

# Qualitätsbericht

Bereich: Onkologisches Zentrum

Betrachtungszeitraum: 04/24 – 04/25

Datum: 11.04.25

Teilnehmer: Dr. Schmalenberg, Fr. Schulze, Fr. Dr. Müller

Geltungsbereich: Onkologischen Zentrum

## Inhalt

---

<b>Inhalt</b> .....	<b>2</b>
Gesamtbewertung.....	3
Qualitätsziele 2024.....	3
1. Entwicklung des Qualitätsmanagements im Betrachtungszeitraum.....	4
<b>Allgemeines</b> .....	<b>4</b>
<b>Maßnahmen vorangegangener Managementbewertungen</b> .....	<b>4</b>
2. Relevante Veränderungen (retro-, prospektiv).....	5
3. Leitbild, Qualitätspolitik und Zielerreichung.....	6
<b>Leitbild und Qualitätspolitik</b> .....	<b>6</b>
<b>Qualitätsziele, Maßnahmen und Projekte</b> .....	<b>6</b>
4. Organisation, Konzeption und Dokumentation .....	14
<b>Organigramm</b> .....	<b>14</b>
<b>QM-Handbuch und Klinik- und Therapiekonzept – Umsetzung von Leitlinien und Expertenstandards</b> .....	<b>14</b>
5. Interne Kommunikation .....	15
6. Infrastrukturelle Ressourcen .....	16
7. Ergebnisse von Audits, Selbst- und Fremdbewertungen.....	17
8. Rückmeldungen von Kunden .....	18
<b>Patienten</b> .....	<b>18</b>
<b>Mitarbeiter</b> .....	<b>18</b>
<b>Einweiser</b> .....	<b>18</b>
<b>Kostenträger</b> .....	<b>18</b>
<b>Kooperationspartner</b> .....	<b>18</b>
9. Kommunikation mit den Kunden / Öffentlichkeitsarbeit .....	19
10. Ergebnisse von Prozessmessungen (Prozessmanagement).....	20
11. Status von Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen.....	20

## Gesamtbewertung

---

Die Umsetzung der Zertifizierungsanforderungen und der Anforderungen aus dem Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz geschieht zeitnah und in guter Kooperation mit den beteiligten Kliniken. Es fällt auf, dass die Maßnahmenpläne für Zertifizierung und IT zu einer effizienteren Umsetzung der jeweiligen Projekte geführt haben als andere Vorhaben.

In Zusammenarbeit mit dem Klinischen Krebsregister Dresden fand im Dezember 2024 die fünfte Ergebniskonferenz mit positiven Feedback statt.

## Qualitätsziele 2024

---

1. QM-Zertifizierung der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums durch TÜV Süd im Juni 2024
2. Erfolgreiches Rezertifizierung des Onkologischen Zentrums inkl. Organkrebszentren im September 2024
3. Durchführung einer Patientenveranstaltung für 2024
4. Erstzertifizierung Neuroonkologisches Zentrum
5. Erfolgreiche Kooperation mit dem Universitätsklinikum Dresden im Sinne der Anforderungen des Krankenhausplan
6. Erstzertifizierung Palliativstation

Die konkreten Maßnahmen zur Zielerreichung sind in den Zielen und den Maßnahmenplänen abgebildet.

Dateiname: OZ_IN_Qualitätsbericht_Onkologisches Zentrum	erstellt: Fr. Schulze	freigegeben am: 11.04.25
Dokumentnummer: IN_044	Revisionsstand: 04	Freigabe: Dr. Schmalenberg
		nächste Prüfung: 11.04.26

## 1. Entwicklung des Qualitätsmanagements im Betrachtungszeitraum

---

### Allgemeines

---

Die Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums besteht seit Oktober 2015 (Leiter Onkologisches Zentrum & Koordinatorin Onkologisches Zentrum) und die Erstzertifizierung des Onkologischen Zentrums erfolgte 2015. 2018 wurde die Geschäftsstelle um eine QM- und Projektbeauftragte und um zwei Psychoonkologen erweitert. Ab Juni 2023 wurde die Zentrale Tumordokumentation mit drei Tumordokumentare integriert.

Die QM-Erstzertifizierung der Geschäftsstelle ist im Mai 2019 erfolgt. Die Rezertifizierung erfolgt im Juni 2024.

Das Onkologische Zentrum ist seit 2018 im Krankenhausplan des Freistaates Sachsens aufgenommen und als Zentrum mit einer überörtlichen und krankenhausübergreifenden Aufgabenwahrnehmung benannt. Seitdem wurde das Netzwerk immer weitere ausgebaut.

