

Qualitätsbericht

Bereich:	Onkologisches Zentrum
Betrachtungszeitraum:	05/25 – 05/26
Datum:	22.05.26
Teilnehmer:	Dr. Schmalenberg, Fr. Schulze, Fr. Dr. Müller
Geltungsbereich:	Onkologischen Zentrum

Inhalt

Inhalt	2
Gesamtbewertung	3
Qualitätsziele 2026	3
1. Entwicklung des Qualitätsmanagements im Betrachtungszeitraum	4
Allgemeines	4
Maßnahmen vorangegangener Managementbewertungen	4
2. Relevante Veränderungen (retro-, prospektiv)	5
3. Leitbild, Qualitätspolitik und Zielerreichung.....	6
Leitbild und Qualitätspolitik.....	6
Qualitätsziele, Maßnahmen und Projekte	6
4. Organisation, Konzeption und Dokumentation	13
Organigramm	13
QM-Handbuch und Klinik- und Therapiekonzept – Umsetzung von Leitlinien und Expertenstandards	13
5. Interne Kommunikation	14
6. Infrastrukturelle Ressourcen	15
7. Ergebnisse von Audits, Selbst- und Fremdbewertungen.....	16
8. Rückmeldungen von Kunden	17
Patienten	17
Mitarbeiter.....	17
Einweiser	17
Kostenträger	17
Kooperationspartner	17
9. Kommunikation mit den Kunden / Öffentlichkeitsarbeit.....	18
10. Ergebnisse von Prozessmessungen (Prozessmanagement).....	19
11. Status von Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen.....	19

Gesamtbewertung

Die Umsetzung der Zertifizierungsanforderungen und der Anforderungen aus dem Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz geschieht zeitnah und in guter Kooperation mit den beteiligten Kliniken. Es fällt auf, dass die Maßnahmenpläne für Zertifizierung und IT zu einer effizienteren Umsetzung der jeweiligen Projekte geführt haben als andere Vorhaben.

In Zusammenarbeit mit dem Klinischen Krebsregister Dresden fand im Dezember 2025 die sechste Ergebniskonferenz mit positiven Feedback statt.

Qualitätsziele 2026

1. QM-Zertifizierung der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums durch TÜV Süd im August 2026
2. Erfolgreiches Rezertifizierung des Onkologischen Zentrums inkl. Organkrebszentren im
3. September 2026
4. Durchführung einer Patientenveranstaltung für 2026
5. Wiedereinsetzung des Gynäkologischen Zentrums
6. Durchführung einer Weiterbildungsveranstaltung Geriatrische Onkologie

Die konkreten Maßnahmen zur Zielerreichung sind in den Zielen und den Maßnahmenplänen abgebildet.

1. Entwicklung des Qualitätsmanagements im Betrachtungszeitraum

Allgemeines

Die Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums besteht seit Oktober 2015 (Leiter Onkologisches Zentrum & Koordinatorin Onkologisches Zentrum) und die Erstzertifizierung des Onkologischen Zentrums erfolgte 2015. 2018 wurde die Geschäftsstelle um eine QM- und Projektbeauftragte und um zwei Psychoonkologen erweitert. Ab Juni 2023 wurde die Zentrale Tumordokumentation mit drei Tumordokumentare integriert.

Die QM-Erstzertifizierung der Geschäftsstelle ist im Mai 2019 erfolgt. Die Rezertifizierung erfolgt im Juni 2024.

Das Onkologische Zentrum ist seit 2018 im Krankenhausplan des Freistaates Sachsens aufgenommen und als Zentrum mit einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung benannt. Seitdem wurde das Netzwerk immer weiter ausgebaut.

Insgesamt 8 unterschriebene Kooperationsverträge (Kreischau, Oschatz, Zittau, Weißwasser, Zschopau, Hartmannsdorf, Erlabrunn, Malteser Görlitz) liegen vor, die Zusammenarbeit besteht aber auch auf informeller Ebene mit vielen weiteren Krankenhäusern des Einzugsgebietes.

Maßnahmen vorangegangener Managementbewertungen

Siehe Maßnahmenplan GOZ

2. Relevante Veränderungen (retro-, prospektiv)

Relevante gesetzliche Änderungen, Leitlinien, Anforderungen von Fachgesellschaften

Seit September 2018 ist das Onkologische Zentrum am Städtischen Klinikum Dresden im Sächsischen Krankenhausplan enthalten. Somit war das Onkologische Zentrum wieder Teil der Kassenverhandlungen im Jahr 2025, wie auch schon in den Jahren zuvor. Die Vorbereitung dessen erfolgte in Zusammenarbeit zwischen der Abteilung für Finanzen und der GOZ.

