



Jahresbericht 2024

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.



Eine gemeinsame Einrichtung von:



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
Juliane Ahnert
Dr. rer. medic. Maike Bergmann
Sophie Biesenthal
Jasmin Eichler
Marianne Gottburg
Julia Häfner
Karina Noack
Carolin Schwabe

Kontaktadresse:

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

©Jahresbericht NCT/UCC 2024, Stand: 03/2025

Gestaltung: Ketchum Pleon GmbH, Dresden

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	8
Vorwort	11
Qualitätspolitik und übergeordnete strategische Ziele des Onkologischen Zentrums	12
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	14
Onkologisches Zentrum	19
Hauttumorzentrum	41
Gynäkologisches Krebszentrum	56
Regionales Brustzentrum Dresden	74
Zentrum für Hämatologische Neoplasien	92
Viszeralonkologisches Zentrum	110
Sarkomzentrum.....	129
Kinderonkologisches Zentrum	145
Kopf-Hals-Tumorzentrum	161
Neuroonkologisches Zentrum	176
Uroonkologisches Zentrum.....	190
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs	205

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Jahresziele 2024 des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC	13
Tabelle 2: Zertifizierung der Organkrebszentren/Module/Schwerpunkte am NCT/UCC	15
Tabelle 3: Zertifizierung der Kooperationspartner	15
Tabelle 4: Anzahl an Fachärztinnen und Fachärzte im Onkologischen Zentrum	22
Tabelle 5: Weitere Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten 2024	27
Tabelle 6: Workshops 2024	27
Tabelle 7: Fallzahlentwicklung im Onkologischen Zentrum - Zertrechner OnkoZert	32
Tabelle 8: Maßnahmen aus dem digitalen Feedback	35
Tabelle 9: Mitwirkung an Leitlinien	36
Tabelle 10: Auszug der zur Rekrutierung geöffneten Studien 2024	38
Tabelle 11: Qualifikationsmatrix Hauttumorzentrum 2024	43
Tabelle 12: Jahresziele 2024 des Hauttumorzentrums	44
Tabelle 13: Inanspruchnahme der Sprechstunden des Hauttumorzentrums	48
Tabelle 14: Primärfälle und Rezidive/Metastasen des Hauttumorzentrums 2022-2024	48
Tabelle 15: Dermatologische Operationen 2022-2024	48
Tabelle 16: Neu eingeleitete Tumortherapien Hauttumorzentrum 2022-2024	48
Tabelle 17: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst Hauttumorzentrum	
2022-2024	49
Tabelle 18: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Hauttumorzentrum 2022-2024	49
Tabelle 19: Kennzahlen zur Dermatologischen Tumorkonferenz nach DKG-Vorgaben 2022-2024	51
Tabelle 20: Datenqualität DKG-Kennzahlen Hauttumorzentrum 2024	52
Tabelle 21: Studieneinschlüsse Hauttumorzentrum 2022-2024	52
Tabelle 22: Qualifikationsmatrix Gynäkologisches Krebszentrum	57
Tabelle 23: Jahresziele des Gynäkologischen Krebszentrums 2024	58
Tabelle 24: Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums 2024	63
Tabelle 25: Entwicklung der Fallzahlen je Tumorentität Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024	64
Tabelle 26: Betreuung, Anteil überschwellig belasteter Patientinnen und Screening durch den psychoonkologischen Dienst Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024	66
Tabelle 27: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung GZ 2022-2024	67
Tabelle 28: Datenqualität DKG-Kennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum 2024	69
Tabelle 29: Studienquote Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024	70
Tabelle 30: Qualifikationsmatrix Regionales Brustzentrum Dresden - Standort UKD	75
Tabelle 31: Jahresziele des Regionalen Brustzentrums Dresden 2024	76
Tabelle 32: Fort- und Weiterbildungsangebote Regionales Brustzentrum Dresden 2024	81
Tabelle 33: Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1 RBZ 2022-2024	83
Tabelle 34: Mastektomierate RBZ 2022-2024	83
Tabelle 35: Revisionsoperationen RBZ 2022-2024	83
Tabelle 36: Psychoonkologisches Screening RBZ 2022-2024	84
Tabelle 37: Anteil überschwellig belastete Patientinnen und Patienten 2022-2024	84
Tabelle 38: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst RBZ 2022-2024	84
Tabelle 39: Betreuung durch den Sozialdienst RBZ 2022-2024	85
Tabelle 40: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung RBZ 2022-2024	85
Tabelle 41: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Diagnostik-Operation/Therapiestart RBZ 2022-2024	85
Tabelle 42: Datenqualität DKG-Kennzahlen Regionales Brustzentrum Dresden 2024	88
Tabelle 43: Studienquote Regionales Brustzentrum Dresden 2022-2024	88
Tabelle 44: Qualifikationsmatrix Zentrum für Hämatologische Neoplasien	93
Tabelle 45: Jahresziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien 2024	94

Tabelle 46: Fort- und Weiterbildungen HAEZ 2024.....	99
Tabelle 47: Anteil psychoonkologische Betreuung und Screening HAEZ 2022-2024.....	102
Tabelle 48: Betreuung durch den Sozialdienst HAEZ 2022-2024.....	102
Tabelle 49: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung HAEZ 2022-2024.....	103
Tabelle 50: Anzahl durchgeführter Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2024.....	103
Tabelle 51: Datenqualität DKG-Kennzahlen Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2024.....	105
Tabelle 52: Studienquote Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2022-2024.....	105
Tabelle 53: Qualifikationsmatrix Viszeralonkologisches Zentrum.....	111
Tabelle 54: Jahresziele 2024 des Viszeralonkologischen Zentrums.....	112
Tabelle 55: Fort- und Weiterbildungen Viszeralonkologisches Zentrum 2024.....	115
Tabelle 56: OP-Kurse Dresden School of Surgical Oncology 2024.....	115
Tabelle 57: Anforderungen der Fachgesellschaften an die operative Expertise VOZ.....	117
Tabelle 58: Psychoonkologisches Screening VOZ 2022-2024.....	118
Tabelle 59: Betreuung durch den Sozialdienst VOZ 2022-2024.....	119
Tabelle 60: Wartezeitenerfassung VOZ 2024.....	120
Tabelle 61: Datenqualität der DKG-Kennzahlen VOZ 2024.....	125
Tabelle 62: Studienquote VOZ 2022-2024.....	125
Tabelle 63: Qualifikationsmatrix Sarkomzentrum (SAR).....	130
Tabelle 64: Jahresziele 2024 des Sarkomzentrums am NCT/UCC.....	131
Tabelle 65: Psychoonkologische und sozialrechtliche Betreuung im Sarkomzentrum 2022-2024 - relative Häufigkeiten.....	136
Tabelle 66: Wartezeiten im Sarkomzentrum 2022-2024 - Mittelwerte.....	136
Tabelle 67: Datenqualität DKG-Kennzahlen Sarkomzentrum 2024.....	140
Tabelle 68: Studienquote Sarkomzentrum 2022-2024.....	140
Tabelle 69: Qualifikationsmatrix Kinderonkologisches Zentrum.....	146
Tabelle 70: Jahresziele 2024 Kinderonkologisches Zentrum.....	147
Tabelle 71: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Kinderonkologisches Zentrum 2024.....	150
Tabelle 72: Abgeschlossene Bestrahlungsserien Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024.....	153
Tabelle 73: Betreuung durch den psychosozialen Dienst des Kinderonkologischen Zentrums 2022-2024.....	154
Tabelle 74: Datenqualität DKG-Kennzahlen Kinderonkologisches Zentrum 2024.....	156
Tabelle 75: Studienquote Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024.....	156
Tabelle 76: Qualifikationsmatrix Kopf-Hals-Tumorzentrum.....	162
Tabelle 77: Jahresziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums 2024.....	163
Tabelle 78: Fortbildungsangebote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2024.....	167
Tabelle 79: Anteil psychoonkologischer Betreuung und Screening Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024.....	170
Tabelle 80: Betreuung durch den Sozialdienst Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024.....	170
Tabelle 81: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum HNO-Sprechstunde 2022-2024.....	170
Tabelle 82: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum MKG-Sprechstunde 2022-2024.....	170
Tabelle 83: Datenqualität DKG-Kennzahlen Kopf-Hals-Tumorzentrum 2024.....	172
Tabelle 84: Studienquote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024.....	173
Tabelle 85: Qualifikationsmatrix Neuroonkologisches Zentrum.....	177
Tabelle 86: Jahresziele 2024 Neuroonkologisches Zentrum.....	177
Tabelle 87: Übersicht interne Audits Teilbereiche des NOZ 2024.....	179
Tabelle 88: Operative Primärfälle NOZ 2022-2024.....	182
Tabelle 89: Abgeschlossene Bestrahlungsserien neuroonkologischer Fälle 2022-2024.....	183

Tabelle 90: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst NOZ 2022-2024	183
Tabelle 91: Datenqualität DKG-Kennzahlen NOZ 2024	186
Tabelle 92: Studienquote Neuroonkologisches Zentrum 2022-2024	186
Tabelle 93: Qualifikationsmatrix Uroonkologisches Zentrum	191
Tabelle 94: Jahresziele des Uroonkologischen Zentrums 2024/2025	191
Tabelle 95: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst UOZ 2022-2024.....	197
Tabelle 96: Psychoonkologisches Screening UOZ 2024.....	198
Tabelle 97: Betreuung durch den Sozialdienst UOZ 2022-2024	198
Tabelle 98: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Uroonkologisches Zentrum 2022-2024.....	198
Tabelle 99: Datenqualität DKG-Kennzahlen Uroonkologisches Zentrum 2024	201
Tabelle 100: Studienquote Uroonkologisches Zentrum 2022-2024	201
Tabelle 101: Jahresziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2024	206
Tabelle 102: Fort- und Weiterbildungsangebote FBREK 2024	208
Tabelle 103: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung FBREK 2022-2024.....	211
Tabelle 104: Datenqualität DKG-Kennzahlen Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2024.....	211

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	16
Abbildung 2: Entwicklung der Patientenzahlen im NCT/UCC (Datenstand: 26. Februar 2025).....	19
Abbildung 3: Patientenzahlen pro Jahr und Postleitzahlengebiet im Einzugsgebiet des NCT/UCC.....	20
Abbildung 4: Struktur des Onkologischen Zentrums	21
Abbildung 5: Wöchentliche Tumorkonferenzen im NCT/UCC.....	24
Abbildung 6: Lieferantenbewertung 2024	30
Abbildung 7: Patientinnen- und Patientenbesuche in der interdisziplinären Kernambulanz.....	31
Abbildung 8: Anzahl der Tumorkonferenzempfehlungen in den interdisziplinären Tumorkonferenzen	32
Abbildung 9: Überprüfung der Tumorboardcompliance	33
Abbildung 10: Vergleich der Tumorboardcompliance zwischen den Tumorkonferenzen/ Organkrebszentren	34
Abbildung 11: Allgemeine Zufriedenheit 2024.....	35
Abbildung 12: Struktur des Hauttumorzentrums.....	41
Abbildung 13: Anzahl Primärfälle des Hauttumorzentrums 2014-2024	42
Abbildung 14: Verteilung der Patientinnen und Patienten im Hauttumorzentrum	42
Abbildung 15: Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten Hautklinik 2024	46
Abbildung 16: Anzahl vorgestellter Patientinnen und Patienten inkl. Anzahl Tumorkonferenzempfehlungen Hauttumorzentrum 2015-2024	50
Abbildung 17: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Hauttumorzentrum 2024	51
Abbildung 18: Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums	56
Abbildung 19: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser GZ 2023.....	59
Abbildung 20: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen Gynäkologisches Krebszentrum 2024	60
Abbildung 21: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 / GZ 2024.....	61
Abbildung 22: Primär- und Zentrumsfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024	64
Abbildung 23: Operative Primärfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024.....	65
Abbildung 24: Anteil Patientinnen mit einem Angebot zur genetischen BRCA-Testung Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024	65
Abbildung 25: Betreuung durch den Sozialdienst GZ 2022-2024	67
Abbildung 26: Anzahl Tumorboardempfehlungen Gynäkologisches Krebszentrum 2015-2024.....	68
Abbildung 27: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance GZ 2024.....	69
Abbildung 28: Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden	74
Abbildung 29: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser RBZ 2023.....	78
Abbildung 30: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio Patientinnen und -patientenbefragung RBZ 2024	79
Abbildung 31: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 / GYN-NCT 2024.....	79
Abbildung 32: Primärfälle Regionales Brustzentrum Dresden 2022-2024.....	82
Abbildung 33: Rezidive/Metastasen Regionales Brustzentrum Dresden 2022-2024	82
Abbildung 34: Anzahl Tumorboardempfehlungen RBZ 2015-2024.....	86
Abbildung 35: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ gesamt 2024	87
Abbildung 36: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ je Standort 2024	87
Abbildung 37: Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien	93
Abbildung 38: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser HAEZ 2024....	97
Abbildung 39: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit HAEZ 2024	98
Abbildung 40: Fallzahlentwicklung Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2022-2024	100
Abbildung 41: Patientenfälle nach Diagnosegruppen (n=242) HAEZ 2024	101
Abbildung 42: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien HAEZ 2022-2024	101

Abbildung 43: Entwicklung der Fallvorstellungen gesamt in den Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2022-2024	103
Abbildung 44: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance HAEZ 2024	104
Abbildung 45: Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums.....	110
Abbildung 46: Fallzahlentwicklung VOZ 2022-2024	116
Abbildung 47: Operative Expertise VOZ 2022-2024.....	117
Abbildung 48: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard 2015-2024	121
Abbildung 49: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance VOZ 2024.....	122
Abbildung 50: Begründung für die Nichtumsetzung von Tumorboardbeschlüssen VOZ 2024.....	122
Abbildung 51: Durchschnittliche Zufriedenheitswerte nach Kategorien im Vergleich 2021/2024	123
Abbildung 52: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem VOZ 2024 - Allgemeine Zufriedenheit...	124
Abbildung 53: Struktur des Sarkomzentrums.....	129
Abbildung 54: Fallzahlentwicklung im Sarkomzentrum.....	135
Abbildung 55: Entwicklung der Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Patientenvorstellungen im Sarkomboard 2022-2024.....	137
Abbildung 56: Umsetzung der Tumorboardempfehlungen - Sarkomboard 2024 (n=602 Beschlüsse)	138
Abbildung 57: Ergebnisse der Befragung der Patientinnen und Patienten Sarkomzentrum 2024 - Mittelwerte	139
Abbildung 58: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit Sarkomzentrum (stationär/ambulant) 2024 - absolute Häufigkeiten.....	140
Abbildung 59: Struktur des Kinderonkologischen Zentrums	145
Abbildung 60: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem 2024	149
Abbildung 61: Fallzahlentwicklung Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024	151
Abbildung 62: Zentrumsfälle 2024 nach Diagnosegruppen Kinderonkologisches Zentrum (n=93)	151
Abbildung 63: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024.....	152
Abbildung 64: Fallzahlentwicklung operative Kooperationspartner Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024	153
Abbildung 65: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024	154
Abbildung 66: Entwicklung der Tumorboardvorstellungen Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024	155
Abbildung 67: Entwicklung der Fallvorstellungen in der Bereichsbesprechung KIO 2022-2024	155
Abbildung 68: Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums	161
Abbildung 69: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser KHTZ 2024..	165
Abbildung 70: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten KHTZ 2024	165
Abbildung 71: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2024	166
Abbildung 72: Fallzahlentwicklung Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024	168
Abbildung 73: Operative Expertise am Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024	169
Abbildung 74: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen im Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024	171
Abbildung 75: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance am KHTZ 2024.....	172
Abbildung 76: Struktur des Neuroonkologischen Zentrums.....	176
Abbildung 77: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser NOZ 2024....	179
Abbildung 78: Ergebnisse der postalischen Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten NOZ 2024.....	180
Abbildung 79: Ergebnisse digitales Feedbacksystem NOZ 2024.....	180
Abbildung 80: Fallzahlentwicklung NOZ 2022-2024.....	182
Abbildung 81: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung NOZ 2022-2024.....	184
Abbildung 82: Anzahl Beschlüsse und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Neuroonkologischen Tumorboard 2022-2024.....	184
Abbildung 83: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance NOZ 2024	185

Abbildung 84: Struktur des Uroonkologischen Zentrums.....	190
Abbildung 85: Fallzahlen Prostatakarzinom, Nierenzellkarzinom (Zeitraum 2022-2024), Harnblasenkarzinom (Zeitraum 2022-2024), Hodentumor (Zeitraum 2022-2024), Peniskarzinom (Erfassung seit 2023)	195
Abbildung 86: Anzahl Prostataektomien und Nierenteilresektionen UOZ 2022-2024	196
Abbildung 87: Anzahl Nephrektomien, TURB, Zystektomien, Nephroureterektomie UOZ 2022-2024	196
Abbildung 88: Anzahl Ablatio testis, Lymphadenektomien, Penisteilresektionen/Penektomie UOZ 2022-2024	197
Abbildung 89: Anzahl Tumorboardempfehlungen Uroonkologisches Zentrum 2015-2024	199
Abbildung 90: Anzahl vorgestellte Patientinnen und Patienten Uroonkologische Zentrum 2015-2024 ...	199
Abbildung 91: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Uroonkologisches Zentrum 2024	200
Abbildung 92: Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs	205
Abbildung 93: Anzahl genetische Untersuchungen FBREK 2022-2024	209
Abbildung 94: Detektionsrate im IFNP FBREK 2022-2024.....	209
Abbildung 95: Anteil histologisch gesichertes Mamma-Ca/DCIS nach BIRADS 4/5 und Stadienverteilung FBREK 2022-2024	210
Abbildung 96: Anteil positiver Befunde nach Stanzbiopsie und Anteil Mutationsnachweis Klasse 4/5 FBREK 2022-2024.....	210
Abbildung 97: Anzahl Beschlüsse Gendiagnostikboard FBREK 2022-2024	211

Abkürzungsverzeichnis

ÄD	Ärztlicher Dienst
AGO-Ovar	Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie
AHD	Medizinische Fachangestellte
ALL	Akute Lymphatische Leukämie
AML	Akute Myeloische Leukämie
ASCO	American Society of Clinical Oncology
ASV	Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung
AYA	Heranwachsende und Junge Erwachsene in der Onkologie
CCC	Comprehensive Cancer Center
CCI-CD	Zentrum für Zell- und Immuntherapie Chemnitz-Dresden
CTC	Clinical Trial Center
DeGIR	Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie
DER	Klinik und Poliklinik für Dermatologie
DGA	Deutsche Gesellschaft für Audiologie
DIN	Deutsches Institut für Normung
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DKH	Deutsche Krebshilfe
DKTK	Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung
DRG	Deutsche Röntgengesellschaft
EADO	European Association of Dermato Oncology
EADV	European Academy of Dermatology and Venereology
EBSQ	European Board of Surgical Qualification
ECTU	Early Clinical Trial Unit
EN	Europäische Norm
EHNS	Europäische Kopf-Hals-Gesellschaft
ESMO	Europäische Gesellschaft für Medizinische Onkologie
FA/FÄ	Facharzt/Fachärztin
FBREK	Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
FEBS	Fellow of the European Board of Surgery
FEBNS	Fellow of the European Board of Neurological Surgery
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GCP	Good Clinical Practice
GIST	Gastrointestinaler Stromatumor
GPOH	Gesellschaft für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie
GTH	Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung
GvHD	Graft-versus-Host-Disease
GWT	Gesellschaft für Wissens- und Technologietransfer
GYN	Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
GZ	Gynäkologisches Krebszentrum
HAEZ	Zentrum für Hämatologische Neoplasien
HCC	Hepatozelluläres Karzinom
HIT	Tagung zu Hirntumoren bei Kindern

HNO	Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
IEC	International Electrotechnical Commission
IFNP	Intensiviertes Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm
ILCO	Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs sowie deren Angehörige
IORT	Intraoperative Bestrahlung
IPOS	Integrated Palliative care Outcome Scale
ISO	International Organization for Standardization
JACIE	Joint Accreditation Committee ISCT-Europe & EBMT
KHTZ	Kopf-Hals-Tumorzentrum
KIM	Kommunikation im Medizinwesen
KIO	Kinderonkologisches Zentrum
KLSM	konfokale Laserscanmikroskopie
KMT	Knochenmarktransplantation
KOK	Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege
LC-OCT	Line-Field konfokale optische Kohärenztomografie
LE	Laryngektomie
LLL	Lusvertikimab in Lymphoid Leukemia
MA	Mitarbeiterin/Mitarbeiter
MDS	Myelodysplastisches Syndrom
MGFG	Mitteldeutsche Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.
MII	MedizinInformatik-Initiative
MK1	Medizinische Klinik 1
MKC	Mikroskopisch-kontrollierte Chirurgie
MKG	Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
M&M-Konferenzen	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
MPN	Myeloproliferative Neoplasie
MRT	Magnetresonanztomographie
MUP	Melanoma of unkown primary
NCH	Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie
NCT/UCC	Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Dresden
NOZ	Neuroonkologisches Zentrum
NRS	Nutritional Risk Screening
NUK	Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
OA/OÄ	Oberarzt/Oberärztin
OCC	Onkologisches Centrum Chemnitz
OCT	Optische Kohärenztomographie
OUPC	UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- & Plastische Chirurgie
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OZ	Onkologisches Zentrum
PAT	Institut für Pathologie
PCa	Prostatakarzinom
PHQ-4	Gesundheitsfragebogen für Patienten

POD	Psychoonkologischer Dienst
PSMA	Prostata-Spezifisches-Membran-Antigen
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte/Qualitätsmanagementbeauftragter
RAD	Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Radiologie
RBZ	Regionales Brustzentrum Dresden
SAR	Sarkomzentrum
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedure
STL	Stationsleitung
STR	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
TB	Tumorboard
TDS	Tumordokumentationssystem
TME	Total Mesorectal Excision
TU	Technische Universität
TURP	Transurethrale Resektion der Prostata
UCC	Universitäts KrebsCentrum
UCC-TDS	Tumordokumentationssystem
UKD	Universitätsklinikum Dresden
UOZ	Uroonkologisches Zentrum
URO	Klinik und Poliklinik für Urologie
VAC-Therapie	Vakuumtherapie
VOZ	Viszeralonkologisches Zentrum
VTG	Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
VUS	Varianten unklarer Signifikanz
VWL	Verwaltungsleitung
ZPMO	Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie
ZVK	Zentraler Venenkatheter

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. Vor allem zu Beginn verändert die Krankheit Vieles und bestimmt den privaten aber auch den beruflichen Alltag. Neben Sorge um die Gesundheit, erleben viele Betroffene seelische, familiäre, behandlungsbedingte und finanzielle Belastungen.

Das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC) Dresden hat es sich zur Aufgabe gemacht, Krankenversorgung und Forschung so eng wie möglich zu verknüpfen. Damit können Patientinnen und Patienten mit einer Krebsdiagnose auf dem jeweils neuesten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse behandelt werden. Träger des NCT/UCC sind das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden für die klinische Versorgung der Patientinnen und Patienten, das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg, die Medizinische Fakultät der Technischen Universität (TU) Dresden sowie das Helmholtz-Zentrum Dresden-Rossendorf für die onkologische Forschung.

Das 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 im April 2003 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“. Diese Auszeichnung wurde seither bei jeder Begutachtung erneuert. Zudem profitiert das NCT/UCC Dresden von Exzellenzzentren wie dem OncoRay - Nationales Zentrum für Strahlenforschung in der Onkologie - und dem Partnerstandort Dresden des Deutschen Konsortiums für Translationale Krebsforschung (DKTK).

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 nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der Zertifizierung nach DIN EN ISO des UCC im Jahre 2004 wurden jährlich weitere Organkrebszentren und Module gegründet und nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind zwölf Organkrebszentren/Module sowie der Schwerpunkt eins mit den Tumorentitäten neuroendokrine Tumore des Verdauungstraktes sowie Dünndarntumore am NCT/UCC etabliert und zertifiziert.

Durch das Onkologische Zentrum wird die Zusammenarbeit unter den verschiedenen zertifizierten Organkrebszentren und Modulen und internen sowie externen Kooperationspartnern auf dem

Gebiet der Onkologie übergreifend organisiert und koordiniert. Mit einer vereinheitlichten interdisziplinären Diagnostik, Therapie und Nachsorge verfolgt das Onkologische Zentrum des NCT/UCC eine medizinisch-onkologische Versorgung auf höchstem klinischem und wissenschaftlichem Niveau.

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

Dieser Jahresbericht bietet einen Überblick über die Leistungen und Strukturen des Onkologischen Zentrums sowie der etablierten zertifizierten Organkrebszentren und Module, ausgenommen das Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie (ZPMO). Er erhält Informationen 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 (Hämatologie und Medizinische Onkologie, Leiter des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC Dresden)

Prof. Dr. med. H. Glimm (Translationale Onkologie)

Prof. Dr. med. M. Krause (Radioonkologie)

Prof. Dr. med. J. Weitz (Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie)

Qualitätspolitik und übergeordnete strategische Ziele des Onkologischen Zentrums

Unsere Qualitätspolitik ist darauf ausgerichtet, die bestmögliche Versorgung für alle Tumorpatientinnen und -patienten zu gewährleisten und eine auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende, qualitativ hochwertige Tumordiagnostik und -therapie anzubieten. Dies umfasst die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsstandards, die Gewährleistung der Sicherheit von Patientinnen und Patienten sowie die Förderung der patientenzentrierten Betreuung. Wir erreichen dies durch die Kooperation von Spezialistinnen und Spezialisten aller beteiligten Fachdisziplinen, die enge Verbindung der interdisziplinären Krankenversorgung mit exzellenter Krebsforschung, die Implementierung evidenzbasierter Therapie sowie die regelmäßige Schulung des medizinischen Personals, um aktuelle Entwicklungen in der Onkologie zu integrieren.

Aus der Qualitätspolitik heraus lassen sich folgende übergreifende strategische Ziele für das Onkologische Zentrum des NCT/UCC ableiten:

Wir stellen umfassende Informations- und Unterstützungsdienste für Patientinnen und Patienten und deren Angehörige zur Verfügung, um sie in allen Phasen der Erkrankung zu begleiten.	Wir verbessern die Versorgung der Patientinnen und Patienten durch individuelle Behandlungspläne , die auf den spezifischen Bedürfnissen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten basieren.	Wir unterstützen die Partnerinnen und Partner in der Region beim Ausbau moderner Betreuungsstrukturen im onkologischen Bereich, z. B. durch Teletumorboards.	Wir erhalten und fördern den hohen Qualifikationsstandard und die Motivation der Beschäftigten durch gezielte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen .
Wir gewährleisten eine qualitätsgestützte, leitliniengestützte Versorgung der Patientinnen und Patienten durch ein interdisziplinär arbeitendes Team von Expertinnen und Experten.	Wir fördern die klinische und translationale Forschung zur Entwicklung neuer Therapien und Behandlungsmethoden durch Kooperationen mit Universitäten und Forschungseinrichtungen.	Wir engagieren uns in den Netzwerken der Onkologischen Spitzenzentren der Deutschen Krebshilfe sowie des NCT.	Wir überwachen und verbessern kontinuierlich die Versorgungsqualität durch ein effektives Qualitätsmanagementsystem .

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

Tabelle 1: Jahresziele 2024 des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC

Nr.	Qualitätsziel	Termin	Bemerkung
1	Erstellung einer Broschüre für das Onkologische Zentrum	September 2024	In Erarbeitung.
2	Erstellung eines Kontaktflyer mit Angaben zu den Sprechstunden für die Zuweiserinnen und Zuweiser	Juni 2024	Der Flyer wurde im Januar 2025 versandt.
3	Etablierung eines internen digitalen Newsletters	Juni 2024	Der erste Newsletter wurde im August 2024 versandt.
4	Fortbildungsveranstaltung Krebs im Focus 2x jährlich	Dezember 2024	Zwei Veranstaltungen, im März und Oktober 2024, haben stattgefunden.
5	Durchführung eines gemeinsamen Patiententages des Onkologischen Zentrums inkl. aller Organkrebszentren und Module.	Mai 2024	Der Patiententag fand am 25. Mai 2024 statt.
6	Neugruppierung und Kategorisierung der ORBIS-Kalender in der interdisziplinären Kernambulanz.	Juli 2024	Die Neugruppierung und Kategorisierung wurde im Dezember 2024 abgeschlossen.
7	Etablierung eines elektronischen Patientenportals in der interdisziplinären Kernambulanz im Rahmen eines Pilotprojektes (MII)	Dezember 2024	Die vollständige Umsetzung und Einführung stehen aus. Anpassungen sind erforderlich.
8	Ausbau und Anpassung von PATFORMS – Prüfung der Fragebögen; Abgleich mit dem onkologischem Basisscreening der DKG; weiteres Ausrollen in onkologischen Struktureinheiten	Dezember 2024	Nutzung PATFORMS jetzt auch in GYN und URO. Prüfung und Anpassung noch nicht abgeschlossen.
9	Aktualisierung der Studiendatenbank mit entsprechenden Filterfunktionen	Dezember 2024	Erste Teilschritte wurden umgesetzt. Die vollständige Umsetzung steht aus.
10	Erstellung einer psychoonkologischen Forschungsseite auf nct-dresden.de	Juni 2024	Umsetzung steht aus.
11	Erfolgreiche Rezertifizierung des Onkologischen Zentrums inkl. aller Organkrebszentren und Module.	April 2024	Alle Zentren und Module wurden erfolgreich rezertifiziert.

Nr.	Qualitätsziel	Termin	Bemerkung
12	Erfolgreiche Erweiterung des Uroonkologischen Zentrums.	April 2024	Die Erweiterung konnte erfolgreich abgeschlossen werden.
13	Schaffung einer elektronischen Anforderung der UKD-Service GmbH für eine Ernährungsberatung über LSTM in ORBIS.	März 2024	Die elektronische Anforderung ist eingerichtet.
14	Ausrollen der Erfassung des NRS in weiteren onkologischen Struktureinheiten.	Dezember 2024	Strukturierte Erfassung wurde in der URO Tagesklinik via PATFORMS eingeführt. In der MKG und HNO erfolgt die Erfassung via ORBIS.
15	Etablierung eines Ticketsystems für UCC-TDS	Dezember 2024	Die Umsetzung steht aus.
16	Aufnahme der Inhalte einer Geschäftsordnung in den Standortvertrag	Dezember 2024	Steht aus. Geplant ist die Erstellung einer allgemeingültigen Geschäftsordnung NCT/UCC.
17	Prüfung Einführung CATO-Bettenplaner zur Entlastung der Terminkoordination (Haus 31c, 1. OG)	Dezember 2024	Die Umsetzung steht aus. Update in CATO erforderlich, welches noch aussteht.
18	Erstellung ORBIS-Tool zur Protokollierung der Pflegeberatung	September 2024	Ein ORBIS-Tool steht zur Verfügung.
19	Evaluation der Pflegeberatung	Dezember 2024	Die Evaluation ist erfolgt und die Ergebnisse wurden vorgestellt.
20	Automatischer Versand von TB-Beschlüssen an im TDS hinterlegte Zuweiserinnen und Zuweiser	Juni 2024	Die Umsetzung steht aus.
21	Schaffung der technischen Voraussetzungen zur Nutzung des KIM-Dienstes zur vereinfachten digitalen Kommunikation mit Zuweiserinnen und Zuweiser	September 2024	Die Voraussetzungen wurden geschaffen.

Zu Beginn jeden Jahres erfolgt die Entwicklung der operativen Qualitätsziele interdisziplinär in den verschiedenen Gremien und Teambesprechungen des Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC) Dresden. Die festgelegten Qualitätsziele werden von der Leitung des Onkologischen Zentrums freigegeben. Die Erreichung dieser Ziele wird regelmäßig überprüft und in Zusammenarbeit mit den benannten Verantwortlichen bewertet.

Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Ein wesentliches Merkmal interdisziplinärer medizinischer Zentren wie des NCT/UCC ist die Vielzahl von Schnittstellen zu internen und externen Einrichtungen. Um Übergänge und Abläufe zwischen den verschiedenen Berufsgruppen optimal zu gestalten und abzustimmen, wurde am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC) schon früh ein Qualitätsmanagementsystem gemäß den Anforderungen der DIN EN ISO 9001 implementiert. Dieses wird in allen Geltungsbereichen der klinischen Struktur des NCT/UCC sowie in den Organkrebszentren und Modulen als Führungsinstrument verstanden und ist bereits seit der erstmaligen Zertifizierung im Jahr 2004 ein integraler Bestandteil des NCT/UCC. Der Fokus liegt auf einer systematischen und transparenten Darstellung von Arbeitsabläufen und Verantwortlichkeiten. Besonderer Wert wird zudem auf die kontinuierliche Weiterentwicklung bestehender Prozesse, Arbeitsanweisungen, Leitlinien und SOPs gelegt, um so den fortlaufenden Veränderungen in der Versorgung der Tumorpatientinnen und -patienten gerecht zu werden. Das hohe Qualitätsniveau des Onkologischen

Zentrums wird nicht nur durch die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001, sondern auch durch die Anerkennung von Fachgesellschaften sowie Akkreditierungen der Organkrebszentren und Module sowie der Kooperationspartner gewährleistet.

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

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

Tabelle 3: Zertifizierung der Kooperationspartner

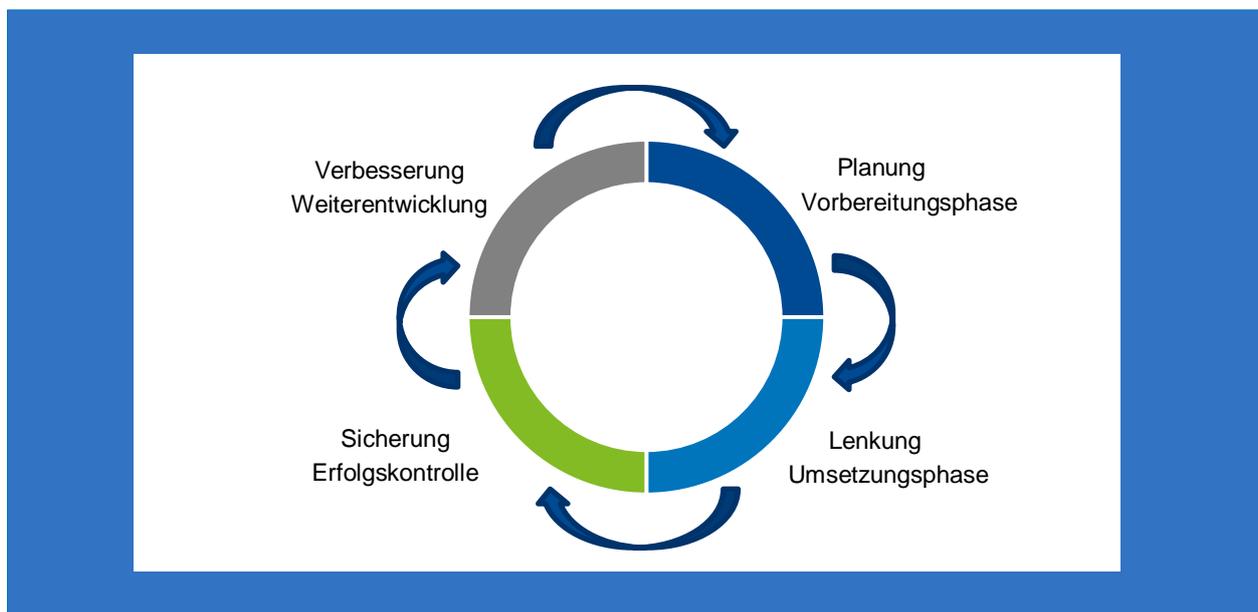
Einrichtung	Zertifizierung
Institut für Pathologie des UKD	Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17020
Tumor- und Normalgewebebank des NCT/UCC	DIN EN ISO 9001
Klinikapotheke	Sächsische Landesapothekerkammer
Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Neuroradiologie	DIN EN ISO 9001, DeGIR-Zentrum für neurovaskuläre Therapien, zertifiziertes neurovaskuläres Netzwerk
Institut und Poliklinik für diagnostische und interventionelle Radiologie	DIN EN ISO 9001; DeGIR-Ausbildungszentrum, DRG-Zentrum Muskuloskelettale Radiologie, DeGIR-Zentrum für minimal-invasive Therapie, minimal-invasive Onkologie und minimal-invasive Gefäßmedizin
Stammzelltransplantation	JACIE
Laborbereich Hämatologische Diagnostik	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189
UniversitätsHämophilieCentrum	Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung (GTH)
Institut für Klinische Genetik	Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189
Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin	Medizinisches Laboratorium Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189, Prüflaboratorium Deutsche Akkreditierung nach DIN EN ISO/IEC 17025
Sächsisches Cochlear Implantat Centrum (SCIC)	Zertifiziertes Audiologisches Zentrum - Deutsche Gesellschaft für Audiologie (DGA)
Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin	Theranostics Center of Excellence der European Association of Nuclear Medicine

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
- Beschwerdemanagement
- Aus- und Weiterbildung
- Überprüfung der Tumorboardcompliance
- Organisationshandbuch AENEIS
- Organigramme
- M&M-Konferenzen
- Maßnahmenplan
- Qualitätsindikatoren
- Kennzahlen DKG / Patientenstatistik
- externe Zertifizierung
- Evaluation

Die genannten Instrumente liefern Ergebnisse, die den Bedarf an medizinischen und/oder organisatorischen Verbesserungen aufzeigen und einen fortlaufenden Verbesserungsprozess fördern. Die Bearbeitung erfolgt interdisziplinär und über die verschiedenen Berufsgruppen und Fachdisziplinen hinweg. Die gewonnenen Ergebnisse werden im jährlichen Bericht berücksichtigt.

Abbildung 1: Kontinuierlicher Verbesserungsprozess





Onkologisches Zentrum

Inhaltsverzeichnis

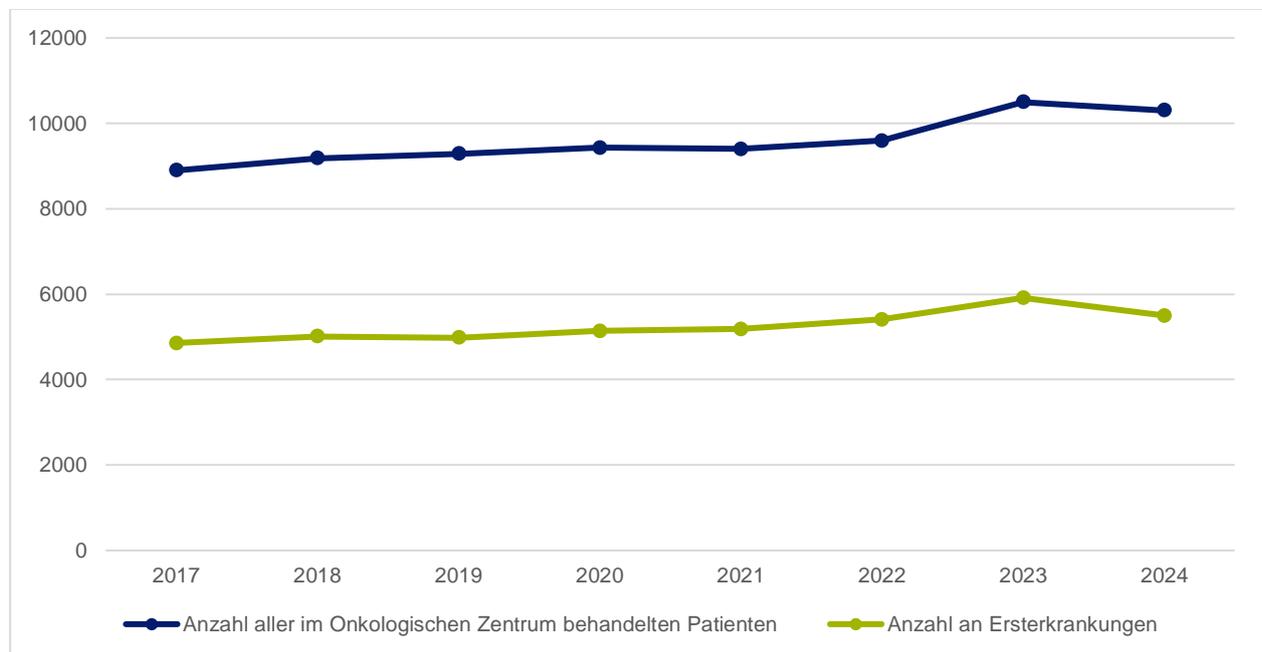
Onkologisches Zentrum	19
Struktur des Onkologischen Zentrums (OZ)	19
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	22
Interdisziplinäre Kernambulanz	22
Tumorkonferenzen	23
Lenkungsgremium/Qualitätszirkel.....	25
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	26
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	26
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	26
Workshops	27
Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Onkologischen Zentren	28
Externe und interne Audits	28
Externe Audits.....	28
Interne Audits	28
Zufriedenheitsbefragungen.....	29
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	29
Zufriedenheit der internen und externen Kooperationspartner	29
Zufriedenheit und Beteiligung der Patientinnen und Patienten.....	29
Lieferantenbewertung.....	30
Öffentlichkeitsarbeit.....	30
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	31
Patientenzahlen.....	31
Interdisziplinäre Tumorboards	32
Tumorboardcompliance	33
Ergebnisse des digitalen Feedbacksystems	34
Forschungstätigkeiten	36
Weiterentwicklung von Leitlinien.....	36
Publikationen.....	37
Klinische Studien.....	38

Onkologisches Zentrum

Struktur des Onkologischen Zentrums (OZ)

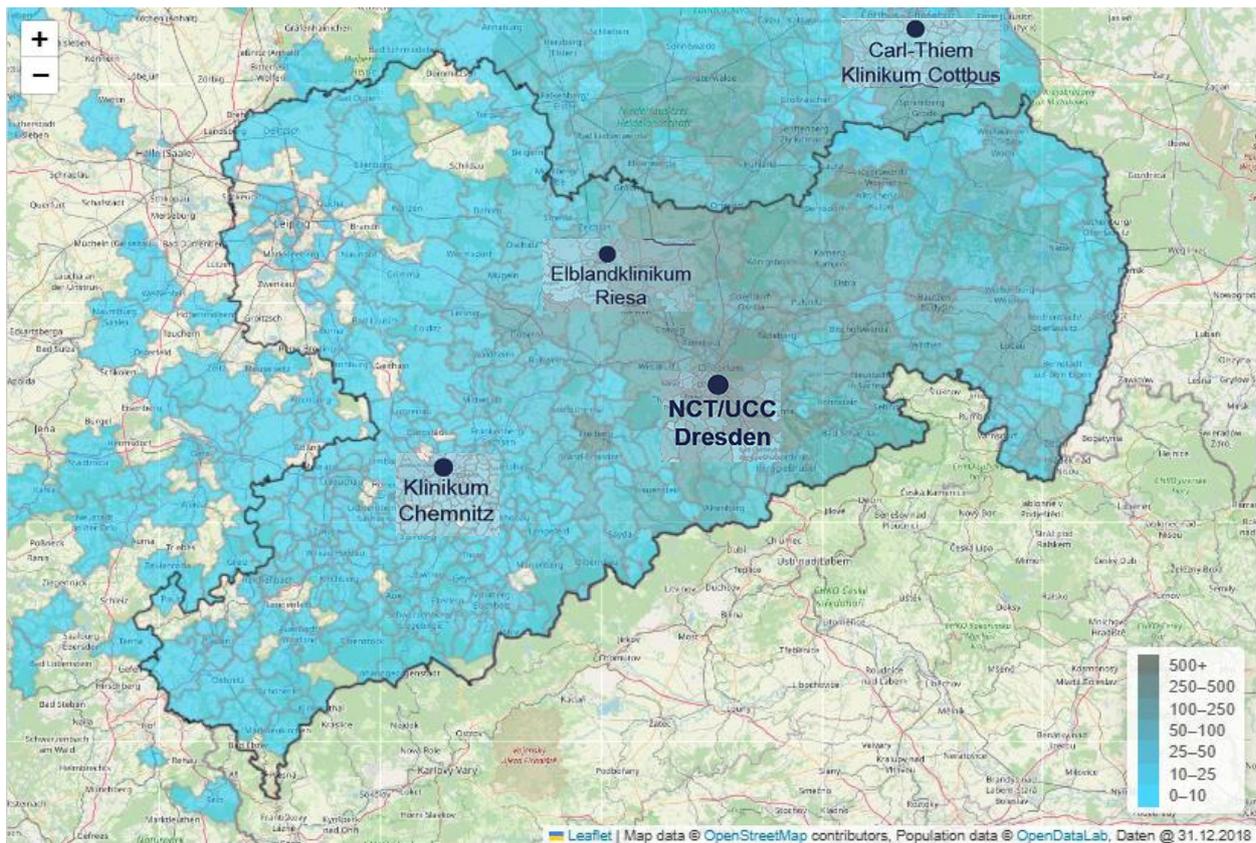
Mit über 10.000 Patientinnen und Patienten jährlich ist das Onkologische Zentrum des NCT/UCC Dresden zentrale Anlaufstelle für Menschen mit einer Krebserkrankung aus der Region Dresden und darüber hinaus. Davon entfallen ca. 5.500 Fälle auf Patientinnen und Patienten, die sich mit einer Ersterkrankung im Onkologischen Zentrum vorstellen. Die Zahlen zeigen im Jahresvergleich einen kontinuierlichen Anstieg bis 2020. Nach einem pandemiebedingten Rückgang im Jahr 2021 stieg der Zahl der betreuten Patientinnen und Patienten auf über 10.000 im Jahr 2023. In 2024 liegt die Zahl der Patientinnen und Patienten erneut über 10.000 und damit über dem Niveau von 2022.

Abbildung 2: Entwicklung der Patientenzahlen im NCT/UCC (Datenstand: 26. Februar 2025)



Das Onkologische Zentrum hat ein Einzugsgebiet, welches die Stadt Dresden mit ca. 570.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie die Regionen Ost- und Südsachsen bis in den Süden Brandenburgs mit ca. 1,8 Mio. Einwohnerinnen und Einwohner umfasst. Durch Kooperationsverträge mit bedeutenden Kliniken in der Umgebung wird die Anzahl der Überweisungen von Patientinnen und Patienten ins Onkologische Zentrum kontinuierlich gesteigert bzw. aufrechterhalten. Darüber hinaus hat die strategische Zusammenarbeit mit der Klinikum Chemnitz gGmbH, dem größten Klinikum im Südwesten Sachsens, sowie die Kooperationen mit regionalen Kliniken zur Einrichtung von Teletumorboards, die Zugangswege für Patientinnen und Patienten zum Onkologischen Zentrum verbessert.

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



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

Die Leitungsstruktur des Onkologischen Zentrums ist durch eine Geschäftsordnung und ein Organigramm festgelegt. In der Geschäftsordnung sind die Ziele und Aufgaben des Zentrums, die Verantwortlichkeiten und Befugnisse der Leitung sowie die der Mitglieder des Onkologischen Zentrums aufgeführt. Zudem werden die Aufgaben und Ziele des Lenkungsgremiums beschrieben. Darüber hinaus bietet die Geschäftsordnung Informationen zur Koordination des Zentrums, zum Qualitätsmanagement, zur Öffentlichkeitsarbeit sowie zu den internen und externen Kooperationspartnern des Onkologischen Zentrums.

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

Abbildung 4: Struktur des Onkologischen Zentrums



Qualifiziertes Personal spielt eine zentrale Rolle in der langfristigen Wettbewerbsfähigkeit und dem Erfolg des Onkologischen Zentrums. Es bringt nicht nur das notwendige Fachwissen mit, sondern auch die Fähigkeiten, sich an Veränderungen anzupassen und innovative Lösungen zu entwickeln. Neben dem ärztlichen Dienst mit Facharztausbildung gehören dazu auch die onkologischen Pflegefachkräfte, Psychoonkologinnen und Psychoonkologen, Beschäftigte des Sozialdienstes, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Radiologieassistentinnen und -assistenten und weitere Spezialistinnen und Spezialisten.

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 (PAT)	14
FÄ/FA für Radiologie (RAD)	21
FÄ/FA für Strahlentherapie (STR)	21
FÄ/FA mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (UKD)	19
FÄ/FA für Nuklearmedizin (NUK)	8
FÄ/FA für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie (MK1)	24

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

In der Pflege sind onkologische Fachpflegekräfte mit der Betreuung der Patientinnen und Patienten im ambulanten und stationären Bereich betraut. Im Onkologischen Zentrum sind insgesamt 48 Pflegekräfte beschäftigt, die über eine Ausbildung zur onkologischen Fachpflegekraft gemäß Muster einer landesrechtlichen Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. verfügen. Neben diesen 48 onkologischen Pflegefachkräften haben weitere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den verschiedenen Ambulanzen und stationären Bereichen des Onkologischen Zentrums die Weiterbildung „Ambulante Onkologie“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer absolviert.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Interdisziplinäre Kernambulanz



Ein zentrales Anliegen des Onkologischen Zentrums besteht darin, Tumorpatientinnen und -patienten in einer interdisziplinären Ambulanz umfassend zu betreuen. Den Patientinnen und Patienten steht während der gesamten Diagnostik-, Therapie- und Nachsorgeprozesse eine feste und kompetente Kontaktperson zur Verfügung, die einen kontinuierlichen Austausch mit den beteiligten Behandlungspartnern sicherstellt. Die interdisziplinäre Kernambulanz des NCT/UCC betreut nicht nur Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen des Gastrointestinaltraktes, dermatologischen Tumoren, Sarkomen und seltenen Tumoren, die regelhaft eine interdisziplinäre Diagnostik und Therapie erfordern, sondern fungiert auch als Anlaufstelle (so genannte Portalfunktion) für an Krebs Erkrankte, deren weitere Behandlung noch nicht eindeutig einem speziellen onkologischen Fachgebiet zugeordnet werden kann.

Darüber hinaus übernimmt das NCT/UCC die Rolle einer Koordinierungsstelle zwischen verschiedenen interdisziplinären Diagnostik- und Therapieabschnitten, die in den am NCT/UCC beteiligten Kliniken und Instituten durchgeführt werden.

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

Tumorkonferenzen



Bild: @Uniklinikum Dresden / Thomas Albrecht

Kernstück des Onkologischen Zentrums sind die interdisziplinären Tumorkonferenzen 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 persönlichen Faktoren der Patientinnen und Patienten, wie der Allgemein- und Ernährungszustand sowie das biologische Alter und der Wille der Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Das Onkologische Zentrum bietet interdisziplinäre Tumorkonferenzen für das gesamte Spektrum der Onkologie an. Die Tumorkonferenzen 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 Tumorkonferenzen sind grundsätzlich für alle Beschäftigten des UKD sowie für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und kooperierende Einrichtungen offen.

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

Während der Tumorkonferenz werden relevante Informationen mithilfe einer elektronischen Datenmaske sowie wichtige bildgebende und pathologische Befunde angezeigt. Die Behandlungsempfehlung wird während der Tumorkonferenz dokumentiert und steht sofort nach Beendigung der Tumorkonferenz allen beteiligten und nachfolgenden weiterbehandelnden Fachdisziplinen in elektronischer Form zur Verfügung.

Im Onkologischen Zentrum finden wöchentlich 19 Tumorkonferenzen statt. Diese dienen nicht nur der Besprechung von Patientinnen und Patienten, die im Onkologischen Zentrum behandelt werden, sondern auch der Vorstellung von Zweitmeinungsanfragen sowie der gemeinsamen Diskussion von behandelten Patientinnen und Patienten aus Praxen oder anderen Kliniken. In Zusammenarbeit mit fünf Kliniken in der Region werden zudem ein- bzw. zweimal wöchentlich Teletumorkonferenzen durchgeführt. Mit dem NCT Heidelberg wird zweimal pro Woche eine molekulare Teletumorkonferenz abgehalten.

Abbildung 5: Wöchentliche Tumorkonferenzen im NCT/UCC

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

Mit dem supportiven Tumorboard werden die unterstützenden Angebote wie Ernährungsberatung, Bewegungsangebote oder Sozialdienst gemeinsam mit palliativmedizinischen Aspekten in strukturierter und abgestimmter Form an die Patientinnen und Patienten vermittelt. Komplexe Pa-

tientinnen und Patienten werden gemeinsam besprochen und die Angebote priorisiert. Das supportive Tumorboard ist interdisziplinär mit je einem Vertreter / einer Vertreterin aus dem ärztlichen Dienst, Psychoonkologie, Sozialdienst, Ernährungsberatung, sporttherapeutischen Zentrum, Palliativmedizin, Lotsendienst und der Pflege besetzt. Die Präsentation relevanter Daten sowie die Dokumentation der empfohlenen Angebote erfolgt ebenfalls im Tumordokumentationssystem UCC-TDS und steht nach Abschluss des Tumorboards allen Beteiligten elektronisch zur Verfügung.



©NCT/UCC Dresden /André Wirsig

Lenkungsgremium/Qualitätszirkel

Das Lenkungsgremium trägt die Verantwortung für die Festlegung und Umsetzung von Maßnahmen und Aufgaben, die von grundlegender oder strategischer Bedeutung für das Onkologische Zentrum sind. Es findet zweimal jährlich statt. Die Organisation und Moderation liegen in der Verantwortung der Leitung des Onkologischen Zentrums. Die Mitglieder des Lenkungsgremiums sind in der Geschäftsordnung des Onkologischen Zentrums benannt. Bedarfsbezogen bzw. themenabhängig nehmen weitere Fachdisziplinen und -bereiche an den Lenkungsgremien teil. Im Jahr 2024 fand das Lenkungsgremium am 10. Juni 2024 und 4. November 2024 statt. Themen in 2024 waren u. a. die Ergebnisse der Rezertifizierung im April 2024, das onkologische Basisscreening sowie die Organisation und Abläufe in den Tumorkonferenzen. Über die Inhalte und Entscheidungen des Lenkungsgremiums werden Protokolle geführt. Diese werden allen Teilnehmenden zur Verfügung gestellt.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Das Onkologische Zentrum bietet regelmäßig Fort- und Weiterbildungen an, die sowohl zentrum-sintern als auch zentrumsübergreifend sind. Informationen dazu erhalten Interessierte über die Internetseite, durch persönliche Einladung oder über das Wissenschaftsmagazin „Krebs im Focus“. Die Veranstaltungen richten sich an die Zuweiserinnen und Zuweiser, kooperierende Praxen und Kliniken sowie an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des NCT/UCC und anderer Kliniken und Bereichen der Hochschulmedizin Dresden. Alle Angebote bieten die Gelegenheit zum fachlichen Austausch.

Neben den spezifischen Fortbildungsangeboten der Organkrebszentren und Module ist am NCT/UCC die Fortbildungsreihe „Krebs im Focus“ etabliert. Die Veranstaltung findet mindestens zweimal jährlich statt. Themenschwerpunkt der Veranstaltung am 6. März 2024 bildete der Einsatz der künstlichen Intelligenz in der Onkologie - in Prävention, Diagnose und Therapie. Am 23. Oktober 2024 fand eine Veranstaltung zum Thema Lebensqualität bei Krebs I statt. Das Programm beinhaltete Vorträge u. a. zur Zahngesundheit bei Krebserkrankungen oder zur subjektiven Einschätzung der Lebensqualität.

Speziell für Pflegefachkräfte fand am 6. November 2024 der 6. Onkologische Pfl egetag statt. Zu dem Schwerpunktthema „Heranwachsende und Junge Erwachsene in der Onkologie (AYA)“ gab es u. a. Vorträge zur psychoonkologischen Betreuung der AYAs und deren Angehörige sowie zu den Projekten und Angeboten für junge Erwachsene mit Krebs. Des Weiteren wurde ein Workshop/Exkurs zu Anlagetechniken und Überblick über Drainagen angeboten.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Im Onkologischen Zentrum werden Informationsveranstaltungen sowohl zentrumsübergreifend als auch spezifisch von den Organkrebszentren und Modulen angeboten, die sich an die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige und Interessierte richten. Am 25. Mai 2024 fand der zweite gemeinsame Patiententag des Onkologischen Zentrums inkl. aller Organkrebszentren und Module statt. Neben allgemeinen Vorträgen zur künstlichen Intelligenz in der Onkologie und zu den unterstützenden Angeboten für Patientinnen und Patienten, standen im zweiten Teil der Veranstaltung die einzelnen Organkrebszentren und Module und ihre spezifischen Diagnostik- und Therapieverfahren im Mittelpunkt.

Des Weiteren werden über das Präventions- und sporttherapeutische Zentrum des NCT/UCC regelhaft zentrumsübergreifende Veranstaltungen für Tumorpatientinnen und -patienten angeboten. Das Ernährungsprogramm „Let’s Eat“ konnte im Jahr 2024 im März und im September mit insgesamt acht Veranstaltungsterminen im Online-Format durchgeführt werden.

Über 120 Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2024 über das sporttherapeutische Zentrum individuell zu Bewegung und Sport bei oder nach einer Krebserkrankung beraten. Zusätzlich bestand für onkologische Patientinnen und Patienten unter der Therapie das Angebot eines Gerätetrainings dreimal pro Woche, einem Koordinationstraining je einmal wöchentlich sowie Nordic Walking.

Tabelle 5: Weitere Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten 2024

Thema	Termin
Konzert am NCT/UCC	15. März 2024
Lange Nacht der Wissenschaften	14. Juni 2024
Benefizregatta Rudern gegen Krebs	8. September 2024
Benefizlauf Fortschritt gegen Krebs	3. September 2024
Offenes Patienten-Café	8. April 2024 3. Juni 2024 2. September 2024 2. Dezember 2024
Benefizkonzert Takte gegen Krebs	22. November 2024
Konzert für Patientinnen und Patienten	4. Dezember 2024

Workshops

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

Tabelle 6: Workshops 2024

Thema	Termin
Rektumkarzinom	10. Januar 2024
Larynxkarzinom und Lippenkarzinom	13. Februar 2024
Akute Leukämien	5. März 2024
Magen- und Ösophaguskarzinom	14. März 2024
Kutane Lymphome	20. März 2024
Kaposi-Syndrom	11. Juli 2024
Multiples Myelom	27. August 2024
Kopf-Hals-Tumore	22. Oktober 2024
Weichgewebesarkome und GIST	12. November 2024
Hepatozelluläre Karzinome und biliäre Karzinome	11. Dezember 2024

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.

Zusammenarbeit mit anderen Kliniken/Onkologischen Zentren

Eine besondere Partnerschaft besteht zwischen der Klinikum Chemnitz gGmbH und dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, die im Jahr 2024 mit einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem OCC am Klinikum Chemnitz und dem NCT/UCC am UKD formalisiert wurde. Bereits im Vorfeld dieser Vereinbarung wurden Kooperationsvereinbarungen in den Bereichen Kinderonkologie und Zell- und Immuntherapie getroffen. Mit dem Zentrum für Zell- und Immuntherapie Chemnitz-Dresden (CCI-CD) hat das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden und die Klinikum Chemnitz gGmbH im Jahr 2019 ein Zentrum gegründet mit dem Ziel, in beiden Kliniken Zell- und Immuntherapie sowie die Transplantation von eigenen und fremden Stammzellen nach einheitlichen Standards anzubieten. Eine wöchentlich stattfindende Teletumorkonferenz ermöglicht es den Ärztinnen und Ärzten aus Chemnitz und Dresden, alle Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Indikationen zu besprechen und gemeinsam Therapieempfehlungen zu formulieren. Das CCI-CD gehört in Bezug auf die Anzahl der behandelten Fälle und Erfahrungen zu den größten Einrichtungen in Deutschland und Europa.

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

Externe und interne Audits

Externe Audits

Vom 16. April bis 18. April 2024 fand die Rezertifizierung des Onkologischen Zentrums inkl. aller Organkrebszentren und Module und Schwerpunkte statt. Die Rezertifizierung wurde als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 durchgeführt. Im Rahmen der Rezertifizierung wurde für das Onkologische Zentrum keine Abweichung festgestellt. Seitens der Deutschen Krebsgesellschaft wurden 14 Hinweise ausgesprochen, welche die Bereiche Psychoonkologie, Pathologie, Kooperationen und Zentrenbildung, Personalmanagement, Sozialdienst, Pflegeberatung sowie das Ernährungsmanagement betreffen. Die Prüfung der Umsetzung der DIN EN ISO Norm ergab zehn Hinweise in den Bereichen Patientenmanagement, Studien, Kooperationen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Sozialdienst, Lieferantenbewertung, Personalmanagement sowie Qualitätsmanagement. 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 und Module interdisziplinär und interprofessionell diskutiert und umgesetzt werden.

Interne Audits

Einmal jährlich finden im Onkologischen Zentrum interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems statt. Die Planung der internen Audits obliegt der Zentrumskoordination in Abstimmung mit der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement des UKD. 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 21. Oktober 2024 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden die Bereiche ärztliche und koordinative Administration, Sekretariat, Netzwerkkoordination, klinisches Krebsregister, medizinische Dokumentation sowie das Qualitätsmanagement begutachtet. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurden zehn Hinweise u. a. zu den Fortbildungen, zum Vertragsmanagement und zum Organisationshandbuch AENEIS ausgesprochen.

Alle im Auditbericht dokumentierten Verbesserungspotentiale wurden in einen Maßnahmenplan überführt. Für jede Maßnahme wird sowohl ein Zieldatum als auch verantwortliche Personen benannt. Die regelmäßige Überprüfung der Umsetzung dieser Maßnahmen obliegt den Qualitätsmanagementbeauftragten des Onkologischen Zentrums.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Den Zuweiserinnen und Zuweisern steht für die Befragung zur Zufriedenheit mit den Leistungen und Angeboten des Onkologischen Zentrums eine kontinuierliche Onlinebefragung auf der Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Die Teilnahme an der Befragung kann über einen Link oder einen QR-Code erfolgen. Die letzte umfassende papierbasierte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser erfolgte im September 2023.

Eine weitere Möglichkeit, Wünsche, Anregungen oder Lob/Kritik zu äußern, besteht über die eingerichtete E-Mailadresse feedback.nct-ucc@ukdd.de.

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 Zufriedenheitsfragebogen per E-Mail zugesandt. Bei angegebenem Gesprächsbedarf oder kritischen Anmerkungen in den Rückmeldungen findet ein protokolliertes persönliches Gespräch statt. Letztmalig erhielten die Kooperationspartner im November 2024 einen Fragebogen zugesandt. Die Rücklaufquote betrug bei den internen Kooperationspartnern 83,3%; bei den externen bei 60,0%. Mit zwei Kooperationspartnern wurden im Jahr 2024 persönliche Gespräche geführt. Die in den Protokollen festgeschriebenen Maßnahmen wurden in einen Maßnahmenplan überführt und Zieldatum und Verantwortlichkeiten benannt. Durch die Qualitätsmanagementbeauftragten des Onkologischen Zentrums wird die Umsetzung dieser Maßnahmen regelmäßig überprüft.

Zufriedenheit und Beteiligung der Patientinnen und Patienten

Auch für die Patientinnen und Patienten steht auf der Internestseite des NCT/UCC eine kontinuierliche Onlinebefragung zur Bewertung der Leistungen und Angebote des NCT/UCC zur Verfügung. Ebenso wie bei den Zuweiserinnen und Zuweisern ist die Teilnahme an der Befragung über einen QR-Code oder einen Link sowie die Nutzung der neu eingerichteten E-Mailadresse feedback.nct-ucc@ukdd.de für Wünsche, Anregungen und/oder Lob/ Kritik möglich. Den QR-Code sowie den Link zur digitalen Zufriedenheitsbefragung finden die Patientinnen und Patienten auch in den Patientenmappen des NCT/UCC, welche allen im Onkologischen Zentrum Behandelten ausgehändigt wird.

Die Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums haben zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen entweder über eine Stele oder über einen QR-Code etabliert ist, abzugeben.

Die Entwicklung des onkologischen Zentrums erfolgt in regelmäßiger Abstimmung mit dem Patientenbeirat des NCT/UCC, der sich gemäß einer entsprechenden Geschäftsordnung mit verschiedenen Belangen von Patientinnen und Patienten in der Versorgung und Forschung auseinandersetzt.

Lieferantenbewertung

Im Zuge unserer fortlaufenden Bemühungen um Qualitätssteigerung und die Verbesserung der Versorgungskette haben wir im Berichtsjahr 2024 eine Lieferantenbewertung durchgeführt. Ziel dieser Bewertung war es, die Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit unserer Lieferanten systematisch zu analysieren und eventuelle Verbesserungspotenziale zu identifizieren. Hierbei wurden verschiedene Kriterien wie Zuverlässigkeit, Kommunikation, Erreichbarkeit oder Qualität der Leistungen berücksichtigt. Die Ergebnisse der Bewertung fließen in unsere strategischen Entscheidungen ein und ermöglichen es uns, gezielte Maßnahmen zur Stärkung der Zusammenarbeit zu ergreifen.

Abbildung 6: Lieferantenbewertung 2024

Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT/UCC) Dresden Klinischer Bereich			Jährliche Lieferantenbewertung								Bewertungszeitraum 2024		
Vorgehen: Bitte benoten Sie jede Kategorie mit dem Schulnotensystem von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend. Kommentieren Sie ggf. Ihre Bewertung und geben Sie evtl. schon erste Empfehlungen für Korrekturmaßnahmen bei Bewertung mit Note 3 oder schlechter													
Lieferant UKD-intern	Bewertung durch			Flexibilität	Umgang mit Beschwerden	Termintreue	Qualität der Produkte/Leistungen	Erreichbarkeit	Kommunikation	Zuverlässigkeit	Bemerkungen	Empfehlung für Maßnahmen	Mittelwert
	AD	PD	QM										
Pathologie (PAT)	X	X	X	2	1	2	1	1	1	2	sehr gute direkte Kommunikationsmöglichkeiten		1,4
Radiologie (RAD)	X	X	X	3	1	2	1	2	1	1	z. T. zu lange Wartezeiten auf schriftlichen Befund		1,6
Nuklearmedizin (NUK)	X	X	X	3	2	2	1	2	2	1			1,9
Strahlentherapie (STR)	X	X	X	2	2	1	1	1	2	1			1,4
Palliativmedizin (UPC)	X	X	X	2	2	1	1	2	2	2			1,7
Apotheke	X	X	X	2	1	1	1	1	2	1			1,3
UKD-Service GmbH	X	X	X	3	2	2	2	2	2	2			2,1
Praxis Guldner - Ernährungsberatung	X	X	X	3	1	2	1	2	2	1			1,7
Onkologische Gemeinschaftspraxis Mohm/Prange-Krex	X	X	X	1	2	1	1	2	2	2			1,6
Onkologie Freiberg-Richter, Jacobasch, Illmer, Wolf	X	X	X	2	2	2	1	3	2	2			2,0
Weitere Rückmeldungen, z.B. fehlende Bereiche, allgemeine Anmerkungen													

Basierend auf den erzielten Ergebnissen sind derzeit keine konkreten Maßnahmen abzuleiten. Für die Zusammenarbeit mit der UKD Service GmbH wurde ein Mittelwert von 2,1 erreicht. Dieser Wert weist darauf hin, dass die Zusammenarbeit einer genaueren Beobachtung und regelmäßigen Überprüfung sowie einer unterjährigen erneuten Bewertung bedarf. Wir stehen hierzu bereits in engem Austausch mit der UKD Service GmbH.

Öffentlichkeitsarbeit

Das Onkologische Zentrum inklusive der Organkrebszentren und Module präsentiert sein Leistungsspektrum in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Dabei werden insbesondere die Patientinnen und Patienten des Onkologischen Zentrums, die Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Kliniken aus Dresden und Umgebung als Zielgruppen angesprochen.

Umfassende Informationen über das Onkologische Zentrum sowie der Organkrebszentren und Module sind auf der Internetseite des NCT/UCC integriert. Der Internetauftritt bietet zudem aktuelle Informationen über Veranstaltungen und Fortbildungsangebote.

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

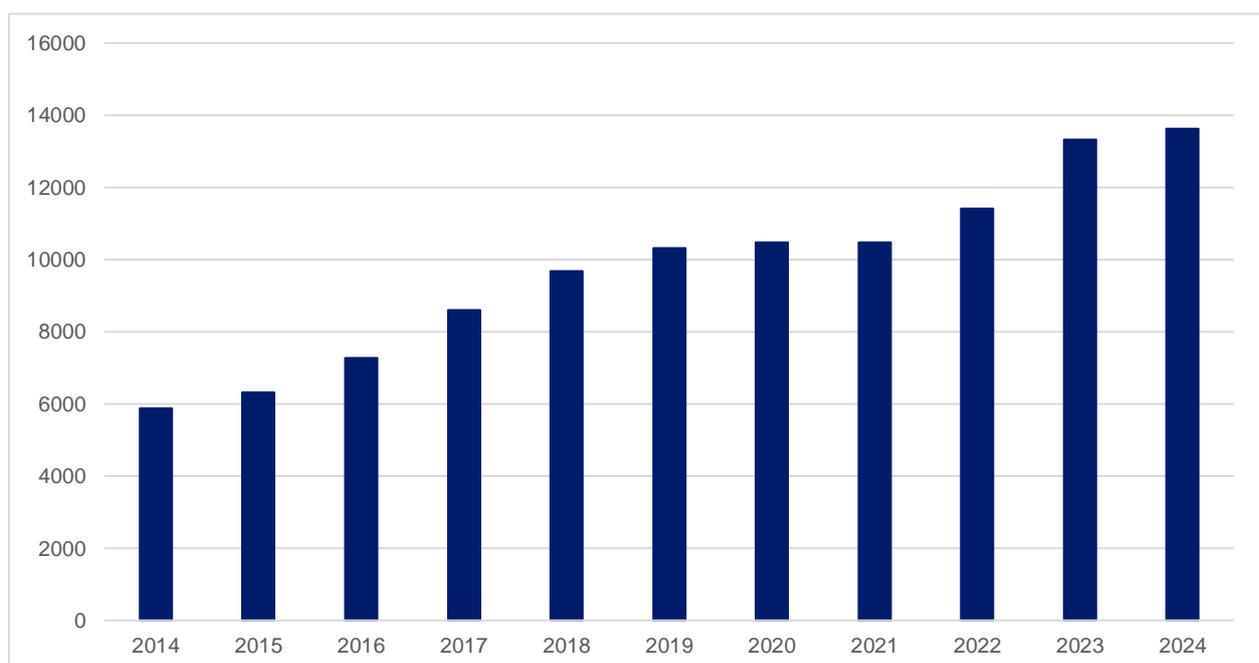
Über Neuerungen im NCT/UCC, Forschungstätigkeiten und -ergebnisse sowie aktuelle Studien informiert das Wissenschaftsmagazin „Krebs im Focus“. Das Wissenschaftsmagazin erscheint jährlich und wird den Zuweiserinnen und Zuweisern sowie den Kooperationspartnern postalisch zugesandt. Das Magazin steht auch allen Interessierten als Download auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/das-nctucc-dresden/newsroom/nctucc-wissenschaftsmagazin.html> zur Verfügung. Die letzte Ausgabe ist im Dezember 2024 erschienen.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Patientenzahlen

In der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC wurden im Jahr 2024 insgesamt **13.636 Besuche von Patientinnen und Patienten** registriert. Hierbei handelt es sich ausschließlich um Patientinnen und Patienten, die in der interdisziplinären Kernambulanz in den Sprechstunden der Chirurgie, internistischen Onkologie, Strahlentherapie, Tumororthopädie und Dermatologie vorgestellt wurden. Patientinnen und Patienten, die sich in den Spezialsprechstunden der einzelnen Kliniken, 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, in der Ernährungsberatung oder dem Sozialdienst sind in dieser Angabe nicht enthalten.

Abbildung 7: Patientinnen- und Patientenbesuche in der interdisziplinären Kernambulanz



Nach einem deutlichen Anstieg der Besuche von Patientinnen und Patienten in der interdisziplinären Kernambulanz im Jahr 2023 ist im Jahr 2024 erneut ein leichter Zuwachs an Besuchen zu verzeichnen.

