

Managementbewertung 2024

Inhalt:

1	Das Onkologische Zentrum und seine Netzwerkpartner	4
1.1	Leitbild, Vision und Strategie	4
1.1.1	„Miteinander - Würde - Menschlichkeit“	4
1.1.2	Visionen des Onkologischen Zentrums Bethanien Moers	5
1.1.3	Strategie und Ziele	5
1.1.4	Übergeordnete Ziele im Einzelnen:	6
1.1.5	Kennzahlen	7
1.2	Struktur des Zentrums	8
1.2.1	Organigramm	8
1.2.2	Interne und externe Behandlungspartner	9
1.2.3	Intern:	9
1.2.4	Extern:	10
1.2.5	Veränderungen im Zentrum	13
1.3	Bewertung	13
1.3.1	Abgeleitete Maßnahmen	13
2	Leistungszahlen	14
2.1	Darmkrebs	14
2.2	Brustkrebs	14
2.3	Gynäkologische Krebserkrankungen	14
2.4	Lungenkrebs	15
2.5	Pankreaskrebs	15
2.6	Weitere onkologische Entitäten	15
2.7	Palliativ-Medizin / Palliativ-Care	16
2.8	Knochenmark-Biopsien (OPS 1-424)	16
2.9	Fallkonferenzen	16
2.10	Bewertung	16
2.10.1	Abgeleitete Maßnahmen	16
3	Qualitätsindikatoren	17
3.1	Darmkrebs	17
3.1.1	Bewertung:	21
3.1.2	Maßnahmen:	21
3.2	Brustkrebs	22

Managementbewertung 2024

3.2.1	Bewertung:.....	23
3.2.2	Maßnahme:.....	24
3.3	Gynäkologische Krebserkrankungen	24
3.3.1	Bewertung:.....	26
3.3.2	Maßnahme:.....	26
3.4	Lungenkrebs.....	26
3.4.1	Bewertung:.....	29
3.4.2	Maßnahme:.....	29
3.5	Pankreaskrebs.....	29
3.5.1	Bewertung:.....	31
3.5.2	Maßnahmen:	31
3.6	Weitere onkologische Entitäten.....	31
3.7	Abgeleitete Maßnahmen	31
4	Ergebnisse interner und externer Audits.....	32
4.1	Interne Audits.....	32
4.1.1	Alle Zentren:.....	33
4.1.2	Brustzentrum:.....	33
4.2	Externe Audits	33
4.2.1	Onkologisches Zentrum:	33
4.2.2	Viszeralonkologisches Zentrum	35
4.2.3	Brustzentrum.....	37
4.2.4	Lungenzentrum	40
4.2.5	Gynäkologisches Krebszentrum.....	41
4.3	Bewertung:	42
4.3.1	Maßnahmenplan.....	43
5	Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen	43
5.1	Qualitätszirkel	43
5.2	MoMo-Konferenzen	44
5.3	Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen	45
5.4	Informationsveranstaltungen für Betroffene	45
5.5	Bewertung	46
5.5.1	Abgeleitete Maßnahmen.....	46
6	Zufriedenheitserfassung	46
6.1	Patient:innen	46
6.2	Zuweiser.....	47
6.3	Mitarbeitende.....	47

Managementbewertung 2024

6.4	Bewertung	48
6.4.1	Abgeleitete Maßnahmen.....	48
7	Fehler und Beschwerden.....	48
7.1	Fehler.....	48
7.2	Beschwerden.....	48
7.3	Bewertung	49
7.3.1	Abgeleitete Maßnahmen.....	49
8	Forschungstätigkeit	49
8.1	Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren	49
8.2	Wissenschaftliche Publikationen	50
8.3	Studien	53
8.4	Bewertung	54
8.4.1	Abgeleitete Maßnahmen.....	54
9	Austausch mit anderen Onkologischen Zentren	54
10	Liste interner Anweisungen und Behandlungskonzepte mit Bezug zu Diagnostik und Therapie	55
11	Terminplan	58
12	Qualitätsziele.....	60
12.1	Qualitätsziele aus der letzten Bewertung	60
12.2	Qualitätsziele für das kommende Jahr / die kommenden Jahre	62
13	Maßnahmen.....	65
13.1	Maßnahmenumsetzung der letzten Bewertung	65
13.2	Maßnahmenplan	66

1 Das Onkologische Zentrum und seine Netzwerkpartner

1.1 Leitbild, Vision und Strategie

Das **Leitbild** der Stiftung Bethanien für die Grafschaft Moers:

1.1.1 „Miteinander - Würde - Menschlichkeit“

gilt ohne Einschränkungen für das Onkologische Zentrum Bethanien Moers.



Managementbewertung 2024

Dieses Leitbild verkörpert für uns im Onkologischen Zentrum vor allem folgende Werte und Ziele:

- Wir wollen unsere Patient:innen in einem interdisziplinären Netzwerk versorgen. Dabei soll allen Patient:innen die gleiche Versorgung zuteilwerden, unabhängig davon in welcher Abteilung der Patient sich zuerst vorstellt.
- Die Therapie soll individuell auf jede:n einzelnen Patient:in zugeschnitten sein. Dabei sind Komorbiditäten genauso zu berücksichtigen wie individuelle Wünsche des/der Patient:in und neuste Studienergebnisse.
- Alle Patient:innen haben einen Anspruch auf eine kompetente psychosoziale Betreuung bei einer onkologischen Diagnose. So ist bei der Diagnosemitteilung neben einer hohen medizinischen auch eine große psychosoziale Kompetenz gefordert. Der Zugang zu psychoonkologischer Betreuung, onkologischer Fachpflege und Sozialdienstberatung ist unabdingbar und integraler Bestandteil der Versorgung im Onkologischen Zentrum Bethanien Moers.

1.1.2 Visionen des Onkologischen Zentrums Bethanien Moers

- Zentrale Anlaufstelle der Patient:innen mit onkologischen Erkrankungen in Moers und Umgebung
- Ausreichende Finanzierung des Onkologischen Zentrums Bethanien Moers durch die Krankenkassen
- Umfangreiche Versorgung der Patientinnen und Patient:innen in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten – von der Verdachtsdiagnose bis zur Nachsorge und Palliativversorgung
- Vereinheitlichung der Dokumentationssysteme

1.1.3 Strategie und Ziele

Ziel des Onkologischen Zentrums Bethanien Moers ist eine bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung der Patient:innen mit onkologischen Erkrankungen in der Region sowie eine kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsangebots.

Im Rahmen der vernetzten Strukturen stellen das Krankenhaus, niedergelassene Ärzte sowie andere, an der Betreuung von Patient:innen mit onkologischen Erkrankungen beteiligte, Einrichtungen eine durchgängige Behandlung der Patient:innen sicher.

Zur Erreichung unserer Vision und der strategischen Ziele werden in folgenden Zielfeldern operative Ziele festgelegt:

- Finanzziele
- Kundenerwartungen
- Leistungsprozesse
- Potenziale

Managementbewertung 2024

In diesen Zielfeldern werden einmal jährlich operative Ziele, Kennzahlen und entsprechende Maßnahmen vereinbart. Die Auswahl der operativen Ziele orientiert sich zum einen an der Bedeutung für die Erreichung der strategischen Ziele, zum anderen an den Auswertungen der Kennzahlen, Q-Indikatoren, Befragungen und dem Erreichungsgrad der operativen Ziele des Vorjahres. Dargestellt wird dies im jährlichen Qualitätsbericht des onkologischen Zentrums und den Jahresberichten der Organkrebszentren.

1.1.4 Übergeordnete Ziele im Einzelnen:

Ziel	Messgröße
1. Gezielte Förderung interdisziplinärer Kompetenz	Etablierung von Tumorkonferenzen in allen Bereichen im Geltungsbereich des OZ Anzahl an QZ im OZ und in den OrZ Anwesenheitsquote der Fachrichtungen an den Tumorkonferenzen (gemäß Anforderungskatalogen), Qualitätszirkeln und MoMo-Konferenzen
2. Festlegung und Umsetzung interdisziplinär abgestimmter Therapiekonzepte	Anteil Patient:innen in Tumorkonferenzen (Zeitpunkt gemäß Kennzahlenbögen) Abweichungsquote (Konferenzbeschluss / dokumentierte Therapie)
3. Verbesserung der Versorgungsqualität onkologischer Patient:innen	DFS / OAS Quote von Patient:innen mit psychoonkologischem Kontakt Quote von Patient:innen mit Kontakt zum Sozialdienst
4. Gemeinsame Tumordokumentation und Darstellung der Ergebnisqualität	Belastbare Datenabfrage aus ORBIS / ODOK Markierung der Patient:innen in ORBIS / NICE
5. Umsetzung und Aufrechterhaltung der Zertifizierung	Anzahl Abweichungen Anzahl Hinweise
6. Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit	Gemeinsame Broschüre Gemeinsamer Internetauftritt Anzahl gemeinsamer Veranstaltungen

Managementbewertung 2024

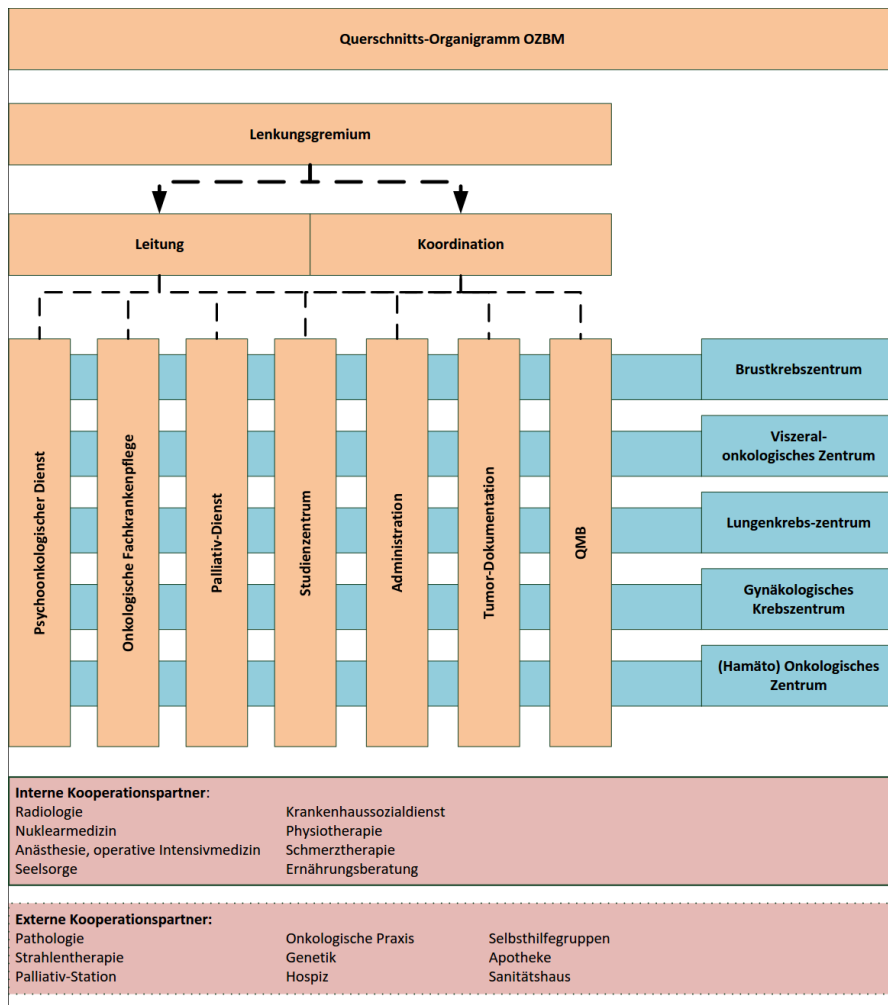
Ziel	Messgröße
7. Organisation von Aus-/ Fort-/ und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Tagungen	Anzahl Veranstaltungen des OZ
8. Förderung klinischer Studien	Anzahl Studien Quote eingebrachter Patient:innen

1.1.5 Kennzahlen

Onkologisches Zentrum	Zertrechner Kennzahlenbogen Palliativ
Viszeralonkologisches Zentrum	Kennzahlenbogen Darm Ergebnismatrix Kolon Ergebnismatrix Rektum Kennzahlenbogen Pankreas Ergebnismatrix Pankreas
Lungenkrebszentrum	Kennzahlenbogen Lunge Ergebnismatrix Lunge
Brustkrebszentrum	Kennzahlenbogen Brust Ergebnismatrix Brust Kennzahlen ÄK-Zert / EQS
Gynäkologischen Krebszentrum	Kennzahlenbogen Gynäkologie Ergebnismatrix Gynäkologie
(Hämato)-Onkologisches Zentrum	Kennzahlen Tumorentität (S3 und S5)

1.2 Struktur des Zentrums

1.2.1 Organigramm



1.2.2 Interne und externe Behandlungspartner

1.2.3 Intern:

Fachbereich	Partner	Brust	Darm / Pankreas	Lunge	Gyn.	Allgemein	Fach- Ärzt:innen
Viszeralchirurgie	Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie 02841 / 200 - 2262	x	x	x	x	x	7
Gastroenterologie	Klinik für Gastroenterologie und Onkologie 02841 / 200 - 2201		x			x	5
Onkologie stationär	Klinik für Gastroenterologie und Onkologie 02841 / 200 - 2201		x			x	2
Pneumologie und thorakale Onkologie	Klinik für Pneumologie 02841 / 200-2410			x			7
Thoraxchirurgie	Klinik für Thoraxchirurgie 02841 / 200-2552	x	x	x	x	x	4
Senologie	Frauenklinik 02841 / 200-2600	x					14
Operative Gynäkologie	Frauenklinik 02841 / 200-2600				x		14
Radiologie	Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin 02841 / 200-2484	x	x	x	x	x	8
Nuklearmedizin	Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin 02841 / 200-2484	x	x	x	x	x	2
Tumordokumentation	Onkologisches Zentrum Bethanien Moers 02841 / 200 - 20784	x	x	x	x	x	

Managementbewertung 2024

Fachbereich	Partner	Brust	Darm / Pankreas	Lunge	Gyn.	Allgemein	Fach-Ärzt:innen
Sozialdienst	Krankenhaussozialdienst 02841 / 200 - 9785	x	x	x	x	x	
Psychoonkologie	Psychoonkologischer Dienst 02841 / 200-20835 02841 / 200-2600	x	x	x	x	x	1
Physiotherapie	Physiotherapie 02841 / 200-2364	x	x	x	x	x	
Ernährungsberatung	Ernährungsberatung 02841 / 200-20732	x	x	x	x	x	
Seelsorge	Seelsorge 02841 / 200-2448	x	x	x	x	x	
Palliativ-Dienst	Palliativ-Konsildienst	x	x	x	x	x	6
Hospiz	Ambulanter Hospizdienst 02841 / 200-20766	x	x	x	x	x	
Breast-Care-Nurse	Brustsprechstunde 02841 / 200-2600	x					
Qualitätsmanagement	Qualitäts-, Risiko-, Projektmanagement 02841 / 200 - 2137	x	x	x	x	x	
Palliativmedizin – stationär	Klinik für Gastroenterologie und Onkologie 02841 / 200 - 2201	x	x	x	x	x	2

1.2.4 Extern:

Fachbereich	Partner	Brust	Darm / Pankreas	Lunge	Gyn.	Allgemein	FÄ-Zahl
Stoma-Therapeutin	VitalCentrum Hodey, Kamp-Lintfort 02842 / 9132-171		x				

Managementbewertung 2024

Fachbereich	Partner	Brust	Darm / Pankreas	Lunge	Gyn.	Allgemein	FÄ-Zahl
Pathologie	ÜbBAG – Pathologie Viersen Pathologisches Institut Moers 02841 / 1278	x	x	x	x	x	7
Strahlentherapie	Praxis für Strahlentherapie Duisburg / Moers 02841 / 880660	x	x	x	x	x	5
Onkologie – ambulant	Onkologische Praxis Moers 02841 / 921660	x	x	x	x	x	4
Genetik	Institut für Humangenetik und Anthropologie Universitätsklinik Düsseldorf 0211 / 81 12350		x			x	
Genetik	MVZ Düsseldorf-Centrum GbR Immermannstr. 65 a Düsseldorf	x	x	x	x	x	
Genetik	Zentrum Familiärer Brust- und Eierstockkrebs Universitätsklinik Köln	x					
Selbsthilfe	Deutsche ILCO 0171 / 381714		x				
Selbsthilfe	Frauenselbsthilfe nach Krebs 02841 / 26437	x	x	x	x	x	
Selbsthilfe	Selbsthilfegruppe für Frauen nach Krebs 02843 / 8165	x	x	x	x	x	
Selbsthilfe	Patient:innenliga Atemwegserkrankungen Kontakt über: 02841 / 200-2410				x		

Managementbewertung 2024

Fachbereich	Partner	Brust	Darm / Pankreas	Lunge	Gyn.	Allgemein	FÄ-Zahl
Selbsthilfe	Arbeitskreis der Pankreatektomierten 05707 9009191		x				
Palliativmedizin – stationär	Katholisches Karl-Leisner- Klinikum Wilhelm-Anton-Hospital Goch Voßheider Str. 214, 47574 Goch	x	x	x	x	x	
Hospiz	Hospiz Haus Sonnenschein Orsoyer Straße 55 47495 Rheinberg	x	x	x	x	x	
Hospiz	Hospiz Haus Brücke Friedel Geldern - Walbeck 02831 / 974752	x	x	x	x	x	
Palliativmedizin – ambulant	Palliativ-Netzwerk Niederrhein GmbH 0162 / 5151888	x	x	x	x	x	
Sanitätshaus	VitalCentrum Hodey, Kamp-Lintfort 02842 / 9132-171	x			x		
Tabakentwöhnung	Vermittlung über das Sekretariat 02841 / 200-2410			x			
Logopädie	Zentrum für Sprachtherapie 02841 / 988898			x			
Neurochirurgie	Alfried-Krupp-Klinikum Essen- Rüttenscheid	x	x	x	x	x	
Sozialdienst / Psychoonkologie	Krebsberatung Niederrhein e.V.	x	x	x	x	x	

Managementbewertung 2024**1.2.5 Veränderungen im Zentrum**

In und für die Zentren haben sich im Jahr 2024 folgende Veränderungen ergeben:

Zuteilung der Leistungsgruppen Viszeralchirurgie, Lebereinriffe, Pankreaschirurgie, tiefe Rektumeingriffe, Thoraxchirurgie, Senologie im Rahmen der Krankenhausplanung NRW. Inwieweit die Nicht-Zuteilung der Leistungsgruppe Ovarial-CA Auswirkungen auf das Gynäkologische Tumorzentrum hat, bleibt abzuwarten.

