

**Auditbericht 2020**  
**Universitäts-Brustzentrum Franken**  
**Gynäkologisches Universitäts-Krebszentrum Franken (GKF)**

	Brust	Gyn
<b>Standort 1</b> Universitätsklinikum Erlangen	FAB-Z048 G	FAG-Z001 B
<b>Standort 2</b> -----		

<b>Leiter Zentrum</b>	Herr Prof. Dr. med. Matthias W. Beckmann (BZ/GZ)
<b>Zentrumskoordinator</b>	Herr PD Dr. med. Sebastian Jud (BZ) Herr PD Dr. Alexander Hein (GZ)
<b>Auditzeitraum</b>	Audit Start: 11.11.2020 Audit Ende: 11.11.2020
<b>Übergabe Auditbericht</b>	30.11.2020

<b>Art des Audits</b>	<input type="checkbox"/> Erstzertifizierung <input type="checkbox"/> Überwachungsaudit <input checked="" type="checkbox"/> Wiederholaudit <input type="checkbox"/> Nicht gelistete Art des Audits hier eingeben.
<b>Audit kombiniert mit Onkologischem Zentrum</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 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 Prof. Dr. med. Björn Lampe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prof. Dr. med. Björn Lampe

Leitender Fachexperte

## Auditbericht 2020

### Gesamteindruck

Beide Zentren Brustkrebszentrum wie Gynäkologisches Krebszentrum gehörten seinerzeit zu den in Deutschland erstzertifizierten Zentren (Brustkrebszentrum 2004, Gynäkologische Krebszentrum 2008). Die über die Jahre steigenden bzw. zuletzt sehr hohen konstanten Fallzahlen belegen die kontinuierliche Fortentwicklung beider Zentren. An dieser Sonderstellung hat sicherlich Prof. Beckmann, der auch Direktor des Comprehensive Cancer Center (CCC) Erlangen ist großen Anteil. Durch seinen Einsatz und unter seiner Führung ist auch das Universitätsklinikum Erlangen ein Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen (NCT) seit 09/2020 geworden. Dieser Ernennung ging ein sehr kompetitiver Wettbewerb voraus. Darüber hinaus beschäftigt sich Prof. Dr. M. Beckmann seit weit über einem Jahrzehnt wissenschaftlich mit dem Thema Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie speziell in der gynäkologischen Onkologie. Im Rahmen des Audits wird der Einfluss seiner wissenschaftlichen Arbeit gerade bei der konkreten Umsetzung vor allem bei der Organisationsstruktur dem Prozessablauf innerhalb der beiden auditierten Zentren, Brustkrebszentrum und Gynäkologische Krebszentrum, deutlich erkennbar. In der Kombination mit streng leitlinienorientierter Medizin und den hohen Fallzahlen (s. u.) gehört die Universitätsfrauenklinik bundesweit zu den onkologischen Spitzenzentren.

Das Audit vom Brustkrebszentrum und Gynäkologische Krebszentrum war in das Audit des Onkologischen Zentrums (10.11.2020 – 11.11.2020 / leitender Fachexperte PD Dr. med. A. Meyer) integriert. Das gesamte Audit von Brustkrebszentrum und Gynäkologische Krebszentrum war herausragend vorbereitet. Unterstützt durch eine sehr detaillierte Power Point Präsentation fand das Audit „Corona-bedingt“ überwiegend in der Bibliothek der Universitätsfrauenklinik statt. Herr Prof. Beckmann war als Leiter beider Zentren während der gesamten Präsentation anwesend und hat viele wesentlichen Daten und Kennzahlen sowohl für das Brustkrebszentrum wie auch Gynäkologische Krebszentrum selbst präsentiert. Zudem waren die Zentrumskoordinatoren sowohl des Brustkrebszentrums wie auch für das Gynäkologische Krebszentrum permanent anwesend. Mit den Zentrumskoordinatoren für beide Bereiche wurde auch eine ausführliche Führung durch alle relevanten Stationen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich und den jeweilig zugeordneten diagnostischen Einheiten vorgenommen. Im Rahmen dieses Rundgangs zeigte sich die ausgezeichnete Organisationsstruktur beider Zentren am Beispiel der Integration der diagnostischen Einheit des Brustzentrums die formal im Fachbereich der Radiologie zugeordnet ist (Leitung Prof. R. Schulz-Wendtland).

