Managementbewertung 2025

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

3.2.1 Bewertung: ... 23
3.2.2 Maßnahme: ... 23
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: ... 32
4.1.2 Brustzentrum: ... 32
4.2 Externe Audits ... 33
4.2.1 Onkologisches Zentrum: ... 34
4.2.2 Viszeralonkologisches Zentrum ... 35
4.2.3 Brustzentrum ... 37
4.2.4 Lungenzentrum ... 39
4.2.5 Gynäkologisches Krebszentrum ... 40
4.3 Bewertung: ... 41
4.3.1 Maßnahmenplan ... 41
5 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ... 41
5.1 Qualitätszirkel ... 42
5.2 MoMo-Konferenzen ... 42
5.3 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen ... 43
5.4 Informationsveranstaltungen für Betroffene ... 43
5.5 Bewertung ... 44
5.5.1 Abgeleitete Maßnahmen ... 44
6 Zufriedenheitserfassung ... 44
6.1 Patient:innen ... 44
6.2 Zuweiser ... 45
6.3 Mitarbeitende ... 48

6.4 Bewertung ... 48
6.4.1 Abgeleitete Maßnahmen ... 48
7 Fehler und Beschwerden ... 48
7.1 Fehler ... 48
7.2 Beschwerden ... 49
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 ... 52
8.4 Bewertung ... 53
8.4.1 Abgeleitete Maßnahmen ... 53
9 Austausch mit anderen Onkologischen Zentren ... 53
10 Liste interner Anweisungen und Behandlungskonzepte mit Bezug zu Diagnostik und Therapie ... 54
11 Terminplan ... 55
12 Qualitätsziele ... 60
12.1 Qualitätsziele aus der letzten Bewertung ... 60
12.2 Qualitätsziele für das kommende Jahr / die kommenden Jahre ... 63
13 Maßnahmen ... 65
13.1 Maßnahmenumsetzung der letzten Bewertung ... 65
13.2 Maßnahmenplan ... 67

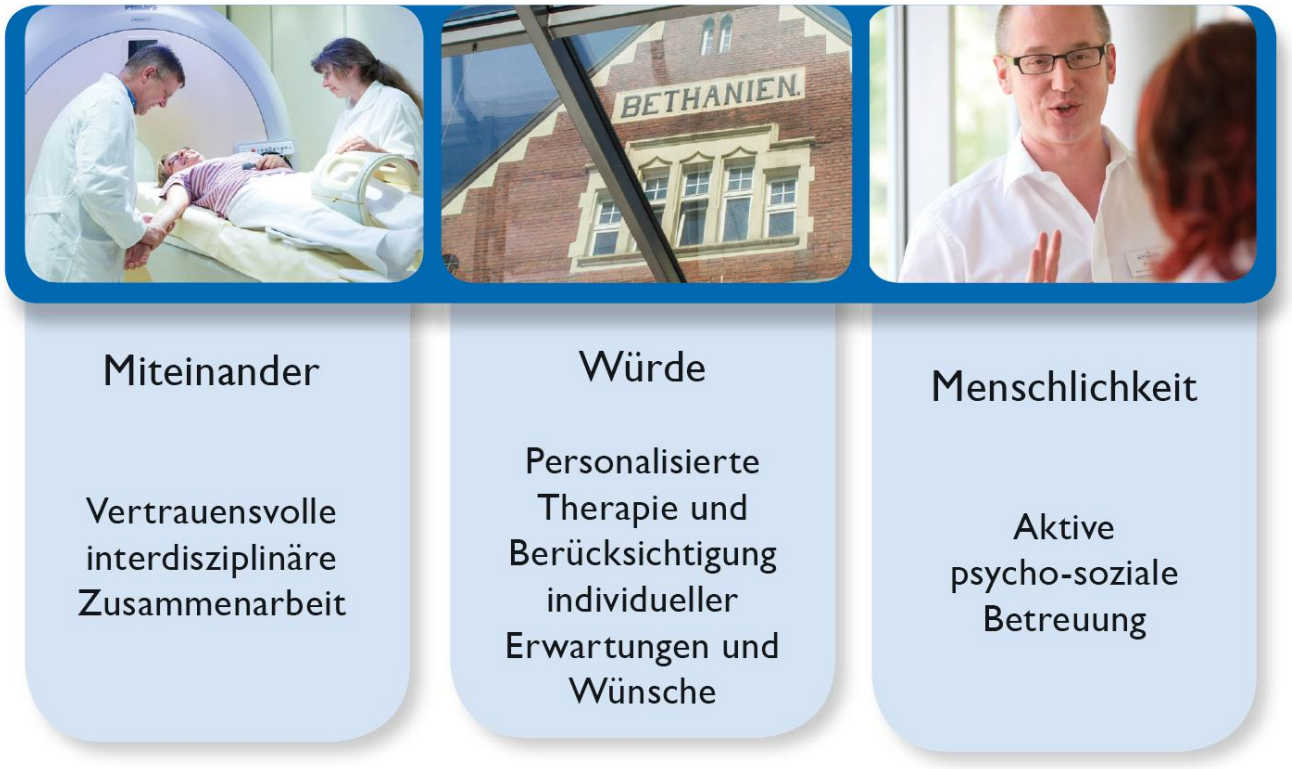
1 Das Onkologische Zentrum und seine Netzwerkpartner

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.



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

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

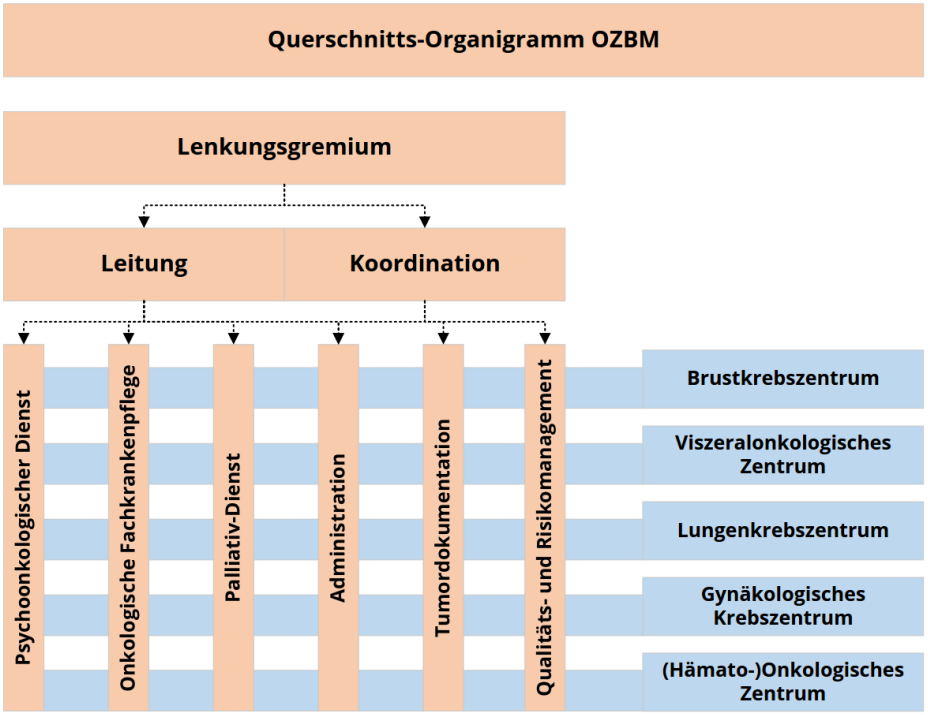
Ziel	Messgröße
7. Organisation von Aus-/ Fort-/ und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Tagungen	Anzahl Veranstaltungen des OZ
8. Förderung klinischer Studien	Anzahl Studien Quote eingebrachter Patient:innen

1.1.5 Kennzahlen

Onkologisches Zentrum	Zertrechner Kennzahlenbogen Palliativ
Viszeralonkologisches Zentrum	Kennzahlenbogen Darm Ergebnismatrix Kolon Ergebnismatrix Rektum Kennzahlenbogen Pankreas Ergebnismatrix Pankreas Kennzahlen Tumorentität S1(ab 2026) Kennzahlen Tumorentität S4 (ab 2026)
Lungenkrebszentrum	Kennzahlenbogen Lunge Ergebnismatrix Lunge
Brustkrebszentrum	Kennzahlenbogen Brust Ergebnismatrix Brust Kennzahlen ÄK-Zert / EQS
Gynäkologischen Krebszentrum	Kennzahlenbogen Gynäkologie

1.2 Struktur des Zentrums

1.2.1 Organigramm



Interne Kooperationspartner

Radiologie	
Nuklearmedizin	Krankenhaussozialdienst
Anästhesie, operative Intensivmedizin	Physiotherapie
Seelsorge	Schmerztherapie
Palliativ-Medizin / Palliativ-Station	Ernährungsberatung

Externe Kooperationspartner

Pathologie	Onkologische Praxis
Strahlentherapie	Genetik
Apotheke	Hospiz
SAPV	Sanitätshaus
Neurochirurgie	Stammzellen-Transplantation

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	8
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			6
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	9
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	

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				

Fachbereich	Partner	Brust	Darm / Pankreas	Lunge	Gyn.	Allgemein	FÄ-Zahl
Pathologie	ÜbBAG – Pathologie Viersen Pathologisches Institut Moers 02841 / 1278	x	x	x	x	x	10
Strahlentherapie	Praxis für Strahlentherapie Duisburg / Moers 02841 / 880660	x	x	x	x	x	4
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		

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	

1.2.5 Veränderungen im Zentrum

In und für die Zentren haben sich im Jahr 2025 folgende Veränderungen ergeben:

Neubesetzung der Chefarztstelle in der Allgemein- und Viszeralonkologie durch Herrn Prof. Dr. D. Bausch.

Die Onkologische Praxis Moers hat beide bisherigen Standorte auf einen Standort (Campus Bethanien) konzentriert.
Die Strahlentherapie Duisburg-Moers hat beide bisherigen Standorte auf einen Standort (Campus Bethanien) konzentriert

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.

Umstellung des Tumordokumentationssystems auf ODSeasyNet zum 01.01.2025.

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	Hr. Drückes, Leitungsteam	30.09.2026
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

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Primärfälle	94	66	70	70	76	82
Anzahl operierter Primärfälle - Dickdarmkrebs	66	43	36	45	50	43
Anzahl operierter Primärfälle - Enddarmkrebs	28	17	22	19	18	17
Anzahl Spiegelungen des Dickdarms	1682	1874	1730	1492	1661	1588
Anzahl Spiegelungen des Dickdarms mit Entfernung von Polypen	474*	435	571	783	778	829

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

2.2 Brustkrebs

	2020	2021	2022	2023	224	2025
Primärfälle	160	198	168	222	240	233
Anzahl operierter Primärfälle	145	174	148	177	171	215

2.3 Gynäkologische Krebserkrankungen

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Primärfälle	41	43	27	54	60	46
weitere Fälle (DKG)	7	11	21	16	15	18

2.4 Lungenkrebs

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Primärfälle des Lungenzentrums	366	321	329	335	327	322
Anzahl Lungenresektionen (Def. gem. FAL)	179	164	121	140	157	158
Anzahl flexibler Bronchoskopien	3165	2681	3609	3730	3147	2733
EBUS-TBNA	345	396	337	361	417	454

2.5 Pankreaskrebs

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Primärfälle	19	25	25	19	35	43
Anzahl operativer Primärfälle		15	8	8	12	15
Anzahl Pankreasresektionen (gesamt)		20	21	10	23	28
Anzahl ERCP		238	253	219	270	267

2.6 Weitere onkologische Entitäten

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Leber – Primärfälle	17	13	8	9	17	27
Magen – Primärfälle	13	20	18	18	19	12
Hämatologische Neoplasien – Primärfälle			30	29	43	34
Schwerpunkt 1 (sonstige GI-Tumore)						7
Schwerpunkt 4 (Endokrine Malignome)						9

2.7 Palliativ-Medizin / Palliativ-Care

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Patient:innen mit komplexer Palliativbehandlung (8-98h) (Konsil intern)	258	284	171	155	148	156
Patient:innen spezialisierter stationärer Palliativ-Komplexbehandlung (8-98e)				210	283	272

2.8 Knochenmark-Biopsien (OPS 1-424)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Knochenmark-Biopsien (OPS 1-424)	59	55	70	94	87	103

