

# Qualitätsbericht 2023 des Onkologischen Zentrums nach Zentrumsrichtlinie des G-BA

im Klinikum Itzehoe

**Geltungsbereich:**  
Onkologisches Zentrum / Klinikum Itzehoe

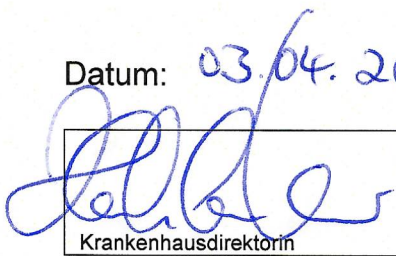
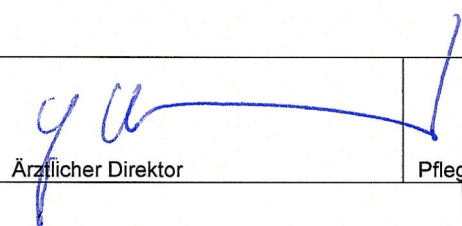
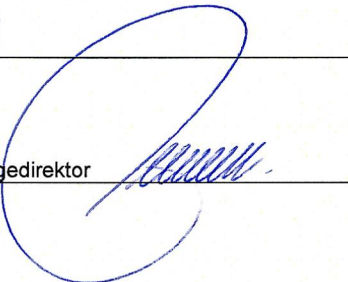
**Erstellt:**  
Onkologisches Zentrum

**Version:**  
3

**Stand:**  
28.03.2024

Datum:

03.04.2024

 Krankenhausdirektorin	 Ärztlicher Direktor	 Pflegedirektor
--	---	---

Hannah Maria Werner  
Krankenhausdirektorin

## Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeines .....	2
1.1.	Gesetzliche Vorgaben .....	2
1.2.	Träger des Onkologischen Zentrums .....	2
1.3.	Leitung und Koordination.....	3
2	Qualitätsanforderungen.....	3
2.1.	Strukturelle Anforderungen G-BA.....	3
2.2.	Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung .....	4
2.3.	Forschungstätigkeit .....	4
2.4.	Kooperationen .....	4
2.5.	Mindestfallzahlen.....	5
3	Besondere Aufgaben des Zentrums.....	6
3.1.	Interdisziplinäre onkologische Tumorkonferenzen.....	6
3.2.	Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.....	6
3.3	Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen .....	6
3.3.1	Darstellung des Onkologischen Zentrums und Netzwerkpartner .....	9
3.3.2	Ärztliches Personal.....	9
3.3.3	Interdisziplinäre Fallkonferenzen/Qualitätszirkel .....	9
3.3.4	Forschungstätigkeit .....	10
3.3.5	Tumordokumentation .....	10
3.3.6	Informationsveranstaltungen .....	11

# 1 Allgemeines

Seit dem 01.01.2021 ist das Onkologische Zentrum des Klinikums Itzehoe gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) in den Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein aufgenommen. Grundsätze der Qualitätsanforderungen sowie die differenzierte Anforderungen an das Onkologische Zentrum in Anlehnung an den G-BA-Beschluss zu Zentrums-Regelungen werden erfüllt und kontinuierlich neu bewertet.

Dieser Qualitätsbericht stellt das Onkologische Zentrum mit seinen Strukturen, Aufgaben und Zielen dar.

## 1.1. Gesetzliche Vorgaben

Die Vorgaben des G-BA Beschlusses über die Regelung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß §136c Absatz 5 SGB V werden vom Krankenhaus zu jeder Zeit am Standort (Definition von Krankenhausstandort gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG) erfüllt.

Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG sind Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die eine besondere Aufgabe im Sinne dieser Regelung wahrnehmen, die hierfür festgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllen und für die eine Festlegung nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfolgt ist.

Eine besondere Aufgabe ergibt sich nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V insbesondere aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe a SGB V. Dazu gehört eine zentrale Funktion des Krankenhauses in einem Netzwerk mit weiteren Leistungserbringern. Ebenso gestaltet das Krankenhaus federführend Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und führt fachspezifische interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kolloquien oder Fortbildungen durch.

Spezielle personelle, sächliche und organisatorische Voraussetzungen für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten sind gegeben.

Das Onkologische Zentrum ist eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.

