



Jahresbericht 2023

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC)

- Onkologisches Zentrum
- Hauttumorzentrum
- Gynäkologisches Krebszentrum
- Regionales Brustzentrum Dresden (Standort Universitätsklinikum)
- Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- Viszeralonkologisches Zentrum
- Sarkomzentrum
- Kinderonkologisches Zentrum
- Kopf-Hals-Tumorzentrum
- Neuroonkologisches Zentrum
- Uroonkologisches Zentrum
- Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

© Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC). Vervielfältigung und Veröffentlichung nur mit ausdrücklicher Genehmigung.



NCT

NATIONALES CENTRUM FÜR
TUMORERKRANKUNGEN DRESDEN
UNIVERSITÄTS KREBSCENTRUM UCC



Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN

HZDR
HELMHOLTZ ZENTRUM
DRESDEN ROSSENDORF

Impressum

Das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) ist eine gemeinsame Einrichtung des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden und des Helmholtz-Zentrums Dresden-Rossendorf (HZDR).

Herausgeber:

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC)
am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden

Redaktion:

Prof. Dr. med. Martin Bornhäuser
Dr. rer. medic. Maike Bergmann
Sophie Biesenthal
Felix Bollmeier
Marianne Gottburg
Julia Häfner
Dr. rer. nat. Katharina Müller
Karina Noack
Carolin Schwabe

Kontaktadresse:

Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon +49 (0)351 458 0
E-Mail: patientenanfrage.nct-ucc@ukdd.de
www.nct-dresden.de

©Jahresbericht NCT/UCC 2023, Stand: 03/2024

Gestaltung: Ketchum Pleon GmbH, Dresden

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis	14
Vorwort.....	17
Qualitätspolitik und übergeordnete strategische Ziele des Onkologischen Zentrums	18
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung.....	20
Onkologisches Zentrum	24
Struktur des Onkologischen Zentrums (OZ)	24
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	27
Interdisziplinäre Kernambulanz	27
Tumorboards.....	28
Lenkungsgremium.....	30
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	30
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	30
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	31
Workshops	31
Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Onkologischen Zentren	32
Externe und interne Audits	32
Externe Audits.....	32
Interne Audits	33
Zufriedenheitsbefragungen.....	33
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	33
Zufriedenheit der internen und externen Kooperationspartner	34
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	34
Öffentlichkeitsarbeit.....	34
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	35
Leistungszahlen	35
Interdisziplinäre Tumorboards	36
Tumorboardcompliance.....	37
Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen und des digitalen Feedbacks	38
Forschungstätigkeiten	41
Weiterentwicklung von Leitlinien.....	41
Klinische Studien.....	42
Publikationen.....	42
Hauttumorzentrum am NCT/UCC	45
Struktur des Hauttumorzentrums (UHTC).....	45
Ziele des Hauttumorzentrums.....	47
Externe und interne Audits	49

Externe Audits	49
Interne Audits	49
Zufriedenheitsbefragungen	49
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	49
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	50
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	50
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	51
Fort- und Weiterbildungsangebote	51
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	51
Leistungszahlen	51
Psychosoziale Versorgung	52
Wartezeiten	53
Interdisziplinäres Tumorboard	53
Tumorboardcompliance	55
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen	56
Datenqualität DKG-Kennzahlen	57
Forschungstätigkeiten	57
Klinische Studien	57
Publikationen	58
Gynäkologisches Krebszentrum	61
Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums (GZ)	61
Ziele des Gynäkologischen Krebszentrums	62
Externe und interne Audits	63
Externe Audits	63
Interne Audits	63
Zufriedenheitsbefragungen	64
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	64
Zufriedenheit der Patientinnen	65
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	66
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen	67
Fort- und Weiterbildungsangebote	67
Veranstaltungen für Patientinnen	67
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	68
Leistungszahlen	68
Psychosoziale Versorgung	70
Wartezeiten	71
Interdisziplinäres Tumorboard	72
Tumorboardcompliance	72
Datenqualität DKG-Kennzahlen	73
Forschungstätigkeiten	74
Klinische Studien	74
Publikationen	74

Regionales Brustzentrum Dresden	77
Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden (RBZ).....	77
Ziele des Regionalen Brustzentrums Dresden.....	78
Externe und interne Audits	79
Externe Audits.....	79
Interne Audits	79
Zufriedenheitsbefragungen.....	80
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	80
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	81
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	82
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	83
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	83
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	83
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	84
Leistungszahlen	84
Psychosoziale Versorgung.....	86
Wartezeiten.....	87
Interdisziplinäres Tumorboard	88
Tumorboardcompliance.....	89
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	90
Forschungstätigkeiten	90
Klinische Studien.....	90
Publikationen.....	91
Zentrum für Hämatologische Neoplasien	93
Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien (HAEZ)	93
Ziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien.....	95
Externe und interne Audits	96
Externe Audits.....	96
Interne Audits	97
Zufriedenheitsbefragungen.....	97
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	97
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	97
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	99
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	100
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	100
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	100
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	101
Fallzahlen.....	101
Psychosoziale Versorgung.....	103
Wartezeiten.....	103
Interdisziplinäres Tumorboard und Fallbesprechungen	104
Tumorboardcompliance.....	105
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	106
Forschungstätigkeiten	106

Klinische Studien.....	106
Publikationen.....	107
Viszeralonkologisches Zentrum.....	110
Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums (VOZ)	110
Ziele des Viszeralonkologischen Zentrums.....	111
Externe und interne Audits	112
Externe Audits	112
Interne Audits	113
Zufriedenheitsbefragungen.....	113
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	113
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	113
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	114
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	115
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	115
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	115
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	116
Leistungszahlen	116
Psychosoziale Versorgung	118
Wartezeiten	119
Interdisziplinäres Tumorboard	120
Tumorboardcompliance	120
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen	122
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	123
Forschungstätigkeiten	123
Klinische Studien.....	123
Publikationen.....	123
Sarkomzentrum	126
Struktur des Sarkomzentrums (SAR).....	126
Ziele des Sarkomzentrums.....	127
Externe und interne Audits	128
Externe Audits	128
Interne Audits	129
Zufriedenheitsbefragungen.....	129
Zufriedenheit von Zuweiserinnen und Zuweisern.....	129
Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten	130
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	130
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	131
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	131
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	131
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	131
Leistungszahlen	131
Psychosoziale Versorgung	132
Wartezeiten	133

Interdisziplinäres Tumorboard	133
Tumorboardcompliance	134
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen	135
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	137
Forschungstätigkeiten	137
Klinische Studien.....	137
Exemplarische Publikationen.....	137
Kinderonkologisches Zentrum.....	140
Struktur des Kinderonkologischen Zentrums (KIO)	140
Ziele des Kinderonkologischen Zentrums	141
Externe und interne Audits	142
Externe Audits.....	142
Interne Audits	143
Zufriedenheitsbefragungen.....	143
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	143
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	143
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	145
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	145
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	145
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	146
Leistungszahlen	146
Psychosoziale Versorgung	148
Wartezeiten	149
Interdisziplinäres Tumorboard	149
Tumorboardcompliance	150
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	150
Forschungstätigkeit	151
Klinische Studien.....	151
Publikationen.....	151
Kopf-Hals-Tumorzentrum	154
Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums (KHTZ)	154
Ziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums	155
Externe und interne Audits	156
Externe Audits.....	156
Interne Audits	156
Zufriedenheitsbefragungen.....	157
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	157
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	157
Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2023.....	157
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	158
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	158
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	158
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	159

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	159
Leistungszahlen	159
Psychosoziale Versorgung	161
Wartezeiten	161
Interdisziplinäres Tumorboard	162
Tumorboardcompliance	163
Datenqualität DKG-Kennzahlen	163
Forschungstätigkeiten	164
Klinische Studien	164
Publikationen	164
Neuroonkologisches Zentrum	167
Struktur des Neuroonkologischen Zentrums (NOZ)	167
Ziele des Neuroonkologischen Zentrums	168
Externe und interne Audits	169
Externe Audits	169
Interne Audits	169
Zufriedenheitsbefragungen	170
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	170
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	170
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	171
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	171
Fort- und Weiterbildungsangebote	171
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	171
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	172
Leistungszahlen	172
Psychosoziale Versorgung	173
Wartezeiten	173
Interdisziplinäres Tumorboard	174
Tumorboardcompliance	175
Datenqualität DKG-Kennzahlen	175
Forschungstätigkeit	176
Klinische Studien	176
Publikationen	177
Uroonkologisches Zentrum	179
Struktur des Uroonkologischen Zentrums (UOZ)	179
Ziele des Uroonkologischen Zentrums	181
Externe und interne Audits	182
Externe Audits	182
Interne Audits	182
Zufriedenheitsbefragungen	183
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	183
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	183
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	183

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	184
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	184
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	184
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	185
Leistungszahlen	185
Psychosoziale Versorgung.....	187
Wartezeiten	188
Interdisziplinäres Tumorboard	188
Tumorboardcompliance.....	190
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	190
Forschungstätigkeiten	191
Klinische Studien.....	191
Publikationen.....	191
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.....	194
Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK).....	194
Ziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.....	194
Externe und interne Audits	195
Externe Audits.....	195
Interne Audits	195
Zufriedenheitsbefragungen.....	196
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	196
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	196
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	196
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	197
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	197
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	197
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	197
Leistungszahlen	197
Interdisziplinäres Gendiagnostikboard.....	199
Wartezeiten	200
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	200
Forschungstätigkeiten	200
Publikationen.....	200

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Jahresziele des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC 2023	19
Tabelle 2: Zertifizierung der Organkrebszentren/Module/Schwerpunkte am NCT/UCC	21
Tabelle 3: Zertifizierung der Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC	21
Tabelle 4: Anzahl Fachärztinnen und Fachärzte im Onkologischen Zentrum.....	27
Tabelle 5: Weitere Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten 2023	31
Tabelle 6: Workshops 2023.....	32
Tabelle 7: Fallzahlentwicklung im Onkologischen Zentrum - Zertrechner OnkoZert.....	36
Tabelle 8: Maßnahmen aus der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser 2023	39
Tabelle 9: Mitarbeit an Leitlinien.....	41
Tabelle 10: Qualifikationsmatrix Hauttumorzentrum 2023	47
Tabelle 11: Jahresziele des Hauttumorzentrums 2023.....	48
Tabelle 12: Inanspruchnahme der Sprechstunden des Hauttumorzentrums.....	51
Tabelle 13: Primärfälle und Rezidive/Metastasen des Hauttumorzentrums 2021-2023.....	52
Tabelle 14: Dermatologische Operationen 2021-2023	52
Tabelle 15: Neu eingeleitete Tumorthapien Hauttumorzentrum 2021-2023	52
Tabelle 16: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst Hauttumorzentrum 2021-2023	52
Tabelle 17: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Hauttumorzentrum 2021-2023	53
Tabelle 18: Kennzahlen zum Dermatologischen Tumorboard nach DKG-Vorgabe 2021-2023	55
Tabelle 19: Datenqualität DKG-Kennzahlen Hauttumorzentrum 2023	57
Tabelle 20: Studieneinschlüsse Hauttumorzentrum 2021-2023.....	57
Tabelle 21: Qualifikationsmatrix Gynäkologisches Krebszentrum.....	62
Tabelle 22: Jahresziele des Gynäkologischen Krebszentrums 2023	63
Tabelle 23: Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums 2023.....	67
Tabelle 24: Entwicklung der Fallzahlen je Tumorentität Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023.....	69
Tabelle 25: Betreuung, Anteil überschwellig belasteter Patientinnen und Screening, durch den psychoonkologischen Dienst Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023	71
Tabelle 26: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023	72
Tabelle 27: Datenqualität DKG-Kennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum 2023.....	73
Tabelle 28: Studienquote Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023.....	74
Tabelle 29: Qualifikationsmatrix Regionales Brustzentrum Dresden - Standort UKD.....	78
Tabelle 30: Jahresziele des Regionalen Brustzentrums Dresden 2023	79
Tabelle 31: Fort- und Weiterbildungsangebote Regionales Brustzentrum 2023.....	83
Tabelle 32: Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1 Regionales Brustzentrum 2021-2023	85
Tabelle 33: Mastektomie-Rate Regionales Brustzentrum 2021-2023.....	85
Tabelle 34: Revisionsoperationen Regionales Brustzentrum 2021-2023	86
Tabelle 35: Psychoonkologisches Screening Regionales Brustzentrum 2021-2023	86
Tabelle 36: Anteil überschwellig belastete Patientinnen und Patienten 2021-2023	86
Tabelle 37: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst Regionales Brustzentrum 2021-2023.....	87
Tabelle 38: Betreuung durch den Sozialdienst Regionales Brustzentrum 2021-2023	87
Tabelle 39: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Regionalen Brustzentrums 2021-2023	88
Tabelle 40: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Diagnostik-Operation/Therapiestart RBZ 2021-2023	88
Tabelle 41: Datenqualität DKG-Kennzahlen Regionales Brustzentrum 2023.....	90
Tabelle 42: Studienquote Regionales Brustzentrum 2021-2023.....	91
Tabelle 43: Qualifikationsmatrix Zentrum für Hämatologische Neoplasien	94
Tabelle 44: Jahresziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien 2023	95
Tabelle 45: Fort- und Weiterbildungsangebote HAEZ 2023	100

Tabelle 46: Anteil psychoonkologische Betreuung und Screening HAEZ 2021-2023.....	103
Tabelle 47: Betreuung durch den Sozialdienst HAEZ 2021-2023	103
Tabelle 48: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung HAEZ 2021-2023	104
Tabelle 49: Anzahl durchgeführter Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2023	104
Tabelle 50: Datenqualität DKG-Kennzahlen Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2023.....	106
Tabelle 51: Studienquote Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2021-2023.....	107
Tabelle 52: Qualifikationsmatrix Viszeralonkologisches Zentrum	111
Tabelle 53: Jahresziele des Viszeralonkologisches Zentrum 2023.....	112
Tabelle 54: Psychoonkologisches Screening VOZ 2021-2023	118
Tabelle 55: Betreuung durch den Sozialdienst Viszeralonkologisches Zentrum 2021-2023.....	119
Tabelle 56: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Viszeralonkologisches Zentrum 2023.....	119
Tabelle 57: Datenqualität der DKG-Kennzahlen Viszeralonkologisches Zentrum 2023.....	123
Tabelle 58: Studienquote Viszeralonkologisches Zentrum 2021-2023.....	123
Tabelle 59: Qualifikationsmatrix Sarkomzentrum	127
Tabelle 60: Jahresziele des Sarkomzentrums am NCT/UCC 2023	128
Tabelle 61: Psychoonkologische und sozialrechtliche Betreuung Sarkomzentrum 2021-2023.....	133
Tabelle 62: Wartezeiten im Sarkomzentrum 2021-2023.....	133
Tabelle 63: Datenqualität Sarkomzentrum 2023	137
Tabelle 64: Studienquote Sarkomzentrum 2021-2023	137
Tabelle 65: Qualifikationsmatrix Kinderonkologisches Zentrum.....	141
Tabelle 66: Jahresziele 2023 Kinderonkologisches Zentrum.....	142
Tabelle 67: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Kinderonkologisches Zentrum 2023.....	145
Tabelle 68: Abgeschlossene Bestrahlungsserien Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023	148
Tabelle 69: Betreuung durch den psychosozialen Dienst Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023	148
Tabelle 70: Datenqualität DKG-Kennzahlen Kinderonkologisches Zentrum 2023.....	150
Tabelle 71: Studienquote Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023	151
Tabelle 72: Qualifikationsmatrix Kopf-Hals-Tumorzentrum.....	155
Tabelle 73: Jahresziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums 2023	156
Tabelle 74: Fortbildungsangebote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023.....	159
Tabelle 75: Anteil psychoonkologischer Betreuung und Screening Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023	161
Tabelle 76: Betreuung durch den Sozialdienst Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023	161
Tabelle 77: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum HNO-Sprechstunde 2021-2023	162
Tabelle 78: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum MKG-Sprechstunde 2021-2023	162
Tabelle 79: Datenqualität DKG-Kennzahlen Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023.....	163
Tabelle 80: Studienquote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023	164
Tabelle 81: Qualifikationsmatrix Neuroonkologisches Zentrum	168
Tabelle 82: Jahresziele des Neuroonkologischen Zentrums 2023.....	168
Tabelle 83: Übersicht interne Audits Teilbereiche des Neuroonkologischen Zentrums 2023.....	169
Tabelle 84: Operative Primärfälle Neuroonkologisches Zentrum 2021-2023	172
Tabelle 85: Abgeschlossene Bestrahlungsserien neuroonkologischer Fälle 2021-2023	173
Tabelle 86: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst NOZ 2021-2023	173
Tabelle 87: Datenqualität DKG-Kennzahlen Neuroonkologisches Zentrum 2023	176
Tabelle 88: Studienquote Neuroonkologisches Zentrum 2021-2023	176
Tabelle 89: Qualifikationsmatrix Uroonkologisches Zentrum	180
Tabelle 90: Jahresziele des Uroonkologischen Zentrums 2023.....	181
Tabelle 91: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst Uroonkologisches Zentrum 2021-2023	187

Tabelle 92: Psychoonkologisches Screening Uroonkologisches Zentrum 2023.....	188
Tabelle 93: Betreuung durch den Sozialdienst Uroonkologisches Zentrum 2021-2023.....	188
Tabelle 94: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Uroonkologisches Zentrum 2021-2023.....	188
Tabelle 95: Datenqualität DKG-Kennzahlen Uroonkologisches Zentrum 2023	191
Tabelle 96: Studienquote Uroonkologisches Zentrum 2021-2023	191
Tabelle 97: Jahresziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2023	195
Tabelle 98: Fort- und Weiterbildungsangebote FBREK 2023	197
Tabelle 99: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2021-2023	200
Tabelle 100: Datenqualität DKG-Kennzahlen Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2023.....	200

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	22
Abbildung 2: Entwicklung der Patientenzahlen im NCT/UCC	24
Abbildung 3: Patientenzahlen pro Jahr und Postleitzahlengebiet im Einzugsgebiet NCT/UCC	25
Abbildung 4: Struktur des Onkologischen Zentrums	26
Abbildung 5: Wöchentliche Tumorboards im NCT/UCC	29
Abbildung 6: Anzahl Besuche von Patientinnen und Patienten in der interdisziplinären Kernambulanz ...	35
Abbildung 7: Anzahl der Tumorboardempfehlungen in den interdisziplinären Tumorboards	36
Abbildung 8: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance	37
Abbildung 9: Vergleich der Tumorboardcompliance zwischen den Tumorboards/Organkrebszentren	38
Abbildung 10: Auswertung der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser 2023 - Mittelwerte	39
Abbildung 11: Allgemeine Zufriedenheit 2023.....	40
Abbildung 12: Verteilung der Zufriedenheit nach Personengruppen 2023 - Mittelwerte	40
Abbildung 13: Struktur des Hauttumorzentrums.....	45
Abbildung 14: Anzahl Primärfälle des Hauttumorzentrums 2014-2023	46
Abbildung 15: Verteilung der Patientinnen und Patienten im Hauttumorzentrum	46
Abbildung 16: Anzahl vorgestellter Patientinnen und Patienten im Hauttumorboard 2015-2023	54
Abbildung 17: Anzahl Tumorboardempfehlungen Hauttumorzentrum 2015-2023	54
Abbildung 18: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Hauttumorzentrum 2023	55
Abbildung 19: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser Hauttumorzentrum 2022.....	57
Abbildung 20: Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums	61
Abbildung 21: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser Gynäkologisches Krebszentrum 2023.....	64
Abbildung 22: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio Patientinnen Gynäkologisches Krebszentrum 2023	65
Abbildung 23: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 2023	66
Abbildung 24: Primär- und Zentrumsfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023	68
Abbildung 25: Operative Primärfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023.....	69
Abbildung 26: Anteil Patientinnen mit einem Angebot zur genetischen BRCA-Testung Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023	70
Abbildung 27: Betreuung durch den Sozialdienst Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023	71
Abbildung 28: Anzahl Tumorboardempfehlungen Gynäkologisches Krebszentrum 2015-2023.....	72
Abbildung 29: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Gynäkologisches Krebszentrum 2023	73
Abbildung 30: Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden	77
Abbildung 31: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser Regionales Brustzentrum 2023	80
Abbildung 32: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio Patientinnen und -patientenbefragung RBZ 2023 ...	81
Abbildung 33: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 2023	82
Abbildung 34: Primärfälle Regionales Brustzentrum 2021-2023.....	84
Abbildung 35: Rezidive/Metastasen Regionales Brustzentrum 2021-2023	85
Abbildung 36: Anzahl Tumorboardempfehlungen Regionales Brustzentrum 2015-2023.....	89
Abbildung 37: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Regionalen Brustzentrums gesamt 2023.....	89
Abbildung 38: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Regionales Brustzentrum je Standort 2023	90
Abbildung 39: Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien	94
Abbildung 40: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten HAEZ 2023	98

Abbildung 41: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit HAEZ 2023	99
Abbildung 42: Fallzahlentwicklung Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2021-2023	101
Abbildung 43: Patientenfälle nach Diagnosegruppen (n=194) HAEZ 2023	102
Abbildung 44: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien HAEZ 2021-2023	102
Abbildung 45: Entwicklung der Fallvorstellungen gesamt in den Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2021-2023	104
Abbildung 46: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance HAEZ 2023	105
Abbildung 47: Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums	110
Abbildung 48: Fallzahlentwicklung Viszeralonkologisches Zentrum 2021-2023	116
Abbildung 49: Operative Expertise Viszeralonkologisches Zentrum 2021-2023	117
Abbildung 50: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard 2015-2023	120
Abbildung 51: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Viszeralonkologisches Zentrum 2023	121
Abbildung 52: Gründe für die Nichtumsetzung der Tumorboardbeschlüsse	121
Abbildung 53: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem Viszeralonkologisches Zentrum 2023 ...	122
Abbildung 54: Struktur des Sarkomzentrums	126
Abbildung 55: Fallzahlentwicklung im Sarkomzentrum	132
Abbildung 56: Entwicklung der Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Sarkomboard 2021-2023	134
Abbildung 57: Umsetzung der Tumorboardempfehlungen - Sarkomboard 2023 (n=521 Beschlüsse)	135
Abbildung 58: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Sarkomzentrums 2023 (Mittelwerte)	135
Abbildung 59: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten Sarkomzentrum 2023	136
Abbildung 60: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit Sarkomzentrum (stationär/ambulant) 2023	137
Abbildung 61: Struktur des Kinderonkologischen Zentrums	140
Abbildung 62: Mittelwertvergleich Zufriedenheitsbefragung KIO 2019 und 2023	144
Abbildung 63: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem 2023	144
Abbildung 64: Fallzahlentwicklung Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023	146
Abbildung 65: Zentrumsfälle 2023 nach Diagnosegruppen Kinderonkologisches Zentrum (n=104)	146
Abbildung 66: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023	147
Abbildung 67: Fallzahlentwicklung operative Kooperationspartner Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023	148
Abbildung 68: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kinderonkologisches Zentrum 2020-2023	149
Abbildung 69: Entwicklung der Tumorboardvorstellungen Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023	149
Abbildung 70: Entwicklung der Fallvorstellungen in der Bereichsbesprechung KIO 2021-2023	150
Abbildung 71: Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums	154
Abbildung 72: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2023	158
Abbildung 73: Fallzahlentwicklung Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023	160
Abbildung 74: Operative Expertise am Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023	160
Abbildung 75: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen im Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023	162
Abbildung 76: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance am KHTZ 2023	163
Abbildung 77: Struktur des Neuroonkologischen Zentrums	167
Abbildung 78: Ergebnisse digitales Feedbacksystem Neuroonkologisches Zentrum 2023	170
Abbildung 79: Fallzahlentwicklung Neuroonkologisches Zentrum 2021-2023	172
Abbildung 80: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Neuroonkologisches Zentrum 2021-2023	174
Abbildung 81: Anzahl Beschlüsse und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Neuroonkologischen Tumorboard 2021-2023	174

Abbildung 82: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Neuroonkologisches Zentrum 2023	175
Abbildung 83: Struktur des Uroonkologischen Zentrums.....	180
Abbildung 84: Fallzahlen Prostatakarzinom, Nierenzellkarzinom (Zeitraum 2021-2023), Harnblasenkarzinom (Erfassung seit 2021), Hodentumor (Erfassung seit 2022), Peniskarzinom (Erfassung seit 2023)	185
Abbildung 85: Anzahl Prostataektomien und Nierenteilresektionen Uroonkologisches Zentrum 2021-2023	186
Abbildung 86: Anzahl Nephrektomien, TURB, Zystektomien, Nephroureterektomie Uroonkologisches Zentrum 2021-2023	186
Abbildung 87: Anzahl Ablatio testis, Lymphadenektomien, Penisteilresektionen/Penektomie UOZ 2021-2023	186
Abbildung 88: Anzahl Tumorboardempfehlungen Uroonkologisches Zentrum 2015-2023	189
Abbildung 89: Anzahl vorgestellte Patientinnen und Patienten Uroonkologische Zentrum 2015-2023 ...	189
Abbildung 90: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Uroonkologisches Zentrum 2023	190
Abbildung 91: Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs	194
Abbildung 92: Anzahl genetische Untersuchungen Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2021-2023	197
Abbildung 93: Detektionsrate im IFNP Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2021-2023	198
Abbildung 94: Anteil histologisch gesichertes Mamma-Ca/DCIS nach BIRADS 4/5 und Stadienverteilung FBREK 2021-2023	198
Abbildung 95: Anteil positiver Befunde nach Stanzbiopsie und Anteil Mutationsnachweis Klasse 4/5 FBREK 2021-2023.....	199
Abbildung 96: Anzahl Beschlüsse Gendiagnostikboard Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2021-2023	199

Abkürzungsverzeichnis

ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren
AGO-Ovar	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie
ALL	Akute Lymphatische Leukämie
AML	Akute Myeloische Leukämie
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ASH	American Society of Hematology
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
CCC	Comprehensive Cancer Center
CCI-CD	Zentrum für Zell- und Immuntherapie Chemnitz-Dresden
CLL	Chronische Lymphatische Leukämie
DAKKS	Deutsche Akkreditierungsgesellschaft
DeGIR	Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie
DER	Klinik und Poliklinik für Dermatologie
DGA	Deutsche Gesellschaft für Audiologie
DGU	Deutsche Gesellschaft für Urologie
DIN	Deutsches Institut für Normung
DK	Dauerkatheter
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DKH	Deutsche Krebshilfe
DRG	Deutsche Röntgengesellschaft
EADV	European Academy of Dermatology and Venereology
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie
EAU	European Association of Urology
EBSQ	European Board of Surgical Qualification
ECTU	Early Clinical Trial Unit
EN	Europäische Norm
EHNS	Europäische Kopf-Hals-Gesellschaft
EPCCE	The European Prostate Cancer Centers of Excellence
ESMO	Europäische Gesellschaft für Medizinische Onkologie
FA/FÄ	Facharzt/Fachärztin
FBREK	Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
FEBS	Fellow of the European Board of Surgery
FEBNS	Fellow of the European Board of Neurological Surgery
FIN	Finanzen
FKH	Fachkrankenhaus
GA-Board	Gastrointestinales und allgemeines Tumorboard
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GPOH	Gesellschaft für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
GTH	Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung
GWT	Gesellschaft für Wissens- und Technologietransfer

GZ	Gynäkologisches Krebszentrum
HAEZ	Zentrum für Hämatologische Neoplasien
HCC	Hepatozelluläres Karzinom
HNO	Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HSA	Hochschulambulanzen
HZDR	Helmholtz-Zentrum-Rossendorf
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IFNP	Intensiviertes Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm für familiären Brust- und Eierstockkrebs
IITs	Investigator-Initiated-Trails
ILCO	Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs sowie deren Angehörige
IMC	Intermediate Care
iNHL	indolente Non-Hodgin-Lymphome
IORTC	Intraoperative Radiotherapie
ISO	International Organization for Standardization
JACIE	Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT
KHTZ	Kopf-Hals-Tumorzentrum
KIK	Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KIO	Kinderonkologisches Zentrum
KiOn-RL	Richtlinien über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten
KLSM	konfokale Laserscanmikroskopie
KOK	Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege
KOM	Kommunikation und Unternehmensentwicklung
LC-OCT	Line-Field konfokale optische Kohärenztomografie
Ltd.	Leitende/Leitender
MA	Mitarbeiterin/Mitarbeiter
MDS	Myelodysplastisches Syndrom
MGFG	Mitteldeutsche Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.
MK1	Medizinische Klinik 1
MKG	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
M&M-Konferenzen	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
MPN	Myeloproliferative Neoplasie
NCH	Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
NCT/UCC	Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden
NOZ	Neuroonkologisches Zentrum
NRS	Nutritional Risk Screening
OA/OÄ	Oberarzt/Oberärztin
OCT	Optische Kohärenztomographie
ORD	Orthopädie und Rehathechnik

OTX	Organtransplantation
OUPC	UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- & Plastische Chirurgie
OP	Operation
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OZ	Onkologisches Zentrum
PCa	Prostatakarzinom
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PDL	Pflegedienstleitung
PJP	Pneumocystis jiroveci Pneumonie
POD	Psychoonkologischer Dienst
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte*r
RAD	Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Radiologie
RBZ	Regionales Brustzentrum Dresden
RPE	offene radikale Prostatektomie
RTx	Radiotherapie
SAL	Studienallianz Leukämie
SAR	Sarkomzentrum
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Selbsthilfegruppe
SJS	St. Joseph-Stift Dresden
SOP	Standard Operating Procedure
STL	Stationsleitung
STR	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
SUSAR	Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction
TB	Tumorboard
TDS	Tumordokumentationssystem
TU	Technische Universität
TURB	Transurethrale Blasenresektion
UCC	Universitäts KrebsCentrum
UCC-TDS	Tumordokumentationssystem
UHTC	UniversitätsHauttumorzentrum
UKD	Universitätsklinikum Dresden
UOZ	Uroonkologisches Zentrum
URO	Klinik und Poliklinik für Urologie
VOZ	Viszeralonkologisches Zentrum
VTG	Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
VUS	Varianten unklarer Signifikanz
ZPMO	Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie

Vorwort

Jährlich erkranken in Deutschland insgesamt etwa 500.000 Menschen neu an Krebs. Die Diagnose Krebs bedeutet für die meisten Betroffenen einen Einschnitt in ihr bisheriges Leben. In kürzester Zeit ist der Alltag komplett "auf den Kopf gestellt". Neben der Sorge um die Gesundheit, erleben viele Betroffene seelische, familiäre, behandlungsbedingte und finanzielle Belastungen.

Das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) baut auf den Strukturen des Universitäts KrebsCentrums Dresden (UCC) auf, welches 2003 als eines der ersten Comprehensive Cancer Center (CCC) in Deutschland von Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und Medizinischer Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden gegründet wurde. Gemeinsam mit dem Organkrebszentrum Regionales Brustzentrum Dresden, welches aus vier Standorten gegründet wurde, hat sich das UCC 2004 als erstes CCC nach DIN EN ISO 9001 zertifizieren lassen. Auf dessen Grundlage erhielt das UCC nach internationaler Begutachtung im März 2007 von der Deutschen Krebshilfe (DKH) als eines von fünf Zentren in Deutschland die Auszeichnung „Onkologisches Spitzenzentrum“. Seither kann es diesen Status erfolgreich verteidigen.

Um die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung von onkologischen Patientinnen und Patienten zu stärken und die qualitativ hochwertige Versorgung nach außen sichtbar zu machen, wurde das Onkologische Zentrum im April 2014 erstmals nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. zertifiziert.

Seit der Erstzertifizierung des UCC und des Regionalen Brustzentrums Dresden im Jahre 2004 wurden jährlich weitere Organkrebszentren gegründet und nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Zum jetzigen Zeitpunkt sind elf Organkrebszentren sowie der Schwerpunkt 1 mit den Tumorentitäten neuroendokrine Tumore des Verdauungstraktes sowie Dünndarmtumore am NCT/UCC etabliert und zertifiziert. Zudem erfolgte im September 2023 die Erstzertifizierung des Zentrums für Personalisierte Medizin in der Onkologie (ZPMO).

Durch das Onkologische Zentrum wird die Zusammenarbeit unter den verschiedenen zertifizierten Organkrebszentren/Modulen sowie den Kliniken und Instituten des UKD auf dem Gebiet der Onkologie übergreifend organisiert und koordiniert. Mit einer vereinheitlichten interdisziplinären Diagnostik, Therapie und Nachsorge verfolgt das Onkologische Zentrum des NCT/UCC eine medizinisch-onkologische Versorgung auf höchstem klinischen und wissenschaftlichen Niveau.

Die kontinuierliche Planung, Durchführung, Bewertung und Verbesserung des Managementsystems erfolgt unterjährig durch das Lenkungsgremium sowie in Qualitätszirkeln und interdisziplinären Besprechungen. Der direkte Austausch zwischen der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus und den Qualitätsmanagementbeauftragten/Zentrumskoordinatorinnen und -koordinatoren der zertifizierten Organkrebszentren/Module ist durch quartalsweise stattfindende Besprechungen gewährleistet.

Dieser Jahresbericht gibt einen Überblick über die Leistungen und Strukturen des Onkologischen Zentrums und der etablierten zertifizierten Organkrebszentren/Module (ausgenommen des Zentrums für Personalisierte Medizin in der Onkologie). Er beinhaltet Angaben zu Patientenzahlen, ausgewählte Qualitätsindikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Die Inhalte des G-BA-Beschlusses „Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V“ finden inhaltlich Berücksichtigung.

Geschäftsführendes Direktorium

Prof. Dr. med. M. Bornhäuser (Hämatologie und Medizinische Onkologie)
Leiter des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC Dresden

Prof. Dr. med. H. Glimm (Translationale Onkologie)
Prof. Dr. med. M. Krause (Radioonkologie)
Prof. Dr. med. J. Weitz (Viszeral- und Thoraxchirurgie)

Qualitätspolitik und übergeordnete strategische Ziele des Onkologischen Zentrums

Zentrales Anliegen des Onkologischen Zentrums ist es, allen Tumorpatientinnen und -patienten des NCT/UCC eine auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende, qualitativ hochrangige Tumordiagnostik und -medizin anzubieten. Dies gewährleisten wir durch die Kooperation von Spezialistinnen und Spezialisten aller beteiligten Fachdisziplinen sowie die enge Verbindung der interdisziplinären Krankenversorgung mit exzellenter Krebsforschung.

Hieraus lassen sich folgende übergreifende strategische Ziele für das Onkologische Zentrum des NCT/UCC ableiten:

Wir bieten hochspezialisierte multidisziplinäre Beratung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen auf sämtlichen Gebieten der Onkologie.	Wir stimmen die gesamte Behandlungskette räumlich und zeitlich auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ab.	Wir unterstützen die Partnerinnen und Partner in der Region beim Ausbau moderner Betreuungsstrukturen im onkologischen Bereich, z. B. durch Teletumorboards.	Wir erhalten den hohen Qualifikationsstandard und die Motivation der Beschäftigten durch gezielte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen .
Wir gewährleisten eine qualitätsgestützte, leitliniengestützte Versorgung der Patientinnen und Patienten durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Expertinnen und Experten.	Wir beteiligen uns aktiv an klinisch orientierter Forschung als auch an der Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Onkologie.	Wir engagieren uns in den Netzwerken der Onkologischen Spitzenzentren der Deutschen Krebshilfe sowie des NCT.	Wir setzen Qualitätsverbesserungen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses um.

Um die übergreifenden strategischen Ziele zu erreichen, werden jährlich konkrete, operative Jahresziele für das Onkologische Zentrum des NCT/UCC festgelegt.

Tabelle 1: Jahresziele des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC 2023

Nr.	Qualitätsziel/Maßnahmen	Termin	Bemerkung
1	Erstellung einer Broschüre für das Onkologische Zentrum	Juni 2023	In Erarbeitung. Klärung Layout mit Direktion KOM.
2	Kontaktflyer mit Angaben zu den Sprechstunden für die Zuweiserinnen und Zuweiser	Juni 2023	Entwurf liegt bei Grafik-agentur zur finalen Gestaltung.
3	Kontaktformular auf der Internetseite anpassen	März 2023	Kontaktformular wurde angepasst.
4	Etablierung MIKA-Connect-App	Juni 2023	MIKA-Connect wird als digitale Patientenplattform nicht weiter favorisiert.
5	Fortbildungsveranstaltung Krebs im Focus 2x jährlich	Dezember 2023	Zwei Veranstaltungen haben stattgefunden.
6	Durchführung eines gemeinsamen Patiententages des Onkologischen Zentrums	Juni 2023	Patiententag fand am 10. Juni 2023 statt.
7	Etablierung von Videosprechstunden im NCT/UCC	Juni 2023	Videosprechstunden sind über CCS möglich.
8	Ausbau des Zweitmeinungsverfahrens im Rahmen Onkologisches Spitzenzentrum der DKH	Dezember 2023	Antrag bei der DKH zur Begutachtung eingereicht.
9	Etablierung einer kontinuierlichen digitalen Befragung der Patientinnen und Patienten	September 2023	Digitale Befragung seit September 2023.
10	Etablierung einer kontinuierlichen digitalen Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser	März 2023	Digitale Befragung seit Januar 2023.
11	Ausweitung der Möglichkeiten des Feedbacks für Patientinnen und Patienten sowie Zuweiserinnen und Zuweiser	März 2023	Zentrale E-Mail-Adresse für Feedback auf der Internetseite.
12	Feedbackgespräche mit Kooperationspartnern	Dezember 2023	Alle geplanten Gespräche wurden geführt.
13	Ausbau der Studiendatenbank mit Filterfunktionen	Dezember 2023	Erste Projektschritte sind eingeleitet.
14	Erstellung einer psychoonkologischen Forschungsseite auf der Internetseite des NCT/UCC	Juni 2023	Forschungsprojekte derzeit unter der Forschungsgruppe zu den PROs abgebildet. Rückmeldung, ob eigene Seite möglich, steht aus.
15	Auswertung und Dokumentation der Tumorboard-compliance über UCC-TDS	März 2023	Auswertung ist über UCC-TDS möglich.
16	Steigerung der Stichprobe zur Tumorboardcompliance von 10% auf 25%.	Dezember 2023	Stichprobe wurde auf 25% erhöht.
17	Anpassung der Beschilderung im Haus 31c an Neuerungen und NCT-Design	April 2023	Neubeschilderung ist erfolgt.
18	Erfolgreiches Überwachungsaudit des Onkologischen Zentrums inklusive der Organkrebszentren	Mai 2023	Alle Zentren haben das Überwachungsaudit erfolgreich abgeschlossen.
19	Erfolgreiche Erweiterung des Uroonkologischen Zentrums.	Mai 2023	Zusätzliche Tumorentität wurde erfolgreich zertifiziert.
20	JACIE-Akkreditierung des Kinderonkologischen Zentrums - Bereich zelluläre Therapien	Dezember 2023	Begutachtung 10/2023. Ergebnis ausstehend.

Nr.	Qualitätsziel/Maßnahmen	Termin	Bemerkung
21	Konzepterstellung zur Neustrukturierung des Ernährungsmanagements	Dezember 2023	Konzept wurde erstellt. Umsetzung erfolgt kontinuierlich.
22	Umstellung der Tumorboards auf Webex.	März 2023	Umstellung ist erfolgt.
23	Einhaltung der Höchstgrenzen für die Tumorboardanmeldungen mit Bildgebung im GA-Board	März 2023	Höchstgrenzen sind festgelegt und werden eingehalten.
24	Automatische Emailbenachrichtigung bei Verschiebungen oder Abmeldungen vom Tumorboard (regelmäßige Analyse für RAD)	März 2023	Emailbenachrichtigung wurde eingerichtet.
25	Einbindung der QMBs der Kooperationspartner in die regelmäßigen QMB-Treffen	kontinuierlich	Nach Rücksprache mit den QMBs kein Bedarf erkannt.
26	Teilnahme der Nuklearmedizin an den Oberarzt-Besprechungen des NCT/UCC.	März 2023	Teilnahme erfolgt regelmäßig.
27	Erstellung der Managementbewertung in Form eines Jahresberichts und Veröffentlichung auf der Internetseite	Mai 2023	Bericht wurde erstellt und veröffentlicht.
28	Etablierung eines Ticketsystems für das UCC-TDS	Dezember 2023	Umsetzung steht aus.
29	Aufnahme der Inhalte einer Geschäftsordnung in den Standortvertrag	Dezember 2023	Standortvertrag weiterhin in Erstellung.
30	Erstellung eines Organigramms, welches die Schnittstellen und Zuständigkeiten der klinischen Struktur und des Forschungsbereichs abbildet	März 2023	Organigramm wurde erstellt.
31	Festlegung neuer Qualitätsindikatoren	März 2023	Qualitätsindikatoren wurden festgelegt.
32	Ausbau von PATFORMS	Dezember 2023	Begonnen; noch nicht abgeschlossen.
33	ONConnect – Verbundantrag zur Weiterentwicklung regionaler Outreachnetzwerke - DKH	Dezember 2023	Antrag wurde eingereicht.
34	Erstellung ORBIS-Tool zur Protokollierung der Pflegeberatung	Dezember 2023	Tool ist technisch vorbereitet, Optimierung von Schnittstellen ausstehend.
35	Anschaffung und Etablierung eines Wartemarkenautomaten	März 2023	Wartemarkenautomat wurde angeschafft und installiert.
36	Prüfung Einführung CATO Bettenplaner	Dezember 2023	Optimierung von Schnittstellen ausstehend.

Die Erarbeitung und Definition der Qualitätsziele erfolgt am Anfang eines jeden Jahres interdisziplinär in den verschiedenen Gremien und Teambesprechungen des Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC). Die festgelegten Qualitätsziele werden von der Leitung des Onkologischen Zentrums freigegeben. Die Zielerreichung wird regelmäßig überprüft und gemeinsam mit den benannten Verantwortlichen bewertet.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) wurde ein Qualitätsmanagementsystem nach den Vorgaben der DIN EN ISO 9001 aufgebaut. Dieses wird in allen Geltungsbereichen der klinischen Struktur des NCT/UCC und in den Organkrebszentren/Modulen als Führungsinstrument verstanden und ist bereits seit der Erstzertifizierung im Jahr 2004 als fester Bestandteil etabliert. Der Fokus liegt auf einer systematischen und transparenten Beschreibung von Arbeitsabläufen und Verantwortlichkeiten. Zudem wird besonderer Wert auf die kontinuierliche Weiterentwicklung bestehender Prozesse, Arbeitsanweisungen, Leitlinien und SOPs

gelegt, um dem stetigen Wandel in Krankenversorgung und Forschung adäquat begegnen zu können. Das hohe Qualitätsniveau des Onkologischen Zentrums wird neben der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 auch durch die Zertifizierung von Fachgesellschaften und Akkreditierungen der Organkrebszentren/Module sowie der Kooperationspartner sichergestellt.

Tabelle 2: Zertifizierung der Organkrebszentren/Module/Schwerpunkte am NCT/UCC

Nr.	Zertifiziertes Organkrebszentrum
1	Onkologisches Zentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
2	Schwerpunkt 1: Gallenwege, neuroendokrine Tumore, Tumore des Dünndarms; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
3	Schwerpunkt 6: Penis; Überwachungsaudit DKG Mai 2023
4	Regionales Brustzentrum Dresden, Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
5	Gynäkologisches Krebszentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
6	Uroonkologisches Zentrum / Prostata, Harnblase, Niere, Hoden; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023; Erweiterung um die Tumorentität Penis im April 2024 geplant
7	Viszeralonkologisches Zentrum / Darm, Magen, Leber, Ösophagus, Pankreas; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
8	Hauttumorzentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
9	Neuroonkologisches Zentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
10	Sarkomzentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
11	Kinderonkologisches Zentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
12	Kopf-Hals-Tumorzentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
13	Zentrum für Hämatologische Neoplasien; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO Mai 2023
14	Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO 9001 Mai 2023
15	Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie; Erstzertifizierung DKG September 2023

Tabelle 3: Zertifizierung der Kooperationspartner des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC

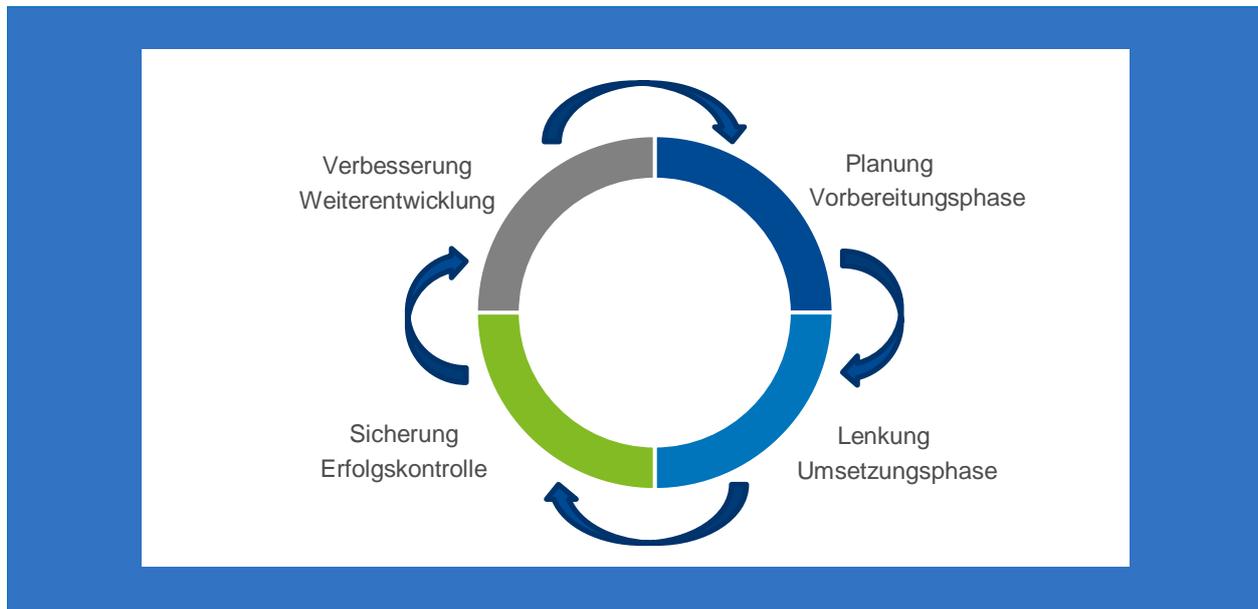
Einrichtung	Zertifizierung
Institut für Pathologie des UKD	DIN EN ISO 9001
Klinik und Poliklinik für Urologie	zertifiziert als European Prostate Cancer of Excellence
Tumor- und Normalgewebekbank des NCT/UCC	DIN EN ISO 9001
KIK Brückenprojekt (Palliativmedizin)	DIN EN ISO 9001
Klinikapotheke	Sächsische Landesapothekerkammer
Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie	DIN EN ISO 9001
Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Radiologie	DIN EN ISO 9001; DeGIR-Ausbildungszentrum, DeGIR-Zentrum für interventionelle Gefäßmedizin und minimal-invasive Therapie, DRG-Zentrum für Muskuloskeletale Radiologie
Stammzelltransplantation	JACIE
Laborbereich Hämatologische Diagnostik	DIN EN ISO 15189
UniversitätsHämophilieCentrum	Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH)
Institut für Klinische Genetik	DIN EN ISO 15189:2014
Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin	Medizinisches Laboratorium DIN EN ISO 15189 Prüflaboratorium Deutsche Akkreditierungsstelle GmbH (DAKKS)
Sächsisches Cochlear Implantat Centrum (SCIC)	DIN EN ISO 9001 Zertifiziertes Audiologisches Zentrum – Deutsche Gesellschaft für Audiologie (DGA)

Im Rahmen des eingeführten Qualitätsmanagementsystems kommen speziell etablierte Instrumente des Qualitätsmanagements zur Anwendung:

- Jahresbericht
- interdisziplinäre Workshops
- interne Audits
- Tumorboards
- onkologische Pflegevisiten
- Analysen
- Qualitätszirkel
- Zufriedenheitsbefragungen
- Risiko- und Fehlermanagement
- Aus- und Weiterbildung
- Überprüfung der Tumorboardcompliance
- Organisationshandbuch
- Organigramme
- M&M-Konferenzen
- Maßnahmenplan
- interne Qualitätsindikatoren
- Kennzahlen DKG / Patientenstatistik
- externe Zertifizierung

Aus den genannten Instrumenten werden Ergebnisse gewonnen, die Handlungsbedarf für medizinische und/oder organisatorische Verbesserungen aufzeigen und einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess ermöglichen. Die Bearbeitung erfolgt interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend. Die Ergebnisse finden Berücksichtigung in dem jährlichen Jahresbericht.

Abbildung 1: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess





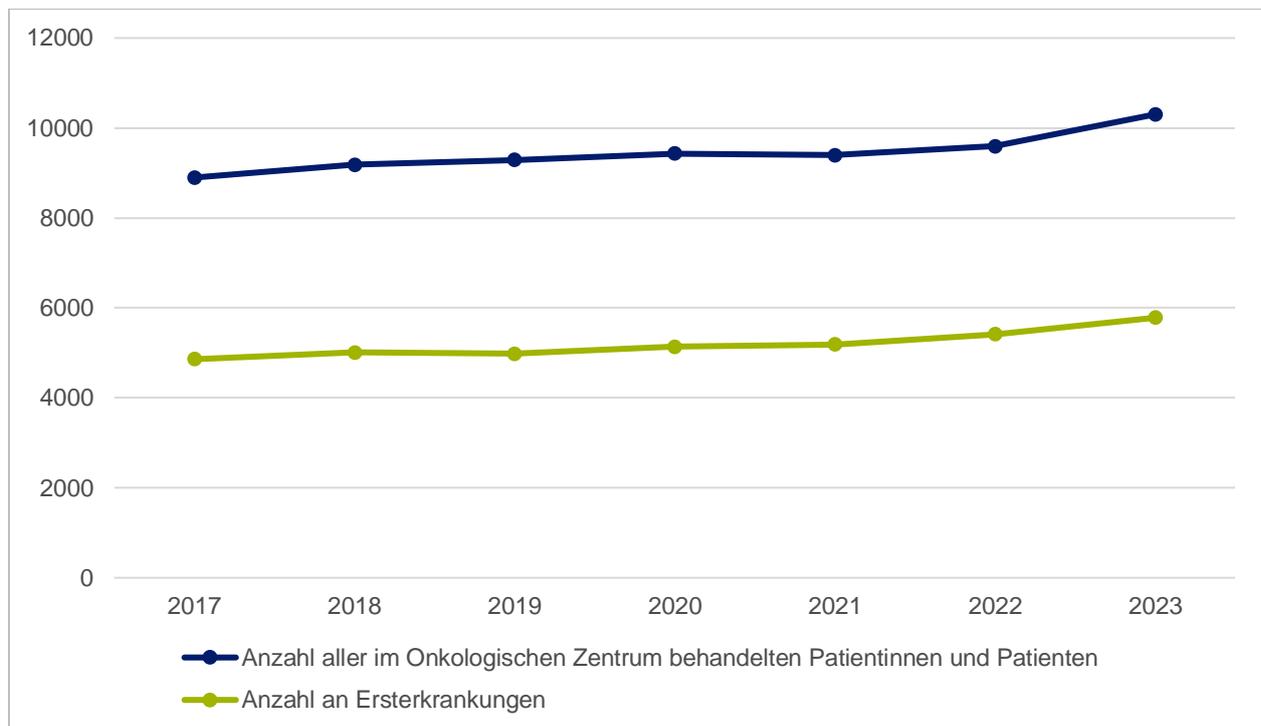
Onkologisches Zentrum

Onkologisches Zentrum

Struktur des Onkologischen Zentrums (OZ)

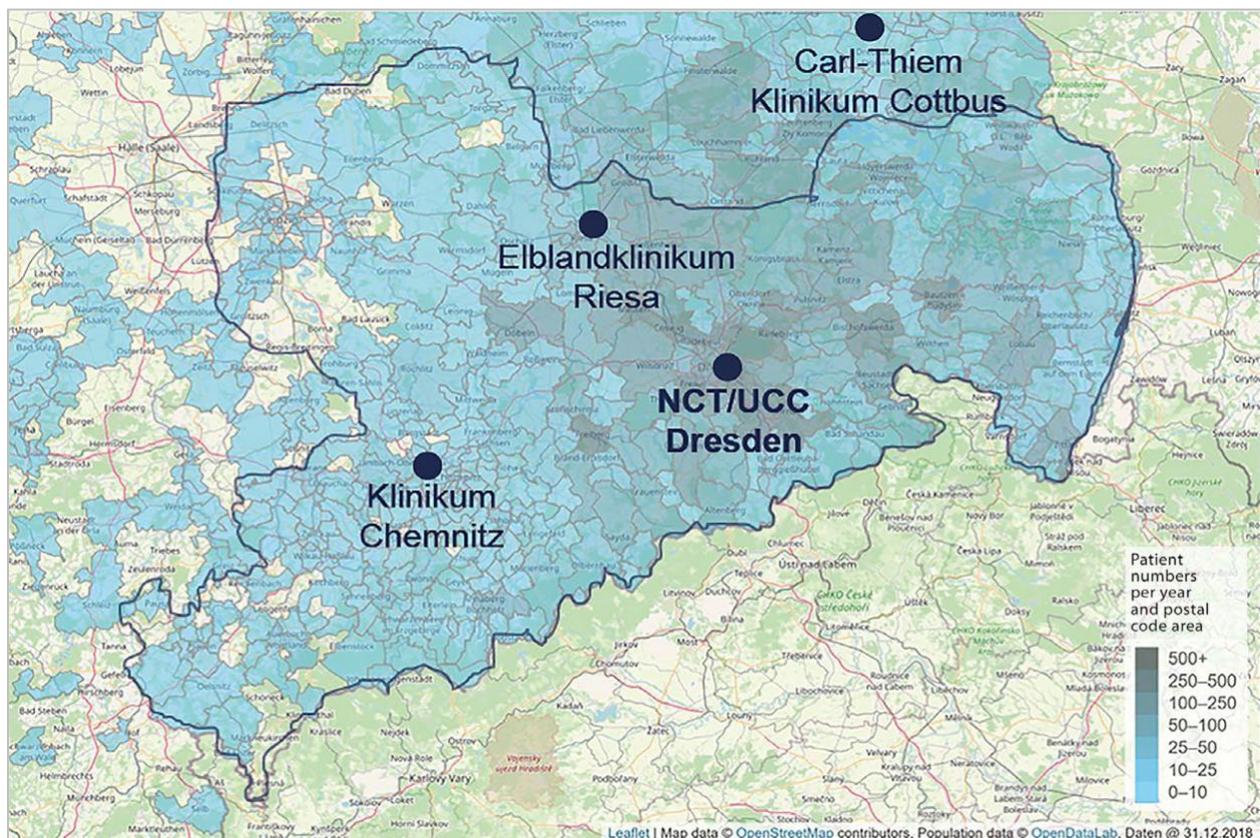
Mit über 9.000 Patientinnen und Patienten jährlich ist das Onkologische Zentrum des NCT/UCC Dresden zentrale Anlaufstelle für Menschen mit einer Krebserkrankung in der Region Dresden und darüber hinaus. Davon entfallen über 5.500 Fälle auf Patientinnen und Patienten, die sich mit einer Ersterkrankung im Onkologischen Zentrum vorstellen. Hierbei ist zu beachten, dass es sich bei diesen Zahlen um alle Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung handelt, die im Onkologischen Zentrum behandelt wurden, unabhängig davon, ob sie entsprechend der Definitionen der Deutschen Krebsgesellschaft einem zertifizierten Zentrum zugeordnet wurden. Für das Jahr 2023 ist ein deutlicher Anstieg bei der Anzahl aller im Onkologischen Zentrum behandelten Patientinnen und Patienten zu verzeichnen. Dies liegt insbesondere an der deutlichen Zunahme von Lungenkarzinomen, Prostatakarzinomen und sonstigen bösartigen Neubildungen der Haut.

Abbildung 2: Entwicklung der Patientenzahlen im NCT/UCC



Das Einzugsgebiet des Onkologischen Zentrums umfasst in erster Linie die Stadt Dresden mit ca. 560.000 Einwohnern sowie die umliegenden Regionen insbesondere Ost- und Südsachsen bis in den Süden Brandenburgs. Kooperationsverträge mit großen Kliniken im Umkreis steigern kontinuierlich die Anzahl an Überweisungen von Patientinnen und Patienten im Onkologischen Zentrum. Darüber hinaus hat die strategische Kooperation mit der Klinikum Chemnitz gGmbH, dem größten Klinikum im Südwesten Sachsens, die Möglichkeiten des Zugangs für Patientinnen und Patienten zum Onkologischen Zentrum erweitert.

Abbildung 3: Patientenzahlen pro Jahr und Postleitzahlengebiet im Einzugsgebiet NCT/UCC



Das Onkologische Zentrum des NCT/UCC bildet seit 2014 die Dachorganisation für die zertifizierten Organkrebszentren, Module/Schwerpunkte, Kliniken und Institute, welche an der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung beteiligt sind. Diese sind eng miteinander vernetzt, um eine umfassende und ganzheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Seit seiner Gründung ist das Onkologische Zentrum nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert.

Das Onkologische Zentrum des NCT/UCC verfügt über eine eigene Leitungsstruktur mit einer Geschäftsordnung und einem Zentrumsorganigramm. Die Geschäftsordnung beinhaltet die Ziele und Aufgaben des Onkologischen Zentrums, Aufgaben und Befugnisse der Leitung, sie benennt die Mitglieder des Onkologischen Zentrums sowie Aufgaben und Ziele des Lenkungsgremiums. Des Weiteren sind Angaben zur Zentrumskoordination, zum Qualitätsmanagement, zur Öffentlichkeitsarbeit und zu den internen und externen Kooperationspartnern Bestandteil der Geschäftsordnung.

Informationen zum Onkologischen Zentrum des NCT/UCC sowie der Organkrebszentren/Module sind auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de> veröffentlicht. Darüber hinaus ist das Netzwerk mit den beteiligten Zentren, Kooperationspartnern und den dazugehörigen Kontaktdaten bei Oncomap (<https://www.oncomap.de>) gelistet.

Abbildung 4: Struktur des Onkologischen Zentrums



Eine zentrale Qualitätsanforderung und ein kritischer Erfolgsfaktor für die kontinuierliche Qualitätsverbesserung und hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums ist der Einsatz von qualifiziertem Personal. Dazu gehören neben dem ärztlichen Dienst mit Facharztausbildung auch die onkologischen Fachpflegekräfte, Psychoonkologinnen und Psychoonkologen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sozialdienstes, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und weitere Spezialistinnen und Spezialisten.

Im Onkologischen Zentrum des NCT/UCC ist fachkundiges Personal eingebunden, welches über verschiedene Qualifikationen verfügt.

Tabelle 4: Anzahl Fachärztinnen und Fachärzte im Onkologischen Zentrum

Bezeichnung Fachärztin/Facharzt	Anzahl
FÄ/FA für Pathologie/Neuropathologie	12
FÄ/FA für Radiologie	18
FÄ/FA für Strahlentherapie	16
FÄ/FA mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	19
FÄ/FA für Nuklearmedizin	4
FÄ/FA für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie	23

Die Benennung von Fachärztinnen und Fachärzten mit weiteren Qualifikationen und Zusatzweiterbildungen erfolgt in den Ausführungen der jeweiligen Organkrebszentren/Module.

Im Pflege- und Funktionsdienst sind onkologische Fachpflegekräfte mit der Betreuung der Patientinnen und Patienten im ambulanten und stationären Bereich betraut. Insgesamt sind im Onkologischen Zentrum 46 Pflegekräfte beschäftigt, die über eine Ausbildung zur onkologischen Fachpflegekraft gemäß dem Muster einer landesrechtlichen Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. verfügen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Interdisziplinäre Kernambulanz



Bild: @Uniklinikum Dresden / Thomas Albrecht

Ein wichtiges Ziel des Onkologischen Zentrums ist es, Patientinnen und Patienten in einer fächerübergreifenden Ambulanz zu betreuen, so dass über die verschiedenen Diagnostik- und Therapieschritte bis in die Nachsorge hinein eine feste, kompetente Kontaktperson zur Verfügung steht

und der direkte Austausch mit den beteiligten Behandlungspartnern jederzeit gewährleistet ist. So kann die Effizienz der Behandlung gesteigert und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten erhöht werden. Durch die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Fachbereiche können auch komplexe Fragestellungen und Herausforderungen ganzheitlich und kompetent betrachtet werden.

Die interdisziplinäre Kernambulanz des NCT/UCC übernimmt neben der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen des Gastrointestinaltraktes, dermatologischen Tumoren, Sarkomen und seltenen Tumoren, die regelhaft eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie benötigen, auch die Funktion einer Anlaufstelle (so genannte Portalfunktion) für an Krebs Erkrankte, bei denen noch nicht endgültig feststeht, durch welches onkologische Spezialgebiet die Weiterbehandlung erfolgt.

Darüber hinaus hat das NCT/UCC die Funktion einer Leitstelle zwischen verschiedenen interdisziplinären Diagnostik- und Therapieabschnitten, die in den am NCT/UCC beteiligten Kliniken und Institute, durchgeführt werden.

In der interdisziplinären Kernambulanz werden Sprechstunden der Chirurgie, internistischen Onkologie, Strahlentherapie, Psychoonkologie, Tumororthopädie, Dermatologie, Ernährungsmedizin und dem Sozialdienst angeboten.

Tumorboards



Bild: @Uniklinikum Dresden / Thomas Albrecht

Die zentrale und medizinische Kernleistung des Onkologischen Zentrums sind die interdisziplinären Tumorboards zu den verschiedenen Tumorentitäten, in denen fächerübergreifende, individuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie für die Patientinnen und Patienten auf dem modernsten Stand der medizinischen Wissenschaften erarbeitet werden. Dabei werden stets die individuellen Aspekte der Patientinnen und Patienten wie Allgemein- und Ernährungszustand sowie das biologische Alter und der Wille der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Interdisziplinäre Tumorboards werden im Onkologischen Zentrum für das gesamte Spektrum der Onkologie angeboten. Die Tumorboards sind jeweils mit einer für das Indikationsgebiet ausgewiesenen

Gruppe von Expertinnen und Experten besetzt und werden bedarfsgerecht um weitere Berufsgruppen, z. B. Psychoonkologie, Palliativmedizin oder Pflege erweitert. Die interdisziplinären Tumorboards sind grundsätzlich für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und kooperierende Einrichtungen offen.

Die Vorstellung von Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Tumorkonferenzen erfolgt mit Hilfe des NCT/UCC-eigenen Tumordokumentationssystems (UCC-TDS), welches anhand einer elektronischen Datenmaske während der Tumorboards, ebenso wie wesentliche bildgebende oder pathologische Befunde, projiziert werden kann. Die Empfehlungen werden direkt unter Sicht dokumentiert und stehen sofort nach Abschluss des Tumorboards allen mit- und weiterbehandelnden Fachdisziplinen zur Verfügung.

Im Onkologischen Zentrum finden wöchentlich 19 Tumorboards statt. Neben Besprechungen von Patientinnen und Patienten, die im Onkologischen Zentrum behandelt werden, erfolgen in den Tumorboards des Onkologischen Zentrums auch Vorstellungen von Zweitmeinungsanfragen sowie die Besprechung gemeinsam behandelter Patientinnen und Patienten aus Praxen oder anderen Kliniken. Mit fünf Kliniken in der Region werden ein- bzw. zweimal wöchentlich Teletumorboards durchgeführt. Hier konnte mit dem Elbe-Elster-Klinikum im Jahr 2023 eine Kooperationsvereinbarung zur Durchführung von Teletumorboards geschlossen werden. Das Elbe-Elster-Klinikum profitiert durch die Teletumorboards von der Expertise des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC und kann seinen Patientinnen und Patienten eine umfassendere und interdisziplinäre Behandlung bieten und die Qualität der Versorgung verbessern. Mit dem NCT Heidelberg wird zweimal pro Woche ein molekulares Teletumorboard abgehalten.

Abbildung 5: Wöchentliche Tumorboards im NCT/UCC

WOCHENTAG UHRZEIT	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG
07:30 - 08:00		Tele-TB Elbe-Elster 07:30 - 08:00 Uhr	Urologisches TB + Präth. PCA-Konferenz 07:30 - 08:30 Uhr		
08:00 - 08:30					
08:30 - 09:00		Tele-TB Coswig 08:30 - 09:30 Uhr	Neurochirurgisches TB 08:30 - 10:00 Uhr		
09:00 - 09:30	Pädiatrie TB 09:00 - 10:30 Uhr				
09:30 - 10:00					
10:00 - 10:30					Support. TB 10:00 - 11:00 Uhr
10:30 - 11:00					
11:00 - 11:15					
11:15 - 11:30					
11:30 - 12:00	Hämatologisches Studien-TB 11:30 - 12:00 Uhr		Molekulares Tele-TB NCT/UCC Dresden/ Heidelberg 11:15 - 13:00 Uhr		
12:00 - 12:30	Hämatologisches TB 12:00 - 13:30 Uhr			nNGM-TB 12:30 - 13:30 Uhr	
12:30 - 13:00					
13:00 - 13:30					
13:30 - 13:45					
13:45 - 14:00	Sarkom-TB 13:30 - 14:45 Uhr	HNO/MKG-TB 13:45 - 14:45 Uhr	Tele-TB UCC/KH St. Joseph-Stift 13:00 - 14:00 Uhr	Tele-TB Zentrum f. Zell- und Immuntherapie Chemnitz-Dresden* 13:00 - 14:00 Uhr	
14:00 - 14:30					
14:30 - 14:45				Urologisches TB + Postth. PCA- Konferenz 14:00 - 15:00 Uhr	Tele-TB Radeberg 14:00 - 14:30 Uhr
14:45 - 15:00	GA-TB 14:45 - 16:30 Uhr	Thorax-TB 14:45 - 16:00 Uhr	Sarkom-TB 14:00 - 15:00 Uhr	Tele-TB Coswig 14:30 - 15:30 Uhr	Molekulares Tele- TB NCT/UCC Dresden/ Heidelberg 14:30 - 15:30 Uhr
15:00 - 15:30					
15:30 - 16:00					
16:00 - 16:30				GA-TB 15:00 - 16:45 Uhr	GA-TB 14:30 - 16:00 Uhr
16:30 - 16:45		Dermatologisches TB (UHTC) 16:00 - 17:30 Uhr		GYN-TB 16:00 - 16:30 Uhr	
16:45 - 17:30	Endokrinolog. TB 16:45 - 17:30 Uhr			Mamma-Board (RBZ) 16:30 - 18:00 Uhr	
17:30 - 18:00					

Mit dem supportiven Tumorboard, welches im Oktober 2023 etabliert wurde und einmal wöchentlich stattfindet, sollen die unterstützenden Angebote strukturierter und abgestimmter an die Patientinnen und Patienten vermittelt werden. Komplexe Versorgungssituationen sollen gemeinsam besprochen und die Angebote priorisiert werden. Das supportive Tumorboard ist interdisziplinär mit je einem Vertreter / einer Vertreterin aus dem ärztlichen Dienst, der Psychoonkologie, dem Sozialdienst, des Ernährungsmanagements, des Sporttherapeutischen Zentrums, der Palliativmedizin und dem Pflegedienst besetzt.

Lenkungsgremium

Das Lenkungsgremium ist für die Festlegung und Weiterentwicklung der Aufgaben, die von grundsätzlicher bzw. strategischer Bedeutung für das Onkologische Zentrum sind, verantwortlich. Es findet zweimal jährlich statt. Die Organisation und Moderation obliegen der Leitung des Onkologischen Zentrums. Mitglieder sind die Leitungen und Zentrumskoordinationen/Qualitätsmanagementbeauftragten der Organkrebszentren/Module, Vertreterinnen und Vertreter der Pflegedirektion, die Leitung der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement sowie die Leitungen der internen Hauptkooperationspartner. Bedarfsgerecht bzw. themenabhängig nehmen weitere Fachdisziplinen und -bereiche teil. Im Jahr 2023 fand das Lenkungsgremium am 6. Juli 2023 und 13. November 2023 statt. Themen in 2023 waren u.a. die Zusammenfassung der Auditergebnisse, die Weiterentwicklung des Ernährungsmanagements sowie die Vorstellung der UKD-Standards zur Behandlung von Tumorschmerzen und Chemotherapiebestellung, -zubereitung und -gabe (CATO).

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Das Onkologische Zentrum bietet regelmäßig zentrumsbezogene und zentrumsübergreifende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen über die Internetseite, mittels persönlicher Einladung oder über das Wissenschaftsmagazin „Krebs im Focus“ an. Die Veranstaltungen richten sich an die Zuweiserinnen und Zuweiser, kooperierende Praxen und Kliniken, Beschäftigte des NCT/UCC sowie anderer Kliniken und Bereiche der Hochschulmedizin Dresden. Alle Angebote bieten die Gelegenheit zum fachlichen Austausch.

Neben den spezifischen Fortbildungsangeboten der Organkrebszentren/Module ist seit 2014 die Fortbildungsreihe „Krebs im Focus“ am NCT/UCC etabliert. Die Veranstaltung findet mindestens zweimal jährlich statt.

- 30. Mai 2023 - Der geriatrische onkologische Patient
- 25. Oktober 2023 - Kommunikation in der Onkologie - ein neuer „alter“ Hut?

Speziell für Pflegefachkräfte fand am 25. Oktober 2023 der 5. Onkologische Pflegefachtag statt. Zu dem Schwerpunktthema „Ernährung während und nach einer onkologischen Therapie“ gab es u.a. Vorträge zur Mangelernährung bei Krebs und zur Verhinderung von und Umgang mit Therapienebenwirkungen nach Entfernung von Verdauungsorganen. Des Weiteren wurden die

Empfehlungen der Leitlinie für Komplementärmedizin zur Ernährung und Nahrungsergänzungsmitteln vorgestellt.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige und Interessierte werden im Onkologischen Zentrum zentrumsübergreifend als auch zentrumsspezifisch angeboten. Am 10. Juni 2023 fand der erste gemeinsame Patiententag des Onkologischen Zentrums statt. Neben allgemeinen Vorträgen zur translationalen Forschung, zu klinischen Studien, zum Patientenbeirat und zu den unterstützenden Angeboten für Patientinnen und Patienten, standen im zweiten Teil der Veranstaltung die Vorstellung der einzelnen Organkrebszentren/Module und ihre besonderen Diagnostik- und Therapieverfahren im Mittelpunkt.

Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums haben weiterhin die Möglichkeit, an den zentrumsübergreifenden Veranstaltungen des Präventions- und Sporttherapeutischen Zentrums teilzunehmen. Das Ernährungsprogramm „Let’s eat“ konnte im Jahr 2023 im März und im September mit insgesamt acht Veranstaltungsterminen im Online-Format durchgeführt werden. Über das Sporttherapeutische Zentrum wurden im Jahr 2023 über 140 Patientinnen und Patienten individuell zu Bewegung und Sport bei oder nach einer Krebserkrankung beraten und dreimal pro Woche Gerätetraining sowie je einmal wöchentlich Koordinationstraining und Online-Training unter der Therapie angeboten.

Tabelle 5: Weitere Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten 2023

Thema	Termin
Benefizkonzert „Takte gegen Krebs“	2. Mai 2023
Benefizlauf „Fortschritt gegen Krebs“	26. September 2023
Offenes Patienten-Cafè	6. März 2023 5. Juni 2023 4. September 2023
Weihnachtskonzert für Patientinnen und Patienten	4. Dezember 2023

Workshops

Interdisziplinäre wissenschaftliche Workshops dienen der Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien/SOPs des NCT/UCC. Neben einer kurzen Zusammenfassung zum aktuellen Wissensstand werden auch aktuelle Studienprotokolle und -ergebnisse vorgestellt. In einer anschließenden Diskussion werden gemeinsam Standards für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge festgelegt bzw. überprüft und bei Bedarf aktualisiert. An diesen Workshops können neben den Ärztinnen und Ärzten auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer Berufsgruppen sowie alle Interessierten teilnehmen. Die Workshops sind als Fortbildung anerkannt und werden mit zwei Fortbildungspunkten bei der Sächsischen Landesärztekammer bewertet.

Tabelle 6: Workshops 2023

Thema	Termin
Myeloproliferative Neoplasie	2. März 2023
Kutanes Plattenepithelkarzinom	15. März 2023
Gynäkologische Tumore	13. April 2023
Ernährung	18. April 2023
Uveamelanom	15. Mai 2023
Merkelzellkarzinom	13. Juli 2023
Mammakarzinom	12. Oktober 2023
Sarkome Nachsorge	17. Oktober 2023
Gallenblasen- und Gallenwegskarzinom	25. Oktober 2023
Lungenkarzinom	28. November 2023
Maligne Lymphome	4. Dezember 2023

Alle in den Workshops erarbeiteten SOPs (Behandlungspfade, Diagnostik- und Nachsorgeleitfäden) orientieren sich an den aktuellen Leitlinien. Sie werden regelmäßig, mindestens aller drei Jahre, auf Aktualität geprüft. Wird durch Änderungen in den Leitlinien eine Änderung der SOPs vor Ablauf der drei Jahre erforderlich, wird zeitnah ein Workshop organisiert.

Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Onkologischen Zentren

Eine besondere Zusammenarbeit besteht mit der Klinikum Chemnitz gGmbH. Die Klinikum Chemnitz gGmbH ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung und das größte kommunale Krankenhaus Ostdeutschlands. Hier bestehen Kooperationsvereinbarungen im Bereich der Kinderonkologie und der Zell- und Immuntherapie. Mit dem Zentrum für Zell- und Immuntherapie Chemnitz-Dresden (CCI-CD) hat das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und die Klinikum Chemnitz gGmbH ein Zentrum gegründet mit dem Ziel, in beiden Kliniken Zell- und Immuntherapien sowie die Transplantation von eigenen und fremden Stammzellen nach einheitlichen Standards anzubieten, um eine Heilung von bösartigen Erkrankungen zu erreichen. In einem gemeinsamen Tumorboard, welches einmal wöchentlich stattfindet, werden alle Patientinnen und Patienten besprochen und gemeinsam Behandlungsempfehlungen formuliert. Das CCI-CD stellt hinsichtlich der Behandlungszahlen und -erfahrungen eine der größten Einrichtungen in Deutschland und Europa dar.

Die Kooperationsvereinbarung im Bereich der Kinderonkologie sieht die enge Zusammenarbeit der beiden kinderonkologischen Abteilungen im Sinne eines standortübergreifenden kinderonkologischen Zentrums vor. Die Ärztinnen und Ärzte der beiden Klinikabteilungen arbeiten an festen Tagen in der Woche auch in dem jeweils anderen Standort, um im persönlichen Kontakt die fachliche Verbindung bei der Betreuung der Patientinnen und Patienten aufrecht zu erhalten.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 9., 10. und 16. Mai 2023 fand das Überwachungsaudit des Onkologischen Zentrums einschließlich aller Organkrebszentren/Module und Schwerpunkte statt. Das Überwachungsaudit

wurde als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 durchgeführt. Im Rahmen des Überwachungsaudits wurde für das Onkologische Zentrum seitens der Deutschen Krebsgesellschaft eine Abweichung im Bereich der Ernährungsmedizin festgestellt. Eine entsprechende Stellungnahme wurde fristgerecht bei der Zertifizierungsgesellschaft eingereicht und vom Fachexperten positiv bewertet. Somit gilt die Abweichung als behoben. Des Weiteren wurden für das Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft fünf Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche Psychoonkologie, Nuklearmedizin, Ernährungsberatung, Tumordokumentation und Dokumentation des Schmerz-Scores betreffen. Die Prüfung der Umsetzung der DIN EN ISO Norm ergab sechs Hinweise in den Bereichen Palliativmedizin, Tumorboardcompliance, Maßnahmenmanagement AENEIS und Betäubungsmittel. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet, die in einem Maßnahmenplan festgehalten und im Lenkungsgremium des Onkologischen Zentrums, in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb der Organkrebszentren/Module interdisziplinär und interprofessionell diskutiert und umgesetzt wurden.

Interne Audits

Zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems werden im Onkologischen Zentrum jährlich auch interne Audits durchgeführt. Die Planung der internen Audits obliegt den Qualitätsmanagementbeauftragten in Abstimmung mit der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement der Hochschulmedizin Dresden. Die Durchführung der internen Audits erfolgt durch zwei unabhängige interne Auditorinnen und Auditoren des Universitätsklinikums Dresden. Das letzte interne Audit des NCT/UCC fand am 8. November 2023 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden die Bereiche interdisziplinäre Kernambulanz, Psychoonkologischer Dienst sowie Sozialdienst begutachtet. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurden zehn Hinweise u.a. zur Lenkung von Vorgabe- und Nachweisdokumenten, Arbeitssicherheit und zum Notfallmanagement ausgesprochen.

Alle im Auditbericht dokumentierten Verbesserungspotentiale wurden in einen Maßnahmenplan überführt. Für jede Maßnahme wird sowohl ein Zieldatum als auch eine verantwortliche Person benannt. Durch den Qualitätsmanagementbeauftragten des Onkologischen Zentrums wird die Umsetzung dieser Maßnahmen überwacht, regelmäßig geprüft und dokumentiert.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Onkologischen Zentrums wurden bisher aller drei Jahre papierbasiert durchgeführt. Seit Januar 2023 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern eine kontinuierliche Onlinebefragung auf der Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Die Teilnahme an der Befragung ist über einen Link oder QR-Code möglich. Zusätzlich erhielten alle Zuweiserinnen und Zuweiser, die im Zeitraum August 2022 bis Juli 2023 mindestens fünf Patientinnen und Patienten in die Interdisziplinäre Kernambulanz überwiesen haben, im September 2023 den Fragebogen in Papierform zugesandt. Insgesamt wurden 149 Fragebögen versandt.

Eine weitere Möglichkeit, Wünsche, Anregungen, Lob oder Kritik zu äußern, besteht über die eingerichtete [E-Mailadresse](#).