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

Tabelle 7: Fallzahlentwicklung im Onkologischen Zentrum - Zertrechner OnkoZert

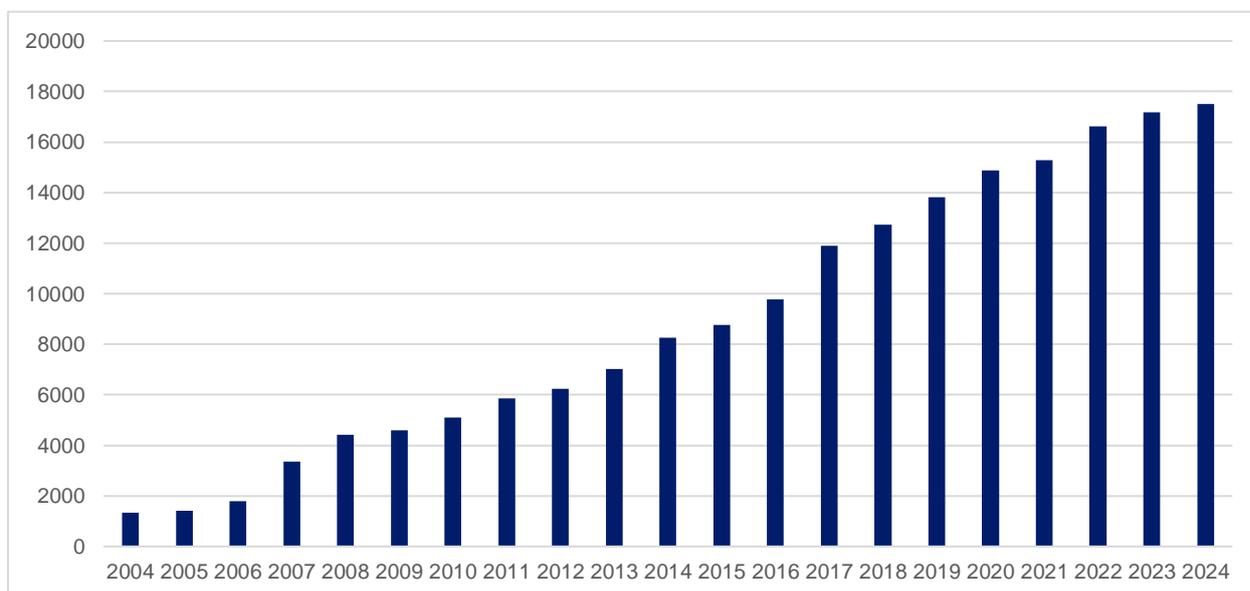
	2022	2023	2024
Primärfälle	3.716	3.849	4.146
Rezidive/Fernmetastasen	1.197	1.022	1.319
Zentrumsfälle	4.951	4.969	5.546

Die Zahl der Patientinnen und Patienten, die sich mit einer Primärerkrankung in unserem zertifizierten Onkologischen Zentrum vorstellen, zeigen einen kontinuierlichen Anstieg. Im Vergleich zum Vorjahr wurde die Zahl der Zentrumsfälle um 11% gesteigert. Nach einem leichten Rückgang der Patientinnen und Patienten mit einer Rezidiverkrankung oder Fernmetastasen im Jahr 2023 ist für 2024 wieder ein Anstieg zu beobachten, der sogar deutlich über dem Wert von 2022 liegt. Die Entwicklung der Leistungszahlen für die einzelnen Tumorentitäten kann den Informationen des jeweiligen Organkrebszentrums entnommen werden. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Interdisziplinäre Tumorboards

Für das Jahr 2024 wurden in Summe **967 Tumorboards** durchgeführt. Hierunter zählen alle Tumorboards, mit Ausnahme der Teletumorkonferenzen sowie dem supportiven Tumorboard, die in der Abbildung 5 aufgeführt sind.

Abbildung 8: Anzahl der Tumorkonferenzempfehlungen in den interdisziplinären Tumorkonferenzen



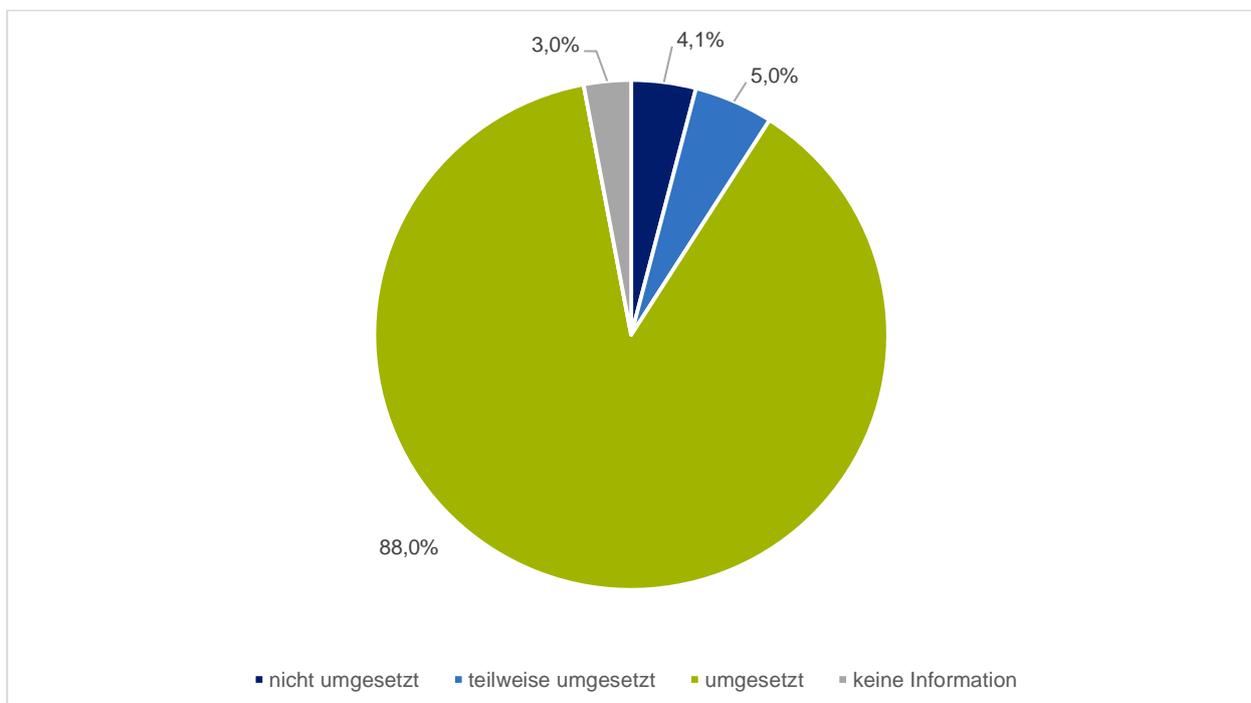
Auch bei der Anzahl der Tumorboardempfehlungen in den interdisziplinären Tumorkonferenzen zeigt sich weiterhin ein kontinuierlicher Anstieg, was mit der Entwicklung der Primär- und Zentrumsfälle im Onkologischen Zentrum korreliert. Die insgesamt **17.512 Tumorboardempfehlungen** aus dem Jahr 2024 wurden für 11.533 Patientinnen und Patienten getroffen. Im Durchschnitt werden pro Patientin und Patient 1,4 Therapieempfehlungen im Rahmen der interdisziplinären Tumorkonferenzen ausgesprochen, was auch dem Wert im Vorjahr entspricht.

Das supportive Tumorboard fand im Jahr 2024 an 43 Tagen statt. Im Rahmen dieser Tumorboards wurden **240 Therapieempfehlungen** für 233 Patientinnen und Patienten ausgesprochen. Ein Vergleich zum Vorjahr ist derzeit noch nicht möglich, da das supportive Tumorboard erst im Oktober 2023 eingeführt wurde.

Tumorboardcompliance

Einmal jährlich erfolgt eine stichprobenartige Überprüfung der Tumorboardcompliance aller Tumorkonferenzen der Organkrebszentren und sowie des Thorax-Tumorboards. Dabei liegt der Fokus auf der Analyse der inhaltlichen Übereinstimmung zwischen der durchgeführten Diagnostik und Therapie mit der Tumorkonferenzempfehlung. Die Stichprobengröße lag im Jahr 2024 bei 25% aller in den benannten Tumorkonferenzen vorgestellten Patientinnen und Patienten innerhalb eines Jahreszeitraumes (1. Oktober 2023 bis 30. September 2024). Im Kinderonkologischen Zentrum bzw. aus der pädiatrischen Tumorkonferenz wurden alle Beschlüsse aus dem Jahr 2024 auf ihre Umsetzung hin überprüft. Insgesamt wurden im Jahr 2024 **3.569 Tumorkonferenzempfehlungen** von **1.933 Patientinnen und Patienten** überprüft.

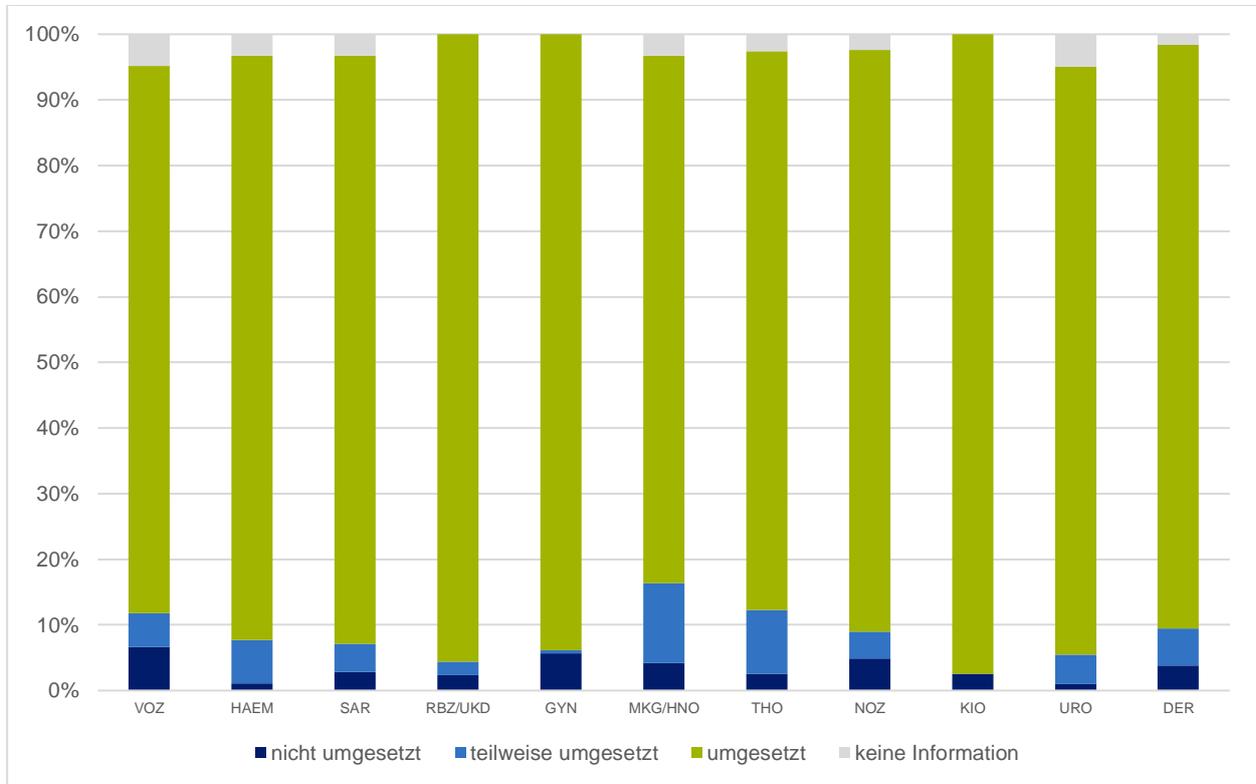
Abbildung 9: Überprüfung der Tumorboardcompliance



Von allen geprüften Tumorkonferenzempfehlungen wurden **88,0% vollständig umgesetzt**. Damit wurde das in den internen Qualitätsindikatoren festgelegte Ziel von mindestens 80% erreicht.

Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Umsetzungsrate um 3,1% gesteigert werden. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Abbildung 10: Vergleich der Tumorboardcompliance zwischen den Tumorkonferenzen/Organkrebszentren



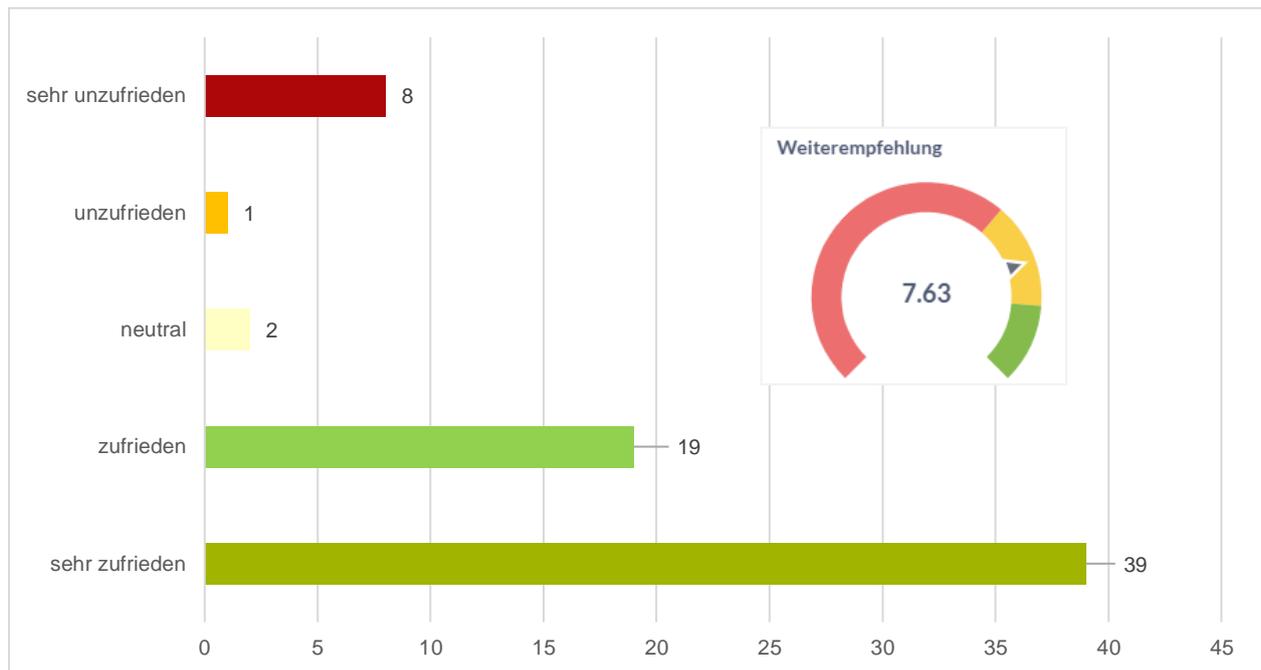
Die Empfehlungen, die nicht oder nur teilweise umgesetzt wurden, hatten ihre Ursache meist in der Entscheidung der Patientinnen und Patienten gegen die entsprechende Empfehlung. Bei 2,9% der Beschlüsse lagen keine Informationen vor, was bedeutet, dass die empfohlene Diagnostik oder Therapie extern in einer Praxis oder Klinik durchgeführt werden sollte und keine entsprechende Rückinformation erfolgte. Die Tumorboardempfehlung wurde den weiterbehandelnden Einrichtungen (sofern bekannt) zur Verfügung gestellt, jedoch lag zum Zeitpunkt der Prüfung der Beschlüsse keine Information darüber vor, ob die Therapie tatsächlich gemäß der Empfehlung umgesetzt wurde.

Die unterschiedlichen Gründe für die Nicht- oder teilweise Umsetzung der Beschlüsse sowie die Auseinandersetzung und Bewertung der Ergebnisse werden in den Ausführungen des jeweiligen Organkrebszentrums und Moduls präsentiert.

Ergebnisse des digitalen Feedbacksystems

Im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2024 sind über das digitale Feedbacksystem insgesamt 69 Rückmeldungen für die interdisziplinäre Kernambulanz des NCT/UCC eingegangen. Sie wurden von 42 Patientinnen und Patienten und 22 Angehörigen abgegeben. Fünf Rückmeldungen erfolgte ohne Abgabe der Personen.

Abbildung 11: Allgemeine Zufriedenheit 2024



Die Bewertung erfolgt anhand einer fünfstufigen Skala, wobei die „1“ für „sehr unzufrieden“ und die „5“ für „sehr zufrieden“ steht. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzufriedenheit von 4,7 auf 4,2 und Weiterempfehlungsquote von 9,1 auf 7,6 gesunken. Da der Wert für die Gesamtzufriedenheit jedoch weiterhin die interne Zielvorgabe > 4 erfüllt, sind hierfür vorerst keine Maßnahmen erforderlich.

Die Senkung der Weiterempfehlungsquote von 9,1 auf 7,6 lässt sich durch mehrere Faktoren erklären. Ein wesentlicher Grund ist die Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit den Wartezeiten. Längere Wartezeiten können das Gesamtergebnis negativ beeinflussen, was sich direkt auf die Bereitschaft zur Weiterempfehlung auswirkt. Zusätzlich ist zu beobachten, dass in diesem Jahr deutlich weniger Rückmeldungen als im Vorjahr eingegangen sind (2023: 153 Rückmeldungen / 2024: 69 Rückmeldungen). Eine niedrigere Anzahl an Rückmeldungen kann auch die Wahrnehmung der Gesamtzufriedenheit verzerren und zu einer geringeren Weiterempfehlungsquote führen. Insgesamt spiegeln die Faktoren aber die Notwendigkeit wider, die Wartezeiten zu optimieren und die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten zu verbessern, um die Zufriedenheit und damit auch die Weiterempfehlungsquote wieder zu steigern.

Tabelle 8: Maßnahmen aus dem digitalen Feedback

Nr.	Maßnahme	Termin	Verantwortlich
1	Steigerung der Häufigkeit des regelmäßigen Monitorings der eingegangenen Rückmeldungen	quartalsweise	QM NCT/UCC
2	Wartezeitenanalyse	einmal jährlich	QM NCT/UCC
3	Einzelfallanalyse	nach Eingang der Rückmeldung	QM NCT/UCC / AHD / ÄD
4	Steigerung der Anzahl an Rückmeldungen	kontinuierlich	QM NCT/UCC

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

Forschungstätigkeiten spielen eine zentrale Rolle in der Krebsforschung, da sie dazu beitragen, die Ursachen, Prävention, Diagnose und Behandlung von Krebserkrankungen zu verstehen und zu verbessern. Darüber hinaus ermöglicht die Krebsforschung die Entwicklung neuer Therapien und Medikamente, die gezielter und wirksamer gegen die verschiedenen Tumorarten vorgehen können.

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

Weiterentwicklung von Leitlinien

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

Tabelle 9: Mitwirkung an Leitlinien

Mitwirkende Person	Fachrichtung	Leitlinie
Prof. Dr. med. G. Folprecht	Innere Medizin	S3-Leitlinie perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT) - V1.0/November 2023
PD Dr. med. A. Borkowetz	Urologie	S3-Leitlinie Prostatakarzinom – V7.0/Mai 2024
Prof. Dr. med. J. Kotzerke	Nuklearmedizin	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren - V6.0/Oktober 2024
		S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge Nierenzellkarzinoms – V5/September 2024
Dipl.-Psych. B. Hornemann	Psychoonkologie	S3-Leitlinie Exokrines Pankreaskarzinom – V3.1/September 2024
		S3-Leitlinie Psychoonkologie Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatientinnen und -patienten - V2.1/August 2023
Prof. Dr. med. P. Wimberger	Gynäkologie	S3-Leitlinie Endometriumkarzinom -V3.0/Juni 2024
Dr. med. S. Appold	Strahlentherapie	S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge Nierenzellkarzinoms – V5/September 2024

Mitwirkende Person	Fachrichtung	Leitlinie
Prof. Dr. med. G. Baretton	Pathologie	S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Plattenepithelkarzinome und Adenokarzinome des Ösophagus -V4/ Dezember 2023
Prof. Dr. med. Ralf-Thorsten Hoffmann	Radiologie	S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie des Hepatozellulären Karzinoms und biliärer Karzinome - V5.1/November 2024

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des NCT/UCC aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2024 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden.

Rahbari NN, Biondo S, Frago R, Feißt M, Kreisler E, Rossion I, Serrano M, Jäger D, Lehmann M, Sommer F, Dignass A, Bolling C, Vogel I, Bork U, Büchler MW, Folprecht G, Kieser M, Lordick F, Weitz J; **SYNCHRONOUS and CCRe-IV Trial Groups. Primary Tumor Resection Before Systemic Therapy in Patients With Colon Cancer and Unresectable Metastases: Combined Results of the SYNCHRONOUS and CCRe-IV Trials.** J Clin Oncol. 2024 May 1;42(13):1531-1541. doi: 10.1200/JCO.23.01540. Epub 2024 Feb 27. PMID: 38412408.

Eichler M, Hentschel L, Hornemann B, Schuler M, Richter S, Meier F, Weitz J, Schaser KD, Krause M, Mütherig A, Thomas T, Weigmann-Faßbender S, Schmädig R, Rentsch A, Vetter H, Kemmerer M, Ehninger G, Eberlein-Gonska M, Schmitt J, Bornhäuser M, Hofbauer C. **Erfahrungen und Ergebnisse bei der Integration von ePROs in die Routineversorgung eines onkologischen Spitzenzentrums: eine Analyse mithilfe des CFIR [ePROs in the routine care of a major oncology center: Results and experiences].** Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes. 2024 Dec;190-191:72-83. German. doi: 10.1016/j.zefq.2024.09.005. Epub 2024 Nov 16. PMID: 39550316.

Oechsle K, Berendt J, Gebert T, Heckel M, Hentschel L, Hornemann B, Jentschke, E, Neukirchen M, van Oorschot B, Rechenmacher M, Schnabel A, Simo S, Stiel S, Ullrich A. **Mitbetreuung der Angehörigen von Patient:innen mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung im Erkrankungsverlauf.** Onkologie 30, 1053–1061 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00761-024-01587-y>.

Eichler M, Hentschel L, Hornemann B, Richter S, Meier F, Weitz J, Schaser KD, Krause M, Thomas C, Mütherig A, Thomas T, Knauthe N, Vetter H, Kemmerer M, Schmädig R, Rentsch A, Schmitt J, Bornhäuser, Hofbauer C. **Nutzung von elektronisch erfassten Patientenselbst einschätzungen am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden.** Onkologie 31, 80–88 (2025). <https://doi.org/10.1007/s00761-024-01638-4>.

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

Stelljes M, Middeke JM, Bug G, Wagner-Drouet EM, Müller LP, Schmid C, Krause SW, Bethge W, Jost E, Platzbecker U, Klein SA, Schubert J, Niederland J, Kaufmann M, Schäfer-Eckart K, Schaich M, Baldauf H, Stölzel F, Petzold C, Röllig C, Alakel N, Steffen B, Hauptrock B, Schliemann C, Sockel K, Lang F, Kriege O, Schaffrath J, Reicherts C, Berdel WE, Serve H, Ehninger G, Schmidt AH, Bornhäuser M, Mikesch JH, Schetelig J; **Study Alliance Leukemia and the German Cooperative Transplant Study Group. Remission induction versus immediate allogeneic haematopoietic stem cell transplantation for patients with relapsed or poor responsive acute myeloid leukaemia (ASAP): a randomised, open-label, phase 3, non-inferiority trial.** *Lancet Haematol.* 2024 May;11(5):e324-e335. doi: 10.1016/S2352-3026(24)00065-6. Epub 2024 Apr 4. PMID: 38583455.

Weidlich A, Schaser KD, Weitz J, Kirchberg, J, Fritzmann, J, Reeps, C, Schwabe, P, Melcher I, Disch A, Dragu A, Winkler D, Mehnert E, Fritzsche H. **Surgical and Oncologic Outcome following Sacrectomy for Primary Malignant Bone Tumors and Locally Recurrent Rectal Cancer.** *Cancers (Basel).* 2024 Jun 26;16(13):2334. doi: 10.3390/cancers16132334; PMID: 39001396.

Witzmann K, Raschke F, Wesemann T, Löck S, Funer F, Linn J, Troost EGC. **Diffusion decrease in normal-appearing white matter structures following photon or proton irradiation indicates differences in regional radiosensitivity.** *Radiother Oncol.* 2024 Oct;199:110459. doi: 10.1016/j.radonc.2024.110459. Epub 2024 Jul 26. PMID: 39069087.

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.

Im Jahr 2024 waren am Onkologischen Zentrum des NCT/UCC insgesamt 40 klinische Studien zur Rekrutierung verfügbar, in die 541 Patientinnen und Patienten eingeschlossen wurden. Diese 40 Studien beziehen sich ausschließlich auf die zentrale Studieneinheit Early Clinical Trial Unit (ECTU) sowie das NCT/UCC Clinical Trial Center (CTC). Darüber hinaus werden in den verschiedenen Organkrebszentren und Modulen zusätzliche entitätsspezifische Studien zur Rekrutierung angeboten. Informationen zu diesen Studien sind in den entsprechenden Kapiteln der jeweiligen Zentren zu finden.

Tabelle 10: Auszug der zur Rekrutierung geöffneten Studien 2024

Studieneinheit	Studie	Status	Anzahl an Patienten
NCT/UCC	MASTERsg Panelsequenzierung	offen	24
NCT/UCC	Carlotta01	offen	8
ECTU	Immatix IMA 203-101 prescreening	offen	52
ECTU	Boehringer-Ingelheim 1438- 0001 - Prescreening	Offen	35



© NCT/UCC / André Wirsig

Hauttumorzentrum



Hauttumor-
zentrum

Inhaltsverzeichnis

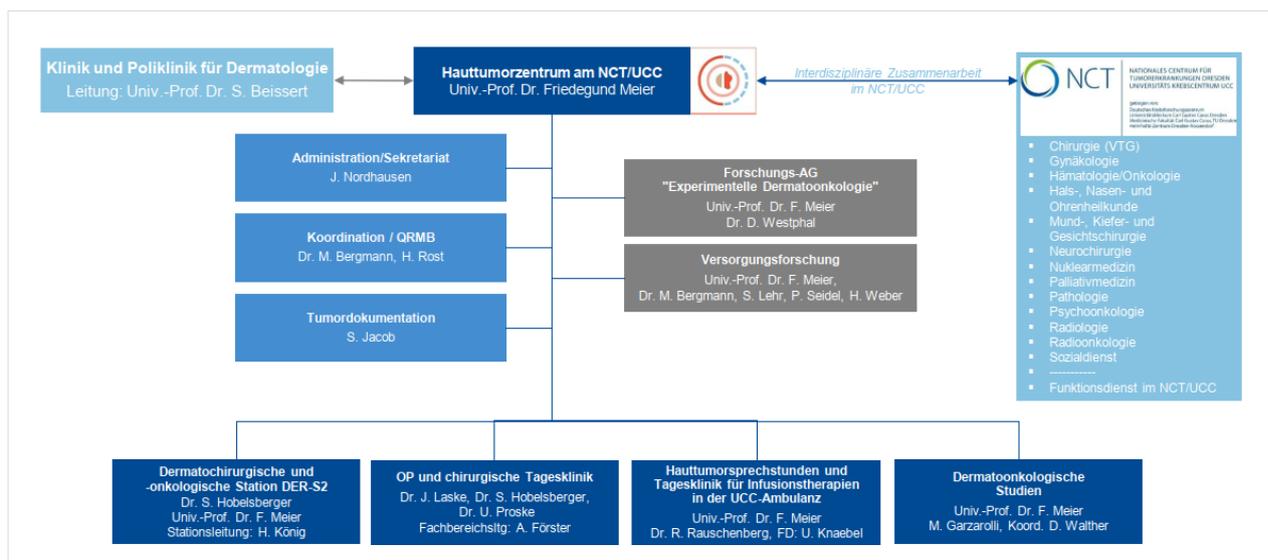
Hauttumorzentrum	41
Struktur des Hauttumorzentrums	41
Ziele des Hauttumorzentrums.....	43
Externe und interne Audits	45
Externe Audits.....	45
Interne Audits	45
Zufriedenheitsbefragungen.....	45
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	45
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	45
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	46
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	47
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	47
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	47
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	47
Leistungszahlen	47
Psychosoziale Versorgung.....	49
Wartezeiten	49
Interdisziplinäre Tumorkonferenz.....	50
Tumorboardcompliance	51
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	52
Forschungstätigkeiten	52
Klinische Studien.....	52
Publikationen.....	52

Hauttumorzentrum

Struktur des Hauttumorzentrums

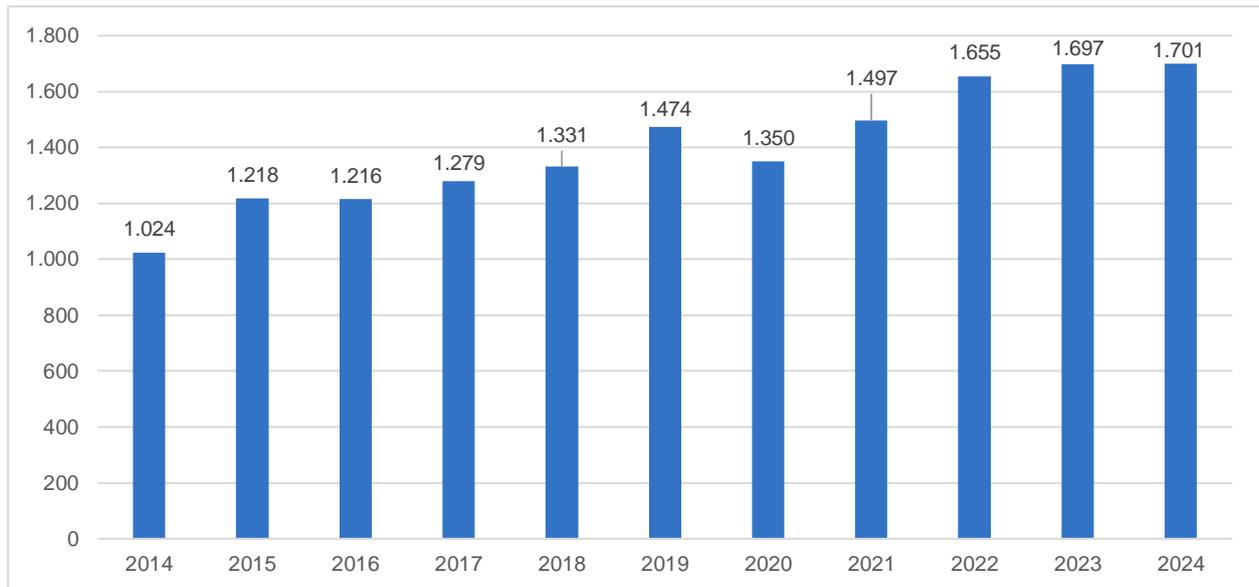
Im Hauttumorzentrum am NCT/UCC sichert eine fachspezifische Gruppe von Expertinnen und Experten die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit malignen Hauttumoren ab. Die Schlüsselrolle bei der Behandlung kommt dabei der „Dermatochirurgie“ und „dermatologischen Onkologie“ der Klinik und 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 die wöchentliche interdisziplinäre Hauttumorkonferenz kooperiert das Hauttumorzentrum eng mit anderen Einrichtungen am NCT/UCC zur umfassenden Diagnostik und optimalen Therapieplanung. Zudem gibt es die Möglichkeit Patientinnen und Patienten im supportiven Tumorboard vorzustellen. Am NCT/UCC können Hauttumorpatientinnen und -patienten auch weitere Angebote wie eine psychosoziale Beratung oder eine Ernährungs- und Sportberatung in Anspruch nehmen.

Abbildung 12: Struktur des Hauttumorzentrums



Seit der Zertifizierung des Hauttumorzentrums nahm die Anzahl der Patientinnen und Patienten stetig zu (Ausnahme „Corona-Knick“ 2020).

Abbildung 13: Anzahl Primärfälle des Hauttumorzentrums 2014-2024

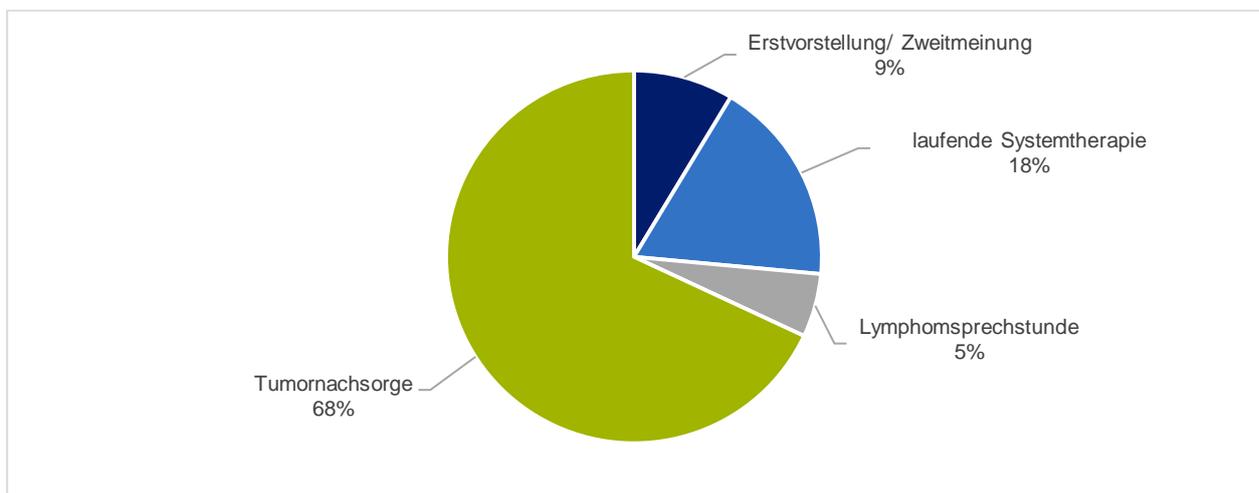


In der Dermatochirurgie wurden im Jahr 2024 mehr als 2.000 Tumoroperationen durchgeführt, davon 1.680 Operationen mit histologischer Randkontrolle, 375 Operationen mit leitliniengerechtem Sicherheitsabstand und 178 Wächterlymphknoten-Biopsien. Diese Patientinnen und Patienten wurden stationär auf der 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 2024 für das Hauttumorzentrum mehr als 2.000 Patientinnen und Patienten zu knapp 7.000 Besuchen empfangen:

- Knapp ein Fünftel erhielt eine medikamentöse Tumortherapie, zielgerichtet in Form von Tabletten oder als Infusionstherapie (Checkpoint-Inhibitor-Therapie).
- Ca. 10% war zur Erstvorstellung bzw. Zweitmeinung in der Hauttumorambulanz.
- Etwa 2/3 der Besuche waren Tumornachsorgen: hier liegt der Fokus auf Hochrisiko-Patientinnen und -patienten mit fortgeschrittener Erkrankung, während die Nachsorge anderer Patientinnen und -patienten vollständig oder alternierend über niedergelassene Dermatologinnen und Dermatologen erfolgt.

Abbildung 14: Verteilung der Patientinnen und Patienten im Hauttumorzentrum



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

Tabelle 11: Qualifikationsmatrix Hauttumorzentrum 2024

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Univ.-Prof. Dr. med. Friedegund Meier	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“, Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“
Dermatoonkologen	Marlene Garzarolli	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
	Dr. med. Ricarda Rauschenberg	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumorthherapie“
Hauptoperateur	Dr. med. Jörg Laske (OP-Leitung)	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten; Zusatzbezeichnung „Dermatohistologie“
	Dr. med. Sarah Hobelsberger	Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten
Pflegedienstleitung	Meike Jäger	Dreijährige Zusatzqualifikation „Leitung des Pflegedienstes in Gesundheitseinrichtungen“
Onkologische Fachpflegekräfte und Pflegekräfte mit onkologischen Zusatzqualifikationen	Steffi Leubert	Fachweiterbildung „Onkologische Pflege“
	Mandy Hable / Peggy Nietzold /	Fortbildung „Ambulante Onkologie“
	Daniel Lundström	2-Jährige Onkologische Fachausbildung am UKD (Abschluss voraussichtlich 05/2025); regelmäßige Treffen der Arbeitsgruppe Onkologische Pflege UKD
	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“, „Klinisches Risikomanagement im Gesundheits- und Sozialwesen“, „DGQ-Qualitätsmanagementbeauftragte“

Ziele des Hauttumorzentrums

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

Tabelle 12: Jahresziele 2024 des Hauttumorzentrums

Nr.	Qualitätsziel	Termin	Bemerkung
1	Enge Vernetzung aller Akteure in der Region Dresden/Ostsachsen (ONConnect)	Dezember 2024	Vernetzung durch drei Kick-off-Meetings im Rahmen des ONConnect-Projektes.
2	Regelmäßige Fortbildungsangebote für Medizinerinnen und Mediziner der Region, u.a. Awareness-Programm für immunvermittelte Nebenwirkungen	Dezember 2024	Fortbildung erfolgt. Projektablehnung durch DKH.
3	Ausbau Imaging-Sprechstunde	Dezember 2024	Sprechstundenzeiten wurden ausgebaut.
4	Patientenveranstaltung gemeinsam mit YOKO Selbsthilfegruppe Hautkrebs Dresden	September 2024	Veranstaltung hat am 5. September 2024 stattgefunden.
5	Steigerung der ASV-Leistungsdokumentation	kontinuierlich	Weitere Steigerung der ASV-Fälle.
6	Ausschreibung der W3-Universitätsprofessur für Dermatatoonkologie	2. Quartal 2024	Die Ausschreibung wurde veröffentlicht und Bewerber gesichtet.
7	Erhalt bzw. Ausbau der Arztstellen in der Hauttumorambulanz	kontinuierlich	Vier Rotations-Onko-Ärzte und zwei Funktionsoberärzte in Onkologie.
8	Erfolgreiches Audit nach DKG sowie nach DIN EN ISO	April 2024	Erfolgreiche Rezertifizierung im April 2024.
9	Forschung: Fortführung der aktuellen Projekte und Akquise neuer Drittmittelförderungen, Publikationen	kontinuierlich	Bewilligung von zwei DKH-Projekten, zahlreiche Publikationen.
10	Durchführung interdisziplinärer Workshops/Qualitätszirkel mit klinikinternen Kooperationspartnern	Dezember 2024	Drei SOP-Workshops/Qualitätszirkel wurden durchgeführt.
11	Durchführung von zwei interdisziplinärer M&M-Konferenzen	Dezember 2024	Zwei M&M-Konferenzen wurden durchgeführt.

Hauptziel des Hauttumorzentrums für das Jahr 2025 ist, wie schon in den Vorjahren, die enge Vernetzung aller Akteure in der Region Dresden/Ostsachsen zur optimalen Versorgung von Hautkrebs-Betroffenen durch Aktivitäten, die nachhaltige und niedrigschwellig zugängliche Versorgungsstrukturen schaffen sollen. Insbesondere durch das Projekt ONConnect soll in den kommenden zweieinhalb Jahren die dermatologische Teletumorkonferenz sowie das supportive Tumorboard am Standort weiter ausgebaut, optimiert und evaluiert werden. Damit einhergehend sollen mit ausgewählten Netzwerkpartnern Kooperationsverträge geschlossen werden. Die bestehenden Forschungsprojekte werden in 2025 fortgeführt, Publikationen werden generiert und angestrebt wird weiterhin das Einwerben neuer Drittmittelprojekte/Forschungsgelder. Ebenfalls ist im Jahr 2025 eine Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser in Planung. Die Stellen im ärztlichen Dienst in der Dermatatoonkologie sollen erhalten bleiben und damit eine Bindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Bereich gesichert werden. Die Nachbesetzung der W3-Universitätsprofessur für Dermatatoonkologie (Leitung des Hauttumorzentrums) soll in 2025 stattfinden.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 17. April 2024 fand die Rezertifizierung des Hauttumorzentrums am NCT/UCC im Rahmen des Gesamtaudits des Onkologischen Zentrums statt. Das Audit 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 u. a. folgende Hinweise gegeben: Empfang von Zytostatika-Zubereitungen vereinheitlichen, Integration der Lieferantenbewertung in den Jahresbericht (wurde übergeordnet für das NCT/UCC umgesetzt) sowie die Anpassung der Strukturierung der Arztbriefe.

Interne Audits

Am 31. Januar 2024 fand das jährliche interne Audit der Klinik und Poliklinik für Dermatologie durch die Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement statt. Auditiert wurden dabei u. a. auch die Sprechstunden im Hauttumorzentrum, die Dermatochirurgie sowie das onkologische Studienzentrum.

Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Die Auditorinnen und Auditoren gaben vier Hinweise, welche der gesamten Klinik und Poliklinik für Dermatologie zuzuordnen sind.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

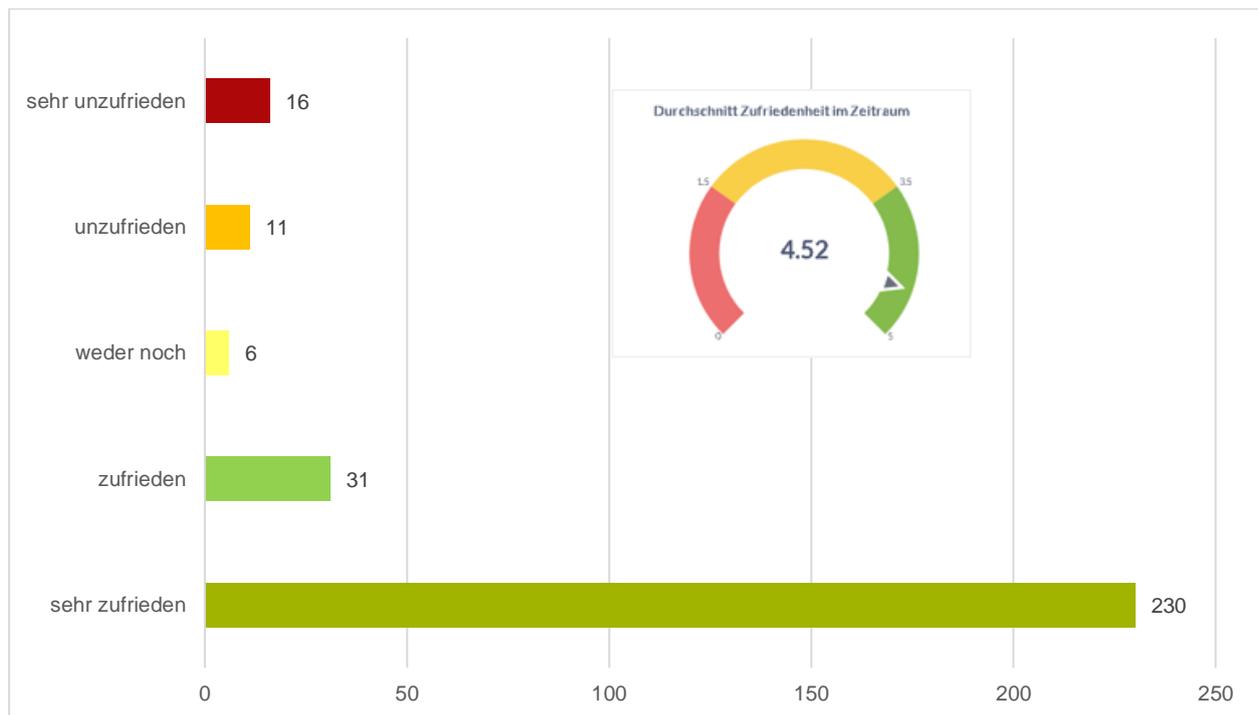
Mit den Hauptzuweisenden des Hauttumorzentrums besteht ein enger Kontakt, z. B. durch persönliche ärztliche Kontakte, Vorträge auf Veranstaltungen niedergelassener Dermatologinnen und Dermatologen sowie Einladungen zu Fortbildungen und anderen Veranstaltungen der Klinik und Poliklinik für Dermatologie. 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 in regelmäßigen Abständen einen Newsletter mit aktuellen Informationen an.

Im Rahmen der geplanten Veranstaltungen Best of Chicago am 11. Juni 2025 und dem 66. Dresdner Dermatologischen Gespräch am 14. Juni 2025 wird zudem das Angebot für Feedback über einen digitalen Fragebogen ermöglicht.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Die Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten aus der Hautklinik wurden 2024 fortlaufend über das digitale Feedback des Universitätsklinikums erfasst. Neben Tablets vor Ort steht eine Online-Befragung zur Verfügung, die z. B. über Poster und Infoblätter mit QR-Code beworben wird. In 2024 gab es 294 Rückmeldungen mit einer durchschnittlich hohen Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten von 4,52 (von max. 5).

Abbildung 15: Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten Hautklinik 2024



Neben viel Lob und Dank gingen auch vereinzelt kritische Meldungen ein. Diesen wurde möglichst unmittelbar nachgegangen und wenn möglich, wurden direkt Maßnahmen eingeleitet, z. B. ein persönliches Gespräch mit Pflege, Case Management oder dem ärztlichen Dienst. Zu den Gründen für die Unzufriedenheit zählen unter anderem die Räumlichkeiten, die Kommunikation/Information/Aufklärung sowie die Wartezeit.

Zusätzlich zum digitalen Feedback enthalten alle Patientinnen und Patienten des Hauttumorzentrum mit den 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 2024 wieder eher gering (Rücklaufquote 2024: $21 / \sim 300 = 7\%$). Besonders hervorzuheben sind die sehr positiven Bewertungen zur fachlichen Kompetenz und Freundlichkeit von ärztlichem und pflegerischem Personal.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel/SOP-Workshops

Am 11. Januar 2024 fand der jährliche Qualitätszirkel von Dermatologie und Nuklearmedizin zur interdisziplinären Betrachtung der klinischen Detektionsrate bei Sentinel-Node-Biopsien statt. Es wurde beidseitig die sehr gute Zusammenarbeit hervorgehoben. Als Gründe für die Zunahme der nicht darstellbaren Wächterlymphknoten wurden die gestiegene Zahl der Patientinnen und Patienten, mehr Tumore im Kopf-Hals-Bereich sowie das hohe Alter diskutiert.

Am 20. März 2024 fand ein SOP-Workshop zum Thema kutane Lymphome statt. Aktualisierungen der Leitlinie wurden in die bestehende SOP des Hauttumorzentrum eingearbeitet.

Am 11. Juli 2024 wurde in einem SOP-Workshop das Thema Kaposi-Sarkom in einem interdisziplinären Team bearbeitet und die Neuerungen aus der Leitlinie wurden in die SOP des Hauttumorzentrum überführt.

Morbidität- und Mortalitätskonferenzen

Am 30. August 2024 fand zum Thema „Metastasiertes MUP-Syndrom mit multiplen Metastasen und Hirnmetastasen: Bestrahlung“ eine M&M-Konferenz statt. Eingebunden waren neben dem Hauttumorzentrum auch die Strahlentherapie. Eine weitere M&M Konferenz wurde gemeinsam mit dem Arzthelferdienst der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC zum Thema „Akutüberweisung“ am 5. September 2024 durchgeführt.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Am 12. Juni 2024 fand die Veranstaltung „Best of Chicago“ als Post-ASCO-Fortbildung statt, zu der auch alle Einweisenden des Hauttumorzentrum eingeladen waren. Schwerpunkt bildeten wie alljährlich die auf der ASCO präsentierten neuen Therapieoptionen speziell für Hauttumore. Darüber hinaus enthält das Format die gemeinsame Diskussion interessanter Kasuistiken aus den Hautkliniken der Region. 98 Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgten den Vorträgen in Präsenz bzw. digital.

Beschäftigte des Hauttumorzentrum waren in 2024 auf diversen Veranstaltungen mit Vorträgen vertreten und besuchten regelmäßig Fortbildungen und Kongresse als Teilnehmende, u. a. die ASCO, die ESMO, die EADO, den Deutschen Hautkrebskongress und den Kongress der „European Academy of Dermatology and Venereology (EADV)“.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Am 25. Mai 2024 hat das Hauttumorzentrum im Rahmen des gemeinsamen Patiententages des NCT/UCC eine Session geleitet. Mit fünf fachlichen Vorträgen in patientenfreundlicher Sprache konnten z. B. die neusten Therapien und Studien sowie das Informationsportal Hautkrebs und die Imaging Sprechstunde vorgestellt werden.

Am 5. September 2024 wurde gemeinsam mit der Yoko Selbsthilfegruppe Dresden eine Veranstaltung mit den Schwerpunkten Komplementärmedizin, weißer und schwarzer Hautkrebs sowie Unterstützungsangebote des NCT/UCC durchgeführt.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

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

Aufgrund neu zugelassener Therapien und voraussichtlich weiterhin bestehender Engpässe an Hautarztpraxen ist für 2025 mit einer weiteren Zunahme der Patientenzahl zu rechnen, sofern

dem Hauttumorzentrum adäquate Personal-, Sprechstunden- und Infusionskapazitäten zur Verfügung stehen.

Tabelle 13: Inanspruchnahme der Sprechstunden des Hauttumorzentrums

	2022	2023	2024
Patientinnen und Patienten	1.795	2.094	2.012
Scheine, gesamt	3.429	3.716	4.236
Scheine HSA	3.155	3.001	3.386
Scheine ASV (§116b) ab 1. Juli 2022	274	715	850

Neben den 2.012 Sprechstundenpatientinnen und -patienten wurden in 2024 insgesamt 119 Patientinnen und Patienten von extern im Rahmen einer Tumorkonferenzvorstellung mitbetreut. Als Primärfälle werden Patientinnen und Patienten mit im Kennzahlenjahr histologisch gesicherter Erstdiagnose gezählt, die ihre Haupttherapie im Hauttumorzentrum erhalten haben. Zweitmeinungen, Vorstellungen in der Tumorkonferenz von extern etc. werden nicht berücksichtigt. Der Zuwachs 2023 resultiert hauptsächlich aus durchgeführten Tumorresektionen im OP der Klinik und Poliklinik für Dermatologie, aber auch aus neuen Therapieangeboten.

Tabelle 14: Primärfälle und Rezidive/Metastasen des Hauttumorzentrums 2022-2024

	2022	2023	2024
Primärfälle (alle Hauttumoren)	1.655	1.697	1701
Epitheliale Tumoren	1.254	1.264	1293
Kutane Lymphome u.a. seltene maligne Hauttumoren	48	52	40
Maligne Melanome			
Primärfälle	353	381	368
Rezidiv/Metastasen	116	101	103

Tabelle 15: Dermatologische Operationen 2022-2024

	2022	2023	2024
Eingriffe mit histologischer Randkontrolle (MKC) ¹	1.671	1.867	1680
Eingriffe mit LL-def. Sicherheitsabstand ¹	279	355	375
Sentinel Node Biopsien	124	153	178

¹ Eingriffe bei Primärfällen des Kennzahlenjahres

Tabelle 16: Neu eingeleitete Tumortherapien Hauttumorzentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Immuntherapien	141	143	180
zielgerichtete Therapien	32	43	38

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 psychoonkologische Dienst des NCT/UCC sowie der Sozialdienst zur Verfügung. Informationen dazu sind auf der Internetseite des Hauttumorzentrums sowie des NCT/UCC, in den Patientenmappen und auf Informationsflyern 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.

Tabelle 17: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst Hauttumorzentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Betreuung Sozialdienst	49,5%	50,5%	69,2%
Betreuung psychoonkologischer Dienst	31,6%	41,8%	8,42%
Psychoonkologisches Screening	20,7%	51,5%	54,21%

Es erfolgt ein strukturiertes psychoonkologisches Screening durch das Team des psychoonkologischen Dienstes des NCT/UCC mittels Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4) und Distressthermometer. Insgesamt wurden 62,63% der Patientinnen und Patienten psychoonkologisch angebunden. Insbesondere bei Stadienshift/Rezidiv muss künftig eine höhere Screeningquote erreicht werden. Bereits während der Tumorkonferenzen soll künftig in der Tumorboardempfehlung angegeben werden, dass bei den Patientinnen und Patienten ein psychoonkologisches Screening erfolgen soll.

Wartezeiten

Die Wartezeit auf einen Termin wird im Hauttumorzentrum einmal jährlich über einen Zeitraum von einem Monat (1. Oktober bis 31. Oktober 2024) für die Sprechstunde zur vorstationären Aufnahme zur OP erhoben. Ergänzend wird die Wartezeit auf ambulante, apparative Untersuchungen ganzjährig betrachtet, wobei hier zum Ausfiltern der Nachsorgepatientinnen und -patienten nur als dringlich angeforderte Termine analysiert werden.

Die DKG-Vorgaben (Wartezeit auf einen Termin < 2 Wochen bei malignen Melanomen und seltenen malignen Hauttumoren und < 4 Wochen bei epithelialen Hauttumoren; Wartezeit während der Sprechstunde < 60 Minuten; Wartezeit auf apparative Diagnostik < 2 Wochen) wurden in den meisten Fällen eingehalten. Die Priorisierung von Melanompatientinnen und -patienten bei der Terminvergabe führte dazu, dass einige Fälle mit epithelialen Tumoren länger als vier Wochen auf einen OP-Termin warten mussten.

Tabelle 18: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Hauttumorzentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Wartezeit Erstvorstellung zur OP			
Pat. mit malignen Melanomen u.a. seltenen malignen Hauttumoren	12 Tage	14 Tage	14 Tage
Pat. mit epithelialen Hauttumoren	25 Tage	35 Tage	35 Tage

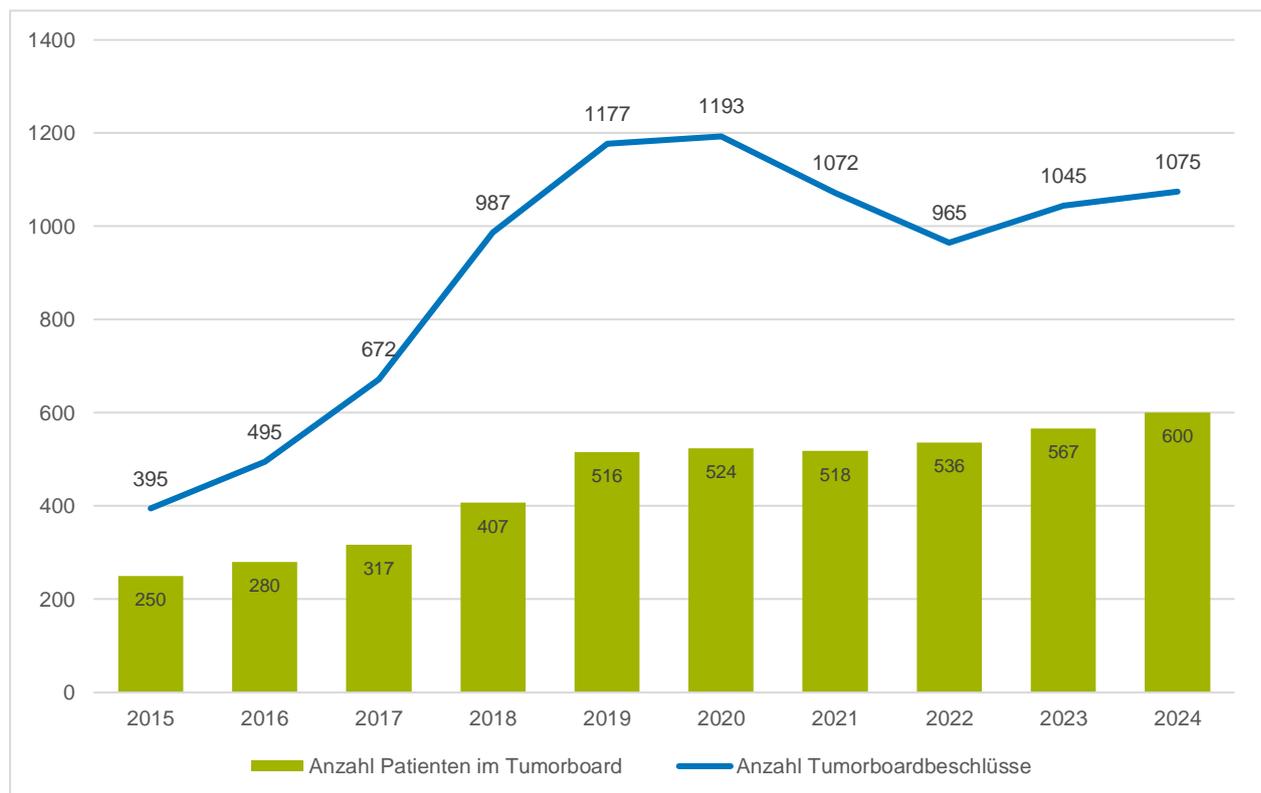
	2022	2023	2024
Wartezeit während der Sprechstunde			
Sprechstunde zur vorstationären Aufnahme zur OP inkl. Zeit zum Ausfüllen von Unterlagen	18 Minuten	34 Minuten	28 Minuten
Sprechstunde in der Ambulanz NCT/UCC	20 Minuten	23 Minuten	16 Minuten
Wartezeit auf apparative Diagnostik¹			
Wartezeit auf Radiologie-Termin	9 Tage	13 Tage	14 Tage

¹ Analyse aller als „dringlich“ angeforderten Untersuchungen im Kalenderjahr

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Die interdisziplinäre Hauttumorkonferenz findet einmal wöchentlich, dienstags, in der Zeit von 16.00 bis 18.00 Uhr statt. Expertinnen und Experten aller laut DKG obligatorischen medizinischen Fachrichtungen gewährleisten hier die optimale Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Hauttumorkonferenz findet als Teletumorkonferenz statt und steht auch externen Behandlern offen, beratend oder zum Angebot der Mit- oder Weiterbehandlung. Im Jahr 2024 fanden insgesamt 51 Tumorkonferenzen statt.

Abbildung 16: Anzahl vorgestellter Patientinnen und Patienten inkl. Anzahl Tumorkonferenzempfehlungen Hauttumorzentrum 2015-2024



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

Tabelle 19: Kennzahlen zur Dermatologischen Tumorkonferenz nach DKG-Vorgaben 2022-2024

	2022	2023	2024
Fallvorstellung im Tumorboard	98,3%	97,2% ¹	100,0%
		88,3% ²	96,6%
Abweichung von der Therapieempfehlung	15,3%	14,42%	12,9%

¹ Stadienshift/Rezidiv und Primärfälle mit extrakutanen Melanomen

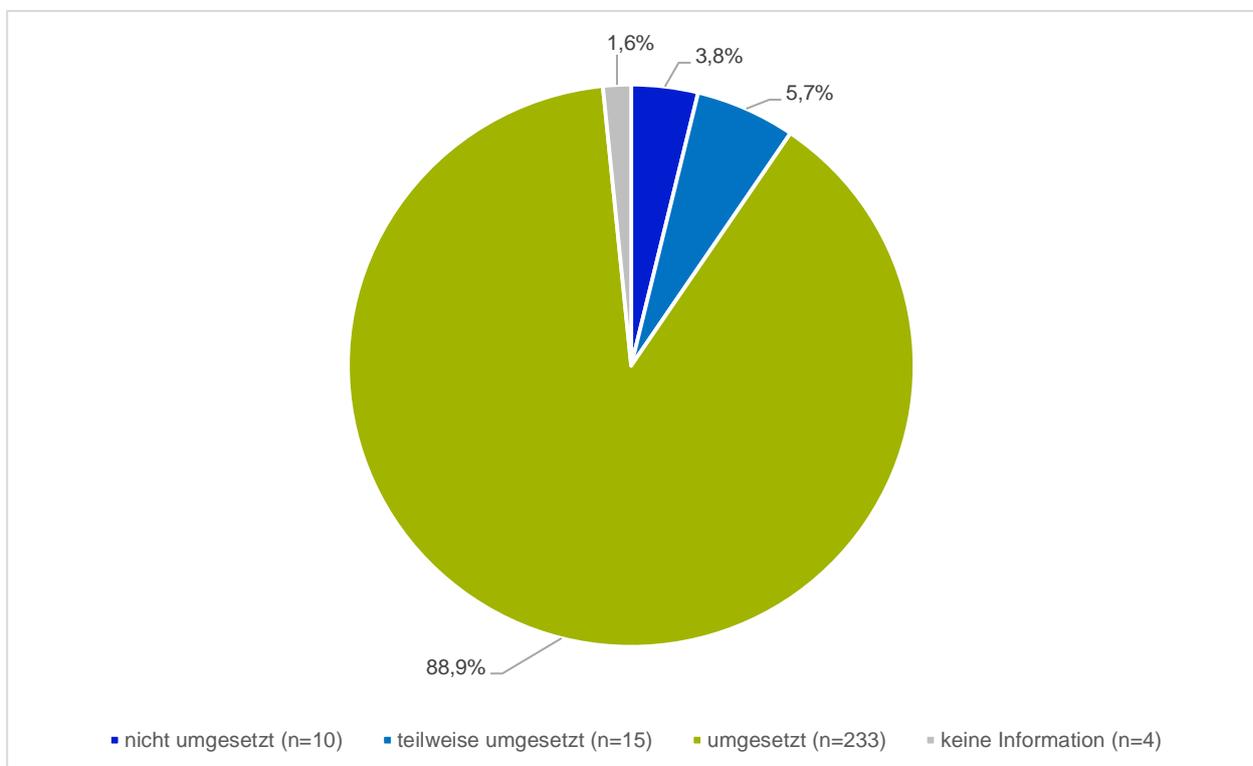
² Primärfälle Melanom Stad. IIB-IV

Über die Möglichkeit der Fallvorstellung via Teletumorkonferenz soll eine leitliniengerechte, interdisziplinäre Behandlung mit Zugang zu neuen Therapien (EAP, molekulare Tumorkonferenzen, Studientherapien) für onkologische Patientinnen und Patienten in der Region unterstützt werden (2022: 87, 2023: 73, 2024: 119 Vorstellungen von Extern).

Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die QM-Beauftragte überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum in der Tumorkonferenz des Hauttumorzentrum vorgestelltten Patientinnen und Patienten zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für den Zeitraum 1. Oktober 2023 bis 30. September 2024 wurden **145 Patientinnen und Patienten** mit insgesamt **233 Beschlüssen** ausgewählt.

Abbildung 17: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Hauttumorzentrum 2024



Insgesamt wurden **233 Beschlüsse (88,9%) inhaltlich korrekt** entsprechend der Tumorboardempfehlung **umgesetzt**. Zu den teilweise bzw. nicht umgesetzten Tumorboardempfehlungen sind

folgende Gründe zu nennen: Wunsch der Patientinnen und Patienten, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Nebenwirkungen, Morbidität, Tod, Wunsch der Ärztin/des Arztes. Zu vier Beschlüssen lagen keine weiteren Informationen zur Umsetzung vor, da die Patientin / der Patient extern weiterbehandelt wurde.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Hauttumorzentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in untenstehender Tabelle zusammengefasst.

Tabelle 20: Datenqualität DKG-Kennzahlen Hauttumorzentrum 2024

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
85,71% (18/21)	4,76% (1/21)	9,52% (2/21)

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

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

Tabelle 21: Studieneinschlüsse Hauttumorzentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Gesamt (alle Hauttumoren)	786	752	697
Interventionelle Studien	73	61	85
Nicht-interventionelle Studien	713	691	612

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Hauttumorzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2024 veröffentlicht wurden. Von den Beschäftigten des Hauttumorzentrums wurden im Jahr 2024 36 Publikationen mit einem Gesamt-Impact-Faktor von 222,4 veröffentlicht. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - [https://fis.tu-dresden.de/portal/de/organisations/departments-of-dermatology\(65e1c158-07a6-4965-90ac-c7c086bb26a2\).html](https://fis.tu-dresden.de/portal/de/organisations/departments-of-dermatology(65e1c158-07a6-4965-90ac-c7c086bb26a2).html) - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Hauttumorzentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Dermatologie“ aufgeführt sind.

Hekler A, Maron RC, Haggemüller S, Schmitt M, Wies C, Utikal JS, Meier F, Hobelsberger S, Gellrich FF et al. **Using multiple real-world dermoscopic photographs of one lesion improves melanoma classification via deep learning.** J Am Acad Dermatol. 2024 May;90(5):1028-1031. doi: 10.1016/j.jaad.2023.11.065. Epub 2024 Jan 8. PMID: 38199280.

Haggemüller S, Maron RC, Hekler A, Krieghoff-Henning E, Utikal JS, Gaiser M, Müller V, Fabian S, Meier F, Hobelsberger S, Gellrich FF et al. **Patients' and dermatologists' preferences in artificial intelligence-driven skin cancer diagnostics: A prospective multicentric survey study.** J Am Acad Dermatol. 2024 Aug;91(2):366-370. doi: 10.1016/j.jaad.2024.04.033. Epub 2024 Apr 24. PMID: 38670313.

Hughes BGM, Guminski A, Bowyer S, Migden MR, Schmults CD, Khushalani NI, Chang ALS, Grob JJ, Lewis KD, Anstas G, Day F, Ladwa R, Stein BN, Muñoz Couselo E, Meier F et al. **A phase 2 open-label study of cemiplimab in patients with advanced cutaneous squamous cell carcinoma (EMPOWER-CSCC-1): Final long-term analysis of groups 1, 2, and 3, and primary analysis of fixed-dose treatment group 6.** J Am Acad Dermatol. 2025 Jan;92(1):68-77. doi: 10.1016/j.jaad.2024.06.108. Epub 2024 Sep 7. PMID: 39245360.

Jansen P, Galetzka W, Lodde GC, Standl F, Zaremba A, Herbst R, Terheyden P, Utikal J, Pföhler C, Ulrich J, Kreuter A, Mohr P, Gutzmer R, Meier F et al. **Shortened progression free and overall survival to immune-checkpoint inhibitors in BRAF-, RAS- and NF1- ("Triple") wild type melanomas.** Eur J Cancer. 2024 Sep;208:114208. doi: 10.1016/j.ejca.2024.114208. Epub 2024 Jul 6. PMID: 39018633.

Lodde GC, Zhao F, Herbst R, Terheyden P, Utikal J, Pföhler C, Ulrich J, Kreuter A, Mohr P, Gutzmer R, Meier F et al. **Early versus late response to PD-1-based immunotherapy in metastatic melanoma.** Eur J Cancer. 2024 Oct;210:114295. doi: 10.1016/j.ejca.2024.114295. Epub 2024 Aug 23. PMID: 39213786.



Gynäkologisches Krebszentrum



Gynäkologisches
Krebszentrum

Inhaltsverzeichnis

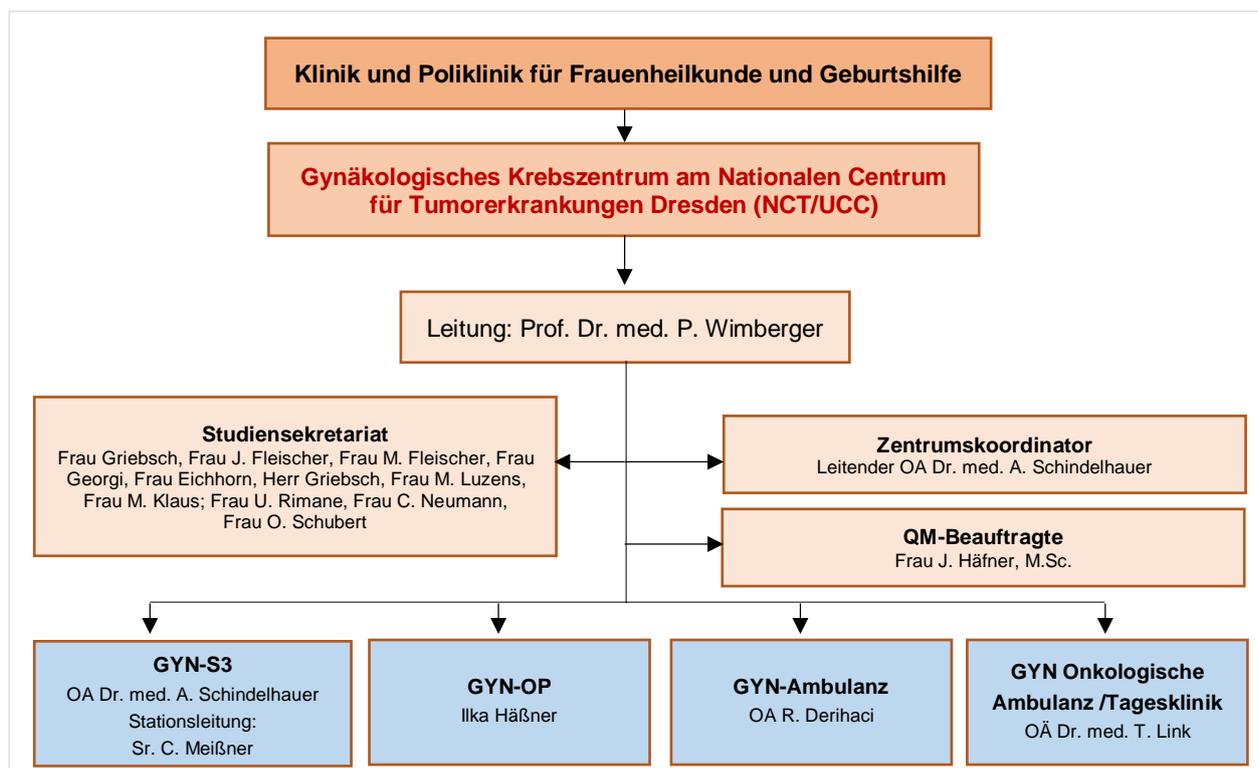
Gynäkologisches Krebszentrum	56
Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums (GZ)	56
Ziele des Gynäkologischen Krebszentrums	57
Externe und interne Audits	58
Externe Audits	58
Interne Audits	58
Zufriedenheitsbefragungen.....	59
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	59
Zufriedenheit der Patientinnen.....	60
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	61
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen	62
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	62
Veranstaltungen für Patientinnen	63
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	63
Leistungszahlen	63
Psychosoziale Versorgung.....	66
Wartezeiten	67
Interdisziplinäre Tumorkonferenz.....	67
Tumorboardcompliance	68
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	69
Forschungstätigkeiten	70
Klinische Studien.....	70
Publikationen.....	70

Gynäkologisches Krebszentrum

Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums (GZ)

Jährlich erkranken in Deutschland ca. 30.000 Frauen an einer gynäkologischen Krebserkrankung. Die Diagnose kommt meist unerwartet und stellt die Betroffenen und ihre Angehörigen vor eine große Herausforderung. Wesentlich für die Betroffenen sind eine optimale, auf die einzelne Patientin ideal zugeschnittene Behandlung. Dies erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Spezialistinnen und Spezialisten aus verschiedenen Fachgebieten unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Leitlinien und Standards. Das Gynäkologische Krebszentrum ist Teil des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen Dresden (NCT/UCC) und erfüllt seit 2011 die von der Deutschen Krebsgesellschaft festgelegten Qualitätskriterien. Zusätzlich verfügt es über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001. Das Gynäkologische Krebszentrum bietet auch als Studienleitzentrum der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO-Ovar) das komplette Spektrum von Diagnostik, operativer Therapie (komplexe onkologische Eingriffe einschließlich minimalinvasiver und roboterassistierter Chirurgie), Strahlentherapie, onkologisch-medikamentöser Therapie und Nachsorge nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen an. Unterstützt wird das Zentrum dabei von erfahrenen Psychoonkologinnen und Psychoonkologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten 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. Seit Januar 2025 ist Frau Prof. Dr. med. P. Wimberger die Sprecherin der Organkommission der AGO-Ovar, welche für die Leitlinienerstellung des Ovarialkarzinoms verantwortlich ist.

Abbildung 18: Struktur des Gynäkologischen Krebszentrums



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

Tabelle 22: Qualifikationsmatrix Gynäkologisches Krebszentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. P. Wimberger	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
Hauptoperateur	Prof. Dr. med. P. Wimberger	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
	Dr. med. A. Schindelhauer	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
	Dr. med. U. Canzler	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
	Dr. med. K. Zaby	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie
	Dr. med. M. Meusel	FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Schwerpunktbezeichnung Gynäkologische Onkologie (bis 31.10.2024 am UKD)
Medikamentöse Tumortherapie	Dr. med. T. Link	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Medikamentöse Tumortherapie
	Dr. med. S. Agabejli	FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Medikamentöse Tumortherapie
Pflegedienstleitung	Mirko Radloff	Gesundheits- und Krankenpfleger B.A. Gesundheitsmanagement
Onkologische Fachpflegekräfte	Anja Beutel	Onkologische Fachpflegekräfte
	Helen Krieger	
	Christina Glöß	
	Birgit Loesch	
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 23: Jahresziele des Gynäkologischen Krebszentrums 2024

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Zielerreichung
1	Erfolgreiche Re-Zertifizierung (DKG und DIN EN ISO)	Alle MA GZ	Das GZ wurde am 16. April 2024 erfolgreich rezertifiziert.
2	Beteiligung am Patiententag des NCT/UCC am 25. Mai 2024	Leitung GZ	Das GZ hat sich mit Vorträgen präsentiert.
3	Erfassung aller Kennzahlen über das TDS. Hierzu muss die Programmierung über Frau Rentsch geplant und durchgeführt werden.	Frau Häfner Frau Rentsch	Begonnen. Wird bis zur vollständigen Umsetzung in 2026 fortgeführt.
4	Ausschließlich digitale Erfassung der Patientenbefragung und Auswertung über eSurvey.	QMB GZ	Erfassung und Auswertung über eSurvey digital erfolgt.
5	Überführung Prozessrisiken aus Risikomatrix in das QM-Handbuch AENEIS	Frau Häfner	Begonnen, wird in 2025 fortgeführt.
6	Ausbau von PATFORMS in dem Bereich GYN-S3 zum Screening Psychoonkologie.	IT, Frau Hornemann, Frau Häfner	Noch ausstehend, Ziel wird für 2025 fortgeschrieben
7	Erstellung eines Kontaktflyers für Zuweiserinnen und Zuweiser über das Onkologische Zentrum unter Beteiligung des Gynäkologischen Krebszentrums.	Leitung GZ Frau Häfner	Der Kontaktflyer wurde erstellt, gedruckt und den Niedergelassenen zur Verfügung gestellt.
8	Erfassung aller Medizinprodukte in SAP (GYN-S3).	VWL GYN / QMB GYN / Medizintechnik	Begonnen, an der vollständigen Erfassung wird noch gearbeitet. Dies wird im Laufe des Jahres 2025 erfolgreich beendet werden.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 16. April 2024 fand die Rezertifizierung des Gynäkologischen Krebszentrums statt. Das Audit wurde als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 durchgeführt. Es wurden zwei Hinweise ausgesprochen. Diese betreffen eine mögliche Fallzahlsteigerung des Gynäkologischen Krebszentrums. Diese Hinweise wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Zentrums interdisziplinär und interprofessionell diskutiert.