Sämtliche auditrelevante Dokumente und Daten wurden in voller Transparenz präsentiert, so auch die Kennzahlauswertung des Jahresbericht der zertifizierten Brustzentren 2019 wie auch des Jahresberichts der zertifizierten Genitalzentren 2019. Hier konnte nochmal im Benchmark die herausgehobene Stellung beider Zentren im bundesweiten Vergleich unter quantitativen wie auch qualitativen Bedingungen belegt werden.

Abgesehen von den sehr hohen Fallzahlen in beiden Zentren mit 533 Primärfällen Mammakarzinom und 213 Primärfällen im Gynäkologischen Krebszentrum für das Kennzahljahr 2019 ist der sehr hohe Anteil an Studienpatientinnen vor allem im Brustkrebszentrum (157%, wurde auf Plausibilität geprüft) zu benennen. Übersichtlich und verständlich werden die Studien in Form eines jährlichen Studienbuches zusammengefasst. Das hohe medizinische Niveau in Kombination mit den hohen Fallzahlen beider Zentren findet auch seinen Niederschlag in einem exzellenten wirtschaftlichen Ergebnis des Jahresabschluss 2019 – die Frauenklinik wird unter diesem Aspekt unter den Top drei aller Kliniken und selbständigen Abteilungen der Universität Erlangen geführt. Dadurch möglich Investitionen u. a. in die Ausbildungsförderung der Mitarbeiter führt zu einem während des gesamten Audits sehr deutlich erkennbarer hoher Motivation eines sehr engagierten Mitarbeiterteams.

Die Hinweise des letzten Audits bzw. die Anmerkungen des Auditchecks konnten sowohl für Brustkrebszentrum wie auch Gynäkologisches Krebszentrum plausibel besprochen und geklärt werden. (Veraltetes Kapitel – 4.3. Skelettszintigraphien wurde korrigiert, Primärfallzahlen wurden überprüft, Verzicht auf die OncoBox plausibel (Doktorarbeit zum Datenexport aus Secu-Trail in OncoBox läuft).

Im Zertifizierungsaudit wurden keine Abweichungen festgestellt.

## Auditbericht 2020

### Als Besonders Relevant werden folgende Hinweise betrachtet

- Die analysierten Verbesserungspotenziale der PICKER-Umfrage zur Patientenzufriedenheit wie bspw. zu lange Wartezeiten, häufig wechselnde Ärzte bei der Befundaufklärung sollten in konkreten organisatorischen Maßnahmen münden. Diese wurden bereits während des Audits präsentiert,
- Schwächen die sich aus der Einweiserzufriedenheitsbefragung 2019 ergaben wie bspw. der Einweisungsprozess, das Berichtswesen sowie die Kommunikation zu den Niedergelassenen sind zu analysieren und dementsprechende Maßnahmen einzuleiten,
- Eine Erfassung von SAE´s (siehe Auditbericht 2016/Hinweis) werden jetzt Digital erfasst und an die Studienzentrale gemeldet.

Der Gesamteindruck im Zertifizierungsaudit ist exzellent. Eine Empfehlung zur Aufrechterhaltung der Zertifikate kann ohne Einschränkung ausgesprochen werden. Die im Auditbericht beschriebenen Hinweise wurden mit dem Zentrum beim Audit ausführlich diskutiert und gemeinsam erarbeitet. Die bereits teilweise vorliegenden Projektplanungen und Aktionspläne sollten diesbezüglich fortgesetzt werden.

### 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 2020

### 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.

- 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).

### Bewertung Gynäkologische Praxen <sup>2)</sup>

	Relevant	<input type="checkbox"/>	Kommentar
Bezeichnung Praxen	i.O.	<input type="checkbox"/>	Erläuterungen siehe Abschnitt 2 zum Kapitel "Organspezifische Diagnostik"
Bezeichnung Praxen	n.i.O.	<input type="checkbox"/>	

- 2) Es besteht für Gynäkologische Praxen, die in Kooperation mit einem zertifizierten Brust- und/oder Gynäkologischen Krebszentrum stehen, keine Verpflichtung für die Zertifizierung. Praxen, die sich als registrierter bzw. zertifizierter Kooperationspartner bezeichnen und das DKG-Logo des zertifizierten Brust- und/oder Gynäkologischen Krebszentrums verwenden möchten, müssen sich dem Zertifizierungsprozess unterziehen. Nähere Informationen auf [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de).

