

Qualitätsbericht 2025 des Onkologischen Zentrums nach Zentrumsrichtlinie des G-BA

im Klinikum Itzehoe

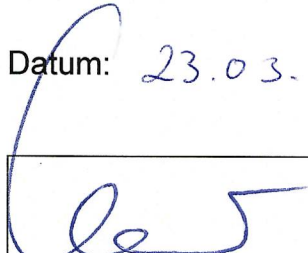
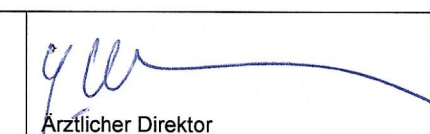
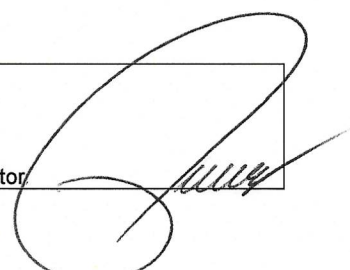
Geltungsbereich:
Onkologisches Zentrum / Klinikum Itzehoe

Erstellt:
Onkologisches Zentrum

Version:
5

Stand:
12.03.2026

Datum: 23.03.2026

 Krankenhausdirektorin	 Ärztlicher Direktor	 Pflegedirektor
--	--	---

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeines	2
1.1.	Gesetzliche Vorgaben	2
1.2.	Träger des Onkologischen Zentrums	2
1.3.	Leitung und Koordination.....	3
2	Qualitätsanforderungen.....	3
2.1.	Strukturelle Anforderungen G-BA.....	3
2.2.	Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung	4
2.3.	Forschungstätigkeit	4
2.4.	Kooperationen	5
2.5.	Mindestfallzahlen.....	6
3	Besondere Aufgaben des Zentrums.....	6
3.1.	Interdisziplinäre onkologische Tumorkonferenzen.....	6
3.2.	Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen	6
3.3	Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen	7
3.3.1	Darstellung des Onkologischen Zentrums und Netzwerkpartner	11
3.3.2	Ärztliches Personal.....	11
3.3.3	Interdisziplinäre Fallkonferenzen/Qualitätszirkel	11
3.3.4	Forschungstätigkeit	12
3.3.5	Tumordokumentation	12
3.3.6	Informationsveranstaltungen	13

1 Allgemeines

Seit dem 01.01.2021 ist das Onkologische Zentrum des Klinikums Itzehoe gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen) in den Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein aufgenommen. Grundsätze der Qualitätsanforderungen sowie die differenzierten Anforderungen an das Onkologische Zentrum in Anlehnung an den G-BA-Beschluss zu Zentrums-Regelungen werden erfüllt und kontinuierlich neu bewertet.

Dieser Qualitätsbericht stellt das Onkologische Zentrum mit seinen Strukturen, Aufgaben und Zielen dar.

1.1. Gesetzliche Vorgaben

Die Vorgaben des G-BA Beschlusses über die Regelung zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß §136c Absatz 5 SGB V werden vom Krankenhaus zu jeder Zeit am Standort (Definition von Krankenhausstandort gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 KHG) erfüllt.

Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 KHEntgG sind Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die eine besondere Aufgabe im Sinne dieser Regelung wahrnehmen, die hierfür festgesetzten Qualitätsanforderungen erfüllen und für die eine Festlegung nach § 2 Absatz 2 Satz 4 KHEntgG erfolgt ist.

Eine besondere Aufgabe ergibt sich nach § 136c Absatz 5 Satz 2 SGB V insbesondere aus einer überörtlichen und krankenhausesübergreifenden Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 136c Absatz 5 Buchstabe a SGB V. Dazu gehört eine zentrale Funktion des Krankenhauses in einem Netzwerk mit weiteren Leistungserbringern. Ebenso gestaltet das Krankenhaus federführend Kooperationen mit anderen Leistungserbringern und führt fachspezifische interdisziplinäre Fallkonferenzen, Kolloquien oder Fortbildungen durch.

Spezielle personelle, sächliche und organisatorische Voraussetzungen für die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten sind gegeben.

Das Onkologische Zentrum ist eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses.