Zur Netzworkebildung wurden zwischen dem Onkologischen Zentrum und 8 sächsischen Krankenhäusern Kooperationsverträge geschlossen. Die Koordination erfolgte über die GOZ.

Leitlinien werden laufend aktualisiert. Patientenpfade wurden zum Teil neu erstellt und angepasst.

Relevante Änderungen im Leistungsspektrum/Leistungsangebot

Im Mai 2025 wurde die Erstzertifizierung der Palliativstation erfolgreich abgeschlossen. Die Zertifizierung des Gynäkologischen Krebszentrums musste nach dem letzten Audit ausgesetzt werden, da die erforderliche Qualifikation des zweiten Operators (Gynäkologischer Onkologe) noch nicht vorlag.

Relevante wettbewerbliche Veränderungen

Zu der Entität Brust wurden die Mindestmengen des G-BA veröffentlicht und traten ab 01.01.25 in Kraft. Die Anforderung erfüllen in Sachsen insgesamt 25 Krankenhäuser, u.a. das Städtische Klinikum (Standort Friedrichstadt).

Zu der Entität Pankreas wurden die Mindestmengen des G-BA veröffentlicht und traten ab 01.01.25 in Kraft. Die Anforderung erfüllen in Sachsen insgesamt 21 Krankenhäuser, u.a. das Städtische Klinikum (Standort Friedrichstadt)..

Bewertung

In einem sich verändernden Gesundheitssystem mit Mindestmengen und zunehmender Spezialisierung ist das Onkologische Zentrum durch Anpassungen in seiner Struktur und Erweiterung des Versorgungsumfanges adäquat reaktionsfähig.

Die Logistik für die Tumorkonferenzen, insbesondere durch Einführung eines neuen PACS-Systems und der verbesserten Möglichkeit, externe Partner durch Big Blue Button zuzuschalten, wurde verbessert.

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

s. Maßnahmenplan

3. Leitbild, Qualitätspolitik und Zielerreichung

Leitbild und Qualitätspolitik

Das Leitbild des Städtischen Klinikums wird derzeit in einer Projektgruppe erarbeitet. Aus diesem leiten sich dann zukünftig die Qualitätspolitik des Onkologischen Zentrums ab

Qualitätsziele, Maßnahmen und Projekte

Die Qualitätsziele des Onkologischen Zentrums wurden im Mai 2025 aktualisiert. Ein Maßnahmenplan ist für das Onkologische Zentrum und die Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums vorhanden.

Grundlage für die ständige Verbesserung des Zentrums, im Sinne eines PDCA-Zyklus, stellen die umfangreichen Zertifizierungsverfahren der Deutschen Krebsgesellschaft dar, die auch im Jahr 2025 erfolgreich abgeschlossen wurden.

Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den Zentrumsregelungen des GBA:

1.) Übersicht der Qualifikationen der im Zentrum tätigen Ärzte

Fachbereich	Name	Qualifikation	Anzahl FÄ* (u.a. mit Sub- spezialisierung)
Allg.- u. Viszeralchirurgie	Chefarzt Prof. Dr. med. Sören Torge Mees	Facharzt für Allgemeinchirurgie mit der europäischen Qualifikation EBSQ	5
Dermatologie	Dr. med. André Koch	Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten	4
Gastroenterologie	Chefarzt Dr. med. Sven Wollschläger	Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologe, Diabetologe, Endokrinologie	5
Gynäkologie	Chefarzt Dr. med. Markus Grebe	Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe	6
Gynäkologie 2	Chefarzt Dr. med. Udo Nitschke	Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	3
HNO	Chefarzt Prof. Dr. med. Volker Gudziol	Facharzt für HNO- Heilkunde, Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie; Zusatz- Weiterbildung Plastische Operationen & Spezielle HNO-Chirurgie	3
Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	Oberärztin Dr. med. Anke Krause	Fachärztin für Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	1
Neurochirurgie	Chefarzt Prof. Dr. med. Florian Stockhammer	Facharzt für Neurochirurgie	6

