

# Jahresbericht des Onkologischen Zentrums am Dietrich Bonhoeffer Klinikum

Berichtszeitraum: 01/2022 - 12/2022 Bearbeitungsstand 28.03.2023

## Berichtsgrundlage:

Der vorliegende Bericht wurde auf Grundlage folgender Vorgaben erstellt:

1. Geschäftsordnung des Onkologischen Zentrums: „Die Erstellung eines Jahresberichts und eines Jahresreviews erfolgt in Form einer Managementbewertung als 1x jährliche Mitgliederversammlung aller Kooperationspartner des OZ“
2. Vorgaben der DKG (EB 1.1.4 Jahresreview): In dem Jahresreview sind durch das Lenkungsgremium folgende Punkte zu betrachten:
  - Zieldefinition/-bewertung, ggf. Neuausrichtung der Ziele
  - Einzelbewertung der zentralen Zuständigkeiten (in Verbindung mit Zielbetrachtung)
  - Betrachtung von Auditergebnissen (intern/ extern)
  - Das Jahresreview ist zu protokollieren (inkl. Aktualisierung des Aktionsplanes).
3. Forderungen des GBA: öffentlich zugänglicher Bericht mit Maßnahmen und Ergebnissen

Die Bewertung des Onkologischen Zentrums (OZ) für das Berichtsjahr 2022 erfolgt nach der Methode des PDCA-Zyklus (plan, do, check, act). Ziel ist es, die fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit der Maßnahmen zu prüfen, sowie notwendige Angleichung an die strategische Ausrichtung der Organisation sicherzustellen.

Die Anforderungen der entsprechenden G-BA RL und der OnkoZert EB/Kennzahlen-Bögen dienen der Strukturierung der Bewertung.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung der Patientenversorgung sind dabei grundlegende Zielstellung.

Die Nachvollziehbarkeit der Umsetzung abgeleiteter Maßnahmen erfolgt über eine strukturierte Maßnahmenplanung mit benannten Verantwortlichen und Zielstellungen in detaillierter separater Dokumentation. Im Jahresbericht wird dies über eine Zusammenfassung dargelegt.

Die hier vorliegende Bewertung des QM-Systems des Onkologischen Zentrums (OZ) und der Organkrebszentren fasst die relevanten Aspekte für das Kalenderjahr 2022 zusammen. Dieser Zeitraum war aus QM-Sicht geprägt durch die Vor- und Nachbereitung der Erstzertifizierung des Onkologischen Zentrums, des Zentrums für Hämatologische Neoplasien, sowie der Transitzentren Prostata und Neuroonkologie, ebenso wie die Vorbereitung von Wiederhol- und Überwachungsaudits für das Viszeralonkologische Zentrum (VZ; Darm, Pankreas) und das Brustzentrum (BZ) nach den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft.

Die Ziele und Maßnahmen in diesem Jahresbericht leiten sich ab aus

- Vorgaben der DKG aus dem Erhebungsbogen für Onkologische Zentren
- Vorgaben des G-BA an onkologische Zentren
- Hinweise aus externen Auditberichten OnkoZert
- Interne Auditberichte Zentren und Kliniken
- Projekt- und Maßnahmenpläne
- Kennzahlen der Erhebungsbögen und Matrix Ergebnisqualität
- Maßnahmen Qualitätszirkel
- Dokumentenmanagement
- Patientinformation und Öffentlichkeitsarbeit
- Ergebnisse aus Befragungen, dem Lob- und Beschwerdemanagement und dem Risikomanagement
- Bericht Ärztliche Stelle
- Gesetzlicher Qualitätsbericht

Das Onkologische Zentrum bildet die Dachstruktur der Organkrebszentren, Institute und Einrichtungen, welche an der Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Tumorerkrankungen beteiligt sind.