Zufriedenheit der internen und externen Kooperationspartner

Die Erfassung der Zufriedenheit der internen und externen Kooperationspartner erfolgt in Form von Befragungen und persönlichen Gesprächen auf Leitungsebene. Die Kooperationspartner erhalten einmal jährlich einen Fragebogen per E-Mail zugesandt. Alle drei Jahre, bei angegebener Gesprächsbedarf oder kritischen Anmerkungen im Fragebogen findet ein protokolliertes persönliches Gespräch statt. Letztmalig erhielten im November 2022 die Kooperationspartner einen Fragebogen zugesandt. Im Jahr 2023 wurde die Befragung ausgesetzt und mit sieben Kooperationspartnern persönliche Gespräche geführt. Die Gespräche werden protokolliert. Die darin festgeschriebenen Maßnahmen werden in einen Maßnahmenplan überführt und Zieldatum und Verantwortlichkeiten benannt. Durch den Qualitätsmanagementbeauftragten des Onkologischen Zentrums wird die Umsetzung dieser Maßnahmen überwacht, regelmäßig geprüft und dokumentiert.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Regelmäßige Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten sind von großer Wichtigkeit für das Onkologische Zentrum, da sie dazu beitragen, Schwachstellen zu identifizieren und die medizinische Versorgung zu verbessern. Seit September 2023 steht den Patientinnen und Patienten eine kontinuierliche Onlinebefragung auf der Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Ebenso wie den Zuweiserinnen und Zuweisern steht den Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums ein QR-Code oder ein Link zur Teilnahme an der Befragung sowie die neu eingerichtete [E-Mailadresse](#) für Wünsche, Anregungen, Lob oder Kritik zur Verfügung. Den QR-Code sowie den Link zur digitalen Befragung finden die Patientinnen und Patienten auch in den Patientenmappen des NCT/UCC, welche allen im Onkologischen Zentrum Behandelten ausgehändigt wird.

Die Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums haben zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen des Universitätsklinikums Dresden entweder über Stelen oder über einen QR-Code etabliert ist, abzugeben. Das digitale Feedbacksystem wurde zum 1. August 2023 von Sayway auf Redcap umgestellt.

Öffentlichkeitsarbeit

Das Onkologische Zentrum inklusive der Organkrebszentren/Module präsentiert sein Leistungsspektrum in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen sind dabei die Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums, Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Kliniken und Praxen aus dem Raum Dresden und Umgebung.

Insbesondere für die Patientinnen und Patienten wurde eine Reihe von Drucksachen erstellt bzw. aktualisiert. Alle Informationsmaterialien stehen als Download auf der Internetseite des NCT/UCC bzw. auf den Internetseiten der Organkrebszentren/Module zur Verfügung.

Umfassende Informationen zum Onkologischen Zentrum sowie der Organkrebszentren/Module sind ebenfalls auf der Internetseite des NCT/UCC integriert. Der Internetauftritt informiert zudem über aktuelle Veranstaltungen und Fortbildungen.

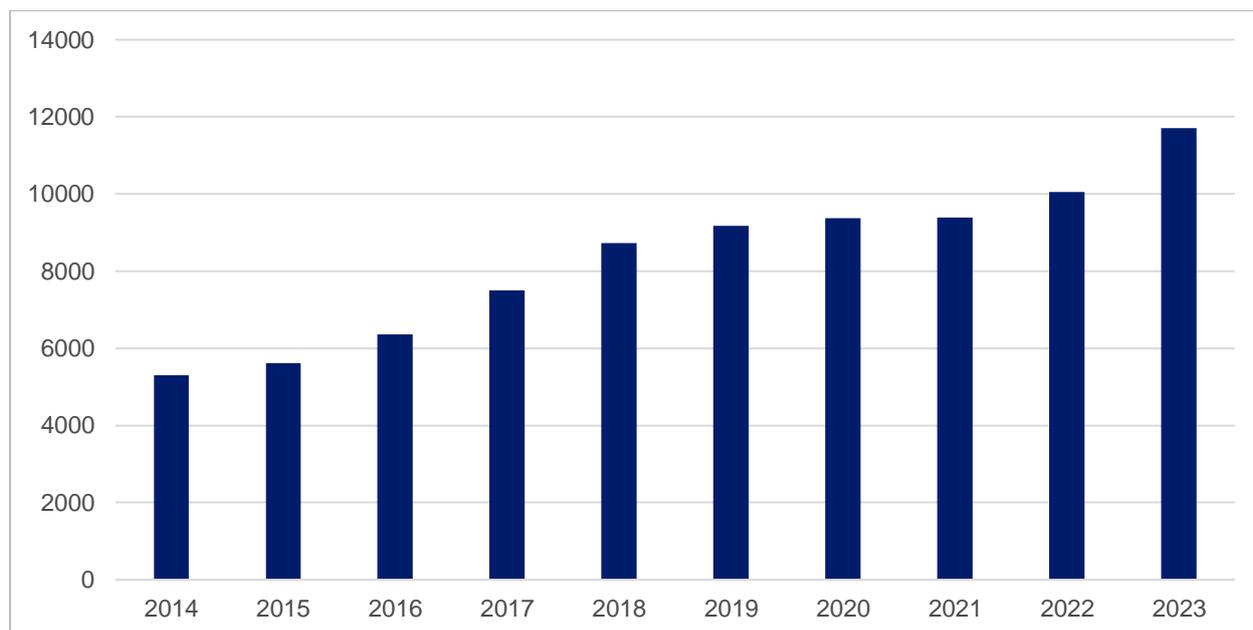
Über Neuerungen im NCT/UCC, Forschungstätigkeiten und -ergebnisse sowie aktuelle Studien informiert das Wissenschaftsmagazin „Krebs im Focus“. Das Wissenschaftsmagazin erscheint mindestens zweimal jährlich und wird den Zuweiserinnen und Zuweisern sowie den Kooperationspartnern postalisch zugesandt. Das Magazin steht auch allen Interessierten als Download auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/das-nctucc-dresden/newsroom/nctucc-wissenschaftsmagazin.html> - zur Verfügung. Die letzte Ausgabe ist im Dezember 2023 erschienen.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

In der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC wurden im Jahr 2023 insgesamt **11.711 Besuche von Patientinnen und Patienten** registriert. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Patientinnen und Patienten, die in den Sprechstunden der Chirurgie, internistischen Onkologie, Strahlentherapie, Tumororthopädie und Dermatologie in der Kernambulanz vorstellig wurden. Patientinnen und Patienten, die sich in den klinikspezifischen Spezialsprechstunden, z. B. Brustsprechstunde in der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorgestellt haben, bleiben hier unberücksichtigt.

Abbildung 6: Anzahl Besuche von Patientinnen und Patienten in der interdisziplinären Kernambulanz



Nach einem stagnieren der Besuche von Patientinnen und Patienten in der interdisziplinären Kernambulanz in den Jahren 2020 und 2021 und einem leichten Anstieg in 2022, konnte im Kennzahlenjahr 2023 ein deutlicher Anstieg der Besuche von Patientinnen und Patienten in der interdisziplinären Kernambulanz verzeichnet werden.

Zum Geltungsbereich des zertifizierten Onkologischen Zentrums gehören elf Organkrebszentren/Module, der Schwerpunkt 1 sowie das Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie. Entsprechend der von der Deutschen Krebsgesellschaft festgelegten Definitionen von Primär- und

Zentrumsfällen sowie Rezidiven/Metastasen für die einzelnen Tumorentitäten stellt sich die Fallzahlentwicklung in den zertifizierten Bereichen in den letzten drei Jahren wie folgt dar.

Tabelle 7: Fallzahlentwicklung im Onkologischen Zentrum - Zertrechner OnkoZert

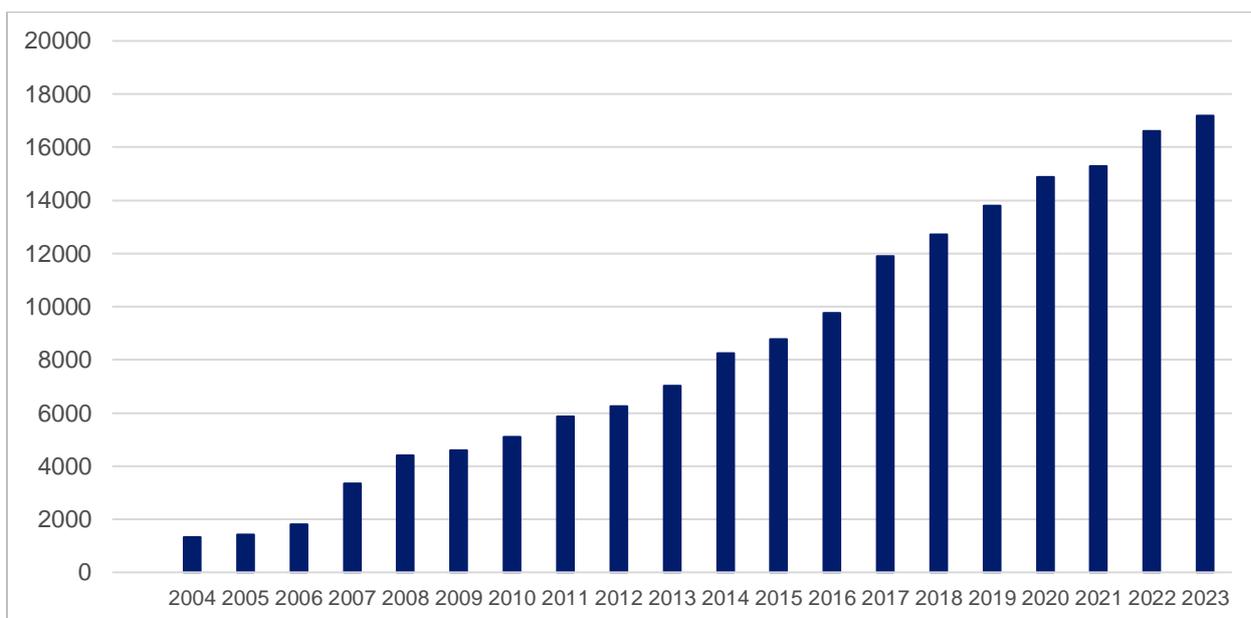
	2021	2022	2023
Primärfälle	3.562	3.716	3.850
Rezidive/Fernmetastasen	992	1.197	1.052
Zentrumsfälle	4.588	4.951	5.000

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die sich mit einer Primärerkrankung im zertifizierten Onkologischen Zentrum vorstellen, unterliegen seit 2021 einer kontinuierlichen Steigerung. Erstmals ist die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die sich mit einer Rezidiverkrankung oder Fernmetastasen im Onkologischen Zentrum betreuen lassen, im Jahr 2023 leicht zurückgegangen. Die Entwicklung der Fallzahlen für die einzelnen Tumorentitäten kann den Ausführungen des jeweiligen Organkrebszentrums/Moduls entnommen werden.

Interdisziplinäre Tumorboards

Im Jahr 2023 wurden in Summe 767 Tumorboards durchgeführt. Hierunter zählen alle Tumorboards, die in Abbildung 5 aufgeführt sind, mit Ausnahme des molekularen Tele-Tumorboards NCT/UCC Dresden/Heidelberg, dem Teletumorboard Radeberg, dem CCI-CD Board mit Chemnitz, dem Teletumorboard mit dem Elbe-Elster-Klinikum und dem Teletumorboard Coswig. Neben den Tumorboards in Präsenz werden für externe Kolleginnen und Kollegen und interne Beschäftigte mit Terminkonflikten weiterhin hybride Tumorboardformate via Webex angeboten.

Abbildung 7: Anzahl der Tumorboardempfehlungen in den interdisziplinären Tumorboards



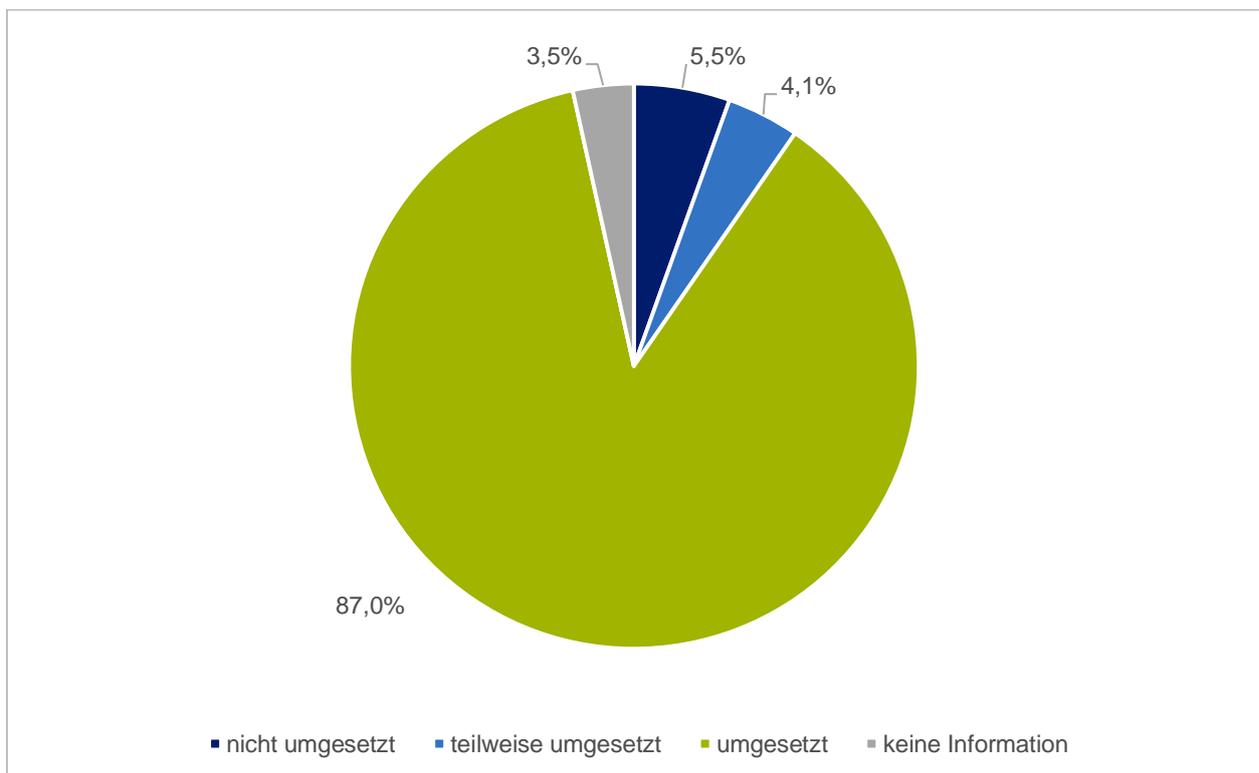
Auch bei der Anzahl der Tumorboardempfehlungen in den interdisziplinären Tumorboards zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg, welches mit der Entwicklung der Primär- und Zentrumsfällen im Onkologischen Zentrum korreliert. Die insgesamt 17.190 Tumorboardempfehlungen aus dem

Jahr 2023 wurden für 11.573 Patientinnen und Patienten getroffen. Im Durchschnitt werden pro Patientin und Patient 1,4 Therapieempfehlungen im Rahmen der interdisziplinären Tumorboards ausgesprochen.

Tumorboardcompliance

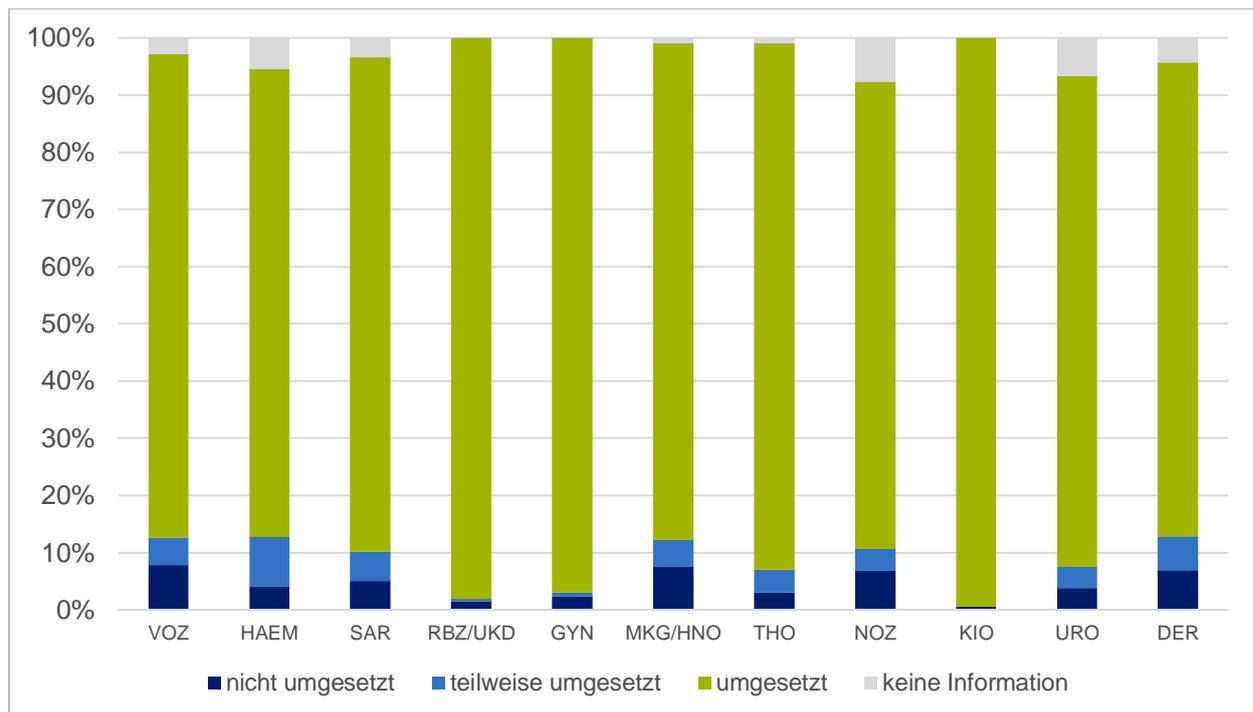
Einmal jährlich wird mittels stichprobenartig gezogener Behandlungsakten von Patientinnen und Patienten randomisiert die Tumorboardcompliance der Tumorempfehlungen der Organkrebszentren/Module sowie des Thorax-Tumorboards überprüft. Dies erfolgt seit 2023 über das Tumordokumentationssystem UCC-TDS. Dabei wird insbesondere die inhaltliche Konformität der durchgeführten Diagnostik und Therapie mit den Tumorboardempfehlungen ausgewertet. Therapieabweichungen, welche nicht dokumentiert worden sind, werden in den Arbeitsgruppen der Organkrebszentren/Module diskutiert und ggf. eine interdisziplinäre Fallbesprechung oder die Vorstellung in der M&M-Konferenz initiiert. Die Stichprobengröße lag im Jahr 2023 bei 25% aller in den jeweiligen Tumorboards vorgestellten Patientinnen und Patienten innerhalb eines Jahreszeitraumes (01. Oktober 2022 bis 30. September 2023). Im Kinderonkologischen Zentrum bzw. beim pädiatrischen Tumorboard wurden alle Beschlüsse aus dem Jahr 2023 auf ihre Umsetzung hin überprüft. Im Jahr 2023 wurden insgesamt **3.246 Tumorboardempfehlungen** von **1.768 Patientinnen und Patienten** überprüft.

Abbildung 8: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance



Inhaltlich vollständig umgesetzt wurden 87,0% aller geprüften Tumorboardempfehlungen. Damit wurde die in den internen Qualitätsindikatoren festgelegte Zielgröße von $\geq 80\%$ erfüllt.

Abbildung 9: Vergleich der Tumorboardcompliance zwischen den Tumorboards/Organkrebszentren



Bei den Empfehlungen, die nicht bzw. nur teilweise umgesetzt wurden, lagen die Gründe zumeist in der Entscheidung der Patientinnen und Patienten, die die Behandlungsempfehlung abgelehnt haben. Bei 3,5% der Beschlüsse lagen keine Informationen zur Umsetzung vor, d. h. die Tumorboardempfehlung sollte extern in einer Praxis oder Klinik umgesetzt werden. Die Tumorboardempfehlungen wurden den weiterbehandelnden Einrichtungen seitens des Onkologischen Zentrums zur Verfügung gestellt. Eine Information, ob die Therapie tatsächlich entsprechend der Empfehlung umgesetzt wurde, lag zum Zeitpunkt der Prüfung der Beschlüsse nicht vor.

Die detaillierte Darstellung der verschiedenen Gründe für die Nicht- bzw. teilweise Umsetzung der Beschlüsse sowie die Bewertung der Ergebnisse zur Überprüfung der Tumorboardcompliance erfolgt in dem jeweiligen Organkrebszentrum/Modul.

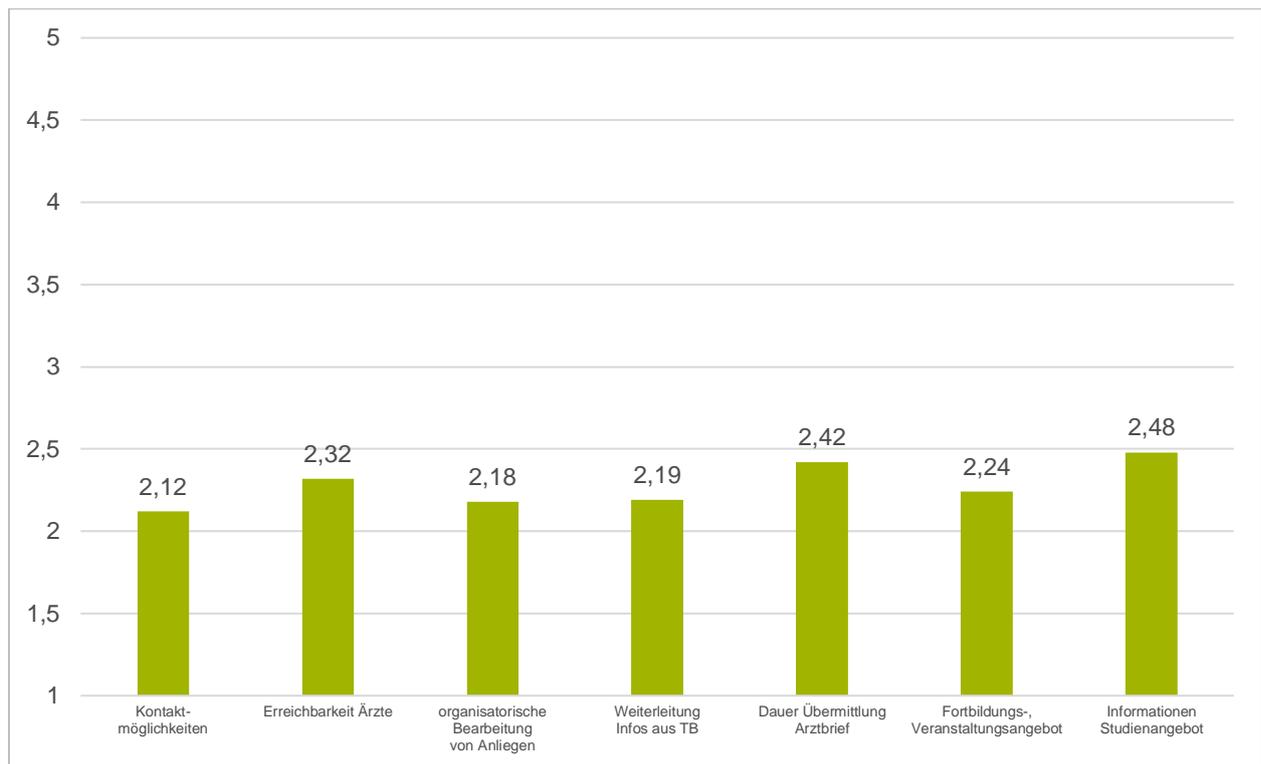
Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen und des digitalen Feedbacks

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Die Ermittlung der Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser wurde im Januar 2023 auf eine kontinuierliche Onlinebefragung umgestellt. Zusätzlich erhielten 149 Zuweiserinnen und Zuweiser, die im Zeitraum August 2022 bis Juli 2023 mindestens fünf Patientinnen und Patienten in die interdisziplinäre Kernambulanz überwiesen haben, im September 2023 einen papierbasierten Fragebogen zugesandt. Die Rücklaufquote betrug 18,8%.

Im Vergleich zur letzten Befragung im IV. Quartal 2020 wurden die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme, die Erreichbarkeit der Ärzte sowie die Informationen zum Studienangebot besser bewertet. Die Dauer der Übermittlung der Arztbriefe wurde dahingegen schlechter bewertet. Die interne Zielgröße, dass alle Items mit einem Mittelwert ≤ 2 bewertet werden, wurde nicht erreicht.

Abbildung 10: Auswertung der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser 2023 - Mittelwerte



Die Ergebnisse wurden in den verschiedenen Gremien vorgestellt und Maßnahmen diskutiert und festgelegt. Die Maßnahmen werden in das Maßnahmenmanagement AENEIS überführt.

Tabelle 8: Maßnahmen aus der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser 2023

Nr.	Maßnahmen	Termin	Verantwortlich
1	Prüfung der Nutzung von KIM im NCT/UCC	Mai 2024	Leitung NCT/UCC
2	Einrichtung eines automatischen Versands der Tumorboardbeschlüsse an die im UCC-TDS hinterlegten Zuweiserinnen und Zuweiser	Juli 2024	Leitung NCT/UCC Leitung Klinisches Krebsregister NCT/UCC
3	Optimierung der zentralen Studiendatenbank NCT/UCC; Darstellung des gesamten Studienangebots aller Organkrebszentren sowie Abbildung der Studien auf der Internetseite des NCT/UCC	Dezember 2024	Dr. med. M. Koch (MK1; Projektleitung)
4	Erstellung eines Jahresprogramms für die Fortbildungen im November des Vorjahres und Versand des Jahresprogramms an die Zuweiserinnen und Zuweiser im Dezember des Vorjahres	November 2024	A. Weiß

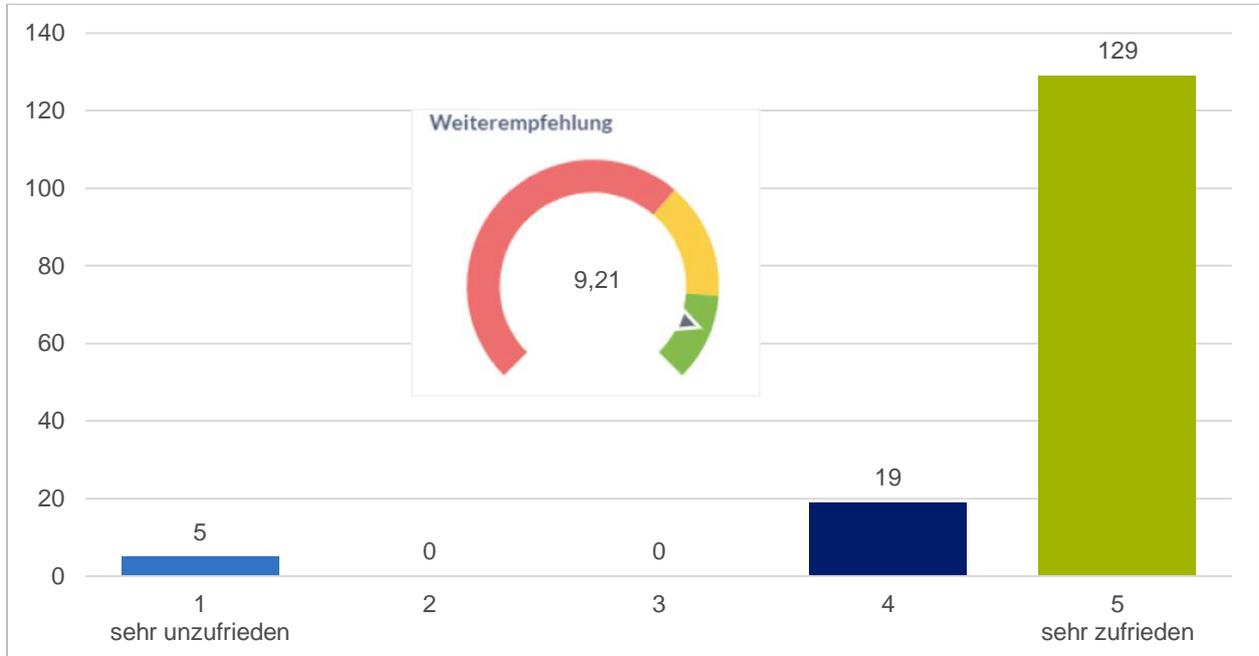
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Auch für die Patientinnen und Patienten steht seit September 2023 eine kontinuierliche digitale Zufriedenheitsbefragung auf der Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Im Zeitraum September 2023 bis Dezember 2023 sind insgesamt für die verschiedenen Organkrebszentren/Module 113 Bewertungen eingegangen. Die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen erfolgt in den Ausführungen der Organkrebszentren/Module.

Digitales Feedbacksystem

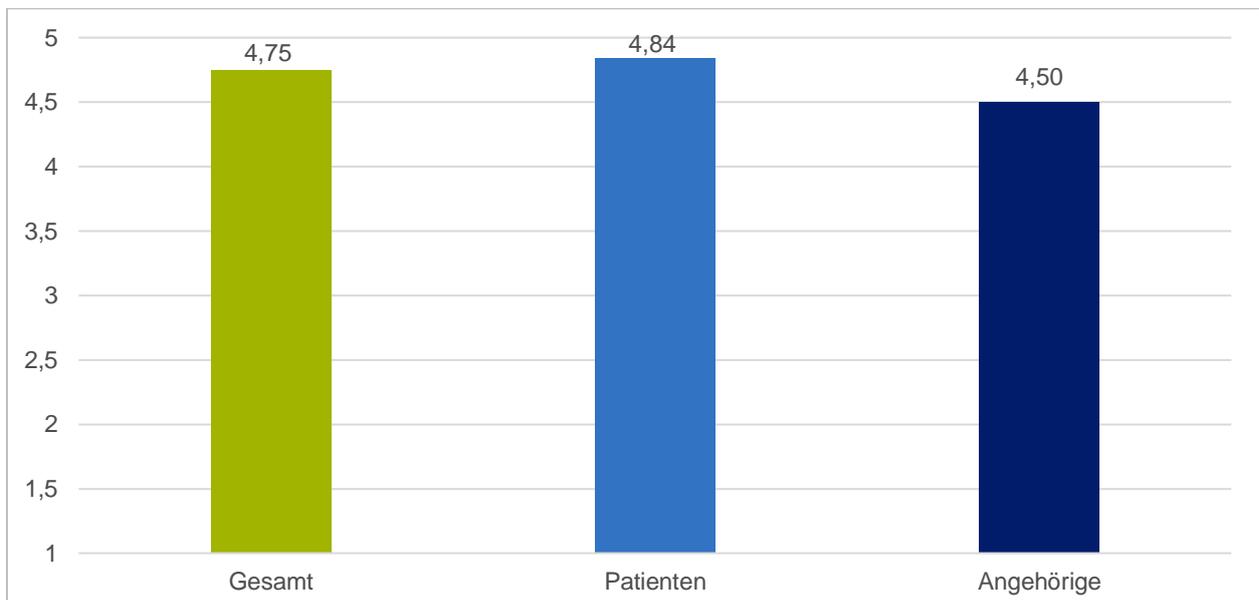
Über das digitale Feedbacksystem sind im Jahreszeitraum 01. Januar bis 31. Dezember 2023 153 Rückmeldungen eingegangen. Dies sind 44 Rückmeldungen mehr als im Vorjahr. Sie wurden von 109 Patientinnen und Patienten und 44 Angehörigen abgegeben.

Abbildung 11: Allgemeine Zufriedenheit 2023



Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht für sehr unzufrieden, die „5“ für sehr zufrieden. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzufriedenheit konstant bei 4,7 geblieben (siehe Abbildung 12). Gründe für die Unzufriedenheit lagen wie im Vorjahr insbesondere in der Wartezeit. Maßnahmen sind nicht erforderlich.

Abbildung 12: Verteilung der Zufriedenheit nach Personengruppen 2023 - Mittelwerte



Alle Ergebnisse, die sich aus der Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ergeben, werden einmal jährlich mit der Zentrumsleitung ausgewertet und bei Abweichungen von der Zielstellung entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Die Maßnahmen werden regelmäßig auf ihre Umsetzung hin überprüft.

Forschungstätigkeiten

Onkologische Forschungstätigkeiten sind für das NCT/UCC und die Dresdner Hochschulmedizin als Wissenschaftsstandort von entscheidender Bedeutung, da sie dazu beitragen, die Ursachen, Prävention, Diagnose und Behandlung von Krebserkrankungen zu verstehen und zu verbessern. Darüber hinaus ermöglicht die Krebsforschung die Entwicklung neuer Therapien und Medikamente, die gezielter und wirksamer gegen die verschiedenen Tumorarten vorgehen können. Die Vereinheitlichung der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie die Weiterentwicklung der Behandlung bei Krebserkrankungen ist ein wichtiger Baustein in der Krebstherapie, welche auch durch das Onkologische Zentrum des NCT/UCC unterstützt wird. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Onkologischen Zentrums beteiligen sich an der Weiterentwicklung von Leitlinien, Veröffentlichung von wissenschaftlichen Publikationen sowie an klinischen Studien.

Weiterentwicklung von Leitlinien

Die Weiterentwicklung von Leitlinien ist ein wichtiger Prozess, um sicherzustellen, dass sie stets auf dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft und Praxis bleiben. Eine kontinuierliche Aktualisierung und Anpassung von evidenzbasierten Leitlinien ermöglicht es, neue Erkenntnisse und Entwicklungen in der Tumorbehandlung zu berücksichtigen und die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten kontinuierlich zu verbessern.

Tabelle 9: Mitarbeit an Leitlinien

Mitwirkende Person	Fachrichtung	Leitlinie
Prof. Dr. med. G. Folprecht	Innere Medizin	S3-Leitlinie perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT) - V1.0/November 2023
PD Dr. med. A. Borkowetz	Urologie	S3-Leitlinie Prostatakarzinom - V6.2/Oktober 2021
Dr. med. C. Jentsch	Strahlentherapie	S3-Leitlinie Adulte Weichgewebssarkome - V1.1/Juni 2022
Prof. Dr. med. J. Kotzerke	Nuklearmedizin	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge Nierenzellkarzinoms - V4 Februar 2023
Dipl.-Psych. B. Hornemann	Psychoonkologie	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom -V2.2/März 2022
		S3-Leitlinie Psychoonkologie Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatientinnen und -patienten - V2.1/August 2023
		S3-Leitlinie Adulte Weichgewebssarkome - V1.1/Juni 2022
Prof. Dr. med. P. Wimberger	Gynäkologie	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom -V2.2/März 2022

Mitwirkende Person	Fachrichtung	Leitlinie
Prof. Dr. med. G. Baretton	Pathologie	S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Plattenepithelkarzinome und Adenokarzinome des Ösophagus - V4/ Dezember 2023
Prof. Dr. med. Dr. E. Troost	Strahlentherapie	S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms - V3/März 2021
Dr. med. S. Appold	Strahlentherapie	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge Nierenzellkarzinoms - V4 Februar 2023
Dr. Nadja Seidel	Präventionszentrum	S3-Leitlinie Hautkrebsprävention - V2.1/September 2021

Klinische Studien

Das klinische Studienportfolio des NCT/UCC stellt die entscheidende Schnittstelle zwischen modernster translationaler Krebsforschung und erfolgreichen neuartigen Therapien dar. Es bietet den Patientinnen und Patienten einen direkten Zugang zu den neuesten therapeutischen Entwicklungen und ermöglicht ihnen, zeitnah von aktuellen Forschungsergebnissen zu profitieren. Das NCT/UCC fördert aktiv die Entwicklung und Umsetzung innovativer klinischer Studien, Medikamente und Behandlungen mit besonderem Schwerpunkt auf neuartigen wissenschaftlichen Fragestellungen mit interdisziplinärem Charakter und IITs.

Allen Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums ist, bei Vorliegen der Voraussetzungen, der Zugang zu klinischen Studien möglich. Die Empfehlung zur Behandlung im Rahmen einer klinischen Studie wird in den interdisziplinären Tumorboards ausgesprochen.

Eine Übersicht, wie viele Patientinnen und Patienten im Rahmen von klinischen Studien behandelt wurden, findet sich in den Beschreibungen der einzelnen Organkrebszentren/Module.

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des NCT/UCC aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden.

Merboth F, Nebelung H, Wotschel N, Liebscher H, Eckert F, von Renesse J, Hasanovic J, Welsch T, Fritzmann J, Stange DE, Plodeck V, Hoffmann RT, Distler M, Weitz J, Kirchberg J. **Robotic Esophagectomy Compared With Open Esophagectomy Reduces Sarcopenia within the First Postoperative Year: A Propensity Score-Matched Analysis.** J Thorac Oncol. 2023 Feb;18(2):232-244. doi: 10.1016/j.jtho.2022.10.01

Günther M, Hentschel L, Schuler M, Müller T, Schütte K, Ko YD, Schmidt-Wolf I, Jaehde U. **Developing tumor-specific PRO-CTCAE item sets: analysis of a cross-sectional survey in three German outpatient cancer centers.** BMC Cancer. 2023 Jul 5;23(1):629. doi: 10.1186/s12885-023-11115-7. PMID: 37407982; PMCID: PMC10320985.

Eulitz J, G C Troost E, Klünder L, Raschke F, Hahn C, Schulz E, Seidlitz A, Thiem J, Karpowitz C, Hahlbohm P, Grey A, Engelland K, Löck S, Krause M, Lühr A. **Increased relative biological effectiveness and periventricular radiosensitivity in proton therapy of glioma patients.** Radiother Oncol. 2023 Jan;178:109422. doi: 10.1016/j.radonc.2022.11.011.

Salm H, Hentschel L, Eichler M, Pink D, Fuhrmann S, Kramer M, Reichardt P, Schuler MK. **Evaluation of electronic patient-reported outcome assessment in inpatient cancer care: a feasibility study.** Support Care Cancer. 2023 Sep 14;31(10):575. doi: 10.1007/s00520-023-08014-9. PMID: 37707633; PMCID: PMC10501936.



© NCT/UCC / André Wirsig

Hauttumorzentrum

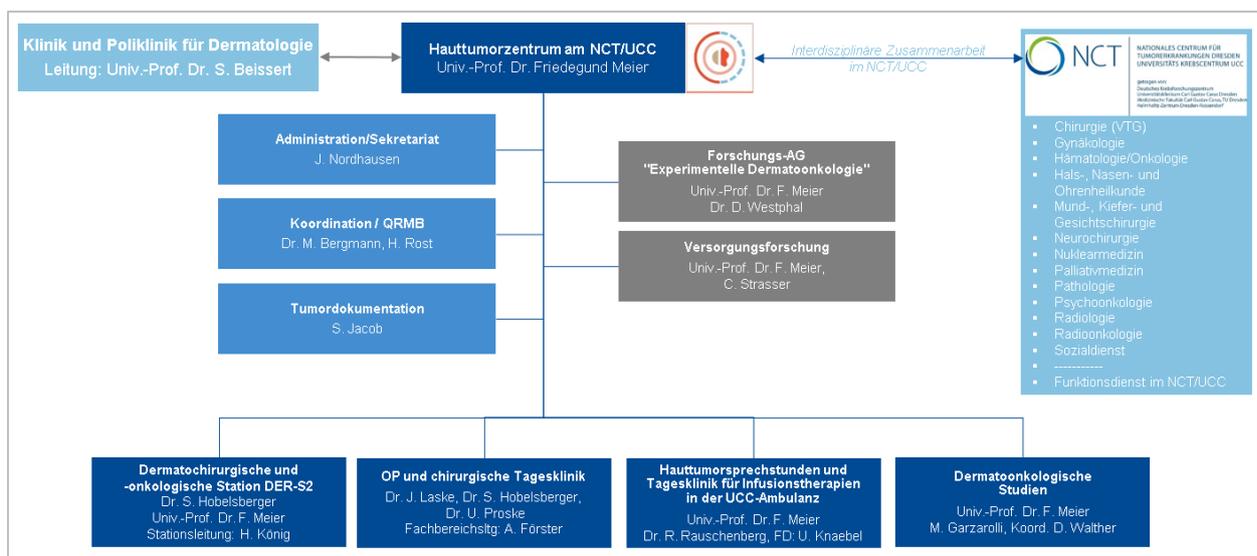


Hauttumorzentrum am NCT/UCC

Struktur des Hauttumorzentrums (UHTC)

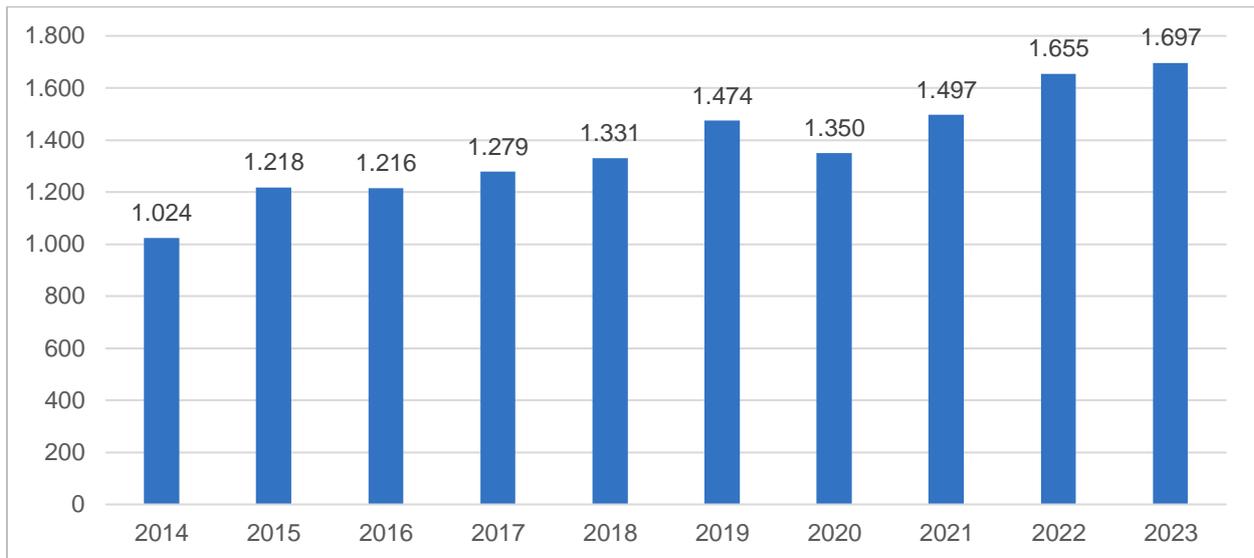
Im Hauttumorzentrum am NCT/UCC sichert eine fachspezifische Gruppe von Expertinnen und Experten die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit malignen Hauttumoren ab. Die Schlüsselrolle bei der Behandlung kommt dabei der „Dermatochirurgie“ und „dermatologischen Onkologie“ der Klinik und Poliklinik für Dermatologie zu. Die Versorgung erfolgt ambulant, tagesstationär und stationär. Leistungsschwerpunkte sind gewebeschonende Operationen sowie Immuntherapien, zielgerichtete medikamentöse Tumortherapien und Therapien im Rahmen von Studien. Über das wöchentliche interdisziplinäre Hauttumorboard kooperiert das Hauttumorzentrum eng mit anderen Einrichtungen am NCT/UCC zur umfassenden Diagnostik und optimalen Therapieplanung. Am NCT/UCC können Hauttumorpatientinnen und -patienten auch weitere Angebote wie eine psychosoziale Beratung oder eine Ernährungs- und Bewegungsberatung in Anspruch nehmen.

Abbildung 13: Struktur des Hauttumorzentrums



Seit der Erstzertifizierung des Hauttumorzentrums im Jahr 2015 nimmt die Anzahl der Patientinnen und Patienten stetig zu (Ausnahme „Corona-Knick“ 2020).

Abbildung 14: Anzahl Primärfälle des Hauttumorzentrums 2014-2023

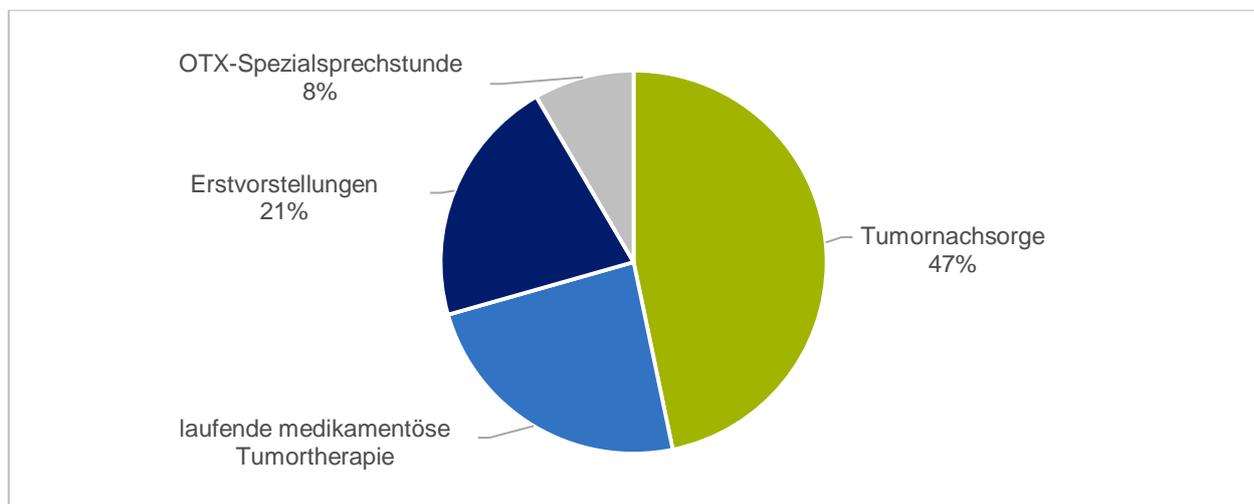


In der Dermatochirurgie wurden im Jahr 2023 mehr als 2.000 Tumoroperationen durchgeführt, davon rund 1.800 Operationen mit histologischer Randkontrolle, rund 350 Operationen mit leitliniengerechtem Sicherheitsabstand und mehr als 150 Wächterlymphknoten-Biopsien. Diese Patientinnen und Patienten wurden stationär auf der Station DER-S2 oder in Ausnahmefällen in der operativen Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Dermatologie betreut.

In der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC wurden im Jahr 2023 für das Hauttumorzentrum mehr als 2.000 Patientinnen und Patienten zu knapp 6.500 Besuchen empfangen:

- Knapp ein Viertel erhielt eine medikamentöse Tumorthherapie, zielgerichtet in Form von Tabletten oder als Infusionstherapie (Checkpoint-Inhibitor-Therapie).
- Reichlich ein Fünftel war zur Erstvorstellung in der Hauttumorambulanz.
- Knapp die Hälfte der Besuche waren Tumornachsorgen: hier liegt der Fokus auf Hochrisikopatientinnen und -patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, während die Nachsorge anderer Patientinnen und -patienten vollständig oder alternierend über niedergelassene Dermatologinnen und Dermatologen erfolgt.

Abbildung 15: Verteilung der Patientinnen und Patienten im Hauttumorzentrum



Seit Mitte 2022 gibt es die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten unter laufender Therapie abrechnungstechnisch in die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) zu überführen. Das interdisziplinär besetzte ASV-Team „Hauttumoren“ unter der Leitung von Frau Prof. Meier trägt seitdem zur finanziellen Stabilisierung der ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten bei.

Tabelle 10: Qualifikationsmatrix Hauttumorzentrum 2023

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Univ.-Prof. Dr. med. Friedegund Meier	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“, Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“
Dermatoonkologen	Marlene Garzarolli	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
	Dr. med. Ricarda Rauschenberg	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“
Hauptoperateur	Dr. med. Jörg Laske (OP-Leitung)	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“
	Katja Berndt	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
	Dr. med. Sarah Hobelsberger	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Pflegedienstleitung	Meike Jäger	Dreijährige Zusatzqualifikation „Leitung des Pflegedienstes in Gesundheitseinrichtungen“
Onkologische Fachpflegekräfte und Pflegekräfte mit onkologischen Zusatzqualifikationen	Steffi Leubert	Fachweiterbildung „Onkologische Pflege“
	Mandy Hable / Peggy Nietzold / Daniel Lundström	Fortbildung „Ambulante Onkologie“
	Elke Kätzel	Fortbildung „Tumorschmerztherapie“
Tumordokumentation	Sonja Jacob	Medizinische Dokumentationsassistentin
Zentrumskoordination / Qualitätsmanagement	Dr. rer. medic. Maike Bergmann	Master of Public Health; Fortbildungen „Grundlagen QRM mit Fokus Internes Audit“ und „Klinisches Risikomanagement im Gesundheits- und Sozialwesen“
	Heike Rost	Dipl. Kauffrau (BWL); Fortbildungen „Grundlagen QRM mit Fokus Internes Audit“ und „Klinisches Risikomanagement im Gesundheits- und Sozialwesen“

Ziele des Hauttumorzentrums

Angelehnt an die Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums und der Klinik und Poliklinik für Dermatologie lassen sich konkrete, operative Jahresziele für das Hauttumorzentrum ableiten. Die Festlegung der Ziele mit Benennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzung erfolgt in der Regel zu Beginn eines jeden Jahres, aber auch unterjährig in Besprechungen und Qualitätszirkeln des Zentrums. Die Qualitätsziele werden ganzjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den benannten Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 11: Jahresziele des Hauttumorzentrums 2023

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
1	Erfolgreiches Überwachungsaudit nach DKG sowie nach DIN EN ISO	MA UHTC	Mai 2023	Das Hauttumorzentrum wurde erfolgreich auditiert.
2	Personal: Dritte Arzthelferdienststelle im NCT/UCC besetzen	PDL NCT/UCC, Leitung UHTC	Dezember 2023	Neueinstellung 2023 erfolgt.
3	Forschung: Fortführung der laufenden Projekte und Akquise neuer Drittmittelförderungen, Publikationen	Wissenschaftliche Mitarbeiter, Leitung UHTC	kontinuierlich	Zwei neue Projekte, Publikationen auf Vorjahresniveau.
4	Durchführung von mindestens zwei interdisziplinären Workshops/Qualitätszirkeln mit klinikinternen Kooperationspartnern	UHTC-Leitung, QRMB	Dezember 2023	Es wurden drei Workshops durchgeführt.
5	Unterstützung Patientenveranstaltungen	MA UHTC	Dezember 2023	Mitwirkung NCT/UCC Patiententag, Beitrag zu Treffen der Selbsthilfegruppe kutane Lymphome.
6	Effiziente Abwicklung der ASV Leistungsdokumentation	Leitung UHTC, GB FIN	Dezember 2023	Neueinstellung Personal für Abrechnungstätigkeit (Direktion FIN), gezielte Patientenleitung von HSA zu ASV.
7	ASV -Fachärzte: nötige personelle Rahmenbedingungen erhalten und idealerweise ausbauen	Leitung UHTC	Dezember 2023	Personelle Besetzung konnte aufrechterhalten werden.

Hauptziel des Hauttumorzentrums für das Jahr 2024 ist, wie schon in den Vorjahren, die enge Vernetzung aller Akteure in der Region Dresden/Ostsachsen zur optimalen Versorgung von Hautkrebs-Betroffenen durch Aktivitäten, die nachhaltige und niedrigschwellig zugängliche Versorgungsstrukturen schaffen sollen. Insbesondere durch das Projekt ONConnect soll in den kommenden drei Jahren das dermatologische Teletumorboard sowie das supportive Tumorboard am Standort weiter ausgebaut, optimiert und evaluiert werden.

Neben der unmittelbaren Versorgung von Patientinnen und Patienten am Standort Dresden mit spezialisierter Hautkrebsdiagnostik und modernsten Tumortherapien gehören dazu auch regelmäßige Fortbildungsangebote für Medizinerinnen und Mediziner der Region, u.a. ein Awareness-Programm für immunvermittelte Nebenwirkungen und die Möglichkeit, konkrete Fälle für eine Therapieempfehlung wöchentlich im Teletumorboard vorzustellen.

Die Imaging-Sprechstunde soll 2024 weiter ausgebaut werden, um Patientinnen und Patienten durch nichtinvasive Maßnahmen eine Hauttumordiagnostik zukommen zu lassen.

Weiterhin soll die Arbeit der YOKO Selbsthilfegruppe Hautkrebs Dresden intensiv unterstützt und gemeinsam eine Patientenveranstaltung im Jahr 2024 realisiert werden.

Nachdem 2023 die Abwicklung der ASV-Leistungsdokumentation strukturiert und regelhaft durchgeführt wurde, ist das Hauttumorzentrum daran interessiert, im Jahr 2024 weitere Möglichkeiten der ASV-Leistungsdokumentation auszuschöpfen und mögliche Potentiale weiterer Abrechnungen zu identifizieren.

Die Stelle der Leitung des Hauttumorzentrums soll 2024 ausgeschrieben werden und perspektivisch eine Nachbesetzung der Universitätsprofessur für Dermatoonkologie stattfinden.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 10. Mai 2023 fand das Überwachungsaudit des Hauttumorzentrums am NCT/UCC im Rahmen des Gesamtaudits des Onkologischen Zentrums statt. Das Überwachungsaudit wurde als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 durchgeführt. Im Rahmen des Überwachungsaudits wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden drei Hinweise gegeben, dazu zählen die Erstellung von Kaplan-Meier-Kurven, Gestaltung der Arztbriefe und Personalaufstockung. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet und an deren Umsetzung gearbeitet.

Interne Audits

Am 29. März 2023 fand das jährliche interne Audit der Klinik und Poliklinik für Dermatologie durch die Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement statt. Auditiert wurden dabei u. a. auch die Sprechstunden im Hauttumorzentrum, die Dermatochirurgie sowie das onkologische Studienzentrum. Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Die Auditorinnen und Auditoren gaben fünf Hinweise. Ein Hinweis galt für den Bereich onkologisches Studienzentrum zum Thema Umgang mit SUSARs. Die Erkenntnisse sind in den Maßnahmenplan unter Zuordnung der für die Umsetzung verantwortlichen Beschäftigten eingeflossen.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Mit den Hauptzuweisenden des Hauttumorzentrums besteht ein enger Kontakt, z.B. durch persönliche ärztliche Kontakte, Vorträge auf Veranstaltungen niedergelassener Dermatologinnen und Dermatologen sowie Einladungen zu Fortbildungen und anderen Veranstaltungen der Klinik und Poliklinik für Dermatologie. Ausführliche Arztbriefe informieren Zuweisende zu gemeinsam versorgten Patientinnen und Patienten. Über die Internetseite des Hauttumorzentrums sind die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, Informationen zum Leistungsspektrum, aktuell angebotene Studien u.a.m. leicht zugänglich. Zudem bietet das Hauttumorzentrum quartalsweise einen Newsletter mit aktuellen Informationen an.

Im Jahr 2023 wurde bei zwei Veranstaltungen (Best of Chicago und 64. Dresdner Dermatologisches Gespräch) das Angebot für Feedback über einen digitalen Fragebogen ermöglicht (Flyer mit QR-Code). Leider wurde diese Variante nur von zwei Teilnehmerinnen und Teilnehmern genutzt. Künftig werden weiterhin papierbasierte Fragebögen an die Einweisenden und Mitbehandler adressiert.

Im Juli und August 2022 wurden 88 niedergelassene Dermatologinnen und Dermatologen befragt, die regelmäßig Patientinnen und Patienten an das Hauttumorzentrum oder die Klinik und Poliklinik für Dermatologie überwiesen. Von den versendeten Fragebögen kamen 37 beantwortet zurück, was einer Rücklaufquote von 42% entspricht. Die Rückmeldungen waren durchweg positiv.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Die Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten wurden auch im Jahr 2023 fortlaufend über das digitale Feedback des Universitätsklinikums erfasst. Neben Tablets vor Ort steht eine Online-Befragung zur Verfügung, die z.B. über Poster und Informationsblätter mit QR-Code beworben wird. Im Juli 2023 erfolgte ein Anbieterwechsel, es wurde Sayway vom System RedCap abgelöst. Seitdem gab es 63 Rückmeldungen mit einer durchschnittlich hohen Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten von 4,44 (von max. 5).

Zusätzlich zum digitalen Feedback enthalten alle Patientenmappen, die vorstationär und in der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC bei Erstaufnahme den Patientinnen und Patienten ausgehändigt werden, einen ausführlichen Fragebogen in Papierform und einen Freiumschlag zur Rücksendung. Hierbei war die Resonanz auch in 2023 wieder gering (Rücklaufquote 2023: $18/\sim 300 = 6\%$). Besonders hervorzuheben sind die sehr positiven Bewertungen zur fachlichen Kompetenz und Freundlichkeit von ärztlichem und pflegerischem Personal. Im Vergleich zu 2022 wurde bei der Befragung 2023 die Zufriedenheit mit den angebotenen Informationsmaterialien besser bewertet.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel

Am 12. Januar 2023 fand der jährliche Qualitätszirkel von Dermatologie und Nuklearmedizin zur interdisziplinären Betrachtung der klinischen Detektionsrate bei Sentinel-Node-Biopsien statt. Seitens Nuklearmedizin wurde mitgeteilt, dass bessere Bedingungen hinsichtlich Zeit-/Kapazität für SPEC-CTs zu erwarten sind. Das konnte auch im Qualitätszirkel am 11. Januar 2024 so bestätigt werden. Als Gründe für die Zunahme der nicht darstellbaren Wächterlymphknoten wurden die gestiegene Anzahl an Patientinnen und Patienten, mehr Tumore im Kopf-Hals-Bereich sowie das hohe Alter diskutiert.

Am 14. Juni 2023 fand ein Qualitätszirkel zur Abstimmung der OP-Einwilligung statt. Hier wurden eine erweiterte OP-Aufklärung sowie die Schulung des ärztlichen Dienstes thematisiert, um den Patientinnen und Patienten, nach Einwilligung und Unterschrift, ggf. während einer laufenden OP die Exzision weiterer auffälliger Läsionen zu ermöglichen.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Am 06. März 2023 fand zum Thema „Lymphknoten Trachea/Nekrose mit konsekutiver mediastinaler Entzündung nach stereotaktischer RTx und Biopsien“ eine M&M-Konferenz statt. Eingebunden waren neben dem Hauttumorzentrum auch der Bereich Pneumologie, Radiologie und Radioonkologie sowie die NCT/UCC-Early Clinical Trial Unit (ECTU).

Eine weitere M&M Konferenz wurde gemeinsam mit der Zentralen Notaufnahme und der Klinik und Poliklinik für Dermatologie zum Thema „PJP Prophylaxe unter Kortikosteroidtherapie“ am 24. März 2023 durchgeführt.

In Kooperation mit der Neuroradiologie fand am 21. November 2023 eine weitere M&M-Konferenz statt. In den M&M-Konferenzen wurden konkrete Patientinnen und Patienten und deren Behandlungsverläufe diskutiert und Maßnahmen beschlossen.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Jahr 2023 wurden im Hauttumorzentrum drei SOP-Workshops durchgeführt:

- Kutanes Plattenepithelkarzinom (15. März 2023)
- Uveamelanom (17. Mai 2023)
- Merkelzellkarzinom (13. Juli 2023)

Ausgehend von den Veranstaltungen wurden die dazugehörigen Unterlagen im QM-Handbuch AENEIS neu erstellt bzw. komplett überarbeitet.

Am 28. Juni 2023 fand die Veranstaltung „Best of Chicago“ als Post-ASCO-Fortbildung statt, zu der auch alle Einweisenden des Hauttumorzentrums eingeladen waren. Schwerpunkt bildeten die auf der ASCO präsentierten neuen Therapieoptionen speziell für Hauttumoren. Darüber hinaus enthält das Format die gemeinsame Diskussion interessanter Kasuistiken aus Hautkliniken der Region. 57 Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgten den Vorträgen, darunter auch ca. 30 Ärztinnen und Ärzte externer Kliniken und Praxen.

Beschäftigte des Hauttumorzentrums waren in 2023 auf diversen Fortbildungsveranstaltungen mit Vorträgen vertreten und besuchten regelmäßig Fortbildungen und Kongresse als Teilnehmende, u.a. die ASCO, die ESMO, die EADO den Deutschen Hautkrebskongress und den Kongress der „European Academy of Dermatology and Venereology (EADV)“.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Im Folgenden sind ausgewählte Kennzahlen des Hauttumorzentrums basierend auf den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zusammengefasst.

Aufgrund neu zugelassener Therapien und voraussichtlich weiterhin bestehender Engpässe an Hautarztpraxen ist für 2024 mit einer weiteren Zunahme von Patientinnen und Patienten zu rechnen, sofern dem Hauttumorzentrum adäquate Personal-, Sprechstunden- und Infusionskapazitäten zur Verfügung stehen.

Tabelle 12: Inanspruchnahme der Sprechstunden des Hauttumorzentrums

	2020	2021	2022	2023
Patientinnen und Patienten	1.756	1.787	1.795	2.094
Scheine, gesamt	3.256	3.477	3.468	3.923
Scheine HSA	3.256	3.477	3.180	3.188
Scheine ASV (\$116b) ab 1. Juli 2022	-	-	288	735

Als Primärfälle werden Patientinnen und Patienten mit im Kennzahlenjahr histologisch gesicherter Erstdiagnose gezählt, die ihre Haupttherapie im Hauttumorzentrum erhalten haben. Zweitmei-

nungen, Tumorboardvorstellungen von extern etc. werden dabei nicht berücksichtigt. Der Zuwachs 2023 resultiert hauptsächlich aus durchgeführten Tumorresektionen im OP der Klinik und Poliklinik für Dermatologie, aber auch aus neuen Therapie-Angeboten.

Tabelle 13: Primärfälle und Rezidive/Metastasen des Hauttumorzentrums 2021-2023

	2021	2022	2023
Primärfälle (alle Hauttumoren)	1.497	1.655	1.697
Epitheliale Tumoren	1.161	1.254	1.264
Kutane Lymphome u.a. seltene maligne Hauttumoren	31	48	52
Maligne Melanome			
Primärfälle	305	353	381
Rezidiv/Metastasen	124	116	101

Tabelle 14: Dermatologische Operationen 2021-2023

	2021	2022	2023
Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (MKC)	1.362	1.671	1.867
Eingriffe mit LL-def. Sicherheitsabstand ¹	226	279	355
Sentinel Node Biopsien	118	124	153

Tabelle 15: Neu eingeleitete Tumorthapien Hauttumorzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Immuntherapien	121	141	143
zielgerichtete Therapien	51	32	43

Psychosoziale Versorgung

Alle Patientinnen und Patienten des Hauttumorzentrums können über das Leistungsangebot von Universitätsklinikum und NCT/UCC eine psychosoziale Beratung in Anspruch nehmen. Dazu stehen der sozial- und psychoonkologische Dienst zur Verfügung. Informationen dazu sind auf der Internetseite des Hauttumorzentrums, in den Patientenmappen und auf Informationsflyern des NCT/UCC enthalten. Der Erstkontakt erfolgt in der Regel während des stationären Aufenthalts über das Case Management. Ambulante Patientinnen und Patienten können selbständig Beratungstermine vereinbaren oder sich diese ärztlicherseits vermitteln lassen. Seit 2022 erfolgt ein strukturiertes psychoonkologisches Screening mittels Hornheider Screening Instrument und Distress-Thermometer.

Tabelle 16: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst Hauttumorzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Betreuung Sozialdienst	50,6%	49,5%	50,5%
Betreuung psychoonkologischer Dienst	38,2%	31,6%	41,8%
Psychoonkologisches Screening	-	20,7%	51,53%

Wartezeiten

Die Wartezeit auf einen Sprechstundentermin wird im Hauttumorzentrum einmal jährlich über einen Zeitraum von einem Monat (1. Oktober bis 31. Oktober 2023) erhoben. Berücksichtigt wird dabei die Sprechstunde zur vorstationären Aufnahme zur OP sowie die Erstvorstellungen in der Hauttumorsprechstunde. Ergänzend wird die Wartezeit auf ambulante, apparative Untersuchungen ganzjährig betrachtet, wobei hier zum Ausfiltern der Nachsorgepatientinnen und -patienten nur als dringlich angeforderte Termine analysiert werden.

In allen Fällen konnten die DKG-Vorgaben (Wartezeit auf einen Termin < 2 Wochen bei malignen Melanomen und seltenen malignen Hauttumoren und < 4 Wochen bei epithelialen Hauttumoren; Wartezeit während der Sprechstunde < 60 Minuten; Wartezeit auf apparative Diagnostik < 2 Wochen) eingehalten werden. Insbesondere bei der stationären Aufnahme kam es aber auch in 2023 zu Engpässen aufgrund Pflegepersonalmangel und damit verbundenen Bettensperrungen. Die Priorisierung von Melanom-Patientinnen und -patienten bei der Terminvergabe führte dazu, dass einige Fälle mit Basalzellkarzinom länger als vier Wochen auf einen OP-Termin warten mussten.

Tabelle 17: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Hauttumorzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Wartezeit Erstvorstellung zur OP			
Pat. mit malignen Melanomen u.a. seltenen malignen Hauttumoren	10 Tage	12 Tage	14 Tage
Pat. mit epithelialen Hauttumoren	27 Tage	25 Tage	35 Tage
Wartezeit Erstvorstellung Ambulanz NCT/UCC			
Pat. mit malignen Melanomen u.a. seltenen malignen Hauttumoren	9 Tage	11 Tage	15 Tage
Pat. mit epithelialen Hauttumoren	12 Tage	8 Tage	27 Tage
Wartezeit während der Sprechstunde			
Sprechstunde zur vorstationären Aufnahme zur OP inkl. Zeit zum Ausfüllen von Unterlagen	22 Minuten	18 Minuten	34 Minuten
Sprechstunde in der Ambulanz NCT/UCC	11 Minuten	20 Minuten	23 Minuten
Wartezeit auf apparative Diagnostik¹			
Wartezeit auf Radiologie-Termin	< 14 Tage	9 Tage	13 Tage

¹ Analyse aller als „dringlich“ angeforderten Untersuchungen im Kalenderjahr. Für 2021 keine Detailinfos vorliegend.

Interdisziplinäres Tumorboard

Das interdisziplinäre Hauttumorboard am NCT/UCC findet wöchentlich immer dienstags in der Zeit von 16.00 bis 17.30 Uhr statt. Spezialistinnen und Spezialisten aller laut DKG obligatorischen medizinischen Fachrichtungen gewährleisten hier die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten. Das Hauttumorboard findet als Teletumorboard statt und steht auch externen Behandlern offen, beratend oder zum Angebot der Mit- und/oder Weiterbehandlung. Im Jahr 2023 fand das Tumorboard an 50 Tagen statt.

Abbildung 16: Anzahl vorgestellter Patientinnen und Patienten im Hauttumorboard 2015-2023

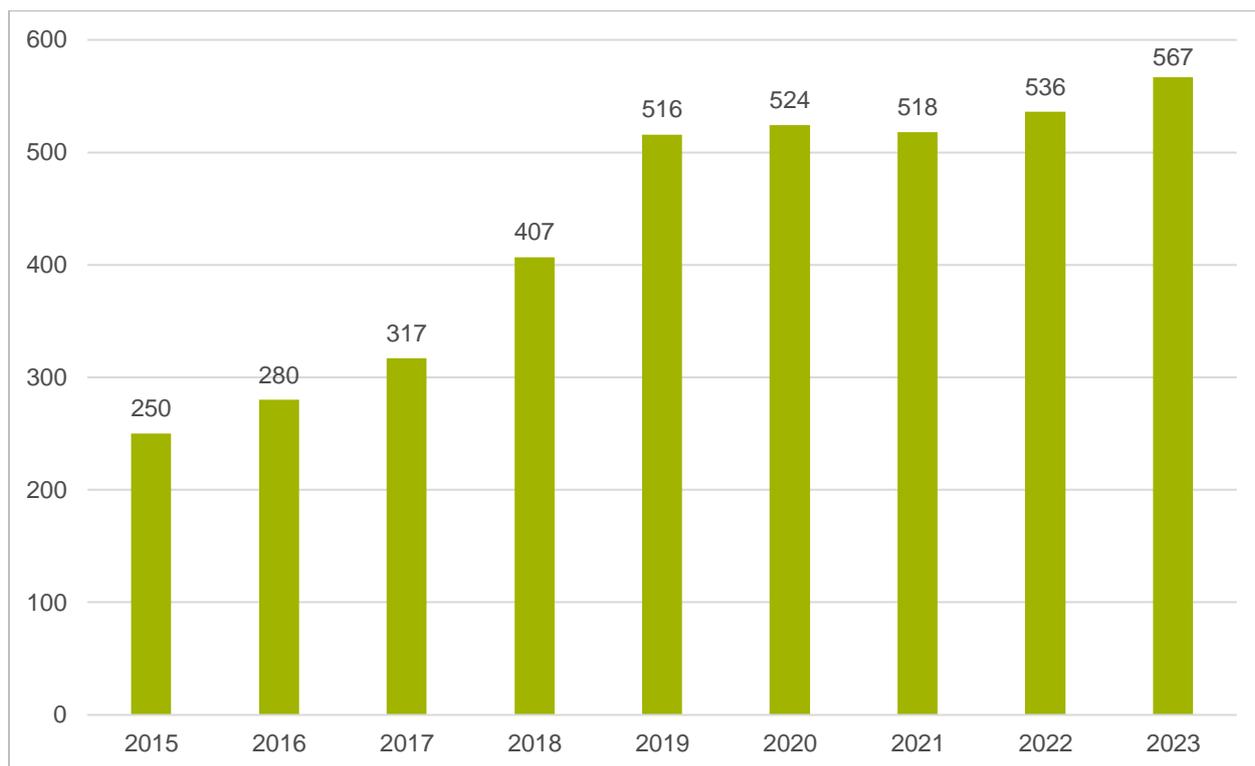
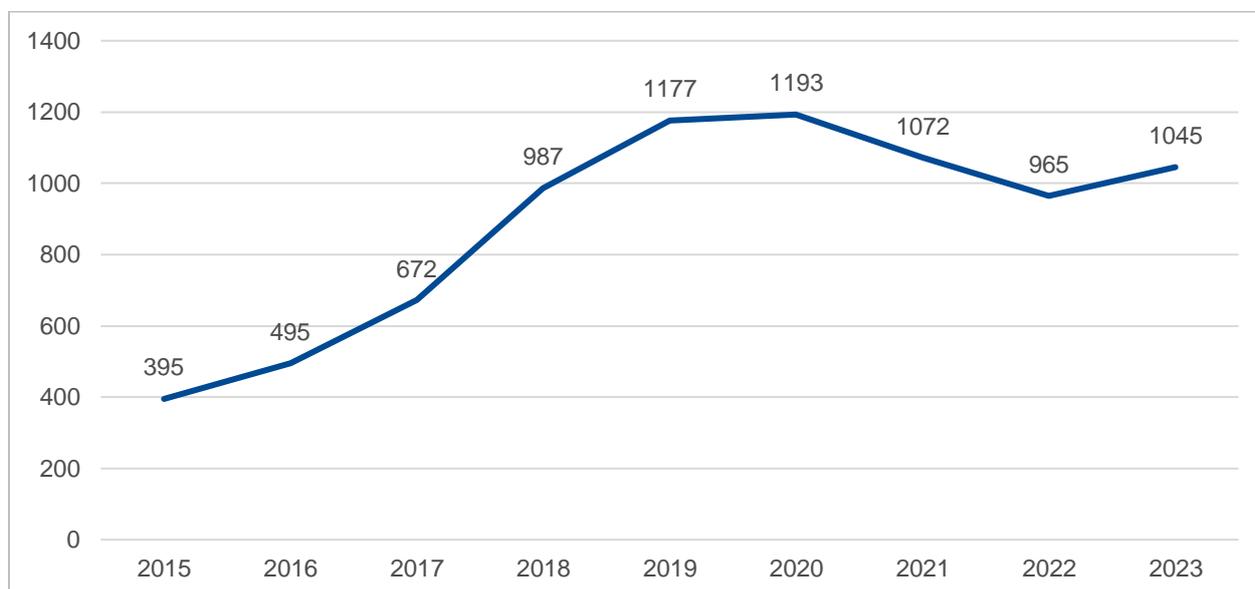


Abbildung 17: Anzahl Tumorboardempfehlungen Hauttumorzentrum 2015-2023



Entsprechend der DKG-Vorgaben müssen $\geq 95\%$ der Primärfälle mit extrakutanem Melanom und Melanom-Patientinnen und -patienten mit Rezidiven oder neuen Fernmetastasen in der interdisziplinären Fallkonferenz vorgestellt werden. In $\leq 25\%$ der Fälle darf von der Therapieempfehlung der Tumorkonferenz abgewichen werden. Beide Kennzahlen werden erfüllt.

Tabelle 18: Kennzahlen zum Dermatologischen Tumorboard nach DKG-Vorgabe 2021-2023

	2021	2022	2023
Fallvorstellung im Tumorboard	96,1%	98,3%	97,2% ¹ 88,3% ²
Abweichung von der Therapieempfehlung	19,7%	15,3%	14,42%

¹ Stadien shift/Rezidiv und Primärfälle mit extrakutanen Melanomen

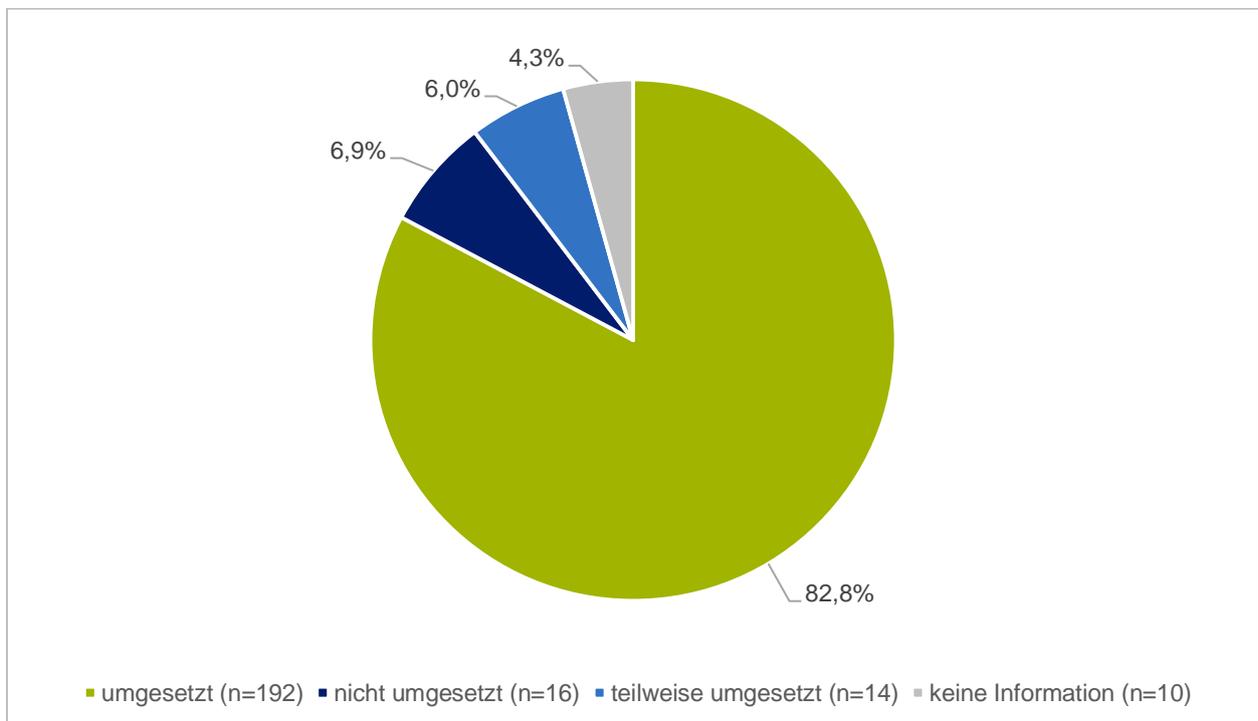
² Primärfälle Melanom Stadium IIB-IV

Über die Möglichkeit der Fallvorstellung via Teletumorboard soll eine leitliniengerechte, interdisziplinäre Behandlung mit Zugang zu neuen Therapien (EAP, molekulare Tumorboards, Studientherapien) für onkologische Patientinnen und Patienten in der Region unterstützt werden (2021: 55, 2022: 87, 2023: 73 Vorstellungen von extern).

Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragte überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum im Tumorboard des Hauttumorzentrums vorgestellten Patientinnen und Patienten zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für den Zeitraum 01. Oktober 2022 bis 30. September 2023 wurden 136 Patientinnen und Patienten mit insgesamt 232 Beschlüssen ausgewählt.

Abbildung 18: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Hauttumorzentrum 2023



Insgesamt wurden 192 Beschlüsse (82,8%) inhaltlich korrekt entsprechend der Tumorboardempfehlung umgesetzt. 14 Beschlüsse (6%) wurden teilweise umgesetzt. Für die Nichtumsetzung wurden folgende Gründe dokumentiert:

- 42,8% (6 Beschlüsse): Wunsch der Patientinnen und Patienten
- 42,8% (6 Beschlüsse): Verschlechterung Allgemeinzustand, Nebenwirkungen
- 7,2% (1 Beschluss): Arztwunsch
- 7,2% (1 Beschluss): Patientin/Patient verstorben.

16 Beschlüsse (6,9%) wurden nicht umgesetzt.

- 68,7% (11 Beschlüsse): Wunsch der Patientinnen und Patienten
- 18,7% (3 Beschlüsse): Verschlechterung Allgemeinzustand, Nebenwirkungen
- 6,3% (1 Beschluss): Arztwunsch
- 6,3% (1 Beschluss): Patientin/Patient verstorben.

Bei 10 Beschlüssen (4,3%) lagen keine weiteren Informationen zur Umsetzung vor, da die Patientinnen und Patienten extern weiterbehandelt wurden.

Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2023

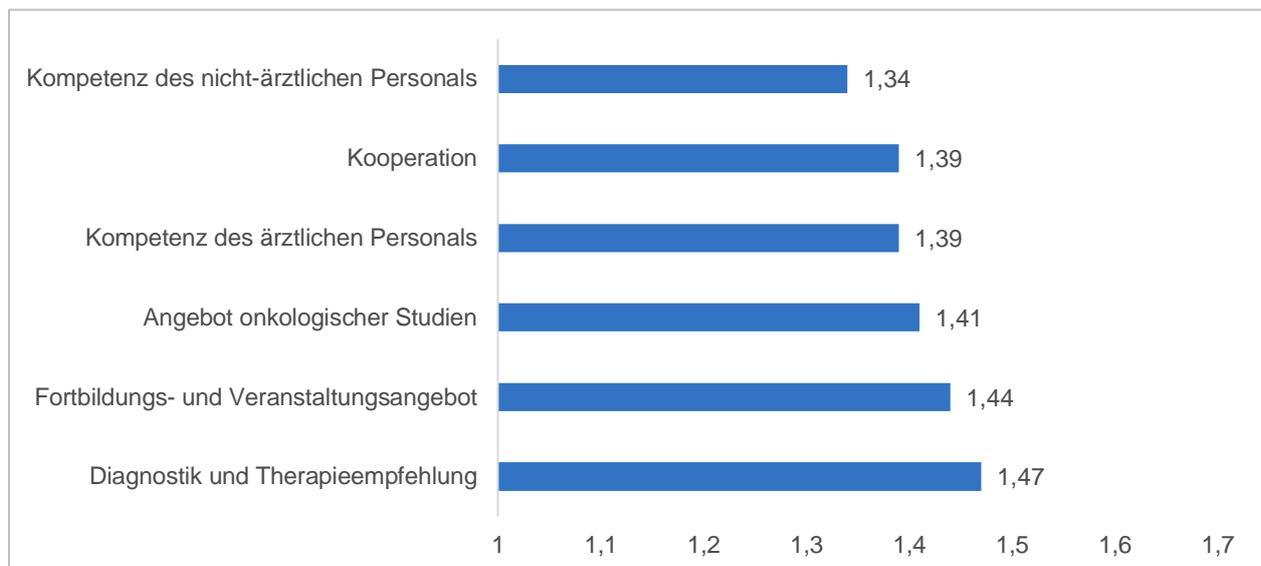
Die Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten wurden auch im Jahr 2023 fortlaufend über das digitale Feedbacksystem des Universitätsklinikums Dresden erfasst. Von den 202 Patientinnen und Patienten und Angehörigen gaben 177 an, dass sie ‚sehr zufrieden‘ oder ‚zufrieden‘ waren. Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die Wahrscheinlichkeit zur Weiterempfehlung lag bei \bar{x} 8,9 bei einer Skala 0 = „sicher nicht“ bis 10 = „definitiv“.

Neben viel Lob und Dank gingen auch vereinzelt kritische Meldungen ein. Diesen wurde möglichst unmittelbar nachgegangen und wenn möglich, direkt Maßnahmen eingeleitet, z. B. ein persönliches Gespräch mit Pflege, Case Management oder dem ärztlichen Dienst. Auch Kritik aufgrund baulicher Gegebenheiten, z. B. Wartebereich unter Lüftungsanlage oder fehlender Besucherraum wurden erfasst.

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Über einen digitalen Fragebogen hatten im Jahr 2023 die Zuweiserinnen und Zuweiser die Möglichkeit, Rückmeldung zu geben. Der Fragebogen bzw. der Link dazu wurden im Rahmen von zwei Veranstaltungen ausgehändigt. Diese Form der Befragung wurde leider nicht wahrgenommen (Rücklauf: zwei Fragebögen). Künftig wird weiterhin die papierbasierte Befragung genutzt. Bei der Befragung im Juli und August 2022 wurde eine Rücklaufquote von 42% erreicht. Die Rückmeldungen waren durchweg positiv. Die Gesamtzufriedenheit betrug durchschnittlich 1,7 auf einer Skala von 1 = sehr zufrieden bis 5 = sehr unzufrieden. Im Detail wird die enge kollegiale Zusammenarbeit und die Kompetenz von ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal der Dermatologie sehr geschätzt.

Abbildung 19: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser Hauttumorzentrum 2022



Die nächste Befragung der Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser ist für 2025 geplant.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Hauttumorzentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in untenstehender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 19: Datenqualität DKG-Kennzahlen Hauttumorzentrum 2023

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
89,47% (17/19)	5,26% (1/19)	5,26% (1/19)

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Im dermatoonkologischen Studienzentrum des Hauttumorzentrums werden Patientinnen und Patienten im Rahmen von klinischen Studien versorgt. Darüber hinaus beteiligt sich das Hauttumorzentrum aktiv an nicht-interventionellen Studien wie ADOReg, einem bundesweiten prospektiven Register zur Versorgungsforschung in der dermatologischen Onkologie. Gemeinsam mit der Klinik und Poliklinik für Dermatologie werden die dort verfügbaren modernsten Bildgebungsverfahren (OCT, KLSM, LC-OCT und Ganzkörperfotografie) zu Studienzwecken eingesetzt, z. B. zur Evaluierung der Diagnostik von frühen Melanomen bei Hochrisikopatientinnen und -patienten.

Tabelle 20: Studieneinschlüsse Hauttumorzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Gesamt (alle Hauttumoren)	915	786	752
Interventionelle Studien	89	73	61
Nicht-interventionelle Studien	826	713	691
Studienquote bei primärem Melanom Stad. III-IV	59,5%	45,5%	75,0%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Hauttumorzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden. Von den Beschäftigten des Hauttumorzentrums wurden im Jahr 2023 34 Publikationen mit einem Gesamt-Impact-Faktor von 458.000 veröffentlicht. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus unter [https://fis.tu-dresden.de/portal/de/organisations/department-of-dermatology\(65e1c158-07a6-4965-90ac-c7c086bb26a2\).html](https://fis.tu-dresden.de/portal/de/organisations/department-of-dermatology(65e1c158-07a6-4965-90ac-c7c086bb26a2).html) zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Hauttumorzentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Dermatologie“ aufgeführt sind.

Becker JC, Ugurel S, Leiter U, Meier F, Gutzmer R, Haferkamp S, Zimmer L, Livingstone E, Eigentler TK, Hauschild A, Kiecker F, Hassel JC, Mohr P, Fluck M, Thomas I, Garzarolli M, Grimmelmann I, Drexler K, Spillner AN, Eckhardt S, Schadendorf D; DeCOG. **Adjuvant immunotherapy with nivolumab versus observation in completely resected Merkel cell carcinoma (AD-MEC-O): disease-free survival results from a randomised, open-label, phase 2 trial.** Lancet. 2023 Sep 2;402(10404):798-808. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00769-9. Epub 2023 Jul 11. Erratum in: Lancet. 2023 Oct 21;402(10411):1422. PMID: 37451295.

Gross ND, Miller DM, Khushalani NI, Divi V, Ruiz ES, Lipson EJ, Meier F, Su YB, Swiecicki PL, Atlas J, Geiger JL, Hauschild A, Choe JH, Hughes BGM, Schadendorf D, Patel VA, Homsy J, Taube JM, Lim AM, Ferrarotto R, Yoo SY, Mathias M, Han H, Seebach F, Lowy I, Fury MG, Rischin D. **Neoadjuvant cemiplimab and surgery for stage II-IV cutaneous squamous-cell carcinoma: follow-up and survival outcomes of a single-arm, multicentre, phase 2 study.** Lancet Oncol. 2023 Nov;24(11):1196-1205. doi: 10.1016/S1470-2045(23)00459-X. Epub 2023 Oct 21. PMID: 37875144.

Diab A, Gogas H, Sandhu S, Long GV, Ascierto PA, Larkin J, Sznol M, Franke F, Ciuleanu TE, Pereira C, Muñoz Couselo E, Bronzon Damian F, Schenker M, Perfetti A, Lebbe C, Quéreux G, Meier F, Curti BD, Rojas C, Arriaga Y, Yang H, Zhou M, Ravimohan S, Statkevich P, Tagliaferri MA, Khushalani NI. **Bempegaldesleukin Plus Nivolumab in Untreated Advanced Melanoma: The Open-Label, Phase III PIVOT IO 001 Trial Results.** J Clin Oncol. 2023 Oct 20;41(30):4756-4767. doi: 10.1200/JCO.23.00172. Epub 2023 Aug 31. PMID: 37651676; PMCID: PMC10602507.

Karreman MA, Bauer AT, Solecki G, Berghoff AS, Mayer CD, Frey K, Hebach N, Feinauer MJ, Schieber NL, Tehranian C, Mercier L, Singhal M, Venkataramani V, Schubert MC, Hinze D, Hölzel M, Helfrich I, Schadendorf D, Schneider SW, Westphal D, Augustin HG, Goetz JG, Schwab Y, Wick W, Winkler F. **Active Remodeling of Capillary Endothelium via Cancer Cell-Derived MMP9 Promotes Metastatic Brain Colonization.** Cancer Res. 2023 Apr 14;83(8):1299-1314. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-22-3964. PMID: 36652557; PMCID: PMC7614438.

Chatziioannou E, Roßner J, Aung TN, Rimm DL, Niessner H, Keim U, Serna-Higuera LM, Bonzheim I, Kuhn Cuellar L, Westphal D, Steininger J, Meier F, Pop OT, Forchhammer S, Flatz L,

Eigentler T, Garbe C, Röcken M, Amaral T, Sinnberg T. **Deep learning-based scoring of tumour-infiltrating lymphocytes is prognostic in primary melanoma and predictive to PD-1 checkpoint inhibition in melanoma metastases.** EBioMedicine. 2023 Jul;93:104644. doi: 10.1016/j.ebiom.2023.104644. Epub 2023 Jun 7. PMID: 37295047; PMCID: PMC10363450.

Placke JM, Kimmig M, Griewank K, Herbst R, Terheyden P, Utikal J, Pföhler C, Ulrich J, Kreuter A, Mohr P, Gutzmer R, Meier F, Dippel E, Welzel J, Engel DR, Kreft S, Sucker A, Lodde G, Krefting F, Stoffels I, Klode J, Roesch A, Zimmer L, Livingstone E, Hadaschik E, Becker JC, Weichenthal M, Tasdogan A, Schadendorf D, Ugurel S. **Correlation of tumor PD-L1 expression in different tissue types and outcome of PD-1-based immunotherapy in metastatic melanoma - analysis of the DeCOG prospective multicenter cohort study ADOREG/TRIM.** EBioMedicine. 2023 Oct;96:104774. doi: 10.1016/j.ebiom.2023.104774. Epub 2023 Sep 4. PMID: 37660535; PMCID: PMC10483509.

Dinter L, Karitzky PC, Schulz A, Wurm AA, Mehnert MC, Sergon M, Tunger A, Lesche M, Wehner R, Müller A, Käubler T, Niessner H, Dahl A, Beissert S, Schmitz M, Meier F, Seliger B, Westphal D. **BRAF and MEK inhibitor combinations induce potent molecular and immunological effects in NRAS-mutant melanoma cells: Insights into mode of action and resistance mechanisms.** Int J Cancer. 2024 Mar 15;154(6):1057-1072. doi: 10.1002/ijc.34807. Epub 2023 Dec 11. PMID: 38078628.



Gynäkologisches Krebszentrum

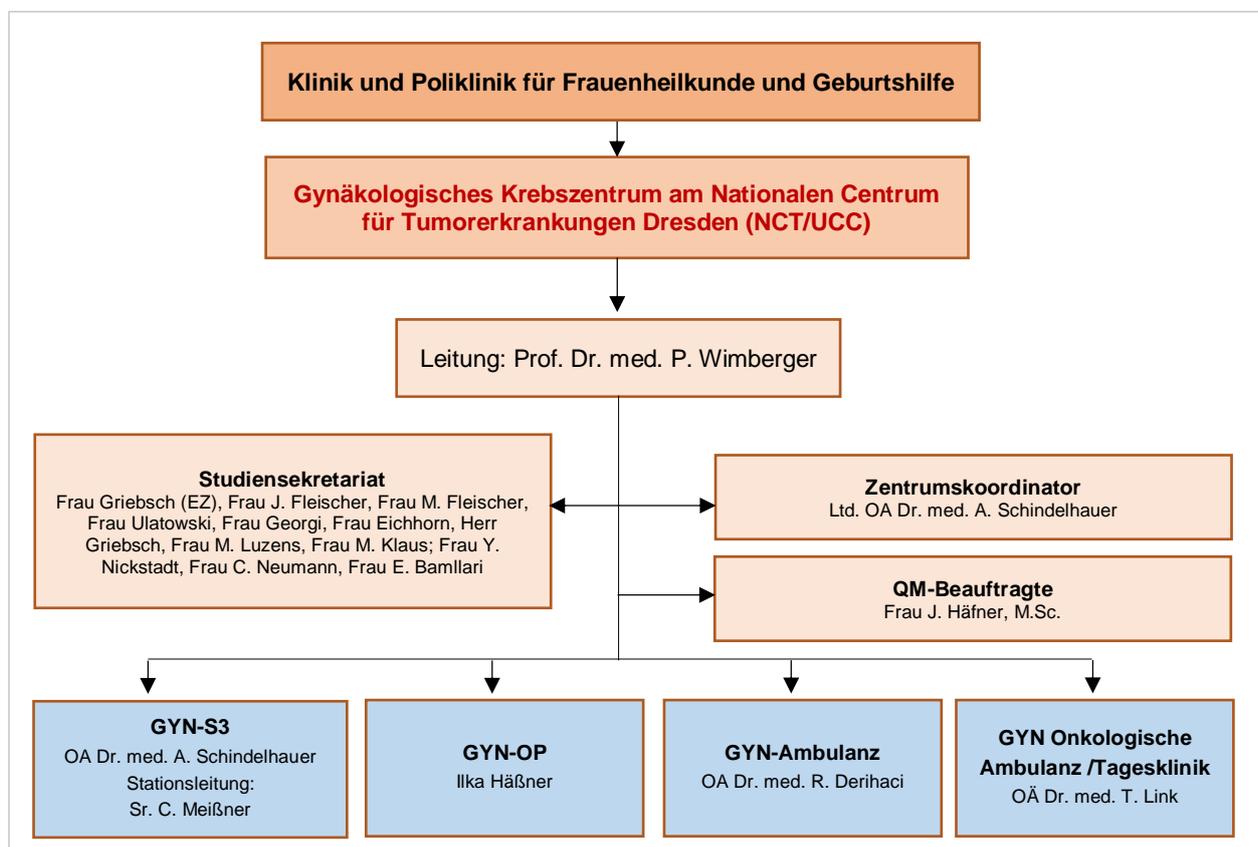


Gynäkologisches Krebszentrum

Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums (GZ)

Jährlich erkranken in Deutschland ca. 30.000 Frauen an einer gynäkologischen Krebserkrankung. Die Diagnose kommt meist unerwartet und stellt die Betroffenen und ihre Angehörigen vor eine große Herausforderung. Wesentlich für die Betroffenen sind eine optimale, auf die einzelne Patientin ideal zugeschnittene Behandlung. Dies erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Spezialistinnen und Spezialisten aus verschiedenen Fachgebieten unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Leitlinien und Standards. Das Gynäkologische Krebszentrum ist Teil des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) und erfüllt seit 2011 die von der Deutschen Krebsgesellschaft festgelegten Qualitätskriterien. Zusätzlich verfügt es über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001. Das Gynäkologische Krebszentrum bietet auch als Studienleitzentrum der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO-Ovar) das komplette Spektrum von Diagnostik, operativer Therapie (komplexe onkologische Eingriffe einschließlich minimalinvasiver und roboterassistierter Chirurgie), Strahlentherapie, onkologisch-medikamentöser Therapie und Nachsorge nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen an. Unterstützt wird das Zentrum dabei von erfahrenen Psychoonkologinnen und Psychoonkologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Physiotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie onkologisch geschultem Pflegepersonal. Alle Behandlungspartner verpflichten sich, die für eine optimale Versorgung von Patientinnen geforderten Qualitätsstandards sicherzustellen, transparent darzulegen und auf Konformität zu prüfen.

Abbildung 20: Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums



Voraussetzung für die hochwertige Qualität bei der Leistungserbringung im Gynäkologischen Krebszentrum ist die Beschäftigung und stetige Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem Personal. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Qualifikationen und Funktionen der im Gynäkologischen Krebszentrum tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Tabelle 21: Qualifikationsmatrix Gynäkologisches Krebszentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. P. Wimberger	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
Hauptoperateur	Prof. Dr. med. P. Wimberger	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
	Dr. med. A. Schindelhauer	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
	Dr. med. U. Canzler	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
	Dr. med. M. Meusel	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
Pflegedienstleitung	Mirko Radloff, B.A.	Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheitsmanagement
Onkologische Fachpflegekräfte	Anja Beutel	Onkologische Fachpflegekraft
	Helen Krieger	Onkologische Fachpflegekraft
	Christina Glöß	Onkologische Fachpflegekraft
	Birgit Loesch	Onkologische Fachpflegekraft
Tumordokumentation	Karin Lorenz	Medizinische Dokumentationsassistentin
Zentrumskoordination	OA Dr. med. A. Schindelhauer	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
Qualitätsmanagement	Julia Häfner, M.Sc.	Gesundheitsökonomie

Ziele des Gynäkologischen Krebszentrums

Das Gynäkologische Krebszentrum Dresden versteht sich als eine patientinnenzentrierte interdisziplinäre Kooperation. Mit der Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität, der Zufriedenheit aller Kundinnen und Kunden des Gynäkologischen Krebszentrums sowie der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen bei den Behandlungsabläufen und der Behandlungsdauer sind strategische Ziele für das Gynäkologische Zentrum definiert, aus denen jährlich operative Ziele abgeleitet werden. Die Festlegung der Ziele mit Benennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzung erfolgt zu Beginn eines jeden Jahres. Die Qualitätsziele werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 22: Jahresziele des Gynäkologischen Krebszentrums 2023

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Zielerreichung
1	Durchführung / Integration M&M-Konferenzen elektronisch in Aeneis	OÄ Blum Frau Häfner	Wurde 09/2023 umgestellt.
2	Durchführung Workshop zu den gyn. Malignomen	OA Schindelhauer	Hat am 13. April 2023 stattgefunden.
3	Erfassung aller Kennzahlen über das TDS. Hierzu muss die Programmierung über Frau Rentsch geplant und durchgeführt werden.	Frau Häfner Frau Rentsch	Begonnen. Wird bis zur vollständigen Umsetzung in 2024 fortgeführt.
4	Umstellung des QM-Handbuches zur besseren Darstellung der Prozessstruktur und Anpassung an UKD-Vorgaben.	ZB QRM Frau Häfner	Beendet. Es stehen zwei Ansichten zur Verfügung.
5	Überführung Prozessrisiken aus Risikomatrix in das QM-Handbuch Aeneis	Frau Häfner	Begonnen, wird in 2024 fortgeführt.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Jahr 2023 fanden im Gynäkologischen Krebszentrum keine externen Audits vor Ort statt. Seitens der Zertifizierungsgesellschaft OnkoZert befindet sich das Zentrum im reduzierten Auditzyklus. Im Rahmen des reduzierten Auditzyklus erfolgte eine Dokumentenprüfung anhand des eingereichten Erhebungs- und Kennzahlenbogens, aus der sich keine Hinweise oder Abweichungen ergeben haben.

Interne Audits

Im Gynäkologischen Krebszentrum finden regelmäßig interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und der Anforderungen aus dem Erhebungsbogen der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Die Planung der internen Audits obliegt der Zentrumskoordination und der Qualitätsmanagementbeauftragten in Abstimmung mit der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement der Hochschulmedizin Dresden. Die Durchführung der internen Audits erfolgt durch zwei unabhängige interne Auditorinnen und Auditoren des Universitätsklinikums Dresden.

Das letzte interne Audit fand im Gynäkologischen Krebszentrum am 10. Januar 2024 (krankheitsbedingt verschoben vom 18. Oktober 2023) statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Brust- und Gynäkologische Krebszentrum (Station und Ambulanz) sowie das Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs auditiert. In den internen Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden vier Hinweise und zwei Anregungen gegeben. Diese betrafen die Dokumentation/Dokumentenlenkung, klinischen Studien und Medizinprodukte. Die Hinweise wurden mit den Verantwortlichen kommuniziert und Maßnahmen abgeleitet. Alle festgelegten Maßnahmen wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und regelmäßig auf Umsetzung geprüft.

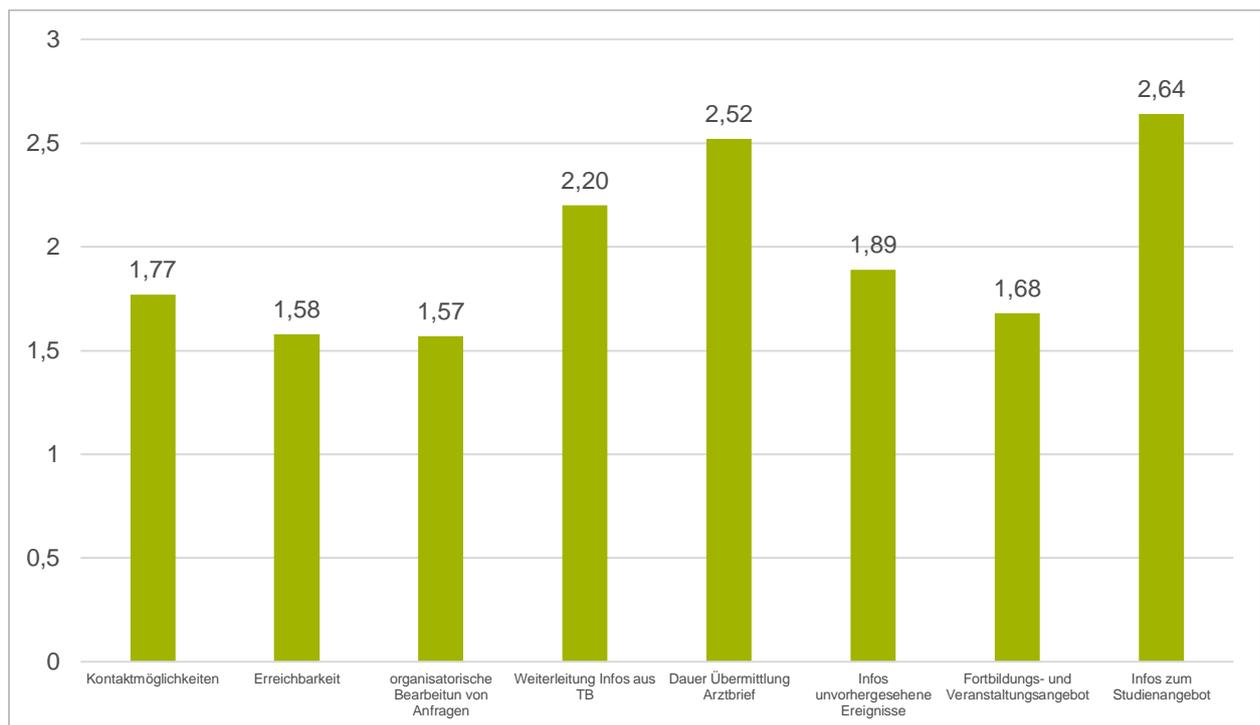
Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Gynäkologischen Krebszentrums werden alle drei Jahre durchgeführt. Die letzte Befragung fand im Oktober 2023 online sowie papierbasiert statt. Die Zuweiserinnen und Zuweiser haben hierfür den Onlinefragebogen in Papierformat erhalten, welcher auch einen QR-Code für die online Befragung enthielt. So wurde auch noch einmal auf die kontinuierliche Onlinebefragung hingewiesen und jedem Zuweisenden war die Möglichkeit gegeben, anhand der eigenen Präferenz an der Befragung teilzunehmen.

Die Rücklaufquote betrug 66,7% und ist im Vergleich zu 2020 um fast 36% gestiegen. Bei der Befragung hatten die Zuweiserinnen und Zuweiser auf einer Skala 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) die Möglichkeit, acht Items zu bewerten. Für jedes Item bestand zudem die Möglichkeit von zusätzlichen Angaben in einem Freitextfeld. Die Auswertung der Befragung ergab keinen dringenden Handlungsbedarf, jedoch sollten die Dauer der Übermittlung von Arztbriefen und Tumorboardbeschlüssen überprüft und ggf. optimiert werden. Ebenfalls wurde gewünscht, dass Informationen zum Studienangebot noch besser kommuniziert werden.

Abbildung 21: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser Gynäkologisches Krebszentrum 2023



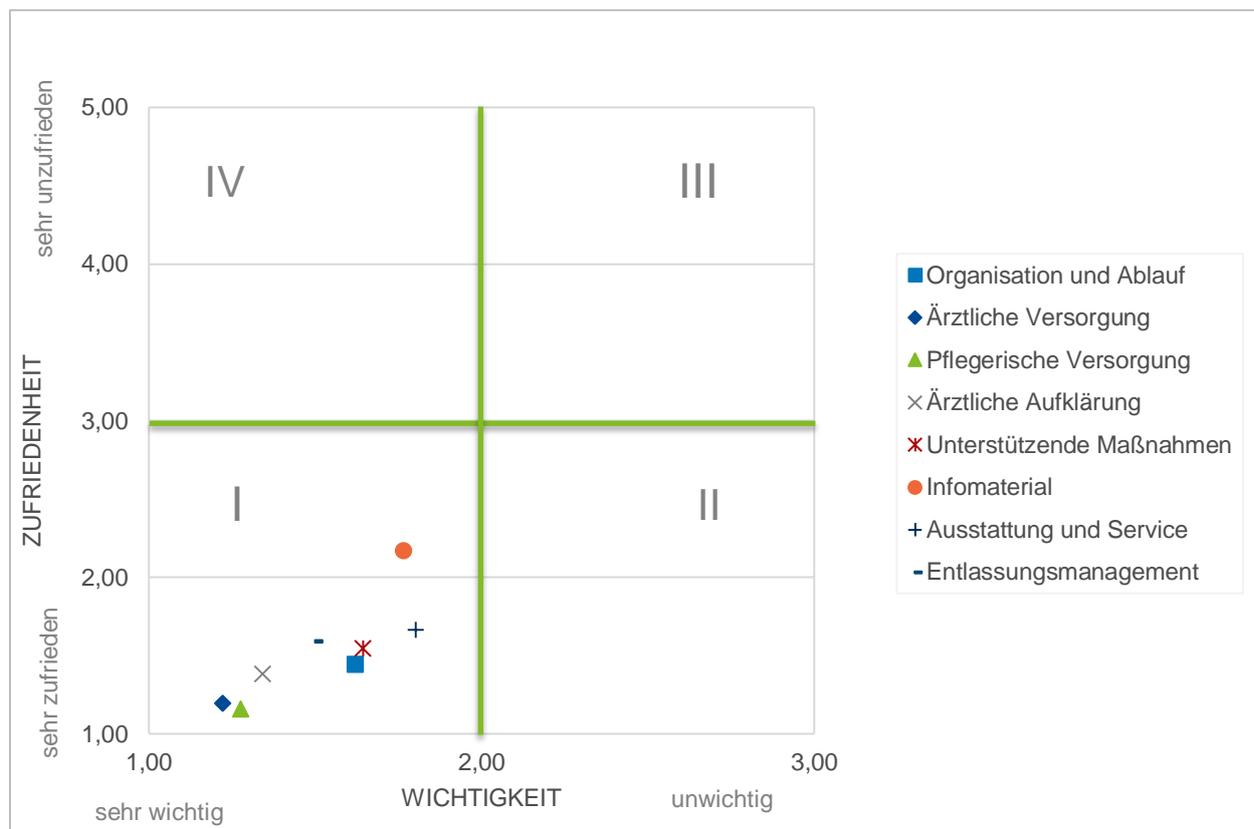
Seit Januar 2023 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern des Gynäkologischen Krebszentrums auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete [E-Mail-Adresse](#) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche, Lob oder Kritik zu äußern. Bei der Teilnahme an der Befragung muss das zu bewertende Zentrum ausgewählt werden, so dass bei der Auswertung der Rückmeldungen eine Zuordnung zum Gynäkologischen Krebszentrum möglich ist. Eine

nächste papierbasierte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Gynäkologischen Krebszentrums ist für Oktober 2025 geplant.

Zufriedenheit der Patientinnen

Befragungen von Patientinnen finden im Gynäkologischen Krebszentrum kontinuierlich papierbasiert statt. Die Befragung soll die Zufriedenheit der Patientinnen sowie deren Bedürfnisse ermitteln und dient der qualitativen Weiterentwicklung. Alle Patientinnen, die stationär im Gynäkologischen Krebszentrum behandelt werden, erhalten mit der Patientenmappe einen Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag ausgehändigt. Die Auswertung für das Jahr 2023 erfolgte im Januar 2024. Die Rücklaufquote betrug 23,9% und ist im Vergleich zu 2022 (2%) leicht gesunken. Aus den Ergebnissen lassen sich keine wesentlichen Erkenntnisse und Maßnahmen zur Verbesserung der angebotenen Leistungen ableiten. Im Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio liegen alle Items im Quadranten mit dem geringsten Handlungsbedarf. Diese Leistungen sind den Patientinnen wichtig, gleichzeitig sind sie mit diesen Leistungen sehr zufrieden. Die kontinuierliche Befragung wird in 2024 fortgeführt. Seit September 2023 ist dies per QR-Code auch online möglich. Den entsprechenden QR-Code finden die Patientinnen auch in den Patientenmappen, welche allen Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums ausgehändigt wird.

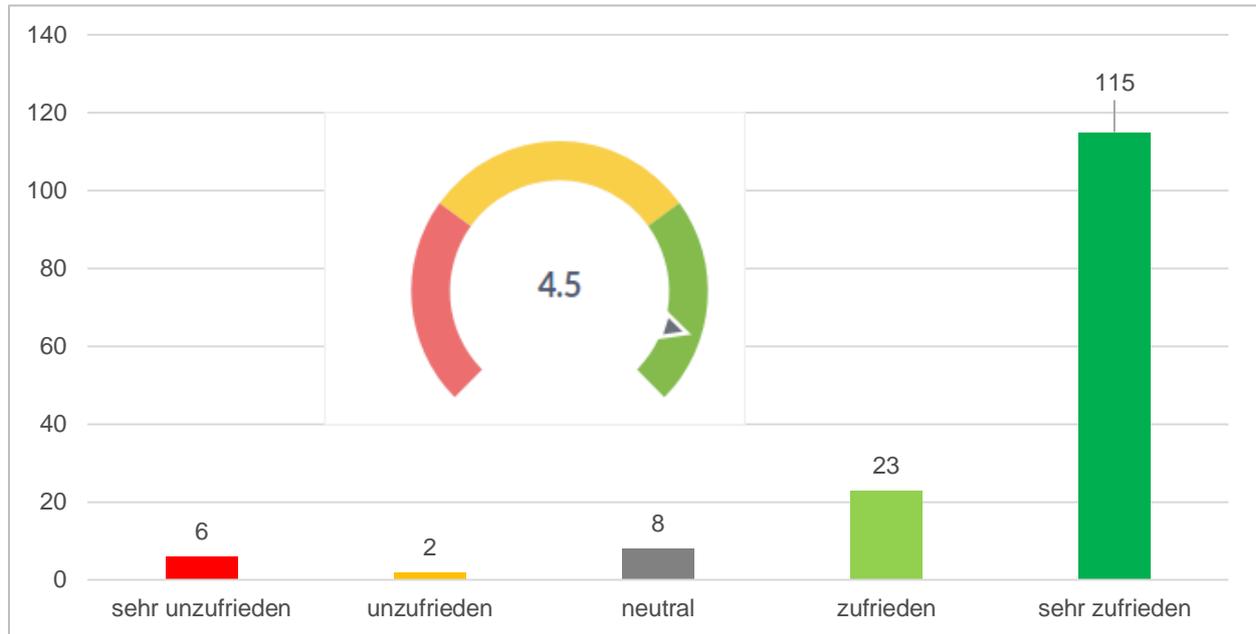
Abbildung 22: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio Patientinnen Gynäkologisches Krebszentrum 2023



Die Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums haben zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise, Anregungen und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen des Universitätsklinikums Dresden etabliert ist, abzugeben.

Über das digitale Feedbacksystem sind am Standort Universitätsklinikum im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2023 154 Rückmeldungen eingegangen. Sie wurden von 106 Patientinnen und 48 Angehörigen abgegeben.

Abbildung 23: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 2023



Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht hierbei für sehr unzufrieden, die „5“ für sehr zufrieden. Im Vergleich zum Vorjahr gab es keine Änderung. Die Ergebnisse sind konstant geblieben. Gründe für die Unzufriedenheit lagen insbesondere in den Bereichen Kommunikation und Wartezeiten. Eine Zufriedenheit $\geq 4,0$ wird in allen Bereichen der Frauenklinik angestrebt. Diese wurde für das Jahr 2023 erreicht, somit sind keine Maßnahmen erforderlich.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel

Im Gynäkologischen Krebszentrum finden mindestens zweimal jährlich Qualitätszirkel statt. Zu diesen sind neben den Ärztinnen und Ärzten auch Vertreterinnen und Vertreter weiterer Berufsgruppen wie beispielsweise Psychoonkologie, Sozialdienst und Pflege eingeladen. Ziel ist es, gemeinsam die strukturelle Qualität zu verbessern, in dem die Kennzahlen analysiert, Ergebnisse aus Befragungen von Patientinnen und Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Änderungen in dem Erhebungs- und Kennzahlenbogen vorgestellt und Verbesserungsmaßnahmen besprochen und abgeleitet werden.

Workshops

Im Gynäkologischen Krebszentrum werden alle drei Jahre interdisziplinäre Workshops zur Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien/SOPs unter Berücksichtigung des aktuellen Wissenstandes, aktueller Leitlinien und aktueller Studienprotokolle durchgeführt. Der letzte Workshop fand am 13. April 2023 statt.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Weiterhin werden im Gynäkologischen Krebszentrum jährlich zwei M&M-Konferenzen durchgeführt. Im Jahr 2023 fanden diese am 23. März 2023 und 19. Oktober 2023 statt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren die Behandlungspartner. Besprochen wurden sowohl Behandlungsfälle mit einem negativen Verlauf (schnell wachsender Tumor, rasches Fortschreiten der Metastasierung, starke Chemotherapienebenwirkungen, operative Komplikationen) als auch Patientinnen mit einem positiven Verlauf. Die M&M-Konferenzen werden protokolliert und Maßnahmen abgeleitet. Regelmäßig werden Morbiditätskriterien auch im Tumorboard besprochen.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen

Fort- und Weiterbildungsangebote

Die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gynäkologischen Krebszentrums ist ein wesentliches Element zur Personalentwicklung und Motivation der Beschäftigten im Gynäkologischen Krebszentrum. Der Weiterbildungsbedarf wird u. a. in den persönlichen Gesprächen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erfasst und orientiert sich auch an dem Leistungsspektrum und der Fallzahlentwicklung.

Die wöchentlichen Tumorkonferenzen des Gynäkologischen Krebszentrums bieten den ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine kontinuierliche Fortbildung, in denen die optimalen Diagnostik- und Therapieschritte für Patientinnen unter Einbeziehung aller Befunde fachübergreifend diskutiert werden, um gemeinsam die bestmögliche Therapie für jede Patientin festzulegen. Der theoretische Hintergrund der Entscheidung wird unter Berücksichtigung der individuellen Anamnese der Patientin dargestellt und die Eignung der Patientin für standardisierte klinische Behandlungspfade, Leitlinien oder Studienprotokolle überprüft.

Zum Austausch von Erfahrungen mit den Kooperationspartnern und Zuweiserinnen und Zuweiser werden durch das Gynäkologische Krebszentrum jährlich Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Des Weiteren finden regelmäßig interne Fortbildungsveranstaltungen zu verschiedenen Themen statt. Die Fortbildungsveranstaltungen können von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gynäkologischen Krebszentrums genutzt werden.

Im Jahr 2023 fanden folgende Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums statt.

Tabelle 23: Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums 2023

Datum	Fort- und Weiterbildung
11. März 2023	Aktuelles aus der Frauenheilkunde – Vorträge: „Neues zum Ovarialkarzinom“, „Vulvakarzinom- was sollte man in der Praxis wissen?“
23. und 24. Juni 2023	Teilnahme MGFG Tagung – Symposium Gynäkologische Onkologie
2. November 2023	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie – Vorträge: „Zervixkarzinom: Was gibt es Neues?“, Seltener Malignome des Ovars: Was ist das?“

Veranstaltungen für Patientinnen

Veranstaltungen für Patientinnen werden über das Gynäkologische Krebszentrum als auch zentral über das NCT/UCC angeboten. Das Präventions- und Sporttherapeutische Zentrum des

NCT/UCC bietet jährlich verschiedene Veranstaltungen und Workshops rund um das Thema Krebs an, welche auch von den Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums genutzt werden können.

Am 28. Oktober 2023 fand der 14. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs unter dem Motto „Neues für Frau und Mann“ statt. Am 10. Juni 2023 fand der 1. Patiententag des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC unter Beteiligung des Gynäkologischen Krebszentrums statt. Zentrumsspezifische Themen waren u.a. „Moderne Krebschirurgie in der gynäkologischen Onkologie“, „Aktuelle klinische Studien“ sowie „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“. Des Weiteren wurde zentrumsübergreifend die Translationale Forschung und der Patientenbeirat des NCT/UCC vorgestellt. Zudem gab es für die Patientinnen einen Überblick über die supportiven Unterstützungsangebote des NCT/UCC.

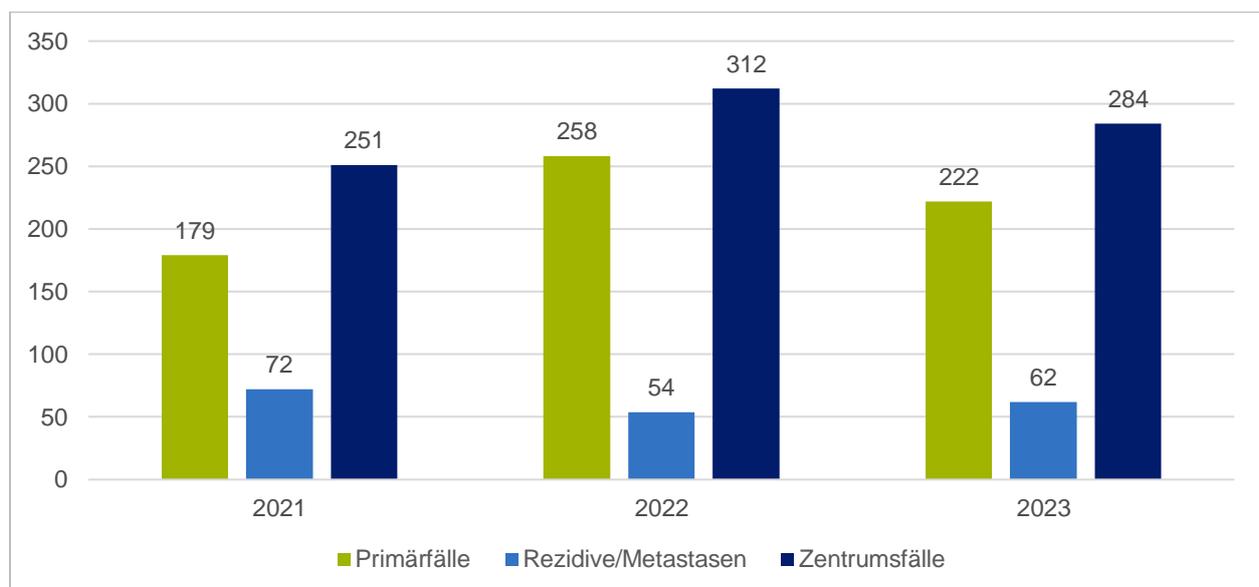
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Zertifizierte Gynäkologische Krebszentren müssen nach den Anforderungen der Fachgesellschaften pro Jahr 75 Patientinnen mit einem Genitalmalignom betreuen. Davon müssen mindestens 50 Patientinnen mit einer Primärerkrankung und 25 Patientinnen mit einem Rezidiv oder einer sekundären Metastasierung im Zentrum vorstellig werden. Die Therapieplanung und -durchführung muss dabei über das Gynäkologische Krebszentrum erfolgen.

Im Jahr 2023 wurden im Gynäkologischen Krebszentrum Dresden 284 Patientinnen mit einem Genitalmalignom betreut. Davon stellten sich 222 Patientinnen mit einer Primärerkrankung und 62 Patientinnen mit einem Rezidiv oder einer sekundären Metastasierung im Gynäkologischen Krebszentrum vor.

Abbildung 24: Primär- und Zentrumsfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023



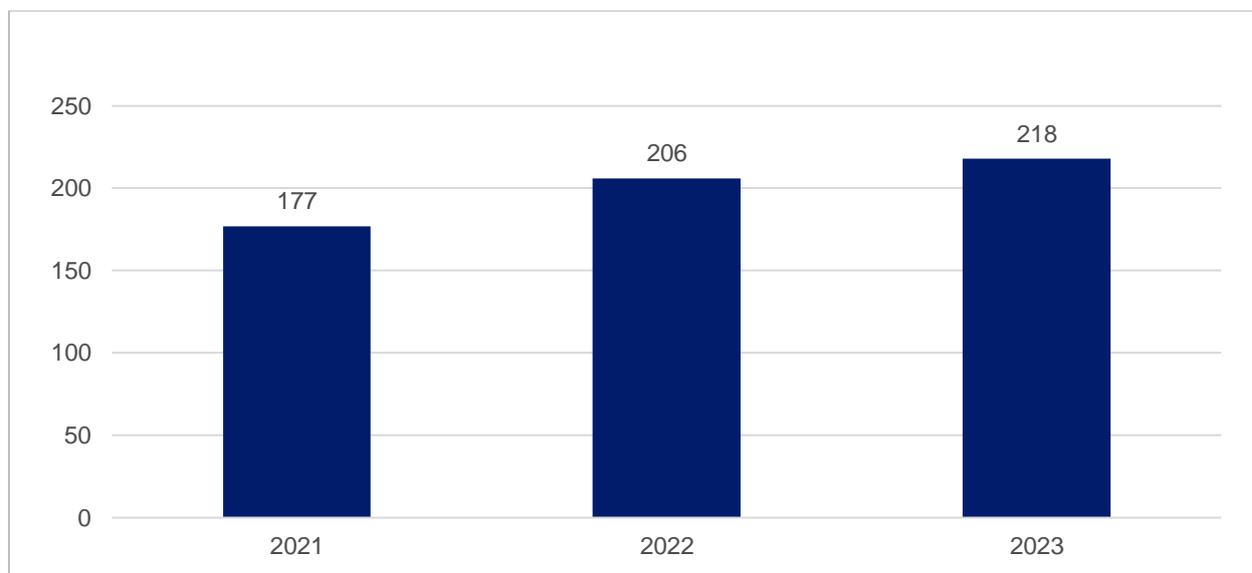
Verteilt auf die einzelnen Tumorentitäten ergibt sich folgende Entwicklung der Fallzahlen in den letzten drei Jahren.

Tabelle 24: Entwicklung der Fallzahlen je Tumorentität Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023

Tumorentität	Primärfälle			Nicht-Primärfälle		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Ovarialkarzinom inklusive Borderline, Tubenkarzinom, Peritonealkarzinom	67	90	76	38	23	28
Zervixkarzinom	42	46	33	6	8	8
Endometriumkarzinom	49	69	78	11	7	11
Vulvakarzinom	15	33	19	11	10	12
Vaginalkarzinom	6	9	3	6	3	2
Sonstige (Sarkome, Choriokarzinom)	0	11	13	0	3	1
Gesamt	179	258	222	72	54	62

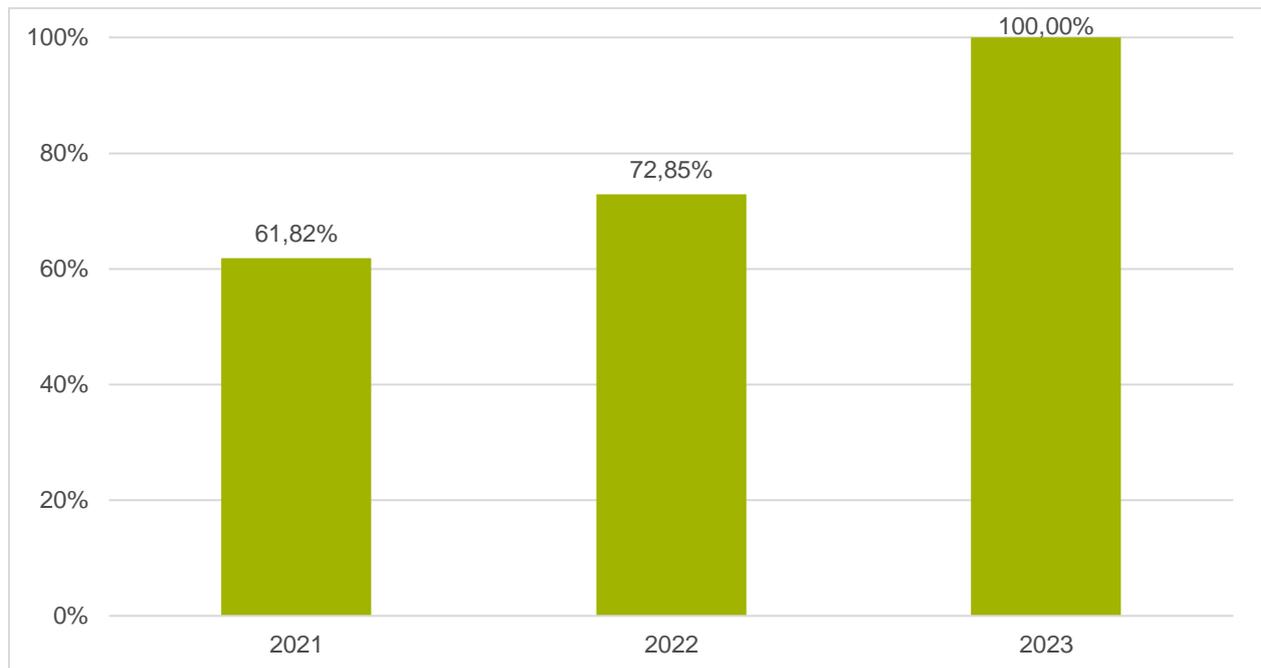
Für den operativen Bereich schreiben die Anforderungen an zertifizierte Gynäkologische Krebszentren mindestens 40 stadiengerechte Operationen bei Patientinnen mit Genitalmalignom pro Jahr vor. Die Vorgabe wurde für das Jahr 2023 erfüllt; es sind keine Maßnahmen erforderlich.

Abbildung 25: Operative Primärfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023



Patientinnen mit einem primären oder rezidivierenden Ovarialkarzinom erhalten das Angebot einer genetischen Testung im zertifizierten Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, welches ebenfalls an der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe etabliert ist. Das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs ist derzeit eines von 23 Zentren des Deutschen Konsortiums „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“, welches die fachübergreifende Beratung, Betreuung und Gendiagnostik ermöglicht. Der Anteil an Patientinnen, die ein Angebot zur genetischen Testung beim Ovarialkarzinom erhalten, soll bei $\geq 70\%$ liegen. Die Sollvorgabe wird erfüllt.

Abbildung 26: Anteil Patientinnen mit einem Angebot zur genetischen BRCA-Testung Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023



Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird über den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC gewährleistet. Sie richtet sich als Teil des Behandlungskonzeptes des Gynäkologischen Krebszentrums an Patientinnen mit seelischen Belastungen bei Verdacht, Diagnose und Therapie von gynäkologischen Tumoren. Die psychoonkologische Betreuung bietet u. a. Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, bei der Anpassung an neue, veränderte Lebensumstände sowie bei der Förderung der Lebensqualität. Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und der Hornheider Screeningbogen zur Anwendung. Jede Patientin erhält durch die Pflegekräfte einen Screeningbogen, in dem die aktuellen und bestehenden Belastungen sowie der Unterstützungsbedarf und der Behandlungswunsch eruiert werden. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußert die Patientin unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte oder durch die Patientin selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung. Seit 2023 wird seitens der Fachgesellschaften eine Screeningrate von $\geq 65\%$ gefordert.

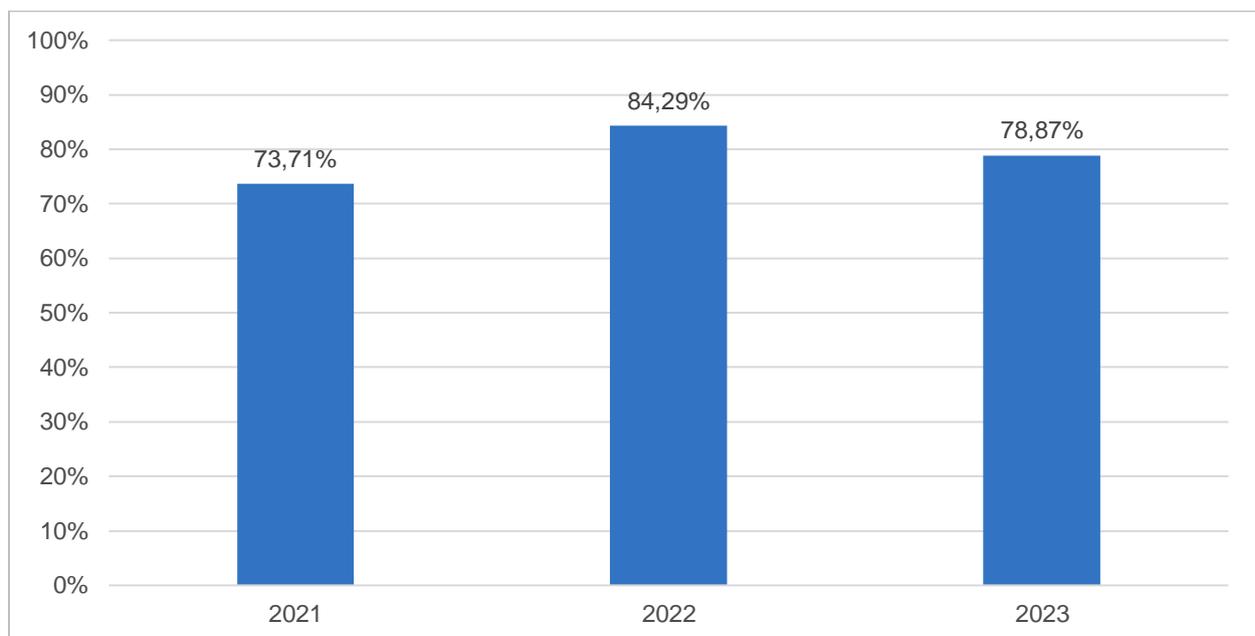
Die Anzahl der Patientinnen, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, wird jährlich erfasst und ausgewertet. Der Anteil an psychoonkologischer Beratung ist über die letzten drei Jahre konstant. Die Vorgabe der Fachgesellschaften, die eine Betreuungsquote von $\geq 15\%$ empfehlen, wurde im Jahr 2023 erfüllt.

Tabelle 25: Betreuung, Anteil überschwellig belasteter Patientinnen und Screening, durch den psychoonkologischen Dienst Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Betreuung	64,9%	65,4%	52,5%
Screening	75,0%	63,5%	57,04%
Anteil überschwellig belasteter Patientinnen	72,5%	83,3%	74,7%

Die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung wird im Gynäkologischen Krebszentrum durch die Sozialberatung ergänzt. Für das Gynäkologische Krebszentrum übernehmen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Aufgaben im Bereich Sozialdienst und Rehabilitation. Der Sozialdienst ist organisatorisch der Direktion Krankenpflege des UKD zugeordnet. Jede Patientin des Gynäkologischen Krebszentrums erhält das Angebot eines Beratungsgesprächs durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate $\geq 50\%$ wurde erfüllt.

Abbildung 27: Betreuung durch den Sozialdienst Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023



Wartezeiten

Im Gynäkologischen Krebszentrum werden die Wartezeiten während der Sprechstunde und auf einen Termin kontinuierlich über das Krankenhausinformationssystem ORBIS® erfasst. Eine Auswertung der Wartezeiten erfolgt stichprobenartig einmal pro Jahr. Für die Berechnung der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Termin und während der Sprechstunde in der onkologischen Sprechstunde des Gynäkologischen Krebszentrums wurde über einen Zeitraum von vier Wochen (4. September 2023 bis 30. September 2023) die Wartezeiten ausgewertet. Für die Berechnung der Wartezeit zwischen Diagnosestellung und Operation wurden alle operativen Patientinnen 2023 einbezogen, bei denen vor der Operation die Diagnostik erfolgt und die Diagnose gesichert wurde.

Tabelle 26: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023

Wartezeit	2021	2022	2023
auf einen Termin	12,5 Tage	10,8 Tage	13,7 Tage
während der Sprechstunde	26,0 Minuten	28,6 Minuten	37,2 Minuten
Diagnose - OP	15,2 Tage	14,8 Tage	23,3 Tage

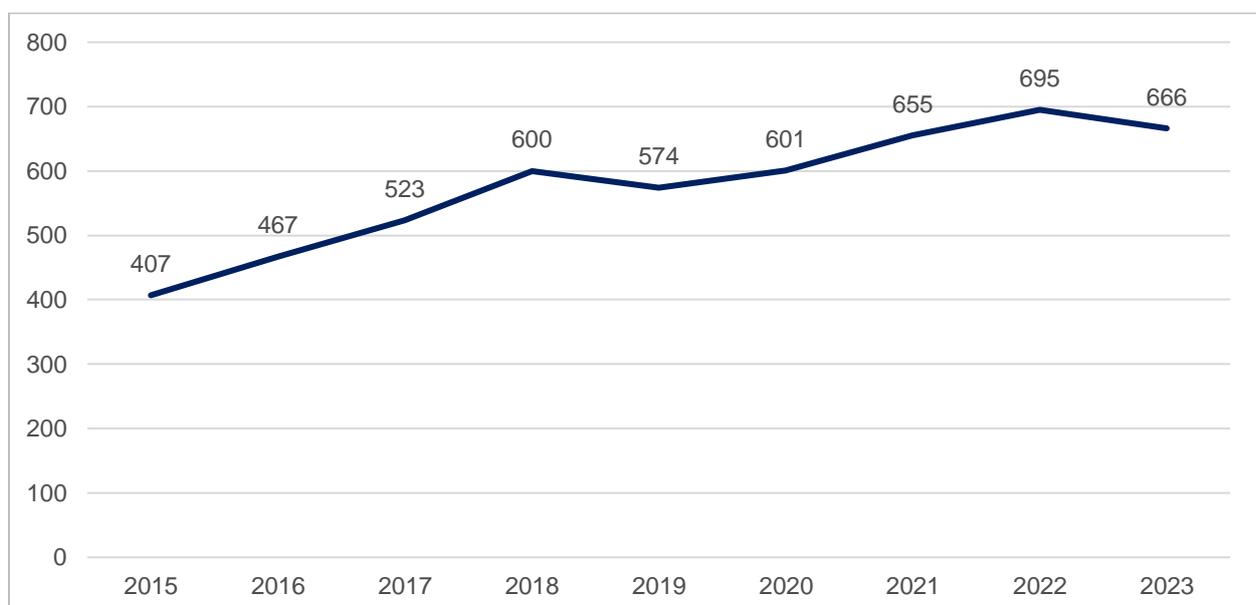
Die Vorgaben der Fachgesellschaften von < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin, < 60 Minuten während der Sprechstunde und < 4 Wochen von Diagnosestellung bis zur Operation werden erfüllt.

Interdisziplinäres Tumorboard

In der interdisziplinären Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums werden Patientinnen mit einer Primärerkrankung prä- und/oder postoperativ vorgestellt. Neben der Vorstellung von Patientinnen mit einem primär diagnostizierten Genitalmalignom werden auch Patientinnen mit einem Lokalrezidiv und/oder einer sekundären Metastasierung regelhaft in den Tumorkonferenzen vorgestellt. Die Tumorkonferenz des Gynäkologischen Krebszentrums findet einmal wöchentlich, donnerstags, statt.

Im Jahr 2023 fanden 51 Tumorkonferenzen statt, in denen insgesamt 666 interdisziplinäre Behandlungspläne erstellt wurden. Es wurden alle Patientinnen, die 2023 im Gynäkologischen Krebszentrum betreut wurden, in der Tumorkonferenz vorgestellt, womit auch die Anforderung der Fachgesellschaften (Vorstellung von Patientinnen mit einem Genitalmalignom $\geq 80\%$) erfüllt ist. Durchschnittlich werden pro Patientin 2,3 Beschlüsse gefasst; pro Board werden durchschnittlich 13,1 Empfehlungen ausgesprochen.

Abbildung 28: Anzahl Tumorboardempfehlungen Gynäkologisches Krebszentrum 2015-2023

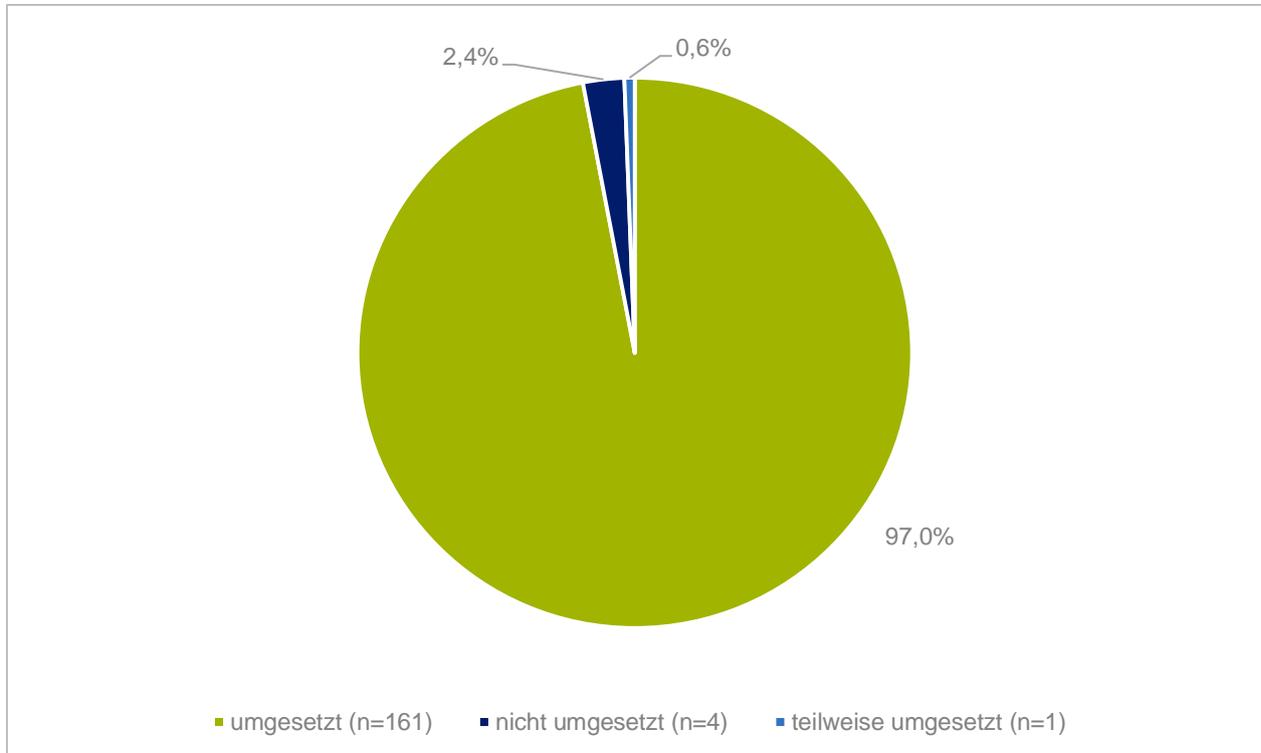


Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragte überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum im Tumorboard

des Gynäkologischen Krebszentrums vorgestellt Patientinnen zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für das Jahr 2023 wurden **111 Patientinnen** mit insgesamt **166 Beschlüssen** ausgewählt.

Abbildung 29: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Gynäkologisches Krebszentrum 2023



Insgesamt wurden 161 Beschlüsse (96,9%) inhaltlich korrekt entsprechend der Tumorboardempfehlung umgesetzt. Ein Tumorboardbeschluss wurde teilweise umgesetzt, da die Patientin zwischenzeitlich während der Therapie verstorben war. Vier Beschlüsse wurden nicht umgesetzt. Für die Nichtumsetzung wurden folgende Gründe dokumentiert:

- Wunsch der Patientinnen (2 Beschlüsse)
- Patientin verstorben (1 Beschluss)
- Externe heimatnahe Weiterbehandlung (1 Beschluss).

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Gynäkologische Krebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in Tabelle 27 zusammengefasst.

Tabelle 27: Datenqualität DKG-Kennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum 2023

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
90,48% (19)	9,52% (1)	0% (0)

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Allen Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums ist die Teilnahme an klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Das Gynäkologische Krebszentrum beteiligt sich an klinischen Phase I-IV Studien. Im Jahr 2023 waren 33 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen geöffnet.

Die Vorgabe der Fachgesellschaften sieht einen Studieneinschluss von $\geq 5\%$ vor. Diese Vorgabe wurde erfüllt.

Tabelle 28: Studienquote Gynäkologisches Krebszentrum 2021-2023

2021	2022	2023
22,2%	29,8%	35,9%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Gynäkologischen Krebszentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Gynäkologischen Krebszentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ aufgeführt sind.

Wimberger P, Pfisterer J, du Bois A for the AGO Study Group, *et al*; **Quality of therapy in early ovarian cancer: results of the quality assurance program of the AGO Study Group** International Journal of Gynecologic Cancer 2023;**33**:1083-1089.

Klotz DM, Link T, Wimberger P, Kuhlmann JD. **A predictive and prognostic model for surgical outcome and prognosis in ovarian cancer computed by clinico-pathological and serological parameters (CA125, HE4, mesothelin)**. Clin Chem Lab Med. 2023 Oct 11;**62**(3):530-539

Heitz F, Marth C, Henry S, Reuss A, Cibula D, Gaba Garcia L, Colombo N, Schmalfeld B, de Gregorio N, Wimberger P, Hasenburg A, Sehouli J, Gropp-Meier M, Schouten PC, Hahnen E, Hauke J, Polleis S, Harter P. **AGO-OVAR 28/ENGOT-ov57. Niraparib alone versus niraparib in combination with bevacizumab in patients with carboplatin-taxane-based chemotherapy in advanced ovarian cancer: a multicenter randomized phase III trial**. Int J Gynecol Cancer. 2023 Dec 4;**33**(12):1966-1969.

Kuhlmann, Jan Dominik; Wimberger, Pauline **Bevacizumab und das ovarialkarzinom VEGF-A165b als neuer Hoffnungsträger für die Vorhersage des Therapieerfolges?** / in: Krebs im Focus : die Wissenschaftszeitschrift des UniversitätsKrebsCentrums Dresden / UCC, Jahrgang 2023, Nr. 18, 18.12.2023, S. 8-10.

Meusel, M.; Wimberger, P. **Operative Therapie einschließlich Lymphknotenstaging beim Endometriumkarzinom.** / in: Onkologie, Jahrgang 29, Nr. 5, 05.2023, S. 417-420.

Zaby, Katharina; Wimberger, Pauline. **Schwangerschaft und Ovarialkarzinom – was sind die Besonderheiten bei Diagnostik und Therapie?** / in: Gynäkologie, Jahrgang 56, Nr. 11, 11.2023, S. 755-760.



Regionales Brustzentrum

Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Regionales
Brustzentrum

Regionales Brustzentrum Dresden

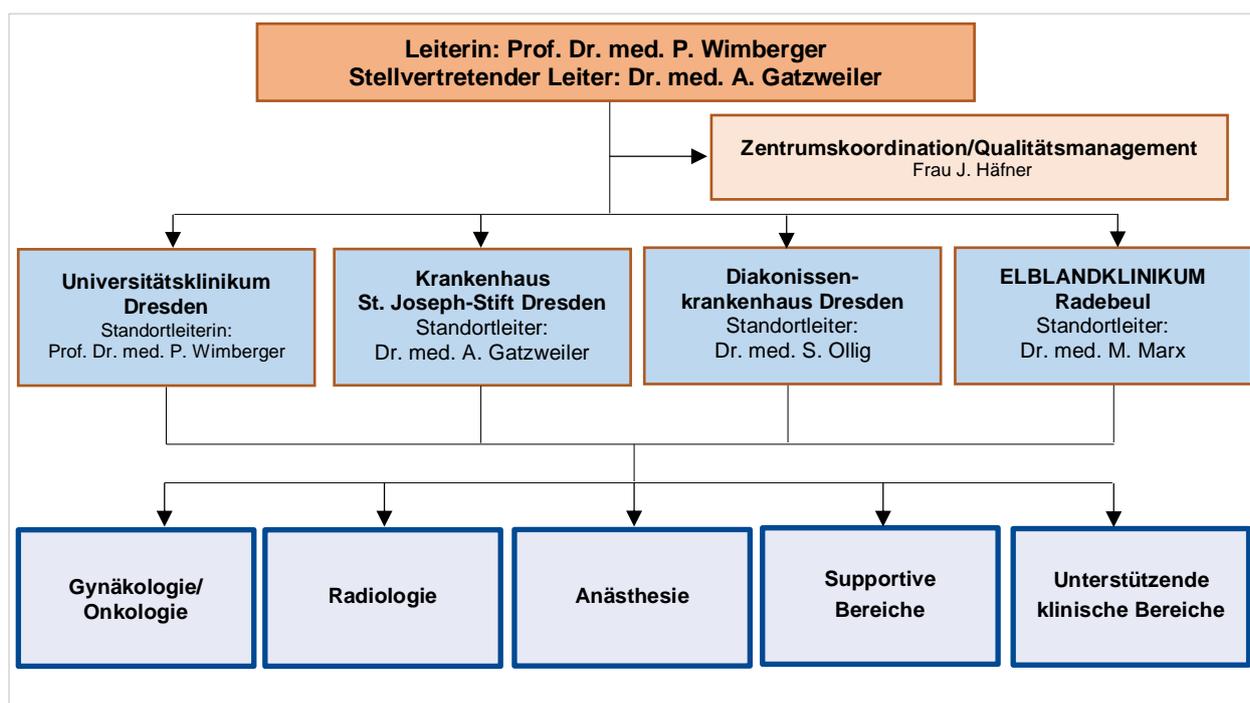
Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden (RBZ)

Der gleichberechtigte Zusammenschluss der vier Standorte - Universitätsklinikum Dresden, Krankenhaus St. Joseph-Stift Dresden, Diakonissenkrankenhaus Dresden und ELBLANDKLINIKUM Radebeul - zum Regionalen Brustzentrum Dresden (RBZ) erfolgte mit Unterzeichnung des Kooperationsvertrages am 7. April 2004. Das Regionale Brustzentrum Dresden ist Teil des Nationalen Centruns für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) und erfüllt die von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie festgelegten Qualitätskriterien. Zusätzlich verfügt es am Standort Universitätsklinikum Dresden über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001. Somit ist ein für Deutschland einmaliges Versorgungskonstrukt auf hohem und vergleichbarem Niveau entstanden.

Um die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom zu gewährleisten, vereinigt das Regionale Brustzentrum Dresden die Kompetenz von Expertinnen und Experten verschiedener Fachgebiete unter einem Dach. Damit kann das RBZ eine Diagnostik und Therapie auf höchstem Niveau individuell auf die Patientinnen und Patienten abgestimmt sicherstellen. Durch Kooperationsverträge im Sinne von Qualitätssicherungsvereinbarungen mit allen Behandlungspartnern wird die Einhaltung der hohen Qualitätsanforderungen garantiert. Zu den Behandlungspartnern außerhalb der vier Standorte des RBZ gehören Einrichtungen der Strahlentherapie, die Orthopädie- und Rehathechnik Dresden sowie Kooperationspartner im niedergelassenen Bereich in den Fachgebieten Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie.

Alle Behandlungspartner verpflichten sich, die für die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten geforderten Qualitätsstandards sicherzustellen, transparent darzulegen und auf Konformität zu prüfen.

Abbildung 30: Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden



Voraussetzung für die hochwertige Qualität bei der Leistungserbringung im Regionalen Brustzentrum Dresden ist die Beschäftigung und stetige Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem Personal. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Qualifikationen und Funktionen der im Regionalen Brustzentrum Dresden tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Da nur der Standort Universitätsklinikum Dresden DIN EN ISO zertifiziert ist und im Geltungsbereich der DIN EN ISO Zertifizierung des NCT/UCC liegt, wird auf die Auflistung der Qualifikationen der anderen drei Standorte des RBZ an dieser Stelle verzichtet.

Tabelle 29: Qualifikationsmatrix Regionales Brustzentrum Dresden - Standort UKD

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. P. Wimberger	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
Hauptoperateur	Dr. med. Andrea Petzold	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Senior Mamma-Operateurin
	Dr. med. Cornelia Meisel	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Senior Mamma-Operateurin
	Dr. med. Katja Keller	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Senior Mamma-Operateurin
	Dr. med. Mareike Neubert	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Senior Mamma-Operateurin
	Dr. med. Anke Nickol	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Pflegedienstleitung	Mirko Radloff, B.A.	Gesundheits- und Krankenpfleger B.A. Gesundheitsmanagement
Breast Care Nurse	Claudia Große	Gesundheits- und Krankenpflegerin
Mamma Care Trainer	Ilka Hötzel	Gesundheits- und Krankenpflegerin
Onkologische Fachpflegekräfte	Anja Beutel	Onkologische Fachpflegekraft
	Helen Krieger	Onkologische Fachpflegekraft
	Christina Glöß	Onkologische Fachpflegekraft
	Birgit Loesch	Onkologische Fachpflegekraft
Tumordokumentation	Karin Lorenz	Medizinische Dokumentationsassistentin
Zentrumskoordination/Qualitätsmanagement	Julia Häfner, M.Sc.	Gesundheitsökonomie

Ziele des Regionalen Brustzentrums Dresden

Neben der Festlegung von strategischen Zielen, wie die Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität, der Zufriedenheit aller Kundinnen und Kunden des Regionalen Brustzentrums Dresden, der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten bei den Behandlungsabläufen und der Behandlungsdauer sowie den effizienten Umgang mit vorhandenen Ressourcen werden jährlich auch operative Ziele zur Erreichung der strategischen Ziele festgeschrieben. Die Festlegung der Ziele mit Benennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzung erfolgt zu Beginn eines jeden Jahres. Die Qualitätsziele werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 30: Jahresziele des Regionalen Brustzentrums Dresden 2023

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Zielerreichung
1	Umstellung des QM-Handbuches zur besseren Darstellung der Prozessstruktur und Anpassung an UKD-Vorgaben	ZB QRM Frau Häfner	Beendet, 2 Ansichten verfügbar-
2	Durchführung Mamma-CA-Workshop	Ärzte RBZ	Hat am 12.Oktober 2023 stattgefunden.
3	Durchführung Pflegefachtag	FÄ RBZ	Pflegefachtag hat am 10.Mai im SJS stattgefunden.
4	Elektronische Zuweiserbefragung	Frau Häfner	Wurde 10/2023 durchgeführt. Rücklauf dadurch erheblich verbessert.
5	Durchführung / Integration M&M-Konferenzen elektronisch im Aeneis	Frau Meißner	Wird seit 09/2023 elektronisch erfasst.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Jahr 2023 fanden im Regionalen Brustzentrum Dresden keine externen Audits vor Ort statt. Seitens OnkoZert befindet sich das Zentrum im reduzierten Auditzyklus. Im Rahmen des reduzierten Auditzyklus erfolgte eine Dokumentenprüfung anhand der eingereichten Erhebungs- und Kennzahlenbögen, aus der sich keine Hinweise oder Abweichungen ergeben haben.

Interne Audits

In den Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden finden regelmäßig interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und der Anforderungen aus dem Erhebungsbogen der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Die Planung der internen Audits obliegt am Standort Universitätsklinikum der Zentrumskoordination und der Qualitätsmanagementbeauftragten in Abstimmung mit der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement der Hochschulmedizin Dresden. Die Durchführung der internen Audits erfolgt durch zwei unabhängige interne Auditorinnen und Auditoren des Universitätsklinikums Dresden. In den anderen Standorten erfolgt die Planung in Abstimmung mit den QM-Beauftragten in den jeweiligen Standorten; die Durchführung erfolgt ebenfalls durch interne Auditorinnen und Auditoren und den Qualitätsmanagementbeauftragten.

Das letzte interne Audit fand am Standort Universitätsklinikum Dresden am 10. Januar 2024 (krankheitsbedingt verschoben vom 18.Oktober 2023) statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Brust- und Gynäkologische Krebszentrum (Station und Ambulanz) sowie das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs auditiert. Im Krankenhaus St. Joseph-Stift fand ein internes Audit am 20. September 2023; im Diakonissenkrankenhaus am 20. April 2023 statt. In den internen Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Für den Standort Universitätsklinikum wurden vier Hinweise und zwei Anregungen gegeben. Davon betreffen vier Hinweise die Dokumentation/Dokumentenlenkung, ein Hinweis die klinischen Studien und ein Hinweis die Medizinprodukte.

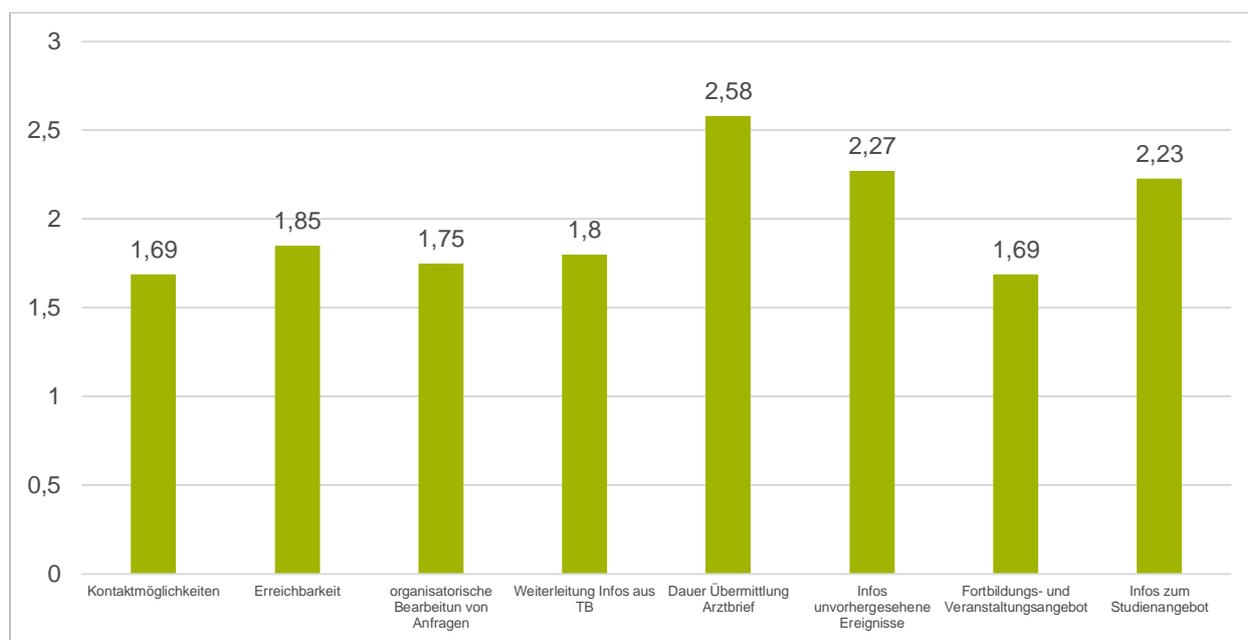
Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Regionalen Brustzentrums Dresden werden alle drei Jahre durchgeführt. Die letzte Befragung fand im Oktober 2023 online sowie papierbasiert statt. Die Zuweiserinnen und Zuweiser haben hierfür den Onlinefragebogen in Papierform erhalten, der auch den QR-Code für die online Befragung enthielt. So wurde auch noch einmal auf die kontinuierliche Onlinebefragung hingewiesen und jedem Zuweisenden war die Möglichkeit gegeben, anhand der eigenen Präferenz an der Befragung teilzunehmen.

Die Rücklaufquote betrug 50,3 % und ist damit um ca. 19% im Vergleich zu vorherigen Befragungen gestiegen. Bei der Befragung hatten die Zuweiserinnen und Zuweiser auf einer Skala 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) die Möglichkeit, acht Items zu bewerten. Für jedes Item bestand zudem die Möglichkeit von zusätzlichen Angaben in einem Freitextfeld. Die Auswertung der Befragung ergab keinen dringenden Handlungsbedarf, jedoch sollten die Dauer der Übermittlung von Arztbriefen und Tumorboardbeschlüssen in jedem Standort überprüft und ggf. optimiert werden. Ebenfalls war gewünscht, dass Informationen zum Studienangebot noch besser kommuniziert werden.

Abbildung 31: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser Regionales Brustzentrum 2023



Seit Januar 2023 steht den Zuweiserinnen und Zuweiser aller Standorte des Regionalen Brustzentrums Dresden auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete [E-Mail-Adresse](#) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche, Anregungen, Lob oder Kritik zu äußern. Bei der Teilnahme an der Befragung muss das zu bewertende Zentrum sowie der Standort ausgewählt werden, so dass bei der Auswertung der Rückmeldungen sowohl eine Zuordnung zum Regionalen Brustzentrum Dresden als auch zum Standort möglich ist.

Eine nächste Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Regionales Brustzentrums ist für Oktober 2025 geplant.

