteiligten getragenes Behandlungskonzept. Die Strukturen innerhalb der Klinik zeigen sich sehr gut geeignet, grundsätzlich neoplastisch erkrankte Patienten und speziell Darmkrebspatienten zu behandeln.

Zahlreiche positive Aspekte, die das Weiterentwicklungspotential unterstreichen sind hervorzuheben. Insbesondere

- das außerordentliche Engagement der gesamten Zentrumsleitung und der Zentrumskordinatorin
- der außerordentlich hohe Grad an interner und externer Kommunikation
- der qualitativ hervorzuhebende schriftliche Informationsinhalt als auch -fluß an die Einweiser

Der insgesamt sehr positive Eindruck soll durch Verbesserungsvorschläge nicht gemindert, sondern hierdurch einen Anstoß im Sinne einer weiteren positiven Entwicklung erfahren.

Als besonders relevant werden folgende Hinweise betrachtet:

- Empfehlung der Fortsetzung der quantitativen quartalsweisen kritischen die Einweiserstrukturen mit involvierenden Fallzahlanalyse um eine Stabilisierung der Patientenzahlen zu erzielen

Auditbericht 2022

- Nach dem Weggang der beiden gastroenterologischen Kollegen der Inneren Abteilung ist die Einbeziehung der niedergelassenen Kollegen der gastroenterologischen Praxis sehr gut gelungen. Diese sich mit dem Klinikum eng verbunden fühlenden Ärzte sollten weiterhin im Sinne einer „win-win“ Situation der Patientenversorgung als auch der Zentrumslandschaft wohlwollend verbunden bleiben.

Im Überwachungsaudit wurde eine Abweichung festgestellt:

Abweichung 1 von 1	Am Darmkrebszentrum muß mindestens 1 Onkologische Fachpflegekraft aktiv im Tagdienst angestellt sein. → Zu Zeit ist keine onkologische Fachpflegekraft angestellt. Nach Weggang der Onkologischen Fachpflegekraft Herrn Riebl ist die Stelle vakant und durch keine mit der geforderten Qualifikation benannte Person besetzt.
--------------------	--

Neben dieser Abweichung wurden noch weitere Schwachstellen bzw. Verbesserungspotentiale festgestellt, die in diesem Bericht unter „Hinweise“ beschrieben sind. Die Hinweise in diesem Bericht sind innerhalb der nächsten Wochen auszuwerten. Auf Basis dieser Auswertung sind konkrete Aktionen festzulegen und einzuleiten (Aktionsplan). Als besonders relevant werden folgende Hinweise betrachtet:

- Korrektur der Primärfallzahlen Rektum

Eine Empfehlung zur Aufrechterhaltung des Zertifikates kann unter der Voraussetzung ausgesprochen werden, dass die im Abweichungsprotokoll und ferner die Fallzahlen betreffende Korrektur des Kennzahlenbogens fristgerecht und vollständig behoben wird (Frist: 29.06.2022). Es wird empfohlen, die Nachweise zur Behebung der Abweichung ca. 4 Wochen vor Ablauf der Frist beim Fachexperten zur Bewertung einzureichen (in „cc“ an OnkoZert).

Auditbericht 2022

Korrektheit / Vollständigkeit Unterlagen

	i.O.	n.i.O. ¹⁾	Kommentar
Behandlungsnetzwerk / Kooperationspartner (OncoMap)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anmerkung OnkoZert: Gemäß den Darstellungen im Kapitel 2 ist die Abteilung Gastroenterologie wieder im Stammblatt mit aufzunehmen. Ein aktualisiertes Stammblatt ist bis zum 29.06.2022 bei dem Fachexperten und OnkoZert einzureichen.
Erhebungsbogen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.
Datenblatt	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Korrektur Watch & Wait 6 Primärfälle Ein aktualisiertes Datenblatt ist bis zum 29.06.2022 bei dem Fachexperten und 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.
Auflagen Ausschussprotokoll (sofern vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.