Zu bewertende Themen/ Ziele/ Maßnahmen/ Vorgaben aus 2022	Verantwortlicher 2022	Review/ Status 2023	Neubewertung Thema/ Ziel/ Maßnahme/ Vorgabe	Verantwortlicher 2023
<b>(1) Vorgaben der deutschen Krebsgesellschaft für onkologische Zentren</b>				
<b>1.1 Struktur des Netzwerks</b>				
Die Netzwerkbildung des Onkologischen Zentrums, der bereits bestehenden und neu gegründeten Organzentren weiter vertiefen -> Kooperationen ggf. weiter unter Pandemiebedingungen strukturieren	Lenkungsgremium	begonnen und fortlaufend in Umsetzung	Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Lenkungsgremium
Erstzertifizierung des Zentrums Hämatologische Neoplasien	Leiter Zentrum	umgesetzt	neues Ziel 2023: erfolgreiches Überwachungsaudit des Zentrums Hämatologische Neoplasien	Leiter Zentrum
Erstzertifizierung Transitzentrum Prostatakrebszentrum	Leiter Zentrum	umgesetzt	neues Ziel 2023: erfolgreiches Überwachungsaudit des Transitzentrum Prostata	Leiter Zentrum
Erstzertifizierung Transitzentrum Neuroonkologisches Zentrum	Leiter Zentrum	umgesetzt	neues Ziel 2023: erfolgreiches Überwachungsaudit des Transitzentrum Neuroonkologisches Zentrum	Leiter Zentrum
Erstzertifizierung Onkologisches Zentrum	Lenkungsgremium	umgesetzt	neues Ziel 2023: erfolgreiches Überwachungsaudit des Onkologischen Zentrums	Lenkungsgremium

Zu bewertende Themen/ Ziele/ Maßnahmen/ Vorgaben aus 2022	Verantwortlicher 2022	Review/ Status 2023	Neubewertung Thema/ Ziel/ Maßnahme/ Vorgabe	Verantwortlicher 2023
-> Etablierung QM-System relevante Prozesse definieren, analysieren und fixieren -> Evaluation + Weiterentwicklung der Prozesse und gemeinsamer interdisziplinärer Behandlungspfade und Standardverfahrensanweisungen (SOPs) im Geltungsbereich OZ	Lenkungs-gremium	QM-System etabliert; Weiterentwicklung fortlaufend in Umsetzung	Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Lenkungs-gremium
-> Spezielle Software Onkologie (Celsius 37) in Vernetzung mit dem KIS zur Tumordokumentation und Vor-/ Nachbereitung der Tumorkonferenzen für onkologische Patienten einführen -> Pilot-Zentrum BRZ, ausrollen auf OZ	Leiter Brustzentrum	Etablierung C37 abgebrochen: Entscheidung KHL und Lenkungs-gremium: Der strukturierte Workflow wird für alle Zentren über das CCP als führendes Krankenhausinformationssystem realisiert	Neues Ziel 2023: Optimierung der Dokumentation der Tumorkonferenzen in CCP	Leiter Zentren und OZ mit QM
Aktivierung interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen	Leiter Zentren und OZ	fortlaufend: 2022: 14 Fortbildungsveranstaltungen mit onkologischen Themenschwerpunkten	Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentren und OZ
-> Aufrechterhaltung bzw. Aktivierung der Kooperationen mit Selbsthilfegruppen -> Patientenbeteiligung aktivieren	Leiter Zentren und OZ	fortlaufend in Umsetzung	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentren und OZ
-> Öffentlichkeitsarbeit / Aktualisierung des Internetauftritts -> Struktur und Einarbeitung erforderlicher Verlinkungen i.S. des OZ	Leiter Zentren und OZ Öffentlichkeitsarbeit und IT	umgesetzt und fortlaufend in Aktualisierung	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in	Leiter Zentren und OZ Öffentlichkeitsarbeit und IT
Initiierung und Abhaltung eigenständiger Qualitätszirkel unter Einbeziehung aller relevanter Kooperationspartner und Einweiser für den Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums  z.B. interdisziplinäre onkologische Stammtische als QZ 2x jährlich organisieren + protokollieren, dort auch externe Teilnehmer; 1x im Anschluss an „Lenkungs-gremium“ separater QZ	Leiter Zentren und OZ	fortlaufend in Umsetzung 2022: Qualitätszirkel = 10 M&M Konferenzen = 5 Treffen Lenkungs-gremium = 6 ; siehe gesonderte Aufstellung Uebersicht_OZ- 2022_MM_FWB-2022	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentren und OZ
Überarbeitung und Bereinigung der finanziellen Ressourcenplanung	QM + Leiter OZ mit KHL	umgesetzt	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	QM + Leiter OZ mit KHL
<b>1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit</b>				
Evaluation Tumorkonferenzen : Stichprobenverfahren TUK-Protokolle; jährliche Überprüfung des Verfahrens TUK • es werden regelmäßig interdisziplinäre Tumorkonferenzen abgehalten EB 1.1.8 Tumorkonferenz Verbindliche Teilnahme Sicherstellung Verfügbarkeit Facharzt-niveau • für jeden Patienten wird ein onkologischer Konsilbericht erstellt, dessen Abschluss bildet die Therapieempfehlung • Änderungen werden entsprechend dokumentiert • jeder Patient erhält einen individuell erstellten onkologischen Konsilbericht -> Aktualität ist jährlich zu überprüfen (siehe Soll Jahresreview)	Leiter Zentren und OZ	umgesetzt	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Leiter Zentren und OZ mit QM
-> Überprüfung des Therapieerfolgs mittels patientenindividueller postoperativer Morbiditätskonferenz in den Kliniken/ Orgazentren -> M&M-Konferenzen finden regelhaft statt: 1x/ Jahr eine interdisziplinäre M&M-Konferenz für das gesamte Klinikum; Ziel: Ausweitung der interdisziplinären M&M-Konferenzen auf mind. 2x/Jahr -> ! Aktivierung M&M-Konferenzen	Leiter Zentren und OZ	umgesetzt siehe oben und gesonderte Aufstellung Uebersicht_OZ- QZ_MM_FWB-2022	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Leiter Zentren und OZ

