

Qualitätsbericht

Bereich: Onkologisches Zentrum

Betrachtungszeitraum: 05/22 – 05/23

Datum: 13.06.23

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

Geltungsbereich: Onkologischen Zentrums

Inhalt

Inhalt	2
Gesamtbewertung	3
Qualitätsziele 2022 / 2023	3
1. Entwicklung des Qualitätsmanagements im Betrachtungszeitraum	4
Allgemeines.....	4
Maßnahmen vorangegangener Managementbewertungen.....	4
2. Relevante Veränderungen (retro-, prospektiv)	5
3. Leitbild, Qualitätspolitik und Zielerreichung.....	6
Leitbild und Qualitätspolitik.....	6
Qualitätsziele, Maßnahmen und Projekte.....	6
4. Organisation, Konzeption und Dokumentation	13
Organigramm	13
QM-Handbuch und Klinik- und Therapiekonzept – Umsetzung von Leitlinien und Expertenstandards.....	13
5. Interne Kommunikation.....	14
6. Infrastrukturelle Ressourcen	15
7. Ergebnisse von Audits, Selbst- und Fremdbewertungen.....	16
8. Rückmeldungen von Kunden	17
Patienten	17
Mitarbeiter.....	17
Einweiser	17
Kostenträger	17
Kooperationspartner	17
9. Kommunikation mit den Kunden / Öffentlichkeitsarbeit	18
10. Ergebnisse von Prozessmessungen (Prozessmanagement)	19
11. Status von Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen.....	19

Gesamtbewertung

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

Die im letzten Jahr eingeführte zeitnahe Überwachung der Primärfallzahlen der Zentren hat sich im Bereich BZ, PZ und LZ als sehr sinnvoll erwiesen. Durch eine vorherige Prüfung konnte der Datenabgleich der Primärfälle mit dem Klinischen Krebsregister (KKR) optimiert werden.

In Zusammenarbeit mit dem Klinischen Krebsregister Dresden fand im Oktober 2022 die dritte Ergebniskonferenz mit positiven Feedback statt.

Qualitätsziele 2022 / 2023

1. QM-Zertifizierung der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums durch TÜV Süd im Juni 2022
2. Erfolgreiche Rezertifizierung des Onkologischen Zentrums inkl. Organkrebszentren im September 2022
3. Ausbau des Netzwerkes kooperierender Krankenhäuser im Sinne der Anforderungen des Krankenhausplan
4. Durchführung einer anonymisierten Einweiserzufriedenheitsbefragung
5. Durchführung einer Patientenveranstaltung für 2022
6. Erstellung eines einheitlichen Konzepts für onkologische Weiterbildungen am SKDD

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

1. Entwicklung des Qualitätsmanagements im Betrachtungszeitraum

Allgemeines

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

Die QM-Erstzertifizierung der Geschäftsstelle ist im Mai 2019 erfolgt. Die Rezertifizierung ist für Juni 2023 geplant.

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

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

Maßnahmen vorangegangener Managementbewertungen

Siehe Maßnahmenplan GOZ

Dateiname: OZ_IN_Qualitätsbericht_Onkologisches Zentrum	erstellt: Fr. Schulze	freigegeben am: 13.06.2023
Dokumentnummer: IN_044	Revisionsstand: 01	Freigabe: Dr. Schmalenberg
		nächste Prüfung: 15.06.2024

2. Relevante Veränderungen (retro-, prospektiv)

Relevante gesetzliche Änderungen, Leitlinien, Anforderungen von Fachgesellschaften

Seit September 2018 ist das Onkologische Zentrum am Städtischen Klinikum Dresden im Sächsischen Krankenhausplan enthalten. Somit war das Onkologische Zentrum wieder Teil der Kassenverhandlungen im September 2022, wie auch schon 2021 und 2020. Die Vorbereitung dessen erfolgte in Zusammenarbeit zwischen der Abteilung für Finanzen und der GOZ.

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

Leitlinien werden laufend aktualisiert. Patientenpfade wurden zum Teil neu erstellt und angepasst. Vorbereitungen zur Umsetzung des neuen Basisdatensatzes sind erfolgt.