## 1.2. Träger des Onkologischen Zentrums

### **Klinikum und Seniorenzentrum Itzehoe**

Zweckverband des Kreises Steinburg und der Stadt Itzehoe

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg

Robert-Koch-Straße 2, 25524 Itzehoe

<https://www.klinikum-itzehoe.de>

Verbandsvorsteher bis 04.07.2023:	Herr Dr. Reinhold Wenzlaff
Verbandsvorsteher ab 05.07.2023:	Herr Marcel Ulrich
Ärztlicher Direktor bis 31.03.2023:	Herr Dr. med. Michael Kappus
Ärztlicher Direktor ab 01.04.2023:	Herr Dr. med. Georg Hillebrand
Pflegedirektor:	Herr Franz Josef Kravanja
Krankenhausdirektor bis 14.11.2023:	Herr Bernhard Ziegler
Krankenhausdirektorin ab 15.11.2023:	Frau Hannah Maria Werner

Der Zugang zum Krankenhaus ist grundsätzlich barrierefrei, die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung sind behindertengerecht. Ansprechpartner sind auf der Homepage benannt.

Ansprechpartner für Menschen mit Behinderungen:

Abteilungsleiter Technik:

Dipl.-Ing. (FH) Werner Christiansen Telefon: 04821/772-3401 Fax: 04821/772-3409 E-Mail: w.christiansen@kh-itzehoe.de  
<https://www.klinikum-itzehoe.de/barrierefreiheit#s|behinderung>

### 1.3. Leitung und Koordination

Ärztliche Leitung:

Herr Dr. med. Sebastian Heise  
Oberarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie

Vertretung:

Herr Dr. med. Christoph zur Verth  
Ärztlicher Leiter der Onkologie

Zentrumskoordination:

Frau Ulrike Baade-Heinrich  
Study Nurse, Qualitätsmanagementbeauftragte, Tumordokumentation

## 2 Qualitätsanforderungen

Das Onkologische Zentrum ist eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses und hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag laut Krankenhausplan des Landes.

Es handelt sich um ein Netzwerk aus stationären und ambulanten Einrichtungen, in denen alle an der Behandlung eines Krebspatienten beteiligten Fachrichtungen eng zusammenarbeiten. Neben Chirurgen, Radioonkologen, Pathologen, Experten für die medikamentöse Tumortherapie und weiteren Fachdisziplinen gehören unter anderem auch onkologische Pflegekräfte, Psychoonkologen und Sozialarbeiter dazu.

Trotz unterschiedlicher Aufgabenspektren unterziehen sich alle Bereiche einer strengen Qualitätskontrolle nach einheitlichen Maßstäben.

### 2.1. Strukturelle Anforderungen G-BA

Die Regelungen des G-BA konkretisieren die Grundsätze der besonderen Aufgaben für Zentren und Schwerpunkte und bestimmen Qualitätsanforderungen für die Erfüllung dieser Aufgaben.

Strukturelle Anforderungen:

- Die Fachabteilungen für Onkologie, Chirurgie und Radiologie sind am Standort des Onkologischen Zentrums vorhanden.
- Die histopathologische Tumordiagnostik ist, sofern dies die Beschaffenheit der Probe erlaubt, innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang verfügbar.
- 24-stündige Verfügbarkeit palliativmedizinischer Versorgung am Standort des Onkologischen Zentrums innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten.
- Es werden mindestens 25 Fälle mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung am Standort des Onkologischen Zentrums (OPS-Kode 8-98e) erbracht.
- Es findet ein strukturierter Einsatz von entsprechend qualifiziertem Personal in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung zur Koordination vorhandener Hilfsangebote für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen statt.

## 2.2. Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Eine regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen wird gewährleistet durch die Implementierung eines Zyklus (PDCA-Zyklus), der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet. Geeignete Verbesserungsmaßnahmen werden identifiziert und umgesetzt, soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen.

Die Gesamtverantwortung zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, der Anforderungen der Fachgesellschaften und der DIN EN ISO 9001:2015 obliegt der Klinikleitung und den benannten verantwortlichen Personen der einzelnen Fachabteilungen. Zur Identifizierung von Verbesserungspotentialen und zur Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen werden regelmäßig Prüfungen mit den verantwortlichen Leitungen der Fachabteilungen durchgeführt. Durch diese regelmäßigen internen und externen Audits wird der Umsetzungsstand der gesetzlichen und behördlichen Regelungen in den Bereichen bewertet und an die Leitungsmitglieder zurückgemeldet. Die Leitungsmitglieder sind für die Umsetzung der Maßnahmen aus den Begehungen verantwortlich.

