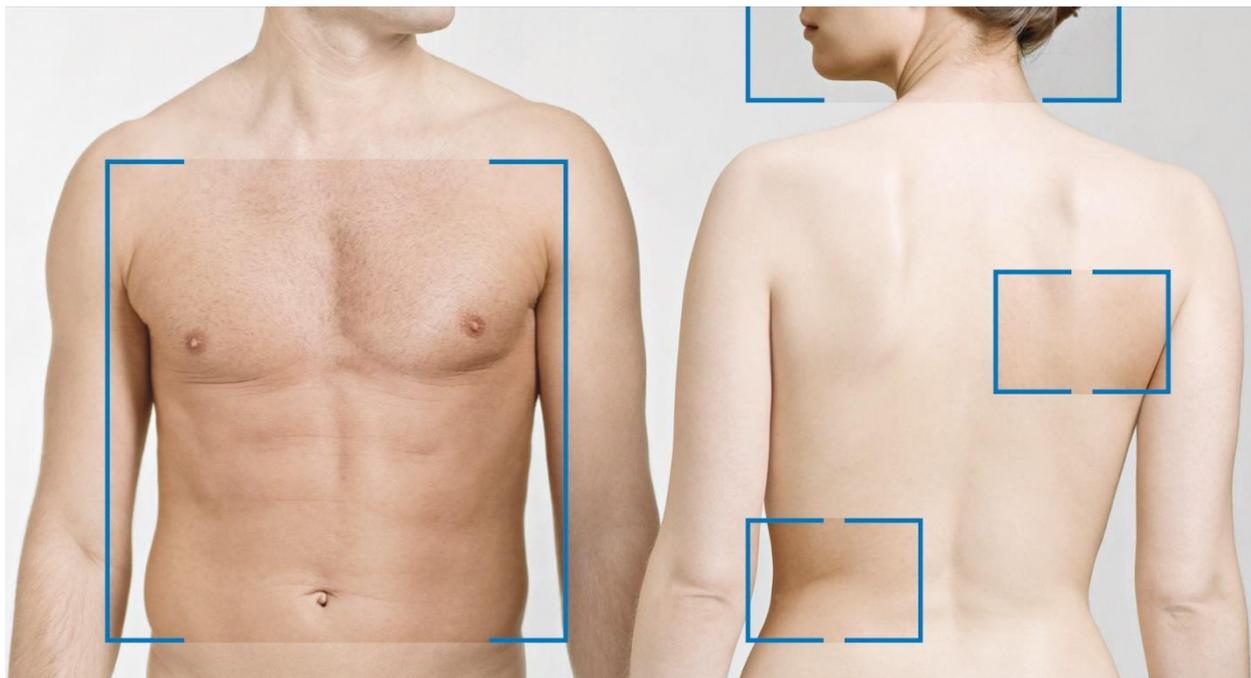




Robert-Bosch-Krankenhaus



Onkologisches Zentrum

Managementbewertung 2023

Kennzahlenjahr 2022

Bericht des Onkologischen Zentrums
Robert-Bosch-Krankenhaus
Prof. Dr. Hans-Georg Kopp

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	4
2	Leitbild	5
3	Qualitätspolitik und Ziele des Onkologischen Krebszentrums	5
4	QM-Zertifizierung	8
5	Struktur des Onkologischen Zentrums	9
5.1	Geschäftsordnung	9
6	Onkologisches Zentrum	10
6.1	Die internistisch-onkologischen Abteilungen: Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin Pneumologische und molekulare Onkologie	12
6.2	Ziele des Onkologischen Zentrums in 2023	12
6.3	Bewertung der Ziele 2022.....	13
6.4	Ergebnisse internes und externes Audits	13
6.5	Ergebnisse Patientenbefragung	18
6.6	Ergebnisse Einweiserbefragung	18
6.7	Qualitätszirkel und Lenkungs-gremium	19
6.8	Fortbildungen	19
6.9	Kooperationsmodell Onkologisches Zentrum	20
6.10	Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage	20
6.11	Ergebnisqualität	20
7	Gynäkologisches Krebszentrum	22
7.1	Abteilung für Gynäkologie.....	22
7.2	Ziele des Gynäkologischen Krebszentrum in 2022	23
7.3	Bewertung der Ziele 2021.....	24
7.4	Ergebnisse internes und externes Audit.....	24
7.5	Ergebnisse Patientenbefragung	25
7.6	Ergebnisse Einweiserbefragung.....	26
7.7	Qualitätszirkel	26
7.8	Fortbildungen 2022/2023.....	26
7.9	Kooperationspartner Praxen und Kliniken	26
7.10	Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage	27
7.11	Ergebnisqualität	28
8	Brustzentrum	31
8.1	Ziele des Brustzentrums in 2023	34
8.2	Bewertung der Ziele 2022.....	34
8.3	Ergebnisse internes und externes Audit.....	35
8.4	Ergebnisse Patientenbefragung	36
8.5	Ergebnisse Einweiserbefragung.....	36
8.6	Qualitätszirkel	36
8.7	Fortbildungen	37
8.8	Kooperationspartner Praxen und Kliniken	37
8.9	Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage	38
8.10	Ergebnisqualität	38
9	Viszeralonkologisches Zentrum	39
9.1	Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie.....	39
9.2	Ziele des Viszeralonkologischen Zentrums in 2023	40
9.3	Bewertung der Ziele 2022.....	40
9.4	Ergebnisse internes und externes Audit.....	41
9.5	Ergebnisse Patientenbefragung	43
9.6	Ergebnisse Einweiserbefragung.....	43
9.7	Qualitätszirkel	44
9.8	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	44
9.9	Fortbildungen	44
9.10	Kooperationspartner Praxen und Kliniken	45
9.11	Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage	45
9.12	Ergebnisqualität	45

10	Lungenzentrum und Mesotheliomeinheit	48
10.1	Abteilung für Thoraxchirurgie / Abteilung für Pneumologische Onkologie / Abteilung für Pneumologie	48
10.2	Ziele des Lungenzentrums in 2023	49
10.3	Bewertung der Ziele 2022.....	49
10.4	Ergebnisse internes und externes Audit.....	49
10.5	Ergebnisse Patientenbefragung	51
10.6	Ergebnisse Einweiserbefragung	52
10.7	Qualitätszirkel	52
10.8	Fortbildungen	52
10.9	Kooperationspartner Praxen und Kliniken	52
10.10	Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage	52
10.11	Ergebnisqualität	52
11	Zentrum für Hämatologische Neoplasien	55
11.1	Ziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien in 2023.....	56
11.2	Bewertung der Ziele 2022.....	57
11.3	Ergebnisse internes und externes Audit.....	57
11.4	Ergebnisse Patientenbefragung	58
11.5	Ergebnisse Einweiserbefragung	59
11.6	Qualitätszirkel	59
11.7	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	59
11.8	Fortbildungen	60
11.9	Kooperationspartner Praxen und Kliniken	61
11.10	Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage	61
11.11	Ergebnisqualität	62
12	Zentrale Zuständigkeiten Hauptbehandlungspartner	65
12.1	Strahlentherapie	65
12.2	Radiologie und Nuklearmedizin	65
12.3	Pathologie	65
13	Zentrale Zuständigkeiten weitere Behandlungspartner	66
13.1	Anästhesie	66
13.2	Apotheke.....	66
13.3	Ernährungsberatung - Ernährungsmedizin.....	67
13.4	Labormedizin	67
13.5	Intensivmedizin	68
13.6	Palliativstation und Konsiliardienst	68
13.7	Physiotherapie	68
13.8	Pflegedienst	69
13.9	Psychosomatische Medizin	79
13.10	Klinik für Geriatrische Rehabilitation.....	80
13.11	Patientenkoordination - Sozialdienst	80
13.12	Stomatherapie	81
14	Externe weitere Behandlungspartner	82
14.1	Ambulante Pflegedienste.....	82
14.2	Genetische Beratungsstelle.....	82
14.3	Hospiz.....	82
14.4	Rehakliniken	82
14.5	Sanitätshäuser	82
14.6	Seelsorge.....	82
14.7	Patientenbeteiligung – Selbsthilfegruppen	82
15	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	83
15.1	Tumorboard	83
15.2	Interdisziplinäre Sprechstunde	84
15.3	Studienbesprechung	84
15.4	Tumordokumentation und –datenbank.....	84
16	Fazit	86
17	Anlagen	86

1 Vorwort

Das zertifizierungsrelevante Kalenderjahr 2022 brachte für das onkologische Zentrum bedeutende Umbrüche.

Nachdem schon im Dezember 2020 die Abteilung Pneumologische Onkologie/Molekulare Onkologie der Klinik Schillerhöhe an den RBK-Standort Burgholzhof umgezogen worden, rückten im Sommer 2022 die beiden weiteren tragenden Abteilungen des Lungenkrebszentrums nach. Mit dem Auszug der Abteilung für Thoraxchirurgie sowie der Abteilung für Pneumologie und Beatmungsmedizin wurde die Klinik Schillerhöhe frei für eine nicht-medizinische Nachnutzung.

Mit dem Einzug zweier kompletter Abteilungen und auch der gesamten Schillerhöhen-Verwaltung und –Infrastruktur entstand am Burgholzhof die Notwendigkeit einiger Standortverlegungen. Von diesen waren sowohl patientenführende als auch Verwaltungsbereiche betroffen. Eine für das onkologische Zentrum 2022 zu bedauernde Folge war der Ausfall des Patienteninformationstages mangels Veranstaltungsräumlichkeiten. Erfreulicherweise können wir aber schon dieses Jahr wieder eine entsprechende Veranstaltung anbieten. In Abstimmung mit unserem Patientenbeirat wurde sie „Informationstag Krebs für Patienten, Angehörige und Interessierte“ genannt und wird am 7. Oktober 2023 stattfinden.

Zum 1. Dezember verabschiedete sich Herr Prof. Walter Aulitzky nach über zwanzig Jahren als Chefarzt der Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin in den Ruhestand. Das onkologische Zentrum wurde zu diesem Anlass umstrukturiert, indem die zuvor getrennten Abteilungen Pneumologische Onkologie/Molekulare Onkologie und Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin fusioniert wurden. Ein übergeordnetes Projekt wurde begleitend aufgesetzt. Der Zeitplan sieht eine vollständige Umsetzung aller Teilprojekte (beispielsweise Fusion der beiden Palliativbereiche, Fusion der beiden Tageskliniken, Fusion der beiden Ambulanzen, Fusion von IT-Strukturen, Harmonisierung der historisch an zwei Standorten unterschiedlich gewachsenen Chemo-Bestellstrukturen und Dokumentation) bis Ende 2024 vor.

Ein besonderer Erfolg des onkologischen Zentrums ist die Förderung innerhalb des NCT-Südwest (bestehend aus dem CCC-Tübingen/Stuttgart und der Universitätsklinik Ulm) in der einjährigen Konzeptentwicklungsphase des Nationalen Zentrums für Tumorerkrankungen (NCT). Ein wichtiger Bestandteil der NCT-Initiative ist die Patientenbeteiligung. Patientenvertreter werden in der Patienten-Experten-Akademie PEAK intensiv von Wissenschaftlern und Klinikern über onkologische Zusammenhänge geschult. Wir durften bei der Auftaktveranstaltung bereits mit Vorträgen teilnehmen.

An der (alle zwei Jahre stattfindenden) Jahrestagung des onkologischen Schwerpunktes (OSP) Stuttgart am 10./11.02.2023 nahm das Robert-Bosch-Krankenhaus sowohl in den Bereichen Ärztefortbildung als auch am Patienteninformationstag aktiv teil. Die Schirmherrschaft für die nächste OSP-Jahrestagung wird 2025 das Robert-Bosch-Krankenhaus innehaben.

Stuttgart, den 05.10.2023

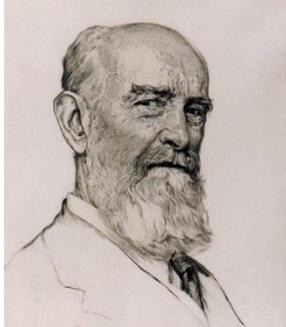


Prof. Dr. Hans-Georg Kopp
Leiter des Onkologischen Zentrums

2 Leitbild

Im Jahr 2015 wurde das Leitbild des RBK mit seinen Standorten interdisziplinär überarbeitet und liegt in gedruckter Form sowie im Dokumentenlenkungssystem roXtra vor.

3 Qualitätspolitik und Ziele des Onkologischen Krebszentrums



Immer soll nach Verbesserungen des bestehenden Zustandes gestrebt werden, keiner soll mit dem Erreichten sich zufriedengeben, sondern stets danach trachten, seine Sache noch besser zu machen.“

Robert Bosch der Ältere

Unser Anspruch: Hinterfragen und neugestalten

Das Qualitätsmanagementsystem des Onkologischen Zentrums orientiert sich am Leitbild sowie an den Anforderungen und Erwartungen der Anspruchsgruppen. Zu den Anspruchsgruppen zählen unsere Patienten, Einweiser, Mitarbeitende, Lieferanten, Kooperationspartner sowie die gesetzlichen Regelwerke, die Berufsverbände, die deutsche Krebsgesellschaft, die Kostenträger, Vereine und die Robert-Bosch-Stiftung.

Die Qualität unserer Leistungen und deren wirtschaftliche Erbringung sind für uns stets handlungsleitend. Alle Mitarbeitenden arbeiten in dem Bewusstsein, dass ihre Arbeit und die Ergebnisse ihrer Leistungen die Basis für dieses Qualitätssystem bilden.

Daraus ergeben sich folgende Qualitätsgrundsätze:

Wir steigern die Effizienz durch stetige Optimierung unserer Prozessabläufe. In diese Prozessverbesserung binden wir die Mitarbeitenden ein.

Wir verstehen Probleme und das Äußern von Kritik als Chance zur Weiterentwicklung.

Wir richten unsere Arbeit darauf aus, die Versorgung der Patienten und Rehabilitanden umfassend zu gewährleisten und ihre Anliegen zu unterstützen.

Wir betrachten partnerschaftliches Verhalten und Anerkennung von Leistung als eine wichtige Grundlage für eine gute Zusammenarbeit sowohl für Mitarbeitende als auch für die Anspruchsgruppen.

Wir orientieren uns an neuesten Erkenntnissen der medizinischen und pflegerischen Wissenschaft. Darüber hinaus betreiben wir intensiv patienten-orientierte klinische Forschung um uns dauerhaft zu verbessern.

Wir verstehen unerwünschte Ereignisse und Fehler als Chancen, aus denen wir lernen können. Risikomanagement ist ein elementarer Bestandteil der Krankenhausführung.

Wir handeln nach dem Prinzip des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Wir integrieren in unser Qualitätsmanagementsystem alle Berufsgruppen und Leitungsebenen gleichermaßen.

Wir stellen unsere Qualität transparent nach Außen dar und lassen diese durch unabhängige Dritte überprüfen.

Das Prinzip eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wurde bereits vom Stifter Robert Bosch dem Älteren als Fundament der Arbeit am Robert-Bosch-Krankenhaus fest verankert. Es verpflichtet zu hervorragender Qualität, einem verantwortungsbewussten Umgang mit Ressourcen und dem Bemühen, seine Sache stets noch ein wenig besser zu machen.

Indem wir diese Grundwerte in unserer täglichen Arbeit leben und zuverlässig erfüllen, sichern wir das qualitativ hohe Niveau unserer Dienstleistungen. Wir überprüfen Abläufe und Strukturen regelmäßig daraufhin, ob sie unseren qualitativen Ansprüchen und den aktuellen Erfordernissen gerecht werden, und decken bei Fehlern die wirklichen Ursachen auf, um schnelle und effiziente Lösungen zu finden. Dazu nehmen wir die Hinweise der Mitarbeiter ernst und erarbeiten im Team Verbesserungsvorschläge und Maßnahmen.

Partnerschaftliches Verhalten sowie Anerkennung von Leistung und Erfolg sind Grundlage unserer Zusammenarbeit. Unterstützt werden wir dabei von unserem internen Qualitätsmanagement, das nach dem Prinzip des „kontinuierlichen Verbesserungsprozesses“ arbeitet.

Sicherstellung von qualitativ hochwertigen Leistungen

Die nachweisliche Steigerung der Qualität und die stetige Anpassung unserer Dienstleistungen an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfordernisse stellen unsere hohe Leistungsfähigkeit auch für die Zukunft sicher. Deshalb legen wir Wert auf eine gezielte Personalentwicklung und unterstützen Fort- und Weiterbildungen.

Regelmäßige interne Audits gewährleisten, dass die Praktikabilität und Effizienz der Abläufe und Verfahren überprüft sowie Verbesserungspotenziale kontinuierlich erkannt und genutzt werden. Darüber hinaus stellen wir uns der wiederkehrenden Prüfung durch externe Gutachter.

Qualitätsmanagement ist Gemeinschaftsaufgabe

Die Geschäftsführung stellt sicher, dass dem Zentrum stets die erforderlichen Mittel und das geeignete Personal zur Verfügung stehen. Transparente und effiziente Verfahren und Abläufe helfen dabei, unnötige Kosten zu vermeiden.

Jeder Mitarbeiter hat die Pflicht und das Recht darauf hinzuwirken, dass Umstände, welche die Erfüllung der Anforderungen der bestmöglichen Qualität verhindern, unverzüglich beseitigt werden. In diesem Sinne qualitätsbewusst handeln heißt auch, mit Ressourcen effizient und schonend umzugehen und die wirtschaftlichen Erfordernisse zu beachten.

Diagnostische Kompetenz und Serviceorientierung

Qualitätsverständnis und Qualitätsbewusstsein sind Voraussetzungen für qualitativ hochwertige Leistungen eines Onkologischen Zentrums, mit denen die Zufriedenheit der einweisenden Ärzte und unserer Patienten sichergestellt werden kann. Wir sind fachkompetente Ansprechpartner für unsere Zuweiser und beraten gerne auch bei komplexen Fragestellungen.

Wir sind der Überzeugung, dass nur eine enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit eine optimale Versorgung von Krebspatienten gewährleistet. Aus diesem Grunde haben wir uns entschlossen, ein Kompetenzzentrum für Diagnostik und Therapie zu gründen. Unsere Maxime soll dabei ein Höchstmaß an qualitativer medizinischer Betreuung sowie eine bestmögliche Patientenzufriedenheit sein.

Im Onkologischen Zentrum wird eine organübergreifende Sicht der Tumorerkrankung unterstützt. Unsere Therapieempfehlungen basieren stets auf den aktuellen Leitlinien der entsprechenden nationalen und internationalen Fachgesellschaften.

Durch strukturierte Abläufe und systematische Qualitätskontrollen wird kein Handlungsschritt dem Zufall überlassen. Qualifikation und Erfahrung unserer Mitarbeiter resultieren aus kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung sowie gegenseitigem Erfahrungsaustausch im wöchentlichen Tumorboard.

Konsequente Ergebnisdokumentation schafft eine Basis für nationales und internationales Benchmarking. Genaues Analysieren, möglichst objektives Bewerten und bedarfsgerechtes Nachbessern jeglicher Leistungen soll zeigen, dass wir in vollem Umfang zu der Verantwortung unseren Patienten gegenüberstehen und unsere Prozess- und Ergebnisqualität auch im direkten Vergleich auf internationaler Ebene bestehen kann. Wir handeln hier nach dem Grundsatz: „Immer vorn sein und besser als die anderen“.

Mit der aktiven Teilnahme an nationalen und internationalen Kongressen sollen unsere Kenntnisse über neue Behandlungsmethoden ständig erweitert werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Teilnahme an nationalen und internationalen Behandlungsstudien zu sehen. Eine einheitliche Datenerhebung ist hierbei ein wichtiges Anliegen.

Da kontinuierliche Veränderung der Alltag einer modernen medizinischen Einrichtung ist, muss die Organisation unserer Abläufe flexibel, zeitnah und kontrolliert auf die neuen Erfordernisse reagieren können. Dazu haben wir Verantwortlichkeiten und Befugnisse auf die Mitarbeiter übertragen, mit denen jeder einzelne die Entwicklung des Onkologischen Zentrums in seinem Umfeld aktiv und positiv beeinflussen kann.

Als strategischen Ansatz bei der Gründung unseres Onkologischen Zentrums verfolgen wir den Auf- und Ausbau eines Kooperationsnetzwerkes mit anderen Krankenhäusern unseres Einzugsbereiches, mit niedergelassenen Zuweisern, Nachbehandlern und anderen behandlungsunterstützenden Dienstleistern.

Die Zufriedenheit aller Beteiligten stellt eine Grundvoraussetzung für das Erreichen unserer Ziele dar und ist somit eines unserer maßgeblichen Anliegen. Durch ein ausreichendes Maß an Zeit und Möglichkeiten möchten wir ein harmonisches Miteinander zwischen Mitarbeitern und Patienten dauerhaft sicherstellen. „Zum Wohle des Ganzen“ zu agieren bedeutet für uns auch, die Patienten mit Ruhe und Einfühlungsvermögen zu informieren und umfassend aufzuklären, es bedeutet die Integration unserer Abteilung für Psychosomatische Medizin in die Betreuung der Krebspatienten und die Einbeziehung entsprechend geschulter pflegerischer und psychosozialer Mitarbeiter im Sinne eines umfassenden ganzheitlichen Versorgungskonzeptes.

Durch unser umfassendes Leistungsspektrum und die Umsetzung unserer Qualitätspolitik erweisen wir uns als zuverlässige und innovative Partner in der Gesamtversorgung von Krebspatienten.

4 QM-Zertifizierung

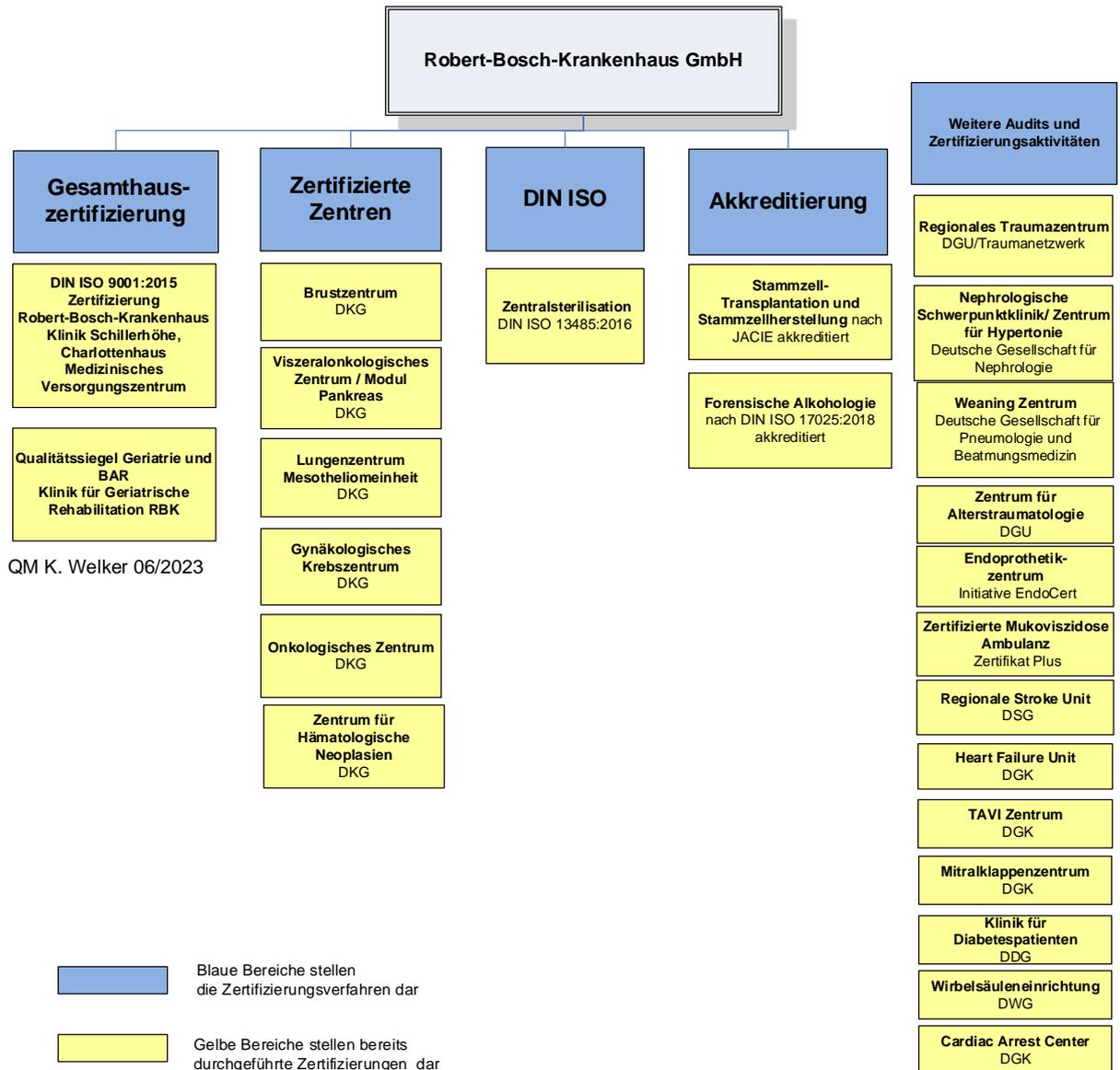
Die Vorbereitungen der Zertifizierungen erfolgen über die Stabstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement. Es finden regelmäßig interne Audits in allen zertifizierten Organzentren statt. Die Zentrumskoordinatoren und die Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) der Abteilungen werden von Frau Föll (Teamleitung Qualitäts- und klinisches Risikomanagement) hierbei umfassend unterstützt. Eine Verfahrensanweisung zur Durchführung von internen Audits liegt vor. Die Ergebnisse des Internen Audits werden im Auditbericht dokumentiert und an die Auditteilnehmer gesendet. In den Organzentren/Bereichen existieren Verfahrensanweisungen, Formulare usw., welche im Dokumentationssystem roXtra für alle Mitarbeiter einsehbar sind. Alle Zentrumskoordinatoren/QMB wurden für die Organzentren schriftlich ernannt. Eine Aufgabenbeschreibung und Ernennungsurkunde liegen für die Zentrumskoordinatoren der Organzentren vor.

Darüber hinaus wurden weitere Abteilungen und Bereiche des RBK erfolgreich zertifiziert.

Überblick der Zertifizierungsaktivitäten der Organzentren im RBK:

Zertifizierungsaktivitäten	Zertifizierungsjahr/ Re-Zertifizierungsjahr
Brustzentrum	2004/2007/2010/2013/2016/2019/2022
Darmzentrum	2008/2011/2014/2017/2019/2022
Lungenzentrum	2009/2012/2015/2018/2019/2022
Mesotheliomeinheit	2022
Gynäkologisches Krebszentrum	2010/2013/2016/2019/2022
Onkologisches Zentrum	2010/2013/2016/2019/2022
Zentrums für Hämatologische Neoplasien	2020/2022
Modul Pankreas	2020/2022

Zertifizierungsaktivitäten Robert-Bosch-Krankenhaus



5 Struktur des Onkologischen Zentrums

5.1 Geschäftsordnung

Eine Geschäftsordnung für das Onkologische Zentrum liegt vor.

6 Onkologisches Zentrum

Allgemeine Weiterentwicklung

Während die erste Jahreshälfte des Jahres 2022 noch stark von den Auswirkungen der COVID-19 Pandemie und den resultierenden Einschränkungen geprägt war, wurden die strukturellen Veränderungen und Weiterentwicklungen im Onkologischen Zentrum insbesondere in der zweiten Jahreshälfte konsequent weiterverfolgt.

Der Umzug der Abteilungen für Thoraxchirurgie und Pneumologie vom Standort Schillerhöhe an den Burgholzhof und die damit verbundene Aufhebung der räumlichen Trennung innerhalb des Lungenkrebszentrums wurde im Jahr 2022 abgeschlossen. Hierdurch können nun Synergieeffekte besser genutzt und die Versorgung von Patienten mit thoraxonkologischen Erkrankungen deutlich verbessert werden.

In einem weiteren Schritt wurde nach Verabschiedung des langjährigen Chefarztes der Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Prof. E.W. Aulitzky zum 1.12.2022, die Fusion der Abteilung mit der Abteilung Pneumologische und molekulare Onkologie vorgenommen. Chefarzt der Gesamtabteilung ist seither Prof. H.-G. Kopp. Die Abteilungsfusion auf Arbeitsebene erfordert umfangreiche Maßnahmen zur strukturellen Harmonisierung, welche derzeit in Projektgruppen interdisziplinär erarbeitet werden. Ziel dieser Projektarbeit ist die Zusammenführung inhaltlich zueinander gehörender Arbeitsfelder mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen und breit gefächerten Versorgung onkologischer Patienten, auch auf dem Gebiet der Palliativmedizin.

In diesem Zusammenhang wurden auch neue Konzepte zum interprofessionellen Austausch genutzt. Erwähnt werden soll hier im Besonderen das „Jishuken“-Projekt, welches von der Bosch-Stiftung gefördert wurde. Hier wurde in einem, in dieser Form erstmalig durchgeführten Format, ein Konzept für die Fusion der beiden onkologischen Tageskliniken unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden strukturellen und personellen Ressourcen erarbeitet.

Darüber hinaus konnten Fort- und Weiterbildungsangebote im Jahr 2022 in vielfältiger Art und Weise, auch wieder im Präsenzformat, gemacht werden. Im Zukunft soll auch das Veranstaltungsangebot für Patienten wieder erhöht werden.

Betten / Stationen / Tagesklinik

Das Onkologische Zentrum verfügt über 10 Stationen mit schwerpunktmäßiger Versorgung von Patienten mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen. Das OZ verfügt damit über insgesamt ca. 150 Betten (variabel, da auf verschiedenen Stationen Mischbelegung)

Darüber hinaus sind 2 Palliativstationen (Station 4BP und 3GP am RBK) mit 10 bzw. 9 Betten vorhanden. Prinzipiell können alle Patienten, die eine palliative Unterstützung benötigen, hier aufgenommen werden, der Schwerpunkt liegt aber auch hier auf den hämatologisch-onkologischen Erkrankungen.

In der hämatologisch-onkologischen Tagesklinik am RBK können aktuell 19 Patienten gleichzeitig behandelt werden. Die Möglichkeit der Isolierung von Patienten mit multiresistenten Keimen ist möglich und umfasst 4 Therapieplätze. In der pneumologisch-onkologischen Tagesklinik stehen 14 Therapieplätze zur Verfügung.

Aufnahme / Ambulanz

Das Onkologische Zentrum verfügt neben den Ambulanzen der zertifizierten Zentren auch über eine hämatologisch-onkologische Ambulanz sowie die Spezialsprechstunden für Palliativpatienten, für Leukämien und Stammzelltransplantationen, für Molekulare Onkologie, die Tumorsprechstunde der Allgemein- und Viszeralchirurgie, die Brust- und Gynäkologische Sprechstunde, die Sprechstunde für Bronchialkarzinome sowie die Privatsprechstunden der Chefarzte. Die ASV-Sprechstunden sind in die Sprechstunden der jeweiligen Fachabteilung integriert. Die Patienten können bei Bedarf kurzfristig und unkompliziert interdisziplinär mitbetreut werden.

Sprechstunden finden an allen Werktagen statt, die Terminvergabe erfolgt für die jeweilige Fachabteilung zentral über die entsprechenden Koordinationsstellen (z.B. THEA/GATE). Neue Patienten bekommen in der Regel innerhalb von 4 Werktagen einen Termin, in dringenden Fällen am selben Tag (in der Regel dann nach Kontaktaufnahme mit dem diensthabenden Oberarzt). Die Patientenaufnahme ist ebenfalls zentral geregelt.

Sprechstunden in der Zweigpraxis Onkologie der MVZ GmbH werden ebenfalls an allen Werktagen am Standort Friedrichstraße 9A in Stuttgart angeboten. Das MVZ Onkologie ist vom RBK-Haupthaus mit öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb von 10-15 Minuten zu erreichen. Sprechstunden in der Zweigpraxis Humangenetik finden am RBK Haupthaus 1x wöchentlich nach vorheriger Terminvereinbarung über die Molekularonkologische Ambulanz statt.

Studieneinheit

Die Studienaktivitäten werden in der zentralen onkologischen Studieneinheit (ZOSE) koordiniert. Für den Großteil der im Zentrum abgebildeten Tumorentitäten sind aktuelle Studien offen, in deren Rahmen die Patienten nach entsprechender Aufklärung und nach Prüfung der Aufnahmekriterien auch behandelt werden. Der Schwerpunkt liegt hier im Bereich der Hämatologie, der pneumologischen Onkologie und der molekular zielgerichteten Therapie. Durch die Schaffung des RBCT (Robert Bosch Zentrum für Tumorerkrankungen) wurde der Bereich der Onkologie und der onkologischen Studien weiter gestärkt und ausgebaut.

Es finden wöchentliche Studienbesprechungen statt, in denen die aktuellen Studien einschließlich potentieller Patienten und Rekrutierungszahlen sowie neu angebotene Studien vorgestellt und besprochen werden. Die Teilnahme wird protokolliert.

Tumorboard / Zweitmeinung

In den interdisziplinären Tumorkonferenzen werden alle Patienten mit einer Tumorerkrankung vorgestellt und das individuell optimale Behandlungskonzept festgelegt. Im Zuge der COVID19-Pandemie wurden die Tumorkonferenzen auf ein komplett virtuelles Format via Skype for Business umgestellt. Dieses wurde bei insgesamt guter Akzeptanz bislang weitgehend beibehalten, perspektivisch sollen wieder Präsenz- bzw. Hybridformate etabliert werden. Die Teilnahme externer Kooperationspartner wird durch die virtuellen Konzepte stark vereinfacht. Die Anmeldung zum und die Teilnahme am Tumorboard wird den externen Kooperationspartnern explizit angeboten, über den E-Mail-Verteiler erfolgt tagesaktuell die Versendung des Teilnahme-Links. Es finden Tumorkonferenzen des Lungenkrebszentrums, Brustkrebszentrums/gynäkologischen Krebszentrums, Viszeralonkologischen Zentrums und des Zentrums für Hämatologische Neoplasien sowie eine allgemeine Tumorkonferenz statt. Zudem ist seit 2019 ein wöchentliches molekulares Tumorboard etabliert. Die Tumorkonferenzen finden mehrmals pro Woche statt, so dass eine zeitnahe Besprechung der Patienten erfolgen kann.

Das Onkologische Zentrum bietet auch die Möglichkeit zur Einholung Zweitmeinung. Auch konsiliarische Vorstellungen in den Tumorkonferenzen sind möglich. Im Rahmen des OncoCure-Programms wird aktiven Mitarbeitern der Firmen Bosch und Porsche, die an einer onkologischen Erkrankung leiden, zudem gezielt die Einholung einer Zweitmeinung im Hause angeboten.

Untersuchung, Diagnostik, Beratung

Das Onkologische Zentrum verfügt dank der interdisziplinären Zusammenarbeit über alle notwendigen Strukturen zur Diagnostik und Behandlung von malignen Erkrankungen. Es stehen 2 MRT und 2 CTs zur Verfügung.

Zytostatika

Das Onkologische Zentrum verfügt über eine eigene Zytostatikaherstellung.

Strahlentherapie:

Seit 2014 ist die Strahlentherapie am RBK als MVZ des Marienhospitals Stuttgart etabliert, wodurch Strahlentherapien am Standort RBK angeboten werden können. Die Kolleginnen und Kollegen der Abteilung Strahlentherapie stehen konsiliarisch vor Ort zur Verfügung und sind bei den Tumorkonferenzen obligat präsent. Ein Ausfallskonzept ist in Kooperation mit dem Marienhospital gewährleistet.