Zu bewertende Themen/ Ziele/ Maßnahmen/ Vorgaben aus 2022	Verantwortlicher 2022	Review/ Status 2023	Neubewertung Thema/ Ziel/ Maßnahme/ Vorgabe	Verantwortlicher 2023
Struktur der Tumorkonferenz ist nochmals zu durchdenken und zu überarbeiten. Alle in den jeweiligen Erhebungsbögen der einzelnen Zentren/Module geforderten Teilnehmer müssen bei den Tumorkonferenzen anwesend sein. Der Hämato-/Onkologe kann nur in Ausnahmen und nicht bei jeder Konferenz durch den für die Chemotherapie zuständigen Facharzt (Neurologe, Urologe, Gynäkologe) vertreten werden.	Leiter Zentren und OZ Überprüfung durch QM	umgesetzt VA "Gestaltung Tumorkonferenz am DBK VA-01058" und Struktur Tumorkonferenzen SR-00480" revidiert und umgesetzt	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Leiter Zentren und OZ mit QM
Zum Überwachungsaudit muss nachgewiesen werden, dass die Tumorkonferenz im Transitzentrum Prostata anforderungskonform durchgeführt wird.	Leiter Zentrum Überprüfung durch QM	umgesetzt	kontinuierliche Weiterverfolgung und	Leiter Zentrum mit QM
Die Tumorkonferenzprotokolle müssen so vorbereitet werden, dass diese im Vorfeld allen Beteiligten mit Angabe der wichtigsten Patientendaten zur Verfügung stehen. Zudem sind die Patienten im Vorfeld hinsichtlich Studienteilnahme zu sichten und entsprechend in der Tumorkonferenz vorzustellen. Evtl. könnte überlegt werden, ob die Assistenzärzte bei der Vorbereitung einbezogen werden.	Lenkungs-gremium	Anmeldung, Vorbereitung, Durchführung, Protokollierung, Studien, Ergebnisrealisierung der TUK sind in der KLUE VA-01058 „Gestaltung der Tumorkonferenzen am DBK“ dargestellt. Die VA "Gestaltung Tumorkonferenz am DBK VA-01058" wurde revidiert und umgesetzt	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentrum und OZ mit QM, IT
Die Tumorkonferenzprotokolle sind so zu gestalten, dass relevante Angaben wie Primärfall ja/nein, Erstvorstellung/ Wiedervorstellung, auf den ersten Blick ersichtlich sind. Es ist zu überlegen, die Abfrage Therapieabweichung ja/nein als separaten Punkt im Tumorkonferenzprotokoll aufzunehmen, wie dies im Brustkrebszentrum bereits umgesetzt ist	Lenkungs-gremium	umgesetzt siehe oben VA "Gestaltung Tumorkonferenz am DBK VA-01058"	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentrum und OZ mit QM
Es müssen Strukturen entwickelt werden, wie die Informationen für das Tumorkonferenzprotokoll möglichst einfach aus der Tumordokumentation oder dem KIS generiert werden können. Dies ist mit Celsius37 oder GTDS und der klinikinternen IT zu analysieren und zu evaluieren und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln.	Lenkungs-gremium	umgesetzt Der strukturierte Workflow wird für alle Zentren über das CCP (= führendes Krankenhausinformationssystem) mittels elektronischen Formularen abgebildet.	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentrum und OZ mit QM, IT
<b>1.3 Kooperation und Einweiser</b>				
alle Termine der wöchentlichen Tumorkonferenzen sind zu veröffentlichen und zur Teilnahme für Vertragsärzte offen	Leiter Zentren und OZ	umgesetzt		
-> Abgeleitete Maßnahmen aus Befragungen umsetzen -> 360° Befragung der Einweiser, Patienten, Mitarbeiter aller Kliniken + Zentren -> Maßnahmenachverfolgung aus zentrumsspezifischen Befragungen -> direkt durch Zentren -> Im Rahmen von Teambesprechungen und des jährlichen Management Reviews werden die Ergebnisse/Maßnahmen dort evaluiert	Leiter Zentren und OZ	umgesetzt siehe dazu Protokolle Qualitätszirkel	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Leiter Zentren und OZ
<b>1.4 Psychoonkologie</b>				
-> Aufrechterhaltung der personellen Stabilität Psychologischer Dienst -> Erweiterung n.B., Ausschreibung insbes. bzgl. NOZ	KHL	umgesetzt Das Team wurde verstärkt und besteht aus 8 Mitarbeitenden, für das OZ damit insgesamt 5,9 VK	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	KHL
Sicherstellung frühzeitiger psychoonkologischer Betreuung	Leiter Zentren	umgesetzt Zur Identifikation des Behandlungsbedarfs Screening zur psychischen Belastung gemäß S3-Leitlinie; hier kommen das Distress-Thermometer, der HSI und für das Brustzentrum noch der PO-BADO zum Einsatz.	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentren

Zu bewertende Themen/ Ziele/ Maßnahmen/ Vorgaben aus 2022	Verantwortlicher 2022	Review/ Status 2023	Neubewertung Thema/ Ziel/ Maßnahme/ Vorgabe	Verantwortlicher 2023
Erweiterung der Teilnahme der Psychoonkologen an Tumorkonferenzen	Leiter Zentren	umgesetzt Ein Mitglied aus dem Team des Psychoonkologischen Dienstes nimmt regelmäßig an den interdisziplinären Tumorkonferenzen und am Qualitätszirkel teil	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Leiter Zentren
Möglichkeiten zur Supervision sollten geschaffen werden.	Leiter Psychologischer Dienst	in Arbeit siehe Auditprotokoll PSYO	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Psychologischer Dienst
Patientengespräche in Drei-Bett-Zimmern sollten vermieden werden.	Leiter Psychologischer Dienst	Anzahl Räume für Gespräche erweitert	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Psychologischer Dienst
<b>1.5 Sozialarbeit</b>				
Sicherstellung frühzeitiger Betreuung durch den Sozialdienst	Leiter Zentren	umgesetzt für jeden Patienten während aller Behandlungsphasen; die erste Kontaktaufnahme erfolgt während des ersten (teil-) stationären Aufenthaltes.	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentren
<b>1.6 Patientenbeteiligung</b>				
Dokumentation Arztgespräch zur Entlassung optimieren	Leiter Zentren und OZ	fortlaufend in Umsetzung	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentren und OZ
spezifischer Patientenfragebogen VZ (CH1,IN1,IN5/ST)	Leiter VZ	umgesetzt	neues Ziel 2023: spezifische Patientenbefragung HAEZ (B31, B42, ST)	Leiter HAEZ mit QM
<b>1.7 Studienmanagement</b>				
VA erstellen Kommunikation kritische Ereignisse Studien Es ist sicherzustellen, dass bei kritischen Ereignissen (SAEs) das entsprechende Studiensekretariat umgehend informiert wird. Dies setzt voraus, dass für die Fachabteilung der Studienstatus patientenbezogen eindeutig ersichtlich ist.	Leiter OZ	fortlaufend in Umsetzung, VA-01065 Studienführung und Studienmanagement, darin ist die Kommunikation kritischer Ereignisse geregelt	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter OZ mit QM, Studienbüro, IT
Optimierung der personelle Ressourcen, Organisationsstruktur und Dokumentation -> Ausschreibung study nurse -> zentrales Studienbüro	KHL mit Leiter Zentrum und OZ	umgesetzt 1 Zentrale Study Nurse im Zentralen Studienbüro	neues Ziel 2023: Organisations- und Prozessoptimierung, Implementierung des Studienbüros als	Leiter Organzentren und OZ mit QM + Studienbüro
Qualifizierung der eingebundenen ärztlichen Mitarbeiter + Studienassistentz	Leiter OZ mit Lenkungsgremium und Studienassistentz Überprüfung durch QM	umgesetzt Nachweise liegen vor	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Leiter OZ mit Lenkungsgremium und Studienassistentz Überprüfung durch QM
Erarbeitung und Implementierung eines strukturierten Prozesses für das Studienmanagement. Dazu gehören: - Auswahl, Freigabe, Initiierung, Durchführung klinischer Studien sowie die Patientenzuführung zu klinischen Studien, die im Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums durchgeführt werden - die Nutzung von Studienangeboten von Kooperations-partnern/ Zuweisern des Onkologischen Zentrums oder der dort ansässigen Organkrebszentren/ Module, wenn immer dies medizinisch sinnvoll ist und/oder seitens der Patienten gewünscht wird - den interdisziplinären Austausch über die Ergebnisse klinischer Studien.	Leiter OZ mit Lenkungsgremium und Studienassistentz Überprüfung durch QM	fortlaufend in Umsetzung Patienteneinschluss in onkologische Studien VA-01099	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter OZ mit Lenkungsgremium und Studienassistentz Überprüfung durch QM