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 2022

Darstellung der Einzelergebnisse

<p>1.1 Struktur des Netzwerks</p>	<p>Feststellung(en)</p>	<p>In den Vorjahren hatte sich die Interdisziplinarität des Zentrums u.a. in den alternierend wechselnden Leitungsfunktionen des Gastroenterologen und Viszeralchirurgen bemerkbar gemacht. Nachdem sich dieses Jahr eine personelle Lücke ergeben hatte, obliegt die Leitung weiterhin Herrn Dr. Maul und die Stellvertretung Herrn PD Dr. Hamel. Ferner sind die Kollegen der gastroenterologischen Praxis Dr. med. Tilman Gerber und Herr Dr. Holger Weiß, zuvor schon als Kooperationspartner mit eingebunden nun in einer temporären Funktion als Hauptkooperationspartner auch im Stammbblatt ausgewiesen. Die im Audit betrachtete patienten- und einweiserzentrierte Sicht hatte auch eine korrekte Darstellung in der OncoMap nachweisen können.</p> <p>Die bereits im Jahr zuvor ausführlich dargestellte Veränderungen der Kreiskliniklandschaft durch Zusammenlegung der vier Kliniken Lörrach (2x), Rheinfelden und Schopfheim in einem Zentralklinikum, hat keine negativen Veränderungen im finanziellen oder zeitlichen Rahmen erfahren. Es kann von einem im Plan befindlichen Stand berichtet werden; allerdings sind die finanziellen Aufwendungen hierfür deutlich angestiegen. Insofern werden hier keine Ressourcen mehr in eine Aktualisierung sicherlich zeitgemäßerer Dokumentations- oder Patientenakten vorgenommen. Die Umsetzung bzw. Perfektionierung der Prozeß- und Strukturqualität in elektronisch hinterlegte Formen wird fernerhin betrieben.</p> <p>Der Weggang des LA PD Dr. Volker Brass als auch des LOA Dr. Muhammed Ali Sellur (FÄ Innere Medizin + Gastroenterologie) haben hier eine personelle Lücke hinterlassen. Überbrückend waren zur Sicherung der gastroenterologischen Expertise zwei Honorarärzte im Klinikum eingesetzt worden. Die Urkunden wurden im Audit vorgelegt. Durch diese wurden auch fachlich korrekt, entsprechende endoskopische Diagnostik vorgenommen. Der schon im Klinikum angestellte OA Dr. Tilman Reichel steht aktuell vor der Prüfung der Zusatzbezeichnung Gastroenterologie bei der Ärztekammer Südbaden. Ein definitiver Termin steht allerdings noch aus; mit diesem ist jedoch in den nächsten Wochen zu rechnen. Die erforderlichen Qualifikationen / Fallzahlen des Kollegen Reichel wurden noch unter PD Dr. Brass und Dr. Sellur erworben. Nachweislich sind die fachlichen Voraussetzungen des Erhebungsbogens bereits jetzt gegeben (>200 Koloskopien / > 50 Polypektomien).</p> <p>Bereits in den Jahren zuvor waren als Kooperationspartner die ambulant tätigen Kollegen der Gastroenterologie Lörrach, Herr Dr. med. Tilman Gerber und Herr Dr. Holger Weiß gewonnen worden. Die Praxis liegt innerhalb der Räumlichkeiten des Klinikums, sodaß für die Patienten sich keine Nachteile im Sinne eines aufwendigen Weges ergeben. Die Versorgung der Patienten ist 24/7 gewährleistet. Im Audit wurden die Fallzahlen der Kollegen vorgelegt, die bereits in einem Quartal die erforderlichen Jahreszahlen deutlichst erfüllt haben (Dr. Gerber 270 Koloskopien / 70 Polypektomien; Dr. Weiß 254 Koloskopien / 40 Polypektomien). Ferner ist zur frühen Mitte des Jahres eine Verstärkung des Gastroenterologischen Teams durch eine neue Leitung als auch zwei weiteren OÄ, alle mit Zusatzbezeichnung Gastroenterologie terminiert, sodaß sich ein Stellenschlüssel</p>
-----------------------------------	-------------------------	---

Auditbericht 2022

		<p>1 CA / 3 OÄ ergibt. Auch die Anwesenheiten in den Tumorkonferenzen war fachlich korrekt stets nachweislich gesichert.</p> <p>Die Verbundenheit der Patienten mit „Ihrem“ Darmkrebszentrum zeigt sich u.a. in den immer wieder im Rahmen von Nachsorgeuntersuchungen mitgebrachten und „gepflegten“ Patientenordnern.</p> <p>Die Qualitätszirkel wurden auf die vier Quartale des Jahres verteilt durchgeführt.</p> <p>Der Internetauftritt ist selbsterklärend und unproblematisch erreichbar. Eine Verknüpfung mit der Darstellung des OSP besteht.</p> <p>Die Hinweise und Empfehlungen des vorjährigen Auditberichtes, als auch eigenständig detektierte Stärken und Schwächen sind in der Managementbewertung inhaltlich sehr umfangreich und detailliert thematisiert worden.</p>
	Hinweis(e)	<p>Die Zusammenführung der Krankenhäuser des Landkreises Lörrach stellt eine einmalige Gelegenheit dar über eine „Erweiterung des Portfolios“ entsprechend des medizinischen Angebotes der bisherigen Kliniken ernsthaft zu diskutieren. Auf Krankenhausleitungsebene diskutiert wird insbesondere die Ausweitung der medizinischen Behandlung hin zu onkologisch urologischen Patienten und Aufbau einer „robotischen Chirurgie“. Dies stellt eine schwierig zu taxierende, ökonomische Bilanzierung dar; erfahrungsgemäß ist jedoch die „Nichtverfügbarkeit“ eines solchen Angebotes mit einem entsprechenden Patientenweggang zu verbinden. Die Zusammenlegung der Kliniken und die sich hieraus ergebende fachüberschreitende operative Tätigkeit, bietet durchaus eine entsprechende Grundlage deren strategische Zustimmung sich momentan im Diskussionsprozeß befindet. Ein Weggang von Patienten in die grenznahe Versorgung der Universitätsklinik Basel sei hierbei berücksichtigt.</p>
	Abweichung(en)	Keine.
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Feststellung(en)	<p>Auch in schwierigen Pandemiezeiten ist ein reger Austausch interdisziplinär zu verzeichnen. Die Tumorkonferenzen sind in ihrem Ablauf fest etabliert. Eine Vorstellung von externen Patienten durch immer wieder kommunizierte Verfahrenswege ist gewährleistet.</p> <p>Die vier Qualitätszirkel wurden in den jeweiligen Quartalen terminiert und hierbei auch M&M Konferenzen, nun ausgerichtet an einem im Verlaufe 2021 erarbeiteten Schema mehrfach durchgeführt. Die entsprechenden Protokolle mit Anwesenheitslisten aller Hauptkooperationspartner sind vorhanden.</p> <p>Neben dem Auditbericht 2021, der sich auf der Seite des OSP für jeden frei zugänglich findet und die maximale Transparenz des Zentrums nochmals unterstreicht, wurde ferner auch der individuelle Benchmarkingbericht jedem Behandlungspartner zur Verfügung gestellt.</p> <p>Nachdem im Jahr zuvor die Kompetenzen betreffs der im Klinikum viszeralkirurgisch zu versorgenden Metastasen neu definiert wurden, hat sich bereits eine deutliche Prosperation der</p>

