Krankenhaus Reinbek
St. Adolf-Stift
Beste Medizin. Ganz nah.

2024

Jahresbericht des Onkologischen Zentrums Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Beste Medizin.
Ganz nah.

Inhaltsverzeichnis

1 Struktur des Zentrums 3
1.1 Anforderungen nach GBA 3
1.2 Das Zentrum als Netzwerk 4
2 Konferenzen und Besprechungen 5
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
3 Qualitätssicherung 7
3.1 Zertifizierung 7
3.2 Interne Audits 10
3.3 Patient:innenbefragung 10
3.4 Einweiser:innenzufriedenheitsermittlung 10
3.5 Studienaktivitäten und wissenschaftliche Publikationen 10
3.6 Tumordokumentation 12
3.7 Ergebnisse des Zentrums – Fallzahlen 12
3.8 Qualitätsverbessernde Maßnahmen und Umsetzung 2024 13

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 wird der Anforderung nach einer histopathologischen Tumordiagnostik innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang entsprochen und eine 24-stündige palliativmedizinische Versorgung ist 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 onkologischer Patient:innen hat das Onkologische Zentrum einen entsprechenden Versorgungsauftrag laut Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein.

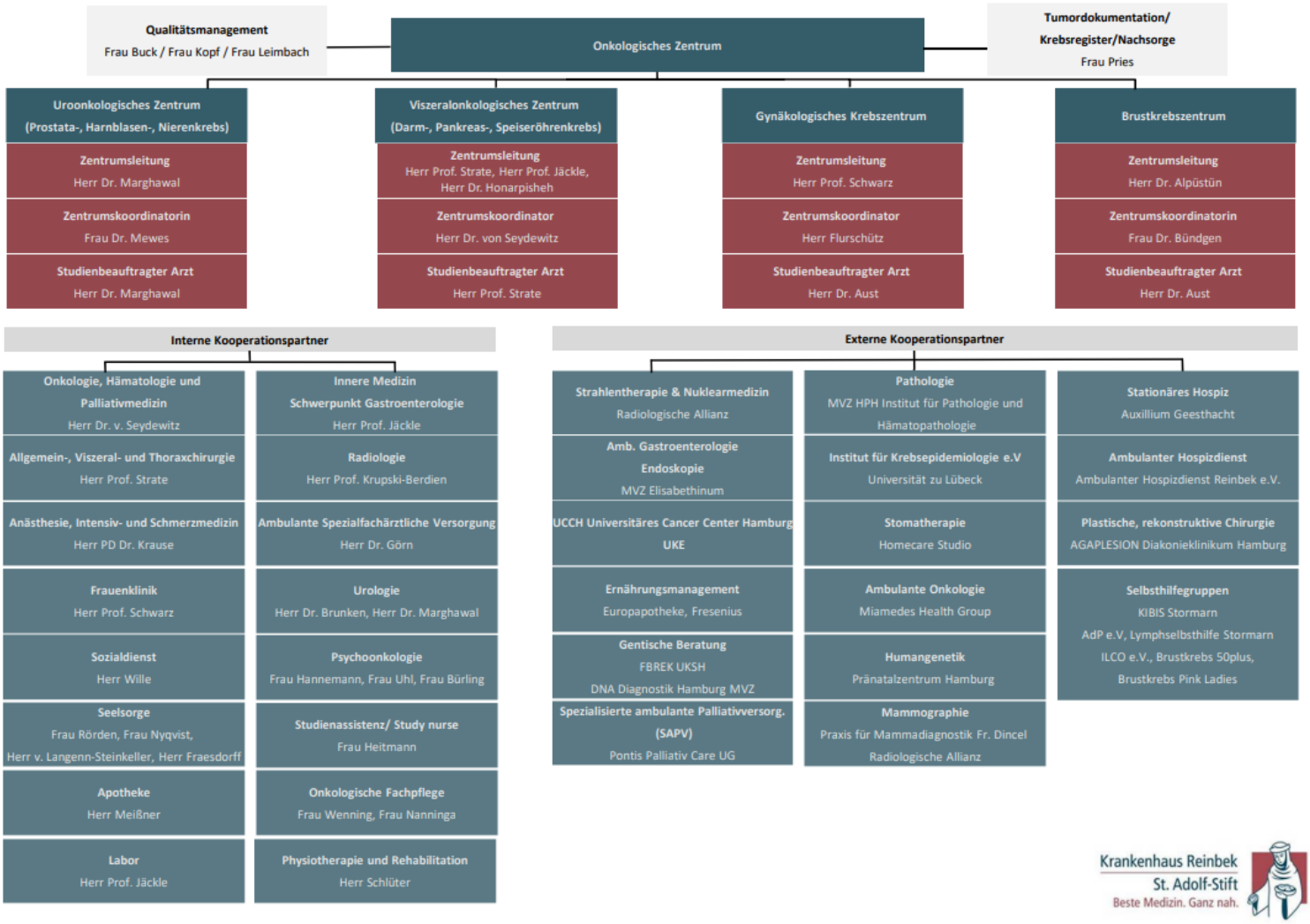
Den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen kommt das Onkologische Zentrum nach, indem es u.a. einen barrierefreien Zugang und behindertengerechte Räumlichkeiten bietet. Zudem hat das Krankenhaus ein besonderes Augenmerk auf das Thema Inklusion bei allen Neubauvorhaben, denn Barrierefreiheit im Krankenhaus nutzt allen Patient:innen und Angehörigen – mit und ohne Behinderung. Um Barrieren beim Lesen der Website zu beseitigen, wird die Unterstützung einer zusätzlichen 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 sowie 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 2024 ist die Ansprechpartnerin für Menschen mit Behinderungen:
Frau Sarah Baudzus
Tel. 040-7280 5809
Sarah.Baudzus@Krankenhaus-Reinbek.de.