Interne Audits

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

Das letzte interne Audit im Gynäkologischen Krebszentrum fand am 10. Januar 2024 sowie am 23. Oktober 2024 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Brust- und Gynäkologische

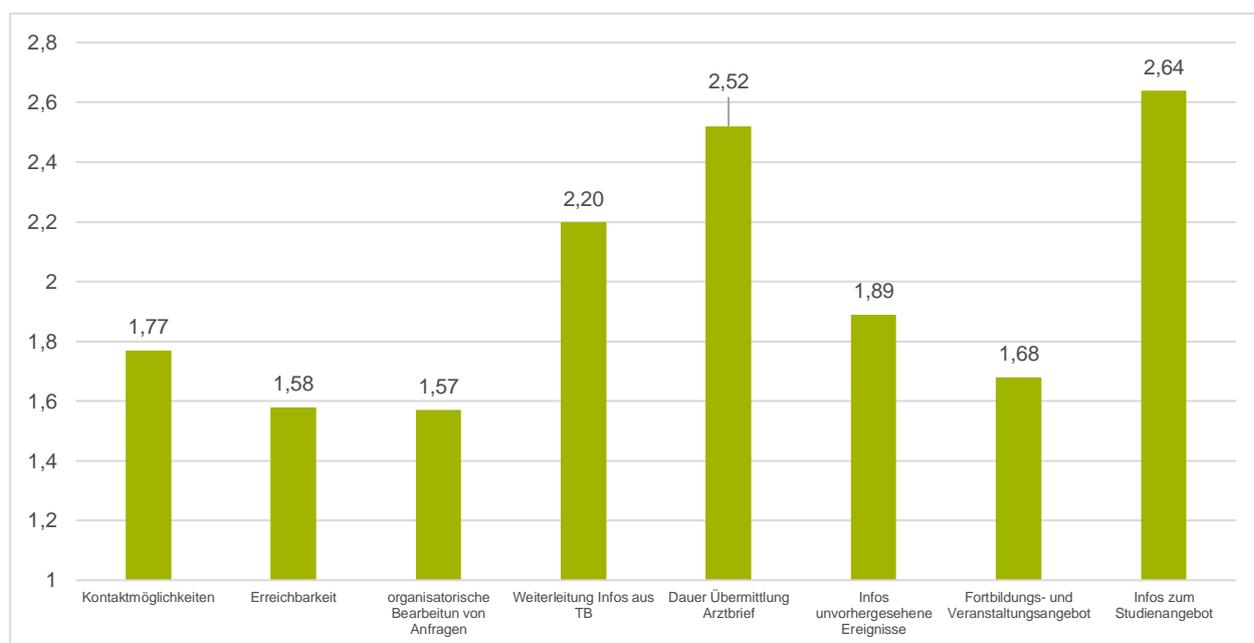
Krebszentrum (Station und gynäkologische Ambulanz), die onkologische Ambulanz sowie das Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs auditiert. In den internen Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden vier Hinweise und zwei Anregungen gegeben. Diese betrafen die Dokumentation/Dokumentenlenkung, klinische Studien und Medizinprodukte. Die Hinweise wurden mit den Verantwortlichen kommuniziert und Maßnahmen abgeleitet. Alle festgelegten Maßnahmen wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und regelmäßig auf Umsetzung geprüft.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Gynäkologischen Krebszentrums werden alle drei Jahre durchgeführt. Die letzte Befragung fand im Oktober 2023 online sowie papierbasiert statt. Die Zuweiserinnen und Zuweiser haben hierfür den Onlinefragebogen in Papierform erhalten, welcher auch einen QR-Code für die online Befragung enthielt. So wurde auch noch einmal auf die kontinuierliche Onlinebefragung hingewiesen und jedem Zuweisenden war die Möglichkeit gegeben, anhand der eigenen Präferenz an der Befragung teilzunehmen. Die Rücklaufquote betrug 66,7% und ist im Vergleich zu 2020 um fast 36% gestiegen. Bei der Befragung hatten die Zuweiserinnen und Zuweiser auf einer Skala 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 ergab keinen dringenden Handlungsbedarf, jedoch sollten die Dauer der Übermittlung von Arztbriefen und Tumorboardbeschlüssen überprüft und ggf. optimiert werden. Ebenfalls wurde gewünscht, dass Informationen zum Studienangebot noch besser kommuniziert werden.

Abbildung 19: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser GZ 2023



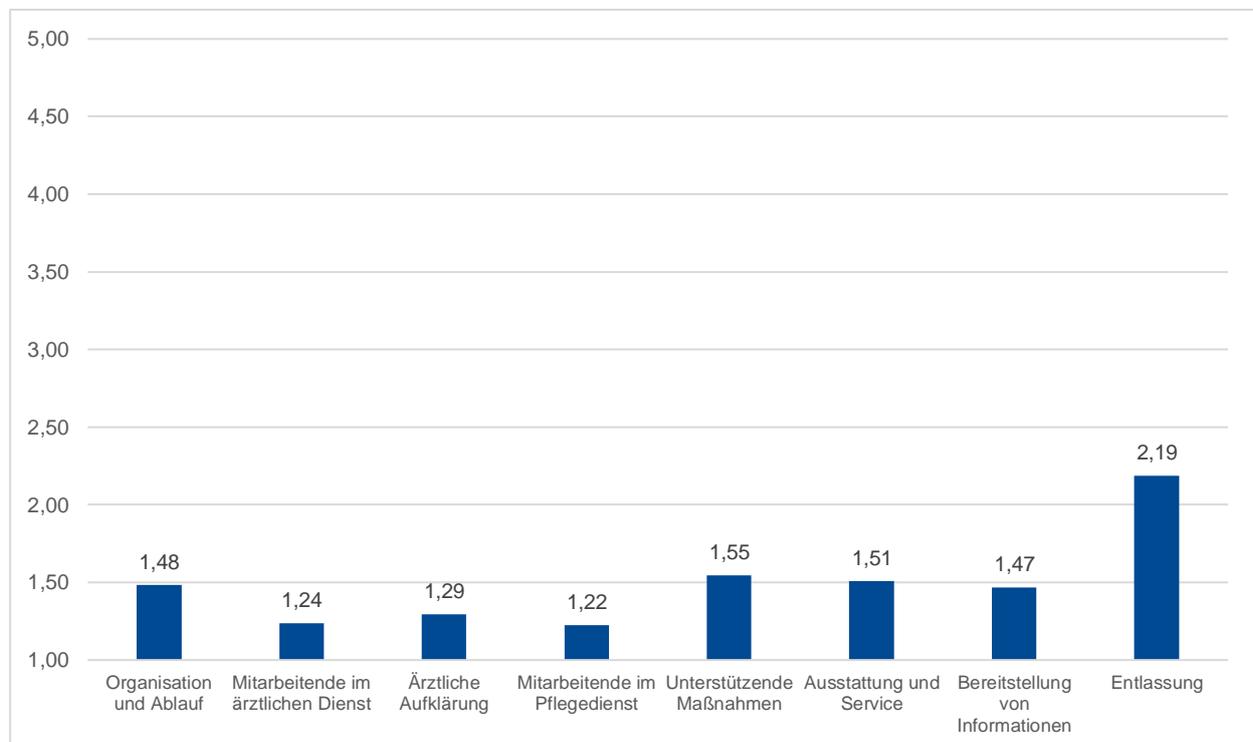
Seit Januar 2023 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern des Gynäkologischen Krebszentrums auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.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 papierbasierte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Gynäkologischen Krebszentrums ist für Oktober 2026 geplant.

Zufriedenheit der Patientinnen

Befragungen von Patientinnen finden im Gynäkologischen Krebszentrum kontinuierlich papierbasiert statt. Die Befragung soll die Zufriedenheit der Patientinnen sowie deren Bedürfnisse ermitteln und dient der qualitativen Weiterentwicklung. Alle Patientinnen, die stationär im Gynäkologischen Krebszentrum behandelt werden, erhalten mit der Patientenmappe einen Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag. Seit 1. Januar 2024 wird ein überarbeiteter Fragebogen ausgehändigt. Dieser kann auch digital per QR-Code beantwortet werden. Der QR-Code befindet sich ebenfalls in der Patientenmappe. Die Auswertung für das Jahr 2024 erfolgte im Januar 2025. Die Rücklaufquote betrug 18%. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,5 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Die kontinuierliche Befragung wird in 2025 fortgeführt. Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte nach Kategorien. Zu jeder Kategorie haben die Patientinnen mehrere Unterpunkte bewertet.

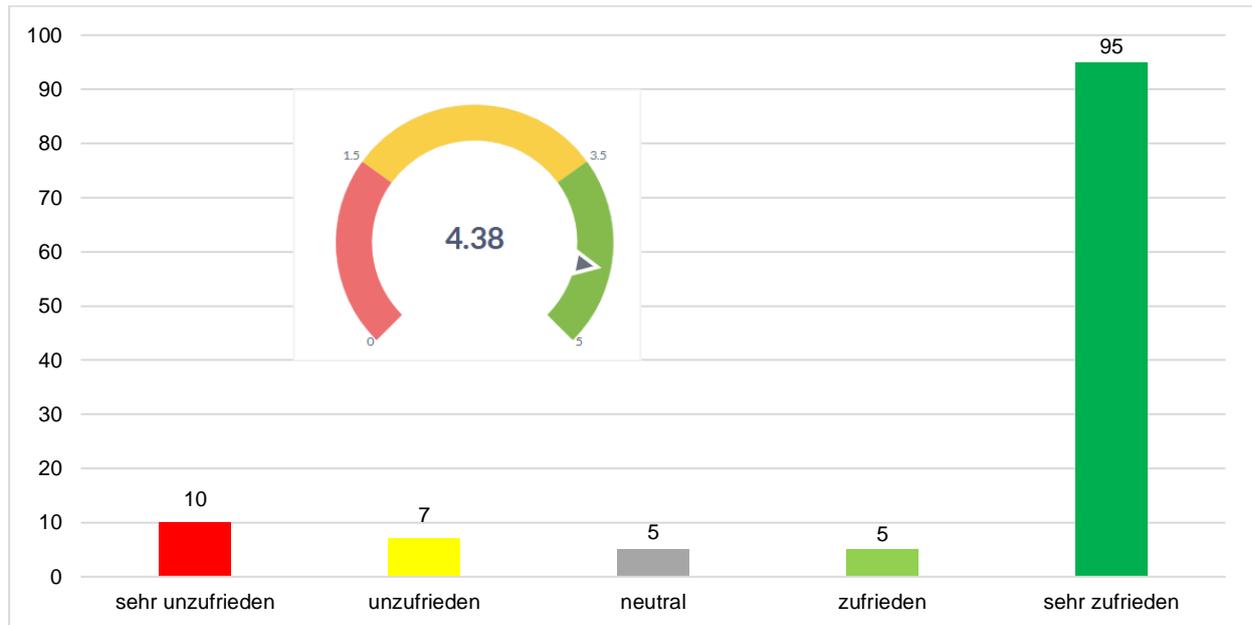
Abbildung 20: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen Gynäkologisches Krebszentrum 2024



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

Über das digitale Feedbacksystem sind am Standort Universitätsklinikum im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2024 **154 Feedbackmeldungen** eingegangen. Sie wurden von 106 Patientinnen und 48 Angehörigen abgegeben.

Abbildung 21: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 / GZ 2024



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 2024 erreicht, somit sind keine Maßnahmen erforderlich.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel

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

Workshops

Im Gynäkologischen Krebszentrum werden alle drei Jahre interdisziplinäre Workshops zur Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien/SOPs unter Berücksichtigung des aktuellen Wissenstandes, aktueller Leitlinien und aktueller Studienprotokolle durchgeführt. Der letzte Workshop fand am 13. April 2023 statt. Der nächste ist für 2026 geplant.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Weiterhin werden im Gynäkologischen Krebszentrum jährlich zwei M&M-Konferenzen durchgeführt. Im Jahr 2024 fanden diese am 13. Juni 2024 und 3. September 2024 statt. Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren die Behandlungspartner. Besprochen wurden sowohl Behandlungsfälle mit einem negativen Verlauf (schnell wachsender Tumor, rasches Fortschreiten der Metastasierung, starke Chemotherapie Nebenwirkungen, operative Komplikationen) als auch Patientinnen mit einem positiven Verlauf. Die M&M-Konferenzen werden protokolliert und Maßnahmen abgeleitet. Regelmäßig werden Morbiditätskriterien auch im Tumorboard besprochen.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen

Fort- und Weiterbildungsangebote

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

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

Zum Austausch von Erfahrungen mit den 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 besucht werden.

Im Jahr 2024 fanden folgende Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums statt.

Tabelle 24: Fort- und Weiterbildungen des Gynäkologischen Krebszentrums 2024

Datum	Fort- und Weiterbildung
16. März 2024	Aktuelles aus der Frauenheilkunde – Vortrag: Systemtherapie des Endometriumkarzinoms; Neue operative Studienkonzepte in der gynäkologischen Onkologie, „Möglichkeiten der Fertilitätsprotektion bei Krebserkrankungen“
6. bis 8. Juni 2024	Teilnahme MGFG Tagung - Symposium Gynäkologische Onkologie
23. Oktober 2024	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie - Vorträge: Systemtherapie des Endometriumskarzinoms praxisnah; aktuelle innovative Studienkonzepte

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 28. September 2024 fand am Standort Universitätsklinikum Dresden der 15. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Der Informationstag wurde im Jahr 2024 interaktiv gestaltet und gliederte sich zunächst in zunächst kurze Präsentationen und anschließend vier Workshops, an denen sich die Teilnehmerinnen beteiligen konnten.

Der zweite Patiententag des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC unter Beteiligung des Gynäkologischen Krebszentrums wurde am 25. Mai 2024 durchgeführt. Zentrumsspezifische Themen waren u. a. „Moderne Krebschirurgie in der gynäkologischen Onkologie“, „Aktuelle klinische Studien“ sowie „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“. Im allgemeinen zentrumsübergreifenden Teil wurden das Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie (ZPMO), das Lotsenteam und der Patientenbeirat vorgestellt.

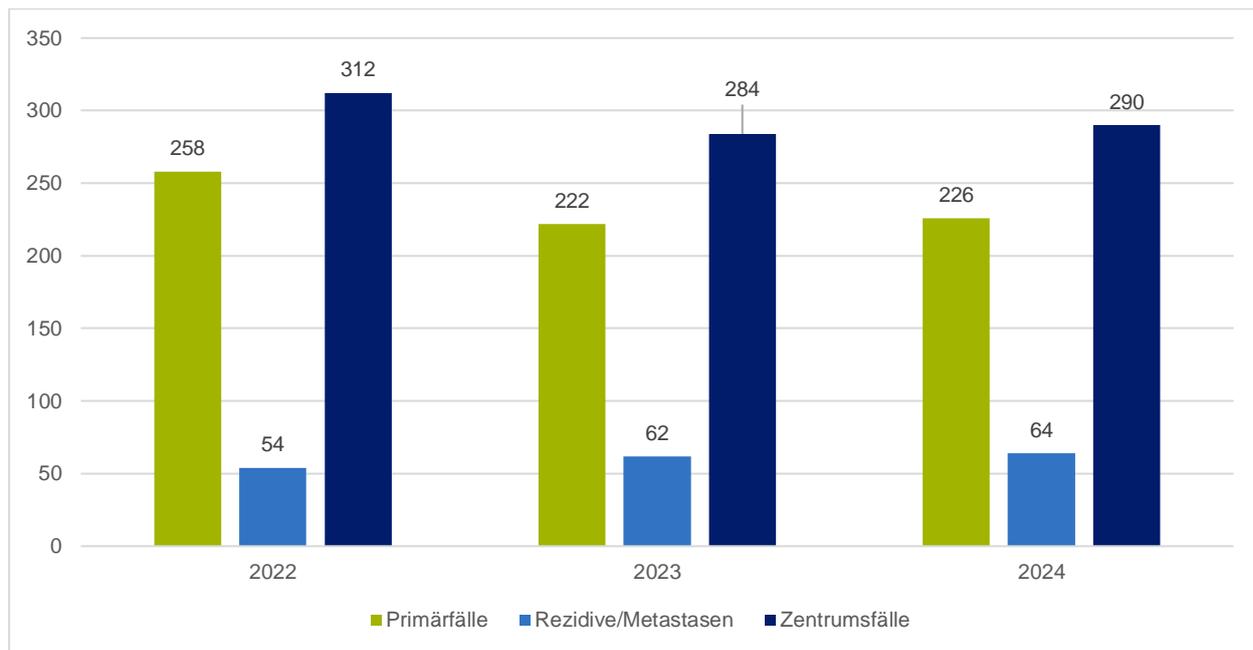
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

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

Im Jahr 2024 wurden im Gynäkologischen Krebszentrum Dresden **290 Patientinnen** mit einem **Genitalmalignom** betreut. Davon stellten sich **226 Patientinnen** mit einer **Primärerkrankung** und **64 Patientinnen** mit einem **Rezidiv oder einer sekundären Metastasierung** im Gynäkologischen Krebszentrum vor.

Abbildung 22: Primär- und Zentrumsfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024



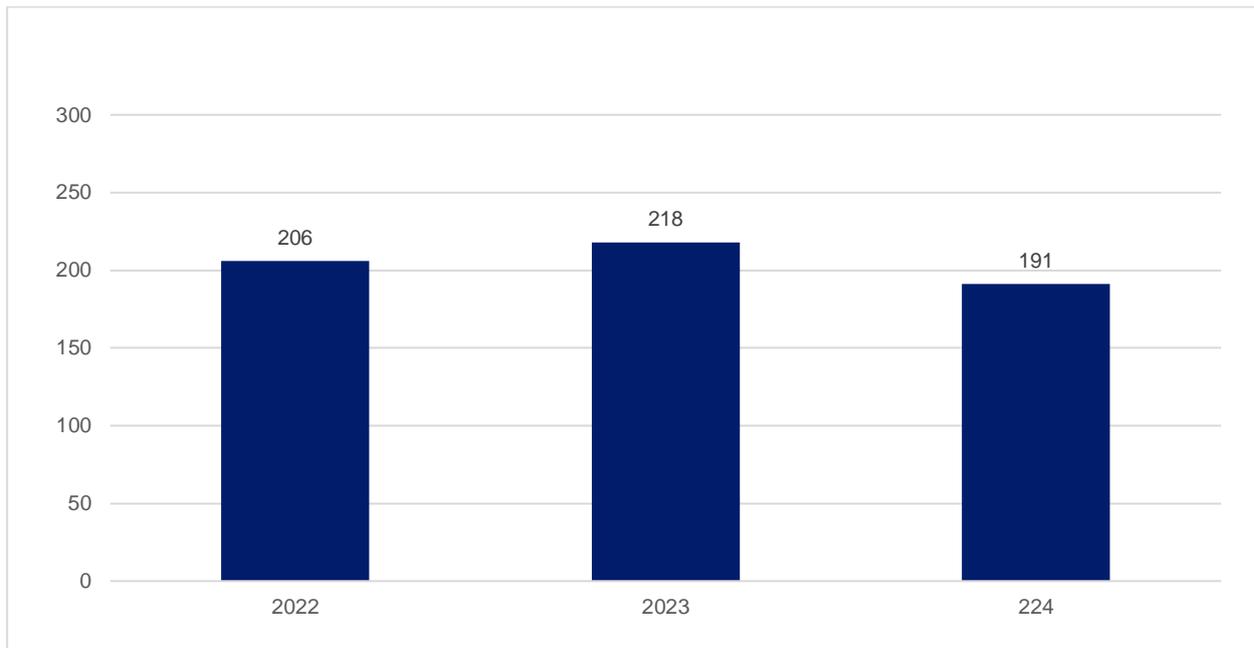
Verteilt auf die einzelnen Tumorentitäten im Rahmen des Gynäkologischen Krebszentrums ergibt sich folgende Entwicklung der Fallzahlen in den letzten drei Jahre.

Tabelle 25: Entwicklung der Fallzahlen je Tumorentität Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024

Tumorentität	Primärfälle			Nicht-Primärfälle		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Ovarialkarzinom inklusive Borderlinetumore, Tubenkarzinom, Peritonealkarzinom	90	76	82	23	28	21
Zervixkarzinom	46	33	40	8	8	9
Endometriumkarzinom	69	78	74	7	11	12
Vulvakarzinom	33	19	13	10	12	14
Vaginalkarzinom	9	3	1	3	2	1
Sonstige (Sarkome, Choriokarzinom)	11	13	16	3	1	7
Gesamt	258	222	226	54	62	64

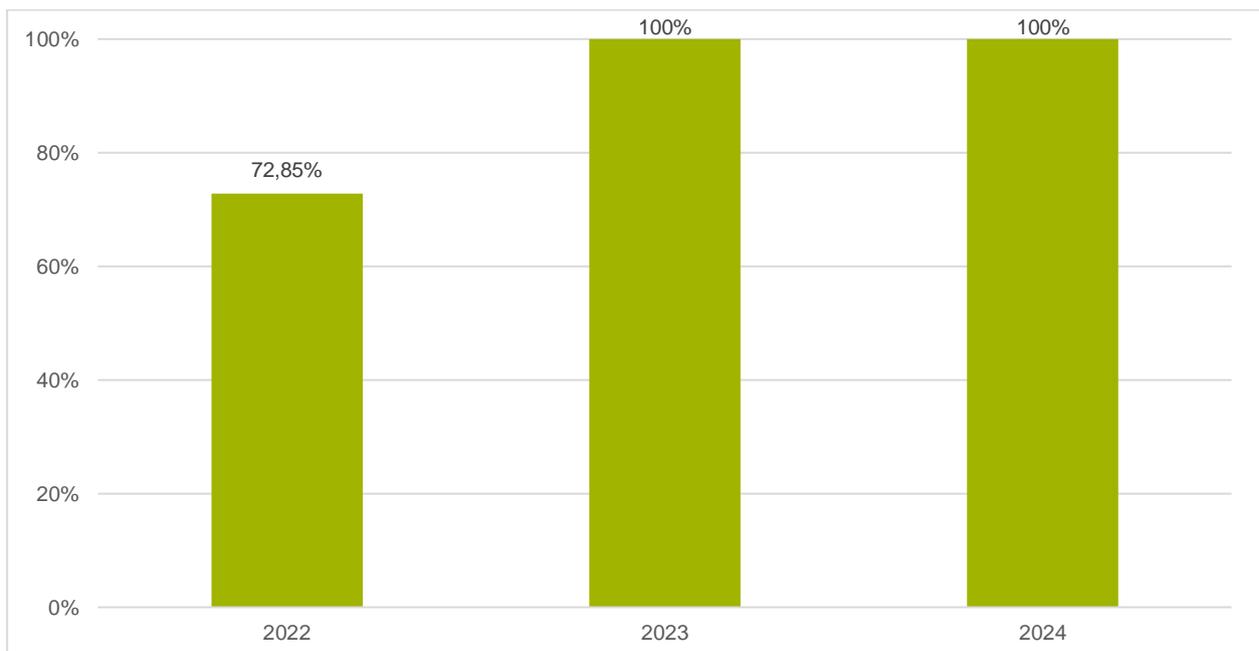
Für den operativen Bereich schreiben die Anforderungen an zertifizierte Gynäkologische Krebszentren mindestens 40 stadiengerechte Operationen bei Patientinnen mit Genitalmalignom pro Jahr vor. Die Vorgabe wurde für das Jahr 2024 erfüllt; es sind keine Maßnahmen erforderlich.

Abbildung 23: Operative Primärfälle Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024



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. Der Anteil an Patientinnen, die ein Angebot zur genetischen Testung beim Ovarialkarzinom erhalten, soll bei $\geq 70\%$ liegen. Die Sollvorgabe wird erfüllt.

Abbildung 24: Anteil Patientinnen mit einem Angebot zur genetischen BRCA-Testung Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024



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 der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4) sowie das Distressthermometer zur Anwendung. Jede Patientin erhält durch die Pflegekräfte einen Screeningbogen, in dem die aktuellen und bestehenden Belastungen sowie der Unterstützungsbedarf und der Behandlungswunsch eruiert werden. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußert die Patientin unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte oder durch die Patientin selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung.

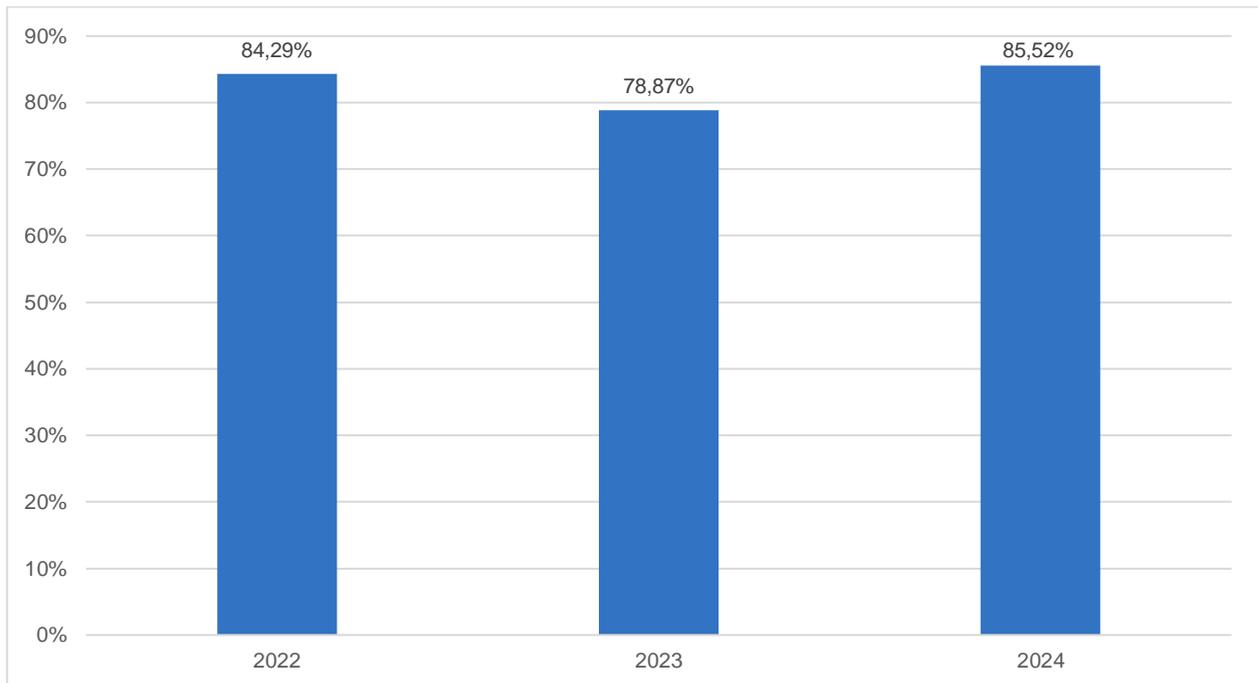
Die Anzahl der Patientinnen, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, wird jährlich erfasst und ausgewertet. Der Anteil an psychoonkologischer Beratung ist über die letzten drei Jahre konstant. Die Beratung wird allen aktiv angeboten, aber von einigen Patientinnen ausdrücklich abgelehnt. Die Vorgaben der Fachgesellschaften sehen eine Screeningrate von $\geq 65\%$ vor. Trotz einer Steigerung zum Vorjahr konnte die Vorgabe in 2024 nicht gänzlich erfüllt werden. Die Screeningbögen werden flächendeckend an alle Patientinnen ausgegeben, aber der Rücklauf der Bögen ist noch nicht hoch genug. Hier gilt es, den Prozess weiter anzupassen, um den Rücklauf zu erhöhen. Geplant ist die digitale Ausgabe über PATFORMS.

Tabelle 26: Betreuung, Anteil überschwellig belasteter Patientinnen und Screening durch den psychoonkologischen Dienst Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Betreuung	65,4%	52,5%	56,2%
Screening	63,5%	57,04%	61,03%
Anteil überschwellig belasteter Patientinnen	83,3%	74,7%	78,5%

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 der Direktion Krankenpflege des UKD zugeordnet. Jede Patientin des Gynäkologischen Krebszentrums erhält das Angebot eines Beratungsgesprächs durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate $\geq 50\%$ wurde erfüllt.

Abbildung 25: Betreuung durch den Sozialdienst GZ 2022-2024



Wartezeiten

Im Gynäkologischen Krebszentrum werden die Wartezeiten während der Sprechstunde und auf einen Termin kontinuierlich über das Krankenhausinformationssystem ORBIS® erfasst. Eine Auswertung der Wartezeiten erfolgt stichprobenartig einmal pro Jahr. Für die Berechnung der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Termin und während der Sprechstunde in der onkologischen Sprechstunde des Gynäkologischen Krebszentrums wurde über einen Zeitraum von vier Wochen (2. September 2024 bis 27. September 2024) die Wartezeiten ausgewertet. Für die Berechnung der Wartezeit zwischen Diagnosestellung und Operation wurden alle operativen Patientinnen 2024 einbezogen, bei denen vor der Operation die Diagnostik erfolgt und die Diagnose gesichert wurde.

Tabelle 27: Ergebnisse der Wartezeiterfassung GZ 2022-2024

Wartezeit	2022	2023	2024
auf einen Termin	10,8 Tage	13,7 Tage	10,6 Tage
während der Sprechstunde	28,6 Minuten	37,2 Minuten	31,4 Minuten
Diagnose - OP	14,8 Tage	23,3 Tage	20,0 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.

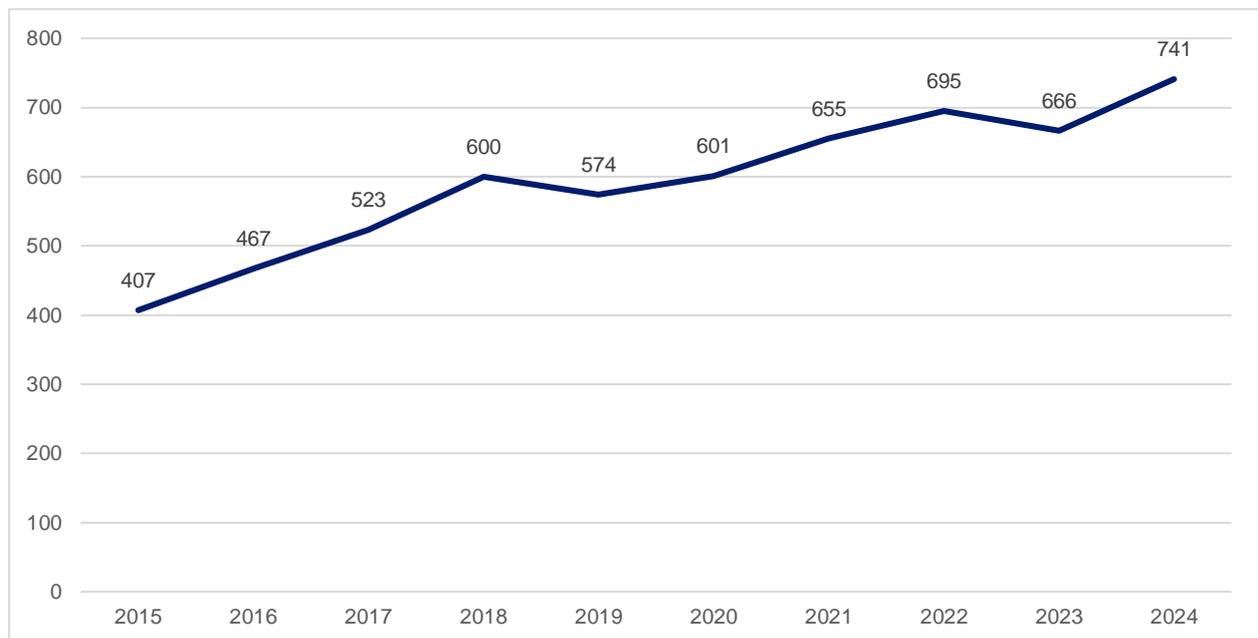
Interdisziplinäre Tumorkonferenz

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 2024 fanden 51 Tumorkonferenzen statt, in denen insgesamt **741 interdisziplinäre Behandlungspläne** erstellt wurden. Es wurden alle Patientinnen, die 2024 im Gynäkologischen Krebszentrum betreut wurden, in der Tumorkonferenz vorgestellt, womit auch die Anforderung der Fachgesellschaften (Vorstellung von Patientinnen mit einem Genitalmalignom $\geq 80\%$) erfüllt ist. Durchschnittlich werden pro Patientin 2,5 Beschlüsse gefasst; pro Board werden durchschnittlich 14,5 Empfehlungen ausgesprochen.

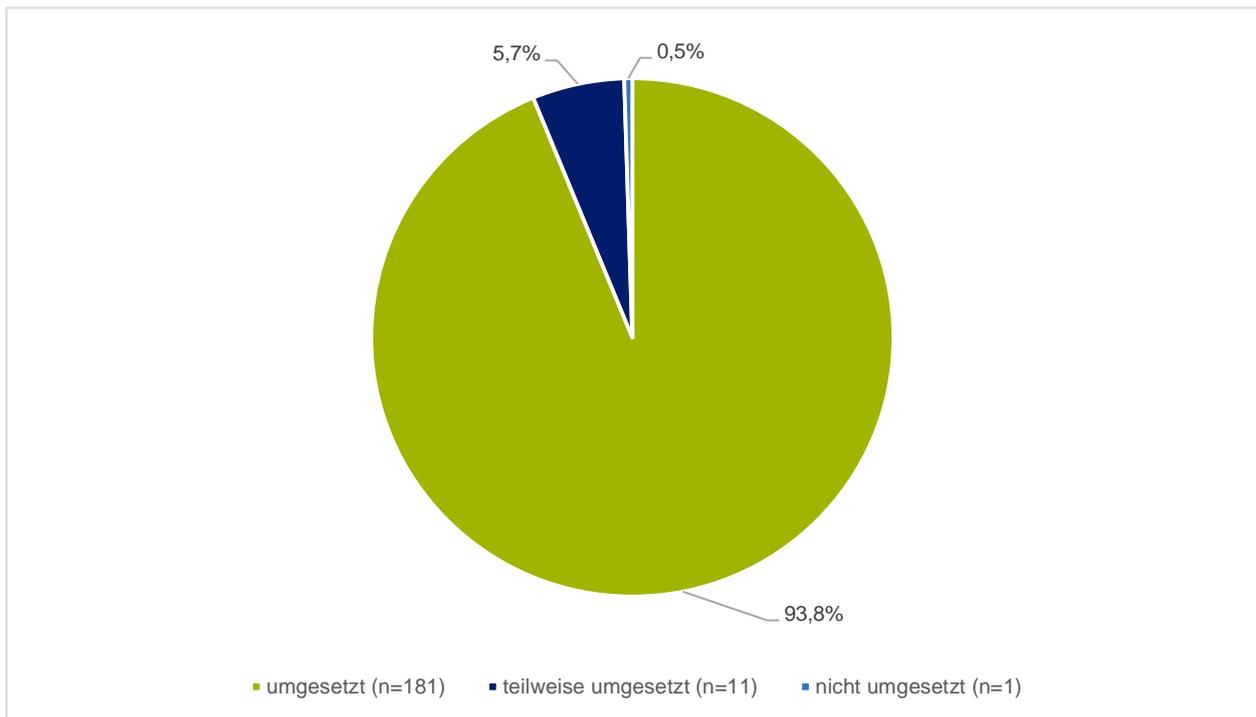
Abbildung 26: Anzahl Tumorboardempfehlungen Gynäkologisches Krebszentrum 2015-2024



Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragte überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum - 1. Oktober 2023 bis 30. September 2024 - im Tumorboard des Gynäkologischen Krebszentrums vorgestellten Patientinnen zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für das Jahr 2024 wurden **127 Patientinnen** mit insgesamt **193 Beschlüssen** ausgewählt.

Abbildung 27: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance GZ 2024



Insgesamt wurden **181 Beschlüsse (93,8%) inhaltlich korrekt** entsprechend der Tumorboardempfehlung **umgesetzt**. Ein Tumorboardbeschluss konnte aufgrund des geänderten Allgemeinzustandes der Patientin nur teilweise umgesetzt werden. Die Therapie wurde entsprechend angepasst. Elf Beschlüsse wurden nicht umgesetzt. Für die Nichtumsetzung wurden folgende Gründe dokumentiert:

- Wunsch der Patientinnen (neun Beschlüsse)
- Patientin verstorben (ein Beschluss)
- AZ-Verschlechterung / Nebenwirkungen / Morbidität (ein Beschluss)

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Gynäkologische Krebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in Tabelle 28 zusammengefasst.

Tabelle 28: Datenqualität DKG-Kennzahlen Gynäkologisches Krebszentrum 2024

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
81,48% (22)	14,81% (4)	3,7% (1)

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 2024 waren 26 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen geöffnet.

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

Tabelle 29: Studienquote Gynäkologisches Krebszentrum 2022-2024

2022	2023	2024
29,8%	35,9%	50,0%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Gynäkologischen Krebszentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2024 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Gynäkologischen Krebszentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ aufgeführt sind.

Kutz O, Drukewitz S, Krüger A, Aust D, William D, Oster S, Schröck E, Baretton G, Link T, Wimberger P, Kuhlmann JD. **Exploring evolutionary trajectories in ovarian cancer patients by longitudinal analysis of ctDNA.** Clin Chem Lab Med. 2024 Apr 5;62(10):2070-2081. doi: 10.1515/cclm-2023-1266. PMID: 38577791.

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

Schindelhauer A, Wimberger P. **Ist weniger mehr? – Neue operative Therapiekonzepte beim Zervixkarzinom.** Gynäkologie, Jahrgang 57, Nr. 11, 11.2024, S. 746-751.

O'Malley DM, Myers T, Wimberger P, Van Gorp T, Redondo A, Cibula D, Nicum S, Rodrigues M, Backes FJ, Barlin JN, Lewin SN, Lim P, Pothuri B, Diver E, Banerjee S, Lorusso D. **Maintenance with mirvetuximab soravtansine plus bevacizumab vs bevacizumab in FR α -high platinum-sensitive ovarian cancer.** Future Oncol. 2024;20(32):2423-2436. doi: 10.1080/14796694.2024.237224. Epub 2024 Jul 31. PMID: 39082675; PMCID: PMC11520569.

Starke O, Wimberger P, Klotz DM. **The prognostic influence of hospital type, method of first histological confirmation and time to chemotherapy in patients with advanced primary ovarian cancer.** Arch Gynecol Obstet. 2024 Dec 16. doi: 10.1007/s00404-024-07832-4. Epub ahead of print. PMID: 39680144.

Schwarz FM, Klotz DM, Wimberger P, Kuhlmann JD. **Urinary-based detection of MSL, HE4 and CA125 as an additional dimension for predictive and prognostic modelling in ovarian cancer.** Front Oncol. 2024 Jul 15;14:1392545. doi: 10.3389/fonc.2024.1392545. PMID: 39077473; PMCID: PMC11284093.

Schwarz FM, Kuhlmann JD, Kämpfer J, Klimova A, Klotz DM, Freitag L, Herrmann P, Zinnow V, Smith J, Scheller T, Walther W, Wimberger P, Stein U. **Induction of circulating ABCB1 transcripts under platinum-based chemotherapy indicates poor prognosis and a bone micrometastatic phenotype in ovarian cancer patients.** Mol Cancer. 2024 Aug 23;23(1):174. doi: 10.1186/s12943-024-02087-8. PMID: 39180062; PMCID: PMC11342548.



Regionales Brustzentrum

Klinik und Poliklinik für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Regionales
Brustzentrum

Inhaltsverzeichnis

Regionales Brustzentrum Dresden	74
Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden (RBZ).....	74
Ziele des Regionalen Brustzentrums Dresden.....	75
Externe und interne Audits	76
Externe Audits.....	76
Interne Audits	76
Zufriedenheitsbefragungen.....	77
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	77
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.....	78
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	80
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	80
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	80
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	81
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	81
Leistungszahlen	81
Psychosoziale Versorgung.....	83
Wartezeiten.....	85
Interdisziplinäre Tumorkonferenz.....	86
Tumorboardcompliance	86
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	88
Forschungstätigkeiten	88
Klinische Studien.....	88
Publikationen.....	88

Regionales Brustzentrum Dresden

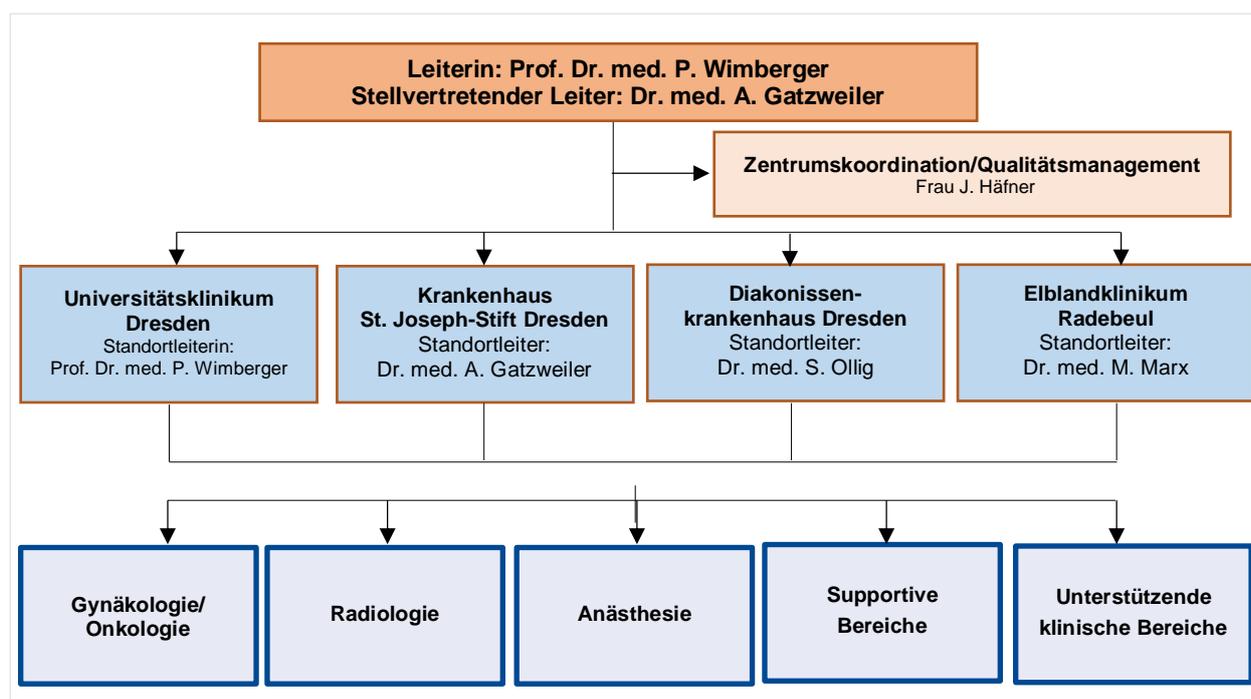
Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden (RBZ)

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 (NCT/UCC) Dresden und erfüllt die von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie festgelegten Qualitätskriterien. Zusätzlich verfügt es am Standort Universitätsklinikum Dresden über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001. Somit ist ein für Deutschland einmaliges Versorgungskonstrukt auf hohem und vergleichbarem Niveau entstanden.

Um die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom zu gewährleisten, vereinigt das Regionale Brustzentrum Dresden die Kompetenz von Expertinnen und Experten verschiedener Fachgebiete. Damit kann das RBZ eine Diagnostik und Therapie auf höchstem Niveau individuell auf die Patientinnen und Patienten abgestimmt sicherstellen. Durch Kooperationsverträge im Sinne von Qualitätssicherungsvereinbarungen mit allen Behandlungspartnern wird die Einhaltung der hohen Qualitätsanforderungen garantiert. Zu den Behandlungspartnern außerhalb der vier Standorte des RBZ gehören Einrichtungen der Strahlentherapie, die Orthopädie- und Rehatechnik 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 28: Struktur des Regionalen Brustzentrums Dresden



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

Tabelle 30: Qualifikationsmatrix Regionales Brustzentrum Dresden - Standort UKD

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

Ziele des Regionalen Brustzentrums Dresden

Neben der Festlegung von strategischen Zielen, wie die Gewährleistung einer hohen Versorgungsqualität, der Zufriedenheit aller Patientinnen und Patienten des Regionalen Brustzentrums Dresden, der Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten bei

den Behandlungsabläufen und der Behandlungsdauer sowie den effizienten Umgang mit vorhandenen Ressourcen werden jährlich auch operative Ziele zur Erreichung der strategischen Ziele festgeschrieben. Die Festlegung der Ziele mit Benennung von Verantwortlichkeiten und Terminsetzung erfolgt zu Beginn eines jeden Jahres. Die Qualitätsziele werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 31: Jahresziele des Regionalen Brustzentrums Dresden 2024

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Zielerreichung
1	Etablierung eines zusätzlichen Sprechstundenzimmers im Brustzentrum (Standort UKD)	VWL, FÄ Brustzentrum	Umstrukturierung und Etablierung 07/2024 erfolgt.
2	Durchführung Pflegefachtag Standort UKD	FÄ RBZ	Pflegefachtag hat am 20. März 2024 stattgefunden.
3	Überarbeitung des zentrumsübergreifenden Flyers	QMBs RBZ	Begonnen, wird in 2025 fortgeführt .
4	Erfolgreiche Re-Zertifizierung (DKG und DIN EN ISO)	MA RBZ	Die Rezertifizierung wurde am 16. April 2024 erfolgreich abgeschlossen.
5	Beteiligung am Patiententag des NCT/UCC am 25. Mai 2024	Leitung RBZ	Das RBZ hat sich mit Vorträgen präsentiert.
6	Ausbau von PATFORMS in dem Bereich GYN-S3 zum Screening Psychoonkologie.	IT, Frau Hornemann, Frau Häfner	Noch ausstehend, Ziel wird für 2025 fortgeschrieben.
7	Erweiterung der Auswertungsmöglichkeiten im TDS.	Frau Rentsch Frau Häfner	Es konnten neue Auswertungsmöglichkeiten programmiert werden.
8	Erstellung eines Kontaktflyers über das Onkologische Zentrum unter Beteiligung des Regionalen Brustzentrums.	Leitung RBZ Frau Häfner	Der Kontaktflyer wurde erstellt, gedruckt und den Niedergelassenen zur Verfügung gestellt.
9	Erfassung aller Medizinprodukte in SAP (GYN-S3).	VWL GYN / QMB GYN / Medizintechnik	Begonnen, an der vollständigen Erfassung wird noch gearbeitet. Dies wird im Laufe des Jahres 2025 erfolgreich beendet werden.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 16. April 2024 fand die Rezertifizierung des Regionalen Brustzentrum Dresden statt. Das Audit wurde als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 durchgeführt. Im Rahmen des Audits wurden sechs Hinweise ausgesprochen. Diese betreffen u. a. die Fallzahlsteigerung und die damit verbundene Erweiterung von Ressourcen. Die Hinweise wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Zentrums interdisziplinär und interprofessionell diskutiert.

Interne Audits

In den Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden finden regelmäßig interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und der Anforderungen aus dem Erhebungsbogen der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Die Planung der internen Audits obliegt

am Standort Universitätsklinikum der Zentrumskoordination und der Qualitätsmanagementbeauftragten in Abstimmung mit der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement des UKD. Die Durchführung der internen Audits erfolgt durch zwei unabhängige interne Auditorinnen und Auditoren des Universitätsklinikums Dresden. In den anderen Standorten erfolgt die Planung in Abstimmung mit den QM-Beauftragten in den jeweiligen Standorten; die Durchführung erfolgt ebenfalls durch interne Auditorinnen und Auditoren und den Qualitätsmanagementbeauftragten.

Das letzte interne Audit fand am Standort Universitätsklinikum Dresden am 10. Januar 2024 sowie am 23. Oktober 2024 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Brust- und Gynäkologische Krebszentrum (Station und gynäkologische Ambulanz), die onkologische Ambulanz sowie das Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs auditiert. In den Standorten Krankenhaus St. Joseph-Stift und Diakonissenkrankenhaus fanden im Jahr 2024 ebenfalls interne Audits statt. In den internen Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Für den Standort Universitätsklinikum wurden vier Hinweise und zwei Anregungen ausgesprochen. Davon betreffen vier Hinweise die Dokumentation/Dokumentenlenkung, ein Hinweis die klinischen Studien und ein Hinweis die Medizinprodukte. Die Hinweise wurden mit den Verantwortlichen kommuniziert und Maßnahmen abgeleitet. Alle festgelegten Maßnahmen wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und regelmäßig auf Umsetzung geprüft.

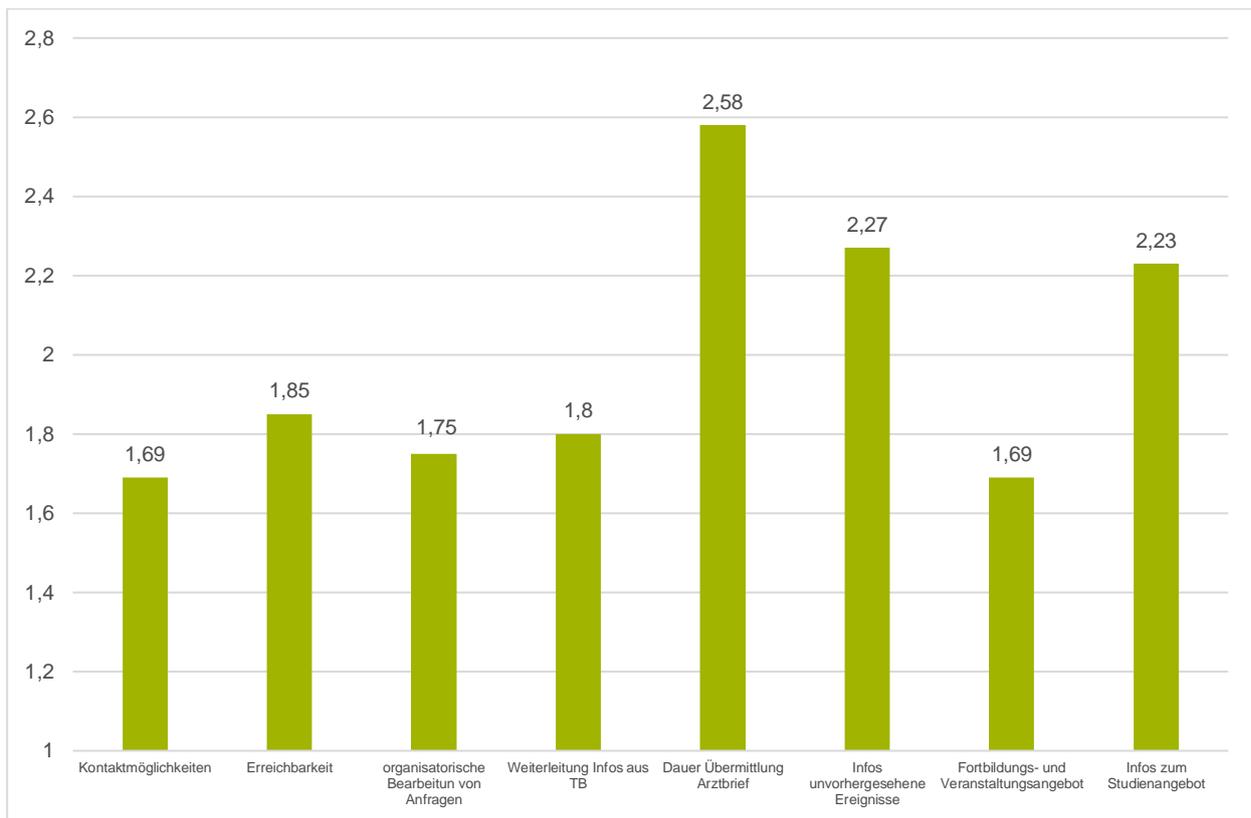
Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

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

Die Rücklaufquote betrug 50,3 % und ist damit um ca. 19% im Vergleich zu vorherigen Befragungen gestiegen. Bei der Befragung hatten die Zuweiserinnen und Zuweiser auf einer Skala 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 ergab keinen dringenden Behandlungsbedarf, jedoch sollten die Dauer der Übermittlung von Arztbriefen und Tumorboardbeschlüssen in jedem Standort überprüft und ggf. optimiert werden. Ebenfalls war gewünscht, dass Informationen zum Studienangebot noch besser kommuniziert werden.

Abbildung 29: Ergebnisse der Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser RBZ 2023



Seit Januar 2023 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern aller Standorte des Regionalen Brustzentrums Dresden auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de und einem 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.

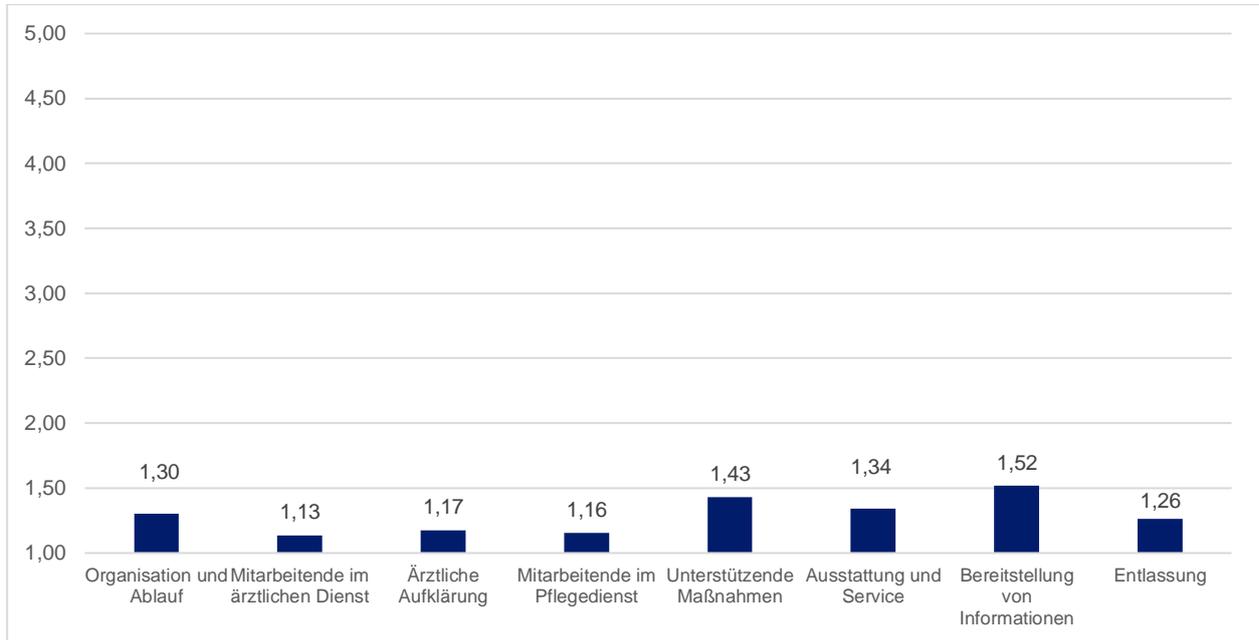
Eine nächste Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser des Regionales Brustzentrums ist für Oktober 2026 geplant.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Befragungen von Patientinnen und Patienten finden im Regionalen Brustzentrum Dresden kontinuierlich papierbasiert statt. Die Befragung soll die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie deren Bedürfnisse ermitteln und dient der qualitativen Weiterentwicklung. Alle Patientinnen und Patienten, die stationär in den Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden behandelt werden, erhalten mit der Patientenmappe einen Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag. Seit Januar 2024 wird ein überarbeiteter Fragebogen ausgehändigt, welcher auch digital per QR-Code beantwortet werden kann. Der QR-Code befindet sich ebenfalls in der Patientenmappe. Die Rücklaufquote betrug 32,8%. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,3 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Die kontinuierliche Befragung wird in 2025 fortgeführt. Die folgende

Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte nach Kategorien. Zu jeder Kategorie haben die Patientinnen mehrere Unterpunkte bewertet.

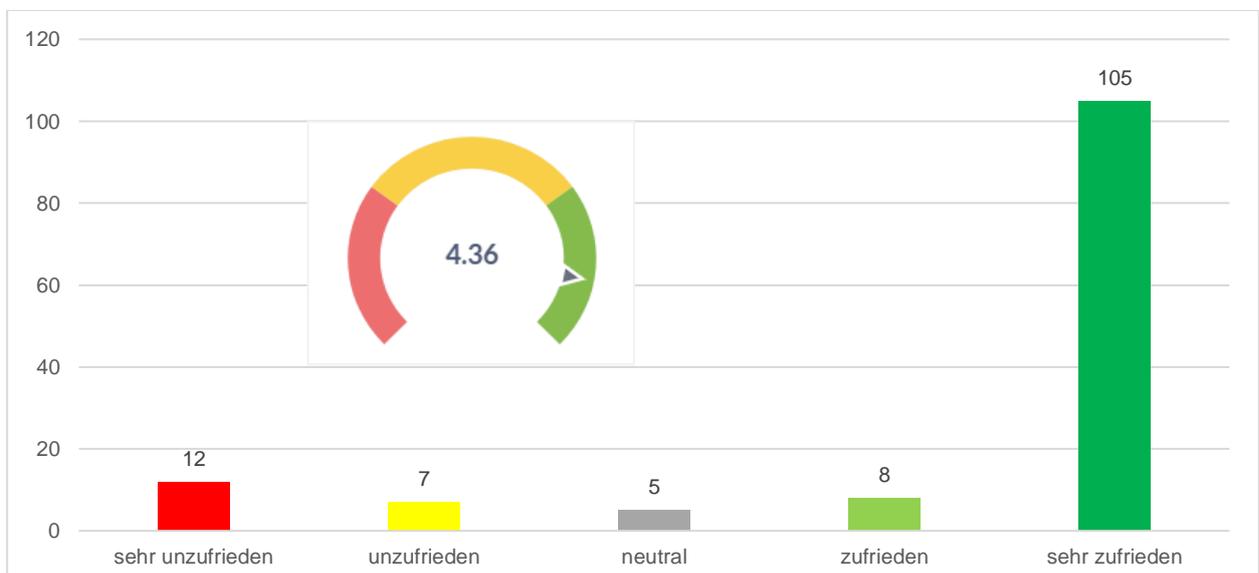
Abbildung 30: Wichtigkeits-Zufriedenheits-Portfolio Patientinnen und -patientenbefragung RBZ 2024



Die Patientinnen und Patienten haben am Standort Universitätsklinikum zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise, Anregungen und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen des UKD etabliert ist, abzugeben. In den anderen drei Standorten haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, über Meinungskarten ihre Hinweise, Anregungen und/oder Beschwerden zu äußern.

Über das digitale Feedbacksystem sind am Standort Universitätsklinikum im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2024 **137 Feedbackmeldungen** eingegangen. Sie wurden von 74 Patientinnen und 58 Angehörigen abgegeben.

Abbildung 31: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem GYN-S3 / GYN-NCT 2024



Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht hierbei für „sehr unzufrieden“, die „5“ für „sehr zufrieden“. Im Vergleich zum Vorjahr (Gesamtzufriedenheit: 4,5) gab es keine Änderung. Die Ergebnisse sind konstant geblieben. Gründe für die Unzufriedenheit lagen insbesondere in den Bereichen Kommunikation, Freundlichkeit und Wartezeiten. Eine Zufriedenheit $\geq 4,0$ wird in allen Bereichen der Frauenklinik angestrebt. Diese wurde für das Jahr 2024 erreicht, somit sind keine Maßnahmen erforderlich.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel

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

Workshops

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

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Weiterhin werden im Regionalen Brustzentrum Dresden regelmäßig M&M-Konferenzen durchgeführt. Sie finden im Anschluss an die Tumorkonferenz unter Beteiligung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Tumorboards sowie der Zuweiserinnen und Zuweiser statt. Im Jahr 2024 fanden die M&M-Konferenzen am 19. September und 28. November statt. In den M&M-Konferenzen werden Patientinnen und Patienten aus allen vier Standorten vorgestellt und besprochen. Besprochen wurden sowohl Behandlungsfälle mit einem negativen Verlauf (schnell wachsender Tumor, rasches Fortschreiten der Metastasierung, starke Chemotherapie Nebenwirkungen, operative Komplikationen) als auch Patientinnen und Patienten mit einem positiven Verlauf. Die M&M-Konferenzen werden im Organisationshandbuch AENEIS 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 2024 fanden folgende Fort- und Weiterbildungen des Regionalen Brustzentrums Dresden statt.

Tabelle 32: Fort- und Weiterbildungsangebote Regionales Brustzentrum Dresden 2024

Datum	Fort- und Weiterbildung
31. Januar 2024	Update Mammakarzinom nach San Antonio / zentrale Veranstaltung des RBZ
16. März 2024	Aktuelles aus der Frauenheilkunde – Vortrag: Gut zu wissen – Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
14. Mai 2024	Interne Fortbildung UKD: Adjuvante CDK4/6-Therapie
6. bis 8. Juni 2024	Teilnahme am Senologiekongress in Dresden, Vorträge, Moderation sowie Postervorstellungen
14. und 15. Juni 2024	Teilnahme MGFG Tagung; Teilnahme am Symposium Senologie und Gynäkologische Onkologie
19. Juni 2024	25. Update Gynäkologische Onkologie
23. Oktober 2024	Aktuelles aus der Senologie und gynäkologischer Onkologie – Vorträge: Nebenwirkungsmanagement endokrine Therapie: Schulmedizin meets Komplementärmedizin, Postneoadjuvante Therapie beim Mammakarzinom

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten finden in den jeweiligen Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden regelmäßig statt. Zudem werden jährlich verschiedene Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten zentral über das NCT/UCC sowie das Präventions- und sporttherapeutische Zentrum des NCT/UCC rund um das Thema Krebs angeboten, welche auch von den Patientinnen und Patienten des Regionalen Brustzentrums (Standort UKD) genutzt werden können.

Am 28. September 2024 fand am Standort Universitätsklinikum Dresden der 15. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Der Informationstag wurde im Jahr 2024 interaktiv gestaltet und gliederte sich zunächst in kurze Präsentationen und anschließend vier Workshops, an denen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beteiligen konnten.

Der zweite Patiententag des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC unter Beteiligung des Regionalen Brustzentrums wurde am 25. Mai 2024 durchgeführt. Zentrumsspezifische Themen waren u.a. „Moderne Krebschirurgie in der gynäkologischen Onkologie“, „Aktuelle klinische Studien“ sowie „Familiärer Brust- und Eierstockkrebs“. Im allgemeinen Teil wurden das Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie (ZPMO), das Lotsenteam und der Patientenbeirat vorgestellt. Am 16. November 2024 fand ein Patiententag im Krankenhaus St. Joseph-Stift statt. Es fanden Vorträge zum Thema „Aromatherapie - alltagstaugliche Unterstützung“ und „Lifestyle-Management - Was kann ich selbst tun? statt. Zudem hat sich die in Dresden neugegründete Selbsthilfegruppe Brustkrebs vorgestellt. Es wurden Gespräche geführt und Kontakte getauscht.

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 2024 wurden in den vier Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden insgesamt **952 primäre Mammakarzinome** diagnostiziert und therapiert.

Abbildung 32: Primärfälle Regionales Brustzentrum Dresden 2022-2024

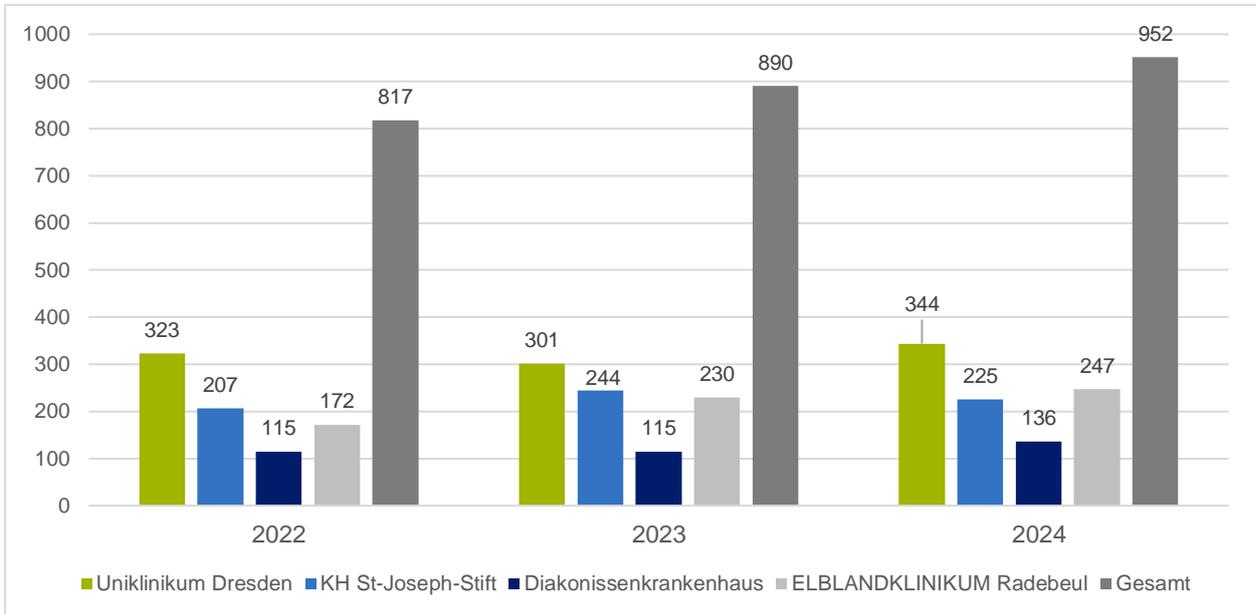
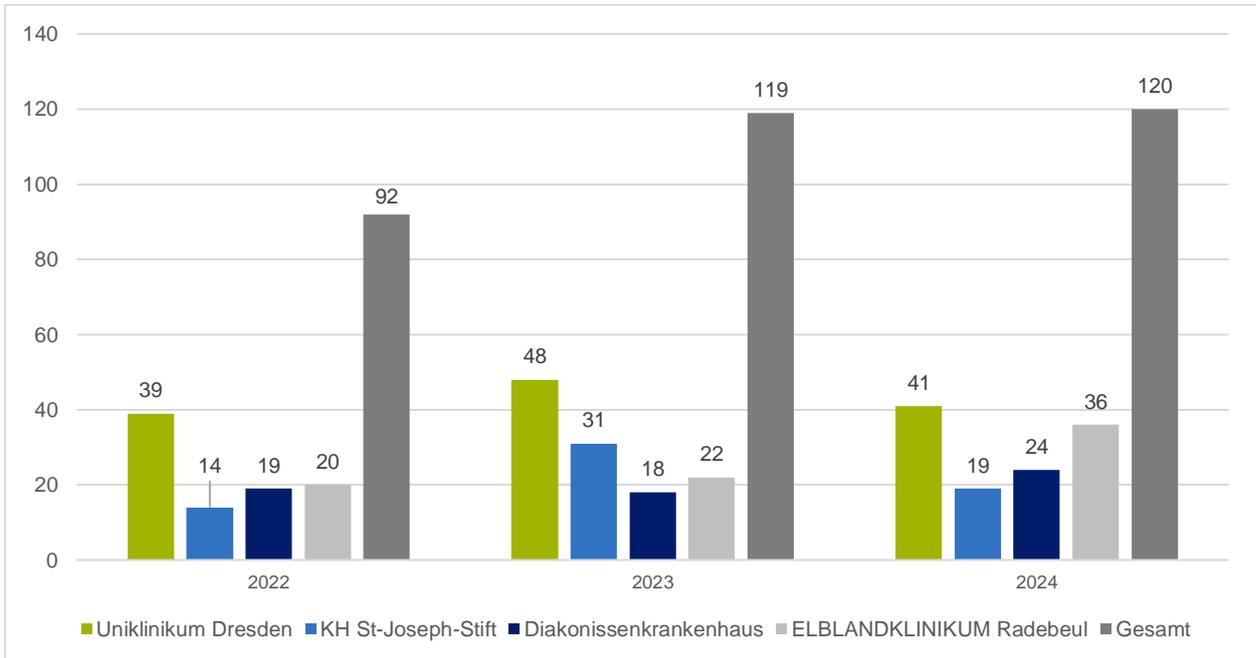


Abbildung 33: Rezidive/Metastasen Regionales Brustzentrum Dresden 2022-2024



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

Tabelle 33: Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1 RBZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Universitätsklinikum Dresden	79,6%	76%	85,8%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	89,4%	79,1%	88,1%
Diakonissenkrankenhaus	90,5%	94,4%	93,5%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	80,0%	71,6%	72,3%

Die Mastektomierate sollte zwischen 15% und 40% liegen. Das ELBLANDKLINIKUM Radebeul liegt mit 43,33% leicht über der Sollvorgabe. Aufgrund des besonderen Klientel der Abteilung für plastische Chirurgie ist die hohe Mastektomierate auf die Mastektomien mit Rekonstruktion mit körpereigenem Gewebe bzw. Implantaten zurückzuführen.

Tabelle 34: Mastektomierate RBZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Universitätsklinikum Dresden	24,8%	35,4%	24,7%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	19,6%	18,6%	17,3%
Diakonissenkrankenhaus	21,1%	18,6%	15,1%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	36,5%	47,8%	43,3%

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

Tabelle 35: Revisionsoperationen RBZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Universitätsklinikum Dresden	3,4%	5,8%	2,4%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	2,5%	3,5%	1,8%
Diakonissenkrankenhaus	1,1%	1,4%	4,3%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	3,7%	3,2%	1,6%

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.

Zur Bedarfserhebung kommen der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4) sowie das Distressthermometer zur Anwendung. Alle Patientinnen und Patienten erhalten durch die Pflegekräfte einen Screeningbogen, in dem die aktuellen und bestehenden Belastungen sowie der Unterstützungsbedarf und der Behandlungswunsch eruiert werden. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst.

Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung. Seitens der Fachgesellschaften wird eine Screeningrate von $\geq 65\%$ gefordert.

Tabelle 36: Psychoonkologisches Screening RBZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Universitätsklinikum Dresden	83,7%	88,0%	82,9%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	74,2%	70,2%	73,0%
Diakonissenkrankenhaus	72,4%	74,4%	71,3%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	72,1%	68,7%	68,6%

Tabelle 37: Anteil überschwellig belastete Patientinnen und Patienten 2022-2024

	2022	2023	2024
Universitätsklinikum Dresden	65,7%	72,3%	77,4%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	78,8%	84,5%	61,8%
Diakonissenkrankenhaus	61,5	64,6%	71,1%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	86,1%	79,1%	70,1%

Alle Standorte erfüllen die Sollvorgabe.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. Die Vorgabe der Fachgesellschaften, die eine Betreuungsquote von $\geq 15\%$ empfehlen, wurde im Jahr 2024 erfüllt, sodass eine Ableitung von Maßnahmen nicht erforderlich ist.

Tabelle 38: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst RBZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Universitätsklinikum Dresden	57,2%	66,5%	67,0%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	64,7%	54,6%	53,7%
Diakonissenkrankenhaus	52,2%	56,4%	63,7%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	73,9%	56,4%	55,1%

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

Tabelle 39: Betreuung durch den Sozialdienst RBZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Universitätsklinikum Dresden	79,8%	80,8%	78,1%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	86,4%	88,0%	74,2%
Diakonissenkrankenhaus	85,8%	78,8%	80,6%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	82,8%	88,5%	77,0%

Wartezeiten

An allen vier Standorten des Regionalen Brustzentrums Dresden werden wöchentlich Brustsprechstunden angeboten, die die Themen Brustkrebserkennung, Therapieplanung, Nachsorge, operative Beratung, gutartige Brusterkrankungen, Wachstums- und Entwicklungsstörungen sowie entzündliche Brusterkrankungen abdecken. 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.

