



# Jahresbericht 2022

## Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC)

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

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



NATIONALES CENTRUM FÜR  
TUMORERKRANKUNGEN DRESDEN  
UNIVERSITÄTS KREBSCENTRUM UCC



Universitätsklinikum  
Carl Gustav Carus  
DIE DRESDNER.



## 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  
Felix Bollmeier  
Sophie Biesenthal  
Jasmin Eichler  
Marianne Gottburg  
Julia Häfner  
Karina Noack  
Heike Rost  
Carolin Schwabe

### Kontaktadresse:

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

© Jahresbericht NCT/UCC 2022, Stand: 04/2023

**Gestaltung:** Ketchum GmbH, Dresden

## Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>8</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>11</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>14</b>
<b>Vorwort</b> .....	<b>17</b>
<b>Qualitätspolitik und übergeordnete strategische Ziele des Onkologischen Zentrums</b> .....	<b>18</b>
<b>Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung</b> .....	<b>20</b>
<b>Onkologisches Zentrum</b> .....	<b>22</b>
Struktur des Onkologischen Zentrums (OZ) .....	22
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	25
Interdisziplinäre Kernambulanz .....	25
Tumorkonferenzen.....	26
Lenkungsgremium .....	27
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	27
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	27
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	28
Workshops.....	28
Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Onkologischen Zentren .....	29
Ergebnisse aus externen und internen Audits .....	29
Ergebnisse aus externen Audits.....	29
Ergebnisse aus internen Audits.....	30
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen.....	30
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	30
Zufriedenheit der internen und externen Kooperationspartner.....	30
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	31
Öffentlichkeitsarbeit.....	31
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	31
Leistungszahlen.....	31
Interdisziplinäre Tumorboards .....	33
Tumorboardcompliance .....	34
Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der internen und externen Kooperationspartner .....	35
Ergebnisse des digitalen Feedbacksystems .....	36
Forschungstätigkeiten .....	38
Weiterentwicklung von Leitlinien.....	38
Klinische Studien .....	39
Publikationen .....	40
<b>Hauttumorzentrum</b> .....	<b>41</b>
Struktur des Hauttumorzentrums (UHTC).....	41
Ziele des Hauttumorzentrums.....	44
Ergebnisse aus externen und internen Audits .....	45
Ergebnisse aus externen Audits.....	45

Ergebnisse aus internen Audits .....	46
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen .....	46
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	46
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	47
Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	47
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten .....	47
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	47
Öffentlichkeitsarbeit .....	48
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	49
Leistungszahlen .....	49
Psychosoziale Versorgung .....	50
Wartezeiten .....	50
Interdisziplinäre Tumorkonferenz .....	51
Tumorboardcompliance .....	53
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen .....	53
Datenqualität DKG-Kennzahlen .....	55
Forschungstätigkeiten .....	55
Klinische Studien .....	55
Publikationen .....	56
<b>Gynäkologisches Krebszentrum .....</b>	<b>58</b>
Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums (GZ) .....	58
Ziele des Gynäkologischen Krebszentrums .....	59
Ergebnisse aus externen und internen Audits .....	60
Ergebnisse aus externen Audits .....	60
Ergebnisse aus internen Audits .....	60
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen .....	60
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	60
Zufriedenheit der Patientinnen .....	61
Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	61
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen .....	61
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	61
Veranstaltungen für Patientinnen .....	62
Öffentlichkeitsarbeit .....	62
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	63
Leistungszahlen .....	63
Psychosoziale Versorgung .....	64
Wartezeiten .....	65
Interdisziplinäre Tumorkonferenz .....	66
Tumorboardcompliance .....	67
Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen .....	67
Datenqualität DKG-Kennzahlen .....	70
Forschungstätigkeiten .....	70
Klinische Studien .....	70
Publikationen .....	70
<b>Regionales Brustzentrum Dresden .....</b>	<b>72</b>
Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden (RBZ) .....	72

Ziele des Regionalen Brustzentrums Dresden.....	73
Ergebnisse aus externen und internen Audits .....	74
Ergebnisse aus externen Audits .....	74
Ergebnisse aus internen Audits.....	74
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen.....	74
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	74
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	75
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	75
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	76
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	76
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	76
Öffentlichkeitsarbeit.....	76
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	77
Leistungszahlen.....	77
Psychosoziale Versorgung.....	78
Wartezeiten .....	80
Interdisziplinäre Tumorkonferenz .....	81
Tumorboardcompliance .....	81
Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen .....	82
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	84
Forschungstätigkeiten .....	84
Klinische Studien .....	84
Publikationen .....	84
<b>Zentrum für Hämatologische Neoplasien .....</b>	<b>86</b>
Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien (HAEZ) .....	86
Ziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien.....	88
Ergebnisse aus externen und internen Audits .....	90
Ergebnisse aus externen Audits.....	90
Ergebnisse aus internen Audits.....	90
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen.....	90
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	90
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	91
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	91
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	92
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	92
Öffentlichkeitsarbeit.....	93
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	93
Fallzahlen .....	93
Psychosoziale Versorgung.....	95
Wartezeiten .....	96
Interdisziplinäre Tumorboards und Fallbesprechungen .....	96
Tumorboardcompliance .....	97
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen.....	97
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	98
Forschungstätigkeiten .....	98
Klinische Studien .....	98
Publikationen .....	99

<b>Viszeralonkologisches Zentrum</b> .....	<b>101</b>
Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums (VOZ) .....	101
Ziele des Viszeralonkologischen Zentrums.....	102
Ergebnisse aus externen und internen Audits .....	103
Ergebnisse aus externen Audits .....	103
Ergebnisse aus internen Audits .....	104
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen.....	104
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	104
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	105
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	105
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	106
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	106
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten .....	106
Öffentlichkeitsarbeit.....	107
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	107
Leistungszahlen .....	107
Psychosoziale Versorgung .....	109
Wartezeiten .....	111
Interdisziplinäre Tumorkonferenz .....	111
Tumorboardcompliance .....	112
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen.....	113
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	114
Forschungstätigkeiten .....	114
Klinische Studien .....	114
Publikationen .....	114
<b>Sarkomzentrum</b> .....	<b>116</b>
Struktur des Sarkomzentrums (SAR).....	116
Ziele des Sarkomzentrums.....	117
Ergebnisse aus externe und internen Audits .....	118
Ergebnisse aus externen Audits .....	118
Ergebnisse aus internen Audits.....	119
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen.....	119
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	119
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	120
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	121
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	121
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	121
Öffentlichkeitsarbeit.....	122
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	122
Leistungszahlen .....	122
Psychosoziale Versorgung.....	123
Wartezeiten .....	123
Interdisziplinäres Tumorboard .....	123
Tumorboardcompliance .....	124
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen.....	125
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	126
Forschungstätigkeiten .....	126

Klinische Studien .....	126
Publikationen .....	127
<b>Kinderonkologisches Zentrum .....</b>	<b>128</b>
Struktur des Kinderonkologischen Zentrums (KIO) .....	128
Ziele des Kinderonkologischen Zentrums .....	129
Ergebnisse aus externen und internen Audits .....	130
Ergebnisse aus externen Audits .....	130
Ergebnisse aus internen Audits .....	130
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen .....	131
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	131
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	131
Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	131
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten .....	132
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	132
Öffentlichkeitsarbeit .....	132
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	132
Leistungszahlen .....	132
Psychosoziale Versorgung .....	135
Wartezeiten .....	135
Interdisziplinäre Tumorboards .....	136
Tumorboardcompliance .....	137
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen .....	137
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	138
Datenqualität DKG-Kennzahlen .....	139
Forschungstätigkeit .....	139
Klinische Studien .....	139
Publikationen .....	139
<b>Kopf-Hals-Tumorzentrum .....</b>	<b>141</b>
Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums (KHTZ) .....	141
Ziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums .....	143
Ergebnisse aus externen und internen Audits .....	144
Ergebnisse aus externen Audits .....	144
Ergebnisse aus internen Audits .....	144
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen .....	144
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	144
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	145
Interdisziplinäre Zusammenarbeit .....	145
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten .....	146
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	146
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten .....	146
Öffentlichkeitsarbeit .....	147
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	147
Leistungszahlen .....	147
Psychosoziale Versorgung .....	148
Wartezeiten .....	149
Interdisziplinäres Tumorboard .....	150

Tumorboardcompliance .....	150
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen.....	151
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	152
<b>Forschungstätigkeiten .....</b>	<b>152</b>
Klinische Studien .....	152
Publikationen .....	152
<b>Neuroonkologisches Zentrum .....</b>	<b>154</b>
Struktur des Neuroonkologischen Zentrums (NOZ) .....	154
Ziele des Neuroonkologischen Zentrums.....	155
Ergebnisse aus externen und internen Audits .....	156
Ergebnisse aus externen Audits .....	156
Ergebnisse aus internen Audits .....	156
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen.....	156
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	156
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	157
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	157
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	157
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	157
Öffentlichkeitsarbeit.....	158
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	158
Leistungszahlen.....	158
Psychosoziale Versorgung.....	159
Wartezeiten .....	160
Interdisziplinäre Tumorkonferenz .....	160
Tumorboardcompliance .....	161
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen.....	161
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	162
Forschungstätigkeit .....	162
Klinische Studien .....	162
Publikationen .....	163
<b>Uroonkologisches Zentrum .....</b>	<b>165</b>
Struktur des Uroonkologischen Zentrums (UOZ) .....	165
Ziele des Uroonkologischen Zentrums .....	167
Ergebnisse aus externen und internen Audits .....	168
Ergebnisse aus externen Audits .....	168
Ergebnisse aus internen Audits.....	168
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen.....	168
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	168
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	169
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	169
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	169
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	169
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten .....	170
Öffentlichkeitsarbeit.....	170
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	171
Leistungszahlen.....	171



Psychosoziale Versorgung.....	173
Wartezeiten .....	175
Interdisziplinäre Tumorkonferenz .....	175
Tumorboardcompliance .....	176
Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen .....	177
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	177
<b>Forschungstätigkeiten .....</b>	<b>178</b>
Klinische Studien .....	178
Publikationen .....	178
<b>Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.....</b>	<b>180</b>
Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK).....	180
Ziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.....	180
Ergebnisse aus internen und externen Audits .....	181
Ergebnisse aus externen Audits .....	181
Ergebnisse aus internen Audits.....	181
Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen.....	182
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser .....	182
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten .....	182
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	182
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	183
Fort- und Weiterbildungsangebote .....	183
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten .....	183
Öffentlichkeitsarbeit.....	183
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität .....	184
Leistungszahlen.....	184
Interdisziplinäres Gendiagnostikboard.....	185
Wartezeiten .....	186
Forschungstätigkeiten .....	186
Publikationen .....	186

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Jahresziele des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC 2022 .....	19
Tabelle 2: Zertifizierung der Organkrebszentren/Module/Schwerpunkte am NCT/UCC .....	20
Tabelle 3: Zertifizierung der Kooperationspartner .....	20
Tabelle 4: Anzahl an Fachärztinnen und Fachärzte im Onkologischen Zentrum .....	24
Tabelle 5: Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten NCT/UCC .....	28
Tabelle 6: Workshops NCT/UCC .....	29
Tabelle 7: Fallzahlentwicklung im Onkologischen Zentrum - Zertrechner OnkoZert 2020-2022 .....	33
Tabelle 8: Mitarbeit an Leitlinien .....	38
Tabelle 9: Qualifikationsmatrix Hauttumorzentrum .....	43
Tabelle 10: Jahresziele 2022 des Hauttumorzentrums .....	44
Tabelle 11: Inanspruchnahme der Sprechstunden des Hauttumorzentrums .....	49
Tabelle 12: Primärfälle und Rezidive/Metastasen des Hauttumorzentrums 2020-2022 .....	49
Tabelle 13: Dermatologische Operationen 2020-2022 .....	49
Tabelle 14: Neu eingeleitete Tumorthapien Hauttumorzentrum 2020-2022 .....	50
Tabelle 15: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst UHTC 2020-2022 .....	50
Tabelle 16: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Hauttumorzentrum 2020-2022 .....	51
Tabelle 17: Kennzahlen zum Dermatologischen Tumorboard nach DKG-Vorgabe 2020-2022 .....	53
Tabelle 18: Datenqualität DKG-Kennzahlen Hauttumorzentrum 2022 .....	55
Tabelle 19: Studieneinschlüsse Hauttumorzentrum 2020-2022 .....	56
Tabelle 20: Qualifikationsmatrix Gynäkologisches Krebszentrum .....	59
Tabelle 21: Jahresziele 2022 des Gynäkologischen Krebszentrums .....	59
Tabelle 22: Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums 2022 .....	62
Tabelle 23: Entwicklung der Fallzahlen je Tumorentität Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022 .....	63
Tabelle 24: Betreuung und Screening durch den psychoonkologischen Dienst Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022 .....	65
Tabelle 25: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung GZ 2020-2022 .....	66
Tabelle 26: Datenqualität DKG-Kennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum 2022 .....	70
Tabelle 27: Studienquote Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022 .....	70
Tabelle 28: Qualifikationsmatrix Regionales Brustzentrum Dresden - Standort UKD .....	73
Tabelle 29: Jahresziele 2022 des Regionalen Brustzentrums Dresden .....	73
Tabelle 30: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Regionales Brustzentrum Dresden .....	76
Tabelle 31: Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1 RBZ 2020-2022 .....	78
Tabelle 32: Mastektomierate bei pT1 RBZ 2020-2022 .....	78
Tabelle 33: Revisionsoperationen RBZ 2020-2022 .....	78
Tabelle 34: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst RBZ 2020-2022 .....	79
Tabelle 35: Psychoonkologisches Screening RBZ 2020-2022 .....	79
Tabelle 36: Betreuung durch den Sozialdienst RBZ 2020-2022 .....	80
Tabelle 37: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung RBZ 2020-2022 .....	80
Tabelle 38: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Diagnostik-Operation RBZ 2020-2022 .....	80
Tabelle 39: Datenqualität DKG-Kennzahlen Regionales Brustzentrum Dresden 2022 .....	84
Tabelle 40: Studienquote Regionales Brustzentrum Dresden 2020-2022 .....	84
Tabelle 41: Qualifikationsmatrix Zentrum für Hämatologische Neoplasien .....	87
Tabelle 42: Jahresziele 2022 des Zentrums für Hämatologische Neoplasien .....	88
Tabelle 43: Fort- und Weiterbildungsangebote HAEZ 2022 .....	92
Tabelle 44: Anteil psychoonkologische Betreuung und Screening HAEZ 2020-2022 .....	95
Tabelle 45: Betreuung durch den Sozialdienst HAEZ 2020-2022 .....	95
Tabelle 46: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung HAEZ 2020-2022 .....	96

Tabelle 47: Anzahl durchgeführter Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2022.....	96
Tabelle 48: Datenqualität DKG-Kennzahlen HAEZ 2022 .....	98
Tabelle 49: Studienquote HAEZ 2020-2022.....	99
Tabelle 50: Qualifikationsmatrix Viszeralonkologisches Zentrum .....	102
Tabelle 51: Jahresziele 2022 Viszeralonkologisches Zentrum .....	103
Tabelle 52: Fort- und Weiterbildungsangebote VOZ 2022.....	106
Tabelle 53: Anforderungen der Fachgesellschaften an die operative Expertise VOZ.....	108
Tabelle 54: Psychoonkologisches Screening VOZ 2020-2022 .....	110
Tabelle 55: Beratung durch den Psychoonkologischen Dienst VOZ 2020-2022 .....	110
Tabelle 56: Betreuung durch den Sozialdienst VOZ 2020-2022 .....	110
Tabelle 57: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung VOZ 2022 .....	111
Tabelle 58: Datenqualität der DKG-Kennzahlen VOZ 2022.....	114
Tabelle 59: Studienquote VOZ 2020-2022.....	114
Tabelle 60: Qualifikationsmatrix Sarkomzentrum .....	117
Tabelle 61: Jahresziele 2022 Sarkomzentrum .....	118
Tabelle 62: Psychoonkologische und sozialrechtliche Betreuung Sarkomzentrum 2020-2022.....	123
Tabelle 63: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Sarkomzentrum 2020-2022.....	123
Tabelle 64: Datenqualität DKG-Kennzahlen Sarkomzentrum 2022 .....	126
Tabelle 65: Studienquote Sarkomzentrum 2020-2022 .....	126
Tabelle 66: Qualifikationsmatrix Kinderonkologisches Zentrum.....	129
Tabelle 67: Jahresziele 2022 Kinderonkologisches Zentrum.....	130
Tabelle 68: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen KIO 2022 .....	132
Tabelle 69: Abgeschlossene Bestrahlungsserien KIO 2020-2022 .....	135
Tabelle 70: Betreuung durch den psychosozialen Dienst KIO 2020-2022 .....	135
Tabelle 71: Datenqualität DKG-Kennzahlen KIO 2022.....	139
Tabelle 72: Studienquote Kinderonkologisches Zentrum 2020-2022 .....	139
Tabelle 73: Qualifikationsmatrix Kopf-Hals-Tumorzentrum.....	142
Tabelle 74: Jahresziele 2022 des Kopf-Hals-Tumorzentrums .....	143
Tabelle 75: Fort- und Weiterbildungsangebote KHTZ 2022.....	146
Tabelle 76: Anteil psychoonkologischer Betreuung und Screening KHTZ 2020-2022.....	149
Tabelle 77: Betreuung durch den Sozialdienst KHTZ 2020-2022 .....	149
Tabelle 78: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung KHTZ HNO-Sprechstunde 2020-2022 .....	149
Tabelle 79: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung KHTZ MKG-Sprechstunde 2020-2022.....	149
Tabelle 80: Datenqualität DKG-Kennzahlen KHTZ 2022.....	152
Tabelle 81: Studienquote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2020-2022 .....	152
Tabelle 82: Qualifikationsmatrix Neuroonkologisches Zentrum .....	155
Tabelle 83: Jahresziele 2022 Neuroonkologisches Zentrum .....	155
Tabelle 84: Übersicht Interne Audits Teilbereiche des NOZ 2022 .....	156
Tabelle 85: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen NOZ 2022 .....	157
Tabelle 86: Operative Primärfälle NOZ 2020-2022 .....	159
Tabelle 87: Abgeschlossene Bestrahlungsserien neuroonkologischer Fälle 2020-2022 .....	159
Tabelle 88: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst NOZ 2020-2022 .....	159
Tabelle 89: Datenqualität DKG-Kennzahlen NOZ 2022 .....	162
Tabelle 90: Studienquote Neuroonkologisches Zentrum 2020-2022 .....	163
Tabelle 91: Qualifikationsmatrix Uroonkologisches Zentrum .....	166
Tabelle 92: Jahresziele 2022 des Uroonkologischen Zentrums.....	167
Tabelle 93: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst UOZ 2020-2022.....	174
Tabelle 94: Psychoonkologisches Screening UOZ 2022.....	174
Tabelle 95: Betreuung durch den Sozialdienst UOZ 2020-2022 .....	174

Tabelle 96: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Uroonkologisches Zentrum 2020-2022.....	175
Tabelle 97: Datenqualität DKG-Kennzahlen Uroonkologisches Zentrum 2022 .....	178
Tabelle 98: Studienquote Uroonkologisches Zentrum 2020-2022 .....	178
Tabelle 99: Jahresziele 2022 des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs .....	181
Tabelle 100: Fort- und Weiterbildungsangebote FBREK 2022 .....	183
Tabelle 101: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung FBREK 2020-2022.....	186

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess .....	21
Abbildung 2: Entwicklung der Patientenzahlen im NCT/UCC .....	22
Abbildung 3: Patientenzahlen pro Jahr und Postleitzahlengebiet im Einzugsgebiet des NCT/UCC.....	23
Abbildung 4: Struktur des Onkologischen Zentrums .....	24
Abbildung 5: Wöchentliche Tumorboards im NCT/UCC .....	27
Abbildung 6: Patientinnen- und Patientenbesuche in der interdisziplinären Kernambulanz.....	32
Abbildung 7: Anzahl der Tumorboardempfehlungen in den interdisziplinären Tumorboards des NCT/UCC.....	33
Abbildung 8: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance NCT/UCC gesamt 2022.....	34
Abbildung 9: Vergleich der Tumorboardcompliance zwischen den Tumorboards/Organkrebszentren 2022 .....	35
Abbildung 10: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der internen Kooperationspartner des NCT/UCC 2021/2022.....	36
Abbildung 11: Allgemeine Zufriedenheit interdisziplinäre Kernambulanz - 2022 .....	37
Abbildung 12: Verteilung der Zufriedenheit nach Personengruppen interdisziplinäre Kernambulanz - 2022.....	37
Abbildung 13: Anzahl zur Rekrutierung geöffneter Studien NCT/UCC 2020-2022 .....	39
Abbildung 14: Anzahl Patientinnen und Patienten in Studien NCT/UCC 2020-2022 .....	39
Abbildung 15: Struktur des Hauttumorzentrums.....	41
Abbildung 16: Anzahl Primärfälle des Hauttumorzentrums 2014-2022 .....	42
Abbildung 17: Verteilung der Patientinnen und Patienten im Hauttumorzentrum .....	43
Abbildung 18: Anzahl vorgestellter Patientinnen und Patienten im Hauttumorboard 2015-2022 .....	52
Abbildung 19: Anzahl Tumorboardempfehlungen Hauttumorzentrum 2015-2022 .....	52
Abbildung 20: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance UHTC 2022 .....	53
Abbildung 21: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem Station DER-S2 - 2022.....	54
Abbildung 22: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser UHTC 2022 .....	55
Abbildung 23: Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums .....	58
Abbildung 24: Primär- und Zentrumsfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022 .....	63
Abbildung 25: Operative Primärfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022.....	64
Abbildung 26: Anteil Patientinnen mit einem Angebot zur genetischen BRCA-Testung Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022 .....	64
Abbildung 27: Betreuung durch den Sozialdienst GZ 2020-2022 .....	65
Abbildung 28: Anzahl Tumorboardempfehlungen Gynäkologisches Krebszentrum 2015-2022.....	66
Abbildung 29: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance GZ 2022.....	67
Abbildung 30: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio Patientinnen Gynäkologisches Krebszentrum 2022 .....	68
Abbildung 31: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 - 2022 .....	68
Abbildung 32: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-Ambulanz - 2022 .....	69
Abbildung 33: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-onkologische Ambulanz 2022 .....	69
Abbildung 34: Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden .....	72
Abbildung 35: Primärfälle Regionales Brustzentrum Dresden 2020-2022.....	77
Abbildung 36: Rezidive/Metastasen Regionales Brustzentrum Dresden 2020-2022 .....	78
Abbildung 37: Anzahl Tumorboardempfehlungen RBZ .....	81
Abbildung 38: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ gesamt 2022 .....	82
Abbildung 39: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ je Standort 2022 .....	82
Abbildung 40: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio Befragung der Patientinnen und Patienten RBZ 2022 .....	83
Abbildung 41: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 2022 .....	83
Abbildung 42: Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien .....	87

Abbildung 43: Fallzahlentwicklung Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2020-2022 .....	93
Abbildung 44: Patientenfälle HAEZ 2022 nach Diagnosegruppen (n=195) .....	94
Abbildung 45: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien HAEZ 2020-2022 .....	94
Abbildung 46: Entwicklung der Fallvorstellungen gesamt in den Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2020-2022 .....	96
Abbildung 47: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance HAEZ 2022 .....	97
Abbildung 48: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem HAEZ 2022 .....	98
Abbildung 49: Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums.....	101
Abbildung 50: Fallzahlentwicklung VOZ 2020-2022 .....	108
Abbildung 51: Operative Expertise VOZ 2020-2022.....	109
Abbildung 52: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard 2015-2022 .....	111
Abbildung 53: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance VOZ 2022.....	112
Abbildung 54: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem VOZ 2022 .....	113
Abbildung 55: Struktur des Sarkomzentrums.....	116
Abbildung 56: Fallzahlentwicklung Sarkomzentrum 2018-2022.....	122
Abbildung 57: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Sarkomboard 2020-2022.....	124
Abbildung 58: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance SAR 2022.....	125
Abbildung 59: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Sarkomzentrums 2023 (Mittelwerte) .....	125
Abbildung 60: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit Sarkomzentrum (stationär/ambulant) 2022 .....	126
Abbildung 61: Struktur des Kinderonkologischen Zentrums .....	128
Abbildung 62: Fallzahlentwicklung Kinderonkologisches Zentrum 2019-2022 .....	133
Abbildung 63: Zentrumsfälle 2022 nach Diagnosegruppen KIO (n=74) .....	133
Abbildung 64: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien KIO 2020-2022.....	134
Abbildung 65: Fallzahlentwicklung operative Kooperationspartner KIO 2020-2022.....	134
Abbildung 66: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung KIO 2019-2022 .....	136
Abbildung 67: Entwicklung der Tumorboardvorstellungen KIO 2020-2022 .....	136
Abbildung 68: Entwicklung der Fallvorstellungen in der Bereichsbesprechung KIO 2020-2022 .....	137
Abbildung 69: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser KIO 2022 .....	138
Abbildung 70: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem KIO 2022 .....	138
Abbildung 71: Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums .....	142
Abbildung 72: Fallzahlentwicklung Kopf-Hals-Tumorzentrum 2020-2022 .....	147
Abbildung 73: Operative Primärfälle Kopf-Hals-Tumorzentrum 2020-2022.....	148
Abbildung 74: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im KHTZ 2020-2022.....	150
Abbildung 75: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance KHTZ 2022.....	151
Abbildung 76: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2022 .....	151
Abbildung 77: Struktur des Neuroonkologischen Zentrums.....	154
Abbildung 78: Fallzahlentwicklung NOZ 2019-2022.....	158
Abbildung 79: Operative Expertise NOZ/NCH 2020-2022 .....	159
Abbildung 80: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung NOZ 2020-2022.....	160
Abbildung 81: Anzahl an Tumorboardempfehlungen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Neuroonkologischen Tumorboard 2020-2022 .....	160
Abbildung 82: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance NOZ 2022 .....	161
Abbildung 83: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem NOZ für das Jahr 2022.....	162
Abbildung 84: Struktur des Uroonkologischen Zentrums.....	166
Abbildung 85: Fallzahlen Prostatakarzinom und Nierenkarzinom 2020-2022 .....	171

Abbildung 86: Fallzahlen Harnblase und Hoden Uroonkologisches Zentrum 2022 .....	172
Abbildung 87: Anzahl Prostataektomien und Nierenteilresektionen UOZ 2020-2022 .....	172
Abbildung 88: Anzahl Nephrektomien, TURB, Zystektomien, Nephroureterektomie UOZ 2020-2022 ....	173
Abbildung 89: Anzahl Ablatio testis, Lymphadenektomien, Penisteilresektionen/Penektomie UOZ 2020-2022 .....	173
Abbildung 90: Anzahl Tumorboardempfehlungen Uroonkologisches Zentrum 2015-2022 .....	175
Abbildung 91: Anzahl vorgestellte Patientinnen und Patienten Uroonkologische Zentrum 2015-2022 ...	176
Abbildung 92: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Uroonkologisches Zentrum 2022 .....	176
Abbildung 93: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem UOZ 2022 .....	177
Abbildung 94: Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs .....	180
Abbildung 95: Anzahl genetische Untersuchungen FBREK 2020-2022 .....	184
Abbildung 96: Detektionsrate im IFNP FBREK 2020-2022 .....	184
Abbildung 97: Anteil histologisch gesichertes Mamma-Ca/DCIS nach BIRADS 4/5 und Stadienverteilung FBEK 2020-2022 .....	185
Abbildung 98: Anteil positiver Befunde nach Stanzbiopsie und Anteil Mutationsnachweis Klasse 4/5 FBREK 2020-2022 .....	185
Abbildung 99: Anzahl Beschlüsse Gendiagnostikboard FBREK 2020-2022 .....	186

## Abkürzungsverzeichnis

AA	Absolute Arrhythmie
AGO-Ovar	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie
ALL	Akute Lymphatische Leukämie
AML	Akute Myeloische Leukämie
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ASH	American Society of Hematology
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
BtM	Betäubungsmittel
CCC	Comprehensive Cancer Center
CCI-CD	Zentrum für Zell- und Immuntherapie Chemnitz-Dresden
CLL	Chronische Lymphatische Leukämie
CML	Chronische Myeloische Leukämie
DeGIR	Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie
DER	Klinik und Poliklinik für Dermatologie
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DKH	Deutsche Krebshilfe
DRG	Deutsche Röntgengesellschaft
EADV	European Academy of Dermatology and Venereology
EBSQ	European Board of Surgical Qualification
ECTU	Early Clinical Trial Unit
EHNS	Europäische Kopf-Hals-Gesellschaft
ESMO	Europäische Gesellschaft für Medizinische Onkologie
FA/FÄ	Facharzt/Fachärztin
FBREK	Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
FEBS	Fellow of the European Board of Surgery
FEBNS	Fellow of the European Board of Neurological Surgery
GBM	Glioblastom
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
HCT	Hydrochlororhiadid
HIPEC	Hypertherme Intraperitoneale Chemotherapie
HNO	Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HPV	Humanes Papillomvirus
ILCO	Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs sowie deren Angehörige
ITP	Immunthrombozytopenie
JACIE	Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT



KGE	Institut für Klinische Genetik
KH	Krankenhaus
KHTZ	Kopf-Hals-Tumorzentrum
KIK	Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
KIO	Kinderonkologisches Zentrum
KLSM	konfokale Laserscanmikroskopie
KMT	Knochenmarktransplantation
LC-OCT	Line-Field konfokale optische Kohärenztomografie
LL	Leitlinie
Ltd.	Leitende/Leitender
MA	Mitarbeiterin/Mitarbeiter
MDS	Myelodysplastisches Syndrom
MGFG	Mitteldeutsche Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.
MGMT	O6-Methylguanin-DNS-Methyltransferase
MGUS	Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz
MK1	Medizinische Klinik 1
MKG	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
M&M-Konferenzen	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
MPN	Myeloproliferative Neoplasie
MRT	Magnetresonanztomographie
NCH	Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
NCT/UCC	Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden
NHL	Non-Hodgkin-Lymphom
NOZ	Neuroonkologisches Zentrum
OA/OÄ	Oberarzt/Oberärztin
OCT	Optische Kohärenztomographie
OTX	Organtransplantation
OUPC	UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- & Plastische Chirurgie
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OZ	Onkologisches Zentrum
PDL	Pflegedienstleitung
PNH	Paroxysmale Nächtliche Hämoglobinurie
POD	Psychoonkologischer Dienst
PSMA	Prostata-Spezifisches-Membran-Antigen
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte*r
RBZ	Regionales Brustzentrum Dresden
SAR	Sarkomzentrum
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure
SP	Schwerpunkt
STL	Stationsleitung
STR	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
TB	Tumorboard

THO-TB	Thorax-Tumorboard
TDS	Tumordokumentationssystem
TT-Fields	Tumortherapiefelder
UCC	Universitäts KrebsCentrum
UCC-TDS	Tumordokumentationssystem
UHTC	UniversitätsHauttumorzentrum
UKD	Universitätsklinikum Dresden
UOZ	Uroonkologisches Zentrum
UPG	Ureteropyelographie
URO	Klinik und Poliklinik für Urologie
URS	Ureterorenoskopie
VOZ	Viszeralonkologisches Zentrum
VTG	Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
VUS	Varianten Unklarer Signifikanz
WB	Weiterbildung
ZB QRM	Zentralbereich Qualitäts- und medizinisches Risikomanagement

## Vorwort

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

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

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

Seit der Erstzertifizierung des Regionalen Brustzentrums Dresden und der Zertifizierung nach DIN EN ISO des CCC im Jahre 2004 wurden jährlich weitere Organkrebszentren gegründet und nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Zum jetzigen Zeitpunkt sind zehn Organkrebszentren, das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs sowie die Schwerpunkte eins und sechs mit den Tumorentitäten Gallenwege, neuroendokrine Tumore des Verdauungstraktes, Dünndarntumore, Hoden und Penis am NCT/UCC etabliert und zertifiziert.

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

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

Dieser Jahresbericht gibt einen Überblick über die Leistungen und Strukturen des Onkologischen Zentrums und der etablierten zertifizierten Organkrebszentren. Er beinhaltet Angaben zu Patientenzahlen, ausgewählte Qualitätsindikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. 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 (Leiter des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC Dresden)  
Prof. Dr. med. H. Glimm  
Prof. Dr. med. M. Krause  
Prof. Dr. med. J. Weitz

## Qualitätspolitik und übergeordnete strategische Ziele des Onkologischen Zentrums

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

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

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

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

Tabelle 1: Jahresziele des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC 2022

Nr.	Qualitätsziel	Termin	Zielerreichung
1	Erstellung einer Broschüre für das Onkologische Zentrum	November 2022	In Erarbeitung. Fertigstellung im Juli 2023 geplant.
2	Durchführung eines interdisziplinären Workshops zum Fertilitätserhalt	II. Quartal 2022	Workshop fand am 03.11.2022 statt.
3	Etablierung eines Lenkungsgremiums des Onkologischen Zentrums	Juni 2022	Erstes Lenkungsgremium fand am 07.07.2022 statt.
4	Qualitätssicherungsvereinbarung NCT/UCC - Geschäftsordnung NCT/UCC	August 2022	Ausstehend.
5	Gemeinsamer Internetauftritt des NCT/UCC	Mai 2022	Die neue gemeinsame Website wurde im Mai 2022 freigeschalten.
6	Umstrukturierung des Managementhandbuches des NCT/UCC	kontinuierlich	Die Umstrukturierung ist kontinuierlich erfolgt.
7	Teilnahme der onkologischen Fachpflegekräfte an den Tumorkonferenzen einmal jährlich	Januar 2022	Die Teilnahme an den Tumorkonferenzen erfolgt regelmäßig.
8	Vorstellung der psychoonkologischen Arbeit im Rahmen des Lenkungsgremiums.	August 2022	Vorstellung erfolgte im ersten Lenkungsgremium am 07.07.2022.
9	Umstellung der digitalen Tumorboards auf Webex	Juni 2022	Umstellung zum 01. März 2023 erfolgt.
10	Aufbau einer Studiendatenbank mit entsprechenden Filterfunktionen	Dezember 2022	In Erarbeitung. Aktuell erfolgt die Aktualisierung der bisherigen Datenbank.
11	Durchführung einer Veranstaltung für Zuweiserinnen und Zuweiser des NCT/UCC	Oktober 2022	Fand am 12.10.2022 statt.
12	Bau eines Empfangstresens und personelle Besetzung im NCT/UCC Portalgebäude Haus 31c	Juli 2022	Empfangstresen ist fertiggestellt. Personell besetzt ist der Tresen seit 08/2022.
13	Erfolgreiche Begutachtung des Onkologischen Spitzenzentrums durch die Deutsche Krebshilfe	Mai 2022	Förderung für weitere vier Jahre erhalten.
14	JACIE-Akkreditierung des Kinderonkologischen Zentrums - Bereich Zelluläre Therapien	September 2022	Begutachtung steht aus.
15	Erfolgreiches Überwachungsaudit des Onkologischen Zentrums nach DKG sowie nach DIN EN ISO 9001	April 2022	Überwachungsaudit erfolgreich abgeschlossen.
16	Erfolgreiche Erstzertifizierung des Kopf-Hals-Tumorzentrums nach DIN EN ISO 9001.	April 2022	Kopf-Hals-Tumorzentrum erfolgreich nach DIN EN ISO zertifiziert.
17	Überführung der vertikalen Audits mit externen Partnern in Befragungsform	Oktober 2022	Befragung ist im November erfolgt.
18	Erstellung der Managementbewertung in Form eines Jahresberichts	Dezember 2022	In Erarbeitung. Fertigstellung im März 2023 geplant.
19	Etablierung eines QR-Codes zum Beschwerdemanagement in die Patientenmappen	April 2022	QR-Code wurde auf den Patientenmappen etabliert.
20	Anpassung der Beschilderung im Haus 31c an Neuerungen und NCT-Design	Dezember 2022	Neubeschilderung im März 2023 abgeschlossen.

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

## Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC) wurde ein Qualitätsmanagementsystem nach den Vorgaben der DIN EN ISO 9001 aufgebaut. Dieses wird in allen Geltungsbereichen der klinischen Struktur des NCT/UCC als Führungsinstrument verstanden und ist bereits seit der Erstzertifizierung im Jahr 2004 als fester Bestandteil etabliert. Der Fokus liegt auf einer systematischen und transparenten Beschreibung von Arbeitsabläufen und Verantwortlichkeiten. Zudem wird besonderer Wert auf die kontinuierliche Weiterentwicklung bestehender Prozesse, Arbeitsanweisungen, Leitlinien und SOPs gelegt, um dem stetigen Wandel in Krankenversorgung und Forschung adäquat begegnen zu können. Das hohe Qualitätsniveau des Onkologischen Zentrums wird neben der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 auch durch die Zertifizierung von Fachgesellschaften und Akkreditierungen der Organkrebszentren sowie der Kooperationspartner sichergestellt.

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

Nr.	Zertifiziertes Organkrebszentrum
1	Onkologisches Zentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2022
2	Schwerpunkt 1: Gallenwege, neuroendokrine Tumore, Tumore des Dünndarms; Überwachungsaudit DKG April 2022
3	Schwerpunkt 6: Hoden, Penis; Überwachungsaudit DKG April 2022
4	Regionales Brustzentrum Dresden, Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2022
5	Gynäkologisches Krebszentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2022
6	Uroonkologisches Zentrum / Prostata, Harnblase, Niere; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2022; Erweiterung um die Tumorentität Hoden im Mai 2023 geplant
7	Viszeralonkologisches Zentrum / Darm, Magen, Leber, Ösophagus, Pankreas; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2022
8	Hauttumorzentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2022
9	Neuroonkologisches Zentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2022
10	Sarkomzentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2022
11	Kinderonkologisches Zentrum; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2022
12	Kopf-Hals-Tumorzentrum; Überwachungsaudit DKG und Erstzertifizierung DIN EN ISO April 2022
13	Zentrum für Hämatologische Neoplasien; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO April 2022
14	Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs; Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO 9001 April 2022

Tabelle 3: Zertifizierung der Kooperationspartner

Einrichtung	Zertifizierung
Institut für Pathologie des UKD	DIN EN ISO 9001
Tumor- und Normalgewebekbank des NCT/UCC	DIN EN ISO 9001
KIK Brückenprojekt (Palliativmedizin)	DIN EN ISO 9001
Klinikapotheke	Sächsische Landesapothekerkammer
Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie	DIN EN ISO 9001
Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Radiologie	DIN EN ISO 9001; DeGIR-Ausbildungszentrum, DeGIR-Zentrum für interventionelle Gefäßmedizin und minimal-invasive Therapie, DRG-Zentrum für Muskuloskeletale Radiologie
Stammzelltransplantation	JACIE
Laborbereich Hämatologische Diagnostik	DIN EN ISO 15189
UniversitätsHämophilieCentrum	Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH)

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

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

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

Abbildung 1: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess





# Onkologisches Zentrum



NATIONALES CENTRUM FÜR  
TUMORERKRANKUNGEN DRESDEN  
UNIVERSITÄTS KREBSCENTRUM UCC



Zertifiziertes  
Onkologisches Zentrum

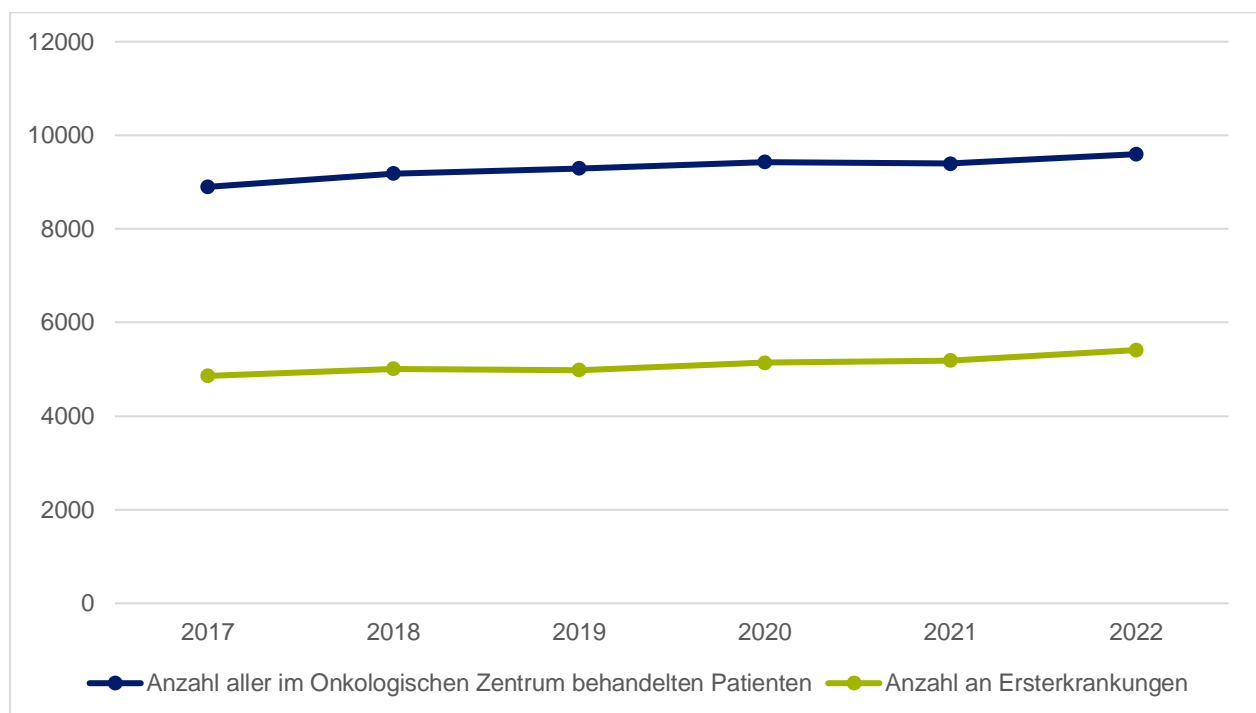


## Onkologisches Zentrum

### Struktur des Onkologischen Zentrums (OZ)

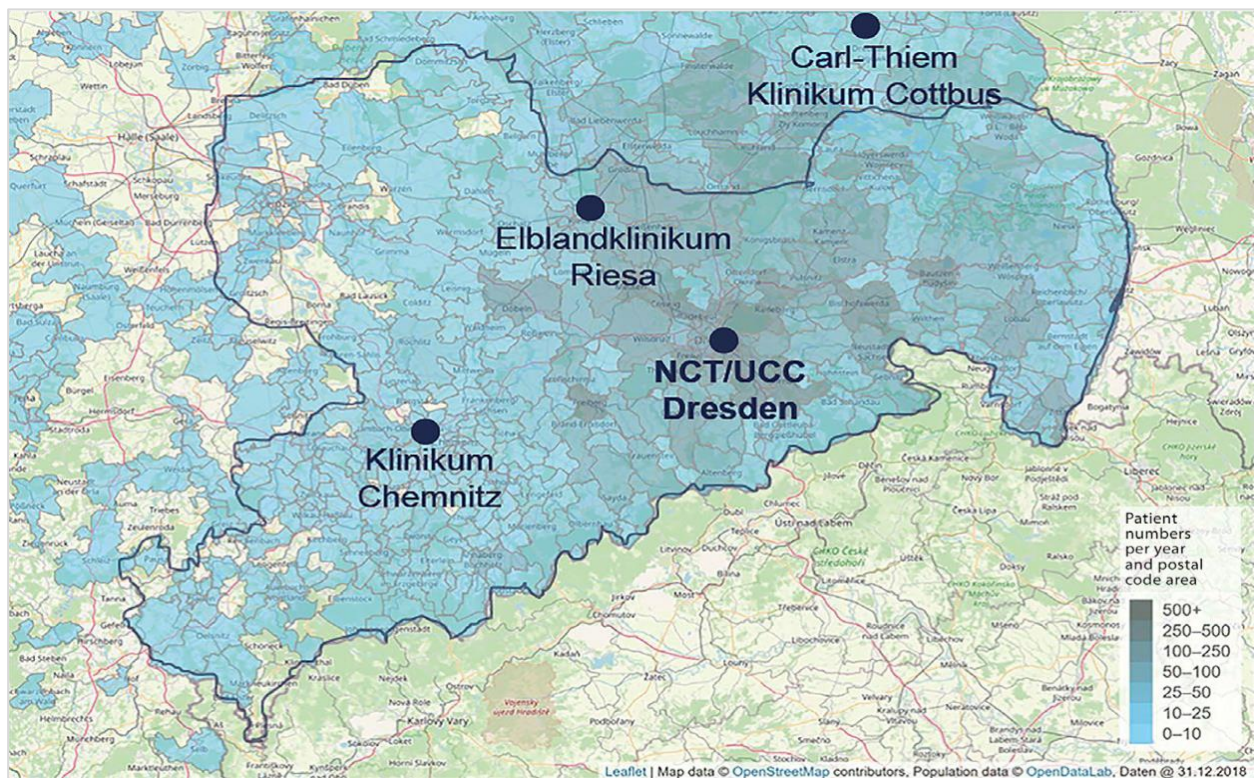
Mit über 9.000 Patientinnen und Patienten jährlich ist das Onkologische Zentrum des NCT/UCC Dresden zentrale Anlaufstelle für Menschen mit einer Krebserkrankung in der Region Dresden und darüber hinaus. Davon entfallen ca. 5.000 Fälle auf Patientinnen und Patienten, die sich mit einer Ersterkrankung im Onkologischen Zentrum vorstellen. Die Zahlen zeigen im Jahresvergleich einen konstanten leichten Anstieg von 2017 bis 2020. Im Jahr 2021 ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen; 2022 liegen die Zahlen wieder auf dem Niveau von 2020 bzw. leicht darüber.

Abbildung 2: Entwicklung der Patientenzahlen im NCT/UCC



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

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



Das Onkologische Zentrum des NCT/UCC bildet die Dachorganisation für die zertifizierten Organkrebszentren, Module/Schwerpunkte, Kliniken und Institute, welche an der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung beteiligt sind. Es ist seit April 2014 nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert.

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

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

Abbildung 4: Struktur des Onkologischen Zentrums



Eine zentrale Qualitätsanforderung und ein kritischer Erfolgsfaktor für die kontinuierliche Qualitätsverbesserung im Onkologischen Zentrum ist der Einsatz von qualifiziertem Personal. Im Onkologischen Zentrum des NCT/UCC ist fachkundiges Personal eingebunden, welches über verschiedene Qualifikationen verfügt.

Tabelle 4: Anzahl an Fachärztinnen und Fachärzten im Onkologischen Zentrum

Bezeichnung Fachärztin/Facharzt	Anzahl
FÄ/FA für Pathologie/Neuropathologie	10
FÄ/FA für Radiologie	23
FÄ/FA für Strahlentherapie	16
FÄ/FA mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	19
FÄ/FA für Nuklearmedizin	5
FÄ/FA für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie	17

Die Abbildung von Fachärztinnen und Fachärzten mit weiteren Qualifikationen und Zusatzweiterbildungen finden sich in den Ausführungen der jeweiligen Organkrebszentren.

In der Pflege sind onkologische Fachpflegekräfte mit der Betreuung der Patientinnen und Patienten im ambulanten und stationären Bereich betraut. Im Onkologischen Zentrum sind insgesamt 58 Pflegekräfte beschäftigt, die über eine Ausbildung zur onkologischen Fachpflegekraft gemäß Muster einer landesrechtlichen Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. verfügen. Weitere 15 Pflegekräfte haben die Weiterbildung „Ambulante Onkologie“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer absolviert.

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

### Interdisziplinäre Kernambulanz



Bild: @Uniklinikum Dresden / Thomas Albrecht

Ein wichtiges Ziel des Onkologischen Zentrums ist es, Patientinnen und Patienten in einer fachübergreifenden Ambulanz zu betreuen, so dass über die verschiedenen Diagnostik- und Therapieschritte hinweg bis in die Nachsorge hinein eine feste, kompetente Kontaktperson zur Verfügung steht und der direkte Austausch mit den beteiligten Behandlungspartnern jederzeit gewährleistet ist. Die interdisziplinäre Kernambulanz des NCT/UCC übernimmt neben der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen des Gastrointestinaltraktes, dermatologischen Tumoren, Sarkomen und seltenen Tumoren, die regelhaft eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie benötigen, auch die Funktion einer Anlaufstelle, so genannte Portalfunktion, für an Krebs Erkrankte, bei denen noch nicht endgültig feststeht, durch welches onkologische Spezialgebiet die Weiterbehandlung erfolgt.

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

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

### Tumorkonferenzen



Bild: @Uniklinikum Dresden / Thomas Albrecht

Die wesentliche und medizinische Kernleistung des Onkologischen Zentrums sind die interdisziplinären Tumorboards zu den verschiedenen Tumorentitäten, in denen fächerübergreifende, individuelle Therapieempfehlungen zur Diagnostik und Therapie für die Patientinnen und Patienten auf dem modernsten Stand der medizinischen Wissenschaften erarbeitet werden. Dabei werden stets die individuellen Aspekte der Patientinnen und Patienten wie Allgemein- und Ernährungszustand sowie das biologische Alter und der Wille der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Interdisziplinäre Tumorboards werden im Onkologischen Zentrum für das gesamte Spektrum der Onkologie angeboten. Die Tumorboards sind jeweils mit einer für das Indikationsgebiet ausgewiesenen Gruppe von Expertinnen und Experten besetzt und werden bedarfsgerecht um weitere Berufsgruppen, z. B. Psychoonkologie oder Pflege erweitert. Die interdisziplinären Tumorboards sind grundsätzlich für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und kooperierende Krankenhäuser offen.

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

Im Onkologischen Zentrum finden wöchentlich 19 Tumorboards statt. Neben Besprechungen von Patientinnen und Patienten, die im Onkologischen Zentrum behandelt werden, erfolgen in den Tumorboards des Onkologischen Zentrums auch Vorstellungen von Zweitmeinungsanfragen sowie eine gemeinsame Besprechung behandelter Patientinnen und Patienten aus Praxen oder anderen

Kliniken. Mit drei Kliniken in der Region werden zudem viermal wöchentlich Teletumorboards durchgeführt. Mit dem NCT Heidelberg wird zweimal pro Woche ein molekulares Teletumorboard abgehalten.

Abbildung 5: Wöchentliche Tumorboards im NCT/UCC

WOCHENTAG	MONTAG	DIENSTAG	MITTWOCH	DONNERSTAG	FREITAG
UHRZEIT					
07:30 - 08:00			Urologisches TB + Präth. PCa-Konferenz 07:30 - 08:00 Uhr		
08:00 - 08:30					
08:30 - 09:00		Tele-TB Coswig 08:30 - 09:30 Uhr	Neurochirurgisches TB 08:30 - 10:00 Uhr		
09:00 - 09:30	Pädiatrie TB 09:00 - 10:30 Uhr				
09:30 - 10:00					
10:00 - 10:30					
10:30 - 11:15					
11:15 - 11:30					
11:30 - 12:00	Hämatologisches Studien-TB 11:30 - 12:00 Uhr		Molekulares Tele-TB NCT/UCC Dresden/ Heidelberg 11:15 - 13:00 Uhr		
12:00 - 12:30	Hämatologisches TB 12:00 - 13:30 Uhr			nNGM-TB 12:30 - 13:30 Uhr	
12:30 - 13:00					
13:00 - 13:30					
13:30 - 13:45			Tele-TB UCC/KH St. Joseph-Stift 13:00 - 14:00 Uhr		
13:45 - 14:00	Sarkom-TB 13:30 - 14:45 Uhr	HNO/MKG-TB 13:45 - 14:45 Uhr	TB Zelluläre Therapie CCI-CD* 13:00 - 14:00 Uhr		
14:00 - 14:30				Urologisches TB + Postth. PCa- Konferenz 14:00 - 15:00 Uhr	Tele-TB Radeberg 14:00 - 14:30 Uhr
14:30 - 14:45			Sarkom-TB 14:00 - 15:00 Uhr	Tele-TB Coswig 14:30 - 15:30 Uhr	GA-TB 14:30 - 16:00 Uhr
14:45 - 15:00	GA-TB 14:45 - 16:30 Uhr	Thorax-TB 14:45 - 16:00 Uhr			Molekulares Tele- TB NCT/UCC Dresden/ Heidelberg 14:30 - 15:30 Uhr
15:00 - 15:30					
15:30 - 16:00					
16:00 - 16:30			GA-TB 15:00 - 16:45 Uhr	GYN-TB 16:00 - 16:30 Uhr	
16:30 - 16:45		Dermatologisches TB (UHTC) 16:00 - 17:30 Uhr			
16:45 - 17:30	Endokrinologisches TB 16:45 - 17:30 Uhr			Mamma-Board (RBZ) 16:30 - 18:00 Uhr	
17:30 - 18:00					

## Lenkungsgremium

Das Lenkungsgremium ist für die Festlegung und Weiterentwicklung der Aufgaben, die von grundsätzlicher bzw. strategischer Bedeutung für das Onkologische Zentrum sind, verantwortlich. Es findet zweimal jährlich statt. Die Organisation und Moderation obliegt der Leitung des Onkologischen Zentrums. Mitglieder sind die Leiterinnen und Leiter der Organkrebszentren, die Zentrumskoordination/Qualitätsmanagementbeauftragten der Organkrebszentren, Vertreterinnen und Vertreter der Pflege sowie die Leitung des Zentralbereichs Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement. Bedarfsbezogen bzw. themenabhängig nehmen weitere Fachdisziplinen und -bereiche teil. Im Jahr 2022 fand das Lenkungsgremium am 7. Juli 2022 und 28. November 2022 statt. Themen in 2022 waren u.a. die Screeningrate und bedarfsgerechte Versorgung im psychoonkologischen Dienst, die Umsetzung des Standards zur onkologischen Pflegevisite sowie die Studiendatenbank des NCT/UCC.

## Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

### Fort- und Weiterbildungsangebote

Das Onkologische Zentrum bietet regelmäßig zentrumsbezogene und zentrumsübergreifende Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen über die Internetseite, mittels persönlicher Einladung oder über das Wissenschaftsmagazin „Krebs im Focus“ an. Die Veranstaltungen richten sich an

die Zuweiserinnen und Zuweiser, kooperierende Praxen und Kliniken und an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des NCT/UCC sowie anderen Kliniken und Bereichen der Hochschulmedizin Dresden. Alle Angebote bieten die Gelegenheit zum fachlichen Austausch.

Neben den spezifischen Fortbildungsangeboten der Organkrebszentren/Module ist seit 2014 die Fortbildungsreihe „Krebs im Focus“ am NCT/UCC etabliert. Die Veranstaltung findet mindestens zweimal jährlich statt. Im Jahr 2022 wurden zwei Veranstaltungen zum Themenschwerpunkt „Zielgruppenspezifisch in der Onkologie“ durchgeführt. Eine Veranstaltung stellte das Thema „Kinder und Jugendliche als Betroffene“ in den Mittelpunkt, die zweite Veranstaltung behandelte schwerpunktmäßig das Thema „Krebs bei der Frau“. Am 12. Oktober 2022 fand zudem eine Veranstaltung für die Zuweiserinnen und Zuweiser statt, die in verschiedenen Kurzvorträgen Informationen zu aktuellen Themen aus dem NCT/UCC präsentierte und über aktuelle Entwicklungen und Neuigkeiten aus den Organkrebszentren berichtete.

Speziell für Pflegefachkräfte fand am 11. November 2022 das 4. Onkologische Pflegesymposium - Onko(o)online - statt. Zu dem Schwerpunktthema „Unterstützende Maßnahmen im Kontext der onkologischen Therapie“ gab es u. a. Vorträge zum Projekt „Onkolotse“ oder zur Beratung von Patientinnen und Patienten in der Pädiatrie.

### Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige und Interessierte finden im Onkologischen Zentrum sowohl zentrumsübergreifend als auch zentrumspezifisch statt. Insbesondere über das Präventions- und Sporttherapeutische Zentrum des NC/UCC werden regelhaft zentrumsübergreifende Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten angeboten.

Tabelle 5: Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten NCT/UCC

Thema	Termin
Benefizkonzert Takte gegen Krebs	7. Mai 2022
Benefizlauf Fortschritt gegen Krebs	7. Juli 2022
Let's eat Ernährungsprogramm	April/Mai und September 2022 mit insgesamt acht Veranstaltungen
Koordinations- und Krafttraining	3 Kurse

### Workshops

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

Tabelle 6: Workshops NCT/UCC

Thema	Termin
Fertilitätserhalt	3. November 2022
Pankreaskarzinom	3. Mai 2022
Kolonkarzinom	11. Oktober 2022
Gastrointestinale Stromatumoren (GIST)	12. April 2022
Chronische lymphatische Leukämie (CLL)	14. März 2022
Myelodysplastische Syndrome/Myeloproliferative Neoplasien	15. November 2022
Kopf-Hals-Tumore	12. April 2022
Weichgewebssarkome	30. August 2022

Alle in den Workshops erarbeiteten SOPs (Behandlungspfade, Diagnostik- und Nachsorgeleitfäden) orientieren sich an den aktuellen S1-S3-Leitlinien. Sie werden regelmäßig, mindestens aller drei Jahre, auf Aktualität geprüft. Wird durch Änderungen in den Leitlinien eine Änderung der SOPs vor Ablauf der drei Jahre erforderlich, wird zeitnah ein Workshop organisiert.

## Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Onkologischen Zentren

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

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

## Ergebnisse aus externen und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Am 25. und 26. April 2022 fand das Überwachungsaudit des Onkologischen Zentrums inkl. aller Organkrebszentren/Module und Schwerpunkte statt. Das Überwachungsaudit wurde als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 durchgeführt. Im Rahmen des Überwachungsaudits wurden für das Onkologische Zentrum keine Abweichungen festgestellt. Seitens der Deutschen Krebsgesellschaft wurden insgesamt 15 Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche Psychoonkologie, Pflege, Ernährungsberatung, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Palliativmedizin, Studienmanagement, interdisziplinäre Zusammenarbeit und medikamentöse Therapie betreffen. Die Prüfung der Umsetzung der DIN EN ISO Norm ergab zehn Hinweise in den Bereichen Pflege, ambulante Ernährungsberatung



und Tumorboards. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet, die in einem Maßnahmenplan festgehalten und im Lenkungsgremium des Onkologischen Zentrums, in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb der Organkrebszentren interdisziplinär und interprofessionell diskutiert und umgesetzt wurden.

### Ergebnisse aus internen Audits

In regelmäßigen Abständen finden im Onkologischen Zentrum interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems statt. Die Planung der internen Audits obliegt der Zentrumskoordination in Abstimmung mit dem Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement der Hochschulmedizin Dresden. Die Durchführung der internen Audits erfolgt durch zwei unabhängige interne Auditorinnen und Auditoren des Universitätsklinikums Dresden. Das letzte interne Audit des NCT/UCC fand am 5. Oktober 2022 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden die Bereiche Verwaltung, Qualitätsmanagement, klinisches Krebsregister, medizinische Dokumentation, psychoonkologischer Dienst sowie die interdisziplinäre Kernambulanz begutachtet. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurden sieben Hinweise u.a. zur Notfalldokumentation und zur Aktualisierung von Dokumenten im Organisationshandbuch AENEIS ausgesprochen.

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

### Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen

#### Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Onkologischen Zentrums wurden bisher aller drei Jahre papierbasiert durchgeführt. Die letzte Befragung fand im III. Quartal 2020 statt. Die Ergebnisse und möglichen Maßnahmen wurden in den verschiedenen Gremien des Onkologischen Zentrums diskutiert. Ende 2022 wurde die papierbasierte Befragung auf eine kontinuierliche Onlinebefragung umgestellt. Den Zuweiserinnen und Zuweisern steht auf der Internetseite ein QR-Code oder ein Link zur Teilnahme an der Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mailadresse [feedback.nct-ucc@ukdd.de](mailto:feedback.nct-ucc@ukdd.de) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche, Anregungen oder Lob/Kritik zu äußern.

#### Zufriedenheit der internen und externen Kooperationspartner

Die Erfassung der Zufriedenheit der internen und externen Kooperationspartner erfolgt in Form von Befragungen und persönlichen Gesprächen auf Leitungsebene. Die Kooperationspartner erhalten einmal jährlich einen Fragebogen per E-Mail zugesandt. Alle drei Jahre, bei angegebener Gesprächsbedarf oder kritischen Anmerkungen im Fragebogen findet ein protokolliertes persönliches Gespräch statt. Letztmalig erhielten im November 2022 die Kooperationspartner einen Fragebogen zugesandt. Die Rücklaufquote betrug 63,2%. Für das Jahr 2023 sind persönliche Gespräche mit allen internen Kooperationspartnern geplant.

## Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten finden alle drei Jahre papierbasiert statt. Die letzte Befragung wurde zeitgleich mit der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser im III. Quartal 2020 durchgeführt. Die Ergebnisse und abgeleiteten Maßnahmen wurden in den verschiedenen Gremien des Onkologischen Zentrums diskutiert. Für die Befragungen der Patientinnen und Patienten ist die Umstellung auf eine kontinuierliche Onlinebefragung für das dritte Quartal 2023 geplant. Ebenso wie den Zuweiserinnen und Zuweisern steht den Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums dann ein QR-Code oder ein Link zur Teilnahme an der Befragung sowie die neu eingerichtete E-Mailadresse für Wünsche, Anregungen und/oder Lob/Kritik zur Verfügung.

Die Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums haben zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen entweder über eine Stele oder über einen QR-Code etabliert ist, abzugeben. Den entsprechenden QR-Code finden die Patientinnen und Patienten auch in den Patientenmappen des NCT/UCC, welche allen im Onkologischen Zentrum Behandelten ausgehändigt wird.

## Öffentlichkeitsarbeit

Das Onkologische Zentrum präsentierte sein Leistungsspektrum in den vergangenen Jahren in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen waren dabei die Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums, Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Kliniken aus dem Raum Dresden und Umgebung.

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

Umfassende Informationen zum Onkologischen Zentrum sowie der Organkrebszentren sind auf der Internetseite des NCT/UCC integriert. Der Internetauftritt, der im Jahr 2022 vollständig überarbeitet wurde, informiert zudem über aktuelle Veranstaltungen und Fortbildungen.

Über Neuerungen im NCT/UCC, Forschungstätigkeiten und -ergebnisse sowie aktuelle Studien informiert das Wissenschaftsmagazin „Krebs im Focus“. Das Wissenschaftsmagazin erscheint mindestens zweimal jährlich und wird den Zuweiserinnen und Zuweisern sowie den Kooperationspartnern postalisch zugesandt. Das Magazin steht auch allen Interessierten als Download auf der Internetseite des NCT/UCC unter [www.nct-dresden.de/das-nctucc-dresden/newsroom/nctucc-wissenschaftsmagazin.html](http://www.nct-dresden.de/das-nctucc-dresden/newsroom/nctucc-wissenschaftsmagazin.html) zur Verfügung. Die letzte Ausgabe ist im Dezember 2022 erschienen.

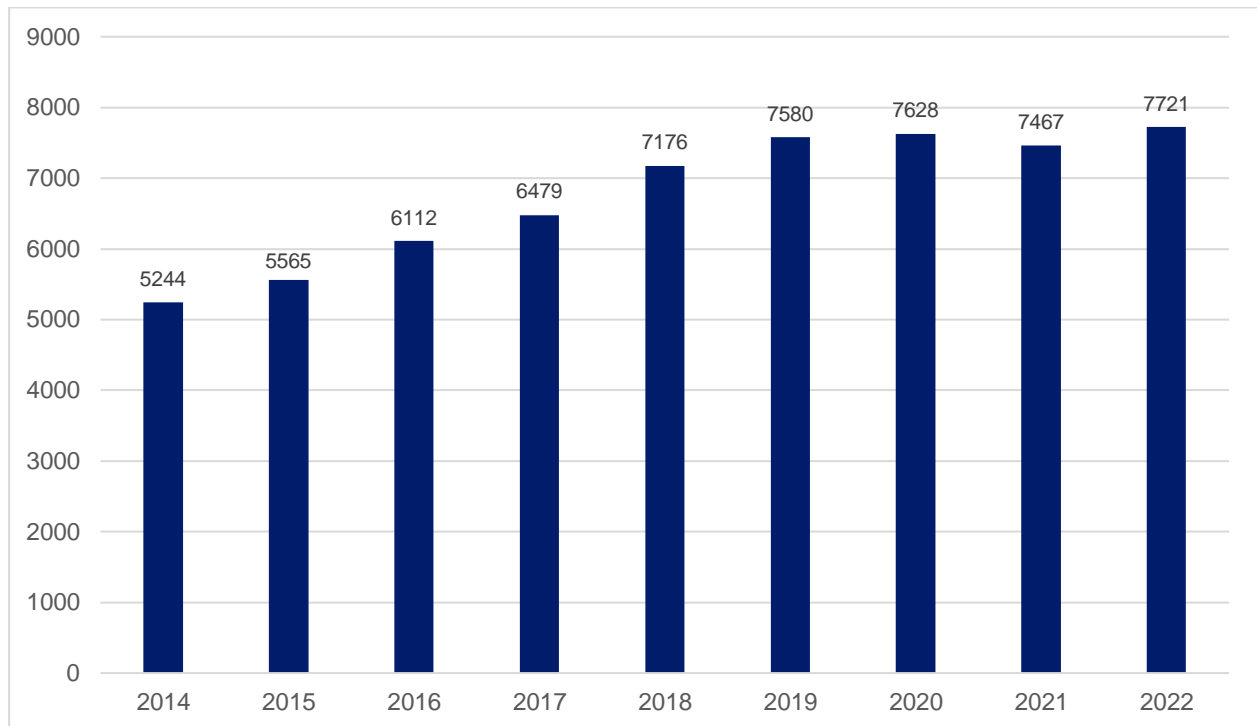
## Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

### Leistungszahlen

In der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC wurden im Jahr 2022 insgesamt **7.721 Besuche von Patientinnen und Patienten** registriert. Hierbei handelt es sich um Patientinnen und Patienten, die in den Sprechstunden der Chirurgie, internistischen Onkologie, Strahlentherapie, Tumororthopädie und Dermatologie in der Kernambulanz des NCT/UCC vorstellig wurden. Pati-

entinnen und Patienten, die sich in den klinikspezifischen Spezialsprechstunden, z. B. Brustsprechstunde in der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe vorgestellt haben, bleiben hier unberücksichtigt. Auch die Besuche der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Beratungsgespräche beim psychoonkologischen Dienst oder dem Sozialdienst sind nicht enthalten.

Abbildung 6: Patientinnen- und Patientenbesuche in der interdisziplinären Kernambulanz



Das interne Qualitätsziel sieht vor, die Anzahl der Patientinnen- und Patientenbesuche auf einem stabilen Niveau zu halten. Der Rückgang im Vergleich zum Vorjahr sollte nicht mehr als 5% betragen. Nach einem Rückgang der Besuche von Patientinnen und Patienten in der interdisziplinären Kernambulanz um 2,1% im Jahr 2021 konnte in 2022 die Zahl der Patientinnen- und Patientenbesuche wieder gesteigert werden. Sie liegen damit auch über dem Niveau von 2020 (7.628 Besuche von Patientinnen und Patienten). Das interne Qualitätsziel konnte erreicht werden, so dass eine Ableitung von Maßnahmen nicht erforderlich ist.