1.2. Träger des Onkologischen Zentrums

Klinikum und Seniorencentrum Itzehoe

Zweckverband des Kreises Steinburg und der Stadt Itzehoe

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg

Robert-Koch-Straße 2, 25524 Itzehoe

<https://www.klinikum-itzehoe.de>

Krankenhausdirektorin	Frau Hannah Maria Werner
Ärztlicher Direktor	Herr Dr. med. Georg Hillebrand
Pflegedirektor	Herr Franz Josef Kravanja Seit 15.12.2025 Herr Niklas Jeurissen
Verbandsvorsteher	Herr Marcel Ulrich

Der Zugang zum Krankenhaus ist grundsätzlich barrierefrei, die Räumlichkeiten für Patientenbetreuung und -untersuchung sind behindertengerecht. Ansprechpartner sind auf der Homepage benannt.

Ansprechpersonen für Menschen mit Behinderungen:

Abteilungsleiter Technik:

Dipl.-Ing. (FH) Werner Christiansen Telefon: 04821/772-3401 Fax: 04821/772-3409 E-Mail:

w.christiansen@kh-itzehoe.de

Ansprechpartner bzgl. Website:

Gesine Walsleben

Pressesprecherin

Telefon: 04821/772-3114

g.walsleben@kh-itzehoe.de

<https://www.klinikum-itzehoe.de/barrierefreiheit/gender#s|behinderung>

Vertrauensfrau/ Vertrauensmann für Mitarbeiter bzgl. Menschen mit Behinderungen:

Vertrauensfrau: Ulrike Schmidt

Vertrauensmann: Oliver Frenkel

1.3. Leitung und Koordination

Ärztliche Leitung:

Herr Dr. med. Sebastian Heise

Oberarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie

Vertretung Ärztliche Leitung:

Herr Dr. med. Christian Frenzel

Ärztliche Leitung der Onkologie bis 31.05.2025

Herr Dr. med. Heinrich Lellek-Stresemann

Ärztliche Leitung der Onkologie ab 01.06.2025 bis 30.11.2025

Frau Dr. med. Telke Kock

Frau Dr. med. Silvia Bergter

Ärztliche Leitung der Onkologie im Interim ab 01.12.2025

Zentrumskoordination:

Frau Ulrike Baade-Heinrich

Study Nurse, Qualitätsmanagementbeauftragte, Leitung Tumordokumentation

2 Qualitätsanforderungen

Das Onkologische Zentrum ist eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses und hat einen entsprechenden Versorgungsauftrag laut Krankenhausplan des Landes.

Es handelt sich um ein Netzwerk aus stationären und ambulanten Einrichtungen, in denen alle an der Behandlung eines Krebspatienten beteiligten Fachrichtungen eng zusammenarbeiten. Zu den Expertenteams gehören FachärztInnen aus den Bereichen der Chirurgie, Gastroenterologie, Gynäkologie, Hämatonkologie, Humangenetik, Palliativmedizin, Pathologie, Pneumologie, Radioonkologie, Urologie, sowie FachexpertInnen aus den supportiven Professionen der Ernährungsberatung, Onkologischen Fachpflege, Palliativpflege, Psychoonkologie, Schmerztherapie, Seelsorge, Sozialarbeit und Stoma- und Wundversorgung.

Trotz unterschiedlicher Aufgabenspektren unterziehen sich alle Bereiche einer strengen Qualitätskontrolle nach einheitlichen Maßstäben.

2.1. Strukturelle Anforderungen G-BA

Die Regelungen des G-BA konkretisieren die Grundsätze der besonderen Aufgaben für Zentren und Schwerpunkte und bestimmen Qualitätsanforderungen für die Erfüllung dieser Aufgaben.

Strukturelle Anforderungen:

- Die Fachabteilungen für Onkologie, Chirurgie und Radiologie sind am Standort des Onkologischen Zentrums vorhanden.

- Die histopathologische Tumordiagnostik ist, sofern dies die Beschaffenheit der Probe erlaubt, innerhalb von 24 Stunden nach Probeneingang verfügbar.
- Es werden mindestens 25 Fälle mit spezialisierter stationärer palliativmedizinischer Komplexbehandlung am Standort des Onkologischen Zentrums (OPS-Kode 8-98e) erbracht.
- Es findet ein strukturierter Einsatz von entsprechend qualifiziertem Personal in Schnittstellenbereichen der stationären Versorgung zur Koordination vorhandener Hilfsangebote für onkologische Patientinnen und Patienten mit außergewöhnlichen Belastungen statt.