Tabelle 40: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung RBZ 2022-2024

	Wartezeit auf Termin			Wartezeit während der Sprechstunde		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Universitätsklinikum	6,2	7,7	7,3	15,3	21,3	14,6
Krankenhaus St. Joseph-Stift	5	5,9	6,6	31	48	39
Diakonissenkrankenhaus	10	10	8	29	37	39
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	5,8	5,8	4,3	7,3	3,4	9,3

Tabelle 41: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Diagnostik-Operation/Therapiestart RBZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Universitätsklinikum	12,7	13,2	13,1
Krankenhaus St. Joseph-Stift	14	13,0	12,8
Diakonissenkrankenhaus	13	13,3	13,1
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	13,3	12,9	13,0

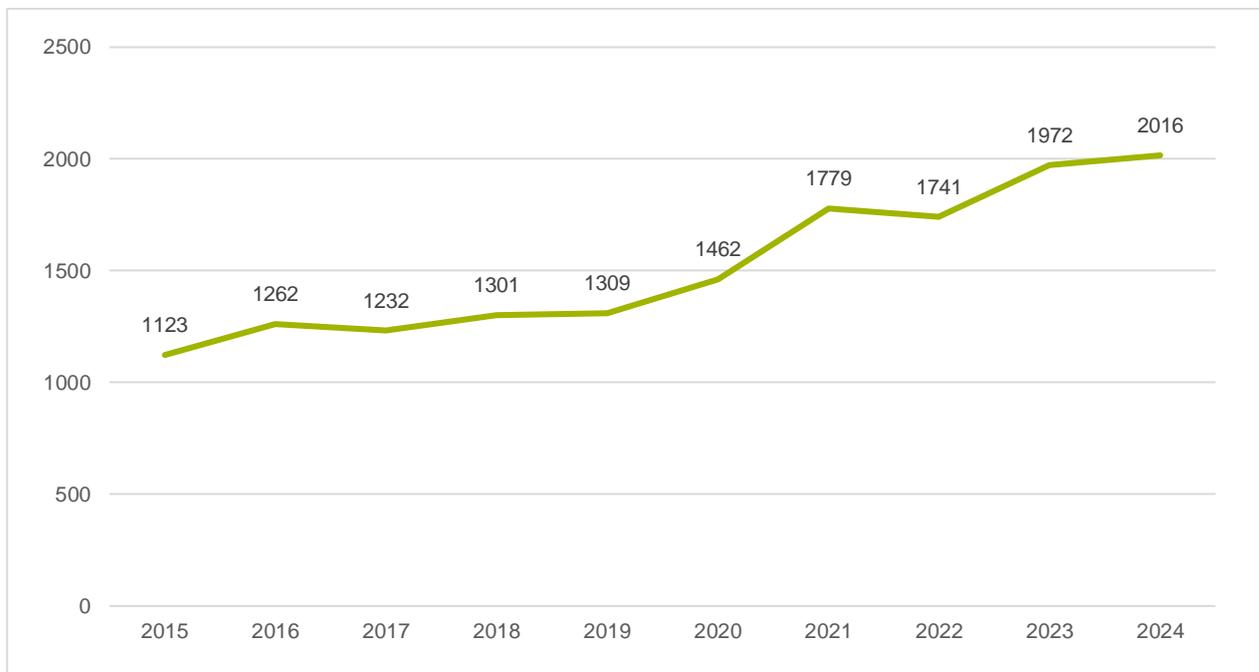
Die Vorgaben der Fachgesellschaften von < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin, < 60 Minuten während der Sprechstunde und ≤ 14 Tage von Diagnosestellung bis Operation/Therapiestart werden in allen vier Standorten erfüllt. Am Standort Universitätsklinikum wurde im Jahr 2024 die Sprechstundenkapazität erweitert und ein zusätzliches Sprechzimmer etabliert.

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 2024 fanden 51 Tumorkonferenzen des Regionalen Brustzentrums Dresden statt, in denen insgesamt **2.016 interdisziplinäre Behandlungspläne** erstellt wurden. Die Sollvorgabe von $\geq 80\%$ der postoperativen Tumorboardvorstellungen wird in allen Standorten erfüllt. Durchschnittlich werden pro Patientin/Patient 2,1 Beschlüsse gefasst; pro Board werden durchschnittlich 39,5 Empfehlungen ausgesprochen.

Abbildung 34: Anzahl Tumorboardempfehlungen RBZ 2015-2024



Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die Qualitätsmanagementbeauftragten überprüft. Hierzu wird eine Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum - 1. Oktober 2023 bis 30. September 2024 - im Tumorboard des Regionalen Brustzentrums Dresden vorgestellten Patientinnen und Patienten zufällig ausgewählt und die Tumorboardbeschlüsse auf ihre inhaltliche Umsetzung hin überprüft. Für das Jahr 2024 wurden insgesamt **568 Beschlüsse** von **398 Patientinnen und Patienten** ausgewählt.

- Universitätsklinikum Dresden: 249 Beschlüsse von 162 Patientinnen und Patienten
- Krankenhaus St. Joseph-Stift: 130 Beschlüsse von 104 Patientinnen und Patienten
- ELBLANDKLINIKUM Radebeul: 122 Beschlüsse von 84 Patientinnen und Patienten
- Diakonissenkrankenhaus: 67 Beschlüsse von 48 Patientinnen und Patienten

Abbildung 35: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ gesamt 2024

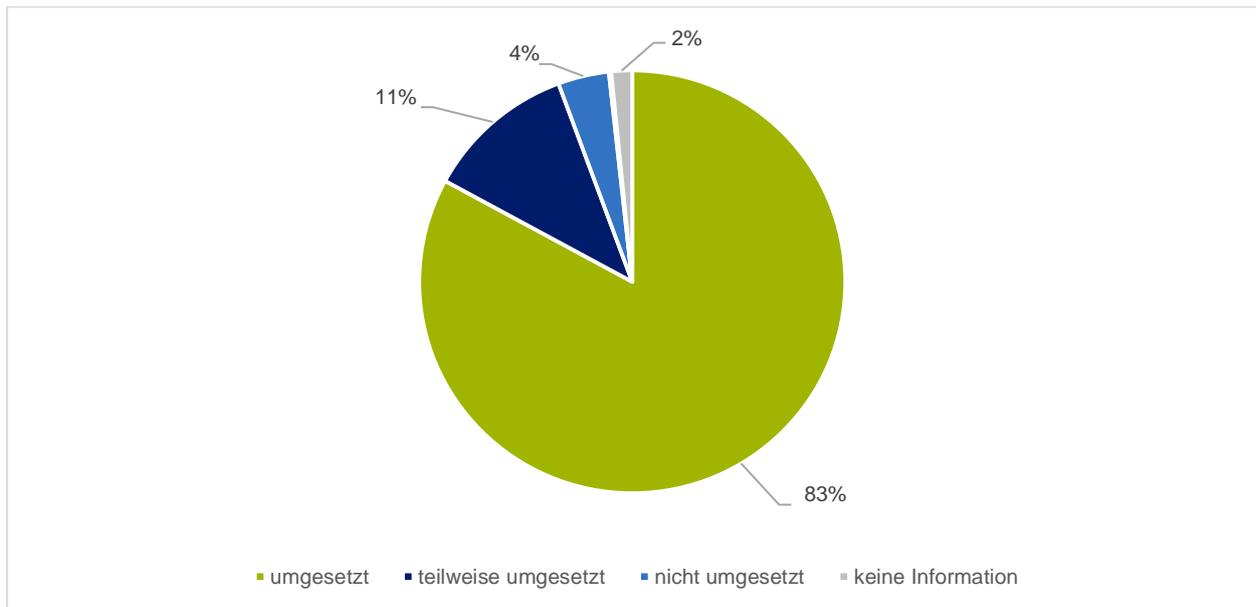
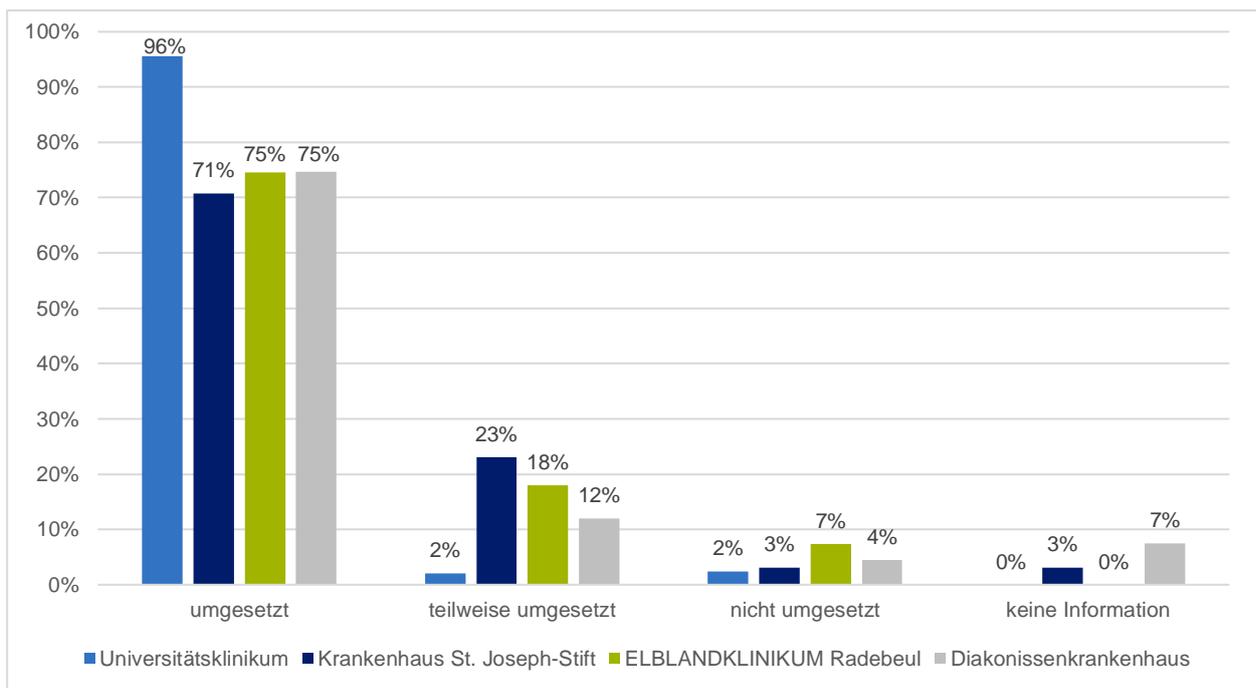


Abbildung 36: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance RBZ je Standort 2024



Insgesamt wurden **471 Beschlüsse (83%) inhaltlich korrekt** entsprechend der Tumorboardempfehlung **umgesetzt**. Als Gründe für die Nicht-Umsetzung bzw. teilweise Umsetzung sind der Wunsch der Patientinnen und Patienten, das Versterben von Patientinnen und Patienten und eine im Verlauf geänderte Indikation / schlechter Allgemeinzustand zu nennen. Keine Information erhielt der Standort KH St. Joseph-Stift zu vier Patientinnen und Patienten und der Standort Diakonissenkrankenhaus zu fünf Patientinnen und Patienten. Diese Patientinnen und Patienten wünschten die Weiterbehandlung extern. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Brustkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in Tabelle 42 zusammengefasst.

Tabelle 42: Datenqualität DKG-Kennzahlen Regionales Brustzentrum Dresden 2024

	Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
Universitätsklinikum Dresden	96% (54)	4,0% (1)	0,00% (0)
Krankenhaus St. Joseph-Stift	96% (24)	4,0% (1)	0,00% (0)
Diakonissenkrankenhaus	92% (23)	8,0% (2)	0,00% (0)
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	84% (21)	12,0% (3)	0,00% (0)

Forschungstätigkeiten

Klinische Studien

Allen Patientinnen und Patienten des Regionalen Brustzentrums Dresden ist die Teilnahme an klinischen Studien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen und Erfüllung der Einschlusskriterien möglich. Alle vier Standorte des Regionalen Brustzentrums Dresden beteiligen sich an klinischen Phase I-IV Studien. Im Jahr 2024 waren 26 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen und Patienten geöffnet. Die Vorgabe der Fachgesellschaften sieht einen Studieneinschluss von $\geq 5\%$ vor. Diese Vorgabe wurde erfüllt.

Tabelle 43: Studienquote Regionales Brustzentrum Dresden 2022-2024

	2022	2023	2024
Universitätsklinikum Dresden	32,6%	34,6%	28,5%
Krankenhaus St. Joseph-Stift	19,2%	19,7%	12,9%
Diakonissenkrankenhaus	18,7%	19,1%	41,2%
ELBLANDKLINIKUM Radebeul	24,4%	26,1%	24,7%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Regionalen Brustzentrums Dresden aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2024 veröffentlicht wurden.

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

Fehm T, Mueller V, Banys-Paluchowski M, Fasching PA, Friedl TWP, Hartkopf A, Huober J, Loehberg C, Rack B, Riethdorf S, Schneeweiss A, Wallwiener D, Meier-Stiegen F, Krawczyk N, Jaeger B, Reinhardt F, Hoffmann O, Mueller L, Wimberger P, Ruckhaeberle E, Blohmer JU, Cieslik JP, Franken A, Niederacher D, Neubauer H, Pantel K, Janni W; **DETECT Study Group. Efficacy of Lapatinib in Patients with HER2-Negative Metastatic Breast Cancer and HER2-Positive Circulating Tumor Cells-The DETECT III Clinical Trial.** Clin Chem. 2024 Jan 4;70(1):307-318. doi: 10.1093/clinchem/hvad144. PMID: 38175595.

Ganz PA, Bandos H, Španić T, Friedman S, Müller V, Kuemmel S, Delaloge S, Brain E, Toi M, Yamauchi H, de Dueñas EM, Armstrong A, Im SA, Song CG, Zheng H, Sarosiek T, Sharma P, Geng C, Fu P, Rhiem K, Frauchiger-Heuer H, Wimberger P, t'Kint de Roodenbeke D, Liao N, Goodwin A, Chakiba-Brugère C, Friedlander M, Lee KS, Giacchetti S, Takano T, Henao-Carrasco F, Virani S, Valdes-Albini F, Domchek SM, Bane C, McCarron EC, Mita M, Rossi G, Rastogi P, Fielding A, Gelber RD, Scheepers ED, Cameron D, Garber J, Geyer CE, Tutt ANJ. **Patient-Reported Outcomes in OlympiA: A Phase III, Randomized, Placebo-Controlled Trial of Adjuvant Olaparib in gBRCA1/2 Mutations and High-Risk Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-Negative Early Breast Cancer.** J Clin Oncol. 2024 Apr 10;42(11):1288-1300. doi: 10.1200/JCO.23.01214. Epub 2024 Feb 1. PMID: 38301187; PMCID: PMC11095886.

Fasching PA, Hu C, Hart SN, Ruebner M, Polley EC, Gnanaolivu RD, Hartkopf AD, Huebner H, Janni W, Hadji P, Tesch H, Uhrig S, Ettl J, Lux MP, Lüftner D, Wallwiener M, Wurmthaler LA, Goossens C, Müller V, Beckmann MW, Hein A, Anetsberger D, Belleville E, Wimberger P, Untch M, Ekici AB, Kolberg HC, Hartmann A, Taran FA, Fehm TN, Wallwiener D, Brucker SY, Schneeweiss A, Häberle L, Couch FJ. **Susceptibility gene mutations in germline and tumors of patients with HER2-negative advanced breast cancer.** NPJ Breast Cancer. 2024 Jul 13;10(1):57. doi: 10.1038/s41523-024-00667-x. PMID: 39003306; PMCID: PMC11246424.

Ziegler P, Hartkopf AD, Wallwiener M, Häberle L, Kolberg HC, Hadji P, Tesch H, Ettl J, Lüftner D, Müller V, Michel LL, Belleville E, Wimberger P, Hielscher C, Huebner H, Uhrig S, Wurmthaler LA, Hack CC, Mundhenke C, Kurbacher C, Fasching PA, Wuerstlein R, Untch M, Janni W, Taran FA, Lux MP, Wallwiener D, Brucker SY, Fehm TN, Schneeweiss A, Goossens C. **The impact of physical activity on progression-free and overall survival in metastatic breast cancer based on molecular subtype.** BMC Cancer. 2024 Oct 16;24(1):1284. doi: 10.1186/s12885-024-13038-3. PMID: 39415149; PMCID: PMC11481816.



Zentrum für Hämatologische Neoplasien



Inhaltsverzeichnis

Zentrum für Hämatologische Neoplasien	92
Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien (HAEZ)	92
Ziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien.....	94
Externe und interne Audits	96
Externe Audits	96
Interne Audits	96
Zufriedenheitsbefragungen.....	96
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	96
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	97
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	98
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	99
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	99
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	99
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	100
Fallzahlen.....	100
Psychosoziale Versorgung	102
Wartezeiten	102
Interdisziplinäres Tumorboard und Fallbesprechungen	103
Tumorboardcompliance	104
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	104
Forschungstätigkeiten	105
Klinische Studien.....	105
Publikationen.....	106

Zentrum für Hämatologische Neoplasien

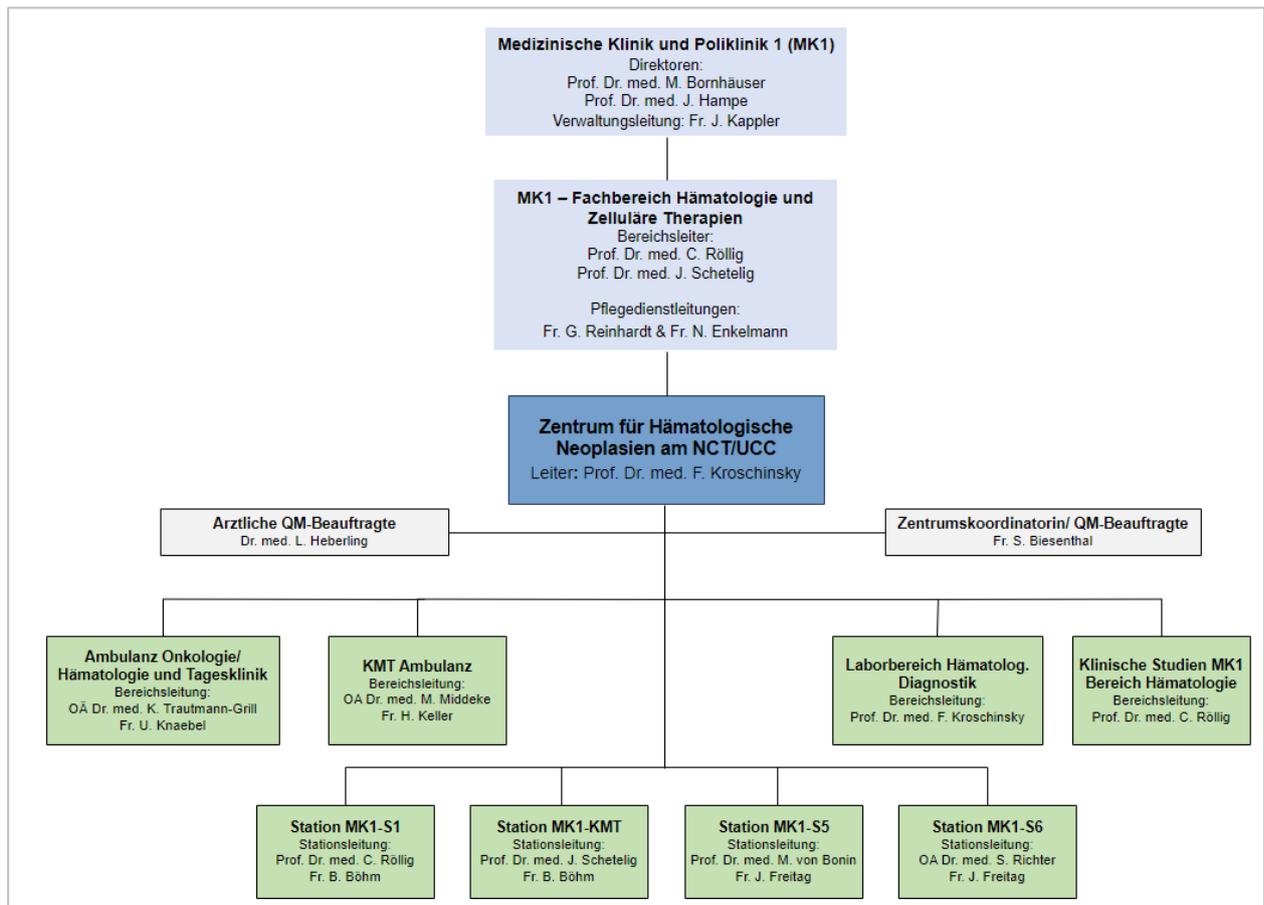
Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien (HAEZ)

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

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

Das Organigramm in der Abbildung 37 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 37: Struktur des Zentrums für Hämatologische Neoplasien



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

Tabelle 44: Qualifikationsmatrix Zentrum für Hämatologische Neoplasien

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

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

Ziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien

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

Tabelle 45: Jahresziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien 2024

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Zielerreichung
1	Erfolgreiches DKG- und DIN EN ISO-Rezertifizierung	QMB HAEZ/ alle MA HAEZ	Die Rezertifizierung fand vom 17. April 2024 statt und wurde erfolgreich mit einer Zertifikatsverlängerung abgeschlossen.
2	Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser	QMB HAEZ	Die Befragung wurde im Juni 2024 postalisch an die Zuweiser*innen verschickt. Die Rücklaufquote betrug 18,5%.
3	Durchführung eines internen Audits	ärztliche & nichtärztliche QMB HAEZ	Das interne Audit der MK1 fand am 25. September 2024 statt.
4	Einrichtung einer neuen Feedbackstele für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige im Foyer Haus 31	QMB HAEZ	Eine neue Feedbackstele wurde Anfang 2024 im Foyer des Haus 31 eingeführt. Der Rücklauf konnte damit erhöht werden.

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Zielerreichung
5	Evaluation der Pflegeberatung in der Tagesklinik	QMB HAEZ, ärztliche und pflegerische Leitung Tagesklinik	Die Evaluation der Pflegeberatung wurde 2024 durchgeführt. Dafür wurden vor und nach der Pflegeberatung Fragebögen zur Zufriedenheit ausgehändigt, um den Nutzen aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufzuzeigen.
6	Erhöhung der Patienten- und Arzneimittelsicherheit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einstellung einer Stationsapothekerin auf der Station MK1-KMT ▪ Einführung eines Unit-Dose-Systems auf der Station MK1-KMT 	Leitung MK1/ Apotheke	Zum 01. Februar 2024 wurde auf der MK1-KMT eine Stationsapothekerin eingestellt. Das Unit-Dose-System wurde am 1. März 2024 auf der MK1-KMT eingeführt.
7	Durchführung von interdisziplinären Workshops zur Aktualisierung bestehender Standards zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge	QMB HAEZ, Ärztinnen und Ärzte HAEZ	2024 fanden Workshops zu den Krankheitsbildern Akute Leukämien, kutane Lymphome und multiples Myelom statt.
8	Jährliches Angebot von Veranstaltungen speziell für hämatologische Patientinnen und Patienten	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter GWT/ NCT/UCC/ HAEZ	Es wurden zwei Veranstaltungen im Jahr 2024 durchgeführt: der Dresdner MDS/MPN-Patiententag und der Patiententag des NCT/UCC.
9	Dokumentation der klinischen Studien des HAEZ in der zentralen Studiendatenbank des NCT/UCC	Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Studienbereiche HAEZ	Alle klinischen Studien für Patientinnen und Patienten des HAEZ sind in der Studiendatenbank des NCT/UCC hinterlegt.
10	Testung des Projektes „Cliniserve“ in der Tagesklinik – Patientinnen und Patienten können über Tablets „stille“ Anfragen an das zuständige Personal senden. Ziele waren die Reduktion von Laufwegen und die Erhöhung der Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Pflege Tagesklinik HAEZ	Cliniserve wurde in der Tagesklinik getestet. Allerdings brachte es für die Abläufe keine wirksamen Verbesserungen. Daher wird es zukünftig nicht fortgeführt.
11	Studienteilnahme des Pflegepersonals der Tagesklinik zur Erfassung des Arbeitsstresses	Pflege Tagesklinik HAEZ	Die Datenerfassung fand bereits im 4. Quartal 2024 statt. Die Auswertung der Ergebnisse steht noch aus.
12	Organisation regelmäßiger Termine für Reanimationstrainings, welche mehrfach im Jahr für Ärztinnen und Ärzte des HAEZ stattfinden sollen.	Leitung HAEZ/ QMB HAEZ/ ärztliche QMB HAEZ	Am UKD werden regelmäßig Reanimationstrainings für alle Ärzte und Ärztinnen angeboten. Die Anmeldung erfolgt selbständig über die Eintragung in einem Kalender im CarusShare. 2025 soll die Sicherstellung der Teilnahme aller MK1-Ärzte und Ärztinnen geprüft werden.
13	Abschluss eines Kooperationsvertrags mit dem Eisvogel e.V.	QMB HAEZ	Ein Entwurf des Kooperationsvertrags liegt vor. Die Finalisierung wird als Ziel für 2025 übernommen.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 17. April 2024 fand die Rezertifizierung des Zentrums für Hämatologische Neoplasien nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft und der DIN EN ISO 9001 statt. Das Ergebnis der Begutachtung aller eingereichten Unterlagen und der Auditierung vor Ort fiel positiv aus. Es wurden insgesamt neun Hinweise während des Audits festgestellt, welche im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in einen Maßnahmenplan überführt, bewertet und unterjährig auf Umsetzung geprüft wurden. Unter anderem gehören dazu der Abschluss eines Kooperationsvertrags mit dem Eisvogel e.V., die Optimierung der Zusammenarbeit beim Bearbeiten von Beschwerden und die erneute Einführung von Feedbackstelen aufgrund des geringen Rücklaufs durch die QR-Code-Befragung. Das Ergebnis des begutachtenden Fachexperten bestätigte den Zertifizierungsstatus als zertifiziertes Zentrum für Hämatologische Neoplasien.

Interne Audits

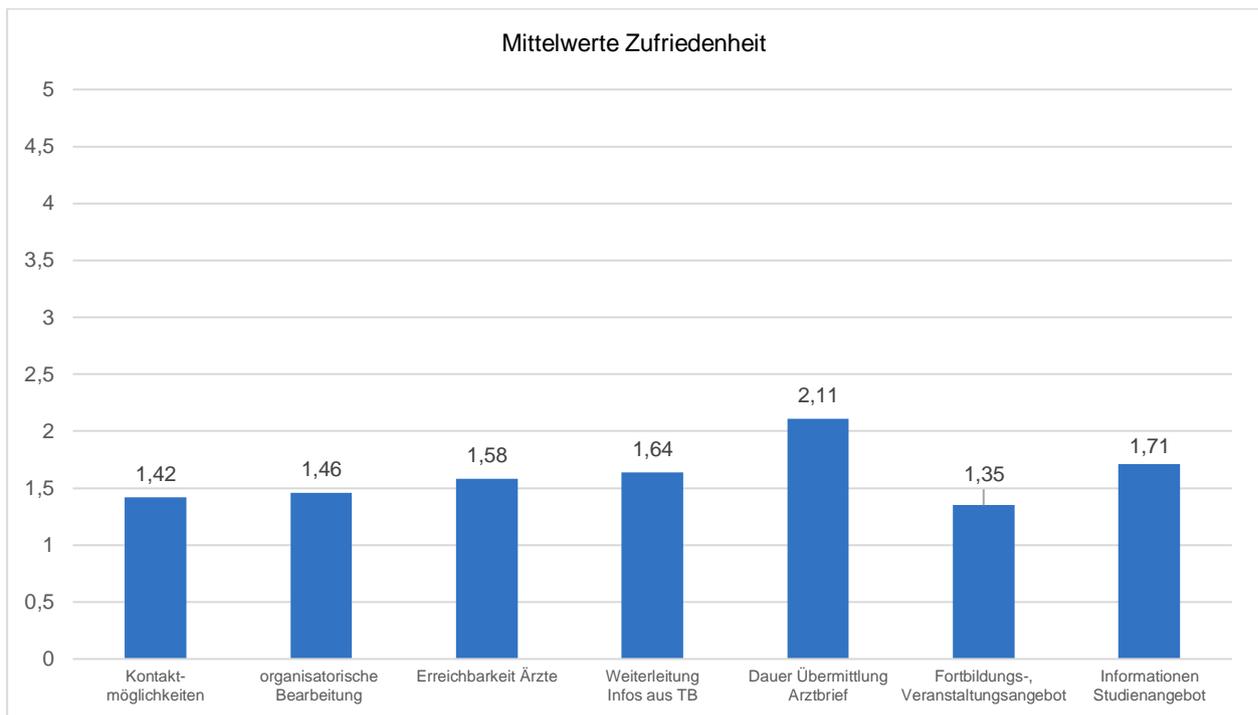
Interne Audits finden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien analog dem Vorgehen im Onkologischen Zentrum statt. Dabei gilt die Regelung, dass jeder Bereich des Zentrums mindestens alle zwei Jahre auditiert wird. Im Betrachtungszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2024 wurde am 25. September 2024 ein internes Audit auf den Stationen MK1-S6 und MK1-KMT, in der KMT-Ambulanz sowie im Leitungsbereich des Zentrums für Hämatologische Neoplasien durchgeführt. Dabei wurden insgesamt neun Hinweise durch das Auditteam festgestellt, u. a. zur Durchführung der jährlichen Pflichtunterweisungen und des psychoonkologischen Screenings, zur Vertretungsregelung von Beauftragten sowie zur Umsetzung des Notfallkonzepts bei Ausfall des Krankenhausinformationssystems ORBIS®. Abweichungen gab es keine im Geltungsbereich. Alle festgestellten Verbesserungspotentiale wurden ebenfalls in einen Maßnahmenplan überführt. Die Umsetzung der abgeleiteten Maßnahmen wird von der Qualitätsmanagementbeauftragten des Zentrums überwacht und im nächsten internen Audit von dem Auditteam überprüft.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Zentrums für Hämatologische Neoplasien werden entsprechend den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft alle drei Jahre durchgeführt. Eine postalische Befragung fand zuletzt im Juni 2024 statt. Die Zuweiserinnen und Zuweiser hatten die Möglichkeit, ihre Rückmeldungen per QR-Code oder per papierbasierten Fragebogen zurückzusenden. Die Rücklaufquote betrug 18,5%. Die folgende Abbildung zeigt die Mittelwerte der Zufriedenheit der einzelnen Punkte (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden).

Abbildung 38: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser HAEZ 2024

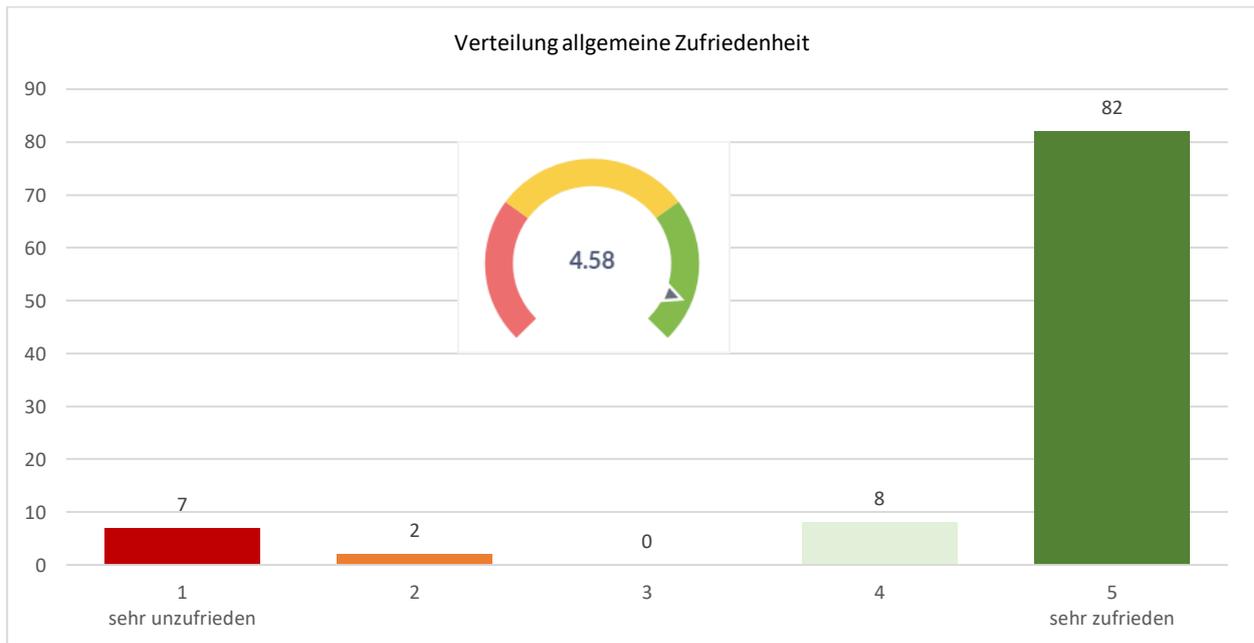


Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

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

Im Rahmen des UKD-weiten etablierten Ideen-, Hinweis und Beschwerdemanagements haben die Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien jederzeit die Möglichkeit, ihre Anregungen, Hinweise und/oder Beschwerden über ein digitales Feedbacksystem abzugeben. Hierfür stehen den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen Tablets/Stelen sowie QR-Codes in den einzelnen Bereichen zur Verfügung. Alle eingegangenen Feedbacks werden ausgewertet und in einem Jahresbericht zusammengefasst. Für das Zentrum für Hämatologische Neoplasien sind im Jahr 2024 insgesamt **99 Feedbackmeldungen** von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen über die Tablets/Stelen eingegangen. Dabei gab es 65 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten und 26 Feedbacks von Angehörigen. Die durchschnittliche Zufriedenheit betrug 4,58 (1 = sehr unzufrieden; 5 = sehr zufrieden). Die Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 39: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit HAEZ 2024



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 aus Befragungen, Analysen sowie externen und internen Audits und die daraus resultierende Maßnahmenableitung. Es gibt einen festgelegten Personenkreis, der zu jedem Qualitätszirkel eingeladen wird. Hierbei wird berücksichtigt, dass möglichst von allen Bereichen und Berufsgruppen des Zentrums Vertreterinnen und Vertreter anwesend sind. Zum Kreis der Teilnehmende gehören u. a. die Zentrumsleitung, die Qualitätsmanagementbeauftragten, die Oberärztinnen und Oberärzte, die Pflegedienst- und Stationsleitungen sowie Vertreterinnen und Vertreter aus den supportiven Bereichen. Themenbezogen werden auch noch weitere Personen eingeladen. Im Jahr 2024 fanden insgesamt zwei Qualitätszirkel statt.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Regelmäßig werden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien auch Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen durchgeführt. Ziel ist das Lernen aus kritischen Ereignissen, Komplikationen und Fehlern im Behandlungsablauf, um diese zukünftig verhindern zu können. Die Organisation der M&M-Konferenzen erfolgt durch die Risikomanagementbeauftragte und Qualitätsmanagementbeauftragte des HAEZ. Eingeladen werden alle Ärztinnen und Ärzte und pflegerische 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 2024 fanden insgesamt zwei M&M-Konferenzen statt.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

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

Tabelle 46: Fort- und Weiterbildungen HAEZ 2024

Datum	Fort- und Weiterbildung
13. Januar 2024	ASH-Nachlese
20. März 2024	Hämatologische Gespräche: Neue Algorithmen bei Lymphomen
15. Mai 2024	Hämatologische Gespräche: Multiples Myelom
12. Juni 2024	ASCO-Nachlese
14. August 2024	Hämatologische Gespräche: Chronische lymphatische Leukämie
6. bis 8. September 2024	Dresdner Symposium Hämatologie & Onkologie
25. September 2024	ESMO-Nachlese
3. Oktober 2024	Tagung: Mangelernährung in der Onkologie
6. November 2024	Hämatologische Gespräche: MDS/MPN
14. November 2024	AML-Academy & SAL-Herbsttagung

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

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte werden jährlich zentrumsübergreifende Veranstaltungen im Rahmen des Onkologischen Zentrums angeboten. Dazu gehörten 2024 u. a. das Ernährungsprogramm „Let’s eat“, das Patientencafé sowie Koordinations- und Krafttrainingseinheiten des sporttherapeutischen Zentrums am NCT/UCC.

Am 25. Mai 2024 fand ein zentraler Patiententag des NCT/UCC inklusive aller Organkrebszentren und Module statt. Neben zentralen Vorträgen zur künstlichen Intelligenz in der Onkologie, zum Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie, Patientenbeirat und Lotsenteam, stellte sich auch das Zentrum für Hämatologische Neoplasien mit fachspezifischen Themen vor. Zudem wurden Führungen durch die interdisziplinäre Kernambulanz des NCT/UCC, die Tagesklinik und den Forschungsbereich angeboten. Speziell für hämatologische Patientinnen und Patienten fand

am 5. April 2024 der Dresdner MDS/MPN Patiententag statt. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurden hierbei Vorträge angeboten, die u. a. einen Überblick über die Krankheitsbilder sowie aktuelle Entwicklungen und Therapieoptionen vermitteln sollten.

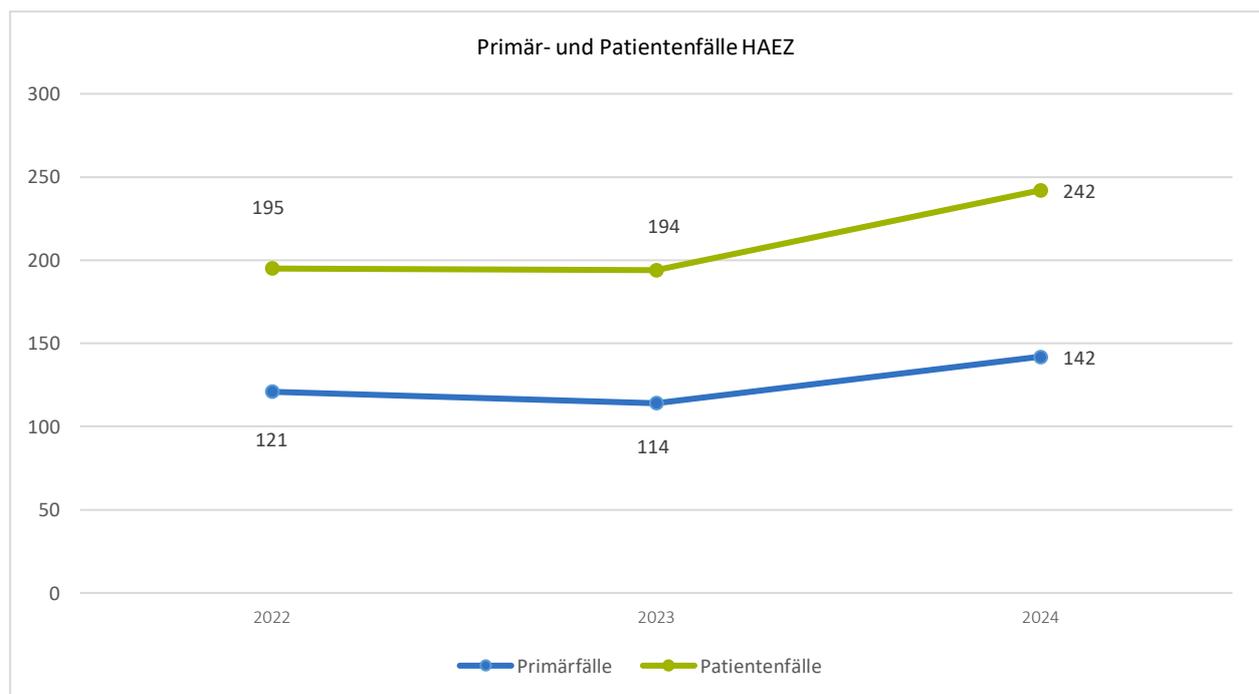
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Fallzahlen

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

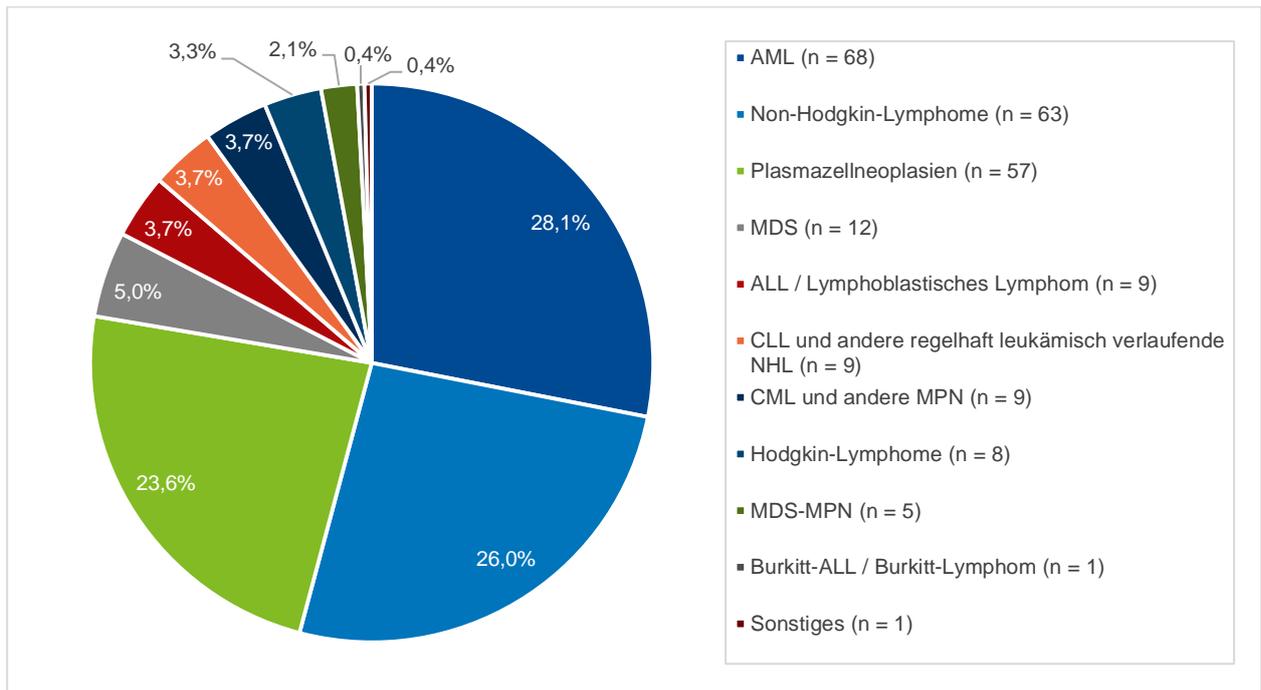
Im Betrachtungszeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2024 wurden im Zentrum für Hämatologische Neoplasien am NCT/UCC insgesamt **242 Patientenfälle** erfasst. Davon stellten sich **142 Patientinnen und Patienten mit einer Erstdiagnose** (= Primärfälle) im Zentrum vor. Die Fallzahlentwicklung in den letzten drei Jahren stellt sich wie folgt dar:

Abbildung 40: Fallzahlentwicklung Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2022-2024



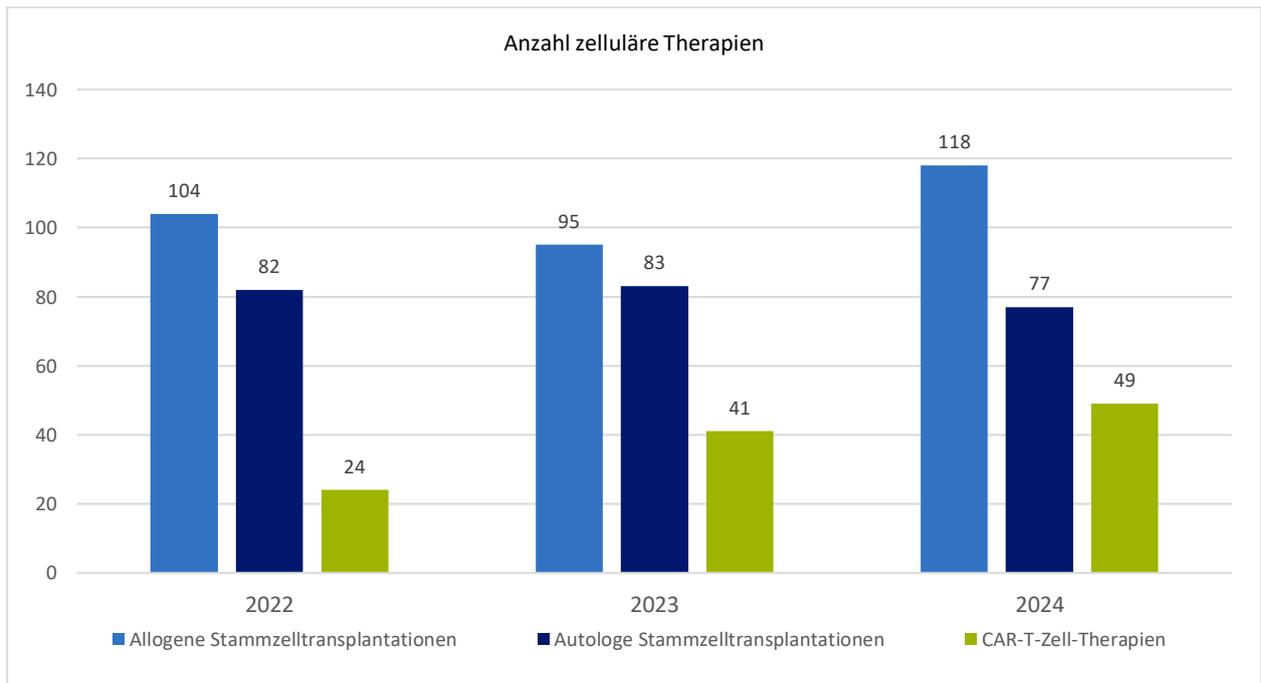
Die größte Diagnosegruppe bei den Patientenfällen stellen im Jahr 2024 die akuten myeloischen Leukämien (AML) mit 68 Patientinnen und Patienten dar, gefolgt von den Non-Hodgkin-Lymphomen mit 63 Patientinnen und Patienten. Beide Gruppen machen zusammen über die Hälfte der Fälle aus. Die Gesamtverteilung der Patientenfälle nach Diagnosen ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 41: Patientenfälle nach Diagnosegruppen (n=242) HAEZ 2024



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 in den Jahren 2022-2024.

Abbildung 42: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien HAEZ 2022-2024



Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird über den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC gewährleistet. Sie richtet sich als Teil des Behandlungskonzeptes des Zentrums für Hämatologische Neoplasien an Patientinnen und Patienten mit seelischen Belastungen bei Verdacht, Diagnose und Therapie einer hämatoonkologischen Erkrankung. Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und der PHQ-4 zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen und ein psychoonkologisches Screening erhalten haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. Der Anteil an psychoonkologischer Beratung konnte im Verlauf der letzten drei Jahre kontinuierlich gesteigert werden. Eine Steigerung der Anzahl an psychoonkologischen Screenings konnte ebenfalls erreicht werden. Die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft mit $\geq 65\%$ wurde somit 2024 erfüllt.

Tabelle 47: Anteil psychoonkologische Betreuung und Screening HAEZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Beratung	50,8%	54,6%	60,3%
Screening	57,4%	62,9%	80,6%

Für die sozialrechtliche Beratung der Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien stehen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter zur Verfügung. Der Sozialdienst ist organisatorisch der Direktion Krankenpflege des UKD zugeordnet. Alle Patientinnen und Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien erhalten das Angebot eines Beratungsgesprächs durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate $\geq 30\%$ wurde 2024 erfüllt.

Tabelle 48: Betreuung durch den Sozialdienst HAEZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Beratung	79,5%	78,4%	75,6%

Wartezeiten

Im Zentrum für Hämatologische Neoplasien werden die Wartezeiten über das Krankenhausinformationssystem ORBIS® erfasst. Eine Auswertung der Wartezeiten während der Sprechstunde erfolgt stichprobenartig einmal pro Jahr über einen Zeitraum von vier Wochen. Die Vorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft von einer Wartezeit < 60 Minuten während der Sprechstunde und

weniger als zwei Wochen auf einen Termin wurde 2024 erfüllt und konnte im Vergleich zu den Vorjahren verbessert werden.

Tabelle 49: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung HAEZ 2022-2024

Wartezeit	2022	2023	2024
auf einen Ersttermin	13 Tage	13 Tage	8 Tage
während der Sprechstunde	37 Minuten	27 Minuten	21 Minuten

Interdisziplinäres Tumorboard und Fallbesprechungen

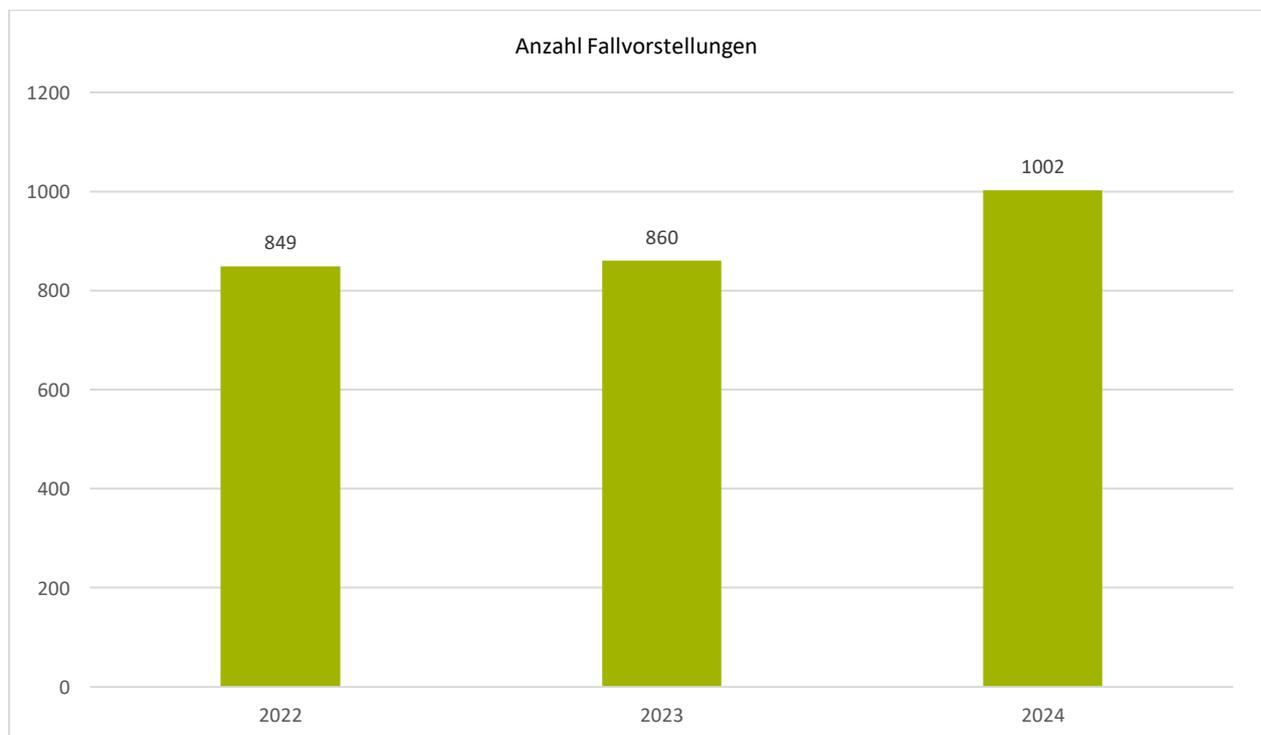
In den interdisziplinären Tumorboards und Fallbesprechungen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien werden für die Patientinnen und Patienten individuelle Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie erarbeitet. Ziel ist es dabei, dass alle Patientinnen und Patienten zu Beginn prätherapeutisch in einem der Boards oder in der Fallbesprechung vorgestellt werden. Insgesamt wurden im HAEZ 2024 93 Tumorboards und 176 Fallbesprechungen durchgeführt.

Tabelle 50: Anzahl durchgeführter Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2024

Hämatologische Tumorboards	R/R AML-Boards	Tumorboards Zelluläre Therapie CCI-CD	Fallbesprechungen
49	18	26	176

Im Jahr 2024 wurden im Rahmen der Tumorboards und Fallbesprechungen des HAEZ insgesamt **1.002 Empfehlungen** zur Diagnostik und Therapie erarbeitet. Dabei zeigt sich im Drei-Jahres-Vergleich ein kontinuierlicher Anstieg bei den Fallvorstellungen.

Abbildung 43: Entwicklung der Fallvorstellungen gesamt in den Tumorboards und Fallbesprechungen HAEZ 2022-2024



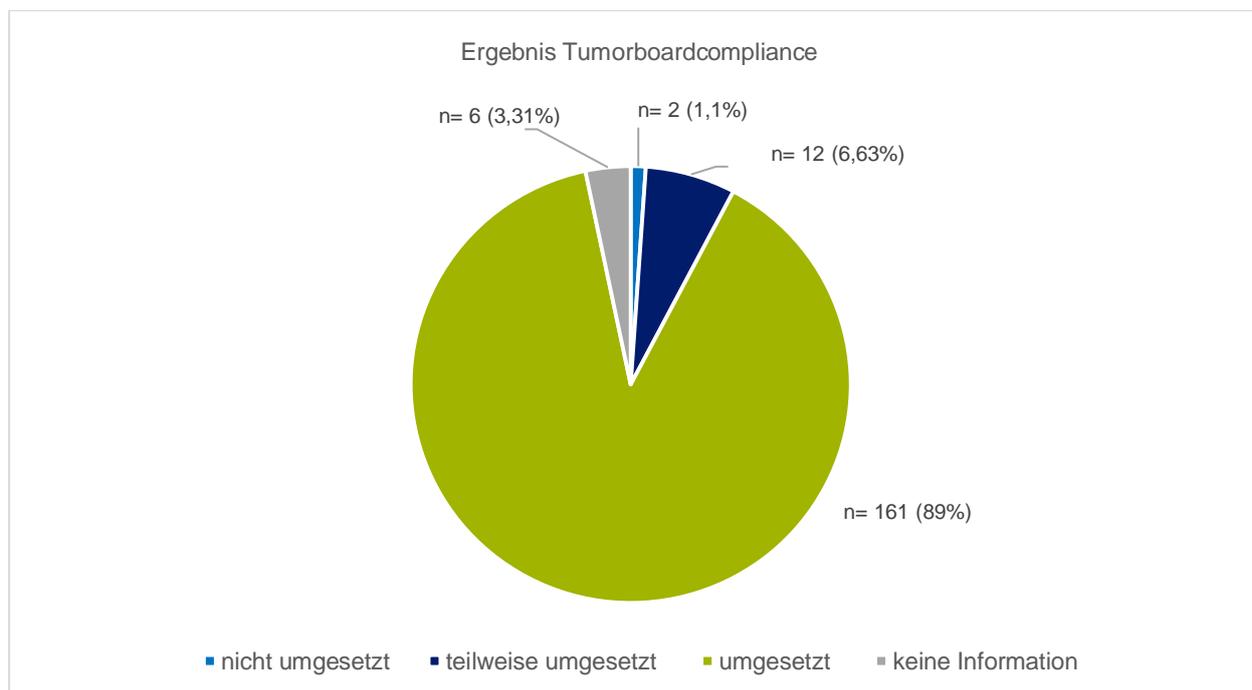
Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität wird jährlich eine zufällige Stichprobe der Beschlüsse aus dem hämatologischen Tumorboard auf inhaltliche Umsetzung geprüft. Dabei wird eine Stichprobe von 25% aller besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: Oktober 2023 bis September 2024) randomisiert gezogen.

Die Prüfung erfolgt anhand der vorliegenden Informationen in der digitalen Patientenakte des Krankenhausinformationssystems sowie des Tumordokumentationssystems. Im Betrachtungszeitraum wurden **181 Beschlüsse von 127 Patientinnen und Patienten** überprüft. Der **Erfüllungsgrad** der überprüften Tumorboardbeschlüsse liegt bei **89%**. Die Ergebnisse zur Überprüfung der Tumorboardcompliance sind in Abbildung 44 dargestellt. Sechs Tumorboardbeschlüsse konnten aufgrund fehlender vorliegender Informationen nicht hinsichtlich des Umsetzungsgrades bewertet werden. Gründe für die zwei nicht umgesetzten Beschlüsse waren die Revision der Empfehlung aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse in einem der nächsten hämatologischen Tumorboards und das vorzeitige Versterben eines Patienten.

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

Abbildung 44: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance HAEZ 2024



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Zentren für Hämatologische Neoplasien umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in Tabelle 51 zusammengefasst. Von 15 obligatorischen Kennzahlen wurden 13 im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt, während bei zwei Kennzahlen die Sollvorgabe 2024 nicht erreicht werden konnte.

Tabelle 51: Datenqualität DKG-Kennzahlen Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2024

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
80,00%	6,67%	13,33%

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

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

Im Jahr 2024 waren 69 Studien zur Rekrutierung von hämatologischen Patientinnen und Patienten geöffnet, wobei insgesamt 356 Studieneinschlüsse erfolgten. Dabei konnten 48% der Patientenfälle des Zentrums für Hämatologische Neoplasien in eine Studie eingeschlossen werden (einmalige Zählung jedes Falls; abweichend zur Zählweise der DKG).

Tabelle 52: Studienquote Zentrum für Hämatologische Neoplasien 2022-2024

	2022	2023	2024
Patientenfälle mit Studieneinschluss (Zähler)	90	71	116
Patientenfälle (Nenner)	195	194	242
Studienquote	46%	37%	48%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Zentrums für Hämatologische Neoplasien aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2024 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien aus organisatorischen Gründen unter „Medizinische Klinik 1“ aufgeführt sind.

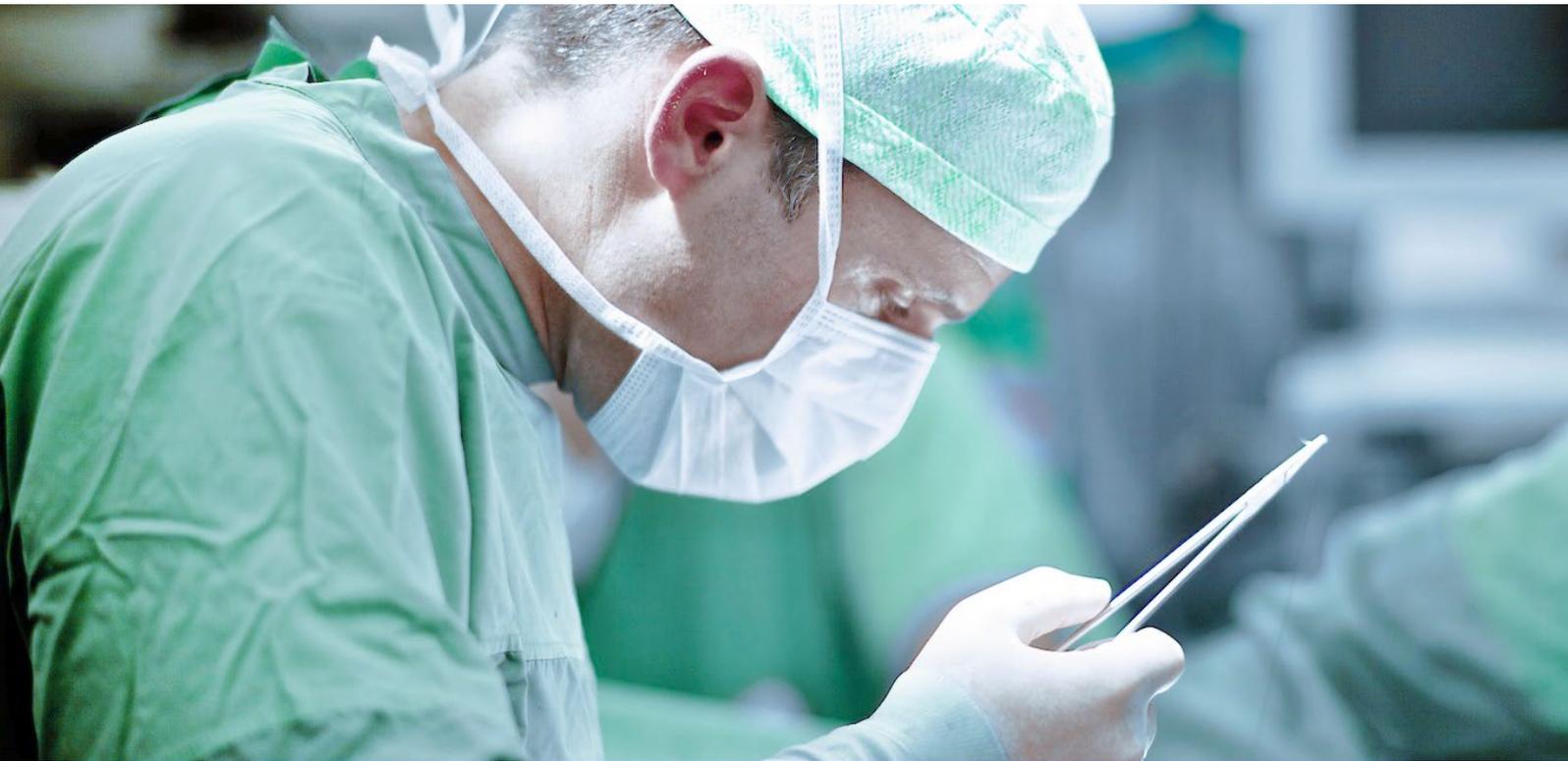
Ruhnke L, Bill M, Zukunft S, Eckardt JN, Schäfer S, Stasik S, Hanoun M, Schroeder T, Fransecky L, Steffen B, Krause SW, Scholl S, Hochhaus A, Sauer T, Kraus S, Schäfer-Eckart K, Kaufmann M, Jost E, Brümmendorf TH, Schliemann C, Mikesch JH, Krug U, Hänel M, Morgner A, Schaich M, Neubauer A, Repp R, Niemann D, Seggewiss-Bernhardt R, Meinhardt A, Kullmer J, Kaiser U, Blau W, Kiani A, Grigoleit GU, Giagounidis A, Wurm AA, Altmann H, Middeke JMM, Schetelig J, Müller-Tidow C, Stölzel F, Baldus CD, Platzbecker U, Serve H, Bornhäuser M, Thiede C, Röllig C. **Validation of the Revised 2022 European LeukemiaNet Risk Stratification in Adult Patients with Acute Myeloid Leukemia.** Blood Adv. 2024 Nov 6;bloodadvances.2024013304. doi: 10.1182/bloodadvances.2024013304. Epub ahead of print. PMID: 39504561.

Socket K, Neu A, Goeckenjan M, Ditschkowski M, Hilgendorf I, Kröger N, Ayuk FA, Stoelzel F, Middeke JM, Eder M, Bethge W, Finke J, Bertz H, Kobbe G, Kaufmann M, Platzbecker U, Beverungen D, Schmid C, von Bonin M, Egger-Heidrich K, Heberling L, Trautmann-Grill K, Teipel R, Bug G, Tischer J, Fraccaroli A, Fante M, Wolff D, Luft T, Winkler J, Schäfer-Eckart K, Scheid C, Holtick U, Klein S, Blau IW, Burchert A, Wulf G, Hasenkamp J, Schwerdtfeger R, Kaun S, Junghanss C, Wortmann F, Winter S, Neidlinger H, Theuser C, Beyersmann J, Bornhaeuser M, Schmeller S, Schetelig J. **Hope for motherhood: pregnancy after allogeneic hematopoietic cell transplantation (a national multicenter study).** Blood. 2024 Oct 3;144(14):1532-1542. doi: 10.1182/blood.2024024342. PMID: 39007722.

Röllig C, Steffen B, Schliemann C, Mikesch JH, Alakel N, Herbst R, Hänel M, Noppeney R, Hanoun M, Kaufmann M, Weinbergerova B, Schäfer-Eckart K, Sauer T, Neubauer A, Burchert A, Baldus CD, Mertová J, Jost E, Niemann D, Novák J, Krause SW, Scholl S, Hochhaus A, Held G, Sotkowski T, Rank A, Schmid C, Fransecky L, Kayser S, Schaich M, Kramer M, Fiebig F, Haake A, Schetelig J, Middeke JM, Stölzel F, Platzbecker U, Thiede C, Müller-Tidow C, Berdel WE, Ehninger G, Mayer J, Serve H, Bornhäuser M. **Single or Double Induction With 7 + 3 Containing Standard or High-Dose Daunorubicin for Newly Diagnosed AML: The Randomized DaunoDouble Trial by the Study Alliance Leukemia.** J Clin Oncol. 2025 Jan;43(1):65-74. doi: 10.1200/JCO.24.00235. Epub 2024 Sep 16. PMID: 39284116.

Stelljes M, Middeke JM, Bug G, Wagner-Drouet EM, Müller LP, Schmid C, Krause SW, Bethge W, Jost E, Platzbecker U, Klein SA, Schubert J, Niederland J, Kaufmann M, Schäfer-Eckart K, Schaich M, Baldauf H, Stölzel F, Petzold C, Röllig C, Alakel N, Steffen B, Hauptrock B, Schliemann C, Sockel K, Lang F, Kriege O, Schaffrath J, Reicherts C, Berdel WE, Serve H, Ehninger G, Schmidt AH, Bornhäuser M, Mikesch JH, Schetelig J; Study Alliance Leukemia and the German Cooperative Transplant Study Group. **Remission induction versus immediate allogeneic haematopoietic stem cell transplantation for patients with relapsed or poor responsive acute myeloid leukaemia (ASAP): a randomised, open-label, phase 3, non-inferiority trial.** *Lancet Haematol.* 2024 May;11(5):e324-e335. doi: 10.1016/S2352-3026(24)00065-6. Epub 2024 Apr 4. PMID: 38583455.

Oelschlaegel U, Winter S, Sockel K, Epp K, Schadt J, Röhnert MA, Krüger T, Ruhnke L, Bornhäuser M, Platzbecker U, Kroschinsky F, von Bonin M. **MDS-PB13 Score - Blood based detection of aberrancies by flow cytometry in patients with suspected and confirmed Myelodysplastic Neoplasms.** *Leukemia.* 2024 Feb;38(2):446-450. doi: 10.1038/s41375-024-02141-w. Epub 2024 Jan 16. PMID: 38228682; PMCID: PMC10844065.



Viszeralonkologisches Zentrum



Inhaltsverzeichnis

Viszeralonkologisches Zentrum	110
Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums (VOZ)	110
Ziele des Viszeralonkologischen Zentrums.....	112
Externe und interne Audits	112
Externe Audits.....	112
Interne Audits	113
Zufriedenheitsbefragungen.....	113
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	113
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	113
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	114
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	114
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	114
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	115
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	116
Leistungszahlen	116
Psychosoziale Versorgung.....	118
Wartezeiten	119
Interdisziplinäre Tumorkonferenz.....	120
Tumorboardcompliance	121
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen	123
Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten	123
Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem	124
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	125
Forschungstätigkeiten	125
Klinische Studien.....	125
Publikationen.....	125

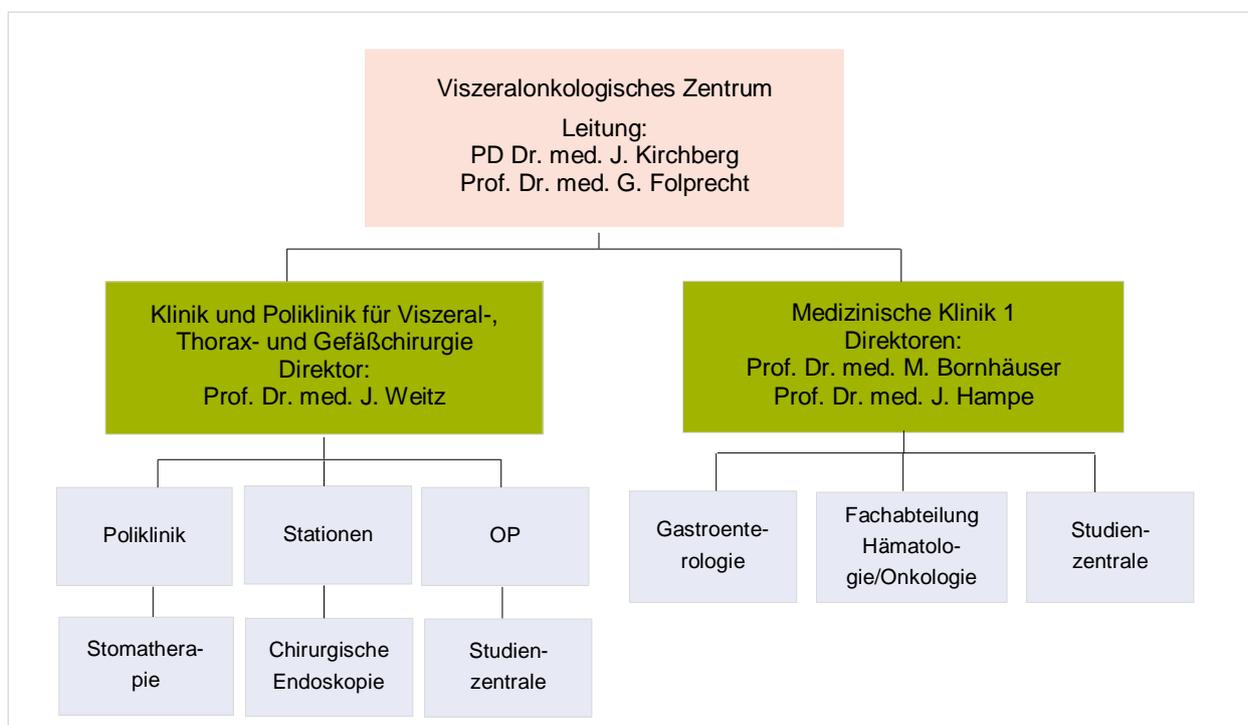
Viszeralonkologisches Zentrum

Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums (VOZ)

Die bestmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Krebserkrankungen erfordert höchste medizinische und pflegerische Standards sowie eine fortlaufende Anpassung der Therapien an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Behandlungsrichtlinien. Um diesen hohen Anforderungen gerecht zu werden, wurde im Jahr 2013 das Viszeralonkologische Zentrum (VOZ) gegründet, das aus der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie sowie der Medizinischen Klinik 1 des Universitätsklinikums Dresden hervorgeht. Das Viszeralonkologische Zentrum ist Teil des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen (NCT/UCC) in Dresden und erfüllt die Qualitätsstandards der Deutschen Krebsgesellschaft. Seit April 2014 trägt es die Auszeichnung „Viszeralonkologisches Zentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.“. Darüber hinaus verfügt das Zentrum über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001. Innerhalb des Viszeralonkologischen Zentrums sind fünf spezialisierte Organkrebszentren eingerichtet: das Darmkrebszentrum, das Pankreaskarzinomzentrum, das Magenkrebszentrum, das Leberkrebszentrum sowie das Speiseröhrenkrebszentrum.

Das Viszeralonkologische Zentrum besteht aus einer Gruppe von Expertinnen und Experten verschiedenster Fachdisziplinen, welches es sich zum Ziel gesetzt hat, Patientinnen und Patienten mit Tumorerkrankungen des Gastrointestinaltraktes, der Speiseröhre, Leber und Bauchspeicheldrüse durch standardisierte Diagnostik, Therapie und Nachsorge, optimal zu betreuen. Die erfolgreiche Behandlung dieser Tumore erfordert einen interdisziplinären Ansatz, der individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zugeschnitten ist.