2.9 Fallkonferenzen

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Tumorkonferenzen im Brustzentrum	52	52	52	51	52	56
Tumorkonferenzen im Viszeralonkologischen Zentrum	52	51	52	51	52	52
Tumorkonferenzen im Lungenzentrum	102	100	104	104	103	110
Tumorkonferenzen im Gynäkologischen Krebszentrum	52	51	52	51	52	56
Tumorkonferenzen „allgemeine“ Onkologie	52	51	52	51	52	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 2019	Ist-Wert 2020	Ist-Wert 2021	Ist-Wert 2022	Ist-Wert 2023	Ist-Wert 2024	Ist-Wert 2025
1.	Patienten mit neu aufgretenem Rezidiv und / oder Fernmetastasen	(kein Ziel, Dateneingabe als Grundlage für Nenner in einigen Kennzahlen)			4	9	6	7	11	14
2.	**Prä**therapeutische Fall-vorstellung	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit einem Rektumkarzinom u. Kolonkarzinom UICC Stad. IV	≥ 95% prätherapeu-tische Vorstellung	100%	87,9%	96,2%	100%	96,9%	100%	100%
2. b	**Prä**therapeutische Fall-vorstellung Rezidiv/metachrone Metastasen	Prätherapeutische Vorstellung aller Pat. mit Rezidiv/ metachronen Metastasen	≥ 95% prätherapeu-tische Vorstellung	100%	100%	88,9%	100%	100%	100%	100%
3.	**Post**operative Fall-vorstellung	Postoperative Vorstellung aller Primärfallpat.	≥ 95% post-operative Vorstellung	100%	100%	98,4%	100%	98,5%	100%	98,5%
4.	Psychoonkologisches Distress-Screening	Adäquate Rate an Distress-Screening	≥ 65%	neu	neu	neu	64,5% (alte Definition)	87,2%	55,2%	69,8%
5.	Beratung Sozialdienst	Möglichst hohe Rate an Pat., die durch den Sozialdienst beraten wurden	Derzeit keine Vorgaben	44,9%	72,2%	41,9%	52,6%	61,5%	60,9%	55,2%
6.	Studienteilnahme	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	≥ 5%	33,8%	2,2%[1]	15,4%	15,7%	2,8%	13,2%	8,5%

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	Ist-Wert 2019	Ist-Wert 2020	Ist-Wert 2021	Ist-Wert 2022	Ist-Wert 2023	Ist-Wert 2024	Ist-Wert 2025
7.	KRK-Patienten mit Erfassung der Familien-anamnese	-----	≥ 90%	85,1%	97,9%	92,3%	85,7%	85,9%	84,2%	93,9%
8.	Genetische Beratung	Möglichst hohe Rate an Empfehlung zur Beratung bei pos. Familienanamnese	≥ 90%	41,9%	100%	100%	100%	0/0	100%	90,0%
9.	Untersuchung der MMR-Proteine	Möglichst hohe Rate an Bestimmung der MMR-Proteine bei Pat. mit KRK	≥ 90% (neu seit 2025)	100%	83,3%[2]	0/0	100%	0/0		97,6%
10.	RAS- und BRAF-Bestimmung zu Beginn der Erstlinientherapie bei metastasiertem KRK	Möglichst häufig KRAS- und BRAF-Bestimmung vor Erstlinientherapie	≥ 50%	neu	71,4%	50%	100%	66,7%	50%	56,3%
11.	Komplikationsrate therapeutische Koloskopien	Möglichst geringe Komplikationsrate bei therapeutischen Koloskopien	≤ 1% Kompli-kationsrate (Blutung u./o. Perforation)	0,3%	0,8%	0,9%	0,7%	0,6%	0,9%	0,6%
12.	Angabe Abstand Mesorektale Faszie	Möglichst häufig Angabe im Befundbericht	≥ 90%	94,7%	92,3%	100%	92,3%	60%	87,5%	100%
13.	Operative Primärfälle **Kolon**	siehe Sollvorgabe	Mind. 30 Kolon-Op's pro Jahr und Standort	41	64	43	36	45	50	43
14.	Operative Primärfälle **Rektum**	siehe Sollvorgabe	Mind. 20 Rektum-OP's pro Jahr und Standort	26	27	17	22	19	18	17 (+5 W&W)
15.	Revisions-OP`s **Kolon**	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	< 15% Revisions-OP´s nach elektiven **Kolon**-OP´s	7,7%	8,7%	2,5%	6,1%	13,3%	28,0%	22,5%

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	Ist-Wert 2019	Ist-Wert 2020	Ist-Wert 2021	Ist-Wert 2022	Ist-Wert 2023	Ist-Wert 2024	Ist-Wert 2025
16.	Revisions-OP`s **Rektum**	Möglichst niedrige Rate an Revisionsoperationen nach elektiven Operationen	< 15% Revisions- OP´s nach elektiven **Rektum**-OP´s	24,0%	16,0%[3]	5,9%	27,3%	11,1%	21,4%	12,5%
17.	Anastomoseninsuffi-zienzen **Kolon**	Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen	≤ 6% Anastomosen-insuffizienzen Kolon	2,6%	0,0%	2,8%	0%	5%	4,3%	7,5%
18.	Anastomoseninsuffi-zienzen **Rektum**	Möglichst niedrige Rate an Anastomoseninsuff. nach elektiven Eingriffen	≤ 15% Anastomosen-insuffizienzen Rektum	22,7%	19,1%[3]	25,0%	7,1%	12,5%	41,7%	6,7%
19.	Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate an postoperativ verstorbenen Patienten nach elektiven Eingriffen	< 5% postoperativ verstorbene Pat.	7,8%	2,4%	1,8%	3,6%	9,5%	9,4%	7,1%
20.	Lokale R0-Resektionen **Rektum**	Möglichst hohe Rate an lokalen R0-Resektionen	≥ 90% R0-Resektionen Rektum	88%	92,0%	100%	90,9%	100%	100%	93,8%
21.	Anzeichnung Stoma-position	Möglichst häufig präoperative Anzeichnung	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
22. a	Lebermetastasen-resektion	Möglichst häufig Lebermetastasen-resektion	derzeit keine Vorgaben	neu	100%	66,7%	20%	20%	100%	33,3%
22.b	Lebermetastasen-resektion am operativen Standort		derzeit keine Vorgaben	neu	5	2	1	1	2	2
22.c	Lebermetastasen-resektion außerhalb des operativen Standortes		derzeit keine Vorgaben	neu	0	0	0	0	0	0

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	Ist-Wert 2019	Ist-Wert 2020	Ist-Wert 2021	Ist-Wert 2022	Ist-Wert 2023	Ist-Wert 2024	Ist-Wert 2025
23.	Adjuvante Chemotherapien Kolon (UICC Stad. III)	Möglichst hohe Rate an Chemotherapien bei Patienten mit einem Kolonkarzinom UICC Stad. III	≥ 70%	neu	54,4%[4]	57,1%	75,0%	50%	60%	50%
24.	Kombinationschemo-therapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie	Möglichst häufig Kombinationschemo-therapie bei metastasiertem KRK mit systemischer Erstlinientherapie	derzeit keine Vorgaben	neu	80%	100%	66,7%	80%	75%	100%
25.	Qualität des TME-Rektumpräpa-rates (Angabe Pathologie)	Möglichst hohe Rate an TME-Rektumpräparaten mit guter Qualität	≥ 85% der TME-Rektumpräpa-rate mit guter Qualität (MERCURY Grad 1 u. 2)	88,2%	100%	88,9%	90,9%	87,5%	85,7%	90%
26.	Befundbericht	Möglichst häufig vollständige Angaben im Befundbericht der Pathologie	≥ 95%	neu	81,1%	95,0%	96,6%	95,2%	96,7%	96,7%
27.	Lymphknotenunter-suchung	Bei ≥95% der Pat. mit Lymphadenektomie u. ohne neoadjuvante Behandlung werden ≥ 12 Lymphknoten pathologisch untersucht	≥ 95%	96,9%	95,0%	100%	98,2%	96,8%	98,4%	94,6%
28.	Beginn der adjuvanten systemischen Therapie	Möglichst häufig Beginn [...] innerhalb der vorgegebenen Zeit	≥ 80% (seit 2025)	100%	83,3%	75,0%	66,7%	100%	66,7%	50%
29.	MTL22-Indikator	Möglichst wenig postoperative Ereignisse	Derzeit keine Vorgaben			14,0%	9,1%	28,6%	32,8%	23,2%

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	Ist-Wert 2019	Ist-Wert 2020	Ist-Wert 2021	Ist-Wert 2022	Ist-Wert 2023	Ist-Wert 2024	Ist-Wert 2025
30.	Follow-Up Quote	Möglichst hohe Follow-Up Quote	≥ 80% (3 Jahre nach Erstzertifizie-rung)	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)	90,8% (K) 91,1% (R)

3.1.1 Bewertung:

Zu 15: Ausgenommen 3 Patienten mit Anastomoseninsuffizienz gibt es aufgrund der divergenten Abläufe keine erkennbare / mit Maßnahmen zu versehende Ursache.
Zu 17: s. Maßnahmen
Zu 19: Bei 3 Patienten lag keine OP-bedingte Ursache vor.
Zu 23: 1 Pat. mit Erstdiagnose akute Leukämie mit Therapie dieser Erkrankung extern; 1 Pat. hat die Therapie abgelehnt
Zu 27: Bei allen 3 Patienten waren es auch bei erneuter Untersuchung weniger als 12 Lymphknoten
Zu 28: Parallel Prostatakarzinom (lokal fortgeschritten) mit primärer Behandlungsplanung durch die Urologie, sowie symptomatisches kombiniertes Aortenklappenvitium mit Implantation einer ballonexpandierenden Aortenklappe

3.1.2 Maßnahmen:

Zu 15 und 17: Hemikolektomien rechts werden jetzt grundsätzlich laparoskopisch operiert, bei Hemikolektomien links (und bei Rektum-Operationen) erfolgen jetzt intraoperative ICG-Angiographien
Zu 19, 23 und 28: Keine Maßnahmen abzuleiten
Zu 27: Gespräch mit dem Pathologen im Rahmen eines Qualitätszirkels mit Hinweis auf die bestehende SOP.

3.2 Brustkrebs

(aktualisierte Fassung Mai 2026)

Nr.	Ziel	Vorgabe	2020	2021	2022	2023	2024	2025
1	Wartezeiten in der Brustsprechstunden (< 30 Min.)	n. def.	77,4%	94,0%	100%	64,9%	60,5%	60,6%
2	Wartezeit auf Termin in der Sprechstunde	n. def.	83,9%	85,1%	84,0%	89,2%	69,8%	78,8%
3	Selten Revisions-Operationen	< 5%	0,8%	3,3%	3,3%	0,6%	2,9%	3,1%
4	Selten postoperative Wundinfekte	< 5%		3,9%	1,7%	0,8%	0,6%	3,1%
5	Immer Meldung des BZ an das Landeskrebsregister NRW	>= 98%	100%	100%	100%	100%	54,2%	100%
6	Evaluation der Patientinnen- und Patientenzufriedenheit durch das "imvr"	>= 95%	100%	98,0%	100%	100%	100%	100%
7	Anzahl operativer Eingriffe für R0-Resektion bei BET	(>75%)	84,4%	83,5%	91,7%	80,1%	85,2%	94,4%
8	Postoperative Fallbesprechung	>= 95%	100%	96,7%	100%	99,4%	100%	99,5%
9	Prätherapeutische Fallbesprechung	>= 45%*	100%	100%	83,3% *	75,7%	62,5%	53,9%
10	Fallbesprechung bei Lokalrezidiv / Metastasen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Strahlentherapie nach BET bei invasivem Mammakarzinom	>= 95%	60%	96,0%	97,3%	97,4%	95,9%	96,1%
12	Strahlentherapie nach BET bei DCIS	(>80%)	75%	75,0%	72,7%	99,2%	81,3%	85,7%
13	Chemotherapie bei Rez. Positiven und nodalpos. Befund	n. def.	55,3%	47,5%	28,6%	38,5%	52,4%	28,3%
14	Endokrine Therapie bei steroidrez. positivem Befund	>= 80%	75,8%	85,9%	91,0%	89,8%	91,4%	97,2%
15	Trastuzumabtherapie über ein Jahr bei HER-2 pos. Befund	>= 95%	83,9%	81,8%	100%	78,9%	83,3%	78,9%

Nr.	Ziel	Vorgabe	2020	2021	2022	2023	2024	2025
16	Endokrine Therapie bei Metastasierung	>= 95%	0%	100%	90,0%	93,8%	83,9%	100%
17	Psychoonkologiche Diagnostik mit einem validierten Screening-Instrument	>= 95%	100%	100%	100%	100%	65,3%	78,8%
18	Beratung Sozialdienst	(> 50%)	60,9%	78,7%	46,1%	62,3%	63,2%	76,6%
19	Anteil Studienpatienten	(> 5%)	1,9%	15,2%	11,4%	20,3%	6,3%	12,4%
20	Prätherapeutische histologische Sicherung	>= 90%	97,7%	97,4%	95,0%	97,6%	100%	99,5%
21	Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1	70-90%	69,2%	67,7%	76,5%	88,0%	86,9%	88,7%
22	Mastektomien	(15 – 40%)	28,8%	24,1%	29,8%	17,5%	19,2%	16,8%
23	LK-Entfernung bei DCIS	<= 5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
24	Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom	Nicht def.	92,5%	85,7%	93,4%	91,5%	92,7%	77,5%
25	Alleinige Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0	>= 80%	85,3%	80,3%	92,0%	84,2%	90,9%	96,6%
26	Intraoperative Präparateradio- / sonographie	>= 95%	97,5%	96,0%	100%	100%	100%	100%
27	Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei pN1mi	<= 5%	0%	0%	0%	0%	0/0	0%

3.2.1 Bewertung:

Zu Kennzahl 15: 3 Pat.: Fortgeschrittenes Lebensalter und Morbidität, 1 Pat.: Multimorbidität, v. a. kardial und pneumologisch
Zu Kennzahl 17: Trotz Hinweisen erfolgte das Screening nur bei operativen Patienten (Personal-Situation in der Brustsprechstunde); Erneuter Hinweis ist erfolgt, Umstellung der Erfassung (Tablet statt Papier)