Regelmäßige Umsetzungen von qualitätsverbessernden Maßnahmen finden anhand eines PDCA-Zyklus statt:

- Jährlicher Qualitätsbericht
- Interne und externe Audits
- Maßnahmenpläne
- Zieldefinierung
- Jahresreview
- Behandlungskonzepte / Standard Operating Procedures (SOPs)
- Strukturierte Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen
- Umgang mit fehlerhaften Leistungen und Beinahe-Fehlern
- Kontinuierliche Kundenzufriedenheitsabfrage

Weiterhin ist das Onkologische Zentrum nach der DIN EN ISO 9001: und jeweils in den Entitäten Darm, Brust und Gynäkologische Tumoren nach der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert.

## 2.3. Forschungstätigkeit

Durch die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren wird die Forschungstätigkeit sichergestellt und die Weiterentwicklung unterstützt. (s. 3.3.4)

## 2.4. Kooperationen

Mit allen benannten externen Kooperationspartnern sind Verträge geschlossen worden, in denen die Zusammenarbeit festgelegt wurde.

Interne (Haupt-) Kooperationspartner fungieren verpflichtend durch die hausinterne Vernetzung als Kooperationspartner.

Der enge Austausch mit allen Partnern wird durch die Teilnahme an den interdisziplinären Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen gewährleistet.

Neben den täglichen patientenbezogenen Kontakten pflegen die Ärzte des Klinikums persönliche Kontakte zu den niedergelassenen Ärzten und bieten auf Wunsch eine Integration in den Behandlungsprozess der Patienten an. Die Zuweiser haben die Möglichkeit, an den Tumorkonferenzen teilzunehmen und Patienten vorzustellen, um Behandlungsempfehlungen zu diskutieren und festzulegen.

Eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen sowie mit Selbsthilfe-Kontaktstellen wird kontinuierlich gepflegt.

Externe (Haupt-) Kooperationspartner
--------------------------------------

Apotheke der Schön Kliniken Rendsburg-Eckernförde, Lilienstraße 20-28, 24768 Rendsburg
ASB-Hospiz St. Klemens, Albert-Schweitzer-Ring 16, 25524 Itzehoe
Deutsche ILCO e.V. Region Itzehoe-Heide-Elmshorn, Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
DRK Kreisverband Steinburg e.V., Bahnhofstraße 11, 25524 Itzehoe
Gemeinschaftspraxis für Humangenetik GbR, Altonaer Straße 63, 20357 Hamburg
Hospiz-Förder-Verein e.V., Steinbrückstraße 17, 25524 Itzehoe
Institut für Krebsepidemiologie e.V., Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
Johannis Hospiz gGmbH, Ramskamp 71-75, 25337 Elmshorn
Labor Dr. von Foreich – Bioscientia GmbH, Großmoorbogen 25, 21079 Hamburg
LungenClinic Grosshansdorf, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf
Palliative-Care-Team Steinburg-Pinneberg-Dithmarschen der DRK-Schwesternschaft Ostpreußen e.V.“, Edendorfer Straße 84, 25524 Itzehoe
Institut für Pathologie am UKE, Martinistraße 52, 20246 Hamburg
PubliCare GmbH, Am Wassermann 20-22, 50829 Köln
Radiologie am Klinikum Itzehoe GbR, Robert-Koch-Straße 2, 25524 Itzehoe
Radiologische Allianz Hamburg I, Spitalstraße 8, 20095 Hamburg
Saphir Radiochirurgie Zentrum Norddeutschland, Feldstraße 21, 24105 Kiel
Selbsthilfegruppe KIBIS IZ, Prostatakrebs, Ingo Lafrentz, Brahmweg 15, 25524 Itzehoe
Strahlentherapie Elmshorn, Agnes-Karll-Allee 21, 25337 Elmshorn
Strahlentherapie und Nuklearmedizin der Schön Klinik RD, Lilienstraße 20-28, 24768 Rendsburg
Westküstenklinikum Heide, Abteilung für Strahlentherapie, Esmarchstraße 50, 25746 Heide
Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs, Universitätsklinikum SH, Arnold-Heller-Straße 3, 24105 Kiel

## 2.5. Mindestfallzahlen

Die Voraussetzungen für ein Onkologisches Zentrum sind nachweisbare umfassende Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie von mindestens fünf Tumorentitäten. Dieser Nachweis ist anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr in dem Onkologischen Zentrum am Standort behandelt werden, zu erbringen. Für die jährlichen Primärfallzahlen werden die Anforderungen des G-BA erfüllt.