Abbildung 45: Struktur des Viszeralonkologischen Zentrums



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

Tabelle 53: Qualifikationsmatrix Viszeralonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	PD Dr. med. Johanna Kirchberg	FÄ für Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie, EBSQ, FEBS
	Prof. Dr. med. Gunnar Folprecht	FA für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin
Hauptoperateure	Prof. Dr. med. Jürgen Weitz	FA für Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Weiterbildung spezielle chirurgische Intensivmedizin, MSc
	Prof. Dr. med. Marius Distler	FA für Chirurgie und Viszeralchirurgie; Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie, Zusatzbezeichnung Transplantationsmedizin, MHBA, FACS
	Prof. Dr. med. Carina Riediger	FÄ für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie; Zusatzweiterbildung spezielle Viszeralchirurgie, MSc
Pflegedienstleitungen	Claudia Reichel	Fachkrankenschwester für Anästhesie- und Intensivpflege; B. A. Pflegewissenschaft/-management
	Nadja Enkelmann, B.A.	Management im Gesundheitswesen
Onkologische Fachpflegekräfte	Sven Scharte / Ulrike Röhle / Cornelia König / Tobias Krüger	Gesundheits- und Krankenpflegekraft mit onkologischer Fachweiterbildung
Stomatherapeutinnen und -therapeuten	Petra Michalczyk	Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin, zertifizierte Stomafachkraft, Praxisanleiterin und Wundexpertin (ICW)
	Beatrice Passek	zertifizierte Stomafachkraft und Fachtherapeutin Wunde (ICW)
	Markus Helm	zertifizierte Stomafachkraft und Fachtherapeut Wunde (ICW)
	Nicole Becker	zertifizierte Stomafachkraft und Wundexpertin (DEKRA und ICW)
	Jeanette Walter	zertifizierte Stomafachkraft und Wundexpertin (ICW)
Tumordokumentation	Nadine Bartsch	medizinische Dokumentationsassistentin
Zentrumskoordination/Qualitätsmanagement	Karina Noack, M.A.	M.A. Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, interne Auditorin

Ziele des Viszeralonkologischen Zentrums

Jährlich werden in Übereinstimmung mit der übergeordneten Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums des NCT/UCC operative Qualitätsziele für das Viszeralonkologische Zentrum festgelegt. Diese Zieldefinition, einschließlich der Zuordnung von Verantwortlichkeiten und der Festlegung von Terminen, findet in der Regel zu Beginn eines jeden Jahres während der Strategiekonferenz des Viszeralonkologischen Zentrums statt. Im Laufe des Jahres werden die Qualitätsziele kontinuierlich verfolgt, auf ihre Umsetzung hin überprüft und gemeinsam mit den zuständigen Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 54: Jahresziele 2024 des Viszeralonkologischen Zentrums

Nr.	Qualitätsziel/Maßnahmen	Termin	Bemerkung
1	Beteiligung am Patiententag des NCT/UCC am 25. Mai 2024	25. Mai 2024	Das VOZ hat sich zum Patiententag mit Vorträgen präsentiert.
2	Abschluss des Kooperationsvertrages mit der Deutschen ILCO.	30. Juni 2024	Der Vertrag wurde im August 2024 unterzeichnet.
3	Durchführung einer Patientenbefragung der stationären chirurgischen Patientinnen und Patienten über einen Zeitraum von drei Monaten	31. Oktober 2024	Die Befragung wurde vom 1. August bis 31. Oktober 2024 durchgeführt.
4	Erfolgreiche Rezertifizierung des Viszeralonkologischen Zentrums	18. April 2024	Die Rezertifizierung konnte im April 2024 erfolgreich abgeschlossen werden.
5	Steigerung der NRS-Screeningraten insbesondere für Darmkrebs, HCC und Pankreaskarzinom	31. Dezember 2024	Die Screeningraten konnten für alle Entitäten deutlich erhöht werden.
6	Dokumentation der Ernährungsberatung im Arztbrief	31. Dezember 2024	Die Dokumentation erfolgt noch nicht kontinuierlich im Arztbrief.
7	Erhebung des NRS-Status auf den chirurgischen Stationen als Pflichtfeld bei Aufnahme und Entlassung	31. Dezember 2024	Die Erfassung erfolgt seit Mai 2024.
8	Durchführung von internen Audits in den Bereichen des VOZ	30. September 2024	Das interne Audit wurde am 27. November 2024 durchgeführt.
9	Kontinuierliches Reporting der Kennzahlen aus den Vorgaben der DKG.	kontinuierlich	Ist kontinuierlich in den Jour Fixe Terminen erfolgt.
10	Durchführung von Workshops, Qualitätszirkel und M&M-Konferenzen	31. Dezember 2024	Workshops, Qualitätszirkel und M&M-Konferenzen wurden durchgeführt.
11	Steigerung der Rate für das psychoonkologische Screening für die Entitäten Leber und Pankreas	31. Dezember 2024	Für Pankreas konnte die Rate gesteigert werden, für Leber konnte in 2024 keine Steigerung erzielt werden.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 17. und 18. April 2024 fand die Rezertifizierung des Viszeralonkologischen Zentrums statt. Das Audit wurde als Kombinationsaudit durchgeführt, um die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie der DIN EN ISO 9001 zu überprüfen. Im Rahmen des Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Insgesamt wurden aus beiden Zertifizierungsverfahren neun

Hinweise ausgesprochen, welche verschiedene Bereiche betreffen, darunter Medizinprodukte, Dokumentation, Betäubungsmittel, Apothekenbegehungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Kooperation mit Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Nachsorge und die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten. Auf Basis der identifizierten Verbesserungspotenziale wurden Maßnahmen abgeleitet, die in einen Maßnahmenplan mit klaren Verantwortlichkeiten und Fristen überführt wurden. Die Umsetzung dieser Maßnahmen wird regelmäßig von der QM-Beauftragten des VOZ überprüft.

Interne Audits

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 27. November 2024 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden die chirurgische Station VTG-S3 sowie die chirurgische Intensivstation auditiert. Das interne Audit beinhaltete Fragen zu den verschiedenen Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen, beispielsweise zum Datenschutz und zur Informationssicherheit, zur digitalen Patientendokumentation oder zum Aufnahmeprozess. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurden acht Hinweise u. a. zur Lenkung von Nachweisdokumenten oder zum Umgang mit medizinischen Geräten und Systemen dokumentiert. Analog der externen Audits werden auch für die internen Audits aus den Hinweisen Maßnahmen abgeleitet und in einen Maßnahmenplan überführt. Die Überprüfung der Umsetzung erfolgt regelmäßig.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Den Zuweiserinnen und Zuweisern des Viszeralonkologischen Zentrums steht auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Zufriedenheitsbefragung zur Verfügung. Den Zugangslink bzw. QR-Code erhalten die Zuweiserinnen und Zuweiser auch über den Tumorboardbeschluss übermittelt. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de und einem dahintergelegten Kontaktformular jederzeit Wünsche und Anregungen oder Lob/Kritik zu äußern.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Eine kontinuierliche digitale Zufriedenheitsbefragung steht auch den Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums auf der Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Den QR-Code sowie den Link zur Befragung finden die Patientinnen und Patienten in der Patientenmappe des Viszeralonkologischen Zentrums, welche allen Patientinnen und Patienten bei Entlassung überreicht wird.

Darüber hinaus fand im Zeitraum 1. August 2024 bis 31. Oktober 2024 eine papierbasierte Befragung statt. Befragt wurden alle Patientinnen und Patienten, die in diesem Zeitraum von den chirurgischen Stationen VTG-S1, VTG-S3 und VTG-S6 entlassen wurden. Die Rücklaufquote lag insgesamt bei 50,0%. Bezogen auf die Tumorpatientinnen und -patienten lag die Rücklaufquote bei 60,3%. Damit konnte die Rücklaufquote bezüglich der Tumorpatientinnen und -patienten im Vergleich zur letzten Befragung im Jahr 2021 um 4,4% gesteigert werden; die Rücklaufquote insgesamt ist konstant geblieben (2021: 50,6%).

Die Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums haben zudem die Möglichkeit, über die zentrale E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de und/oder über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen des Universitätsklinikums etabliert ist, ihre Anregungen, Hinweise und/oder Beschwerden anzugeben.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Jour Fixe

Im Viszeralonkologischen Zentrum werden regelmäßig Jour fixe Termine mit der Zentrumsleitung, der Dokumentationsassistentin und der QMB der Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie und des VOZ durchgeführt. In vier Jour fixe Terminen im Jahr 2024 wurden u. a. gemeinsam der aktuelle Stand der Kennzahlen analysiert, die Umsetzung der Maßnahmen aus den internen und externen Audits diskutiert, Termine für Qualitätszirkel und Veranstaltungen sowie strategische Themen besprochen.

Workshops/Qualitätszirkel

Mindestens zweimal jährlich finden im Viszeralonkologischen Zentrum am NCT/UCC interdisziplinäre Workshops statt. Diese dienen der Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien und SOPs, wobei der aktuelle Wissensstand, die neuesten Leitlinien und aktuelle Studienprotokolle berücksichtigt werden.

- 10. Januar 2024: Totale neoadjuvante Therapie und Watch&Wait
- 14. März 2024: Magen- und Ösophaguskarzinom
- 11. Dezember 2024: Hepatozelluläres Karzinom und biliäre Karzinome

Im Rahmen des Onkologischen Zentrums wurden zwei Lenkungsgremien/Qualitätszirkel im Juni und November 2024 durchgeführt.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Interdisziplinäre Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden mindestens zweimal durchgeführt. Im Jahr 2024 fanden diese am 1. Oktober und 13. Dezember 2024 statt. Besprochen wurden insgesamt drei Patientinnen / Patienten mit kompliziertem Verlauf und postoperativer Mortalität.

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 für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Interessierte offen sind. Diese Veranstaltungen werden sowohl über die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie als auch über die Medizinische Klinik 1 organisiert.

Tabelle 55: Fort- und Weiterbildungen Viszeralonkologisches Zentrum 2024

Datum	Fort- und Weiterbildung
17. Januar 2024	Klinischer Abend: Magenkarzinom / VTG
17. April 2024	Klinischer Abend: Chirurgie von Lokalrezidiven / VTG
6. bis 9. September 2024	Dresdner Symposium für Hämatologie und Onkologie / MK1
7. Dezember 2024	VTG-Symposium / Thema: Krankenhausreform: Stand und Auswirkungen / VTG
7. Dezember 2024	Fachsymposium für Endoskopie-Assistenzpersonal / MK1
11. Dezember 2024	Endoclub Dresden / MK1

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

Tabelle 56: OP-Kurse Dresden School of Surgical Oncology 2024

Datum	OP-Kurs
17. und 19. Januar 2024	Leberchirurgie
7. und 8. März 2024	Exzellenzkurs Pankreaschirurgie
6. und 7. Juni 2024	Rectal Cancer Masterclass (TME) mit Prof. Heald
26. und 27. September 2024	Magenchirurgie
14. und 15. November 2024	Leberchirurgie
5. und 6. Dezember 2024	Exzellenzkurs Pankreaschirurgie

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

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten werden über das Viszeralonkologische Zentrum und zentral durch das NCT/UCC angeboten. Das Viszeralonkologische Zentrum beteiligte sich mit Vorträgen am gemeinsamen Patiententag des NCT/UCC, welcher am 25. Mai 2024 stattfand. Die Patientinnen und Patienten sowie Angehörige und Interessierte hatten die Möglichkeit, sich an diesem Tag über die modernen chirurgischen Therapieverfahren, über die molekulare Tumorthherapie und Immuntherapie, über die Möglichkeiten der Strahlentherapie sowie über die Ernährung bei Krebserkrankungen des Verdauungstraktes zu informieren.

Über die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie wird darüber hinaus viermal jährlich ein Kochkurs zur gesunden Ernährung bei Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse angeboten. Der Kochkurs wird von zwei erfahrenen Ernährungsberaterinnen begleitet.

Anlässlich des Welt-Pankreastages wurde durch die Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Fahrten mit der Dresdner Schwebbahn organisiert. Während der Fahrt hatten die Teilnehmenden die Gelegenheit, sich zum Thema Bauchspeicheldrüsenkrebs und zur Forschung zu informieren.

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. Das Ernährungsprogramm ‚Let’s eat‘ konnte im Jahr 2024 zweimal mit insgesamt acht Veranstaltungen im Online-Format realisiert werden. Über das sporttherapeutische Zentrum am NCT/UCC wurden individuelle Beratungen zu Bewegung und Sport bei oder nach einer Krebserkrankung angeboten. Zusätzlich bestand für Patientinnen und Patienten unter der Therapie das Angebot eines Gerätetrainings, eines Koordinationstrainings oder Nordic Walking. Das offene Patienten-Café bot vier Veranstaltungen an, in denen die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit hatten, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und zu vernetzen.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

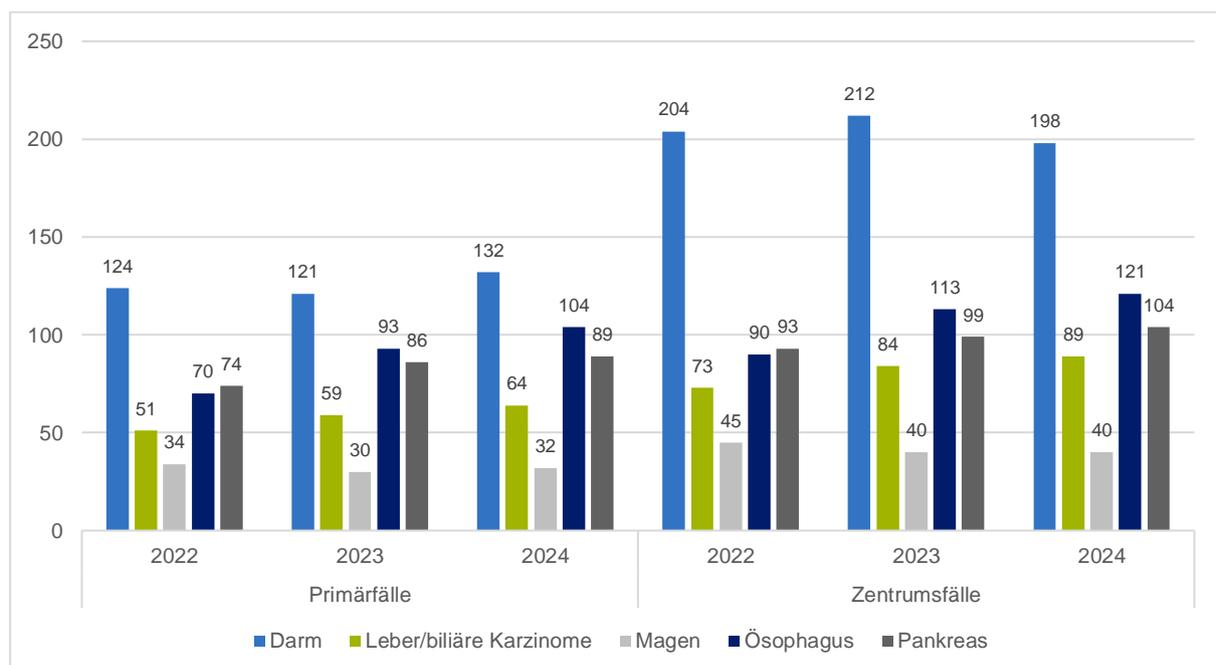
Leistungszahlen

Das Viszeralonkologische Zentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2024 insgesamt **421 Patientinnen und Patienten mit einer Primärerkrankung** und **131 Patientinnen und Patienten mit einem Rezidiv und/oder Fernmetastasen** interdisziplinär betreut. Die Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zur Anzahl der im Zentrum betreuten Primärfälle für das jeweilige Kennzahlenjahr werden für alle Tumorentitäten erfüllt.

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

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

Abbildung 46: Fallzahlentwicklung VOZ 2022-2024



Bei allen Entitäten ist ein Anstieg der Primärfälle zu verzeichnen. Besonders auffällig ist der Zuwachs der Primärfallzahlen beim Ösophaguskarzinom. Auch bei der Analyse der Zentrumsfälle (Primärfälle + Rezidive + Fernmetastasen) im Kennzahlenjahr 2024 zeigt sich der größte Anstieg beim Ösophaguskarzinom, gefolgt vom Pankreaskarzinom. Im Gegensatz dazu ist die Zahl der Patientinnen und Patienten mit einem rezidivierenden oder metastasierenden Rektum- oder Kolonkarzinom, die im Viszeralonkologischen Zentrum behandelt wurden, leicht rückläufig. Bei allen anderen Entitäten bleibt die Zahl der Zentrumsfälle im Vergleich zum Vorjahr konstant. Die Vorgaben der Fachgesellschaften werden für alle Entitäten eingehalten, Maßnahmen sind nicht erforderlich.

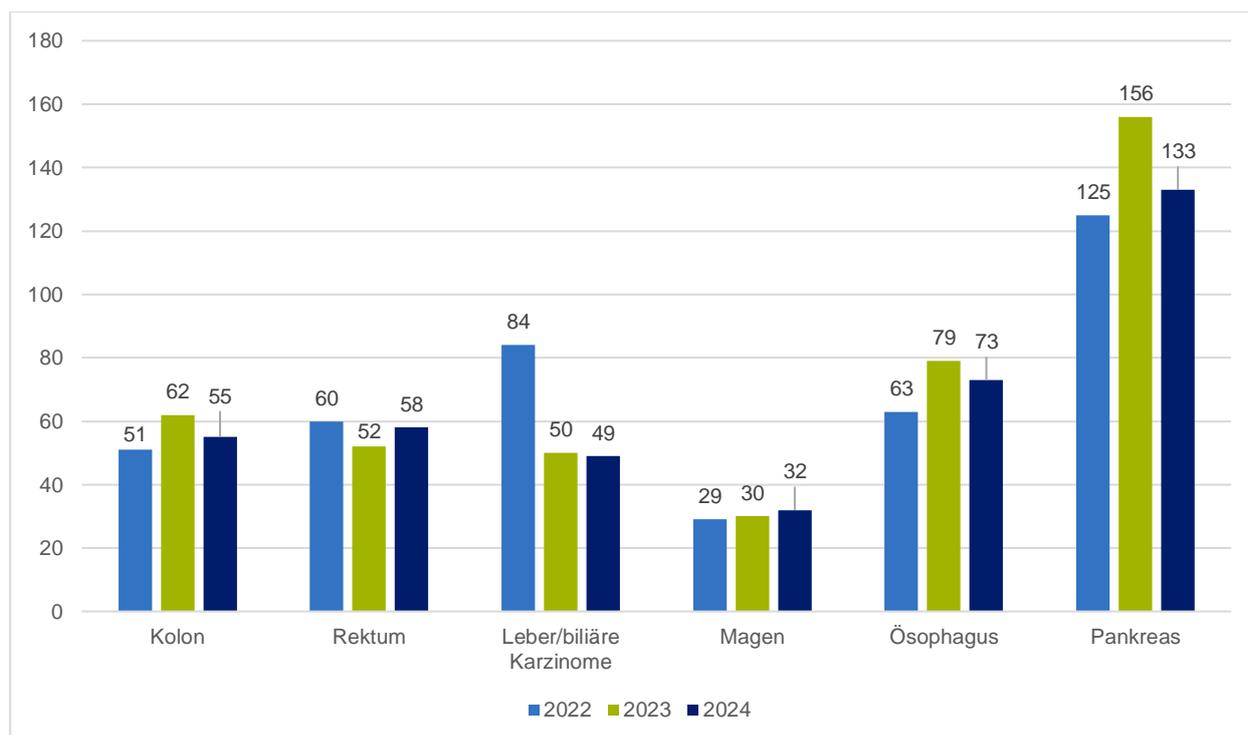
Operative Expertise

Auch in Bezug auf die operative Expertise gibt es für die einzelnen Tumorentitäten des Viszeralonkologischen Zentrums Vorgaben seitens der Fachgesellschaften (siehe Tabelle 57).

Tabelle 57: 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/biliäre Karzinome	≥ 25 komplexe operative Interventionen
Ösophagus	≥ 20 Ösophagusresektionen mit und ohne ICD-Klassifikation, Berücksichtigung definierter OPS-Codes
Magen	≥ 20 operative Resektionen Magen/AEG unter Berücksichtigung definierter OPS-Codes

Abbildung 47: Operative Expertise VOZ 2022-2024



Die Vorgaben seitens der Fachgesellschaften werden für alle Tumorentitäten im Kennzahlenjahr 2024 erfüllt, auch wenn beim Kolon- und Pankreaskarzinom sowie beim Ösophaguskarzinom die Anzahl an operativen Eingriffen im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig ist. Die Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird im Viszeralonkologischen Zentrum durch den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC gewährleistet. Hier sind feste Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Versorgung der Zentrumspatientinnen und -patienten benannt. Zur Bedarfserhebung kommen der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4) und das Distressthermometer zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch den ärztlichen und pflegerischen Dienst oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die ein psychoonkologisches Screening erhalten haben, wird jährlich erfasst und ausgewertet. Die Fachgesellschaften empfehlen eine Screeningrate $\geq 65\%$.

Tabelle 58: Psychoonkologisches Screening VOZ 2022-2024

Entität	2022		2023		2024	
	Screening	Beratung bei positivem Screening	Screening	Beratung bei positivem Screening	Screening	Beratung bei positivem Screening
Darm	59,3%	59,2%	65,6%	84,7%	65,2%	66,7%
Leber/biliäre Karzinome	50,7%	33,3%	56,0%	53,6%	50,6%	53,6%
Magen	60,0%	77,3%	67,5%	88,2%	67,5%	55,0%
Ösophagus	52,2%	68,9%	63,7%	68,4%	70,3%	57,9%
Pankreas	54,3%	70,2%	56,6%	83,8%	62,5%	74,0%

Die von der DKG geforderte Screeningrate $\geq 65\%$ wird für das Kolon- und Rektumkarzinom, Magenkarzinom sowie Ösophaguskarzinom erreicht. Auch wenn die Screeningrate beim Pankreaskarzinom im Vergleich zum Vorjahr um ca. 6% gesteigert werden konnte, wurde in 2024 die Sollvorgabe noch nicht erreicht. Beim HCC ist die Screeningrate im Vergleich zum Vorjahr rückläufig.

Bei der Auswertung der Daten konnte evaluiert werden, dass es sich bei den Patientinnen und Patienten, die kein Screening erhalten haben, zumeist um chirurgische Patientinnen und Patienten handelt, die nach Abschluss des operativen Vorgehens eine Therapie in der Radiologie (insbesondere beim HCC) oder eine externe systemische Therapie erhalten haben. Im Jour Fixe des Viszeralonkologischen Zentrums wurde als Maßnahme abgeleitet, dass auf den chirurgischen Stationen das dort bereits implementierte PATFORMS-System um den psychoonkologischen

Screeningbogen erweitert werden soll. Die Umsetzung ist bereits bei der Direktion IT und Datenmanagement in Auftrag gegeben.

In Bezug auf die Beratungsquote gibt es von Seiten der Fachgesellschaften keine Vorgaben. Die interne Zielvorgabe sieht vor, dass $\geq 80\%$ der positiv gescreenten Patientinnen und Patienten auch eine psychoonkologische Beratung erfahren. Dies wird in dem Kennzahlenjahr 2024 für keine Tumorentität des VOZ erreicht. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Beratungsquote der positiv gescreenten Patientinnen und Patienten deutlich rückläufig. Erste Analysen haben ergeben, dass es eine Zeitverzögerung vom Screening bis zur Übermittlung des Screeningergebnisses an den psychoonkologischen Dienst gibt. Einige Patientinnen und Patienten sind dann beim Versuch der Kontaktaufnahme durch den POD bereits entlassen. Diese Patientinnen und Patienten erhalten ein Beratungsangebot aufgrund des positiven Screenings per Post, nutzen dieses Angebot jedoch häufig nicht und kontaktieren den psychoonkologischen Dienst nicht für eine Terminvereinbarung. Folgende Maßnahmen werden abgeleitet:

- Evaluation des Prozesses zwischen Screening und Weiterleitung des Ergebnisses an den psychoonkologischen Dienst
- Abstimmung mit dem psychoonkologischen Dienst, ob bei postalischer Kontaktaufnahme der Versand eines konkreten Beratungstermins möglich ist
- regelmäßige Auswertung der Kennzahl.

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

Tabelle 59: Betreuung durch den Sozialdienst VOZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Darm	82,8%	88,7%	76,8%
Leber	50,7%	44,0%	46,1%
Magen	82,2%	77,5%	72,5%
Ösophagus	77,9%	79,6%	76,0%
Pankreas	88,2%	83,3%	82,7%

Die Beratungsquoten durch den Sozialdienst sind auch im Kennzahlenjahr 2024 auf einem konstant hohen Niveau, auch wenn bei fast allen Entitäten die Beratungsquote leicht zurückgegangen sind. Vorgaben seitens der Fachgesellschaften gibt es für die sozialrechtliche Beratung nicht. Es sind keine Maßnahmen erforderlich.

Wartezeiten

Die Wartezeiten werden im Viszeralonkologischen Zentrum jährlich erfasst und ausgewertet. Die Erfassung sowie die Auswertung erfolgt sowohl für die chirurgische und internistische Sprechstunde in der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC als auch für die Spezialsprechstun-

den in der Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie. Betrachtet werden dabei ausschließlich Patientinnen und Patienten, die sich erstmals mit einer Tumorerkrankung im Zentrum vorstellen.

Tabelle 60: Wartezeitenerfassung VOZ 2024

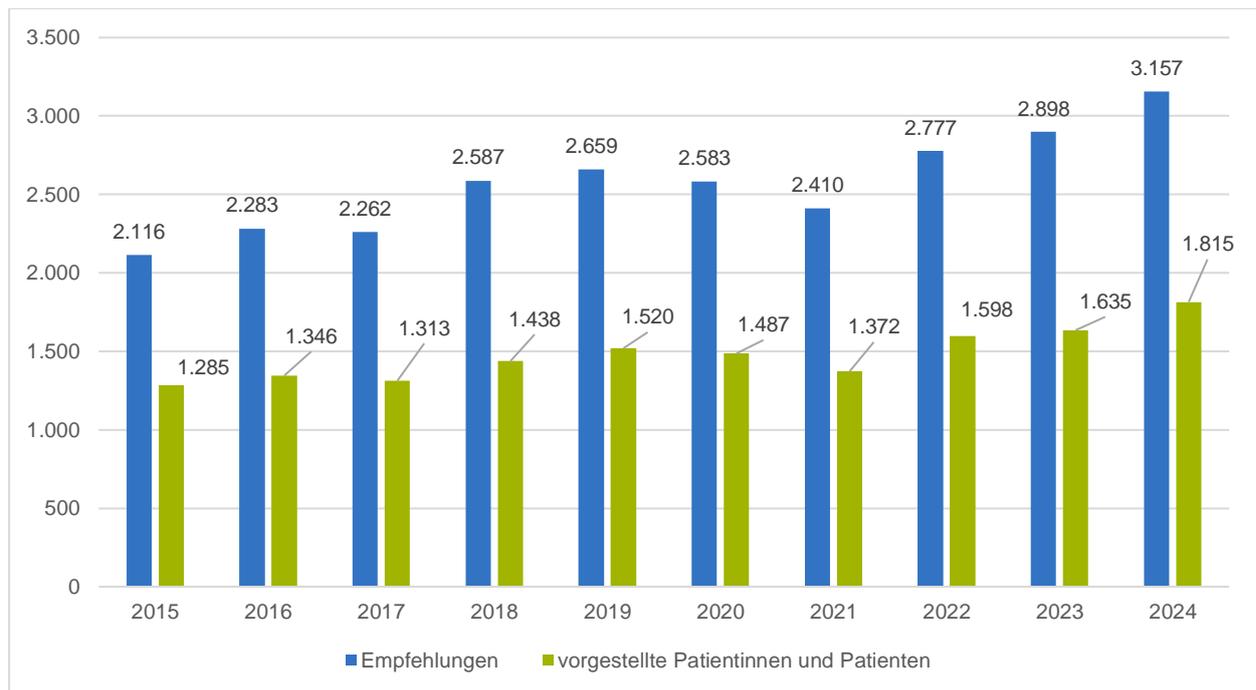
	Ø Wartezeit auf einen Termin / Tagen			Ø Wartezeit in der Sprechstunde / Minuten		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024
Darm VTG	9,7	12,3	11,5	32,5	47,4	37,6
Leber VTG	6,6	10,3	11,1	25,3	59,1	57,1
Magen/Ösophagus VTG	5,5	9,7	9,5	34,6	58,0	31,6
Pankreas VTG	5,9	7,5	7,8	40,2	44,1	43,6
chirurgische Sprechstunde NCT/UCC	7,0	5,8	5,4	12,0	16,0	43,5
Internistische Sprechstunde NCT/UCC		8,7	7,6		27,5	39,0

Die Ergebnisse zeigen, dass die Wartezeiten für einige Sprechstunden im Vergleich zum Vorjahr länger geworden sind, während sie für andere Sprechstunden kürzer ausfallen. Trotz dieser Schwankungen werden die Vorgaben der Fachgesellschaften in Bezug auf die maximalen Wartezeiten (< 60 Minuten Wartezeit während der Sprechstunde und < 14 Tage auf einen Termin) erfüllt, so dass die Ableitung von Maßnahmen nicht erforderlich ist. Wir sind bestrebt, die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten weiter zu maximieren und werden weiterhin an der Verbesserung der Prozesse arbeiten, um die Wartezeiten in allen Sprechstunden zu minimieren.

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Das gastrointestinale/allgemeine Tumorboard, in dem die Patientinnen und Patienten des Viszeralonkologischen Zentrums besprochen werden, findet dreimal wöchentlich, montags, mittwochs und donnerstags statt. Im Jahr 2024 wurde das Board an 147 Tagen abgehalten. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachdisziplinen nimmt dabei obligatorisch am Tumorboard teil: 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 im Jahr 2024 insgesamt **3.157 Beschlüsse** für 1.815 Patientinnen und Patienten gefasst. Durchschnittlich werden pro Patientin/Patient 1,7 Beschlüsse erstellt, pro Board werden durchschnittlich 21,5 Empfehlungen ausgesprochen.

Abbildung 48: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard 2015-2024

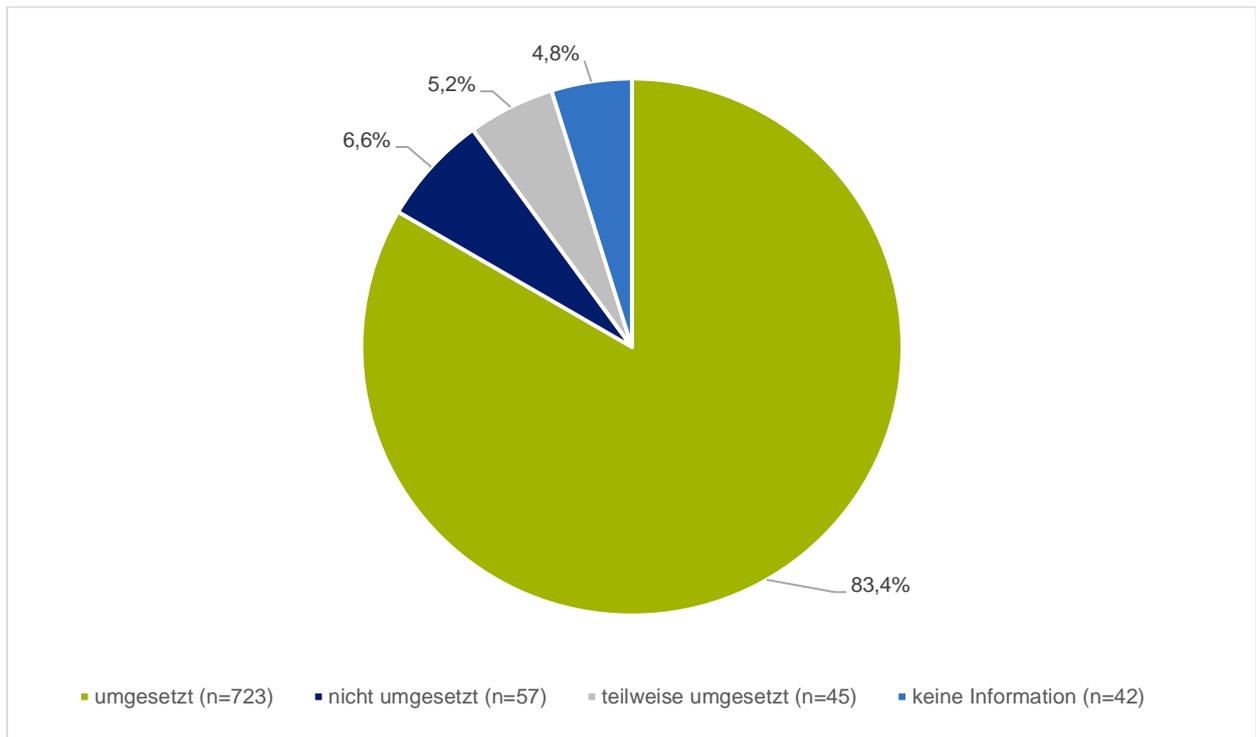


Tumorboardcompliance

Die Tumorboardcompliance wird einmal jährlich durch die QM-Beauftragte überprüft. Dazu wird eine zufällige Stichprobe von 25% aller in einem Jahreszeitraum - 1. Oktober 2023 bis 30. September 2024 - im gastrointestinalen/allgemeinen Tumorboard vorgestellten Patientinnen und Patienten ausgewählt, um die inhaltliche Umsetzung der Tumorboardempfehlungen zu evaluieren. Für den genannten Zeitraum wurden **433 Patientinnen und Patienten** mit insgesamt **867 Beschlüssen** ausgewählt. Die Überprüfung erfolgte anhand der Krankenakten im ORBIS® und der Eintragungen im Tumordokumentationssystem UCC-TDS. Bei unklaren oder potenziell kritischen Ereignissen wird Rücksprache mit den jeweiligen Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Fachdisziplinen gehalten. Gegebenenfalls werden interdisziplinäre Fallbesprechungen oder eine M&M-Konferenz initiiert.

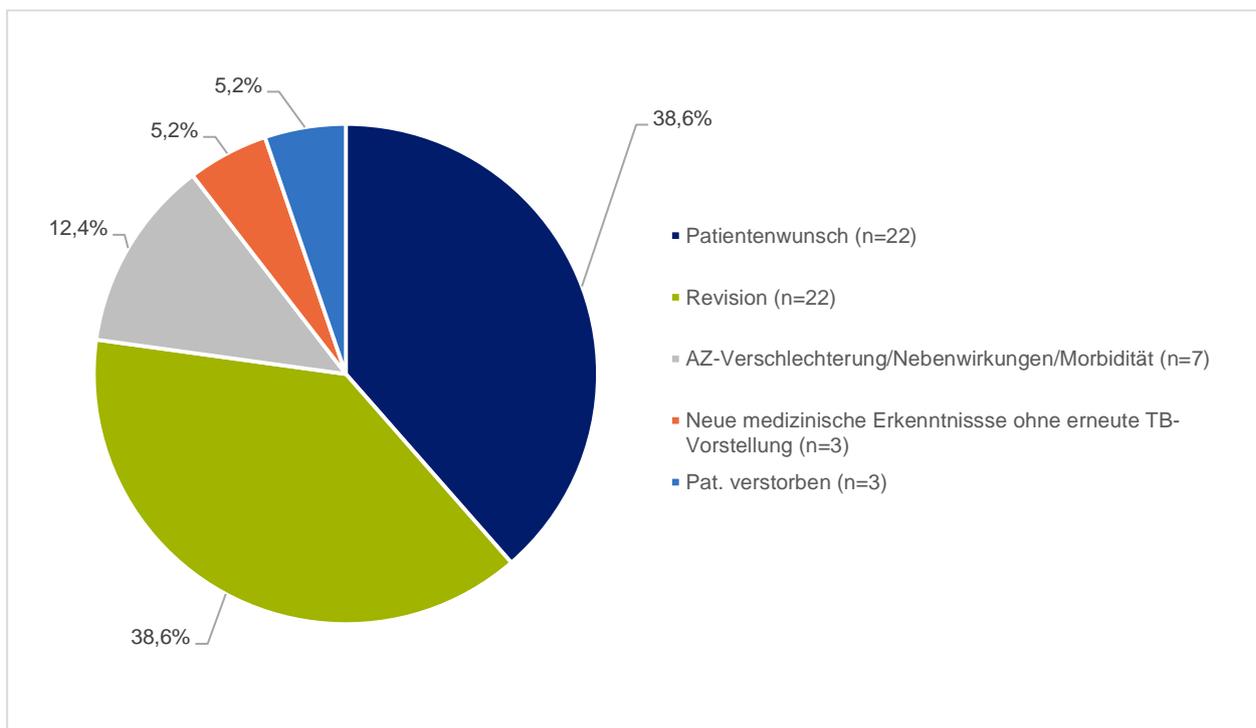
Von den 867 Tumorboardempfehlungen wurden **723 (83,4%) Empfehlungen vollständig umgesetzt**. Bei 42 Empfehlungen liegen uns keine Informationen zum weiteren Behandlungsverlauf vor. Diese Patientinnen und Patienten wünschten die weitere Behandlung heimatortnah. Zum Zeitpunkt der Auswertung keine Rückinformationen der behandelnden Einrichtung zur erfolgen Diagnostik oder Therapie vor.

Abbildung 49: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance VOZ 2024



Bei den 102 nicht bzw. teilweise umgesetzten Empfehlungen handelt es sich in ca. 42% der Fälle um Ablehnungen der empfohlenen Therapie durch die Patientinnen und Patienten oder dass die Patientinnen und Patienten verstorben sind. Bei ca. 30% erfolgte eine Revision der Tumorboardempfehlung aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse; eine Wiedervorstellung im Tumorboard ist erfolgt.

Abbildung 50: Begründung für die Nichtumsetzung von Tumorboardbeschlüssen VOZ 2024



Die drei Patientinnen und Patienten, bei denen eine abweichende Therapie ohne erneute Vorstellung im Tumorboard durchgeführt wurde, wurden im Jour Fixe mit der Zentrumsleitung besprochen. Kritische Ergebnisse wurden nicht dokumentiert, sodass keine weiteren Maßnahmen erforderlich sind.

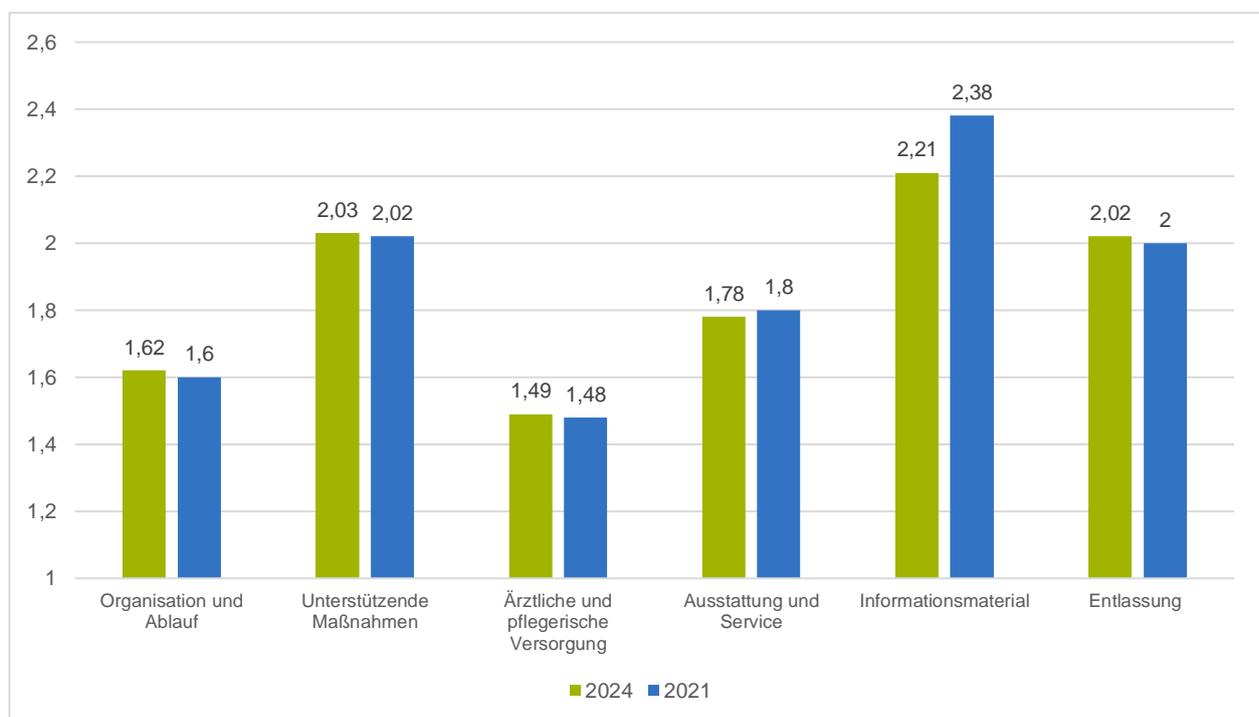
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten

Im Rahmen unseres kontinuierlichen Bestrebens, die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern, wurde eine umfassende Befragung der stationären Patientinnen und Patienten durchgeführt. Die Befragung wurde im Zeitraum 1. August 2024 bis 31. Oktober 2024 durchgeführt und richtete sich an alle Patientinnen und Patienten, die im genannten Zeitraum von den chirurgischen Stationen VTG-S1, VTG-S3 und VTG-S6 entlassen wurden. Ziel der Befragung war es, wertvolle Einblicke in die Zufriedenheit unserer Patientinnen und Patienten mit den angebotenen Dienstleistungen zu gewinnen und spezifische Bereiche zu identifizieren, in denen Verbesserungen erforderlich sind. Der Fragebogen beinhaltete Fragen zu verschiedenen Aspekten der Versorgung der Patientinnen und Patienten, darunter Freundlichkeit und Erreichbarkeit des Personals, Wartezeiten und Terminvergabe, Sauberkeit und Komfort der Räumlichkeiten sowie zur Entlassung.

Die Befragung wurde anonym durchgeführt. Die Patientinnen und Patienten hatten die Möglichkeit, die Befragung online oder in Papierform auszufüllen. Insgesamt haben **228 Patientinnen und Patienten** an der Befragung teilgenommen, was einer **Rücklaufquote von 50,0%** entspricht. Bezogen auf die **Patientinnen und Patienten mit einer Tumorerkrankung** konnte eine Rücklaufquote von **60,3%** erreicht werden.

Abbildung 51: Durchschnittliche Zufriedenheitswerte nach Kategorien im Vergleich 2021/2024

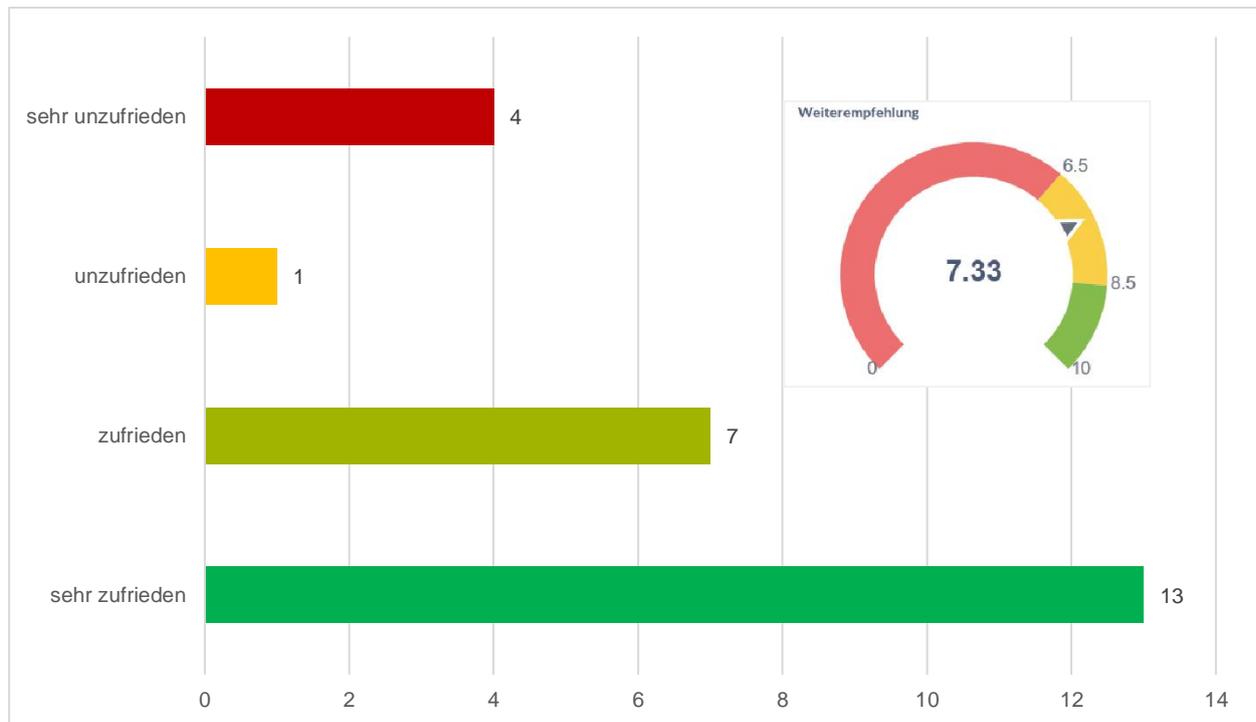


Die Auswertung der Befragung erfolgte im Januar 2025. Im Vergleich zu der Befragung im Jahr 2021 gibt es kaum Veränderung bei der Bewertung der einzelnen Kategorien. Weiterhin liegen die Bereiche „Unterstützende Maßnahmen“, „Informationsmaterial“ sowie „Entlassung“ über dem intern definierten Zielwert von ≤ 2 . Hier müssen in einem weiteren Schritt die Prozesse evaluiert und geeignete Maßnahmen geprüft und festgelegt werden, um die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten in diesen Bereichen zu verbessern. Dies erfolgt im Rahmen der Vorstellung der Ergebnisse in den verschiedenen Besprechungen des Viszeralonkologischen Zentrums.

Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem

Über das digitale Feedbacksystem sind im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2024 für die chirurgische und internistische Sprechstunde in der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC 25 Rückmeldungen eingegangen. Sie wurden von 11 Patientinnen und Patienten und 11 Angehörigen abgegeben. Drei Rückmeldungen konnten keiner Personengruppe zugeordnet werden.

Abbildung 52: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem VOZ 2024 - Allgemeine Zufriedenheit



Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala zugrunde. Die „1“ steht hierbei für „sehr unzufrieden“, die „5“ für „sehr zufrieden“. Die allgemeine Zufriedenheit ist auf 3,96 gesunken und liegt damit knapp unterhalb der internen Zielvorgabe von $\geq 4,0$. Die Weiterempfehlung ist ebenfalls gesunken und liegt in der Gesamtbetrachtung im gelben Bereich. Hauptgrund für die Unzufriedenheit und damit auch der fehlenden Weiterempfehlung liegt in der Wartezeit insbesondere in der chirurgischen Sprechstunde.

Da sich die Bewertung auf die Sprechstunden in der interdisziplinären Kernambulanz des NCT/UCC beziehen, gelten die für das Onkologische Zentrum getroffenen Maßnahmen auch für das Viszeralonkologische Zentrum (siehe Seite 35).

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Viszeralonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in der folgenden Tabelle für die einzelnen Tumorentitäten aufgeführt.

Tabelle 61: Datenqualität der DKG-Kennzahlen VOZ 2024

	Darm	Magen	Pankreas	Leber	Ösophagus
Plausibel	79,31% (23)	72,73% (16)	90,91% (20)	90,48% (19)	92,00% (23)
Plausibilität unklar	6,90% (2)	18,19% (4)	0%	0%	0%
Sollvorgabe nicht erfüllt	13,79 (4)	9,09% (2)	9,09% (2)	9,52% (2)	8,00% (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 2024 waren 64 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. Die interne Zielvorgabe $\geq 10\%$ wurde ebenfalls erfüllt, sodass keine Maßnahmen erforderlich sind.

Tabelle 62: Studienquote VOZ 2022-2024

Tumorentität	2022	2023	2024
Darm	61,8%	68,9%	34,8%
Leber	30,1%	13,1%	12,4%
Magen	60,0%	45,0%	57,5%
Ösophagus	58,9%	44,2%	56,2%
Pankreas	75,3%	65,7%	53,8%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Viszeralonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2024 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Viszeralonkologischen Zentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie“ und „Medizinische Klinik 1“ aufgeführt sind.

Kolbinger FR, Bodenstedt S, Carstens M, Leger S, Krell S, Rinner FM, Nielen TP, **Kirchberg J**, Fritzmann J, **Weitz J**, **Distler M**, Speidel S. **Artificial Intelligence for context-aware surgical guidance in complex robot-assisted oncological procedures: An exploratory feasibility study**. Eur J Surg Oncol. 2024 Dec;50(12):106996. doi: 10.1016/j.ejso.2023.106996. Epub 2023 Jul 28. PMID: 37591704.

Pecqueux M, Brückner F, Oehme F, Hempel S, Baenke F, **Riediger C**, **Distler M**, **Weitz J**, Kahlert C. **Preoperative IL-8 levels as prognostic indicators of overall survival: an extended follow-up in a prospective cohort with colorectal liver metastases**. BMC Cancer. 2024 Jan 17;24(1):90. doi: 10.1186/s12885-023-11787-1. PMID: 38233759; PMCID: PMC10792859.

Heinrich K, Heinemann V, Stintzing S, Müller L, Ettrich TJ, Büchner-Steudel P, Geißler M, Trojan J, Moosmann N, **Folprecht G**, Schmidt J, Kanzler S, Kullmann F, Moulin JC, Werner J, Angele MK, Probst V, Held S, Schulz C, Boukova M. **Adjuvant Treatment with S-1 in Patients after R0-Resection of Adenocarcinoma of the Stomach and Esophagogastric Junction: A Multi-center Phase I/II Feasibility Study (GMBH-STO-0114)**. Oncol Res Treat. 2024;47(6):251-261. doi: 10.1159/000538143. Epub 2024 Apr 2. PMID: 38565089; PMCID: PMC11151986.

Masetti M, Al-Batran SE, Goetze TO, Thuss-Patience P, Knorrenschild JR, Goekkurt E, **Folprecht G**, Ettrich TJ, Lindig U, Luley KB, Pink D, Dechow T, Sookthai D, Junge S, Loose M, Pauligk C, Lorenzen S. **Efficacy of ramucirumab combination chemotherapy as second-line treatment in patients with advanced adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction after exposure to checkpoint inhibitors and chemotherapy as first-line therapy**. Int J Cancer. 2024 Jun 15;154(12):2142-2150. doi: 10.1002/ijc.34894. Epub 2024 Mar 6. PMID: 38447003.



Sarkomzentrum



Inhaltsverzeichnis

Sarkomzentrum	129
Struktur des Sarkomzentrums	129
Ziele des Sarkomzentrums.....	130
Externe und interne Audits	132
Externe Audits.....	132
Interne Audits	132
Zufriedenheitsbefragungen.....	132
Zufriedenheit von Zuweiserinnen und Zuweiser.....	132
Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten	133
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	133
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	134
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	134
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	134
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	134
Leistungszahlen des Sarkomzentrums 2024	134
Psychosoziale Versorgung.....	135
Wartezeiten	136
Interdisziplinäres Tumorboard	136
Tumorboardcompliance	137
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen	138
Ergebnisse aus der Befragung der Patientinnen und Patienten 2024	138
Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2024.....	139
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	140
Forschungstätigkeiten	140
Klinische Studien.....	140
Exemplarische Publikationen.....	141

Sarkomzentrum

Struktur des Sarkomzentrums

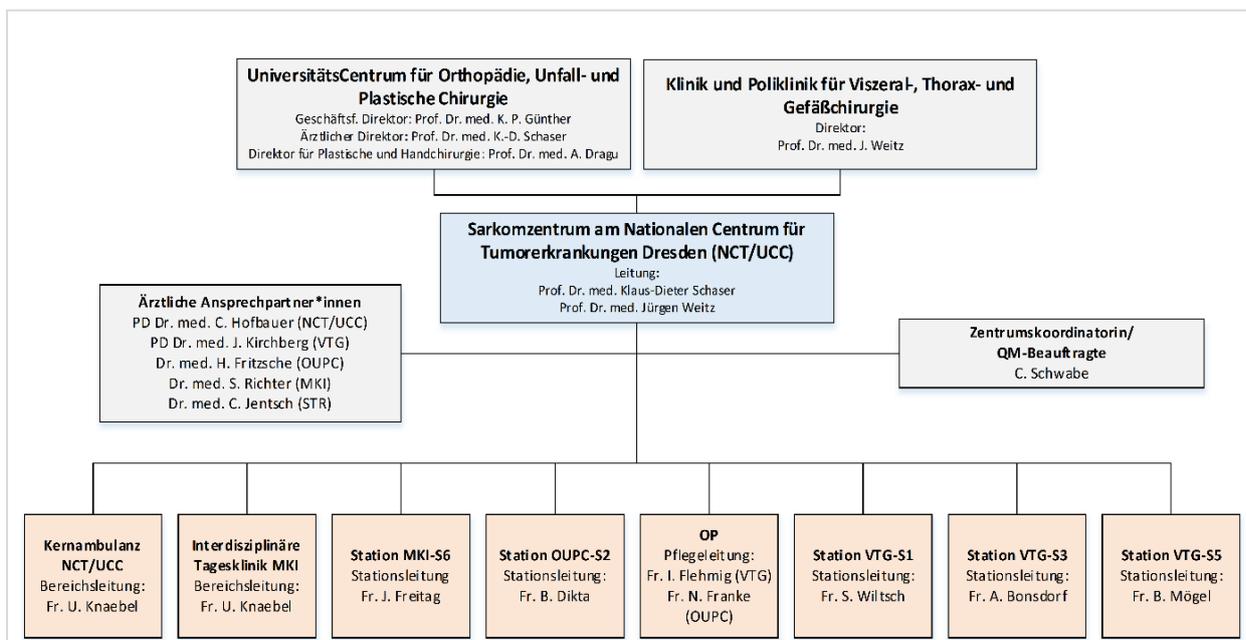
Sarkome sind durch vielfältige Erscheinungsbilder und Verläufe charakterisiert. Aufgrund ihrer Seltenheit ist es von besonderer Bedeutung, dass Spezialistinnen und Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen in die anspruchsvolle frühzeitige Diagnosestellung und Therapieplanung einbezogen werden und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

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

Das Sarkomzentrum am NCT/UCC Dresden wurde 2021 erfolgreich nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Behandlung von Weichgewebe- und Knochensarkomen zertifiziert. Damit ist es bundesweit eines von nur 15 Zentren, welches aktuell die Vorgaben beider Schwerpunkte der Sarkombehandlung erfüllt. Zusätzlich verfügt das Zentrum über ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001.

Das Sarkomzentrum (Organigramm Abbildung 53) 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 53: Struktur des Sarkomzentrums



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

Tabelle 63: Qualifikationsmatrix Sarkomzentrum (SAR)

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Schaser	FA für Chirurgie; Orthopädie und Unfallchirurgie; spezielle Unfallchirurgie
	Prof. Dr. med. Jürgen Weitz	FA für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Weiterbildung spezielle chirurgische Intensivmedizin
Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner (Oberärztinnen und Oberärzte)	PD Dr. med. Johanna Kirchberg (VTG)	FÄ für Viszeralchirurgie, spezielle Viszeralchirurgie, EBSQ, FEBS
	Dr. med. Hagen Fritzsche (OUPC)	FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Orthopädische Chirurgie
	Dr. med. Stephan Richter (MK1)	FA für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie
	Dr. med. Christina Jentsch (STR)	FÄ für Strahlentherapie
	PD Dr. med. Christine Hofbauer (NCT/UCC)	FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie
Thoraxchirurgie	Prof. Dr. med. Till Plönes (VTG, Lungenzentrum Coswig)	FA für Thoraxchirurgie
Plastische Chirurgie	Prof. Dr. med. Adrian Dragu (OUPC)	FA für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Zusatzbezeichnung Handchirurgie
	Dr. med. Patrick A.C. Will Marks (OUPC)	FA für Plastische und Ästhetische Chirurgie
Zentrumskoordination/ Qualitätsmanagement	Carolin Schwabe, B.Sc.; MPH	Pflegemanagement Gesundheitswissenschaften/Public Health
Pflegedienstleitungen	Nadja Enkelmann, B.A.	Management im Gesundheitswesen
	Gabriele Reinhardt, B.Sc.	Management für Gesundheitsfachberufe
	Claudia Reichel, B.A.	Pflegewissenschaft/-management
	Claudia Miersch-Liefke, B.A.	Business Administration
Tumordokumentation	Tina Hennig	Medizinische Dokumentationsassistentin
Onkologische Fachpflege	Sven Scharte / Ulrike Röhle / Janet Freitag / Annett Dietrich / Claudia Klopsch / Henrik Mittag / Anne Kliche / Laura Krönke / Yvonne Johné / Viktoria Klein / Anne-Maigrit Zuber / Tobias Krüger / Cornelia König	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 Verantwortlichkeiten und Terminsetzung erfolgt in der Regel zu Beginn eines jeden Jahres in einer Strategiekonferenz, aber auch im Rahmen von Qualitätszirkeln des Zentrums. Die Qualitätsziele (Tabelle 64) werden unterjährig verfolgt, auf Umsetzung geprüft und mit den benannten Verantwortlichen bewertet.

Tabelle 64: Jahresziele 2024 des Sarkomzentrums am NCT/UCC

Nr.	Qualitätsziel	Termin	Zielerreichung
1	Aufrechterhaltung der Zertifizierungen durch erfolgreiche Rezertifizierung nach DKG und DIN EN ISO 9001	April 2024	Rezertifizierung am 18. April 2024 ohne Abweichungen.
2	Etablierung der IORT am UKD mit Beginn der Bestrahlung der ersten Patientinnen und Patienten	Juni 2024	Beginn der Bestrahlungen in Q1/2024 erfolgt,
3	Erstellung einer Broschüre über das Onkologische Zentrum unter Beteiligung des Sarkomzentrums	Juni 2024	In Erstellung; Fortschreibung des Ziels in 2025; Darstellung des Sarkomzentrums in mehreren Artikeln in der Wissenschaftszeitschrift „Krebs im Focus“ des NCT/UCC Dresden.
4	Stärkung der Bindung der Zuweiserinnen und Zuweiser sowie Patientinnen und Patienten; Stärkung des Zentrumsgedankens <ul style="list-style-type: none"> Durchführung eines Patiententages des Sarkomzentrums (mit NCT/UCC) gemeinsam mit der Deutschen Sarkom-Stiftung Einführung eines gemeinsamen Nachsorgebriefes für interdisziplinär behandelte Pat. Ausweitung des AYA-Lotsen-Programms des NCT/UCC auf Sarkompatientinnen und -patienten 	Mai 2024	Patiententag sehr erfolgreich (ca. 43 Sarkompatientinnen und -patienten sowie Angehörige).
		Juni 2024	Das Ziel wird nicht weiterverfolgt, da es sich als nicht realisierbar erwiesen hat.
		Dezember 2024	Ein AYA-Guide, eine Transitions- und Survivorsprechstunde sind fest etabliert. Start LE-Na-Studie (Ausbau, Evaluation und Implementierung von deutschlandweiten Langzeitnachsorgestrukturen für ehemals krebserkrankte Kinder und Jugendliche, die nun erwachsen sind).
5	Optimierung der Performance und der Leistungskennzahlen des Sarkomzentrums <ul style="list-style-type: none"> Steigerung der Rate der prätherapeutischen Tumorboard-Vorstellung Etablierung eines Tumorboard-Umlaufverfahrens für v.a. benigne Tumoren Steigerung des Einschlusses von Sarkompatientinnen und -patienten in klinische Studien 	Dezember 2024	Steigerung um 2,5%-Punkte erreicht.
		Juni 2024	Technische Voraussetzungen sind erfüllt, erste Fälle 2024 besprochen, Fortführung in 2025.
		Dezember 2024	Steigerung um 33%-Punkte (Zählweise DKG).
7	Etablierung Radioligandentherapie für Sarkompatientinnen und -patienten <ul style="list-style-type: none"> Start gemeinsames Projekt mit MK1, PAT, NUK 	Dezember 2024	Diagnostik und Therapiemöglichkeit etabliert für Somatostatin-Rezeptor Dotatate, PSMA, FAPI (Therapie in vorauss. in 2-3 Monaten) verfügbar.
8	Weiterer Ausbau von PATFORMS in den Bereichen des Sarkomzentrums zum Screening Psychoonkologie und NRS-Screening	Dezember 2024	PATFORMS in NCT/UCC-Ambulanz etabliert; seit 2024 auch in VTG für Tumorpatientinnen und -patienten etabliert; Ausbau im stationären Bereich in 2025 fortgeführt entsprechend Ressourcen der IT.
9	Ausbau der Nutzung des Sarkomregisters durch Asservierung von Liquid biopsies	Dezember 2024	Geschäftsordnung der Biobank Dresden für Liquid biopsies noch ausstehend, Fortschreibung des Ziels in 2025.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 18. April 2024 fand die Rezertifizierung des Sarkomzentrums als Kombinationsaudit zur Überprüfung der Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft als auch der DIN EN ISO 9001 statt. Im Rahmen der Rezertifizierung wurden für das Sarkomzentrum keine Abweichungen festgestellt. Seitens der Deutschen Krebsgesellschaft wurden insgesamt 23 Hinweise ausgesprochen, die u. a. die Bereiche interdisziplinäre Zusammenarbeit, Beteiligung von Patientinnen und Patienten, Studienmanagement, Pflege sowie die operative Onkologie betreffen. Die Prüfung der Umsetzung der Norm DIN EN ISO 9001 ergab drei Hinweise, die ebenfalls die Themen Studiendokumentation und interdisziplinäre Zusammenarbeit betrafen. Aus den identifizierten Verbesserungspotentialen wurden Maßnahmen abgeleitet, die in einen Maßnahmenplan einfließen und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Sarkomzentrums interdisziplinär und interprofessionell diskutiert und umgesetzt werden.

Interne Audits

Im Sarkomzentrum finden regelmäßig interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und der Anforderungen aus den Erhebungsbögen der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Interne Audits werden am Universitätsklinikum Dresden (UKD) vorrangig entlang der festen Struktureinheiten (d. h. Kliniken, Institute) vorgenommen. Die Planung und Durchführung erfolgen wie im Onkologischen Zentrum beschrieben. Die Umsetzung der Anforderungen des Sarkomzentrum wird in den verschiedenen internen Audits der zum Sarkomzentrum gehörenden Struktureinheiten (siehe Organigramm Abbildung 53) geprüft.

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

Die interdisziplinäre Tagesklinik am NCT/UCC sowie die Station MK1-S6, in der u. a. auch die medikamentöse Therapie von Sarkompatientinnen und -patienten erfolgt, wurden am 25. September 2024 begutachtet. Das interne Audit der viszeralchirurgischen Stationen und des Zentral-OPs für die Visceralchirurgie fand am 27. November 2024 und die zum Sarkomzentrum gehörenden Bereiche der Tumororthopädie am 4. Juni 2024 statt. In den jeweiligen Struktureinheiten wurden Leitungsaudits geführt und die betreffenden Stationen und Bereiche vor Ort begutachtet. Die internen Audits ergaben Hinweise beispielsweise im Bereich onkologische Fachpflege, multidisziplinäre Zusammenarbeit, Psychoonkologie, Pflegeberatung, Lenkung von Vorgabedokumenten sowie Arbeitssicherheit. Alle Hinweise wurden in entsprechende Maßnahmenpläne für die jeweiligen Audits überführt und in gemeinsamen Qualitätszirkeln diskutiert und bearbeitet.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit von Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Sarkomzentrums sind entsprechend den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft aller drei Jahre geplant. Im Jahr 2023 fand im Sarkomzentrum eine Befragung statt. Alle Zuweiserinnen und Zuweiser, die 2022 Patientinnen und Patienten an das Sarkomzentrum überwiesen hatten, erhielten im Januar 2023 ein postalisches Anschreiben, welches den QR-Code zur kontinuierlichen Onlinebefragung auf der Internetseite des NCT/UCC enthält. Zusätzlich erhielten die Zuweisenden mit dem Schreiben den Fragebogen in Papierform mit frankiertem Rückumschlag. So war es jedem Zuweisenden

möglich anhand der eigenen Präferenz an der Befragung teilzunehmen. Die Rücklaufquote betrug 34,3%. Die nächste Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser ist 2026 geplant.

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

Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten

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

Als Qualitätsziel im Sarkomzentrum wurde 2023 die Einführung einer kontinuierlichen Befragung von Sarkompatientinnen und -patienten formuliert. Im Jahr 2024 haben alle Zentrumsfälle des Jahres postalisch ein Anschreiben erhalten. Sie hatten die Möglichkeit den QR-Code für die digitale Befragung zu nutzen oder aber papierbasiert den Fragebogen auszufüllen und per frankiertem Rückumschlag an das Sarkomzentrum zurückzusenden. Die Rücklaufquote beträgt 47,7% (Stand 7. März 2025). Der QR-Code zur Befragung der Patientinnen und Patienten findet sich auch auf den Patientenmappen des Sarkomzentrums.

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

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

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Im Sarkomzentrum am NCT/UCC finden regelmäßig qualitätssichernde Treffen in Form von Qualitätszirkeln statt, die je nach inhaltlicher Ausrichtung unterschiedliche Titel tragen. In drei Jour fixe-Terminen mit der Zentrumsleitung und/oder den benannten Oberärztinnen und Oberärzten der zum Sarkomzentrum gehörenden Struktureinheiten wurden 2024 gemeinsam mit der Zentrumskoordination der aktuelle Stand der Kennzahlen analysiert, die Umsetzung der Maßnahmen aus den internen und externen Audits diskutiert und strategische Themen besprochen. Des Weiteren wurde die Umsetzung der Ziele für das Jahr 2024 diskutiert. Vertreterinnen und Vertreter der Hauptkooperationspartner sind zu diesen Treffen eingeladen.

Weiterhin findet ein Qualitätszirkel mit den supportiven Bereichen des Sarkomzentrums, wie Pflege- und Funktionsdienst, Psychoonkologie, Sozialdienst und Tumordokumentation statt. Im Jahr 2024 wurde sich in diesem Rahmen einmal getroffen und die Vertreterinnen und Vertreter

der benannten Bereiche über die aktuellen Entwicklungen im Zentrum informiert und die Auditergebnisse diskutiert.

Im Sarkomzentrum am NCT/UCC werden außerdem jährlich Qualitätszirkel in Form von interdisziplinären Workshops mit allen Hauptkooperationspartnern zur Entwicklung und Aktualisierung der Behandlungsleitlinien/SOPs unter Berücksichtigung des aktuellen Wissenstandes, aktueller Leitlinien und Studienprotokolle durchgeführt. Im November 2024 fand ein Workshop zur Integration der Indikationen von Extremitätenperfusion, Hyperthermie und intraoperativer Radiotherapie in die SOPs des Sarkomzentrums statt.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen wurden am 22. Juli 2024 gemeinsam mit dem Gynäkologischen Krebszentrum und am 15. August 2024 mit dem Uroonkologischen Zentrum durchgeführt.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Für Zuweiserinnen und Zuweiser fand am 12. Juni 2024 die Nachlese der Jahrestagung der Amerikanischen Gesellschaft für klinische Onkologie in Dresden statt, bei der auch die aktuellen Entwicklungen zur Behandlung von Sarkomen präsentiert wurden.

Speziell für Pflegefachkräfte fand am 9. April 2024 ein Onkologischer Pflegefachtag zum Thema „Schmerzen in der Onkologie“ statt. Dieser wird über die Direktion Krankenpflege des Universitätsklinikums Dresden organisiert.

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

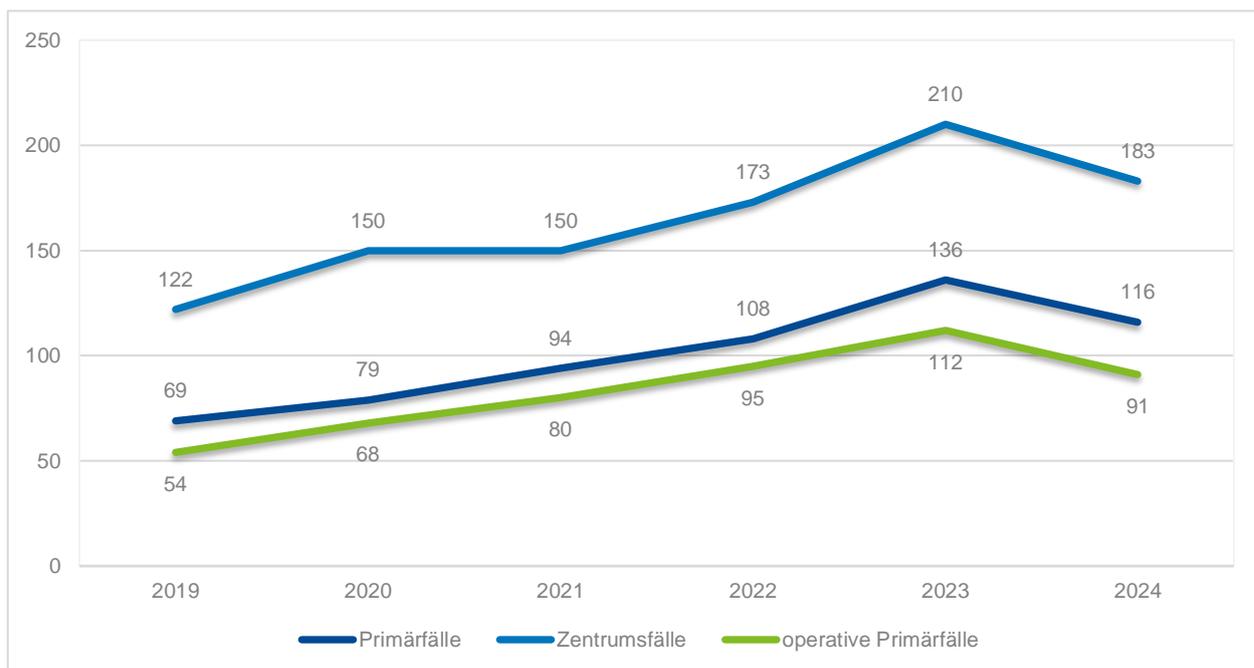
Im Jahr 2024 präsentierte das Sarkomzentrum sein Leistungsspektrum für Patientinnen und Patienten im Rahmen eines zentralen Patiententages des NCT/UCC inkl. aller Organkrebszentren und Module. Neben zentralen Themen, wie roboterassistierte Chirurgie, die Vorstellung des Zentrums für Personalisierte Medizin in der Onkologie oder der Austausch mit dem Patientenbeirat und dem Lotsenteam, stellte sich dort auch das Sarkomzentrum und die Deutsche Sarkom-Stiftung mit Vorträgen vor.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen des Sarkomzentrums 2024

Das Sarkomzentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2024 **116 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem Sarkom** und **67 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenen Rezidiven und/oder Fernmetastasen** interdisziplinär behandelt. Die Gesamtprimärfälle zeigen im Jahresvergleich einen konstanten Anstieg von 2019 bis 2023 mit einem leichten Rückgang in 2024. Die behandelten Fälle mit neu aufgetretenen Rezidiven oder Fernmetastasen bleiben über die Jahre eher konstant. Die Zahl operativer Primärfälle und die Anzahl an Zentrumsfällen konnten im Verlauf der Jahre bis 2023 ebenfalls deutlich gesteigert werden und folgen 2024 dem leicht rückläufigen Trend der Gesamtprimärfälle (siehe Abbildung 54: Fallzahlentwicklung Sarkomzentrum).

Abbildung 54: Fallzahlentwicklung im Sarkomzentrum



Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird im Sarkomzentrum über den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC gewährleistet. Sie richtet sich als Teil des Behandlungskonzeptes an Patientinnen und Patienten mit seelischen Belastungen bei Verdacht, Diagnose und Therapie von Sarkomen. Die psychoonkologische Betreuung bietet u. a. Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, bei der Anpassung an neue, veränderte Lebensumstände sowie bei der Förderung der Lebensqualität. Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und der PHQ-4 zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte, die Pflegekräfte oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen und ein psychoonkologisches Screening erhalten haben, werden jährlich erfasst und ausgewertet. 2024 haben 66,1% der Sarkompatientinnen und -patienten ein psychoonkologisches Screening erhalten (Tabelle 65). Die Rate konnte im Vergleich zum Vorjahr konstant gehalten werden, sodass die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft von $\geq 65\%$ erreicht wurde. Die psychoonkologische Betreuungsquote bei Sarkompatientinnen und -patienten hat sich 2024 wieder abgeschwächt und liegt auf dem Niveau von 2022. Ursächlich für diesen Rückgang ist am ehesten der Abschluss von Forschungsvorhaben zu benennen, bei denen psychoonkologische Betreuungskontakte auch unabhängig von den Screeningergebnissen eine Rolle gespielt haben.

Die sozialrechtliche Beratung von Sarkompatientinnen und -patienten erfolgt über den Sozialdienst des Universitätsklinikums Dresden, der organisatorisch der Direktion Krankenpflege des UKD zugeordnet ist. Für das Sarkomzentrum übernehmen langjährig erfahrene Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter die Aufgaben im Bereich Sozialdienst und Rehabilitation. Alle Patientinnen und Patienten des Zentrums erhalten das Angebot eines Beratungsgespräches durch den Sozialdienst. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate > 40% wurde erfüllt (Tabelle 65.).

Tabelle 65: Psychoonkologische und sozialrechtliche Betreuung im Sarkomzentrum 2022-2024 - relative Häufigkeiten

	2022	2023	2024
Betreuungsquote Psychoonkologie	32,9%	51,2%	31,7%
Screeningrate Psychoonkologie	54,1%	68,4%	66,1%
Betreuungsquote Sozialdienst	70,5%	69,4%	67,2%

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 Krebsgesellschaft von ≤ 5 Werktagen Wartezeit auf einen Termin und < 60 Minuten während der Sprechstunde werden erfüllt (Tabelle 66).

