



Jahresbericht 2025

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
- Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie

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



Eine gemeinsame Einrichtung von:



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
Juliane Ahnert
Dr. rer. medic. Maike Bergmann
Sophie Biesenthal
Jasmin Eichler
Marianne Gottburg
Julia Häfner
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 2025, Stand: 03/2026

Gestaltung: Ketchum GmbH, Dresden

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	8
Vorwort	11
Qualitätspolitik und übergeordnete strategische Ziele des Onkologischen Zentrums	12
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	14
Onkologisches Zentrum	19
Hauttumorzentrum	48
Gynäkologisches Krebszentrum.....	63
Regionales Brustzentrum Dresden.....	79
Zentrum für Hämatologische Neoplasien.....	97
Viszeralonkologisches Zentrum	112
Sarkomzentrum.....	133
Kinderonkologisches Zentrum.....	148
Kopf-Hals-Tumorzentrum	165
Neuroonkologisches Zentrum.....	179
Uroonkologisches Zentrum.....	192
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs	206
Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie.....	216

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Jahresziele 2025 des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC	13
Tabelle 2: Zertifizierung der Organkrebszentren / Module / Schwerpunkte am NCT/UCC	14
Tabelle 3: Zertifizierung der Kooperationspartner	15
Tabelle 4: Anzahl Fachärztinnen und Fachärzte im Onkologischen Zentrum	22
Tabelle 5: Weitere Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten 2025	28
Tabelle 6: Interdisziplinäre Workshops 2025	29
Tabelle 7: Fallzahlentwicklung im Onkologischen Zentrum - Zertrechner OnkoZert	35
Tabelle 8: Maßnahmen aus dem digitalen Feedback	39
Tabelle 9: Ergebnis der Wartezeitenanalyse 2023-2025	40
Tabelle 10: Mitarbeit an Leitlinien.....	42
Tabelle 11: Qualifikationsmatrix Hauttumorzentrum 2025	50
Tabelle 12: Jahresziele 2025 des Hauttumorzentrums	51
Tabelle 13: Inanspruchnahme der Sprechstunden des Hauttumorzentrums.....	55
Tabelle 14: Primärfälle und Rezidive/Metastasen des Hauttumorzentrums 2023-2025.....	55
Tabelle 15: Dermatologische Operationen 2023-2025	56
Tabelle 16: Neu eingeleitete Tumorthapien Hauttumorzentrum 2023-2025.....	56
Tabelle 17: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst UHTC 2023-2025.....	56
Tabelle 18: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Hauttumorzentrum 2023-2025.....	57
Tabelle 19: Kennzahlen zum Dermatologischen Tumorboard nach DKG-Vorgabe 2023-2025.....	58
Tabelle 20: Datenqualität DKG-Kennzahlen Hauttumorzentrum 2025	59
Tabelle 21: Neue Studieneinschlüsse Hauttumorzentrum 2023-2025.....	59
Tabelle 22: Qualifikationsmatrix Gynäkologisches Krebszentrum	64
Tabelle 23: Jahresziele des Gynäkologischen Krebszentrums 2025	65
Tabelle 24: Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums 2025	69
Tabelle 25: Entwicklung der Fallzahlen je Tumorentität Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025	70
Tabelle 26: Betreuung, Anteil überschwellig belasteter Patientinnen und Screening durch den psychoonkologischen Dienst Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025	72
Tabelle 27: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung GZ 2023-2025	73
Tabelle 28: Datenqualität DKG-Kennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum 2025	75
Tabelle 29: Studienquote Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025	75
Tabelle 30: Qualifikationsmatrix Regionales Brustzentrum Dresden - Standort UKD	80
Tabelle 31: Jahresziele des Regionalen Brustzentrums Dresden 2025	81
Tabelle 32: Fort- und Weiterbildungsangebote Regionales Brustzentrum Dresden 2025.....	86
Tabelle 33: Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1 RBZ 2023-2025	88
Tabelle 34: Mastektomierate RBZ 2023-2025.....	88
Tabelle 35: Revisionsoperationen RBZ 2023-2025	88
Tabelle 36: Psychoonkologisches Screening RBZ 2023-2025	89
Tabelle 37: Anteil überschwellig belastete Patientinnen und Patienten 2023-2025	89
Tabelle 38: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst RBZ 2023-2025.....	89
Tabelle 39: Betreuung durch den Sozialdienst RBZ 2023-2025	90
Tabelle 40: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung RBZ 2023-2025.....	90
Tabelle 41: Datenqualität DKG-Kennzahlen Regionales Brustzentrum Dresden 2025	92
Tabelle 42: Studienquote Regionales Brustzentrum Dresden 2023-2025.....	93
Tabelle 43: Qualifikationsmatrix Zentrum für Hämatologische Neoplasien	98
Tabelle 44: Jahresziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien 2025	99
Tabelle 45: Fort- und Weiterbildungen HAEZ 2025	103

Tabelle 46: Anteil psychoonkologische Betreuung und Screening HAEZ 2023-2025	106
Tabelle 47: Betreuung durch den Sozialdienst HAEZ 2023-2025.....	106
Tabelle 48: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung HAEZ 2023-2025	107
Tabelle 49: Anzahl durchgeführter Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2025	107
Tabelle 50: Datenqualität DKG-Kennzahlen Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2025	109
Tabelle 51: Studienquote Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2023-2025	109
Tabelle 52: Qualifikationsmatrix Viszeralonkologisches Zentrum	114
Tabelle 53: Jahresziele 2025 des Viszeralonkologisches Zentrum	115
Tabelle 54: OP-Kurse Dresden School of Surgical Oncology 2025.....	119
Tabelle 55: Anforderungen der Fachgesellschaften an die operative Expertise VOZ	121
Tabelle 56: Psychoonkologisches Screening VOZ 2023-2025	122
Tabelle 57: Betreuung durch den Sozialdienst VOZ 2023-2025.....	123
Tabelle 58: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung VOZ 2025.....	124
Tabelle 59: Datenqualität der DKG-Kennzahlen VOZ 2025.....	129
Tabelle 60: Studienquote VOZ 2023-2025.....	129
Tabelle 61: Qualifikationsmatrix Sarkomzentrum 2025.....	134
Tabelle 62: Jahresziele 2025 des Sarkomzentrums am NCT/UCC	135
Tabelle 63: Psychoonkologische und sozialrechtliche Betreuung im Sarkomzentrum 2023-2025 / relative Häufigkeiten	140
Tabelle 64: Wartezeiten im Sarkomzentrum 2023-2025 / Mittelwerte	140
Tabelle 65: Datenqualität DKG-Kennzahlen Sarkomzentrum 2025.....	144
Tabelle 66: Studienquote Sarkomzentrum 2023-2025.....	144
Tabelle 67: Qualifikationsmatrix Kinderonkologisches Zentrum	149
Tabelle 68: Jahresziele 2025 Kinderonkologisches Zentrum.....	150
Tabelle 69: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Kinderonkologisches Zentrum 2025	154
Tabelle 70: Abgeschlossene Bestrahlungsserien am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025.....	158
Tabelle 71: Betreuung durch den psychosozialen Dienst des Kinderonkologischen Zentrums 2023-2025	158
Tabelle 72: Datenqualität der DKG-Kennzahlen am Kinderonkologischen Zentrum 2025.....	160
Tabelle 73: Studienquote Kinderonkologisches Zentrum 2023-2025	161
Tabelle 74: Qualifikationsmatrix Kopf-Hals-Tumorzentrum.....	166
Tabelle 75: Jahresziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums 2025	167
Tabelle 76: Fortbildungsangebote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2025	170
Tabelle 77: Betreuung durch den Sozialdienst Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025.....	173
Tabelle 78: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum HNO-Sprechstunde 2023-2025	173
Tabelle 79: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum MKG-Sprechstunde 2023-2025	173
Tabelle 80: Datenqualität DKG-Kennzahlen Kopf-Hals-Tumorzentrum 2025.....	175
Tabelle 81: Studienquote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025.....	175
Tabelle 82: Qualifikationsmatrix Neuroonkologisches Zentrum	180
Tabelle 83: Jahresziele 2025 Neuroonkologisches Zentrum	180
Tabelle 84: Übersicht interne Audits Teilbereiche des NOZ 2025	181
Tabelle 85: Operative Primärfälle NOZ 2023-2025.....	185
Tabelle 86: Abgeschlossene Bestrahlungsserien neuroonkologischer Fälle 2023-2025	185
Tabelle 87: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst NOZ 2023-2025	185
Tabelle 88: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung NOZ 2023-2025	186
Tabelle 89: Datenqualität DKG-Kennzahlen NOZ 2025.....	187
Tabelle 90: Studienquote Neuroonkologisches Zentrum 2023-2025.....	188

Tabelle 91: Qualifikationsmatrix Uroonkologisches Zentrum	193
Tabelle 92: Jahresziele des Uroonkologischen Zentrums 2025/2026	194
Tabelle 93: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst UOZ 2023-2025	198
Tabelle 94: Psychoonkologisches Screening UOZ 2025	199
Tabelle 95: Betreuung durch den Sozialdienst UOZ 2023-2025.....	199
Tabelle 96: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Uroonkologisches Zentrum 2023-2025.....	199
Tabelle 97: Datenqualität DKG-Kennzahlen Uroonkologisches Zentrum 2025	202
Tabelle 98: Studienquote Uroonkologisches Zentrum 2023-2025	202
Tabelle 99: Jahresziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2025.....	207
Tabelle 100: Fort- und Weiterbildungsangebote FBREK 2025	209
Tabelle 101: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung FBREK 2023-2025.....	212
Tabelle 102: Datenqualität DKG-Kennzahlen Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2025	212
Tabelle 103: Jahresziele des Zentrums für Personalisierte Medizin in der Onkologie 2025	217
Tabelle 104: MTB-Fortbildungsangebote des ZPMO 2025.....	219
Tabelle 105: Fort- und Weiterbildungsangebote zur Personalisierten Onkologie des ZPMO 2025	219
Tabelle 106: Datenqualität OnkoZert-Kennzahlen ZPMO 2025.....	220

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Patientenzahlen im NCT/UCC (Datenstand: 5. März 2026)	19
Abbildung 2: Patientenzahlen pro Jahr und Postleitzahlengebiet im Einzugsbereich des NCT/UCC	20
Abbildung 3: Struktur des Onkologischen Zentrums	21
Abbildung 4: Wöchentliche Tumorkonferenzen im NCT/UCC	25
Abbildung 5: Lieferantenbewertung 2025.....	33
Abbildung 6: Patientinnen und -Patientenbesuche in der interdisziplinären onkologischen Ambulanz.....	34
Abbildung 7: Anzahl der Empfehlungen in den interdisziplinären Tumorkonferenzen	35
Abbildung 8: Ergebnisse der Überprüfung der Tumorboardcompliance gesamt	37
Abbildung 9: Vergleich der Tumorboardcompliance zwischen den Tumorkonferenzen/ Organkrebszentren.....	37
Abbildung 10: Allgemeine Zufriedenheit digitales Feedback 2025	38
Abbildung 11: Struktur des Hauttumorzentrums	48
Abbildung 12: Anzahl Primärfälle des Hauttumorzentrums 2015-2025	49
Abbildung 13: Verteilung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Hauttumorzentrum	50
Abbildung 14: Zufriedenheit Patientinnen und Patienten Dermatologie 2025	53
Abbildung 15: Anzahl vorgestellter Patientinnen und Patienten inkl. Anzahl Tumorboardempfehlungen Hauttumorzentrum 2015-2025.....	57
Abbildung 16: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Hauttumorzentrum 2025.....	58
Abbildung 17: Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums	63
Abbildung 18: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen 2025 (Mittelwerte).....	67
Abbildung 19: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3/GYN-ONKO-Ambulanz / Gynzentrum 2025.....	67
Abbildung 20: Primär- und Zentrumsfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025	70
Abbildung 21: Operative Primärfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025	71
Abbildung 22: Anteil Patientinnen mit einem Angebot zur genetischen BRCA-Testung Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025	71
Abbildung 23: Betreuung durch den Sozialdienst GZ 2023-2025	73
Abbildung 24: Anzahl Tumorboardempfehlungen Gynäkologisches Krebszentrum 2016-2025	74
Abbildung 25: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance GZ 2025.....	74
Abbildung 26: Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden.....	79
Abbildung 27: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser RBZ 2025.....	82
Abbildung 28: Auswertung Patientinnen und -Patientenbefragung RBZ 2025	84
Abbildung 29: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 / GYN-NCT 2025.....	84
Abbildung 30: Primärfälle Regionales Brustzentrum Dresden 2023-2025.....	87
Abbildung 31: Rezidive/Metastasen Regionales Brustzentrum Dresden 2023-2025	87
Abbildung 32: Anzahl Tumorboardempfehlungen RBZ 2015-2025	91
Abbildung 33: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ gesamt 2025	91
Abbildung 34: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ je Standort 2025.....	92
Abbildung 35: Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien	98
Abbildung 36: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit HAEZ 2025.....	102
Abbildung 37: Fallzahlentwicklung Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2023-2025	104
Abbildung 38: Patientenfälle nach Diagnosegruppen (n=230) HAEZ 2025	105
Abbildung 39: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien HAEZ 2023-2026	105
Abbildung 40: Entwicklung der Fallvorstellungen gesamt in den Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2023-2025.....	107

Abbildung 41: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance HAEZ 2025	108
Abbildung 42: Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums	113
Abbildung 43: Fallzahlentwicklung VOZ 2023-2025	120
Abbildung 44: Operative Expertise VOZ 2023-2025	121
Abbildung 45: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard 2015-2025.....	125
Abbildung 46: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance VOZ 2025	126
Abbildung 47: Begründung für die Nichtumsetzung von Tumorboardbeschlüssen VOZ 2025.....	126
Abbildung 48: Durchschnittliche Zufriedenheitswerte nach Kategorien 2025 / Mittelwerte	127
Abbildung 49: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem VOZ 2025 - allgemeine Zufriedenheit ...	128
Abbildung 50: Struktur des Sarkomzentrums	133
Abbildung 51: Fallzahlentwicklung im Sarkomzentrum (absolute Häufigkeiten).....	139
Abbildung 52: Entwicklung der Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellungen von Patientinnen und Patienten m Sarkomboard 2023-2025 - absolute Häufigkeiten	141
Abbildung 53: Umsetzung der Tumorboardempfehlungen - Sarkomboard 2025 (n=593 Beschlüsse)	142
Abbildung 54: Ergebnisse der Befragung der Patientinnen und Patienten Sarkomzentrum 2025 - Mittelwerte	143
Abbildung 55: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit Sarkomzentrum (stationär/ambulant) 2025 - absolute Häufigkeiten	143
Abbildung 56: Struktur des Kinderonkologischen Zentrums	149
Abbildung 57: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung von Zuweisenden 2025/2026 - Mittelwerte.....	152
Abbildung 58: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung von Patientinnen und Patienten aus dem digitalen Feedbacksystem 2025	153
Abbildung 59: Fallzahlentwicklung am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025.....	155
Abbildung 60: Zentrumsfälle 2025 nach Diagnosegruppen für das Kinderonkologische Zentrum (n=101)	156
Abbildung 61: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien im Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025	156
Abbildung 62: Fallzahlentwicklung chirurgischer Kooperationspartner am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025.....	157
Abbildung 63: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025	158
Abbildung 64: Entwicklung der Tumorboardvorstellungen am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025	159
Abbildung 65: Entwicklung der Fallvorstellungen und Anzahl der Bereichsbesprechungen am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025	160
Abbildung 66: Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums	165
Abbildung 67: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2025.....	169
Abbildung 68: Fallzahlentwicklung Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025	171
Abbildung 69: Operative Expertise am Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025.....	172
Abbildung 70: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen im Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025.....	174
Abbildung 71: Ergebnisse der Überprüfung der Tumorboardcompliance am KHTZ 2025	175
Abbildung 72: Struktur des Neuroonkologischen Zentrums	179
Abbildung 73: Ergebnisse digitales Feedbacksystem NOZ 2025	182
Abbildung 74: Fallzahlentwicklung NOZ 2023-2025	184
Abbildung 75: Anzahl Beschlüsse und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Neuroonkologischen Tumorboard 2023-2025.....	186
Abbildung 76: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance NOZ 2025	187
Abbildung 77: Struktur des Uroonkologischen Zentrums	193

Abbildung 78: Fallzahlen Prostatakarzinom, Nierenzellkarzinom, Harnblasenkarzinom, Hodentumor, Peniskarzinom (Erfassungszeitraum 2023-2025)	197
Abbildung 79: Anforderungen operative Expertise UOZ 2023-2025.....	198
Abbildung 80: Anzahl Tumorboardempfehlungen Uroonkologisches Zentrum 2015-2025	200
Abbildung 81: Anzahl vorgestellte Patientinnen und Patienten Uroonkologische Zentrum 2015-2025.....	200
Abbildung 82: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Uroonkologisches Zentrum 10/2024-09/2025	201
Abbildung 83: Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs	206
Abbildung 84: Anzahl genetische Untersuchungen FBREK 2023-2025	209
Abbildung 85: Detektionsrate im IFNP FBREK 2023-2025.....	210
Abbildung 86: Anteil histologisch gesichertes Mamma-Ca/DCIS nach BIRADS 4/5 und Stadienverteilung FBREK 2023-2025	210
Abbildung 87: Anteil positiver Befunde nach Stanzbiopsie und Anteil Mutationsnachweis Klasse 4/5 FBREK 2023-2025	211
Abbildung 88: Anzahl Beschlüsse Gendiagnostikboard FBREK 2023-2025	211
Abbildung 89: Organigramm des Zentrums für Personalisierte Medizin in der Onkologie	217

Abkürzungsverzeichnis

AACR	American Association for Cancer Research
ÄD	Ärztlicher Dienst
AGO-Ovar	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie
AHD	Medizinische Fachangestellte
ALL	Akute Lymphatische Leukämie
AML	Akute Myeloische Leukämie
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ASH	Amerikanische Gesellschaft für Hämatologie
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
BBD	BioBank Dresden
BTM	Betäubungsmittel
CAR	Chimeric Antigen Receptor
CCC	Comprehensive Cancer Center
CCI-CD	Zentrum für Zell- und Immuntherapie Chemnitz-Dresden
CMTD	Core Unit für Molekulare Tumordiagnostik
CNS	Central Nervous System
CT	Computertomografie
CUP	Cancer of Unknown Primary
DeGIR	Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGA	Deutsche Gesellschaft für Audiologie
DGAV	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
DGNR	Deutsche Gesellschaft für Neuroradiologie
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
DIN	Deutsches Institut für Normung
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DKTK	Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung
DNPM	Deutsches Netzwerk für Personalisierte Medizin
DRG	Deutsche Röntgengesellschaft
DTOS	Dresden Translational Oncology Seminar
EADO	European Association of Dermato Oncology
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie
EBSQ	European Board of Surgical Qualification
ECTU	Early Clinical Trial Unit
EN	Europäische Norm
EHNS	Europäische Kopf-Hals-Gesellschaft
ePROs	Electronic Patient-Reported-Outcomes
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
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIST	Gastrointestinaler Stromatumor
GPOH	Gesellschaft für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
GTH	Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung
GYN	Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
GZ	Gynäkologisches Krebszentrum
HAEZ	Zentrum für Hämatologische Neoplasien
HCC	Hepatozelluläres Karzinom
HNO	Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
ICH GCP	Good Clinical Practice
IEC	International Electrotechnical Commission
IFNP	Intensiviertes Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm
IPOS	Integrated Palliative care Outcome Scale
ISO	International Organization for Standardization
IT	Informationstechnologie
iTOX	immunvermittelte Toxizitäten
JACIE	Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT
KHTZ	Kopf-Hals-Tumorzentrum
KI	Künstliche Intelligenz
KIO	Kinderonkologisches Zentrum
KLSM	konfokale Laserscanmikroskopie
KMT	Knochenmarktransplantation
KOK	Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege
LC-OCT	Line-Field konfokale optische Kohärenztomografie
LLL	Lusvertikimab in Lymphoid Leukemia
LLM	Large Language Model
LSTM	Leistungsstellenmanagement
MDS	Myelodysplastisches Syndrom
MGFG	Mitteldeutsche Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.
MIC	Minimalinvasive Chirurgie
MII	MedizinInformatik-Initiative
MK1	Medizinische Klinik 1
MKC	Mikroskopisch-kontrollierte Chirurgie
MKG	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
M&M-Konferenz	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz
MPN	Myeloproliferative Neoplasie
MRT	Magnetresonanztomographie
MTB	Molekulares Tumorboard
NCH	Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
NCT/UCC	Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden
NOGGO	Nord-Ostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologische Onkologie e.V.
NOZ	Neuroonkologisches Zentrum

NUK	Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
OCC	Onkologisches Centrum Chemnitz
OCT	Optische Kohärenztomographie
OUPC	UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- & Plastische Chirurgie
OZ	Onkologisches Zentrum
PAT	Institut für Pathologie
PET	Positronen-Emissions-Tomografie
PHQ-4	Gesundheitsfragebogen für Patienten
POD	Psychoonkologischer Dienst
PRO	Patient-Reported-Outcome
PROMs	Patient-Reported-Outcome Measures
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte/Qualitätsmanagementbeauftragter
QRM	Qualitäts- und Risikomanagement
RAD	Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Radiologie
RBZ	Regionales Brustzentrum Dresden
SAL	Studienallianz Leukämie
SAR	Sarkomzentrum
SCIC	Sächsisches Cochlear Implantat Centrum
SGB	Sozialgesetzbuch
SIOP	International Society of Paediatric Oncology
SNB	Sentinel-Node-Biopsie
SNO	Society of Neuro-Oncology
SOP	Standard Operating Procedure
S.O.O.S	Second Opinion Oncology Service
STR	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
TDS	Tumordokumentationssystem
TME	Total Mesorectal Excision
TMO	Translationale Medizinische Onkologie
TMZ	Temozolomid
TNM	System zur Stadieneinteilung bösartiger Tumore
UCC	Universitäts KrebsCentrum
UCC-TDS	Tumordokumentationssystem
UHTC	UniversitätsHauttumorzentrum
UKD	Universitätsklinikum Dresden
UOZ	Uroonkologisches
VOZ	Viszeralonkologisches Zentrum
VTG	Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
VUS	Varianten unklarer Signifikanz
VWL	Verwaltungsleitung
ZMI	Zentrum für Medizinische Informatik
ZPM	Zentrum für Personalisierte Medizin
ZPMO	Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie

Vorwort

Die onkologische Versorgung stellt uns vor große Herausforderungen. Krebserkrankungen greifen tief in das Leben der Betroffenen ein und verändern - insbesondere zu Beginn - vieles, was zuvor selbstverständlich war. Sie beeinflussen den privaten wie auch den beruflichen Alltag und bringen neben der Sorge um die eigene Gesundheit häufig seelische, familiäre, behandlungsbedingte und finanzielle Belastungen mit sich. Von den betreuenden Einrichtungen erfordert dies weit mehr als exzellente Diagnostik und Therapie, gefragt ist eine umfassende und verlässliche Begleitung während des gesamten Behandlungsprozesses.

Die Onkologie ist ein Bereich, in dem sich medizinischer Fortschritt besonders dynamisch entwickelt, nicht zuletzt angestoßen durch den Nationalen Krebsplan und die Nationale Dekade gegen Krebs. Neue Therapien, personalisierte Behandlungsansätze, moderne Diagnostikverfahren und interdisziplinäre Versorgungskonzepte verändern und erweitern stetig die Behandlungsmöglichkeiten. Für unser Zentrum bedeutet dies, Wissen kontinuierlich zu aktualisieren, Strukturen fortlaufend anzupassen und Behandlungswege so zu gestalten, dass sie den individuellen Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten gerecht werden. Dabei spielt die enge Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen und Berufsgruppen eine zentrale Rolle: Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Psychoonkologinnen und Psychoonkologen, Ernährungsberatung und viele weitere Professionen tragen dazu bei, eine ganzheitliche Versorgung sicherzustellen.

Ein zentraler Bestandteil unseres Qualitätsverständnisses ist die Orientierung an anerkannten externen Standards. Unser onkologisches Zentrum - einschließlich der am Zentrum etablierten Organkrebszentren und Module - ist sowohl nach DIN EN ISO 9001 als auch nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert. Dieser Prozess stellt hohe Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und schafft einen verbindlichen Rahmen für unsere tägliche Arbeit. Die regelmäßigen externen Audits und die kontinuierliche Überprüfung unserer Arbeit unterstützen uns dabei, unsere Versorgung transparent, nachvollziehbar und auf dem aktuellen Stand der Wissenschaften zu gestalten. Sie geben uns zudem wertvolle Impulse, um unsere internen Abläufe weiterzuentwickeln.

Im vergangenen Jahr haben wir verschiedene Projekte umgesetzt, die die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten weiter verbessern: von der Etablierung weiterer interdisziplinärer Spezialtumorkonferenzen über die Weiterentwicklung unserer supportiven Angebote bis hin zu Maßnahmen im Patientenmanagement. Ebenso wichtig war die kontinuierliche Auswertung unserer Qualitätsindikatoren, die uns helfen, Erfolge sichtbar zu machen und Verbesserungspotentiale frühzeitig zu erkennen.

Der vorliegende Qualitätsbericht richtet sich an alle, die sich für die Qualität unserer medizinischen Versorgung interessieren - an Patientinnen und Patienten, Zuweiserinnen und Zuweiser sowie an Partnerinnen und Partner aus Wissenschaft, Verwaltung und Öffentlichkeit. Wir wollen eine onkologische Versorgung bieten, die wissenschaftlich fundiert und interdisziplinär organisiert ist. Wir möchten transparent machen, wie wir arbeiten, welche Ergebnisse wir erzielen und welche Schritte wir gehen, um die Qualität weiter zu steigern.

Die Inhalte des GBA-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-, Thorax- und Gefäßchirurgie)

Qualitätspolitik und übergeordnete strategische Ziele des Onkologischen Zentrums

Unsere Qualitätspolitik verfolgt das Ziel, für alle Tumorpatientinnen und -patienten eine bestmögliche, an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte Diagnostik und Therapie sicherzustellen. Sie umfasst die kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Behandlungsstandards, die konsequente Gewährleistung der Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie die Stärkung einer patientenorientierten, ganzheitlichen Betreuung. Erreicht wird dies durch die enge Zusammenarbeit von Spezialistinnen und Spezialisten aller beteiligten Fachdisziplinen und Professionen, die Verbindung der interdisziplinären Krankenversorgung mit exzellenter Krebsforschung sowie die konsequente Umsetzung evidenzbasierter Therapien.

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

<p>Wir stellen umfassende Informations- und Unterstützungsdienste für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige zur Verfügung, um sie in allen Phasen der Erkrankung zu begleiten.</p>	<p>Wir stärken die patientenzentrierte Versorgung durch individuelle leitliniengerechte Therapiepfade, patientenorientierte Kommunikation und psychosoziale, palliative und supportive Angebote.</p>	<p>Wir unterstützen die Partnerinnen und Partner in der Region beim Ausbau moderner Betreuungsstrukturen im onkologischen Bereich, z. B. durch Teletumorboards.</p>	<p>Wir entwickeln die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter, in dem wir Tumorkonferenzen professionalisieren, die Kooperation mit ambulanten, stationären und sektorübergreifenden Partnern ausbauen und die internen Kommunikations- und Abstimmungsprozesse verbessern.</p>
<p>Wir gewährleisten eine qualitätsgestützte, leitliniengetragene Versorgung der Patientinnen und Patienten durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Expertinnen und Experten.</p>	<p>Wir fördern die klinische und translationale Forschung zur Entwicklung neuer Therapien und Behandlungsmethoden durch Kooperationen mit Universitäten und Forschungseinrichtungen.</p>	<p>Wir engagieren uns in den Netzwerken der Onkologischen Spitzenzentren der Deutschen Krebshilfe sowie des NCT.</p>	<p>Wir bauen unsere Qualitätsstrukturen konsequent aus, indem wir die Zertifizierungsanforderungen erfüllen und unser Qualitätsmanagementsystem weiterentwickeln.</p>

Aus den übergeordneten Zielen lassen sich konkrete, operative Jahresziele für das Onkologische Zentrum des NCT/UCC ableiten.

Tabelle 1: Jahresziele 2025 des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC

Qualitätsziel	
Erstellung einer Broschüre für das Onkologische Zentrum	Nicht umgesetzt
Ausbau und Anpassung von PROMs; Prüfung der Fragebögen; Abgleich mit onkologischem Basisscreening DKG	Teilweise umgesetzt
Durchführung eines Patiententages des Onkologischen Zentrums	Umgesetzt
Etablierung eines elektronischen Patientenportals in der interdisziplinären onkologischen Ambulanz im Rahmen eines Pilotprojektes (MII)	Teilweise umgesetzt
Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) für Sarkome	Teilweise umgesetzt
Antrag zur GKV-Förderung einer regionalen Krebsberatungsstelle	Umgesetzt; wurde nicht bewilligt
Fortbildungsveranstaltung „Krebs im Focus“ 2x jährlich	Nicht umgesetzt
Zertifizierung nach NutriZert für den onkologischen Bereich	Umgesetzt
Prospektive Evaluation der LLM-gestützten Informationsextraktion aus medizinischen Dokumenten für die Tumordokumentation	Teilweise umgesetzt
Evaluation des supportiven Tumorboards	Teilweise umgesetzt
Durchführung einer Prozessanalyse in der interdisziplinären onkologischen Ambulanz sowie im Foyer des Portalgebäudes (Lotsendienst)	Umgesetzt
Etablierung einer supportiv-medizinischen Sprechstunde (Palliativ und Schmerz)	Nicht umgesetzt
Optimierung der Studiendatenbank und Etablierung von entsprechenden Filterfunktionen	Nicht Umgesetzt
Etablierung von Kern-/Lenkungsgruppen zur Steuerung z. B. von Projekten, Öffentlichkeitsarbeit	Umgesetzt

Qualitätsziel	
Erstellen einer psychoonkologischen Forschungsseite auf nct-dresden.de	Umgesetzt
Erfolgreiche Überwachungsaudits des Onkologischen Zentrums inkl. aller Organkrebszentren	Umgesetzt
Ausrollen der Erfassung des Nutritional Risk Score in weiteren onkologischen Struktureinheiten	Umgesetzt
Anstreben einer Kommunikation mit den Krankenkassen zur Abrechnung der onkologischen Trainings- und Bewegungstherapie	Nicht umgesetzt
Erstellung einer gemeinsamen Geschäftsordnung NCT/UCC-Onkologisches Zentrum	Umgesetzt
Prüfung Einführung CATO-Bettenplaner zur Entlastung der Terminkoordination	Nicht umgesetzt
Evaluation der Zufriedenheit in Bezug auf das Lotsensystem	Nicht umgesetzt
Evaluation der Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser mit dem Wissenschaftsmagazin „Krebs im Focus“	Umgesetzt
Versand von Arztbriefen über das Ergebnis des Screenings und ggf. des supportiven Tumorboards an die niedergelassenen Mitbehandler	Umgesetzt
Etablierung eines Ticketsystems für das UCC-TDS	Umgesetzt
Optimierung der psychoonkologischen Dokumentation, z. B. LSTM-Erfassung für ambulante Fälle, Gewährleistung der Abrechnung von Privatpatientinnen und -patienten	Teilweise umgesetzt
Vorbereitung einer möglichen Zertifizierung eines Lungenkrebszentrums am Standort	Begonnen
Einführung eines Raumplanes/Raumkonzept für das UCC-Gebäude	Nicht umgesetzt

Trotz engagierter Bemühungen konnten im vergangenen Jahr nicht alle geplanten Ziele vollständig erreicht werden. Einige Maßnahmen waren in ihrer Umsetzung auch von zuarbeitenden Abteilungen oder externen Schnittstellen abhängig, wodurch sich einzelne Prozesse verzögert haben oder nur teilweise realisiert werden konnten. Alle offenen Maßnahmen bleiben weiterhin Bestandteil unserer strategischen Weiterentwicklung und werden im kommenden Jahr weiterverfolgt.

Zu Beginn jedes Jahres werden die operativen Qualitätsziele in einem interdisziplinären Prozess innerhalb der zuständigen Gremien und Teambesprechungen des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT/UCC) Dresden entwickelt. Nach Abschluss dieser Abstimmung werden die definierten Qualitätsziele durch die Leitung des Onkologischen Zentrums freigegeben.

Die Zielerreichung wird im Jahresverlauf regelmäßig überprüft und gemeinsam mit den jeweils verantwortlichen Personen bewertet. Auf dieser Grundlage werden notwendige Maßnahmen abgeleitet, um den kontinuierlichen Fortschritt der Versorgungsqualität sicherzustellen und auf neue Anforderungen flexibel reagieren zu können.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung des Onkologischen Zentrums basieren auf einer klar strukturierten, interdisziplinären Organisationsform mit zahlreichen Schnittstellen zu internen und externen Partnerinnen und Partner. Um die Abläufe an diesen Übergängen verlässlich, transparent und patientensicher zu gestalten, wurde frühzeitig ein Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001 implementiert. Es dient allen Bereichen der klinischen Struktur sowie in den Organkrebszentren und Modulen als verbindliches Führungs- und Steuerungsinstrument und ist seit der Erstzertifizierung im Jahr 2004 fest in den Prozessen des Onkologischen Zentrums verankert. Im Mittelpunkt stehen die systematische Beschreibung und kontinuierliche Optimierung von Prozessen, Verantwortlichkeiten und Schnittstellen. Arbeitsanweisungen und SOPs werden fortlaufend überprüft und aktualisiert, um den wechselnden Anforderungen der onkologischen Versorgung gerecht zu werden.

Die Qualitätssicherung erfolgt durch regelmäßige interne und externe Audits, deren Ergebnisse gezielt zur Identifikation von Verbesserungspotentialen und zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems genutzt werden. Das hohe Qualitätsniveau des Onkologischen Zentrums wird durch die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001, die Anerkennung durch Fachgesellschaften oder Akkreditierungen der Organkrebszentren, Module und Kooperationspartnerinnen und -partner kontinuierlich bestätigt.

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

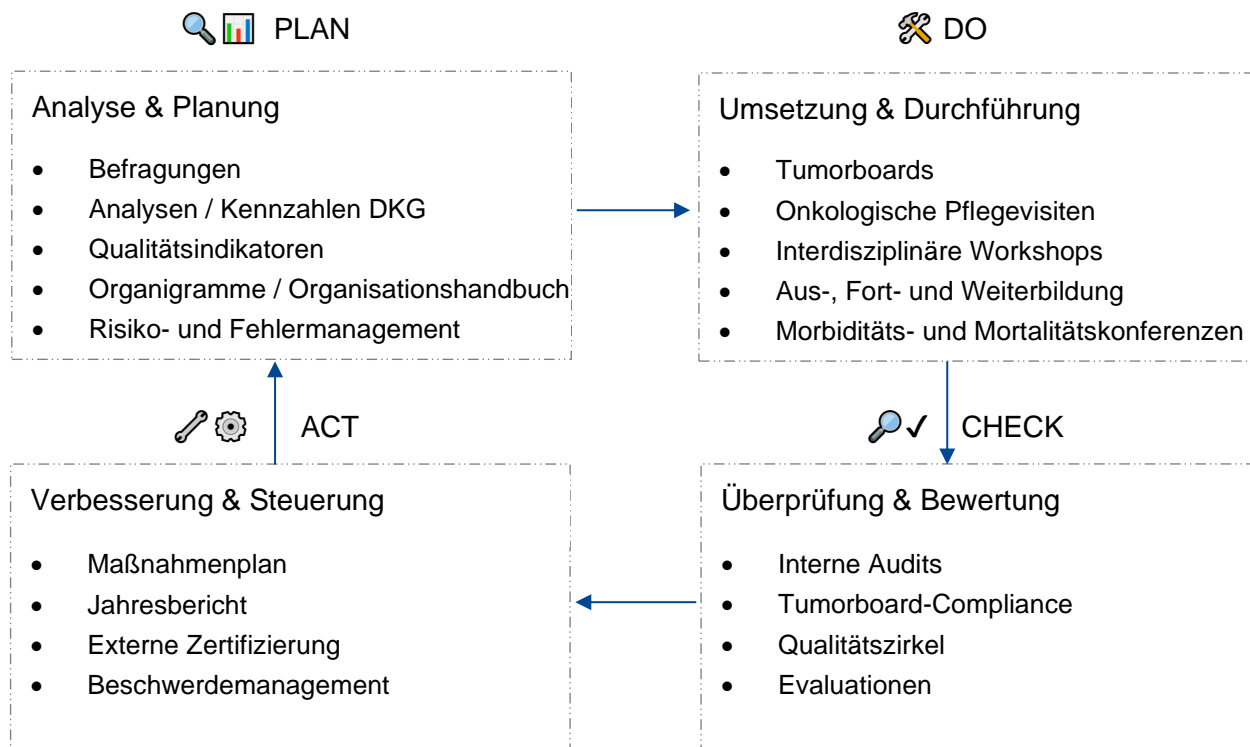
Nr.	Zertifiziertes Organkrebszentrum
1	Onkologisches Zentrum; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2025
2	Schwerpunkt 1: Gallenwege, neuroendokrine Tumore, Tumore des Dünndarms; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2025
3	Regionales Brustzentrum Dresden, letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2025
4	Gynäkologisches Krebszentrum; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2025
5	Uroonkologisches Zentrum / Prostata, Harnblase, Niere, Hoden, Penis; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2025
6	Hauttumorzentrum; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2025
7	Neuroonkologisches Zentrum; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2025

Nr.	Zertifiziertes Organkrebszentrum
8	Viszeralonkologisches Zentrum / Darm, Magen, Leber, Ösophagus, Pankreas; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2025
9	Sarkomzentrum; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2025
10	Kinderonkologisches Zentrum; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2025
11	Kopf-Hals-Tumorzentrum; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2024
12	Zentrum für Hämatologische Neoplasien; Rezertifizierung DKG und DIN EN ISO April 2024
13	Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs; letztes Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO 9001 April 2025
14	Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie; letztes Überwachungsaudit DKG September 2025

Tabelle 3: Zertifizierung der Kooperationspartner

Einrichtung	Zertifizierung
Institut für Pathologie des UKD	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17020
Tumor- und Normalgewebekbank des NCT/UCC	DIN EN ISO 9001
Klinikapotheke	Sächsische Landesapothekerkammer
Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie	DIN EN ISO 9001, DeGIR/DGMR-Zentrum für neurovaskuläre Therapien, zertifiziertes neurovaskuläres Netzwerk
Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Radiologie	DIN EN ISO 9001; DeGIR-Ausbildungszentrum, DRG-Zentrum Muskuloskelettale Radiologie, DeGIR-Zentrum für minimal-invasive Therapie, minimal-invasive Onkologie und minimal-invasive Gefäßmedizin
Stammzelltransplantation Kinder und Erwachsene	JACIE
Laborbereich Hämatologische Diagnostik	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189
UniversitätsHämophilieCentrum	Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH)
Institut für Klinische Genetik	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189
Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin	Medizinisches Laboratorium Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189, Prüflaboratorium Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025
Sächsisches Cochlear Implantat Centrum (SCIC)	Zertifiziertes Audiologisches Zentrum - Deutsche Gesellschaft für Audiologie (DGA)
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin	Theranostic und PET/CT Center of Excellence der European Association of Nuclear Medicine
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Gynäkologische Dysplasieeinheit DKG
Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	Exzellenzzentrum für Minimal-Invasive Robotische Chirurgie (MIC) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)

Im Rahmen des etablierten Qualitätsmanagementsystems werden eine Vielzahl strukturierter und bewährter Instrumente eingesetzt, um die kontinuierliche Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität zu gewährleisten. Zu den zentralen Qualitätsmanagementinstrumenten zählen:



Diese Instrumente ermöglichen eine systematische Erfassung, Bewertung und Ableitung von medizinischen wie organisatorischen Verbesserungsbedarfen. Sie tragen maßgeblich dazu bei, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu etablieren und nachhaltig zu fördern. Die Analyse und Bearbeitung der identifizierten Themen erfolgt interdisziplinär sowie berufsgruppen- und fachdisziplinenübergreifend.

Die erzielten Ergebnisse und abgeleiteten Maßnahmen fließen in den Jahresbericht ein und dienen als Grundlage für strategische Entscheidungen, die Weiterentwicklung klinischer Prozesse sowie zur Sicherstellung einer patientenorientierten, evidenzbasierten Versorgung.



Onkologisches Zentrum

Inhaltsverzeichnis

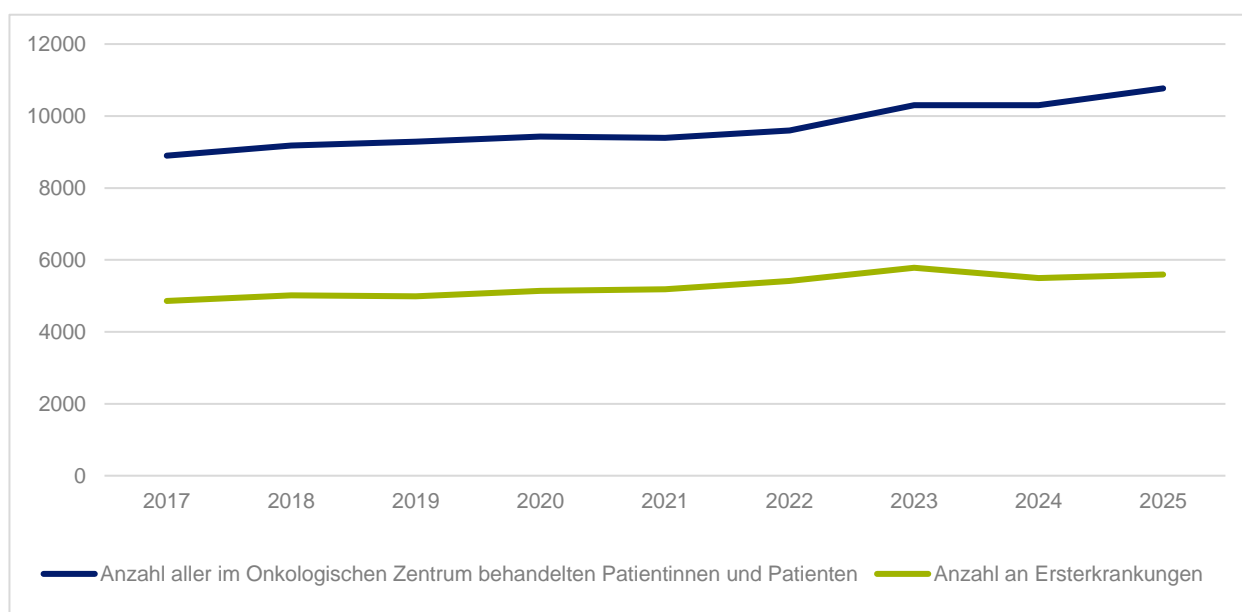
Onkologisches Zentrum.....	19
Struktur des Onkologischen Zentrums (OZ)	19
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	22
Interdisziplinäre onkologische Ambulanz.....	22
Tumorkonferenzen	24
Lenkungsgremium/Qualitätszirkel.....	27
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	27
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	27
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	28
Workshops	29
Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Onkologischen Zentren	29
Externe und interne Audits	30
Externe Audits.....	30
Interne Audits	30
Zufriedenheitsbefragungen.....	31
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	31
Zufriedenheit der internen und externen Kooperationspartnerinnen und -partner	31
Zufriedenheit und Beteiligung der Patientinnen und Patienten	31
Lieferantenbewertung.....	32
Öffentlichkeitsarbeit.....	33
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	34
Patientenzahlen	34
Interdisziplinäre Tumorboards	35
Tumorboardcompliance	36
Ergebnisse des Feedbacksystems	38
Wartezeitenanalyse	39
Forschungstätigkeiten	40
Mitwirkung in Projekten	40
ONConnect.....	40
„S.O.O.S.“ Second Opinion Oncology Service.....	41
Studie PROSA+	41
Langzeitüberleben nach Krebs: Untersuchung von Spätfolgen bei Leukämie.....	42
Weiterentwicklung von Leitlinien.....	42
Klinische Studien.....	43
Publikationen.....	43
Forschung und wissenschaftliche Entwicklungen am Standort.....	44

Onkologisches Zentrum

Struktur des Onkologischen Zentrums (OZ)

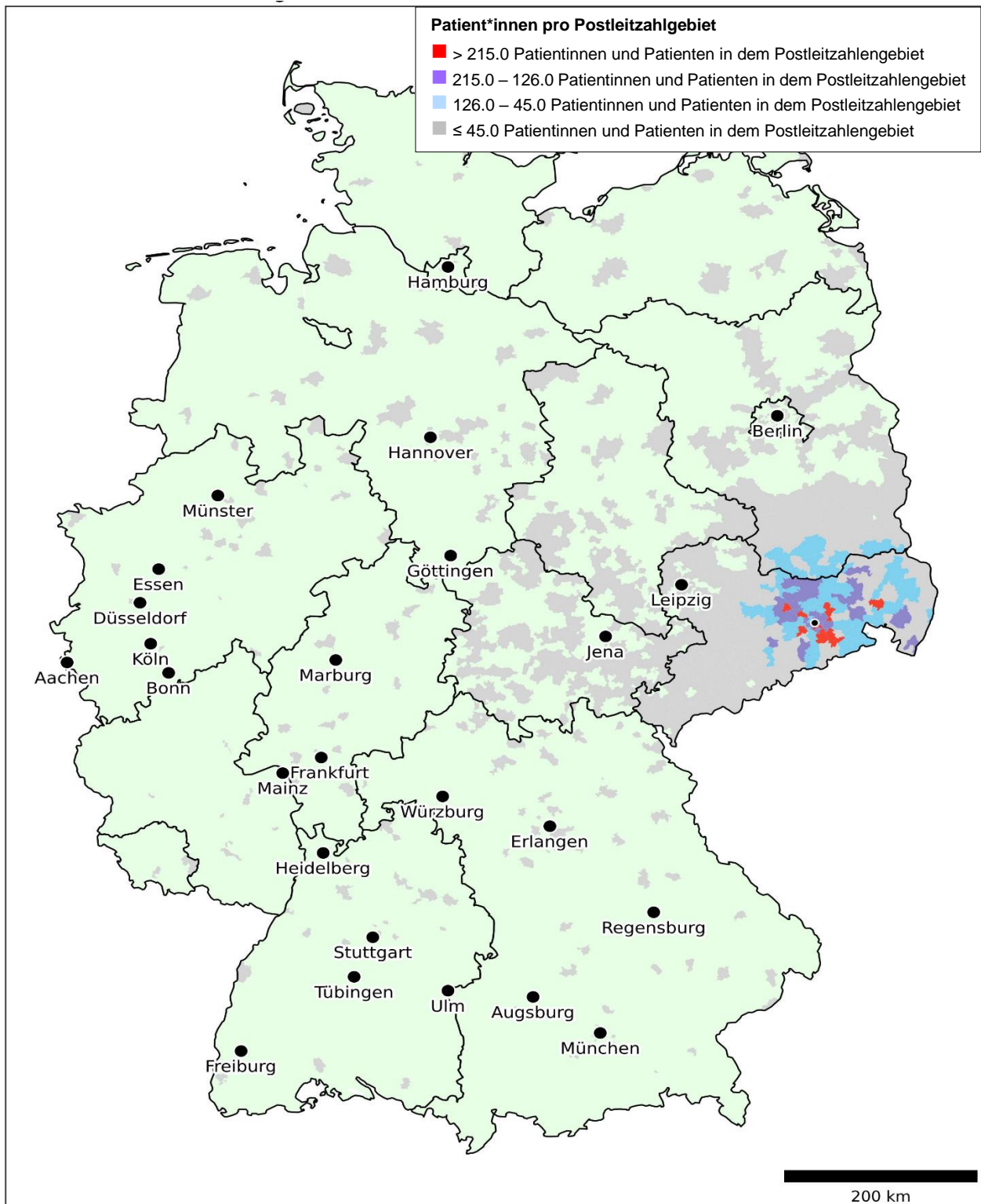
Mit über 10.000 Patientinnen und Patienten pro Jahr ist das Onkologische Zentrum des NCT/UCC Dresden zentrale Anlaufstelle für Menschen mit einer Tumorerkrankung aus der Region Dresden und darüber hinaus. Rund 5.500 dieser Fälle betreffen Personen, die sich mit einer neu diagnostizierten Erkrankung im Onkologischen Zentrum vorstellen und damit erstmals in die spezialisierte Versorgung des Zentrums eintreten. Trotz regionaler und gesundheitspolitischer Veränderungen ist die Fallzahl in den letzten drei Jahren stabil geblieben. Diese Stabilität unterstreicht das kontinuierlich hohe Vertrauen, das Betroffene, Angehörige und Zuweisende in die Expertise und Versorgungsqualität des Zentrums setzen.

Abbildung 1: Entwicklung der Patientenzahlen im NCT/UCC (Datenstand: 5. März 2026)



Das Einzugsgebiet des Onkologischen Zentrums umfasst die Stadt Dresden mit ca. 570.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie die angrenzenden Regionen Ost- und Südsachsen bis in den Süden Brandenburgs mit ca. 1,7 Mio. Einwohnenden umfasst. Darüber hinaus werden auch Betroffene aus weiter entfernten Regionen behandelt, die aufgrund der ausgewiesenen Expertise, der zertifizierten Strukturen und der interdisziplinären Versorgungskonzepte gezielt in das Zentrum überwiesen werden. Durch Kooperationsverträge mit bedeutenden Kliniken und Praxen in der Umgebung wird die Zahl der Überweisungen von Patientinnen und Patienten in das Onkologische Zentrum kontinuierlich gesteigert und langfristig gesichert. Diese strukturierten Partnerschaften ermöglichen eine enge fachliche Abstimmung, eine frühzeitige Einbindung des Zentrums in diagnostische und therapeutische Entscheidungen sowie eine verlässliche Zuweisung onkologischer Fälle. Ein zentrales Element dieser Vernetzung ist die Einrichtung von Teletumorboards, die eine standortübergreifende, zeitnahe und interdisziplinäre Fallbesprechung ermöglichen. Dadurch können Patientinnen und Patienten, die nicht in unmittelbarer Nähe des Onkologischen Zentrums wohnen, frühzeitig von der Expertise des gesamten onkologischen Netzwerks profitieren.

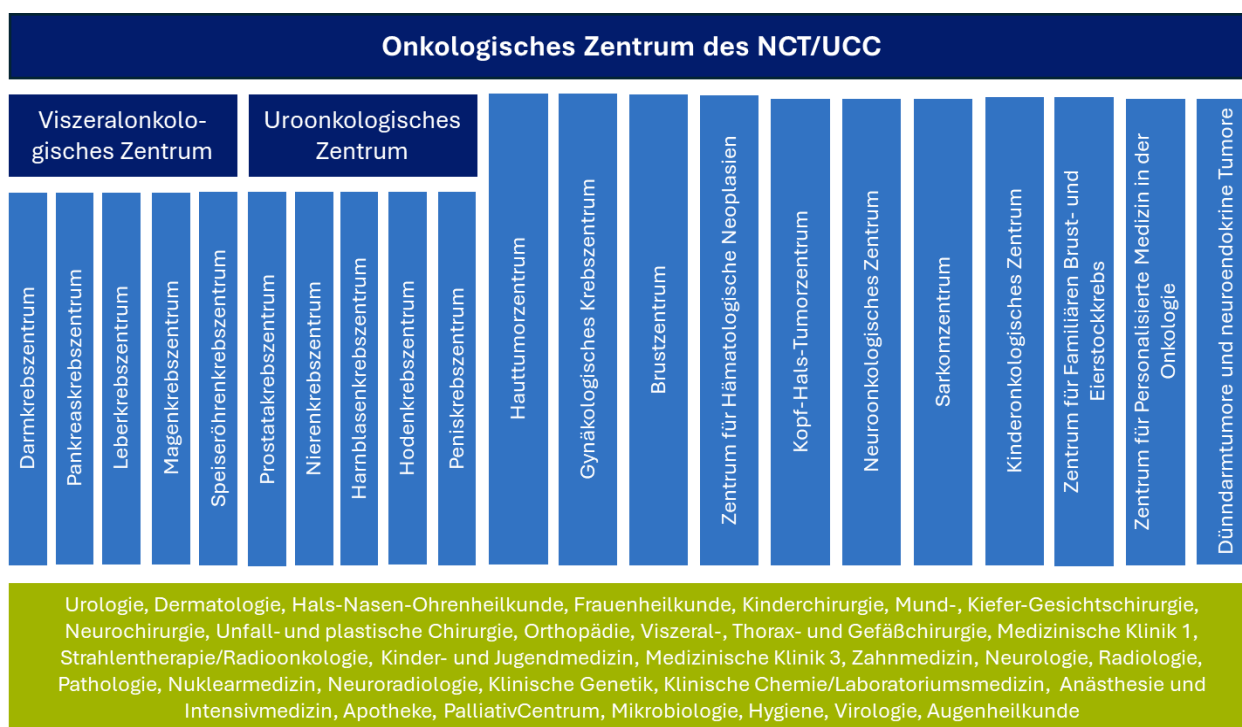
Abbildung 2: Patientenzahlen pro Jahr und Postleitzahlengebiet im Einzugsbereich des NCT/UCC



Das Onkologische Zentrum des NCT/UCC fungiert als übergeordnete Organisation für die zertifizierten Organkrebszentren, Module und Schwerpunkte sowie für alle Kliniken und Institute, die an Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung beteiligt sind. Es erfüllt die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und ist zudem nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert.

Die Leitungs- und Organisationsstruktur des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC ist durch eine Geschäftsordnung und ein Organigramm verbindlich festgelegt. Die Geschäftsordnung beschreibt die Ziele und Aufgaben des Zentrums, definiert Verantwortlichkeiten und Befugnisse der Leitung sowie der Mitglieder des Onkologischen Zentrums und legt die Arbeitsweise des Lenkungsorgans fest. Darüber hinaus enthält sie Regelungen zur internen und externen Koordination, zum Qualitätsmanagement, zur Öffentlichkeitsarbeit sowie zur Zusammenarbeit mit kooperierenden Einrichtungen. Damit bildet sie die Grundlage für eine transparente, effiziente und qualitätsorientierte Steuerung des gesamten onkologischen Verbundes. Ausführliche Informationen zum Onkologischen Zentrum des NCT/UCC, einschließlich der beteiligten Organkrebszentren, Module und Schwerpunkte sind auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de> veröffentlicht. Zusätzlich ist das Netzwerk mit allen beteiligten Zentren, Kooperationspartnerinnen und -partner und den entsprechenden Kontaktdaten bei Oncomap unter <https://www.oncomap.de> gelistet.

Abbildung 3: Struktur des Onkologischen Zentrums



Qualifiziertes Personal bildet die Grundlage für die langfristige Wettbewerbsfähigkeit und den nachhaltigen Erfolg des Onkologischen Zentrums. Neben umfassendem Fachwissen bringt es die Fähigkeit mit, sich flexibel an neue wissenschaftliche Erkenntnisse, technologische Entwicklungen und organisatorische Veränderungen anzupassen. Ebenso entscheidend sind Kompetenzen in interdisziplinärer Zusammenarbeit, Kommunikation und patientenzentrierter Versorgung, die in der Onkologie eine besondere Bedeutung haben. Zum qualifizierten Personal zählen nicht nur Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung, sondern ebenso onkologische Pflegefachkräfte, Psychoonkologinnen und Psychoonkologen, Mitarbeitende des Sozialdienstes, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Radiologieassistentinnen und -assistenten und weitere spezialisierte Berufsgruppen. Ergänzt wird dieses Team durch Fachkräfte

aus der Ernährungsmedizin, dem Qualitätsmanagement sowie durch Dokumentations- und Verwaltungspersonal, das die komplexen Abläufe im Zentrum unterstützt.

Im Onkologischen Zentrum des NCT/UCC ist somit ein breites Spektrum an fachkundigem Personal eingebunden, das über unterschiedliche, aufeinander abgestimmte Qualifikationen verfügt.

Tabelle 4: Anzahl Fachärztinnen und Fachärzte im Onkologischen Zentrum

Bezeichnung Fachärztin/Facharzt	Anzahl
FÄ/FA für Pathologie/Neuropathologie (PAT)	12
FÄ/FA für Radiologie (RAD)	21
FÄ/FA für Strahlentherapie (STR)	22
FÄ/FA mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (UKD)	24
FÄ/FA für Nuklearmedizin (NUK)	8
FÄ/FA für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie (MK1)	28

Die Abbildung von Fachärztinnen und Fachärzten mit weiteren fachspezifischen Qualifikationen und Zusatzweiterbildungen finden sich in den Ausführungen der jeweiligen Organkrebszentren. In der pflegerischen Versorgung übernehmen onkologische Fachpflegekräfte eine zentrale Rolle in der Betreuung der Patientinnen und Patienten - sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Im Onkologischen Zentrum sind insgesamt 51 Pflegefachpersonen tätig, die eine spezialisierte Weiterbildung zur onkologischen Fachpflegekraft gemäß Muster einer landesrechtlichen Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. abgeschlossen haben. Ergänzend zu diesen spezialisierten Pflegekräften verfügen weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Ambulanzen sowie der stationären Bereiche des Onkologischen Zentrums über die Zusatzqualifikation „Ambulante Onkologie“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer sowie über weitere relevante Zusatzqualifikationen, beispielsweise im Bereich der Palliativversorgung.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Interdisziplinäre onkologische Ambulanz



©NCT/UCC Dresden /André Wirsig

Ein wesentliches Ziel des Onkologischen Zentrums ist es, Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung in einer interdisziplinären onkologischen Ambulanz umfassend, koordiniert und auf höchstem fachlichen Niveau zu begleiten. Während aller Phasen der Diagnostik, Therapie und Nachsorge steht den Betroffenen eine feste, qualifizierte Ansprechperson zur Seite. Diese sorgt für einen kontinuierlichen Informationsfluss zwischen allen beteiligten Fachdisziplinen und gewährleistet damit eine nahtlose, patientenorientierte Versorgung. Die interdisziplinäre onkologische Ambulanz des NCT/UCC betreut nicht nur Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gastrointestinaltraktes, dermatologischen Tumoren, Sarkomen und seltenen Tumoren, die regelmäßig eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie erfordern. Sie übernimmt darüber hinaus eine wichtige Portalfunktion für Menschen mit einer neu diagnostizierten Erkrankung, deren weiterer Behandlungsweg noch nicht eindeutig einem speziellen onkologischen Fachgebiet zugeordnet werden kann und fungiert zugleich als Koordinierungsstelle zwischen den verschiedenen interdisziplinären Diagnostik- und Therapieabschnitten, die in den am NCT/UCC beteiligten Kliniken und Instituten durchgeführt werden.

In der interdisziplinären onkologischen Ambulanz werden Sprechstunden der Chirurgie, internistischen Onkologie, Strahlentherapie, Dermatologie, Tumororthopädie, Ernährungsberatung, klinischen Genetik, Psychoonkologie und dem Sozialdienst angeboten.

Ein weiterer Baustein der ambulanten Versorgung ist der Lotsendienst, der als erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten zur Verfügung steht und die Arbeit der interdisziplinären onkologischen Ambulanz wirkungsvoll unterstützt. Die Mitarbeitenden des Lotsendienstes tragen maßgeblich zur strukturierten Erhebung der Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) bei. Auf Grundlage der Ergebnisse vermittelt der Lotsendienst gezielt supportive Angebote aus den Bereichen Psychoonkologie, Ernährung, Sozialdienst und Bewegungsprogramme und stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten frühzeitig Zugang zu den für sie relevanten Unterstützungsstrukturen erhalten.

Tumorkonferenzen



Bild: @Uniklinikum Dresden / Kirsten Johannes Lassig

Ein zentrales Element des Onkologischen Zentrums sind die interdisziplinären Tumorkonferenzen zu den verschiedenen Tumorentitäten. In diesen regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen werden fächerübergreifende, individuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie erarbeitet, die dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Dabei fließen stets die persönlichen Voraussetzungen der Patientinnen und Patienten ein, darunter der Allgemein- und Ernährungszustand, biologisches Alter sowie die individuellen Behandlungswünsche.

Das Onkologische Zentrum bietet interdisziplinäre Tumorkonferenzen für das gesamte Spektrum der Onkologie an. Jede Konferenz ist mit einer für das jeweilige Indikationsgebiet ausgewiesenen Gruppe von Expertinnen und Experten besetzt und wird bedarfsgerecht um weitere Berufsgruppen ergänzt, beispielsweise aus der Psychoonkologie oder der Pflege. Auf diese Weise wird gewährleistet, dass alle relevanten medizinischen, psychosozialen und unterstützenden Aspekte in die Therapieempfehlung einfließen.

Die interdisziplinären Tumorkonferenzen stehen grundsätzlich auch niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und kooperierenden Einrichtungen offen. Dies ermöglicht eine enge Vernetzung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen und trägt dazu bei, dass Patientinnen und Patienten unabhängig vom Behandlungsort von einer konsistenten, qualitätsgesicherten und leitliniengerechten Therapieplanung profitieren.

Die Vorstellung von Patientinnen und Patienten in den Tumorkonferenzen erfolgt mit Hilfe des eigenen Tumordokumentationssystems des NCT/UCC (UCC-TDS). Das UCC-TDS besteht seit der Gründung des UCC im Juli 2003 und enthält alle seitdem erhobenen tumorrelevanten Daten

einschließlich der Tumorkonferenzprotokolle. Das Tumordokumentationssystem ermöglicht eine präzise, strukturierte und jederzeit aktuelle Erfassung aller relevanten medizinischen Informationen. Gleichzeitig bietet es die Flexibilität, zusätzliche Angaben oder spezifische Informationen aufzunehmen, die sowohl für die Erstellung fundierter Therapieempfehlungen als auch für die kontinuierliche Qualitätssicherung von Bedeutung sind.

Während der Tumorkonferenz werden alle relevanten Informationen über eine elektronische Datenmaske dargestellt. Dazu gehören insbesondere aktuelle bildgebende Befunde, pathologische Ergebnisse sowie weitere diagnostische Unterlagen, die für die Entscheidungsfindung von Bedeutung sind. Die Behandlungsempfehlung wird unmittelbar während der Tumorkonferenz dokumentiert und nach Abschluss der Tumorkonferenz in elektronischer Form bereitgestellt. Sie steht damit allen beteiligten Fachdisziplinen und weiterbehandelnden Teams zeitnah zur Verfügung und ermöglicht eine nahtlose Fortführung der Versorgung.

Im Onkologischen Zentrum finden wöchentlich 20 Tumorkonferenzen statt. Diese dienen nicht nur der Besprechung von Patientinnen und Patienten, die direkt im Zentrum behandelt werden, sondern auch der Vorstellung von Zweitmeinungsanfragen sowie der gemeinsamen Diskussion von Fällen aus niedergelassenen Praxen oder kooperierenden Kliniken. In enger Zusammenarbeit mit fünf Kliniken der Region werden zusätzlich jede Woche sechs Teletumorkonferenzen durchgeführt. Darüber hinaus findet mit dem NCT Heidelberg zweimal pro Woche eine molekulare Teletumorkonferenz statt, in der insbesondere genetische und biomarkerbasierte Fragestellungen interdisziplinär bewertet werden.

Abbildung 4: Wöchentliche Tumorkonferenzen im NCT/UCC

WOCHENTAG UHRZEIT	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG
07:15 - 07:30					
07:30 - 08:00		Tele-TB Elbe-Elster 07:30 - 08:00 Uhr	Urologisches TB + Präh. PCa-Konferenz 07:15 - 08:30 Uhr		
08:00 - 08:30					
08:30 - 09:00		Tele-TB Coswig 08:30 - 09:30 Uhr	Spezial-TB-GA (Rektum) 08:45 - 09:30 Uhr		
08:45 - 09:00			Neurochirurgisches TB 08:30 - 10:30 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	Häma-Board 11:30 - 12:30 Uhr		Molekulares Tele-TB NCT/UCC Dresden/ Heidelberg 11:15 - 13:00 Uhr		
12:00 - 12:30					
12:30 - 13:00	R/R AML Board 12:30 - 13:00 Uhr			nNGM-TB 12:30 - 13:30 Uhr	
13:00 - 13:30					
13:30 - 13:45					
13:45 - 14:00	Sarkom-TB 12:30 - 14:00 Uhr	HNO/MKG-TB 13:30 - 14:30 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	Sarkom-TB 13:00 - 14:30 Uhr
14:00 - 14:30					
14:30 - 14:45		Tele-TB Radeberg 14:00 - 14:30 Uhr			
14:45 - 15:00	GA-TB / Endo-Board 14:00 - 16:30 Uhr Endo-Board ab 15:30 Uhr	Derma-TB 14:30 - 16:30 Uhr	Thorax-TB 14:45 - 16:00 Uhr	Urologisches TB + Postth. PCa-Konferenz 14:00 - 15:00 Uhr	Tele-TB Coswig 14:30 - 15:30 Uhr
15:00 - 15:30			GA-TB / Hepatobiliär 14:30 - 16:00 Uhr		GA-TB 14:30 - 16:00 Uhr
15:30 - 16:00				GYN-TB 15:30 - 16:00 Uhr	
16:00 - 16:30					
16:30 - 16:45					
16:45 - 17:30				Mamma-Board (RBZ) 16:00 - 17:30 Uhr	Molekulares Tele-TB NCT/UCC Dresden/ Heidelberg 14:30 - 15:30 Uhr

Mit der Einführung des iTOX-Tumorboard im November 2025 wurde ein weiterer wichtiger Baustein zur Optimierung der onkologischen Versorgung geschaffen. Das interdisziplinäre Gremium widmet sich systematisch der Erkennung, Bewertung und Behandlung immunvermittelter Nebenwirkungen (immune-related toxicities, iTOX), die im Rahmen moderner Immuntherapien auftreten

können. Durch die regelmäßige, strukturierte Besprechung immunassoziierter Nebenwirkungen wird die Sicherheit der Patientinnen und Patienten weiter erhöht und die Versorgung von Menschen, die immunonkologische Therapien erhalten, nachhaltig verbessert.

Um die fachliche Expertise in der Diagnostik und Therapie des Rektumkarzinoms dauerhaft sicherzustellen, wurde im Juni 2025 ein spezialisiertes Tumorboard für das Rektumkarzinom etabliert. Bisher wurden die Patientinnen und Patienten mit Rektumkarzinom in den allgemeinen, gastrointestinalen Tumorboards, die dreimal wöchentlich stattfinden, vorgestellt, in denen jedoch nicht immer die für diese Tumorentität entscheidenden Fachärzte zuverlässig vertreten sein konnten. Um die erforderliche fachärztliche Expertise in jedem einzelnen Fall sicherzustellen und komplexe Therapieentscheidungen strukturiert zu begleiten, wurde das spezialisierte Tumorboard Rektumkarzinom eingeführt.

Das supportive Tumorboard widmet sich systematisch der Erkennung, Bewertung und Behandlung therapieassoziierter Beschwerden sowie der Optimierung unterstützender Maßnahmen während des gesamten onkologischen Behandlungsverlaufs. Im supportiven Tumorboard arbeiten Expertinnen und Experten aus Onkologie, Palliativmedizin, Schmerztherapie, Ernährungsmedizin, Psychoonkologie, Pflege und Sozialdienst eng zusammen. Ziel ist es, komplexe supportive Fragestellungen frühzeitig zu identifizieren und individuelle, leitliniengerechte Empfehlungen zu formulieren, die die Lebensqualität der Betroffenen verbessern und Therapieabbrüche vermeiden helfen. Das Board ergänzt die bestehenden organspezifischen Tumorkonferenzen, indem es einen strukturierten Rahmen für die Besprechung von Patientinnen und Patienten bietet, deren klinische Situation durch therapiebedingte Nebenwirkungen, psychosoziale Belastungen oder funktionale Einschränkungen besonders herausfordernd sind. Durch die regelmäßige interdisziplinäre Abstimmung werden supportive Maßnahmen gezielt koordiniert und kontinuierlich weiterentwickelt.



@NCT/UCC Dresden /André Wirsig

Lenkungsgremium/Qualitätszirkel

Das Lenkungsgremium trägt die Verantwortung für die Festlegung, Priorisierung und Umsetzung von Maßnahmen und Aufgaben, die für die strategische Weiterentwicklung und die grundlegende Ausrichtung des Onkologischen Zentrums von Bedeutung sind. Es tagt zweimal jährlich. Die Organisation und Moderation liegen in der Verantwortung der Leitung des Onkologischen Zentrums. Die Zusammensetzung des Lenkungsgremiums ist in der Geschäftsordnung des Onkologischen Zentrums verbindlich festgelegt. Je nach Themenlage werden zusätzlich weitere Fachdisziplinen und Bereiche eingeladen. Im Jahr 2025 fand das Lenkungsgremium am 23. Juni 2025 und 17. November 2025 statt. Zu den zentralen Themen gehörten unter anderem die Information und der Austausch zum Vorgehen beim Fertilitätserhalt onkologischer Patientinnen und Patienten, Neuerungen zum Ernährungsmanagement und der angestrebten Zertifizierung nach NutriZert sowie die Vorstellung von Projekten und Studien. Über alle Beratungsinhalte, Beschlüsse und Maßnahmen werden Protokolle geführt. Diese werden im Anschluss allen Teilnehmenden zur Verfügung gestellt und dienen als Grundlage für die Umsetzung der vereinbarten Schritte.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Das Onkologische Zentrum bietet regelmäßig Fort- und Weiterbildungen an, die sowohl zentrumsübergreifend als auch zentrumsintern durchgeführt werden. Informationen zu den jeweiligen Veranstaltungen erhalten Interessierte über die Internetseite, durch persönliche Einladung oder über das Wissenschaftsmagazin „Krebs im Focus“. Die Angebote richten sich an Zuweiserinnen und Zuweiser, kooperierende Praxen und Kliniken sowie an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des NCT/UCC und anderer Kliniken und Bereiche der Hochschulmedizin Dresden. Alle Angebote vermitteln aktuelle wissenschaftliche Entwicklungen, neue diagnostische und therapeutische Verfahren sowie praxisrelevante Fragestellungen und bieten zudem eine wertvolle Plattform für den interdisziplinären Austausch.

Neben den spezifischen Fortbildungsangeboten der Organkrebszentren/Module ist am NCT/UCC die Fortbildungsreihe „Krebs im Focus“ etabliert. Die Veranstaltung am 5. März 2025 stand ganz im Zeichen des Schwerpunktthemas „Lebensqualität bei Krebs“. Das Programm umfasste verschiedene Fachvorträge, darunter einen Beitrag zur Bedeutung der Knochengesundheit bei onkologischen Erkrankungen sowie zur Frage, welchen Einfluss robotergestützte Operationstechniken auf die postoperative Lebensqualität haben.

Am 20. Oktober 2025 fand speziell für Pflegefachkräfte der 8. Onkologische Pflorgetag am UKD statt. Unter dem Schwerpunktthema „Innovative Konzepte in der Onkologie“ wurden verschiedene aktuelle Entwicklungen aus Pflegepraxis und Wissenschaft vorgestellt. Das Programm umfasste unter anderem Vorträge zum Fast Track-Programm für Patientinnen und Patienten mit kolorektalen Erkrankungen, zu neuen Therapieoptionen mit CAR-T-Zellen und deren Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung sowie zur Betreuung von Patientinnen und Patienten, die eine Immuntherapie erhalten.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Im Onkologischen Zentrum werden regelmäßig Informationsveranstaltungen angeboten, sowohl zentrumsübergreifend als auch spezifisch durch die einzelnen Organkrebszentren/Modulen angeboten. Diese richten sich an die Patientinnen und Patienten, deren Angehörige sowie an weitere Interessierte und dienen dazu, verständlich über aktuelle Entwicklungen in Diagnostik, Therapie und unterstützenden Maßnahmen zu informieren. Am 17. Mai 2025 fand der dritte gemeinsame Patiententag des Onkologischen Zentrums unter Beteiligung aller Organkrebszentren und Module statt. Im ersten Teil der Veranstaltung standen allgemeine Themen im Fokus, darunter Vorträge zur intraoperativen Radiotherapie sowie zur Bedeutung einer angepassten Ernährung in der Onkologie. Im zweiten Teil präsentierten die einzelnen Organkrebszentren/Module ihre spezifischen Diagnostik- und Therapieverfahren. Die Teilnehmenden hatten dabei auch die Möglichkeit, direkt mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Fachpersonen ins Gespräch zu kommen, individuelle Fragen zu stellen und sich über Behandlungswege und Unterstützungsangebote auszutauschen.

Über das Präventions- und Sporttherapeutische Zentrum des NCT/UCC werden zudem regelmäßig zentrumsübergreifende Informations- und Unterstützungsangebote für Tumorpatientinnen und -patienten bereitgestellt. Diese Formate ergänzen die medizinische Behandlung durch praxisnahe Inhalte, die den Alltag nach oder während einer onkologischen Therapie erleichtern sollen. Im März und September 2025 konnte das Ernährungsprogramm „Let’s Eat“ erneut erfolgreich durchgeführt werden - diesmal mit insgesamt acht Veranstaltungsterminen im Online-Format. Das Programm richtet sich insbesondere an Betroffene, die ihre Akutbehandlung abgeschlossen haben und Unterstützung bei der langfristigen Ernährungsumstellung sowie beim Umgang mit therapiebedingten Veränderungen suchen.

Anlässlich der Oster- sowie Adventszeit konnten 40 Betroffene zu zwei Backnachmittagen im Rahmen des offenen Patientencafés gemeinsam gesund backen und sich über gesunde Ernährung informieren.

Im Jahr 2025 wurden über das Sporttherapeutische Zentrum über 190 Patientinnen und Patienten individuell zu Bewegung und körperlicher Aktivität während oder nach einer Krebserkrankung beraten. Die Beratung orientiert sich an den persönlichen Voraussetzungen, dem Therapieverlauf und den jeweiligen Belastungsgrenzen und unterstützt Betroffene dabei, ein sicheres und wirksames Bewegungsangebot in ihren Alltag zu integrieren. Darüber hinaus stand onkologischen Patientinnen und Patienten unter der Therapie das Angebot für individuelles Gerätetraining, Koordinationstraining sowie Nordic-Walking zur Verfügung.