2.2. Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung

Eine regelmäßige Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen wird gewährleistet durch die Implementierung eines Zyklus (PDCA-Zyklus), der die Ergebnisse des Onkologischen Zentrums und seines Netzwerkes darstellt und bewertet. Geeignete Verbesserungsmaßnahmen werden identifiziert und umgesetzt, soweit diese über Anforderungen der bereits geregelten Qualitätssicherung (insbesondere der §§ 2 und 4 Qualitätsmanagement-RL) hinausgehen.

Die Gesamtverantwortung zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben, der Anforderungen der Fachgesellschaften und der DIN EN ISO 9001:2015 obliegt der Klinikleitung und den benannten verantwortlichen Personen der einzelnen Fachabteilungen. Zur Identifizierung von Verbesserungspotentialen und zur Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen werden regelmäßig Prüfungen mit den verantwortlichen Leitungen der Fachabteilungen durchgeführt. Durch diese regelmäßigen internen und externen Audits wird der Umsetzungsstand der gesetzlichen und behördlichen Regelungen in den Bereichen bewertet und an die Leitungsmitglieder zurückgemeldet. Die Leitungsmitglieder sind für die Umsetzung der Maßnahmen aus den Begehungen verantwortlich.

Regelmäßige Umsetzungen von qualitätsverbessernden Maßnahmen finden anhand eines PDCA-Zyklus statt:

- Jährlicher Qualitätsbericht
- Interne und externe Audits
- Maßnahmenpläne
- Zieldefinierung
- Jahresreview
- Behandlungskonzepte / Standard Operating Procedures (SOP)
- Strukturierte Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen
- Umgang mit fehlerhaften Leistungen und Beinahe-Fehlern
- Kontinuierliche Kundenzufriedenheitsabfrage
- Kontinuierliche Evaluation der Verfahrens- und Arbeitsanweisungen und SOPs

Weiterhin ist das Onkologische Zentrum nach der DIN EN ISO 9001: und jeweils in den Entitäten Darm, Brust, Gynäkologischen und Uroonkologischen Tumoren nach der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert.

2.3. Forschungstätigkeit

Durch die Mitarbeit an Leitlinien und Konsensuspapieren und mindestens jährlichen wissenschaftlichen Publikationen wird die Forschungstätigkeit sichergestellt und die Weiterentwicklung unterstützt. (s. 3.3.4)

2.4. Kooperationen

Mit allen benannten externen Kooperationspartnern (s. Tabelle) sind Verträge geschlossen worden, in denen die Zusammenarbeit festgelegt wurde.

Interne (Haupt-) Kooperationspartner fungieren verpflichtend durch die hausinterne Vernetzung als Kooperationspartner.

Der enge Austausch mit allen Partnern wird durch die Teilnahme an den interdisziplinären Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen gewährleistet.

Neben den täglichen patientenbezogenen Kontakten pflegen die Ärzte des Klinikums persönliche Kontakte zu den niedergelassenen Ärzten und bieten auf Wunsch eine Integration in den Behandlungsprozess der Patienten an. Die Zuweiser haben unter Berücksichtigung des Datenschutzes die Möglichkeit, an den Tumorkonferenzen teilzunehmen und Patienten vorzustellen, um Behandlungsempfehlungen zu diskutieren und festzulegen.

Eine strukturierte Zusammenarbeit mit Selbsthilfe- oder Patientenorganisationen sowie mit Selbsthilfe-Kontaktstellen wird kontinuierlich gepflegt.

