

Krankenhaus Reinbek

St. Adolf-Stift

Beste Medizin. Ganz nah.



**2023**

**Jahresbericht des Onkologischen Zentrums  
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift**



**Beste Medizin.**  
*Ganz nah.*

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Struktur des Zentrums</b> .....	<b>3</b>
1.1 Anforderungen nach GBA .....	3
1.2 Das Zentrum als Netzwerk .....	4
<b>2 Konferenzen und Besprechungen</b> .....	<b>5</b>
2.1 Interdisziplinäre Tumorkonferenz .....	5
2.2 Mortalitäts- und Morbiditätsbesprechungen (MM-Konferenzen) .....	5
2.3 CIRS-Kommission .....	5
2.4 Qualitätszirkel .....	6
2.5 Onkologische Pflegevisiten und Fallbesprechungen .....	6
2.6 Fort- und Weiterbildungen .....	6
<b>3 Qualitätssicherung</b> .....	<b>7</b>
3.1 Zertifizierung .....	7
3.2 Interne Audits .....	9
3.3 Patient:innenbefragung .....	10
3.4 Einweiser:innenzufriedenheitsermittlung .....	10
3.5 Studienaktivitäten und wissenschaftliche Publikationen .....	10
3.6 Tumordokumentation .....	11
3.7 Ergebnisse des Zentrums – Fallzahlen .....	12
3.8 Qualitätsverbessernde Maßnahmen und Umsetzung 2022-2023 .....	12

# 1 Struktur des Zentrums

## 1.1 Anforderungen nach GBA

Das Onkologische Zentrum des Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift bedient die strukturellen Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses indem es die Fachabteilungen Onkologie, Chirurgie und Radiologie am Standort vorweist. Zudem es wird der Anforderung nach einer histopathologischen Tumordiagnostik innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang gerecht und eine 24-stündige palliativmedizinische Versorgung gewährleistet.

Durch eine große Zahl von Patien:innen kann das Onkologische Zentrum eine nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von mehreren Tumorentitäten aufweisen. Den entsprechenden Nachweis erbringt das Onkologische Zentrum anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr behandelt werden.

Die Fachabteilung Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift ist fachlich unabhängig, abgrenzbar und organisatorisch am Standort seit Jahren etabliert. Für die Versorgung von onkologischen Patient:innen hat das Onkologische Zentrum einen entsprechenden Versorgungsauftrag laut Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein.

Den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen kommt das Onkologische Zentrum nach, indem es u.a. einen barrierefreien Zugang und behindertengerechte Räumlichkeiten bieten. Zudem hat das Krankenhaus ein besonderes Augenmerk auf das Thema Inklusion bei allen Neubauvorhaben, denn Barrierefreiheit im Krankenhaus nutzt allen Patient:innen und Angehörigen – mit und ohne Behinderung. Um Barrieren beim Lesen der Website zu beseitigen, wird die Unterstützung einer zusätzlicher Onlinekomponente (Widget) genutzt. Damit ist der Internetauftritt auch für Menschen mit eingeschränktem Sehvermögen oder mit kognitiven Einschränkungen zugänglich. Zudem bieten wir eine ADHS-freundliche und weiterhin auch eine anfallssichere Webansicht an, welche Ablenkungen reduziert und somit das Lesen erleichtert.

Im Jahr 2021 hat das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift den Sonderpreis „Digitale Barrierefreiheit“ des Bundesverbands Patientenfürsprecher in Krankenhäusern erhalten.

Seit dem Jahr 2023 ist der Ansprechpartner für Menschen mit Behinderungen

Herr Martin Marks

Tel. 040-7280 5669

Martin.Marks@Krankenhaus-Reinbek.de

## 1.2 Das Zentrum als Netzwerk

Das Onkologische Zentrum des Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift versteht sich als Netzwerk, welches durch interne und externe, sowie ambulante und stationäre Kooperationspartner aus allen notwendigen Fachdisziplinen eine optimale und an den Bedürfnissen der Krebspatient:innen orientierte Behandlung ermöglicht. Zusätzlich pflegen wir den Kontakt zu mehreren Selbsthilfegruppen, die Betroffene und Angehörige in besonderen Lebenslagen unterstützen.