Tumordokumentation:

Die einheitliche Einführung des Tumordokumentationssystems Onkostar im gesamten Onkologischen Zentrum wurde im Januar 2015 initiiert und 2016 erstmals flächendeckend durchgeführt. Die Entwicklung des Systems wird weiterhin konsequent in Kooperation mit den Entwicklungspartnern (DKFZ, Universität Göttingen, Universität Marburg) fortgeführt, es besteht eine Vernetzung / Schnittstelle zum System des Onkologischen Schwerpunkts Stuttgart (OSP).

6.1 Die internistisch-onkologischen Abteilungen: Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin Pneumologische und molekulare Onkologie

Die Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin umfasst 63 stationäre Betten, davon 14 Betten auf der hämatologischen Intensivpflegestation sowie insgesamt 33 Plätze in den Onkologischen Tageskliniken. Chefarzt ist seit 01.12.2022 Hr. Prof. Dr. Hans-Georg Kopp in Nachfolge von Herrn Prof. Walter E. Aulitzky.

Das diagnostische und therapeutische Spektrum umfasst prinzipiell alle hämatologischen und onkologischen Erkrankungen des erwachsenen Patienten, der Schwerpunkt liegt dabei auf den hämatologischen Erkrankungen sowie soliden Tumoren im Bereich der Lunge, des Gastrointestinaltrakts und des Bindegewebes (Sarkome). Seit über 20 Jahren werden autologe Stammzelltransplantationen, seit 2003 allogene Stammzell- und Knochenmarktransplantationen und seit 2022 CAR-T-Zelltherapien durchgeführt. Entsprechende räumliche sowie personelle Voraussetzungen sind vorhanden.

In Kooperation mit dem Institut für Medizinische Genetik und angewandte Genomik der Universitätsklinik Tübingen erfolgen Beratung und Durchführung molekulargenetischer Untersuchungen am Tumorgeewebe zur Detektion möglicher therapeutischer Angriffspunkte für eine individualisierte und molekular zielgerichtete Anti-Tumortherapie. Auch Beratungen in Bezug auf eine mögliche erbliche Tumorprädisposition sind möglich.

Zur Betreuung von terminal erkrankten Patienten existiert seit vielen Jahren ein palliativmedizinischer Konsildienst. Das Palliativteam setzt sich zusammen aus einem Arzt und einer Pflegekraft, die von allen Stationen des Hauses angefordert werden können. Die Patienten werden dann spezifisch palliativmedizinisch mitbetreut, verbunden mit täglichen Besuchen. Durch diesen Dienst wird die Qualität der Versorgung schwerstkranker Palliativpatienten, die nicht auf einer ausgewiesenen Palliativstation betreut werden, im gesamten Haus verbessert.

Systemische Therapie

Die systemische Therapie orientiert sich an den aktuellsten Studienergebnissen und Leitlinien. Am Zentrum werden alle Chemo- und Immuntherapien angeboten. Ambulante Therapien können zudem auch in der Zweigpraxis Onkologie der MVZ GmbH und über die ASV Lunge und die ASV GIT erfolgen. Es besteht darüber hinaus eine enge Kooperation mit den Strahlentherapien der Kliniken in Ludwigsburg und im Marienhospital Stuttgart sowie mit den niedergelassenen Hämatologen und Onkologen.

Stammzelltransplantationen

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Abteilung für Hämatologie und Onkologie liegt auf den Stammzell- bzw. Knochenmarktransplantationen. Es werden sowohl autologe als auch allogene Transplantationen sowie CAR-T-Zelltherapien mit entsprechender Vor- und Nachsorge durchgeführt. Es stehen sowohl räumlich als auch personell sehr gute Voraussetzungen hierfür zur Verfügung.

6.2 Ziele des Onkologischen Zentrums in 2023

Um eine hohe Dienstleistungsqualität zu erreichen, leiten wir aus unserer Qualitätspolitik folgende konkret messbare Ziele für das Jahr 2023 ab:

Zielsetzung 2023	Umsetzung und quantitative Anforderung	Messung
Vollständige Fusion der Abteilungen Pneumologische/Molekulare Onkologie und Hämatologie/Onkologie/	Zu den verschiedenen Arbeitsbereichen wurden Projektgruppen implementiert	Räumliche und Personelle Zusammenführung inhaltlich zusammenhängender Bereiche (z.B. Tageskliniken) Harmonisierung der Abläufe im klinischen Arbeitsalltag

Zielsetzung 2023	Umsetzung und quantitative Anforderung	Messung
Palliativmedizin auf der Arbeitsebene		
Vervollständigung der ChemoCompile-Implementierung	Im Rahmen der Projektgruppe „Digitalisierung“ wird die Umsetzung regelmäßig voran getrieben	Ausschließliche Nutzung von ChemoCompile zur Chemotherapie-Bestellung im gesamten OZ
Weiterer Ausbau des OncoCure-Programms	Hinzugewinn weiterer Firmen für die erweiterte Gesundheitsleistung	Kooperationsverträge
Erweiterung des ambulanten Behandlungsangebots für Patienten mit Weichgewebstumoren (Sarkome)	Implementierung der ASV-Sarkome	Erfolgreiche Implementierung der ASV-Sarkome
Erweiterung des Angebotes zur molekularen Diagnostik im Bereich der hämatologischen Neoplasien	Etablierung von hausinternen Analysepanels sowie Angebot zur erweiterten Analyse z.B. im Rahmen von Kooperationen	Etablierung eines internen Standards für die erweiterte molekulare Diagnostik bei hämatologischen Neoplasien, hausinterne Analyse-Panels

6.3 Bewertung der Ziele 2022

Zielsetzung 2022	Geplante Umsetzung	Erfolgt Umsetzung und Messung
Vollständiger Umzug des Lungenkrebszentrums ins RBK	Umzug Pneumologie Umzug Thoraxchirurgie	Umsetzung vollumfänglich erfolgt
Vervollständigung der ChemoCompile-Implementierung	Abgleich der Protokolle in ZENZY durch Abteilung Hämatologie und Apotheke	Teilweise umgesetzt, da umfangreiche Maßnahmen zur Harmonisierung nach Abteilungsfusion erforderlich
Fusion der Abteilungen Pneumologische/Molekulare Onkologie und Hämatologie/Onkologie/Palliativmedizin	Zusammenführung der Organisationsstrukturen incl. zentrales Management von Aufnahme/Terminierung/Entlassung, Dienstpläne, Konsildienste, Weiterbildungsbefugnisse, KV-Ermächtigungen	Etablierung fusionierter Strukturen und Dienstpläne. Weiterbildungsbe-fugnisse und KV-Ermächtigungen sind beantragt. Auf der Arbeitsebene müssen noch zahlreiche Maßnahmen zur Harmonisierung erfolgen. Derzeit wird hier umfangreiche Projektarbeit durchgeführt.
Ausbau des OncoCure-Programms	Hinzugewinnung einer weiteren Firma, die sich für OncoCure als erweiterte Gesundheitsleistung für Mitarbeiter entscheidet	Kooperation mit der Firma Porsche Kontinuierlicher Ausbau, auch auf internationaler Ebene. Kooperationsverträge sind in Vorbereitung.

6.4 Ergebnisse internes und externes Audits

Ergebnisse aus externen Audits

Am 27. Juni und 12. August 2022 fand das Überwachungsaudit des Onkologischen Zentrums nach den Anforderungen von OnkoZert und der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Die Ergebnisse des Audits wurden innerhalb des Zentrums besprochen und in einem Aktionsplan erfasst.

Aktionsplan des Onkologischen Zentrums:

Hinweise / Abweichungen Auszüge aus dem externen Auditbericht	Aktion	Status (offen / in Bearbeitung / Erledigt)
Audits innerhalb des OZ sind im nächsten Audit zwingend nachzuweisen.	Audits werden geplant und durchgeführt.	Erledigt
Die Geschäftsordnung ist von allen Hauptkooperationspartnern zu unterschreiben.	Nachweis der Unterschriften in roXtra kenntlich machen oder eine unterschriebene Version in roXtra einstellen. Kann in roXtra über die Workflow Ansicht „Empfänger“ angezeigt werden.	Erledigt
Es sollte ein Verfahren zur standardisierten, stichprobenartigen Auswertung der Protokolle der Tumorkonferenzen in Bezug auf Einhaltung der Konferenzempfehlungen entwickelt werden. Die Formulierung „Beschluss“ im Protokoll der Tumorkonferenz sollte durch die Formulierung „Empfehlung“ ersetzt werden.	Verfahrensanweisung hierzu ist erstellt und wird durch die Tumordokumentation durchgeführt.	Erledigt
Die Informationen zu den Tumorkonferenzen (Termine, Anmeldung von extern, Möglichkeit der Teilnahme, Zweitmeinungskonzept) sind nur versteckt aufzufinden (z.B. https://www.rbk.de/disziplinen/robert-bosch-centrum-fuer-tumorerkrankungen-rbct/beraten.html) und sollten in den Medien für Interessierte besser auffindbar sein.	Tumorkonferenzen sind unter RBCT nun leichter aufzufinden über einen Quicklink rechts sowie durch einen Link unter Beraten. Hier sind alle Tumorkonferenzen mit Tag, Uhrzeit und Kontakt aufgeführt.	Erledigt
Die nächste Einweiserbefragung wird für den Herbst 2022 geplant und soll im nächsten Audit vorgestellt werden.	Findet vom 12.06.2023 für den Zeitraum von 4 Wochen statt. Eine Auswertung der Ergebnisse und Maßnahmenableitung werden in der nächsten Managementbewertung vorgenommen.	Erledigt
Es sollte auch für die im HAEZ betreuten Patienten die Evaluierung mittels eines Screening-Instrumentes sichergestellt sein.	Erstellung eines Prozesses für die Stationen zur Ausgabe und Erläuterung der Bögen ist erfolgt und befindet sich in roXtra. Überprüfung des Prozesses erfolgt durch die Psychoonkologie.	Erledigt
Es ist sicherzustellen, dass jedem Mitarbeiter eine spezifische Fort-oder Weiterbildung pro Jahr ermöglicht wird. (Patientenkoordination)	Teilnahme an Hospizworkshop in 2022 erfolgt. Für 2023 sind Teilnahmen an Online Veranstaltungen geplant.	In Bearbeitung

Hinweise / Abweichungen Auszüge aus dem externen Auditbericht	Aktion	Status (offen / in Bearbeitung / Erledigt)
Der Nachweis von 50 applizierten Chemotherapien muss für jeden mit der Zytostatikagabe betrauten Mitarbeiter erbracht werden.	Seit 01.01.2023 erfolgt eine papierbasierte Dokumentation auf den Stationen.	Erledigt
Die Chemotherapieanforderung sollte innerhalb des Zentrums mit einem einheitlichen Programm erfolgen.	ChemoCompile Roll Out 2023 ist in Bearbeitung. Hierzu gibt es eine Teilprojektgruppe m Zuge der Abteilungszusammenführung.	In Bearbeitung
Das Organigramm der Hygieneabteilung muss die tatsächliche personelle Situation wiedergeben.	Bereits Aktualisiert Oktober 2022.	Erledigt
Für jeden Untersucher muss die Anzahl der für ein Zentrum erfolgten pathologischen Untersuchungen dezidiert angegeben werden.	Anzahl der Untersuchungen pro Facharzt die im Erhebungsbogen Pathologie gefordert werden, werden entsprechend nachgewiesen. Alle weiteren Zentren werden vorerst nicht speziell einem Untersucher zugewiesen.	Erledigt
Der palliativmedizinische Hintergrunddienst ist mit 2 Ärzten äußerst knapp ausgestattet	Aktueller HG-Dienst weist höhere Anzahl von Dienstärzten auf	Erledigt

Ergebnisse aus internen Audits

Folgende interne Audits, welche das Onkologische Zentrum und dessen Kooperationspartner betreffen haben in 2019/2020/2021/2022 stattgefunden bzw. sind in 2023 geplant:

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/Geplant in 2023
Onkologisches Zentrum / Zentrum für Hämatologische Neoplasien	Sprechstunde / Ambulanz Hämatologie			23./24.06. 2021 (ISO Audit)		
	Zentrumskoordinator Onkologisches Zentrum				06.04. 2022	

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/Geplant in 2023
	Palliativstation 1L	23.07.2019		23./24.06.2021 (ISO Audit)	03.05.2022	
	Onkologische Tagesklinik	23.07.2019		23./24.06.2021 (ISO Audit)		
	Station 5B	23.07.2019				
	Station 4C	23.07.2019		23./24.06.2021 (ISO Audit)		
	Station 4D	23.07.2019		23./24.06.2021 (ISO Audit)		
Darmzentrum Modul Pankreas	Endoskopie	09.09.2019	02.04.2020			08.02.2023
	Zentrumskoordinator Darmzentrum/Modul Pankreas	18.02.2019	02.04.2020	12.04.2021		08.02.2023
	Stomathe- rapie			10.03.2021		07.02.2023
	Station 1B		02.04.2020	12.04.2021		08.02.2023
	Station 2S (ehemals IMC Station 3D)			23./24.06.2021 (ISO Audit)		08.02.2023
	Abteilung Gastroenterologie	09.09.2019				
Lungenzentrum	Pneumologie Station P1	07.10.2019				September 2023
	Pneumologie Station P2	09.10.2019	Beim ISO Audit be- gangen			September 2023
	Pneumologische Onkologie Station 3G				06.04.2022	
	Palliativstation 3GP	09.10.2019			06.04.2022	
	Ambulanz KSH	07.10.2019	Beim ISO Audit be- gangen			September 2023
	Zentrumskoordinator Lungenzentrum				Geplant, zurück- gestellt wergen Umzug	September 2023
	Thoraxchirurgie Sekretariat				Geplant, zurück- gestellt wergen Umzug	September 2023

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/Geplant in 2023
	Thoraxchirurgie Station C2		Beim ISO Audit begangen		Geplant, zurückgestellt wegen Umzug	September 2023
	Bronchoskopie	07.10.2019	Beim ISO Audit begangen			September 2023
Brustzentrum/ Gynäkologisches Krebszentrum	Gynäkologische Ambulanz / Sekretariat		Beim ISO Audit begangen	23./24.06.2021 (ISO Audit)		Oktober 2023
	Gynäkologie Station 2D		Beim ISO Audit begangen	23./24.06.2021 (ISO Audit)		Oktober 2023
	Zentrumskoordinator Brustzentrum				Geplant	Oktober 2023
	Zentrumskoordinator Gynäkologisches Krebszentrum				Geplant	Oktober 2023
	Station 2B	07.08.2019	Beim ISO Audit begangen	23./24.06.2021 (ISO Audit)		Oktober 2023
Zentrale Bereiche / Kooperationspartner	Tumordokumentation				Geplant	November 2023
	Intensivstation 1A / 1D	06.05.2019	Beim ISO Audit begangen	23./24.06.2021 (ISO Audit)		
	Intensivstation KSH		Beim ISO Audit begangen		Geplant, zurückgestellt wegen Umzug	November 2023
	Psychosomatische Medizin	25.06.2019				Dezember 2023
	Patientenkoordination	18.09.2019		23./24.06.2021 (ISO Audit)	21.02.2022	
	Ernährungsmanagement / Diabetesberatung	03.07.2019		19.05.2021	24.11.2022	
	Pathologie	04.02.2019				
	OP KSH	05.06.2019			09.11.2022	
	OP RBK	09.09.2019	Beim ISO Audit begangen	23./24.06.2021 (ISO Audit)	09.11.2022	

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/Geplant in 2023
	Radiologie RBK, KSH	28.08.2019	Beim ISO Audit begangen			18.04.2023
	Apotheke		23.07.2020			
	MVZ Onkologische Zweigpraxis			16.03.2021	13.05.2022	

Die Auditberichte können bei der Stabstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement eingesehen werden.

6.5 Ergebnisse Patientenbefragung

Um unsere Kundenorientierung bewerten zu können, wird eine kontinuierliche Patientenbefragung durchgeführt. Die Befragung wurde im September 2020 von Papier auf Digital umgestellt. An zentralen Stellen im Haus und auf jeder Station steht ein Befragungsterminal, über welches Patienten und Angehörige eine Rückmeldung geben können. Des Weiteren besteht die Möglichkeit über einen QR-Code teilzunehmen. Durch den Umzug der Klinik Schillerhöhe an das Robert-Bosch-Krankenhaus wurden QR Codes entsprechend der neuen Stationen angepasst. Um die Rücklaufquote zu steigern werden verschiedene Maßnahmen ergriffen, hierzu gehören unter anderem: Neben dem Format der QR-Codes im A6 Format stehen diese nun auch im A5 Format zur Verfügung, auf den neuen Karten kann die Station als Information für die Patienten direkt das entsprechende Zentrum zuordnen. Auf einer Pilotstation erfolgt 1x wöchentlich aktiv die Befragung durch einen FSJler zur Erinnerung an die Teilnahme sowie zur Unterstützung von Patienten, die diese nicht eigenständig durchführen können. Bei der Entlassung wird den Patienten der QR-Code zur Befragung im Entlassbrief mitgegeben.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung sind im Anhang abgebildet.

In der Tabelle wird die Rücklaufquote der Patientenbefragung abgebildet.

Station	2016	2017	2018	1. Quartal 2019	4. Quartal 2020	2021	2022
4C	19,2 %	19,5 %	15,8 %	11 Fragebögen, d.h. 34,4%	10 Teilnehmer 100% würden uns weiterempfehlen	27 Teilnehmer Weiterempfehlungsquote 96,15%	20 Teilnehmer Weiterempfehlungsquote 90%
4D	14,0 %	12,0 %	11,4 %	9 Fragebögen, d.h. 3,4%			
5B	20,9 %	17,9 %	8,3 %	8 Fragebögen, d.h. 3,2%			

6.6 Ergebnisse Einweiserbefragung

In 2019 wurde eine Einweiserbefragung über alle Fachabteilungen im Robert-Bosch-Krankenhaus und seine Standorte durchgeführt. Die Rücklaufquote war eher gering. Zentrale Kritikpunkte lassen sich dennoch extrapolieren. Diese betreffen insbesondere die Erreichbarkeit adäquater Ansprechpartner im Hause und den wechselseitigen Informationsaustausch.

Durch die Implementierung der Anmeldeportale THEA (für hämato-onkologische Patienten), GATE (für gastroenterologische Patienten) und die direkte Durchwahl zum diensthabenden Oberarzt der pneumo-

logischen Onkologie wurde der Anmeldeprozess für die Einweiser wesentlich erleichtert und beschleunigt. Die Rückmeldung diesbezüglich ist durchweg positiv und die Maßnahmen können somit als wesentliche Verbesserung betrachtet werden.

Insbesondere bei kritischen intraklinischen Therapieentscheidungen wird die fehlende unmittelbare Rückmeldung an den ambulanten Behandler von den Zuweisern kritisiert. Die zeitnahe Übermittlung eines aktuellen und aussagekräftigen Arztberichtes an den Zuweiser hat hierbei sicherlich einen zentralen Stellenwert, ersetzt jedoch im Einzelfall nicht das direkte kollegiale Gespräch. Interdisziplinäre Tumorboards bilden die ideale Plattform für den kollegialen Austausch, durch die intensive Nutzung digitaler Formate seit dem Jahr 2020 wurde die Teilnahme externer Zuweiser deutlich erleichtert.

Eine erneute Einweiserbefragung hat am 12.06.2023 für den Zeitraum von vier Wochen gestartet. Die Ergebnisse und Maßnahmenableitungen werden in der nächsten Managementbewertung aufgeführt.

6.7 Qualitätszirkel und Lenkungsgremium

Folgende Qualitätszirkel haben 2022 stattgefunden

- 10.02.22 zum Thema Einführung zentrumsspezifischer Patientenfragebögen (Referentin Fr. Himmel)
- 03.03.22 zum Thema Neoadjuvante Therapie des Pankreaskarzinoms (Referent Prof. Hehr, Strahlentherapie)
- 09.03.22 zum Thema Auswertung Patientenrückmeldung
- 20.10.22 zum Thema Lokalthherapie beim fortgeschrittenen Pankreaskarzinom (Referent Prof. Maßmann, Radiologie)
- 21.12.22 zum Thema Vermeidung von Medikamentennebenwirkungen (Referent Dr. Kimmich, Pneumologische Onkologie)

Die Protokolle liegen vor. Teilnehmer sind die Führungskräfte im ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie bei Bedarf und je nach Tagesordnung weitere eingeladene Teilnehmer.

Die Einladungen zu den Qualitätszirkeln mit entsprechender Agenda bzw. Themenschwerpunkt werden vorab von der Tumordokumentation oder den Zentrumskoordinatoren über die entsprechenden Verteiler versendet. Externe Kooperationspartner werden je nach Thema des QZ ebenfalls eingeladen.

Die Hauptkooperationspartner nehmen an den Qualitätszirkeln regelmäßig teil.

Für die Abteilung molekulare Onkologie finden regelmäßig separate Qualitätszirkel mit Teilnahme von Molekularpathologie und Humangenetik (MVZ) statt.

M&M-Konferenzen erfolgen sowohl abteilungsintern (in der Regel 1x pro Quartal), als auch Fachabteilungsübergreifend.

Folgende Termine des Lenkungsgremiums haben in 2022 stattgefunden:

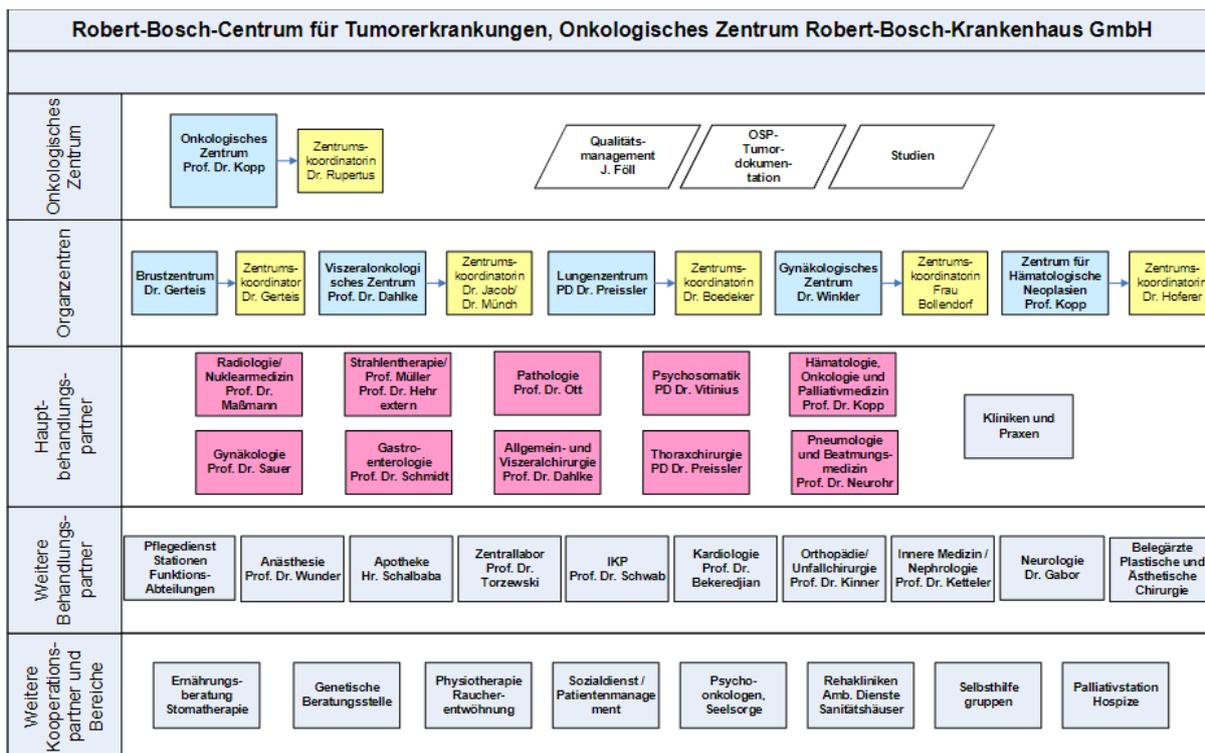
- 20. Lenkungsgremium am 19.05.2022
- 21. Lenkungsgremium am 15.12.2022

Es liegen die Anwesenheitslisten sowie die Protokolle der Sitzungen vor.

6.8 Fortbildungen

Im Bereich des Onkologischen Zentrums finden regelmäßige Fortbildungen statt. Neben den spezifischen Veranstaltungen der Organzentren werden auch interdisziplinäre Fortbildungen angeboten, teilweise im Rahmen des CCC Tübingen-Stuttgart.

6.9 Kooperationsmodell Onkologisches Zentrum



6.10 Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage

Das Onkologische Zentrum präsentierte sein Leistungsspektrum in den vergangenen Jahren in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen waren dabei die Patienten des Onkologischen Zentrums sowie die niedergelassenen Praxen aus dem Raum Stuttgart und Umgebung.

Insbesondere für die Patienten wurde eine Reihe von Drucksachen erstellt bzw. aktualisiert, diese sind auch alle über das Internet abrufbar:

Informationen zum Onkologischen Zentrum und den entsprechenden Fortbildungsterminen wurden in den Internetauftritt des RBK integriert.

6.11 Ergebnisqualität

Bezüglich der Ergebnisqualität der Entitäten wird bei den zertifizierten Zentren auf die Berichte der entsprechenden Zentren (Brustkrebszentrum/Gynäkologisches Krebszentrum, Zentrum für Hämatologische Neoplasien, Viszeralonkologisches Zentrum und Lungenkrebszentrum) verwiesen.

Studien:

Eine aktuelle Studienrekutierungsübersicht liegt vor. Das Studienportfolio deckt alle im Haus schwerpunktmäßig behandelten Entitäten und Therapielinien ab.

Risikomanagement:

Es wird ein jährlicher Risikomanagementbericht erstellt. Darin werden die dokumentierten Fehlermeldungen ausgewertet. Dokumentiert werden alle Fehler in anonymisierter Form. Grundsätzlich können und sollen sowohl Pflege als auch Ärzte festgestellte Fehler dokumentieren. Anhand des Berichts wird eine interne Qualitätsverbesserung angestrebt. Der Bericht kann separat eingesehen werden. Seit Januar 2014 nimmt das onkologische Zentrum am hausweiten Risikomanagement (CIRS) teil. Die Dokumentation erfolgt seither zentral und EDV-gestützt. Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen finden sowohl im abteilungsinternen Rahmen (1x pro Quartal) und interdisziplinär statt. Inhalte und Maßnahmenkatalog werden protokolliert.

Bewertung der Punkte durch den Zentrumsleiter

Das Jahr 2022 war gekennzeichnet durch wieder ansteigende Patientenzahlen und die Komplettierung des Umzugs der Klinik Schillerhöhe an das RBK. Mit der Ankunft von Thoraxchirurgie und Pneumologie ist das Lungenkrebszentrum wieder geographisch vereint worden. Zum 1.12.2022 wurden zudem die ehemals getrennten Abteilungen Pneumologische/molekulare Onkologie und Hämatologie/Onkologie/Palliativmedizin vereint. Die fusionierte Abteilung firmiert unter der Bezeichnung Hämatologie/Onkologie/Palliativmedizin. Bis dato sind einige Doppelstrukturen weiterhin vorhanden (z.B. zwei Palliativstationen, zwei onkologische Tageskliniken, zwei onkologische Ambulanzen). Ein Fusionsprojekt wurde jedoch auf den Weg gebracht. Bis Ende 2023 sollen die meisten Doppelstrukturen unter Nutzung von Synergieeffekten zusammengefasst sein

7 Gynäkologisches Krebszentrum

Nach wie vor besteht eine hohe Dichte an zertifizierten gynäkologischen Krebszentren im Raum Stuttgart und Umgebung und bedingt eine entsprechende Konkurrenzsituation. Unser wichtigstes Ziel die Fallzahlen gegenüber 2021 wieder zu erhöhen, haben wir erreicht.

Weiterhin wird die Abteilung für Naturheilkunde und integrative Medizin sehr gut von unseren Patientinnen aufgenommen. Als fester Bestandteil ist diese in die gynäkologische Station integriert und wird nicht nur von unseren onkologischen Patientinnen geschätzt und genutzt.

Die jährliche Fortbildungsreihe „Gynäkologie und Geburtshilfe aktuell“ wurde im Juni 2021 als Online-Fortbildung mit ca. 600 Teilnehmern und im März 2022 mit 160 Teilnehmern vor Ort durchgeführt. Im Juni 2022 ist „Der schwierige Fall in der gynäkologischen Onkologie“ angeboten worden.

Die jährliche Auswertung der Patientinnenfragebögen lässt weiterhin auf eine hohe Zufriedenheit schließen. Vor allem im Bereich der ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Ebenfalls der Gesamteindruck ist sehr gut, 90% der Patientinnen würden uns weiterempfehlen.

Herr Dr. Kneer hat im Juni 2022 die Zusatzbezeichnung „gynäkologische Onkologie“ erhalten.

Für 2023 wird ein weiterer Oberarzt (Herr Dr. Gerteis) die Zusatzbezeichnung gynäkologische Onkologie erlangen und damit das gynäkologische Krebszentrum und das Brustzentrum stärken.

7.1 Abteilung für Gynäkologie

Aufnahme / Ambulanz

Eine stetige Anpassung der Prozesse in der Gynäkologischen Ambulanz hat zu einer deutlichen Verbesserung in der Ablauforganisation beigetragen. Die Trennung in verschiedene Zuständigkeitsbereiche mit klarer Festlegung des jeweiligen Ansprechpartners verbesserte den reibungslosen Sprechstunden- und Aufnahmeablauf ebenso wie die telefonische Erreichbarkeit.

Der Ambulanzbereich ist ansprechend, hell und freundlich. Die Räume sind mit modernem und geeignetem Mobiliar sowie modernen Ultraschallgeräten ausgestattet.

Dem zunehmenden Patientenaufkommen wurde zwischenzeitlich mit einer Anpassung des Stellenplans (zusätzlich eine halbe Pflegestelle) Rechnung getragen. Auch trotz knapp bemessener Räumlichkeiten mit vier Untersuchungszimmern können wir die Wartezeiten für unsere Patientinnen geringhalten, was auch durch die Patientinnenbefragung bestätigt.

Untersuchung, Diagnostik, Beratung

In der Gynäkologischen Ambulanz erfolgt die vollständige Aufnahme des Patienten mit Anamnese einschließlich Medikamenteneinnahme, Begleiterkrankungen, Voroperationen, körperlicher und gynäkologischer Untersuchung. Es werden in der Regel eine umfassende Blutuntersuchung einschließlich Tumormarker und eine gynäkologische vaginale Sonographie (ggf. auch abdominal) durchgeführt. Weitere Diagnostik wird über die EDV angemeldet und zeitnah terminiert. Handelt es sich um ein gynäkologisches Karzinom, erfolgen nach Erhalt sämtlicher Befunde ein ausführliches Gespräch mit der Patientin sowie die Planung der stationären Aufnahme. Dies geschieht entweder vorstationär oder über die Gynäkologische Sprechstunde. Ältere, kranke Patientinnen werden auch zur präoperativen Diagnostik primär stationär aufgenommen.

Im Gynäkologischen Krebszentrum stehen folgende Möglichkeiten zur Diagnostik gynäkologischer Erkrankungen zur Verfügung: Mehrere Untersuchungsräume mit modernen Ultraschallgeräten (inkl. der Möglichkeit zum 3D-Ultraschall). Es können gezielte Biopsien mit Hilfe des Kolposkops entnommen werden.

2021 wurden zwei neue GE-Geräte angeschafft: Ein GE-Voluson E10 und ein GE-Voluson E8-Gerät. In unseren Beständen haben wir noch zwei weitere GE-Voluson E8 Geräte in der gynäkologischen Ambulanz, so dass wir hier gut aufgestellt sind.

Wie in den Jahren zuvor führen wir im Bereich der operativen Therapie und Diagnostik selbstverständlich auch weiterhin sämtliche gynäkologische Operationsverfahren wie Konisationen, diagnostische und

operative Hysteroskopien, Laserbehandlungen, diagnostische und operative Laparoskopien, Sentinel-Biopsien und nervenschonende Radikaloperationen sowie Staging-Laparoskopien durch (VALRH, LNE per Laparoskopie, paraaortale LNE per Laparoskopie).
Seit 2021 wird auch die Sentinel-Lymphonodektomie bei Endometriumkarzinom (ICG) durchgeführt.

Die OP-Planung erfolgt falls erforderlich auch gemeinsam mit der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Chefarzt Prof. Dr. Dahlke (im Hause), der Abteilung für Urologie (Prof. Dr. Christian Schwentner, Diakonieklinikum) oder mit der Plastischen Chirurgie (Dr. Ziegler). Kooperationsvereinbarungen liegen mit den externen Kooperationspartnern vor.

Sämtliche Patientinnen mit einer bösartigen Erkrankung werden interdisziplinär in unserem Tumorboard besprochen.

Stationen des Gynäkologischen Krebszentrums

Im pflegerischen Bereich ist hauptsächlich die Station 2D mit der Versorgung von gynäkologischen Tumorpatientinnen betraut. Diese Stationen sind auch im Brustzentrum vertreten, so dass auf viele bereits bestehende Qualitätsstrukturen zurückgegriffen werden kann.

Die diagnostische Phase wird in der Regel prästationär oder über die Sprechstunde des Gynäkologischen Krebszentrums durchgeführt. Diese ist in die Abläufe in der Gynäkologischen Ambulanz eingebettet, so dass auch hier von den bereits bestehenden Strukturen des Brustzentrums profitiert werden kann. Bei älteren und kranken Patientinnen kann dies auch stationär erfolgen. Der Hauptteil der Diagnostik findet in den Funktionsbereichen der Gynäkologie und Radiologie statt.

Die Patientinnen werden zum geplanten operativen Eingriff auf die Stationen 2D aufgenommen. Postoperativ werden die Patientinnen in der Regel auf der Operativen Intensivstation 1A und 1D intensivmedizinisch betreut, je nach individuellem Zustand ist anschließend eine weitere Überwachung auf der interdisziplinären Operativen Überwachungsstation 2A angezeigt.

Zudem wird allen Patientinnen mit einer Krebsdiagnose ein psychoonkologisches Gespräch durch einen Mitarbeiter der psychosomatischen Abteilung angeboten. Die Zusammenarbeit ist sehr gut und die Patientinnen nehmen dieses Angebot im Allgemeinen sehr dankbar an.

Im Behandlungsverlauf können die Patienten ambulant in der Onkologischen Tagesklinik behandelt werden. Sollte es im Verlauf zu Komplikationen oder gar einer palliativen Behandlungssituation kommen, werden die Patienten durch den palliativen Konsiliardienst oder auf der Palliativstation betreut.

Die seit 2014 bestehende Möglichkeit, nun auch im RBK die Strahlentherapie durchgeführt werden kann, wird von den Patientinnen sehr gut aufgenommen. Die bestehende Kooperation mit dem Marienhospital Stuttgart ist hervorragend.

Systemische Therapie

Die systemische Therapie orientiert sich an den aktuellsten Studienergebnissen und Leitlinien. Nach interdisziplinärer Vorstellung im Tumorboard zur Empfehlung der weiteren Therapie erfolgt ein Gesprächstermin mit der Patientin, ggf. auch den Angehörigen und dem Oberarzt, indem dann das weitere Vorgehen erläutert wird.