Externe (Haupt-) Kooperationspartner
Apotheke der Schön Kliniken Rendsburg-Eckernförde, Lilienstraße 20-28, 24768 Rendsburg
ASB-Hospiz St. Klemens, Albert-Schweitzer-Ring 16, 25524 Itzehoe
Deutsche ILCO e.V. Region Itzehoe-Heide-Elmshorn, Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
DRK Kreisverband Steinburg e.V., Bahnhofstraße 11, 25524 Itzehoe
Gemeinschaftspraxis für Humangenetik GbR, Altonaer Straße 63, 20357 Hamburg
Hospiz-Förder-Verein e.V., Steinbrückstraße 17, 25524 Itzehoe
Institut für Krebsepidemiologie e.V., - Registerstelle und Auswertungsstelle des Krebsregisters SH, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck
Johannis Hospiz gGmbH, Ramskamp 71-75, 25337 Elmshorn
Labor Dr. von Foreich – Bioscientia GmbH, Großmoorbogen 25, 21079 Hamburg
LungenClinic Grosshansdorf, Wöhrendamm 80, 22927 Großhansdorf
Palliative-Care-Team Steinburg-Pinneberg-Dithmarschen der DRK-Schwesternschaft Ostpreußen e.V., Edendorfer Straße 84, 25524 Itzehoe
Institut für Pathologie am UKE, Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Zentrum für Personalisierte Medizin, Universitäres Cancer Center Hamburg (UCC Hamburg), Martinistr. 52, 20246 Hamburg
PubliCare GmbH, Am Wassermann 20-22, 50829 Köln
Radiologie am Klinikum Itzehoe GbR, Robert-Koch-Straße 2, 25524 Itzehoe
Radiologische Allianz Hamburg I, Spitalstraße 8, 20095 Hamburg
Saphir Radiochirurgie Zentrum Norddeutschland, Feldstraße 21, 24105 Kiel
Selbsthilfegruppe KIBIS IZ, Prostatakrebs, Ingo Lafrentz, Brahmweg 15, 25524 Itzehoe
Strahlentherapie Elmshorn, Agnes-Karll-Allee 21, 25337 Elmshorn
Strahlentherapie Langenhorn, Langenhorner Chaussee 369, 22419 Hamburg
Strahlentherapie und Nuklearmedizin der Schön Klinik RD, Lilienstraße 20-28, 24768 Rendsburg
Westküstenklinikum Heide, Abteilung für Strahlentherapie, Esmarchstraße 50, 25746 Heide
Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs, Universitätsklinikum SH, Arnold-Heller-Straße 3, 24105 Kiel

2.5. Mindestfallzahlen

Die Voraussetzungen für ein Onkologisches Zentrum sind nachweisbare umfassende Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie von mindestens fünf Tumorentitäten. Dieser Nachweis ist anhand von Mindestprimärfallzahlen, die pro Jahr in dem Onkologischen Zentrum am Standort behandelt werden, zu erbringen. Für die jährlichen Primärfallzahlen werden die Anforderungen des G-BA erfüllt.

Das Onkologische Zentrum erreicht einen Geltungsbereich von mindestens 50% der neuauftretenden (inzidenten) Tumorerkrankungen (tumorspezifischer Geltungsbereich = Anteil der Neuerkrankungsfälle je Tumorentität gemessen an allen Krebsneuerkrankungsfällen in Deutschland). Der individuell von einem Onkologischen Zentrum erreichte Geltungsbereich (in %) wird berechnet, indem die tumorspezifischen

Geltungsbereiche für alle Tumorentitäten, für die das Zentrum die Mindestprimärfallzahl erreicht, addiert werden.

Folgende Tumorentitäten umfasst das Onkologische Zentrum im Klinikum Itzehoe für ausgewiesene Geltungsbereiche. Die geforderte Mindestprimärfallzahl wird bei allen genannten Tumorentitäten erreicht.

Tumorentität	Mindestprimärfälle pro Jahr	2025
Darmkrebs	50	115
Brustkrebs	100	205
Gynäkologische Krebsarten	50	62
Prostatakrebs	100	245
Niere	35	44
Harnblase	50	134

3 Besondere Aufgaben des Zentrums

3.1. Interdisziplinäre onkologische Tumorkonferenzen

Es finden wöchentlich vier interdisziplinäre onkologische Tumorkonferenzen statt, in denen stationäre Patienten und Patienten aus dem Klinikum, aus anderen Einrichtungen oder von Vertragsärzten vorgestellt werden. Der Datenschutz ist durch die Einwilligung der Patienten garantiert. Teilnahmelisten werden kontinuierlich geführt.

Die verbindliche Teilnahme der Hauptkooperationspartner ist vertraglich geregelt und wird kontinuierlich gewährleistet. Somit ist die Verfügbarkeit auf Facharzniveau sichergestellt. Standard Operating Procedures (SOPs) regeln den strukturierten Ablauf der Konferenzen.

3.2. Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

Eine strukturierte zentrumsbezogene Fort- und Weiterbildungskultur wird regelmäßig durch interne und externe Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende, Vertragsärzte und Kooperationspartner sowie für das multiprofessionelle Versorgungsnetzwerk angeboten.

Sie dienen der fallunabhängigen Informationsvermittlung über Behandlungsstandards und Behandlungsmöglichkeiten in der onkologischen Versorgung.