Zu bewertende Themen/ Ziele/ Maßnahmen/ Vorgaben aus 2022	Verantwortlicher 2022	Review/ Status 2023	Neubewertung Thema/ Ziel/ Maßnahme/ Vorgabe	Verantwortlicher 2023
Führen einer zentrale Studienliste des Onkologischen Zentrums bzw. in der Studienliste des federführend verantwortlichen Organkrebszentrums/ Moduls (durchführende Organisationseinheit, Studienbezeichnung, Anzahl der eingebrachten Patienten)	Leiter Zentren und OZ mit Studienassistentz Überprüfung durch QM	fortlaufend in Umsetzung 2022: OZ gesamt 101 Patienten in Studien eingeschlossen: BZ:70; VZ:15,HAEZ:9; PZ:7	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentren und OZ mit Studienassistentz Überprüfung durch QM
Betreuung und Durchführung von klinischen Studien mit primär onkologischer Fragestellung im Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums über ein zentrales Studienbüro. Dies schließt auch alle primär onkologischen Studien ein, die an einem dem Onkologischen Zentrum zugehörigen Organkrebszentrum /Modul durchgeführt werden. Das zentrale Studienbüro und die dort tätige Studienassistentz unterstützen die an einer klinischen Studie beteiligten Prüfer bzw. die Prüfgruppe bei der - Rekrutierung, Registrierung und unterstützenden Auf-klärung von Patienten, die in eine Studie eingeschlossen werden sollen. - GCP- konformen Durchführung von Studien. - Patientenbetreuung während der Studie und in der Nachsorge. – Organisation und Koordination von Diagnostik, Labor und Probenversand. - Erhebung und der Dokumentation aller studienrelevanten Daten. - Dateneingabe und Datenbankpflege	Leiter OZ mit Lenkungsgremium und Studienassistentz Überprüfung durch QM	umgesetzt und fortlaufend in Umsetzung	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter OZ mit Lenkungsgremium und Studienassistentz Überprüfung durch QM
<b>1.8 Pflege</b>				
-> Weitere onkologischen Fallbesprechungen und Pflegevisiten aktivieren -> strukturierte Dokumentation der onkologischen Fallbesprechungen und Pflegevisiten -> EVA und Übersicht über Pflegevisiten/Fallbesprechungen	PDIR/ BPDF	fortlaufend in Umsetzung In 2022 wurden 23 onkologische Pflegevisiten durchgeführt.	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	PDIR/ BPDF
<b>1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche</b>				
-> Ausweitung Software Zeny (Chemotherapie) durch Implementierung Arztmodul -> Zeny in den ambulanten/tagesklinischen Bereich der Hämatologie/ Onkologie	Leiter Zentren	alle Organzentren OZ eingebunden und fortlaufend in Umsetzung	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentren
-> Bemühung um möglichst frühzeitige Erhebung des Ernährungszustandes, ggf. 14 Tage präoperativ -> konsequentes NRS Sreening bereits in Ambulanzen	Leiter Zentren	umgesetzt		
Die Verordnung, Herstellung, Transport und Applikation der Zytostatika muss GCP-konform über den gesamten Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums geregelt werden. Anwesenheit und Vertretungsregelungen sind im Dienstplan geregelt, es ist gewährleistet, dass ein diensthabender Apotheker 24/7erreichbar ist, dieser muss dann auch 24/7 für die Zytostatikaherstellung qualifiziert sein.	Leiter OZ mit Leiter APO	24/7 Apotheke umgesetzt; fortlaufend in Umsetzung	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter OZ mit Leiter APO
<b>4. Nuklearmedizin</b>				
Wirtschaftlichkeitsanalyse zur Frage der Beschaffung eines PET-CTs am Standort Neubrandenburg	Leiter Nuk, QM, KHL	abgebrochen	Während des stationären Aufenthaltes keine PET-CTs. Und somit keine Wirtschaftlichkeitsbetra chtung möglich keine Weiterverfolgung in 2023	
Prüfen der Notwendigkeit und Umsetzbarkeit der Online-Verfügbarmachung von Qualifikationsnachweisen	QM	in weiterer Prüfung	Neue Konkretisierung der Maßnahme in 2023: Prüfung der Umsetzbarkeit des Hinweises mit Leiter der Nuklearmedizin.	QM mit Leiter NUK
<b>8. Pathologie</b>				
OZ + Organzentren Überprüfung Kooperation mit Referenzpathologie für seltene u./o. ausgewählte Entitäten (z.B. hämatologische Neoplasien, Sarkome, Hirntumore etc.)	Leiter PATH	umgesetzt, siehe auch Koop.Vereinbarung		
Begleitschein neu: Magen, Pankreas zeitnahe Besetzung der freien Oberarztstelle	Leiter Zentren KHL	umgesetzt Einstellung Assistenzarzt, Personalsuche OA ohne Erfolg	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	KHL
<b>9. Palliativmedizin</b>				