Zum Geltungsbereich des zertifizierten Onkologischen Zentrums gehören zehn Organkrebszentren/Module, die Schwerpunkte 1 und 6 sowie das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs. 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 2020-2022

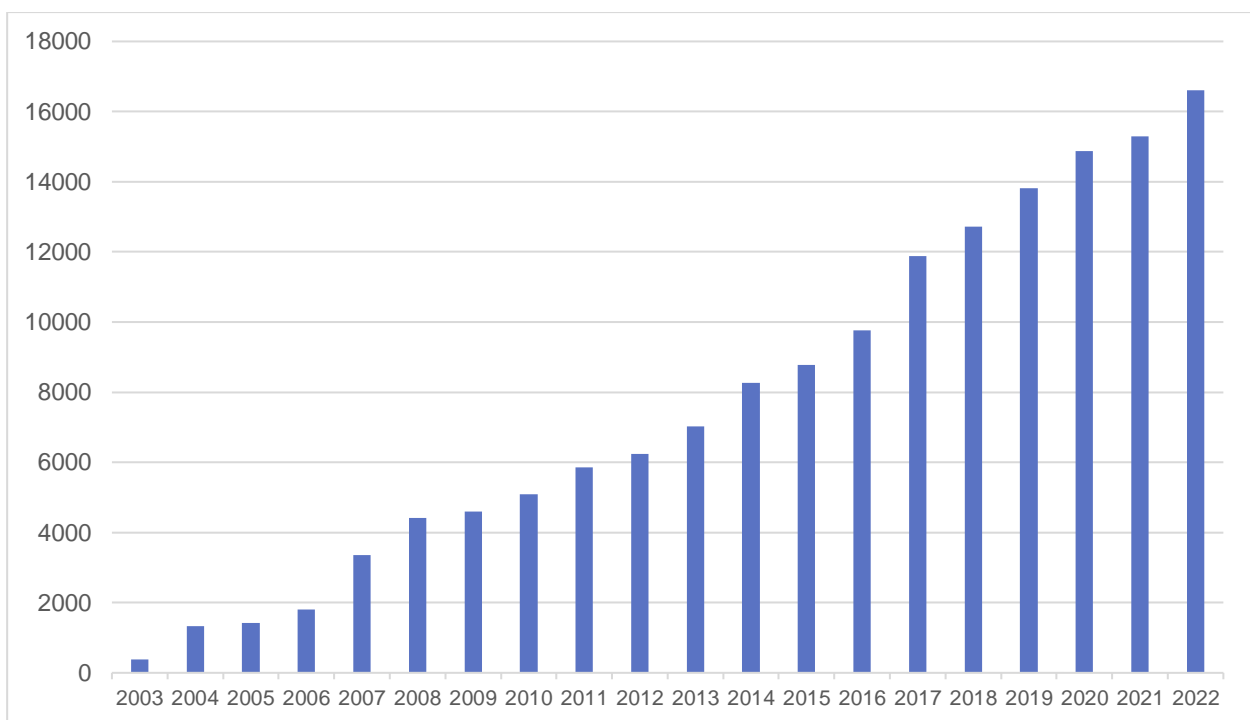
	2020	2021	2022
Primärfälle	3.234	3.562	3.716
Rezidive/Fernmetastasen	902	992	1.197
Zentrumsfälle	4.080	4.588	4.951

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten die sich mit einer Primärerkrankung und/oder einem Rezidiv/Metastasen im zertifizierten Onkologischen Zentrum vorstellen, unterliegt seit 2020 einer kontinuierlichen Steigerung. Die Entwicklung der Primär- und Zentrumsfälle für die einzelnen Tumorentitäten kann den Ausführungen des jeweiligen Organkrebszentrums entnommen werden.

### Interdisziplinäre Tumorboards

Für das Jahr 2022 wurden in Summe 767 Tumorboards durchgeführt. Hierunter zählen alle Tumorboards, mit Ausnahme des molekularen Tele-Tumorboards NCT/UCC Dresden/Heidelberg und dem Teletumorboard Coswig, die in der Abbildung 5 aufgeführt sind.

Abbildung 7: Anzahl der Tumorboardempfehlungen in den interdisziplinären Tumorboards des NCT/UCC

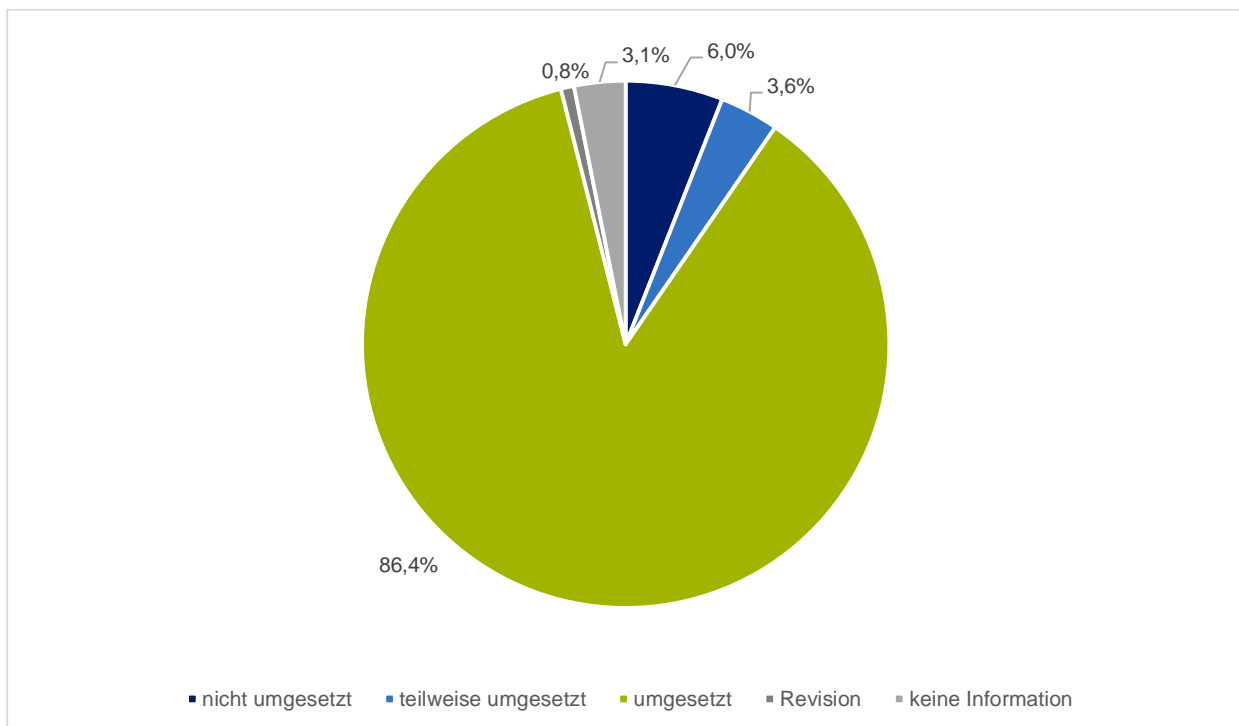


Auch bei der Anzahl der Tumorboardempfehlungen in den interdisziplinären Tumorboards zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg, was mit der Entwicklung der Primär- und Zentrumsfälle im Onkologischen Zentrum korreliert. Die insgesamt 16.614 Tumorboardempfehlungen aus dem Jahr 2022 wurden für 11.252 Patientinnen und Patienten getroffen. Im Durchschnitt werden pro Patientin und Patient 1,4 Therapieempfehlungen im Rahmen der interdisziplinären Tumorboards ausgesprochen.

## Tumorboardcompliance

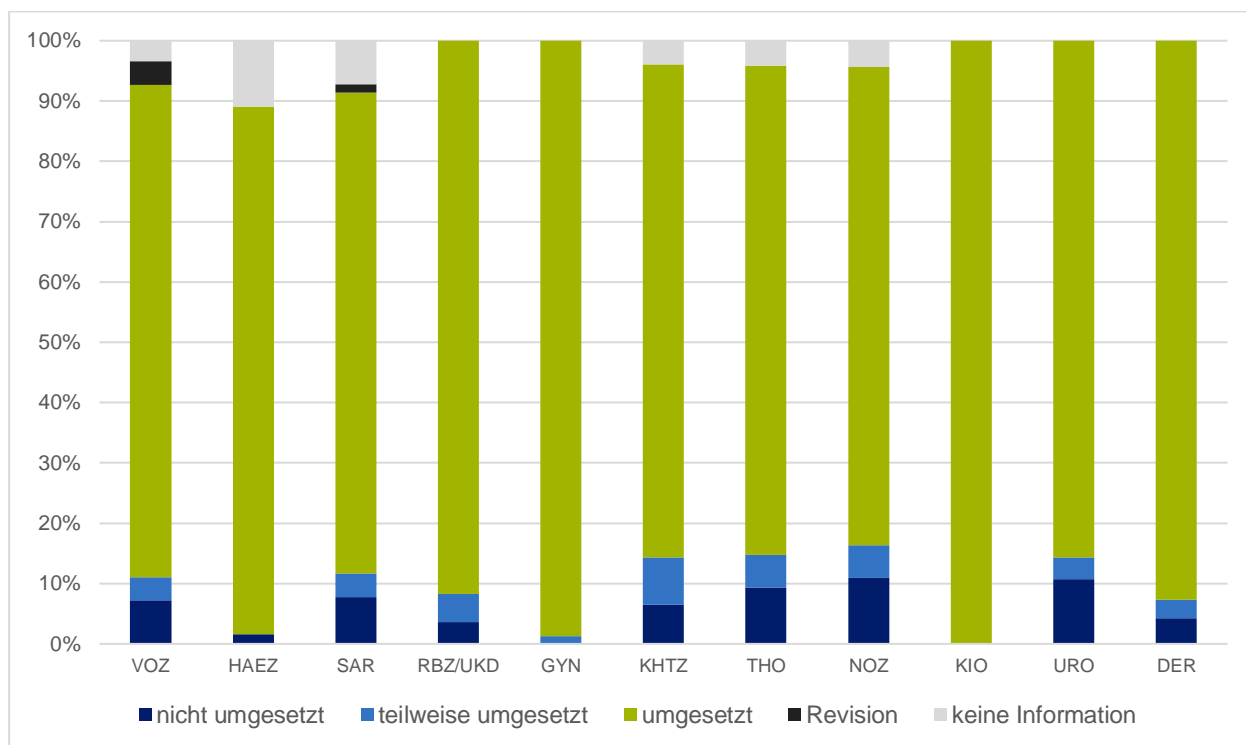
Einmal jährlich wird mittels stichprobenartig gezogener Behandlungsakten von Patientinnen und Patienten randomisiert die Tumorboardcompliance überprüft. Dabei wird insbesondere die inhaltliche Konformität der durchgeführten Diagnostik und Therapie mit dem Tumorboardprotokoll ausgewertet. Therapieabweichungen, welche nicht dokumentiert worden sind, werden in den Arbeitsgruppen der Organkrebszentren diskutiert und ggf. eine interdisziplinäre Fallbesprechung oder die Vorstellung in der M&M-Konferenz initiiert. Die Stichprobengröße lag bei 10% aller im Tumorboard vorgestellten Patientinnen und Patienten innerhalb eines Jahreszeitraumes. Im Kinderonkologischen Zentrum bzw. beim pädiatrischen Tumorboard wurden alle Beschlüsse aus dem Jahr 2022 auf ihre Umsetzung hin überprüft. Im Jahr 2022 wurden insgesamt **1.239 Tumorboardempfehlungen** von **730 Patientinnen und Patienten** überprüft.

Abbildung 8: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance NCT/UCC gesamt 2022



Inhaltlich vollständig umgesetzt wurden 86,4% aller geprüften Tumorboardempfehlungen. Damit wurde die in den internen Qualitätsindikatoren festgelegte Zielgröße von >80% erfüllt. Bei den Empfehlungen die nicht umgesetzt wurden, lagen die Gründe zumeist in der Entscheidung der Patientinnen und Patienten, die die Therapieempfehlung abgelehnt haben. Bei 3,1% der Beschlüsse lagen keine Informationen vor, d. h. die Tumorboardempfehlung sollte extern in einer Praxis oder Klinik umgesetzt werden. Die Tumorboardempfehlungen wurden zur Verfügung gestellt, eine Information, ob die Therapie tatsächlich entsprechend der Empfehlung umgesetzt wurde, lag zum Zeitpunkt der Prüfung der Beschlüsse nicht vor.

Abbildung 9: Vergleich der Tumorboardcompliance zwischen den Tumorboards/Organkrebszentren 2022



Die Auseinandersetzung bzw. Bewertung der Ergebnisse zur Tumorboardcompliance erfolgt in dem jeweiligen Organkrebszentrum/Modul.

### Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der internen und externen Kooperationspartner

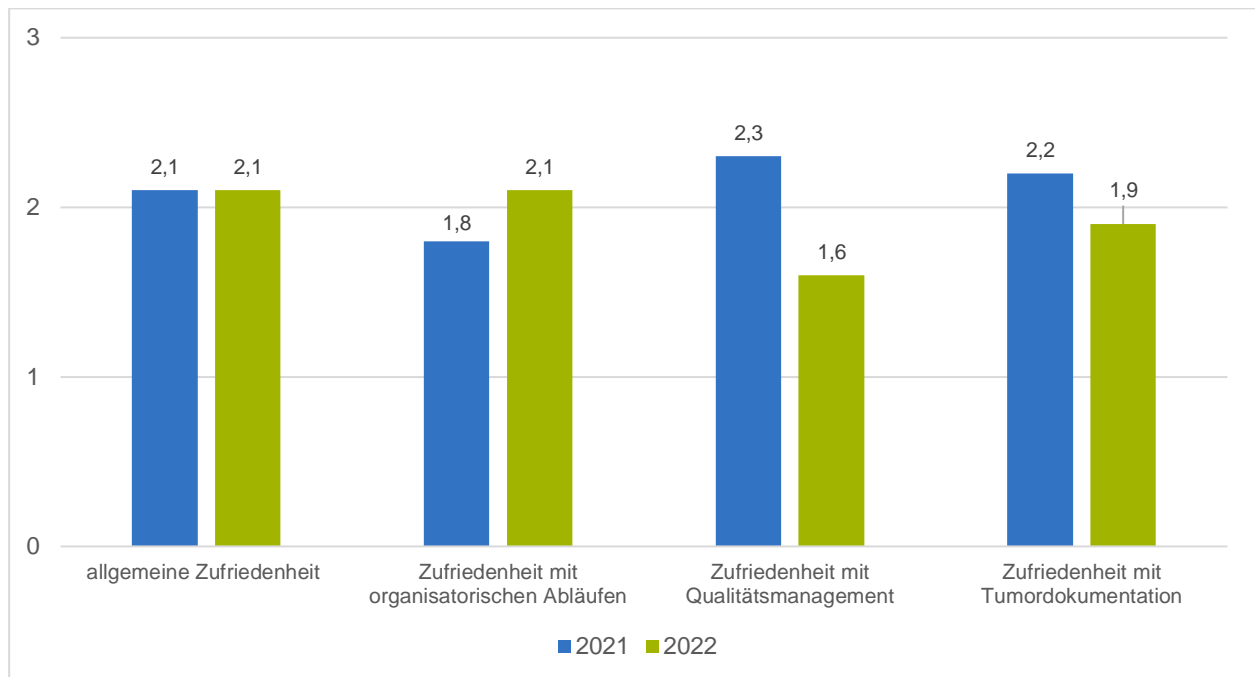
Im Jahr 2022 wurden 19 interne und sieben externe Kooperationspartner nach der Zufriedenheit mit dem NCT/UCC befragt. Die Rücklaufquote betrug 63,2%. Der Bewertung lag eine fünfstufige Skala zu Grunde. Die „1“ steht dabei für sehr zufrieden, die „5“ für sehr unzufrieden.

#### Interne Kooperationspartner

Die durchschnittliche allgemeine Zufriedenheit mit dem NCT/UCC lag bei den internen Kooperationspartnern bei 2,1. Im Vergleich zum Vorjahr gab es keine Änderung, da die allgemeine Zufriedenheit auch in 2021 mit 2,1 bewertet wurde.

Die Zufriedenheit mit den organisatorischen Abläufen wurde ebenfalls mit 2,1 bewertet, was einen Rückgang zum Vorjahr bedeutet. In 2021 konnte hier noch eine Zufriedenheit von 1,8 erreicht werden. Eine deutliche Verbesserung im Vergleich zum Vorjahr konnte in der Zufriedenheit mit dem Qualitätsmanagement und der Tumordokumentation des NCT/UCC erreicht werden. Lag der Mittelwert im Jahr 2021 für das Qualitätsmanagement noch bei 2,3 bzw. 2,2 für die Tumordokumentation, wurde die Zufriedenheit mit dem Qualitätsmanagement bei der Befragung 2022 mit 1,8 bewertet, die Zufriedenheit mit dem Bereich der Tumordokumentation mit 1,9.

Abbildung 10: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der internen Kooperationspartner des NCT/UCC 2021/2022



Kritikpunkte bei der Zufriedenheit mit den organisatorischen Abläufen lagen beispielsweise in den Anfragen nach sehr kurzfristigen Zuarbeiten, Nachmeldungen in den Tumorboards sowie die Erreichbarkeit. Diese Kritikpunkte werden in den persönlichen Gesprächen, die in diesem Jahr mit den Kooperationspartnern geführt werden, aufgenommen und Maßnahmen zur Verbesserung abgeleitet. Die festgelegten Maßnahmen werden in den Maßnahmenplan überführt und regelmäßig auf ihre Umsetzung hin überprüft.

### Externe Kooperationspartner

Die Ermittlung der Zufriedenheit der externen Kooperationspartner wurde 2022 erstmals in Form einer papierbasierten Befragung durchgeführt, sodass hier keine Vergleichswerte zum Vorjahr vorliegen. Im Fokus der Befragung stand die Zufriedenheit mit der Nutzung des Tumordokumentationssystems (UCC-TDS), der technische Support sowie die Organisation der Tumorboards. Die durchschnittliche allgemeine Zufriedenheit mit dem NCT/UCC liegt bei den externen Kooperationspartnern bei 1,8. Der technische Support für das UCC-TDS sowie Informationen zu Änderungen am UCC-TDS wurden mit 2,0 bzw. 1,8 bewertet. Der Ablauf und die Organisation der Tumorboards, an denen die externen Kooperationspartner teilnehmen, wurde mit 1,6 bewertet. Verbesserungspotential sehen die externen Kooperationspartner in der Form des externen Zugriffs auf das UCC-TDS und im Datenaustausch sowie in den Wartezeiten für Patientinnen und Patienten bis zur Vorstellung im Tumorboard.

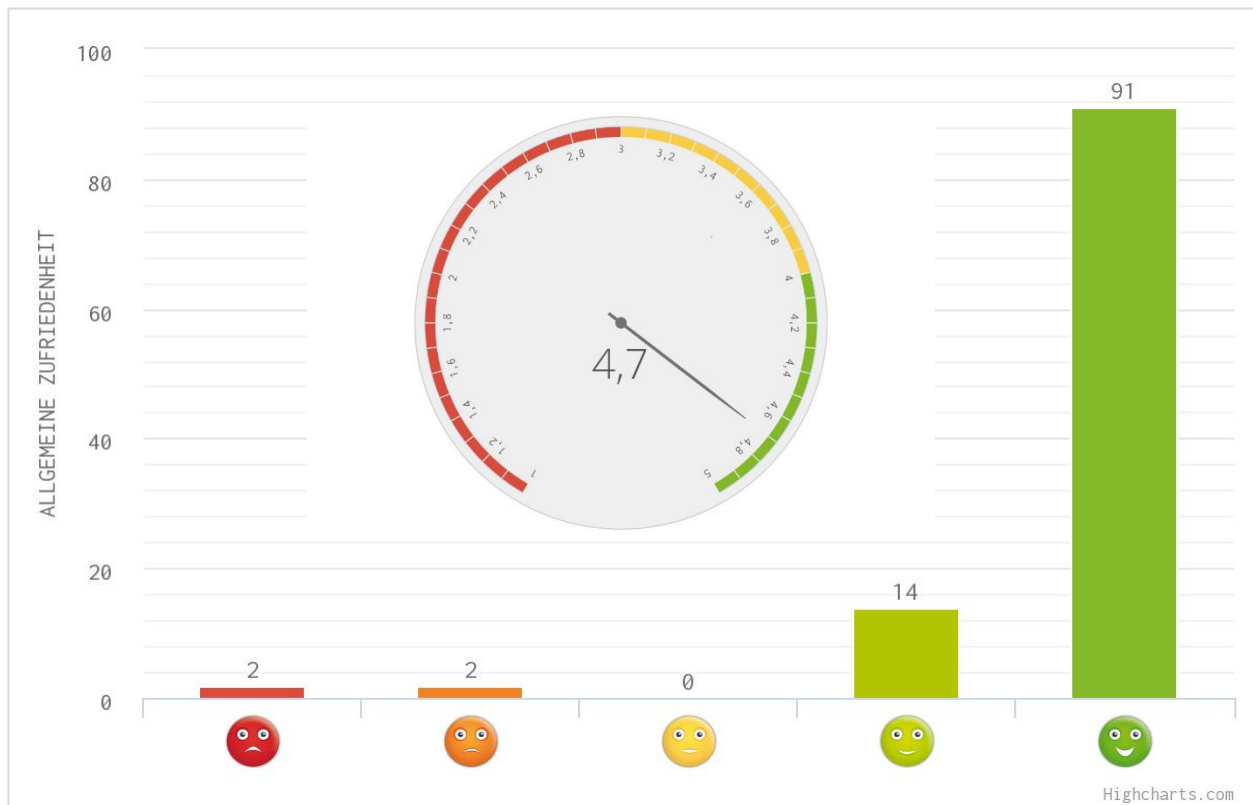
Auch diese Anmerkungen und Kritikpunkte werden mit den Verantwortlichen diskutiert. Es werden gemeinsam Lösungsvorschläge erarbeitet und Maßnahmen abgeleitet.

### Ergebnisse des digitalen Feedbacksystems

Über das digitale Feedbacksystem sind im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2022 109 Rückmeldungen eingegangen. Sie wurden von 82 Patientinnen und Patienten und 25 Angehörigen

abgegeben. Bei zwei Rückmeldungen wurden keinen Angaben zur Personengruppe vorgenommen.

Abbildung 11: Allgemeine Zufriedenheit interdisziplinäre Kernambulanz - 2022



Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht hier für sehr unzufrieden, die „5“ für sehr zufrieden. Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Zufriedenheit von 4,6 auf 4,7 verbessert werden. Gründe für die Unzufriedenheit lagen insbesondere in der Wartezeit; Maßnahmen sind nicht erforderlich.

Abbildung 12: Verteilung der Zufriedenheit nach Personengruppen interdisziplinäre Kernambulanz - 2022

Sind Sie...	Allgemeine Zufriedenheit					Gesamt
	👎	👎	😊	😊	😊	
<i>Patient*in</i>	1	2	0	9	70	<b>82</b>
<i>Angehörige/ Angehöriger</i>	1	0	0	5	19	<b>25</b>
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>89</b>	<b>107</b>

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



## Forschungstätigkeiten

Die Vereinheitlichung der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie die Weiterentwicklung der Behandlung bei Krebserkrankungen ist ein wichtiger Baustein in der Krebstherapie, welcher durch das NCT/UCC unterstützt wird. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Onkologischen Zentrums beteiligen sich an der Weiterentwicklung von Leitlinien, Veröffentlichung von wissenschaftlichen Publikationen sowie an klinischen Studien.

## Weiterentwicklung von Leitlinien

Tabelle 8: Mitarbeit an Leitlinien

Mitwirkende Person	Fachrichtung	Leitlinie
Prof. Dr. med. J. Kotzerke	Nuklearmedizin	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Keimzelltumoren des Hodens
		S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge Nierenzellkarzinoms
		S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren
Dipl.-Psych. B. Hornemann	Psychoonkologie	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom
		Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung
		S3-Leitlinie Psychoonkologie Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatientinnen und -patienten
		S3-Leitlinie zum exokrinen Pankreaskarzinom
Prof. Dr. med. P. Wimberger	Gynäkologie	S3-Leitlinie Adulte Weichgewebesarkome
		S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom
Prof. Dr. med. G. Baretton	Pathologie	S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Plattenepithelkarzinome und Adenokarzinome des Ösophagus
Prof. Dr. med. Dr. E. Troost	Strahlentherapie	S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms
Dr. med. S. Appold	Strahlentherapie	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge Nierenzellkarzinoms
Dr. Nadja Seidel	Präventionszentrum	S3-Leitlinie Hautkrebsprävention
Dr. med. C. Jentsch	Strahlentherapie und Radioonkologie	S3-Leitlinie Adulte Weichgewebesarkome
PD Dr. med. U. Schuler	Hämatologie/Onkologie; Palliativmedizin	S3-Leitlinie supportive Therapie bei onkologischen Patientinnen und Patienten
		Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung
PD Dr. med. A. Borkowetz	Urologie	S3-Leitlinie Prostatakarzinom

## Klinische Studien

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.

Am Onkologischen Zentrum des NCT/UCC waren im Jahr 2022 40 klinische Studien zur Rekrutierung geöffnet, in die insgesamt 632 Patientinnen und Patienten eingeschlossen wurden. Diese 40 Studien beziehen sich ausschließlich auf die zentrale Studieneinheit Early Clinical Trial Unit (ECTU) und das NCT/UCC. In den jeweiligen Organkrebszentren werden weitere Studien angeboten. Die Angaben zu diesen Studien finden sich in den Kapiteln zu den jeweiligen Zentren.

Abbildung 13: Anzahl zur Rekrutierung geöffnete Studien NCT/UCC 2020-2022

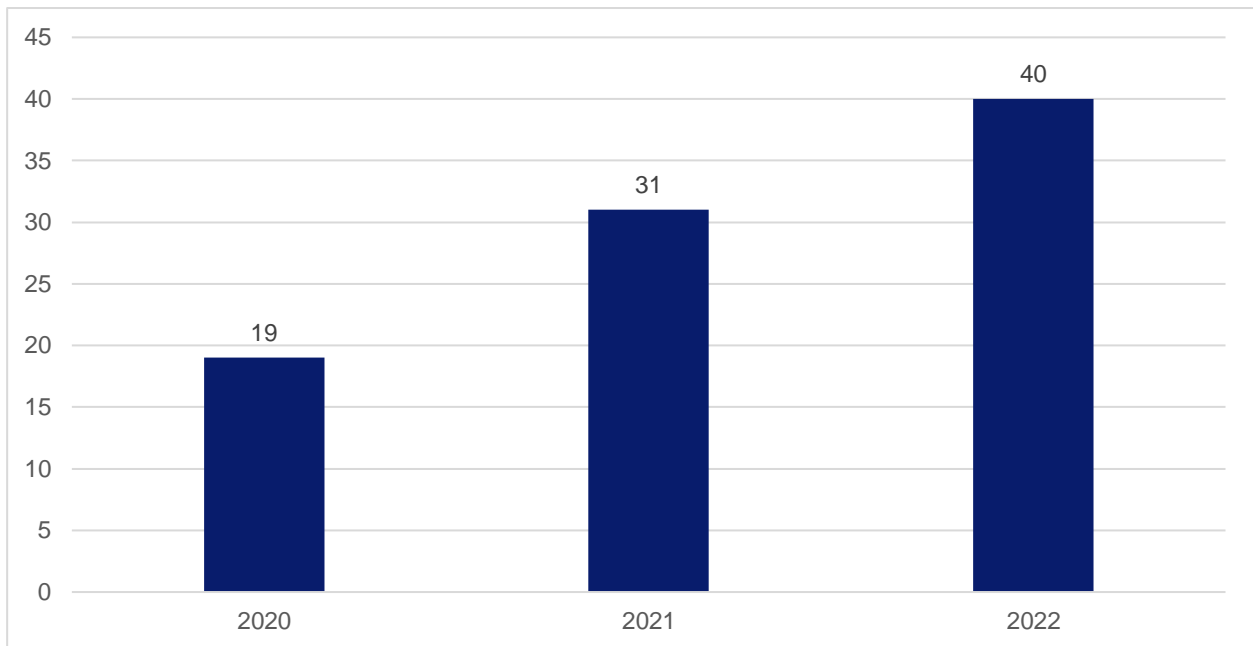
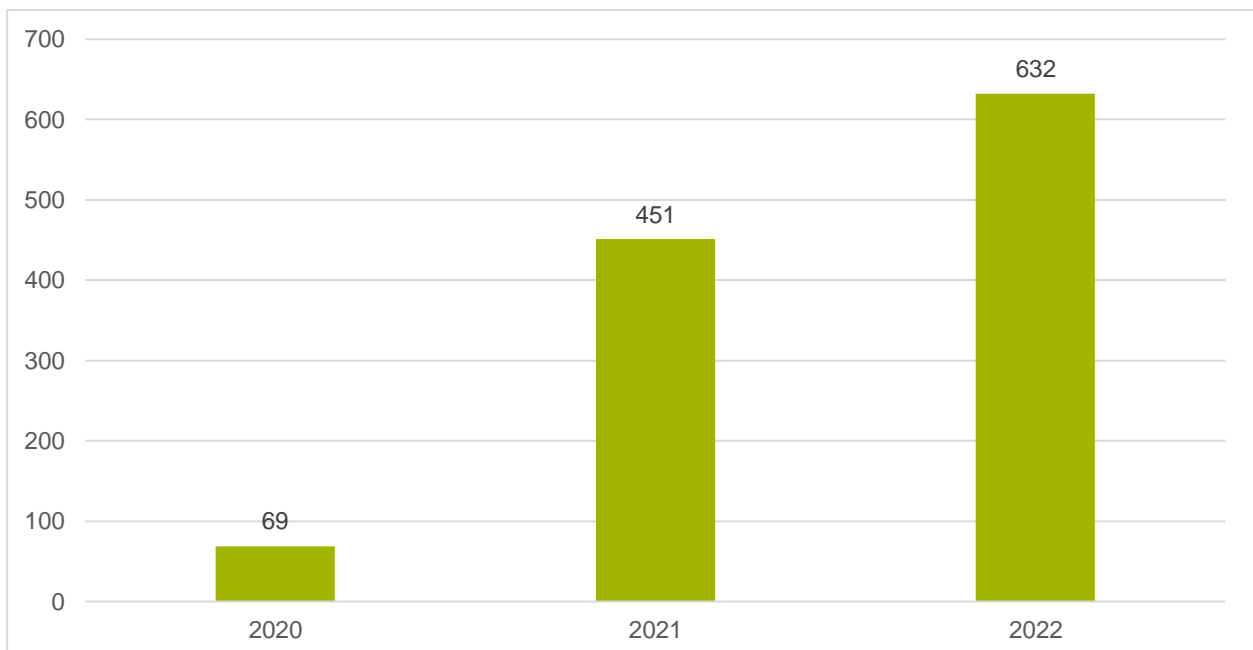


Abbildung 14: Anzahl Patientinnen und Patienten in Studien NCT/UCC 2020-2022



## Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des NCT/UCC aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2022 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.

Jahn A, Rump A, Widmann TJ, Heining C, Horak P, Hutter B, Paramasivam N, Uhrig S, Gieldon L, Drukewitz S, Kübler A, Bermudez M, Hackmann K, Porrmann J, Wagner J, Arlt M, Franke M, Fischer J, Kowalzyk Z, William D, Weth V, Oster S, Fröhlich M, Hüllelein J, Valle González C, Kreutzfeldt S, Mock A, Heilig CE, Lipka DB, Möhrmann L, Hanf D, Oleś M, Teleanu V, Allgäuer M, Ruhnke L, Kutz O, Knurr A, Laßmann A, Endris V, Neumann O, Penzel R, Beck K, Richter D, Winter U, Wolf S, Pfütze K, Geörg C, Meißburger B, Buchhalter I, Augustin M, Aulitzky WE, Hohenberger P, Kroiss M, Schirmacher P, Schlenk RF, Keilholz U, Klauschen F, Folprecht G, Bauer S, Siveke JT, Brandts CH, Kindler T, Boerries M, Illert AL, von Bubnoff N, Jost PJ, Metzeler KH, Bitzer M, Schulze-Osthoff K, von Kalle C, Brors B, Stenzinger A, Weichert W, Hübschmann D, Fröhling S, Glimm H, Schröck E, Klink B. **Comprehensive cancer predisposition testing within the prospective MASTER trial identifies hereditary cancer patients and supports treatment decisions for rare cancers.** Ann Oncol. 2022 Nov;33(11):1186-1199.

Heilig CE, Laßmann A, Mughal SS, Mock A, Pirmann S, Teleanu V, Renner M, Andresen C, Köhler BC, Aybey B, Bauer S, Siveke JT, Hamacher R, Folprecht G, Richter S, Schröck E, Brandts CH, Ahrens M, Hohenberger P, Egerer G, Kindler T, Boerries M, Illert AL, von Bubnoff N, Apostolidis L, Jost PJ, Westphalen CB, Weichert W, Keilholz U, Klauschen F, Beck K, Winter U, Richter D, Möhrmann L, Bitzer M, Schulze-Osthoff K, Brors B, Mechttersheimer G, Kreutzfeldt S, Heining C, Lipka DB, Stenzinger A, Schlenk RF, Horak P, Glimm H, Hübschmann D, Fröhling S. **Gene expression-based prediction of pazopanib efficacy in sarcoma.** Eur J Cancer. 2022 Sep; 172:107-118.

Eichler M, Singer S, Hentschel L, Richter S, Hohenberger P, Kasper B, Andreou D, Pink D, Jakob J, Grützmann R, Fung S, Wardelmann E, Arndt K, Heidt V, Bonilla SAZ, Gaidzik VI, Jambor HK, Weitz J, Schaser KD, Bornhäuser M, Schmitt J, Schuler MK. **The association of Health-Related Quality of Life and 1-year-survival in sarcoma patients-results of a Nationwide Observational Study (PROSa).** Br J Cancer. 2022 May;126(9):1346-1354.

Carro Vázquez D, Emini L, Rauner M, Hofbauer C, Grillari J, Diendorfer AB, Eastell R, Hofbauer LC, Hackl M. **Effect of Anti-Osteoporotic Treatments on Circulating and Bone MicroRNA Patterns in Osteopenic ZDF Rats.** Int J Mol Sci. 2022 Jun 10;23(12):6534.



# Hauttumor- zentrum

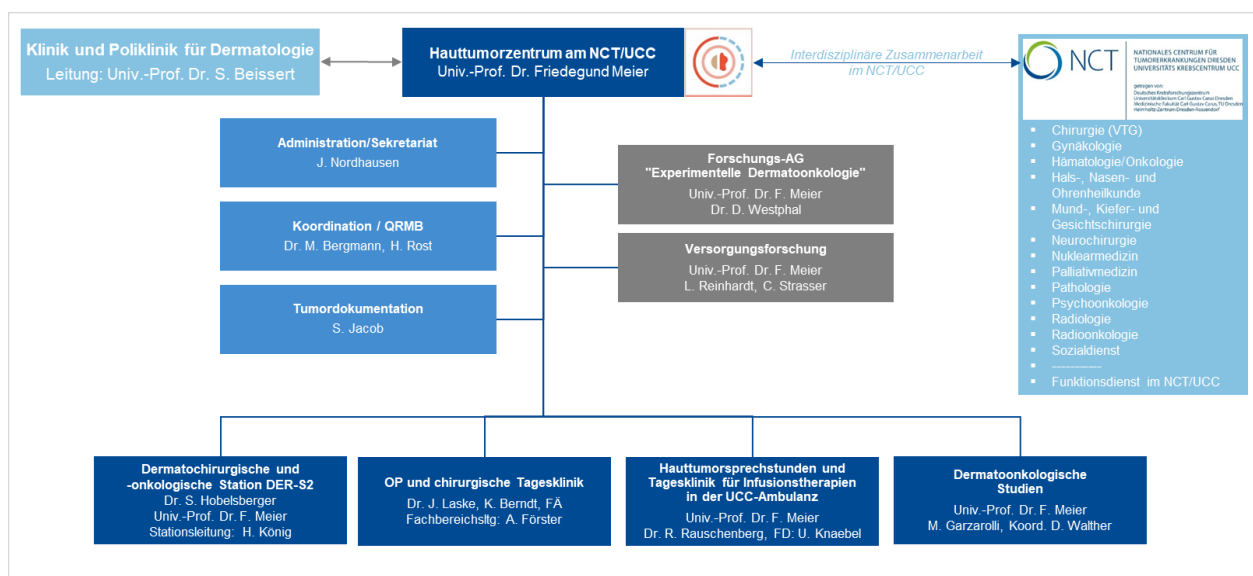


## Hauttumorzentrum

### Struktur des Hauttumorzentrums (UHTC)

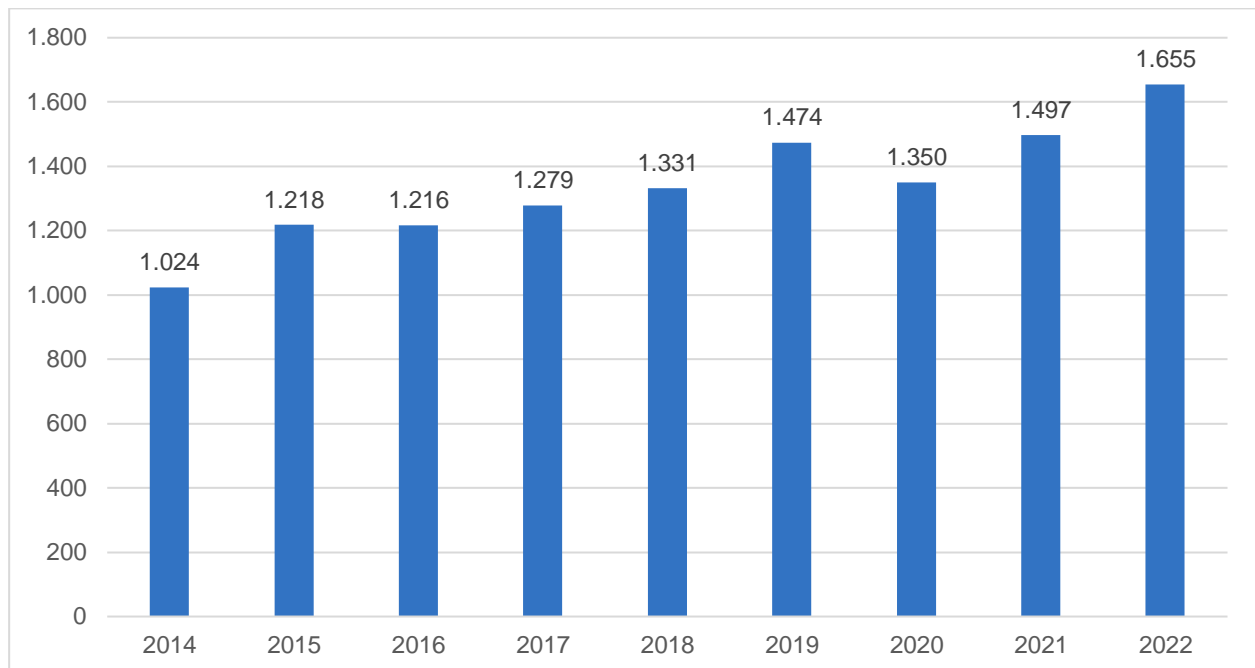
Im Hauttumorzentrum am NCT/UCC sichert eine fachspezifische Gruppe von Expertinnen und Experten die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit malignen Hauttumoren ab. Die Schlüsselrolle bei der Behandlung kommt dabei der „Dermatochirurgie“ und „dermatologischen Onkologie“ der Klinik und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

Abbildung 15: Struktur des Hauttumorzentrums



Seit der Erstzertifizierung des Hauttumorzentrums im Jahr 2015 nahm die Anzahl der Patientinnen und Patienten stetig zu. Die Zahlen der Primärfälle zeigen deutlich den Zugewinn einer fünften Arztstelle im Jahr 2019, den „Corona-Knick“ 2020 (zeitweise geschlossene Hautarztpraxen, Angst der Patientinnen und Patienten vor Arztbesuchen und Krankenhaus-Aufenthalten) und in 2022 die erwartete „Bugwelle“ an Primärdiagnosen, die aktuell noch durch die OP-Kapazität in der Klinik und Poliklinik für Dermatologie aufgefangen werden kann.

Abbildung 16: Anzahl Primärfälle des Hauttumorzentrums 2014-2022

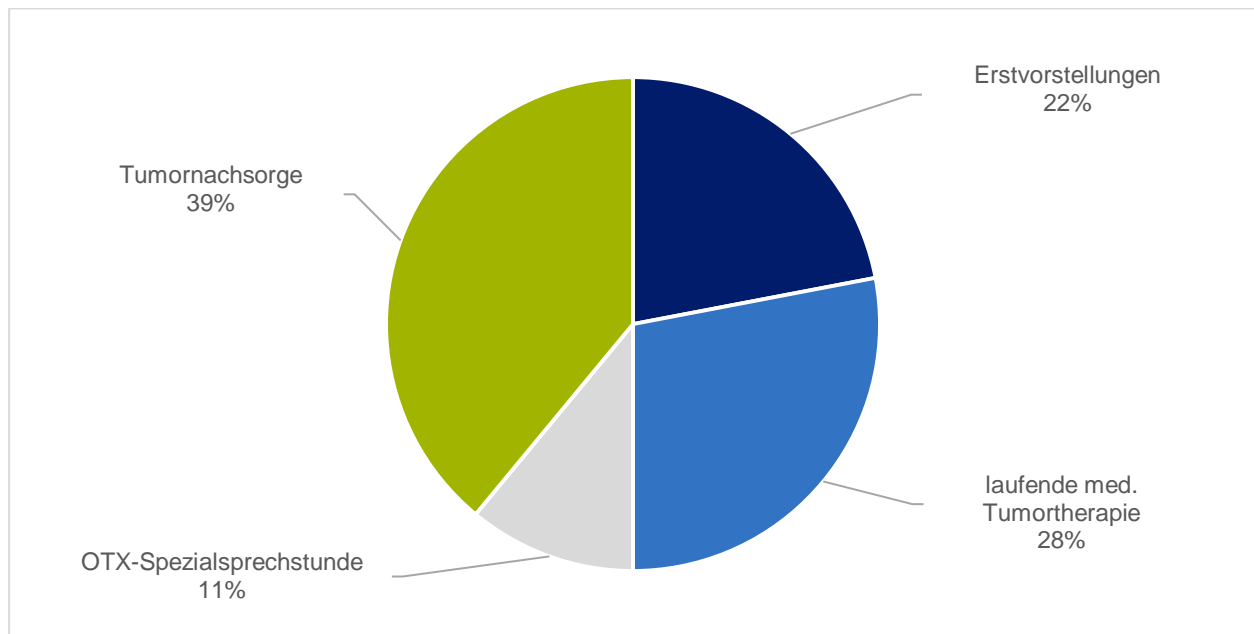


In der Dermatochirurgie wurden im Jahr 2022 ca. 2.000 Tumoroperationen durchgeführt, davon rund 1.300 Operationen mit histologischer Randkontrolle, rund 450 Operationen mit leitliniengerechtem Sicherheitsabstand und mehr als 120 Wächterlymphknoten-Biopsien. Diese Patientinnen und Patienten wurden stationär auf der Station DER-S2 oder in Ausnahmefällen in der operativen Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Dermatologie betreut.

In der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC wurden im Jahr 2022 für das Hauttumorzentrum ca. 1.800 Patientinnen und Patienten zu rund 6.000 Besuchen empfangen:

- Knapp ein Drittel erhielt eine medikamentöse Tumortherapie, zielgerichtet in Form von Tabletten oder als Infusionstherapie (Immuntherapie bzw. Checkpoint-Inhibitor-Therapie).
- Ein reichliches Drittel besuchte die Sprechstunde zur Tumornachsorge: hier liegt der Fokus auf Hochrisiko-Patientinnen und -patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, während die Nachsorge anderer vollständig oder alternierend über niedergelassene Dermatologinnen und Dermatologen erfolgt.
- Weitere rund 600 Patientinnen und Patienten kamen zur Erstvorstellung und Beratung hinsichtlich einer weiterführenden Tumortherapie, davon ca. die Hälfte nach operativer Erstversorgung durch die Dermatochirurgie der Klinik und Poliklinik für Dermatologie, oder sie besuchten die Spezialsprechstunde zur Hautkrebsfrüherkennung nach Organtransplantation (OTX).

Abbildung 17: Verteilung der Patientinnen und Patienten im Hauttumorzentrum



Seit Mitte 2022 gibt es die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten unter laufender Therapie abrechnungstechnisch in die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) zu überführen. Zum 1. Juli 2022 hat ein interdisziplinär besetztes ASV-Team „Hauttumoren“ unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Meier die Arbeit aufgenommen. Erste Prognosen deuten darauf hin, dass dieser Schritt – obwohl begleitet von administrativem Mehraufwand und umfassenden Prozessänderungen – wesentlich zur finanziellen Stabilisierung der ambulanten Versorgung von Patientinnen und Patienten beitragen wird.

Tabelle 9: Qualifikationsmatrix Hauttumorzentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Univ.-Prof. Dr. med. Friedegund Meier	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Zusatzbezeichnung “Medikamentöse Tumortherapie” Zusatzbezeichnung “Palliativmedizin”
Dermatoonkologen	Marlene Garzarolli	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
	Dr. med. Frank Gellrich	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Zusatzbezeichnung “Medikamentöse Tumortherapie”
	Dr. med. Ricarda Rauschenberg	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Zusatzbezeichnung “Medikamentöse Tumortherapie”
Hauptoperateur	Dr. med. Jörg Laske (OP-Leitung)	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Zusatzbezeichnung “Dermatohistologie”
	Katja Berndt	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
	Dr. med. Sarah Hobelsberger	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Funktion	Name	Qualifikation
Pflegedienstleitung	Meike Jäger	Dreijährige Zusatzqualifikation „Leitung des Pflegedienstes in Gesundheitseinrichtungen“
Onkologische Fachpflegekräfte und Pflegekräfte mit onkologischen Zusatzqualifikationen	Steffi Leubert	Fachweiterbildung „Onkologische Pflege“
	Mandy Hable / Peggy Nietzold / Daniel Lundström	Fortbildung „Ambulante Onkologie“
	Elke Kätzel	Fortbildung „Tumorschmerztherapie“
Tumordokumentation	Sonja Jacob	Medizinische Dokumentationsassistentin
Zentrumskoordination / Qualitätsmanagement	Dr. rer. medic. Maike Bergmann	Master of Public Health; Fortbildungen „Grundlagen QRM mit Fokus Internes Audit“ und „Klinisches Risikomanagement im Gesundheits- und Sozialwesen“
	Heike Rost	Dipl. Kauffrau (BWL); Fortbildungen „Grundlagen QRM mit Fokus Internes Audit“ und „Klinisches Risikomanagement im Gesundheits- und Sozialwesen“

## Ziele des Hauttumorzentrums

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

Tabelle 10: Jahresziele 2022 des Hauttumorzentrums

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
1	Erfolgreiches Überwachungsaudit nach DKG sowie nach DIN EN ISO	MA UHTC	April 2022	Das Hauttumorzentrum wurde erfolgreich rezertifiziert.
2	Personal: Dritte Arzthelferdienststelle im NCT/UCC besetzen	PDL NCT/UCC, Leitung UHTC	Dezember 2022	Stelle konnte Stand 04/23 noch nicht besetzt werden, weitere Maßnahmen geplant.
3	Forschung: Fortführung der laufenden Projekte und Akquise neuer Drittmittelförderungen, Publikationen	Wissenschaftliche Mitarbeiter, Leitung UHTC	kontinuierlich	Drei neue Projekte, vier Verlängerungen, Publikationen auf Vorjahresniveau.
4	Durchführung von mindestens zwei interdisziplinären Workshops/Qualitätszirkeln mit klinikinternen Kooperationspartnern	HTZ-Leitung, QRMB	Dezember 2022	Es wurden drei Workshops durchgeführt.
5	Durchführung einer Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser (gemeinsam mit der Klinik und Poliklinik für Dermatologie)	Klinik-Leitung, Leitung UHTC QRMB	Dezember 2022	Die Befragung wurde im dritten Quartal 2022 durchgeführt.
6	Durchführung einer Veranstaltung für Zuweiserinnen und Zuweiser	Leitung UHTC	Dez. 2022	Informationsveranstaltung für den „Qualitätszirkel der niedergelassenen Dresdner Dermatologen“ wurde am 08. April 2022 durchgeführt.



Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
7	Wirtschaftlichkeit der ambulanten Versorgung der Hauttumorpatienten durch Etablierung ASV-Abrechnung sicher stellen	Leitung UHTC, GB FIN	ab 07/22 kontinuierlich	Abrechnung nach ASV ab 01.07.2022, Ergebnisbeurteilung noch ausstehend.

Hauptziel des Hauttumorzentrums für das Jahr 2023 ist, wie schon in den Vorjahren, die enge Vernetzung aller Akteure in der Region Dresden/Ostsachsen zur optimalen Versorgung von Hautkrebs-Betroffenen durch Aktivitäten, die nachhaltige und niedrigschwellig zugängliche Versorgungsstrukturen schaffen sollen. Neben der unmittelbaren Versorgung von Patientinnen und Patienten am Standort Dresden mit spezialisierter Hautkrebsdiagnostik und modernsten Tumortherapien gehören dazu auch regelmäßige Fortbildungsangebote für Medizinerinnen und Mediziner der Region, u.a. ein Awareness-Programm für immunvermittelte Nebenwirkungen und die Möglichkeit, konkrete Fälle für eine Therapieempfehlung wöchentlich im Teletumorboard vorzustellen.

Nachdem das Ziel der ASV-Etablierung in der Hauttumorambulanz für 2022 erreicht wurde, liegt der Schwerpunkt 2023 auf der effizienteren Abwicklung von Leistungsdokumentation und Abrechnung. Hierzu arbeitet das Hauttumorzentrum aktiv in einem Projekt der Geschäftsbereiche Finanzen, Informationstechnologie und Controlling mit.

Für die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung ist die Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten namensgebend und Voraussetzung: hier gilt es, in 2023 die nötigen personellen Rahmenbedingungen zu erhalten und idealerweise auszubauen.

Den steigenden Fallzahlen soll zudem mit dem Ausbau der Personalkapazität im Pflege- und Funktionsdienst Rechnung getragen werden.

## Ergebnisse aus externen und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Am 26. April 2022 fand das Überwachungsaudit des Hauttumorzentrums am NCT/UCC im Rahmen des Gesamtaudits des Onkologischen Zentrums statt. Das Überwachungsaudit wurde als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 durchgeführt. Im Rahmen des Überwachungsaudits wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden sechs Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche Kennzahlenerhebung, Tumorboard-Vorstellung, Außenkommunikation und Zusammenarbeit mit der Pathologie betreffen. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet und an deren Umsetzung gearbeitet.

Am 30. Juni und 1. Juli 2022 fand die erfolgreiche Erstzertifizierung der Klinik und Poliklinik für Dermatologie nach DIN EN ISO 9001 durch die Zertifizierungsgesellschaft ClarCert statt. Hier wurden ebenfalls keine Abweichungen festgestellt. An den Audits waren auch die beiden Hauptkooperationsbereiche des Hauttumorzentrums innerhalb der Klinik aktiv beteiligt: der dermatochirurgische OP sowie die dermatochirurgische und dermatoonkologische Station DER-S2. Konkret diesen beiden Bereichen galten fünf der insgesamt 23 Hinweise:

#### Dermatochirurgische OP:

- Die Bestückung und Auffüllen des Notfallkoffers gemäß UKD-Standard ist zu prüfen.
- Die OP-Checkliste sollte für alle Patientinnen und Patienten (elektiv, tagesklinisch, Konsil-Patienten) genutzt werden.
- Der Zeitpunkt der OP-Aufklärung und der Erhalt einer Kopie der Aufklärung ist durchgehend nachvollziehbar zu gestalten.
- Die postoperative Aufbewahrung kontaminierter Medizinprodukte gemäß Hygiene-Vorgaben ist sicherzustellen.

#### Dermatoonkologische Station DER-S2:

- Die Bettenaufbereitung soll zur Entlastung der Pflegekräfte durch geeignete Hilfskräfte erfolgen.

Die Hinweise wurden in den gemeinsamen Maßnahmenplan von Hauttumorzentrum und Klinik und Poliklinik für Dermatologie aufgenommen und bearbeitet.

### **Ergebnisse aus internen Audits**

Am 25. Januar 2022 fand das jährliche interne Audit der Klinik und Poliklinik für Dermatologie durch den Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement statt. Auditiert wurden dabei u. a. auch die Sprechstunden im Hauttumorzentrum und die Station DER-S2 sowie die Führungsprozesse für alle Dermatologie-Ambulanzen einschließlich der Hauttumorsprechstunde. Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Die Auditorinnen und Auditoren gaben 14 Hinweise. Darunter waren keine spezifischen für die Bereiche des Hauttumorzentrums. Die Erkenntnisse sind in den Maßnahmenplan unter Zuordnung der für die Umsetzung verantwortlichen Beschäftigten eingeflossen.

### **Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen**

#### **Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser**

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

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

## Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Die Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten wurden auch im Jahr 2022 fortlaufend über das digitale Feedback des Universitätsklinikums erfasst. Auf der dermatochirurgischen und dermatoonkologischen Station DER-S2 nutzten 240 Patientinnen und Patienten und Angehörige diese Möglichkeit.

Zusätzlich zum digitalen Feedback enthalten alle Patientenmappen, die vorstationär und in der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC bei Erstaufnahme ausgehändigt werden, einen ausführlichen Fragebogen in Papierform und einen Freiumschlag zur Rücksendung. Hierbei war die Resonanz auch in 2022 wieder eher gering (Rücklaufquote 2022:  $19/300 = 6\%$ ). Besonders hervorzuheben sind die sehr positiven Bewertungen zur fachlichen Kompetenz und Freundlichkeit von ärztlichem und pflegerischem Personal. Im Vergleich zu den Vorjahren wurde die Erreichbarkeit besser bewertet.

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

### Qualitätszirkel

Am 13. Januar 2022 fand der jährliche Qualitätszirkel von Dermatologie und Nuklearmedizin zur interdisziplinären Betrachtung der klinischen Detektionsrate bei Sentinel-Node-Biopsien statt. Es wurden sieben Fälle aus dem Jahr 2021 besprochen (drei Fälle ohne Darstellung seitens Nuklearmedizin, vier Fälle ohne Darstellung seitens Dermatologie). Im Ergebnis wurden zwei Maßnahmen verabschiedet und im Laufe des Jahres 2022 umgesetzt. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen zeigte sich im Qualitätszirkel am 12. Januar 2023. Die Zahl der in 2022 nicht detektierbaren Wächterlymphknoten ist auf insgesamt drei gesunken, obwohl die Eingriffszahlen leicht gestiegen sind.

### Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Am 25. Mai 2022 wurde durch das Hauttumorzentrum eine M&M-Konferenz durchgeführt. Gegenstand war die fehlende Kenntnisnahme eines Histologiebefundes im Nachgang zu einem dermatologischen Konsil. Als Ergebnis wurde die Nutzung einer ORBIS-Funktion „Vorabbeurteilung“ für Konsile in der Klinik und im Hauttumorzentrum etabliert. Weitere M&M-Konferenzen waren auslastungsbedingt im Jahr 2022 nicht möglich und auch themenbedingt nicht zwingend erforderlich. Das Format von Qualitätszirkeln und M&M-Konferenzen soll in 2023 wieder intensiver genutzt werden.

## Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

### Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Jahr 2022 wurden im Hauttumorzentrum drei SOP-Workshops durchgeführt:

- Kutanes Angiosarkom (1. April 2022)
- Kongenitale melanozytäre Nävi (25. Mai 2022, nach vorangegangener Fortbildung zur Behandlung kongenitaler Nävi am 30. Mai 2022 mit einem externen Referenten)
- Immunvermittelte Myokarditis (30. November 2022)

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

Am 15. Juni 2022 fand die Veranstaltung „Best of Chicago“ als Post-ASCO-Fortbildung statt, zu der auch alle Einweisenden des Hauttumorzentrums 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. 92 Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgten den Vorträgen, darunter auch ca. 40 Ärztinnen und Ärzte externer Kliniken und Praxen.

Beschäftigte des Hauttumorzentrums waren in 2022 auf rund 40 Fortbildungsveranstaltungen mit Vorträgen vertreten und besuchten regelmäßig Fortbildungen und Kongresse als Teilnehmende, u.a. die ASCO, die ESMO, den Deutschen Hautkrebskongress und den Kongress der „European Academy of Dermatology and Venereology (EADV)“.

Am 7. März 2022 fand eine NCT/UCC-interne Veranstaltung zum Leistungsspektrum des Case Management/Sozialdienst statt. Die Abteilungsleitung des Bereiches beantwortete den Beschäftigten des Hauttumorzentrums praxisnah Fragen zur Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten zu diesem Schwerpunkt.

## Öffentlichkeitsarbeit

Das Hauttumorzentrum präsentiert sein Leistungsspektrum in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Im Fokus stehen hier Patientinnen und Patienten, andere Betroffene sowie einweisende bzw. mitbehandelnde Medizinerinnen und Mediziner. Umfangreiche Informationen zu Leistungsspektrum, Kontaktpersonen, aktuelle Studien und Veranstaltungen sind auf der Internetseite des Zentrums unter [www.ukdd.de/uhtc](http://www.ukdd.de/uhtc) bzw. [www.nct-dresden.de](http://www.nct-dresden.de) zu finden. Über die Internetseite werden auch praktische Hinweise wie Informationen zur stationären Aufnahme oder Tumornachsorgepläne zum Download zur Verfügung gestellt.

Alle Einweisenden und Mitbehandelnden sind über die Internetseite eingeladen, am interdisziplinären Haut-Tumorboard teilzunehmen und dort auch selbst Patientinnen und Patienten vorzustellen. Mit dem E-Mail-Newsletter für das Netzwerk des Hauttumorzentrums werden Einweisende regelmäßig über Aktivitäten und Veranstaltungen informiert.

Das Hauttumorzentrum ist mit einer eigenen Seite im Flyer der Klinik und Poliklinik für Dermatologie präsent, der regelmäßig an Einweisende versendet wird und auf der Internetseite zum Download bereitsteht. Ein Flyer für das Hauttumorzentrum ist in Vorbereitung.

Beschäftigte des Hauttumorzentrums sind regelmäßig mit Vorträgen auf Veranstaltungen für medizinisches und nicht-medizinisches Publikum präsent. Speziell für Letztere sind aus 2022 die aktive Beteiligung am virtuellen Patiententag des Hautkrebsnetzwerk Deutschland (30. April 2022), an der „Dresdner Langen Nacht der Wissenschaften“ (15. Juli 2022) und am „Tag der Sinne“ (1. Oktober 2022) hervorzuheben.

## 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.

Nach einem corona-bedingten Rückgang im Jahr 2020 haben sich die Zahl der Patientinnen und Patienten und der Scheine der Hauttumorambulanz im Jahr 2022 stabilisiert. Aufgrund neu zugelassener Therapien und voraussichtlich weiterhin bestehender Engpässe an Hautarztpraxen ist für 2023 mit einer weiteren Zunahme zu rechnen, sofern dem Hauttumorzentrum adäquate Sprechstunden- und Infusionskapazitäten zur Verfügung stehen.

Table 11: Inanspruchnahme der Sprechstunden des Hauttumorzentrums

	2020	2021	2022
Patientinnen und Patienten	1.756	1.787	1.795
Scheine, gesamt	3.256	3.477	3.468
Scheine HSA	3.256	3.477	3.180
Scheine ASV (§116b) ab 1. Juli 2022	-	-	288

Als Primärfälle werden Patientinnen und Patienten mit im Kennzahlenjahr histologisch gesicherter Erstdiagnose gezählt, die ihre Haupttherapie im Hauttumorzentrum erhalten haben. Zweitmeinungen, Tumorboard-Vorstellungen von extern etc. werden nicht berücksichtigt. Der Zuwachs 2022 resultiert hauptsächlich aus durchgeführten Tumorresektionen im OP der Klinik und Poliklinik für Dermatologie, aber auch aus neuen Therapie-Angeboten wie Tebentafusp bei Aderhaut-Melanom.

Table 12: Primärfälle und Rezidive/Metastasen des Hauttumorzentrums 2020-2022

	2020	2021	2022
Primärfälle (alle Hauttumoren)	1.350	1.497	1.655
Epitheliale Tumoren	1.013	1.161	1.254
Kutane Lymphome u.a. seltene maligne Hauttumoren	50	31	48
Maligne Melanome			
Primärfälle	287	305	353
Rezidiv/Metastasen	156	124 <sup>1</sup>	116

<sup>1</sup> Eingriffe bei Primärfällen des Kennzahlenjahres 2022

Table 13: Dermatologische Operationen 2020-2022

	2020	2021	2022
Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (MKC) <sup>1</sup>	993	1.362	1.671
Eingriffe mit LL-def. Sicherheitsabstand <sup>1</sup>	226	226	279
Sentinel Node Biopsien	108	118	124

<sup>1</sup> Eingriffe bei Primärfällen des Kennzahlenjahres 2022

Tabelle 14: Neu eingeleitete Tumortherapien Hauttumorzentrum 2020-2022

	2020	2021	2022
Immuntherapien	146	121	139
zielgerichtete Therapien	28	51	30

### Psychosoziale Versorgung

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

Tabelle 15: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst UHTC 2020-2022

	2020	2021	2022
Betreuung Sozialdienst	37,5%	50,6%	49,5%
Betreuung psychoonkologischer Dienst	33,9%	38,2%	31,6%
Psychoonkologisches Screening	-	-	20,7%

### Wartezeiten

Die Wartezeit auf einen Sprechstunden-Termin wird im Hauttumorzentrum einmal jährlich über einen Zeitraum von einem Monat (1. Oktober bis 31. Oktober 2022) erhoben, zum einen in der Sprechstunde zur vorstationären Aufnahme zur OP, zum anderen für Erstvorstellungen in der Hauttumorsprechstunde. Ergänzend wird die Wartezeit auf ambulante, apparative Untersuchungen ganzjährig betrachtet, wobei hier zum Ausfiltern der Nachsorgepatientinnen und -patienten nur als dringlich angeforderte Termine analysiert werden.

In allen Fällen konnten die DKG-Vorgaben (Wartezeit auf einen Termin < 2 Wochen bei malignen Melanomen und seltenen malignen Hauttumoren und < 4 Wochen bei epithelialen Hauttumoren; Wartezeit während der Sprechstunde < 60 Minuten; Wartezeit auf apparative Diagnostik < 2 Wochen) eingehalten werden. Insbesondere bei der stationären Aufnahme kam es aber auch in 2022 zu Engpässen aufgrund Pflegepersonal-Mangel und damit verbundenen Bettensperren. Die Priorisierung von Melanom-Patientinnen und -patienten bei der Terminvergabe führte dazu, dass einige Fälle mit Basalzellkarzinom länger als vier Wochen auf einen OP-Termin warten mussten.

Tabelle 16: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Hauttumorzentrum 2020-2022

	2020	2021	2022
<b>Wartezeit Erstvorstellung zur OP</b>			
Pat. mit malignen Melanomen u.a. seltenen malignen Hauttumoren	5 Tage	10 Tage	12 Tage
Pat. mit epithelialen Hauttumoren	24 Tage	27 Tage	25 Tage
<b>Wartezeit Erstvorstellung Ambulanz NCT/UCC</b>			
Pat. mit malignen Melanomen u.a. seltenen malignen Hauttumoren	- <sup>1</sup>	9 Tage	11 Tage
Pat. mit epithelialen Hauttumoren	- <sup>1</sup>	12 Tage	8 Tage
<b>Wartezeit während der Sprechstunde</b>			
Sprechstunde zur vorstationären Aufnahme zur OP inkl. Zeit zum Ausfüllen von Unterlagen	15 Minuten	22 Minuten	18 Minuten
Sprechstunde in der Ambulanz NCT/UCC	-	11 Minuten	20 Minuten
<b>Wartezeit auf apparative Diagnostik<sup>2</sup></b>			
Wartezeit auf Radiologie-Termin	< 14 Tage	< 14 Tage	9 Tage

<sup>1</sup> Wartezeitenerfassung für die Sprechstunde in Jahr 2020 ausgesetzt.

<sup>2</sup> Analyse aller als „dringlich“ angeforderten Untersuchungen im Kalenderjahr. Für 2020 und 2021 keine Detailinfos vorliegend.

Die Wartezeitenerfassung wurde pandemiebedingt im Jahr 2020 ausgesetzt.

### Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Das interdisziplinäre Hauttumorboard am NCT/UCC findet wöchentlich immer dienstags in der Zeit von 16.00 bis 17.30 Uhr statt. Spezialistinnen und Spezialisten aller laut DKG obligatorischen medizinischen Fachrichtungen gewährleisten hier die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten. Das Hauttumorboard findet als Teletumorboard statt und steht auch externen Behandlern offen, beratend oder zum Angebot der Mit- oder Weiterbehandlung. Im Jahr 2022 fand das Tumorboard an 52 Tagen statt.

Unter dem Qualitätsaspekt ist hervorzuheben, dass bei ungefähr gleich bleibender Anzahl vorgestellter Patientinnen und Patienten die Anzahl der Beschlüsse weiter gesenkt werden konnte (Ø 1,8 Vorstellungen pro Patientin und Patient 2022) statt Ø 2,3 Vorstellungen pro Patientin und Patient im Jahr 2020. Grund dafür sind verschiedene Maßnahmen zur Effizienzsteigerung des dermatologischen Tumorboards, um den vorgegebenen Zeitrahmen einzuhalten:

- Wiedervorstellungen erfolgen gezielt in fachspezifischen Tumorboards des NCT/UCC (z. B. im Sarkomboard).
- Patientinnen und Patienten werden erst nach kompletierter Diagnostik im Tumorboard vorgestellt. Die Anzahl von „Board-Zwischenbeschlüssen“ wie „komplettierendes Staging, danach Wiedervorstellung“ konnte signifikant gesenkt werden.
- Auf die Vorstellung von Patientinnen und Patienten unter laufender Therapie mit komplett unauffälligen Befunden wurde konsequenter als in der Vergangenheit verzichtet.