Auditbericht 2022

		<p>leberchirurgischen Eingriffe gezeigt. Die Vorstellung von Lungenmetastasen wird über ein am Klinikum etabliertes „Kompetenzzentrum Lungentumoren“ mit der Universitätsklinik Freiburg abgebildet.</p> <p>Bei allen vor Ort befindlichen Hauptkooperationspartnern, wird nunmehr die Pathologie in einem gesicherten Verfahren via Webkonferenz aus der Universitätsklinik Freiburg regelhaft zugeschaltet.</p> <p>Die Anwesenheit von nichtärztlichen Personen wie im Erhebungsbogen gefordert hat stattgefunden, die Teilnehmerlisten sind vorhanden. Berücksichtigt werden muss aber auch hier eine pandemiebedingte Reduzierung der Anwesenden in der Tumorkonferenz.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge	Feststellung(en)	<p>Die sehr stabilen Einweiserstrukturen weisen weiterhin eine hohe Zufriedenheit der ambulant tätigen Kollegen (Einweiserbefragung) auf. Es darf hier auf eine sehr bewährte zeitnahe Kommunikation und Einbindung der Niedergelassenen durch die „ausführenden“ Organe des Klinikums über den laufenden Behandlungsprozess des gemeinsamen Patienten verwiesen werden.</p> <p>Es hat sich eine deutliche Steigerung der in der Tumorkonferenz vorgestellten Rezidive und neu diagnostizierten Metastasen eingestellt, was auf die engmaschige Kommunikation, als auch auf die ideale Lage im / am Klinikum und die hieraus resultierenden kurzen Wege zurückzuführen ist. Es ist eine Zunahme an Leberchirurgischen Eingriffen zu verzeichnen.</p> <p>Nachdem im jetzigen Zustand mehrere Strukturen vorgehalten werden (Onkologische Praxis, St. Elisabethenkrankenhaus, Klinikum Lörrach), was die Versorgung und Betreuung von Patienten in und mit Studien anbelangt, sollte im Rahmen der vorbereitenden Maßnahmen über eine „zentral organisierte Neuausrichtung“ im Sinne eines Studiensekretariates nachgedacht werde, um hier harmonisierende Maßnahmen greifen zu lassen.</p> <p>Ein Rückmeldesystem für die niedergelassenen Ärzte ist auf der Homepage des Zentrums leicht zugänglich eingerichtet. Ferner besteht auch die Möglichkeit der Vorstellung von Patienten.</p> <p>Die Patientenakten weisen alle wesentlichen Informationen auf, insbesondere darf hier auch auf „onkologisches Niveau“ der viszeralchirurgischen Entlassbriefe mit Einbeziehung der Tumorkonferenzempfehlung verwiesen werden.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.4 Psychoonkologie	Feststellung(en)	Im Audit stellte Frau Katharina Wenzel (Psychoonkologin) ihre Tätigkeit vor. Das Forum und der Austausch in einer Sozialvisite hat sich hierbei bereits in der Vergangenheit sehr bewährt.

