

Interner Qualitätsbericht 2016

Gynäkologisches Krebszentrum Köln-Hohenlind

St. Elisabeth - Krankenhaus GmbH

Werthmannstraße 1

D – 50935 Köln - Hohenlind

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort.....	3
2. Erklärung zum Qualitätsbericht.....	4
3. Interne Audits	4
4. Leistungsdaten der operativen Therapie im Gynäkologischen Krebszentrum	5
4.1. Operative Therapie - Kennzahlen	5
4.2 Operative Therapie – Darstellung der behandelten Tumorentitäten.....	6
5. Befragungen	7
5.1 Patientenbefragung.....	7
5.2 Beschwerdemanagement	7
5.3 Risikomanagement.....	8
5.4 Mitarbeiterbefragung	8
5.5 Einweiserbefragung.....	8
6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	8
6.1 Interdisziplinäre Tumorkonferenzen	8
6.2. Qualitätszirkel.....	9
6.3. Selbsthilfegruppe.....	9
7. Indikationssprechstunde	10
7.1 Terminrealisierung.....	10
8. Radiologie / Nuklearmedizin	11
9. Pathologie	12
10. Strahlentherapie.....	13
11. Studien im Gynäkologischen Krebszentrum.....	13
12. Chemotherapie	14
13. Qualitätsmanagement.....	14
14. Qualitätsindikatoren	15
15. Erreichte Ziele und Projekte 2016 und 2017	15
16. Strategie und Planung 2017	16
17. Zielausrichtung und Strategie 2017.....	18

1. Vorwort

Das Gynäkologische Krebszentrum Köln-Hohenlind wurde am 11.04.2014 durch OnkoZert, einem unabhängigen Zertifizierungsinstitut der Deutschen Krebsgesellschaft, anerkannt.

Das erste Überwachungs-Audit fand am 12. Mai 2015 statt. Das zweite Überwachungs-Audit wurde am 7. Juni 2016 erfolgreich durchgeführt. Für den 31. März 2017 ist die erste Re-Zertifizierung vorgesehen.

Zusätzlich wurde das St. Elisabeth-Krankenhaus Hohenlind von der Zertifizierungsgesellschaft pro cum cert im Februar 2007, im Februar 2010 und März 2013, sowie im April 2016 erfolgreich nach dem Kriterienkatalog der KTQ 5.0 rezertifiziert.

Wir orientieren uns in unserer täglichen Arbeit an den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft, den AWMF-Leitlinien und den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Onkologie (AGO).

Dieses Verfahren gibt uns die Möglichkeit, das Leistungsspektrum des Gynäkologischen Krebszentrums Köln-Hohenlind unter festgelegten Kriterien zu überwachen und somit zum Wohle unserer Patientinnen das Beste zu erreichen.

2. Erklärung zum Qualitätsbericht

Der Qualitätsbericht des gynäkologischen Krebszentrums (GKZ) gibt einen systematischen Überblick über die Leistungen des GKZ. Dieser Überblick beinhaltet Daten zu den Patientenzahlen, zu Diagnosen und zu Prozeduren. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung dargelegt, was letztendlich zu einer Verbesserung der Transparenz führt.

Alle qualitätsrelevanten Eingaben (Anforderungen für die Zertifizierung für gynäkologische Krebszentren) werden beurteilt und daraus resultierende Schlussfolgerungen gezogen, um Schwachstellen zu erkennen und die erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung festlegen zu können, die dann in den Zielen neu definiert werden sollen.

Der Qualitätsbericht des gynäkologischen Krebszentrums wird im Intranet allen interessierten Personen als pdf-Dokument zur Verfügung gestellt und an alle Kooperationspartner des GKZ weitergeleitet.

3. Interne Audits

Im Oktober 2016 und im November 2016 fanden die internen Audits im gynäkologischen Krebszentrum statt. Die Audits wurden von Frau Dr. Schlossmacher (Oberärztin und Zentrumskoordinatorin im gynäk. Krebsinstitut), von Frau Gabriele Demmel (QMB) und von Frau Dr. Abel (Oberärztin und QMB) durchgeführt. Mit Frau Elke Baehren (onkologische Fachkrankenschwester) und deren Vertretung Herrn Michael Albert (seit 1.6.2016) fand zusätzlich ein Internes Audit statt. Es wurden nahezu alle im QMH beschriebenen Prozesse auditiert. Alle erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung oder Erfüllung der Anforderungen werden in einem fortlaufenden Maßnahmenplan / Protokoll festgehalten und von den internen QMB's auf Erledigungsstände hin überwacht, um den PDCA-Zyklus weiter zu festigen. Die Auswertung wurde im Qualitätszirkel vorgestellt und entsprechende Massnahmen dazu abgeleitet. Darüber hinaus erfolgt eine Aktualisierung der QM-Dokumentation und eine Erstellung neuer Dokumente und Beschreibungen.