Fachbereich	Name	Qualifikation	Anzahl FÄ* (u.a. mit Sub- spezialisierung)
Nuklearmedizin	Oberarzt Dr. med. Jan-Henning Schierz	Facharzt für Nuklearmedizin und Radiologie	1
Onkologie	Chefarzt Dr. med. Harald Schmalenberg	Facharzt für Innere Medizin Hämatologie, internistische Onkologie und Palliativmedizin	6
Orthopädie	Chefarzt Prof. Dr. med. Torsten Kluba	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Spezielle Orthopädische Chirurgie	3
Pathologie	Chefärztin Priv.-Doz. Dr. med Jakob	Fachärztin für Pathologie	6
Plastische Chirurgie	Chefarzt Dr. med. Sönke Eger	Facharzt für Plastische Chirurgie	2
Pneumologie	Oberarzt Dr. med. Frederik Frenzen	Facharzt für Innere Medizin, Infektologie, Pulmologe	1
Radiologie	Chefarzt Prof. Dr. med. Thomas Kittner	Facharzt für Radiologie	13
Thoraxchirurgie	Chefarzt Dr. med. Steffen Gerlach	Facharzt für Thoraxchirurgie	2
Urologie	Chefarzt Dr. med. Fred Schuster	Facharzt für Urologie	7

*Fachärzte

2.) Mindestfallzahlen

Die Mindestfallzahlen werden entsprechend den Zertifizierungsanforderungen erfüllt.

Siehe Zertrechner:

Reg.-Nr. ¹⁾	FAO-ZV-092 ²⁾		
Zentrum	Onkologisches Zentrum am Städtischen Klinikum Dresden		
Standort	Städtisches Klinikum Dresden, Standort Friedrichstadt		
IK-Nummer	261400949 ³⁾	Erstelldatum (tt.mm.jjjj) ¹⁾	23.06.2026
Standort-Nummer	772842000 ⁴⁾	Datum Erstzertifizierung	06.10.2015 ²⁾
Ansprechpartner ¹⁾	Frau Schulze ⁴⁾	Kennzahlenjahr	2025

Tumorentitäten	Krebsneuerkrankungen ²⁾	Anteil in %	Nachweisstufe/ Mindestprimärfälle / Mindestzentrumfälle ¹⁾				Angabe Zentrum (letztes Kalenderjahr)				
			Z	M	S	T	Nachweisstufe Z, M, S, T, A, V, n ³⁾	Primärfälle	Rezidive/ Fernmetastasen/ Nicht Primärfälle	Zentrumsfälle/ Patientenfälle	Geltungsbereich OZ ohne V
1 Darm	65.390	16,09%	50			25	Z	77 ⁴⁾	36 ⁴⁾	129 ⁴⁾	16,09%
2 Analkarzinom ²⁾	2.570	0,63%		12			V			0 ⁴⁾	-----
3 Pankreas	14.960	3,68%		25		13	M	53 ⁴⁾	22 ⁴⁾	75 ⁴⁾	3,68%
4 Magen	15.870	3,91%		30		15	M	37 ⁴⁾	5 ⁴⁾	42 ⁴⁾	3,91%
5 Leber/ Galle	9.520	2,34%		40		20	M	42 ⁴⁾	2 ⁴⁾	44 ⁴⁾	2,34%
6 Speiseröhre	6.180	1,52%		20		10	M	45 ⁴⁾	6 ⁴⁾	51 ⁴⁾	1,52%
7 sonst. gastrointestinale Tumoren (S1) (Neuroendokrine Tumoren des Verdauungstraktes, Dünndarm-Tumoren, extrahepatische Gallenblasenkarzinome)	1.800	0,44%			...		S	8			0,44%
8 Endokrine Malignome (S4) (inkl. Schilddrüse, Nebenniere, Paraganglien, Hypophyse, Nebenschilddrüse, Neuroendokrine Tumoren)	5.870	1,44%			...		V				-----
9 Hämato-logische Neoplasien	32.830	8,08%	75 ⁴⁾			38 ⁴⁾	Z	153 ⁴⁾		171 ⁴⁾	8,08%
10 Mamma	72.180	17,77%	100			50	Z	178 ⁴⁾	41 ⁴⁾	219 ⁴⁾	17,77%
11 Gynäkologische Tumoren (Cervix, Uterus, Ovar inkl. BOT, Vulva, Vaginal Tumoren, STIC)	26.280	6,47%	50			25	Z	72 ⁴⁾	10 ⁴⁾	82 ⁴⁾	6,47%
12 Haut (Invasives malignes Melanom)	17.800	4,38%	40			20	Z	109 ⁴⁾	12 ⁴⁾	121 ⁴⁾	4,38%
13 Prostata	63.440	15,61%	100			50	Z	175 ⁴⁾	22 ⁴⁾	197 ⁴⁾	15,61%
14 Nierenbecken/ Harnleiter (S6)	1.900	0,47%			...		V				-----
15 Penis ⁴⁾	950	0,23%		8			V			0 ⁴⁾	-----
16 Hoden	4.710	1,16%		15		8	V			0 ⁴⁾	-----
17 Niere	14.500	3,57%		35 ⁴⁾		18 ⁴⁾	V			0 ⁴⁾	-----
18 Harnblase	15.970	3,93%		50		25	V			0 ⁴⁾	-----
19 Sarkome (inkl. GIST)	6.430	1,58%		50 ⁴⁾		25 ⁴⁾	V			0 ⁴⁾	-----
20 Kopf-Hals-Tumoren (Nasenhaut- und Nasennebenhöhlen, Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, Speicheldrüsen)	17.130	4,22%		75		37	M	114 ⁴⁾	31 ⁴⁾	145 ⁴⁾	4,22%
21 Neuroonkologische Tumoren	10.000	2,46%		100		50	M	119 ⁴⁾	24 ⁴⁾	143 ⁴⁾	2,46%
Gesamt	****	****					Gesamt (ohne "V")	1.182	211	1.419	86,98%
22 Lunge	49.530	12,19%	200			100	V			0 ⁴⁾	-----
23 Mesotheliom	1.600	0,39%		12 ⁴⁾			V				-----
24 Kinderonkologie	2.170	0,53%		30 ⁴⁾		15 ⁴⁾	n				-----
Gesamt mit Lunge / Mesotheliom / Kinderonkologie	****	****					Gesamt mit Lunge / Mesotheliom / Kinderonkologie	1.182	211	1.419	86,98%