### 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine.

## Auditbericht 2020

### 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.onkozert.de](http://www.onkozert.de)) zu entnehmen.

## Auditbericht 2020

### Darstellung der Einzelergebnisse

<p>1.1 Struktur des Netzwerks</p>	<p>Feststellung(en)</p>	<p>Seit 09/2020 ist die Universitätsklinik Erlangen gemeinsam mit Würzburg, Regensburg und Augsburg Nationales Zentrum für Tumorerkrankungen (NCT). Dadurch ist die Hierarchie von Brustkrebszentrums und Gynäkologische Krebszentrum neben Comprehensive Cancer Center und Onkologische Zentrum erweitert worden. Die Dysplasie-Einheit mit Spezialambulanz für Dysplasie und Kolposkopie wurde am 10.11.2020 rezertifiziert (Leitung und Koordination Dr. Paul Gaß). Das Brustkrebszentrum wurde 2004 und das Gynäkologische Krebszentrum 2008 zertifiziert und gehörte mit zu den erstzertifizierten Zentren bundesweit. Die ständige Weiterentwicklung nicht zuletzt auch unter dem Dach des Onkologischen Zentrums bzw. Comprehensive Cancer Center mit sehr hohen Patientenzahlen haben zu einer hervorragenden interdisziplinären Verzahnung in beiden Organkrebszentren geführt, die durch Harmonisierung in zahlreichen Bereichen (z. B. SOP) weiter ausgebaut wurde. Durch die Struktur der Universität allgemein bzw. des Onkologischen Zentrums/ Comprehensive Cancer Center im besonderen ergibt sich das alle Hauptkooperationspartner „vor Ort“ vertreten sind. Die inhaltliche und organisatorische Harmonisierung zwischen den Hauptkooperationspartnern von Brustkrebszentrum und Gynäkologische Zentrum wird durch die Kooperationsvereinbarung der bayerischen Zentren für Krebsforschung (BZKF) darüber hinaus weiter verankert und vorangetrieben. Ziele des BZKF's sind es u. a. eine bessere Vorbeugung und Früherkennung, die Einrichtung eines Krebsinformationsdienstes die Etablierung molekularer Technologien und der sogenannten Outcome-Forschung. Die im Organigramm definierten Strukturen die im Verbund mit Brustkrebszentrum und Gynäkologischen Zentrum agieren sind zertifiziert. So z. B. die Dysplasie Einheit, die genetische Beratung/Familiäres Brust und Eierstockzentrum und das Fortpflanzungszentrum mit Spezialsprechstunden (z. B. Kryo Konservierung, junge Patientinnen mit onkologischer Erkrankung). Das Familiäres Brust und Eierstockkrebszentrum (FBEZ) ist Mitglied im deutschen Konsortium Familiärer Brust und Eierstockkrebs. Die Vernetzung die zwischen Konsortialzentrum und Kooperationszentren ist hierarchisch und organisatorisch klar definiert. Das QM-Handbuch Frauenklinik beschreibt sehr detailliert in allen Punkten die Behandlungsabläufe zwischen den Disziplinen bzw. den Haupt- und Kooperationspartnern. Die Betrachtung des Behandlungsnetzwerkes mit OncoMap konnte problemlos aufgerufen werden und war korrekt (Brustkrebszentrum, Gynäkologische Zentrum) – siehe Auditcheck.</p>
	<p>Hinweis(e)</p>	<p>Keine.</p>
	<p>Abweichung(en)</p>	<p>Keine.</p>
<p>1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit</p>	<p>Feststellung(en)</p>	<p>Das Interdisziplinäre Tumorboard findet mittwochs von 14:30 Uhr bis 17:00 Uhr sowohl für Brustkrebszentrum wie auch für Gynäkologische Zentrum statt. Integriert in die Tumorkonferenz ist auch die interdisziplinäre Konferenz für das Mammographie-Screening und die M&amp;M-Konferenz, sowie der Qualitäts-Zirkel. Die eingesehenen Konferenzprotokolle belegen den stringenten gut organisierten Ablauf. Die punktuell überprüften Tumorkonferenz zeigen die regelmäßige Teilnahme</p>