Kongressteilnahmen aller Professionen werden jährlich fachbereichsbezogen geplant und umgesetzt.

3.3 Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen

Darstellung der jährlichen Auswertungen zu den Maßnahmen und Ergebnissen im Onkologischen Zentrum:

Erfüllung der Jahresziele/ Maßnahmen Kalenderjahr 2025:

Qualitätssicherung QM	<ul style="list-style-type: none"> - Erweiterung der ISO-Zertifizierung im Klinikum IZ – <ul style="list-style-type: none"> o Klinik für Geriatrie und Palliativmedizin o Zentrum für psychosoziale Medizin – Erwachsene o Zentrum für psychosoziale Medizin – Kinder- und Jugendliche - Kontinuierliche Teilnahme an der Initiative Qualitätsmedizin - Regelmäßige interne Auditierungen - Regelmäßige QMB-Treffen - Regelmäßige Weiterbildungen zu QB und Internen Auditoren (TÜV) <ul style="list-style-type: none"> o Drei MA in 6K-Weiterbildung zum QB und internen Auditor beim TÜV Nord o Eine MA des ZPM beim TÜV Nord ausgebildet
Befragungen	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Patientenbefragungen, kontinuierlich - Regelmäßige Einweiserbefragungen – 2025
Prozessoptimierung	<ul style="list-style-type: none"> - Zulassung ASV Hämatologie und Onkologie - Zertifizierung weiterer DaVinci-Operateure - Weiterbildung zum Physician Assistant - Schulungen von OP-Techniken - Erweiterung der Holding-Area - Prästationäre Abläufe bei Endoskopien - Umstrukturierung Entlassmanagement - Erweiterung der digitalen Aufklärung - Telematik – Einführung eRezept - Schulungen für neues Tumordokumentationssystem (ODSeasyNet) - Neustrukturierung mit Erweiterung der Tumordokumentation - Einstellung Study Nurse der Gynäkologie - Zusätzliche Beratungsangebote im Patienteninformationszentrum (PIZ) - Multiprofessionelle Fallbesprechungen der Onkologischen Fachpflege - Sanierungsarbeit einer chirurgischen Station
Telemedizinische Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Einbeziehung der Vertragsärzte in allen Tumorkonferenzen - Teilnahme der Vertragsärzte und Kooperationspartner an Qualitätszirkeln und Fortbildungsveranstaltungen
Standard Operating Procedures	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Evaluierung der SOP durch das Dokumentenlenkungssystem roXtra®. Hierbei werden die Dokumente einer jährlichen Gültigkeitsprüfung unterzogen und obligat vom Verantwortlichen validiert - Regelmäßige Erstellung neuer SOP in Anlehnung an die Neuerungen der Struktur- und Prozesslandschaft <ul style="list-style-type: none"> o Verschriftlichung von OP-Expertisen o Starre Bronchoskopie