Darüber hinaus sind neue Fachärzte hinzugekommen und einige haben das Haus verlassen. In den wesentlichen Funktionen hat es – über o.g. hinaus – keine Veränderungen ergeben.

1.3 Bewertung

Die Netzwerk-Struktur hat sich über die Jahre – vom Aufbau des ersten Zentrums – als sehr stabil erwiesen.

Die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit muss weiter intensiviert werden. Vor allem sind hier die Veranstaltungen für die Niedergelassenen und die Betroffenen besser zu koordinieren.

1.3.1 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Gemeinsame Veranstaltungsplanung	Dr. Kambartel, Hr. Drückes	30.09.2025
Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit („1 Veranstaltung pro Quartal und Zentrum“)	Fr. Ecker	laufend

2 Leistungszahlen

(in den kooperativen Zentren erfolgt die Darstellung nur für den Standort Moers)

2.1 Darmkrebs

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Primärfälle	75	94	66	70	70	76
Anzahl operierter Primärfälle - Dickdarmkrebs	40	66	43	36	45	50
Anzahl operierter Primärfälle - Enddarmkrebs	25	28	17	22	19	18
Anzahl Spiegelungen des Dickdarms	1875	1682	1874	1730	1492	1661
Anzahl Spiegelungen des Dickdarms mit Entfernung von Polypen	657*	474*	435	571	783	778

* Zählweise wurde von OnkoZert verändert (nur noch Schlingenpolypektomie werden gezählt)

2.2 Brustkrebs

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Primärfälle	142	160	198	168	222	240
Anzahl operierter Primärfälle	125	145	174	148	177	171

2.3 Gynäkologische Krebserkrankungen

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Primärfälle	61	41	43	27	54	60
weitere Fälle (DKG)	16	7	11	21	16	15

2.4 Lungenkrebs

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Primärfälle des Lungenzentrums	391	366	321	329	335	327
Anzahl Lungenresektionen (Def. gem. FAL)	142	179	164	121	140	157
Anzahl flexibler Bronchoskopien	4045	3165	2681	3609	3730	3147
EBUS-TBNA	356	345	396	337	361	417

2.5 Pankreaskrebs

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Primärfälle	25	19	25	25	19	35
Anzahl operativer Primärfälle	noch nicht in ODOK erfasst		15	8	8	12
Anzahl Pankreasresektionen (gesamt)	noch nicht in ODOK erfasst		20	21	10	23
Anzahl ERCP	noch nicht in ODOK erfasst		238	253	219	270

2.6 Weitere onkologische Entitäten

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Leber – Primärfälle	10	17	13	8	9	17
Magen – Primärfälle	15	13	20	18	18	19
Ösophagus – Primärfälle	10	16	21	7	18	13
Hämatologische Neoplasien – Primärfälle	Noch nicht in ODOK erfasst			30	29	43

2.7 Palliativ-Medizin / Palliativ-Care

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Patient:innen mit komplexer Palliativbehandlung (8-98h) (Konsil intern)	236	258	284	171	155	148
Patient:innen spezialisierter stationärer Palliativ- Komplexbehandlung (8-98e)					210	283

2.8 Knochenmark-Biopsien (OPS 1-424)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Knochenmark-Biopsien (OPS 1-424)	64	59	55	70	94	87

2.9 Fallkonferenzen

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tumorkonferenzen im Brustzentrum	51	52	52	52	51	52
Tumorkonferenzen im Viszeralonkologischen Zentrum	50	52	51	52	51	52
Tumorkonferenzen im Lungenzentrum	100	102	100	104	104	103
Tumorkonferenzen im Gynäkologischen Krebszentrum	51	52	51	52	51	52
Tumorkonferenzen „allgemeine“ Onkologie	50	52	51	52	51	52

2.10 Bewertung

In allen Bereichen konnten die Fallzahlen auf Vorjahresniveau gehalten oder sogar gering gesteigert werden.

2.10.1 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
bereits unter 1 erwähnt		

3 Qualitätsindikatoren

3.1 Darmkrebs

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	Ist-Wert 2018	Ist-Wert 2019	Ist-Wert 2020	Ist-Wert 2021	Ist-Wert 2022	Ist-Wert 2023	Ist-Wert 2024
1.	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und / oder Fernmetastasen	(kein Ziel, Dateneingabe als Grundlage für Nenner in einigen Kennzahlen)				4	9	6	7	11
2.	Prätherapeutische Fallvorstellung	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit einem Rektumkarzinom u. Kolonkarzinom UICC Stad. IV	≥ 95% prätherapeutische Vorstellung	97,1%	100%	87,9%	96,2%	100%	96,9%	100%
2. b	Prätherapeutische Fallvorstellung Rezidiv/metachrone Metastasen	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit Rezidiv/ metachronen Metastasen	≥ 95% prätherapeutische Vorstellung	100%	100%	100%	88,9%	100%	100%	100%
3.	Postoperative Fallvorstellung	Postoperative Vorstellung aller Primärfallpat.	≥ 95% postoperative Vorstellung	100%	100%	100%	98,4%	100%	98,5%	100%
4.	Psychoonkologisches Distress-Screening	Adäquate Rate an Distress-Screening	≥ 65%	neu	neu	neu	neu	64,5% (alte Definition)	87,2%	55,2%
5.	Beratung Sozialdienst	Möglichst hohe Rate an Pat., die durch den Sozialdienst beraten wurden	Derzeit keine Vorgaben	25,3%	44,9%	72,2%	41,9%	52,6%	61,5%	60,9%
6.	Studienteilnahme	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	≥ 5%	25,3%	33,8%	2,2% ¹	15,4%	15,7%	2,8%	13,2%

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	Ist-Wert 2018	Ist-Wert 2019	Ist-Wert 2020	Ist-Wert 2021	Ist-Wert 2022	Ist-Wert 2023	Ist-Wert 2024
7.	KRK-Patienten mit Erfassung der Familienanamnese	-----	≥ 90%	91,1%	85,1%	97,9%	92,3%	85,7%	85,9%	84,2%
8.	Genetische Beratung	Möglichst hohe Rate an Empfehlung zur Beratung bei pos. Familienanamnese	≥ 90%	60,7%	41,9%	100%	100%	100%	0/0	100%
9.	Untersuchung der MMR-Proteine	Möglichst hohe Rate an Bestimmung der MMR-Proteine bei Pat. mit KRK	Neu definierter Indikator, kein Referenzwert	100%	100%	83,3% ²	0/0	100%	0/0	
10.	RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn der Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK	Möglichst häufig KRAS- und BRAF-Bestimmung vor Erstlinientherapie	≥ 50%	neu	neu	71,4%	50%	100%	66,7%	50%
11.	Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	Möglichst geringe Komplikationsrate bei therapeutischen Koloskopien	≤ 1% Komplikationsrate (Blutung u./o. Perforation)	0,4%	0,3%	0,8%	0,9%	0,7%	0,6%	0,9%
12.	Angabe Abstand Mesorektale Faszie	Möglichst häufig Angabe im Befundbericht	≥ 90%	100%	94,7%	92,3%	100%	92,3%	60%	87,5%
13.	Operative Primärfälle Kolon	siehe Sollvorgabe	Mind. 30 Kolon-Op's pro Jahr und Standort	51	41	64	43	36	45	50
14.	Operative Primärfälle Rektum	siehe Sollvorgabe	Mind. 20 Rektum-OP's pro Jahr und Standort	22	26	27	17	22	19	18
15.	Revisions-OP's Kolon	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	< 15% Revisions-OP's nach elektiven Kolon -OP's	4,0%	7,7%	8,7%	2,5%	6,1%	13,3%	28,0%

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	Ist-Wert 2018	Ist-Wert 2019	Ist-Wert 2020	Ist-Wert 2021	Ist-Wert 2022	Ist-Wert 2023	Ist-Wert 2024
16.	Revisions-OP's Rektum	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	< 15% Revisions- OP's nach elektiven Rektum -OP's	4,6%	24,0%	16,0% ³	5,9%	27,3%	11,1%	21,4%
17.	Anastomoseninsuffizienzen Kolon	Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen	≤ 6% Anastomoseninsuffizienzen Kolon	0%	2,6%	0,0%	2,8%	0%	5%	4,3%
18.	Anastomoseninsuffizienzen Rektum	Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen	≤ 15% Anastomoseninsuffizienzen Rektum	6,3%	22,7%	19,1% ³	25,0%	7,1%	12,5%	41,7%
19.	Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Patienten nach elektiven Eingriffen	< 5% postoperativ verstorbene Pat.	4,2	7,8%	2,4%	1,8%	3,6%	9,5%	9,4%
20.	Lokale R0-Resektionen Rektum	Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen	≥ 90% R0-Resektionen Rektum	96,5%	88%	92,0%	100%	90,9%	100%	100%
21.	Anzeichnung Stomaposition	Möglichst häufig präoperative Anzeichnung	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
22. a	Lebermetastasenresektion	Möglichst häufig Lebermetastasenresektion	derzeit keine Vorgaben	neu	neu	100%	66,7%	20%	20%	100%
22.b	Lebermetastasenresektion am operativen Standort		derzeit keine Vorgaben	neu	neu	5	2	1	1	2
22.c	Lebermetastasenresektion außerhalb des operativen Standortes		derzeit keine Vorgaben	neu	neu	0	0	0	0	0

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	Ist-Wert 2018	Ist-Wert 2019	Ist-Wert 2020	Ist-Wert 2021	Ist-Wert 2022	Ist-Wert 2023	Ist-Wert 2024
23.	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	Möglichst hohe Rate an Chemotherapien bei Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III	≥ 70%	neu	neu	54,4% ⁴	57,1%	75,0%	50%	60%
24.	Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie	Möglichst häufig Kombinationschemotherapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie	derzeit keine Vorgaben	neu	neu	80%	100%	66,7%	80%	75%
25.	Qualität des TME-Rektumpräparates (Angabe Pathologie)	Möglichst hohe Rate an TME-Rektumpräparaten mit guter Qualität	≥ 85% der TME-Rektumpräparate mit guter Qualität (MERCURY Grad 1 u. 2)	91,7%	88,2%	100%	88,9%	90,9%	87,5%	85,7%
26.	Befundbericht	Möglichst häufig vollständige Angaben im Befundbericht der Pathologie	≥ 95%	neu	neu	81,1%	95,0%	96,6%	95,2%	96,7
27.	Lymphknotenuntersuchung	Bei ≥95% der Pat. mit Lymphadenektomie u. ohne neoadjuvante Behandlung werden ≥ 12 Lymphknoten pathologisch untersucht	≥ 95%	95,6%	96,9%	95,0%	100%	98,2%	96,8%	98,4%
28.	Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	Möglichst häufig Beginn [...] innerhalb der vorgegebenen Zeit	Derzeit keine Vorgaben	71,4%	100%	83,3%	75,0%	66,7%	100%	66,7%
29.	MTL22-Indikator	Möglichst wenig postoperative Ereignisse	Derzeit keine Vorgaben				14,0%	9,1%	28,6%	32,8%

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	Ist-Wert 2018	Ist-Wert 2019	Ist-Wert 2020	Ist-Wert 2021	Ist-Wert 2022	Ist-Wert 2023	Ist-Wert 2024
30.	Follow-Up Quote	Möglichst hohe Follow-Up Quote	≥ 80% (3 Jahre nach Erstzertifizierung)	81,0% (K) 92,2% (K)	83,3% (K) 95,2% (R)	87,3% (K) 96,5% (R)	69,0% (K) 70,9% (R)	82,9% (K) 89,6% (R)	84,4% (K) 86,0% (R)	81,3% (K) 92,8% (R)

3.1.1 Bewertung:

Zu 4: Insgesamt wurden 49 Patientinnen durch den psychoonkologischen Dienst beraten. Es scheint ein Problem mit dem Einscannen der Bögen in die elektronische Patientenakte zu geben.

Zu 7: Die im Vorjahr begonnene Maßnahme hat leider nicht den gewünschten Erfolg gezeigt.

Zu 12: 1 x Angabe "kein kritischer Abstand" - der befundende Arzt ist nicht mehr im Hause, so dass eine Evaluation der Ursache nicht mehr möglich ist.

Zu 15, 16, 18, 19, 29: Alle Fälle wurden intern (Klinik für Viszeralchirurgie) und in den MoMo-Konferenzen des Zentrums vorgestellt.

Zu 23: Verzicht bei Multimorbidität (1 Patient) und bei Ablehnung der Therapie (1 Patient).

Zu 28: Hier wird der Patientenwunsch vermutet, die Therapie erst nach den Feiertagen (Weihnachten, Jahreswechsel) durchzuführen. Aktuell wird diese Vermutung evaluiert.

3.1.2 Maßnahmen:

Zu 4 und zu 7: Erstellung einer SOP zum Basis-Screening.

Zu 7: Einführung eines Pflichtfeldes zur Familienanamnese in der Tumorkonferenzzanmeldung (März 2025).

Zu 15, 16, 18, 19, 29: Ergänzung des Behandlungspfades um perioperative Maßnahmen (v. a. präoperative Maßnahmen und Komplikationsmanagement).

Managementbewertung 2024**3.2 Brustkrebs**

Nr.	Ziel	Vorgabe	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1	Wartezeiten in der Brustsprechstunden (< 30 Min.)	n. def.	M: 82%	M: 77,4%	M: 94,0%	M: 100%	M: 64,9%	M: 60,5%
			K: 94,5%	K: 95,2%	K: 68,8%	K: 100%	K: 95,5%	K: 100%
2	Wartezeit auf Termin in der Sprechstunde	n. def.	M: 92%	M: 83,9%	M: 85,1%	M: 84,0%	M: 89,2%	M: 69,8%
			K: 95,4%	K: 90,5%	K: 100%	K: 85,7%	K: 95,5%	K: 100%
3	Selten Revisions-Operationen	< 5%	M: 0,8%	M: 0,8%	M: 3,3%	M: 3,3%	M: 0,6%	M: 2,9%
			K: 2,0%	K: 2,8%	K: 4,1%	K: 2,6%	K: 1,3%	K: 4,6%
4	Selten postoperative Wundinfekte	< 5%	M: 0%	M: ?	M: 3,9%	M: 1,7%	M: 1,8%	M: 0,6%
			K: 1,5%	K: ?	K: 3,3%	K: 2,6%	K: 1,4%	K: 2,6%
5	Immer Meldung des BZ an das Landeskrebsregister NRW	>= 98%		M: 100%	M: 100%	M: 100%	M: 100%	M: 54,2%
				K: 100%	K: 100%	K: 100%	K: 100%	K: 98,5%
6	Evaluation der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit durch das "imvr"	>= 95%	M: 100%	M: 100%	M: 98,0%	M: 100%	M: 100%	M: 100%
			K: 58 P	K: 100%	K: 100%	K: 100%	K: 97,6%	K: 89,7%
7	Anzahl operativer Eingriffe für R0-Resektion bei BET	(>75%)	neu	M: 84,4%	M: 83,5%	M: 91,7%	M: 80,1%	M: 85,2%
			neu	K: 92,3 %	K: 86,4%	K: 90,2%	K: 91,8%	K: 100%
8	Postoperative Fallbesprechung	>= 95%	neu	M: 100%	M: 96,7%	M: 100%	M: 99,4%	M: 100%
			neu	K: 94,4%	K: 99,2%	K: 100%	K: 97,5%	K: 100%
9	Prätherapeutische Fallbesprechung	>= 45%*	neu	M: 100%	M: 100%	M: 83,3% *	M: 75,7%	M: 62,5%
			neu	K: 100%	K: 100%	K: 45,1% *	K: 46,4%	K: 62,4%
10	Fallbesprechung bei Lokalrezidiv / Metastasen	100%	neu	M: 100%	M: 100%	M: 100%	M: 100%	M: 100%
			neu	K: 90,9%	K: 100%	K: 100%	K: 100%	K: 100%
11	Strahlentherapie nach BET bei invasivem Mammakarzinom	>= 95%	neu	M: 60%	M: 96,0%	M: 97,3%	M: 97,4%	M: 95,9%
			neu	K: 95,8%*	K: 96,2%	K: 97,2%	K: 95,0%	K: 100%
12	Strahlentherapie nach BET bei DCIS	(>80%)	neu	M: 75%	M: 75,0%	M: 72,7%	M: 99,2%	M: 81,3%
			neu	K: 80%*	K: 100%	K: 90,0%	K: 90,9%	K: 100%
13	Chemotherapie bei Rez. Positiven und nodalpos. Befund	n. def.	neu	M: 55,3%	M: 47,5%	M: 28,6%	M: 38,5%	M: 52,4%
			neu	K: 62,1%	K: 61,8%	K: 65,8%	K: 60,6%	K: 27,8%
14	Endokrine Therapie bei steroidrez. positivem Befund	>= 80%	neu	M: 75,8%	M: 85,9%	M: 91,0%	M: 89,8%	M: 91,4%
			neu	K: 75,2%	K: 100%	K: 85,1%	K: 83,5%	K: 92,4%
15	Trastuzumabtherapie über ein Jahr bei HER-2 pos. Befund	>= 95%	neu	M: 83,9%	M: 81,8%	M: 100%	M: 78,9%	M: 83,3%
			neu	K: 42,9%	K: 100%	K: 94,1%	K: 85,7%	K: 35,7%
16	Endokrine Therapie bei Metastasierung	>= 95%	neu	M: 0%	M: 100%	M: 90,0%	M: 93,8%	M: 83,9%
			neu	K: 57,1%	K: 100%	K: 100%	K: 80%	K: 91,7%