Tabelle 5: Weitere Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten 2025

Thema	Termin
Lange Nacht der Wissenschaften	20. Juni 2025
Benefizregatta Rudern gegen Krebs	14. Juni 2025
Benefizlauf FortSCHRITT gegen Krebs	2. September 2025
Offenes Patienten-Café	7. April 2025 / 16. Juni 2025 8. September 2025
Adventsbacken im Rahmen des offenen Patienten-Café	1. Dezember 2025

Workshops

Im Onkologischen Zentrum finden regelmäßig wissenschaftliche, interdisziplinäre Workshops statt, die der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien und SOPs des NCT/UCC dienen. Zu Beginn jeder Veranstaltung werden der aktuelle Wissensstand sowie relevante Änderungen in nationalen und internationalen Leitlinien kompakt zusammengefasst. Darüber hinaus werden neue Studienprotokolle und aktuelle Studienergebnisse vorgestellt. In der anschließenden fachübergreifenden Diskussion werden bestehende Standards überprüft, weiterentwickelt und - sofern erforderlich - an neue wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst. Auf diese Weise tragen die Workshops zur Harmonisierung der klinischen Abläufe und zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, leitliniengerechten Patientenversorgung bei. Die Teilnahme steht nicht nur Ärztinnen und Ärzten offen, sondern auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Berufsgruppen. Die Veranstaltungen sind als Fortbildung anerkannt und werden von der Sächsischen Landesärztekammer mit zwei Fortbildungspunkten bewertet.

Tabelle 6: Interdisziplinäre Workshops 2025

Thema	Termin
SNB Detektionsrate mit der Nuklearmedizin	9. Januar 2025
Überleitung Patientinnen und Patienten von Station ins UCC	19. Mai 2025
GIST	30. Juli 2025
Knochentumore	12. August 2025
Kolorektales Karzinom	28. August 2025
Neuroonkologische Tumore Teil 1	18. September 2025
Rektumkarzinom	23. Oktober 2025
Pankreaskarzinom	11. Dezember 2025
Analkarzinom	11. Dezember 2025
Neuroonkologische Tumore Teil 2	11. Dezember 2025

Alle im Rahmen der Workshops erarbeiteten SOPs - einschließlich Diagnostik- und Nachsorgeleitfäden - orientieren sich konsequent an den aktuellen S1- bis S3-Leitlinien. Sie werden in regelmäßigen Abständen, mindestens jedoch alle drei Jahre, auf Aktualität geprüft. Sollten sich relevante Änderungen in den Leitlinien ergeben, die eine Anpassung der SOPs vor Ablauf des Prüfintervalls erforderlich machen, wird zeitnah ein zusätzlicher Workshop einberufen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass neue wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Empfehlungen ohne Verzögerung in die klinische Versorgung fließen.

Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Onkologischen Zentren

Eine besondere Partnerschaft besteht zwischen der Klinikum Chemnitz gGmbH und dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, die im Jahr 2024 mit einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem OCC am Klinikum Chemnitz und dem NCT/UCC am UKD formalisiert wurde. Bereits im Vorfeld dieser Vereinbarung wurden Kooperationsvereinbarungen in den Bereichen Kinderonkologie und Zell- und Immuntherapie getroffen. Mit dem Zentrum für Zell- und Immuntherapie

Chemnitz-Dresden (CCI-CD) hat das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und die Klinikum Chemnitz gGmbH 2019 ein Zentrum gegründet mit dem Ziel, in beiden Kliniken Zell- und Immuntherapien sowie die Transplantation von eigenen und fremden Stammzellen nach einheitlichen Standards anzubieten. Eine wöchentlich stattfindende Teletumorkonferenz ermöglicht es den Ärztinnen und Ärzten aus Chemnitz und Dresden, alle Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Indikationen zu besprechen und gemeinsam Therapieempfehlungen zu formulieren. Das CCI-CD gehört in Bezug auf die Anzahl der behandelten Fälle und Erfahrungen zu den größten Einrichtungen in Deutschland und Europa.

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 die fachliche Verbindung in der Betreuung der gemeinsamen Patientinnen und Patienten durch persönlichen Kontakt zu stärken.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 8. April und 9. April 2025 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. Das Audit der Deutschen Krebsgesellschaft erfolgte für fast alle Zentren im reduzierten Auditzyklus und wurde ausschließlich als Dokumentenaudit durchgeführt. Eine Begutachtung vor Ort erfolgte nur für das Sarkomzentrum und das Kinderonkologische Zentrum. Aus den Verfahren im reduzierten Auditzyklus ergaben sich keine Abweichungen oder Hinweise. Die Prüfung der Umsetzung der DIN EN ISO Norm ergab elf Hinweise in den Bereichen Patientenmanagement, Palliativmedizin sowie Tumordokumentation. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet, in einem Maßnahmenplan festgehalten und anschließend im Lenkungsgremium des Onkologischen Zentrums, in Qualitätszirkeln sowie in interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsgruppentreffen innerhalb der Organkrebszentren/Module diskutiert und umgesetzt.

Interne Audits

Im Onkologischen Zentrum finden einmal jährlich interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems statt. Die Planung dieser Audits obliegt der Zentrumskoordination in Abstimmung mit der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement der Hochschulmedizin Dresden. Die Durchführung übernehmen zwei unabhängige interne Auditorinnen und Auditoren des Universitätsklinikums Dresden. Das letzte interne Audit des NCT/UCC wurde am 5. November 2025 durchgeführt. Neben einem Leitungsaudit wurden die interdisziplinäre onkologische Ambulanz, der Lotsendienst sowie die Strukturen des psychoonkologischen Dienstes begutachtet. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurde ein Hinweis sowie vier Tipps/Anregungen ausgesprochen, unter anderem zur Terminkoordination und zum Patientenmanagement.

Alle im Auditbericht dokumentierten Verbesserungspotentiale wurden in einen Maßnahmenplan überführt. Für jede Maßnahme wurden ein Zieldatum sowie eine verantwortliche Person festge-

legt. Die regelmäßige Überprüfung der Umsetzung dieser Maßnahmen obliegt den Qualitätsmanagementbeauftragten des Onkologischen Zentrums.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Den Zuweiserinnen und Zuweisern steht zur Bewertung ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen und Angeboten des Onkologischen Zentrums eine kontinuierliche Onlinebefragung über die Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Die Teilnahme ist jederzeit über einen Link oder einen QR-Code möglich, sodass Rückmeldungen fortlaufend eingeholt und ausgewertet werden können. Die letzte umfassende papierbasierte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser wurde im September 2023 durchgeführt; die nächste Befragung ist für das zweite Halbjahr 2026 geplant.

Ergänzend zur Onlinebefragung besteht zudem die Möglichkeit, Wünsche, Anregungen oder Lob/Kritik über die eigens eingerichtete E-Mailadresse feedback.nct-ucc@ukdd.de mitzuteilen. Auf diesem Weg können Rückmeldungen auch außerhalb formalisierter Befragungen unkompliziert eingereicht werden.

Zufriedenheit der internen und externen Kooperationspartnerinnen und -partner

Die Zufriedenheit der internen und externen Kooperationspartnerinnen und -partner wird sowohl über standardisierte Befragungen als auch über persönliche Gespräche auf Leitungsebene erhoben. Einmal jährlich erhalten alle beteiligten Einrichtungen einen Zufriedenheitsfragebogen per E-Mail. Bei angegebenem Gesprächsbedarf oder kritischen Rückmeldungen wird ein protokolliertes persönliches Gespräch geführt, um die Anliegen strukturiert zu klären und Maßnahmen abzuleiten.

Letztmalig wurde der Fragebogen im November 2024 versandt. Da die letzten Rückmeldungen aus dieser Befragung erst im ersten Quartal 2025 eingegangen sind und somit eine ausreichende Datengrundlage für die Bewertung des Kooperationsmanagements vorlag, wurde auf eine erneute Befragung zum Jahresende 2025 verzichtet. Der nächste Fragebogen wird im dritten Quartal 2026 versendet.

Im Jahr 2025 fanden mit zwei Kooperationspartnerinnen und -partner persönliche Gespräche statt, da hier jeweils ein Leitungswechsel erfolgt war. Es werden Gesprächsprotokolle geführt, in denen die vereinbarten Maßnahmen dokumentiert sind. Die Qualitätsmanagementbeauftragten des Onkologischen Zentrums prüfen regelmäßig, inwieweit diese Maßnahmen umgesetzt wurden.

Zufriedenheit und Beteiligung der Patientinnen und Patienten

Für die Patientinnen und Patienten steht auf der Internetseite des NCT/UCC eine kontinuierliche Onlinebefragung zur Bewertung der Leistungen und Angebote des NCT/UCC zur Verfügung. Die Teilnahme ist - analog zum Verfahren für Zuweiserinnen und Zuweiser - jederzeit über einen QR-Code oder einen Link möglich. Zusätzlich können Rückmeldungen, Wünsche, Anregungen sowie Lob oder Kritik über die eingerichtete E-Mailadresse feedback.nct-ucc@ukdd.de eingereicht werden. Der QR-Code sowie der Link zur digitalen Zufriedenheitsbefragung sind zudem in den Patientenmappen des NCT/UCC enthalten, die in ausgewählten Bereichen des Onkologischen

Zentrums an die behandelten Patientinnen und Patienten ausgehändigt wird. Damit wird ein niedrighschwelliger Zugang zur Befragung gewährleistet.

Darüber hinaus steht den Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums das digitale Feedbacksystem zur Verfügung, das in allen Einrichtungen des Zentrums entweder über eine Stele oder über einen QR-Code erreichbar ist. Da dieses digitale System in der Vergangenheit im Portalgebäude des NCT/UCC jedoch nur selten genutzt wurde, wurde ergänzend eine neue papierbasierte Feedbackkarte eingeführt. Diese ermöglicht es den Patientinnen und Patienten, Hinweise, Beschwerden oder Verbesserungsvorschläge auch in schriftlicher Form unkompliziert einzureichen. Die ausgefüllten Feedbackkarten werden regelmäßig ausgewertet und in den Qualitätsmanagementprozess integriert.

Ein weiterer zentraler Baustein der Beteiligung der Patientinnen und Patienten ist der etablierte Patientenbeirat des NCT/UCC. Er setzt sich aus Patientinnen und Patienten zusammen und bringt deren Perspektiven in die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität und der Forschung ein. Der Patientenbeirat trifft sich regelmäßig, berät zu patientenrelevanten Themen, beteiligt sich an den Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten und wirkt an der Entwicklung neuer Maßnahmen mit. Die im Patientenbeirat formulierten Empfehlungen fließen systematisch in Entscheidungsprozesse, Qualitätszirkel und Maßnahmenplanungen ein und stärken damit die patientenorientierte Ausrichtung des Onkologischen Zentrums.

Lieferantenbewertung

Im Rahmen unserer kontinuierlichen Bestrebungen um Qualitätssteigerung und zur Optimierung der gesamten Versorgungskette wurde im Berichtsjahr 2025 eine Lieferantenbewertung durchgeführt. Ziel dieser Bewertung war es, die Leistungsfähigkeit, Zuverlässigkeit und Zusammenarbeit mit unseren Lieferanten systematisch zu analysieren und mögliche Verbesserungspotenziale frühzeitig zu identifizieren. Die Bewertung umfasste verschiedene Kriterien wie Zuverlässigkeit, Qualität der erbrachten Leistungen, Kommunikation, Erreichbarkeit sowie die Einhaltung vereinbarter Prozesse. Durch diese Analyse konnten sowohl Stärken als auch Entwicklungsfelder dargestellt werden. Die Ergebnisse der Lieferantenbewertung fließen in unsere strategischen Entscheidungen ein und bilden eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung unseres Operationsmanagements. Auf Basis der identifizierten Potenziale werden gezielte Maßnahmen abgeleitet, um die Zusammenarbeit mit bestehenden Lieferanten zu stärken, Risiken zu minimieren und die Versorgungssicherheit langfristig zu gewährleisten.

Abbildung 5: Lieferantenbewertung 2025

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC) Dresden klinischer Bereich				Jährliche Lieferantenbewertung							Bewertungszeitraum 2025		
Vorgehen: Bitte bewerten Sie jede Kategorie mit dem Schulnotensystem von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend. Kommentieren Sie ggf. Ihre Bewertung und geben Sie evtl. schon erste Empfehlungen für Korrekturmaßnahmen bei Bewertung mit Note 3 oder schlechter													
Lieferant UKD-intern	Bewertung durch			Flexibilität	Umgang mit Beschwerden	Terminreue	Qualität der Produkte/Leistungen	Erreichbarkeit	Kommunikation	Zuverlässigkeit	Bemerkungen	Empfehlung für Maßnahmen	Mittelwert
	ÄD	PD	QM										
Pathologie (PAT)	X	X	X	2	1	2	1	1	1	1	sehr gute direkte Kommunikationsmöglichkeit/Ansprechpartner		1,3
Radiologie (RAD)	X	X	X	3	1	3	1	1	1	1	z.T. zu lange Wartezeiten auf schriftlichen Befund		1,6
Nuklearmedizin (NUK)	X	X	X	2	2	2	1	1	1	1			1,4
Strahlentherapie (STR)	X	X	X	2	2	1	1	1	2	1			1,4
Palliativmedizin (UPC)	X	X	X	2	2	2	1	2	2	2			1,9
Apotheke	X	X	X	2	1	1	1	1	2	1			1,3
Klinische Genetik	X	X	X	2	2	2	2	1	3	1	direkte Direktpost in dem Versuch der Zugangswege zur Gewiss		1,9
Praxis Güldner - Ernährungsberatung	X	X	X	2	1	2	1	2	1	1			1,4
Onkologische Gemeinschaftspraxis Mohm/Prange-Krex	X	X	X	1	2	1	1	2	2	2			1,6
Onkologie Freiberg-Richter, Jacobasch, Illmer, Wolf	X	X	X	2	2	2	1	3	2	2			2,0
Weitere Rückmeldungen, z.B. fehlende Bereiche, allgemeine Anmerkungen													

Alle Kooperationspartnerinnen und -partner haben in der aktuellen Bewertung einen Wert von $\leq 2,0$ erreicht und bestätigen damit ein insgesamt gutes und stabiles Leistungsniveau ohne unmittelbaren Handlungsbedarf. Positiv hervorzuheben ist, dass sich einige Lieferanten im Vergleich zum Vorjahr leicht verbessern konnten, was den kontinuierlichen Verbesserungsprozess innerhalb unseres Netzwerks unterstreicht.

Öffentlichkeitsarbeit

Das Onkologische Zentrum einschließlich der Organkrebszentren und Module präsentiert sein Leistungsspektrum in vielfältiger Form gegenüber der Öffentlichkeit. Dabei stehen insbesondere die Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums, die Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Kliniken und weitere medizinische Einrichtungen aus Dresden und Umgebung im Fokus der Kommunikationsmaßnahmen.

Umfassende Informationen über das Onkologische Zentrum sowie der Organkrebszentren und Module sind auf der Internetseite des NCT/UCC integriert. Der Internetauftritt bietet zudem aktuelle Hinweise zu Veranstaltungen, Fortbildungsangeboten und relevanten Entwicklungen im Zentrum.

Für die Patientinnen und Patienten wurden verschiedene Informationsmaterialien erstellt bzw. aktualisiert. Diese stehen als Download auf der Internetseite des NCT/UCC als auch auf den Internetseiten der Organkrebszentren und Module zur Verfügung.

Über Neuerungen im NCT/UCC, Forschungstätigkeiten und -ergebnisse sowie aktuelle Studien informiert das jährlich erscheinende Wissenschaftsmagazin „Krebs im Focus“. Es wird den Zuweiserinnen und Zuweisern sowie den Kooperationspartnern postalisch zugesandt und steht zusätzlich 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 erschien im Dezember 2025.

Um die Vielzahl an Kommunikationsaktivitäten strategisch zu bündeln und die Öffentlichkeitsarbeit nachhaltig zu stärken, wurde im Berichtsjahr ein Lenkungskreis Öffentlichkeitsarbeit etab-

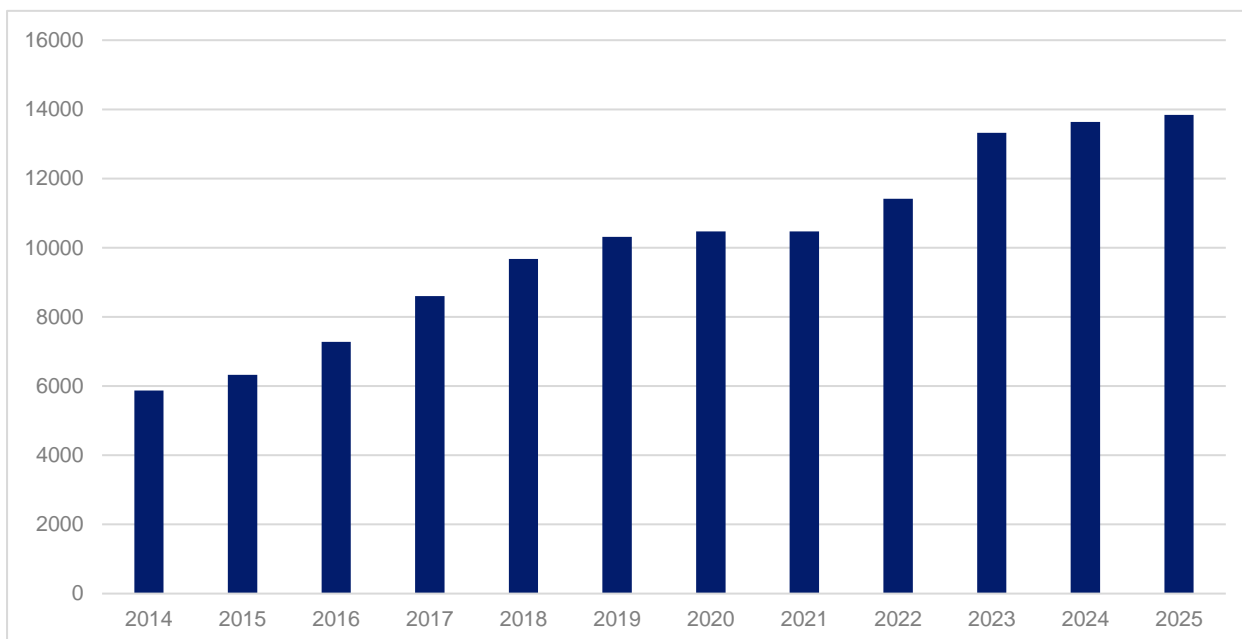
liert. Dieses Gremium setzt sich aus Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Bereiche des NCT/UCC, der Pressestelle des NCT/UCC sowie der Direktion Kommunikation des UKD zusammen. Der Lenkungskreis koordiniert alle Themen der internen und externen Kommunikation, entwickelt gemeinsame Kommunikationsstandards und stellt sicher, dass Informationen zielgruppengerecht, konsistent und zeitnah veröffentlicht werden. Darüber hinaus dient er als Plattform, um neue Kommunikationsformate zu entwickeln, Synergien zu nutzen und die Sichtbarkeit des Onkologischen Zentrums weiter zu erhöhen.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Patientenzahlen

In der interdisziplinären onkologischen Ambulanz des NCT/UCC wurden im Jahr 2025 insgesamt **13.842 Besuche von Patientinnen und Patienten** registriert. Diese Zahl umfasst ausschließlich die Kontakte, die im Rahmen der dort angesiedelten Sprechstunden der Chirurgie, internistischen Onkologie, Strahlentherapie, Tumororthopädie, Dermatologie und dem psychoonkologischen Dienst stattgefunden haben. Nicht berücksichtigt sind Patientinnen und Patienten, die die spezialisierten Sprechstunden der einzelnen Kliniken - beispielsweise die Brustsprechstunde in der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - aufgesucht haben. Ebenfalls nicht enthalten sind Beratungskontakte im Sozialdienst oder in der Ernährungsberatung.

Abbildung 6: Patientinnen und -Patientenbesuche in der interdisziplinären onkologischen Ambulanz



Zum Geltungsbereich des zertifizierten Onkologischen Zentrums gehören zwölf Organkrebszentren und Module sowie der Schwerpunkt 1. Entsprechend der von der Deutschen Krebsgesellschaft festgelegten Definition der Primär- und Zentrumsfälle sowie Rezidive/Metastasen stellt sich die Fallzahlentwicklung in den zertifizierten Bereichen in den letzten drei Jahren wie folgt dar:

Tabelle 7: Fallzahlentwicklung im Onkologischen Zentrum - Zertrechner OnkoZert

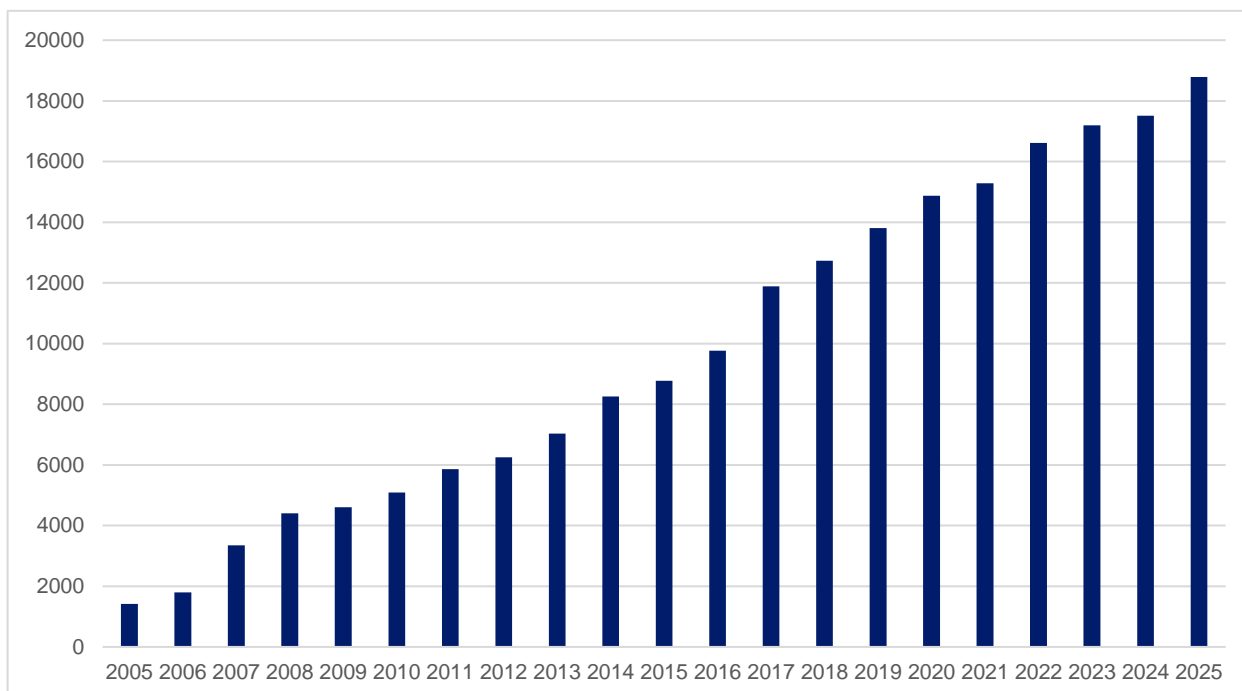
	2023	2024	2025
Primärfälle	3.849	4.146	4.137
Rezidive/Fernmetastasen	1.022	1.319	1.144
Zentrumsfälle	4.969	5.465	5.388

Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich im Onkologischen Zentrum eine stabile Anzahl an Primärfällen, was auf eine unverändert hohe Grundnachfrage nach diagnostischen und therapeutischen Erstbehandlungen hinweist. Demgegenüber sind sowohl die Rezidiv- als auch die Zentrumsfälle leicht rückläufig. Dieser Trend könnte auf verbesserte Therapieergebnisse, veränderte Zuweisungsstrukturen oder eine Verschiebung der Fallkomplexität zurückzuführen sein. Trotz des moderaten Rückgangs in diesen Bereichen bleibt die Gesamtaktivität des Zentrums hoch, was sich auch in der weiterhin steigenden Zahl an Patientinnen und -patientenbesuchen in der interdisziplinären onkologischen Ambulanz widerspiegelt. Die Entwicklung unterstreicht, dass das Onkologische Zentrum zunehmend als verlässliche Anlaufstelle für die Primärdiagnostik und -therapie wahrgenommen wird. Aus den aktuellen Entwicklungen ergibt sich daher weiterhin kein unmittelbarer Handlungsbedarf, vielmal bestätigen sie die positive Entwicklung des Zentrums.

Interdisziplinäre Tumorboards

Für das Jahr 2025 wurden in Summe **1.113 Tumorboards** durchgeführt. Hierunter zählen alle Tumorboards, mit Ausnahme der Teletumorkonferenzen sowie dem supportiven Tumorboard, die in der Abbildung 4 aufgeführt sind.

Abbildung 7: Anzahl der Empfehlungen in den interdisziplinären Tumorkonferenzen



Die Anzahl der durchgeführten Tumorkonferenzen ist im Berichtsjahr von 967 auf **1.113** gestiegen und hat mit **18.792 ausgesprochenen Empfehlungen** einen neuen Höchststand erreicht. Diese Entwicklung zeigt, dass die interdisziplinären Fallbesprechungen weiterhin eine zentrale Rolle in der onkologischen Versorgung einnehmen und von den behandelnden Fachbereichen genutzt wird. Gleichzeitig verdeutlicht die hohe Zahl der Empfehlungen, dass die Kapazitäten der Tumorkonferenzen zunehmend an ihre organisatorischen Grenzen stoßen. Trotz der dynamischen Entwicklung zeigen die aktuellen Auswertungen, dass die bestehenden Strukturen und Abläufe weiterhin stabil funktionieren. Die Fallbesprechungen werden fristgerecht durchgeführt und es bestehen keine Hinweise auf Verzögerungen oder Qualitätsverluste in der Entscheidungsfindung. Vor diesem Hintergrund sind derzeit keine unmittelbaren Maßnahmen erforderlich. Die Entwicklung wird jedoch engmaschig beobachtet, um bei weiter steigenden Fallzahlen frühzeitig reagieren zu können - beispielsweise durch organisatorische Anpassungen, Prozessoptimierungen oder gezielte Entlastung einzelner Tumorkonferenzen.

Das supportive Tumorboard fand im Jahr 2025 an 41 Tagen statt. Im Rahmen dieser Sitzungen wurden **296 Therapieempfehlungen** ausgesprochen. Dies entspricht einer leichten Steigerung um 56 Empfehlungen im Vergleich zum Vorjahr. Die Zunahme der Empfehlungen verdeutlicht, dass das supportive Tumorboard zunehmend als wichtiges Instrument zur interdisziplinären Abstimmung und zur Optimierung der patientenorientierten Versorgung genutzt wird. Trotz des moderaten Anstiegs bewegen sich die Fallzahlen weiterhin in einem gut handhabbaren Rahmen. Die Abläufe im Tumorboard sind stabil, die Terminfrequenz ausreichend und die erforderliche Beteiligung gewährleistet. Aus den aktuellen Entwicklungen ergibt sich aktuell kein Handlungsbedarf.

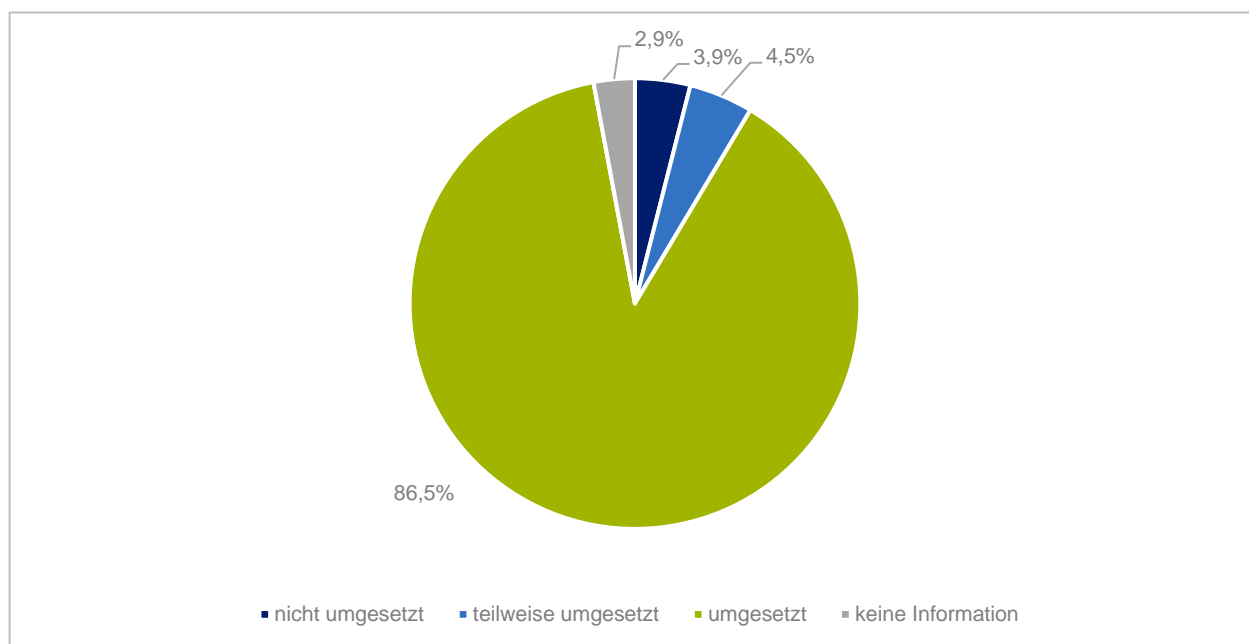
Tumorboardcompliance

Für die Bewertung der Umsetzung der in den interdisziplinären Tumorboards dokumentierten Empfehlungen wird einmal jährlich eine systematische Prüfung durchgeführt. Grundlage ist dabei eine Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum (1. Oktober 2024 bis 30. September 2025) vorgestellten Patientinnen und Patienten. Die Auswahl erfolgt zufällig und repräsentativ über alle relevanten Tumorentitäten hinweg. Im Kinderonkologischen Zentrum bzw. bei der pädiatrischen Tumorkonferenz werden die Beschlüsse entsprechend der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft geprüft, was einer Stichprobe von 41,7% entspricht.

Der Schwerpunkt der Analyse liegt auf der inhaltlichen Übereinstimmung zwischen den im Tumorboard beschlossenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und der tatsächlich erfolgten klinischen Umsetzung. Als internes Qualitätsziel wurde definiert, dass mindestens 80% der Empfehlungen vollständig umgesetzt sein sollen. Dieses Ziel dient der Sicherstellung einer leitliniengerechten, interdisziplinär abgestimmten Versorgung und ermöglicht die frühzeitige Identifikation struktureller oder prozessualer Abweichungen.

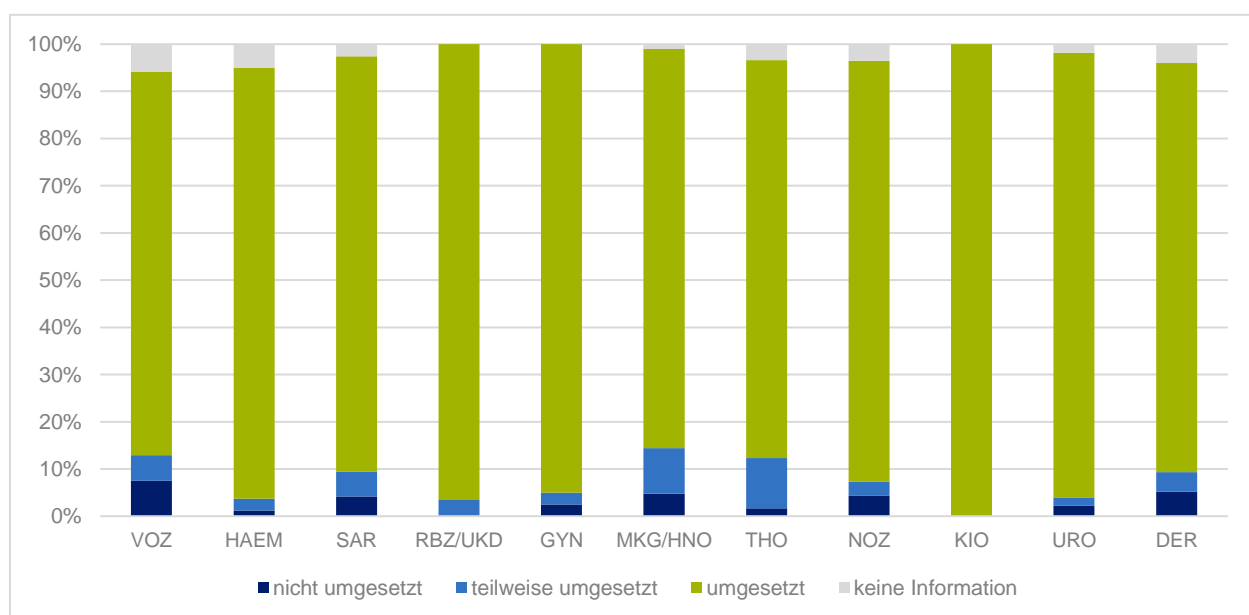
Im Jahr 2025 wurden insgesamt **3.565 Tumorkonferenzempfehlungen** von **2.012 Patientinnen und Patienten** überprüft.

Abbildung 8: Ergebnisse der Überprüfung der Tumorboardcompliance gesamt



Von allen geprüften Tumorkonferenzempfehlungen wurden **86,5% vollständig umgesetzt**. Damit wurde das in den internen Qualitätsindikatoren festgelegte Mindestziel von 80% nicht nur erreicht, sondern deutlich übertroffen. Abweichungen traten überwiegend in nachvollziehbaren Einzelfällen auf, etwa aufgrund veränderter klinischer Rahmenbedingungen, Patientenpräferenzen oder neu aufgetretener Komorbiditäten. Nicht nachvollziehbare Abweichungen von der Tumorboardempfehlung werden interdisziplinär besprochen, um mögliche Prozesslücken zu identifizieren und die Versorgungsqualität weiter zu verbessern. Trotz eines leichten Rückgangs der Umsetzungsrate um 0,7% im Vergleich zum Vorjahr besteht weiterhin kein Handlungsbedarf. Die erzielten Ergebnisse liegen nach wie deutlich über der internen Zielvorgabe und zeigen eine hohe Verbindlichkeit in der Umsetzung der interdisziplinären Therapieempfehlungen. Ein zusätzlicher Handlungsbedarf ergibt sich aufgrund der positiven Entwicklung derzeit nicht.

Abbildung 9: Vergleich der Tumorboardcompliance zwischen den Tumorkonferenzen/Organkrebszentren



Im Vergleich zwischen den verschiedenen Tumorboards zeigen sich nur minimale Abweichungen. Alle Zentren erfüllen dabei die Vorgabe einer mindestens 80%igen Umsetzung der Tumorboardempfehlungen. Die Ergebnisse liegen eng beieinander und verdeutlichen eine konsistent hohe Qualität in der Umsetzung der Therapieentscheidungen.

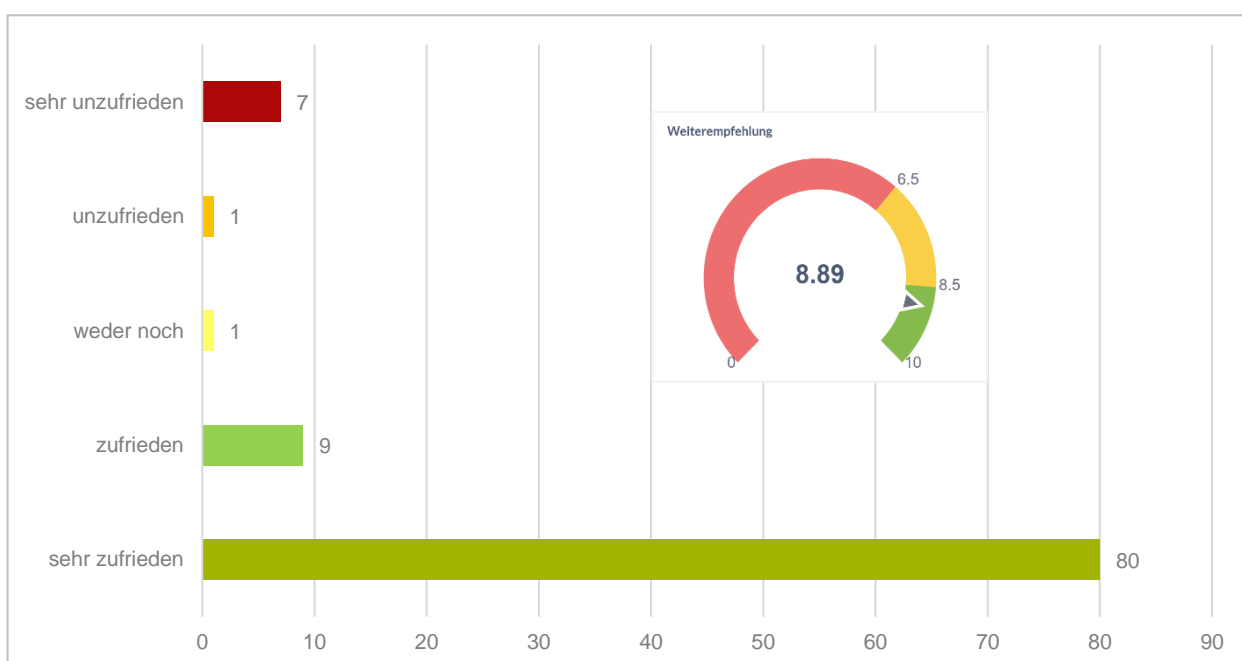
Die Auseinandersetzung mit den zentrumsindividuellen Resultaten erfolgt in dem jeweiligen zentrumsspezifischen Teil des Jahresberichts. Dort werden die Ergebnisse detailliert dargestellt, im Kontext der eigenen Strukturen bewertet und - wenn erforderlich - spezifische Optimierungsansätze abgeleitet.

Ergebnisse des Feedbacksystems

Im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2025 sind über das digitale Feedbacksystem insgesamt 98 Rückmeldungen für die interdisziplinäre onkologische Ambulanz eingegangen. Damit liegt die Anzahl der Rückmeldungen unter dem Vorjahreswert von 107 und zeigt im zweiten Jahr in Folge einen rückläufigen Trend. Von den eingegangenen Rückmeldungen wurden 59 von Patientinnen und Patienten und 30 von Angehörigen abgegeben. Neun Rückmeldungen erfolgten ohne Angabe der Personengruppe.

Seit der Einführung der Feedbackkarten im August 2025 sind bis zum Jahresende insgesamt 21 ausgefüllte Feedbackkarten eingegangen. Damit ergänzt dieses neue Instrument das digitale Rückmeldesystem und bietet eine zusätzliche Möglichkeit, patienten- und angehörigenbezogene Rückmeldungen niedrigschwellig zu erfassen. Die ersten Monate zeigen, dass das Angebot angenommen wird und einen weiteren Zugang zur strukturierten Rückmeldung schafft. Von den 21 rückgemeldeten Feedback enthielten 10 Rückmeldungen Lob, fünf Anregungen und sechs Beschwerden.

Abbildung 10: Allgemeine Zufriedenheit digitales Feedback 2025



Das digitale Feedback basiert auf eine fünfstufigen Bewertungsskala von sehr zufrieden (5) bis sehr unzufrieden (1).

Positiv hervorzuheben ist die Entwicklung der quantitativen Zufriedenheitsindikatoren:

- Die Weiterempfehlungsrate stieg von 7,97 im Jahr 2024 auf 8,93 im Jahr 2025.
- Auch die Gesamtzufriedenheit verbesserte sich leicht von 4,26 (2024) auf 4,57 (2025).

Sowohl im digitalen Feedbacksystem als auch bei den Feedbackkarten zeigten sich die Wartezeiten sowie die Organisation der Termine als die am häufigsten genannten Gründe für Unzufriedenheit. Trotz einzelner kritischer Rückmeldungen zu den Wartezeiten zeigt die umfassende Wartezeitenanalyse (siehe Seite 40) keine Auffälligkeiten. Im Vergleich zum Vorjahr sind keine wesentlichen Änderungen erkennbar, sodass weiterhin von stabilen und angemessenen Abläufen auszugehen ist. Die eingegangenen Hinweise zu Wartezeiten sowie zur organisatorischen Terminabstimmung wurden - soweit sie im Einzelfall nachvollzogen werden konnten – sorgfältig geprüft. Auch hier ergaben sich keine Hinweise auf systematische Fehler oder strukturelle Probleme.

Die Ergebnisse zeigen, dass trotz einzelner Kritikpunkte die allgemeine Wahrnehmung der Versorgung und Betreuung in der interdisziplinären onkologischen Ambulanz gestiegen ist. Nach der Vorstellung der Ergebnisse in den verschiedenen Gremien des Onkologischen Zentrums wurden dennoch Maßnahmen festgelegt, die in der folgenden Tabelle aufgeführt sind.

Tabelle 8: Maßnahmen aus dem digitalen Feedback

Nr.	Maßnahme	Termin	Verantwortlich
1	Prüfung der Etablierung der QR-Codes auf den Bestellkarten zur Erhöhung der Rückmeldungen	30. Juni 2026	QM NCT/UCC
2	Wartezeitenanalyse	einmal jährlich	QM NCT/UCC
3	Einzelfallanalyse	nach Eingang der Rückmeldung	QM NCT/UCC / AHD / ÄD

Wartezeitenanalyse

Eine Wartezeitenanalyse wird einmal jährlich über einen Zeitraum von vier Wochen durchgeführt und umfasst sowohl die Wartezeit auf einen Termin als auch die tatsächliche Wartezeit am Behandlungstag. Für die Terminwartezeit wird erhoben, wie viele Tage zwischen der Terminvereinbarung und dem tatsächlichen Termin liegen. Zusätzlich wird dokumentiert, wann die Patientin bzw. der Patient zum Termin einbestellt war und zu welchem Zeitpunkt der Aufruf in der Sprechstunde tatsächlich erfolgt ist. Die Analyse bezieht sich ausschließlich auf die Sprechstunden in den Bereichen Chirurgie, innere Medizin, Tumororthopädie und Strahlentherapie. Termine in den supportiven Bereichen, wie Psychoonkologie oder Sozialdienst werden nicht erfasst. Hier erfolgt die Terminvergabe oft situativ und sind daher nicht Teil der standardisierten Wartezeitenanalyse.

Tabelle 9: Ergebnis der Wartezeitenanalyse 2023-2025

	2023	2024	2025
Wartezeit auf einen Termin	9,2 Tage	6,15 Tage	5,99 Tage
Wartezeit am Behandlungstag	20,0 Minuten	16,67 Minuten	15,46 Minuten

Die internen Zielvorgaben definieren eine maximale Wartezeit von ≤ 14 Tagen für einen Termin in der Sprechstunde sowie eine Wartezeit von ≤ 60 Minuten am Behandlungstag. Diese Vorgaben orientieren sich an den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft. Mit einer durchschnittlichen Terminwartezeit von 6 Tagen und einer durchschnittlichen Wartezeit von 16 Minuten am Behandlungstag wurden diese Vorgaben im Erhebungszeitraum deutlich erreicht. Auf Grundlage dieser Ergebnisse sind derzeit keine Maßnahmen erforderlich.

Forschungstätigkeiten

Forschungstätigkeiten bilden eine zentrale Säule der onkologischen Versorgung und sind entscheidend dafür, die Ursachen von Krebserkrankungen besser zu verstehen sowie Prävention, Diagnostik und Therapie kontinuierlich zu verbessern. Durch wissenschaftliche Arbeit entstehen neue diagnostische Verfahren, innovative Therapieansätze und zielgerichtete Medikamente, die immer präziser auf die biologischen Eigenschaften unterschiedlicher Tumorarten abgestimmt werden können. Ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätsentwicklung ist zudem die Vereinheitlichung medizinischer Standards. Die kontinuierliche Aktualisierung und Harmonisierung von Diagnostik- und Therapieempfehlungen schaffen die Grundlage für eine leitliniengerechte und hochwertige Versorgung aller Patientinnen und Patienten. Das Onkologische Zentrum trägt hierzu maßgeblich bei, indem es moderne Behandlungsstrategien implementiert und aktiv an der Weiterentwicklung onkologischer Versorgungskonzepte mitwirkt.

Im Berichtsjahr engagierten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Onkologischen Zentrums in vielfältigen wissenschaftlichen Aktivitäten. Dazu zählen die Mitarbeit an nationalen und internationalen Leitlinien, die Veröffentlichung wissenschaftlicher Publikationen sowie die Beteiligung an klinischen Studien. Diese Studien ermöglichen es, neue Therapieformen unter kontrollierten Bedingungen zu evaluieren und Patientinnen und Patienten frühzeitig Zugang zu innovativen Behandlungsoptionen zu eröffnen.

Darüber hinaus wurden bestehende Kooperationen mit universitären und außeruniversitären Forschungseinrichtungen weiter ausgebaut. Diese Zusammenarbeit stärkt den interdisziplinären Austausch, fördert den Wissenstransfer und unterstützt die Entwicklung gemeinsamer Forschungsprojekte.

Mitwirkung in Projekten

ONCOconnect

Das bundesweite Verbundprojekt ONCOconnect der Deutschen Krebshilfe verfolgt das Ziel, den eingeschränkten Zugang zu spezialisierten onkologischen Angeboten in ländlichen Regionen zu verbessern. Durch eine engere Zusammenarbeit sowie die Harmonisierung von Strukturen innerhalb des Netzwerks der Onkologischen Spitzenzentren soll die Versorgung von Patientinnen und Patienten - unabhängig vom Wohnort - nachhaltig gestärkt werden. Fünf standortübergreifende Task Forces entwickeln hierfür regionale Best-Practice-Modelle in den Bereichen Präven-

tion und Früherkennung, Beteiligung von Patientinnen und Patienten, klinische Studien, Qualitätssicherung sowie Digitalisierung des Outreach.

Der Standort Dresden engagiert sich aktiv in der Task Force Qualitätssicherung. Diese Arbeitsgruppe verfolgt das Ziel, die onkologische Versorgung bundesweit zu verbessern und regionale Unterschiede zu verringern. Ein erstes zentrales Teilziel besteht in der Optimierung der Video-Tumorboards. Regionale Versorgungseinrichtungen sollen künftig leichteren und effizienteren Zugang zu den Video-Tumorboards der Comprehensive Cancer Centers erhalten, um Tumorpatientinnen und -patienten eine bestmögliche, wohnortunabhängige Therapieempfehlung zu ermöglichen. Darüber hinaus ist geplant, supportive Angebote stärker in die Video-Tumorboards zu integrieren, um die Versorgung ganzheitlich zu erweitern.

„S.O.O.S.“ **Second Opinion Oncology Service**

Das bundesweite Verbundprojekt der Onkologischen Spitzenzentren in Deutschland wird ebenfalls durch die Deutsche Krebshilfe gefördert. Ziel des Vorhabens ist der Aufbau und die Implementierung eines strukturierten, qualitätsgesicherten Zweitmeinungsangebots für Krebspatientinnen und -patienten an den Standorten der Onkologischen Spitzenzentren. Perspektivisch ist die Überführung des entwickelten Konzepts in die Regelversorgung sowie dessen Integration in die Finanzierungssystematik der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Komplexität onkologischer Diagnostik und Therapie kommt qualitätsgesicherten Zweitmeinungsverfahren eine besondere Bedeutung zu. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Absicherung therapeutischer Entscheidungen, zur Transparenz klinischer Empfehlungen sowie zur Stärkung der informierten Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten - insbesondere bei komplexen Krankheitsverläufen und seltenen Tumorentitäten.

Das Projekt ist eng mit ONCOnect verzahnt und nutzt die dort etablierten Strukturen und Kooperationsmechanismen. In der ersten Förderphase erfolgt eine systematische Analyse und Standardisierung der Prozesse zur ärztlichen Zweitmeinungserstellung. Auf dieser Grundlage wird ein strukturiertes, IT-gestütztes Umsetzungskonzept entwickelt und pilothaft an acht beteiligten Comprehensive Cancer Centers implementiert. Parallel werden wissenschaftliche Begleit- und Evaluationskonzepte erarbeitet, die die Basis für weiterführende Forschungsvorhaben sowie eine potenzielle zweite Förderphase bilden. Das NCT/UCC Dresden übernimmt innerhalb des Projektverbunds maßgebliche Aufgaben in der begleitenden Versorgungsforschung und ist in die Pilotierung und Evaluation des entwickelten Modells eingebunden.

Studie PROSA+

PROSA+ untersucht die Lebensqualität, Versorgungszufriedenheit und ungedeckten Bedarfe von Menschen, bei denen vor mehr als fünf Jahren ein Sarkom diagnostiziert wurde. Rund 1.600 Langzeitüberlebende sollen hierfür einmalig per Fragebogen befragt werden. PROSA+ ist ein Nachfolgeprojekt der in den Jahren 2017 bis 2020 durchgeführten PROSA-Studie. Neben Dresden sind auch das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ), die Universitätskliniken Essen, Mannheim und Heidelberg sowie die Deutsche Sarkomstiftung federführend beteiligt. Das Projekt läuft von Mai 2025 bis April 2028 und wird von der Deutschen Krebshilfe gefördert.

Langzeitüberleben nach Krebs: Untersuchung von Spätfolgen bei Leukämie

Die akute myeloische Leukämie (AML) ist eine der häufigsten Blutkrebserkrankungen im Erwachsenenalter. Nach einer erfolgreichen Behandlung kämpfen viele Patientinnen und Patienten mit körperlichen und psychischen Langzeitfolgen.

Die Deutsche Krebshilfe fördert das Verbundprojekt „AML-CARE“: Identifizierung von somatischen und psychosozialen Spätfolgen und Risikofaktoren bei AML-Langzeitüberlebenden als Basis evidenzbasierter Nachsorge“. Ziel von AML-CARE ist es, die Langzeitfolgen nach einer Leukämieerkrankung besser zu verstehen und daraus Empfehlungen für eine zielgerichtete Langzeitnachsorge zu entwickeln. Das Forschungsprojekt, das von Mai 2025 bis Dezember 2028 laufen wird, untersucht bundesweit ca. 400 AML-Langzeitüberlebende (≥ 5 Jahre nach Erstdiagnose) in Bezug auf Lebensqualität, psychische Gesundheit und körperliche Erkrankungen. Auch sozioökonomische und finanzielle Folgen wie Auswirkungen auf die Berufstätigkeit werden erfasst.

Weiterentwicklung von Leitlinien

Die Weiterentwicklung von Leitlinien ist von entscheidender Bedeutung für die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung. Leitlinien bieten evidenzbasierte Empfehlungen, die Fachkräfte unterstützen, fundierte Entscheidungen zu treffen und die bestmögliche Behandlung von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Eine kontinuierliche Aktualisierung und Anpassung von Leitlinien ist notwendig, um den sich ständig ändernden wissenschaftlichen Erkenntnissen, technologischen Fortschritten und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden.

Tabelle 10: Mitarbeit an Leitlinien

Mitwirkende Person	Fachrichtung	Leitlinie
Prof. Dr. J. Schetelig	Innere Medizin	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Patientinnen und Patienten mit einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) - V2.0 / Dezember 2024
PD Dr. med. A. Borkowetz	Urologie	S3-Leitlinie Prostatakarzinom - V7.0 / Mai 2024
Prof. Dr. med. J. Kotzerke	Nuklearmedizin	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge Nierenzellkarzinoms - V5 / September 2024
		S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms - V3.0 / März 2025
Dipl.-Psych. B. Hornemann	Psychoonkologie	S3-Leitlinie Exokrines Pankreaskarzinom – V3.1/September 2024
		S3-Leitlinie Endometriumkarzinom -V4.0 / Juli 2025 Konsultationsfassung
Prof. Dr. med. P. Wimberger	Gynäkologie	S3-Leitlinie Endometriumkarzinom -V4.0 / Juli 2025 Konsultationsfassung
Dr. med. S. Appold	Strahlentherapie	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge Nierenzellkarzinoms – V5/September 2024
Prof. Dr. med. Ralf-Thorsten Hoffmann	Radiologie	S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Hepatozellulären Karzinoms und biliärer Karzinome - V5.1/November 2024

Mitwirkende Person	Fachrichtung	Leitlinie
Prof. Dr. med. Evelin Schröck	Klinische Genetik	S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms - V5.0 / Dezember 2025
PD Dr. med. Rebecca Bütof	Strahlentherapie	S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen Patientinnen und Patienten - V2.0 / April 2025

Klinische Studien

Das Onkologische Zentrum hat sich auch im Berichtszeitraum aktiv an klinischen Studien beteiligt. Die klinischen Studien werden in den unterschiedlichen Fachbereichen durchgeführt, aber auch über die zentrale Studieneinheit Early Clinical Trial Unit (ECTU). Dazu zählen sowohl multizentrische, industriegesponserte Studien als auch investigator-initiierte Forschungsprojekte. Die Themen reichen von neuen medikamentösen Therapieformen über diagnostische Verfahren bis hin zu Versorgungsforschung. 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 aktuelle Übersicht aller laufenden und abgeschlossenen Studien ist jederzeit auf unserer Internetseite <https://www.nct-dresden.de/de/fuer-aerzte/klinische-studien> einsehbar. Hierüber sind Informationen über Ziele, Inhalte und Teilnahmevoraussetzungen abrufbar.

Im Jahr 2025 waren über die zentrale Studieneinheit ECTU 37 klinische Studien zur Rekrutierung verfügbar, in die 255 Patientinnen und Patienten eingeschlossen wurden. Die entitätsspezifischen Studien der Phasen III und IV werden in den jeweiligen Organkrebszentren selbst durchgeführt, da sie inhaltlich und organisatorisch an die dortigen Strukturen gebunden sind. Informationen zu diesen Studien finden sich daher im Abschnitt des jeweiligen Zentrums.

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des NCT/UCC aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2025 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.

Schepp F, Hempel S, von Bechtolsheim F, Merboth F, Radulova-Mauersberger O, Teske C, Mibelli N, Seifert L, Weitz J, Distler M, Oehme F. Predicting resectability after neoadjuvant chemotherapy for patients with borderline resectable pancreatic cancer: a single center, retrospective trial. Front Oncol. 2025 Sep 19;15:1602933. doi: 10.3389/fonc.2025.1602933. PMID: 41049856; PMCID: PMC12490984.

Pöschmann L, Meier F, Eichler M, Gellrich FF, Schmitt J, Schoffer O. Health-related quality of life and symptom burden in patients with melanoma during and after immune checkpoint inhibitor therapy - a pilot study. BMC Cancer. 2025 Oct 16;25(1):1599. doi: 10.1186/s12885-025-15069-w. PMID: 41102719; PMCID: PMC12532475.

Salm H, Schuler MK, **Hentschel L, Richter S**, Hohenberger P, Kasper B, **Andreou D**, Pink D, Mütze L, Arndt K, **Hofbauer C, Schaser KD, Weitz J**, Schmitt J, **Eichler M**. **Preferences on Treatment Decision Making in Sarcoma Patients: Prevalence and Associated Factors – Results from the PROSa Study**. *Oncol Res Treat*. 2025;48(4):174-185. doi: 10.1159/000543456. Epub 2025 Jan 15. PMID: 39814000.

Grey A, Justus T, Wahl H, Engelland K, Seidlitz A, Bütöf R, Krause M, Michler E, Meinhardt M, Troost EGC, Linn J. **Incidence and time course of new contrast-enhancing lesions on MRI after proton versus photon radiotherapy in glioma patients**. *Neuroradiology*. 2025 Nov 24. doi: 10.1007/s00234-025-03829-1. Epub ahead of print. PMID: 41283911.

Küchler S, **Brilloff S**, Schäfer S, Rahimian E, Kufrin V, Peri SS, Musa J, Grünewald TGP, **Schewe DM**, Ball CR, **Bornhäuser M, Glimm H, Bill M, Wurm AA**. **Cell cycle regulator MYBL2 is a distinct vulnerability in acute myeloid leukemia**. *Cell Death Discov*. 2025 Oct 20;11(1):470. doi: 10.1038/s41420-025-02810-4. PMID: 41115880; PMCID: PMC12537973.

Platzbecker U, Adès L, Montesinos P, Ammatuna E, Fenaux P, Baldus C, Bernardi M, Berthon C, Bocchia M, Bonmati C, Borlenghi E, **Bornhäuser M**, Carp D, Chantepie S, Crea E, Divona M, Döhner H, Ehninger G, Esteve Reyner J, Frayfer J, Garrido Diaz A, Gil C, Guarnera L, Hamm AF, Heiblig M, Heidenreich D, Krämer AJ, Ledoux MP, Lunghi M, Mancini V, Metzeler K, Miggiano MC, Müller-Tidow C, Peterlin P, Piciocchi A, Rieger K, **Röllig C**, Rossi G, Sanz MA, Serve H, Söhne M, Spiekermann K, Tavernier-Tardy E, Thiede C, Vives Polo S, Vogel W, Zappasodi P, Ziller-Walter P, Voso MT; SAL, AMCL-CG, AML-SG, OSHO, PETHEMA, HOVON and GIMEMA study groups. **Arsenic Trioxide and All-Trans Retinoic Acid Combination Therapy for the Treatment of High-Risk Acute Promyelocytic Leukemia: Results From the APOLLO Trial**. *Clin Oncol*. 2025 Oct 10;43(29):3160-3169. doi: 10.1200/JCO-25-00535. Epub 2025 Aug 18. PMID: 40825164.

Truhn D, Azizi S, Zou J, Cerda-Alberich L, Mahmood F, **Kather JN**. **Artificial intelligence agents in cancer research and oncology**. *Nat Rev Cancer*. 2026 Jan 12. doi: 10.1038/s41568-025-00900-0. Epub ahead of print. PMID: 41526721.

Forschung und wissenschaftliche Entwicklungen am Standort

Die Forschung und Entwicklungen am Standort konzentrieren sich nicht nur auf innovative Ansätze in der Krebsmedizin, die den Weg zu präziseren, wirksameren und verträglicheren Therapien ebnen. Sie schließt ebenso präventive Strategien ein, die das Risiko für Krebserkrankungen nachhaltig senken können.

- Neue Zelltherapie zeigt vielversprechende Ergebnisse bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen
<https://www.nct-dresden.de/de/das-nctucc-dresden/newsroom/pressemitteilungen/forschungserfolg-der-dresdner-hochschulmedizin-neue-zelltherapie-zeigt-vielversprechende-ergebnisse-bei-fortgeschrittenen-tumorerkrankungen>

- NCT/UCC bietet als einziger Standort in Sachsen individualisierte mRNA-Impfung gegen Bauchspeicheldrüsenkrebs an
<https://www.nct-dresden.de/de/das-nctucc-dresden/newsroom/pressemitteilungen/einziger-standort-in-sachsen-nct-ucc-dresden-bietet-individualisierte-mrna-impfung-gegen-bauchspeicheldruesenkrebs-an>
- RELAX-Studie aus Dresden: Innovative Kombinationstherapie zeigt vielversprechende Wirksamkeit bei aggressiver Leukämie
<https://www.nct-dresden.de/de/das-nctucc-dresden/newsroom/pressemitteilungen/relax-studie-aus-dresden-innovative-kombinationstherapie-zeigt-vielversprechende-wirksamkeit-bei-aggressiver-leukaemie>
- Langzeitfolgen von Krebs: Arbeit aus Dresden und Leipzig zeigt Wege zur passgenauen Nachsorge junger Menschen
<https://www.nct-dresden.de/de/das-nctucc-dresden/newsroom/pressemitteilungen/langzeitfolgen-von-krebs-arbeit-aus-dresden-und-leipzig-zeigt-wege-zur-passgenauen-nachsorge-junger-menschen>



© NCT/UCC / André Wirsig

Hauttumorzentrum



Hauttumor-
zentrum

Inhaltsverzeichnis

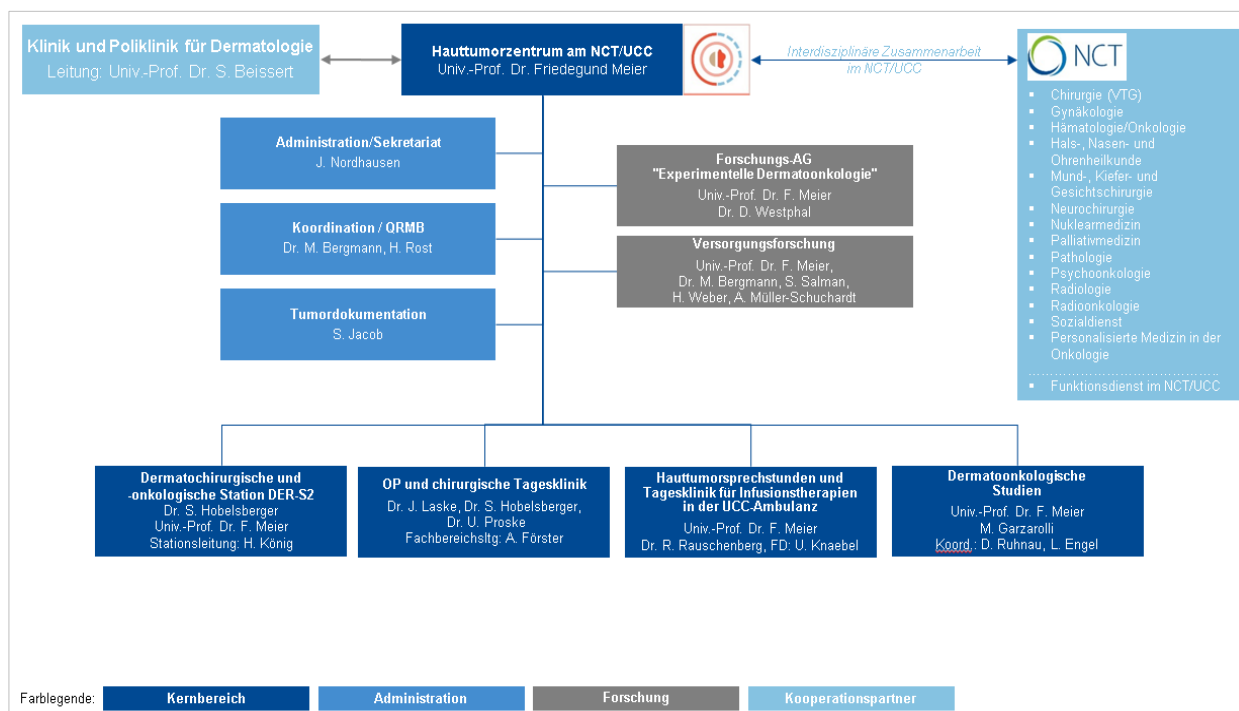
Hauttumorzentrum	48
Struktur des Hauttumorzentrums.....	48
Ziele des Hauttumorzentrums.....	51
Externe und interne Audits	52
Externe Audits.....	52
Interne Audits	52
Zufriedenheitsbefragungen.....	52
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	52
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	53
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	54
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	54
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	54
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	54
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	55
Leistungszahlen	55
Psychosoziale Versorgung	56
Wartezeiten	56
Interdisziplinäre Tumorkonferenz.....	57
Tumorboardcompliance	58
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	59
Forschungstätigkeiten	59
Klinische Studien.....	59
Publikationen.....	59

Hauttumorzentrum

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. Die Schlüsselrolle bei der Behandlung kommt dabei der Dermatochirurgie und Dermatoonkologie 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 arbeitet das Hauttumorzentrum eng mit den weiteren Einrichtungen am NCT/UCC zusammen, um eine umfassende Diagnostik und eine optimal abgestimmte Therapieplanung sicherzustellen. Bei Bedarf können Patientinnen und Patienten zudem in weiteren entitätsspezifischen Tumorboards vorgestellt werden, wenn dies für eine individuelle Behandlung sinnvoll und erforderlich ist. Am NCT/UCC bestehen für Hauttumorpatientinnen und -patienten auch weitere supportive Angebote wie psychosoziale Beratung, Ernährungsberatung oder Bewegungstherapie.

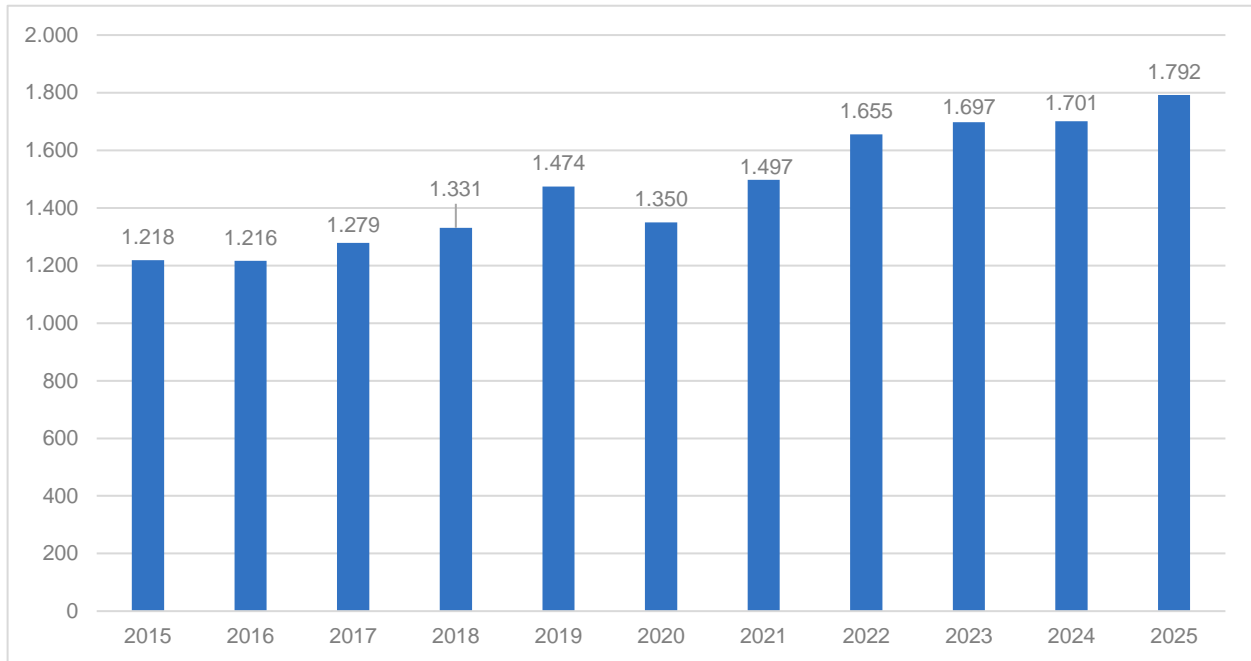
Abbildung 11: Struktur des Hauttumorzentrums



Im Betrachtungszeitraum zeigt sich insgesamt eine stabile Entwicklung der Fallzahlen mit einem moderaten Anstieg über die vergangenen drei Jahre (siehe Abbildung 11). Nach 1.697 dokumentierten Fällen im Jahr 2023 blieb die Zahl im Jahr 2024 mit 1.701 Fällen nahezu konstant. Für 2025 ist hingegen ein deutlicherer Zuwachs auf 1.792 Fälle zu verzeichnen. Dieser Anstieg kann auf eine Kombination verschiedener Faktoren zurückzuführen sein, darunter eine weiter steigende Inanspruchnahme spezialisierter Versorgungsangebote, verbesserte diagnostische Struk-

turen sowie eine zunehmende Zuweisung komplexer Fälle an das Zentrum. Die Entwicklung unterstreicht die wachsende Bedeutung des Hauttumorzentrums in der onkologischen Versorgung und Forschung und bestätigt die hohe Akzeptanz der angebotenen Expertise.

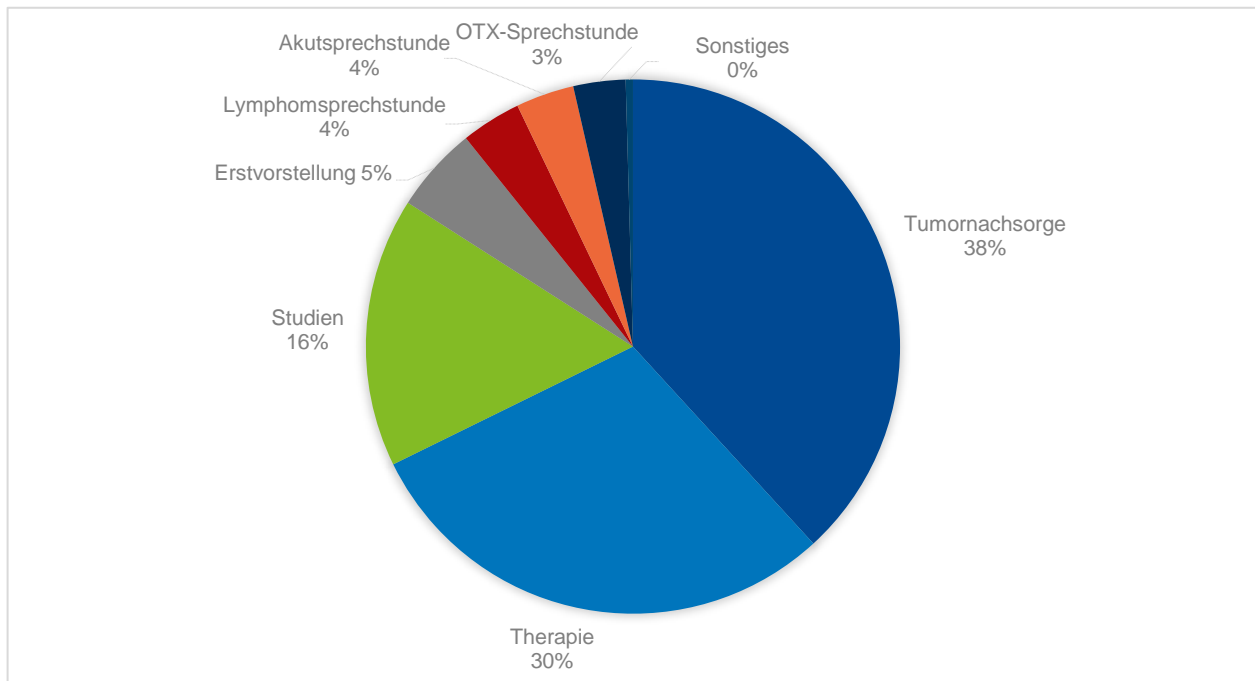
Abbildung 12: Anzahl Primärfälle des Hauttumorzentrums 2015-2025



Im Jahr 2025 wurden in der Dermatochirurgie rund 2.000 Operationen mit histologischer Randkontrolle, 418 Eingriffe mit leitliniengerechtem Sicherheitsabstand sowie 147 Wächterlymphknoten-Biopsien durchgeführt. Die stationäre Versorgung dieser Patientinnen und Patienten erfolgte überwiegend auf der Station DER-S2, in Ausnahmefällen auch in der operativen Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Dermatologie betreut.

Im ambulanten Bereich des Hauttumorzentrums wurden im selben Jahr mehr als 2.000 Patientinnen und Patienten betreut, die zusammen über 7.000 Termine wahrnahmen. Zur finanziellen Stabilisierung und strukturellen Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung wurde die Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) eingeführt. Diese Versorgungsform ermöglicht es, Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen sektorenübergreifend und nach einheitlichen Qualitätsstandards zu behandeln. Durch die ASV können sowohl diagnostische als auch therapeutische Leistungen gebündelt, transparent dokumentiert und verlässlich abgerechnet werden. Für das Hauttumorzentrum bedeutet dies, dass ein Teil der Patientinnen und Patienten nun im Rahmen der ASV geführt werden. Dies trägt nicht nur zur finanziellen Absicherung der aufwendigen ambulanten Leistungen bei, sondern stärkt auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und verbessert die Kontinuität der Versorgung.

Abbildung 13: Verteilung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Hauttumorzentrum



Unser Hauttumorzentrum vereint eine Vielzahl spezialisierter Qualifikationen, um Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren umfassend, leitliniengerecht und interdisziplinär zu versorgen.