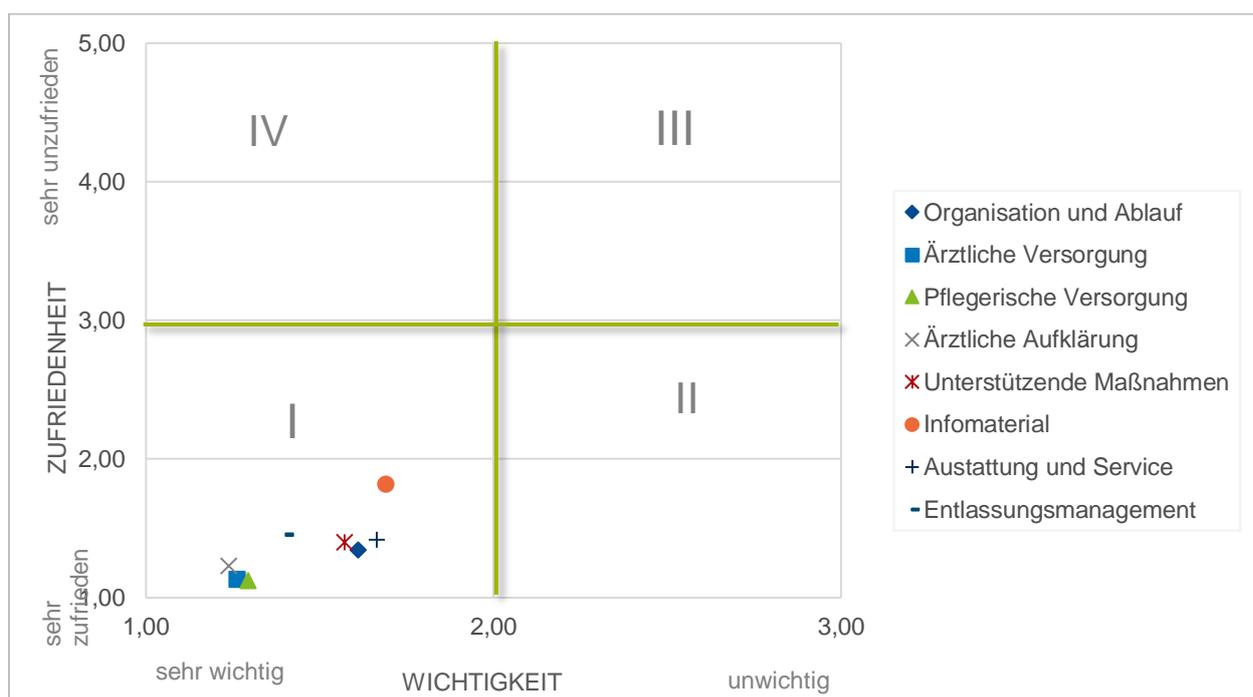
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Befragungen von Patientinnen und Patienten finden im Regionalen Brustzentrum Dresden kontinuierlich papierbasiert statt. Die Befragung soll die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie deren Bedürfnisse ermitteln und dient der qualitativen Weiterentwicklung. Alle Patientinnen und Patienten, die stationär in den Standorten des Regionales Brustzentrums Dresden behandelt werden, erhalten mit der Patientenmappe einen Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag ausgehändigt.

Die Patientinnen und Patienten haben am Standort Universitätsklinikum des Regionales Brustzentrums Dresden zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise, Anregungen und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen des UKD etabliert ist, abzugeben. Den entsprechenden QR-Code finden die Patientinnen und Patienten auch in den Patientenmappen, welche allen Patientinnen und Patienten des Regionales Brustzentrums Dresden ausgehändigt wird. In den anderen drei Standorten haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, über Meinungskarten ihre Hinweise, Anregungen und/oder Beschwerden zu äußern.

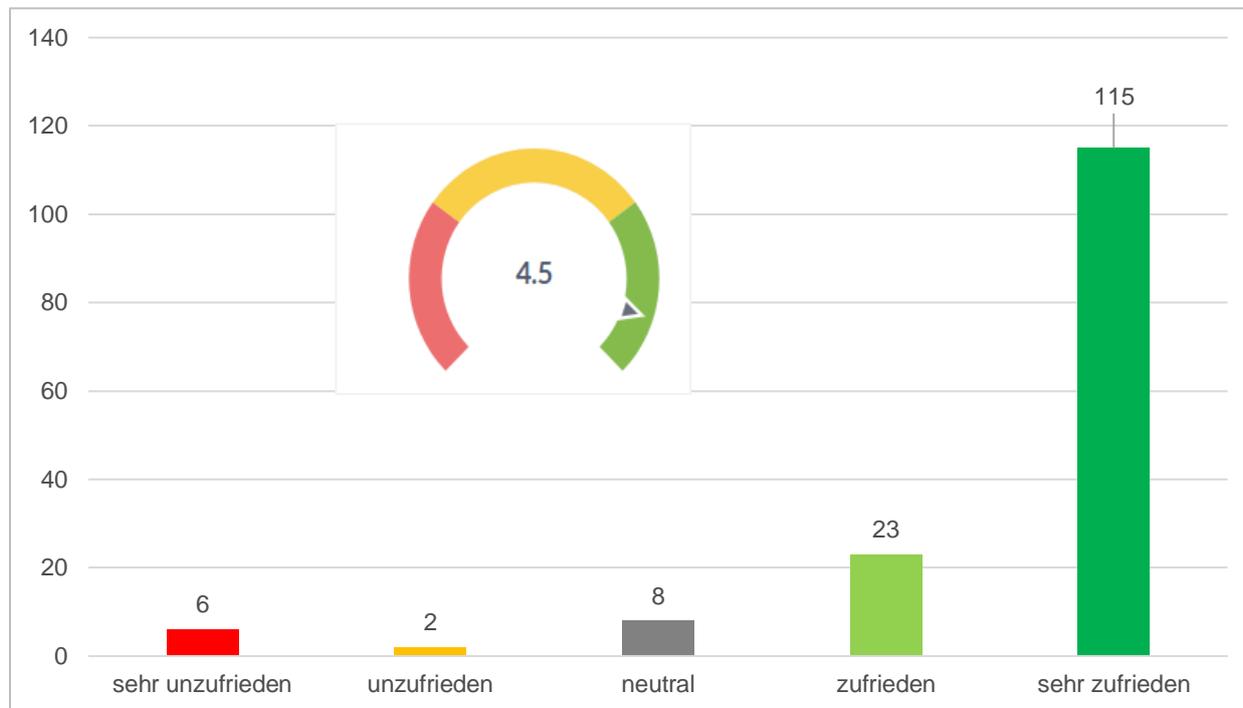
Die Rücklaufquote der kontinuierlichen Befragung im Jahr 2023 betrug 36% (Vergleich 2022: 31%). Aus den Ergebnissen lassen sich keine wesentlichen Erkenntnisse und Maßnahmen zur Verbesserung der angebotenen Leistungen ableiten. Im Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio liegen alle Items im Quadranten mit dem geringsten Handlungsbedarf. Diese Leistungen sind den Patientinnen und Patienten wichtig, gleichzeitig sind sie mit diesen Leistungen sehr zufrieden. Die kontinuierliche Befragung wird in 2024 fortgeführt. Seit dem 1. Januar 2024 ist dies per QR-Code auch online möglich.

Abbildung 32: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio Patientinnen und -patientenbefragung RBZ 2023



Über das digitale Feedbacksystem sind am Standort Universitätsklinikum im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2023 154 Rückmeldungen eingegangen. Sie wurden von 106 Patientinnen und 48 Angehörigen abgegeben.

Abbildung 33: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 2023



Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht hierbei für sehr unzufrieden, die „5“ für sehr zufrieden. Im Vergleich zum Vorjahr gab es keine Änderung. Die Ergebnisse sind konstant geblieben. Gründe für die Unzufriedenheit lagen insbesondere in den Bereichen Kommunikation und Wartezeiten. Eine Zufriedenheit $\geq 4,0$ wird in allen Bereichen der Frauenklinik angestrebt. Diese wurde für das Jahr 2023 erreicht, somit sind keine Maßnahmen erforderlich.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel

Im Regionalen Brustzentrum Dresden finden mindestens viermal jährlich Qualitätszirkel statt. Zu diesen sind neben den Leitungen der Standorte auch Vertreterinnen und Vertreter weiterer Berufsgruppen wie beispielsweise Psychoonkologie, Sozialdienst und Pflege eingeladen. Ziel ist es, gemeinsam die strukturelle Qualität zu verbessern, in dem die Kennzahlen analysiert, Ergebnisse aus Befragungen von Patientinnen und Patienten und Zuweiserinnen und Zuweisern sowie Änderungen in den Erhebungs- und Kennzahlenbögen vorgestellt und Verbesserungsmaßnahmen besprochen und abgeleitet werden.

Workshops

Im Regionalen Brustzentrum Dresden werden alle drei Jahre interdisziplinäre Workshops zur Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien/SOPs unter Berücksichtigung des aktuellen Wissenstandes, aktueller Leitlinien und aktueller Studienprotokolle durchgeführt. Der letzte Workshop fand am 12. Oktober 2023 statt.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Weiterhin werden im Regionalen Brustzentrum Dresden regelmäßig M&M-Konferenzen durchgeführt. Sie finden im Anschluss an die Tumorkonferenz unter Beteiligung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Tumorboards sowie der Zuweiserinnen und Zuweiser statt. Im Jahr 2023 fanden die M&M-Konferenzen am 26. Oktober 2023 und 14. Dezember 2023 statt. In den M&M-Konferenzen werden Patientinnen und Patienten aus allen vier Standorten vorgestellt. Besprochen wurden sowohl Behandlungsfälle mit einem negativen Verlauf (schnell wachsender Tumor, rasches Fortschreiten der Metastasierung, starke Chemotherapie Nebenwirkungen, operative Komplikationen) als auch Patientinnen und Patienten mit einem positiven Verlauf. Die M&M-Konferenzen werden protokolliert und Maßnahmen abgeleitet. Seit 2023 erfolgt die Protokollierung im Organisationshandbuch AENEIS.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Regionalen Brustzentrums Dresden ist ein wesentliches Element zur Personalentwicklung und Motivation der Beschäftigten im Regionalen Brustzentrum Dresden.

Im Jahr 2023 fanden folgende Fort- und Weiterbildungen des Regionalen Brustzentrums Dresden statt.

Tabelle 31: Fort- und Weiterbildungsangebote Regionales Brustzentrum 2023

Datum	Fort- und Weiterbildung
25. Januar 2023	Update Mammakarzinom nach San Antonio / zentrale Veranstaltung des RBZ
11. März 2023	Aktuelles aus der Frauenheilkunde – Vortrag: Das hereditäre Mammakarzinom
23 und 24. Juni 2023	Teilnahme MGFG Tagung; Teilnahme am Symposium Senologie und Gynäkologische Onkologie
12. Oktober 2023	Mamma-Ca Workshop, Aktualisierung der Behandlungspfade
25. Oktober 2023	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie – Vorträge: Postneoadjuvante Therapie beim Mammakarzinom; Nebenwirkungsmanagement endokrine Therapie: Schulmedizin meets Komplementärmedizin

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten werden in den jeweiligen Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden regelmäßig angeboten.

Am 28. Oktober 2023 fand am Standort Universitätsklinikum Dresden der 14. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Themenschwerpunkt der Veranstaltung war: „Neues für Frau und Mann“. Der Informationstag beschäftigte sich u.a. mit der genetischen Mutation bei Männern - Früherkennungsmaßnahmen und „Krebs beim Mann - aus psychoonkologischer Sicht“. Des Weiteren wurde die weltweit erste medikamentöse Präventionsstudie für BRCA1-Anlagenträgerinnen vorgestellt.

Der 1. Patiententag des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC unter Beteiligung des Regionalen Brustzentrums wurde am 10. Juni 2023 durchgeführt. Zentrumsspezifische Themen waren

u.a. „Moderne Krebschirurgie in der gynäkologischen Onkologie“, „Aktuelle klinische Studien“ sowie „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“. Des Weiteren wurde zentrumsübergreifend die Translationale Forschung und der Patientenbeirat des NCT/UCC vorgestellt. Für die Patientinnen und Patienten gab es zudem einen Überblick über die supportiven Unterstützungsangebote des NCT/UCC.

Am 13. Mai 2023 fand ein Patiententag im Krankenhaus St. Joseph-Stift statt. Es fanden Vorträge zum Thema „Sport und Ernährung“, „Nervenschäden bei Krebstherapien“ und „Diagnose Krebs- Der Angst kreativ begegnen“ statt. Im Rahmen dessen konnten sich die Patientinnen und Patienten an zahlreichen Ständen, wie z.B. der Tumorberatungsstelle der Landeshauptstadt Dresden und der Orthopädie- und Rehathechnik (ORD) Informationen einholen.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Zertifizierte Brustkrebszentren müssen nach den Anforderungen der Fachgesellschaften bei einer Kooperation von vier Standorten (Bestandsschutz) pro Jahr und Standort mindestens 50 Patientinnen und Patienten mit einem primären Mammakarzinom betreuen. Die Therapieplanung und -durchführung muss dabei über das Brustkrebszentrum erfolgen.

Im Betrachtungszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2023 wurden in den vier Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden insgesamt 890 primäre Mammakarzinome diagnostiziert und therapiert.

Abbildung 34: Primärfälle Regionales Brustzentrum 2021-2023

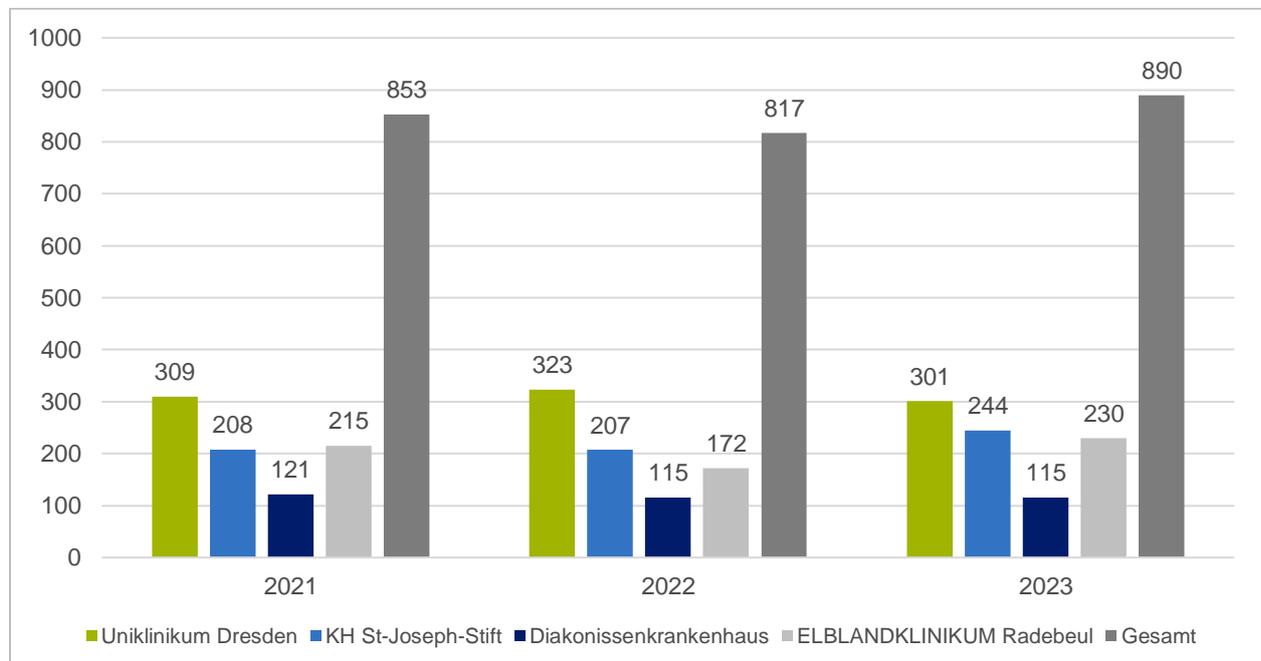
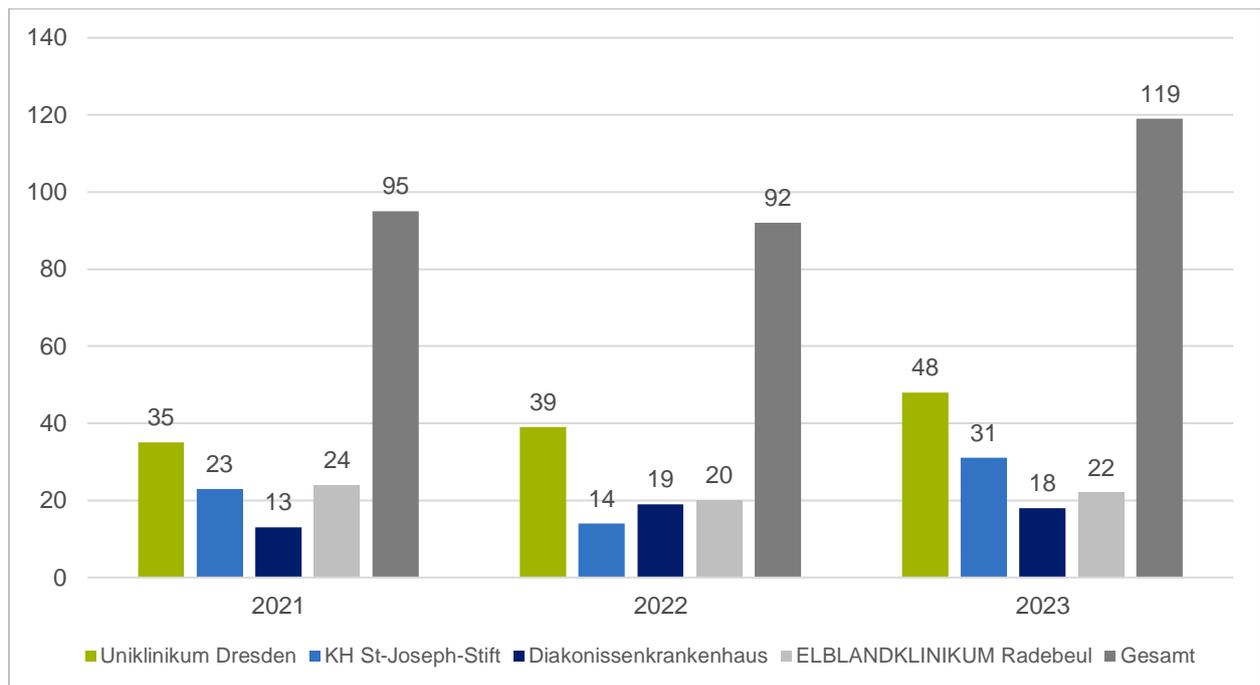


Abbildung 35: Rezidive/Metastasen Regionales Brustzentrum 2021-2023



Seitens der Fachgesellschaften liegen Vorgaben für die Art des operativen Eingriffs vor. Bei pT1-Tumoren sollte die brusterhaltende Therapie in $\geq 70\%$ der Fälle angewendet werden. Alle Standorte erfüllen diese Vorgabe.

Tabelle 32: Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1 Regionales Brustzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Universitätsklinikum Dresden	86,2%	79,6%	76%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	89,0%	89,4%	79,1%
Diakonissenkrankenhaus	89,5%	90,5%	94,4%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	66,4%	80,0%	71,6%

Die Mastektomierate sollte zwischen 15% und 40% liegen. Das ELBLANDKLINIKUM Radebeul liegt mit 47,8% leicht über der Sollvorgabe. Dies wurde bereits in einem Überwachungsaudit im Jahr 2019 überprüft. Aufgrund des besonderen Klientel der Abteilung für plastische Chirurgie ist die hohe Mastektomierate auf die Mastektomien mit Rekonstruktion mit körpereigenem Gewebe bzw. Implantaten zurückzuführen.

Tabelle 33: Mastektomierate Regionales Brustzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Universitätsklinikum Dresden	23,8%	24,8%	35,4%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	19,8%	19,6%	18,6%
Diakonissenkrankenhaus	17,2%	21,1%	18,6%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	43,0%	36,5%	47,8%

Der Anteil an Revisionsoperationen sollte $\leq 5\%$ sein. Der Standort Universitätsklinikum überschreitet dies minimal. Alle Fälle wurden eingehend analysiert. Das Komplikationsmanagement war adäquat und ein systematischer Fehler konnte nicht gefunden werden.

Tabelle 34: Revisionsoperationen Regionales Brustzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Universitätsklinikum Dresden	2,6%	3,4%	5,8%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	1,8%	2,5%	3,5%
Diakonissenkrankenhaus	5,1%	1,1%	1,4%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	6,5%	3,7%	3,2%

Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird über den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC bzw. über die psychologischen Abteilungen der jeweiligen Standorte gewährleistet. Sie richtet sich als Teil des Behandlungskonzeptes des Regionalen Brustzentrums Dresden an Patientinnen und Patienten mit seelischen Belastungen bei Verdacht, Diagnose und Therapie eines Mammakarzinoms. Die psychoonkologische Betreuung bietet u. a. Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, bei der Anpassung an neue, veränderte Lebensumstände sowie bei der Förderung der Lebensqualität.

Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und der Hornheider Screeningbogen zur Anwendung. Alle Patientinnen und Patienten erhalten durch die Pflegekräfte einen Screeningbogen, in dem die aktuellen und bestehenden Belastungen sowie der Unterstützungsbedarf und der Behandlungswunsch eruiert werden. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung. Seit 2023 wird seitens der Fachgesellschaften eine Screeningrate von $\geq 65\%$ gefordert.

Tabelle 35: Psychoonkologisches Screening Regionales Brustzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Universitätsklinikum Dresden	82,0%	83,7%	88,0%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	81,0%	74,2%	70,2%
Diakonissenkrankenhaus	70,2%	72,4%	74,4%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	-	72,1%	68,7%

Tabelle 36: Anteil überschwellig belastete Patientinnen und Patienten 2021-2023

	2021	2022	2023
Universitätsklinikum Dresden	71,9%	65,7%	72,3%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	79,1%	78,8%	84,5%
Diakonissenkrankenhaus	72,3%	61,5	64,6%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	-	86,1%	79,1%

Am Standort Radebeul wurde die Screeningrate erst ab 2022 vollständig erfasst. Alle Standorte liegen in der Sollvorgabe.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. Die Vorgabe der Fachgesellschaften, die eine Betreuungsquote von $\geq 15\%$ empfehlen, wurde im Jahr 2023 erfüllt, sodass eine Ableitung von Maßnahmen nicht erforderlich ist.

Tabelle 37: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst Regionales Brustzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Universitätsklinikum Dresden	65,4%	57,2%	66,5%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	68,9%	64,7%	54,6%
Diakonissenkrankenhaus	58,2%	52,2%	56,4%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	74,4%	73,9%	56,4%

Die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung wird im Regionalen Brustzentrum Dresden durch die Sozialberatung ergänzt. Hierfür stehen in allen Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zur Verfügung. Alle Patientinnen und Patienten des Regionalen Brustzentrums Dresden erhalten das Angebot eines Beratungsgesprächs durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften - Beratungsrate $\geq 50\%$ - wurde erfüllt.

Tabelle 38: Betreuung durch den Sozialdienst Regionales Brustzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Universitätsklinikum Dresden	78,2%	79,8%	80,8%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	93,3%	86,4%	88,0%
Diakonissenkrankenhaus	86,7%	85,8%	78,8%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	89,4%	82,8%	88,5%

Wartezeiten

An allen vier Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden werden wöchentlich Brustsprechstunden, die die Themen Brustkrebserkennung, Therapieplanung, Nachsorge, operative Beratung, gutartige Brusterkrankungen, Wachstums- und Entwicklungsstörungen sowie entzündliche Brusterkrankungen abdecken, angeboten. Die Brustsprechstunden finden zu festgelegten Zeiten statt und werden von den für das Brustkrebszentrum benannten Fachärztinnen und Fachärzten durchgeführt. Dadurch erhalten die Patientinnen und Patienten eine feste Kontaktperson, der sie über den gesamten Behandlungsablauf hinweg betreut.

Im Regionalen Brustzentrum Dresden werden die Wartezeiten während der Sprechstunde und auf einen Termin kontinuierlich über das Krankenhausinformationssystem ORBIS® erfasst. Eine Auswertung der Wartezeiten erfolgt stichprobenartig einmal pro Jahr über einen Zeitraum von vier Wochen.

Tabelle 39: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Regionalen Brustzentrums 2021-2023

	Wartezeit auf Termin			Wartezeit während der Sprechstunde		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Universitätsklinikum	7,1	6,2	7,7	16	15,3	21,3
Krankenhaus St. Joseph-Stift	4,5	5	5,9	34,2	31	48
Diakonissenkrankenhaus	10	10	10	29	29	37
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	6	5,8	5,8	10,7	7,3	3,4

Tabelle 40: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Diagnostik-Operation/Therapiestart RBZ 2021-2023

	2021	2022	2023
Universitätsklinikum	13,4	12,7	13,2
Krankenhaus St. Joseph-Stift	12	14	13,0
Diakonissenkrankenhaus	12,6	13	13,3
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	13,1	13,3	12,9

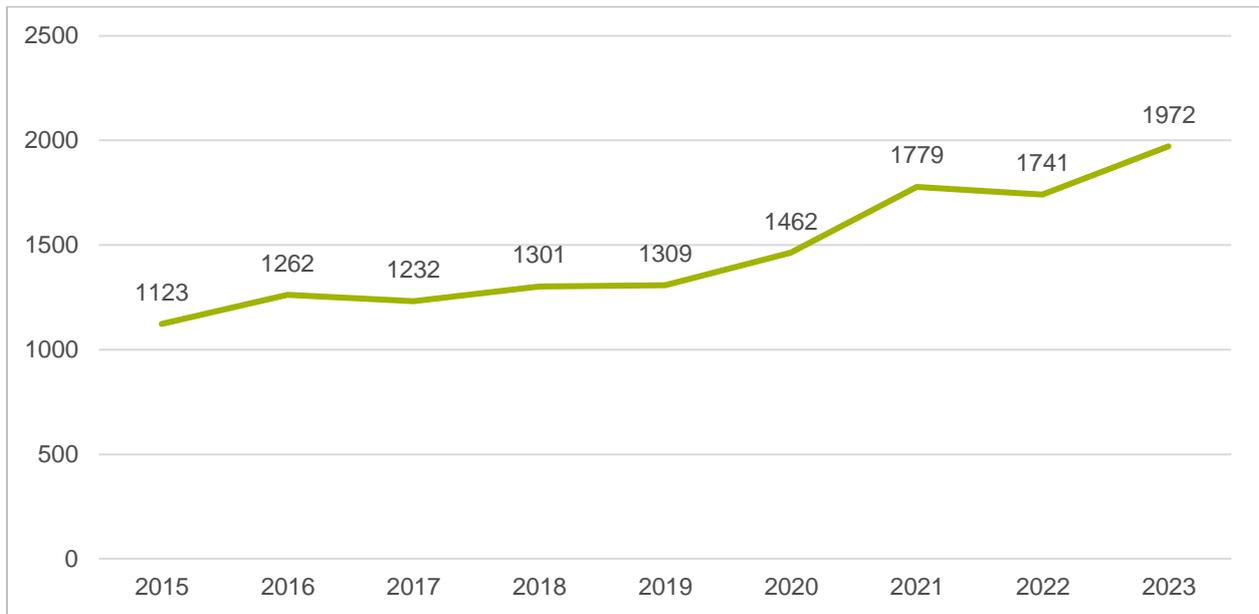
Die Vorgaben der Fachgesellschaften von < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin, < 60 Minuten während der Sprechstunde und ≤ 14 Tage von Diagnosestellung bis Operation/Therapiestart werden in allen vier Standorten erfüllt. Am Standort Universitätsklinikum wurde im Jahr 2023 die Sprechstundenkapazität erweitert.

Interdisziplinäres Tumorboard

In der interdisziplinären Tumorkonferenz des Regionalen Brustzentrums Dresden werden individuelle Behandlungsempfehlungen für Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom, sowohl für primär an Brustkrebs Erkrankte als auch für Patientinnen und Patienten mit einer Rezidivkrankung oder einer sekundären Metastasierung, entsprechend den gültigen Leitlinien, erarbeitet. Die Tumorkonferenz des Regionalen Brustzentrums Dresden findet einmal wöchentlich, donnerstags, statt.

Im Jahr 2023 wurden 51 Tumorkonferenzen des Regionalen Brustzentrums Dresden durchgeführt, in denen insgesamt 1.972 interdisziplinäre Behandlungspläne erstellt wurden. Die Sollvorgabe von ≥ 80% der postoperativen Tumorboardvorstellungen wird in allen Standorten erfüllt. Durchschnittlich werden pro Patientin/Patient 2,2 Beschlüsse gefasst; pro Board werden durchschnittlich 38,6 Empfehlungen ausgesprochen.

Abbildung 36: Anzahl Tumorboardempfehlungen Regionales Brustzentrum 2015-2023



Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragten überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum im Tumorboard des Regionalen Brustzentrums Dresden vorgestellten Patientinnen und Patienten zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für das Jahr 2023 wurden insgesamt **453 Beschlüsse** von **395 Patientinnen und Patienten** ausgewählt.

- Universitätsklinikum Dresden: 211 Beschlüsse von 153 Patientinnen und Patienten
- Krankenhaus St. Joseph-Stift: 92 Beschlüsse von 92 Patientinnen und Patienten
- Diakonissenkrankenhaus: 51 Beschlüsse von 51 Patientinnen und Patienten
- ELBLANDKLINIKUM Radebeul: 99 Beschlüsse von 99 Patientinnen und Patienten

Abbildung 37: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Regionalen Brustzentrums gesamt 2023

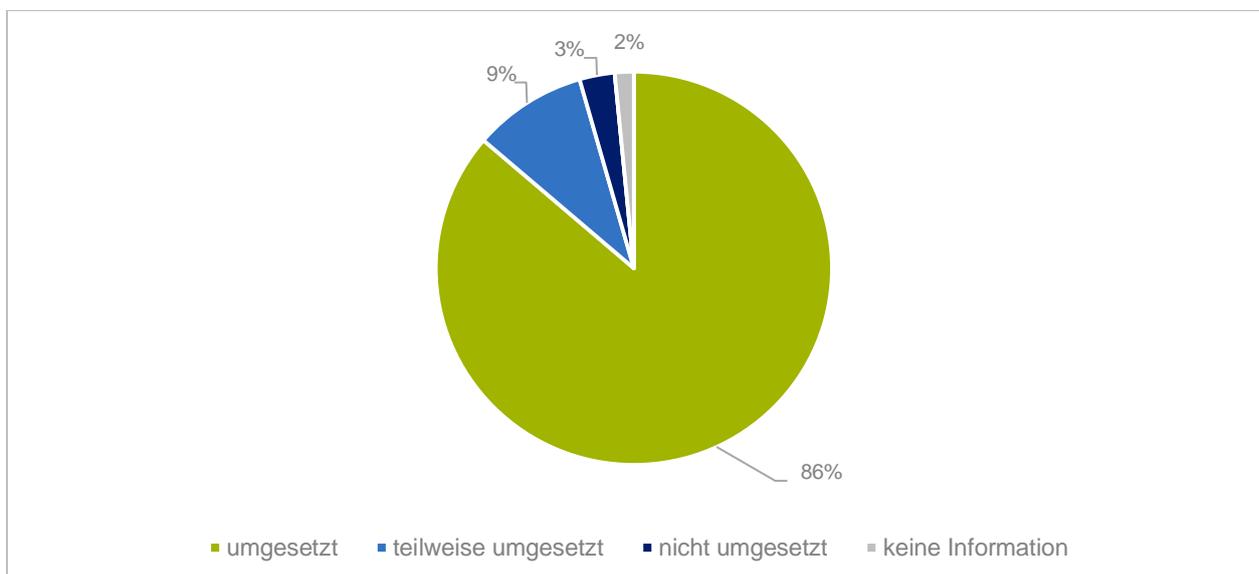
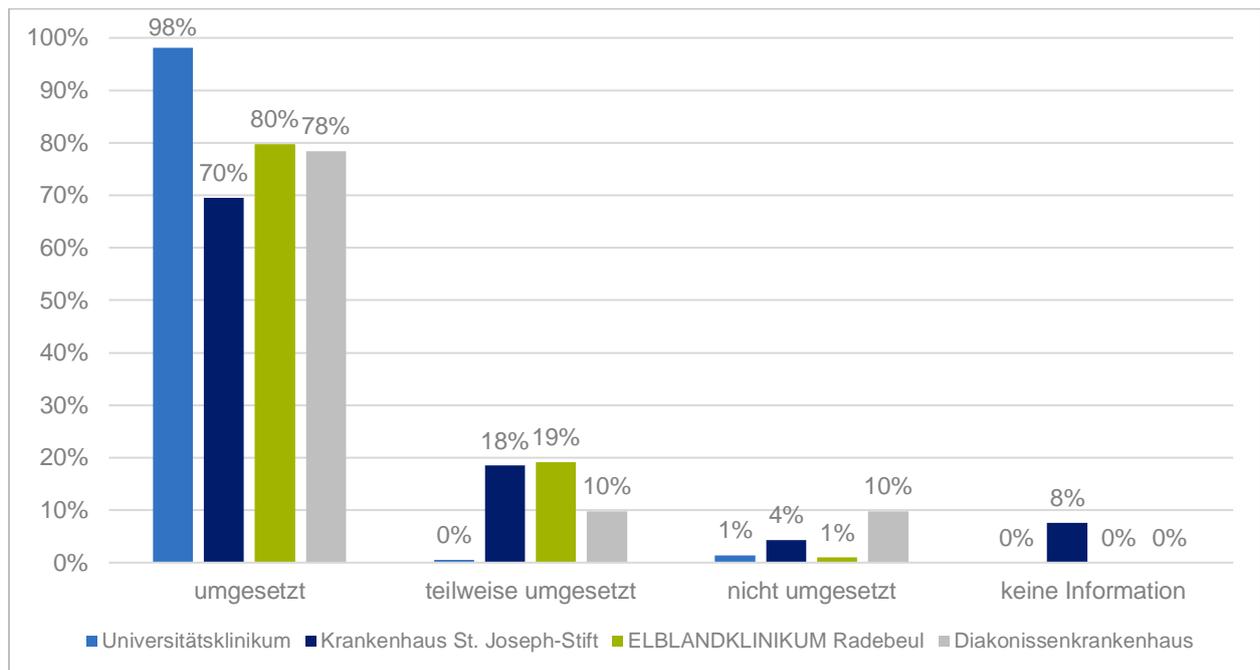


Abbildung 38: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Regionales Brustzentrum je Standort 2023



Insgesamt wurden 390 Beschlüsse (86,1%) inhaltlich korrekt, entsprechend der Tumorboardempfehlungen, umgesetzt. Als Gründe für die Nicht Umsetzung bzw. Teil-Umsetzung sind der Wunsch der Patientinnen und Patienten, das Versterben von Patientinnen und Patienten und eine im Verlauf geänderte Indikation zu nennen. Keine Information erhielt der Standort KH St. Joseph-Stift zu sieben Patientinnen und Patienten, diese wurden extern weiterbehandelt. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Brustkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in Tabelle 42 zusammengefasst.

Tabelle 41: Datenqualität DKG-Kennzahlen Regionales Brustzentrum 2023

	Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
Universitätsklinikum Dresden	83,33% (20)	12,5% (3)	4,17% (1)
Krankenhaus St. Joseph-Stift	83,33% (20)	12,5% (3)	4,17% (1)
Diakonissenkrankenhaus	91,67% (22)	8,34% (2)	0,00% (0)
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	91,67% (22)	8,34% (2)	0,00% (0)

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten des Regionalen Brustzentrums Dresden ist die Teilnahme an klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Alle vier Standorte des Regionalen Brustzentrums Dresden beteiligen

sich an klinischen Phase I-IV Studien. Im Jahr 2023 waren 27 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen und Patienten geöffnet. Die Vorgabe der Fachgesellschaften sieht einen Studieneinschluss von $\geq 5\%$ vor. Diese Vorgabe wurde erfüllt.

Tabelle 42: Studienquote Regionales Brustzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Universitätsklinikum Dresden	38,1%	32,6%	34,6%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	18,8%	19,2%	19,7%
Diakonissenkrankenhaus	16,4%	18,7%	19,1%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	19,7%	24,4%	26,1%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Regionalen Brustzentrums Dresden aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden.

Schoffer O, Wimberger P, Gerken M, Bierbaum V, Bobeth C, Rößler M, Dröge P, Ruhnke T, Günster C, Kleihues-van Tol K, Link T, Scharl A, Inwald EC, Kast K, Papatthemelis T, Ortmann O, Klinkhammer-Schalke M, Schmitt J. **Treatment in Certified Breast Cancer Centers Improves Chances of Survival of Patients with Breast Cancer: Evidence Based on Health Care Data from the WiZen Study.** Geburtshilfe Frauenheilkd. 2024 Jan 9;84(2):153-163.

Turner NC, Oliveira M, Howell SJ, Dalenc F, Cortes J, Gomez Moreno HL, Hu X, Jhaveri K, Kriivorotko P, Loibl S, Morales Murillo S, Okera M, Park YH, Sohn J, Toi M, Tokunaga E, Yousef S, Zhukova L, de Bruin EC, Grinsted L, Schiavon G, Foxley A, Rugo HS; CAPItello-291 Study Group. **Capivasertib in Hormone Receptor-Positive Advanced Breast Cancer.** N Engl J Med. 2023 Jun 1;388(22):2058-2070.

Huober J, van Mackelenbergh M, Schneeweiss A, Seither F, Blohmer JU, Denkert C, Tesch H, Hanusch C, Salat C, Rhiem K, Solbach C, Fasching PA, Jackisch C, Reinisch M, Lederer B, Mehta K, Link T, Nekljudova V, Loibl S, Untch M. **Identifying breast cancer patients at risk of relapse despite pathological complete response after neoadjuvant therapy.** NPJ Breast Cancer. 2023 Apr 7;9(1):23.

Link T, Blohmer JU, Schmitt WD, Kuhlmann JD, Just M, Untch M, Stotzer O, Fasching PA, Thill M, Reinisch M, Schneeweiss A, Wimberger P, Seiler S, Huober J, Jackisch C, Rhiem K, Hanusch C, Sinn BV, Nekljudova V, Loibl S, Denkert C. **RANK Expression as an Independent Predictor for Response to Neoadjuvant Chemotherapy in Luminal-Like Breast Cancer: A Translational Insight from the GeparX Trial.** Clin Cancer Res. 2023 Nov 14;29(22):4606-4612.

Wimberger P, Blohmer JU, Krabisch P, Link T, Just M, Sinn BV, Simon E, Solbach C, Fehm T, Denkert C, Kühn C, Rhiem K, Tesch H, Kümmel S, Petzold A, Stötzer O, Meisel C, Kuhlmann JD, Nekljudova V, Loibl S. **The effect of denosumab on disseminated tumor cells (DTCs) of breast cancer patients with neoadjuvant treatment: a GeparX translational substudy.** Breast Cancer Res. 2023 Mar 28;25(1):32.



Zentrum für Hämatologische Neoplasien



Zentrum für Hämatologische Neoplasien

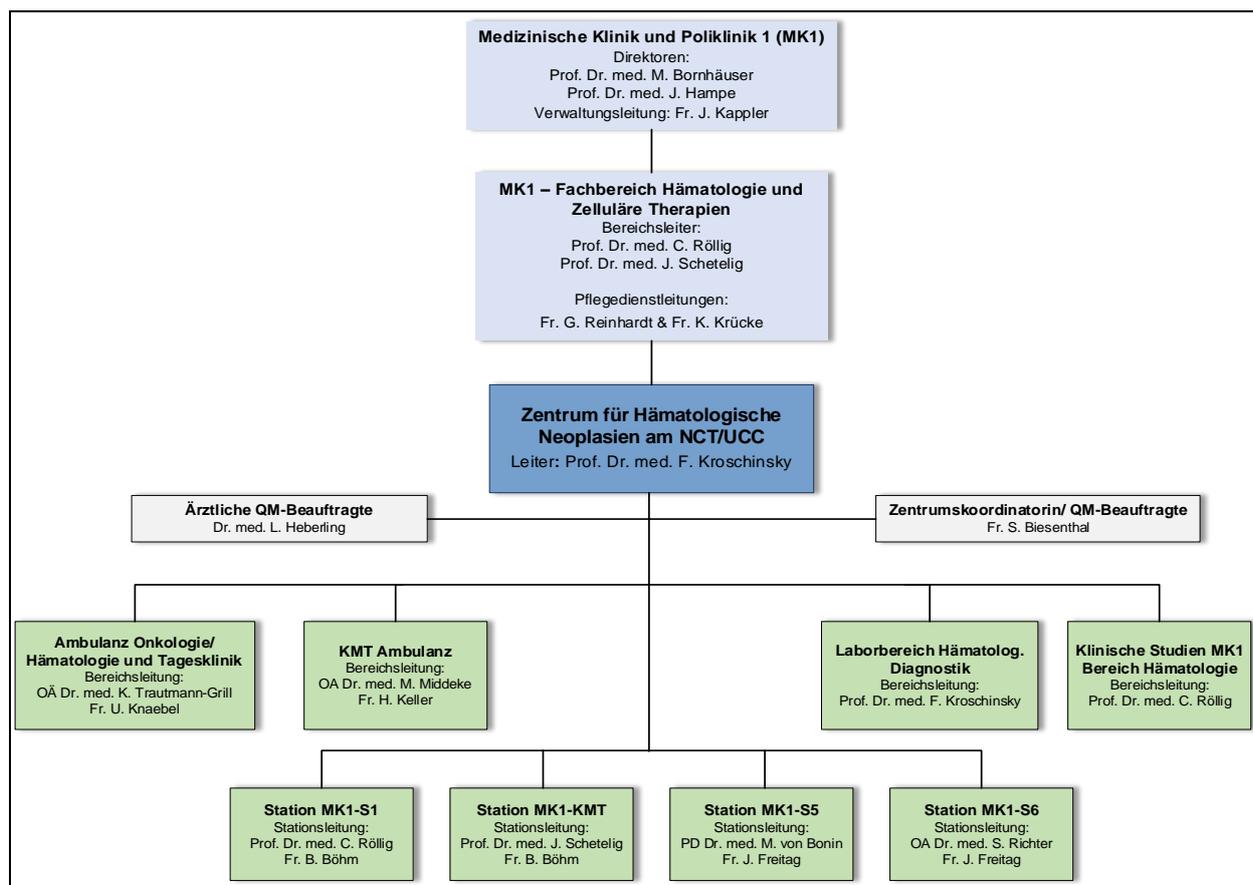
Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien (HAEZ)

Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) wurde 2020 aus den bereits bestehenden Strukturen der Medizinischen Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums Dresden gegründet und ist Teil des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC. Es erfüllt die von der Deutschen Krebsgesellschaft und von JACIE festgelegten Qualitätskriterien und verfügt über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001.

Am Zentrum für Hämatologische Neoplasien werden bösartige Erkrankungen des blutbildenden und lymphatischen Systems behandelt. Dafür sind eine hochspezialisierte Diagnostik, Therapie und Nachsorge notwendig, die mithilfe der Kompetenz von Expertinnen und Experten verschiedener Fachgebiete und modernster Technik und Infrastruktur angeboten werden kann. Für die maßgeschneiderte und personalisierte Therapie stehen dem Zentrum alle modernen Therapieverfahren zur Verfügung. Dazu gehören u.a. die Chemotherapie, Immuntherapie, zelluläre Therapieansätze wie die autologe und allogene Stammzelltransplantation und CAR-T-Zell-Therapie. Zudem ist für Patientinnen und Patienten die Teilnahme an klinischen Studien und die Inanspruchnahme von supportiven Angeboten wie z.B. einer Ernährungsberatung und psychoonkologischen Betreuung möglich.

Das Organigramm in der Abbildung 39 gibt einen Überblick über die Struktur und Kontaktpersonen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien. Neben den abgebildeten Bereichen stehen dem Zentrum weitere Kooperationspartner zur Verfügung. Zu den Hauptkooperationspartnern zählen dabei das Institut für Pathologie, das Institut und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie des Universitätsklinikums Dresden. Durch Kooperationsverträge im Sinne von Qualitätssicherungsvereinbarungen mit den Behandlungspartnern wird die Einhaltung der hohen Qualitätsanforderungen garantiert.

Abbildung 39: Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien



Die folgende Tabelle soll einen Überblick über die Qualifikationen und Funktionen der im Zentrum für Hämatologische Neoplasien tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geben.

Tabelle 43: Qualifikationsmatrix Zentrum für Hämatologische Neoplasien

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. Frank Kroschinsky	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
Chefarzt und Klinikdirektor Medizinische Klinik und Poliklinik I	Prof. Dr. Martin Bornhäuser	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
Oberärztinnen und Oberärzte	Prof. Dr. Frank Kroschinsky	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	Prof. Dr. Johannes Schetelig	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie; Palliativmedizin
	Prof. Dr. Christoph Röllig	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	PD Dr. Malte von Bonin	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	Dr. Jan Moritz Middeke	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	Dr. Stephan Richter	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie

Funktion	Name	Qualifikation
Oberärztinnen und Oberärzte	Dr. Karolin Trautmann-Grill	FÄ für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie; Palliativmedizin; Hämostaseologie
	Dr. Katja Sockel	FÄ für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
Funktionsoberärztinnen und -oberärzte	Dr. Désirée Kunadt	FÄ für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	Dr. Raphael Teipel	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
Zentrumskoordination	Sophie Biesenthal, B.Sc.	Gesundheitsmanagement
Qualitätsmanagement	Dr. Lisa Heberling	FÄ für Innere Medizin, ZB Ärztliches Qualitätsmanagement
	Sophie Biesenthal, B.Sc.	Gesundheitsmanagement
Tumordokumentation	Henriette Fritsche Erik Weise	Medizinische Dokumentationsassistenten
Pflegedienstleitungen	Gabriele Reinhardt, B.Sc.	Management für Gesundheitsfachberufe
	Katrin Krücke, B.Sc.	Gesundheitsmanagement
	Nadja Enkelmann, B.A. (stellv. PDL)	Management im Gesundheitswesen
Onkologische Fachpflege	Annett Dietrich / Bianca Böhm / Claudia Klopsch / Claudia Mohr / Cornelia König / Henrik Mittag / Daniela Mühlbauer / Ralf Haidar / Jana Büttner / Jana Kutscher / Jeanette Bittner / Sylvia Pilz / Janet Freitag / Susanne Hassler / Tobias Krüger / Yvonne Johne / Viktoria Klein / Kathleen Hartrampf / Sylvia Teichmann	Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger mit onkologischer Fachweiterbildung

Ziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien

Angelehnt an die Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums lassen sich konkrete, operative Jahresziele für das Zentrum für Hämatologische Neoplasien ableiten. Die Überprüfung und Erarbeitung erfolgt in der Regel am Anfang eines jeden Jahres im Rahmen von Jour Fixe Terminen und Qualitätszirkeln des Zentrums.

Tabelle 44: Jahresziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien 2023

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Zielerreichung
1	Erfolgreiches DKG- und DIN EN ISO-Überwachungsaudit	QMB HAEZ/ alle MA HAEZ	Die Überwachungsaudits wurden am 10. Mai 2023 erfolgreich ohne Abweichungen absolviert.
2	Erfolgreiche JACIE-Rezertifizierung	QMB Zelluläre Therapie/ alle MA Zelluläre Therapie	Das Audit fand am 24. und 25. Oktober 2023 statt. Das finale Ergebnis steht noch aus.
3	Durchführung eines internen Audits	ärztliche & nichtärztliche QMB HAEZ	Ein internes Audit wurde am 20. September 2023 in der MK1 inkl. dem HAEZ durchgeführt.
4	Etablierung einer kontinuierlichen digitalen Befragung für Zuweiserinnen und Zuweiser	QMB NCT/UCC	Die Etablierung ist Ende März erfolgt. Die Befragung ist u.a. auf der Internetseite des NCT/UCC abrufbar.

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Zielerreichung
5	Erfolgreiche Re-Akkreditierung des Laborbereichs	QMB Laborbereich/ alle MA Laborbereich	Die Re-Akkreditierung fand an mehreren Terminen 2023 erfolgreich statt. Die Auditoren haben eine Empfehlung zur Zertifikatserteilung ausgesprochen. Der finale Bericht sowie die Zertifikatserteilung stehen noch aus.
6	Einrichtung von Feedbackstelen in der Ambulanz und Tagesklinik im Haus 31	QMB HAEZ/ ZB QRM	Es wurden neue Feedbackstelen im März 2023 als Pilotprojekt etabliert, welche aus Sicherheitsproblemen später wieder abgeschafft wurden. Eine neue Stele wurde Anfang 2024 im Foyer aufgestellt.
7	Durchführung einer dreimonatigen Befragung auf den Stationen des HAEZ	QMB HAEZ, Ärztinnen & Ärzte Stationen HAEZ	Die Befragung wurde vom 27. September bis 31. Dezember 23 durchgeführt.
8	Jährliches Angebot von Veranstaltungen speziell für hämatologische Patientinnen und Patienten	MA GWT/ MA NCT/UCC/ MA HAEZ	Es wurden zwei Veranstaltungen im Jahr 2023 durchgeführt: das 6. Dresdner Myelomforum und der Patiententag des NCT/UCC inkl. dem HAEZ.
9	Projekt Aufklärung - Ziele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erstellung einer SOP „Ärztliche Aufklärung über Therapien und Interventionen im Bereich Hämatologie und Onkologie“ ▪ Erweiterung des ORBIS-Aufklärungstools um hämatologische Therapieprotokolle 	ärztliche QMB HAEZ	Die Erstellung der SOP ist erfolgt und das Orbis-Aufklärungstool wurde um hämatologische Therapieprotokolle erweitert. Neue Protokolle werden weiterhin kontinuierlich ergänzt.
10	Abschluss der Übertragung von bestehenden SOPs des Bereichs zelluläre Therapien aus dem alten System ins A-ENEIS-Handbuch	QMB HAEZ, QMB Zelluläre Therapie	Die Übertragung der SOPs konnte 2023 abgeschlossen werden.
11	Durchführung von Workshops zur Erstellung neuer und Aktualisierung bestehender SOPs zu den Krankheitsbildern des HAEZ	QMB HAEZ, Ärztinnen und Ärzte HAEZ	2023 fanden SOP-Workshops zu den Krankheitsbildern MPN und Lymphome statt.
12	Organisation regelmäßiger Termine für Reanimationstrainings, welche mehrfach im Jahr für Ärztinnen und Ärzte des HAEZ stattfinden sollen.	QMB HAEZ	Das Qualitätsziel wird für das Jahr 2024 übernommen.
13	Abschluss eines Kooperationsvertrags mit dem Eisvogel e.V.	QMB HAEZ	Das Qualitätsziel wird für das Jahr 2024 übernommen.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 10. Mai 2023 fand das zweite Überwachungsaudit des Zentrums für Hämatologische Neoplasien zur Überprüfung der Anforderungen nach DIN EN ISO 9001 statt. Im Rahmen des Audits wurde speziell für das Zentrum für Hämatologische Neoplasien ein Hinweis zum Kapitel 7.1.5 „Ressourcen zur Überwachung und Messung“ der DIN EN ISO Norm festgestellt. Hierbei ging es um die Überwachung der Kühlschranktemperaturen auf den Stationen. Aus dem identifizierten Verbesserungspotential wurden Maßnahmen abgeleitet, die in einen Maßnahmenplan einfließen

und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Zentrums für Hämatologische Neoplasien interdisziplinär und interprofessionell diskutiert und umgesetzt werden. Da das Zentrum für Hämatologische Neoplasien in den Vorjahren überdurchschnittlich gute Auditergebnisse bei der Zertifizierung nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft erzielt hat, konnte 2023 ein reduzierter Auditzyklus beantragt werden. Dies bedeutet die Durchführung einer Dokumentenprüfung anstelle eines vor Ort Audits. Dabei wurde ein insgesamt positives Auditergebnis ohne Hinweise oder Abweichungen erreicht.

Interne Audits

Interne Audits finden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien analog dem Vorgehen im Onkologischen Zentrum statt. Dabei gilt die Regelung, dass jeder Bereich des Zentrums mindestens alle zwei Jahre auditiert wird. Im Betrachtungszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2023 wurde am 20. September 2023 ein internes Audit auf den Stationen MK1-S1 und MK1-S5, in der hämatologischen Ambulanz und Tagesklinik, im Studienbereich sowie im Leitungsbereich des Zentrums für Hämatologische Neoplasien durchgeführt. Dabei wurden insgesamt sechs Hinweise festgestellt und eine Anregung durch die Auditorinnen und Auditoren gegeben, u.a. zur Optimierung der Einarbeitungsdokumente und zur Nutzung der zentralen Studiendatenbank des NCT/UCC. Abweichungen gab es keine im Geltungsbereich. Alle festgestellten Verbesserungspotentiale wurden ebenfalls in einem Maßnahmenplan überführt. Die Umsetzung der abgeleiteten Maßnahmen wird von der Qualitätsmanagementbeauftragten des Zentrums überwacht.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Zentrums für Hämatologische Neoplasien werden entsprechend den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft alle drei Jahre durchgeführt. Eine papierbasierte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser fand im Zentrum für Hämatologische Neoplasien zuletzt im Juni 2021 statt. Hierbei wurden insgesamt 87 Zuweiserinnen und Zuweiser postalisch angeschrieben und zur Zufriedenheit und Wichtigkeit zu Themen wie Kommunikation, Organisation sowie ärztliche und pflegerische Versorgung befragt. Die Rücklaufquote betrug 16%. Eine nächste Befragung ist im Juni 2024 geplant.

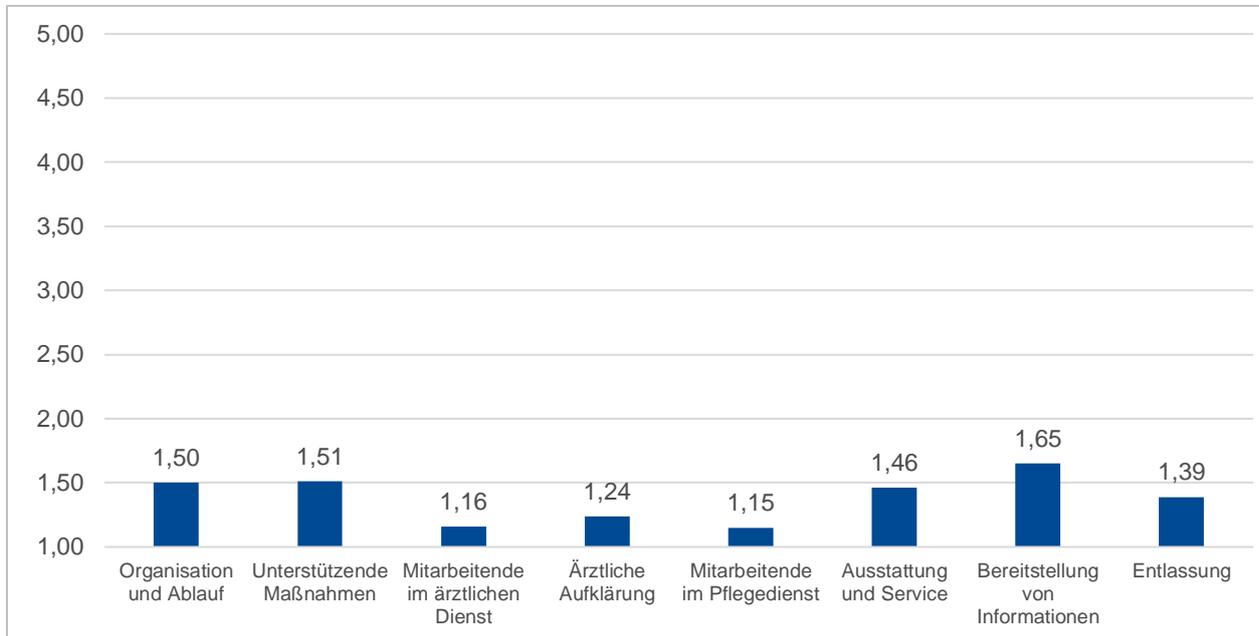
Des Weiteren wurde im Rahmen des NCT/UCC gemeinsam mit allen Organkrebszentren/Modulen eine kontinuierliche Onlinebefragung entwickelt. Dabei steht den Zuweiserinnen und Zuweisern auf der Internetseite des NCT/UCC ein QR-Code und ein Link zur Teilnahme an der Befragung zur Verfügung. Die Zuweiserinnen und Zuweiser haben zudem die Möglichkeit, über die neu eingerichtete [E-Mail](#) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche, Anregungen, Lob oder Kritik zu äußern.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten finden ebenfalls alle drei Jahre papierbasiert statt, zuletzt im Zeitraum September bis Dezember 2023. Die Rücklaufquote betrug hierbei 67,3%. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,42 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr

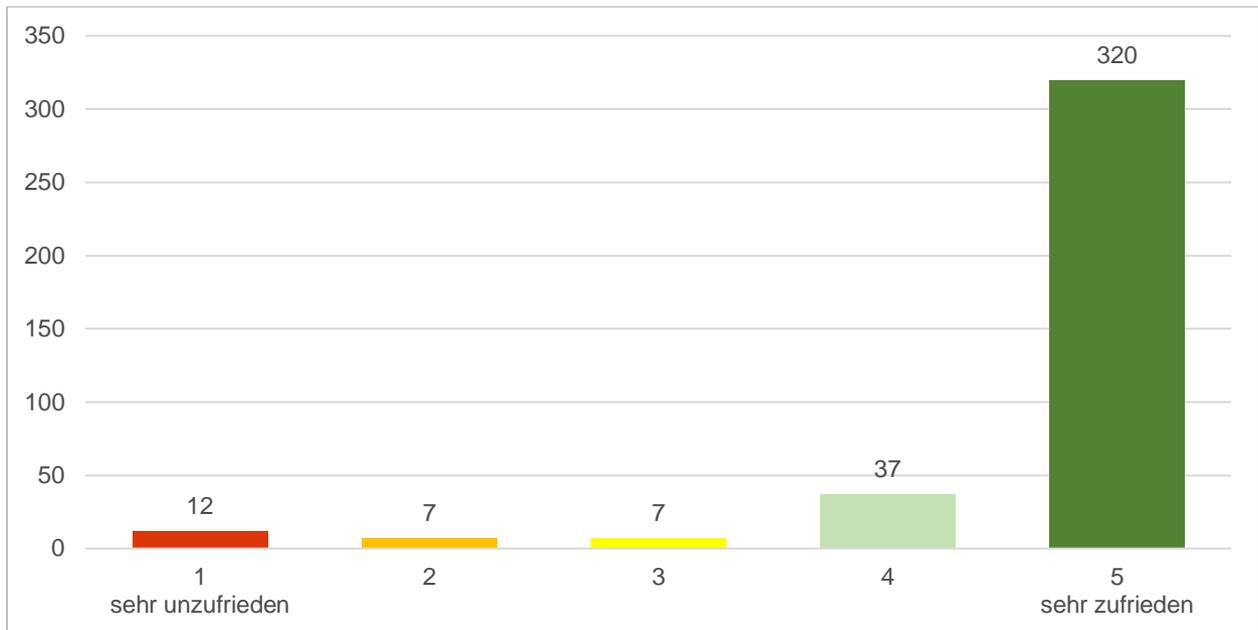
unzufrieden). Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte nach Kategorien. Zu jeder Kategorie haben die Patientinnen und Patienten mehrere Unterpunkte bewertet.

Abbildung 40: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten HAEZ 2023



Im Rahmen des UKD-weiten etablierten Ideen-, Hinweis und Beschwerdemanagements haben die Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien die Möglichkeit, ihre Anregungen, Hinweise und/oder Beschwerden über ein digitales Feedbacksystem abzugeben. Hierfür stehen den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen Tablets/Stelen sowie QR-Codes in den einzelnen Bereichen zur Verfügung. Alle eingegangenen Feedbacks werden ausgewertet und in einem Jahresbericht zusammengefasst. Für das Zentrum für Hämatologische Neoplasien sind im Jahr 2023 insgesamt **383 Feedbackmeldungen** von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen über die Tablets/Stelen eingegangen. Dabei gab es 235 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten und 148 Feedbacks von Angehörigen. Die durchschnittliche Zufriedenheit betrug 4,7 (1 = sehr unzufrieden; 5 = sehr zufrieden). Die Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 41: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit HAEZ 2023



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel

Im Zentrum für Hämatologische Neoplasien finden regelmäßig Qualitätszirkel statt, die von der Qualitätsmanagementbeauftragten des Zentrums vorbereitet und moderiert werden. Themen sind hierbei u.a. die Qualitätsziele, die Öffentlichkeitsarbeit, der aktuelle Stand von Kennzahlen, die Ergebnisse von Befragungen, Analysen sowie externen und internen Audits und die daraus resultierende Maßnahmenableitung. Es gibt einen festgelegten Personenkreis, der zu jedem Qualitätszirkel eingeladen wird. Hierbei wird berücksichtigt, dass möglichst von allen Bereichen und Berufsgruppen des Zentrums Vertreterinnen und Vertreter anwesend sind. Zum Teilnehmerkreis gehören u.a. die Zentrumsleitung, die Qualitätsmanagementbeauftragten, die Oberärztinnen und Oberärzte, die Pflegedienstleitungen und Stationsleitungen sowie Vertreterinnen und Vertreter aus den supportiven Bereichen. Themenbezogen werden auch noch weitere Personen eingeladen. Im Jahr 2023 fanden insgesamt zwei Qualitätszirkel statt.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Regelmäßig werden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien auch Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen durchgeführt. Ziel ist das Lernen aus kritischen Ereignissen, Komplikationen und Fehlern im Behandlungsablauf, um diese zukünftig verhindern zu können. Die Organisation der M&M-Konferenzen erfolgt durch die Risikomanagementbeauftragte und Qualitätsmanagementbeauftragte des HAEZ. Eingeladen werden immer alle Ärztinnen und Ärzte und pflegerische Bereichsleitungen des Fachbereiches Hämatologie und Onkologie. Je nach Fall werden auch Vertreterinnen und Vertreter anderer Fachdisziplinen und Berufsgruppen involviert und eingeladen. Die Präsentation eines Falles erfolgt immer durch einen oder mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die direkt am Behandlungsprozess beteiligt waren und zu dem kritischen Ereignis Auskunft geben können. Jede M&M-Konferenz wird mit den dazugehörigen abgeleiteten Maßnahmen protokolliert. In 2023 fanden insgesamt zwei M&M-Konferenzen statt.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Neben den zentrumsübergreifenden Fort- und Weiterbildungsangeboten des Onkologischen Zentrums bietet auch das Zentrum für Hämatologische Neoplasien regelmäßig Veranstaltungen an. Diese richten sich insbesondere an die Zuweiserinnen und Zuweiser, kooperierende Praxen und Kliniken und an die Mitarbeitenden des Zentrums sowie der anderen Bereiche des Universitätsklinikums Dresden.

Tabelle 45: Fort- und Weiterbildungsangebote HAEZ 2023

Datum	Fort- und Weiterbildung
14. Januar 2023	ASH-Nachlese
8. Februar 2023	Hämatologische Gespräche: iNHL/CLL
19. April 2023	Hämatologische Gespräche: Multiples Myelom
12. und 13. Mai 2023	4. Dresdner Hämatologie-Dialog
14. Juni 2023	ASCO-Nachlese
1. bis 3. September 2023	Dresdner Symposium Hämatologie & Onkologie
27. September 2023	Hämatologische Gespräche: AML/MDS
8. November 2023	ESMO-Nachlese
16. und 17. November 2023	AML-Academy & SAL-Herbsttagung

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des HAEZ werden zudem auch regelmäßig interne Fortbildungen organisiert, u.a. die wöchentlich stattfindenden Frühfortbildungen für die Ärztinnen und Ärzte aus dem Bereich Hämatologie und Onkologie. Des Weiteren verfügt auch die Carus Akademie am Universitätsklinikum Carl Gustav Dresden über ein umfassendes Bildungsangebot für interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Hierbei wird zum Beispiel eine regelmäßige Fortbildung für Pflegekräfte zu Applikation von Zytostatika angeboten, welche den Empfehlungen der KOK entspricht.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte werden jährlich zentrumsübergreifende Veranstaltungen im Rahmen des Onkologischen Zentrums angeboten. Dazu gehörten 2023 u.a. das Ernährungsprogramm „Let’s eat“, das Benefizkonzert „Takte gegen Krebs“ sowie Koordinations- und Krafttrainingseinheiten des Sporttherapeutischen Zentrums am NCT/UCC. Am 10. Juni 2023 fand ein zentraler Patiententag des NCT/UCC inklusive aller Organkrebszentren/Module statt. Neben zentralen Themen wie Psychoonkologie, sozialrechtliche Unterstützung, Bewegungs- und Ernährungsangebote, Vorstellung des Patientenbeirates, Einblicke in translationale Forschung und Informationen zu Studien, stellte sich auch das Zentrum für Hämatologische Neoplasien mit Vorträgen vor. Zudem wurden Führungen durch die interdisziplinäre Ambulanz, die Tagesklinik und den Forschungsbereich angeboten. Speziell für hämatologische Patientinnen und Patienten fand am 17. März 2023 das Myelom-Forum statt. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden hierbei Vorträge angeboten, die u.a. einen Überblick über das Krankheitsbild sowie aktuelle Entwicklungen und Therapieoptionen vermitteln sollten.

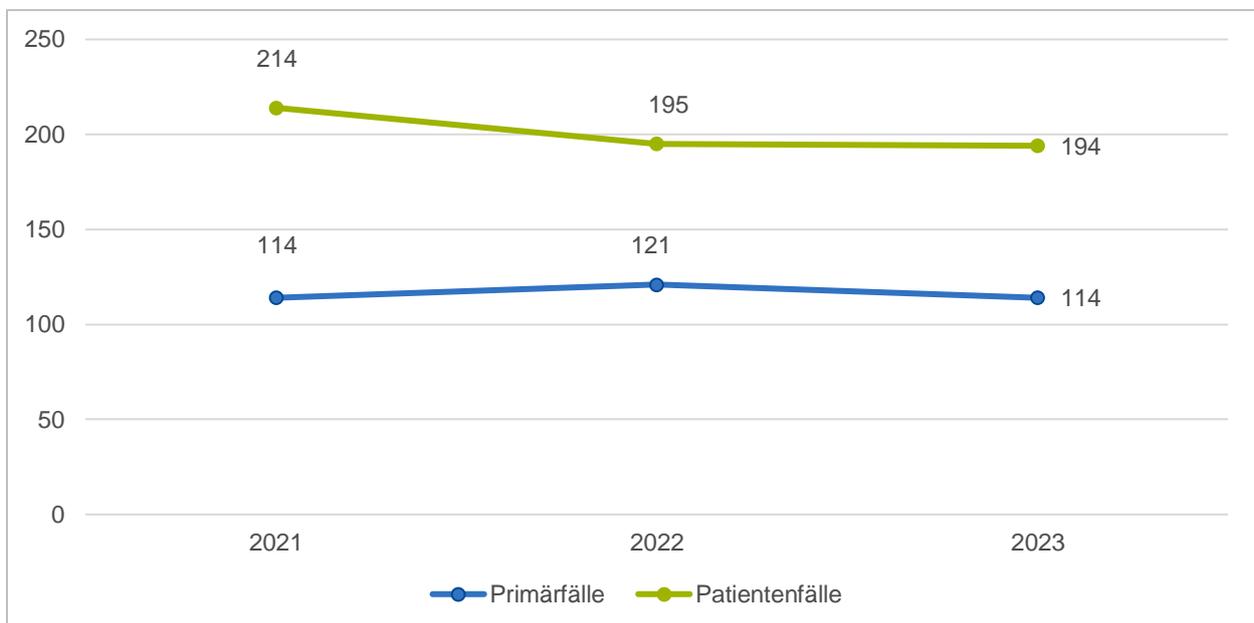
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Fallzahlen

Zertifizierte Zentren für Hämatologische Neoplasien müssen nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft pro Jahr mindestens 75 Patientenfälle mit einer hämatologischen Neoplasie betreuen. Dabei müssen die Patientinnen und Patienten laut Zählweise erstmalig im Zentrum vorstellig sein und dort wesentliche Teile der Therapie erhalten.

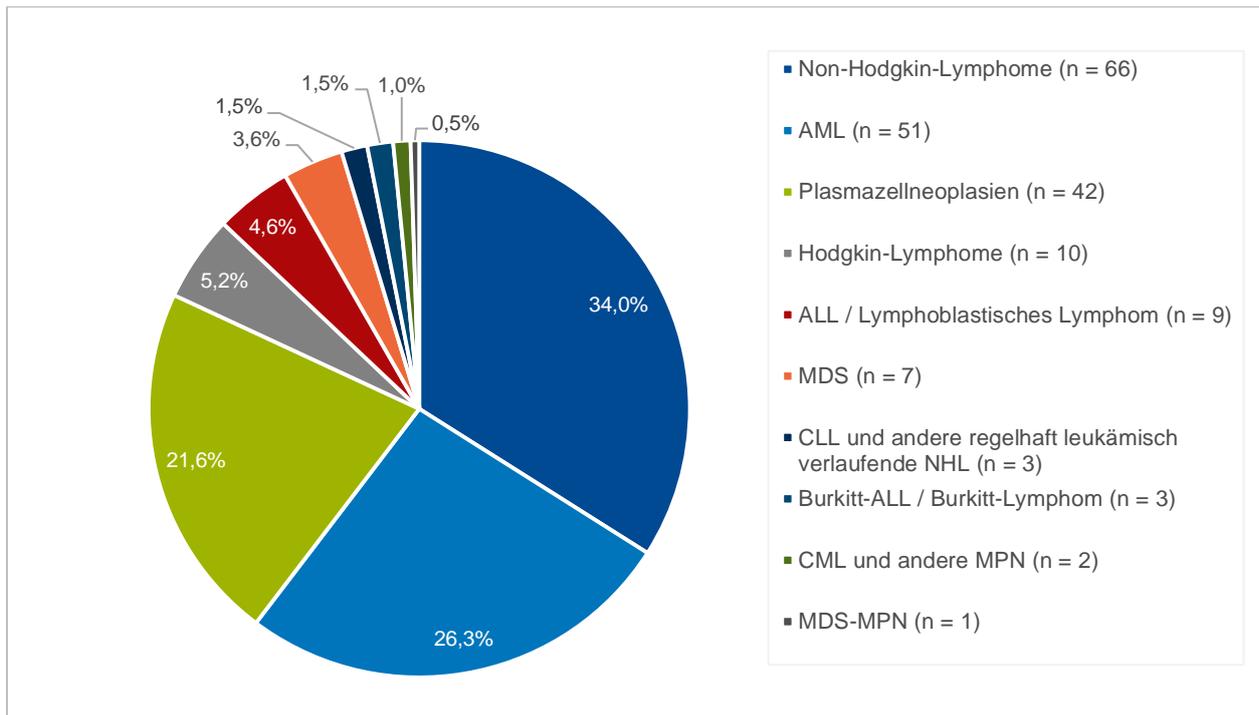
Im Betrachtungszeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2023 wurden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien am NCT/UCC insgesamt 194 Fälle erfasst. Davon stellten sich 114 Patientinnen und Patienten mit einer Erstdiagnose (= Primärfälle) im Zentrum vor. Die Fallzahlentwicklung in den letzten drei Jahren stellt sich wie folgt dar:

Abbildung 42: Fallzahlentwicklung Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2021-2023



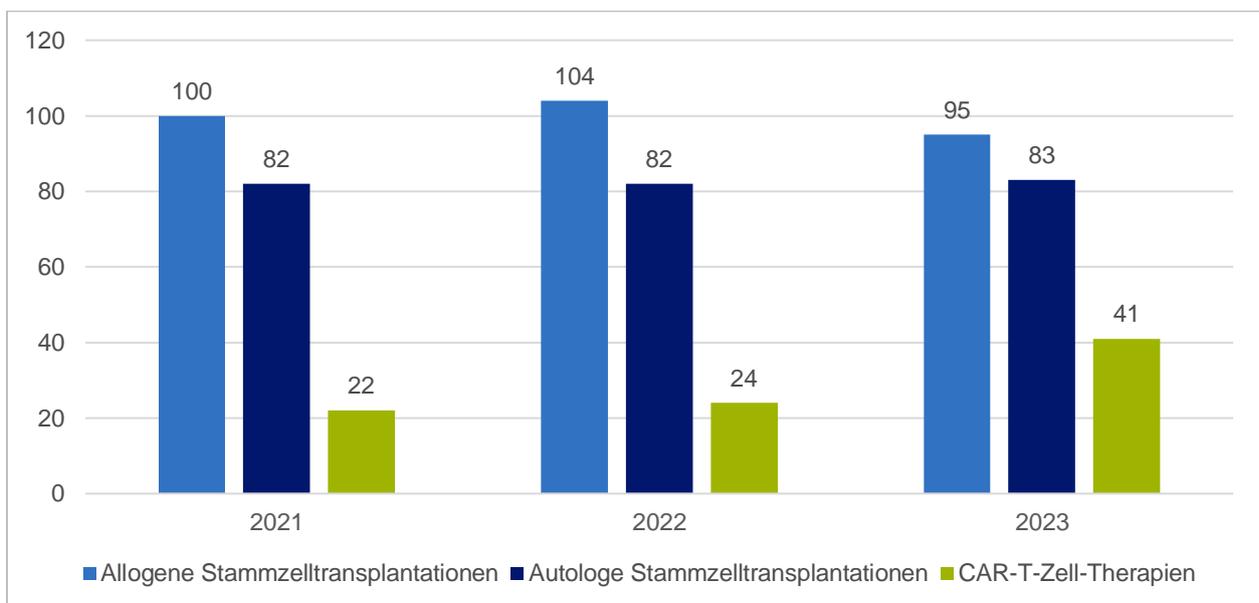
Die größte Diagnosegruppe bei den Patientenfällen stellen im Jahr 2023 die Non-Hodgkin-Lymphome mit 66 Patientinnen und Patienten dar, gefolgt von den akuten myeloischen Leukämien (AML) mit 51 Patientinnen und Patienten. Beide Gruppen machen zusammen über die Hälfte der Fälle aus. Die Gesamtverteilung der Patientenfälle nach Diagnosen ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 43: Patientenfälle nach Diagnosegruppen (n=194) HAEZ 2023



Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien bietet alle zur Verfügung stehenden zellulären Therapieverfahren am eigenen Standort an. Dazu gehören insbesondere die autologe und allogene Stammzelltransplantation und die CAR-T-Zell-Therapie. Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der durchgeführten zellulären Therapien von den Jahren 2021-2023.

Abbildung 44: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien HAEZ 2021-2023



Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird über den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC gewährleistet. Sie richtet sich als Teil des Behandlungskonzeptes des Zentrums für Hämatologische Neoplasien an Patientinnen und Patienten mit seelischen Belastungen bei Verdacht, Diagnose und Therapie einer hämatoonkologischen Erkrankung. Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und das Hornheider Screeninginstrument zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen und ein psychoonkologisches Screening erhalten haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. Der Anteil an psychoonkologischer Beratung konnte im Verlauf der letzten drei Jahre kontinuierlich gesteigert werden. Die Vorgabe der Fachgesellschaften, die eine Betreuungsquote von >10% empfehlen, wurde auch im Jahr 2023 erfüllt. Eine Steigerung der Anzahl an psychoonkologischen Screenings konnte ebenfalls erreicht werden. Die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft mit $\geq 65\%$ wurde 2023 knapp verfehlt. Maßnahmen zur Verbesserung wurden gemeinsam im Team besprochen.

Tabelle 46: Anteil psychoonkologische Betreuung und Screening HAEZ 2021-2023

	2021	2022	2023
Beratung	42,5%	50,8%	54,6%
Screening	47,2%	57,4%	62,9%

Die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung wird im Zentrum für Hämatologische Neoplasien durch die Sozialberatung ergänzt. Für das HAEZ übernehmen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Aufgaben im Bereich Sozialdienst und Rehabilitation. Der Sozialdienst ist organisatorisch der Direktion Krankenpflege des UKD zugeordnet. Alle Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien erhalten das Angebot eines Beratungsgesprächs durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate $\geq 30\%$ wurde 2023 erfüllt.

Tabelle 47: Betreuung durch den Sozialdienst HAEZ 2021-2023

	2021	2022	2023
Beratung	76,2%	79,5%	78,4%

Wartezeiten

Im Zentrum für Hämatologische Neoplasien werden die Wartezeiten über das Krankenhausinformationssystem ORBIS® erfasst. Eine Auswertung der Wartezeiten während der Sprechstunde

erfolgt stichprobenartig einmal pro Jahr über einen Zeitraum von vier Wochen. Die Vorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft von <60 Minuten während der Sprechstunde wurde 2023 erfüllt.

Tabelle 48: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung HAEZ 2021-2023

Wartezeit	2021	2022	2023
während der Sprechstunde	31 Minuten	37 Minuten	27 Minuten

Interdisziplinäres Tumorboard und Fallbesprechungen

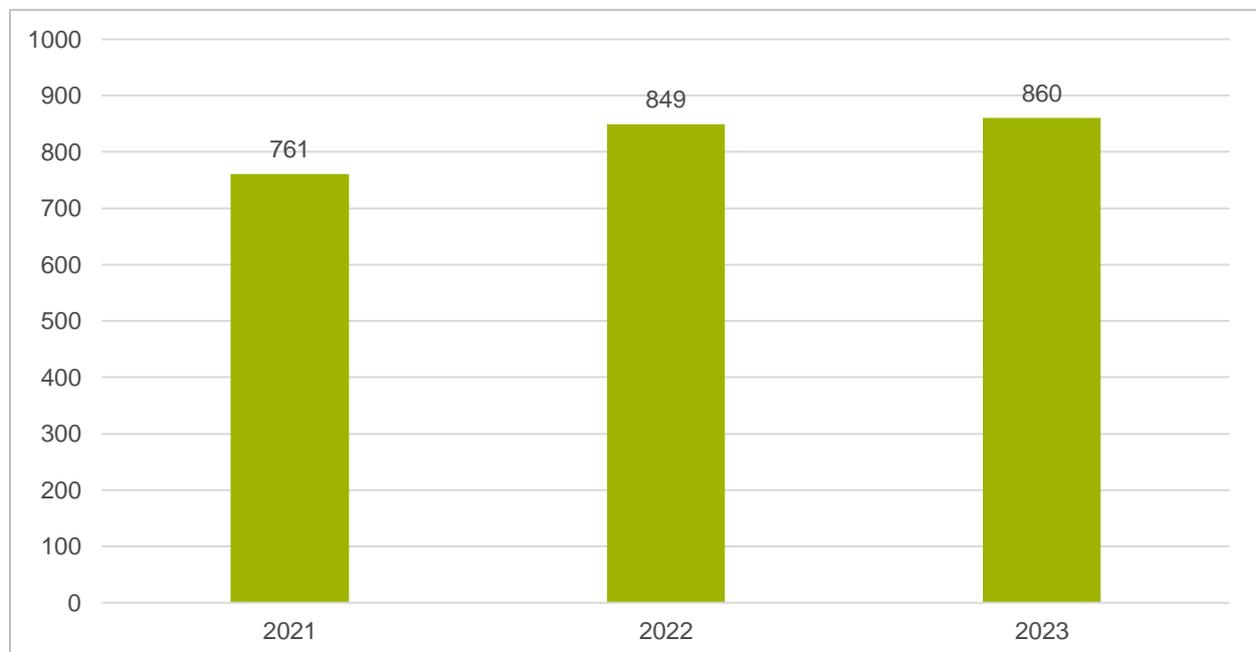
In den interdisziplinären Tumorboards und Fallbesprechungen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien werden für die Patientinnen und Patienten individuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie erarbeitet. Dabei ist es Ziel, dass alle Patientinnen und Patienten zu Beginn prätherapeutisch in einem der Boards oder in der Fallbesprechung vorgestellt werden. Insgesamt wurden im HAEZ 2023 85 Tumorboards und 165 Fallbesprechungen durchgeführt.