Auditbericht 2022

		Jeder Patient wird nach konsiliarischer Anmeldung besucht. Eine Vertretungsregelung ist eingerichtet. Patienten können auch im ambulanten Setting behandelt werden. Die spezifische jährliche Fortbildung ist erfolgt. Eine Vertretungsregelung mit dem St. Elisabethenkrankenhaus besteht. Auf eine sehr ordentliche Betreuungsquote von knapp 70% darf verwiesen werden.
	Hinweis(e)	<p>Auch wenn über den Zeitpunkt der Ausgabe des Screeningbogens noch keine abschließende Terminierung stattgefunden hat, so ist doch der Weg, insbesondere im neuen Klinikum unumgänglich diesen in elektronischer Form frühzeitig zu erheben und erst dann der Psychoonkologin, idealerweise einem elektronisch generiertem Konsil zugeordnet, zur Verfügung zu stellen, um den personellen Einsatz dem Patienten zukommen zu lassen und nicht in administrativen Aufwendungen zu vergeuden.</p> <p>Durchaus übertragend auf die weiteren supportiven Kooperationspartner sollte hier z.B. über eine Modifikation des schweizerischen ERAS Systems zur zeitlichen und personellen Optimierung dieser Behandlungsgrundlagen nachgedacht werden.</p> <p>Die weitere ambulante Versorgung der Patienten und deren Angehörigen ist gewährleistet.</p> <p>Geschuldet der Tatsache der Pandemie sind die Anwesenheiten in den Tumorkonferenzen zwar grundsätzlich möglich, aber aufgrund der Hygienevorgaben des Klinikums reduziert worden. Die Präsenz der Kooperationspartner entsprechend den Vorgaben ist erfolgt. Eine psychoonkologische Fallvorstellung in der Tumorkonferenz ist für dieses Jahr angedacht.</p>
	Abweichung(en)	Keine.
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation	Feststellung(en)	<p>Frau Scholer stellt auch in diesem Jahr Ihren Arbeitsbereich vor. Es besteht hier, korrelierend zur Psychoonkologie ein gut etablierter Austausch in Form der Sozialvisite. Feste Sprechstundenzeiten sind ferner bekannt. Eine PEOPSA Fortbildung ist für dieses Jahr beantragt und bewilligt; konnte letztes Jahr pandemiebedingt nicht stattfinden.</p> <p>Die Betreuungsquote liegt bei 56%.</p> <p>Die Patienten erhalten schriftliche Informationen durch einen Flyer bzw. ist in dem Patientenordner mit weiterem Informationsmaterial enthalten.</p> <p>Die „Sozialvisite“ und der hier gelebte interdisziplinäre Austausch seien herausragend erwähnt, sodass hier durch kürzeste Wege und Informationsfluss eine Straffung der Prioritäten problemlos durchführbar ist.</p>
	Hinweis(e)	<p>Korrelierend zur Psychoonkologie besteht auch hier der dringliche Bedarf eines verbesserten, frühzeitigen Informationsflusses an den Sozialdienst, dem hier ebenso eine elektronische „Plattform“ nach entsprechender Bedarfsanalyse im Rahmen der Schnittstellendefinitionen im neuen Klinikum eingerichtet werden soll. Nachdem eine gut funktionierende Struktur in der Endoprothetik besteht sei diese, z.B. ergänzt durch die onkologischen Belange im ERAS Programm auf den Prüfstand zu stellen und zu etablieren.</p>
	Abweichung(en)	Keine.
1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten	Feststellung(en)	Seit 2019 findet eine laufende Patientenbefragung statt. Im Patientenordner sind entsprechende Fragebögen vorhanden.

Auditbericht 2022

		<p>Bereits im Rahmen des stationären Aufenthaltes gelangen diese wieder zurück, werden im OSP ausgewertet und hinterlegt. Über den OSP ist ein weiteres, vielfaches an Informationsmaterial virtuell stets downloadbar hinterlegt.</p> <p>Im Rahmen der Mitgliedschaft des Klinikums im CLINOTEL Verbund ist u.a. die Patientenzufriedenheitsermittlung, das Beschwerdemanagement organisiert und in einem Benchmarkingvergleich mit den anderen Häusern nach außen kommuniziert.</p> <p>Im Audit stellt sich der Vertreter der ILCO Herr Hofmann sehr engagiert mit seinen Erfahrungen vor. Die Kontaktaufnahme wurde vom Zentrum sehr forciert durch die mündlichen Beratungen als auch die Ausgabe der von der ILCO bereitgestellten Flyer. Es hat eine deutliche Verlagerung der Beratung hin in den häuslichen Bereich stattgefunden. Eine „Überforderung“ des Patienten mit Informationen, als auch dem Wunsch so schnell als möglich die Klinik wieder verlassen zu können, führt zu einem deutlichst angestiegenen Beratungsaufkommen; Wenn gleich die Versorgung der Patienten stets gewährleistet ist.</p> <p>Der liebevoll gestaltet Patientenordner kann schon fast als „Institution“ bezeichnet werden und wird im weiteren Verlaufe der Behandlung des Patienten, auch in den Nachsorgeuntersuchungen etc. immer wieder mit Informationen gepflegt.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.7 Studienmanagement	Feststellung(en)	<p>Die Studientätigkeit wird im größten Umfang durch die Onkologische Praxis Dreiländereck als auch den OSP koordiniert. In der Klinik selbst sind aber auch weitere Studien implementiert.</p> <p>Im Rahmen der Begehung der Praxis im Audit zeigt sich die Dokumentation der Studienunterlagen korrekt entsprechend den Vorgaben.</p>
	Hinweis(e)	<p>Im Rahmen des Klinikneubaus und der hieran angrenzend platzierten Praxen sollte eine Zusammenlegung der parallelen studienkoordinierenden Strukturen unter einer Federführung überlegt werden um Ressourcen zu sparen. Diese singuläre Struktur wäre dann einfacher in der Lage eine Sichtung des einzelnen Patienten und der anbietbaren Studienmöglichkeiten vorzunehmen um dann bereits zum Vorstellungstermin in der Tumorkonferenz eine Empfehlung aussprechen zu können. Die Kontrolle der GCP Kurse bzw. der Fort- und Weiterbildung des Studienpersonals sollte in konzentrierter Form vorgenommen werden um die Doppelstrukturen zu vermeiden.</p>
	Abweichung(en)	Keine.