1.2 Das Zentrum als Netzwerk

Das Onkologische Zentrum des Krankenhauses 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, onkologischer und palliativer 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 finden zweimal wöchentlich multidisziplinäre Tumorkonferenzen statt, die u.a. die Behandlungsplanung für die Patient:innen mit einer Krebserkrankung zum Inhalt haben. Dabei nehmen interne Fachärzt:innen unterschiedlicher Fachdisziplinen und auch externe Kooperationspartner verbindlich teil. Die Teilnahme von niedergelassenen Ärzt:innen ist ausdrücklich erwünscht.

Im Rahmen der Tumorkonferenz werden die medizinischen Befunde interdisziplinär erörtert und die bestmögliche Therapie gemeinsam festgelegt und dokumentiert. Die Beschlüsse der Tumorkonferenz werden stets den weiterbehandelnden niedergelassenen Ärzt:innen 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 Verbesserung 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 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 des Onkologischen Zentrums finden dreimal jährlich fachübergreifende und multiprofessionelle Qualitätszirkel unter Einbezug der internen und externen Hauptkooperationspartner statt. Zudem werden auch in den einzelnen Organkrebszentren mehrmals jährlich Qualitätszirkel durchgeführt. 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 maßgebliche Bestandteile 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 eines zusätzlichen Unterstützungsbedarfs, 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 sowie 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 den Erfolg eines Krankenhauses. Eine hohe Qualität beinhaltet die Erfüllung von Anforderungen der internen Kunden (Patient:innen, Angehörige, Mitarbeitende) und der externen Kunden (Kooperationspartner, Einweisende, Politik). Ziel des Qualitäts- und Risikomanagements ist die Sicherung und Weiterentwicklung des Qualitätsniveaus unter einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Dabei hat die Erhöhung der Patient:innen- und Mitarbeitendensicherheit einen besonderen Stellenwert.

3.1 Zertifizierung

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass die Behandlung in zertifizierten Zentren einen Überlebensvorteil für die Betroffenen bietet. 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** und **Speiseröhrenkrebszentrum**. Aufgrund der Vielzahl an behandelten Tumoren wurde im Jahr 2024 die Zertifizierung zum **Onkologischen Zentrum** inklusive der Transit-Zentren **Prostatakrebszentrum** und **Harnblasenkrebszentrum** erreicht. In allen Bereichen finden jährlich externe Auditierungen/Überprüfungen statt.

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Deutsche Gesellschaft für Senologie

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) 322 93 29 0
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Zertifiziertes Gynäkologisches Krebszentrum

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

Gynäkologische 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) 322 93 29 0
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT

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) 322 93 29 0
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT

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) 322 93 29 0
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT

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

Prof. Dr. Th. Seufferlein
Präsident
Deutsche Krebsgesellschaft

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Tel. (030) 322 93 29 0
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT

Zertifiziertes Speiseröhrenkrebszentrum

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

Speiseröhrenkrebszentrum
Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift

Hamburger Str. 41, 21465 Reinbek

vertreten durch
Herrn Dr. med. Human Honarpisheh

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

Das Speiseröhrenkrebszentrum Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift erhäl daher die Auszeichnung

Speiseröhrenkrebszentrum mit Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Erstzertifizierung:	19.12.2023
Rezertifizierung:	03.12.2024
Gültigkeitsdauer:	03.06.2028
Registriernummer:	FAD-Z363 S

Prof. Dr. M. Ghadimi
Präsident
Deutsche Krebsgesellschaft

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Tel. (030) 322 93 29 0
E-Mail: service@krebsgesellschaft.de
www.krebsgesellschaft.de

DKG KREBSGESELLSCHAFT

AGO ARBEITSGEMEINSCHAFT GYNÄKOLOGISCHE ONKOLOGIE E.V.

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

Prof. Dr. Th. Seufferlein
Präsident
Deutsche Krebsgesellschaft

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

PD Dr. V. Küppers
Vorsitzender
Arbeitsgemeinschaft
Zervixpathologie und Kolposkopie

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

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 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 konsilarärztliche Dienste statt, um Prozesse ggf. anzupassen und die Patientenzufriedenheit zu steigern.