Relevante wettbewerbliche Veränderungen

Zu der Entität Speiseröhre wurden die Mindestmengen des G-BA veröffentlicht und traten ab 01.01.23 in Kraft. Die Anforderung erfüllen in Sachsen insgesamt sieben Krankenhäuser, u.a. das Städtische Klinikum (Standort Friedrichstadt).

Zu den Entitäten Lungenkarzinom, Mammakarzinom und Pankreaskarzinom wurden Mindestmengen veröffentlicht und mit einer Übergangsfrist bis 2024 in Kraft gesetzt.

Bewertung

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

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

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

s. Maßnahmenplan

3. Leitbild, Qualitätspolitik und Zielerreichung

Leitbild und Qualitätspolitik

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

Qualitätsziele, Maßnahmen und Projekte

Die Qualitätsziele des Onkologischen Zentrums wurden 2019 aktualisiert. Ein Maßnahmenplan ist für das Onkologische Zentrum und die Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums vorhanden.

Grundlage für die ständige Verbesserung des Zentrums, im Sinne eines PDCA-Zyklus, stellen die umfangreichen Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft dar, die auch im Jahr 2022 erfolgreich abgeschlossen wurden.

Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den Zentrumsregelungen des GBA:

1.) Übersicht der Qualifikationen der im Zentrum tätigen Ärzte

Fachbereich	Name	Qualifikation	Anzahl FÄ* (u.a. mit Sub- spezialisierung)
Allg.- u. Viszeralchirurgie	Chefarzt Prof. Dr. med. Sören Torge Mees	Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ	7
Dermatologie	Chefarzt Prof. Dr. med. Uwe Wollina	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten	3
Gastroenterologie	Chefarzt Dr. med. Sven Wollschläger	Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologe, Diabetologe, Endokrinologie	5
Gynäkologie	Chefarzt Dr. med. Markus Grebe	Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe	6
Gynäkologie 2	Chefarzt Dr. med. Udo Nitschke	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	3
HNO	Chefarzt Prof. Dr. med. Friedemann Pabst	Facharzt für HNO-Heilkunde, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie; Zusatz-Weiterbildung Plastische Operationen & Spezielle HNO-Chirurgie	3
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Oberärztin Dr. med. Anke Krause	Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1
Neurochirurgie	Chefarzt Prof. Dr. med. Florian Stockhammer	Facharzt für Neurochirurgie	5

Fachbereich	Name	Qualifikation	Anzahl FÄ* (u.a. mit Sub- spezialisierung)
Onkologie	Chefarzt Dr. med. Harald Schmalenberg	Facharzt für Innere Medizin Hämatologie, internistische Onkologie und Palliativmedizin	5
Orthopädie	Chefarzt Prof. Dr. med. Torsten Kluba	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Spezielle Orthopädische Chirurgie	3
Pathologie	Chefärztin Priv.-Doz. Dr. med Jakob	Fachärztin für Pathologie	6
Plastische Chirurgie	Chefarzt Dr. med. Sönke Eger	Facharzt für Plastische Chirurgie	5
Pulmologie	Oberarzt Dr. med. Frederik Frenzen	Facharzt für Innere Medizin, Infektologie, Pulmologe	1
Radiologie	Chefarzt Prof. Dr. med. Thomas Kittner	Facharzt für Radiologie	10
Thoraxchirurgie	Chefarzt Dr. med. Steffen Gerlach	Facharzt für Thoraxchirurgie	2
Urologie	Chefarzt Dr. med. Fred Schuster	Facharzt für Urologie	8

*Fachärzte

2.) Mindestfallzahlen

Die Mindestfallzahlen werden entsprechend den Zertifizierungsanforderungen erfüllt.

Siehe Zertrechner:

Ansprechpartner ¹⁾		Frau Schulze Z		Erstelldatum (tt.mm.jjjj) ³⁾		13.06.2023	
				Datum Erstzertifizierung		06.10.2015 Z	
				Kennzahlenjahr		2022	