## Auditbericht 2020

		<p>der Hauptkooperationspartner an der Tumorkonferenz. Neben Vertretern der jeweiligen medizinischen Fachabteilungen nehmen auch Mitarbeiter aus der Studienzentrale und der Pflege regelmäßig an der Tumorkonferenz teil. Bei besonderen Fragestellungen ist eine Teilnahme der Nuklearmedizin mit Präsentation von bspw. PET-Untersuchungen gewährleistet. Explizit haben sich alle Kooperationspartner der Umsetzung der jeweils gültigen Leitlinien verpflichtet. Bereits 2016 wurde das molekulare Tumorboard etabliert. Dies findet einmal monatlich unter Leitung von Prof. Dr. med. F. Haller statt. Alle Patientinnen werden digital im Informationssystem SOARIAN angemeldet. Eine mögliche Studienteilnahme wird bereits im Vorfeld für alle vorgestellten Patientinnen der Tumorkonferenz abgeklärt. Das Protokoll der Tumorkonferenz mit dem entsprechenden Behandlungsplan wird am Ende der Konferenz versiegelt / unterzeichnet. Bei Therapieabweichung (z. B. Gespräch mit der Patientin) wird das Therapiekonzept erneut in der Tumorkonferenz besprochen.</p>
	Hinweis(e)	<p>Ein Therapiekonzept sollte bereits vor der Tumorkonferenz als Diskussionsgrundlage vorgeschlagen werden. Gerade unter dem Aspekt der Pandemie und auch zukunftsorientiert zur Steigerung der Attraktivität (bspw. zur Teilnahme für Niedergelassene) könnte die Möglichkeit einer Web/Online-Konferenz mit Präsentation von Bildmaterial (für alle, auch externe Zuhörer/Teilnehmer) etabliert werden.</p>
	Abweichung(en)	Keine.
1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge	Feststellung(en)	<p>Die Einweiserzufriedenheit 2019 streckte sich auf einen Befragungszeitraum bis 12/2019 209 Ärzte wurden angeschrieben. Der Rücklauf war mit 29,2 % (61) überdurchschnittlich gut. Bestnoten für Brustkrebszentrum und Gynäkologische Krebszentrum gleichermaßen wurden erreicht für fachliche Kompetenz und das angebotene Leistungsspektrum sowie die Gesamtorganisation und die Patientenzufriedenheit. Die Befragung zeigte Schwächen beim Berichtswesen, dem Einweisungsprozess und der Terminvergabe auf. Im Gynäkologischen Universitäts-Krebszentrum Franken (GKF) fanden 2019 zwei Fortbildungsveranstaltungen statt: Die Kolposkopietage mit 34 Teilnehmern und eine generelle Veranstaltung „Gynäkologische Onkologie“ mit 86 Teilnehmern. Die Teilnehmerlisten der Fortbildungsveranstaltung von Gynäkologische Krebszentrum und Brustkrebszentrum werden geführt und in einer Datenbank verwaltet. Für das Brustkrebszentrum traten Mitarbeiter bei externen Fortbildungen und Qualitätszirkeln im weiteren Umkreis als Vorsitzenden und Sprecher auf. Allen Einweisern wird die Teilnahme an der Tumorkonferenz angeboten. Zweitmeinungen sind sowohl über das Comprehensive Cancer Center als auch das AOK-Zweitmeinungsprojekt möglich.</p>
	Hinweis(e)	<p>Die Schwächen, die sich aus der Einweiserzufriedenheitsbefragung 2019 ergaben (siehe oben), wie z. B. das Berichtswesen sollten analysiert werden und möglicherweise zu Konsequenzen führen.</p>
	Abweichung(en)	Keine.
1.4 Psychoonkologie	Feststellung(en)	<p>Das Kapitel Psychoonkologie wurde zentral betrachtet. Siehe Auditbericht des Onkologischen Zentrums.</p>