Tabelle 49: Anzahl durchgeführter Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2023

Hämatologische Tumorboards	Hämatologische Studien-Tumorboards	Tumorboards Zelluläre Therapie CCI-CD	Fallbesprechungen
48	18	19	165

Im Jahr 2023 wurden im Rahmen der Tumorboards und Fallbesprechungen des HAEZ insgesamt 860 Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie erarbeitet. Dabei zeigt sich im Drei-Jahres-Vergleich ein kontinuierlicher Anstieg bei den Fallvorstellungen.

Abbildung 45: Entwicklung der Fallvorstellungen gesamt in den Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2021-2023



Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität wird jährlich eine zufällige Stichprobe der Beschlüsse aus dem hämatologischen Tumorboard auf inhaltliche Umsetzung geprüft. Methodisch wird dabei eine Stichprobe von 25% der besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: 10/22-09/23) randomisiert gezogen.

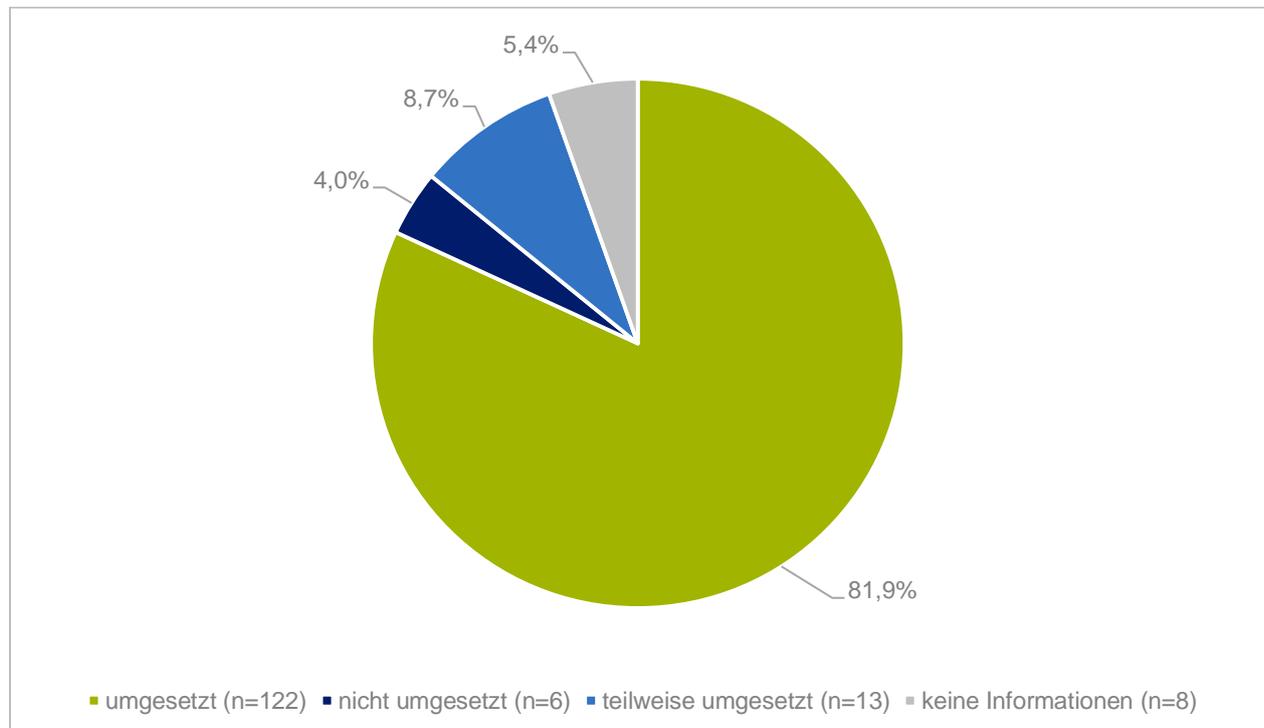
Für das hämatologische Tumorboard wurden dabei 149 Beschlüsse von insgesamt 109 Patientinnen und Patienten überprüft (siehe Abbildung 46). Die Prüfung erfolgte anhand der Krankenakten im ORBIS® und der Eintragungen im Tumordokumentationssystem UCC-TDS.

Von den 149 Tumorboardbeschlüssen wurden 122 vollständig umgesetzt. Bei acht Beschlüssen liegen keine Informationen zum weiteren Behandlungsverlauf vor. 13 Beschlüsse wurden teilweise umgesetzt. Gründe hierfür sind z.B. die externe Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten, neue medizinische Erkenntnisse und die Verschlechterung des Allgemeinzustands der Patientinnen und Patienten.

Sechs Beschlüsse wurden nicht umgesetzt. Ursächlich hierfür sind in einem Fall die externe Weiterbehandlung, bei einer Patientin/einem Patienten die Verschlechterung des Allgemeinzustands und eine Patientin/ein Patient verstarb vor der Umsetzung der Therapieempfehlung. Bei drei Fällen lagen neue medizinische Erkenntnisse vor, wobei zwei Beschlüsse revidiert und im Tumorboard eine angepasste Empfehlung ausgesprochen wurde.

Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Zentrums für Hämatologische Neoplasien konnten keine kritischen Ereignisse festgestellt werden. Die interne Sollvorgabe des Onkologischen Zentrums, welche einen Erfüllungsgrad von $\geq 80\%$ vorsieht, wird im hämatologischen Tumorboard erreicht.

Abbildung 46: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance HAEZ 2023



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Zentren für Hämatologische Neoplasien umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in Tabelle 51 zusammengefasst. Von 18 obligatorischen Kennzahlen wurden 15 im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt, während bei drei Kennzahlen die Sollvorgabe 2023 nicht erreicht werden konnte.

Tabelle 50: Datenqualität DKG-Kennzahlen Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2023

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
66,67%	16,67%	16,67%

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien ist die Teilnahme an klinischen Studien möglich. Unter Vorliegen entsprechender Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien kann somit der Zugang zu innovativen Therapiestrategien, die über die Standardversorgung hinausgehen, realisiert werden. In klinischen Prüfungen werden diese Therapieansätze an einer größeren Anzahl von Patientinnen und Patienten geplant, geprüft und ausgewertet. Voraussetzung für die Zulassung einer Therapie ist eine erfolgreiche Studiendurchführung in drei Phasen. In einer weiteren, vierten Studienphase werden seltenere Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten mit Zuhilfenahme eines größeren Kreises an Patientinnen und Patienten untersucht.

Das HAEZ bietet die Teilnahme an klinischen Phase I-IV Studien sowie an nicht-interventionellen Studien/Anwendungsbeobachtungen an und ist diesbezüglich als koordinierende Studienzentrale bundesweit vernetzt (www.aml-germany.com). Neben der Teilnahme als Prüfzentrum an zahlreichen pharmazeutischen und akademischen Studien zu nahezu allen hämatologischen Krankheiten werden auch eigene Studien organisiert, in denen die Technische Universität Dresden als Sponsor fungiert.

Gemäß den Vorgaben der ICH-GCP Guideline E6 „Grundsätze der Guten Klinischen Praxis“ wurde ein standardisiertes Qualitätsmanagement aufgebaut, welches kontinuierlich verbessert und weiterentwickelt wird. Die regelmäßige Schulung und Fortbildung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist Voraussetzung für die Qualitätssicherung bei der Durchführung aller notwendigen Prozesse hinsichtlich Studienplanung und Studiendurchführung.

Im Jahr 2023 waren 55 Studien zur Rekrutierung von hämatologischen Patientinnen und Patienten geöffnet, wobei insgesamt 260 Studieneinschlüsse erfolgten. Dabei konnten 37% der Patientenfälle des Zentrums für Hämatologische Neoplasien in eine Studie eingeschlossen werden (einmalige Zählung jedes Falls; abweichend zur Zählweise der DKG).

Tabelle 51: Studienquote Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2021-2023

	2021	2022	2023
Patientenfälle mit Studieneinschluss (Zähler)	84	90	71
Patientenfälle (Nenner)	214	195	194
Studienquote	39%	46%	37%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien aus organisatorischen Gründen unter „Medizinische Klinik 1“ aufgeführt sind.

Bornhäuser M, Schliemann C, Schetelig J, Röllig C, Kramer M, Glass B, Platzbecker U, Burchert A, Hänel M, Müller LP, Klein S, Bug G, Beelen D, Rösler W, Schäfer-Eckart K, Schmid C, Jost E, Lenz G, Tischer J, Spiekermann K, Pfirrmann M, Serve H, Stölzel F, Alakel N, Middeke JM, Thiede C, Ehninger G, Berdel WE, Stelljes M. **Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation vs Standard Consolidation Chemotherapy in Patients With Intermediate-Risk Acute Myeloid Leukemia: A Randomized Clinical Trial.** JAMA Oncol. 2023 Apr 1;9(4):519-526. doi: 10.1001/jamaoncol.2022.7605. PMID: 36757706; PMCID: PMC9912165.

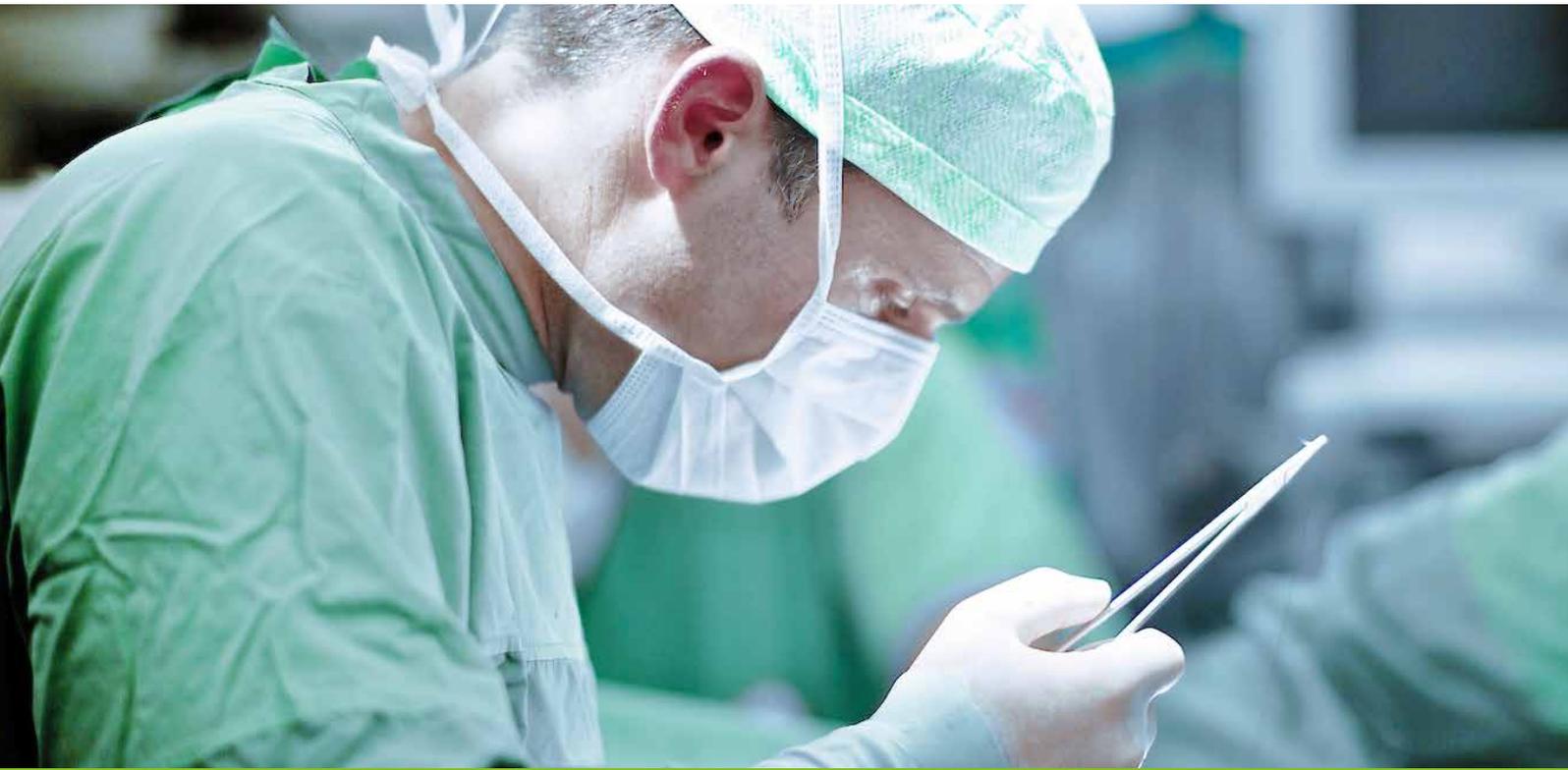
Eckardt JN, Stasik S, Röllig C, Sauer T, Scholl S, Hochhaus A, Crysandt M, Brümmendorf TH, Naumann R, Steffen B, Kunzmann V, Einsele H, Schaich M, Burchert A, Neubauer A, Schäfer-Eckart K, Schliemann C, Krause SW, Herbst R, Hänel M, Hanoun M, Kaiser U, Kaufmann M, Ráčil Z, Mayer J, Cerqueira T, Kroschinsky F, Berdel WE, Serve H, Müller-Tidow C, Platzbecker U, Baldus CD, Schetelig J, Siepmann T, Bornhäuser M, Middeke JM, Thiede C. **Alterations of cohesin complex genes in acute myeloid leukemia: differential co-mutations, clinical presentation and impact on outcome.** Blood Cancer J. 2023 Jan 24;13(1):18. doi: 10.1038/s41408-023-00790-1. PMID: 36693840; PMCID: PMC9873811.

Liebers N, Bruch PM, Terzer T, Hernandez-Hernandez M, Paramasivam N, Fitzgerald D, Altmann H, Roider T, Kolb C, Knoll M, Lenze A, Platzbecker U, Röllig C, Baldus C, Serve H, Bornhäuser M, Hübschmann D, Müller-Tidow C, Stölzel F, Huber W, Benner A, Zenz T, Lu J, Dietrich S. **Ex vivo drug response profiling for response and outcome prediction in hematologic malignancies: the prospective non-interventional SMARTrial.** Nat Cancer. 2023 Dec;4(12):1648-1659. doi: 10.1038/s43018-023-00645-5. Epub 2023 Oct 2. PMID: 37783805; PMCID: PMC10733146.

Frank D, Patnana PK, Vorwerk J, Mao L, Gopal LM, Jung N, Hennig T, Ruhnke L, Frenz JM, Kuppusamy M, Autry R, Wei L, Sun K, Mohammed Ahmed HM, Künstner A, Busch H, Müller H, Hutter S, Hoermann G, Liu L, Xie X, Al-Matary Y, Nimmagadda SC, Cano FC, Heuser M, Thol F, Göhring G, Steinemann D, Thomale J, Leitner T, Fischer A, Rad R, Röllig C, Altmann H, Kunadt

D, Berdel WE, Hüve J, Neumann F, Klingauf J, Calderon V, Opalka B, Dührsen U, Rosenbauer F, Dugas M, Varghese J, Reinhardt HC, von Bubnoff N, Möröy T, Lenz G, Batcha AMN, Giorgi M, Selvam M, Wang E, McWeeney SK, Tyner JW, Stölzel F, Mann M, Jayavelu AK, Khandanpour C. **Germ line variant GFI1-36N affects DNA repair and sensitizes AML cells to DNA damage and repair therapy.** Blood. 2023 Dec 21;142(25):2175-2191. doi: 10.1182/blood.2022015752. PMID: 37756525; PMCID: PMC10733838.

Georgi JA, Stasik S, Eckardt JN, Zukunft S, Hartwig M, Röllig C, Middeke JM, Oelschlägel U, Krug U, Sauer T, Scholl S, Hochhaus A, Brümmendorf TH, Naumann R, Steffen B, Einsele H, Schaich M, Burchert A, Neubauer A, Schäfer-Eckart K, Schliemann C, Krause SW, Hänel M, Noppeney R, Kaiser U, Baldus CD, Kaufmann M, Müller-Tidow C, Platzbecker U, Berdel WE, Serve H, Ehninger G, Bornhäuser M, Schetelig J, Kroschinsky F, Thiede C; Study Alliance Leukemia (SAL). **UBTF tandem duplications are rare but recurrent alterations in adult AML and associated with younger age, myelodysplasia, and inferior outcome.** Blood Cancer J. 2023 May 26;13(1):88. doi: 10.1038/s41408-023-00858-y. PMID: 37236968; PMCID: PMC10220021.



Viszeralonkologisches Zentrum



NATIONALES CENTRUM FÜR
TUMORERKRANKUNGEN DRESDEN
UNIVERSITÄTS KREBSCENTRUM UCC

Viszeralonkologisches Zentrum

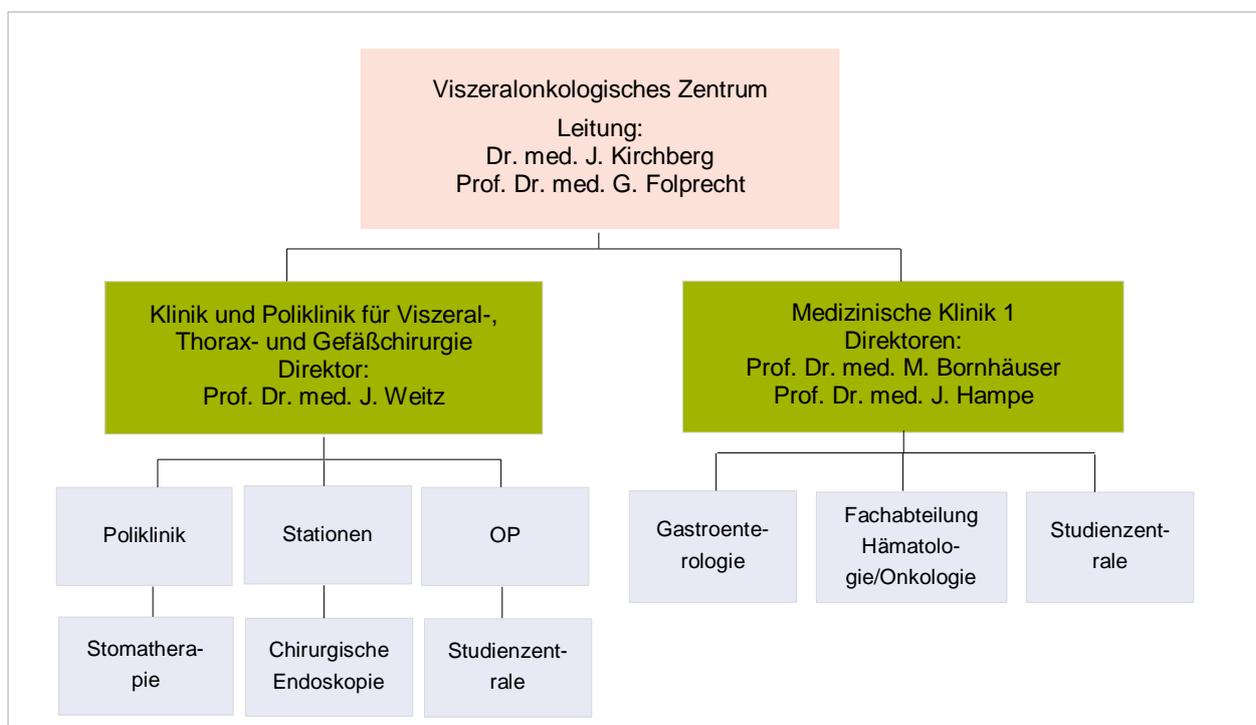
Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums (VOZ)

Die optimale Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen bedarf der höchsten medizinischen und pflegerischen Qualität und einer stetigen Aktualisierung und Anpassung der Therapie an neueste Standards und Forschungsergebnisse.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurde im Jahr 2013 durch die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und der Medizinischen Klinik 1 des Universitätsklinikums Dresden das Viszeralonkologische Zentrum (VOZ) gegründet. Es ist Teil des Nationalen Centruns für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) und erfüllt die von der Deutschen Krebsgesellschaft festgelegten Qualitätskriterien. Seit April 2014 trägt das Viszeralonkologische Zentrum die Auszeichnung "Viszeralonkologisches Zentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.". Zusätzlich verfügt das Viszeralonkologische Zentrum über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001. Unter dem Dach des Viszeralonkologischen Zentrums sind fünf spezialisierte Organkrebszentren etabliert: Darmkrebszentrum, Pankreaskarzinomzentrum, Magenkrebszentrum, Leberkrebszentrum sowie Speiseröhrenkrebszentrum.

Das Viszeralonkologische Zentrum besteht aus einer Gruppe von Expertinnen und Experten verschiedenster Fachdisziplinen, welches es sich zum Ziel gesetzt hat, durch standardisierte Diagnostik, Therapie und Nachsorge, Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen des Gastrointestinaltraktes, der Speiseröhre und der Leber- oder Bauchspeicheldrüse optimal zu betreuen. Die erfolgreiche Behandlung dieser Tumore muss interdisziplinär und individuell auf die Patientinnen und Patienten abgestimmt erfolgen.

Abbildung 47: Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums



Voraussetzung für die hochwertige Qualität bei der Leistungserbringung im Viszeralonkologischen Zentrum ist die Beschäftigung und stetige Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem Personal. Im Viszeralonkologischen Zentrum ist Personal eingebunden, welches über verschiedene Qualifikationen verfügt.

Tabelle 52: Qualifikationsmatrix Viszeralonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Dr. med. J. Kirchberg	FÄ für Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie, EBSQ, FEBS
	Prof. Dr. med. G. Folprecht	FA für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin
Hauptoperateur	Prof. Dr. med. J. Weitz	FA für Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Weiterbildung spezielle chirurgische Intensivmedizin
	Prof. Dr. med. M. Distler	FA für Chirurgie und Viszeralchirurgie; Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie, MHBA
	Prof. Dr. med. C. Riediger	FÄ für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie; Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie, MSc
Pflegedienstleitungen	Cornelia Büttner	Fachwirtin Gesundheits- und Sozialwesen
	Nadja Enkelmann, B.A.	Management im Gesundheitswesen
Onkologische Fachpflegekräfte	Sven Scharte / Ulrike Röhle / Cornelia König / Tobias Krüger	Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit onkologischer Fachweiterbildung
Stomatherapeutinnen und -therapeuten	Frau P. Michalczyk	Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin, zertifizierte Stomafachkraft und Praxisanleiterin
	Frau B. Passek	zertifizierte Stomafachkraft und Fachtherapeutin Wunde (ICW)
	Herr M. Helm	Fachtherapeut Wunde (ICW)
	Frau N. Becker	Wundexpertin (DEKRA)
	Frau J. Walter	Wundexpertin (ICW).
Tumordokumentation	Frau N. Bartsch	Medizinische Dokumentationsassistentin
Zentrumskoordination/Qualitätsmanagement	Frau K. Noack	M.A. Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, interne Auditorin

Ziele des Viszeralonkologischen Zentrums

In Anlehnung an die übergeordnete Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC werden jährlich für das Viszeralonkologische Zentrum operative Qualitätsziele formuliert. Die Festlegung der Ziele mit Benennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzung erfolgt in der Regel zu Beginn eines jeden Jahres in der Strategiekonferenz des Viszeralonkologischen Zentrums. Die Qualitätsziele werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den benannten Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 53: Jahresziele des Viszeralonkologisches Zentrum 2023

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Zielerreichung
1	Beteiligung am Patiententag des NCT/UCC am 10. Juni 2023	Leitung VOZ / QMB VOZ	Das VOZ hat sich zum Patiententag mit Vorträgen präsentiert.
2	Abschluss des Kooperationsvertrages mit der Deutschen ILCO.	Leitung VOZ	Der Entwurf liegt vor. Die Unterzeichnung steht aus.
3	Etablierung einer kontinuierlichen digitalen Befragung der Patientinnen und Patienten	QMB VOZ	Die Befragung wurde im September 2023 freigeschalten.
4	Etablierung des QR-Codes zur kontinuierlichen Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser auf den Tumorboardprotokollen.	QMB VOZ	QR-Code ist auf den Tumorboardbeschlüssen integriert.
5	Steigerung der Patientenstichprobe zur Evaluation der Tumorboardcompliance von 10% auf 25%.	QMB VOZ	Die Stichprobe wurde auf 25% erhöht.
6	Erfolgreiches Überwachungsaudit	MA VOZ	Das Überwachungsaudit wurde im Mai 2023 erfolgreich abgeschlossen.
7	Komplikationserfassung der Stomatherapie über UCC-TDS	QMB VTG / Leitung Klinisches Krebsregister NCT/UCC	Erfassung über das UCC-TDS ist eingerichtet.
8	Durchführung von internen Audits in den Bereichen des VOZ	Leitung VOZ / QMB VOZ	Das interne Audit wurde am 29. November 2023 durchgeführt.
9	Kontinuierliches Reporting der Kennzahlen aus den Vorgaben der DKG.	QMB VOZ	Ist kontinuierlich in den Jour Fixe Terminen erfolgt.
10	Durchführung von Workshops, Qualitätszirkel und M&M-Konferenzen	Leitung VOZ / QMB VOZ	Workshops, Qualitätszirkel und M&M-Konferenzen wurden durchgeführt.
11	Dokumentation der M&M-Konferenzen über das Organisationshandbuch AENEIS.	QMB VOZ	Die M&M-Konferenzen wurden 2023 in AENEIS angelegt und dokumentiert.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 9. und 10. Mai 2023 fand das Überwachungsaudit des Viszeralonkologischen Zentrums statt. Das Audit wurde analog des Onkologischen Zentrums als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 durchgeführt. Im Rahmen des Audits wurde seitens der Zertifizierungsgesellschaft OnkoZert eine Abweichung definiert. Diese bezog sich auf die nicht erreichten notwendigen Leistungszahlen eines benannten koloskopierenden Diagnostikers. Eine entsprechende Stellungnahme zur Behebung der Abweichung wurde von OnkoZert positiv bewertet. Für das Kennzahlenjahr 2023 wird diese Kennzahl erfüllt. Weiterhin wurden insgesamt aus beiden Zertifizierungsverfahren fünf Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche Validierung, Rückverfolgbarkeit, Nachbefundung externer radiologischer Befunde, Informationsvermittlung im Bereich der Selbsthilfegruppen sowie die Ernährungsberatung betreffen. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet, mit den Verantwortlichen besprochen und in einen Maßnahmenplan mit Nennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzung überführt. Die Umsetzung der Maßnahmen wird überwacht, regelmäßig überprüft und dokumentiert.

Interne Audits

In regelmäßigen Abständen, aber mindestens einmal jährlich, findet im Viszeralonkologischen Zentrum ein internes Audit statt. Die Planung und Durchführung erfolgen analog dem Verfahren im Onkologischen Zentrum. Das letzte interne Audit fand am 29. November 2023 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden die chirurgische Station VTG-S1, die chirurgische Poliklinik-Tagesklinik, das Zentrale Patientenmanagement und die chirurgische Endoskopie auditiert. Das interne Audit beinhaltete Fragen zu den verschiedenen Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen, beispielsweise zum Personalmanagement, Risikomanagement, Patientenmanagement oder zum Umgang mit den Betäubungsmitteln. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurden acht Hinweise u. a. zu Personalausreibungen oder zur Digitalisierung der Patientenakten dokumentiert. Analog der externen Audits werden auch für die internen Audits aus den Hinweisen Maßnahmen abgeleitet und in einen Maßnahmenplan überführt. Die Überprüfung der Umsetzung erfolgt regelmäßig.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser wurden im Viszeralonkologischen bisher aller drei Jahre durchgeführt. Die letzte Befragung für das VOZ fand im IV. Quartal 2020 statt. Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren die Zuweiserinnen und Zuweiser, die im Jahr 2019/2020 Primär- und Rezidivpatientinnen und -patienten in das Viszeralonkologische Zentrum überwiesen haben. Die Rücklaufquote betrug 23%.

Eine Befragung aller Zuweiserinnen und Zuweiser der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie wurde im März 2022 durchgeführt. Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren hier alle Zuweisenden der VTG-Ambulanz, die pro Jahr kontinuierlich (seit 2018) mindestens vier Patientinnen und Patienten in die VTG überwiesen haben. Die Befragung erfolgte postalisch. Befragt wurden 578 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Die Rücklaufquote betrug 12%.

Seit Januar 2023 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern des Viszeralonkologischen Zentrums auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Bei der Teilnahme an der Befragung muss das zu bewertende Zentrum ausgefüllt werden, so dass auch eine Zuordnung zum Viszeralonkologischen Zentrum möglich ist. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete [E-Mailadresse](#) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche, Anregungen, Lob oder Kritik zu äußern.

Eine zusätzliche papierbasierte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Viszeralonkologischen Zentrums ist für das Jahr 2024 geplant.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen der Patientinnen und Patienten finden im Viszeralonkologischen Zentrum ebenfalls aller drei Jahre statt. Die letzte Befragung wurde im vierten Quartal 2021 durchgeführt. Die Rücklaufquote gesamt betrug 50,6%. Bezogen auf die Tumorpatientinnen und -patienten betrug die Rücklaufquote 55,6%.

Seit September 2023 steht auch den Patientinnen und Patienten eine kontinuierliche digitale Zufriedenheitsbefragung auf der Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Den QR-Code sowie den Link zur Befragung finden die Patientinnen und Patienten auch in den Patientenmappen des Viszeralonkologischen Zentrums, welche allen Patientinnen und Patienten bei Entlassung ausgehändigt wird. Eine zusätzliche papierbasierte Befragung über einen Zeitraum von drei Monaten ist für 2024 geplant.

Die Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums haben zudem die Möglichkeit, über die zentrale [E-Mailadresse](#) oder über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen des Universitätsklinikums über ein Tablet/Stele oder einen QR-Code etabliert ist, ihre Hinweise und/oder Beschwerden abzugeben. Das digitale Feedbacksystem wurde im August 2023 von Sayway auf Redcap umgestellt.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Jour Fixe

Im Viszeralonkologischen Zentrum finden regelmäßig Jour fixe Termine mit der Zentrumsleitung, der medizinischen Dokumentationsassistentin, der QMB der VTG und der QMB des VOZ statt. Themenabhängig werden weitere Berufsgruppen und Fachdisziplinen eingeladen. In vier Jour fixe Terminen im Jahr 2023 wurden gemeinsam der aktuelle Stand der Kennzahlen analysiert, Änderungen der Erhebungs- und Kennzahlenbögen vorgestellt und deren Umsetzung geprüft, die Umsetzung der Maßnahmen aus den internen und externen Audits diskutiert und strategische Themen besprochen. Des Weiteren wurde die Umsetzung der Ziele aus dem Jahr 2023 thematisiert.

Workshops

Im Viszeralonkologischen Zentrum am NCT/UCC finden jährlich mindestens zwei interdisziplinäre Workshops zur Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien/SOPs unter Berücksichtigung des aktuellen Wissenstandes, aktueller Leitlinien und aktueller Studienprotokolle statt. Im Jahr 2023 wurde im März ein interdisziplinärer Workshop zur Evaluation der Darmkrebspatientinnen und -patienten mit totaler neoadjuvanter Therapie und Watch&Wait durchgeführt. Ein weiterer Workshop fand am 25. Oktober 2023 zum Gallenblasen- und Gallenwegskarzinom statt. Das Ernährungsmanagement stand im Mittelpunkt des Workshops am 18. April 2023.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Mindestens zweimal jährlich finden im Viszeralonkologischen Zentrum M&M-Konferenzen statt. Im Jahr 2023 fanden diese am 26. September und 14. November 2023 statt. Besprochen wurden insgesamt drei Patientinnen und Patienten mit komplikativem Verlauf und postoperativer Mortalität. Die M&M-Konferenzen werden seit 2023 im Organisationshandbuch AENEIS dokumentiert.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Viszeralonkologischen Zentrum finden regelmäßig Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen statt, welche für Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zugänglich sind. In der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie finden regelmäßig klinische Abende zu verschiedenen Themen statt. Zudem findet einmal jährlich das VTG-Symposium statt.

Über die Medizinische Klinik 1 findet einmal jährlich das Dresdner Symposium für Hämatologie und Onkologie sowie das Update Hämatologie/Onkologie statt.

Fort- und Weiterbildungen des Viszeralonkologischen Zentrums 2023:

- 1. Februar 2023: Klinischer Abend: Funktionelle Chirurgie
- 23. und 24. Juni 2023: Update Hämatologie/Onkologie
- 1. bis 3. September 2023: Dresdner Symposium für Hämatologie und Onkologie
- 9. Dezember 2023: VTG-Symposium zum Thema: 20 Jahre Krebszentrum Dresden.

Über die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie werden weiterhin jährlich OP-Kurse im Rahmen der Dresden School of Surgical Oncology angeboten. Diese richten sich primär an erfahrene Chefärztinnen und -ärzte und Oberärztinnen und -ärzte der Viszeralchirurgie, die bereits über Basiskenntnisse oder fortgeschrittene Kenntnisse verfügen. Es werden OP-Kurse zur Pankreas-, Magen-, Leber- und Rektumchirurgie angeboten.

Informationen zu diesen Veranstaltungen erhalten Interessierte über die Internetseiten der beiden Kliniken des VOZ sowie des NCT/UCC. Einen Hinweis auf die nächsten Fortbildungsveranstaltungen erhalten die Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Kooperationspartner auch über die Wissenschaftszeitschrift „Krebs im Focus“ des NCT/UCC, in der die Fortbildungsveranstaltungen veröffentlicht sind.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten werden über das Viszeralonkologische Zentrum und zentral durch das NCT/UCC angeboten. Der erste zentrale Patiententag des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC fand unter Beteiligung des Viszeralonkologischen Zentrums am 10. Juni 2023 statt. Neben allgemeinen Vorträgen zur translationalen Forschung, zu den unterstützenden Angeboten und der Vorstellung des Patientenbeirats des NCT/UCC erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen der Vorstellung des Viszeralonkologischen Zentrums Einblick in die Roboterchirurgie bei gastrointestinalen Tumoren. Zudem wurde die Immuntherapie und pflanzliche Wirkstoffe in der Krebsbehandlung thematisiert.

In der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie fand im Rahmen des Welt-Pankreastag am 16. November 2023 eine weitere Veranstaltung für Patientinnen und Patienten statt. Themen waren u.a. neue Biomarker beim Pankreaskarzinom oder neue systemtherapeutische Ansätze für das Pankreaskarzinom. Am 7. November fand ein Kochkurs - gesunde Ernährung bei Bauchspeicheldrüsenkrebs statt.

Das Präventions- und Sporttherapeutische Zentrum des NCT/UCC bietet jährlich verschiedene Veranstaltungen und Workshops rund um das Thema Krebs an, die sich auch an die Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums richten. So konnte das Ernährungsprogramm ‚Let’s eat‘ im Jahr 2023 zweimal durchgeführt werden. Es wurde mit acht Veranstaltungsterminen im Online-Format realisiert. Das Sporttherapeutische Zentrum am NCT/UCC konnte 2023, neben individuellen Bewegungsberatungen, wöchentlich drei Kurse zum Koordinations- und Krafttraining anbieten. Das offene Patienten-Café bot vier Veranstaltungen zu den Themen Sozialberatung und Sporttherapeutisches Zentrum an. Im Rahmen des offenen Patienten-Café fand im Dezember das Weihnachtskonzert statt.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

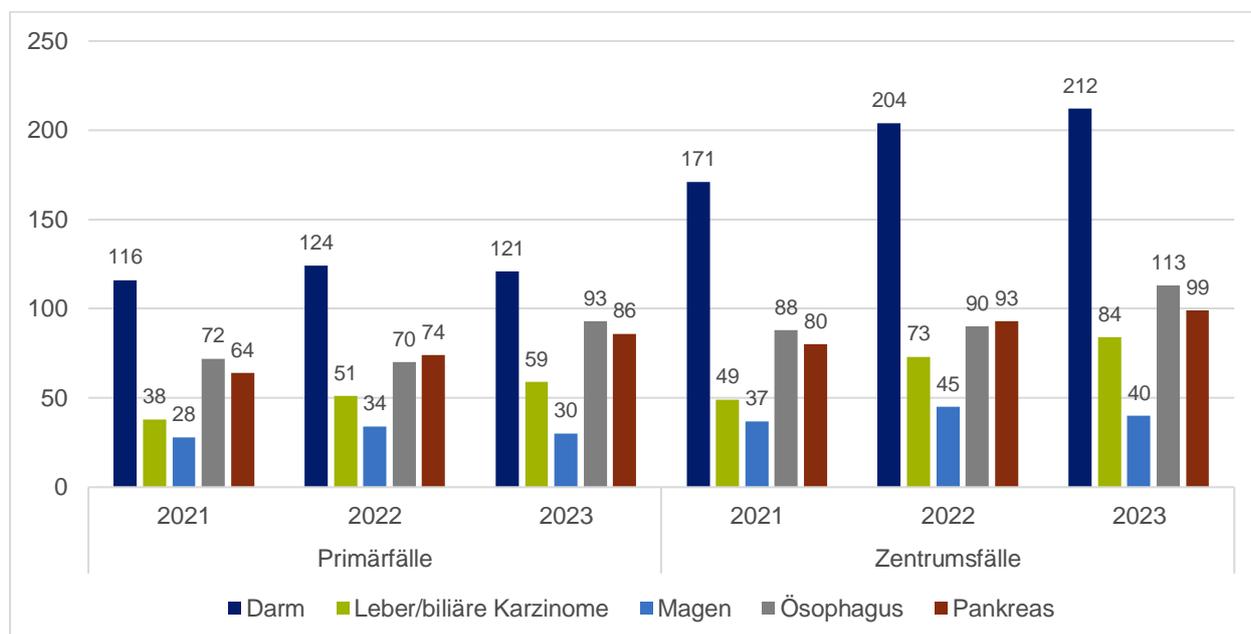
Leistungszahlen

Das Viszeralonkologische Zentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2023 insgesamt 389 Patientinnen und Patienten mit einer Primärerkrankung und 159 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen interdisziplinär behandelt. Die Anzahl je Tumorentität sowie die Entwicklung der Fallzahlen in den letzten drei Jahren ist in Abbildung 48 dargestellt. Die Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zur Anzahl der im Zentrum betreuten Primärfälle für das jeweilige Kennzahlenjahr wurden für alle Tumorentitäten im Kennzahlenjahr 2023 erfüllt. Es sind keine Maßnahmen erforderlich.

- Magenkarzinom: ≥ 30 Primärfälle pro Kennzahlenjahr
- HCC/biliäre Karzinome: ≥ 40 Primärfälle pro Kennzahlenjahr
- Ösophaguskarzinom: ≥ 20 Primärfälle pro Kennzahlenjahr
- Pankreaskarzinom: ≥ 25 Primärfälle pro Kennzahlenjahr

Für das Kolon- und Rektumkarzinom bestehen keine Vorgaben bezüglich Primärfälle pro Kennzahlenjahr.

Abbildung 48: Fallzahlentwicklung Viszeralonkologisches Zentrum 2021-2023



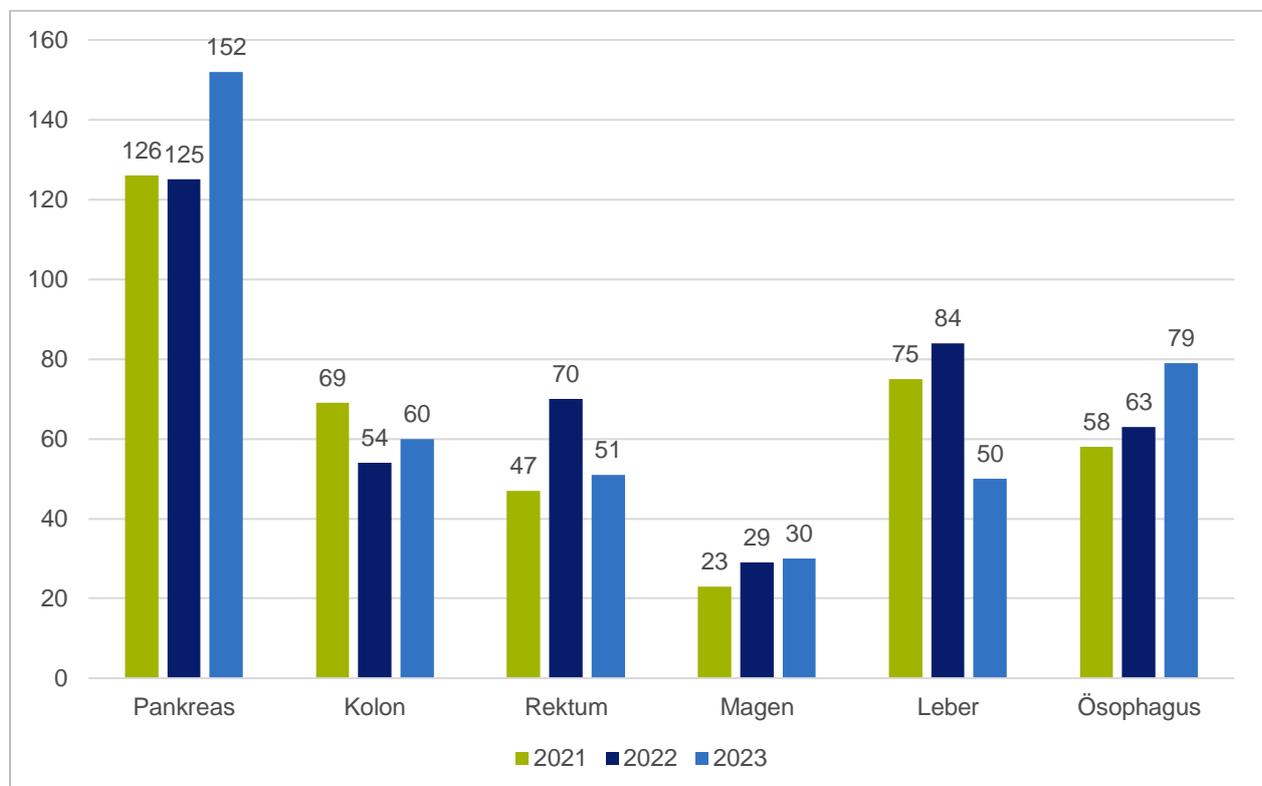
Beim Magen- und kolorektalen Karzinom zeigen die Primärfälle einen leichten Rückgang im Vergleich zum Vorjahr. Ein deutlicher Anstieg ist dagegen bei den Patientinnen und Patienten mit Erstdiagnose eines Pankreas- oder Ösophaguskarzinoms zu verzeichnen. Insbesondere für das Magenkarzinom gilt es öffentlichkeitswirksam auf die Leistungen und Angebote des Viszeralonkologischen Zentrums hinzuweisen, um Patientinnen und Patienten zu gewinnen und die Zuweiserinnen und Zuweiser an das Zentrum zu binden. Auch die für 2024 geplante Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser kann genutzt werden, um Schwachstellen zu identifizieren, die ggf. einer Zuweisung von Patientinnen und Patienten entgegenstehen.

Operative Expertise

Auch in Bezug auf die operative Expertise gibt es Vorgaben seitens der Fachgesellschaften für die einzelnen Tumorentitäten des Viszeralonkologischen Zentrums.

- Magenkarzinom: ≥ 30 operative Resektionen Magen/AEG pro Kennzahlenjahr
- HCC/biliäre Karzinome: ≥ 25 komplexe operative Interventionen pro Kennzahlenjahr
- Ösophaguskarzinom: ≥ 20 Ösophagusresektionen pro Kennzahlenjahr
- Pankreaskarzinom: ≥ 20 Pankreasresektionen pro Kennzahlenjahr
- Kolonkarzinom: ≥ 30 operative Primärfälle pro Kennzahlenjahr
- Rektumkarzinom: ≥ 20 operative Primärfälle pro Kennzahlenjahr

Abbildung 49: Operative Expertise Viszeralonkologisches Zentrum 2021-2023



Die Vorgaben seitens der Fachgesellschaften werden im Kennzahlenjahr 2023 für alle Tumorentitäten erfüllt. Der Rückgang bei den operativen Interventionen der Leber sind auf eine geänderte Anwendung und Zählung der OPS-Codes seitens der Fachgesellschaften zurückzuführen. Bei der gleichen Zählweise wie im Kennzahlenjahr 2022 sind insgesamt 80 operative Interventionen für 2023 dokumentiert. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung erfolgt im Viszeralonkologischen Zentrum über den Psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC. Hier sind feste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Versorgung der Zentrumspatientinnen und -patienten benannt. Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und das Hornheider Screeninginstrument zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch den ärztlichen und pflegerischen Dienst oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ein psychoonkologisches Screening erhalten haben, wird jährlich erfasst und ausgewertet. Die Fachgesellschaften empfehlen eine Screeningrate $\geq 65\%$. Diese ist für das Kennzahlenjahr 2023 nur für die kolorektalen Karzinome verpflichtend. Bei allen anderen Entitäten ist diese Kennzahl für 2023 optional anzugeben.

Tabelle 54: Psychoonkologisches Screening VOZ 2021-2023

Entität	2021		2022		2023	
	Screening	Beratung bei positivem Screening	Screening	Beratung bei positivem Screening	Screening	Beratung bei positivem Screening
Darm	49%	-	59,3%	59,2%	65,6%	84,7%
Leber	42%	-	50,7%	33,3%	56,0%	53,6%
Magen	54%	-	60,0%	77,3%	67,5%	88,2%
Ösophagus	49%	-	52,2%	68,9%	63,7%	68,4%
Pankreas	38%	-	54,3%	70,2%	56,6%	83,8%

Die Ergebnisse zeigen die Erfüllung der Sollvorgabe $\geq 65\%$ für die kolorektalen Karzinome und somit eine deutlich gesteigerte Screeningrate im Vergleich zum Vorjahr. Auch für das Magenkarzinom wurde die optionale Sollvorgabe bereits in diesem Kennzahlenjahr erfüllt. Alle anderen Entitäten liegen, trotz deutlicher Steigerung im Vergleich zu 2022, unterhalb der geforderten $\geq 65\%$. Um zukünftig die Sollvorgabe bei allen Entitäten zu erfüllen, wird die Kennzahl regelmäßig monitoriert, um beim weiteren Abweichen von der Sollvorgabe, den Prozess des Screenings zu evaluieren und zu optimieren. Eine weitere Maßnahme ist, das Screening auf ambulante Patientinnen und Patienten mittels tabletbasierter Belastungserfassung auszuweiten.

Die interne Zielvorgabe sieht vor, dass $\geq 80\%$ der positiv gescreenten Patientinnen und Patienten auch eine psychoonkologische Beratung erfahren. Dies wird für die Tumorentitäten Darm, Magen und Pankreas erreicht. Beim HCC konnte die Beratungsquote zwar deutlich gesteigert werden, liegt aber wie auch beim Ösophaguskarzinom unter der internen Zielvorgabe. Grund hierfür ist u.a. eine kurze Liegedauer der Patientinnen und Patienten, insbesondere bei der Tumorentität Leber, sodass die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst bereits entlassen sind. Diese Patientinnen und Patienten erhalten ein Terminangebot aufgrund des überschwelligen Screenings per Post über den Psychoonkologischen Dienst. Die Auswertung der Kennzahl ergab, dass dies von den Patientinnen und Patienten eher wenig genutzt wird. Auch hier gilt es die Kennzahl regelmäßig auszuwerten und beim weiteren Abweichen von der Kennzahl den Prozess zu evaluieren und anzupassen.

Für die sozialrechtliche Beratung der Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums stehen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zur Verfügung. Sie sind organisatorisch der Direktion Krankenpflege des UKD zugeordnet.

Tabelle 55: Betreuung durch den Sozialdienst Viszeralonkologisches Zentrum 2021-2023

Entität	2021	2022	2023
Darm	69,0%	82,8%	88,7%
Leber	36,7%	50,7%	44,0%
Magen	67,6%	82,2%	77,5%
Ösophagus	75,0%	77,9%	79,6%
Pankreas	75,0%	88,2%	83,3%

Die Beratungsquoten durch den Sozialdienst sind auch im Kennzahlenjahr 2023 auf einem konstant hohen Niveau, auch wenn bei einzelnen Entitäten die Beratungsquote leicht zurückgegangen sind. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Wartezeiten

Die Wartezeiten werden im Viszeralonkologischen Zentrum jährlich erfasst und ausgewertet. Die Erfassung sowie die Auswertung erfolgt sowohl für die chirurgische Sprechstunde in der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC als auch für die Spezialsprechstunden in der Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Betrachtet werden dabei ausschließlich Patientinnen und Patienten, die sich erstmals mit einer Tumorerkrankung im Zentrum vorstellen.

Tabelle 56: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Viszeralonkologisches Zentrum 2023

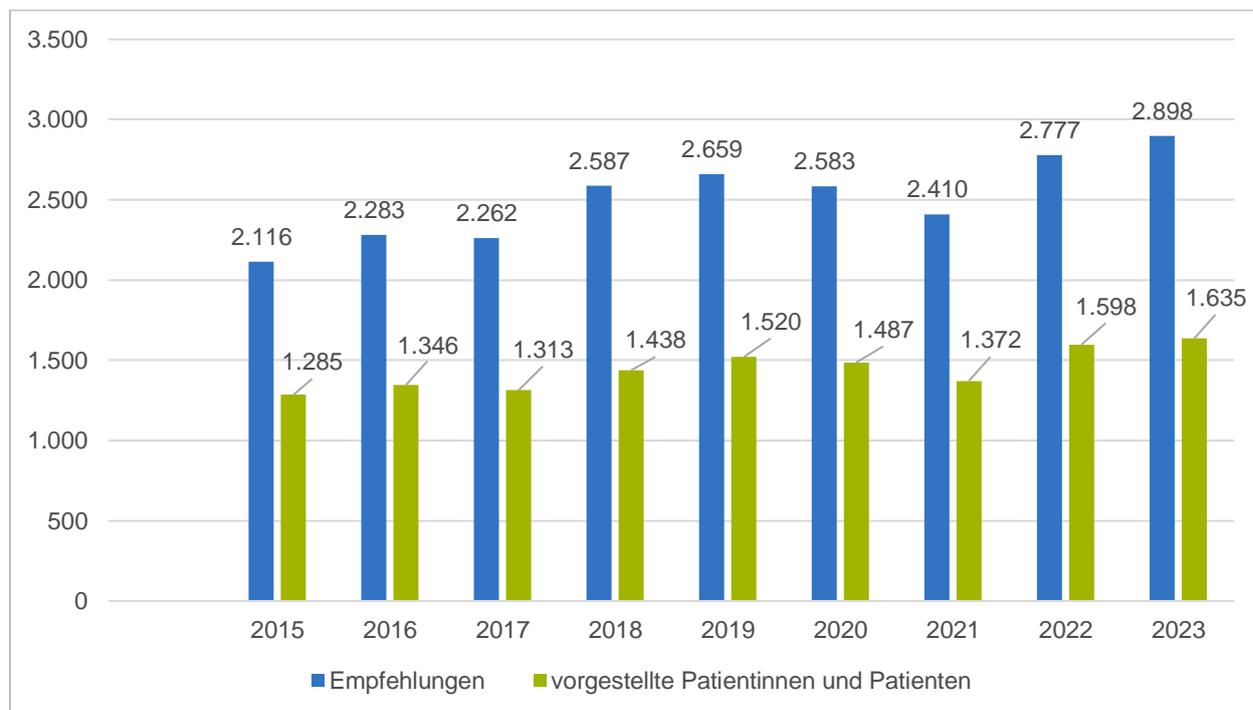
	Ø Wartezeit auf einen Termin in Tagen	Ø Wartezeit in der Sprechstunde in Minuten
Darm VTG	12,3 Tage	47,4 Minuten
Leber VTG	10,3 Tage	59,1 Minuten
Magen/Ösophagus VTG	9,7 Tage	58,0 Minuten
Pankreas VTG	7,5 Tage	44,1 Minuten
chirurgische Sprechstunde NCT/UCC	5,8 Tage	16,0 Minuten
internistische Sprechstunde NCT/UCC	8,7 Tage	27,5 Minuten

Die Vorgaben seitens der Fachgesellschaften (≤ 60 Minuten Wartezeit während der Sprechstunde und ≤ 14 Tage auf einen Termin) werden für alle Sprechstunden erfüllt, so dass die Ableitung von Maßnahmen nicht erforderlich ist.

Interdisziplinäres Tumorboard

Das gastrointestinale/allgemeine Tumorboard findet dreimal wöchentlich statt. Im Jahr 2023 wurden 150 Tumorboards durchgeführt. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachdisziplinen nimmt dabei obligatorisch am Tumorboard teil: Viszeralchirurgie, internistische Hämatologie/Onkologie, Strahlentherapie, Radiologie, Gastroenterologie und Pathologie. Je nach Bedarf bzw. Indikation werden weitere Fachdisziplinen, wie Nuklearmedizin, Dermatologie, Neurochirurgie, Urologie oder Gynäkologie hinzugezogen. Im Jahr 2023 wurden 2.898 Beschlüsse für 1.635 Patientinnen und Patienten gefasst. Durchschnittlich werden pro Patientin/Patient 1,8 Beschlüsse erstellt; pro Board werden durchschnittlich 19,3 Empfehlungen ausgesprochen.

Abbildung 50: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard 2015-2023



Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragte überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum - 1. Oktober 2022 bis 30. September 2023 - im allgemeinen/gastrointestinalen Tumorboard vorgestellten Patientinnen und Patienten zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung überprüft. Für den genannten Zeitraum wurden **384 Patientinnen und Patienten** mit insgesamt **796 Beschlüssen** ausgewählt. Die Prüfung erfolgte anhand der Krankenakten im Krankenhausinformationssystem ORBIS® und der Eintragungen im Tumordokumentationssystem UCC-TDS. Bei Vorliegen von unklaren oder ggf. kritischen Ereignissen erfolgt die Rücksprache

mit der Zentrumsleitung und den jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Fachdisziplinen sowie ggf. die Initiierung von interdisziplinären Fallbesprechungen oder eine daraus resultierende M&M-Konferenz.

Von den 796 Tumorboardbeschlüssen wurden 673 Beschlüsse vollständig umgesetzt. Bei 23 Beschlüssen liegen uns keine Informationen zum weiteren Behandlungsverlauf bzw. zur Umsetzung der Therapie vor. Diese Patientinnen und Patienten wünschten die weitere Behandlung heimatortnah ohne nähere Angaben zur weiterbehandelnden Einrichtung. Sie waren seitdem auch nicht mehr im VOZ vorstellig; ein Arztbrief der behandelnden Einrichtung lag zum Zeitpunkt der Auswertung nicht vor. Bei den 100 nicht bzw. teilweise umgesetzten Beschlüssen handelt es sich in über 60% der Fälle um Ablehnungen der empfohlenen Therapie durch die Patientinnen und Patienten oder die Patientinnen und Patienten sind vor oder während der Therapie verstorben.

Abbildung 51: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Viszeralonkologisches Zentrum 2023

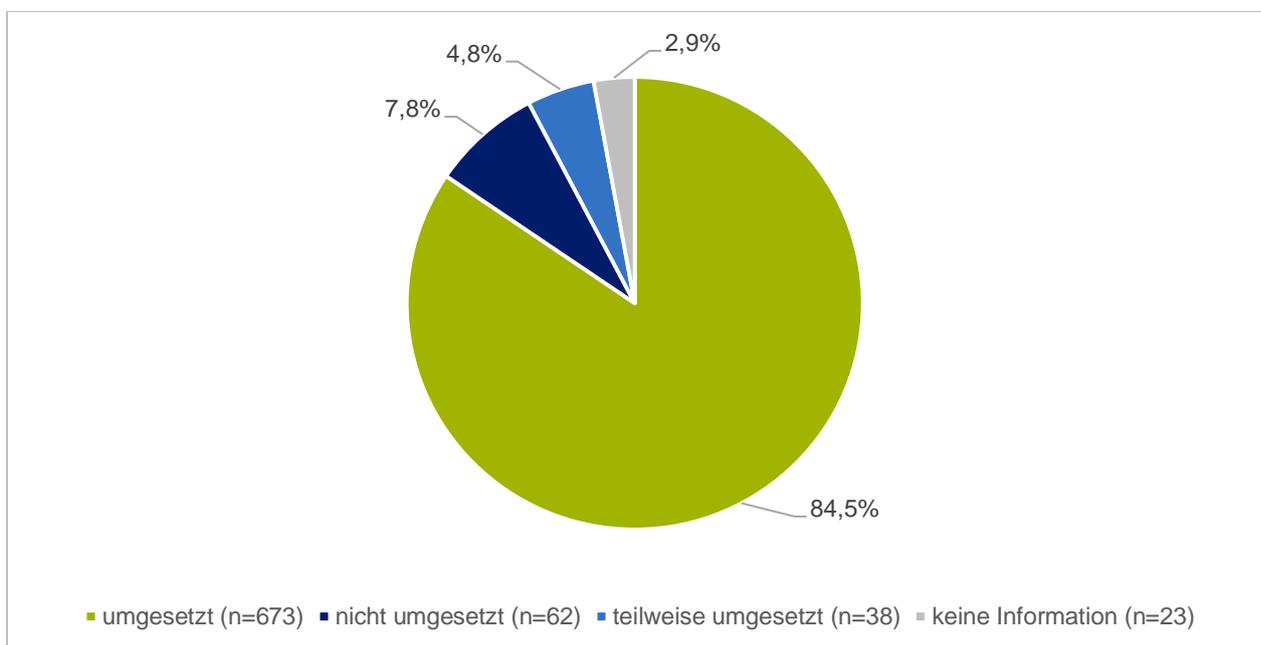
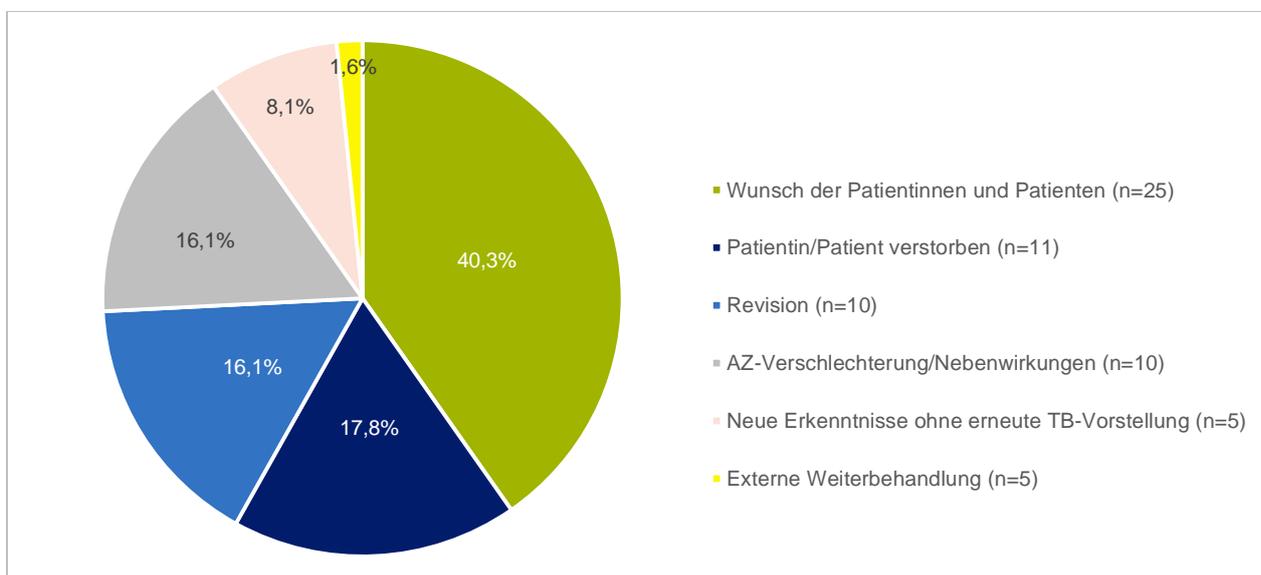


Abbildung 52: Gründe für die Nichtumsetzung der Tumorboardbeschlüsse



Die Patientinnen und Patienten, bei denen eine abweichende Therapie ohne erneute Vorstellung im Tumorboard durchgeführt wurde, wurden im Jour Fixe mit der Zentrumsleitung besprochen. Alle Änderungen der Therapie wurden nicht allein von einer Fachdisziplin festgelegt, sondern immer in der Abstimmung mit der übernehmenden Fachdisziplin auf Facharzzebene. Demnach ist eine erneute Vorstellung nicht zwingend notwendig gewesen. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser

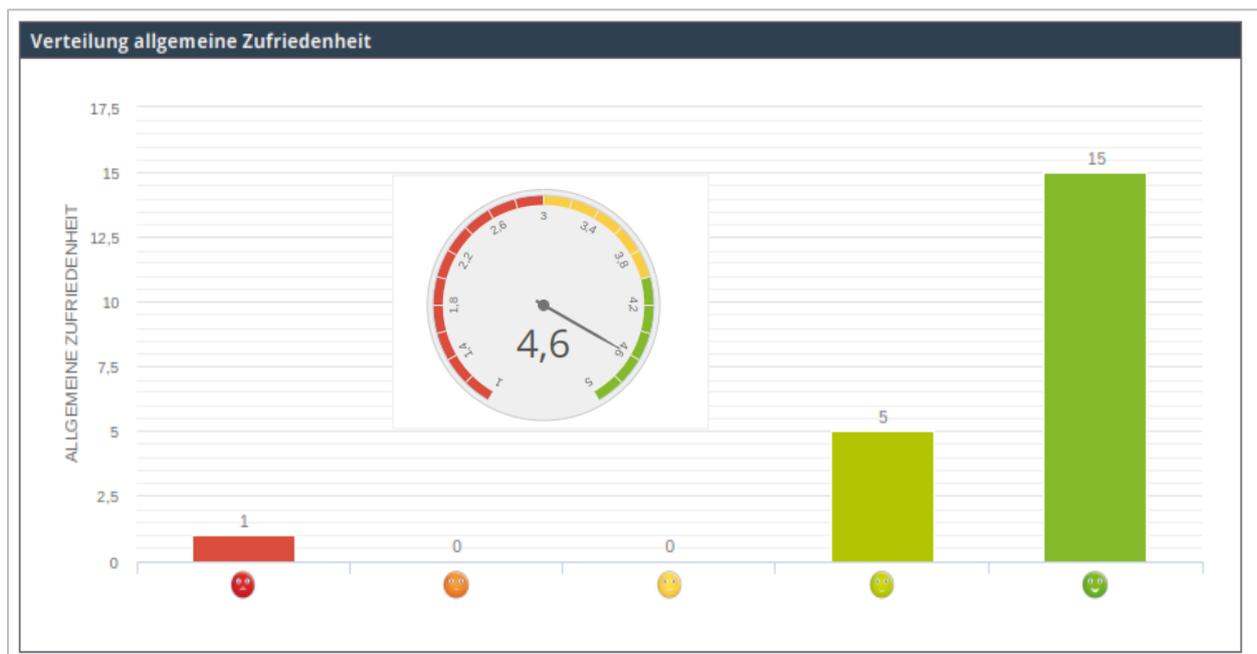
Seit Januar 2023 erfolgt eine kontinuierliche Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Viszeralonkologischen Zentrums über eine Onlinebefragung. Im gesamten Zeitraum 2023 sind für das Viszeralonkologische Zentrum nur vier Rückmeldungen über das Onlineportal eingegangen. Eine Auswertung ist hier nicht repräsentativ. Eine zusätzlich papierbasierte Zufriedenheitsbefragung ist für 2024 geplant.

Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem

Über das digitale Feedbacksystem sind im Zeitraum 1. Januar bis 31. Juli 2023 für die chirurgische Sprechstunde in der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC 21 Rückmeldungen eingegangen. Sie wurden von 16 Patientinnen und Patienten und fünf Angehörigen abgegeben.

Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht hierbei für sehr unzufrieden, die „5“ für sehr zufrieden. 20 Patientinnen und Patienten und Angehörige gaben an, dass sie sehr zufrieden oder zufrieden waren. Ein Patient gab an sehr unzufrieden zu sein. Grund für die Unzufriedenheit war die Wartezeit während des Termins.

Abbildung 53: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem Viszeralonkologisches Zentrum 2023



Die allgemeine Zufriedenheit ist im Vergleich zum Vorjahr um 0,3 Punkte auf 4,6 gesunken. Da sie damit aber weiterhin innerhalb der internen Zielvorgabe liegt, sind keine Maßnahmen erforderlich.

Das digitale Feedbacksystem Sayway wurde zum 1. August 2023 auf Redcap umgestellt. Über das Redcap-System sind im Zeitraum 1. August bis 31. Dezember 2023 keine Rückmeldungen eingegangen.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Viszeralonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in der folgenden Tabelle für die einzelnen Tumorentitäten aufgeführt.

Tabelle 57: Datenqualität der DKG-Kennzahlen Viszeralonkologisches Zentrum 2023

	Darm	Magen	Pankreas	Leber	Ösophagus
Plausibel	68,75% (22)	95,24% (20)	80,0% (16)	89,47% (17)	80,95% (17)
Plausibilität unklar	12,50% (4)	4,76% (1)	5,0% (1)	0%	4,76% (1)
Sollvorgabe nicht erfüllt	18,75 (6)	0%	15,0% (3)	10,53 (2)	14,29% (3)

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten ist der Zugang zu klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Im Jahr 2023 waren 48 Studien zum Einschluss für Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums geöffnet. Die Prüfung zur möglichen Studienteilnahme ist Bestandteil aller Behandlungspfade/SOPs des Viszeralonkologischen Zentrums. Die Sollvorgabe der Fachgesellschaften, $\geq 5\%$ der Patientinnen und Patienten im Rahmen einer klinischen Studie zu betreuen, wurde für alle Tumorentitäten erfüllt. Die interne Zielvorgabe $\geq 10\%$ wurde ebenfalls erfüllt, sodass keine Maßnahmen erforderlich sind.

Tabelle 58: Studienquote Viszeralonkologisches Zentrum 2021-2023

Tumorentität	2021	2022	2023
Darm	40,0%	61,8%	68,9%
Leber	8,2%	30,1%	13,1%
Magen	48,6%	60,0%	45,0%
Ösophagus	25,0%	58,9%	44,2%
Pankreas	52,5%	75,3%	65,7%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Viszeralonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der

Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus unter <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Viszeralonkologischen Zentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie“ und „Medizinische Klinik 1“ aufgeführt sind.

Rahbari NN, Biondo S, Frago R, Feißt M, Kreisler E, Rossion I, Serrano M, Jäger D, Lehmann M, Sommer F, Dignass A, Bolling C, Vogel I, Bork U, Büchler MW, Folprecht G, Kieser M, Lordick F, Weitz J; SYNCHRONOUS and CCR_e-IV Trial Groups. **Primary Tumor Resection Before Systemic Therapy in Patients With Colon Cancer and Unresectable Metastases: Combined Results of the SYNCHRONOUS and CCR_e-IV Trials.** *J Clin Oncol.* 2024 Feb 27;JCO2301540. doi: 10.1200/JCO.23.01540. Epub ahead of print. PMID: 38412408.

Merboth F, Nebelung H, Wotschel N, Liebscher H, Eckert F, von Renesse J, Hasanovic J, Welsch T, Fritzmann J, Stange DE, Plodeck V, Hoffmann RT, Distler M, Weitz J, Kirchberg J. **Robotic Esophagectomy Compared With Open Esophagectomy Reduces Sarcopenia within the First Postoperative Year: A Propensity Score-Matched Analysis.** *J Thorac Oncol.* 2023 Feb;18(2):232-244. doi: 10.1016/j.jtho.2022.10.018. Epub 2022 Nov 4. PMID: 36343921.

Pecqueux M, Brückner F, Bogner A, Oehme F, Hau HM, von Bechtolsheim F, Held HC, Baenke F, Distler M, Riediger C, Weitz J, Kahlert C. **Interleukin-8 is superior to CRP for the prediction of severe complications in a prospective cohort of patients undergoing major liver resection.** *Langenbecks Arch Surg.* 2023 Sep 25;408(1):377. doi: 10.1007/s00423-023-03041-w. PMID: 37747507; PMCID: PMC10519863.

Radulova-Mauersberger O, Oehme F, Missel L, Kahlert C, Welsch T, Weitz J, Distler M. **Analysis of predictors for postoperative complications after pancreatectomy--what is new after establishing the definition of postpancreatectomy acute pancreatitis (PPAP)?** *Langenbecks Arch Surg.* 2023 Feb 6;408(1):79. doi: 10.1007/s00423-023-02814-7. PMID: 36746822; PMCID: PMC9902317.

Möhrmann L, Cuberi A, Brückmann S, Stasik S, Heukamp LC, Bornhäuser M, Glimm H, Folprecht G. **Response to (K)RAS^{G12C} and EGFR Inhibition in a Patient With NRAS^{G12C}-Mutated Rectal Cancer.** *JCO Precis Oncol.* 2023 May;7:e2200666. doi: 10.1200/PO.22.00666. PMID: 37262393.



Sarkomzentrum



NATIONALES CENTRUM FÜR
TUMORERKRANKUNGEN DRESDEN
UNIVERSITÄTS KREBSZENTRUM UCC



Zertifiziertes
Sarkomzentrum für
Weichteilsarkome
Knochensarkome

Sarkomzentrum

Struktur des Sarkomzentrums (SAR)

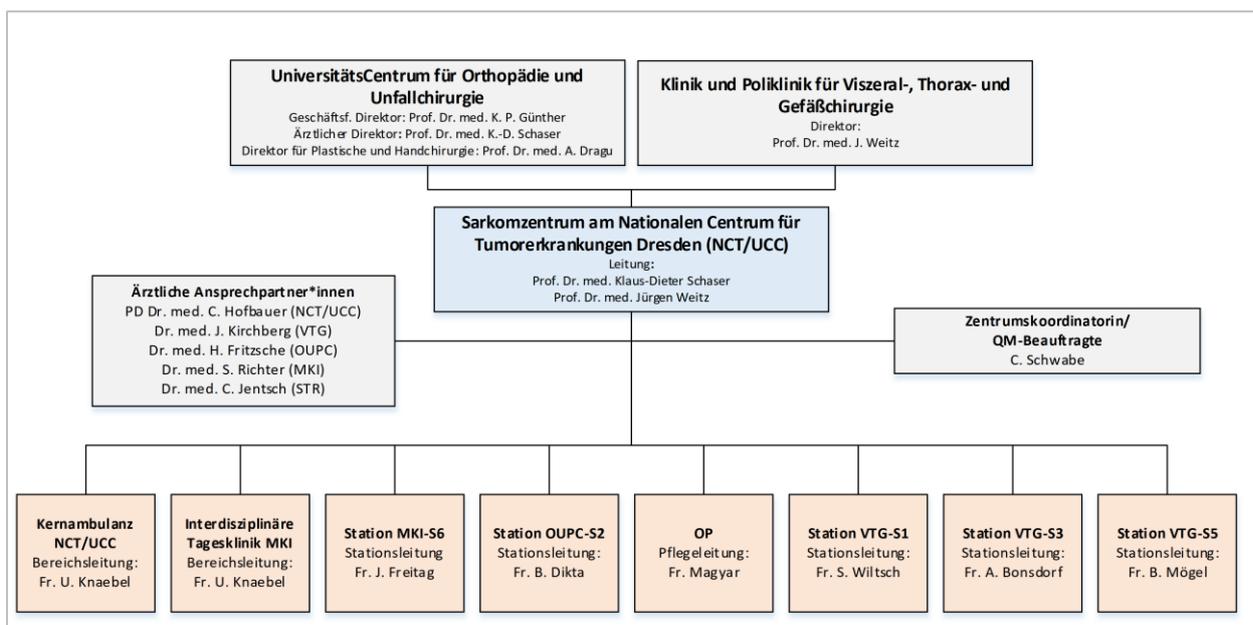
Sarkome sind durch vielfältige Erscheinungsbilder und Verläufe charakterisiert. Aufgrund ihrer Seltenheit ist es von besonderer Bedeutung, dass Spezialistinnen und Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen in die anspruchsvolle frühzeitige Diagnosestellung und Therapieplanung einbezogen werden und in enger Zusammenarbeit eine Versorgung auf höchstem medizinischem Niveau bieten.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurde 2016 das Sarkomzentrum am NCT/UCC Dresden durch die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie (VTG) und das UniversitätsCentrum für Orthopädie-, Unfall- und Plastische Chirurgie (OUPC) gegründet. Es ist Teil des Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC), welches seit 2007 als Onkologisches Spitzenzentrum für die Behandlung von Krebs durch die Deutsche Krebshilfe gefördert wird.

Das Sarkomzentrum am NCT/UCC Dresden wurde 2021 erfolgreich nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Behandlung von Weichgewebe- und Knochensarkomen zertifiziert. Damit ist es in den neuen Bundesländern das Einzige und bundesweit eines von nur 13 Zentren, welche aktuell die Vorgaben beider Schwerpunkte der Sarkombehandlung erfüllen. Zusätzlich verfügt das Zentrum über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001.

Das Sarkomzentrum (Organigramm; Abbildung 54) besteht aus einer Gruppe von Expertinnen und Experten verschiedenster Fachdisziplinen, welche sich zum Ziel gesetzt hat, durch standardisierte Diagnostik, Therapie und Nachsorge, Patientinnen und Patienten mit Sarkomen optimal zu betreuen. Die erfolgreiche Behandlung dieser Tumore muss interdisziplinär individuell auf die Patientinnen und Patienten abgestimmt erfolgen.

Abbildung 54: Struktur des Sarkomzentrums



Die folgende Übersicht soll einen Überblick über die Qualifikationen und Funktionen der im Sarkomzentrum tätigen Beschäftigten geben:

Tabelle 59: Qualifikationsmatrix Sarkomzentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Schaser	FA für Chirurgie; Orthopädie und Unfallchirurgie; spezielle Unfallchirurgie
	Prof. Dr. med. Jürgen Weitz	FA für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Weiterbildung spezielle chirurgische Intensivmedizin
Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner (Oberärztinnen und Oberärzte)	PD Dr. med. Christine Hofbauer (NCT/UCC)	FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie
	Dr. med. Johanna Kirchberg (VTG)	FÄ für Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie. EBSQ, FEBS
	Dr. med. Christina Jentsch (STR)	FÄ für Strahlentherapie
	Dr. med. Hagen Fritzsche (OUPC)	FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Orthopädische Chirurgie
	Dr. med. Stephan Richter (MK1)	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
Thoraxchirurgie	Prof. Dr. med. Till Plönes (VTG, FKH Coswig)	FA für Thoraxchirurgie
	Dr. med. Alexander Kern (FKH Coswig)	FA für Thoraxchirurgie, Chirurgie
Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Adrian Dragu (OUPC)	FA für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Zusatzbezeichnung Handchirurgie
	Dr. med. Feras Taqatqeh (OUPC)	FA für Allgemein Chirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie
Zentrumskoordination/Qualitätsmanagement	Carolin Schwabe, B.Sc.; MPH	Pflegemanagement Gesundheitswissenschaften/Public Health
Pflegedienstleitungen	Katrin Krücke, B.Sc.	Management im Gesundheitswesen
	Nadja Enkelmann, B.A.	Management im Gesundheitswesen
	Gabriele Reinhardt, B.Sc.	Management für Gesundheitsfachberufe
	Cornelia Büttner	Fachwirtin Gesundheits- und Sozialwesen
	Claudia Miersch-Liefke, B.A.	Business Administration
	Viktoria Magyar, B.Sc.	Medizinökonomie
Tumordokumentation	Tina Hennig	Medizinische Dokumentationsassistentin
Onkologische Fachpflege	Sven Scharte / Ulrike Röhle / Janet Freitag / Annett Dietrich / Claudia Klopsch / Henrik Mittag / Tobias Krüger / Cornelia König / Yvonne Johne / Viktoria Klein / Anne-Maigrit Zuber	Pflegefachkräfte mit onkologischer Fachweiterbildung

Ziele des Sarkomzentrums

Angelehnt an die Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums lassen sich konkrete, operative Jahresziele für das Sarkomzentrum ableiten. Die Festlegung der Ziele mit Benennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzung erfolgt in der Regel zu Beginn eines jeden Jahres in einer

Strategiekonferenz, aber auch im Rahmen von Jour Fixe-Terminen und Qualitätszirkeln des Zentrums. Die Qualitätsziele (Tabelle 60) werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den benannten Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 60: Jahresziele des Sarkomzentrums am NCT/UCC 2023

Nr.	Qualitätsziel	Termin	Zielerreichung
1	Aufrechterhaltung der Zertifizierungen durch erfolgreiches Überwachungsaudit nach DKG und DIN EN ISO 9001	Mai 2023	Überwachungsaudit am 10. Mai 2023 und 16. Mai 2023 ohne Abweichungen.
2	Etablierung der IORT am UKD mit Beschaffung des Gerätes und Installation im OP-Bereich H32 sowie Beginn der Bestrahlung der ersten Patientinnen und Patienten	September 2023	Beschaffung des Gerätes erfolgt; Beginn mit Bestrahlungen in Q1/2024; Fortschreibung des Ziels in 2024.
3	Optimierung der Tumorboards durch Umstellung des digitalen Sarkomboards auf Webex	März 2023	Umstellung in 03/2023 erfolgt.
4	Erstellung einer Broschüre über das Onkologische Zentrum unter Beteiligung des Sarkomzentrums	Juni 2023	In Erstellung, erste Entwürfe liegen vor; Grafik und Gestaltung sind angefragt; Fortschreibung des Ziels in 2024.
5	Stärkung der Bindung der Zuweiser und Zuweiserinnen sowie Patientinnen und Patienten; Stärkung des Zentrumsgedankens <ul style="list-style-type: none"> Durchführung eines Patiententages des Sarkomzentrums (mit NCT/UCC) gemeinsam mit der Deutschen Sarkom-Stiftung Klinischer Abend zum Thema Weichgewebesarkome Einführung eines gemeinsamen Nachsorgebriefes für interdisziplinär behandelte Patientinnen und Patienten 	Juni 2023 November 2023 Juni 2023	Patiententag sehr erfolgreich (ca. 30 Sarkompatientinnen und -patienten sowie Angehörige anwesend). Klinischer Abend fand am 15. November 2023 erfolgreich statt. noch ausstehend; Testlauf ab 05/2024; Fortschreibung in 2024.
6	Etablierung einer kontinuierlichen (digitalen) Befragung der Patientinnen und Patienten im Sarkomzentrum	Dezember 2023	Etabliert seit 10/2023; Beginn der Befragung der Sarkompatientinnen und -patienten (Primärfälle 2023).
7	Erstellung der Managementbewertung des Sarkomzentrums in Form eines Jahresberichts inkl. dessen Veröffentlichung (entsprechend G-BA-Richtlinie für Onkologische Zentren)	März 2023	Jahresbericht zum Überwachungsaudit 2023 vorgelegt; Veröffentlichung auf Webseite erfolgt.
8	Weiterer Ausbau von PATFORMS in den Bereichen des SAR zum Screening Psychoonkologie und NRS-Screening	Dezember 2023	PATFORMS in NCT/UCC-Ambulanz für Sarkompatientinnen und -patienten etabliert; Ausbau im stationären Bereich in 2024 fortgeführt entsprechend Ressourcen der IT.
9	Ausbau der Nutzung des Sarkomregisters durch Asservierung von Liquid biopsies	Dezember 2023	Geschäftsordnung der Biobank Dresden für Liquid biopsies noch ausstehend, Fortschreibung des Ziels in 2024.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 16. Mai 2023 fand das zweite Überwachungsaudit des Sarkomzentrums als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 statt. Im Rahmen des Überwachungsaudits wurden für das Sarkomzentrum keine Abweichungen festgestellt. Seitens der Deutschen Krebsgesellschaft wurden insgesamt neun Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche interdisziplinäre Zusammenarbeit, Psychoonkologie, Beteiligung von Patientinnen und Patienten, organspezifische Diagnostik und Therapie (Erfassung

des genetischen Risikos und Angebot einer humangenetischen Beratung) sowie die operative Onkologie betreffen. Die Prüfung der Umsetzung der Norm DIN EN ISO 9001 ergab keine Hinweise. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet, die in einen Maßnahmenplan einfließen und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Sarkomzentrums interdisziplinär und interprofessionell diskutiert und umgesetzt werden.