Abbildung 18: Anzahl vorgestellter Patientinnen und Patienten im Hauttumorboard 2015-2022

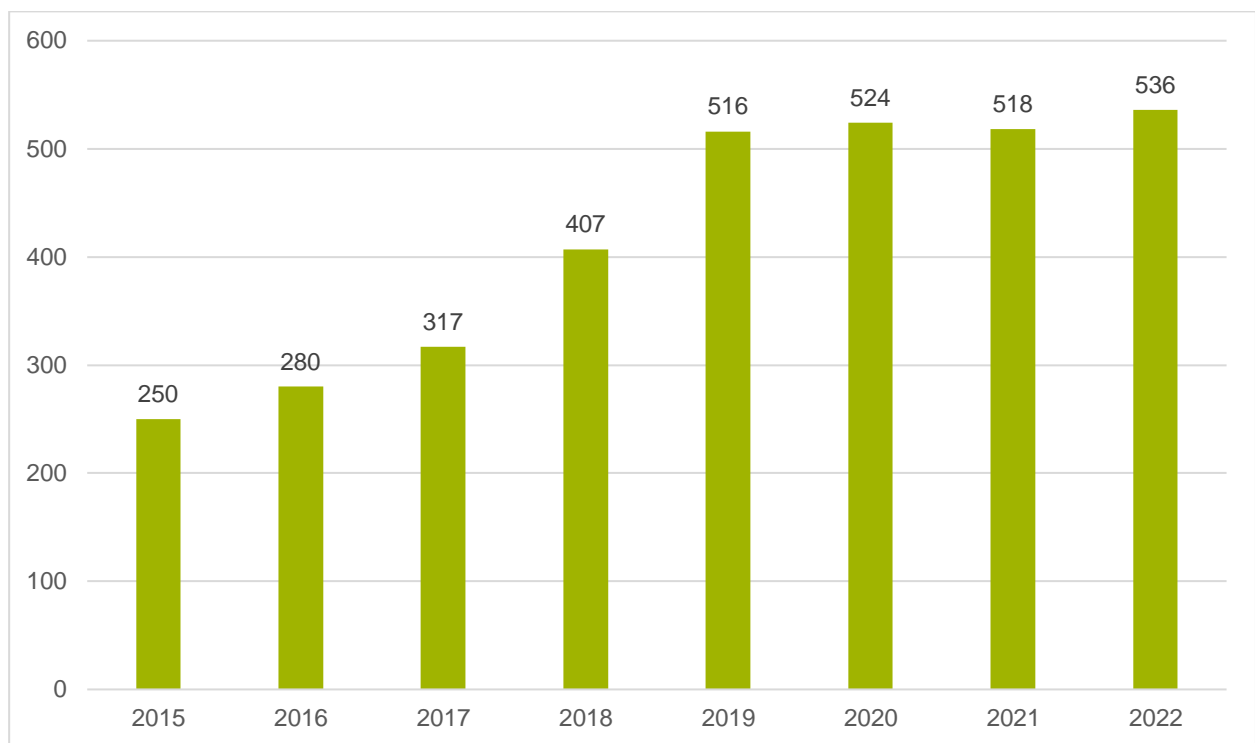
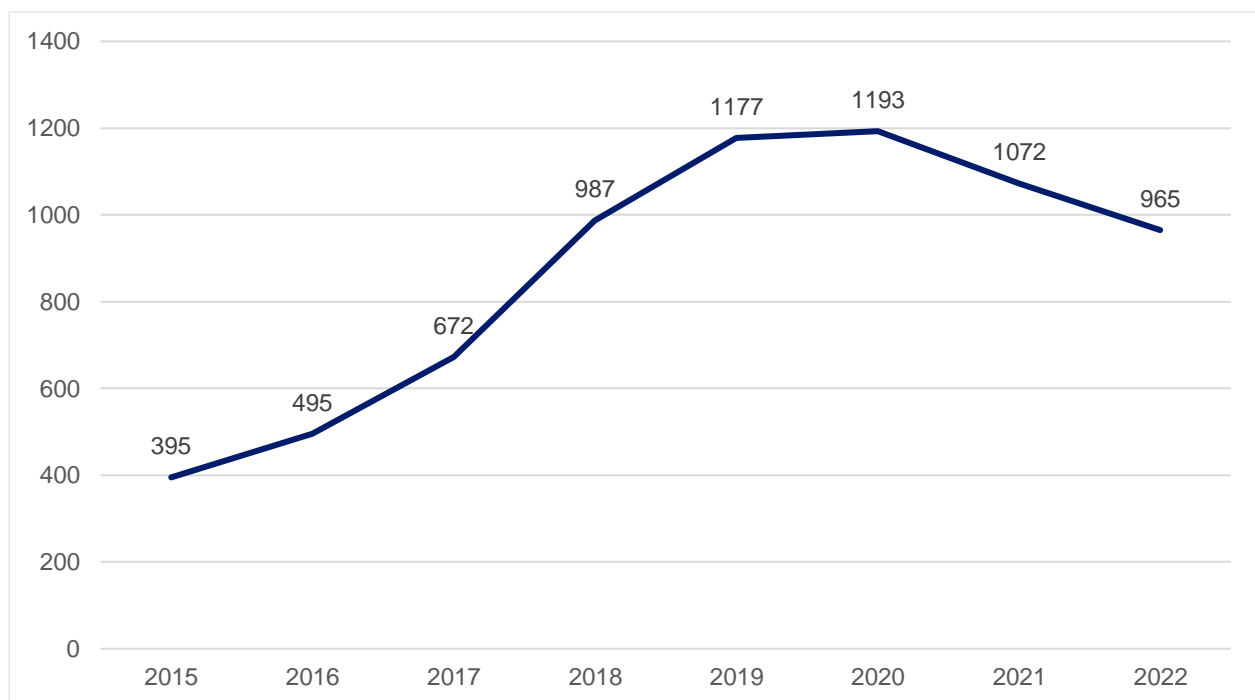


Abbildung 19: Anzahl Tumorboardempfehlungen Hauttumorzentrum 2015-2022



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



Tabelle 17: Kennzahlen zum Dermatologischen Tumorboard nach DKG-Vorgabe 2020-2022

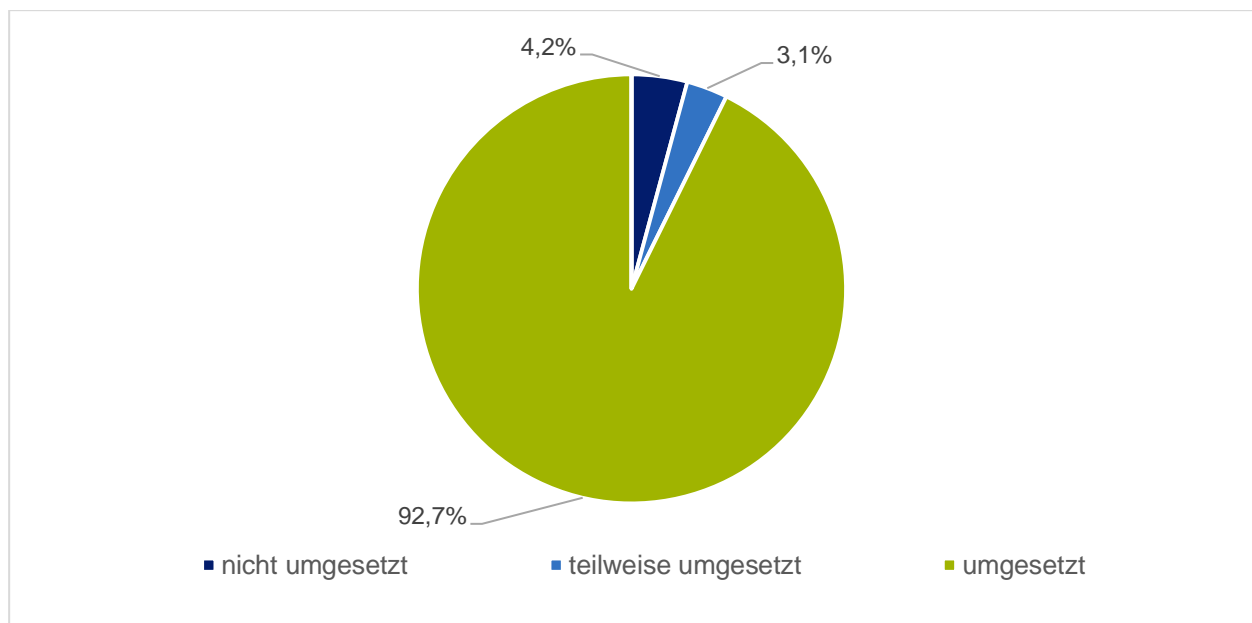
	2020	2021	2022
Fallvorstellung im Tumorboard	96,9%	96,1%	98,3%
Abweichung von der Therapieempfehlung	18,8%	19,7%	15,3%

Über die Möglichkeit der Fallvorstellung via Teletumorboards sollen Einweisende und Mitbehandelnde eng an das Hauttumorzentrum gebunden werden. Gegenüber 2021 mit 55 Vorstellungen von extern war für 2022 ein Plus von ca. 60% auf 87 Vorstellungen zu verzeichnen.

### Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die QM-Beauftragte überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 10% aller in einem Jahreszeitraum im Tumorboard des Hauttumorzentrums vorgestellten Patientinnen und Patienten zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für das Jahr 2022 wurden **52 Patientinnen** mit insgesamt **96 Beschlüssen** ausgewählt.

Abbildung 20: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance UHTC 2022



Insgesamt wurden 89 Beschlüsse (92,7%) inhaltlich korrekt entsprechend der Tumorboardempfehlung umgesetzt. Drei Tumorboardbeschlüsse wurden teilweise bzw. abweichend umgesetzt; bei einem Beschluss wurde auf Wunsch der Patientin/des Patienten auf ein Re-Staging verzichtet, bei zwei Beschlüssen erfolgte die Umsetzung mit zeitlicher Verzögerung. Vier Beschlüsse wurden auf Wunsch der Patientinnen und Patienten nicht umgesetzt.

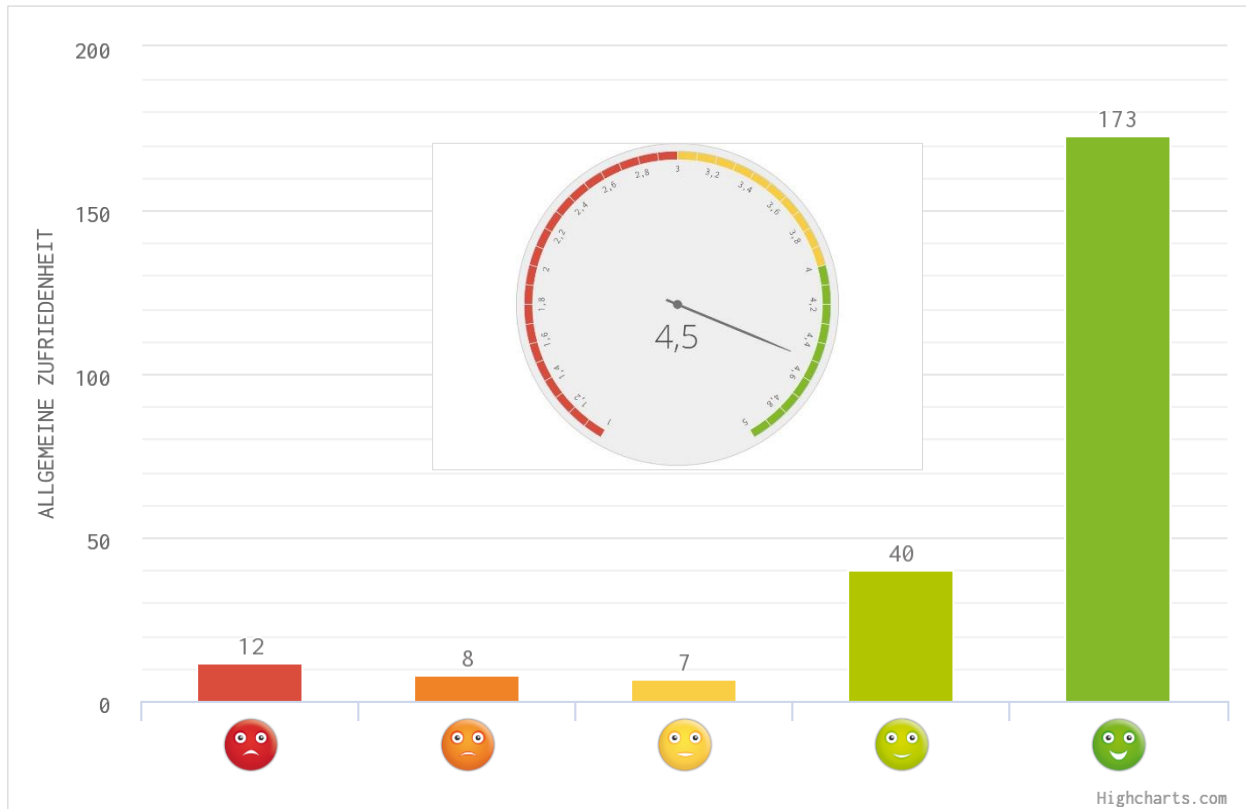
### Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

#### Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2022

Die Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten wurden auch im Jahr 2022 fortlaufend über das digitale Feedback des Universitätsklinikums erfasst. Auf der dermatochirurgischen und dermatoonkologischen Station DER-S2 nutzten 240 Patientinnen und Patienten und Angehörige

diese Möglichkeit. Von den 240 Patientinnen und Patienten und Angehörige gaben 213 an, dass sie sehr zufrieden oder zufrieden waren. Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht hierbei für sehr unzufrieden, die „5“ für sehr zufrieden. Die Wahrscheinlichkeit zur Weiterempfehlung lag bei  $\bar{x}$  8,4 bei einer Skala 0 = „sicher nicht“ bis 10 = „definitiv“.

Abbildung 21: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem Station DER-S2 - 2022



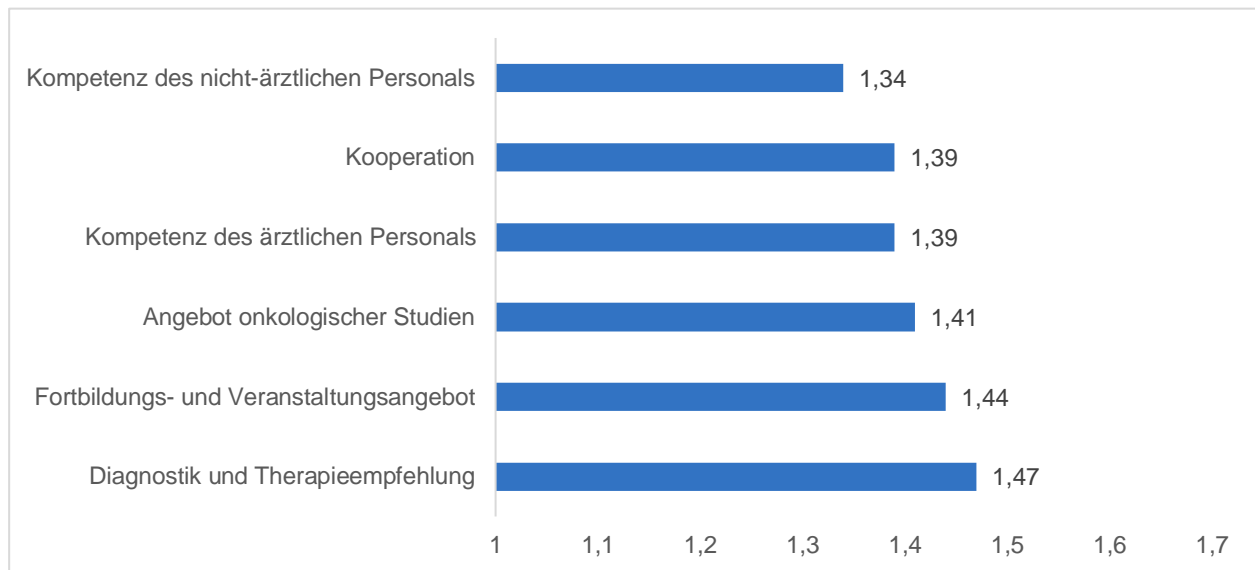
Neben viel Lob und Dank gingen auch vereinzelt kritische Meldungen ein. Diesen wurde möglichst unmittelbar nachgegangen und wenn möglich, direkt Maßnahmen eingeleitet, z. B. ein persönliches Gespräch mit Pflege oder Case Management. Auch Kritik aufgrund baulicher Gegebenheiten, z. B. fehlende Klimatisierung in den Patientinnen- und Patientenzimmern wurde erfasst.

Ähnlich sahen die Rückmeldungen aus der interdisziplinären Kernambulanz NCT/UCC zur Fachrichtung „Dermatologie“ aus, in der Ende 2021 ein Feedbacksystem im Wartebereich installiert wurde. 33 Besucherinnen und Besucher haben ein Feedback für die Fachrichtung „Dermatologie“ in der interdisziplinären Kernambulanz abgegeben. Die allgemeine Zufriedenheit lag bei 4,8.

### Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Bei der Befragung im Juli und August 2022 wurde eine Rücklaufquote von 42% erreicht. Die Rückmeldungen waren durchweg positiv. Die Gesamtzufriedenheit betrug durchschnittlich 1,7 auf einer Skala von 1 = sehr zufrieden bis 5 = sehr unzufrieden. Im Detail wird die enge kollegiale Zusammenarbeit und die Kompetenz von ärztlichem und nicht-ärztlichem Personal der Dermatologie sehr geschätzt.

Abbildung 22: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser UHTC 2022



Bei den Verbesserungsvorschlägen dominierte der Wunsch nach klaren, kompakten Arztbriefen, die vorzugsweise via Telematik-Infrastruktur digital ins Haus überliefert werden. Speziell an diesem Punkt soll 2023 gearbeitet werden.

### Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Hauttumorzentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2022 ist in Tabelle 18 zusammengefasst.

Tabelle 18: Datenqualität DKG-Kennzahlen Hauttumorzentrum 2022

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
90,48% (19/21)	9,52% (2/21)	0%

## Forschungstätigkeiten

### Klinische Studien

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

Tabelle 19: Studieneinschlüsse Hauttumorzentrum 2020-2022

	2020	2021	2022
Gesamt (alle Hauttumoren)	298	915	786
Interventionelle Studien	61	89	73
Nicht-interventionelle Studien	237	826	713
Studienquote bei primärem Melanom Stad. III-IV	45,5%	59,5%	45,5%

## Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Hauttumorzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2022 veröffentlicht wurden. Von den Beschäftigten des Hauttumorzentrums wurden im Jahr 2022 31 Publikationen mit einem Gesamt-Impact-Faktor von 560.915 veröffentlicht. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbi-lanz 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 Hauttumorzentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Dermatologie“ aufgeführt sind.

Livingstone E, Zimmer L, Hassel JC, Fluck M, Eigentler TK, Loquai C, Haferkamp S, Gutzmer R, Meier F, Mohr P, Hauschild A, Schilling B, Menzer C, Kiecker F, Dippel E, Roesch A, Ziemer M, Conrad B, Körner S, Windemuth-Kieselbach C, Schwarz L, Garbe C, Becker JC, Schadendorf D; Dermatologic Cooperative Oncology Group. **Adjuvant nivolumab plus ipilimumab or nivolumab alone versus placebo in patients with resected stage IV melanoma with no evidence of disease (IMMUNED): final results of a randomised, double-blind, phase 2 trial.** Lancet. 2022 Oct 1;400(10358):1117-1129. Impact-Faktor:202.731

Gross ND, Miller DM, Khushalani NI, Divi V, Ruiz ES, Lipson EJ, Meier F, Su YB, Swiecicki PL, Atlas J, Geiger JL, Hauschild A, Choe JH, Hughes BGM, Schadendorf D, Patel VA, Homsí J, Taube JM, Lim AM, Ferrarotto R, Kaufman HL, Seebach F, Lowy I, Yoo SY, Mathias M, Fenech K, Han H, Fury MG, Rischin D. **Neoadjuvant Cemiplimab for Stage II to IV Cutaneous Squamous-Cell Carcinoma.** N Engl J Med. 2022 Oct 27;387(17):1557-1568. Impact-Faktor: 176.082

Radke J, Schumann E, Onken J, Koll R, Acker G, Bodnar B, Senger C, Tierling S, Möbs M, Vajkoczy P, Vidal A, Högler S, Kodajova P, Westphal D, Meier F, Heppner F, Kreuzer-Redmer S, Grebien F, Jürchott K, Redmer T. **Decoding molecular programs in melanoma brain metastases.** Nat Commun. 2022 Nov 26;13(1):7304. Impact-Faktor: 17.694

Tehranián C, Fankhauser L, Harter PN, Ratcliffe CDH, Zeiner PS, Messmer JM, Hoffmann DC, Frey K, Westphal D, Ronellenfisch MW, Sahai E, Wick W, Karreman MA, Winkler F. **The PI3K/Akt/mTOR pathway as a preventive target in melanoma brain metastasis.** Neuro Oncol. 2022 Feb 1;24(2):213-225. Impact-Faktor: 13.029

Franklin C, Mohr P, Bluhm L, Grimmelmán I, Gutzmer R, Meier F, Garzarolli M, Weichenthal M, Pfoehler C, Herbst R, Terheyden P, Utikal J, Ulrich J, Debus D, Haferkamp S, Kaatz M, Forscher A, Leiter U, Nashan D, Kreuter A, Sachse M, Welzel J, Heinzerling L, Meiss F, Weishaupt C,

Gambichler T, Weyandt G, Dippel E, Schatton K, Celik E, Trommer M, Helfrich I, Roesch A, Zimmer L, Livingstone E, Schadendorf D, Horn S, Ugurel S. **Impact of radiotherapy and sequencing of systemic therapy on survival outcomes in melanoma patients with previously untreated brain metastasis: a multicenter DeCOG study on 450 patients from the prospective skin cancer registry ADOREG.** J Immunother Cancer. 2022 Jun;10(6):e004509. Impact-Faktor: 12.485

Schulz A, Raetz J, Karitzky PC, Dinter L, Tietze JK, Kolbe I, Käubler T, Renner B, Beissert S, Meier F, Westphal D. **Head-to-Head Comparison of BRAF/MEK Inhibitor Combinations Proposes Superiority of Encorafenib Plus Trametinib in Melanoma.** Cancers (Basel). 2022 Oct 8;14(19):4930. Impact-Faktor: 6.575



# Gynäkologisches Krebszentrum

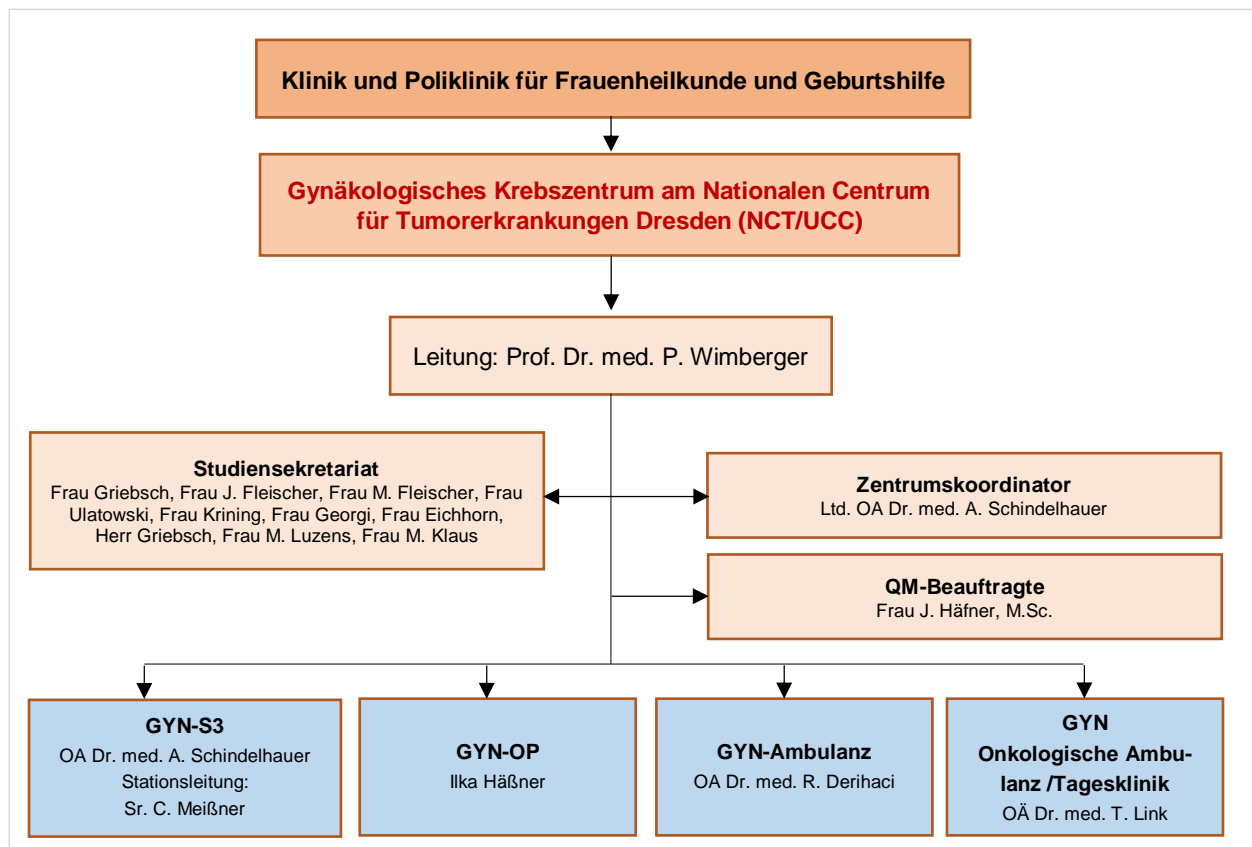


## Gynäkologisches Krebszentrum

### Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums (GZ)

Jährlich erkranken in Deutschland ca. 30.000 Frauen an einer gynäkologischen Krebserkrankung. Die Diagnose kommt meist unerwartet und stellt die Betroffenen und ihre Angehörigen vor eine große Herausforderung. Wesentlich für die Betroffenen sind eine optimale, auf die einzelne Patientin ideal zugeschnittene Behandlung. Dies erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Spezialistinnen und Spezialisten aus verschiedenen Fachgebieten unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Leitlinien und Standards. Das Gynäkologische Krebszentrum ist Teil des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) und erfüllt seit 2011 die von der Deutschen Krebsgesellschaft festgelegten Qualitätskriterien. Zusätzlich verfügt es über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2015. Das Gynäkologische Krebszentrum bietet auch als Studienleitzentrum der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO-Ovar) das komplette Spektrum von Diagnostik, operativer Therapie (komplexe onkologische Eingriffe einschließlich minimalinvasiver und roboterassistierter Chirurgie), Strahlentherapie, onkologisch-medikamentöser Therapie und Nachsorge nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen an. Unterstützt wird das Zentrum dabei von erfahrenen Psychoonkologinnen und Psychoonkologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Physiotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie onkologisch geschultem Pflegepersonal. Alle Behandlungspartner verpflichten sich, die für eine optimale Versorgung von Patientinnen geforderten Qualitätsstandards sicherzustellen, transparent darzulegen und auf Konformität zu prüfen.

Abbildung 23: 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 20: 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 Dr. med. A. Schindelhauer Dr. med. U. Canzler Dr. med. M. Meusel	FÄ/FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
Pflegedienstleitung	Mirko Radloff, B.Sc.	Gesundheits- und Krankenpflege, Management für Gesundheitsfachberufe
Onkologische Fachpflegekräfte	Anja Beutel / Helen Krieger / Christina Glöß / Birgit Loesch	Gesundheits- und Krankenpflege, Weiterbildung Onkologische Fachpflege
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 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 21: Jahresziele 2022 des Gynäkologischen Krebszentrums

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Zielerreichung
1	Verbesserung der Rücklaufquote der kontinuierlichen Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen	Alle MA GZ	Ziel erreicht. Steigerung von 15% auf 26%.
2	Erfassung aller Kennzahlen über das TDS. Hierzu muss die Programmierung über Frau Rentsch geplant und durchgeführt werden.	Frau Häfner Frau Rentsch	Begonnen. Wird bis zur vollständigen Umsetzung fortgeführt.
3	Umstellung des QM-Handbuches zur besseren Darstellung der Prozessstruktur und Anpassung an UKD-Vorgaben.	ZB QRM Frau Häfner	Begonnen. Wird bis zur vollständigen Umsetzung fortgeführt.
4	Evaluierung des Einsatzes von Tablets für die Anamneseerhebung.	Frau Meißner	Evaluation ist erfolgt., Einsatzbereich wurde innerhalb der Frauenklinik erweitert.



## Ergebnisse aus externen und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Im Jahr 2022 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.

### Ergebnisse aus internen 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 QMB in Abstimmung mit dem Zentralbereich 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 14. September 2022 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Studiensekretariat und der gynäkologische Operationsbereich auditiert. In den internen Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden acht Hinweise und Anregungen gegeben. Davon betreffen sechs Hinweise die Dokumentation/Dokumentationlenkung und zwei Hinweise die Einweisung und Prüfung von Medizinprodukten. Die Hinweise wurden mit den Verantwortlichen kommuniziert und Maßnahmen abgeleitet. Alle festgelegten Maßnahmen wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und regelmäßig auf Umsetzung geprüft.

## Durchführung von 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 Jahr 2020 papierbasiert statt. Die Rücklaufquote betrug 31,5%. Seit Ende 2022 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern des Gynäkologischen Krebszentrums auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail-Adresse [feedback.nct-ucc@ukdde.de](mailto:feedback.nct-ucc@ukdde.de) und einem dahintergelegten 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 Gynäkologischen Krebszentrum möglich ist.

Eine nächste Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Gynäkologischen Krebszentrums ist für September 2023 geplant. Alle Zuweiserinnen und Zuweiser, die 2022 Patientinnen an das Gynäkologische Zentrum überwiesen haben, erhalten den Onlinefragebogen in Papierformat sowie den QR-Code zugesandt. So wird noch einmal auf die kontinuierliche Onlinebefragung hingewiesen und jedem Zuweisenden ist die Möglichkeit gegeben, anhand der eigenen Präferenz an der Befragung teilzunehmen.

## Zufriedenheit der Patientinnen

Befragungen von Patientinnen finden im Gynäkologischen Krebszentrum kontinuierlich papierbasiert statt. Die Befragung soll die Zufriedenheit der Patientinnen sowie deren Bedürfnisse ermitteln und dient der qualitativen Weiterentwicklung. Alle Patientinnen, die stationär im Gynäkologischen Krebszentrum behandelt werden, erhalten mit der Patientenmappe einen Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag ausgehändigt. Die Auswertung für das Jahr 2022 erfolgte im Januar 2023. Die Rücklaufquote betrug 26% und ist im Vergleich zu 2021 (15%) gestiegen. Die kontinuierliche Befragung wird in 2023 fortgeführt.

Die Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums haben zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise, Anregungen und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen etabliert ist, abzugeben. Den entsprechenden QR-Code finden die Patientinnen auch in den Patientenmappen, welche allen Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums ausgehändigt wird.

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

### Qualitätszirkel

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

### Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Weiterhin werden im Gynäkologischen Krebszentrum jährlich zwei M&M-Konferenzen durchgeführt. Im Jahr 2022 fanden diese am 14. Juli 2022 und 8. Dezember 2022 statt. Teilnehmer waren die Behandlungspartner. Besprochen wurden sowohl Behandlungsfälle mit einem negativen Verlauf (schnell wachsender Tumor, rasches Fortschreiten der Metastasierung, starke Chemotherapie Nebenwirkungen, operative Komplikationen) und Patientinnen mit positivem Verlauf. Die M&M-Konferenzen werden protokolliert und Maßnahmen abgeleitet. Regelmäßig werden Morbiditätskriterien auch im Tumorboard besprochen.

## Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen

### Fort- und Weiterbildungsangebote

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

Die wöchentlichen Tumorkonferenzen des Gynäkologischen Krebszentrums bieten den ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine kontinuierliche Fortbildung, in denen die optimalen

Diagnostik- und Therapieschritte für Patientinnen unter Einbeziehung aller Befunde fachübergreifend diskutiert werden, um gemeinsam die bestmögliche Therapie für jede Patientin festzulegen. Der theoretische Hintergrund der Entscheidung wird unter Berücksichtigung der individuellen Anamnese der Patientin dargestellt und die Eignung der Patientin für standardisierte klinische Behandlungspfade, Leitlinien oder Studienprotokolle überprüft.

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

Im Jahr 2022 fanden folgende Fort- und Weiterbildungen des Zentrums statt:

Tabelle 22: Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums 2022

Datum	Fort- und Weiterbildung
12. März 2022	Aktuelles aus der Frauenheilkunde – Vorträge: Endometriumkarzinom: eine Erkrankung – eine Therapie?“, „Osteoprotektion, Osteoporosetherapie und Behandlung von Knochenmetastasen“
1. Juni 2022	Veranstaltungsreihe Krebs im FOCUS des NCT/UCC – Vortrag: „FBREK-Zentrum – ein umfassendes Betreuungskonzept für erblichen Brust- und Eierstockkrebs
17./18. Juni 2022	Teilnahme MGFG Tagung – Leitung Hauptsitzung Onkologie
2. November 2022	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie – Vorträge: „Interessante Fälle aus der gyn. Onkologie: Gestationsbedingte Trophoblasttumore“, „Operative Therapie des Endometriumkarzinoms“

### 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 8. Oktober 2022 fand der 13. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Der Informationstag beschäftigte sich insbesondere mit der Fragestellung, ob Handlungsempfehlungen auch bei vererbtem Brust- und Eierstockkrebs maßgeschneidert werden können. Zudem wurden neue Instrumente und Therapiemöglichkeiten vorgestellt.

### Öffentlichkeitsarbeit

Das Gynäkologische Krebszentrum präsentiert sein Leistungsspektrum in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen hierbei sind die Patientinnen des Gynäkologischen Krebszentrums sowie Zuweiserinnen und Zuweiser und Kliniken aus dem Raum Dresden und Umgebung. Insbesondere für die Patientinnen und Ratsuchende wurde ein Informationsflyer erarbeitet. Alle Informationsmaterialien stehen als Download auf der Internetseite zur Verfügung. Hier wird auch über aktuelle Veranstaltungen und Fort- und Weiterbildungen informiert.

Informationen zum Gynäkologischen Krebszentrum am NCT/UCC sind auf der Internetseite unter <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/gyn/zentren/gyn-krebszentrum> veröffentlicht. Darüber hinaus ist das Netzwerk mit den beteiligten Zentren, Kontaktdaten und Kooperationspartnern bei Oncomap (<https://www.oncomap.de>) gelistet.

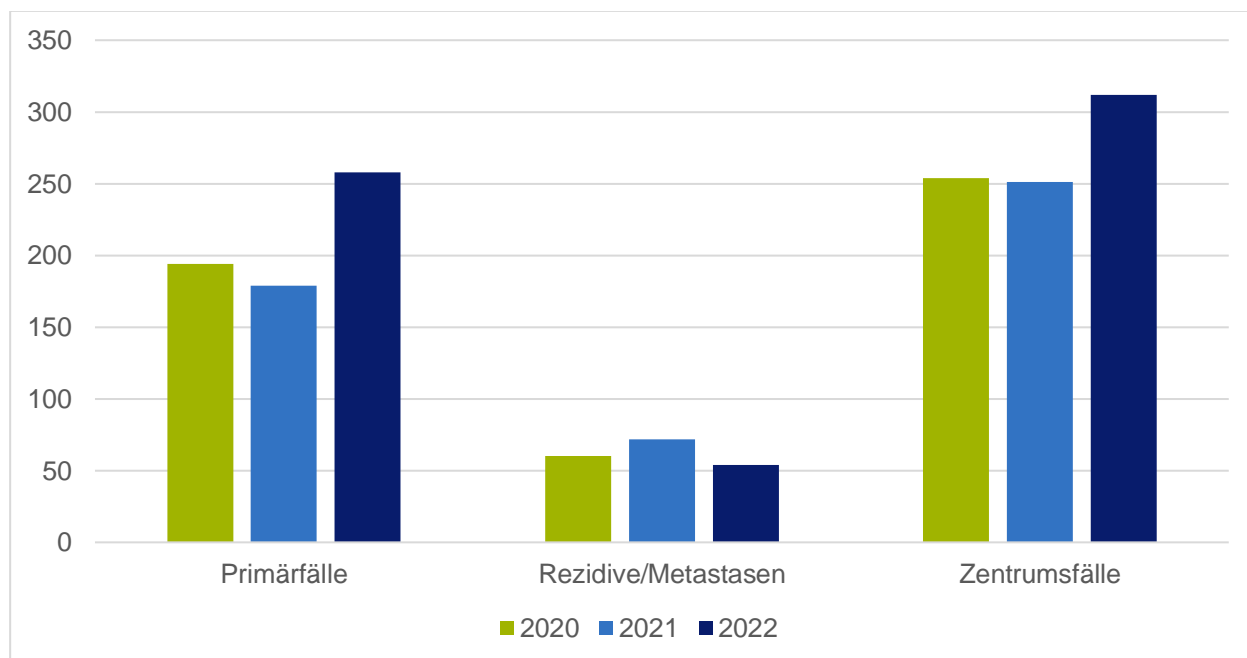
## Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

### 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 2022 wurden im Gynäkologischen Krebszentrum Dresden 312 Patientinnen mit einem Genitalmalignom betreut. 258 Patientinnen stellten sich mit einer Primärerkrankung und 54 Patientinnen mit einem Rezidiv oder einer sekundären Metastasierung im Gynäkologischen Krebszentrum vor.

Abbildung 24: Primär- und Zentrumsfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022



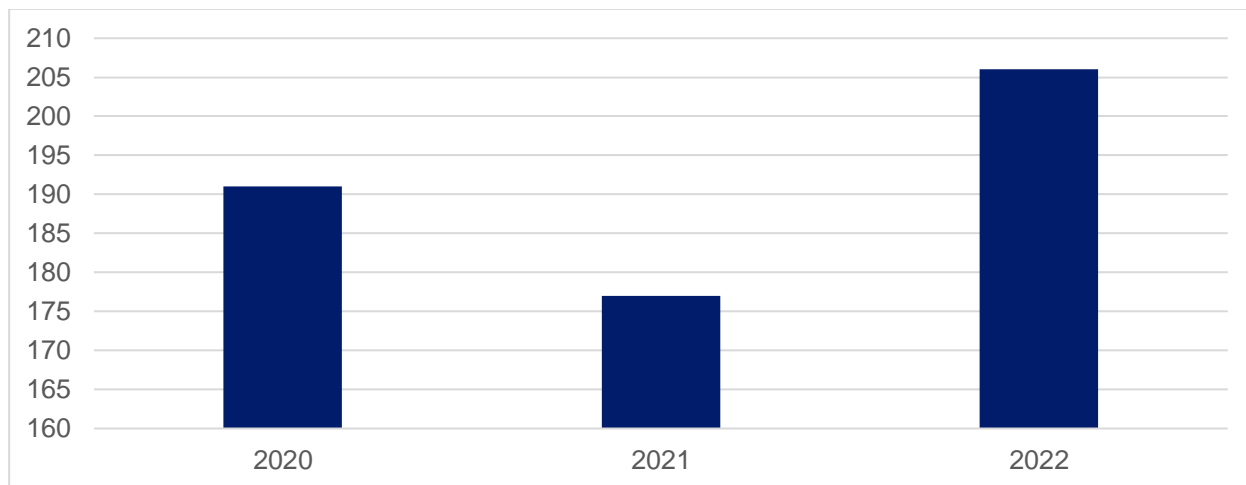
Verteilt auf die einzelnen Tumorentitäten ergibt sich folgende Entwicklung der Fallzahlen in den letzten drei Jahre.

Tabelle 23: Entwicklung der Fallzahlen je Tumorentität Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022

Tumorentität	Primärfälle			Nicht-Primärfälle		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Ovarialkarzinom inklusive Borderline, Tubenkarzinom, Peritonealkarzinom	75	67	90	23	38	23
Zervixkarzinom	34	42	46	5	6	8
Endometriumkarzinom	51	49	69	16	11	7
Vulvakarzinom	27	15	33	8	11	10
Vaginalkarzinom	1	6	9	4	6	3
Sonstige (Sarkome, Choriokarzinom)	6	0	11	4	0	3
<b>Gesamt</b>	<b>194</b>	<b>179</b>	<b>258</b>	<b>60</b>	<b>72</b>	<b>54</b>

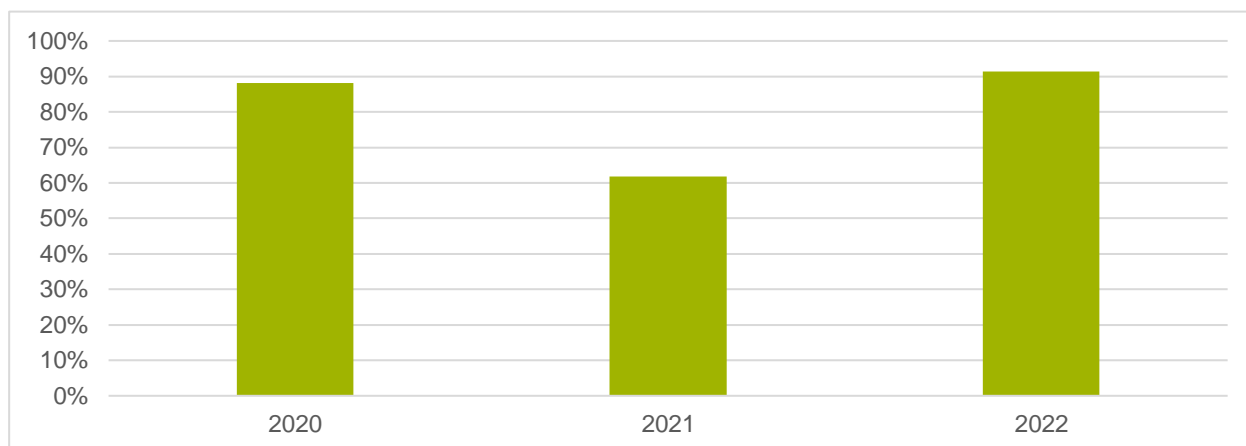
Für den operativen Bereich schreiben die Anforderungen an zertifizierte Gynäkologische Krebszentren mindestens 40 stadiengerechte Operationen bei Patientinnen mit Genitalmalignom pro Jahr vor. Die Vorgabe wurde für das Jahr 2022 erfüllt; es sind keine Maßnahmen erforderlich.

Abbildung 25: Operative Primärfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022



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 23 Zentren des Deutschen Konsortiums „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“, welches die fachübergreifende Beratung, Betreuung und Gendiagnostik ermöglicht.

Abbildung 26: Anteil Patientinnen mit einem Angebot zur genetischen BRCA-Testung Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022



### Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird über den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC gewährleistet. Sie richtet sich als Teil des Behandlungskonzeptes des Gynäkologischen Krebszentrums an Patientinnen mit seelischen Belastungen bei Verdacht, Diagnose und Therapie von gynäkologischen Tumoren. Die psychoonkologische Betreuung bietet u. a. Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, bei der Anpassung an neue, veränderte Lebensumstände sowie bei der Förderung der Lebensqualität. Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und der Hornheider Screeningbogen zur Anwendung. Jede Patientin erhält durch die Pflegekräfte einen

Screeningbogen, in dem die aktuellen und bestehenden Belastungen sowie der Unterstützungsbedarf und der Behandlungswunsch eruiert werden. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußert die Patientin unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte oder durch die Patientin selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung.

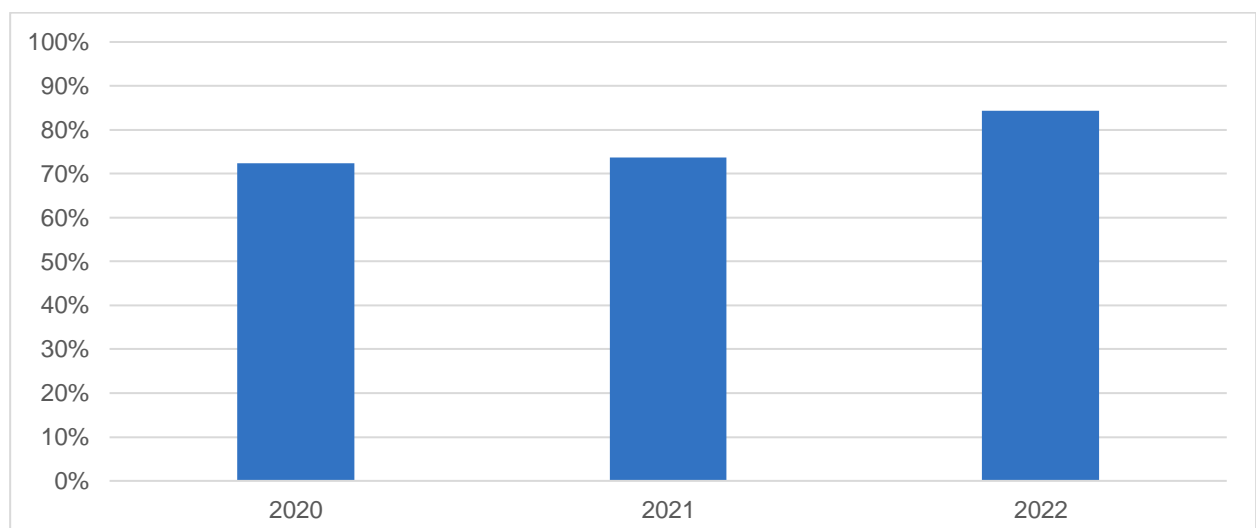
Die Anzahl der Patientinnen, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, wird jährlich erfasst und ausgewertet. Der Anteil an psychoonkologischer Beratung ist über die letzten drei Jahre konstant. Die Vorgabe der Fachgesellschaften, die eine Betreuungsquote von  $\geq 15\%$  empfehlen, wurde im Jahr 2022 erfüllt.

Tabelle 24: Betreuung und Screening durch den psychoonkologischen Dienst Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022

	2020	2021	2022
Beratung	61,4%	64,9%	65,4%
Screening	62,2%	75,0%	63,5%

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 dem Geschäftsbereich Pflege, Service, Dokumentation des UKD zugeordnet. Jede Patientin des Gynäkologischen Krebszentrums erhält das Angebot eines Beratungsgesprächs durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate  $\geq 50\%$  wurde erfüllt.

Abbildung 27: Betreuung durch den Sozialdienst GZ 2020-2022



### Wartezeiten

Im Gynäkologischen Krebszentrum werden die Wartezeiten während der Sprechstunde und auf einen Termin kontinuierlich über das Krankenhausinformationssystem ORBIS erfasst. Eine Aus-

wertung 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 (5. September 2022 bis 30. September 2022) die Wartezeiten ausgewertet. Für die Berechnung der Wartezeit zwischen Diagnosestellung und Operation wurden alle operativen Patientinnen 2022 einbezogen, bei denen vor der Operation die Diagnostik erfolgt und die Diagnose gesichert wurde.

Tabelle 25: Ergebnisse der Wartezeiterfassung GZ 2020-2022

Wartezeit	2020	2021	2022
auf einen Termin	11,5 Tage	12,5 Tage	10,8 Tage
während der Sprechstunde	27,6 Minuten	26,0 Minuten	28,6 Minuten
Diagnose - OP	17,6 Tag	15,2 Tage	14,8 Tage

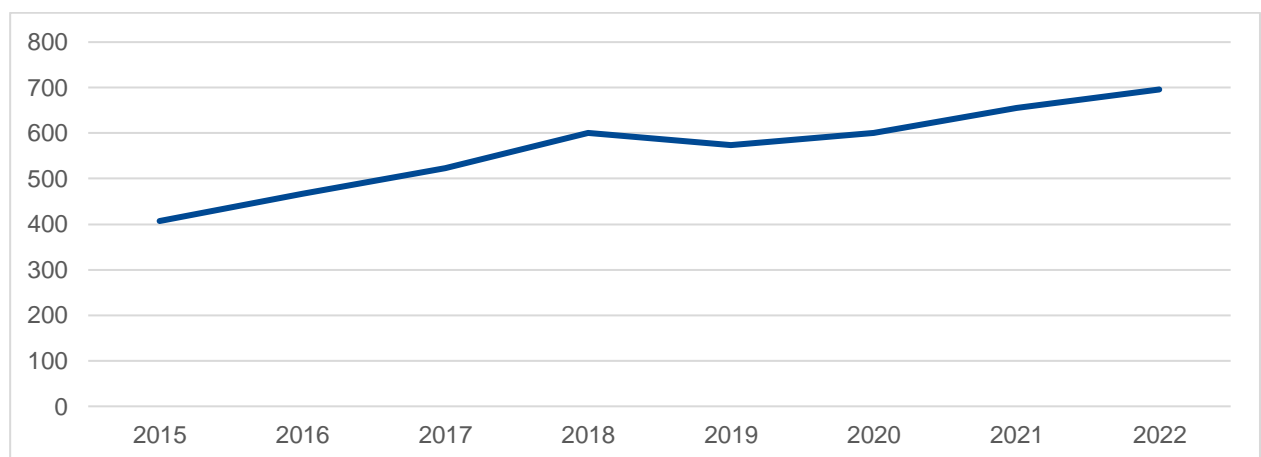
Die Vorgaben der Fachgesellschaften von < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin, < 60 Minuten während der Sprechstunde und < 4 Wochen von Diagnosestellung bis Operation werden erfüllt.

### 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 2022 fanden 51 Tumorkonferenzen statt, in denen insgesamt 695 interdisziplinäre Behandlungspläne erstellt wurden. Es wurden alle Patientinnen, die 2022 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 13,6 Empfehlungen ausgesprochen.

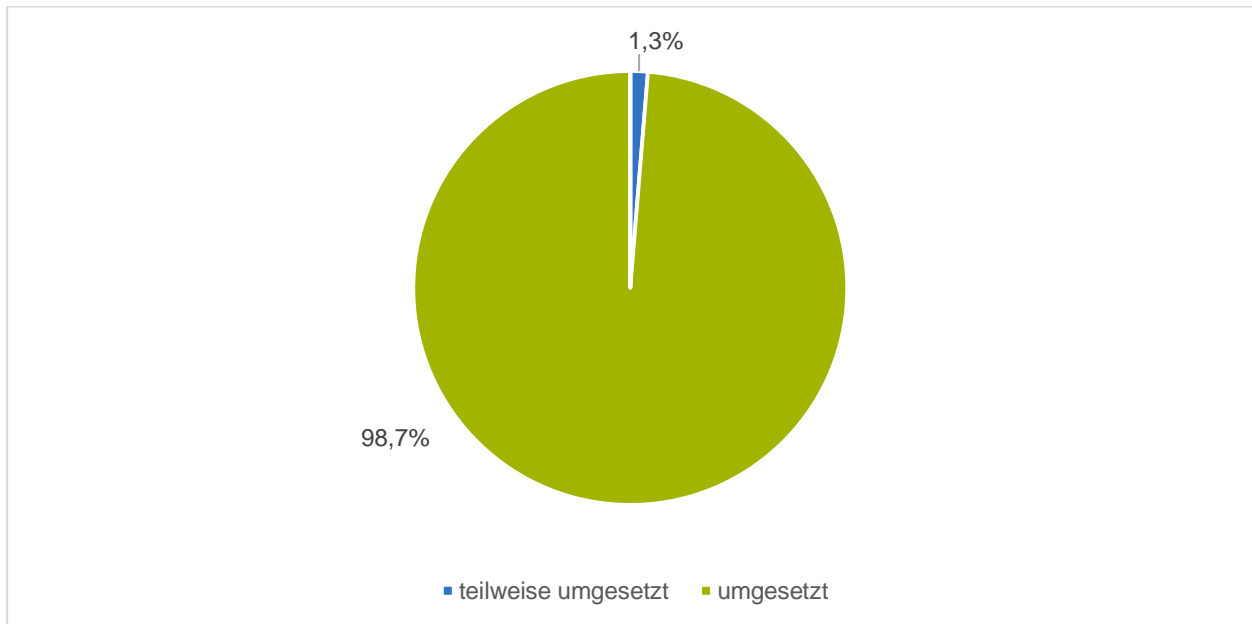
Abbildung 28: Anzahl Tumorboardempfehlungen Gynäkologisches Krebszentrum 2015-2022



## Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die QM-Beauftragte überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 10% aller in einem Jahreszeitraum im Tumorboard des Gynäkologischen Krebszentrums vorgestellten Patientinnen zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für das Jahr 2022 wurden **51 Patientinnen** mit insgesamt **75 Beschlüssen** ausgewählt.

Abbildung 29: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance GZ 2022



Insgesamt wurden 74 Beschlüsse (98,7%) inhaltlich korrekt entsprechend der Tumorboardempfehlung umgesetzt. Ein Tumorboardbeschluss wurde teilweise umgesetzt, da die Patientin sich für eine andere Therapie auswärts entschieden hatte. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

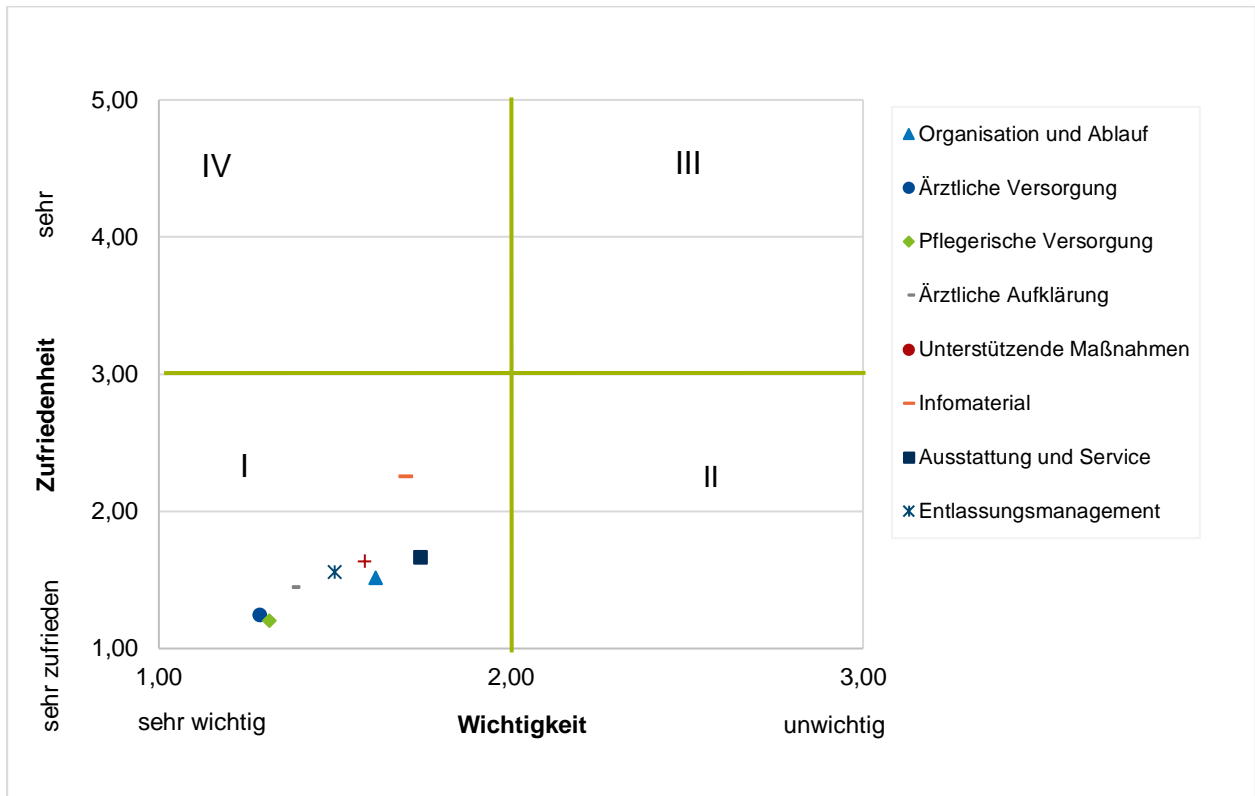
## Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen

### Zufriedenheit der Patientinnen

Im Jahr 2022 wurde im Gynäkologischen Krebszentrum eine kontinuierliche Befragung der Patientinnen durchgeführt. Die Rücklaufquote betrug 26%. Aus den Ergebnissen lassen sich keine wesentlichen Erkenntnisse und Maßnahmen zur Verbesserung der angebotenen Leistungen ableiten. Im Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio liegen alle Items im Quadranten mit dem geringsten Handlungsbedarf. Diese Leistungen sind den Patientinnen wichtig, gleichzeitig sind sie mit diesen Leistungen sehr zufrieden.



Abbildung 30: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio Patientinnen Gynäkologisches Krebszentrum 2022



### Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2022

Über das digitale Feedbacksystem sind im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2022 841 Rückmeldungen eingegangen. Sie wurden von 493 Patientinnen und 307 Angehörigen abgegeben.

Abbildung 31: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 - 2022

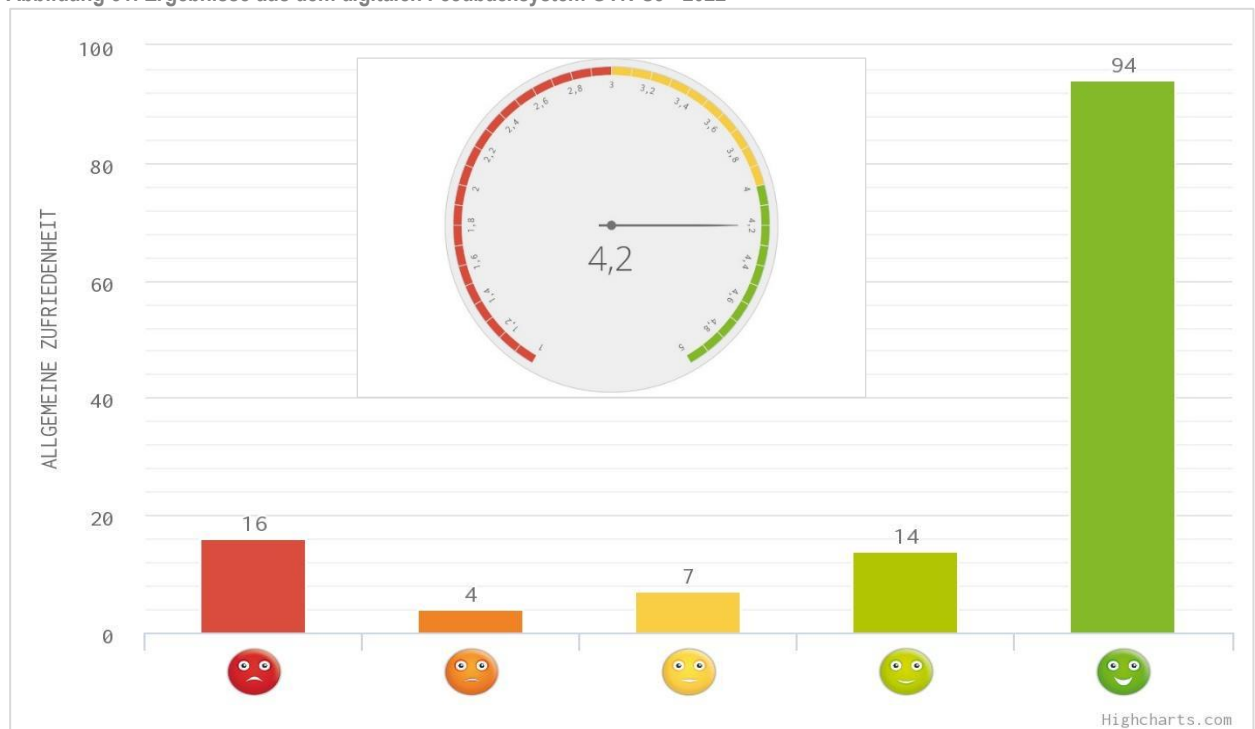
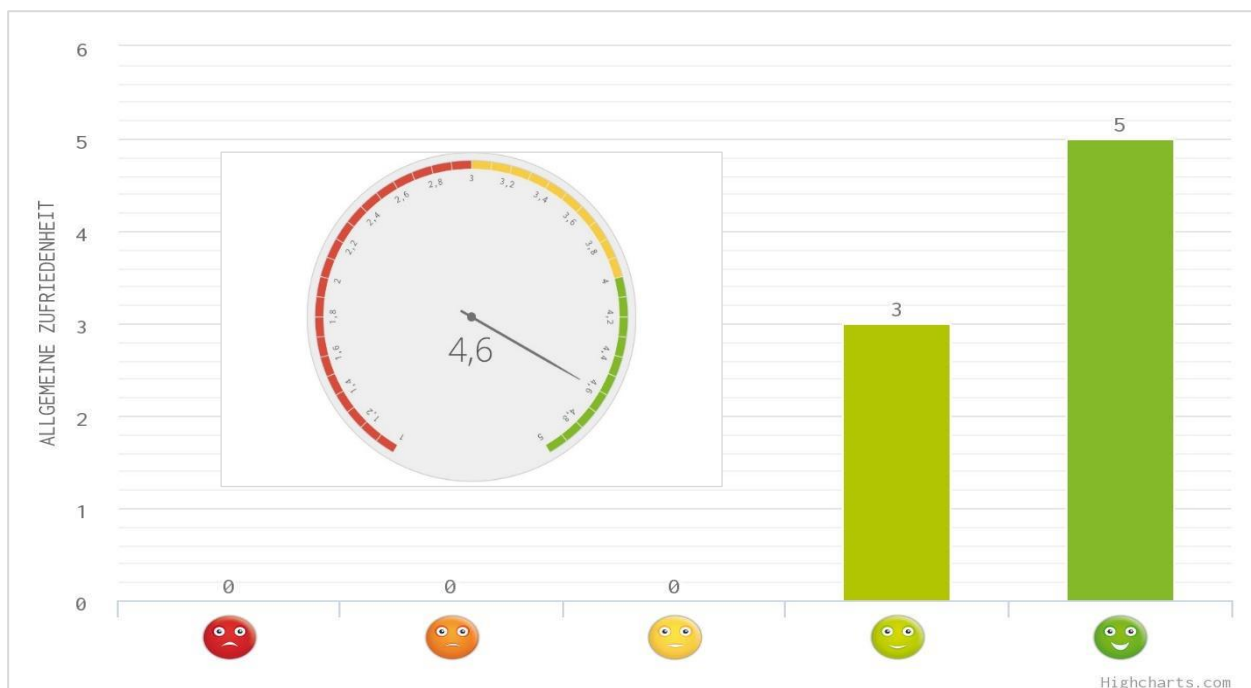


Abbildung 32: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-Ambulanz - 2022



Abbildung 33: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-onkologische Ambulanz 2022



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 2022 erreicht, somit sind keine Maßnahmen erforderlich.

## Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Gynäkologische Krebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2022 ist in Tabelle 26 zusammengefasst.

Tabelle 26: Datenqualität DKG-Kennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum 2022

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
92,3%	7,7%	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 2022 waren 33 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen geöffnet.

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

Tabelle 27: Studienquote Gynäkologisches Krebszentrum 2020-2022

2020	2021	2022
25,6%	22,2%	29,8%

### Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Gynäkologischen Krebszentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2022 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 Gynäkologischen Krebszentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ aufgeführt sind.

Beckmann MW, Stübs FA, Koch MC, Mallmann P, Dannecker C, Dietl A, Sevnina A, Mergel F, Lotz L, Hack CC, Ehret A, Gantert D, Martignoni F, Cieslik JP, Menke J, Ortmann O, Stromberger C, Oechsle K, Hornemann B, Mumm F, Grimm C, Sturdza A, Wight E, Loessl K, Golatta M, Hagen V, Dauelsberg T, Diel I, Münstedt K, Merz E, Vordermark D, Lindel K, Wittekind C, Küppers V, Lellé R, Neis K, Griesser H, Pöschel B, Steiner M, Freitag U, Gilster T, Schmittel A, Friedrich M, Haase H, Gebhardt M, Kiesel L, Reinhardt M, Kreißl M, Kloke M, Horn LC, Wiedemann R, Marnitz S, Letsch A, Zraik I, Mangold B, Möckel J, Alt C, Wimberger P, Hillemanns P, Paradies K, Mustea A, Denschlag D, Henscher U, Tholen R, Wesselmann S, Fehm T. Diagnosis, Therapy and Follow-up of Cervical Cancer. Guideline of the DGGG, DKG and DKH (S3-Level, AWMF Registry No. 032/033OL, May 2021) - **Part 1 with Recommendations on Epidemiology, Screening, Diagnostics and Therapy**. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2022 Feb 11;82(2):139-180.

Bogani G, Ray-Coquard I, Concin N, Ngoi NYL, Morice P, Enomoto T, Takehara K, Denys H, Lorusso D, Coleman R, Vaughan MM, Takano M, Provencher D, Sagae S, Wimberger P, Póka R, Segev Y, Kim SI, Kim JW, Candido Dos Reis FJ, Mariani A, Leitao MM Jr, Makker V, Rustum NA, Vergote I, Zannoni GF, Tan DSP, McCormack M, Bini M, Lopez S, Raspagliesi F, Panici PB, di Donato V, Muzii L, Colombo N, Scambia G, Pignata S, Monk BJ. **Clear cell carcinoma of the endometrium.** Gynecol Oncol. 2022 Mar;164(3):658-666.

Buderath P, Stukan M, Ruhwedel W, Strutas D, Feisel-Schwickardi G, Wimberger P, Kimmig R. **Total mesometrial resection (TMMR) for cervical cancer FIGO IB-IIA: first results from the multicentric TMMR register study.** J Gynecol Oncol. 2022 Jan;33(1):e9.

Fumet JD, Lardenois E, Ray-Coquard I, Harter P, Joly F, Canzler U, Truntzer C, Tredan O, Liebrich C, Lortholary A, Pissaloux D, Leary A, Pfisterer J, Eeckhoutte A, Hilpert F, Fabbro M, Caux C, Alexandre J, Houlier A, Sehouli J, Sohler E, Kimmig R, Dubois B, Spaeth D, Treilleux I, Frenel JS, Herwig U, Le Saux O, Bendriss-Vermare N, du Bois A. **Genomic Instability Is Defined by Specific Tumor Microenvironment in Ovarian Cancer: A Subgroup Analysis of AGO OVAR 12 Trial.** Cancers (Basel). 2022 Feb 25;14(5):1189.

González-Martín A, Desauw C, Heitz F, Cropet C, Gargiulo P, Berger R, Ochi H, Vergote I, Colombo N, Mirza MR, Tazi Y, Canzler U, Zamagni C, Guerra-Alia EM, Levaché CB, Marmé F, Bazan F, de Gregorio N, Dohollou N, Fasching PA, Scambia G, Rubio-Pérez MJ, Milenkova T, Costan C, Pautier P, Ray-Coquard I; **PAOLA1/ENGOT-ov25 investigators. Maintenance olaparib plus bevacizumab in patients with newly diagnosed advanced high-grade ovarian cancer: Main analysis of second progression-free survival in the phase III PAOLA-1/ENGOT-ov25 trial.** Eur J Cancer. 2022 Oct;174:221-231.



# Regionales Brustzentrum

Klinik und Poliklinik für  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Regionales  
Brustzentrum



NATIONALES CENTRUM FÜR  
TUMORERKRANKUNGEN DRESDEN  
UNIVERSITÄTS KREBSZENTRUM UCC

getragen von:  
Deutsches Krebsforschungszentrum  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden  
Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, TU Dresden  
Helmholtz-Zentrum Dresden-Rossendorf

## Regionales Brustzentrum Dresden

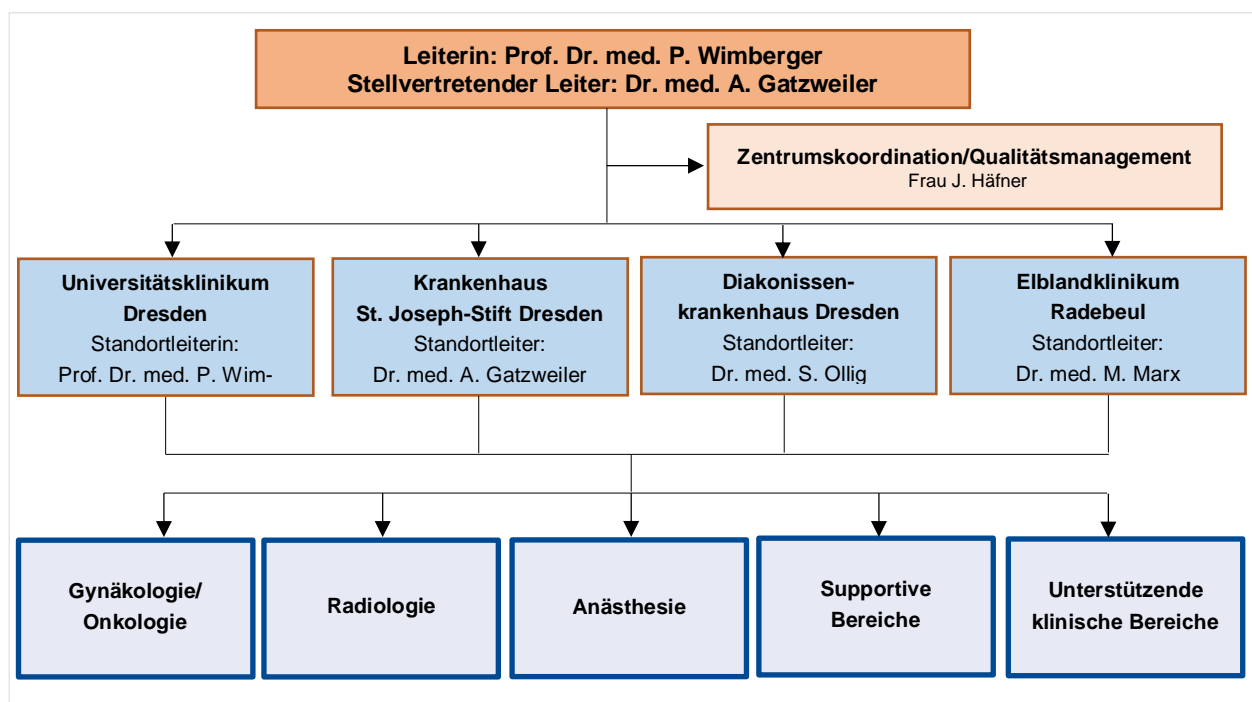
### Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden (RBZ)

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 9001:2015. Somit ist ein für Deutschland einmaliges Versorgungskonstrukt auf hohem und vergleichbarem Niveau entstanden.

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

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

Abbildung 34: 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 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 28: 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 Dr. med. Cornelia Meisel Dr. med. Katja Keller	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Senior Mamma-Operateurin
	Dr. med. Mareike Neubert	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Mamma-Operateurin
Pflegedienstleitung	Mirko Radloff, B.Sc.	Gesundheits- und Krankenpflege, Management für Gesundheitsfachberufe
Breast Care Nurse	Claudia Große	Gesundheits- und Krankenpflegerin
Mamma Care Trainerin	Ilka Hötzel	Gesundheits- und Krankenpflegerin
Onkologische Fachpflegekräfte	Anja Beutel / Helen Krieger / Christina Glöß / Birgit Loesch	Gesundheits- und Krankenpflege, Weiterbildung Onkologische Fachpflege
Tumordokumentation	Karin Lorenz	Medizinische Dokumentationsassistentin
Zentrumskoordination/Qualitätsmanagement	Julia Häfner, M.Sc.	Gesundheitsökonomie

## Ziele des Regionalen Brustzentrums Dresden

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

Tabelle 29: Jahresziele 2022 des Regionalen Brustzentrums Dresden

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Zielerreichung
1	Umstellung des QM-Handbuches zur besseren Darstellung der Prozessstruktur und Anpassung an UKD-Vorgaben	ZB QRM Frau Häfner	Begonnen. Wird bis zur vollständigen Umsetzung fortgeführt.
2	Überarbeitung des zentrumsübergreifenden Flyers	QMBs RBZ	Noch nicht abgeschlossen. Wird in 2023 fortgeführt.
3	Verbesserung der Rücklaufquote der Befragung von Patientinnen und Patienten insbesondere am Standort Diakonissenkrankenhaus	MA RBZ	Die Rücklaufquote konnte im Diakonissenkrankenhaus um 7 % (von 11% auf 18%) gesteigert werden. Insgesamt ist die Rücklaufquote von 32% stabil geblieben.
4	Durchführung von Informationstagen für Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Standorten	FÄ RBZ	Informationstage für Patientinnen und Patienten wurden durchgeführt.
5	Migration der Internetseite des RBZ auf die neue Internetseite des NCT/UCC	Frau Häfner	Internetseite des RBZ wurde auf der Internetseite des NCT/UCC integriert.
6	Evaluierung des Einsatzes von Tablets für die Anamneseerhebung.	Frau Meißner	Evaluation ist erfolgt. Einsatzbereich wurde innerhalb der Frauenklinik erweitert.