Den Patient:innen steht ein interdisziplinäres Expertenteam, bestehend aus Fachärzt:innen unterschiedlicher Disziplinen, onkologische und palliative Fachpflege, Psychologinnen, Sozialarbeiterinnen, Seelsorge, Mitarbeitende der Physikalischen Therapie sowie Ernährungsberaterinnen zur Verfügung. Dies veranschaulicht das folgende Organigramm:



## 2 Konferenzen und Besprechungen

### 2.1 Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Im Krankenhaus findet eine wöchentliche multidisziplinäre Tumorkonferenz statt, die u.a. die Behandlungsplanung für die Patient:innen mit einer Krebserkrankung zum Inhalt hat. Dabei nehmen interne Fachärzt:innen unterschiedlicher Fachdisziplinen und auch externe Kooperationspartner verbindlich teil. Die Teilnahme von niedergelassenen Ärzten ist ausdrücklich erwünscht.

Im Rahmen der Tumorkonferenz werden die medizinischen Befunde interdisziplinär erörtert und die bestmögliche Therapie gemeinsam festlegt und dokumentiert. Die Beschlüsse der Tumorkonferenz werden stets dem weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt zur Verfügung gestellt.

Die einheitliche und für alle Beteiligten transparente Vorgehensweise ist verbindlich und schriftlich festgelegt. Die Dokumentation der besprochenen Inhalte und das Führen der Teilnahmelisten erfolgen digital.

### 2.2 Mortalitäts- und Morbiditätsbesprechungen (MM-Konferenzen)

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen sind retrospektiv ausgerichtete Fallkonferenzen. Im Rahmen dieser Konferenzen werden u.a. außergewöhnliche oder besonders schwere Behandlungsverläufe, aber auch unerwünschte Ereignisse wie Todesfälle systematisch aufgearbeitet. Mögliche Schwachstellen werden dabei im Kollektiv identifiziert, Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Ziel ist die individuelle Wissenserweiterung der Teilnehmenden und die Verbesserungen von Strukturen und Prozessen im Krankenhaus. Die Durchführung der MM-Konferenzen orientiert sich dabei an dem Methodischen Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen der Bundesärztekammer.

Neben den quartalsweise stattfindenden abteilungsübergreifenden Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen finden in den einzelnen Fachabteilungen zusätzlich auch abteilungsspezifische MM-Konferenzen statt.

### 2.3 CIRS-Kommission

Das digitale und anonyme Critical-Incident-Reporting-System (CIRS) dient der Identifizierung von Risiken aus sogenannten Beinahe-Vorkommnissen („Adverse Events“) in der Patientenversorgung und in den unterstützenden Prozessen. Die aus der Mitarbeiterschaft gemeldeten Vorkommnisse werden in der durch die Geschäftsführung eingesetzten CIRS-Kommission bearbeitet. Der Handlungsrahmen zur Bearbeitung eingegangener CIRS-

Meldungen ist durch eine Geschäftsordnung und Leitlinie vorgegeben. Die Kommission besteht aus Vertreter:innen des medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und administrativen Personals. Die Ergebnisse und abgeleiteten Maßnahmen werden schriftlich festgehalten und sind über das Intranet klinikweit einsehbar.

## 2.4 Qualitätszirkel

Innerhalb der einzelnen Fachabteilungen finden mehrmals jährlich Qualitätszirkel unter Einbezug der internen und externen Hauptkooperationspartner statt. Neben der Analyse der Qualitätskennzahlen werden u.a. auch die Patienten- und Einweiserzufriedenheit sowie neue und angepasste Standards thematisiert. Weiterhin werden auf Grundlage der erhobenen Kennzahlen Arbeitsfelder identifiziert, im Anschluss Lösungen erarbeitet und Verbesserungen in Bezug auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorangetrieben.