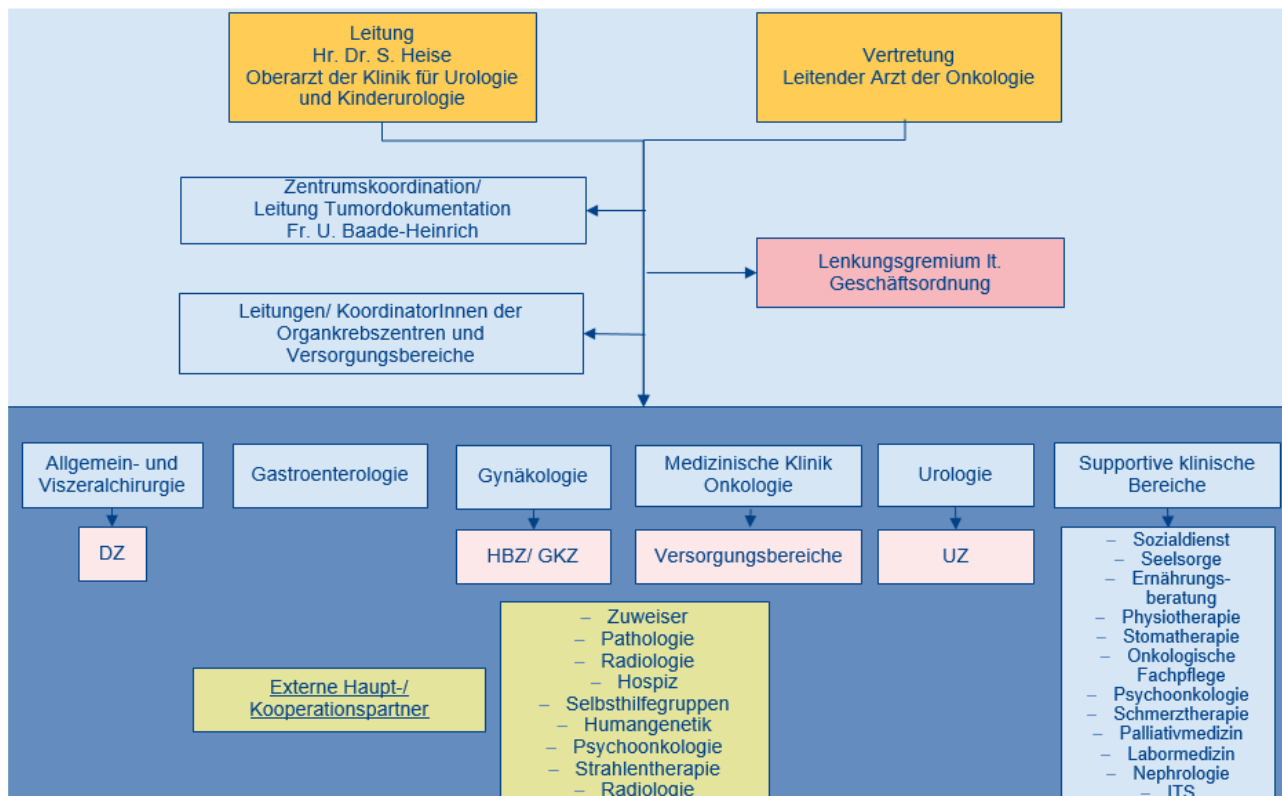
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Checkliste Nationales Netzwerk genomische Medizin (nNGM) ○ Stationäre Chemotherapie urologischer Tumore ○ Leitbild Onkologisches Zentrum ○ Entlassungsbriefe optimiert ○ Dokumentation der Stomapositionen im OP-Bericht ○ Protokoll zur multiprofessionellen onkologischen Fallbesprechung erstellt und eingeführt
Externe Auditierungen	<ul style="list-style-type: none"> - Jährliche DIN EN ISO 9001:2015 – erweiterter Zertifizierungsbereich 2025 – <ul style="list-style-type: none"> ○ Klinik für Geriatrie und Palliativmedizin ○ Zentrum für psychosoziale Medizin – Erwachsene ○ Zentrum für psychosoziale Medizin – Kinder- und Jugendliche - Erstzertifizierung des Uroonkologischen Zentrums nach der DKG - Rezertifizierungen und Überwachungsaudits der Organkrebszentren nach der DKG
PDCA-Zyklus	<p>PDCA-Überwachung über:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jährliche DIN EN ISO 9001:2015 Audit - Kennzahlen und Benchmark Berichte/ OnkoZert - Benchmark Berichte in Kooperation mit dem Institut für Krebsepidemiologie Lübeck e.V. und dem Krebsregister - Jährliche Überwachung der Anforderungen durch die DKG - Evaluierung der Maßnahmenpläne - Lenkungsgremien des Onkologischen Zentrums - Tumordokumentationssystem - Regelmäßige Befragungen - Managementreview aller Abteilungen - Monatlich onkologische Fallbesprechungen
Interdisziplinäre Tumorkonferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - Wöchentlich: - 1x Gynäkologie - 1x Urologie - 1x Onkologie - 1x Pneumologie
M&M-Konferenzen	<ul style="list-style-type: none"> - 4 interdisziplinäre abteilungsübergreifende Konferenzen - Regelmäßig in den Organkrebszentren <ul style="list-style-type: none"> ○ 3 x Chirurgie ○ 12 x Gynäkologie ○ 3 x Urologie
Teilnahme an externen Qualitätszirkeln	<ul style="list-style-type: none"> - Landesqualitätskonferenzen des Krebsregisters S-H - Qualitätszirkel im Rahmen des Holsteinischen Brustzentrums - Veranstaltungen im UCCSH - IQM – Initiative Qualitätsmedizin e.V.
Veranstaltungen für Ärzte und med. Personal	<ul style="list-style-type: none"> - 3. Symposium Onkologie - Regionales urologisches Netzwerk (RUN) - Regionalkongress Urologie - Journal of Urology - RUN – Regionales urologisches Netzwerk - Gynäkologisches Symposium



