

Qualitätsbericht 2022 des Onkologischen Zentrums nach Zentrumsrichtlinie des G-BA

im Klinikum Itzehoe

Geltungsbereich:
Onkologisches Zentrum / Klinikum Itzehoe

Erstellt:
Qualitätsmanagement

Version:
2

Stand:
13.02.2023

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	8
3.3.2	Ärztliches Personal.....	8
3.3.3	Interdisziplinäre Fallkonferenzen/Qualitätszirkel	9
3.3.4	Forschungstätigkeit	9
3.3.5	Tumordokumentation	9
3.3.6	Informationsveranstaltungen	10

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: Dr. Reinhold Wenzlaff

Stellv. Verbandsvorsteher: Dr. Andreas Koeppen

Ärztlicher Direktor: Dr. med. Michael Kappus

Pflegedirektor: Franz Josef Kravanja

Krankenhausdirektor: Bernhard Ziegler

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

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

Qualitätsmanagement

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 Rendsburg, imland gGmbH, 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 Krebs epidemiologie 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
Saphir Radiochirurgie Zentrum Norddeutschland, Feldstraße 21, 24105 Kiel
Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Itzehoe, Ingo Lafrentz, Brahmweg 15, 25524 Itzehoe
Strahlentherapie Elmshorn, Agnes-Karll-Allee 21, 25337 Elmshorn
Strahlentherapie und Nuklearmedizin der imland Klinik GmbH, Lilienstraße 20, 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. Die geforderte Mindestprimärfallzahl wird bei allen genannten Tumorentitäten erreicht.

Tumorentität	Mindestprimärfälle pro Jahr	2022
Darmkrebs	50	90
Brustkrebs	100	168
Gynäkologische Krebsarten	50	74
Prostatakrebs	100	145
Hoden, Penis	10	16
Harnblase	50	66

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 Facharztniveau 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:

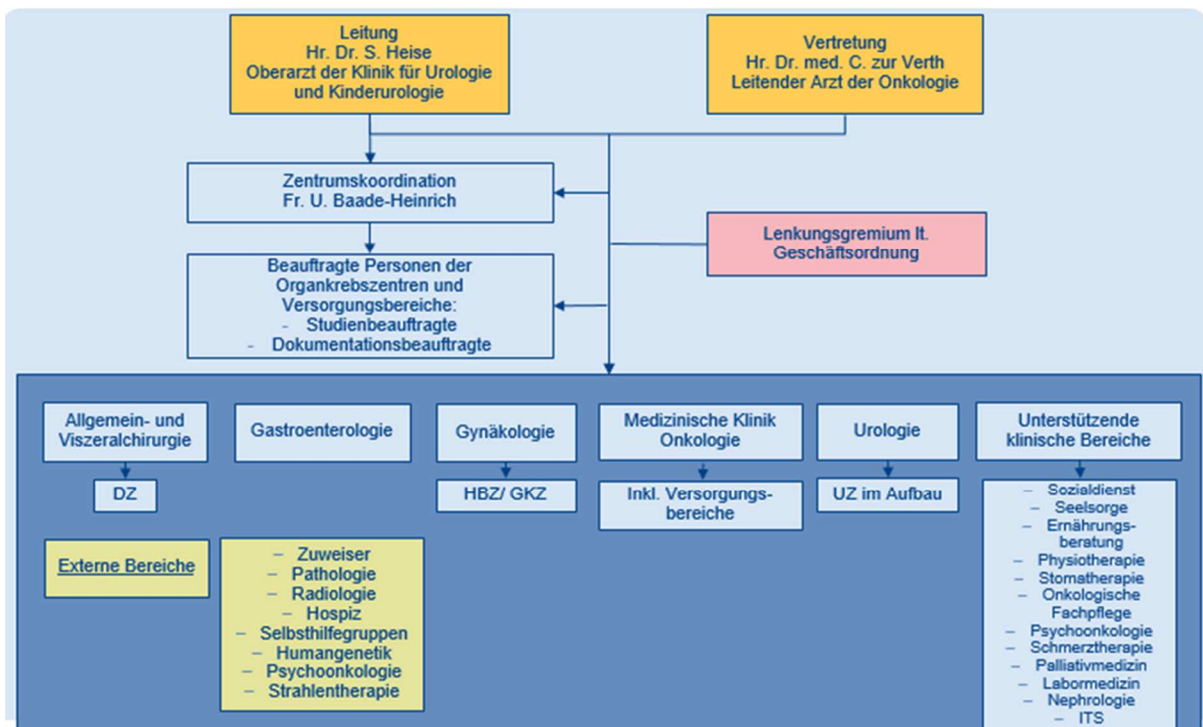
Erfüllung der Jahresziele/ Maßnahmen **Kalenderjahr 2022:**