Tumorentitäten	Krebserkrankungen ²⁾	Anteil in %	Nachweisstufe/ Mindestprimärfälle / Mindestzentrumfälle / Mindestpatientenfälle				Angabe Zentrum (letztes Kalenderjahr)				
			Z	M	S	T	Nachweisstufe Z, M, S, T, A, V, n	Primärfälle	Rezidive/ Fernmetastasen/ Nicht Primärfälle	Zentrumsfälle/ Patientenfälle/ Gesamtfälle	Geltungs- bereich OZ ohne V
1 Darm	85.390	16,27%	50			25	Z	101	35	136	16,27%
2 Analkarzinom	... ⁷⁾	... ⁷⁾		12			V			0	---
3 Pankreas	14.980	3,72%		25		13	M	53	12	65	3,72%
4 Magen	15.870	3,95%		30		15	M	33	9	42	3,95%
5 HCC	8.020	2,00%		30		15	M	24	5	29	---
6 Speiseröhre	8.180	1,54%		20		10	M	51	4	55	1,54%
7 Sonst. Gastrointestinale Tumoren (S1) (Gallenwege, Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes, Dünndarm-Tumoren)	3.300	0,82%			...		S	32			0,82%
8 Endokrine Malignome (S4) (inkl. Schilddrüse, Nebenniere, Paraganglien, Hypophyse, Neben-schilddrüse, Neuroendokrine Tumoren)	5.870	1,46%			...		V				---
9 Hämatologische Neoplasien	32.830	8,17%	75 ⁵⁾			38 ⁵⁾	Z	114		134	8,17%
10 Mamma	72.180	17,96%	100			50	Z	155	51	206	17,96%
11 Gynäkologische Tumoren (Cervix, Uterus, Ovar inkl. BOT, Vulva, Vaginal Tumoren, STIC)	26.280	6,54%	50			25	Z	60	22	82	6,54%
12 Haut (Invasives malignes Melanom)	17.800	4,43%	40			20	Z	86	14	100	4,43%
13 Prostata	63.440	15,79%	100			50	Z	176	24	200	15,79%
14 Penis (S6)	950	0,24%			...		V				---
15 Hoden	4.710	1,17%		15	...	8	V			0	---
16 Niere	14.500	3,61%		35 ⁶⁾		18 ⁶⁾	V			0	---
17 Harnblase	15.970	3,97%		50		25	V			0	---
18 Sarkome (inkl. GIST)	6.430	1,60%		50 ⁴⁾		25 ⁴⁾	V			0	---
19 Kopf-Hals-Tumoren (Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, Speicheldrüsen)	17.130	4,26%		75		37	M	108	26	134	4,26%
20 Neuroonkologische Tumoren	10.000	2,49%		100		50	V			0	---
Gesamt	401.810	100,00%					Gesamt (ohne "V")	993	202	1.183	83,46%
21 Lunge	49.530	12,33%	200			100	V			0	---
22 Mesotheliom	1.600	0,35%		12 ⁸⁾			V				---
23 Kinderonkologie	2.170	0,54%		30 ⁴⁾		15 ⁴⁾	n				---
Gesamt mit Lunge / Mesotheliom / Kinderonkologie	455.110	113,22%					Gesamt mit Lunge / Mesotheliom / KIO (ohne "V")	993	202	1.183	83,46%

Maßnahmen zur Qualitätssicherung:

1.) Übersicht erstellter SOPs/Behandlungspfade

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

2.) Durchgeführte Fort und Weiterbildungen (2022 bis 05/23):

- 12.01.22: San Antonio 2021 – Was gibt es Neues?
- 19.01.22: „Blutbildveränderungen in der täglichen Praxis – Diagnostik und Therapie Teil I: Erkrankung der Thrombozyten“ – Onkozentrums Dresden
- 09.03.22: „Blutbildveränderungen in der täglichen Praxis – Diagnostik und Therapie Teil II: Erkrankung der Leukozyten“ – Onkozentrums Dresden
- 16.03.22: „Medizin am Mittwoch“ zum Thema: Diagnostik und Therapie von Pankreastumoren
- 30.03.22: „Unklare Lymphknotenschwellungen-wie weiter und was kann daraus werden?“
- 30.03.22 Onkologische Fortbildung zum Thema: " Diagnostik und Therapie bei Hals-Nasen-Ohren Tumoren"
- 13.04.22: „Medizin am Mittwoch“ zum Thema: Lebererkrankungen
- 18.05.22: „Medizin am Mittwoch“ zum Thema: Übersicht onkologische Chirurgie bei Magen- und Speiseröhrenkreberkrankungen
- 15.06.22: Sommerseminar Prostatazentrum
- 29.06.22: „Medizin am Mittwoch“ zum Thema: Therapie einer Peritonealkarzinose
- 07.09.22: „Medizin am Mittwoch“ zum Thema: Ernährungs-therapie zur Unterstützung einer onkologischen Behandlung
- 26.10.22 „Medizin am Mittwoch“ zum Thema: Sonnenschutz- Wie gut ist der Schutz vor Hautkrebs?
- 13.10.22: 3. Regionale Ergebniskonferenz am mit den Entitäten Larynx- und Mundhöhlenkarzinome
- 11/2022: Fortbildungsveranstaltung zu urologischen/uro-/radio-onkologischen Themen in Kooperation mit dem Malteser Krankenhaus St. Carolus in Görlitz