3.2.2 Maßnahme:

Erinnerung an fehlendes Distress-Screening durch die Tumordokumentarinnen

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	2025
1	Vorstellung Tumorkonferenz	Möglichst häufig Vorstellung in der Tumorkonferenz	≥ 90%	97,8%	100%	100%	100%
2	Psychoonkologisches Distress-Screening	Adäquate Rate Patientinnen mit Distress-Screening	≥ 65%	Neu	Neu	29,3%	45,3%
3	Beratung Sozialdienst	Adäquate Rate an Beratung durch Sozialdienst	Derzeit keine Vorgaben	22,9%	28,6%	44,0%	65,6%
4	Anteil Studienpatientinnen	Einschluss von möglichst vielen Pat. in Studien	≥ 5%		5,6%	13,3%	6,5%
5	Gesamtfallzahl		≥ 75	48	70	75	64
6a	Primärfälle		≥ 50	27	54	60	46
6b	Nicht Primärfälle		Derzeit keine Vorgaben	21	16	15	18
7	Operative Fälle		≥40		53	60	40
8	Angebot zur genetischen Testung	Möglichst häufig Angebot zur genetischen Testung	≥ 70%		88,9%	70%	92,9%
9	Operatives Staging frühes Ovarialkarzinom	Möglichst vollständiges operatives Staging	≥ 40%		66,7%	57,1%	50%
10	Makroskopisch vollständige Resektion fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Möglichst häufig makroskopisch vollständige Resektion	≥ 30%		0%	100%	75,0%
11	Operation fortgeschrittenes Ovarialkarzinom durch Gynäkoonkologen	Möglichst häufig operative Therapie durch Gynäkoonkologen	≥ 80%	66,7%	100%	100%	100%
13	First-Line Chemotherapie fortgeschrittenes Ovarialkarzinom	Möglichst häufig First-Line Chemotherapie mit Carobplatin u. Paclitaxel	Derzeit keine Vorgaben		33,3%	60,0%	63,6

Nr.	Kennzahl	Ziel	Vorgabe	2022*	2023	2024	2025
14	Zytologisches/histologisches LK-Staging (Zervix)	Möglichst häufig zytologisches/histologisches LK-Staging	≥ 60%		50%	62,5%	33,3%
15	Brachytherapie als Bestandteil der primären Radio(chemo)therapie (Zervix)	Möglichst häufig Brachytherapie …	≥ 80%		50%	100%	100%
16	Histologische Sicherung Lokalrezidiv (Zervix)	Möglichst häufig histologische Sicherung	Derzeit keine Vorgaben		75,0%	100%	0/0
17	Angaben im Befundbericht (Vulva)	Möglichst häufig vollständige Angaben im Befundbericht bei Resektion	≥ 90%		100%	100%	100%
18	Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie (Vulva)	Möglichst häufig vollständige Angaben im Befundbericht bei Lymphonodektomie	≥ 90%		100%	100%	0/0
19	Durchführung inguinofemorales Staging (Vulva)	Möglichst häufig inguinofemorales Staging	≥ 90%		100%	100%	100%
20	SLN-Biopsie (Vulva)	Möglichst häufig Vorhandensein der beschriebenen Merkmale bei durchgeführter SLN-OP	≥ 90%		100%	100%	100%
21	Bestimmung p53 sowie MMR-Proteine (Endometrium)	Möglichst häufige Bestimmung	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	93,6%	75,0%
22	POLE-Untersuchung (Endometrium)	Möglichst häufig POLE-Untersuchung	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	21,4%	62,5%
23	Postoperativ alleinige vaginale Brachytherapie (Endometrium)	Möglichst häufig postoperativ alleinige vaginale Brachytherapie	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	0/0	0/0
24	Perkutane Strahlentherapie mit simultaner Chemotherapie (PORTEC	Möglichst häufig simultane Chemotherapie	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	0/0	0/0

Nr.	Kennzahl	Ziel	Vorgabe	2022*	2023	2024	2025
	3 – Schema) (Endometrium)						
35	Adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel (Endometrium)	Möglichst häufig adjuvante Chemotherapie mit Carboplatin und Paclitaxel	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	75,0%	100%

*soweit erfasst
(fehlende Kennzahlen sind noch optional und deshalb nicht dargestellt)

3.3.1 Bewertung:

Zu 2: Der Wert konnte verbessert werden, ist aber immer noch nicht wie gewünscht.
Zu 14: Begründete Einzelfälle

3.3.2 Maßnahme:

Erinnerung an fehlendes Distress-Screening durch die Tumordokumentarinnen

3.4 Lungenkrebs

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Vorgabe	2021	2022	2023	2024	2025
1.	Primärfälle des LKZ	Siehe Sollvorgabe	≥200 (100) Primärfälle	321	329	335	327	322
1b	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und/oder Fernmetastasen		keine Vorgaben	50	53	58	39	61
2.	Prätherapeutische Fallbesprechung	Prätherapeutische Vorstellung aller Patienten mit Lungenkrebs	≥90% prätherapeutische Vorstellung	95,3%	92,4%	92,5%	99,7%	99,7%
2b	Fallbesprechung neu aufgetretener Rezidive u/o Metastasten	Vorstellung neu aufgetretener Rezidive / Metastasen nach kurativer Behandlung	≥90%	100%	100%	100%	97,4%	98,4%
3.	Tumorkonferenz nach operativer Primärtherapie Stad. IB - IIIB	Möglichst häufig Vorstellung nach operativer Primärtherapie	≥90%	98,6%	100%	100%	100%	100%

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Vorgabe	2021	2022	2023	2024	2025
4.	Zeitdauer Tumorkonferenz bis Therapiebeginn	Möglichst häufig unter 14 Tage	Derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	64,9%	96,7%	43,1%
5.	Psychoonkologisches Distress-Screening	Adäquate Rate an Distress-Screening	≥ 65%	Neu	Neu	23,4%	24,0%	71,0%
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%	46,5%
7.	Studienteilnahme	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	≥5 %	9,4%	5,8%	1,5%	7,3%	2,2%
8.	Flexible Bronchoskopie	Siehe Sollvorgabe	500 flexible Bronchoskopien/ Zentrum	2681	3609	3730	3147	2733
9.	Interventionelle bronchologische Eingriffe bei Tumorverschluss oder Stenosen	Siehe Sollvorgabe	≥10	17	8	21	12	19
10.	FDG-PET/CT zum Staging	Möglichst häufig …	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	62,2%	86,5%	61,5%
11.	Lungenresektionen (Operative Primärfälle)	siehe Sollvorgabe	derzeit keine Vorgaben	124	121	107	127	114
11 b	Lungenresektionen (Operative Expertise gesamt)	siehe Sollvorgabe	≥ 75	164	121	140	157	158
12.	Verhältnis Broncho-/Angioplastische Operationen zu Pneumektomien	Adäquates Verhältnis	derzeit keine Vorgaben	94,3%	77,8%	85,7%	92,3%	100%
13.	Videoskopische (VATS) und Roboterassistierte (RATS) anatomische Resektionen	Erfassung	derzeit keine Vorgaben	90,9%	80,2%	84,1%	88,9%	78,8%
14.	30d-Mortalität nach Resektionen	Möglichst niedrige Rate an post-op verstorbenen Pat. nach Resektion	≤ 5% postoperativ verstorbene Pat.	0%	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%	0%

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Vorgabe	2021	2022	2023	2024	2025
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%	100%
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%	92,3%
18.	Thorakale Bestrahlungen	Siehe Sollvorgabe	≥50	126	124	140	156	125
19.	Stereotaktische Strahlentherapie bei Inoperabilität	Möglichst häufig …	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	12,5%	0/0	92,8%
20.	Pathologische Begutachtungen	Siehe Sollvorgabe	≥200 Fälle	274	368	312	1211	457
21.	Perioperative Systemtherapie	Primärfälle des Nenners mit neoadjuvanter / perioperativer Systemtherapie	≥ 25% (ab 2026)					14,3%
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%	80,0%
23.	Erhaltungstherapie nach definitiver Radiochemotherapie – NSCLC Stadium III	Möglichst häufig …	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	0%	20%	100%
24.	Molekularpathologische Untersuchung bei Patienten NSCLC Stadium IV	Möglichst häufig molekularpathologische Untersuchung	≥ 75%	84,2%	8,8%	63,3%	51,0%	48,0%
25.	Molekularpathologische Untersuchung nach kurativer Tumorresektion	Möglichst häufig …	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	50%	66,7%	50,0%
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%	77,8%
27.	Prophylaktische Schädelbestrahlung bei SCLC	Möglichst häufig …	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	0%	0/0	0%
28.	Chemo-Immuntherapie bei SCLC	Möglichst häufig …	derzeit keine Vorgaben	Neu	Neu	0%	100%	88,9%

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Vorgabe	2021	2022	2023	2024	2025
29.	CTCAE Grad V unter Systemtherapie	Möglichst selten CTCAE Grad V unter Systemtherapie	derzeit keine Vorgaben	0%	0%	0%	0%	0,6%
30.	Symptomerfassung mittel MIDOS/IPOS	Möglichst häufig bei Stadium IV	derzeit keine Vorgaben	0%	24,5%	18,3%	20,6%	13,7%
31.	PD-L1-Testung bei NSCLC Stadium III mit Radiochemotherapie	Möglichst häufig Testung von Therapiebeginn	≥ 75%	87,1%	97,1%	94,3%	90,5%	94,1%
32.	PD-L1-Testung bei NSCLC Stadium IV	Möglichst häufig Testung	≥ 75%	98,7%	93,9%	89,9%	92,9%	93,6%

3.4.1 Bewertung:

Zu 7: Wegfall einer geplanten Studie, eingeschränkte Möglichkeiten nach einem IT-Angriff
Zu 24: Durch die Einführung der fast-track-Diagnostik und ggf. NGS bei Progress ist die Quote gesunken.
Zu 25: Bei Plattenepithelkarzinom wurde bisher auf eine Molekulare Diagnostik verzichtet

3.4.2 Maßnahme:

Zu 7: Es wurden neue Studien aufgelegt. Umstellung der PD-L1-Testung auf 22C3 wird vom Zentrum angestrebt
Zu 21: Ein regelhafter Einsatz der perioperativen Chemoimmuntherapie ab Stadium II ist im QZ beschlossen
Zu 24: Anpassung 2026 auf komplettes Mol-Path-Panel in der 1st-line
Zu 25: Konsequente Testung EGFR ALK RET bei allen operierten NSCLC ab Stadium Ib
Zu 30: Die Umsetzung der SOP zum onkologischen Basisscreening (SOP -3156-v0-OZ) ist zu beachten

3.5 Pankreaskrebs

Kennzahlen können erst ab 2021 in ODOK ermittelt werden.

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	2021	2022	2023	2024	2025
1.a	Primärfälle		≥ 25	25	25	19	35	43
1.b	Patienten mit neu aufgetretenem Rezidiv und / oder Fernmetastasen		Derzeit keine Vorgaben	1	3	4	5	2

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	2021	2022	2023	2024	2025
2.	**Prä**therapeutische Fall-vorstellung	Vorstellung aller Patient:innen	≥ 95%	96,0%	100%	89,5%	100%	100%
3.	**Post**operative Fallvorstellung	Vorstellung aller operierten Primärfälle	≥ 95%	80%	100%	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%	53,3%
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%	55,6%
6.	Studienteilnahme	Einbringen von möglichst vielen Patienten in Studien	≥ 5%	20%	0%	10,5%	11,4%	18,6%
7.a	Pankreatitis nach ERCP	Möglichst niedrige Rate an spezif. Komplikationen	≤ 10%	4,6%	4,4%	5,0%	4,8%	4,1%
7.b	Blutung u. Perforation nach ERCP	Möglichst niedrige Rate an spezif. Komplikationen	≤ 5%	0,4%	0,4%	0,9%	1,1%	1,1%
8.	Operative Primärfälle		≥ 12	15	8	8	12	15
9.	Operative Expertise gesamt		≥ 20	20	21	10	23	28
10.	Revisions-Op's Pankreas	Möglichst niedrige Rate	≤ 10%	20%	4,8%	20%	47,8%	21,4%
11.	Mortalität postoperativ	Möglichst niedrige Rate	≤ 5%	30,0%	14,3%	10%	8,7%	15,4%
12.	Lokale R0-Resektion	Möglichst hohe Rate	≥ 40%	93,3%	87,5%	100%	100%	100%
13.	Lymphknoten-Entfernung	Mind. 12 LK im OP-Präparat bei LAE	≥ 65%	90,0%	75,0%	100%	81,8%	84,6%
14.	Inhalt Pathologieberichte	Möglichst häufig vollständige Pathologieberichte	≥ 80%	92,9%	100%	100%	100%	100%
15.	Adjuvante Chemotherapie	Möglichst häufig adjuvante Chemotherapie	≥ 50%	---[1]	33,3%	57,1	50,0%	69,2%
16.	Palliative Chemotherapie	Möglichst häufig pall. Chemotherapie Stad. III und IV, ECOG 0-2	Derzeit keine Vorgaben	44,4%	63,6%	50%	54,6%	51,8%

Nr.	Kennzahl	Kennzahlenziel	Sollvorgabe	2021	2022	2023	2024	2025
17.	Primäre Resektion bei metastasiertem Pankreaskarzinom	Keine primäre Tumorresektion	Derzeit keine Vorgaben	neu	16,7%	0%	4,6	0%
18.	Zweitlinientherapie	Möglichst häufig Zweitlinientherapie bei Progress unter Erstlinientherapie und ECOG ≤ 2	Derzeit keine Vorgaben	neu	0 von 0	0 von 0	100%	0/0
19.	MTL-30-Indikator	Möglichst wenige postoperative Ereignisse	Derzeit keine Vorgaben	neu	neu	neu	neu	19,2%
20	Ernährungsstatus	Erhebung bei möglichst vielen Patienten	≥ 50%	neu	neu	neu	neu	neu
	Follow-Up-Quote		≥ 80%	neu	neu	neu	neu	100%

3.5.1 Bewertung:

Zu 4: Durch die bereits in 2025 getroffenen Maßnahmen (u. a. Umstellung auf elektronische Erfassung) konnten der Anteil an gescreenten Patienten bereits gesteigert werden, wenn auch nicht in den gewünschten Bereich). Dazu kam ein Ausfall der IT nach einem Hacker-Angriff, so dass das Screening nicht in allen Fällen dokumentiert wurde.
Zu 10 und 11: Sehr divergentes Geschehen – keine Maßnahmen abzuleiten

3.5.2 Maßnahmen:

Zu 4: Erinnerung durch die Tumordokumentarinnen

3.6 Weitere onkologische Entitäten

Kennzahlen-Systematik muss noch eingerichtet werden.