Das QM-Handbuch und sämtliche QM-Dokumente sind in das hausinterne Intranet integriert.

4. Leistungsdaten der operativen Therapie im Gynäkologischen Krebszentrum

4.1. Operative Therapie - Kennzahlen

		Messeinheit	Soll	Ist 2016	
Operative Therapie	Primärfälle	Anzahl	Mindestens Gesamt >75, davon >50 Primärfälle	Ca gesamt: 73 Primäre OP: 70	Zahlen halten
Operative Therapie	Primärfälle	Anzahl Operationen durch Operateur mit SP Gyn. Onkologie oder in WB	Mindestens 20 OPs pro Operateur	Operateur 1: 28 Operateur 2: 21 Operateur 3: 5 In der Weiterblg. z.Gynäkologie Operateur 4: 16 Operateur 5: 5	Anteil der OPs durch Gyn.- Onkologen steigern

Legende: SP Gyn. Onkologie = Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie

Nachweis / Kommentar

Die statistische Auswertung der OP-Zahlen und die Anzahl der Operationen durch Operateure mit SP Gynäkologische Onkologie erfolgte unter Verwendung des Programmes ODSeasy.
Im Jahr 2016 haben 3 Hauptoperateure insgesamt 74 Primärkarzinome operiert.

4.2 Operative Therapie – Darstellung der behandelten Tumorentitäten

Gesamtfallzahl	Primärfälle			Nicht Primärfälle		Gesamtfallzahl	
	operiert		nicht operiert	operiert	nicht operiert	operiert	nicht operiert
2016	Staging- OP	Definitive OP					
Ovarial-/Tuben-/ Peritoneal-Ca	0	18	1	2	13	20	14
BOT	0	4	0	0	0	4	0
Zervix-Ca	3	7	1	0	1	10	2
Endometrium-Ca	0	31	1	1	2	32	3
Vulva-Ca	0	6	1	0	1	6	2
Vaginal-Ca	0	0	0	0	0	0	0
Sonstige	0	1	0	0	0	1	0
Gesamt:	74			20		94	

5. Befragungen

5.1 Patientenbefragung

Prozess	Merkmal	Soll	Ist 2015	Ziel 2016
Patientenzufriedenheit	Patientenbefragung (intern)	Durchführung laufend (haus-intern)	Rücklaufquote 22 %	Teilnahme steigern
	Patientenbefragung (extern)	Alle 3 Jahre durch Metrik, letzte Befragung in 09/15-12/15	Rücklaufquote 39 %	

Patientenbefragung (hausinterner Fragebogen)

Ergebnis 2016

Die Ergebnisse der Patientenbefragung wurden ausgewertet und im Q-Zirkel besprochen. Um die geringe Rücklaufquote zu steigern, wurden konkrete Maßnahmen veranlasst (der Fragebogen wird im Patientenordner besser platziert, Patientinnen werden im Rahmen der Visite und im Entlassungsgespräch auf den Fragebogen hingewiesen).

Kommentar und Maßnahmen

Die geringe Rücklaufquote ist u.E. auf eine ungünstige Präsentation des Patientenzufriedenheitsfragebogens im Beratungsordner zurückzuführen. Der Gynbogen wurde nun an vorderer Stelle im Beratungsordner platziert. Grundsätzlich ist es jetzt möglich die gyn. Tumorpatientinnen gesondert mit dem Gyn TU-Patientinnenfragebogen auszuwerten. Der Fragebogen wird aktiv durch das ärztliche Personal eingesammelt.

5.2 Beschwerdemanagement

Der schon seit vielen Jahren angebotene Briefkasten „Meckerbox“ wird gerne von den Patientinnen in Anspruch genommen. Dadurch kann zeitnah auf Beschwerden reagiert werden. Dieser wird einmal pro Woche von unserer Beschwerdebeauftragten geleert und ausgewertet. Zusätzlich werden mündliche Beschwerden auf einem vom Pflegepersonal entwickelten Formular festgehalten und ebenfalls an die Beschwerdebeauftragte weitergeleitet.