Managementbewertung 2024

Nr.	Ziel	Vorgabe	2019	2020	2021	2022	2023	2024
17	Psychoonkologische Diagnostik mit einem validierten Screening-Instrument	100%	neu	M: 100%	M: 100%	M: 100%	M: 100%	M: 65,3%
			neu	K: 100%	K: 100%	K: 100%	K: 100%	K: 77,6%
18	Beratung Sozialdienst	> 50%	neu	M: 60,9%	M: 78,7%	M: 46,1%	M: 62,3%	M: 63,2%
			neu	K: 100%	K: 100%	K: 39,1%	K: 75,6%	K: 77,0%
19	Anteil Studienpatienten	> 5%	neu	M: 1,9%	M: 15,2%	M: 11,4%	M: 20,3%	M: 6,3%
			neu	K: 0%	K: 7,2%	K: 9,3%	K: 25,9%	K: 20,8%
20	Prätherapeutische histologische Sicherung	>= 90%	M: 95,7	M: 97,7%	M: 97,4%	M: 95,0%	M: 97,6%	M: 100%
			K: 96,5%	K: 98,1%	K: 98,3%	K: 99,1%	K: 99,4%	K: 100%
21	Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1	70-90%	neu	M: 69,2%	M: 67,7%	M: 76,5%	M: 88,0%	M: 86,9%
			neu	K: 74,1%	K: 63,9%	K: 83,6%	K: 79,8%	K: 83,0%
22	Mastektomien	(15 - 40%)	neu	M: 28,8%	M: 24,1%	M: 29,8%	M: 17,5%	M: 19,2%
			neu	K: 58,3%	K: 45,5%	K: 28,7%	K: 28,5%	K: 28,9%
23	LK-Entfernung bei DCIS	<= 5%	neu	M: 0%	M: 0%	M: 0%	M: 0%	M: 0%
			neu	K: 0%	K: 0%	K: 0%	K: 0%	K: 0%
24	Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom	>= 95%	neu	M: 92,5%	M: 85,7%	M: 93,4%	M: 91,5%	M: 92,7%
			neu	K: 97,8%	K: 99,0%	K: 99,0%	K: 99,3%	K: 97,8%
25	Alleinige Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Frauen)	>= 80%	neu	M: 85,3%	M: 80,3%	M: 92,0%	M: 84,2%	M: 90,9%
			neu	K: 98,1%	K: 93,4%	K: 91,2%	K: 97,8%	K: 95,8%
26	Alleinige Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Männer)	>= 80%	neu	M: 0/0	M: 0/0	M: 0/0	M: 100%	M: 100%
			neu	K: 0/0	K: 0/0	K: 0/0	K: 100%	K: 100%
27	Intraoperative Präparateradio- / sonographie	>= 95%	neu	M: 97,5%	M: 96,0%	M: 100%	M: 100%	M: 100%
			neu	K: 98,6%	K: 100%	K: 100%	K: 100%	K: 99,2%
28	Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei pN1mi	<= 5%	neu	M: 0%	M: 0%	M: 0%	M: 0%	M: 0/0
			neu	K: 0%	K: 0%	K: 0%	K: 0%	K: 0%

3.2.1 Bewertung:

Zur Kennzahl 5 – Standort Moers:

Probleme des KIS-Anbieters und der Krebsregister bei der Verifikation des OBDS-Datensatzes, in Folge keine Lieferung seit August 2024 möglich, danach technische Probleme im Datensatz (2 Histologien pro Diagnosemeldungen). **Maßnahmen:** Diverse Gespräche mit dem Anbieter, Korrektur unzähliger Datensätze, "Ticket" für das weiterhin bestehende Problem, noch keine Lösung durch den Anbieter. Umstellung des Tumordokumentationssystems Anfang 2025.

Managementbewertung 2024

Zur Kennzahl 17 – Standort Moers:

Das Screening findet aktuell "nur" im Rahmen der stationären Aufenthalte statt. Im Fall von PST oder noch ausstehender OP erfolgt noch kein Screening.

3.2.2 Maßnahme:

Neue SOP zum Screening ist erstellt.

Die weiteren auffälligen Kennzahlen wurden im Rahmen von QM-Treffen besprochen, es mussten aufgrund der Begründungen keine Maßnahmen abgeleitet werden.

3.3 Gynäkologische Krebserkrankungen

Nr.	Kennzahl	Ziel	Vorgabe	2022*	2023	2024
1	Vorstellung Tumorkonferenz	Möglichst häufig Vorstellung in der Tumorkonferenz	≥ 90%	97,8%	100%	100%
2	Psychoonkologisches Distress-Screening	Adäquate Rate Patientinnen mit Distress-Screening	≥ 65%	Neu	Neu	29,3%
3	Beratung Sozialdienst	Adäquate Rate an Beratung durch Sozialdienst	Derzeit keine Vorgaben	22,9%	28,6%	44,0%
4	Anteil Studienpatientinnen	Einschluss von möglichst vielen Pat. in Studien	≥ 5%		5,6%	13,3%
5	Gesamtfallzahl		≥ 75	48	70	75
6a	Primärfälle		≥ 50	27	54	60
6b	Nicht Primärfälle		Derzeit keine Vorgaben	21	16	15
7	Operative Fälle		≥40		53	60
8	Angebot zur genetischen Testung	Möglichst häufig Angebot zur genetischen Testung	≥ 70%		88,9%	70%
9	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Möglichst vollständiges operatives Staging	≥ 40%		66,7%	57,1%
10	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Möglichst häufig makroskopisch vollständige Resektion	≥ 30%		0%	100%
11	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkologen	Möglichst häufig operative Therapie durch Gynäkoonkologen	≥ 80%	66,7%	100%	100%

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Ziel	Vorgabe	2022*	2023	2024
13	First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Möglichst häufig First-Line Chemotherapie mit Carboplatin u. Paclitaxel	Derzeit keine Vorgaben		33,3%	60,0%
14	Zytologisches/histologisches LK-Staging (Zervix)	Möglichst häufig zytologisches/histologisches LK-Staging	≥ 60%		50%	62,5%
15	Brachytherapie als Bestandteil der primären Radio(chemo)therapie (Zervix)	Möglichst häufig Brachytherapie ...	≥ 80%		50%	100%
16	Histologische Sicherung Lokalrezidiv (Zervix)	Möglichst häufig histologische Sicherung	Derzeit keine Vorgaben		75,0%	100%
17	Angaben im Befundbericht (Vulva)	Möglichst häufig vollständige Angaben im Befundbericht bei Resektion	≥ 90%		100%	100%
18	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (Vulva)	Möglichst häufig vollständige Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	≥ 90%		100%	100%
19	Durchführung inguinofemorales Staging (Vulva)	Möglichst häufig inguinofemorales Staging	≥ 90%		100%	100%
20	SLN-Biopsie (Vulva)	Möglichst häufig Vorhandensein der beschriebenen Merkmale bei durchgeführter SLN-OP	≥ 90%		100%	100%
21	Bestimmung p53 sowie MMR-Proteine (Endometrium)	Möglichst häufige Bestimmung	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	93,6%
22	POLE-Untersuchung (Endometrium)	Möglichst häufig POLE-Untersuchung	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	21,4%
23	Postoperativ alleinige vaginale Brachytherapie (Endometrium)	Möglichst häufig postoperativ alleinige vaginale Brachytherapie	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	0/0
24	Perkutane Strahlentherapie mit simultaner Chemotherapie (PORTEC 3 - Schema) (Endometrium)	Möglichst häufig simultane Chemotherapie	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	0/0
35	Adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel (Endometrium)	Möglichst häufig adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	75,0%
26a	Hysterektomie ohne Morcelllement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom	Möglichst häufig Hysterektomie ohne Morcelllement (im Zentrum)	Derzeit keine Vorgaben		0/0	0/0

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Ziel	Vorgabe	2022*	2023	2024
26b	Hysterektomie ohne Morcellement bei auf den Uterus beschränktem Sarkom	Möglichst häufig Hysterektomie ohne Morcellement (außerhalb des Zentrums)	Derzeit keine Vorgaben		0/0	0/0

*soweit erfasst

(fehlende Kennzahlen sind noch optional und deshalb nicht dargestellt)

3.3.1 Bewertung:

Zu 2 und 3 ist bereits eine SOP zum onkologischen Basisscreening in Arbeit.

3.3.2 Maßnahme:

Prüfung und Freigabe der SOP, Kommunikation mit allen Beteiligten.

3.4 Lungenkrebs

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Vorgabe	2021	2022	2023	2024
1.	Primärfälle des LKZ	Siehe Sollvorgabe	≥200 (100) Primärfälle	321	329	335	327
1b	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen		keine Vorgaben	50	53	58	39
2.	Prätherapeutische Fallbesprechung	Prätherapeutische Vorstellung aller Patienten mit Lungenkrebs	≥90% prätherapeutische Vorstellung	95,3%	92,4%	92,5%	99,7%
2b	Fallbesprechung nach kurativ intendierter Ersttherapie	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive / Metastasen nach kurativer Behandlung	≥90%	100%	100%	100%	97,4%
3.	Tumorkonferenz nach operativer Primärtherapie Stad. IB - IIIB	Möglichst häufig Vorstellung nach operativer Primärtherapie	≥90%	98,6%	100%	100%	100%
4.	Zeitdauer Tumorkonferenz bis Therapiebeginn	Möglichst häufig unter 14 Tage	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	64,9%	96,7%

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Vorgabe	2021	2022	2023	2024
5.	Psychoonkologisches Distress-Screening	Adäquate Rate an Distress-Screening	≥ 65%	Neu	Neu	23,4%	24,0%
6.	Beratung Sozialdienst	Möglichst hohe Rate an Pat., die durch den Sozialdienst beraten wurden	Derzeit keine Vorgaben	42,3%	30,1%	30,0%	50,6%
7.	Studienteilnahme	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	≥5 %	9,4%	5,8%	1,5%	7,3%
8.	Flexible Bronchoskopie	Siehe Sollvorgabe	500 flexible Bronchoskopien/ Zentrum	2681	3609	3730	3147
9.	Interventionelle bronchologische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen	Siehe Sollvorgabe	≥10	17	8	21	12
10.	FDG-PET/CT zum Staging	Möglichst häufig ...	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	62,2%	86,5%
11.	Lungenresektionen (Operative Primärfälle)	siehe Sollvorgabe	derzeit keine Vorgaben	124	121	107	127
11 b	Lungenresektionen (Operative Expertise gesamt)	siehe Sollvorgabe	≥ 75	164	121	140	157
12.	Verhältnis Broncho-/Angioplastische Operationen zu Pneumektomien	Adäquates Verhältnis	derzeit keine Vorgaben	94,3%	77,8%	85,7%	92,3%
13.	Videoskopische (VATS) und Roboterassistierte (RATS) anatomische Resektionen	Erfassung	derzeit keine Vorgaben	90,9%	80,2%	84,1%	88,9%
14.	30d-Mortalität nach Resektionen	Möglichst niedrige Rate an post-op verstorbenen Pat. nach Resektion	≤ 5% postoperativ verstorbene Pat.	0%	0%	0%	0%
15.	Postoperative Bronchusstumpf-/Anastomosen-insuffizienz	Möglichst niedrige Rate an post-op Bronchusstumpf-/Anastomoseninsuffizienz	≤5% Bronchusstumpf-/Anastomosen-insuffizienz	0,8%	0%	0%	0%

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Vorgabe	2021	2022	2023	2024
16.	Lokale R0-Resektionen im Stadium I und II	Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen	≥95% R0-Resektionen	100%	96,6%	100%	96,9%
17.	Lokale R0-Resektionen im Stadium III	Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen	≥85% R0-Resektionen	92,0%	88,0%	92,9%	86,9%
18.	Thorakale Bestrahlungen	Siehe Sollvorgabe	≥50	126	124	140	156
19.	Stereotaktische Strahlentherapie bei Inoperabilität	Möglichst häufig ...	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	12,5%	0/0
20.	Pathologische Begutachtungen	Siehe Sollvorgabe	≥200 Fälle	274	368	312	1211
21.	Neue Definition		Noch optional				
22.	Kombinierte Radiochemotherapie im Stad. IIIA4/IIIB/IIIC	Möglichst häufig komb. RCTx bei NSCLC-Pat. Stad. IIIA4/IIIB/IIIC	derzeit keine Vorgaben	57,1%	60,0%	73,9%	54,6%
23.	Erhaltungstherapie nach definitiver Radiochemotherapie – NSCLC Stadium III	Möglichst häufig ...	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	0%	20%
24.	Molekularpathologische Untersuchung bei Patienten NSCLC Stadium IV	Möglichst häufig molekularpathologische Untersuchung	≥ 75%	84,2%	8,8%	63,3%	51,0%
25.	Molekularpathologische Untersuchung nach kurativer Tumorsektion	Möglichst häufig ...	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	50%	66,7%
26.	Kombinierte RCTx bei SCLC Stad. IIB-IIB	Wenn möglich Kombinierte RCTx bei SCLC Stad. IIB-IIB	derzeit keine Vorgaben	78,6%	47,1%	66,7%	50%
27.	Prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC	Möglichst häufig ...	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	0%	0/0
28.	Chemo-Immuntherapie bei SCLC	Möglichst häufig ...	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	0%	100%
29.	CTCAE Grad V unter Systemtherapie	Möglichst selten CTCAE Grad V unter Systemtherapie	derzeit keine Vorgaben	0%	0%	0%	0%

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Vorgabe	2021	2022	2023	2024
30.	Symptomerfassung mittel MIDOS/IPOS	Möglichst häufig bei Stadium IV	derzeit keine Vorgaben	0%	24,5%	18,3%	20,6%
31.	PD-L1-Testung bei NSCLC Stadium III mit Radiochemotherapie	Möglichst häufig Testung von Therapiebeginn	≥ 75%	87,1%	97,1%	94,3%	90,5%
32.	PD-L1-Testung bei NSCLC Stadium IV	Möglichst häufig Testung	≥ 75%	98,7%	93,9%	89,9%	92,9%

3.4.1 Bewertung:

Zu 5 und 30 ist bereits eine SOP zum onkologischen Basisscreening in Arbeit.

Zu 24: Das Ergebnis wurde bereits diskutiert.

3.4.2 Maßnahme:

Zu 5 und 30: Prüfung und Freigabe der SOP, Kommunikation mit allen Beteiligten.

Zu 24: Umstellung der molekularpathologischen Untersuchungen

3.5 Pankreaskrebs

Kennzahlen können erst ab 2021 in ODOK ermittelt werden.

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	2021	2022	2023	2024
1.a	Primärfälle		≥ 25	25	25	19	35
1.b	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und / oder Fernmetastasen		Derzeit keine Vorgaben	1	3	4	5
2.	Prä therapeutische Fallvorstellung	Vorstellung aller Patient:innen	≥ 95%	96,0%	100%	89,5%	100%
3.	Post operative Fallvorstellung	Vorstellung aller operierten Primärfälle	≥ 95%	80%	100%	100%	100%
4.	Psychoonkologisches Distress-Screening	Adäquate Rate an psychoonkologischem Distress-Screening	≥ 65% (neu für 2023)	34,6%	32,1%	69,6%	35,0%

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	2021	2022	2023	2024
5.	Beratung Sozialdienst	Möglichst hohe Rate an Pat., die durch den Sozialdienst beraten wurden	Derzeit keine Vorgaben	34,6%	67,9%	60,9%	45,0%
6.	Studienteilnahme	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	≥ 5%	20%	0%	10,5%	11,4%
7.a	Pankreatitis nach ERCP	Möglichst niedrige Rate an spezif. Komplikationen	≤ 10%	4,6%	4,4%	5,0%	4,8%
7.b	Blutung u. Perforation nach ERCP	Möglichst niedrige Rate an spezif. Komplikationen	≤ 5%	0,4%	0,4%	0,9%	1,1%
8.	Operative Primärfälle		≥ 12	15	8	8	12
9.	Operative Expertise gesamt		≥ 20	20	21	10	23
10.	Revisions-Op's Pankreas	Möglichst niedrige Rate	≤ 10%	20%	4,8%	20%	47,8%
11.	Postoperative Wundinfektion	Möglichst niedrige Rate	Derzeit keine Vorgaben	5%	0%	0%	4,4%
12.	Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate	≤ 5%	30,0%	14,3%	10%	8,7%
13.	Lokale R0-Resektion	Möglichst hohe Rate	≥ 40%	93,3%	87,5%	100%	100%
14.	Lymphknoten-Entfernung	Mind. 12 LK im OP-Präparat bei LAE	≥ 65%	90,0%	75,0%	100%	81,8%
15.	Inhalt Pathologieberichte	Möglichst häufig vollständige Pathologieberichte	≥ 80%	92,9%	100%	100%	100%
16.	Adjuvante Chemotherapie	Möglichst häufig adjuvante Chemotherapie	≥ 50%	--- ¹	33,3%	57,1	50,0%
17.	Palliative Chemotherapie	Möglichst häufig pall. Chemotherapie Stad. III und IV, ECOG 0-2	Derzeit keine Vorgaben	44,4%	63,6%	50%	54,6%
18.	Primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom	Keine primäre Tumorresektion	Derzeit keine Vorgaben	neu	16,7%	0%	4,6

Managementbewertung 2024

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	2021	2022	2023	2024
19.	Zweitlinientherapie	Möglichst häufig Zweitlinientherapie bei Progress unter Erstlinientherapie und ECOG ≤ 2	Derzeit keine Vorgaben	neu	0 von 0	0 von 0	100%

3.5.1 Bewertung:

Zu 4: Insgesamt wurden 25 Patientinnen durch den psychoonkologischen Dienst beraten. Es scheint ein Problem mit dem Einscannen der Bögen in die elektronische Patientenakte zu geben.