- 24.-25.11.22: DAGV OP-Workshop – Komplexe Pankreaschirurgie
- 07.12.22: „Blutbildveränderungen - Erythrozyten“ – Onkozentrum Dresden
- 17.03.23: Dresdner Lebertagung
- 25.03.23 Dresdner Dermatologische Demonstration
- 20.04.23: Interdisziplinäre Therapie von Ösophaguserkrankungen

3.) Strukturierter Austausch mit anderen Onkologischen Zentren

Im Bereich des Zentrums für Hämatologische Neoplasien werden ausgewählte Patienten und ihre Therapieempfehlungen des Zentrums nochmals im entsprechendem Tumorboard des Universitätsklinikums Dresdens besprochen und ggf. angepasst (im Jahr 2022 waren es 24 Vorstellungen).

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

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

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

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

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

4.) Forschungstätigkeit und Mitarbeit in Fachgesellschaften

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

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

4.2) Mitarbeit an wissenschaftliche Publikationen im Bereich Onkologie 2022

- Stelzner S et al (2022): Beyond Total Mesorectal excision - compartment-based Anatomy of the Pelvis Revisited for Exenterative Pelvic Surgery. Ann Surg.
- Jackisch J et al (2022): Tailored concept for the plastic closure of pelvic defects resulting from extralevator abdominoperineal excision (ELAPE) or pelvic exenteration. Int J Colorectal Dis. 37(7):1669-1679.
- Schumann K et al (2022): Real world outcomes using PD-1 antibodies and BRAF+MEK inhibitors for adjuvant melanoma treatment from 39 skin cancer centers in Germany, Austria and Switzerland. J Eur Acad Dermatol Venereol.
- Garbe C et al (Central Malignant Melanoma Registry (CMMR)) (2022): Prognosis of patients with primary melanoma stage I and II according to American Joint Committee on Cancer Version 8 validated in two independent cohorts: implications for adjuvant treatment. J Clin Oncol. 40: 3741-3749.
- Wollina U (2022): Melanoma surgery – an update. Dermatol Ther. 35: e15966.
- V. Piechotta et al (Guideline group) (2022): Patients With Multiple Myeloma or Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance. Dtsch Arztebl Int .119(14):253-260.
- Fokas E et al German Rectal Cancer Study Group (2022): Chemoradiotherapy Plus Induction or Consolidation Chemotherapy as Total Neoadjuvant Therapy for Patients With Locally Advanced Rectal Cancer: Long-term Results of the CAO/ARO/AIO-12 Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 8(1):e215445.

4.3) Studienteilnahme

Durchführende Einheit	Studie	Anzahl Pat. (Zeitraum 01.01.22-31.12.22)
Studienzentrale des Städtischen Klinikums Dresden	OvarialCa AGO	4
	Myelomregister	13
	ADOREG	11
	HPV-Register	17
	PREVENT	2
	MOONLIGHT	1
	RAMIRIS	3
	HOLIPANC	4
	Neo-Response	2
	PyloResPres	2
	PCO	37

Durchführende Einheit	Studie	Anzahl Pat. (Zeitraum 01.01.22-31.12.22)
radiotherapie dresden MVZ GmbH und Abteilung Strahlentherapie, Standort Friedrichsstadt	Oligoma	1
Onkozentrum Dresden (amb. Onkologen) Leipziger Straße 118 01127 Dresden	Eucharis-Register	1
	OPAL Register	11
	Perform-NIS	2
	Smaragd-Register	2
	Colopredict-Register	3
	Azurite-Register	1
	Platon-Register	3
	JADE-NIS	1
	Pankreas Register	1
Gemeinschaftspraxis Hämatologie - Onkologie (amb. Onkologen), Arnoldstrasse 18 01307 Dresden	OPAL Register	3
	Importance	1
	SAPHIR Register	1
	INGA NIS	1
		128