Tabelle 11: Qualifikationsmatrix Hauttumorzentrum 2025

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"
Hauptoperateure	Dr. med. Jörg Laske (OP-Leitung)	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Zusatzbezeichnung Dermatohistologie
	Dr. med. Sarah Hobelsberger	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Pflegedienstleitung	Katrin Krücke	Fachweiterbildung „Leitungsaufgaben im Gesundheitseinrichtungen“ an der Carus Akademie, Management für Gesundheitsfachberufe B.Sc. an der DIU
Onkologische Fachpflegekräfte und Pflegekräfte mit onkologischen Zusatzqualifikationen	Steffi Leubert	Fachweiterbildung „Onkologische Pflege“
	Mandy Hable / Peggy Nietzold	Fortbildung „Ambulante Onkologie“
	Daniel Lundström	Fachweiterbildung „Onkologische Pflege“
	Elke Kätzel	Fortbildung „Tumorschmerztherapie“
Tumordokumentation	Sonja Jacob	Medizinische Dokumentationsassistentin

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumskoordination / Qualitätsmanagement	Dr. rer. medic. Maike Bergmann	Master of Public Health; Fortbildungen „Grundlagen QRM mit Fokus Internes Audit“, „Klinisches Risikomanagement im Gesundheits- und Sozialwesen“, „DGQ-Qualitätsmanagementbeauftragte“

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 12: Jahresziele 2025 des Hauttumorzentrums

Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
ONCConnect	Leitung Hauttumorzentrum	Dezember 2025	Zehn Kooperationsverträge erstellt.
Ausbau des virtuellen Tumorboards	Mitarbeiterinnen ONCConnect Leitung Hauttumorzentrum	Dezember 2025	Steigerung der externen Vorstellungen durch Outreach-Partner um ca. 40%
Befragung der Zuweisenden und Zuweiser	QMB Hauttumorzentrum Koordination Hauttumorzentrum	Dezember 2025	Befragung der Zuweisenden im Rahmen von Veranstaltungen (Best of Chicago, DDG)
Nachbesetzung der W3-Universitätsprofessur für Dermatoonkologie	Klinikleitung, Rektorat TU Dresden	Dezember 2025	Bewerber gesichtet, Vertragsverhandlungen, finale Besetzung noch ausstehend
Erhalt bzw. Ausbau der Arztstellen in der Hauttumorambulanz	Leitung Hauttumorzentrum, Verwaltungsleitung, Klinikdirektor	Kontinuierlich	Drei bis vier Rotationsärztinnen und -ärzte und zwei Funktionsoberärzte in der Dermatoonkologie

Unsere strategischen Ziele für 2026:

<p>Regionale Versorgung optimieren</p> <p>Ausbau und Etablierung nachhaltiger, niedrigschwellig zugänglicher Versorgungsstrukturen für Hautkrebs-Betroffene in der Region Dresden/Ostsachsen, insbesondere durch das ONCConnect-Projekt.</p>	<p>Forschung vorantreiben</p> <p>Intensivierung der klinischen, experimentellen und Versorgungsforschung. Dies beinhaltet die Wiederaufnahme der Patientenrekutierung für das bundesweite ADOScience-Register und die damit verbundenen neue Forschungstätigkeiten.</p>	<p>Qualität und Struktur stärken</p> <p>Implementierung eines umfassenden Survivorship Care Programms für die Melanompatientinnen und -patienten (LeMela-Projekt), Nachbesetzung der W3-Universitätsprofessur für Dermatoonkologie und Konsolidierung unserer Auditprozesse (DKG, DIN EN ISO 9001).</p>
---	--	--

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Mai 2025 wurde das Hauttumorzentrum im Rahmen eines reduzierten Auditzyklus hinsichtlich der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft durch einen Fachexperten qualitativ bewertet.

Die Klinik und Poliklinik für Dermatologie sowie das Hauttumorzentrum am NCT/UCC wurden am 3. und 4. September 2025 erfolgreich nach der DIN EN ISO 9001:2015 rezertifiziert. Im Rahmen des Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Insgesamt ergaben sich 16 Hinweise, darunter mehrere Aspekte mit Relevanz für das Hauttumorzentrum. Dazu zählten unter anderem Optimierungspotenziale in der Dokumentation (OP-Berichte, Entlassbriefe), im Risikomanagement (Medikationsaufnahme), bei der Indikationsstellung bei operativen Eingriffen, im Angebot der Imaging-Sprechstunde sowie bei der Dokumentation von Tumorboardbeschlüssen, insbesondere im palliativen Kontext.

Interne Audits

Am 30. Januar 2025 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 acht Hinweise bzw. Tipps, welche der gesamten Klinik und Poliklinik für Dermatologie zuzuordnen sind.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Mit den Hauptzuweisenden des Hauttumorzentrums besteht ein kontinuierlicher enger Austausch. Dieser erfolgt unter anderem über persönliche ärztliche Kontakte, Vorträge auf Veranstaltungen niedergelassener Dermatologinnen und Dermatologen sowie durch Einladungen zu Fortbildungen und weiteren Veranstaltungen der Klinik und Poliklinik für Dermatologie. Ausführliche Arztbriefe informieren die Zuweisenden umfassend über gemeinsam betreute Patientinnen und Patienten. Über die Internetseite des Hauttumorzentrums sind Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, Informationen zum Leistungsspektrum, aktuell angebotene Studien und weitere Inhalte leicht zugänglich. Zusätzlich bietet das Hauttumorzentrum in regelmäßigen Abständen einen Newsletter mit aktuellen Informationen an. Zuweisende haben zudem über die Internetseiten des Hauttumorzentrums sowie des NCT/UCC die Möglichkeit, an der digitalen Befragung teilzunehmen. Auch auf den Tumorboardbeschlüssen ist der QR-Code zur Zufriedenheitsbefragung integriert. Diese Möglichkeit der Rückmeldung wird bislang jedoch nur unzureichend genutzt.

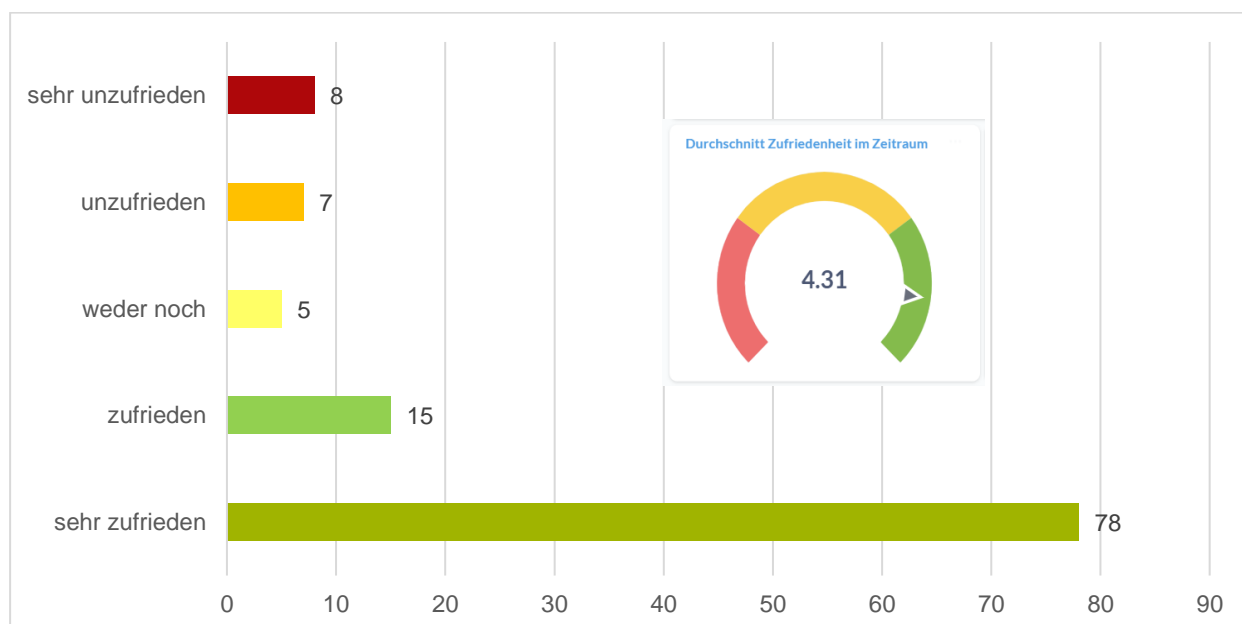
In 2025 wurde bei zwei Veranstaltungen (Best of Chicago und Dresdner Dermatologisches Gespräch) das Angebot für Feedback über einen papierbasierten Fragebogen ermöglicht. Es haben sich 15 Zuweisende beteiligt (Rücklauf 12%). Es besteht eine durchweg hohe Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot. Verbesserungspotenzial wurde insbesondere bei den Arztbriefen identifiziert - sowohl hinsichtlich der Dauer als auch des Inhalts. Daraufhin wurde eine fortlaufende,

stichprobenartige Erhebung der Erstellungszeiten eingeführt, um daraus gezielt Maßnahmen abzuleiten. Zudem wurden die Stationsärztinnen und -ärzte erneut darauf hingewiesen, den Diagnoseblock einschließlich der korrekten TNM-Klassifikation vollständig und regelkonform zu dokumentieren. Die bestehenden Textbausteine werden kontinuierlich überarbeitet und an aktuelle Anforderungen angepasst.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Die Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten aus der Dermatologie wurden 2025 fortlaufend über das digitale Feedback des Universitätsklinikums erfasst. Neben Tablets vor Ort steht eine Online-Befragung zur Verfügung, die z.B. über Poster und Infoblätter mit QR-Code beworben wird. In 2025 gab es 113 Rückmeldungen mit einer durchschnittlich hohen Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten von 4,31 (von max. 5).

Abbildung 14: Zufriedenheit Patientinnen und Patienten Dermatologie 2025



Neben viel Lob und Dank gingen auch vereinzelt kritische Meldungen ein. Diesen wurde möglichst unmittelbar nachgegangen und wenn möglich, wurden direkt Maßnahmen eingeleitet, z. B. ein persönliches Gespräch mit Pflege, Case Management oder dem ärztlichen Dienst. Zu den Gründen für Unzufriedenheit zählen unter anderem die Räumlichkeiten, die Kommunikation/Information/Aufklärung sowie die Wartezeit. Auf negative Rückmeldungen wird zeitnah reagiert. Sofern Patientinnen und Patienten Kontaktdaten angegeben haben, erfolgt eine direkte Rückmeldung per E-Mail oder Telefon; bei stationären Aufenthalten wird der Kontakt nach Möglichkeit persönlich vor Ort hergestellt. Parallel dazu wird der betreffende Sachverhalt mit den zuständigen Klinikbereichen (Ärztinnen und Ärzte, Pflege) besprochen. Bauliche Verbesserungen können aufgrund der derzeit begrenzten finanziellen Mittel nur eingeschränkt oder gar nicht umgesetzt werden. Die Dokumentation aller eingeleiteten und realisierten Maßnahmen erfolgt über das RedCap-Dashboard.

Zusätzlich zum digitalen Feedback enthalten alle Patientenmappen, die vorstationär und in der interdisziplinären onkologischen Ambulanz des NCT/UCC bei Erstaufnahme ausgehändigt werden, einen ausführlichen Fragebogen in Papierform und einen Freiumschlag zur Rücksendung. Hierbei war die Resonanz auch in 2025 wieder eher gering (Rücklaufquote 2025: $36/\sim 300 = 8\%$). Besonders hervorzuheben sind die sehr positiven Bewertungen zur fachlichen Kompetenz und Freundlichkeit von ärztlichem und pflegerischem Personal sowie zur Ausstattung und zum Service.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel / SOP-Workshops

Am 9. Januar 2025 fand der jährliche Qualitätszirkel von Dermatologie und Nuklearmedizin zur interdisziplinären Betrachtung der klinischen Detektionsrate bei Sentinel-Node-Biopsien statt. Sowohl die Dermatologie als auch die Nuklearmedizin thematisierten an Beispielen von Patientinnen und Patienten, warum die Detektion der Sentinel-Lymphknoten nicht möglich war.

Am 19. Januar 2025 fand der SOP-Workshop zum Thema Überleitung der Patientinnen und Patienten von Station ins UCC statt.

Am 14. November 2025 fand ein Qualitätszirkel/SOP-Workshop zum Thema Zuständigkeit OP-Indikation/Strategie & SNB-Kopf-Hals-Bereich statt. Eine Anpassung der entsprechenden SOPs folgte daraufhin.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Am 15. Januar 2025 fand die Veranstaltung zum Thema „Weißer Hautkrebs im Kopf-Hals-Bereich: Aktuelle Behandlungsmöglichkeiten - eine interdisziplinäre Diskussion“ in Kooperation mit Regeneron statt. Zu dieser Veranstaltung wurden Kolleginnen und Kollegen der Dermatologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und der Strahlentherapie sowie alle Einweisenden eingeladen. Am 11. Juni 2025 fand die Veranstaltung „Best of Chicago“ als Post-ASCO-Fortbildung statt, zu der auch alle Einweisenden des Hauttumorzentrum eingeladen waren. Schwerpunkt bildeten wie alljährlich die auf der ASCO präsentierten neuen Therapieoptionen speziell für Hauttumoren. Darüber hinaus enthält das Format die gemeinsame Diskussion interessanter Kasuistiken aus Hautkliniken der Region.

Die Ärztinnen und Ärzte des Hauttumorzentrum waren in 2025 auf diversen Fortbildungsveranstaltungen mit Vorträgen und Posterpräsentationen vertreten und besuchten regelmäßig Fortbildungen und Kongresse als Teilnehmende, u.a. die ASCO, SNO/ASCO CNS Metastases Conference, ESMO und EADO sowie den Deutschen Hautkrebskongress und den Kongress der European Academy of Dermatology and Venereology.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Am 17. Mai 2025 hat das Hauttumorzentrum im Rahmen des Patiententages des NCT/UCC eine eigene Session gestaltet. In fünf fachlich fundierten Vorträgen, zugleich patientenverständlich aufbereiteten Vorträgen wurden unter anderem aktuelle Therapien zu weißem und schwarzem

Hautkrebs vorgestellt. Ergänzend dazu gab es eine interaktive Präsentation zu verbreiteten Fake News rund um Hautkrebs sowie einen Vortrag zum Thema Langzeitüberleben.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Im Folgenden sind ausgewählte Kennzahlen des Hauttumorzentrums basierend auf den Vorgaben aus dem Erhebungs- und Kennzahlenbogen der Deutschen Krebsgesellschaft zusammengefasst.

Aufgrund neu zugelassener Therapien und voraussichtlich weiterhin bestehenden Engpässen in dermatologischen Praxen ist auch für 2026 mit einem weiteren Anstieg der Patientinnen und Patienten zu rechnen - vorausgesetzt dem Hauttumorzentrum stehen ausreichende Personal-, Sprechstunden- und Infusionskapazitäten zur Verfügung. Rückblickend lässt sich feststellen, dass die Patientenzahlen in den vergangenen drei Jahren jeweils über 2.000 lagen und damit auf einem konstant hohen Niveau gehalten werden konnten.

Tabelle 13: Inanspruchnahme der Sprechstunden des Hauttumorzentrums

	2023	2024	2025
Patientinnen und Patienten	2.094	2.012	2.059
Scheine, gesamt	3.716	3.973	4.124
Scheine HSA	3.001	3.141	3.267
Scheine ASV (§116b)	715	832	857

Neben den 2.059 Sprechstundenpatientinnen und -patienten wurden in 2025 insgesamt 192 Patientinnen und Patienten von extern im Rahmen einer Tumorboardvorstellung mitbetreut.

Als Primärfälle werden Patientinnen und Patienten mit im Kennzahlenjahr histologisch gesicherter Erstdiagnose gezählt, die ihre Haupttherapie im Hauttumorzentrum erhalten haben. Zweitmeinungen, Tumorboardvorstellungen von extern etc. werden nicht berücksichtigt.

Tabelle 14: Primärfälle und Rezidive/Metastasen des Hauttumorzentrums 2023-2025

	2023	2024	2025
Primärfälle (alle Hauttumoren)	1.697	1701	1773
Epitheliale Tumoren	1.264	1293	1372
Kutane Lymphome u.a. seltene maligne Hauttumoren	52	40	31
Maligne Melanome			
Primärfälle	381	368	370
Rezidiv/Metastasen	101	103	102

Tabelle 15: Dermatologische Operationen 2023-2025

	2023	2024	2025
Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (MKC) ¹	1.867	1680	1955
Eingriffe mit LL-def. Sicherheitsabstand ¹	355	375	418
Sentinel Node Biopsien	153	178	147

¹ Eingriffe bei Primärfällen des Kennzahlenjahres

Tabelle 16: Neu eingeleitete Tumorthapien Hauttumorzentrum 2023-2025

	2023	2024	2025
Immuntherapien	143	180	162
zielgerichtete Therapien	43	38	33
weitere Therapien*	nicht erfasst	nicht erfasst	63

* peg. liposomales Doxorubicin, Dacarbazin, Denusomab, Dexamethason, Gemcitabin, Infliximab, Chlormethin, Methotrexat, Rituximab, Bexaroten Zoledronat, ECTU-Studien

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. Es erfolgt ein strukturiertes psychoonkologisches Screening durch das Team des psychoonkologischen Dienstes (POD) mittels Gesundheitsfragebogen für Patientinnen und Patienten (PHQ-4) und Distress-Thermometer. Insgesamt wurden 11,6% der Patienten psychoonkologisch angebunden.

Tabelle 17: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst UHTC 2023-2025

	2023	2024	2025
Betreuung Sozialdienst	50,5%	69,2	66,7%
Betreuung psychoonkologischer Dienst	41,8%	16/190 8,42%	23/199 11,6%
Psychoonkologisches Screening	51,53%	103/190 54,21%	138/199 69,4%

Wartezeiten

Die Wartezeit auf einen Sprechstundentermin wird im Hauttumorzentrum einmal jährlich über einen Zeitraum von einem Monat (1. Oktober bis 31. Oktober 2025) für die Sprechstunde zur vorstationären Aufnahme zur OP erhoben. 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.

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) wurden in den meisten Fällen eingehalten.

Tabelle 18: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Hauttumorzentrum 2023-2025

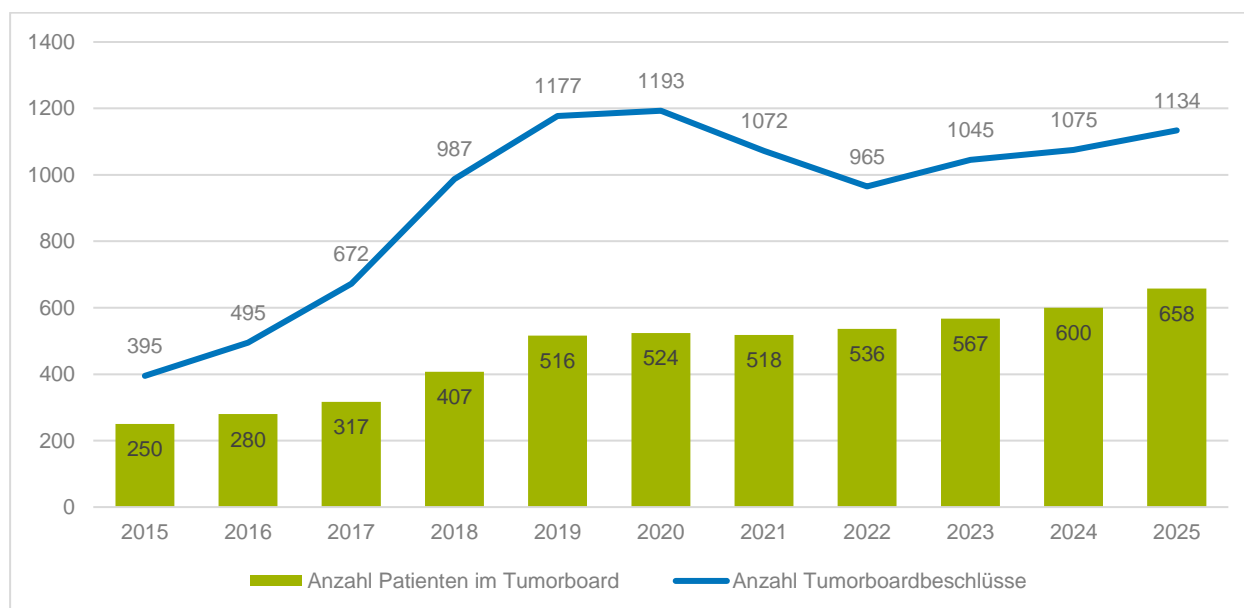
	2023	2024	2025
Wartezeit Erstvorstellung zur OP			
Pat. mit malignen Melanomen u.a. seltenen malignen Hauttumoren	14 Tage	14 Tage	15 Tage
Pat. mit epithelialen Hauttumoren	35 Tage	35 Tage	23 Tage
Wartezeit während der Sprechstunde			
Sprechstunde zur vorstationären Aufnahme zur OP inkl. Zeit zum Ausfüllen von Unterlagen	34 Minuten	28 Minuten	44 Minuten
Sprechstunde in der Ambulanz NCT/UCC	23 Minuten	16 Minuten	21 Minuten
Wartezeit auf apparative Diagnostik¹			
Wartezeit auf Radiologie-Termin	13 Tage	14 Tage	16 Tage

¹ Analyse aller als „dringlich“ angeforderten Untersuchungen im Kalenderjahr.

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Das interdisziplinäre Hauttumorboard am NCT/UCC findet einmal wöchentlich dienstags in der Zeit von 16.00 bis 18.00 Uhr statt. Expertinnen und Experten 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- oder Weiterbehandlung. Im Jahr 2025 fanden insgesamt 52 Tumorboards statt.

Abbildung 15: Anzahl vorgestellter Patientinnen und Patienten inkl. Anzahl Tumorboardempfehlungen Hauttumorzentrum 2015-2025



Entsprechend der DKG-Vorgaben müssen $\geq 95\%$ der Primärfälle mit extrakutanem Melanom und Melanompatientinnen 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 19: Kennzahlen zum Dermatologischen Tumorboard nach DKG-Vorgabe 2023-2025

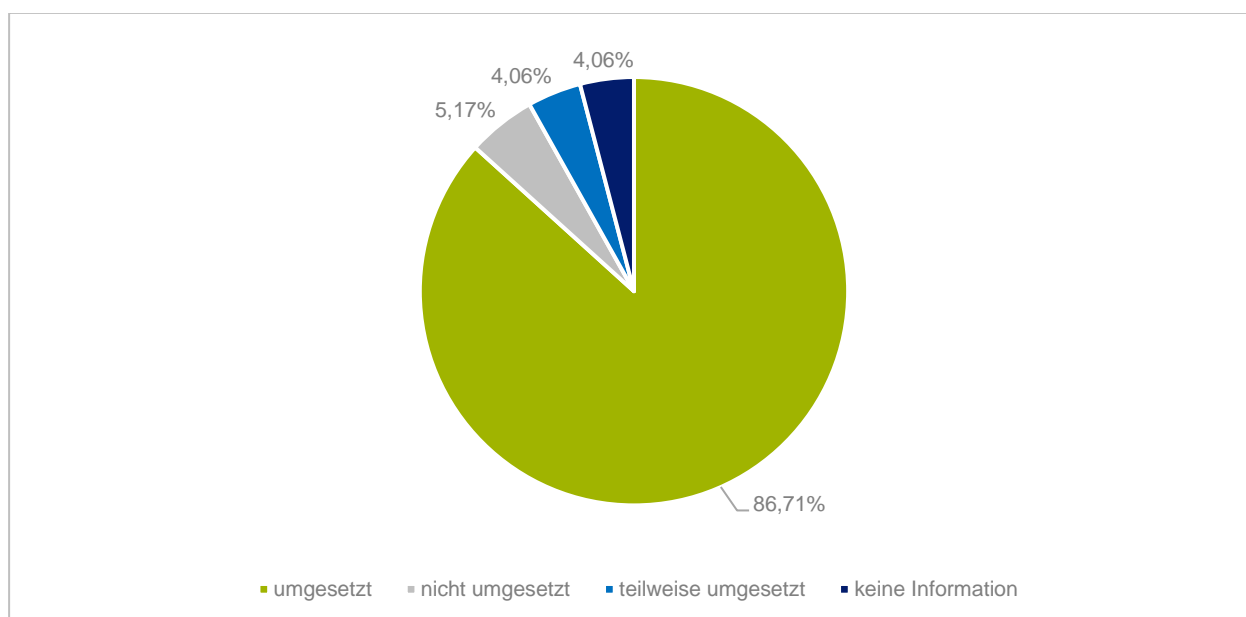
Fallvorstellung im Tumorboard	2023	2024	2025
Stadienshift/Rezidiv und Primärfälle mit extrakutanen Melanomen	97,2%	100,0%	100,0%
Primärfälle Melanom Stad. IIB-IV	88,3%	96,55%	96,08%
Abweichung von der Therapieempfehlung	14,42%	12,96%	12,39%

Über die Möglichkeit der Fallvorstellung in Teletumorboards wird eine leitliniengerechte und interdisziplinäre Behandlung onkologischer Patientinnen und Patienten in der Region unterstützt. Dadurch erhalten Betroffene Zugang zu neuen Therapieoptionen wie EAP, molekularen Tumorboards und Studientherapien. Die Zahl der externen Fallvorstellungen zeigt eine kontinuierliche Zunahme: 2023 wurden 73 vorgestellt, 2024 bereits 150 und 2025 insgesamt 192 Vorstellungen.

Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die QM-Beauftragte 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 1. Oktober 2024 bis 30. September 2025 wurden **150 Patientinnen und Patienten** mit insgesamt **271 Beschlüssen** ausgewählt.

Abbildung 16: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Hauttumorzentrum 2025



Insgesamt wurden **235 Beschlüsse (86,7%)** inhaltlich korrekt gemäß der Tumorboardempfehlung umgesetzt. Bei den teilweise oder nicht umgesetzten Empfehlungen sind unter anderem

folgende Gründe zu nennen: Wunsch der Patientinnen und Patienten, Verschlechterung des Allgemeinzustands, Beschlussrevision, neue medizinische Erkenntnisse oder ein zwischenzeitlicher Todesfall. Für zehn Beschlüsse standen keine Rückmeldungen zur Verfügung, da die betreffenden Patientinnen und Patienten extern weiterbehandelt wurden.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Hauttumorzentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025 ist in untenstehender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 20: Datenqualität DKG-Kennzahlen Hauttumorzentrum 2025

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
86,36%	4,55%	9,09%

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 ADOScience, einem bundesweiten prospektiven Register zur Versorgungsforschung in der dermatologischen Onkologie. Auch weitere Versorgungsforschungsstudien (z.B. LeMela) werden im Hauttumorzentrum Dresden durchgeführt. Im Skin Imaging Research Center werden die dort verfügbaren modernsten Bildgebungsverfahren (OCT, KLSM, LC-OCT und Ganzkörperfotografie) zu Studienzwecken eingesetzt, z. B. zur Evaluierung der Frühdiagnostik von Melanomen bei Hochrisikopatientinnen und -patienten. Mehr als 3/4 aller Studienpatientinnen und -patienten werden im Skin Imaging Research Center betreut.

Tabelle 21: Neue Studieneinschlüsse Hauttumorzentrum 2023-2025

	2023	2024	2025
Gesamt (alle Hauttumoren)	752	697	1292
Interventionelle Studien	61	85	92
Nicht-interventionelle Studien	691	612	1200

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Hauttumorzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2025 veröffentlicht wurden. Von den Ärztinnen und Ärzten des Hauttumorzentrums wurden im Jahr 2025 31 Publikationen mit einem Gesamt-Impact-Faktor von 313,4 veröffentlicht. 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/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 des Hauttumorzentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Dermatologie“ aufgeführt sind.

Kähler KC, Hassel JC, Ziemer M, Rutkowski P, **Meier F**, Flatz L, Gaudy-Marqueste C, Zimmer L, Santinami M, Russano F, von Wasielewski I, Eigentler TK, Maio M, Zalaudek I, Haferkamp S, Quaglino P, Welzel J, Röcken C, Enk A, Simon JC, Świtaj T, **Garzarolli M**, Amaral T, Malissen N, Livingstone E, Elia G, Covelli A, Lorizzo K, Neri D, Mulatto S, Parca A, Pizzichi B, Ascierto PA, Garbe C, Robert C, Schadendorf D, Hauschild A. **Neoadjuvant intralesional targeted immunocytokines (daromun) in stage III melanoma**. *Ann Oncol*. 2025 Oct;36(10):1166-1177. doi: 10.1016/j.annonc.2025.06.014. Epub 2025 Jul 7. PMID: 40633690.

Lodde GC, Hassel JC, von Wasielewski I, **Meier F**, Mohr P, Kähler K, Hauschild A, Glutsch V, Stege H, Berking C, Hüning S, Huynh J, Gutzmer R, Reinhardt L, Schilling B, Loquai C, Erdmann M, Stang A, Kowall B, Galetzka W, Roesch A, Tilkorn D, Ugurel S, Zimmer L, Schadendorf D, Forschner A, Livingstone E. **Long-Term Follow-Up of Real-World Adjuvant Anti-PD-1 Checkpoint Inhibition and Targeted Therapy in Patients With Stage III Melanoma**. *J Clin Oncol*. 2025 Sep;43(25):2793-2805. doi: 10.1200/JCO-24-02776. Epub 2025 Jun 3. PMID: 40460331.

Haggenmüller S, Wies C, Abels J, Winterstein JT, Heinlein L, Nogueira Garcia C, Utikal JS, Wohlfel SA, **Meier F**, Hobelsberger S, **Gellrich FF**, **Sergon M**, Hauschild A, French LE, Heinzerling L, Schlager JG, Ghoreschi K, Schlaak M, Hilke FJ, Poch G, Korsing S, Sarfert C, Berking C, Heppt MV, Erdmann M, Haferkamp S, Drexler K, Schadendorf D, Sondermann W, Goebeler M, Schilling B, **Kather JN**, Fröhling S, Llamas-Velasco M, Requena LC, Ferrara G, Fernandez-Figueras M, Freitag S, Müller CSL, Starz H, Kutzner H, Barnhill R, Carr R, Resnik KS, Braun SA, Holland-Letz T, Brinker TJ. **Discordance, accuracy and reproducibility study of pathologists' diagnosis of melanoma and melanocytic tumors**. *Nat Commun*. 2025 Jan 17;16(1):789. doi: 10.1038/s41467-025-56160-x. PMID: 39824857; PMCID: PMC11742048.

Oliva KN, Arnold L, Heinzerling L, **Meier F**, Hartmann S, Meier K, Huynh J, Schlaak M, Gesierich A, Dirven I, Trojan J, Kleemann J, Schilling B. **Infliximab is a safe and effective treatment in steroid-refractory immune-related hepatitis**. *J Immunother Cancer*. 2025 Sep 23;13(9):e013038. doi: 10.1136/jitc-2025-013038. PMID: 40992785; PMCID: PMC12458706.

Herold N, Bochem J, Leyens J, Wingerter S, Forchhammer S, Spreuer J, Deseke M, Yurttas C, Nocerino P, Antunes Dos Reis R, Amaral T, Wagner NB, Thiel K, Soffel D, Bieber K, Terheyden P, Wesch D, Oberg HH, Sebens S, Claassen M, Königsrainer A, Garbe C, Pawelec G, **Meier F**, Löffler MW, Weide B, Prinz I, Ravens S, Kordasti S, Eigentler T, Wistuba-Hamprecht K. **Vδ1 T-cell subset appears to be responsive to PD-1 blockade therapy and is associated with survival in melanoma**. *J Immunother Cancer*. 2026 Jan 20;14(1):e011224. doi: 10.1136/jitc-2024-011224. PMID: 41558811; PMCID: PMC12820842.



Gynäkologisches Krebszentrum



Inhaltsverzeichnis

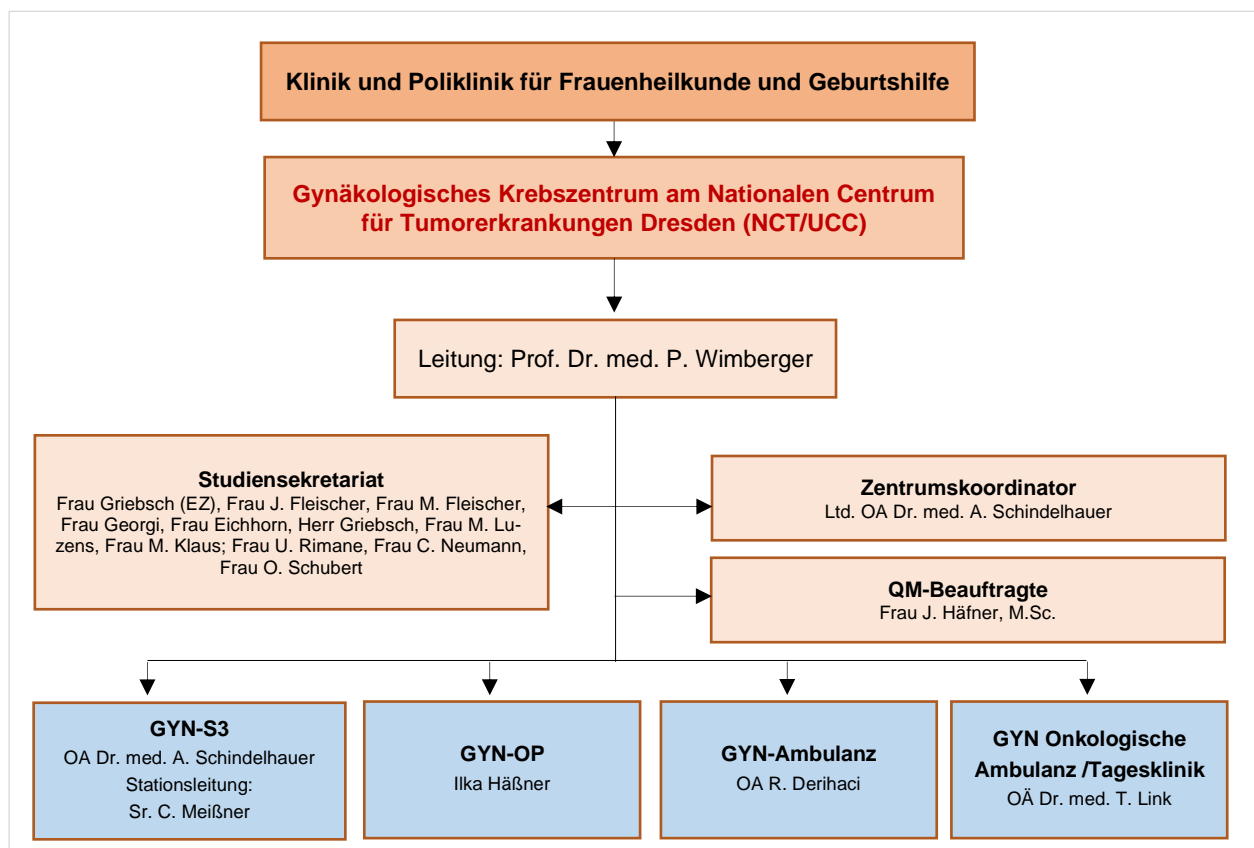
Gynäkologisches Krebszentrum	63
Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums (GZ)	63
Ziele des Gynäkologischen Krebszentrums	64
Externe und interne Audits	65
Externe Audits	65
Interne Audits	65
Zufriedenheitsbefragungen	66
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	66
Zufriedenheit der Patientinnen	66
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	68
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen	68
Fort- und Weiterbildungsangebote	68
Veranstaltungen für Patientinnen	69
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	70
Leistungszahlen	70
Psychosoziale Versorgung	72
Wartezeiten	73
Interdisziplinäre Tumorkonferenz	73
Tumorboardcompliance	74
Datenqualität DKG-Kennzahlen	75
Forschungstätigkeiten	75
Klinische Studien	75
Publikationen	75

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 Centrum 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. Das Behandlungsteam verpflichtet sich, die für eine optimale Versorgung von Patientinnen geforderten Qualitätsstandards sicherzustellen, transparent darzulegen und auf Konformität zu prüfen. Seit Januar 2025 ist Frau Prof. Dr. med. P. Wimberger die Sprecherin der Organkommission der AGO Ovar, welche, unter anderen für die Erstellung der S3-Leitlinie für das Ovarial-Karzinoms verantwortlich ist.

Abbildung 17: 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 22: 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. K. Zaby	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
Medikamentöse Tumortherapie	Dr. med. T. Link	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Medikamentöse Tumortherapie
	Dr. med. S. Agabejli	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Medikamentöse Tumortherapie
Pflegedienstleitung, komm.	Henriette Ludwig	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	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 23: Jahresziele des Gynäkologischen Krebszentrums 2025

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Zielerreichung
1	Beteiligung am Patiententag des NCT/UCC am 17. Mai 2025	Leitung GZ	Das GZ hat sich mit Vorträgen präsentiert.
2	Erfassung aller Kennzahlen über das TDS. Hierzu muss die Programmierung über Frau Rentsch noch abgeschlossen werden.	QMB GZ Leitung Klinisches Krebsregister NCT/UCC	Begonnen. Wird bis zur vollständigen Umsetzung in 2026 fortgeführt.
3	Ausbau von PATFORMS in dem Bereich GYN-NCT zum Screening Psychoonkologie.	IT, Leitung POD, QMB GZ	Die Implementierung von PATFORMS ist erfolgt.
4	Ausbau von PATFORMS in dem Bereich GYN-S3 zum Screening Psychoonkologie.	IT, Leitung POD, QMB GZ	Noch ausstehend, Ziel wird für 2026 fortgeschrieben.
5	Erfassung aller Medizinprodukte in SAP (GYN-S3).	VWL GYN / QMB GYN / Medizintechnik	Die vollständige Erfassung konnte in 2025 erfolgreich beendet werden.
6	Ausbildung eines Facharztes mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	Leitung GZ	Herr Dr. med. Stefan Muhr hat die Schwerpunktausbildung zum 1. Februar 2025 begonnen.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Jahr 2025 fanden im Gynäkologischen Krebszentrum keine externen Audits vor Ort statt. Seitens 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. September 2025 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Brust- und Gynäkologische Krebszentrum, der OP-Bereich sowie das Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs auditiert. In den internen Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden fünf Hinweise und drei Anregungen gegeben. Diese betrafen die Dokumentation/Dokumentenlenkung, die BTM-Kontrollen und die IT-Sicherheit. Die Hinweise wurden mit den Verantwortlichen kommuniziert und Maßnahmen abgeleitet. Alle festgelegten Maßnahmen wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und regelmäßig auf ihre Umsetzung geprüft.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

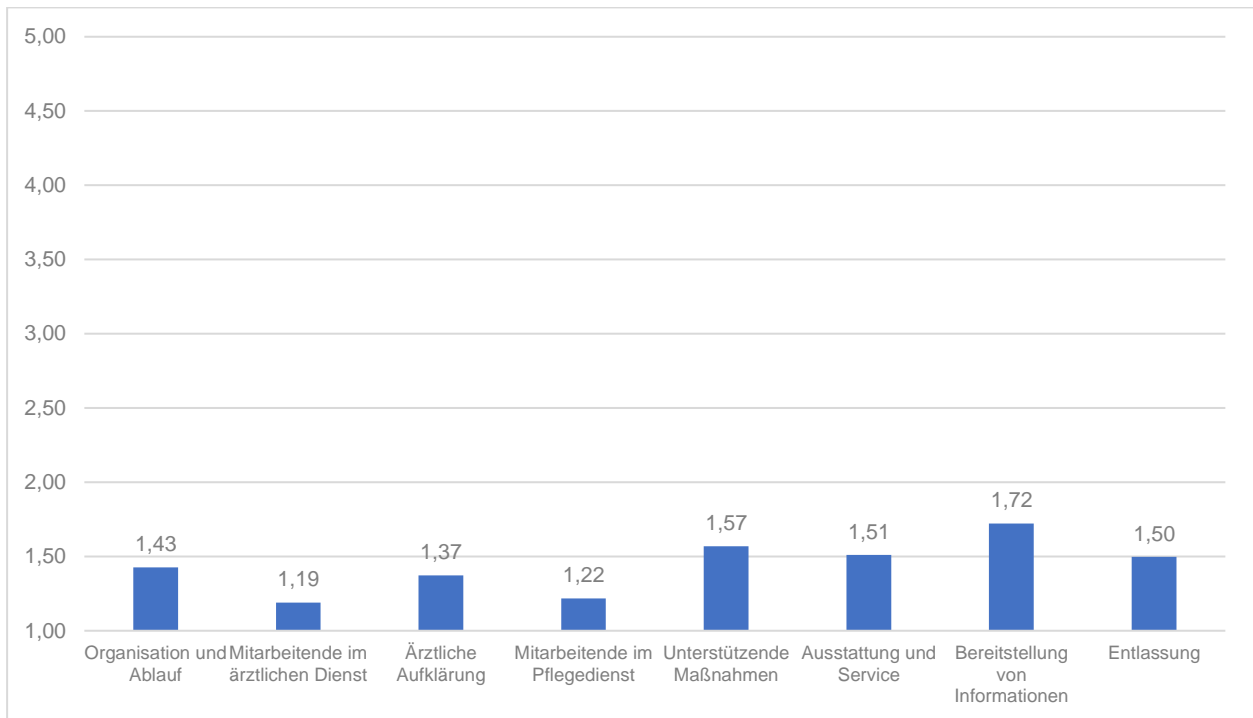
Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Gynäkologischen Krebszentrums werden alle drei Jahre durchgeführt. Die letzte Befragung fand im Oktober 2023 online sowie papierbasiert statt. Die Zuweiserinnen und Zuweiser haben hierfür den Onlinefragebogen in Papierformat erhalten, welcher 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%. Eine nächste papierbasierte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Gynäkologischen Krebszentrums ist für Oktober 2026 geplant.

Für die Zuweiserinnen und Zuweiser des Gynäkologischen Krebszentrums steht 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. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, über die E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdde.de sowie einem zugehörigen Kontaktformular Wünsche, Anregungen oder Lob und Kritik zu äußern. Im Rahmen der Befragung wird das jeweils zu bewertende Zentrum ausgewählt, sodass die Rückmeldung eindeutig dem Gynäkologischen Krebszentrum zugeordnet und entsprechend ausgewertet werden kann.

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. Seit 1. Januar 2024 wird ein überarbeiteter Fragebogen ausgehändigt. Dieser kann auch digital per QR-Code beantwortet werden. Dieser befindet sich ebenfalls in der Patientenmappe. Die Auswertung für das Jahr 2025 erfolgte im Januar 2026. Die Rücklaufquote betrug 21,1%. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,44 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Die kontinuierliche Befragung wird in 2026 fortgeführt. Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte in den einzelnen Kategorien. Jede Kategorie umfasst mehrere spezifische Bewertungsaspekte, die von den Patientinnen beurteilt wurden. Auf Grundlage der erzielten Ergebnisse ergibt sich kein unmittelbarer Handlungsbedarf.

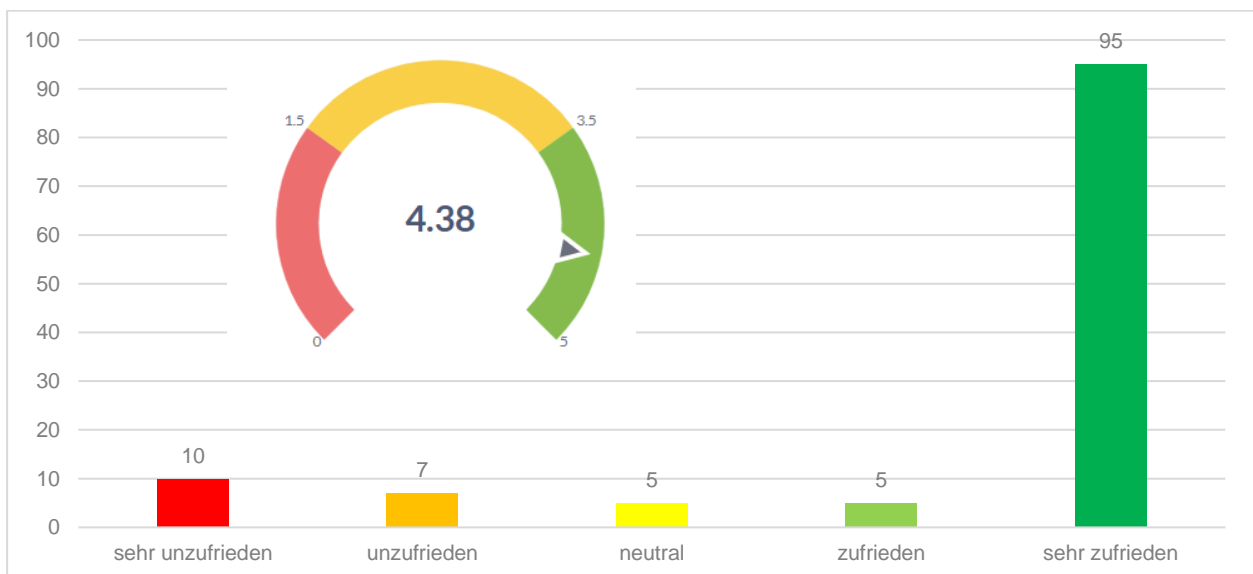
Abbildung 18: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen 2025 (Mittelwerte)



Die Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums können ihre Hinweise, Anregungen oder Beschwerden zudem über das digitale Feedbacksystem einreichen, das in allen Einrichtungen des Universitätsklinikums Dresden etabliert ist.

Über das digitale Feedbacksystem sind am Standort Universitätsklinikum im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2025 **85 Feedbackmeldungen** eingegangen. Sie wurden von 63 Patientinnen und 21 Angehörigen abgegeben; eine Rückmeldung erfolgte ohne Zuordnung.

Abbildung 19: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3/GYN-ONKO-Ambulanz / Gynzentrum 2025



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 2025 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 stärken und zu verbessern, in dem die Kennzahlen analysiert, die Ergebnisse aus Patientinnenbefragungen sowie Befragungen der Zuweiserinnen und Zuweiser vorgestellt, Anpassungen im Erhebungs- und Kennzahlenbogen erläutert und geeignete Verbesserungsmaßnahmen diskutiert 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 nächste Workshop ist für 2026 geplant.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Weiterhin werden im Gynäkologischen Krebszentrum jährlich zwei M&M-Konferenzen durchgeführt. Im Jahr 2025 fanden diese am 4. September 2025 und 27. November 2025 statt. Teilnehmende waren die Behandlungspartnerinnen und -partner. Besprochen wurden sowohl Behandlungsfälle mit einem negativen Verlauf (schnell wachsender Tumor, rasches Fortschreiten der Metastasierung, starke Chemotherapie Nebenwirkungen, 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 Kooperationspartnerinnen und -partner sowie Zuweise-rinnen 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 2025 fanden folgende Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums statt.

Tabelle 24: Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums 2025

Datum	Fort- und Weiterbildung
22. März 2025	Aktuelles aus der Frauenheilkunde - Vortrag: Was ist neu und wichtig beim Zervixkarzinom? Aktuelle Therapiestudien in der Senologie und gynäkologischen Onkologie
20. bis 21. Juni 2025	Teilnahme MGFG Tagung - Vorsitz Hauptsitzung Urogynäkologie und Onkologie
25. Juni 2025	NOGGO: Update vom ASCO 2025
1. Oktober 2025	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie - Vorträge: Wichtiges Praxisrelevantes zum Ovarialkarzinom; Aktueller Studienüberblick - Mammakarzinom und gynäkologische Onkologie; Umgang mit Nebenwirkungen von Immuntherapie
17. bis 21. Oktober 2025	ESMO-Kongress

Veranstaltungen für Patientinnen

Veranstaltungen für Patientinnen werden über das Gynäkologische Krebszentrum 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 des Gynäkologischen Krebszentrums genutzt werden können.

Am 25. Oktober 2025 fand am Standort Universitätsklinikum Dresden der 16. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Der Informationstag wurde im Jahr 2025 wieder interaktiv gestaltet und gliederte sich in zunächst kurze Präsentationen und anschließenden vier Workshops, an denen sich die Teilnehmenden beteiligen konnten.

Der dritte Patiententag des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC unter Beteiligung des Gynäkologischen Krebszentrums wurde am 17. Mai 2025 durchgeführt. Zentrumsspezifische Themen waren unter anderem „Hand-in-Hand-Arbeit Operateur/Systemtherapie“, „Aktuelle klinische Studien“ sowie „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“. Des Weiteren wurden das Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie (ZPMO), das Lotsenteam und der Patientenbeirat vorgestellt.

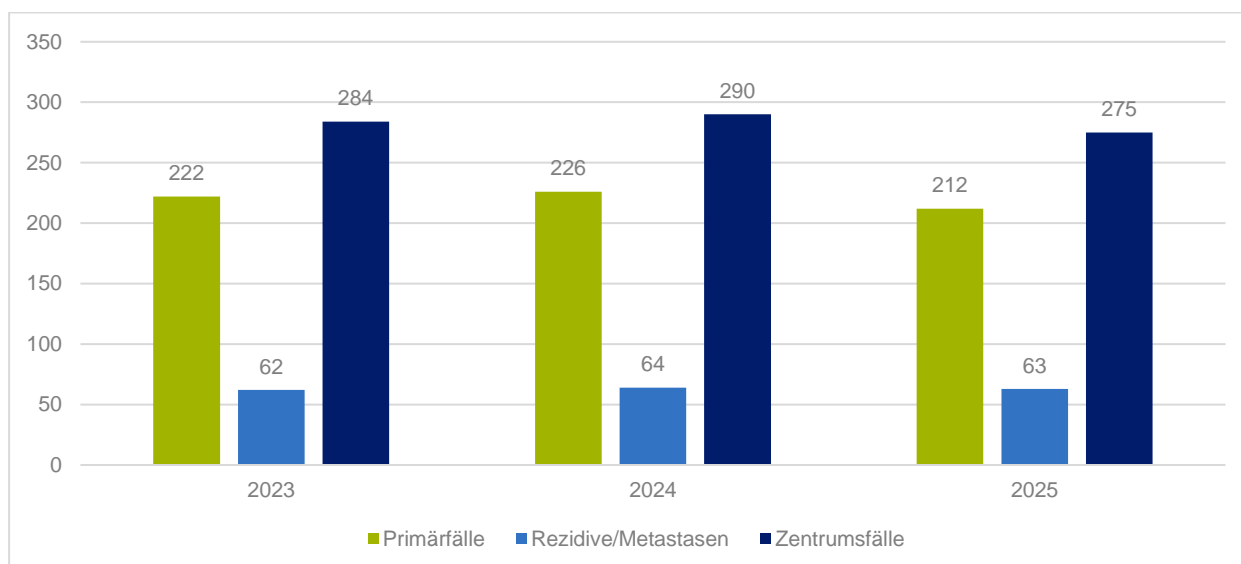
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

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 2025 wurden im Gynäkologischen Krebszentrum Dresden 275 Patientinnen mit einem Genitalmalignom betreut. Davon stellten sich **212 Patientinnen mit einer Primärerkrankung** und **63 Patientinnen mit einem Rezidiv oder einer sekundären Metastasierung** im Gynäkologischen Krebszentrum vor.

Abbildung 20: Primär- und Zentrumsfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025



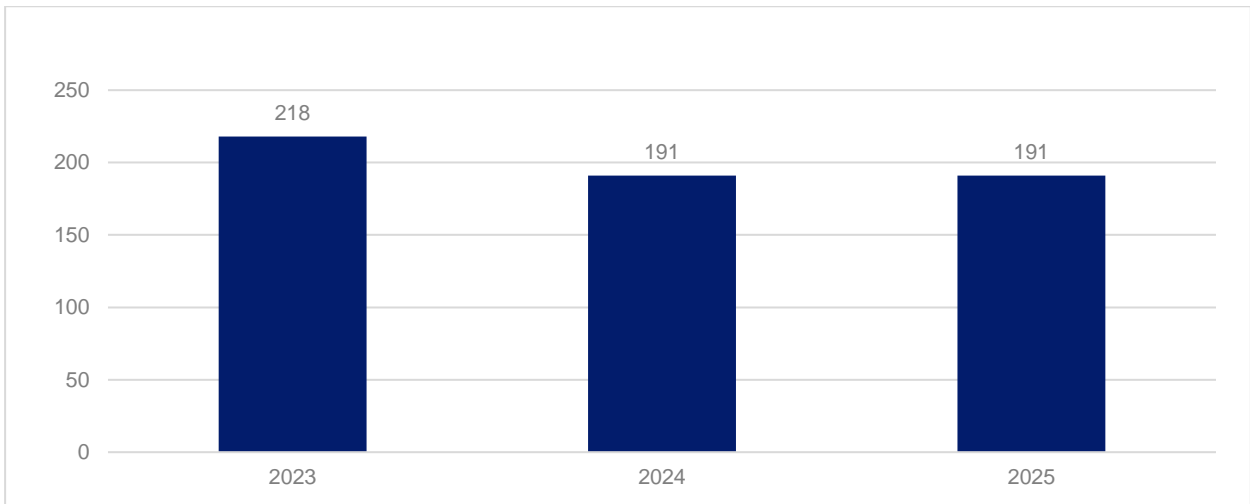
Verteilt auf die einzelnen Tumorentitäten ergibt sich folgende Entwicklung der Fallzahlen in den letzten drei Jahren.

Tabelle 25: Entwicklung der Fallzahlen je Tumorentität Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025

Tumorentität	Primärfälle			Nicht-Primärfälle		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Ovarialkarzinom inklusive Borderlinetumore, Tubenkarzinom, Peritonealkarzinom	76	82	91	28	21	23
Zervixkarzinom	33	40	33	8	9	14
Endometriumkarzinom	78	74	46	11	12	10
Vulvakarzinom	19	13	21	12	14	11
Vaginalkarzinom	3	1	5	2	1	1
Sonstige (Sarkome, Choriokarzinom)	13	16	16	1	7	4
Gesamt	222	226	212	62	64	63

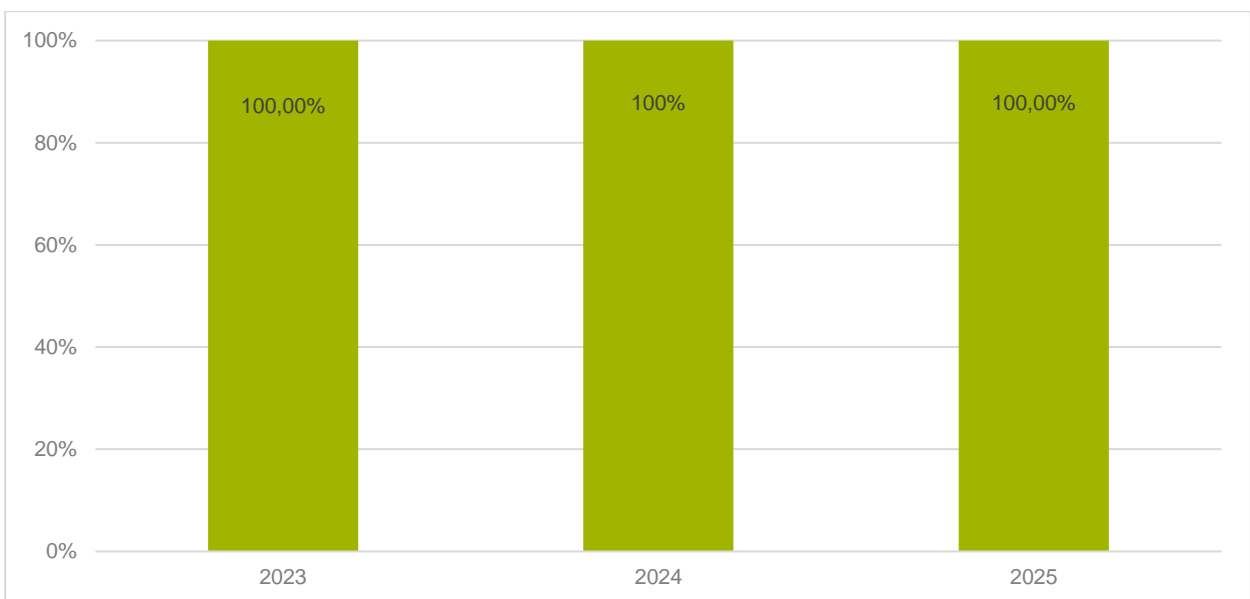
Für den operativen Bereich schreiben die Anforderungen an zertifizierte Gynäkologische Krebszentren mindestens 40 stadiengerechte Operationen bei Patientinnen mit Genitalmalignom pro Jahr vor. Die Vorgabe wurde für das Jahr 2025 erfüllt; es sind keine Maßnahmen erforderlich.

Abbildung 21: Operative Primärfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025



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 für Familiären Brust- und Eierstockkrebs ist derzeit eines von 25 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 22: Anteil Patientinnen mit einem Angebot zur genetischen BRCA-Testung Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025



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 Gesundheitsfragebogen (PHQ-4) 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.

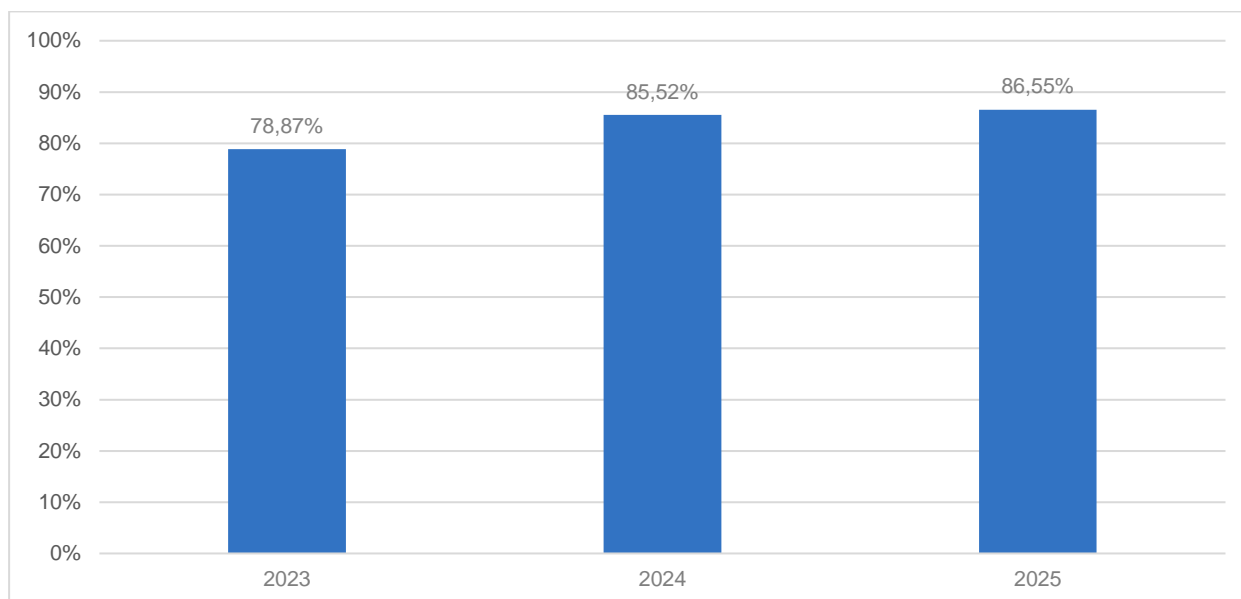
Die Anzahl der Patientinnen, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, wird jährlich erfasst und ausgewertet. Der Anteil an psychoonkologischer Beratung ist über die letzten drei Jahre konstant. Die Beratung wird allen aktiv angeboten, aber von einigen Patientinnen ausdrücklich abgelehnt. Die Vorgaben der Fachgesellschaften sehen eine Screeningrate von $\geq 65\%$ vor. Die Screeningrate konnte in 2025 gesteigert werden und die Sollvorgabe wurde erfüllt. Seit dem dritten Quartal 2025 erfolgt das Screening in der onkologischen Ambulanz digital per PATFORMS, dies soll in 2026 auch für den stationären Bereich ausgerollt werden. Hier ist auch noch einmal eine Erhöhung der Screeningrate zu erwarten.

Tabelle 26: Betreuung, Anteil überschwellig belasteter Patientinnen und Screening, durch den psychoonkologischen Dienst Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025

	2023	2024	2025
Betreuung	52,5%	56,2%	57,1%
Screening	57,04%	61,03%	66,2%%
Anteil überschwellig belasteter Patientinnen	74,7%	78,5%	74,4%

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 23: Betreuung durch den Sozialdienst GZ 2023-2025



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 (1. September 2025 bis 26. Oktober 2025) die Wartezeiten ausgewertet. Für die Berechnung der Wartezeit zwischen Diagnosestellung und Operation wurden alle operativen Patientinnen 2025 einbezogen, bei denen vor der Operation die Diagnostik erfolgt und die Diagnose gesichert wurde.

Tabelle 27: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung GZ 2023-2025

Wartezeit	2023	2024	2025
auf einen Termin	13,7 Tage	10,6 Tage	12,7 Tage
während der Sprechstunde	37,2 Minuten	31,4 Minuten	27,9 Minuten
Diagnose - OP	23,3 Tage	20,0 Tage	20,5 Tage

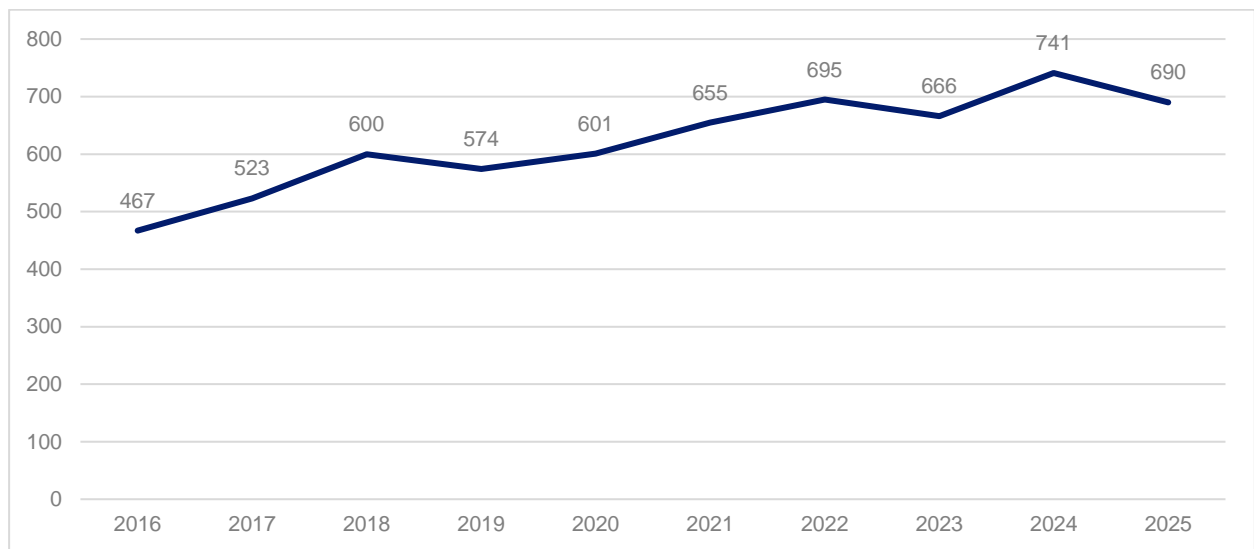
Die Vorgaben der Fachgesellschaften von < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin, < 60 Minuten während der Sprechstunde und < 4 Wochen von Diagnosestellung bis Operation werden erfüllt.

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

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 2025 fanden 51 Tumorkonferenzen statt, in denen insgesamt **690 interdisziplinäre Behandlungspläne** erstellt wurden. Es wurden alle Patientinnen, die 2025 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 1,5 Beschlüsse gefasst; pro Board werden durchschnittlich 13,3 Empfehlungen ausgesprochen.

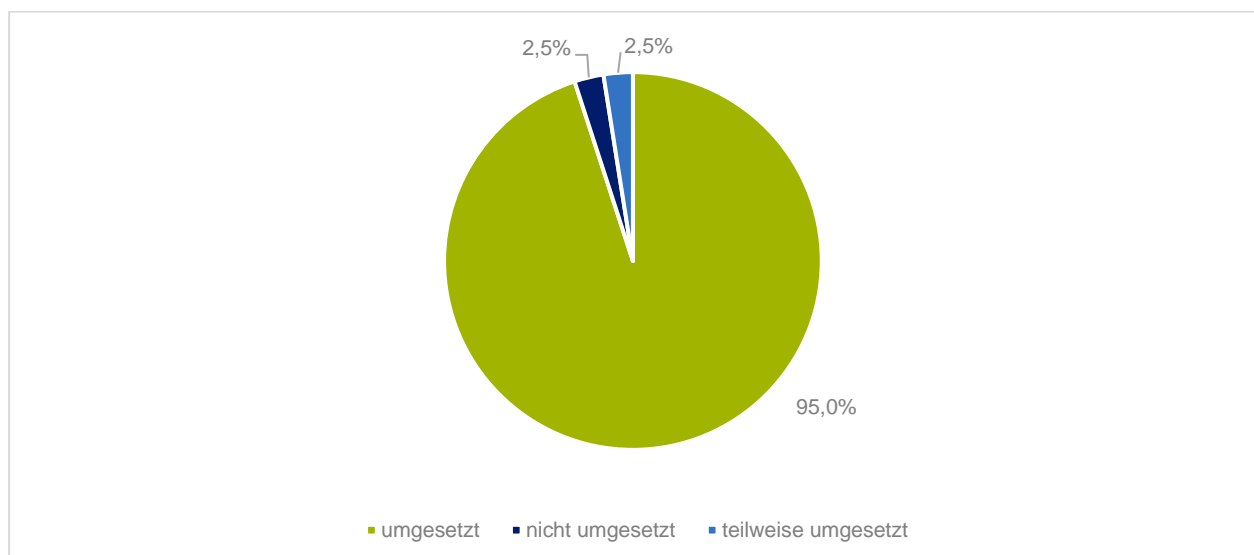
Abbildung 24: Anzahl Tumorboardempfehlungen Gynäkologisches Krebszentrum 2016-2025



Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragte überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum - 1. Oktober 2024 bis 30. September 2025 - im Tumorboard des Gynäkologischen Krebszentrums vorgestellten Patientinnen zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für das Jahr 2025 wurden **114 Patientinnen** mit insgesamt **162 Beschlüssen** ausgewählt.

Abbildung 25: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance GZ 2025



Insgesamt wurden **154 Beschlüsse (95,1%) inhaltlich korrekt** entsprechend der Tumorboardempfehlung **umgesetzt**. Vier Tumorboardbeschlüsse wurden teilweise umgesetzt, da sich der Allgemeinzustand der Patientin geändert hatte bzw. die Patientin während der Therapie verstorben ist. Die Therapie wurde entsprechend angepasst. Vier Beschlüsse wurden nicht umgesetzt. Für die Nichtumsetzung wurden folgende Gründe dokumentiert:

- Wunsch der Patientinnen (drei Beschlüsse)
- AZ-Verschlechterung / Nebenwirkungen / Morbidität (ein Beschluss)

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Gynäkologische Krebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025 ist in Tabelle 28 zusammengefasst.

Tabelle 28: Datenqualität DKG-Kennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum 2025

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
92% (23)	8% (2)	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 2025 waren 21 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen geöffnet.

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

Tabelle 29: Studienquote Gynäkologisches Krebszentrum 2023-2025

2023	2024	2025
35,9%	50,0%	53,7%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Gynäkologischen Krebszentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2025 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.

William D, Bermúdez M, Kübler A, **Kahlert C, Distler M, Weitz J**, Uhrig S, Fröhlich M, Hutter B, **Aust D, Baretton G, Wimberger P**, Kast K, **Meisel C**, Gieldon L, Pormann J, Wagner J, Arlt M, Franke M, Fischer J, Hackmann K, Kreutzfeldt S, Mock A, Heilig CE, Lipka DB, Teleanu MV, Schlenk RF, Brors B, Hübschmann D, Paramasivam N, Richter D, Beck K, Pfütze K, Buchhalter I, Weichert W, Herold T, Spiekermann K, Jost PJ, Keilholz U, Klauschen F, Bauer S, Siveke JT, Kindler T, Boerries M, Illert AL, Bitzer M, Schulze-Osthoff K, Schirmacher P, Stenzinger A, Horak P, **Heining C, Folprecht G, Fröhling S, Glimm H, Schröck E, Jahn A**. **17.6% of patients in a German cohort with exocrine pancreatic cancer were diagnosed with a genetic tumor syndrome—a case for universal genetic testing?** ESMO Gastrointest Oncol. 2025 Aug 8;9:100218. doi: 10.1016/j.esmogo.2025.100218. PMID: 41647972; PMCID: PMC12836536.

Salmon C, Neves RPL, Stoecklein NH, Liffers ST, Siveke J, **Kuhlmann JD, Wimberger P**, Buderath P, Kimmig R, Kasimir-Bauer S. **Phenotypic and genotypic characterization of single circulating tumor cells in the follow-up of high-grade serous ovarian cancer.** Mol Oncol. 2025 Dec 23. doi: 10.1002/1878-0261.70193. Epub ahead of print. PMID: 41437733.

Schwarz FM, Klotz DM, Yang R, Brux M, Buchholz F, Harb H, **Link T, Wimberger P**, Theis M, Kuhlmann JD. **Methylstat sensitizes ovarian cancer cells to PARP-inhibition by targeting the histone demethylases JMJD1B/C.** Cancer Gene Ther. 2025 Mar;32(3):286-296. doi: 10.1038/s41417-025-00874-z. Epub 2025 Feb 6. PMID: 39915607; PMCID: PMC11946898.

Rothe R, Tunger A, Link T, Lai X, **Kuhlmann JD, Wimberger P**, Schmitz M, Wehner R. **Multi-compartment immune cell profiling highlights the prognostic relevance of CD127+ CD8+ T cells for patients with high-grade serous ovarian cancer.** Front Immunol. 2025 Oct 27;16:1607471. doi: 10.3389/fimmu.2025.1607471. PMID: 41221283; PMCID: PMC12597928.

Concin N, Matias-Guiu X, Cibula D, Colombo N, Creutzberg CL, Ledermann J, Mirza MR, Vergote I, Abu-Rustum NR, Bosse T, Chargari C, Espenel S, Fagotti A, Fotopoulou C, Gattius S, González-Martin A, Lax S, Levy B, Lorusso D, Macchia G, Marth C, Morice P, Oaknin A, Raspollini MR, Schwameis R, Sehouli J, Sturdza A, Taylor A, Westermann A, **Wimberger P**, Planchamp F, Nout RA. **ESGO-ESTRO-ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma: update 2025.** Lancet Oncol. 2025 Aug;26(8):e423-e435. doi: 10.1016/S1470-2045(25)00167-6. Erratum in: Lancet Oncol. 2025 Oct;26(10):e522. doi: 10.1016/S1470-2045(25)00560-1. PMID: 40744042.

Hansinger J, Schoffer O, Völkel V, Gerken M, **Wimberger P**, Bierbaum V, Bobeth C, Rößler M, Dröge P, Ruhnke T, Günster C, Kleihues-van Tol K, **Link T**, Kast K, Papatthemelis T, Ortmann O, Schmitt J, Klinkhammer-Schalke M. **Comparison of survival in ovarian cancer patients following treatment in certified gynecologic oncology centers and non-certified hospitals: a German retrospective cohort study (WiZen).** J Ovarian Res. 2025 Nov 4;18(1):238. doi: 10.1186/s13048-025-01843-8. PMID: 41188998; PMCID: PMC12587621.



Regionales Brustzentrum

Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Regionales
Brustzentrum

Inhaltsverzeichnis

Regionales Brustzentrum Dresden.....	79
Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden (RBZ).....	79
Ziele des Regionalen Brustzentrums Dresden.....	80
Externe und interne Audits	81
Externe Audits	81
Interne Audits	81
Zufriedenheitsbefragungen.....	82
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	82
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	83
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	85
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	85
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	85
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	86
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	87
Leistungszahlen	87
Psychosoziale Versorgung	88
Wartezeiten	90
Interdisziplinäre Tumorkonferenz.....	90
Tumorboardcompliance	91
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	92
Forschungstätigkeiten	92
Klinische Studien.....	92
Publikationen.....	93

Regionales Brustzentrum Dresden

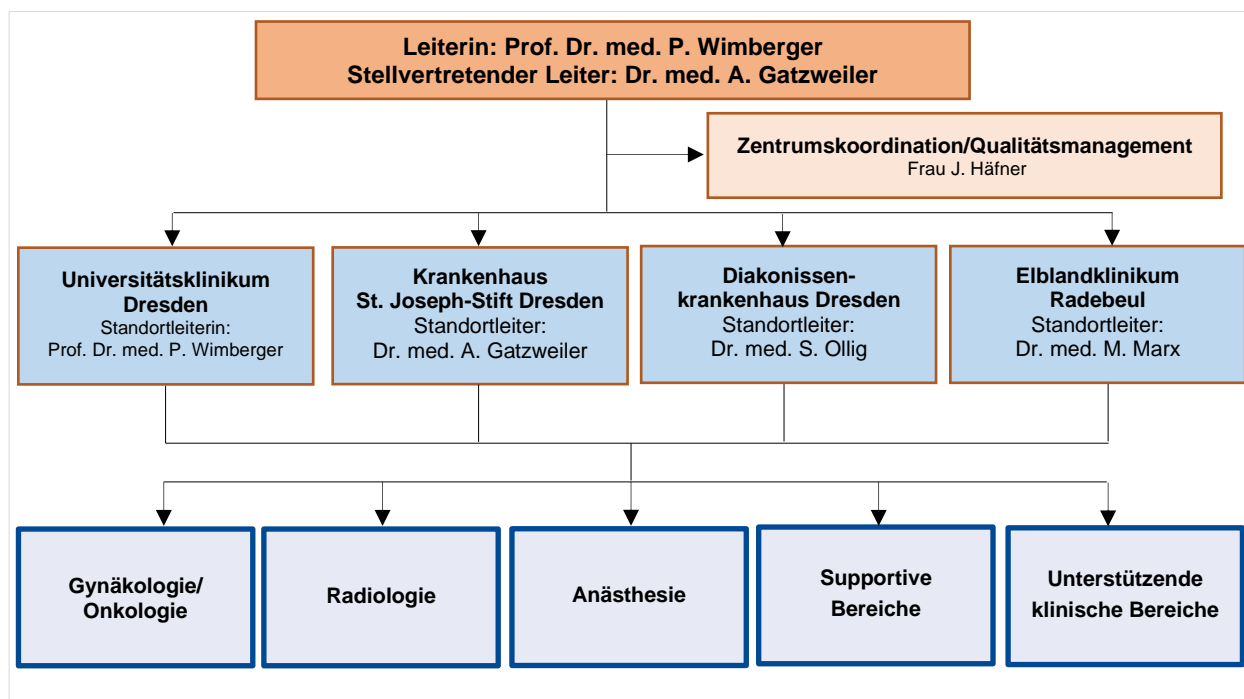
Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden (RBZ)

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. 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 Behandlungspartnerinnen und -partner wird die Einhaltung der hohen Qualitätsanforderungen garantiert. Zu den Behandlungspartnern außerhalb der vier Standorte des RBZ gehören Einrichtungen der Strahlentherapie, die Orthopädie- und Reha-technik Dresden sowie Kooperationspartnerinnen und -partner im niedergelassenen Bereich in den Fachgebieten Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie.

Das gesamte Behandlungsteam verpflichtet sich, die für die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten geforderten Qualitätsstandards sicherzustellen, transparent darzulegen und auf Konformität zu prüfen.