Aus den Qualitätszirkeln gehen eindeutige Ergebnisse (Aktionen, Entscheidungen) hervor, die der wesentlichen Weiterentwicklung und Verbesserung des Zentrums dienen. Diese Ergebnisse werden protokolliert und eine Teilnehmerliste wird geführt.

## 2.5 Onkologische Pflegevisiten und Fallbesprechungen

Onkologische Pflegevisiten und multiprofessionelle Fallbesprechungen sind maßgeblicher Bestandteil des onkologischen Pflegekonzepts. Ziel ist die Lösungsfindung in komplexen Pflegesituationen mittels multiprofessioneller Abstimmung. Allem voran geht es um die Festlegung der Pflege- und Patientenziele sowie - unter Einbeziehung der Patient:innen und Angehörigen – um die Identifikation von zusätzlichem Unterstützungsbedarf, damit ein selbstbestimmtes Leben weiterhin möglich ist.

## 2.6 Fort- und Weiterbildungen

Fort- und Weiterbildungen durch Vertreter des Krankenhauses werden mehrmals jährlich für das interne Personal, Kooperationspartner, das Netzwerk und niedergelassene Ärzt:innen angeboten. Zusätzlich nehmen die Mitarbeitenden an externen Fortbildungen und Kongressen teil. Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen werden jährlich abteilungsbezogen geplant, damit Mitarbeitende ihr Handeln nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand ausrichten können.

## 3 Qualitätssicherung

Qualität ist ein wesentlicher Indikator für ein erfolgreiches Krankenhaus. Eine hohe Qualität beinhaltet die Erfüllung von Anforderungen der internen Kunden (Patient:innen, Angehörige, Mitarbeitende) und der externen Kunden (Kooperationspartner, Einweisende, Politik). Die Ziele des Qualitäts- und Risikomanagements sind die Sicherung und Weiterentwicklung des Qualitätsniveaus unter einem kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Dabei hat die Erhöhung der Patient:innen- und Mitarbeitendensicherheit einen besonderen Stellenwert.

### 3.1 Zertifizierung

Das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift ist in mehreren Fachbereichen und Tumorentitäten nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifiziert. Im Jahr 2019 erfolgte erstmals die Zertifizierung zum Viszeralonkologischen Zentrum, Pankreaskarzinomzentrum und Darmkrebszentrum nach der DKG. Darauf folgte die Zertifizierung der Gynäkologischen Dysplasie-Sprechstunde in 2020. Im Jahr 2021 folgte die Erstzertifizierung zum Gynäkologischen Krebszentrum, im Jahr 2023 zum Brustkrebszentrum. In allen Bereichen finden jährlich externe Auditierungen/Überprüfungen statt. Die letzte Zertifizierung erfolgte im Dezember 2023, in dem auch die Auditierung des Speiseröhrenzentrums als neue und dritte Entität innerhalb der Viszeralonkologischen Zentrums positiv und ohne Abweichungen verlief, sodass die Erteilung des Zertifikats empfohlen wurde. Derzeit sind die Unterlagen beim Ausschuss Zertifikatserteilung zur endgültigen Bewertung, so dass die Urkunde noch aussteht. Wir rechnen mit Zusendung im ersten Quartal 2024.



## Zertifiziertes Brustkrebszentrum



Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert bescheinigt hiermit, dass das

### Brustkrebszentrum am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek

vertreten durch

**Herrn Dr. med. Süha Alpüstün**

die in den durch die Deutsche Krebsgesellschaft und durch die Deutsche Gesellschaft für Senologie festgelegten „Fachlichen Anforderungen an Brustkrebszentren“ definierten Qualitätskriterien erfüllt.