## Ergebnisse aus externen und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Im Jahr 2022 fanden im Regionalen Brustzentrum Dresden keine externen Audits vor Ort statt. Seitens OnkoZert befindet sich das Zentrum im reduzierten Auditzyklus. Im Rahmen des reduzierten Auditzyklus erfolgte eine Dokumentenprüfung anhand der eingereichten Erhebungs- und Kennzahlenbögen, aus der sich keine Hinweise oder Abweichungen ergeben haben.

### Ergebnisse aus internen 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 QMB in Abstimmung mit dem Zentralbereich 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 QMBs.

Das letzte interne Audit fand am Standort Universitätsklinikum Dresden am 14. September 2022 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Studiensekretariat und der Operationsbereich auditiert. Im Krankenhaus St. Joseph-Stift fand ein internes Audit am 20. September 2022 und im Diakonissenkrankenhaus am 27. April 2022 statt. In den internen Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Für den Standort Universitätsklinikum wurden acht Hinweise und Anregungen gegeben. Davon betreffen sechs Hinweise die Dokumentation/Dokumentenlenkung und zwei Hinweise die Einweisung und Prüfung von Medizinprodukten.

Am Standort St. Joseph-Stift gab es insgesamt fünf Hinweise, davon beziehen sich vier auf die Dokumentation und ein Hinweis auf ein Problem mit einem Dienstleister. Die Hinweise wurden mit den Verantwortlichen kommuniziert und Maßnahmen abgeleitet. Alle festgelegten Maßnahmen wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und regelmäßig auf Umsetzung geprüft.

## Durchführung von 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 Jahr 2020 papierbasiert statt. Die Rücklaufquote betrug 31% und ist damit konstant im Vergleich zu vorherigen Befragungen. Seit Ende 2022 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern aller Standorte des Regionalen Brustzentrums Dresden auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail-Adresse [feedback.nct-ucc@ukdde.de](mailto:feedback.nct-ucc@ukdde.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 Dresden ist für September 2023 geplant. Alle Zuweiserinnen und Zuweiser, die 2022 Patientinnen und Patienten an das Regionale Brustzentrum Dresden überwiesen haben, erhalten den Onlinefragebogen in Papierformat sowie den QR-Code zugesandt. So wird noch einmal auf die kontinuierliche Onlinebefragung hingewiesen und jedem Zuweisenden ist die Möglichkeit gegeben, anhand der eigenen Präferenz an der Befragung teilzunehmen.

### 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 Auswertung für das Jahr 2022 erfolgte im Januar 2023. Die Rücklaufquote betrug 31% und ist im Vergleich zu 2021 konstant. Die kontinuierliche Befragung wird in 2023 fortgeführt.

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.

### 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 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.

#### 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 2022 fanden die M&M-Konferenzen am 20. Oktober 2022 und 24. November 2022 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 Chemotherapienebenwirkungen, operative Komplikationen) und Patientinnen und Patienten mit positivem Verlauf. Die M&M-Konferenzen werden protokolliert und Maßnahmen abgeleitet.

## 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 2022 fanden folgende Fort- und Weiterbildungen des Regionalen Brustzentrums Dresden statt.

Tabelle 30: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Regionales Brustzentrum Dresden

Datum	Fort- und Weiterbildung
26. Januar 2022	Update Mammakarzinom nach San Antonio / zentrale Veranstaltung RBZ
12. März 2022	Aktuelles aus der Frauenheilkunde – Vortrag: Das hereditäre Mammakarzinom
1. Juni 2022	Veranstaltungsreihe Krebs im FOCUS des NCT/UCC – Vortrag: „FBREK-Zentrum – ein umfassendes Betreuungskonzept für erblichen Brust- und Eierstockkrebs
17./18. Juni 2022	Teilnahme MGFG Tagung; Teilnahme am Symposium Simply the Test - ein BRCA-Keimbahnertest kann Therapieoptionen für das Mammakarzinom eröffnen; Vorträge: ADCs beim metastasierten Mammakarzinom - Quo Vadis?, Mechanismen der endokrinen Resistenz beim Mammakarzinom und ihre Überwindung
2. November 2022	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie – Vorträge: Das hormonrezeptorpositive Mammakarzinom – wie sinnvoll ist eine präoperative endokrine Therapie?; Neubewertung des HER2-Rezeptors; Auf dem Weg zur individuellen Prävention beim familiären Brust- und Eierstockkrebs

### Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

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

Am 8. Oktober 2022 fand am Standort Universitätsklinikum Dresden der 13. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Themenschwerpunkt der Veranstaltung war: „Gleiche Genveränderung - gleiche Handlungsempfehlungen? Individuelle Beratungen und Empfehlungen in der Sprechstunde Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“. Der Informationstag beschäftigte sich insbesondere mit der Fragestellung, ob Handlungsempfehlungen auch bei vererbtem Brust- und Eierstockkrebs maßgeschneidert werden können. Zudem wurden neue Instrumente und Therapiemöglichkeiten vorgestellt.

Am 9. November 2022 fand ein Patiententag im Krankenhaus St. Joseph-Stift statt. Er stand unter dem Motto „Das macht Mut!“. Im Rahmen des Patiententages haben sich die Vereine „Ablatio Mammæ – Selbstbewusst ohne Brust“ und „Lebensheldin“ vorgestellt.

### Öffentlichkeitsarbeit

Das Regionale Brustzentrum Dresden präsentiert sein Leistungsspektrum in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen hierbei sind die Patientinnen und Patienten des

Regionalen Brustzentrums Dresden, Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Kliniken aus dem Raum Dresden und Umgebung.

Insbesondere für die Patientinnen und Patienten wurde eine Reihe von Drucksachen erstellt bzw. aktualisiert. Alle Informationsmaterialien stehen als Download auf den jeweiligen Internetseiten der Standorte des Regionalen Brustzentrums Dresden zur Verfügung. Hier wird auch über aktuelle Veranstaltungen und Fort- und Weiterbildungen informiert.

Informationen zum Regionalen Brustzentrum Dresden am NCT/UCC sind auf der Internetseite unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-patienten/organkrebszentren/regionales-brustzentrum.html> veröffentlicht. Darüber hinaus ist das Netzwerk mit beteiligten Zentren, Kontaktdaten und Kooperationspartnern bei Oncomap (<https://www.oncomap.de>) gelistet.

## 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 2022 wurden in den vier Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden insgesamt 805 primäre Mammakarzinome diagnostiziert und therapiert.

Abbildung 35: Primärfälle Regionales Brustzentrum Dresden 2020-2022

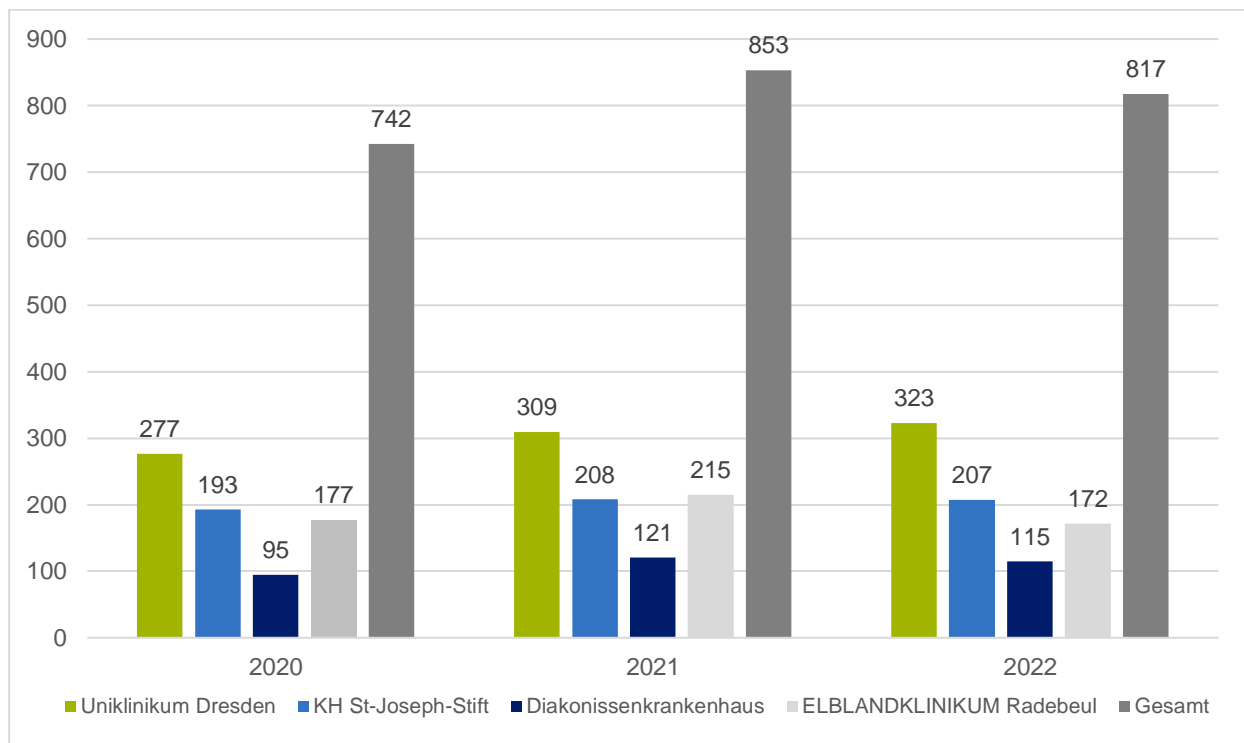
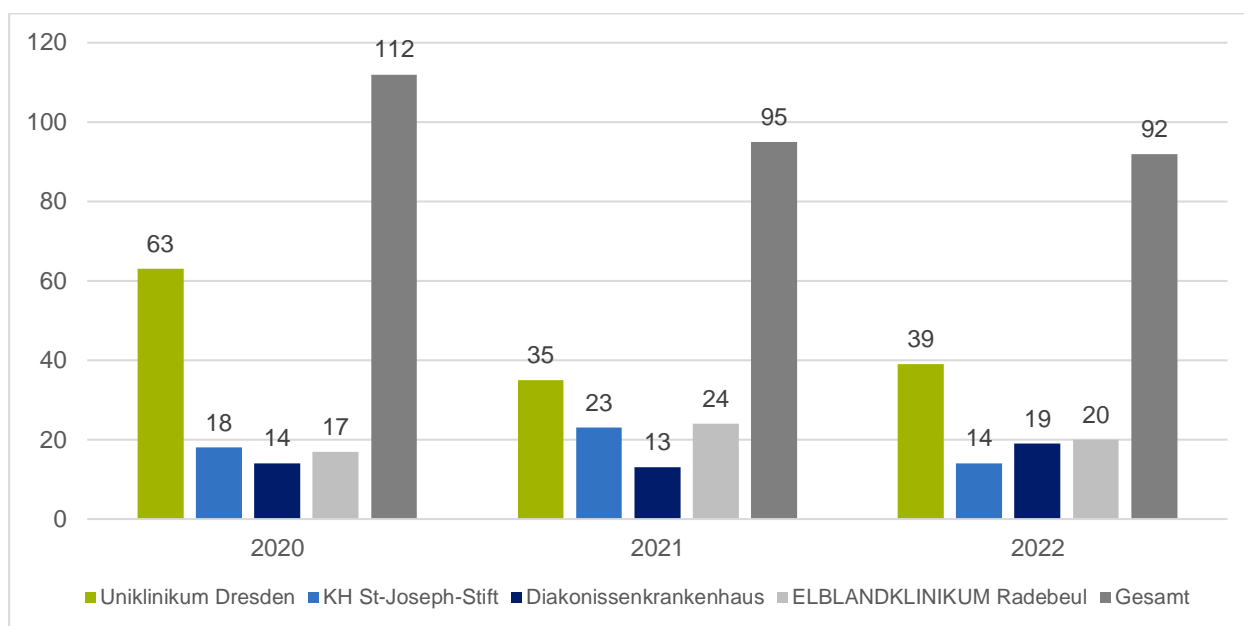


Abbildung 36: Rezidive/Metastasen Regionales Brustzentrum Dresden 2020-2022



Seitens der Fachgesellschaften liegen Vorgaben für die Art des operativen Eingriffs vor. Bei pT1-Tumoren sollte die brusterhaltende Therapie in 70-90% der Fälle angewendet werden. Die Mastektomierate sollte zwischen 15% und 40% liegen. Diesbezüglich gibt es 2022 keine Auffälligkeiten.

Tabelle 31: Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1 RBZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Universitätsklinikum Dresden	78,4%	86,2%	79,6%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	74,1%	89,0%	89,4%
Diakonissenkrankenhaus	89,6%	89,5%	89,5%
Elblandklinikum Radebeul	62,7%	66,4%	80,0%

Tabelle 32: Mastektomierate bei pT1 RBZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Universitätsklinikum Dresden	30,3%	23,8%	24,8%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	27,1%	19,8%	19,6%
Diakonissenkrankenhaus	21,4%	17,2%	21,1%
Elblandklinikum Radebeul	44,8%	43,0%	36,5%

Tabelle 33: Revisionsoperationen RBZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Universitätsklinikum Dresden	2,6%	2,6%	3,4%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	1,5%	1,8%	2,5%
Diakonissenkrankenhaus	7,1%	5,1%	1,1%
Elblandklinikum Radebeul	2,1%	6,5%	3,6%

## 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.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. Die Vorgabe der Fachgesellschaften, die eine Betreuungsquote von  $\geq 15\%$  empfehlen, wurde im Jahr 2022 erfüllt, so dass eine Ableitung von Maßnahmen nicht erforderlich ist.

Tabelle 34: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst RBZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Universitätsklinikum Dresden	47,4%	65,4%	57,2%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	73,0%	68,9%	64,7%
Diakonissenkrankenhaus	36,7%	58,2%	52,2%
Elblandklinikum Radebeul	50,0%	74,4%	73,9%

Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und das Hornheider Screeninginstrument 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.

Tabelle 35: Psychoonkologisches Screening RBZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Universitätsklinikum Dresden	65,0%	82,0%	83,7%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	78,7%	81,0%	74,2%
Diakonissenkrankenhaus	78,0%	70,2%	72,4%
Elblandklinikum Radebeul	-	-	72,1%

Am Standort Radebeul wurde die Screeningrate erst ab 2022 vollständig erfasst, sodass für diesen Standort keine Vergleichswerte vorliegen.

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 Verfü-

gung. 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 erfüllt.

Tabelle 36: Betreuung durch den Sozialdienst RBZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Universitätsklinikum Dresden	74,4%	78,2%	79,8%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	86,7%	93,3%	86,4%
Diakonissenkrankenhaus	75,2%	86,7%	85,8%
Elblandklinikum Radebeul	66,5%	89,4%	82,8%

## 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 Fachärzte durchgeführt. Dadurch erhalten die Patientinnen und Patienten eine feste Kontaktperson, der sie über den gesamten Behandlungsablauf hinweg betreut.

Im Regionalen Brustzentrum Dresden werden die Wartezeiten während der Sprechstunde und auf einen Termin kontinuierlich über das Krankenhausinformationssystem ORBIS erfasst. Eine Auswertung der Wartezeiten erfolgt stichprobenartig einmal pro Jahr über einen Zeitraum von vier Wochen. Für die Berechnung der Wartezeit zwischen Diagnosestellung und Operation wurden alle operativen Patientinnen und Patienten aus dem Kennzahlenjahr 2022 einbezogen, die keine präoperative Therapie erhalten haben.

Tabelle 37: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung RBZ 2020-2022

	Wartezeit auf Termin in Tagen			Wartezeit während der Sprechstunde in Minuten		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Universitätsklinikum	7,1	7,1	6,2	21,7	16	15,3
Krankenhaus St. Joseph-Stift	3,2	4,5	5	22,1	34,2	31
Diakonissenkrankenhaus	6,3	10	10	28,3	29	29
Elblandklinikum Radebeul	3,9	6	5,8	11,3	10,7	7,3

Tabelle 38: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Diagnostik-Operation RBZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Universitätsklinikum	13,7 Tage	13,4 Tage	12,7 Tage
Krankenhaus St. Joseph-Stift	11,1 Tage	12 Tage	14 Tage
Diakonissenkrankenhaus	12,7 Tage	12,6 Tage	13 Tage
Elblandklinikum Radebeul	12,4 Tage	13,1 Tage	13,3 Tage

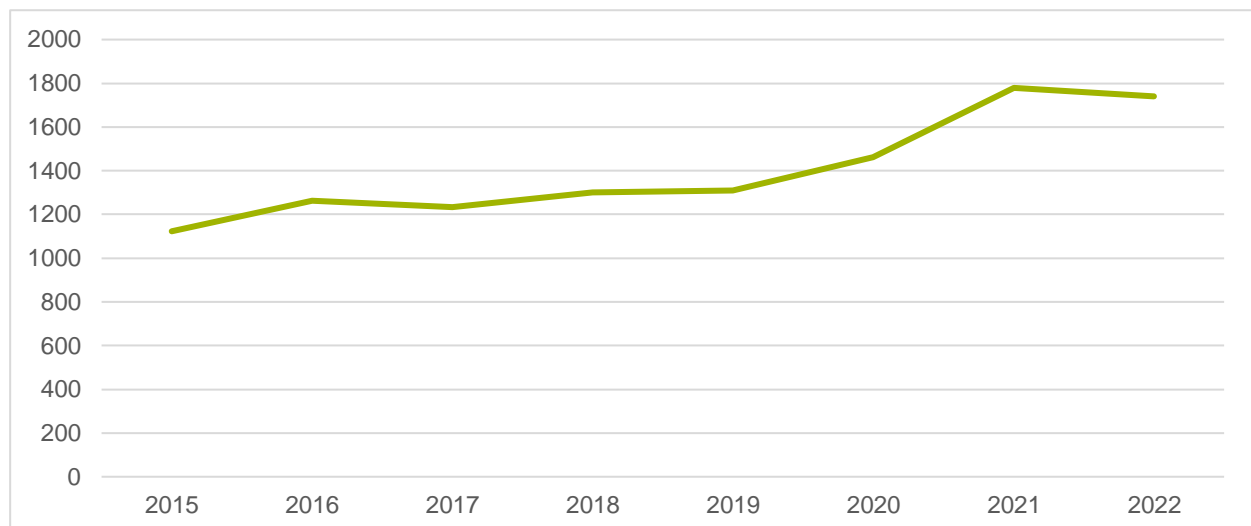
Die Vorgaben der Fachgesellschaften von  $< 2$  Wochen Wartezeit auf einen Termin,  $< 60$  Minuten während der Sprechstunde und  $\leq 14$  Tage von Diagnosestellung bis Operation werden in allen vier Standorten erfüllt.

## 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 2022 fanden 51 Tumorkonferenzen des Regionalen Brustzentrums Dresden statt, in denen insgesamt 1.741 interdisziplinäre Behandlungspläne erstellt wurden. Alle der in 2022 im Regionalen Brustzentrum Dresden betreuten Patientinnen und Patienten wurden postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt, womit auch die Anforderung der Fachgesellschaften ( $\geq 80\%$ ) erfüllt ist. Durchschnittlich werden pro Patientin/Patient 1,3 Beschlüsse gefasst; pro Board werden durchschnittlich 34,1 Empfehlungen ausgesprochen.

Abbildung 37: Anzahl Tumorboardempfehlungen RBZ



## Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die QM-Beauftragte überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 10% aller in einem Jahreszeitraum im Tumorboard des Regionalen Brustzentrums Dresden vorgestellten Patientinnen und Patienten zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für das Jahr 2022 wurden insgesamt **219 Beschlüsse** von **150 Patientinnen und Patienten** ausgewählt.

- Universitätsklinikum Dresden: 84 Beschlüsse von 62 Patientinnen und Patienten
- Krankenhaus St. Joseph-Stift: 51 Beschlüsse von 35 Patientinnen und Patienten
- Elblandklinikum Radebeul: 53 Beschlüsse von 33 Patientinnen und Patienten
- Diakonissenkrankenhaus: 31 Beschlüsse von 20 Patientinnen und Patienten

Abbildung 38: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ gesamt 2022

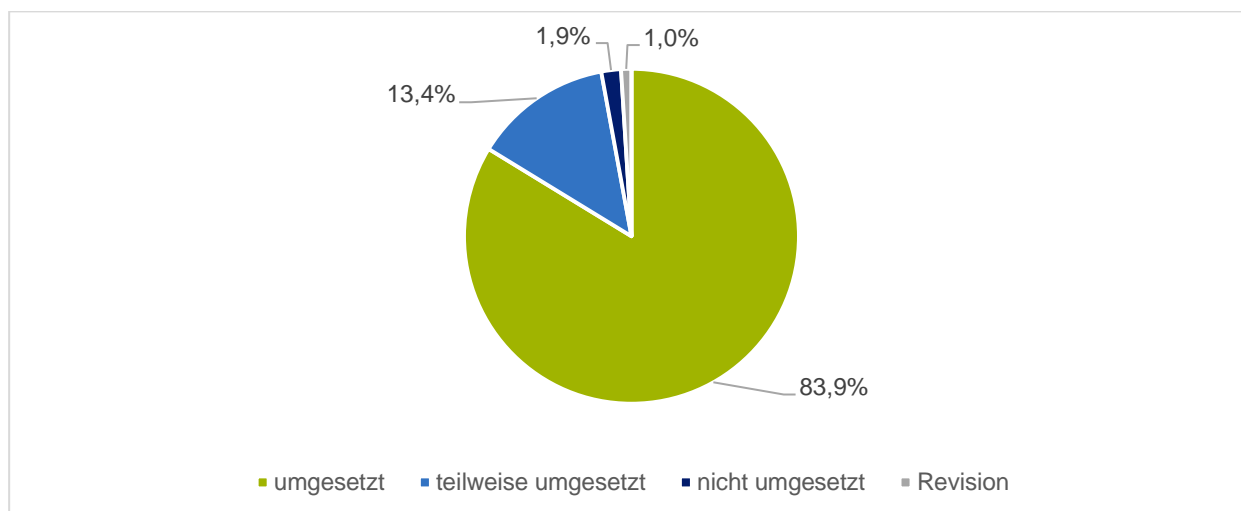
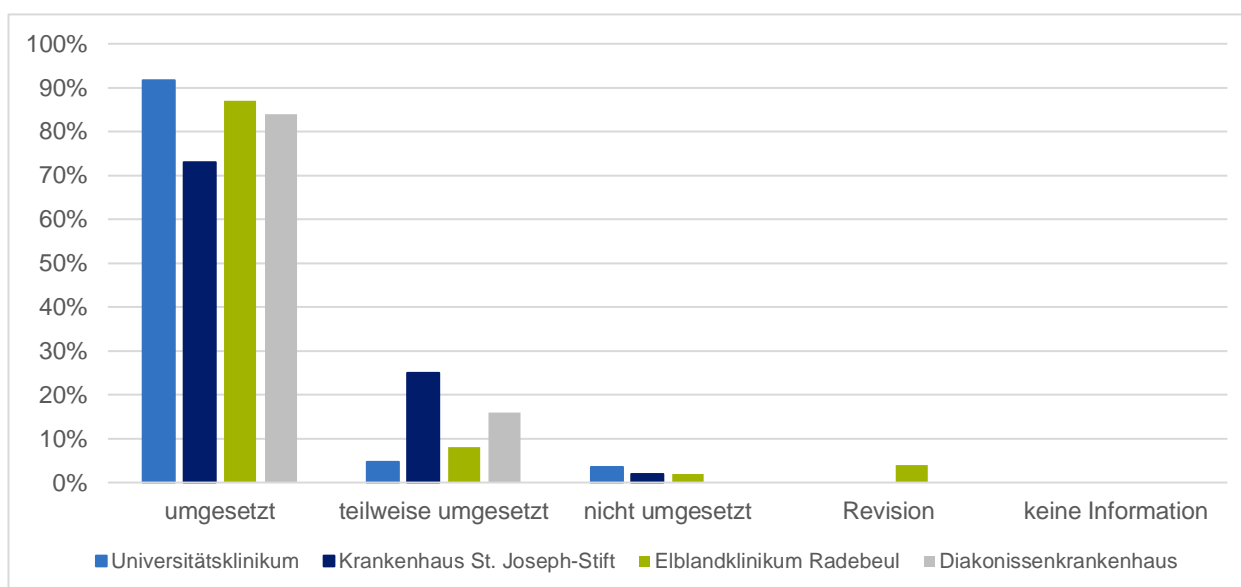


Abbildung 39: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ je Standort 2022



Insgesamt wurden 184 Beschlüsse (83,9%) inhaltlich korrekt entsprechend der Tumorboardempfehlung umgesetzt. Als Gründe für die Nicht Umsetzung bzw. Teil-Umsetzung sind der Wunsch der Patientinnen und Patienten sowie eine im Verlauf geänderte Indikation zu nennen. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

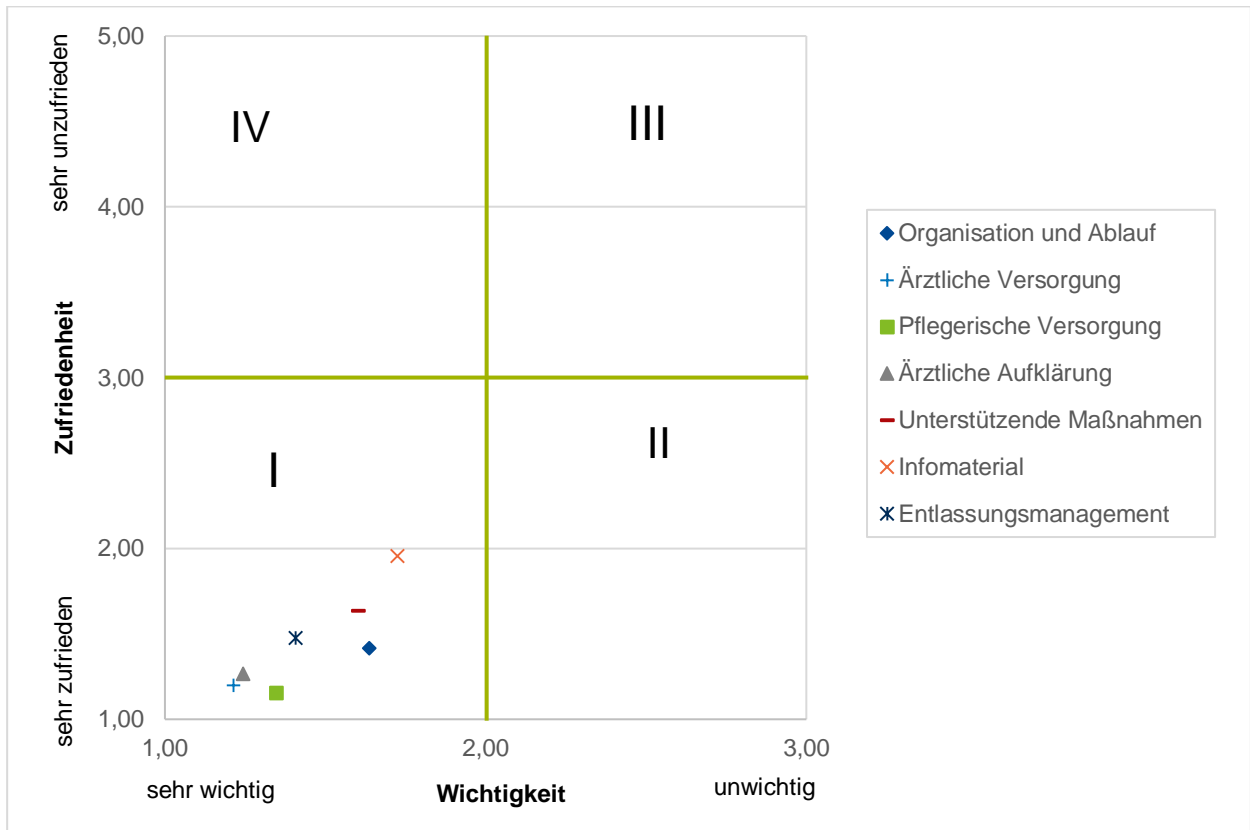
## Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen

### Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2022 wurde im Regionalen Brustzentrum Dresden eine kontinuierliche Befragung der Patientinnen und Patienten durchgeführt. Die Rücklaufquote betrug 31%. Aus den Ergebnissen lassen sich keine wesentlichen Erkenntnisse und Maßnahmen zur Verbesserung der angebotenen Leistungen ableiten. Im Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio liegen alle Items im Quadranten mit dem geringsten Handlungsbedarf. Diese Leistungen sind den Patientinnen und Patienten wichtig, gleichzeitig sind sie mit diesen Leistungen sehr zufrieden.



Abbildung 40: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio Befragung der Patientinnen und Patienten RBZ 2022



### Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2022

Über das digitale Feedbacksystem sind am Standort Universitätsklinikum im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2022 841 Rückmeldungen eingegangen. Sie wurden von 493 Patientinnen und 307 Angehörigen abgegeben. Bei 41 Rückmeldungen wurde keine Zuordnung zu einer Personengruppe vorgenommen.

Abbildung 41: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 2022



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 2022 erreicht, somit sind keine Maßnahmen erforderlich.

### Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Brustkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2022 ist in Tabelle 39 zusammengefasst.

Tabelle 39: Datenqualität DKG-Kennzahlen Regionales Brustzentrum Dresden 2022

	Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
Universitätsklinikum Dresden	100% (25)	0% (0)	0% (0)
Krankenhaus St. Joseph-Stift	84% (21)	12% (3)	4% (1)
Diakonissenkrankenhaus	88% (22)	4% (1)	8% (2)
Elblandklinikum Radebeul	92% (23)	8% (2)	0% (0)

## Forschungstätigkeiten

### Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten des Regionalen Brustzentrums Dresden ist die Teilnahme an klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Alle vier Standorte des Regionalen Brustzentrums Dresden beteiligen sich an klinischen Phase I-IV Studien. Im Jahr 2022 waren 34 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen und Patienten geöffnet. Die Vorgabe der Fachgesellschaften sieht einen Studieneinschluss von  $\geq 5\%$  vor. Diese Vorgabe wurde erfüllt.

Tabelle 40: Studienquote Regionales Brustzentrum Dresden 2020-2022

	2020	2021	2022
Universitätsklinikum Dresden	33,2%	38,1%	32,6%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	13,2%	18,8%	19,2%
Diakonissenkrankenhaus	18,3%	16,4%	18,7%
Elblandklinikum Radebeul	28,9%	19,7%	24,4%

### Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Regionalen Brustzentrums Dresden aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2022 veröffentlicht wurden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Regionalen Brustzentrums Dresden aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ aufgeführt sind.

Bachmann HS, Jung D, Link T, Arnold A, Kantelhardt E, Thomssen C, Wimberger P, Vetter M, Kuhlmann JD. **FNTB Promoter Polymorphisms Are Independent Predictors of Survival in Patients with Triple Negative Breast Cancer.** Cancers (Basel). 2022 Jan 18;14(3):468.

Blohmer JU, Link T, Reinisch M, Just M, Untch M, Stötzer O, Fasching PA, Schneeweiss A, Wimberger P, Seiler S, Huober J, Thill M, Jackisch C, Rhiem K, Solbach C, Hanusch C, Seither F, Denkert C, Engels K, Nekljudova V, Loibl S; GBG and AGO-B. **Effect of Denosumab Added to 2 Different nab-Paclitaxel Regimens as Neoadjuvant Therapy in Patients With Primary Breast Cancer: The GeparX 2×2 Randomized Clinical Trial.** JAMA Oncol. 2022 Jul 1;8(7):1010-1018.

Engler T, Fasching PA, Lüftner D, Hartkopf AD, Müller V, Kolberg HC, Hadji P, Tesch H, Häberle L, Ettl J, Wallwiener M, Beckmann MW, Hein A, Belleville E, Uhrig S, Wimberger P, Hielscher C, Kurbacher CM, Wuerstlein R, Untch M, Taran FA, Enzinger HM, Krabisch P, Welslau M, Maasberg M, Hempel D, Lux MP, Michel LL, Janni W, Wallwiener D, Brucker SY, Fehm TN, Schneeweiss A. **Implementation of CDK4/6 Inhibitors and its Influence on the Treatment Landscape of Advanced Breast Cancer Patients - Data from the Real-World Registry PRAEGNANT.** Geburtshilfe Frauenheilkd. 2022 Jul 12;82(10):1055-1067.

Kuemmel S, Campone M, Loirat D, Lopez RL, Beck JT, De Laurentiis M, Im SA, Kim SB, Kwong A, Steger GG, Adelantado EZ, Duhoux FP, Greil R, Kuter I, Lu YS, Tibau A, Özgüroğlu M, Scholz CW, Singer CF, Vega E, Wimberger P, Zamagni C, Couillebault XM, Fan L, Guerreiro N, Mataraza J, Sand-Dejmek J, Chan A. **A Randomized Phase II Study of Anti-CSF1 Monoclonal Antibody Lacnotuzumab (MCS110) Combined with Gemcitabine and Carboplatin in Advanced Triple-Negative Breast Cancer.** Clin Cancer Res. 2022 Jan 1;28(1):106-115.

Loibl S, Schneeweiss A, Huober J, Braun M, Rey J, Blohmer JU, Furlanetto J, Zahm DM, Hanusch C, Thomalla J, Jackisch C, Staib P, Link T, Rhiem K, Solbach C, Fasching PA, Nekljudova V, Denkert C, Untch M; GBG and AGO-B. **Neoadjuvant durvalumab improves survival in early triple-negative breast cancer independent of pathological complete response.** Ann Oncol. 2022 Nov;33(11):1149-1158.



# Zentrum für Hämatologische Neoplasien



## Zentrum für Hämatologische Neoplasien

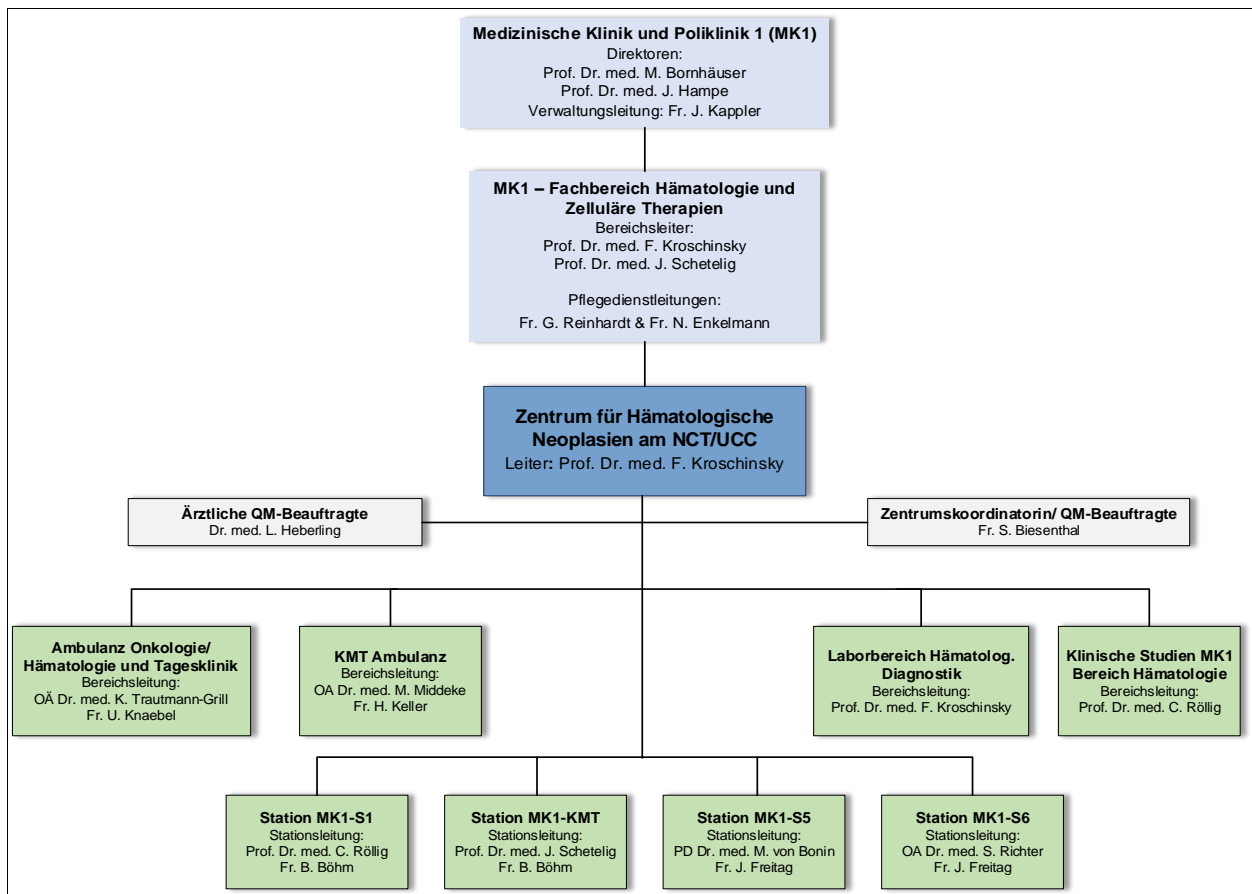
### Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien (HAEZ)

Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) wurde 2020 aus den bereits bestehenden Strukturen der Medizinischen Klinik und Poliklinik I des Universitätsklinikums Dresden gegründet und ist Teil des Onkologischen Zentrums. Es erfüllt die von der Deutschen Krebsgesellschaft und von JACIE festgelegten Qualitätskriterien und verfügt über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2015.

Am Zentrum für Hämatologische Neoplasien werden bösartige Erkrankungen des blutbildenden und lymphatischen Systems behandelt. Dafür sind eine hochspezialisierte Diagnostik, Therapie und Nachsorge notwendig, die mithilfe der Kompetenz von Expertinnen und Experten verschiedener Fachgebiete und modernster Technik und Infrastruktur angeboten werden kann. Für die maßgeschneiderte und personalisierte Therapie stehen dem Zentrum alle modernen Therapieverfahren zur Verfügung. Dazu gehören u.a. die Chemotherapie, Immuntherapie und 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 42 gibt einen Überblick über die Struktur und Kontaktpersonen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien. Neben den abgebildeten Bereichen stehen dem Zentrum weitere Kooperationspartner zur Verfügung. Zu den Hauptkooperationspartnern zählen dabei das Institut für Pathologie, das Institut und Poliklinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie des Universitätsklinikums Dresden. Durch Kooperationsverträge im Sinne von Qualitätssicherungsvereinbarungen mit den Behandlungspartnern wird die Einhaltung der hohen Qualitätsanforderungen garantiert.

Abbildung 42: Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien



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

Tabelle 41: 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 I	Prof. Dr. Martin Bornhäuser	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
Oberärztinnen und Oberärzte	Prof. Dr. Frank Kroschinsky	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	Prof. Dr. Johannes Schetelig	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie; Palliativmedizin
	Prof. Dr. Christoph Röllig	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	PD Dr. Malte von Bonin	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	Dr. Jan Moritz Middeke	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	Dr. Stephan Richter	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie

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

## Ziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien

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

Tabelle 42: Jahresziele 2022 des Zentrums für Hämatologische Neoplasien

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Zielerreichung
1	Erfolgreiches Überwachungsaudit DKG und DIN EN ISO	Alle MA HAEZ	Am 26. April 2022 erfolgreich absolviert.
2	Durchführung eines internen Audits	ZB QRM QMB HAEZ	Das interne Audit fand am 10. Februar 2022 statt.
3	Vertiefung der Öffentlichkeitsarbeit – Finalisierung der Internetseite, Patientenflyer verteilen, Erstellung eines Logos	ärztliche & nicht-ärztliche QMB HAEZ / Leiter HAEZ / MA Ketchum Pleon	Für das HAEZ wurde 2022 ein Internetauftritt auf der NCT/UCC-Website veröffentlicht sowie ein Logo erstellt. Die Patientenflyer sind in allen Bereichen ausgelegt.
4	Finale Erstellung der SWOT-Analyse	QMB HAEZ	Die SWOT-Analyse wurde im März 2022 finalisiert.

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Bemerkung
5	Etablierung einer Patientenmappe	QMB HAEZ/ Pflege HAEZ	Die Etablierung der Patientenmappen erfolgte im 4. Quartal 2022. Jeder neue stationäre Pat. bekommt eine Mappe ausgehändigt.
6	Implementierung eines Screeningtools zur Erfassung eines palliativmedizinischen Bedarfs	QMB HAEZ/ OÄ UPC	Übernahme in die Ziele für 2023.
7	Durchführung weiterer Workshops zur Erstellung von Standards für Diagnostik, Therapie und Nachsorge - CLL, MDS/MPN und supportive Therapien	Ärzte HAEZ/ QMB HAEZ	Folgende Workshops fanden 2022 statt: CLL am 14. März 2022, MDS am 15. November 2022. Ein Workshop zu MPN ist für 2023 geplant.
8	Verbesserung der prätherapeutischen Vorstellung aller Patientinnen und Patienten des HAEZ	Ärzte HAEZ	Insgesamt wurden im HAEZ 2022 mehr Patientinnen und Patienten prätherapeutisch vorgestellt und besprochen. Zwei von drei DKG-Kennzahlen haben sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert, eine hat sich verschlechtert. Das Ziel bleibt weiterhin für 2023 bestehen.
9	Projekt Aufklärung - Ziele: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einführung neuer Aufklärungsbögen zum Fertilitätserhalt</li> <li>▪ Weiterentwicklung des Aufklärungstools zu Chemo- und Immuntherapie im Orbis</li> <li>▪ einheitliche Durchführung und Archivierung der Aufklärungen</li> <li>▪ Patientenverfügung ins Aufklärungsgespräch aufnehmen und dokumentieren</li> </ul>	ärztliche und nichtärztliche QMB HAEZ/ Leiter HAEZ/ Ärztinnen und Ärzte HAEZ	Die Aufklärungsbögen zum Fertilitätserhalt wurden 2022 etabliert. Die weiteren Ziele des Projekts bleiben für 2023 bestehen.
10	Etablierung eines neuen Schulungssystems für Pflegekräfte, die Chemotherapien verantwortlich applizieren	Pflege HAEZ/ MA Carus Akademie	Das neue Schulungssystem für Pflegekräfte, die Chemotherapien verantwortlich applizieren, wurde erfolgreich mit der Carus Akademie im März 2022 etabliert.
11	Durchführung einer Veranstaltung für Patientinnen und Patienten	MA HAEZ	Der Dresdner MDS/MPN-Patiententag fand am 19. August 2022 statt.
12	Vertiefung und Verschriftlichung der Kooperation mit dem Verein Eisvogel e.V.	Leiter HAEZ/ QMB HAEZ	Die Kooperation mit dem Verein Eisvogel e.V. wurde 2022 vertieft (u.a. regelmäßiger Kontakt, Bekanntmachung für Patientinnen und Patienten). Der Kooperationsvertrag ist noch in Erstellung.
13	Finaler Abschluss der Übertragung von bestehenden SOPs aus dem alten Dokumentensystem in das neue Managementhandbuch des HAEZ im AENEIS	QMBs HAEZ	Die Übertragung der bestehenden SOPs in das Managementhandbuch im AENEIS konnte 2022 nicht abgeschlossen werden.



## Ergebnisse aus externen und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Am 26. April 2022 fand das erste Überwachungsaudit des Zentrums für Hämatologische Neoplasien zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Im Rahmen des Audits wurden insgesamt drei Hinweise für das Zentrum für Hämatologische Neoplasien festgestellt, welche die Bereiche Studienmanagement, medikamentöse Onkologie und Tumordokumentation betrafen. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet, die in einen Maßnahmenplan einfließen und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Zentrums für Hämatologische Neoplasien interdisziplinär und interprofessionell diskutiert und umgesetzt werden.

### Ergebnisse aus internen Audits

Interne Audits finden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien analog dem Vorgehen im Onkologischen Zentrum statt. Dabei gilt die Regelung, dass jeder Bereich mindestens alle zwei Jahre auditiert wird. Im Betrachtungszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2022 wurde am 10. Februar 2022 ein internes Audit auf den Stationen MK1-S6 und MK1-KMT, in der hämatologischen Ambulanz (MK1-A1) sowie im Leitungsbereich des Zentrums für Hämatologische Neoplasien durchgeführt. Dabei wurden insgesamt fünf Hinweise festgestellt und eine Anregung durch die Auditorinnen und Auditoren gegeben, u.a. zur monatlichen BtM-Kontrolle und zur Einwilligungserklärung für die Tumorboardvorstellung. Abweichungen gab es keine im Geltungsbereich. Alle festgestellten Verbesserungspotentiale wurden ebenfalls in einem Maßnahmenplan überführt. Die Umsetzung der abgeleiteten Maßnahmen wird von der Qualitätsmanagementbeauftragten des Zentrums überwacht.

## Durchführung von 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 aller drei Jahre durchgeführt. Eine papierbasierte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser fand im Zentrum für Hämatologische Neoplasien zuletzt im Juni 2021 statt. Hierbei wurden insgesamt 87 Zuweiserinnen und Zuweiser postalisch angeschrieben und zur Zufriedenheit und Wichtigkeit zu Themen wie Kommunikation, Organisation sowie ärztliche und pflegerische Versorgung befragt. Die Rücklaufquote betrug 16%. Eine nächste Befragung ist für 2024 vorgesehen.

Des Weiteren wurde im Rahmen des NCT/UCC gemeinsam mit allen Organkrebszentren Ende 2022 eine kontinuierliche Onlinebefragung entwickelt. Dabei steht den Zuweiserinnen und Zuweisern auf der Internetseite des NCT/UCC ein QR-Code und ein Link zur Teilnahme an der Befragung zur Verfügung. Die Zuweiserinnen und Zuweiser haben zudem die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail: [feedback.nct-ucc@ukdd.de](mailto:feedback.nct-ucc@ukdd.de) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche, Anregungen oder Lob und Kritik zu äußern.

## Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten finden ebenfalls alle drei Jahre papierbasiert statt, zuletzt im Jahr 2020. Die Rücklaufquote betrug 41,5%. Die Gesamtzufriedenheit lag bei 1,53 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Die nächste Befragung im stationären Bereich des HAEZ ist für Ende 2023 vorgesehen.

Im Rahmen des UKD-weiten etablierten Ideen-, Hinweis und Beschwerdemanagements haben die Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien die Möglichkeit, ihre Anregungen, Hinweise und/oder Beschwerden über ein digitales Feedbacksystem abzugeben. Hierfür stehen den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen Tablets/Stelen in den einzelnen Bereichen zur Verfügung. Das digitale Feedback kann zudem über einen QR-Code abgegeben werden, welcher u.a. auch in den Patientenmappen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien abgebildet ist. Alle eingegangenen Feedbacks werden ausgewertet und in einem Jahresbericht zusammengefasst.

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

### Qualitätszirkel

Im Zentrum für Hämatologische Neoplasien finden regelmäßig Qualitätszirkel statt, die von der Qualitätsmanagementbeauftragten des Zentrums vorbereitet und moderiert werden. Themen sind hierbei u.a. die Qualitätsziele, die Öffentlichkeitsarbeit, der aktuelle Stand von Kennzahlen, die Ergebnisse von Befragungen, Analysen und externen/internen Audits und die daraus resultierende Maßnahmenableitung. Es gibt einen festgelegten Personenkreis, der zu jedem Qualitätszirkel eingeladen wird. Hierbei wird berücksichtigt, dass möglichst von allen Bereichen und Berufsgruppen des Zentrums Vertreterinnen und Vertreter anwesend sind. Zum Teilnehmerkreis gehören u.a. die Zentrumsleitung, die Qualitätsmanagementbeauftragten, die Oberärztinnen und Oberärzte, die Pflegedienstleitungen und Stationsleitungen sowie Vertreterinnen und Vertreter aus den supportiven Bereichen. Themenbezogen werden auch noch weitere Personen eingeladen. Im Jahr 2022 fanden insgesamt zwei Qualitätszirkel statt.

### Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Regelmäßig werden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien auch Morbiditäts-/Mortalitätskonferenzen durchgeführt. Ziel ist das Lernen aus kritischen Ereignissen, Komplikationen und Fehlern im Behandlungsablauf, um diese zukünftig verhindern zu können. Die Organisation der M&M-Konferenzen erfolgt durch die Risikomanagementbeauftragte und Qualitätsmanagementbeauftragte des HAEZ. Eingeladen werden immer alle Ärztinnen und Ärzte und pflegerische Bereichsleitungen des Fachbereiches Hämatologie und Onkologie. Je nach Fall werden auch Vertreterinnen und Vertreter anderer Fachdisziplinen und Berufsgruppen involviert und eingeladen. Die Präsentation eines Falles erfolgt immer durch einen oder mehrere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die direkt am Behandlungsprozess beteiligt waren und zu dem kritischen Ereignis Auskunft geben können. Jede M&M-Konferenz wird mit den dazugehörigen abgeleiteten Maßnahmen protokolliert. In 2022 fanden insgesamt drei 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zentrums sowie der anderen Bereiche des Universitätsklinikums Dresden.

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des HAEZ werden zudem auch regelmäßig interne Fortbildungen organisiert, u.a. die wöchentlich stattfindenden Frühfortbildungen für die Ärztinnen und Ärzte aus dem Bereich Hämatologie und Onkologie. Des Weiteren konnte 2022 gemeinsam mit der Carus Akademie eine neue Fortbildung für Pflegekräfte zur Applikation von Zytostatika etabliert werden, welche den Empfehlungen der KOK entspricht und seit 2022 regelmäßig angeboten wird.

Tabelle 43: Fort- und Weiterbildungsangebote HAEZ 2022

Datum	Fort- und Weiterbildung
15. Januar 2022	ASH-Nachlese
7. Februar 2022	Wissenschaftliches Kolloquium – Thema: Porphyrinen
9. Februar 2022	Hämatologische Gespräche: MPN/CML
4. April 2022	Wissenschaftliches Kolloquium – Thema: Komplikationen und Management unter Defibratide
13. April 2022	Hämatologische Gespräche: Aggressive NHL
2. Mai 2022	Wissenschaftliches Kolloquium – Thema: HCT in Myelofibrosis
13./14. Mai 2022	3. Dresdner Hämatologie-Dialog
15. Juni 2022	ASCO-Nachlese
4. Juli 2022	Wissenschaftliches Kolloquium – Thema: Zelluläre Therapien bei AML
6. Juli 2022	Hämatologische Gespräche: Amyloidose/MGUS
2./4. September 2022	Dresdner Symposium Hämatologie & Onkologie
28. September 2022	Hämatologische Gespräche: AA, PNH und ITP
17. November 2022	5. AML-Akademie
23. November 2022	Hämatologische Gespräche: MDS

### Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte werden jährlich zentrumsübergreifende Veranstaltungen im Rahmen des Onkologischen Zentrums angeboten. Dazu gehörten 2022 u.a. das Ernährungsprogramm „Let’s eat“, das Benefizkonzert „Takte gegen Krebs“ sowie Koordinations- und Krafttrainingseinheiten des Sporttherapeutischen Zentrums am NCT/UCC.

Neben den zentralen Veranstaltungen des NCT/UCC werden regelmäßig auch zentrumsspezifische Veranstaltungen vom Zentrum für Hämatologische Neoplasien durchgeführt. So fand am 19. August 2022 der Dresdner MDS/MPN Patiententag statt. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden hierbei Workshops angeboten, die einen Überblick über die verschiedenen Krank-

heitsbilder sowie aktuellen Entwicklungen und Therapieoptionen vermitteln sollten. Darüber hinaus konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über psychosoziale und therapieergänzende Leistungen, wie beispielsweise Bewegungstherapie, informieren.

## Öffentlichkeitsarbeit

Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien präsentierte sein Leistungsspektrum 2022 in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen waren dabei die Patientinnen und Patienten des HAEZ sowie Zuweiserinnen und Zuweiser, Praxen und Kliniken aus dem Raum Dresden und Umgebung.

Insbesondere für die Patientinnen und Patienten wurde eine Reihe von Drucksachen entworfen. Unter anderem zählt dazu ein Informationsflyer über das Zentrum, welcher in den Ambulanzen und auf den Stationen zur Mitnahme ausliegt. Weiterhin wurde 2022 eine zentrumsspezifische Patientenmappe etabliert, welche jeder Patientin und jedem Patienten des HAEZ ausgehändigt wird. Diese Mappe dient zum einen als Sammelstelle für wichtige Befunde und enthält zum anderen relevante Informationen zum Zentrum, wie z. B. wichtige Kontaktpersonen, supportive Angebote und Kontaktdaten zu Selbsthilfegruppen und den beteiligten Kooperationspartnern.

Informationen zum Zentrum sind ebenfalls auf der Internetseite des HAEZ unter [www.nct-dresden.de/haez](http://www.nct-dresden.de/haez) veröffentlicht. Der Internetauftritt informiert auch über aktuelle Veranstaltungen und Fortbildungen.

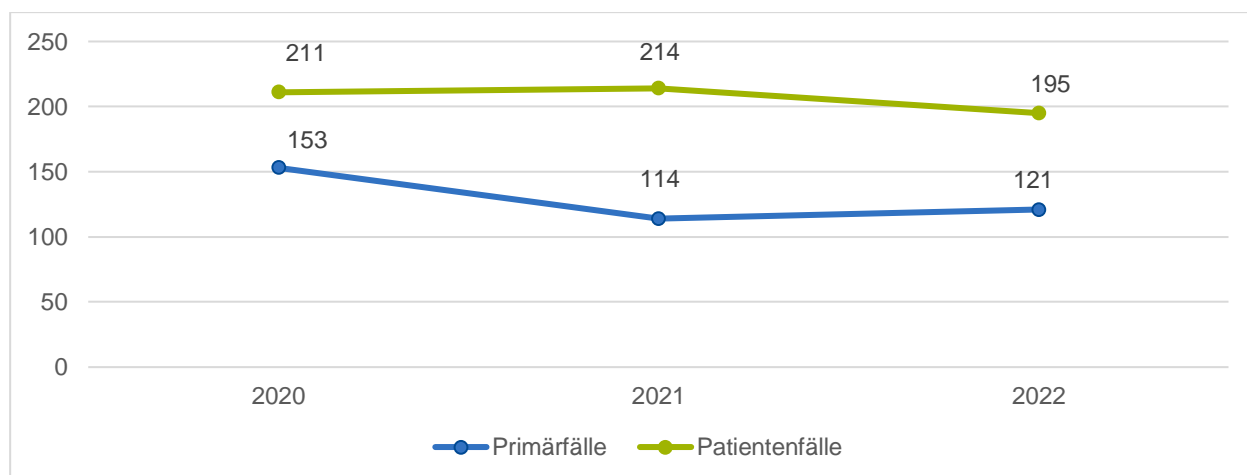
## Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

### 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.

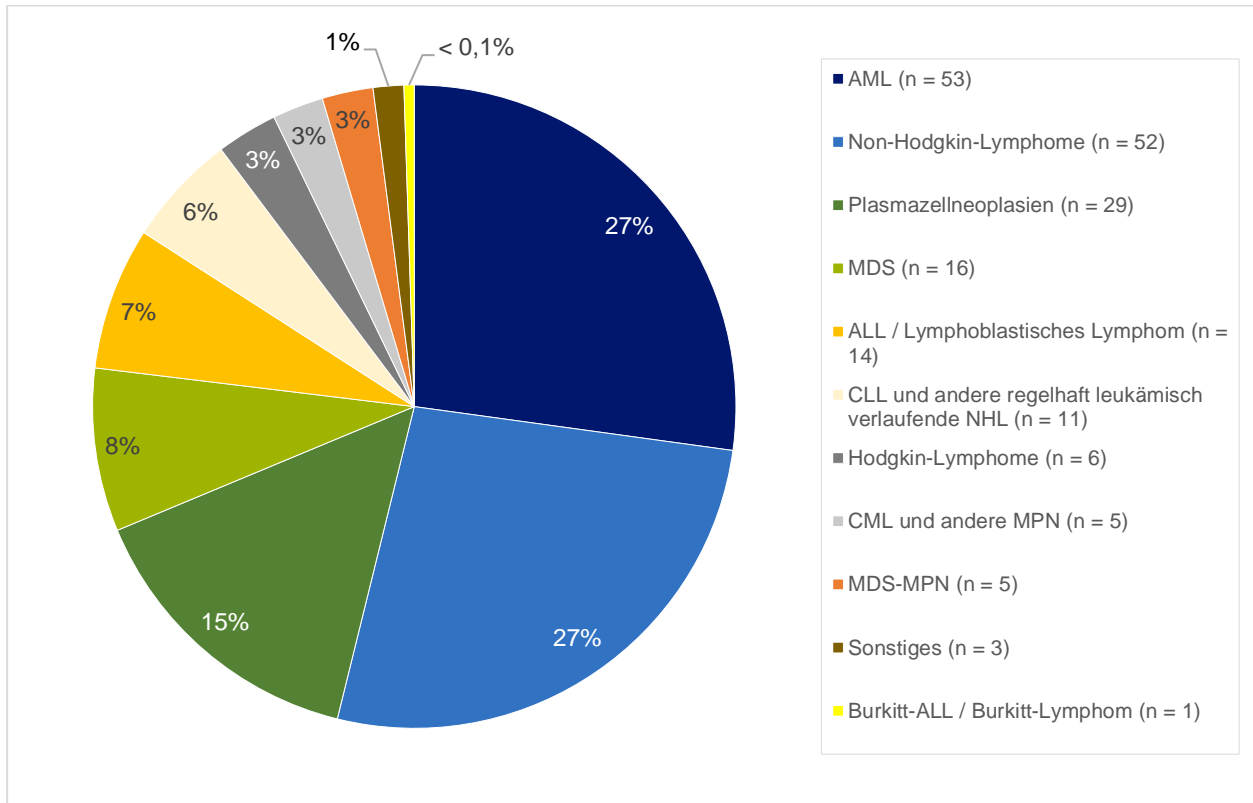
Im Betrachtungszeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2022 wurden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien am NCT/UCC insgesamt 195 Fälle erfasst. Davon stellten sich 121 Patientinnen und Patienten mit einer Erstdiagnose (= Primärfälle) im Zentrum vor. Die Fallzahlentwicklung in den letzten drei Jahren stellt sich wie folgt dar:

Abbildung 43: Fallzahlentwicklung Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2020-2022



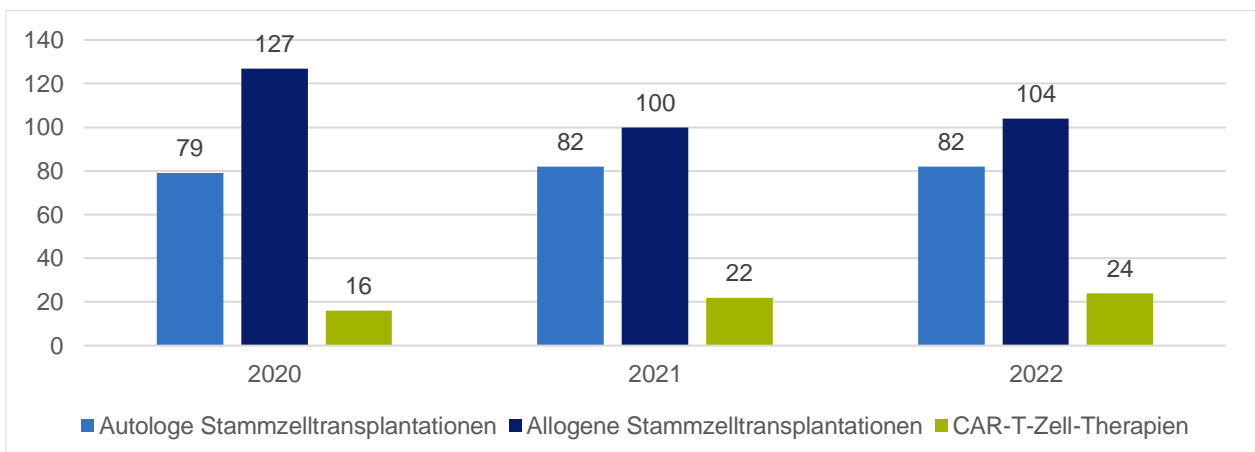
Die größte Diagnosegruppe bei den Patientenfällen stellt im Jahr 2022 die Akute myeloische Leukämie (AML) mit 53 Patientinnen und Patienten dar, gefolgt von den Non-Hodgkin-Lymphomen mit 52 Patientinnen und Patienten. Beide Gruppen machen zusammen über die Hälfte der Patientenfälle aus. Die Gesamtverteilung der Patientenfälle nach Diagnosen ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 44: Patientenfälle HAEZ 2022 nach Diagnosegruppen (n=195)



Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien bietet alle zur Verfügung stehenden zellulären Therapieverfahren am eigenen Standort an. Dazu gehören insbesondere die autologe und allogene Stammzelltransplantation und die CAR-T-Zell-Therapie. Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der durchgeführten zellulären Therapien von den Jahren 2020-2022.

Abbildung 45: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien HAEZ 2020-2022



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

Die Anzahl der Patientinnen, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. Der Anteil an psychoonkologischer Beratung konnte im Verlauf der letzten drei Jahre kontinuierlich gesteigert werden. Die Vorgabe der Fachgesellschaften, die eine Betreuungsquote von > 10% empfehlen, wurde im Jahr 2022 erfüllt.

Tabelle 44: Anteil psychoonkologische Betreuung und Screening HAEZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Beratung	38,4%	42,5%	50,8%
Screening	-	47,2%	57,4%

Die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung wird im Zentrum für Hämatologische Neoplasien durch die Sozialberatung ergänzt. Für das HAEZ übernehmen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Aufgaben im Bereich Sozialdienst und Rehabilitation. Der Sozialdienst ist organisatorisch dem Geschäftsbereich Pflege, Service, Dokumentation 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 > 30% wurde erfüllt.

Tabelle 45: Betreuung durch den Sozialdienst HAEZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Beratung	68,2%	76,2%	79,5%

## Wartezeiten

Im Zentrum für Hämatologische Neoplasien 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 46: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung HAEZ 2020-2022

Wartezeit	2020	2021	2022
auf einen Termin	11 Tage	11 Tage	13 Tage
während der Sprechstunde	35 Minuten	31 Minuten	37 Minuten

Die Vorgaben der Fachgesellschaften von < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin und < 60 Minuten während der Sprechstunde wurden 2022 erfüllt.

## Interdisziplinäre Tumorboards und Fallbesprechungen

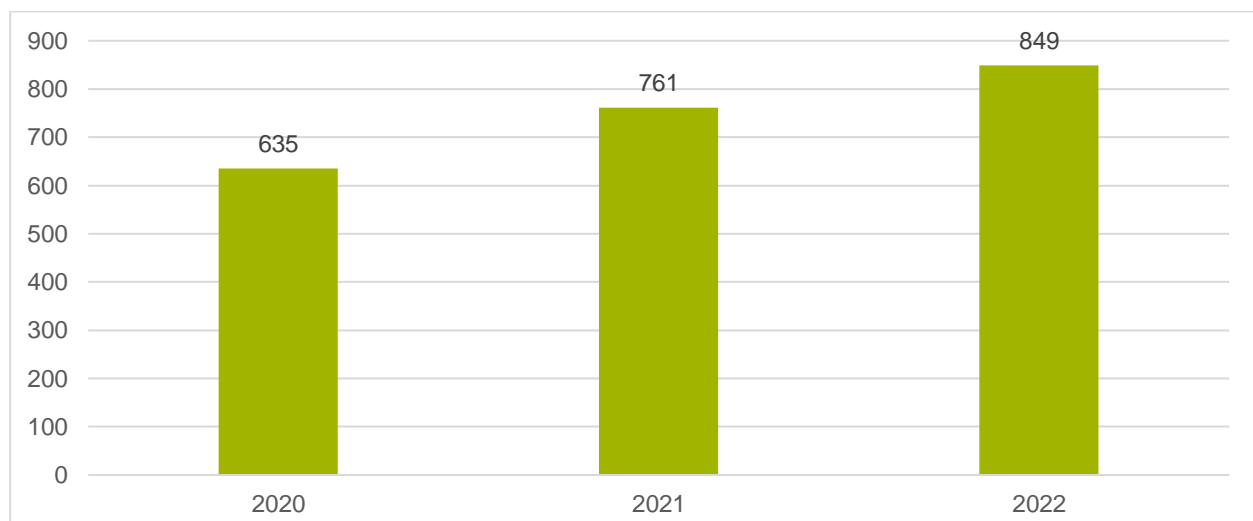
In den interdisziplinären Tumorboards und Fallbesprechungen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien werden für die Patientinnen und Patienten individuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie erarbeitet. Dabei ist es Ziel, dass alle Patientinnen und Patienten zu Beginn prätherapeutisch in einem der Boards oder in der Fallbesprechung vorgestellt werden. Insgesamt wurden im HAEZ 2022 95 Tumorboards und 152 Fallbesprechungen durchgeführt.

Tabelle 47: Anzahl durchgeführter Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2022

Hämatologische Tumorboards	Hämatologische Studien-Tumorboards	Tumorboards Zelluläre Therapie CCI-CD	Fallbesprechungen
47	29	19	152

Im Jahr 2022 wurden im Rahmen der Tumorboards und Fallbesprechungen des HAEZ insgesamt 849 Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie erarbeitet. Dabei zeigt sich im Drei-Jahres-Vergleich ein kontinuierlicher Anstieg bei den Fallvorstellungen.

Abbildung 46: Entwicklung der Fallvorstellungen gesamt in den Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2020-2022



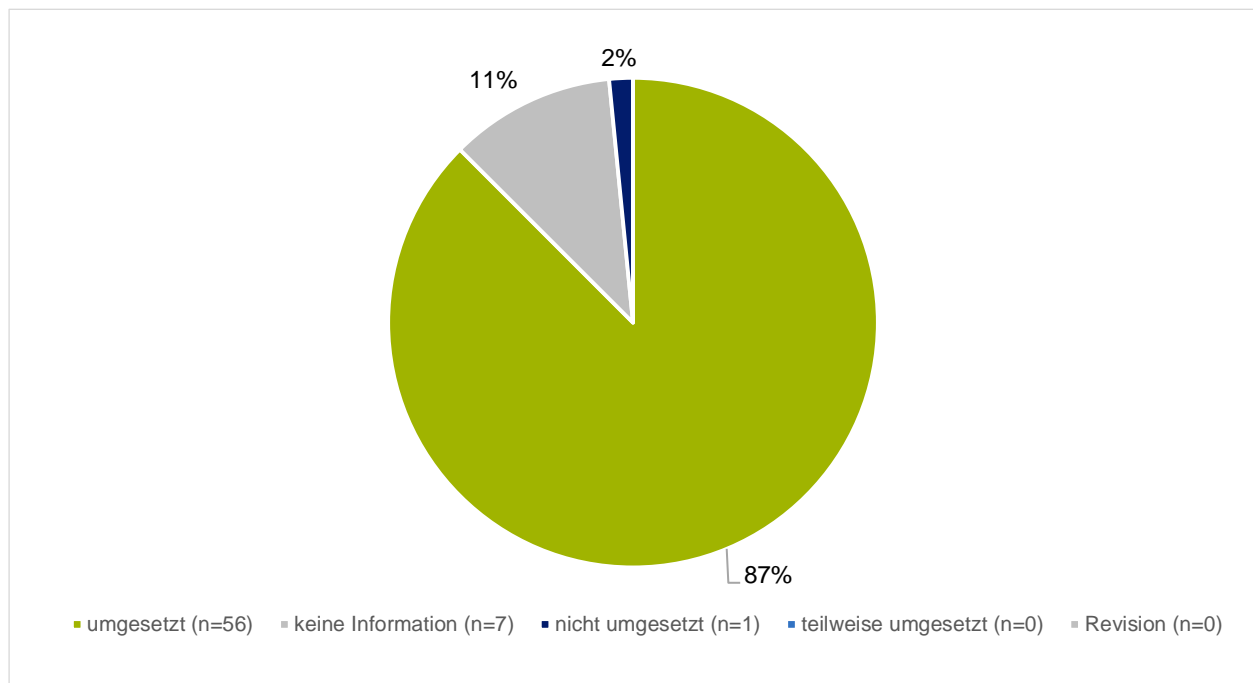
## Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität wird jährlich eine zufällige Stichprobe der Beschlüsse aus dem hämatologischen Tumorboard auf die inhaltliche Umsetzung geprüft. Methodisch erfolgt dies analog dem Vorgehen im Onkologischen Zentrum.