Abbildung 26: 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 30: 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 Strauch	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, benannte Operateurin
Medikamentöse Tumortherapie	Dr. med. T. Link	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Medikamentöse Tumortherapie; Palliativmedizin
	Dr. med. S. Agabekji	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Medikamentöse Tumortherapie; Palliativmedizin
Pflegedienstleitung	Henriette Ludwig	Gesundheits- und Krankenpflegerin
Breast Care Nurse	Claudia Große	Gesundheits- und Krankenpflegerin
	Birgit Loesch	Gesundheits- und Krankenpflegerin
	Christina Glöß	Gesundheits- und Krankenpflegerin
Mamma Care Trainerin	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 Patientinnen und Patienten 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 31: Jahresziele des Regionalen Brustzentrums Dresden 2025

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Zielerreichung
1	Durchführung Pflegefachtag Standort UKD	FÄ RBZ	Der 10. Pflegefachtag hat am 2. April 2025 stattgefunden.
2	Beteiligung am Patiententag des NCT/UCC am 17. Mai 2025	Leitung RBZ	Das RBZ hat sich mit Vorträgen präsentiert.
3	Ausbau von PATFORMS in dem Bereich gynäkologisch-onkologische Ambulanz, GYN-S3 zum Screening Psychoonkologie.	IT, Leitung POD, QMB RBZ	PATFORMS konnte in der gynäkologisch-onkologischen Ambulanz im 4. Quartal eingeführt werden. Das Ziel für die GYN-S3 wird für 2026 fortgeschrieben.
4	Erfassung aller Medizinprodukte in SAP (GYN-S3).	VWL GYN / QMB GYN / Medizintechnik	Die Erfassung wurde 2025 erfolgreich beendet.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Jahr 2025 fanden im Regionalen Brustzentrum keine externen Audits vor Ort statt. Seitens 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

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 Uniklinik am 10. September 2025 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Brust- und Gynäkologische Krebszentrum, der OP-Bereich sowie das Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs auditiert. Im Krankenhaus St. Joseph-Stift (22. September 2025), Diakonissenkrankenhaus (9. April und 10. April 2025) und im ELBLANDKLINIKUM Radebeul (4. Juni 2025) fanden ebenfalls interne Audits im Brustzentrum statt. In den

internen Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Für den Standort Universitätsklinikum wurden fünf Hinweise und drei Anregungen gegeben. Diese betrafen die Dokumentation/Dokumentationlenkung, die BTM-Kontrollen und die IT-Sicherheit. Die Hinweise wurden mit den Verantwortlichen kommuniziert und Maßnahmen abgeleitet. Alle festgelegten Maßnahmen wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und regelmäßig auf Umsetzung geprüft.

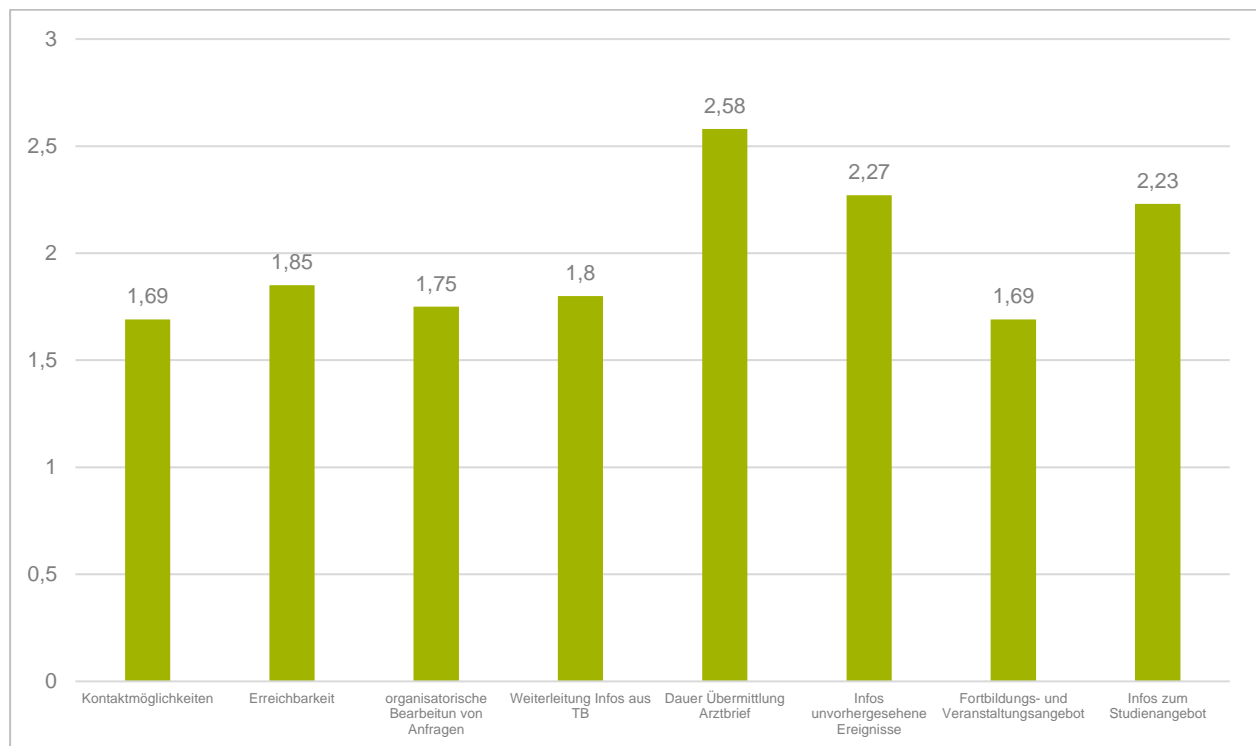
Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des 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 Onlinebefragung enthielt. So wurde auch noch einmal auf die kontinuierliche digitale Befragung 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 27: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser RBZ 2025



Auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> steht den Zuweiserinnen und Zuweiser aller Standorte des Regionalen Brustzentrums Dresden ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukde.de und einem dahintergelegten Kontaktformular Wünsche und Anregungen oder Lob/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 Regionalen Brustzentrums ist für Oktober 2026 geplant.

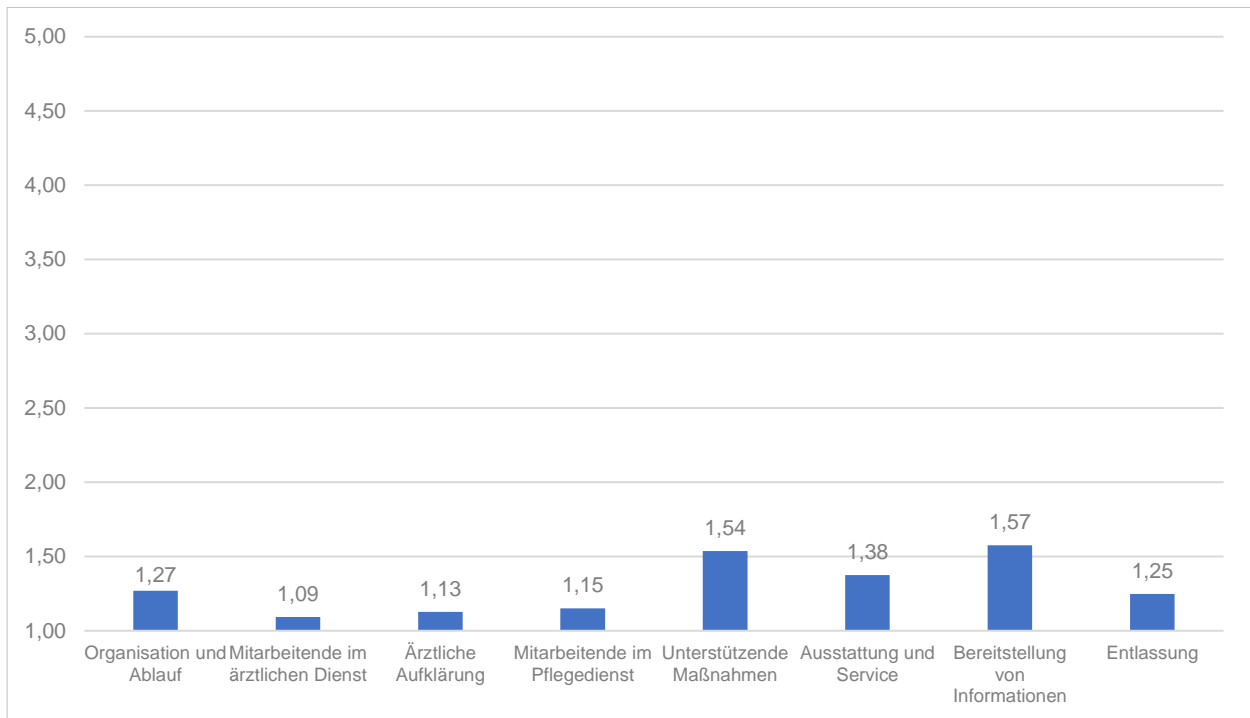
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

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 Regionalen Brustzentrums Dresden behandelt werden, erhalten mit der Patientenmappe einen Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag ausgehändigt.

Die Patientinnen und Patienten haben am Standort Universitätsklinikum des Regionalen 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 Regionalen 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.

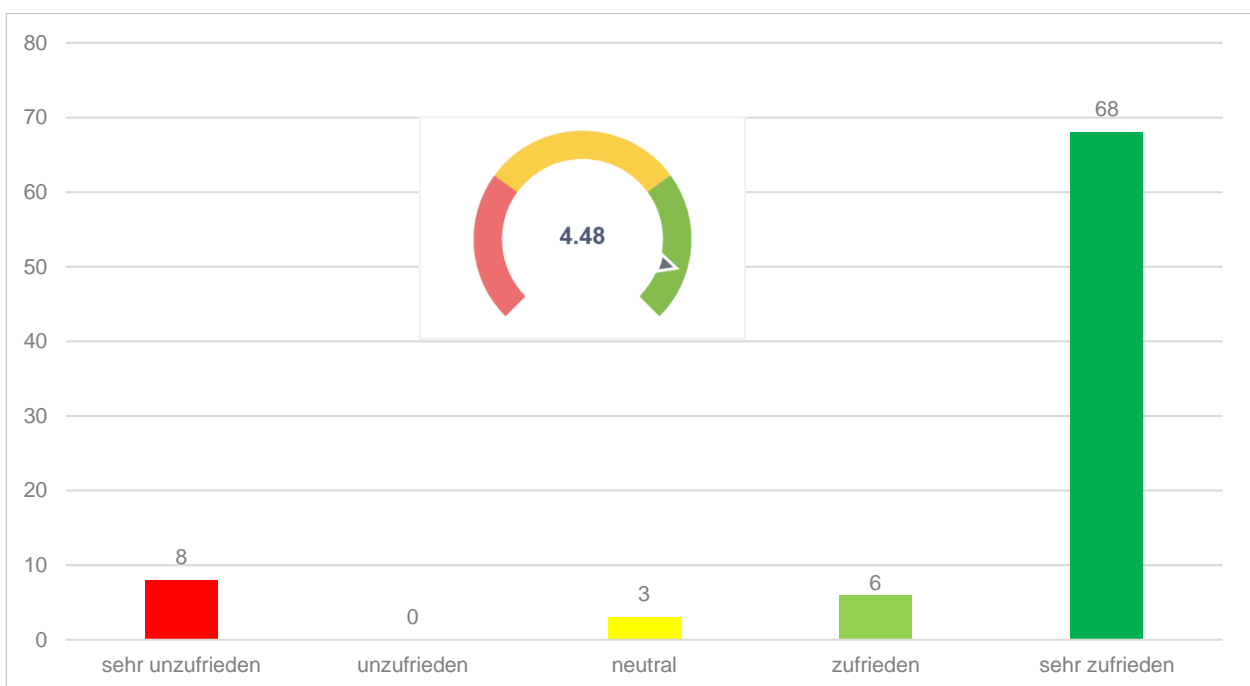
Im Jahr 2025 wurde im Regionalen Brustzentrum Dresden eine kontinuierliche Befragung der Patientinnen und Patienten durchgeführt. Die Befragung soll die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie deren Bedürfnisse ermitteln und dient der qualitativen Weiterentwicklung. Alle Patientinnen und Patienten, die im Regionalen Brustzentrum behandelt werden, erhalten mit der Patientenmappe einen Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag ausgehändigt. Seit 1. Januar 2024 wird ein überarbeiteter Fragebogen ausgehändigt. Dieser kann auch digital per QR-Code beantwortet werden. Dieser befindet sich ebenfalls in der Patientenmappe. Die Rücklaufquote betrug 32,8%. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,3 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Die kontinuierliche Befragung wird in 2026 fortgeführt. Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte der einzelnen Kategorien, für die die Patientinnen und Patienten jeweils mehrere Unterpunkte bewertet haben. Auf Grundlage dieser Ergebnisse sind derzeit keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Abbildung 28: Auswertung Patientinnen und -Patientenbefragung RBZ 2025



Über das digitale Feedbacksystem sind am Standort Universitätsklinikum im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2025 85 Rückmeldungen eingegangen. Sie wurden von 63 Patientinnen und 21 Angehörigen abgegeben. Eine Rückmeldung erfolgte ohne Zuordnung zu einer Personengruppe.

Abbildung 29: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 / GYN-NCT 2025



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 (Vorjahr: 4,5). Die Ergebnisse sind konstant geblieben. Gründe für die Unzufriedenheit lagen insbesondere in den Bereichen Kommunikation, Freundlichkeiten und Wartezeiten. Eine Zufriedenheit $\geq 4,0$ wird in allen Bereichen der Frauenklinik angestrebt. Diese wurde für das Jahr 2025 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. Der nächste ist für 2026 geplant.

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 2025 fanden die M&M-Konferenzen am 6. November und 12. November statt. In den M&M-Konferenzen werden Patientinnen und Patienten aus allen vier Standorten vorgestellt und besprochen. 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. Die Protokollierung erfolgt 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 2025 fanden folgende Fort- und Weiterbildungen des Regionalen Brustzentrums Dresden statt.

Tabelle 32: Fort- und Weiterbildungsangebote Regionales Brustzentrum Dresden 2025

Datum	Fort- und Weiterbildung
29. Januar 2025	Update Mammakarzinom nach San Antonio / zentrale Veranstaltung des RBZ
22. März 2025	Aktuelles aus der Frauenheilkunde - Vortrag: Axilläres Management beim Mammakarzinom
2. April 2025	10. Pflegefachtag im Diakonissenkrankenhaus
25. Juni 2025	NOGGO: Update vom ASCO 2025
26. bis 28. Juni 2025	Teilnahme am Senologiekongress in Dresden, Vorträge, Moderation sowie Postervorstellungen
20. und 21. Juni 2025	Teilnahme MGFG Tagung; Teilnahme am Symposium „Wegweisende Entwicklungen beim Mammakarzinom ngSERDs und neue HER2+ Strategien
1. Oktober 2025	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie - Vorträge: Aktueller Studienüberblick – Mammakarzinom und gynäkologische Onkologie; Right Sizing beim frühen Mammakarzinom - eine interdisziplinäre Herausforderung
17. bis 21. Oktober 2025	ESMO-Kongress

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten werden in den jeweiligen Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden regelmäßig angeboten. Zudem werden Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten 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 Regionalen Brustzentrums (Standort UKD) genutzt werden können.

Am 25. Oktober 2025 fand am Standort Universitätsklinikum Dresden der 16. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Der Informationstag wurde im Jahr 2025 wieder interaktiv gestaltet und gliederte sich in zunächst kurze Präsentationen und anschließenden vier Workshops, an denen sich die Teilnehmenden beteiligen konnten.

Der dritte Patiententag des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC unter Beteiligung des Regionalen Brustzentrums wurde am 17. Mai 2025 durchgeführt. Zentrumsspezifische Themen waren u.a. „Hand-in-Hand-Arbeit Operateur/Systemtherapie“, „Aktuelle klinische Studien“ sowie „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“. Weitere zentrale Themen waren die „Zahngesundheit in der onkologischen Therapie“, „Ernährung in der Onkologie“ sowie die partizipative Entscheidungsfindung aus Sicht der Medizinethik und des Patienten.

Am 22. November 2025 fand ein Patiententag im Krankenhaus St. Joseph-Stift statt. Es gab u.a. Vorträge zum Thema „Neue Möglichkeiten für Patientinnen und Patienten mit frühem Hormonrezeptor-positiven Brustkrebs“ und zusammen mit den Kolleginnen und Kollegen von REHAaktiv Dresden „Wiedereingliederung nach Therapie“. Zudem hat sich eine Yogalehrerin vom Ruhepol Dresden vorgestellt, welche Yogaeinheiten für Menschen mit Krebserfahrung konzipiert hat. Diese stellte sie mit praktischen Einheiten während der Veranstaltung vor. Im ELBLANDKLINIKUM Radebeul stand der Patiententag am 5. April 2025 unter dem Motto „Liebe dich selbst trotz Krebs“, während der Themenabend der Selbsthilfegruppe der Diakonie Meißen am 12. Februar 2025 unter dem Titel „Diagnostik der Brust - Vor- und Nachteile“ stattfand.

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 2025 wurden in den vier Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden insgesamt **1062 primäre Mammakarzinome** diagnostiziert und therapiert.

Abbildung 30: Primärfälle Regionales Brustzentrum Dresden 2023-2025

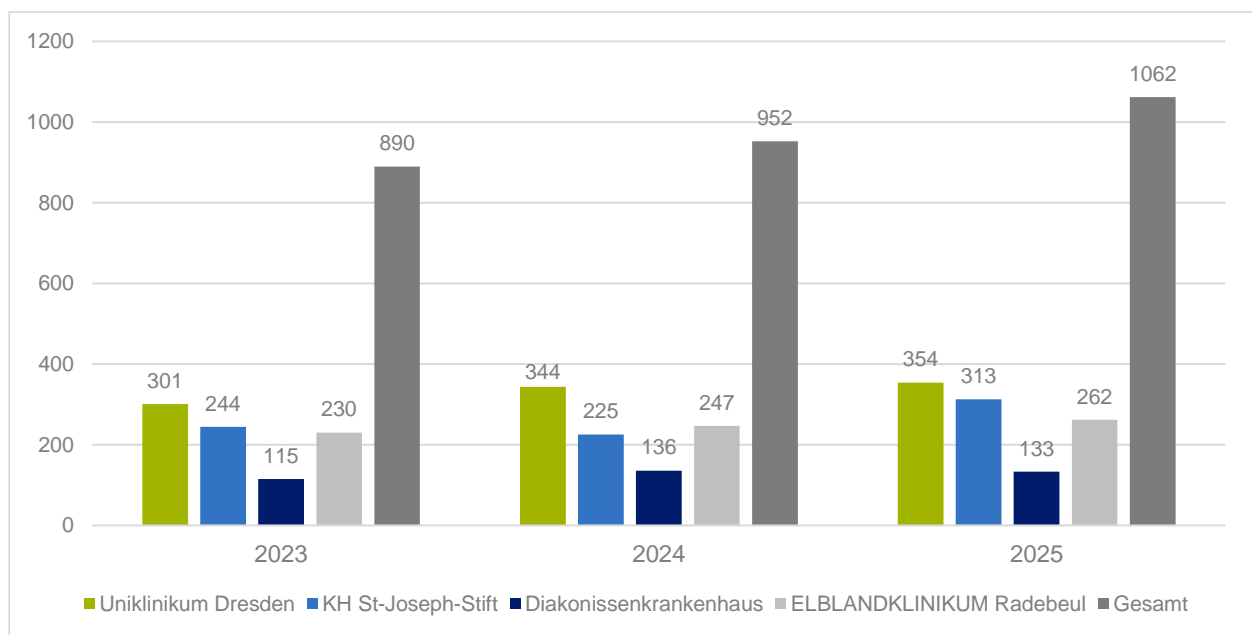
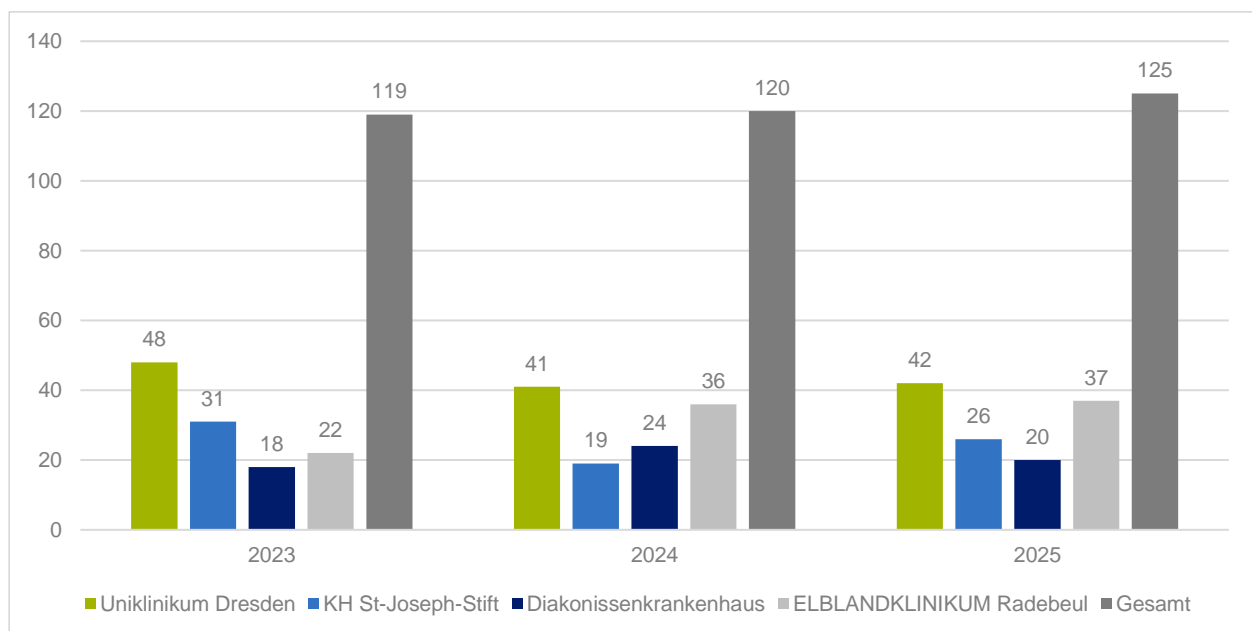


Abbildung 31: Rezidive/Metastasen Regionales Brustzentrum Dresden 2023-2025



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. Bis auf das ELBLANDKLINIKUM Radebeul erfüllen alle Standorte diese Anforderung.

Tabelle 33: Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1 RBZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Universitätsklinikum Dresden	76%	85,8%	84,1%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	79,1%	88,1%	89,4%
Diakonissenkrankenhaus	94,4%	93,5%	91,9%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	71,6%	72,3%	63,0%

Die Mastektomierate sollte zwischen 15% und 40% liegen. Das ELBLANDKLINIKUM Radebeul liegt mit 47,3% leicht über der Sollvorgabe. Aufgrund des besonderen Klientels der Abteilung für plastische Chirurgie ist die hohe Mastektomierate auf die Mastektomien mit Rekonstruktion mit körpereigenem Gewebe bzw. Implantaten zurückzuführen.

Tabelle 34: Mastektomierate RBZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Universitätsklinikum Dresden	35,4%	24,7%	24,4%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	18,6%	17,3%	16,7%
Diakonissenkrankenhaus	18,6%	15,1%	17,2%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	47,8%	43,3%	47,3%

Die Rate an Revisionsoperationen sollte $\leq 5\%$ sein. Alle Standorte erfüllen diese Vorgabe.

Tabelle 35: Revisionsoperationen RBZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Universitätsklinikum Dresden	5,8%	2,4%	3,5%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	3,5%	1,8%	3,7%
Diakonissenkrankenhaus	1,4%	4,3%	1,1%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	3,2%	1,67%	2,0%

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 Gesundheitsfragebogen (PHQ-4) 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. Seitens der Fachgesellschaften wird eine Screeningrate von $\geq 65\%$ gefordert. Alle Standorte haben die Sollvorgabe erfüllt.

Tabelle 36: Psychoonkologisches Screening RBZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Universitätsklinikum Dresden	88,0%	82,9%	83,3%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	70,2%	73,0%	78,8%
Diakonissenkrankenhaus	74,4%	71,3%	88,9%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	68,7%	68,6%	73,9%

Tabelle 37: Anteil überschwellig belastete Patientinnen und Patienten 2023-2025

	2023	2024	2025
Universitätsklinikum Dresden	72,3%	77,4%	80,6%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	84,5%	61,8%	54,7%
Diakonissenkrankenhaus	64,6%	71,1%	56,6%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	79,1%	70,1%	73,8%

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, wird ebenfalls jährlich erfasst und ausgewertet.

Tabelle 38: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst RBZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Universitätsklinikum Dresden	66,5%	67,0%	69,7%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	54,6%	53,7%	43,4%
Diakonissenkrankenhaus	56,4%	63,7%	47,7%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	56,4%	55,1%	56,5%

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 von einer Beratungsrate $\geq 50\%$ wurde an allen Standorten erfüllt.

Tabelle 39: Betreuung durch den Sozialdienst RBZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Universitätsklinikum Dresden	80,8%	78,1%	85,1%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	88,0%	74,2%	93,2%
Diakonissenkrankenhaus	78,8%	80,6%	90,9%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	88,5%	77,0%	78,9%

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, welche 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 40: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung RBZ 2023-2025

	Wartezeit auf Termin			Wartezeit während der Sprechstunde		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Universitätsklinikum	7,7	7,3	7,5	21,3	14,6	17,9
Krankenhaus St. Joseph-Stift	5,9	6,6	6,3	48	39	37
Diakonissenkrankenhaus	10	8	6,5	37	39	41,8
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	5,8	4,3	2,6	3,4	9,3	8,9

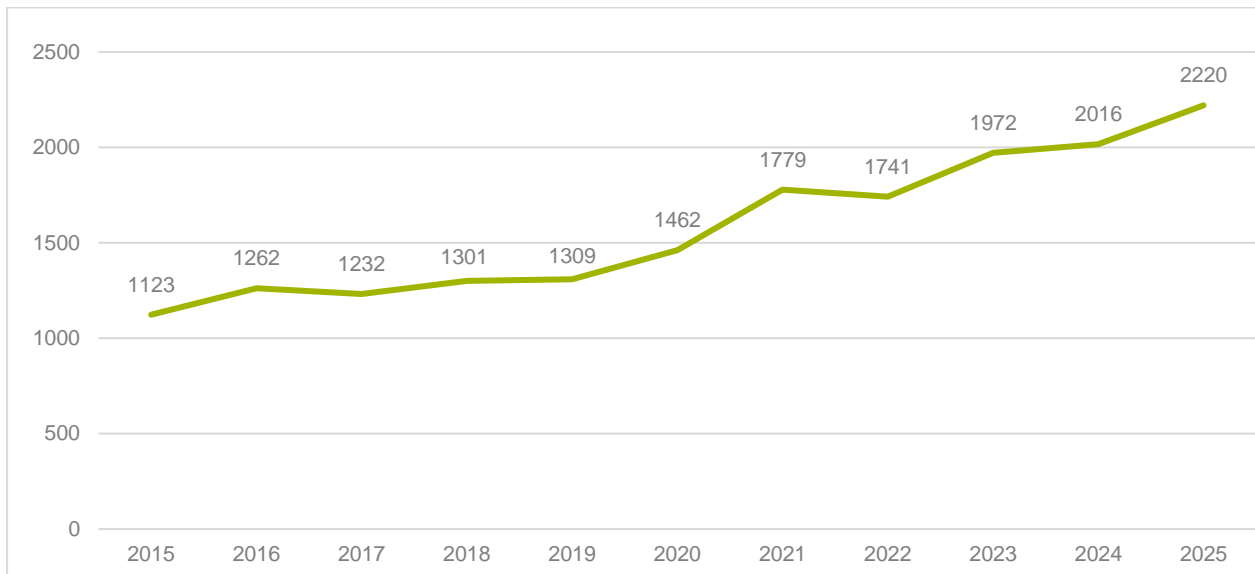
Die Vorgaben der Fachgesellschaften - weniger als 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin und unter 60 Minuten während der Sprechstunde - werden in allen vier Standorten vollständig eingehalten. Auf Basis dieser Ergebnisse sind derzeit keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

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 2025 fanden 52 Tumorkonferenzen des Regionalen Brustzentrums Dresden statt, in denen insgesamt **2.220 interdisziplinäre Behandlungspläne** erstellt wurden. Die Sollvorgabe von $\geq 80\%$ der postoperativen Tumorboardvorstellungen wird in allen Standorten erfüllt. Durchschnittlich werden pro Patientin/Patient 1,4 Beschlüsse gefasst; pro Board werden durchschnittlich 42,7 Empfehlungen ausgesprochen.

Abbildung 32: Anzahl Tumorboardempfehlungen RBZ 2015-2025



Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragten überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum - 1. Oktober 2024 bis 30. September 2025 - im Tumorboard des Regionalen Brustzentrums Dresden vorgestellten Patientinnen und Patienten zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für das Jahr 2025 wurden insgesamt **515 Beschlüsse** von **383 Patientinnen und Patienten** ausgewählt.

- Universitätsklinikum Dresden: 238 Beschlüsse von 165 Patientinnen und Patienten
- Krankenhaus St. Joseph-Stift: 105 Beschlüsse von 87 Patientinnen und Patienten
- ELBLANDKLINIKUM Radebeul: 111 Beschlüsse von 85 Patientinnen und Patienten
- Diakonissenkrankenhaus: 61 Beschlüsse von 46 Patientinnen und Patienten

Abbildung 33: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ gesamt 2025

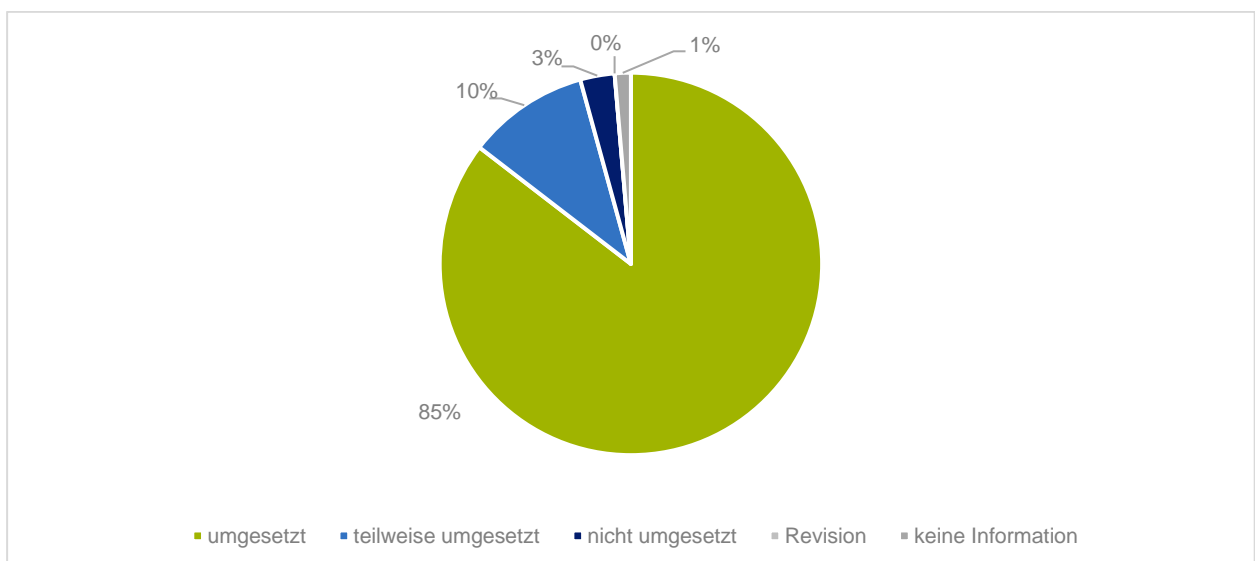
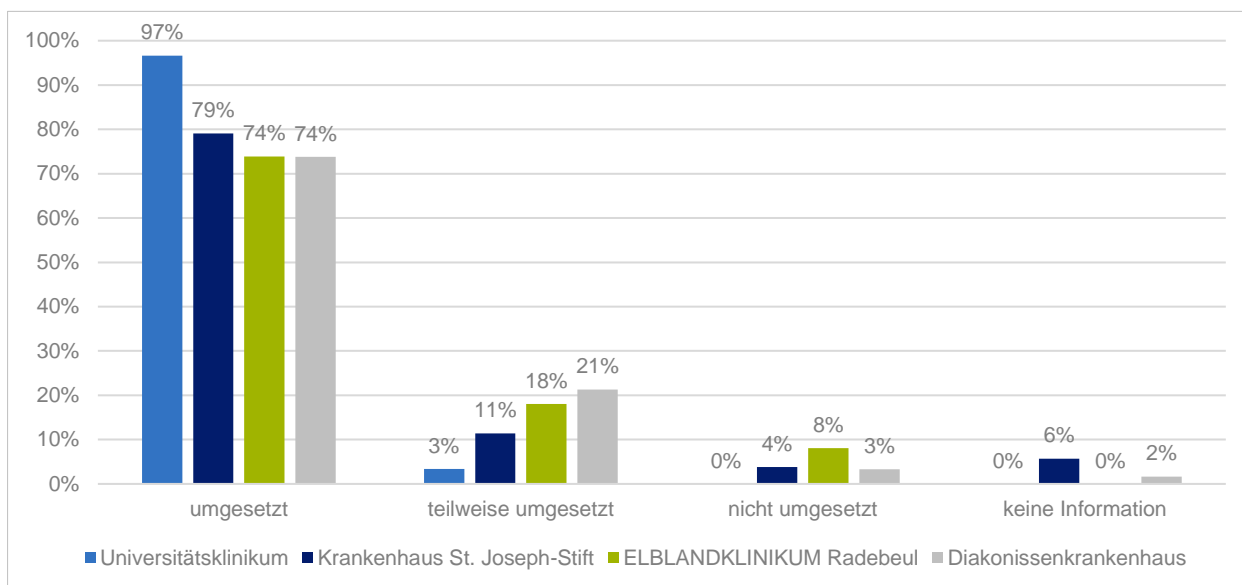


Abbildung 34: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ je Standort 2025



Insgesamt wurden 438 Beschlüsse (85%) inhaltlich korrekt gemäß der Tumorboardempfehlung umgesetzt. Gründe für eine Nicht- bzw. Teilumsetzung waren der Wunsch der Patientinnen und Patienten, ein zwischenzeitliches Versterben sowie eine im Verlauf geänderte Indikation bzw. ein verschlechterter Allgemeinzustand. Für sechs Patientinnen und Patienten am Standort KH St. Joseph-Stift und für eine Patientin am Standort Diakonissenkrankenhaus lagen keine weiteren Informationen vor, da die Behandlung extern fortgeführt wurde. Aus den Ergebnissen ergibt sich kein Bedarf für weitere Maßnahmen.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Brustkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025 ist in Tabelle 41 zusammengefasst.

Tabelle 41: Datenqualität DKG-Kennzahlen Regionales Brustzentrum Dresden 2025

	Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
Universitätsklinikum Dresden	100% (20)	0% (0)	0% (0)
Krankenhaus St. Joseph-Stift	100% (20)	0% (0)	0% (0)
Diakonissenkrankenhaus	95% (19)	5% (1)	0% (0)
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	90% (18)	5% (1)	5% (1)

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 2025 waren 35 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 Dresden 2023-2025

	2023	2024	2025
Universitätsklinikum Dresden	34,6%	28,5%	37,0%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	19,7%	12,9%	14,3%
Diakonissenkrankenhaus	19,1%	41,2%	40,6%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	26,1%	24,7%	22,5%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Regionalen Brustzentrums Dresden aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2025 veröffentlicht wurden.

Kühn T, Banys-Paluchowski M, Ditsch N, Stickeler E, Hauptmann M, Schroth J, Karadeniz Cakmak G, Hahn M, Thill M, Reimer T, Fröhlich S, Schmidt E, Wihlfahrt K, Berger T, Basali T, Ruf F, Rief A, Lux MP, Kolberg HC, Rubio IT, Gasparri ML, Kontos M, Bonci EA, Niinikoski L, Murawa D, Pinto D, Peintinger F, Schlichting E, Nina H, Valiyeva Qanimat H, Vanhoeij M, Rebaza LP, Aktas Sezen B, Jursik K, Kadayaprath G, Dostalek L, Kothari A, Perhavec A, Ivanov T, Zippel D, Thongvitokomarn S, Gurleyik MG, Watermann D, Porpiglia M, Lebeau A, Di Micco R, Gentilini OD, de Boniface J, Hartmann S; **AXSANA Study Group. Axillary dissection for low-volume nodal involvement after neoadjuvant therapy in breast cancer: multicentre AXSANA cohort study.** Br J Surg. 2025 Sep 2;112(9):znaf180. doi: 10.1093/bjs/znaf180. PMID: 40966675.

Pixberg C, Maurer C, Smetanay K, Straßl L, Hlevnjak M, Zapatka M, Wagner CV, Yazdanparast H, Kurzawa J, Erben V, Feng F, Hong C, Hübschmann D, Buschhorn L, Suppeln JP, Michel L, Heublein S, Fremd C, Zivanovic O, Sinn P, Stenzinger A, Haidinger R, Schumacher-Wulf E, Ditsch N, Loibl S, Fröhling S, Link T, **Wimberger P**, Blohmer JU, Huebner H, Fasching PA, Janni W, Schlenk RF, Thewes V, Lichter P, Schneeweiss A. **COGNITION-GUIDE - Genomics-Guided Targeted Post-Neoadjuvant Therapy in Patients with Early Breast Cancer: Study Design of a Multicenter, Open-Label, Umbrella Phase II Study.** Geburtshilfe Frauenheilkd. 2025 Apr 10;85(6):611-619. doi: 10.1055/a-2557-1876. PMID: 40510401; PMCID: PMC12158538.

Hamann M, Christgen M, Gluz O, Nitz U, Kuemmel S, Braun M, Thill M, Wuerstlein R, **Wimberger P**, Hartkopf A, Schem C, Zaiss M, Bjelic-Radisic V, Just M, Veselinovic K, Vincent M, Graeser M, Krauss K, Hoffmann O, Lüdtke-Heckenkamp K, Kates RE, Zu Eulenburg C, Jóźwiak K, Burmeister S, Hauptmann M, Baehner F, Schmid P, Kreipe HH, Harbeck N. **Endocrine response assessment in HR-positive HER2-negative early breast cancer: concordance of local versus central Ki67 measurements in the WSG ADAPTcycle trial (n = 5292).** ESMO Open. 2025 Aug;10(8):105552. doi: 10.1016/j.esmoop.2025.105552. Epub 2025 Aug 14. PMID: 40815984; PMCID: PMC12391789.

Michel LL, Ziegler P, Kreis P, Hartkopf AD, Wallwiener M, Häberle L, John N, Kolberg HC, Hadji P, Tesch H, Ettl J, Lüftner D, Müller V, Belleville E, **Wimberger P**, Enzinger HM, Huebner H, Uhrig S, Hack CC, Krabisch P, Fasching PA, Wuerstlein R, Untch M, Ditsch N, Hein A, Janni W, Taran FA, Lux MP, Wallwiener D, Brucker SY, Fehm TN, Schneeweiss A, Goossens C, Engler T. **Prognostic impact of the choice of chemotherapy after first-line CDK4/6 inhibitor therapy in patients with metastatic hormone receptor-positive, HER2-negative breast cancer.** Eur J Cancer. 2025 Sep 9;227:115689. doi: 10.1016/j.ejca.2025.115689. Epub 2025 Aug 5. PMID: 40780076.

Walter CB, Hartkopf AD, Hein A, Fasching PA, Kolberg HC, Hadji P, Tesch H, Häberle L, Ettl J, Lüftner D, Wallwiener M, Müller V, Beckmann MW, Michel LL, Belleville E, Huebner H, Uhrig S, Goossens C, **Wimberger P**, Hielscher C, Meyer J, Mundhenke C, Kurbacher C, Wuerstlein R, Untch M, Janni W, Taran FA, Lux MP, Wallwiener D, Brucker SY, Schneeweiss A, Fehm TN, Fremd C. **Characteristics and prognosis of patients with primary metastatic disease vs. recurrent HER2-negative, hormone receptor-positive advanced breast cancer.** Breast. 2025 Apr;80:104412. doi: 10.1016/j.breast.2025.104412. Epub 2025 Feb 5. PMID: 39952220; PMCID: PMC11872390.



Zentrum für Hämatologische Neoplasien



Inhaltsverzeichnis

Zentrum für Hämatologische Neoplasien	97
Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien (HAEZ)	97
Ziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien.....	99
Externe und interne Audits	100
Externe Audits.....	100
Interne Audits	100
Zufriedenheitsbefragungen.....	101
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	101
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	101
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	102
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	103
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	103
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	103
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	104
Fallzahlen.....	104
Psychosoziale Versorgung	106
Wartezeiten	106
Interdisziplinäres Tumorboard und Fallbesprechungen	107
Tumorboardcompliance	108
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	108
Forschungstätigkeiten	109
Klinische Studien.....	109
Publikationen.....	110

Zentrum für Hämatologische Neoplasien

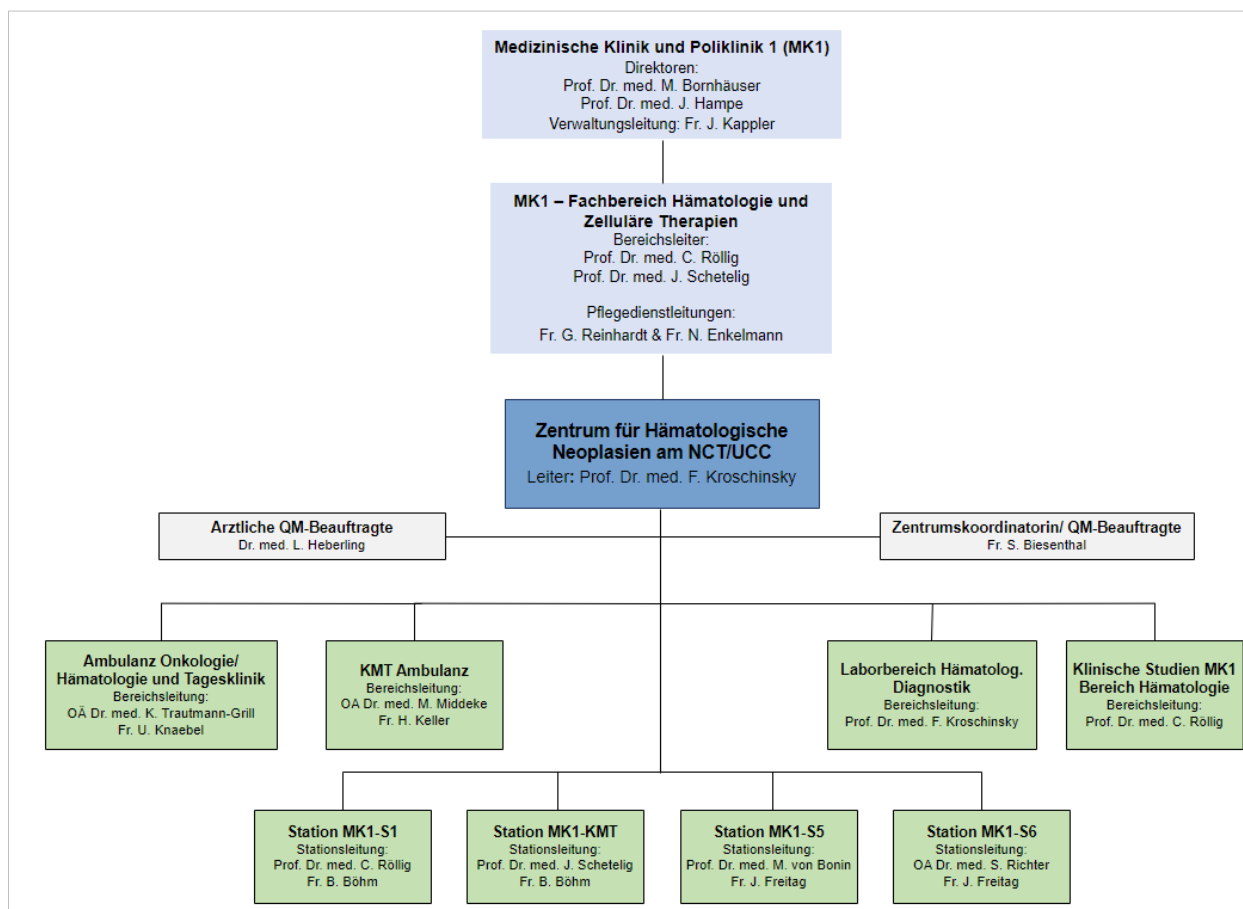
Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien (HAEZ)

Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC) Dresden 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 sowie modernster Technik und Infrastruktur angeboten werden können. Für die maßgeschneiderte und personalisierte Therapie stehen dem Zentrum alle modernen Therapieverfahren zur Verfügung. Dazu gehören u. a. die Chemotherapie, Immuntherapie sowie 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 35 gibt einen Überblick über die Struktur und Kontaktpersonen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien. Neben den abgebildeten Bereichen stehen dem Zentrum weitere Kooperationspartnerinnen und -partner zur Verfügung. Zu den Hauptkooperationspartnerinnen und -partner zählen dabei das Institut für Pathologie, das Institut und die Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie sowie die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie des Universitätsklinikums Dresden. Durch Kooperationsverträge im Sinne von Qualitätssicherungsvereinbarungen mit den Behandlungspartnerinnen und -partner wird die Einhaltung der hohen Qualitätsanforderungen garantiert.

Abbildung 35: 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
	Prof. 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. Lisa Heberling	FÄ für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	Dr. Désirée Kunadt	FÄ für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	Dr. Leo Ruhnke	FA 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	Medizinische Dokumentationsassistentin
Pflegedienstleitungen	Gabriele Reinhardt, B.Sc.	Management für Gesundheitsfachberufe
	Nadja Enkelmann, B.A.	Management im Gesundheitswesen
Onkologische Fachpflege	Annett Dietrich / Bianca Böhm / Claudia Klopsch / Claudia Mohr / Cornelia König / Henrik Mittag / Daniela Mühlbauer / Jana Büttner / Jana Kutscher / Laura Krönke / Jeanette Bittner / Sylvia Pilz / Janet Freitag / Susanne Hassler / Tobias Krüger / Yvonne Johné / Viktoria Klein / Anne Kliche / Kathleen Hartrampf / Sylvia Teichmann / Andrea Sochor	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 2025

Nr.	Qualitätsziel	Zielerreichung
1	Aufrechterhaltung der Zertifizierungen nach DKG und DIN EN ISO 9001 (erfolgreiches Überwachungsaudit, Durchführung eines internen Audits)	Umgesetzt
2	Etablierung eines Tools zur Erfassung der durchgeführten Chemo-Applikationen pro Pflegekraft	Umgesetzt
3	Einrichtung neuer Feedbackstelen zur Erhöhung der Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patientinnen, Patienten und Angehörigen	Umgesetzt
4	Durchführung eines NCT/UCC-Patiententags mit einem spezifischen Programmteil zum HAEZ	Umgesetzt

Nr.	Qualitätsziel	Zielerreichung
5	Durchführung von interdisziplinären Workshops zur Aktualisierung bestehender Standards zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge	Workshop-Format nicht mehr zeitgemäß & sinnvoll, daher Umstellung ab 2026 auf ein neues Format zur Aktualisierung der Standards
6	Optimierung der jährlichen Pflichtunterweisungen <ul style="list-style-type: none"> • Prüfung und Sicherstellung der Teilnahme aller Ärzte und Ärztinnen des HAEZ an dem jährlichen Reanimationstraining • Umstellung der Pflichtunterweisungen zu Datenschutz, Compliance und Brandschutz auf E-Learning-Programme 	Erhöhung der Teilnahmequote am Rea-Training wurde erreicht; Übernahme als Ziel für 2026 um weiteren Anstieg zu erreichen Umstellung auf E-Learning erfolgt
7	Ausbau der Kooperation mit Selbsthilfegruppen: Abschluss eines Kooperationsvertrags mit dem Eisvogel e.V.	Umgesetzt
8	Testung des „Alviscans“ im Foyer des Haus 31 zur selbständigen Messung der Vitalparameter	Ziel verworfen, da keine automatische Übertragung der Daten in die elektronische Patientenakte möglich.
9	Digitalisierung der Arzneimittelversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Einführung des bundeseinheitlichen Medikamentenplans (eMP) • Einführung des E-Rezepts 	Umgesetzt
10	Einführung der elektronischen Erfassung von Patient-Reported Outcomes (ePROs) auf den Stationen MK1-S1, MK1-KMT	Vorbereitungen zur Einführung von PATFORMs auf weiteren Stationen laufen; Ziel wird für 2026 übernommen
11	Optimierung der Dokumentation einweisungspflichtiger Medizinprodukte für den ärztlichen Dienst <ul style="list-style-type: none"> • Benennung einer Medizinproduktebeauftragten • Erstellung von Gerätelisten pro Bereich • Prüfung der Vollständigkeit notwendiger Unterweisungen • Einführung der digitalen Dokumentation im SAP 	Umgesetzt
12	Evaluation der Pflegeberatung in der hämatonkologischen Tagesklinik	Umgesetzt

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Jahr 2025 fand das Überwachungsaudit des Zentrums für Hämatologische Neoplasien statt. Aufgrund der in den Vorjahren guten Ergebnisse bei der Zertifizierung nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft konnte ein reduzierter Auditzyklus durchgeführt werden. Anstelle eines Vor-Ort-Audits erfolgte eine Dokumentenprüfung. Die eingereichten Unterlagen wurden positiv bewertet und der begutachtende Fachexperte bestätigte den bestehenden Zertifizierungsstatus des Zentrums für Hämatologische Neoplasien. Hingewiesen wurde ausschließlich auf die verpflichtende Teilnahme der Hauptkooperationspartnerinnen und -partner an allen hämatologischen Tumorboards, da dies im Betrachtungsjahr 2024 nicht vollumfänglich erfüllt wurde.

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 2025 wurde am 17. September 2025 ein internes Audit auf den Stationen MK1-S1 und MK1-S5, in der Ambulanz Hämatologie/ Onkologie und Tagesklinik sowie im Leitungsbereich des Zentrums für Hämatologische Neoplasien durchgeführt. Dabei wurden insgesamt drei Hinweise und vier Anregungen

durch das Auditteam festgestellt, u. a. zu dem Durchführungszeitpunkt der ärztlichen Bestandskontrolle der Betäubungsmittel, zur vollständigen Anpassung einer aushängenden Betriebsanweisung und zur Digitalisierung weiterer Einwilligungserklärungen. Abweichungen gab es keine im Geltungsbereich. Alle festgestellten Verbesserungspotenziale wurden ebenfalls in einen Maßnahmenplan überführt. Die Umsetzung der abgeleiteten Maßnahmen wird von der Qualitätsmanagementbeauftragten des Zentrums überwacht und im nächsten internen Audit von dem Auditteam überprüft.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

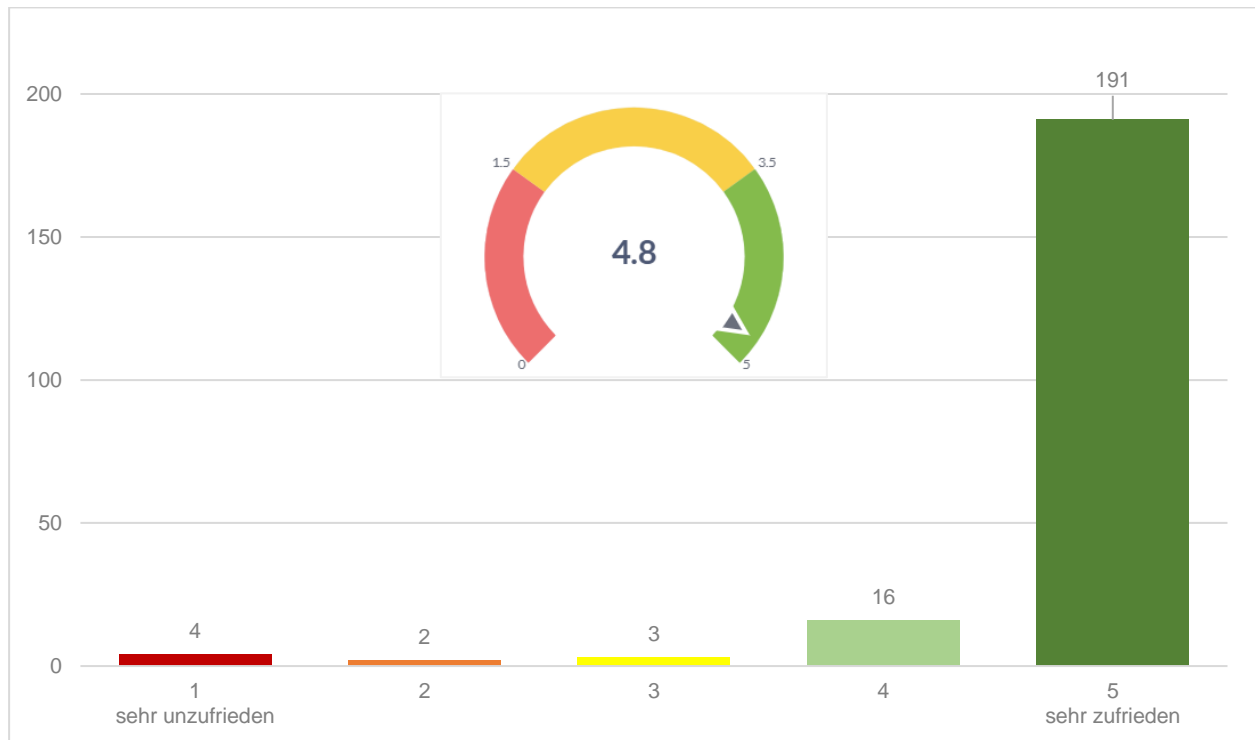
Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Zentrums für Hämatologische Neoplasien werden entsprechend den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft alle drei Jahre durchgeführt. Eine postalische Befragung fand zuletzt im Juni 2024 statt. Die Zuweiserinnen und Zuweiser hatten die Möglichkeit, ihre Rückmeldungen per QR-Code oder per papierbasiertem Fragebogen zurückzusenden. Die Rücklaufquote betrug 18,5%. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,61 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Die nächste Befragung ist für 2027 geplant.

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).

Im Rahmen des UKD-weit etablierten Ideen-, Hinweis- und Beschwerdemanagements haben die Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien jederzeit die Möglichkeit, ihre Anregungen, Hinweise und/oder Beschwerden über ein digitales Feedbacksystem abzugeben. Hierfür stehen den Patientinnen und Patienten sowie deren 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 2025 insgesamt 216 Feedbackmeldungen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen über die Tablets/Stelen eingegangen. Dabei gab es 106 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten und 95 Feedbacks von Angehörigen. Die durchschnittliche Zufriedenheit betrug 4,8 (1 = sehr unzufrieden; 5 = sehr zufrieden). Die Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 36: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit HAEZ 2025



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel / Jour Fixe HAEZ

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 aus 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 Kreis der Teilnehmenden gehören u. a. die Zentrumsleitung, die Qualitätsmanagementbeauftragten, die Oberärztinnen und Oberärzte, die Pflegedienst- und Stationsleitungen, die Medizinische Dokumentationsassistentin sowie Vertreterinnen und Vertreter aus den supportiven Bereichen. Themenbezogen werden weitere Personen eingeladen. Im Jahr 2025 fanden insgesamt zwei Qualitätszirkel des Zentrums für Hämatologische Neoplasien statt. Daneben finden regelmäßig im Rahmen des Jour Fixe HAEZ weitere Austauschtermine zwischen dem Zentrumsleiter, der Zentrumskoordination und der ärztlichen Qualitätsmanagementbeauftragten statt.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Regelmäßig werden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien auch Morbiditäts- und 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 alle Ärztinnen und Ärzte und pflegerische Be-

reichsleitungen 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. 2025 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 Weiterbildungen HAEZ 2025

Datum	Fort- und Weiterbildung
18. Januar 2025	ASH-Nachlese
19. März 2025	Hämatologische Gespräche: AML/MDS
4. April 2025	SAL-Frühjahrstagung
14. Mai 2025	Hämatologische Gespräche: Indolentes Non-Hodgkin-Lymphom & Mantelzell-Lymphom
11. Juni 2025	ASCO-Nachlese
20. August 2025	Hämatologische Gespräche: Immunthrombopenie und thrombotische Mikroangiopathie
5. bis 7. September 2025	Dresdner Symposium Hämatologie & Onkologie
5. November 2025	ESMO-Nachlese
5. November 2025	Hämatologische Gespräche: MPN und CML
13. bis 14. November 2025	8. AML-Academy und SAL-Herbsttagung

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des HAEZ werden zudem 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 zur 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 vom NCT/UCC angeboten. Dazu gehörten 2025 das Ernährungsprogramm „Let’s eat“, das Patientencafé, Adventsbacken, der Benefizlauf FortSCHRITT gegen

Krebs sowie Koordinations- und Krafttrainingseinheiten des Sporttherapeutischen Zentrums am NCT/UCC. Am 17. Mai 2025 fand ein zentraler Patiententag des NCT/UCC inklusive aller Organkrebszentren und Module statt. Im ersten Teil der Veranstaltung standen allgemeine Themen im Fokus, darunter Vorträge zur intraoperativen Radiotherapie sowie zur Bedeutung einer angepassten Ernährung in der Onkologie. Im zweiten Teil präsentierten die einzelnen Organkrebszentren/Module ihre spezifischen Diagnostik- und Therapieverfahren. Der Programmteil des Zentrums für Hämatologische Neoplasien widmete sich den Akuten Leukämien. Neben medizinischen Grundlagen und Behandlungsoptionen wurden insbesondere das Leben mit der Erkrankung, Unterstützungsangebote sowie zukünftige Entwicklungen in der Leukämietherapie thematisiert. Die Teilnehmenden hatten dabei auch die Möglichkeit, direkt mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Fachpersonen ins Gespräch zu kommen, individuelle Fragen zu stellen und sich über Behandlungswege und Unterstützungsangebote auszutauschen.

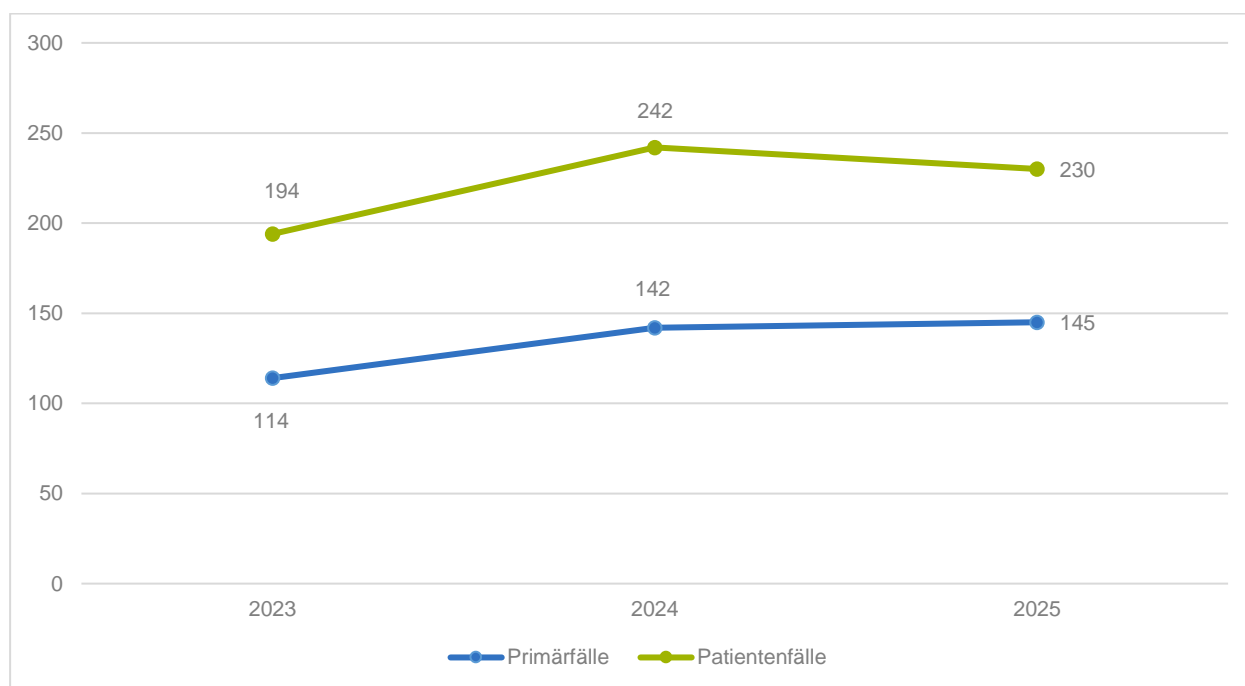
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

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.

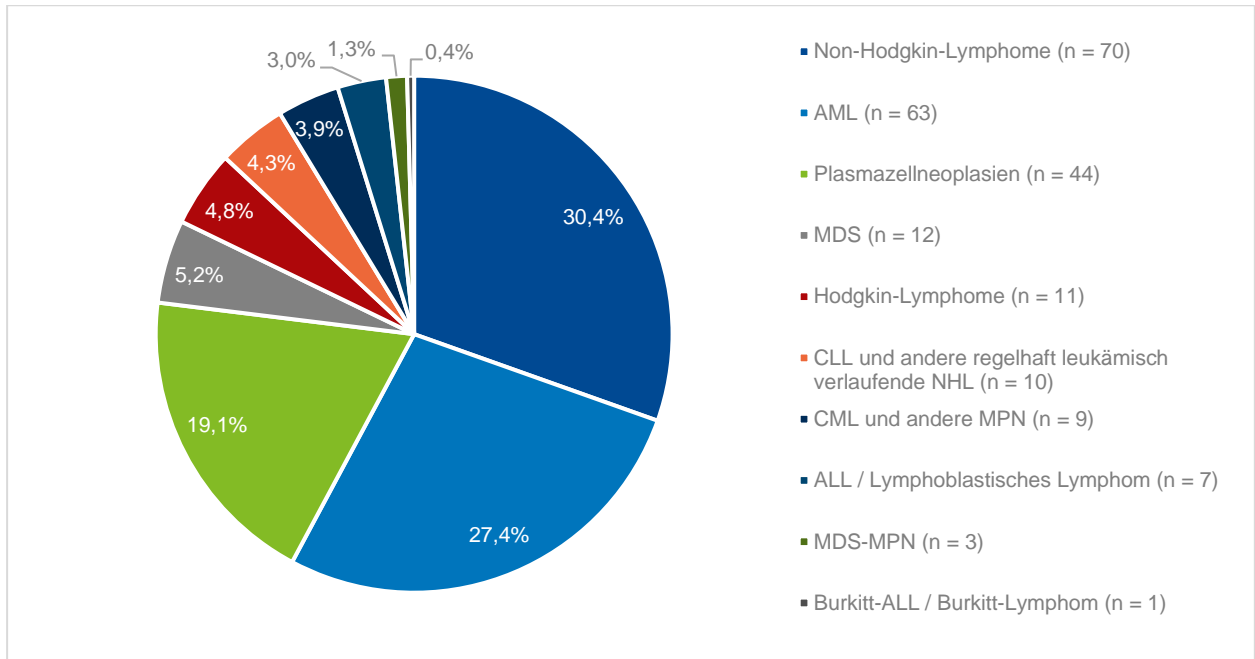
Im Betrachtungszeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2025 wurden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien am NCT/UCC insgesamt **230 Patientenfälle** erfasst. Davon stellten sich **145 Patientinnen und Patienten mit einer Erstdiagnose** (= Primärfälle) im Zentrum vor. Die Fallzahlentwicklung in den letzten drei Jahren stellt sich wie folgt dar:

Abbildung 37: Fallzahlentwicklung Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2023-2025



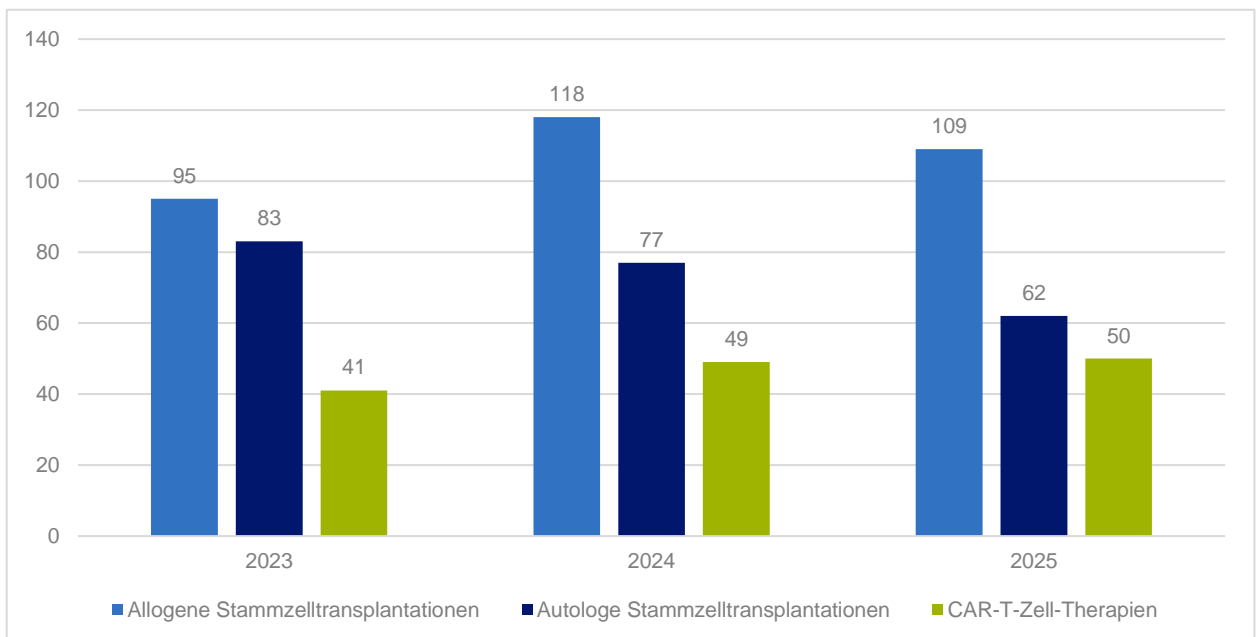
Die größte Diagnosegruppe bei den Patientenfällen stellen im Jahr 2025 die Non-Hodgkin-Lymphome mit 70 Patientinnen und Patienten dar, gefolgt von den Akuten myeloischen Leukämien mit 63 Patientinnen und Patienten. Beide Gruppen machen zusammen über die Hälfte der Fälle aus. Die Gesamtverteilung der Patientenfälle nach Diagnosen ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 38: Patientenfälle nach Diagnosegruppen (n=230) HAEZ 2025



Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien bietet alle in den Leitlinien etablierten 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 in den Jahren 2023-2025.

Abbildung 39: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien HAEZ 2023-2026



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 der Gesundheitsfragebogen PHQ-4 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 erst 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 psychosoziales Screening erhalten haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil an Patientinnen und Patienten, welche 2025 eine psychoonkologische Beratung erhalten haben, konstant geblieben. Bei den psychosozialen Screenings konnte eine Steigerung im Verlauf der letzten drei Jahre erreicht werden. Die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft von $\geq 65\%$ wurde 2025 erfüllt.

Tabelle 46: Anteil psychoonkologische Betreuung und Screening HAEZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Beratung	54,6%	60,3%	59,6%
Screening	62,9%	80,6%	83,0%

Für die sozialrechtliche Beratung der Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien stehen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zur Verfügung. Der Sozialdienst ist organisatorisch der Direktion Krankenpflege des UKD zugeordnet. Alle Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien erhalten das Angebot eines Beratungsgespräches durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate $\geq 30\%$ wurde 2025 erfüllt.

Tabelle 47: Betreuung durch den Sozialdienst HAEZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Beratung	78,4%	75,6%	77,4%

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 Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft von einer Wartezeit < 60 Minuten während der Sprechstunde und

weniger als zwei Wochen auf einen Termin wurden 2025 weiterhin erfüllt. Im Vergleich zu dem Vorjahr sind die durchschnittlichen Wartezeiten ungefähr konstant geblieben.

Tabelle 48: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung HAEZ 2023-2025

Wartezeit	2023	2024	2025
auf einen Ersttermin	13 Tage	8 Tage	7 Tage
während der Sprechstunde	27 Minuten	21 Minuten	22 Minuten

Interdisziplinäres Tumorboard und Fallbesprechungen

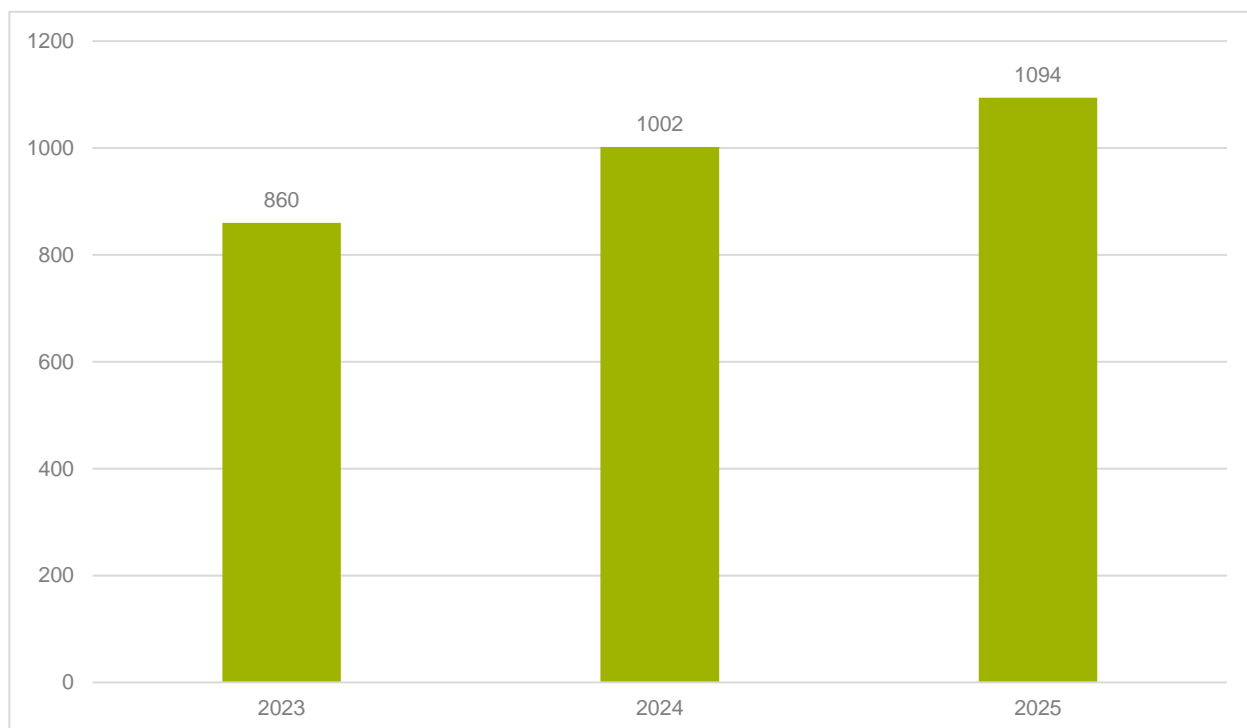
In den interdisziplinären Tumorboards und Fallbesprechungen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien werden für die Patientinnen und Patienten individuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie erarbeitet. Ziel ist es dabei, dass alle Patientinnen und Patienten zu Beginn prätherapeutisch in einem der Boards oder in der Fallbesprechung vorgestellt werden. Insgesamt wurden im HAEZ 2025 **95 Tumorboards** und **224 Fallbesprechungen** durchgeführt.

Tabelle 49: Anzahl durchgeführter Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2025

Hämatologische Tumorboards	R/R AML-Boards	Tumorboards Zelluläre Therapie CCI-CD	Fallbesprechungen
50	24	21	224

Im Jahr 2025 wurden im Rahmen der Tumorboards und Fallbesprechungen des HAEZ insgesamt **1.094 Empfehlungen** zur Diagnostik und Therapie erarbeitet. Dabei zeigt sich im Drei-Jahres-Vergleich ein kontinuierlicher Anstieg bei den Fallvorstellungen.