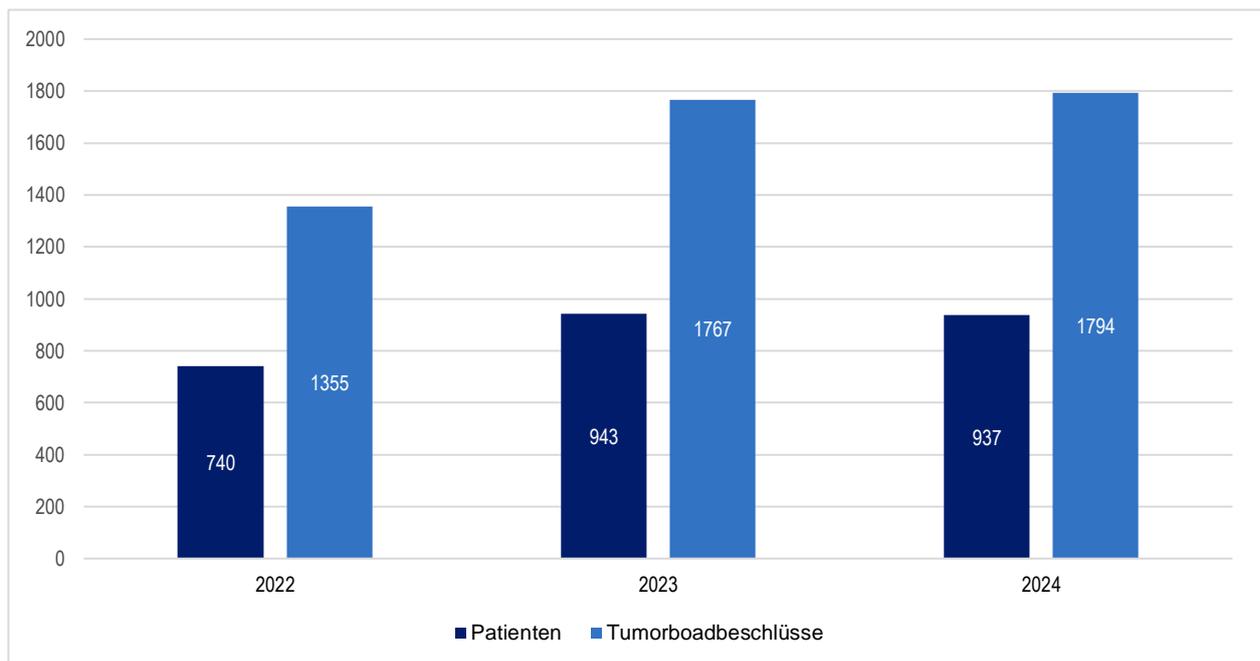
Tabelle 66: Wartezeiten im Sarkomzentrum 2022-2024 -Mittelwerte

Wartezeit	2022	2023	2024
auf einen Termin	4,9 Tage	4,6 Tage	4,7 Tage
während der Sprechstunde	34,5 Minuten	40,3 Minuten	35,1 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 2024 hat das Board an 100 Tagen stattgefunden. Es wurden **1.794 Beschlüsse** für 937 Patientinnen und Patienten gefasst. Durchschnittlich werden pro Patient 1,9 Beschlüsse erstellt und pro Board 17,9 Empfehlungen ausgesprochen (Abbildung 55).

Abbildung 55: Entwicklung der Anzahl an Tumorboardbeschlüssen und Patientenvorstellungen im Sarkomboard 2022-2024



Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität der Tumorboards wird jährlich die inhaltliche Umsetzung der Tumorboardbeschlüsse des Sarkomboards überprüft. Methodisch wird dabei eine Stichprobe von 25% aller besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: Oktober 2023 bis September 2024) randomisiert gezogen.

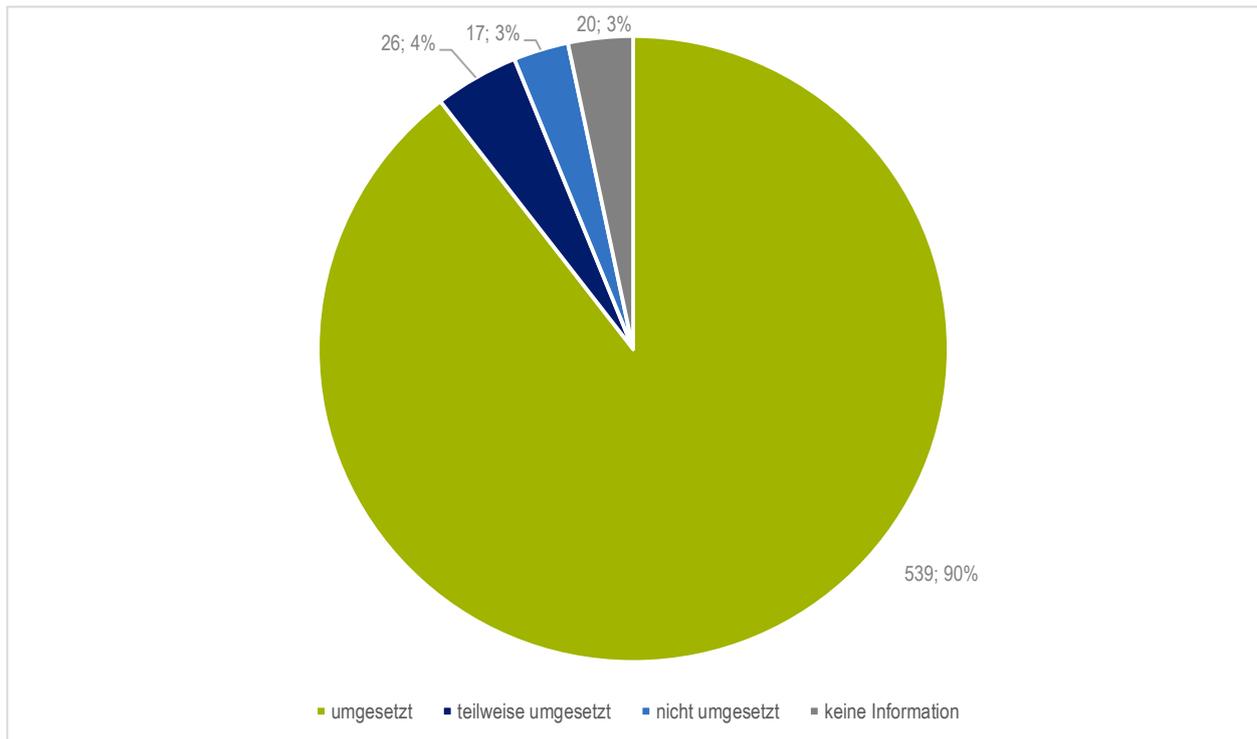
Für das Sarkomboard wurden dabei **602 Beschlüsse** von insgesamt **239 Patientinnen und Patienten** überprüft (siehe Abbildung 56). Die Prüfung erfolgte anhand der Krankenakten im OR-BIS® und der Eintragungen im Tumordokumentationssystem UCC-TDS. Bei Vorliegen von unklaren oder ggf. kritischen Ereignissen 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 602 Tumorboardbeschlüssen wurden **539 vollständig umgesetzt** und bei 20 Beschlüssen liegen uns keine Informationen zum weiteren Behandlungsverlauf vor. 26 Beschlüsse wurden teilweise umgesetzt. Gründe hierfür lagen z. B. im Wunsch des Patienten bzw. der Patientin, der Revision des Tumorboardbeschlusses oder auch der Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Patientinnen und Patienten.

17 Beschlüsse wurden nicht umgesetzt. Ursächlich hierfür sind z. B. in acht Fällen der Wunsch der Patientinnen und Patienten, in fünf Fällen lagen neue Erkenntnisse vor und die Patientin/der Patient wurde erneut im Tumorboard vorgestellt und in zwei Fällen bedingte die Verschlechterung des Allgemeinzustandes die Nichtumsetzung.

Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Sarkomzentrums 2024 konnten keine kritischen Ergebnisse festgestellt werden.

Abbildung 56: Umsetzung der Tumorboardempfehlungen - Sarkomboard 2024 (n=602 Beschlüsse)



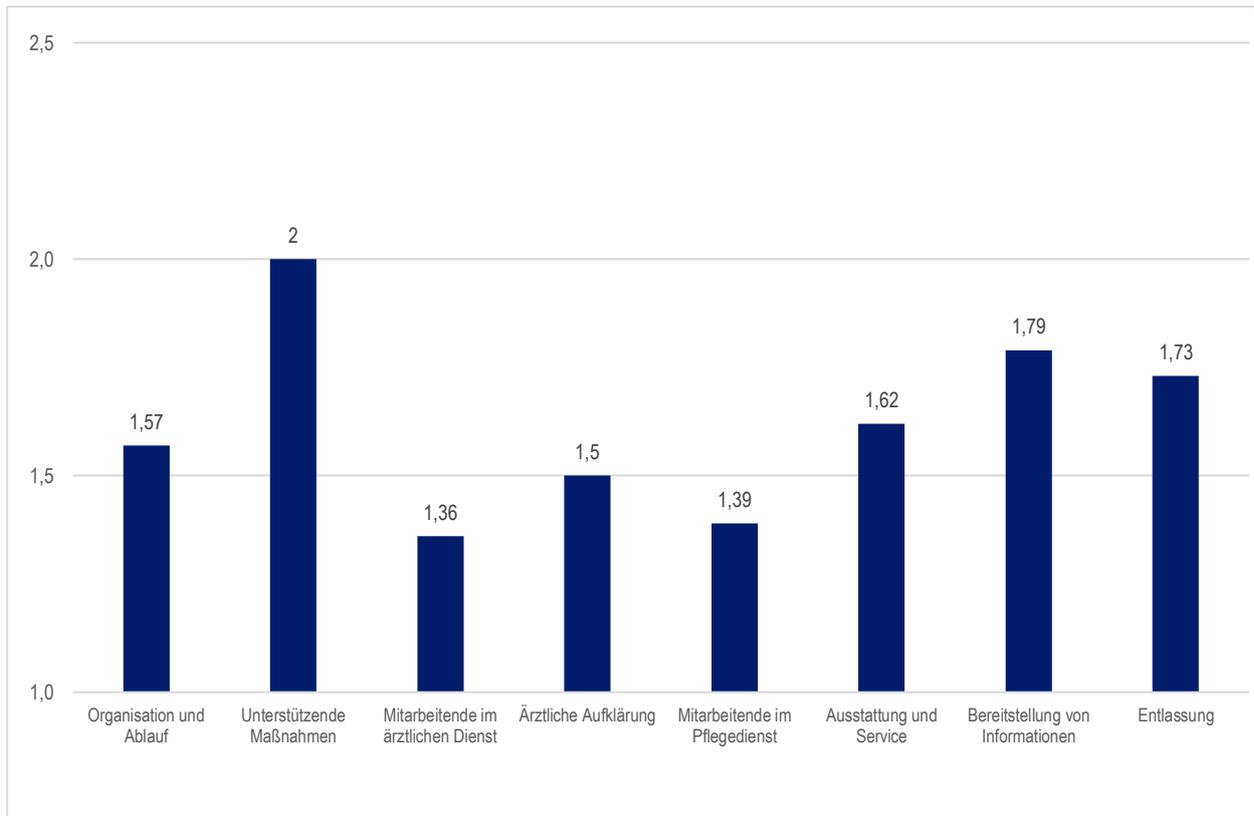
Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen

Ergebnisse aus der Befragung der Patientinnen und Patienten 2024

Bei der Befragung der Patientinnen und Patienten des Sarkomzentrums 2024 (Zentrumsfälle 2024) bestand die Möglichkeit auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) acht Themenbereiche mit vielfältigen Unterfragen zu bewerten (Abbildung 57). Für jeden Themenbereich konnten zusätzliche Angaben in einem Freitextfeld angegeben werden. Die Rücklaufquote liegt bei 47,7% (Stand: 7. März 2025).

Die Auswertung der Befragung zeigte eine hohe Zufriedenheit mit den angebotenen Leistungen des Sarkomzentrums. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,62. Die Befragung der Patientinnen und Patienten ergab keinen dringenden Handlungsbedarf. Die Frage nach der Bereitstellung von Informationen zu Selbsthilfegruppen für Sarkome wurde mit einem Mittelwert von 2,18 (2023: 2,57) am schlechtesten bewertet. Hier wird das Zentrum die bereits eingeleiteten Maßnahmen aus der Befragung 2023 weiter intensivieren und den Patientinnen und Patienten noch mehr und gezieltere Informationen zur Deutschen Sarkom-Stiftung mit an die Hand geben. Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte nach Kategorien.

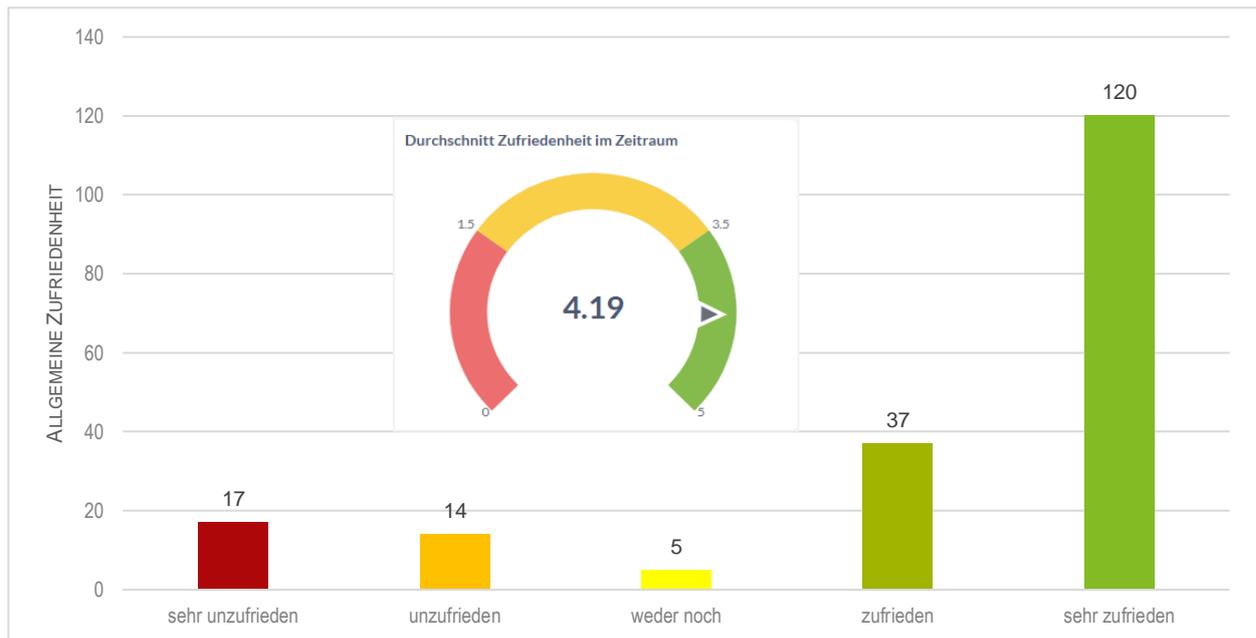
Abbildung 57: Ergebnisse der Befragung der Patientinnen und Patienten Sarkomzentrum 2024 - Mittelwerte



Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2024

Für die Bereiche, in denen Sarkompatientinnen und -patienten betreut werden, sind im Jahr 2024 193 Feedbackmeldungen von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen eingegangen. Dabei gab es 129 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten und 53 Feedbacks von Angehörigen (elf Rückmeldungen konnten keiner der beiden Gruppen zugeordnet werden). Die Gesamtzufriedenheit lag bei 4,19 (1 = sehr unzufrieden; 5 = sehr zufrieden) (Abbildung 58) und die Weiterempfehlungsrate bei 8,13 (10 = sehr wahrscheinlich). Die Gründe für die Unzufriedenheit wurden, sofern sie angegeben sind, unterjährig mit den Verantwortlichen ausgewertet und ggf. Maßnahmen abgeleitet.

Abbildung 58: Verteilung der allgemeinen Zufriedenheit Sarkomzentrum (stationär/ambulant) 2024 - absolute Häufigkeiten



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Sarkomzentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in Tabelle 67 zusammengefasst. Von 15 obligatorischen Kennzahlen wurden 12 im Rahmen der Sollvorgabe erfüllt, während bei drei Kennzahlen die Sollvorgabe 2024 nicht erreicht werden konnte.

Tabelle 67: Datenqualität DKG-Kennzahlen Sarkomzentrum 2024

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
80,0%	0,00%	20,0%

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 2024 konnten 43,7% der Zentrumsfälle des Sarkomzentrums in eine Studie eingeschlossen werden (einmalige Zählung jedes Falls; abweichend zur Zählweise der DKG).

Tabelle 68: Studienquote Sarkomzentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Studienquote	33,1%	35,7%	43,7%

Exemplarische Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Sarkomzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2024 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus auf der Internetseite - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten der Bereiche des Sarkomzentrums aus organisatorischen Gründen unter den jeweiligen Kliniken aufgeführt sind.

Kasper B, Pink D, Rothermundt C, **Richter S**, Augustin M, Kollar A, Kunitz A, Eisterer W, Gaidzik V, Brodowicz T, Egerer G, Reichardt P, Hohenberger P, Schuler MK. Geriatric Assessment of Older Patients Receiving Trabectedin in First-Line Treatment for Advanced **Soft Tissue Sarcomas: The E-TRAB Study from The German Interdisciplinary Sarcoma Group (GISG-13)**. *Cancers (Basel)*. 2024 Jan 28;16(3):558.

Fritzsche H, Pape A, **Schaser KD**, Beyer F, Plodeck V, Hoffmann RT, Hahlbohm P, Mehnert E, Weidlich A. **First Experiences with Fusion of PET-CT and MRI Datasets for Navigation-Assisted Percutaneous Biopsies for Primary and Metastatic Bone Tumors**. *Diagnostics (Basel)*. 2024 Dec 29;15(1):63

Mehnert E, Möller FS, **Hofbauer C**, Weidlich A, Winkler D, Troost EGC, **Jentsch C**, Kamin K, Mäder M, **Schaser KD**, **Fritzsche H**. **Palliative care of proximal femur metastatic disease and osteolytic lesions: results following surgical and radiation treatment**. *BMC Cancer*. 2024 Nov 21;24(1):1431.

Weidlich A, **Schaser KD**, **Weitz J**, **Kirchberg J**, Fritzmann J, Reeps C, Schwabe P, Melcher I, Disch A, Dragu A, Winkler D, Mehnert E, **Fritzsche H**. **Surgical and Oncologic Outcome following Sacrectomy for Primary Malignant Bone Tumors and Locally Recurrent Rectal Cancer**. *Cancers (Basel)*. 2024 Jun 26;16(13):2334.

Kögler C, Ullrich BW, **Schaser KD**, Disch AC, Hofmann GO, Göhre F, Mawrin C, Vogt M. **Rare primary dedifferentiated liposarcoma of the thoracic spine: A case report and literature review**. *Brain Spine*. 2024 Oct 23;4:103920.

Bienger K, Stefan V, Dragu A, Bota O, Taqatqeh F, **Schaser KD**, Rudari M, Fritzsche H. **Free vascularized fibula transfer in single- or double-barrel technique for reconstruction of segmental bone defects following oncological resection or posttraumatic bone loss**. *GMS Interdiscip Plast Reconstr Surg DGPW*. 2024 Dec 9;13:Doc07.

Kolbinger FR, Bodenstedt S, Carstens M, Leger S, Krell S, Rinner FM, Nielen TP, **Kirchberg J**, Fritzmann J, **Weitz J**, Distler M, Speidel S. **Artificial Intelligence for context-aware surgical guidance in complex robot-assisted oncological procedures: An exploratory feasibility study**. *Eur J Surg Oncol*. 2024 Dec;50(12):106996.

Eichler M, Hentschel L, Hornemann B, Schuler M, **Richter S**, Meier F, **Weitz J**, **Schaser KD**, Krause M, Mütherig A, Thomas T, Weigmann-Faßbender S, Schmädig R, Rentsch A, Vetter H, Kemmerer M, Ehninger G, Eberlein-Gonska M, Schmitt J, Bornhäuser M, **Hofbauer C**. **Erfahrungen und Ergebnisse bei der Integration von ePROs in die Routineversorgung eines onkologischen Spitzenzentrums: eine Analyse mithilfe des CFIR**. Z Evid Fortbild Qual Gesundhswes. 2024 Dec;190-191:72-83.



Kinderonkologisches Zentrum



Inhaltsverzeichnis

Kinderonkologisches Zentrum	145
Struktur des Kinderonkologischen Zentrums (KIO)	145
Ziele des Kinderonkologischen Zentrums	146
Externe und interne Audits	147
Externe Audits	147
Interne Audits	148
Zufriedenheitsbefragungen.....	148
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	148
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	148
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	149
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	149
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	150
Leistungszahlen	150
Psychosoziale Versorgung	153
Wartezeiten	154
Interdisziplinäres Tumorboard	154
Tumorboardcompliance	156
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	156
Forschungstätigkeit	156
Beteiligung an Studien und Registern.....	156
Laborforschung	157
Frühe Klinische Studien.....	157
Versorgungsforschung	157
Publikationen.....	157

Kinderonkologisches Zentrum

Struktur des Kinderonkologischen Zentrums (KIO)

Das Kinderonkologische Zentrum (KIO) 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 als Kinderonkologisches Zentrum erstzertifiziert.

Im Kinderonkologischen Zentrum am NCT/UCC Dresden wird das gesamte Behandlungsspektrum hämatologischer und onkologischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter abgedeckt. Eine eng verzahnte interdisziplinäre Zusammenarbeit sowohl mit allen medizinischen Fachrichtungen der Kinder- und Jugendmedizin als auch mit den onkologischen Disziplinen der Erwachsenenmedizin gehören zu den Voraussetzungen, um für die betroffenen Kinder und Jugendlichen die beste Behandlung zu gewährleisten. Es werden alle hochspezialisierten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Zentrum vorgehalten. Die strukturellen Voraussetzungen entsprechen der S2k-Leitlinie zur onkologischen und hämatologischen Versorgung bei Kindern und der Richtlinie Kinderonkologie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Expertise des Zentrums erstreckt sich von spezialisierten Operationsverfahren über die Bestrahlung mittels Protonen bis hin zu medikamentösen und immuntherapeutischen Therapieverfahren inklusive der Blutstammzelltransplantation und Zelltherapie. Therapiebegleitende Angebote wie sozialrechtliche Beratung, psychologische Begleitung oder kunst-, musik- und sporttherapeutische Angebote können die Patientinnen und Patienten, deren Eltern und Geschwister sowie bei Bedarf weitere Angehörige in Anspruch nehmen. Dieses vielseitige Angebot kann insbesondere dank einer engen Zusammenarbeit mit dem Elternverein, 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 59: Struktur des Kinderonkologischen Zentrums



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

Tabelle 69: Qualifikationsmatrix Kinderonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. Denis Martin Schewe	FA für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, ZB Notfallmedizin
Stellvertretende Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. Ralf Knöfler	FA für Kinderheilkunde SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, ZB Hämostaseologie
Oberärztin	Dr. med. Maria Polacik	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie
Funktionsoberärztin	Dr. med. Judith Lohse	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, ZB Hämostaseologie
Funktionsoberarzt	Tobias Däbritz	FA für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie
Funktionsoberärztin	Dr. med. Claudia Zinke	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, SP Neuropädiatrie, ZB Palliativmedizin
Fachärztin	Dr. med. Ines Goppelt	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie
Fachärztin	Dr. med. Anja Gerecke	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie
Fachärztin	Dr. med. Jenny Dörnemann	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie, ZB Palliativmedizin
Fachärztin	Dr. med. Ingrid Lauterbach	FÄ für Kinder- und Jugendmedizin SP Kinder- Hämatologie und -Onkologie
Zentrumskoordination / Qualitätsmanagement	Juliane Ahnert, B.Sc., B.A.	Wirtschaftswissenschaften Management für Gesundheitsfachberufe
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, Pediatric Palliative Care
Onkologische Fachpflege	Sabine Liebscher / Sandy Förster Annett Grässler / Michaela Krake / Ulrike Heitmann / Bianka Engelke / Pia Brauer / Claudia Naumann / Puya Piry Khanghah	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Weiterbildung Onkologische Fachpflege
Onkologische Fachpflege	Antje Berg / Katrin Stolle / Annett Grässler / Ulrike Heitmann / Pia Brauer / Annette Böhm / Ines Exner / Birgit Kynast / Doreen Ehrlich / Claudia Naumann	Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege, Weiterbildung (Pediatric) Palliative Care

Ziele des Kinderonkologischen Zentrums

In Anlehnung an die Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC werden jährlich für das Kinderonkologische Zentrum operative Qualitätsziele formuliert. Die Festlegung der Ziele

erfolgt in der Regel zu Beginn eines jeden Jahres, aber auch unterjährig können Ziele mit zentrumsspezifischen Schwerpunkten aufgenommen werden. Nicht erreichte Ziele werden in das folgende Kalenderjahr übernommen. Unter Benennung von konkreten Verantwortlichkeiten und Festlegung eines intern abgestimmten Zieltermins werden die Qualitätsziele unterjährig verfolgt und auf Umsetzung geprüft. In Tabelle 70 sind die Qualitätsziele und deren Erreichungsgrade des Jahres 2024 dargestellt.

Tabelle 70: Jahresziele 2024 Kinderonkologisches Zentrum

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Zielerreichung
1	Erfolgreiche DKG- und DIN EN ISO-Rezertifizierung	QMB KIO / alle MA KIO	Die Rezertifizierung wurde am 16. April 2024 erfolgreich ohne Abweichungen absolviert.
2	Erfolgreiche Akkreditierung nach den JACIE-Anforderungen.	QMB KIO / Leiter KIO / ärztliche Verantwortliche KIO	Begutachtung am 24. und 25. Oktober 2023. Ergebnisbekanntgabe im Juni 2024 mit Nachbearbeitungsfrist bis 5. März 2025. Daher Übernahme als Qualitätsziel für 2025.
3	Durchführung eines internen Audits	QMB KIO / alle MA KIO	Das interne Audit wurde am 11. November 2024 ohne Abweichungen durchgeführt.
4	Stellenerweiterung zur Verbesserung der Patientenversorgung, die zur Protonentherapie nach Dresden kommen und von der Kinderonkologie mitbetreut werden	STL KIO	Pflegerische Betreuung während der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Protonentherapie.
5	Einführung der CATO-Scanner auf Station und in der Tagesklinik	STL KIO	Die Einführung wurde auf Februar 2025 verschoben. Daher Übernahme als Qualitätsziel für Anfang 2025.
6	Etablierung eines Trauerrituals im Bereich Kinder-Hämato-Onkologie.	Pflege KIO	Es existieren bereits Trauerrituale, die kontinuierlich weiter ausgebaut werden.
7	Angebot von Entlastungsgesprächen durch die Psychologinnen des KIO für Mitarbeitende des Pflorgeteams (Mitarbeitende für Mitarbeitende)	Psychologinnen KIO / STL KIO	Das Pflorgeteam ist über dieses Angebot informiert. Es fanden im Jahr 2024 mehrere Entlastungsgespräche statt.
8	Etablierung externer Supervisionen für das multiprofessionelle Team	Leiter KIO / STL KIO	2024 wurden vier externe Supervisionen durchgeführt.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 16. April 2024 fand die Rezertifizierung des Kinderonkologischen Zentrums am NCT/UCC statt. Das Ergebnis der Begutachtung aller eingereichten Unterlagen und der Auditierung vor Ort fiel positiv aus. In Auswertung des Audits wurden elf Hinweise mitgeteilt, wobei einer davon innerhalb von drei Monaten bearbeitet werden musste. Der erforderliche Nachweis wurde fristgerecht bei der Zertifizierungsgesellschaft eingereicht, sodass der Zertifizierungsstatus bestätigt wurde. Alle weiteren Hinweise wurden im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in einen Maßnahmenplan überführt und bearbeitet sowie unterjährig auf Umsetzung geprüft.

Am 24. und 25. Oktober 2023 wurde der Bereich für Pädiatrische Stammzelltransplantation und Zelltherapie des Kinderonkologischen Zentrums erstmals nach den JACIE-Anforderungen begut-

achtet. Das Akkreditierungsverfahren läuft gemeinsam mit der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikums Dresden. Im Juni 2024 wurde der Ergebnisbericht mitgeteilt. Bis zum 5. März 2025 mussten die Hinweise umgesetzt und Unterlagen nachgereicht werden. Auf Grundlage dieser Nacharbeiten wird eine erneute Bewertung durchgeführt.

Interne Audits

Interne Audits im Kinderonkologischen Zentrum finden analog dem Vorgehen im Onkologischen Zentrum statt. Am 11. November 2024 wurden die Station, Tagesklinik und Ambulanz sowie die supportiven Angebote der Kinderonkologie intern auditiert. Im Rahmen des Audits wurden neun Hinweise und zwei Anregungen gegeben. Abweichungen wurden im Geltungsbereich nicht festgestellt. Alle Hinweise werden im Rahmen des kontinuierlichen Maßnahmenmanagements regelmäßig auf Umsetzung geprüft.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Im Kinderonkologischen Zentrum werden regelmäßig, jedoch mindestens alle drei Jahre, Zufriedenheitsbefragungen der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Die letzte Zufriedenheitsbefragung erfolgte im Oktober 2022. Die Ergebnisse wurden interpretiert, der Handlungsbedarf identifiziert und entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Die nächste Befragung ist im vierten Quartal 2025 geplant.

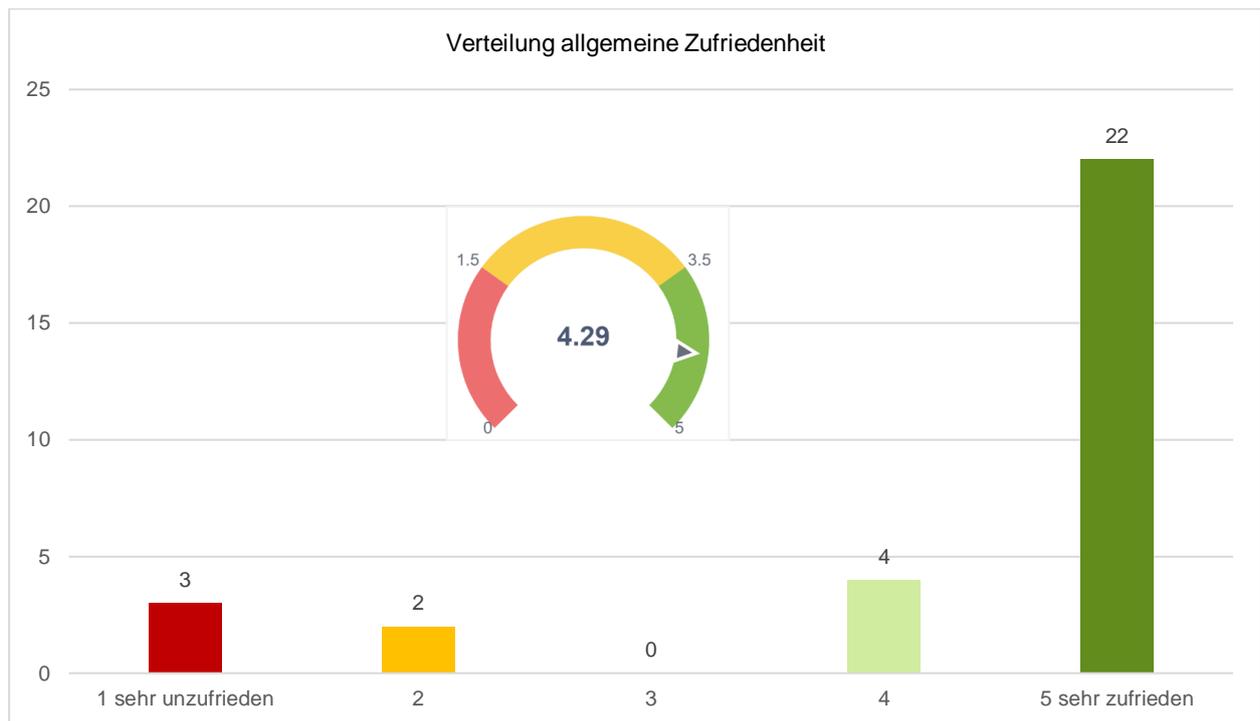
Des Weiteren steht allen Zuweisenden eine kontinuierliche Zufriedenheitserfassung über die Internetseite des NCT/UCC zur Verfügung. Der Fragebogen wurde im Zusammenspiel des NCT/UCC gemeinsam mit allen Organkrebszentren und Module entwickelt. Die Zuweisenden haben zudem die Möglichkeit, über die zentrale E-Mail: feedback.nct-ucc@ukdd.de ihre Wünsche und Anregungen sowie Kritik zu äußern.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

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

Alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörige haben am Universitätsklinikum Dresden die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden auch über das digitale Feedbacksystem, das in allen Struktureinheiten etabliert ist, abzugeben. Für die Teilnahme an dieser kontinuierlichen Zufriedenheitserfassung stehen QR-Codes zur digitalen Teilnahme über das eigene Smartphone oder Tablet zur Verfügung. Für das Kinderonkologische Zentrum sind 2024 insgesamt 31 Feedbackmeldungen von Angehörigen sowie Patientinnen und Patienten eingegangen. Die Verteilung der allgemeinen und durchschnittlichen Zufriedenheit ist in der nachfolgenden Abbildung dargestellt.

Abbildung 60: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem 2024



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

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das Kinderonkologische Zentrum beteiligt sich regelmäßig an den interdisziplinären Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, die in der Regel einmal pro Monat durchgeführt werden. Beteiligt sind alle Fachdisziplinen der Kinder- und Jugendmedizin sowie fallbezogen auch die Kinderchirurgie. Es werden bereichsübergreifend komplexe Fälle besprochen, bei denen es während oder im Nachgang der Behandlung zu einem Klärungsbedarf mit Notwendigkeit einer interdisziplinären Besprechung gekommen ist. Ziel ist es, interne Verbesserungspotentiale aufzuzeigen und diese im Sinne der optimalen Versorgung der jungen Patientinnen und Patienten zukünftig zu nutzen. 2024 fanden elf übergreifende M&M-Konferenzen statt. Eine M&M-Konferenz mit kinderonkologischem Schwerpunkt war für den 3. Dezember 2024 geplant. Aus Krankheitsgründen musste die M&M-Konferenz kurzfristig abgesagt werden und fand am 7. Januar 2025 statt.

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

Fort- und Weiterbildungsangebote

Im Kinderonkologischen Zentrum finden regelmäßig Fortbildungen für das ärztliche und pflegerische Personal im Rahmen der internen, wöchentlich stattfindenden multiprofessionellen Bereichsbesprechung statt. Das pädiatrische Tumorboard steht zudem als interne Fortbildungsver-

anstellung für interessierte Berufsgruppen (Pflege, Psychosozialdienst, Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung) zur Verfügung. Im Jahr 2023 wurde die interne Fortbildungsreihe „Journal Club“ für das multiprofessionelle Team der Kinderonkologie etabliert und 2024 in acht Terminen fortgeführt. Weitere interne Fortbildungen finden wöchentlich mehrfach im Anschluss an die Mittagskonferenz in der Kinderklinik statt. Daran beteiligt sich der kinderonkologische Bereich regelmäßig pro Jahr mit Fallvorstellungen und Übersichtsvorträgen.

Tabelle 71: Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen Kinderonkologisches Zentrum 2024

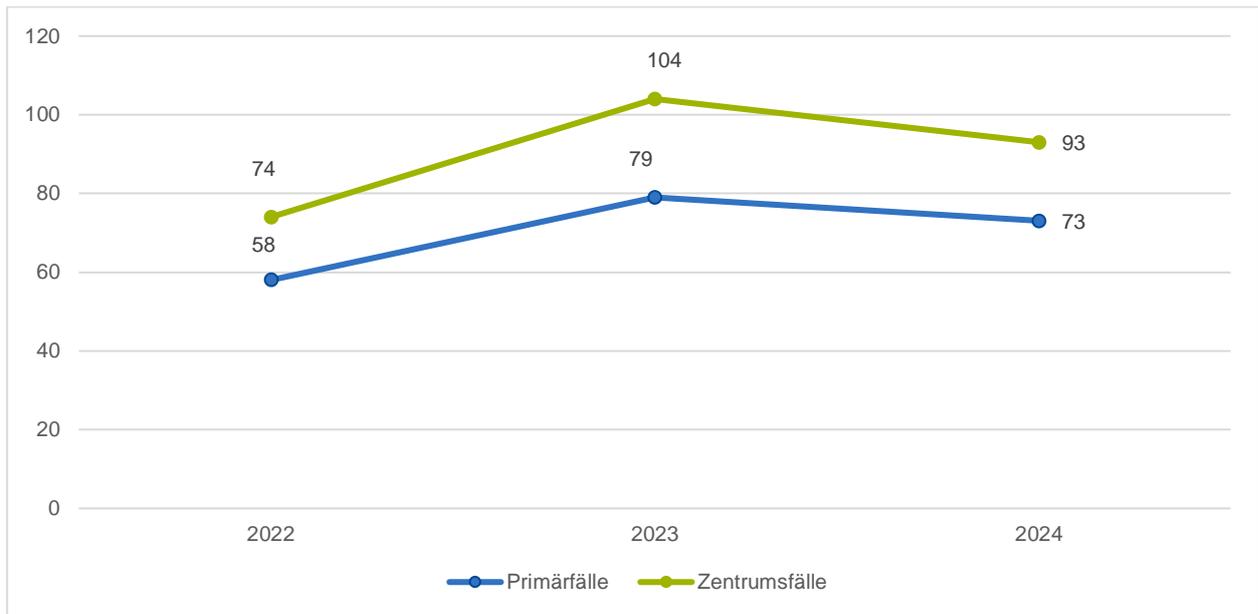
Datum	Veranstaltung
5. März 2024	Journal Club: „Stammzelltransplantation - chronische GvHD“
12. März 2024	Fallvorstellung KIK-S2 - Mittagskonferenz der Kinderklinik
12. April 2024	Journal Club: „Kinderkardiologie in der Onkologie“
30. April 2024	Fallvorstellung Gerinnungs-/Hämophilieambulanz - Mittagskonferenz der Kinderklinik
23. Mai 2024	Fallvorstellung KIK-S2 - Mittagskonferenz der Kinderklinik
4. Juni 2024	Journal Club: „Kommunikation und Deeskalation“
2. Juli 2024	Journal Club: „Granulozyteninfusion“
6. August 2024	Journal Club: „Lebertumore“
20. August 2024	CAR-T-Zell Schulung - Mittagskonferenz der Kinderklinik
3. September 2024	Journal Club: „Morphologie von Blut- und Knochenmarkausstrichen“
17. September 2024	Fallvorstellung Gerinnung/Hämophilie - Mittagskonferenz der Kinderklinik
2. Oktober 2024	Journal Club: „Update HIT-Tagung Bonn 2024“
23. Oktober 2024	Fortbildung Kinderklinik: Hämatologie / Onkologie
5. November 2024	Journal Club: „ZVK-assoziierte Thrombosen + ZVK-Okklusion in der Kinderonkologie“

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

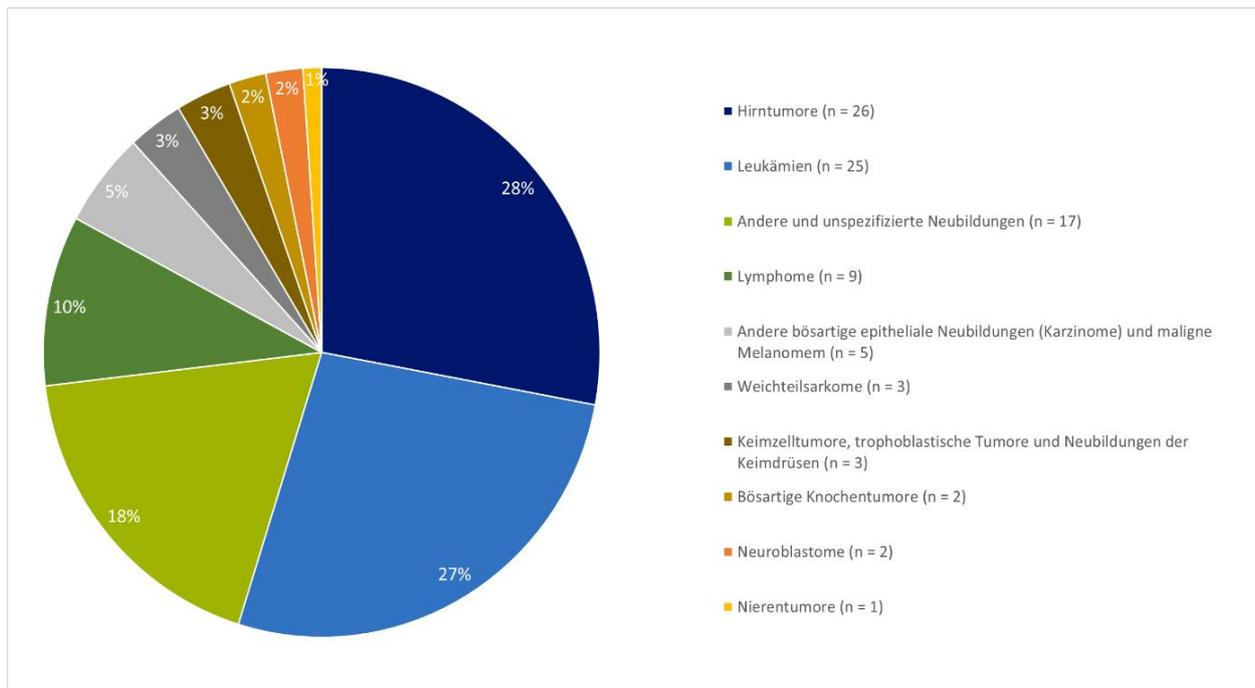
In 2024 wurden **73 Patientinnen und Patienten mit Ersttumor und 20 Rezidivfälle** im Kinderonkologischen Zentrum behandelt. Die Zählweise der hier angegebenen Fallzahlen richtet sich nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für zertifizierte kinderonkologische Zentren. In der folgenden Abbildung ist die Entwicklung der Primär- und Zentrumsfälle von 2022 bis 2024 dargestellt.

Abbildung 61: Fallzahlentwicklung Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024



In Abbildung 62 ist die Verteilung der Zentrumsfälle nach den von der Deutschen Krebsgesellschaft vorgegebenen Diagnosegruppen für zertifizierte Kinderonkologische Zentren aufgeschlüsselt. Die größten Diagnosegruppen der in 2024 behandelten Patientinnen und Patienten stellten Hirntumore (28%) und Leukämien (27%) dar, gefolgt von anderen un spezifizierten Neubildungen (18%) und Lymphomen (10%).

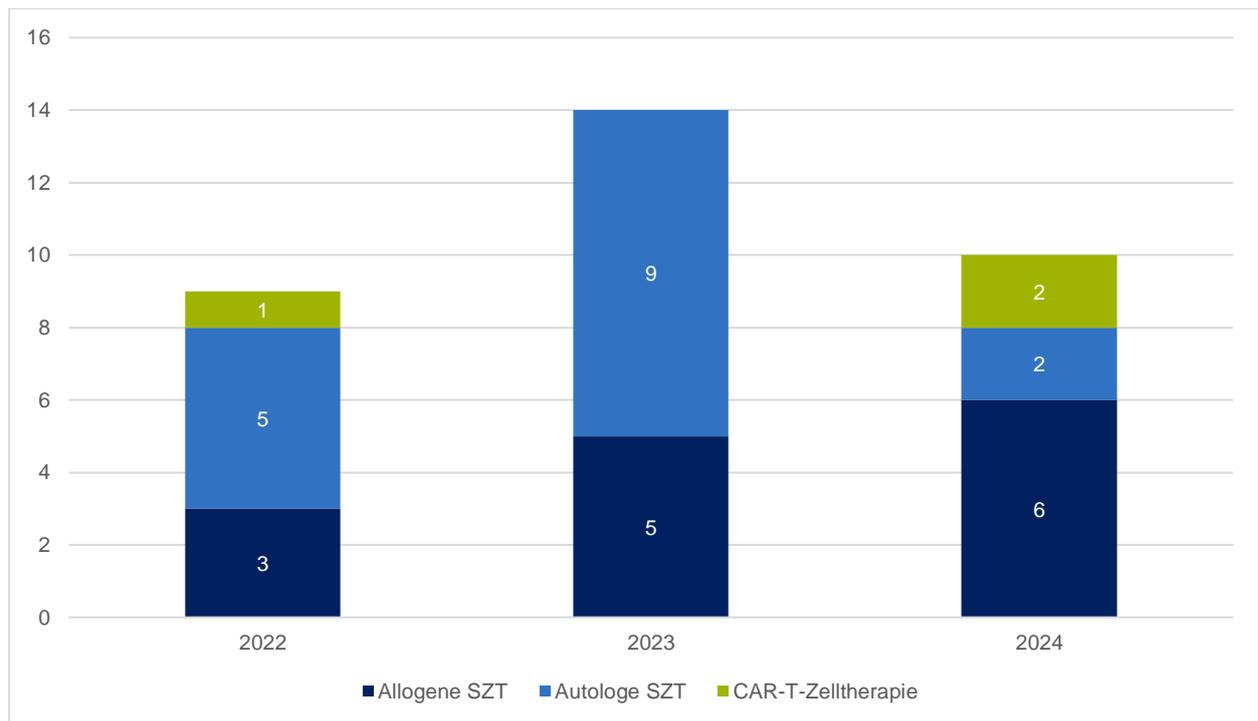
Abbildung 62: Zentrumsfälle 2024 nach Diagnosegruppen Kinderonkologisches Zentrum (n=93)



Zelluläre Therapien

Bei entsprechender Indikation steht die Behandlungsoption einer Blutstammzelltransplantation oder zellulären Therapie am Zentrum zur Verfügung. Dazu werden in Kooperation mit dem Fachbereich Hämatologie und Zelltherapie der Medizinischen Klinik I die allogene und autologe Stammzelltransplantation sowie die CAR-T-Zelltherapie angeboten. Nachfolgend ist die Entwicklung der durchgeführten zellulären Therapien bei pädiatrischen Patientinnen und Patienten im Zeitraum 2022 bis 2024 abgebildet.

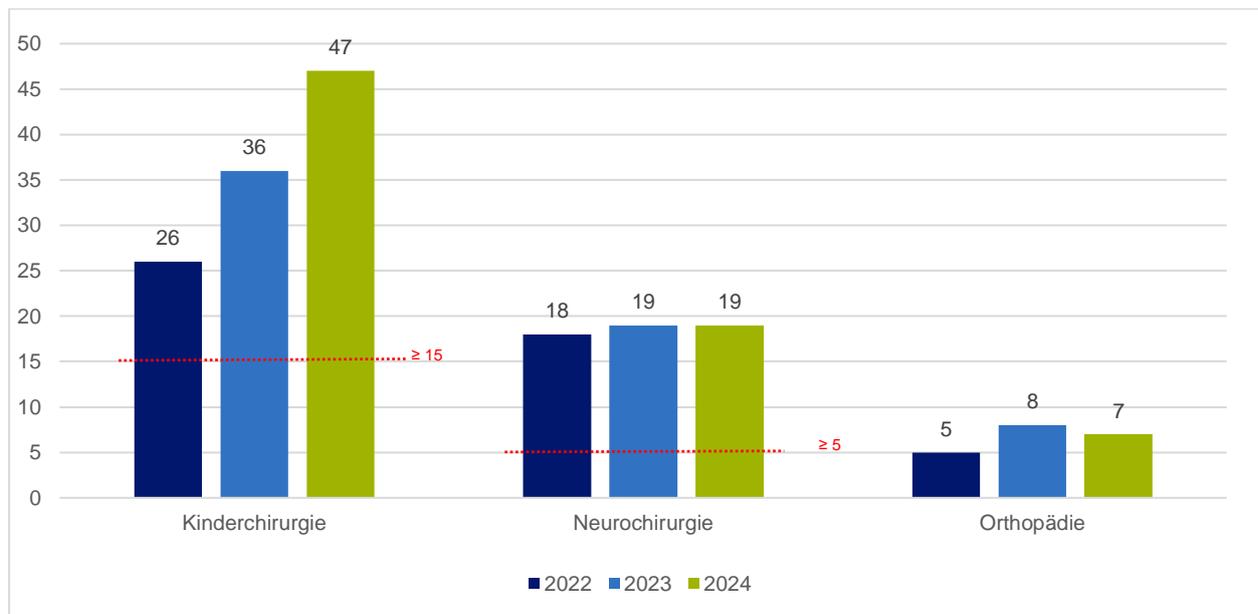
Abbildung 63: Fallzahlentwicklung zelluläre Therapien Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024



Operative Expertise

Hauptkooperationspartner für chirurgische Eingriffe in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie ist die Klinik und Poliklinik für Kinderchirurgie. Bei entsprechender Notwendigkeit werden weitere operative Kooperationspartner in die Behandlung einbezogen. Insbesondere bei muskuloskelettalen Sarkomen und Tumoren des Zentralnervensystems betrifft dies die tumorchirurgischen Bereiche des UniversitätsCentrum für Orthopädie, Unfall- und Plastische Chirurgie und der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie. In Abbildung 64 ist die Entwicklung operativer, kinder-onkologischer Fälle der kooperierenden Leistungserbringer im Zeitraum von 2022 bis 2024 dargestellt. Für die muskuloskelettalen Sarkome sind für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum 40. Geburtstag laut den Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft fünf Operationen gefordert. Mit 28 Operationen im Jahr 2024 ist diese Vorgabe erfüllt. In der nachfolgenden Abbildung ist die Anzahl der Operationen bei Patientinnen und Patienten bis zum 18. Lebensjahr dargestellt. Insgesamt sind die Fallzahlen der operativen Kooperationspartner im Jahresvergleich stabil bzw. sogar ansteigend und erfüllen die aktuellen Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für zertifizierte Kinderonkologische Zentren.

Abbildung 64: Fallzahlentwicklung operative Kooperationspartner Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024



Strahlentherapeutische Expertise

Die Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie ist einer der Hauptkooperationspartner des Kinderonkologischen Zentrums und als deutschlandweites strahlentherapeutisches Referenzzentrum für hochgradige Gliome im Kindes- und Jugendalter tätig. Das angebotene Leistungsspektrum umfasst sowohl die Photonen- als auch die Protonentherapie. Interdisziplinäre Behandlungsansätze wie Radiochemotherapien werden ebenfalls im kinderonkologischen Setting angeboten. Die Entwicklung abgeschlossener Bestrahlungsserien bei Zentrumsfällen des Kinderonkologischen Zentrums von 2022 bis 2024 ist nachfolgend dargestellt.

Tabelle 72: Abgeschlossene Bestrahlungsserien Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Anzahl abgeschlossener Bestrahlungsserien	42	51	62
Anteil Protonenbestrahlung	78,6%	86,4%	66,7%
Sollvorgabe DKG	≥ 10 (Photonen ≥ 5; Protonen ≥ 5)	> 50% (Anteil der Protonenbestrahlung)	> 50% (Anteil der Protonenbestrahlung)

Psychosoziale Versorgung

Die Beratung des psychosozialen Dienstes umfasst die pädiatrisch-psychoonkologische Betreuung und die sozialrechtliche Beratung. Die Erfassung der Betreuungsraten erfolgt analog der Anforderungen an Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft zusammengefasst in einer Kennzahl. Darüber hinaus sind in Tabelle 73 detaillierte Angaben zu den einzelnen Betreuungsraten zusammengefasst.

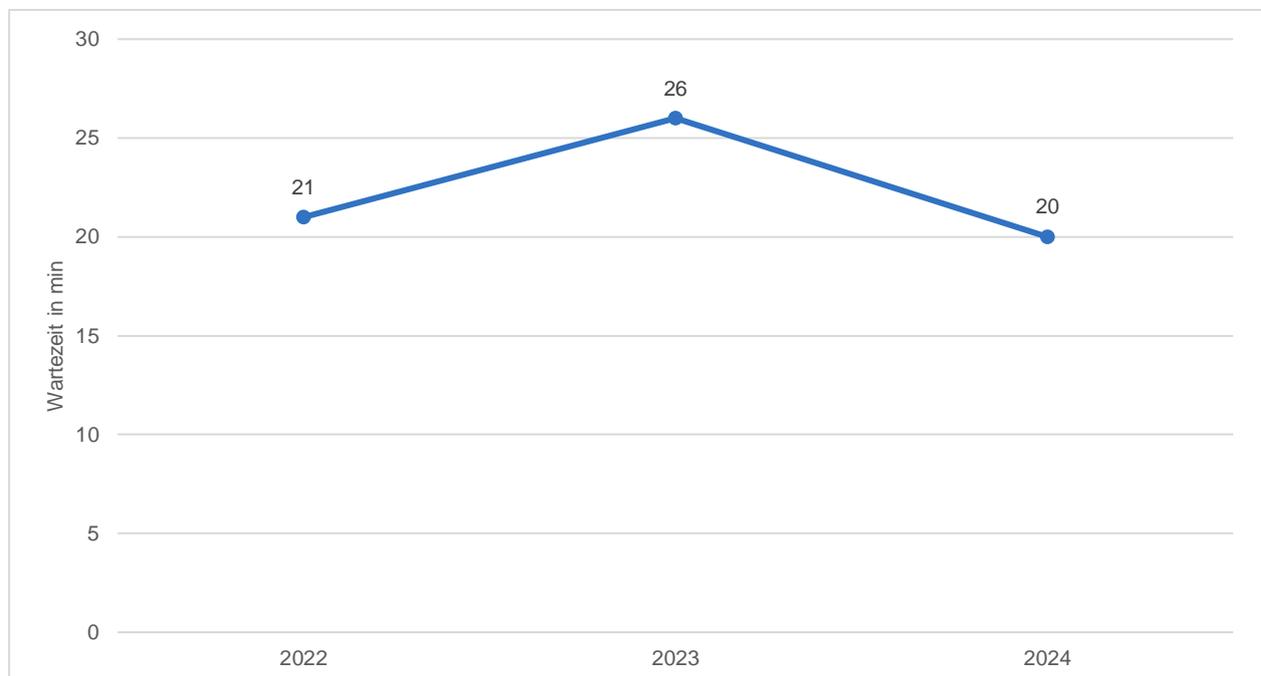
Tabelle 73: Betreuung durch den psychosozialen Dienst des Kinderonkologischen Zentrums 2022-2024

	2022	2023	2024
Päd. Psychoonkologie	83,8%	83,7%	92,5%
Sozialdienst	85,1%	79,8%	75,3%
Psychosozialdienst	95,9%	95,2%	95,7%

Wartezeiten

Für die hämatologisch-onkologische Nachsorgesprechstunde des Kinderonkologischen Zentrums wird jährlich eine Wartezeitenanalyse durchgeführt. In Abbildung 65 sind die Ergebnisse dieser Analyse im Jahresverlauf von 2022 bis 2024 dargestellt. Die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft (≤ 60 Minuten) wird erreicht.

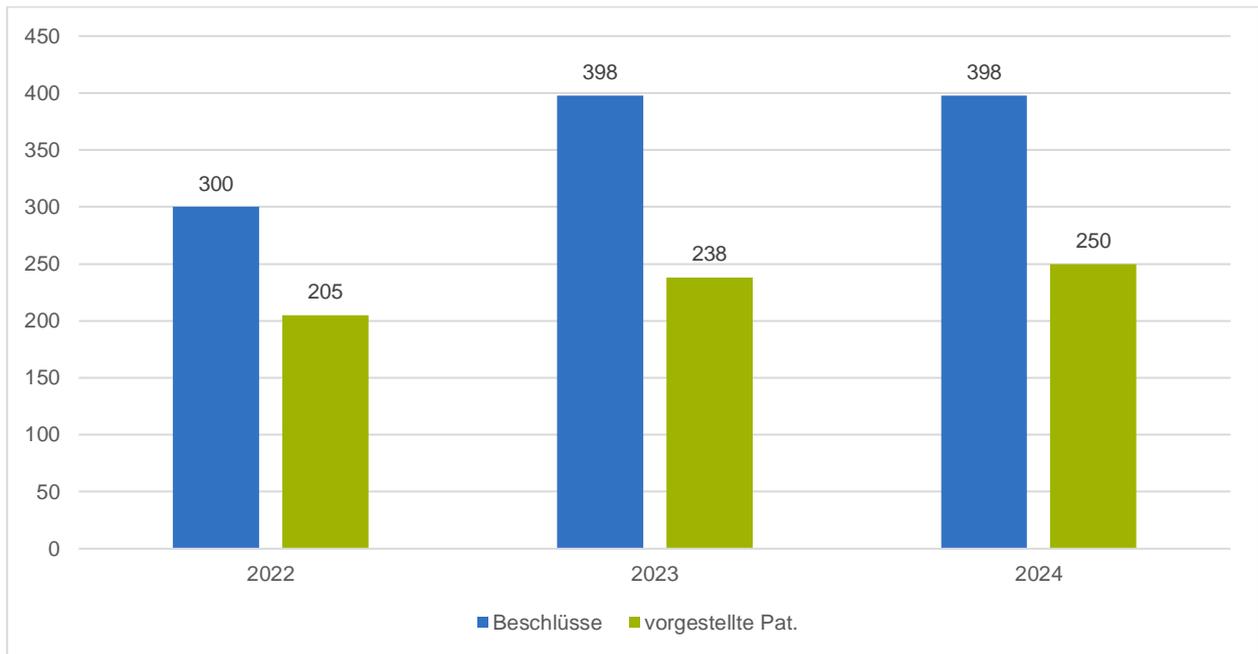
Abbildung 65: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024



Interdisziplinäres Tumorboard

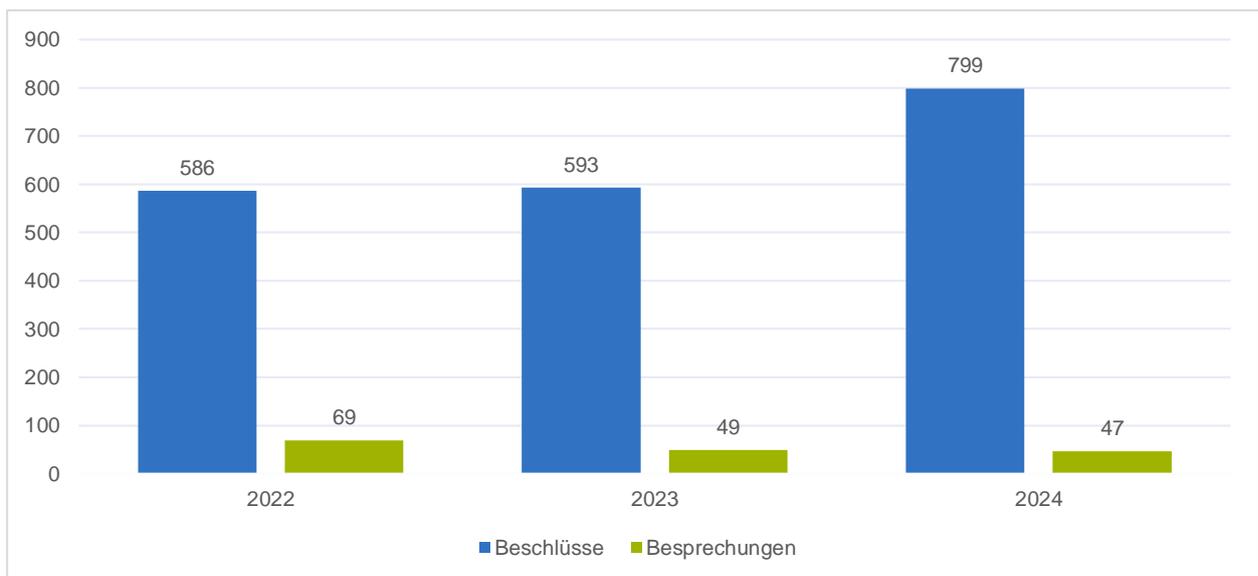
Im Kinderonkologischen Zentrum finden wöchentlich interdisziplinäre Tumorboards unter Beteiligung aller relevanten Fachdisziplinen statt. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachbereiche nimmt obligatorisch am pädiatrischen Tumorboard teil: pädiatrische Hämatologie-Onkologie,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

Abbildung 66: Entwicklung der Tumorboardvorstellungen Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024



Weiterhin findet einmal wöchentlich die multiprofessionelle Bereichsbesprechung des Kinderonkologischen Zentrums statt. Die Teilnehmenden sind direkt am Behandlungsprozess beteiligt und stammen aus den Bereichen ärztlicher Dienst, Pflege, Psychosozialdienst, Dokumentation und Case Management. Die Bereichsbesprechung des multiprofessionellen Teams dient insbesondere der Fallbesprechung von ausgewählten kinderonkologischen Patientinnen und Patienten in den intensiven Behandlungsphasen. Bei Notwendigkeit werden auch gezielt Fälle aus der ambulanten kinderonkologischen Nachsorge sowie schwerwiegende hämatologische bzw. noch unklare hämatologische Fälle besprochen.

Abbildung 67: Entwicklung der Fallvorstellungen in der Bereichsbesprechung KIO 2022-2024



Tumorboardcompliance

Im Rahmen der Überprüfung der Tumorboardcompliance der pädiatrischen Tumorkonferenz werden alle Beschlüsse der Zentrumsfälle, außer Leukämien, auf inhaltliche Umsetzung kontrolliert. In 2024 wurden **119 Beschlüsse** hinsichtlich der inhaltlichen Umsetzung geprüft. Es konnten drei Beschlüsse nicht umgesetzt werden. Der **Erfüllungsgrad** der kontrollierten Tumorboardbeschlüsse liegt bei **97,5%**.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Kinderonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in Tabelle 74 zusammengefasst. Alle neun obligatorischen Kennzahlen wurden nach der Sollvorgabe erfüllt.

Tabelle 74: Datenqualität DKG-Kennzahlen Kinderonkologisches Zentrum 2024

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

Forschungstätigkeit

Beteiligung an Studien und Registern

Die Behandlung von hämato-onkologischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland findet stets im Rahmen von Therapieoptimierungsstudien bzw. in Registern und anhand von Registerempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) statt. Patientinnen und Patienten, deren komplexe Krankheitsbilder die Einschlusskriterien der durch die GPOH geführten Therapiestudien bzw. Register nicht erfüllen, werden stets in Absprache mit den zuständigen Studienleitungen auch ohne Studieneinschluss analog der Behandlungspfade der GPOH-Studien behandelt. Im Rahmen der internen Zielsetzung wurde für den Qualitätsindikator „Studienquote“ eine Sollvorgabe in Höhe von $\geq 90\%$ für die pädiatrische Hämato-Onkologie gewählt. In 2024 konnte diese Sollvorgabe nicht erfüllt werden. Dies ist vor allem auf das Rekrutierungsende bzw. den zeitweisen Rekrutierungsstopp einzelner GPOH-Registerstudien, wie der NHL-BFM oder EWOG MDS 2006, zurückzuführen, sodass gar keine Einschlussmöglichkeit in Therapieoptimierungsstudien oder Register bestand. Außerdem wurde die Rekrutierung der GPOH-Studie AIEOP-BFM ALL 2017 bereits 2023 beendet und das ALL-BFM-Register startete erst am 1. Mai 2024. Im Jahr 2024 waren es 17 Patientinnen und Patienten, die deswegen nicht in der Studienquote erfasst werden konnten.

Tabelle 75: Studienquote Kinderonkologisches Zentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Anzahl Studien- und/oder Registereinschlüsse der Zentrumsfälle (Zähler)	67	82	77
Zentrumsfälle (Nenner)	74	104	93
Studienquote	90,5%	78,8%	82,8%

Laborforschung

Im Jahr 2024 hat die mittlerweile 10-köpfige Arbeitsgruppe Translationale Leukämieforschung unter der Leitung von Herrn Dr. A. Wurm ihre Arbeit aufgenommen. Der thematische Fokus sind neue Therapieansätze bei der ALL im Kindesalter mit einem Fokus auf Antikörper-basierte Immuntherapien, Interaktionen zwischen Leukämiezellen und nicht-hämatopoetischen Zellen in verschiedenen Organen und die transkriptionelle Regulation der Leukämogenese bei ALL und AML. Die Drittmittelakquise wurde begonnen.

Frühe Klinische Studien

2024 wurde mit der Vorbereitung neuer früher klinischer Studien unter Federführung des Kinderonkologischen Zentrums begonnen. Die erste Studiensynopse „LLL trial“ (Lusvertikimab in Lymphoid Leukemia) wurde innerhalb des NCT OCT²-Programmes zur Förderung eingereicht. Bei entsprechender Förderung läge die Sponsorenschaft bei der TU Dresden.

Versorgungsforschung

In 2024 hat die Umsetzung neuer digitalisierter Behandlungskonzepte in der Kinderonkologie begonnen. Hierfür wurden Drittmittel zur Umsetzung von Heimblutbildmessung (durch die Patientinnen und Patienten und ihre Eltern) und Telemedizin generiert (Anschubfinanzierungen der Tour der Hoffnung und der Stiftung Hochschulmedizin). Weiterhin wurden hochvolumige Förderanträge für Digitalisierungsprojekte gestellt (PED-Onko-SAX bei der Sächsischen Aufbaubank) und vorbereitet (KOMNET-SAX beim Innovationsfonds des G-BA). Es besteht eine Kooperationspartnerschaft im Projekt ED-Care-Kids (G-BA Innovationsfonds).

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Kinderonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2024 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über das Forschungsportal der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden auf der folgenden Internetseite abzurufen: <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/>.

Schewe DM, Vogiatzi F, Münnich IA, Zeller T, Windisch R, Wichmann C, Müller K, Bhat H, Felix E, Mougialakos D, Bruns H, Lenk L, Valerius T, Humpe A, Peipp M, Kellner C. **Enhanced potency of immunotherapy against B-cell precursor acute lymphoblastic leukemia by combination of an Fc-engineered CD19 antibody and CD47 blockade.** *Hemasphere*. 2024 Feb 22;8(2):e48. doi: 10.1002/hem3.48. PMID: 38435424; PMCID: PMC10883238.

Lenk L, Baccelli I, Laqua A, Heymann J, Reimer C, Dietterle A, Winterberg D, Mary C, Corallo F, Taurelle J, Narbeburu E, Neyton S, Déramé M, Pengam S, Vogiatzi F, Bornhauser B, Bourquin JP, Raffel S, Dovhan V, Schüler T, Escherich G, den Boer ML, Boer JM, Wessels W, Peipp M, Alten J, Antić Ž, Bergmann AK, Schrappe M, Cario G, Brüggemann M, Poirier N, Schewe DM. **The IL-7R antagonist lusvertikimab reduces leukemic burden in xenograft ALL via antibody-dependent cellular phagocytosis.** *Blood*. 2024 Jun 27;143(26):2735-2748. doi: 10.1182/blood.2023021088. PMID: 38518105; PMCID: PMC11251409.

Gebing P, Loizou S, Hänsch S, Schliehe-Diecks J, Spory L, Stachura P, Jepsen VH, Vogt M, Pandyra AA, Wang H, Zhuang Z, Zimmermann J, Schrappe M, Cario G, Alsadeq A, Schewe DM, Borkhardt A, Lenk L, Fischer U, Bhatia S. **A brain organoid/ALL coculture model reveals the AP-1 pathway as critically associated with CNS involvement of BCP-ALL.** Blood Adv. 2024 Oct 8;8(19):4997-5011. doi: 10.1182/bloodadvances.2023011145. PMID: 39008716; PMCID: PMC11465051.



Kopf-Hals-Tumorzentrum



Inhaltsverzeichnis

Kopf-Hals-Tumorzentrum	161
Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums (KHTZ)	161
Ziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums	162
Externe und interne Audits	163
Externe Audits	163
Interne Audits	164
Zufriedenheitsbefragungen.....	164
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	164
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	165
Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2024.....	166
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	166
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	167
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	167
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	168
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	168
Leistungszahlen	168
Psychosoziale Versorgung	169
Wartezeiten	170
Interdisziplinäres Tumorboard	171
Tumorboardcompliance	171
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	172
Forschungstätigkeiten	172
Klinische Studien.....	172
Publikationen.....	173

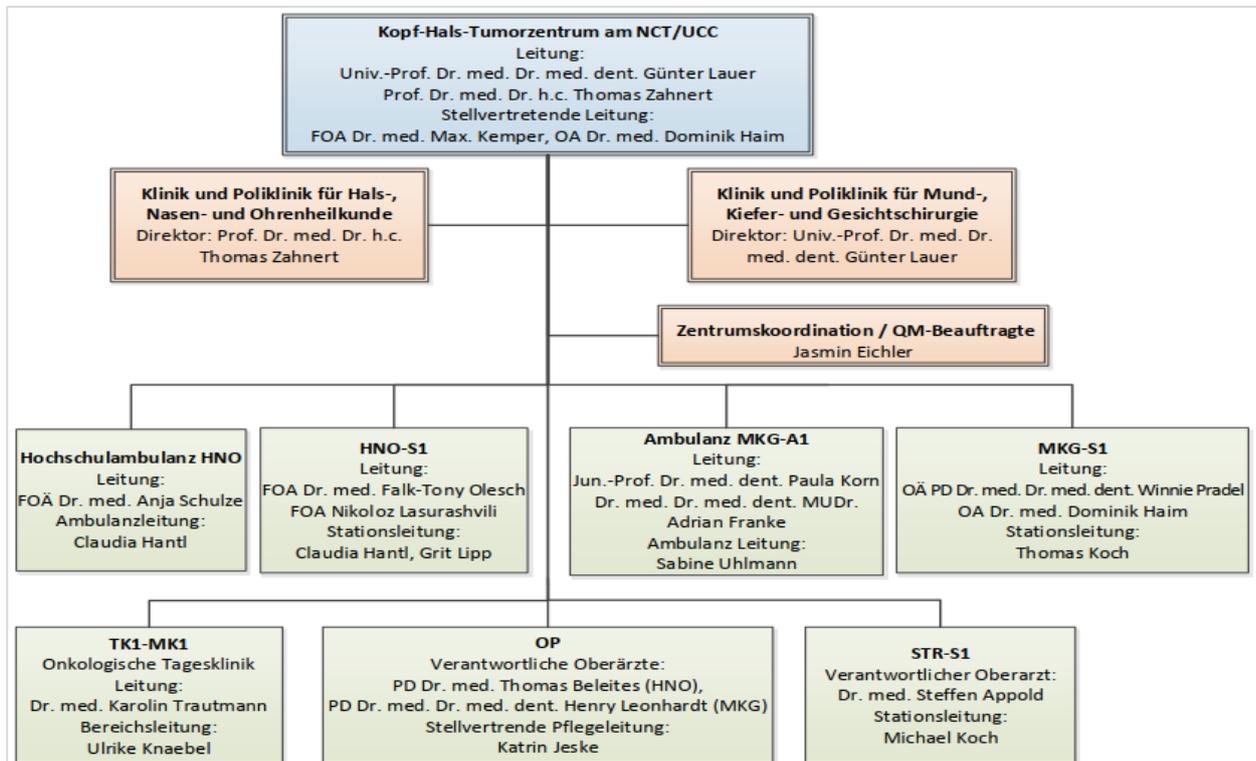
Kopf-Hals-Tumorzentrum

Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums (KHTZ)

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

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

Abbildung 68: Struktur des Kopf-Hals-Tumorzentrums



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

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

Tabelle 76: Qualifikationsmatrix Kopf-Hals-Tumorzentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer	FA für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Zahnert	FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Stellvertretende Zentrumsleitung	Dr. med. Max Kemper	FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
	Dr. med. Dominik Haim	FA für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Hauptoperateure HNO	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Thomas Zahnert / Dr. med. Max Kemper / PD Dr. med. Thomas Beleites / Nikoloz Lasurashvili / Dr. med Falk-Tony Olesch	FA für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Hauptoperateure MKG	Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Günter Lauer / Dr. med. Dominik Haim / PD Dr. med. Dr. med. dent. Winnie Pradel / PD Dr. med. Dr. med. dent. Henry Leonhardt / MUDr. MDDr. Michaela Buckova, Ph.D./ Dr. med. Dr. med. dent. MUDr. Adrian Franke	FA/FÄ für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Zentrumskoordination/ Qualitätsmanagement	Jasmin Eichler, B.A.	Management für Gesundheitsfachberufe
Onkologische Fachpflege	Anne Hache / Ellen Thiele Sophie Günther	Gesundheits- u. Krankenpflegekraft m. onkologischer Fachweiterbildung
Tumordokumentation	Katharina Stieger	Medizinische Dokumentationsassistentin

Ziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums

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

Tabelle 77: Jahresziele des Kopf-Hals-Tumorzentrums 2024

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
1.	Aufrechterhaltung der Zertifizierung	Zentrumsleiter KHTZ/ MA KHTZ/ QMB KHTZ	April 2024	Rezertifizierung erfolgreich (ohne Abweichungen) absolviert.
2.	Optimierung der Öffentlichkeitsarbeit; Stärkung der Zuweiserinnen und Zuweiser- und Patientinnen- und Patientenbindung	QMB KHTZ	Dezember 2024	Präsentation des KHTZ im Rahmen des Patiententages des Onkologischen Zentrums
				Planung einer zentrumseigenen Veranstaltung für Zuweiserinnen und Zuweiser am 4.Juni 2025 aufgenommen.
				Positive Resonanz der Patienten und Patientinnen für Patiententag „Offene Sprechstunde“ am 19.September 2024.
3.	Ausweitung der Patientinnen- und Patientenbeteiligung	QMB KHTZ	September 2024	Offene, interdisziplinäre Sprechstunde für Tumorpatienten und -patientinnen am 19. September 2024.
				Kontaktaufnahme mit Bundesverband für Kehlkopf- und Kopf-Hals-Tumore e.V. für Abschluss eines Kooperationsvertrages erfolgt. Ein Termin für weitere Absprachen mit dem Vorsitzenden des Landesverband Sachsen ist in Planung.
4.	Transparenz über die laufenden Forschungsaktivitäten; Vereinfachung des Zugangs für die Zuweiserinnen und Zuweiser	MA KHTZ	Dezember 2024	Erste Teilschritte wurden umgesetzt. Vollständige Umsetzung steht aus.
5.	Erhöhung des Patientinnen und -patientenwohls	Zentrumsleiter KHTZ / QMB KHTZ	Dezember 2024	Steigerung der Screeningrate auf psychologischen Distress (von 54,1% auf 65,1%).
				Steigerung der Screeningrate des Nutritional Risk Scores: (Screeningrate von 26% (Stand: März 2024) auf 61,9% (Stand: Dezember 2024))
				Einführung des ERAS-Protokolls für die Anwendung am KHTZ hat begonnen.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum wurde am 17. April 2024 erfolgreich nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft sowie nach der DIN EN ISO 9001 rezertifiziert. Hierbei wurden keine Abweichungen festgestellt. Seitens der Deutschen Krebsgesellschaft wurden insgesamt 11 Hinweise ausgesprochen, die die Bereiche Struktur des Netzwerkes, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Kooperation mit Einweiserinnen und Einweiser sowie Nachsorge, Psychoonkologie,

Beteiligung der Patientinnen und Patienten, Studienmanagement, Pflege, allgemeine Versorgungsbereiche, operative Onkologie, Pathologie und Tumordokumentation betreffen. Die Prüfung der Umsetzung der DIN EN ISO ergab drei Hinweise zu den Bereichen Dokumentation, Pathologie und Radiologie. Aus dem identifizierten Verbesserungspotential wurden Maßnahmen abgeleitet, die in einen Maßnahmenplan einfließen und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Kopf-Hals-Tumorzentrums interdisziplinär diskutiert und umgesetzt werden.