3.7 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Erinnerung an fehlendes Disstress-Screening	Fr. Vogel-Nikolaus, Fr. Maaß	laufend
Erweiterung der molekularpathologischen Untersuchungen bei Lungenkarzinom entsprechend der Vorgaben	Dr. K. Kambartel	31.05.2026
Hemikolektomien rechts grundsätzlich laparoskopisch	Prof. Dr. D. Bausch	01.01.2026
Gespräch mit dem Pathologen (LK bei KRK) im Rahmen des Qualitätszirkels mit Hinweis auf bestehende SOP	R. Drückes	16.03.2026

4 Ergebnisse interner und externer Audits

4.1 Interne Audits

In 2025 fanden interne Audits zu den Anforderungen gemäß DKG/OnkoZert Erhebungsbögen statt.
Die Auditberichte und der Maßnahmenplan sind beim QMB hinterlegt.

4.1.1 Alle Zentren:

Folgende Abweichungen / Verbesserungspotenziale wurden (krankenhausweit) erkannt:

keine

4.1.2 Brustzentrum:

An beiden Standorten wurde **keine Abweichung** erkannt.

Folgende Hinweise wurde gegeben:
Einreichung der Liste mit minimalinvasiven Eingriffen im Jahr 2025 zum Jahresbeginn 2026

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:	Umsetzung erfolgt?
Einreichung der Liste mit minimalinvasiven Eingriffen im Jahr 2025 zum Jahresbeginn 2026	Dr. P. Tönnies	15.01.26	ja

4.1.3 Gynäkologisches Tumorzentrum
Es ergaben sich keine Abweichungen und keine Hinweise.

4.1.4 Lungenkrebszentrum:
Es ergaben sich keine Abweichungen und keine Hinweise.

4.1.5 Viszeralonkologisches Zentrum:
Es ergaben sich keine Abweichungen und keine Hinweise.

4.1.6 Onkologisches Zentrum (inkl. ext. Kooperationspartner):
Für die **Radiologie** und **Nuklearmedizin** ergab sich folgender Hinweis:
Die namentliche Zuordnung der minimal-invasiven Interventionen bei Mammakarzinom ist zu verbessern. Dass die geringe Anzahl zu einer Nicht-Erfüllung der Anforderung (mind. 25 Interventionen pro Untersucher) führt, ist nachvollziehbar. Bei hoher Expertise der Senologie (sonographische Interventionen) sind radiologische Interventionen seltener indiziert.

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:	Umsetzung erfolgt?
Gleichmäßige Zuordnung der minimal-invasiven Interventionen	Dr. D. Veelken	31.12.2025	nein

Für die **Stomaversorgung** ergab sich folgender Hinweis:
Verbesserungswürdig ist die Dokumentation des externen Kooperationspartners bzw. die Übernahme der Dokumentation in die EPA.

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:	Umsetzung erfolgt?
Gespräch mit der Stomatherapeutin zur Verbesserung der Dokumentation	S. Schmidt	15.01.26	ja

Für den Bereich **Hygiene** ergab sich folgender Hinweis:
Die Probleme rund um die Benennung und Schulung hygienebeauftragter Ärzte ist bereits Thema der Hygiene-Kommission und sollten „zeitnah“ behoben sein.

Für den Bereich **Pathologie** ergab sich folgender Hinweis:
Mit Blick auf die erstmalige Unterschreitung der Mindest-Zahlen im LZ für Frau Kirch sollte in 2025 darauf geachtet werden, dass die Zahlen in 2025 wieder erfüllt werden.

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:	Umsetzung erfolgt?
Monitoring der Befundungszahlen	Dr. E. Pelz	31.12.2025	ja

Für alle **anderen Bereiche** ergaben sich keine Abweichungen und Hinweise.

4.2 Externe Audits

4.2.1 Onkologisches Zentrum:

4.2.1.1 Besondere Stärken:

- Ausbau der Palliativmedizin durch Einrichtung einer Palliativstation am Standort seit 2023
- Neubau für die MVZs des Trägers, für die Onkologischen Praxis Moers und die eigene Akademie
- Ausbau der ambulanten psychosozialen Versorgung durch Unterstützung der Krebsberatungsstelle
- Engagement als Gesellschafter des Palliativnetzes
- Aufstockung der Personalressourcen für Studienmanagement und Psychoonkologie
- Hervorragendes Qualitätsmanagement und Berichtwesen
- Studienaktivitäten auf universitärem Niveau
- Sehr gut aufgestellte, dynamische Pflege (Onkologische Pflege, Palliativcare)

4.2.1.2 Abweichungen:

Es wurden keine Abweichungen festgestellt.

4.2.1.3 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Die Ressourcen für die Tumorkonferenzen (Personal, Zeiten, Technik) u.a. für die Vorstellung von Rezidivpatienten sind dem Bedarf anzupassen.	Aktuell kaum möglich, Punktuelle Ausweitung der Zeiten wurde ermöglicht	Dr. P. Tönnies, Dr. M. Möller, Dr. K. Kambartel
PSO: Die Auseinandersetzung mit den erheblichen Versorgungsunterschieden der einzelnen Organkrebszentren ist zu intensivieren und die Versorgungsqualität ist anzugleichen mit dem Ziel der Verbesserung.	Verbesserung der Screeningquote und in Folge auch der Betreuungsquote belasteter Patienten. Vermehrt auch Betreuung im Rahmen der ASV	B. Schiermeyer Tumordokumentarinnen
Sozialdienst: Die Auseinandersetzung mit den erheblichen Versorgungsunterschieden der einzelnen Organkrebszentren ist zu intensivieren und die Versorgungsqualität ist anzugleichen mit dem Ziel der Verbesserung. Versorgungsquoten <10% sind kritisch zu prüfen und zu verbessern. Fortbildungen sind anzugeben und nachzuweisen.	Verbesserung der Konsilquote und in Folge auch der Betreuungsquote konnte (wenn auch nicht überall) erreicht werden	Zentrums-Koordinatoren, T. Scheiter
Die aktuelle Studienliste ist zu veröffentlichen.	Laufender Prozess	Dr. K. Kambartel, Dr. M. Möller
Es ist zu prüfen, ob die Zusammenarbeit bei der Studienauswahl und -akquise verbessert werden kann und Synergien besser genutzt werden können.	Juristisch problematisch	
Der Prozess des Onkologischen Basisassessment sollte durch die Pflege gestaltet und umgesetzt werden.	Besprechung der Themen und Monitoring durch die Tumordokumentarinnen	R. Drückes
Der Kooperationspartner für das PETCT sollte beim Wiederholaudit auditiert werden (Begehung).	Berücksichtigung im Audit-Plan durch OnkoZert	

4.2.2 Viszeralonkologisches Zentrum

4.2.2.1 Besondere Stärken:

- Die Durchführung und konstruktive Bearbeitung des Coaching-Prozesses in der Pankreaschirurgie,
- Eine erhöhte und ausreichende Studienquote durch die Teilnahme an der Qualitätssicherungsinitiative zur Systemtherapie bei metastasierenden kolorektalen Tumoren
- Der Start der Durchführung von Adhärenzprüfungen zu den Beschlüssen des Tumorboards.

- Die konkrete Benennung von Frau Döhrmann-Sohr als Verantwortliche Stelle für inkomplette Koloskopien,
- Die Erstellung und Verteilung zahlreicher neuer Flyer des VZ u.a. zur Vorstellung des neuen Leiters, Herrn Prof. Dr. D. Bausch

4.2.2.2 Abweichungen:

Abweichung	Kommentar	Verantwortlich
Die Kennzahl 12 a (postoperative Mortalität Pankreas) überschreitet im zurückliegenden Kalenderjahr 2024 die Sollvorgabe (Sollvorgabe <5%). Im Schnitt der letzten drei Kalenderjahre liegt der Kennzahlenwert > 8%. Ein Coaching durch einen Peer ist am Zentrum im April 2025 durchgeführt worden. Der Coach regte an, einen aktuellen 6- Monatszeitraum zu wählen und die Zahlen für diese Zeitraum zu analysieren und an OnkoZert zu übermitteln.	Die Abweichung wurde als behoben bewertet.	Prof. Dr. D. Bausch
Am Darmkrebszentrum Bethanien Moers sind die Kennzahlen 15 bis 19 des Kennzahlenbogens deutlich zu hoch (Komplikationen und Mortalität). Eine wiederholte Analyse eines aktuellen 6-Monatzeitraum und die Vorlage der Daten bei OnkoZert ist erforderlich (Anregung aus dem Coaching Prozess).	Die Abweichung wurde als behoben bewertet.	Prof. Dr. D. Bausch
Am Pankreaszentrum Bethanien Moers ist die Kennzahl 10 (Revisionsoperationen Pankreas) deutlich zu hoch im Jahr 2024. Eine wiederholte Analyse eines aktuellen 6-Monatzeitraum und die Vorlage der Daten ist erforderlich (Anregung aus dem Coaching Prozess).	Die Abweichung wurde als behoben bewertet.	Prof. Dr. D. Bausch

4.2.2.3 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Die erfolgreich begonnenen Adhärenzprotokolle der Tumorboardsitzungen sollten weiter verfolgt werden im Hinblick auf Ablauf, Ablehnung, Durchführung und Dauer/Zyklen etwaiger multimodaler Therapien und auch Operationen, etc..	Wird im Rahmen der Möglichkeiten versucht. Vorstellung der Ergebnisse im QZ	R. Drückes, S. Döhrmann-Sohr
Die Mindestanzahl an Resektionen beim Rektumkarzinompatienten sollte unbedingt angestrebt werden.	Die Öffentlichkeitsarbeit wurde intensiviert. Mit Blick auf 17 Operationen und 5 Patienten „Watch and wait – nach totaler neoadjuvanter Therapie“ werden die Mindestzahlen „erreicht“.	Prof. Dr. D. Bausch

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Die M&M-Konferenzen sollten im vorgegebenen Rhythmus wieder aufgenommen werden, d.h. 2 x pro Kalenderjahr.	2 MoMo-Konferenzen wurden in 2025 durchgeführt.	S. Döhrmann-Sohr
Die eingesehen digitalen Aufklärungsblätter zu den großen Darmresektionen sollten durch mehr handschriftlichen Freitext ergänzt werden, um nachzuweisen, dass ein detailliertes individuelles Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. (Ergebnis der Aktenprüfung, vorteilhafter für juristische Aspekte; bitte auch Therapiealternativen nennen!))	Gespräche innerhalb der Abteilung wurden geführt.	Prof. Dr. D. Bausch
Auf eine gleichmäßige Verteilung der Operateure im Darmkrebszentrum ist im Jahr 2025 unbedingt zu achten.	Wurde ab dem 2. Quartal umgesetzt. Mindestzahlen wurden – vor allem bei Rektumkarzinom (nur 17 OPs) nicht erreicht.	Prof. Dr. D. Bausch

4.2.3 Brustzentrum

Re-Zertifizierungsaudit ÄK-Zert:

4.2.3.1 Besondere Stärken

Keine benannt

4.2.3.2 Abweichungen

Keine festgestellt

4.2.3.3 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Die durchgeführte online-Zuweiserbefragung hatte nur einen sehr geringen Rücklauf. In diesem Zusammenhang sollte über andere Formen der Zuweiserbefragung nachgedacht werden.	Umstellung auf Papierbefragung – vor allem im Rahmen von Fortbildungen – ist erfolgt. Noch ist keine Verbesserung der Teilnahme erkennbar.	R. Drückes

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Bei der Mitarbeiterbefragung wurde der Parkplatzmangel am Krankenhaus kritisiert. Teilweise erscheinen Patientinnen nicht pünktlich zu den Sprechstundenterminen, weil sie keinen Parkplatz gefunden haben.	In laufender Beratung, aktuell könnten einige Ersatzparkplätze in der Nachbarschaft (Caritas) eingerichtet werden.	Dr. R. Engels
Das psychoonkologische Screening muss auch bei zunächst ambulanten Patientinnen durchgeführt werden, zum Beispiel bei der Befundmitteilung des Malignoms.	Gespräche sind geführt, die Umstellung auf eine digitale Erfassung ist geplant. Die Zahlen konnten etwas verbessert werden.	Dr. D. Brunotte

Prüfaudit DKG/OnkoZert:

4.2.3.4 Besondere Stärken

Als besondere Stärken wurden festgehalten:

- Engagierte Mitarbeiter im Bereich QM-Pflege und Ärzte an beiden Standorten
- stabile Leistungszahlen in den letzten Jahren mit steigender Tendenz an beiden Standorten
- In beiden Häusern arbeiten sehr engagierte BCNs.
- Gut strukturierte Onkologie im Brustzentrum Kleve/Goch mit etablierter Studienzentrale.
- Die Abweichung aus dem Jahr 2024, bezogen auf die Radiologie Kleve, konnte geklärt werden – die Anforderungen (Zahl der Mammographien) werden erfüllt.