Qualitätssicherung QM	<ul style="list-style-type: none">- Kontinuierliche Teilnahme an der Initiative Qualitätsmedizin- Regelmäßige interne Auditierungen- Regelmäßige QMB-Treffen- Regelmäßige Weiterbildungen zu QB und Internen Auditoren (TÜV)
Befragungen	<ul style="list-style-type: none">- Regelmäßige Patientenbefragungen, kontinuierlich- Regelmäßige Einweiserbefragungen – Gynäkologie und Darmzentrum in 2022
Prozessoptimierung	<ul style="list-style-type: none">- Kooperation mit einem Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs geschlossen- Einführung der Sentinel-Node-Markierung- Digitale Dokumentation im Bereich der Medizinischen Klinik- MVZ für Hämatologie und Onkologie aufgebaut- ASV implementiert für Gastrointestinale Tumore, Gynäkologische Tumore, Tumore der Lunge und des Thorax, Urologische Tumore- Einheitliche Patienteninformationsordner- Implementierung einer Holding Area- Raumoptimierung im Sozialdienst- Umzug Urologische Station
Telemedizinische Leistung	<ul style="list-style-type: none">- Einbeziehung der Vertragsärzte in Tumorkonferenzen- Teilnahme der Vertragsärzte und Kooperationspartner an Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen
Standard Operating Procedures	<ul style="list-style-type: none">- Regelmäßige Evaluierung der SOP durch das Dokumentenlenkungssystem roXtra®

	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Erstellung neuer SOP in Anlehnung an die Neuerungen der Struktur- und Prozesslandschaft
Externe Auditierungen	<ul style="list-style-type: none"> - Rezertifizierungen und Überwachungsaudits der Organkrebszentren nach der DKG <ul style="list-style-type: none"> o HBZ-Rezertifizierung o GKZ/ DZ Überwachungsaudit - Jährliche Betrachtung und Evaluation durch Kennzahlen und Erhebungsbögen - Benchmarking in KOOP mit dem Institut für Krebs epidemiologie Lübeck e.V. - Jährliche DIN EN ISO 9001:2015 – erweiterter Zertifizierungsbereich 2022 <ul style="list-style-type: none"> o Abteilung für Hygiene o Stationäre Anteile der Klinik für Gastroenterologie
PDCA-Zyklus	<ul style="list-style-type: none"> - Kennzahlen und Benchmark OnkoZert - Jährliche Überwachung der Anforderungen durch die DKG - Jährliche DIN EN ISO 9001:2015 - Maßnahmenpläne
Interdisziplinäre Tumorkonferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Wöchentlich: Gynäkologisch, Urologisch, Übergeordnet Onkologisch, Pneumologisch
M&M-Konferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - 4 interdisziplinäre abteilungsübergreifende Konferenzen - 3 pro Organkrebszentrum <ul style="list-style-type: none"> o 3 x Chirurgie o 12 x Gynäkologie o 3 x Urologie
Teilnahme an externen Qualitätszirkeln	<ul style="list-style-type: none"> - 1x Landesqualitätskonferenz des Krebsregisters S-H - 2x Qualitätskonferenzen des Instituts für Krebs epidemiologie e. V. , Lübeck - Qualitätszirkel im Rahmen des Holsteinischen Brustzentrums
Veranstaltungen für Ärzte und med. Personal	<ul style="list-style-type: none"> - Klinischer Abend / Chirurgie - Regionales urologisches Netzwerk (RUN) - Regionalkongress Urologie - Journal of Urology - Gynäkologisches Symposium - Medizinische Versorgung und Innovation – Präsentation des Onkologischen Zentrums - Monatlich onkologische interne Fortbildungen - Monatlich onkologische Fallbesprechungen
Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen	<p>Teilnahme an:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chirurgenkongress - Viszeralmedizin - MIC-Symposium - DGAV Chirurgie Update - American Society of Hematology (ASH) Annual Meeting) - Kongress der NOGGO e.V. (Nord-Ostdeutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) - Vulvatagung NMS - DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) - Essener Symposium zur gynäkologischen Onkologie und Senologie - Dansac Stoma Kompaktseminar