¹⁾ Reg.-Nr., Erstelldatum und Ansprechpartner müssen verbindlich angegeben werden.

²⁾ Modifizierte RKI-Liste 2008

³⁾ Momentan keine Mindestanforderungen an Primärfälle für Nachweisstufe "S" definiert.

⁴⁾ Zentrumsfälle (der Anteil in % wird nur dem Geltungsbereich angerechnet, wenn die

Gesamtergebnis

Geltungsbereich (mind. 50 %)	86,98%
Versorgungsumfang in % (keine Vorgabe)	100,00%
Geltungsbereich im Versorgungsumfang (mind. 70 %)	86,98%

Maßnahmen zur Qualitätssicherung:

1.) Übersicht erstellter SOPs/Behandlungspfade

Zentrum	Behandlungspfad
Hautkrebszentrum	- Melanom (Primärtumor) - Melanom (Regionäre Metastasierung) - Melanom (Fernmetastasierung)
Gynäkologisches Krebszentrum	- Endometriumkarzinom (Primärtumor) - Endometriumkarzinom (Rezdiv)
Kopf-Hals-Tumor-Zentrum	- Hypopharynxkarzinom - Larynxkarzinom - Oropharynxkarzinom - Nasopharynxkarzinom - HNO-Tumor (nicht operabel) - HNO-Tumor (metastasiert oder Rezidiv)
Onkologisches Zentrum	- Patienten mit Myelonkompression
Viszeralonkologisches Zentrum	- Magenkarzinom und AEG (Primärtumor) - Magenkarzinom und AEG (metastasierte oder irresektabel) - Pankreaskarzinom (Primärtumor) - Pankreaskarzinom (metastasiert) - HCC (fortgeschrittenes Stadium) - Hepatozelluläres Karzinom
Zentrum für Hämatologische Neoplasien	- Diffuses großzelliges B-Zell Lymphom - Hodgkin Lymphom - Multiples Myelom

2.) Durchgeführte Fort und Weiterbildungen (2025 bis 05/26):