	<ul style="list-style-type: none">- Summerschool für Medizinstudierende- Steinburger Hospiz- und Palliativtage- Überregionales Netzwerktreffen der Familialen Pflege aus HH und SH- Regelmäßige Supervision Palliativmedizin- Monatlich onkologische interne Fortbildungen
Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen	<ul style="list-style-type: none">- Deutscher Chirurgenkongress- MIC-Symposium- DGAV Chirurgie Update- NDCH-Sommerkongress- Assistenzfortbildung – Intuitive zu DaVinci- Deutscher Wundkongress- Henning-Symposium Schilddrüse- FYA-Kongress- Laparoskopische Chirurgie- Hospitation endokrinole Chirurgie Schön Klinik- StuDoQ Datennutzung- International Hernia Masterclass- Auffrischkurs CTR/MDR/IVDR- Onkologie im Dialog DKG- Fortbildungsveranstaltungen des UCCSH- Online-Fortbildung - Palliativ am Mittag- Nordkongress Urologie- DGU 2025- Post-ASH Symposium Hamburg- Lung Cancer Best Practice 2025 Hamburg- European Society for Medical Oncology Congress (ESMO)- Hämatologie Summit Myeloische Erkrankungen, Lymphome, Multiples Myelom- Starre Bronchoskopie- endobronchiales Stenting- psychosomatische Grundversorgung- Senologie Kongress- DGGG-Kongress - Fachkongress zur Frauenheilkunde und Geburtshilfe- Biomedizinische Grundlagen der Tumorerkrankungen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen- Strahlenschutz- Aktualisierungskurs Röntgendiagnostik- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen- Teilnahme des Pflegepersonals an interdisziplinären Qualitätszirkeln- Fachveranstaltung PflegeExperten Coloplast/ Dansac, Hollister- Modernes Wundmanagement- Delir / Demenz- Kommunikation- Fragen am Lebensende- Schmerz
Teilnahme an Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none">- Weiterbildung zweier onkologischer Fachpflegekräfte- Weiterbildung Praxisanleiter- Weiterbildung Wund- und Stomatherapeutin- Weiterbildung Palliativ Care

	<ul style="list-style-type: none"> - Weiterbildung Physician assistant - Weiterbildung QualitätsmanagerIn - Aktualisierung GCP-Zertifikate der Prüfarzte und Study Nurses - Psychosomatische Grundversorgung
Veranstaltungen für Patienten und Interessierte	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsveranstaltung zum Weltkrebstag - Teilnahme am WOA mit Darmkrebs-Prävention - Vortrag zur Psychoonkologie - Steinburger Hospiz- und Palliativtage - Familiäre Pflege - Vortragsreihe Klinik im Dialog/ Klinikum Itzehoe - Krebsinformationstage - Vorträge bei Selbsthilfegruppen Prostata und Blasenkrebs - Regelmäßiges Angebot zum Gedächtnistraining für Patienten - Patientencafé für Frauen nach onkologischen Erkrankungen
Mitwirkung an Netzwerken	<ul style="list-style-type: none"> - Regionales urologisches Netzwerk (RUN) - Verein Netzwerk Patientenkompetenz - Stiftung Lebensblicke - Zentrum für Personalisierte Medizin - Pflegekonferenzen des Kreises - Palliativ-Care-Team Steinburg/ Pinneberg/ Dithmarschen - Hospiz-Förder-Verein e.V. Itzehoe - ILCO e.V. - Nationales Netzwerk Genomische Medizin (nNGM)
Interdisziplinäre Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Qualitätszirkel der Organkrebszentren - Regelhafte Lenkungsgruppen des Onkologischen Zentrums - Onkologische Fachpflegezirkel - Regelmäßige CIRS-Treffen - 6K-Klinikverbund-Qualitätszirkel
Forschungstätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnahme der Organkrebszentren an bereichsspezifischen Studien (Registerstudien) - Initiierung LARS-Studie - Wissenschaftliche Publikationen im Bereich der Onkologie

3.3.1 Darstellung des Onkologischen Zentrums und Netzwerkpartner



3.3.2 Ärztliches Personal

Die Anforderungen an das ärztliche Personal aller Fachabteilungen werden in vollem Umfang erfüllt und richten sich nach der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Eine angestellte Fachärztin oder ein angestellter Facharzt des Krankenhauses mit den entsprechenden Qualifikationsnachweisen ist jederzeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) innerhalb von 30 Minuten am Bett der Patientin oder des Patienten verfügbar.