Insgesamt wurden aus dem Zeitraum August 2021 bis Juli 2022 **64 Beschlüsse** des hämatologischen Tumorboards überprüft. Von den 64 Tumorboardempfehlungen sind 56 vollständig umgesetzt worden. Bei sieben Beschlüssen liegen keine Informationen zum weiteren Verlauf vor, da die Patientinnen und Patienten extern weiterbehandelt wurden. Eine Tumorboardempfehlung konnte aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse nicht umgesetzt werden.

Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Zentrums für Hämatologische Neoplasien konnten keine kritischen Ereignisse festgestellt werden.

Abbildung 47: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance HAEZ 2022



## Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

### Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2022

Für das Zentrum für Hämatologische Neoplasien sind im Jahr 2022 insgesamt **246 Feedbackmeldungen** von Patientinnen und Patienten und Angehörigen über die Tablets/Stelen eingegangen. Dabei gab es 165 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten und 66 Feedbacks von Angehörigen. Die Weiterempfehlungsrate lag 2022 bei einem Wert von 9,2, wobei 10 der bestmöglich zu erreichende Wert war. Der Mittelwert und die Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit sind in der folgenden Abbildung dargestellt.



Abbildung 48: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem HAEZ 2022



### Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Zentren für Hämatologische Neoplasien umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2022 ist in Tabelle 48 zusammengefasst. Von 16 obligatorischen Kennzahlen wurden 13 im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt, während bei zwei Kennzahlen die Sollvorgabe 2022 nicht erreicht werden konnte.

Tabelle 48: Datenqualität DKG-Kennzahlen HAEZ 2022

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
81,25%	6,25%	12,50%

## Forschungstätigkeiten

### Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien ist die Teilnahme an klinischen Studien möglich. Unter Vorliegen entsprechender Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien kann somit der Zugang zu innovativen Therapiestrategien, die über die Standardversorgung hinausgehen, realisiert werden.

In klinischen Prüfungen werden diese Therapieansätze an einer größeren Anzahl von Patientinnen und Patienten geplant, geprüft und ausgewertet. Voraussetzung für die Zulassung einer Therapie ist eine erfolgreiche Studiendurchführung in drei Phasen. In einer weiteren, vierten Studienphase werden seltenere Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten mit Zuhilfenahme eines größeren Kreises an Patientinnen und Patienten untersucht.

Das HAEZ bietet die Teilnahme an klinischen Phase I-IV Studien sowie an nicht-interventionellen Studien/ Anwendungsbeobachtungen an und ist diesbezüglich als koordinierende Studienzentrale bundesweit vernetzt ([www.aml-germany.com](http://www.aml-germany.com)).

Neben der Teilnahme als Prüfzentrum an zahlreichen pharmazeutischen und akademischen Studien zu nahezu allen hämatologischen Krankheiten werden auch eigene Studien organisiert, in denen die Technische Universität Dresden als Sponsor fungiert.

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

Im Jahr 2022 waren 48 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen und Patienten geöffnet, wobei insgesamt 308 Studieneinschlüsse erfolgten. Die Vorgabe der Fachgesellschaften sieht einen Studieneinschluss von  $\geq 5\%$  vor. Diese Vorgabe wurde 2022 erfüllt.

Tabelle 49: Studienquote HAEZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Zentrumsfälle mit Studieneinschluss (Zähler)	95	84	90
Zentrumsfälle (Nenner)	211	214	195
<b>Studienquote</b>	<b>45%</b>	<b>39%</b>	<b>46%</b>

## Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2022 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 Zentrums für Hämatologische Neoplasien aus organisatorischen Gründen unter „Medizinische Klinik 1“ aufgeführt sind.

Eckardt JN, Middeke JM, Riechert S, Schmittmann T, Sulaiman AS, Kramer M, Sockel K, Kroschinsky F, Schuler U, Schetelig J, Röllig C, Thiede C, Wendt K, Bornhäuser M. **Deep learning detects acute myeloid leukemia and predicts NPM1 mutation status from bone marrow smears.** *Leukemia*. 2022 Jan;36(1):111-118. doi: 10.1038/s41375-021-01408-w. Epub 2021 Sep 8. PMID: 34497326; PMCID: PMC8727290.

Fichtel P, von Bonin M, Kuhnert R, Möbus K, Bornhäuser M, Wobus M. **Mesenchymal Stromal Cell-Derived Extracellular Vesicles Modulate Hematopoietic Stem and Progenitor Cell Viability and the Expression of Cell Cycle Regulators in an Age-dependent Manner.** *Front Bioeng Biotechnol*. 2022 Jun 1;10:892661.

Heuschkel S, Kretschmann T, Teipel R, von Bonin S, Richter S, Quick S, Alakel N, Röllig C, Balajian E, Kroschinsky F, Knoth H, Bornhäuser M, von Bonin M. **Half-dose glucarpidase as efficient rescue for toxic methotrexate levels in patients with acute kidney injury.** *Cancer Chemother Pharmacol*. 2022 Jan;89(1):41-48.

Krüger T, Wehner R, Herbig M, Kräter M, Kramer M, Middeke JM, Stölzel F, List C, Egger-Heidrich K, Teipel R, Oelschlägel U, Wermke M, Jambor H, Wobus M, Schetelig J, Jöhrens K, Tonn T, Subburayalu J, Schmitz M, Bornhauser M, von Bonin M. **Perturbations of mesenchymal stromal cells after allogeneic hematopoietic cell transplantation predispose for bone marrow graft-versus-host-disease.** Front Immunol. 2022 Oct 12;13:1005554.

Kunadt D, Stasik S, Metzeler KH, Röllig C, Schliemann C, Greif PA, Spiekermann K, Rothenberg-Thurley M, Krug U, Braess J, Krämer A, Hochhaus A, Scholl S, Hilgendorf I, Brümmendorf TH, Jost E, Steffen B, Bug G, Einsele H, Görlich D, Sauerland C, Schäfer-Eckart K, Krause SW, Hänel M, Hanoun M, Kaufmann M, Wörmann B, Kramer M, Sockel K, Egger-Heidrich K, Herold T, Ehninger G, Burchert A, Platzbecker U, Berdel WE, Müller-Tidow C, Hiddemann W, Serve H, Stelljes M, Baldus CD, Neubauer A, Schetelig J, Thiede C, Bornhäuser M, Middeke JM, Stölzel F; A. M. L. Cooperative Group (AMLCG), Study Alliance Leukemia (SAL). **Impact of IDH1 and IDH2 mutational subgroups in AML patients after allogeneic stem cell transplantation.** J Hematol Oncol. 2022 Sep 5;15(1):126.



# Viszeralonkologisches Zentrum



NATIONALES CENTRUM FÜR  
TUMORERKRANKUNGEN DRESDEN  
UNIVERSITÄTS KREBSCENTRUM UCC

## Viszeralonkologisches Zentrum

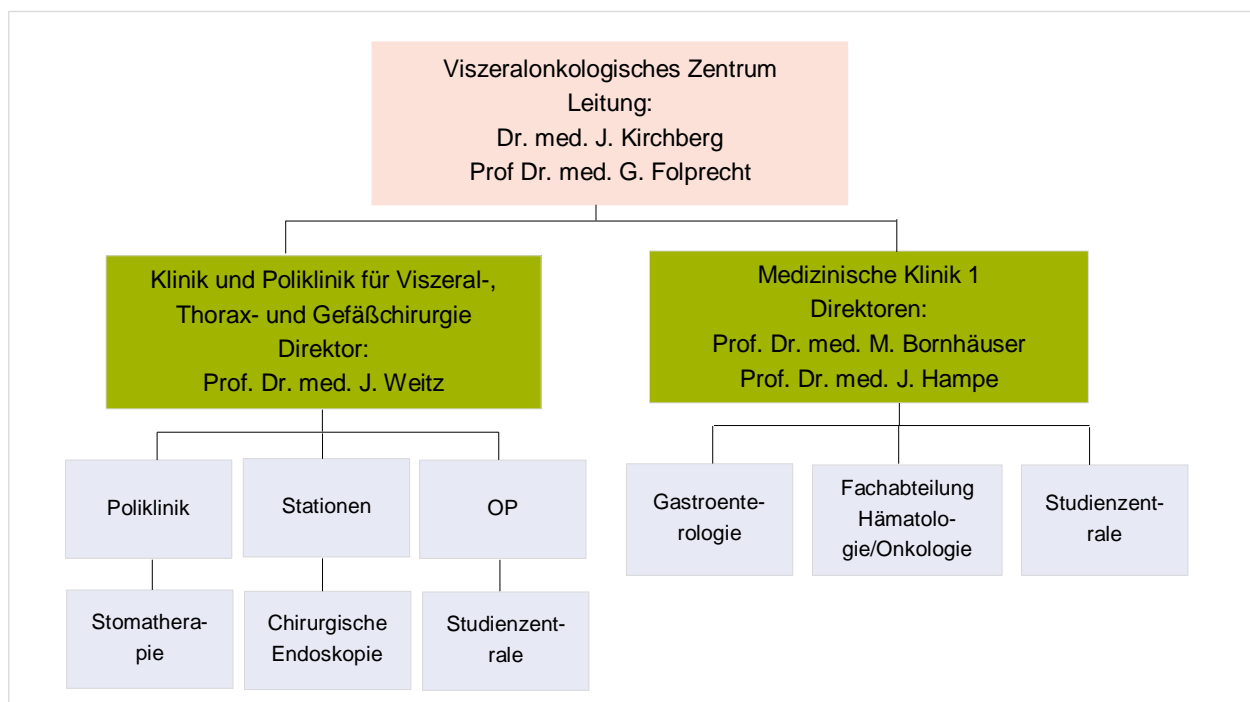
### Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums (VOZ)

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

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

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

Abbildung 49: Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums



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

Tabelle 50: Qualifikationsmatrix Viszeralonkologisches Zentrum

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

## Ziele des Viszeralonkologischen Zentrums

In Anlehnung an die übergeordnete Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC werden jährlich für das Viszeralonkologische Zentrum operative Qualitätsziele formuliert. Die Festlegung der Ziele mit Benennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzung erfolgt in der

Regel zu Beginn eines jeden Jahres in der Strategiekonferenz des Viszeralonkologischen Zentrums. Die Qualitätsziele werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den benannten Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 51: Jahresziele 2022 Viszeralonkologisches Zentrum

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Zielerreichung
1	Ausweitung und weitere Optimierung der Erfassung und Dokumentation des Ernährungsstatus auf alle Tumorentitäten	Leitung VOZ / Ärzte VOZ	Im Rahmen Gesamtkonzept NCT/UCC geplant.
2	Formulierung von Maßnahmen aus dem externen Audit DKG und ISO	QMB VOZ	Nach dem Audit erfolgt; siehe Maßnahmenplan A-ENEIS.
3	Durchführung eines Patiententages (Pankreas)	Leitung VOZ / QMB VTG / QMB VOZ	Im Mai 2022 durchgeführt.
4	Veröffentlichung neue Webseite	Leitung VOZ / QMB VOZ	Im Mai 2022 freigeschalten.
5	Überarbeitung und Druck des Flyers VOZ	Leiter VOZ / QMB VOZ	Im April konnten die neuen Flyer ausgelegt werden.
6	Fortführung der kontinuierlichen Erfassung des familiären Risikos sowie Erstellung einer SOP mit Festlegung bzw. Definition des Erfassungszeitpunktes	Ärztinnen und Ärzte VOZ / QMB VOZ	Erfolgt kontinuierlich.
7	Durchführung einer Einweiserzufriedenheitsbefragung VTG	QMB VTG	Wurde im I. Quartal 2022 durchgeführt.
8	Kooperationsvertrag Deutsche ILCO	Leitung VOZ / QMB VOZ	In Vorbereitung. Vertragsentwurf liegt vor.
9	Implementierung der onkologischen Pflegevisite im stationären Bereich	PDL VTG	Onkologische Pflegevisiten wurden implementiert und werden regelmäßig durchgeführt.
10	Erarbeitung eines Nachsorgepasses	Leitung VOZ / QMB VTG / QMB VOZ	Nicht umgesetzt. Implementierung der Nachsorgeempfehlungen im Arztbrief. Umgesetzt Anfang 2023.
12	Informationsblätter zur Ernährungs- und Bewegungsprogrammen des Präventionszentrums in die Patientenmappen	QMB VOZ	Informationsblätter wurden in die Patientenmappen integriert.
13	Optimierung des Prozesses der Aushändigung der Patientenmappen	QMB VOZ / QMB VTG	Prozess wurde optimiert. Anzahl der ausgegebenen Mappen konnte deutlich gesteigert werden.

## Ergebnisse aus externen und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Am 25. und 26. April 2022 fand das Überwachungsaudit des Viszeralonkologischen Zentrums statt. Das Audit wurde analog des Onkologischen Zentrums als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 durchgeführt. Im Rahmen des Audits wurde seitens der Zertifizierungsgesellschaft OnkoZert eine Abweichung definiert. Diese bezog sich auf die nicht erreichten notwendigen Leistungszahlen eines benannten koloskopierenden Diagnostikers. Des Weiteren bestand eine Diskrepanz zwischen

den durchgeführten Koloskopien und der Koloskopien der benannten Untersucher. Eine entsprechende Stellungnahme zur Behebung der Abweichung wurde von OnkoZert positiv bewertet. Beide Punkte werden für das Kennzahlenjahr 2022 erfüllt. Weiterhin wurden insgesamt aus beiden Zertifizierungsverfahren elf Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche Ernährungsberatung, Stomaversorgung, Pflege und die interdisziplinäre Zusammenarbeit betreffen. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet, mit den Verantwortlichen besprochen und in einen Maßnahmenplan mit Nennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzung überführt. Die Umsetzung der Maßnahmen wird überwacht, regelmäßig überprüft und dokumentiert.

### Ergebnisse aus internen Audits

In regelmäßigen Abständen, aber mindestens einmal jährlich findet im Viszeralonkologischen Zentrum ein internes Audit statt. Die Planung und Durchführung erfolgen analog dem Verfahren im Onkologischen Zentrum. Das letzte interne Audit fand am 13. September 2022 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden die chirurgischen Stationen VTG-S3 und VTG-S5, die Intensivstation ZCH-ITS, die chirurgische Poliklinik und der chirurgische Operationsbereich auditiert. Das interne Audit beinhaltete Fragen zu den verschiedenen Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen, beispielsweise zum Personalmanagement, Dokumentenlenkung, Patientenmanagement oder zur Arbeitssicherheit. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurden sechs Hinweise u. a. zu Personalausreibungen oder zum Umgang mit Vorgabedokumenten dokumentiert. Analog der externen Audits werden auch für die internen Audits aus den Hinweisen Maßnahmen abgeleitet und in einen Maßnahmenplan überführt. Die Überprüfung der Umsetzung erfolgt regelmäßig.

### Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen

#### Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

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

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

Seit Ende 2022 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern des Viszeralonkologischen Zentrums auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail-Adresse [feedback.nct-ucc@ukdde.de](mailto:feedback.nct-ucc@ukdde.de) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche und Anregungen oder Lob/Kritik zu äußern. Bei der Teilnahme an der Befragung muss das zu bewertende Zentrum ausgefüllt werden, so dass auch eine Zuordnung zum Viszeralonkologischen Zentrum möglich ist.



## Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen der Patientinnen und Patienten finden im Viszeralonkologischen Zentrum ebenfalls alle drei Jahre statt. Die letzte Befragung wurde im vierten Quartal 2021 durchgeführt. Befragt wurden alle Patientinnen und Patienten, die im Zeitraum 1. Oktober bis 31. Dezember 2021 auf den Stationen VTG-S1, VTG-S3 und VTG-S5 entlassen wurden. Die Befragung erfolgte postalisch ein bis zwei Wochen nach Entlassung. Befragt wurden insgesamt 437 Patientinnen und Patienten, davon 239 Tumorpatientinnen und -patienten. Die Rücklaufquote gesamt betrug 50,6%. Bezogen auf die Tumorpatientinnen und -patienten betrug die Rücklaufquote 55,6%.

Für die Befragung der Patientinnen und Patienten ist ebenfalls die Umstellung auf eine Onlinevariante in 2023 geplant. Ebenso wie den Zuweiserinnen und Zuweisern steht den Patientinnen und Patienten dann auch die neu eingerichtete E-Mail-Adresse für Wünsche, Anregungen und Lob/Kritik zur Verfügung.

Die Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums haben zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen auf dem Campus entweder über eine Stele oder einen QR-Code etabliert ist, abzugeben. Den entsprechenden QR-Code finden die Patientinnen und Patienten auch in den Patientenmappen des NCT/UCC, welche alle Patientinnen und Patienten des VOZ ausgehändigt bekommen.

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

### Jour Fixe

Im Viszeralonkologischen Zentrum finden regelmäßig Jour fixe Termine mit der Zentrumsleitung, der Dokumentationsassistentin und der QMB der VTG und des VOZ statt. In drei Jour fixe Terminen im Jahr 2022 wurden gemeinsam der aktuelle Stand der Kennzahlen analysiert, Änderungen der Erhebungs- und Kennzahlenbögen vorgestellt, die Umsetzung der Maßnahmen aus den internen und externen Audits diskutiert und strategische Themen besprochen. Des Weiteren wurde die Umsetzung der Ziele aus dem Jahr 2022 besprochen.

### Workshops/Qualitätszirkel

Im Viszeralonkologischen Zentrum am NCT/UCC finden jährlich mindestens zwei interdisziplinäre Workshops zur Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien/SOPs unter Berücksichtigung des aktuellen Wissenstandes, aktueller Leitlinien und aktueller Studienprotokolle statt. Im Jahr 2022 fand im Mai ein interdisziplinärer Workshop zum Pankreaskarzinom und im Oktober zum Kolonkarzinom statt.

Ein Qualitätszirkel für die supportiven Bereiche des Viszeralonkologischen Zentrums, wie Pflege- und Funktionsdienst, Psychoonkologie, Sozialdienst wurde geplant, dieser musste aufgrund vieler krankheits- und auslastungsbedingter Absagen entfallen. Ein nächster Qualitätszirkel zur Vorstellung der Ergebnisse des externen Audits ist für Juni 2023 geplant.

### Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Weiterhin finden mindestens zweimal jährlich M&M-Konferenzen statt. Im Jahr 2022 fanden diese am 5. Juli und 30. November 2022 statt. Besprochen wurde ein HIPEC-Patient mit Cisplatin und Doxorubin zur Frage einer Standardtherapie bei HIPEC und zwei peritherapeutisch verstorbene Patientinnen und Patienten.

## Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

### Fort- und Weiterbildungsangebote

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

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

Tabelle 52: Fort- und Weiterbildungsangebote VOZ 2022

Datum	Fort- und Weiterbildung
9. Februar 2022	Klinischer Abend: Aktuelle Therapie des Rektumkarzinoms
4. Mai 2022	Klinischer Abend: Update perioperative Medizin
24./25. Juni 2022	Update Hämatologie/Onkologie
2. bis 4. September 2022	Dresdner Symposium für Hämatologie und Onkologie
9. November 2022	Klinischer Abend: Fokus Pankreaskarzinom
10. Dezember 2022	VTG-Symposium, Thema: Mindestmengen und Zertifizierung in der Chirurgie

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

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

### Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten werden über das Viszeralonkologische Zentrum und zentral durch das NCT/UCC angeboten. Das Präventions- und sporttherapeutische Zentrum des NCT/UCC bietet jährlich verschiedene Veranstaltungen und Workshops rund um das Thema Krebs an, die sich auch an die Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums richten. So konnte das Ernährungsprogramm ‚Let’s eat‘ im Jahr 2022 zweimal durchgeführt werden. Es wurde mit acht Veranstaltungsterminen im Online-Format realisiert. Das Sporttherapeutische Zentrum am NCT/UCC konnte 2022, neben individuellen Bewegungsberatungen, wöchentlich drei Kurse zum Koordinations- und Krafttraining anbieten. Im Rahmen des offenen Patienten-Café fand im Dezember das Weihnachtskonzert statt.

Des Weiteren fand in der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie im Mai 2022 ein Patiententag zum Thema Pankreas statt.

## Öffentlichkeitsarbeit

Das Viszeralonkologische Zentrum präsentiert sein Leistungsspektrum in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen waren dabei die Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums, Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Kliniken aus dem Raum Dresden und Umgebung.

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

Umfassende Informationen zum Viszeralonkologischen Zentrum beispielsweise zu den Sprechstunden oder zum Leistungsspektrum sind ebenfalls auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-patienten/organkrebszentren/viszeralonkologisches-zentrum.html> integriert. Der Internetauftritt informiert zudem über aktuelle Veranstaltungen und Fortbildungen. Darüber hinaus ist das Netzwerk mit beteiligten Zentren, Kontaktdaten und Kooperationspartnern bei Oncomap (<https://www.oncomap.de>) gelistet.

Über Neuerungen im NCT/UCC, Forschungstätigkeiten und -ergebnisse sowie aktuelle Studien informiert das Wissenschaftsmagazin „Krebs im Focus“. Das Wissenschaftsmagazin erscheint mindestens zweimal jährlich und wird den Zuweiserinnen und Zuweiser sowie den Kooperationspartner postalisch zugesandt. Das Magazin steht auch allen Interessierten als Download auf der Internetseite des NCT/UCC unter [www.nct-dresden.de/das-nctucc-dresden/newsroom/nctucc-wissenschaftsmagazin.html](http://www.nct-dresden.de/das-nctucc-dresden/newsroom/nctucc-wissenschaftsmagazin.html) zur Verfügung. Die letzte Ausgabe ist im Dezember 2022 erschienen. Die beiden Kliniken des Viszeralonkologischen Zentrums sind in jeder Ausgabe mit einem Beitrag vertreten.

## Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

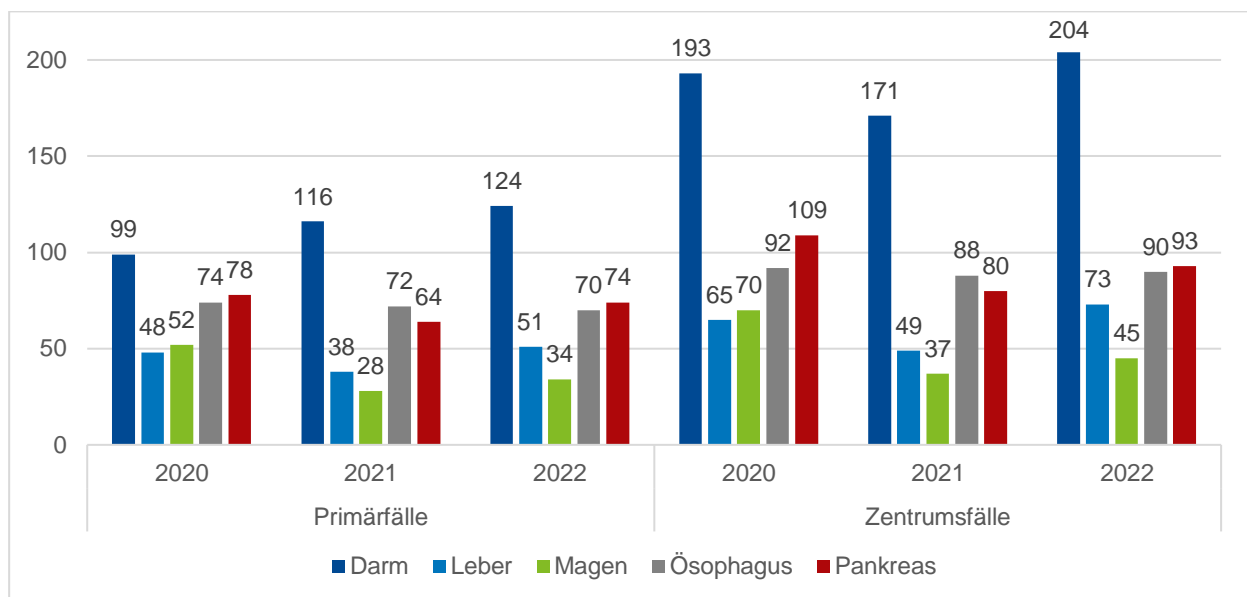
### Leistungszahlen

Das Viszeralonkologische Zentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2022 in den fünf zertifizierten Tumorentitäten insgesamt 353 Patientinnen und Patienten mit einer Primärerkrankung und 152 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen interdisziplinär behandelt. Die Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zur Anzahl der im Zentrum betreuten Primärfälle für das jeweilige Kennzahlenjahr werden für alle Tumorentitäten erfüllt.

- Magenkarzinom:  $\geq 30$  Primärfälle pro Kennzahlenjahr
- HCC:  $\geq 30$  Primärfälle pro Kennzahlenjahr
- Ösophaguskarzinom:  $\geq 20$  Primärfälle pro Kennzahlenjahr
- Pankreaskarzinom:  $\geq 25$  Primärfälle pro Kennzahlenjahr

Für das Darmkrebszentrum bestehen keine Vorgaben bezüglich Primär- und Zentrumsfälle pro Kennzahlenjahr.

Abbildung 50: Fallzahlentwicklung VOZ 2020-2022



Beim kolorektalen Karzinom zeigen die Primärfälle ein konstant leichten Anstieg seit 2020. Bei allen anderen Tumorentitäten ist für das Jahr 2021 ein Rückgang zu verzeichnen mit steigender Tendenz im Kennzahlenjahr 2022. Das Niveau von 2020 konnte allerdings nur beim HCC erreicht werden. Hier gilt es öffentlichkeitswirksam auf die Leistungen und Angebote des Viszeralonkologischen Zentrums hinzuweisen, um Patientinnen und Patienten zu gewinnen und die Zuweiserinnen und Zuweiser an das Zentrum zu binden.

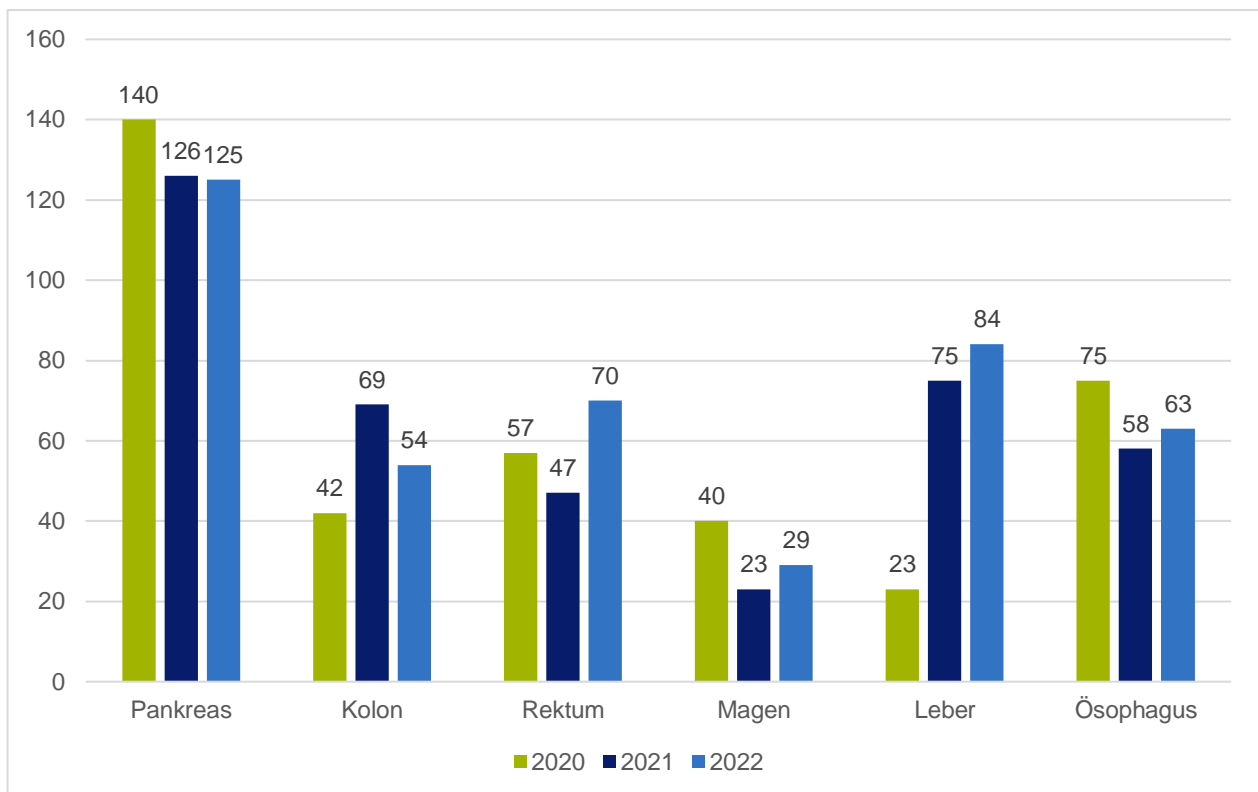
### Operative Expertise

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

Tabelle 53: 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	≥ 20 operative Interventionen
Ösophagus	≥ 20 Ösophagusresektionen mit und ohne ICD-Klassifikation, Berücksichtigung definierter OPS-Codes
Magen	≥ 20 operative Primärfälle

Abbildung 51: Operative Expertise VOZ 2020-2022



Die Vorgaben seitens der Fachgesellschaften werden im Kennzahlenjahr für alle Tumorentitäten 2022 erfüllt. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

### Psychosoziale Versorgung

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

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, wird jährlich erfasst und ausgewertet. Die Fachgesellschaften empfehlen eine Betreuungsquote von  $\geq 20\%$ . Zudem wird für die Tumorentitäten Kolon und Rektum die Empfehlung zum psychoonkologischen Screening  $\geq 65\%$  ausgesprochen.

Tabelle 54: Psychoonkologisches Screening VOZ 2020-2022

Entität	2020		2021		2022	
	Screening	Beratung bei positivem Screening	Screening	Beratung bei positivem Screening	Screening	Beratung bei positivem Screening
Darm	-	-	49%	-	59,3%	59,2%
Leber	-	-	42%	-	50,7%	33,3%
Magen	-	-	54%	-	60,0%	77,3%
Ösophagus	-	-	49%	-	52,2%	68,9%
Pankreas	.	-	38%	-	54,3%	70,2%

Bei der Betrachtung der Ergebnisse des psychoonkologischen Screenings ist erkennbar, dass die geforderte Screeningrate  $\geq 65\%$  beim Darmkrebs für das Kennzahlenjahr 2022 noch nicht erfüllt ist. Im Vergleich zu 2021 konnte aber die Screeningrate deutlich um 10,3% gesteigert werden, beim Pankreaskarzinom sogar um 16%. Es gilt nun, die Kennzahlen weiterhin regelmäßig zu monitorieren und beim weiteren Abweichen von der Sollvorgabe, den Prozess des Screenings zu evaluieren und zu optimieren.

Tabelle 55: Beratung durch den Psychoonkologischen Dienst VOZ 2020-2022

Entität	2020	2021	2022
Darm	53,9%	46,8%	40,2%
Leber	38,5%	12,2%	17,8%
Magen	52,6%	51,4%	51,1%
Ösophagus	53,2%	42,1%	37,8%
Pankreas	38,5%	53,8%	52,2%

Bei der Tumorentität Leber wird die Empfehlung von  $\geq 20\%$  psychoonkologische Beratung nicht erfüllt. Im Vergleich zum Vorjahr konnte aber eine Steigerung um 5,6% erreicht werden. Von den positiv gescreenten Patientinnen und Patienten mit einem HCC wurden 33,3% psychoonkologisch beraten.

Für die sozialrechtliche Beratung der Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums stehen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zur Verfügung. Sie sind organisatorisch dem Geschäftsbereich Pflege, Service, Dokumentation des UKD zugeordnet.

Tabelle 56: Betreuung durch den Sozialdienst VOZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Darm	74,1%	69,0%	82,8%
Leber	40,0%	36,7%	50,7%
Magen	69,2%	67,6%	82,2%
Ösophagus	60,9%	75,0%	77,9%
Pankreas	72,5%	75,0%	88,2%

## Wartezeiten

Die Wartezeiten werden im Viszeralonkologischen Zentrum jährlich stichprobenartig über einen Zeitraum von mindestens vier Wochen 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 die Erstvorstellungen im Zentrum.

Tabelle 57: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung VOZ 2022

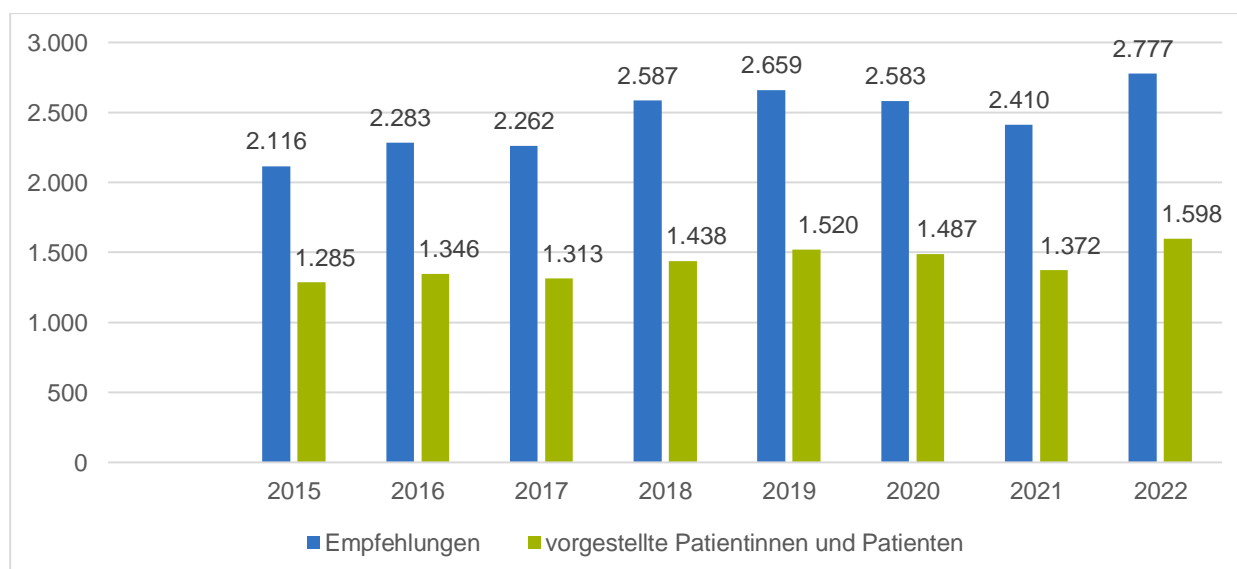
	Ø Wartezeit auf einen Termin in Tagen	Ø Wartezeit in der Sprechstunde in Minuten
Darm	9,7 Tage	32,5 Minuten
Leber	6,6 Tage	25,3 Minuten
Magen/Ösophagus	5,5 Tage	34,6 Minuten
Pankreas	5,9 Tage	40,2 Minuten
NCT/UCC	7 Tage	12 Minuten

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

## Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Das gastrointestinale/allgemeine Tumorboard findet dreimal wöchentlich statt. Im Jahr 2022 hat das Board an 149 Tagen stattgefunden. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachdisziplinen muss dabei obligatorisch am Tumorboard teilnehmen: Viszeralchirurgie, internistische Hämatologie/Onkologie, Strahlentherapie, Radiologie und Pathologie. Je nach Bedarf bzw. Indikation werden weitere Fachdisziplinen, wie Nuklearmedizin, Dermatologie, Neurochirurgie, Urologie oder Gynäkologie hinzugezogen. Es wurden Beschlüsse für 1.598 Patientinnen und Patienten gefasst. Durchschnittlich werden pro Patientin/Patient 1,7 Beschlüsse erstellt, pro Board werden durchschnittlich 18,6 Empfehlungen ausgesprochen.

Abbildung 52: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard 2015-2022

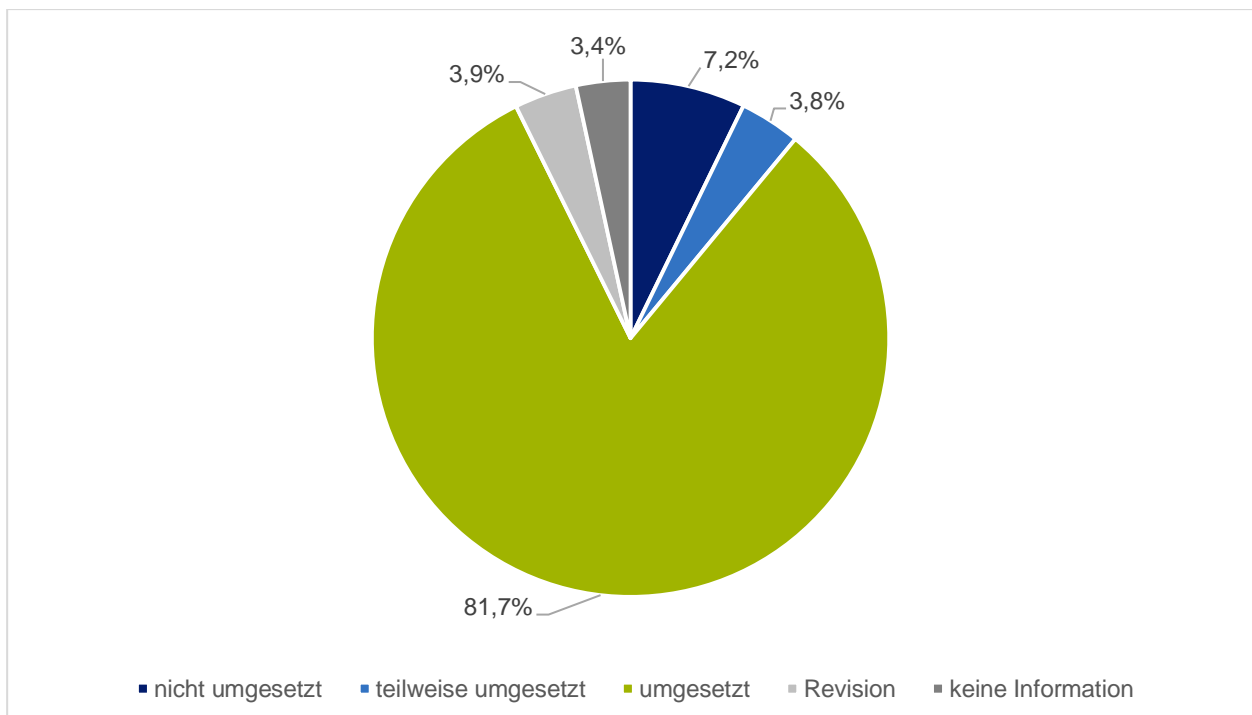


## Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die QM-Beauftragte überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 10% aller in einem Jahreszeitraum - hier August 2021 bis Juli 2022 - im allgemeinen/gastrointestinalen Tumorboard vorgestellten Patientinnen und Patienten zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung überprüft. Für das Jahr **2022** wurden **134 Patientinnen und Patienten** mit insgesamt **207 Beschlüssen** ausgewählt. Die Prüfung erfolgte anhand der Krankenakten im ORBIS und der Eintragungen im Tumordokumentationssystem UCC-TDS. Bei Vorliegen von unklaren oder ggf. kritischen Ereignissen erfolgt die Rücksprache mit den jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Fachdisziplinen sowie ggf. die Initiierung von interdisziplinären Fallbesprechungen oder eine daraus resultierende M&M-Konferenz.

Von den 207 Tumorboardbeschlüssen sind 169 vollständig umgesetzt. Bei sieben Beschlüssen liegen uns keine Informationen zum weiteren Behandlungsverlauf vor. Diese Patientinnen und Patienten wünschten die weitere Behandlung heimatortnah. Sie waren seitdem nicht mehr im VOZ vorstellig. Zudem war zum Zeitpunkt der Auswertung kein Arztbrief im ORBIS einsehbar. Bei den 15 nicht umgesetzten Beschlüssen handelt es sich ausschließlich um Ablehnungen der empfohlenen Therapie durch die Patientinnen und Patienten. Bei den revidierten Beschlüssen erfolgte eine Änderung des Beschlusses aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse; eine Wiedervorstellung im Tumorboard ist erfolgt. Die teilweise umgesetzten Beschlüsse resultieren aus Ablehnungen einer Empfehlung seitens der Patientinnen und Patienten. Vier Empfehlungen konnten nicht bewertet werden, da keine nachvollziehbare Dokumentation im Krankenhausinformations- und Tumordokumentationssystem. Diese Fälle werden im nächsten Jour Fixe mit der Zentrumsleitung besprochen und Maßnahmen abgeleitet. Kritische Ergebnisse wurden nicht dokumentiert.

Abbildung 53: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance VOZ 2022





## Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

### Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser

Im März 2022 erfolgte eine Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser in der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Befragt wurden 578 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Die Rücklaufquote betrug 12%. Aus den Ergebnissen lassen sich keine konkreten Hinweise zur Verbesserung des Leistungsspektrums, des Service oder des Angebotes ableiten. Auch wenn keine konkreten Handlungsempfehlungen abzuleiten sind, wurden Wünsche für die weitere Zusammenarbeit geäußert, deren Umsetzungsmöglichkeiten evaluiert werden.

Wünsche für die weitere Zusammenarbeit:

- bessere und rasche Befundmitteilung nach Vorstellung der Patientinnen und Patienten mit Weiterbehandlungsanweisung
- bessere Erreichbarkeit, Tumorboardbeschlüsse zügig bearbeiten
- kurzfristige Vorstellungsmöglichkeit
- mehr Kontinuität in der Besetzung der Ambulanzen
- Durchwahl für Rückfragen und Termine

### Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem

Über das digitale Feedbacksystem sind im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2022 für die chirurgische Sprechstunde in der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC 21 Rückmeldungen eingegangen. Sie wurden von 16 Patientinnen und Patienten und fünf Angehörigen abgegeben.

Abbildung 54: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem VOZ 2022



Alle 21 Patientinnen und Patienten und Angehörige gaben an, dass sie sehr zufrieden oder zufrieden waren. Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht hierbei für sehr unzufrieden, die „5“ für sehr zufrieden. Das digitale Feedback in der interdisziplinären Kernambulanz erst Ende 2021 etabliert wurde, liegen keine Vergleichswerte zum Vorjahr vor. Bei einer durchschnittlichen Zufriedenheit von 4,9 sind keine Maßnahmen erforderlich.

### Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Viszeralonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2022 ist in der folgenden Tabelle für die einzelnen Tumorentitäten aufgeführt.

Tabelle 58: Datenqualität der DKG-Kennzahlen VOZ 2022

	Darm	Magen	Pankreas	Leber	Ösophagus
Plausibel	74,2% (23)	72,73% (16)	85,71% (18)	83,33% (15)	86,36% (19)
Plausibilität unklar	9,68% (3)	22,73% (5)	4,76% (1)	5,56% (1)	9,09% (2)
Sollvorgabe nicht erfüllt	16,12 (5)	4,55% (1)	9,52% (2)	11,11 (2)	4,55% (1)

## Forschungstätigkeiten

### Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten ist der Zugang zu klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Im Jahr 2022 waren 63 Studien zum Einschluss für Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums geöffnet. Die Prüfung zur möglichen Studienteilnahme ist Bestandteil aller Behandlungspfade/SOPs des Viszeralonkologischen Zentrums. Die Sollvorgabe der Fachgesellschaften,  $\geq 5\%$  der Patientinnen und Patienten in Studien einzuschließen, wurde für alle Tumorentitäten erfüllt. Maßnahmen sind keine erforderlich.

Tabelle 59: Studienquote VOZ 2020-2022

Tumorentität	2020	2021	2022
Darm	51,5%	40,0%	61,8%
Leber	6,3%	8,2%	30,1%
Magen	69,2%	48,6%	60,0%
Ösophagus	52,7%	25,0%	58,9%
Pankreas	55,1%	52,5%	75,3%

### Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Viszeralonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2022 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 Viszeralonkologischen Zentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie“ und „Medizinische Klinik 1“ aufgeführt sind.

Roessler M, Schmitt J, Bobeth C, Gerken M, Kleihues-van Tol K, Reissfelder C, Rau BM, Distler M, Piso P, Günster C, Klinkhammer-Schalke M, Schoffer O, Bierbaum V. **Is treatment in certified cancer centers related to better survival in patients with pancreatic cancer? Evidence from a large German cohort study.** BMC Cancer. 2022 Jun 7;22(1):621.

Rao VS, Gu Q, Tzschentke S, Lin K, Ganig N, Thepkaysone ML, Wong FC, Polster H, Seifert L, Seifert AM, Buck N, Riediger C, Weiße J, Gutschner T, Michen S, Temme A, Schneider M, Baenke F, Weitz J, Kahlert C. **Extravesicular TIMP-1 is a non-invasive independent prognostic marker and potential therapeutic target in colorectal liver metastases.** Oncogene. 2022 Mar;41(12):1809-1820.

Peuker K, Strigli A, Tauriello DVF, Hendricks A, von Schönfels W, Burmeister G, Brosch M, Herrmann A, Krüger S, Nitsche J, Južnić L, Geissler MM, Hiergeist A, Gessner A, Wirbel J, Ponudurai RP, Tunger A, Wehner R, Stange DE, Weitz J, Aust DE, Baretton GB, Schmitz M, Röcken C, Hampe J, Hinz S, Zeller G, Chavakis T, Schafmayer C, Batlle E, Zeissig S. **Microbiota-dependent activation of the myeloid calcineurin-NFAT pathway inhibits B7H3- and B7H4-dependent anti-tumor immunity in colorectal cancer.** Immunity. 2022 Apr 12;55(4):701-717.e7.

Folprecht G, Martinelli E, Mazard T, Modest DP, Tsuji A, Esser R, Cremolini C, Falcone A. **Triplet chemotherapy in combination with anti-EGFR agents for the treatment of metastatic colorectal cancer: Current evidence, advances, and future perspectives.** Cancer Treat Rev. 2022 Jan;102:102301.

Hennig A, Baenke F, Klimova A, Drukewitz S, Jahnke B, Brückmann S, Secci R, Winter C, Schmäcke T, Seidlitz T, Bereuter JP, Polster H, Eckhardt L, Schneider SA, Brückner S, Schmelz R, Babatz J, Kahlert C, Distler M, Hampe J, Reichert M, Zeißig S, Folprecht G, Weitz J, Aust D, Welsch T, Stange DE. **Detecting drug resistance in pancreatic cancer organoids guides optimized chemotherapy treatment.** J Pathol. 2022 Aug;257(5):607-619.



# Sarkomzentrum



NATIONALES CENTRUM FÜR  
TUMORERKRANKUNGEN DRESDEN  
UNIVERSITÄTS KREBSCENTRUM UCC



## Sarkomzentrum

### Struktur des Sarkomzentrums (SAR)

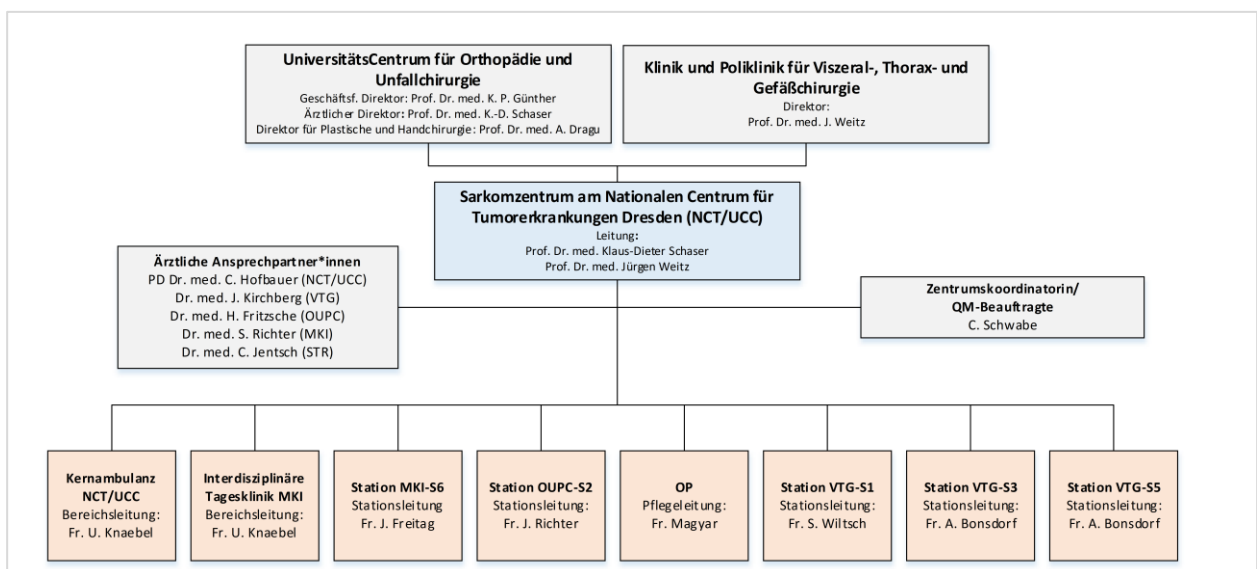
Sarkome sind durch vielfältige Erscheinungsbilder und Verläufe charakterisiert. Aufgrund ihrer Seltenheit ist es von besonderer Bedeutung, dass Spezialistinnen und Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen in die anspruchsvolle frühzeitige Diagnosestellung und Therapieplanung einbezogen werden und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

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wurde 2016 das Sarkomzentrum am NCT/UCC Dresden durch die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und das Universitäts-Centrum für Orthopädie-, Unfall- und Plastische Chirurgie 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 wurde 2021 erfolgreich nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Behandlung von Weichgewebe- und Knochensarkomen zertifiziert. Damit ist es in den neuen Bundesländern das Einzige und bundesweit eines von nur 13 Zentren, welche aktuell die Vorgaben beider Schwerpunkte der Sarkombehandlung erfüllen. Zusätzlich verfügt das Zentrum über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001.

Das Sarkomzentrum 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 55: Struktur des Sarkomzentrums



Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Qualifikationen und Funktionen der Beschäftigten der Bereiche des Sarkomzentrums:

Tabelle 60: Qualifikationsmatrix Sarkomzentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Schaser	FA für Chirurgie; Orthopädie und Unfallchirurgie; spezielle Unfallchirurgie
	Prof. Dr. med. Jürgen Weitz	FA für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Weiterbildung spezielle chirurgische Intensivmedizin
Ansprechpartner*innen (Oberärztinnen und Oberärzte)	PD Dr. med. Christine Hofbauer (NCT/UCC)	FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie
	Dr. med. Johanna Kirchberg (VTG)	FÄ für Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie. EBSQ, FEBS
	Dr. med. Christina Jentsch (STR)	FÄ für Strahlentherapie
	Dr. med. Hagen Fritzsche (OUPC)	FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Orthopädische Chirurgie
	Dr. med. Stephan Richter (MK1)	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
Thoraxchirurgie	Prof. Dr. med. Till Plönes (VTG, FKH Coswig) ab 11/22	FA für Thoraxchirurgie
	Dr. med. Sven Drewes (FKH Coswig) bis 10/22	FA für Thoraxchirurgie, Viszeralchirurgie, Chirurgie
	Dr. med. Alexander Kern (FKH Coswig)	FA für Thoraxchirurgie, Chirurgie
Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Adrian Dragu (OUPC)	FA für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Zusatzbezeichnung Handchirurgie
	Dr. med. Dr. medic. Olimpiu Bota (OUPC)	FA für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Zusatzbezeichnung Handchirurgie
	Dr. med. Feras Taqatqeh (OUPC)	FA für Allgemein Chirurgie, Plastische und Ästhetische Chirurgie
Zentrumskoordination/ Qualitätsmanagement	Carolin Schwabe, B.Sc.; MPH	Pflegemanagement Gesundheitswissenschaften/Public Health
Pflegedienstleitungen	Nadja Enkelmann, B.A.	Management im Gesundheitswesen
	Gabriele Reinhardt, B.Sc.	Management für Gesundheitsfachberufe
	Cornelia Büttner	Fachwirtin Gesundheits- und Sozialwesen
	Claudia Miersch-Liefke, B.A.	Business Administration
	Viktoria Magyar, B.Sc.	Medizinökonomie
Tumordokumentation	Tina Hennig	Medizinische Dokumentationsassistentin
Onkologische Fachpflege	Sven Scharte / Ulrike Röhle / Janet Freitag / Annett Dietrich / Claudia Klopsch / Henrik Mittag / Tobias Krüger / Cornelia König / Yvonne Johnne / Anne-Maigrit Zuber	Pflegefachkräfte mit onkologischer Fachweiterbildung

## Ziele des Sarkomzentrums

Angelehnt an der Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums lassen sich konkrete, operative Jahresziele für das Sarkomzentrum ableiten. Die Festlegung der Ziele mit Benennung von Verant-

wortlichkeiten und Terminsetzung erfolgt in der Regel zu Beginn eines jeden Jahres in einer Strategiekonferenz, aber auch im Rahmen von Jour Fixe Terminen und Qualitätszirkeln des Zentrums. Die Qualitätsziele werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den benannten Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 61: Jahresziele 2022 Sarkomzentrum

Nr.	Qualitätsziel	Termin	Zielerreichung
1	Optimierung der Einbindung der Checkliste genetisches Risiko	kontinuierlich	Die CL wird bei Erstvorstellungen in der NCT/UCC Ambulanz bei Ausgabe der Patientenmappe überreicht, in der Sprechstunde mit den Patientinnen und Patienten besprochen und im UCC-TDS vermerkt; regelmäßiges Reporting nicht erfasster Fälle an Fachärztinnen und Fachärzte der Sprechstunde.
2	Erfolgreiches Überwachungsaudit nach DKG	April 2022	Überwachungsaudit am 26. April 2022 bzw. 7. Juli 2022 (positive Bewertung der eingereichten Stellungnahme zu den Abweichungen) abgeschlossen.
3	Aufnahme der Station MK1-S6 in Sarkomzentrum	Februar 2022	Station wurde erfolgreich in Zentrum integriert, Einladung der Stationsleitung zu Qualitätszirkeln des Zentrums; Ausgabe von Patientenmappen; Durchführung interner Audits.
4	Durchführung Workshop GIST	März 2022	Workshop fand am 12. April 2022 statt.
5	Durchführung Workshop WGT	Mai 2022	Workshop fand am 30. August 2022 statt.
6	Finalisierung Website SAR in die neue Website NCT/UCC	April 2022	Webseite wurde am 4. Juli 2022 online gestellt.
7	Veranstaltung Sarkomzentrum im Rahmen einer Gesamtveranstaltung aller Organkrebszentren am NCT/UCC	Dezember 2022	Veranstaltung für Zuweiserinnen und Zuweiser mit Teilnahme des Sarkomzentrums am 12. Oktober 2022.
8	Etablierung kontinuierliches Feedback der Zuweiserinnen und Zuweiser im Rahmen des digitalen Feedback als Standardmethode im UKD	Dezember 2022	Umsetzung für das gesamte Onkologische Zentrum inkl. aller Organkrebszentren über die Internetseite des NCT/UCC Dresden; Etablieren einer zentralen Feedback-Emailadresse für alle Zuweiserinnen und Zuweiser ebenfalls auf der Internetseite des NCT/UCC Dresden.
9	Darstellung des Sarkomzentrums in der geplanten Broschüre Onkologischen Zentrums	Juni 2022	Fertigstellung der Broschüre auf 3. Quartal 2023 verschoben.
10	Erfolgreiches Überwachungsaudit nach DIN EN ISO:2015	April 2022	Am 26. April 2022 Überwachungsaudit erfolgreich abgeschlossen.
11	Einführung digitales POD-Screening auf der Station OUPC-S2	Juli 2022	Aufgrund der aktuell sehr begrenzten IT-Kapazitäten konnte eine die Einführung eines digitalen Screenings nicht in unserem geplanten Zeitrahmen etabliert werden. Daher vorerst Einführung eines papierbasierten Screenings auf der Station seit September 2022.
12	Weiterer Ausbau des Lotsenprojektes und Sicherstellung der Finanzierung	Dezember 2022	Neuausrichtung und-konzeptionierung des Lotsenprojektes unabhängig von der Krebsart Sarkom für alle onkologischen Patienten am NCT/UCC, daher kein Qualitätsziel mehr für das Sarkomzentrum.

## Ergebnisse aus externe und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Am 26. April 2022 fand das erste Überwachungsaudit des Sarkomzentrums als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN

ISO 9001 statt. Im Rahmen des Überwachungsaudits wurden für das Sarkomzentrum drei Abweichungen festgestellt. Die Abweichungen betrafen die Durchführung interner Audits, die Darstellung relevanter Prozesse als SOPs im Organisationshandbuch sowie die Einbindung der Thoraxchirurgie in das Zentrum. Diese konnten alle innerhalb der vorgegebenen Frist behoben werden. Seitens der Deutschen Krebsgesellschaft wurden insgesamt zehn Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche interdisziplinäre Zusammenarbeit, Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Öffentlichkeitsarbeit und Außendarstellung, Studienmanagement, Zufriedenheitsbefragungen, Wartezeiten und die Erfassung des genetischen Risikos betrafen. Die Prüfung der Umsetzung der Norm DIN EN ISO 9001 ergab keine Hinweise. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet, die in einen Maßnahmenplan einfließen und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Sarkomzentrums interdisziplinär und interprofessionell diskutiert und umgesetzt werden.

### Ergebnisse aus internen Audits

Im Sarkomzentrum finden regelmäßig interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und der Anforderungen aus dem Erhebungs- und Kennzahlenbogen der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Interne Audits werden am Universitätsklinikum Dresden vorrangig entlang der festen Struktureinheiten (Kliniken, Institute) vorgenommen. Die Planung und Durchführung erfolgen wie im Onkologischen Zentrum beschrieben. Die Umsetzung der Anforderungen des Sarkomzentrum wird in den verschiedenen internen Audits der zum Sarkomzentrum gehörenden Struktureinheiten (siehe Organigramm Abbildung 55) geprüft.

Die interdisziplinäre Kernambulanz des NCT/UCC, in der die Sprechstunden des Sarkomzentrums stattfinden, wurde am 5. Oktober 2022 intern auditiert; die interdisziplinäre Tagesklinik am NCT/UCC und die internistische onkologische Station MK1-S6 wurden am 10. Februar 2022. Das interne Audit der viszeralchirurgischen Stationen und des Zentral-OP (für die Visceralchirurgie) fand am 13. September und die zum Sarkomzentrum gehörenden Bereiche der Tumororthopädie inkl. der zugehörigen OP-Bereiche am 28. September 2022 statt. In den jeweiligen Struktureinheiten fanden Leitungsaudits statt und die betreffenden Stationen und Bereiche wurden vor Ort begutachtet.

Die internen Audits ergaben Hinweise beispielsweise im Bereich Personalrecruiting, Schnittstellenmanagement der IT-Systeme, Datenschutzerfordernung bzgl. externer Dienstleister sowie Notfallmanagement. Alle Hinweise wurden in entsprechende Maßnahmenpläne für die jeweiligen Audits überführt und in gemeinsamen Qualitätszirkeln diskutiert und bearbeitet. Am 17. April 2023 hat ein Leitungsaudit konkret für das Sarkomzentrum stattgefunden.

## Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen

### Zufriedenheit der 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 2020 fand im Sarkomzentrum eine papierbasierte Befragung statt, deren Rücklauf für eine aussagekräftige Auswertung leider zu gering war. Ursache hierfür war möglicherweise die damalige pandemiebedingte Situation. Eine Wiederholung der Befragung in 2021 musste aufgrund des fortwährenden Pandemiegeschehens ausgesetzt werden. Für 2022 war eine Neuorientierung und -



konzeptionierung der Befragung für Zuweisende des Sarkomzentrums als Qualitätsziel formuliert. Im Rahmen des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC wurde in Zusammenarbeit mit allen Organkrebszentren Ende 2022 eine kontinuierliche Onlinebefragung für Zuweiserinnen und Zuweiser entwickelt. Dabei steht den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auf der Internetseite des NCT/UCC ein QR-Code sowie ein Link zur Teilnahme an der Befragung zur Verfügung.

Für die geplante Befragung im Sarkomzentrum wurde den Ärztinnen und Ärzten, die 2022 Patientinnen und Patienten an das Sarkomzentrum überwiesen haben, im Januar 2023 ein Anschreiben geschickt, welches den QR-Code zur kontinuierlichen Onlinebefragung enthielt. Zudem 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 betrug 34,3%.

Die Zuweiserinnen und Zuweiser haben auch die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail [feedback.nct-ucc@ukdd.de](mailto:feedback.nct-ucc@ukdd.de) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche, Anregungen oder Lob und Kritik zu äußern. Diese Emailadresse kann auch durch die Zuweiserinnen und Zuweiser des Sarkomzentrums genutzt werden. Zusätzlich kann über die allgemeingültige Emailadresse [sarkome@ukdd.de](mailto:sarkome@ukdd.de) Kontakt zum Sarkomzentrum aufgenommen werden.

### Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten des Sarkomzentrums finden ebenfalls regelmäßig, mindestens aller drei Jahre statt. Die letzte Befragung auf der orthopädischen Station OUPC-S2 wurde 2021 durchgeführt. Die Rücklaufquote betrug 25%. Auf den viszeralchirurgischen Stationen wurden die Sarkompatientinnen und -patienten zeitgleich mit der Befragung der viszeralonkologischen Patientinnen und Patienten im IV. Quartal 2021 befragt. Die Rücklaufquote betrug 55,6%. Sarkompatientinnen und -patienten, die über die Sprechstunden in der interdisziplinären Ambulanz des NCT/UCC ans Sarkomzentrum kommen, wurden zuletzt im III. Quartal 2020 zu ihrer Zufriedenheit befragt.

Für die Befragung der Patientinnen und Patienten des Sarkomzentrums ist die Umstellung auf eine kontinuierliche Onlinebefragung für das III. Quartal 2023 geplant. Ebenso wie den Zuweisenden sollen den Patientinnen und Patienten dabei sowohl die Online-Befragung als auch die Möglichkeit zur papierbasierten Teilnahme ermöglicht werden. Wie auch den Zuweisenden steht den Patientinnen und Patienten die zentrale Email-Adresse [sarkome@ukdd.de](mailto:sarkome@ukdd.de) zur Kontaktaufnahme zur Verfügung.

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

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

### Qualitätszirkel und Jour Fixe

Im Sarkomzentrum am NCT/UCC finden regelmäßig Qualitätszirkel und Jour fixe Termine statt. In fünf Jour fixe Terminen mit der Zentrumsleitung und den benannten Oberärztinnen und Oberärzten der zum Sarkomzentrum gehörenden Struktureinheiten wurden 2022 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 Jahr 2022 besprochen.

Qualitätszirkel für die supportiven Bereiche des Sarkomzentrums, wie Pflege- und Funktionsdienst, Psychoonkologie, Sozialdienst oder Tumordokumentation fanden 2022 zweimal statt. Hier wurden die Vertreterinnen und Vertreter der benannten Bereiche über die aktuellen Entwicklungen im Zentrum informiert.

### Workshops

Im Sarkomzentrum am NCT/UCC werden jährlich interdisziplinäre Workshops zur Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien/SOPs unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstandes, aktueller Leitlinien und aktueller Studienprotokolle durchgeführt. Im Jahr 2022 fanden im April interdisziplinäre Workshops zu GIST und zum kutanen Angiosarkom und im August ein Workshop zu Weichgewebesarkomen statt.

## Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

### Fort- und Weiterbildungsangebote

Das Sarkomzentrum präsentierte sein Leistungsspektrum im Rahmen einer Gesamtveranstaltung für Zuweiserinnen und Zuweiser des NCT/UCC/Onkologischen Zentrums am 12. Oktober 2022.

Vom 2. September bis 4. September 2022 fand das Dresdner Symposium für Hämatologie und Onkologie statt. Themen waren hier u.a. die Therapie von Gastrointestinalen Stromatumoren und die Therapie von metastasierten Sarkomen. Zur Nachlese der Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für klinische Onkologie (15. Juni 2022) in Dresden wurden auch die aktuellen Entwicklungen der Sarkomforschung präsentiert.

Die interdisziplinären Workshops zur Besprechung der SOPs zu den Krankheitsbildern des Sarkomzentrums sind als Fortbildungsveranstaltung bei der Sächsischen Landesärztekammer anerkannt.

Speziell für Pflegefachkräfte fand am 11. November 2022 das 4. Onkologische Pflegesymposium - Onko(o)online - statt. Zum Schwerpunktthema „Unterstützende Maßnahmen im Kontext der onkologischen Therapie“ gab es u. a. Vorträge zum Projekt „Onkolotse“ oder zur Ernährungsberatung stationär behandelter onkologischer Patientinnen und Patienten. Das Onkologische Pflegesymposium wird über den Geschäftsbereich Pflege, Service, Dokumentation des Universitätsklinikums Dresden organisiert.

## Öffentlichkeitsarbeit

Insbesondere für die Patientinnen und Patienten wurde 2022 eine Reihe von Drucksachen etabliert. Alle Patientinnen und Patienten erhalten eine Mappe mit den konkreten Angeboten und Kontaktdaten der einzelnen an der Behandlung beteiligten Kooperationspartner. Im April 2022 wurde ein Flyer für das Sarkomzentrum aktualisiert und Informationsmaterial der Deutschen Sarkom-Stiftung liegt in den verschiedenen Bereichen zur Mitnahme aus. Alle Informationsmaterialien stehen als Download auf der Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung.

Umfassende Informationen zum Sarkomzentrum sind auf der Internetseite des Sarkomzentrums [www.nct-dresden.de/sarkome](http://www.nct-dresden.de/sarkome) zu finden. Der Internetauftritt informiert auch über aktuelle Veranstaltungen und Fortbildungen.

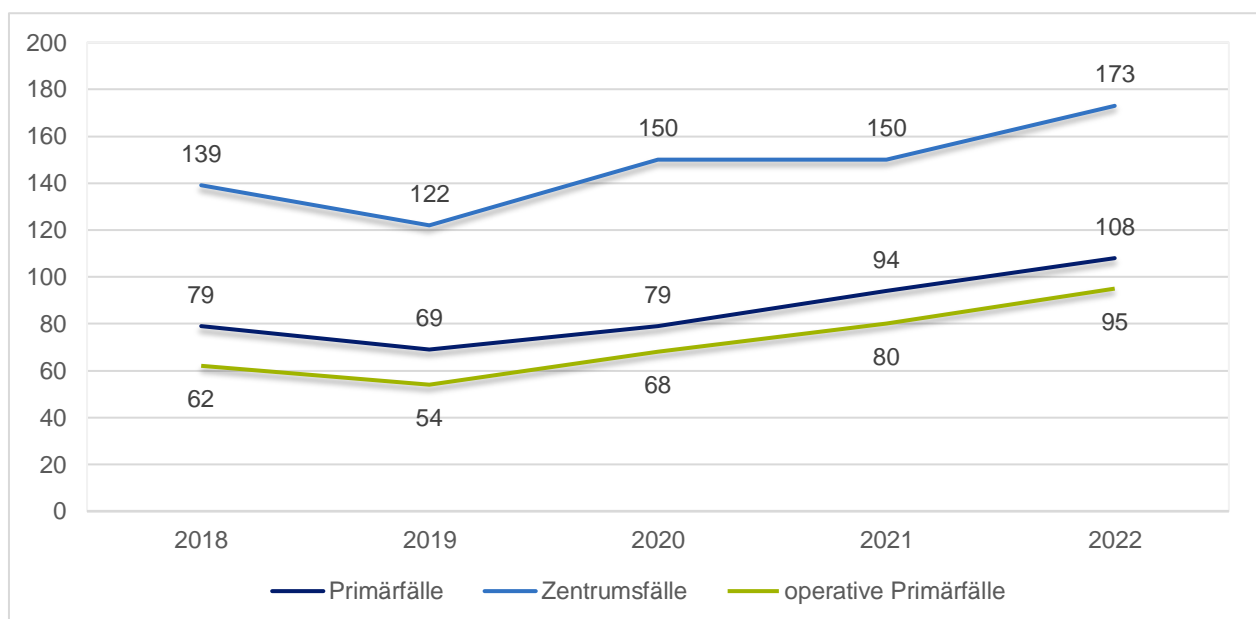
Über Neuerungen im NCT/UCC, Forschungstätigkeiten und -ergebnisse sowie aktuelle Studien informiert das Wissenschaftsmagazin Krebs im Focus. Das Wissenschaftsmagazin erscheint mind. zweimal jährlich und wird den Zuweiserinnen und Zuweiser sowie den Kooperationspartner postalisch zugesandt. Das Magazin steht auch allen Interessierten als Download auf der Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Die letzte Ausgabe ist im Dezember 2022 erschienen.

## Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

### Leistungszahlen

Das Sarkomzentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2022 108 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem Sarkom und 65 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenen Rezidiven und/oder Fernmetastasen interdisziplinär behandelt. Die Primärfälle zeigen im Jahresvergleich einen konstanten Anstieg von 2018 bis 2022. Die behandelten Fälle mit neu aufgetretenen Rezidiven oder Fernmetastasen bleiben über die Jahre eher konstant. Die Zahl operativer Primärfälle konnte im Verlauf der letzten Jahre deutlich um 30,5% und die Anzahl an Zentrumsfällen um 26,9% gesteigert werden (siehe Abbildung 56 Fallzahlentwicklung Sarkomzentrum).