Zu bewertende Themen/ Ziele/ Maßnahmen/ Vorgaben aus 2022	Verantwortlicher 2022	Review/ Status 2023	Neubewertung Thema/ Ziel/ Maßnahme/ Vorgabe	Verantwortlicher 2023
Im Teambesprechungsprotokoll sollte die Funktion der Teilnehmer angegeben werden. FO-00660 „Tägliche Teambesprechungen in der Palliativmedizin“ entsprechend anpassen	QM	umgesetzt		
Auf dem Verlaufsbogen „Palliative Sedierung“ sollten die Sedierungstiefe und Kreislaufparameter erfasst werden. FO-00652 „Verlaufsbogen Palliative Sedierung“ entsprechend anpassen	QM	umgesetzt		
<b>10. Tumordokumentation</b>				
Erstellung einheitlicher Prozessabläufe und Dokumentationsbögen für alle Tumorkonferenzen	Lenkungsgrremium	umgesetzt siehe oben VA Gestaltung TUK	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Lenkungsgrremium
Regelmäßige Schulung der Mitarbeitenden des klinischen Krebsregisters	Leiter TLZ	fortlaufend in Umsetzung	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter TLZ
<b>(2) Anlage 2 zu Regelungen des GBA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V</b>				
<b>§1 Qualitätsanforderungen</b>				
<b>1. Strukturelle Anforderungen</b>				
Fachabteilung für Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort des Onkologischen Zentrums vorhanden und Verfügbarkeit von histopathologischer Tumordiagnostik innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang (sofern die Beschaffenheit der Probe dies erlaubt).		umgesetzt	keine weiteren Maßnahmen erforderlich	
24-stündige Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgung am Standort des onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten oder Erbringung von mindestens 25 Fällen mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung am Standort des Onkologischen Zentrums (OPS-Kode 8-98e).		umgesetzt	keine weiteren Maßnahmen erforderlich	
Sofern kinder-onkologische Leistungen in dem Zentrum erbracht werden, sind die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Richtlinie zur Kinderonkologie) sowie die Mindestfallzahl gemäß Tabelle 1 (Kinderonkologie, Spalte E) zu erfüllen.		es werden am Zentrum keine kinder-onkologische Leistungen erbracht	keine weiteren Maßnahmen erforderlich	
<b>2. Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung</b>				
Regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand eines PDCA-Zyklus sowie Abfassung eines jährlichen, öffentlich zugänglichen Berichtes, der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet, geeignete Verbesserungsmaßnahmen identifiziert und deren Umsetzung darstellt.	Lenkungsgrremium	umgesetzt	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Lenkungsgrremium
<b>3. Forschungstätigkeit</b>				
Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren oder 2. mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Onkologie oder 3. Beteiligung an multizentrischen Studien der Evidenzstufe Ib oder IIa Kooperationen	Leiter Zentren und OZ	umgesetzt	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Leiter Zentren und OZ
<b>4. Kooperationen</b>				
Voraussetzung ist eine regelmäßige Durchführung von Tumorkonferenzen. Diese sollen unter Einbindung der vertragsärztlichen Ebene erfolgen.	Leiter Zentren und OZ	fortlaufend in Umsetzung	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023	Leiter Zentren und OZ
<b>5. Mindestfallzahlen</b>				
Voraussetzung ist eine nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens fünf Tumorentitäten. Dieser Nachweis ist anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr in dem Onkologischen Zentrum am Standort behandelt werden, zu erbringen. Dabei sind mindestens drei der folgenden Tumorentitäten umfasst: 1. Darmkrebs, 2. Brustkrebs, 3. gynäkologische Krebsarten, 4. hämatologische Neoplasien, 5. Hautkrebs, 6. Lungenkrebs, 7. Prostatakrebs.	Leiter Zentren und OZ	umgesetzt	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Leiter Zentren und OZ