Insgesamt 8 unterschriebene Kooperationsverträge (Kreischau, Oschatz, Zittau, Weißwasser, Zschopau, Hartmannsdorf, Erlabrunn, Malteser Görlitz) liegen vor, die Zusammenarbeit besteht aber auch auf informeller Ebene mit vielen weiteren Krankenhäusern des Einzugsgebietes.

### Maßnahmen vorangegangener Managementbewertungen

---

Siehe Maßnahmenplan GOZ

Dateiname: OZ_IN_Qualitätsbericht_Onkologisches Zentrum	erstellt: Fr. Schulze	freigegeben am: 11.04.25
Dokumentnummer: IN_044	Revisionsstand: 04	Freigabe: Dr. Schmalenberg
		nächste Prüfung: 11.04.26

## 2. Relevante Veränderungen (retro-, prospektiv)

### Relevante gesetzliche Änderungen, Leitlinien, Anforderungen von Fachgesellschaften

Seit September 2018 ist das Onkologische Zentrum am Städtischen Klinikum Dresden im Sächsischen Krankenhausplan enthalten. Somit war das Onkologische Zentrum wieder Teil der Kassenverhandlungen im Juni 2024, wie auch schon in den Jahren zuvor. Die Vorbereitung dessen erfolgte in Zusammenarbeit zwischen der Abteilung für Finanzen und der GOZ.

Zur Netzwerkbildung wurden zwischen dem Onkologischen Zentrum und 8 sächsischen Krankenhäusern Kooperationsverträge geschlossen. Die Koordination erfolgte über die GOZ.

Leitlinien werden laufend aktualisiert. Patientenpfade wurden zum Teil neu erstellt und angepasst.

### Relevante wettbewerbliche Veränderungen

Zu der Entität Speiseröhre wurden die Mindestmengen des G-BA veröffentlicht und traten ab 01.01.23 in Kraft. Die Anforderung erfüllen in Sachsen im Jahr 2025 vier Krankenhäuser, u.a. das Städtische Klinikum (Standort Friedrichstadt). Die Anforderung pro Jahr beträgt 26 Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre). Das Städtische Klinikum (Standort Friedrichstadt) erbrachte im Betrachtungszeitraum 43 Eingriffe.

Zu der Entität Brust wurden die Mindestmengen des G-BA veröffentlicht und traten ab 01.01.24 in Kraft. Die Anforderung erfüllen im Jahr 2025 in Sachsen 23 Krankenhäuser, u.a. das Städtische Klinikum (Standort Friedrichstadt). Die Anforderung pro Jahr beträgt 100 chirurgische Behandlungen des Brustkrebses. Das Städtische Klinikum (Standort Friedrichstadt) erbrachte im Betrachtungszeitraum 219 Eingriffe.

Zu der Entität Pankreas wurden die Mindestmengen des G-BA veröffentlicht und traten ab 01.01.24 in Kraft. Die Anforderung erfüllen im Jahr 2025 in Sachsen 21 Krankenhäuser, u.a. das Städtische Klinikum (Standort Friedrichstadt). Die Anforderung pro Jahr beträgt 20 komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse). Das Städtische Klinikum (Standort Friedrichstadt) erbrachte im Betrachtungszeitraum 68 Eingriffe.

Weiter wurde zu der Entität Lungen eine Mindestmenge veröffentlicht und mit einer Übergangsfrist bis 2024 in Kraft gesetzt.

### Bewertung

In einem sich verändernden Gesundheitssystem mit Mindestmengen und zunehmender Spezialisierung ist das Onkologische Zentrum durch Anpassungen in seiner Struktur und Erweiterung des Versorgungsumfanges adäquat reaktionsfähig.

Die Logistik für die Tumorkonferenzen, insbesondere durch Einführung eines neuen PACS-Systems und der verbesserten Möglichkeit, externe Partner durch Big Blue Button zuzuschalten, wurde verbessert.

### Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

s. Maßnahmenplan

## 3. Leitbild, Qualitätspolitik und Zielerreichung

### Leitbild und Qualitätspolitik

Das Leitbild des Städtischen Klinikums wird derzeit in einer Projektgruppe erarbeitet. Aus diesem leiten sich dann zukünftig die Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums ab

### Qualitätsziele, Maßnahmen und Projekte

Die Qualitätsziele des Onkologischen Zentrums wurden im März 2024 aktualisiert. Ein Maßnahmenplan ist für das Onkologische Zentrum und die Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums vorhanden.

Grundlage für die ständige Verbesserung des Zentrums, im Sinne eines PDCA-Zyklus, stellen die umfangreichen Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft dar, die auch im Jahr 2024 erfolgreich abgeschlossen wurden.

### Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den Zentrumsregelungen des GBA:

#### 1.) Übersicht der Qualifikationen der im Zentrum tätigen Ärzte

Fachbereich	Name	Qualifikation	Anzahl FÄ* (u.a. mit Sub-spezialisierung)
Allg.- u. Viszeralchirurgie	Chefarzt Prof. Dr. med. Sören Torge Mees	Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ	6
Dermatologie	Dr. med. André Koch	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten	4
Gastroenterologie	Chefarzt Dr. med. Sven Wollschläger	Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologe, Diabetologe, Endokrinologie	5
Gynäkologie	Chefarzt Dr. med. Markus Grebe	Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe	6
Gynäkologie 2	Chefarzt Dr. med. Udo Nitschke	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	3
HNO	Chefarzt Prof. Dr. med. Volker Gudziol	Facharzt für HNO-Heilkunde, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie; Zusatz-Weiterbildung Plastische Operationen & Spezielle HNO-Chirurgie	3
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Oberärztin Dr. med. Anke Krause	Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1

Fachbereich	Name	Qualifikation	Anzahl FÄ* (u.a. mit Sub- spezialisierung)
Neurochirurgie	Chefarzt Prof. Dr. med. Florian Stockhammer	Facharzt für Neurochirurgie	6
Nuklearmedizin	Oberarzt Dr. med. Jan-Henning Schierz	Facharzt für Nuklearmedizin und Radiologie	1
Onkologie	Chefarzt Dr. med. Harald Schmalenberg	Facharzt für Innere Medizin Hämatologie, internistische Onkologie und Palliativmedizin	6
Orthopädie	Chefarzt Prof. Dr. med. Torsten Kluba	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Spezielle Orthopädische Chirurgie	3
Pathologie	Chefärztin Priv.-Doz. Dr. med Jakob	Fachärztin für Pathologie	6
Plastische Chirurgie	Chefarzt Dr. med. Sönke Eger	Facharzt für Plastische Chirurgie	2
Pneumologie	Oberarzt Dr. med. Frederik Frenzen	Facharzt für Innere Medizin, Infektologie, Pulmologe	1
Radiologie	Chefarzt Prof. Dr. med. Thomas Kittner	Facharzt für Radiologie	13
Thoraxchirurgie	Chefarzt Dr. med. Steffen Gerlach	Facharzt für Thoraxchirurgie	2
Urologie	Chefarzt Dr. med. Fred Schuster	Facharzt für Urologie	7

\*Fachärzte

2.) Mindestfallzahlen

Die Mindestfallzahlen werden entsprechend den Zertifizierungsanforderungen erfüllt.

Siehe Zertrechner:

Standort	Städtisches Klinikum Dresden, Standort Friedrichstadt		
IK-Nummer	261400949	Erstelldatum (tt.mm.jjjj) <sup>1)</sup>	14.04.2025
Standort-Nummer	772842000	Datum Erstzertifizierung	06.10.2015
Ansprechpartner <sup>1)</sup>	Frau Schulze	Kennzahlenjahr	2024