Auditbericht 2022

1.8 Pflege	Feststellung(en)	<p>Im Audit bzw. zu dessen Eröffnung waren die Geschäftsführung Fr. GL K. Knelange (Pflege) anwesend. Begangen wurde die Station Maienbühl auf der sich die meisten viszeralchirurgischen Patienten befinden. Höchst engagiert zeigt sich sowohl die Stationsleitung Fr. Stubicar als auch drei Mitarbeiterinnen (Fr. Zentner, Fr. Fazlija, Fr. Filipaska) die die Weiterbildung zur Onkologischen Fachpflege beginnen werden (90/2022). Hierunter zeichnet sich ferner Frau Zentner durch eine in wenigen Monaten beendete Fachweiterbildung Palliativpflege ergänzend aus. Die Kompetenz der Onkologischen Fachpflege hat durch den Weggang von Herrn Riebl einen deutlichen Verlust erlitten. Hier sollte auf eine vorgelebte Onkologische und allgemeine Pflegekompetenz nachträglich verwiesen werden, die weit über die im Erhebungsbogen erfassten Parameter hinausgehend durch persönliche Leistung erbracht wurde. Die Fortbildung des Pflege-, als auch ärztlichen Personals im Umgang mit onkologischen belangen (Portversorgung, -pflege etc.) sei hier nur exemplarisch erwähnt. Die erfreulicherweise nachrückenden Pflegekräfte dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass deren Ausbildung erst in zwei Jahren abgeschlossen sein wird. Die temporär dem Zentrum zur Verfügung stehende onkologische Fachpflegerin Fr. Hiller wird mit dem Brustkrebszentrum geteilt. Gemeinsam mit dem St. Elisabethenkrankenhaus ist eine verbindliche Definition der Patientenversorgung festzulegen.</p> <p>Der Weg des Patienten wird nachvollzogen. Es werden auf Wunsch sämtlichst umfangreiche Unterlagen über Fort- und Weiterbildung, Teambesprechungen etc. zur Verfügung gestellt.</p> <p>Die Stoma-Therapeutin Fr. Preusch weist die Besonderheit einer früheren ambulanten Tätigkeit auf, um dann dem Zentrum nun für die stationäre Versorgung zur Verfügung zu stehen. Erfreulicherweise ist hierdurch ein vollständig reibungsloser Übergang für die Patienten gewährleistet. Die Tätigkeit der Stomatherapie wird häufig, bei gegebener räumlicher Nähe oft aus der Sprechstunde heraus in Anspruch genommen. Auch die Weiterbildung der Assistenzärzte sowie des Pflegepersonals ist sehr gut geregelt. Eine enge Zusammenarbeit mit der ILCO besteht fernerhin.</p>
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	<p>Abweichung 1 von 1 Am Darmkrebszentrum muß mindestens 1 Onkologische Fachpflegekraft aktiv im Tagdienst angestellt sein. → Zu Zeit ist keine onkologische Fachpflegekraft angestellt. Nach Weggang der Onkologischen Fachpflegekraft Herrn Riebl ist die Stelle vakant und durch keine mit der geforderten Qualifikation benannte Person besetzt.</p> <p>Es wurde eine Abweichung ausgesprochen, nachdem dem Zentrum aktuell keine onkologische Fachpflegekraft zur Verfügung steht. Gemeinsam mit dem St. Elisabethenkrankenhaus / Fr. Hiller muss eine Form der festen Verfügbarkeit einer onkologischen Fachpflege gefunden werden. Ob hierfür kurzfristig auf Honorarkräfte zurückgegriffen werden muss, bzw. eine andere</p>

Auditbericht 2022

		<p>Lösung erfolgen kann, wird das Zentrum innerhalb drei Monaten OnkoZert bzw. dem Auditor mitteilen, ohne dass ein Nachaudit erforderlich ist.</p> <p>Es sollte über eine „konzentriertere“ Form des Einsatzes der Fachkompetenz nachgedacht werden, um die Fachexpertise gezielter einzusetzen ggf. in Form eines Onkologischen Fachpflegerischen Konsiliarwesens.</p>
1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche	Feststellung(en)	<p>Die Ernährungsberaterin Frau Widmann stellt sich im Audit vor. Es liegt ein umfangreiches Informationsmaterial, liebevoll inhaltlich als auch sehr ansprechend designend und gepflegt vor. Das Ernährungsscreening wird vorgenommen, hat aber keinen fest zugeordneten Platz im Prozess, sodass ärztlicherseits als auch pflegerischerseits hier Werte erhoben werden. Es findet ein regelhafter Besuch der Diätassistentin zweimal wöchentlich statt</p>
	Hinweis(e)	<p>Der Aufnahmeprozess von Seiten der Pflege beinhaltet traditionellerweise u.a. die Frage nach dem Ernährungszustand des Patienten. Hier sollte bei Aufnahme dieser routinemäßig erfasst und nach Rücksprache mit der IT eine automatische Konsiliaranforderung generiert werden, sollte sich ein defizitäres Ergebnis nachweisen lassen. Dies sollte dann durch einen Algorithmus hinterlegt wöchentlich kontrolliert und neu erhoben werden.</p>
	Abweichung(en)	Keine.
2 Organspezifische Diagnostik und Therapie	Feststellung(en)	<p>Die Organspezifische Diagnostik und Therapie hat durch den Weggang von PD Dr. Brass und LOA Dr. Sellur personell als auch menschlich einen deutlichen fachlichen Verlust für das Klinikum erfahren. Die Fallzahlen 2021 weisen bei weitem die geforderten Mindestmengen des Erhebungsbogens auf. Hervorgehoben werden darf hier die unter den zwei genannten Personen erworbene Expertise von Dr. Tilman Reichel der für 2021 ebenfalls diese Mindestmengen aufweisen kann - WBO konform.</p> <p>Die Qualifikationsurkunden der beiden Honorarärzte Dr. G. Ciorny (FA Innere Medizin + Gastroenterologie, ÄK Niedersachsen WBO 1996) und Dr. H. Möller-Hartmann (FA Innere Medizin + Gastroenterologie, Bayerische LÄK, WBO 1988) wiesen ferner auch die notwendigen Fallzahlen in Koloskopie und Polypektomien auf.</p> <p>Die Kollegen Dr. Gerber und Dr. Weiß erfüllen diese Anforderungen ebenfalls vollumfänglich. Alle Patienten die sich einer entsprechenden Maßnahme (Koloskopie / Polypektomie) im Rahmen des stationären settings unterziehen mussten, sind somit Erhebungsbogen konform behandelt worden.</p> <p>Die etablierte Erhebung der Familienanamnese bzw. die hieraus resultierenden genetischen Beratungen (100%) als auch immunhistochemischen Bestimmungen (100%) seien besonders hervorgehoben.</p>
	Hinweis(e)	<p>Anmerkung OnkoZert Gemäß den oben dargestellten Erläuterungen ist die Abteilung Gastroenterologie wieder im Stammblatt mitaufzunehmen, da weiterhin Leistungen durch diese Abteilung erbracht werden.</p>
	Abweichung(en)	Keine.