Zu bewertende Themen/ Ziele/ Maßnahmen/ Vorgaben aus 2022	Verantwortlicher 2022	Review/ Status 2023	Neubewertung Thema/ Ziel/ Maßnahme/ Vorgabe	Verantwortlicher 2023
Die je Tumorentität mindestens zu erfüllende Primärfallzahl ist der Tabelle 1 Spalte E zu entnehmen. Das Onkologische Zentrum erreicht einen Geltungsbereich von mindestens 50 % der neuauftretenden (inzidenten) Tumorerkrankungen (tumorspezifischer Geltungsbereich = Anteil der Neuerkrankungsfälle je Tumorentität gemessen an allen Krebsneuerkrankungsfällen in Deutschland). Der individuell von einem Onkologischen Zentrum erreichte Geltungsbereich (in %) wird berechnet, indem die tumorspezifischen Geltungsbereiche (Tabelle 1 Spalte D) für alle Tumorentitäten, für die das Zentrum die Mindestprimärfallzahl gemäß Tabelle 1 Spalte E erreicht, addiert werden. Abweichend von Satz 1 ist bis zum 30.06.2022 nur eine nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mindestens vier Tumorentitäten notwendig.	Lenkungs-gremium	umgesetzt	kontinuierliche Weiterverfolgung und Wiederaufnahme in Aktionsplan 2023 im Rahmen der Maßnahmenachverfolgung	Lenkungs-gremium
<b>(3) Neue Ziele aus internen Audits, O-Zirkel etc.</b>				
			Konsequente Umsetzung der Beratung bei Patientinnen mit V.a. familiären Brust- oder Ovarialkarzinom	Leiter BRZ, Leiter OZ
			Versorgung onkologischer Patienten mit Covid-19: Sicherstellen von ausreichenden Kapazitäten an Diagnostik und Therapie in allen Organzentren. Monitoring der Fälle gemeinsam mit der Registerstelle	Leiter OZ
			Online-Anmeldung von Patienten durch Zuweiser, Einrichtung einer virtuellen onkologischen Ambulanz	Lenkungs-gremium
			Optimierung des Verfahrens zur Erhebung der Kennzahl Palliativmedizin	Palli mit QM
			Anpassung des Psychoonkologischen Screenings an die neuen Anforderungen in den Modulen Niere, Darm und dem Zentrum HAEZ	Psychologischer Dienst, QM

PD Dr. med. Philipp Hemmati

Leiter Onkologisches Zentrum  
Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie

Dr. med. Tobias Zeitz

Zentrumskoordinator Onkologisches Zentrum  
Oberarzt der Klinik für Chirurgie 1