7.2 Ziele des Gynäkologischen Krebszentrum in 2022

Um eine hohe Dienstleistungsqualität zu erreichen, leiten wir aus unserer Qualitätspolitik folgende konkret messbare Ziele für das Jahr 2022 ab:

Zielsetzung 2023	Umsetzung und quantitative Anforderung	Messung
Zusatzbezeichnung „Gynäkologische Onkologie“ durch Oberarzt Dr. Gerteis	Anmeldung zur Prüfung 07/23	Zertifikat
Vorbereitung der Zentrumsübernahme durch Herrn Dr. Kneer 2024	Intensivierte Einarbeitung ins gynäkologische Krebszentrum	

Zielsetzung 2023	Umsetzung und quantitative Anforderung	Messung
Halten bzw. Erhöhung der Fallzahlen im GKZ	Durch die Gründung eines ASV und die zusätzliche Zertifizierung eines weiteren Gynäko-Onkologen wollen wir die Fallzahlen stabil halten und wenn möglich auch leicht erhöhen	Fallzahlen

7.3 Bewertung der Ziele 2021

Zielsetzung 2022	Geplante Umsetzung	Erfolgt Umsetzung und Messung
Zusatzbezeichnung „Gynäkologische Onkologie“ durch Oberarzt Dr. Kneer	Die Prüfung ist im Juni 2022 vorgesehen	Erfolgreiche Prüfung 06/22
Ausweitung der Dysplasiesprechstunde, damit die Wartezeiten für die Patientinnen auf einen Sprechstermin verkürzt werden können	Einarbeitung zweier weiterer Kolleginnen in die Sprechstunde	Leider kann derzeit aus Kapazitätsgründen in der Ambulanz die Sprechstunde nur einmal pro Woche angeboten werden
Halten bzw. Erhöhung der Fallzahlen im GKZ	Unser Ziel ist, durch die zusätzliche Zertifizierung eines weiteren Gynäko-Onkologen die Fallzahlen wieder leicht zu steigern	Steigerung der Fallzahlen um 6%

7.4 Ergebnisse internes und externes Audit

Ergebnisse aus externen Audits

Am 10. Oktober 2022 fand das Überwachungsaudit des Gynäkologischen Krebszentrums nach den Anforderungen von OnkoZert und der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Die Ergebnisse des Audits wurden innerhalb des Zentrums besprochen und in einem Aktionsplan erfasst.

Feststellungen Audit 2022:

Nr.	AHE	Hinweise / Abweichungen Auszüge aus dem externen Auditbericht	Aktion	Status (offen / in Bearbeitung / Erledigt)
1.3	H	Die eigene Einweiserzufriedenheitsermittlung des Zentrums wurde im Jahr 2019 durch eine hausweite Lösung ersetzt. Bei einer Rücklaufquote von nur 9,2% muss die Aussagekraft und somit der Nutzen in Frage gestellt werden. Eine kritische Prüfung der noch im Jahr 2022 geplanten Umfrage sollte erfolgen. Kolposkopiediplom gemäß der AGCPC ist OÅ Frau Dr. Bux.	Eine Einweiserbefragung hat ab dem 12.06.2023 für den Zeitraum von 4 Wochen stattgefunden. Eine Auswertung erfolgt im Anschluss und wird in der nächsten Managementbewertung dargestellt.	Erledigt

2	H	Die enge Raumsituation in der Ambulanz der Frauenklinik mit insgesamt 4 Behandlungsräumen wurde bereits in Voraudits thematisiert und muss im Auge behalten werden.	Erweiterung der Räumlichkeiten wird geprüft, ist voraussichtlich jedoch nicht umsetzbar. Raum der Perückenberatung anfragen.	Erledigt
5	H	Ein Augenmerk muss auf die Operateursregelung sowohl im Brust- als auch im Gynäkologischen Krebszentrum weiterhin- gelegt werden, auch wenn dies aufgrund natürlicher personeller Fluktuationen schwer erscheinen mag.	Darstellung der Operateursregelung für das nächste Audit.	Erledigt

Ergebnisse aus internen Audits

Folgende interne Audits, welche das Gynäkologische Krebszentrum betreffen haben in 2019/2020/2021/2022 stattgefunden bzw. sind in 2023 geplant:

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/ Geplant in 2023
Brustzentrum/ Gynäkologisches Krebszentrum	Gynäkologische Ambulanz / Sekretariat		Beim ISO Audit begangen	23./24.06. 2021 (ISO Audit)		November 2023
	Gynäkologie Station 2D		Beim ISO Audit begangen	23./24.06. 2021 (ISO Audit)		November 2023
	Zentrumskoordinator Brustzentrum					November 2023
	Zentrumskoordinator Gynäkologisches Krebszentrum					November 2023
	Station 2B	07.08.2019	Beim ISO Audit begangen	23./24.06. 2021 (ISO Audit)		November 2023

Die Auditberichte können bei der Stabstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement eingesehen werden.

7.5 Ergebnisse Patientenbefragung

Um unsere Kundenorientierung bewerten zu können, wird eine kontinuierliche Patientenbefragung durchgeführt. Die Befragung wurde im September 2020 von Papier auf Digital umgestellt. An zentralen Stellen im Haus und auf jeder Station steht ein Befragungsterminal, über welches Patienten und Angehörige eine Rückmeldung geben können. Des Weiteren besteht die Möglichkeit über einen QR-Code teilzunehmen.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung sind im Anhang abgebildet.

- Rücklauf 2016:** 74 Fragebögen, d.h. 76%
- Rücklauf 2017:** 70 Fragebögen, d.h. 71%
- Rücklauf 2018:** 46 Fragebögen, d.h. 54 %
- Rücklauf 2019:** 43 Fragebögen, d.h. 58 %

Rücklauf 2020: 11 Fragebögen, > bezieht sich nur auf das 4. Quartal 2020
Rücklauf 2021: 39 Rückmeldungen, Rücklaufquote stationär 82,05%, ambulant 17,95%
Rücklauf 2022: 19 Rückmeldungen, Rücklaufquote 21,34%

7.6 Ergebnisse Einweiserbefragung

In 2019 wurde eine Einweiserbefragung über alle Fachabteilungen im Robert-Bosch-Krankenhaus und seine Standorte durchgeführt. Die Auswertung für die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe war sehr erfreulich, es besteht eine große Zufriedenheit von seitens der Einweiser. Die Durchschnittswerte der Beurteilung waren in allen Bereichen zwischen 1,3 und 1,87 (Bewertung von 1 sehr zufrieden bis 6 vollkommen unzufrieden). Eine Einweiserbefragung hat vom 12.06.2023 für den Zeitraum von vier Wochen stattgefunden. Die Auswertung erfolgt im Anschluss und wird in der nächsten Managementbewertung dargestellt.

7.7 Qualitätszirkel

Datum	Thema
16.03.2022:	1. Qualitätszirkel OP RBK
29.04.2022:	Qualitätszirkel Ambulanz: Abläufe bei der Aufnahmeorganisation und OP-Vorbereitung onkologischer Patientinnen
21.06.2022:	Qualitätszirkel Radiologie: Betrachtung der Lymphknoten-Statistik
06.07.2022:	2. Qualitätszirkel OP RBK
13.07.2022:	Qualitätszirkel Onkologie mit den onkologischen Kooperationspartnern
02.12.2022:	Qualitätszirkel Gynäkologisches Krebszentrum, Brustzentrum und Radiologie um die Organisationen zu optimieren

7.8 Fortbildungen 2022/2023

Datum:	Thema
25.-26.03.2022	Gynäkologie/Geburtshilfe aktuell als Präsenzveranstaltung mit speziellen Themen zu Mammakarzinom und gynäkologischer Onkologie (Fortbildung für GynäkologInnen)
31.03.- 01.04.2023	Gynäkologie/Geburtshilfe aktuell als Präsenzveranstaltung mit speziellen Themen zu Mammakarzinom und gynäkologischer Onkologie (Fortbildung für GynäkologInnen)

7.9 Kooperationspartner Praxen und Kliniken

Onkologische Praxen

Frau Dr. med. U. Schwinger/M. Vöhringer
 Onkologische Zweigpraxis Robert-Bosch-Krankenhaus
 Friedrichstraße 9A
 70174 Stuttgart

Dr. med. H.-R. Schmitt

Gemeinschaftspraxis Dres. Schmitt / Eulenbruch
Kirchstr. 3
70839 Gerlingen

Dr. med. T. Ulshöfer
Praxis für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie
Martin-Luther-Str. 79/2
71636 Ludwigsburg

Dres. med. E. Höring, W. Haas et al.
Onkologikum Stuttgart
Leuschnerstr. 12
70174 Stuttgart

Radiologische Gemeinschaftspraxis Ludwigsburg
Dres med. U. Roos et al.
Solitudestraße 24
71638 Ludwigsburg

Radiologische und Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis im City-Plaza
Dres. med. D. Groß-Kußmaul, A. Schröter, A. Kalinka
Rotebühlplatz 21
70178 Stuttgart

Strahlentherapie

Prof. Dr. Arndt-Christian Müller, Klinikum Ludwigsburg
Prof. Dr. P. Hehr, Marienhospital Stuttgart

Urologie

Prof. Dr. Christian Schwentner, Diakonie Klinikum Stuttgart

Schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den jeweiligen Praxen liegen vor.

Plastische Chirurgie

Dr. med. U. E. Ziegler
Praxis für Plastisch-Ästhetische Chirurgie Stuttgart
Praxis: Sporerstraße 19
70173 Stuttgart

Prof. Dr. med. T. Schoeller
Marienhospital Stuttgart
Zentrum für plastische Chirurgie
Böheimstrasse 37
70199 Stuttgart

Genetische Beratung

Praxis für Humangenetik Dr. R. Hering, Stuttgart

Schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den jeweiligen Praxen liegen vor.

7.10 Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage

Das Gynäkologische Krebszentrum präsentierte sein Leistungsspektrum im vergangenen Jahr in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen waren dabei die Patienten des Gynäkologischen Krebszentrums sowie die niedergelassenen Praxen aus dem Raum Stuttgart und Umgebung.

Insbesondere für die Patienten wurde eine Reihe von **Drucksachen** erstellt bzw. aktualisiert:

- Informationsbroschüre für Patienten des Gynäkologischen Krebszentrums

- Informationsflyer der internen Kooperationspartner (Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Konsiliar- und Liaisondienst)
- Informationsflyer zum Thema „Leben mit Krebs“

Der Internetauftritt des Gynäkologischen Krebszentrums wurde nach der Zertifizierung im Rahmen des Relaunches entsprechend angepasst.

Patienteninformationsveranstaltungen / Vortragsreihen werden durch die Vortragsreihe „Leben mit Krebs“, welche einmal im Monat stattfindet, abgebildet. Ebenso wird ein Kosmetikseminar für Krebspatientinnen (Seminarleitung: Frau Waschk) mit großem Zuspruch seitens der Patientinnen angeboten.

7.11 Ergebnisqualität

Wissenschaftliche Studien

An folgenden Studien wurde bereits teilgenommen und Patienten rekrutiert:

Ovar-11-Studie ICON-7 (Rekrutierung abgeschlossen)

- Studiendesign: randomisiert, multizentrisch, intergroup; Phase-III-Studie

AGO-Ovar-2.14-Studie (Studie seit 2014 geschlossen, keine Patientinnen eingeschleust)

- Studiendesign: doppelblind, placebokontrolliert, multizentrisch, randomisiert, Phase-II-Studie

AURELIA-Studie (Ovar-2.15) (wurde im April 2011 geschlossen, keine Patientinnen eingeschleust)

- Studiendesign: prospektiv, offen randomisiert, zweiarmig, Phase-III-Studie

Ovar-12-Studie (LUME-Ovar 1) (seit Sommer 2011 geschlossen)

- Studiendesign: multizentrisch, randomisiert, doppelblind, placebokontrolliert, Phase-III-Studie

AGO-Ovar 2.21 (Studie im November 2012 beendet)

- Studiendesign: multinationale Phase III Studie, prospektiv, randomisiert

Studie zur Identifikation von Tumoren aus der Atemluft

- von Patienten durch Einsatz von Spürhunden - Untersuchungen zur Lungenkrebs-Spezifität in Abgrenzung zum Mamma- und Ovarialkarzinom der Klinik Schillerhöhe.

PankoMab-GEX

- Studiendesign: Phase II Studie, doppelblind, randomisiert, placebokontrolliert, Evaluierung der Effizienz und Sicherheit der Erhaltungstherapie mit PankoMab-GEX nach Chemotherapie bei Patienten mit einem Rezidiv eines epithelialen Ovarialcarcinoms.

RBK 228 (HIPEC)

- Molekularbiologische und Zytotoxizitäts-Untersuchungen von Tumorgewebe bei Patienten mit Peritonealkarzinose ausgehend von soliden Tumoren

PAOLA

- Randomisierte, doppel-blinde Phase-III-Studie mit
- Olaparib vs. Placebo bei Patientinnen mit fortgeschrittenem FIGO IIIB-IV high-grade serösem oder endometrioidem Ovarial-, Tuben- oder primärem Peritonealkarzinom in der Erstlinientherapie in der Kombination mit einer platin-taxan-bevacizumabhaltigen Chemotherapie und Bevacizumab als Erhaltungstherapie.

OReO

- Randomisierte doppelblinde Phase III-Studie,
- Olaparib-Erhaltungstherapie vs. Placebo bei Patientinnen mit platinsensitivem Rezidiv und Vorbehandlung mit einem PARPi

•

Folgende Studien laufen derzeit im Gynäkologischen Krebszentrum:

IKP 238 (EPS-Studie)

- Aufbau einer Blut- / Gewebebank am Robert-Bosch-Krankenhaus und der Klinik Schillerhöhe

IKP 357

- Charakterisierung residueller Tumorzell-Populationen und Identifikation neuer Subtyp-spezifischer Veränderungen, die als Zielstruktur für eine Therapie des Ovarialkarzinoms geeignet sind.

Evaluation of individual drug response of cancer cell sub-populations to platinum-based treatment in precision-cut tumor slices of high-grade serous ovarian carcinoma (Start 06/23, IKP Stuttgart, Dr. Kneer)

Der Anteil an Studienpatientinnen betrug 2022 10,11 %

Leistungsmengen

Anzahl der Patientinnen mit Genitalmalignom, die im Gynäkologischen Krebszentrum 2022 operiert wurden:

Tumorart	Gesamt	Primär	Rezidiv	operiert
Ovarial- und Tuben-Ca	25	20	5	17
Zervix-Ca	14	11	3	10
Endometrium-Ca	30	24	6	24
Vulva-Ca	5	3	2	4
Vaginal-Ca	0	0	0	0
Sonstige Ca´s	10	9	1	10
Borderline	5	4	1	4
Gesamt	89	71	18	69
Präkanzerosen	67			

Makroskopisch vollständige Resektion bei fortgeschrittenem Ovarialkarzinom (FIGO IIB-IV): 100 %

Bewertung der Punkte durch den Zentrumsleiter
<p>Das Ziel, die Fallzahlen zu steigern, wurde 2022 erreicht. Wir konnten eine Fallzahlsteigerung um 6% erzielen. Die Fallzahlen beizubehalten und wenn möglich leicht zu steigern wird sicherlich in Zukunft unser wichtigstes Ziel bleiben.</p> <p>Die Patientenbefragung zeigte eine Patientenzufriedenheit auf hohem Niveau, vor allem in der ärztlichen und pflegerischen Versorgung. 90% der Patientinnen würden unsere Abteilung weiterempfehlen.</p> <p>Die Schmerztherapie und die Abteilung für integrative Medizin sind im täglichen Ablauf gut integriert und werden von den Patientinnen gut angenommen. Die vorbestehenden Personalprobleme (viele Schwangerschaften und Abgänge von erfahrenem Personal im ärztlichen Bereich) wurden durch Neueinstellungen und Ausbildung im Jahr 2021 verbessert. Die gezielte Einarbeitung der neuen Mitarbeiterinnen ist sicherlich einer der Hauptgründe für die hohe Patientenzufriedenheit.</p> <p>Das RBCT (Robert Bosch Centrum für Tumorerkrankungen) und das IKP (Margarete-Fischer-Bosch Institut für klinische Pharmakologie) werden die überregionale Bedeutung und den gegenwärtigen Anspruch des Gynäkologischen Krebszentrums sowie des Brustzentrums weiter festigen und ausbauen. Im Jahr 2023 konnte eine Studie durch Herrn Dr. Kneer in Zusammenarbeit mit dem IKP initiiert werden, welche sich intensiv mit der medikamentösen Therapie des Ovarialkarzinoms befasst. Durch diese Studie wird die bereits sehr gute Zusammenarbeit noch weiter intensiviert.</p> <p>Ein weiteres Ziel des kommenden Jahres wird sein, Herr Dr. Kneer schrittweise in die Leitung des gynäkologischen Krebszentrums einzuführen. Eine geplante Zentrumsübernahme ist für Mitte 2024</p>

vorgesehen. Durch die geplante Prüfung eines weiteren Oberarztes mit der Zusatzbezeichnung gynäkologische Onkologie im Jahr 2023 wird das Team weiter verstärkt.

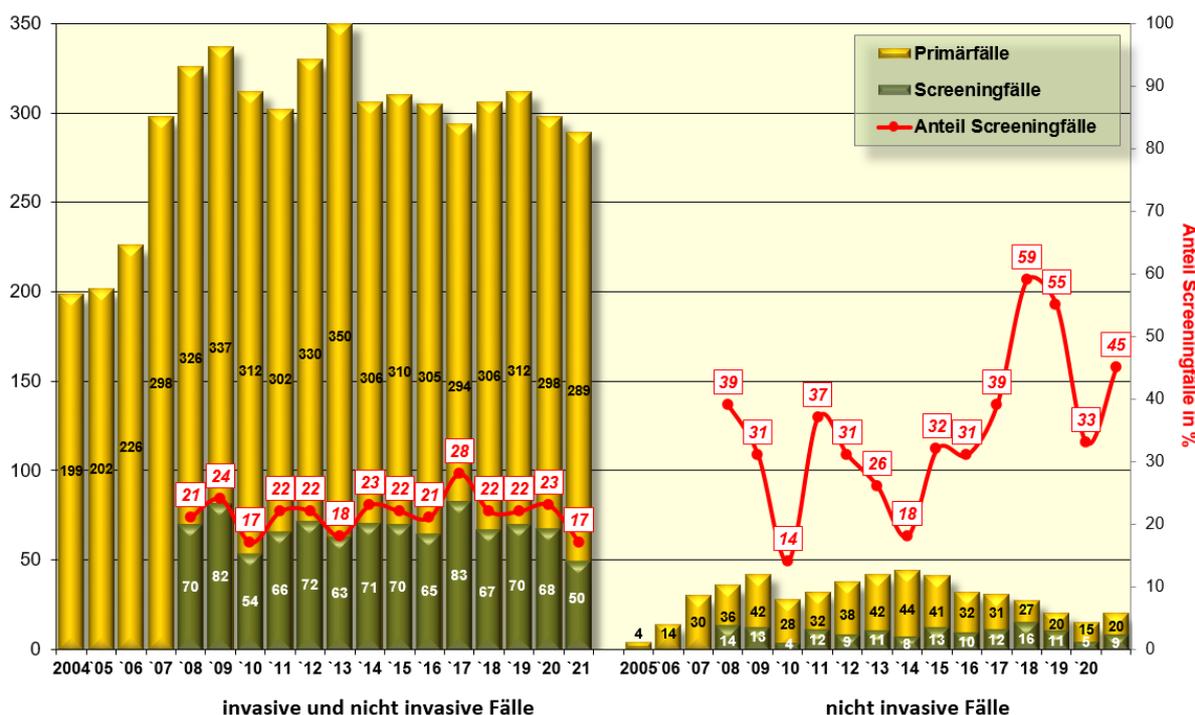
8 Brustzentrum

Allgemeine Weiterentwicklung

Im Brustzentrum unserer Klinik wurden im Jahr 2022 304 primäre Mammakarzinom-Fälle behandelt. Seit 15 Jahren erreicht das Brustzentrum Robert-Bosch-Krankenhaus nun eine jährliche Fallzahl rund 300 Neuerkrankungen und bleibt somit die größte Einrichtung im Raum Stuttgart.

Die Fallzahlen bestätigen die gleichbleibend hohe Qualität der Patientenversorgung, die in unserem Brustzentrum geleistet wird. Die Zahl der Patientinnen, die sich zur Beratung im Sinne einer Zweitmeinung vorstellen, steigt als Ausdruck des überregionalen Bekanntheitsgrades unseres Zentrums kontinuierlich an.

Anzahl der behandelten Primärfälle in Jahreskohorten



Der Anteil der Neuerkrankungen aus dem Mammographiescreening (Ludwigsburg und Stuttgart) ist über die Jahre hin konstant bei etwa 20%. Rund jede fünfte Patientin gelangt demnach nun über diesen Weg in unser Brustzentrum.

Da die im Rahmen des Mammographie-Screenings diagnostizierten Neuerkrankungen eher rückläufig sind, bleibt abzuwarten, ob es sich hierbei um einen nachhaltigen Trend handelt. Der hohe Stellenwert der kontinuierlichen Teilnahme an den Screeningkonferenzen in Stuttgart (Prof. Sauer) und Ludwigsburg (Dr. Gerteis) wird jedoch hierdurch umso deutlicher. Auch nach der Corona-Pandemie werden die Konferenzen weiterhin routiniert dezentral und online durchgeführt, dies erleichtert die regelmäßige Teilnahme und führt nicht zu einer Beeinträchtigung der Patientenversorgung durch die längere Abwesenheit der an der Konferenz teilnehmenden Person.

Ein wichtiger Faktor für die gleichbleibend gute Qualität ist die personelle Kontinuität. Seit 2021 zählen mit Frau Dr. Kathrin Bux und Herrn Dr. Adrian Kneer zwei weitere Mammaoperateure zum Senologieteam. Insgesamt stehen unseren Patientinnen mit den beiden Senior-Mammoperateuren Prof. Dr. Sauer und Dr. Gerteis vier versierte Operateure zur Verfügung.

Die seit 2014 eingeführte „strukturierte Empfehlung zur adjuvanten Systemtherapie“ (sog. „Flow-Sheets“) stößt zunehmend auch außerhalb unseres Brustzentrums auf Interesse. Die nachhaltige Verbesserung der Kooperation mit den niedergelassenen Kooperationspartnern für Hämatonkologie, die verlässlichere, personenunabhängige Entscheidungsfindung im Brustkolloquium ebenso wie die spezielle Begründung, wenn vom vorgegebenen Schema abgewichen wird, führt zu einer so großen Akzeptanz, dass die Flow-Sheets mittlerweile auch von umliegenden Kliniken angefragt werden.

Nach Ende der Corona-Pandemie wurde die bisher einmal jährliche Fortbildungsveranstaltung zur Besprechung der aktuellen „Flow-Sheets“ und Therapieempfehlungen mit den niedergelassenen Kooperationspartnern wieder aufgenommen und ist mittlerweile zu auch zu einer angeregten und interessanten Diskussionsrunde geworden, in die sich auch die niedergelassenen Kooperationspartner engagiert einbringen.

Differenzierte, patientenbezogene Entscheidungen und kongruente Empfehlungen führen zu einem großen Vertrauen der Patienten in die empfohlenen Behandlungswege und erleichtern die Patientenführung enorm.

Die Einschränkungen in der interdisziplinären Kommunikation führten im Rückblick nach Ende der Pandemie sogar zu einer Erweiterung derselben: Die Tumorboards finden seit Beginn 2022 nicht nur wieder als Präsenzveranstaltung sondern nun routiniert als „Hybridkonferenz“ statt, so dass vor allem für die in der Praxis arbeitenden Kooperationspartner eine optimale Integration in den Arbeitsalltag ermöglicht wird.

Für die Tumorboards werden ebenfalls standardisierte Beschlussbögen (neoadjuvant/adjuvant/palliativ) verwendet, die den Patientinnen bei den Abschlussgesprächen ausgehändigt und besprochen werden können. Dies führt zu einer deutlich größeren Transparenz für Patientinnen und niedergelassenen Kollegen.

Nachdem in 2021 die Fortbildungsveranstaltungen ebenso wie Patiententage zunächst ausgesetzt worden waren und Fortbildungen ausschließlich online stattfanden, waren 2022 die Veranstaltungen wieder als Präsenzveranstaltungen möglich. Im März 2022 fand das seit 2017 von Herrn Prof. Sauer veranstaltete, mehrtägige gynäkologische Symposium „Gynäkologie und Geburtshilfe aktuell“ erstmals im GENO-Haus Stuttgart statt.

OP-Vorbereitung bei luminalem Subtyp

Nachdem im Dezember 2020 die Ergebnisse der ADAPT-HR+/Her2- Studie vorgestellt wurden, hatten wir seit 2021 die Bestimmung der endokrinen Responsivität durch eine kurzzeitige präoperative endokrine Therapie als Therapiestandard eingeführt.

Die Bestimmung der endokrinen Responsivität erforderte eine prinzipielle Umstellung der präoperativen Vorbereitung: Die Bestimmung eines Multigen-Assays muss nun zwangsläufig bereits aus dem Stanzbiopsat bestimmt werden (Vorteil ist eine kürzere Zeitdauer zwischen OP-Termin und Vorliegen des Multigen-Assay-Resultates), präoperative Untersuchungen müssen prästationär 5 Tage vor einem avisierten OP-Termin erfolgen, die zweite Bestimmung des Ki67 aus dem OP-Präparat musste zuverlässig in der Pathologieanforderung vermerkt werden (hier musste auch das OP-Personal mit eingebunden werden). Vor allem bei Patientinnen, bei denen bereits außerhalb eine Stanzbiopsie vorgenommen worden war, traten zunächst erhebliche Probleme bei der Koordinierung der Probenanforderung auf.

Seit Mitte 2022 sind jedoch alle Abläufe sicher implementiert. Hierzu haben insbesondere spezielle „Checklisten“ beigetragen, die eine Berücksichtigung und Organisation aller relevanten Faktoren bei der ambulanten, prästationären Vorstellung gewährleisten. Die Vorstellung in der Tumorkonferenz erfolgt im Schnitt etwa zwei Wochen früher, da der bereits präoperativ angeforderte Multigen-Assay zum Zeitpunkt der Operation bereits vorliegt und die Patientinnen profitieren von einer spezifizierten und risikoadaptierten Therapie in Abhängigkeit von endokriner Responsivität und Multigen-Assay-Ergebnis.

Mammachirurgie

Der Lymphknotenstatus bleibt der wichtigste Prognosefaktor und ist für die Festlegung der adjuvanten Therapie weiterhin unentbehrlich. Nachdem dem Lymphknotendisektion jedoch kein kurativer Aspekt mehr zugeordnet wird, wird seit Jahren versucht das operative Ausmaß zu reduzieren. Die gynäkologische Abteilung am Robert-Bosch-Krankenhaus war vor 25 Jahren mit eine der ersten Kliniken in Deutschland, die in der Senologie das Sentinelkonzept in die klinische Routine implementierten. Mittlerweile wird auch bei klinisch negativen, jedoch histologisch befallenen Lymphknoten häufig keine konventionelle axilläre Lymphknotendisektion mehr durchgeführt.

Neu ist nun die reduzierte Lymphknotendisektion bei Patientinnen mit prätherapeutisch klinisch auffälligen und histologisch gesichert befallenen, axillären Lymphknoten, die unter einer primären Systemtherapie in einen klinisch und sonographisch unauffälligen Zustand konvertieren. Hier kann durch eine gezielte Lymphknotendisektion (sog. „targeted axillary dissection“), bei der zusätzlich zu 3 Sentinellymphknoten der prätherapeutisch mit einem Clip markierte, gesichert pathologische Lymphknoten entfernt wird, eine mit der konventionellen Lymphknotendisektion vergleichbare diagnostische Sicherheit erreicht werden.

Um den neuen Anforderungen einer differenzierten Sentinellymphonodektomie gerecht zu werden, wurde in 2021 die SPIO-Technik eingeführt und im letzten Jahr in der Routine etabliert. Wir konnten in

unserer Statistik zeigen, dass die Technik mit dem nicht-radioaktiven, superparamagnetischen Eisenoxid-Tracer in unserer Abteilung genauso zuverlässig und sicher eingesetzt werden kann, wie die radioaktive Methode mit Tc99. Diese Alternative führt darüber hinaus zu einer zunehmenden Unabhängigkeit der Senologen von der Nuklearmedizin (Sentinel-Lymphonodektomien sind beispielsweise unproblematisch auch montags durchführbar, da der Tracer bis zu 14 Tage präoperativ injiziert werden kann) und im Rahmen einer „targeted axillary dissection“ kann ein prätherapeutisch mit einem magnetisierbaren Clip markierter Lymphknoten unproblematisch und sicher identifiziert werden (und bei Anwendung in Kombination mit einem radioaktiven Tracer im Rahmen der Operation sogar vom Sentinellymphknoten eindeutig unterschieden werden).

In der täglichen Anwendung zeigte sich allerdings, dass die SPIO-Technik einer operativen Vorerfahrung in der Sentinellymphonodektomie bedarf. Da im Rahmen der Anwendung auf sämtliche metallische Instrumente verzichtet werden muss (und resterilisierbare, nicht metallische Instrumente derzeit nicht zur Verfügung stehen), ist vor allem bei der Entfernung des Sentinellymphknotens im Rahmen einer brusterhaltenden Operation eine „blinde“, auf dem Tastsinn beruhende Vorgehensweise notwendig. Im Rahmen der Ausbildung wurde deshalb wieder mehr auf die radioaktive Methode zurückgegriffen.

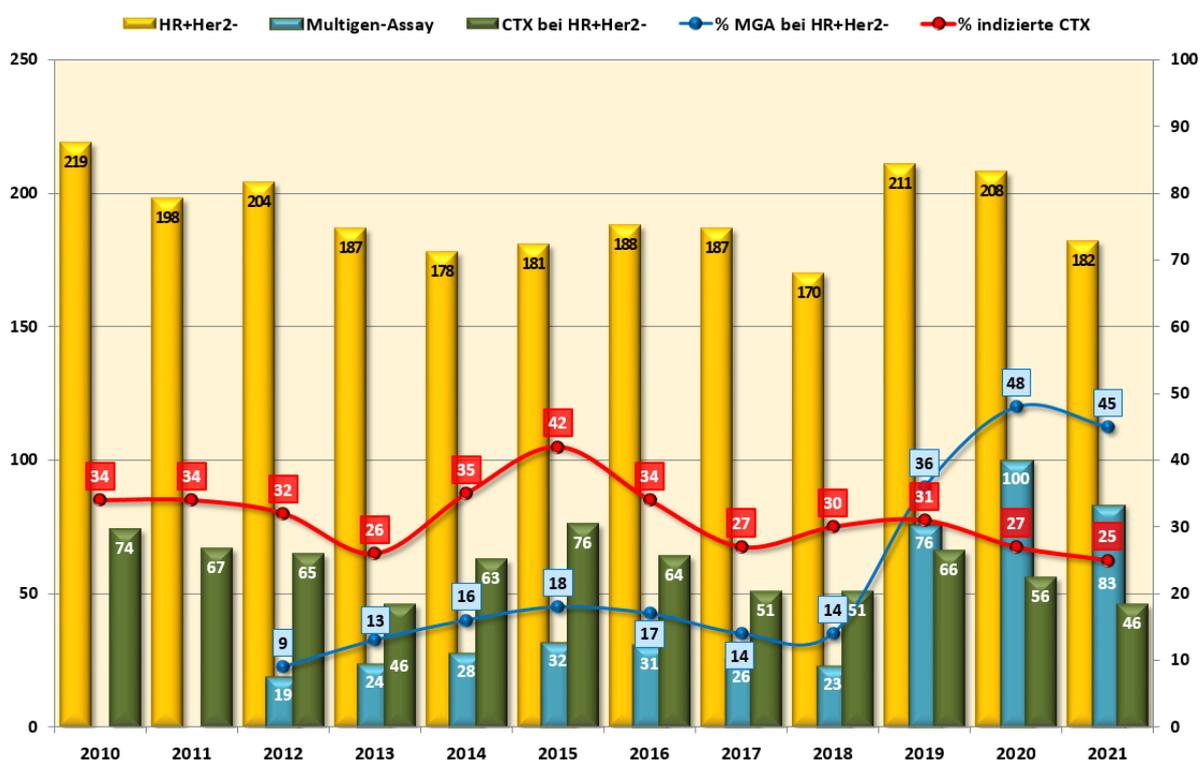
Chemotherapie:

Die Betreuung der ambulant behandelten Patientinnen, die eine Chemotherapie erhalten, wird seit zwei Jahren unter Leitung von Frau Oberärztin Lena Pfaff durchgeführt. Im Jahr 2022 gab es an bis zu 4 Tagen in der Woche eine spezielle Sprechstunde für Patientinnen unter Chemotherapie, in der die erforderlichen Laborkontrollen, Kontrollen des Therapieansprechens, das kardiologische Assessment aber auch ausführliche Beratungen bezüglich des Nebenwirkungsmanagements durchgeführt wurden. Die Zahl der in unserer Abteilung ebenso wie in der onkologischen Zweigpraxis behandelten Patientinnen hat im Jahr 2022 sehr deutlich zugenommen.

Zusätzlich wurde eine telefonische Sprechstunde implementiert. Die Behandlungsdurchführung und Dokumentation wurde in diesem Zusammenhang nochmals optimiert. Die Behandlung therapiebedingter Nebenwirkungen wurde standardisiert und jeweils um die neu zugelassenen Medikamente erweitert. Das Portfolio an Broschüren und Informationsmaterial für Patientinnen wurde erweitert, so erhält z.B. jede Patientin ein Therapietagebuch.

Die Zusammenarbeit mit Ernährungsberatung, Psychoonkologie, Sozialdienst und Naturheilkunde wurde für die ambulante Betreuung erweitert, sodass eine interdisziplinäre Betreuung der Patientinnen möglich ist.

Chemotherapien bei HR pos. Her2-neu negativen Patientinnen in Jahreskohorten



Studien

Seit 2014 wurde die geforderte Norm der DGS für die Anzahl an Studieneinschlüssen auf 5% der Primärfallzahl abgesenkt. Auch in unserem Brustzentrum war die Rate an Studienpatientinnen in den Jahren 2014 -2021 zwischen 5 und 10% auf niedrigem Niveau. Die für die Studien verantwortlichen Personen (Frau Pfaff / Herr Gerteis) nehmen regelmäßig an den Sitzungen zentralen onkologischen Studieneinheit (ZOSE) teil. (siehe Ausführungen des onkologischen Zentrums).

In den Jahren 2020 bis 2022 wurde unter Pandemie-Bedingungen das Niveau an Studieneinschlüssen nicht angehoben. Im Jahr 2022 wurden die „Feasibility“-Bögen für mehrere neue Studien (Serena 4 und 6, CAMBRIA-1, EMBER, SURVIVE) bereits an die Studienleitungen verschickt. Die Studien EMBER4 und SURVIVE sind zum aktuellen Zeitpunkt bereits positiv bewilligt, die Initiierung steht allerdings noch aus.