5.) Durchführung Tumorkonferenzen

Tumorboard	Zeit	Empfehlungen 2022
Kopf-Hals-Tumoren	Montag, 14.00 Uhr	258
Neuroonkologische Tumoren	Montag, 14.30 Uhr	322
Prostata- und urologische Tumoren	Dienstag, 15.00 Uhr	305
Tumorkonferenz Neustadt	Mittwoch, 14.30 Uhr	124
Dermatologische Tumoren	Mittwoch, 14.30 Uhr	87
Knochen- und Weichgewebstumoren des Stütz- und Bewegungsorgans	Mittwoch, 14.30 Uhr	71
Solide Tumoren und hämatologische Systemerkrankungen	Mittwoch, 14.30 Uhr	1288
Mamma- und gynäkologische Tumoren	Donnerstag, 14.30 Uhr	628
Thorakale Tumoren	Donnerstag, 14.00 Uhr	174
Gesamt		3257 (+5,6 %)

Mitgeltende Dokumente:

- Projekt- und Maßnahmenpläne

Bewertung
<p>Qualitätsziele sind aktuell. Die Qualitätsanforderungen nach den Zentrumsregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden erfüllt und die jährlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden dargestellt.</p>
Verbesserungspotentiale/Maßnahmen
<p>Jährliche Überprüfung der Qualitätsziele Erarbeitung Qualitätspolitik für das Onkologischen Zentrum, wenn das Leitbild des Städtischen Klinikums verabschiedet ist. Jährliche Überprüfung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Zentrums</p>

4. Organisation, Konzeption und Dokumentation

Organigramm

Das Organigramm ist aktuell.

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

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

Mitgeltende Dokumente:

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

Bewertung
<p>Strukturen und Verantwortlichkeiten sind definiert und festgelegt. Konzepte und Verfahrensanweisungen entsprechen dem aktuellen Stand und werden weiterentwickelt.</p>
Verbesserungspotentiale/Maßnahmen
<p>Jährliche Überprüfung der Prozesse</p>

5. Interne Kommunikation

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

Mitgeltende Dokumente

- Besprechungsmatrix
- QM-Jahresplan

Bewertung
Die Kommunikationsprozesse werden grundsätzlich als zufriedenstellend bewertet.
Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

6. Infrastrukturelle Ressourcen

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

Im Januar 2023 wurde Onko.net seitens der Firma Dedalus gekündigt. Damit wird der Support zum 31.07.23 eingestellt. Als neues Tumordokumentationssoftware wurde sich für das Gießener Tumordokumentationssystem (GTDS) entschieden, welches ab 01.07.23 genutzt werden soll. Es ist angestrebt, dass die Altdaten in das neue System übernommen werden.

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

Zur Online-Teilnahme an Tumorkonferenz wurde im März 2021 das Tool TeamViewer durch die Plattform BigBlueButton abgelöst.

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

Das seit Mai 2022 neue PACS System wird neue Möglichkeiten zur direkten Bild-Übertragung der umliegenden Krankenhäuser bieten.

Bewertung	Es muss geprüft werden wie die neue Software die Anforderungen erfüllt TKmed® funktioniert zufriedenstellend, dennoch erfolgt die Zusendung externer radiologischer Bilder zumeist per CD, da das System von den Zuweisern nur wenig angenommen wird. BigBlueButton funktioniert erwartungsgemäß, Schwachstelle: Teilnahme an zwei Online-Konferenzen zur gleichzeitigen Übertragung von Onko.net und radiologischen Bildern.
Verbesserungspotentiale/Maßnahmen	Weitere Verfolgung der offenen Punkte über den Jour fixe mit der IT (s. Maßnahmenplan IT), weiterhin Aufnahme von Verbesserungswünschen durch die Nutzer in den Maßnahmenplan.