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 für alle Tumorentitäten, für die das Zentrum die Mindestprimärfallzahl erreicht, addiert werden.

Folgende Tumorentitäten umfasst das Onkologische Zentrum im Klinikum Itzehoe für ausgewiesene Geltungsbereiche. Die geforderte Mindestprimärfallzahl wird bei allen genannten Tumorentitäten erreicht.

Tumorentität	Mindestprimärfälle pro Jahr	2023
Darmkrebs	50	107
Brustkrebs	100	172
Gynäkologische Krebsarten	50	64
Prostatakrebs	100	181
Niere	35	35

### 3 Besondere Aufgaben des Zentrums

#### 3.1. Interdisziplinäre onkologische Tumorkonferenzen

Es finden wöchentlich vier interdisziplinäre onkologische Tumorkonferenzen statt, in denen stationäre Patienten und Patienten aus dem Klinikum, aus anderen Einrichtungen oder von Vertragsärzten vorgestellt werden. Der Datenschutz ist durch die Einwilligung der Patienten garantiert. Teilnahmelisten werden kontinuierlich geführt.

Die verbindliche Teilnahme der Hauptkooperationspartner ist vertraglich geregelt und wird kontinuierlich gewährleistet. Somit ist die Verfügbarkeit auf Facharzniveau sichergestellt. Standard Operating Procedures (SOPs) regeln den strukturierten Ablauf der Konferenzen.

#### 3.2. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

Eine strukturierte zentrumsbezogene Fort- und Weiterbildungskultur wird regelmäßig durch interne und externe Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende, Vertragsärzte und Kooperationspartner sowie für das multiprofessionelle Versorgungsnetzwerk angeboten.

Sie dienen der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung.

Kongressteilnahmen aller Professionen werden jährlich fachbereichsbezogen geplant und umgesetzt.

#### 3.3 Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen

Darstellung der jährlichen Auswertungen zu den Maßnahmen und Ergebnissen im Onkologischen Zentrum:

Erfüllung der Jahresziele/ Maßnahmen **Kalenderjahr 2023:**

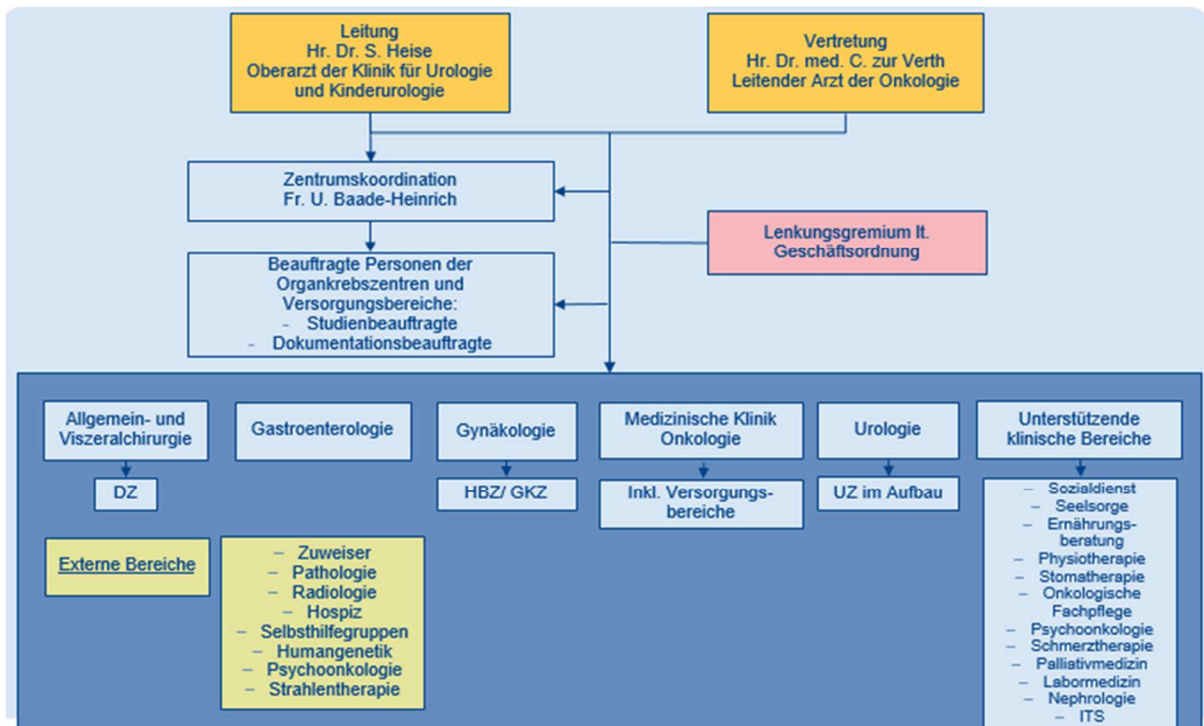
Qualitätssicherung QM	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kontinuierliche Teilnahme an der Initiative Qualitätsmedizin</li><li>- Regelmäßige interne Auditierungen</li><li>- Regelmäßige QMB-Treffen</li><li>- Regelmäßige Weiterbildungen zu QB und Internen Auditoren (TÜV)</li><li>- Erweiterung der ISO-Zertifizierung im Klinikum IZ um Neurologie, Pneumologie und internistische Onkologie, Abteilung Wirtschaft und Service</li></ul>
Befragungen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Regelmäßige Patientenbefragungen, kontinuierlich</li><li>- Regelmäßige Einweiserbefragungen</li></ul>
Prozessoptimierung	<ul style="list-style-type: none"><li>- Installierung einer kompletten Monitoranlage Internistische Intensivstation und IMC</li><li>- Initiierung ILD-Board</li><li>- Digitalisierung des Aufnahmeprozesses</li><li>- Erweiterung der Holding-Area</li><li>- Implementierung des DaVinci-Roboters</li><li>- Digitale Dokumentation im Bereich der Medizinischen Klinik</li><li>- Erweiterung der Medizinprodukte im Ambulanten Onkologiezentrum (Infusomaten, Ultraschallgerät) mit MPU-Unterweisungen</li><li>- Implementierung des Psychoonkologischen Screenings im Ambulanten Onkologiezentrum</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusätzliche Beratungsangebote im Patienteninformationszentrum (PIZ)</li> <li>- Erfolgreicher Abschluss zur Fachärztin für Onkologie</li> <li>- Initiierung eines Pneumologie-Rufdienstes</li> <li>- Anschaffung von zwei 4K-Türmen mit integriertem ICG</li> <li>- Implementierung digitaler Aufklärung</li> <li>- Implementierung Präkonditionierung vor viszeralonkologischen Operationen</li> <li>- Erteilung der Weiterbildungsermächtigung für Gastroenterologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin und Diabetologie</li> </ul>
Telemedizinische Leistung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einbeziehung der Vertragsärzte in Tumorkonferenzen</li> <li>- Teilnahme der Vertragsärzte und Kooperationspartner an Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen</li> </ul>
Standard Operating Procedures	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regelmäßige Evaluierung der SOP durch das Dokumentenlenkungssystem roXtra®</li> <li>- Regelmäßige Erstellung neuer SOP in Anlehnung an die Neuerungen der Struktur- und Prozesslandschaft</li> </ul>
Externe Auditierungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rezertifizierungen und Überwachungsaudits der Organkrebszentren nach der DKG</li> <li>- Benchmarking in KOOP mit dem Institut für Krebs epidemiologie Lübeck e.V.</li> <li>- Jährliche DIN EN ISO 9001:2015 – erweiterter Zertifizierungsbereich 2023 - Neurologie, Pneumologie und internistische Onkologie, Abteilung Wirtschaft und Service</li> </ul>
PDCA-Zyklus	<p>PDCA-Zyklus Überwachung über:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kennzahlen und Benchmark OnkoZert</li> <li>- Jährliche Überwachung der Anforderungen durch die DKG</li> <li>- Jährliche DIN EN ISO 9001:2015 Audit</li> <li>- Evaluierung der Maßnahmenpläne/ Jahresziele jeder Abteilung</li> <li>- Lenkungsgremien des Onkologischen Zentrums</li> </ul>
Interdisziplinäre Tumorkonferenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wöchentlich:</li> <li>- 1x Gynäkologie</li> <li>- 1x Urologie</li> <li>- 1x Onkologie</li> <li>- 1x Pneumologie</li> </ul>