Auditbericht 2022

3 Radiologie	Feststellung(en)	Die Radiologie des Klinikums wurde nicht begangen. Die eingereichten Unterlagen zeigen keine Defizite. Veränderungen der Personalstruktur sind nicht gegeben. Vertretungskonzepte bestehen. Der Hauptkooperationspartner war an sämtlichen Tumorkonferenzen anwesend. Ausfallkonzepte technischer Geräte sind etabliert.
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
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>Herr CA PD Dr. Christian Hamel als auch LOA Dr. Igor Maul haben nachweislich die operativen Eingriffe wie im Erhebungsbogen aufgelistet in einer stichprobenartigen Überprüfung vorgenommen. Die seit langem betriebene stetige Erreichbarkeit der beiden Zentrumsoperateure auch über die Rufdienste hinaus, hatte 2021 dazu geführt, dass nur ein Patient bei einer Notfalloperation von einem weiteren oberärztlichen Teammitglied operiert werden musste. Der Ausbildungsgedanke ist aber, auch bei diesen anspruchsvollen Operationen ein zentraler Bestandteil der Abteilung. CA PD Dr. Hamel hat als Senioroperateur (diese Berechtigung bis 2024) zwar nicht die geforderten Rektumeingriffe aufzuweisen, dies wird aber durch die durch OnkoZert bestätigte Qualifikationsbewertung abgedeckt.</p> <p>Es wurde sehr intensiv die Thematik, der nicht gänzlich erfüllten Primärfallzahlen beim Rektum und die ergriffenen Maßnahmen diskutiert. Hierbei fiel auf, dass histologisch mit Datum 2021 6 Patienten nicht den „watch and wait“ Fällen zugeordnet sind. Diese neoadjuvant bzw. in einem TNT Verfahren zurzeit noch behandelten Patienten, stellen weitere „potentielle“ operative Primärfälle dar. Bei bis 03/2022 bereits vier operierten und einem im TNT Verfahren befindlichen Patienten sollte die Mindestfallzahl 2022 von 20 Patienten erreicht werden. Die Sensibilisierung für dieses Thema und das enge unterjährige Monitoring sind aber bereits umgesetzt. Auch die Kommunikation mit den niedergelassenen Kollegen um die Sensibilität dieser Fallzahl und deren Konsequenzen bei Nichterfüllung wird gepflegt. Die chirurgische Ambulanz wurde ferner begangen und der Weg des Patienten nachvollzogen. Auch die enge räumlich Nähe um direkt etwa proktologische Untersuchungen oder die Einbeziehung der Stoma Therapie vornehmen zu können, sei hier nochmals besonders erwähnt.</p> <p>Aufgrund der Pandemie musste verschiedentlich neuen Stationszuordnungen für Darmkrebspatienten vorgenommen werden. Erfreulicherweise hatte dies in der Versorgungsqualität als auch in der Motivation aller am Behandlungsverlauf tätigen keine Einschränkung erfahren.</p>