Zu 10 und 12: Betrachtung der Fälle in den MoMo-Konferenzen und Pankreas-Coaching (April 2025).

3.5.2 Maßnahmen:

Zu 4: Erstellung einer SOP zum Basis-Screening.

Zu 10 und 12: Umsetzung der Maßnahmenempfehlungen aus dem Coaching

3.6 Weitere onkologische Entitäten

Kennzahlen-Systematik muss noch eingerichtet werden.

Nr.	Ziel	Vorgabe	2021

3.7 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Ergänzung des Behandlungspfades Kolorektales Karzinom um perioperative Maßnahmen (v. a. präoperative Maßnahmen und Komplikationsmanagement)	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025
Umsetzung der Maßnahmenempfehlungen aus dem Coaching (Pankreaskarzinom).	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025
Erstellung (Prüfung und Freigabe) einer SOP zum Basis-Screening.	R. Drückes	31.05.2025

Managementbewertung 2024

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Vorstellung von Prof. Dr. Bausch bei den Niedergelassenen und in den Nachbarkrankenhäusern.	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025
Überarbeitung der Flyer.	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025
Wiederholung der Zuweiserbefragung in „klassischer Form“	R. Drückes	31.12.2025
Umstellung der Tumordokumentation am Standort Moers	Hr. Drückes	01.01.2025
Verbesserung der personellen Situation in der BSP und im Sekretariat (Moers)	Dr. Tönnies / Fr. Gerber	31.03.2025
Information der weiteren therapeutischen Kernleistungserbringer über das Ergebnis der Kölner Befragung im Item „Informationsbedarf Therapie“	Hr. Drückes	28.02.2025
Erstellung einer SOP mit namentlicher Benennung der Untersuchenden, die die Mindestfallzahlen pro Kalenderjahr erreichen. Andere Untersuchenden dürfen nur unter Aufsicht der benannten Untersuchenden Stanzen und Nadelmarkierungen durchführen. (Moers)	Dr. Tönnies	31.12.2024
Monatliche Auswertung der Leistungszahlen (Stanze, Markierung). (Moers)	Dr. Tönnies	31.01.2025
Umstellung der Tumordokumentation auf ODSeasy-net und in Folge auch der Formulare zur Tumorkonferenz (Moers)	Hr. Drückes	31.03.2025 31.05.2025

4 Ergebnisse interner und externer Audits

4.1 Interne Audits

In 2024 fanden interne Audits zum Thema Entlassplanung gemäß Vereinbarung zur Entlassmanagement statt. Auf den Stationen ergaben sich keine zentrums-bezogenen Abweichungen oder Verbesserungspotenziale. Die Auditberichte und der Maßnahmenplan sind beim QMB hinterlegt.

Zentrumsspezifische Audits sind für das Jahr 2025 geplant.

Managementbewertung 2024**4.1.1 Alle Zentren:**

Folgende Abweichungen / Verbesserungspotenziale wurden (krankenhausweit) erkannt:

keine

4.1.2 Brustzentrum:

Am Standort Moers wurde eine Abweichung erkannt:

Die Dokumentation der sonographischen Stenzen erfolgt erst seit Juni 2024. Nicht alle Untersucher erreichen die geforderten Mindestzahlen.

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:	Umsetzung erfolgt?
Erstellung einer SOP mit namentlicher Benennung der Untersuchenden, die die Mindestfallzahlen pro Kalenderjahr erreichen. Andere Untersuchenden dürfen nur unter Aufsicht der benannten Untersuchenden Stenzen und Nadelmarkierungen durchführen.	Dr. P. Tönnies	31.12.2024	In Arbeit
Monatliche Auswertung der Leistungszahlen	Dr. P. Tönnies	Start 01.01.25	
Auswertung (intern) der Ergebnisse der Kölner Befragung 2024	R. Drückes	31.12.2024	ja

4.2 Externe Audits**4.2.1 Onkologisches Zentrum:****4.2.1.1 Besondere Stärken:**

- Ausbau der Palliativmedizin durch Einrichtung einer Palliativstation am Standort,
- Neubau für die MVZs des Trägers, für die Onkologische Praxis Moers und die eigene Akademie,
- Ausbau der ambulanten psychosozialen Versorgung durch Gründung einer Krebsberatungsstelle,
- Aufstockung der Personalressourcen für Studienmanagement und Psychoonkologie,
- hervorragendes Qualitätsmanagement und Berichtswesen,
- Veröffentlichungen der Studienaktivitäten auf universitärem Niveau,
- sehr gut aufgestellte, dynamische Pflege (Onkologische Pflege, Palliativcare).

Managementbewertung 2024**4.2.1.2 Abweichungen:**

Es wurden keine Abweichungen festgestellt.

4.2.1.3 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Es ist zu prüfen, wie durch Intensivierung standortübergreifender Initiativen und Strukturen, das Onkologische Zentrum nach innen und außen sichtbarer gemacht werden kann.	Für 2025 sind standortübergreifende Treffen im BZ und im LZ geplant	R. Drückes / Dr. K. Kambartel
Die Anmeldung und Dokumentation der Tumorkonferenzen sollten funktionaler gestaltet werden und sind zu vereinheitlichen.	Umstellung des Tumordokumentationssystems mit anschließender Anpassung der Anmeldungen und Protokolle	R. Drückes / Dr. K. Kambartel / Dr. D. Brunotte / S. Döhrmann-Sohr
Ein Marketingkonzept für das Onkologische Zentrum Bethanien Moers sollte erstellt werden.	Ist umgesetzt	
Die Auseinandersetzung mit den erheblichen Versorgungsunterschieden der einzelnen Organkrebszentren ist zu intensivieren und die Versorgungsqualität ist anzugleichen (Psychoonkologie).	SOP ist erstellt und QZ zum Thema wurde durchgeführt	
Die Auseinandersetzung mit den erheblichen Versorgungsunterschieden der einzelnen Organkrebszentren ist zu intensivieren und die Versorgungsqualität ist anzugleichen (Sozialdienst).	SOP ist erstellt und QZ zum Thema wurde durchgeführt	
Ein Ansprechpartner für die Selbsthilfegruppen ist zu benennen.	Muss noch erfolgen	
Es ist zu prüfen, ob die Existenz zweier synergistischer Studiensekretariate erforderlich ist und Doppelstrukturen abgebaut werden könnten.	Aufgrund unterschiedlicher Trägerschaft (und Versicherungen) nicht möglich	
Die Rekrutierung von Studien und Patienten ist in einzelnen Bereichen (speziell Viszeralonkologie) zu erhöhen. Hierzu kann es erforderlich sein, den Prozess der Studienauswahl und -akquise zu optimieren.	Die Studienquote konnte in Teilbereichen verbessert werden	
Im Onkologischen Zentrum sollte ein standortübergreifender Austausch intensiviert werden, damit ggf. auch die anderen Standorte von den Erfahrungen der leistungsstarken, vorbildlich organisierten Pflege in Moers profitieren können.	Für 2025 sind standortübergreifende Treffen im BZ und im LZ geplant	
Auswertungen zu Befundungszeiten (Radiologie) sind zu erheben und werden beim nächsten Audit eingesehen.	Ist erfolgt	

Managementbewertung 2024

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Es ist zu prüfen, wie der Prozess und die Dokumentation nuklearmedizinischer Untersuchungen verbessert werden kann, um den Strahlenschutz anderer Leistungserbringer zu gewährleisten.	SOP zur Sentinel-Markierung wurde aktualisiert	
Die Kooperation mit den Leistungserbringern-PETCT (Zahlen, Befundungen, u.a.) wird beim nächsten Audit eingehend betrachtet werden.		
Es ist eine Wartezeitermittlung vorzulegen (Muss-Hinweis), die beim nächsten Überwachungsaudit eingesehen wird.	Liegt vor	
Adäquate Ressourcen (Räumlichkeiten, Personal z.B. aus Anästhesie/ Pneumologie) für Punktionen und ZVK-Anlagen sind auch für Palliativpatienten bereit zu halten.	Ist in Prüfung	Fr. Yakar
Es ist weiterhin zu prüfen, ob die eingeschränkte Funktionalität des aktuellen Tumordokumentationssystems verbessert werden kann oder mittelfristig ein leistungsstärkeres, einheitliches System installiert werden sollte.	Umstellung zum 01.01.2025 erfolgt, die Anbindung von Essen und Mülheim (LZ) ist in Planung, nachträglicher Datenexport wird folgen	

4.2.2 Viszeralonkologisches Zentrum

4.2.2.1 Besondere Stärken:

Keine Angaben

4.2.2.2 Abweichungen:

Abweichung	Kommentar	Verantwortlich
Die Kennzahl 12 a (postoperative Mortalität Pankreas) überschreitet im zurückliegenden Kalenderjahr die Sollvorgabe (Sollvorgabe <5%). Im Schnitt der letzten drei Kalenderjahre liegt der Kennzahlenwert > 8 %. Ein Coaching durch einen Peer ist durch das Zentrum zeitnah über OnkoZert zu organisieren und zu terminieren.	Nach anfänglichen Koordinationsproblemen durch Onkozert ist das Coaching im April 2025 erfolgt.	S. Döhrmann-Sohr
Die Kennzahl 6, Anteil der Studienpatienten im Darmzentrum, ist zu niedrig: 2/71 = 2,8 %. (Sollvorgabe > 5 %)	Weitere Studien wurden und werden gesucht. Die Studienquote konnte auf 13,2% erhöht werden.	S. Döhrmann-Sohr, Dr. M. Möller

Managementbewertung 2024

Abweichung	Kommentar	Verantwortlich
<p>Die Darmoperateure Frau Döhrmann-Sohr und Dr. Vogel sowie die Pankreasoperateure Dr. Zachert und Dr. Vogel unterschreiten die Mindestzahlen.</p> <p>Die Primärfälle Pankreas und die Expertise unterschreiten die FAD / Pankreas.</p>	<p>Diverse Maßnahmen zur Erhöhung der Primärfallzahlen führten im Bereich Pankreas-Operationen zur Einhaltung der Mindestzahlen.</p> <p>Bedingt durch die immer noch geringen Fallzahlen beim Rektumkarzinom und durch krankheitsbedingte Ausfälle (Fr. Döhrmann-Sohr) konnten die Mindestzahlen der Darmoperateure erneut nicht erreicht werden.</p>	<p>S. Döhrmann-Sohr / Dr. H.-R. Zachert</p>

4.2.2.3 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
<p>Die Protokolle der Tumorkonferenzen sollten ergänzt werden durch ein auszufüllendes Feld für Freitext, in dem besondere Termine, Themen und Patienten für die QZ und die M&M-Konferenzen aufgeführt werden sollten. Adhärenzprotokolle sollten in 2024 stichprobenartig durchgeführt werden.</p>	<p>Das Konferenzprotokoll ist erweitert worden.</p> <p>Erste Adhärenzprotokolle sind erstellt worden</p>	<p>Dr. M. Möller R. Drückes</p>
<p>Das Zentrum sollte zügig und intensiv an neuen Studien teilnehmen und so die Studienquote im Darmzentrum erhöhen.</p>	<p>Eine neue Studie konnte für 2024 „gewonnen“ werden. Für 2025 sind weitere Studienteilnahmen geplant/beantragt</p>	<p>Dr. M. Möller, S. Döhrmann-Sohr</p>
<p>Ergänzend zur SOP soll das Zentrum eine Stelle/Person benennen, die ab 01.07.2024 prospektiv die Patienten mit inkompletter, Stenose-bedingter initialer Koloskopie auflistet.</p>	<p>Die Liste wird seit Jahren von der Tumordokumentation geführt. Zusätzlich monitort Prof. Dr. Kubitz diese Patienten.</p>	<p>Prof. Dr. R. Kubitz</p>
<p>Das Zentrum sollte gezielt die Kooperation mit dem oder den Kerneinweisern für Pankreaspatienten optimieren.</p>	<p>Die Primärfallzahlen und auch die OP-Zahlen konnten in 2024 wieder gesteigert werden.</p>	<p>Prof. Dr. R. Kubitz Dr. H.-R. Zachert</p>

4.2.3 Brustzentrum

Re-Zertifizierungsaudit ÄK-Zert:

4.2.3.1 Besondere Stärken

Als besondere Stärken wurden festgehalten:

Am Standort Moers wird eine Kindertagesstätte betrieben, deren Öffnungszeiten an die Arbeitszeiten der MA angepasst sind.

SO Moers hat ein außerordentlich gut durchstrukturiertes ärztliches Personalmanagement im Brustzentrum.

In der onkologischen Praxis SO Moers sind sehr übersichtliche und eindeutige Pocket Cards vorhanden, die das Verfahren im Umgang mit Parasiten unterschiedlicher Substanzen eindeutig festlegen. Diese sind auch elektronisch hinterlegt.

4.2.3.2 Abweichungen

Ein dem Anforderungskatalog entsprechendes Weiterbildungscurriculum für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in der Senologie konnte im Audit nicht vorgelegt werden.

Die Abweichung wurde innerhalb der gesetzten Frist erfolgreich behoben.

4.2.3.3 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Die Ziele sollten möglichst alle Bereiche des BZ abdecken, um sie dort geplant umsetzen zu können.	Im Rahmen der nächsten MB bedenken	R. Drückes
Ein allgemeiner Hinweis in der Kommunikationsmatrix darauf, dass alle Besprechungen protokolliert werden sollen, wäre hilfreich.	Umgesetzt	R. Drückes
Die Onkologische Praxis Moers sollte das Intervall und die Verantwortlichkeit für die Notfallkofferkontrolle schriftlich festlegen.	Der Notfallkoffer war nach Umzug in die neuen Räumlichkeiten neu angeschafft. Die bisherige Regelung konnte nicht weiter umgesetzt werden. Kontrolle im nächsten internen Audit (2025) –	Dr. P. Liebisch
Der Stellenanteil, den die Psychoonkologie für das Brustzentrum zur Verfügung hat, muss festgelegt werden	Umgesetzt	R. Drückes

Managementbewertung 2024

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Die Wiedervorlagefristen für Dokumente medizinischen Inhalten sind in der QM-Dokumentation nicht eindeutig festgelegt.	Ins Handbuch übernommen	R. Drückes
Einige der beschriebenen Maßnahmen zur Verhinderung der Risiko-Verwirklichung scheinen nicht geeignet. Die Relation des geschätzten Schadensausmaßes zwischen Vermögens- und Personenschäden scheint teilweise verschoben.	Besprechung in der QM-Runde im September 2024: Keine Änderungen	R. Drückes
Die Ergebnisse der Patientenbefragung wurden in der QM-Steuergruppe 5 Monate nach Eingang noch nicht besprochen	Wurden per E-Mail und standort-intern kommuniziert, das reicht aus unserer Sicht. Für 2024 im QM-Treffen und im Vorstand besprochen	R. Drückes
Eine systematische Nachverfolgung der entdeckten NCs aus dem internen Audit war nicht nachweisbar.	Übernahme ins Maßnahmenmanagement (Moers) bzw. Maßnahmenliste (Kleve)	R. Drückes
Einmalig findet sich in einem E-Brief ein falsch angegebener Genetik-Score.	Wird zukünftig beachtet	Dr. P. Tönnies
Es findet sich eine Checkliste mit pauschal angestrichenen Ankreuz-Feldern.	Wird zukünftig beachtet	Dr. P. Tönnies
Die Abgleichung der Standards zwischen den Standorten erfolgt über Qualitätszirkel. Die Themen der jeweiligen QZ sind auf spezifische Themen einzelne Bereiche des Brustzentrum zu fokussieren. In den Protokollen sollten abgeleitete Konsequenzen ersichtlich sein.	Der Behandlungspfad soll weiterhin interdisziplinär beraten werden.	Dr. P. Tönnies
Für die BCN fehlt ein schriftliches Einarbeitungskonzept (beide SO).	Die vorhandenen Einarbeitungskonzepte sollen bei Bedarf (geplante Neu-Einstellung) entsprechend ergänzt werden.	D. Hutka
In vielen Bereichen des Brustzentrums an beiden SO gibt es keinen strukturierten Fortbildungsplan. Dieser ist zu Beginn des Jahres zu erstellen, in den Urlaubsplan einzubinden und am Ende des Jahres mit den wirklich erfolgten Teilnahmen abzugleichen.	Umgesetzt Fortbildungspläne PD/ÄD für 2025 vorhanden	Dr. P. Tönnies
Die Radiologie SO Moers muss einen Flucht- bzw. Evakuierungsplan aushängen.	Hing zum Audit deutlich sichtbar aus.	
Die Dokumentation der ärztlichen Diagnose- und Therapiegespräche ist rudimentär. Dringend zu empfehlen ist die Erstellung von Checklisten für das diagnose- und Therapiegespräch, sodass keine Inhalte vergessen werden. Die Items sind einzeln anzukreuzen .	Umgesetzt	Dr. P. Tönnies