Interne Audits

In regelmäßigen Abständen finden im Kopf-Hals-Tumorzentrum interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems statt. Die Planung der internen Audits obliegt der Zentrumskoordination in Abstimmung mit der Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement. Die Durchführung der internen Audits erfolgt durch zwei unabhängige interne Auditorinnen und Auditoren des Universitätsklinikums Dresden. Das letzte interne Audit des Kopf-Hals-Tumorzentrums fand am 23. Oktober 2024 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden die HNO-Station 1, die HNO-Ambulanz, die MKG-Station und sowie der OP beider Kliniken begutachtet. Das interne Audit ergab keine Abweichungen. Es wurden sieben Hinweise u. a. zur Aktualität von aushängenden Dokumenten und zur Erstellung von Evakuierungsplänen sowie sechs Anregungen beispielsweise zur interdisziplinären Außendarstellung ausgesprochen. Die Erkenntnisse fließen in einen Maßnahmenplan mit der Zuteilung von entsprechenden Verantwortlichkeiten ein. Das nächste interne Audit des Kopf-Hals-Tumorzentrums ist für den 22. und 23. Oktober 2025 geplant.

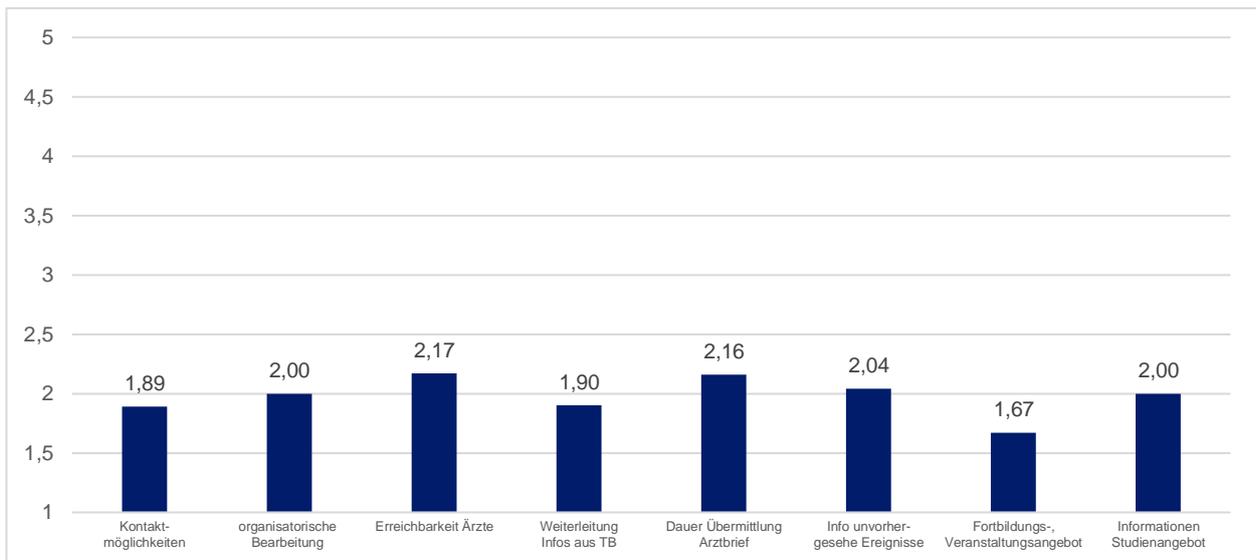
Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Kopf-Hals-Tumorzentrums finden entsprechend der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft alle drei Jahre statt. Die letzte Befragung wurde im 2. Quartal 2024 durchgeführt. Insgesamt wurden 113 Zuweiserinnen und Zuweiser postalisch angeschrieben und zur Zufriedenheit zu Themen wie Kommunikation, Organisation, Erreichbarkeit und Angeboten von Informationen befragt. Die Rücklaufquote betrug 27,4%. Die Ergebnisse wurden in den verschiedenen Gremien des Kopf-Hals-Tumorzentrums diskutiert und Maßnahmen abgeleitet.

Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,98 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte nach Kategorien.

Abbildung 69: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser KHTZ 2024

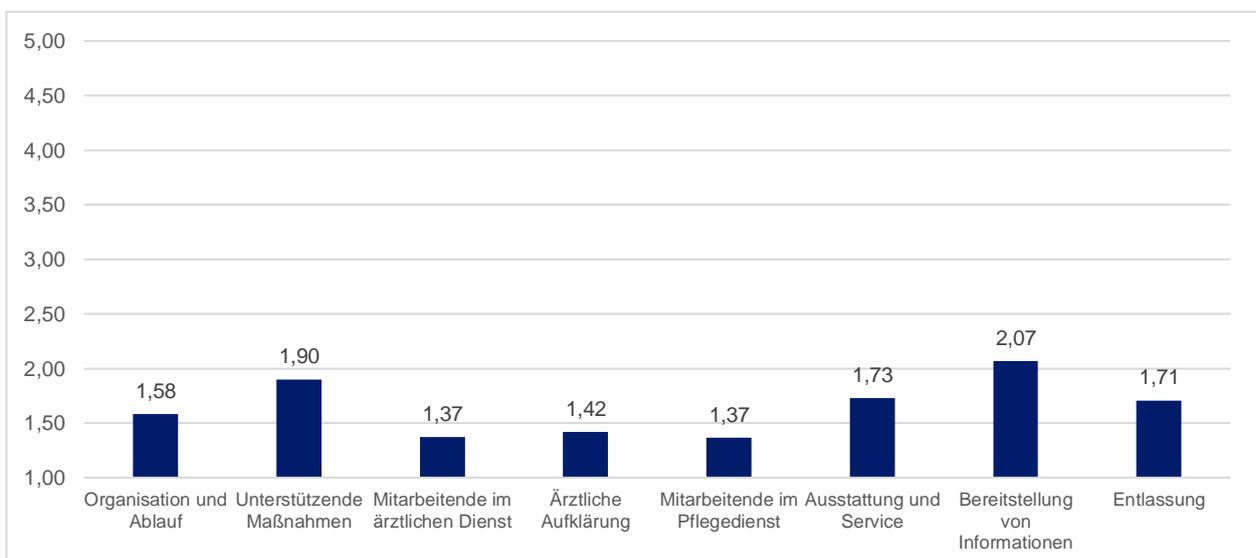


Darüber hinaus steht den Zuweiserinnen und Zuweisern auf der Internetseite des NCT/UCC ein QR-Code oder ein Link zur Teilnahme an einer kontinuierlichen Zufriedenheitsbefragung zur Verfügung. Zudem haben die Zuweiserinnen und Zuweiser die Möglichkeit, über eine zentrale [E-Mailadresse](#) und einem dahinter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

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten finden ebenfalls alle drei Jahre papierbasiert statt. Die letzte Befragung wurde im 4. Quartal 2024 durchgeführt. Insgesamt wurden 168 Patientinnen und Patienten postalisch angeschrieben. Die Rücklaufquote betrug hier 50,6%. Der Mittelwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,69 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte nach Kategorien. Zu jeder Kategorie haben die Patientinnen und Patienten mehrere Unterpunkte bewertet.

Abbildung 70: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten KHTZ 2024



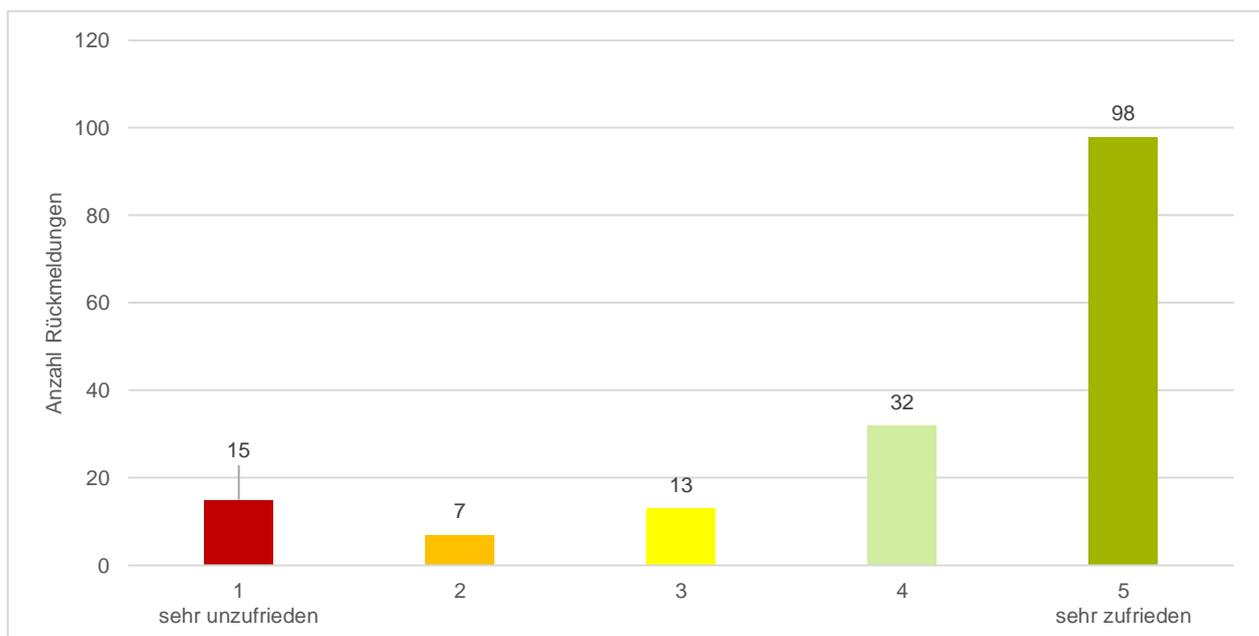
Die Ergebnisse und mögliche Maßnahmen wurden in den verschiedenen Gremien des Kopf-Hals-Tumorzentrums diskutiert.

Für die Patientinnen und Patienten steht ebenfalls eine kontinuierliche Onlinebefragung zur Verfügung. Wie den Zuweiserinnen und Zuweisern steht den Patientinnen und Patienten des Kopf-Hals-Tumorzentrums jetzt ein QR-Code oder ein Link zur Teilnahme an der Befragung sowie die neu eingerichtete [E-Mailadresse](#) für Wünsche, Anregungen, Lob und/oder Kritik zur Verfügung. Den entsprechenden QR-Code finden die Patientinnen und Patienten auch in den Patientenmappen des NCT/UCC, welche allen im Kopf-Hals-Tumorzentrum Behandelten ausgehändigt wird. Die Ergebnisse können unterjährig abgerufen und ausgewertet werden.

Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystems für das Jahr 2024

Der Bewertung liegt eine fünfstufige Skala (1= sehr unzufrieden, 5= sehr zufrieden) zu Grunde. In 2024 konnten insgesamt 165 Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten und Angehörigen verzeichnet werden. Die durchschnittliche Zufriedenheit im Kopf-Hals-Tumorzentrum beträgt 4,16. Eine Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Abbildung 71: Ergebnisse aus dem digitalen Feedbacksystem für das Jahr 2024



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel

Zweimal jährlich findet im Kopf-Hals-Tumorzentrum ein Qualitätszirkel statt. Vertreten sind die Leitung und stellvertretende Leitung des Kopf-Hals-Tumorzentrums, die benannten Fachärztinnen und Fachärzte, Zentrumskoordination, QMB, 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 Entwicklung des Kopf-Hals-Tumorzentrums, die Erreichung der Qualitätsziele sowie die Auditberichte

und daraus abgeleitete Maßnahmen vorgestellt und diskutiert. Im Jahr 2024 fanden zwei Qualitätszirkel, am 9. Februar 2024 und am 27. November 2024, statt.

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Im Kopf-Hals-Tumorzentrum werden zweimal jährlich Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen durchgeführt, in denen kritische oder besonders positive Fälle unter einem prozess- und systembezogenen Ansatz innerhalb verschiedener Fachdisziplinen betrachtet werden. Im Jahr 2024 fanden die M&M Konferenzen am 10. Juni 2024 und 11. November 2024 statt. Eine Beschreibung der Fälle, erhaltene Ergebnisse sowie abgeleitete Maßnahmen wurden protokolliert. Regelmäßig werden Morbiditätskriterien auch im Tumorboard besprochen.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

Neben den zentrumsübergreifenden Fort- und Weiterbildungsangeboten des Onkologischen Zentrums bietet auch das Kopf-Hals-Tumorzentrum regelmäßig Veranstaltungen an. Diese richten sich insbesondere an die Zuweiserinnen und Zuweiser, kooperierende Praxen und Kliniken und an die Beschäftigten des Zentrums sowie der anderen Bereiche des Universitätsklinikums Dresden. So präsentierte sich die HNO-Klinik den Zuweiserinnen und Zuweisern am 13. November 2024 beim 8. Dresdner Forum für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

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

Tabelle 78: Fortbildungsangebote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2024

Datum	Veranstaltung
26. Januar und 2. Februar 2024	Taping in der Logopädie
29. Januar 2024	Molekulare Stratifizierungsprogramm MASTER/MASTERsg in der Translationalen Medizinischen Onkologie (NCT/UCC)
31. Januar 2024	Patientinnen und Patienten nach LE
28. Februar 2024	Cough-Assistent
13. März 2024	Dysphagie (PANOS)
22. April 2024	Tumorschmerztherapie
30. Mai 2024	Delir
24. Juni 2024	Überblick Immunonkologie: Altbekanntes und Neues
22. Juli 2024	Leitlinie, Diagnostik und Therapie des Oro- und Hypopharynxkarzinoms
19. August 2024	Update: Chirurgische Onkologie, Halschirurgie
21. Oktober 2024	Aktuelle Standards im Wundmanagement
22. Oktober 2024	Workshop: Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Kopf-Hals-Tumoren
28. Oktober 2024	Was ist bei der VAC-Therapie zu beachten?

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte werden jährlich zentrumsübergreifende Veranstaltungen im Rahmen des Onkologischen Zentrums angeboten. Dazu gehörten 2024 das Ernährungsprogramm „Let’s eat“, das Benefizkonzert „Takte gegen Krebs“, der NCT/UCC-Benefizlauf im großen Garten sowie Koordinations- und Krafttrainingsangebote des sporttherapeutischen Zentrums am NCT/UCC.

Am 25. Mai 2024 wurde ein NCT/UCC-weiter Patiententag für Tumorpatientinnen und -patienten, Angehörige und Interessierte durchgeführt. Das Kopf-Hals-Tumorzentrum war ebenfalls präsent und bot informative Vorträge zur Früherkennung und Diagnostik von Kopf-Hals-Tumoren an. Zudem wurden unterstützende Angebote des psychoonkologischen Dienstes sowie logopädische Behandlungen vorgestellt.

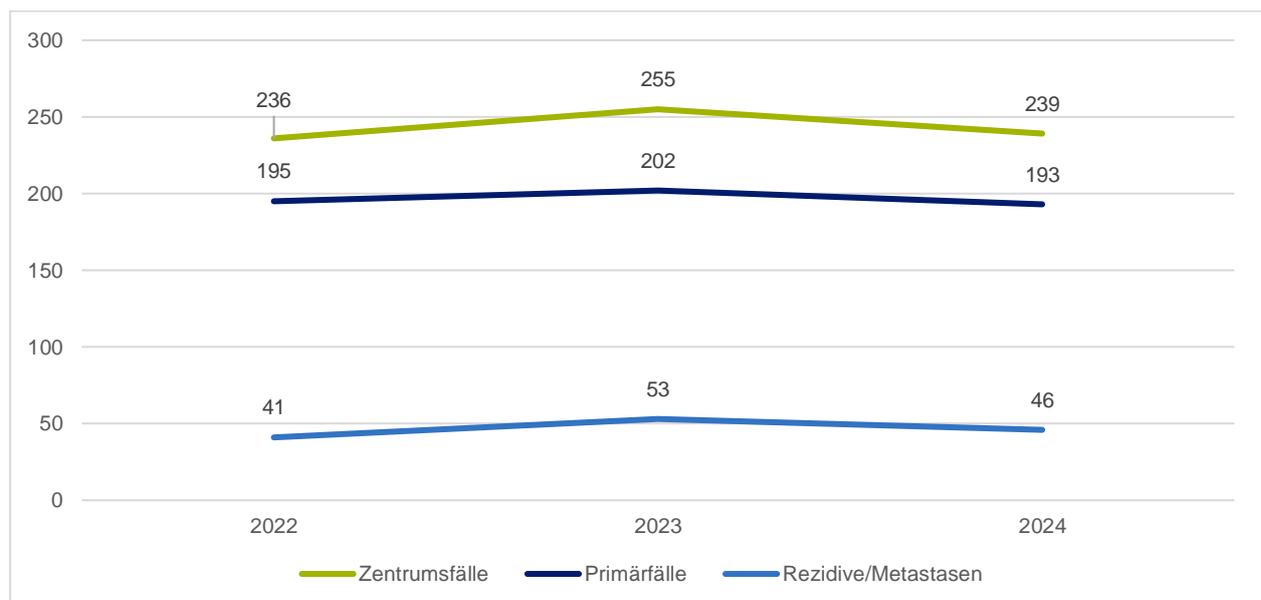
Neben den zentralen Veranstaltungen des NCT/UCC finden regelmäßig auch zentrumspezifische Veranstaltungen vom Kopf-Hals-Tumorzentrum statt. So präsentierte sich das Kopf-Hals-Tumorzentrum im Rahmen der Make Sense Campaign der Europäischen Kopf-Hals-Gesellschaft (EHNS) am 19. September 2024 mit einer offenen Sprechstunde für Tumorpatientinnen und -patienten.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Das Kopf-Hals-Tumorzentrum am NCT/UCC Dresden hat im Jahr 2024 **193 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenem Kopf-Hals-Tumor** und **46 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretenen Rezidiven und/oder Fernmetastasen** interdisziplinär behandelt. Die Vorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft, die die Betreuung von ≥ 75 Primärfällen in einem Kennzahlenjahr vorsieht, wurde erfüllt.

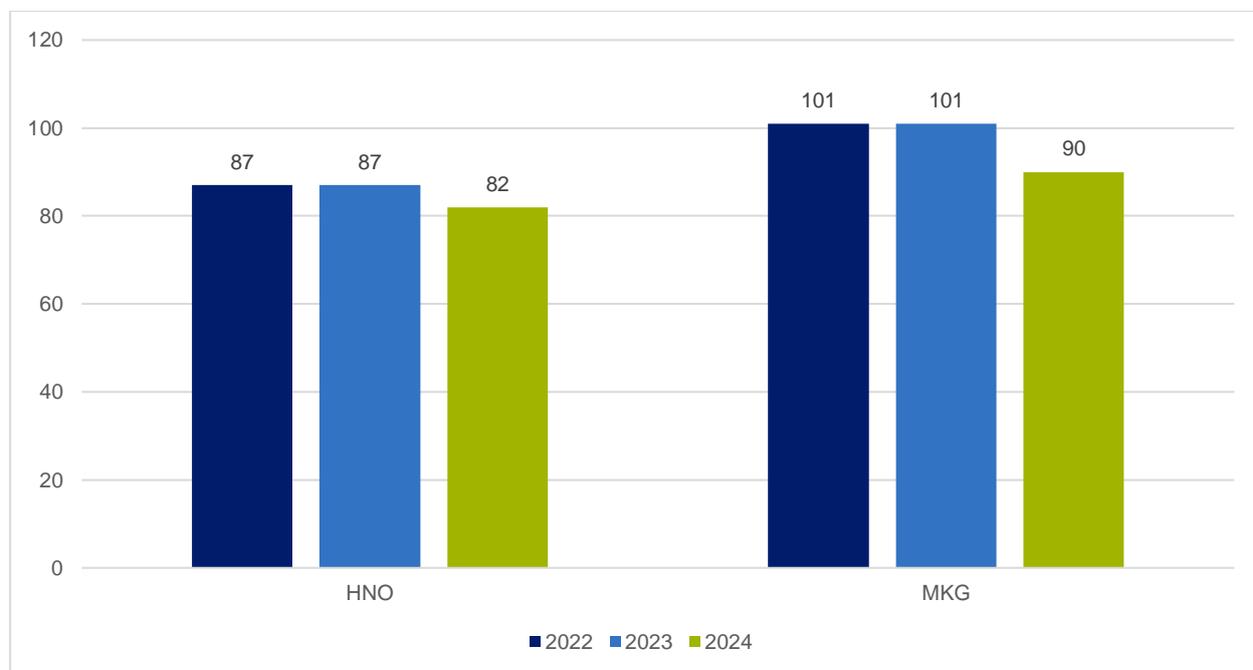
Abbildung 72: Fallzahlentwicklung Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024



Der Aufwärtstrend bei den Zentrumsfällen aus den letzten Jahren setzt sich für 2024 nicht fort. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein Rückgang der Zentrumsfälle um 6,27% zu verzeichnen. Die Primärfallzahl ist im Vergleich zu 2023 um 4,5% auf 193 Patientinnen und Patienten gesunken. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Rezidiv/Metastasen sank um 13,2% auf 46 Patientinnen und Patienten. Verglichen mit den Fallzahlen aus 2022 sind die Zentrumsfälle jedoch gestiegen, sodass bis auf die Beobachtung der Fallzahlen im weiteren Verlauf vorerst keine weiteren Maßnahmen abgeleitet werden.

Auch die Zahl der durchgeführten Tumoroperationen (Primärfälle und Rezidive/Metastasen) ist in beiden am Zentrum beteiligten Kliniken dezent gesunken, in der MKG um 8,9% und in der HNO um 5,7%. Seit der Einführung der strukturierten Erfassung von Tumoroperationen sind jährliche Schwankungen zu beobachten. Die OP-Zahlen für das Jahr 2024 sind ebenfalls von diesen Schwankungen betroffen und korrespondieren mit den leicht gesunkenen Primärfallzahlen. Die Vorgaben seitens der Fachgesellschaften von ≥ 20 operativen Eingriffen werden dennoch deutlich übertroffen; eine Ableitung von Maßnahmen ist nicht erforderlich.

Abbildung 73: Operative Expertise am Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024



Psychosoziale Versorgung

Die psychoonkologische Versorgung wird über den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC gewährleistet. Die psychoonkologische Betreuung bietet u. a. Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, bei der Anpassung an neue, veränderte Lebensumstände sowie bei der Förderung der Lebensqualität. Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und der PHQ-4 zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch den ärztlichen oder pflegerischen Dienst oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung.

Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, wird jährlich erfasst und ausgewertet. Sowohl der Anteil der psychoonkologischen Beratungen (50,6%) als auch die Rate der Patientinnen und Patienten, die auf psychosozialen Distress gescreent wurden (65,3%), konnte im Verlauf der letzten drei Jahre deutlich verbessert werden. Die Vorgaben der Fachgesellschaften, die eine Screeningrate $\geq 65\%$ definiert haben, werden erfüllt.

Tabelle 79: Anteil psychoonkologischer Betreuung und Screening Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Beratung	31,4%	31,8%	50,6%
Screening	41,5%	53,3%	65,3%

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

Tabelle 80: Betreuung durch den Sozialdienst Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Beratung	79,2%	79,6%	76,6%

Wartezeiten

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

Tabelle 81: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum HNO-Sprechstunde 2022-2024

Wartezeit	2022	2023	2024
auf einen Termin	4,4 Tage	7,9 Tage	7,5 Tage
während der Sprechstunde	19 Minuten	28 Minuten	20 Minuten

Tabelle 82: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Kopf-Hals-Tumorzentrum MKG-Sprechstunde 2022-2024

Wartezeit	2022	2023	2024
während der Sprechstunde	26 Minuten	29 Minuten	34 Minuten

Die Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft ≤ 60 min Wartezeit während der Sprechstunde und < 2 Wochen Wartezeit auf einen Termin werden erfüllt. Die Wartezeit während der HNO-Sprechstunde konnte im Vergleich zum Vorjahr im Durchschnitt um 28,9% verringert werden. Auch die Wartezeit auf einen Termin hat sich in der HNO-Klinik von durchschnittlich 7,9 Tage

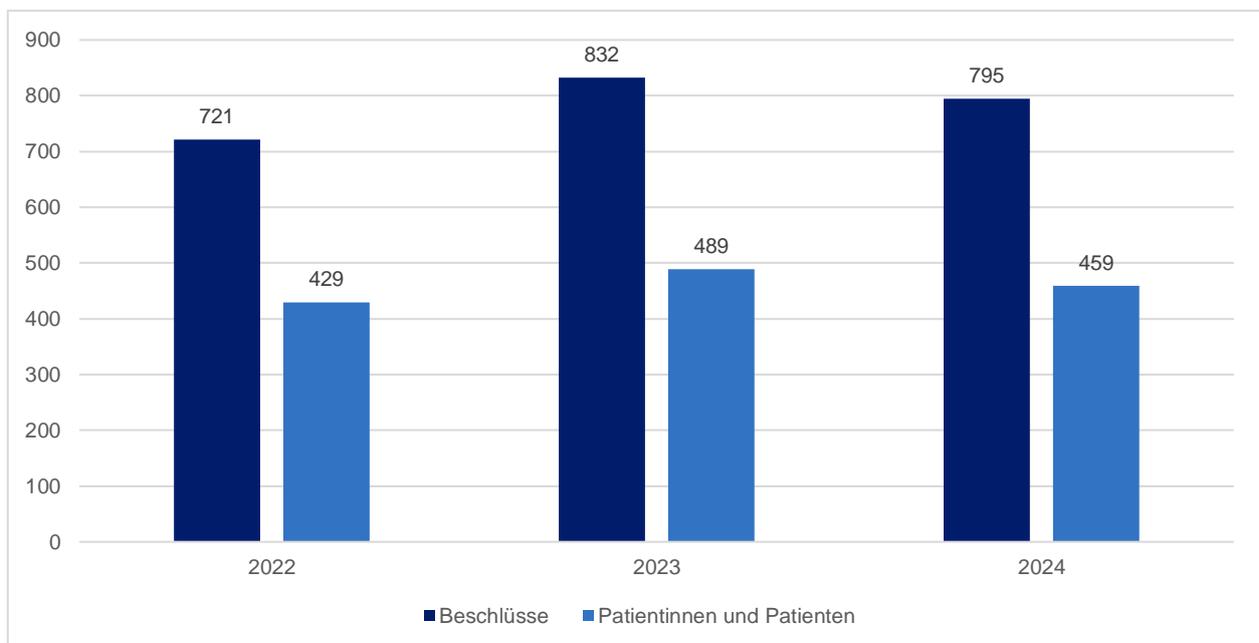
auf 7,5 Tage verkürzt. Die gestiegenen Wartezeiten in der MKG während der Sprechstunde sind auf die zunehmende Zahl der Zentrumsfälle in den letzten fünf Jahren zurückzuführen. Die Betreuung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Tumornachsorge hat die Auslastung erhöht. Dieser Trend wird weiterhin überwacht.

Interdisziplinäres Tumorboard

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

Im Jahr 2024 hat das Tumorboard an 51 Tagen stattgefunden. Insgesamt wurden für 459 Patienten **795 Beschlüsse** zur Diagnostik und Therapie gefasst, dies entspricht durchschnittlich 1,7 Beschlüssen pro Patientin / pro Patient.

Abbildung 74: Anzahl an Tumorboardbeschlüssen im Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024



Tumorboardcompliance

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

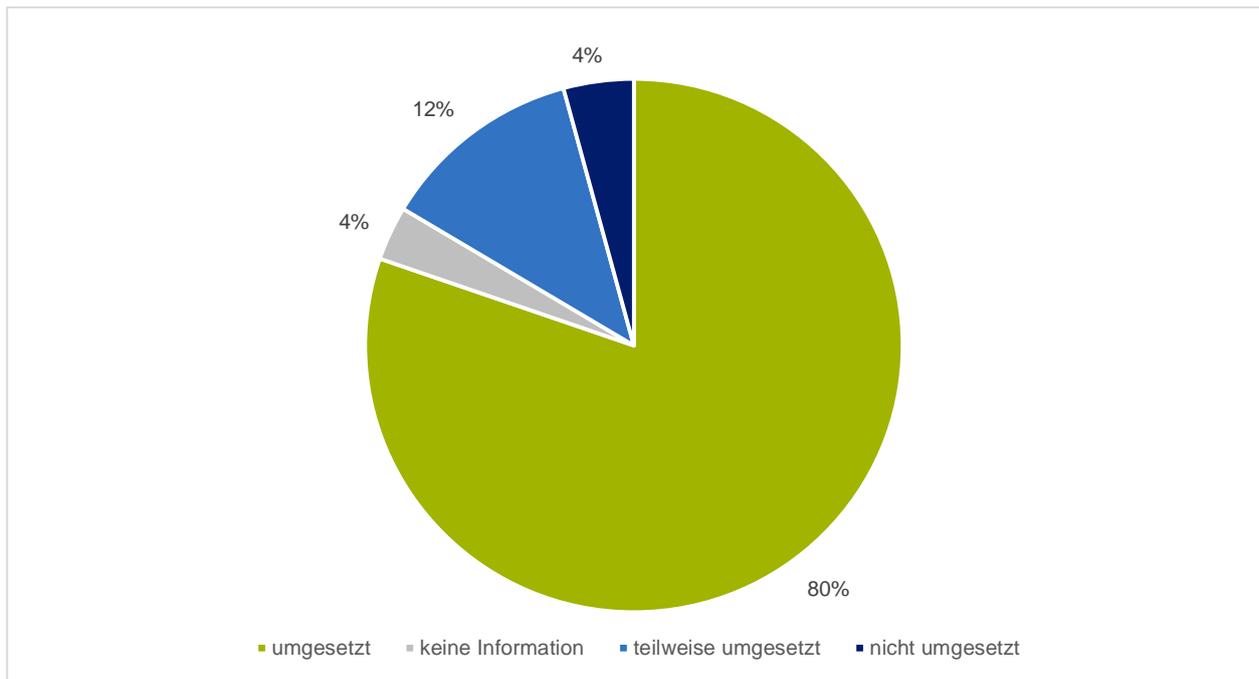
Aus dem Zeitraum Oktober 2023 bis September 2024 wurden insgesamt **213 Beschlüsse von 116 Patientinnen und Patienten** des Kopf-Hals-Tumorboards überprüft. Von den 213 Tumorboardempfehlungen wurden **171 vollständig umgesetzt**.

Bei 26 Beschlüssen konnte die Tumorboardempfehlung nur teilweise umgesetzt werden. Gründe hierfür sind z. B. die Verschlechterung des Allgemeinzustandes der Patientin bzw. des Patienten, die Revision der Empfehlung aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse, der Wunsch der Patientinnen und Patienten oder auch die externe Weiterbehandlung.

Neun Tumorboardempfehlungen wurden nicht umgesetzt, davon vier aufgrund des Wunsches der Patientinnen und Patienten, vier Patientinnen und Patienten sind verstorben und bei einer Patientin / einem Patienten konnte aufgrund von Nebenwirkungen die empfohlene Therapie nicht umgesetzt werden. In sieben weiteren Fällen liegen keine Informationen über den Verbleib der Patientinnen und Patienten und der Durchführung der empfohlenen Therapie vor.

Bei der Überprüfung der Tumorboardcompliance des Kopf-Hals-Tumorzentrums konnten für 2024 keine kritischen Ereignisse festgestellt werden.

Abbildung 75: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance am KHTZ 2024



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Kopf-Hals-Tumorzentren der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in Tabelle 83 zusammengefasst.

Tabelle 83: Datenqualität DKG-Kennzahlen Kopf-Hals-Tumorzentrum 2024

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
100% (22)	-	-

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 2024 konnten 34,7% der Zentrumsfälle in eine Studie eingeschlossen werden (einmalige Zählung des Falls).

Die Vorgaben der Fachgesellschaften von $\geq 5\%$ der Patientinnen und Patienten wurde erneut weit übertroffen.

Tabelle 84: Studienquote Kopf-Hals-Tumorzentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Studienquote	50,4%	36,9%	34,7%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Kopf-Hals-Tumorzentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2024 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Kopf-Hals-Tumorzentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde“ und „Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ aufgeführt sind.

Linge A, Patil S, Grosser M, **Lohaus F**, Gurtner K, Kemper M, Gudziol V, **Haim D**, Nowak A, Tinhofer I, Zips D, Guberina M, Stuschke M, Balermipas P, Rödel C, Schäfer H, Grosu AL, Abdollahi A, Debus J, Ganswindt U, Belka C, Pigorsch S, Combs SE, Boeke S, Gani C, Jöhrens K, Baretton GB, Löck S, Baumann M, Krause M; DKTK-ROG. **The value of subcutaneous xenografts for individualised radiotherapy in HNSCC: Robust gene signature correlates with radiotherapy outcome in patients and xenografts.** *Radiother Oncol.* 2024 Feb;191:110055. doi: 10.1016/j.radonc.2023.110055. Epub 2023 Dec 16. PMID: 38109944.

Besso MJ, Bitto V, Koi L, Wijaya Hadiwikarta W, Conde-Lopez C, Euler-Lange R, Bonrouhi M, Schneider K, Linge A, Krause M, Baumann M, Kurth I. **Transcriptomic and epigenetic landscape of nimorazole-enhanced radiochemotherapy in head and neck cancer.** *Radiother Oncol.* 2024 Oct;199:110348. doi: 10.1016/j.radonc.2024.110348. Epub 2024 May 31. PMID: 38823583.

Samuels M, Falkenius J, Bar-Ad V, Dunst J, van Triest B, Yachnin J, Rodriguez-Gutierrez A, Kuipers M, You X, Sarholz B, Locatelli G, Becker A, Troost EGC. **A Phase 1 Study of the DNA-PK Inhibitor Peposertib in Combination With Radiation Therapy With or Without Cisplatin in Patients With Advanced Head and Neck Tumors.** *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2024 Mar 1;118(3):743-756. doi: 10.1016/j.ijrobp.2023.09.024. Epub 2023 Sep 24. PMID: 37751793.



Neuroonkologisches Zentrum



Inhaltsverzeichnis

Neuroonkologisches Zentrum	176
Struktur des Neuroonkologischen Zentrums (NOZ)	176
Ziele des Neuroonkologischen Zentrums.....	177
Externe und interne Audits	178
Externe Audits.....	178
Interne Audits	178
Zufriedenheitsbefragungen.....	179
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	179
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	179
Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	181
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten.....	181
Fort- und Weiterbildungsangebote.....	181
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	181
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	182
Leistungszahlen	182
Psychosoziale Versorgung.....	183
Wartezeiten	183
Interdisziplinäres Tumorboard	184
Tumorboardcompliance	185
Datenqualität DKG-Kennzahlen.....	185
Forschungstätigkeit	186
Klinische Studien.....	186
Publikationen.....	187

Neuroonkologisches Zentrum

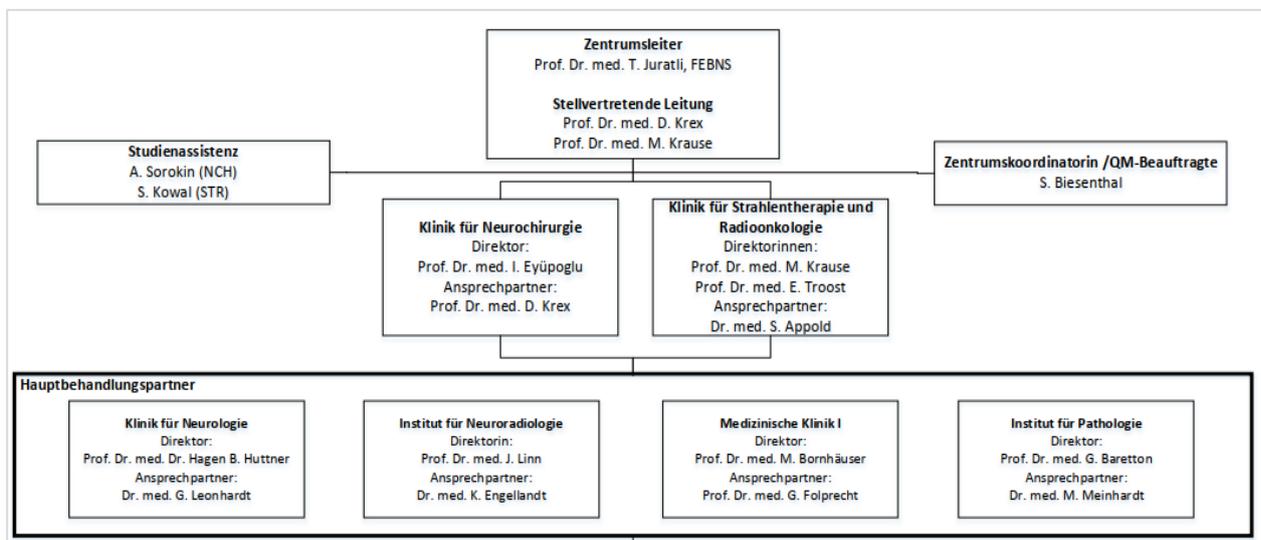
Struktur des Neuroonkologischen Zentrums (NOZ)

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

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

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

Abbildung 76: 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 85: Qualifikationsmatrix Neuroonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung NOZ	Prof. Dr. med. T. Juratli	FA für Neurochirurgie (FEBNS); Zertifizierung neurochirurgische Onkologie
Klinikvertretungen Neurochirurgie	Prof. Dr. med. Ilker Y. Eyüpoglu (Klinikdirektor NCH) Prof. Dr. med. Tareq Juratli Prof. Dr. med. Dietmar Krex	FA für Neurochirurgie
Klinikvertretungen Strahlentherapie	Prof. Dr. med. Mechthild Krause (Klinikdirektorin STR) Dr. med. Steffen Appold Dr. med. Annekatrin Seidlitz	FÄ/FA für Strahlentherapie
Hauptoperateure 2024	Prof. Dr. med. Ilker Y. Eyüpoglu Prof. Dr. med. Tareq Juratli Prof. Dr. med. Dietmar Krex Prof. Dr. med. Stephan Sobottka	FA für Neurochirurgie
Zentrumskoordination / Qualitätsmanagement	Sophie Biesenthal, B.Sc.	Gesundheitsmanagement
Tumordokumentation	Felix Opitz	Medizinischer Dokumentationsassistent
Pflegedienstleitungen	Claudia Reichel, B.A. (NCH)	Pflegewissenschaft/-management
	Gabriele Reinhardt, B.Sc. (STR)	Management für Gesundheitsfachberufe
Onkologische Fachpflege Neurochirurgie	Michelle Grimm	Gesundheits- und Krankenpflege; Weiterbildung Onkologische Fachpflege
Onkologische Fachpflege Strahlentherapie/Radioonko- logie	Andrea Feyerherd / Sophie Günther Yvonne Nitzsche / Ines Salz / Martin Wünsche	Gesundheits- und Krankenpflege; Weiterbildung Onkologische Fachpflege

Ziele des Neuroonkologischen Zentrums

In Anlehnung an die Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums am NCT/UCC werden jährlich für das Neuroonkologische Zentrum operative Qualitätsziele formuliert. Unter Benennung von konkreten Verantwortlichkeiten und Festlegung eines intern abgestimmten Zieltermins, werden die Qualitätsziele unterjährig verfolgt und auf Umsetzung geprüft. In Tabelle 86 sind die Qualitätsziele und deren Erreichungsgrad des Jahres 2024 dargestellt.

Tabelle 86: Jahresziele 2024 Neuroonkologisches Zentrum

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
1	Erfolgreiche DKG- und DIN EN ISO-Rezertifizierung	QMB NOZ+ NCH/ alle Mitar- beiterinnen und Mitarbeiter NOZ+NCH	17. April 2024	Die Rezertifizierung fand am 17. April 2024 statt und wurde erfolgreich mit einer Zertifikatsverlängerung abgeschlossen.
2	Durchführung einer postalischen Zufriedenheitsbefragung der Top-Zuweiserinnen und Zuweiser des NOZ	QMB NOZ	31. Dezem- ber 2024	Die Befragung wurde am 22.10.24 postalisch an die Top-Zuweiserinnen und Zuweiser ver- schickt. Es konnte eine Rücklauf- quote von 33% erzielt werden.
3	Erhöhung des Rücklaufs von digita- len Feedbacks durch Einlage des QR-Codes in die Entlassungsmap- pen sowie mittels persönlicher An- sprache durch die Pflegekräfte	Pflege NCH, ärztlicher QMB NCH	31.12.2024	Der Rücklauf konnte im Jahr 2024 um 55,8% gesteigert wer- den.

Nr.	Qualitätsziel	Verantw.	Termin	Zielerreichung
4	Durchführung einer postalischen Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten	QMB NOZ	31. Dezember 2024	Die Befragung wurde postalisch an alle Zentrumspatientinnen und -patienten des NOZ versandt und ausgewertet. Die Rücklaufquote beträgt 44%.
5	Durchführung eines NCT/UCC-Patiententags mit einem spezifischen Workshop zum NOZ	QMB NOZ, Leiter NOZ, Ärzte NOZ	25. Mai 2024	Am 25. Mai 2024 fand der Patiententag des NCT/UCC inkl. eines Workshops zum NOZ statt.
6	Erstellung eines Informationsflyers zum NOZ	QMB NOZ, Leiter NOZ	31. Dezember 2024	Ein Entwurf des Zentrumsflyers für das NOZ liegt vor. Dieser muss noch finalisiert und freigegeben werden. Übernahme als Ziel für Anfang 2025.
7	Verbesserung der psychoonkologischen Screeningrate zur Erfüllung der DKG-Vorgaben	QMB NOZ, ärztlicher QMB NCH, Leiter NOZ	31. Dezember 2024	Die psychoonkologische Screeningrate konnte auf 74,1% gesteigert werden. Die Sollvorgabe der DKG von 65% wurde damit erreicht.
8	Einführung von PLATFORMs in der NCH (IPOS und psychoonkologisches Screening mittels Tablet)	QMB NOZ, Leiter NOZ	31.12.2024	Alle Vorbereitungen zur Etablierung von PLATFORMs wurden durchgeführt (u.a. Einrichtung der Tablets, Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter). Die Einführung der Tablets erfolgt im Januar 2025, weshalb es als Ziel für 2025 übernommen wird.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 17. April 2024 fand die Rezertifizierung des Neuroonkologischen Zentrums am NCT/UCC nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Das Ergebnis der Begutachtung aller eingereichten Unterlagen und der Auditierung vor Ort fiel positiv aus. Es wurden insgesamt neun Hinweise während des Audits festgestellt, welche im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in einen Maßnahmenplan überführt, bewertet und unterjährig auf Umsetzung geprüft wurden. Unter anderem gehörten dazu die Durchführung einer Befragung der Zuweise-rinnen und Zuweiser, die Erhöhung der Screeningquote zu psychischen Belastungen und die Verbesserung der Rücklaufquote bei der Zufriedenheitsbefragung von Patientinnen und Patienten. Das Ergebnis des begutachtenden Fachexperten bestätigte den Zertifizierungsstatus als zertifiziertes Neuroonkologisches Zentrum.

Parallel zur Rezertifizierung nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft wurde am 17. Mai 2024 das Überwachungsaudit der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie nach der DIN EN ISO 9001 erfolgreich durchgeführt.

Interne Audits

Am Universitätsklinikum Dresden werden regelmäßig interne Audits in allen Struktureinheiten durchgeführt. Die Strukturen des Neuroonkologischen Zentrums wurden im Rahmen der internen

Audits der Kliniken und Polikliniken für Neurochirurgie sowie Strahlentherapie und Radioonkologie intern auditiert. In Tabelle 87 ist eine Übersicht über die relevanten internen Audits in 2024 dargestellt.

Tabelle 87: Übersicht interne Audits Teilbereiche des NOZ 2024

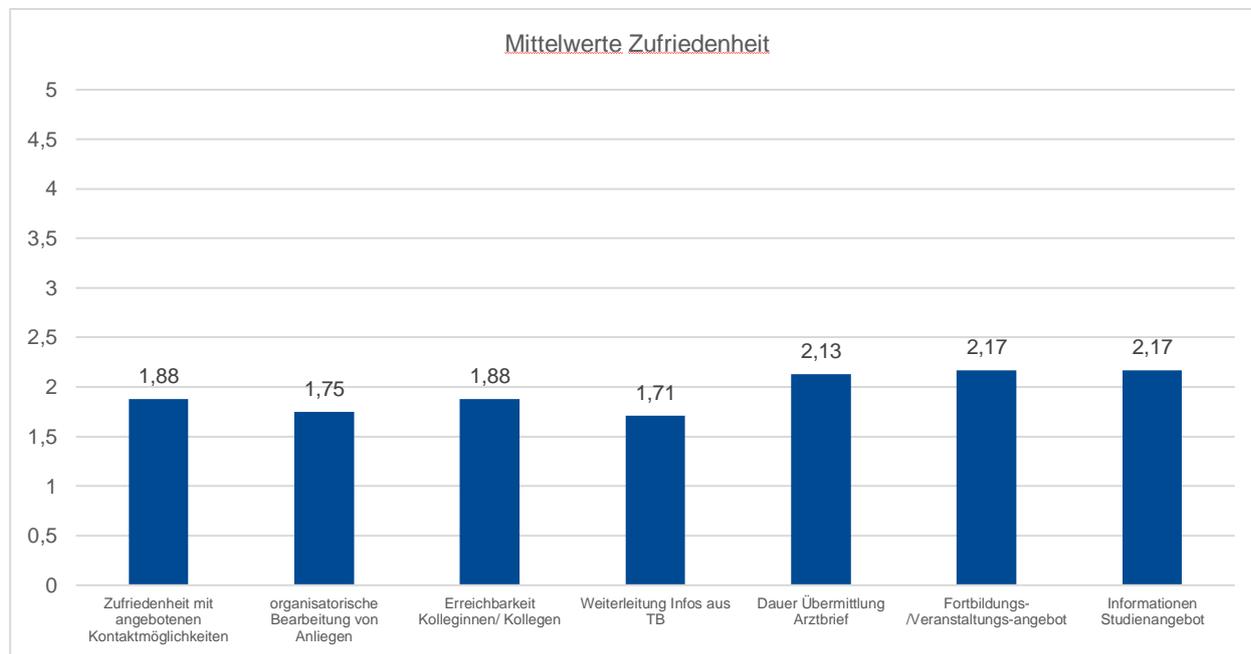
Datum	Struktureinheit	Hinweise	Anregungen	Abweichungen
11. November 2024	Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie	6	5	0
12. November 2024	Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie	5	1	0

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des Neuroonkologischen Zentrums werden entsprechend der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft ebenfalls alle drei Jahre durchgeführt. Eine postalische Befragung der Top-Zuweiserinnen und Zuweiser fand zuletzt im 4. Quartal 2024 statt. Die Zuweiserinnen und Zuweiser hatten die Möglichkeit, ihre Rückmeldungen per QR-Code oder per papierbasierten Fragebogen zurückzusenden. Die Rücklaufquote betrug 38,1%. Die folgende Abbildung zeigt die Mittelwerte der Zufriedenheit der einzelnen Punkte (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden).

Abbildung 77: Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung der Zuweiserinnen und Zuweiser NOZ 2024

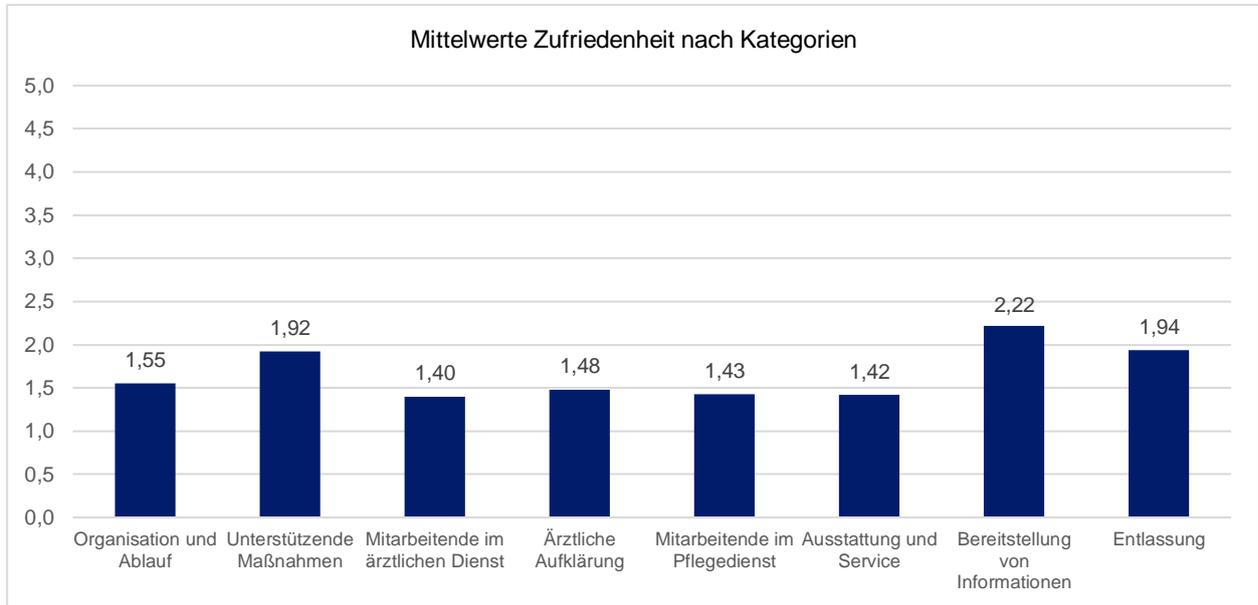


Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Zufriedenheitsbefragungen von Patientinnen und Patienten des Zentrums finden alle drei Jahre postalisch per Anschreiben statt. Befragt wurden zuletzt alle Zentrumsfälle des Jahres 2024. Die Patientinnen und Patienten hatten die Möglichkeit, ihre Rückmeldungen per QR-Code oder per papierbasierten Fragebogen zurückzusenden. Die Rücklaufquote betrug hierbei 44,3%. Der Mit-

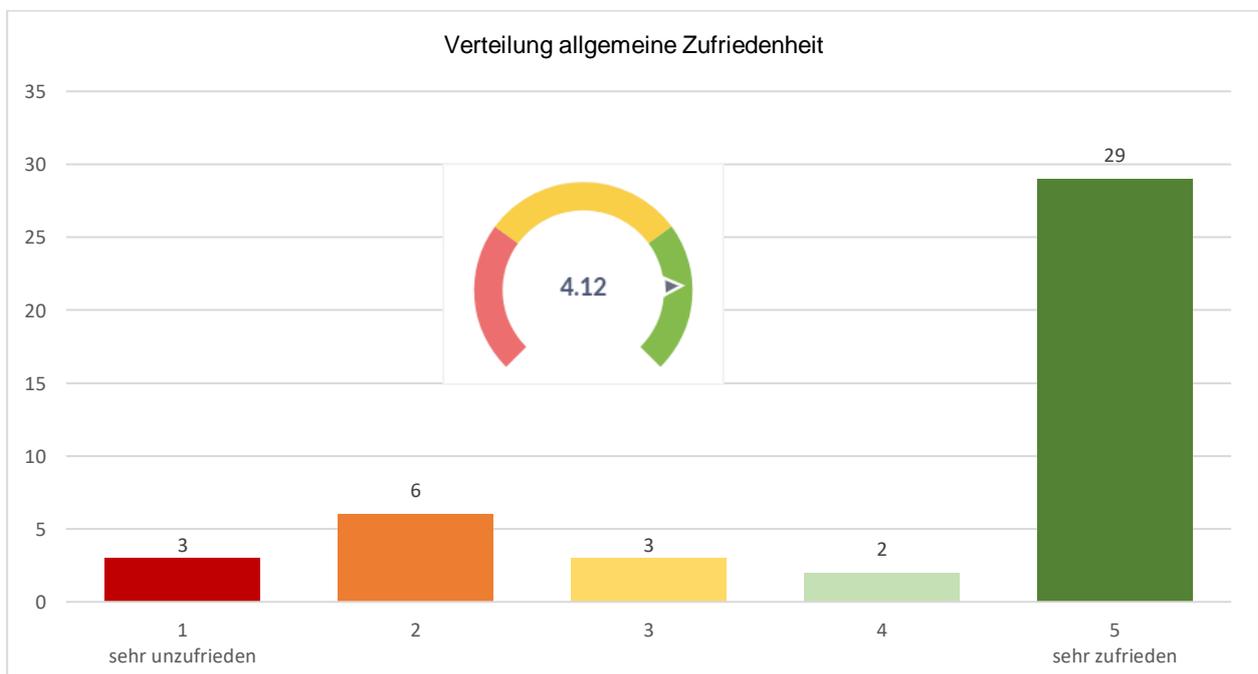
telwert aller Zufriedenheitswerte lag bei 1,69 (1 = sehr zufrieden; 5 = sehr unzufrieden). Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte nach Kategorien. Die Ergebnisse wurden im Rahmen des Jour Fixe des Neuroonkologischen Zentrums mit den verantwortlichen Personen diskutiert und Maßnahmen abgeleitet.

Abbildung 78: Ergebnisse der postalischen Zufriedenheitsbefragung der Patientinnen und Patienten NOZ 2024



Patientinnen und Patienten sowie Angehörige haben am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden zudem jederzeit die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem abzugeben. In 2024 gingen 43 Feedbacks für das Neuroonkologische Zentrum ein. Die nachfolgende Abbildung zeigt die durchschnittliche Zufriedenheit sowie die Verteilung der abgegebenen Feedbacks für den Betrachtungszeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2024.

Abbildung 79: Ergebnisse digitales Feedbacksystem NOZ 2024



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das Neuroonkologische Zentrum führt regelmäßig Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen mit den am Tumorboard teilnehmenden Fachdisziplinen durch. Besprochen werden neuroonkologische Fälle mit interdisziplinärer Fragestellung, bei denen es während der Behandlung zu Klärungsbedarfen gekommen ist. Ziel ist es, interne Verbesserungspotentiale aufzuzeigen und diese im Sinne der bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten zukünftig zu vermeiden. In 2024 fanden zwei M&M-Konferenzen statt (14. Mai 2024 / 10. Dezember 2024).

Im circa zweimonatigen Rhythmus finden regelmäßige interdisziplinäre Besprechungen des Lenkungsraumes des Neuroonkologischen Zentrums statt. Die Teilnehmenden sind neben der Zentrumsleitung und Zentrumskoordination insbesondere die Klinikvertretungen der Neurochirurgie sowie der Strahlentherapie und Radioonkologie. Im Rahmen der Besprechung werden zentrale Fragestellungen des Neuroonkologischen Zentrums thematisiert.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

In 2024 fanden drei Veranstaltungen zur internen Fortbildungsreihe „Molekulare neuroonkologische/-pathologische Konferenz“ statt. Die Fortbildung soll im Rahmen von Fallvorstellungen molekularpathologische Schwerpunkte in der Neuroonkologie vermitteln. Die Veranstaltung ist für alle internen Behandlungspartner sowie externe Interessierte geöffnet. Die Fortbildung ist bei der Sächsischen Landesärztekammer gemeldet und wurde in Rahmen dessen mit einem Fortbildungspunkt bewertet.

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

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Interessierte werden jährlich zentrumsübergreifende Veranstaltungen im Rahmen des Onkologischen Zentrums angeboten. Dazu gehörten 2024 u. a. das Ernährungsprogramm „Let's eat“, das Patientencafé sowie Koordinations- und Krafttrainingseinheiten des sporttherapeutischen Zentrums am NCT/UCC.

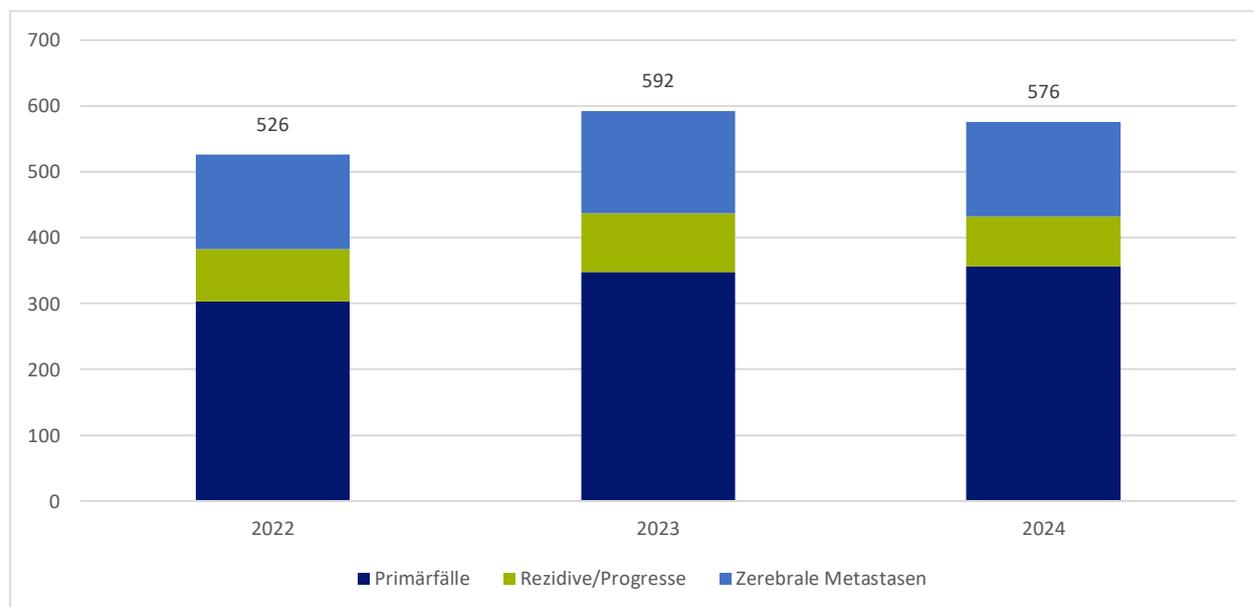
Am 25. Mai 2024 fand ein zentraler Patiententag des NCT/UCC inklusive aller Organkrebszentren und Module statt. Neben zentralen Vorträgen zur künstlichen Intelligenz in der Onkologie, zum Zentrum für Personalisierte Medizin in der Onkologie, Patientenbeirat und Lotsenteam, stellte sich auch das Neuroonkologische Zentrum vor. Schwerpunkte waren dabei die Themen Neurochirurgie und Strahlentherapie bei Hirntumoren.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Im Jahr 2024 wurden **357 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 **576 Zentrumsfälle** in 2024 im Zentrum betreut. Die Zählweise der hier angegebenen Fallzahlen richtet sich nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für zertifizierte Neuroonkologische Zentren.

Abbildung 80: Fallzahlentwicklung NOZ 2022-2024



Operative Expertise

Operative neurochirurgische Eingriffe werden in der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie durchgeführt. In Tabelle 88 ist die Entwicklung der operativen Primärfälle des Neuroonkologischen Zentrums im Zeitraum von 2022 bis 2024 dargestellt. Die Erfassung der Kennzahlen erfolgt anhand der Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft für Neuroonkologische Zentren. Gezählt wurden Resektionen (5-015.0; 5-015.1; 5-015.3; 5-015.4; 5-016.0; 5-016.2; 5-016.4; 5-016.6; 5-017.1, 5-035, 5-075) und Biopsien (1-510; 1-511; 1-512.; 1-514; 1-515), welche mit den genannten OPS-Codes verschlüsselt wurden.

Tabelle 88: Operative Primärfälle NOZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Operative Primärfälle	281	246	304

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 89: Abgeschlossene Bestrahlungsserien neuroonkologischer Fälle 2022-2024

	2022	2023	2024
Anzahl abgeschlossener Bestrahlungsserien	157	176	163

Psychosoziale Versorgung

Psychosoziale Angebote werden durch den psychoonkologischen Dienst des NCT/UCC und den Sozialdienst des Universitätsklinikums Dresden durchgeführt. Die Erfassung der Betreuungsrate bzw. der psychoonkologischen Screeningrate erfolgt analog der Anforderungen an Neuroonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft. Zur psychoonkologischen Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und der PHQ-4 zur Anwendung. In Tabelle 90 sind detaillierte Angaben zu den einzelnen Betreuungs- und Screeningraten angegeben. Der Anteil an Patientinnen und Patienten, die 2024 eine psychoonkologische Betreuung in Anspruch genommen haben, ist im Vergleich zum Vorjahr minimal höher. Die Anzahl an psychoonkologischen Screenings konnte deutlich gesteigert werden. Die Sollvorgabe der Deutschen Krebsgesellschaft mit $\geq 65\%$ wurde somit 2024 erfüllt. Die Betreuungsrate des Sozialdienstes ist im Vergleich zum Vorjahr aufgrund krankheitsbedingter Ausfälle minimal gesunken. Die Vorgabe der Fachgesellschaften von einer Betreuungsrate $\geq 30\%$ wurde dennoch deutlich erfüllt.

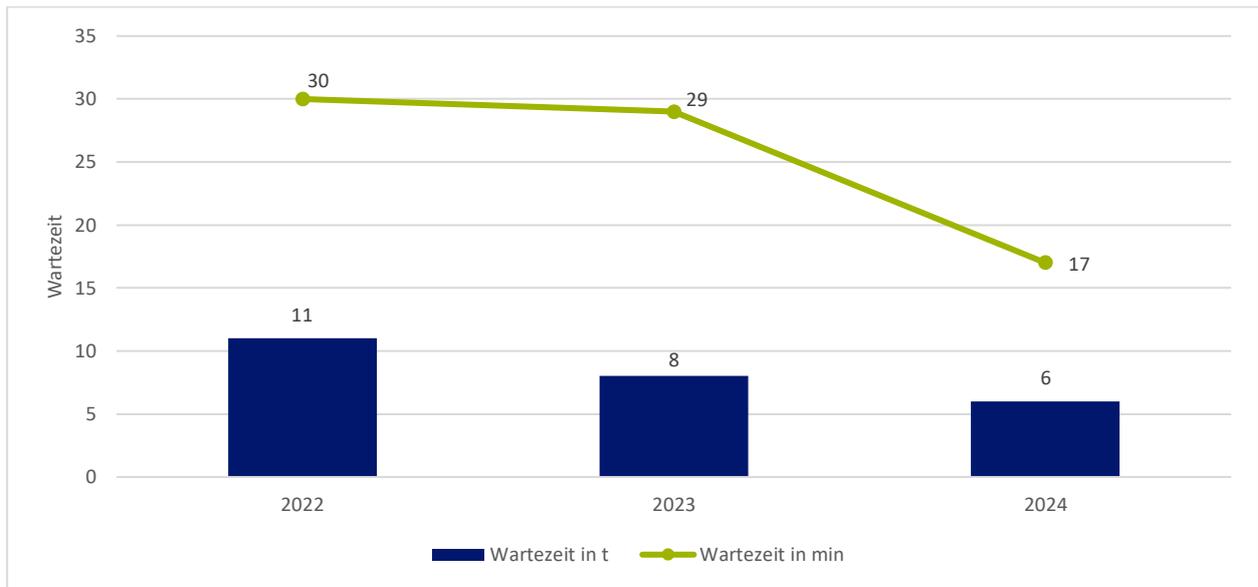
Tabelle 90: Betreuung durch den Sozial- und psychoonkologischen Dienst NOZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Betreuungsrate Psychoonkologie	50,0%	47,6%	49,8%
Screeningrate Psychoonkologie	63,2%	62,0%	74,1%
Betreuungsrate Sozialdienst	94,5%	91,8%	88,2%

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. Die Wartezeit auf einen Termin konnte im direkten Vergleich zum Vorjahr erneut reduziert werden ($\Delta_{2023-2024} = -2$ Tage). Die Wartezeit während der Sprechstunde wurde im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls deutlich verringert ($\Delta_{2023-2024} = -12$ Minuten). Die Sollvorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft von ≤ 14 Tage und ≤ 60 Minuten werden somit erfüllt.

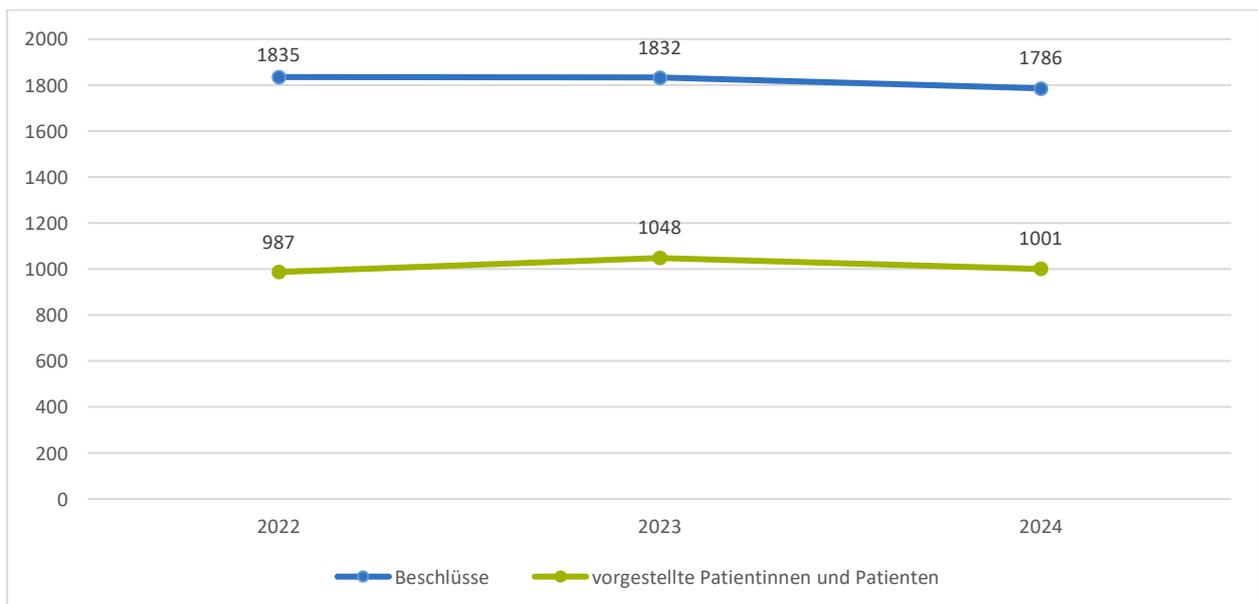
Abbildung 81: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung NOZ 2022-2024



Interdisziplinäres Tumorboard

Im Neuroonkologischen Zentrum finden wöchentlich interdisziplinäre Tumorboards unter Beteiligung aller relevanten Fachdisziplinen statt. Mindestens eine Vertreterin oder ein Vertreter der folgenden Fachbereiche nehmen obligatorisch am neuroonkologischen Tumorboard teil: Neurochirurgie, Neuroradiologie, Neuropathologie, Radioonkologie und Strahlentherapie, Neurologie, internistische Onkologie. Je nach Fragestellung und Krankheitsbild werden weitere Fachdisziplinen, beispielsweise Dermatologie oder Gynäkologie hinzugezogen. Für 2024 wurden im Schnitt 1,8 Beschlüsse pro Fall und 36 Beschlüsse pro Tumorboard gefasst.

Abbildung 82: Anzahl Beschlüsse und Vorstellung von Patientinnen und Patienten im Neuroonkologischen Tumorboard 2022-2024



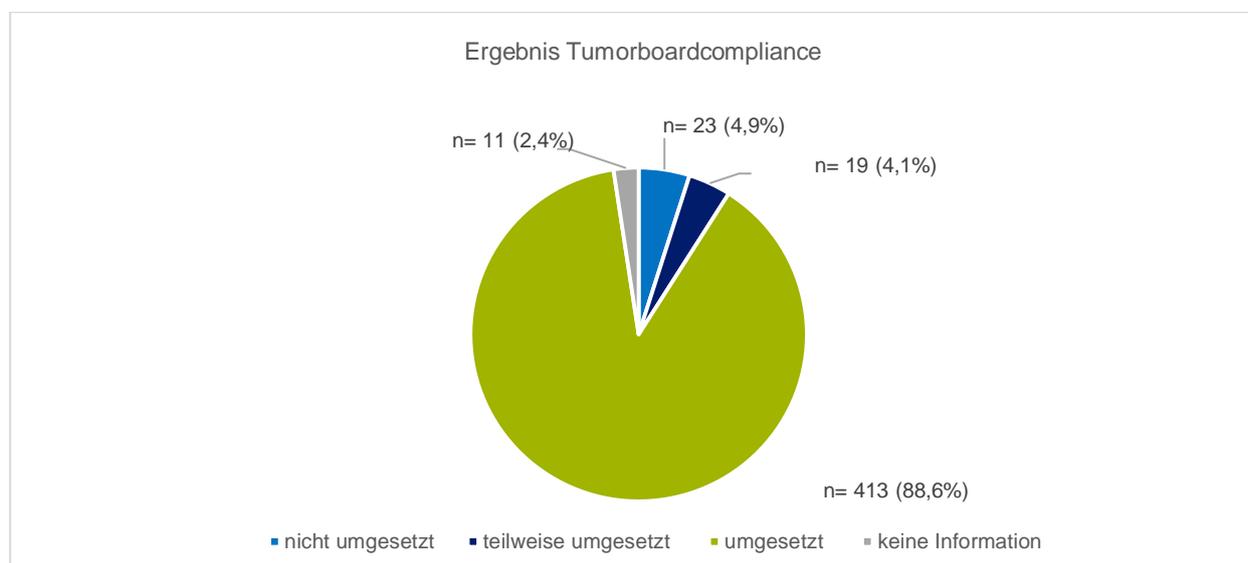
Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität wird jährlich eine zufällige Stichprobe der Beschlüsse aus dem neuroonkologischen Tumorboard auf inhaltliche Umsetzung geprüft. Dabei wird eine Stichprobe von 25% aller besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: Oktober 2023 bis September 2024) randomisiert gezogen.

Die Prüfung erfolgt anhand der vorliegenden Informationen in der digitalen Patientenakte des Krankenhausinformationssystems sowie des Tumordokumentationssystems.

Im Betrachtungszeitraum wurden **466 Beschlüsse von 256 Patientinnen und Patienten** überprüft. Der **Erfüllungsgrad** der überprüften Tumorboardbeschlüsse liegt bei **88,6%**. Die interne Sollvorgabe des Onkologischen Zentrums, welche einen Erfüllungsgrad von $\geq 80\%$ vorsieht, wird für das neuroonkologischen Tumorboard erfüllt. Die Ergebnisse zur Überprüfung der Tumorboardcompliance sind in Abbildung 83 dargestellt. Elf Tumorboardbeschlüsse konnten aufgrund fehlender vorliegender Informationen nicht hinsichtlich des Umsetzungsgrades bewertet werden. Von 23 nicht umgesetzten Beschlüssen wurden 52,2% aufgrund des individuellen Behandlungswunsches der betroffenen Patientin bzw. des betroffenen Patienten nicht wie empfohlen umgesetzt. Weitere Gründe für die Nicht-Umsetzung von Tumorboardbeschlüssen waren die Revision des Beschlusses aufgrund neuer medizinischer Erkenntnisse in einem der nächsten Tumorboards (17,4%) und die Verschlechterung des Allgemeinzustandes von der Patientin oder dem Patienten (8,7%). Drei Betroffene (13%) sind vorzeitig verstorben, weshalb die Umsetzung der Therapieempfehlung nicht mehr möglich war. Zu zwei Beschlüssen (8,7%) fehlten in der Patientenakte die Begründungen zur Nicht-Umsetzung.