Auditbericht 2022

		Die OP-Kapazitäten wurden hiervon natürlich mit tangiert. Momentan stehen seit längerer Zeit wiederum zwei OP-Säle täglich zur Verfügung.
	Hinweis(e)	Die korrigierten Fallzahlen sind dem Kennzahlenbogen zuzufügen und an OnkoZert weiterzuleiten. 2021 C20 19 operativ + 10 palliativ + 6 w&w = 35 C18 40 operativ + 1 endoskop. + 4 palliativ = 45
	Abweichung(en)	Keine.
6	Medikamentöse / Internistische Onkologie	<p>Feststellung(en)</p> <p>Es wurde die Onkologische Praxis Dreiländereck besucht und der Weg des Patienten nachvollzogen. Von einer sehr offenen, freundlichen und den Patienten stets im Mittelpunkt des Interesses habenden Atmosphäre kann berichtet werden. Sämtliche Unterlagen waren einsehbar vorbereitet bzw. auf Fragen hin wurden sofort die entsprechenden Dokumente präsentiert. Das Management einer Notfallproblematik (hier Paravasation) wurde demonstriert. Entsprechende Schulungen des Personals anhand einer internen Dokumentation ohne aufweisbare Lücken zugeordnet. Die Praxis ist ferner seit 2005 DIN ISO zertifiziert.</p> <p>Nicht nur anhand der direkt neben dem Klinikum befindlichen Lage der Praxis, sondern auch durch die enge Zusammenarbeit und stetigen gegenseitigen Erreichbarkeit kann hier eine gelebte Interdisziplinarität bescheinigt werden.</p> <p>Die elektronische Dokumentation bzw. die gegenseitige Einsicht und der Zugriff auf die Daten der gemeinsam behandelten Patienten ist noch verbesserungsfähig.</p> <p>Die Vorstellung von neu aufgetretenen Rezidiven bzw. Metastasen zeigt eine erfreuliche Verbesserung.</p> <p>Die Qualifikationsnachweise / Fallzahlen der Mitarbeiter liegen weit über den im Erhebungsbogen geforderten Mindestmengen.</p> <p>Die vorbereitenden Maßnahmen, dass Vier Augen Prinzip und die Sicherstellung der korrekten Patienten-Medikations-Applikation wird demonstriert. Kurze Wege bestehen durch die Herstellung der Medikation durch die Bahnhofsapotheke in Lörrach; Dies wird aber auch im Rahmen des Umzuges des Klinikums zu keinen verschlechternden Bedingungen führen. Aber auch die kooperierende Krankenhausapotheke ist via einer 24/7 Hotline bei Fragen und Problemen kontaktierbar.</p>
	Hinweis(e)	Inwieweit bereits vor dem Umzug ins neue Klinikum über eine Veränderung der bisherigen klassischen Teilnahmeform allgemein als auch hier speziell einer Einzelpraxis durch Überführung in eine organisatorische Trennung der Inhaberschaft von der ärztlichen Behandlungstätigkeit zu einem unkomplizierterem und vor allem unaufwendigerem Miteinander (Schriftverkehr etc.) und weiter verbessertem Informationsfluss führen könnte, sei der Klinikleitung anheim gegeben. Selbstverständlich steht hier die Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung und administrativ die ärztliche Tätigkeit entlastende Maßnahmen für die Ärztinnen und Ärzte an erster Stelle.
	Abweichung(en)	Keine.

Auditbericht 2022

7	Radioonkologie	Feststellung(en)	<p>Das MVZ Strahlentherapie / MVZ Rhenus Ronk wurde dieses Jahr nicht begangen. Die eingereichten Unterlagen zeigen keine Defizite. Die Anwesenheit des Hauptkooperationspartners in den Tumorkonferenzen ist nachweislich erfolgt. Vertretungsregelungen existieren. Es stehen vier Fachärzte dem Zentrum zur Verfügung (3,8VK). Ein Team aus sechs MPE gewährleistet ebenfalls eine Vertretungsregelung. Die geforderten Bestrahlungsserien werden erfüllt. Ausfallkonzepte existieren auch für die technischen Geräte.</p> <p>Bei der zuletzt vorgenommenen Begehung durch die ärztliche Stelle ist eine Stufe 3 festgestellt worden; Ein Re-Audit ist für 10/2022 bereits terminiert.</p> <p>Bezüglich Radio-Chemotherapien wird letztgenannter Part durch die Onkologische Praxis Dreiländereck übernommen.</p>
		Hinweis(e)	Keine.
		Abweichung(en)	Keine.
8	Pathologie	Feststellung(en)	<p>Es besteht weiterhin die Anbindung an die Universität Freiburg, wobei für Schnellschnittuntersuchungen die lokale Nähe der Universitätspathologie Basel gesucht wird und eine entsprechende vertragliche Sicherung besteht. Die administrativen Vorgaben, Zeiten und Darstellung der Ergebnisse sind etabliert.</p> <p>Die Pathologiebefunde weisen die geforderten Inhalte auf, wenngleich nicht kumulierend.</p> <p>Im Audit erfolgt eine Videokonferenz mit der Geschäftsführenden OÄ Frau Dr. Timme-Bronsert der Universitätspathologie Freiburg. Die Umsetzung einer zusammenführenden, abschließenden pathologischen Beschreibung ist noch nicht vollständig abgeschlossen. Es wird berichtet andere, sich ebenfalls im Versorgungsbereich der Pathologie der Universität Freiburg befindlichen Kliniken könnten die, zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingehenden Befunde in chronologischer Reihenfolge problemlos betrachten, während dies dem Klinikum Lörrach nicht möglich ist.</p>
		Hinweis(e)	Es sollte gemeinsam mit der IT des Klinikums und insbesondere unter Kompetenz der mit der Neukonfiguration der IT-Strukturen beauftragten Firma eine Schnittstellenbetrachtung erfolgen. Allerdings ändert dies nichts an der Tatsache, dass ein „finaler“ Befund viele weitere Schritte (z.B. Tumordokumentation) deutlich erleichtern würde.
		Abweichung(en)	Keine.