Zunächst wird bei einer Meldung / Feststellung versucht, durch ein Gespräch mit der Patientin auf die Beschwerde bzw. den Fehler einzugehen. Ggf. kann hierzu der CA hinzugezogen werden. In der morgendlichen Teambesprechung werden gravierende Beschwerden angesprochen, um durch entsprechende Maßnahmen eine mögliche Verbesserung und höhere Patientenzufriedenheit zu erreichen.

Sollte es nicht gelingen, die Ursache im Gespräch zu klären, hat die Patientin zusätzlich die Möglichkeit, den Beschwerdebogen in der Patientenbroschüre auszufüllen bzw. sich direkt an das Beschwerdemanagement des Hauses zu wenden. Die Auswertung der Beschwerdebögen wird von der Beschwerdemanagerin durchgeführt und an die QMB des GKZ, sowie an die Geschäftsführung weitergeleitet. In den regelmäßig stattfindenden Q-Zirkeln werden ggf. Maßnahmen zur Fehlerbeseitigung geplant und eingeführt.

5.3 Risikomanagement

Das Elisabeth Krankenhaus Köln-Hohenlind plant die Implementierung eines hausweiten Risikomanagementsystems. Ein Auditbericht wurde erstellt, die Ergebnisse wurden in den entsprechenden Steuergruppen bzw. Abteilungen vorgestellt, besprochen und Massnahmenpläne erarbeitet. Eine Risiko-Managerin wurde für das gesamte Haus eingestellt. Unser Ziel ist es, bei der Einführung des zentralen Risikomanagements mitzuwirken, sowie die abteilungsspezifischen Risiken entsprechend dem Massnahmenplan zeitnah zu beseitigen.

5.4 Mitarbeiterbefragung

Im Herbst 2016 wurde eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Die Auswertung liegt zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht vor.

5.5 Einweiserbefragung

In der Zeit von April bis Juni 2014 wurde im St. Elisabeth Krankenhaus eine Einweiserbefragung von der Firma Pro-Klinik durchgeführt. An diesem „Benchmark-Projekt Zuweiserbefragung“ der Pro-Klinik Krankenhausberatung nahmen von April bis Juni 2014 insgesamt 13 Akut-Krankenhäuser aus Deutschland teil. Es wurden 150 Zuweiser des St. Elisabeth Krankenhauses kontaktiert, 141 Zuweiser konnten telefonisch interviewt (138) bzw. per Fax (3) befragt werden. Die Teilnahmequote lag bei 95,5 % (2011 66,3 %!). Die nächste Einweiserbefragung ist für Sommer 2017 geplant.

6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

6.1 Interdisziplinäre Tumorkonferenzen

Die interdisziplinäre Tumorkonferenz findet jeden Dienstag um 14:45 Uhr mit regelmäßiger Teilnahme von Vertretern aller an GKZ beteiligten Fachbereiche statt. Niedergelassene Ärzte können regelmäßig Patientinnen anmelden und an der Konferenz teilnehmen.

Eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz findet zweimal jährlich statt. Hierzu werden alle Kooperationspartner und Einweiser eingeladen.

Prozess	Merkmal	Mess- einheit	Soll	Ist 2016	Ziel 2017
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Anteil Patientinnen in der wöchentlichen Fallbesprechung	%	≥ 80 % aller Fälle mit Genitalmalignom	100%	halten

6.2. Qualitätszirkel

Das Q-Team innerhalb des GKZ setzt sich aus den Personen / Funktionen zusammen, die in der interdisziplinären GKZ-Konferenz zusammenarbeiten:

- Leitung des Gynäkologischen Krebszentrums
- Zentrumskoordinatorin
- Moderatorin
- Radiologe
- Pathologe
- Hämato-Onkologe
- Strahlentherapeut
- Stationsleitung Gyn/Geb
- QMB
- Onkologische Fachschwester
- Study nurses
- Psychoonkologin
- Psycho-Sozial-Dienst
- Weitere Funktionen je nach Tagesordnung

Halbjährlich wird ein Q-Zirkel während der Arbeitszeit durchgeführt. Es werden beispielsweise folgende Themen besprochen:

- Prozessstörungen
- Beschwerden
- Ergebnisbetrachtungen aus der Tumordokumentation
- Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsermittlung
- Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung
- Organisatorische Änderungen / Neuerungen

Der QM-Prozess wird durch diesen Qualitätszirkel kontinuierlich unterstützt. Die Besprechungen werden von einer ausgebildeten Moderatorin begleitet.