Abbildung 40: Entwicklung der Fallvorstellungen gesamt in den Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2023-2025

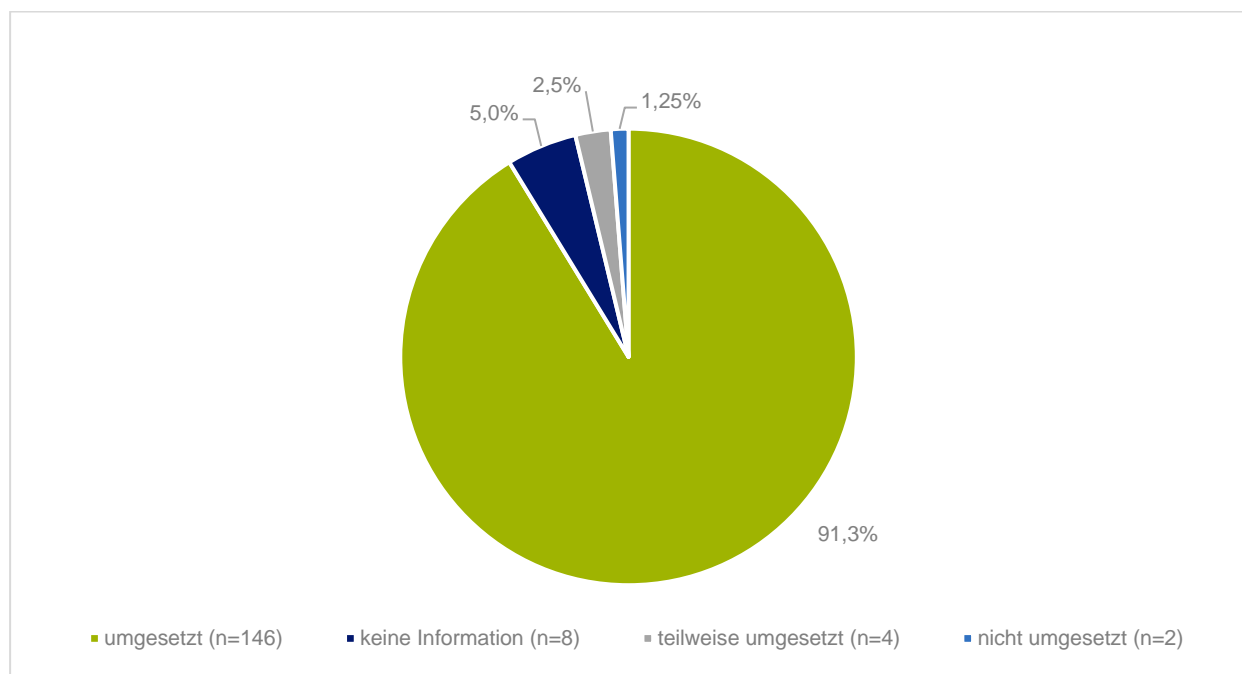


Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität wird jährlich eine zufällige Stichprobe der Beschlüsse aus dem hämatologischen Tumorboard auf inhaltliche Umsetzung geprüft. Dabei wird eine Stichprobe von 25% aller besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: Oktober 2024 bis September 2025) überprüft.

Die Prüfung erfolgt anhand der vorliegenden Informationen in der digitalen Patientenakte des Krankenhausinformationssystems sowie des Tumordokumentationssystems. Im Betrachtungszeitraum wurden **160 Beschlüsse von 127 Patientinnen und Patienten** überprüft. Der **Erfüllungsgrad** der überprüften Tumorboardbeschlüsse liegt bei **91%**. Die Ergebnisse zur Überprüfung der Tumorboardcompliance sind in Abbildung 41 dargestellt. Acht Tumorboardbeschlüsse konnten aufgrund fehlender vorliegender Informationen nicht hinsichtlich des Umsetzungsgrades bewertet werden, insbesondere da die weitere Behandlung extern erfolgte und entsprechende Rückmeldungen nicht vorlagen. Vier Empfehlungen wurden nur teilweise umgesetzt. In einem Fall verstarb der Betroffene vor vollständiger Umsetzung, in einem weiteren führten neue medizinische Erkenntnisse zu einer Anpassung der Empfehlung, und in zwei Fällen lagen keine entsprechenden Informationen in der Patientenakte vor. Gründe für die zwei nicht umgesetzten Beschlüsse waren die Revision der Empfehlung aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse in einem der nächsten hämatologischen Tumorboards und das vorzeitige Versterben eines Patienten. Die interne Sollvorgabe des Onkologischen Zentrums, welche einen Erfüllungsgrad von $\geq 80\%$ vorsieht, wird im hämatologischen Tumorboard erreicht. Die Ergebnisse werden im Rahmen von Qualitätszirkeln des Zentrums besprochen und ausgewertet.

Abbildung 41: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance HAEZ 2025



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Zentren für Hämatologische Neoplasien umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025

ist in Tabelle 50 zusammengefasst. Von 17 obligatorischen Kennzahlen wurden 16 im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt, während bei einer Kennzahl die Sollvorgabe 2025 nicht erreicht werden konnte. Dies betrifft die Durchführung prätherapeutischer Fallbesprechungen, deren Umsetzungsquote im Jahr 2025 bei 91,4 % lag (Sollvorgabe: ≥ 95 %).

Tabelle 50: Datenqualität DKG-Kennzahlen Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2025

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
82,35%	11,76%	5,88%

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien wird bei entsprechender Verfügbarkeit die Teilnahme an klinischen Studien angeboten. 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 Zentrum bietet die Teilnahme an klinischen Phase I-IV Studien sowie an nicht-interventionellen Studien/Anwendungsbeobachtungen an und ist bei der AML als koordinierende Studienzentrale bundesweit vernetzt (www.aml-germany.com). Neben der Teilnahme als Prüfzentrum an zahlreichen pharmazeutischen und akademischen Studien für nahezu alle 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 2025 waren 74 Studien zur Rekrutierung von hämatologischen Patientinnen und Patienten geöffnet, wobei insgesamt 407 Studieneinschlüsse erfolgten. Dabei konnten 51% 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 2023-2025

	2023	2024	2025
Patientenfälle mit Studieneinschluss (Zähler)	71	116	118
Patientenfälle (Nenner)	194	242	230
Studienquote	37%	48%	51%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2025 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.

Egger-Heidrich K, Sockel K, Schetelig J. Back to life: Biological parenthood of young adult acute leukaemia survivors. Br J Haematol. 2025 Oct;207(4):1728-1730. doi: 10.1111/bjh.70107. Epub 2025 Aug 26. PMID: 40855938; PMCID: PMC12512063.

Eckardt JN, Middeke JM. Promises and challenges of artificial intelligence in haematological diagnostics. Br J Haematol. 2025 Sep;207(3):754-756. doi: 10.1111/bjh.70055. Epub 2025 Jul 28. PMID: 40717646; PMCID: PMC12436206.

Kretschmer L, **Ruhnke L**, Schliemann C, Fransecky L, Steffen B, Kaufmann M, Burchert A, Schmid C, Hanoun M, Sauer T, Metzeler KH, Schäfer-Eckart K, Hänel M, Crysandt M, Jäger P, Krause SW, Dierks C, Klein S, Maguire N, Frenzel LP, Bücklein VL, Blau W, Kaiser U, Wegehenkel K, Höllein A, Seggewiss-Bernhardt R, Markgraf W, Fiebig F, Harig A, Schmidt-Brücken K, Thiede C, **Middeke JM**, Dillon R, Baldus CD, Serve H, Spiekermann K, Hiddemann W, Schlenk RF, Müller-Tidow C, **Bornhäuser M, Röllig C. VINCENT: A randomized-controlled trial evaluating venetoclax plus azacitidine versus intensive chemotherapy in patients with newly diagnosed, NPM1-mutated AML.** Ann Hematol. 2025 Jul;104(7):3647-3654. doi: 10.1007/s00277-025-06496-7. Epub 2025 Jul 9. PMID: 40629154; PMCID: PMC12334493.

Eckardt JN, Hahn W, Ries RE, Chrost SD, Winter S, Stasik S, **Röllig C, Platzbecker U**, Müller-Tidow C, Serve H, Baldus CD, Schliemann C, Schäfer-Eckart K, Hanoun M, Kaufmann M, Burchert A, **Schetelig J, Bornhäuser M**, Wolfien M, Meshinchi S, **Thiede C, Middeke JM. Age-stratified machine learning identifies divergent prognostic significance of molecular alterations in AML.** Hemasphere. 2025 May 7;9(5):e70132. doi: 10.1002/hem3.70132. PMID: 40337301; PMCID: PMC12056602.

Sockel K, Röllig C, Mütherig A, Crysandt M, Zukunft S, Herbst R, Noppeney R, Schäfer-Eckardt K, Kaufmann M, Oelschlaegel U, Fiebig F, Giagounides A, Götze K, Scholl S, Lück A, Rieger K, Geer T, Kiewe P, Müller-Tidow C, Serve H, Baldus CD, Kaiser U, Mahlmann S, Schmidt B, Parmentier S, Illmer T, Seggewiss-Bernhardt R, Kiani A, Linde H, Dürk H, Kramer M, Kunadt D, Schmidt-Brücken K, **Balaian E, Trautmann-Grill K, Ruhnke L, Middeke JM, von Bonin M**, Ehninger G, **Thiede C, Bornhäuser M, Schetelig J, Platzbecker U. Hypomethylating Therapy With or Without Eltrombopag in Elderly Patients With Acute Myeloid Leukemia: Results From the Randomized, Placebo-Controlled Phase 2 DELTA Trial.** Am J Hematol. 2025 Dec;100(12):2436-2441. doi: 10.1002/ajh.70091. Epub 2025 Oct 2. PMID: 41036595.



Viszeralonkologisches Zentrum



Inhaltsverzeichnis

Viszeralonkologisches Zentrum.....	113
Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums (VOZ)	113
Ziele des Viszeralonkologischen Zentrums.....	115
Externe und interne Audits	115
Externe Audits	115
Interne Audits	116
Zufriedenheitsbefragungen.....	116
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	116
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	116
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	117
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	118
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	118
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	119
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	120
Leistungszahlen	120
Psychosoziale Versorgung	122
Wartezeiten	124
Interdisziplinäre Tumorkonferenz.....	124
Tumorboardcompliance	125
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen	127
Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser	127
Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem.....	128
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	129
Forschungstätigkeiten	129
Klinische Studien.....	129
Publikationen.....	129

Viszeralonkologisches Zentrum

Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums (VOZ)

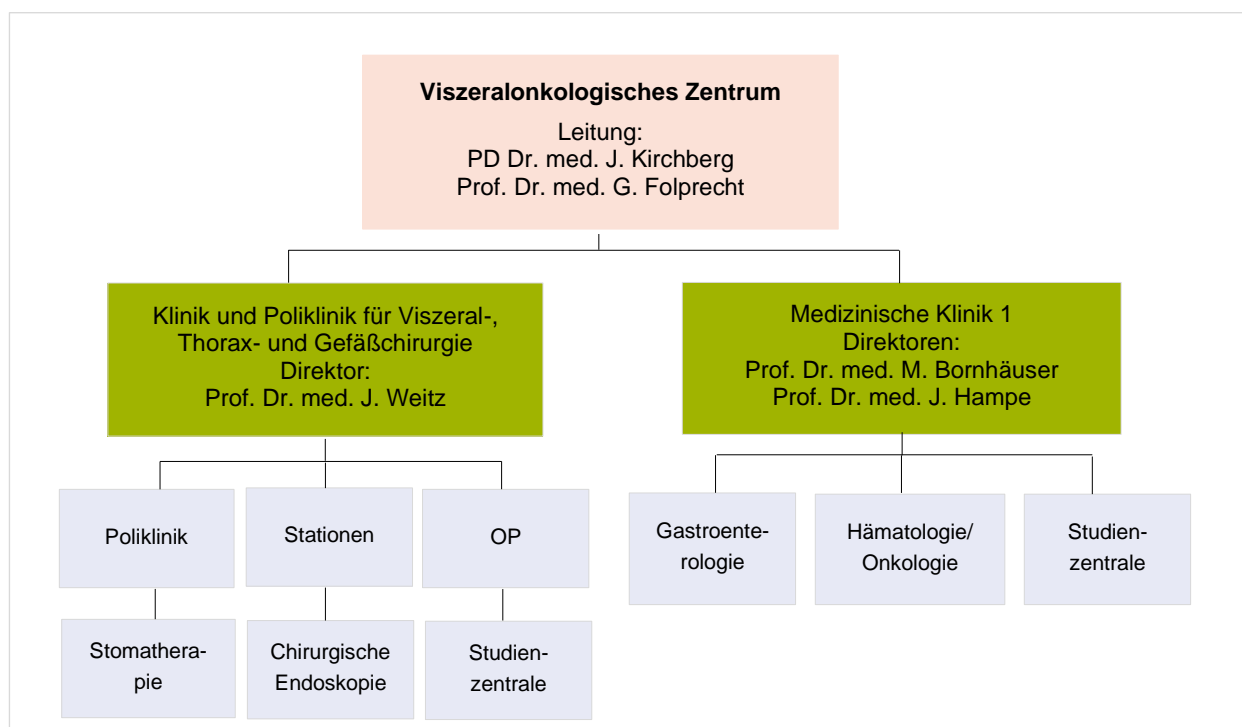
Das Viszeralonkologische Zentrum vereint spezialisierte Expertise, moderne Diagnostik und interdisziplinäre Zusammenarbeit, um Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gastrointestinaltraktes, der Speiseröhre sowie der Leber und Bauchspeicheldrüse auf höchstem medizinischem Niveau zu versorgen. Unser Anspruch ist es, eine Behandlung anzubieten, die sich konsequent an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, etablierten Leitlinien und individuellen Bedürfnissen orientiert.

Durch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen Chirurgie, Gastroenterologie, Onkologie, Radiologie, Pathologie, Nuklearmedizin, Pflege und weiteren Fachbereichen schaffen wir die Grundlage für präzise Diagnostik, individualisierte Therapieentscheidungen und eine umfassende Betreuung entlang des gesamten Behandlungspfades.

Ein zentraler Bestandteil unseres Qualitätsverständnisses ist die externe Überprüfung unserer Strukturen und Prozesse. Das Zentrum ist seit April 2014 nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert und erfüllt darüber hinaus die Qualitätsstandards der DIN EN ISO. Diese Zertifizierungen bestätigen, dass unsere Abläufe, Behandlungspfade und interdisziplinären Entscheidungsprozesse transparent, nachvollziehbar und kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Wir legen großen Wert auf transparente Dokumentation, regelmäßige Evaluation unserer Behandlungsergebnisse und die aktive Einbindung unserer Patientinnen und Patienten sowie Zuweiserinnen und Zuweiser. Wir verstehen diesen Bericht als Grundlage, um unsere Prozesse weiter zu optimieren und die bestmögliche Versorgung auch künftig sicherzustellen.

Abbildung 42: Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums



Von entscheidender Bedeutung für den Erfolg und die Qualität der Leistungserbringung im Viszeralonkologischen Zentrum ist der Einsatz von qualifiziertem Personal. Dieses verfügt über das notwendige Fachwissen und die Fähigkeiten, um komplexe Aufgaben effektiv zu bewältigen, Risiken zu erkennen und zu minimieren sowie aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis umzusetzen. Im Viszeralonkologischen Zentrum arbeitet ein Team, welches über unterschiedliche Qualifikationen verfügt.

Tabelle 52: Qualifikationsmatrix Viszeralonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	PD Dr. med. Johanna Kirchberg	FÄ für Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie, EBSQ, FEBS
	Prof. Dr. med. Gunnar Folprecht	FA für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin
Hauptoperateur	Prof. Dr. med. Jürgen Weitz	FA für Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Weiterbildung spezielle chirurgische Intensivmedizin, MSc
	Prof. Dr. med. Marius Distler	FA für Chirurgie und Viszeralchirurgie; Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie, Zusatzbezeichnung Transplantationsmedizin, MHBA, FACS
	Prof. Dr. med. Carina Riediger (bis 30. Juni 2025)	FÄ für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie; Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie, MSc
	Dr. med. Johannes Fritzmann	FA für Chirurgie und Viszeralchirurgie
	PD Dr. med. Johanna Kirchberg	FÄ für Viszeralchirurgie, Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie, FEBS
	Prof. Dr. med. Lena Seifert	FÄ für Viszeralchirurgie, Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie, FEBS
	PD Dr. med. Sebastian Hempel	FA für Viszeralchirurgie, Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie
	Prof. Dr. med. Daniel Stange	FA für Viszeralchirurgie, Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie
Pflegedienstleitungen	Claudia Reichel (Chirurgie)	Fachkrankenschwester für Anästhesie- und Intensivpflege; B. A. Pflegewissenschaft/-management
	Nadja Enkelmann, B.A. (Innere Medizin)	Management im Gesundheitswesen
Onkologische Fachpflegekräfte	Sven Scharte / Ulrike Röhle / Cornelia König / Tobias Krüger	Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit onkologischer Fachweiterbildung
Stomatherapeutinnen und -therapeuten	Petra Michalczyk	Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin, zertifizierte Stomafachkraft, Praxisanleiterin und Wundexpertin (ICW)
	Beatrice Passek	zertifizierte Stomafachkraft und Fachtherapeutin Wunde (ICW), Kompressionsexpertin

Funktion	Name	Qualifikation
Stomatherapeutinnen und -therapeuten	Markus Helm	zertifizierte Stomafachkraft und Fachtherapeut Wunde (ICW), Kompressionsexperte
	Nicole Becker	zertifizierte Stomafachkraft und Wundexpertin (DEKRA und ICW)
	Jeanette Walter	zertifizierte Stomafachkraft und Wundexpertin (ICW)
Tumordokumentation	Nadine Bartsch	medizinische Dokumentationsassistentin
Zentrumskoordination/Qualitätsmanagement	Karina Noack	M.A. Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, interne Auditorin

Ziele des Viszeralonkologischen Zentrums

Die kontinuierliche Sicherung und Weiterentwicklung unserer Qualitätsstandards ist ein zentraler Bestandteil unseres Qualitätsverständnisses. Die jährlich definierten Qualitätsziele werden dabei in enger Übereinstimmung mit der übergeordneten Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums festgelegt. So schaffen wir einen klaren Rahmen, um Verbesserungen systematisch voranzutreiben.

Tabelle 53: Jahresziele 2025 des Viszeralonkologisches Zentrum

Nr.	Qualitätsziel/Maßnahmen	Umsetzungsstand
1	Beteiligung am Patiententag des NCT/UCC am 17. Mai 2025	Umgesetzt
2	Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der TOP-Zuweiser.	Umgesetzt
3	Auswertung der Patientenbefragung und ggf. Ableitung von Maßnahmen	Umgesetzt
4	Erfolgreiches Überwachungsaudit	Umgesetzt
5	Implementierung der durchgeführten supportiven Maßnahmen im Arztbrief	Teilweise umgesetzt
6	Durchführung von internen Audits in den Bereichen des VOZ	Umgesetzt
7	Regelmäßiges Reporting der Kennzahlen aus den DKG Vorgaben	Umgesetzt
8	Durchführung von Workshops, Qualitätszirkel und M&M-Konferenzen	Umgesetzt
9	Implementierung des psychoonkologischen Screeningbogens auf Tablets in der VTG	Begonnen. Abschluss im I. Quartal 2026 geplant.
10	Steigerung der Beratungsquote psychoonkologisches Screening aller Entitäten	Nicht umgesetzt

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Berichtsjahr erfolgte aufgrund des gewährten reduzierten Auditzyklus kein Vor-Ort-Audit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft. Stattdessen wurde ein reines Dokumentenaudit durchgeführt. Die Prüfung ergab keine Hinweise oder Anmerkungen; die eingereichten Unterlagen erfüllten vollständig die geforderten Kriterien.

Im Rahmen der Gesamtzertifizierung des Onkologischen Zentrums nach DIN EN ISO 9001 erfolgte im Viszeralonkologischen Zentrum ebenfalls keine Begutachtung. Die nächste Begutachtung ist hier im April 2026 vorgesehen.

Interne Audits

Die internen Audits wurden auch im vergangenen Jahr planmäßig durchgeführt und dienen der regelmäßigen Überprüfung der bestehenden Strukturen und Abläufe. Das zuletzt am 26. November 2025 durchgeführte Audit umfasste ein Leitungsaudit sowie die Prüfung der Bereiche chirurgische Station, chirurgische Ambulanz und chirurgische Endoskopie. Abweichungen wurden keine festgestellt. Es wurden lediglich sieben Hinweise formuliert, die sich insbesondere auf Präzisierungen im Organisationshandbuch AENEIS und Ergänzungen im Notfallkonzept beziehen. Aus den Hinweisen werden Maßnahmen abgeleitet und in einen Maßnahmenplan überführt. Die Überprüfung der Umsetzung erfolgt regelmäßig.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Den Zuweiserinnen und Zuweisern des Viszeralonkologischen Zentrums steht 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. Den Zugangslink bzw. QR-Code erhalten die Zuweiserinnen und Zuweiser auch über den Tumorboardbeschluss übermittelt. Zudem besteht jederzeit die Möglichkeit, über die eingerichtete E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdde.de sowie dem dazugehörigen Kontaktformular Wünsche, Anregungen, Lob oder Kritik zu äußern.

Im Oktober / November 2025 wurde eine Befragung der TOP-Zuweiser der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie durchgeführt, um deren Zufriedenheit, Erwartungen und Verbesserungshinweise systematisch zu erfassen. Insgesamt wurden 51 Zuweisende eingeladen, an der Befragung teilzunehmen. Zur Steigerung der Nutzerfreundlichkeit bestand die Möglichkeit, entweder postalisch oder digital an der Befragung mitzuwirken. Mit einer Rücklaufquote von 51% konnte eine solide Datengrundlage gewonnen werden.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Eine kontinuierliche digitale Zufriedenheitsbefragung steht auch den Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums dauerhaft auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/de/fuer-patienten/ihr-feedback> zur Verfügung. Der entsprechende QR-Code sowie der direkte Link zur Befragung sind zudem in den Patientenmappen des Viszeralonkologischen Zentrums enthalten, die allen Patientinnen und Patienten bei ihrer Entlassung ausgehändigt werden.

Die letzte umfassende Befragung der Patientinnen und Patienten wurde im Jahr 2024 durchgeführt; die nächste Erhebung ist für 2027 geplant. Die fortlaufende digitale Befragungsmöglichkeit dient dabei als ergänzendes Instrument, um auch zwischen den großen Befragungszyklen Rückmeldungen zur Versorgungsqualität zu erhalten.

Darüber hinaus haben Patientinnen und Patienten jederzeit die Möglichkeit, Hinweise, Anregungen oder Beschwerden über die zentrale E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de einzureichen. Zusätzlich steht das digitale Feedbacksystem des Universitätsklinikums zur Verfügung, welches in allen Einrichtungen über Tablets, Stelen oder per QR-Code genutzt werden kann. Auf diese Weise wird eine niedrighschwellige und kontinuierliche Rückmeldung ermöglicht.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Jour Fixe

Im Viszeralonkologischen Zentrum finden regelmäßig Jour-fixe-Termine mit der Zentrumsleitung, der Dokumentationsassistentin sowie der Qualitätsmanagementbeauftragten der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und des VOZ statt. Bedarfsgerecht werden weitere Fachdisziplinen oder Bereiche zu den Jour-fixe-Terminen eingeladen. Diese Treffen dienen der kontinuierlichen Abstimmung, der Sicherstellung eines einheitlichen Informationsstandes und der strukturierten Weiterentwicklung des Zentrums sowie des Qualitätsmanagements. In den drei Jour-fixe-Terminen des Jahres 2025 wurden der aktuelle Stand der Kennzahlen analysiert, die Umsetzung der Maßnahmen aus den internen und externen Audits bewertet sowie Termine für Qualitätszirkel und Veranstaltungen abgestimmt. Darüber hinaus wurden strategische Themen besprochen, um die Weiterentwicklung des Zentrums zielgerichtet zu unterstützen und zukünftige Anforderungen frühzeitig zu berücksichtigen.

Workshops/Qualitätszirkel

Im Viszeralonkologischen Zentrum am NCT/UCC finden regelmäßig interdisziplinäre Workshops statt. Diese Workshops dienen der gemeinsamen Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien und SOPs. Dabei werden der aktuelle Wissensstand, neue Leitlinienempfehlungen sowie relevante Studienprotokolle systematisch berücksichtigt.

Darüber hinaus werden die Qualitätszirkel genutzt, um Änderungen von Prozessen und Abläufen, die eine interdisziplinäre Abstimmung erfordern, zu besprechen. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass Anpassungen praxisnah, einheitlich und unter Einbindung aller beteiligten Fachbereiche umgesetzt werden. Die regelmäßigen Qualitätszirkel/Workshops leisten damit einen wichtigen Beitrag zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Versorgungsqualität und zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Zentrum.

- 23. Mai 2025: Abstimmung über die Etablierung eines Spezial-TB GA
- 28. August 2025: Workshop zum Kolonkarzinom
- 23. Oktober 2025: Workshop zum Rektumkarzinom
- 11. Dezember 2025: Workshop zum Pankreas- und Analkarzinom

M&M-Konferenzen

Im Viszeralonkologischen Zentrum finden mindestens zweimal jährlich M&M-Konferenzen statt. Im Jahr 2025 wurden diese am 23. Mai und 8. August 2025 durchgeführt.

Im Mittelpunkt der interdisziplinären M&M-Konferenzen stehen insbesondere Fälle, die über mehrere Fachbereiche hinweg behandelt wurden und bei denen die Behandlung aufgrund zahlreicher Schnittstellen und komplexer Abläufe erschwert war. Ziel ist es, kritische Verläufe strukturiert aufzuarbeiten, Ursachen zu identifizieren und Optimierungspotenziale in der interdisziplinären Zusammenarbeit abzuleiten.

Ergänzend zu den interdisziplinären M&M-Konferenzen finden regelmäßig klinikinterne M&M-Konferenzen in der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie sowie in der Medizinischen Klinik 1 statt. Diese dienen der vertieften Analyse fachbereichsspezifischer Fälle.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Viszeralonkologischen Zentrum finden regelmäßig Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen statt, die sowohl Zuweiserinnen und Zuweiser als auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und weiteren Interessierten offenstehen. Die Organisation dieser Veranstaltungen erfolgt sowohl über die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie als auch über die Medizinische Klinik 1.

Veranstaltungen Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

15. Januar 2025 Klinischer Abend: Kolonkarzinom	21. Mai 2025 Klinischer Abend: Primäre Leberumore	24. September: Klinischer Abend: Update Ösophaguskarzinom
13. und 14. Februar 2025 OP-Workshop: Einstieg in die minimal-invasive Chirurgie (MIC)	6. Dezember 2025 VTG-Symposium: Krankenhausreform – Stand und Auswirkungen	

Veranstaltungen Medizinische Klinik 1

11. Juni 2025 ASCO-Nachlese – Highlights des internationalen Onkologiekongresses	5. bis 7. September 2025 Dresdner Symposium für Hämatologie und Onkologie	9. Oktober 2025 Sedierung Notfall in der Endoskopie
9. April / 1. Oktober / 10. Dezember 2025 Endoclub Dresden	21. Mai und 29. Oktober 2025 Hepatologische Abende	6. Dezember 2025 Fachsymposium für Endoskopie-Assistenzpersonal

Über die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie werden zudem jährlich spezialisierte OP-Kurse im Rahmen der Dresden School of Surgical Oncology angeboten. Diese richten sich primär an erfahrene Chefärztinnen und -ärzte sowie Oberärztinnen und -ärzte der Viszeralchirurgie, die bereits über fundierte Basis- oder fortgeschrittene Kenntnisse verfügen. Das Kursangebot umfasst operative Trainings zu den Schwerpunkten Magen-, Leber-, Pankreas- und Rektumchirurgie. Die Veranstaltungen dienen der Vertiefung komplexer operativer Techniken, dem kollegialen Austausch und der kontinuierlichen Weiterentwicklung chirurgischer Expertise.

Tabelle 54: OP-Kurse Dresden School of Surgical Oncology 2025

Datum	OP-Kurs
16. und 17. Januar 2025	Leberchirurgie
20. und 21. März 2025	Exzellenzkurs Pankreaschirurgie
19. und 20. Juni 2025	Rectal Cancer Masterclass (TME) mit Prof. Heald
25. und 26. September 2025	Magenchirurgie
6. und 7. November 2025	Leberchirurgie
4. und 5. Dezember 2025	Exzellenzkurs Pankreaschirurgie

Informationen zu diesen Veranstaltungen erhalten Interessierte über die Internetseiten der beiden Kliniken sowie des NCT/UCC. Zusätzlich werden die Termine über Newsletter und interne Verteiler kommuniziert, sodass eine breite Sichtbarkeit und Teilnahme ermöglicht wird.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten werden sowohl über das Viszeralonkologische Zentrum als auch zentral durch das NCT/UCC angeboten. Das Viszeralonkologische Zentrum beteiligte sich im Jahr 2025 mit mehreren Vorträgen am Patiententag des NCT/UCC, der am 17. Mai 2025 stattfand. Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte konnten sich an diesem Tag umfassend über moderne chirurgische Therapieverfahren, neue Medikamente und ihre Wirkmechanismen sowie über Ernährung bei Krebserkrankungen des Verdauungstraktes informieren.

Darüber hinaus bietet die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie viermal jährlich einen Kochkurs zur gesunden Ernährung bei Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse an. Der Kurs wird von zwei erfahrenen Ernährungsberaterinnen begleitet und richtet sich primär an Betroffene.

Anlässlich des Welt-Pankreastages lud die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am 20. November 2025 zu einem besonderen Informationsabend ins Albertinum ein. Die Veranstaltung bot ein vielfältiges Programm mit medizinischen Fachvorträgen, informativen Ausstellungsständen und der Möglichkeit zum persönlichen Austausch mit Expertinnen und Experten. Dadurch erhielten Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte einen umfassenden Einblick in aktuelle Entwicklungen rund um das Thema Bauchspeicheldrüsenerkrankungen.

Über das Präventions- und Sporttherapeutische Zentrum des NCT/UCC werden regelmäßig zentrumsübergreifende Veranstaltungen für Tumorpatientinnen und -patienten angeboten. Das Ernährungsprogramm „Let’s Eat“ konnte im Jahr 2025 im März und im September mit insgesamt acht Veranstaltungsterminen im Online-Format durchgeführt werden. Zusätzlich fanden anlässlich der Oster- und Adventszeit zwei „Backnachmittage“ im Rahmen des offenen Patientencafés statt, an denen 40 Betroffene gemeinsam gesund backten und sich über Ernährungsthemen austauschten.

Das Sporttherapeutische Zentrum beriet im Jahr 2025 über 190 Patientinnen und Patienten individuell zu Bewegung und Sport während oder nach einer Krebserkrankung. Ergänzend bestand für onkologische Patientinnen und Patienten unter der Therapie die Möglichkeit, an individuellem Gerätetraining, Koordinationstraining sowie Nordic Walking teilzunehmen.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

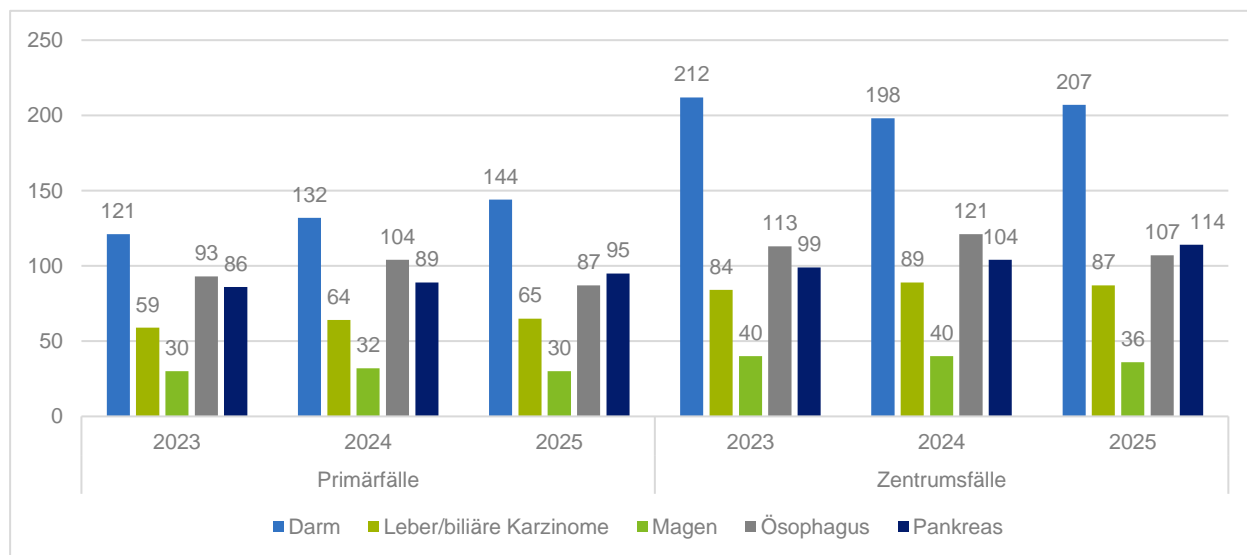
Leistungszahlen

Das Viszeralonkologische Zentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2025 in den fünf zertifizierten Tumorentitäten insgesamt **421 Patientinnen und Patienten mit einer Primärerkrankung** sowie **130 Patientinnen und Patienten mit neuauftretendem Rezidiv und/oder Fernmetastasen** interdisziplinär behandelt. Die Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft hinsichtlich der jährlich zu betreuenden Primärfallzahlen wurden in allen Tumorentitäten vollständig erfüllt. Damit konnte das Zentrum erneut die geforderte Behandlungsqualität und Fallzahlstruktur nachweisen, die für die Zertifizierung maßgeblich sind. Damit besteht aktuell kein Bedarf für zusätzliche Maßnahmen.

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

Für das Darmkrebszentrum mit den Entitäten Kolon und Rektum bestehen keine Vorgaben bezüglich der Primär- und Zentrumsfälle pro Kennzahlenjahr.

Abbildung 43: Fallzahlentwicklung VOZ 2023-2025



Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich im Viszeralonkologischen Zentrum eine heterogene Entwicklung der Primärfallzahlen in den fünf zertifizierten Tumorentitäten. Besonders deutlich ist der Anstieg der Fallzahlen im Bereich Darm- und Pankreaskarzinome, was auf eine erhöhte Zuweisungsrate sowie eine weiterhin starke Spezialisierung und Sichtbarkeit des Zentrums in diesen Bereichen hinweist. Die Fallzahlen für das HCC / biliären Karzinome blieben im Jahresvergleich weitgehend konstant. Demgegenüber sind die Primärfälle in den Entitäten Magen- und Ösophaguskarzinome rückläufig. Dieser Rückgang kann verschiedene Ursachen haben, etwa epidemiologische Schwankungen, Veränderungen im Zuweisungsverhalten oder eine zunehmende Diagnostik und Therapie in anderen Einrichtungen.

Insgesamt zeigt die Entwicklung, dass das Viszeralonkologische Zentrum in den großen viszeralonkologischen Schwerpunkten weiter an Bedeutung gewinnt, während die rückläufigen Zahlen in den Entitäten beobachtet und im kommenden Jahr weiter analysiert werden.

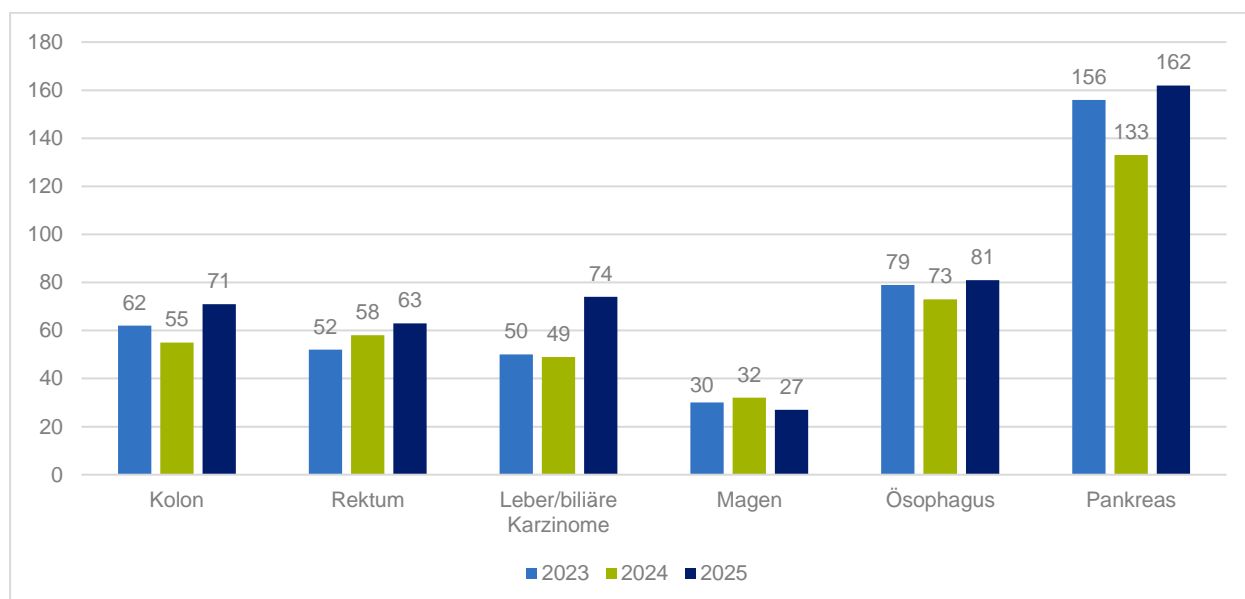
Operative Expertise

Auch für die operative Expertise bestehen seitens der Fachgesellschaften verbindliche Vorgaben für die einzelnen Tumorentitäten des Viszeralonkologischen Zentrums. Diese Anforderungen umfassen unter anderem Mindestmengen und Qualifikationsnachweise.

Tabelle 55: Anforderungen der Fachgesellschaften an die operative Expertise VOZ

Tumorentität	Sollvorgabe
Pankreas	≥ 12 operative Primärfälle; operative Expertise gesamt ≥ 25 Pankreasresektionen mit und ohne ICD-Klassifikation, Berücksichtigung definierter OPS-Codes
Kolon	≥ 30 operative Primärfälle
Rektum	≥ 20 operative Primärfälle
Leber	≥ 25 komplexe operative Interventionen, Berücksichtigung definierter OPS-Codes
Ösophagus	≥ 20 Ösophagusresektionen mit und ohne ICD-Klassifikation, Berücksichtigung definierter OPS-Codes
Magen	≥ 20 operative Resektionen Magen/AEG, Berücksichtigung definierter OPS-Codes

Abbildung 44: Operative Expertise VOZ 2023-2025



Die operative Expertise im Viszeralonkologischen Zentrum zeigt im Dreijahresvergleich insgesamt eine positive und stabile Entwicklung. Grundsätzlich sind die Operationszahlen in nahezu allen Tumorentitäten gestiegen. Nach einem deutlichen Einbruch im Vorjahr konnten die Bereiche Pankreas, Kolon und Ösophagus im Jahr 2025 wieder deutlich zulegen und liegen nun im Dreijahresvergleich auf ihrem höchstem Niveau. Dies unterstreicht die Stärkung der operativen Expertise in diesen komplexen Entitäten. Im Bereich Rektumkarzinom zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Operationszahlen über die vergangenen drei Jahre hinweg. Die operative Behandlung von Leber- und biliären Karzinomen liegt im Jahr 2025 deutlich über den Fallzahlen der Jahre 2023 und 2024. Dieser Anstieg verdeutlicht die hohe chirurgische Kompetenz im hepatobiliären Bereich und die starke Position des VOZ in der Behandlung komplexer Lebererkrankungen. Lediglich im Bereich Magenkarzinom ist ein Rückgang zu verzeichnen, der sich auch mit dem leichten Rückgang der Primärfälle deckt.

Insgesamt zeigt der Dreijahresvergleich, dass das Viszeralonkologische Zentrum seine operative Expertise in nahezu allen Tumorentitäten weiter ausbauen konnte. Eine Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung im Viszeralonkologischen Zentrum erfolgt über den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC. Für die Betreuung der Patientinnen und Patienten des Zentrums stehen feste, speziell benannte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. Zur strukturierten Bedarfserhebung kommen der Gesundheitsfragebogen (PHQ-4) und das Distressthermometer zum Einsatz. Wird hierbei ein Unterstützungsbedarf festgestellt - oder äußern Patientinnen und Patienten unabhängig vom Screening den Wunsch nach einem Gespräch - erfolgt eine direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Auch wenn initial kein Bedarf ermittelt wird, besteht während des gesamten Behandlungsverlaufs jederzeit die Möglichkeit, psychoonkologische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Ein entsprechender Bedarf kann sowohl durch den ärztlichen oder pflegerischen Dienst als auch durch die Patientinnen und Patienten selbst erkannt werden. Die Kontaktaufnahme erfolgt dann telefonisch oder über eine Konsilanforderung.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ein psychoonkologisches Screening erhalten haben, wird jährlich erfasst und ausgewertet. Die Fachgesellschaften empfehlen hierfür eine Screeningrate von mindestens 65%. Diese kontinuierliche Erhebung ermöglicht es, die Versorgungsqualität zu überprüfen und sicherzustellen, dass belastete Patientinnen und Patienten frühzeitig identifiziert und angemessen unterstützt werden.

Tabelle 56: Psychoonkologisches Screening VOZ 2023-2025

Entität	2023		2024		2025	
	Screening	Beratung bei positivem Screening	Screening	Beratung bei positivem Screening	Screening	Beratung bei positivem Screening
Darm	65,6%	84,7%	65,2%	66,7%	60,0%	57,0%
Leber	56,0%	53,6%	48,3%	53,6%	55,2%	50,0%
Magen	67,5%	88,2%	67,5%	55,0%	72,2%	73,3%
Ösophagus	63,7%	68,4%	70,2%	57,9%	66,4%	53,1%
Pankreas	56,6%	83,8%	62,5%	74,0%	65,8%	52,4%

Im Jahr 2025 zeigt sich ein heterogenes Bild der psychoonkologischen Screeningraten in den einzelnen Tumorentitäten des Viszeralonkologischen Zentrums. Die von den Fachgesellschaften empfohlene Screeningrate von mindestens 65% wurde in den Bereichen Magen, Ösophagus und Pankreas erreicht. In den Entitäten Leber und Darm wurde die Sollvorgabe hingegen nicht erfüllt. Obwohl im Bereich Leber eine deutliche Verbesserung gegenüber dem Vorjahr erkennbar ist, liegt die Screeningrate weiterhin deutlich unter der empfohlenen Mindestgrenze und zeigt damit weiterhin Handlungsbedarf. Gleiches gilt für die Entwicklung im Bereich Darm, wo die Screeningrate im Vergleich zum Vorjahr rückläufig ist.

Zur Steigerung der Screeningrate wurde im Jahr 2025 das Projekt zur Einführung des digitalen Screenings in der VTG gestartet. In ersten Abstimmungsgesprächen wurde entschieden, die Ausgabe der Tablets im Zentralen Patientenmanagement bei stationärer Aufnahme zu verankern. Die technische und organisatorische Umsetzung konnte Ende Januar 2026 erfolgreich abgeschlossen werden. Die erste Auswertung der aktuellen Kennzahlen 2026 für die Entitäten Darm und Leber zeigt bereits deutliche Verbesserungen, insbesondere bei der Entität Leber. Hier liegt die aktuelle Screeningrate bei 70%, beim Darm gibt es noch keine wesentlichen Änderungen - aktuelle Screeningrate 60,9%. Die Entwicklung der Screeningrate wird weiterhin eng beobachtet und regelmäßig ausgewertet, um Optimierungspotenziale frühzeitig zu erkennen und weitere Maßnahmen abzuleiten.

Die interne Vorgabe einer Beratungsquote bei positivem Screening von mindestens 80% konnte - wie bereits im Vorjahr - für alle Entitäten nicht erreicht werden. Trotz kleiner Anpassungen in den bestehenden Prozessen zeigte sich keine relevante Veränderung der Quote. Zur Steigerung der Beratungsquote ist eine erneute Abstimmung mit dem psychoonkologischen Dienst vorgesehen, um den bestehenden Prozess gezielt zu optimieren. Ziel der anstehenden Prozessüberarbeitung ist es, mehr Patientinnen und Patienten zu erreichen und die Beratungsquote perspektivisch zu erhöhen.

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 und gewährleisten eine umfassende Unterstützung in allen sozialrechtlichen Fragestellungen.

Tabelle 57: Betreuung durch den Sozialdienst VOZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Darm	88,7%	76,8%	87,0%
Leber	44,0%	46,1%	65,5%
Magen	77,5%	72,5%	94,4%
Ösophagus	79,6%	76,0%	85,0%
Pankreas	83,3%	82,7%	86,0%

Die Beratungszahlen des Sozialdienstes konnten im Vergleich zum Vorjahr erneut bei allen Entitäten deutlich gesteigert werden - und das, obwohl sie bereits in den vergangenen beiden Jahren auf einem sehr hohen Niveau lagen. Dieser beständige Anstieg unterstreicht die stabile Leistungsfähigkeit und hohe Akzeptanz des Angebotes. Aufgrund der positiven Entwicklung und der

bereits etablierten, gut funktionierenden Strukturen sind derzeit keine weiteren Maßnahmen 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 58: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung VOZ 2025

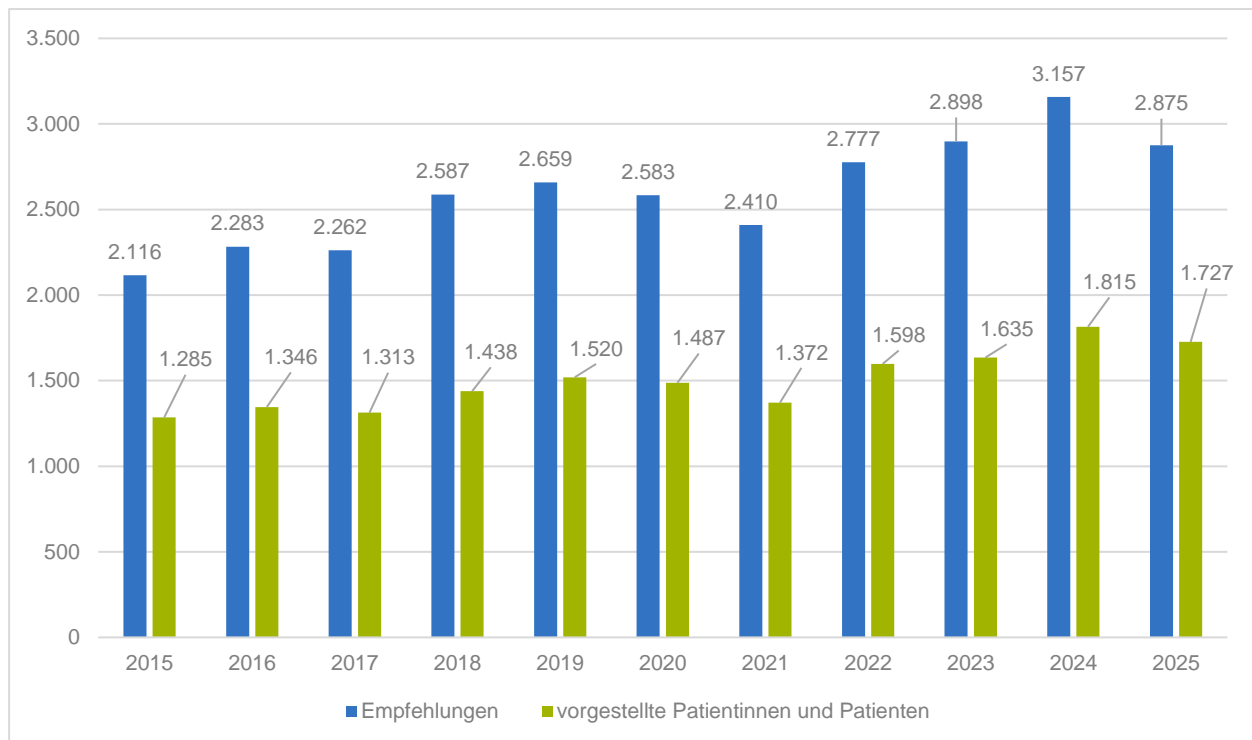
	Ø Wartezeit auf einen Termin in Tagen	Ø Wartezeit in der Sprechstunde in Minuten
Darm VTG	10,1 Tage	33,3 Minuten
Leber VTG	11,1 Tage	59,8 Minuten
Magen/Ösophagus VTG	10,2 Tage	23,8 Minuten
Pankreas VTG	7,0 Tage	49,9 Minuten
chirurgische Sprechstunde NCT/UCC	keine Erstvorstellungen	40,9 Minuten
internistische Sprechstunde NCT/UCC	8,3 Tage	19,7 Minuten

Die Sollvorgaben der Fachgesellschaften - weniger/gleich 14 Tage bis zum Termin sowie weniger/gleich 60 Minuten Wartezeit während der Sprechstunde - werden erfüllt. Aufgrund der durchgehend positiven Ergebnisse sind derzeit keine weiteren Maßnahmen erforderlich.

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Das gastrointestinale/allgemeine Tumorboard fand im Jahr 2025 an insgesamt 148 Tagen statt und wird routinemäßig dreimal wöchentlich (montags, mittwochs und donnerstags) durchgeführt. Die interdisziplinäre Besetzung ist durch die verpflichtende Teilnahme von Vertreterinnen und Vertreter der Viszeralchirurgie, internistischen Hämatologie/Onkologie, Gastroenterologie, Strahlentherapie, Radiologie und Pathologie jederzeit gewährleistet. Je nach Fragestellung werden weitere Fachdisziplinen, wie Nuklearmedizin, Dermatologie, Neurochirurgie, Urologie oder Gynäkologie hinzugezogen, sodass eine umfassende und qualitativ hochwertige Fallbesprechung sichergestellt ist. Im Jahr 2025 wurden insgesamt **2.875 Beschlüsse** für **1.727 Patientinnen und Patienten** gefasst. Dies entspricht durchschnittlich 1,7 Beschlüsse pro Patientin/Patient sowie 19,4 Empfehlungen pro Board-Sitzung.

Abbildung 45: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard 2015-2025



Die Zahl der im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard vorgestellten Patientinnen und Patienten sowie die Anzahl der gefassten Beschlüsse sind im Vergleich zum Vorjahr rückläufig. Diese Entwicklung ist erwartungsgemäß und unmittelbar auf die Neuetablierung des Spezial-Rektum-Tumorboards zurückzuführen, dessen erstes Treffen am 24. Juni 2025 stattfand. Im Jahr 2025 wurden in diesem Board insgesamt **150 Beschlüsse** für **112 Patientinnen und Patienten** gefasst. Da diese Fälle zuvor im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard vorgestellt wurden, erklärt sich die nun geringere Fallzahl in diesem Board durch die fachliche Umverteilung. Die Entwicklung ist somit strukturell bedingt und nicht als Qualitätsminderung zu interpretieren.

Tumorboardcompliance

Die Überprüfung der Tumorboardcompliance erfolgt einmal jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragte. Hierzu wird eine zufällige Stichprobe von 25% aller Patientinnen und Patienten gezogen, die im Zeitraum 1. Oktober 2024 bis 30. September 2025 im allgemeinen/gastrointestinalen Tumorboard vorgestellt wurden. Für das Jahr 2025 wurde zusätzlich auch das seit Ende Juni etablierte Spezial-Rektum-Tumorboard in die Prüfung einbezogen. Insgesamt wurden aus diesen beiden Tumorboards **439 Patientinnen und Patienten** mit **821 Beschlüssen** ausgewählt. Die Auswertung bzw. Überprüfung erfolgte anhand der Krankenakten im ORBIS sowie der Dokumentation im Tumordokumentationssystem UCC-TDS.

Von den 821 geprüften Tumorboardempfehlungen wurden **692 Empfehlungen (81,2%) vollständig umgesetzt**. Bei 48 Empfehlungen lagen keine Informationen zum weiteren Behandlungsverlauf vor, da die Patientinnen und Patienten eine heimatnahe Weiterbehandlung wünschten und seitdem nicht mehr im VOZ vorstellig waren; zum Zeitpunkt der Auswertung lag zudem kein Arztbrief im ORBIS vor. Bei den 106 nicht oder nur teilweise umgesetzten Empfehlungen zeigten sich

unterschiedliche Gründe. In rund 38% der Fälle lehnten die Patientinnen und Patienten die empfohlene Therapie ab oder waren zwischenzeitlich verstorben. In etwa 41% erfolgte eine Revision der Tumorboardempfehlung aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse, jeweils mit einer erneuten Vorstellung im Tumorboard. Weitere Gründe für eine Nichtumsetzung waren die Verschlechterung des Allgemeinzustandes sowie eine fehlende nachvollziehbare Dokumentation im Behandlungsverlauf.

Abbildung 46: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance VOZ 2025

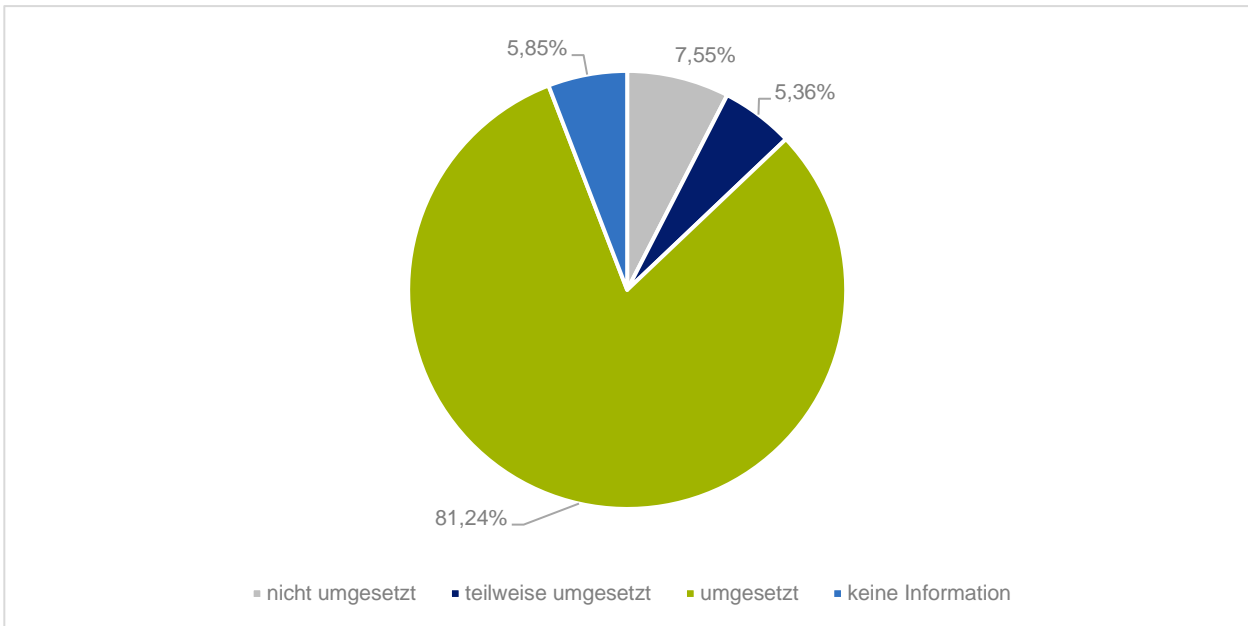
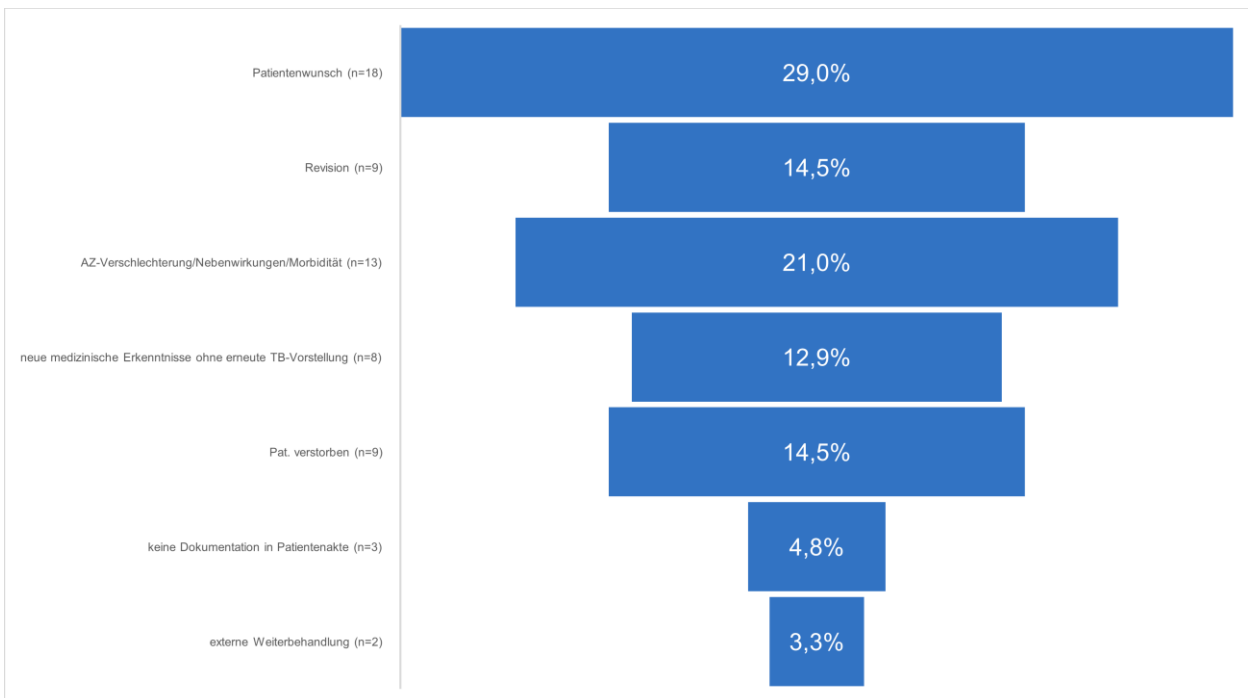


Abbildung 47: Begründung für die Nichtumsetzung von Tumorboardbeschlüssen VOZ 2025



Die interne Zielvorgabe sieht eine mindestens 80%ige Umsetzung der Tumorboardbeschlüsse vor. Diese Vorgabe wurde im Berichtszeitraum erreicht, sodass keine Maßnahmen erforderlich

sind. Bei unklaren oder potenziell kritischen Ereignissen wird erfolgt zunächst die Prüfung dieser Fälle durch die Zentrumsleitung. Abhängig von den Ergebnissen dieser Prüfung wird anschließend entschieden, ob eine interdisziplinäre Fallbesprechung oder eine M&M-Konferenz initiiert wird.

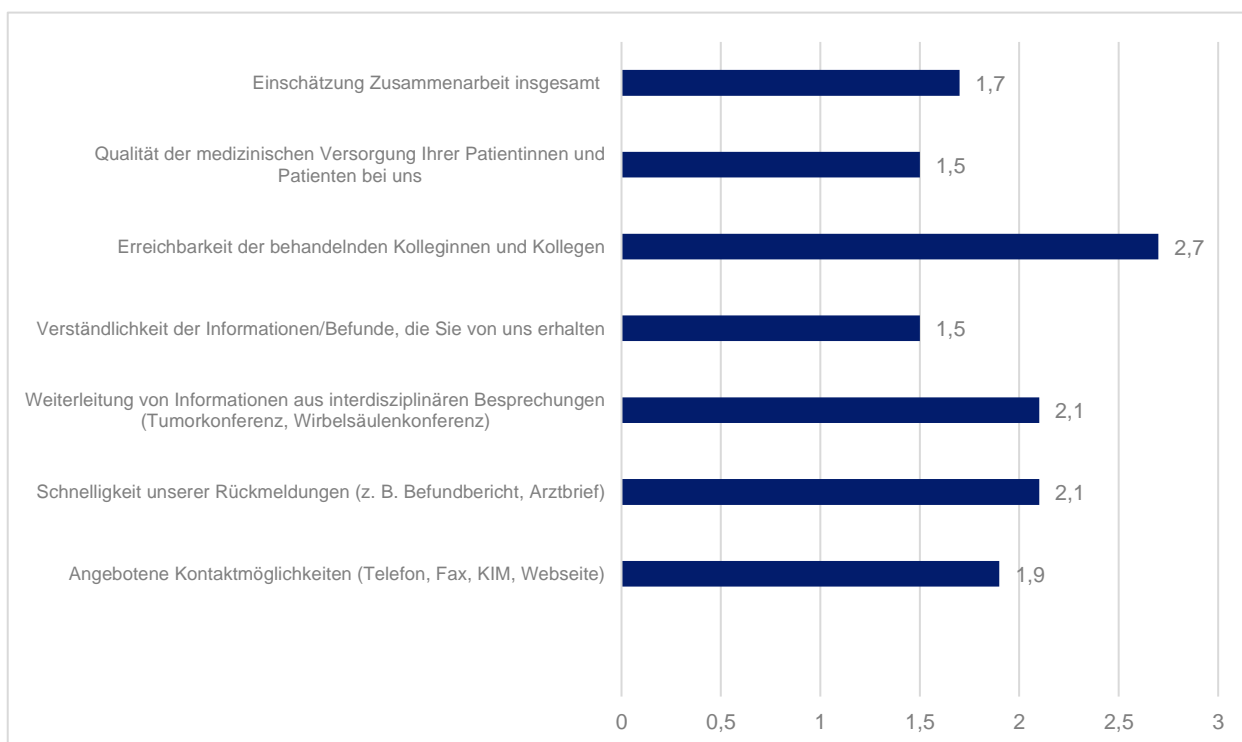
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser

Im November 2025 wurde eine Befragung der TOP-Zuweiserinnen und Zuweiser der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie durchgeführt. Ziel dieser Erhebung war es, die Zusammenarbeit kontinuierlich zu verbessern, Rückmeldungen zur Qualität der Versorgung zu erhalten und mögliche Optimierungsbedarfe frühzeitig zu erkennen. Der eingesetzte Fragebogen enthielt neun kurze, präzise formulierte Fragen und konnte sowohl online als auch in Papierform ausgefüllt werden. Durch dieses niedrigschwellige Vorgehen sollte eine möglichst hohe Teilnahmequote erreicht und ein umfassendes Stimmungsbild der zuweisenden Praxen und Kliniken gewonnen werden.

Insgesamt nahmen **26 Zuweiserinnen und Zuweiser** an der Befragung teil, was einer **Rücklaufquote von 51,0%** entspricht. Die Befragung richtete sich an Zuweisende aus den Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Chirurgie, die mindestens fünf Zuweisungen pro Jahr in die Klinik tätigen.

Abbildung 48: Durchschnittliche Zufriedenheitswerte nach Kategorien 2025 / Mittelwerte



Die Ergebnisse der Zuweiserbefragung zeigen insgesamt eine gute Zufriedenheit, weisen jedoch in einzelnen Bereichen auf Verbesserungsbedarf hin. Drei der sieben abgefragten Bereiche liegen über einem Mittelwert von 2 und sollten daher genauer betrachtet werden. Besonders deutlich wird der Handlungsbedarf bei der Erreichbarkeit, die mit einem Mittelwert von 2,7 bewertet

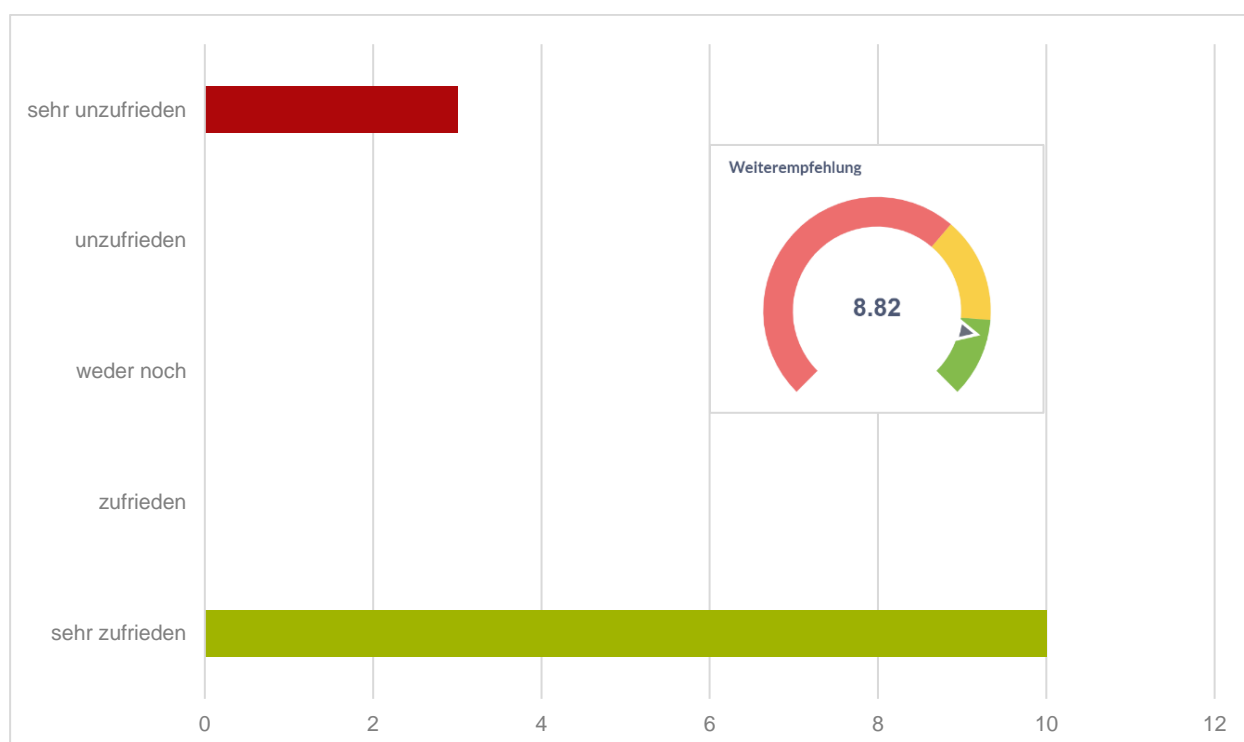
wurde. Auch die Bereiche Schnelligkeit der Rückmeldungen sowie Weiterleitung relevanter Informationen, beide mit einem Mittelwert von 2,1, sollten einer vertieften Analyse unterzogen werden, um mögliche Optimierungspotenziale zu identifizieren und die Zusammenarbeit mit den Zuweisenden zu stärken.

Als erste Maßnahme erfolgte die Überarbeitung des Layouts der Entlassbriefe. Dabei werden nun die Kontaktdaten des zuständigen Arztes bzw. der zuständigen Ärztin im zentralen Patientenmanagement direkt im Arztbrief aufgeführt. Diese Anpassung dient der Verbesserung der Erreichbarkeit der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in der VTG. Bezüglich der Weiterleitung von Informationen und der Befundübermittlung ist eine Abstimmung mit IT vorgesehen, inwieweit das für die Ambulanzen implementierte KIM-System auch für das stationäre Setting nutzbar sein kann.

Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem

Im Jahr 2025 gingen insgesamt 13 digitale Rückmeldungen für die chirurgische und internistische Sprechstunde in der interdisziplinären onkologischen Ambulanz ein (acht von Patientinnen und Patienten, vier von Angehörigen, eine ohne Zuordnung). Analog zum Onkologischen Zentrum zeigt sich auch für das Viszeralonkologische Zentrum ein Rückgang der digital eingehenden Rückmeldungen.

Abbildung 49: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem VOZ 2025 - allgemeine Zufriedenheit



Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht hierbei für sehr unzufrieden, die „5“ für sehr zufrieden. Die allgemeine Zufriedenheit ist im Vergleich zum Vorjahr dennoch leicht gestiegen und liegt nun bei 4,08 - damit wieder im Bereich der internen Zielvorgabe. Auch die Weiterempfehlungsrate hat sich deutlich verbessert: von 7,33 auf 8,82 und befindet sich ebenfalls wieder im grünen Bereich.

Als Hauptgrund für die Unzufriedenheit wurde die Wartezeit genannt. Da es sich hierbei jedoch um lediglich zwei Rückmeldungen handelt, ist von Einzelmeinungen auszugehen. Diese Hinweise werden wie gewohnt zeitnah aufgearbeitet. Ein zwingender Handlungsbedarf ergibt sich aus den Rückmeldungen nicht.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Viszeralonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025 ist in der folgenden Tabelle für die einzelnen Tumorentitäten aufgeführt.

Tabelle 59: Datenqualität der DKG-Kennzahlen VOZ 2025

	Darm	Magen	Pankreas	Leber	Ösophagus
Plausibel	78,12% (25)	76,19% (16)	85,71% (18)	86,36% (19)	84,00% (21)
Plausibilität unklar	3,13% (1)	4,76% (4)	4,76% (1)	0%	0%
Sollvorgabe nicht erfüllt	18,75 (6)	19,05% (4)	9,52% (2)	13,64% (3)	16,00% (4)

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Klinische Studien werden allen Patientinnen und Patienten angeboten, sofern die jeweiligen Einschlusskriterien erfüllt sind. Die Entscheidung über eine mögliche Studienteilnahme erfolgt im interdisziplinären Tumorboard. Die Prüfung potentieller Studieneignung ist fester Bestandteil der Behandlungs-SOPs. Studienangebote bestehen in der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie, der Medizinischen Klinik I, der Early Clinical Trial Unit sowie im NCT/UCC und umfassen Phase-I- bis Phase-IV-Studien sowie Register- oder Beobachtungsstudien.

Auch wenn die Zahl der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Vorjahr rückläufig ist, liegen die erreichten Studienquoten der einzelnen Entitäten auf einem sehr hohen Niveau. Die Sollvorgabe der Fachgesellschaften von mindestens 5% Studienteilnahme wurde erneut erreicht. Ein Handlungsbedarf ergibt sich daraus aktuell nicht.

Tabelle 60: Studienquote VOZ 2023-2025

Tumorentität	2023	2024	2025
Darm	68,9%	34,8%	30,0%
Leber	13,1%	12,4%	10,3%
Magen	45,0%	57,5%	36,1%
Ösophagus	44,2%	56,2%	46,7%
Pankreas	65,7%	53,8%	46,5%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Viszeralonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2025 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 Viszeralonkologischen Zentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie“ und „Medizinische Klinik 1“ aufgeführt sind.

Schepp F, Hempel S, von Bechtolsheim F, Merboth F, Radulova-Mauersberger O, Teske C, Mibelli N, Seifert L, Weitz J, Distler M, Oehme F. Predicting resectability after neoadjuvant chemotherapy for patients with borderline resectable pancreatic cancer: a single center, retrospective trial. *Front Oncol.* 2025 Sep 19;15:1602933. doi: 10.3389/fonc.2025.1602933. PMID: 41049856; PMCID: PMC12490984.

Merboth F, Müller-Oerlinghausen M, Nebelung H, Bogner A, Pecqueux M, Salisch N, Distler M, Plodeck V, Hoffmann RT, Fritzmann J, Weitz J, Kirchberg J. Sarcopenia in Colorectal Cancer Surgery-Minimally Invasive vs. Open. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2025 Oct;16(5):e70065. doi: 10.1002/jcsm.70065. PMID: 40955840; PMCID: PMC12439183.

William D, Bermúdez M, Kübler A, **Kahlert C, Distler M, Weitz J**, Uhrig S, Fröhlich M, Hutter B, **Aust D, Baretton G, Wimberger P**, Kast K, **Meisel C**, Gieldon L, Pormann J, Wagner J, Arlt M, Franke M, Fischer J, Hackmann K, Kreuzfeldt S, Mock A, Heilig CE, Lipka DB, Teleanu MV, Schlenk RF, Brors B, Hübschmann D, Paramasivam N, Richter D, Beck K, Pfützte K, Buchhalter I, Weichert W, Herold T, Spiekermann K, Jost PJ, Keilholz U, Klauschen F, Bauer S, Siveke JT, Kindler T, Boerries M, Illert AL, Bitzer M, Schulze-Osthoff K, Schirmacher P, Stenzinger A, Horak P, **Heining C, Folprecht G, Fröhling S, Glimm H, Schröck E, Jahn A. 17.6% of patients in a German cohort with exocrine pancreatic cancer were diagnosed with a genetic tumor syndrome-a case for universal genetic testing?** *ESMO Gastrointest Oncol.* 2025 Aug 8;9:100218. doi: 10.1016/j.esmogo.2025.100218. PMID: 41647972; PMCID: PMC12836536.

Hoepfner J, Brunner T, Schmoor C, Bronsert P, Kulemann B, Claus R, Utzolino S, Izbicki JR, Gockel I, Gerdes B, Ghadimi M, Reichert B, Lock JF, Bruns C, Reitsamer E, Schmeding M, Benedix F, Keck T, **Folprecht G**, Thuss-Patience P, Neumann UP, Pascher A, Imhof D, Daum S, Strieder T, Krautz C, Zimmermann S, Werner J, Mahlberg R, Illerhaus G, Grimminger P, Lordick F. **Perioperative Chemotherapy or Preoperative Chemoradiotherapy in Esophageal Cancer.** *N Engl J Med.* 2025 Jan 23;392(4):323-335. doi: 10.1056/NEJMoa2409408. PMID: 39842010.

Seligmann J, Koessler T, Mauer M, Evrard S, Freedman J, Gootjes EC, Guckenberger M, Govaerts AS, Giraut A, Ricke J, **Folprecht G**, Arnold D, Giasafaki P, Ducreux M, Antunes S, Ruers T. **Durvalumab and tremelimumab plus local partial tumour ablation (radiofrequency ablation or stereotactic radiotherapy) in patients with unresectable liver metastases from metastatic colorectal cancer: results of the EORTC-1560-GITCG multicentre, single-arm phase II study (ILOC).** *ESMO Open.* 2025 Aug;10(8):105508. doi: 10.1016/j.esmoop.2025.105508. Epub 2025 Jul 23. PMID: 40706222; PMCID: PMC12309932.