Abbildung 56: Fallzahlentwicklung Sarkomzentrum 2018-2022



## Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung erfolgt im Sarkomzentrum über den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC. Hier sind feste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Versorgung in den Zentren zugeordnet. Die Bedarfserfassung erfolgt mittels Hornheider Screening Instrument und Distressthermometer. Die sozialrechtliche Beratung erfolgt über den Sozialdienst des Universitätsklinikums Dresden, der organisatorisch dem Geschäftsbereich Pflege, Service, Dokumentation des UKD zugeordnet ist.

Tabelle 62: Psychoonkologische und sozialrechtliche Betreuung Sarkomzentrum 2020-2022

	2020	2021	2022
Betreuungsquote Psychoonkologie	37,3%	34,0%	32,9%
Screeningrate Psychoonkologie	-	-	54,1%
Betreuungsquote Sozialdienst	60,7%	64,7%	70,5%

## Wartezeiten

Im Sarkomzentrum werden die Wartezeiten während der Sprechstunde und auf einen Termin kontinuierlich über das Krankenhausinformationssystem ORBIS erfasst. Eine Auswertung der Wartezeiten erfolgt stichprobenartig einmal pro Jahr. Die Vorgaben der Fachgesellschaften von  $\leq 5$  Werktagen Wartezeit auf einen Termin und  $< 60$  Minuten während der Sprechstunde werden erfüllt.

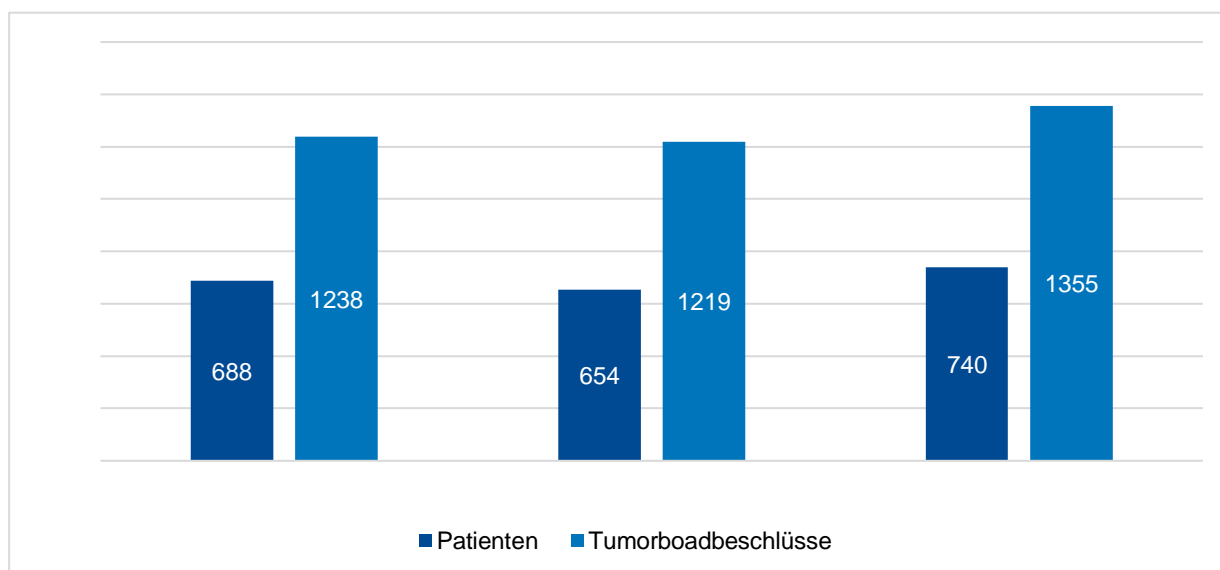
Tabelle 63: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Sarkomzentrum 2020-2022

Wartezeit	2020	2021	2022
auf einen Termin	4,9 Tage	5,0 Tage	4,9 Tage
während der Sprechstunde	29,5 Minuten	30,7 Minuten	34,5 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 2022 hat das Board an 99 Tagen stattgefunden. Es wurden 1.355 Beschlüsse für 740 Patientinnen und Patienten gefasst. Durchschnittlich wird pro Patientin/Patient 1,8 Beschlüsse gefasst, pro Board werden durchschnittlich 13,8 Empfehlungen ausgesprochen.

Abbildung 57: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Sarkomboard 2020-2022



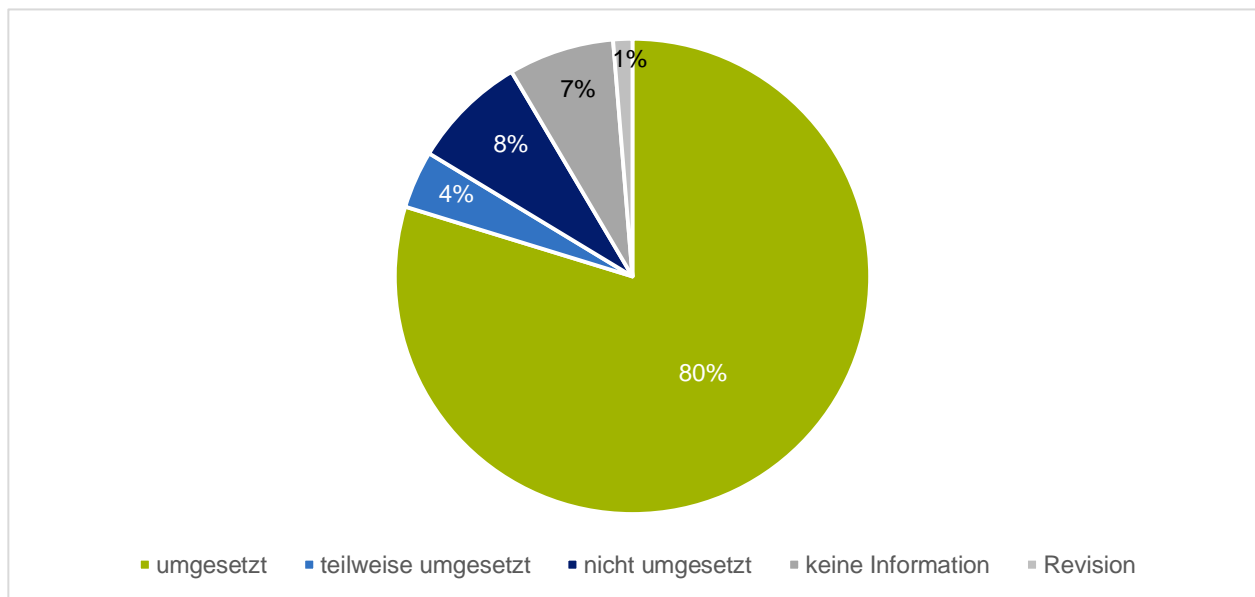
### Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität der Tumorboards wird jährlich die inhaltliche Umsetzung der Tumorboardbeschlüsse des Sarkom-Tumorboards überprüft. Methodisch wird dabei eine Stichprobe von 10% der besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: August 2021 bis Juli 2022) randomisiert gezogen.

Für das Sarkomboard wurden dabei **153 Beschlüsse** von insgesamt **70 Patientinnen und Patienten** überprüft. Die Prüfung erfolgte anhand der Krankenakten im ORBIS und der Eintragungen im Tumordokumentationssystem UCC-TDS. Bei Vorliegen von unklaren oder ggf. kritischen Ereignissen erfolgt die Rücksprache mit den jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Fachdisziplinen sowie die Initiierung von interdisziplinären Fallbesprechungen oder eine daraus resultierende M&M-Konferenz.

Von den 153 Tumorboardbeschlüssen sind 122 vollständig umgesetzt. Bei elf Beschlüssen liegen uns keine Informationen zum weiteren Behandlungsverlauf vor. Sechs Beschlüsse wurden teilweise umgesetzt. Gründe hierfür lagen beispielsweise im Wunsch des Patienten bzw. der Patientin. 12 Beschlüsse wurden nicht umgesetzt. Ursächlich hierfür sind in vier Fällen, dass der Patient/die Patientin vor der Umsetzung der Therapieempfehlung verstarb, in vier Fällen der Wunsch der Patientinnen und Patienten, in drei Fällen lagen neue Erkenntnisse vor und die Patientin/der Patient wurde erneut im Tumorboard vorgestellt. In einem Fall erfolgte die Weiterbehandlung extern. Zwei Beschlüsse wurden aufgrund der Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Patientin/des Patienten revidiert und im folgenden Tumorboard eine angepasste Empfehlung ausgesprochen. Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Sarkomzentrums 2022 konnten keine kritischen Ergebnisse festgestellt werden.

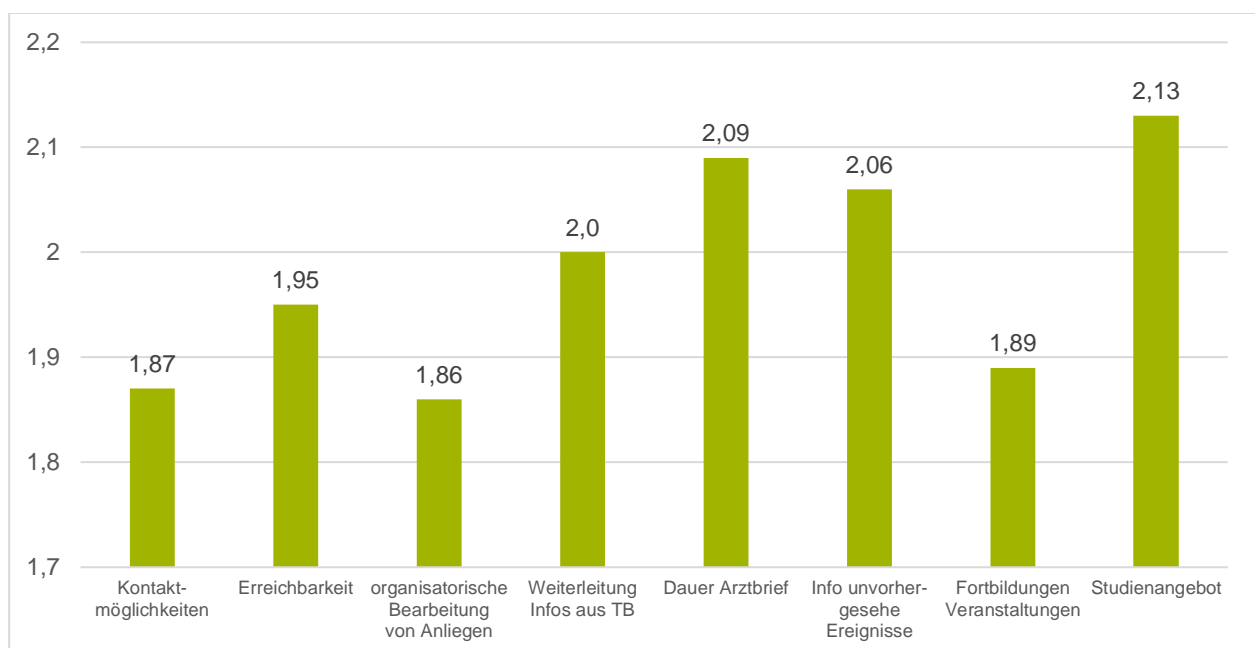
Abbildung 58: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance SAR 2022



### Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

Bei der Befragung zur Zufriedenheit der Zuweisenden im Sarkomzentrum im I. Quartal 2023 hatten die Zuweiserinnen und Zuweiser auf einer Skala von 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 der Zuweiserinnen und Zuweiser ergab keinen dringenden Handlungsbedarf, jedoch sollten die Informationen zum Studienangebot für Sarkompatientinnen und -patienten noch besser kommuniziert werden. Die Dauer der Übermittlung der Arztbriefe wird 2023 als neuer Qualitätsindikator im Sarkomzentrum etabliert und regelmäßig analysiert.

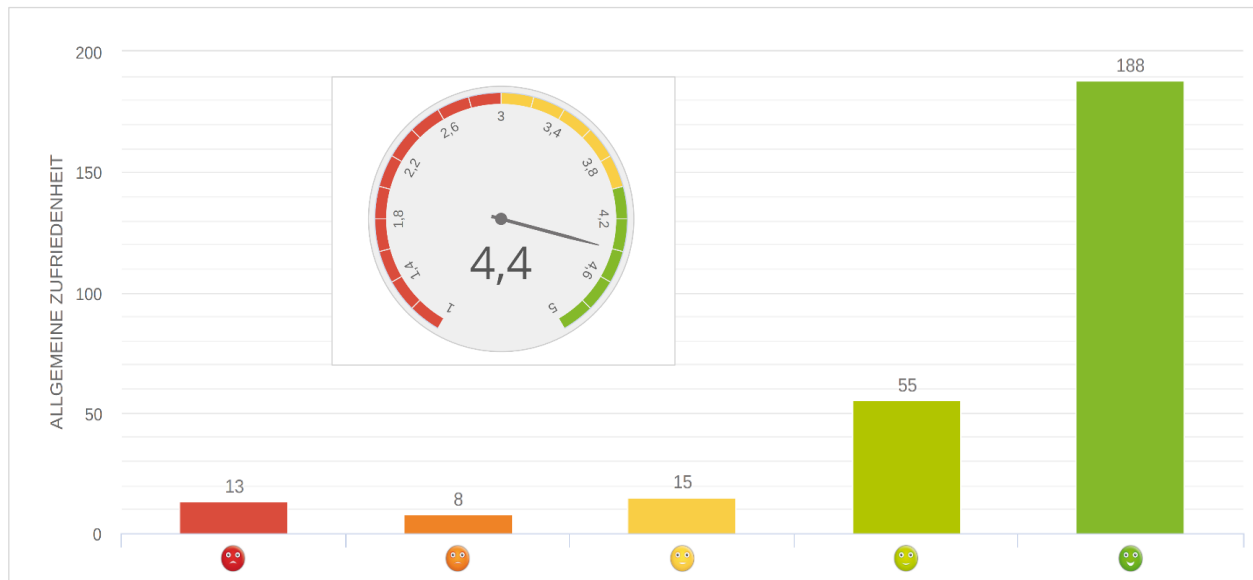
Abbildung 59: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Sarkomzentrums 2023 (Mittelwerte)



## Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2022

Für die Bereiche, in denen Sarkompatientinnen und -patienten betreut werden, sind im Jahr 2022 279 Feedbackmeldungen von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen eingegangen.

Abbildung 60: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit Sarkomzentrum (stationär/ambulant) 2022



### Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Sarkomzentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2022 ist in Tabelle 64 zusammengefasst. Von 13 obligatorischen Kennzahlen wurden 9 im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt, während bei drei Kennzahlen die Sollvorgabe 2022 nicht erreicht werden konnte.

Tabelle 64: Datenqualität DKG-Kennzahlen Sarkomzentrum 2022

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
69,23%	7,69%	23,88%

## 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 2022 konnten 47,2% der Zentrumsfälle in eine Studie eingeschlossen werden (einmalige Zählung jedes Falls).

Tabelle 65: Studienquote Sarkomzentrum 2020-2022

2020	2021	2022
24,6%	26,0%	47,2%

## Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Sarkomzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2022 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 der Bereiche des Sarkomzentrums aus organisatorischen Gründen unter den jeweiligen Kliniken aufgeführt sind.

Kirchberg J, Blum SFU, Pablik J, Herold S, Hoffmann RT, Baretton G, Weitz J. **Präoperative Diagnostik und Typisierung abdomineller Weichteilsarkome [Preoperative diagnostics and typing of abdominal soft tissue sarcomas]**. Chirurg. 2022 Jan;93(1):5-15. German.

Eichler M, Singer S, Hentschel L, Richter S, Hohenberger P, Kasper B, Andreou D, Pink D, Jakob J, Grützmann R, Fung S, Wardelmann E, Arndt K, Heidt V, Bonilla SAZ, Gaidzik VI, Jambor HK, Weitz J, Schaser KD, Bornhäuser M, Schmitt J, Schuler MK. **The association of Health-Related Quality of Life and 1-year-survival in sarcoma patients-results of a Nationwide Observational Study (PROSa)**. Br J Cancer. 2022 May;126(9):1346-1354.

Heilig CE, Laßmann A, Mughal SS, Mock A, Pirmann S, Teleanu V, Renner M, Andresen C, Köhler BC, Aybey B, Bauer S, Siveke JT, Hamacher R, Folprecht G, Richter S, Schröck E, Brandts CH, Ahrens M, Hohenberger P, Egerer G, Kindler T, Boerries M, Illert AL, von Bubnoff N, Apostolidis L, Jost PJ, Westphalen CB, Weichert W, Keilholz U, Klauschen F, Beck K, Winter U, Richter D, Möhrmann L, Bitzer M, Schulze-Osthoff K, Brors B, Mechtersheimer G, Kreutzfeldt S, Heining C, Lipka DB, Stenzinger A, Schlenk RF, Horak P, Glimm H, Hübschmann D, Fröhling S. **Gene expression-based prediction of pazopanib efficacy in sarcoma**. Eur J Cancer. 2022 Sep;172:107-118.

Büttner M, Singer S, Hentschel L, Richter S, Hohenberger P, Kasper B, Andreou D, Pink D, Taylor K, Arndt K, Bornhäuser M, Schmitt J, Schuler MK, Eichler M. **Financial toxicity in sarcoma patients and survivors in Germany: results from the multicenter PROSa study**. Support Care Cancer. 2022 Jan;30(1):187-196.

Eichler M, Hentschel L, Singer S, Hornemann B, Hohenberger P, Kasper B, Andreou D, Pink D, Jakob J, Arndt K, Kirchberg J, Richter S, Bornhäuser M, Schmitt J, Schuler MK. **Distress in soft-tissue sarcoma and gastrointestinal stromal tumours patients-Results of a German multi-centre observational study (PROSa)**. Psychooncology. 2022 Oct;31(10):1700-1710.

Jakob J, Hentschel L, Richter S, Kreisel I, Hohenberger P, Kasper B, Andreou D, Pink D, Schmitt J, Schuler MK, Eichler M. **Transferability of Health-Related Quality of Life Data of Large Observational Studies to Clinical Practice: Comparing Retroperitoneal Sarcoma Patients from the PROSa Study to a TARPS-WG Cohort**. Oncol Res Treat. 2022;45(11):660-669.





# Kinderonkologisches Zentrum



## Kinderonkologisches Zentrum

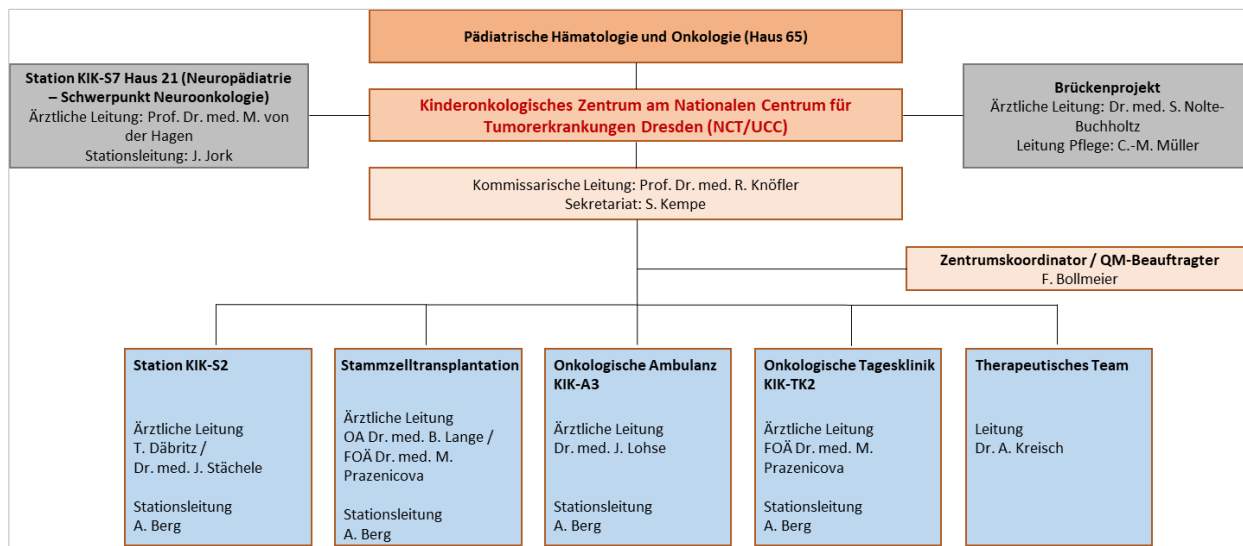
### Struktur des Kinderonkologischen Zentrums (KIO)

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

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 mit allen medizinischen Fachrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin sowie ausgewählten onkologischen Disziplinen der Erwachsenenmedizin gehören zu den Voraussetzungen, um für die betroffenen Kinder und Jugendlichen die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. Entsprechend den Therapieleitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) werden hochspezialisierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen im Zentrum vorgehalten. Die Expertise erstreckt sich von spezialisierten Operationsverfahren über die Bestrahlung mittels Protonen bis hin zu medikamentösen und zellulären Therapieverfahren. Therapiebegleitende Angebote wie sozialrechtliche Beratungen, psychologische Interventionen oder kunst- und musiktherapeutische Angebote können die Patientinnen und Patienten, deren Eltern und Geschwister sowie bei Bedarf weitere Angehörige in Anspruch nehmen. Dieses vielseitige Angebot kann insbesondere dank einer engen Zusammenarbeit mit dem Elternverein, dem Sonnenstrahl e.V. Dresden bereitgestellt werden.

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

Abbildung 61: Struktur des Kinderonkologischen Zentrums



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

Tabelle 66: Qualifikationsmatrix Kinderonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. Ralf Knöfler	FA für Kinderheilkunde SP Kinder- und Jugendhämatologie/-onkologie, ZB Hämostaseologie
Oberarzt	Dr. med. Björn-Sönke Lange	FA für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- und Jugendhämatologie/-onkologie
Funktionsoberärztin	Dr. med. Maria Prazenicova	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- und Jugendhämatologie/-onkologie
Zentrumskoordination / Qualitätsmanagement	Felix Bollmeier, B.A.	Sozial- und Gesundheitsmanagement
Tumordokumentation	Cathleen Fiebiger	Medizinische Dokumentationsassistentin
Pflegedienstleitung	Mirko Radloff, B.Sc.	Gesundheits- und Krankenpflege, Management für Gesundheitsfachberufe
Stationsleitung	Antje Berg	Gesundheits- und Krankenpflege, Weiterbildung Leitungsaufgaben im Gesundheitswesen, Paediatric Palliative Care in Weiterbildung
Onkologische Fachpflege	Annett Grässler / Bianka Engelke / Claudia Naumann / Pia Brauer / Michaela Krake / Sandy Förster / Sabine Liebscher / Ulrike Heitmann	Gesundheits- und Krankenpflege, Weiterbildung Onkologische Fachpflege
Onkologische Fachpflege	Annett Grässler / Annette Böhm / Birgit Kynast / Doreen Ehrlich / Ines Exner / Katrin Stolle / Pia Brauer / Ulrike Heitmann	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Weiterbildung (Paediatric) Palliative Care
Onkologische Fachpflege	Luise Wolf / Yvonne Grützner	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Weiterbildung Ambulante Onkologie

## Ziele des Kinderonkologischen Zentrums

In Anlehnung an die Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC werden jährlich für das Kinderonkologische Zentrum operative Qualitätsziele formuliert. Die Festlegung der Ziele erfolgt in der Regel zu Beginn eines jeden Jahres, aber auch unterjährig können Ziele mit zentrumsspezifischen Schwerpunkten aufgenommen werden. Nicht erreichte Ziele werden in das folgende Kalenderjahr übernommen. Unter Benennung von konkreten Verantwortlichkeiten und Festlegung eines intern abgestimmten Zieltermins, werden die Qualitätsziele unterjährig verfolgt und auf Umsetzung geprüft. In Tabelle 67 sind die Qualitätsziele und deren Erreichungsgrade des Jahres 2022 dargestellt.

Tabelle 67: Jahresziele 2022 Kinderonkologisches Zentrum

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
1	Einführung der digitalen Patientenakte im gesamten Geltungsbereich der Kinder-Hämato-Onkologie (Ambulanz, Station, Tagesklinik)	Leitung KIO STL KIO	Dezember 2022	Einführung der digitalen Patientenakte ab 4.Oktober 2022.
2	Vorbereitung der JACIE-Zertifizierung für den Bereich pädiatrische Zelltherapie	OA KIO STL KIO QMB KIO	kontinuierlich	Übernahme in Qualitätsziele 2023.
3	Erfolgreiche Akkreditierung nach den JACIE-Anforderungen.	OA KIO STL KIO QMB KIO	September 2022	Übernahme in Qualitätsziele 2023.
4	Überarbeitung des Konzeptes zur Zufriedenheitsbefragung von Zuweiserinnen und Zuweiser	QMB KIO	Oktober 2022	Abschluss der Überarbeitung am 30. September 2022.
5	Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser	QMB KIO	November 2022	Durchführung einer Befragung im November 2022.
6	Überarbeitung des Konzeptes zur Zufriedenheitsbefragung von Patientinnen/Patienten und Eltern.	Psychologinnen KIO QMB KIO	September 2022	Abschluss der Überarbeitung am 25. Oktober 2022.
7	Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten und den Eltern	QMB KIO	Oktober 2022	Übernahme in Qualitätsziele 2023.
8	Etablierung eines Trauerrituals im Bereich Kinder-Hämato-Onkologie.	Pflege KIO	Dezember 2022	Übernahme in Qualitätsziele 2023.
9	Verbesserung der WLAN-Ausleuchtung im Haus 65.	STL KIO	Dezember 2022	Abschluss der baulichen Maßnahmen – geprüft am 31. Dezember 2022.
10	Überarbeitung des Kooperationsvertrages mit dem Sonnenstrahl e.V.	QMB KIO	Dezember 2022	Übernahme in Qualitätsziele 2023.

## Ergebnisse aus externen und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Im Jahr 2022 wurde das Kinderonkologische Zentrum im Rahmen des reduzierten Auditzyklus in Form eines Dokumentenaudits durch einen externen Fachexperten für Kinderonkologische Zentren begutachtet. Die Bewertung der eingereichten Unterlagen fiel positiv aus, sodass die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Kinderonkologische Zentren als erfüllt bewertet wurden. Das Bewertungsergebnis umfasste einen Hinweis sowie eine Auflage, welche für die Aufrechterhaltung des Zertifikats erfüllt werden mussten. Alle erforderlichen Nachweise konnten rechtzeitig bei der Zertifizierungsgesellschaft OnkoZert vorgelegt werden, sodass der Zertifizierungsstatus bestätigt wurde.

### Ergebnisse aus internen Audits

Im Kinderonkologischen Zentrum finden interne Audits analog dem Vorgehen im Onkologischen Zentrum statt. Am 2. November 2022 wurden die Bereiche Station, Tagesklinik und Ambulanz sowie der supportive Bereich der Kinderonkologie auditiert. Im Rahmen des Audits wurden zehn Hinweise und zwei Anregungen durch die Auditorinnen und Auditoren ausgesprochen. Abweichungen wurden im Geltungsbereich nicht festgestellt. Alle Hinweise werden im Rahmen des kontinuierlichen Maßnahmenmanagements regelmäßig auf Umsetzung geprüft.

## Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen

### Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Im Kinderonkologischen Zentrum werden regelmäßig, jedoch mindestens alle drei Jahre, Zufriedenheitsbefragungen der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. In einem Zeitraum von vier Wochen wurde vom 1. Oktober bis 31. Oktober 2022 eine Zufriedenheitsbefragung durchgeführt. Mit einer Rücklaufquote von 32% konnte im Vergleich zur vorherigen Befragung im Jahr 2019 (Rücklaufquote: 26%) eine Verbesserung festgestellt werden.

Für alle Zuweisenden des Zentrums besteht zusätzlich die Möglichkeit an einer kontinuierlichen Zufriedenheitsbefragung auf der Webseite des NCT/UCC teilzunehmen. Darüber hinaus können Feedbacks über eine zentrale E-Mail-Adresse ([feedback.nct-ucc@ukdd.de](mailto:feedback.nct-ucc@ukdd.de)) abgegeben werden.

### Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten finden ebenfalls alle drei Jahre statt. Die letzte Befragung wurde in 2019 durchgeführt. Die nächste Befragung ist nach einer umfassenden Überarbeitung des Fragebogenkonzeptes für 2023 geplant. Diese Befragung soll die verschiedenen Bedürfnisse der jungen Patientinnen und Patienten sowie deren Eltern und Angehörigen gerecht werden, weshalb die Überarbeitung des Fragebogens notwendig wurde.

Alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörige haben am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Struktureinheiten etabliert ist, abzugeben. Für die Teilnahme an dieser kontinuierlichen Zufriedenheitserfassung stehen sowohl auf Station als auch im Bereich Ambulanz und Tagesklinik je eine fest installierte Befragungsstele zur Verfügung. Andererseits kann das Feedback online über einen QR-Code abgegeben werden. Diesen finden die Patientinnen und Patienten u. a. in den Patientenmappen des NCT/UCC.

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das Kinderonkologische Zentrum beteiligt sich regelmäßig an den M&M-Konferenzen der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, welche in der Regel jeden zweiten Monat im Rahmen der ärztlichen Mittagsbesprechungen durchgeführt werden. Beteiligt sind alle Fachdisziplinen der Kinder- und Jugendmedizin sowie fallbezogen ggf. auch die Kinderchirurgie. Es werden bereichsübergreifend Fälle besprochen, bei denen es während der Behandlung zu Klärungsbedarfen gekommen ist. Ziel ist es, interne Verbesserungspotentiale aufzuzeigen und diese im Sinne der bestmöglichen Versorgung der jungen Patientinnen und Patienten zukünftig zu vermeiden. In 2022 fanden insgesamt fünf M&M-Konferenzen statt.

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

## Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

### Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Kinderonkologischen Zentrum finden regelmäßig interne Fortbildungen für das ärztliche und pflegerische Personal im Rahmen der internen, wöchentlich stattfindenden multiprofessionellen Bereichsbesprechung statt. Das pädiatrische Tumorboard steht zudem als interne Fortbildungsveranstaltung für interessierte Berufsgruppen (Pflege, Psychosozialdienst, Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung) zur Verfügung.

Am 28. September 2022 führte das Kinderonkologische Zentrum im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Krebs im Focus“ des NCT/UCC eine Fortbildungsveranstaltung durch. Die Veranstaltung richtet sich an die Fachöffentlichkeit im Bereich Onkologie.

Für Ärztinnen und Ärzte der sächsischen Kinderkliniken wurde im Jahr 2022 eine virtuelle Fortbildungsreihe durch verschiedene Fachbereiche der Universitätskinderklinik Dresden „Zum Tee am UKD“ etabliert.

Tabelle 68: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen KIO 2022

Datum	Veranstaltung
31. August 2022	Zum Tee am UKD: Unklare Blutungsneigung
28. September 2022	Krebs im Focus: Zielgruppenspezifika in der Onkologie III – Kinder und Jugendliche als Betroffene
9. November 2022	Zum Tee am UKD: Vorgehen bei Verdacht auf Leukämie

### Öffentlichkeitsarbeit

Für Patientinnen und Patienten sowie Eltern und weitere Angehörige steht eine Patientenmappe zur Verfügung. Diese beinhaltet eine Vielzahl an Informationsmaterialien, wie beispielsweise Informationen über onkologische und hämatologische Krankheitsbilder, Therapiemöglichkeiten oder psychosoziale und kreativtherapeutische Betreuungsangebote. Im Rahmen der Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit des Zentrums wurden in 2022 zudem Konzepte für eine neue Internetseite und einen Informationsflyer erarbeitet. Darüber hinaus ist das Netzwerk mit beteiligten Zentren, Kontaktdaten und Kooperationspartnern bei Oncomap (<https://www.oncomap.de>) gelistet. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit anderen kinder- und jugendmedizinischen Einrichtungen erfolgt ein regelmäßiger Austausch im Einzugsgebiet des Kinderonkologischen Zentrums. Insbesondere die enge Zusammenarbeit mit der Abteilung Pädiatrische Hämatologie/Onkologie/Hämostaseologie der Klinikum Chemnitz gGmbH, welche seit 2021 in einem Kooperationsvertrag geregelt wurde, ist hierbei hervorzuheben.

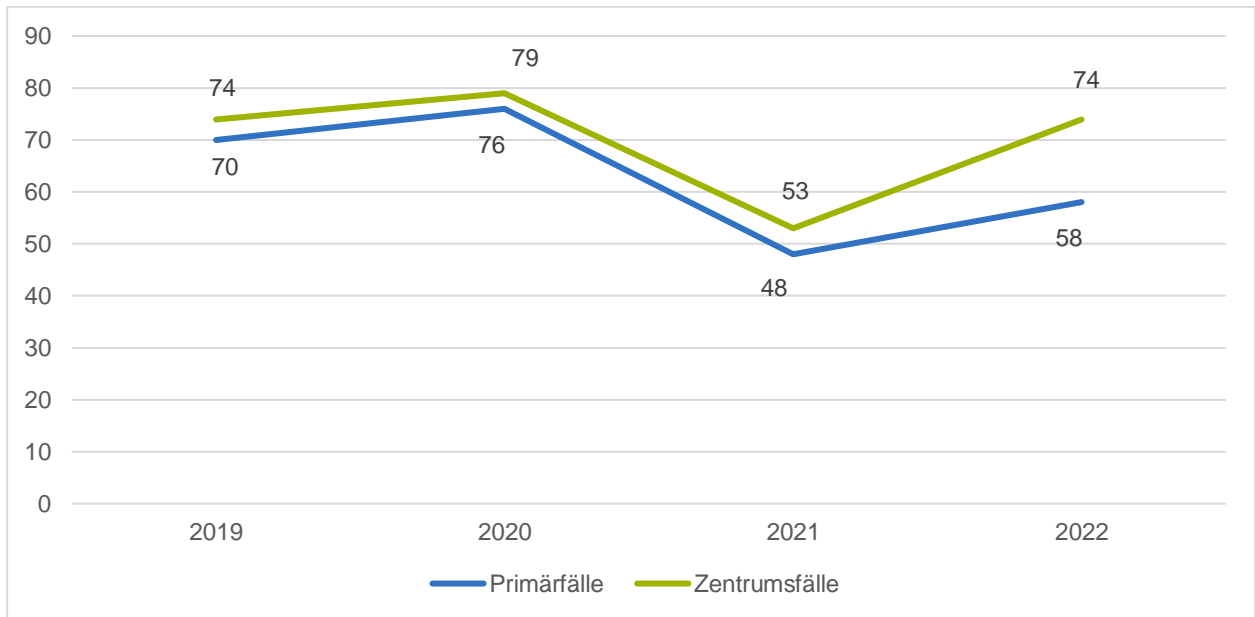
### Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

#### Leistungszahlen

Im Jahr 2022 wurden 58 Patientinnen und Patienten mit einer Primärerkrankung und 15 Rezidivfälle im Kinderonkologischen Zentrum behandelt. Die Zählweise der hier angegebenen Fallzahlen richtet sich nach den Vorgaben für zertifizierte Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft. In Abbildung 62 ist die Entwicklung der Primär- und Zentrumsfälle von 2019 bis 2022

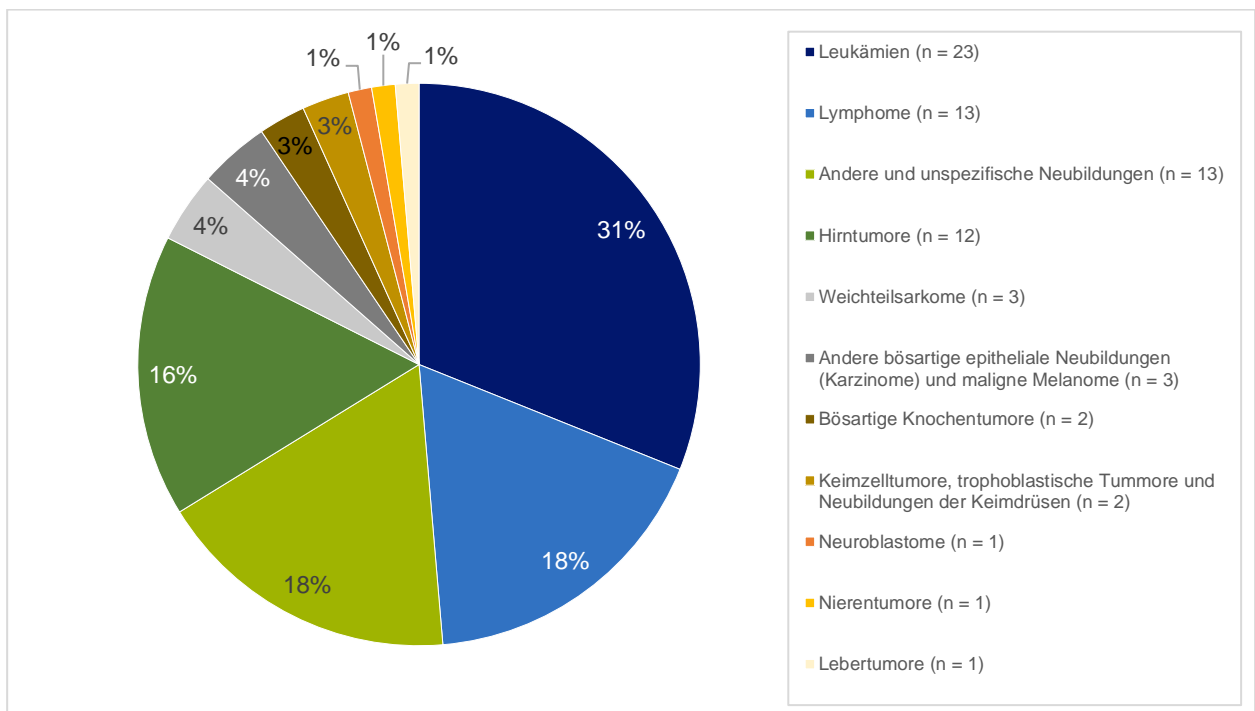
dargestellt. Nach einem Rückgang der Fallzahlen im Jahr 2021 ist mit 74 Zentrumsfällen in 2022 wieder eine Betreuungsrate auf dem Niveau von 2019/2020 erzielt wurden.

Abbildung 62: Fallzahlentwicklung Kinderonkologisches Zentrum 2019-2022



Die größte Diagnosegruppe der in 2022 behandelten Patientinnen und Patienten stellten die akuten Leukämien (31%) dar, gefolgt von Lymphomen (18%), anderen unspezifischen Neubildungen (18%) und den Hirntumoren (16%). In Abbildung 63 ist die Verteilung der Zentrumsfälle nach den von der Deutschen Krebsgesellschaft vorgegebenen Diagnosegruppen für zertifizierte Kinderonkologische Zentren aufgeschlüsselt.

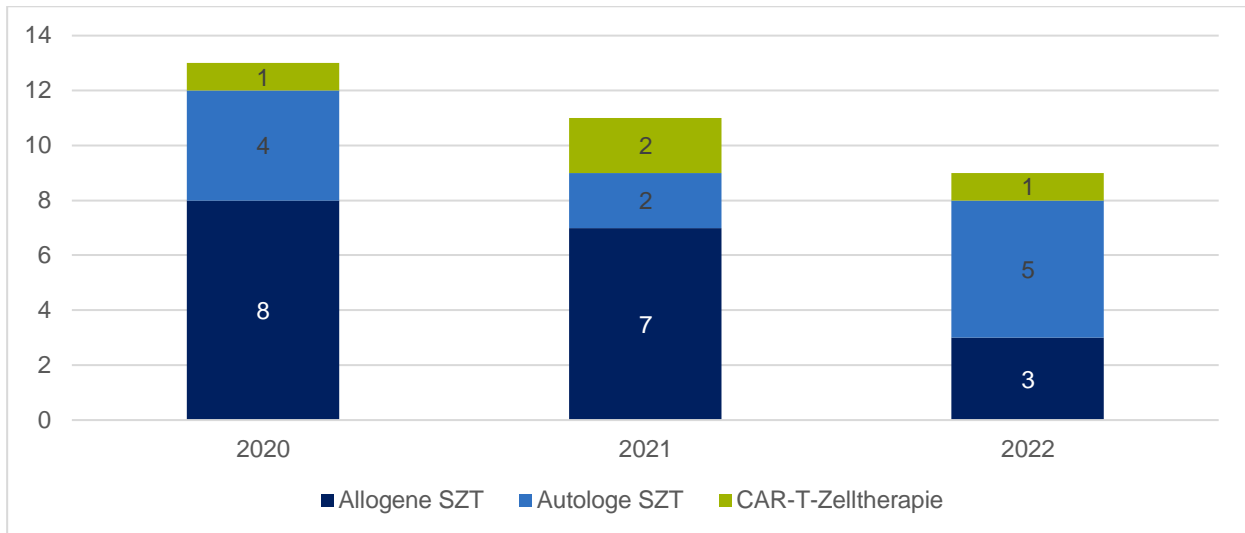
Abbildung 63: Zentrumsfälle 2022 nach Diagnosegruppen KIO (n=74)



## Zelluläre Therapien

Bei entsprechender Indikation besteht die Behandlungsoption zur Durchführung von zellulären Therapien. In Kooperation mit dem Fachbereich Hämatologie und Zelltherapie der Medizinischen Klinik I werden allogene und autologe Stammzelltransplantationen sowie die CAR-T-Zelltherapie angeboten.

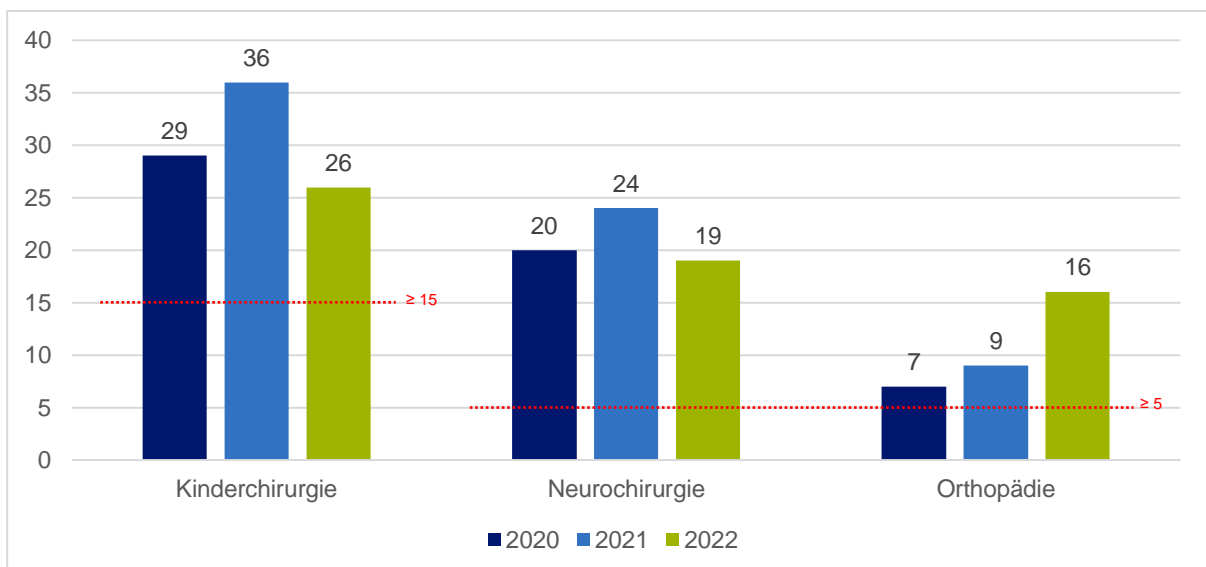
Abbildung 64: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien KIO 2020-2022



## Operative Expertise

Hauptkooperationspartner für chirurgische Eingriffe in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie ist die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie. Aufgrund verschiedenster Krankheitsbilder mit unterschiedlichsten Tumorlokalisationen werden weitere operative Kooperationspartner in die Behandlung einbezogen. Insbesondere bei muskuloskelettalen Sarkomen und Tumoren des Gehirns oder des Zentralnervensystems wird das UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- & Plastische Chirurgie und die Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie hinzugezogen. Die Fallzahlen der operativen Kooperationspartner erfüllen die aktuellen Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für zertifizierte Kinderonkologische Zentren.

Abbildung 65: Fallzahlentwicklung operative Kooperationspartner KIO 2020-2022





## Strahlentherapeutische Expertise

Die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie ist ein weiterer Hauptkooperationspartner des Kinderonkologischen Zentrums und als deutschlandweites strahlentherapeutisches Referenzzentrum für hochgradige Gliome im Kindes- und Jugendalter tätig. Das angebotene Leistungsspektrum umfasst sowohl die Photonen- als auch die Protonentherapie. Interdisziplinäre Behandlungsansätze wie Radiochemotherapien werden ebenfalls im kinderonkologischen Setting angeboten.

Tabelle 69: Abgeschlossene Bestrahlungsserien KIO 2020-2022

	2020	2021	2022
Anzahl abgeschlossener Bestrahlungsserien	42	35	42
Sollvorgabe DKG	≥ 5 abgeschlossene Bestrahlungsserien		≥ 10 (Photonen ≥ 5; Protonen ≥ 5)

## Psychosoziale Versorgung

Die Beratung des psychosozialen Dienstes unterteilt sich in psychologische Betreuung und sozialrechtliche Beratung. Die Erfassung der Betreuungsraten erfolgt analog der Anforderungen an Kinderonkologische Zentren der DKG zusammengefasst in einer Kennzahl.

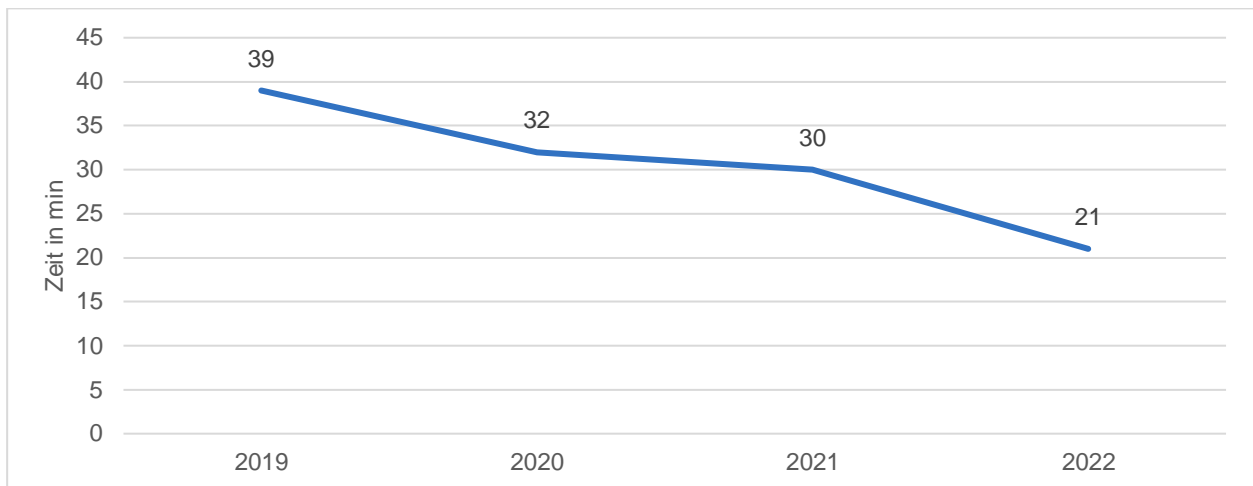
Tabelle 70: Betreuung durch den psychosozialen Dienst KIO 2020-2022

	2020	2021	2022
Psychologie	91,1%	85,0%	83,8%
Sozialdienst	88,6%	93,3%	85,1%
<b>Psychosozialdienst</b>	<b>90,8%</b>	<b>100,0%</b>	<b>95,9%</b>

## Wartezeiten

Für die hämatologisch-onkologische Nachsorgesprechstunde des Kinderonkologischen Zentrums wird jährlich eine Analyse zur Wartezeit während der Sprechstunde durchgeführt. Es zeigt sich hierbei im Vergleich der letzten vier Jahre eine deutliche Absenkung der Wartezeit ( $\Delta_{2019-2022} = -18$  min). Die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft ( $\leq 60$  min) wird deutlich unterschritten.

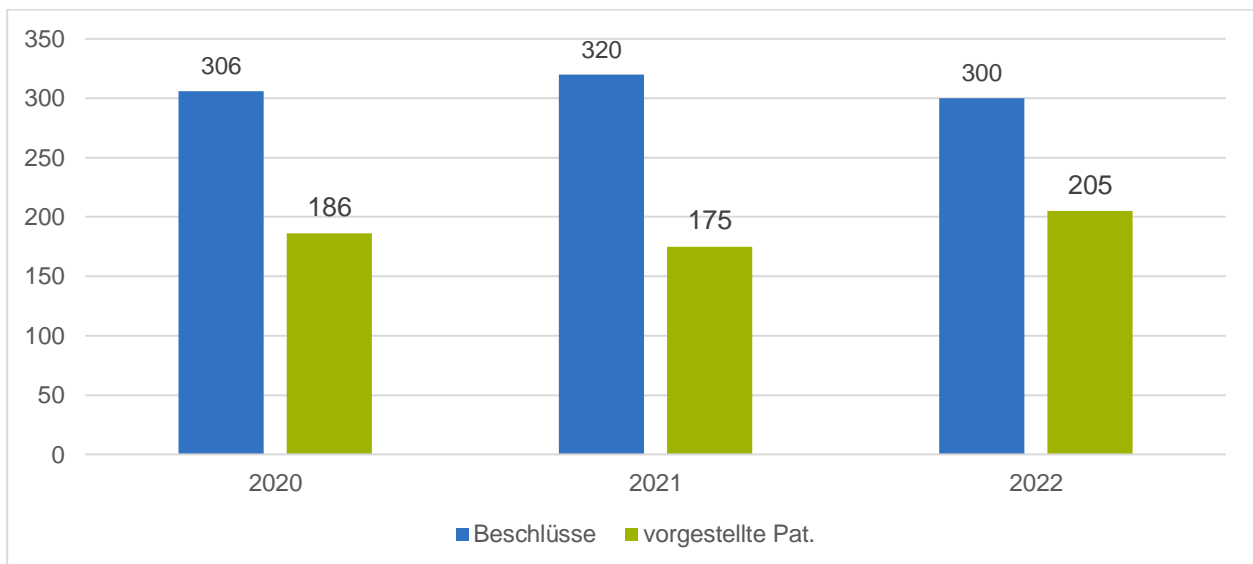
Abbildung 66: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung KIO 2019-2022



### Interdisziplinäre Tumorboards

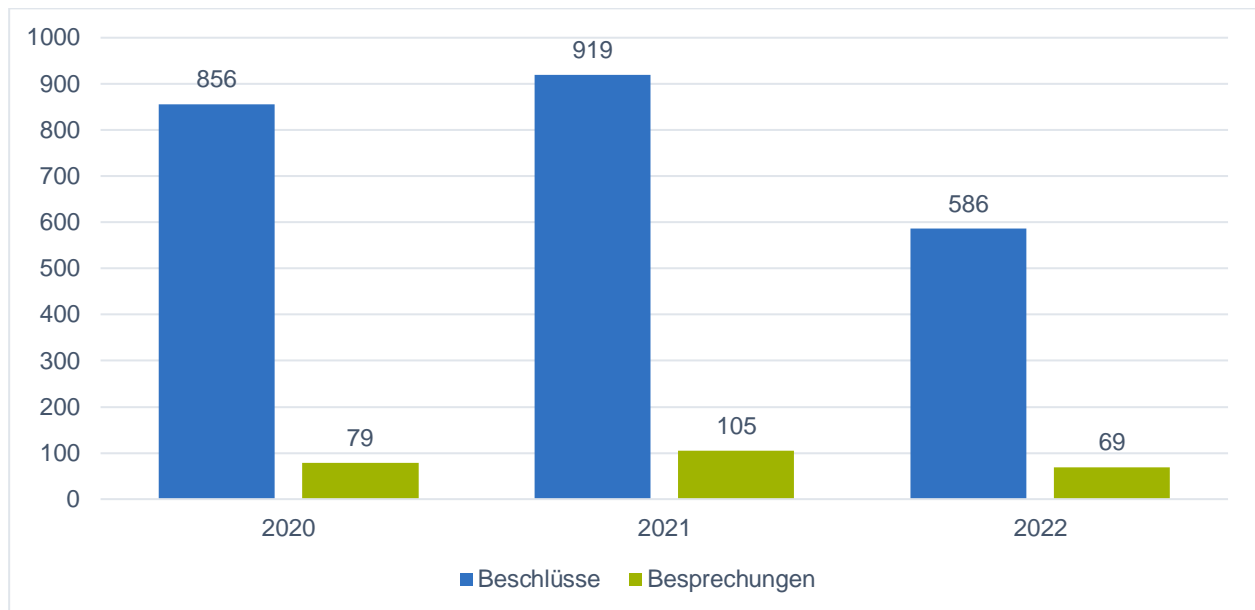
Im Kinderonkologischen Zentrum finden wöchentlich interdisziplinäre Tumorboards unter Beteiligung aller relevanten Fachdisziplinen statt. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachbereiche muss dabei obligatorisch am pädiatrischen Tumorboard teilnehmen: Pädiatrische Hämato-Onkologie, Kinderchirurgie, Kinderradiologie, Pathologie, Radioonkologie/Strahlentherapie. Je nach Fragestellung und Krankheitsbild werden weitere Fachdisziplinen, wie Neurochirurgie oder Orthopädie hinzugezogen.

Abbildung 67: Entwicklung der Tumorboardvorstellungen KIO 2020-2022



Weiterhin findet einmal wöchentlich eine multiprofessionelle Bereichsbesprechung im Kinderonkologischen Zentrum statt. Hier werden zusätzlich Patientinnen und Patienten unter Beteiligung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, wie dem Psychosozial- und Pflegedienst, vorgestellt.

Abbildung 68: Entwicklung der Fallvorstellungen in der Bereichsbesprechung KIO 2020-2022



### Tumorboardcompliance

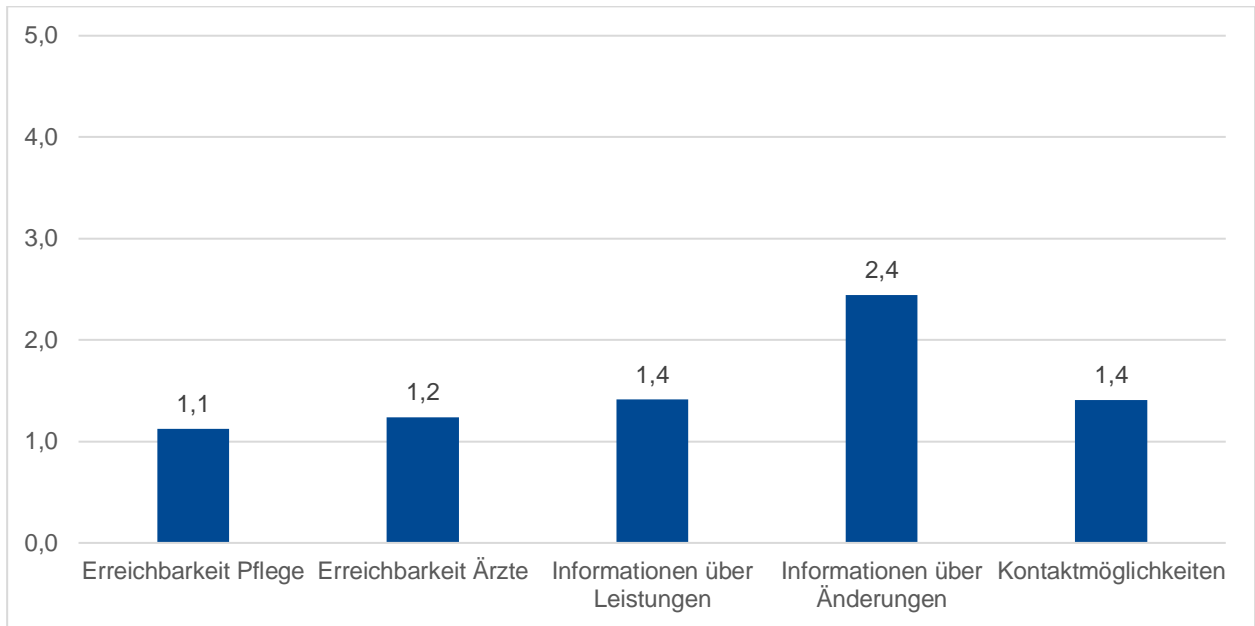
Im Rahmen der Überprüfung der Tumorboardcompliance der pädiatrischen Tumorkonferenz werden die Beschlüsse aller Zentrumsfälle auf inhaltliche Umsetzung überprüft. In 2022 wurden **142 Beschlüsse** von **75 Patientinnen und Patienten** überprüft. Dies entspricht 47,3% aller Tumorboardbeschlüsse im Jahr 2022. Der Erfüllungsgrad der überprüften Tumorboardbeschlüsse liegt bei 100%. Die Sollvorgabe für diese Kennzahl richtet sich nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Kinderonkologische Zentren. Die Sollvorgabe für Therapieabweichungen gegenüber der Empfehlung der Tumorkonferenz liegt bei  $\leq 5\%$ , welche für 2022 deutlich erreicht wird. Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgt im Tumordokumentationssystem des NCT/UCC.

### Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

#### Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Bei der Befragung zur Zufriedenheit im Oktober 2022 konnte eine Rücklaufquote von 32% erreicht werden. Auf einer fünfstufigen Bewertungsskala (1= sehr zufrieden; 5= sehr unzufrieden) konnte insgesamt ein Ergebnis von 1,5 (Mittelwert) erreicht werden. Als Kritikpunkt mit einer Bewertung von 2,4 wurde die verbesserungswürdige Kommunikation von strukturellen Änderungen des Zentrums gegenüber den zuweisenden Kinderärztinnen und Kinderärzten in der Niederlassung und im stationären Bereich wahrgenommen. Daraus resultierend wurde die Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit des Kinderonkologischen Zentrums als Qualitätsziel bestätigt.

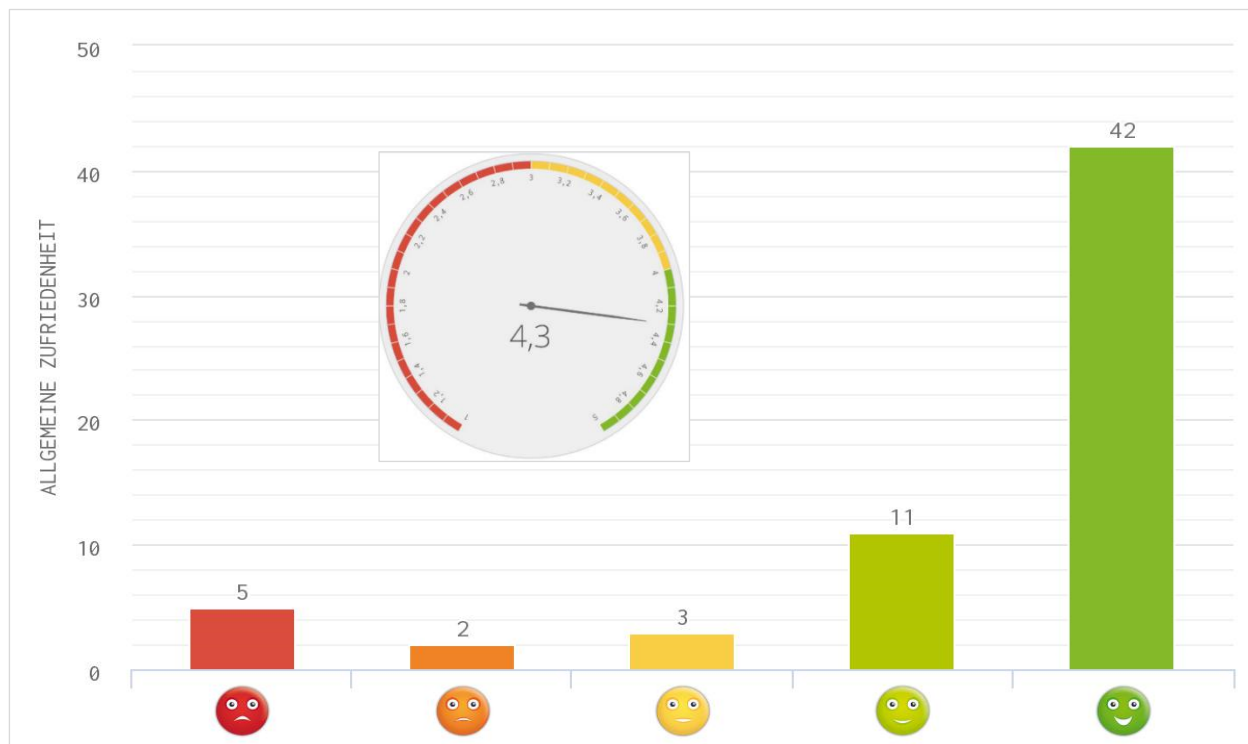
Abbildung 69: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser KIO 2022



### Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Die folgende Abbildung zeigt die Auswertung der in 2022 für das Kinderonkologische Zentrum abgegebenen Feedbacks. Insgesamt wurden über das digitale Feedback 63 Rückmeldungen (31 Patientinnen und Patienten; 32 Angehörige) registriert und ausgewertet. Auf einer fünfstufigen Bewertungsskala (1= sehr unzufrieden; 5= sehr zufrieden) liegt der Durchschnitt bei 4,3.

Abbildung 70: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem KIO 2022



## Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2022 ist in Tabelle 71 zusammengefasst. Von zehn obligatorischen Kennzahlen wurden neun im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt.

Tabelle 71: Datenqualität DKG-Kennzahlen KIO 2022

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
90,0%	0,0%	20,0%

## Forschungstätigkeit

### Klinische Studien

Die Behandlung von hämato-onkologischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland findet stets im Rahmen von Therapieoptimierungsstudien bzw. Registern der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) statt. Patientinnen und Patienten deren komplexe Krankheitsbilder die Einschlusskriterien der durch die GPOH geführten Therapiestudien bzw. Register nicht erfüllen, werden stets in Absprache mit den zuständigen Studienleitungen auch ohne Studieneinschluss analog der Behandlungspfade der GPOH-Studien behandelt. Im Rahmen der internen Zielsetzung wurde für den Qualitätsindikator „Studienquote“ eine Sollvorgabe in Höhe von  $\geq 90\%$  für die pädiatrische Hämato-Onkologie gewählt. Wie in Tabelle 72 dargestellt, wurde diese Sollvorgabe 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.

Tabelle 72: Studienquote Kinderonkologisches Zentrum 2020-2022

	2020	2021	2022
Zentrumsfälle mit Studieneinschluss (Zähler)	72	55	67
Zentrumsfälle (Nenner)	79	60	74
<b>Studienquote</b>	<b>91,1%</b>	<b>91,7%</b>	<b>90,5%</b>

### Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Kinderonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2022 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden auf der folgenden Internetseite abzurufen: <http://tu-dresden.de/med/mf>.

Eichinger A, Poetschger U, Glogova E, Bader P, Basu O, Beier R, Burkhardt B, Classen CF, Claviez A, Corbacioglu S, Deubzer HE, Greil J, Gruhn B, Güngör T, Kafa K, Kühl JS, Lang P, Lange BS, Meisel R, Müller I, Sauer MG, Schlegel PG, Schulz A, Stachel D, Strahm B, Wawer A, Peters C, Albert MH. **Incidence of subsequent malignancies after total body irradiation-based allogeneic HSCT in children with ALL - long-term follow-up from the prospective ALL-SCT 2003 trial.** Leukemia. 2022 Nov;36(11):2567-2576

Bhatia S, Spanier L, Bickel D, Dienstbier N, Woloschin V, Vogt M, Pols H, Lungerich B, Reiners J, Aghaallaei N, Diedrich D, Frieg B, Schliehe-Diecks J, Bopp B, Lang F, Gopalswamy M, Loschwitz J, Bajohgli B, Skokowa J, Borkhardt A, Hauer J, Hansen FK, Smits SHJ, Jose J, Gohlke H, Kurz T. **Development of a First-in-Class Small-Molecule Inhibitor of the C-Terminal Hsp90 Dimerization.** ACS Cent Sci. 2022 May 25;8(5):636-655.

Herzog K, Schepper F, Kamm R, Engelhardt-Lohrke C, Kreisch A, Pletschko T, Hauer J, Christiansen H, Suttorp M, Kiel J, Martini J. **Illness perceptions in patients and parents in paediatric oncology during acute treatment and follow-up care.** Psychooncology. 2022 Jun;31(6):950-959.

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

Schedel A, Friedrich UA, Morcos MNF, Wagener R, Mehtonen J, Watrin T, Saitta C, Brozou T, Michler P, Walter C, Försti A, Baksi A, Menzel M, Horak P, Paramasivam N, Fazio G, Autry RJ, Fröhling S, Suttorp M, Gertzen C, Gohlke H, Bhatia S, Wadt K, Schmiegelow K, Dugas M, Richter D, Glimm H, Heinäniemi M, Jessberger R, Cazzaniga G, Borkhardt A, Hauer J, Auer F. **Recurrent Germline Variant in RAD21 Predisposes Children to Lymphoblastic Leukemia or Lymphoma.** Int J Mol Sci. 2022 May 5;23(9):5174.



# Kopf-Hals-Tumorzentrum



## Kopf-Hals-Tumorzentrum

### Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums (KHTZ)

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum ist Teil des Onkologischen Zentrums des Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC). Das Zentrum wurde 2019 von der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie gegründet.

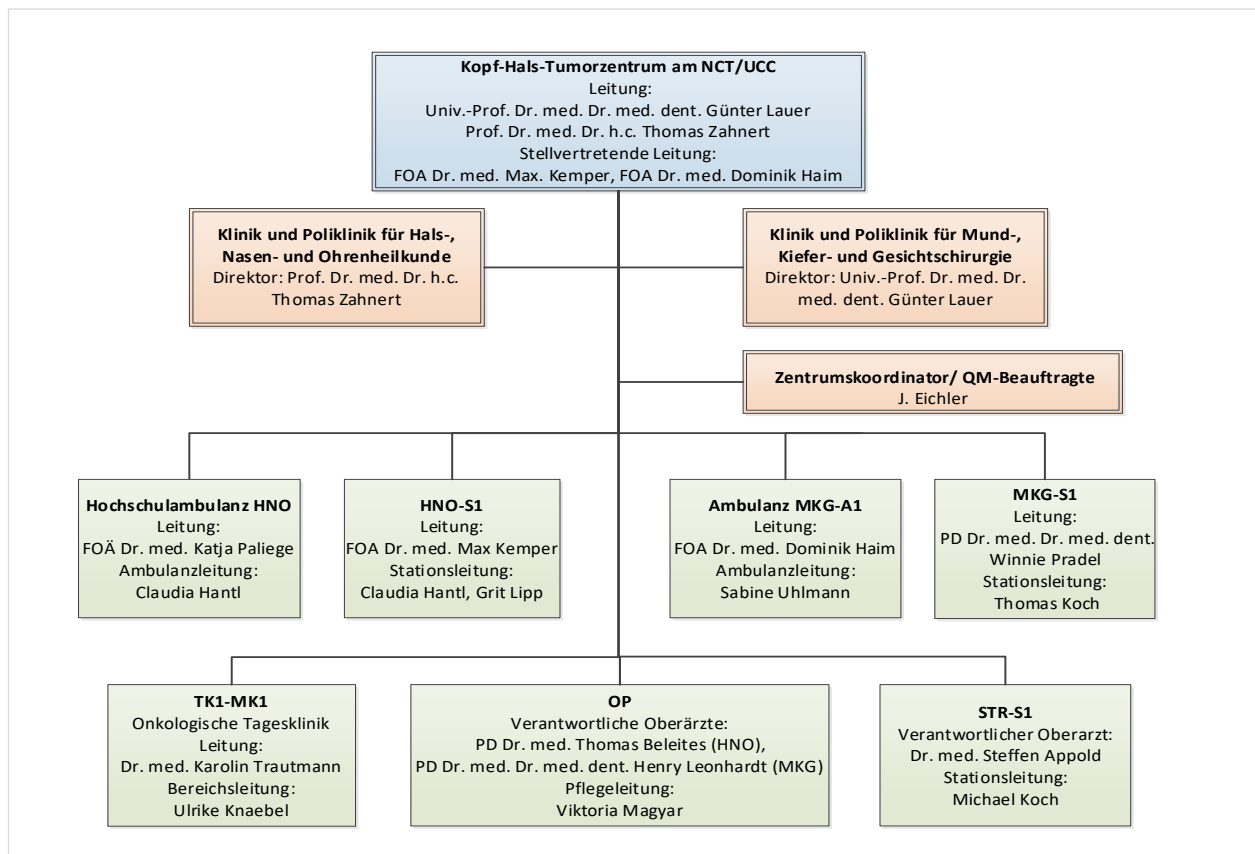
Es erfüllt die von der Deutschen Krebsgesellschaft festgelegten Qualitätskriterien und trägt die Auszeichnung "Kopf-Hals-Tumorzentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.". Zusätzlich verfügt das Kopf-Hals-Tumorzentrum über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2015.