Tumorentitäten	Krebsneuerkrankungen <sup>2)</sup>	Anteil in %	Nachweisstufe/ Mindestprimärfälle / Mindestzentrumsfälle <sup>3)</sup>				Angabe Zentrum (letztes Kalenderjahr)				
			Z	M	S	T	Nachweisstufe Z, M, S, T, A, V, n	Primärfälle	Rezidive/ Fernmetastase n/ Nicht Primärfälle	Zentrumsran- ge/ Patientenfälle n	Geltungs- bereich OZ ohne V
1 Darm	65.390	16,27%	50			25	Z	115	53	169	16,27%
2 Analkarzinom <sup>4)</sup>	...	...		12			V			0	.....
3 Pankreas	14.960	3,72%		25		13	M	70	5	75	3,72%
4 Magen	15.870	3,95%		30		15	M	28	7	35	.....
5 Leber/ Galle	9.520	2,37%		40		20	M	44	10	54	2,37%
6 Speiseröhre	6.180	1,54%		20		10	M	38	7	45	1,54%
7 Sonst. Gastrointestinale Tumoren (S1) (Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes,	1.800	0,45%				...	S	7			0,45%
8 Endokrine Malignome (S4) (inkl. Schilddrüse, Nebenniere, Paraganglien, Hypophyse, Nebenschilddrüse, Neuroendokrine Tumoren)	5.870	1,46%				...	V				.....
9 Hämatologische Neoplasien	32.830	8,17%	75 <sup>4)</sup>			38 <sup>4)</sup>	Z	152		168	8,17%
10 Mamma	72.180	17,96%	100			50	Z	206	54	260	17,96%
11 Gynäkologische Tumoren (Cervix, Uterus, Ovar inkl. BOT, Vulva, Vaginal Tumoren, STIC)	26.280	6,54%	50			25	Z	62	21	83	6,54%
12 Haut (Invasives malignes Melanom)	17.800	4,43%	40			20	Z	113	6	119	4,43%
13 Prostata	63.440	15,79%	100			50	Z	187	8	195	15,79%
14 Penis (S6) <sup>4)</sup>	950	0,24%		8		...	V			0	.....
15 Hoden	4.710	1,17%		15		...	V			0	.....
16 Niere	14.500	3,61%		35 <sup>4)</sup>		18 <sup>4)</sup>	V			0	.....
17 Harnblase	15.970	3,97%		50		25	V			0	.....
18 Sarkome (inkl. GIST)	6.430	1,60%		50 <sup>4)</sup>		25 <sup>4)</sup>	V			0	.....
19 Kopf-Hals-Tumoren (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, Speicheldrüsen)	17.130	4,26%		75		37	M	113	25	138	4,26%
20 Neuroonkologische Tumoren	10.000	2,49%		100		50	M	102	23	125	2,49%
<b>Gesamt</b>	<b>#####</b>	<b>#####</b>					<b>Gesamt (ohne "V")</b>	<b>1.237</b>	<b>219</b>	<b>1.466</b>	<b>84,00%</b>
21 Lunge	49.530	12,33%	200			100	V			0	.....
22 Mesotheliom	1.600	0,35%		12 <sup>4)</sup>			V				.....
23 Kinderonkologie	2.170	0,54%		30 <sup>4)</sup>		15 <sup>4)</sup>	n				.....
<b>Gesamt mit Lunge / Mesotheliom / Kinderonkologie</b>	<b>#####</b>	<b>#####</b>					<b>Gesamt mit Lunge / Mesotheliom / Kinderonkologie (ohne "V")</b>	<b>1.237</b>	<b>219</b>	<b>1.466</b>	<b>84,00%</b>

<sup>1)</sup> Reg.-Nr., Erstelldatum und Ansprechpartner müssen verbindlich angegeben werden.  
<sup>2)</sup> Modifizierte PKI-Liste 2008  
<sup>3)</sup> Momentan keine Mindestanforderungen an Primärfälle für Nachweisstufe "S" definiert.  
<sup>4)</sup> Zentrumsfälle (der Anteil in % wird nur dem Geltungsbereich angerechnet, wenn die Mindestvorgabe der Zentrumsfälle erreicht bzw. überschritten wird).  
<sup>5)</sup> Patientenfälle (der Anteil in % wird nur dem Geltungsbereich angerechnet, wenn die Mindestvorgabe der Patientenfälle erreicht bzw. überschritten wird).  
<sup>6)</sup> Bei der Mesotheliomeinheit handelt es sich um ein Addendum (A) zum Lungenkrebszentrum (kein Modul - M). Die Entität Mesotheliom kann nur in Verbindung mit einem ...

**Gesamtergebnis**

Geltungsbereich (mind. 50 %)	84,00%
Versorgungsumfang in % (keine Vorgabe)	96,05%
Geltungsbereich im Versorgungsumfang (mind. 70 %)	87,45%
Anzahl Organkrebszentren / Module (Summe Z+M)	12
Anzahl Transitzentren (Summe T)	0
Voraussetzungen erfüllt, Bearbeitung vollständig	ja

## Maßnahmen zur Qualitätssicherung:

### 1.) Übersicht erstellter SOPs/Behandlungspfade

Zentrum	Behandlungspfad
Hautkrebszentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melanom (Primärtumor)</li> <li>- Melanom (Regionäre Metastasierung)</li> <li>- Melanom (Fernmetastasierung)</li> </ul>
Gynäkologisches Krebszentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Endometriumkarzinom (Primärtumor)</li> <li>- Endometriumkarzinom (Rezdiv)</li> </ul>
Kopf-Hals-Tumor-Zentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypopharynxkarzinom</li> <li>- Larynxkarzinom</li> <li>- Oropharynxkarzinom</li> <li>- Nasopharynxkarzinom</li> <li>- HNO-Tumor (nicht operabel)</li> <li>- HNO-Tumor (metastasiert oder Rezidiv)</li> </ul>
Onkologisches Zentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten mit Myelonkompression</li> </ul>
Viszeralonkologisches Zentrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Magenkarzinom und AEG (Primärtumor)</li> <li>- Magenkarzinom und AEG (metastasierte oder irresektabel)</li> <li>- Pankreaskarzinom (Primärtumor)</li> <li>- Pankreaskarzinom (metastasiert)</li> <li>- HCC (fortgeschrittenes Stadium)</li> <li>- Hepatozelluläres Karzinom</li> </ul>
Zentrum für Hämatologische Neoplasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffuses großzelliges B-Zell Lymphom</li> <li>- Hodgkin Lymphom</li> <li>- Multiples Myelom</li> </ul>