Teilnahme an Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterbildung einer onkologischen Fachpflegekraft - Weiterbildung einer Psychoonkologin
Veranstaltungen für Patienten und Interessierte	<ul style="list-style-type: none"> - Medizinische Versorgung und Innovation – Präsentation des Onkologischen Zentrums - Endoskopie – Künstliche Intelligenz - Tumorthherapie in einem Organkrebszentrum - Steinburger Palliativtage
Interdisziplinäre Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> - Alle Organkrebszentren führen regelmäßig, mindestens zweimal jährlich, Qualitätszirkel durch - Regelmäßige Lenkungsgruppen des Onkologischen Zentrums - Onkologische Fachpflege - Austausch über Therapieempfehlungen und Behandlungserfolge in allen Organkrebszentren - CIRS-Treffen - Qualitätskonferenzen vom Institut für Krebs Epidemiologie e.V. Lübeck - 6K-Klinikverbund
Forschungstätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme der Organkrebszentren an bereichsspezifischen Studien (Beobachtungsstudien) - Wissenschaftliche Publikationen in der Onkologie - Mitarbeit an der Leitlinie Blasenkarzinom

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	6
Klinik für Pneumologie/ Infektiologie/ Onkologie	6
Radiologie	13
Pathologie	27

3.3.3 Interdisziplinäre Fallkonferenzen/Qualitätszirkel

Fallkonferenzen:

Fachrichtung	Anzahl
Interdisziplinäre M&M-Konferenzen	Quartalsweise
M&M-Konferenzen der Organkrebszentren	3/ Jahr – Darmzentrum 12/ Jahr – Gynäkologie 3/ Jahr – Urologisches Tumorzentrum
Interdisziplinäre Tumorkonferenzen	4x wöchentlich
Onkologische Pflegevisite	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

3.3.4 Forschungstätigkeit

- Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren (Nachweis: Nennung entsprechender Leitlinien oder Konsensuspapiere)
 - o S3-Leitlinie Blasenkarzinom
- mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Onkologie (Nachweis: Nennung der letzten zwei Publikationen)
 - o Mucin 5AC expression is common but unrelated to tumor progression in pancreatic adenocarcinoma. *Int J Immunopathol Pharmacol* (2022), 36.
 - o DOG1 overexpression is associated with mismatch repair deficiency and BRAF mutations but unrelated to cancer progression in colorectal cancer. *Histol Histopathol* (2022), 37(8):739-48.

An weiteren fachbereichsbezogenen klinischen Studien:

- o Viszeralchirurgie: ColoPredict 2.0
- o Gynäkologie: AXANA-Studie, PERFORM-Studie, REGSA-Studie
- 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 Selbsthilfen erarbeitet und präsentiert.