Die Leiter des Kopf-Hals-Tumorzentrums sind Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Zahnert, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowie Herr Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. 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 und die Tumordokumentation sowie für das Qualitätsmanagement und die Zentrumskoordination zur Verfügung. Als Zentrumskoordinatorin ist Frau Jasmin Eichler, B.A., benannt. Die Zentrumskoordinatorin ist für die Kommunikation mit der Zertifizierungsstelle sowie für die Überwachung der fachlichen Anforderungen und fachbereichsübergreifenden Aktionen verantwortlich.

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



Abbildung 71: Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums



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

Tabelle 73: Qualifikationsmatrix Kopf-Hals-Tumorzentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Zahnert	FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer	FA für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Stellvertretende Zentrumsleitung	Dr. med. Max Kemper	FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
	Dr. med. Dominik Haim	FA für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Hauptoperateure HNO	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Zahnert / Dr. med. Max Kemper / PD Dr. med. Thomas Beleites / Nikoloz Lasurashvili / Dr. med. Falk-Tony Olesch	FÄ/FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Hauptoperateure MKG	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer / Dr. med. Dominik Haim / PD Dr. med. Dr. med. dent. Winnie Pradel / PD Dr. med. Dr. med. dent. Henry Leonhardt / Dr. med. Christian Bräuer / MUDr. med. Adrian Franke	FA/FÄ für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Zentrumskoordination/Qualitätsmanagement	Jasmin Eichler	B.A., Gesundheitsmanagement

Funktion	Name	Qualifikation
Onkologische Fachpflege	Anne Hache / Ellen Thiele Sophie Günther	Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit 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 74: Jahresziele 2022 des Kopf-Hals-Tumorzentrums

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
1	Weiterentwicklung des Managementhandbuchs KHTZ	QMB KHTZ/ MA KHTZ	kontinuierlich	Das Managementhandbuch wird kontinuierlich weiterentwickelt.
2	Erstzertifizierung des KHTZ nach DIN EN ISO 9001:2015	QMB KHTZ/ MA KHTZ	April 2022	Das KHTZ wurde am 26. April 2022 erfolgreich erstzertifiziert.
3	Erfolgreicher Abschluss des Überwachungsaudits durch die DKG	QMB KHTZ/ MA KHTZ	April 2022	Das Überwachungsaudit wurde am 26. April 2022 erfolgreich absolviert.
4	Durchführung eines internen Audits	QMB KHTZ/ ZB QRM	Januar 2022	Am 21. und 24. Januar 2022 fand ein internes Audit im KHTZ statt. Ein weiteres wurde am 09. November 2022 durchgeführt.
5	Etablierung von Qualitätszirkeln	QMB KHTZ	Januar 2022	Es fanden zwei Qualitätszirkel am KHTZ statt, am 31. Januar 2022 und am 11. Juli 2022.
6	Öffentlichkeitsarbeit (Internetseite und Flyer)	Leitung KHTZ/ QMB KHTZ	Mai 2022	Für das KHTZ wurde eine Internetseite erstellt, welche aktuell noch weiter ausgebaut wird. Ein Informationsflyer wurde erstellt und liegt in allen Bereichen aus.
7	Risikobetrachtung anhand der Kernprozesse im AENEIS	QMB KHTZ	kontinuierlich	Die Risikobetrachtung einzelner Kernprozesse wurde durchgeführt und im Rahmen des regelmäßigen Jour Fixes fortgeführt.
8	Etablierung der onkologischen Pflegevisite auf den Stationen des KHTZ	PDL MKG/HNO	April 2022	Die Onkologische Pflegevisite finden seit April 2022 regelmäßig auf den Stationen des KHTZ statt.
9	Durchführung einer SWOT Analyse	QMB KHTZ/ MA KHTZ	März 2022	Im März 2022 wurde eine SWOT-Analyse durchgeführt.
10	Abschluss eines Kooperationsvertrages mit Selbsthilfegruppen	QMB KHTZ/ Pflege KHTZ	April 2022	Im Februar 2022 wurde ein Kooperationsvertrag mit dem T.U.L.P.E. e.V. und dem Kopf-Hals-M.U.N.D. Krebs e.V. abgeschlossen.

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
11	Etablierung einer Patientenmappe	QMB KHTZ/ MA KHTZ	Mai 2022	Eine Patientenmappe wurde im Oktober 2022 eingeführt.
12	Gemeinsame Teilnahme an onkologischen Fortbildungen / interne Fortbildungen von und für MA des KHTZ	MA KHTZ	November 2022	Am 10. Oktober 2022 fand eine erste interne Fortbildung zum Thema „Dysphagie“ statt. Am 8. Dezember 2022 wurden im Rahmen einer weiteren internen Fortbildung die Strukturen des KHTZ vorgestellt.

## Ergebnisse aus externen und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Am 26. April 2022 fand das Überwachungsaudit des Kopf-Hals-Tumorzentrums nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und zur Erstzertifizierung nach DIN EN ISO 9001 als Kombinationsaudit statt. Im Rahmen dieses Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Seitens der Deutschen Krebsgesellschaft wurden insgesamt fünf Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche interdisziplinäre Zusammenarbeit, Studienmanagement, Pflege, medikamentöse/interne Onkologie und Pathologie betreffen. Die Prüfung der Umsetzung der DIN EN ISO Norm ergab drei Hinweise zu den Bereichen Pflege, Hygienevisite und baulichen Gegebenheiten. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet, die in einen Maßnahmenplan einfließen und in Jour Fixe Terminen und Qualitätszirkeln innerhalb des Kopf-Hals-Tumorzentrums interdisziplinär und interprofessionell diskutiert und umgesetzt werden.

### Ergebnisse aus internen 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 dem Zentralbereich 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 9. November 2022 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden die Bereiche HNO-Ambulanz, MKG-Ambulanz sowie der OP-Bereich beider Kliniken begutachtet. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurden fünf Hinweise u.a. zur digitalen Patientenakte, dem Patientenmanagement und der Infrastruktur sowie fünf Anregungen beispielsweise zur Lenkung von Vorgabe- und Nachweisdokumenten ausgesprochen. Das nächste interne Audit des Kopf-Hals-Tumorzentrums ist für den 18. Oktober 2023 geplant. Die Erkenntnisse fließen in einen Maßnahmenplan mit der Zuteilung von entsprechenden Verantwortlichkeiten.

## Durchführung von 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 I. Quartal 2021 papierbasiert durchgeführt. Die Ergebnisse und möglichen Maßnahmen wurden in den verschiedenen Gremien des Kopf-Hals-Tumorzentrums diskutiert.

Ende 2022 wurde im Rahmen des NCT/UCC gemeinsam mit allen Organkrebszentren eine kontinuierliche Onlinebefragung entwickelt. Dabei steht den Zuweiserinnen und Zuweisern auf der Internetseite des NCT/UCC ein QR-Code oder ein Link zur Teilnahme an der Befragung zur Verfügung. Zudem haben die Zuweiserinnen und Zuweiser die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail: [feedback.nct-ucc@ukdd.de](mailto:feedback.nct-ucc@ukdd.de) und einem dahinter gelegten Kontaktformular Wünsche, Anregungen oder Lob/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 II. Quartal 2021 durchgeführt. Die Ergebnisse und möglichen Maßnahmen wurden in den verschiedenen Gremien des Kopf-Hals-Tumorzentrums diskutiert.

Für die Befragungen der Patientinnen und Patienten ist zusätzlich die Etablierung einer kontinuierlichen Onlinebefragung für das dritte Quartal 2023 geplant. Ebenso wie den Zuweiserinnen und Zuweisern steht den Patientinnen und Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrums dann auch ein QR-Code oder ein Link zur Teilnahme an der Befragung sowie die neu eingerichtete E-Mail für Wünsche, Anregungen und/oder Lob/Kritik zur Verfügung.

Die Patientinnen und Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrums haben zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in den Ambulanzen und auf den Stationen der HNO-Klinik etabliert ist, abzugeben. In der Ambulanz und auf der Station der MKG-Chirurgie wurden die Feedbackstelen im Dezember 2022 installiert. Den entsprechenden QR-Code finden die Patientinnen und Patienten auch in den Patientenmappen des NCT/UCC, welche allen im Kopf-Hals-Tumorzentrum Behandelten ausgehändigt wird. Die Ergebnisse können unterjährig abgerufen und ausgewertet werden.

### Interdisziplinäre Zusammenarbeit

#### Qualitätszirkel

Zweimal jährlich finden im KHTZ Qualitätszirkel statt. Vertreten sind die Leitung und stellvertretende Leitung des KHTZ, die benannten Fachärztinnen und Fachärzte, Zentrumskoordination, QMB, Dokumentationsassistenz sowie Vertreterinnen und Vertreter der zum KHTZ gehörenden Bereiche (Ärztinnen und Ärzte HNO/MKG, Pflege HNO/MKG, Psychoonkologie, Sozialdienst). Im Rahmen des Qualitätszirkels werden die Auditberichte und daraus abgeleitete Maßnahmen sowie die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen vorgestellt und diskutiert. Im Jahr 2022 fanden zwei Qualitätszirkel, am 31. Januar und am 11. Juli 2022, statt.

#### Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Im KHTZ 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 2022 fanden die M&M Konferenzen am 4. Juli 2022 und 5. Dezember 2022 statt. Eine Beschreibung der Fälle, erhaltene Ergebnisse sowie abgeleitete Maßnahmen werden 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zentrums sowie der anderen Bereiche des Universitätsklinikums Dresden. So präsentierte sich die HNO-Klinik den Zuweiserinnen und Zuweisern mit einer Reihe an Fortbildungen zu onkologischen Themen.

Tabelle 75: Fort- und Weiterbildungsangebote KHTZ 2022

Datum	Fort- und Weiterbildung
9. April 2022	6. Dresdner Forum für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde; Vortrag zu dem Thema „Behandlung von Metastasen bei Kopf-Hals-Tumoren“
2./3. September 2022	Mitteldeutsche HNO-Kongress, Tagungspräsidentschaft Prof. Dr. Zahnert
9. November 2022	Wissenschaftliches Ehrensymposium mit dem Thema „Translationale Diagnostik und Therapieansätze in der HNO“, Vorträge zum Thema „HPV und dessen relevante Risiken für Kopf-Hals-Tumore“

Weiterhin finden regelmäßig interdisziplinäre Workshops zur Besprechung der SOPs zu den Krankheitsbildern des Kopf-Hals-Tumorzentrums statt. Im April 2022 fand ein interdisziplinärer Workshop zu Hypopharynx-, Lippen-, Mund- und Nasenhöhlen-, Nasopharynx- sowie Speicheldrüsenkarzinomen statt. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hat das KHTZ eine zentrumsinterne Fortbildungsreihe etabliert. Eine erste Fortbildung im Rahmen dieser Fortbildungsreihe fand am 10. Oktober 2022 zum Thema „Dysphagie“ statt. Die Strukturen des Zentrums wurden in einer weiteren Veranstaltung am 8. Dezember 2022 vorgestellt. In der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde fanden zudem zwei interne Fortbildungen zum Thema „Update Onkologie“ (11. Juli und 18. Juli 2022) und „Update Chirurgische Onkologie, Halschirurgie“ (7. November und 14. November 2022) statt.

### Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte werden jährlich zentrumsübergreifende Veranstaltungen im Rahmen des Onkologischen Zentrums angeboten. Dazu gehörten 2022 das Ernährungsprogramm „Let's eat“, das Benefizkonzert „Takte gegen Krebs“ sowie Koordinations- und Krafttrainings des Sporttherapeutischen Zentrums am NCT/UCC.

Neben den zentralen Veranstaltungen des NCT/UCC werden regelmäßig auch zentrumspezifische Veranstaltungen vom Kopf-Hals-Tumorzentrum durchgeführt.

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum präsentierte sich im Rahmen der Make Sense Campaign der Europäischen Kopf-Hals-Gesellschaft (EHNS) am 22. September 2022 mit einer Informationsveranstaltung für Patientinnen und Patienten, in der neben der psychonkologischen Versorgung auch die mit dem KHTZ kooperierenden Selbsthilfenetzwerke T.U.L.P.E e.V. und Kopf-Hals-M.U.N.D. Krebs e.V. vorgestellt wurden.

## Öffentlichkeitsarbeit

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum präsentiert sein Leistungsspektrum in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen sind dabei die Patientinnen und Patienten des KHTZ sowie Zuweiserinnen und Zuweiser und Kliniken aus dem Raum Dresden und Umgebung.

Insbesondere für die Patientinnen und Patienten wurde eine Reihe von Drucksachen erstellt. Unter anderem wurde ein Informationsflyer über das KHTZ erstellt, welcher in den Ambulanzen und auf den Stationen des Zentrums zur Mitnahme ausliegt. Weiterhin etalierte das KHTZ eine Patientenmappe, welche allen Patientinnen und Patienten des Zentrums ausgehändigt wird. Diese Mappe dient zum einen als Sammelstelle für wichtige Befunde und enthält zum anderen relevante Informationen zum KHTZ, wie beispielsweise wichtige Ansprechpartner, supportive Angebote und Kontaktdaten zu Selbsthilfegruppen und beteiligten Kooperationspartnern.

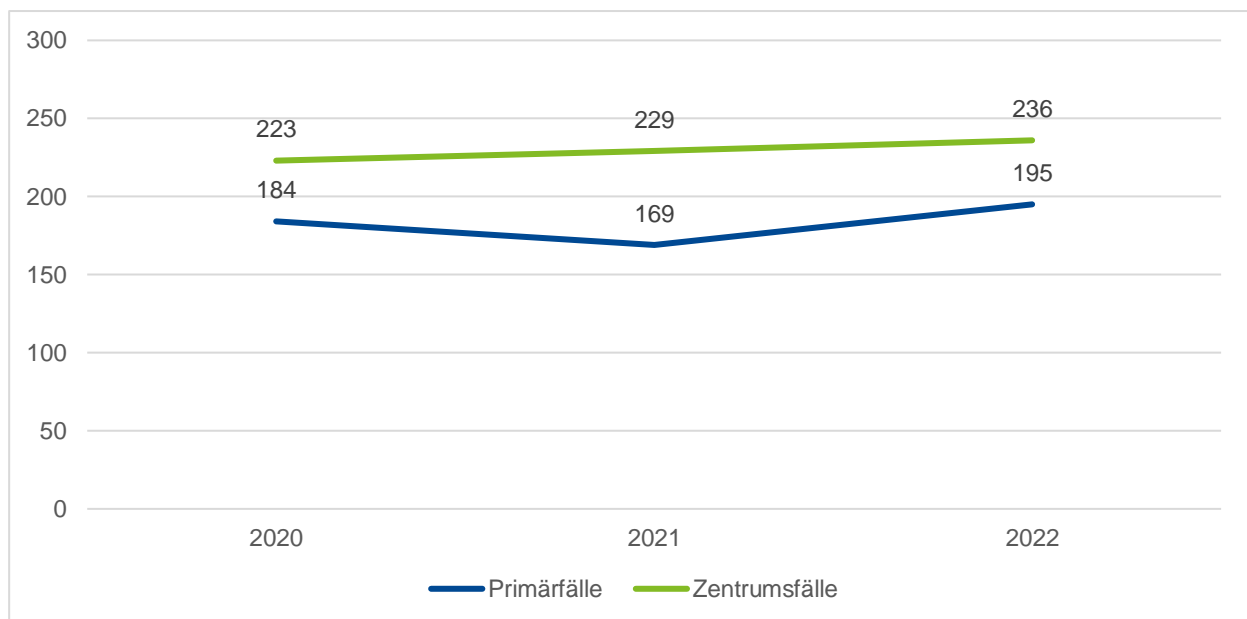
Informationen zum KHTZ sind zudem auf der Internetseite des KHTZ unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-patienten/organkrebszentren/khtz> veröffentlicht. Der Internetauftritt informiert auch über aktuelle Veranstaltungen und Fortbildungen.

## Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

### Leistungszahlen

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2022 195 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem Kopf-Hals-Tumor und 41 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenen Rezidiven und/oder Fernmetastasen interdisziplinär behandelt. Die Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft, die die Betreuung von  $\geq 75$  Primärfällen in einem Kennzahlenjahr vorsieht, wurde erfüllt.

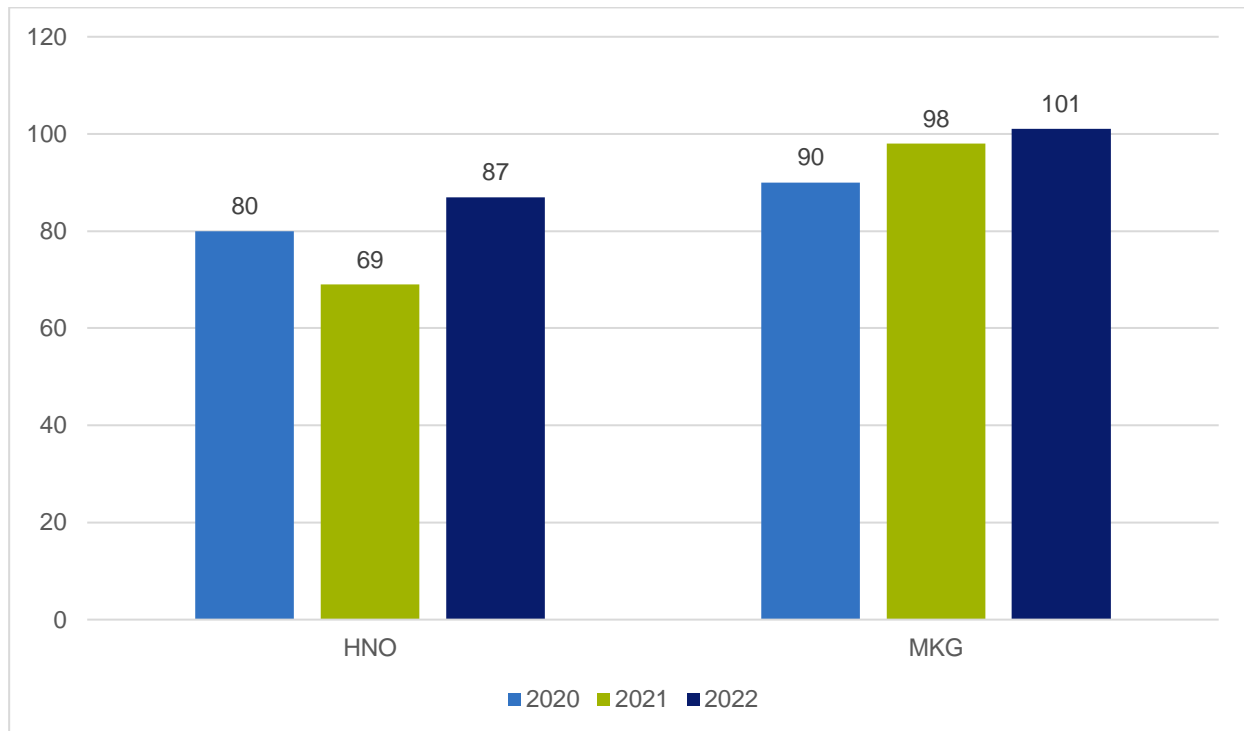
Abbildung 72: Fallzahlentwicklung Kopf-Hals-Tumorzentrum 2020-2022



Die Zentrumsfälle zeigen im Jahresvergleich von 2020 bis 2022 einen leichten stetigen Anstieg. Die Primärfälle sind nach einem leichten Rückgang im Jahr 2021 wieder angestiegen und liegen nun im Jahr 2022 auch über dem Niveau von 2020.

Ebenfalls konnte die Zahl der operativen Primärfälle in der MKG im Verlauf der letzten drei Jahre kontinuierlich gesteigert werden. In der HNO liegt die Zahl der operativen Primärfälle nach einem leichten Rückgang im Jahr 2021 wieder auf dem Niveau von 2020 bzw. leicht darüber. Die Vorgaben seitens der Fachgesellschaften von  $\geq 20$  operativen Eingriffen werden erfüllt; eine Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Abbildung 73: Operative Primärfälle Kopf-Hals-Tumorzentrum 2020-2022



### 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 das Hornheider Screeninginstrument zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch den ärztlichen 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, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. Der Anteil an psychoonkologischer Beratung ist in 2022 leicht rückläufig. Von den Patientinnen und Patienten, die am Screening teilgenommen haben und ein positives Screeningergebnis erhielten, wurden 44,9% auch psychoonkologisch betreut. Die Vorgaben der Fachgesellschaften sehen eine Screeningrate von  $\geq 65\%$  vor. Diese

Vorgabe konnte in 2022 noch nicht erfüllt werden. Nach einer ersten Evaluation werden die Screeningbögen flächendeckend an alle Patientinnen und Patienten ausgegeben, aber nicht alle Screeningbögen werden von den Patientinnen und Patienten zurückgegeben. Hier gilt es, den Prozess zu prüfen und anzupassen, um den Rücklauf der Screeningbögen zu optimieren.

Tabelle 76: Anteil psychoonkologischer Betreuung und Screening KHTZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Beratung	27,4%	41,9%	31,4%
Screening	-		41,5%

Die medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung wird im Kopf-Hals-Tumorzentrum durch die Sozialberatung ergänzt. Für das KHTZ übernehmen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Aufgaben im Bereich Sozialdienst und Rehabilitation. Der Sozialdienst ist organisatorisch dem Geschäftsbereich Pflege, Service, Dokumentation des UKD zugeordnet. Alle Patientinnen und Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrums erhalten das Angebot eines Beratungsgesprächs durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate > 20% wurde erfüllt. Die Zahlen in den letzten drei Jahren sind konstant bei über 70%.

Tabelle 77: Betreuung durch den Sozialdienst KHTZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Beratung	74,9%	72,9%	79,2%

## Wartezeiten

Die Wartezeiten auf einen Termin und während der Sprechstunde werden im KHTZ in den Tumorsprechstunden der Kliniken HNO und MKG einmal jährlich über einen Zeitraum von vier Wochen erfasst und ausgewertet. Die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft  $\leq 60$  min Wartezeit während der Sprechstunde und < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin werden erfüllt. In der Tumorsprechstunde der Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie erfolgt keine Auswertung der Wartezeit auf einen Termin, da sich hier die Patientinnen und Patienten bei Tumorverdacht jederzeit ohne Termin in der Sprechstunde vorstellen können.

Tabelle 78: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung KHTZ HNO-Sprechstunde 2020-2022

Wartezeit	2020	2021	2022
auf einen Termin	6,4 Tage	4,0 Tage	4,4 Tage
während der Sprechstunde	13 Minuten	17 Minuten	19 Minuten

Tabelle 79: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung KHTZ MKG-Sprechstunde 2020-2022

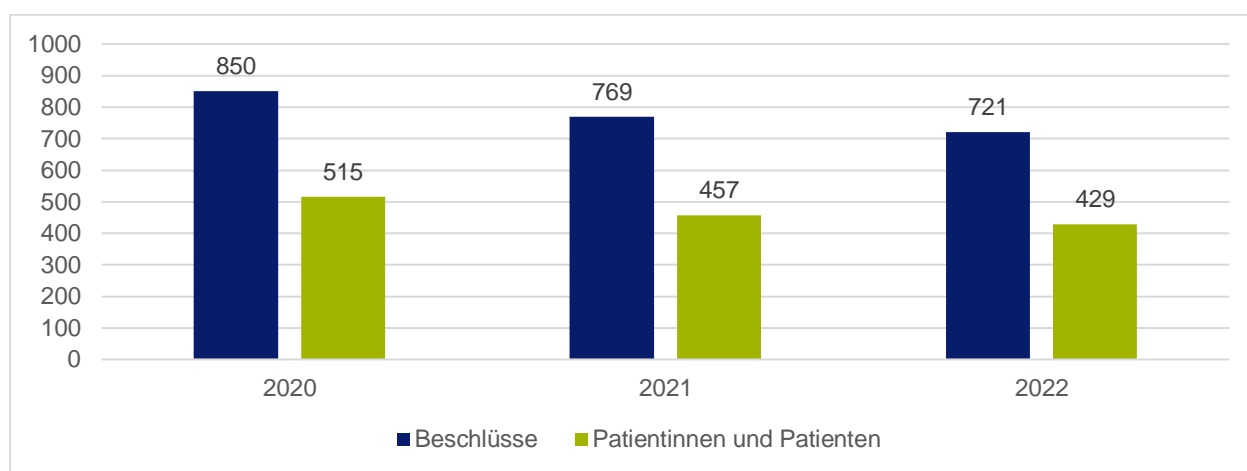
Wartezeit	2020	2021	2022
während der Sprechstunde	29 Minuten	24 Minuten	26 Minuten



## Interdisziplinäres Tumorboard

Das Tumorboard des Kopf-Hals-Tumorzentrums findet einmal wöchentlich, dienstags, unter Beteiligung aller relevanten Fachdisziplinen statt. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachbereiche muss dabei obligatorisch am Tumorboard teilnehmen: Operateur, diagnostischer Radiologe, Pathologe, Radioonkologe, Hämatologe und Onkologe. Je nach Bedarf bzw. Indikation werden weitere Fachdisziplinen, hinzugezogen. Im Jahr 2022 hat das Board an 51 Tagen stattgefunden. Es wurden 721 Beschlüsse für 429 Patientinnen und Patienten gefasst. Durchschnittlich werden pro Patientin/Patient 1,7 Beschlüsse gefasst, pro Board werden durchschnittlich 14,1 Empfehlungen ausgesprochen.

Abbildung 74: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im KHTZ 2020-2022

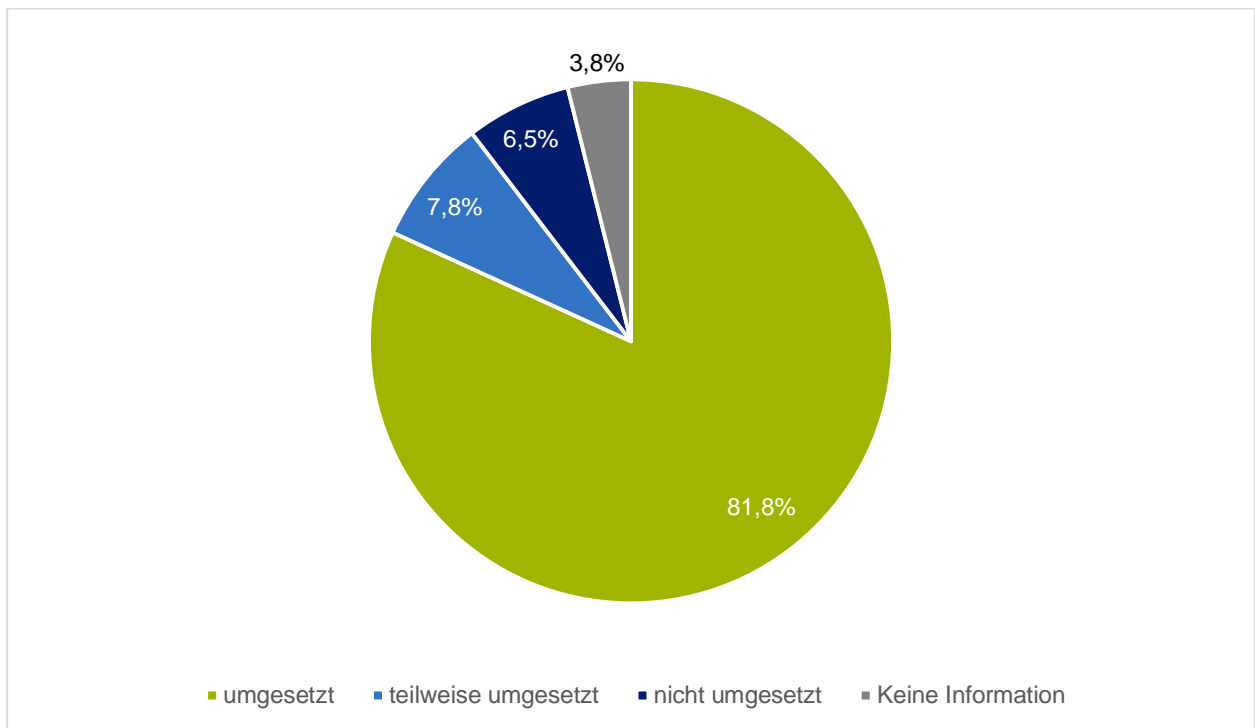


## Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität wird jährlich eine zufällige Stichprobe von 10% aller Beschlüsse aus dem Kopf-Hals-Tumorboard auf inhaltliche Umsetzung geprüft. Methodisch erfolgt dies analog dem Vorgehen im Onkologischen Zentrum.

Insgesamt wurden aus dem Zeitraum August 2021 bis Juli 2022 **77 Beschlüsse** des Kopf-Hals-Tumorboards überprüft. Von den 77 Tumorboardempfehlungen wurden 63 vollständig umgesetzt. Bei sechs Beschlüssen konnte die Tumorboardempfehlung nur teilweise umgesetzt werden, da die Patientinnen und Patienten die Behandlungsform ablehnten, es neue medizinische Erkenntnisse gab oder weil sich der Allgemeinzustand der Patientin bzw. des Patienten verschlechtert hatte. Bei drei Beschlüssen liegen keine Informationen zum weiteren Verlauf vor. Diese Patientinnen und Patienten wurden extern weiterbehandelt und es lagen keine Informationen zur Therapieumsetzung zum Zeitpunkt der Auswertung vor. Fünf Tumorboardempfehlungen wurden aufgrund des Wunsches der Patientinnen und Patienten nicht umgesetzt. Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Kopf-Hals-Tumorzentrums 2022 konnten keine kritischen Ereignisse festgestellt werden.

Abbildung 75: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance KHTZ 2022

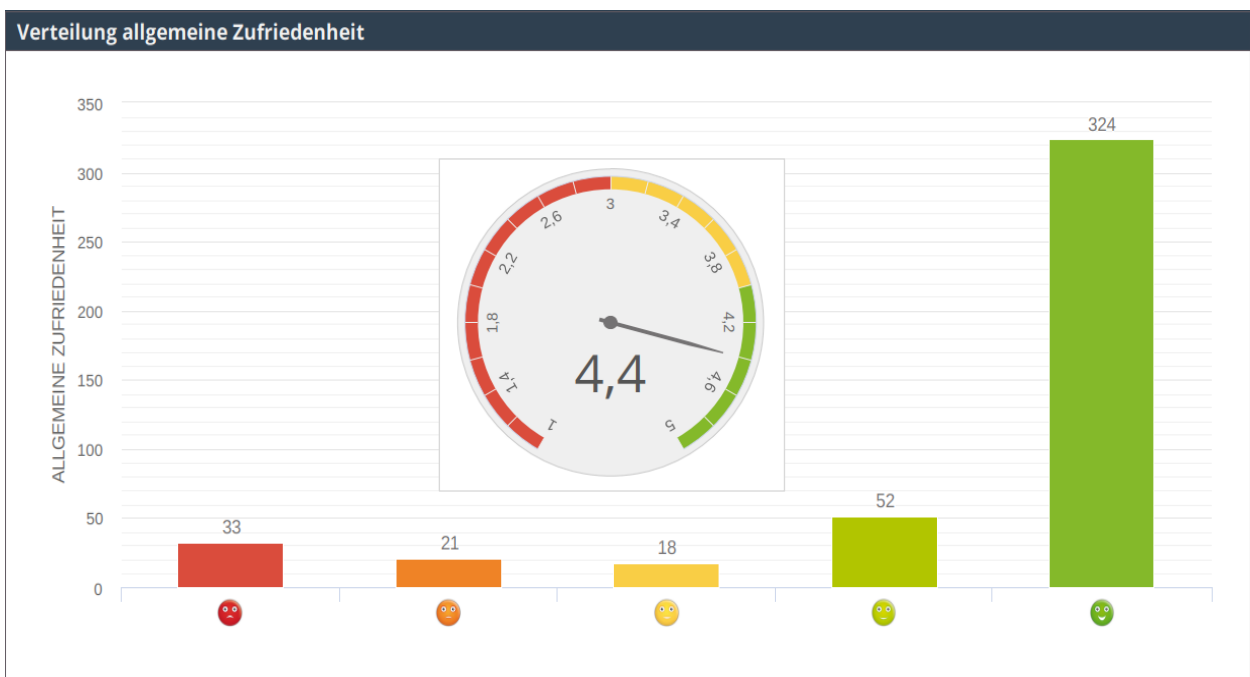


## Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

### Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2022

In der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde wurde die Möglichkeit des digitalen Feedbacks von 438 Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen genutzt. Die allgemeine Zufriedenheit lag bei 4,4. Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala, 1= sehr unzufrieden, 5= unzufrieden, zu Grunde.

Abbildung 76: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2022



## Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Kopf-Hals-Tumorzentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2022 ist in Tabelle 80 zusammengefasst. Von zehn obligatorischen Kennzahlen wurden neun im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt.

Tabelle 80: Datenqualität DKG-Kennzahlen KHTZ 2022

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
85,7% (18)	4,76% (1)	9,52% (2)

## Forschungstätigkeiten

### Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten ist der Zugang zu klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Im Jahr 2022 konnten 66,2% der Zentrumsfälle in eine Studie eingeschlossen werden (einmalige Zählung jedes Falls). Die Vorgaben der Fachgesellschaften von  $\geq 5\%$  der Patientinnen und Patienten wurde weit übertroffen.

Tabelle 81: Studienquote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2020-2022

2020	2021	2022
27,2%	34,3%	66,2%

### Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Kopf-Hals-Tumorzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2022 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 Kopf-Hals-Tumorzentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde“ und „Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ aufgeführt sind.

Bucková, M.\*, Bräuer, C.\*, Leonhardt, H.\*, Haim, D.\*, Lauer, G.\* **Mundhöhlenkarzinom: Teil 3 - Moderne Rekonstruktionsverfahren.** Zahnärzteblatt. 2022. Seite 26 - 31.

Leonhardt, H.\*, Bucková, M.\*, Lauer, G.\*, Haim, D.\* **Der onkologische Notfall - Nottracheotomie und Blutstillung bei akuter Tumorblutung bei großen Kopf-Hals-Tumoren.** Krebs im Focus 15. 2022. Seite 35 – 37.

Muallah D, Matschke J, Muallah S, Klimova A, Kroschwald LM, Schröder TA, Lauer G, Haim D. **Socioeconomic disparities between oral cavity cancer patients in Germany.** Front Public Health. 2022 Jul 22;10:831479.

Patil S, Linge A, Hiepe H, Grosser M, Lohaus F, Gudziol V, Kemper M, Nowak A, Haim D, Tinhofer I, Budach V, Guberina M, Stuschke M, Balermipas P, Grün JV, Schäfer H, Grosu AL, Abdollahi A, Debus J, Ganswindt U, Belka C, Pigorsch S, Combs SE, Boeke S, Zips D, Jöhrens K, Baretton GB, Baumann M, Krause M, Löck S, On Behalf Of The Dktk-Rog. **A Novel 2-Metogene Signature to Identify High-Risk HNSCC Patients amongst Those Who Are Clinically at Intermediate Risk and Are Treated with PORT.** *Cancers (Basel)*. 2022 Jun 20;14(12):3031.

Patil S, Linge A, Hiepe H, Grosser M, Lohaus F, Gudziol V, Kemper M, Nowak A, Haim D, Tinhofer I, Budach V, Guberina M, Stuschke M, Balermipas P, Grün JV, Schäfer H, Grosu AL, Abdollahi A, Debus J, Ganswindt U, Belka C, Pigorsch S, Combs SE, Boeke S, Zips D, Jöhrens K, Baretton GB, Baumann M, Krause M, Löck S, On Behalf Of The Dktk-Rog. **A Novel 2-Metogene Signature to Identify High-Risk HNSCC Patients amongst Those Who Are Clinically at Intermediate Risk and Are Treated with PORT.** *Cancers (Basel)*. 2022 Jun 20;14(12):3031.



# Neuroonkologisches Zentrum



## Neuroonkologisches Zentrum

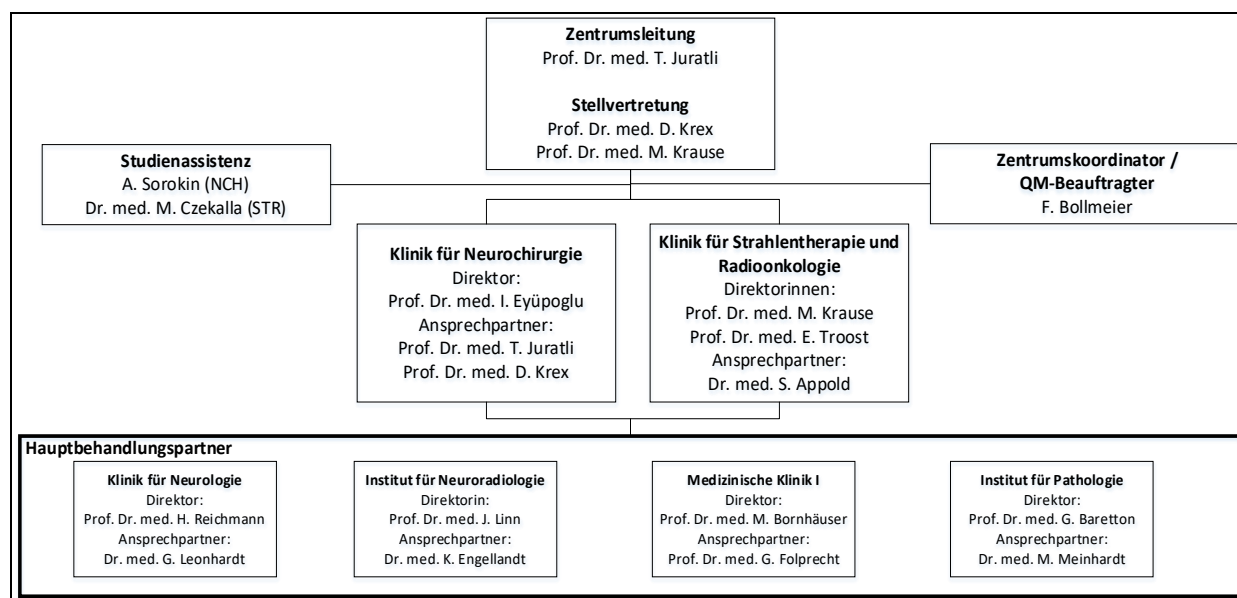
### Struktur des Neuroonkologischen Zentrums (NOZ)

Das Neuroonkologische Zentrum am NCT/UCC Dresden wurde durch die Kliniken und Polikliniken für Neurochirurgie und Strahlentherapie 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.

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.

Die folgende Abbildung zeigt den strukturellen Aufbau und die Kontaktpersonen des Neuroonkologischen Zentrums. Das Behandlungsnetzwerk des Zentrums ist unter Angabe der Kontaktdaten bei Oncomap (<https://www.oncomap.de>) gelistet.

Abbildung 77: Struktur des Neuroonkologischen Zentrums



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

Tabelle 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 Eyüpoglu (Klinikdirektor NCH) Prof. Dr. med. T. Juratli Prof. Dr. med. Dietmar Krex	FA für Neurochirurgie
Klinikvertretungen Strahlentherapie	Prof. Dr. med. M. Krause (Klinikdirektorin STR) Dr. med. S. Appold	FÄ/FA für Strahlentherapie
Hauptoperateure 2022	Prof. Dr. med. Gabriele Schackert Prof. Dr. med. Thomas Pinzer Prof. Dr. med. Dietmar Krex Prof. Dr. med. Tareq Juratli Prof. Dr. med. Stephan Sobottka	FÄ/FA für Neurochirurgie
Zentrumskoordination / Qualitätsmanagement	Felix Bollmeier, B.A.	Sozial- und Gesundheitsmanagement
Tumordokumentation	Felix Opitz	Medizinischer Dokumentationsassistent
Pflegedienstleitungen	Cornelia Büttner (NCH)	Fachwirt Gesundheits- und Sozialwesen
	Gabriele Reinhardt, B.Sc. (STR)	Management für Gesundheitsfachberufe
Onkologische Fachpflege STR	Andrea Feyerherd / Ines Salz Rebecca Oehme / Yvonne Nitzsche	Gesundheits- und Krankenpflege; Weiterbildung Onkologische Fachpflege
Onkologische Fachpflege NCH	Michelle Grimm	Gesundheits- und Krankenpflege; Onkologische Fachpflege in Weiterbildung

## 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 Erreichungsgrade des Jahres 2022 dargestellt.

Tabelle 83: Jahresziele 2022 Neuroonkologisches Zentrum

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
1	Etablierung einer NOZ-spezifischen Fortbildungsreihe (molekular-neuropathologische Tumorkonferenz)	Leitung NOZ QMB NOZ	1. Quartal 2022	Einführung der internen Fortbildung; Termine: 17. Mai; 28. Juni; 1. November; 13. Dezember.
2	Einführung des NCT/UCC-Einwilligungsformulars zur Zustimmung in die Tumorboardvorstellung	QMB NCH QMB NOZ	1. Quartal 2022	Einführung des Formulars ab 30. April 2022.
3	Regelmäßige Durchführung von NOZ-spezifischen M&M-Konferenzen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Tumorboards.	Leitung NOZ QMB NOZ	2. Quartal 2022	Termine der M&M-Konferenzen NOZ: 10. Mai 2022; 7. Dezember 2022.
4	Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit des NOZ	QMB NOZ	2. Quartal 2022	Übernahme in Qualitätsziele 2023.
5	Etablierung eines erweiterten elektronischen Umlaufverfahrens inkl. aller obligaten Fachdisziplinen des TBs	Leitung NOZ QMB NOZ	2. Quartal 2022	Einführung des Verfahrens ab 1. Mai 2022.
6	Optimierung der Zusammenarbeit zwischen QMB NOZ und QMB NCH	QMB NOZ QMB NCH	2. Quartal 2022	Einführung regelmäßiger Arbeitstreffen der QMBs NCH und NOZ ab 7. April 2022.

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
7	Einführung der IPOS-Fragebögen in der Neuroonkologischen und Studienambulanz	Leitung NOZ QMB NOZ	3. Quartal 2022	Einführung des IPOS-Fragebogens ab 16. Mai 2022.
8	Verbesserung der prätherapeutischen Vorstellungsrates im Tumorboard	Ärztinnen und Ärzte des TBs	Kontinuierlich	Unterjährige Überwachung der prätherapeutischen Vorstellungsrates.

## Ergebnisse aus externen und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

In 2022 wurde das Neuroonkologische Zentrum im Rahmen des reduzierten Auditzyklus in Form eines Dokumentenaudits durch einen externen Fachexperten für Neuroonkologische Zentren begutachtet. Die Bewertung der eingereichten Unterlagen fiel positiv aus, sodass die Erfüllung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Zentren positiv bewertet wurden. Das Bewertungsergebnis des begutachtenden Fachexperten bestätigte den Zertifizierungsstatus als zertifiziertes Neuroonkologisches Zentrum.

Am 2. und 3. Juni 2022 wurde das zweite Überwachungsaudit der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie nach der Norm DIN EN ISO 9001 erfolgreich durchgeführt.

### Ergebnisse aus internen Audits

Am Universitätsklinikum Dresden werden regelmäßig interne Audits in allen Struktureinheiten durchgeführt. Die Strukturen des Neuroonkologischen Zentrums wurden im Rahmen der internen Audits der Kliniken und Polikliniken für Neurochirurgie und Strahlentherapie/Radioonkologie intern auditiert. In Tabelle 84 ist eine Übersicht über die relevanten internen Audits in 2022 dargestellt.

Tabelle 84: Übersicht Interne Audits Teilbereiche des NOZ 2022

Datum	Struktureinheit	Hinweise	Anregungen	Abweichungen
18. Januar 2022	Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie	6	3	0
14. Juli 2022	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	6	5	0

## Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen

### Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörige haben am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden die Möglichkeit ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Struktureinheiten etabliert ist, abzugeben. Für die Teilnahme an dieser kontinuierlichen Zufriedenheitserfassung stehen einerseits fest installierte Befragungsstellen in den Bereichen zur Verfügung. Andererseits kann das Feedback online über einen QR-Code abgegeben werden.



## Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

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

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

### Qualitätszirkel

Einmal jährlich wird ein Qualitätszirkel unter Beteiligung der Fachdisziplinen des Tumorboards sowie weiterer relevanter Berufsgruppen beispielsweise Pflege, Sozialdienst und Psychoonkologie durchgeführt. In 2022 fand der Qualitätszirkel des NOZ am 6. Juli 2022 statt. Zudem finden in einem zweimonatigen Rhythmus regelmäßige Arbeitstreffen des Lenkungskreises NOZ statt, um qualitätsrelevante Schwerpunkte zu steuern.

### Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Das Neuroonkologische Zentrum führt regelmäßig M&M-Konferenzen mit den Teilnehmenden des Tumorboards durch. Besprochen werden neuroonkologische Fälle mit interdisziplinärer Fragestellung, bei denen es während der Behandlung zu Klärungsbedarfen gekommen ist. Ziel ist es, interne Verbesserungspotentiale aufzuzeigen und diese im Sinne der bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten zukünftig zu vermeiden. In 2022 fanden die M&M-Konferenzen am 10. Mai und 7. Dezember 2022 statt.

## Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

### Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Jahr 2022 wurde die interne Fortbildungsreihe „Molekular-neuroonkologische Tumorkonferenz“ etabliert, welche im Rahmen von Fallvorstellungen molekularpathologische Schwerpunkte in der Neuroonkologie aufgreift. Die Fortbildung fand in 2022 fünfmal statt.

Zusätzlich steht das neuroonkologische Tumorboard als interne Fortbildungsveranstaltung für interessierte Berufsgruppen (Pflege, Sozial- und psychoonkologischer Dienst, Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung) zur Verfügung. Tabelle 85 fasst die wesentlichen Fortbildungsveranstaltungen des Neuroonkologischen Zentrums zusammen.

Tabelle 85: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen NOZ 2022

Datum	Fort- und Weiterbildung
17. Mai 2022	Molekular-neuroonkologische Tumorkonferenz: Fallbesprechungen
15. Juni 2022	Nachlese zur Jahrestagung 2022 der Amerikanischen Gesellschaft für klinische Onkologie (ASCO)
28. Juni 2022	Molekular-neuroonkologische Tumorkonferenz: Fallbesprechungen
1. November 2022	Molekular-neuroonkologische Tumorkonferenz: PSMA-Diagnostik und Therapie beim GBM
13. Dezember 2022	Molekular-neuroonkologische Tumorkonferenz: Fallbesprechungen

## Öffentlichkeitsarbeit

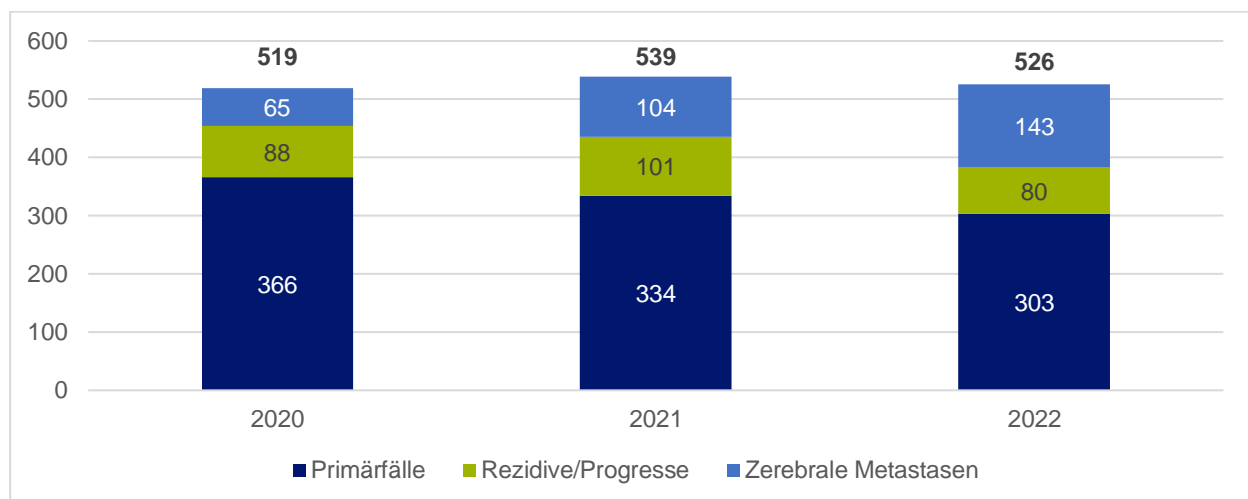
Für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige stehen umfassende Informationen auf den Internetseiten der Kliniken und Polikliniken für Neurochirurgie und Strahlentherapie und Radioonkologie zur Verfügung. Über Angebote der psychoonkologischen Versorgung und sozialrechtlichen Beratungen werden die Patientinnen und Patienten regelhaft informiert. Im Rahmen der Vertiefung der Öffentlichkeitsarbeit des Zentrums wurden in 2022 Konzepte für eine eigene Internetseite und einen Informationsflyer erarbeitet.

## Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

### Leistungszahlen

Im Jahr 2022 wurden 303 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 526 Zentrumsfälle in 2022 im Zentrum betreut. Die Zählweise der hier angegebenen Fallzahlen richtet sich nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für zertifizierte Neuroonkologische Zentren.

Abbildung 78: Fallzahlentwicklung NOZ 2019-2022



### Operative Expertise

Operative neurochirurgische Eingriffe werden in der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie durchgeführt. In Abbildung 79 ist die Entwicklung der operativen Expertise der Neurochirurgie im Zeitraum von 2020 bis 2022 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.

Abbildung 79: Operative Expertise NOZ/NCH 2020-2022

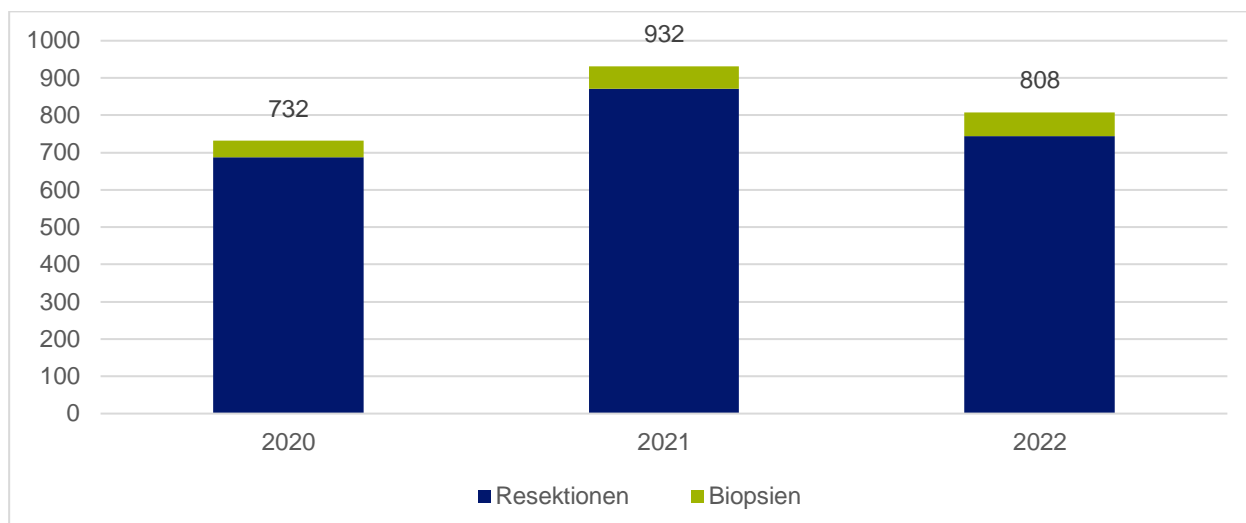


Tabelle 86: Operative Primärfälle NOZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Operative Primärfälle	352	312	281

### 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 87: Abgeschlossene Bestrahlungsserien neuroonkologischer Fälle 2020-2022

	2020	2021	2022
Anzahl abgeschlossener Bestrahlungsserien	163	158	157

### Psychosoziale Versorgung

Psychosoziale Angebote werden durch den Psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC und den Sozialdienst des Universitätsklinikums Dresden durchgeführt. Die Erfassung der Betreuungsrate bzw. der psychoonkologischen Screeningrate erfolgt analog der Anforderungen an Neuroonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft. Zur psychoonkologischen Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und das Hornheider Screeninginstrument zur Anwendung. In Tabelle 88 sind detaillierte Angaben zu den einzelnen Betreuungs- und Screeningraten angegeben.

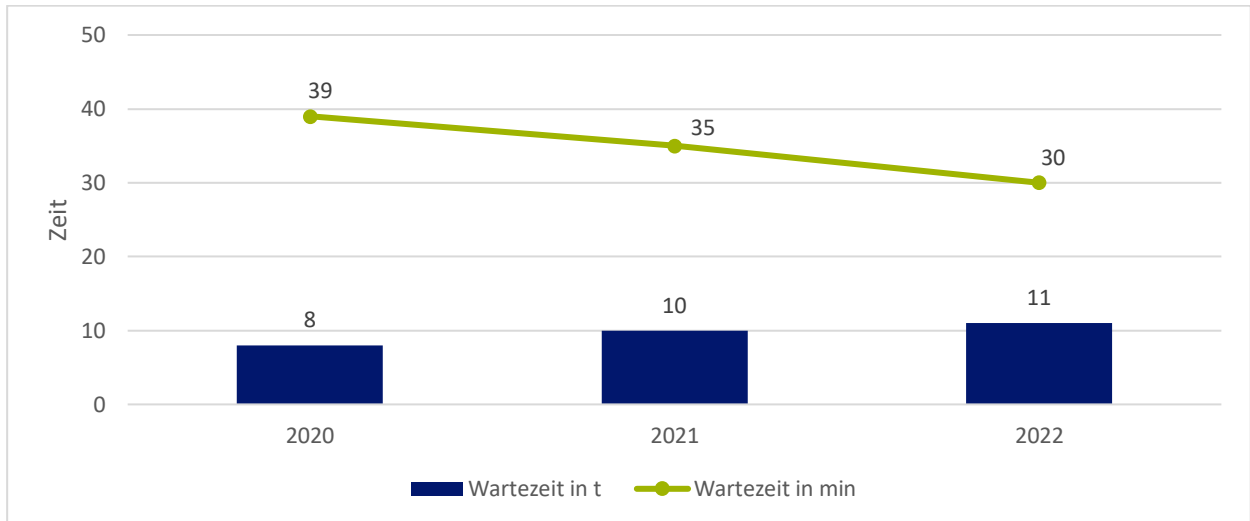
Tabelle 88: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst NOZ 2020-2022

	2020	2021	2022
Betreuungsrate Psychoonkologie	46,7%	40,7%	50,0%
Screeningrate Psychoonkologie	-	-	63,2%
Betreuungsrate Sozialdienst	68,5%	69,4%	94,5%

## Wartezeiten

Für die Neuroonkologische Ambulanz und Studienambulanz der Neurochirurgie wird jährlich eine Wartezeitenanalyse durchgeführt. Analysiert wird einerseits die Wartezeit auf einen Ersttermin in Tagen und die Wartezeit in Minuten während der Sprechstunde. Während die Wartezeit auf einen Termin einen leichten Anstieg verzeichnet ( $\Delta_{2020-2022} = +3$  Tage), konnte die Wartezeit während der Sprechstunde ( $\Delta_{2020-2022} = -9$  min) gesenkt werden. Die Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft von  $\leq 14$  Tage und  $\leq 60$  Minuten werden deutlich unterschritten.

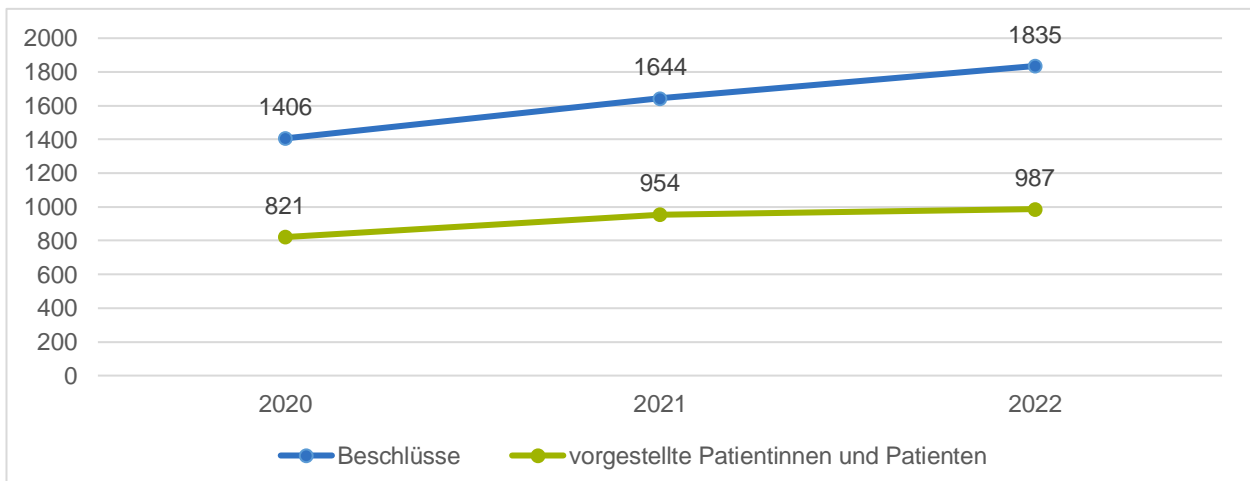
Abbildung 80: Ergebnisse der Wartezeiterfassung NOZ 2020-2022



## Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Im Neuroonkologischen Zentrum finden wöchentlich interdisziplinäre Tumorboards unter Beteiligung aller relevanten Fachdisziplinen statt. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachbereiche muss dabei obligatorisch am neuroonkologischen Tumorboard teilnehmen: Neurochirurgie, Neuroradiologie, Neuropathologie, Radioonkologie/Strahlentherapie, Neurologie, Internistische Onkologie. Je nach Fragestellung und Krankheitsbild werden weitere Fachdisziplinen, beispielsweise Dermatologie oder Gynäkologie hinzugezogen. Für 2022 wurden im Schnitt 1,9 Beschlüsse pro Fall und 36 Beschlüsse pro Tumorboard gefasst.

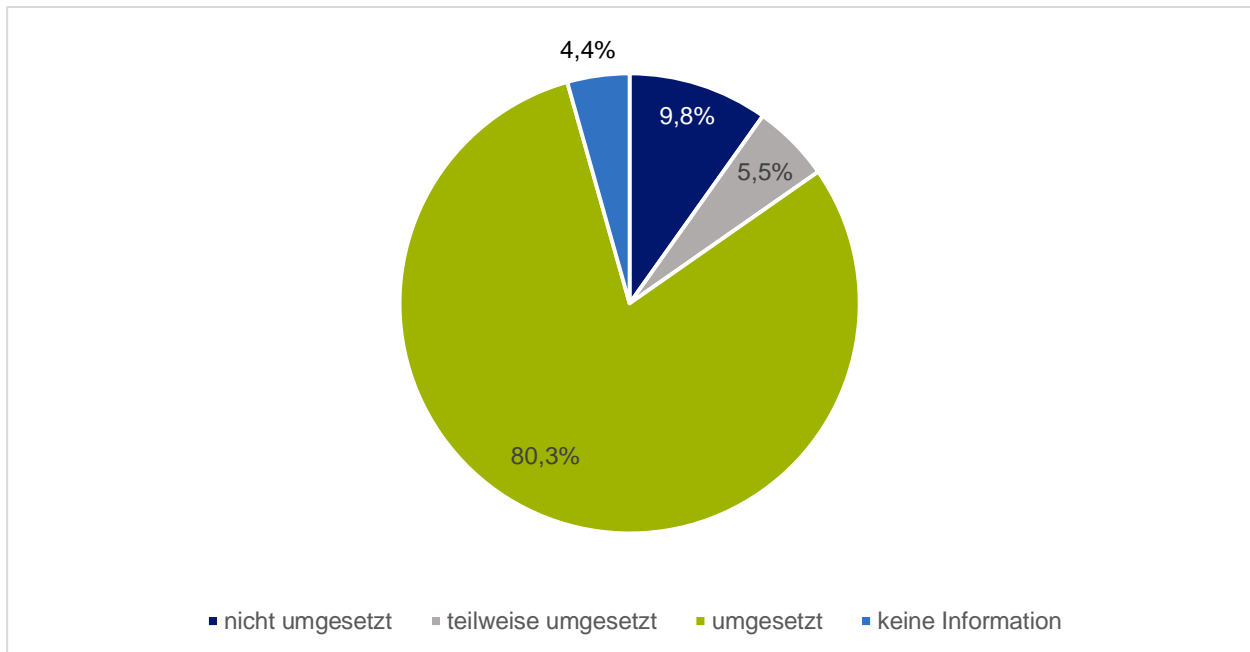
Abbildung 81: Anzahl an Tumorboardempfehlungen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Neuroonkologischen Tumorboard 2020-2022



## Tumorboardcompliance

Im Rahmen der Überprüfung der Tumorboardcompliance der neuroonkologischen Tumorkonferenz wurde eine Stichprobe von 10% aller in 2022 dokumentierten Tumorboardbeschlüsse auf inhaltliche Umsetzung geprüft. Die Prüfung erfolgt anhand der vorliegenden Informationen in der digitalen Patientenakte des Krankenhausinformationssystems. In 2022 wurden **183 Beschlüsse** von **98 Patientinnen und Patienten** überprüft. Der Erfüllungsgrad der überprüften Tumorboardbeschlüsse liegt bei 80%. Die Dokumentation der Ergebnisse erfolgt im Tumordokumentationssystem des NCT/UCC. Die interne Sollvorgabe des Onkologischen Zentrums, welche einen Erfüllungsgrad von  $\geq 80\%$  vorsieht, wird im neuroonkologischen Tumorboard erreicht.

Abbildung 82: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance NOZ 2022

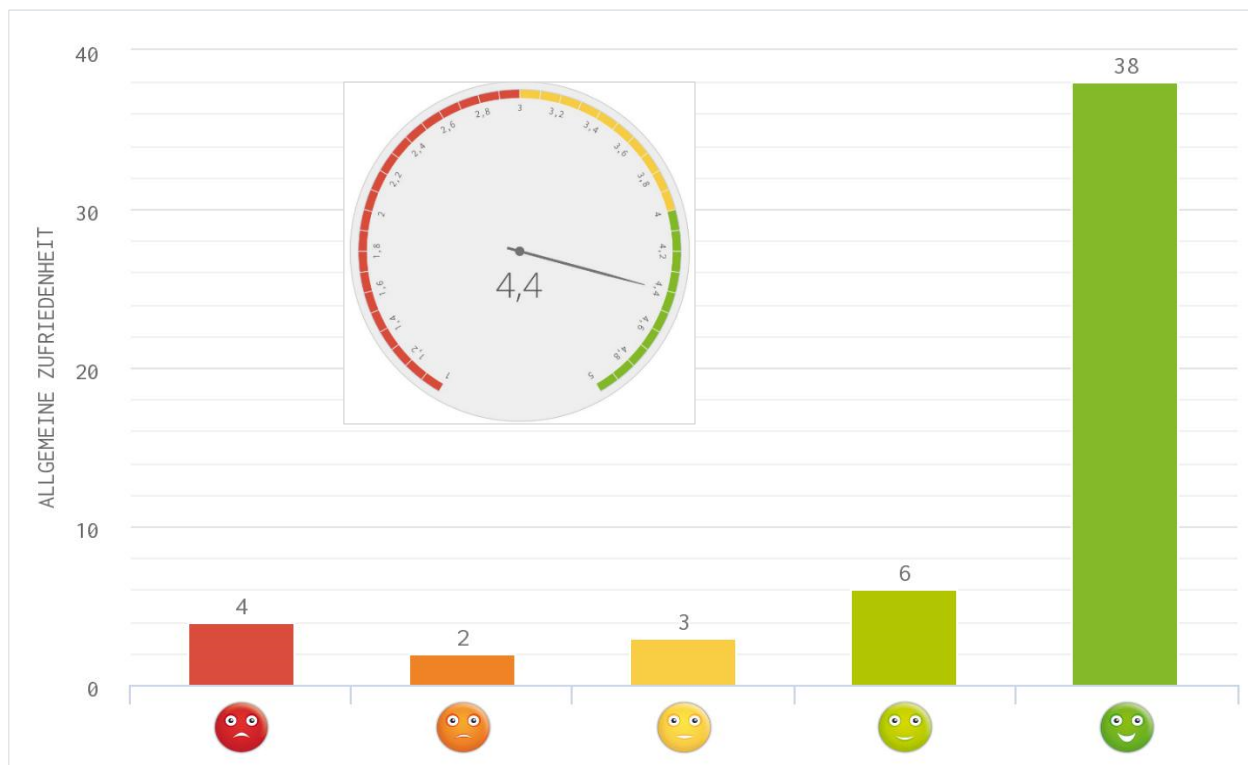


## Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

### Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Über das digitale Feedback wurden im Jahr 2022 53 Rückmeldungen von 24 Patientinnen und Patienten und 28 Angehörigen registriert und ausgewertet. Auf einer fünfstufigen Bewertungsskala (1= sehr unzufrieden, 5= sehr zufrieden) liegt die Bewertung der allgemeinen Zufriedenheit bei 4,4.

Abbildung 83: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem NOZ für das Jahr 2022



### Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Neuroonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2022 ist in Tabelle 89 zusammengefasst. Von 14 obligatorischen Kennzahlen wurden 13 im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt, während eine Kennzahl die Plausibilitätsgrenze überschreitet.

Tabelle 89: Datenqualität DKG-Kennzahlen NOZ 2022

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
85,71%	14,29%	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. Folgende Studien waren in 2022 für neuroonkologische Erkrankungen zur Rekrutierung geöffnet:

- Proto-R-Hirn (Protonentherapie von Hirntumoren: Prospektive Erfassung von Effizienz und Nebenwirkungen bei klinischen Standarddosens)
- ProtoChoice-Hirn (Vergleich von Protonen- und Photonentherapie von Hirntumoren: Effizienz und Nebenwirkungen bei klinischen Standarddosens)
- GlioCave - NOA-17 (Adjuvante stereotaktische fraktionierte Strahlentherapie der Resektionshöhle beim rezidierten Glioblastom)
- N<sup>2</sup>M<sup>2</sup> (Phase I/IIa Studie mit molekular gematchten gezielten Therapien plus Strahlentherapie in Patienten mit neu diagnostiziertem Glioblastom und nicht-methyliertem MGMT-Promotor)
- TIGER-Pro (Die Anwendung von TT-Fields bei Patienten mit neudiagnostiziertem Glioblastom im Rahmen der Standardtherapie)
- NOA - 11 (Retest-Reliabilität und lokalisations-abhängige Sensitivität neurokognitiver Testung bei erstdiagnostizierten Glioblastomen)
- EORTC 1419 (Umfassende molekulare Analyse von Tumorgewebe sowie von klinischen Daten von Patienten mit einem Glioblastom die bereits länger als fünf Jahre leben)

Tabelle 90: Studienquote Neuroonkologisches Zentrum 2020-2022

	2020	2021	2022
Zentrumsfälle mit Studieneinschluss (Zähler)	68	74	64
Zentrumsfälle (Nenner)	519	539	526
<b>Studienquote</b>	<b>13,1%</b>	<b>13,7%</b>	<b>12,2%</b>

## Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Neuroonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2022 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite <http://tu-dresden.de/med/mf> zu finden, wobei die Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Neuroonkologischen Zentrums aus organisatorischen Gründen unter der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie bzw. der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie aufgeführt sind.

Mirian C, Grell K, Juratli TA, Sahm F, Spiegl-Kreinecker S, Peyre M, Biczok A, Tonn JC, Goutagny S, Bertero L, Maier AD, Jensen LR, Schackert G, Broholm H, Scheie D, Cahill DP, Brastianos PK, Skjøth-Rasmussen J, Fugleholm K, Ziebell M, Munch TN, Kristensen BW, Mathiesen T. **Implementation of TERT promoter mutations improve prognostication of the WHO classification in meningioma.** Neuropathol Appl Neurobiol. 2022 Apr;48(3):e12773.

Schackert G, Lenk M, Kirsch M, Hennig S, Daubner D, Engelland K, Appold S, Podlessek D, Sandi-Gahun S, Juratli TA. **Surgical results of 158 petroclival meningiomas with special focus on standard craniotomies.** J Neurooncol. 2022 Oct;160(1):55-65.