### 2.) Durchgeführte Fort und Weiterbildungen (2024 bis 04/25):

- 21.02.24 Medizin am Mittwoch: Pathologische Sakrumfrakturen – Diagnostik/Klassifikation/Therapie
- 27.03.24 Medizin am Mittwoch: Behandlungsoptionen beim Mammakarzinom
- 24.04.24 Medizin am Mittwoch: Roboterchirurgie
- 08.05.24 Medizin am Mittwoch: Klassifikation maligner Lymphome - Überblick zu Neuerungen aus der 5. Ausgabe der WHO-Klassifikation
- 15.05.24: Neuroonkologie 2024: Fortbildung zur Zertifizierung des Städtischen Klinikums als Neuronkologisches Zentrum
- 05.06.24 Sommerseminar des Prostatakarzinomzentrums Dresden-Friedrichstad
- 21.11.24 Komplexe Pankreaschirurgie

3.) Strukturierter Austausch mit anderen Onkologischen Zentren

Im Bereich des Zentrums für Hämatologische Neoplasien werden ausgewählte Patienten und ihre Therapieempfehlungen des Zentrums nochmals im entsprechendem Tumorboard des Universitätsklinikums Dresdens besprochen und ggf. angepasst (im Jahr 2024 waren es 38 Vorstellungen).

Vertreter des Zentrums nahmen an der Landesqualitätskonferenz des Gemeinsamen Krebsregisters Sachsens teil. Dort erfolgt die landesweite Darstellung der Therapieergebnisse ausgewählter Tumorentitäten und die Diskussion von Optimierungspotential.

Durch die Teilnahme an klinischen Studien erfolgt ein regelmäßiger Austausch mit diversen anderen Tumorzentren Deutschlands zur Therapie der entsprechenden Patienten.

Das Zentrum beteiligt sich zusammen mit anderen Tumorzentren der neuen Bundesländer an der Facharztweiterbildung Hämatologie/Onkologie und definiert in diesem Zusammenhang, die Standards des Fachgebiets.

Das Städtische Klinikum Dresden übernimmt für das das Klinikum Pirna, Klinik Bavaria in Kreischa, Krankenhaus Sebnitz (Sektionen), das Mammographie Screening und ca. 50 Praxen die Befundung der pathologischen Präparate. Für das Klinikum Pirna erfolgt zusätzlich die Begutachtung zytologischer Knochenmarks Ausstriche.

Für die Referenzhistologischen Beurteilungen befindet sich das Städtische Klinikum Dresden im Austausch mit den Universitätskliniken in Kiel, Erlangen und Münster, sowie dem Klinikum Friedrichshafen.

4.) Forschungstätigkeit und Mitarbeit in Fachgesellschaften

4.1) Mitarbeit in Fachgesellschaften/Kommissionen und an Leitlinien/Konsensuspapieren:

Name	Fachgesellschaft/Kommission o. Leitlinie/Konsensuspapier
Dr. med. H. Schmalenberg	- Mitglied der Zertifizierungskommission der Deutschen Krebsgesellschaft für Gastrointestinale Tumoren - Mitglied der Leitkommission der Ostdeutsche Studiengruppe Hämatologie und Onkologie e. V.
Prof. Dr. med. T. Kluba	- Mitglied der Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. - S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Patienten mit monoklonaler Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) oder Multiplem Myelom
Dr. med. Markus Grebe	PEER Reviewer für das IUJO International Urogynecology Journal
Dr. med. Stefan Rödel	- S3-Leitlinie Prostatakarzinom (Tobias F. (2021): mpMRI of the Prostate (MR-Prostatography): Updated Recommendations of the DRG and BDR on Patient Preparation and Scanning Protocol. Rofo.193(7):763-777)

## 4.2) Mitarbeit an wissenschaftliche Publikationen im Bereich Onkologie 2023

- Stelzner S et al (2023): Beyond Total Mesorectal excision - compartment-based Anatomy of the Pelvis Revisited for Exenterative Pelvic Surgery.
- Stelzner S et al (2023): Beyond Total Mesorectal Excision (TME)-Results of MRI-Guided Multivisceral Resections in T4 Rectal Carcinoma and Local Recurrence.
- Goetze TO et al (2023): Perioperative FLOT plus ramucirumab for resectable esophagogastric adenocarcinoma: A randomized phase II/III trial of the German AIO and Italian GOIM
- Schumann K et al (2023): Real-world outcomes using PD-1 antibodies and BRAF + MEK inhibitors for adjuvant melanoma treatment from 39 skin cancer centers in Germany, Austria and Switzerland
- Singer S (2023) The health-related quality of life of sarcoma patients treated with neoadjuvant versus adjuvant radiotherapy - Results of a multi-center observational study