Das Brustkrebszentrum am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift erhält daher die Auszeichnung

### Brustkrebszentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Senologie e. V.

Erstzertifizierung: 19.09.2023  
Gültigkeitsdauer: 19.03.2027  
Registriernummer: FAB-Z299

Prof. Dr. M. Ghadimi  
Präsident  
Deutsche Krebsgesellschaft

Prof. Dr. S. Y. Brucker  
Präsidentin  
Deutsche Gesellschaft für Senologie

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
Tel. (030) 332 83 29 0  
E-Mail: service@krebbsgesellschaft.de  
www.krebbsgesellschaft.de



## Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum

Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert bescheinigt hiermit, dass das

### Gynäkologisches Krebszentrum am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift  
Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek

vertreten durch

**Herrn Prof. Dr. med. Jörg Schwarz**

die in den durch die Deutsche Krebsgesellschaft festgelegten „Fachlichen Anforderungen an Gynäkologische Krebszentren (FAG)“ definierten Qualitätskriterien erfüllt.

Das Gynäkologische Krebszentrum am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift erhält daher die Auszeichnung

### Gynäkologisches Krebszentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Erstzertifizierung: 17.09.2021  
Rezertifizierung: 19.09.2023  
Gültigkeitsdauer: 17.03.2027  
Registriernummer: FAG-Z202

Prof. Dr. M. Ghadimi  
Präsident  
Deutsche Krebsgesellschaft

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
Tel. (030) 332 83 29 0  
E-Mail: service@krebbsgesellschaft.de  
www.krebbsgesellschaft.de



## Zertifiziertes Viszeralonkologisches Zentrum

Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert bescheinigt hiermit, dass das

### Viszeralonkologische Zentrum Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek

vertreten durch

**Herrn Prof. Dr. med. Tim Strate**

(Viszeralchirurgie)

**Herrn Prof. Dr. med. Stefan Jäckle**

(Gastroenterologie)

die durch die Deutsche Krebsgesellschaft festgelegten „Fachlichen Anforderungen an Viszeralonkologische Zentren“ erfüllt.

Der Geltungsbereich des Viszeralonkologischen Zentrums umfasst die Entitäten:

- Darmkrebs
- Pankreaskrebs

Das Viszeralonkologische Zentrum Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift erhält daher die Auszeichnung

### Viszeralonkologisches Zentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Erstzertifizierung: 03.12.2019  
Rezertifizierung: 16.12.2022  
Gültigkeitsdauer: 03.06.2026  
Registriernummer: FAD-Z363 V

Prof. Dr. Th. Seufferlein  
Präsident  
Deutsche Krebsgesellschaft

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
Tel. (030) 332 83 29 0  
E-Mail: service@krebbsgesellschaft.de  
www.krebbsgesellschaft.de



## Zertifiziertes Pankreaskarzinom Zentrum

Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert bescheinigt hiermit, dass das

### Pankreaskarzinomzentrum Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek

vertreten durch

**Herrn Prof. Dr. med. Tim Strate**

die in den durch die Deutsche Krebsgesellschaft festgelegten „Fachlichen Anforderungen an das Modul Pankreas im Viszeralonkologischen Zentrum“ definierten Qualitätskriterien erfüllt.

Das Pankreaskarzinomzentrum Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift erhält daher die Auszeichnung

### Pankreaskarzinomzentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Erstzertifizierung: 03.12.2019  
Rezertifizierung: 16.12.2022  
Gültigkeitsdauer: 03.06.2026  
Registriernummer: FAD-Z363 P

Prof. Dr. Th. Seufferlein  
Präsident  
Deutsche Krebsgesellschaft

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14057 Berlin  
Tel. (030) 332 83 29 0  
E-Mail: service@krebbsgesellschaft.de  
www.krebbsgesellschaft.de





## Zertifiziertes Darmkrebszentrum

Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert bescheinigt hiermit, dass das

### Darmkrebszentrum Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek

vertreten durch  
**Herrn Prof. Dr. med. Tim Strate**  
(Viszeralchirurgie)  
**Herrn Prof. Dr. med. Stefan Jäckle**  
(Gastroenterologie)

die in den durch die Deutsche Krebsgesellschaft festgelegten „Fachlichen Anforderungen an Darmkrebszentren (FAD)“ definierten Qualitätskriterien erfüllt.