- 03.09.25: 61. Fortbildungsveranstaltung (KVS); Thema: Besonderheiten bei der Behandlung älterer onkologischer Patienten
- 22.10.25: Diagnostik und Therapie des frühen und fortgeschrittenen hepatozellulären Karzinoms
- 29.10.25: Behandlung Hirnmetastasen
- 12.11.25: mpMRT der Prostata-Methode und Indikationen (Medizin am Mittwoch)
- 12.11.25: Symposium 10 Jahre zertifiziertes Onkologisches Zentrum
- 26.11.25: Ernährungstherapie von Tumorpatienten (Medizin am Mittwoch)
- 04.02.26: Das Pankreas – von der Pankreatitis bis zum Pankreaskarzinom (Medizin am Mittwoch)
- 04.03.26: Onkologische Fortbildung – Update Neuro-Onkologie

- 11.03.26: Moderne Möglichkeiten der Brustrekonstruktion nach Tumorerkrankung nach MammaCa (Medizin am Mittwoch)
- 25.03.26: Unklare Lymphknotenschwellung (Medizin am Mittwoch)
- 15.04.26: Chancen, Grenzen und Trends in der Therapie des Mammakarzinoms (Medizin am Mittwoch)
- 15.04.26: Behandlung von Patienten mit malignen Tumoren im HNO-Bereich
- 10.06.26: Cholangiokarzinom: Histologie, Klassifikation, Molekulardiagnostik – Update (Medizin am Mittwoch)

3.) Strukturierter Austausch mit anderen Onkologischen Zentren

Im Bereich des Zentrums für Hämatologische Neoplasien werden ausgewählte Patienten und ihre Therapieempfehlungen des Zentrums nochmals im entsprechendem Tumorboard des Universitätsklinikums Dresdens besprochen und ggf. angepasst (im Jahr 2025 waren es 35 Vorstellungen).

Vertreter des Zentrums nahmen an der Landesqualitätskonferenz des Gemeinsamen Krebsregisters Sachsens teil. Dort erfolgt die landesweite Darstellung der Therapieergebnisse ausgewählter Tumorentitäten und die Diskussion von Optimierungspotential.

Durch die Teilnahme an klinischen Studien erfolgt ein regelmäßiger Austausch mit diversen anderen Tumorzentren Deutschlands zur Therapie der entsprechenden Patienten.

Das Zentrum beteiligt sich zusammen mit anderen Tumorzentren der neuen Bundesländer an der Facharztweiterbildung Hämatologie/Onkologie und definiert in diesem Zusammenhang, die Standards des Fachgebiets.

Das Städtische Klinikum Dresden übernimmt für das das Klinikum Pirna, Klinik Bavaria in Kreischa, Krankenhaus Sebnitz (Sektionen), das Mammographie Screening und ca. 50 Praxen die Befundung der pathologischen Präparate. Für das Klinikum Pirna erfolgt zusätzlich die Begutachtung zytologischer Knochenmarks Ausstriche.

Für die Referenzhistologischen Beurteilungen befindet sich das Städtische Klinikum Dresden im Austausch mit den Universitätskliniken in Kiel, Erlangen und Münster, sowie dem Klinikum Friedrichshafen.

4.) Forschungstätigkeit und Mitarbeit in Fachgesellschaften

4.1) Mitarbeit in Fachgesellschaften/Kommissionen und an Leitlinien/Konsensuspapieren:

Name	Fachgesellschaft/Kommission o. Leitlinie/Konsensuspapier
Dr. med. H. Schmalenberg	- Mitglied der Zertifizierungskommission der Deutschen Krebsgesellschaft für Gastrointestinale Tumoren - Mitglied der Leitkommission der Ostdeutsche Studiengruppe Hämatologie und Onkologie e. V.
Prof. Dr. med. T. Kluba	- Mitglied der Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Name	Fachgesellschaft/Kommission o. Leitlinie/Konsensuspapier
	- S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Patienten mit monoklonaler Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) oder Multiplem Myelom
Dr. med. Markus Grebe	PEER Reviewer für das IUJO International Urogynecology Journal
Dr. med. Stefan Rödel	- S3-Leitlinie Prostatakarzinom (Tobias F. (2021): mpMRI of the Prostate (MR-Prostatography): Updated Recommendations of the DRG and BDR on Patient Preparation and Scanning Protocol. Rofo.193(7):763-777)