4.2.3.5 Abweichungen

Keine festgestellt.

4.2.3.6 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Eine Erweiterung des Studienangebots soll angestrebt werden.	Für Anfang 2026 ist dazu ein Qualitätszirkel durchgeführt worden	Dr. D. Brunotte

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Ausbildung der weiteren BCN, bzw. Freistellung der BCN für die Tätigkeit im BZ soll angestrebt werden	Auf der Station ist eine weitere BCN teilweise freigestellt, so dass eine tägliche Betreuung und auch die Urlaubsvertretung gewährleistet ist. Eine Ausbildung von BCN wird von der DKG und von OnkoZert nicht anerkannt. Dort werden Fachpflegekräfte für Onkologie gefordert.	Fr. Linkner
Um den stetig steigenden Pat.Zahlen in Moers Rechnung zu tragen, sollte ein weiterer Arbeitsplatz mit der Software für die US-Bilderfassung ausgerüstet werden.	Es existierten zum Audit 2 Arbeitsplätze mit US-Geräten und entsprechender Software	Dr. P. Tönnies

4.2.4 Lungenzentrum

4.2.4.1 Besondere Stärken:

- Hervorzuheben ist das Engagement des Zentrumskoordinators Herr Dr. med. Kambartel und die QM-Abteilungen der jeweiligen Standorte, die eng mit den Zentrumsleitungen arbeiten und somit die Standorte gut miteinander verbinden, um eine effiziente Zusammenarbeit zu gewährleisten.

4.2.4.2 Abweichungen:

Keine festgestellt

4.2.4.3 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Die Etablierung eines übergreifenden Koordinators des Lungenkrebszentrums, nicht-ärztlich, mit zentraler Koordination von Fallzahlüberwachung, Befragungen, Qualitätssicherung, Auditvorbereitung und Außendarstellung kann einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung leisten.	Bislang nicht diskutiert	Dr. T. Krbek

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Das Psychoonkologische Distress-Screening liegt an allen Standorten unter der Sollvorgabe. Konzepte über eine Steigerung des Screenings wurden im Audit demonstriert.	Die Quote konnte erheblich verbessert werden. Monitoring durch die Tumordokumentarinnen	R. 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.

4.2.5.1 Besondere Stärken:

Keine dokumentiert

4.2.5.2 Abweichungen:

Keine festgestellt

4.2.5.3 Als Hinweise wurden festgehalten:

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Die ambulante medikamentöse Tumortherapie wird nicht in der Frauenklinik, sondern fast ausschließlich in der Onkologischen Praxis Moers in neuen Räumlichkeiten auf dem Klinikgelände durchgeführt. In diesem Zusammenhang sollte vom Zentrum geprüft werden, ob eine zeitlich begrenzte Rotation von KollegInnen in der SP-Weiterbildung in die onkologische Praxis möglich ist. Dies ist auch seit dem letzten Audit (GZ-Transit) nicht erfolgt, sollte aber weiterhin unbedingt auf der Agenda des Zentrums bleiben.	Mit Blick auf Dienste / Frei nach Dienst, Ambulanz- und OP-Planung ist dies aktuell nur schwer umsetzbar, bleibt aber auf der Agenda	Dr. P. Tönnies
Die Fallzahlen der gynäkologischen Tumorpatientinnen sind aufgrund der neuen Leistungsgruppenzuteilung (mit Verlust der Behandlungsgruppe Ovarialkarzinom) leicht rückläufig. Entsprechende Maßnahmen der Kommunikation mit niedergelassenen KollegInnen wurde bereits eingeleitet, die Fallzahlentwicklung insgesamt bleibt abzuwarten.	Ein weiterer Rückgang konnte bis zum Herbst 2025 beobachtet werden. Aktuell verbessert sich die Situation	Dr. P. Tönnies

Hinweis	Kommentar	Verantwortlich
Zur Erreichung der operativen Fallzahlen sind dem Zentrum weiterhin adäquate OP-Räumlichkeiten bzw. OP-Kapazitäten zur Verfügung zu stellen. Die immer noch anhaltende räumliche Einschränkung der OP-Kapazität verschärft die kritische Fallzahlentwicklung des GZ weiterhin. In diesem Zusammenhang darf nicht unerwähnt bleiben, dass die personelle Ressource der gynäkologischen Ambulanz phasenweise sehr eingeschränkt ist und die telefonische Kontaktaufnahme nicht möglich ist.	Durch laufende Umbaumaßnahmen im OP ist die Situation noch nicht zu verbessern gewesen. Nach Abschluss der Maßnahmen ist eine interdisziplinäre Absprache notwendig.	Dr. P. Tönnies
Die OP-Indikation für onkologische Operationen muss durch einen SP-Inhaber GO erfolgen. Im stationären Bereich sollte auch den gynäkologischen Tumorpatientinnen eine onkologische Betreuung/Beratung durch eine onkologische Fachpflegekraft (sogenannte Pelvic-Nurse) garantiert werden.	Die Betreuung erfolgt durch die freigestellten Onkologischen Fachpflegekräfte.	M. Frenck / F. Tunc / A. Linkner

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:
Gleichmäßige Zuordnung der minimal-invasiven Interventionen	Dr. D. Veelken	31.12.2026
Die aktuelle Studienliste ist zu veröffentlichen.	Dr. K. Kambartel, Dr. M. Möller	laufend
Eine Erweiterung des Studienangebots soll angestrebt werden (BZ/GZ)	Dr. D. Brunotte	30.06.2026

5 Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

5.1 Qualitätszirkel

Protokolle und TN-Listen sind in den Zentren hinterlegt.

Zentrum	Datum	Thema
Viszeralonkologisches Zentrum	10.03.2025	Update Rektumkarzinom
Viszeralonkologisches Zentrum	02.06.2025	Operative Therapie des Ösophagus-Karzinoms, Audit, MSI-Bestimmung, Studien
Viszeralonkologisches Zentrum	22.09.2025	Diagnostik zystischer und solider Pankreasneoplasien
Viszeralonkologisches Zentrum	08.12.2025	Lebermetastasen: Resektion vs. Radiofrequenzablation, Änderung im Zertifizierungsverfahren, MSI-Bestimmung, Lymphknotenbestimmung, Distressbogen
Onkologisches Zentrum	18.03.2025	Update Molekularpathologie, Distress-Thermometer, ASV, Audit, Vorstellung neuer Kooperationspartner Humangenetik
Onkologisches Zentrum	16.09.2025	Rückblick Audit, Zuweiserbefragung, Distress-Thermometer, Änderungen Pathologie, Pathologie-Befunde, Termin- und Veranstaltungsplanungen
Brustkrebszentrum	20.01.2025	Mikrokalk
Brustkrebszentrum	Alle 3 Wochen	Standortübergreifendes QM-Treffen
Brustkrebszentrum	12.05.2025	Verzicht auf SNB - INSEMA + SOUND - Vorgehen für unser BZ
Brustkrebszentrum	01.09.2025	Aktueller Anforderungskatalog ÄK-Zert und die wesentlichen Änderungen
Lungenkrebszentrum	02.04.2025	Standortübergreifendes Symposium
Lungenkrebszentrum	1/Monat	Standortübergreifendes QM-Treffen
Gynäkologisches Tumorzentrum	05.05.2025	Pole-Mutationsanalyse beim Endometriumkarzinom
Gynäkologisches Tumorzentrum	06.10. 2025	Studien in der Gynäkologischen Onkologie

5.2 MoMo-Konferenzen

Protokolle und TN-Listen sind in den Zentren hinterlegt.

Zentrum	Datum	Thema
Viszeralonkologisches Zentrum	17.03.2025	Fallbesprechungen
Viszeralonkologisches Zentrum	15.09.2025	Fallbesprechungen

Zentrum	Datum	Thema
Onkologisches Zentrum		In die MoMo-Konferenzen des Hauses integriert
Brustkrebszentrum	10.02.2025	Fallbesprechungen
Brustkrebszentrum	28.04.2025	Fallbesprechungen
Gynäkologisches Tumorzentrum	10.03.2025	Fallbesprechungen

5.3 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

Zentrum	Datum	Thema
Onkologisches Zentrum / alle Organkrebszentren	29.10.2025	Moerser Krebsforum
Viszeralonkologisches Zentrum	30.04.2025	Fortbildung Pankreaskarzinom
Gynäkologisches Tumorzentrum / Brustzentrum	21.05.2025	Update Gynäkologische Onkologie

5.4 Informationsveranstaltungen für Betroffene

Zentrum	Datum	Thema
Onkologisches Zentrum / alle Organkrebszentren	22.11.2025	„Stark gegen Krebs“
Brustkrebszentrum / Gynäkologisches Krebszentrum	17.09.2025	Informationsveranstaltung Brustzentrum und Gynäkologisches Tumorzentrum / Tag der offenen Tür
Viszeralonkologisches Zentrum	24.01.2024	Fortbildung für die Öffentlichkeit, Differenzierte chirurgische Therapie der Bauch-speicheldrüse

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	30.09.2026

6 Zufriedenheitserfassung

6.1 Patient:innen

Im **Viszeralonkologischen** erhalten alle – operierten - Patient:innen die Möglichkeit an einer Patient:innenbefragung teilzunehmen.
67 Patientinnen haben einen auswertbaren Bogen zurückgegeben (90,0% der befragten Patientinnen).

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 2025 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 vorstellt 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 2026 des Brustzentrums.

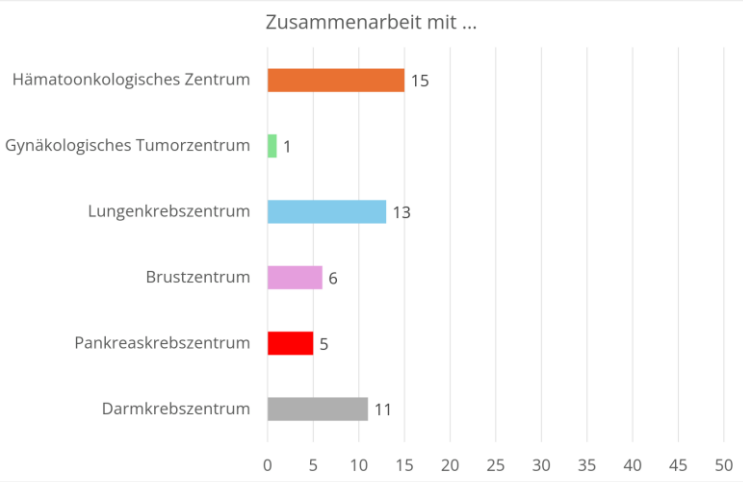
Im **Lungenzentrum** wurde die Zufriedenheitserfassung für die Patient:innen den 4. Quartals 20252 durchgeführt. Von 68 angeschriebenen Patient:innen haben 20 teilgenommen (29,4%).
Für Details verweisen wir auf die Managementbewertung 2026 des Lungenzentrums.

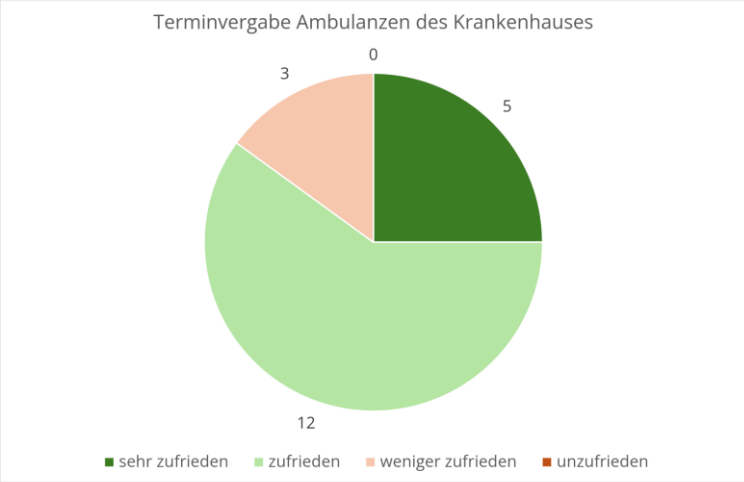
Im **Gynäkologischen Tumorzentrum** wurden die Patientinnen des 4. Quartals 2024 befragt. Von insgesamt 21 verschickten Fragenbögen wurden 9 zurückgeschickt. Die entspricht einer Rücklaufquote von 42,6 9%. Die Ergebnisse waren überwiegend positiv.