Dateiname: OZ_IN_Qualitätsbericht_Onkologisches Zentrum	erstellt: Fr. Schulze	freigegeben am: 11.04.25
Dokumentnummer: IN_044	Revisionsstand: 04	Freigabe: Dr. Schmalenberg
		nächste Prüfung: 11.04.26

4.3) Studienteilnahme

Durchführende Einheit	Studie	Anzahl Pat. (Zeitraum 01.01.23-31.12.23)
Studienzentrale des Städtischen Klinikums Dresden	Myelom-Register	4
	GMALL	1
	ADOREG	9
	BROADEN	22
	PREVENT	1
	HOLIPANC	3
	RAMIRIS	1
	PCO	42
radiotherapie dresden MVZ GmbH und Abteilung Strahlentherapie, Standort Friedrichsstadt	PCO	4
Onkozentrum Dresden (amb. Onkologen) Leipziger Straße 118 01127 Dresden	OPAL-Register	7
	Perform-NIS	1
	Smaragd-Register	1
	Register Follikuläres Lymphom UK Ulm	2
	CLL-Register UK köln	2
	Colopredict	3
	Jade-Register	4
	Platon-Register	6
	Persuasion-Register	2
	Inga-NIS	1
Gemeinschaftspraxis Hämatologie - Onkologie (amb. Onkologen), Arnoldstrasse 18 01307 Dresden	Importance	1
		<b>117</b>

## 5.) Durchführung Tumorkonferenzen

Tumorboard	Zeit	Empfehlungen 2024
Kopf-Hals-Tumoren	Montag, 14.00 Uhr	287
Neuroonkologische Tumoren	Montag, 14.30 Uhr	451
Prostata- und urologische Tumoren	Dienstag, 15.00 Uhr	407
Tumorkonferenz Neustadt	Mittwoch, 14.30 Uhr	98
Dermatologische Tumoren	Mittwoch, 14.30 Uhr	144
Knochen- und Weichgewebstumoren des Stütz- und Bewegungsorgans	Mittwoch, 14.30 Uhr	48
Solide Tumoren und hämatologische Systemerkrankungen	Mittwoch, 14.30 Uhr	1367
Mamma- und gynäkologische Tumoren	Donnerstag, 14.30 Uhr	756
Thorakale Tumoren	Donnerstag, 14.00 Uhr	278
<b>Gesamt</b>		<b>3836 (+ 8%)</b>

Mitgeltende Dokumente:

- Projekt- und Maßnahmenpläne

### Bewertung

Die Qualitätsziele sind aktuell.

Die Qualitätsanforderungen nach den Zentrumsregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden erfüllt und die jährlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden dargestellt.

### Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Jährliche Überprüfung der Qualitätsziele.

Erarbeitung Qualitätspolitik für das Onkologische Zentrum, wenn das Leitbild des Städtischen Klinikums verabschiedet ist.

Jährliche Überprüfung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Zentrums

## 4. Organisation, Konzeption und Dokumentation

### Organigramm

Das Organigramm ist aktuell.

### QM-Handbuch und Klinik- und Therapiekonzept – Umsetzung von Leitlinien und Expertenstandards

Im Rahmen der Zertifizierungsvorbereitungen/Etablierung QM-System wurden relevante Prozesse definiert, analysiert und schriftlich fixiert.

Mitgeltende Dokumente:

- QM-Handbuch einschließlich der mitgeltenden externen Unterlagen (z. B. Leitlinien für psychoonkologische Versorgung)

### Bewertung

Strukturen und Verantwortlichkeiten sind definiert und festgelegt. Konzepte und Verfahrensanweisungen entsprechen dem aktuellen Stand und werden weiterentwickelt.

### Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Jährliche Überprüfung der Prozesse

## 5. Interne Kommunikation

---

Besprechungen sind in der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums fest etabliert (siehe Besprechungsmatrix)

Mitgeltende Dokumente

- Besprechungsmatrix
- QM-Jahresplan

<b>Bewertung</b>
Die Kommunikationsprozesse werden grundsätzlich als zufriedenstellend bewertet.
<b>Verbesserungspotentiale/Maßnahmen</b>
---

6. Infrastrukturelle Ressourcen

Seit Ende 2014 hat das Onkologische Zentrum mit Förderung des Freistaates Sachsen und der Europäischen Union eine auf die Bedürfnisse des Zentrums und seiner Kooperationspartner zugeschnittene Software zusammen mit der Firma ix.serv, Köln, entwickelt. Damit werden synergistisch die Anforderungen der Tumordokumentation und der interdisziplinären Fallvorstellung in den Tumorkonferenzen in enger Anbindung an das Krankenhausinformationssystem ORBIS erfüllt.