## Auditbericht 2020

	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation	Feststellung(en)	Das Kapitel Sozialarbeit und Rehabilitation wurde zentral betrachtet. Siehe Auditbericht des Onkologischen Zentrums.
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.6 Patientenbeteiligung	Feststellung(en)	2019 wurde eine Picker-Umfrage zu Patientinnen-Zufriedenheit (stationär) durchgeführt. Die Rücklaufquote war mit 62,8 % (239 angeschriebene Patientinnen) hervorragend. Der Vergleich zur Patientenbefragung 2016 zeigt zu nahe fast allen betrachteten Aspekten eine deutliche Verbesserung (z. B. Einbeziehung der Familie, Organisation der Abteilung, Arzt-Patienten-Verhältnis, Information vor der Entlassung). Geringfügige Verschlechterung zeigte sich beim Aufnahmeverfahren der Sauberkeit sowie der allgemeinen Ausstattung. Trotz der Verbesserung im Vergleich zu 2016 wurde weiterhin Handlungsbedarf beim Aufnahmeverfahren, vor allem bei der Information bzw. Aufklärung vor dem operativen Eingriff gesehen. Eine aktuelle Umfrage zur Patientenzufriedenheit (ambulant /2020) zeigte vor allem Verbesserungspotential bei zu langen Wartezeiten und den häufig wechselnden ärztlichen Ansprechpartnern. Es besteht ein breites Angebot an Informationen für Patientinnen bspw. das sehr übersichtlich zusammengestellte Studienbuch 2019. Alle Studien vor allem im Brustkrebszentrum werden allgemeinverständlich präsentiert. Daneben gibt es sehr ansprechende Flyer und Broschüren zu onkologisch relevanten Themen wie z. B. Ernährung und komplementärer Medizin.
	Hinweis(e)	Die analysierten Verbesserungspotentiale der Picker-Umfrage zur Patientenzufriedenheit wie bspw. zu lange Wartezeiten häufiges Wechseln der Ärzte sollten in konkreten Maßnahmen münden.
	Abweichung(en)	Keine.
1.7 Studienmanagement	Feststellung(en)	Unter Leitung von Prof. Dr. M. W. Beckmann und Herrn Prof. Dr. Fasching ist die Studienzentrale der Frauenklinik als separate strukturelle Einheit ISO Zertifiziert. Die Vielzahl der angebotenen Studien werden am Jahresende in Form eines klinischen „Studienbuches“ publiziert. Dieses Studienbuch wird an die niedergelassenen Kollegen geschickt; im Wartebereich sind Flyer mit Kurzbeschreibungen ausgelegt. Aus dem Team der Frauenklinik rotieren die ärztlichen Mitarbeiter in die Studienzentrale. Im QM-Handbuch der Studienzentrale sind die SOP's zur Durchführung der Studien hinterlegt. Die Studien SOP's mit Entscheidungsbaum zur Studienteilnahme bei Brustkrebszentrum und Gynäkologische Krebszentrum werden ständig aktualisiert. So werden z. B. die Patientinnen vor der Tumorkonferenz anhand des Entscheidungsbaums mit der Möglichkeit zur Studienteilnahme vorgestellt. Im endgültigen Arztbrief nach Tumorkonferenz werden die möglichen Studien der jeweiligen Patientinnen erwähnt. Der Anteil von den Studienpatientinnen mit 157,41% im Brustkrebszentrum und 87,32% im Gynäkologischen Krebszentrum ist exzellent. 2019 wurden 839 Patientinnen im Brustkrebszentrum in 12 Studien