M&M-Konferenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 interdisziplinäre abteilungsübergreifende Konferenzen</li> <li>- Regelmäßig in den Organkrebszentrum <ul style="list-style-type: none"> <li>o 3 x Chirurgie</li> <li>o 12 x Gynäkologie</li> <li>o 3 x Urologie</li> </ul> </li> </ul>
Teilnahme an externen Qualitätszirkeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2x Landesqualitätskonferenz des Krebsregisters S-H</li> <li>- 2x Qualitätskonferenzen des Instituts für Krebs epidemiologie e. V. Lübeck</li> <li>- Qualitätszirkel im Rahmen des Holsteinischen Brustzentrums</li> </ul>
Veranstaltungen für Ärzte und med. Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 205. Tagung der Vereinigung Norddeutscher Chirurgen“</li> <li>- Regionales urologisches Netzwerk (RUN)</li> <li>- Regionalkongress Urologie</li> <li>- Journal of Urology</li> <li>- RUN – Regionales urologisches Netzwerk</li> <li>- Gynäkologisches Symposium</li> <li>- 6K-Repetitorium Anästhesiologie</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monatlich onkologische interne Fortbildungen</li> <li>- Monatlich onkologische Fallbesprechungen</li> <li>- Fortbildung zum Thema Mangelernährung</li> <li>- Gesundheitstag</li> </ul>
Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deutscher Chirurgenkongress</li> <li>- Kongress Viszeralmedizin</li> <li>- Update Chirurgie</li> <li>- MIC-Symposium</li> <li>- DGAV Chirurgie Update</li> <li>- NDCH-Sommertagung</li> <li>- Nordkongress Urologie</li> <li>- DGU 2023</li> <li>- Deutscher Urogynkongress</li> <li>- „Chemo-Führerschein“ UKSH Lübeck, Uni Tübingen</li> <li>- Assistenzfortbildung bei Intuitive zu DaVinci</li> <li>- Gynäkologie-FOKO 2024</li> <li>- Dysplasie Basis-Fortbildung - Gynäkologie</li> <li>- Fachveranstaltung PflegeExperten Coloplast</li> <li>- Darmkrebssymposium</li> <li>- Onkologie im Dialog DKG</li> <li>- Teilnahme des Pflegepersonals an interdisziplinären Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen</li> </ul>
Teilnahme an Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weiterbildung einer onkologischen Fachpflegekraft</li> <li>- Weiterbildung einer Palliativpflegekraft</li> <li>- Weiterbildung zur Stationsleitung im Ambulanten Onkologiezentrum</li> </ul>
Veranstaltungen für Patienten und Interessierte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumorthherapie in einem Organkrebszentrum</li> <li>- Was kann der Operationsroboter?</li> <li>- Steinburger Palliativtage</li> <li>- Vorträge bei Selbsthilfegruppen Prostata und Blasenkrebs</li> <li>- Familiäre Pflege</li> <li>- Itzehoeer Lungentag</li> <li>- Tag der Krebsvorsorge</li> <li>- Patientencafé</li> <li>- Vortragsreihe Klinik im Dialog</li> <li>- Bewegung macht stark und Diagnose Krebs: Wer nimmt sich jetzt Zeit für mich?</li> <li>- Das Ethikkomitee im Klinikum Itzehoe – Haben Sie Fragen an uns?</li> <li>- Regelmäßiges Angebot zum Gedächtnistraining für Patienten</li> </ul>
Interdisziplinäre Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Organkrebszentren führen regelmäßig Qualitätszirkel durch</li> <li>- Regelmäßige Lenkungsgruppen des Onkologischen Zentrums</li> <li>- Onkologische Fachpflegezirkel</li> <li>- Regelmäßige CIRS-Treffen</li> <li>- Qualitätskonferenzen vom Institut für Krebs Epidemiologie e.V. Lübeck</li> <li>- 6K-Klinikverbund</li> </ul>
Forschungstätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnahme der Organkrebszentren an bereichsspezifischen Studien (Beobachtungsstudien)</li> <li>- Wissenschaftliche Publikationen im Bereich der Onkologie</li> <li>- Mitarbeit an der Leitlinie Harnröhrenchirurgie</li> </ul>