Auditbericht 2022

9	Palliativversorgung und Hospizarbeit	Feststellung(en)	<p>Die Palliativmedizinische Versorgung ist der Organisation des OSP übertragen. Über diesen werden sämtliche „Organe“ gesteuert (SAPV, Brückenpflege etc.) und koordiniert bzw. in einem Netzwerk lückenlos die Versorgung der Patienten gewährleistet. OÄ Fr. Dr. Wieser darf hier als „Bindeglied zwischen Klinikum und ambulantem Bereich aufgrund ihres extremen Engagements nicht unerwähnt bleiben. Auch und insbesondere was die weitere onkologische Ausrichtung und deren Stärkung im neuen Klinikum aufgrund der Inzidenzzahlen und Konzentration von onkologisch und anderweitig palliativ erkrankten Patienten in der Zukunft mit sich bringen wird.</p> <p>Besonders hervorgehoben werden soll hier einerseits eine rasch einsehbare Patientenverfügung in der elektronischen Patientenakte als auch die frühzeitige Initiative eines ärztlich – patientenseitig die Familie miteinbeziehende Festlegung möglicher Therapieschritte bei neu diagnostizierter Palliativsituation. Hierbei wird auch das Ethikkomitee des Klinikums mit hinzugenommen; bzw. dieses steht selbstverständlich sowohl Patienten – familienseitig als auch für die Mitarbeiter des Klinikum bei entsprechenden Konstellationen zur Seite.</p>
		Hinweis(e)	Im Tumorkonferenzprotokoll könnte ein Feld „Palliativkonsil ja / nein“ in den Therapieempfehlungen eingefügt werden, um frühzeitig, die nachstationäre Versorgung zeitlich als auch inhaltlich zu optimieren.
		Abweichung(en)	Keine.
10	Tumordokumentation	Feststellung(en)	<p>Die Tumordokumentation wurde begangen und das Programm demonstriert. Nachdem Frau Wittig erst vor kurzer Zeit diese Stelle übernommen hat, ist die Einarbeitungsphase hier als noch nicht abgeschlossen zu betrachten. Die Demonstration aktueller, unterjähriger Kennzahlenstände etc. wird anschaulich demonstriert.</p> <p>In diesem Zusammenhang wird das Aktenstudium vorgenommen. Erschwerend für das Zentrum sind hier aufgrund eines wenige Tage zuvor erfolgten Hackerangriffes noch nicht alle Datensysteme wieder aufgesetzt und abrufbar. Dies wird aber sofort durch „physische“ Präsentation der Dokumente kompensiert.</p>
		Hinweis(e)	Keine.
		Abweichung(en)	Keine.

Auditbericht 2022

Kennzahlenbewertung - Darmkrebszentrum:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
1	Pat. mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen	Keine.	Keine.
2a	Prätherapeutische Fallvorstellung	Keine.	Keine.
2b	Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv / metachrone Metastasen	Die beiden nicht vorgestellten Patientenverläufe wurden eingehend betrachtet und im Audit dargestellt. Ferner ist ein Patient verstorben und auch hier wurde im Rahmen der M&M Konferenz die Thematik der „praetherapeutischen Vorstellung“ aufgegriffen.	Keine.
3	Postoperative Fallvorstellung	Keine.	Keine.
4	Psychoonkologische Betreuung	Keine.	Keine.
5	Beratung Sozialdienst	Keine.	Keine.
6	Anteil Studienpat.	Keine.	Keine.
7	KRK-Pat. mit Erfassung Familienanamnese	Keine.	Keine.
8	Genetische Beratung	Keine.	Keine.
9	Immunhistochemische Bestimmung der MMR-Proteine	Keine.	Keine.
10	RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK	Keine.	Keine.
11	Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	Keine.	Keine.
12	Vollständige elektive Koloskopien	Keine.	Keine.
13	Angabe Abstand mesorektale Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel	Keine.	Keine.
14	Operative Primärfälle Kolon	Keine.	Keine.
15	Operative Primärfälle Rektum	Das Zentrum betrachtet unterjährig engmaschig die Fallzahlen. Jahresmittel: 2021: operativ 19; Nicht operativ 16=35 2020: operativ 20; Nicht operativ 06=26 2019: operativ 20; Nicht operativ 11=31	Keine.
16	Revisions-OP's Kolon	Keine.	Keine.
17	Revisions-OP's Rektum	Keine.	Keine.
18	Anastomoseninsuffizienzen Kolon	Keine.	Keine.
19	Anastomoseninsuffizienzen Rektum	Keine.	Keine.
20	Mortalität postoperativ	Keine.	Keine.
21	Lokale R0-Resektionen Rektum	Keine.	Keine.
22	Anzeichnung Stomaposition	Keine.	Keine.
23a	Lebermetastasenresektion	Keine.	Keine.
23b	Lebermetastasenresektion am operativen Standort des Darmkrebszentrums	Keine.	Keine.
23c	Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes des Darmkrebszentrums	Keine.	Keine.
24	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	Drei Patienten qualifizierten sich nicht für eine adjuvante Chemotherapie (Stadium III) ECOG II oder >. Eine Patientin ist verstorben. Dieser Fall wurde in einer eingehenden M&M Konferenz aufgearbeitet.	Keine.
25	Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie	Keine.	Keine.

Auditbericht 2022

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
26	Qualität des TME-Rektum-präparates (Angabe Pathologie)	Keine.	Keine.
27	Befundbericht nach operativer Resektion bei KRK	Keine.	Keine.
28	Lymphknotenuntersuchung	Keine.	Keine.
29	Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	Keine.	Keine.
30	MTL22-Indikator (Mortalität, Transfer, Liegedauer)	Keine.	Keine.