## Auditbericht 2020

		rekrutiert. Ein Teil der Patientinnen wurde in mehrere Studien integriert. Dadurch ergibt sich plausibel eine Studienquote von über 100% (siehe Auditcheck und Kennzahlbogen. In der Biobank sind 129000 Blutproben, 20000 Gewebeproben und 205000 Flüssigkeiten und 42000 DNA's hinterlegt (In Datenbanken verwaltete Daten). So konnten zahlreiche Publikationen aus den Studien generiert werden (über 50/2019). Sowohl die Mitarbeiter von Brustkrebszentrum und Gynäkologische Krebszentrum erhielten zahlreiche wissenschaftspreise (DGS 2019 Berlin, Florence Nightingale Preis DGS 2019 Berlin, Votragspreis AGO-TraFo Potsdam 2019, Holzschuh-Preis Karlsbad 2019, ...).
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.8 Pflege	Feststellung(en)	Auf hohem pflegerischem Niveau stehen für Brustkrebszentrum und Gynäkologische Krebszentrum insgesamt 5 onkologische Fachschwwestern/Fachpfleger zur Verfügung. Brustkrebszentrum (Hedi Fordinal, Wolfgang Kiekow, Gerda Gutgesell, Claudia Neuner, Stefan Brandel) und für Gynäkologische Krebszentrum (Hedi Fordinal, Wolfgang Kiekow, Gerda Gutgesell). Die onkologischen Fachpflegekräfte sind auch in der Tumorkonferenz regelmäßig präsent. Das QM-Handbuch wird regelmäßig aktualisiert.
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche	Feststellung(en)	Für Brustkrebszentren und Gynäkologische Krebszentren keine fachlichen Anforderungen.
	Hinweis(e)	Keine.
	Abweichung(en)	Keine.
2 Organspezifische Diagnostik	Feststellung(en)	Die Spezialsprechstunden für Brustkrebszentrum und Gynäkologische Krebszentrum werden auf Basis der Hochschulermächtigungen durchgeführt. Es besteht eine KV-Ermächtigung für das Mammographie-Screening Mittelfranken Land bzw. Stadt. Für Brustkrebszentrum wie auch Gynäkologisches Krebszentrum werde Zweitmeinungen angeboten sowie durchgeführt. Seit 01.08.2019 besteht die Mitgliedschaft im deutschen Konsortium für Familiären Brust- und Eierstockkrebs. Für das Screening stehen die jeweiligen Checklisten zur Verfügung. Monatlich werden 30 bis 40 Beratungen durchgeführt. Die Beratung erfolgt über Stammbaum-Analyse mit individueller Berechnung des Brust- und Eierstockkrebs Erkrankungsrisiko bzw. der Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Mutation. Es besteht die Möglichkeit zur Beratung, zur Prävention und zur Frage onkoprophylaktischer Operationen. Die Möglichkeit zur psychologischen Betreuung z. B bei familiärer Karzinombelastung besteht. In der Spezialambulanz für Brustkrebserkrankungen erfolgt die Mammadiagnostik überwiegend über die gynäkologische Radiologie (Leitung Herr Prof. R. Schulz-Wendtland). 2019 erfolgten knapp 600 präoperative Markierungen. Es wurden knapp 1000 sonographische Biopsien sowie knapp 200 steriotaktische Biopsien und ca. 40 MRT Biopsien perkutan durchgeführt. Die präoperative Therapieplanung erfolgt in der Tumorkonferenz interdisziplinär. Neben

## Auditbericht 2020

		der Spezialsprechstunde (Donnerstag/Freitag) für genitale-Dysplasien und Erkrankungen der Vulva und Vagina im Rahmen der zertifizierten Dysplasie-Einheit ist eine eigene Spezialsprechstunde „gynäkologische Onkologie/Gynäkologische Krebszentrum“ etabliert (Montag). Für Brustkrebszentrum wie auch Gynäkologisches Krebszentrum ist eine gemeinsame Tumorrisikosprechstunde (Dienstag) mit Stammbaumanalyse, Berechnung des familiären Risikos ... (s. o.), eingerichtet. Die Kommunikation im Rahmen der Spezialsprechstunden beruht auf dem Prinzip des SDM („shared-decision-making“).	
	Hinweis(e)	Keine.	
	Abweichung(en)	Keine.	
3	Radiologie	Feststellung(en)	Das Kapitel Radiologie wurde zentral betrachtet. Siehe Auditbericht des Onkologischen Zentrums.
		Hinweis(e)	Keine.
		Abweichung(en)	Keine.
4	Nuklearmedizin	Feststellung(en)	2019 wurden 169 SLN Szintigraphien durchgeführt. Die Detektionsrate (Sondenmessung) in Kombination mit „Blau“ lag bei 99% es erfolgte zunehmend die gleichzeitige Anwendung/Validierung mit Indocyaningrün (ICG) zur Sentinel-Darstellung bei Zervix, Vulva und Endometriumkarzinom.
		Hinweis(e)	Kapitel „Skelettszintigraphie“ wurde in der aktuellen Vorlage des Erhebungsbogens eingetragen.
		Abweichung(en)	Keine.
5	Operative Onkologie	Feststellung(en)	Im Brustkrebszentrum haben abgesehen vom Leiter Prof. M. W. Beckmann 5 Ärzte mehr als 150 Primäreingriffe der Brust durchgeführt (Dr. M. Lux/bis 01/2019) OÄ PD Dr. C. Rauh/ bis 04/2019, PD Dr. S. Jud, PD Dr. C. C. Hack, PD Dr. A. Hein. 6 Ärzte besitzen die Schwerpunktbezeichnung gynäkologische Onkologie (Prof. Dr. M. W. Beckmann, PD Dr A. Hein, PD Dr. S. Jud, PD Dr. C. C. Hack). Die Fallzahlen für beide Zentren finden sich weiterhin konstant auf sehr hohem Niveau mit 533 Primärfällen Mammakarzinom und 213 Primärfällen der Genitalkrebskarzinome. Im Vergleich zum Auditjahr 2016 wurden Umstellungen und neue Verfahren vorgenommen bzw. etabliert (Indocyaningrün/ICG, Femtouch-Laser, CT Imaging, LOCALizer Markierung). Bei der Brustrekonstruktion erfolgte eine Umstellung der Prothesen auf die Firma Mentor.
		Hinweis(e)	Keine.
		Abweichung(en)	Keine.
6	Medikamentöse / Internistische Onkologie	Feststellung(en)	Interdisziplinär erfolgte eine Harmonisierung der Chemotherapie Protokolle. Außerdem wurden gemeinsame interdisziplinäre SOP's definiert: SOP Antiemese Prophylaxe und Therapie, SOP Fieber und Infektion in der Neutropenie, SOP Paravasate, SOP supportive Therapie mit Bisphosphonaten, SOP Tiefe Venen Thrombose (TVT) Prophylaxe und Therapie, SOP Verhalten bei allergischen Reaktionen). Zudem erfolgte eine Harmonisierung der Protokolle zur medikamentösen Onkologie. Alle oralen- und parenteralen Tumortherapien werden innerhalb der Frauenklinik durchgeführt. Die Erstapplikation von Chemo- und Immuntherapie erfolgt immer durch Ärzte der