Interne Audits

Im Sarkomzentrum finden regelmäßig interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und der Anforderungen aus dem Erhebungsbogen der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Interne Audits werden am Universitätsklinikum Dresden (UKD) vorrangig entlang der festen Struktureinheiten (d.h. Kliniken, Institute) vorgenommen. Die Planung und Durchführung erfolgen wie im Onkologischen Zentrum beschrieben. Die Umsetzung der Anforderungen des Sarkomzentrums wird in den verschiedenen internen Audits der zum Sarkomzentrum gehörenden Struktureinheiten (siehe Organigramm Abbildung 54) geprüft.

Am 17. April 2023 fand ein Leitungsaudit unter Beteiligung der Leiter und leitenden Oberärztinnen und Oberärzte im Sarkomzentrum statt.

Die interdisziplinäre onkologische Ambulanz des NCT/UCC, in der die Sprechstunden des Sarkomzentrums stattfinden, wurde am 8. November 2023 intern auditiert. Die interdisziplinäre Tagesklinik am NCT/UCC, in der u.a. auch die medikamentöse Therapie von Sarkompatientinnen und -patienten erfolgt, wurde am 20. September 2023 begutachtet. Das interne Audit der viszeralchirurgischen Stationen und des Zentral-OP (für die Viszeralchirurgie) fand am 29. November 2023 und die zum Sarkomzentrum gehörenden Bereiche der Tumororthopädie am 7. Juni 2023 statt. In den jeweiligen Struktureinheiten fanden Leitungsaudits statt und die betreffenden Stationen und Bereiche wurden vor Ort begutachtet.

Die internen Audits ergaben Hinweise beispielsweise im Bereich Öffentlichkeitsarbeit, Versorgung mit Arzneimitteln im Rahmen des Entlassungsmanagements, Verfügbarkeit von Behandlungspfaden, Lenkung von Vorgabedokumenten sowie Arbeitssicherheit. Alle Hinweise wurden in entsprechende Maßnahmenpläne für die jeweiligen Audits überführt und in gemeinsamen Qualitätszirkeln diskutiert und bearbeitet.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit von Zuweiserinnen und Zuweisern

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Sarkomzentrums sind entsprechend den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft aller drei Jahre geplant. Im Jahr 2023 fand im Sarkomzentrum eine Befragung aller Zuweiserinnen und Zuweiser statt, die 2022 Patientinnen und Patienten an das Sarkomzentrum überwiesen haben. Sie erhielten im Januar 2023 ein postalisches Anschreiben, welches den QR-Code zur kontinuierlichen Onlinebefragung auf der Internetseite des NCT/UCC enthält. Außerdem erhielten die Zuweisenden mit dem Schreiben den Fragebogen im Papierformat mit frankiertem Rückumschlag. So war es jedem Zuweisenden möglich anhand der eigenen Präferenz an der Befragung teilzunehmen. Die Rücklaufquote betrug 34,3%.

Zudem haben die Zuweiserinnen und Zuweiser die Möglichkeit, über die [E-Mail-Adresse](#) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche, Anregungen oder Lob und Kritik zu äußern.

Kontakt zum Sarkomzentrum kann auch über die allgemeingültige Emailadresse **sarkome@ukdd.de** aufgenommen werden.

Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten des Sarkomzentrums finden ebenfalls regelmäßig, mindestens alle drei Jahre statt. Mit der Etablierung einer kontinuierlichen digitalen Befragung auf der Internetseite des NCT/UCC im Oktober 2023 können Patientinnen und Patienten jederzeit ihre Zufriedenheit mit dem Sarkomzentrum rückmelden.

Als Qualitätsziel im Sarkomzentrum wurde die Einführung einer kontinuierlichen Befragung von Sarkompatientinnen und -patienten formuliert. Alle Primärfälle des Jahres 2023 haben postalisch ein Anschreiben erhalten. Sie hatten die Möglichkeit den QR-Code für die digitale Befragung zu nutzen oder aber papierbasiert den Fragebogen auszufüllen und per frankiertem Rückumschlag an das Sarkomzentrum zurückzusenden. Der QR-Code zur Befragung findet sich auch auf den Patientenmappen des Sarkomzentrums.

Wie auch den Zuweisenden stehen den Patientinnen und Patienten die zentrale Email-Adresse **feedback.nct-ucc@ukdd.de** und **sarkome@ukdd.de** zur Kontaktaufnahme zur Verfügung.

Im Rahmen des UKD-weiten etablierten Ideen-, Hinweis- und Beschwerdemanagements haben die Patientinnen und Patienten des Sarkomzentrums die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über ein digitales Feedbacksystem abzugeben. Hierfür stehen den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen Stelen und Tablets in den einzelnen Bereichen zur Verfügung. Außerdem kann das digitale Feedback auch über entsprechende QR-Codes, die als Visitenkarten in den Ambulanzen und auf den Stationen ausliegen, abgegeben werden.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Im Sarkomzentrum am NCT/UCC finden regelmäßig qualitätssichernde Treffen in Form von Qualitätszirkeln, Jour fixe-Terminen und Workshops statt. In fünf Jour fixe-Terminen mit der Zentrumsleitung und/oder den benannten Oberärztinnen und Oberärzten der zum Sarkomzentrum gehörenden Struktureinheiten wurden 2023 gemeinsam mit der Zentrumskoordination der aktuelle Stand der Kennzahlen analysiert, die Umsetzung der Maßnahmen aus den internen und externen Audits diskutiert und strategische Themen besprochen. Des Weiteren wurde die Umsetzung der Ziele für das Jahr 2023 diskutiert.

Qualitätszirkel finden mit den supportiven Bereichen des Sarkomzentrums, wie Pflege- und Funktionsdienst, Psychoonkologie, Sozialdienst oder Tumordokumentation statt. 2023 wurde sich in diesem Rahmen einmal getroffen. Dabei wurden die Vertreterinnen und Vertreter der benannten Bereiche über die aktuellen Entwicklungen im Zentrum informiert und die Auditergebnisse diskutiert.

Im Sarkomzentrum am NCT/UCC werden jährlich interdisziplinäre Workshops mit allen Hauptkooperationspartnern zur Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien/SOPs unter Berücksichtigung des aktuellen Wissenstandes, aktueller Leitlinien und aktueller Studienprotokolle durchgeführt. Im Jahr 2023 fand im Oktober ein Workshop zur Harmonisierung der Darstellung der notwendigen Untersuchungen in den Nachsorgeplänen für die Sarkomentitäten statt.

Eine M&M-Konferenz wurde ebenfalls im Oktober 2023 durchgeführt.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Am 15. November 2023 präsentierte das Sarkomzentrum sein Leistungsspektrum für Zuweise-
rinnen und Zuweiser in einem Klinischen Abend zum Thema Weichgewebesarkome.

Weiterhin fand am 14. Juni 2023 die Nachlese der Jahrestagung der Amerikanischen Gesell-
schaft für klinische Onkologie in Dresden statt, bei der auch die aktuellen Entwicklungen zur Be-
handlung von gastrointestinalen Stromatumoren und anderen Sarkomen präsentiert wurden.

Die interdisziplinären Workshops zur Besprechung der SOPs zu den Krankheitsbildern des Sar-
komzentrums sind als Fortbildungsveranstaltung bei der Sächsischen Landesärztekammer aner-
kannt. Im Jahr 2023 fand im Oktober ein Workshop zur Harmonisierung der Darstellung in den
Nachsorgeplänen für die Sarkomentitäten statt.

Speziell für Pflegefachkräfte fand am 25. Oktober 2023 ein Onkologischer Pflegefachtag zum
Thema „Ernährung rund um die onkologische Therapie“ statt. Der Pflegefachtag wird über die
Direktion Krankenpflege des Universitätsklinikums Dresden organisiert.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

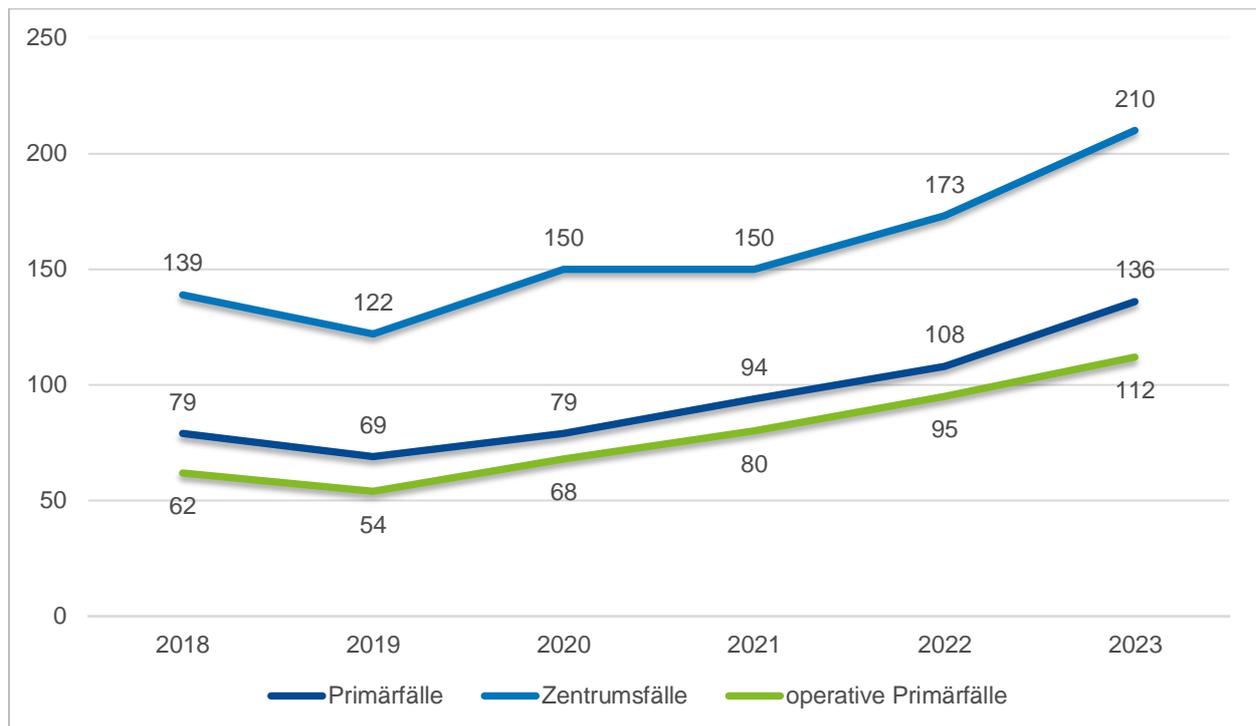
Am 10. Juni 2023 fand ein großer zentraler Patiententag des NCT/UCC einschließlich aller Or-
gankrebszentren/Module statt. Neben zentralen Themen, wie Psychoonkologie, sozialrechtlicher
Unterstützung, Bewegungs- und Ernährungsangeboten, Vorstellung des Patientenbeirates, Ein-
blicke in die translationale Forschung und Informationen zu Studien, stellte sich dort auch das
Sarkomzentrum und die Deutsche Sarkom-Stiftung mit Vorträgen vor.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Das Sarkomzentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2023 136 Patientinnen und Patienten
mit neu aufgetretenem Sarkom und 74 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenen Rezi-
diven und/oder Fernmetastasen interdisziplinär behandelt. Die Primärfälle zeigen im Jahresver-
gleich einen konstanten Anstieg von 2018 bis 2023. Die behandelten Fälle mit neu aufgetretenen
Rezidiven oder Fernmetastasen bleiben über die Jahre eher konstant. Die Zahl operativer Pri-
märfälle konnte im Verlauf der Jahre deutlich um 80,7% und die Anzahl an Zentrumsfällen um
51,5% gesteigert werden (siehe Abbildung 55: Fallzahlentwicklung Sarkomzentrum).

Abbildung 55: Fallzahlentwicklung im Sarkomzentrum



Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird im Sarkomzentrum über den Psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC gewährleistet. Sie richtet sich als Teil des Behandlungskonzeptes an Patientinnen und Patienten mit seelischen Belastungen bei Verdacht, Diagnose und Therapie von Sarkomen. Die psychoonkologische Betreuung bietet u.a. Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, bei der Anpassung an neue, veränderte Lebensumstände sowie bei der Förderung der Lebensqualität. Zur Bedarfserhebung kommen das Hornheider Screening Instrument und Distressthermometer zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen und ein psychoonkologisches Screening erhalten haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. 2023 haben 68,4% der Sarkompatientinnen und -patienten ein psychoonkologisches Screening erhalten (Tabelle 61). Der Anteil konnte im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesteigert werden, sodass die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft von $\geq 65\%$ erreicht wurde. Die psychoonkologische Betreuungsquote bei Sarkompatientinnen und -patienten hat sich 2023 ebenfalls deutlich erhöht, was am ehesten auf eine gesteigerte Awareness im Rahmen von Studieneinschlüssen, insbesondere des Sarkomregisters oder der Heroes-Aya-Studie, erklärt werden kann.

Die sozialrechtliche Beratung von Sarkompatientinnen und -patienten erfolgt über den Sozialdienst des Universitätsklinikums Dresden, der organisatorisch der Direktion Krankenpflege des UKD zugeordnet ist. Für das Sarkomzentrum übernehmen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Aufgaben im Bereich Sozialdienst und Rehabilitation. Alle Patientinnen und Patienten des Zentrums erhalten das Angebot eines Beratungsgespräches durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate > 30% wurde erfüllt (Tabelle 61).

Tabelle 61: Psychoonkologische und sozialrechtliche Betreuung Sarkomzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Betreuungsquote Psychoonkologie	34,0%	32,9%	51,2%
Screeningrate Psychoonkologie	-	54,1%	68,4%
Betreuungsquote Sozialdienst	64,7%	70,5%	69,4%

Wartezeiten

Im Sarkomzentrum werden die Wartezeiten während der Sprechstunde und auf einen Termin kontinuierlich über das Krankenhausinformationssystem ORBIS® erfasst. Eine Auswertung der Wartezeiten erfolgt stichprobenartig einmal pro Jahr.

Die Vorgaben der Fachgesellschaften von ≤ 5 Werktagen Wartezeit auf einen Termin und < 60 Minuten während der Sprechstunde werden erfüllt (Tabelle 62).

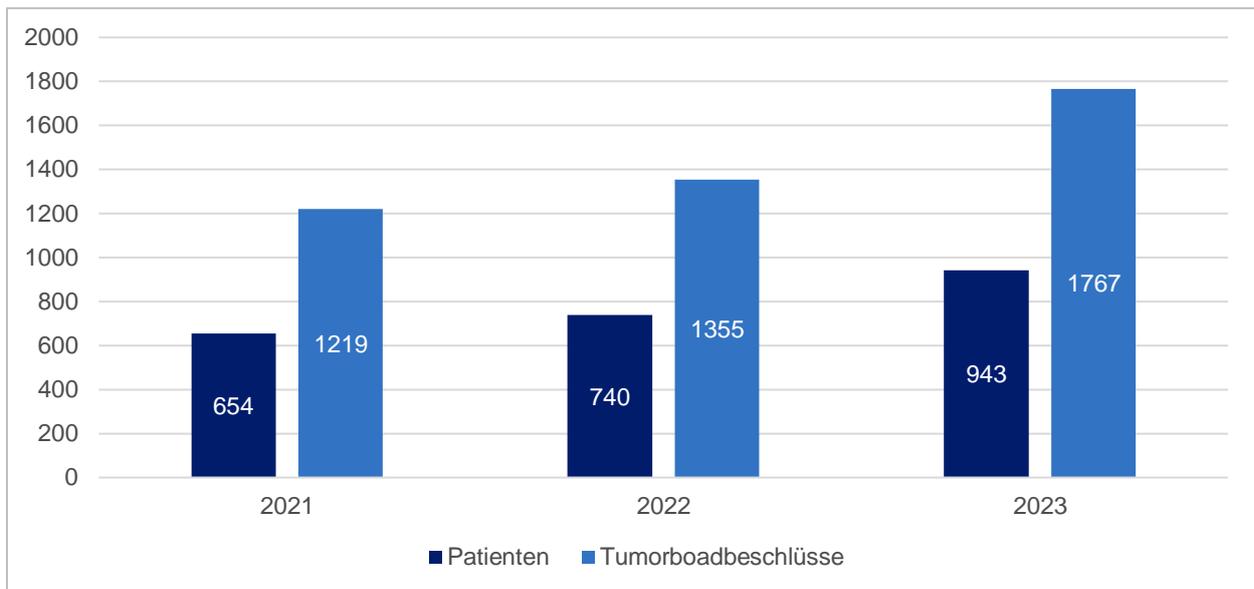
Tabelle 62: Wartezeiten im Sarkomzentrum 2021-2023

Wartezeit	2021	2022	2023
auf einen Termin	5,0 Tage	4,9 Tage	4,6 Tage
während der Sprechstunde	30,7 Minuten	34,5 Minuten	40,3 Minuten

Interdisziplinäres Tumorboard

Das Sarkomboard findet zweimal wöchentlich unter Beteiligung aller relevanten Fachdisziplinen statt. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachbereiche muss dabei obligatorisch am Tumorboard teilnehmen: operative Fachdisziplin (Chirurgie und/oder Tumororthopädie), internistische Onkologie, Strahlentherapie, Radiologie und Pathologie. Je nach Bedarf bzw. Indikation werden weitere Fachdisziplinen, wie Nuklearmedizin, Dermatologie, Neurochirurgie, Urologie oder Gynäkologie hinzugezogen. Im Jahr 2023 hat das Board an 99 Tagen stattgefunden. Es wurden 1.767 Beschlüsse für 943 Patientinnen und Patienten gefasst. Durchschnittlich werden pro Patientin/pro Patient 1,9 Beschlüsse gefasst und pro Board im Mittel 17,8 Empfehlungen ausgesprochen (Abbildung 56).

Abbildung 56: Entwicklung der Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Sarkomboard 2021-2023



Tumorboardcompliance

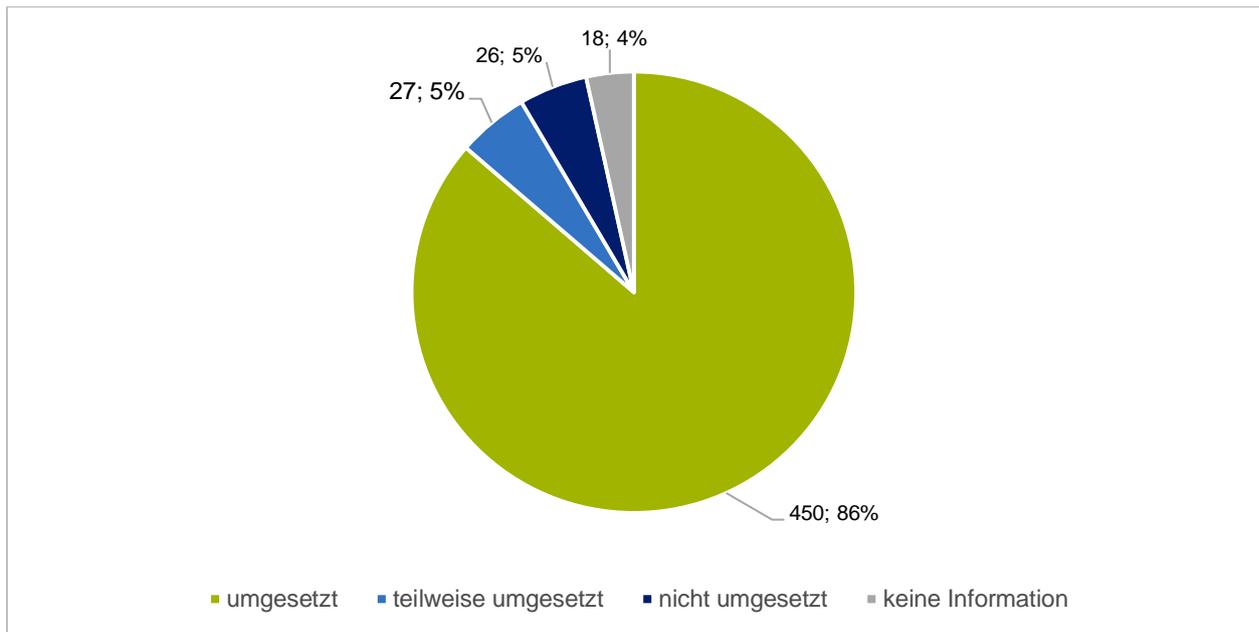
Zur Evaluierung der Ergebnisqualität der Tumorboards wird jährlich die inhaltliche Umsetzung der Tumorboardbeschlüsse des Sarkomboards überprüft. Methodisch wird dabei eine Stichprobe von 25% der besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: 10/2022-09/2023) randomisiert gezogen.

Für das Sarkomboard wurden dabei 521 Beschlüsse von insgesamt 221 Patientinnen und Patienten überprüft (siehe Abbildung 57). Die Prüfung erfolgte anhand der Krankenakten im ORBIS® und der Eintragungen im Tumordokumentationssystem UCC-TDS. Bei Vorliegen von unklaren oder ggf. kritischen Ereignissen erfolgt die Rücksprache mit den jeweiligen Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Fachdisziplinen sowie die Initiierung von interdisziplinären Fallbesprechungen oder eine daraus resultierende M&M-Konferenz.

Von den 521 Tumorboardbeschlüssen wurden 450 vollständig umgesetzt. Bei 18 Beschlüssen liegen uns keine Informationen zum weiteren Behandlungsverlauf vor. 27 Beschlüsse wurden teilweise umgesetzt. Gründe hierfür lagen z. B. im Wunsch des Patienten bzw. der Patientin, der Revision des Tumorboardbeschlusses oder auch der Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Patientinnen und Patienten. 26 Beschlüsse wurden nicht umgesetzt. Ursächlich hierfür sind beispielsweise in fünf Fällen, dass der Patient/die Patientin vor der Umsetzung der Therapieempfehlung verstarb, in 11 Fällen der Wunsch der Patientinnen und Patienten und in sieben Fällen lagen neue Erkenntnisse vor und die Patientin/der Patient wurde erneut im Tumorboard vorgestellt.

Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Sarkomzentrums 2023 konnten keine kritischen Ergebnisse festgestellt werden.

Abbildung 57: Umsetzung der Tumorboardempfehlungen - Sarkomboard 2023 (n=521 Beschlüsse)

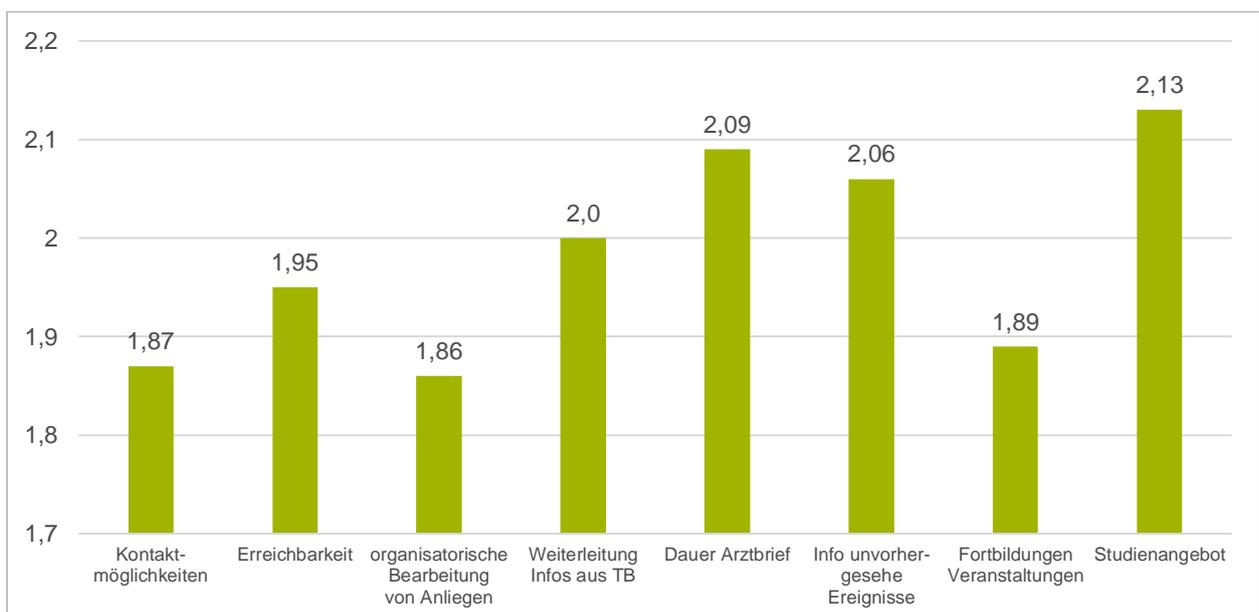


Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser 2023

Bei der Befragung zur Zufriedenheit der Zuweisenden im Sarkomzentrum im ersten Quartal 2023 hatten die Zuweiserinnen und Zuweiser auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) die Möglichkeit acht Items zu bewerten (Abbildung 58). Für jedes Item bestand zudem die Möglichkeit zusätzliche Angaben in einem Freitextfeld zu machen. Die Auswertung der Befragung ergab keinen dringenden Handlungsbedarf, jedoch sollten die Informationen zum Studienangebot für Sarkompatientinnen und -patienten noch besser kommuniziert werden. Die Dauer der Übermittlung der Arztbriefe wird 2023 als neuer Qualitätsindikator im Sarkomzentrum etabliert und regelmäßig analysiert.

Abbildung 58: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Sarkomzentrums 2023 (Mittelwerte)



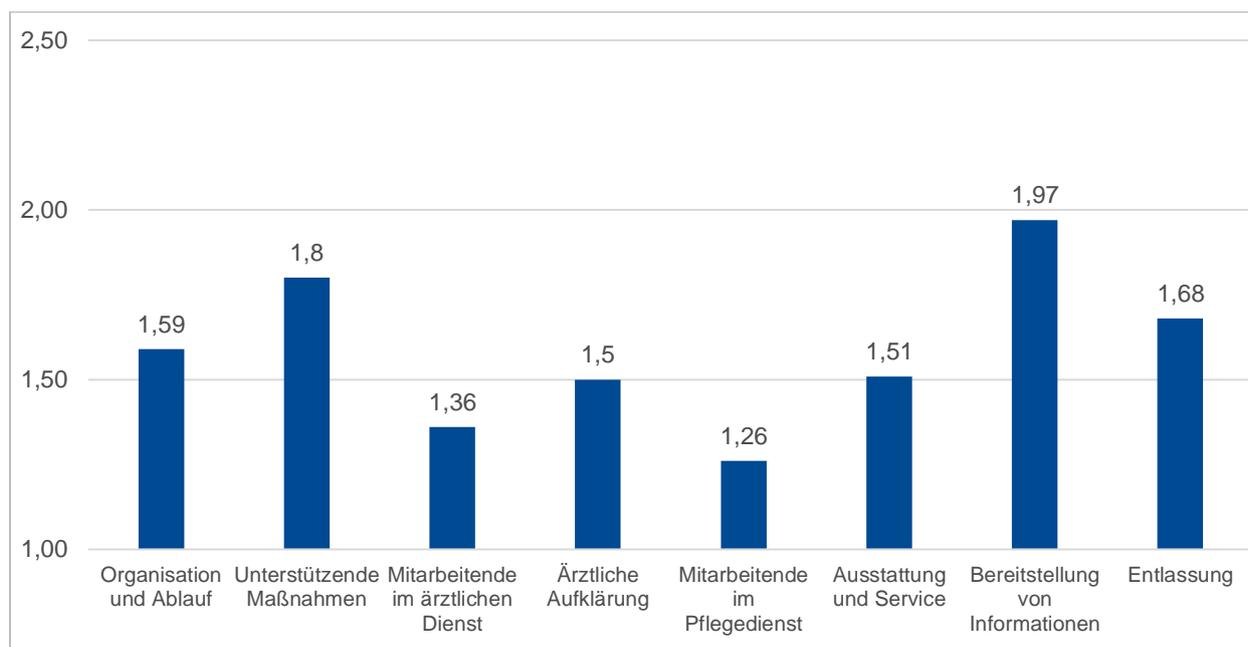
Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten 2023

Bei der Befragung der Patientinnen und Patienten des Sarkomzentrums 2023 (Primärfälle 2023) bestand die Möglichkeit auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) acht Themenbereiche mit vielfältigen Unterfragen zu bewerten. (Abbildung 59) Für jeden Themenbereich konnten zusätzliche Angaben in einem Freitextfeld angegeben werden. Die Rücklaufquote liegt bei 43,7% (Stand 21. März 2024), wobei davon auszugehen ist, dass noch weitere Fragebögen an das Zentrum zurückgeschickt werden.

Die Auswertung der Befragung zeigte eine hohe Zufriedenheit mit den angebotenen Leistungen des Sarkomzentrums. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,58. Die Befragung der Patientinnen und Patienten ergab keinen dringenden Handlungsbedarf. Die Frage nach der Bereitstellung von Informationsmaterial zu Selbsthilfegruppen für Sarkome wurde mit einem Mittelwert von 2,57 am schlechtesten bewertet. Hier wird das Zentrum neben den etablierten Informationen zur Deutschen Sarkom-Stiftung auf der Internetseite des Sarkomzentrums und in den Patientenmappen, zukünftig noch verstärkter auf Flyer und Broschüren der Stiftung setzen und diese in den Patientinnen- und Patientenbereichen auslegen.

Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte nach Kategorien.

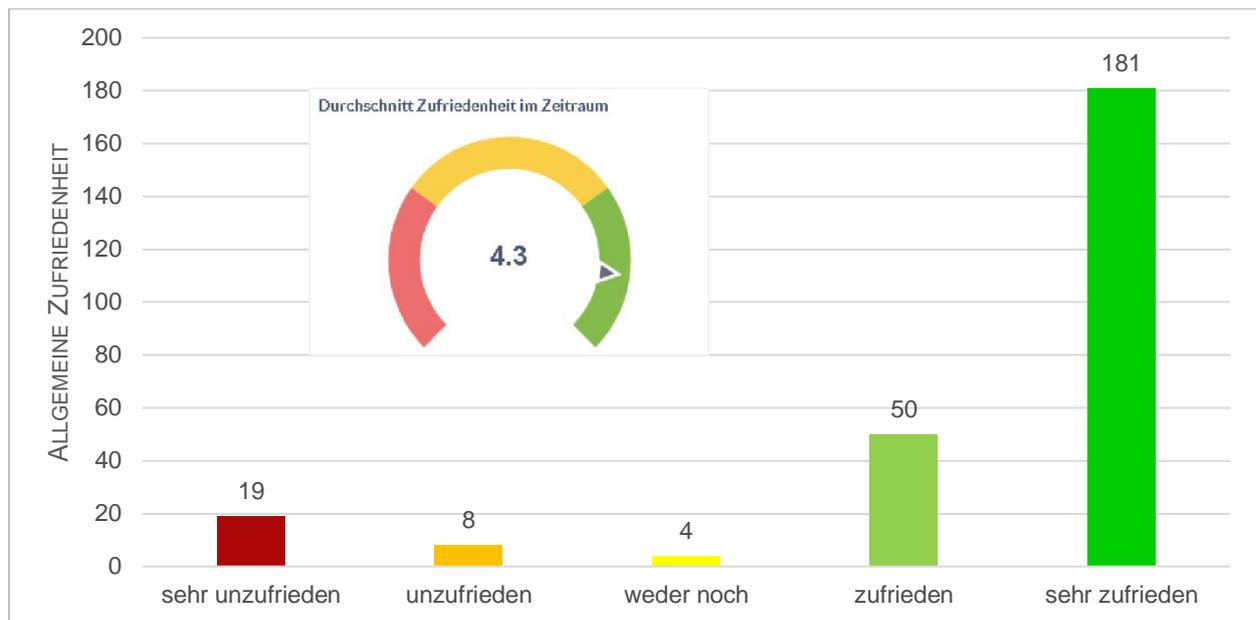
Abbildung 59: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten Sarkomzentrum 2023



Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2023

Für die Bereiche, in denen Sarkompatientinnen und -patienten betreut werden, sind im Jahr 2023 262 Feedbackmeldungen von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen eingegangen. Dabei gab es 155 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten und 105 Feedbacks von Angehörigen (zwei Rückmeldungen konnten keiner der beiden Gruppen zugeordnet werden). Die Gesamtzufriedenheit lag bei 4,3 von 5 (1 = sehr unzufrieden; 5 = sehr zufrieden) (Abbildung 60). Die Gründe für die Unzufriedenheit wurden, sofern sie angegeben sind, ausgewertet. Aufgrund des geringen Anteils negativer Feedbacks von lediglich 10,3% wird vorerst kein Handlungsbedarf gesehen.

Abbildung 60: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit Sarkomzentrum (stationär/ambulant) 2023



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Sarkomzentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in Tabelle 63 zusammengefasst. Von 15 obligatorischen Kennzahlen wurden 12 im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt, während bei drei Kennzahlen die Sollvorgabe 2023 nicht erreicht werden konnte.

Tabelle 63: Datenqualität Sarkomzentrum 2023

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
78,57%	0,00%	21,43%

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten ist der Zugang zu klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Die Studien werden über die VTG, MK1, STR, OUPC, ECTU und über das NCT/UCC angeboten. Im Jahr 2023 konnten 35,7% der Zentrumsfälle des Sarkomzentrums in eine Studie eingeschlossen werden (einmalige Zählung jedes Falls; abweichend zur Zählweise der DKG).

Tabelle 64: Studienquote Sarkomzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Studienquote	26,0%	33,1%	35,7%

Exemplarische Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Sarkomzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den

Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten der Bereiche des Sarkomzentrums aus organisatorischen Gründen unter den jeweiligen Kliniken aufgeführt sind.

Lutz BM, Schaser KD, Weitz J, Kirchberg J, Fritzsche H, Disch AC, Busch A, Wolk S, Reeps C. **Thoracoabdominal Aortic Replacement Together with Curative Oncological Surgery in Retroperitoneal and Spinal Tumours.** *Curr Oncol.* 2023 Feb 21;30(3):2555-2568.

Agaimy A, Baněčková M, De Almeida J, Dickson BC, Dimmler A, Hartmann W, Laé M, Pablik J, Schubart C, Skálová A, Stoehr R, Trautmann M, Wardelmann E, Wassef M, Weinreb I. **Recurrent EWSR1::COLCA2 Fusions Define a Novel Sarcoma With Spindle/Round Cell Morphology and Strong Predilection for the Sinonasal Tract.** *Am J Surg Pathol.* 2023 Mar 1;47(3):361-369.

Hamacher R, Liu X, Schuler MK, Hentschel L, Schöffski P, Kopp HG, Bauer S, Kasper B, Lindner L, Chemnitz JM, Crysandt M, Stein A, Steffen B, Richter S, Egerer G, Ivanyi P, Kunitz A, Grünwald V. **A post hoc analysis of the EPAZ trial: The role of geriatric variables in elderly soft tissue sarcoma patients on toxicity and outcome.** *Eur J Cancer.* 2023 Mar;181:145-154.

Singer S, Semrau S, Golcher H, Fechner K, Kallies A, Zapata Bonilla S, Grützmann R, Fietkau R, Kluba T, Jentsch C, Andreou D, Bornhäuser M, Schmitt J, Schuler MK, Eichler M. **The health-related quality of life of sarcoma patients treated with neoadjuvant versus adjuvant radiotherapy - Results of a multi-center observational study.** *Radiother Oncol.* 2023 Dec;189:109913.

Zapata Bonilla SA, Fried M, Singer S, Hentschel L, Richter S, Hohenberger P, Kasper B, Andreou D, Pink D, Arndt K, Bornhäuser M, Schmitt J, Schuler MK, Eichler M. **Working situation and burden of work limitations in sarcoma patients: results from the multi-center prospective PROSa study.** *J Cancer Res Clin Oncol.* 2023 Aug;149(9):6009-6021.

Eichler M, Hentschel L, Singer S, Hornemann B, Richter S, Hofbauer C, Hohenberger P, Kasper B, Andreou D, Pink D, Jakob J, Grützmann R, Fung S, Wardelmann E, Arndt K, Hermes-Moll K, Schoffer O, Fried M, Jambor HK, Weitz J, Schaser KD, Bornhäuser M, Schmitt J, Schuler MK. **Health related Quality of Life over time in German sarcoma patients. An analysis of associated factors - results of the PROSa study.** *Front Endocrinol (Lausanne).* 2023 Aug 29;14:1166838.

Hofer S, Hentschel L, Richter S, Blum V, Kramer M, Kasper B, Riese C, Schuler MK. **Electronic Patient Reported Outcome (ePRO) Measures in Patients with Soft Tissue Sarcoma (STS) Receiving Palliative Treatment.** *Cancers (Basel).* 2023 Feb 15;15(4):1233.



Kinderonkologisches Zentrum



Kinderonkologisches Zentrum

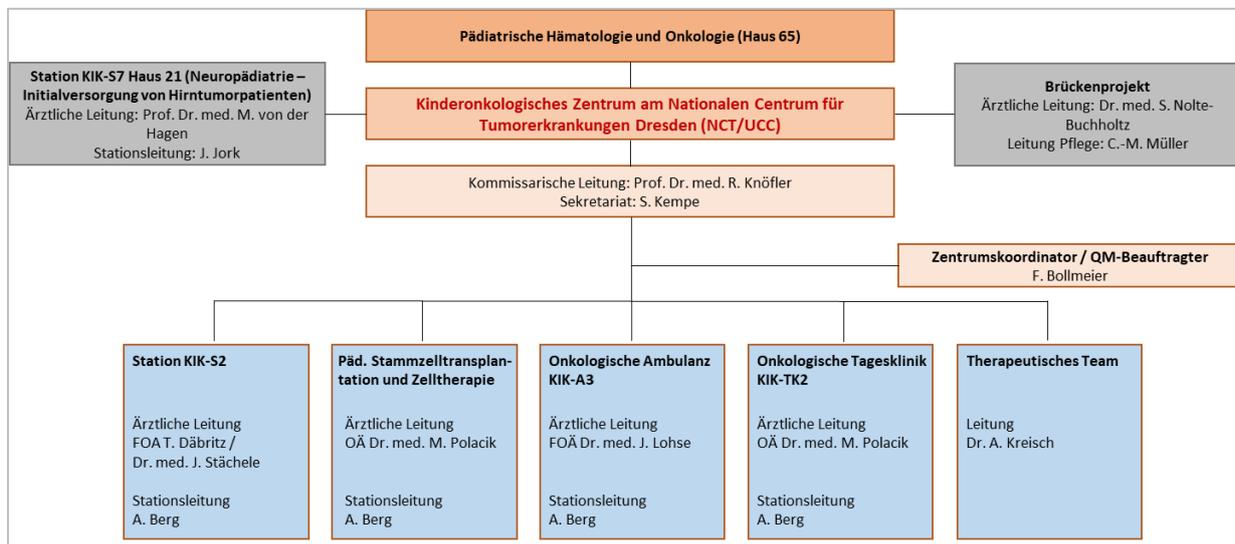
Struktur des Kinderonkologischen Zentrums (KIO)

Das Kinderonkologische Zentrum am NCT/UCC Dresden (KIO) wurde durch den Fachbereich der Pädiatrischen Hämatologie und Onkologie der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit dem Onkologischen Zentrum des NCT/UCC gegründet. Seit 2019 besteht im Zentrum ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001. Unter dem Dach des Onkologischen Zentrums wurde die Kinderonkologie im Jahr 2021 nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft erfolgreich erstzertifiziert.

Im Kinderonkologischen Zentrum am NCT/UCC Dresden wird das gesamte Behandlungsspektrum hämatologischer und onkologischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter abgedeckt. Eine eng verzahnte interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl mit allen medizinischen Fachrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin als auch mit ausgewählten onkologischen Disziplinen der Erwachsenenmedizin gehören zu den Voraussetzungen, um für die betroffenen Kinder und Jugendlichen die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. Entsprechend den Therapieleitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) werden hochspezialisierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Zentrum vorgehalten. Die Expertise erstreckt sich von spezialisierten Operationsverfahren über die Bestrahlung mittels Protonen bis hin zu medikamentösen und zellulären Therapieverfahren. Therapiebegleitende Angebote wie sozialrechtliche Beratung, psychologische Intervention oder kunst-, musik- und sporttherapeutische Angebote können die Patientinnen und Patienten, deren Eltern und Geschwister sowie bei Bedarf weitere Angehörige in Anspruch nehmen. Dieses vielseitige Angebot kann insbesondere Dank einer engen Zusammenarbeit mit dem Elternverein, dem Sonnenstrahl e.V. Dresden bereitgestellt werden.

Das folgende Organigramm zeigt den strukturellen Aufbau und die Kontaktpersonen des Kinderonkologischen Zentrums am NCT/UCC. Neben den dargestellten Behandlungseinheiten stehen dem Zentrum weitere Kooperationspartner zur Verfügung.

Abbildung 61: Struktur des Kinderonkologischen Zentrums



Zur Aufrechterhaltung des hohen Qualitätsanspruchs in der Behandlung und Betreuung der sich in unterschiedlichen Entwicklungsphasen befindlichen Patientinnen und Patienten bedarf es der Bereitstellung von fachlich spezialisiertem und qualifiziertem Personal. Die folgende Tabelle zeigt die Qualifikationsmatrix des am Zentrum beschäftigten Personals.

Tabelle 65: Qualifikationsmatrix Kinderonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. Ralf Knöfler	FA für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, ZB Hämostaseologie
Oberärztin	Dr. med. Maria Polacik	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie
Funktionsoberärztin	Dr. med. Judith Lohse	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, ZB Hämostaseologie
Funktionsoberarzt	Tobias Däbritz	FA für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie
Zentrumskoordination / Qualitätsmanagement	Felix Bollmeier, B.A., MPH	Sozial- und Gesundheitsmanagement Gesundheitswissenschaften / Public Health
Tumordokumentation	Cathleen Fiebiger	Medizinische Dokumentationsassistentin
Pflegedienstleitung	Mirko Radloff, B.Sc.	Gesundheits- und Krankenpflege, Management für Gesundheitsfachberufe
Stationsleitung	Antje Berg	Gesundheits- und Krankenpflege, Weiterbildung Leitungsaufgaben im Ge- sundheitswesen, Pediatric Palliative Care
Onkologische Fachpflege	Annett Grässler / Bianka Engelke / Claudia Naumann / Pia Brauer / Mi- chaela Krake / Sandy Förster / Sa- bine Liebscher / Ulrike Heitmann	Gesundheits- und Krankenpflege, Weiterbildung Onkologische Fachpflege
Onkologische Fachpflege	Annett Grässler / Annette Böhm / Birgit Kynast / Doreen Ehrlich / Ines Exner / Katrin Stolle / Pia Brauer / Ulrike Heitmann	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Weiterbildung (Pediatric) Palliative Care
Onkologische Fachpflege	Luise Wolf	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Weiterbildung Ambulante Onkologie

Ziele des Kinderonkologischen Zentrums

In Anlehnung an die Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC werden jährlich für das Kinderonkologische Zentrum operative Qualitätsziele formuliert. Die Festlegung der Ziele erfolgt in der Regel zu Beginn eines jeden Jahres, aber auch unterjährig können Ziele mit zentrumsspezifischen Schwerpunkten aufgenommen werden. Nicht erreichte Ziele werden in das folgende Kalenderjahr übernommen. Unter Benennung von konkreten Verantwortlichkeiten und Festlegung eines intern abgestimmten Zieltermins werden die Qualitätsziele unterjährig verfolgt und auf Umsetzung geprüft. In Tabelle 66 sind die Qualitätsziele und deren Erreichungsgrade des Jahres 2023 dargestellt.

Tabelle 66: Jahresziele 2023 Kinderonkologisches Zentrum

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
1	Vorbereitung der JACIE-Zertifizierung für den Bereich pädiatrische Zelltherapie.	OA KIO STL KIO QMB KIO	Oktober 2023	Erstakkreditierung am 24. und 25. Oktober 2023.
2	Erfolgreiche Akkreditierung nach den JACIE-Anforderungen.	OA KIO STL KIO QMB KIO	Oktober 2023	Erstakkreditierung am 24.-25. Oktober 2023. Ergebnisbekanntgabe ausstehend.
3	Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten und Eltern	QMB KIO	Juli 2023	Befragungszeitraum August bis Oktober 2023.
4	Etablierung eines Trauerrituals im Bereich Kinder-Hämatologie-Onkologie.	Pflege KIO	Juni 2023	Es existieren bereits Trauerrituale, welche weiter ausgebaut werden sollen. Daher Übernahme in Qualitätsziele 2024.
5	Aktualisierung des Kooperationsvertrages mit dem Sonnenstrahl e.V.	VWL KIK Leitung KIO	Dezember 2023	Unterzeichnung des neuen Kooperationsvertrages im August 2023.
6	Einführung einer kontinuierlichen Wartezeit-Erfassung in den Ambulanzen	STL KIO QMB KIO	Mai 2023	Die Erfassung der Wartezeiten findet regelmäßig statt.
7	Vertiefung Öffentlichkeitsarbeit (Website, Flyer)	QMB KIO	Oktober 2023	Veröffentlichung der Website im Oktober 2023.
8	Etablierung einer Sporttherapie für Patientinnen und Patienten des KIO	Leitung KIO STL KIO	September 2023	Angebot der Sporttherapie ab September 2023.
9	Projekt: Einführung von Entlassungsgesprächen durch die Psychologinnen des KIO für Mitarbeitende des Pflegeteams (Mitarbeitende für Mitarbeitende)	Psychologinnen KIO STL KIO	Dezember 2023	Übernahme in Qualitätsziele 2024.
10	Dokumentation der neuroonkologischen Besprechungen zwischen Kinderonkologie und Neuropädiatrie im TDS.	QMB KIO	Dezember 2023	Übernahme in Qualitätsziele 2024.
11	Einführung einer internen Fortbildungsreihe für die Mitglieder des multiprofessionellen Teams.	Leitung KIO	März 2023	Der Journal Club findet regelmäßig am ersten Dienstag des Monats statt (2023: 10 Termine).

Externe und interne Audits

Externe Audits

In 2023 wurde das Kinderonkologische Zentrum im Rahmen des reduzierten Auditzyklus in Form eines Dokumentenaudits durch einen externen Fachexperten für Kinderonkologische Zentren begutachtet. Die Bewertung der eingereichten Unterlagen fiel positiv aus, sodass die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Kinderonkologische Zentren als erfüllt bewertet wurden. Das Bewertungsergebnis umfasste zwei Hinweise sowie zwei Auflagen, welche für die Aufrechterhaltung erfüllt werden mussten. Alle erforderlichen Nachweise wurden fristgerecht bei der Zertifizierungsgesellschaft vorgelegt, sodass der Zertifizierungsstatus bestätigt wurde.

Am 24. und 25. Oktober 2023 wurde der Bereich für Pädiatrische Stammzelltransplantation und Zelltherapie des Kinderonkologischen Zentrums erstmals nach den JACIE-Anforderungen akkreditiert. Das Akkreditierungsverfahren läuft gemeinsam mit der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikums Dresden. Die Ergebnisbekanntgabe ist ausstehend.

Am 31. August 2023 wurde das Kinderonkologische Zentrum durch den Medizinischen Dienst Sachsen hinsichtlich der „Richtlinien über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten (KiOn-RL)“ geprüft. Die Begutachtung erfolgte für den Kontrollzeitraum 1. März bis 7. Juni 2023. Die Prüfung ergab die vollständige Erfüllung aller qualitätssichernden Maßnahmen entsprechend der Vorgaben im Rahmen der KiOn-RL des gemeinsamen Bundesausschusses.

Interne Audits

Interne Audits im Kinderonkologischen Zentrum finden analog dem Vorgehen im Onkologischen Zentrum statt. Am 15. November 2023 wurden die Bereiche Station, Tagesklinik und Ambulanz sowie der supportive Bereich der Kinderonkologie intern auditiert. Im Rahmen des Audits wurden fünf Hinweise und zwei Anregungen gegeben. Abweichungen wurden im Geltungsbereich nicht festgestellt. Alle Hinweise werden im Rahmen des kontinuierlichen Maßnahmenmanagements regelmäßig auf Umsetzung geprüft.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

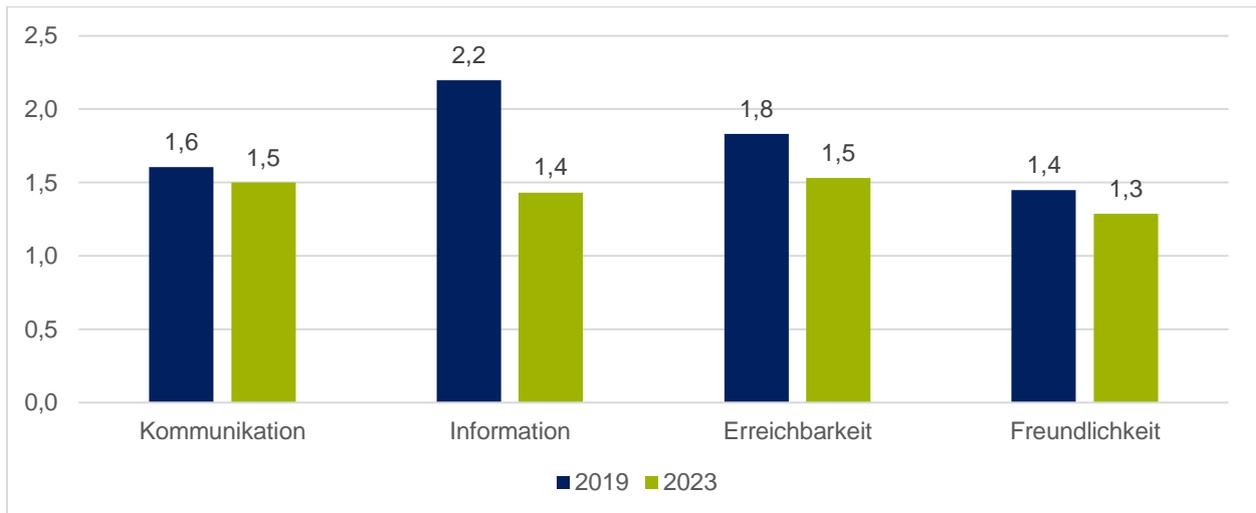
Im Kinderonkologischen Zentrum werden regelmäßig, jedoch mindestens alle drei Jahre, Zufriedenheitsbefragungen der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Die letzte Zufriedenheitsbefragung erfolgte im Oktober 2022. Die Ergebnisse wurden interpretiert, Handlungsbedarfe identifiziert und Maßnahmen abgeleitet. Die nächste Befragung der Zuweisenden findet im Jahr 2025 statt.

Des Weiteren steht allen Zuweisenden eine kontinuierliche Zufriedenheitserfassung über die Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Der Fragebogen wurde im Zusammenspiel des NCT/UCC gemeinsam mit allen Organkrebszentren entwickelt. Die Zuweisenden haben zudem die Möglichkeit, über die zentrale [E-Mail](#) ihre Wünsche und Anregungen oder auch Kritik zu äußern.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2023 wurde eine Zufriedenheitsbefragung der Eltern, Patientinnen und Patienten im Zeitraum 1. August bis 31. Oktober 2023 durchgeführt. Die Rücklaufquote betrug 46,2%. Die nachfolgende Grafik zeigt einen Mittelwertvergleich verschiedener Kategorien, welche sowohl in der Zufriedenheitsbefragung im Jahr 2019 als auch in 2023 erhoben wurden. In allen Bereichen ist eine leichte bis deutliche Verbesserung der Zufriedenheit zu erkennen.

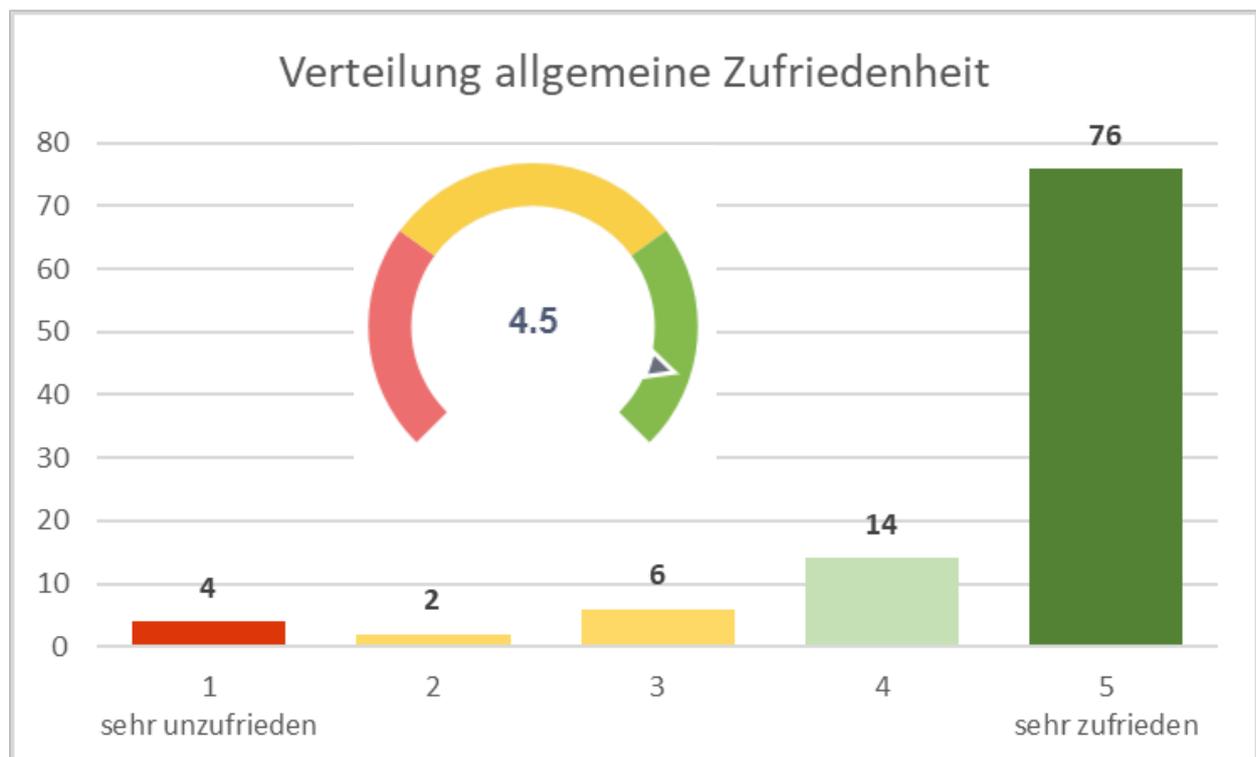
Abbildung 62: Mittelwertvergleich Zufriedenheitsbefragung KIO 2019 und 2023



Alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörige haben am Universitätsklinikum Dresden die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden auch über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Struktureinheiten etabliert ist, abzugeben. Für die Teilnahme an dieser kontinuierlichen Zufriedenheitserfassung stehen sowohl Befragungsstelen als auch QR-Codes zur digitalen Teilnahme über das eigene Smartphone oder Tablet zur Verfügung. Das digitale Feedbacksystem Sayway wurde zum 1. August 2023 auf Redcap umgestellt.

Zudem besteht für alle Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen die Möglichkeit über die Internetseite des NCT/UCC an einer kontinuierlichen Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen.

Abbildung 63: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem 2023



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das Kinderonkologische Zentrum beteiligt sich regelmäßig an den interdisziplinären M&M-Konferenzen der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, welche in der Regel jeden 2. Monat durchgeführt werden. Beteiligt sind alle Fachdisziplinen der Kinder- und Jugendmedizin sowie fallbezogen auch die Kinderchirurgie. Es werden bereichsübergreifend komplexe Fälle besprochen, bei denen es während oder im Nachgang der Behandlung zu einem Klärungsbedarf mit Notwendigkeit einer interdisziplinären Besprechung gekommen ist. Ziel ist es, interne Verbesserungspotentiale aufzuzeigen und diese im Sinne der bestmöglichen Versorgung der jungen Patientinnen und Patienten zukünftig zu vermeiden. In 2023 fanden sieben übergreifende M&M-Konferenzen statt. Eine M&M-Konferenz mit kinderonkologischem Schwerpunkt erfolgte am 5. September 2023.

Zweiwöchentlich finden Besprechungen des Leitungsteams des Kinderonkologischen Zentrums statt, wo interne Themen und Schwerpunkte besprochen werden. Zudem findet regelmäßig alle vier bis acht Wochen ein Austausch mit der Zentrumskoordination über relevante Aspekte des Qualitäts- und Risikomanagements statt.

Fort- und Weiterbildungsangebote

Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Kinderonkologischen Zentrum finden regelmäßig interne Fortbildungen für das ärztliche und pflegerische Personal im Rahmen der internen, wöchentlich stattfindenden multiprofessionellen Bereichsbesprechung statt. Das pädiatrische Tumorboard steht zudem als interne Fortbildungsveranstaltung für interessierte Berufsgruppen (Pflege, Psychosozialdienst, Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung) zur Verfügung. In 2023 wurde die interne Fortbildungsreihe „Journal Club“ für das multiprofessionelle Team der Kinderonkologie etabliert. Der Journal Club ist regelmäßig für den ersten Dienstag des Monats geplant. Weitere interne Fortbildungen finden in der Kinderklinik statt.

Tabelle 67: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Kinderonkologisches Zentrum 2023

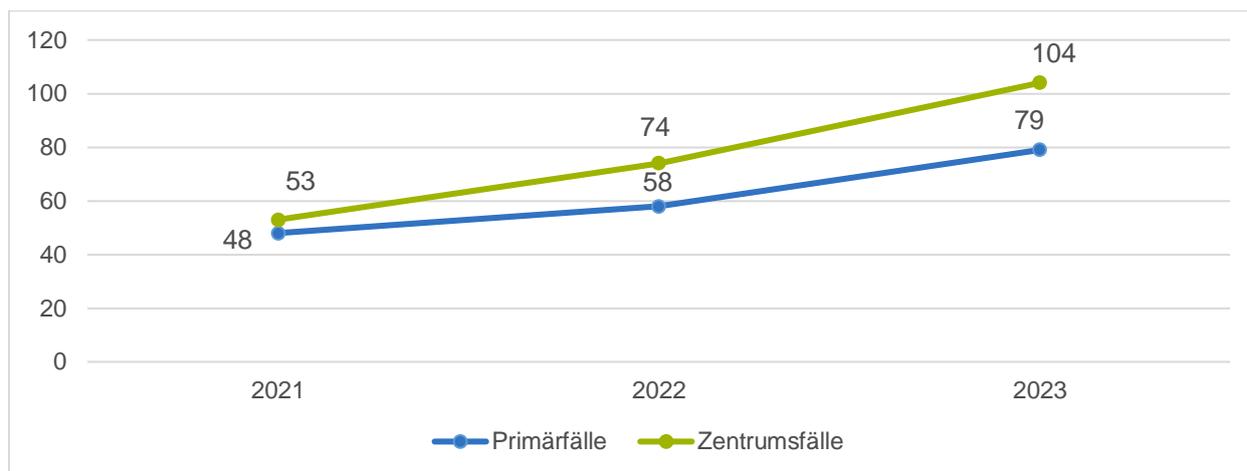
Datum	Veranstaltung
7. März 2023	Journal Club: „Stammzelltransplantation – JACIE“
4. April 2023	Journal Club: „Hirntumore“
20. April 2023	Fallvorstellung Hirntumorambulanz – Mittagskonferenz der Kinderklinik
2. Mai 2023	Journal Club: „Brückenteam des Sächsischen KinderPalliativ Zentrums“
16. Mai 2023	Fallvorstellung KIK-S2 – Mittagskonferenz der Kinderklinik
6. Juni 2023	Journal Club: „Fallbesprechung“
4. Juli 2023	Journal Club: „Pädiatrische Psychoonkologie“
5. Juli 2023	Fortbildung Kinderklinik: Hämatologie / Onkologie
5. September 2023	Journal Club: „Kinderonkologische Nachsorge“
12. September 2023	Fallvorstellung KIK-S2 – Mittagskonferenz der Kinderklinik
10. Oktober 2023	Journal Club: „Pädiatrische Hämostaseologie“
7. November 2023	Journal Club: „Was gibt es Neues in der Kinderonkologie?“
5. Dezember 2023	Journal Club: „Studiendokumentation in der Kinderonkologie“
14. Dezember 2023	Fallvorstellung Hämato-Onko-Ambulanz – Mittagskonferenz der Kinderklinik
15. Dezember 2023	Symposium „Gemeinsam sind wir stark - Pädiatrische Onkologie und Protonentherapie zur Verbesserung der Krebsbehandlung von Kindern und Jugendlichen“

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

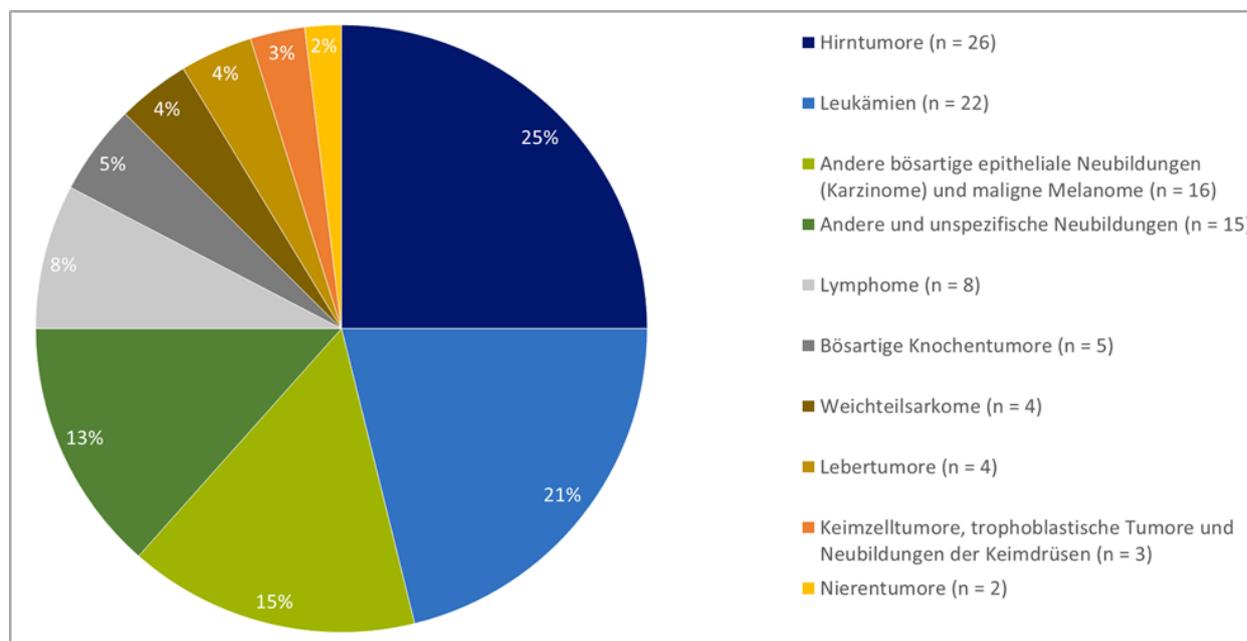
In 2023 wurden 79 Patientinnen und Patienten mit Ersttumor und 25 Rezidivfälle im Kinderonkologischen Zentrum behandelt. Die Zählweise der hier angegebenen Fallzahlen richtet sich nach den Vorgaben für zertifizierte Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft. In der folgenden Abbildung ist die Entwicklung der Primär- und Zentrumsfälle von 2021 bis 2023 dargestellt. In diesem Zeitraum ist ein kontinuierlicher Zuwachs der Fallzahlen zu erkennen.

Abbildung 64: Fallzahlentwicklung Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023



In Abbildung 65 ist die Verteilung der Zentrumsfälle nach den von der Deutschen Krebsgesellschaft vorgegebenen Diagnosegruppen für zertifizierte Kinderonkologische Zentren aufgeschlüsselt. Die größte Diagnosegruppe der in 2023 behandelten Patientinnen und Patienten stellen Hirntumore (25%) dar, gefolgt von Leukämien (21%), anderen bösartigen epithelialen Neubildungen (15%) und anderen unspezifischen Neubildungen (13%).

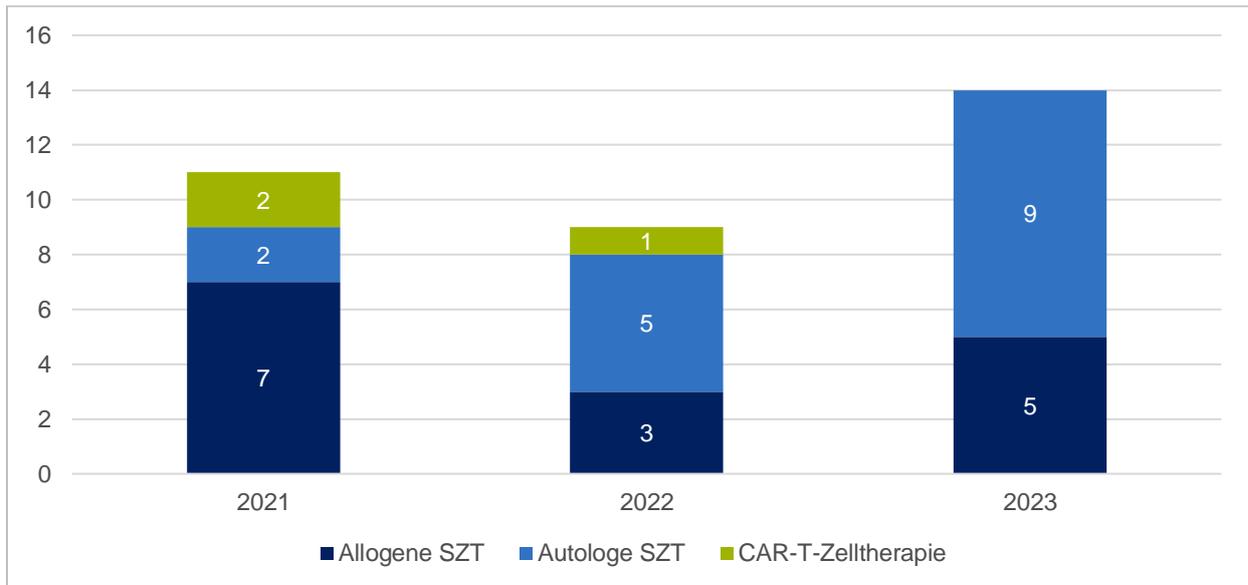
Abbildung 65: Zentrumsfälle 2023 nach Diagnosegruppen Kinderonkologisches Zentrum (n=104)



Zelluläre Therapien

Bei entsprechender Indikation besteht die Behandlungsoption zur Durchführung von zellulären Therapien. In Kooperation mit dem Fachbereich Hämatologie und Zelltherapie der Medizinischen Klinik I werden allogene und autologe Stammzelltransplantationen sowie die CAR-T-Zelltherapie angeboten. Nachfolgend ist die Entwicklung der durchgeführten zellulären Therapien bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten im Zeitraum 2021 bis 2023 abgebildet.

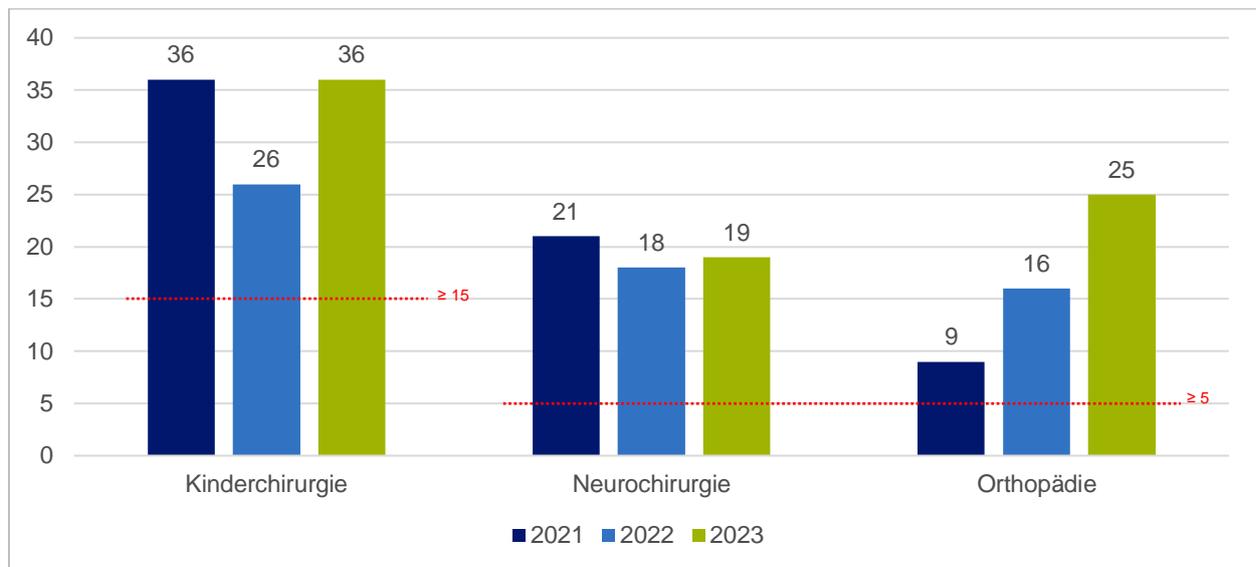
Abbildung 66: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023



Operative Expertise

Hauptkooperationspartner für chirurgische Eingriffe in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie ist die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie. Aufgrund verschiedenster Krankheitsbilder mit unterschiedlichsten Tumorlokalisationen werden weitere operative Kooperationspartner in die Behandlung einbezogen. Insbesondere bei muskuloskelettalen Sarkomen und Tumoren des Gehirns oder des Zentralnervensystems werden die Tumorchirurgien des UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- & Plastische Chirurgie und der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie hinzugezogen. In Abbildung 67 ist die Entwicklung operativer, kinderonkologischer Fälle der kooperierenden Leistungserbringer im Zeitraum von 2021 bis 2023 dargestellt. Die Fallzahlen der operativen Kooperationspartner sind im Jahresvergleich stabil bzw. sogar ansteigend und erfüllen die aktuellen Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für zertifizierte Kinderonkologische Zentren.

Abbildung 67: Fallzahlentwicklung operative Kooperationspartner Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023



Strahlentherapeutische Expertise

Die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie ist Hauptkooperationspartner des Kinderonkologischen Zentrums und als deutschlandweites strahlentherapeutisches Referenzzentrum für hochgradige Gliome im Kindes- und Jugendalter tätig. Das angebotene Leistungsspektrum umfasst sowohl die Photonen- als auch die Protonentherapie. Interdisziplinäre Behandlungsansätze wie Radiochemotherapien werden ebenfalls im kinderonkologischen Setting angeboten. Die Entwicklung abgeschlossener Bestrahlungsserien bei Zentrumsfällen des Kinderonkologischen Zentrums von 2021 bis 2023 ist nachfolgend dargestellt.

Tabelle 68: Abgeschlossene Bestrahlungsserien Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Anzahl abgeschlossener Bestrahlungsserien	35	42	51
Anteil Protonenbestrahlung	82,9%	78,6%	86,4%
Sollvorgabe DKG	≥ 5 abgeschlossene Bestrahlungsserien	≥ 10 abgeschlossene Bestrahlungsserien (Photonen ≥ 5; Protonen ≥ 5)	> 50% (Anteil der Protonenbestrahlung)

Psychosoziale Versorgung

Die Beratung des Psychosozialen Dienstes unterteilt sich in die pädiatrisch-psychoonkologische Betreuung und die sozialrechtliche Beratung. Die Erfassung der Betreuungsraten erfolgt analog der Anforderungen an Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft zusammengefasst in einer Kennzahl. Darüber hinaus sind in Tabelle 69 detaillierte Angaben zu den einzelnen Betreuungsraten zusammengefasst.

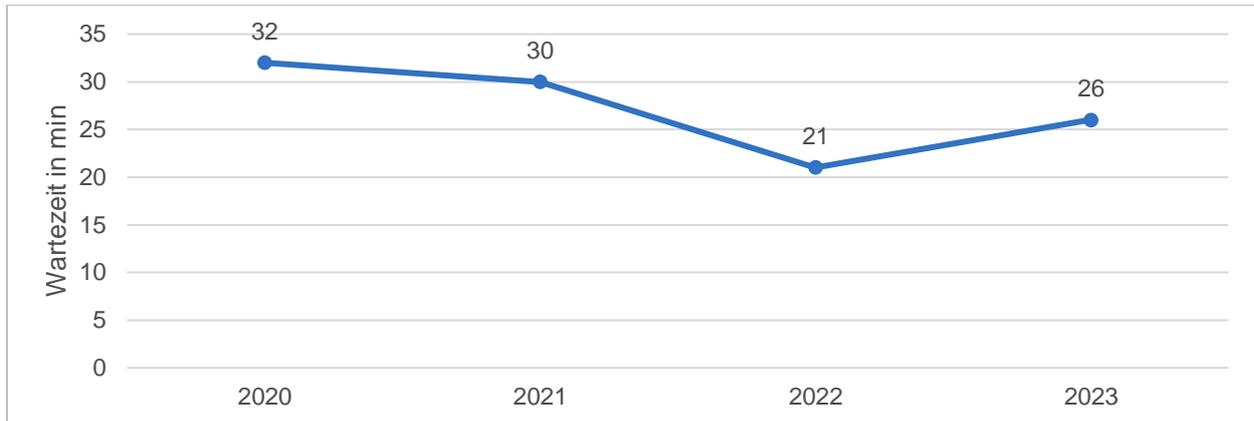
Tabelle 69: Betreuung durch den psychosozialen Dienst Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Päd. Psychoonkologie	85,0%	83,8%	83,7%
Sozialdienst	93,3%	85,1%	79,8%
Psychosozialdienst	100,0%	95,9%	95,2%

Wartezeiten

Für die hämatologisch-onkologische Nachsorgesprechstunde des Kinderonkologischen Zentrums wird jährlich eine Wartezeitenanalyse durchgeführt. In Abbildung 68 sind die Ergebnisse dieser Analyse im Jahresverlauf von 2020 bis 2023 dargestellt. Die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft (≤ 60 Minuten) wird deutlich erreicht.