Sarkomzentrum



Inhaltsverzeichnis

Sarkomzentrum	133
Struktur des Sarkomzentrums (SAR).....	133
Ziele des Sarkomzentrums	134
Externe und interne Audits	135
Externe Audits	135
Interne Audits	135
Zufriedenheitsbefragungen.....	136
Zufriedenheit von Zuweiserinnen und Zuweisern.....	136
Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten	136
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	137
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	138
Fort- und Weiterbildungen	138
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	138
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	138
Leistungszahlen des Sarkomzentrums 2025	138
Psychosoziale Versorgung	139
Wartezeiten	140
Interdisziplinäres Tumorboard	140
Tumorboardcompliance	141
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen	142
Ergebnisse aus der Befragung der Patientinnen und Patienten 2025	142
Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2025.....	143
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	144
Forschungstätigkeiten	144
Klinische Studien.....	144
Exemplarische Publikationen.....	144

Sarkomzentrum

Struktur des Sarkomzentrums (SAR)

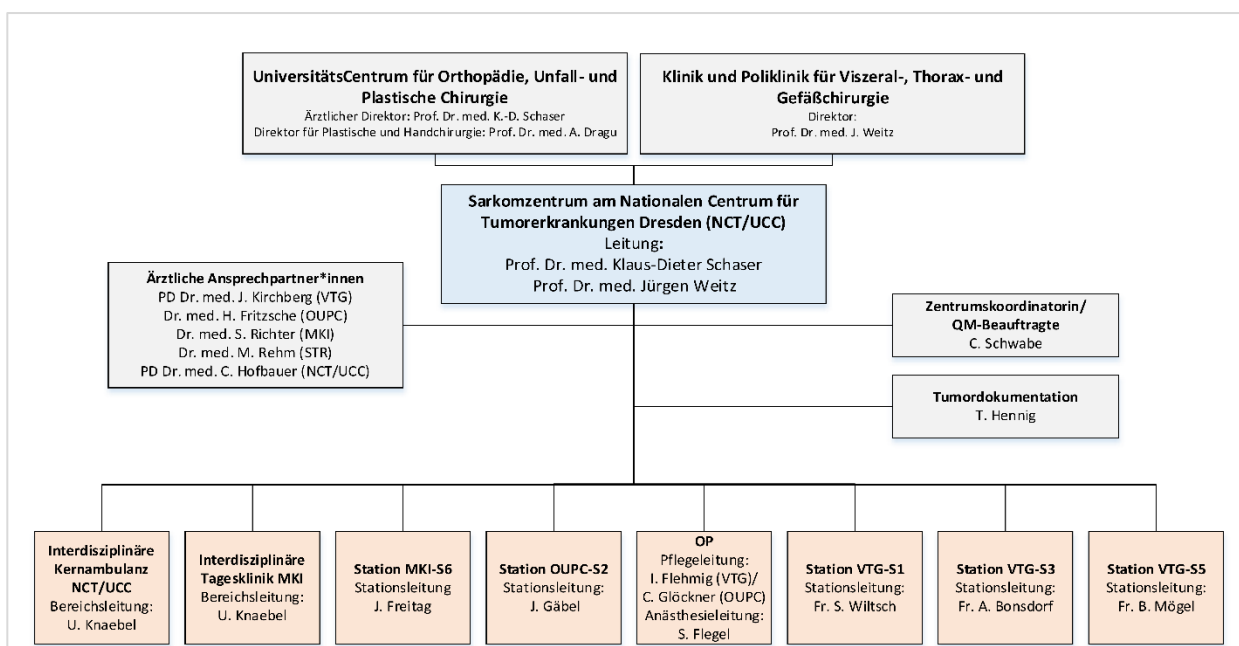
Sarkome sind durch vielfältige Erscheinungsbilder und Verläufe charakterisiert. Aufgrund ihrer Seltenheit ist es von besonderer Bedeutung, dass Spezialistinnen und Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen in die anspruchsvolle frühzeitige Diagnosestellung und Therapieplanung einbezogen werden und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

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurde 2016 das Sarkomzentrum 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 Centruns 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 bundesweit eines von nur 15 Zentren, welches aktuell die Vorgaben beider Schwerpunkte der Sarkombehandlung erfüllt. Zusätzlich verfügt das Zentrum über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001.

Das Sarkomzentrum (Organigramm; Abbildung 50) 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 50: Struktur des Sarkomzentrums



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

Tabelle 61: Qualifikationsmatrix Sarkomzentrum 2025

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
Ärztliche Ansprechpartnerinnen und -partner	PD Dr. med. Johanna Kirchberg (VTG)	FÄ für Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie, EBSQ, FEBS
	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
	Dr. med. Maximilian Rehm (STR)	FA für Strahlentherapie
	PD Dr. med. Christine Hofbauer (NCT/UCC)	FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie, Ernährungsmedizin
Thoraxchirurgie	Dr. med. Alexander Kern (VTG)	FA für Thoraxchirurgie, Chirurgie
	Prof. Dr. med. Till Plönes (Lungenzentrum Coswig)	FA für Thoraxchirurgie
Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Adrian Dragu (OUPC)	FA für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Zusatzbezeichnung Handchirurgie
	Dr. med. Patrick A.C. Will Marks (OUPC)	FA für Plastische und Ästhetische Chirurgie
Zentrumskoordination/Qualitätsmanagement	Carolin Schwabe, B.Sc.; MPH	Pflegemanagement Gesundheitswissenschaften/Public Health
Pflegedienstleitungen	Nadja Enkelmann, B.A. (NCT/UCC)	Management im Gesundheitswesen
	Gabriele Reinhardt, B.Sc. (MK1, STR)	Management für Gesundheitsfachberufe
	Claudia Reichel, B.A. (VTG, OUPC)	Pflegewissenschaft/-management
Tumordokumentation	Tina Hennig	Medizinische Dokumentationsassistentin
Onkologische Fachpflege	Sven Scharte / Ulrike Röhle / Janet Freitag / Annett Dietrich / Claudia Klopsch / Henrik Mittag / Anne Kliche / Laura Krönke / Yvonne Johnne / Viktoria Klein / Anne-Maigrit Zuber / Tobias Krüger / Cornelia König	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 Qualitätszirkeln des Zentrums. Die Qualitätsziele (Tabelle 62) werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den benannten Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 62: Jahresziele 2025 des Sarkomzentrums am NCT/UCC

Nr.	Qualitätsziel	Termin	Zielerreichung
1	Aufrechterhaltung der Zertifizierungen nach DKG und DIN EN ISO 9001 aufgrund reduzierter Gültigkeit	April 2025	✓
2	Teilnahme an multizentrischen Projekten <ul style="list-style-type: none"> • Ringversuch Retroperitoneal Sarkome (LMU München) • KI-basierte Analyse von Sarkomen (TU München) • PROSa+ (NCT/UCC Dresden) 	März 2025 Dezember 2025 Dezember 2025	✓ ✓ ✓
3	Bewerbung für die Ausrichtung der Deutschen Sarkomkonferenz 2026 in Dresden	März 2025	Bewerbung ist erfolgt; Zuschlag für 2026 nicht erhalten; erneute Bewerbung für 2028
4	Stärkung der Bindung der Zuweisenden und Patientinnen und Patienten; Stärkung des Zentrumsgedankens <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung eines Patiententages des Sarkomzentrums gemeinsam mit dem NCT/UCC und der Deutschen Sarkom-Stiftung 	Mai 2025	✓
5	Optimierung der Performance und der Leistungskennzahlen des Sarkomzentrums <ul style="list-style-type: none"> • Etablierung eines Tumorboard-Umlaufverfahrens für V.a. benigne Tumoren • Vorbereitung der Etablierung ASV Sarkome (Start Q2/26) 	Dezember 2025 Dezember 2025	✓ ✓
6	Fortführung Projekt Radioligandentherapie für Sarkompatientinnen und -patienten mit MK1, PAT, NUK	Dezember 2025	✓
7	Weiterer Ausbau von PRO's in den Bereichen des Sarkomzentrums	kontinuierlich	✓
8	Ausbau der Nutzung des Sarkomregisters durch Asservierung von Liquid biopsies	Dezember 2025	✓
9	Fortbildung/pflegefachlicher Austausch der Bereiche des Sarkomzentrums (chirurgisch, orthopädisch, internistisch)	Dezember 2025	✓

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 8. April 2025 fand das erste Überwachungsaudit des Sarkomzentrums als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 statt. In diesem Rahmen wurden für das Sarkomzentrum keine Abweichungen festgestellt. Seitens der Deutschen Krebsgesellschaft wurden insgesamt acht Hinweise ausgesprochen, die u.a. die Bereiche Netzwerk, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Pflege, operative Onkologie sowie Pathologie betreffen. Die Prüfung der Umsetzung der Norm DIN EN ISO 9001 ergab vier Hinweise, die die Themen ambulantes Patientenmanagement, palliativmedizinische Versorgung, Umgang mit Betäubungsmitteln und interdisziplinäre Zusammenarbeit betrafen. 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 50) geprüft.

Am 12. November 2024 fand ein Leitungsaudit unter Beteiligung der leitenden Oberärztinnen und Oberärzte im Sarkomzentrum und der Hauptkooperationspartnerinnen und -partner statt.

Das interne Audit im NCT/UCC mit u.a. der interdisziplinären onkologischen Ambulanz, in der die Sprechstunden des Sarkomzentrums stattfinden, fand am 5. November 2025 statt. Die interdisziplinäre Tagesklinik sowie die Station MK1-S6, in der u.a. auch die medikamentöse Therapie von Sarkompatientinnen und -patienten erfolgt, wurden am 17. September 2025 begutachtet. Das interne Audit der VTG fand am 26. November 2025 statt und die zum Sarkomzentrum gehörenden Bereiche der Tumororthopädie in der OUPC wurden am 3. und 4. Juni 2025 auditiert. In den jeweiligen Struktureinheiten wurden Leitungsaudits geführt und die betreffenden Stationen und Bereiche vor Ort begutachtet.

Die internen Audits ergaben Hinweise beispielsweise im Bereich Lenkung von Vorgabedokumenten, den UKD-Standardprozessen, Organisationshandbuch, Einweisung in Medizinprodukte und Terminmanagement. Alle Hinweise wurden in entsprechende Maßnahmenpläne für die jeweiligen Audits überführt und in gemeinsamen Qualitätszirkeln diskutiert und bearbeitet.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit von Zuweiserinnen und Zuweiser

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 der Zuweisenden statt, die nun im ersten Quartal 2026 wiederholt wird. Alle Zuweiserinnen und Zuweiser, die im Vorjahr der Befragung Patientinnen und Patienten an das Sarkomzentrum überwiesen haben, erhielten im Januar 2023 bzw. 2026 ein postalisches Anschreiben, welches den QR-Code zur kontinuierlichen Onlinebefragung auf der Internetseite des NCT/UCC enthielt. Außerdem erhielten die Zuweisenden mit dem Schreiben den Fragebogen ebenfalls im Papierformat mit frankiertem Rückumschlag. So war es jedem Zuweisenden möglich anhand der eigenen Präferenz an der Befragung teilzunehmen. Die Rücklaufquote 2023 betrug 34,3%. Die Befragung von 2026 läuft zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch.

Des Weiteren steht am UKD mit dem digitalen Feedback über QR-Codes für Zuweisende eine digitale Methode der schnellen Rückmeldung zur Verfügung. Zudem haben die Zuweiserinnen und Zuweiser die Möglichkeit, über die E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de Wünsche, Anregungen oder Lob und Kritik zu äußern. Zusätzlich kann auch über die allgemeine Emailadresse sarkome@ukdd.de von Zuweisenden Kontakt zum Sarkomzentrum aufgenommen werden.

Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten

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

Als Qualitätsziel im Sarkomzentrum wurde 2023 die Einführung einer kontinuierlichen Befragung von Sarkompatientinnen und -patienten formuliert. 2025 haben alle Zentrumsfälle des Jahres 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 Rückschlag an das Sarkomzentrum zurückzusenden. Die Rücklaufquote beträgt 55,7 % (Stand 16.03.2026). Der QR-Code zur Befragung der Patientinnen und Patienten findet sich auch auf den Patientenmappen des Sarkomzentrums.

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

Im Rahmen des UKD-weit 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 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

Qualitätszirkel und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Im Sarkomzentrum am NCT/UCC finden regelmäßig qualitätssichernde Treffen in Form von Qualitätszirkeln statt, die je nach inhaltlicher Ausrichtung unterschiedliche Titel tragen. In drei Jour fixe-Terminen mit der Zentrumsleitung und/oder den für das Sarkomzentrum benannten Fachärztinnen und Fachärzten wurden 2025 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 2025 diskutiert. Vertreterinnen und Vertreter der Hauptkooperationspartnerinnen und -partner sind zu diesen Treffen eingeladen.

Weiterhin findet ein Qualitätszirkel mit den supportiven Bereichen des Sarkomzentrums, wie Pflege- und Funktionsdienst, Psychoonkologie, Sozialdienst und Tumordokumentation statt. Im Jahr 2025 fand in diesem Rahmen ein Treffen statt, bei dem die Vertreterinnen und Vertreter der benannten Bereiche über die aktuellen Entwicklungen im Zentrum informiert wurden und gemeinsam die Auditergebnisse diskutierten.

Im Sarkomzentrum am NCT/UCC werden außerdem jährlich Qualitätszirkel in Form von interdisziplinären Workshops mit allen Hauptkooperationspartnerinnen und -partner zur Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien/SOPs unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstandes, aktueller Leitlinien und aktueller Studienprotokolle durchgeführt. Im Jahr 2025 fanden zwei Workshops statt. Am 30. Juli 2025 wurden die SOPs zum GIST und am 12. August 2025 zu den Knochensarkomen aktualisiert.

Eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz wurde am 5. Dezember 2025 gemeinsam mit allen Hauptkooperationspartnerinnen und -partner durchgeführt. Es wurden Maßnahmen abgeleitet und in einen Maßnahmenplan überführt.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungen

Für Zuweiserinnen und Zuweiser fand am 11. Juni 2025 in Dresden eine Nachlese der Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für Klinische Onkologie statt, bei der unter anderem aktuelle Entwicklungen in der Behandlung von Sarkomen vorgestellt wurden.

Speziell für Pflegefachkräfte wurde am 8. September 2025 ein Onkologischer Pflegefachtag zum Thema „Innovative Konzepte in der Onkologie“ durchgeführt, der regelmäßig von der Direktion Krankenpflege des UKD organisiert wird. Darüber hinaus fanden im Laufe des Jahres interne Fortbildungen in den verschiedenen Bereichen des Sarkomzentrums statt. So schulte Herr Dr. Fritzsche die Pflegefachkräfte der MK1-S6 zur tumororthopädischen Behandlung von Sarkompatientinnen und -patienten. Anschließend informierten zwei onkologische Pflegefachkräfte ihre Kolleginnen und Kollegen auf der tumororthopädischen Station OUPC-S2 über die Versorgung und Betreuung von Sarkompatientinnen und -patienten während neoadjuvanter bzw. adjuvanter Chemotherapie.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

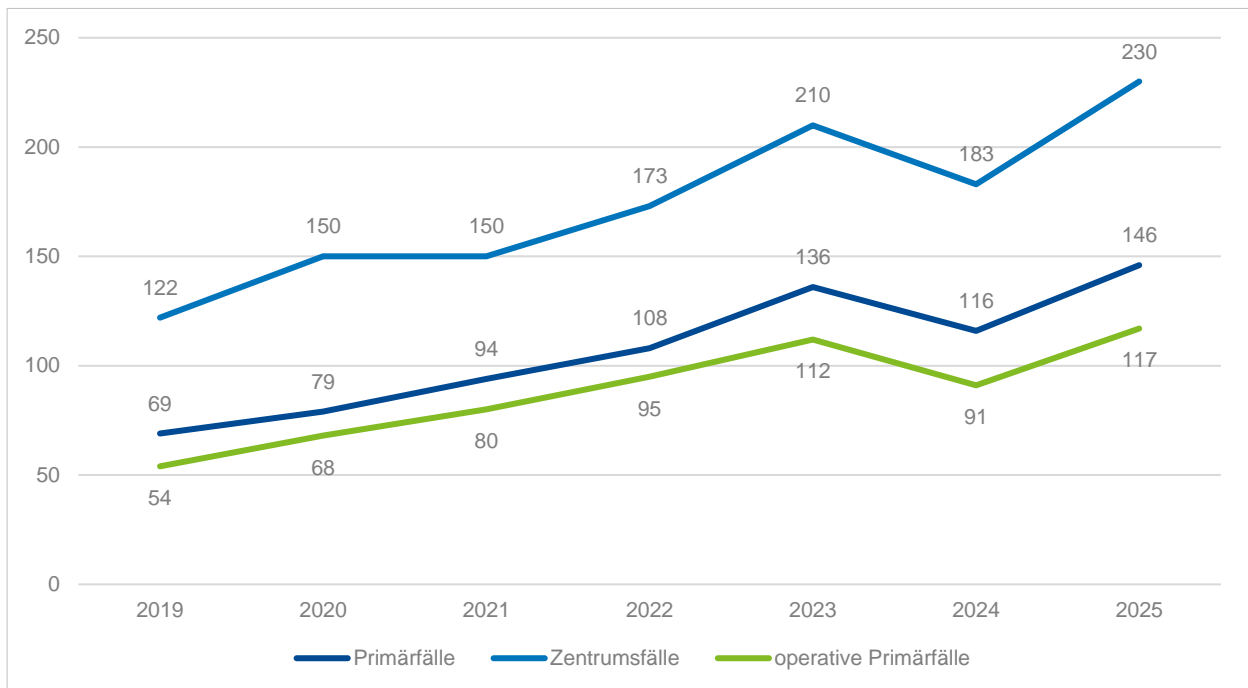
Im Jahr 2025 präsentierte das Sarkomzentrum sein Leistungsspektrum auf dem zentralen Patiententag des NCT/UCC und informierte dort Patientinnen und Patienten umfassend über seine Angebote. Neben übergeordneten Themen wie der Vorstellung der Forschungsschwerpunkte des NCT/UCC, Informationen zur Ernährung in der Onkologie, der intraoperativen Radiotherapie sowie der partizipativen Entscheidungsfindung, stellte sich auch die Deutsche Sarkom-Stiftung auf dem Patiententag vor. Zudem standen alle Referentinnen und Referenten für individuelle Fragen in einer offenen Fragerunde zur Verfügung.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen des Sarkomzentrums 2025

Das Sarkomzentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2025 **146 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem Sarkom** und **84 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenen Rezidiven und/oder Fernmetastasen** interdisziplinär behandelt. Die Primärfälle zeigen im Jahresvergleich einen konstanten Anstieg von 2019 bis 2025 mit einem leichten Rückgang in 2024. Die behandelten Fälle mit neu aufgetretenen Rezidiven oder Fernmetastasen bleiben über die Jahre eher konstant (nicht in der Grafik dargestellt). Die Zahl operativer Primärfälle und die Anzahl an Zentrumsfällen konnten im Verlauf der Jahre bis 2025 ebenfalls deutlich gesteigert werden und folgten 2024 dem leicht rückläufigen Trend der Primärfälle (siehe Abbildung 51).

Abbildung 51: Fallzahlentwicklung im Sarkomzentrum (absolute Häufigkeiten)



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 Distressthermometer und der Gesundheitsfragebogen PHQ-4 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 Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte 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. 2025 haben 72,6% der Sarkompatientinnen und -patienten ein psychoonkologisches Screening erhalten (Tabelle 63). Die Rate konnte im Vergleich zum Vorjahr gesteigert werden, sodass die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft von $\geq 65\%$ komfortabel erreicht wird. Es sind keine Maßnahmen notwendig.

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 Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft von einer Betreuungsrate > 40% wurde erfüllt (Tabelle 63). Es sind keine Maßnahmen notwendig.

Tabelle 63: Psychoonkologische und sozialrechtliche Betreuung im Sarkomzentrum 2023-2025 / relative Häufigkeiten

	2023	2024	2025
Betreuungsquote Psychoonkologie	51,2%	31,7%	46,9%
Screeningrate Psychoonkologie	68,4%	67,8%	72,6%
Betreuungsquote Sozialdienst	69,4%	67,2%	64,9%

Wartezeiten

Im Sarkomzentrum werden die Wartezeiten während der Sprechstunde und auf einen Termin kontinuierlich über das Krankenhausinformationssystem ORBIS erfasst. Eine Auswertung der Wartezeiten erfolgt für alle Zentrumsfälle des Jahres 2025.

Die Vorgaben der Krebsgesellschaft von ≤ 5 Werktagen Wartezeit auf einen Termin und < 60 Minuten während der Sprechstunde werden erfüllt (Tabelle 64), sodass eine Ableitung von Maßnahmen nicht erforderlich ist. Wir sind bestrebt, die Wartezeiten für alle Sarkomsprechstunden möglichst gering zu halten und dadurch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten weiter zu erhöhen.

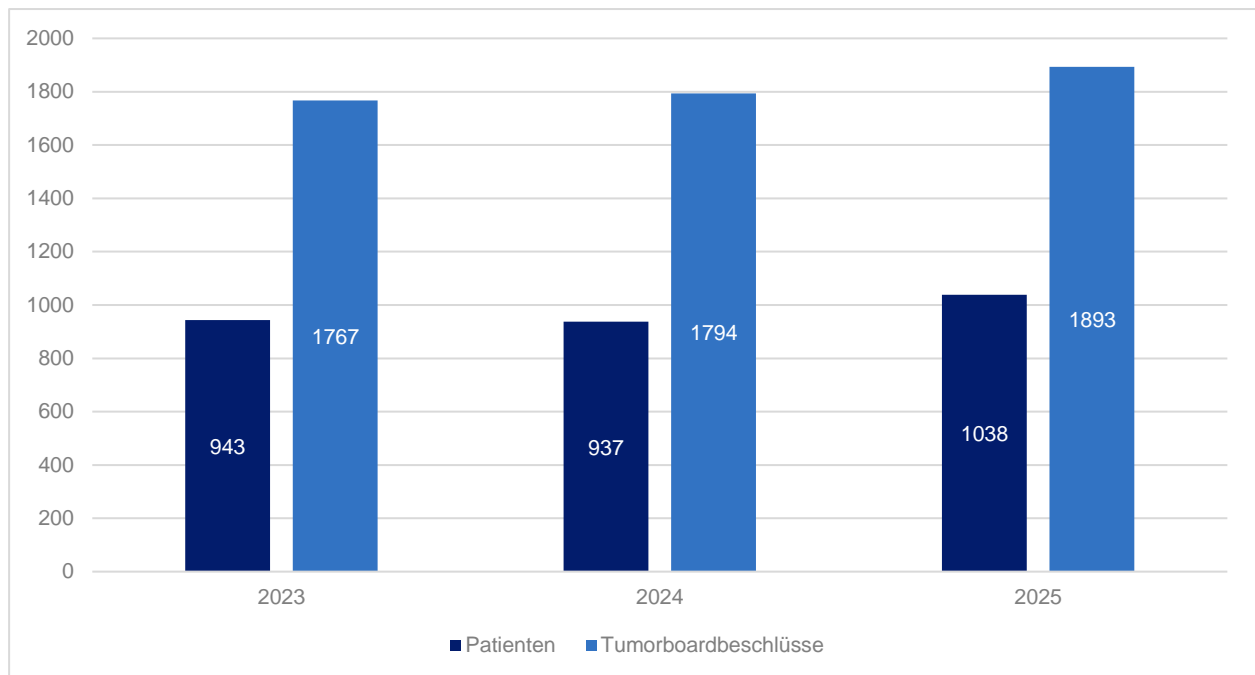
Tabelle 64: Wartezeiten im Sarkomzentrum 2023-2025 / Mittelwerte

Wartezeit	2023	2024	2025
auf einen Termin	4,6 Tage	4,7 Tage	4,3 Tage
während der Sprechstunde	40,3 Minuten	35,1 Minuten	37,4 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 Hämatologie/Onkologie, Strahlentherapie, Radiologie und Pathologie. Je nach Bedarf bzw. Indikation werden weitere Fachdisziplinen wie Nuklearmedizin, Dermatologie, Neurochirurgie, Urologie oder Gynäkologie hinzugezogen. Im Jahr 2025 hat das Board an 102 Tagen stattgefunden. Es wurden **1.893 Beschlüsse** für **1.038 Patientinnen und Patienten** gefasst. Durchschnittlich werden pro Patient 1,8 Beschlüsse gefasst und pro Board 18,6 Empfehlungen ausgesprochen (Abbildung 52).

Abbildung 52: Entwicklung der Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellungen von Patientinnen und Patienten im Sarkomboard 2023-2025 - absolute Häufigkeiten



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: Oktober 2024 bis September 2025) randomisiert gezogen.

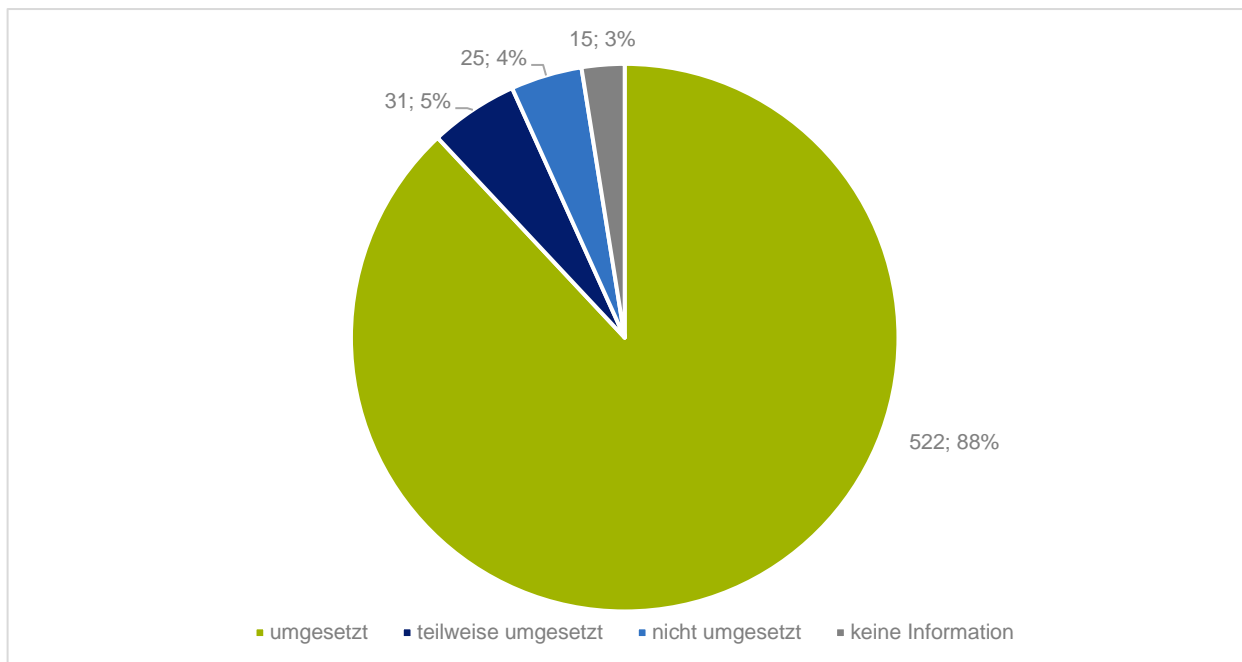
Für das Sarkomboard wurden dabei **593 Beschlüsse** von insgesamt **244 Patientinnen und Patienten** überprüft (siehe Abbildung 53). Die Prüfung erfolgte anhand der Krankenakten im ORBIS und der Eintragungen im Tumordokumentationssystem UCC-TDS. Bei Vorliegen von unklaren oder ggf. kritischen Ereignissen erfolgt die Rücksprache mit den beteiligten Fachdisziplinen sowie die Initiierung von interdisziplinären Fallbesprechungen oder einer daraus resultierenden M&M-Konferenz.

Von den 593 Tumorboardbeschlüssen wurden **522 vollständig umgesetzt** und bei 15 Beschlüssen liegen uns keine Informationen zum weiteren Behandlungsverlauf vor. 31 Beschlüsse wurden teilweise umgesetzt. Gründe hierfür lagen beispielsweise im Wunsch des Patienten bzw. der Patientin, in der Revision des Tumorboardbeschlusses oder auch der Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Patientinnen und Patienten. In 15 Fällen konnte anhand der Dokumentation in der Patientenakte nicht umfassend nachvollzogen werden, weshalb nicht alle Punkte der Empfehlung umgesetzt wurden.

25 Beschlüsse wurden nicht umgesetzt. Ursächlich hierfür sind in 14 Fällen neue Erkenntnisse, die eine erneute Vorstellung der Patientin bzw. des Patienten im Tumorboard notwendig gemacht haben (= Revision). In fünf Fällen wurde der Beschluss auf Wunsch der Patientin bzw. des Patienten nicht umgesetzt, in vier Fällen war der Tod des Patienten bzw. der Patientin ursächlich. Weitere Gründe waren eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes, die ein Umsetzen der Therapieempfehlung verhinderten bzw. neue medizinische Erkenntnisse ohne erneute Tumorboardvorstellung.

Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Sarkomzentrums 2025 konnten insgesamt keine kritischen Ergebnisse festgestellt werden. Die Fälle mit unvollständiger Dokumentation wurden einzeln analysiert.

Abbildung 53: Umsetzung der Tumorboardempfehlungen - Sarkomboard 2025 (n=593 Beschlüsse)



Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

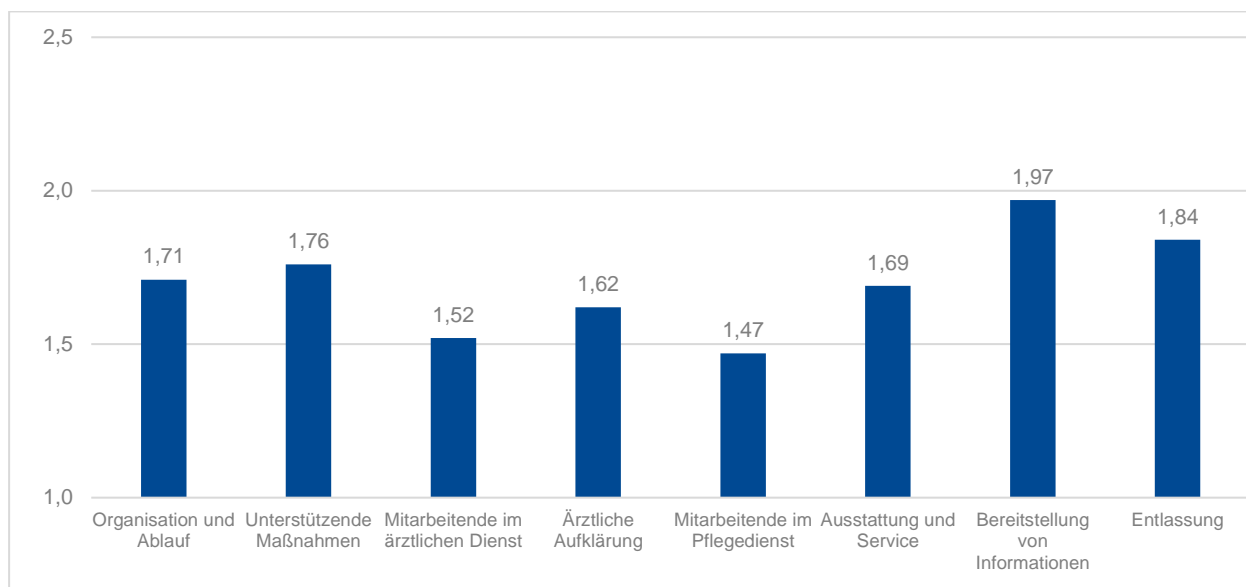
Ergebnisse aus der Befragung der Patientinnen und Patienten 2025

Die Auswertung der Befragung der Patientinnen und Patienten im Sarkomzentrum 2025 (Zentrumsfälle 2025) zeigte eine hohe Gesamtzufriedenheit von 96,7% (Ja-Nein-Frage) mit dem Sarkomzentrum. 95,7% der Patientinnen und Patienten würden sich wieder im Sarkomzentrum Dresden behandeln lassen und 96,6% gaben an, das Zentrum weiterzuempfehlen. Die Rücklaufquote liegt bei 55,7% (Stand 16. März 2026).

Bei der Befragung bestand weiterhin die Möglichkeit auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) acht Themenbereiche mit verschiedenen Unterfragen zu bewerten (Abbildung 54). Für jeden Themenbereich konnten zusätzliche Angaben in einem Freitextfeld angegeben werden. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,72 (Vorjahr 1,62).

Die Befragung ergab keinen dringenden Handlungsbedarf. Die Frage nach der Bereitstellung von Informationen zu Selbsthilfegruppen für Sarkome (Rubrik Bereitstellung von Informationen) wurde, wie auch in den letzten Jahren, am schlechtesten bewertet (2,22). Hier hat das Zentrum bereits seit zwei Jahren Maßnahmen eingeleitet. So werden allen Patientinnen und Patienten die Informationsbroschüren und Visitenkarten der Deutschen Sarkom-Stiftung zu den Krankheitsbildern bereitgestellt. Außerdem ist die Deutsche Sarkom-Stiftung auf der Webseite des Sarkomzentrums Dresden aufgeführt und beteiligt sich an Veranstaltungen des Sarkomzentrums. Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte nach Kategorien.

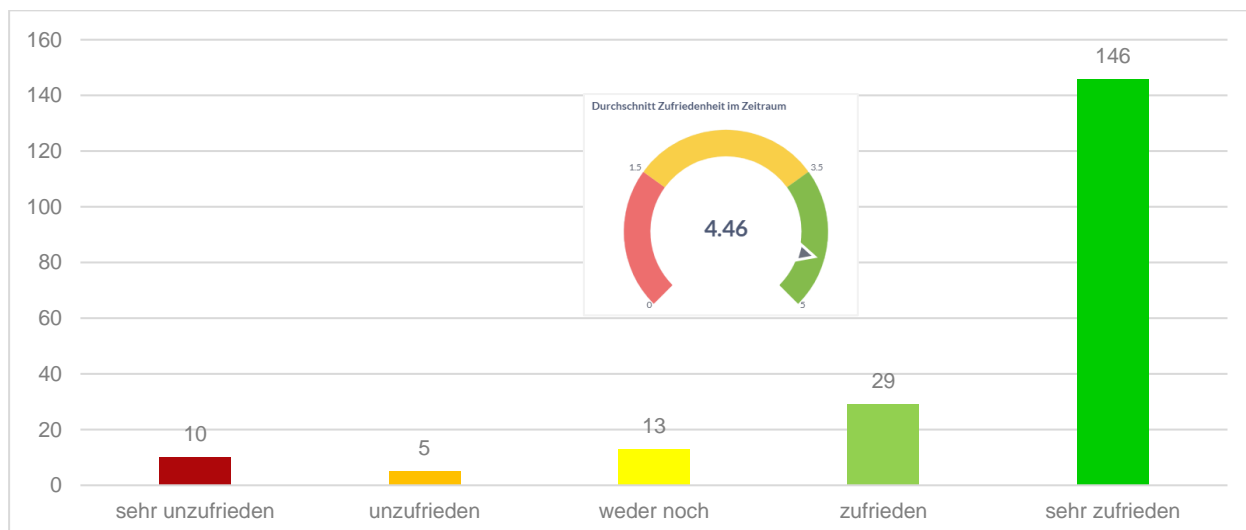
Abbildung 54: Ergebnisse der Befragung der Patientinnen und Patienten Sarkomzentrum 2025 - Mittelwerte



Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2025

Für die Bereiche, in denen Sarkompatientinnen und -patienten betreut werden, sind im Jahr 2025 203 Feedbackmeldungen von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen eingegangen. Dabei gab es 149 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten und 51 Feedbacks von Angehörigen (drei Rückmeldungen konnten keiner der beiden Gruppen zugeordnet werden). Die Gesamtzufriedenheit lag bei 4,46 von 5 (1 = sehr unzufrieden; 5 = sehr zufrieden). Im Vergleich zum Vorjahr (4,19) ist der Wert um 0,27 angestiegen und liegt über der internen Zielvorgabe von 4,0 (Abbildung 55). Die Weiterempfehlungsrate für das Jahr 2025 ist mit 8,65 von 10 (10 = sehr wahrscheinlich) angegeben. Auch hier konnte eine Steigerung zum Vorjahr von 0,32 erreicht werden. Die Gründe für Unzufriedenheiten wurden, sofern sie angegeben sind, unterjährig mit den Verantwortlichen ausgewertet und ggf. Maßnahmen abgeleitet. Haben die Patientinnen und Patienten einen Kontaktwunsch und eine E-Mail-Adresse im Feedback angegeben, so wurden sie von uns kontaktiert. Insgesamt sind für das Jahr 2025 keine Korrekturmaßnahmen erforderlich.

Abbildung 55: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit Sarkomzentrum (stationär/ambulant) 2025 - absolute Häufigkeiten



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Sarkomzentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025 ist in Tabelle 65 zusammengefasst. Von 15 obligatorischen Kennzahlen wurden 13 im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt, während bei zwei Kennzahlen die Sollvorgabe 2025 nicht erreicht werden konnte:

- a. prätherapeutische Tumorboardvorstellung der Primärfälle
- b. prä- oder postoperative Strahlentherapie bei operierten hoch malignen Weichgewebesarkomen Stadium II-IIIb.

Alle Kennzahlen werden im Verlauf des Kalenderjahres regelmäßig überwacht, um ein zeitnahes Unterschreiten von Sollvorgaben zu erkennen. Die nicht erreichten Kennzahlen wurden unterjährig in Qualitätszirkeln besprochen und Maßnahmen zur Verbesserung geprüft. In der Regel handelt es sich hierbei um Zufallsbefunde (a.) wodurch die Kennzahlen nicht erfüllt werden konnten, aber auch um Wünsche der Patientinnen und Patienten (b.) oder fehlende Indikationen im konkreten Fall (b.).

Tabelle 65: Datenqualität DKG-Kennzahlen Sarkomzentrum 2025

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
86,67%	0,0%	13,33%

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 2025 konnten 33,5 % der Zentrumsfälle des Sarkomzentrums in eine Studie eingeschlossen werden (einmalige Zählung jedes Falls; abweichend zur Zählweise der DKG). Als Hauptgrund für den Rückgang ist am ehesten ein reduziertes Angebot an offenen Studien im Jahr 2025 anzusehen. Mehrere für das Sarkomzentrum relevante Studien wurden im Laufe des Jahres 2024 geschlossen, während neue Studien erst gegen Jahresende 2025 eröffnet wurden. Dadurch konnten Sarkompatientinnen und -patienten im Berichtszeitraum noch nicht von diesen profitieren.

Tabelle 66: Studienquote Sarkomzentrum 2023-2025

	2023	2024	2025
Studienquote	35,7%	43,7%	33,5%

Exemplarische Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Sarkomzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2025 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus auf der

Internetseite - <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.

Salm H, Schuler MK, **Hentschel L**, Richter S, Hohenberger P, Kasper B, Andreou D, Pink D, Mütze L, Arndt K, **Hofbauer C**, **Schaser KD**, **Weitz J**, Schmitt J, Eichler M. **Preferences on Treatment Decision Making in Sarcoma Patients: Prevalence and Associated Factors - Results from the PROSa Study**. *Oncol Res Treat*. 2025;48(4):174-185.

Roohani S, Handtke J, Hummedah K, Albertsmeier M, Andreou D, Apostolidis L, Augustin M, Bauer S, Billner M, Bösch F, Deinzer CKW, Deventer N, Duprée A, Eckert F, Engel L, Fechner K, **Fritzsche H**, Gaidzik V, Ghani S, Grützmann R, Guder WK, Hamacher R, Hecker JS, Hendricks A, Hillmann A, Houben P, Hübner G, Ivanyi P, **Jentsch C**, Jordan M, Kappl P, Kath M, Kessler T, **Kirchberg J**, Knebel C, Krempien R, Lehner B, Lenze U, Lindner LH, Lörsch AM, Maguire N, Müller S, Piso P, Potkrajcic V, Reichardt P, **Richter S**, Schewe S, Schiffmann LM, Scholten F, Striefler JK, Schwarzbach M, Seidensaal K, Semrau S, Szkandera J, Szusziess CJ, Timmermann B, Tuchscherer A, Wiegering A, Winkelmann MT, Kaul D, Jakob J. **Correction: The sarcoma ring trial: a case-based analysis of inter-center agreement across 21 German-speaking sarcoma centers**. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2025 Apr 24;151(4):149. doi: 10.1007/s00432-025-06193-y. Erratum for: *J Cancer Res Clin Oncol*. 2025 Jan 4;151(1):30.

Bogani G, Caruso G, Ray-Coquard I, Ramirez PT, Concin N, Ngoi NY, Coleman RL, Mariani A, Cliby W, Leitao MM Jr, Rustum NA, Casali PG, Gronchi A, Vergote I, Kroep J, Enomoto T, Takehara K, Denys H, Takano M, Provencher D, **Wimberger P**, Kim SI, Kim JW, Zannoni GF, Tan DS, Casarin J, Paolini B, Chiappa V, Raspagliesi F, Cuccu I, Di Donato V, O'Malley DM, Mutch D, Brown J, Herrera F, Colombo N, Pignata S, Scambia G, Slomovitz BM, Monk BJ. **Uterine leiomyosarcoma**. *Int J Gynecol Cancer*. 2025 Sep;35(9):101992.

Heilig CE, **Heining C**, Gnutzmann E, Roldan S, Heiligenthal L, Sparber-Sauer M, Hahn D, Dirksen U, Hamacher R, Flörcken A, Thorwarth A, Deinzer CKW, Gaidzik VI, Pfaff E, Hübschmann D, Arndt K, Pfister SM, **Glimm H**, Fröhling S, Schlenk RF. **Rationale and design of the PAMSARC (pasireotide as maintenance treatment with monthly deep intramuscular injection in SSTR2/3/5-expressing synovial sarcoma and desmoplastic small round cell tumor) multi-center phase 2 trial**. *Cancer Treat Res Commun*. 2025;45:100986.



Kinderonkologisches Zentrum



Inhaltsverzeichnis

Kinderonkologisches Zentrum	148
Struktur des Kinderonkologischen Zentrums (KIO).....	148
Ziele des Kinderonkologischen Zentrums	150
Externe und interne Audits	151
Externe Audits	151
Interne Audits	152
Zufriedenheitsbefragungen.....	152
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	152
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	153
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	154
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	154
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	154
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	155
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	155
Leistungszahlen	155
Psychosoziale Versorgung	158
Wartezeiten	158
Interdisziplinäres Tumorboard	159
Tumorboardcompliance	160
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	160
Forschungstätigkeit	160
Beteiligung an Studien und Registern.....	160
Laborforschung	161
Frühe Klinische Studien.....	161
Versorgungsforschung.....	161
Publikationen.....	161

Kinderonkologisches Zentrum

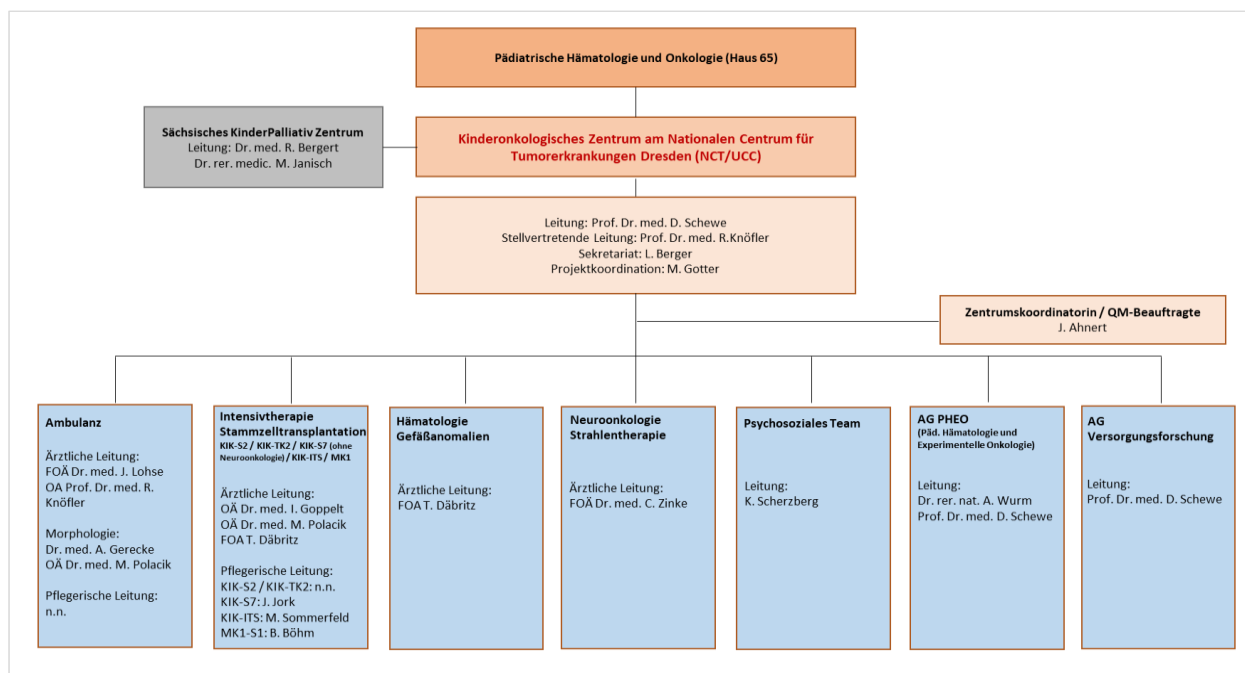
Struktur des Kinderonkologischen Zentrums (KIO)

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 des NCT/UCC wurde die Kinderonkologie im Jahr 2021 nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als Kinderonkologisches Zentrum 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 den onkologischen Disziplinen der Erwachsenenmedizin gehören zu den Voraussetzungen, um für die betroffenen Kinder und Jugendlichen die beste Behandlung zu gewährleisten. Es werden alle hochspezialisierten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Zentrum vorgehalten. Die strukturellen Voraussetzungen entsprechen der S2k-Leitlinie zur onkologischen und hämatologischen Versorgung bei Kindern und der Richtlinie Kinderonkologie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Expertise des Zentrums erstreckt sich von spezialisierten Operationsverfahren über die Bestrahlung mittels Protonen bis hin zu medikamentösen und immuntherapeutischen Therapieverfahren inklusive der Blutstammzelltransplantation und Zelltherapie. Therapiebegleitende Angebote wie sozialrechtliche Beratung, psychologische Begleitung 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 Kooperationspartnerinnen und -partner zur Verfügung.

Abbildung 56: 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 Qualifikationen des am Zentrum beschäftigten Personals.

Tabelle 67: Qualifikationsmatrix Kinderonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. Denis Martin Schewe	FA für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, ZB Notfallmedizin
stellvertretende Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. Ralf Knöfler	FA für Kinderheilkunde SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, ZB Hämostaseologie
Oberärztin	Dr. med. Maria Polacik	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie
Oberärztin	Dr. med. Ines Goppelt	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
Funktionsoberärztin	Dr. med. Claudia Zinke	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, SP Neuropädiatrie, ZB Palliativmedizin
Fachärztin	Dr. med. Jenny Dörnemann	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, ZB Palliativmedizin
Fachärztin	Dr. med. Julia Franck	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, ZB Palliativmedizin

Funktion	Name	Qualifikation
Fachärztin	Dr. med. Anja Gerecke	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie
Fachärztin	Dr. med. Ingrid Lauterbach bis 31. Dezember 2025	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie
Facharzt	Dr. med. Ricardo Beck	FA für Kinder- und Jugendmedizin
Zentrumskoordination / Qualitätsmanagement	Juliane Ahnert, B.Sc., B.A.	Wirtschaftswissenschaften Management für Gesundheitsfachberufe
Tumordokumentation	Liane Stempel	Medizinische Dokumentationsassistentin
Pflegedienstleitung	Mirko Radloff, B.Sc. bis 31. Dezember 2025	Gesundheits- und Krankenpflege, Management für Gesundheitsfachberufe
	Henriette Ludwig seit 1. Januar 2026 (komm.)	Gesundheits- und Krankenpflege
Pflegerische Leitung Station, Tagesklinik, Ambulanz	Antje Berg bis 31. Dezember 2025	Gesundheits- und Krankenpflege, Weiterbildung Leitungsaufgaben im Gesundheitswesen, Pediatric Palliative Care
Onkologische Fachpflege	Sabine Liebscher / Sandy Förster Annett Grässler / Michaela Krake / Ulrike Heitmann / Bianka Engelke / Pia Brauer / Claudia Naumann / Puya Piry Khanghah	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Weiterbildung Onkologische Fachpflege
Onkologische Fachpflege	Antje Berg bis 31. Dezember 2025 / Katrin Stolle / Annett Grässler / Ulrike Heitmann / Pia Brauer / Annette Böhm / Ines Exner / Birgit Kynast / Doreen Ehrlich / Claudia Naumann	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Weiterbildung (Pediatric) Palliative Care

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 68 sind die Qualitätsziele und deren Erreichungsgrade des Jahres 2025 dargestellt.

Tabelle 68: Jahresziele 2025 Kinderonkologisches Zentrum

Nr.	Qualitätsziel	Zielerreichung
1	Aufrechterhaltung der Zertifizierungen	umgesetzt
2	Erfolgreiche Akkreditierung nach den JACIE-Anforderungen	Prüfung der fristgerecht eingereichten Nacharbeitungen
3	Einführung der CATO-Scanner auf Station und in der Tagesklinik	umgesetzt
4	Erfüllung der Voraussetzungen zur Applikation von Zytostatika	umgesetzt
5	Jährliches Angebot einer Veranstaltung für kinderonkologische Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen	umgesetzt
6	Ermittlung der Zufriedenheit von Einweiserinnen und Einweiser	umgesetzt

Nr.	Qualitätsziel	Zielerreichung
7	Steigerung der Patientensicherheit: <ul style="list-style-type: none"> • Umbaumaßnahmen im Haus 65 zur Steigerung der Patientensicherheit • Einführung neuer Infusionstechnik 	weiterhin in Planung umgesetzt
8	Verbesserung der Patientenversorgung: <ul style="list-style-type: none"> • Aufbau des Telemedizin-Projekts • Einführung der Low-Level-Lasertherapie 	umgesetzt umgesetzt
9	Verbesserung der internen Kommunikation und Strukturierung im Kinderonkologischen Zentrum: <ul style="list-style-type: none"> • regelmäßige Strategiemeetings • regelmäßiges Angebot von Supervisionen • Fortbildungslots für Journal Club und Bereichsbesprechung beibehalten 	umgesetzt umgesetzt umgesetzt
10	Aktualisierung des pflegerischen Einarbeitungskonzeptes an die strukturellen Veränderungen zur Sicherstellung der korrekten pflegerischen Patientenversorgung	Bearbeitung wird 2026 finalisiert

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 8. April 2025 fand das erste Überwachungsaudit des Kinderonkologischen Zentrums am NCT/UCC statt. Das Ergebnis der Begutachtungen aller eingereichten Unterlagen und der Auditierung vor Ort fiel positiv aus. Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Seitens der Deutschen Krebsgesellschaft wurden neun Hinweise gegeben, die u.a. die Zusammenarbeit mit einem Kooperationspartner sowie die Dokumentation und Auswertung von Leistungszahlen betrafen. Die Prüfung der Umsetzung der Norm DIN EN ISO 9001 ergab vier Hinweise, die u.a. die weitere Planung der Sanierung des Hauses 65 und eine Schulung der ärztlichen Mitarbeitenden und des Pflegedienstes zu Paravasaten empfahlen. Alle Hinweise werden im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in einen Maßnahmenplan überführt und bearbeitet sowie unterjährig auf Umsetzung geprüft.

Der Bereich für Pädiatrische Stammzelltransplantation und Zelltherapie des Kinderonkologischen Zentrums wurde am 24. und 25. Oktober 2023 erstmals nach den JACIE-Anforderungen begutachtet. Das Akkreditierungsverfahren läuft gemeinsam mit der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikums Dresden. Im Juni 2024 wurde der Ergebnisbericht mitgeteilt. Bis zum 5. März 2025 wurden fristgerecht die Hinweise umgesetzt und Unterlagen nachgereicht. Auf Grundlage dieser Nacharbeiten wird eine erneute Bewertung durchgeführt.

Am 2. September 2025 wurde das Kinderonkologische Zentrum durch den Medizinischen Dienst Sachsen hinsichtlich der Einhaltung der Qualitätsanforderungen gemäß Anlage I der „Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien: CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasie bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr“ geprüft. Die Begutachtung erfolgte für den Kontrollzeitraum 1. Januar bis 30. Juni 2025. Die Prüfung ergab die vollständige Erfüllung aller qualitätssichernden Maßnahmen entsprechend der Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Interne Audits

Interne Audits im Kinderonkologischen Zentrum finden analog dem Vorgehen im Onkologischen Zentrum statt. Am 8. Dezember 2025 wurden die Bereiche Station, Tagesklinik und Ambulanz sowie die supportiven Angebote der Kinderhämatologie und -onkologie intern auditiert. Im Rahmen des Audits wurden acht Hinweise, die überwiegend Unterstützungsprozesse betreffen, gegeben. Abweichungen wurden im Geltungsbereich nicht festgestellt. Alle Hinweise werden im Rahmen des kontinuierlichen Maßnahmenmanagements regelmäßig auf Umsetzung geprüft.

Zufriedenheitsbefragungen

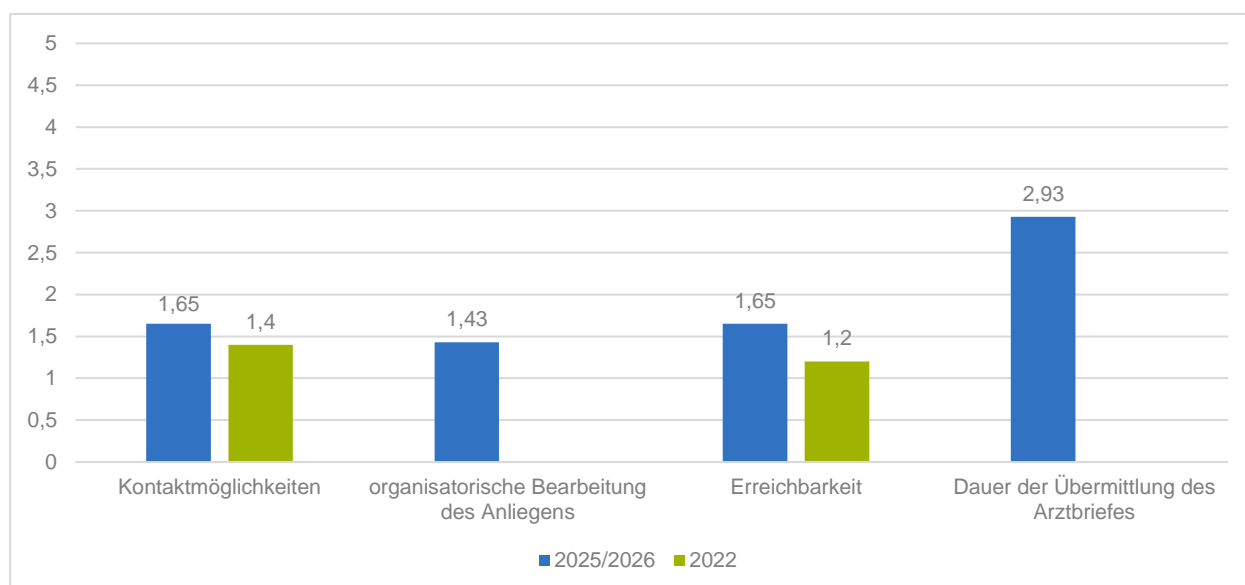
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweisenden des Kinderonkologischen Zentrums werden gemäß den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft alle drei Jahre durchgeführt. Eine postalische Befragung der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte fand im Dezember 2025 und Januar 2026 statt. Die Zuweisenden hatten die Möglichkeit, die Befragung entweder papierbasiert oder digital über einen QR-Code auszufüllen.

Insgesamt wurden 13 Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern und 63 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte angeschrieben. Die Rücklaufquote betrug 39,5% und ist im Vergleich zu 2022 um 8% gestiegen. Die nachfolgende Abbildung stellt die Mittelwerte der Zufriedenheit der einzelnen Befragungsaspekte dar (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Ein Vergleich mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2022 ist nur hinsichtlich der Bewertung der Kontaktmöglichkeiten und Erreichbarkeit möglich, da seit der letzten Zufriedenheitsbefragung ein neuer, im Zusammenspiel von NCT/UCC gemeinsam mit allen Organkrebszentren entwickelter Fragebogen eingesetzt wird. Es zeigt sich eine geringfügige Verschlechterung, wobei das Gesamtniveau als gut zu bewerten ist und keinen Handlungsbedarf erkennen lässt.

Alle Ergebnisse wurden im Jour fixe des Zentrums diskutiert und Maßnahmen, insbesondere zur Verkürzung der Übermittlungsdauer von Arztbriefen, abgeleitet.

Abbildung 57: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung von Zuweisenden 2025/2026 - Mittelwerte



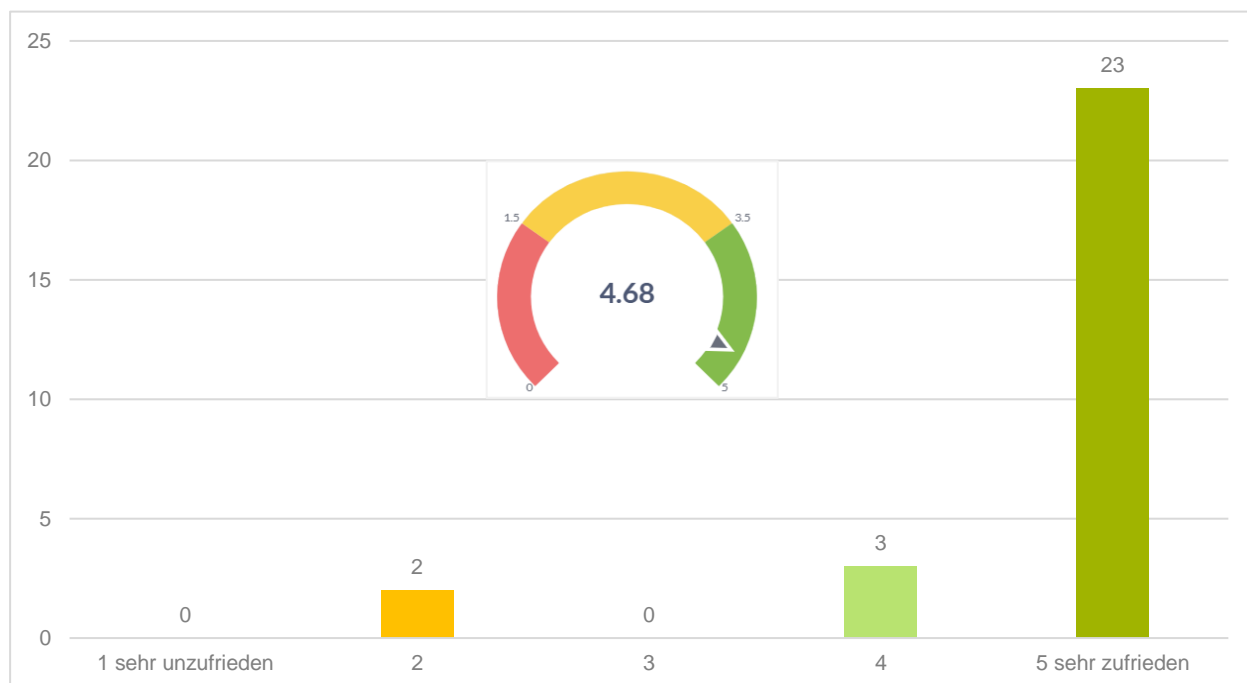
Allen Zuweisenden steht eine kontinuierliche Zufriedenheitserfassung über die Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Die Zuweisenden haben zudem die Möglichkeit, über die zentrale E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de ihre Wünsche und Anregungen sowie Lob oder Kritik zu äußern. Im Jahr 2025 gab es keine Rückmeldungen.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zielgerichtete Zufriedenheitsbefragungen von Eltern, Patientinnen und Patienten finden ebenfalls alle drei Jahre statt. Diese wurde zuletzt im Jahr 2023 durchgeführt. Die Rücklaufquote betrug 46,2%. In allen Bereichen ist vergleichend zur letzten Befragung von 2019 eine leichte bis deutliche Verbesserung der Zufriedenheit zu erkennen. Die nächste Befragung von Eltern, Patientinnen und Patienten findet im Jahr 2026 statt.

Alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörige haben am Universitätsklinikum Dresden die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden kontinuierlich über das digitale Feedbacksystem, das in allen Struktureinheiten etabliert ist, abzugeben. Für die Teilnahme an dieser kontinuierlichen Zufriedenheitserfassung stehen QR-Codes zur digitalen Teilnahme über das eigene Smartphone oder Tablet zur Verfügung. Für das Kinderonkologische Zentrum sind 2025 insgesamt 28 Feedbackmeldungen von Angehörigen sowie Patientinnen und Patienten eingegangen. Die Verteilung der allgemeinen und durchschnittlichen Zufriedenheit sind in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 58: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung von Patientinnen und Patienten aus dem digitalen Feedbacksystem 2025



Zudem besteht für alle Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen die Möglichkeit, über die Internetseite des NCT/UCC an einer kontinuierlichen Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen. Wie auch den Zuweisenden steht den Patientinnen und Patienten die zentrale E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de zur Kontaktaufnahme für Lob, Kritik und Verbesserungsvorschläge zur Verfügung.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das Kinderonkologische Zentrum beteiligt sich regelmäßig an den interdisziplinären M&M-Konferenzen der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, die in der Regel einmal pro 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 Verbesserungspotenziale aufzuzeigen und diese im Sinne der optimalen Versorgung der jungen Patientinnen und Patienten zukünftig zu nutzen. 2025 fanden zwölf übergreifende M&M-Konferenzen statt. Es wurden zwei M&M-Konferenzen mit kinderonkologischem Schwerpunkt am 7. Januar und 2. Dezember 2025 durchgeführt.

Wöchentlich erfolgen Besprechungen des Leitungsteams des Kinderonkologischen Zentrums, bei dem interne Themen und Schwerpunkte besprochen werden. Zudem findet regelmäßig, alle vier bis acht Wochen, ein Austausch mit der Zentrumskoordination zu wichtigen Aspekten des Qualitäts- und Risikomanagements statt.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Kinderonkologischen Zentrum finden regelmäßig 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 und Ärzte in Weiterbildung) zur Verfügung. Im Jahr 2023 wurde die interne Fortbildungsreihe „Journal Club“ für das multiprofessionelle Team der Kinderonkologie etabliert und 2025 in sechs Terminen fortgeführt. Weitere interne Fortbildungen finden wöchentlich mehrfach im Anschluss an die Mittagskonferenz in der Kinderklinik statt. Daran beteiligt sich der kinderonkologische Bereich mehrfach pro Jahr mit Fallvorstellungen und Übersichtsvorträgen. Es findet ein wöchentliches Labormeeing für alle forschenden Mitarbeitenden statt. Mitarbeitende des Kinderonkologischen Zentrums nehmen regelmäßig an nationalen und internationalen Fortbildungsangeboten teil.

Tabelle 69: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Kinderonkologisches Zentrum 2025

Datum	Veranstaltung
7. Januar 2025	Journal Club: „Immunologie: Substitution von IgG und Therapie von Immun-Zytopenien“
4. Februar 2025	Journal Club: „Update Sichelzellerkrankung“
18. März 2025	Journal Club: „CED und Onkologische Folgeerkrankungen im Kindesalter“
22. April 2025	Journal Club: „Todeskonzepte bei Kindern und Jugendlichen“
3. Juni 2025	Journal Club: „Neues aus der pädiatrischen Onko-Chirurgie“
12. Juni 2025	Update Hämatologie Heute 2025
26. Juni 2025	Vorstellung Versorgungsforschungsprojekt: „TeKo-HEM-DD“
9. September 2025	Journal Club: „Tumor Treating Fields“
2. Oktober 2025	Fallvorstellung Kinderonkologie - Mittagskonferenz der Kinderklinik
23. Oktober 2025	Bericht SIOP-E Kongress 2025
11. Dezember 2025	Vorstellung Sporttherapie

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

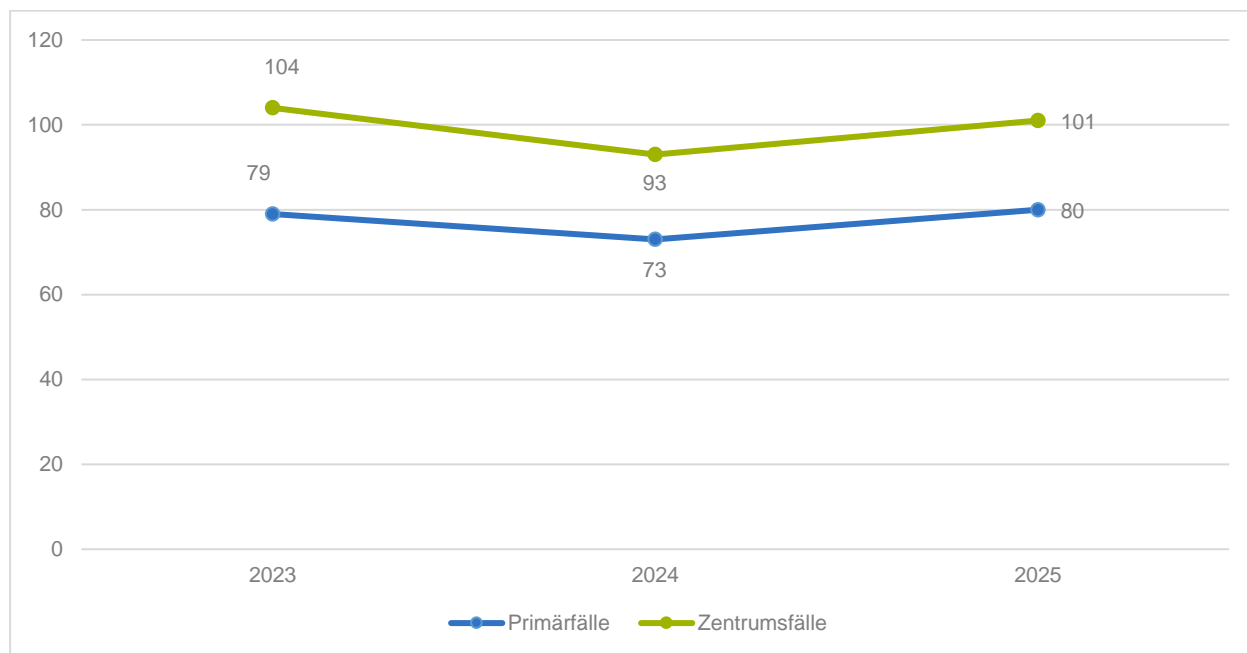
Am 17. Mai 2025 fand ein zentraler Patiententag des NCT/UCC inklusive aller Organkrebszentren und Module statt. Das Kinderonkologische Zentrum präsentierte sich erstmals mit Vorträgen zu Fortschritten bei der Therapie von Leukämien und neuen Therapieansätzen bei Hirntumoren im Kindesalter sowie zu wichtigen Forschungsprojekten im Zentrum.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

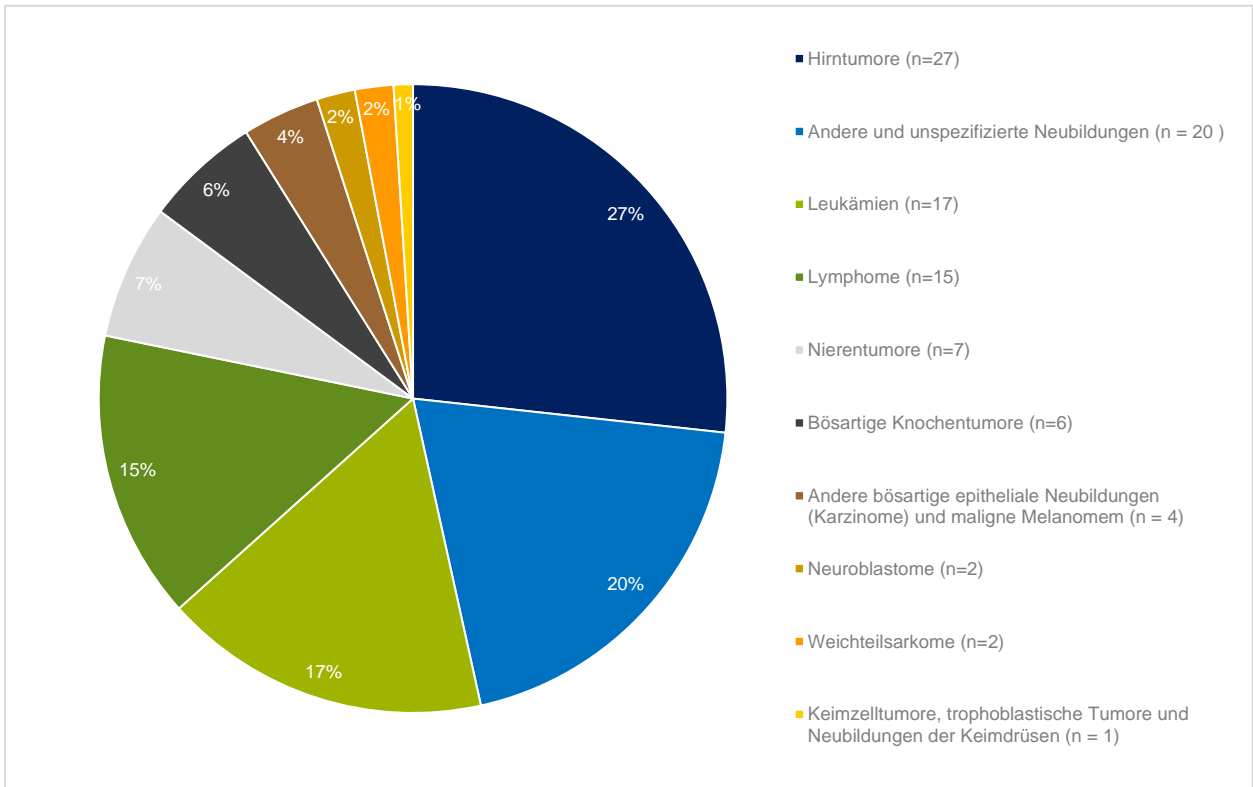
In 2025 wurden **80 Patientinnen und Patienten mit Ersttumor** und **21 mit Rezidiven** im Kinderonkologischen Zentrum behandelt. Die Zählweise der hier angegebenen Fallzahlen richtet sich nach den Vorgaben für zertifizierte Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft. In der folgenden Abbildung ist die Entwicklung der Primär- und Zentrumsfälle von 2023 bis 2025 dargestellt und zeigt im Verlauf eine Fallzahlkonstanz.

Abbildung 59: Fallzahlentwicklung am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025



In Abbildung 60 ist die Verteilung der Zentrumsfälle nach den von der Deutschen Krebsgesellschaft vorgegebenen Diagnosegruppen für zertifizierte Kinderonkologische Zentren aufgeschlüsselt. Die größten Diagnosegruppen der in 2025 behandelten Patientinnen und Patienten stellten Hirntumore (27%) und andere unspezifizierte Neubildungen (20%) dar, gefolgt von Leukämien (18%) und Lymphomen (15%).

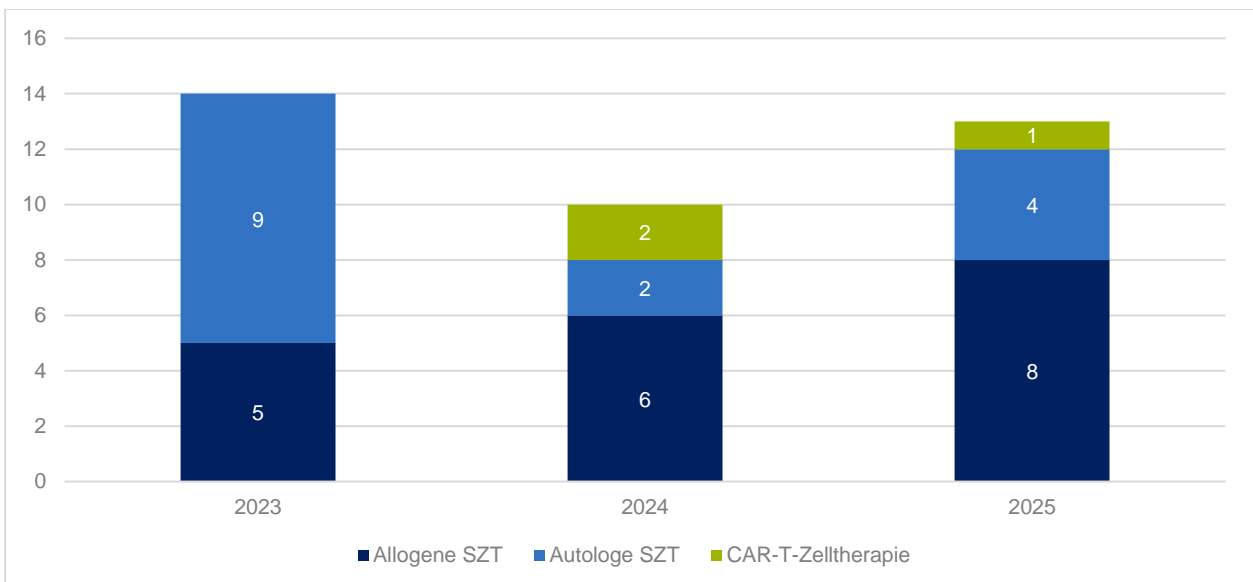
Abbildung 60: Zentrumsfälle 2025 nach Diagnosegruppen für das Kinderonkologische Zentrum (n=101)



Zelluläre Therapien

Bei entsprechender Indikation steht die Behandlungsoption einer Blutstammzelltransplantation oder zellulären Therapie am Zentrum zur Verfügung. Dazu werden in Kooperation mit dem Fachbereich Hämatologie und Zelltherapie der Medizinischen Klinik I allogene und autologe Stammzelltransplantationen sowie CAR-T-Zelltherapien angeboten. Nachfolgend ist die Entwicklung der durchgeführten zellulären Therapien bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten im Zeitraum 2023 bis 2025 abgebildet.