8.1 Ziele des Brustzentrums in 2023

Um eine hohe Dienstleistungsqualität zu erreichen, leiten wir aus unserer Qualitätspolitik folgende konkret messbare Ziele für das Jahr 2023 ab:

Zielsetzung 2023	Umsetzung und quantitative Anforderung	Messung
Umsetzung der neu zugelassenen adjuvanten Therapieoptionen (Abemaciclib/Olaparib)	Implementierung in die Tumorbaordempfehlung, Empfehlung zur gBRCA-Testung und Durchführung am RBK	Zahl der Patientinnen mit neu zugelassener endokriner Therapie
Ausbau des Portfolios an angebotenen Studien	Erhöhung der Rate an Studienpatienten Initiierung neuer Studien	Rate Studienpatientinnen Initiierung neuer Studien
Einführung einer Palliativsprechstunde	Zulassung Frau Pfaff zur Palliativmedizin	Anzahl an Beratungsgesprächen
Steigerung der Informationsveranstaltungen Für Patientinnen	Informationsveranstaltungen für Krebspatientinnen	Zahl der Veranstaltungen

8.2 Bewertung der Ziele 2022

Zielsetzung 2022	Geplante Umsetzung	Erfolgt Umsetzung und Messung
Einführung der Bestimmung von Multigen-Assays aus Stanzbiopsaten	Neuorganisation der OP-Vorbereitung bei luminalem- Subtyp	Umgesetzt: 70% der Patientinnen mit luminalem Subtyp erhalten den Multigen Assay aus der Stanzbiopsie
Einführung der Bestimmung der endokrinen Responsivität in der Routine	Neuorganisation der OP-Vorbereitung bei luminalem- Subtyp	Umgesetzt: 75% der Patientinnen mit luminalem Subtyp erhalten eine endokrine Vorbehandlung
Ausbau des Portfolios an angebotenen Studien	Erhöhung der Rate an Studienpatienten Initiierung neuer Studien	Nicht erreicht: Initiierung neuer Studien gestaltet sich aus formaler Sicht sehr schwierig.
Steigerung/Erhaltung der Patientenzufriedenheit	Wiederaufnahme der Fortbildungen / Symposien ggf. als Hybridveranstaltungen	Umgesetzt, Fortbildungen (externe und interne) in Präsenz wieder aufgenommen

8.3 Ergebnisse internes und externes Audit

Ergebnisse aus externen Audits

Am 10. Oktober 2022 fand das Überwachungsaudit des Gynäkologischen Krebszentrums nach den Anforderungen von OnkoZert und der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Die Ergebnisse des Audits wurden innerhalb des Zentrums besprochen und in einem Aktionsplan erfasst.

Feststellungen Audit 2022:

Nr.	AHE	IST (Feststellung der Auditoren)	Maßnahme/ Rückmeldung	Status
1.3	H	Die eigene Einweiserzufriedenheitsermittlung des Zentrums wurde im Jahr 2019 durch eine hausweite Lösung ersetzt. Bei einer Rücklaufquote von nur 9,2% muss die Aussagekraft und somit der Nutzen in Frage gestellt werden. Eine kritische Prüfung der noch im Jahr 2022 geplanten Umfrage sollte erfolgen.	Eine Einweiserbefragung hat ab dem 12.06.2023 für den Zeitraum von 4 Wochen stattgefunden. Eine Auswertung erfolgt im Anschluss und wird in der nächsten Managementbewertung dargestellt.	Erledigt
2	H	Die enge Raumsituation in der Ambulanz der Frauenklinik mit insgesamt 4 Behandlungsräumen wurde bereits in Voraudits thematisiert und muss im Auge behalten werden.	Erweiterung der Räumlichkeiten wird geprüft, ist voraussichtlich jedoch nicht umsetzbar. Raum der Perückenberatung anfragen.	Nicht kurz- und mittelfristig umsetzbar
4	H	Die Entwicklung der Fallzahlen bei den Skelettszintigraphien sollte im Folgeaudit beachtet werden.	Entwicklung nachvollziehbar darstellen. Fallzahlenanfrage über die NUK? Zwischenzeitlich auch ambulant möglich (MVZ)	Wird in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Nuklearmedizin bewertet.

Ergebnisse aus internen Audits

Folgende interne Audits, welche das Brustzentrum betreffen haben in 2019/2020/2021/2022 stattgefunden bzw. sind in 2023 geplant:

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/Geplant in 2023
Brustzentrum/ Gynäkologisches Krebszentrum	Gynäkologische Ambulanz / Sekretariat		Beim ISO Audit begangen	23./24.06. 2021 (ISO Audit)		November 2023
	Gynäkologie Station 2D		Beim ISO Audit begangen	23./24.06. 2021 (ISO Audit)		November 2023
	Zentrumskoordinator Brustzentrum				Geplant	November 2023
	Zentrumskoordinator Gynäkologisches Krebszentrum				Geplant	November 2023

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/Geplant in 2023
	Station 2B	07.08.2019	Beim ISO Audit gegangen	23./24.06.2021 (ISO Audit)		November 2023

Die Auditberichte können bei der Stabstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement eingesehen werden.

8.4 Ergebnisse Patientenbefragung

Rücklauf 2021: 76 Fragebögen, d.h. 25%

In der Anlage ist die gesamte Auswertung dargestellt.

Festgelegte Aktionen aufgrund der Ergebnisse der Patientenbefragung

Auffälligkeit	Aktion	Maßnahme umgesetzt Datum
Positive Auffälligkeit: Große Zufriedenheit mit der Betreuung durch pflegerische und ärztliche Mitarbeiter.	Rückmeldung an die Mitarbeiter im Rahmen eines QZ bzw. der Stationsbesprechung	Darstellung der Ergebnisse erfolgt.
Wartezeiten bis alle Stationen im Aufnahme- / Vorbereitungsprozess durchlaufen sind	QZ mit Überprüfung der Angaben, Feststellung möglicher Ursachen (z.B. Wartezeit Pandemie/Security bedingt, Management bzgl. Einbestellung, Kommunikation / Patientenumgang)	QZ im Herbst 2023 mit den beteiligten Fachgruppen geplant.

8.5 Ergebnisse Einweiserbefragung

Die Einweiserbefragung wurde in Frühjahr 2023 durchgeführt. Die Rückmeldungen und Ergebnisse, die nachfolgende Bewertung sowie die hieraus resultierenden Maßnahmen werden beim Audit 2024 dargestellt.

8.6 Qualitätszirkel

Datum	Thema
09.03.2022:	QZ Senologie: M&M Konferenz
16.03.2022:	1. Qualitätszirkel OP RBK
29.04.2022:	Qualitätszirkel Ambulanz: Abläufe bei der Aufnahmeorganisation und OP-Vorbereitung onkologischer Patientinnen
21.06.2022:	Qualitätszirkel Radiologie: Betrachtung der Lymphknoten-Statistik
06.07.2022:	2. Qualitätszirkel OP RBK
13.07.2022:	Qualitätszirkel Onkologie mit den onkologischen Kooperationspartnern
12.10.2022	QZ Senologie M&M Konferenz
02.12.2022:	Qualitätszirkel Gynäkologisches Krebszentrum, Brustzentrum und Radiologie um die Organisationen zu optimieren

Aufgrund der Coronapandemie musste leider der jährliche Qualitätszirkel Onkologie mit den niedergelassenen Onkologen zunächst auf einen Ersatztermin verschoben werden. Leider konnte auch der neu angesetzte Termin aufgrund der damals bestehenden hohen Coronazahlen nicht als Präsenzveranstaltung stattfinden und musste schließlich abgesagt werden. Termine für das Jahr 2022 wurden bereits vereinbart.

8.7 Fortbildungen

Datum:	Thema
25.-26.03.2022	Gynäkologie/Geburtshilfe aktuell als Präsenzveranstaltung mit speziellen Themen zu Mammakarzinom und gynäkologischer Onkologie (Fortbildung für Gynäkologen)
31.03.-01.04.23	Gynäkologie/Geburtshilfe aktuell als Präsenzveranstaltung mit speziellen Themen zu Mammakarzinom und gynäkologischer Onkologie (Fortbildung für Gynäkologen)

8.8 Kooperationspartner Praxen und Kliniken

Dres. med. U. Schwinger und M. Vöhringer
Onkologische Zweigpraxis Robert-Bosch-KH
Friedrichstr. 9 a
70174 Stuttgart

Dr. med. H.-R. Schmitt
Gemeinschaftspraxis Dres. Schmitt / Eulenbruch
Kirchstr. 3
70839 Gerlingen

Dr. med. T. Ulshöfer
Praxis für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie
Martin-Luther-Str. 79/2
71636 Ludwigsburg

Onkologikum Stuttgart
Leuschnerstr. 12
70174 Stuttgart

Dr. med. U. E. Ziegler
Praxis für Plastisch-Ästhetische Chirurgie Stuttgart
Praxis: Sporerstraße 19
70173 Stuttgart

Prof. Dr. med. T. Schoeller
Marienhospital Stuttgart
Zentrum für plastische Chirurgie
Böheimstrasse 37
70199 Stuttgart

Radiologische Gemeinschaftspraxis Ludwigsburg
Dres med. U. Roos et al.
Solitudestraße 24
71638 Ludwigsburg

Radiologische und Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis im City-Plaza
Dres. med. D. Groß-Kußmaul, A. Schröter, A. Kalinka
Rotebühlplatz 21
70178 Stuttgart

Schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit den jeweiligen Praxen liegen vor.

8.9 Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage

Das Brustzentrum präsentierte sein Leistungsspektrum im vergangenen Jahr in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen waren dabei die Patientinnen des Brustzentrums sowie die niedergelassenen Praxen aus dem Raum Stuttgart und Umgebung.

Insbesondere für die Patienten wurden eine Reihe von **Drucksachen** erstellt bzw. aktualisiert:

- Informationsbroschüre: „Tipps und Übungen nach einer Brustoperation“
- Informationsbroschüre Brustzentrum
- Informationsflyer der internen Kooperationspartner (Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Abt. f. Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Konsiliar- und Liaisondienst, Seelsorge)
- Informationsflyer zum Thema Leben mit Krebs
- Spezielle Information für Patientinnen aus dem Mammographie-Screening
- Der Internetauftritt des Brustzentrums wurde nach der Zertifizierung im Rahmen des Relaunches entsprechend angepasst.

8.10 Ergebnisqualität

Bewertung der Gesamtentwicklung durch den Zentrumsleiter

Das Brustzentrum Robert–Bosch-Krankenhaus ist seit über 15 Jahren das größte Brust-zentrum in der Region Stuttgart. Die kontinuierlich hohe Qualität unserer Behandlung wird durch Patientinnen und zuweisende Ärzte gleichermaßen geschätzt. Dies spiegelt sich in den jährlich etwa 300 Patientinnen wider, die mit einer Neuerkrankung in unserer Einrichtung behandelt werden.

Die angestrebten Ziele wurden weitgehend erreicht. Sentinellymphonodektomie in SPIO-Technik, die Bestimmung der endokrinen Responsivität und die Bestimmung von Multigen-Assays aus dem Stanzbiopsat erfolgen in der Routine.

Es stehen 4 versierte Mammaoperateure zur Verfügung. Eine fundierte Ausbildung der vielfach neuen Assistenzärztinnen und Assistenzärzte ebenso wie eine onkologisch sichere und gleichzeitig kosmetisch optimale Patientenversorgung kann somit angeboten werden.

Die seit 2017 durchgeführten, größer angelegten Fortbildungsveranstaltungen haben sich gut etabliert. In 2022 erfolgte die Rückkehr zur Präsenzveranstaltung.

Die Abteilung für integrative Medizin hat das Behandlungsspektrum insbesondere für Patientinnen mit Brustkrebs deutlich erweitert und wird hervorragend angenommen.

9 Viszeralonkologisches Zentrum

Allgemeine Weiterentwicklung

Das Hauptziel des Jahres 2022 war neben dem Erhalt des seit 2008 bestehenden Darmzentrums die Stabilisierung des seit 2020 bestehenden Pankreaszentrums. Das Zentrum ist zwischenzeitlich gut etabliert und alle Mitarbeitenden sind mit den Modalitäten vertraut. Sämtliche beteiligten Disziplinen, allen voran die Viszeralchirurgen und die Gastroenterologen wurden entsprechend geschult und mit den Anforderungen des Zentrums vertraut gemacht. Erleichtert wurde der Prozess durch die räumliche Zusammenlegung aller an der onkologischen Behandlung beteiligten Disziplinen im 2014 erbauten Gebäude Atrium, welche sowohl für die Patienten als auch für die Behandler kurze Wege und damit eine bestmögliche Kommunikation bedeutet. Aufgrund der steigenden Patientenzahlen wird seit 2017 das Tumorboard zweimal pro Woche durchgeführt, seit der Pandemie als Online-Veranstaltung.

Das im Jahr 2017 eingeführte Klinikinformationssystem iMedOne (Telekom) wurde hausintern weiterentwickelt und ist zwischenzeitlich fest etabliert. In Zusammenarbeit mit den Kollegen der EDV können nun sämtliche Prozesse, auch onkologische, in diesem Programm verankert werden. Dadurch wird die tägliche Arbeit deutlich erleichtert. Der große Vorteil des KIS ist, dass die gesamte Patientenakte inklusive der Kurven elektronisch geführt wird, so dass man von jedem Rechner im Klinikum aus Zugriff auf die Daten hat und somit eine große Transparenz und wenig Reibungsverluste im Behandlungsablauf herrschen. Zwischenzeitlich wurde auch jeder ärztliche Kollege mit einem Tablet ausgestattet, so dass man auch am Patientenbett z.B. Röntgenaufnahmen zeigen kann oder Befunde fotodokumentieren kann. Das neue System gewährt dadurch maximale Flexibilität in der Behandlung.

Seit 2016 werden sämtliche bisher in Handbüchern abgelegte Dokumente wie Behandlungspfade oder Checklisten in das Dokumentenleitsystem ‚roXtra‘ überführt und stehen damit allen Mitarbeitenden zu jeder Zeit zur Verfügung. Im Rahmen der Überführung der Dokumente wurden alle Standards aktualisiert. Dieser Prozess wird fortlaufend weitergeführt.

9.1 Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Aufnahme / Ambulanz

Das im Jahr 2007 eingerichtete Notaufnahmезentrum mit intensiver fächerübergreifender Zusammenarbeit stellt die Versorgung der Notfallpatienten sicher. Durch die enge Nachbarschaft zur Abteilung für Radiologie ist eine rasche Durchführung der bildgebenden Diagnostik ohne großen Zeitverlust möglich. Im Notaufnahmebereich sind zehn Betten für eine Beobachtung über mehrere Stunden verfügbar. Die vor zwei Jahren eröffnete große Notaufnahmestation OE ermöglicht eine zügige, unkomplizierte stationäre Aufnahme und Betreuung.

Nach dem Chefarztwechsel in der Chirurgie 2018 wurden die Sprechstunden umstrukturiert. Für alle Oberärzte wurde eine KV-Zulassung beantragt, so dass jeden Tag eine KV-Sprechstunde mit Schwerpunktthemen stattfindet. Patienten mit Darmkrebs können sich dienstags oder donnerstags vorstellen, an diesen Tagen findet auch die Proktologiesprechstunde statt. Prinzipiell besteht jedoch für die Patienten täglich die Möglichkeit, sich vorzustellen, auch kurzfristig. So entstehen keine langen Wartezeiten. Die Sprechstunde für Wahlleistungspatienten findet einmal pro Woche statt, aber auch hier werden Termine flexibel an anderen Tagen vergeben.

Zusätzlich wurde 2021 eine ASV-Sprechstunde für Gastrointestinale Tumore etabliert, in welcher alle chirurgischen und gastroenterologischen Kollegen mitarbeiten.

Untersuchung, Diagnostik, Beratung

Für den Erstkontakt mit Patienten des Darm- und Pankreaszentrums wurden die o.g. Spezialsprechstunden eingerichtet. Hier wird explizit darauf geachtet, dass für den einzelnen Patienten ausreichend Zeit zur Erläuterung der Befunde und Besprechung des weiteren Procedere bleibt. Nach eingehender Anamnese und Untersuchung sowie Sichtung der vorhandenen Untersuchungsergebnisse wird ein Diagnostik- und Therapieplan erstellt. Ein speziell eingerichteter Proktologieraum ermöglicht eine gründliche proktologische und rektoskopische Untersuchung der Darmzentrumspatienten.

Die Diagnostik findet in den Funktionsbereichen Endoskopie und Radiologie statt. Im Behandlungsverlauf können die Patienten ambulant in der Onkologischen Tagesklinik oder über die seit Anfang des Jahres 2021 bestehende ASV-Sprechstunde GI-Tumore behandelt werden. Im Falle einer palliativen Behandlungssituation werden die Patienten durch den palliativen Konsiliardienst oder auf der Palliativstation betreut.

Es liegen detaillierte Verfahrensbeschreibungen vor, die einzeln im Intranet von allen Mitarbeitenden des Hauses eingesehen werden können. Die jeweiligen Diagnostik- und Therapieergebnisse werden im Tumorboard interdisziplinär diskutiert. In dieser Konferenz wird ein verbindlicher Beschluss gefasst.

Stationen des Darm- und Pankreaszentrums

Im pflegerischen Bereich sind die Normalstationen 1B, 2S und 5B mit der Versorgung der Darmkrebspatienten betraut. Auf diesen Stationen durchlaufen Patienten die diagnostische Phase bis zu einem operativen Eingriff und verbringen die postoperative Phase im Anschluss an den Aufenthalt auf den operativen Intensivstationen 1A, 1D, 1Lund/oder der Überwachungsstationen 3C oder 1S.

Systemische Therapie

Die systemische Therapie orientiert sich an den aktuellsten Studienergebnissen und Leitlinien.

Neue Behandlungsmethoden

Laparoskopische Verfahren stellen die Regeleingriffe in der Abdominalchirurgie im Hause dar. Seit Mitte des Jahres 2019 werden Patienten mit kolorektalen Karzinomen auch zunehmend roboterunterstützt operiert (daVinci).

9.2 Ziele des Viszeralonkologischen Zentrums in 2023

Um eine hohe Dienstleistungsqualität zu erreichen, leiten wir aus unserer Qualitätspolitik folgende konkret messbare Ziele für das Jahr 2022 ab:

Zielsetzung 2023	Umsetzung und quantitative Anforderung	Messung
Etablierung des Ösophagus-Moduls wenn Entwicklung der operativen Fälle hinreichend	Quantität und Qualität gemäß des DKG-Bogens	DKG-Kennzahlen, Fallzahlen
Fortführung der robotischen Ausbildung für alle Operateure	Ausweitung der Indikationen	Abteilungsinterne Statistik
Verbesserung der online Präsenz (Relaunch der Website)	Enge Zusammenarbeit mit der Unternehmenskommunikation	Rückmeldungen durch Patienten und Einweiser
Neue Struktur des ambulanten Operierens für Support-OPs (bspw. Portalanlagen)	Übernahme des Bethesda-Krankenhauses (jetzt RBK Standort City). Beginn ambulanter OP 07/23	Fallzahlen
Einführen der CME-Technik für rechtsseitige Kolonkarzinome	Qualitative Verbesserung, Ausweitung auf das gesamte Team.	Anzahl eingewiesener Operateure

9.3 Bewertung der Ziele 2022

Zielsetzung 2022	Geplante Umsetzung	Erfolgt Umsetzung und Messung
Erhalt der hohen Qualität der Kennzahlen für das Viszeralonkologische Zentrum (Darm und Pankreas)	Stetiges Arbeiten an den Prozessen und Schulung aller beteiligten Mitarbeiter, regelmässige Qualitätszirkel	DKG-Kennzahlen

Zielsetzung 2022	Geplante Umsetzung	Erfolgt Umsetzung und Messung
Etablierung neuer ergänzender operativer Verfahren im Bereich der kolorektalen Chirurgie (Fluoreszenz und Fortführung Robotik) und ggf. Ausweitung auf weitere Operateure	Qualitative Verbesserung. Neue Operateure für das Robotic-System werden 2022 eingelernt.	Die Anzahl der Operateure für das Robotic-System wurde erweitert.
Stabilisierung der LARS-Sprechstunde und Einschließung sämtlicher Patienten	Die Grundstrukturen sind gegeben und die Sprechstunde wurde Anfang des Jahres 2021 begonnen	Ist erfolgt

9.4 Ergebnisse internes und externes Audit

Ergebnisse aus externen Audits

Am 27. Juni und 5. September 2022 fand das Überwachungsaudit des Viszeralonkologischen Zentrums nach den Anforderungen von OnkoZert und der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Die Ergebnisse des Audits wurden innerhalb des Viszeralonkologischen Zentrums besprochen und in einem Aktionsplan erfasst.

Aktionsplan des Viszeralonkologischen Zentrums:

Hinweise / Abweichungen Auszüge aus dem externen Auditbericht	Aktion	Status (offen / in Bearbeitung / Erledigt)
Die Betrachtung der Qualitätsindikatoren, sowohl operativ als auch nicht-operativ, sowie die Nutzung und Diskussion der erhobenen Kennzahlen (Strategieplanung, Qualitätszirkel, M&M-Konferenzen, Öffentlichkeitsarbeit) bleiben Schwerpunkte im Audit. Hilfreich kann z.B. auch eine Benchmarkbetrachtung der eigenen Ergebnisse sein. Daraus könnten ggf. Informationen für zu gewinnende Zuweiser generiert werden.	Im Frühjahr 2023 findet eine Einweiserbefragung statt, aus dieser werden Informationen gewonnen werden und ggf. Maßnahmen abgeleitet.	Erledigt
Zentrum und Unternehmensführung sollten vor dem Hintergrund tendenziell sinkender Primärfallzahlen überlegen, wie die erfolgten und zu erwartenden GBA-Beschlüsse zu den Mindestmengen Pankreas und Kolorektal abgesichert werden können.	Es wird jährlich ein Patienten-/Zuweisertag angeboten, dies dient zum Informationsaustausch und zur Werbung.	In Bearbeitung
Die Empfehlungen der Tumorkonferenz, insbesondere bei individuellen Entscheidungen, werden sehr gut begründet. Eine systematische Überprüfung der Umsetzung der Tumorkonferenz-Empfehlungen erfolgt allerdings nicht. Es wird empfohlen, die Adhärenz zu den Tumorkonferenz-Empfehlungen stichprobenartig zu prüfen.	Die Verfahrensanweisung für die Tumorkonferenz ist aktualisiert, die Adhärenz zu Empfehlungen ist hier aufgenommen.	Erledigt
Die Informationen zu den Tumorkonferenzen (Termine, An-meldung von extern, Möglichkeit der Teilnahme, Zweitmeinungskonzept) sind nur versteckt aufzufinden (z.B.	Tumorkonferenzen sind unter RBCT nun leichter aufzufinden über einen Quicklink rechts sowie durch einen Link unter Beraten.	Erledigt

Hinweise / Abweichungen Auszüge aus dem externen Auditbericht	Aktion	Status (offen / in Bearbeitung / Erledigt)
<p>https://www.rbk.de/disziplinen/robert-bosch-centrum-fuer-tu-morerkrankungen-rbct/beraten.html) und sollten in den Medien für Interessierte besser auffindbar sein. Die nächste Einweiserbefragung wird für den Herbst 2022 geplant und soll im nächsten Audit vorgestellt werden.</p>	Hier sind alle Tumorkonferenzen mit Tag, Uhrzeit und Kontakt aufgeführt.	
Die Ergebnisse der kontinuierlichen Patientenbefragung sollten inhaltlich im QM-Bericht dargestellt werden und können z.B. Themen für Qualitätszirkel sein.	Wurde in 2022 bereits im Qualitätszirkel besprochen und ist Teil der Managementbewertung.	Erledigt
Das wiederholte Ernährungsscreening bei Langliegern sollte im nächsten Audit abgebildet werden.	Befindet sich in Bearbeitung	In Bearbeitung
Die Beteiligung der Gastroenterologie an der Gremienarbeit des Zentrums, in Qualitätszirkeln und Morbiditätskonferenzen kann noch deutlicher werden. In den geforderten Morbiditätskonferenzen sollen auch die endoskopischen Komplikationen nachgewiesen werden.	Es wird ein gemeinsamer Termin für eine M&M- Konferenz festgelegt in der Komplikationen der Endoskopie besprochen werden.	Erledigt
Die Qualitätsindikatoren für die Kolon-, Rektum- und Pankreasoperationen sollten im mehrjährigen Verlauf betrachtet und ausgewertet werden.	Kann über Onkostar dargestellt werden.	Erledigt

Ergebnisse aus internen Audits

Folgende interne Audits, welche das Darmzentrum betreffen haben in 2019/2020/2021/2022 stattgefunden bzw. sind in 2023 geplant:

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/Geplant in 2023
Darmzentrum Modul Pankreas	Endoskopie	09.09.2019	02.04.2020			08.02.2023
	Zentrumskoordinator Darmzentrum/ Modul Pankreas	18.02.2019	02.04.2020	12.04.2021		08.02.2023
	Stomatherapie			10.03.2021		07.02.2023
	Station 1B		02.04.2020	12.04.2021		08.02.2023
	Station 2S					08.02.2023

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/Geplant in 2023
	Abteilung Gastroenterologie	09.09.2019				
	IMC Station 3D (seit 2022 Station 1S)			23./24.06. 2021 (ISO Audit)		08.02.2023

Die Auditberichte können bei der Stabstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement eingesehen werden.

9.5 Ergebnisse Patientenbefragung

Um unsere Kundenorientierung bewerten zu können, wird eine kontinuierliche Patientenbefragung durchgeführt. Die Befragung wurde im September 2020 von Papier auf Digital umgestellt. An zentralen Stellen im Haus und auf jeder Station steht ein Befragungsterminal, über welches Patienten und Angehörige eine Rückmeldung geben können. Des Weiteren besteht die Möglichkeit über einen QR-Code teilzunehmen.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung sind im Anhang abgebildet.

Zeitraum	Rücklaufquote
2016	39 Fragebögen, d.h. rund 43%
2017	54 Fragebögen, d.h. rund 42%
2018	26 Fragebögen, d.h. rund 25%
2019	26 Fragebögen, d.h. rund 25%
01.10.2020-31.03.2021 (seit Einführung digitale Patientenbefragung)	Darmzentrum: 15 Fragebögen, d.h. rund 25% Pankreaszentrum: 3 Fragebögen, d.h. rund 25%
2021	Darmzentrum: 17 Fragebögen, d.h. rund 16% Pankreaszentrum: 6 Fragebögen, d.h. rund 14%
2022	Darmzentrum: 19 Fragebögen, d.h. rund 17% Pankreaszentrum: 9 Fragebögen, d.h. rund 18%

Festgelegte Aktionen aufgrund der Ergebnisse der Patientenbefragung

Auffälligkeit	Aktion	geplant
Es haben deutlich weniger Patienten an der Befragung teilgenommen Die Teilnahme an der Befragung ist leicht gestiegen.	Die Patienten sollen durch Gespräche, aber auch mit Postkarten und Flyern zum Mitmachen motiviert werden Die Maßnahmen aus 2022 sollen fortgeführt werden	kontinuierlich

9.6 Ergebnisse Einweiserbefragung

2019 wurde eine Einweiserbefragung über alle Fachabteilungen im Robert-Bosch-Krankenhaus und seine Standorte durchgeführt. Die Ergebnisse wurden im Juli 2019 veröffentlicht. Es hat sich gezeigt, dass das Robert-Bosch-Krankenhaus und vor allem die Abteilung für Viszeralchirurgie, was die Behandlungsqualität angeht, sehr gut abschneidet. Defizite bestehen in den kommunikativen Bereichen wie Erreichbarkeit, Termine, Entlassberichte und persönlicher Kontakt mit den behandelnden Ärzten, so

dass zwei Projektgruppen gegründet wurden mit dem Ziel, diese Punkt zu verbessern und damit eine höhere Zufriedenheit der einweisenden Kollegen zu erreichen.
Die nächste Einweiserbefragung wurde ab dem 12.06.2023 für den Zeitraum von 4 Wochen durchgeführt. Die Ergebnisse und Maßnahmenableitung werden im Anschluss erfolgen und werden in der nächsten Managementbewertung dargestellt.

9.7 Qualitätszirkel

Folgende Qualitätszirkel haben 2022 stattgefunden

Datum	Thema
10.02.2022	Einführung zentrumsspezifischer Fragen in der allgemeinen digitalen Patientenbefragung
02.03.2022	Vorstellung der Kennzahlen des Darmzentrums 2021
03.03.2022	Neoadjuvante Therapie beim Pankreaskarzinom
09.03.2022	Vorstellung der Kennzahlen des Pankreaszentrums 2021
28.09.2022	Chirurgische Therapie bei pankreatischer neuroendokriner Neoplasie (pNEN)
20.10.2022	Embolisation bei Pankreaskarzinom

9.8 Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

An folgenden Terminen fanden diese Treffen statt:

26.01.2022
16.02.2022
25.05.2022
01.06.2022
14.09.2022
26.10.2022
09.11.2022

Es liegen die Anwesenheitslisten sowie die Protokolle der Sitzungen vor.

9.9 Fortbildungen

a) Veranstaltungen mit onkologischem Bezug im Rahmen der wöchentlichen Abteilungsbildung (Mittwoch 07:30–08:00 Uhr)

Datum	Thema	Referent
02.02.2022	Psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten junger lebensverändernd erkrankter Menschen am RBK	Dr. Stäudle
23.02.2022	Wundverschluss nach Ileostomarückverlagerung	Fr. Laubert
23.03.2022	Vorstellung Studie zur Rehabilitation	Dr. Renner
06.04.2022	Lidocainperfusor zur postoperativen Schmerztherapie	Dr. Brugger

Datum	Thema	Referent
15.06.2022	Update Thromboseprophylaxe	Dr. Soeder
29.06.2022	Physikalische Thromboseprophylaxe	Herr Weinz (fa. Cardinal Health)

b) Tumorboard

Zweimal wöchentlich montags und donnerstags 16.00-17.30 Uhr

9.10 Kooperationspartner Praxen und Kliniken

Internistisch-Onkologische Praxen:

Dres. Höring, Schwinger, Haas, Onkologikum Stuttgart
 Dr. Ulshöfer, Ludwigsburg
 Dres. Wöhr, Bürkle, Weinandy, Plüderhausen
 Dres. Eulenbruch, Schmitt, Gerlingen

Gastroenterologische Praxen:

Dres. von Ehr, Brey, Mühlhöfer, Stuttgart
 Dres. Teubner, Maier, Vogler, Stuttgart

Gastroenterologie/Onkologie Praxis:

Dr. Respondek, Stuttgart

Genetische Beratung:

Dr. Hering, Stuttgart
 Prof. Rieß, Tübingen

9.11 Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage

Am 29. Oktober 2022 fand ein Pankreas-Patiententag mit der AdP-Selbsthilfe in den Räumlichkeiten des Robert-Bosch-Krankenhauses statt. Für Oktober 2023 ist wieder ein Patientenforum Onkologie geplant mit Vorträgen und Workshops zu verschiedenen Themen der Onkologie.

9.12 Ergebnisqualität

Das Ergebnis der Auswertung der Kennzahlen des Viszeralonkologischen Zentrums erfolgte im Rahmen zweier Qualitätszirkel. Neben den Fallzahlen werden Faktoren wie Liegezeit, Operationsdauer, therapeutisches Regime und besondere Komplikationen eingehend besprochen. Diese sind auch zeitnahes Thema in den M&M-Konferenzen, in denen sowohl die verstorbenen Patienten, als auch die Patienten mit Komplikationen besprochen werden. Die regelmäßige kritische Selbstanalyse dient der weiteren Verbesserung der Ergebnisqualität.

Wissenschaftliche Studien:

2022 wurden im Rahmen des Darmzentrums folgende Studien durchgeführt:

1. **iDa:** Durch innovative Testverfahren Darmkrebs früher erkennen (Studienleitung: Prof. Dr. Brenner, Dt. Krebsforschungszentrum Heidelberg) (Ansprechpartner: Dr. Theo Maier)
2. **AIO 18.2:** Kurzzeit-Radiotherapie versus Radiochemotherapie, gefolgt von konsolidierender Chemotherapie und selektivem Organerhalt für MRT-definierten intermediären und Hoch-Risiko-Rektumkarzinomen

Studienpatientenliste 2022

Studie	Anzahl
iDa	3
AIO 18.2	0
PEARL	4
Gesamt	7

Wissenschaftliche Studien:

2022 wurden im Rahmen des Pankreaszentrums folgende Studien durchgeführt:

1. **Pancalyze:** Uniklinik Köln PD Dr. Popp

Studienpatientenliste 2022

Studie	Anzahl
Pancalyze	14
Gesamt	14

Kennzahlen Darmzentrum

		2018	2019	2020	2021	2022
Primärfälle	Kolon gesamt	77	84	91	76	80
	operativ	64	77	86	66	72
	endoskopisch	8	3	2	2	1
	palliativ	5	4	3	8	7
	Rektum gesamt	46	37	44	32	34
	operativ	40	28	39	23	28
	endoskopisch	2	2	1	3	1
	palliativ	3	6	4	5	5
	watch and wait	1	1	0	1	0
Revisions-OP in %	Kolon	24,56	9,86	13,75	11,29	6,15
	Rektum	10,53	3,57	15,38	9,52	7,41
Anteil Beratung Sozialdienst in %		85,07	80,74	87,84	78,23	86,29

Kennzahlen Pankreaszentrum

	2019	2020	2021	2022
Primärfälle Pankreaskarzinom	44	46	54	50
operative PF Pankreaskarzinom	20	24	17	17
Primärfälle NET und NEC	1	5	3	6
Operative PF NET und NEC	1	5	3	6
Anzahl Pankreasresektionen	38	35	37	28
Wundinfekte in %	2,63	5,71	2,7	0
R0-Resektionen in % bei Karzinom	71,43	87,50	88,24	82,6
Anteil Psychoonkologische Betreuung in %	77,78	79,31	72,46	72,41
Anteil Beratung Sozialdienst in %	77,78	72,41	76,81	72,41

Bewertung der Punkte durch die Zentrumsleitung

2022 war aufgrund der Corona-Pandemie weiterhin ein anspruchsvolles Jahr, welches hohe Anforderungen an alle beteiligten Kollegen gestellt hat. Trotz mancher Einschränkungen ist es trotzdem gelungen, sowohl die Anforderungen des Darmzentrums als auch die des Pankreaszentrums zu erfüllen. Die Anzahl der Primärfälle für beide Zentren sind stabil.

Die Auswertung der operativen Qualität für das Darmzentrum erbrachte eine Verbesserung insofern, dass es weniger Komplikationen gab. Die Ergebnisse lagen innerhalb der von OnkoZert festgelegten Grenzen. Die Fälle wurden alle aufgearbeitet, so dass sie im Audit einer Einzelfallbetrachtung unterzogen werden können.

Die robotische Chirurgie ist nun ein fest etabliertes Operationsverfahren, vor allem in der Rektumchirurgie. Im Lauf der Jahre 2021/2022 wurde die Methode auf alle chirurgischen Oberärzte ausgeweitet.

Die Anzahl der Patienten, die den supportiven Angeboten wie Psychoonkologie und Sozialdienst zugeführt wurden, ist unverändert hoch, so dass sich hier die Idee des Zentrums, den Patienten auf allen Ebenen zu behandeln, widerspiegelt.

Trotz der Corona-Pandemie ist es uns klinikintern gelungen, regelmäßige M&M-Konferenzen und Qualitätszirkel durchzuführen. Am 29.10.2022 konnte auch erfreulicherweise wieder ein Pankreas-Patiententag mit der AdP-Selbsthilfe angeboten werden.

Die Einführung der Spezialsprechstunden vor vier Jahren hat zu einer konstanten Zuweisung von Patienten von unseren Kooperationspartnern aber auch von vielen anderen Praxen geführt. Durch die Ende 2020 erfolgte Einführung einer ASV-Sprechstunde (ambulante spezial-fachärztliche Versorgung) für gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle wurde das Angebot der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten weiter ausgebaut.

Insgesamt sind wir mit den Zahlen zufrieden, sehen jedoch vor allem bei den operativen Qualitätsindikatoren noch Verbesserungspotential. Es gilt nun, die Anzahl der Primärfälle auf dem hohen Niveau zu halten.