Hua L, Alkhatib M, Podlessek D, Günther L, Pinzer T, Meinhardt M, Zeugner S, Herold S, Cahill DP, Brastianos PK, Williams EA, E Clark V, Shankar GM, Wakimoto H, Ren L, Chen J, Gong Y,

Schackert G, Juratli TA. **Two predominant molecular subtypes of spinal meningioma: thoracic NF2-mutant tumors strongly associated with female sex, and cervical AKT1-mutant tumors originating ventral to the spinal cord.** Acta Neuropathol. 2022 Nov;144(5):1053-1055.

Schlömer S, Felsberg J, Pertz M, Hentschel B, Löffler M, Schackert G, Krex D, Juratli T, Tonn JC, Schnell O, Vatter H, Simon M, Westphal M, Martens T, Sabel M, Bendszus M, Dörner N, Fliessbach K, Hoppe C, Reifenberger G, Weller M, Schlegel U, Network FTGG. **Mid-term treatment-related cognitive sequelae in glioma patients.** J Neurooncol. 2022 Aug;159(1):65-79.

Zeyen T, Potthoff AL, Nemeth R, Heiland DH, Burger MC, Steinbach JP, Hau P, Tabatabai G, Glas M, Schlegel U, Grauer O, Krex D, Schnell O, Goldbrunner R, Sabel M, Thon N, Delev D, Clusmann H, Seidel C, Güresir E, Schmid M, Schuss P, Giordano FA, Radbruch A, Becker A, Weller J, Schaub C, Vatter H, Schilling J, Winkler F, Herrlinger U, Schneider M. **Phase I/II trial of meclofenamate in progressive MGMT-methylated glioblastoma under temozolomide second-line therapy – the MecMeth/NOA-24 trial.** Trials. 2022 Jan 19;23(1):57.





# Uroonkologisches Zentrum



## Uroonkologisches Zentrum

### Struktur des Uroonkologischen Zentrums (UOZ)

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

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

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

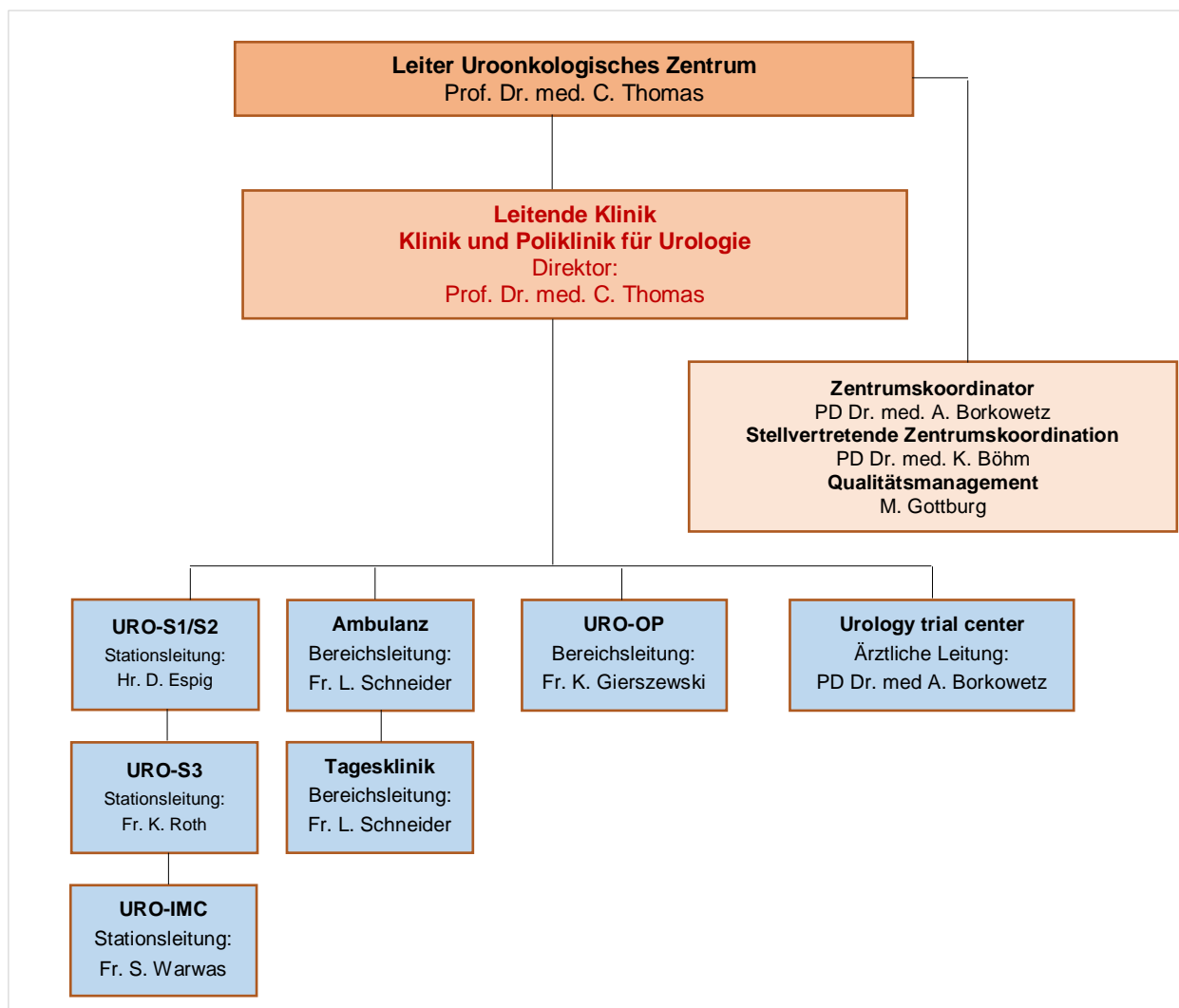
Weitere Aufgaben sind die Koordination der internen und externen Audits in Zusammenarbeit mit der QMB der Klinik und Poliklinik für Urologie sowie die Koordination und Überwachung aller fachlichen Anforderungen und der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern.

Hauptkooperationspartner sind neben der Klinik und Poliklinik für Urologie, die

- Strahlentherapie
- Internistische Onkologie
- Pathologie
- Radiologie
- Nuklearmedizin.

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 84: 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	PD Dr. med. A. Borkowetz	Fachärztin für Urologie
	PD Dr. med. M. Baunacke	Facharzt für Urologie
	PD Dr. med. K. Böhm	Fachärztin für Urologie
	Dr. med. S. Leike	Facharzt für Urologie
	Dr. med. J. Putz	Fachärztin für Urologie
Pflegedienstleitung	Fr. M. Jäger	3-jährige Zusatzqualifikation „Leitung des Pflegedienstes in Gesundheitseinrichtungen“

Funktion	Name	Qualifikation
Onkologische Fachpflegekräfte	Fr. N. Kohtz	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
	Hr. U. Liebscher	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
	Fr. A. Silz	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
	Fr. C. Voigt	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fortbildung für med. Assistenzpersonal in der urologischen Onkologie
Tumordokumentation	Fr. L. Pultermann	Medizinische Dokumentationsassistentin
Zentrumskoordination	PD Dr. med. A. Borkowetz	Fachärztin für Urologie
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 2022 des Uroonkologischen Zentrums

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 (Nieren-Tx, Lebendspende, Dekubitus)	Die Anforderungen wurden umgesetzt.
3	Umsetzung der fachlichen Anforderungen für das Uroonkologische Zentrum (Prostatakarzinom + Modul Niere + Modul Harnblase)	Die Zertifizierung wurde im April 2022 erfolgreich absolviert.
4	Erfassung und Auswertung der definierten Qualitätsindikatoren in regelmäßigen Abständen	Die Qualitätsindikatoren wurden regelmäßig erfasst und ausgewertet.
5	Stabilisierung des Aufnahmemanagements der Klinik (Strukturierung, personelle Verstärkung)	Eine zweite Stelle für das Aufnahmemanagement konnte stabil besetzt werden ebenso gibt es eine stabile Vertreterregelung.
6	Erarbeitung einer Informationsbroschüre für niedergelassene Urologinnen und Urologen	Die Broschüre wurde erarbeitet und an alle niedergelassenen urologischen Praxen verteilt.
7	Verbesserung der Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich	Es wurde mit spezifischen Maßnahmen eine (geringfügige) Verbesserung der allgemeinen Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich erreicht. Der Zufriedenheitswert konnte von 3,8 (2021) auf 4,0 (2022) auf einer Skala von 1-5 gesteigert werden.
8	Neustrukturierung ambulanter Angebote und tagesklinischer Eingriffe	MRT-gestützte Prostatabiopsien werden nun zu fast 100% tagesklinisch abgebildet.
9	Erfassung aller medizinischen Geräte und Einweisungen über das SAP-Tool	Die Erfassung der Geräte und Einweisungen ist noch nicht vollständig abgeschlossen.
10	Pilotprojekt „mobile Patientenaufklärung“	Das Pilotprojekt wurde durchgeführt.

## Ergebnisse aus externen und internen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Am 25. und 26. April 2022 fand das Überwachungsaudit des bestehenden Prostatakarzinomzentrums und des Moduls Niere sowie das Erstzertifizierungsaudit für das Modul Harnblase statt. Im Rahmen des Audits wurde eine Abweichung im Bereich der Studienteilnahme ausgesprochen. Die Studienquote von  $\geq 5\%$  der Patientinnen und Patienten mit einem Nierenzellkarzinom konnte nicht erfüllt werden. Die Abweichung konnte fristgerecht behoben werden, sodass für alle auditierten Bereiche die Empfehlung zur Zertifikatserhaltung bzw. -erteilung ausgesprochen wurde. In Bezug auf das Voraudit wurden insbesondere folgende Punkte positiv herausgestellt:

- ! Die Vorstellung nun aller geforderten relevanten Patientinnen und Patienten mit einem Nierentumor in der Tumorkonferenz.
- ! Die sehr gute Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe für Prostatakrebs.
- ! Das gut etablierte und weiter ausgebaute Fortbildungsangebot für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

### Ergebnisse aus internen 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 1. Dezember 2022 statt. Im Rahmen des Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden vier Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche Station URO-S3, Klinik gesamt, URO-Ambulanz und URO-OP betreffen. Positiv herausgestellt wurden folgende Punkte:

- ! Welcome Week, Mentorenkonzept, Kurzdienste für Ärztinnen und Ärzte u. a. etablierte Maßnahmen für ein erfolgreiches Onboarding neuer Beschäftigter
- ! gut nachvollziehbare Mitarbeiterkommunikation
- ! erfolgreiche Neustrukturierung ambulanter Angebote und tagesklinischer Eingriffe.

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

## Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen

### Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Die letzte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser erfolgte im März 2021 durch den Zentralbereich 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 Ende 2022 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-](mailto:feedback.nct-)

ucc@ukdde.de und einem dahintergelegten 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.

### Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Strukturierte Befragungen der Patientinnen und Pateinten werden aller drei Jahre durchgeführt. Die letzte Befragung erfolgte im Februar 2021. Die Rücklaufquote lag bei 41,2%. Darüber hinaus erfolgt kontinuierlich die Erfassung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten über die elektronischen Befragungsstelen, die für alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen im Haus frei zugänglich sind und freiwillig und anonym genutzt werden können.

Die Meldungen über das digitale Feedbacksystem werden direkt nach der Eingabe an die berechtigten Nutzer übermittelt (QMB, Bereichsleitungen). So ist, wenn erforderlich, eine schnelle Reaktion auf Beschwerden von Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen möglich.

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

### Interdisziplinäre Zusammenarbeit

#### Qualitätszirkel

Qualitätszirkel finden regelmäßig im Rahmen der Tumorkonferenz statt, bei denen alle Hauptkooperationspartner und bei Bedarf weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer anwesend sind. Im Jahr 2022 wurde ein Qualitätszirkel am 17. August 2022 durchgeführt. Im Rahmen des Qualitätszirkels wurden die Ergebnisse des Zertifizierungsaudits vorgestellt.

#### Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Im Jahr 2022 wurden fünf M&M-Konferenzen durchgeführt. Die Vorbereitung, Präsentation und Dokumentation der Maßnahmen erfolgt über ein entsprechendes Tool im Managementhandbuch AENEIS. Die Maßnahmen werden digital erfasst und nachverfolgt.

Besprochen wurden dabei:

- l Relaparotomie nach radikaler Prostatektomie
- l Wegeleitung von ambulant erhobenen histologischen Präparaten
- l septischer Schock nach retrograde UPG und URS
- l (fast) Patientenverwechslung vor Transfusion
- l adäquate Therapie unter Würdigung vorliegender Befunde.

### 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 sie den ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine kontinuierliche Fortbildung.

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

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

Zum Austausch von Erfahrungen mit den Kooperationspartnern und Zuweiserinnen und Zuweiser werden durch das Uroonkologische Zentrum jährlich Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Im Rahmen des Urologentreffen wurden im Jahr 2022 sechs Fortbildungsveranstaltungen zusammen mit den niedergelassenen Urologinnen und Urologen durchgeführt. Themen waren beispielsweise das Prostata-, Nieren- und Harnblasenkarzinom. Auch alle Kooperationspartner sind zum Urologentreffen eingeladen.

### Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten werden über das Uroonkologische Zentrum als auch zentral über das NCT/UCC angeboten. Über das Präventions- und Sporttherapeutische Zentrum des NCT/UCC werden jährlich verschiedene Veranstaltungen und Workshops rund um das Thema Krebs angeboten, welche auch von den Patientinnen und Patienten des Uroonkologischen Zentrums genutzt werden können.

Am 17. September 2022 fand ein Patiententag der Prostatakrebs Selbsthilfe e. V. Riesa Oberelbe statt. Dabei wurde der Selbsthilfegruppe Riesa Oberelbe und deren Partner-Selbsthilfegruppe aus Königs Wusterhausen der OP-Bereich der Klinik und Poliklinik für Urologie und der Bereich der uroonkologischen Tagesklinik im NCT/UCC präsentiert. Es erfolgte ein Fachvortrag über Neuigkeiten bei Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms mit anschließender Diskussionsrunde. Über den Kooperationspartner Strahlentherapie wurde der neue Linearbeschleuniger „MR-LINAC“ in den Räumlichkeiten des NCT/UCC vorgestellt. Der Tag wurde im Rahmen einer von beiden SHGs gemeinsam veranstalteten Reise nach Dresden durchgeführt.

### Öffentlichkeitsarbeit

Das Uroonkologische Zentrum präsentiert sich über die Internetseite des Hauptkooperationspartners, der Klinik und Poliklinik für Urologie. Das gesamte Leistungsspektrum, die Struktur und die Interdisziplinarität werden vorgestellt. Die Kontaktpersonen aller Bereiche des Zentrums sind übersichtlich für Patientinnen und Patienten und für die Zuweiserinnen und Zuweiser abgebildet. Die Zuweiserinnen und Zuweiser werden darüber hinaus mit einem monatlichen Newsletter über aktuelle Themen und Änderungen informiert. Veranstaltungen des Uroonkologischen Zentrums werden auch auf der Internetseite des NCT/UCC abgebildet.

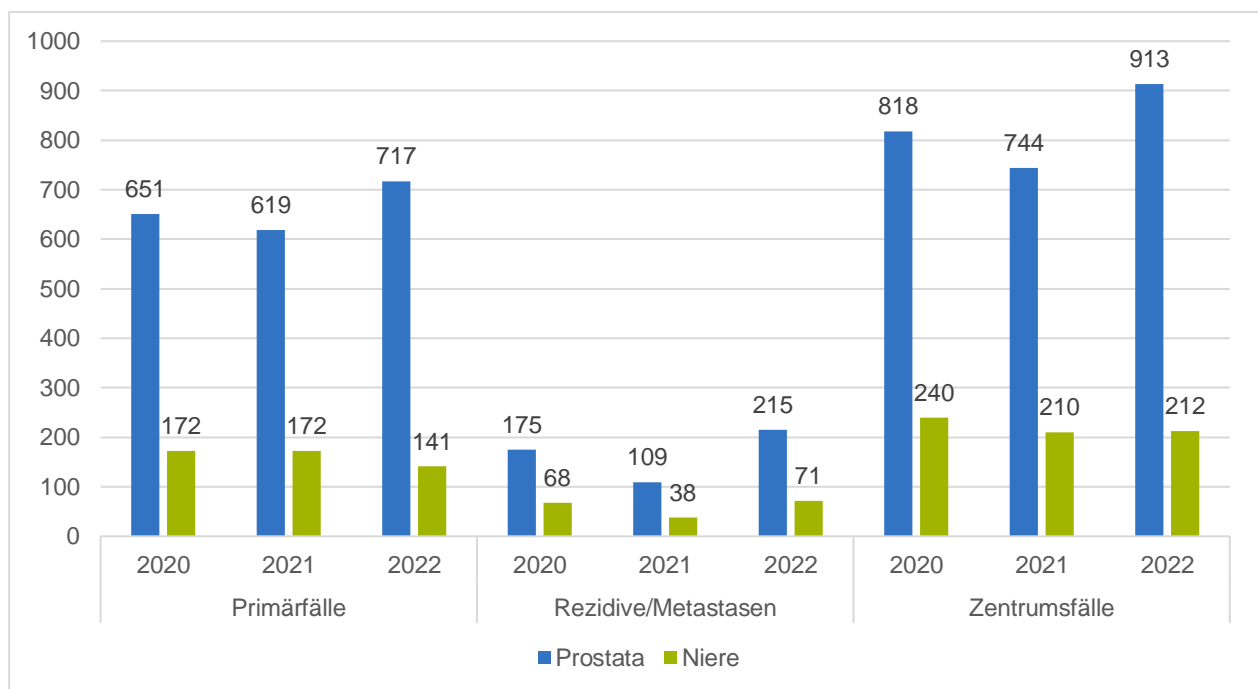
Für die Öffentlichkeit relevante Themen werden über die Pressestelle des Universitätsklinikums mit dem Zentrum abgestimmt und an die Presse kommuniziert.

## 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  $\geq 100$  für das Prostatakarzinom und  $\geq 50$  für das Harnblasenkarzinom vor. Beim Nierenkarzinom gibt es keine Vorgaben für die Anzahl an Primärfällen, hier liegt die Vorgabe bei  $\geq 35$  Zentrumsfällen. Die Therapieplanung und -durchführung muss dabei über das Uroonkologische Zentrum erfolgen. Die Anforderungen werden für alle Tumorentitäten erfüllt.

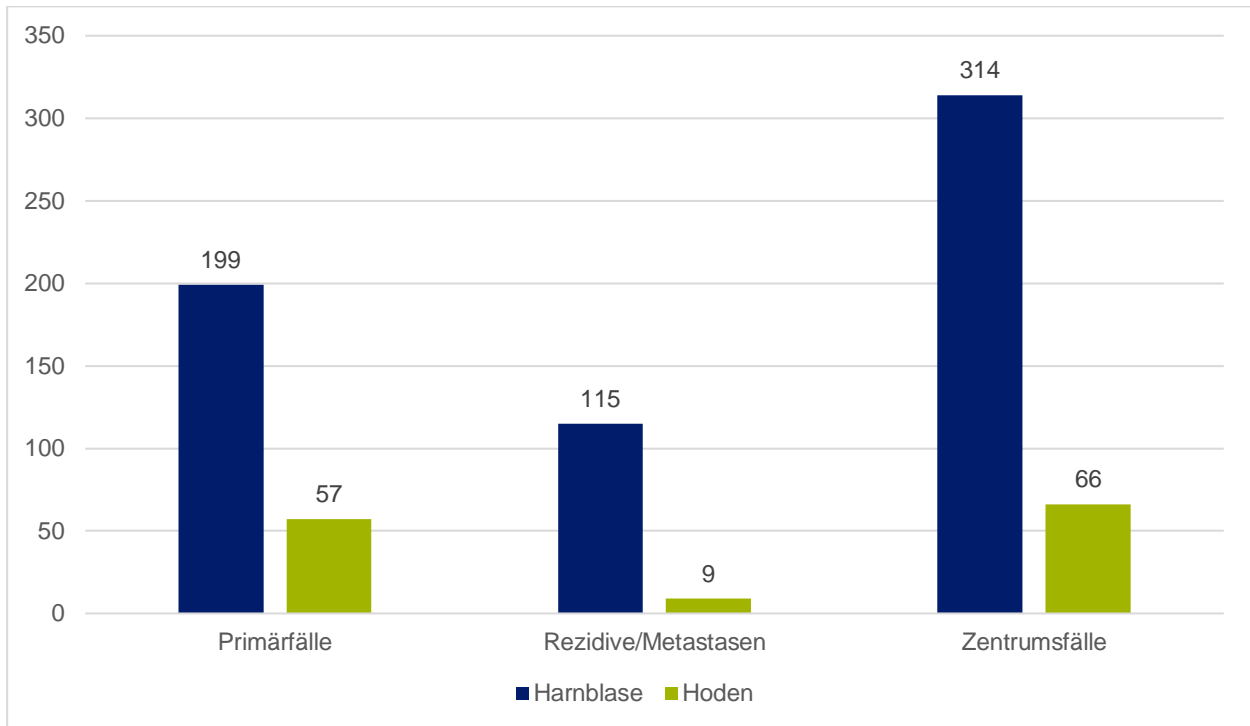
Abbildung 85: Fallzahlen Prostatakarzinom und Nierenkarzinom 2020-2022



Das Modul Harnblase wurde im Jahr 2022 erstzertifiziert. Die Erfassung der Primärfälle, Metastasen und Rezidive und Zentrumsfälle erfolgt in dieser Form erstmalig für das Kennzahlenjahr 2022. Für das Modul Hoden ist die Erstzertifizierung für Mai 2023 geplant. Auch hier liegen erstmals für das Kennzahlenjahr 2022 detaillierte Zahlen für Primärfälle, Rezidive/Metastasen und Zentrumsfälle entsprechend der Definition der Fachgesellschaften vor.



Abbildung 86: Fallzahlen Harnblase und Hoden Uroonkologisches Zentrum 2022



Für den operativen Bereich schreiben die Anforderungen an zertifizierte Uroonkologische Zentren mindestens 50 Prostataektomie und Nierenteilresektionen sowie 20 Zystektomien vor. Die Vorgaben wurden für das Jahr 2022 erfüllt.

Abbildung 87: Anzahl Prostataektomien und Nierenteilresektionen UOZ 2020-2022

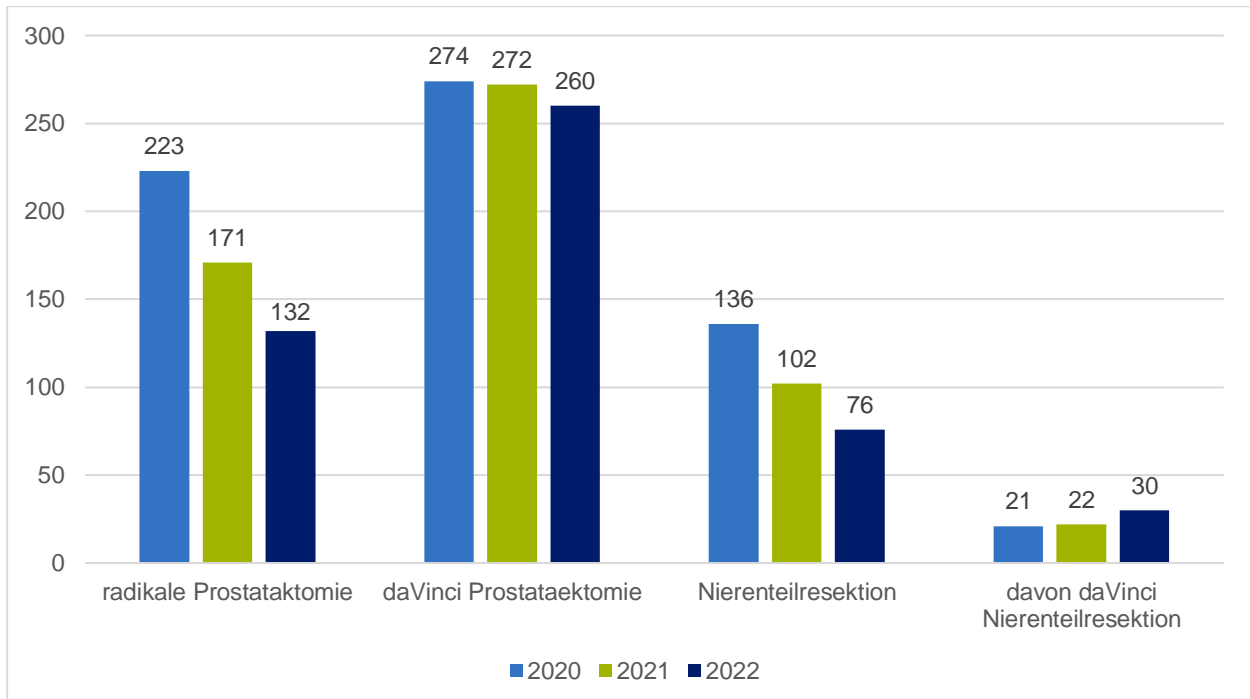


Abbildung 88: Anzahl Nephrektomien, TURB, Zystektomien, Nephroureterektomie UOZ 2020-2022

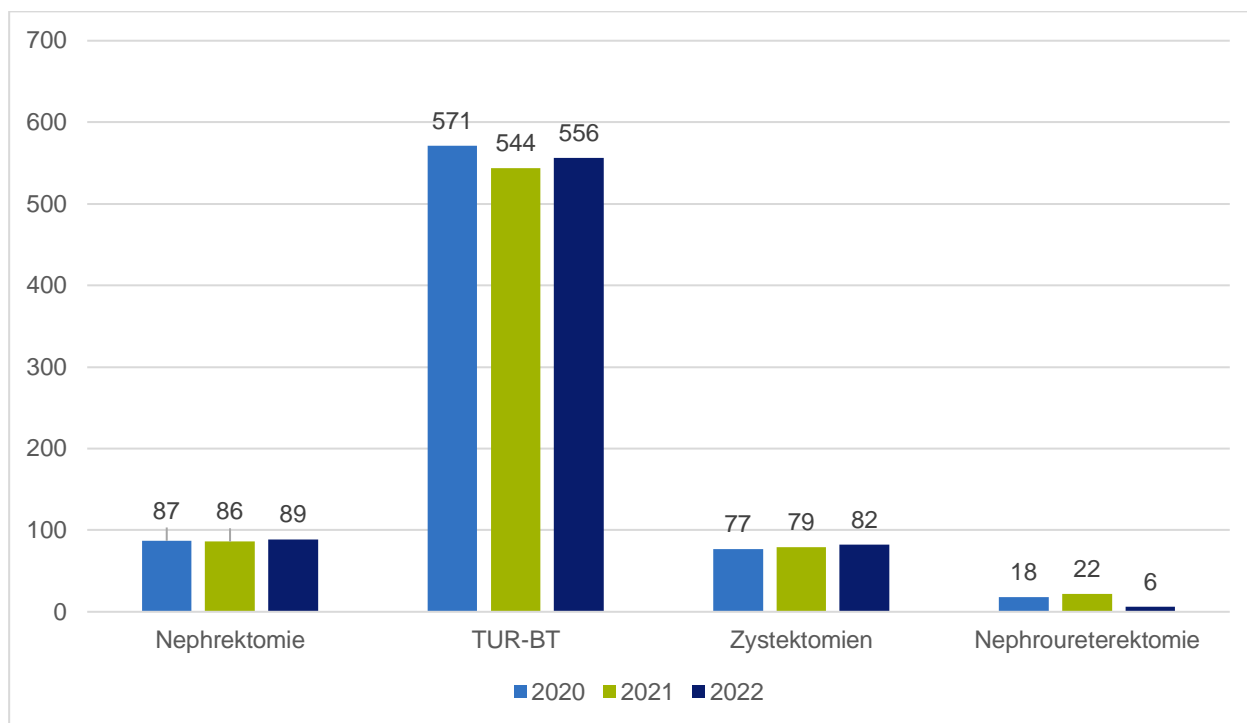
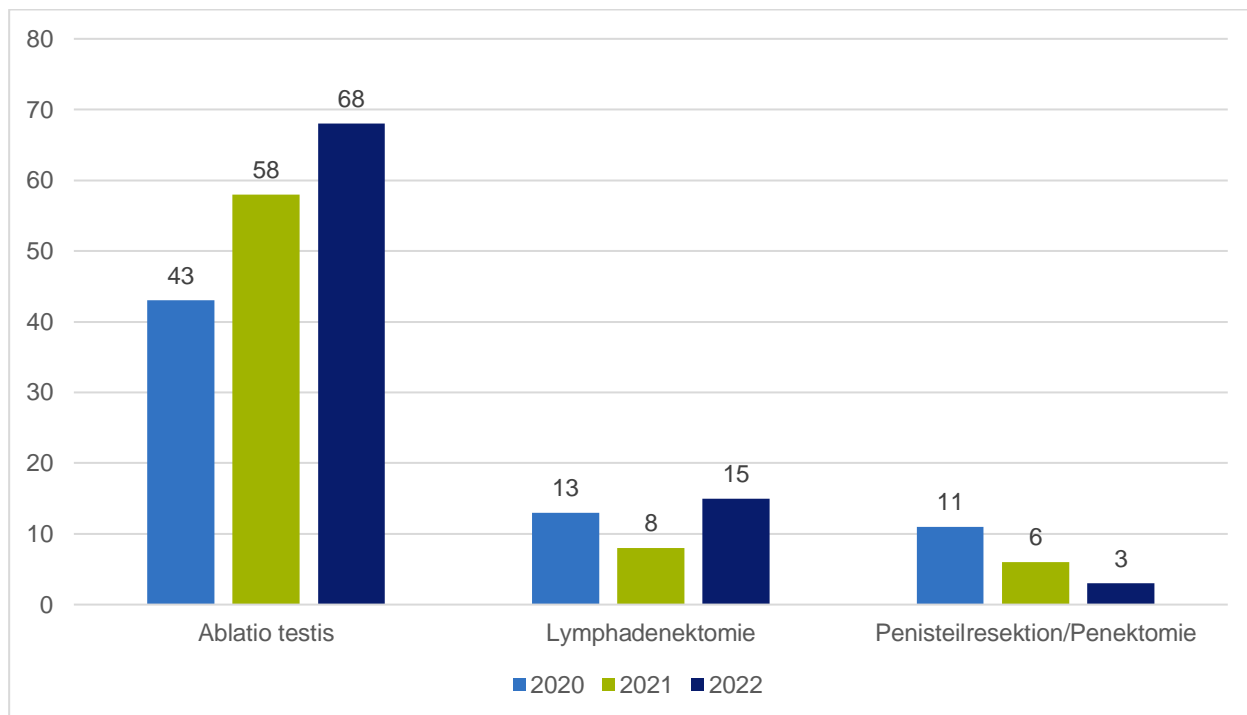


Abbildung 89: Anzahl Ablatio testis, Lymphadenektomien, Penisteilresektionen/Penektomie UOZ 2020-2022



### 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 2020-2022

Tumorentität	2020	2021	2022
Prostata	26,3%	19,4%	16,7%
Niere	22,3%	6,5%	36,9%
Harnblase	-	12,6%	43,5%

Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und das Hornheider Screeninginstrument zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung. Eine vollständige Erfassung der Screeningrate erfolgt ab dem Kennzahlenjahr 2022.

Tabelle 94: Psychoonkologisches Screening UOZ 2022

Tumorentität	Screening	Beratung bei positivem Screening
Prostata	55,0%	97,0%
Niere	53,4%	70,5%
Harnblase	66,5%	90,1%

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 dem Geschäftsbereich Pflege, Service, Dokumentation des UKD zugeordnet. Alle Patientinnen und Patienten des Uroonkologischen Zentrums erhalten das Angebot eines Beratungsgesprächs durch den Sozialdienst. Vorgaben der Fachgesellschaften gibt es für diesen Bereich nicht, jedoch sind die Gründe bei einer Betreuungsrate  $\leq 50\%$  zu erläutern.

Tabelle 95: Betreuung durch den Sozialdienst UOZ 2020-2022

	2020	2021	2022
<b>Prostata</b>	87,3%	66,0%	59,6%
<b>Niere</b>	84,5%	85,7%	75,7%
<b>Harnblase</b>	-	48,2%	45,4%

## 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 Wartezeiterfassung Uroonkologisches Zentrum 2020-2022

Wartezeit	2020	2021	2022
auf einen Termin	10 Tage	25 Tage	19 Tage
während der Sprechstunde	43 Minuten	55 Minuten	45 Minuten

Die Vorgaben der Fachgesellschaften von < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin, < 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 2022 wurden insgesamt 1.899 interdisziplinäre Behandlungspläne für 1.334 Patientinnen und Patienten erstellt.

Abbildung 90: Anzahl Tumorboardempfehlungen Uroonkologisches Zentrum 2015-2022

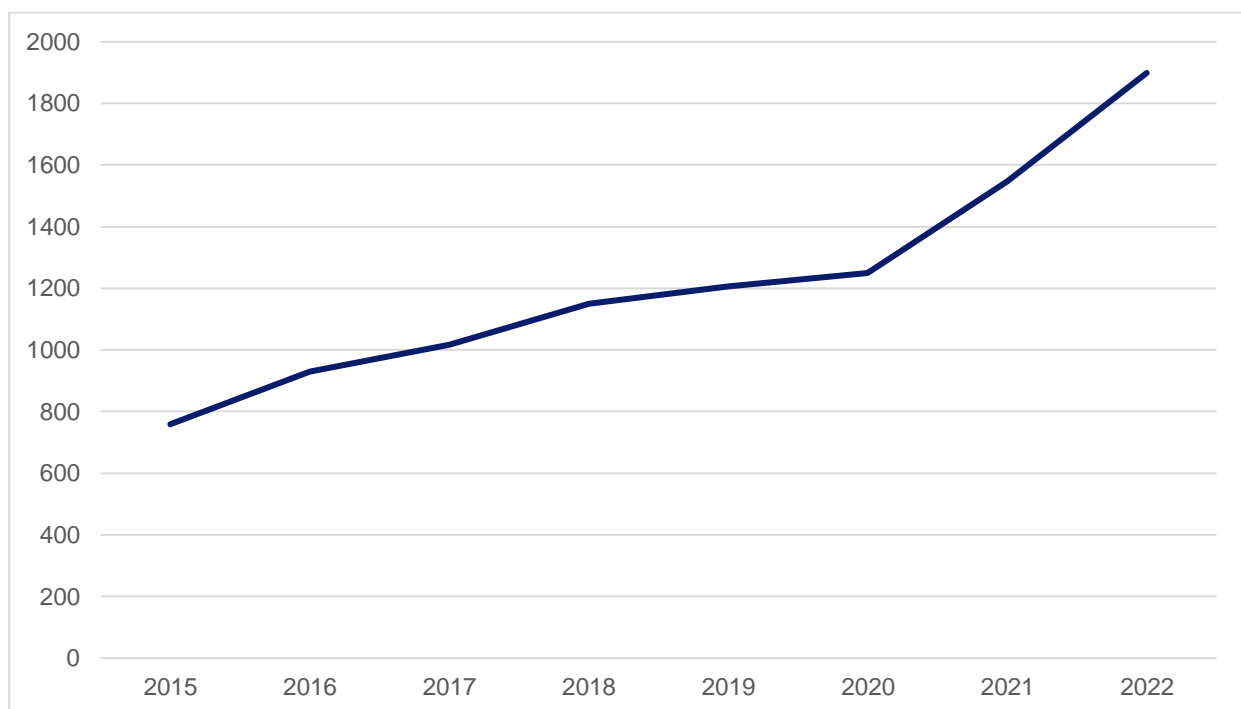
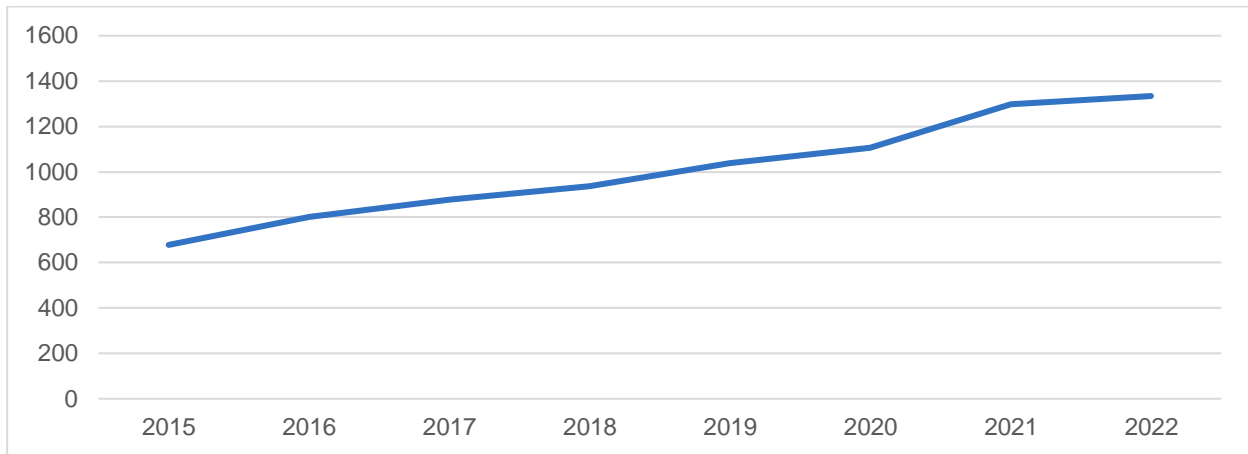


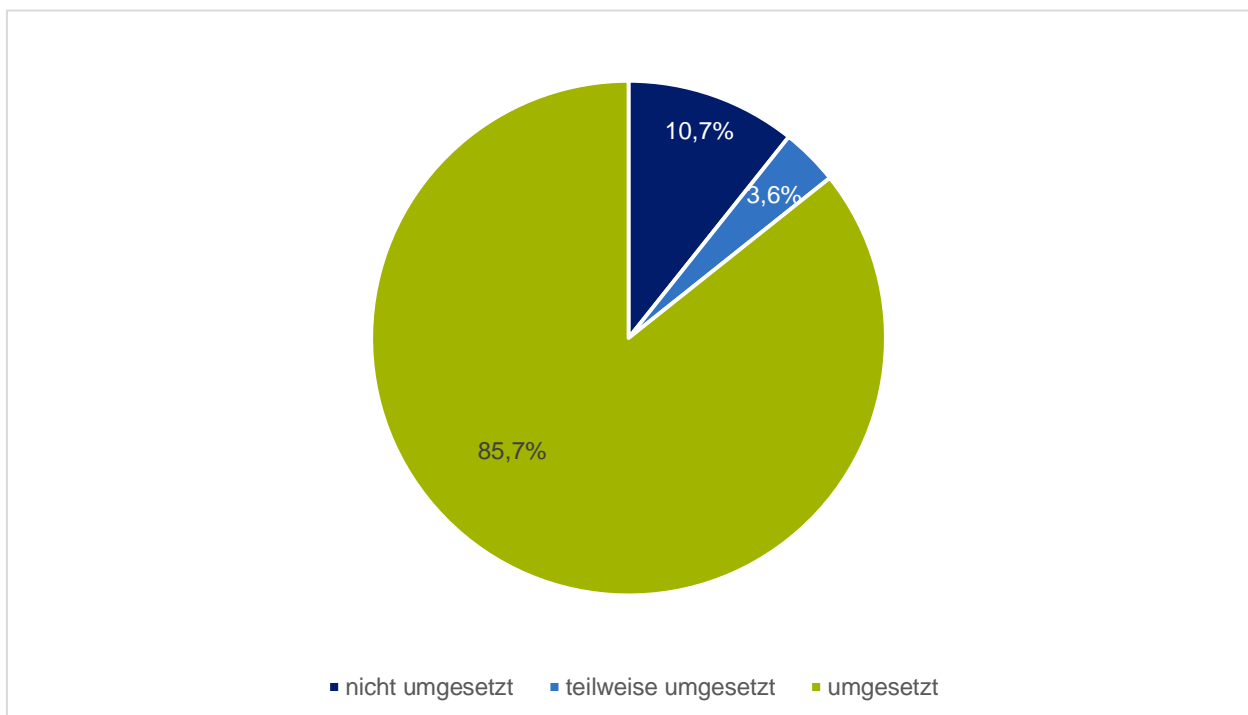
Abbildung 91: Anzahl vorgestellte Patientinnen und Patienten Uroonkologische Zentrum 2015-2022



### Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität der Tumorboards wird jährlich die inhaltliche Umsetzung der Tumorboardbeschlüsse der urologischen Tumorboards überprüft. Methodisch wird dabei eine Stichprobe von 5% der besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: August 2021 bis Juli 2022) randomisiert gezogen. Für die urologischen Tumorboards wurden dabei **84 Beschlüsse** von insgesamt **54 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 92: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Uroonkologisches Zentrum 2022



Von den 84 Tumorboardbeschlüssen wurden 72 vollständig umgesetzt. Drei Beschlüsse wurden teilweise und neun Beschlüsse wurden nicht umgesetzt. Gründe hierfür lagen z. B. im Wunsch der Patientinnen und Patienten nach abweichender Therapie oder in geänderten medizinischen Begleitumständen.

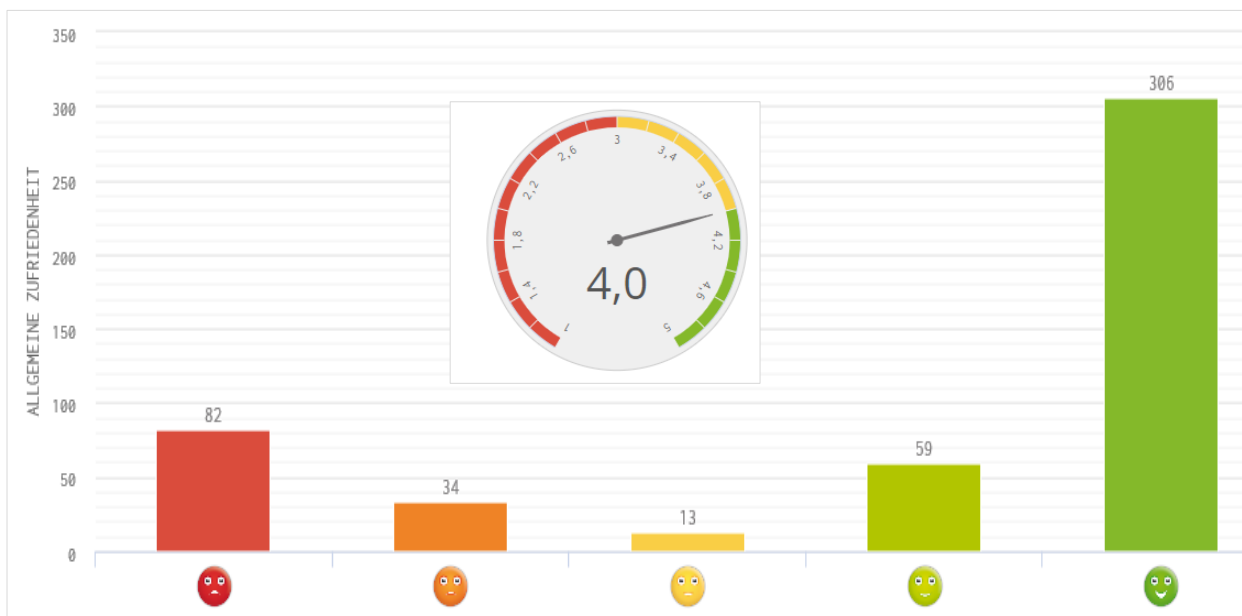
Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Uroonkologischen Zentrums für den Berichtszeitraum 2022 konnten keine kritischen Ergebnisse festgestellt werden.

## Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragungen

### Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2022

Über das digitale Feedbacksystem sind im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2022 691 Rückmeldungen eingegangen. Sie wurden von 576 Patientinnen und Patienten und 115 Angehörigen abgegeben. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies ein Rückgang der abgegebenen Feedbacks um 253.

Abbildung 93. Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem UOZ 2022



Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht hierbei für sehr unzufrieden, die „5“ für sehr zufrieden. Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Zufriedenheit um 0,1 verbessert werden.

## Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Uroonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2022 ist in Tabelle 97 zusammengefasst. Von 14 obligatorischen Kennzahlen wurden 13 im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt, während eine Kennzahl die Plausibilitätsgrenze überschreitet.

Tabelle 97: Datenqualität DKG-Kennzahlen Uroonkologisches Zentrum 2022

	Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
Harnblase	87,5%	6,25%	6,25%
Niere	100%	0%	0%
Prostata	96,43%	3,57%	0%

## Forschungstätigkeiten

### Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten des Uroonkologischen Zentrums ist die Teilnahme an klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Das Uroonkologische Zentrum beteiligt sich an klinischen Phase I-IV Studien. Im Jahr 2022 waren 27 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen und Patienten geöffnet. Davon 17 Studien, die gemeinsam mit Kooperationspartner betreut werden.

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

Tabelle 98: Studienquote Uroonkologisches Zentrum 2020-2022

2020	2021	2022
15,5%	31,7%	23,5%

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 2022 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.

Boehm WU, Piontek D, Latarius S, Schoffer O, Borkowetz A, Klug SJ, Wirth MP. **The Clinical Complexity of Penile Cancer: Current Clinical-Epidemiological Data from the Database of the Free State of Saxony/Germany.** Urol Int. 2022;106(7):706-715. Impact-Faktor: 1.934

Böhm WU, Koch R, Latarius S, Mehnert A, Werner C, Wirth MP. **Erratum zu: Zur Praxis der Therapieentscheidung beim lokal begrenzten Prostatakarzinom: Operation vs. Bestrahlung - wer profitiert? Allokation und Ergebnisse einer unizentrischen, kumulativen Langzeitstudie.** Urologe A. 2022 Mar;61(3):304. German. Impact-Faktor: 0.803

Borkowetz A. **Behandlung von Oligometastasen durch stereotaktisch-ablative Strahlentherapie oder Resektion beim metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinom : Kommentar zur systematischen Übersichtsarbeit über prospektive klinische Studien [Treatment of oligometastases by stereotactic ablative radiotherapy or resection in metastatic hormone-sensitive prostate cancer : Comments on the systematic review article about prospective clinical studies].** Urologie. 2022 Jul;61(7):770-774. German. Impact-Faktor: 0.803

Borkowetz A, Blana A, Böhmer D, Cash H, Ehrmann U, Franiel T, Henkel TO, Höcht S, Kristiansen G, Machtens S, Niehoff P, Penzkofer T, Pinkawa M, Radtke JP, Roth W, Witzsch U, Ganzer R, Schlemmer HP, Grimm MO, Hakenberg OW, Schostak M. **German S3 Evidence-Based Guidelines on Focal Therapy in Localized Prostate Cancer: The First Evidence-Based Guidelines on Focal Therapy.** Urol Int. 2022;106(5):431-439. Impact-Faktor: 1.934

Borkowetz A, Linxweiler J, Fussek S, Wullich B, Saar M; German Prostate Cancer Consortium (DPKK). **The Role of PSMA PET Imaging in Prostate Cancer Theranostics: A Nationwide Survey.** Urol Int. 2022;106(11):1126-1135. Impact-Faktor: 1.934





# Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

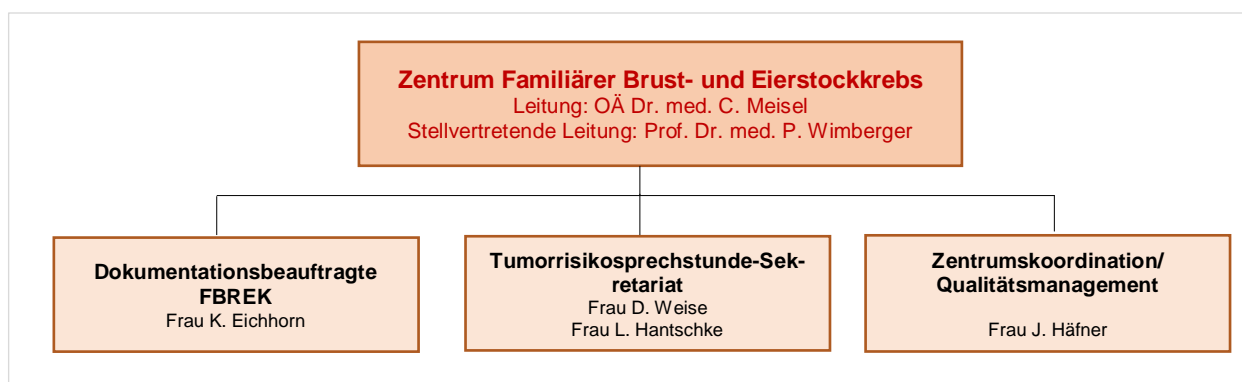
## Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

### Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK)

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

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

Abbildung 94: 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 2022 des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
1	Überarbeitung der Internetseite	Alle MA FBREK IT GYN	Fortlaufend 2022	Die Internetseite wurde überarbeitet und aktualisiert.
2	Erfassung unserer individuellen Leistungsstatistik	Leitung FBREK	Fortlaufend 2022	Wird auch in 2023 fortgeführt.
3	Kontinuierliche Überarbeitung der SOPs	Alle MA FBREK	Fortlaufend 2022	Die Überarbeitung der SOPs konnte abgeschlossen werden.
4	Abschluss Curriculum für alle Berater/KOOP Partner einschließlich Hospitation	Berater FBREK KOOP FBREK	Fortlaufend 2022	Wird teilweise in 2023 fortgeführt.
5	Erweiterung Sprechstundenkapazität	Leitung FBREK	Fortlaufend 2022	Konnte noch nicht erreicht werden, wird für 2023 fortgeschrieben.
6	Dokumentation und Auswertung risikoreduzierende OP's	MA Dokumentation FBREK	Fortlaufend 2022	Wird in 2023 fortgeführt.
7	Zusammenarbeit mit KOOP Partnern erweitern	Leitung FBREK	Fortlaufend 2022	Es konnten keine neuen Kooperationspartner hinzugewonnen werden.
8	Prozessoptimierung Gendiagnostikboard	Leitung FBREK MA KGE	Fortlaufend 2022	Das Gendiagnostikboard konnte optimiert werden.

## Ergebnisse aus internen und externen Audits

### Ergebnisse aus externen Audits

Am 26. April 2022 fand das erste Überwachungsaudit des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurde ein Hinweis ausgesprochen, der den Nachweis der Teilnahme der Kooperationspartner am Fortbildungs-Curriculum betrifft. Dieser Hinweis wurde in den Maßnahmenplan aufgenommen und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Zentrums interdisziplinär und interprofessionell diskutiert.

### Ergebnisse aus internen 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 dem Zentralbereich 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 datiert vom 8. März 2022. Es wurden die Bereiche der Sprechstunden/Gendiagnostikboard und das Labor auditiert. Es fand ein Leitungsaudit sowie eine Begehung vor Ort statt. Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Insgesamt wurden sieben Hinweise formuliert, welche die Bereiche Dokumentation, Risiko- und Personalmanagement betreffen. Die Hinweise und Anregungen mündeten in einem Maßnahmenplan, welcher mit den Verantwortlichen kommuniziert wurde.

## Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen

### Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

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

Seit Ende 2022 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@ukde.de](mailto: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 ausgewählt werden, so dass bei der Auswertung der Rückmeldungen eine Zuordnung zum Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs möglich ist.

Eine nächste Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs ist für September 2023 geplant. Alle Zuweiserinnen und Zuweiser, die 2022 Patientinnen an das Zentrum überwiesen haben, erhalten den Onlinefragebogen noch einmal in Papierformat sowie den QR-Code zugesandt. So wird noch einmal auf die kontinuierliche Onlinebefragung hingewiesen und jedem Zuweisenden ist die Möglichkeit gegeben, anhand der eigenen Präferenz an der Befragung teilzunehmen.

### Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Eine individuelle Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten wurde im Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs bisher nicht durchgeführt. Durch die kontinuierlichen Befragungen des Regionalen Brustzentrums Dresden und des Gynäkologischen Krebszentrums werden viele Patientinnen und Patienten über diese Zentren erreicht und haben somit die Möglichkeit, an einer Befragung teilzunehmen. Eine eigene Befragung des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs wird für 2023 geplant.

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

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit

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

## Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

### Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Jahr 2022 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 einbeziehen.

Tabelle 100: Fort- und Weiterbildungsangebote FBREK 2022

Datum	Fort- und Weiterbildung
1. Juni 2022	Veranstaltungsreihe Krebs im FOCUS des NCT/UCC – Vortrag: „FBREK-Zentrum – ein umfassendes Betreuungskonzept für erblichen Brust- und Eierstockkrebs
17./18. Juni 2022	Teilnahme MGFG Tagung – Teilnahme am Symposium Simply the Test – ein BRCA-Keimbahntest kann Therapieoption für das Mammakarzinom eröffnen
2. November 2022	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie – Vorträge: Auf dem Weg zur individuellen Prävention beim familiären Brust- und Eierstockkrebs

### Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Am 8. Oktober 2022 fand der 13. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Der Schwerpunkt lag bei „Gleiche Genveränderung – gleiche Handlungsempfehlungen? Individuelle Beratungen und Empfehlungen in der Sprechstunde Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“ Der Informationstag beschäftigte sich insbesondere mit der Fragestellung, ob Handlungsempfehlungen auch bei vererbtem Brust- und Eierstockkrebs maßgeschneidert werden können. Zudem wurden neue Instrumente und Therapiemöglichkeiten vorgestellt.

### Öffentlichkeitsarbeit

Das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs präsentiert sein Leistungsspektrum in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen hierbei sind die Patientinnen und Patienten, Ratsuchenden, Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Kliniken aus dem Raum Dresden und Umgebung.

Insbesondere für die Patientinnen und Patienten sowie Ratsuchende wurde ein Flyer erstellt bzw. aktualisiert. Alle Informationsmaterialien stehen als Download auf der Internetseite zur Verfügung. Hier wird auch über aktuelle Veranstaltungen und Fortbildungen informiert.

Informationen zum Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs sind auf der Internetseite unter <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/gyn/zentren/zentrum-familiaerer-brust-und-eierstockkrebs-1> veröffentlicht.

Darüber hinaus ist das Netzwerk mit beteiligten Zentren, Kontaktdaten und Kooperationspartnern bei Oncomap (<https://www.oncomap.de>) gelistet.

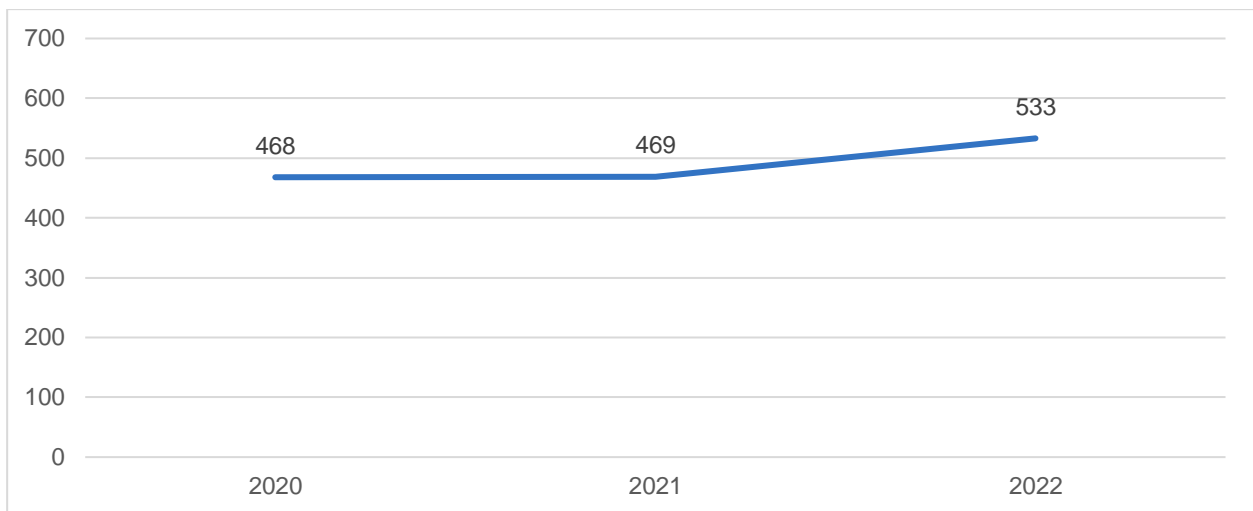
## Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

### Leistungszahlen

Zertifizierte Zentren Familiärer Brust- und Eierstockkrebs müssen nach den Anforderungen der Fachgesellschaften pro Jahr  $\geq 150$  genetische Untersuchungen bei erkrankten Personen / nicht-erkrankte Personen durchführen.

Im Jahr 2022 wurden im FBREK-Zentrum 533 genetische Untersuchungen durchgeführt. Davon waren 77 Proben von externen Kooperationspartnern.

Abbildung 95: Anzahl genetische Untersuchungen FBREK 2020-2022



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

Abbildung 96: Detektionsrate im IFNP FBREK 2020-2022

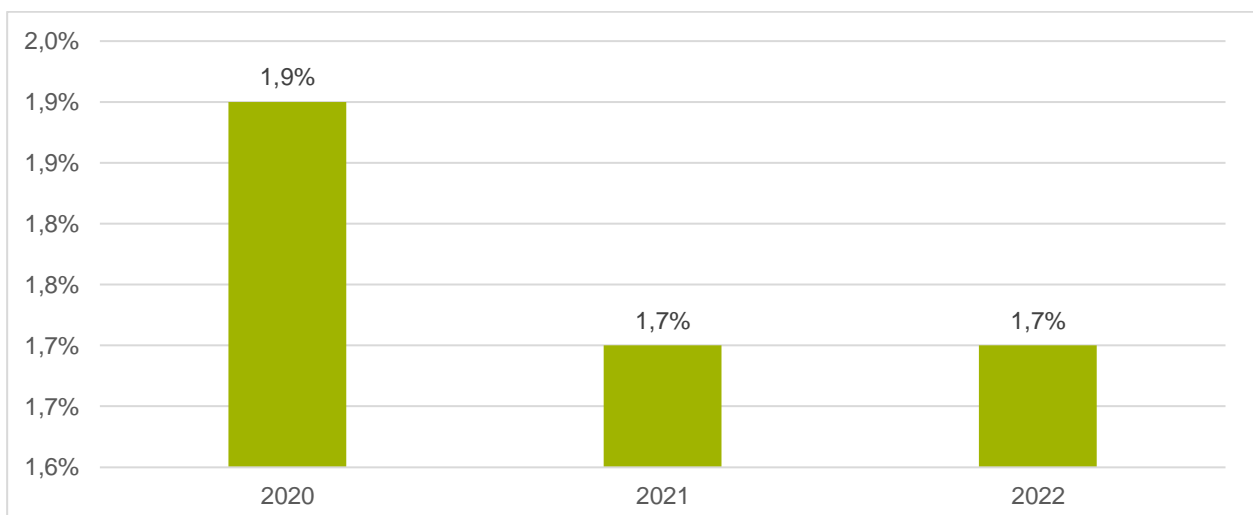


Abbildung 97: Anteil histologisch gesichertes Mamma-Ca/DCIS nach BIRADS 4/5 und Stadienverteilung FBEC 2020-2022

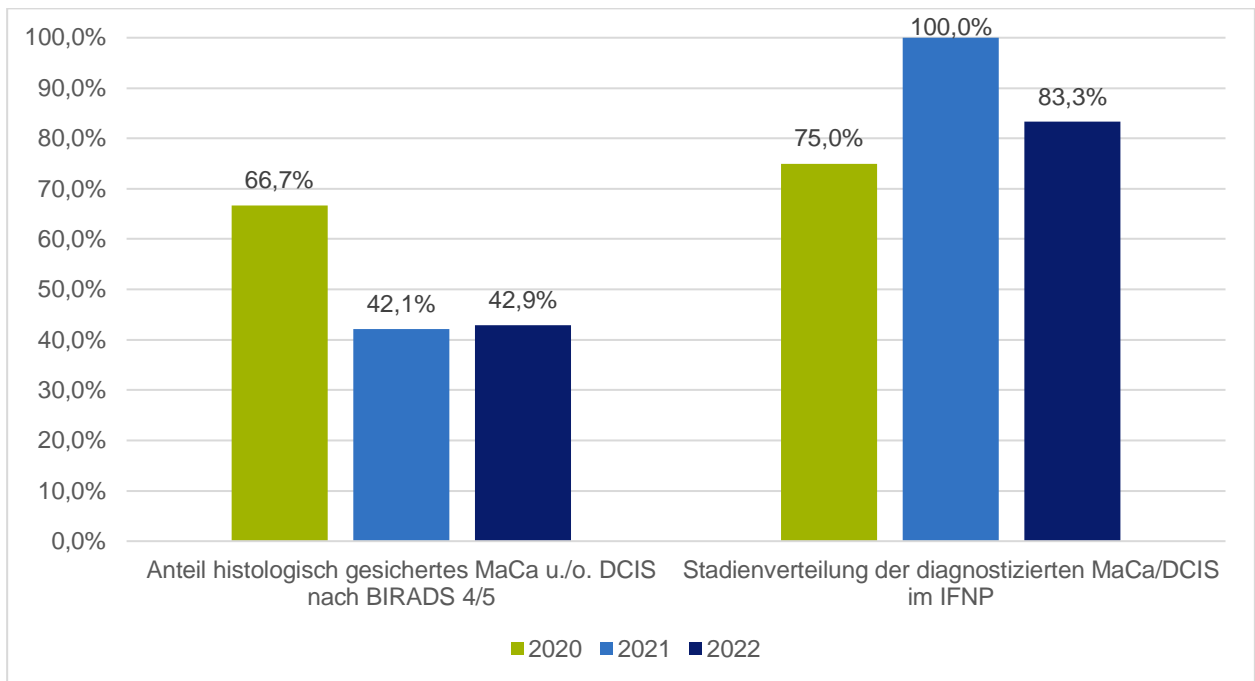
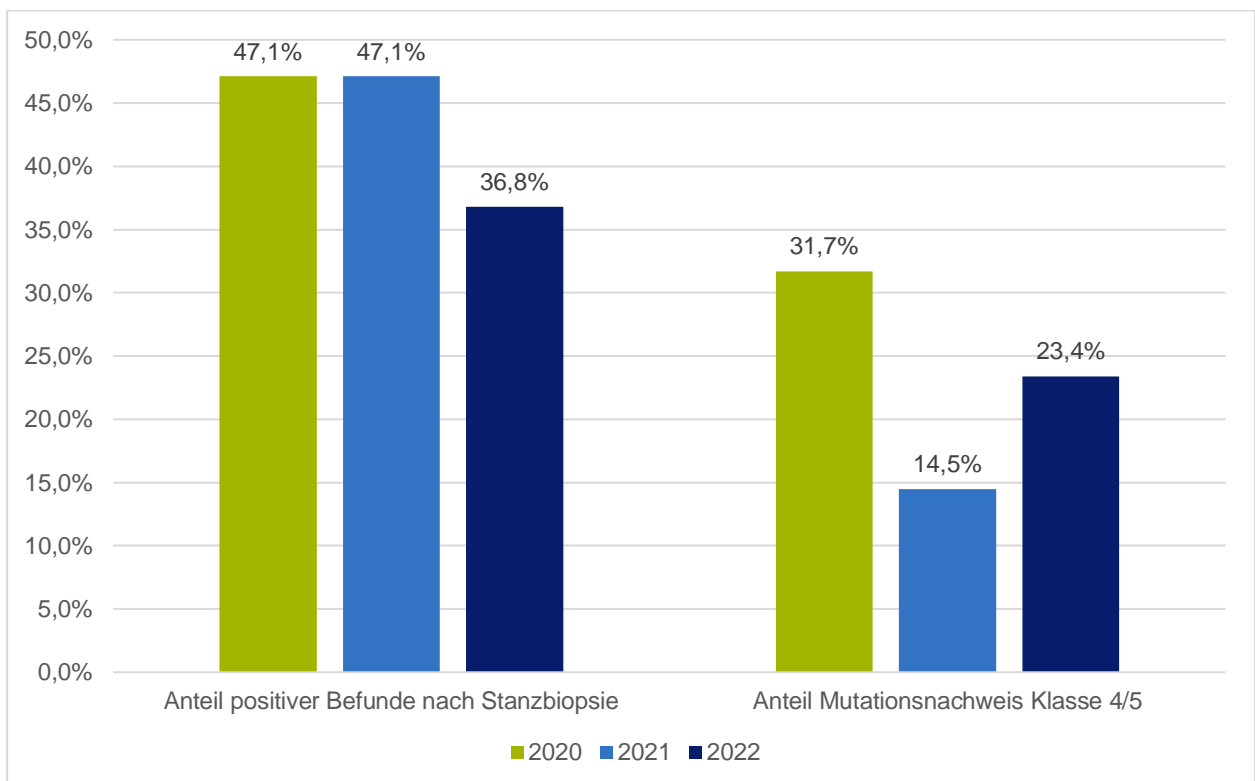


Abbildung 98: Anteil positiver Befunde nach Stanzbiopsie und Anteil Mutationsnachweis Klasse 4/5 FBREK 2020-2022



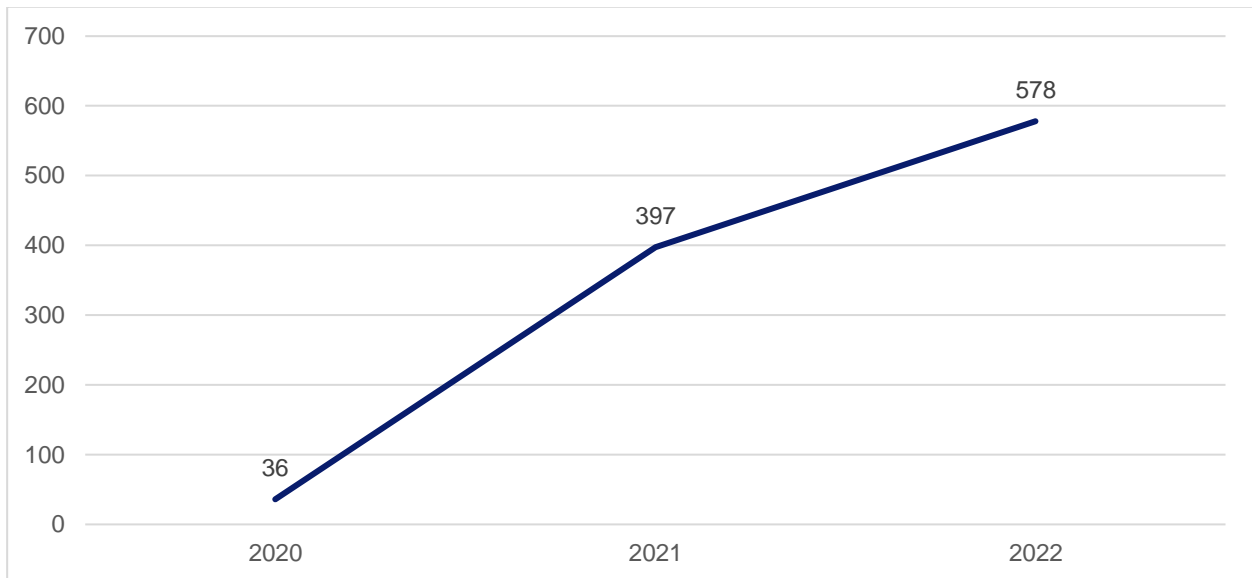
### Interdisziplinäres Gendiagnostikboard

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 prophylaktischen Operationen.

Das Gendiagnostikboard findet einmal wöchentlich, montags, in den Räumlichkeiten des Instituts für Klinische Genetik, statt.

Abbildung 99: Anzahl Beschlüsse Gendiagnostikboard FBREK 2020-2022



## 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 2020-2022

Wartezeit	2020	2021	2022
auf einen Termin	65 Tage, bei Dringlichkeit $\leq 14$ Tage	$\leq 4$ Wochen	$\leq 4$ Wochen
während der Sprechstunde	31,6 Minuten	18,2 Minuten	17,2 Minuten
Ergebnismitteilung	$\leq 4$ Wochen	$\leq 4$ Wochen	3-4 Wochen

## 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.



Vergote I, González-Martín A, Ray-Coquard I, Harter P, Colombo N, Pujol P, Lorusso D, Mirza MR, Brasiuniene B, Madry R, Brenton JD, Ausems MGEM, Büttner R, Lambrechts D; European experts' consensus group. European experts consensus: **BRCA/homologous recombination deficiency testing in first-line ovarian cancer**. Ann Oncol. 2022 Mar;33(3):276-287.



„Suche nicht nach Fehlern,  
suche nach Lösungen.“

**Henry Ford**

**CLARCERT**  
Zertifiziertes Qualitätsmanagement  
ISO 9001:2015

**DKG**   
KREBSGESELLSCHAFT

**Zertifiziertes  
Onkologisches Zentrum**