Die Dokumentation erfolgt in einem Besprechungsprotokoll (Maßnahmenplan).

6.3. Selbsthilfegruppe

Seit dem 01.08.2016 ist eine neue Selbsthilfegruppe mit Unterstützung der Krebsberatung Rhein-Erft etabliert. Monatliche Treffen finden im kleinen Schulungsraum des St. Elisabeth-Krankenhauses statt.

7. Indikationssprechstunde

7.1 Terminrealisierung

Bedarfsgerechte Sicherstellung der Diagnostik: Die Vorgaben zur Wartezeit auf einen ambulanten Sprechstundentermin (< 10 d) und einen Termin zur stationären Behandlung / Operation (< 28 d) werden erreicht:

Prozess	Merkmal	Messeinheit	Soll	Ist 2016	Ziel 2017
Indikationssprechstunde	Wartezeiten bis Termin	Tage	Termin amb. Diagnostik < 14 Tage	3,2 d	Wartezeiten halten
			Termin zur stat. Aufnahme < 28 Tage	8,25 d	Wartezeiten halten

Nachweis

Im Zeitraum 1.2. – 29.2.2016 wurde eine stichprobenartige Messung der jeweiligen Wartezeiten durchgeführt.

	Durchschnittliche Wartezeit	Minimum	Maximum
Sprechstunden-Termin	3,2 d	1 d	7 d
Sprechstunde	13 min	0 min	50 min
OP-Termin	8,25 d	2 d	25 d

Ziele für 2017

Im Februar 2017 ist eine erneute stichprobenartig Wartezeitenmessung in der Indikations- und Ambulanzsprechstunde geplant. Unser Ziel ist es, die Wartezeiten auch weiterhin zu halten.

8. Radiologie / Nuklearmedizin

Bei allen im Gynäkologischen Krebszentrum erstellten oder befundeten CT- und MRT-Untersuchungen ist eine Doppelbefundung durch einen zweiten Facharzt für Radiologie gewährleistet. Die Zweitbefundung wird auf dem Befundbericht dokumentiert. Punktionen und Angiographien werden regelmäßig durchgeführt. Für PET- und PET-CT-Untersuchungen hat das Zentrum eine Kooperation mit der Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin Dr. W. Ohndorf Dr. M. Gierenz, Dr. Manshausen.

Leistungszahlen der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin 2016

Untersuchung	Anzahl
CT Thorax mit KM	82
CT-Abd- Standard	81
Thorax pa	51
Import der Fremdaufnahmen aus einer CD	49
Abdomen 2 Ebenen	36
Thorax 2 Ebenen stehend	25
CT-Abd-KM PV	23
Thorax 2 Ebenen digital	20
MRT des Beckens mit KM	13
Mammogr. 2 Ebenen Li	12
Mammogr. 2 Ebenen Re	11
CT-Abd-nativ	10
MRT des Beckens	8
Abdomen liegend	7
MRT Mammografie	7
Thorax liegend im Bett	7
Angio CT	5
Sentinel-Node Detektion	5
iv. Urogramm	5
MRT LWS	4
Summe	461

9. Pathologie

Das Institut für Pathologie ist seit dem 23.01.2007 akkreditiert und wird in regelmäßig stattfindenden System- und Fachaudits überwacht. Alle Verfahren erfolgen nach festgelegten Standards unter der Beachtung relevanter Leitlinien und sind in detaillierten Verfahrens- und Arbeitsanweisungen beschrieben. Eine Doppelbefundung innerhalb von 5 Werktagen ist gewährleistet.

Zytologie

Die Durchführung der zytologischen Untersuchungen ist standardisiert und erfolgt unter Beachtung der relevanten AWMF-Leitlinien. Die einzelnen Verfahren sind im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens beschrieben und liegen im Institut für Pathologie vor.

Schnellschnittzeiten

Prozess	Messeinheit	Soll	Dauer	Minimum	Maximum
Histolog. Schnellschnitt	Minuten	< 30 min	20,3 min	8,8 min	20,4 min

Nachweis

Die Schnellschnittzeit, ab Eingang der Probe in der Pathologie, wurde im Jahr 2016 über einen Monat gemessen.

10. Strahlentherapie

Die Strahlentherapie wird durch das externe Strahleninstitut CDT durchgeführt. Für die Durchführung der Brachytherapie hat das CDT eine Kooperation mit dem Krankenhaus Merheim abgeschlossen.