10 Lungenzentrum und Mesotheliomeinheit

Nach der Erstzertifizierung im Jahr 2009 und den erfolgreichen Re-Zertifizierungen wurde kontinuierlich an Verbesserungen gearbeitet, so dass das Lungenzentrum weiterhin auf höchstem Niveau interdisziplinär arbeitet. Zuletzt konnte nun ein Schnellschnitllabor erfolgreich in der Klinik Schillerhöhe eingerichtet werden.

10.1 Abteilung für Thoraxchirurgie / Abteilung für Pneumologische Onkologie / Abteilung für Pneumologie

Thoraxchirurgie:

Die Abteilung für Thoraxchirurgie der Klinik Schillerhöhe wurde zum 1.5.2023 an den Campus des Robert-Bosch-Krankenhauses am Burgholzhof verlegt. Trotz der Hürden durch die damals noch geltenden Coronabestimmungen und die sehr komplexe Integration einer chirurgisch-operativ tätigen Abteilung ist der Umzug nun sehr gut gelungen. Die eigens neu gebauten OP Module konnten zeitnah und ohne technische Probleme erfolgreich in Betrieb genommen werden. Auch die Versorgung unserer Patienten im ambulanten, stationären und intensivmedizinischen Bereich konnten in neuen Räumlichkeiten erfolgreich weitergeführt werden. Somit kann unser operativer Schwerpunkt in der onkologischen Thoraxchirurgie uneingeschränkt fortgeführt werden. Hervorzuheben bleibt weiterhin die hohe Expertise in der minimal-invasiven Thoraxchirurgie. Die schon bislang gute interdisziplinäre Zusammenarbeit ist durch die Integration am RBK Campus einfacher geworden. Mittlerweile zeigt sich auch an der Entwicklung der Patientenzahlen, dass die vorübergehende Einschränkung im Rahmen des Umzuges und der Coronasituation ausgeglichen wurde und perspektivisch ein Wachstum zu erwarten ist. Gerade im Hinblick auf die Einführung der Mindestmengen beim Lungenkarzinom zeigt sich die Abteilung für Thoraxchirurgie am RBK Lungenzentrum sehr gut vorbereitet, auch eine zunehmende Anzahl von Patienten auf qualitativ höchstem Niveau zu versorgen.

Pneumologische Onkologie:

Die Abteilung für pneumologische und molekulare Onkologie wurde am 1.12.2022 mit der Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin fusioniert (CA bleibt Prof. Dr. H.-G. Kopp). Der Bereich Thoraxonkologie ist weiterhin separat nach außen sichtbar und in der Klinik mit der spezialisierten Station sowie Tagesklinik im Gebäude G vertreten. Das übergeordnete Robert-Bosch-Centrum für Tumorerkrankungen (RBCT) ist eine Initiative der Robert-Bosch-Stiftung, die weitergehende Kooperationen mit der Universität Tübingen und dem DKFZ Heidelberg enthält. Mittlerweile ist das RBK Teil des CCC Tübingen-Stuttgart und auch (mit der Universitätsklinik Ulm) des NCT-Südwest. Das Hauptaugenmerk des RBCT gilt der Realisierung translationaler Projekte in der Onkologie, d.h. der raschen Umsetzung grundlagenwissenschaftlicher Erkenntnisse in die Klinik.

Hervorzuheben sind diesbezüglich Investigator-Initiated-Trials in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern zur Diagnostik aus Atemgaskondensat sowie zur Therapie des Plattenepithel-NSCLC mit einem bispezifischen therapeutischen Antikörper.

Pneumologie und Beatmungsmedizin

In der Abteilung für Pneumologie und Beatmungsmedizin steht im Lungenzentrum Stuttgart am Robert-Bosch-Krankenhaus ein hochspezialisierter Partner zur Verfügung. Der Umzug der Abteilung zum 01.07.2022 mit Fokussierung auf einen Standort hat hierbei zu einer weiteren Verbesserung der Prozesse und Strukturen geführt. Die invasive endoskopische Diagnostik wird unter Verwendung von radialem Ultraschall und andere innovativen diagnostischen Möglichkeiten insbesondere auch mittels neu etablierter Navigationsbronchoskopie fortwährend verbessert. Darüber hinaus stehen auch zur interventionellen Versorgung von Tumorpatienten alle Möglichkeiten jederzeit zur Verfügung. Die Expertise der Abteilung zur Diagnostik und Management von Tumor-Patienten mit multiplen kardiopulmonalen Vorerkrankungen wird auch zum Erreichen einer funktionellen Operabilität und in der post-operativen Versorgung bei komplexen Verläufen über die Weaningstation intensiv zum Wohle der Patienten genutzt.

10.2 Ziele des Lungenzentrums in 2023

Um eine hohe Dienstleistungsqualität zu erreichen, leiten wir aus unserer Qualitätspolitik folgende konkret messbare Ziele für das Jahr 2023 ab:

Zielsetzung 2023	Umsetzung und quantitative Anforderung	Messung
Weitere Steigerung der OP-Zahlen	Bereits zum 3.2.23 wurde die OP-Kapazität von anfänglich 5 Tagen pro Woche auf 6 Tage erhöht. Eine weitere Erhöhung der OP Kapazität wird dringend angestrebt	OP-Zahlen 2023
Ausweitung der Sprechstunden	Aktuell werden an 3 Wochentagen Sprechstunden als KV-Ermächtigungssprechstunden angeboten. Um der wachsenden Zahl an Patienten gerecht zu werden, wird die Erweiterung der Sprechstunde auf 4 Tage angestrebt	Anzahl der Sprechstundentage pro Woche

10.3 Bewertung der Ziele 2022

Zielsetzung 2022	Geplante Umsetzung	Erfolgt Umsetzung und Messung
Umzug ans RBK Stuttgart	Strukturierung der Abläufe, Organisation der Ambulanzen, Integration der Thoraxchirurgie in den Zentral-OP	Umzug erfolgreich räumlich und technisch umgesetzt, ärztliches Team komplett erhalten. OP Kapazität erhöht, aber perspektivisch weitere Erhöhung notwendig
Zertifizierung als Mesotheliomeinheit	Optimierung der Strukturen anhand des Erhebungsbogens	Erhalt des Zertifikats nach Audit

10.4 Ergebnisse internes und externes Audit

Ergebnisse aus externen Audits

Am 27. Juni und 15. September 2022 fand das Überwachungsaudit Lungenzentrums nach den Anforderungen von OnkoZert und der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Die Ergebnisse des Audits wurden innerhalb des Zentrums besprochen und in einem Aktionsplan erfasst.

Die Hinweise aus dem Audit in 2022 wurden wie folgt bearbeitet:

Hinweise / Abweichungen Auszüge aus dem externen Auditbericht	Aktion	Status (offen / in Bearbei- tung / Erle- digt)
Die gelebte Kooperation mit dem Unfallversiche- rungsträger wird beim nächsten Audit anhand der Fälle betrachtet.	Vorbereitung in Form der Einführungsprä- sentation für das Audit in 2023. E-Mail Verlauf mit Fr. Duell als Nachweis.	Erledigt
Maßnahmen zur Besserung der Teilnahme an der Patientenbefragung sind zu definieren und zu imple- mentieren.	Erfolgt hausübergreifend durch Fr. Him- mel. Mehrere Maßnahmen sind bereits abgeleitet. Erinnerung durch Pflegeperso- nal und Ärzte zur Durchführung der Be- fragung sollte mind. Vor Entlassung erfol- gen. Befragungsteilnahme im LZ ist in 2022 gestiegen.	Erledigt
Konzepte für die Nachbesetzung von vakanten Pfl- gestellen sollen entwickelt und umgesetzt werden.	Es wurden mehrere Maßnahmen ergrif- fen, darunter: Einführung von Smart Re- cruiters; Einrichtung Stabstellen Pflege- marketing und Internationale Pflege; Auf- bau Stabstelle Praxiskoordination Gene- ralistische Ausbildung/Duales Studium.	Erledigt
Die Bronchoskopie wird im kommenden Jahr vor Ort auditiert. Das Konzept zur Müllentsorgung wird beim Audit betrachtet.	Die Müllentsorgung ist geregelt und dem Arbeitsablauf der Bronchoskopie ange- passt.	Erledigt
Der Prozess der BG-Meldung ist zu verschriftlichen und wird beim nächsten Audit betrachtet.	Prozess ist verschriftlicht und in roXtra einstellt.	Erledigt
Eine SOP bzgl. „Verlegung von IST auf Station und umgekehrt“ sollte erstellt werden.	SOP ist verschriftlicht und in roXtra ein- stellt.	Erledigt
Der R1 Status sollte im postoperativen Tumorboard festgehalten werden und die R1 Fälle sollten weiter- hin in Detail aufgearbeitet werden.	R1 Status in postoperativen Tumorboard- beschlüssen aufnehmen und aufarbeiten. Es gab in 2022 keinen R1 Status, wird für die Zukunft jedoch beachtet.	Erledigt
Die Tumordokumentation sollte als Datenquelle für Qualitätssicherung und Benchmarking genutzt wer- den, z.B. zur Zwischenkontrolle der Sollvorga- ben/Zahlenentwicklung.	Aufbereitung der Daten durch Tumordo- kumentation zusammen mit Fr. Dr. Bo- edeker. OSP hat eine Schnittstelle zu On- kostar, hier soll zukünftig auch wieder ein Benchmark stattfinden.	In Bearbei- tung

Ergebnisse aus internen Audits

Folgende interne Audits, welche das Lungenzentrum betreffen haben in 2019/2020/2021/2022 stattge-
funden bzw. sind in 2023 geplant:

Zentrum	Bereich	Durch-ge- führt in 2019	Durch- geführt in 2020	Durch-ge- führt in 2021	Durch-ge- führt in 2022	Durch-ge- führt/Ge- plant in 2023
Lungen- zentrum	Pneumologie Station P1	07.10.2019				Oktober 2023
	Pneumologie Station P2	09.10.2019	Beim ISO Audit be- gangen			Oktober 2023

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/Geplant in 2023
	Pneumologische Onkologie Station 3G				06.04.2022	
	Palliativstation 3GP	09.10.2019			06.04.2022	
	Ambulanz KSH	07.10.2019	Beim ISO Audit gegangen			Oktober 2023
	Zentrumskoordinator Lungenzentrum				Geplant, zurückgestellt wegen Umzug	Oktober 2023
	Thoraxchirurgie Sekretariat				Geplant, zurückgestellt wegen Umzug	Oktober 2023
	Thoraxchirurgie Station C2		Beim ISO Audit gegangen		Geplant, zurückgestellt wegen Umzug	Oktober 2023
	Bronchoskopie	07.10.2019	Beim ISO Audit gegangen			Oktober 2023

Die Auditberichte können bei der Stabstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement eingesehen werden.

10.5 Ergebnisse Patientenbefragung

Um unsere Kundenorientierung bewerten zu können, wird eine kontinuierliche Patientenbefragung durchgeführt. Die Befragung wurde im September 2020 von Papier auf Digital umgestellt. An zentralen Stellen im Haus und auf jeder Station steht ein Befragungsterminal, über welches Patienten und Angehörige eine Rückmeldung geben können. Des Weiteren besteht die Möglichkeit über einen QR-Code teilzunehmen.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung sind im Anhang abgebildet.

Rücklauf 2016: 382 Fragebögen, (79%)

Rücklauf 2017: 374 Fragebögen, (73%)

Rücklauf 2018: 241 Fragebögen, (47%)

Rücklauf 2019: 2019 wurde das 1. Halbjahr ausgewertet, Rücklaufquote 56,8%.

Rücklauf 4. Quartal 2020: 0 Fragebögen, (0%) → kein Rücklauf, da das Befragungsterminal zuerst technische Schwierigkeiten hatte und die Station anschließend in eine COVID-Station umgewandelt wurde.

Rücklauf 2021: 16 Fragebögen, (4%) → 09.03.2022 fand zu diesem Thema ein Qualitätszirkel statt. Hier wurde sowohl die geringe Rückmeldequote, als auch der Inhalt der Rückmeldebögen besprochen, um unter anderem Maßnahmen einzuleiten, die Rücklaufquote zu erhöhen. Von Seiten der Pflege werden Maßnahmen eingeleitet, mit dem Ziel die Rücklaufquote zu erhöhen.

Rücklauf 2022: 51 Fragebögen, (13%) → Steigerung im Vergleich zu 2021, die Quote liegt allerdings weiter deutlich unter der Quote, die vor der Digitalisierung erreicht wurde. Ein Qualitätszirkel sowohl über Inhalt, als auch über die Rücklaufquote ist noch in Planung, um Verbesserungen abzuleiten.

10.6 Ergebnisse Einweiserbefragung

Die letzte Einweiserbefragung fand 2019 gemeinsam mit allen Onkologischen Zentren statt. Diese gab die Rückmeldung einer hohen Zufriedenheit der Einweiser mit der Klinik, alles wurde mit durchschnittlich gut bis sehr gut bewertet. Daher wurden diesmal keine Maßnahmen abgeleitet. Eine Einweiserbefragung hat am 12.06.2023 für den Zeitraum von vier Wochen gestartet, die Ergebnisse können in der nächsten Managementbewertung dargestellt werden.

10.7 Qualitätszirkel

Folgende Qualitätszirkel fanden 2021 im Lungenzentrum statt:

Datum:	Thema:
06.10.2021	Implementierung der Chemotherapie Bestellsoftware ChemoCompile
20.10.2021	Überarbeitetes Merkblatt für Antikoagulation und Metformin perioperativ/ periinterventionell
15.12.2021	Klassifikation nach Robinson

10.8 Fortbildungen

Folgende Fortbildungsveranstaltungen haben 2022 stattgefunden

Datum :	Thema:
22.06.2022	PostASCO des CCC Tübingen Stuttgart, Vortrag zum Thema Lungenkarzinom lokal begrenzt
18.10.2022	„Besen-Akademie“ des RBK Lungenzentrums Stuttgart

10.9 Kooperationspartner Praxen und Kliniken

Für das Onkologische Zentrum bestehen Kooperationsverträge mit der Strahlentherapie für alle Organzentren des RBK.

Darüber hinaus wurden auch mit Praxen Kooperationsverträge geschlossen.

Sämtliche Punkte sind in den aktuellen Kooperationsverträgen geregelt. Eine Geschäftsordnung für die Abteilungen Thoraxchirurgie und Pneumologie liegt vor (siehe Liste interner und externer Kooperationspartner - roXtra).

10.10 Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage

Am 05.07.2022 hat ein Lungentag für Patienten am RBK Lungenzentrum Stuttgart stattgefunden.

10.11 Ergebnisqualität

Studien

Die Teilnahme an folgenden Studien war mit vorliegendem Ethikvotum möglich:

Durvalumab in frail and elder patients with met. NSCLC (DURATION) Sponsor: AIO
A PHASE II/III Multicenter Study Evaluating the Efficacy and Safety of multiple targeted therapies as treatments for patients with advanced or metastatic non-small cell lung cancer (NSCLC) harboring actionable somatic mutations detected in blood (B-Fast : Blood-first assay screening trial) BO 29554 Sponsor: Roche B-Fast

<p>A phase III, double-blinded, multicenter, randomized study evaluating the efficacy and safety of neoadjuvant treatment with atezolizumab or placebo in combination with platinum-based chemotherapy in patients with resectable stage II, IIIA or select IIIB non-small cell lung cancer GO 40241 Sponsor: Roche</p>
<p>A Randomized, Double-Blind, Phase 3 Study of Pemetrexed + Platinum Chemotherapy with or without Pembrolizumab (MK-3475) in TKI-resistant EGFR-mutated Tumors in Metastatic Non-squamous Non-small Cell Lung Cancer (NSCLC) Participants Tumors in Metastatic Non-squamous Non-small Cell Lung Cancer (NSCLC) Participants KEYNOTE-789 Sponsor: MSD</p>
<p>Randomized Phase-II Study of Trabectedin/Olaparib Compared to Physician's Choice in Subjects with Previously Treated Advanced or Recurrent Solid Tumors Harboring DNA Repair Deficiencies TOP-ART, NCT-PMO-1603 Sponsor: Uniklinik HD</p>
<p>A Phase III, Randomized, Double-blind, Placebo-controlled, Multi-center, International Study of Durvalumab or Durvalumab and Tremelimumab as Consolidation Treatment for Patients with Stage I-III Limited Disease Small-Cell Lung Cancer Who Have Not Progressed Following Concurrent Chemoradiation Therapy ADRIATIC Sponsor: AstraZeneca</p>
<p>A PHASE 3, RANDOMIZED, OPEN LABEL STUDY TO COMPARE NIVOLUMAB PLUS CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY (CCRT) FOLLOWED BY NIVOLUMAB PLUS IPILIMUMAB OR NIVOLUMAB PLUS CCRT FOLLOWED BY NIVOLUMAB VS CCRT FOLLOWED BY DURVALUMAB IN PREVIOUSLY UNTREATED, LOCALLY ADVANCED NON-SMALL CELL LUNG CANCER (LA NSCLC) BMS CA209-73L Sponsor: BMS</p>
<p>Multicenter, randomized, double blind, -controlled study evaluating the efficacy and safety of canakinumab vs placebo as adjuvant therapy in adult subjects with stages AJCC/UICC v.8 II-IIIa and IIIB (T>5cm N2) completely resected (R0) NSCLC Canopy-A Sponsor: Novartis</p>
<p>Advancing Brigatinib properties in anaplastic lymphoma kinase positive NSCLC patients by deep phenotyping ABP Sponsor: IKF Frankfurt</p>
<p>A double-blind, placebo controlled, randomized, phase II study evaluating the efficacy and safety of capmatinib (INC280) and spartalizumab (PDR001) combination therapy vs capmatinib and placebo as first line treatment for locally advanced or met. NSCLC-patients with MET exon 14 skipping mut. CINC280J2201 Sponsor: Novartis</p>
<p>A phase III, Randomized, Double-blinded, Placebo-controlled, Study of Tiragolumab, an anti-tigit antibody, in combination with Atezolizumab compared with Placebo in combination with Atezolizumab in patients with previously untreated locally advanced unresectable or metastatic PD-L1-selected non-small cell lung cancer GO41717 Sponsor: Roche</p>
<p>An Open-label Phase 1/1b Study to Evaluate the Safety and Pharmacokinetics of JNJ-73841937 (Lazertinib), a Third Generation EGFR-TKI, as Monotherapy or in Combinations With JNJ-61186372, a Human Bispecific EGFR and cMet Antibody in Participants With Advanced Non-Small Cell Lung Cancer Chrysalis Sponsor: Janssen</p>
<p>Phase 3, Randomized Study of Amivantamab and Lazertinib Combination Therapy Versus Osimertinib Versus Lazertinib as First-Line Treatment in Patients with EGFR-Mutated Locally Advanced or Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer Mariposa Sponsor: Janssen</p>
<p>Prospective phase 2 Trial of induction chemotherapy and chemoradiotherapy plus/minus the PD-L1 antibody durvalumab followed by surgery or definitive chemoradiation boost and consolidation durvalumab in resectable stage III NSCLC Espadurva Sponsor: UK Essen</p>
<p>A Phase 3, Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled, Multicenter Study Comparing Niraparib plus Pembrolizumab versus Placebo plus Pembrolizumab as Maintenance Therapy in Participants Whose Disease Has Remained Stable or Responded to First-Line Platinum-Based Chemotherapy with Pembrolizumab For Stage IIIb or IV Non-Small Cell Lung Cancer ZEAL-1L Sponsor: GSK</p>
<p>A Randomized, Open-Label, Phase 3 Study of Pralsetinib vs SoC for 1L Treatment of RET-fusion-positive, metastatic NSCLC Blu-667 Sponsor: Covance/Roche</p>
<p>Durvalumab in frail and elder patients with met. NSCLC (DURATION) Sponsor: AIO</p>
<p>A PHASE II/III Multicenter Study Evaluating the Efficacy and Safety of multiple targeted therapies as treatments for patients with advanced or metastatic non-small cell lung cancer (NSCLC) harboring actionable somatic mutations detected in blood (B-Fast: Blood-first assay screening trial) BO 29554 Sponsor: Roche B-Fast</p>
<p>A phase III, double-blinded, multicenter, randomized study evaluating the efficacy and safety of neoadjuvant treatment with atezolizumab or placebo in combination with platinum-based chemotherapy in patients with resectable stage II, IIIA or select IIIB non-small cell lung cancer GO 40241 Sponsor: Roche</p>
<p>A Randomized, Double-Blind, Phase 3 Study of Pemetrexed + Platinum Chemotherapy with or without Pembrolizumab (MK-3475) in TKI-resistant EGFR-mutated Tumors in Metastatic Non-squamous Non-small Cell Lung Cancer (NSCLC) Participants Tumors in Metastatic Non-squamous Non-small Cell Lung Cancer (NSCLC) Participants KEYNOTE-789 Sponsor: MSD</p>
<p>Randomized Phase-II Study of Trabectedin/Olaparib Compared to Physician's Choice in Subjects with Previously Treated Advanced or Recurrent Solid Tumors Harboring DNA Repair Deficiencies TOP-ART, NCT-PMO-1603 Sponsor: Uniklinik HD</p>

Entwicklung Leistungszahlen Thoraxchirurgie 2021

	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016
Thoraxchirurgie: Operative Eingriffe gesamt	1033	1429	1554	1587	1795	1954	1933
Große Thorax-Eingriffe	305	371	302	412	565	1013	1011

Andere Thorax-Eingriffe	396	689	834	637	509	428	430
Mediastinoskopie (Videomediastinoskopie)	27	37	26	38	43	70	80
Thorakoskopie (VATS–videoassistierte Thorakoskopie)	507	547	5722	577	544	1234	1210
davon VATS-Lobektomien	75	62	86	97	84	118	120
Multimodale Tumorthapien mit OP (neo-adjuvant)	10%	10%	10%	11%	14%	32%	33%

Bewertung der Punkte durch den Zentrumsleiter

Fachliche Expertise und kollegiale Zusammenarbeit zeichnen das RBK-Lungenkrebszentrum Stuttgart auch weiterhin aus. Die sehr gut etablierten Strukturen des Lungenkrebszentrums strahlen dabei auch auf die anderen onkologischen und nicht onkologischen Bereiche des RBK-Lungenzentrums Stuttgart aus. So ist es gängige Praxis neben dem Lungenkarzinom auch andere thorakale Tumorentitäten und metastasierte Erkrankungen mit Beteiligung thorakaler Organe interdisziplinär zu besprechen und Diagnostik- und Therapieempfehlungen zu entwickeln. Der Umzug an den Standort Burgholzhof ist nun komplett abgeschlossen und die Arbeit in den neuen Strukturen konnte erfolgreich aufgenommen werden. Die Zertifizierung zur Mesotheliomeinheit im letzten Jahr war erfolgreich. Hier scheint sich der Umzug (mit einer deutlichen Veränderung des Einzugsgebietes!) und die bis Anfang 2023 anhaltenden Einschränkungen durch die Corona-Regularien noch sehr begrenzend auf die entsprechenden Patientenzahlen auszuwirken. Insgesamt zeichnet sich aber ein sehr guter Zuspruch seitens Zuweisern und Patienten für das RBK-Lungenzentrum ab, so dass hier in Zukunft auch ausreichende Behandlungszahlen für das Mesotheliom zu erwarten sind. Forschungsaktivitäten in diesem Bereich sowie gezielte öffentliche Fortbildungsaktivitäten zum Thema Mesotheliom sowie die Zuweisung von Patienten über die Berufsgenossenschaften dürften zu einer positiven Entwicklung beitragen.

Die Abteilungen des Lungenkrebszentrums rangieren bundesweit wiederum in der Spitzengruppe der Fachzentren. Gerade die multimodale Behandlung von Lungenkrebs erfordert eine äußerst hohe Expertise, um qualitativ beste Ergebnisse zu erzielen. Zukünftig werden neoadjuvante Konzepte noch mehr Bedeutung in der Behandlung von Lungenkrebs gewinnen. Auch hier kann das RBK-Lungenkrebszentrum auf eine lange Erfahrung zurückblicken und diese zum Wohle der Patienten nutzen.

11 Zentrum für Hämatologische Neoplasien

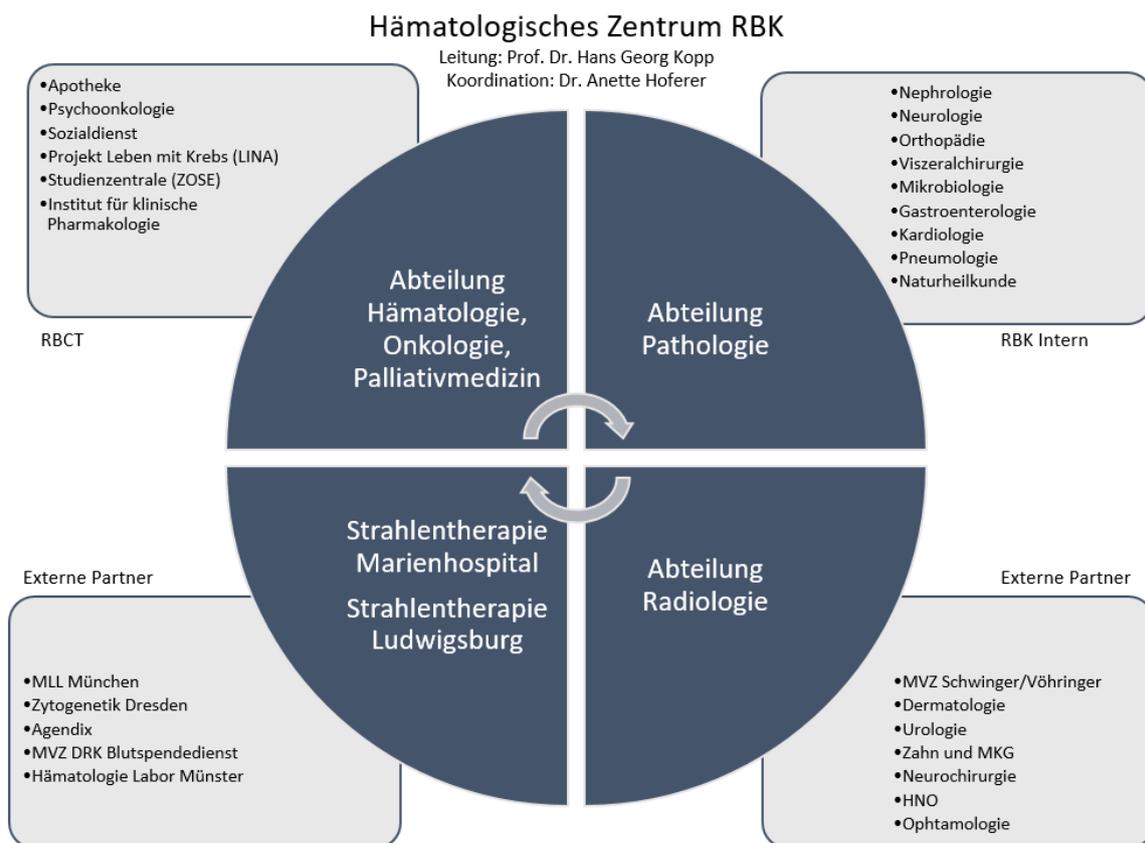
Das Zentrum für hämatologische Neoplasien am RBK entwickelt sich aus dem seit vielen Jahren bestehenden Behandlungsschwerpunkt der Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin. In der Abteilung ist die hämatologische Onkologie wichtiger Bestandteil der stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung. Es können sämtliche medizinische Behandlungen angeboten werden unter Einbeziehung der allogenen und autologen Stammzelltransplantationen sowie der CAR-T-Zelltherapie. Das Zentrum verfügt über 63 Betten, davon sind 14 Betten als IMC mit Schleusen ausgestattet, diese und 17 weitere Betten verfügen über eine raumlufttechnische Anlage zur Überdruckbelüftung und HEPA Filtration der Raumluft. Die Palliativstation mit 9 Betten verfügt über alle notwendigen strukturellen und personellen Voraussetzungen.

Die Tagesklinik verfügt über 18 tagesklinische und ambulante Behandlungsplätze, davon befinden sich 3 Plätze in einem abgesonderten Bereich mit eigenen Sanitäreinrichtungen für Patienten, die mit polyresistenten Keimen kolonisiert sind. Auch sind Räumlichkeiten für die ärztliche Betreuung und Interventionen vorhanden.

Die Ambulanz verfügt über 6 Untersuchungs- und Besprechungsräume. Diese werden zum Teil mit anderen Ambulanzen gemeinsam genutzt. Zusätzlich besteht ein gesonderter Bereich für die abwehrgeschwächten Patienten nach Stammzelltransplantation.

Von der Abteilung wird gemeinsam mit der Apotheke und Abteilung für Laboratoriumsmedizin eine Einheit für Stammzellherstellung betrieben. Diese stellt periphere Stammzellpräparate, DLI und Knochenmarkpräparate sowohl für den Bedarf des Zentrums als auch im Auftrag der DKMS her. Die Einheit verfügt über eine Herstellungserlaubnis für alle Präparate, eine Zulassung für die Herstellung von Prüfpräparaten und ein GMP Zertifikat. Die Herstellung findet in eigenen Räumlichkeiten einschließlich eines GMP konformen Reinraumes statt.

Das Hämatologische Zentrum ist eingebettet in ein Netzwerk von internen und externen Kooperationspartnern. Die Struktur des hämatologischen Zentrums ist in der folgenden Abbildung dargestellt:



Die Abteilung und das hämatologische Zentrum steht unter der Leitung von Prof. Hans-Georg Kopp, die Zentrumskoordinatorin ist Frau Dr. A. Hoferer. Die klinische Leitung des Stammzelltransplantations-

programmes obliegt Herrn Dr. Kaufmann, die Leiterin der Stammzellherstellung ist Frau Dr. Martin. Den Palliativbereich leitet Herr Dr. Stehle.

Die Abteilung verfügt über 8 Oberärzte/FOÄ. Zusätzlich verfügt 1 Assistenzarzt über die Anerkennung des Schwerpunkts Hämatologie und 3 Assistenzärzte über die Anerkennung Innere Medizin. 3 Ärzte verfügen über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin.

Die pflegerische Leitung der Abteilung obliegt Frau Idler. Insgesamt sind am onkologischen Zentrum 33 Fachkräfte angestellt, davon sind 30 tätig und 5 in der Fachweiterbildung. 3 Mitarbeitende befinden sich in Erziehungszeit. 16,35 Stellen entfallen hierbei auf Stationen, die überwiegend Patienten des hämatologischen Zentrums betreuen.

Die Steigerung der Studienquote war ein wesentliches Ziel der letzten Jahre. Dies wurde durch die Integration der hämatologischen Studienmitarbeiter in die zentrale Studieneinheit erreicht. Damit konnte die Rekrutierung in klinische Studien gesteigert werden. Allerdings führten durch Personalwechsel eingetretene Engpässe zu einer zeitweilig verminderten Studienrekrutierung am Ende des Jahres. Dieser Personalmangel konnte mittlerweile behoben werden. Allerdings zeigte dieses Ereignis, dass die im Studienbereich übliche Befristung von Arbeitsverträgen einer langfristigen und damit sehr wünschenswerten Mitarbeiterbindung entgegensteht.

Ein unverändert priorisiertes Ziel der Abteilung ist die Verfügbarkeit aller medizinischen Verfahren zu kombinieren mit maximalen Anstrengungen, die Belastung durch Krankheit und Therapie so gering wie möglich zu halten. Ein Werkzeug dazu ist die Integration der Naturheilkunde in die Therapiekonzepte bei stationären Therapien. Dabei werden sowohl ärztliche als auch pflegerische Maßnahmen aus dem Bereich der Naturheilkunde, für die es eine Evidenz für zumindest symptomlindernden Effekt gibt, allen Patienten mit aggressiven stationären Therapien angeboten.

Der zweite Schwerpunkt ist ein umfassendes psychosoziales Betreuungsprogramm. Dazu gehört, dass jeder Patient im Rahmen des psychoonkologischen Liaisondienstes von einem Mitarbeiter dieses Dienstes besucht wird. Bei diesem Besuch wird Belastung und Behandlungsbedarf erfasst. Zusätzlich bieten wir allen Patienten bis zu einem Alter von 50 Jahren das Programm „Diagnose Krebs-mitten im Leben“ für junge Erwachsene an. Dieses Angebot konnte die bisherigen Barrieren für die Inanspruchnahme solcher Dienste vor allem durch junge Männer weitgehend beseitigen und führte daher zu einer erheblich zielgenaueren und umfassenderen Begleitung dieser Patientengruppe. Aufgrund des großen Erfolges wurde ein Plan erstellt, dieses Programm in das Konzept der Krebsberatungsstellen zu integrieren und damit die Finanzierung auf Dauer sicherzustellen.

Das hämatologische Zentrum war an den QM Maßnahmen im Rahmen der DIN ISO Zertifizierung beteiligt. Zusätzlich sind Teile des hämatologischen Zentrums nach JACIE akkreditiert. Die im Rahmen von PDCA Zyklen durchgeführten internen Audits sind im Detail aufgeführt.

Die Coronapandemie wurde ohne schwerwiegende Beeinträchtigungen der Behandlungsmöglichkeiten bewältigt. Das Transplantationsprogramm und die kurativen Therapien wurden unbeeinträchtigt fortgesetzt.

11.1 Ziele des Zentrums für Hämatologische Neoplasien in 2023

Um eine hohe Dienstleistungsqualität zu erreichen, leiten wir aus unserer Qualitätspolitik folgende konkret messbare Ziele für das Jahr 2023 ab:

Zielsetzung 2023	Umsetzung und quantitative Anforderung	Kennzahl/Messung	Frist / Zuständigkeit
Steigerung der Anzahl an CAR-T-Patienten im Bereich der Lymphome	Durchführung der Therapie	5 Therapien	06/24
Weiterer Ausbau CAR-T-Programms	Qualifizierung für neue Produkte	Etablierung Myelom CAR's	06/24
Steigerung der Fallzahl	Öffentlichkeitskonzept	Unternehmenskommunikation	12/23

11.2 Bewertung der Ziele 2022

Zielsetzung 2022	Umsetzung und quantitative Anforderung	Kennzahl/Messung	Frist / Zuständigkeit
Ausbau CAR-T Programm	Durchführung Therapien Qualifizierung für neue Produkte	5-10 Therapien Etablierung Myelom CARs	Etablierung CARs bei Lymphomen erfüllt Therapieanzahl ausstehend Myelom-CARs ausstehend
Steigerung Fallzahl	Öffentlichkeitskonzept	Unternehmenskommunikation	Ausstehend Eine neue Homepage ist in Vorbereitung

11.3 Ergebnisse internes und externes Audit

Ergebnisse aus externen Audits

Am 15. Oktober 2022 fand das Überwachungsaudit des Zentrums für Hämatologische Neoplasien nach den Anforderungen von OnkoZert und der Deutschen Krebsgesellschaft statt. Die Ergebnisse des Audits wurden innerhalb des Zentrums besprochen und in einem Aktionsplan erfasst.