Das Darmkrebszentrum Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift erhält daher die Auszeichnung

### Darmkrebszentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Erstzertifizierung: 03.12.2019  
Rezertifizierung: 16.12.2022  
Gültigkeitsdauer: 03.06.2026  
Registriernummer: FAD-Z363 V

*T. Jäckle*

Prof. Dr. Th. Seufferlein  
Präsident  
Deutsche Krebsgesellschaft

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14079 Berlin  
Tel. (030) 322 93 29 0  
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de  
www.krebsgesellschaft.de



## Zertifizierte Gynäkologische Dysplasie-Sprechstunde

Die Zertifizierungsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. OnkoZert bescheinigt hiermit, dass die

### Gynäkologische Dysplasie-Sprechstunde Roland Jacob Flurschütz in der Frauenklinik am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Hamburger Straße 41, 21465 Reinbek

vertreten durch  
**Herrn Roland Jacob Flurschütz**

für die Behandlung von Dysplasiepatientinnen, die von der AG-CPC, DGGG AGO und DKG definierten „Fachlichen Anforderungen an Gynäkologische Dysplasie-Sprechstunden“ erfüllt.

Erstzertifizierung: 17.07.2020  
Gültigkeitsdauer: 17.01.2024  
Registriernummer: DYS-5212

*T. Jäckle*

Prof. Dr. Th. Seufferlein  
Präsident  
Deutsche Krebsgesellschaft

*Prof. Dr. A. Scharl*

Prof. Dr. A. Scharl  
Präsident  
Deutsche Gesellschaft für  
Gynäkologie und Geburtshilfe

*V. Kippers*

PD Dr. V. Kippers  
Vorsitzender  
Arbeitsgemeinschaft  
Zervixpathologie und Kolposkopie

*Prof. Dr. J.-U. Bliohmer*

Prof. Dr. J.-U. Bliohmer  
Vorsitzender  
Arbeitsgemeinschaft  
Gynäkologische Onkologie

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.  
Kuno-Fischer-Straße 8  
14079 Berlin  
Tel. (030) 322 93 29 0  
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de  
www.krebsgesellschaft.de

## 3.2 Interne Audits

Im Onkologischen Zentrum werden neben externen Zertifizierungsaudits auch interne Audits durch das Qualitätsmanagement durchgeführt. Unter einem internen Audit ist eine interne Prüfung der einzelnen Prozesse anhand eines vorab definierten und im Krankenhaus standardisierten Kriterienkatalogs zu verstehen. Daneben werden einzelne Prozesse beobachtet, Interviews geführt und Dokumente gesichtet. Die Ergebnisse und Empfehlungen werden dem auditierten Bereich sowie den Führungskräften schriftlich mitgeteilt. Die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft.

Weiterhin finden regelmäßig Wartezeitenmessungen in den Ambulanzen und Auswertungen der Wartezeiten für Konsiliarärztliche Dienste statt, um Prozesse ggf. anzupassen und die Patientenzufriedenheit zu steigern.

### 3.3 Patient:innenbefragung

Neben der hausweiten kontinuierlichen Patient:innenbefragung werden in den einzelnen Fachbereichen des Onkologischen Zentrums zentrumsbezogene Patientenbefragungen durchgeführt. Die Verantwortlichkeit für die Befragungen liegt im Lob- und Beschwerdemanagement, welches dem QM zugeordnet ist. Die Ergebnisse der Befragungen werden in den Qualitätszirkeln aufgezeigt und analysiert sowie zielgerichtete Maßnahmen festgelegt und evaluiert.

### 3.4 Einweiser:innenzufriedenheitsermittlung

Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzt:innen, die zudem auch postoperativ in engem Kontakt mit den Patient:innen stehen, ist für das Onkologische Zentrum ein Gradmesser für die Qualität.