Prüfaudit DKG/Onkozert:**4.2.3.4 Besondere Stärken**

Als besondere Stärken wurden festgehalten:

- Engagierte Mitarbeiter im Bereich Pflege und Ärzte
- Gute personelle Besetzung in den meisten Bereichen
- Stabile Leistungszahlen in den letzten Jahren
- In beiden Häusern sehr engagiert arbeitende BCNs

4.2.3.5 Abweichungen

Am Standort Moers wurde keine Abweichung festgestellt

4.2.3.6 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Der Anteil der tatsächlich psychoonkologisch beratenen Pat., insbesondere der im Distress-Screening überschwellig belasteten Pat., soll für 2024 ausgewertet und im nächsten Erhebungsbogen für beide Standorte die Zahl genannt werden.	Wird in 2025 umgesetzt	R. Drückes
Da eine große Zahl der zum Teil auch nicht privat versicherten Patientinnen des BZ auf der interdisziplinären Privat-Station behandelt wird, sollte auch diese zu einem ausreichenden Anteil von der onkologischen Pflegevisite profitieren, die nun auf der Normalstation etabliert ist. In den Informationsordner der BCN sollte eine Kenntnisnahmeliste eingefügt werden, so dass nachvollziehbar wird inwieweit diese erfolgt ist.	Umgesetzt	D. Hutka
Es ist eine VA zu erstellen, die den Ablauf und die Verantwortlichkeiten der genetischen Abklärung und Beratung beschreibt.	Umgesetzt	L. Windgassen
Moers: Im 2. ÜA muss für alle 2024 sowohl sonographisch als auch stereotaktisch durchgeführten Biopsien und Markierungen der durchführende Behandelnde nachvollziehbar aufgelistet und die jeweils durchgeführte Summe an Interventionen vorgewiesen werden.	Aktuell in Umsetzung (s. auch internes Audit)	Dr. P. Tönnies

Managementbewertung 2024

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Es muss eine namentliche Liste aller 2024 durchgeführter Markierungen und Biopsien, sonographisch wie stereotaktisch pro Behandler geführt werden.	Aktuell in Umsetzung	Dr. P. Tönnies, Dr. D. Veelken
Beim Abarbeiten der Checkliste im Rahmen des Einschleusens muss diese vorliegen und die Dokumentation unmittelbar und vor Ort erfolgen. Dieser bereits bestehende Hinweis wurde gemäß initialer Präsentation als nicht durchführbar eingestuft. Bei der erneuten Begehung des Schleusenbereichs mit u.a. LOÄ Dr. Brunotte und dem Leiter Anästhesie-Pflege Gökay Tasdemir wurden mehrere durchaus durchführbare Möglichkeiten besprochen und die Anschaffung eines Tablet-Computers mit dem man vor Ort die im KIS hinterlegte Checkliste abarbeiten kann, als die sinnvollste erachtet. Diese oder eine andere Form der zeit- und ortsnahen Abarbeitung der Checkliste muss umgesetzt werden.	In Umsetzung	R. Weißmann
Die Sterbefälle sollten beim LKR abgefragt werden, um die eigenen Daten abzugleichen/zu ergänzen.	Umgesetzt	R. Drückes

4.2.4 Lungenzentrum**4.2.4.1 Besondere Stärken:**

- Etablierte Struktur des OZ (Onkologischen Zentrums)
- Bauliche Maßnahmen – MVZ, Standort Bethanien Moers
- Erweiterung des Zentrums um das Palliativnetzwerk Niederrhein
- Stellenaufbau Studienzentrale, Psychoonkologie, Standort Bethanien Moers
- Etablierung ASV – Standort Bethanien Moers
- Sehr hohe Expertise und Qualität in der Klinik für Thoraxchirurgie mit geringer Komplikationsrate
- Mesotheliomeinheit sehr gut strukturiert, sorgfältige Anamnese, umgehender Kontakt mit Psychoonkologie und Sozialdienst
- Vorbildliche Palliativstation – Standort Ev. Krankenhaus Mülheim an der Ruhr
- Sehr hohe Expertise der Klinik für Onkologie sowie MVZ – Standort Ev. Krankenhaus Mülheim an der Ruhr

Managementbewertung 2024**4.2.4.2 Abweichungen:**

Keine

4.2.4.3 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Auf eine konstante aussagekräftige Bearbeitung der Tumorkonferenzzanmeldung (Funktionsdaten, Raucherstatus, Vor-Operationen, Vordiagnosen) zu achten.		Dr. Schulte, Dr. Fistera, Dr. Schröder
Die Dokumentation und Durchführung des Psychoonkologischen Distress-Screening sollte konsequent erfolgen.	Trotz Gesprächen und Festlegung der Verantwortlichkeiten konnte keine Verbesserung erzielt werden. Erneute Gespräche, Digitalisierung der Erfassung geplant.	Dr. Kambartel
Die Dokumentation und Nachvollziehbarkeit sollte besser dokumentiert werden. Der Träger sollte, gemeinsam mit dem Leiter des Lungenkrebszentrums überprüfen, ob die Quote der zur Verfügung stehenden Sozialdienstmitarbeiter nicht erhöht werden kann, um den Anforderungen eines Lungenkrebszentrums gerecht zu werden.	Gespräche mit allen Beteiligten	Dr. Krbek
Eine strukturierte und einheitliche Patientenbefragung für das Lungenkrebszentrum sollte erstellt werden.	Für 2025 in Planung	Dr. Kambartel, Hr. Drückes
Die Studienquote muss ab dem 1. Jahr nach Erstzertifizierung mind. 5% bezogen auf die Primärfälle betragen.	Studienquote ist verbessert	
Etablierung des MIDOS oder IPOS Screening	Trotz Gesprächen und Festlegung der Verantwortlichkeiten konnte keine Verbesserung erzielt werden. Erneute Gespräche, Digitalisierung der Erfassung geplant.	Dr. Kambartel
Ein einheitliches Tumordokumentationssystem muss etabliert werden.	TuDo-System wurde angeschafft (ODSeasyNet) – technische Anbindung ist aktuell in Arbeit	Hr. Drückes

4.2.5 Gynäkologisches Krebszentrum

Das Gynäkologische Krebszentrum ist als „Transit-Zentrum“ im Rahmen der Zertifizierung des Onkologischen Zentrums von den Fachexperten mit bewertet worden.

Managementbewertung 2024**4.2.5.1 Besondere Stärken:**

Keine dokumentiert

4.2.5.2 Abweichungen:

Keine

4.2.5.3 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Bei steigenden Fallzahlen der Gynäkologischen Tumorpatient:innen sind die knapp bemessenen ärztlichen Ressourcen bedarfsgerecht anzupassen.	Ist mit der Geschäftsführung abzusprechen, aufgrund der fehlenden Refinanzierung der Kostensteigerungen aber sehr unwahrscheinlich.	Dr. Tönnies
In der Tumorkonferenz ist mehr darauf zu achten, auch bei plattenepithelialen Neoplasien den Einsatz von Checkpoint-Inhibitoren zu überprüfen.		Dr. Tönnies
Im stationären Bereich sollte auch den gynäkologischen Tumorpatientinnen eine onkologische Betreuung/ Beratung durch eine onkologische Fachpflegekraft garantiert werden.	Gespräche mit Frau Linkner und der onkologischen Fachpflegefachkraft auf der Station. Durchführung von onkologischen Pflegevisiten.	Fr. Sowa
Darüber hinaus sind die relevanten Hinweise aus dem Audit des Onkologischen Zentrums zu beachten, dies betrifft insbesondere die formale Tumorkonferenzanmeldung und das Tumorkonferenzprotokoll ODOK in ORBIS.	Umstellung des Tumordokumentationssystems ist zum 01. Januar 2025 erfolgt. Die Anpassung der Formulare ist für das zweite Quartal 2025 geplant.	Hr. Drückes
Zur Erreichung der operativen Fallzahlen sind adäquate OP-Kapazitäten bereit zu stellen.	Ist mit dem OP-Manager abzusprechen	Dr. Tönnies

4.3 Bewertung:

Sämtliche Hinweise sind in den entsprechenden Gremien besprochen worden. Einige Maßnahmen sind umgesetzt, andere in der Umsetzung und einige aktuell nicht umzusetzen.

4.3.1 Maßnahmenplan

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Erstellung einer SOP mit namentlicher Benennung der Untersuchenden, die die Mindestfallzahlen pro Kalenderjahr erreichen. Andere Untersuchenden dürfen nur unter Aufsicht der benannten Untersuchenden Stenzen und Nadelmarkierungen durchführen.	Dr. P. Tönnies	31.12.2024
Monatliche Auswertung der Leistungszahlen	Dr. P. Tönnies	Start 01.01.25
Standortübergreifendes Treffen LZ	Dr. K. Kambartel / R. Drückes	02.04.2025
Standortübergreifendes Treffen LZ	R. Drückes	11.09.2025
Umstellung des Tumordokumentationssystems mit anschließender Anpassung der Anmeldungen und Protokolle	R. Drückes / Dr. K. Kambartel / Dr. D. Brunotte / S. Döhrmann-Sohr	30.06.2025
Benennung Ansprechpartner für SHG	Dr. K. Kambartel	31.05.2025
Regelmäßige Adhärenz-Protokoll in allen Zentren	R. Drückes	Start 01.05.2025
Vereinheitlichung der Patientenbefragung im LZ	R. Drückes	31.07.2025
Durchführung der Patientenbefragung im LZ	R. Drückes, J. Sporkmann, M. Steinmann	31.12.2025

5 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen**5.1 Qualitätszirkel**

Protokolle und TN-Listen sind in den Zentren hinterlegt.

Zentrum	Datum	Thema
Viszeralonkologisches Zentrum	11.03.2024	Zahlen 2023
Viszeralonkologisches Zentrum	16.09.2025	Audit, MSI-Bestimmung bei allen KRK, Abstand zur Hüllfaszie: strukturierter Befund Radiologie, CME-Bestimmung bei Hemikolektomie rechts, Studien: Vorstellung der Malgatstudie
Viszeralonkologisches Zentrum	07.10.2024	Update zu zirkulierender Tumor-DNA beim CRC

Managementbewertung 2024

Zentrum	Datum	Thema
Viszeralonkologisches Zentrum	02.12.2024	Neoadjuvante Immuntherapie beim lokal fortgeschrittenen DMMR Kolonkarzinom
Onkologisches Zentrum	19.03.2024	Ressourcen im Onkologischen Zentrum – Was ist sinnvoll? Nach der Zertifizierung – Wo geht die Reise hin? Geplante Veranstaltungen Digitalisierung der anliegenden Praxen Mögliche Teilnahme am Pilot-Projekt „Onkologische Zentren / Tumorkonferenz“ des „Virtuelles Krankenhaus NRW“. Sonstiges
Onkologisches Zentrum	05.06.2024	Vorbereitung Audit 2024
Onkologisches Zentrum	28.08.2024	Rückblick Audit, Station Onkologie, Technische und Methodische Entwicklung Terminplan 2025, Zuweiserbefragung
Brustkrebszentrum	04.03.2024	Zahlen in 2023, Veränderungen in den Anforderungskatalogen
Brustkrebszentrum	04.11.2024	Lieferengpass Technetium
Lungenkrebszentrum	04.12.2024	TT-Fields
Gynäkologisches Tumorzentrum	26.02.2024	Zahlen 2023, Änderungen im Anforderungskatalog
Gynäkologisches Tumorzentrum	27.05.2024	Prähabilitation und perioperatives Management in der Gynäkoonkologie

5.2 MoMo-Konferenzen

Protokolle und TN-Listen sind in den Zentren hinterlegt.

Zentrum	Datum	Thema
Viszeralonkologisches Zentrum	19.02.2024	Fallvorstellungen
Viszeralonkologisches Zentrum	02.09.2024	Verschoben auf Dezember, dann verschoben auf März 2025
Onkologisches Zentrum	02.04.2024	Fallvorstellungen
Onkologisches Zentrum	02.07.2024	Fallvorstellungen
Onkologisches Zentrum	01.10.2024	Fallvorstellungen
Brustkrebszentrum	11.03.2024	Fallvorstellungen
Brustkrebszentrum	15.04.2024	Fallvorstellungen

Managementbewertung 2024

Zentrum	Datum	Thema
Viszeralonkologisches Zentrum	19.02.2024	Fallvorstellungen
Brustkrebszentrum	16.09.2024	Fallvorstellungen
Gynäkologisches Tumorzentrum	22.01.2024	Fallvorstellungen
Gynäkologisches Tumorzentrum	11.11.2024	Fallvorstellungen

5.3 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

Zentrum	Datum	Thema
Onkologisches Zentrum / alle Organkrebszentren	06.11.2024	Moerser Krebsforum
Viszeralonkologisches Zentrum	06.03.2024	Fortbildung für Niedergelassene, LARS
Brustzentrum	13.11.2024	Fortbildung
Gynäkologisches Tumorzentrum / Brustzentrum	12.06.2024	Update Gynäkologische Onkologie

5.4 Informationsveranstaltungen für Betroffene

Zentrum	Datum	Thema
Onkologisches Zentrum / alle Organkrebszentren	30.11.2024	„Stark gegen Krebs“
Brustkrebszentrum / Gynäkologisches Krebszentrum	18.09.2024	Informationsveranstaltung Brustzentrum und Gynäkologisches Tumorzentrum / Tag der offenen Tür
Viszeralonkologisches Zentrum	24.01.2024	Fortbildung für die Öffentlichkeit, Differenzierte chirurgische Therapie der Bauchspeicheldrüse

5.5 Bewertung

Von einigen wenigen Terminverschiebungen abgesehen konnten alle geplanten Veranstaltungen stattfinden. Externe Veranstaltungen (Niedergelassene und Betroffene) sind weiter auszubauen.

5.5.1 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Veranstaltungsplan (s. oben)	Dr. Kambartel, Hr. Drückes	30.09.2024

6 Zufriedenheitserfassung

6.1 Patient:innen

Im **Viszeralonkologischen** erhalten alle – operierten - Patient:innen die Möglichkeit an einer Patient:innenbefragung teilzunehmen.

Von den 80 Patient:innen habe 63 einen auswertbaren Bogen zurückgegeben (78,8%).

Von einigen wenigen negativen Bewertungen abgesehen äußern sich die Patient:innen überwiegend zufrieden bis sehr zufrieden. Ein direkter Handlungsbedarf kann nicht abgeleitet werden.

Für Details verweisen wir auf die Managementbewertung 2024 des Viszeralonkologischen Zentrums.

Das **Brustzentrum** nimmt an der Patientinnenbefragung des ZVFK teil. Die Befragung wird im jährlichen Rhythmus vom 1. Februar bis zum 31. Juli durchgeführt. Die Ergebnisse werden bewertet und falls notwendig werden daraus - mit entsprechenden Maßnahmen versehen - Qualitätsziele abgeleitet.

Die Ergebnisse wurden im Qualitätszirkel vorgestellt und besprochen. Bei den Ergebnissen und Platzierungen zeigt sich zum einen, wie eng die Brustzentren in NRW bei den Ergebnissen beieinanderliegen. Zum anderen sind auch manche Veränderungen in der Beurteilung nicht mit Veränderungen in Strukturen oder Prozessen verknüpft.

Für Details verweisen wir auf die Managementbewertung 2024 des Brustzentrums.

Im **Lungenzentrum** wurde die Zufriedenheitserfassung letztmalig in für die Patient:innen den 4. Quartals 2022 durchgeführt. Für Details verweisen wir auf die Managementbewertung 2023 des Lungenzentrums.

Die auffällig schlechten Ergebnisse rund um den Themenkomplex „Poststationäre Betreuung / Information über unser soziales Netzwerk“ sind Ausgangspunkt weiter mit der Frage nach einer Lotsenfunktion der Fachpflegekräfte für unsere Patient:innen nachzudenken. Die abschließenden Fragen (Empfehlung und Wieder-Behandlung) sind als „Zusammenfassung“ höchst zufriedenstellen.

Im **Gynäkologischen Tumorzentrum** wurden die Patientinnen des 4. Quartals 2024 befragt. Von insgesamt 21 verschickten Fragenbögen wurden 9 zurückgeschickt. Die entspricht einer Rücklaufquote von 42,6 9%. Die Ergebnisse waren überwiegend positiv.

Für Details verweisen wir auf die Managementbewertung 2025 des Gynäkologischen Tumorzentrums.