Aktionsplan des Zentrums für Hämatologische Neoplasien:

Hinweise / Abweichungen Auszüge aus dem externen Auditbericht	Aktion	Status (offen / in Bearbeitung / Erledigt)
Die neue Geschäftsordnung sollte auch wie vorgesehen von den Kooperationspartnern unterschrieben werden.	Nachweis der Unterschriften in roXtra kenntlich machen oder eine unterschriebene Version in roXtra einstellen. Nachweis in roXtra über Workflow „Empfänger“ nachweisbar.	Erledigt
Mit der Krebsberatungsstelle und dem MVZ Onkologie sollten Kooperationsverträge geschlossen werden.	Ein Kooperationsvertrag mit dem MVZ Onkologie besteht bereits unter MVZ als Nebenbetriebsstätte. Ein Vertrag zur Zusammenarbeit mit der Krebsberatungsstelle existiert.	Erledigt
Die Einweiserbefragung sollte alle drei Jahre erfolgen.	Findet im Frühjahr 2023 statt.	Erledigt
Der HAEZ EB ist unter diesem Abschnitt nicht aussagekräftig. Es wird auf den OZ-Bogen verwiesen. Dies sollte geändert werden. Hier sollten die HAEZ- spezifischen Daten präsentiert werden.	Beim Ausfüllen des nächsten Erhebungsbogens berücksichtigen.	Erledigt

Hinweise / Abweichungen Auszüge aus dem externen Audit-bericht	Aktion	Status (offen / in Bearbeitung / Erledigt)
Die Rücklaufquote der Patientenbefragung sollte >30% betragen.	Es wurden Qualitätszirkel durchgeführt.	In Bearbeitung
Das Studienportfolio ist sehr leukämie-lastig (insbesondere AML). Der Anteil von Lymphomstudien sollte gesteigert werden. Dies ist bereits geplant.	Eine Steigerung der Lymphomstudien ist geplant	In Bearbeitung
Die Chemotherapieexpertise der Pflege in der onkologischen Tagesklinik sollte systematisch erfasst und nachgewiesen werden (>50/Jahr)	Es erfolgt eine Dokumentation jeder applizierten Chemotherapie in Papierform.	In Bearbeitung
In der Tumordokumentation sollte eine Schnittstelle zwischen Onkostat und dem ambulanten Bereich geschaffen werden. Diese ist bereits in Planung.	Eine entsprechende Schnittstelle ist vorhanden.	Erledigt

Ergebnisse aus internen Audits

Folgende interne Audits, welche das Zentrum für Hämatologische Neoplasien betreffen haben in 2019/2020/2021/2022 stattgefunden bzw. sind in 2023 geplant:

Zentrum	Bereich	Durchgeführt in 2019	Durchgeführt in 2020	Durchgeführt in 2021	Durchgeführt in 2022	Durchgeführt/Geplant in 2023
Onkologisches Zentrum / Zentrum für Hämatologische Neoplasien	Sprechstunde / Ambulanz Hämatologie			23./24.06.2021 (ISO Audit)		
	Zentrumskoordinator Onkologisches Zentrum				06.04.2022	
	Palliativstation 1L	23.07.2019		23./24.06.2021 (ISO Audit)	03.05.2022	
	Onkologische Tagesklinik	23.07.2019		23./24.06.2021 (ISO Audit)		
	Station 5B	23.07.2019				
	Station 4C	23.07.2019		23./24.06.2021 (ISO Audit)		
	Station 4D	23.07.2019		23./24.06.2021 (ISO Audit)		

Die Auditberichte können bei der Stabstelle Qualitäts- und klinisches Risikomanagement eingesehen werden.

11.4 Ergebnisse Patientenbefragung

Um unsere Kundenorientierung bewerten zu können, wird eine kontinuierliche Patientenbefragung durchgeführt. Die Befragung wurde im September 2020 von Papier auf Digital umgestellt. An zentralen Stellen im Haus und auf jeder Station steht ein Befragungsterminal, über welches Patienten und Angehörige eine Rückmeldung geben können. Des Weiteren besteht die Möglichkeit über einen QR-Code teilzunehmen. In 2021 wurde die Befragung des Onkologischen Zentrums und des Zentrums für Hämatologische Neoplasien getrennt, um den Rücklauf genauer aufschlüsseln zu können. Es wurden für 2023 bereits Maßnahmen abgeleitet, um die Teilnahme an der Befragung zu steigern.

Die Ergebnisse der Patientenbefragung sind im Anhang abgebildet.

In der Tabelle wird die Rücklaufquote der Patientenbefragung abgebildet.

Station	2016	2017	2018	1. Quartal 2019	4. Quartal 2020	2021	2022
4C	19,2 %	19,5 %	15,8 %	11 Fragebögen, d.h. 34,4%	10 Teilnehmer 100% würden uns weiterempfehlen	6 Teilnehmer 100% würden uns weiterempfehlen	4 Rückmeldungen (2 Patienten und 2 Angehörige)
4D	14,0 %	12,0 %	11,4 %	9 Fragebögen, d.h. 3,4%			
5B	20,9 %	17,9 %	8,3 %	8 Fragebögen, d.h. 3,2%			

11.5 Ergebnisse Einweiserbefragung

Die nächste Einweiserbefragung ist im Frühjahr 2023 erfolgt. Die aus den Anmerkungen der vorherigen Einweiserbefragung abgeleitete Konzeption einer Onboarding Area wurde etabliert. In diesem Rahmen wurden auch Ansprechpartner für Einweiser definiert und die Erreichbarkeit 8.00-16.00 sichergestellt.

11.6 Qualitätszirkel

Folgende Qualitätszirkel haben 2022 stattgefunden:

- Die Qualitätszirkel wurden gemeinsam mit dem onkologischen Zentrum durchgeführt
- 10.02.2022 Inhalt der Patientenfragebögen
- 09.03.2022 Erhöhung des Rücklaufs der Patientenrückmeldungen
- Siehe Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz

11.7 Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen

Weiterhin wurden 3 Morbiditäts- und Moralityskonferenzen durchgeführt:

- 12.01.2022: Mortalitätskonferenz
Thema: Tod durch respiratorisches Versagen nach allogener Stammzell-Transplantation:
Maßnahmen: Das Vorgehen wurde mit der klinischen SOP abgeglichen.
Zusätzlich wurde eine Literatur-Recherche zum Vorgehen (Diagnostik/Therapie) bei pulmonaler Hämorrhagie durchgeführt. Die SOP wurde um diesen Punkt ergänzt
- 25.05.2022: Morbiditätskonferenz
Thema: TTP
Maßnahmen: Überprüfung der Strukturen (Zugang zu Plasmapherese und Caplazimumab) außerhalb der regulären Dienstzeit.
- 12.10.2022: Mortalitätskonferenz
Thema: Eosinophilie
Maßnahmen: Schulung des Krankheitsbildes

11.8 Fortbildungen

Im Zentrum für Hämatologische Neoplasien finden wöchentlich im Rahmen der Abteilungsbesprechung Fortbildungen statt. Die Themen, Protokolle und Teilnehmerlisten sind elektronisch archiviert und können im Ordner ZIM2 Standards eingesehen werden. Im Rahmen der Tumorboards finden auch Fortbildungen statt. Neue Studien werden anlassbezogen in der Studien- und/oder Abteilungsbesprechung vorgestellt.

Die nachfolgende Liste beschränkt sich auf Fortbildungen im Rahmen des hämatologischen Zentrums

a) Interne und externe Fortbildungen

Datum	Thema	Referent
12.01.2022	Mortalitätskonferenz (allo TX)	Kaufmann
19.01.2022	Vorgehen bei primär mediastinalem B-Zell-Lymphom	Martin
26.01.2022	CAR-T-Zell Therapie	Jochem
02.02.2022	Amendment – Enhance-Studie	Bacchus
09.02.2022	Vorbereitung autologe Stammzellseparation	Schier
16.02.2022	Schmerztherapie in der Palliativmedizin	Steckkönig
23.02.2022	Mixed AIHA	Hoferer
02.03.2022	Transfusions-Fortbildung	Stehle
09.03.2023	Vorstellung Checkliste allogene Transplantation und Immunsuppression	Kober
16.03.2022	Graft-Failure	Kober
23.03.2022	Therapie Morbus Hodgkin	Steinbach
30.03.2022	Vorgehen bestrahlte Blutprodukte	Martin
06.04.2022	Corona	Martin
13.04.2022	AL-Amyloidose	Tsirakidis
27.04.2022	Hämatologischer Notfall am Beispiel der APL	Jochem
04.05.2022	Morbus Hodgkin – Nebenwirkung Checkpoint-Inhibitoren	Kaufmann
18.05.2022	TMA - Therapie	Kaufmann
01.06.2022	Polycythemia vera	Heisterkamp
13.07.2022	Corona – Update	Aulitzky
27.07.2022	Fallbesprechung Hämatologie	Stehle
07.08.2022	Myelodysplastisches Syndrom	Jochem
10.08.2022	CAR-T Notfall-Intervention	Kaufmann
17.08.2022	Verlauf erster CAR-T-Patient	Martin/Stehle

Datum	Thema	Referent
31.08.2022	R-Pola-CHP bei DLBCL	Martin
14.09.2022	Interkulturelle Kompetenz in der Hämatologie	Götzelmann
21.09.2022	MRD bei AML	Kober
28.09.2022	Neue AML-Klassifikation ELN	Kaufmann
12.10.2022	M & M –Konferenz	Kraus
02.11.2022	AGIHO Covid-Leitlinie	Giesen
07.12.2022	Hämatologische Grundsätze	Oberärzte

b) Tumorboard

Zweimal wöchentlich montags und donnerstags 16.00-17.30 Uhr

11.9 Kooperationspartner Praxen und Kliniken

In 2022 wurde für das HAEZ ein neuer Kooperationsvertrag mit dem Institut für Klinische Transfusionsmedizin um Immungenetik Ulm geschlossen, zudem mit der Zahnheilkunde am Katharinenhospital und der Neurochirurgie am Klinikum Ludwigsburg. Eine Liste der Kooperationspartner ist im Dokumentenlenkungssystem roXtra zu finden.

11.10 Öffentlichkeitsarbeit / Patiententage

Das Zentrum für Hämatologische Neoplasien präsentierte sein Leistungsspektrum in verschiedenen Formen der Öffentlichkeit. Besondere Zielgruppen waren dabei die Patienten des Zentrums für Hämatologische Neoplasien sowie die niedergelassenen Praxen aus dem Raum Stuttgart und Umgebung. Veranstaltungen und Patiententage waren auf virtuelle Formate beschränkt, auch der persönliche Kontakt durch Veranstaltungen mit Einweisern war durch die Corona Pandemie eingeschränkt.

Alle externen Fortbildungstermine wurden wegen Corona abgesagt.

Patientenveranstaltungen:

Datum	Thema	Ort
16.10.2022	Patiententag	online

Externe Veranstaltungen unter Mitwirkung des Zentrums für Hämatologische Neoplasien:

Datum	Ort	Thema/Veranstaltung
15.01.2022	Sparkassenakademie	Post-ASH Stuttgart
19.01.2022	online	Post- ASH Tübingen
25.06.2022	Sparkassenakademie	Highlights vom amerikanischen Krebskongress Stuttgart
22.06.2022	Möwenpick, Stuttgart Flughafen	Highlights vom amerikanischen Krebskongress Tübingen
02.07.2022	Stuttgart	8. Forum Onkologie

11.11 Ergebnisqualität

Die Ergebnis- und ausgewählte Aspekte der Prozessqualität werden jährlich analysiert (Anlage)

Studien hämatologisches Zentrum RBK

Studien	Indikation	Patienten Gesamt	Vorjahre	Patienten 2019	Patienten 2020	Patienten 2021	Patienten 2022
ALL Register	ALL	80	57	3	12	8	8
GMALL 08 Studie	ALL	19	8	0	7	4	1
INITIAL-1	ALL	1	0	0	1	0	0
MOLACT-1	ALL	4	1	1	1	1	1
AML Register	AML	293	193	37	26	37	26
ARMADA 2000 AML	AML	1			0	1	
DaunoDouble	AML	49	24	8	9	8	0
ETAL-3 / ASAP	AML	5	2	2	1	0	0
GnG	AML	3				3	0
PALOMA	AML	9		0	5	4	1
PEMAZA	AML	0			0	0	1
Q-HAM	AML	1			0	1	0
RELAX	AML	0				0	2
SHAPE	AML	3			1	2	0
TEAM	AML	3			3	0	4
APOLLO	APL	2	2	0	0	0	
Napoleon Register	APL	11	6	3	0	2	4
SHIRE AURORA 302	SMV	1	1	0	0	0	
HD21	Hodgkin	19	13	4	2	0	0
CMBG453B12203	MDS	1				1	1
ENHANCE	MDS	0				0	0
CANOVA	MM		0			0	0
DSMM_XVII	MM	20	2	5	9	4	0
CLL Register	CLL	20			15	5	1

CLL 17	CLL	1				1	1
BGB-3111-212	FL	0		0	0	0	0
GOAL II	Hochm. NHL	0				0	0
Morphosys MOR208C204	Hochm. NHL	1	1	0	0	0	0
MMM 02	OMF	6	3	1	2	0	0
HAMLET	Transplant	7	0	3	1	3	3
Amyloidose Register	Amyloidose	10	0	2	8	0	1
MBM-Häma-Studie	Häm	14				14	14

Summen		584	313	69	103	99	49+21
---------------	--	------------	------------	-----------	------------	-----------	--------------

Die Teilnahme des Zentrums an klinischen und grundlagenorientierten Studien schlägt sich regelmäßig in wissenschaftlichen Publikationen nieder.

Publikationen:

Weller S, Toenneßen A, Schaefer B, Beigl T, Muenchow A, Böppl K, Hofmann U, Gillissen BF, Aulitzky WE, Kopp HG, Essmann F. The BCL-2 inhibitor BT-199/venetoclax synergizes with proteasome inhibition via transactivation of the MCL-1 antagonist NOXA. *Cell Death Discov.* 2022 Apr 20;8(1):215.

Taube F, Georgi JA, Kramer M, Stasik S, Middeke JM, Röllig C, Krug U, Krämer A, Scholl S, Hochhaus A, Brümmendorf TH, Naumann R, Petzold A, Mulet-Lazaro R, Valk PJM, Steffen B, Einsele H, Schaich M, Burchert A, Neubauer A, Schäfer-Eckart K, Schliemann C, Krause SW, Hänel M, Noppeney R, Kaiser U, Baldus CD, Kaufmann M, Herold S, Stölzel F, Sockel K, von Bonin M, Müller-Tidow C, Platzbecker U, Berdel WE, Serve H, Ehninger G, Bornhäuser M, Schetelig J, Thiede C; Study Alliance Leukemia (SAL). *Blood.* 2022 Jan 6;139(1):87-103. doi: 10.1182/blood.202009680. CEBPA mutations in 4708 patients with acute myeloid leukemia: differential impact of bZIP and TAD mutations on outcome

Eckardt JN, Stölzel F, Kunadt D, Röllig C, Stasik S, Wagenführ L, Jöhrens K, Kuithan F, Krämer A, Scholl S, Hochhaus A, Crysandt M, Brümmendorf TH, Naumann R, Steffen B, Kunzmann V, Einsele H, Schaich M, Burchert A, Neubauer A, Schäfer-Eckart K, Schliemann C, Krause SW, Herbst R, Hänel M, Hanoun M, Kaiser U, Kaufmann M, Ráčil Z, Mayer J, Kroschinsky F, Berdel WE, Ehninger G, Serve H, Müller-Tidow C, Platzbecker U, Baldus CD, Schetelig J, Bornhäuser M, Thiede C, Middeke JM. *J Hematol Oncol.* 2022 May 13;15(1):60. doi: 10.1186/s13045-022-01267-7. Molecular profiling and clinical implications of patients with acute myeloid leukemia and extramedullary manifestations.

Kunadt D, Stasik S, Metzeler KH, Röllig C, Schliemann C, Greif PA, Spiekermann K, Rothenberg-Thurley M, Krug U, Braess J, Krämer A, Hochhaus A, Scholl S, Hilgendorf I, Brümmendorf TH, Jost E, Steffen B, Bug G, Einsele H, Görlich D, Sauerland C, Schäfer-Eckart K, Krause SW, Hänel M, Hanoun M, Kaufmann M, Wörmann B, Kramer M, Sockel K, Egger-Heidrich K, Herold T, Ehninger G, Burchert A, Platzbecker U, Berdel WE, Müller-Tidow C, Hiddemann W, Serve H, Stelljes M, Baldus CD, Neubauer A, Schetelig J, Thiede C, Bornhäuser M, Middeke JM, Stölzel F; A. M. L. Cooperative Group (AMLCG), Study Alliance Leukemia (SAL). *J Hematol Oncol.* 2022 Sep 5;15(1):126. doi: 10.1186/s13045-022-01339-8.

Impact of IDH1 and IDH2 mutational subgroups in AML patients after allogeneic stem cell transplantation.

Middeke JM, Metzeler KH, Röllig C, Krämer M, Eckardt JN, Stasik S, Greif PA, Spiekermann K, Rothenberg-Thurley M, Krug U, Braess J, Krämer A, Hochhaus A, Brümmendorf TH, Naumann R, Steffen B, Einsele H, Schaich M, Burchert A, Neubauer A, Görlich D, Sauerland C, Schäfer-Eckart K, Schliemann C, Krause SW, Hänel M, Frickhofen N, Noppeney R, Kaiser U, Kaufmann M, Kunadt D, Wörmann B, Sockel K, von Bonin M, Herold T, Müller-Tidow C, Platzbecker U, Berdel WE, Serve H, Baldus CD,

Ehninger G, Schetelig J, Hiddemann W, Bornhäuser M, Stölzel F, Thiede C. Blood Adv. 2022 Mar 8;6(5):1394-1405. doi: 10.1182/bloodadvances.2021004934.

Differential impact of IDH1/2 mutational subclasses on outcome in adult AML: results from a large multicenter study

Stasik S, Kramer M, Zukunft S, Röllig C, Baldus CD, Platzbecker U, Serve H, Müller-Tidow C, Schäfer-Eckart K, Kaufmann M, Krause S, Sauer T, Hänel M, Neubauer A, Ehninger G, Bornhäuser M, Schetelig J, Middeke JM, Thiede C. Front Oncol. 2022 Mar 21;12:862991. doi: 10.3389/fonc.2022.862991. eCollection 2022.

Point Mutations in the *FLT3*-ITD Region Are Rare but Recurrent Alterations in Adult AML and Associated With Concomitant *KMT2A*-PTD.

Kennzahlen Zentrum für Hämatologische Neoplasien

Im Jahr 2022 wurden am Zentrum 178 Patientenfälle und 333 Behandlungsfälle am HAEZ registriert. Am RBK besteht ein JACIE akkreditiertes Zentrum für allogene und autologe Stammzell- und Knochenmarktransplantation.

	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Herstellung Stammzellprä-	378	355	329	345	320	326	317	255
Stammzelltransplantatio-	62	75	73	81	80	63	70	74
Extrakorporale Photophe-	143	350	556	495	454	398	193	245
Therapeutische Apheresen	77	91	78	100	84	69	147	69

In diesem Zentrum stehen auch weitere zelltherapeutische Verfahren wie die Behandlung mit DLI's und Zellaphereseverfahren zur Verfügung. Die Ergebnisqualität dieser Maßnahmen wird regelhaft im Rahmen der DRST erfasst in deren Report ausgewiesen.

Die wichtigste Kennzahl für die Ergebnisqualität bei der kurativen Behandlung hämatologischer Neoplasien ist die Überlebenszeit. Daher wurde diese Kennzahl für die Erkrankungen AML, Hodgkin Lymphom und DLBCL analysiert. Zusätzlich wird das Gesamtüberleben bei multiplen Myelomen analysiert. Dabei wird das Gesamtüberleben jüngerer und älterer Patienten bei diesen Erkrankungen getrennt analysiert, da dies den wichtigsten prognostischen Parameter darstellt. Zusätzlich wurde die Sicherheit und Wirksamkeit innovativer supportiver Therapiemaßnahmen überwacht (Paravasate, Infektionen).

Naturheilkunde im Hämatologischen Zentrum

Im Jahr 2022 wurden erfolgreich 113 Patienten mit hämatologischen Neoplasien im Rahmen der Komplexbehandlung betreut, während weitere 78 konsiliarisch unterstützt wurden.

Zudem läuft eine vielversprechende Studie zur Wirksamkeit eines kompakten naturheilkundlichen Programms nach Abschluss der Therapien.

In dieser randomisierten Studie konnten bei 81 Patienten in einer Zwischenanalyse bereits positive Ergebnisse festgestellt werden. Stress, Müdigkeit und Schlafstörungen konnten signifikant verbessert werden.

Des Weiteren ist für September 2023 der Beginn einer neuen Studie mit dem Titel "Ohrakupressur zur Verbesserung der Lebensqualität bei Patienten mit multiplem Myelom: eine randomisierte kontrollierte Studie (MY-ACU)". In Zusammenarbeit mit der hämato-onkologischen Abteilung des Universitätsklinikums Würzburg unter der Leitung von Oberärztin Claudia Löffler und Chefarzt Prof. Einsele werden wir den Einfluss der Ohrakupressur auf die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Multiplem Myelom untersuchen. Auch Angst, Depressivität, Schmerzen und Schlaf werden erfasst.

Die Studie wird von 2023 bis 2026 laufen und zielt darauf ab, 125 erwachsene Patientinnen und Patienten mit behandlungsbedürftigem Multiplem Myelom aller Stadien einzubeziehen. Diese sollen von der Ohrakupressur-Behandlung profitieren, die im Rahmen eines strukturierten Plans durchgeführt wird. Die Kommunikation zwischen den Interventionen erfolgt über die innovative digitale Patientenplattform CANKADO.

Bewertung der Punkte durch die Zentrumsleitung

Im hämatologischen Zentrum RBK zeigen die kritischen Indikatoren für die Ergebnisqualität die erwarteten Ergebnisse und dokumentieren eine angemessene Qualität der medizinischen und psychosozialen Betreuung durch das hämatologische Zentrum.

Eine moderate Steigerung der Fallzahlen konnte in diesem Jahr nicht erreicht werden, allerdings sind die geplanten Verbesserungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit noch nicht umgesetzt. Zum Beispiel ist das Konzept, aggressive Therapien mit Naturheilkunde erträglicher zu gestalten, noch nicht ausreichend in der Öffentlichkeit bekannt gemacht worden. Auch die hohe wissenschaftliche Aktivität und der damit verbundenen Möglichkeit innovative Therapien frühzeitig zur Verfügung zu stellen sind nicht ausreichend publik. Dies sollte durch ein Webrelaunch und Öffentlichkeitsarbeit korrigiert werden. Aufgrund des Wechsels der Leitung des hämatologischen Zentrums wurde der Webrelaunch jedoch auf das Jahr 2023 verschoben.

Auch die veränderten Prioritäten im Rahmen der Corona Pandemie hat noch bis in den Sommer 2022 zur Belastungen der Abteilung geführt.

12 Zentrale Zuständigkeiten Hauptbehandlungspartner

12.1 Strahlentherapie

Strahlenklinik, Klinikum Ludwigsburg, Prof. Müller, Ludwigsburg
Strahlentherapie, Marienhospital Stuttgart, Prof. Dr. Thomas Hehr, Stuttgart

Im Oktober 2014 wurden im RBK die neuen Räumlichkeiten der Strahlentherapie in Kooperation mit dem Marienhospital bezogen.

Ein schriftlicher Kooperationsvertrag mit den Strahlenkliniken als Hauptkooperationspartner wurde über das Onkologische Zentrum vereinbart.

12.2 Radiologie und Nuklearmedizin

Die Abteilung für Radiologie und Nuklearmedizin ist eine zentrale Funktionsabteilung für bildgebende Diagnostik. Sämtliche Verfahren der Radiologie wie Röntgen, Computertomographie und Mammographie sowie das gesamte Spektrum der Ultraschalldiagnostik und nuklearmedizinische Methoden werden durchgeführt.

Minimal-invasive therapeutische Eingriffe bilden einen weiteren wichtigen Arbeitsbereich. Die Abteilung bietet neben den gängigen Verfahren der modernen Medizin auch neue Methoden wie zum Beispiel die Selektive Interne Radiotherapie nicht operabler Lebertumoren (SIRT) an, bei der sich nuklearmedizinische und radiologische Techniken optimal ergänzen.

12.3 Pathologie

Die Abteilung für Pathologie bildet gemeinsam mit der Abteilung für Labormedizin das Institut für Klinische Pathologie am RBK. Durch die enge Verzahnung dieser beiden diagnostischen Funktionsbereiche wird ein gleichbleibend hoher Standard der Diagnostik gewährleistet, die in einer hohen Qualität der pathologisch-anatomischen Diagnosestellung resultiert.

Schwerpunkte in der diagnostischen Pathologie sind – unter anderem – die Erkrankungen der Brustdrüse, der Atemwege und insbesondere des Knochenmarks und der Lymphknoten.

Schwerpunkte

- Gesamtes diagnostisches Spektrum der Pathologie inklusive Immunhistochemie
- Bestimmung von Prognosefaktoren
- Hämatopathologie
- Lungenpathologie
- Molekularbiologie: molekularbiologische Diagnostik in den Bereichen Infektiologie (in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Labormedizin), Hämatologie und Onkologie

13 Zentrale Zuständigkeiten weitere Behandlungspartner

13.1 Anästhesie

Die Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin nimmt an der interdisziplinären schmerztherapeutischen Versorgung der Patienten des RBK durch Schmerztherapeuten teil. Im Rahmen der Schmerztherapie finden gemeinsame Besprechungen des Schmerztherapeuten der Abteilung für Anästhesie (Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“) mit den Pflegekräften und Ärzten der Palliativstation statt. Dabei werden individuelle Konzepte für Patienten mit besonders starken und/oder andauernden Schmerzen entwickelt. Zur Optimierung der Schmerztherapie operierter Patienten erarbeiten alle operativen Disziplinen Standards für die Behandlung im perioperativen Bereich (vor, während und nach einer Operation).

Die Umsetzung des Expertenstands Schmerz erfolgt hausübergreifend in den operativen Abteilungen.

13.2 Apotheke

Neben dem Einkauf, der Lagerung und der Abgabe von Arzneimitteln und Diagnostika sowie den üblichen damit verbundenen Serviceleistungen gehören die Herstellung spezieller Arzneimittel sowie Maßnahmen und Projekte zur Verbesserung der Therapiesicherheit zu den Tätigkeitsschwerpunkten der Krankenhausapotheke.

Durch die Einbindung der Apotheke in das Zentrum für Diagnostische Medizin bestehen enge Kooperationen mit den Bereichen klinische Chemie und Transfusionsmedizin, Pathologie und Gerichtsmedizin.

Das RBK verfügt über zwei Herstellungserlaubnisse nach Paragraph 13 Arzneimittelgesetz, unter anderem zur Herstellung von autologen und allogenen Blutstammzellpräparaten und von Zytostatikallösungen zur parenteralen Applikation. Ein Zentrum zur Koordination der Durchführung klinischer Studien befindet sich im Aufbau.

Die Apotheke ist an den Herstellungsbereichen über die Stellung von Funktionsträgern mit Qualifikationen nach Paragraph 14 und Paragraph 15 Arzneimittelgesetz beteiligt und überwacht das gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsmanagementsystem.

Präparate zur klinischen Prüfung werden von der Apotheke gelagert bzw. im Rahmen der Herstellungserlaubnis hergestellt.

Zur Optimierung der im Rahmen der Zentral- bis Maximalversorgung durchgeführten komplexen Arzneimitteltherapien werden von der Apotheke Projekte zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit konzeptionell entwickelt und durchgeführt.

Die Krankenhausapotheke unterhält mit einigen Abteilungen des Hauses ein sanktionsfreies, anonymes Fehlermeldesystem zur Erfassung und Auswertung von Medikationsfehlern.

13.3 Ernährungsberatung - Ernährungsmedizin

Das Ernährungsteam im Robert-Bosch-Krankenhaus umfasst zwei sich ergänzende interdisziplinäre Schwerpunkte – die Ernährungsberatung und das Team der Ernährungsmedizin und Diabetesberatung.

Grundsätzlich kann bei Bedarf jeder Arzt und jede Pflegefachkraft das Ernährungsteam jederzeit involvieren.

Die Ernährungsberatung findet auf Anordnung / Empfehlung des Arztes oder auf persönlichen Wunsch des Patienten statt. Sie beinhaltet Hilfestellung bei individuellen Bedürfnissen während des Krankenhausaufenthaltes (z.B. Keimarme Kost, Linderung von Therapienebenwirkungen) und Ernährungs- und Trinkempfehlungen zur Optimierung der Lebensmittelauswahl für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt.

Die Ernährungsmedizin wird nach der Durchführung des NRS-Screenings im iMedOne, optimaler Weise nach ärztlicher Absprache, durch die Pflegefachkräfte bei einem bestehenden Mangelernährungsrisiko involviert. Zu den Aufgabenbereichen der Ernährungsmedizin gehört die Durchführung des Ernährungsassessments bei einer manifesten Mangelernährung bzw. einem ermittelten Mangelernährungsrisiko und einer darauf aufbauenden Therapieempfehlung, sowie die Erstellung von individuellen enteralen und parenteralen Therapie-Regimen.

Die Prozesse werden in der VA Ernährungsteam und im Standard Ernährungsmanagement für enterale und parenterale Ernährungstherapie beschrieben.

Des Weiteren kann die Diabetesberatung konsiliarisch involviert werden, wenn Patienten einen Diabetes als Nebendiagnose mitbringen, bei neuauftretendem steroidinduziertem Diabetes unter Cortisongabe im Rahmen der Chemotherapie oder bei pankreoprievem Diabetes im Rahmen der tumorbedingten Pankreasresektion.

Die Dokumentation des Diabetes- und Ernährungsteams erfolgt über iMedOne und ist somit zentral für jeden nachvollziehbar.

13.4 Labormedizin

Zur Diagnose von Erkrankungen sind labormedizinische Verfahren in fast jedem Bereich der Medizin unerlässlich geworden. Aber auch zum Verlauf von Krankheiten oder zur Kontrolle des Heilungsprozesses werden Methoden der Labormedizin angewendet.

Zum Leistungsspektrum der Labormedizin im RBK zählen u.a:

- Gesamte Laboratoriumsdiagnostik inklusive klinischer Chemie, Hämatologie, Mikrobiologie, molekularbiologischer Diagnostik und Toxikologie
- Transfusionsmedizin (einschließlich Blutzellherstellung in Kooperation mit der Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin)
- Molekularbiologische Diagnostik in den Bereichen Infektiologie, Hämatologie und Onkologie
- Untersuchungen für Verbundkrankenhäuser und für die Rems-Murr-Kliniken
- Untersuchungen für das Zentrum für Psychiatrie und Neurologie, Winnenden
- Blutzellproduktion nach Arzneimittelgesetz
- Krankenhaushygiene
- Endokrinologie

Besonderheiten

- Zellbiologie
- Genetische Diagnostik bei Tumorerkrankungen

- Molekulare Diagnostik

13.5 Intensivmedizin

RBK

Die Abteilung für Anästhesie übernimmt die anästhesiologische Versorgung der Patienten des Zentrums für Operative Medizin (Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie; Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie; Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe, Abteilung für Herz- und Gefäßchirurgie) und ist verantwortlich für die Versorgung der Patienten auf der Operativen Intensivstation (insgesamt 20 Betten) rund um die Uhr.

Das medizinische Leistungsspektrum der Abteilung umfasst die Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und perioperative Schmerztherapie einschließlich der Betreuung von Hochrisikopatienten. Weiterhin existieren 10 internistische Intensivbetten unter der Leitung der Abteilung für Kardiologie, deren Leistungsspektrum weitestgehend dem der Anästhesie entspricht, zusätzlich besteht die Betreuung von hämatologischen Hochrisikopatienten.

Lungenzentrum Stuttgart

Die Abteilung führt alle wesentlichen Methoden der Beatmung durch. Bei der anästhesiologischen Betreuung operativer Eingriffe an der Lunge, dem Brustkorb und den Atemwegen ist bei der Mehrzahl der Narkosen eine Einseitenbeatmung erforderlich.

Die Intensivstation des Lungenzentrum Stuttgart (Station 1L) verfügt über acht Betten. Sie steht unter anästhesiologischer Leitung in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den Abteilungen des Hauses.

Alle Formen intensivmedizinischer Therapie und Überwachung werden angewendet.

13.6 Palliativstation und Konsiliardienst

Mit Hilfe des Vereins Freunde und Förderer der Robert-Bosch-Krankenhauses e.V. sowie engagierter Mitarbeiter der Palliativstation ist es gelungen, den Konsiliardienst Palliativmedizin im Mai 2006 zu starten. Ziel des Konsiliardienstes ist es, schwerstkranke Patienten im gesamten Haus im Sinne der Palliativmedizin und Pflege zu betreuen. Aufgaben des Konsiliardienstes sind:

- Symptomkontrolle von Schmerz, Übelkeit, Erbrechen, Atembeschwerden sowie tumorbedingten Wundproblemen
- Gespräche mit Patienten und Angehörigen, wenn die Krankheit nur schwer verarbeitet wird
- Mithilfe bei der Organisation der häuslichen Betreuung und Pflege, soweit das möglich ist

Das Team des Konsiliardienstes besteht aus Ärzten und Pflegenden mit abgeschlossener Weiterbildung in der Palliativmedizin bzw. -pflege am Standort RBK. Durch diesen Dienst wird eine erhebliche Verbesserung der Versorgungsqualität schwerstkranker Krebspatienten im gesamten Haus erreicht.

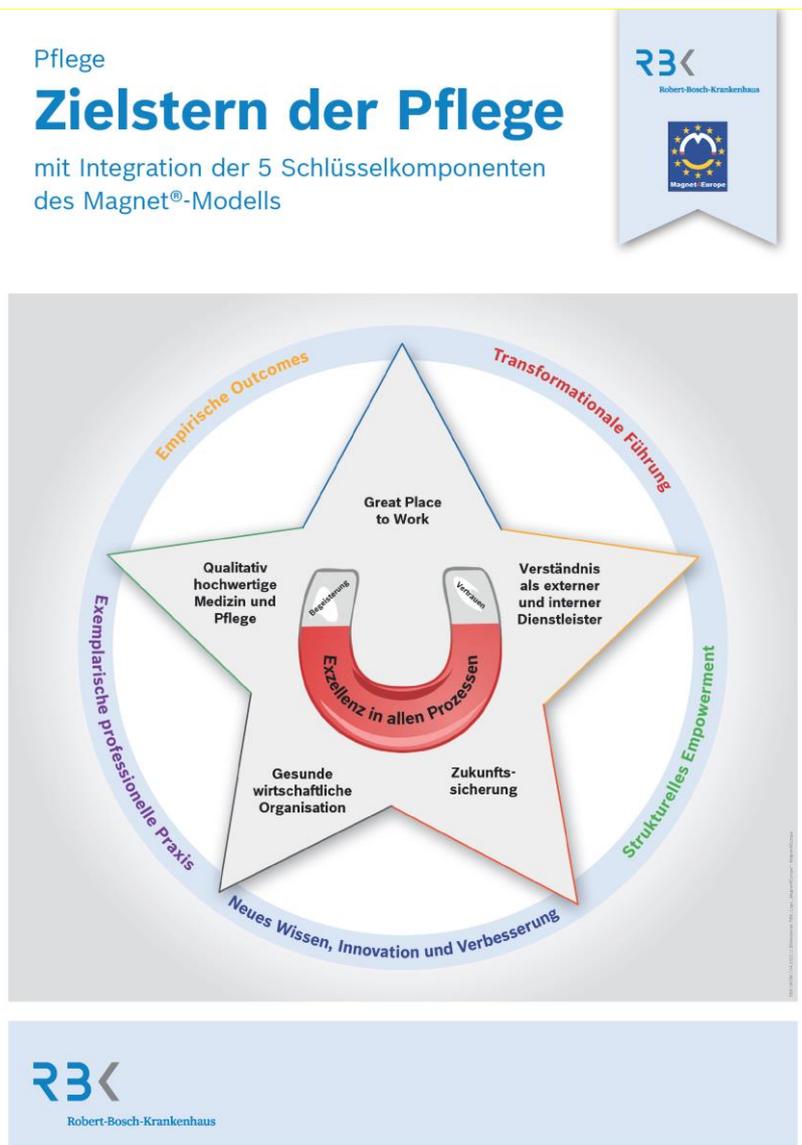
13.7 Physiotherapie

Die physiotherapeutische Betreuung ist im Onkologischen Zentrum durch die Abteilung Physiotherapie im Hause sichergestellt.