In regelmäßigen Abständen findet eine anonyme Einweiserzufriedenheitsermittlung statt. Bewertet werden unterschiedliche Dimensionen wie z.B. Information und Kommunikation, fachliche Kompetenz oder das Entlassprozedere. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung werden im Qualitätsmanagement ausgewertet und in den Qualitätszirkeln analysiert.

### 3.5 Studienaktivitäten und wissenschaftliche Publikationen

Das Onkologische Zentrum arbeitet beständig an der „*Besten Medizin – Ganz nah*“. Hierzu gehört neben dem klinischen Alltag auch ein intensives wissenschaftliches Interesse, wie es am Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift gelebt wird. Aktuelle wissenschaftliche Arbeiten finden so raschen Eingang in die Behandlung der Patient:innen und sind elementarer Bestandteil der täglichen Arbeit.

Im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift werden im Rahmen der eigenen Forschung Studien zu unterschiedlichen klinischen Fragestellungen durchgeführt. Dabei erfolgt die Administration aller klinischer Studien durch ein interdisziplinäres Studienzentrum nach den Grundsätzen des „good clinical practice“.

Ziel dieser Forschungstätigkeit ist es, die Behandlung der Patient:innen stetig zu verbessern. Die Forschungsergebnisse werden regelmäßig auf nationalen und internationalen Kongressen vorgestellt und in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht.

## **Aktuell laufende Studien:**

### Perioperative Lebensqualität bei Krebserkrankungen

Hierbei handelt es sich um eine Beobachtungsstudie zur Erfassung der Lebensqualität bei Patient:innen mit Krebserkrankungen und stattgehabter Operation. Mit regelmäßigen Befragungen wird versucht den Einfluss der operativen Therapie auf das Wohl der Patient:innen zu erfassen.

### Reduktion postoperativer Komplikationen nach Oberbauchoperationen durch Einführung eines standardisierten Behandlungskonzepts - eine retrospektive Kohortenstudie

In dieser Beobachtungsstudie erfolgt die Auswertung von chirurgischen Eingriffen an Magen, Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse zur Untersuchung möglicher Einflussfaktoren auf den postoperativen Verlauf. Ziel ist es, dass in Zukunft mögliche Komplikationen nach diesen Eingriffen reduziert werden.

Weitere Studien aus dem Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift finden Sie [hier](#).

## **3.6 Tumordokumentation**

Die umfassende Tumordokumentation ist ein wichtiges Instrument für die Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung. Eine personenbezogene, behandlungsbegleitende Dokumentation und Auswertung der relevanten Daten gilt als Voraussetzung zur Verbesserung der Diagnose, Therapie und Nachsorge sowie zur langfristigen Qualitätssicherung der Gesamtversorgung. Daher übermitteln das Onkologische Zentrum den einheitlichen onkologischen ADT/GEKID-Basisdatensatz -nach Information der Patient:innen- regelmäßig digital an das Melderportal des Krebsregisters Schleswig-Holstein. Anschließend werden im Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut die Daten der Landeskrebsregister auf Bundesebene zusammengeführt. Der Datenschutz ist dabei stets gewährleistet.

Das Follow-Up erfolgt durch den Kooperationspartner, das Institut für Krebs Epidemiologie e.V., mit Sitz an der Universität zu Lübeck.

### 3.7 Ergebnisse des Zentrums – Fallzahlen

Voraussetzung zur Ausweisung eines Onkologischen Zentrums im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein ist eine nachweisbare umfassende Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung. Das Onkologische Zentrum des Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift kann dabei für die verschiedenen Tumorentitäten folgende Fallzahlen für Primärtumoren ausweisen:

<b>Tumorentitäten</b>	<b>Fallzahl 2022</b>
Darmkrebs	117
Pankreaskrebs	40
Speiseröhrenkrebs	41
Brustkrebs	109
Gynäkologische Krebsarten	97
Harnblasenkrebs	106
Magenkrebs	38

### 3.8 Qualitätsverbessernde Maßnahmen und Umsetzung 2022-2023

Folgend sind die zuvor festgelegten Ziele sowie die Maßnahmen, die zur Erreichung der Ziele eingeleitet wurden, aufgezeigt.