6.2 Zuweiser

Der Versuch einer online-Befragung aller Zentren in 2024 ist leider gescheitert. Von ca. 330 angeschriebenen Niedergelassenen haben gerade einmal 4 eine Rückmeldung gegeben. Diese 4 waren ausschließlich Gynäkologen. Eine Auswertung ergibt bei diesem niedrigen Rücklauf keinen Sinn.

Regelmäßige Kontakte mit Niedergelassenen weisen aktuell nicht auf Probleme hin.

6.3 Mitarbeitende

Eine Befragung der Mitarbeitenden (gesamte Stiftung) hat 2024 stattgefunden. Die Ergebnisse sind in unterschiedlichen Formen präsentiert worden.

Zentrumsspezifische Maßnahmen waren nicht abzuleiten. Die Beteiligung stiftungsweit lag mit ca. 30 Prozent niedriger als in den Vorbefragungen.

6.4 Bewertung

In den Patient:innen-Befragungen entsteht immer wieder der Eindruck, dass die Informationen rund um die supportiven Bereiche – vor allem für die Zeit nach der Entlassung – nicht wirklich bei den Patient:innen ankommen. In allen weiteren befragten Bereichen (z. B. Aufklärung, Zufriedenheit mit dem Aufenthalt, ...) sind die Ergebnisse in der Regel (sehr) positiv.

Die niedrige Rücklaufquote bei der Zuweiserbefragung lässt keine Auswertung. Rückfragen zur niedrigen Beteiligung ergeben leider auch keine Hinweise auf Ansatzpunkte die Befragungen besser zu gestalten.

6.4.1 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Zuweiserbefragung in 2025 in „klassischer“ Art und Weise (Papierbogen per Post)	R. Drückes, Dr. K. Kambartel, S. Döhrmann-Sohr	30.09.2025

7 Fehler und Beschwerden

7.1 Fehler

Das Fehlermanagement erfolgt im Rahmen der bestehenden Qualitätsmanagement-Systeme. Die Zentrumskoordinator:innen und der Qualitätsmanagementbeauftragte der Zentren werden über zentrumsrelevante Fehler informiert. Die jeweiligen Chefärzte werden über Fehler in den Abteilungen informiert.

7.2 Beschwerden

Das Lob- und Beschwerdemanagement erfolgt im Rahmen der bestehenden Qualitätsmanagement-Systeme. Die Zentrumskoordinator:innen und der Qualitätsmanagementbeauftragte der Zentren werden über zentrumsrelevante Beschwerden informiert. Die jeweiligen Chefärzte werden über Beschwerden in den Abteilungen informiert.

Insgesamt ist die Anzahl der Beschwerden sehr gering, so dass eine Aufbereitung über den Einzelfall hinaus nicht möglich war.

7.3 Bewertung

Auf der Ebene der Zentren besteht hier kein Handlungsbedarf.

7.3.1 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:

8 Forschungstätigkeit

8.1 Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren

Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie AWMF-Registernummer 020-002

S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)

P. Haidl¹, B. Jany², J. Geiseler³, S. Andreas⁴, M. Arzt⁵, M. Dreher⁶, M. Frey⁷, R.W. Hauck⁸, F. Herth⁹, T. Jehser¹⁰, K. Kenn¹¹, B. Lamprecht¹², F. Magnet¹³, O. Oldenburg¹⁴, P. Schenk¹⁵, B. Schucher¹⁶, M. Studnicka¹⁷, T. Voshaar¹⁸, W. Windisch¹³, H. Woehrle¹⁹, H. Worth²⁰

1 Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft GmbH, Abteilung Pneumologie II, Schmallenberg

2 Klinikum Würzburg Mitte (KWM), Klinik für Innere Medizin, Pneumologie und Beatmungsmedizin, Standort MissioKlinik

3 Klinikum Vest, Medizinische Klinik IV: Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin, Marl

4 Lungenfachklinik Immenhausen, Universitätsmedizin Göttingen, Immenhausen

5 Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Regensburg

6 Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Pneumologie und Internistische Intensivmedizin, Aachen

7 Klinik Barmelweid, Rombach Schweiz

8 Klinikum Altötting, Klinik für Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin, Altötting

9 Thoraxklinik, Abteilung für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Universität Heidelberg, Heidelberg

10 Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Palliativstation, Berlin

11 Philips Universität Marburg, Lehrstuhl für pneumologische Rehabilitation, Marburg

12 Kepler Universitätsklinikum, Med Campus III, Linz Österreich

13 Lungenklinik, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Köln

14 Clemenshospital, Klinik für Kardiologie, Münster

15 Landeskrankenhaus Hohegg, Abteilung für Pulmologie, Grimmenstein Österreich

Managementbewertung 2024

16 LungenClinic Grosshansdorf, Großhansdorf

17 Landeskrankenhaus Salzburg, Universitätsklinikum der PMU, Universitätsklinik für Pneumologie, Salzburg Österreich

18 Krankenhaus Bethanien Lungenzentrum, Medizinische Klinik III, Moers

19 Lungenzentrum Ulm, Ulm

20 Facharztzentrum Fürth, Fürth

8.2 Wissenschaftliche Publikationen

George J, Maas L, Cartolano M, Abedpour N, Fischer R, Scheel A, Weber J, Hellmich M, Bosco G, Kaiser L, Volz C, Mueller C, Dahmen I, Panse J, Kirschner M, Engel-Riedel W, Jessica Jürgens⁹, Erich Stoelben¹⁰, Michael Brockmann¹¹, Stefan Grau^{12,13}, Sebastian M, Stratmann J, Kern J, Hummel H, Hegedüs B, Schuler M, Plönes T, Aigner C, Elter Th, Toepelt K, Ko Y, Kurz S, Grohé C, Serke M, Doerr F, Hekmath K, Strapatsas K, Kambartel K, Busch A, Bauernfeind F, Griesinger F, Luers A, Dirks W, Wiewrodt R, Luecke A, Rodermann E, Diel A, Severin K, Ullrich R, Bogus M, Courts C, Nürnberg P, Achter V, Büttner R, Wolf J, Peifer M, Thomas R

Evolutionary trajectories of small cell lung cancer under therapy. *Nature* 2024. <https://doi.org/10.1038/s41586-024-07177-7>

Kambartel K, Yildirim A, Stais P, Liebisch P, Mattonet C, Ferdinandus J, Fendler W, Voshaar T. Therapiepause nach 2 Jahren Immuntherapie bei einer metabolischen Komplettremission beim NSCLC. *Pneumologie* 2023; 77: S3–S118

Köhler D, Voshaar T, Stais P, Haidl P, Dellweg D. Hypoxische, anämische und kardial bedingte Hypoxämie. Wann beginnt die Hypoxämie im Gewebe? *DMW* 148 (2023) 475-482.

Reck M, Kollmeier J, Kern J, Hoffknecht P, Sebastian M, Tufman A, Kambartel K, Keller R, Maenz M, Sadjadian P. Pembrolizumab Maintenance in Patients with Metastatic Squamous Non-Small Cell Lung Cancer (sNSCLC) - AIO-TRK-0115/PRIMUS. WCLC 2022 EP08.01-057. *Journal of Thoracic Oncology* 2022 Vol. 17, Issue 9, Supplement S366–S367.

Reck M, Sadjadian P, Waller C, Kambartel K, Grohe C, Rittmeyer A, Sandler A, Reinmuth N, Keller R, von Suchodoletz H, Maenz M, Sebastian M. Nintedanib in Combination with Nivolumab in Pretreated Patients with Advanced Adenocarcinoma of the Lung (AIO-TRK-0117 Phase IB/II Trial - NintNivo). WCLC 2022 P1.15-05. *Journal of Thoracic Oncology*, Volume 17, Issue 9, S121

Melosky B, Kambartel K et al. Worldwide Prevalence of Epidermal Growth Factor Receptor Mutations in Non-Small Cell Lung Cancer: A Meta-Analysis. *Molecular Diagnosis & Therapy* 2021. <https://doi.org/10.1007/s40291-021-00563-1>

Sebastian M, Eberhardt W et al. KRAS G12C-mutated advanced non-small cell lung cancer: A real-world cohort from the German prospective, observational, nation-wide CRISP Registry (AIO-TRK-0315). *Lung Cancer* 154 (2021) 51–61. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2021.02.005>

Ferdinandus J, Metzenmacher M, Kessel L, Umutlu L, Aigner C, Kambartel K, Grünwald V, Eberherd W, Fendler WP, Herrmann K, Faehling M Christoph D. Complete metabolic response in patients with advanced nonsmall cell lung cancer with prolonged response to immune checkpoint inhibitor therapy. *J Immunother Cancer* 2021;0:e002262. doi:10.1136/jitc-2020-002262

Christoph D, Rizzo F Kambartel K et al. Docetaxel/nintedanib as efficient treatment option after failure of immune checkpoint inhibition: Real-world evidence. *Annals of Oncologie* 2020. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.08.1688>

Ciciliani, AM, Denny M, Languth P, Voshaar T, Wachtel H. Lung Deposition Using the Respimat® Soft Mist™ Inhaler Mono and Fixed-Dose Combination Therapies: An In Vitro/In Silico Analysis. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* Volume 18, 2021 - Issue 1

Haidl P, Jany B, Geiseler J, Andreas S, Arzt M, Dreher M, Frey M, Hauck RW, Herth F, Jehser T, Kenn K, Lamprecht B, Magnet F, Oldenburg O, Schenk P, Schucher B, Voshaar, T, Windisch W, Woehrle H, Worth H. S2k-Leitlinie zur Sauerstofflangzeittherapie. AWMF-Registernummer 020-002

Managementbewertung 2024

Voshaar T, Stais P Köhler D Dellweg D. Conservative management of COVID-19-associated hypoxaemia. ERJ Open Res 2021; 7: 00026-2021. <https://doi.org/10.1183/23120541.00026-2021>

Häntschel M, Laack E, Kambartel K et al. European prevalence of Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) mutations in patients with Non-small Cell Lung Cancer (NSCLC): A meta-analysis. DGHO-Kongress 2020 #135

Stais P, Salloum O, Kühle D, Fisteag S, Kambartel K, Veelken D, Ewig S, Voshaar T. 48-jähriger Triathlet mit schwerer COVID-19-Pneumonie: erfolgreiche und sichere Behandlung mit Sauerstoff und CPAP. Pneumologie 2020; 74(07): 417-422 DOI: 10.1055/a-1200-3336

Stais P, Heinemann S. Ethics as Superpower: Primum Non Nocere Against All Pandemic Odds. Use Case COVID-19-ICU Bethany Hospital Germany. ICU Management & Practice. Vol 20 (3) 2020

Karagiannidis C, Mostert C, Voshaar T et al. Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study. The Lancet Respiratory Medicine 2020. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30316-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30316-7)

Pfeifer M, Ewig S, Voshaar T, Randerath W, Bauer T, Geiseler J, Dellweg D, Westhoff M, Windisch W, Schönhofer B, Kluge S, Lepper P. Position Paper for the State-of-the-Art Application of Respiratory Support in Patients with COVID-19. Respiration 2020 DOI: 10.1159/000509104

Krüger S, Deisenberger K, Häntschel M, Laack E, Kambartel K, Fischer M.: Therapie des EGFR-mutierten nichtkleinzelligem Lungenkarzinoms. Deutscher Ärzteverlag. Lehre und Praxis 05/2020. ISSN 2199-3564.

Nogova L, Mattonet C, Scheffler M, Taubert M, Gardizi M, Sos ML, Michels S, Fischer RN, Limburg M, Abdulla D, Persigehl T, Kobe C, Merkelbach-Bruse S, Franklin J, Backes H, Schnell R, Behringer D, Kaminsky B, Eichstaedt M, Stelzer C, Kinzig M, Sörgel F, Tian Y, Junge L, Suleiman AA, Frechen S, Rokitta D, Ouyang D, Fuhr U, Buettner R, Wolf J: Sorafenib and everolimus in patients with advanced solid tumors and KRAS- mutated NSCLC: A phase I trial with early pharmacodynamic FDG-PET assessment.

Cancer Medicine 2020;00:1-17.

Scheffler M, Holzem A, Kron A, Nogova L, Ihle M, von Levezow C, Fassunke J, Wömpner C, Bitter E, Koleczko S, Abdulla D, Michels S, Fischer R, Stümpel J, Gerigk U, Kern J, Kaminsky B, Randerath W, Kambartel K, Merkelbach-Bruse S, Büttner R and Wolf J. Co-occurrence of targetable mutations in Non-small cell lung cancer (NSCLC) patients harboring MAP2K1 mutations Lung Cancer. Lung Cancer 2020 in Press

Roesel C, Welter S, Kambartel K, Weinreich G, Krbek T, Serke M, Ibrahim M. Lymphatic Invasion: A Prognostic Marker in Resected Large Cell Neuroendocrine Carcinoma of the Lung. J Thorac Dis 2020;12(3):466-476 <http://dx.doi.org/10.21037/jtd.2020.01.07>

Kambartel, K; Mattonet, C; Winke, S; Liebisch, P; Voshaar, T. Wirksamkeit von Decetaxel/Nintedanib beim metastasierten Adeno-NSCLC nach vorheriger Immuntherapie. Pneumologie 2020; 74(S01): 42 – 43. DOI: 10.1055/s-0039-3403155

Kambartel, K; Liebisch, P; Mattonet, C; Stark, R; Stais, P; Voshaar, T. Management von leichtgradigen Pneumonitiden unter Immuntherapie. Nutzen von BAL und CO-Diffusionsmessung. Pneumologie 2020; 74(S01): 41 – 41 DOI: 10.1055/s-0039-3403152

Kambartel, K; Liebisch, P; Mattonet, C; Engers, R; Voshaar, T. Wandel eines KRAS-mutierten Adeno-Ca in ein SCLC als Resistenzmechanismus unter Immuntherapie. Pneumologie 2020; 74(S01): 37 – 37 DOI: 10.1055/s-0039-3403143

Berzins, A; Kopeika, U; Arutyunyan, A; Kambartel, K; Voshaar, T; Krbek, T. Changing in Paradigm: thoracoscopic anatomical lung resection with VO2max under 10 ml/kg/min is still possible. Zentralblatt für Chirurgie - Zeitschrift für Allgemeine, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie 2019; 144(S01): 94 – 94 DOI: 10.1055/s-0039-1694207

Geiseler J, Westhoff M, Dellweg D, Voshaar T, Hetzel M Pfeife M. Positionspapier zu Ursachen und Diagnostik der Beatmungsabhängigkeit sowie zu praktische Durchführung und Abrechnung des Weaning-Prozesses.

Managementbewertung 2024

Pneumologie 2019; 73: 716–722

Stamatis G, Leschber G, Schwarz B, Brintrup D, Ose C, Weinreich G, Passlik B, Hecker E, Kugler CH, Dienemann H, Krbek T, Eggeling S, Hatz R, Müller M, Weder W, Aigner C, Jöckel K. Perioperative course and quality of life in a prospective randomized multicenter phase III trial, comparing standard lobectomy versus anatomical segmentectomy in patients with non-small cell lung cancer up to 2 cm, stage IA (7th edition of TNM staging system). *Lung Cancer* 138 (2019) S 19ff.

Scheffler, M, Ihle M, Hein R, Merkelbach-Buse S, Scheel A, Kambartel K, Thomas R, Büttner R, Wolf J et al. K-ras mutation subtypes in NSCLC and associated co-occurring mutations in other oncogenic pathways. *Journal of Thoracic Oncology* 2019 606ff

Fisteag S, Kambartel K, Mlynek-Kersjes ML, Roesel C, Krbek T, Voshaar Th: Endobronchiales Hamartom – Bronchologische Intervention vs. OP. *Pneumologie* 2019; 73(S 01) DOI: 10.1055/s-0039-1678253

Häntschel M, Laack E, Kambartel K et al. European prevalence of Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR) mutations in patients with Non-small Cell Lung Cancer (NSCLC): A meta-analysis. *DGHO-Kongress 2020 #135*

Stais P, Salloum O, Kühle D, Fisteag S, Kambartel K, Veelken D, Ewig S, Voshaar T. 48-jähriger Triathlet mit schwerer COVID-19-Pneumonie: erfolgreiche und sichere Behandlung mit Sauerstoff und CPAP. *Pneumologie* 2020; 74(07): 417-422 DOI: 10.1055/a-1200-3336

Stais P, Heinemann S. Ethics as Superpower: Primum Non Nocere Against All Pandemic Odds. Use Case COVID-19-ICU Bethany Hospital Germany. *ICU Management & Practice*. Vol 20 (3) 2020

Karagiannidis C, Mostert C, Voshaar T et al. Case characteristics, resource use, and outcomes of 10 021 patients with COVID-19 admitted to 920 German hospitals: an observational study. *The Lancet Respiratory Medicine* 2020. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30316-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30316-7)

Pfeifer M, Ewig S, Voshaar T, Randerath W, Bauer T, Geiseler J, Dellweg D, Westhoff M, Windisch W, Schönhofer B, Kluge S, Lepper P. Position Paper for the State-of-the-Art Application of Respiratory Support in Patients with COVID-19. *Respiration* 2020 DOI: 10.1159/000509104

Krüger S, Deisenberger K, Häntschel M, Laack E, Kambartel K, Fischer M.: Therapie des EGFR-mutierten nichtkleinzelligem Lungenkarzinoms. *Deutscher Ärzteverlag. Lehre und Praxis* 05/2020. ISSN 2199-3564.