3.3 Patient:innenbefragung

Neben der allgemeinen, hausweiten Patient:innenbefragung werden in den Fachbereichen des Onkologischen Zentrums gesonderte Befragungen onkologischer Patient:innen 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. Anschließend werden gezielte Maßnahmen festgelegt und evaluiert.

3.4 Einweiser:innenzufriedenheitsermittlung

Die Zufriedenheit der einweisenden Ärzt:innen, die 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

Arbeitenwerden zeitnah in die Behandlung der Patient:innen integriert 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 klinischen 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 in Bezug auf Krebserkrankungen:

Perioperative Lebensqualität bei Krebserkrankungen – QoL-Cancer Studie

Hierbei handelt es sich um eine eigene 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. Die Studie wird im gesamten Onkologischen Zentrum durchgeführt und schließt Krebspatient:innen folgender Organgruppen ein: Kolon, Rektum, Magen, Speiseröhre, Pankreas, Eierstöcke, Brust, Gebärmutter, Prostata, Harnblase und Niere.

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.

Reduktion postoperativer Komplikationen in der Kolorektalchirurgie durch ein standardisiertes Fail-Safe-Konzept - eine retrospektive Kohortenstudie

Die Studie befasst sich mit der Reduktion postoperativer Komplikationen nach Eingriffen am Dick- und Enddarm unter Nutzung eines eigens entwickelten, standardisierten Behandlungskonzeptes.

MELODY-Studie - Eine prospektive nicht-interventionelle multizentrische Kohortenstudie zur Untersuchung unterschiedlicher bildgebungsgesteuerter Techniken zur Lokalisation von malignen Brustläsionen

Ziel der Studie ist es, verschiedene bildgebende Lokalisationsmethoden zur chirurgischen Entfernung bösartiger Brustläsionen im Hinblick auf onkologische Sicherheit und patientenberichtete Ergebnisse vergleichend zu bewerten.

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 relevanter Daten gilt als Voraussetzung zur Verbesserung der Diagnose, Therapie und Nachsorge sowie zur langfristigen Qualitätssicherung der Gesamtversorgung. Daher übermittelt 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 Krebsepidemiologie 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 Gesamtfallzahlen ausweisen:

Tumorentitäten	**Gesamtfallzahlen 2023**
Darmkrebs	169
Pankreaskrebs	57
Speiseröhrenkrebs	56
Brustkrebs	134
Gynäkologische Tumore	97
Harnblasenkrebs	184
Prostata	119
Magen	28

3.8 Qualitätsverbessernde Maßnahmen und Umsetzung 2024

Im Folgenden sind die zuvor festgelegten Ziele sowie die Maßnahmen, die zur Erreichung dieser Ziele eingeleitet wurden, aufgezeigt.

Ziele/Projekte	**Maßnahme**
Erstzertifizierung Onkologisches Zentrum	• Etablierung eines Lenkungsgremiums und Qualitätszirkels mit allen Zentrumsleitungen und Kooperationspartner:innen • Einbezug des Uroonkologischen Zentrums als Transit-Zentrum • Erfolgreiches Audit im Dezember 2024
Wiederholaudit Gynäkologisches Krebszentrum; Brustkrebszentrum, Darm-/ Pankreas- und Speiseröhrenkrebszentrum	• Wöchentliches Treffen des Kernteams • Erfolgreiches Audit im Dezember 2024
Neuausrichtung der Tumorkonferenz	• Aufgrund der gestiegenen Fallzahlen Änderung des Turnus von einmal auf zweimal wöchentlich • Technische Neuausstattung
Patienteninformationsveranstaltung	• Tumortag im September inkl. diverser Infostände im Foyer zu Unterstützungsangeboten und Selbsthilfegruppen
Steigerung der Teilnahmequote an Studien und Erweiterung des Studienportfolios	• Erweiterung der Studie zur Erhebung der perioperative Lebensqualität bei Krebserkrankungen (QoL) um urologische Krebspatient:innen • Teilnahme an der MELODY-Studie für Brustkrebspatientinnen • Etablierung interner Studien zu Fail-Safe-Konzepten Kolorektal und Oberbauch
Erweiterung der Kooperationen mit Selbsthilfegruppen im Brustkrebszentrum	• Neue Kooperationsvereinbarungen mit zwei Selbsthilfegruppen: Brustkrebs Selbsthilfe - Pink Ladies und Brustkrebs Selbsthilfe 50plus
Kapazitätsausweitung im Team der Onkologischen Fachpflege	• Stundenerhöhung bei einer bestehenden Mitarbeiterin • Eine neue Mitarbeiterin beginnt mit der Fachweiterbildung
Kapazitätsausweitung im Team der Tumordokumentation	• Erweiterung des Teams um zwei Teilzeitstellen (je 20h/Woche)