Im Januar 2023 wurde Onko.net seitens der Firma Dedalus gekündigt. Damit wurde der Support zum 31.07.23 eingestellt. Als neues Tumordokumentationssoftware wurde sich für das Gießener Tumordokumentationssystem (GTDS) entschieden, welches seit 01.07.23 genutzt wird. Die Altdatenübernahme erfolgte im Dezember 2023.

Für Onko.net hatten ca. 200 Personen (Ärzte, Dokumentationskräfte, Sekretärinnen) einen Zugang. Eine Schulung des gesamten Personenkreises wäre unverhältnismäßig und nicht durchführbar gewesen. Aus diesem Grund wurde sich dafür entschieden, die Tumordokumentation zu zentralisieren.

Zur Online-Teilnahme an Tumorkonferenz die Plattform BigBlueButton genutzt.

Zur besseren Anbindung externer Kooperationspartner an die Tumorkonferenz wurde über die Plattform TKmed® eine Möglichkeit geschaffen, leichter Röntgenbilder über eine sichere Verbindung an uns zu transferieren.

Das seit Mai 2022 neue PACS System bietet die Möglichkeiten zur direkten Bild-Übertragung der umliegenden Krankenhäuser. Seit Februar 2025 ist das Städtische Klinikum Dresden an die gemeinsame Plattform Sächsische Krankenhäuser für radiologische Bilder (SAX-PACS) angeschlossen. Es wird erwartet, dass in naher Zukunft der Austausch sämtlicher radiologischer Bilder im DICOM-Format über die Plattform erfolgt.

<b>Bewertung</b>		
<p>Auf Grund des Systemwechsels kann die Erstellung der Kennzahlbögen für das PZ, BZ und DZ allein erfolgen und die XML für die OncoBox generiert werden.</p> <p>TKmed® funktioniert zufriedenstellend, dennoch erfolgt die Zusendung externer radiologischer Bilder zumeist per CD, da das System von den Zuweisern nur wenig angenommen wird.</p> <p>BigBlueButton funktioniert erwartungsgemäß, Schwachstelle: Teilnahme an zwei Online-Konferenzen zur gleichzeitigen Übertragung von Onko.net und radiologischen Bildern.</p>		
<b>Verbesserungspotentiale/Maßnahmen</b>		
<p>Weitere Verfolgung der offenen Punkte mit den Softwareentwicklern von GTDS (s. Maßnahmenplan GTDS), weiterhin Aufnahme von Verbesserungswünschen durch die Nutzer in den Maßnahmenplan.</p>		

## 7. Ergebnisse von Audits, Selbst- und Fremdbewertungen

---

Im Rahmen der Vorbereitung zur QM-Zertifizierung der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums erfolgten die interne Audits am 26.02.24 und 24.02.25

### Mitgeltende Dokumente

- Auditprogramm
- Audit- und Begehungsprotokolle
- Projekt- und Maßnahmenplan

Folgende Audits und Begehungen fanden im Betrachtungszeitraum statt:

- Interne Audits: 26.02.24 und 24.02.25

### Bewertung

---

Die Maßnahmen aus den internen Audits sind im Maßnahmenplan der Geschäftsstelle hinterlegt. Es sind alle Maßnahmen abgearbeitet wurden.

Das Audit hat ergeben, dass das QM-System implementiert und funktionsfähig ist.

### Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

---

Verbesserungspotentiale werden über interne Audits identifiziert und über einen Maßnahmenplan weiterverfolgt.

## 8. Rückmeldungen von Kunden

---

### Patienten

---

Die letzte Patientenzufriedenheitsbefragung des Onkologischen Zentrums wurde vom 01.08.20 – 31.10.2021 durchgeführt. Die nächste Patientenbefragung für das Onkologische Zentrum und seine Organkrebszentren läuft seit Anfang 2024.

### Mitarbeiter

---

Die letzte Mitarbeiterbefragung des Klinikums wurde im November 2024 durch eine externe Abteilung (Great Place to work) durchgeführt.

### Einweiser

---

Eine Befragung hinsichtlich der Einweiser fand im Mai 2022 durch das Onkologische Zentrum in Zusammenarbeit mit der Abteilung QM statt. Die nächste Einweiserbefragung ist für April 2025 (läuft derzeit) geplant.

### Kostenträger

---

Kassenverhandlungen im Jahr 2024

### Kooperationspartner

---

Keine Rückmeldungen in den letzten 3 Jahren

### Bewertung

---

Patienten und Einweiserbefragung werden derzeit durchgeführt.