Nogova L, Mattonet C, Scheffler M, Taubert M, Gardizi M, Sos ML, Michels S, Fischer RN, Limburg M, Abdulla D, Persigehl T, Kobe C, Merkelbach-Bruse S, Franklin J, Backes H, Schnell R, Behringer D, Kaminsky B, Eichstaedt M, Stelzer C, Kinzig M, Sörgel F, Tian Y, Junge L, Suleiman AA, Frechen S, Rokitta D, Ouyang D, Fuhr U, Büttner R, Wolf J: Sorafenib and everolimus in patients with advanced solid tumors and KRAS- mutated NSCLC: A phase I trial with early pharmacodynamic FDG-PET assessment. *Cancer Medicine* 2020;00:1–17.

Scheffler M, Holzem A, Kron A, Nogova L, Ihle M, von Levetzow C, Fassunke J, Wömpner C, Bitter E, Koleczko S, Abdulla D, Michels S, Fischer R, Stümpel J, Gerigk U, Kern J, Kaminsky B, Randerath W, Kambartel K, Merkelbach-Bruse S, Büttner R and Wolf J. Co-occurrence of targetable mutations in Non-small cell lung cancer (NSCLC) patients harboring MAP2K1 mutations *Lung Cancer*. *Lung Cancer* 2020 in Press

Roesel C, Welter S, Kambartel K, Weinreich G, Krbek T, Serke M, Ibrahim M. Lymphatic Invasion: A Prognostic Marker in Resected Large Cell Neuroendocrine Carcinoma of the Lung. *J Thorac Dis* 2020;12(3):466-476 <http://dx.doi.org/10.21037/jtd.2020.01.07>

Kambartel, K; Mattonet, C; Winke, S; Liebisch, P; Voshaar, T. Wirksamkeit von Decetaxel/Nintedanib beim metastasierten Adeno-NSCLC nach vorheriger Immuntherapie. *Pneumologie* 2020; 74(S01): 42 – 43. DOI: 10.1055/s-0039-3403155

Kambartel, K; Liebisch, P; Mattonet, C; Stark, R; Stais, P; Voshaar, T. Management von leichtgradigen Pneumonitiden unter Immuntherapie. Nutzen von BAL und CO-Diffusionsmessung. *Pneumologie* 2020; 74(S01): 41 – 41 DOI: 10.1055/s-0039-3403152

Kambartel, K; Liebisch, P; Mattonet, C; Engers, R; Voshaar, T. Wandel eines KRAS-mutierten Adeno-Ca in ein SCLC als Resistenzmechanismus unter Immuntherapie. *Pneumologie* 2020; 74(S01): 37 – 37 DOI: 10.1055/s-0039-3403143

8.3 Studien

Das **Viszeralonkologische Zentrum** beteiligt sich aktuell an folgenden multizentrischen Studien:

Modulation der Zusammensetzung der Galle durch bakterielle Besiedlung der Gallenwege

Qualitätssicherungsinitiative zur Systemtherapie beim metastasierten kolorektalen Karzinom (QS-mCRC)

MALGAT – Studie zur Prävalenz der Mangelernährung bei gastrointestinalen Tumoren und die Auswirkung einer ernährungstherapeutischen Therapie

Das **Lungenzentrum** beteiligt sich aktuell an folgenden multizentrischen Studien:

Crisp Registerstudie

EUDRACT 2023-503357-35-00 Astra / MDTBridge

NCT05538806 Novocure / TIGER Meso Studie

EUDRACT 2023-503376-24-00 MSD /

Revolution Medicines / August Research

Revolution Medicines / PPD

Samsung EUDRACT 2023-507448-36-00 / Samsung Bioepis

Das **Brustkrebszentrum** beteiligt sich aktuell an folgenden multizentrischen Studien:

HereDiCare

Das **Gynäkologische Tumorzentrum** beteiligt sich aktuell an folgenden multizentrischen Studien:

HereDiCare

Weitere Studien sind in der Initiierung.

8.4 Bewertung

Im Viszeralonkologischen Zentrum und im Lungenkrebszentrum muss die Studiensituation (weiter) verbessert werden. Die früheren guten Teilnahmequoten sind sollten wieder angestrebt werden. Erste Konsequenzen (Ausbau der Ressourcen im Studienzentrum) wurden umgesetzt.

Für das Brustzentrum konnte eine deutliche Verbesserung der Studiensituation erreicht werden.

Für das Gynäkologische Krebszentrum konnte eine Verbesserung der Studienteilnahme erreicht werden. Allerdings sind „eigene“ Studien durchzuführen.

8.4.1 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Sichtung weiterer Studien – Gyn-Krebszentrum	Dr. Brunotte	30.06.2025
Sichtung weiterer Studien – Pankreaskarzinom	Dr. Möller	30.06.2025
Sichtung weiterer Studien – Darmkrebszentrum	Dr. Möller	30.06.2025
Sichtung weiterer Studien – Lungenkrebszentrum	Dr. Kambartel	30.06.2025

9 Austausch mit anderen Onkologischen Zentren

Erste Gespräche mit dem Westdeutschen Tumorzentrum (Essen) laufen. Eine konkrete Vereinbarung zum regelmäßigen Austausch gibt es aber noch nicht. Im Rahmen der Tätigkeit als Fachexperte im Zertifizierungsverfahren für Lungenkrebszentren steht Dr. Kambartel aber diesbezüglich in einem ständigen Austausch (auch bei Onkologischen Zentren, die ein Lungenzentrum umfassen).

Aufbau und Umsetzung einer gemeinsamen molekular-pathologischen Konferenz mit dem Onkologischen Zentrum Münster.

Austausch mit dem Onkologischen Zentrum am Johanna Etienne Krankenhaus in Neuss – vor allem mit Blick auf die Kalkulation der Zuschläge Onkologische Spitzenzentren G-BA.

10 Liste interner Anweisungen und Behandlungskonzepte mit Bezug zu Diagnostik und Therapie

Titel	Redakteur	Freigabedatum
Ablauf Gendiagnostik	L. Windgassen	31.01.2023
Anamnesebogen - Brustsprechstunde	Dr. D. Brunotte	13.07.2023
Aufgabendokumentation - BCN	Dr. P. Tönnies	20.02.2023
Aufnahmeprozedur Brustzentrum	Dr. P. Tönnies	07.02.2023
Behandlungspfad Mammakarzinom	R. Drückes	25.02.2025
Broschüre: Brustrekonstruktion nach Krebs	R. Drückes	12.03.2024
Brustzentrum – Selbsthilfe	D. Hutka	05.08.2024
Brustzentrum - Sport und Bewegung	D. Hutka	26.08.2024
BZ-M 4 Aufnahme-Ablauf - Patienteninformation	S. König	28.04.2022
BZ-M 4 Information vor stationärer Aufnahme	R. Drückes	07.03.2022
BZ - Checkliste zur Erfassung einer erblichen Belastung für Brust- und / oder Eierstockkrebs	Ärztammer Westfalen-Lippe	26.02.2025
Durchführung der Strahlentherapie - Brustzentrum	Dr. T. Schwerdtfeger	26.02.2024
Medizinische Mikropigmentierung	Dr. D. Brunotte	16.09.2025
QM-Handbuch Brustzentrum	R. Drückes	25.02.2025
Sentinel-Lymphnode-Szintigraphie beim Mammakarzinom	B. Hajok	04.10.2024
Sonographische Stanzbiopsie - Mamma	Dr. A. Raabe	21.12.2023
Stereotaktische Drahtmarkierung	Dr. D. Veelken	15.03.2023
Stereotaktische Vakuumbiopsie	Dr. D. Veelken	17.08.2023
Ablauforganisation Erhebung der 30 Tage Letalität	S. Döhrmann-Sohr	01.06.2023
Ablauforganisation Erhebung des LARS-Score	S. Döhrmann-Sohr	01.06.2023
Ärztliche Aufgaben im Darmzentrum	S. Döhrmann-Sohr	05.05.2022
Ärztliche Aufgaben im Pankreaszentrum	S. Döhrmann-Sohr	05.05.2022
Behandlungspfad "Kolorektales Karzinom"	T. Spolders	22.12.2022
Behandlungspfad Pankreaskarzinom	S. Döhrmann-Sohr	12.04.2023
Chemotherapie - Praxis - VZ	PD Dr. P. Liebisch	04.03.2024
Entlassungsgespräch bei Patient:innen mit Pankreaskarzinom	S. Döhrmann-Sohr	13.06.2025

Managementbewertung 2024

Titel	Redakteur	Freigabedatum
Entlassungsgespräche bei Patient:innen mit Kolorektalem Karzinom	S. Döhrmann-Sohr	09.04.2022
Inkomplette Koloskopie bei kolorektalem Karzinom	Dr. H.-R. Zachert	09.03.2022
LARS - Score	S. Döhrmann-Sohr	15.03.2024
Lymphknotenbestimmung im OP-Präparat	S. Döhrmann-Sohr	05.03.2024
QM-Handbuch Viszeralonkologisches Zentrum	R. Drückes	14.04.2025
Strukturierter MRT/CT-Befund bei Patient:innen mit (V. a.) Rektum-Karzinom	Dr. C. van Bühren	04.02.2022
VZ - 30 Tage Letalität	R. Drückes	15.01.2024
VZ - Lymphknotenbestimmung im OP-Präparat	S. Döhrmann-Sohr	05.03.2024
VZ - Mikrosatelliteninstabilität	S. Döhrmann-Sohr	05.03.2024
VZ - Patientenbefragung	R. Drückes	16.01.2024
VZ - Patientenfragebogen - Genetik	AG Familiärer Darmkrebs	26.03.2024
Behandlungsalgorithmus Cervix Karzinom	Dr. D. Brunotte	02.06.2023
Behandlungsalgorithmus Endometrium Karzinom	Dr. D. Brunotte	02.06.2023
Behandlungsalgorithmus Ovarial NPL	Dr. D. Brunotte	02.06.2023
Behandlungsalgorithmus Vulva Karzinom	Dr. D. Brunotte	02.06.2023
GZ - Einweiserbefragung	R. Drückes	20.03.2024
GZ - Patientinnenbefragung	R. Drückes	20.03.2024
GZ Qualifikationsprofile	R. Drückes	04.04.2024
QM-Handbuch Gynäkologisches Krebszentrum	R. Drückes	14.04.2025
Rückmeldesystem - Gynäkologisches Krebszentrum	R. Drückes	16.03.2022
Chemo-Therapie-Excel-Vorlage	Dr. K. Kambartel	17.11.2023
Cyclophosphamid Bolustherapie i. v. nach AUSTIN-Schema	Dr. K. Kambartel	12.07.2024
Datendokumentation Tumorkonferenz	Dr. K. Kambartel	12.07.2024
Einleitung einer Palliativtherapie - Lungenzentrum	Dr. K. Kambartel	17.11.2023
Geschäftsordnung Lungenkrebszentrum	R. Drückes	02.09.2024
Kurzintervention und Beratung bei chronischem Tabakkonsum	Dr. K. Kambartel	12.07.2024
Lymphknotenbogen - Lungenzentrum	Dr. K. Kambartel	12.07.2024
LZ-8 Staging bei Lungenkarzinompatienten	Dr. K. Kambartel	12.07.2024
LZ-QM-Handbuch	R. Drückes	10.06.2025
LZ - Behandlung von Patienten mit begrenzter Lebenserwartung	Dr. P. Schulte	12.07.2024
Patientenbefragung - Lungenzentrum	R. Drückes	12.07.2024

Managementbewertung 2024

Titel	Redakteur	Freigabedatum
Qualifikationsprofile - Lungenzentrum	R. Drückes	12.07.2024
Stentausweis	Dr. K. Kambartel	29.01.2025
Strahlenschutz im Lungenzentrum - Pneumologie	Dr. K. Kambartel	12.07.2024
Studien im Lungenzentrum	T. Spolders	12.07.2024
Tabakentwöhnung - Lungenzentrum	B. Schiermeyer	15.04.2024
Wartezeitmessung - Lungenzentrum	R. Drückes	12.07.2024
Weiterbildungscurriculum - Pflege - Lungenzentrum	R. Drückes	29.01.2025
Anmeldung Tumorkonferenz	R. Drückes	29.08.2024
Checkliste für geplante Ovargewebeentnahme und Transport	Dr. S. Rudka	01.12.2023
Dokument - Entnahme- und Transporthinweise für ZuweiserInnen	Dr. S. Rudka	26.06.2023
Einverständniserklärung zur Entnahme und zum Einfrieren von Eierstockgewebe zum Fruchtbarkeitserhalt	Dr. S. Rudka	01.12.2023
Einwilligungserklärung zur Aufnahme in die ASV	J. Gielen	18.07.2023
Fertilitätserhalt	Dr. S. Rudka	14.11.2023
Fragebogen - Entnahme-, Transport- und Annahmeprotokoll	Dr. S. Rudka	26.06.2023
Fragebogen - Spenderinfreigabe	Dr. S. Rudka	26.06.2023
Freigabe nach AMWHV §§34 (7) und 38	Dr. S. Rudka	26.06.2023
Infektionsserologie, Spenderineigung, Spenderinfreigabe	Dr. S. Rudka	26.06.2023
Nachsorge und Follow-Up	R. Drückes	18.03.2024
Onkologische Fallbesprechungen in der Klinik für Frauenheilkunde und Senologie	R. Drückes	14.12.2023
Patienteninformation Kryo Ovar	Dr. S. Rudka	21.12.2023
Patienteninformation zur Schmerztherapie	R. Drückes	14.07.2023
Prozesse in der ASV	J. Gielen	12.10.2023
Psychoonkologischer Dienst	B. Schiermeyer	04.04.2024
QM-Handbuch Onkologisches Zentrum	R. Drückes	12.03.2024
Spenderinakte	Dr. S. Rudka	26.06.2023
Studien - VZ	S. Döhrmann-Sohr	04.03.2024
Umkehrisolation	Dr. M. Moeller	23.07.2024
UniCareD Kryovertrag	Dr. S. Rudka	01.12.2023
UniCareD Vergütungsvereinbarung	Dr. S. Rudka	01.12.2023
Zyklusauskunft	Dr. S. Rudka	01.12.2023

Managementbewertung 2024

Titel	Redakteur	Freigabedatum
Zytostatika-Verabreichung durch das Cyto-Set System	Dr. M. Moeller	06.10.2023
Adhärenzprüfung der Tumordokumentation	R. Drückes	29.04.2025
SOP – Onkologisches Basisscreening	R. Drückes	19.03.2025
Beratung onkologischer Patienten	S. Urh	20.11.2024

11 Terminplan

„Extern“:

Datum	Veranstaltung	Bemerkung
15.01.2025	Soziales Netzwerk – BZ und GZ	
26.02.2025	Soziales Netzwerk – BZ und GZ	
09.04.2025	Soziales Netzwerk – OZ	
30.04.2025	Fortbildung Pankreaskarzinom – VZ	
14.05.2025	Soziales Netzwerk – VZ	
21.05.2025	Fortbildung für Niedergelassene – GZ und BZ	
17.09.2025	Patientinnen-Tag – GZ und BZ	
29.10.2025	Moerser Krebsforum – OZ	
22.11.2025	Patientenveranstaltung – OZ	

„Intern“:

Datum	Veranstaltung	Bemerkung
20.01.2025	Qualitätszirkel – BZ	
03.02.2025	Qualitätszirkel – GZ	
10.02.2025	MoMo-Konferenz – BZ	
14.02.2025	Leitungstreffen – VZ	
18.02.2025	MoMo-Konferenz – OZ	
19.02.2025	Vorstand – BZ	
24.02.2025	QM-Treffen – BZ	
10.03.2025	MoMo-Konferenz – GZ	

Managementbewertung 2024

Datum	Veranstaltung	Bemerkung
10.03.2025	Qualitätszirkel – VZ	
17.03.2025	QM-Treffen – BZ	
17.03.2025	MoMo-Konferenz – VZ	
18.03.2025	Qualitätszirkel – OZ	
01.04.2025	Leitung – GZ	
02.04.2025	Lungensymposium – LZ	
09.04.2025	Soziales Netzwerk – OZ	
30.04.2025	Fortbildung Pankreaskarzinom – VZ	
12.05.2025	Qualitätszirkel – BZ	
02.06.2025	Qualitätszirkel – VZ	
07.07.2025	QM-Treffen – BZ	
01.09.2025	Qualitätszirkel – BZ	
01.09.2025	MoMo-Konferenz – VZ	
16.09.2025	Qualitätszirkel – OZ	
22.09.2025	Qualitätszirkel – VZ	
24.09.2025	Vorstand – BZ	
29.09.2025	Qualitätszirkel – GZ	
27.10.2025	QM-Treffen – BZ	
04.11.2025	MoMo-Konferenz – OZ	
10.11.2025	MoMo-Konferenz – BZ	
11.11.2025	Leitung – GZ	
17.11.2025	MoMo-Konferenz – GZ	
08.12.2025	QM-Treffen – BZ	
08.12.2025	Qualitätszirkel – VZ	

Regelmäßige Terminserien

Online-Treffen der QMB – alle 3 Wochen (BZ)

Online-Treffen der QMB – 1 x / Monat (LZ)

QZ/MoMo – 1 x / Monat (LZ)