4.2) Studienteilnahme

Durchführende Einheit	Studie	Anzahl Pat. (Zeitraum 01.01.23-31.12.25)
Studienzentrale des Städtischen Klinikums Dresden	MOBIL-MD	63
	PCO	31
	EDIUM	4
	GMALL	1
	Myelom-Register	1
	T-NHL-Register	2
	HPV-Register	6
	DS7300-203	1
	Persuasion	2
	PREVENT	1
	TRIO-Studie	4
Onkozentrum Dresden (amb. Onkologen) Leipziger Straße 118 01127 Dresden	COLOPREDICT PLUS 2.0	10
	Captor-Studie	2
	OPAL-Register	2
	Survive-Studie	2
	Smaragd-Register	3
	CLL-Register	3
	Ariadne-NIS	1
	FL-Register	1
	Persuasion	2
	Jade-Register	5
	Saphir-Register	4
Uniklinikum Dresden, Zentrum für personalisierte Medizin	MASTER-Programm	3
		157

5.) Durchführung Tumorkonferenzen

Tumorboard	Zeit	Empfehlungen 2025
Kopf-Hals-Tumoren	Montag, 14.00 Uhr	273
Neuroonkologische Tumoren	Montag, 14.30 Uhr	542
Prostata- und urologische Tumoren	Dienstag, 15.00 Uhr	385
Tumorkonferenz Neustadt	Mittwoch, 14.30 Uhr	87
Dermatologische Tumoren	Mittwoch, 14.30 Uhr	135
Knochen- und Weichgewebstumoren des Stütz- und Bewegungsorgans	Mittwoch, 14.30 Uhr	48
Solide Tumoren und hämatologische Systemerkrankungen	Mittwoch, 14.30 Uhr	1351
Mamma- und gynäkologische Tumoren	Donnerstag, 14.30 Uhr	813
Thorakale Tumoren	Donnerstag, 14.00 Uhr	319
Gesamt		3953 (+ 3%)

Mitgeltende Dokumente:

- Projekt- und Maßnahmenpläne

Bewertung

Die Qualitätsziele sind aktuell.

Die Qualitätsanforderungen nach den Zentrumsregelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses werden erfüllt und die jährlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden dargestellt.

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Jährliche Überprüfung der Qualitätsziele.

Erarbeitung Qualitätspolitik für das Onkologische Zentrum, wenn das Leitbild des Städtischen Klinikums verabschiedet ist.

Jährliche Überprüfung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Zentrums

4. Organisation, Konzeption und Dokumentation

Organigramm

Das Organigramm ist aktuell.

QM-Handbuch und Klinik- und Therapiekonzept – Umsetzung von Leitlinien und Expertenstandards

Im Rahmen der Zertifizierungsvorbereitungen/Etablierung QM-System wurden relevante Prozesse definiert, analysiert und schriftlich fixiert.

Mitgeltende Dokumente:

- QM-Handbuch einschließlich der mitgeltenden externen Unterlagen (z. B. Leitlinien für psychoonkologische Versorgung)

Bewertung

Strukturen und Verantwortlichkeiten sind definiert und festgelegt. Konzepte und Verfahrensanweisungen entsprechen dem aktuellen Stand und werden weiterentwickelt.

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Jährliche Überprüfung der Prozesse

5. Interne Kommunikation

Besprechungen sind in der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums fest etabliert (siehe Besprechungsmatrix)

Mitgeltende Dokumente

- Besprechungsmatrix
- QM-Jahresplan

Bewertung
Die Kommunikationsprozesse werden grundsätzlich als zufriedenstellend bewertet.
Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

6. Infrastrukturelle Ressourcen

Seit der Zentralisierung der Tumordokumentation 2023 steht dem onkologischen Zentrum GTDS als Software zur Verfügung und erfüllt die Anforderungen für die Tumordokumentation und die Vorbereitung und Dokumentation der Tumorkonferenzen. Die erforderlichen Schnittstellen zum ORBIS und Klinischen Krebsregister sind vorhanden. Der interne Anmeldeprozess für die Tumorkonferenzen über ORBIS ist etabliert. Externe Anmeldungen für die Tumorkonferenzen erfolgen weiterhin über die Anmeldemaske auf der Internetseite des Onkologischen Zentrums.

Zur Online-Teilnahme an Tumorkonferenz steht Plattform BigBlueButton zur Verfügung. Damit kann sowohl die radiologischen Bilder als auch das Tumorboard-Protokoll übertragen werden. Zur besseren Anbindung externer Kooperationspartner an die Tumorkonferenz wurde über die Plattform TKmed® eine Möglichkeit geschaffen, leichter Röntgenbilder über eine sichere Verbindung an uns zu transferieren.