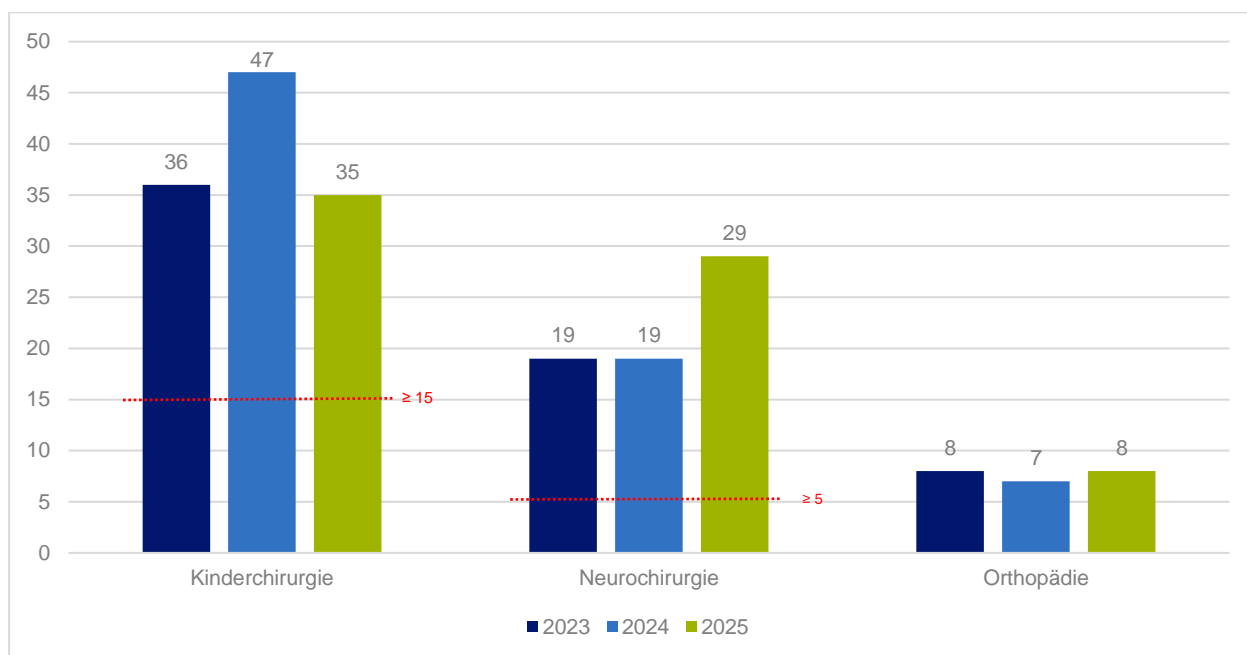
Abbildung 61: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien im Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025



Operative Expertise

Hauptkooperationspartner für chirurgische Eingriffe in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie ist die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie. Bei entsprechender Notwendigkeit werden weitere operative Kooperationspartnerinnen und -partner in die Behandlung einbezogen. Insbesondere bei muskuloskelettalen Sarkomen und Tumoren des Zentralnervensystems betrifft dies die tumorchirurgischen Bereiche des UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- & Plastische Chirurgie und der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie. In Abbildung 62 ist die Entwicklung operativer, kideronkologischer Fälle der kooperierenden Leistungserbringer im Zeitraum von 2023 bis 2025 dargestellt. Für die muskuloskelettalen Sarkome sind für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 40. Geburtstag laut den Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft fünf Operationen gefordert. Mit 26 Operationen im Jahr 2025 ist diese Vorgabe erfüllt. In der nachfolgenden Abbildung ist die Anzahl der Operationen bei Patientinnen und Patienten bis zum 18. Lebensjahr dargestellt. Insgesamt erfüllen die operativen Fallzahlen die aktuellen Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für zertifizierte Kinderonkologische Zentren.

Abbildung 62: Fallzahlentwicklung chirurgischer Kooperationspartner am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025



Strahlentherapeutische Expertise

Die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie ist einer der Hauptkooperationspartner des Kinderonkologischen Zentrums und deutschlandweit als strahlentherapeutisches Referenzzentrum für hochgradige Gliome im Kindes- und Jugendalter tätig. Das angebotene Leistungsspektrum umfasst neben der Bestrahlung mit Photonen auch die Protonen, was im Verlauf zur zunehmenden, gezielten Zuweisung von Kindern aus anderen Kinderonkologischen Zentren geführt hat. Die Entwicklung abgeschlossener Bestrahlungsserien bei allen Kindern und Zentrumsfällen des Kinderonkologischen Zentrums von 2023 bis 2025 ist nachfolgend dargestellt.

Tabelle 70: Abgeschlossene Bestrahlungsserien am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025

	2023	2024	2025
Anzahl abgeschlossener Bestrahlungsserien bei Kindern	51	62	59
Anteil Protonenbestrahlung bei Kindern des Kinderonkologischen Zentrums	86,4%	66,7%	64,3%
Sollvorgabe DKG	> 50% (Anteil der Protonenbestrahlung)	> 50% (Anteil der Protonenbestrahlung)	> 50% (Anteil der Protonenbestrahlung)

Psychosoziale Versorgung

Die Beratung des psychosozialen Dienstes umfasst die pädiatrisch-psychoonkologische Betreuung und die sozialrechtliche Beratung. Die Erfassung der Betreuungsraten erfolgt analog der Anforderungen an Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft zusammengefasst in der Kennzahl Psychosozialdienst. Darüber hinaus sind in Tabelle 71 detaillierte Angaben zu den einzelnen Betreuungsraten zusammengefasst.

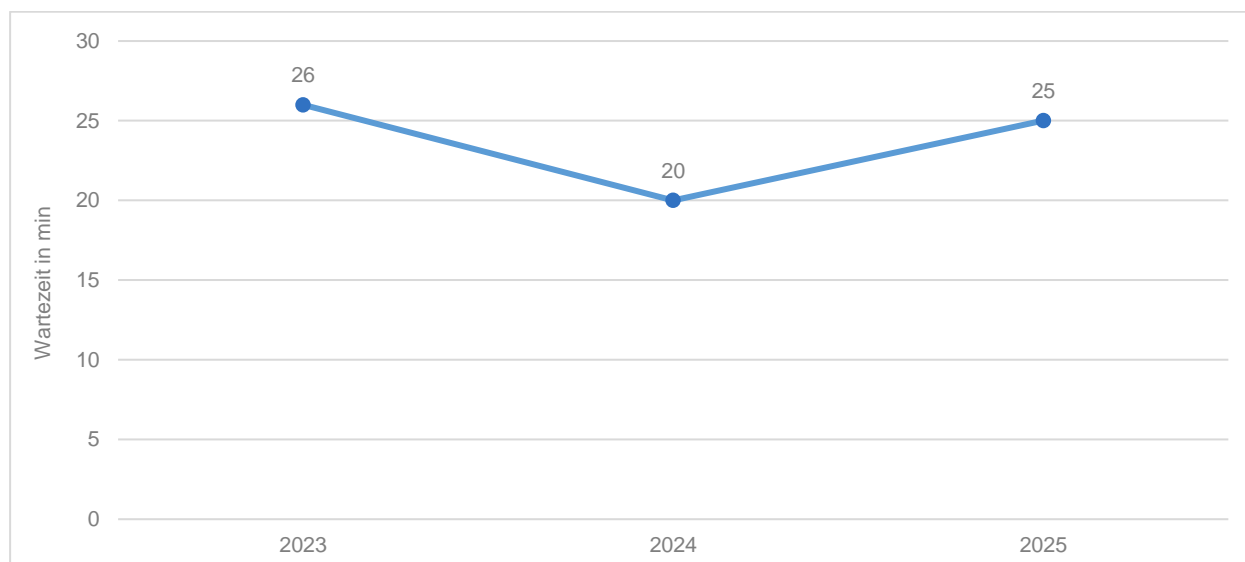
Tabelle 71: Betreuung durch den psychosozialen Dienst des Kinderonkologischen Zentrums 2023-2025

	2023	2024	2025
Pädiatrische Psychoonkologie	83,7%	92,5%	97,0%
Sozialdienst	79,8%	75,3%	86,1%

Wartezeiten

Im Kinderonkologischen Zentrum werden die Wartezeiten jährlich erfasst und ausgewertet. In Abbildung 63 sind die Ergebnisse dieser Analyse im Jahresverlauf von 2023 bis 2025 dargestellt. Dabei wurde in den Jahren 2023 und 2024 lediglich die hämatologisch-onkologische Nachsorge-sprechstunde berücksichtigt. Im Jahr 2025 erfolgte die Erfassung und Auswertung für alle kinder-onkologischen Sprechstunden. Die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft (≤ 60 Minuten) wird erfüllt.

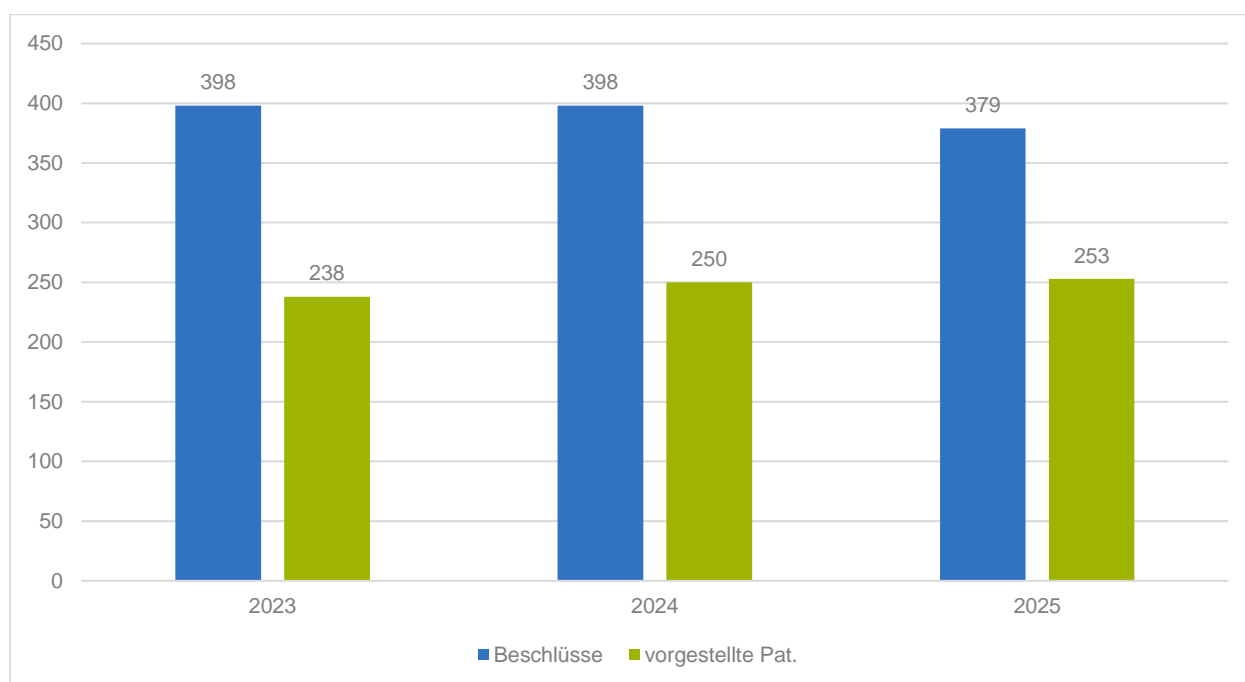
Abbildung 63: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025



Interdisziplinäres Tumorboard

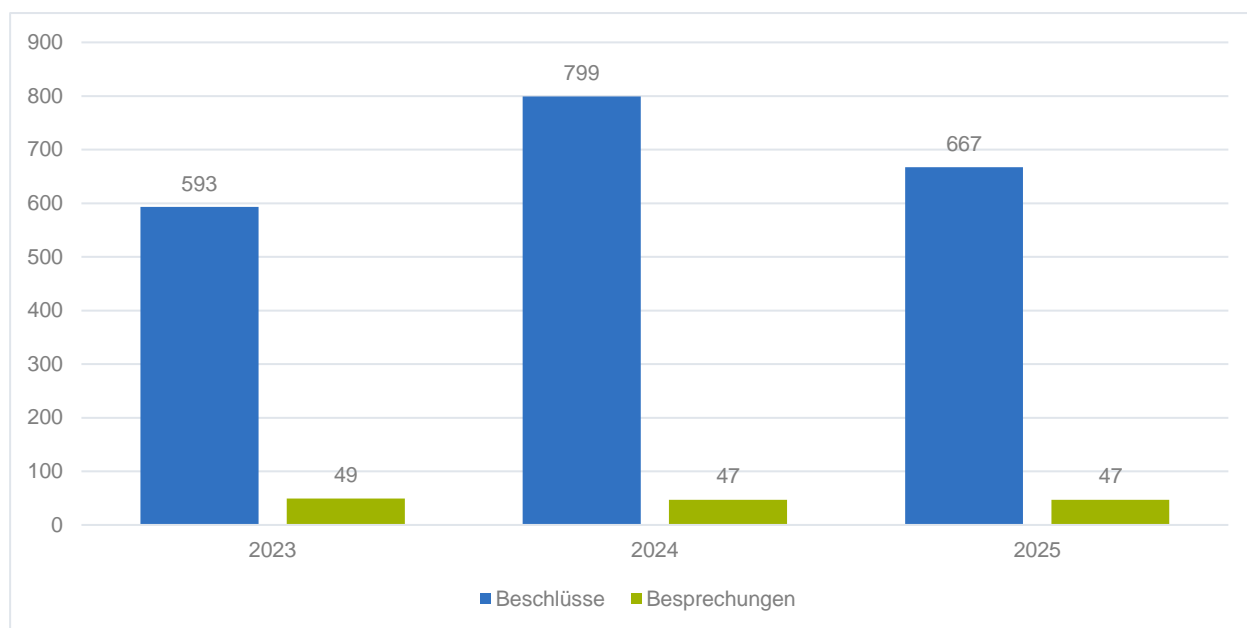
Im Kinderonkologischen Zentrum finden wöchentlich interdisziplinäre Tumorboards unter Beteiligung aller relevanten Fachdisziplinen statt. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachbereiche nimmt obligatorisch am pädiatrischen Tumorboard teil: Pädiatrische Hämatologie-Onkologie, Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Pathologie und Radioonkologie/Strahlentherapie. Je nach Fragestellung und Krankheitsbild werden weitere Fachdisziplinen, wie beispielsweise die Neurochirurgie, die Tumororthopädie und die Nuklearmedizin hinzugezogen. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Anzahl der Tumorboardbeschlüsse sowie der vorgestellten Patientinnen und Patienten, die im Zeitverlauf beide konstant bleiben.

Abbildung 64: Entwicklung der Tumorboardvorstellungen am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025



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 und Case Management. Die Bereichsbesprechung des multiprofessionellen Teams dient insbesondere der Falldiskussion von ausgewählten kinderonkologischen Patientinnen und Patienten in den intensiven Behandlungsphasen. Bei Notwendigkeit werden auch gezielt Fälle aus der ambulanten kinderonkologischen Nachsorge sowie schwerwiegende hämatologische bzw. sich in Diagnostik befindende hämatologische Fälle besprochen.

Abbildung 65: Entwicklung der Fallvorstellungen und Anzahl der Bereichsbesprechungen am Kinderonkologischen Zentrum 2023-2025



Tumorboardcompliance

Im Rahmen der Überprüfung der Tumorboardcompliance der pädiatrischen Tumorkonferenz werden alle Beschlüsse der Zentrumsfälle, außer Leukämien, auf inhaltliche Umsetzung kontrolliert. In 2025 wurden dafür **158 Beschlüsse** von **83 Patientinnen und Patienten** hinsichtlich der inhaltlichen Umsetzung geprüft. Das entspricht 41,7% der Beschlüsse des pädiatrischen Tumorboards. Der Erfüllungsgrad dieser kontrollierten Tumorboardbeschlüsse liegt bei 100%.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025 ist in Tabelle 72 zusammengefasst. Sämtliche neun obligatorischen Kennzahlen wurden nach der Sollvorgabe erfüllt.

Tabelle 72: Datenqualität der DKG-Kennzahlen am Kinderonkologischen Zentrum 2025

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
100%	0,0%	0%

Forschungstätigkeit

Beteiligung an Studien und Registern

Die Diagnostik und Behandlung von hämato-onkologischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland findet stets im Rahmen von Therapieoptimierungsstudien bzw. in Registerprotokollen der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) statt. Patientinnen und Patienten, deren komplexe Krankheitsbilder die Einschlusskriterien dieser Therapiestudien bzw. Register nicht erfüllen, werden stets in Absprache mit den zuständigen Studien- bzw. Registerleitungen auch ohne Studieneinschluss behandelt. Im Jahr 2025

konnten 76,2% der Zentrumsfälle des Kinderonkologischen Zentrums in eine Studie oder ein Register eingeschlossen werden.

Tabelle 73: Studienquote Kinderonkologisches Zentrum 2023-2025

	2023	2024	2025
Zentrumsfälle mit Studien- oder Registereinschluss (Zähler)	82	77	77
Zentrumsfälle (Nenner)	104	93	101
Studienquote	78,8%	82,8%	76,2%

Laborforschung

2024 hat die mittlerweile 10-köpfige Arbeitsgruppe Translationale Leukämieforschung unter der Leitung von Herrn Dr. A. Wurm ihre Arbeit aufgenommen. Der thematische Fokus sind neue Therapieansätze bei der ALL im Kindesalter mit einem Fokus auf antikörper-basierte Immuntherapien, Interaktionen zwischen Leukämiezellen und nicht-hämatopoetischen Zellen in verschiedenen Organismen und die transkriptionelle Regulation der Leukämogenese bei ALL und AML. Es wurden umfangreiche Drittmittel renommierter Förderorganisationen eingeworben. Es bestehen Beteiligungen an nationalen und internationalen Forschungsverbänden (z. B. DFG-gefördert KFO 5010 CATCH-ALL, iBFM-Konsortium).

Frühe Klinische Studien

Ebenfalls im Jahr 2024 wurde mit der Vorbereitung neuer früher klinischer Studien unter Federführung des Kinderonkologischen Zentrums begonnen. Die erste Studiensynopse „LLL trial“ (Lusvertikimab in Lymphoid Leukemia) wurde innerhalb des NCT OCT²-Programmes zur Förderung empfohlen. Derzeit finden die Vertragsverhandlungen und Budgetberatungen statt. Das Kinderonkologische Zentrum beteiligt sich weiterhin an der ASCI4Kids Studie (Novartis). Weiterhin ist das Kinderonkologische Zentrum Partner des NCT OCT²-Projektes „REDEFINE“ (Charité Berlin). Weitere Projekte befinden sich in Planung.

Versorgungsforschung

Im August 2025 wurde das Projekt zur Betreuung ausgewählter Patientinnen und Patienten in der onkologischen Intensivtherapie mittels Heimblutbildmessung in Kombination mit telemedizinischer Anbindung gestartet. Die Anschubfinanzierung erfolgte durch die Tour der Hoffnung sowie die Stiftung Hochschulmedizin. Der Förderantrag für das Digitalisierungsvorhaben „PED-Onko-SAX“ wurde durch die Sächsische Aufbaubank bewilligt. Für ein weiteres Digitalisierungsvorhaben „KOMNET-SAX“ wird die Konzeptentwicklungsphase bis zum 31. Mai 2026 durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. Darüber hinaus besteht eine Kooperationspartnerschaft im Rahmen des Projekts „ED-Care-Kids“ (Innovationsfonds des G-BA).

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Kinderonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2025 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/>.

Wurm AA, Schewe DM. Two is better than one: dual targeting of WDR5 in T-ALL. Blood. 2025 Mar 27;145(13):1339-1341.

Rahimian E, Koochak M, Traikov S, Schroeder M, Brilloff S, Schäfer S, Kufrin V, Kuchler S, Krüger A, Mirtschink P, **Baretton G, Schröck E, Schewe DM, Ball CR, Bornhäuser M, Glimm H, Bill M, Wurm AA. A quiescence-like/TGF- β 1-specific CRISPRi screen reveals drug uptake transporters as secondary targets of kinase inhibitors in AML.** Drug Resist Updat. 2025 Jul;81:101242.

Kuchler S, Brilloff S, Schäfer S, Rahimian E, Kufrin V, Peri SS, Musa J, Grünewald TGP, **Schewe DM, Ball CR, Bornhäuser M, Glimm H, Bill M, Wurm AA. Cell cycle regulator MYBL2 is a distinct vulnerability in acute myeloid leukemia.** Cell Death Discov. 2025 Oct 20;11(1):470.



Kopf-Hals-Tumorzentrum



Inhaltsverzeichnis

Kopf-Hals-Tumorzentrum	165
Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums (KHTZ)	165
Ziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums	166
Externe und interne Audits	167
Externe Audits	167
Interne Audits	167
Zufriedenheitsbefragungen.....	168
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	168
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	168
Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems	168
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	169
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	170
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	170
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	170
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	171
Leistungszahlen	171
Psychosoziale Versorgung	172
Wartezeiten	173
Interdisziplinäres Tumorboard	173
Tumorboardcompliance	174
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	175
Forschungstätigkeiten	175
Klinische Studien.....	175
Publikationen.....	176

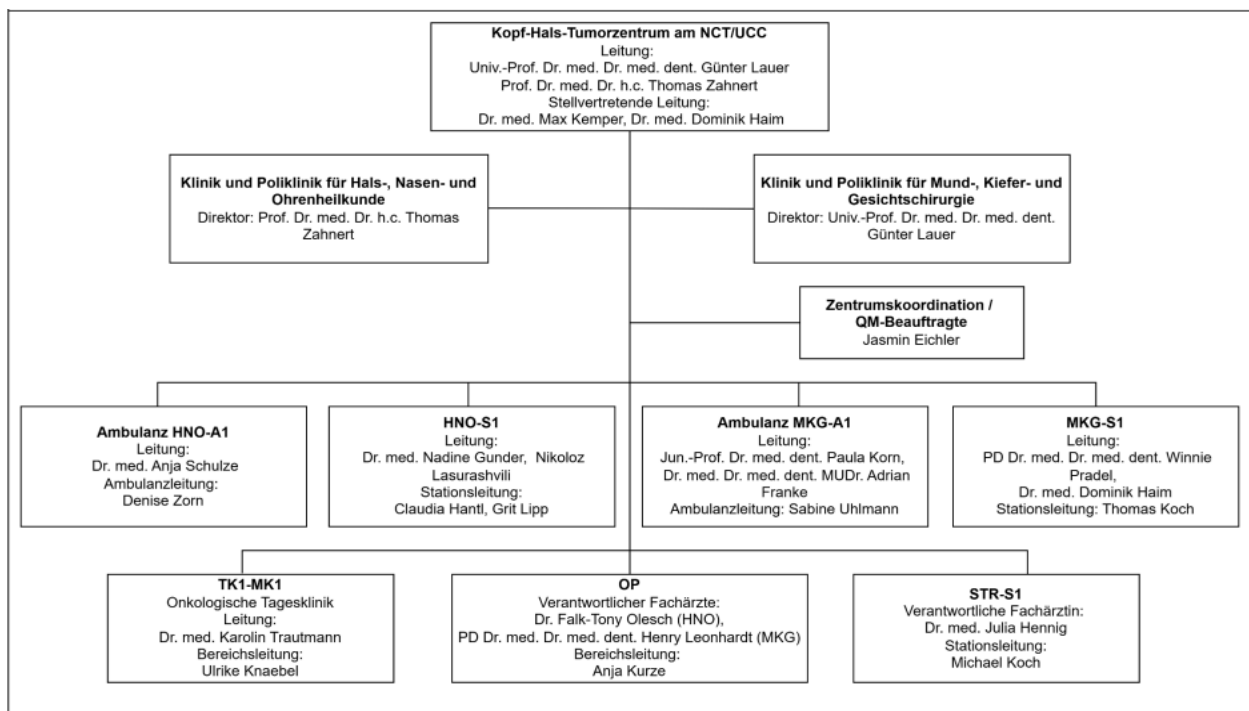
Kopf-Hals-Tumorzentrum

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 Jasmin Eichler benannt. Sie ist für die Kommunikation mit der Zertifizierungsstelle sowie für die Überwachung der fachlichen Anforderungen und fachbereichsübergreifenden Aktionen verantwortlich.

Abbildung 66: Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums



Eine weitere Säule bilden die Hauptbehandlungs- sowie die weiteren Kooperationspartnerinnen und -partner aus dem ärztlichen und dem supportiven Bereich. Mit den Hauptbehandlungspartnerinnen und -partner bestehen über das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) Kooperationsvereinbarungen im Sinne von Qualitätssicherungsvereinbarungen. In den Vereinbarungen sind die Rechte und Pflichten beider Parteien 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 74: 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
Hauptoperateur 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/ Dr. med. Nadine Gunder	FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Hauptoperateur 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 / MUDr. MDDr. Michaela Buckova, Ph.D./ Dr. med. Dr. med. dent. MUDr. Adrian Franke	FA/FÄ für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Zentrumskoordination/ Qualitätsmanagement	Jasmin Eichler	QMB
Onkologische Fachpflege	Anne Hache / Ellen Thiele	Gesundheits- u. Krankenpflegekraft m. onkologischer Fachweiterbildung
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 75: Jahresziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums 2025

Nr.	Qualitätsziel	Zielerreichung
1.	Aufrechterhaltung der Zertifizierung	Überwachungsaudit erfolgreich (ohne Abweichungen) absolviert.
2.	Optimierung der Öffentlichkeitsarbeit; Stärkung der Zuweiserinnen und Zuweiser- und Patientinnen- und Patientenbindung	Präsentation des KHTZ im Rahmen des Patiententages des NCT/UCC
		Interdisziplinäre Ausgestaltung der HNO- u. MKG-Veranstaltungen für Zuweiserinnen und Zuweiser mit verstärkter Integration onkologischer Themen
3.	Ausweitung der Patientinnen- und Patientenbeteiligung	Abschluss eines Kooperationsvertrages mit dem Landesverband für Kehlkopferoperierte Sachsen e.V.
4.	Transparenz über die laufenden Forschungsaktivitäten; Vereinfachung des Zugangs für Zuweiserinnen und Zuweiser	Ein Studienverzeichnis mit Filterfunktionen für Zuweiserinnen und Zuweiser ist über die Website des NCT/UCC verfügbar.
5.	Erhöhung des Wohls der Patientinnen und Patienten	Steigerung der Screeningrate auf psychologischen Distress (von 65,1% auf 75,9%).
		Steigerung der Screeningrate des Nutritional Risk Scores von 61,9% auf 69,5%.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Jahr 2025 wurde das Kopf-Hals-Tumorzentrum im Rahmen des 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 Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

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-Tumorzentrums fand am 22. und 23. Oktober 2025 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden die HNO-Station 1, die zentrale Patientenaufnahme der HNO, die MKG-Station 1 und sowie die Ambulanz der MKG begutachtet. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurden neun Hinweise u.a. zur Digitalisierung der Patientenmappe und der Etablierung eines Case Managements in der HNO-Klinik sowie vier Anregungen beispielsweise zur Beschäftigtenbefragung 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 5. November 2026 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 2. Quartal 2024 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 dazugehörigen 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 4. Quartal 2024 durchgeführt. Die Ergebnisse und möglichen Maßnahmen wurden in den verschiedenen Gremien des Kopf-Hals-Tumorzentrums diskutiert.

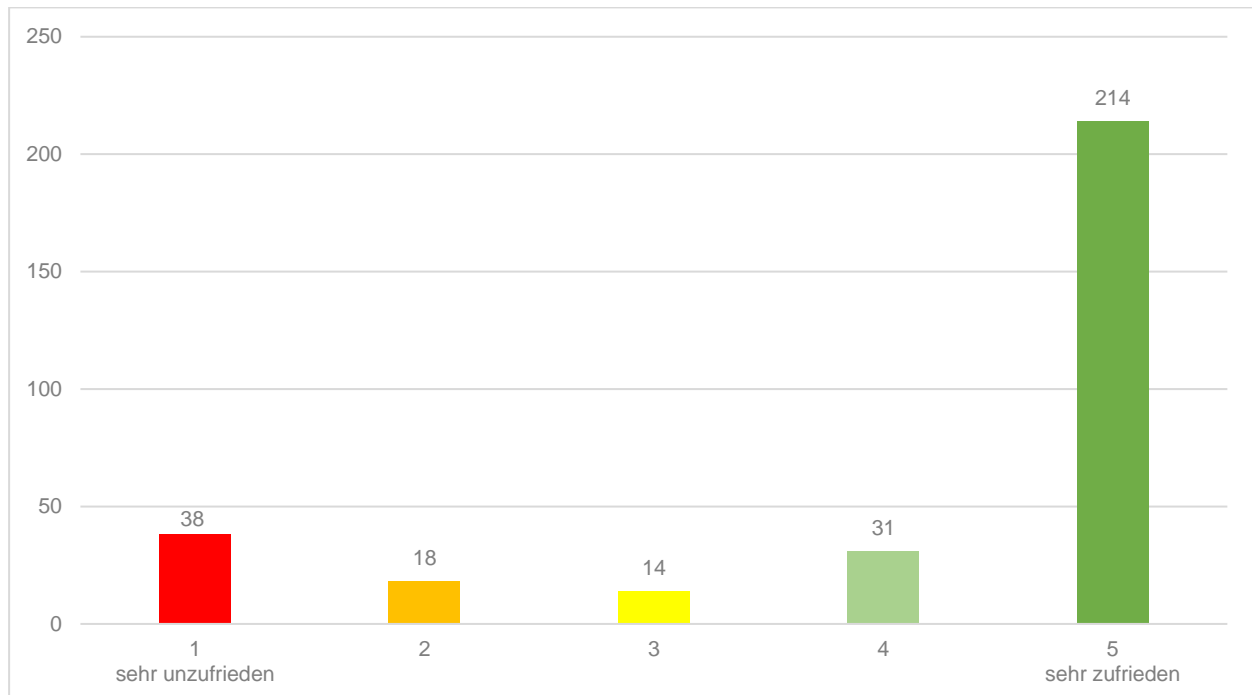
Für die Befragungen der Patientinnen und Patienten steht ebenfalls eine kontinuierliche Onlinebefragung zur Verfügung. Wie bei den Zuweiserinnen und Zuweisern gibt es für Patientinnen und Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrums einen QR-Code oder einen Link zur Teilnahme an der Befragung sowie die E-Mail feedback.nct-ucc@ukdd.de um Wünsche, Anregungen und/oder Lob/Kritik zu äußern.

Den entsprechenden QR-Code finden die Patientinnen und Patienten entweder 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

Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala (1 = sehr unzufrieden, 5 = sehr zufrieden) zugrunde. Im Jahr 2025 wurden 315 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen in den beiden zentrumsbildenden Kliniken erhoben. Diese Rückmeldungen beziehen sich auf das Gesamtleistungsspektrum der Kliniken und lassen keine spezifische Aussage zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrums zu. Der übergreifende Mittelwert der Zufriedenheit beträgt 4,16.

Abbildung 67: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2025



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel

Zweimal jährlich findet im Kopf-Hals-Tumorzentrum ein Qualitätszirkel statt. Vertreten sind die Leitung und stellvertretende Leitung des Kopf-Hals-Tumorzentrums, die benannten Fachärztinnen und Fachärzte, Zentrumskoordination, QMB, Dokumentationsassistentin sowie Vertreterinnen und Vertreter der zum KHTZ gehörenden Bereiche (Ärztinnen und Ärzte HNO/MKG/STR/PAT, Pflege HNO/MKG, Psychoonkologie, Sozialdienst, Logopädie). Im Rahmen des Qualitätszirkels werden die Entwicklung des Kopf-Hals-Tumorzentrums, die Erreichung der Qualitätsziele sowie die Auditberichte und daraus abgeleitete Maßnahmen vorgestellt und diskutiert. Im Jahr 2025 fanden zwei Qualitätszirkel, am 10. Februar 2025 und am 4. September 2025, statt.

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 2025 fanden die M&M Konferenzen am 23. Juni 2025 und 8. Dezember 2025 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 12. November 2025 beim 9. Dresdner Forum für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

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

Tabelle 76: Fortbildungsangebote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2025

Datum	Veranstaltung
5. März 2025	Krebs im Focus – Lebensqualität bei Krebs II
18. August 2025	Vorstellung der supportiven Angebote und des supportiven Tumorboards am NCT/UCC
1. September 2025	Clot-Pro-Einführung
15. September 2025	Ernährungsberatung NCT/UCC
15. September 2025	Schluckuntersuchung FEES
29. September 2025	Medikamentöse Tumorthherapie
13. Oktober 2025	Leitlinie zu Dysphagie bei Kopf-Hals-Tumoren
17. November 2025	Leitlinie Speicheldrüsenkarzinome
15. Dezember 2025	Fertilitätserhalt in der Onkologie

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte werden jährlich zentrumsübergreifende Veranstaltungen im Rahmen des Onkologischen Zentrums angeboten. Dazu gehörten 2025 das Ernährungsprogramm „Let’s eat“, das Patientencafé, der NCT/UCC-Benefizlauf im großen Garten sowie Koordinations- und Krafttrainingsangebote des Sporttherapeutischen Zentrums am NCT/UCC.

Am 17. Mai 2025 wurde ein NCT/UCC-weiter Patiententag für Tumorpatientinnen und -patienten, Angehörige und Interessierte durchgeführt. Auch das Kopf-Hals-Tumorzentrum präsentierte sich mit Vorträgen zur dentalen Rehabilitation, mit Angeboten zur Raucherentwöhnung, zur Logopädie vor, während und nach der Bestrahlung und zu dem Thema was die Patientinnen und Patienten bei der Bestrahlung erwartet.

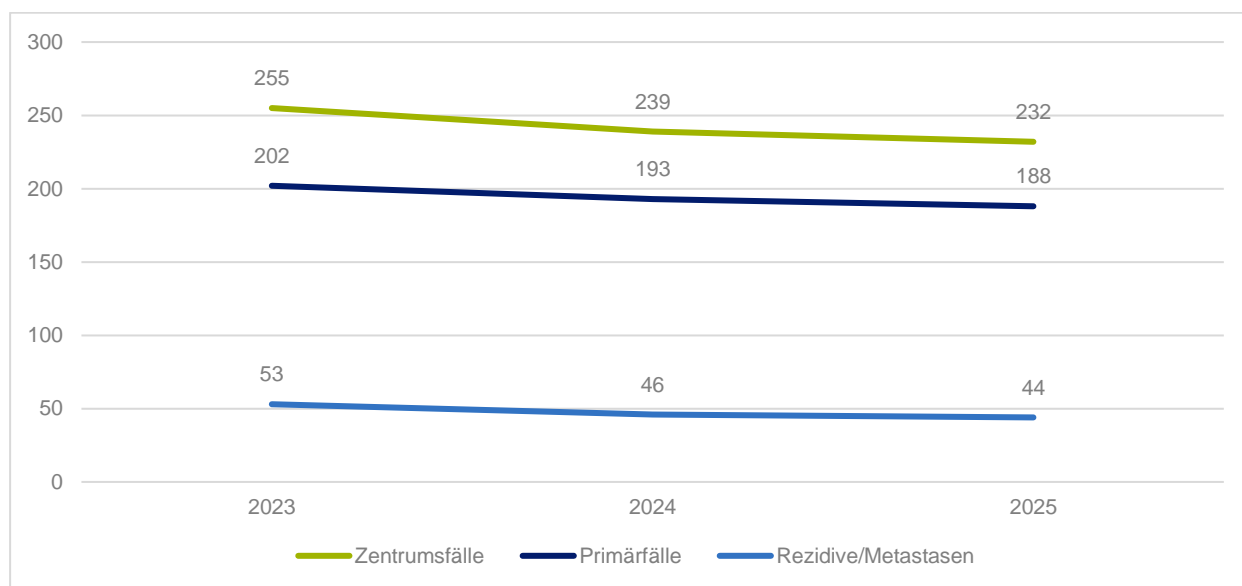
Neben den zentralen Veranstaltungen des NCT/UCC finden regelmäßig auch zentrumspezifische Veranstaltungen vom Kopf-Hals-Tumorzentrum statt. So präsentierte sich das Kopf-Hals-Tumorzentrum im Rahmen der Make Sense Campaign der Europäischen Kopf-Hals-Gesellschaft (EHNS) am 17. September 2025 erneut mit einer offenen Sprechstunde für Tumorpatientinnen und -patienten.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2025 **180 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem Kopf-Hals-Tumor** und **41 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.

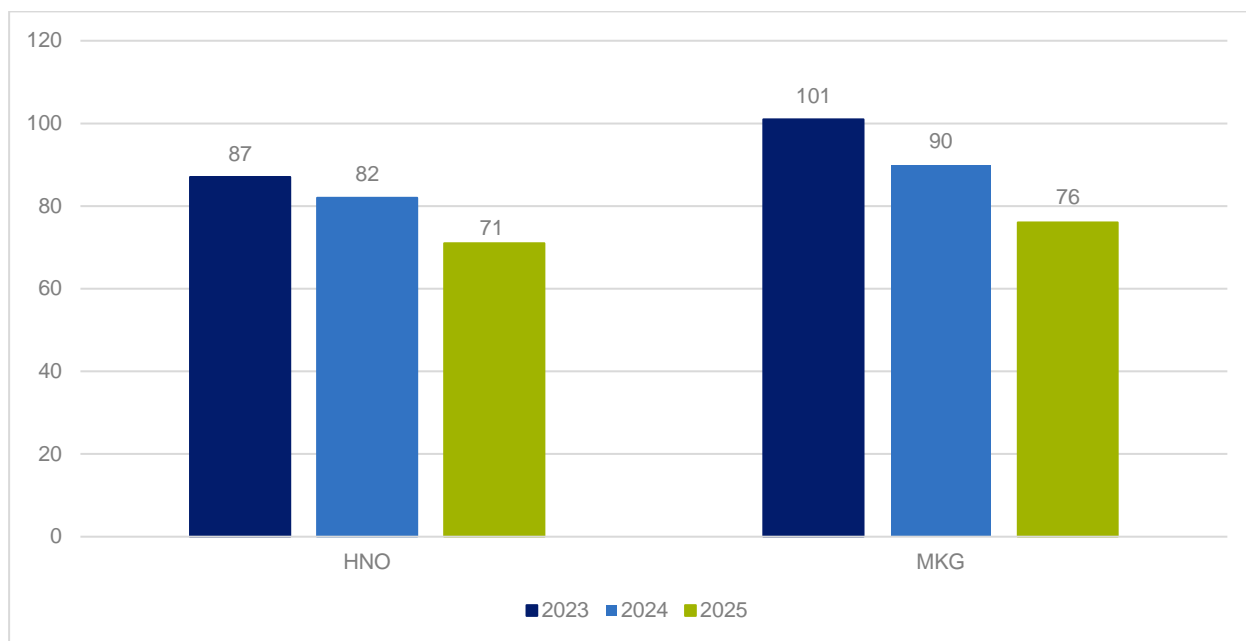
Abbildung 68: Fallzahlentwicklung Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025



Die Fallzahlen des Kopf-Hals-Tumorzentrums zeigen für 2025 eine leicht rückläufige Entwicklung. Im Vergleich zum Vorjahr ergibt sich ein moderater Rückgang der Zentrumsfälle um 2,9 %. Die Primärfallzahl sank geringfügig um 2,5 % auf 188 Patientinnen und Patienten. Ebenso reduzierte sich die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Rezidiven/Metastasen leicht um 4,3 % auf 44 Fälle. Insgesamt bewegen sich die Veränderungen in einem moderaten Bereich. Die Entwicklung der Fallzahlen wird weiterhin kontinuierlich beobachtet. Zur weiteren Einordnung wurde eine Abfrage der Krebsmeldungen (Kopf-Hals-Tumoren) im Raum Dresden für den Zeitraum von 2015 bis 2025 beim Krebsregister Sachsen veranlasst.

Auch die Zahl der durchgeführten Tumoroperationen (Primärfälle und Rezidive/Metastasen) ist in beiden am Zentrum beteiligten Kliniken weiter gesunken, in der MKG um 15,5% und in der HNO um 13,4%. Seit der Einführung der strukturierten Erfassung von Tumoroperationen sind jährliche Schwankungen zu beobachten. Die OP-Zahlen für das Jahr 2025 sind ebenfalls von diesen Schwankungen betroffen und korrespondieren mit den weiter gesunkenen Primärfallzahlen. Die Vorgaben seitens der Fachgesellschaften von ≥ 20 operativen Eingriffen werden erfüllt, eine Ableitung von weiteren Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Abbildung 69: Operative Expertise am Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025



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 das Distressthermometer und der Gesundheitsfragebogen PHQ-4 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. Sowohl der Anteil der psychoonkologischen Beratungen als auch die Rate der Patientinnen und Patienten, die auf psychosozialen Distress gescreent wurden, konnte im Verlauf der letzten drei Jahre deutlich verbessert werden. Die Vorgabe der Fachgesellschaften, die eine Screeningrate von $\geq 65\%$ vorsehen, wird erfüllt.

Tabelle 76: Anteil psychoonkologischer Betreuung und Screening Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025

	2023	2024	2025
Beratung	31,8%	50,6%	54,7%
Screening	53,3%	65,3%	75,9%

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

Tabelle 77: Betreuung durch den Sozialdienst Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025

	2023	2024	2025
Beratung	79,6%	76,6%	83,6%

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 Wartezeiten auf einen Termin.

Tabelle 78: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum HNO-Sprechstunde 2023-2025

Wartezeit	2023	2024	2025
auf einen Termin	7,9 Tage	7,5 Tage	7,4 Tage
während der Sprechstunde	28 Minuten	19,9 Minuten	20,3 Minuten

Tabelle 79: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum MKG-Sprechstunde 2023-2025

Wartezeit	2023	2024	2025
während der Sprechstunde	29 Minuten	34,5 Minuten	37,9 Minuten

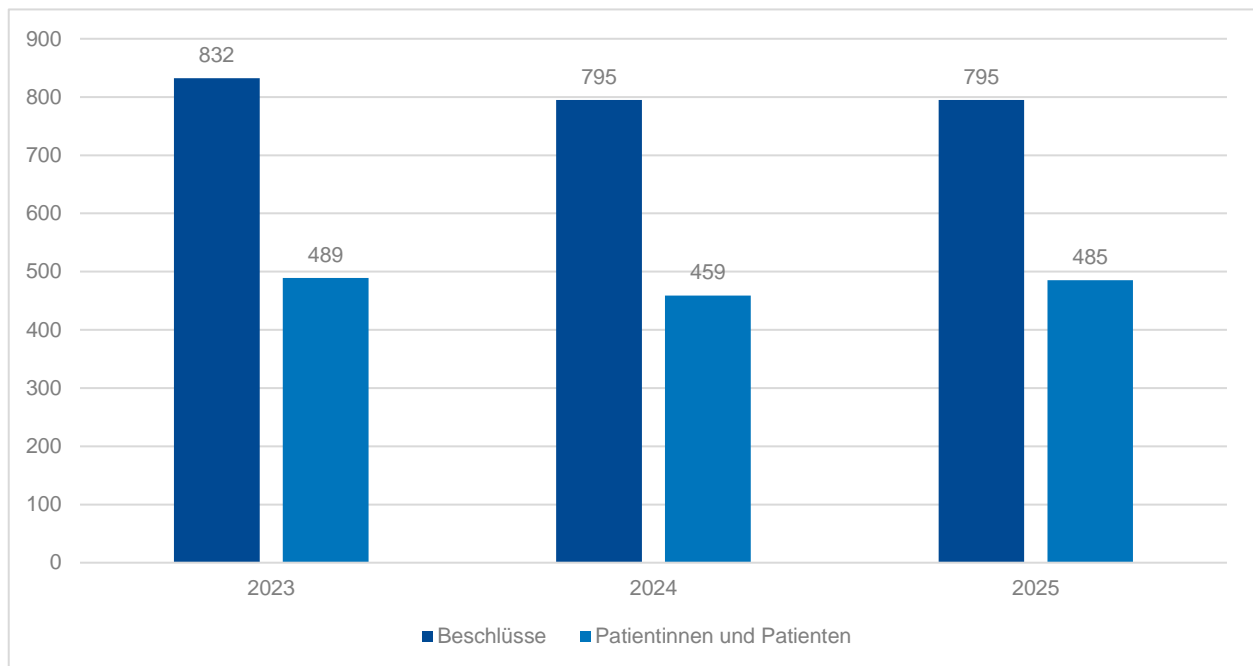
Die Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft ≤ 60 min. Wartezeit während der Sprechstunde und < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin werden erfüllt. Die gestiegenen Wartezeiten in der MKG während der Sprechstunde sind auf die zunehmende Zahl der Zentrumsfälle in den letzten fünf Jahren zurückzuführen. Die Betreuung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Tumornachsorge hat die Auslastung erhöht. Dieser Trend wird weiterhin überwacht.

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 2025 hat das Tumorboard an 52 Tagen stattgefunden. Insgesamt wurden für **485 Patientinnen und Patienten 795 Beschlüsse** zur Diagnostik und Therapie gefasst, dies entspricht durchschnittlich 1,6 Beschlüssen pro Patientin / pro Patient.

Abbildung 70: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen im Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025



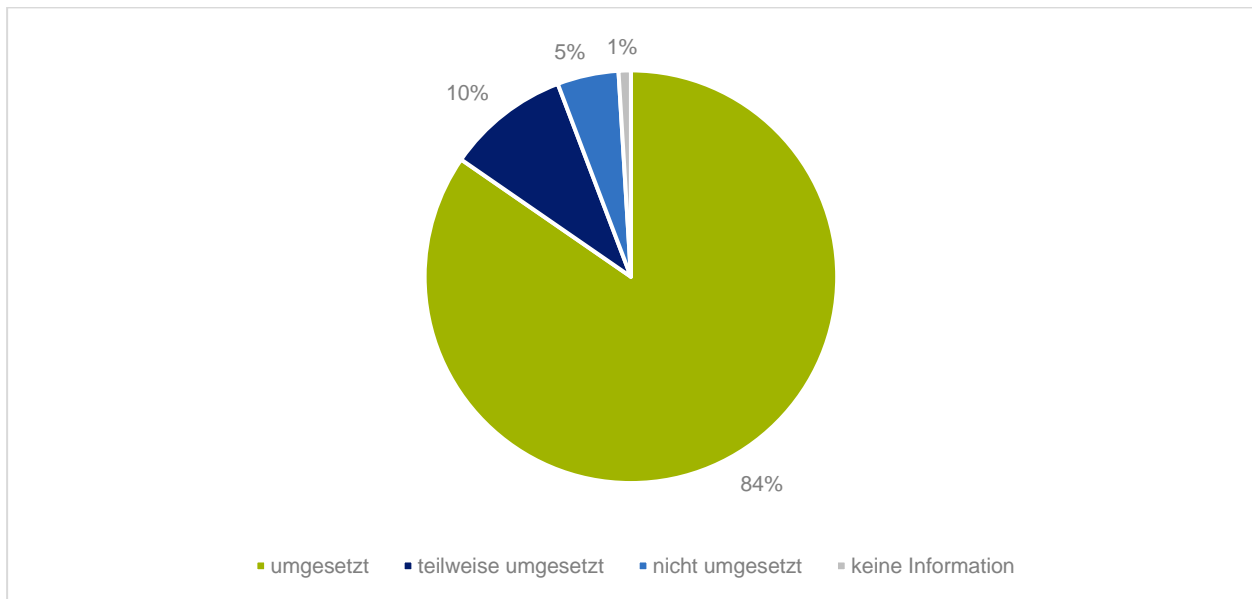
Tumorboardcompliance

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 1.Oktober 2024 bis 30.September 2025 wurden insgesamt **213 Beschlüsse** des Kopf-Hals-Tumorboards überprüft. Von den 213 Tumorboardempfehlungen wurden **176 vollständig umgesetzt**.

Bei 20 Beschlüssen konnte die Tumorboardempfehlung nur teilweise umgesetzt werden. Gründe hierfür waren der Wunsch der Patientinnen und Patienten, die Verschlechterung des Allgemeinzustandes oder das Versterben des Patienten bzw. der Patientin, neue medizinische Erkenntnisse ohne eine erneute Tumorboardvorstellung oder eine fehlende Dokumentation in der Patientenakte. Zehn Tumorboardempfehlungen wurden nicht umgesetzt. In fünf Fällen erfolgte dies auf Wunsch der Patientinnen und Patienten, zwei Patientinnen bzw. Patienten verstarben, und in zwei weiteren Fällen war eine Umsetzung aufgrund einer Verschlechterung des Allgemeinzustands nicht möglich. In einem weiteren Fall lagen neue medizinische Erkenntnisse ohne eine erneute Tumorboardvorstellung vor. Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Kopf-Hals-Tumorzentrums konnten für 2025 keine kritischen Ereignisse festgestellt werden.

Abbildung 71: Ergebnisse der Überprüfung der Tumorboardcompliance am KHTZ 2025



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Kopf-Hals-Tumorzentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025 ist in Tabelle 80 zusammengefasst.

Tabelle 80: Datenqualität DKG-Kennzahlen Kopf-Hals-Tumorzentrum 2025

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
81,82% (27)	18,18% (6)	-

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten ist der Zugang zu klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Die Studienquote der eingeschlossenen Patientinnen und Patienten verringerte sich von 34,7 % auf 20,9 %. Ursächlich hierfür ist insbesondere die im Jahr 2025 im Vergleich zu den Vorjahren reduzierte Anzahl an geöffneten Studien, wodurch weniger Einschlussmöglichkeiten bestanden (einmalige Zählung des Falls). Die Vorgaben der Fachgesellschaften von $\geq 5\%$ der Patientinnen und Patienten wurde erneut weit übertroffen.

Tabelle 81: Studienquote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2023-2025

	2023	2024	2025
Studienquote	36,9%	34,7%	20,9%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Kopf-Hals-Tumorzentrum aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2025 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-Tumorzentrum aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde“ und „Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ aufgeführt sind.

Löck S, Koi L, Gurtner K, **Lohaus F, Kemper M, Haim D**, Tinhofer I, Kalinauskaite G, Stuschke M, Fleischmann M, Rödel C, Grosu AL, Debus J, Belka C, Combs S, Boeke S, **Baretton G**, Baumann M, **Krause M, Linge A**. **Application of a preclinical 18-gene classifier to patients with locally advanced HNSCC**. Clin Transl Radiat Oncol. 2025 Nov 5;56:101067. doi: 10.1016/j.ctro.2025.101067. PMID: 41281627; PMCID: PMC12639843.

Boscolo-Rizzo P, **Hummel T**, Marcuzzo AV, Maniaci A, Spinato G, Raimondo L, Vaira LA, Tulissi R, Menini A, Trabalzini F, Emanuelli E, Grill V, Polesel J, Giudici F, Tirelli G. **Effects of smoking cessation on taste function in heavy smokers undergoing hemiglossectomy for tongue squamous cell carcinoma**. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2025 Oct;282(10):5315-5321. doi: 10.1007/s00405-025-09590-8. Epub 2025 Jul 23. PMID: 40699223; PMCID: PMC12518390.

Weimer JM, Rink M, Brandt M, Symeou L, Ernst BP, Sproll C, Bozzato A, Pillong L, Helfrich J, Weimer A, Stäuber M, Buggenhagen H, Kloeckner R, Recker F, **Beleites T**, Mansour N, Künzel J. **Ultrasound education in the digital era: face-to-face vs. webinar-teaching of head and neck ultrasound theory-a prospective multi-center study**. Front Med (Lausanne). 2025 May 9;12:1506260. doi: 10.3389/fmed.2025.1506260. PMID: 40417682; PMCID: PMC12098340.

Plaza-Diaz J, Brandimonte-Hernández M, López-Plaza B, Ruiz-Ojeda FJ, Álvarez-Mercado AI, Arcos-Castellanos L, Feliú-Batlle J, **Hummel T**, Palma-Milla S, Gil A. **Effect of a Novel Food Rich in Miraculin on the Intestinal Microbiome of Malnourished Patients with Cancer and Dysgeusia**. Nutrients. 2025 Jan 10;17(2):246. doi: 10.3390/nu17020246. PMID: 39861376; PMCID: PMC11767858.



Neuroonkologisches Zentrum



Inhaltsverzeichnis

Neuroonkologisches Zentrum	179
Struktur des Neuroonkologischen Zentrums (NOZ)	179
Ziele des Neuroonkologischen Zentrums	180
Externe und interne Audits	181
Externe Audits	181
Interne Audits	181
Zufriedenheitsbefragungen.....	182
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	182
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	182
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	183
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	183
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	183
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	183
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	184
Leistungszahlen	184
Psychosoziale Versorgung	185
Wartezeiten	185
Interdisziplinäres Tumorboard	186
Tumorboardcompliance	186
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	187
Forschungstätigkeit	187
Klinische Studien.....	187
Publikationen.....	188

Neuroonkologisches Zentrum

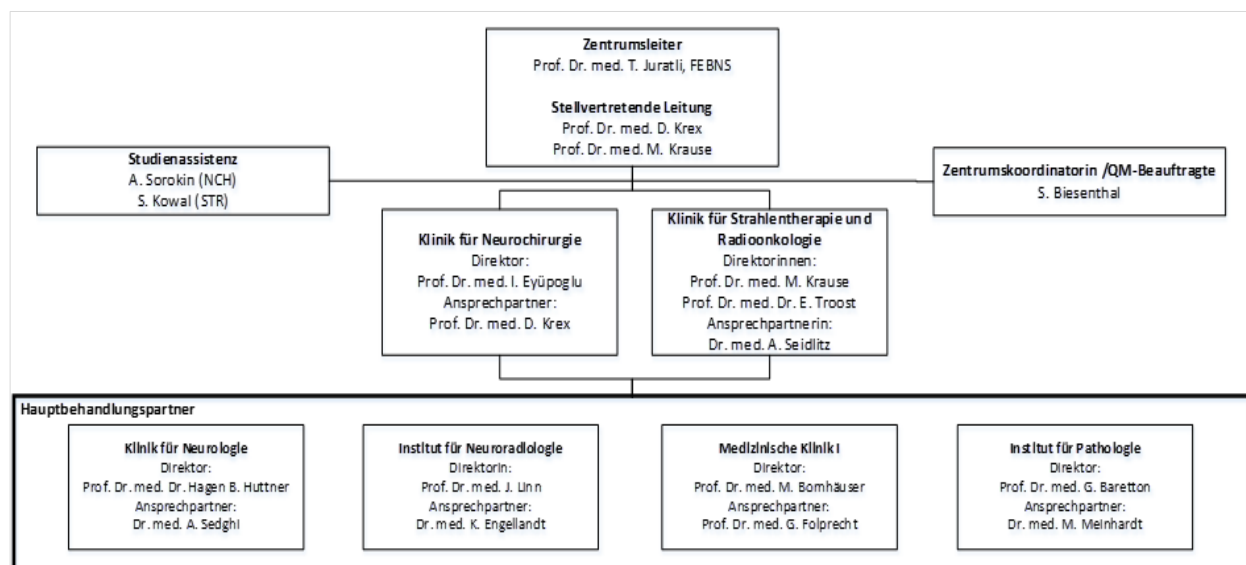
Struktur des Neuroonkologischen Zentrums (NOZ)

Das Neuroonkologische Zentrum am NCT/UCC Dresden wurde durch die Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie und die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und 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 9001:2015.

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 sozialrechtliche Beratungen oder die psychoonkologische Versorgung werden regulär in den Behandlungsprozess einbezogen.

Das folgende Organigramm gibt einen Überblick über die Struktur, die Hauptbehandlungspartnerinnen und -partner und die Kontaktpersonen des Neuroonkologischen Zentrums.

Abbildung 72: 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 82: 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	Klinikdirektorinnen STR: Prof. Dr. med. Mechthild Krause Prof. Dr. med. Dr. Esther Troost Ansprechpartner fürs NOZ: Dr. med. Annekatrin Seidlitz Dr. med. Steffen Appold	FÄ/FA für Strahlentherapie
Hauptoperateure 2025	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	Sophie Biesenthal, B.Sc.	Gesundheitsmanagement
Tumordokumentation	Jacqueline Naumann	Medizinische Dokumentationsassistentin
Pflegedienstleitungen	Claudia Reichel, B.A. (NCH)	Pflegewissenschaft/-management
	Gabriele Reinhardt, B.Sc. (STR)	Management für Gesundheitsfachberufe
Onkologische Fachpflege	Andrea Feyerherd / Sophie Günther Yvonne Nitzsche / Ines Salz / Martin Wünsche / Michelle Grimm	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 83 sind die Qualitätsziele und deren Erreichungsgrad des Jahres 2025 dargestellt.

Tabelle 83: Jahresziele 2025 Neuroonkologisches Zentrum

Nr.	Qualitätsziel	Zielerreichung
1	Aufrechterhaltung der Zertifizierungen nach DKG und DIN EN ISO 9001 <ul style="list-style-type: none"> Erfolgreiches Überwachungsaudit Durchführung eines internen Audits 	Umgesetzt
2	Verbesserung der IPOS-Screeningrate zur Erfüllung der DKG-Vorgaben <ul style="list-style-type: none"> Einführung von PATFORMs (Elektronische Erfassung IPOS und psychoonkologisches Screening mittels iPad) in der NCH-Ambulanz Sicherstellung der kontinuierlichen Durchführung von Screenings durch Festlegung von Vertretungsregelungen Etablierung eines palliativmedizinischen Basisassessments auf der STR-S1 	Umgesetzt
3	Verstetigung der interdisziplinären Zusammenarbeit im NOZ: Ausweitung des Teilnehmerkreises für interdisziplinäre Veranstaltungen (M&M-Konferenzen, molekularpathologische Konferenzen)	Umgesetzt

Nr.	Qualitätsziel	Zielerreichung
4	Durchführung eines NCT/UCC-Patiententags mit einem spezifischen Programmteil zum NOZ	Umgesetzt
5	Ausbau der Kooperation mit Selbsthilfegruppen: Abschluss eines Kooperationsvertrags mit dem „Gesprächskreis Hirntumor Dresden“	Umgesetzt
6	Dokumentation der klinischen Studien des NOZ in der zentralen Studiendatenbank des NCT/UCC	Die Dokumentation in der Studiendatenbank wurde begonnen, muss bei Aktualisierungen aber noch kontinuierlicher fortgeführt werden.
7	Nutzung des im UKD eingeführten AENEIS-Tools zur Dokumentation von M&M-Konferenzen	Übernahme als Ziel für 2026
8	Durchführung eines interdisziplinären Workshops zur Aktualisierung bestehender Standards zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Hirntumoren	Umgesetzt

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Jahr 2025 fand das Überwachungsaudit des Neuroonkologischen Zentrums statt. Aufgrund der in den Vorjahren guten Ergebnissen bei der Zertifizierung nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft konnte ein reduzierter Auditzyklus durchgeführt werden. Anstelle eines Vor-Ort-Audits erfolgte eine Dokumentenprüfung. Die eingereichten Unterlagen wurden positiv bewertet und der begutachtende Fachexperte bestätigte den bestehenden Zertifizierungsstatus des Neuroonkologischen Zentrums. Hingewiesen wurde ausschließlich auf die verpflichtende Teilnahme der Hauptkooperationspartnerinnen und -partner an allen neuroonkologischen Tumorboards, da dies im Betrachtungsjahr 2024 nicht vollumfänglich erfüllt wurde.

Parallel zum Überwachungsaudit nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft wurde am 8. April 2025 das 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 sowie Strahlentherapie und Radioonkologie intern auditiert. In Tabelle 84 ist eine Übersicht über die relevanten internen Audits in 2025 dargestellt.

Tabelle 84: Übersicht interne Audits Teilbereiche des NOZ 2025

Datum	Struktureinheit	Hinweise	Anregungen	Abweichungen
8. September 2025	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	11	2	1
2. Dezember 2025	Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie	5	2	0

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

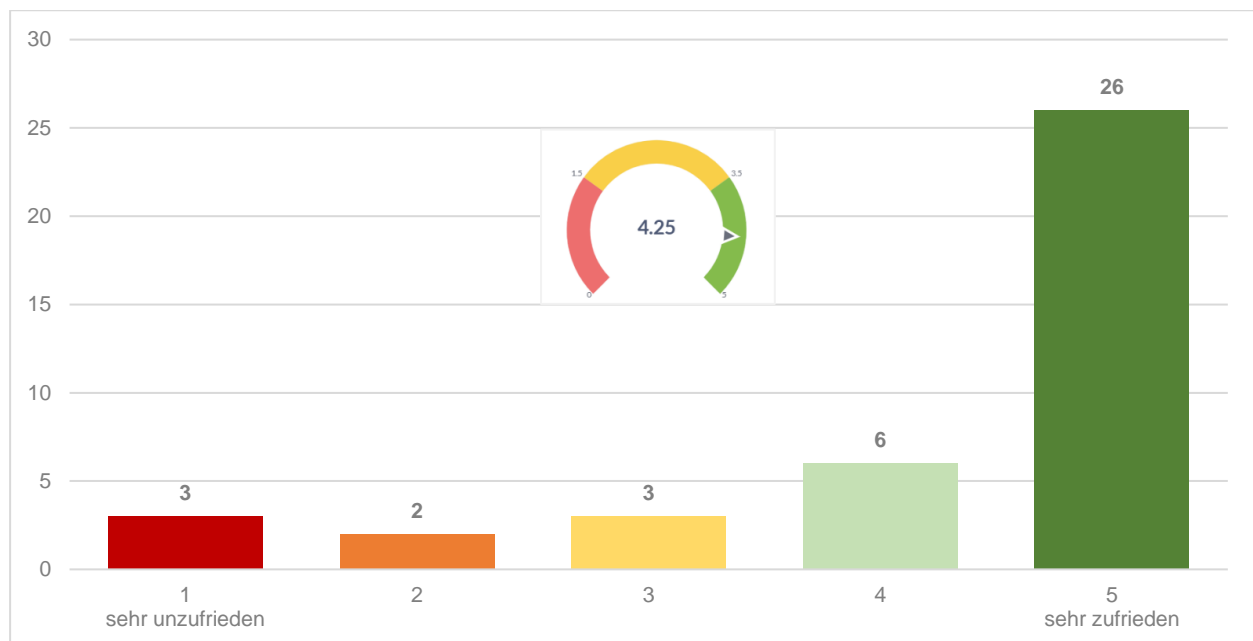
Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Neuroonkologischen Zentrums werden entsprechend der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft ebenfalls alle drei Jahre durchgeführt. Eine postalische Befragung der Top-Zuweiserinnen und Zuweiser fand zuletzt im 4. Quartal 2024 statt. Die Zuweiserinnen und Zuweiser hatten die Möglichkeit, ihre Rückmeldungen per QR-Code oder per papierbasierten Fragebogen zurückzusenden. Die Rücklaufquote betrug 38,1%. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,96 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Eine nächste Befragung ist für 2027 geplant.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten des Zentrums finden alle drei Jahre postalisch per Anschreiben statt. Befragt wurden zuletzt alle Zentrumsfälle des Jahres 2024. Die Patientinnen und Patienten hatten die Möglichkeit, ihre Rückmeldungen per QR-Code oder per papierbasierten Fragebogen zurückzusenden. Die Rücklaufquote betrug hierbei 44,3%. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,69 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Die Ergebnisse wurden im Rahmen des Jour Fixe des Neuroonkologischen Zentrums mit den verantwortlichen Personen diskutiert und Maßnahmen abgeleitet.

Patientinnen und Patienten sowie Angehörige haben am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden zudem jederzeit die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem abzugeben. In 2025 gingen 40 Feedbacks für das Neuroonkologische Zentrum ein. Die nachfolgende Abbildung zeigt die durchschnittliche Zufriedenheit sowie die Verteilung der abgegebenen Feedbacks für den Betrachtungszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2025.

Abbildung 73: Ergebnisse digitales Feedbacksystem NOZ 2025



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Das Neuroonkologische Zentrum führt regelmäßig Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen 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 Verbesserungspotenziale aufzuzeigen und diese im Sinne der bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten zukünftig zu vermeiden. In 2025 fanden zwei M&M-Konferenzen statt (15. April 2025 / 18. November 2025).

Qualitätszirkel / Jour Fixe NOZ

Im circa zweimonatigen Rhythmus finden regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen des Lenkungskreises des Neuroonkologischen Zentrums statt. Die Teilnehmenden sind neben der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination die ärztlichen Klinikvertretungen der Neurochirurgie sowie der Strahlentherapie, die Pflegedienstleitung und Stationsleitungen der Neurochirurgie, die Qualitätsmanagementbeauftragte der Neurochirurgie sowie die medizinische Dokumentationsassistentin des Zentrums. Im Rahmen der Besprechung werden zentrale Fragestellungen des Neuroonkologischen Zentrums thematisiert wie z.B. die Qualitätsziele, Kennzahlen und Ergebnisse der Audits. Im Jahr 2025 fanden insgesamt acht Termine statt.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

In 2025 fanden vier Veranstaltungen zur internen Fortbildungsreihe „Molekulare neuroonkologische/-pathologische Konferenz“ statt. Die Fortbildung soll im Rahmen von Fallvorstellungen molekularpathologische Schwerpunkte in der Neuroonkologie vermitteln. Die Veranstaltung ist für alle internen Behandlungspartnerinnen und -partner sowie externe Interessierte geöffnet. Die Fortbildung ist bei der Sächsischen Landesärztekammer gemeldet und wurde in Rahmen dessen mit einem Fortbildungspunkt bewertet. Zusätzlich steht das neuroonkologische Tumorboard als interne Fortbildungsveranstaltung für interessierte Berufsgruppen (Pflege, Sozial- und psychoonkologischer Dienst, Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung) zur Verfügung. Am 5. März 2025 fand zudem eine Fortbildungsveranstaltung im Rahmen der „Krebs im Focus“-Reihe zum Thema „Lebensqualität bei Krebs II“ statt, welches zentral vom NCT/UCC organisiert wurde.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte werden jährlich zentrumsübergreifende Veranstaltungen vom NCT/UCC angeboten. Dazu gehörten 2025 u. a. das Ernährungsprogramm „Let's eat“, das Patientencafé, Adventsbacken, der Benefizlauf FortSCHRITT gegen Krebs sowie Koordinations- und Krafttrainingseinheiten des Sporttherapeutischen Zentrums am NCT/UCC. Am 17. Mai 2025 fand ein zentraler Patiententag des NCT/UCC inklusive aller Organkrebszentren und Module statt. Im ersten Teil der Veranstaltung standen allgemeine Themen im Fokus, darunter Vorträge zur intraoperativen Radiotherapie sowie zur Bedeutung einer ange-

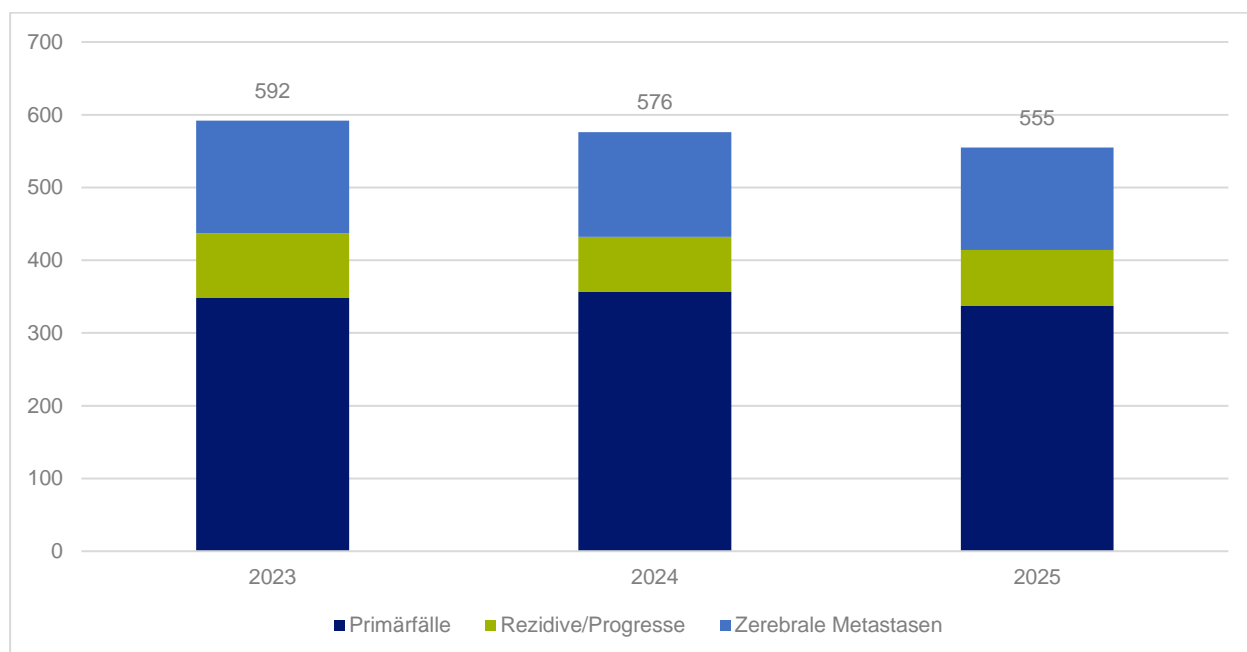
passten Ernährung in der Onkologie. Im zweiten Teil präsentierten die einzelnen Organkrebszentren/Module ihre spezifischen Diagnostik- und Therapieverfahren. Themenschwerpunkte des Neuroonkologischen Zentrums waren dabei die Neurochirurgie und Strahlentherapie bei Hirntumoren. Die Teilnehmenden hatten dabei auch die Möglichkeit, direkt mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Fachpersonen ins Gespräch zu kommen, individuelle Fragen zu stellen und sich über Behandlungswege und Unterstützungsangebote auszutauschen.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Im Jahr 2025 wurden **337 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 **555 Zentrumsfälle** in 2025 im Zentrum betreut. Die Zählweise der hier angegebenen Fallzahlen richtet sich nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für zertifizierte Neuroonkologische Zentren.

Abbildung 74: Fallzahlentwicklung NOZ 2023-2025



Operative Expertise

Operative neurochirurgische Eingriffe werden in der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie durchgeführt. In Tabelle 85 ist die Entwicklung der operativen Primärfälle des Neuroonkologischen Zentrums im Zeitraum von 2023 bis 2025 dargestellt. Die Erfassung der Kennzahlen erfolgt anhand der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für Neuroonkologische Zentren. Gezählt wurden Resektionen (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) und Biopsien (1-510; 1-511; 1-512.; 1-514; 1-515), welche mit den genannten OPS-Codes verschlüsselt wurden.

Tabelle 85: Operative Primärfälle NOZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Operative Primärfälle	246	304	301

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 Protonentherapie sowie interdisziplinäre Behandlungsansätze wie die Radiochemotherapie.

Tabelle 86: Abgeschlossene Bestrahlungsserien neuroonkologischer Fälle 2023-2025

	2023	2024	2025
Anzahl abgeschlossener Bestrahlungsserien	470	408	404

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 der Gesundheitsfragebogen PHQ-4 zur Anwendung. In Tabelle 87 sind detaillierte Angaben zu den einzelnen Betreuungs- und Screeningraten angegeben. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die 2025 eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, ist im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben. Die Anzahl an psychosozialen Distress-Screenings ist um 5% gesunken. Dennoch wurde die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft von $\geq 65\%$ erfüllt. Die Betreuungsrate des Sozialdienstes ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate $\geq 30\%$ wurde ebenfalls erfüllt.

Tabelle 87: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst NOZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Betreuungsrate Psychoonkologie	47,6%	49,8%	49,8%
Screeningrate Psychoonkologie	62,0%	74,1%	69,1%
Betreuungsrate Sozialdienst	91,8%	88,2%	92,8%

Wartezeiten

Für die Neuroonkologische Ambulanz und Studienambulanz der Neurochirurgie wird jährlich eine Wartezeitenanalyse durchgeführt. Dabei werden sowohl die Wartezeit auf einen Ersttermin (in Tagen) als auch die Wartezeit während der Sprechstunde (in Minuten) erfasst. Grundlage der Auswertung bilden alle dokumentierten Termine des jeweiligen Betrachtungsjahres.

Im Vergleich zum Vorjahr sind die durchschnittlichen Wartezeiten insgesamt weitgehend konstant geblieben. Die Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (≤ 14 Tage für einen Ersttermin und ≤ 60 Minuten Wartezeit während der Sprechstunde) werden weiterhin erfüllt.

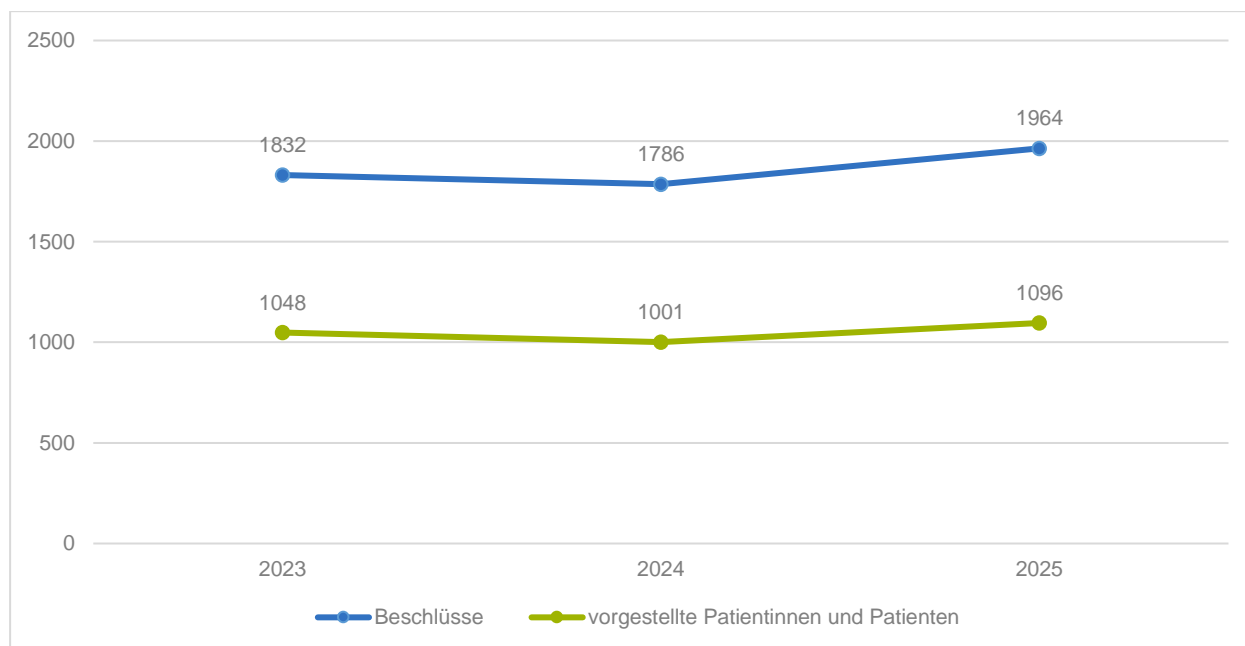
Tabelle 88: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung NOZ 2023-2025

Wartezeit	2023	2024	2025
auf einen Ersttermin	8 Tage	6 Tage	7 Tage
während der Sprechstunde	29 Minuten	17 Minuten	16 Minuten

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 und Strahlentherapie, Neurologie, internistische Onkologie. Je nach Fragestellung und Krankheitsbild werden weitere Fachdisziplinen, beispielsweise Dermatologie oder Gynäkologie hinzugezogen. Für 2025 wurden im Schnitt 1,8 Beschlüsse pro Fall und 38 Beschlüsse pro Tumorboard gefasst.