<b>Ziel</b>	<b>Maßnahme</b>
Erstzertifizierung Brustkrebszentrum DKG	Wöchentliches Treffen des Kernteams: Erfolgreiches Audit im September 2023
Erstzertifizierung Speiseröhrenzentrum DKG	Wöchentliches Treffen des Kernteams: Erfolgreiches Audit im Dezember 2023
Rezertifizierung Gynäkologisches Krebszentrum DKG	Wöchentliches Treffen des Kernteams: Erfolgreiches Audit im September 2023
Wiederholaudit Darm- und Pankreaskrebszentrum	Wöchentliches Treffen des Kernteams: Erfolgreiches Audit im Dezember 2023
Einheitlicher Kenntnis- und Wissensstand sowie Informationsaustausch im Pflegedienst	Etablierung eines monatlichen Jour Fixe der pflegerischen Qualitätsmanagementbeauftragten
Einheitlicher Kenntnis- und Wissensstand sowie Informationsaustausch im Pflegedienst	Regelmäßiger Jour Fixe der an der Pflege von stationär onkologischen Patienten beteiligten Mitarbeitenden
Interne Weiterbildung im Bereich der Onkologie	Etablierung einer regelmäßigen internen Fortbildung zum Umgang mit onkologischen Patienten für Mitarbeitende im Pflegedienst
Verbesserung Kommunikation mit den Einweisenden	Digitaler Flyer für Einweisende mit Kontakten zu den Chefärzt:innen
Verbesserung der Prozesse im Entlassmanagement	Aufstockung der Mitarbeitenden im Sozialdienst
Umgehende Information der niedergelassenen einweisenden Ärzte	Vorläufiger Entlassungsbericht bei jeder Entlassung; Internes Controlling zu Entlassungsberichten nach Fachabteilung
Fortbildungsangebote für Einweisende	Wiederaufnahme von monatlichen Fortbildungsangeboten nach der Pause aufgrund von Pandemie



Patienteninformationsveranstaltung	Wiederaufnahme von Informationsveranstaltungen nach der Pause aufgrund von Pandemie inkl. diverse Infostände im Foyer zu Unterstützungsangeboten und Selbsthilfegruppen
Steigerung der Primärfälle im Gynäkologischen Krebszentrum und Brustkrebszentrum	Erweiterung des Ärzteteams um eine neue Oberärztin und Senior-Brustoperateurin; Ausbau der mammographischen Diagnostik
Prozessoptimierung	Einführung Da Vinci-Operationssystem: Steigerung der minimalinvasiven Operationen, schnellere Genesungszeit
Gewährleistung Datenschutz und Steigerung Patientenzufriedenheit	Neugestaltung des Empfangs- und Eingangsbereichs
Kenntnisse zur Prozessqualität erreichen und Steigerung der Patient:innenzufriedenheit	Erhebung Wartezeiten in der gynäkologischen Ambulanz
Anzahl der Mitarbeitenden in der onkologischen Fachpflege steigern	Eine Mitarbeiterin schloss im Jahr 2023 die Weiterbildung erfolgreich ab
Steigerung der Patient:innenzufriedenheit	Einstellung eines Guest Relation Manager, der sich um das Wohl der Patient:innen kümmert und vor allem bei der Betreuung von dementen Patienten unterstützt.
Steigerung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	Verschriftlichung und Überprüfung aller Kern- und Unterstützungsprozesse sowie Behandlungskonzepte und Behandlungspfade; Nachvollziehbarkeit im digitalen Dokumentencenter inkl. Lesebestätigung
Steigerung der Teilnehmenden an Studien und Erweiterung des Studienportfolios	Teilnahme an der Studie zur Erhebung der Perioperative Lebensqualität bei Krebserkrankungen erfolgt nun auch für gynäkologische Krebspatientinnen und Brustkrebspatientinnen; Kontinuierliche Jour fixe zwischen den studienbeauftragten Ärzt:innen und der Study Nurse