Die Kommunikation von abgeleiteten Maßnahmen aus der Mitarbeiterbefragung erfolgte durch eine externe Firma (Great Place to work) und wurde durch das Ressort Personal kommuniziert.

### Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

---

Die Mitarbeiterbefragung wird auf Klinikebene ausgewertet. Die abgeleiteten Maßnahmen werden bis zum 30.06.25 an die Krankenhausleitung kommuniziert.

## 9. Kommunikation mit den Kunden / Öffentlichkeitsarbeit

Es finden zweimal jährlich Vorstandssitzungen und viermal jährlich Qualitätszirkel statt, auf denen ein Feedback der Organkrebszentren und sonstigen Beteiligten erfolgen.

Auf der Homepage wird die Struktur und die Ansprechpartner des Onkologischen Zentrum dargestellt und wird jährlich überprüft ([Onkologisches Zentrum \(klinikum-dresden.de\)](http://Onkologisches_Zentrum_(klinikum-dresden.de)))

Seit November 2019 kann das Onkologische Zentrum und die Organkrebszentren ihr Leistungsangebot zwei bis dreimal jährlich in einem Newsletter darstellen. Die Koordination erfolgt durch die GOZ.

Am 17.12.24 fand die jährliche regionale Ergebniskonferenz in Zusammenarbeit mit dem Klinischen Krebsregister Sachsen für Kooperationspartner statt. Die Koordination erfolgte über die GOZ.

Am 05.06.24 wurde zum dritten Mal der Benefizlauf „Laufend gegen Krebs“ der Sächsischen Krebsgesellschaft in Dresden durchgeführt. Das Städtische Klinikum Dresden trat bei dieser Veranstaltung als Hauptsponsor auf. Das Bühnenprogramm, Ausstellungflächen wurden durch das Klinikum mitgestaltet. Die Mitarbeiter nahmen als ein Team an der Veranstaltung teil. Die Koordination erfolgte über die GOZ.

Spezielle Werbematerialien (Kugelschreiber/Schlüsselbänder/Flyer für Ärzte und Patienteninformationen) sind für das Onkologische Zentrum vorrätig.

Mitgelte Dokumente:

Jahresplan

Protokolle der Vorstandssitzungen und Qualitätszirkel.

### Bewertung

Die Qualitätszirkel und die Vorstandssitzungen haben sich als eine Plattform für den Austausch über strategischen Entwicklungen, zur Kommunikation und Information der Beteiligten und als Vorbereitung für die Zertifizierungsaudits bewährt.

Die Internetseite des Onkologischen Zentrums wurde 2024 vollständig überarbeitet und aktualisiert. Sie wird als verbessert wahrgenommen.

Die vierte Ergebniskonferenz des Onkologischen Zentrums fand am 17.12.24 erfolgreich statt. Insgesamt nahmen 802 Personen, davon 123 Mitarbeiter und Personalangehörige, der Veranstaltung „Laufend gegen Krebs“ teil. Das wird als sehr positiv bewertet.

### Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Das Onlineformat für die Veranstaltungen (Qualitätszirkel, Vorstandssitzungen, Ergebniskonferenz) hatte sich im vergangenen Jahr als sinnvoll erwiesen, um eine möglichst hohe Teilnehmerzahl zu erreichen. Die Teilnehmerzahl der Ergebniskonferenz blieb hinter den Erwartungen zurück, es sollten für die Ergebniskonferenz 2025 Änderungen des Konzeptes diskutiert.

## 10. Ergebnisse von Prozessmessungen (Prozessmanagement)

---

Im Rahmen der Vorbereitung zur Erstzertifizierung der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums wurden im Jahr 2019 alle relevanten Prozesse definiert, analysiert und schriftlich fixiert. Diese werden in regelmäßigen Abständen (jährlich oder alle 2 Jahre) überprüft und ggf. aktualisiert

Mitgeltende Dokumente

- Kennzahlenmatrix GOZ
- Maßnahmenplan GOZ
- Maßnahmenplan OnkoZert

### Bewertung

---

Für die neu beschriebenen Prozesse wurden im Jahr 2019 Kennzahlen definiert. Die Analyse und Bewertung erfolgt jährlich. Im Hinblick auf die Organkrebszentren werden die Kennzahlbögen der einzelnen Zentren jährlich aktualisiert und Maßnahmen abgeleitet

### Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

---

Siehe Maßnahmenpläne

## 11. Status von Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen

---

Alle Maßnahmen werden in einem Maßnahmenplan der Geschäftsstelle geführt. Der jeweilige Bearbeitungsstatus ist hier ersichtlich.

Mitgeltende Unterlagen:

Maßnahmenpläne der Geschäftsstelle des onkologischen Zentrums