Fachrichtung	Anzahl Facharzt/ Fachärztin
Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Viszeralchirurgie	24
Klinik für Frauenheilkunde	11
Klinik für Urologie	8
Klinik für Pneumologie/ Infektiologie/ Onkologie	13
Radiologie am Klinikum Itzehoe	17

3.3.3 Interdisziplinäre Fallkonferenzen/Qualitätszirkel

Fallkonferenzen:

Fachrichtung	Anzahl
Klinikübergreifende Interdisziplinäre M&M-Konferenzen	Quartalsweise
M&M-Konferenzen der Organkrebszentren	3/ Jahr – Darmzentrum 12/ Jahr – Gynäkologie 3/ Jahr – Urologisches Tumorzentrum
Interdisziplinäre Tumorkonferenzen	4x wöchentlich in den Abteilungen der Urologie, Gynäkologie, Pneumologie, Onkologie

Onkologische Pflegevisite	Wöchentlich
Fallbesprechungen Onkologische Fachpflege	Monatlich

Qualitätszirkel:

Zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QM-Systems, zur Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und zur Analyse, Bewertung und zum Controlling von Maßnahmen finden regelmäßig interne und interdisziplinäre Qualitätszirkel des Onkologischen Zentrums statt. Die Zirkel werden protokolliert und Teilnehmerlisten geführt. Inhalte der Zirkel:

- Vorträge zu aktuellen medizinischen Themen
- Aktualisierung der Leitlinien
- SOPs
- Benchmark Berichte
- Ergebnispräsentation von Befragungen
- Maßnahmenpläne
- Qualitätsziele/Jahresziele
- Vorstellungen der Arbeit aus den unterschiedlichen Professionen

3.3.4 Forschungstätigkeit

- mindestens jährliche wissenschaftliche Publikation (internationale Veröffentlichung, Peer-Review-Verfahren) im Bereich Onkologie (Nachweis: Nennung der letzten zwei Publikationen)
 - o High-level STING expression in tumour and inflammatory cells is linked to microsatellite instability and favourable tumour parameters in a cohort of over 1,900 colorectal cancer patients
Pathology. 2025 Dec;57(7):843-854. doi: 10.1016/j.pathol.2025.05.008. Epub 2025 Jul 14.
PMID: 40816937
 - o Real-world utilization of aromatase inhibitors, tamoxifen, and ovarian function suppression in premenopausal patients with early hormone receptor-positive, HER2-negative breast cancer with increased recurrence risk
Breast. 2025 Jun;81:104458. doi: 10.1016/j.breast.2025.104458. Epub 2025 Mar 22.
PMID: 40147402
- Teilnahme an weiteren fachbereichsbezogenen klinischen Studien:
 - o Viszeralchirurgie: ColoPredict 2.0, LARS-Studie
 - o Gynäkologie: Studie PERFORM
 - o Urologie: d-uo VERSUS, PCO-Studie

3.3.5 Tumordokumentation

Die Datenerfassung nach § 65c SGB V erfolgt über das Tumordokumentationssystem des Instituts für Krebs Epidemiologie e. V. mit entsprechendem ADT/GEKID-Basisdatensatz, welches von OnkoZert zertifiziert wurde. Die Daten des Zentrums werden regelmäßig per Schnittstelle an das Melderportal des Krebsregisters S-H übermittelt.

Die Dateneingabe erfolgt fortlaufend, die Plausibilitätsprüfung der Daten erfolgt in einer Landesqualitätskonferenz des SH Krebsregisters. Bei Bedarf werden Maßnahmen abgeleitet, um die Datenqualität kontinuierlich zu verbessern.

Das Follow-up erfolgt durch das Institut für Krebs Epidemiologie e. V. Lübeck.

Eine Kooperation mit dem Institut für Krebsepidemiologie e. V. (IKE) ist geschlossen.

3.3.6 Informationsveranstaltungen

Für Betroffene und Patientenorganisationen finden regelmäßig Veranstaltungen statt. Die Marketing-Abteilung organisiert die Veranstaltungsreihe „Klinik im Dialog“. Zentrumsbezogene Themen werden u. a. mit den Kooperationspartnern der Selbsthilfegruppen erarbeitet und präsentiert.