### 3.3.1 Darstellung des Onkologischen Zentrums und Netzwerkpartner



### 3.3.2 Ärztliches Personal

Die Anforderungen an das ärztliche Personal aller Fachabteilungen werden in vollem Umfang erfüllt und richten sich nach der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten verfügbar.

Fachrichtung	Anzahl Facharzt/ Fachärztin
Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie	9
Klinik für Frauenheilkunde	11
Klinik für Urologie	8
Klinik für Pneumologie/ Infektiologie/ Onkologie	14
Pathologie UKE Hamburg	33
Radiologie am Klinikum Itzehoe	14

### 3.3.3 Interdisziplinäre Fallkonferenzen/Qualitätszirkel

#### Fallkonferenzen:

Fachrichtung	Anzahl
Klinikübergreifende Interdisziplinäre M&M-Konferenzen	Quartalsweise
M&M-Konferenzen der Organkrebszentren	3/ Jahr – Darmzentrum 12/ Jahr – Gynäkologie 3/ Jahr – Urologisches Tumorzentrum
Interdisziplinäre Tumorkonferenzen	4x wöchentlich in den Abteilungen der Urologie, Gynäkologie, Pneumologie, Onkologie

Onkologische Pflegevisite	Wöchentlich
Fallbesprechungen Onkologische Fachpflege	Monatlich

### Qualitätszirkel:

Zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QM-Systems, zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und zur Analyse, Bewertung und zum Controlling von Maßnahmen finden regelmäßig interne und interdisziplinäre Qualitätszirkel des Onkologischen Zentrums statt. Die Zirkel werden protokolliert und Teilnehmerlisten geführt. Inhalte der Zirkel:

- Vorträge zu aktuellen medizinischen Themen
- SOPs
- Benchmark Berichte
- Ergebnispräsentation von Befragungen
- Maßnahmenpläne
- Qualitätsziele/Jahresziele
- Vorstellungen der Arbeit aus den unterschiedlichen Professionen

### 3.3.4 Forschungstätigkeit

- Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren (Nachweis: Nennung entsprechender Leitlinien oder Konsensuspapiere)
  - o S3-Leitlinie Harnröhrenchirurgie
- mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Onkologie (Nachweis: Nennung der letzten zwei Publikationen)
  - o Automated Prognosis Marker Assessment in Breast Cancers Using BLEACH&STAIN Multiplexed Immunohistochemistry. .Biomedicines. 2023 Nov 29;11(12):3175. doi: 10.3390/biomedicines11123175.PMID: 38137396
  - o High Homogeneity of Mesothelin Expression in Primary and Metastatic Ovarian Cancer .Appl Immunohistochem Mol Morphol. 2023 Feb 1;31(2):77-83. doi: 10.1097/PAI.0000000000001097. Epub 2023 Jan 9.PMID: 36728364

An weiteren fachbereichsbezogenen klinischen Studien:

- o Viszeralchirurgie: ColoPredict 2.0
- o Gynäkologie: PERFORM-Studie, REGSA-Studie, ICG-Vergleichsstudie, BCG-Registerstudie
- o Urologie: CARAT-Studie, Registry-Studie

### 3.3.5 Tumordokumentation

Die Datenerfassung nach § 65c SGB V erfolgt über das Tumordokumentationssystem des Instituts für Krebs epidemiologie e. V. mit entsprechendem ADT/GEKID-Basisdatensatz, welches von OnkoZert zertifiziert wurde. Die Daten des Zentrums werden regelmäßig per Schnittstelle an das Melderportal des Krebsregisters S-H übermittelt.

Die Dateneingabe erfolgt fortlaufend, die Plausibilitätsprüfung der Daten erfolgt in einer Landesqualitätskonferenz des SH Krebsregisters. Bei Bedarf werden Maßnahmen abgeleitet, um die Datenqualität kontinuierlich zu verbessern.

Das Follow-up erfolgt durch das Institut für Krebs epidemiologie e. V. Lübeck.

Eine Kooperation mit dem Institut für Krebs epidemiologie e. V. (IKE) ist geschlossen.

### 3.3.6 Informationsveranstaltungen

Für Betroffene und Patientenorganisationen finden regelmäßig Veranstaltungen statt. Die Marketing-Abteilung organisiert die Veranstaltungsreihe „Klinik im Dialog“. Zentrumsbezogene Themen werden u. a. mit den Kooperationspartnern der Selbsthilfegruppen erarbeitet und präsentiert.