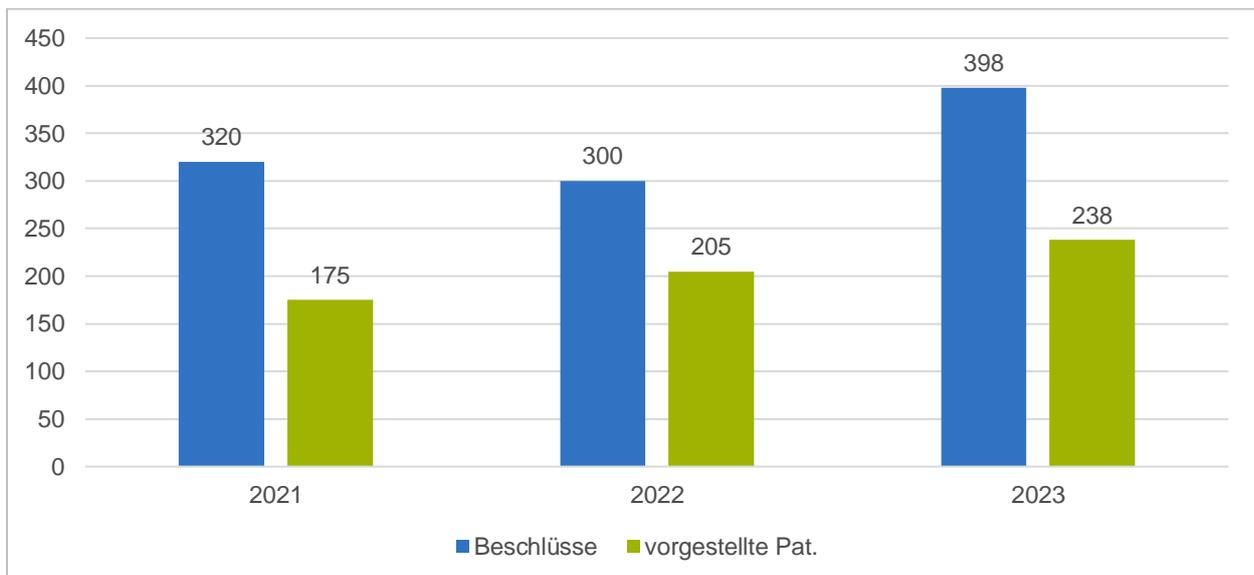
Abbildung 68: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kinderonkologisches Zentrum 2020-2023



Interdisziplinäres Tumorboard

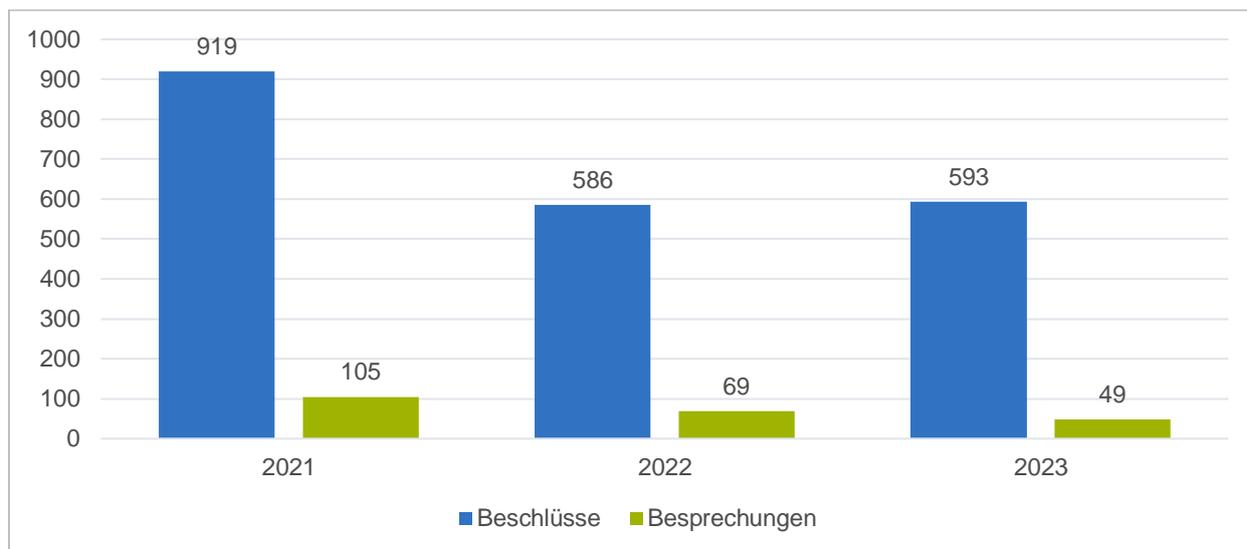
Im Kinderonkologischen Zentrum finden wöchentlich interdisziplinäre Tumorboards unter Beteiligung aller relevanten Fachdisziplinen statt. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachbereiche nimmt obligatorisch am pädiatrischen Tumorboard teil: Pädiatrische Hämatologie-Onkologie, Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Pathologie sowie Radioonkologie/Strahlentherapie. Je nach Fragestellung und Krankheitsbild werden weitere Fachdisziplinen, wie beispielsweise die Neurochirurgie, die Tumororthopädie und die Pädiatrische Endokrinologie hinzugezogen.

Abbildung 69: Entwicklung der Tumorboardvorstellungen Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023



Weiterhin findet einmal wöchentlich die multiprofessionelle Bereichsbesprechung des Kinderonkologischen Zentrums statt. Die Teilnehmenden sind direkt am Behandlungsprozess beteiligt und stammen aus den Bereichen ärztlicher Dienst, Pflege, Psychosozialdienst, Dokumentation, Case-management sowie Kreativ- und Sporttherapie. Die Bereichsbesprechung des multiprofessionellen Teams dient insbesondere der Fallbesprechung von Patientinnen und Patienten in stationärer Behandlung der Kinderonkologie, wobei bei gegebener Notwendigkeit auch Fälle aus dem ambulanten Bereich besprochen werden.

Abbildung 70: Entwicklung der Fallvorstellungen in der Bereichsbesprechung KIO 2021-2023



Tumorboardcompliance

Im Rahmen der Überprüfung der Tumorboardcompliance der pädiatrischen Tumorkonferenz werden die Beschlüsse aller Zentrumsfälle auf inhaltliche Umsetzung überprüft. In 2023 wurden **179 Beschlüsse** hinsichtlich der inhaltlichen Umsetzung geprüft. Der Erfüllungsgrad der überprüften Tumorboardbeschlüsse liegt bei 100%. Die Sollvorgabe für diese Kennzahl richtet sich nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Kinderonkologische Zentren. Die Sollvorgabe für Therapieabweichungen gegenüber der Empfehlung der Tumorkonferenz liegt bei $\leq 5\%$, welche für 2023 deutlich erreicht wird. Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgt im Tumordokumentationssystem UCC-TDS.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in Tabelle 70 zusammengefasst. Von neun obligatorischen Kennzahlen wurden acht im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt.

Tabelle 70: Datenqualität DKG-Kennzahlen Kinderonkologisches Zentrum 2023

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
88,9%	0,0%	11,1%

Forschungstätigkeit

Klinische Studien

Die Behandlung von hämato-onkologischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland findet stets im Rahmen von Therapieoptimierungsstudien bzw. Registern der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) statt. Patientinnen und Patienten, deren komplexe Krankheitsbilder die Einschlusskriterien der durch die GPOH geführten Therapiestudien bzw. Register nicht erfüllen, werden stets in Absprache mit den zuständigen Studienleitungen auch ohne Studieneinschluss analog der Behandlungspfade der GPOH-Studien behandelt. Im Rahmen der internen Zielsetzung wurde für den Qualitätsindikator „Studienquote“ eine Sollvorgabe in Höhe von $\geq 90\%$ für die pädiatrische Hämato-Onkologie gewählt. In 2023 konnte diese Sollvorgabe nicht erfüllt werden. Dies ist vor allem auf den zeitweisen Rekrutierungsstopp einzelner GPOH-Registerstudien, wie der NHL-BFM, zurückzuführen. Darüber hinaus wurde die Rekrutierung von einigen GPOH-Studien (z.B. AIEOP-BFM ALL 2017) beendet, ohne ein Nachfolge- oder Registerprotokoll einzuführen. Patientinnen und Patienten können lediglich im Rahmen einer Interimsphase zu den Studien gemeldet werden, was einem vormaligen vollständigen Studieneinschluss nicht gleichgesetzt ist. Diese Gruppe der Patientinnen und Patienten wurde daher nicht in der Studienquote erfasst.

Tabelle 71: Studienquote Kinderonkologisches Zentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Zentrumsfälle mit Studieneinschluss (Zähler)	55	67	82
Zentrumsfälle (Nenner)	60	74	104
Studienquote	91,7%	90,5%	78,8%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Kinderonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über das Forschungsportal der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden auf der folgenden Internetseite abzurufen: <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/>.

Friedrich UA, Bienias M, Zinke C, Prazenicova M, Lohse J, Jahn A, Menzel M, Langanke J, Walter C, Wagener R, Brozou T, Varghese J, Dugas M, Erlacher M, Schröck E, Suttorp M, Borkhardt A, Hauer J, Auer F. **A clinical screening tool to detect genetic cancer predisposition in pediatric oncology shows high sensitivity but can miss a substantial percentage of affected children.** Genet Med. 2023 Aug;25(8):100875.

Eckart F, Tauer JT, Suttorp M, Knöfler R. **Impact of Tyrosine Kinase Inhibitors Applied for First-Line Chronic Myeloid Leukemia Treatment on Platelet Function in Whole Blood of Healthy Volunteers In Vitro.** Hamostaseologie. 2023 Jun;43(3):179-187.

Herzog K, Schepper F, Pletschko T, Herrmann J, Budich M, Christiansen H, Suttorp M, Martini J. **Illness perceptions, fear of progression and health-related quality of life during acute treatment and follow-up care in paediatric cancer patients and their parents: a cross-sectional study.** BMC Psychol. 2023 Feb 13;11(1):44.

Bader P, Rossig C, Hutter M, Ayuk FA, Baldus CD, Bücklein VL, Bonig H, Cario G, Einsele H, Holtick U, Koenecke C, Bakhtiar S, Künkele A, Meisel R, Müller F, Müller I, Penack O, Rettinger E, Sauer MG, Schlegel PG, Soerensen J, von Stackelberg A, Strahm B, Hauer J, Feuchtinger T, Jarisch A. **CD19 CAR T cells are an effective therapy for posttransplant relapse in patients with B-lineage ALL: real-world data from Germany.** Blood Adv. 2023 Jun 13;7(11):2436-2448.

Rüchel N, Oldenburg M, Janssen S, Pandyra AA, Liu W, Vasileiou E, Hein D, Jepsen VH, Fischer U, Picard D, Kögler G, Hauer J, Auer F, Beer A, Adams O, MacKenzie C, Jaeger M, Netea MG, Borkhardt A, Gössling KL. **Cytokine Hyperresponsiveness in Children With ETV6::RUNX1-positive Acute Lymphoblastic Leukemia After Challenge With Common Pathogens.** Hemasphere. 2023 Jan 31;7(2):e835.



Kopf-Hals-Tumorzentrum



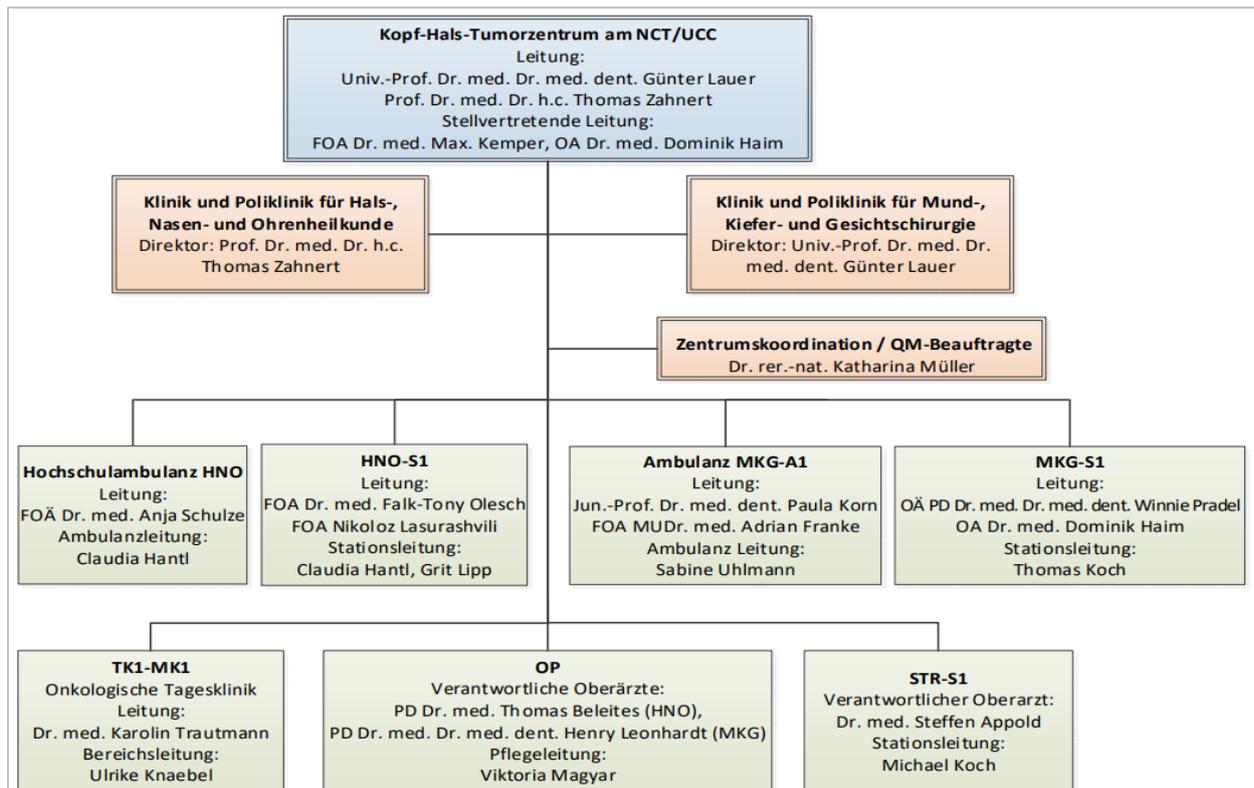
Kopf-Hals-Tumorzentrum

Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums (KHTZ)

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist Teil des Onkologischen Zentrums des Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC). Das Zentrum wurde 2019 von der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie gegründet. Es erfüllt die von der Deutschen Krebsgesellschaft festgelegten Qualitätskriterien und trägt die Auszeichnung "Kopf-Hals-Tumorzentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.". Zusätzlich verfügt das Kopf-Hals-Tumorzentrum über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001.

Die Leiter des Kopf-Hals-Tumorzentrums sind Herr Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, sowie Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Zahnert, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Die beiden tragenden Einrichtungen betreiben mit ihren eigenen personellen und infrastrukturellen Ressourcen in den jeweiligen Kliniken einen Teil des Kopf-Hals-Tumorzentrums. Übergeordnet stehen durch das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) personelle Ressourcen für die psychoonkologische Versorgung der Patientinnen und Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrums, für die Durchführung der Tumorboards, die Tumordokumentation sowie für Qualitätsmanagement und Zentrumskoordination zur Verfügung. Als Zentrumskoordinatorin ist Frau Dr. rer.-nat. Katharina Müller benannt. Sie ist für die Kommunikation mit der Zertifizierungsstelle sowie für die Überwachung der fachlichen Anforderungen und fachbereichsübergreifenden Aktionen verantwortlich.

Abbildung 71: Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums



Eine weitere Säule bilden die Hauptbehandlungspartner sowie die weiteren Kooperationspartner aus dem ärztlichen und dem supportiven Bereich. Mit den Hauptbehandlungspartnern bestehen über das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) Kooperationsvereinbarungen im Sinne von Qualitätssicherungsvereinbarungen. In den Vereinbarungen sind die Rechte und Pflichten der Kooperationspartner unter Berücksichtigung der Zertifizierungsanforderungen der Fachgesellschaften festgelegt.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Qualifikationen und Funktionen der im Kopf-Hals-Tumorzentrum Beschäftigten:

Tabelle 72: Qualifikationsmatrix Kopf-Hals-Tumorzentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer	FA für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Zahnert	FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Stellvertretende Zentrumsleitung	Dr. med. Max Kemper	FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
	Dr. med. Dominik Haim	FA für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Hauptoperateure HNO	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Zahnert / Dr. med. Max Kemper / PD Dr. med. Thomas Beleites / Nikoloz Lasurashvili / Dr. med Falk-Tony Olesch	FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Hauptoperateure MKG	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer / Dr. med. Dominik Haim / PD Dr. med. Dr. med. dent. Winnie Pradel / PD Dr. med. Dr. med. dent. Henry Leonhardt / Dr. med. Michaela Buckova/MUDr. med. Adrian Franke	FA/FÄ für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Zentrumskoordination/ Qualitätsmanagement	Dr. rer.-nat. Katharina Müller	Molekularbiologie, Qualitätsmanagementbeauftragte (TÜV)
Onkologische Fachpflege	Anne Hache / Ellen Thiele Sophie Günther	Gesundheits- und Krankenpflege, Weiterbildung Onkologische Fachpflege
Tumordokumentation	Katharina Stieger	Medizinische Dokumentationsassistentin

Ziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums

Für das Kopf-Hals-Tumorzentrum werden jährlich operative Ziele definiert, die sich an der Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC orientieren. Unter Benennung von Verantwortlichkeiten und Festlegung eines intern abgestimmten Zieltermins werden die Qualitätsziele unterjährig verfolgt und auf Umsetzung geprüft.

Tabelle 73: Jahresziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums 2023

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
1.	Aufrechterhaltung der Zertifizierung	Zentrumsleiter KHTZ/ MA KHTZ/ QMB KHTZ	9./10. Mai 2023	Für 2023 reduzierten Auditzyklus erfolgreich (ohne Auflagen oder Abweichungen) absolviert.
2.	Optimierung der Öffentlichkeitsarbeit; Stärkung der Zuweiserinnen und Zuweiser- und Patientinnen- und Patientenbindung	QMBs NCT/UCC	31. Juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zentrumsrelevante Inhalte sind erstellt, Layout der gesamten Broschüre ausstehend ▪ Internetseite in Deutsch + Englisch Gruppenfoto der Zentrumsleitung ▪ Veranstaltungsbereich wird gepflegt ▪ positive Resonanz der Patienten und Patientinnen für NCT/UCC Patiententag.
3.	Ausweitung der Patientinnen- und Patientenbeteiligung	QMB KHTZ	1. August 2023	Offene, interdisziplinäre Sprechstunde für Tumorpatienten und -patientinnen am 18. September 2023 angeboten.
4.	Transparenz über d. laufenden Forschungsaktivitäten; Vereinfachung des Zugangs für die Zuweiserinnen und Zuweiser	MA KHTZ	10. Juni 2023	NCT/UCC-weites Projekt zur Vereinheitlichung der Darstellung von Forschungsaktivitäten ist angelaufen, Ziel wird für 2024 fortgeschrieben.
5.	Optimierung des Angebotes einer Ernährungsberatung; Angebot eines strukturierten Screenings mit nachfolgender Ernährungsberatung	Zentrumsleiter KHTZ / QMB KHTZ	September 2023	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prozess mit UKD-Standard ist etabliert ▪ NRS-Screening in OR-BIS dokumentiert ▪ Ernährungsberatung ambulant und stationär möglich.
6.	Zentrumsinterne Expertisen bündeln	QMB KHTZ	31. Dezember 2023	Noch nicht abschließend erreicht, Ziel wird für 2024 fortgeschrieben.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Jahr 2023 wurde das Kopf-Hals-Tumorzentrum im reduzierten Auditzyklus in Form eines Dokumentenaudits durch einen externen Fachexperten begutachtet. Die Bewertung der eingereichten Dokumente fiel positiv aus, die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an Kopf-Hals-Tumorzentren wurden als erfüllt bewertet und der Zertifizierungsstatus bestätigt. Es gab keine Hinweise oder Anregungen, die die Ableitung von Maßnahmen erforderlich gemacht hätte.

Interne Audits

In regelmäßigen Abständen finden im Kopf-Hals-Tumorzentrum interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems statt. Die Planung der internen Audits obliegt der Zentrumskoordination in Abstimmung mit der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement. Die Durchführung der internen Audits erfolgt durch zwei unabhängige interne Auditorinnen und Auditoren des Universitätsklinikums Dresden. Das letzte interne Audit des Kopf-Hals-

Tumorzentrum fand am 18. Oktober 2023 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden die HNO-Station 1, der Funktionsbereich Logopädie, die MKG-Ambulanz und die MKG Station 1 begutachtet. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurden acht Hinweise u.a. zur Personalkapazität im Pflegedienst und zur Aktualität von aushängenden Dokumenten sowie sechs Anregungen beispielsweise zur Möglichkeit einer digitalen Datenschutzerweisung ausgesprochen. Die Erkenntnisse fließen in einen Maßnahmenplan mit der Zuteilung von entsprechenden Verantwortlichkeiten ein.

Das nächste interne Audit des Kopf-Hals-Tumorzentrums ist für den 23. Oktober 2024 geplant.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Kopf-Hals-Tumorzentrums finden entsprechend der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft alle drei Jahre statt. Die letzte Befragung wurde im 1. Quartal 2021 papierbasiert durchgeführt. Die Ergebnisse und möglichen Maßnahmen wurden in den verschiedenen Gremien des Kopf-Hals-Tumorzentrums diskutiert.

Darüber hinaus steht den Zuweiserinnen und Zuweisern auf der Internetseite des NCT/UCC ein QR-Code oder ein Link zur Teilnahme an einer kontinuierlichen Zufriedenheitsbefragung zur Verfügung. Zudem haben die Zuweiserinnen und Zuweiser die Möglichkeit, über eine zentrale [E-Mailadresse](#) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche, Anregungen, Lob oder Kritik zu äußern.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten finden ebenfalls alle drei Jahre papierbasiert statt. Die letzte Befragung wurde im 2. Quartal 2021 durchgeführt. Die Ergebnisse und möglichen Maßnahmen wurden in den verschiedenen Gremien des Kopf-Hals-Tumorzentrums diskutiert.

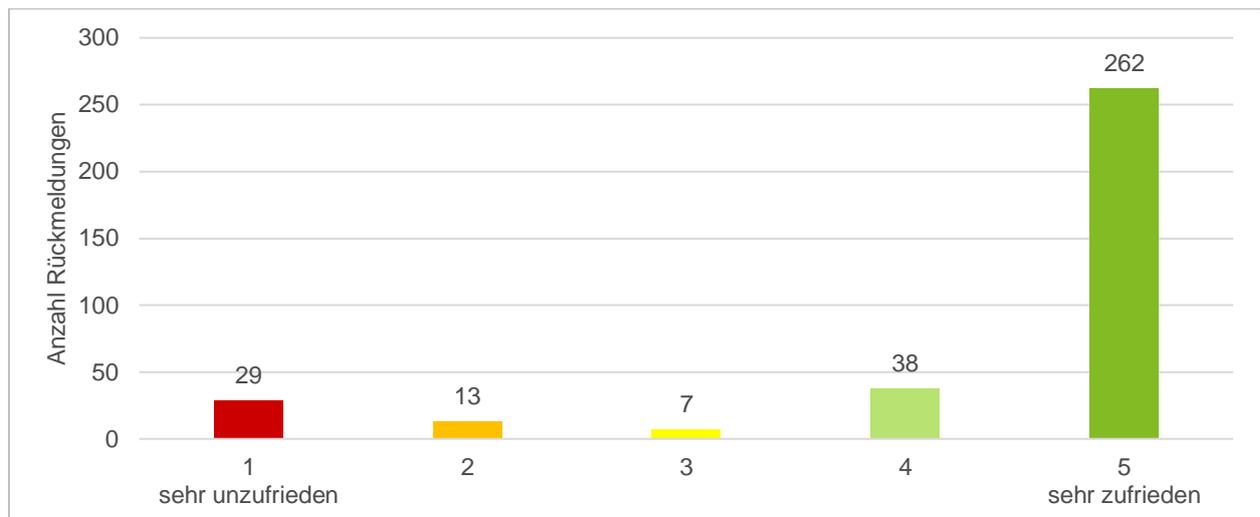
Für die Befragungen der Patientinnen und Patienten wurde ebenfalls eine kontinuierliche Onlinebefragung etabliert. Wie den Zuweiserinnen und Zuweisern steht den Patientinnen und Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrums jetzt ein QR-Code oder ein Link zur Teilnahme an der Befragung sowie die neu eingerichtete [E-Mailadresse](#) für Wünsche, Anregungen, Lob oder Kritik zur Verfügung.

Den entsprechenden QR-Code finden die Patientinnen und Patienten auch in den Patientenmappen des NCT/UCC, welche allen im Kopf-Hals-Tumorzentrum Behandelten ausgehändigt wird. Die Ergebnisse können unterjährig abgerufen und ausgewertet werden.

Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2023

Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala (1= sehr unzufrieden, 5= sehr zufrieden) zu Grunde. In 2023 konnten insgesamt 349 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten und Angehörigen verzeichnet werden. Die durchschnittliche Zufriedenheit im Kopf-Hals-Tumorzentrum beträgt 4,45 eine Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Abbildung 72: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2023



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel

Einmal jährlich findet im Kopf-Hals-Tumorzentrum ein Qualitätszirkel statt. Vertreten sind die Leitung und stellvertretende Leitung des Kopf-Hals-Tumorzentrums, die benannten Fachärzte und Fachärztinnen, Zentrumskoordination, QMB, Dokumentationsassistentin sowie Vertreter und Vertreterinnen der zum KHTZ gehörenden Bereiche (Ärztinnen und Ärzte HNO/MKG, Pflege HNO/MKG, Psychoonkologie, Sozialdienst). Im Rahmen des Qualitätszirkels am 31. Januar 2023 wurde die Entwicklung des Kopf-Hals-Tumorzentrums, die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen sowie die Erreichung der Qualitätsziele vorgestellt und diskutiert.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Im Kopf-Hals-Tumorzentrum werden zweimal jährlich M&M-Konferenzen durchgeführt, in denen kritische oder besonders positive Fälle unter einem prozess- und systembezogenen Ansatz innerhalb verschiedener Fachdisziplinen betrachtet werden. Im Jahr 2023 fanden die M&M Konferenzen am 10. Juli 2023 und 6. November 2023 statt. Eine Beschreibung der Fälle, erhaltene Ergebnisse sowie abgeleitete Maßnahmen wurden protokolliert. Regelmäßig werden Morbiditätskriterien auch im Tumorboard besprochen.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Neben den zentrumsübergreifenden Fort- und Weiterbildungsangeboten des Onkologischen Zentrums bietet auch das Kopf-Hals-Tumorzentrum regelmäßig Veranstaltungen an. Diese richten sich insbesondere an die Zuweiserinnen und Zuweiser, kooperierende Praxen und Kliniken und an die Beschäftigten des Zentrums sowie der anderen Bereiche des Universitätsklinikums Dresden. So präsentierte sich die HNO-Klinik den Zuweiserinnen und Zuweisern am 1. April 2023

beim 7. Dresdner Forum für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Zudem fand am 15. November 2023 die Veranstaltung „Moderne Bildgebung in der HNO-Heilkunde“ statt.

Für die Beschäftigten hat das Kopf-Hals-Tumorzentrum eine zentrumsinterne Fortbildungsreihe etabliert, die Fortbildungen mit onkologischem Bezug sind tabellarisch aufgeführt.

Tabelle 74: Fortbildungsangebote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023

Datum	Veranstaltung
13. März 2023	Schmerztherapie bei Tumorpatientinnen und -patienten
27. März 2023	Indikation und Komplikationen bei PEG´s
3. April 2023	Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms
3. Juli 2023	Suizidalität in der Onkologie
23. Oktober 2023	Ernährungsmanagement und Umsetzung in der HNO und MKG

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte werden jährlich zentrumsübergreifende Veranstaltungen im Rahmen des Onkologischen Zentrums angeboten. Dazu gehörten 2023 das Ernährungsprogramm „Let’s eat“, das Benefizkonzert „Takte gegen Krebs“, der NCT/UCC-Benefizlauf im großen Garten sowie Koordinations- und Krafttrainingsangebote des Sporttherapeutischen Zentrums am NCT/UCC.

Am 10. Juni 2023 wurde ein NCT/UCC-weiter Patiententag für Tumorpatientinnen und -patienten, Angehörige und Interessierte durchgeführt. Auch das Kopf-Hals-Tumorzentrum war mit mehreren Vorträgen zur Tumornachsorge und der unterstützenden Beratung durch den Sozialdienst vertreten.

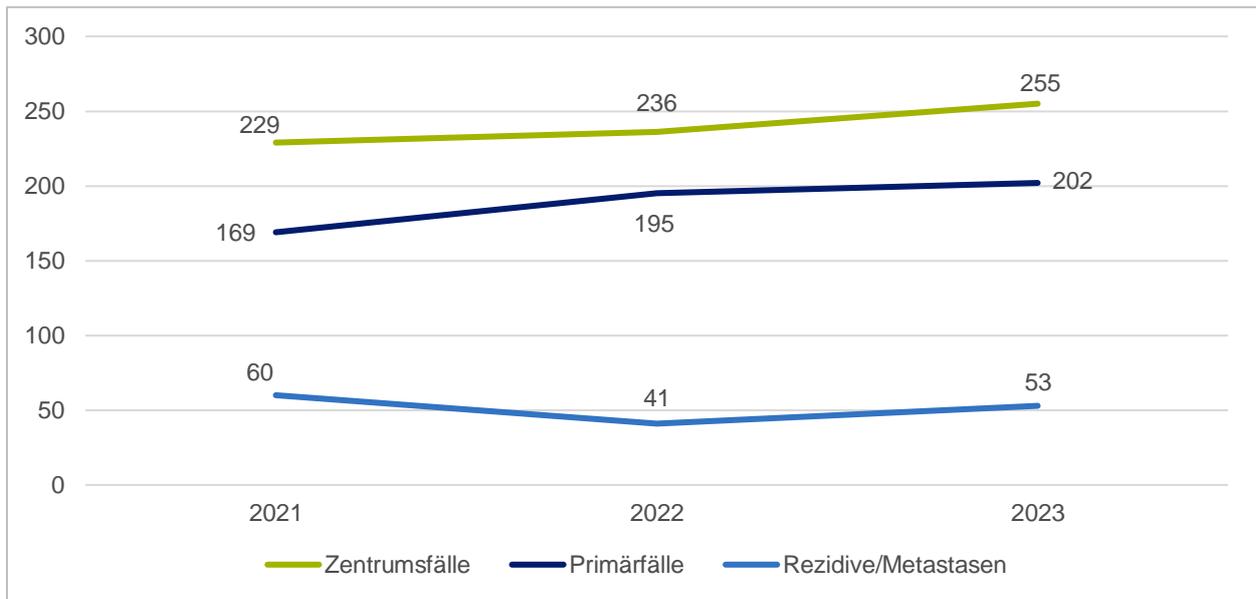
Neben den zentralen Veranstaltungen des NCT/UCC finden regelmäßig auch zentrumspezifische Veranstaltungen vom Kopf-Hals-Tumorzentrum statt. So präsentierte sich das Kopf-Hals-Tumorzentrum im Rahmen der Make Sense Campaign der Europäischen Kopf-Hals-Gesellschaft (EHNS) am 18. September 2023 mit einer offenen Sprechstunde für Tumorpatientinnen und -patienten.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2023 202 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem Kopf-Hals-Tumor und 53 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenen Rezidiven und/oder Fernmetastasen interdisziplinär behandelt. Die Vorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft, die die Betreuung von ≥ 75 Primärfällen in einem Kennzahlenjahr vorsieht, wurde erfüllt.

Abbildung 73: Fallzahlentwicklung Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023

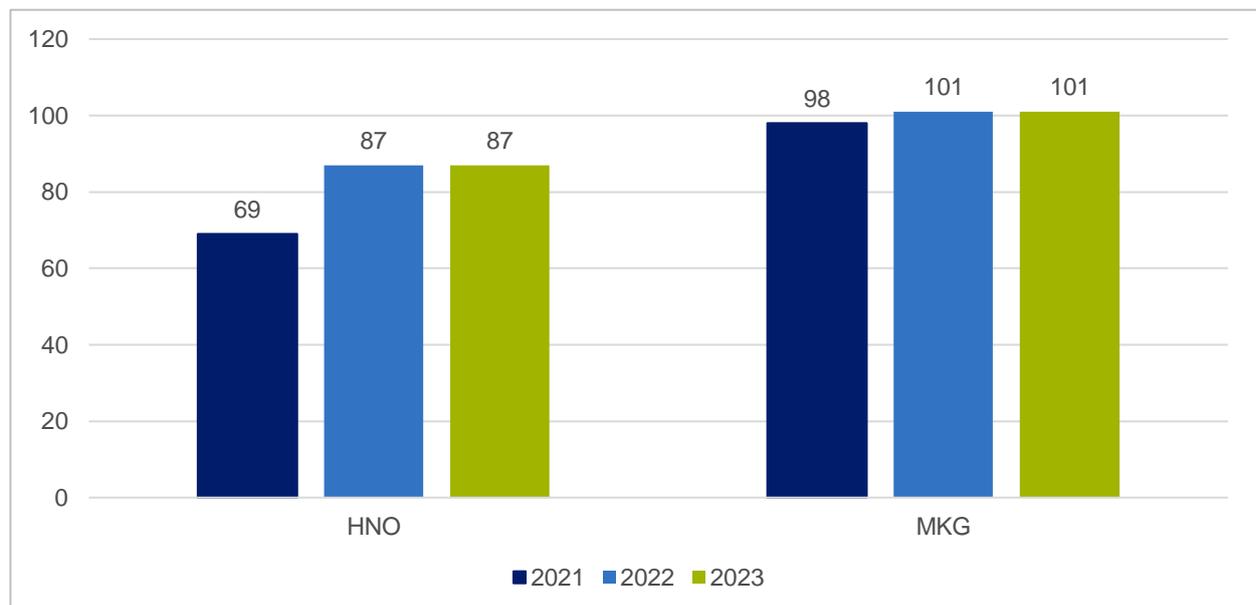


Der Aufwärtstrend bei den Zentrumsfällen setzt sich mit einem Anstieg um 7,5% auch in 2023 fort. Die Primärfallzahl stieg im Vergleich zum Vorjahr um 3,5% auf 202 Patientinnen und Patienten. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Rezidiven/Metastasen stieg um 23% auf 53 Patientinnen und Patienten.

Die Zahl der durchgeführten Tumoroperationen (Primärfälle und Rezidive/Metastasen) ist dagegen in beiden am Zentrum beteiligten Kliniken konstant geblieben. Dies lässt sich dadurch begründen, dass in 2023 26% der Zentrumsfälle nicht operiert wurden, sondern eine Radio-(chemo)-therapie erhalten haben. Im Vergleich dazu lag der Anteil der nicht operierten Zentrumsfälle in 2022 noch bei 15%.

Die Vorgaben seitens der Fachgesellschaften von ≥ 20 operativen Eingriffen werden erfüllt, eine Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Abbildung 74: Operative Expertise am Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023



Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird über den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC gewährleistet. Die psychoonkologische Betreuung bietet u. a. Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, bei der Anpassung an neue, veränderte Lebensumstände sowie bei der Förderung der Lebensqualität. Zur Bedarfserhebung kommen Distressthermometer und Hornheider Screeninginstrument zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch den ärztlichen oder pflegerischen Dienst oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, wird jährlich erfasst und ausgewertet. Insgesamt wurden 53,7% der Patientinnen und Patienten auf psychologischen Distress gescreent, 31,8% wurden in der Folge auch psychoonkologisch betreut.

Die Vorgaben der Fachgesellschaften sehen eine Screeningrate von $\geq 65\%$ vor. Trotz einer deutlichen Steigerung zum Vorjahr konnte diese Vorgabe in 2023 noch nicht gänzlich erfüllt werden. Die Screeningbögen werden flächendeckend an alle Patientinnen und Patienten ausgegeben, aber der Rücklauf der Screeningbögen ist noch nicht hoch genug. Hier gilt es, den Prozess weiter anzupassen, um den Rücklauf der Screeningbögen zu optimieren.

Tabelle 75: Anteil psychoonkologischer Betreuung und Screening Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Beratung	41,9%	31,4%	31,8%
Screening	-	41,5%	53,5%

Alle Patientinnen und Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrums erhalten das Angebot eines Beratungsgespräches durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate $> 20\%$ wurde erfüllt. Die Zahlen in den letzten drei Jahren liegen konstant bei über 70%.

Tabelle 76: Betreuung durch den Sozialdienst Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Beratung	72,9%	79,2%	79,6%

Wartezeiten

Die Wartezeiten auf einen Termin und während der Sprechstunde werden im Kopf-Hals-Tumorzentrum in den Tumorsprechstunden der Kliniken HNO und MKG einmal jährlich über einen Zeitraum von vier Wochen erfasst und ausgewertet. Da sich Patientinnen und Patienten bei Tumorerkrankung jederzeit ohne Termin in der Sprechstunde der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-

und Gesichtschirurgie vorstellen können, erfolgt hier keine Auswertung der Wartezeit auf einen Termin.

Tabelle 77: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum HNO-Sprechstunde 2021-2023

Wartezeit	2021	2022	2023
auf einen Termin	4,0 Tage	4,4 Tage	7,9 Tage
während der Sprechstunde	17 Minuten	19 Minuten	28 Minuten

Tabelle 78: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum MKG-Sprechstunde 2021-2023

Wartezeit	2021	2022	2023
während der Sprechstunde	24 Minuten	26 Minuten	29 Minuten

Die Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft ≤ 60 min Wartezeit während der Sprechstunde und < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin werden erfüllt.

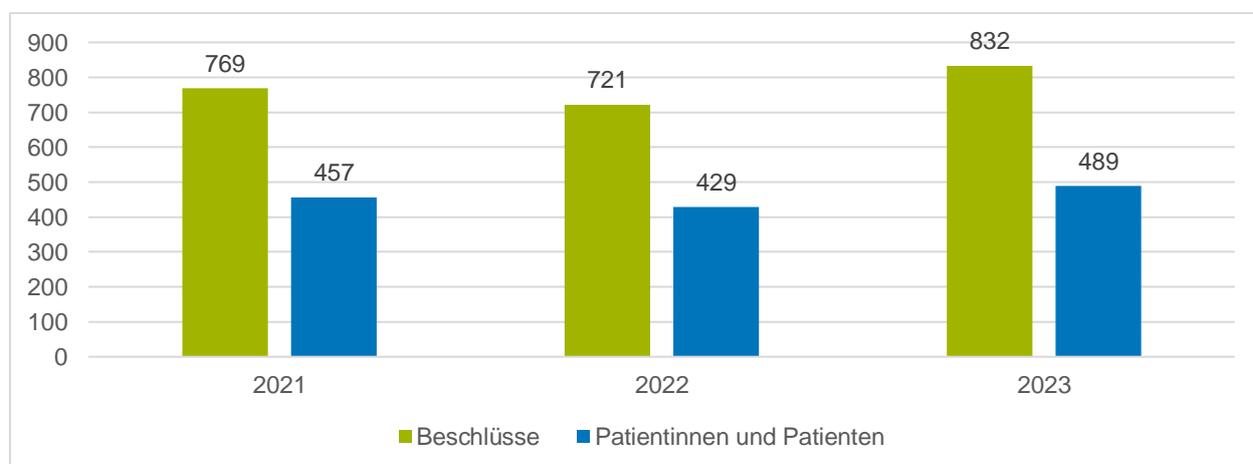
Der Aufwärtstrend bei den Wartezeiten kann mit der deutlichen Zunahme an Patientinnen und Patienten und in der Folge auch Zentrumsfällen begründet werden, dennoch sollte dieser Trend in 2024 beobachtet und ggf. Maßnahmen zum Gegensteuern eingeleitet werden.

Interdisziplinäres Tumorboard

Das Tumorboard des Kopf-Hals-Tumorzentrums findet einmal wöchentlich, dienstags, unter Beteiligung aller relevanten Fachdisziplinen statt. Mindestens eine Vertreterin / ein Vertreter der folgenden Fachbereiche muss dabei obligatorisch am Tumorboard teilnehmen: Operateur, diagnostischer Radiologe, Pathologe, Radioonkologe sowie Hämatologe/Onkologe. Je nach Bedarf bzw. Indikation werden weitere Fachdisziplinen hinzugezogen.

Im Jahr 2023 hat das Tumorboard aufgrund von drei Feiertagen, die auf einen Dienstag fielen (3. Oktober, 31. Oktober und 26. Dezember 2023) an 49 Tagen stattgefunden. Insgesamt wurden für 489 Patienten 832 Beschlüsse zur Diagnostik und Therapie gefasst, dies entspricht durchschnittlich 1,7 Beschlüssen pro Patientin / pro Patient.

Abbildung 75: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen im Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023



Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität wurde eine zufällige Stichprobe von 25% aller Patientinnen und Patienten aus dem Kopf-Hals-Tumorboard auf inhaltliche Umsetzung geprüft. Methodisch erfolgte dies analog dem Vorgehen im Onkologischen Zentrum.

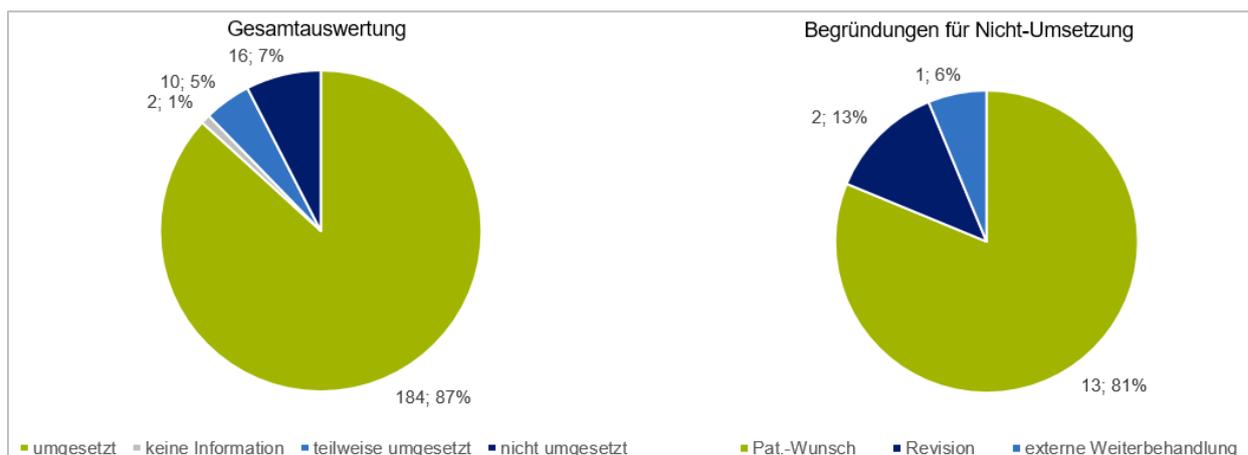
Aus dem Zeitraum Oktober 2022 bis September 2023 wurden insgesamt 212 Beschlüsse des Kopf-Hals-Tumorboards überprüft. Von den 212 Tumorboardempfehlungen wurden 184 vollständig umgesetzt.

Bei zehn Beschlüssen konnte die Tumorboardempfehlung nur teilweise umgesetzt werden, davon sechs Fälle aufgrund von externer Weiterbehandlung, drei auf Wunsch der Patientinnen und Patienten und eine Patientin/ein Patient ist vor Abschluss der Behandlung verstorben.

16 Tumorboardempfehlungen wurden nicht umgesetzt, davon 13 aufgrund des Wunsches der Patientinnen und Patienten, zwei Beschlüsse wurden durch eine neue Tumorboardempfehlung revidiert und bei einer Patientin/einem Patienten erfolgte die Weiterbehandlung extern. In zwei weiteren Fällen liegt keine Information über den Verbleib der Patientinnen und Patienten vor.

Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Kopf-Hals-Tumorzentrums konnten für 2023 keine kritischen Ereignisse festgestellt werden.

Abbildung 76: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance am KHTZ 2023



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Kopf-Hals-Tumorzentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in Tabelle 79 zusammengefasst.

Tabelle 79: Datenqualität DKG-Kennzahlen Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
91,3% (21)	4,35% (1)	4,35% (1)

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten ist der Zugang zu klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Im Jahr 2023 konnten 36,9% der Zentrumsfälle in eine Studie eingeschlossen werden (einmalige Zählung des Falls). Die Vorgaben der Fachgesellschaften von $\geq 5\%$ der Patientinnen und Patienten wurde erneut weit übertroffen.

Tabelle 80: Studienquote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Studienquote	28,4%	50,4%	36,9%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Kopf-Hals-Tumorzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Kopf-Hals-Tumorzentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde“ und „Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ aufgeführt sind.

Linge A, Patil S, Grosser M, Lohaus F, Gurtner K, Kemper M, Gudziol V, Haim D, Nowak A, Tinhofer I, Zips D, Guberina M, Stuschke M, Balermipas P, Rödel C, Schäfer H, Grosu AL, Abdollahi A, Debus J, Ganswindt U, Belka C, Pigorsch S, Combs SE, Boeke S, Gani C, Jöhrens K, Baretton GB, Löck S, Baumann M, Krause M; DKTK-ROG. **The value of subcutaneous xenografts for individualised radiotherapy in HNSCC: Robust gene signature correlates with radiotherapy outcome in patients and xenografts.** Radiother Oncol. 2023 Dec 16;191:110055.

Gruda Y, Albrecht M, Buckova M, Haim D, Lauer G, Koch E, Joehrens K, Schnabel C, Golde J, Li J, McLaughlin RA, Walther J. **Characteristics of Clinically Classified Oral Lichen Planus in Optical Coherence Tomography: A Descriptive Case-Series Study.** Diagnostics (Basel). 2023 Aug 10;13(16):2642.

Linge A, Patil S, Grosser M, Lohaus F, Gurtner K, Kemper M, Gudziol V, Haim D, Nowak A, Tinhofer I, Zips D, Guberina M, Stuschke M, Balermipas P, Rödel C, Schäfer H, Grosu AL, Abdollahi A, Debus J, Ganswindt U, Belka C, Pigorsch S, Combs SE, Boeke S, Gani C, Jöhrens K, Baretton GB, Löck S, Baumann M, Krause M; DKTK-ROG. **The value of subcutaneous xenografts for individualised radiotherapy in HNSCC: Robust gene signature correlates with radiotherapy outcome in patients and xenografts.** Radiother Oncol. 2023 Dec 16;191:110055.

Kämmerer PW, Tribius S, Cohrs L, Engler G, Ettl T, Freier K, Frerich B, Ghanaati S, Gosau M, Haim D, Hartmann S, Heiland M, Herbst M, Hoefert S, Hoffmann J, Hölzle F, Howaldt HP, Kreuzer K, Leonhardt H, Lutz R, Moergel M, Modabber A, Neff A, Pietzka S, Rau A, Reichert TE, Smeets R, Sproll C, Steller D, Wiltfang J, Wolff KD, Kronfeld K, Al-Nawas B. **Adjuvant Radiotherapy in Patients with Squamous Cell Carcinoma of the Oral Cavity or Oropharynx and Solitary Ipsilateral Lymph Node Metastasis (pN1)-A Prospective Multicentric Cohort Study.** *Cancers (Basel)*. 2023 Mar 18;15(6):1833. doi: 10.3390/cancers15061833.



Neuroonkologisches Zentrum



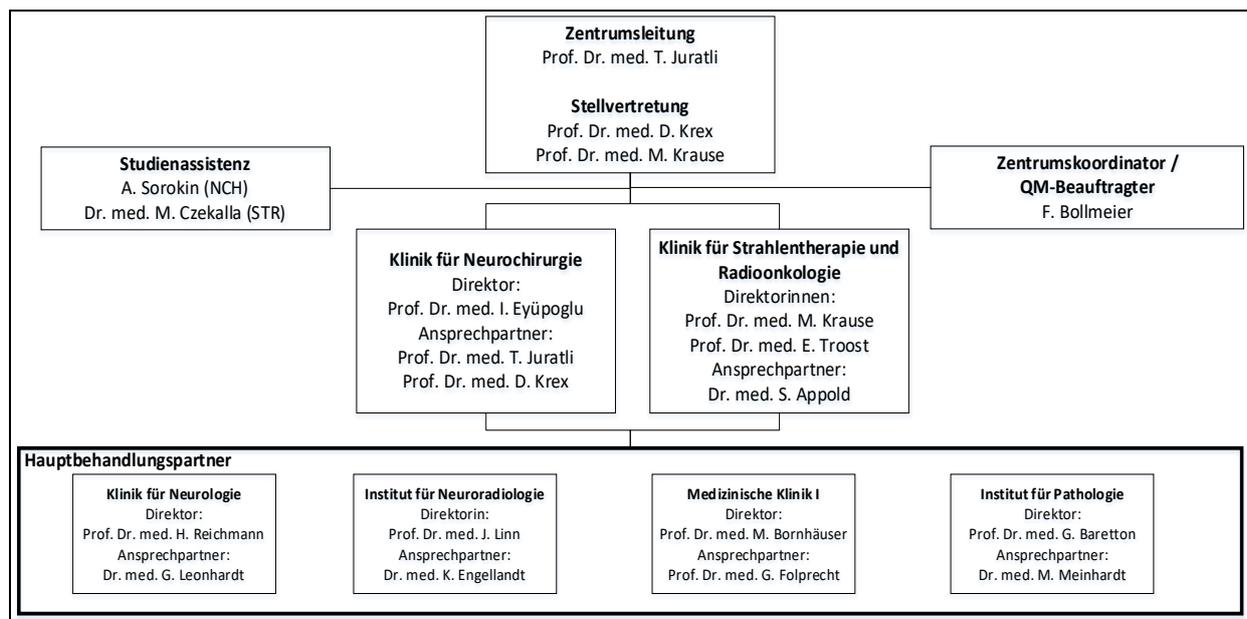
Neuroonkologisches Zentrum

Struktur des Neuroonkologischen Zentrums (NOZ)

Das Neuroonkologische Zentrum am NCT/UCC Dresden wurde durch die Kliniken und Polikliniken für Neurochirurgie und Strahlentherapie/Radioonkologie unter dem Dach des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC gegründet. Seit 2017 besteht die Zertifizierung nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft. Zusätzlich verfügt die Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001.

Für eine umfassende Behandlungsstrategie steht das vollständige diagnostische und therapeutische Spektrum für gut- und bösartige Tumorerkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems zur Verfügung. Die Expertise erstreckt sich von spezialisierten Operationsverfahren über die Bestrahlung mittels Protonen bis hin zu medikamentösen Therapieverfahren. Therapiebegleitende Angebote wie Logopädie, sozialrechtliche Beratung oder psychoonkologische Versorgung werden regulär in den Behandlungsprozess einbezogen.

Abbildung 77: Struktur des Neuroonkologischen Zentrums



Zur Aufrechterhaltung des hohen Qualitätsanspruchs in der Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten bedarf es der Bereitstellung von fachlich spezialisiertem und qualifiziertem Personal. Die folgende Tabelle zeigt die Qualifikationen der am Zentrum Beschäftigten.

Tabelle 81: Qualifikationsmatrix Neuroonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung NOZ	Prof. Dr. med. T. Juratli	FA für Neurochirurgie (FEBNS); Zertifizierung neurochirurgische Onkologie
Klinikvertretungen Neurochirurgie	Prof. Dr. med. Ilker Y. Eyüpoglu (Klinikdirektor NCH) Prof. Dr. med. Tareq Juratli Prof. Dr. med. Dietmar Krex	FA für Neurochirurgie
Klinikvertretungen Strahlentherapie	Prof. Dr. med. Mechthild Krause Prof. Dr. med. Dr. Esther Troost (Klinikdirektorinnen STR) Dr. med. Steffen Appold	FÄ/FA für Strahlentherapie
Hauptoperateure 2023	Prof. Dr. med. Ilker Y. Eyüpoglu Prof. Dr. med. Tareq Juratli Prof. Dr. med. Dietmar Krex Prof. Dr. med. Stephan Sobottka	FA für Neurochirurgie
Zentrumskoordination / Qualitätsmanagement	Felix Bollmeier, B.A., MPH	Sozial- und Gesundheitsmanagement, Gesundheitswissenschaften / Public Health
Tumordokumentation	Felix Opitz	Medizinischer Dokumentationsassistent
Pflegedienstleitungen	Cornelia Büttner (NCH)	Fachwirt Gesundheits- und Sozialwesen
	Gabriele Reinhardt, B.Sc. (STR)	Management für Gesundheitsfachberufe
Onkologische Fachpflege Neurochirurgie	Michelle Grimm	Gesundheits- und Krankenpflege; Weiterbildung Onkologische Fachpflege
Onkologische Fachpflege Strahlentherapie/Radioonko- logie	Andrea Feyerherd / Ines Salz / Yvonne Nitzsche	Gesundheits- und Krankenpflege; Weiterbildung Onkologische Fachpflege

Ziele des Neuroonkologischen Zentrums

In Anlehnung an die Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC werden jährlich für das Neuroonkologische Zentrum operative Qualitätsziele formuliert. Unter Benennung von konkreten Verantwortlichkeiten und Festlegung eines intern abgestimmten Zieltermins, werden die Qualitätsziele unterjährig verfolgt und auf Umsetzung geprüft. In Tabelle 82 sind die Qualitätsziele und deren Erreichungsgrad des Jahres 2023 dargestellt.

Tabelle 82: Jahresziele des Neuroonkologischen Zentrums 2023

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
1	Durchführung von 12 onkologischen Pflegevisiten im stationären Bereich der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie	Pflege NCH	kontinuierlich	Regelmäßige Durchführung von Pflegevisiten (2023: NCH-S1: 3 / NCH-S2: 9).
2	Verbesserung der psychoonkologischen Screeningrate zur Erreichung der Sollvorgabe (≥65%).	Leitung NOZ STL NCH QMB NOZ	kontinuierlich	Übernahme 2024 und erneute Maßnahmenableitung zur Verbesserung der Screening-Rate.
3	Durchführung einer Informationsveranstaltung für Patientinnen und Patienten	Leitung NOZ QMB NOZ	2. Quartal 2023	Teilnahme am übergreifenden Patiententag des NCT/UCC am 10. Juni 2023.
4	Etablierung einer kontinuierlichen digitalen Zufriedenheitsbefragung für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige.	QMB NOZ	3. Quartal 2023	Aktivierung der digitalen Zufriedenheitsbefragung auf der Internetseite des NCT/UCC (9/2023).

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
5	Etablierung einer kontinuierlichen digitalen Zufriedenheitsbefragung für Zuweisende des NOZ.	QMB NOZ	3. Quartal 2023	Aktivierung der digitalen Zufriedenheitsbefragung auf der Website des NCT/UCC (9/2023).
6	Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit des NOZ	Leitung NOZ QMB NOZ	4. Quartal 2023	Übernahme in Qualitätsziele 2024.
7	Durchführung einer übergreifenden Zufriedenheitsbefragung der Zuweisenden für die Neurochirurgie und das Neuroonkologische Zentrum.	QMB NOZ QMB NCH	4. Quartal 2023	Erstellung eines gemeinsamen Befragungskonzeptes. Die Durchführung ist im 1. Quartal 2024 geplant - Übernahme 2024.
8	Steigerung der Stichprobe zur Auswertung der Tumorboardcompliance von 10% auf 25% aller besprochenen Patientinnen und Patienten des neuroonkologischen Tumorboards.	QMB NOZ	4. Quartal 2023	Erhöhung der Stichprobe auf 25% (468 Beschlüsse von 267 Patientinnen und Patienten).

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 10. Mai 2023 wurde das Neuroonkologische Zentrum am NCT/UCC Dresden im Rahmen eines Überwachungsaudits durch einen externen Fachexperten nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft begutachtet. Das Ergebnis der Begutachtung aller eingereichten Unterlagen und der Auditierung vor Ort fiel positiv aus. Es wurden acht Hinweise während des Audits festgestellt, welche im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in einen Maßnahmenplan überführt, bewertet und unterjährig auf Umsetzung geprüft wurden. Das Ergebnis des begutachtenden Fachexperten bestätigte den Zertifizierungsstatus als zertifiziertes Neuroonkologisches Zentrum.

Am 9. und 10. Mai 2023 wurde das erste Überwachungsaudit der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie nach der DIN EN ISO 9001 erfolgreich durchgeführt.

Interne Audits

Am Universitätsklinikum Dresden werden regelmäßig interne Audits in allen Struktureinheiten durchgeführt. Die Strukturen des Neuroonkologischen Zentrums wurden im Rahmen der internen Audits der Kliniken und Polikliniken für Neurochirurgie und Strahlentherapie/Radioonkologie intern auditiert. In **Tabelle 83** ist eine Übersicht über die relevanten internen Audits in 2023 dargestellt.

Tabelle 83: Übersicht interne Audits Teilbereiche des Neuroonkologischen Zentrums 2023

Datum	Struktureinheit	Hinweise	Anregungen	Abweichungen
23. Januar 2023	Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie	7	1	0
13. November 2023	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	8	3	0

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Für alle Zuweisenden des Zentrums besteht seit September 2023 die Möglichkeit an einer kontinuierlichen Zufriedenheitsbefragung auf der Internetseite des NCT/UCC teilzunehmen. Darüber hinaus können die Zuweiserinnen und Zuweiser direkt Feedbacks über die zentrale [E-Mail-Adresse](#) abgeben. Alle Rückmeldungen werden zentral erfasst, ausgewertet und anschließend im Arbeitskreis des Neuroonkologischen Zentrums kommuniziert sowie bei Handlungsbedarf im Rahmen des Maßnahmenmanagements des Zentrums bearbeitet.

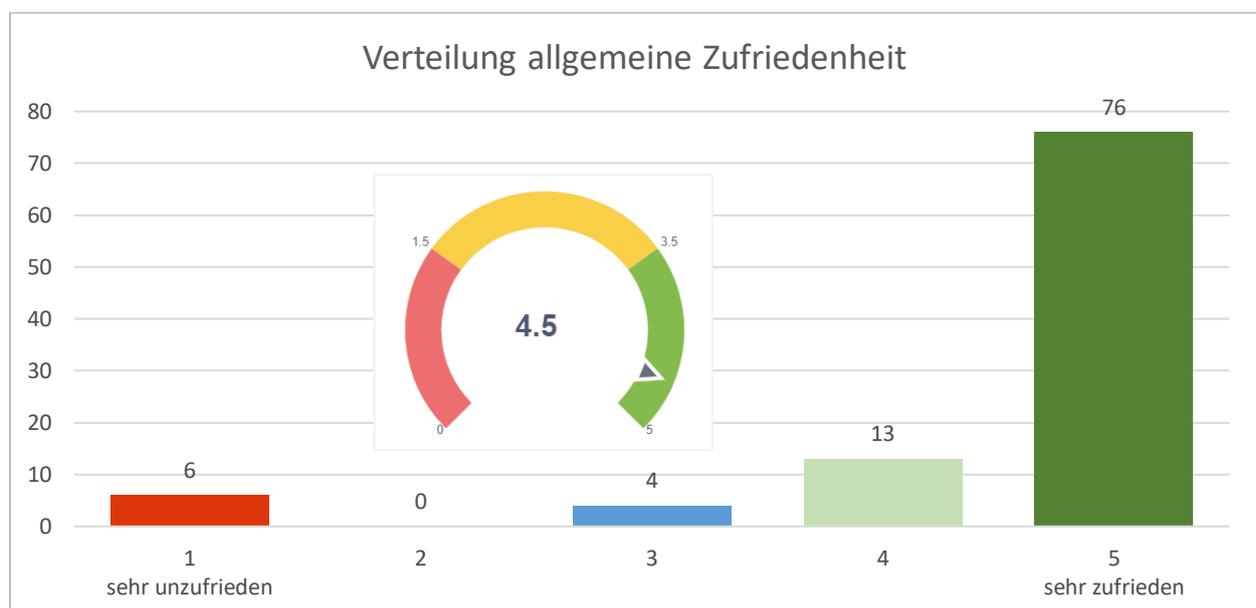
Die Planung einer individuellen Zufriedenheitsbefragung der Zuweisenden des Neuroonkologischen Zentrums und der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie wurde in 2023 begonnen und soll im ersten Quartal 2024 durchgeführt werden.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Für alle Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen besteht seit September 2023 die Möglichkeit über die Internetseite des NCT/UCC an einer kontinuierlichen Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen und das Neuroonkologische Zentrum zu bewerten.

Zudem haben alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörige am Universitätsklinikum Dresden die Möglichkeit Lob, Kritik und Anmerkungen über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Struktureinheiten etabliert ist, abzugeben. In 2023 wurden 99 Feedbacks von Patientinnen und Patienten (n = 53) und Angehörigen (n = 46) für das Neuroonkologische Zentrum abgegeben. Die nachfolgende Abbildung zeigt die durchschnittliche Zufriedenheit sowie die Verteilung der abgegebenen Feedbacks für den Betrachtungszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2023. Im Vergleich zum Vorjahr konnte eine Steigerung der erfassten Feedbacks verzeichnet werden (n₂₀₂₂ = 53). Die mittlere Zufriedenheit blieb nahezu konstant ($\Delta = +0,1$). Das digitale Feedbacksystem wurde im August 2023 von Sayway auf Redcap umgestellt.

Abbildung 78: Ergebnisse digitales Feedbacksystem Neuroonkologisches Zentrum 2023



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das Neuroonkologische Zentrum führt regelmäßig M&M-Konferenzen mit den am Tumorboard teilnehmenden Fachdisziplinen durch. Besprochen werden neuroonkologische Fälle mit interdisziplinärer Fragestellung, bei denen es während der Behandlung zu Klärungsbedarfen gekommen ist. Ziel ist es, interne Verbesserungspotentiale aufzuzeigen und diese im Sinne der bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten zukünftig zu vermeiden. In 2023 fanden zwei M&M-Konferenzen statt (28. März 2023 / 21. November 2023).

Im zweimonatigen Rhythmus finden regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen des Lenkungs-kreises des Neuroonkologischen Zentrums statt. Die Teilnehmenden umfassen neben der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination insbesondere die Klinikvertretungen der Neurochirurgie und Strahlentherapie/Radioonkologie sowie des Qualitätsmanagements der Neurochirurgie. Im Rahmen der Besprechung werden zentrale Fragestellungen des Neuroonkologischen Zentrums thematisiert.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

In 2023 fand eine Veranstaltung zur internen Fortbildungsreihe „Molekular-neuroonkologische Tumorkonferenz“ statt. Die Fortbildung soll im Rahmen von Fallvorstellungen molekularpathologische Schwerpunkte in der Neuroonkologie vermitteln. Die Veranstaltung ist für alle internen Behandlungspartner sowie externe Interessierten offen. Die Fortbildung fand am 30. Mai 2023 statt. Die Fortbildung ist bei der Sächsischen Landesärztekammer gemeldet und wurde in Rahmen dessen mit zwei Fortbildungspunkten bewertet.

Zusätzlich steht das neuroonkologische Tumorboard als interne Fortbildungsveranstaltung für interessierte Berufsgruppen (Pflege, Sozial- und psychoonkologischer Dienst, Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung) zur Verfügung. Das neuroonkologische Tumorboard ist ebenfalls bei der Sächsischen Landesärztekammer gemeldet und mit zwei Fortbildungspunkten bewertet.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

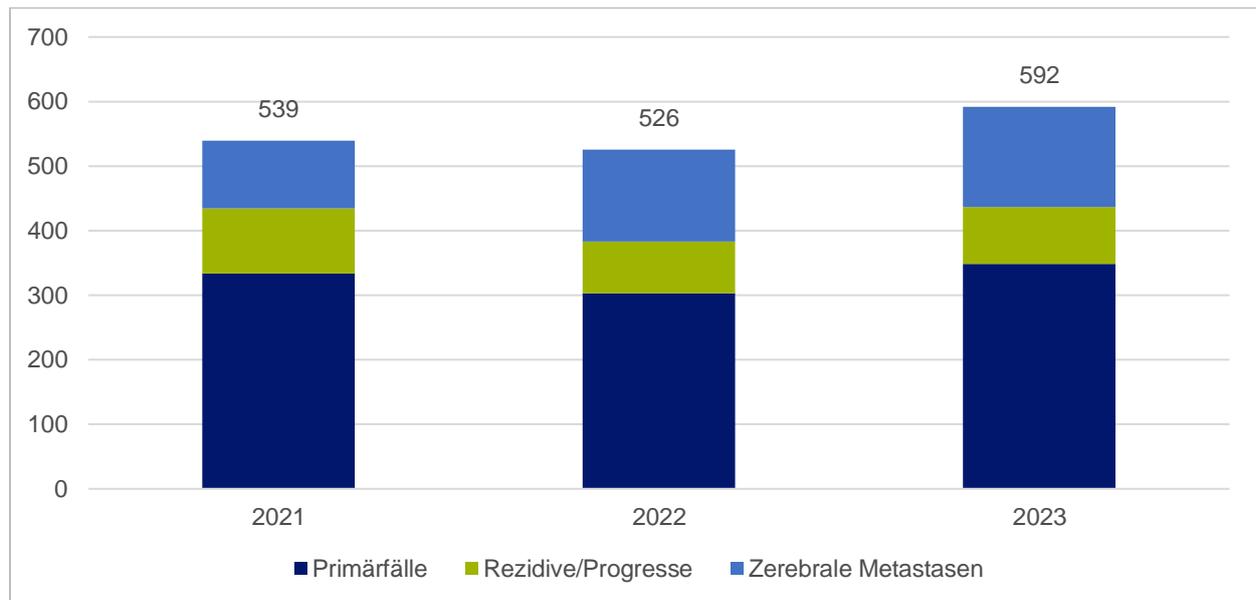
Der erste zentrale Patiententag des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC Dresden fand unter Beteiligung aller Organkrebszentren am 10. Juni 2023 statt. Neben allgemeinen Vorträgen zur translationalen Forschung, zu den unterstützenden Angeboten und der Vorstellung des Patientenbeirats des NCT/UCC erhielten die Teilnehmenden im Rahmen der Vorstellung des Neuroonkologischen Zentrums Einblick in neurochirurgische und strahlentherapeutische Behandlungsformen bei Hirntumoren sowie in neue Therapieansätze in der Neuroonkologie. Die Mitwirkung der Dresdener Selbsthilfegruppe „Gesprächskreis Hirntumor“ rundete das Profil der Veranstaltung für alle Interessengruppen des Neuroonkologischen Zentrums ab.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Im Jahr 2023 wurden 348 Patientinnen und Patienten mit einer Primärerkrankung im Neuroonkologischen Zentrum behandelt (=Primärfall). Unter Berücksichtigung der im Zentrum betreuten Fälle mit Rezidiv, Progress oder zerebraler Metastasierung wurden insgesamt 592 Zentrumsfälle in 2023 im Zentrum betreut. Die Zählweise der hier angegebenen Fallzahlen richtet sich nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für zertifizierte Neuroonkologische Zentren.

Abbildung 79: Fallzahlentwicklung Neuroonkologisches Zentrum 2021-2023



Operative Expertise

Operative neurochirurgische Eingriffe werden in der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie durchgeführt. In Tabelle 84 ist die Entwicklung der operativen Primärfälle des Neuroonkologischen Zentrums im Zeitraum von 2021 bis 2023 dargestellt. Die Erfassung der Kennzahlen erfolgt anhand der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für Neuroonkologische Zentren. Gezählt wurden Fälle, welche sowohl die Primärfalldefinition erfüllen als auch einen relevanten operativen Eingriff mit zählbarem OPS-Code (5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1, 5-035, 5-075) aufweisen.

Tabelle 84: Operative Primärfälle Neuroonkologisches Zentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Operative Primärfälle	312	281	246

Strahlentherapeutische Expertise

Die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie ist Teil des Neuroonkologischen Zentrums. Das angebotene Leistungsspektrum umfasst sowohl die Photonen- als auch die Pro-

tonentherapie sowie interdisziplinäre Behandlungsansätze wie die Radiochemotherapie. Nachfolgend ist die strahlentherapeutische Expertise in Form der im Betrachtungszeitraum abgeschlossenen Bestrahlungsserien aufgeführt.

Tabelle 85: Abgeschlossene Bestrahlungsserien neuroonkologischer Fälle 2021-2023

	2021	2022	2023
Anzahl abgeschlossener Bestrahlungsserien	158	157	176

Psychosoziale Versorgung

Psychosoziale Angebote werden durch den Psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC und den Sozialdienst des Universitätsklinikums Dresden durchgeführt. Die Erfassung der Betreuungsrate bzw. der psychoonkologischen Screeningrate erfolgt analog der Anforderungen an Neuroonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft. Zur psychoonkologischen Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und das Hornheider Screeninginstrument zur Anwendung. In Tabelle 86 sind detaillierte Angaben zu den einzelnen Betreuungs- und Screeningraten angegeben.

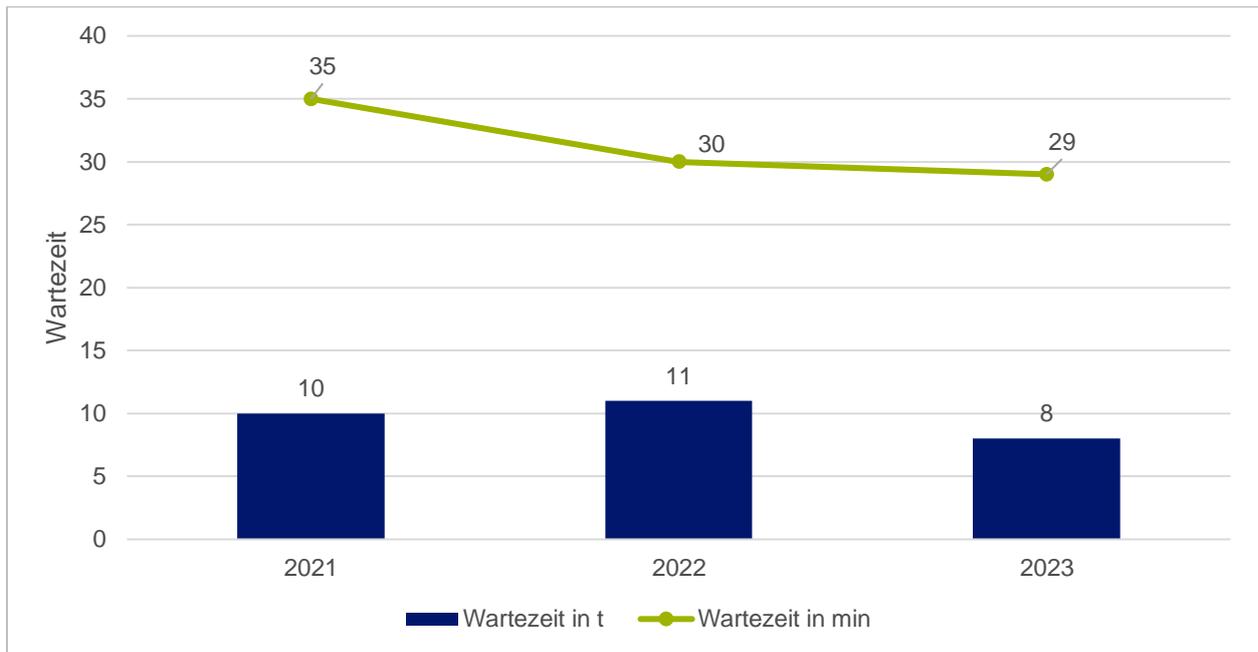
Tabelle 86: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst NOZ 2021-2023

	2021	2022	2023
Betreuungsrate Psychoonkologie	40,7%	50,0%	47,6%
Screeningrate Psychoonkologie	-	63,2%	62,0%
Betreuungsrate Sozialdienst	69,4%	94,5%	91,8%

Wartezeiten

Für die Neuroonkologische- und Studienambulanz der Neurochirurgie wird jährlich eine Wartezeitenanalyse durchgeführt. Analysiert werden die Wartezeit auf einen Ersttermin in Tagen und die Wartezeit in Minuten während der Sprechstunde. Die Wartezeit auf einen Termin konnte im direkten Vergleich zum Vorjahr deutlich reduziert werden ($\Delta_{2022-2023} = -3$ Tage). Die Wartezeit während der Sprechstunde blieb im Vergleich zum Vorjahr weitestgehend konstant. Die Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft von ≤ 14 Tage und ≤ 60 Minuten werden deutlich unterschritten.

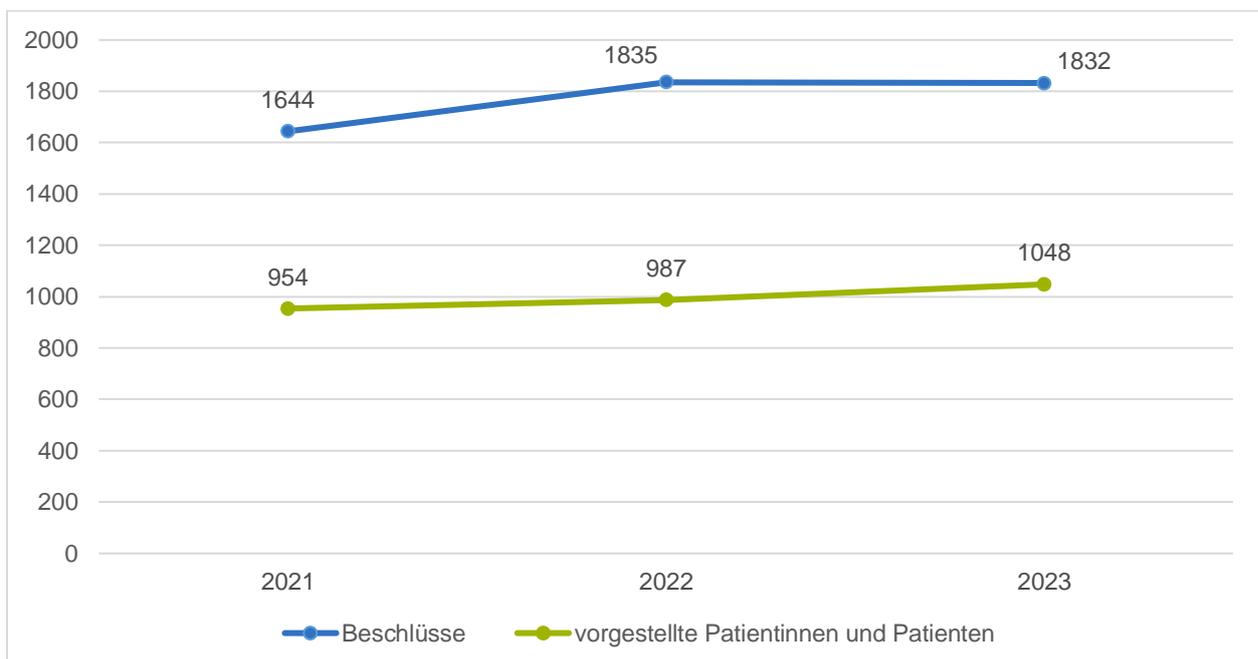
Abbildung 80: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Neuroonkologisches Zentrum 2021-2023



Interdisziplinäres Tumorboard

Im Neuroonkologischen Zentrum finden wöchentlich interdisziplinäre Tumorboards unter Beteiligung aller relevanten Fachdisziplinen statt. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachbereiche nehmen obligatorisch am neuroonkologischen Tumorboard teil: Neurochirurgie, Neuroradiologie, Neuropathologie, Radioonkologie/Strahlentherapie, Neurologie, interistische Onkologie. Je nach Fragestellung und Krankheitsbild werden weitere Fachdisziplinen, beispielsweise Dermatologie oder Gynäkologie hinzugezogen. Für 2023 wurden im Durchschnitt 1,7 Beschlüsse pro Fall und 36 Beschlüsse pro Tumorboard gefasst.

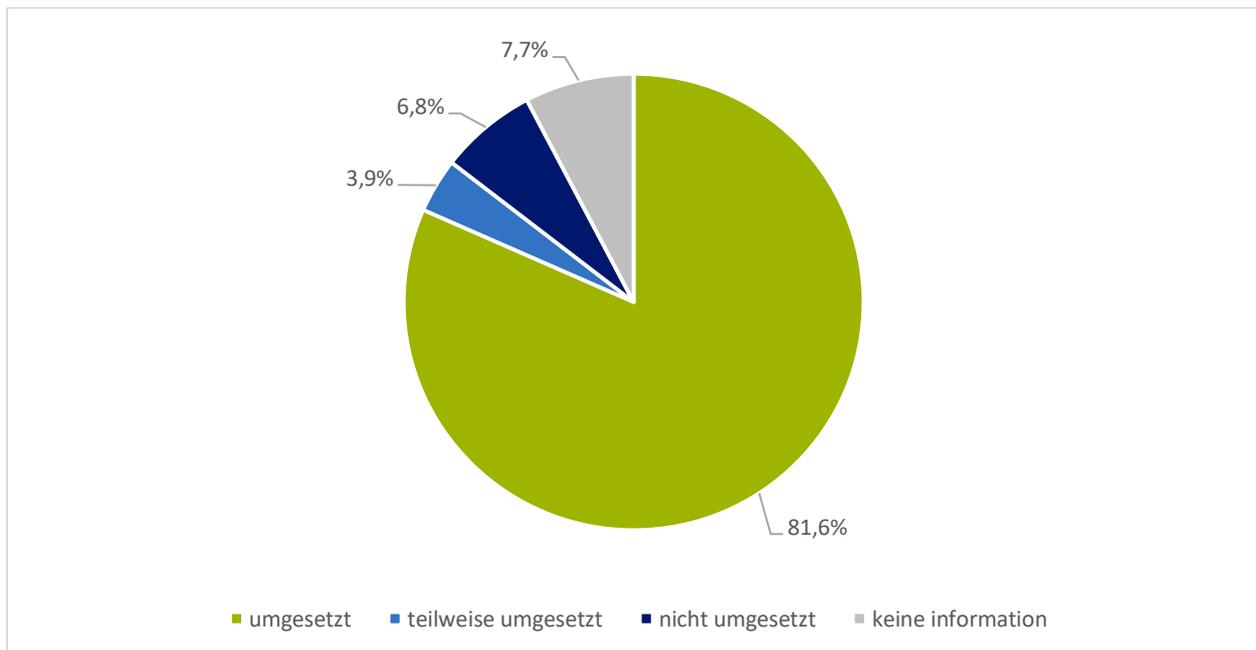
Abbildung 81: Anzahl Beschlüsse und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Neuroonkologischen Tumorboard 2021-2023



Tumorboardcompliance

Im Rahmen der Tumorboardcompliance der neuroonkologischen Tumorkonferenz wurden die Beschlüsse einer Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum (Oktober 2022 bis September 2023) vorgestellten Patientinnen und Patienten auf inhaltliche Umsetzung geprüft. Die Prüfung erfolgt anhand der vorliegenden Informationen in der digitalen Patientenakte des Krankenhausinformationssystems sowie des Tumordokumentationssystems. Im Betrachtungszeitraum wurden **468 Beschlüsse** von **267 Patientinnen und Patienten** überprüft. Der Erfüllungsgrad der überprüften Tumorboardbeschlüsse liegt bei 81,6%. Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgt im Tumordokumentationssystem des NCT/UCC. Die interne Sollvorgabe des Onkologischen Zentrums, welche einen Erfüllungsgrad von $\geq 80\%$ vorsieht, wird im neuroonkologischen Tumorboard erfüllt. Detaillierte Angaben zur Tumorboardcompliance sind in Abbildung 82 dargestellt. 36 Tumorboardbeschlüsse konnten aufgrund fehlender vorliegender Informationen nicht hinsichtlich des Umsetzungsgrades bewertet werden. Von 32 nicht umgesetzten Beschlüssen wurden 78,1% aufgrund des individuellen Behandlungswunsches der betroffenen Patientin bzw. des betroffenen Patienten nicht umgesetzt. Weitere Gründe für die Nicht-Umsetzung von Tumorboardbeschlüssen waren die externe Weiterbehandlung (3,0%), fehlende Informationen zur Umsetzung (6,3%), Revision des Beschlusses (6,3%) oder neue medizinische Erkenntnisse (6,3%).