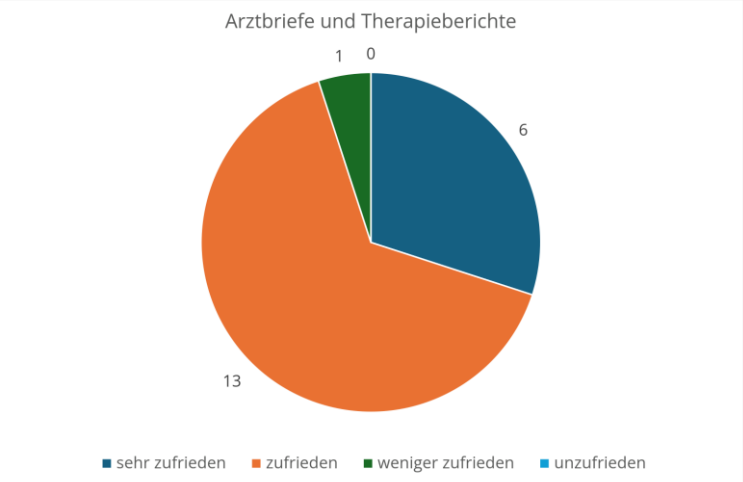
Für Details verweisen wir auf die Managementbewertung 2025 des Gynäkologischen Tumorzentrums.

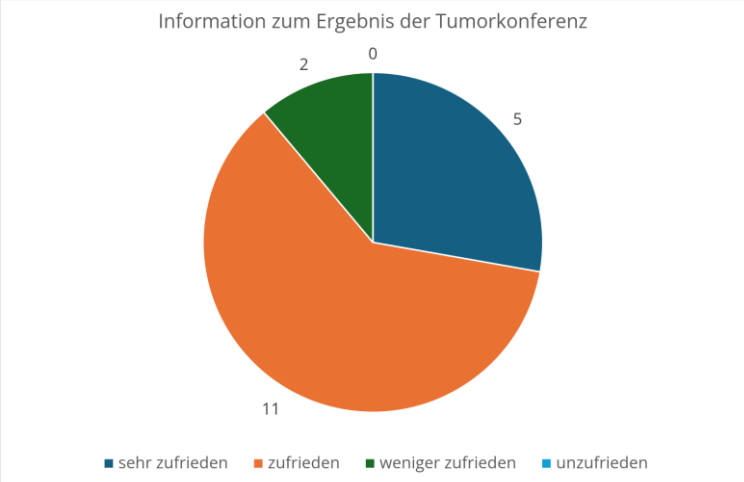
6.2 Zuweiser

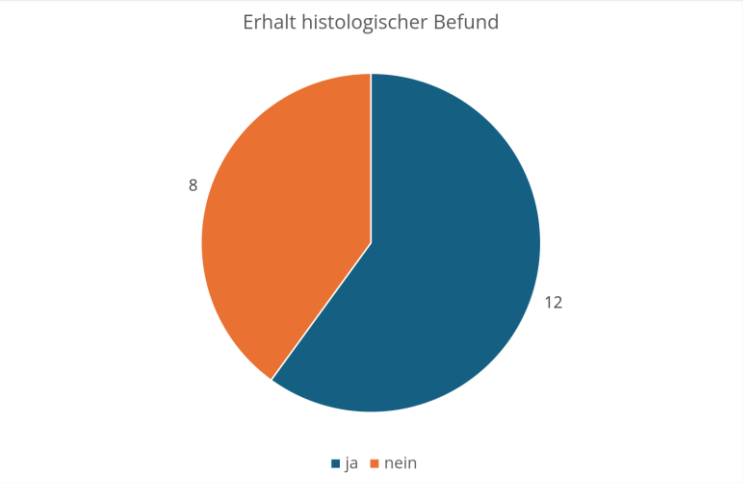
Nach dem gescheiterten Versuch einer online-Befragung der Zuweiser wurden im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen wieder klassische Fragebögen verteilt.

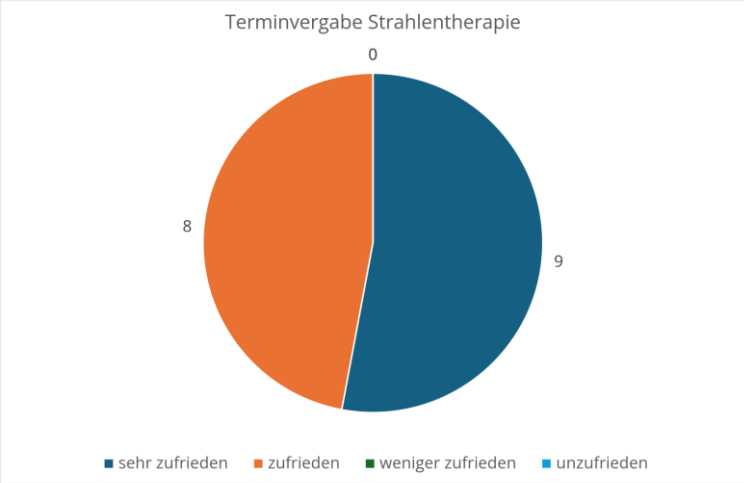

Zusammenarbeit mit ...
Hämatoonkologisches Zentrum
15
Gynäkologisches Tumorzentrum
1
Lungenkrebszentrum
13
Brustzentrum
6
Pankreaskrebszentrum
5
Darmkrebszentrum
11
0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50

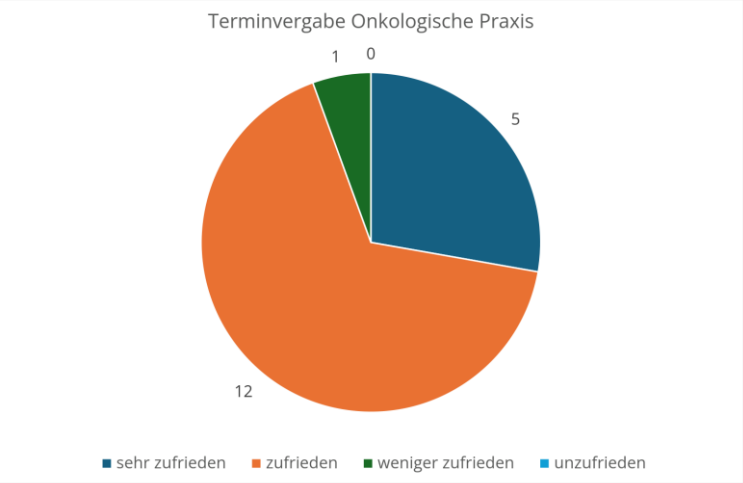

Terminvergabe Ambulanzen des Krankenhauses
0
3
5
12
sehr zufrieden
zufrieden
weniger zufrieden
unzufrieden

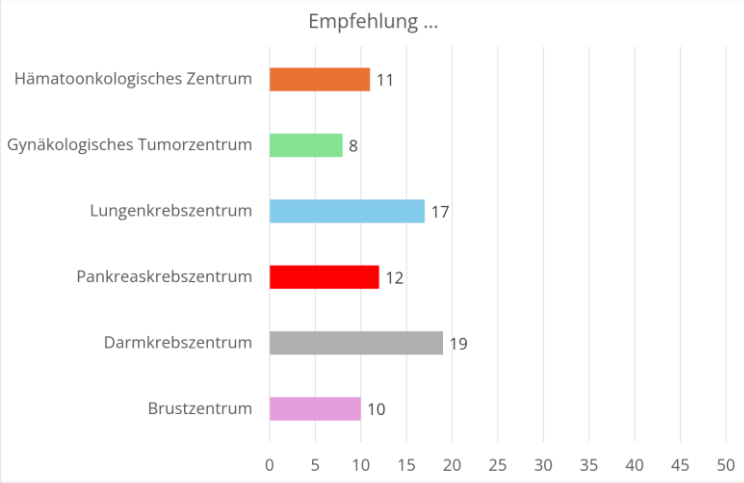

Arztbriefe und Therapieberichte
1
0
6
13
sehr zufrieden
zufrieden
weniger zufrieden
unzufrieden


Information zum Ergebnis der Tumorkonferenz
2
0
5
11
sehr zufrieden
zufrieden
weniger zufrieden
unzufrieden


Erhalt histologischer Befund
8
12
ja
nein


Terminvergabe Strahlentherapie
0
8
9
sehr zufrieden
zufrieden
weniger zufrieden
unzufrieden


Terminvergabe Onkologische Praxis
1
0
5
12
sehr zufrieden
zufrieden
weniger zufrieden
unzufrieden


Empfehlung ...
Hämatoonkologisches Zentrum
11
Gynäkologisches Tumorzentrum
8
Lungenkrebszentrum
17
Pankreaskrebszentrum
12
Darmkrebszentrum
19
Brustzentrum
10
0
5
10
15
20
25
30
35
40
45
50

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:

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. Haidl[1], B. Jany[2], J. Geiseler[3], S. Andreas[4], M. Arzt[5], M. Dreher[6], M. Frey[7], R.W. Hauck[8], F. Herth[9], T. Jehser[10], K. Kenn[11], B. Lamprecht[12], F. Magnet[13], O. Oldenburg[14], P. Schenk[15], B. Schucher[16], M. Studnicka[17], T. Voshaar[18], W. Windisch[13], H. Woehrle[19], H. Worth[20]

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 Landesklinikum Hochegg, Abteilung für Pulmologie, Grimmenstein Österreich
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

Kambartel K, Fisteag S E-Zigaretten und Krebsrisiko – was wissen wir? JATROS Pneumologie & HNO 02/2024.

Kambartel K E-Zigaretten und Tabakerhitzer – Aspekte der Onkogenese. Pneumologische Nachrichten 03.2024

George J, Maas L, Cartolano M, Abedpour N, Fischer R, ScheelA, 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 Grau12,13, 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 Vol. 17, Issue 9, Supplement S366–S367.

Reck M, Sadjadian P, Waller C, Kambartel K, Grohe C, Rittmeyer A, Sendler 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/nindetanib 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

Voshaar T, Stais P Köhler D Dellweg D. Conservative management of COVID-19associated 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

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 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

CRISP (LZ)
Tiger-Meso offen (LZ)
Samsung Bioepis offen (LZ)
MTD-Bridge offen (LZ)
MSD 2870-007 offen (LZ)
RMC-6291 offen (LZ)
RMC-Lung-101 Offen (LZ)
Artemide-Lung02 (LZ)
Artemide-Lung03 (LZ)
GDFather 02 in Planung (LZ)
Harmony-07 offen (LZ)
FINN (LZ)
HereDiCare (BZ, GZ)
Perform-Nis (BZ)
Trace (BZ)
OPAL-Register (BZ)
CAROLEEN (BZ)
Modulation der Zusammensetzung der Galle durch bakterielle Besiedlung der Gallenwege (VZ)
QS-mCRC (VZ)
Liver-R offen (DZ)
Malgat (VZ)
Clarity Gastric 01 (VZ)
Carity Gastric 02 in Vorbereitung (VZ)
Armide HCC01 in Vorbereitung (VZ)
Bering-CRC (VZ)
Colo Predict 2.0 (VZ)
QS-Endometrium (GZ)

Weitere Studien sind in der Initiierung.

8.4 Bewertung

In allen Bereichen konnten leichte Verbesserungen erreicht werden.
Der Rückgang im Bereich des Lungenkrebszentrum ist unter anderem mit einem Hackerangriff mit in Folge längerem Ausfall der online-Anbindung zu begründen.

8.4.1 Abgeleitete Maßnahmen

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Sichtung weiterer Studien – Gyn-Krebszentrum	Dr. Brunotte	30.06.2026
Sichtung weiterer Studien – Pankreaskarzinom	Dr. Möller	30.06.2026
Sichtung weiterer Studien – Darmkrebszentrum	Dr. Möller	30.06.2026
Sichtung weiterer Studien – Lungenkrebszentrum	Dr. Kambartel	30.06.2026

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.