13.8 Pflegedienst

Gemeinsam. heilen. pflegen. begleiten.

Wir wollen unsere Patienten und Mitarbeitenden mit Exzellenz in den Prozessen, Begeisterung für unsere Arbeit und Vertrauen in unser Haus binden. Zur Konkretisierung der strategischen Ausrichtung haben die administrativen Abteilungen, der ärztliche Dienst und der Pflegedienst einen Zielstern für ihre Abteilung bzw. Berufsgruppe entwickelt. Der Zielstern des Pflegedienstes mit Integration der 5 Schlüsselkomponenten des Magnet-Modells® wird im Folgenden weiter erläutert und mit Beispielen für die Praxis dargestellt.



Great Place to Work

Wir wünschen uns stolze und zufriedene Mitarbeitende, die Souveränität und Wertschätzung gegenüber unseren Patienten zeigen, Mitarbeiter mit aufrichtiger Haltung und ethischem Wertebild. Gesunde Führung, Fairness, Verantwortungsübernahme, offene und ehrliche Kommunikation und Transparenz prägen unseren transformationellen Führungsstil, um Partizipation und Interprofessionalität im Alltag zu gestalten. Unsere Kampagne Wertegemeinsam-pflegen.de berichtet davon.

Magnet4Europe

Einen möglichen Weg diesen Great Place to Work zu realisieren, stellt die Entwicklung zum Magnetkrankenhaus dar. Das Robert-Bosch-Krankenhaus ist eines von 20 Krankenhäusern in Deutschland,

welches seit Herbst 2020 an der internationalen „Magnet4Europe“ Studie teilnimmt, die über den Zeitraum von drei Jahren läuft. Ziel der Studie ist es zum einen, herauszufinden, ob das aus den U.S.A. kommende Magnet®-Konzept auf den Europäischen Raum anwendbar ist und zum anderen, inwieweit die Interventionen, die der Weg zur Magnet®-Zertifizierung implementiert werden, das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit des Klinikpersonals und speziell der Ärztinnen und Ärzte und der Pflegefachpersonen beeinflussen bzw. verbessern.

Das Magnet®-Konzept fokussiert Interventionen bezüglich der Arbeitsumgebung und Organisationsstruktur. Die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und Patienten stehen hier gleichwertig zur Patientensicherheit und pflegesensitiven Patienten-Outcomes im Fokus. Während der gesamten Studienlaufzeit werden die Mitarbeitenden insgesamt vier Mal per Onlinefragebogen um ihre Einschätzung zu Themen wie z.B. Zusammenarbeit, Arbeitspensum, Motivation und auch Versorgungsqualität befragt. Zudem muss nachgewiesen werden, in welchen Bereichen Interventionen implementiert wurden.

Verständnis als externer und interner Dienstleister

Unter Dienstleistung verstehen wir Kooperation auf allen Ebenen, nach innen sichtbar als vorbehaltlose Wertschöpfungspartnerschaft und nach außen durch externe Vernetzung und politisches Engagement zur Sicherung der Gesundheitsversorgung. Beispiele hierfür sind der strukturierte Informationsaustausch und die Weitergabe dessen oder das Aufnahme-, Terminierung- und Entlassmanagement.

Hierzu wurden und werden insbesondere große Anstrengungen zur Einbindung und Begleitung von Hochschulabsolventinnen unternommen, um mit der Entwicklung von Kompetenz- und Anforderungsprofilen und Vorbehaltsaufgaben den Skillsmix in der Pflegepraxis voranzutreiben.

Zukunftssicherung

Bildung und pflegerische Forschung sind das Fundament unserer Zukunft. Hierzu gehören für uns eine strukturierte und wertschätzende Personalentwicklung und -politik, aber auch entlastende IT-Systeme oder ein Future Lab, um neue Ideen zu stricken. Beispiele sind die Einbindung dual Studierender und anderer Qualifikationsprofile in die direkte Pflegepraxis oder die enge Kooperation mit dem Irmgard-Bosch-Bildungszentrum.

Ein Baustein der konsequenten Zukunftssicherung für das Unternehmen und damit einer hochwertigen Versorgung der Patienten ist die Qualifizierung der Mitarbeitenden. So war die partielle Freistellung von Praxisanleitern mit onkologischer Fachweiterbildung ein Schritt in die vertiefte Einarbeitung von neuen Mitarbeitern parallel zur Einarbeitungsphase durch die zugeordneten Kollegen auf Station und der Förderung und Entwicklung von Mitarbeitern durch innerbetriebliche Bildung. Neben regelmäßigen stationsinternen Fortbildungen ist das Angebot des Irmgard-Bosch-Bildungszentrums in pflegerischen Themen breit gestreut: In enger Abstimmung mit der Pflegedirektion werden die Bedarfe und Angebote festgelegt, evaluiert und halbjährlich angepasst. Fortbildungsreihen zu pflegerelevanten Themen wie Onkologische Pflege, Kommunikation, die Fortbildungsreihe über Lungenerkrankungen oder Patienten mit psychischen Belastungen im Krankenhaus sind hierbei auch speziell auf die Bedürfnisse der Onkologischen Organzentren abgestimmt. Die fortlaufende fachliche Qualifizierung im Umgang mit Chemo- und Immuntherapie, Transfusionen usw. ist Regelangebot.

Gesunde wirtschaftliche Organisation

Kennzahlen sind die Grundlage unseres Handelns, sie zeigen die Qualität unserer Arbeit und die aktuelle Performance auf. Das Dashboard, in dem z.B. Fluktuationskennzahlen oder andere Personalkennzahlen abgebildet sind, bildet eine Säule ökonomischer Verantwortungsübernahme. Eine andere sind Qualitätskennzahlen, die präzise Aussagen über die Prozesse der Pflege, Organisationsentwicklungsmaßnahmen und deren Nachhaltigkeit treffen, z.B. zu Themen wie Sturz, Dekubitus oder Paravasate.

Das Nachhalten externer Qualitätssicherungsdaten gehört mit hoher Priorität zunehmend zum pflegerischen Alltag. Flankiert wurde diese Entwicklung durch die Einführung der elektronischen Patientenakte 2017 und weiterer spezialisierter Dokumentationsmodule.

Für alle an der Patientenversorgung Beteiligten - von der ärztlichen und pflegerischen Aufnahme bis hin zur Kodierung der Behandlung und korrekten Rechnungsstellung – bietet die elektronische Patientenakte für die Zukunft weitreichende Entwicklungsmöglichkeiten. 2019/2020 konnte mit der Einführung des Dokumentationstools Pallida für die Palliativstationen ein weiterer Baustein zur Qualitätssicherung erreicht werden. Pallida führt durch eine strukturierte Dokumentation von der Erfassung des palliativ-

medizinischen Basisassessments über die Symptomkontrolle bis zur Entlassung alle Aspekte der palliativmedizinischen interdisziplinären Betreuung zusammen und unterstützt die Erlössicherung von Komplexdokumentationen.

Wie bereits in den Vorjahren erwartet, zeigte sich im Jahresverlauf 2022 die ernste Personalsituation, die sich auch durch die SARS-CoV-2 Pandemie weiter zuspitzte. Zur Sicherung der Personalsituation und einer adäquaten Patientenversorgung wurden Pflegende im Anerkennungsverfahren durch ein Expertenteam während der Vorbereitungszeit auf die Kenntnisprüfung begleitet und z.B. mit personenbezogenem theoretischen und praktischen Unterricht sowie vielfachen Praxisbegleitungen vor Ort für die Prüfungen vorbereitet.

Weiter wurden Betten unter anderem im onkologischen Zentrum als auch im Darmzentrum temporär außer Betrieb genommen und das Personal innerhalb des Hauses neu zugeordnet. Die Quote von Pflegenden zu Patienten konnte somit gesteigert und die Patientenversorgung gesichert werden.

Qualitativ hochwertige Medizin und Pflege

Unter qualitativ hochwertiger Medizin und Pflege verstehen wir eine berufsübergreifende patientenzentrierte Versorgung, auf Grundlage eines professionellen Pflegemodells, das Entwicklungen der Pflege und die Pflegeprozesssicherung fest im Blick hat. Beziehungsarbeit und Beratung (z.B. Sturz- oder Delir-Prävention) sind zwei der wichtigsten Pfeiler unserer Tätigkeit, um die Patientensicherheit zu fördern und erlebbare Mehrwerte zu generieren. Die Mitwirkung an Organisationsentwicklungsprozessen (z.B. neue Fachbereichszusammenlegung) oder qualitätssichernden Prozessen wie Zertifizierungen (z.B. DIN ISO oder Diabetesfreundliches Krankenhaus) sind fester Bestandteil unseres Verständnisses.

Mit dem Angebot der onkologischen Fachweiterbildung am RBK und dem Bachelorstudiengang in angewandter Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der DHBW Stuttgart konnte eine fundierte Grundlage gelegt werden. Innerhalb von vier Jahren erwerben die Absolventen und Absolventinnen in dem ausbildungsintegrierten Studium zwei Abschlüsse: das Examen im Pflegeberuf und den Bachelor-Abschluss. Nach dem Abschluss zur Gesundheits- und Krankenpflegerin am IBBZ schließen sich für die Studierenden der DHBW zwei weitere Semester an der Hochschule an, das durch Praxisphasen am RBK ergänzt wird. Das ausbildungsintegrierte Studium ist eine gute Möglichkeit sowohl die Praxisnähe des Berufes, aber eben auch die notwendigen wissenschaftlichen Kompetenzen zu erwerben. Ein wertvoller Beitrag zur Qualitätsentwicklung sind dabei die Abschlussarbeiten, die praxisnahe Themen wissenschaftlich begründet erarbeiten und mit Handlungsempfehlungen für die Praxis wieder vor Ort zurückspielen. So konnten beispielsweise naturheilkundliche Handlungsempfehlungen für Mammakarzinom-Patientinnen Anwendung finden.

Ein weiterer Baustein war die Einführung von CNE-Thieme. Im Juni 2020 erhielten alle Mitarbeitenden des Robert-Bosch-Krankenhauses Zugang zu der E-Learning Plattform CNE-Thieme, auf der online Fortbildungen absolviert werden können. Auch kann auf eine Vielzahl von Fachliteratur und weiteren Medien zugegriffen werden. 2022 wurde das Angebot um den Fachbereich Onkologie erweitert.

Hauptsächlich werden Fortbildungen für Pflegende angeboten, jedoch können auch Pflichtfortbildungen, wie Brandschutz, Compliance, Arbeitsschutz oder Datenschutz absolviert werden, die Berufsgruppenübergreifend interessant sind. Durch die Restriktion für Mitarbeitende, an Präsenzfortbildungen aufgrund der Kontaktbeschränkungen der SARS-CoV-2 Pandemie teilzunehmen, stellte die E-Learning Option eine sehr gute Kompensationsmöglichkeit dar, Fortbildungen online zu absolvieren. Einem Qualitätsverlust aufgrund fehlender Fortbildungsmöglichkeiten konnte somit effektiv vorgebeugt werden.

Folgende Projekte und Strukturen zur Steigerung der Versorgungsqualität konnten initiiert bzw. fortgeführt werden:

RBK Lungenzentrum Stuttgart

Seit Juli 2022 befindet sich das Lungenzentrum Stuttgart unter einem Dach am Standort Robert-Bosch-Krankenhaus. Nach dem Umzug der Abteilung Pneumologische und Molekulare Onkologie 2021, konnte der Umzug der Abteilungen Pneumologie und Beatmungsmedizin und sowie der Thoraxchirurgie nach vorherigen internen Umzügen von RBK Stationen und umfangreichen Baumaßnahmen nun in einer umfangreichen logistischen Kraftanstrengung abgeschlossen werden.

Nun ist auch das Lungenkrebszentrum wieder unter einem Dach, was der Patientenklientel in diesen Fachabteilungen sehr entgegen kommt. Die räumliche Zusammenlegung bringt ihnen zahlreiche Vor-

teile: Durch das Bündeln der medizinischen Kompetenz sowie durch die hochmoderne technische Ausstattung der zusätzlichen OP-Säle, der neu gebauten Intensivstation sowie der Funktionsabteilung Bronchologie an einem Standort kann die überregionale Versorgung von Patient*Innen mit Lungenerkrankungen gesichert auf neuestem Stand zur Verfügung gestellt werden. Bei Patient*Innen mit Mehrfacherkrankungen kann nun unmittelbar die Expertise der weiteren Fachdisziplinen einbezogen werden.

CAR-T-Zelltherapie: Zukunftsweisende Behandlungsmethode erstmals in Stuttgart

Das RBK bietet seit Juni 2022 als erste Klinik in Stuttgart die CAR-T-Zelltherapie an. Das RBK hat die Zulassung für die Therapie mit den drei zellulären Antitumorwirkstoffen Tisagenlecleucel (Handelsname Kymriah), Axicabtagen Ciloceucel (Handelsname Yescarta) und Brexucabtagen Autoleucel (Handelsname Tecartus) erhalten. Damit sind CAR-T-Zelltherapien bei jüngeren Erwachsenen mit ungünstigen Verläufen von diffus-großzelligem B-Zell-Lymphom, Mantelzell-Lymphom sowie akuter lymphatischer Leukämie verfügbar.

Die personalisierte CAR-T-Zelltherapie führt laut Studien bei ungefähr der Hälfte der bisher unheilbar Kranken zu Langzeiterfolgen. Da die Behandlung erhebliche Nebenwirkungen und Entzündungsreaktionen verursachen kann, wurde am RBK ein spezielles CAR-T-Team etabliert, das sich um die Sicherheit der Behandlung kümmert. Eine Besonderheit ist dabei der Einschluss von wissenschaftlich untermauerten naturheilkundlichen Methoden, wie im nachfolgenden Kapitel dargestellt ist.

Die umfangreichen Vorbereitungen wurden 2022 interdisziplinär bestritten, dazu gehörte sowohl die strukturierte Darstellung aller Prozesse in SOP, die Auseinandersetzung mit dem Nebenwirkungsmanagement sowie ausführliche Schulungsmaßnahmen.

Pflege in der Naturheilkunde und Integrativen Medizin

Neben den bestehenden Angeboten der spezialärztlichen und konventionellen Medizin bietet das RBK ergänzend eine wissenschaftlich belegte Form der naturheilkundlichen und integrativ-medizinischen Behandlung für onkologische Patienten an.

Qualifizierte naturheilkundliche Pflegeleistungen sind Bestandteil dieser Angebote. Das pflegerische Expertenteam bietet in enger Kooperation mit den ärztlichen und therapeutischen Mitarbeitern auf den Stationen aller onkologischen Organzentren fundierte Informations- und Beratungsgespräche an, leitet zu naturheilkundlichen pflegerischen Interventionen an und führt diese durch. Die Pflegenden nahmen im Jahr 2022 an Fort- und Weiterbildungen teil, beispielsweise wurde die Weiterbildung zum Pflegeexperte für integrativ-medizinisches Behandlungsmanagement sowie ein Zertifikatskurs zum NADA Protokoll absolviert. Das Spektrum supportiver Angebote im Nebenwirkungsmanagement von Tumorerkrankungen umfasst z. B. komplementäre pflegerische Interventionen mittels Aromatherapie, Einreibungen, Wickeln und Akupunktur/Akupressur bei Symptomen wie Appetitlosigkeit und Geschmacksstörungen, Mukositis und Xerostomie, Obstipation, Polyneuropathie, Fatigue, Stressregulation oder Schlafstörungen.

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 675 stationäre Patienten in 10.535 Therapieeinheiten mitbetreut. Die Pflege leistete ca. 68% dieser Therapieeinheiten. Am Kompaktprogramm der NIM nahmen insgesamt 214 Patienten*innen teil, davon 169 Patienten*innen mit einer onkologischen Erkrankung.

In der onkologischen Tagesklinik wurden im Jahr 2022 insgesamt 69 Patienten in 721 Therapieeinheiten und 220 Hilotherm-Anwendungen zur Vermeidung chemotherapieinduzierter Polyneuropathie durch MFA's und Pflegenden betreut.

Modellprojekt LINA

LINA (Lebensweltorientiert, Integrativ, Nah, Aufsuchend) ist ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für lebensverändernd erkrankte, junge Menschen. Das Modellprojekt LINA wurde von dem Psychoonkologen Dr. Jens Stäudle entwickelt. Das Betreuungsteam leistet spezielle, psychosoziale Unterstützung für Patienten mit schweren onkologischen, hämatologischen, kardiologischen, nephrologischen und gastroenterologischen Erkrankungen. Die Unterstützung findet sowohl im stationären, als auch im häuslichen Setting statt. Die Zielgruppe sind junge Patienten bis ca. 50 Jahre. Besprochen werden emotionale, berufliche, familiäre und finanzielle Problematiken, hierbei wird Unterstützung geboten. Nach Bedarf wird der Kontakt zu anderen Mitgliedern des Netzwerkes, wie beispielsweise Rehabilitationskliniken oder Schuldnerberatern, hergestellt. Das RBK kann dieses Beratungsangebot durch die Unterstützung des Vereins Freunde und Förderer des Robert-Bosch-Krankenhauses e.V. anbieten.

Das psychosoziale Unterstützungsangebot LINA wurde dank Förderung der „Freunde und Förderer des Robert-Bosch-Krankenhauses e.V.“ auf junge Patienten auch außerhalb der Onkologie seit Dezember 2021 erweitert. Durch diese Unterstützung können nun auch Menschen mit einer chronischen bzw. lebensverändernden Erkrankung der Fachbereiche Gastroenterologie, Abdominal- und Viszeralchirurgie und Nephrologie profitieren.

Nahstehend sind die Daten der Beratungsangebote und die inhaltliche Differenzierung nach Beratungsthemen dargestellt.

Abbildung 1, Beratungen nach Abteilungen im Jahr 2022

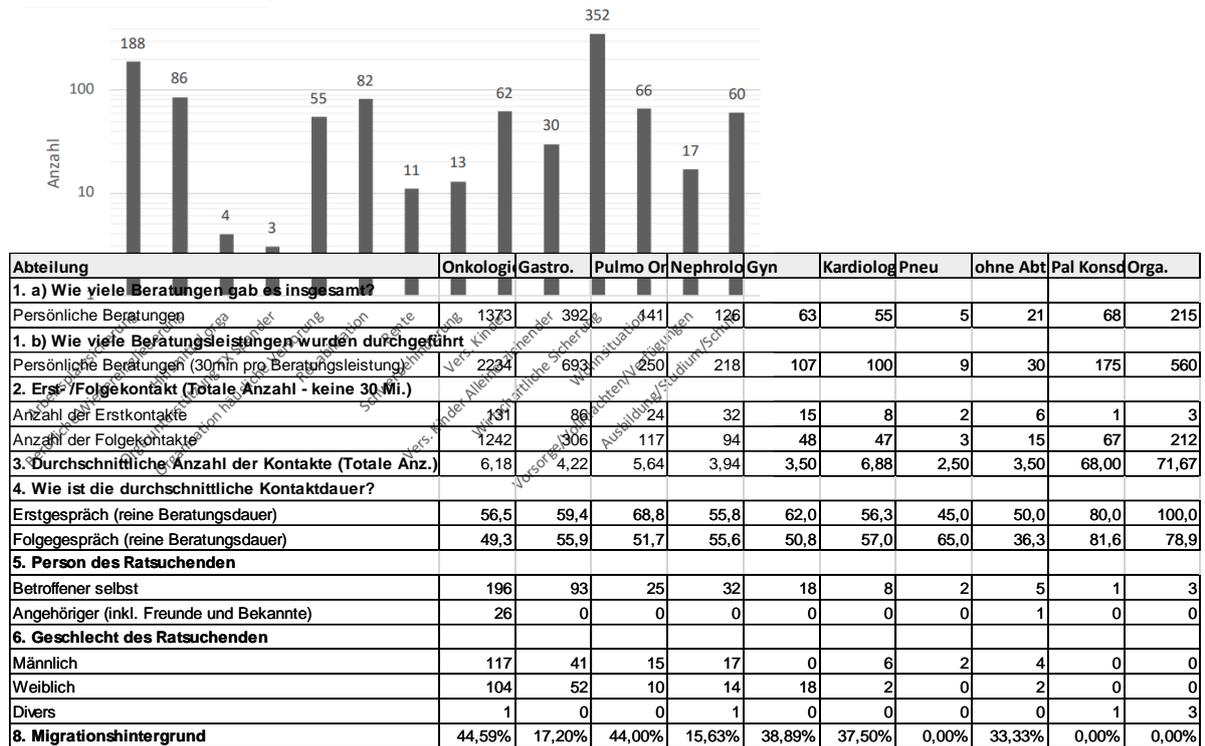


Abbildung 2, Auflistung der psychoonkologischen Unterstützungsthemen (Städle 2021)

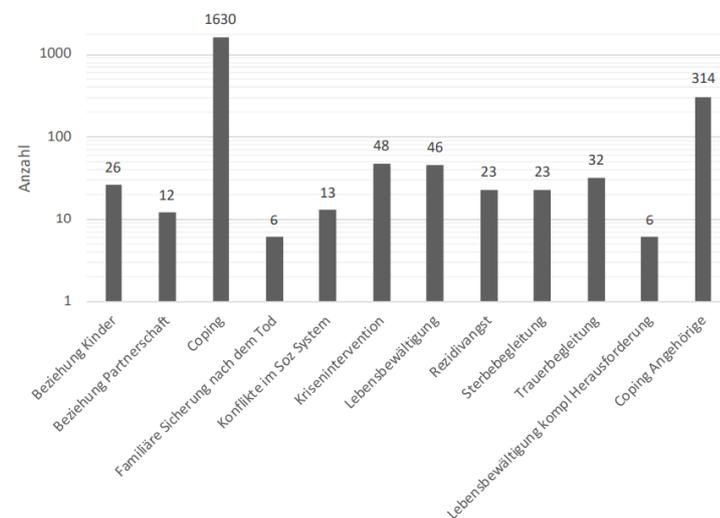


Abbildung 3, Auflistung der sozialrechtlichen Themen (Städle 2021)

Folgende Beratungsbedarfe konnten identifiziert werden:

- Junge Menschen mit lebensverändernden Erkrankungen wie z.B. schwere Nierenerkrankungen oder entzündlichen Darmerkrankungen haben häufig hohe psychosoziale Belastungen vergleichbar mit psychosozialen Belastungen Krebserkrankter
- In den entsprechenden Fachbereichen zeigt sich ein hoher Bedarf an Unterstützung bei der Reintegration ins Arbeitsleben. Ebenso zeigt sich, dass Menschen aus dem Niedriglohnsektor und/oder Menschen mit Migrationshintergrund meist vermehrt Schwierigkeiten bei beruflichen Themen haben.
- Die psychische Belastung für Patienten und deren Umfeld ist oft stark ausgeprägt, da häufig nur wenig Aussicht auf Besserung der Krankheitssymptomatik besteht.
- Durch die enge Zusammenarbeit mit der Gastro ASV (ambulante spezialfachärztliche Versorgung) können viele Patienten häufig sehr frühzeitig in das LINA Angebot aufgenommen werden. Durch die frühzeitige Unterstützung, z.B. in sozialer/wirtschaftlicher Sicherung und psychosozialer Unterstützung können Notsituation teils verhindert und häufig gemindert werden.

Wie bereits in einer Studienarbeit gezeigt wurde, die im Arbeitsbereich LINA am RBK stattgefunden hat, ist deutlich geworden, dass soziale Unterstützung häufig zu einer Vertrauensbasis führt die elementar ist, damit Patienten psychische Belastung benennen können und Hilfe annehmen.

Weiter wurde 2022 das Förderprojekt „Fortbildungskonzept für das Psychosoziale Unterstützungsangebot LINA: Erstellung und Implementierung eines Fortbildungskonzeptes nach der Arbeitsweise LINA“ durch den Verein der der „Freunde und Förderer des Robert-Bosch-Krankenhauses e.V.“ begonnen. Da sich die Arbeitsweise von LINA sich in der psychosozialen Unterstützung von jungen Menschen mit lebensverändernden Erkrankungen als erfolgreiches Versorgungsmodell erwiesen hat, ist es unser Ziel die Arbeitsweise auszubauen und Fachkräfte nach LINA zu schulen.

2022 wurde zudem in Kooperation mit dem Krebsverband Baden-Württemberg die Arbeitsweise von LINA im Rahmen eines Pilotprojektes einer mobilen Krebsberatungsstelle initiiert.

Projekt: Atemnotambulanz- Implementierung für das RBK Lungenzentrum Stuttgart

Das Projekt „Atemnotambulanz“ befasst sich mit der Implementierung einer Ambulanz für Patienten mit rezidivierender Atemnot. Hintergrund hierbei ist, dass Dyspnoe mit einer Prävalenz von 77% eines der kardinalen Symptome bei Patient:innen mit bösartigen Neubildungen der Lungen und/oder Bronchien in Deutschland ist. Insgesamt ist sie sektorenübergreifend eines der häufigsten klinischen Leitsymptome. Geleitet wird das Projekt von Hannah Buß (Teamleitung für Pflegeprozesssicherung), welche das Konzept in deren Bachelorarbeit entwickelt hat.,

Zielbild des Projekts ist eine pflegerisch geleitete, multidisziplinäre Atemnotambulanz. Beteiligte Berufsgruppen sind neben der Pflege, Physiotherapie, sowie teilweise Ärzte und Ärztinnen. Finanziert wird das Projekt mithilfe eines Förderbeitrags des Förderverein „Freunde und Förderer des RBK e.V.“. Mithilfe der finanziellen Unterstützung konnten sowohl Personal-, als auch Sachkosten bis Januar 2024 gedeckt werden. Die Atemnotambulanz des RBK ist erst die zweite derartige Einrichtung in Deutschland. Das Projekt ist bisher sowohl intern als auch extern auf großes allgemeines Interesse gestoßen. Neben mehreren internen Informationsveranstaltungen über das Projekt, hat auch die Robert-Bosch-Stiftung die Atemnotambulanz im Rahmen eines Artikels bezüglich 360 Grad Pflege besucht und den Aufbau, die Entstehung und Inhalte beschrieben (<https://www.bosch-stiftung.de/de/alle-zusammen-fuer-die-patientinnen>).

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 70 Patient:innen mit Atemnot in der Atemnotambulanz pflegerisch beraten und physiotherapeutisch betreut. Die Lungenbewegungsgruppe, welche im Rahmen des Projekts im Juli 2022 startete wurden 2022 von ungefähr 50 Patient*innen genutzt. Im Jahr 2023 wurden zwei weitere Gesundheits- und Krankenpflegerinnen zur Schulung der Patient*innen in der Atemnotambulanz geschult. Die Patient*innen werden somit von einem Team bestehend aus drei GKPs und einer Physiotherapeutin betreut. Die Ausweitung des Teams ist vorhergesehen. Zusätzlich soll das Patient:innenklientel auf andere Erkrankungen der Lunge (COPD, Asthma) ausgeweitet werden, so dass die Anzahl der betreuten Patient:innen gesteigert werden kann.

Das Projekt „Implementierung einer Atemnotambulanz“ wird voraussichtlich im August 2023 abgeschlossen. Die Ambulanz soll daraufhin in den Regelbetrieb des Robert-Bosch-Krankenhauses integriert werden. Eine Integration in den palliativen Konsiliardienst ist vorhergesehen.

Förderung der Schlafqualität in der Onkologie

Kerstin Sieber, Teamleitung für Pflegeprozesssicherung der Station 5B, befasste sich im Rahmen ihrer Bachelorarbeit mit dem Thema Schlafförderung. Ziel ihrer Bachelorarbeit war die Optimierung der Schlafqualität bei onkologischen Patienten im akutstationären Setting durch die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für nicht-medikamentöse, pflegerische Interventionen unter Einbezug von naturheilkundlichen Methoden. Die Handlungsempfehlungen beinhalten darüber hinaus Maßnahmen, welche die Patienten nach Beratung und Anleitung selbstständig durchführen können. Weitergehende Ziele waren die Reduktion medikamentöser Interventionen zur Schlafförderung und die Förderung von Maßnahmen der Naturheilkunde. Aufgaben des interdisziplinären Teams wurden in der Bachelorarbeit ebenso dargestellt.

Aus den Inhalten ihrer Bachelorarbeit entwickelte sie eine Pocket Card, welche dem Wissenstransfer dient. Unter Einbezug dieser Pocket Card wurden Kurzschulungen über medikamentöse und nichtmedikamentöse Maßnahmen der Schlafförderung umgesetzt. Besonderen Einklang fand die simple Maßnahme des Einsatzes von Schlafmasken, diese werden nun in das Regelangebot aufgenommen.

Fortbildung und Wissensmanagement

Fortbildungen und Wissensmanagement sind essentiell für die Erhaltung und Steigerung der Qualität. Der Berufsalltag in der Pflege bindet viele zeitliche Ressourcen, sodass Fortbildungen gut in den Berufsalltag zu integrieren sein müssen.

Ein Fortbildungskonzept, welches sich im RBK etabliert hat ist das Konzept **One Minute Wonder** (OMW). Bei dieser Form der Wissensvermittlung sind die Fortbildungsinhalte auf zwei DIN A4 Seiten zusammengefasst (eine Seite Inhalt, eine Seite Quellenangaben). Die Lesezeit soll hierbei ca. eine Minute betragen. Diese OMW's sind in gedruckter Form zentral platziert, sodass die Inhalte individuell, zeitlich flexibel und im eigenen Tempo verinnerlicht werden können. Die Inhalte werden insbesondere an Orten angebracht, an welchen Wartezeiten entstehen können, sodass das Angebot ohne zusätzlichen Zeitaufwand angenommen werden kann. In regelmäßigen Abständen werden neue OMW's aufgehängt, sodass immer wieder neue Inhalte zur Verfügung stehen. Auch die Mitarbeitenden des RBK's selbst erstellen OMW's und tragen hierdurch zum Wissensmanagement und Wissenstransfer bei. OMW's für den onkologischen Bereich gibt es beispielsweise in Bezug auf Schlafstörungen bei onkologischen Patienten oder zum hygienischen Umgang mit einem ZVK. Darüber hinaus ist das RBK Mitglied im OMW-Netzwerk, wodurch auch auf die OMW's anderer Einrichtungen zugegriffen werden kann.

Eine weitere, im RBK zur Fortbildung genutzte Möglichkeit ist das für alle pflegenden konzipierte Fortbildungsprogramm **Certified Nursing Education** (CNE) von Thieme. In CNE können sich die Pflegenden jederzeit individuell fortbilden, auch von zuhause. Alle Lerneinheiten im Bereich Fortbildung schließen mit einem Fragebogen ab. Für jede erfolgreich absolvierte Fortbildung wird den Mitarbeitenden eine Stunde Arbeitszeit gutgeschrieben. Pro Fortbildung können 3 CNE Punkte erworben werden. Diese entsprechen den Kriterien des DPR und gelten als Fortbildungsnachweis (RbP). Viele Lerneinheiten sind speziell auf onkologisch pflegende ausgerichtet, wie beispielsweise die Lerneinheit zum Umgang mit Zytostatika.

Theorie-Praxis Transfer findet auch durch die im RBK geschriebenen **Bachelorarbeiten** statt. Diese werden in Transfer Runden präsentiert, entwickelte Konzepte werden, sofern möglich, auf den Stationen implementiert. Die Bachelorarbeiten sind unternehmensintern digital verfügbar, sodass nach Bedarf darauf zugegriffen werden kann. Darüber hinaus werden die zentralen Inhalte der Bachelorarbeiten im Rahmen von OMW's dargestellt. Ein Beispiel für ein implementiertes Projekt stellt die beschriebene Atemnotambulanz dar. Das Konzept hierfür wurde von der Teamleitung für Pflegeprozesssicherung Hannah Buß im Rahmen ihrer Bachelorarbeit entwickelt. Auch Veröffentlichungen von zentralen Inhalten der Bachelorarbeiten finden statt.

Die Auseinandersetzung mit Forschungsergebnissen findet im 2-monatlich stattfindenden **Journal Club** statt. Diese regelmäßigen Treffen zur Vorstellung aktueller (pflege-) wissenschaftlicher Veröffentlichungen dienen der kritischen und reflexiven Auseinandersetzung. Die Integration von Forschungsergebnissen in die pflegerische Praxis wird hierdurch gefördert.

CIRS

Ein Critical Incident Reporting System oder kurz CIRS ist ein Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden. Hierdurch ist es von großer Bedeutung für das Risikomanagement. Im RBK gibt es das für alle Mitarbeitenden über das Intranet zugängliche CIRS Portal, welches im November 2013 eingeführt wurde.

In ihrer Abschlussarbeit im Rahmen der Weiterbildung zur Führung einer Station befasste sich Jacqueline Andraschitz mit CIRS als Fehlermeldesystem in einer gelebten Fehlerkultur. Zielsetzung der Arbeit ist die Erarbeitung von Methoden (OMW / PocketCard, Fortbildungen) die dazu beitragen, die Qualität der verfassten CIRS Meldungen zu verbessern und somit die Nutzung des Instrumentes zu optimieren. Inhalte dieser Methoden werden sowohl eine Übersicht, was in einer CIRS Meldung beschrieben werden soll und was nicht, als auch Formulierungsbeispiele und Inhalte einer korrekt geschriebenen CIRS Meldung sein. Die Arbeit wurde 2022 fertiggestellt, die Umsetzung der Erkenntnisse und Methoden stellten ein Ziel für das Jahr 2022 dar. So fanden bereits Schulungen statt, auch wurde von ihr der Jahresbericht 2022 erstellt.

Im Jahr 2022 wurden in der Abteilung Hämatologie / Onkologie / Palliativmedizin / Tagesklinik insgesamt 72 CIRS-Meldungen verfasst. 42 hiervon stammten von der Station 4C, 16 von der Station 4D, 6 von der Station 5B, 5 von der Palliativstation und 1 aus der onkologischen Tagesklinik. Zwei Meldungen waren ohne Stationszuordnung.

	4C	4D	5B	4BP (1L)	ONTK	Ohne Stations-Zuordnung	Gesamtsumme
Summe der Meldungen	42	16	6	5	1	2	72

Mit Abstand am häufigsten wurden (wie in den Vorberichtszeiträumen) **Medikationsfehler** berichtet (38,9%; n=28), im Einzelnen:

- Verordnung / Übertragung einer Verordnung: 8,3%; n=6 (Fehlercode 251)
- Verteilung (Verwechslung Arzneimittel): 4,2%; n=3 (Fehlercode 253)
- Verabreichung: 26,4%; n=19 (Fehlercode 254)
(Verwechslung Arzneimittel: n=3 / Verwechslung Patient: n=4)

Im Vergleich zum Vorjahr ist eine Steigung im Bereich Reinigung (9,7%; n=7) zu verzeichnen. Im Bereich Diagnostik Schnittstellenkommunikation / Wartezeiten / Rücktransport (Fehlercode 42) jedoch eine Reduktion (2,7%; n=2).

95,8% (n=69) der Meldungen waren mit Maßnahmen zur künftigen Vermeidung der Risiken/Fehler verbunden, die überwiegend zeitnah umgesetzt wurden. (siehe Anlage Tabelle 1).

Meistens wurde der jeweilige Vorfall innerhalb der Abteilung ZIM-II (zwischen den Beteiligten, im Stionsteam oder auf Abteilungsebene) besprochen.