Prozedur	Bestrahlung Gesamtanzahl der Bestrahlungen des CDT	Anteil der Bestrahlungen des CDT für das St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind
2014	530	244
2015	569	293
2016	514	285

11. Studien im Gynäkologischen Krebszentrum

aktive Studien	Pat. insgesamt	Pat. in 2014	Pat. in 2015	Pat. in 2016
Paola -1	3			4
Studien im Follow up	Pat. insgesamt	Pat. in 2014	Pat. in 2015	Pat. in 2016
Ovar 17	12	-		-
Ovar 2.20	3	3		-
AGO Ovar 2.21	3	3		1
NIS aktiv	Pat. insgesamt	Pat. in 2014	Pat. in 2015	Pat. in 2016
C-Patrol	1	-	1	1
OvaYond	1	-	-	-
Otilia	2	2	-	

Prozess	Merkmal	Mess- einheit	Soll	Ziel 2017
Studien	Anteil Studienpatientinnen	%	> 5 % der Primärfallzahl	Halten bzw. weiter steigern Rekrutierung weiterer Studien

12. Chemotherapie

Prozess	Merkmal	Messeinheit	Ist 2016	Ziel 2017
Chemotherapie	Durchführung ambulant Behandlungs- serien = Zyklen	Anzahl	310 Ovarialka. 19 Cervixka. 11 Endometrium 0 Vulvaka	halten

Kommentar

Insgesamt wurden im Jahr 2016 197 Zyklen Chemotherapie und 143 Antikörpertherapien durchgeführt.

13. Qualitätsmanagement

Prozess	Merkmal	Mess- einheit	Ist 2016
Qualitäts- management	Leiter Zentrum Zentrumskoordinatorin Qualitätsmanagementbeauftragte	Anzahl	Prof. Daniel Rein Dr. Dunja Schloßmacher Dr. Abel, Gabriele Demmel

Kommentar und Ziel 2016

Das gynäkologische Krebszentrum verfügt über zwei Qualitätsmanagementbeauftragte Frau Dr. Abel und Frau Demmel. Die QMB's sind verantwortlich für den Aufbau und Aufrechterhaltung des QM-Systems nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft.

14. Qualitätsindikatoren

Eine Erfassung der Qualitätsindikatoren erfolgt auf Basis der Patientenakte. Als System wird ODSeasy® von der Fa. ASTHENIS verwendet. Über ODSeasy erfolgt die Auswertung und geplant das Benchmarking in Kooperation mit dem Onkologischen Tumorzentrum Düsseldorf. Im ersten Schritt erfolgt das Benchmark bei Vulvakarzinomen. Die Ausweitung auf weitere Tumorentitäten ist in Vorbereitung. Die erfassten Daten werden künftig jährlich vom Onkologischen Tumorzentrum ausgewertet. Das gynäkologische Krebszentrum erhält 2 x jährlich die Ergebnisse in Form eines Benchmarking-Berichtes.

Die Teilnahme an der Externen QS nach § 137 SGB V erfolgt ebenfalls im Gynäkologischen Krebszentrum Köln-Hohenlind. Die Auswertungen gehen in die QM-Bewertung ein (s. Intranet).

Die Ergebnisse werden in den regelmäßig stattfindenden Q-Zirkeln besprochen und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung von Schwachstellen eingeleitet.

15. Erreichte Ziele und Projekte 2016 und 2017

2016

- Erhebung und Dokumentation der Nachsorgedaten
- Teilnahmequote Patientenzufriedenheit steigern
- Studienteilnahme; Rekrutierung weiterer Studien
- Halten bzw. Steigerung der guten Behandlungsqualität (gemessen an den Qualitätsindikatoren im Benchmark)

2017

- Weitere Stabilisierung des Gynäkologischen Krebszentrums
- Etablierung und Erreichen einer guten Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe
- Bestehende Dysplasie-Sprechstunde erweitern und Zertifizierung anstreben
- Endometriose-Sprechstunde ausbauen und Re-Zertifizierung April 2017 durchführen