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

Titel	Redakteur:in	Freigabe-Datum
Ablauf Gendiagnostik	Lea Windgassen	31.01.2023
Anamnesebogen - Brustsprechstunde	Dorit Brunotte	29.08.2025
Aufnahmeprozedur Brustzentrum	Dorit Brunotte	23.06.2025
Behandlungspfad Mammakarzinom	Ralf Drückes	25.02.2025
Broschüre: Brustrekonstruktion nach Krebs	Ralf Drückes	12.04.2024
Brustzentrum - Selbsthilfe	Dominika Hutka	15.10.2024
Brustzentrum - Sport und Bewegung	Dominika Hutka	15.10.2024
BZ-M 4 Aufnahme-Ablauf - Patienteninformation	Tillmann Spolders	16.01.2023
BZ - Checkliste zur Erfassung einer erblichen Belastung für Brust- und / oder Eierstockkrebs	Ralf Drückes	27.02.2025
Durchführung der Strahlentherapie - Brustzentrum	Ralf Drückes	12.04.2024
Einverständniserklärung - Medizinische Mikropigmentierung	Dorit Brunotte	15.10.2024
Patientinnen - Informationsmappe	Ralf Drückes	28.09.2023
QM-Handbuch Brustzentrum	Dorit Brunotte	25.02.2025
Sentinel-Lymphnode-Szintigraphie beim Mammakarzinom	Birgitta Hajok	17.10.2024
Sonographische Stanzbiopsie - Mamma	Almut Raabe	11.01.2024
Stereotaktische Drahtmarkierung	Derk Veelken	11.05.2023
Stereotaktische Vakuumbiopsie	Derk Veelken	17.08.2023
Behandlungsalgorithmus Cervix Karzinom	Dorit Brunotte	20.01.2026
Behandlungsalgorithmus Endometrium Karzinom	Dorit Brunotte	20.01.2026
Behandlungsalgorithmus Ovarial NPL	Dorit Brunotte	20.01.2026
Behandlungsalgorithmus Vulva Karzinom	Dorit Brunotte	20.01.2026
Planung und Ablauf Entnahme Ovargewebe	Sabine Rudka	15.10.2024
QM-Handbuch Gynäkologisches Krebszentrum	Ralf Drückes	23.06.2025
Chemo - Vorlage 2025 - V14b	Kato Kambartel	13.11.2025
Cyclophosphamid Bolustherapie i. v. nach AUSTIN-Schema	Kato Kambartel	04.12.2024
Kurzintervention und Beratung bei chronischem Tabakkonsum	Kato Kambartel	11.12.2024
Lymphknotenbogen - Lungenzentrum	Kato Kambartel	11.12.2024

Titel	Redakteur:in	Freigabe-Datum
LZ - Behandlung von Patienten mit begrenzter Lebenserwartung	Peter Schulte	11.12.2024
LZ-8 Staging bei Lungenkarzinompatienten	Kato Kambartel	11.12.2024
LZ-QM-Handbuch	Ralf Drückes	09.02.2026
Onkologische Fallbesprechungen - Pneumologie	Sara Urh	24.11.2025
Tabakentwöhnung - Lungenzentrum	Birgit Schiermeyer	04.12.2024
Beratung onkologischer Patienten	Sara Urh	13.12.2024
Checkliste für geplante Ovargewebeentnahme und Transport	Sabine Rudka	20.12.2023
Dokument - Entnahme- und Transporthinweise für ZuweiserInnen	Sabine Rudka	26.06.2023
Fertilitätserhalt	Sabine Rudka	14.11.2023
Einleitung einer Palliativtherapie - Lungenzentrum	Kato Kambartel	03.12.2024
Patienteninformation Kryo Ovar	Sabine Rudka	02.01.2024
Patienteninformation zur Schmerztherapie	Kato Kambartel	12.02.2026
SOP - Onkologisches Basis-Screening	Ralf Drückes	12.06.2025
Umkehrisolation	Mischa Möller	05.12.2024
Behandlungspfad "Kolorektales Karzinom"	Tillmann Spolders	22.12.2022
Inkomplette Koloskopie bei kolorektalem Karzinom	Dirk Bausch	11.05.2023
LARS - Score	Ralf Drückes	27.06.2024
Management bei Blutung nach Pankreasresektionen	Susanne Döhrmann-Sohr	16.06.2025
Pankreaszentrum - Ablauf der diabetologischen Mitbehandlung	Susanne Döhrmann-Sohr	30.09.2025
QM-Handbuch Viszeralonkologisches Zentrum	Ralf Drückes	21.05.2026
Strukturierter MRT/CT-Befund bei Patient:innen mit (V. a.) Rektum-Karzinom	Christopher v. Bühren	11.05.2023
VZ - Lymphknotenbestimmung im OP-Präparat	Susanne Döhrmann-Sohr	27.06.2024
VZ - Mikrosatelliteninstabilität	Susanne Döhrmann-Sohr	27.06.2024
Bereitstellung von Blutgruppe und Erythrozytenkonzentraten in der Allgemein- und Viszeralchirurgie	Susanne Döhrmann-Sohr	13.06.2025
Perioperative Standards Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Susanne Döhrmann-Sohr	13.06.2025
Standarisiertes Vorgehen bei PANKREASKOPFRESEKTION	Susanne Döhrmann-Sohr	13.06.2025
Standarisiertes Vorgehen bei Pankreaslinksresektion	Susanne Döhrmann-Sohr	13.06.2025

11 Terminplan

ONKOLOGISCHES ZENTRUM Bethanien Moers

OZBM 2026

Kalenderpedia
Informationen zum Kalender

Januar			
1	Do	Neujahr	1
2	Fr		
3	Sa		
4	So		
5	Mo		2
6	Di	Heilige Drei Könige	
7	Mi		
8	Do		
9	Fr		
10	Sa		
11	So		
12	Mo		3
13	Di	OZ-Leitung (15.30)	
14	Mi	BZ-Soz-Netz (14.00)	
15	Do		
16	Fr		
17	Sa		
18	So		
19	Mo	GZ-MoMo (15.45)	4
20	Di		
21	Mi		
22	Do		
23	Fr		
24	Sa	DMP (inkl. Pankreaskarzinom)	
25	So		
26	Mo	BZ-QM-Team (14.00)	5
27	Di		
28	Mi		
29	Do		
30	Fr		
31	Sa		

Februar			
1	So		
2	Mo		6
3	Di		
4	Mi	Fobi - Schilddrüse	
5	Do	LZ - QZ/MoMo (08.15)	
6	Fr		
7	Sa		
8	So		
9	Mo	BZ-QZ (15.00)	7
10	Di	OZ-Leitung (15.30)	
11	Mi	BZ-Vorstand (15.00), VZ-Leitung (16.00)	
12	Do		
13	Fr		
14	Sa		
15	So		
16	Mo	Rosenmontag	8
17	Di		
18	Mi	VZ-Soz-Netz (16.00)	
19	Do	BZ-Vollversammlung (14.00-Video)	
20	Fr		
21	Sa		
22	So		
23	Mo	KTQ	9
24	Di	KTQ	
25	Mi	KTQ	
26	Do	KTQ	
27	Fr	KTQ	
28	Sa		

März			
1	So		
2	Mo	BZ-QM-Team (14.00)	10
3	Di	OZ-QZ (15.30)	
4	Mi	Fobi - Refluxchirurgie	
5	Do	LZ - QZ/MoMo (08.15)	
6	Fr		
7	Sa		
8	So		
9	Mo	GZ-QZ (15.45)	11
10	Di	OZ-Leitung (15.30)	
11	Mi		
12	Do		
13	Fr		
14	Sa		
15	So		
16	Mo	VZ-QZ (17.00)	12
17	Di		
18	Mi		
19	Do	ÄKZert-Audit (Standort Moers)	
20	Fr		
21	Sa		
22	So		
23	Mo	BZ-MoMo (15.00)	13
24	Di		
25	Mi	VZ-Öff-Pankreas	
26	Do		
27	Fr		
28	Sa		
29	So	Beginn der Sommerzeit	
30	Mo		14
31	Di		

© Kalenderpedia® www.kalenderpedia.de

Angaben ohne Gewähr

ONKOLOGISCHES ZENTRUM Bethanien Moers

OZBM 2026

Kalenderpedia
Informationen zum Kalender

April			
1	Mi		
2	Do		
3	**Fr**	**Karfreitag**	
4	**Sa**		
5	**So**	Ostern	
6	**Mo**	**Ostermontag**	15
7	Di		
8	Mi		
9	Do	LZ - QZ/MoMo (08.15)	
10	Fr		
11	**Sa**		
12	**So**		
13	Mo	VZ-MoMo (17.00)	16
14	Di	OZ-Leitung (15.30)	
15	Mi	OZ - Soziales Netzwerk (16.00)	
16	Do		
17	Fr		
18	**Sa**		
19	**So**		
20	Mo		17
21	Di		
22	Mi	OZ-Rauchfrei in den Mai	
23	Do		
24	Fr		
25	**Sa**		
26	**So**		
27	Mo		18
28	Di		
29	Mi		
30	Do		

Mai			
1	**Fr**	**Tag der Arbeit**	
2	**Sa**		
3	**So**		
4	Mo		19
5	Di	GZ-Leitung (15.00)	
6	Mi		
7	Do	LZ - QZ/MoMo (08.15)	
8	Fr		
9	**Sa**		
10	**So**	Muttertag	
11	Mo		20
12	Di	OZ-Leitung (15.30)	
13	Mi		
14	**Do**	**Christi Himmelfahrt**	
15	Fr		
16	**Sa**		
17	**So**		
18	Mo	BZ-QM-Team (14.00)	21
19	Di		
20	Mi	VZ-Leitung (16.00)	
21	Do	~~OZ-Vollversammlung (15.30)~~	
22	Fr		
23	**Sa**		
24	**So**	Pfingsten	
25	**Mo**	**Pfingstmontag**	22
26	Di		
27	Mi		
28	Do		
29	Fr		
30	**Sa**		
31	**So**		

Juni			
1	Mo		23
2	Di		
3	Mi		
4	Do	Fronleichnam	
5	Fr		
6	**Sa**		
7	**So**		
8	Mo		24
9	Di		
10	Mi		
11	Do		
12	Fr		
13	**Sa**		
14	**So**		
15	Mo	VZ-QZ (17.00)	25
16	Di	OZ-Leitung (15.30)	
17	Mi	BZ/GZ Fortbildung	
18	Do		
19	Fr		
20	**Sa**		
21	**So**		
22	Mo	BZ-QZ (15.00)	26
23	Di		
24	Mi		
25	Do		
26	Fr		
27	**Sa**		
28	**So**		
29	Mo	OZ-Audit	27
30	Di	OZ-Audit	

© Kalenderpedia® www.kalenderpedia.de

Angaben ohne Gewähr

ONKOLOGISCHES ZENTRUM Bethanien Moers

OZBM 2026

Kalenderpedia
Informationen zum Kalender

Juli			
1	Mi		
2	Do		
3	Fr		
4	**Sa**		
5	**So**		
6	Mo		
7	Di		
8	Mi		
9	Do	LZ - QZ/MoMo (08.15)	
10	Fr		
11	**Sa**		
12	**So**		
13	Mo	BZ-QM-Team (14.00)	29
14	Di	OZ-Leitung (15.30)	
15	Mi		
16	Do		
17	Fr		
18	**Sa**		
19	**So**		
20	Mo		30
21	Di		
22	Mi		
23	Do		
24	Fr		
25	**Sa**		
26	**So**		
27	Mo		31
28	Di		
29	Mi		
30	Do		
31	Fr		

August			
1	**Sa**		
2	**So**		
3	Mo		32
4	Di		
5	Mi		
6	Do	LZ - QZ/MoMo (08.15)	
7	Fr		
8	**Sa**		
9	**So**		
10	Mo		33
11	Di	OZ-Leitung (15.30)	
12	Mi		
13	Do		
14	Fr		
15	**Sa**		
16	**So**		
17	Mo		34
18	Di		
19	Mi		
20	Do		
21	Fr		
22	**Sa**		
23	**So**		
24	Mo		35
25	Di		
26	Mi		
27	Do		
28	Fr		
29	**Sa**		
30	**So**		
31	Mo		36

September			
1	Di		
2	Mi		
3	Do	LZ - QZ/MoMo (08.15)	
4	Fr		
5	**Sa**		
6	**So**		
7	Mo		37
8	Di	OZ-Leitung (15.30)	
9	Mi	BZ-Vorstand (15.00)	
10	Do		
11	Fr		
12	**Sa**		
13	**So**		
14	Mo	BZ-MoMo (15.00)	38
15	Di		
16	Mi	ggf. VZ - Zuweiser	
17	Do		
18	Fr		
19	**Sa**		
20	**So**		
21	Mo	GZ-MoMo (15.45) - VZ-MoMo (17.00)	39
22	Di	OZ-QZ (15.30)	
23	Mi	BZ/GZ -Offene Tür	
24	Do		
25	Fr		
26	**Sa**		
27	**So**		
28	Mo		40
29	Di		
30	Mi		

© Kalenderpedia® www.kalenderpedia.de

Angaben ohne Gewähr

OZBM 2026

Kalenderpedia
Informationen zum Kalender

Oktober			
1	Do	LZ - QZ/MoMo (08.15)	
2	Fr		
3	**Sa**	**Tag der Deutschen Einheit**	
4	**So**		
5	Mo		41
6	Di		
7	Mi		
8	Do		
9	Fr		
10	**Sa**		
11	**So**		
12	Mo	VZ-QZ (17.00)	42
13	Di	OZ-Leitung (15.30)	
14	Mi		
15	Do		
16	Fr		
17	**Sa**		
18	**So**		
19	Mo		43
20	Di		
21	Mi		
22	Do		
23	Fr		
24	**Sa**		
25	**So**	Ende der Sommerzeit	
26	Mo		44
27	Di		
28	Mi		
29	Do		
30	Fr		
31	**Sa**	Reformationstag	

November			
1	**So**	Allerheiligen	
2	Mo		45
3	Di		
4	Mi	OZ-Krebsforum	
5	Do	LZ - QZ/MoMo (08.15)	
6	Fr		
7	**Sa**		
8	**So**		
9	Mo	BZ-QM-Team (14.00)	46
10	Di	OZ-Leitung (15.30)	
11	Mi	OZ-Soziales Netzwerk (16.00)	
12	Do		
13	Fr		
14	**Sa**	ggf. VZ Zuweiser	
15	**So**		
16	Mo	GZ-QZ (15.45)	47
17	Di		
18	Mi		
19	Do		
20	Fr		
21	**Sa**	OZ-Patientenveranstaltung	
22	**So**		
23	Mo	BZ-QZ (15.00)	48
24	Di	GZ-Leitung (15.00)	
25	Mi		
26	Do		
27	Fr		
28	**Sa**		
29	**So**	1. Advent	
30	Mo		49

Dezember			
1	Di		
2	Mi		
3	Do	LZ - QZ/MoMo (08.15)	
4	Fr		
5	**Sa**		
6	**So**		
7	Mo		50
8	Di	OZ-Leitung (15.30)	
9	Mi	VZ-Leitung (16.00)	
10	Do		
11	Fr		
12	**Sa**		
13	**So**		
14	Mo		51
15	Di		
16	Mi		
17	Do		
18	Fr		
19	**Sa**		
20	**So**		
21	Mo		52
22	Di		
23	Mi		
24	Do	Heiligabend	
25	**Fr**	**1. Weihnachtstag**	
26	**Sa**	**2. Weihnachtstag**	
27	**So**		
28	Mo		53
29	Di		
30	Mi		
31	Do	Silvester	