12 Qualitätsziele

12.1 Qualitätsziele aus der letzten Bewertung

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll	Ist	Bemerkung
Möglichst hohe Rate an psychoonkologischem Distress-Screening	Festlegung der Regelungen für das Screening,	Auswertung ODOK	> 65%	B: 68,4% L: 24,0% D: 55,2% P: 35,5% G: 29,3% M: 15,4%	
Studienteilnahme (DZ/PZ)	Die Studienteilnahme ist erhöht.	Auswertung ODOK	≥ 5%	D: 13,2% P: 11,4%	
Erfassung der Familienanamnese (DZ)	Die Erfassung der Familienanamnese ist für alle Patienten mit KRK sichergestellt	Auswertung ODOK	≥ 95%	84,2%	
Anzahl Primärfälle / Primäroperationen (DZ/PZ)	Die geforderten Zahlen sind erreicht	Auswertung ODOK	≥ 30 OP (K) ≥ 20 OP (R) ≥ 25 Primärfälle (P) ≥ 12 OP-Primärfälle (P) ≥ 20 OP gesamt (P)	50 (K) 18 (R) 35 (P) 12 (P) 23 (P)	
Postoperative Mortalität (DZ/PZ)	Die Postoperative Mortalität ist reduziert	Auswertung ODOK	≤ 5% (D) ≤ 5% (P)	9,4 (D) 8,7 (P)	
Adjuvante Chemotherapie Kolon (UICC Stad. III)	Die Rate an Chemotherapien ist erhöht	Auswertung ODOK	≥ 70%	60%	
Revisionseingriffe (PZ)	Der Anteil von Patienten mit Revisionseingriff ist reduziert	Auswertung ODOK	≤ 5% (P)	47,8%	

Managementbewertung 2024

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll	Ist	Bemerkung
Prätherapeutische Vorstellung (PZ)	Alle Patienten sind präoperativ vorgestellt	Auswertung ODOK	≥ 95%	100%	
Verbesserung der Patienteninformation rund um Nachversorgung und soziales Netzwerk (LZ)	AG „Lotsen-Funktion“ der FKP	Antworten aus den Fragen 10 bis 13 der Patientenbefragung	10: 54% Nein 11: 67% Nein 12: 69% Nein 13: 81% Nein	Befragung erst in 2025	
Studienteilnahme (LZ)	Intensivierung der Kommunikation zwischen den Standorten, Gewinnung neuer Studien	Studienquote	> 5%	7,3%	
Symptomerfassung mittels MIDOS/IPOS (LZ)	Umsetzung der Erfassung	Anteil Pat. mit MIDOS/IPOS (Datenblatt)	> 50%	20,6%	
Beratung durch den Sozialdienst (LZ)	AG „Lotsen-Funktion“ der FKP	Anteil Pat. mit KSD-Beratung	≥ 50%	50,6%	
Verbesserung der Datenqualität (LZ)	Gespräche mit Dedalus	Anteil nicht plausibler Kennzahlen	0	3	
Sicherstellung der mol-path Untersuchungen bei Pat. mit NSCLC Stadium IV (LZ)	Gespräch über die korrekte Anforderung	Anteil Pat. mit mol-path Untersuchungen (Datenblatt)	≥ 75%	51,0%	
Verbesserung der räumlichen und technischen Ausstattung des OPs (LZ)	Wiederholte Gespräche	Nicht messbar			
Die Rate an Patientinnen mit Beratungen durch den Sozialdienst ist erhöht (GZ)	Gespräch in der Abteilung, Anmeldung von Konsilen für alle Patientinnen	Auswertung ODOK	> 50%	44,0%	
Die Gesamtfallzahl entspricht den Vorgaben von OnkoZert (GZ)	Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit	Auswertung ODOK	≥ 75	75	
Möglichst häufig makroskopisch vollständige Resektion (GZ DB 10)		Auswertung ODOK	≥ 30%	100%	
Möglichst häufig zytologisches/histologisches LK-Staging (GZ DB 14)		Auswertung ODOK	≥ 60%	62,5%	

Managementbewertung 2024

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll	Ist	Bemerkung
Möglichst häufig Brachytherapie ... (GZ DB 15)		Auswertung ODOK	≥ 80%	100%	
Verbesserung der Rückmeldung zum Thema Sauberkeit (BZ)	Gespräch mit und Kontrolle durch Hauswirtschaft und Ltg. Reinigungsdienst	Ergebnis Kölner Befragung	> 85%	84,7%	
Verbesserung der Rückmeldung zum Thema Vorbereitung auf die Entlassung (BZ)	Team-Gespräch u. a. zur Darstellung des Gespräches nach Tumorkonferenz als Bestandteil der Entlassung.	Ergebnis Kölner Befragung	> 80%	81,3%	
Verbesserung der Rückmeldungen zum Thema Behandlungszufriedenheit (BZ))	Teamgespräche	Ergebnis Kölner Befragung	> 90%	91,3%	
Verbesserung der Rückmeldung zur stationären Aufnahme (BZ)	Teamgespräche	Ergebnis Kölner Befragung	> 85%	91,1%	
Verbesserung der Rückmeldung zum Umgang mit Medikamenten bei Entlassung (BZ)	Teamgespräche	Ergebnis Kölner Befragung	> 85%	90,4%	

Bewertung:

Nicht alle Qualitätsziele konnten erreicht werden. Bei einigen nicht-erreichte Ziele konnten die Ergebnisse – wenn auch nicht so weit, wie gewünscht, verbessert werden. Nicht-Erreichte Ziele sind mit Maßnahmen hinterlegt und werden weiter verfolgt.

12.2 Qualitätsziele für das kommende Jahr / die kommenden Jahre

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll
Möglichst hohe Rate an psychoonkologischem Distress-Screening	Festlegung der Regelungen für das Screening,	Auswertung ODSeasy	> 65%
Erfassung der Familienanamnese (DZ)	Die Erfassung der Familienanamnese ist für alle Patienten mit KRK sichergestellt	Auswertung ODSeasy	≥ 95%

Managementbewertung 2024

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll
Anzahl Primärfälle / Primäroperationen (DZ/PZ)	Die geforderten Zahlen sind erreicht	Auswertung ODSeasy	≥ 20 OP (R) ≥ 25 Primärfälle (P) ≥ 12 OP-Primärfälle (P) ≥ 20 OP gesamt (P)
Postoperative Mortalität (DZ/PZ)	Die Postoperative Mortalität ist reduziert	Auswertung ODSeasy	≤ 5% (D) ≤ 5% (P)
Adjuvante Chemotherapie Kolon (UICC Stad. III)	Die Rate an Chemotherapien ist erhöht	Auswertung ODSeasy	≥ 70%
Revisionseingriffe (PZ)	Der Anteil von Patienten mit Revisionseingriff ist reduziert	Auswertung ODSeasy	≤ 5% (P)
Verbesserung der Patienteninformation rund um Nachversorgung und soziales Netzwerk (LZ)	AG „Lotsen-Funktion“ der FKP	Antworten aus den Fragen 10 bis 13 der Patientenbefragung	10: 54% Nein 11: 67% Nein 12: 69% Nein 13: 81% Nein
Symptomerfassung mittels MIDOS/IPOS (LZ)	Umsetzung der Erfassung	Anteil Pat. mit MIDOS/IPOS (Datenblatt)	> 50%
Sicherstellung der mol-path Untersuchungen bei Pat. mit NSCLC Stadium IV (LZ)	Gespräch über die korrekte Anforderung	Anteil Pat. mit mol-path Untersuchungen (Datenblatt)	≥ 75%
Verbesserung der räumlichen und technischen Ausstattung des OPs (LZ)	Wiederholte Gespräche	Nicht messbar	
Die Rate an Patientinnen mit Beratungen durch den Sozialdienst ist erhöht (GZ)	Gespräch in der Abteilung, Anmeldung von Konsilen für alle Patientinnen	Auswertung ODOK	> 50%
Die Gesamtfallzahl entspricht den Vorgaben von OnkoZert (GZ)	Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit	Auswertung ODOK	≥ 75
Verbesserung der Rückmeldung zum Thema Sauberkeit (BZ)	Gespräch mit und Kontrolle durch Hauswirtschaft und Ltg. Reinigungsdienst	Ergebnis Kölner Befragung	> 85%
Durchführung der geplanten Vollversammlung (BZ, OZ)	Frühzeitige Terminfindung, ggf. Mehrarbeit (die „Routine“ in den MD-Prüfungen sollte für ausreichend „Freiraum“ sorgen)	Anzahl Vollversammlungen	1

Managementbewertung 2024

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll
Die Patientinnenzufriedenheit mit der Ablauforganisation ist erhöht (BZ)	Aufstockung Planstellen ärztlicher Dienst (v. a. BSP), Aufstockung der Planstellen im Sekretariat der Klinik	Item „Ablauforganisation“ in der Befragung	≥ 85%
Verbesserung der Follow-Up-Quote	Anforderung des Vital-Status beim LKR	Daten liegen vor und sind eingegeben	Ja
Sicherstellung der Weiterbildung in der Senologie	Mindestens eine Ärztin in Weiterbildung zur Hauptoperateurin	Anzahl Ärztinnen mit mehr als 20 Primäreingriffen mit (Lehr-) Assistenz einer Level-II-Operateurin	1
Die POLE-Bestimmung bei Endometrium-Carcinom erfolgt möglichst häufig	Thematisierung im QZ (Mai 2025), Monitoring der Kennzahl	Auswertung ODSeasy	> 75%
Eine Dysplasie-Sprechstunde ist eingerichtet (alternativ: Kooperation mit einer Dysplasie-Sprechstunde) und zertifiziert (GZ)	Beantragung KV-Sitz, alternativ Kooperationsvereinbarung mit Niedergelassenen, Vorbereitung / Betreuung bei der Zertifizierung	Zertifikat / KV-Ermächtigung / Kooperation liegen vor	Ja
Patientinnen werden in „eigene“ Studien eingeschleust (GZ)	GCP-Kurs und ggf. weitere Voraussetzungen umsetzen, Auswahl geeigneter Studien, Bewerbung um Teilnahme	Anzahl Patientinnen in „eigenen“ Studien	0
Sicherstellung der Durchführung von QZ	Terminplan, Vorbereitung, Dokumentation	Anzahl QZ	≥ 4
Sicherstellung der Durchführung MoMo-Konferenzen	Terminplan, Vorbereitung, Dokumentation	Anzahl MoMo-Konferenz	≥ 3
Sicherstellung des standortübergreifenden Austausches	Terminplan, Vorbereitung, Dokumentation	Anzahl „Symposien“	1
Patientenbefragung ist durchgeführt	Befragung „harmonisieren“ (in Inhalt und Art)	Befragung ist durchgeführt	ja

13 Maßnahmen

13.1 Maßnahmenumsetzung der letzten Bewertung

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:	Umsetzung erfolgt?
BZ: Aktualisierung der Regelungen zur Schnittstelle „Operativ“ zur „Pathologie“	R. Drückes / Dr. A. Raabe / Dr. K. v. Heumen / Dr. E. Pelz	31.10.2024	Erledigt
Festlegung von Kennzahlen außerhalb der etablierten Entitäten	Dr. Kambartel / Hr. Drückes	31.12.2024	Noch offen
Sicherstellung psychoonkologisches Distress-Screenings	Koordinatoren des Zentrums	31.12.2024	Erledigt – ohne gewünschten Erfolg
Konzept zur gemeinsamen und veränderten Zufriedenheitserfassung aller Organkrebszentren	R. Drückes, Dr. K. Kambartel, S. Döhrmann-Sohr	30.06.2024	Erledigt
Gemeinsame Veranstaltungsplanung	Dr. Kambartel, Hr. Drückes	30.09.2024	Erledigt
Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit („1 Veranstaltung pro Quartal und Zentrum“)	Fr. Ecker	laufend	Erledigt
Zeitnahe Auswertung weiterer Fälle im Gynäkologischen Krebszentrum, ggf. Korrektur der Daten	R. Drückes (Tumordokumentation)	15.07.2024 15.01.2025	Erledigt
Übernahme aller Teilnehmer in das TuKo-Protokoll inkl. Angabe Fachgebiet	Zentrumskoordinatoren	31.12.2024	Zum Teil erledigt
Pflichtfeld zur Erhebung der Familienanamnese eingepflegt werden.	Dr. M. Moeller	30.06.2024	Erledigt
Optimierung der gemeinsamen Homepage für das Lungenkrebszentrum	Dr. K. Kambartel	30.09.2024	Noch offen
Sichtung weiterer Studien – Gyn-Krebszentrum	Dr. Raabe	30.06.2024	Noch offen
Sichtung weiterer Studien – Pankreaskarzinom	Dr. Möller	30.06.2024	Erledigt
Sichtung weiterer Studien – Darmkrebszentrum	Dr. Möller	30.06.2024	Erledigt
Sichtung weiterer Studien – Lungenkrebszentrum	Dr. Kambartel	30.06.2024	Erledigt
Erstellung eines Marketing-Konzeptes (Abschluss)	R. Drückes, H. Ecker	31.07.2024	Erledigt
Auswertungen Befundungszeiten	Dr. D. Veelken	31.07.2024	Erledigt

13.2 Maßnahmenplan

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Elektronische Erfassung Psychoonkologisches Screening, MIDOS/IPOS (LZ)	Dr. Kambartel	30.06.2025
Festlegung der Verantwortlichkeiten MIDOS/IPOS (LZ)	Dr. Kambartel / Hr. Drückes	30.06.2025
Jährliches standortübergreifendes Symposium (LZ)	Dr. Kambartel / Dr. Krbek	
Umstellung Termin QZ/MoMo (LZ)	Dr. Kambartel / Dr. Krbek	01.02.2025
Harmonisieren der Patientenbefragung (LZ)	Hr. Drückes	31.07.2025
Durchführung der Patientenbefragung (LZ)	Hr. Drückes / Hr. Steinmann / Fr. Beckmann	31.12.2025
Ergänzung des Behandlungspfades Kolorektales Karzinom um perioperative Maßnahmen (v. a. präoperative Maßnahmen und Komplikationsmanagement) (VZ)	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025
Umsetzung der Maßnahmenempfehlungen aus dem Coaching (Pankreaskarzinom). (VZ)	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025
Erstellung (Prüfung und Freigabe) einer SOP zum Basis-Screening.	R. Drückes	31.05.2025
Vorstellung von Prof. Dr. Bausch bei den Niedergelassenen und in den Nachbarkrankenhäusern. (VZ)	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025
Überarbeitung der Flyer. (VZ)	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025
Wiederholung der Zuweiserbefragung in „klassischer Form“	R. Drückes	31.12.2025
Umstellung der Tumordokumentation und in Folge auch der Formulare zur Tumorkonferenz	Hr. Drückes	01.01.2025
Verbesserung der personellen Situation in der BSP und im Sekretariat (Moers)	Dr. Tönnies / Fr. Gerber	31.03.2025
Information der weiteren therapeutischen Kernleistungserbringer über das Ergebnis der Kölner Befragung im Item „Informationsbedarf Therapie“ (BZ)	Hr. Drückes	28.02.2025
Durchführung der Zuweiserbefragung in Moers (altes Format)	Hr. Drückes	31.10.2025
Erstellung einer SOP mit namentlicher Benennung der Untersuchenden, die die Mindestfallzahlen pro Kalenderjahr erreichen. Andere Untersuchenden dürfen nur unter Aufsicht der benannten Untersuchenden Stanzen und Nadelmarkierungen durchführen. (BZ)	Dr. Tönnies	31.12.2024
Monatliche Auswertung der Leistungszahlen (Stanze, Markierung). (BZ)	Dr. Tönnies	31.01.2025

Managementbewertung 2024

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Gespräche zu Kooperationen bezüglich der Weiterbildungseingriffe beim Ovarial-Carcinom (GZ)	Dr. Tönnies	30.06.2025
Wiederholung der Zuweiserbefragung	Hr. Drückes	31.12.2025
QZ zur Pole-Bestimmung (GZ)	Dr. Brunotte	05.05.2025
Beantragung KV-Sitz (Dysplasie-Sprechstunde) (GZ)	Dr. Tönnies	30.06.2025
Ggf. Kooperation mit Niedergelassenem (Dysplasie-Sprechstunde) (GZ)	Dr. Tönnies	30.06.2025
Zertifizierung der Dysplasie-Sprechstunde (GZ)	Dr. Tönnies / Hr. Drückes	30.09.2025
GCP-Kurs	Dr. Kambartel	30.06.2025
Bewerbung zur Teilnahme an Studien (GZ)	Dr. Tönnies / Dr. Brunotte	30.06.2025
Gemeinsame Veranstaltungsplanung	Dr. Kambartel, Hr. Drückes	30.09.2025
Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit („1 Veranstaltung pro Quartal und Zentrum“)	Fr. Ecker	laufend
Benennung Ansprechpartner für SHG	Dr. K. Kambartel	31.05.2025
Regelmäßige Adhärenz-Protokoll in allen Zentren	R. Drückes	Start 01.05.2025
Sichtung weiterer Studien – Gyn-Krebszentrum	Dr. Brunotte	30.06.2025
Sichtung weiterer Studien – Pankreaskarzinom	Dr. Möller	30.06.2025
Sichtung weiterer Studien – Darmkrebszentrum	Dr. Möller	30.06.2025
Sichtung weiterer Studien – Lungenkrebszentrum	Dr. Kambartel	30.06.2025

Moers, Juli 2024

Gez. Dr. K. Kambartel

Dr. K. Kambartel
Leiter OZBM

Gez. S. Döhrmann-Sohr

S. Döhrmann-Sohr
Stv. Leiterin OZBM

Gez. R. Drückes

R. Drückes
Koordinator OZBM

Gez. Dr. R. Engels

Dr. R. Engels
Vorstand Stiftung Bethanien für
die Grafschaft Moers