Abbildung 83: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance NOZ 2024



Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Neuroonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in Tabelle 91 zusammengefasst. Von 13 obligatorischen Kennzahlen wurden 12 im Rahmen der Sollvorgaben erfüllt, während eine Kennzahl die Plausibilitätsgrenze unterschreitet (=Plausibilität unklar).

Tabelle 91: Datenqualität DKG-Kennzahlen NOZ 2024

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
93,31%	7,69%	0,00%

Forschungstätigkeit

Klinische Studien

Als Neuroonkologisches Zentrum eines Universitätsklinikums ist die Verbindung zwischen Forschung und Behandlung von neuroonkologischen Erkrankungen von großer Bedeutung, weshalb ein breites Studienangebot zur Verfügung steht. Patientinnen und Patienten erhalten relevante Studienangebote im Rahmen ihrer Behandlung, sofern die dafür notwendigen Einschlusskriterien erfüllt werden. Die Studienteilnahme erfolgt grundsätzlich freiwillig und bei Nichtteilnahme entstehen keinerlei Nachteile im Behandlungsprozess. Für den Qualitätsindikator „Studienquote“ wurde im Onkologischen Zentrum eine interne Sollvorgabe von $\geq 10\%$ für alle soliden Tumoren festgelegt. Die interne Sollvorgabe wurde in den letzten drei Jahren konsequent erfüllt. Pro Fall wurde lediglich ein Studieneinschluss gezählt, auch wenn der Patient bzw. die Patientin in mehrere Studien gemeldet wurde. Im Folgendem ist eine Auswahl an Studien aufgeführt, welche in 2024 für neuroonkologische Erkrankungen zur Rekrutierung geöffnet waren:

- Proto-R-Hirn (Protonentherapie von Hirntumoren: Prospektive Erfassung von Effizienz und Nebenwirkungen bei klinischen Standarddosen)
- ProtoChoice-Hirn (Vergleich von Protonen- und Photonentherapie von Hirntumoren: Effizienz und Nebenwirkungen bei klinischen Standarddosen)
- Proto-R-Schädelbasis (Protonentherapie von Schädelbasistumoren: Prospektive Erfassung von Effizienz und Nebenwirkungen bei klinischen Standarddosen)
- GlioCave - NOA-17 (Adjuvante stereotaktische fraktionierte Strahlentherapie der Resektionshöhle beim rezidierten Glioblastom)
- NOA - 11 / PDT Studie (Kontrollierte klinische Studie zur Evaluation der Sicherheit und Wirksamkeit einer stereotaktischen photodynamischen Therapie mit 5-Aminolävulinsäure (Gliolan®) beim rezidierten Glioblastom)
- MecMeth (Phase I/II Studie zum Einsatz von Meclofenamate in progredienten MGMT-methylierten Glioblastomen unter Standard Temozolomid Therapie)
- PTRON (Registerstudie zur Verlaufsbeurteilung der chirurgischen und nichtchirurgischen Therapie von primären Wirbelsäulentumoren)
- PerSurge (Klinische und translationale Plazebo-kontrollierte Studie einer perioperativen Perampanel Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit Glioblastom Rezidiv)
- SONOBIRD (Eine randomisierte, offene, multizentrische, zweiarmige Studie mit SonoCloud-9 kombiniert mit Carboplatin versus Standard Lomustin (CCNU) oder Temozolomid (TMZ) Therapie bei Patientinnen und Patienten mit operablem ersten Rezidiv eines Glioblastoms)

Tabelle 92: Studienquote Neuroonkologisches Zentrum 2022-2024

	2022	2023	2024
Zentrumsfälle mit Studieneinschluss (Zähler)	64	65	93
Zentrumsfälle (Nenner)	526	592	576
Studienquote	12,2%	11,0%	16,1%

Publikationen

An dieser Stelle wird ein Auszug von wissenschaftlichen Publikationen des Neuroonkologischen Zentrums aufgeführt, welche im Berichtsjahr 2024 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über das Forschungsportal der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden auf der folgenden Internetseite abzurufen: <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/>. Die Projekte und Publikationen des Neuroonkologischen Zentrums sind aus organisatorischen Gründen unter der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie bzw. der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie aufgelistet.

Reichenbach M, Richter S, Galli R, Meinhardt M, Kirsche K, Temme A, Emmanouilidis D, Polanski W, Prilop I, Krex D, Sobottka SB, Juratli TA, Eyüpoglu IY, Uckermann O. **Clinical confocal laser endomicroscopy for imaging of autofluorescence signals of human brain tumors and non-tumor brain.** J Cancer Res Clin Oncol. 2024 Dec 26;151(1):19. doi: 10.1007/s00432-024-06052-2. PMID: 39724474; PMCID: PMC11671560.

Wetzel EA, Nohman AI, Hsieh AL, Reuss D, Unterberg AW, Eyüpoglu IY, Hua L, Youssef G, Wen PY, Cahill DP, Jungk C, Juratli TA, Miller JJ. **A multi-center, clinical analysis of IDH-mutant gliomas, WHO Grade 4: implications for prognosis and clinical trial design.** J Neurooncol. 2025 Jan;171(2):373-381. doi: 10.1007/s11060-024-04852-7. Epub 2024 Oct 21. PMID: 39432026; PMCID: PMC11695381.

Eitler J, Rackwitz W, Wotschel N, Gudipati V, Murali Shankar N, Sidorenkova A, Huppa JB, Ortiz-Montero P, Opitz C, Künzel SR, Michen S, Temme A, Loureiro LR, Feldmann A, Bachmann M, Boissel L, Klingemann H, Wels WS, Tonn T. **CAR-mediated targeting of NK cells overcomes tumor immune escape caused by ICAM-1 downregulation.** J Immunother Cancer. 2024 Feb 27;12(2):e008155. doi: 10.1136/jitc-2023-008155. PMID: 38417916; PMCID: PMC10900364.

Shahzadi I, Seidlitz A, Beuthien-Baumann B, Zwanenburg A, Platzek I, Kotzerke J, Baumann M, Krause M, Troost EGC, Löck S. **Radiomics for residual tumour detection and prognosis in newly diagnosed glioblastoma based on postoperative [¹¹C] methionine PET and T1c-w MRI.** Sci Rep. 2024 Feb 25;14(1):4576. doi: 10.1038/s41598-024-55092-8. PMID: 38403632; PMCID: PMC10894870.

Eulitz J, G C Troost E, Klünder L, Raschke F, Hahn C, Schulz E, Seidlitz A, Thiem J, Karpowitz C, Hahlbohm P, Grey A, Engelland K, Löck S, Krause M, Lühr A. **Increased relative biological effectiveness and periventricular radiosensitivity in proton therapy of glioma patients.** Radiother Oncol. 2023 Jan;178:109422. doi: 10.1016/j.radonc.2022.11.011. Epub 2022 Nov 23. PMID: 36435337.



Uroonkologisches Zentrum



Inhaltsverzeichnis

Uroonkologisches Zentrum	190
Struktur des Uroonkologischen Zentrums (UOZ)	190
Ziele des Uroonkologischen Zentrums	191
Externe und interne Audits	192
Externe Audits	192
Interne Audits	192
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	193
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	193
Fort- und Weiterbildungsangebote	193
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	194
Zufriedenheitsbefragungen	194
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	194
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	194
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	195
Leistungszahlen	195
Psychosoziale Versorgung	197
Wartezeiten	198
Interdisziplinäre Tumorkonferenz	199
Tumorboardcompliance	200
Datenqualität DKG-Kennzahlen	200
Forschungstätigkeiten	201
Klinische Studien	201
Publikationen	201

Uroonkologisches Zentrum

Struktur des Uroonkologischen Zentrums (UOZ)

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

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

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

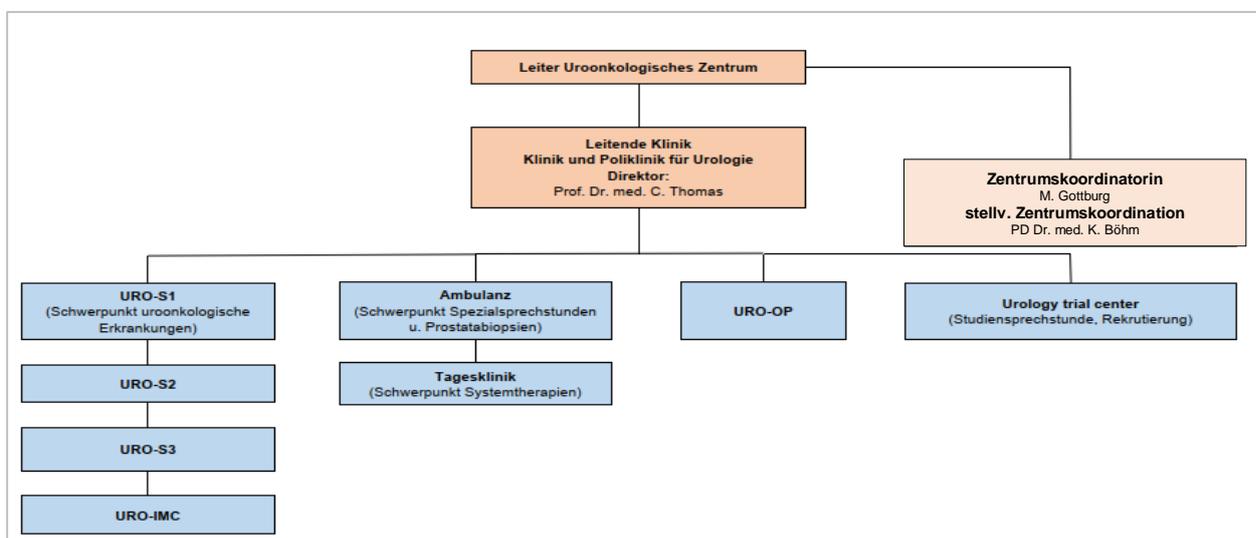
Weitere Aufgaben sind die Koordination der internen und externen Audits in Zusammenarbeit mit der QMB der Klinik und Poliklinik für Urologie sowie die Koordination und Überwachung aller fachlichen Anforderungen und der fachbereichsübergreifenden Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern.

Hauptkooperationspartner sind neben der Klinik und Poliklinik für Urologie, die

- Strahlentherapie
- internistische Onkologie
- Pathologie
- Radiologie.

Das Uroonkologische Zentrum orientiert sich hinsichtlich seiner Qualitätspolitik am gemeinsamen Leitbild des Universitätsklinikums Dresden und der Medizinischen Fakultät. Es verpflichtet sich somit zur Exzellenz in der Hochleistungsmedizin, der medizinischen Forschung und Lehre sowie der 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 93: Qualifikationsmatrix Uroonkologisches Zentrum

Funktion	Name	Qualifikation
Zentrumsleitung	Prof. Dr. med. C. Thomas	Facharzt für Urologie
Hauptoperateur	PD Dr. med. M. Baunacke	Facharzt für Urologie
	OÄ Dr. med. J. Putz	Fachärztin für Urologie
	PD Dr. med. K. Böhm	Fachärztin für Urologie
	Dr. med. J. Gellrich	Facharzt für Urologie
	OA Dr. med. S. Leike	Facharzt für Urologie
	PD Dr. med. R. Herout	Facharzt für Urologie
	PD Dr. med. S. Mehrlivand	Facharzt für Urologie
Pflegedienstleitung	Fr. M. Jäger	3-jährige Zusatzqualifikation „Leitung des Pflegedienstes in Gesundheitseinrichtungen“
Onkologische Fachpflegekräfte	Fr. A. Beddiar	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
	Fr. A. Silz	Gesundheits- und Krankenpflegekraft; Fachweiterbildung Onkologie
Tumordokumentation	Fr. L. Pultermann	Medizinische Dokumentationsassistentinnen und -assistenten
	Fr. A. Büchner	
	Hr. A. Sonnenfeld	
Zentrumskoordination	Fr. M. Gottburg	Qualitätsmanagementbeauftragte
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 94: Jahresziele des Uroonkologischen Zentrums 2024/2025

Nr.	Qualitätsziel	Zielerreichung
1	Fortführung der Umsetzung der Anforderung der ISO 9001:2015	Die Anforderungen wurden umgesetzt.
2	Umsetzung der Anforderungen der externen und internen Qualitätssicherung (Nierentransplantation, Lebendspende, Dekubitus)	Die Anforderungen wurden umgesetzt.
3	Umsetzung der fachlichen Anforderungen für das Uroonkologische Zentrum (Prostatakarzinom + Modul Niere + Modul Harnblase + Modul Hoden + Modul Penis)	Die Zertifizierung wurde im Mai 2024 erfolgreich absolviert.
4	Erfassung und Auswertung der definierten Qualitätsindikatoren in regelmäßigen Abständen	Die Qualitätsindikatoren wurden regelmäßig erfasst und ausgewertet.

Nr.	Qualitätsziel	Zielerreichung
5	Steigerung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten im ambulanten Bereich	Laufende Maßnahmen, u. a.: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vernetzung der Privat-, Studien- und Hochschul-Ambulanz ▪ Zeit-Slots für Notfälle und Konsile ▪ Installierung eines TV für die Patientinnen und Patienten ▪ Auslagerung der Anästhesieaufklärung im prästationären Setting aus dem Prozess des UOZ.
6	Wiederbelebung der Arbeitsgruppe „Pflege“	Teilweise Zielerreichung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rasurstandard wurde erstellt ▪ Infolyer für Patientinnen und Patienten „Verhalten nach Chemotherapie“ wurde erstellt ▪ Standard Nierendruckmessung wurde erstellt ▪ Einbindung in das Projekt „ORBIS medication“.
7	Abbildung des Broad Consent in digitaler Form	Laufende Umsetzung.
8	Neuausrichtung des Managementhandbuchs an der Prozessstruktur	Laufende Umsetzung.
9	Umsetzung Projekt „Neuausrichtung ambulanter Bereich Urologie“ → Erweiterung um das Modul „ambulantes Operieren“	Laufende Umsetzung.
10	Weiterentwicklung als Standort für robotische Medizin	Laufende Umsetzung.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 16. und 17. Mai 2024 fand das Rezertifizierungsaudit des bestehenden Uroonkologischen Zentrums sowie das Erstzertifizierungsaudit für das Modul Penis statt. Im Rahmen des Audits wurden keine Abweichung ausgesprochen. In Bezug auf das Voraudit wurden insbesondere folgende Punkte positiv herausgestellt:

- Das Bewusstsein für eine kontinuierliche Weiterentwicklung ist bei den Verantwortlichen der Klinik in ausgeprägter Weise vorhanden. Diese Verbesserungsbestrebungen sind nachvollziehbar und werden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort bestätigt.
- Komplikationen werden in Routinebesprechungen und Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen bearbeitet. Nichtkonformitäten und eingeleitete Maßnahmen werden dokumentiert und gesichert archiviert.
- Das Prinzip des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses ist im Bewusstsein aller Leitungspersonen der Klinik für Urologie / des UOZ sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verankert.
- Die Kontaktaufnahme für die zuweisenden Urologien mit dem Zentrum ist gut standardisiert.
- Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten werden regelmäßig angeboten. Zwei Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs waren im Audit anwesend.

Interne Audits

Im Uroonkologischen Zentrum finden regelmäßig interne Audits zur Bewertung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems und der Anforderungen aus dem Erhebungsbogen für Uroonkologische Zentren der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Das letzte interne Audit fand am 24.

Oktober 2024 statt. Im Rahmen des Audits wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden 11 Hinweise ausgesprochen, welche die Bereiche Arbeitssicherheit, Brandschutz, Umgang mit Betäubungsmitteln, externe Qualitätssicherung, Dokumentenlenkung, Kommunikation, Informationssicherheit und klinikinterne Bereiche betreffen. Positiv herausgestellt wurden folgende Punkte:

- ärztliche Rotation in den niedergelassenen Bereich durch ein Mentoring-Programm
- Wartezeitenanalyse des Patientenpfads bei der prästationären Aufnahme und daraus abgeleitete Verbesserungsmaßnahmen
- neuer Flyer für Patientinnen und Patienten „Verhalten zu Hause nach Chemotherapie“ und Neugestaltung des Aufenthaltes für Patientinnen und Patienten auf einer der urologischen Stationen.

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

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Qualitätszirkel und Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Qualitätszirkel finden regelmäßig im Rahmen der Tumorkonferenz statt, bei denen alle Hauptkooperationspartner und bei Bedarf weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer anwesend sind. Im Jahr 2024 wurden drei Qualitätszirkel mit folgenden Themen durchgeführt:

- Interdisziplinäre Überarbeitung der SOP zur Indikation PSMA-PET
- Interdisziplinäre Überarbeitung der Behandlungspfade zum PCa
- Nachlese Zertifizierungsaudit 2024.

Im Jahr 2024 wurden 16 M&M-Konferenzen durchgeführt, drei davon interdisziplinär. Die Vorbereitung, Präsentation und Dokumentation der Maßnahmen erfolgt über ein entsprechendes Tool im Organisationshandbuch AENEIS. Die Maßnahmen werden digital erfasst und nachverfolgt.

Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Fort- und Weiterbildungsangebote

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

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

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

Zum Austausch von Erfahrungen mit den Kooperationspartnern und Zuweiserinnen und Zuweisern werden durch das Uroonkologische Zentrum jährlich Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Im Rahmen des Urologentreffen wurden im Jahr 2024 fünf 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.

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs e. V. fand eine Veranstaltung für Patientinnen und Patienten zu aktuellen Behandlungsmöglichkeiten bei PCa am 26. Oktober 2024 in der Klinik und Poliklinik für Urologie statt.

Das Uroonkologische Zentrum war ebenfalls am Patiententag des NCT/UCC am 25. Mai 2024 beteiligt.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Die letzte Befragung der Zuweiserinnen und Zuweiser erfolgte im März 2021 durch die Direktion Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement. Die Ergebnisse wurden ausgewertet und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorgestellt. Im Rahmen des Urologentreffens wurden auch den Zuweiserinnen und Zuweisern die Ergebnisse der Zufriedenheitsbefragung vorgestellt. Seit Januar 2023 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern des Uroonkologischen Zentrums auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de und einem 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.

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

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

Strukturierte Befragungen der Patientinnen und Patienten werden alle drei Jahre durchgeführt. Die letzte Befragung erfolgte im Februar 2021. Die Rücklaufquote lag bei 41,2%. Darüber hinaus erfolgte bis August 2023 kontinuierlich die Erfassung der Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten über die elektronischen Befragungsstellen, die für alle Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen im Haus frei zugänglich sind und freiwillig und anonym genutzt werden können. Seit

August 2023 ist nach einem Wechsel des Anbieters des digitalen Feedbacks die Nutzung der Feedbackstelen nicht mehr möglich. Das Feedback kann nun über die Nutzung eines QR-Codes abgegeben werden.

Dieses System wird von den Patientinnen und Patienten im Vergleich zum vorherigen System nicht mehr so zahlreich genutzt. Die Patientinnen und Patienten werden daher im stationären Bereich nochmals mit einem Flyer, welcher den QR-Code enthält, zur Abgabe eines Feedbacks aufgefordert.

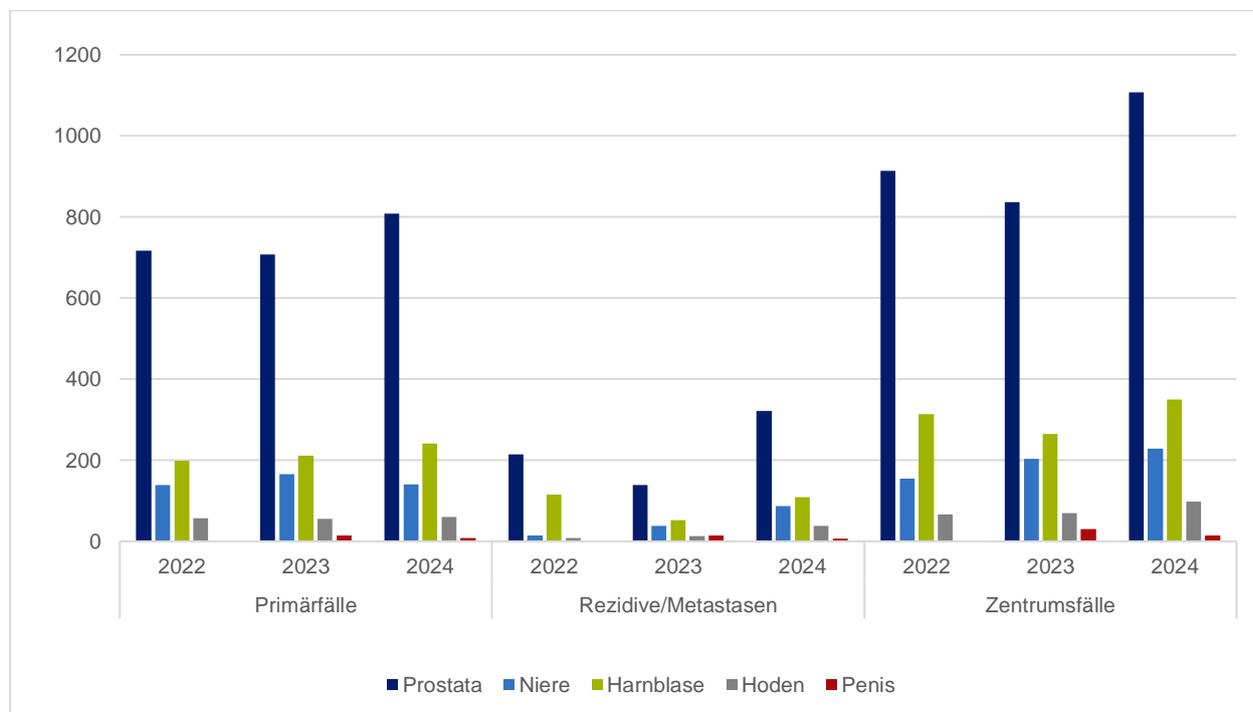
Eine Auswertung der Feedbacks erfolgt bereichs- und klinikbezogen in monatlichen statistischen Auswertungen sowie in der monatlichen Leitungsteamsitzung.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

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

Abbildung 85: Fallzahlen Prostatakarzinom, Nierenzellkarzinom (Zeitraum 2022-2024), Harnblasenkarzinom (Zeitraum 2022-2024), Hodentumor (Zeitraum 2022-2024), Peniskarzinom (Erfassung seit 2023)



Das Modul Penis wurde im April 2024 erfolgreich erstzertifiziert. Für das Kennzahlenjahr lagen erstmals detaillierte Zahlen für Primärfälle, Rezidive/Metastasen und Zentrumsfälle entsprechend der Definition der Fachgesellschaften vor.

Für den operativen Bereich schreiben die Anforderungen an zertifizierte Uroonkologische Zentren mindestens 50 Prostataektomie, 30 Nierenteilresektionen, 20 Zystektomien, vier Resektionen bei Peniskarzinom und mindestens drei inguinale/pelvine Lymphadenektomien vor. Die Vorgaben wurden für das Jahr 2024 erfüllt.

Abbildung 86: Anzahl Prostataektomien und Nierenteilresektionen UOZ 2022-2024

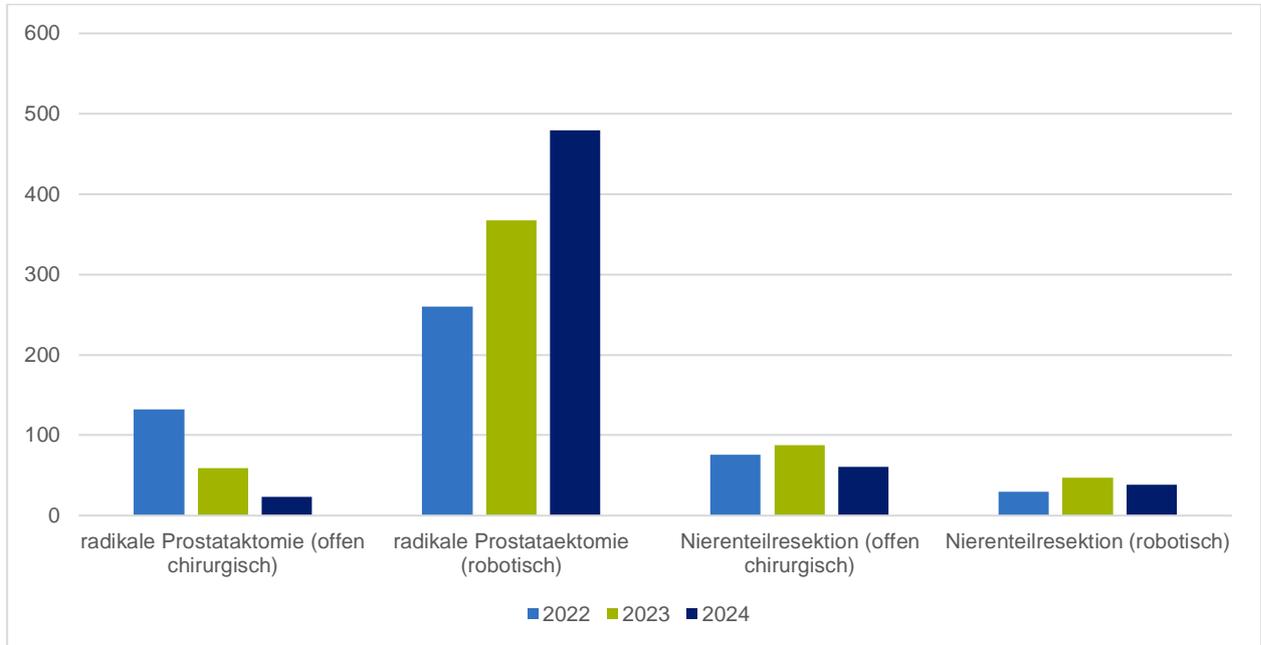


Abbildung 87: Anzahl Nephrektomien, TURB, Zystektomien, Nephroureterektomie UOZ 2022-2024

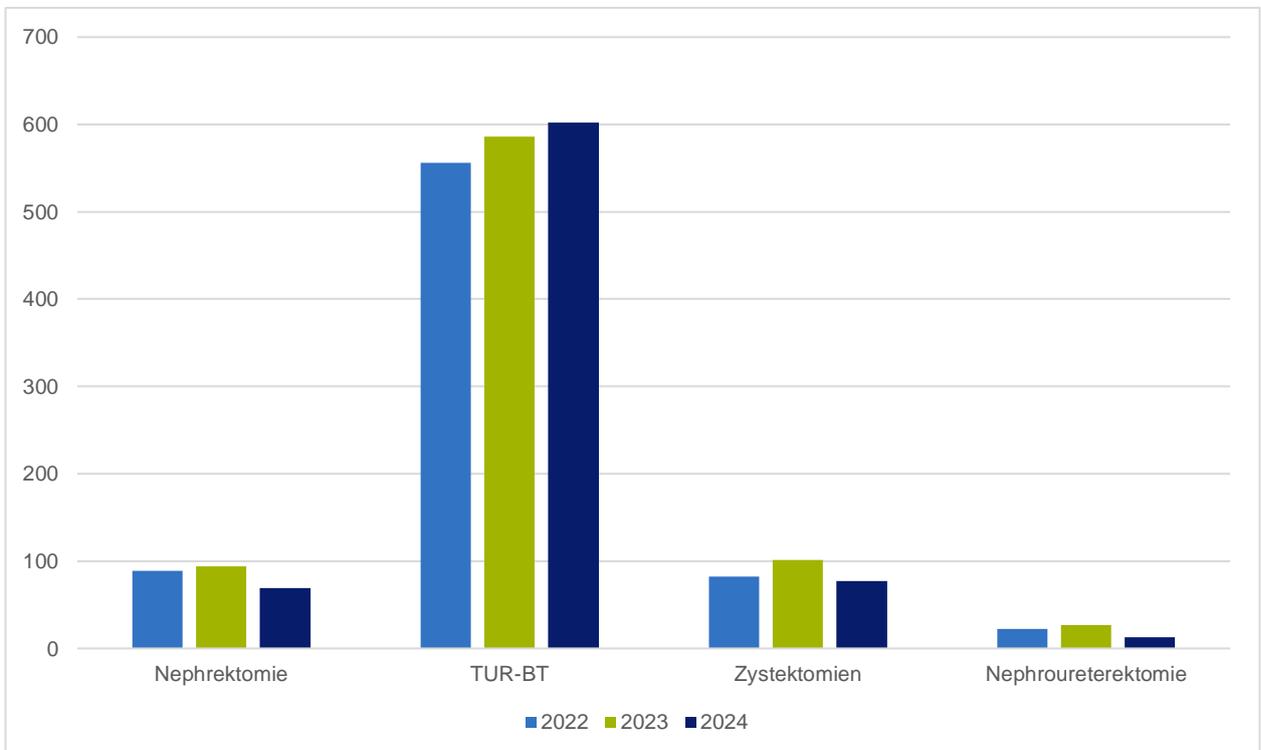
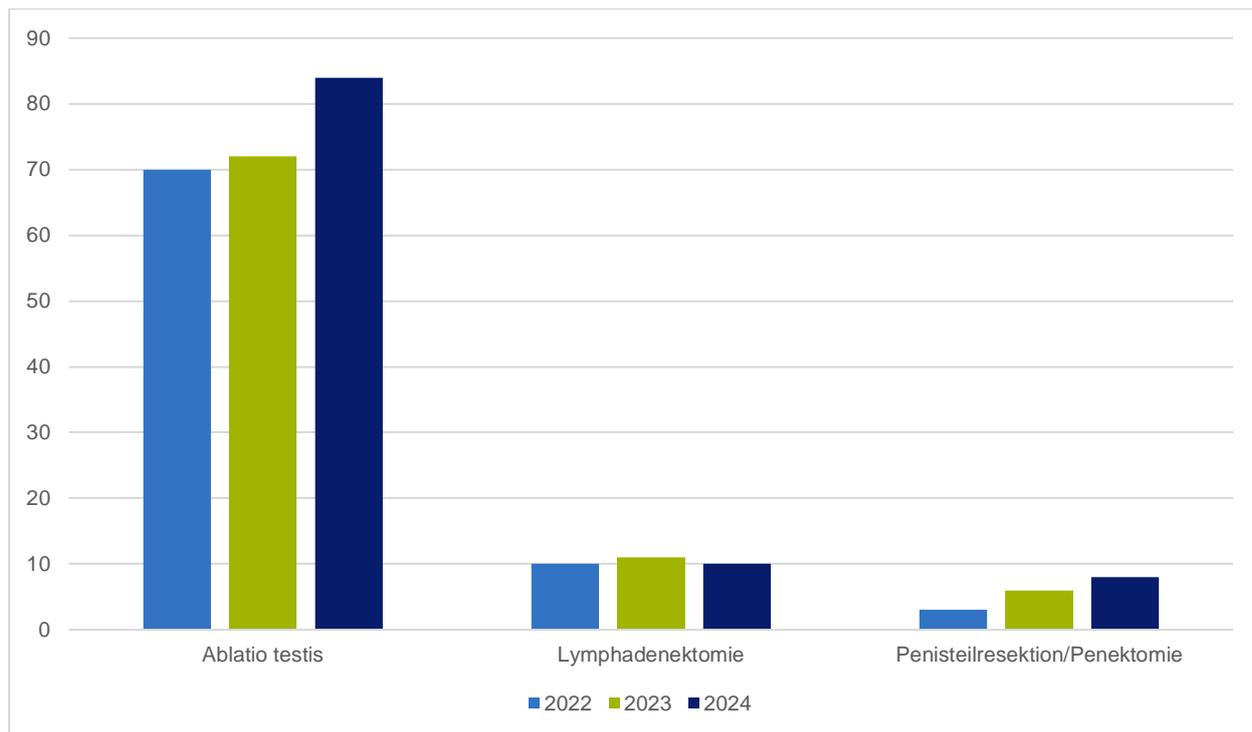


Abbildung 88: Anzahl Ablatio testis, Lymphadenektomien, Penisteilresektionen/Penektomie UOZ 2022-2024



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 95: Betreuung durch den psychoonkologischen Dienst UOZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Prostata	16,7%	20,5%	17,8%
Niere	36,9%	41,1%	38,2%
Harnblase	43,5%	72,1%	57,6%
Hoden	-	47,8%	50,0%
Penis	-	-	63,6%

Zur Bedarfserhebung kommen das Distressthermometer und der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4) zur Anwendung. Wird ein Bedarf ermittelt bzw. äußern die Patientinnen und Patienten unabhängig von einer ermittelten Belastung einen Behandlungswunsch, erfolgt die direkte Kontaktaufnahme durch den psychoonkologischen Dienst. Sollte zunächst kein Bedarf ermittelt

werden oder Behandlungswunsch bestehen, aber im Laufe der Behandlung durch die Ärztinnen und Ärzte oder Pflegekräfte oder durch die Patientinnen und Patienten selbst ein Bedarf erkannt werden, besteht jederzeit die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit dem psychoonkologischen Dienst, entweder im direkten telefonischen Kontakt oder über eine Konsilanforderung. Eine vollständige Erfassung der Screeningrate erfolgt seit dem Kennzahlenjahr 2023.

Tabelle 96: Psychoonkologisches Screening UOZ 2024

Tumorentität	Screening	Beratung bei positivem Screening
Prostata	55,0%	28,4%
Niere	68,0%	53,6%
Harnblase	72,7%	73,5%
Hoden	55,0%	81,8%
Penis	63,6%	100,0%

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

Tabelle 97: Betreuung durch den Sozialdienst UOZ 2022-2024

	2022	2023	2024
Prostata	59,6%	70,0%	63,5%
Niere	75,7%	95,2%	60,5%
Harnblase	45,4%	48,8%	46,3%
Hoden	-	84,1%	60,2%
Penis	-	-	100,0%

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 98: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung Uroonkologisches Zentrum 2022-2024

Wartezeit	2022	2023	2024
auf einen Termin	19 Tage	13 Tage	17 Tage
während der Sprechstunde	45 Minuten	27 Minuten	20 Minuten

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

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

In den interdisziplinären Tumorkonferenzen des Uroonkologischen Zentrums werden Patientinnen und Patienten mit einer Primärerkrankung prä- und/oder postoperativ vorgestellt. Neben der Vorstellung von Patientinnen und Patienten mit einer Primärerkrankung werden auch Patientinnen und Patienten mit einem Lokalrezidiv und/oder einer sekundären Metastasierung regelhaft in den Tumorkonferenzen vorgestellt. Die Tumorkonferenz des Uroonkologischen Zentrums findet zweimal wöchentlich statt. Im Jahr 2024 wurden insgesamt **2.282 interdisziplinäre Behandlungspläne** für 1.873 Patientinnen und Patienten erstellt.

Abbildung 89: Anzahl Tumorboardempfehlungen Uroonkologisches Zentrum 2015-2024

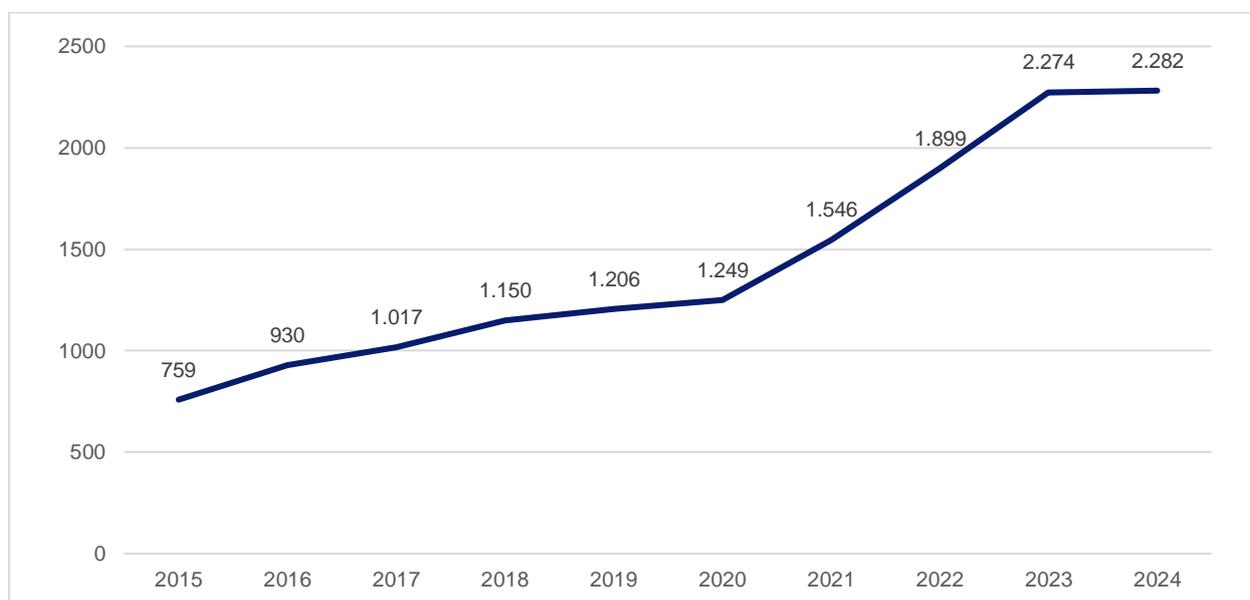
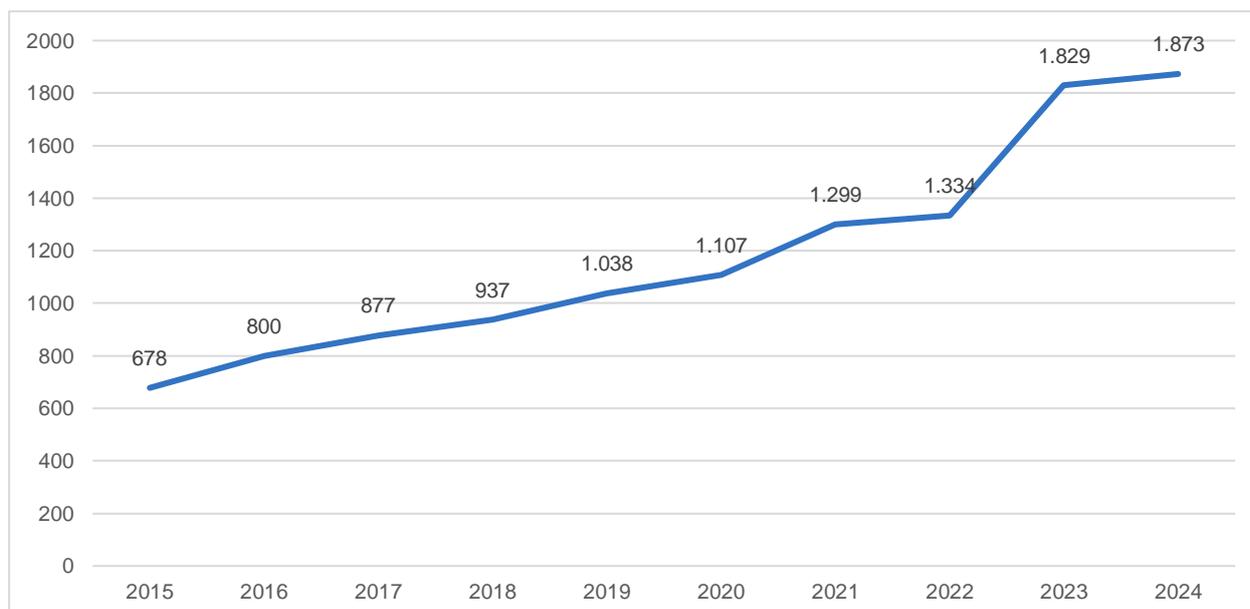


Abbildung 90: Anzahl vorgestellte Patientinnen und Patienten Uroonkologische Zentrum 2015-2024

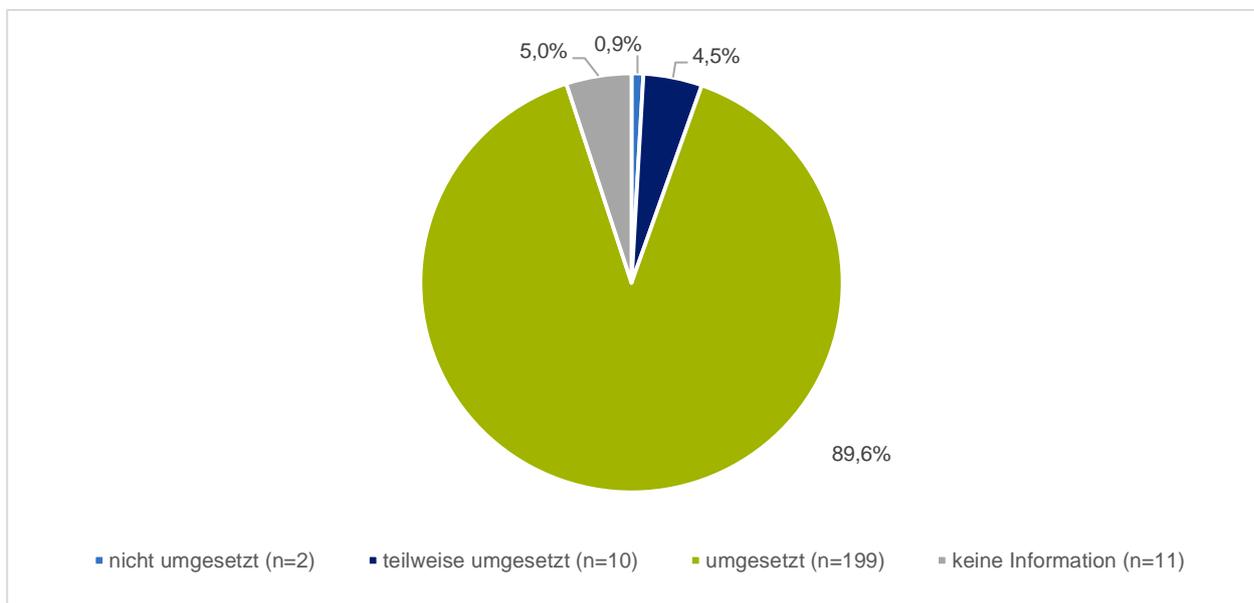


Tumorboardcompliance

Zur Evaluierung der Ergebnisqualität der Tumorboards wird jährlich die inhaltliche Umsetzung der Tumorboardbeschlüsse des urologischen Tumorboards überprüft. Methodisch wird dabei eine Stichprobe von 25% der besprochenen Patientinnen und Patienten über einen zurückliegenden 12-Monatszeitraum (für diese Auswertung: Oktober 2023 bis September 2024) randomisiert gezogen.

Für die urologischen Tumorboards wurden dabei **222 Beschlüsse** von insgesamt **153 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 91: Ergebnis der Überprüfung der Tumorboardcompliance Uroonkologisches Zentrum 2024



Von den 222 Tumorboardbeschlüssen wurden **199 vollständig umgesetzt**. 10 Beschlüsse wurden teilweise und 2 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 2024 konnten keine kritischen Ergebnisse festgestellt werden.

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an zertifizierte Uroonkologische Zentren umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in Tabelle 99 zusammengefasst.

Tabelle 99: Datenqualität DKG-Kennzahlen Uroonkologisches Zentrum 2024

	Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
Harnblase	82,35%	11,76%	5,88%
Niere	94,12%	0%	5,88%
Prostata	93,33%	3,33%	3,33%
Hoden	91,67%	0%	8,33%
Penis	82,35%	11,76%	5,88%

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 2024 waren 25 Studien zur Rekrutierung von Patientinnen und Patienten geöffnet. Davon 14 Studien, die gemeinsam mit Kooperationspartnern betreut werden. Die Vorgabe der Fachgesellschaften sieht einen Studieneinschluss von $\geq 5\%$ vor. Diese Vorgabe wurde erfüllt.

Tabelle 100: Studienquote Uroonkologisches Zentrum 2022-2024

2022	2023	2024
23,5%	39,0%	28,2%

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 2024 veröffentlicht wurden. Die vollständige Übersicht zu den Publikationen ist über die Leistungsbilanz der Medizinischen Fakultät auf der Internetseite der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus - <https://fis.tu-dresden.de/portal/de/> - zu finden, wobei alle Projekte und Publikationen von Beschäftigten des Uroonkologischen Zentrums aus organisatorischen Gründen unter „Klinik und Poliklinik für Urologie“ aufgeführt sind.

Baunacke M, Kontschak L, Menzel V, Grabbert M, Borkowetz A, Mehralivand S, Einsenmenger N, Huber J, Thomas C, Schultz-Lampel D. **Declining utilization of urodynamic studies in urological care in Germany: time to say goodbye?**. World Journal of Urology. 2024 Jul; 42:440; doi.org/10.1007/s00345-024-05154-3

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

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

Putz J, Kestel V, Herout R, Borkowetz A, Leike S, Thomas C, Baunacke M. **Urogenitale Tumoren nach Nierentransplantation – monozentrische Aufarbeitung der Inzidenzen und Überblick urologischer Vorsorgemaßnahmen.** Urologie 2024-63:341-350; doi.org/10.1007/s00120-024-02317-3



Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs

Inhaltsverzeichnis

Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs	205
Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK)	205
Ziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs	205
Externe und interne Audits	206
Externe Audits	206
Interne Audits	206
Zufriedenheitsbefragungen	207
Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser	207
Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten	207
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	207
Fort- und Weiterbildungsangebote und Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	208
Fort- und Weiterbildungsangebote	208
Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten	208
Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	208
Leistungszahlen	208
Interdisziplinäres Gendiagnostikboard	210
Wartezeiten	211
Datenqualität DKG-Kennzahlen	211
Forschungstätigkeiten	212
Publikationen	212

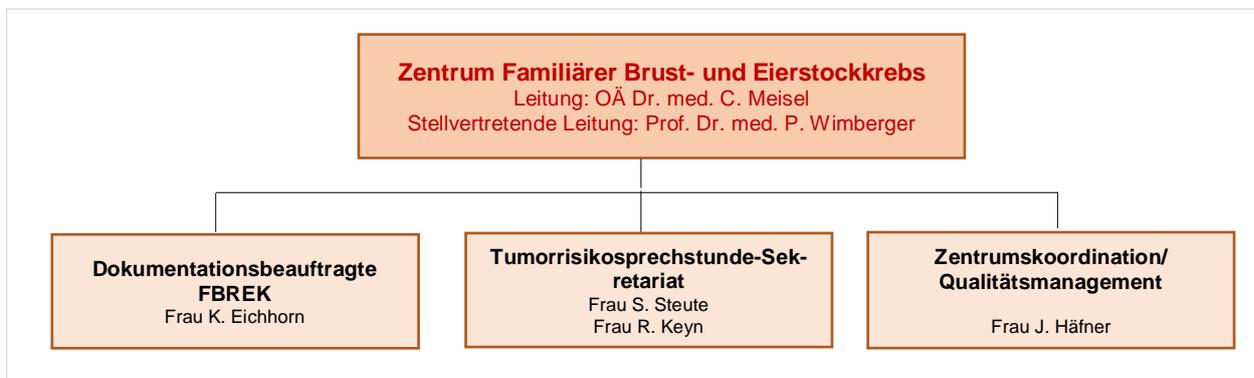
Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs

Struktur des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs (FBREK)

Brust- und Eierstockkrebs sind eine der häufigsten bösartigen Krebserkrankungen des Menschen. Es gibt sowohl erbliche als auch erworbene Risikofaktoren. Man schätzt, dass 5 bis 10% aller bösartigen Brusttumore auf der Grundlage einer 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 92: 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 101: Jahresziele des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2024

Nr.	Qualitätsziel	Verantwortlich	Termin	Zielerreichung
1.	Abschluss Curriculum für alle Berater/Kooperationspartner einschließlich Hospitation	Berater FBREK KOOP FBREK	Fortlaufend 2024	Alle relevanten Kooperationspartner haben das Curriculum absolviert und am Gendiagnostikboard / Hospitation teilgenommen.
2	Gewinnung neuer Kooperationspartner	Leitung FBREK	Fortlaufend 2024	Vertragsabschluss mit Helios Klinikum Pirna.
3	Befragung der Ratsuchenden	Leitung FBREK	Fortlaufend 2024	Kontinuierliche Befragung über QR-Code NCT/UCC möglich, direktes Anschreiben wird für 2026 geplant.
4	Erfolgreiche Re-Zertifizierung	Leitung FBREK / Alle MA FBREK	17.04.2024	Das Zentrum wurde erfolgreich am 17. April 2024 rezertifiziert. Es gab keine Abweichungen.
5	Umstrukturierung Tumorrisiko-Sekretariat	MA Sekretariat	Fortlaufend 2024	Erreicht, neue Mitarbeiter wurden eingearbeitet.
6	Erweiterung MRT-Kapazität	Leitung RAD / Leitung FBREK	Fortlaufend 2024	Ziel wird in 2025 weiterverfolgt. Ab April 2025 1x im Monat samstags.
7	Erstellung einer Kontaktinformation über das Onkologische Zentrum unter Beteiligung des Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs.	Leitung FBREK Frau Häfner	Fortlaufend 2024	Der Kontaktflyer wurde erstellt, gedruckt und den Niedergelassenen zur Verfügung gestellt.
8	Beteiligung am Patiententag des NCT/UCC am 25. Mai 2024	Leitung RBZ	25. Mai 2024	Das FBREK hat sich mit Vorträgen präsentiert.

Externe und interne Audits

Externe Audits

Am 17. April 2024 fand die erfolgreiche Rezertifizierung des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Es wurden zwei Hinweise ausgesprochen, die den Nachweis der Teilnahme der Kooperationspartner am Fortbildungs-Curriculum betrifft sowie die Rekrutierung von Betroffenen in die BRCA-P Studie. Diese Hinweise wurden in den Maßnahmenplan aufgenommen und in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppentreffen innerhalb des Zentrums interdisziplinär und interprofessionell diskutiert.

Interne Audits

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

Das letzte interne Audit fand am 10. Januar 2024 statt. Neben einem Leitungsaudit wurden das Brust- und Gynäkologische Krebszentrum (Station und gynäkologische Ambulanz) sowie das Zentrum für Familiären Brust- und Eierstockkrebs (Sprechstunde, Gendiagnostikboard) auditiert.

Es wurden keine Abweichungen festgestellt. Insgesamt wurden vier Hinweise und zwei Anregungen gegeben. Davon betreffen vier Hinweise die Dokumentation/Dokumentenlenkung, ein Hinweis die klinischen Studien und ein Hinweis die Medizinprodukte.

Zufriedenheitsbefragungen

Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser

Befragungen zur Zufriedenheit der Zuweiserinnen und Zuweiser des 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. Die Rücklaufquote betrug 42%. Die nächste Befragung ist für den Herbst 2025 geplant.

Seit Januar 2023 steht den Zuweiserinnen und Zuweisern des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs auf der Internetseite des NCT/UCC unter <https://www.nct-dresden.de/fuer-aerzte/zuweiserbefragung.html> ein Onlinefragebogen zur kontinuierlichen Teilnahme an einer Befragung zur Verfügung. Zudem besteht die Möglichkeit, über die neu eingerichtete E-Mail-Adresse feedback.nct-ucc@ukdd.de und einem 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.

Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten

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

Die Patientinnen und Patienten haben zudem die Möglichkeit, ihre Hinweise und/oder Beschwerden über das digitale Feedbacksystem, welches in allen Einrichtungen etabliert ist, abzugeben. Hier kann seit Oktober 2024 auch das Zentrum Familiärer-Brust und Eierstockkrebs ausgewählt werden.

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 2024 fanden in der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Universitätsklinikums Dresden verschiedene Fort- und Weiterbildungen statt, die auch das Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs mit einbezogen haben.

Tabelle 102: Fort- und Weiterbildungsangebote FBREK 2024

Datum	Fort- und Weiterbildung
16. März 2024	Aktuelles aus der Frauenheilkunde – Vortrag: Gut zu wissen – Familiärer Brust- und Eierstockkrebs
6. bis 8. Juni 2024	Teilnahme am Senologiekongress in Dresden, Vorträge, Moderation sowie Postervorstellungen
14. und 15. Juni 2024	Teilnahme MGFG Tagung; Teilnahme am Symposium Senologie und Gynäkologische Onkologie
6. August 2024	Interne Fortbildung: BASICS Tumorrisikosprechstunde

Veranstaltungen für Patientinnen und Patienten

Am 28. September 2024 fand am Standort Universitätsklinikum Dresden der 15. Informationstag Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt. Der Informationstag wurde im Jahr 2024 interaktiv gestaltet und gliederte sich zunächst in kurze Präsentationen und anschließend vier Workshops, bei denen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beteiligen konnten.

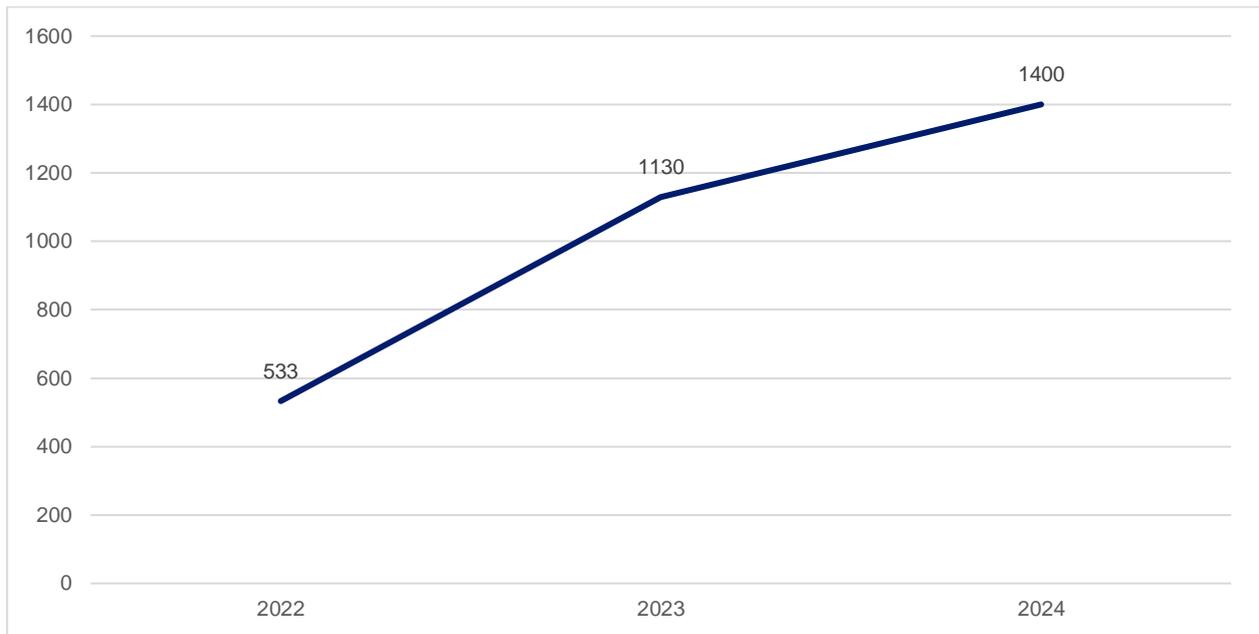
Am 25. Mai 2024 fand zudem der zweite Patiententag des NCT / UCC unter Beteiligung des Zentrums Familiärer Brust- und Eierstockkrebs statt.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Leistungszahlen

Zertifizierte Zentren Familiärer Brust- und Eierstockkrebs müssen nach den Anforderungen der Fachgesellschaften pro Jahr ≥ 150 genetische Untersuchungen bei erkrankten Personen / nicht-erkrankte Personen durchführen. Im Jahr 2024 wurden im FBREK-Zentrum **1.400 genetische Untersuchungen** durchgeführt. Davon waren 180 Proben von externen Kooperationspartnern.

Abbildung 93: Anzahl genetische Untersuchungen FBREK 2022-2024



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

Abbildung 94: Detektionsrate im IFNP FBREK 2022-2024

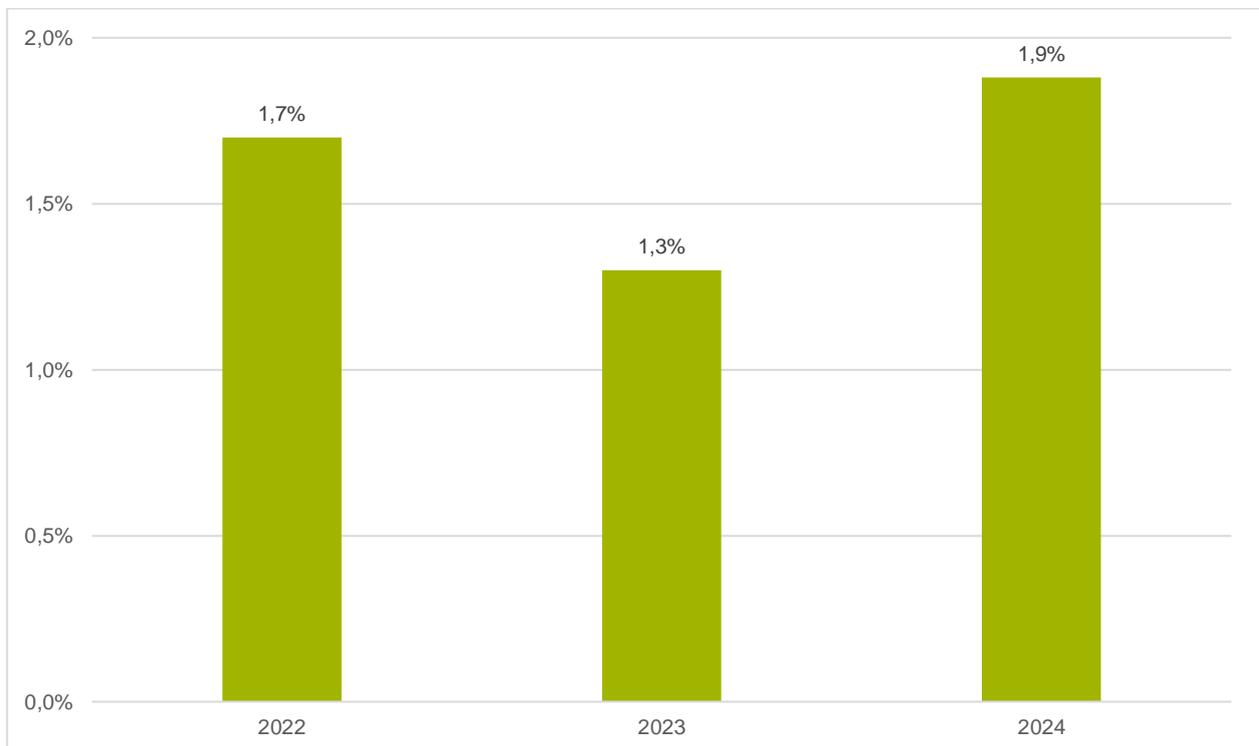


Abbildung 95: Anteil histologisch gesichertes Mamma-Ca/DCIS nach BIRADS 4/5 und Stadienverteilung FBREK 2022-2024

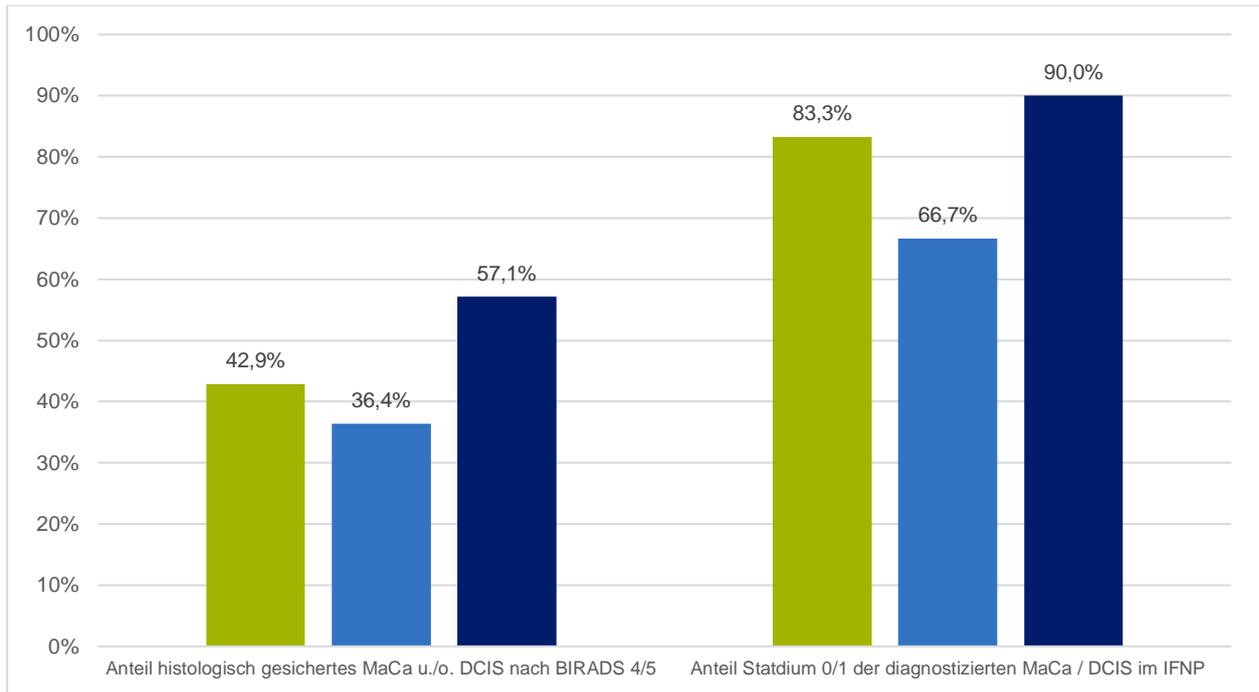
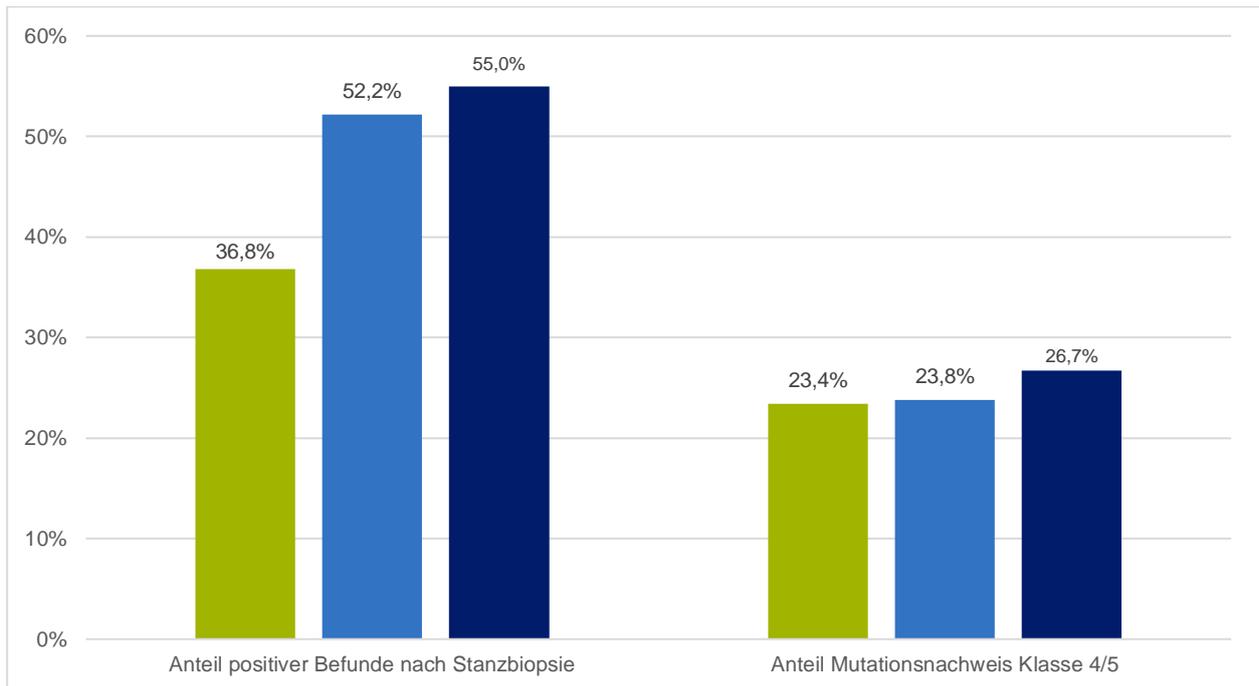


Abbildung 96: Anteil positiver Befunde nach Stanzbiopsie und Anteil Mutationsnachweis Klasse 4/5 FBREK 2022-2024

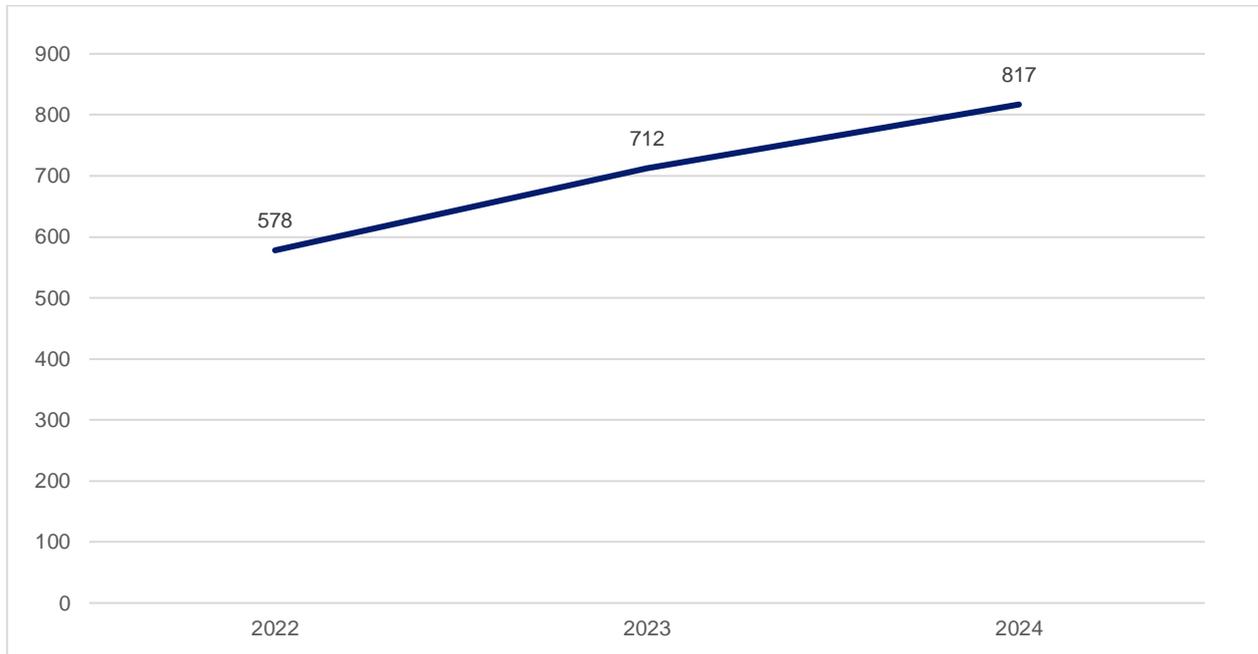


Interdisziplinäres Gendiagnostikboard

In dem interdisziplinären Gendiagnostikboard werden Patientinnen und Patienten sowie Ratsuchende prä- und postdiagnostisch vorgestellt. Es erfolgt hierbei die fallbezogene Besprechung unklarer, klinischer radiologischer oder molekulargenetischer Befunde. Ebenfalls erfolgt die Besprechung von Befunden mit Varianten unklarer Signifikanz (VUS) sowie bei Bedarf von risikoreduzierenden Operationen.

Das Gendiagnostikboard findet einmal wöchentlich, montags, in den Räumlichkeiten des Instituts für Klinische Genetik im Haus 21, statt.

Abbildung 97: Anzahl Beschlüsse Gendiagnostikboard FBREK 2022-2024



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 103: Ergebnisse der Wartezeitenerfassung FBREK 2022-2024

Wartezeit	2022	2023	2024
auf einen Termin	≤ 4 Wochen	≤ 4 Wochen	≤ 4 Wochen
während der Sprechstunde	17,2 Minuten	21,7 Minuten	15,1 Minuten
Ergebnismitteilung	3-4 Wochen	3-4 Wochen	3-4 Wochen

Datenqualität DKG-Kennzahlen

Die Anforderungen an zertifizierte Zentren Familiärer Brust- und Eierstockkrebs der Deutschen Krebsgesellschaft umfasst spezifische Kennzahlen. Die Datenqualität dieser Kennzahlen im Jahr 2024 ist in Tabelle 104 zusammengefasst.

Tabelle 104: Datenqualität DKG-Kennzahlen Familiärer Brust- und Eierstockkrebs 2024

Plausibel	Plausibilität unklar	Sollvorgabe nicht erfüllt
100% (7)	0% (0)	0% (0)

Forschungstätigkeiten

Publikationen

Kast K, Häfner J, Schröck E, Jahn A, Werner C, Meisel C, Wimberger P. **Recommendation and Acceptance of Counselling for Familial Cancer Risk in Newly Diagnosed Breast Cancer Cases.** *Breast Care (Basel)*. 2022 Apr;17(2):153-158.

Stock S, Isselhard A, Shukri A, Kautz-Freimuth S, Redaelli M, Berger-Höger B, Dikow N, Kiechle M, Köberlein-Neu J, Meisel C, Schmutzler R, Steckelberg A, van Mackelenbergh MT, Vitinius F, Wöckel A, Rhiem K. **Decision Coaching for Healthy Women With BRCA1/2 Pathogenic Variants-Findings of the Randomized Controlled EDCP-BRCA Trial.** *Dtsch Arztebl Int*. 2024 Jun 14;121(12):393-400. doi: 10.3238/arztebl.m2024.0049. PMID: 38629689; PMCID: PMC11460264.

Zachariae S, Quante AS, Kiechle M, Rhiem K, Fehm TN, Schröder JG, Horvath J, Leinert E, Dikow N, Ronez J, Schönfeld M, van Mackelenbergh MT, Schatz UA, Meisel C, Aktas B, Witt D, Mehraein Y, Weber BHF, Solbach C, Speiser D, Hoyer J, Faigle-Krehl G, Much CD, Müller-Rausch AV, Villavicencio-Lorini P, Banys-Paluchowski M, Pieh D, Schmutzler RK, Fischer C, Engel C. **Calculating Future 10-Year Breast Cancer Risks in Risk-Adapted Surveillance: A Method Comparison and Application in Clinical Practice.** *Cancer Prev Res (Phila)*. 2025 Feb 3;18(2):85-92. doi: 10.1158/1940-6207.CAPR-24-0328. PMID: 39575650.

Baumann A, Ruckert C, Meier C, Hutschenreiter T, Remy R, Schnur B, Döbel M, Fankep RCN, Skowronek D, Kutz O, Arnold N, Katzke AL, Forster M, Kobiela AL, Thiedig K, Zimmer A, Ritter J, Weber BHF, Honisch E, Hackmann K; Bioinformatics Working Group of the German Consortium for Hereditary Breast & Ovarian Cancer; Schmidt G, Sturm M, Ernst C. **Limitations in next-generation sequencing-based genotyping of breast cancer polygenic risk score loci.** *Eur J Hum Genet*. 2024 Aug;32(8):987-997. doi: 10.1038/s41431-024-01647-2. Epub 2024 Jun 21. PMID: 38907004; PMCID: PMC11291653.

Li S, Madanat-Harjuoja L, Leslie G, Barnes DR, Bolla MK, Dennis J, Parsons MT, Apostolou P, Arnold N, Bosse K, On Behalf Of Embrace Collaborators ACA, Cook J, Engel C, Evans DG, Fostira F, Frone MN, Gehrig A, Greene MH, Hackmann K, Hahnen E, Harbeck N, Hauke J, Hentschel J, Horvath J, Izatt L, Kiechle M, Konstantopoulou I, Lalloo F, Yie JNY, Niederacher D, Ritter J, Santamariña M, Schmutzler RK, Searle C, Sutter C, Tischkowitz M, Tripathi V, Vega A, Wallaschek H, Wang-Gohrke S, Wappenschmidt B, Weber BHF, Yannoukakos D, Zhao E, Easton DF, Antoniou AC, Chenevix-Trench G, Rebbeck TR, Diller LR. **Childhood, adolescent and young adulthood cancer risk in BRCA1 or BRCA2 pathogenic variant carriers.** *J Natl Cancer Inst*. 2024 Nov 25:djae306. doi: 10.1093/jnci/djae306. Epub ahead of print. PMID: 39585318.

Ortmann, O., Schüler-Toprak, S., Kast, K. *et al.* **The risk of endocrine interventions in carriers of a genetic predisposition for breast and gynecologic cancers: recommendations of the German Consortium for Hereditary Breast and Ovarian Cancer.** *J Cancer Res Clin Oncol* **150**, 417 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00432-024-05936-7>



Jahresbericht 2024

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.



Eine gemeinsame Einrichtung von:



Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
DIE DRESDNER.





„Suche nicht nach Fehlern,
suche nach Lösungen.“

Henry Ford

CLARCERT
Zertifiziertes Qualitätsmanagement
ISO 9001:2015

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

**Zertifiziertes
Onkologisches Zentrum**