Abbildung 75: Anzahl Beschlüsse und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Neuroonkologischen Tumorboard 2023-2025



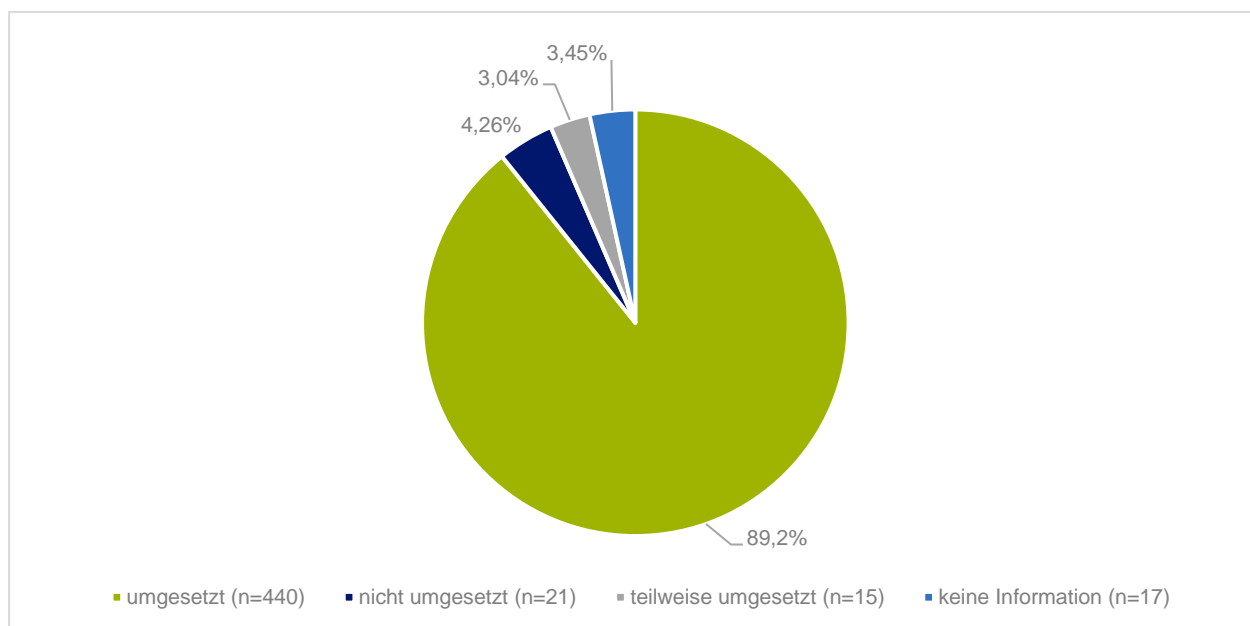
Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität wird jährlich eine zufällige Stichprobe der Beschlüsse aus dem neuroonkologischen Tumorboard auf inhaltliche Umsetzung geprüft. Dabei wird eine Stichprobe von 25% aller besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: Oktober 2024 bis September 2025) randomisiert gezogen. Die Prüfung erfolgt anhand der vorliegenden Informationen in der digitalen Patientenakte des Krankenhausinformationssystems sowie des Tumordokumentationssystems.

Im Betrachtungszeitraum wurden **493 Beschlüsse von 270 Patientinnen und Patienten** überprüft. Der **Erfüllungsgrad** der überprüften Tumorboardbeschlüsse liegt bei **89,2%**. Die interne Sollvorgabe des Onkologischen Zentrums, welche einen Erfüllungsgrad von $\geq 80\%$ vorsieht, wird für das neuroonkologischen Tumorboard erfüllt. Die Ergebnisse zur Überprüfung der Tumorboardcompliance sind in Abbildung 76 dargestellt. 17 Tumorboardbeschlüsse konnten aufgrund

fehlender vorliegender Informationen nicht hinsichtlich des Umsetzungsgrades bewertet werden. Von 21 nicht umgesetzten Beschlüssen wurden 71,4% aufgrund des individuellen Behandlungswunsches der betroffenen Patientin bzw. des betroffenen Patienten nicht wie empfohlen umgesetzt. Weitere Gründe für die Nicht-Umsetzung von Tumorboardbeschlüssen waren die Revision des Beschlusses aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse in einem der nächsten Tumorboards (4,8%), die Verschlechterung des Allgemeinzustandes von der Patientin oder dem Patienten (9,5%), die externe Weiterbehandlung (4,8%) und neue medizinische Erkenntnisse ohne erneute Tumorboardvorstellung (4,8%). Zu einem Beschluss (4,8%) fehlte in der Patientenakte die Begründung zur Nicht-Umsetzung.

Abbildung 76: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance NOZ 2025



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Neuroonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025 ist in Tabelle 89 zusammengefasst. Von 14 obligatorischen Kennzahlen wurden 13 im Rahmen der Sollvorgaben erfüllt, während eine Kennzahl die Plausibilitätsgrenze unterschreitet (=Plausibilität unklar).

Tabelle 89: Datenqualität DKG-Kennzahlen NOZ 2025

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
92,86% (n=13)	7,14% (n=1)	0,00% (n=0)

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 konsequent erfüllt. Pro Fall wurde lediglich ein Studieneinschluss gezählt, auch wenn der Patient bzw. die Patientin in mehrere Studien gemeldet wurde. Im Folgenden ist eine Auswahl an Studien aufgeführt, welche in 2025 für neuroonkologische Erkrankungen zur Rekrutierung geöffnet waren:

- 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)
- MecMeth (Phase I/II Studie zum Einsatz von Meclofenamate in progredienten MGMT-methylierten Glioblastomen unter Standard Temozolomid Therapie)
- PerSurge (Klinische und translationale plazebo-kontrollierte Studie einer perioperativen Perampanel Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit Glioblastom Rezidiv)
- SONOBIRD (Eine randomisierte, offene, multizentrische, zweiarmige Studie mit SonoCloud-9 kombiniert mit Carboplatin versus Standard Lomustin (CCNU) oder Temozolomid (TMZ) Therapie bei Patientinnen und Patienten mit operablem ersten Rezidiv eines Glioblastoms)

Tabelle 90: Studienquote Neuroonkologisches Zentrum 2023-2025

	2023	2024	2025
Zentrumsfälle mit Studieneinschluss (Zähler)	65	93	85
Zentrumsfälle (Nenner)	592	576	555
Studienquote	11,0%	16,1%	15,3%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Neuroonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2025 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.

Alhalabi OT, Klein L, Wasilewski D, Mellal A, Büsken C, Buszello C, Cossu G, **Eyüpoglu IY**, Unterberg AW, Vajkoczy P, Schackert G, Messerer M, Misch M, Kessler T, Wick W, Jungk C, El Damaty A, Krieg SM, **Juratli TA**, Younsi A. **Managing hydrocephalus in patients with leptomeningeal disease: A multicenter retrospective analysis**. Int J Cancer. 2025 Oct 15;157(8):1613-1624. doi: 10.1002/ijc.35505. Epub 2025 Jun 4. PMID: 40464488; PMCID: PMC12375857.

Alkhatib M, Hua L, Beyer F, Prilop I, **Podlesek D**, Jeyaretna S, Fujio S, Zolal A, Günther L, Cicek B, Herold S, Zeugner S, Juratli JH, Cahill DP, Wakimoto H, Teo M, Gong Y, Pinzer T, Schackert G, **Eyüpoglu IY**, Brastianos PK, **Juratli TA**. **Molecular landscape and clinical correlates of olfactory groove meningiomas: a multi-institutional study**. *J Neurosurg*. 2025 Sep 5;143(6):1458-1466. doi: 10.3171/2025.4.JNS242619. PMID: 40911921; PMCID: PMC12558015.

Sagerer A, **Eyüpoglu IY**, **Juratli TA**, **Cordes N**. **Context-specific targeting of focal adhesion kinase in brain tumors: lessons from glioblastoma and neurofibromatosis type 2-mutant meningioma**. *Front Oncol*. 2025 Dec 19;15:1724278. doi: 10.3389/fonc.2025.1724278. PMID: 41487565; PMCID: PMC12757307.

Grey A, **Justus T**, **Wahl H**, **Engellandt K**, **Seidlitz A**, **Bütof R**, **Krause M**, **Michler E**, **Meinhardt M**, **Troost EGC**, **Linn J**. **Incidence and time course of new contrast-enhancing lesions on MRI after proton versus photon radiotherapy in glioma patients**. *Neuroradiology*. 2025 Nov 24. doi: 10.1007/s00234-025-03829-1. Epub ahead of print. PMID: 41283911.

Palkowitsch M, **Kilian LS**, **Hennings F**, **Lühr A**, **Thiem J**, **Grey A**, **Bütof R**, **Seidlitz A**, **Troost EGC**, **Krause M**, **Löck S**. **Model validation confirms variable relative biological effectiveness and elevated periventricular sensitivity after proton therapy of brain tumors**. *Radiother Oncol*. 2026 Jan;214:111271. doi: 10.1016/j.radonc.2025.111271. Epub 2025 Nov 7. PMID: 41207632.



Uroonkologisches Zentrum



Inhaltsverzeichnis

Uroonkologisches Zentrum.....	192
Struktur des Uroonkologischen Zentrums (UOZ)	192
Ziele des Uroonkologischen Zentrums	194
Externe und interne Audits	195
Externe Audits.....	195
Interne Audits	195
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	195
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	196
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	196
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	196
Zufriedenheitsbefragungen.....	196
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	196
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	197
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	197
Leistungszahlen	197
Psychosoziale Versorgung	198
Wartezeiten	199
Interdisziplinäre Tumorkonferenz.....	200
Tumorboardcompliance	201
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	201
Forschungstätigkeiten	202
Klinische Studien.....	202
Publikationen.....	202

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. Christian 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. Stellvertretende Zentrumsleiterin ist Frau PD Dr. med. Katharina Böhm.

Zentrumskoordinatorin ist Frau Marianne Gottburg. Sie ist für die Wahrnehmung der im Kriterienkatalog festgelegten interdisziplinären Aufgaben des Uroonkologischen Zentrums verantwortlich. Zu den Aufgaben zählen die Organisation der prä- und posttherapeutischen Konferenzen sowie des Zugangs zu Leistungen anderer Behandlungspartnerinnen und -partner des Uroonkologischen Zentrums, wie beispielsweise Psychoonkologie und Schmerzdienst.

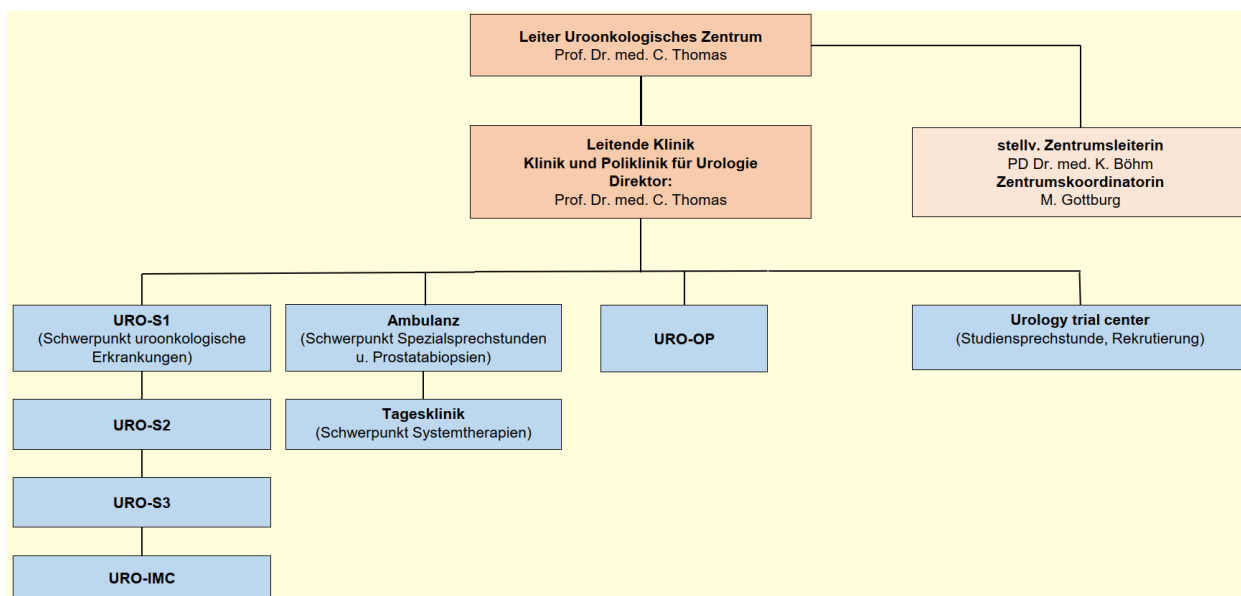
Weitere Aufgaben sind die Koordination der internen und externen Audits in Zusammenarbeit mit der QMB der Klinik und Poliklinik für Urologie sowie die Koordination und Überwachung aller fachlichen Anforderungen sowie der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnerinnen und -partner.

Hauptkooperationspartnerinnen und -partner sind neben der Klinik und Poliklinik für Urologie, die

- Strahlentherapie
- Nuklearmedizin
- 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 Gesundheitsdienstleitung für die Patientinnen und Patienten der gesamten Region.

Abbildung 77: 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 91: Qualifikationsmatrix Uroonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. C. Thomas	Facharzt für Urologie
Hauptoperateure und Hauptbehandlungsteam	PD Dr. med. M. Baunacke	Facharzt für Urologie
	OÄ Dr. med. J. Putz	Fachärztin für Urologie
	PD Dr. med. S. Banek	Fachärztin für Urologie
	PD Dr. med. K. Böhm	Fachärztin für Urologie
	Dr. med. J. Gellrich	Facharzt für Urologie
	OA Dr. med. M. Gutezeit	Facharzt für Urologie
	PD Dr. med. R. Herout	Facharzt für Urologie
	OA Dr. med. B. Höh	Facharzt für Urologie
	OA Dr. med. S. Leike	Facharzt für Urologie
PD Dr. med. S. Mehralivand	Facharzt für Urologie	
Pflegedienstleitung	Fr. K. Krücke	Management für Gesundheitsfachberufe B. Sc.; Fachweiterbildung „Leitungsaufgaben in Gesundheitseinrichtungen“
Onkologische Fachpflegekräfte	Fr. A. Beddiar	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
	Fr. A. Silz	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
	Hr. U. Liebscher	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
	Fr. N. Kohtz	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie

Funktion	Name	Qualifikation
Tumordokumentation	Fr. L. Pultermann	Medizinische Dokumentationsassistentin
	Fr. A. Büchner	Medizinische Dokumentationsassistentin
	Hr. A. Sonnenfeld	Medizinischer Dokumentationsassistent
Zentrumskoordination/Qualitätsmanagement	Fr. M. Gottburg	Management im Gesundheitswesen (BA)

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 92: Jahresziele des Uroonkologischen Zentrums 2025/2026

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 + Modul Penis)	Die Zertifizierung wurde im Mai 2025 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 ▪ Auslagerung der Anästhesieaufklärung im prästationären Setting aus dem Prozess des UOZ
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 ▪ Einbindung in das Projekt "ORBIS medication"
7	Abbildung des Broad Consent in digitaler Form	Laufende Umsetzung
8	Neuausrichtung des Managementhandbuchs an der Prozessstruktur	Laufende Umsetzung
9	Umsetzung Projekt „Neuausrichtung ambulanter Bereich Urologie“ → Erweiterung um das Modul „ambulantes Operieren“	Laufende Umsetzung
10	Weiterentwicklung als Standort für robotische Medizin	Laufende Umsetzung

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 8. und 9. April 2025 fand das Überwachungsaudit des bestehenden Uroonkologischen Zentrums statt. Im Rahmen des Audits wurde keine Abweichung ausgesprochen. In Bezug auf das Voraudit wurden insbesondere folgende Punkte positiv herausgestellt:

- Die Klinik verfügt über eine hohe Expertise bei allen urologischen Tumorentitäten. Sie gehört zu den größten Kliniken in Deutschland. Dazu gehört eine stetig hohe Anzahl der Primärfälle, die operative Expertise sowie der hohe Anteil der in Studien eingeschlossenen Patienten.
- Die Aktenführung ist übersichtlich und vollständig, insbesondere mit einem lückenlosen Nachweis von Tumorkonferenzprotokollen mit individuell abgestimmten Entscheidungen.

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 23. Oktober 2025 statt. Im Rahmen des Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden insgesamt sechs Hinweise und Anregungen ausgesprochen, die die Bereiche Arbeitssicherheit, Brandschutz, klinische Studien, digitale Patientendokumentation, Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten und die Dokumentenlenkung im URO-Labor betrafen.

Schwerpunkte des internen Audits:

- Katastrophenschutz: Notfallunterlagen für den Fall von Katastrophen, Havarien und Gefahrenlagen. Verantwortlichkeiten für die Aktualisierung von Alarmierungslisten. Was regelt der Alarmierungsplan?
- Hygiene: Benennungen und Aufgaben Hygienebeauftragte im ärztlichen Dienst und der Pflege. Wer berät in Fragen der Krankenhaushygiene? Datum und Ergebnisse der letzten Hygienebegehungen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Qualitätszirkel finden regelmäßig im Rahmen der Tumorkonferenz statt, bei denen alle Hauptkooperationspartnerinnen und -partner und bei Bedarf weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer anwesend sind. Im Jahr 2025 wurden zwei Qualitätszirkel mit folgenden Themen durchgeführt:

- Fertilitätserhalt bei onkologischen Patienten
- Interdisziplinäre Überarbeitung der Behandlungspfade Urothelkarzinom

Im Jahr 2025 wurden 11 Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen durchgeführt, drei davon interdisziplinär. Die Vorbereitung, Präsentation und Dokumentation der Maßnahmen erfolgt über ein entsprechendes Tool im Managementhandbuch AENEIS. Die Maßnahmen werden digital erfasst und nachverfolgt.

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 Kooperationspartnerinnen und -partner und Zuweisende werden durch das Uroonkologische Zentrum jährlich Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Im Rahmen des Urologentreffen wurden im Jahr 2025 fünf Fortbildungsveranstaltungen zusammen mit den niedergelassenen Urologinnen und Urologen durchgeführt. Themen waren beispielsweise das Prostata-, Nieren- und Harnblasenkarzinom. Auch alle Kooperationspartnerinnen und -partner 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. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs e. V. fand eine Veranstaltung für Patientinnen und Patienten zu aktuellen Behandlungsmöglichkeiten bei Prostatakarzinom am 10. September 2025 im Rahmen des Patientenforums in Riesa statt. Das Uroonkologische Zentrum war ebenfalls am Patiententag des NCT/UCC am 17. Mai 2025 beteiligt.

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 neu eingerichtete E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de

und einem dazugehörigen 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 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

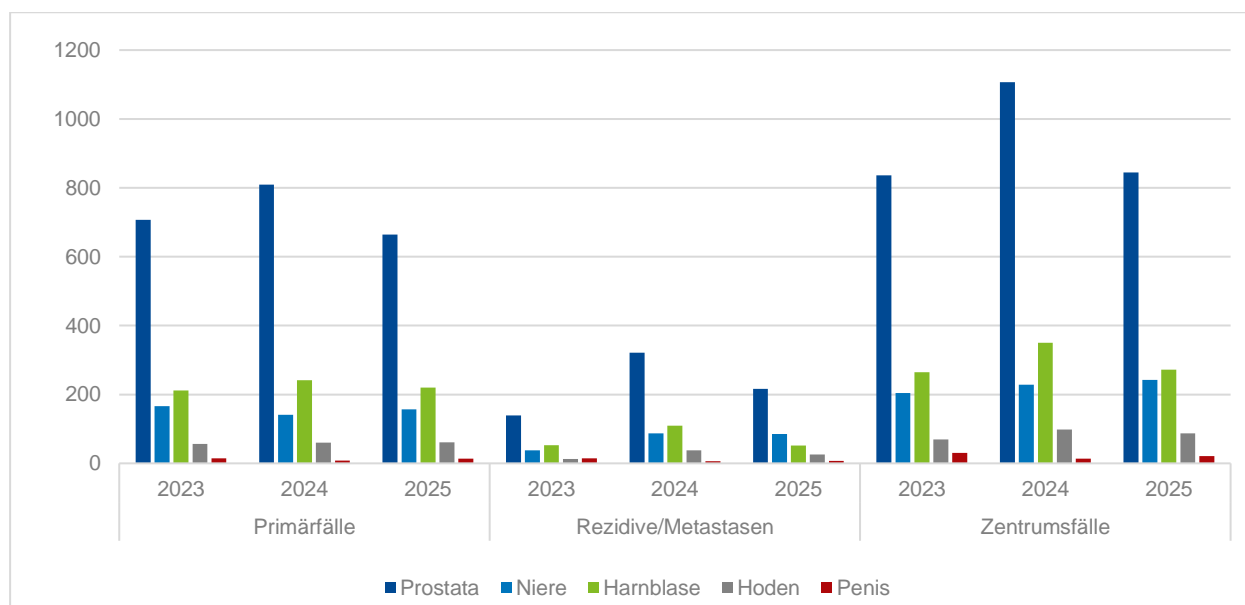
Die Erfassung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erfolgt kontinuierlich über ein digitales Feedbacksystem. Das Feedback kann über die Nutzung eines QR-Codes abgegeben werden. Die Patientinnen und Patienten werden im ambulanten und stationären Bereich nochmals mittels Flyer, Poster und Feedbackkarten, die den QR-Code abbilden, zur Abgabe eines Feedbacks aufgefordert. Eine Auswertung der Feedbacks erfolgt bereichs- und klinikbezogen in monatlichen statistischen Auswertungen sowie in der monatlichen Leitungsteamsitzung.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

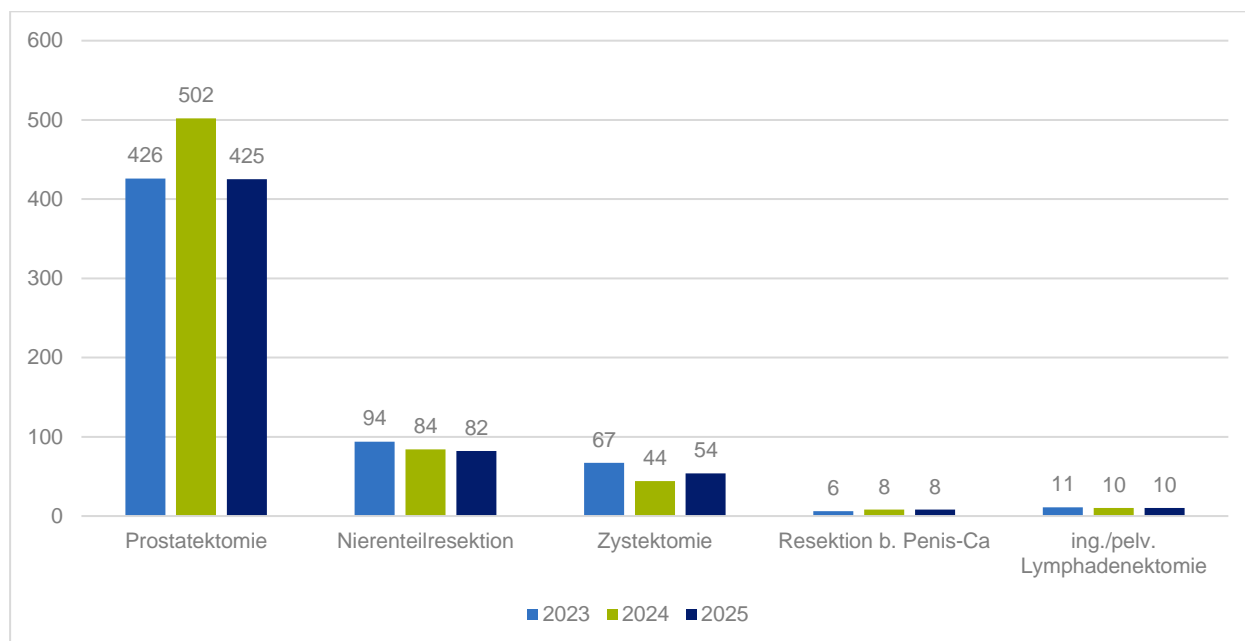
Zertifizierte Uroonkologische Zentren müssen nach den Anforderungen der Fachgesellschaften pro Tumorentität eine bestimmte Anzahl von Patientinnen und Patienten pro Jahr betreuen. Die Vorgaben sehen eine Mindestfallzahl an Primärfällen von ≥ 100 für das Prostatakarzinom, ≥ 50 für das Harnblasenkarzinom, ≥ 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 78: Fallzahlen Prostatakarzinom, Nierenzellkarzinom, Harnblasenkarzinom, Hodentumor, Peniskarzinom (Erfassungszeitraum 2023-2025)



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 2025 erfüllt.

Abbildung 79: Anforderungen operative Expertise UOZ 2023-2025



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 93: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst UOZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Prostata	20,5%	17,8%	27,2%
Niere	41,1%	38,2%	42,9%
Harnblase	72,1%	57,6%	55,2%
Hoden	47,8%	50,0%	60,0%
Penis	-	63,6%	50,0%

Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und der Gesundheitsfragebogen PHQ-4 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 94: Psychoonkologisches Screening UOZ 2025

Tumorentität	Screening
Prostata	63,3%
Niere	64,1%
Harnblase	80,5%
Hoden	68,9%
Penis	57,1%

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.

Tabelle 95: Betreuung durch den Sozialdienst UOZ 2023-2025

	2023	2024	2025
Prostata	70,0%	63,5%	62,3%
Niere	95,2%	60,5%	80,17%
Harnblase	48,8%	46,3%	48,16%
Hoden	84,1%	60,2%	64,37%
Penis	-	100,0%	57,14%

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 96: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Uroonkologisches Zentrum 2023-2025

Wartezeit	2023	2024	2025
auf einen Termin	13 Tage	17 Tage	18 Tage
während der Sprechstunde	27 Minuten	20 Minuten	20 Minuten

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

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

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 2025 wurden insgesamt **2.301 interdisziplinäre Behandlungspläne** für **2.048 Patientinnen und Patienten** erstellt.

Abbildung 80: Anzahl Tumorboardempfehlungen Uroonkologisches Zentrum 2015-2025

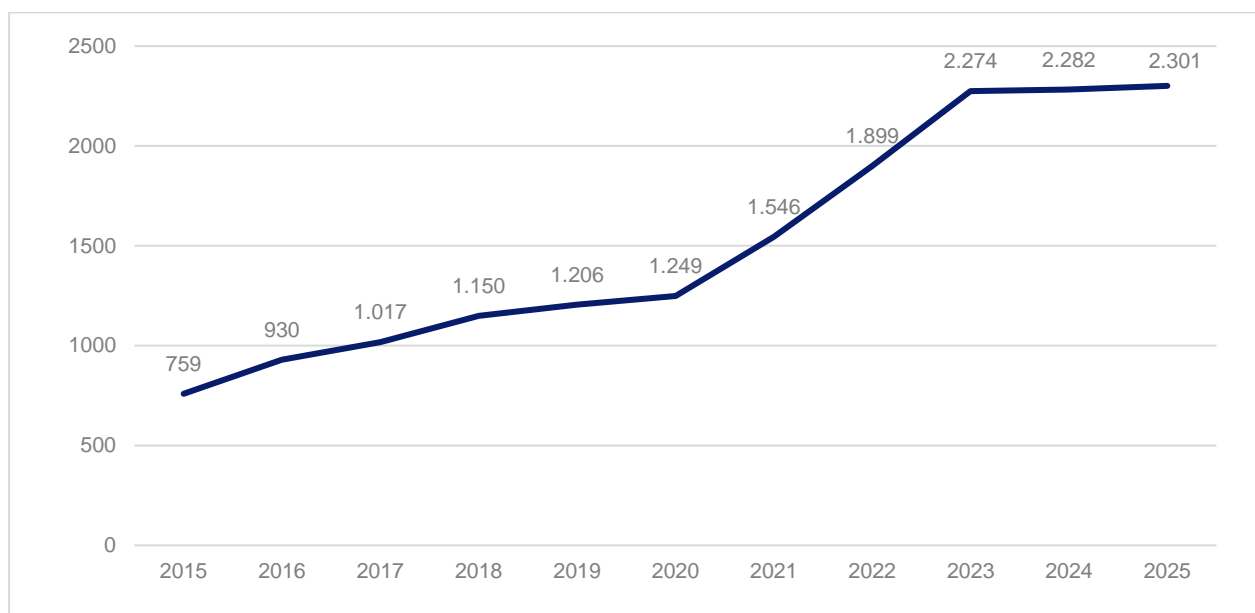
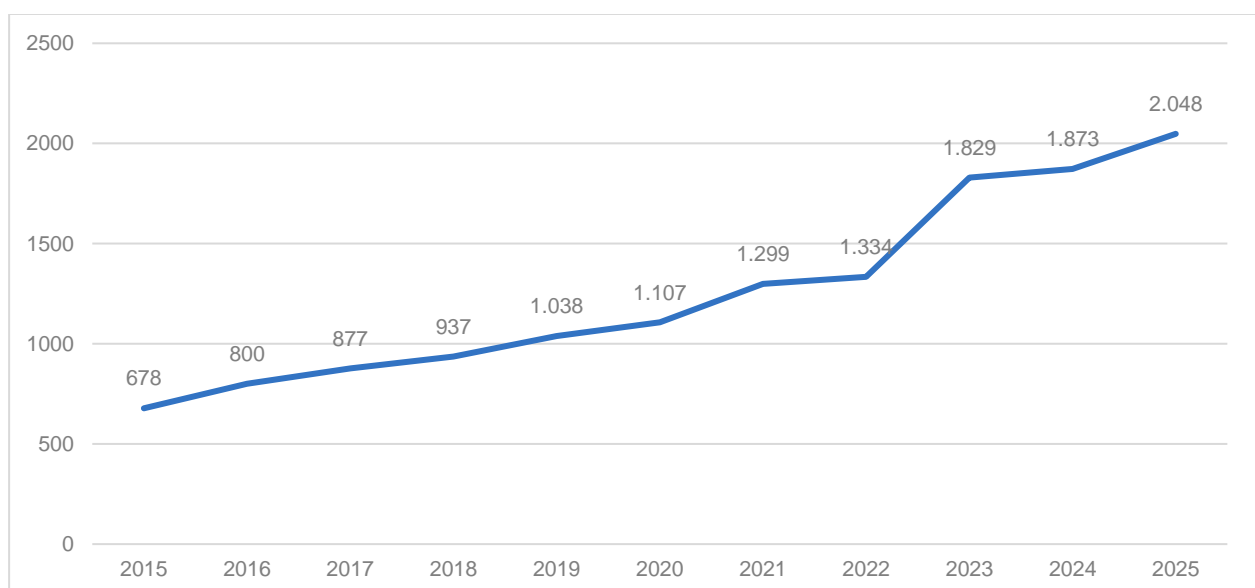


Abbildung 81: Anzahl vorgestellte Patientinnen und Patienten Uroonkologische Zentrum 2015-2025

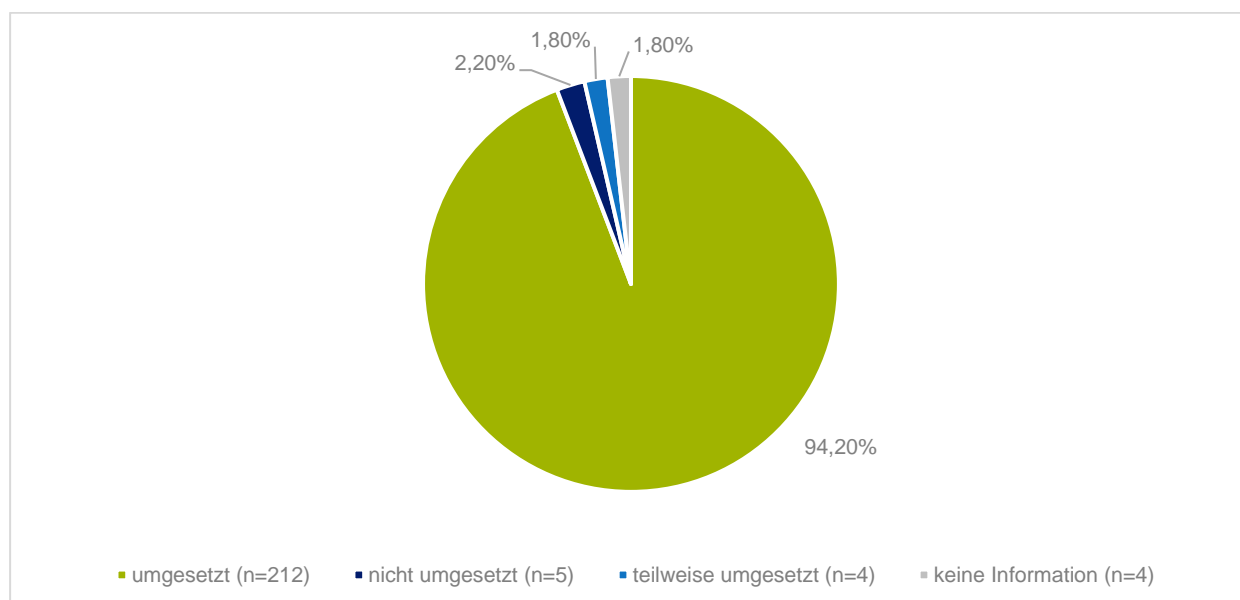


Tumorboardcompliance

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 2024 bis September 2025) randomisiert gezogen.

Für die urologischen Tumorboards wurden dabei **225 Beschlüsse** von insgesamt **156 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 82: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Uroonkologisches Zentrum 10/2024-09/2025



Von den 225 Tumorboardbeschlüssen wurden **212 vollständig umgesetzt**. Vier Beschlüsse wurden teilweise und fünf 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 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 2025 ist in Tabelle 97 zusammengefasst.

Tabelle 97: Datenqualität DKG-Kennzahlen Uroonkologisches Zentrum 2025

	Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
Harnblase	83,33%	5,56%	11,11%
Niere	88,24%	0%	11,76%
Prostata	92,86%	0%	7,1%
Hoden	100%	0%	0%
Penis	88,24%	11,76%	11,76%

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 2025 waren 21 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen und Patienten geöffnet. Davon sieben Studien, die gemeinsam mit Kooperationspartnerinnen und -partner betreut werden. Die Vorgabe der Fachgesellschaften sieht einen Studieneinschluss von $\geq 5\%$ vor. Diese Vorgabe wurde erfüllt.

Tabelle 98: Studienquote Uroonkologisches Zentrum 2023-2025

2023	2024	2025
39,0%	28,2%	52,4%

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 2025 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <http://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, Kotschak L, **Menzel V**, Grabbert M, **Borkowetz A**, **Mehralivand S**, Einsenmenger N, Huber J, **Thomas C**, Schultz-Lampel D. **Declining utilization of urodynamic studies in urological care in Germany: time to say goodbye?** World Journal of Urology. 2024 Jul; 42:440; doi.org/10.1007/s00345-024-05154-3

Buerk B T, Kusiek K, Schüttke V, Sondermann M, Yakac A, Abbate E, **Fuessel S**, **Thomas C**, Erdmann K. **Prognostic potential of standard laboratory parameters in patients with metastatic renal cell cancer receiving first-line immunotherapy** Scientific reports; /2024)14:25365, doi.org/10.1038/s41598-024-76928-3

Hirtsiefer C, Nestler T, Eckrich J, Beverungen H, Siech C, Aksoy C, Leitsmann M, **Baunacke M**, Uhlig A. **Capabilities of ChatGPT-3.5 als al Urological Triage System** 2666-1683/2024; doi.org/10.1016/j.euros.2024.10.015

Putz J, Kestel V, Herout R, Borkowetz A, Leike S, Thomas C, Baunacke M. Urogenitale Tumoren nach Nierentransplantation - monozentrische Aufarbeitung der Inzidenzen und Überblick urologischer Vorsorgemaßnahmen [Urogenital tumors following kidney transplantation-monocentric analysis of incidences and overview of urological preventive measures]. Urologie. 2024 Apr;63(4):341-350. German. doi: 10.1007/s00120-024-02317-3. Epub 2024 Mar 21. PMID: 38512472; PMCID: PMC10990984.



Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

Inhaltsverzeichnis

Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.....	206
Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK).....	206
Ziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.....	206
Externe und interne Audits	207
Externe Audits	207
Interne Audits	207
Zufriedenheitsbefragungen.....	207
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	207
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	208
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	208
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	208
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	208
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	209
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	209
Leistungszahlen	209
Interdisziplinäres Gendiagnostikboard.....	211
Wartezeiten	212
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	212
Forschungstätigkeiten	212
Publikationen.....	212

Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

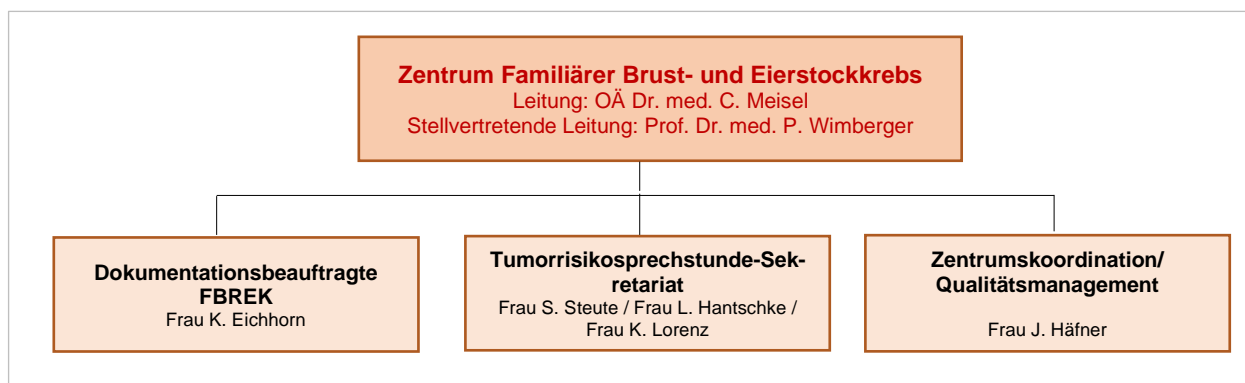
Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK)

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 hereditären Prädisposition 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 eines von derzeit 25 Zentren des Deutschen Konsortiums „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“ (Deutsche Krebshilfe) und gewährleistet eine strukturierte interdisziplinäre Versorgung einschließlich qualitätsgesicherter genetischer Diagnostik.

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 Behandlungspartnerinnen und -partner wird die Einhaltung der hohen Qualitätsanforderungen garantiert. Zu dem Behandlungsteam zählen beispielsweise die Humangenetik, die Radiologie sowie die Pathologie.

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

Abbildung 83: 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 99: Jahresziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2025

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
1.	Gewinnung neuer Kooperationspartner	Leitung FBREK	Fortlaufend 2025	Vertragsabschluss mit den Klinikum Chemnitz
2.	Befragung der Ratsuchenden	Leitung FBREK	Fortlaufend 2025	Kontinuierliche Befragung über QR-Code NCT/UCC möglich, direktes Anschreiben wird für 2026 geplant.
3.	Umstrukturierung Tumorrisiko-Sekretariat	MA Sekretariat	Fortlaufend 2025	Erreicht, neue Mitarbeiter wurden eingearbeitet.
4.	Erweiterung MRT-Kapazität	Leitung RAD / Leitung FBREK	Fortlaufend 2025	Ziel wurde erreicht. Seit April 2025 1x im Monat samstags.
5.	Beteiligung am Patiententag des NCT/UCC am 17. Mai 2025	Leitung FBREK	17. Mai 2025	Das FBREK hat sich mit einem Vortrag präsentiert.
6.	Durchführung Patienteninformationstag	Leitung FBREK	25. Oktober 2025	Der Patienteninformationstag fand mit Vorträgen und Workshops statt.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Im Jahr 2025 fanden im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs keine externen Audits vor Ort statt. Seitens 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 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. September 2025 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Brust- und Gynäkologische Krebszentrum (Station und Ambulanz) sowie das Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs (Sprechstunde, Gendiagnostikboard) auditiert. Es wurden keine Abweichungen oder Hinweise für das FBREK-Zentrum festgestellt.

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 mehr als 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 Herbst 2026 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 neu eingerichtete E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de und einem dazugehörigen 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.

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.

Die Patientinnen und Patienten haben zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen etabliert ist, abzugeben. Hier kann seit Oktober 2024 auch das Zentrum Familiärer-Brust und Eierstockkrebs ausgewählt werden. Es wurden insgesamt 15 Feedbacks digital abgegeben mit einer Gesamtbewertung von 4,6 von 5. Eine gezielte Befragung der Patientinnen und Patienten ist für 2026 geplant.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs finden mindestens zweimal jährlich Qualitätszirkel statt. Zu diesen sind sowohl die zentrumsinternen Behandlungspartnerinnen und -partner als auch die externen Kooperationspartnerinnen und -partner 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 2025 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 100: Fort- und Weiterbildungsangebote FBREK 2025

Datum	Fort- und Weiterbildung
29. Januar 2025	Update Mammakarzinom nach San Antonio / zentrale Veranstaltung des RBZ
20. und 21. Juni 2025	Teilnahme MGFG Tagung; Teilnahme am Symposium Senologie und Gynäkologische Onkologie
25. Juni 2025	NOGGO: Update vom ASCO 2025
26. bis 28. Juni 2025	Teilnahme am Senologiekongress in Dresden, Vorträge, Moderation sowie Postervorstellungen
1. Oktober 2025	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie, UKD
23. Oktober 2025	Interne Fortbildung Labor: „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“- Gut zu wissen!

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Am 25. Oktober 2025 fand am Standort Universitätsklinikum Dresden der 16. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Der Informationstag wurde im Jahr 2025 wieder interaktiv gestaltet und gliederte sich in zunächst kurze Präsentationen und anschließenden vier Workshops, an denen sich die Teilnehmenden beteiligen konnten.

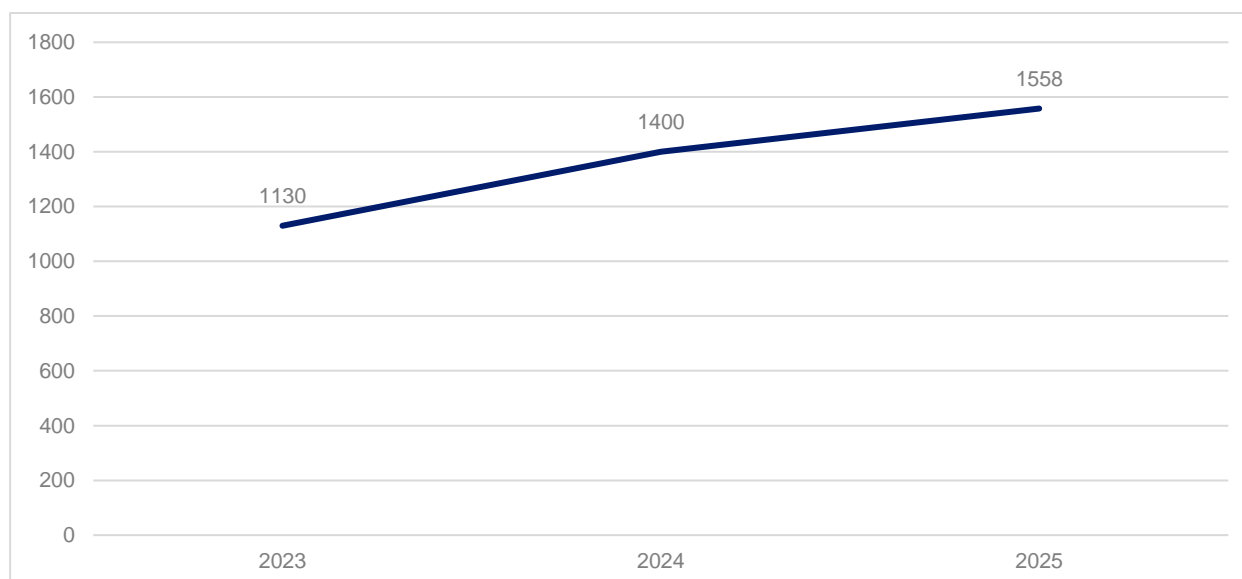
Am 17. Mai 2025 fand zudem der dritte Patiententag des NCT / UCC unter Beteiligung des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt.

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 2025 wurden im FBREK-Zentrum **1558 genetische Untersuchungen** durchgeführt. Davon waren 185 Proben von externen Kooperationspartnerinnen und -partnern.

Abbildung 84: Anzahl genetische Untersuchungen FBREK 2023-2025



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

Abbildung 85: Detektionsrate im IFNP FBREK 2023-2025

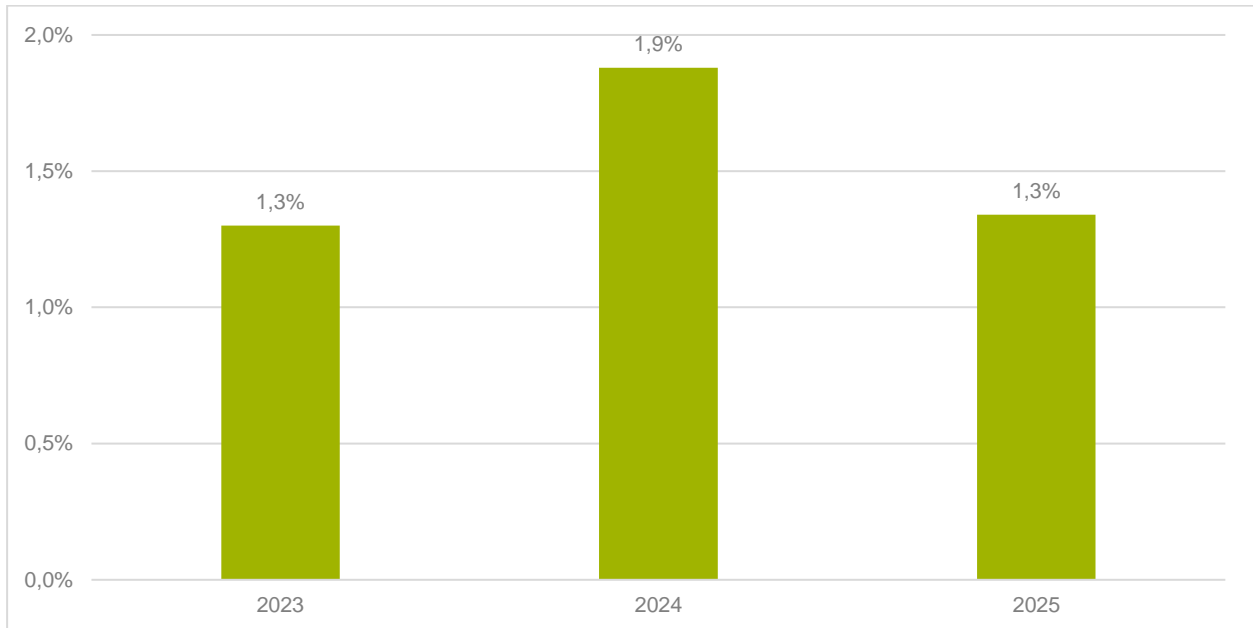


Abbildung 86: Anteil histologisch gesichertes Mamma-Ca/DCIS nach BIRADS 4/5 und Stadienverteilung FBREK 2023-2025

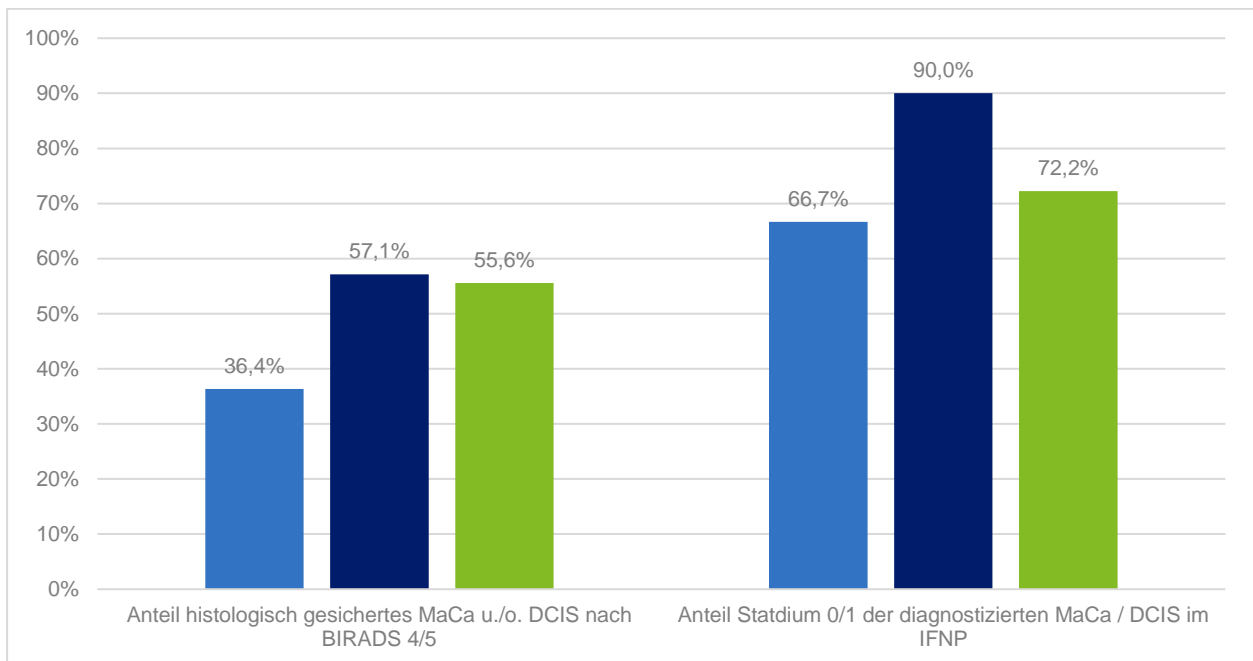
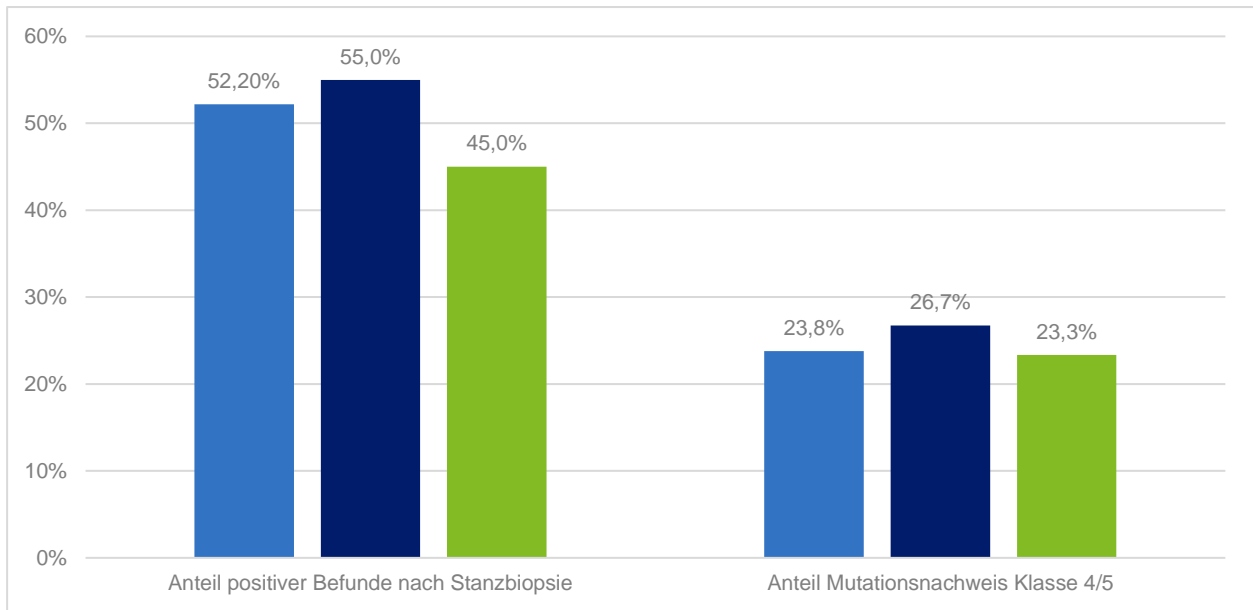


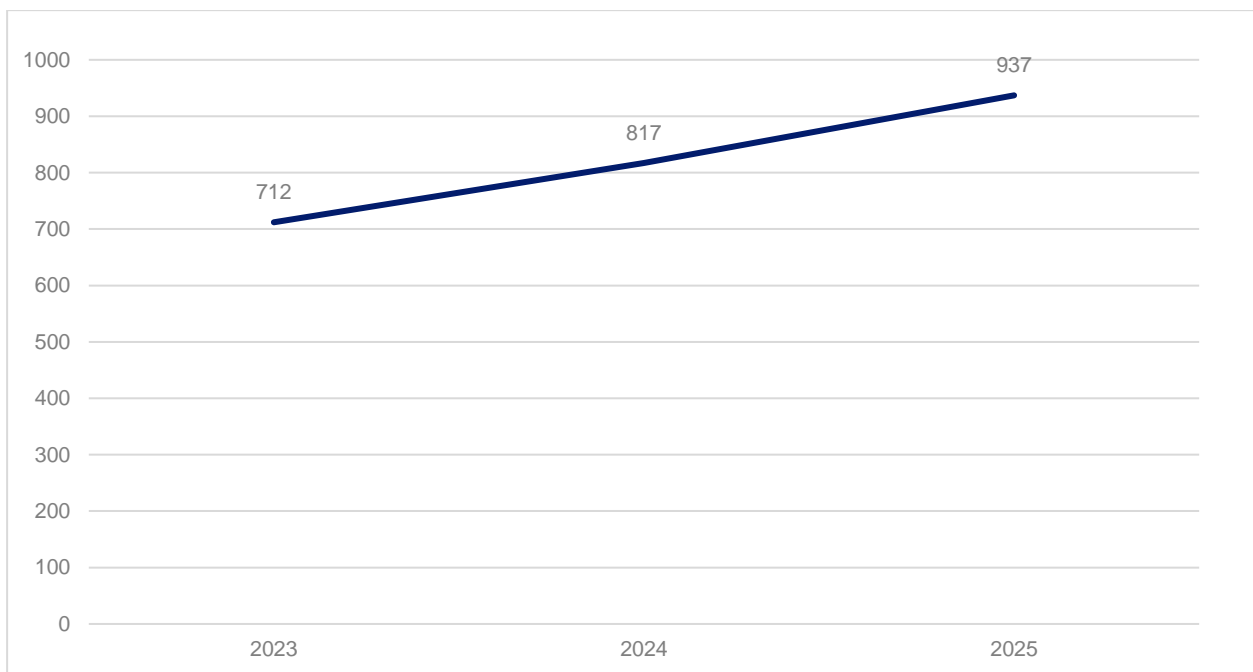
Abbildung 87: Anteil positiver Befunde nach Stanzbiopsie und Anteil Mutationsnachweis Klasse 4/5 FBREK 2023-2025



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 im Haus 21, statt.

Abbildung 88: Anzahl Beschlüsse Gendiagnostikboard FBREK 2023-2025



Wartezeiten

Im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs werden die Wartezeiten während der Tumorrisikosprechstunde 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 101: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung FBREK 2023-2025

Wartezeit	2023	2024	2025
auf einen Termin	≤ 4 Wochen	≤ 4 Wochen	≤ 4 Wochen
während der Sprechstunde	21,7 Minuten	15,1 Minuten	18,2 Minuten
Ergebnismitteilung	3-4 Wochen	3-4 Wochen	3-4 Wochen

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Gynäkologische Krebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025 ist in Tabelle 102 zusammengefasst.

Tabelle 102: Datenqualität DKG-Kennzahlen Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2025

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
100% (8)	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.

Till A, Siddiqui RA, Altbürger C, Schwarz R, Huebner T, Wolf J, Andres D, Anker A, Aretz S, Haack TB, Berlage T, Beule D, Boerries M, Buchhalter I, Bussmann J, Engel C, Friedrichs J, Fröhling S, Haenisch B, Hahne A, Hübschmann D, von Kessel F, Klatt R, Kreutzfeldt S, Kron A, Krude H, Lübbe A, Lührig U, Malek N, Mertes C, Möller Y, Mundlos C, Nöthen MM, Ossowski S, Pötschke L, Rasokat A, Riess O, Schade S, Schirmacher P, Schmutzler R, Scholl C, Semler SC, Spielmann M, Stegle O, Stenzinger A, Straßburger J, **Schröck E**, Krawczak M, Kohlbacher O. **Germany's national genomDE strategy.** Nat Med. 2025 Dec;31(12):3981-3984. doi: 10.1038/s41591-025-03991-2. PMID: 41094033.

Li S, Madanat-Harjuoja L, Leslie G, Barnes DR, Bolla MK, Dennis J, Parsons MT, Apostolou P, Arnold N, Bosse K; EMBRACE Collaborators; Cook J, Engel C, Evans DG, Fostira F, Frone MN, Gehrig A, Greene MH, Hackmann K, Hahnen E, Harbeck N, Hauke J, Hentschel J, Horvath J, Izatt L, Kiechle M, Konstantopoulou I, Lalloo F, Ngeow J, Niederacher D, Ritter J, Santamariña M, Schmutzler RK, Searle C, Sutter C, Tischkowitz M, Tripathi V, Vega A, Wallaschek H, Wang-

Gohrke S, Wappenschmidt B, Weber BHF, Yannoukakos D, Zhao E, Easton DF, Antoniou AC, Chenevix-Trench G, Rebbeck TR, Diller LR. **Childhood, adolescent, and young adulthood cancer risk in BRCA1 or BRCA2 pathogenic variant carriers.** J Natl Cancer Inst. 2025 Apr 1;117(4):728-736. doi: 10.1093/jnci/djae306. PMID: 39585318; PMCID: PMC11972678.

Jahn A, Heining C, Fröhling S, Glimm H, Schröck E. Targeted therapy in patients with genetic tumor syndromes. Med Genet. 2025;37(4):321-335. Published 2025 Nov 8. doi:10.1515/medgen-2025-2045

Schröck E, Siebert R. Genetic tumor syndromes - It's time for action. Med Genet. 2025 Nov 8;37(4):255-256. doi: 10.1515/medgen-2025-2042. PMID: 41210221; PMCID: PMC12594448.



Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie



Inhaltsverzeichnis

Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie	216
Struktur des Zentrums für Personalisierte Medizin in der Onkologie (ZPMO)	216
Ziele des Zentrums für Personalisierte Onkologie	217
Externe Audits.....	218
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	218
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	218
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	218
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	219
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	219
Leistungszahlen	219
Interdisziplinäres Molekulares Tumorboard	219
Datenqualität OnkoZert-Kennzahlen.....	220
Forschungstätigkeiten	220
Ausgewählte Publikationen der letzten drei Jahre	220

Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie

Struktur des Zentrums für Personalisierte Medizin in der Onkologie (ZPMO)

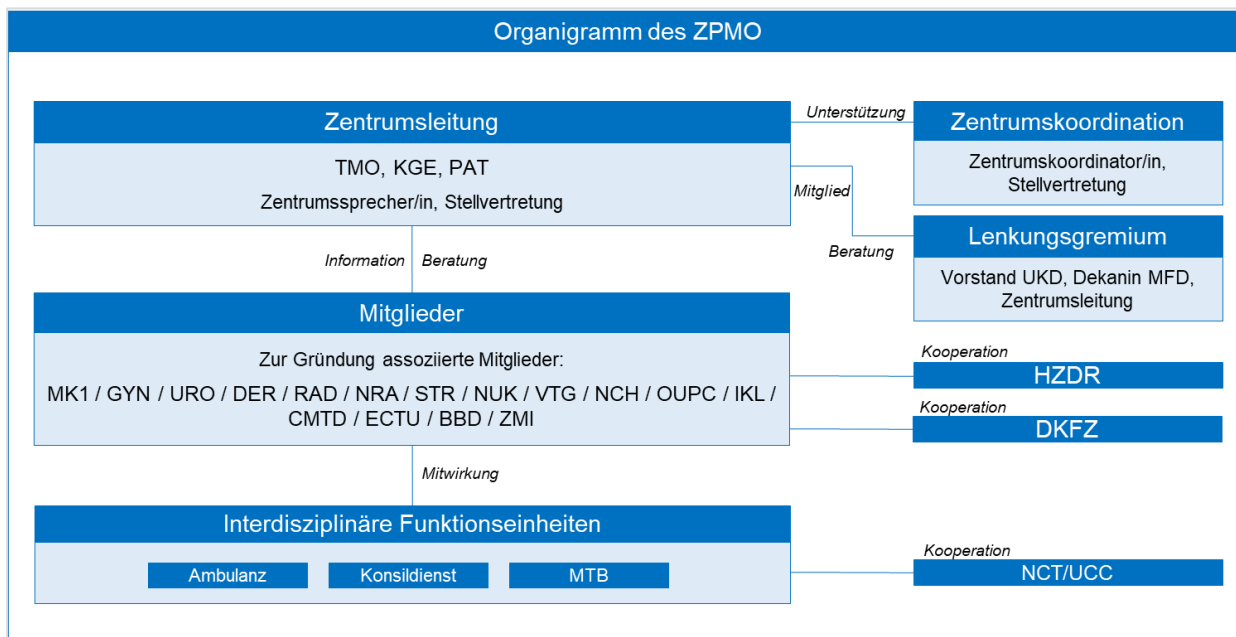
Das 2023 gegründete Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie (ZPMO) Dresden baut auf mehr als zehn Jahre Erfahrung in der klinischen Interpretation genomischer Daten auf, gewonnen durch das NCT/DKFZ/DKTK MASTER-Programm. Es bietet eine direkte Schnittstelle zwischen moderner molekularer Diagnostik und der klinischen Versorgung. Durch die enge Verzahnung von diagnostischer, therapeutischer und wissenschaftlicher Expertise profitieren Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen von innovativen, personalisierten Therapien.

Das Zentrum wird von einer erfahrenen interdisziplinären Zentrumsleitung der Pathologie, Humangenetik und Translationaler Medizinischer Onkologie geführt, die für die kontinuierliche Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Zentrums verantwortlich ist. Das ZPMO bietet eine Sprechstunde und einen Konsildienst an, in denen Patientinnen und Patienten über die molekulare Diagnostik aufgeklärt und Therapieoptionen basierend auf den Befunden diskutiert werden. Der Einschluss von Patientinnen und Patienten in umfangreiche molekulare Diagnostik sowie das molekulare Tumorboard erfolgt in zertifiziertem Rahmen.

Kooperationsverträge zur Qualitätssicherung sichern die Einhaltung hoher Standards mit allen Behandlungspartnerinnen und -partnern. Partnerinnen und Partner des ZPMO sind u. a. Dermatologie, Gynäkologie, Hämatologie und Onkologie, Klinische Chemie und Labormedizin, Klinische Genetik, Neurochirurgie, Neuroradiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie, Strahlentherapie, Urologie, das Universitätszentrum für Orthopädie, Unfall- & Plastische Chirurgie sowie die Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des UKD.

Zusätzlich bindet das ZPMO weitere Partnerinnen und Partner in seine Infrastruktur ein, darunter das Zentrum für Medizinische Informatik (ZMI) des UKD und die BioBank Dresden (BBD), die Early Clinical Trial Unit (ECTU) sowie die Core Unit für Molekulare Tumordiagnostik (CMTD) des Nationalen Zentrums für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC). Das gesamte Behandlungsteam verpflichtet sich, die geforderten Qualitätsstandards sicherzustellen, transparent darzulegen und auf Konformität zu prüfen.

Abbildung 89: Organigramm des Zentrums für Personalisierte Medizin in der Onkologie



Ziele des Zentrums für Personalisierte Onkologie

Ziele des ZPMO sind die Optimierung und Harmonisierung der Abläufe in der personalisierten Medizin, die kontinuierliche Weiterentwicklung der molekularen Diagnostik sowie die Sicherstellung von Qualitätsstandards. Zu Beginn eines jeden Jahres werden zentrumsspezifische Ziele mit Benennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzungen festgelegt. Die Qualitätsziele werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 103: Jahresziele des Zentrums für Personalisierte Medizin in der Onkologie 2025

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
1.	Erfolgreiches Überwachungsaudit	Leitung/ Koordination ZPMO	10.09.2025	Das Zentrum wurde erfolgreich am 10. September 2025 auditiert. Es gab keine Abweichungen.
2.	Gewinnung neuer Kooperationspartner	Leitung/ Koordination ZPMO	Fortlaufend 2025	Vertragsabschlüsse mit mehreren umliegenden Kliniken.
3.	Start der Teilnahme am Modellvorhaben nach §64e	Leitung/ Koordination ZPMO	Fortlaufend 2025	Als Teil des Modellvorhabens hat das Zentrum erfolgreich Patienten eingeschlossen und abgerechnet.
4.	Angebot an Fort- und Weiterbildungsvorträgen	Koordination/Mitarbeiter ZPMO	Fortlaufend 2025	Das Zentrum hat MTB-Fortbildungsvorträge für Mitarbeiter angeboten sowie Weiterbildungsvorträge zur Personalisierten Medizin gehalten.
5.	Beteiligung am Patiententag des NCT/UCC am 17. Mai 2025	Leitung/ Koordination ZPMO	17. Mai 2025	Das Zentrum hat sich mit Vorträgen präsentiert.

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
6.	Aktualisierung und Erweiterung der ZPMO Webseite und ZPMO Broschüre	Koordination ZPMO	Fortlaufend 2025	Inhalte der Webseite und Broschüre wurden aktualisiert und erweitert. Die Broschüren wurden gedruckt und Zuweisern sowie Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt.
7.	Mitwirkung an der Erstellung einer Webseite und Broschüre zum Modellvorhaben nach §64e	Koordination ZPMO	Fortlaufend 2025	Die Webseite und Broschüre wurden erstellt. Die Broschüren wurden gedruckt und Zuweisern sowie Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt.

Externe Audits

Das Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie erfüllt seit 2023 die von OnkoZert festgelegten Qualitätskriterien und wurde am 13. September 2023 erfolgreich erstzertifiziert. Zusätzlich erfolgt eine jährliche Überwachung durch Audits, um die kontinuierliche Einhaltung der Qualitätsrichtlinien sowie die Weiterentwicklung der versorgungsrelevanten Prozesse sicherzustellen. Am 10. September 2025 fand das erfolgreiche Überwachungsaudit des ZPMO statt. Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden drei Hinweise ausgesprochen, die die detaillierte Analyse der Therapieempfehlungen, die Ergänzung der MTB-Befunde um Angaben zum Material sowie die Organisation der Versorgung durch zwei Fachärztinnen bzw. Fachärzte der Neuropathologie betreffen. Diese Hinweise wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und in Qualitätszirkeln sowie Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Zentrums interdisziplinär und interprofessionell diskutiert.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Am ZPMO findet einmal jährlich eine Mitgliederversammlung statt. Zu dieser Versammlung werden alle Mitglieder des ZPMO eingeladen. Ziel ist die Information über Kennzahlen, Neuerungen am Zentrum sowie Ergebnisse der Audits und die Besprechung von Verbesserungsmaßnahmen. Darüber hinaus findet wöchentlich ein interdisziplinärer Austausch zu zentrumsinternen Abläufen zwischen der Translationalen Medizinischen Onkologie (TMO), Humangenetik, dem Core Unit for Molecular Tumor Diagnostics und der Pathologie statt. In diesem Rahmen werden auch interne Weiterbildungsvorträge angeboten.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Jahr 2025 fanden MTB-Fortbildungen innerhalb des ZPMO statt. Zusätzlich wurden Fortbildungsvorträge zur Personalisierten Onkologie auf verschiedenen Tagungen/Kongressen präsentiert.

Tabelle 104: MTB-Fortbildungsangebote des ZPMO 2025

Datum	Fort- und Weiterbildung
9. Januar 2025	Vorstellung des Studienregisters "Dario"
27. Februar 2025	Vorstellung von Tools zur Variantenbewertung
15. Mai 2025	Programme und Studien zur molekularen Stratifizierung
22. Mai 2025	Bericht zum Treffen der DNPM AG „Molekulares Tumorboard“ in Berlin
5. Juni 2025	Vorstellung neuester Immuno-MASTER Daten

Tabelle 105: Fort- und Weiterbildungsangebote zur Personalisierten Onkologie des ZPMO 2025

Datum	Fort- und Weiterbildung
12. April 2025	13. Sächsischer Krebskongress „NCT/DKTK MASTER-Programm“
16. April 2025	Dresden Translational Oncology Seminar (DTOS) "Target Discovery in Rare Cancers"
29. April 2025	AACR (Talk) "From genotype to phenotype: Adding phosphoproteomic analysis to molecularly-guided therapy recommendation in Cancer of Unknown Primary (CUP)"
11. Juni 2025	ASCO Nachlese „Präzisionsonkologie“
3. Dezember 2025	Urologenkongress „Präzisionsonkologie bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen - Zwischen Klinik und Wissenschaft“

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Am 17. Mai 2025 fand der NCT/UCC Patiententag statt, an dem sich das ZPMO mit Vorträgen beteiligte.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Zertifizierte Zentren für Personalisierte Medizin (ZPMs) müssen gemäß den Vorgaben der Fachgesellschaften pro Jahr mindestens 250 Vorstellungen im Molekularen Tumorboard (MTB) nachweisen. Im Jahr 2025 wurden diese Zahlen am ZPMO erreicht. Das ZPMO erhält Zuweisungen sowohl von internen als auch externen Partnerinnen und Partner. Im molekularen Tumorboard wird regelhaft die Möglichkeit einer off-label Empfehlung und des Einschlusses in eine klinische Studie geprüft. Ein Studieneinschluss wird in etwa einem Viertel der Fälle empfohlen.

Interdisziplinäres Molekulares Tumorboard

Am ZPMO findet einmal wöchentlich ein Indikationsboard statt, in dem der Einschluss von Patientinnen und Patienten in das NCT/DKFZ/DKTK MASTER-Programm oder Modellvorhaben nach §64e besprochen wird. Darüber hinaus findet dreimal wöchentlich ein Molekulares Tumorboard statt, in dem die molekularen Daten der Patientinnen und Patienten (Ganzgenom, Transkriptom, Methylom, Proteom sowie funktionelle Testung und Immun-Microenvironment) interdisziplinär diskutiert und ein Beschluss mit möglichen Therapie- und Studienoptionen erstellt wird. Für die Antragstellung für einen individuellen Heilversuch bietet das ZPMO für Fälle mit einer Empfehlung aus dem MTB seine Unterstützung an.

Datenqualität OnkoZert-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte ZPMs umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2025 ist in Tabelle 106 zusammengefasst.

Tabelle 106: Datenqualität OnkoZert-Kennzahlen ZPMO 2025

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
100% (6)	0% (0)	0% (0)

Forschungstätigkeiten

Ausgewählte Publikationen der letzten drei Jahre

Hübschmann D, Kreutzfeldt S, Roth B, et al. **The Knowledge Connector decision support system for multiomics-based precision oncology.** Nat Commun. 2026;17(1):742. doi:10.1038/s41467-026-68333-3

Till A, Siddiqui RA, Altbürger C, et al. **Germany's national genomDE strategy.** Nat Med. 2025;31(12):3981-3984. doi:10.1038/s41591-025-03991-2

Li S, Madanat-Harjuoja L, Leslie G, et al. **Childhood, adolescent, and young adulthood cancer risk in BRCA1 or BRCA2 pathogenic variant carriers.** J Natl Cancer Inst. 2025;117(4):728-736. doi:10.1093/jnci/djae306

Schöpf J, Uhrig S, Heilig CE, et al. **Multi-omic and functional analysis for classification and treatment of sarcomas with FUS-TFCP2 or EWSR1-TFCP2 fusions.** Nat Commun. 2024;15(1):51. doi:10.1038/s41467-023-44360-2

Lauinger M, Christen D, Klar RFU, et al. **BRAF Δ 3- α C in-frame deletion mutants differ in their dimerization propensity, HSP90 dependence, and druggability.** Sci Adv. 2023;9(35):eade7486. doi:10.1126/sciadv.ade7486

Illert AL, Stenzinger A, Bitzer M, et al. **The German Network for Personalized Medicine to enhance patient care and translational research.** Nat Med. 2023;29(6):1298-1301. doi:10.1038/s41591-023-02354-z

Garcia-Pelaez J, Barbosa-Matos R, Lobo S, et al. **Genotype-first approach to identify associations between CDH1 germline variants and cancer phenotypes: a multicentre study by the European Reference Network on Genetic Tumour Risk Syndromes.** Lancet Oncol. 2023;24(1):91-106. doi:10.1016/S1470-2045(22)00643-X



„Die Dinge sind nie so wie sie sind.
Sie sind immer das,
was man aus ihnen macht.“

Jean Anouilh

CLARCERT
Zertifiziertes Qualitätsmanagement
ISO 9001:2015

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

**Zertifiziertes
Onkologisches Zentrum**