## Auditbericht 2020

		gynäkologisch onkologischen Stationen.	
	Hinweis(e)	Keine.	
	Abweichung(en)	Keine.	
7	Radioonkologie	Feststellung(en)	Das Kapitel Radioonkologie wurde zentral betrachtet. Siehe Auditbericht des Onkologischen Zentrums.
		Hinweis(e)	Keine.
		Abweichung(en)	Keine.
8	Pathologie	Feststellung(en)	Das Kapitel Pathologie wurde zentral betrachtet. Siehe Auditbericht des Onkologischen Zentrums.
		Hinweis(e)	Keine.
		Abweichung(en)	Keine.
9	Palliativversorgung und Hospizarbeit	Feststellung(en)	Das Kapitel Palliativversorgung und Hospitation wurde zentral betrachtet. Siehe Auditbericht des Onkologischen Zentrums.
		Hinweis(e)	Keine.
		Abweichung(en)	Keine.
10	Tumor-dokumentation	Feststellung(en)	Die Tumordokumentation des Brustkrebszentrums erfolgt im SecoTrial dieses System ist eine Eigenentwicklung. Aus diesem Dokumentationsprogramm wird eine wissenschaftliche Datenbank generiert aus der direkt die Kennzahlen 10, 11, 21 und 22 abgeleitet werden können. Um eine Doppeldokumentation zu umgehen folgt der Datentransfer nicht in die OncoBox (siehe Auditcheck des Brustkrebszentrums). Derzeit läuft eine Doktorarbeit zum direkten Datenexport aus SecoTrial in die OncoBox. Die Tumordokumentation des Gynäkologischen Krebszentrums erfolgt im GTDS. Für Brustkrebszentrum wie Gynäkologisches Krebszentrum wurden die Daten des individuellen Jahresberichtes präsentiert – die Analyse belegt im Benchmark das hohe quantitative und qualitative Niveau (siehe Auditcheck des Brustkrebszentrums, Gynäkologischen Krebszentrums). Im aktualisierten Erhebungsbogen wird das Tumordokumentationssystem SecoTrial detailliert beschrieben (technologische Basis, Access, Art der Datenbank) – siehe Auditcheck.
		Hinweis(e)	Keine.
		Abweichung(en)	Keine.