16. Strategie und Planung 2017

Was wir erreichen wollen:	Zu erreichen durch:	Erfolgskontrolle:
Wir wollen für unsere Patientinnen, über die gesamte Behandlungskette, ein optimales Behandlungsergebnis erreichen	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäres Expertenteam • Leitlinien-orientierte Therapie • Einsatz von modernster Technik • Koordinierte Vorgehensweise bei Diagnostik und Behandlung mit den beteiligten Experten • kurze Wartezeiten • Verfügbarkeit von psychosozialer Betreuung • Das Zentrum des GKZ ist die Patientin; d.h. das GKZ organisiert sich um die Patientin 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenzufriedenheit • Rezidivrate • Lebensqualität • Lebensdauer • Patientenzahl
Wir wollen mit den vorhandenen Ressourcen effizientes Arbeiten umsetzen	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Transparenz in der Leistungserbringung • Vermeidung unnötiger administrativer Arbeiten • Präoperative Planung in der Ambulanz • Effiziente Dokumentation • Kostenbewusstes Arbeiten 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Auswertung Kennzahlenbogen des GKZ • Kosten
Wir wollen optimal qualifiziertes ärztliches Personal am GKZ	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierte Einarbeitung • Kontinuierliche Fortbildung • Bereitstellung von erfahrenem Personal im Hintergrund • Förderung von Weiterbildungsaktivitäten • Hospitation • Förderung und Durchführung von Studien 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Teilnahme an Fortbildungen • Anzahl Referententätigkeit • Patientenzufriedenheit • Weiterbildung
Wir wollen die selbständige und eigenverantwortliche Arbeitsweise des Pflegepersonals unterstützen	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierte Einarbeitung • Kontinuierliche Fortbildung • Bereitstellung von klaren Handlungsrahmen und –vorgaben 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Teilnahme an Fortbildungen • Patientenzufriedenheit (Detailauswertung der speziellen Fragen)

Was wir erreichen wollen:	Zu erreichen durch:	Erfolgskontrolle:
Wir wollen eine enge Kooperation mit unseren Einweisern	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Treffen mit den Einweisern • Regelmäßige Fortbildung für die Einweiser • Bereitschaft als Zweitmeinungszentrum für die Einweiser verfügbar zu sein • Persönliche Verfügbarkeit, gute Erreichbarkeit der verantwortlichen Ärzte • Regelmäßige und individuelle Information (Wissenstransfer bei Problemfällen) für die Einweiser • TK 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Fortbildungen • Anwesenheit der Einweiser bei Veranstaltungen • Einweiserzufriedenheit über Befragung • Teilnahme der Einweiser an der TK • Einweiserzufriedenheitsanalyse
Wir wollen führender Standort für die Behandlung von Gynäkologischen Krebsleiden in der Region sein	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung moderner Diagnostik und Therapiekonzepte • Kooperation mit Niedergelassenen und Kliniken in der Region • Interdisziplinäre Fortbildung • Darstellung der Ergebnisse in Publikationen 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Zuweisungen/ Zahl • Zahl der Operationen • Wissenschaftliche Forschungsprojekte • Zahl klinischer Studien einschl. behandelter Patientinnen
Wir wollen eine erhöhte Aufmerksamkeit und verbesserte Wahrnehmung der gynäkologischen Krebserkrankung in der Öffentlichkeit	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Enge Kooperation mit Selbsthilfegruppen in der Region • Patientinnen-Forum • Informations- und Benefiz-Veranstaltungen als Gynäkologisches Krebszentrum • Interdisziplinäre Fortbildung • Internetportal/ Homepage 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Rückmeldung aus den Selbsthilfegruppen geplant • Zahl der Veranstaltungen • Beteiligung von Betroffenen / Interessierten
Wir wollen unseren Patientinnen eine angenehme Atmosphäre während des stationären Aufenthaltes gewährleisten	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeit und Freundlichkeit 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenzufriedenheit

17. Zielausrichtung und Strategie 2017

Die Zielausrichtung des gynäkologischen Krebszentrums Köln-Hohenlind für 2017 besteht darin, das seit 2014 zertifizierte gynäkologische Krebszentrum weiter zu verbessern und damit eine fachlich und menschlich hohe Qualität in der Betreuung von gynäkologischen Krebspatientinnen zu gewährleisten.

Dieses Ziel soll erreicht werden durch eine Steigerung der Patientinnen-, Mitarbeiter- und Einweiserzufriedenheit, durch Optimierung der Prozess- und Organisationsqualität im gesamten gynäkologischen Krebszentrum.

Im Jahr 2016 ist es uns in vielen Bereichen gelungen, systematisch das Verbesserungspotenzial umzusetzen. Dieser Prozess soll 2017 weiter verfolgt werden.

Wir vertrauen darauf, auch in Zukunft mit dieser Strategie die bisherigen Leistungen halten bzw. weiter verbessern zu können.

Köln, den 01.03.2017



Prof. Daniel Rein
Leiter des gynäkologischen Krebszentrums



Frank Dünwald
Geschäftsführer