7. Ergebnisse von Audits, Selbst- und Fremdbewertungen

Im Rahmen der Vorbereitung zur QM-Zertifizierung der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums erfolgte das interne Audit am 25.05.23

Mitgeltende Dokumente

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

Folgende Audits und Begehungen fanden im Betrachtungszeitraum statt:

- Interne Audits: 25.05.2023

<p>Bewertung</p>
<p>Die Maßnahmen aus den internen Audits sind im Maßnahmenplan der Geschäftsstelle hinterlegt. Es sind alle Maßnahmen abgearbeitet wurden.</p> <p>Das Audit hat ergeben, dass das QM-System implementiert und funktionsfähig ist.</p>
<p>Verbesserungspotentiale/Maßnahmen</p>
<p>Verbesserungspotentiale werden über interne Audits identifiziert und über einen Maßnahmenplan weiterverfolgt.</p>

8. Rückmeldungen von Kunden

Patienten

Die letzte Patientenzufriedenheitsbefragung des Onkologischen Zentrums wurde vom 01.08.20 – 31.10.2021 durchgeführt.

Mitarbeiter

Die letzte Mitarbeiterbefragung des Klinikums wurde vom 27.09.21 – 22.10.2021 durch die Abteilung QM durchgeführt.

Einweiser

Eine Befragung hinsichtlich der Einweiser fand im Mai 2022 durch das Onkologische Zentrum in Zusammenarbeit mit der Abteilung QM statt.

Kostenträger

Kassenverhandlungen im Jahr 2022

Kooperationspartner

Keine Rückmeldungen in den letzten 3 Jahren

Bewertung

In der Patientenbefragung wurden in allen Kategorien gute bis sehr gute Ergebnisse erreicht, sodass kaum Verbesserungspotential ableitbar war

Die Kommunikation von abgeleiteten Maßnahmen aus der Mitarbeiterbefragung erfolgte durch die QM-Abteilung.

Die Zufriedenheitsquote bei den Einweisern ist gut. Keine Auffälligkeiten lassen sich bei den Skalafragen erkennen. Die Anzahl der Rückläufer hat sich im Vergleich zu 2019 deutlich reduziert (- 14,38%).

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Das Konzept für die nächste Einweiserbefragung (2025) sollte überarbeitet werden, um die Rücklaufquote zu steigern.

9. Kommunikation mit den Kunden / Öffentlichkeitsarbeit

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

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

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

Am 13.10.2022 fand die jährliche regionale Ergebniskonferenz in Zusammenarbeit mit dem Klinischen Krebsregister Sachsen für Kooperationspartner statt. Die Koordination erfolgte über die GOZ.

Am 22.06.22 wurde erstmals der Benefizlauf „Laufend gegen Krebs“ der Sächsischen Krebsgesellschaft in Dresden durchgeführt. Das Städtische Klinikum Dresden trat bei dieser Veranstaltung als Hauptsponsor auf. Das Bühnenprogramm, Ausstellungflächen wurden durch das Klinikum mitgestaltet. Die Mitarbeiter nahmen als ein Team an der Veranstaltung teil. Die Koordination erfolgte über die GOZ. Die nächste Veranstaltung ist für 21.06.23 geplant.

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

Mitgeltende Dokumente:

Jahresplan

Protokolle der Vorstandssitzungen und Qualitätszirkel.

Bewertung

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

Die Internetseite des Onkologischen Zentrums wurde 2019 vollständig überarbeitet und seitdem jährlich überprüft und ggf. aktualisiert. Sie wird als verbessert wahrgenommen.

Die dritte Ergebniskonferenz des Onkologischen Zentrums fand am 13.10.22 erfolgreich statt. Insgesamt nahmen ca. 380 Personen, davon 141 Mitarbeiter und Personalangehörige, der Veranstaltung „Laufend gegen Krebs“ teil. Das wird als sehr positiv bewertet.

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Es fällt auf, dass das coronabedingte online-Format der QZ und Vorstandssitzungen den persönlichen Austausch einschränkt, daher sollen die Veranstaltungen wieder als Präsenz-Veranstaltungen stattfinden, soweit möglich.

10. Ergebnisse von Prozessmessungen (Prozessmanagement)

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

Mitgeltende Dokumente

- Kennzahlenmatrix GOZ
- Maßnahmenplan GOZ
- Maßnahmenplan OnkoZert

Bewertung

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

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Siehe Maßnahmenpläne

11. Status von Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen

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

Mitgeltende Unterlagen:

Maßnahmenpläne der Geschäftsstelle des onkologischen Zentrums