	2022	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Gesamtanzahl	1	5	4	8	7	3	6	6	5	6	11
Schweregrade	1 x A	1 x C 2 x D 2 x E	3 x C 1 x D	5 x C 2 x D 1 x E	6 x C 1 x D	2 x C	3 x C 1 x D 2 x E	3 x C 2 x D 1 x E	2 x C 3 x D	4 x C 2 x E	5 x C 5 x D 1 x E
Anzahl Zytostatika	1	6	4	8	6	3	6	6	3	6	7

- Das Paravasat entstanden im Zusammenhang mit peripher-venösen Zugängen.
- Die Interventionen orientierten sich überwiegend an dem diesbezüglichen abteilungsinternen Standardverfahren zur Behandlung von Paravasaten.

Risiken im Arzneimittelprozess – interne Audits und Prozessgefährdungsanalyse

Der prozentuale Anteil der im Jahr 2021 in Bezug auf Medikationsfehler verfassten CIRS-Meldungen zeigte das hohe Gefahrenpotential und die Notwendigkeit für Verbesserungsprozesse auf. Um den Ist-Zustand in Bezug auf den Arzneimittelprozess (Lagerung, Vorbereitung, Verabreichung, Dokumentation) zu erfassen, fand im Jahr 2021 hausübergreifend auf allen Stationen, welche mit iMedOne dokumentieren, ein umfassendes internes Audit statt. Insgesamt 23 Stationen in RBK, KSH und CHH wurden

hierbei begangen. In den Prüfpunkten, in denen hausübergreifend der Ist-Zustand vom Soll-Zustand abwich, wurden hausübergreifend Interventionen eingeleitet. Stations- oder Zentrumsspezifische Problematiken wurden zwischen PDL und SL besprochen, auch hier wurden geeignete Interventionen abgeleitet.

Aufgrund der Komplexität des Arzneimittelprozesses befasste sich eine Arbeitsgruppe mit einer Prozessgefährdungsanalyse zum Thema Arzneimittel. Die Prozessgefährdungsanalyse wurde 2022 fertiggestellt. Die Minimierung der Risiken im Arzneimittelprozess und damit einhergehend die Erhöhung der Qualität und der Patientensicherheit war ein Ziel für das Jahr 2022. Insgesamt fanden hierzu 2 weitere Audits statt, die insbesondere den Prozess der Betäubungsmitteldokumentation betrachteten. Ergänzend wurde eine Anpassung der 6-R-Regel vorgenommen (One Minute Wonder) und die Handlungsrichtlinie für Arzneimitteltherapie erweitert.

Übergreifende Angebote des Pflegedienstes

Unterstützungsangebote bei körperlichen Veränderungen onkologischer Patienten

Seit Januar 2007 werden am RBK regelmäßig Kosmetikseminare für Krebspatienten durchgeführt, unterstützt durch die Stiftung DKMS LIFE. Mit Aushängen und über persönliche Kommunikation wird auf dieses Angebot für Krebspatientinnen in oder kurz nach einer Chemo- oder Strahlentherapie aufmerksam gemacht. In den 1,5-stündigen Kursen, die ehrenamtlich durch eine professionelle Kosmetikerin geleitet werden, erhalten die zehn Teilnehmerinnen Tipps zur Gesichtspflege und wie die Folgen der Therapie (z.B. Hautflecken, Wimpern- bzw. Augenbrauenverlust) kaschiert werden können. Weiterhin umfassen die kostenlosen Kurse eine Tücher- und Kopfschmuckberatung. Während der Pandemie wurden die Kosmetikseminare auf ein Onlineangebot umgestellt.

Perücken- und Tücherberatung: Zweimal wöchentlich finden kostenfreie Einzelberatungen durch einen Friseurmeister statt. Die Termine fanden 2022 aufgrund SARS-CoV-2 online statt und können über eine Hotline des Friseurstudios vereinbart werden.

Kooperation mit Hospizeinrichtungen und der Hospizgruppe, Einbindung von Ehrenamtlichen

Die Kooperation mit Hospizeinrichtungen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hat im RBK mit seinen Standorten lange Tradition. Es bestehen im Umkreis enge Kontakte zu den Hospizen in Stuttgart, Esslingen, Bietigheim, Leonberg und Backnang.

Besonders in Krisensituationen und am Lebensende ist der Beistand durch die Hospizgruppe zu einer wertvollen Unterstützung geworden: Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begleiten Schwerkranke und sterbende Patienten und deren Angehörige während ihres Krankenhausaufenthalts. So unterstützen und entlasten die ehrenamtlichen Helfer zum Beispiel Angehörige durch die Übernahme von Sitzwachen oder durch Gesprächsangebote gegenüber Angehörigen und Patienten. Oft entsteht durch den regelmäßigen Kontakt ein vertrautes und enges, freundschaftliches Verhältnis. Da die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen ihr Tun als Ergänzung zur täglichen Arbeit auf den Stationen verstehen, erfolgt die Begleitung nach Absprache mit dem Pflegepersonal und den Betroffenen.

Im Pandemiejahr 2022 unterlag die ehrenamtliche Begleitung keinen Restriktionen, die ehrenamtlichen Mitarbeitenden konnten unter Einhaltung der geltenden persönlichen Schutzmaßnahmen der Kliniken ihre Begleitungen fortführen.

Weiter wurden die monatlich stattfindenden Supervisionen der Hospizgruppe sowie ein interdisziplinär gestaltetes Trauercafé für Hinterbliebene wiederaufgenommen. Das Trauercafé gestaltete die Hospizgruppe gemeinsam mit den Mitarbeitenden der Palliativstationen.

Der palliative Konsiliardienst war auch im Jahr 2022 weiterhin tätig. Die Mitarbeitenden waren weiterhin eng in die Begleitung und Betreuung von an SARS-CoV-2 erkrankten und sterbenden Patienten einbezogen und wurden vielfach zur Beratung und Symptomkontrolle, insbesondere in Bezug auf das Symptom Atemnot, angefragt.

Ziel 2022/2023

2023 wird die Implementierung des Praxisstandard Patientenintegrierende Übergabe eines der pflegerischen Jahresziele sein. Die pflegerische Übergabe ist, im Rahmen des Schichtwechsels, eine Form der Informationsweiterleitung aller relevanten, der/die Patient*in betreffenden Informationen, zwischen Pflegefachpersonen. Die Übergabe stellt darüber hinaus einen multifaktoriellen Prozess dar und geht

über die einfache Informationsweitergabe hinaus, da der situative Pflegebedarf durch zwei Pflegefachpersonen erfasst und direkt Maßnahmen ab- und eingeleitet werden.

Zielsetzung

- Verbesserung der Patientensicherheit und Steigerung der Zufriedenheit von Patient*innen
- Sicherstellung der Kontinuität im Pflegeprozess zur Steigerung der Pflegequalität
- Gemeinsame Reflektion und ggf. Anpassung der geplanten/ durchgeführten Maßnahmen bzw. nicht durchgeführten Maßnahmen
- Förderung der Akzeptanz und des Genesungsprozesses durch ein besseres Verständnis und gezielte Integration von Patient*innen bei Maßnahmen • Überprüfung der Dokumentation auf Vollständigkeit
- Professionelle und transparente Darstellung der Berufsgruppe Pflege

Bedeutung für Pflegefachpersonen

Die patientennahe Interaktion während der Übergabe ermöglicht es der übernehmenden Pflegefachperson direkt Fragen zu klären bzw. fehlende Informationen einzuholen, sowie sich durch pflegerische Beobachtung ein umfassendes Bild vom Zustand des/der Patient*in zu machen. Im Zuge der Übergabe werden neben der Priorisierung pflegerische Interventionen, auch durchgeführte Maßnahmen, hinsichtlich ihrer Wirksamkeit reflektiert. Somit dient die Übergabe als Planungs- und Steuerungsinstrument im Pflegeprozess und stellt ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung dar.

Des Weiteren ist die patientenintegrierende Übergabe ein Beitrag zur Professionalisierung: Eine Strukturierung der pflegerischen Übergabe ermöglicht es, die Masse der Informationen zu organisieren, Redundanzen zu vermeiden und relevante Informationen nicht zu vergessen. Durch die ISOBAR-Kriterien findet dieselbe Strukturierung in allen pflegerischen Übergabegesprächen statt und erfährt z. B. im Rahmen der Ausbildung einen hohen Wiedererkennungswert.

Diese Struktur wurde 2022 in einer PocketCard zusammengefasst:

Patientenintegrierende Pflegeübergabe nach „ISOBAR“	
I = Identify Identifikation	 <p>„Guten Tag Frau / Herr ... wir würden gerne die Übergabe mit Ihnen durchführen, wenn Sie einverstanden sind. (Meine Kollegin ... ist heute Nachmittag für Sie zuständig.“</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name (→ Kontrolle Patientenarmband) • Alter • Zimmer & Bettplatz • Isolationsgrund (falls vorhanden) <p>Würden Sie sich bitte kurz mit Namen und Alter vorstellen und berichten, weshalb sie bei uns sind, ich ergänze Sie gerne.</p>
S = Situation Situation	 <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahmedatum / Liegedauer (Tag nach Intervention) • Aufnahmegrund • Diagnosen (Haupt- und relevante Nebendiagnosen) • Diagnostik / Interventionen (bereits erfolgt) • Allergien & Unverträglichkeiten • DNR / DNI, Patientenverfügung
O = Observation Einschätzung/ Erhebung	 <p>PHYSISCHES & PSYCHISCHES BEFINDEN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relevante Vitalzeichen • Zu- und Ableitungssysteme • Vigilanz, Kognition • Schmerzen • Mobilität • Hautzustand • Ausscheidung: Obstipation, Blasenlagerung & Gewicht • Nahrungsaufnahme: Übelkeit, Inappetenz, Kostform <p>RISIKOFAKTOREN erheben, bewerten bzw. neu bewerten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitus, Delir, Mangelernährung, Pneumonie, Sturz, (poststationäres) Versorgungsdefizit <p>Was machen Ihre Beschwerden?!</p>
B = Background Hintergrund / Begleitende Information	 <ul style="list-style-type: none"> • Sozialanamnese / Angehörige • Pflegegrad • Poststationäre Versorgung • Entlassungsplanung <p>Haben Sie oder Ihre Angehörigen noch Fragen zur Entlassung oder zu Ihrer häuslichen Weiterversorgung?</p>
A = Agreed Plan Aufgaben / weiteres Vorgehen	 <ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische Ziele / Interventionen • Risiken • Behandlungsplan / Eskalationsplan • Austausch zu geplanten Interventionen / Pflegemaßnahmen • Gemeinsame Absprachen
R = Read Back Rückfragen / Zusammenfassung	 <ul style="list-style-type: none"> • Kurze Zusammenfassung des Übernehmenden Dienstes: Was sind die nächsten Schritte in der Patientenversorgung? Was ist heute wichtig? Was ist heute noch geplant? • Rückfragen des/der Patient*in / Kolleg*innen • Verabschiedung des Frühlendienstes

Ablauf und Inhalt der patientenintegrierenden Pflegeübergabe	
Stand-up (Dienstzimmer)	<ul style="list-style-type: none"> • Stations-/ Schichtleitung gibt einen Überblick über wichtige Geschäfte, Aufnahmen und Entlassungen, Besetzung, Krankheitsausfälle • Benennung von komplexen bzw. Risikopatient*innen • Aufteilung der Patient*innen (Bereichseinteilung)
Stationsflur (ggf. Dienstzimmer)	<p>Vorstellung der Patient*innen anhand der „ISOBAR“-Kriterien: Informationen, die nicht vor den Patient*innen ausgetauscht werden können, müssen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahmedatum / Liegedauer/ Aufnahmegrund • Medizinische Diagnosen/ Aktuelle Befunde • Prozedere bei Verschlechterungen • DNR/ DNI, Patientenverfügung, Allergien, Unverträglichkeiten • Sozialanamnese
Patientenzimmer	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachperson aus dem Frühdienst übernimmt die Gesprächsführung und -steuerung • Pflegefachperson aus dem Spätdienst stellt sich situations- und patientenorientiert vor (Name und Funktion) • Fragen zum aktuellen Befinden, Bedürfnissen, Problemen und Ressourcen werden beantwortet • Informationen über pflegerische Maßnahmen, anstehende Diagnostik etc. werden weitergegeben <p>Tätigkeiten während der Übergabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Druckentlastende Maßnahmen durchführen • Infusionsmanagement • Vitale messen • Inkontinenzversorgung • Sichere Umgebung schaffen (u. a. Hilfsmittel / Klingel) • Getränke anreichen • Double Check (Vier-Augen-Prinzip)
PPR Einstufung	<ul style="list-style-type: none"> • PPR Einstufung in A- und B-Kategorie nach der Übergabe durch Pflegefachkraft des Früh- und Spätdienstes
Grundsätze	
<ul style="list-style-type: none"> • Die Kriterien nach „ISOBAR“ dienen zur Strukturierung aller pflegerischen Übergabegesprächen • Die professionelle Pflegeübergabe erfordert die aktive Einbindung von Patient*innen vor Ort im Patientenzimmer • Die Sprache ist langsam und deutlich, Satzbildung kurz und einfach • Fachsprache wird patientengerecht verwendet • Es erfolgt ein umsichtiger Umgang mit sensiblen Patientendaten (Gesprächsstühle, Diagnosen, Befunde, Besucher etc) • Die Pflegefachpersonen stehen während der Übergabe an derselben Bettseite • Es wird mit den Patient*innen gesprochen und nicht über sie • Die Gesprächssteuerung (zeitlicher Rahmen) erfolgt durch die Anwendung von offenen oder geschlossenen Fragen 	
<p>Quellen: Godecke, Elisabeth, und Ulrike Godecke. „Patientenübergabe: Einmalige Pflegeübergabe.“ (n.d.). S. 249-319. https://www.researchgate.net/publication/351111111</p>	

Bedeutung für Patient*innen

Die Interaktion während der patientennahen Übergabe fördert die Beteiligung von Patient*innen und setzt Patient*innen in den Mittelpunkt des Informationsaustauschprozesses. Mithilfe der Übergabe haben Patient*innen direkten Zugang zu aktuellen Informationen und die Möglichkeit, gezielt Fragen zum Versorgungsprozess zu stellen. Darüber hinaus unterstützt die patientennahe Übergabe durch professionell Pflegenden die Sicherheit von Patient*innen, indem eine strukturierte Vorgehensweise unter Einbeziehung der Patient*innen erfolgt. Auch international wird die Übergabe durch Pflegenden, u.a. von der World Health Organization (WHO), als Schlüsselement für die Verbesserung der Patientensicherheit angesehen.

Die Projektplanung und Umsetzung wird in der nächsten MMR vorgestellt.

13.9 Psychosomatische Medizin

Der Konsiliar- und Liaisondienst der Abteilung für Psychosomatische Medizin ist ein fester Bestandteil der stationären Behandlung von Krebspatienten im RBK.

Alle Patienten erhalten bei der Aufnahme die Information über die Möglichkeit zur psycho-onkologischen Begleitung (Faltblatt und mündliche Information). Die Betreuung der Patienten beginnt bei der Aufnahme, erfolgt über den gesamten stationären Aufenthalt hinweg und kann auf Wunsch poststationär in begrenztem Umfang weitergeführt werden, meistens überbrückend, bis Patienten einen ambulanten Psychotherapieplatz gefunden haben.

In den nachfolgenden Tabellen sind die einzelnen Zentren mit der Anzahl der vom Konsiliar- und Liaisondienst gesehenen Fälle, die Anzahl der erbrachten Gesprächsleistungen sowie die durchschnittliche Dauer der Gespräche, die mindestens 25 Minuten dauerten, für die Jahre von 2016 bis 2022 aufgeführt.

Brustzentrum	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl der Fälle Mammakarzinom	300	334	197	252	346	381	263
Anzahl der erbrachten Leistungen (über 25min)	234	234	157	205	223	181	156
Gesprächsdauer	41,84	42,24	39,4				

Darmzentrum	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl der Fälle Colon u. Rektumcarzinom	85	111	105	206	234	201	207
Anzahl der erbrachten Leistungen (über 25min)	65	80	95	190	193	133	132
Gesprächsdauer	37,54	38,13	36,3				

Pankreaszentrum	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl der Fälle	52	38	62	43	71	76	61
Anzahl der erbrachten Leistungen (über 25min)	74	58	85	45	79	60	52
Gesprächsdauer	42,09	48,28	43,6				

Gynäkologisches Zentrum	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl der Fälle Genitalmalignom	109	102	108	102	108	90	77
Anzahl der erbrachten Leistungen (über 25min)	145	112	150	85	89	63	57
Gesprächsdauer	41,03	45,31	41,9				

Lungenzentrum	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
----------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Anzahl der Fälle Lungenkarzinom	315	428	646	1011	1011	1626	1759
Anzahl der erbrachten Leistungen (über 25min)	263	391	882	921	1151	1659	1455
Gesprächsdauer	43,21	46,20	33,5				

Zentrum für Hämatologische Neoplasien	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Anzahl der Fälle	154	118	239	65+ Von 358 im OZ	471	591	639
Anzahl der erbrachten Leistungen (über 25min)	228	190	298	139+ Von 807 im OZ	522	656	542
Gesprächsdauer	40,90	46,95	42,5				

Onkologisches Zentrum	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Oesophagus-, Magen-, Schilddrüsen-Ca, Sarkome	32	30	50		106	141	180
Anzahl der erbrachten Leistungen (über 25min)	37	41	50		113	133	187
Gesprächsdauer	37,69	45,04	35,8				
Transplantationsfälle							51
Anzahl der erbrachten Leistungen (über 25min)					74	57	81

13.10 Klinik für Geriatrische Rehabilitation

Die Klinik für Geriatrische Rehabilitation wurde in 2019 nach dem Qualitätssiegel Geriatrie und den BAR-Kriterien zertifiziert. Am 23.06.2022 erfolgte die Re-Zertifizierung der Klinik für Geriatrische Rehabilitation (ambulanter, stationärer Bereich und Mobile Geriatrische Rehabilitation) nach dem Qualitätssiegel Geriatrie. Eine Erweiterung des Geriatrischen Angebotes erfolgt seit März 2023 am RBK Standort City, hier stehen zusätzliche geriatrische Betten zur Verfügung.

13.11 Patientenkoordination - Sozialdienst

Mit dem Bereich Patientenkoordination wurde ein Team aufgebaut, welches unter Nutzung der Case Management Methoden seit 01.01.2012 Verantwortung für eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung der Patienten am gesamten Robert-Bosch-Krankenhaus und seinen Standorten übernimmt.

Bei Versorgungs- oder Pflegebedarfen wird durch Gespräche mit Patienten, den Angehörigen, Betreuern, Brückenschwestern, den Pflegeheimen und durch entsprechende Telefonkontakte mit den ambulanten Diensten dafür Sorge getragen, dass eine Versorgung bzw. Pflege nach dem Krankenhausaufenthalt gewährleistet ist. Angehörige haben die Möglichkeit, nach Terminvereinbarung mit den Patientenkoordinatoren weiterführende Beratungsgespräche zu führen. Hierbei werden Wunsch des Patienten, sein individueller und erforderlicher Bedarf abgestimmt. Notwendige und verfügbare Versorgungsmöglichkeiten wie Kurzzeitpflege, amb. Dienste, stationäre Weiterversorgung, Hilfsmittel etc. konkret besprochen. Angehörige, Betreuer und nachbehandelnde Einrichtungen werden frühzeitig eingebunden. Zur Entlassung werden entsprechende Informationsmaterialien, Arztbrief, Überleitungsbogen, ggf. Befunde, sowie Adressen von Selbsthilfegruppen und externen Beratungsangeboten ausgehändigt.

Beratungen:

Zentrum	2021	2022
Brustzentrum		
Mammakarzinom	376	326
Gynäkologisches Krebszentrum		
Genitalmalignom	91	84
Darmzentrum		
Colon u. Rektumkarzinom	42	59
Darm sonstige Tumore	103	42
Lungenzentrum		
Lungenkarzinom	229	128
Onkologisches Zentrum		
Lymphome	57	34
Leukämie	76	46
Pankreaskarzinom	11	
Magenkarzinom	26	19
Ösophagus	10	10
Schilddrüsenkarzinom	1	1
sonstige Tumore	178	80

13.12 Stomatherapie

Die Stomaversorgung im Onkologischen Zentrum ist durch zwei Mitarbeiterinnen sichergestellt. Ein Flyer für die Stomatherapie ist erstellt.

14 Externe weitere Behandlungspartner

14.1 Ambulante Pflegedienste

Es bestehen im Umkreis enge Kontakte zu ambulanten Pflegediensten. Teilweise existieren bereits über unsere Organzentren Kooperationsvereinbarungen.

14.2 Genetische Beratungsstelle

Institut für Humangenetik

Abteilung für Medizinische Genetik

Prof. Dr. Olaf Rieß

Calwerstraße 7

72076 Tübingen

Genetische Beratung

Praxis Dr. R. Hering

Reinsburgstraße 13

70178 Stuttgart

14.3 Hospiz

Es bestehen im Umkreis enge Kontakte zu den Hospizen in Stuttgart, Bietigheim, Leonberg und Backnang. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit den zwei Hospizen in Stuttgart wurde über das Onkologische Zentrum vereinbart.

14.4 Rehakliniken

Es wurde eine Kooperation mit der Rehaklinik Vinzent Marienhospital für das Brustzentrum geschlossen.

14.5 Sanitätshäuser

Es bestehen im Umkreis enge Kontakte zu Sanitätshäusern. Teilweise existieren bereits über unsere Organzentren Kooperationsvereinbarungen.

14.6 Seelsorge

Ein Seelsorgeteam steht zur Verfügung.

14.7 Patientenbeteiligung – Selbsthilfegruppen

Patientenbefragungen

Es erfolgt eine hausweite kontinuierliche Befragung aller Patienten im RBK sowie eine spezielle kontinuierliche Befragung der Patienten mit Tumoren in den jeweiligen Organzentren. In 2020 erfolgte die Umstellung auf eine digitale Patientenbefragung. Die Befragung erfolgt während des stationären Aufenthaltes. Die Auswertungen der Patientenbefragungen werden in der Managementbewertung dargestellt.

Die Auswertung der regelmäßigen Patientenrückmeldungen / Kundenzufriedenheit erfolgt über die Stabstelle Beschwerde- und Haftpflichtmanagement. Die gesamte Auswertung der Befragung wird den Leitern der Organzentren zugestellt. Bögen mit Kritikpunkten werden ebenfalls den Leitern der Organzentren sowie den Pflegedienstleitungen vorgelegt und bei Bedarf ein Beschwerdefall eröffnet. Die Ergebnisbewertung und Bestimmung von Konsequenzen erfolgt durch die Abteilung selbst. Die protokollierte Auswertung erfolgt im jährlichen Management Review, in dem dann Maßnahmen definiert werden.

Zentral eingehende Beschwerden werden über die Stabstelle Beschwerde- und Haftpflichtmanagement bearbeitet und in einer Statistik geführt.

Patienteninformationen

Die Vorstellung des Onkologischen Zentrums erfolgt über die Homepage des RBK mit spezieller Seite für das Onkologische Zentrum sowie in den Patientenbroschüren der einzelnen Organzentren.

Die Kooperationspartner sind in der Patientenbroschüre und im Internet benannt. In der Patientenbroschüre werden die verschiedenen Behandlungsangebote dargestellt. Aufgeführt sind unter anderem auch Themen wie AHB, Reha und die Selbsthilfe.

Selbsthilfegruppe Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.

Auf den Stationen sind in den Aufenthaltsräumen und Bereichen Informationsstände mit Informationsbroschüren und -blättern u.a auch von der Frauenselbsthilfegruppe ausgelegt.

Die Adressen der jeweiligen wohnortnahen Selbsthilfegruppen werden durch die Mitarbeiter des Sozialdienstes ausgehändigt. Ferner ist über unsere Abteilung für Psychosomatische Medizin der Zugang zu einer ausführlichen Adressenliste möglich.

Auf der Station 2D steht ein separater Raum zur Perückenberatung und für Kosmetikseminare zur Verfügung. Dieser Raum steht auch der Selbsthilfegruppe für Gesprächsmöglichkeiten zur Verfügung. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit der „Frauenselbsthilfe nach Krebs e.V.“ liegt vor.

Selbsthilfegruppe ILCO

Es besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe ILCO Stuttgart. Bei der Entlassung bzw. auf Wunsch bereits während des Aufenthaltes erhalten die Patienten einen Informationsflyer. Psychoonkologin und Stomatherapeutin, Sozialdienst und Ernährungsberatung geben schon während des Aufenthaltes Informationen bzw. Flyer zur Selbsthilfegruppe weiter. Zu den Veranstaltungen sind selbstverständlich die Mitglieder der Selbsthilfegruppe eingeladen.

Mit der ILCO wurde eine schriftliche Kooperationsvereinbarung getroffen.

Selbsthilfegruppe Lungenkrebs

Es besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Lungenselbsthilfe, welche sich regelmäßig in den Räumlichkeiten der KSH trifft. Eine Kooperationsvereinbarung liegt vor.

Selbsthilfe Leukämie

Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit der „Leukämie und Lymphome“ wurde über das Onkologische Zentrum vereinbart.

Selbsthilfe Arbeitskreis der Pankreatektomierten

Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung wurde über das Pankreaszentrum vereinbart.

15 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

15.1 Tumorboard

Interdisziplinäres Tumorboard, Brustkolloquium, GKZ-Kolloquium, Transplantationsbesprechung, Leukämie- und Lymphomboard, Lungentumorboard (KSH)

In interdisziplinär besetzten Gremien aus Diagnostik und Therapie, wie dem Tumorboard, kommen Fachexperten aus den beteiligten Abteilungen sowie die externen Kooperationspartner zusammen, um gemeinsam individuelle Therapieempfehlungen für die Patienten zu erarbeiten. Diese Qualitätszirkel

gewährleisten eine optimierte und maßgeschneiderte Versorgung nach modernsten Erkenntnissen. Zeitaufwändige Vorstellungen bei den verschiedenen Fachdisziplinen entfallen weitestgehend. Die o.g. Tumorboards finden wöchentlich statt. Eine noch häufigere Frequenz wäre wünschenswert, ist aber aus zeitlichen Gründen kaum möglich.

15.2 Interdisziplinäre Sprechstunde

Eine interdisziplinäre Sprechstunde wird bei entsprechender Indikation allen Patienten des OZ angeboten. Dabei können bis zu 3 verschiedene Disziplinen den Patienten gleichzeitig / kurz hintereinander beraten. Der Ausbau dieser Spezialsprechstunden wird weiter angestrebt.

15.3 Studienbesprechung

Seit 2017 findet mindestens einmal pro Woche eine Studienbesprechung statt. Dabei werden vor allem die aktuell aktiven Studien besprochen, potentielle Patienten abgefragt und neue Studien vorgestellt. In diesem Gremium wird auch entschieden, ob neue Studien initiiert werden sollten. In den Tumorboards wird ebenfalls nach neuen möglichen Studienpatienten gescreent.

15.4 Tumordokumentation und –datenbank

Tumordokumentation

In Kooperation mit den Universitäten Heidelberg und Göttingen sowie der Firma IT-Choice wurde 2012 ein Projekt zur Erstellung eines neuen Tumordokumentationssystems gestartet. Seither finden regelmäßig Treffen der beteiligten Partner in Heidelberg statt. Die einheitliche Einführung des neuen Tumordokumentationssystems „OnkoStar“ im OZ wurde am 01.01.2015 durchgeführt. Eine Schnittstelle zum OSP (s.u.) ist seit langem geplant und wurde Mitte 2017 in Auftrag gegeben. Die Datenmigration zum OSP Stuttgart ist in 2020 geplant.

Am 01.01.2015 wurde das Tumordokumentationssystem ONKOSTAR erfolgreich im OZ eingeführt. Als Entwicklerhaus gab es regelmäßige Treffen mit it-choice und den anderen an der Entwicklung beteiligten Häusern. Mittlerweile ist das System gut etabliert und ausgereift. Für die weitere Entwicklung und Anpassung an die neuen Vorgaben der DKG und Krebsregister gibt es weiterhin Online Workshops. Hier werden die einzelnen Themen mit allen Häusern besprochen, Probleme dargestellt und neue Umsetzungen vorgestellt. Ein- bis zweimal jährlich soll nun auch wieder ein Workshop in Präsenz, in Karlsruhe bei it-choice, stattfinden.

Eine Schnittstelle zum OSP Stuttgart besteht. Die Datenmigration aus dem Alt-System wurde im Herbst 2022 erfolgreich durchgeführt.

Klinisches Krebsregister (OSP-Stuttgart e.V.)

Der OSP Stuttgart e.V. führt seit 1988 mittels eines zentralen Tumordokumentations- und Informationssystems eine EDV-gestützte klinische Tumordokumentation durch. Dabei werden Daten zur Diagnostik, Therapie, Krankheitsverlauf und Nachsorge erhoben. Nach erfolgreicher Migration der Daten aus dem Vorgängersystem in die Datenbank des neuen Tumordokumentationssystems ONKOSTAR im Herbst 2022 steht nun eine umfassende Datenbank zur Verfügung. Diese Informationen der gemeinsamen Datenbank werden getrennt in den klinikeigenen Instanzen gespeichert. Patienten können aber über das Rekord Linkage von den Dokumentaren der einzelnen Krankenhäuser angefordert werden und somit im jeweiligen klinikeigenen Instanz dokumentiert werden. Dies ist ein großer Vorteil denn hierdurch kann der onkologischen Verlauf und erfolgte Therapie der Patientinnen und Patienten umfassend über alle beteiligten Kliniken dargestellt werden.

Im Rahmen von qualitätssichernden, allgemeiner Auswertungen können die Daten aller Kliniken anonymisiert ausgewertet werden bzw. im konkreten Behandlungszusammenhang in die mitbehandelnden Kliniken überwiesen werden.

Die klinische Tumordokumentation wurde 2002 konsequent auf die Ergebnisqualitätssicherung umgestellt. Erstmals kann für fast alle dokumentierten Patienten über den Meldeabgleich mit den Rechen-

zentren der Einwohnermeldeämter der Vitalstatus ermittelt und somit als erster Endpunkt die Überlebenszeit errechnet werden. Mit dem inzwischen entwickelten Datenrücklaufsystem liegen zukünftig auch – als zweiter Endpunkt – Informationen über die rezidivfreie Zeit vor. Bereits seit dem 01.09.2003 laufen das Datenrücklaufsystem und das darin eingebundene Benchmarking-Projekt am OSP Stuttgart.

Voraussetzung für das Projekt sind die Information und Einverständniserklärung der Patienten und Patientinnen, ohne die kein Kontakt zur/zum nachsorgenden Ärztin/Arzt aufgenommen werden darf. Da in Baden-Württemberg nicht die Widerspruchsregelung wie z.B. in Bayern gesetzlich verankert ist, muss jede/jeder potenzielle Projektteilnehmer*in informiert werden und durch Unterschrift der Nachfrage zustimmen. Um den Aufwand für die Patientinnen und Patienten so gering wie möglich zu gestalten und die Rücklaufquote der Einverständniserklärungen zu erhöhen, haben und werden wir parallel dazu die Einholung der Einverständniserklärung weiter optimieren.

In den Krankenhäusern des OSP sind das Verfahren der Patienteninformation und das Datenrücklaufsystem inzwischen etabliert. Die entsprechenden Patientinnen und Patienten werden circa 2x jährlich von den Dokumentationsstellen des dokumentierenden Krankenhauses angeschrieben und erhalten neben den Informationen über die Nachfrage beim nachsorgenden Arzt eine Einverständniserklärung und einen Lebensqualitätsbogen, mit der Bitte, diese ausgefüllt und unterschrieben zurückzuschicken.

Sie werden in der Folge, wenn sie die Einverständniserklärung unterschrieben haben, einmal jährlich von den Dokumentationsstellen des dokumentierenden Krankenhauses angeschrieben und um das Ausfüllen des mitgesandten Lebensqualitätsbogens gebeten.

Zudem werden die nachbehandelnden Ärzte, je nach Patienten-Kohorten jeweils 2x im Jahr ebenfalls angeschrieben und gebeten, einen mitgesandten Datenrücklaufbogen ausgefüllt an die OSP-Dokumentationsstelle im dokumentierenden Krankenhaus zurückzusenden. Die Anfragen in den Datenrücklaufbögen beziehen sich auf Angaben zu durchgeführten Therapien, Rezidiven, Progress, AZ (ECOG). Die Informationen der nachbehandelnden Ärzte hierzu werden in die OSP-Datenbank eingepflegt.

Vitalstatusabgleich

Im Jahr 2002 wurden die gesetzlichen Grundlagen geschaffen, um mit den Regionalen Rechenzentren des Landes (Stuttgart, Reutlingen, Heidelberg, Karlsruhe, Freiburg, Ulm) einen Vitalstatusabgleich durchführen zu können. Hierfür werden die in der Tumordatenbank gespeicherten Stammdaten mit den Daten der Melderegister abgeglichen. Zurückgemeldet werden folgende Parameter: lebend, unbekannt verzogen, verstorben, nicht auffindbar. Seit 2003 wird der Vitalstatusabgleich vom OSP einmal jährlich durchgeführt. Damit liegt nun erstmalig für alle Tumorentitäten ein Instrument vor, das die Auswertung von Überlebenszeiten möglich macht, was für die Messung der Ergebnisqualität unabdingbar ist.

Krebsregister Baden-Württemberg

Seit dem 01.01.2009 sind alle Patienten mit einer Krebserkrankung dem Krebsregister Baden-Württemberg zu melden. In der ersten Meldestufe sind alle Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkte in Baden-Württemberg betroffen. Am 03.12.2008 fand eine Informationsveranstaltung zum Start dieses Krebsregisters statt.

Eine regelmäßige Meldung aller meldepflichtigen Daten an das Krebsregister Baden-Württemberg erfolgt klinikabhängig über den OSP Stuttgart oder die Dokumentare des dokumentierenden Krankenhauses.

16 Fazit

An dieser Stelle möchten wir in erster Linie allen Mitarbeitern des onkologischen Zentrums danken. Sie haben durch ihren engagierten Einsatz dafür gesorgt, dass sich unsere Patienten nicht nur sicher sein können, nach modernsten medizinischen Standards versorgt zu werden, sondern dass sie sich auch umsorgt fühlen.

Die in dieser Managementbewertung dokumentierte Weiterentwicklung des Onkologischen Zentrums, das vor allem im ambulanten Bereich erneut gewachsen ist, war ein Ergebnis guter Zusammenarbeit. Das RBCT lebt vom Engagement seiner Mitarbeiter und tragenden Abteilungen. Es ist uns gemeinsam gelungen, an vielen Stellen das Vor-Corona-Niveau zu übertreffen und unser Ideal einer menschenzentrierten Patientenversorgung auf medizinischem Top-Niveau aufrecht zu erhalten.

Mit dieser Erfahrung werden wir auch die vor uns liegenden Herausforderungen incl. Krankenhausreform und Mindestfallzahlen gemeinsam erfolgreich angehen.



Prof. Dr. Hans-Georg Kopp
Leiter des Onkologischen Zentrums



Prof. Dr. Hans-Georg Kopp
Leiter des Zentrum für Hämatologische Neoplasien



PD Dr. Gerhard Preissler
Leiter des Lungenzentrums



Prof. Dr. Marc-H. Dahlke
Leiter des Viszeralonkologischen Zentrums



Dr. Bernd Winkler
Leiter des Gynäkologischen Krebszentrums



Dr. Andreas Gerteis
Leiter des Brustzentrums

17 Anlagen

Auswertungen Patientenbefragung

- 1. Onkologisches Zentrum / Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- 2. Brustzentrum
- 3. Gynäkologisches Krebszentrum
- 4. Viszeralonkologisches Zentrum (Darmzentrum, Modul Pankreas)
- 5. Lungenzentrum