## Auditbericht 2020

### Kennzahlenbewertung

#### Brustkrebszentrum:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
1	Postoperative Fallbesprechung	Keine.	Keine.
2	Prätherapeutische Fallbesprechung	Keine.	Keine.
3	Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/ Metastasen	Keine.	Keine.
4	Strahlentherapie nach BET bei inv. Mammakarzinom	Keine.	Keine.
5	Strahlentherapie nach BET bei DCIS	Keine.	Keine.
6	Chemotherapie bei Rez. pos. und nodalpos. Befund	Keine.	Keine.
7	Endokrine Therapie bei steroidrez. positivem Befund	Keine.	Keine.
8	Trastuzumabtherapie über 1 Jahr bei HER-2 pos. Befund	Keine.	Keine.
9	Endokrine Therapie bei Metastasierung	Istwert von 93,88%, plausibel.	Keine.
10	Psychoonkologische Betreuung (Gespräch $\geq$ 25 Min.)	Keine.	Keine.
11	Beratung Sozialdienst	Keine.	Keine.
12	Anteil Studienpatienten	Istwert 157,41% erklärt sich durch Studienrekrutierungen in mehreren Studien gleichzeitig.	Keine.
13	Prätherapeutische histologische Sicherung	Keine.	Keine.
14	Primärfälle Mammakarzinom	Keine.	Keine.
15	Anzahl operative Eingriffe für R0-Resektion bei BET	Keine.	Keine.
16	Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1	Keine.	Keine.
17	Mastektomien	Keine.	Keine.
18	LK-Entfernung bei DCIS	Keine.	Keine.
19	Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom	Keine.	Keine.
20a	Alleinige Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Frauen)	Keine.	Keine.
20b	Alleinige Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Männer)	Keine.	Keine.
21	Intraoperative Präparateradio/-sonographie	Keine.	Keine.
22	Revisionsoperationen	Keine.	Keine.
23	Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei pN1mi	Plausibel konnte geklärt werden Istwert 33,33% (i. o.).	Keine.

## Auditbericht 2020

### Gynäkologisches Krebszentrum:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
1	Vorstellung Tumorkonferenz	Keine.	Keine.
2	Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min.)	Keine.	Keine.
3	Beratung Sozialdienst	Keine.	Keine.
4	Anteil Studienpatientinnen	87,32% plausibel (mehrfach Rekrutierungen einer Patientin für mehrere Studien).	Keine.
5	Gesamtfallzahl	Keine.	Keine.
6	Primärfälle	Keine.	Keine.
7	Operative Fälle	Keine.	Keine.

#### Kennzahlen Ovarialkarzinom:

9	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Keine.	Keine.
10	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Keine.	Keine.
11	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkologen	Keine.	Keine.
12	Postoperative Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Keine.	Keine.
13	First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Keine.	Keine.

#### Kennzahlen Zervixkarzinom:

14	Vorstellung in Tumorkonferenz	Keine.	Keine.
15	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Keine.	Keine.
16	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	Keine.	Keine.
17	Zytologisches/histologisches LK-staging	Keine.	Keine.

#### Kennzahlen Vulvakarzinom:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
19	Angaben im Befundbericht bei Erstdiagnose und Tumorresektion	Keine.	Keine.
20	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	Keine.	Keine.
21	Durchführung inguinofemorales Staging	Keine.	Keine.
22	Sentinel Lymphknoten Biopsie	Keine.	Keine.

#### Kennzahlen Endometriumkarzinom:

KN	Kennzahldefinition	Feststellung(en) / Hinweis(e)	Abweichung
23	Systematische Lymphadenektomie bei Typ-I-Endometriumkarzinom	Keine.	Keine.

**Auditbericht 2020**

<b>KN</b>	<b>Kennzahldefinition</b>	<b>Feststellung(en) / Hinweis(e)</b>	<b>Abweichung</b>
24	Adjuvante Chemotherapie bei Typ-I-Endometriumkarzinom	Keine.	Keine.

**Optionale Kennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum:**

Kennzahl Ovarialkarzinom:

<b>KN</b>	<b>Kennzahldefinition</b>	<b>Feststellung(en) / Hinweis(e)</b>	<b>Abweichung</b>
8	Angebot zur genetischen Testung	Das Zentrum ist Mitglied im deutschen Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs mit eigener Spezialsprechstunde. Leitlinienorientierte Einschleusung entsprechend der Vorgaben. Auch präventive Beratung integriert.	Keine.

Kennzahl Zervixkarzinom:

<b>KN</b>	<b>Kennzahldefinition</b>	<b>Feststellung(en) / Hinweis(e)</b>	<b>Abweichung</b>
18	Brachytherapie als Bestandteil prim. Radio(chemo)therapie	Keine.	Keine.