Das seit Mai 2022 neue PACS System bietet neue Möglichkeiten zur direkten Bild-Übertragung der umliegenden Krankenhäuser. Aktuell sind 13 Krankenhäuser angebunden. Bei zwei weiteren Kliniken ist das in Planung. Eine Übersicht zu den DICOM Bildstrecken ist im Intranet abrufbar und wird durch die IT-Abteilung gepflegt.

Im Rahmen der Anpassung des Internetauftritts des Gesamthauses wurden auch die Internetseiten der Organkrebszentren und des Onkologischen Zentrums überarbeitet. Die Räumlichkeiten der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums verfügen über ausreichende Arbeitsplätze für das Personal und für die Durchführung der Tumorkonferenzen.

Bewertung

Die Räumlichkeiten werden als ausreichend für die Erfüllung der Aufgaben der Geschäftsstelle des OZ bewertet. Ebenso hat sich der Einsatz von GTDS für die Tumordokumentation und die Tumorkonferenzen bewährt. Das OZ profitiert von der zunehmenden Verbreitung des Zugangs zu diagnostischer Bildgebung über QR-Code und Cloud.

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Verbesserungspotentiale bestehen weiterhin in der Bildübertragung von kooperierenden Krankenhäusern. Dazu erfolgte ein Termin mit dem Leiter der IT im Januar 2025, mit seitdem zum Teil spürbaren Verbesserungen.

7. Ergebnisse von Audits, Selbst- und Fremdbewertungen

Im Rahmen der Vorbereitung zur QM-Zertifizierung der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums erfolgten ein internes Audit am 17.06.26

Mitgelte Dokumente

- Auditprogramm
- Audit- und Behebungsprotokolle
- Projekt- und Maßnahmenplan

Folgende Audits und Begehungen fanden im Betrachtungszeitraum statt:

- Interne Audits: 17.06.2026

Bewertung

Die Maßnahmen aus den internen Audits sind im Maßnahmenplan der Geschäftsstelle hinterlegt.
Es sind alle Maßnahmen abgearbeitet wurden.

Das Audit hat ergeben, dass das QM-System implementiert und funktionsfähig ist.

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Verbesserungspotentiale werden über interne Audits identifiziert und über einen
Maßnahmenplan weiterverfolgt.

8. Rückmeldungen von Kunden

Patienten

Die letzte Patientenzufriedenheitsbefragung des Onkologischen Zentrums wurde vom 01.08.24 – 31.05.2025 durchgeführt.

Mitarbeiter

Die letzte Mitarbeiterbefragung des Klinikums wurde im November 2024 durch eine externe Abteilung (Great Place to work) durchgeführt.

Einweiser

Im April/Mai 2025 wurde eine Einweiserbefragung durch das Onkologische Zentrum in Zusammenarbeit mit der Abteilung QM durchgeführt. Hauptsächlich wurde kritisiert, dass Arztbriefe beim Hausarzt, aber nicht beim weiterbehandelten Spezialisten nach Entlassung vorliegen, sowie die Kommunikation von Weiterbildungsveranstaltungen. Die Rücklaufquote lag bei 23%.

Kostenträger

Kassenverhandlungen im Jahr 2025

Kooperationspartner

Befragung der Kooperationspartner im März 2026. Der Rücklauf umfasste 11 Bögen. Die Bewertungen waren durchweg sehr gut bis gut. Einzelne Kritikpunkte wurden in Kommentaren wiedergegeben.

Bewertung

In der Patientenbefragung wurden in allen Kategorien gute bis sehr gute Ergebnisse erreicht, sodass kaum Verbesserungspotentiale ableitbar waren.
Die Kommunikation von abgeleiteten Maßnahmen aus der Mitarbeiterbefragung erfolgte durch die QM-Abteilung über die Chefarzte bzw. Direktorium.
Aus der Auswertung der Einweiserbefragung, die erneut nur einen geringen Rücklauf hatte, wurden entsprechende Maßnahmen abgeleitet, zum Beispiel Mitgabe von mehreren Kopien des Arztbriefes für die weiterbehandelnden Ärzte.
Die Befragung der Kooperationspartner der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums im 1. Quartal 2026 wurde in der Vorstandssitzung und im Qualitätszirkel ausgewertet. Die Einzelkommentare, zum Beispiel, dass in Tumorboard der vorstellende Kollege den Patienten auch kennen muss, wurden an alle Kliniken kommuniziert.