© Kalenderpedia® www.kalenderpedia.de

Angaben ohne Gewähr

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 ODSeasy	> 65%	BZ: 70,4% DZ: 69,8% PZ: 53,3% GZ: 45,3% LZ: 71,0%	In allen Bereichen verbessert
Erfassung der Familienanamnese (DZ)	Die Erfassung der Familienanamnese ist für alle Patienten mit KRK sichergestellt	Auswertung ODSeasy	≥ 90%	93,3%	
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)	17/+5 (R) 43 (P) 15 (P) 28 (P)	
Postoperative Mortalität (DZ/PZ)	Die Postoperative Mortalität ist reduziert	Auswertung ODSeasy	≤ 5% (D) ≤ 5% (P)	7,1% (D) 15,4% (P)	Einzelfallanalysen sind erfolgt
Adjuvante Chemotherapie Kolon (UICC Stad. III)	Die Rate an Chemotherapien ist erhöht	Auswertung ODSeasy	≥ 70%	50%	Begründete Einzelfälle

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll	Ist	Bemerkung
Revisionseingriffe (PZ)	Der Anteil von Patienten mit Revisionseingriff ist reduziert	Auswertung ODSeasy	≤ 5% (P)	21,4%	Deutliche Verbesserung, Einzelfallanalysen sind erfolgt
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		Durch Umstellung der Befragung so nicht mehr messbar
Symptomerfassung mittels MIDOS/IPOS (LZ)	Umsetzung der Erfassung	Anteil Pat. mit MIDOS/IPOS (Datenblatt)	> 50%	13,7%	Dezente Verbesserung, SOP wurde erneut kommuniziert
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%	48,0%	
Verbesserung der räumlichen und technischen Ausstattung des OPs (LZ)	Wiederholte Gespräche	Nicht messbar			Keine Veränderung
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%	65,6%	
Die Gesamtfallzahl entspricht den Vorgaben von OnkoZert (GZ)	Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit	Auswertung ODOK	≥ 75	65	Anpassung personelle Situation in der Administration
Verbesserung der Rückmeldung zum Thema Sauberkeit (BZ)	Gespräch mit und Kontrolle durch Hauswirtschaft und Ltg. Reinigungsdienst	Ergebnis Kölner Befragung	> 85%	84,1%	Trotz dauernder Thematisierung wurde das Ziel (knapp) verfehlt

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll	Ist	Bemerkung
Durchführung der geplanten Vollversammlung (BZ, OZ)	Frühzeitige Terminfindung, ggf. Mehrarbeit (die „Routine“ in den MD-Prüfungen sollte für ausreichend „Freiraum“ sorgen)	Anzahl Vollversammlungen	1	BZ 1 OZ 0	
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%	79,9%	Maßnahmen haben noch nicht gegriffen
Verbesserung der Follow-Up-Quote	Anforderung des Vital-Status beim LKR	Daten liegen vor und sind eingegeben	Ja	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	1	
Die POLE-Bestimmung bei Endometrium-Carcinom erfolgt möglichst häufig	Thematisierung im QZ (Mai 2025), Monitoring der Kennzahl	Auswertung ODSeasy	> 75%	62,5%	Erheblich verbessert, aber noch nicht gut genut
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	Zertifikat liegt vor	
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	0	In 2026 konnten schon 3 Pat. eingeschleust werden

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll	Ist	Bemerkung
Sicherstellung der Durchführung von QZ	Terminplan, Vorbereitung, Dokumentation	Anzahl QZ	≥ 4	13	
Sicherstellung der Durchführung MoMo-Konferenzen	Terminplan, Vorbereitung, Dokumentation	Anzahl MoMo-Konferenz	≥ 3	4	KH-weit
Sicherstellung des standortübergreifenden Austausches	Terminplan, Vorbereitung, Dokumentation	Anzahl „Symposien“	1	0	Bleibt weiterhin Ziel
Patientenbefragung ist durchgeführt	Befragung „harmonisieren“ (in Inhalt und Art)	Befragung ist durchgeführt	ja	ja	

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%
Postoperative Mortalität (DZ/PZ)	Die Postoperative Mortalität ist reduziert	Auswertung ODSeasy	≤ 5% (D) ≤ 5% (P)
Revisionseingriffe (PZ)	Der Anteil von Patienten mit Revisionseingriff ist reduziert	Auswertung ODSeasy	≤ 5% (P)
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%
Die Gesamtfallzahl entspricht den Vorgaben von OnkoZert (GZ)	Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit	Auswertung ODOK	≥ 75

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll
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
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%
Die POLE-Bestimmung bei Endometrium-Carcinom erfolgt möglichst häufig	Thematisierung im QZ (Mai 2025), Monitoring der Kennzahl	Auswertung ODSeasy	> 75%
Sicherstellung des standortübergreifenden Austausches	Terminplan, Vorbereitung, Dokumentation	Anzahl „Symposien“	1
Die Einhaltung der Mindestzahl für die operativen Eingriffe ist für jeden Hauptoperateur sichergestellt. (BZ)	Unterjährige Auswertung	Primäreingriffe pro Operateur	≥ 50
Die Durchführung von Studien im Zentrum ist sichergestellt.	Qualitätszirkel im Februar 2026	Anzahl der im Zentrum durchgeführten Studien (mit rekrut. Patientinnen)	
Die Patientinnenzufriedenheit mit der Entlassungsvorbereitung ist erhöht (BZ)	Information des ärztlichen Dienstes und der Sekretariate	Item „Vorbereitung auf die Entlassung“ in der Befragung	≥ 80%
Durchführung von mindestens 2 MoMo-Konferenzen im Zentrum (GZ)	Berücksichtigung in der Jahresplanung, Umsetzung	Anzahl MoMo-Konferenzen	2
Beratung durch den Sozialdienst (LZ)	AG „Lotsen-Funktion“ der FKP	Anteil Pat. mit KSD-Beratung	≥ 50%
Möglichst häufig molekularpathologische Untersuchung bei Patienten NSCLC Stadium IV	Anforderung, Dokumentation, Monitoring	DB 24	≥ 75%
Anastomoseninsuffizienzen Kolon	Der Anteil ist reduziert	Auswertung ODSeasy	≤ 6%

Ziel:	Maßnahmen:	Messmethode:	Soll
Gleichmäßige Verteilung der Operateure im Darmkrebszentrum	Die benannten Operateure erreichen Ihren Mindest-OP-Zahlen (Operateur oder Lehrassistenz)	Auswertung ODSeasy	10 (R) 15 (K)

13 Maßnahmen

13.1 Maßnahmenumsetzung der letzten Bewertung

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:	Umsetzung erfolgt?
Elektronische Erfassung Psychoonkologisches Screening, MIDOS/IPOS (LZ)	Dr. Kambartel	30.06.2025	Ja
Festlegung der Verantwortlichkeiten MIDOS/IPOS (LZ)	Dr. Kambartel / Hr. Drückes	30.06.2025	Ja
Jährliches standortübergreifendes Symposium (LZ)	Dr. Kambartel / Dr. Krbek		Ja
Umstellung Termin QZ/MoMo (LZ)	Dr. Kambartel / Dr. Krbek	01.02.2025	Ja
Harmonisieren der Patientenbefragung (LZ)	Hr. Drückes	31.07.2025	Ja
Durchführung der Patientenbefragung (LZ)	Hr. Drückes / Hr. Steinmann / Fr. Beckmann	31.12.2025	Ja
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	nein
Umsetzung der Maßnahmenempfehlungen aus dem Coaching (Pankreaskarzinom). (VZ)	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025	ja
Erstellung (Prüfung und Freigabe) einer SOP zum Basis-Screening.	R. Drückes	31.05.2025	ja
Vorstellung von Prof. Dr. Bausch bei den Niedergelassenen und in den Nachbarkrankenhäusern. (VZ)	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025	ja
Überarbeitung der Flyer. (VZ)	Prof. Dr. D. Bausch, Prof. Dr. R. Kubitz	30.06.2025	ja

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:	Umsetzung erfolgt?
Umstellung der Tumordokumentation und in Folge auch der Formulare zur Tumorkonferenz	Hr. Drückes	01.01.2025	Ja / TuKo zum Teil (VZ/OZ)
Verbesserung der personellen Situation in der BSP und im Sekretariat (Moers)	Dr. Tönnies / Fr. Gerber	31.03.2025	Ja
Information der weiteren therapeutischen Kernleistungserbringer über das Ergebnis der Kölner Befragung im Item „Informationsbedarf Therapie“ (BZ)	Hr. Drückes	28.02.2025	Ja
Durchführung der Zuweiserbefragung in Moers (altes Format)	Hr. Drückes	31.10.2025	ja
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	nein
Monatliche Auswertung der Leistungszahlen (Stanze, Markierung). (BZ)	Dr. Tönnies	31.01.2025	ja
Gespräche zu Kooperationen bezüglich der Weiterbildungseingriffe beim Ovarial-Carcinom (GZ)	Dr. Tönnies	30.06.2025	ja
QZ zur Pole-Bestimmung (GZ)	Dr. Brunotte	05.05.2025	Ja
Beantragung KV-Sitz (Dysplasie-Sprechstunde) (GZ)	Dr. Tönnies	30.06.2025	Ja
Ggf. Kooperation mit Niedergelassenem (Dysplasie-Sprechstunde) (GZ)	Dr. Tönnies	30.06.2025	Ja
Zertifizierung der Dysplasie-Sprechstunde (GZ)	Dr. Tönnies / Hr. Drückes	30.09.2025	Ja
GCP-Kurs	Dr. Kambartel	30.06.2025	Ja
Bewerbung zur Teilnahme an Studien (GZ)	Dr. Tönnies / Dr. Brunotte	30.06.2025	Ja
Gemeinsame Veranstaltungsplanung	Dr. Kambartel, Hr. Drückes	30.09.2025	ja
Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit („1 Veranstaltung pro Quartal und Zentrum“)	Fr. Ecker	laufend	In Teilen
Benennung Ansprechpartner für SHG	Dr. K. Kambartel	31.05.2025	nein
Regelmäßige Adhärenz-Protokoll in allen Zentren	R. Drückes	Start 01.05.2025	ja
Sichtung weiterer Studien – Gyn-Krebszentrum	Dr. Brunotte	30.06.2025	Ja
Sichtung weiterer Studien – Pankreaskarzinom	Dr. Möller	30.06.2025	Ja
Sichtung weiterer Studien – Darmkrebszentrum	Dr. Möller	30.06.2025	ja

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:	Umsetzung erfolgt?
Sichtung weiterer Studien – Lungenkrebszentrum	Dr. Kambartel	30.06.2025	ja

13.2Maßnahmenplan

Maßnahme:	Verantwortlich:	Termin:
Gemeinsame Veranstaltungsplanung	Hr. Drückes, Leitungsteam	30.09.2026
Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit („1 Veranstaltung pro Quartal und Zentrum“)	Fr. Ecker	laufend
Hemikolektomien rechts grundsätzlich laparoskopisch	Prof. Dr. D. Bausch	01.01.2026
Gespräch mit dem Pathologen (LK bei KRK) im Rahmen des Qualitätszirkels mit Hinweis auf bestehende SOP	R. Drückes	16.03.2026
Erinnerung an fehlendes Distress-Screening durch die Tumordokumentarinnen	R. Drückes	laufend
Anpassung 2026 auf komplettes Mol-Path-Panel LZ	Dr. K. Kambartel	01.01.2026
Einreichung der Liste mit minimalinvasiven Eingriffen im Jahr 2025 zum Jahresbeginn 2026	Dr. P. Tönnies	15.01.26
Gleichmäßige Zuordnung der minimal-invasiven Interventionen	Dr. D. Veelken	31.12.2025
Gespräch mit der Stomatherapeutin zur Verbesserung der Dokumentation	S. Schmidt	15.01.2026
Die aktuelle Studienliste ist zu veröffentlichen.	Dr. K. Kambartel, Dr. M. Möller	laufend
Eine Erweiterung des Studienangebots (BZ/GZ)	Dr. D. Brunotte	30.06.2026
Veranstaltungsplan (s. oben)	Dr. K. Kambartel, R. Drückes	30.09.2026
Sichtung weiterer Studien – Gyn-Krebszentrum	Dr. D. Brunotte	30.06.2026
Sichtung weiterer Studien – Pankreaskarzinom	Dr. M. Möller	30.06.2026
Sichtung weiterer Studien – Darmkrebszentrum	Dr. M. Möller	30.06.2026
Sichtung weiterer Studien – Lungenkrebszentrum	Dr. K. Kambartel	30.06.2026
Benennung Ansprechpartner für SHG	Dr. K. Kambartel	31.10.2026
QZ-Pflege zur Umsetzung der SOP zum onkologischen Basisscreening	R. Drückes	31.08.2026

Moers, Juli 2026

Gez. Dr. K. Kambartel	Gez. S. Döhrmann-Sohr	Gez. R. Drückes	Gez. Dr. R. Engels
Dr. K. Kambartel Leiter OZBM	S. Döhrmann-Sohr Stv. Leiterin OZBM	R. Drückes Koordinator OZBM	Dr. R. Engels Vorstand Stiftung Bethanien für die Grafschaft Moers