Abbildung 82: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Neuroonkologisches Zentrum 2023



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Neuroonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in Tabelle 87 zusammengefasst. Von 15 obligatorischen Kennzahlen wurden 13 im Rahmen der Sollvorgaben erfüllt, während eine Kennzahl die Plausibilitätsgrenze überschreitet und eine Kennzahl die Sollvorgabe knapp verfehlt.

Tabelle 87: Datenqualität DKG-Kennzahlen Neuroonkologisches Zentrum 2023

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
86,67%	6,67%	6,66%

Forschungstätigkeit

Klinische Studien

Als Neuroonkologisches Zentrum eines Universitätsklinikums ist die Verbindung zwischen Forschung und Behandlung von neuroonkologischen Erkrankungen von großer Bedeutung, weshalb ein breites Studienangebot zur Verfügung steht. Patientinnen und Patienten erhalten relevante Studienangebote im Rahmen ihrer Behandlung, sofern die dafür notwendigen Einschlusskriterien erfüllt werden. Die Studienteilnahme erfolgt grundsätzlich freiwillig und bei Nichtteilnahme entstehen keinerlei Nachteile im Behandlungsprozess. Für den Qualitätsindikator „Studienquote“ wurde im Onkologischen Zentrum eine interne Sollvorgabe von $\geq 10\%$ für alle soliden Tumoren festgelegt. Die interne Sollvorgabe wurde in den letzten drei Jahren trotz eines minimalen Rückgangs konsequent erfüllt. Pro Fall wurde lediglich ein Studieneinschluss gezählt, auch wenn der Patient bzw. die Patientin in mehrere Studien gemeldet wurde. Folgende Studien waren in 2023 für neuroonkologische Erkrankungen zur Rekrutierung geöffnet:

- Proto-R-Hirn (Protonentherapie von Hirntumoren: Prospektive Erfassung von Effizienz und Nebenwirkungen bei klinischen Standarddosen)
- ProtoChoice-Hirn (Vergleich von Protonen- und Photonentherapie von Hirntumoren: Effizienz und Nebenwirkungen bei klinischen Standarddosen)
- Proto-R-Schädelbasis (Protonentherapie von Schädelbasistumoren: Prospektive Erfassung von Effizienz und Nebenwirkungen bei klinischen Standarddosen)
- GlioCave - NOA-17 (Adjuvante stereotaktische fraktionierte Strahlentherapie der Resektionshöhle beim rezidierten Glioblastom)
- TIGER-Pro (Der Einsatz von TTFelds in der klinischen Routine – Monitoring von täglicher Aktivität, Schlaf und Neurokognition bei Patienten mit neu diagnostiziertem Glioblastom)
- NOA - 11 / PDT Studie (Kontrollierte klinische Studie zur Evaluation der Sicherheit und Wirksamkeit einer stereotaktischen photodynamischen Therapie mit 5-Aminolävulinsäure (Glio-lan®) beim rezidierten Glioblastom)
- EORTC-1634/NOA-23 (Personalisierte risikoadaptierte Therapie bei postpubertären Patienten mit Erstdiagnose eines Medulloblastoms)
- MecMeth (Phase I/II Studie zum Einsatz von Meclofenamate in progredienten MGMT-methylierten Glioblastomen unter Standard Temozolomid Therapie).

Tabelle 88: Studienquote Neuroonkologisches Zentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Zentrumsfälle mit Studieneinschluss (Zähler)	74	64	65
Zentrumsfälle (Nenner)	539	526	592
Studienquote	13,7%	12,2%	11,0%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Neuroonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über das Forschungsportal der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden auf der folgenden Internetseite abzurufen: <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/>. Die Projekte und Publikationen des Neuroonkologischen Zentrums sind aus organisatorischen Gründen unter der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie bzw. der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie aufgelistet.

Steiner G, Galli R, Preusse G, Michen S, Meinhardt M, Temme A, Sobottka SB, Juratli TA, Koch E, Schackert G, Kirsch M, Uckermann O. **A new approach for clinical translation of infrared spectroscopy: exploitation of the signature of glioblastoma for general brain tumor recognition.** J Neurooncol. 2023 Jan;161(1):57-66.

Eulitz J, G C Troost E, Klünder L, Raschke F, Hahn C, Schulz E, Seidlitz A, Thiem J, Karpowitz C, Hahlbohm P, Grey A, Engelland K, Löck S, Krause M, Lühr A. **Increased relative biological effectiveness and periventricular radiosensitivity in proton therapy of glioma patients.** Radiother Oncol. 2023 Jan;178:109422.

Hertler C, Felsberg J, Gramatzki D, Le Rhun E, Clarke J, Soffiotti R, Wick W, Chinot O, Ducray F, Roth P, McDonald K, Hau P, Hottinger AF, Reijneveld J, Schnell O, Marosi C, Glantz M, Darlix A, Lombardi G, Krex D, Glas M, Reardon DA, van den Bent M, Lefranc F, Herrlinger U, Razi E, Carpentier AF, Phillips S, Rudà R, Wick A, Tabouret E, Meyronet D, Maura CA, Rushing E, Rapkins R, Bumes E, Hegi M, Weyerbrock A, Aregawi D, Gonzalez-Gomez C, Pellerino A, Klein M, Preusser M, Bendszus M, Golfopoulos V, von Deimling A, Gorlia T, Wen PY, Reifenberger G, Weller M. **Long-term survival with IDH wildtype glioblastoma: first results from the ETERNITY Brain Tumor Funders' Collaborative Consortium (EORTC 1419).** Eur J Cancer. 2023 Aug;189:112913.

Williams EA, Brastianos PK, Wakimoto H, Zolal A, Filbin MG, Cahill DP, Santagata S, Juratli TA. **A comprehensive genomic study of 390 H3F3A-mutant pediatric and adult diffuse high-grade gliomas, CNS WHO grade 4.** Acta Neuropathol. 2023 Sep;146(3):515-525.

Pertz M, Schlömer S, Seidel C, Hentschel B, Löffler M, Schackert G, Krex D, Juratli T, Tonn JC, Schnell O, Vatter H, Simon M, Westphal M, Martens T, Sabel M, Bendszus M, Dörner N, Wick A, Fliessbach K, Hoppe C, Klingner M, Felsberg J, Reifenberger G, Gramatzki D, Weller M, Schlegel U; German Glioma Network. **Long-term neurocognitive function and quality of life after multimodal therapy in adult glioma patients: a prospective long-term follow-up.** J Neurooncol. 2023 Sep;164(2):353-366.



Uroonkologisches Zentrum



Uroonkologisches Zentrum

Struktur des Uroonkologischen Zentrums (UOZ)

Die Leitung des Uroonkologischen Zentrums liegt bei der Klinik und Poliklinik für Urologie und deren Klinikdirektor Herrn Prof. Dr. med. C. Thomas. Er stellt im Rahmen des implementierten und zertifizierten QM-Systems die Umsetzung von Normen (DIN EN ISO 9001:2015 und Anforderungen gemäß der Deutschen Krebsgesellschaft) und gesetzlichen Regelungen (Managementhandbuch Urologie) sicher. Diese werden im Rahmen der Managementbewertung regelmäßig überprüft und sichergestellt.

Zentrumskoordinatorin ist Frau PD Dr. med. A. Borkowetz. Sie ist für die Wahrnehmung der im Kriterienkatalog festgelegten interdisziplinären Aufgaben des Uroonkologischen Zentrums verantwortlich. Stellvertretende Zentrumskoordinatorin ist Frau PD Dr. med. K. Böhm.

Zu den Aufgaben zählen die Organisation der prä- und posttherapeutischen Konferenzen sowie des Zugangs zu Leistungen anderer Behandlungspartner des Uroonkologischen Zentrums, wie beispielsweise Psychoonkologie und Schmerzdienst.

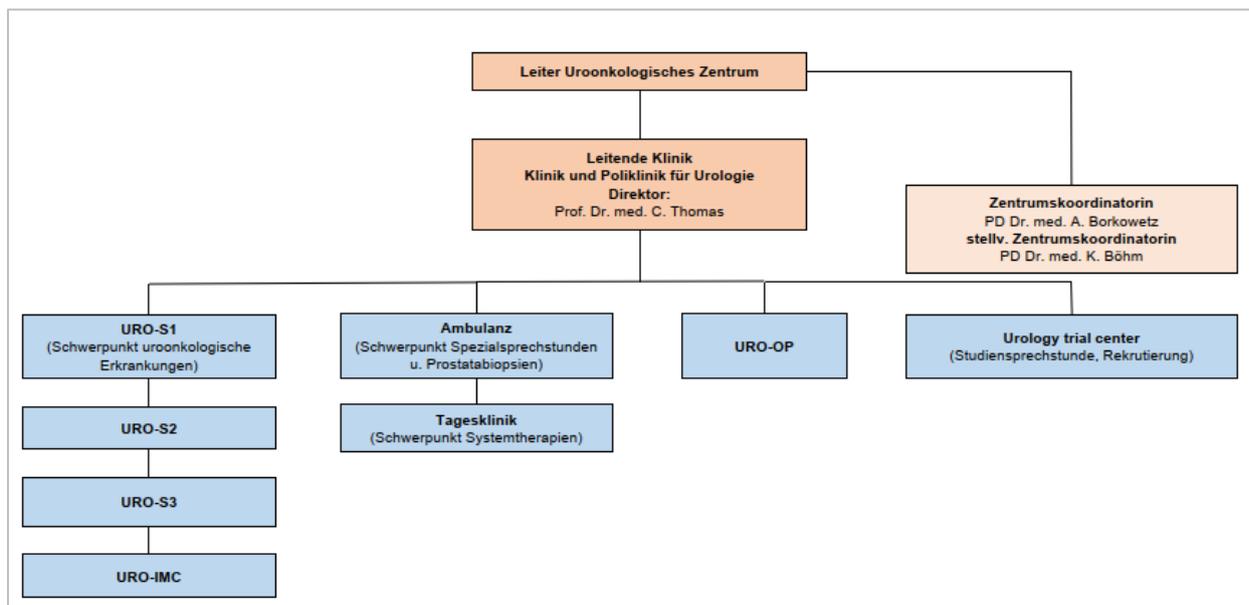
Weitere Aufgaben sind die Koordination der internen und externen Audits in Zusammenarbeit mit der QMB der Klinik und Poliklinik für Urologie sowie die Koordination und Überwachung aller fachlichen Anforderungen und der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern.

Hauptkooperationspartner sind neben der Klinik und Poliklinik für Urologie, die

- Strahlentherapie
- Internistische Onkologie
- Pathologie
- Radiologie.

Das Uroonkologische Zentrum orientiert sich hinsichtlich seiner Qualitätspolitik am gemeinsamen Leitbild des Universitätsklinikums Dresden und der Medizinischen Fakultät. Es verpflichtet sich somit zur Exzellenz in der Hochleistungsmedizin, der medizinischen Forschung und Lehre sowie der Gesundheitsdienstleistung für die Patientinnen und Patienten der gesamten Region.

Abbildung 83: Struktur des Uroonkologischen Zentrums



Voraussetzung für die hochwertige Qualität bei der Leistungserbringung im Uroonkologischen Zentrum ist die Beschäftigung und stetige Fort- und Weiterbildung von qualifiziertem Personal. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Qualifikationen und Funktionen der im Uroonkologischen Zentrum tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Tabelle 89: Qualifikationsmatrix Uroonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. C. Thomas	Facharzt für Urologie
Hauptoperateure	PD Dr. med. A. Borkowetz	Fachärztin für Urologie
	PD Dr. med. M. Baunacke	Facharzt für Urologie
	PD Dr. med. K. Böhm	Fachärztin für Urologie
	Dr. med. J. Gellrich	Facharzt für Urologie
	Dr. med. S. Leike	Facharzt für Urologie
	Dr. med. R. Herout	Facharzt für Urologie
	Dr. med. S. Mehralivand	Facharzt für Urologie
	Dr. med. J. Putz	Fachärztin für Urologie
Pflegedienstleitung	Fr. M. Jäger	3-jährige Zusatzqualifikation „Leitung des Pflegedienstes in Gesundheitseinrichtungen“
Onkologische Fachpflegekräfte	Fr. N. Kohtz	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
	Hr. U. Liebscher	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
	Fr. A. Silz	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
	Fr. C. Voigt	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fortbildung für med. Assistenzpersonal in der urologischen Onkologie

Funktion	Name	Qualifikation
Tumordokumentation	Fr. L. Pultermann	Medizinische Dokumentationsassistentin
	Fr. A. Büchner	Medizinische Dokumentationsassistentin
	Hr. A. Sonnenfeld	Medizinischer Dokumentationsassistent
Zentrumskoordination	PD Dr. med. A. Borkowetz	Fachärztin für Urologie
Qualitätsmanagement	Fr. M. Gottburg, B.A.	Management im Gesundheitswesen

Ziele des Uroonkologischen Zentrums

Für das Uroonkologische Zentrum werden jährlich operative Ziele definiert, die zu Beginn eines jeden Jahres festgelegt und regelmäßig auf Umsetzung geprüft werden.

Tabelle 90: Jahresziele des Uroonkologischen Zentrums 2023

Nr.	Qualitätsziel	Zielerreichung
1	Fortführung der Umsetzung der Anforderung der ISO 9001:2015	Die Anforderungen wurden umgesetzt.
2	Umsetzung der Anforderungen der externen und internen Qualitätssicherung (Nierentransplantation, Lebendspende, Dekubitus)	Die Anforderungen wurden umgesetzt.
3	Umsetzung der fachlichen Anforderungen für das Uroonkologische Zentrum (Prostatakarzinom + Modul Niere + Modul Harnblase + Modul Hoden)	Die Zertifizierung wurde im Mai 2023 erfolgreich absolviert.
4	Erfassung und Auswertung der definierten Qualitätsindikatoren in regelmäßigen Abständen	Die Qualitätsindikatoren wurden regelmäßig erfasst und ausgewertet.
5	Steigerung der Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich	Laufende Maßnahmen, u.a.: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vernetzung der Privat-, Studien- und Hochschul-Ambulanz ▪ Zeit-Slots für Notfälle und Konsile ▪ Installierung eines TV für die Patientinnen und Patienten.
6	Wiederbelebung der Arbeitsgruppe „Pflege“	teilweise Zielerreichung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rasurstandard wurde erstellt ▪ Infolyer für Patientinnen und Patienten „Verhalten nach CTx“ wurde erstellt ▪ Standard Nierendruckmessung wurde erstellt.
7	Abbildung sämtlicher Aufklärungsbögen in digitaler Form	umgesetzt
8	Neuausrichtung des Managementhandbuchs an der Prozessstruktur	umgesetzt
9	Umsetzung Projekt „Neuausrichtung ambulanter Bereich Urologie“	umgesetzt
10	Weiterentwicklung als Standort für robotische Medizin	umgesetzt

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 9. und 10. Mai 2023 fand das Rezertifizierungsaudit des bestehenden Uroonkologischen Zentrums sowie das Erstzertifizierungsaudit für das Modul Hoden statt. Im Rahmen des Audits wurde eine Abweichung im Bereich des Risikomanagements ausgesprochen. Das Zentrum konnte für die durchgeführten Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen nicht den geforderten Teilnehmerkreis nachweisen. Die Abweichung konnte fristgerecht behoben werden, sodass für alle auditierten Bereiche die Empfehlung zur Zertifikatserhaltung bzw. -erteilung ausgesprochen wurde. In Bezug auf das Voraudit wurden insbesondere folgende Punkte positiv herausgestellt:

- Das Einbringen von Patientinnen und Patienten mit Nierentumoren in Studien nun in den geforderten Anzahlen.
- Die weiterhin sehr gute und intensive Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe für Prostatakrebs.
- Das nun sehr gute Fortbildungsangebot für die nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zentrums.
- Die erstmalige Zertifizierung als European Prostate Cancer Center of Excellence (EPCCE) im Jahr 2022 durch die EAU.

Interne Audits

Im Uroonkologischen Zentrum finden regelmäßig interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und der Anforderungen aus dem Erhebungsbogen für Uroonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Das letzte interne Audit fand am 26. Oktober 2023 statt. Im Rahmen des Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden neun Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche Case Management, Verwaltung, Labor, URO-IMC und Klinik gesamt betreffen. Positiv herausgestellt wurden folgende Punkte:

- Innovation/Projektmanagement - Einführung robotisches System HUGO RAS
- zertifiziertes Weiterbildungscurriculum der DGU
- Kapazitätsausbau URO-IMC, relativ stabile Personalsituation im Pflegedienst
- Wegweiser für Einweisende und sehr gutes Aufnahmemanagement
- umfangreicher Einarbeitungsleitfaden für das Aufnahmemanagement.

Einen Schwerpunkt im internen Audit stellte auch das Procedere bei Datennetzausfall und Ausfall des Klinikinformationssystems ORBIS® dar.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Die letzte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser erfolgte im März 2021 durch die Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement. Die Ergebnisse wurden ausgewertet und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorgestellt. Im Rahmen des Urologentreffens wurden auch den Zuweiserinnen und Zuweisern die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung vorgestellt. Seit Januar 2023 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern des Uroonkologischen Zentrums auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die zentrale [E-Mail-Adresse](#) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche und Anregungen sowie Lob oder Kritik zu äußern. Bei der Teilnahme an der Befragung muss das zu bewertende Zentrum ausgewählt werden, so dass bei der Auswertung der Rückmeldungen eine Zuordnung zum Uroonkologischen Zentrum möglich ist.

Seit Oktober 2023 läuft kontinuierlich eine Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser mittels QR-Code, der über einen regelmäßigen Newsletter der Klinik und Poliklinik für Urologie an die niedergelassenen Urologinnen und Urologen versandt wird.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Strukturierte Befragungen der Patientinnen und Patienten werden alle drei Jahre durchgeführt. Die letzte Befragung erfolgte im Februar 2021. Die Rücklaufquote lag bei 41,2%. Darüber hinaus erfolgte bis August 2023 kontinuierlich die Erfassung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten über die elektronischen Befragungsstellen, die für alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen im Haus frei zugänglich sind und freiwillig und anonym genutzt werden können. Seit August 2023 ist nach einem Wechsel des Anbieters des digitalen Feedbacks die Nutzung der Feedbackstellen nicht mehr möglich. Das Feedback kann nun über die Nutzung eines QR-Codes abgegeben werden.

Dieses System wird von den Patientinnen und Patienten im Vergleich zum vorherigen System nicht mehr so zahlreich genutzt. Die Klinik und Poliklinik für Urologie hat sich daraufhin entschieden, zusätzlich zur Befragung der Patientinnen und Patienten via QR-Code im stationären Bereich eine Befragung via Tablet durchzuführen.

Eine Auswertung der Feedbacks erfolgt bereichs- und klinikbezogen in monatlichen statistischen Auswertungen sowie in der monatlichen Leitungsteamsitzung.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel

Qualitätszirkel finden regelmäßig im Rahmen der Tumorkonferenz statt, bei denen alle Hauptkooperationspartner und bei Bedarf weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer anwesend sind. Im Jahr 2023 wurden zwei Qualitätszirkel am 22. Februar 2023 und am 7. Juni 2023 mit folgenden Themen durchgeführt:

- Aktualisierter Patientenfragebogen prä-/posttherapeutisch bei RPE/RTx

- Vorstellung der Ergebnisse des Überwachungsaudits vom 9. und 10. Mai 2023.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Im Jahr 2023 wurden acht M&M-Konferenzen durchgeführt, drei davon interdisziplinär. Die Vorbereitung, Präsentation und Dokumentation der Maßnahmen erfolgt über ein entsprechendes Tool im Organisationshandbuch AENEIS. Die Maßnahmen werden digital erfasst und nachverfolgt. Besprochen wurden dabei:

- Verabreichung von Ammoniumalaunlösung
- Verlauf Diagnosestellung bei primär PCa dann Urothelkarzinom
- Umgang ADT bei oligo-metastasiertem PCa unter lokal-ablativer Therapie
- Nahtinsuffizienz des Rektums nach Zystektomie
- Sphinkterprotheseninfektion nach DK-Einlage
- Dauer von Zuweisung zu Zweitmeinung/OP
- Komplikationen nach radikaler Zystektomie.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Das Tumorboard des Uroonkologischen Zentrums findet zweimal wöchentlich statt. Durch die Diskussion der optimalen Diagnostik- und Therapieschritte unter Einbeziehung aller Befunde bietet es den ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine kontinuierliche Fortbildung.

Das Urologie-Update findet einmal wöchentlich, montags, statt. Diese Fortbildung ist verpflichtend für den ärztlichen Dienst und die Stationsleitungen. Weitere Interessierte aus allen Berufsgruppen können teilnehmen. Vorgestellt und diskutiert werden aktuelle fachspezifische oder klinikinterne Themen.

Fortbildungen für die Fachpflege finden monatlich statt. Vorgestellt und diskutiert werden aktuelle fachspezifische für die Pflege relevante und klinikinterne Themen. Auch hier können weitere Interessierte aus allen Berufsgruppen teilnehmen.

Zum Austausch von Erfahrungen mit den Kooperationspartnern und Zuweiserinnen und Zuweisern werden durch das Uroonkologische Zentrum jährlich Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Im Rahmen des Urologentreffen wurden im Jahr 2023 fünf Fortbildungsveranstaltungen zusammen mit den niedergelassenen Urologinnen und Urologen durchgeführt. Themen waren beispielsweise das Prostata-, Nieren- und Hamblasenkarzinom. Auch alle Kooperationspartner sind zum Urologentreffen eingeladen.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten werden über das Uroonkologische Zentrum als auch zentral über das NCT/UCC angeboten. Über das Präventions- und Sporttherapeutische Zentrum des NCT/UCC werden jährlich verschiedene Veranstaltungen und Workshops rund um

das Thema Krebs angeboten, welche auch von den Patientinnen und Patienten des Uroonkologischen Zentrums genutzt werden können.

Am 13. September 2023 hielt der Zentrumsleiter und Klinikdirektor einen Vortrag bei der SHG PCa Riesa und Elbland. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs e. V. fand eine Veranstaltung für Patientinnen und Patienten zu aktuellen Behandlungsmöglichkeiten bei PCa am 26. Oktober 2023 in der Klinik und Poliklinik für Urologie statt.

Eine Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Urologie hielt am 26. Juli 2023 einen Vortrag zum Thema Fokale Therapie bei der Selbsthilfegruppe PCa in Dresden.

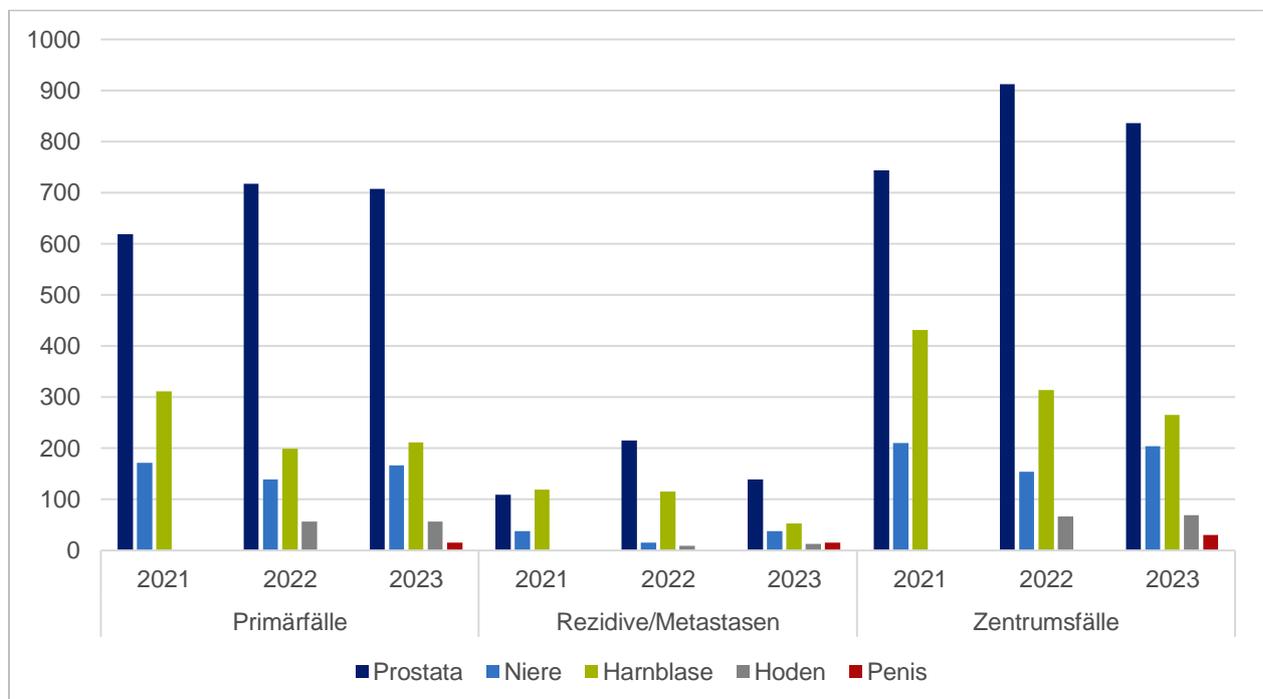
Das Uroonkologische Zentrum war ebenfalls am Patiententag des NCT/UCC am 10. Juni 2023 beteiligt.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Zertifizierte Uroonkologische Zentren müssen nach den Anforderungen der Fachgesellschaften pro Tumorentität eine bestimmte Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Jahr betreuen. Die Vorgaben sehen eine Mindestfallzahl an Primärfällen von ≥ 100 für das Prostatakarzinom, ≥ 50 für das Harnblasenkarzinom, ≥ 15 für Keimzelltumore und ≥ 8 für das Peniskarzinom vor. Beim Nierenkarzinom gibt es keine Vorgaben für die Anzahl an Primärfällen, hier liegt die Vorgabe bei ≥ 35 Zentrumsfällen. Die Therapieplanung und -durchführung muss dabei über das Uroonkologische Zentrum erfolgen. Die Anforderungen werden für alle Tumorentitäten erfüllt.

Abbildung 84: Fallzahlen Prostatakarzinom, Nierenzellkarzinom (Zeitraum 2021-2023), Harnblasenkarzinom (Erfassung seit 2021), Hodentumor (Erfassung seit 2022), Peniskarzinom (Erfassung seit 2023)



Das Modul Hoden wurde im Jahr 2023 erstzertifiziert. Die Erfassung der Primärfälle, Metastasen und Rezidive und Zentrumsfälle erfolgte in dieser Form erstmalig für das Kennzahlenjahr 2022. Für das Modul Penis ist die Erstzertifizierung für April 2024 geplant. Auch hier liegen erstmals für

das Kennzahlenjahr 2023 detaillierte Zahlen für Primärfälle, Rezidive/Metastasen und Zentrumsfälle entsprechend der Definition der Fachgesellschaften vor.

Für den operativen Bereich schreiben die Anforderungen an zertifizierte Uroonkologische Zentren mindestens 50 Prostataektomien, 30 Nierenteilresektionen, 20 Zystektomien, vier Resektionen bei Peniskarzinom und mindestens drei inguinale/pelvine Lymphadenektomien vor. Die Vorgaben wurden für das Jahr 2023 erfüllt.

Abbildung 85: Anzahl Prostataektomien und Nierenteilresektionen Uroonkologisches Zentrum 2021-2023

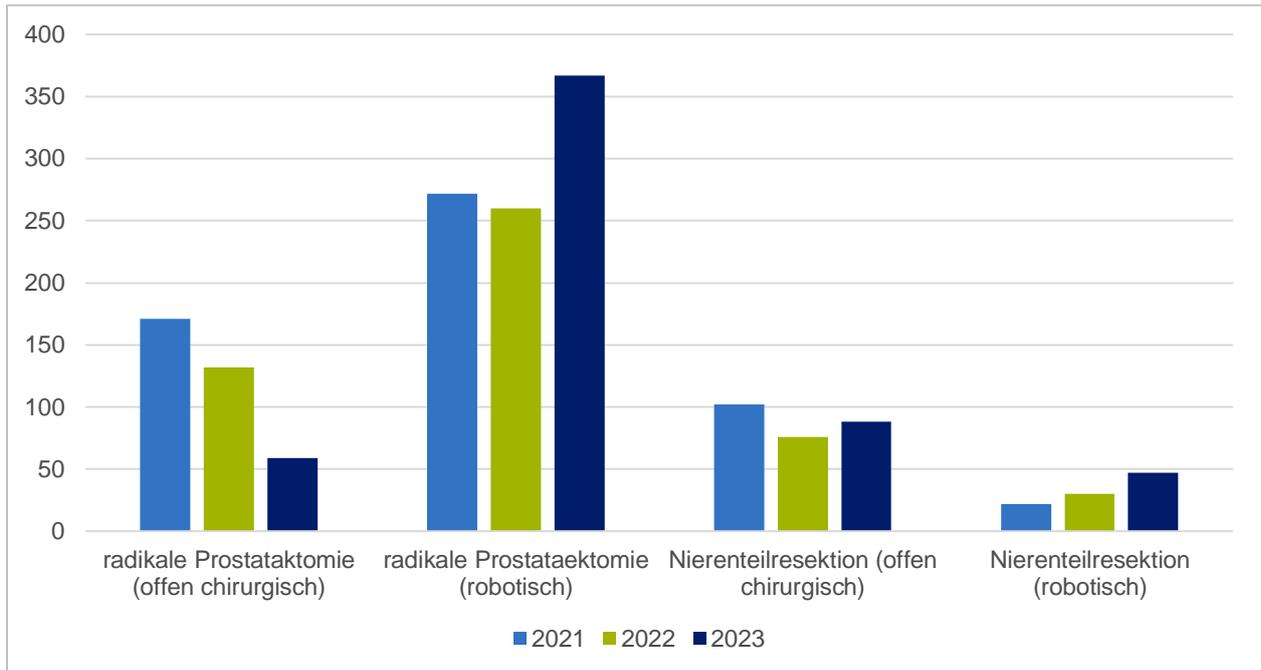


Abbildung 86: Anzahl Nephrektomien, TURB, Zystektomien, Nephroureterektomie Uroonkologisches Zentrum 2021-2023

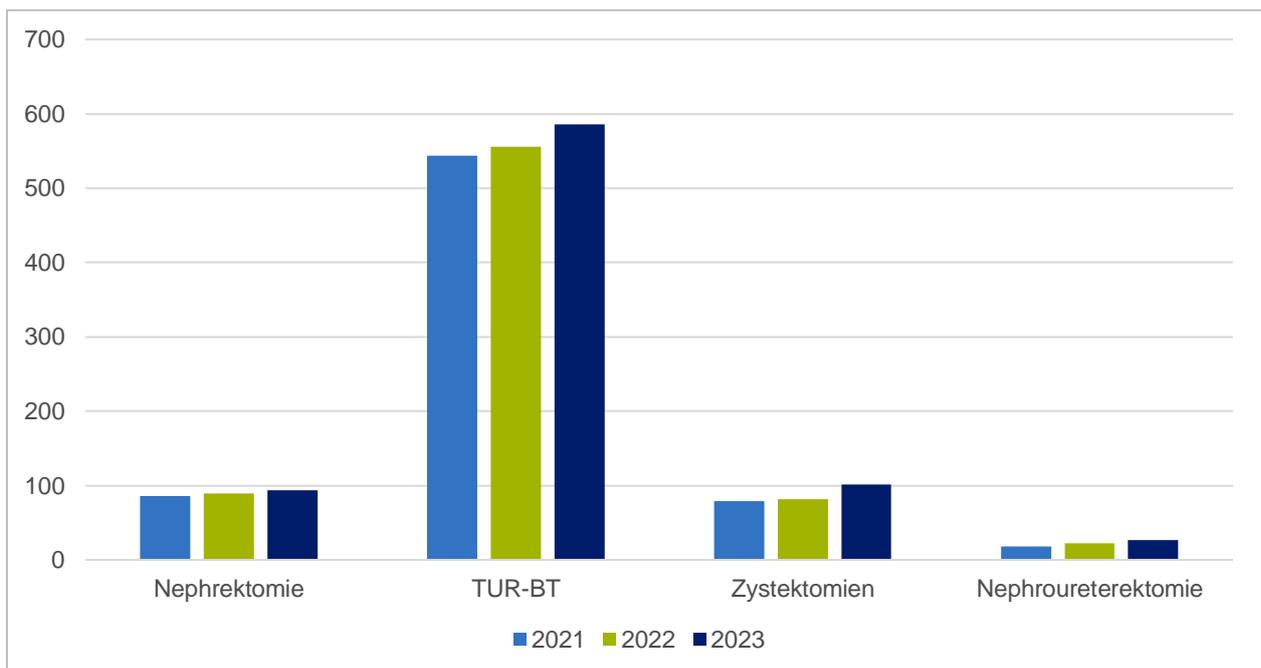
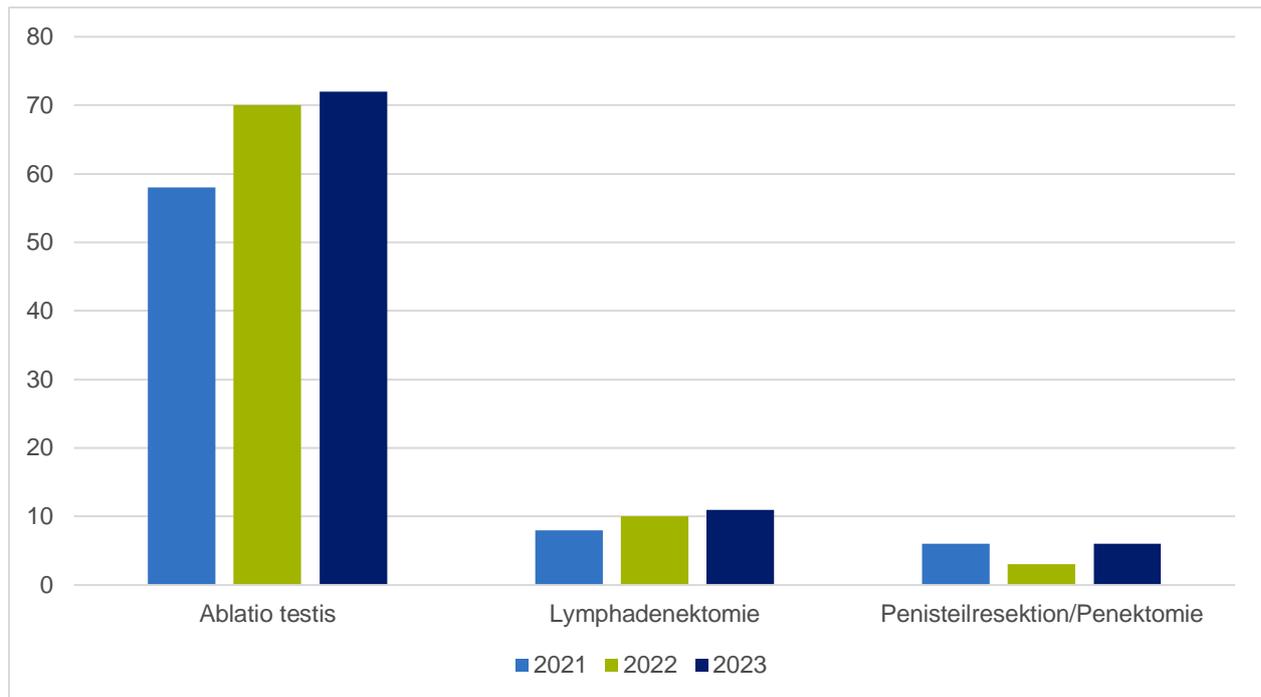


Abbildung 87: Anzahl Ablatio testis, Lymphadenektomien, Penisteilresektionen/Penektomie UOZ 2021-2023



Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird über den Psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC gewährleistet. Sie richtet sich als Teil des Behandlungskonzeptes des Uroonkologischen Zentrums an Patientinnen und Patienten mit seelischen Belastungen bei Verdacht, Diagnose und Therapie von uroonkologischen Tumoren. Die psychoonkologische Betreuung bietet u. a. Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, bei der Anpassung an neue, veränderte Lebensumstände sowie bei der Förderung der Lebensqualität.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. Der Anteil an psychoonkologischer Beratung ist über die letzten drei Jahre konstant.

Tabelle 91: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst Uroonkologisches Zentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Prostata	19,4%	16,7%	20,5%
Niere	6,5%	36,9%	41,1%
Harnblase	12,6%	43,5%	72,1%
Hoden	-	-	47,8%

Zur Bedarfserhebung kommen Distressthermometer und Hornheider Screeninginstrument zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem Psychoonkologischen Dienst, entweder

im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung. Eine vollständige Erfassung der Screeningrate erfolgt ab dem Kennzahlenjahr 2023.

Tabelle 92: Psychoonkologisches Screening Uroonkologisches Zentrum 2023

Tumorentität	Screening	Beratung bei positivem Screening
Prostata	51,7%	78,4%
Niere	63,1%	100%
Harnblase	78,3%	100%
Hoden	69,6%	100%

Die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung wird im Uroonkologischen Zentrum durch die Sozialberatung ergänzt. Für das Uroonkologische Zentrum übernehmen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Aufgaben im Bereich Sozialdienst und Rehabilitation. Der Sozialdienst ist organisatorisch der Direktion Krankenpflege des UKD zugeordnet. Alle Patientinnen und Patienten des Uroonkologischen Zentrums erhalten das Angebot eines Beratungsgesprächs durch den Sozialdienst. Vorgaben der Fachgesellschaften gibt es für diesen Bereich nicht, jedoch sind die Gründe bei einer Betreuungsrate $\leq 50\%$ zu erläutern.

Tabelle 93: Betreuung durch den Sozialdienst Uroonkologisches Zentrum 2021-2023

	2021	2022	2023
Prostata	66,0%	59,6%	70,0%
Niere	85,7%	75,7%	95,2%
Harnblase	48,2	45,4%	48,8%

Wartezeiten

Im Uroonkologischen Zentrum werden die Wartezeiten während der Sprechstunde und auf einen Termin kontinuierlich über das Krankenhausinformationssystem ORBIS® erfasst. Für die uroonkologische Sprechstunde erfolgt eine Auswertung der Wartezeiten stichprobenartig einmal pro Jahr über einen Zeitraum von vier Wochen.

Tabelle 94: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Uroonkologisches Zentrum 2021-2023

Wartezeit	2021	2022	2023
auf einen Termin	25 Tage	19 Tage	13 Tage
während der Sprechstunde	55 Minuten	45 Minuten	27 Minuten

Die Vorgaben der Fachgesellschaften von < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin und < 60 Minuten während der Sprechstunde werden erfüllt.

Interdisziplinäres Tumorboard

In den interdisziplinären Tumorkonferenzen des Uroonkologischen Zentrums werden Patientinnen und Patienten mit einer Primärerkrankung prä- und/oder postoperativ vorgestellt. Neben der Vorstellung von Patientinnen und Patienten mit einer Primärerkrankung werden auch Patientinnen und Patienten mit einem Lokalrezidiv und/oder einer sekundären Metastasierung regelhaft in

den Tumorkonferenzen vorgestellt. Die Tumorkonferenz des Uroonkologischen Zentrums findet zweimal wöchentlich statt. Im Jahr 2023 wurden insgesamt 2.274 interdisziplinäre Behandlungspläne für 1.829 Patientinnen und Patienten erstellt.

Abbildung 88: Anzahl Tumorboardempfehlungen Uroonkologisches Zentrum 2015-2023

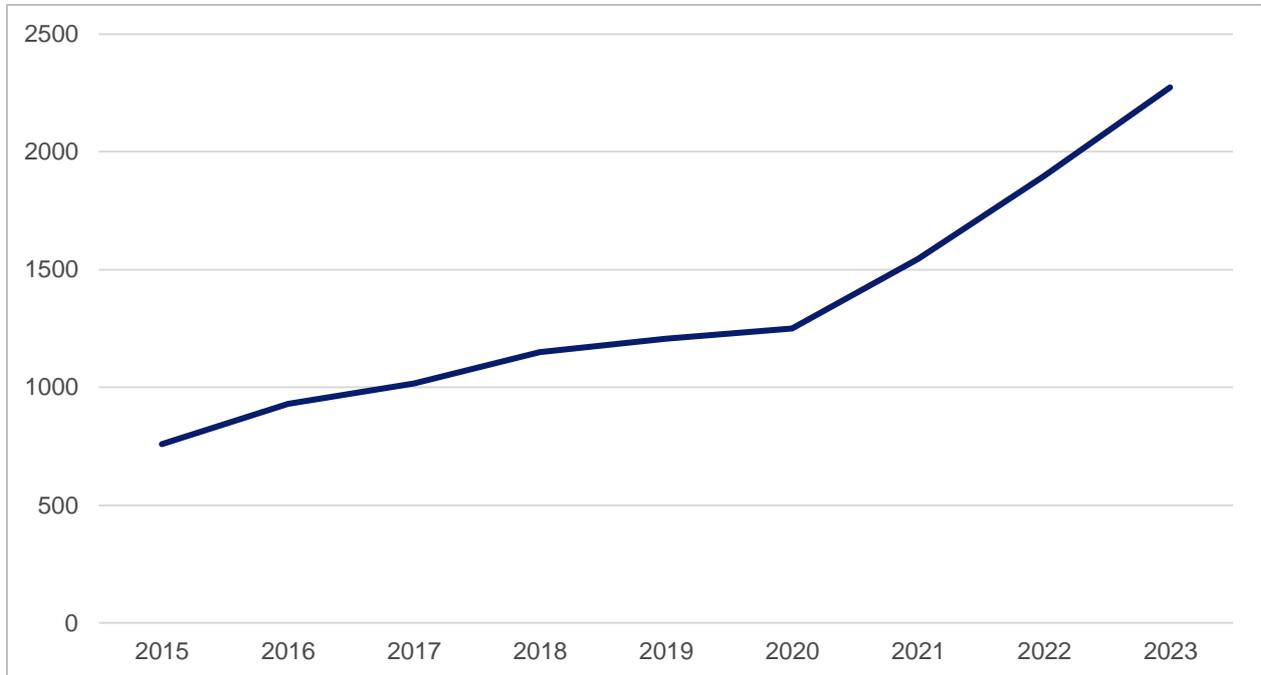
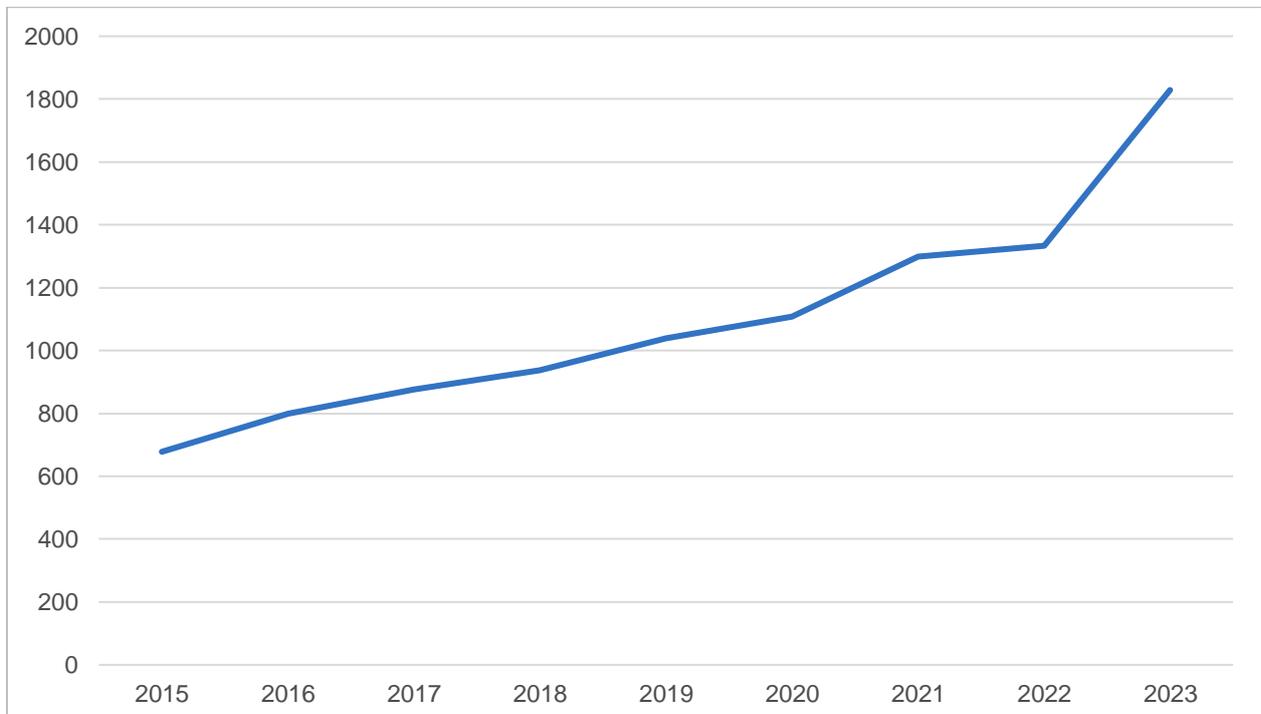


Abbildung 89: Anzahl vorgestellte Patientinnen und Patienten Uroonkologische Zentrum 2015-2023

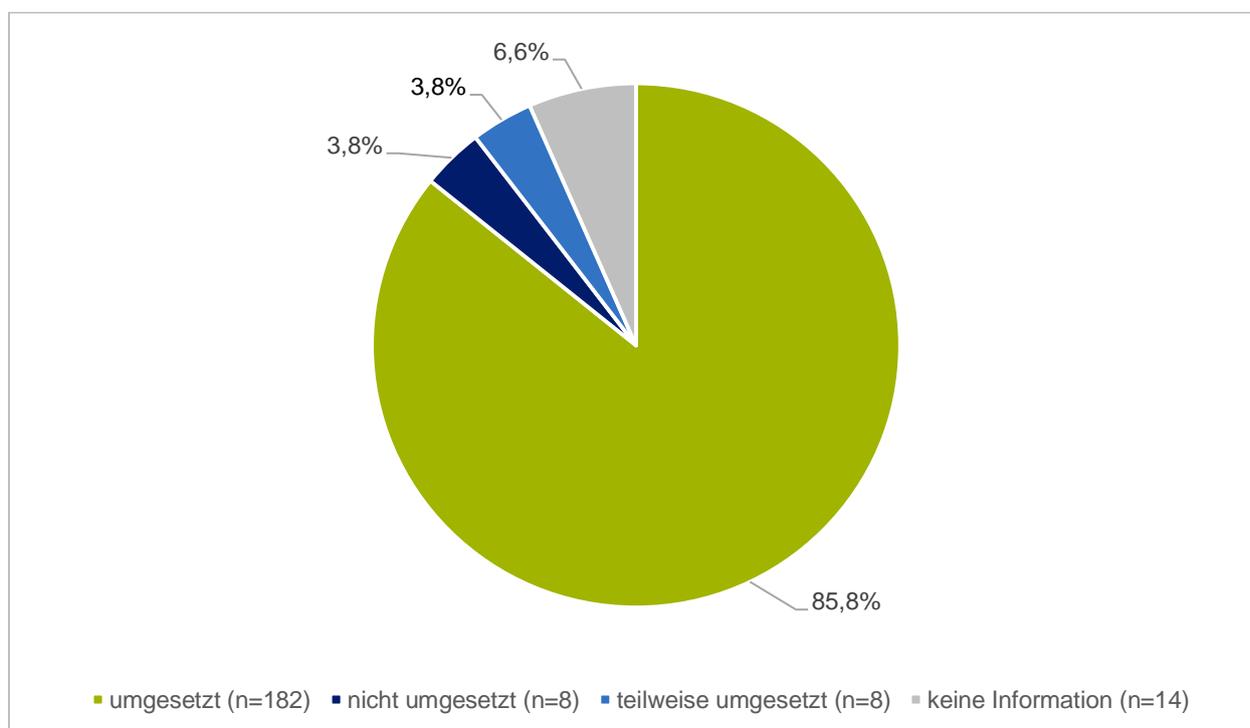


Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität der Tumorboards wird jährlich die inhaltliche Umsetzung der Tumorboardbeschlüsse der urologischen Tumorboards überprüft. Methodisch wird dabei eine Stichprobe von 25% der besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: Oktober 2022 bis September 2023) randomisiert gezogen.

Für die urologischen Tumorboards wurden dabei **212 Beschlüsse** von insgesamt **142 Patientinnen und Patienten** überprüft. Die Prüfung erfolgte anhand der Krankenakten im ORBIS® und der Eintragungen im Tumordokumentationssystem. Bei Vorliegen von unklaren oder ggf. kritischen Ereignissen erfolgt die Rücksprache mit den jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Fachdisziplinen.

Abbildung 90: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Uroonkologisches Zentrum 2023



Von den 212 Tumorboardbeschlüssen wurden 182 vollständig umgesetzt. Acht Beschlüsse wurden teilweise und acht Beschlüsse wurden nicht umgesetzt. Gründe hierfür lagen z. B. im Wunsch der Patientinnen und Patienten nach abweichender Therapie oder in geänderten medizinischen Begleitumständen. Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Uroonkologischen Zentrums für den Berichtszeitraum 2023 konnten keine kritischen Ergebnisse festgestellt werden.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Uroonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in Tabelle 95 zusammengefasst.

Tabelle 95: Datenqualität DKG-Kennzahlen Uroonkologisches Zentrum 2023

	Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
Harnblase	82,35%	0%	5,88%
Niere	94,12%	0%	5,88%
Prostata	96,55%	3,45%	0%
Hoden	100%	0%	0%

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten des Uroonkologischen Zentrums ist die Teilnahme an klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Das Uroonkologische Zentrum beteiligt sich an klinischen Phase I-IV Studien. Im Jahr 2023 waren 23 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen und Patienten geöffnet. Davon 14 Studien, die gemeinsam mit Kooperationspartnern betreut werden.

Die Vorgabe der Fachgesellschaften sieht einen Studieneinschluss von $\geq 5\%$ vor. Diese Vorgabe wurde erfüllt.

Tabelle 96: Studienquote Uroonkologisches Zentrum 2021-2023

2021	2022	2023
31,7%	23,5%	39,0%

Zählweise: Nenner = Anzahl Zentrumsfälle; Zähler = Fall mit Studienteilnahme

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Uroonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2023 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://tu-dresden.de/med/mf> - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Uroonkologischen Zentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Urologie“ aufgeführt sind.

Baunacke M. **Harninkontinenz nach radikaler Prostatektomie: Risikofaktoren und Versorgungssituation** [Urinary incontinence after radical prostatectomy: risk factors and utilisation of care]. *Aktuelle Urol.* 2023 Dec;54(6):443-448. German. doi: 10.1055/a-2097-3475. Epub 2023 Jun 22. PMID: 37348540.

Baunacke M, Abbate E, Eisenmenger N, Witzsch U, Borkowetz A, Huber J, Thomas C, Putz J. **Insufficient utilization of care in male incontinence surgery: health care reality in Germany from 2006 to 2020 and a systematic review of the international literature.** *World J Urol.* 2023 Jul;41(7):1813-1819. doi: 10.1007/s00345-023-04433-9. Epub 2023 Jun 1. PMID: 37261500; PMCID: PMC10233526.

Bhojani, Naeem, Nabil Shalabi, Alina Reicherz, Roman Herout, Kyle Searles, K. F. Victor Wong and Ben H. Chew. **LithoVue Elite Compared With Single-Use and Reusable Ureteroscopes: A Bench and Human Cadaver Study.** *JU Open Plus* (2023): n. pag.

Boehm K, Fischer ND, Qwaider M, Haferkamp A, Schröder A. **Contralateral testicular hypertrophy is associated with a higher incidence of absent testis in children with non-palpable testis.** J Pediatr Urol. 2023 Apr;19(2):214.e1-214.e6. doi: 10.1016/j.jpurol.2022.11.006. Epub 2022 Nov 13. PMID: 36460587.

Borkowetz A. **Roboterassistierte vs. laparoskopische vs. offene radikale Zystektomie: Ein Kommentar zur systematischen Übersichtsarbeit und Netzwerkmetaanalyse randomisierter kontrollierter Studien.** UROLOGIE 62, 2023, Seiten 401-403



Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

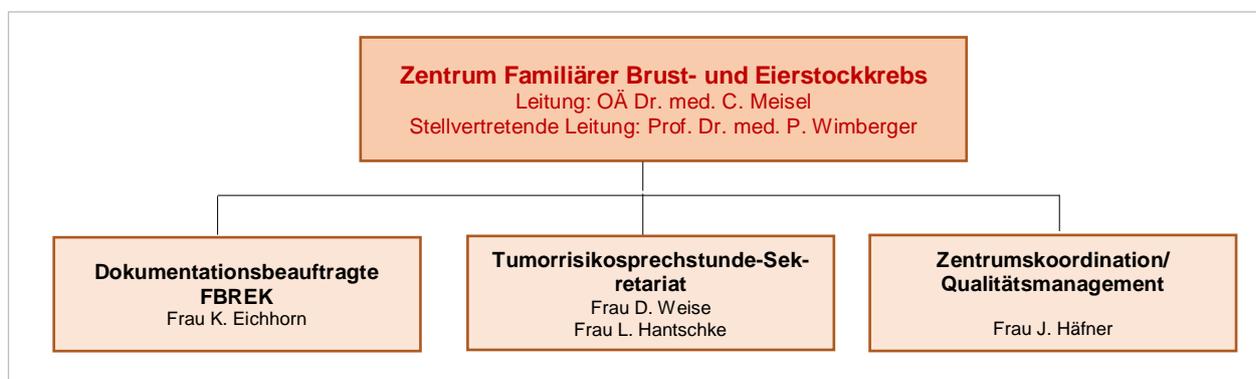
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK)

Brust- und Eierstockkrebs sind eine der häufigsten bösartigen Krebserkrankungen des Menschen. Es gibt sowohl erbliche als auch erworbene Risikofaktoren. Man schätzt, dass 5 bis 10% aller bösartigen Brusttumore auf der Grundlage einer ererbten Veranlagung entstehen. Wenn mehrere Frauen in der Familie an Brust- und/oder Eierstockkrebs erkranken und die Krebserkrankungen im jungen Alter aufgetreten sind, kann dies ein Hinweis auf die erbliche Form von Brustkrebs sein. Die Universitätsfrauenklinik bietet beim familiären (erblichen) Brust- und Eierstockkrebs oder beim Verdacht darauf eine umfassende Beratung, Diagnostik und medizinische Betreuung an. Das Zentrum ist derzeit eines von 23 Zentren des Deutschen Konsortiums „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“ (initiiert durch die Deutsche Krebshilfe), welches die fachübergreifende Beratung, Betreuung und Gendiagnostik ermöglicht.

Das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs erfüllt seit 2021 die von der Deutschen Krebsgesellschaft festgelegten Qualitätskriterien und wurde am 4. Mai 2021 erfolgreich erstzertifiziert. Durch Kooperationsverträge im Sinne von Qualitätssicherungsvereinbarungen mit allen Behandlungspartnern wird die Einhaltung der hohen Qualitätsanforderungen garantiert. Zu den Behandlungspartnern zählen beispielsweise die Humangenetik, die Radiologie sowie die Pathologie. Alle Behandlungspartner verpflichten sich, die für die optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten geforderten Qualitätsstandards sicherzustellen, transparent darzulegen und auf Konformität zu prüfen.

Abbildung 91: Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs



Ziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Die strategischen Ziele des am Standort Universitätsklinikum etablierten Regionalen Brustzentrums Dresden und Gynäkologischen Krebszentrums besitzen auch Gültigkeit für das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs. Mit spezifischen operativen Zielen, die zu Beginn eines jeden Jahres mit Benennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzung festgelegt werden, trägt das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs zur Umsetzung der übergeordneten strategischen Ziele bei. Die Qualitätsziele werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 97: Jahresziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2023

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
1.	Abschluss Curriculum für alle Berater/Kooperationspartner einschließlich Hospitation	Berater FBREK KOOP FBREK	Fortlaufend 2023	Wird teilweise in 2024 fortgeführt.
2.	Erweiterung Sprechstundenkapazität	Leitung FBREK	Fortlaufend 2023	Sprechstundenkapazität wurde erweitert.
3.	Dokumentation und Auswertung risikoreduzierende OP's	MA Dokumentation FBREK	Fortlaufend 2023	Ist 2023 erfolgt.
4.	Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern erweitern (Teilnahme Gendiagnostikboard, Hospitation)	Leitung FBREK	Fortlaufend 2023	Zusammenarbeit konnte gefestigt werden. Kooperationspartner haben am Gendiagnostikboard teilgenommen und in der Sprechstunde hospitiert. Für einige steht die Hospitation noch aus, dies wird in 2024 fortgeführt.
5.	Befragung der Ratsuchenden	Leitung FBREK	Fortlaufend 2023	Kontinuierliche Befragung über QR-Code NCT/UCC möglich, direktes Anschreiben wird für 2024 geplant.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 10. Mai 2023 fand das zweite Überwachungsaudit des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden zwei Hinweise ausgesprochen, die den Nachweis der Teilnahme der Kooperationspartner am Fortbildungs-Curriculum betrifft sowie die Dokumentation in Heredicare betreffen. Diese Hinweise wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Zentrums interdisziplinär und interprofessionell diskutiert.

Interne Audits

Im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs finden regelmäßig interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und der Anforderungen aus dem Erhebungsbogen der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Die Planung der internen Audits obliegt der Zentrumskoordination in Abstimmung mit der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement der Hochschulmedizin Dresden. Die Durchführung der internen Audits erfolgt durch zwei unabhängige interne Auditorinnen und Auditoren des Universitätsklinikums Dresden.

Das letzte interne Audit fand am 10. Januar 2024 (verschoben vom 18. Oktober 2023) statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Brust- und Gynäkologische Krebszentrum (Station und Ambulanz) sowie das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (Sprechstunde, Gendiagnostikboard) auditiert. Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Insgesamt wurden vier Hinweise und zwei Anregungen gegeben. Diese Hinweise betreffen die Dokumentation/Dokumentenlenkung, die klinischen Studien sowie die Medizinprodukte.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs sind gemäß den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft aller drei Jahre geplant. Die letzte Befragung fand im Jahr 2021 papierbasiert statt. Der Zufriedenheitsfragebogen wurde an alle Einweisenden mit > drei Einweisungen der letzten beiden Vorjahre per Post versandt. Insgesamt wurden dabei 77 Zuweiserinnen und Zuweiser des FBREK-Zentrums aus den Fachdisziplinen Gynäkologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie um ihre Mitarbeit gebeten. Die Rücklaufquote betrug 42%. Die nächste Befragung ist für den Herbst 2024 geplant.

Seit Januar 2023 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die zentrale [E-Mail-Adresse](#) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche und Anregungen oder Lob/Kritik zu äußern. Bei der Teilnahme an der Befragung muss das zu bewertende Zentrum ausgewählt werden, so dass bei der Auswertung der Rückmeldungen eine Zuordnung zum Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs möglich ist.

Eine nächste Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs ist für September 2025 geplant.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Eine individuelle Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten wurde im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs bisher nicht durchgeführt. Durch die kontinuierlichen Befragungen des Regionalen Brustzentrums Dresden und des Gynäkologischen Krebszentrums werden viele Patientinnen und Patienten über diese Zentren erreicht und haben somit die Möglichkeit, an einer Befragung teilzunehmen. Eine eigene Befragung des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs wird für 2024 geplant.

Die Patientinnen und Patienten haben zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen etabliert ist, abzugeben.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs finden mindestens zweimal jährlich Qualitätszirkel statt. Zu diesen sind sowohl die zentrumsinternen Behandlungspartner als auch die externen Kooperationspartner eingeladen. Ziel ist es hierbei, gemeinsam die strukturelle Qualität zu verbessern, d. h. Kennzahlen zu analysieren, Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen und Neuerungen aus dem Erhebungs- und Kennzahlenbogen sowie die SOPs des Netzwerkes vorzustellen und Verbesserungsmaßnahmen zu besprechen und Maßnahmen abzuleiten.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Jahr 2023 fanden in der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Dresden verschiedene Fort- und Weiterbildungen statt, die auch das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs mit einbezogen haben.

Tabelle 98: Fort- und Weiterbildungsangebote FBREK 2023

Datum	Fort- und Weiterbildung
23. und 24. Juni 2023	Teilnahme MGFG Tagung – Symposium Gynäkologische Onkologie
25. Oktober 2023	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie – Vorträge: Kann man bei einer gBRCA Mutation vorbeugen? Von der Genanalyse bis zur Prävention.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Am 28. Oktober 2023 fand der 14. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs unter dem Motto „Neues für Frau und Mann“ statt. Es wurden u.a. Themen wie „Ist die genetische Testung nur für die erkrankte Frau sinnvoll?“ und „FBREK bei Männern: Relevanz und Früherkennungsmaßnahmen“ präsentiert. Des Weiteren wurde die weltweit erste medikamentöse Präventionsstudie für BRCA1-Anlagenträgerinnen vorgestellt.

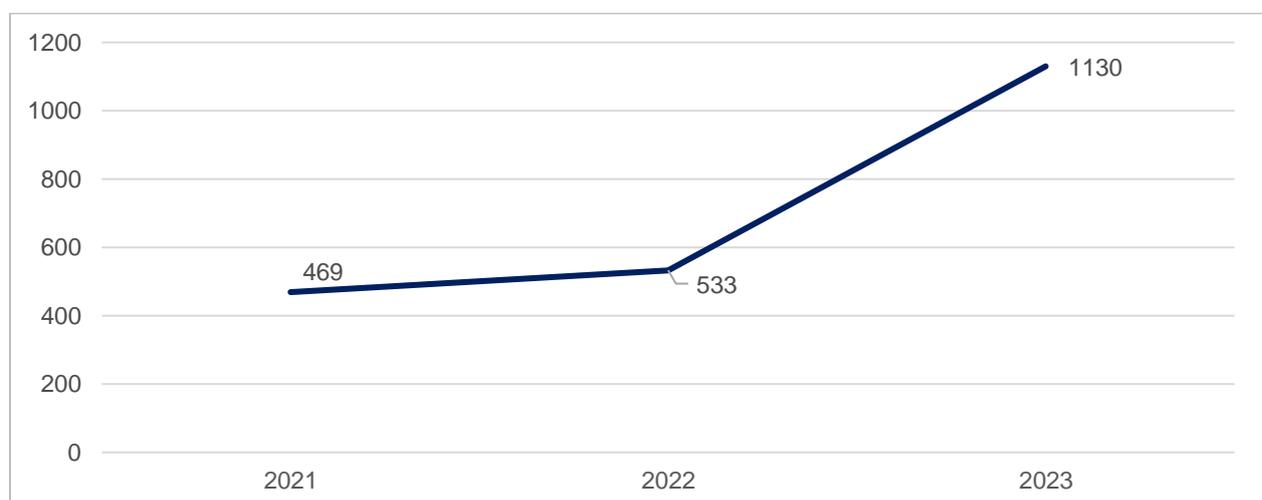
Am 10. Juni 2023 fand zudem der 1. Patiententag des NCT / UCC unter Beteiligung des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Zertifizierte Zentren Familiärer Brust- und Eierstockkrebs müssen nach den Anforderungen der Fachgesellschaften pro Jahr ≥ 150 genetische Untersuchungen bei erkrankten Personen / nicht-erkrankte Personen durchführen. Im Jahr 2023 wurden im FBREK-Zentrum 1130 genetische Untersuchungen durchgeführt. Davon waren 139 Proben von externen Kooperationspartnern.

Abbildung 92: Anzahl genetische Untersuchungen Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2021-2023



Alle weiteren von den Fachgesellschaften geforderten Kennzahlen wurden erhoben, ein Referenzbereich ist nicht vorgegeben. Maßnahmen sind nicht erforderlich.

Abbildung 93: Detektionsrate im IFNP Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2021-2023

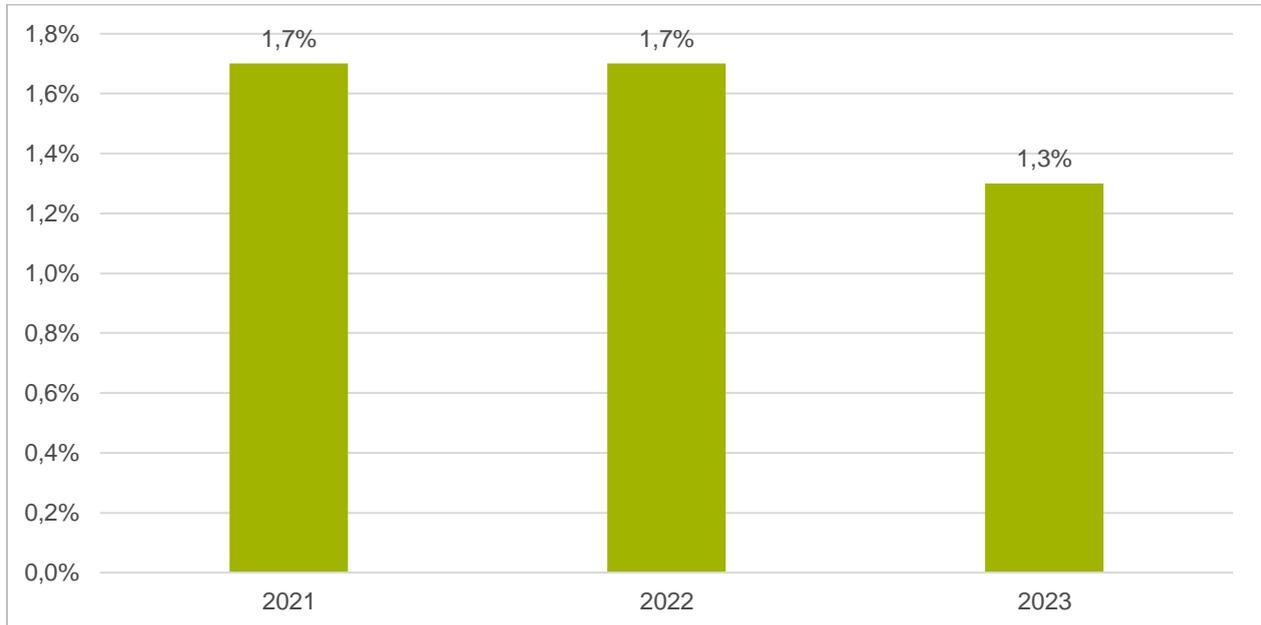


Abbildung 94: Anteil histologisch gesichertes Mamma-Ca/DCIS nach BIRADS 4/5 und Stadienverteilung FBEK 2021-2023

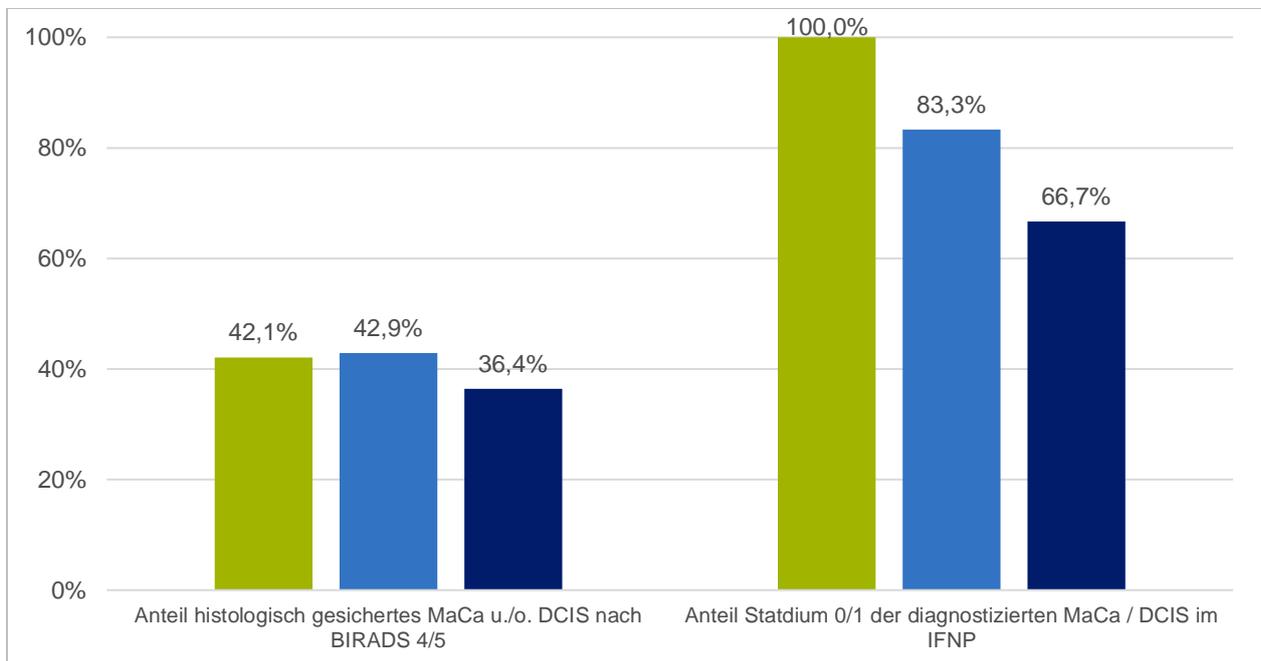
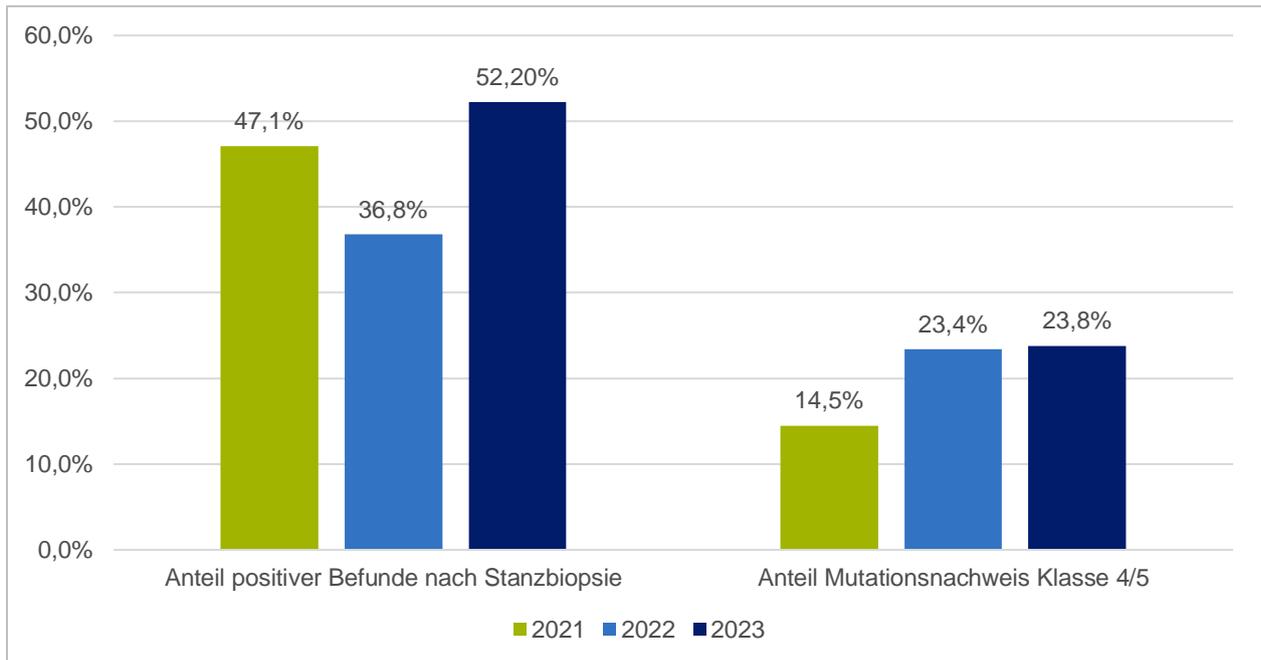


Abbildung 95: Anteil positiver Befunde nach Stanzbiopsie und Anteil Mutationsnachweis Klasse 4/5 FBREK 2021-2023

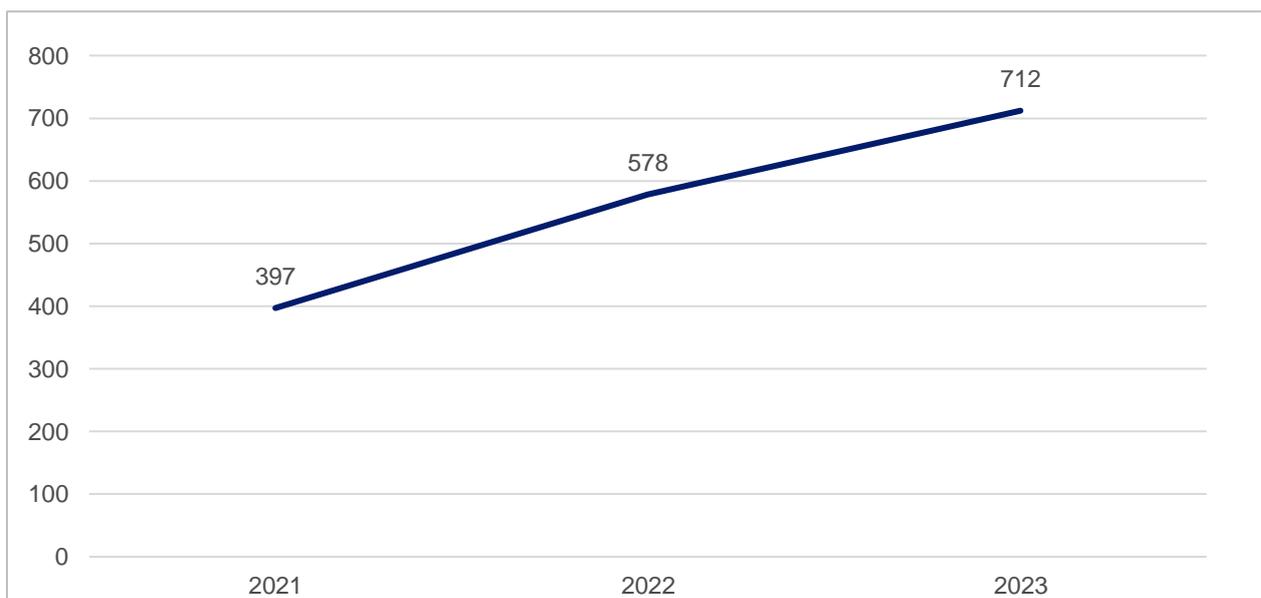


Interdisziplinäres Gendiagnostikboard

In dem interdisziplinären Gendiagnostikboard werden Patientinnen und Patienten sowie Ratsuchende prä- und postdiagnostisch vorgestellt. Es erfolgt hierbei die fallbezogene Besprechung unklarer, klinischer radiologischer oder molekulargenetischer Befunde. Ebenfalls erfolgt die Besprechung von Befunden mit Varianten unklarer Signifikanz (VUS) sowie bei Bedarf von risikoreduzierenden Operationen.

Das Gendiagnostikboard findet einmal wöchentlich, montags, in den Räumlichkeiten des Instituts für Klinische Genetik, statt.

Abbildung 96: Anzahl Beschlüsse Gendiagnostikboard Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2021-2023



Wartezeiten

Im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs werden die Wartezeiten während der Tumorsprechstunde und auf einen Termin kontinuierlich über das Krankenhausinformationssystem ORBIS® erfasst. Eine Auswertung der Wartezeiten erfolgt stichprobenartig einmal pro Jahr (Monat September). Die Vorgaben der Fachgesellschaften können eingehalten werden. Es sind keine Maßnahmen erforderlich.

Tabelle 99: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2021-2023

Wartezeit	2021	2022	2023
auf einen Termin	≤ 4 Wochen	≤ 4 Wochen	≤ 4 Wochen
während der Sprechstunde	18,2 Minuten	17,2 Minuten	21,7 Minuten
Ergebnismitteilung	≤ 4 Wochen	3-4 Wochen	3-4 Wochen

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Zentren Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2023 ist in Tabelle 100 zusammengefasst.

Tabelle 100: Datenqualität DKG-Kennzahlen Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2023

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
100% (7)	0% (0)	0% (0)

Forschungstätigkeiten

Publikationen

Kast K, Häfner J, Schröck E, Jahn A, Werner C, Meisel C, Wimberger P. **Recommendation and Acceptance of Counselling for Familial Cancer Risk in Newly Diagnosed Breast Cancer Cases.** Breast Care (Basel). 2022 Apr;17(2):153-158.

Rhiem K, Zachariae S, Waha A, Grill S, Hester A, Golatta M, van Mackelenbergh M, Fehm T, Schläß T, Ripperger T, Ledig S, Meisel C, Speiser D, Veselinovic K, Schröder C, Witzel I, Gallwas J, Weber BHF, Solbach C, Aktas B, Hahnen E, Engel C, Schmutzler R. **Prevalence of Pathogenic Germline Variants in Women with Non-Familial Unilateral Triple-Negative Breast Cancer.** Breast Care (Basel). 2023 May;18(2):106-112.



„Suche nicht nach Fehlern,
suche nach Lösungen.“

Henry Ford

CLARCERT
Zertifiziertes Qualitätsmanagement
ISO 9001:2015

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

**Zertifiziertes
Onkologisches Zentrum**