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Siehe Maßnahmenplan

9. Kommunikation mit den Kunden / Öffentlichkeitsarbeit

Es finden zweimal jährlich Vorstandssitzungen und viermal jährlich Qualitätszirkel statt, auf denen ein Feedback der Organkrebszentren und sonstigen Beteiligten erfolgen.

Auf der Homepage wird die Struktur und die Ansprechpartner des Onkologischen Zentrum dargestellt und wird jährlich überprüft ([Onkologisches Zentrum \(klinikum-dresden.de\)](https://www.onkologisches-zentrum.de))

Seit November 2019 kann das Onkologische Zentrum und die Organkrebszentren ihr Leistungsangebot zwei bis dreimal jährlich in einem Newsletter darstellen. Die Koordination erfolgt durch die GOZ.

Am 03.12.25 fand die jährliche regionale Ergebniskonferenz in Zusammenarbeit mit dem Klinischen Krebsregister Sachsen für Kooperationspartner statt. Die Koordination erfolgte über die GOZ.

Am 18.06.25 wurde zum vierten Mal der Benefizlauf „Laufend gegen Krebs“ der Sächsischen Krebsgesellschaft in Dresden durchgeführt. Das Städtische Klinikum Dresden trat bei dieser Veranstaltung als Hauptsponsor auf. Das Bühnenprogramm, Ausstellungsfächen wurden durch das Klinikum mitgestaltet. Die Mitarbeiter nahmen als ein Team an der Veranstaltung teil. Die Koordination erfolgte über die GOZ.

Spezielle Werbematerialien (Kugelschreiber/Schlüsselbänder/Flyer für Ärzte und Patienteninformationen) sind für das Onkologische Zentrum vorrätig.

Mitgeltende Dokumente:

Jahresplan

Protokolle der Vorstandssitzungen und Qualitätszirkel.

Bewertung

Die Qualitätszirkel und die Vorstandssitzungen haben sich als eine Plattform für den Austausch über strategischen Entwicklungen, zur Kommunikation und Information der Beteiligten und als Vorbereitung für die Zertifizierungsaudits bewährt.

Die Internetseite des Onkologischen Zentrums wurde 2024 vollständig überarbeitet und aktualisiert. Sie wird als verbessert wahrgenommen.

Die fünfte Ergebniskonferenz des Onkologischen Zentrums fand am 03.12.25 erfolgreich statt. Insgesamt nahmen ca. 1500 Personen, davon 232 Mitarbeiter und Personalangehörige, der Veranstaltung „Laufend gegen Krebs“ teil. Das wird als sehr positiv bewertet.

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Das Onlineformat für die Veranstaltungen (Qualitätszirkel, Vorstandssitzungen, Ergebniskonferenz) hatte sich im vergangenen Jahr als sinnvoll erwiesen, um eine möglichst hohe Teilnehmerzahl zu erreichen. Die Teilnehmerzahl der Ergebniskonferenz blieb hinter den Erwartungen zurück, es sollten für die Ergebniskonferenz 2026 Änderungen des Konzeptes diskutiert.

10. Ergebnisse von Prozessmessungen (Prozessmanagement)

Im Rahmen der Vorbereitung zur Erstzertifizierung der Geschäftsstelle des Onkologischen Zentrums wurden im Jahr 2019 alle relevanten Prozesse definiert, analysiert und schriftlich fixiert. Diese werden in regelmäßigen Abständen (jährlich oder alle 2 Jahre) überprüft und ggf. aktualisiert

Mitgeltende Dokumente

- Kennzahlenmatrix GOZ
- Maßnahmenplan GOZ
- Maßnahmenplan OnkoZert

Bewertung

Für die neu beschriebenen Prozesse wurden im Jahr 2019 Kennzahlen definiert. Die Analyse und Bewertung erfolgt jährlich. Im Hinblick auf die Organkrebszentren werden die Kennzahlbögen der einzelnen Zentren jährlich aktualisiert und Maßnahmen abgeleitet

Verbesserungspotentiale/Maßnahmen

Siehe Maßnahmenpläne

11. Status von Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen

Alle Maßnahmen werden in einem Maßnahmenplan der Geschäftsstelle geführt. Der jeweilige Bearbeitungsstatus ist hier ersichtlich.

Mitgeltende Unterlagen:

Maßnahmenpläne der Geschäftsstelle des onkologischen Zentrums