

## Onkologisches Zentrum Klinikum Darmstadt

Die Berichtsgrundlage stellt der „*Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß §136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelung)*“ vom 05.12.2019 dar. Bezugnehmend auf die Anlage 2 – Anforderungen an Onkologische Zentren, wird auf die Erfüllung der Anforderung durch die Verfassung dieses Berichtes hingewiesen.

Der Zentrumsbegriff im Sinne der Zentrums-Regelung nach §2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 Krankenhausentgeltgesetz ist ein Teilbereich von Kliniken oder Krankenhäuser, die eine besondere Aufgabe wahrnehmen und die dafür vorgegebenen Qualitätsanforderungen erfüllen sowie für eine Festlegung nach dem §2 Absatz 2 Satz 4 KHEntG erfolgt ist.

Nach §136c Absatz 5 Satz 2 SGB V können sich die Grundsätze besonderer Aufgaben zum einen aus der Tatsache, dass überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgabenübernahmen stattfinden, oder die Vorhaltung besonderer Ressourcen relevant ist, oder der Konzentration der Versorgung an gewissen Standorten z.B. wegen technischer oder personeller Gegebenheiten notwendig ist und sich daraus die Konzentration ergibt.

Die Versorgung von Patienten mit onkologischer Diagnose in Zentrumsstrukturen fällt demnach unter diese Einordnung.

In Anlage 2 – Anforderungen an Onkologische Zentren sind die spezifischen, zu erfüllenden Struktur- und Prozessanforderungen definiert. Mit Hilfe dieses Exposés sollen insbesondere die qualitätsrelevanten Anforderungen unter (2) erfüllt werden.

### (2) Besondere Maßnahmen des Qualitätsmanagements (QM)

*Kontinuierliche Umsetzung von qualitätsverbessernden Maßnahmen anhand des Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA-Zyklus) die im Rahmen eines jährlich zu verfassenden, öffentlich einsehbaren Berichts, der Ergebnisse zum Onkologischen Zentrum und dem Netzwerk thematisiert sowie Verbesserungspotenziale identifiziert und die Umsetzung darstellt. (Gemeinsamer Bundesausschuss 2019, S. 8)*

### Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person

Name	Sarah-Lena Kühnlein
Position	Qualitätsmanagement
Telefon	06151 / 107 - 5073
Fax	06151 / 107 - 5099
E-Mail	sarah-lena-kuehnleini@mail.klinikum-darmstadt.de

## Inhalt

1. Die Klinikum Darmstadt GmbH.....	2
2. Das Onkologische Zentrum Klinikum Darmstadt .....	2
2.1 Sprechstunden .....	2
2.2. Primärfallzahlen.....	3
2.3 Interdisziplinäre Tumorkonferenzen .....	4
2.4 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.....	6
2.5 Studien .....	10
2.6 Tumordokumentation.....	11
2.7 Interne Strukturen des Onkologischen Zentrums Klinikum Darmstadt .....	12
2.8 Kooperationspartner (Stand 12/2020) .....	13
2.9 Patientenveranstaltungen und Kooperation mit Beteiligung von Selbsthilfegruppen 2019: ..	15
3. Qualitätsrelevante Instrumente des Onkologischen Zentrums im Sinne des PDCA-Zyklus.....	16
3.1 Tumorkonferenzen im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt.....	16
3.2 Studien, Publikationen und Leitlinienarbeit im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt	18
3.3. Tumordokumentation im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt .....	20
3.4 Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt ...	22
3.5 Kooperationen im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt .....	23
3.6 Statustreffen des Hessischen Onkologiekonzeptes im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt.....	24
3.7 Qualitätszirkel im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt .....	25
3.8 Befragungen und Rückmeldungen (CIRS, Lob und Beschwerde) als Qualitätsinstrumente im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt .....	27
3.9 Struktur- und Prozessentwicklungen im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt .....	29

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Sprechstunden im Onkologischen Zentrum .....	3
Tabelle 2 Primärfallzahlen 2019.....	4
Tabelle 3 Tumorkonferenzen im Überblick.....	4
Tabelle 4 Anzahl der Durchgeführten Tumorkonferenzen .....	5
Tabelle 5 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen 2019.....	10
Tabelle 6 Expertenworkshops 2019 .....	10
Tabelle 7 Studien & Studieneinschlüsse 2019 .....	11
Tabelle 8 Liste der Kooperationspartner .....	14
Tabelle 9 Patientenveranstaltungen mit Beteiligung von Selbsthilfegruppen .....	15

## Abkürzungsverzeichnis

### **A**

AG Studien	
Arbeitsgruppe Studien .....	18

### **B**

BBfG	
Bundesverband Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen e. V. ....	28

### **C**

CIRS .....	27
Critical Incident Reporting System .....	27

### **G**

GCP	
Good Clinical Practice .....	18

### **P**

PDCA-Zyklus	
Plan-Do-Check-Act-Zyklus .....	1

### **Q**

QM	
Qualitätsmanagement .....	1

### **S**

SOP	
Standard Operating Protokoll .....	16

### **U**

UCT	
Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen Frankfurt .....	18

# 1. Die Klinikum Darmstadt GmbH

Das Klinikum Darmstadt ist ein Haus der Maximalversorgung und hat für die Gesundheitsversorgung im gesamten südhessischen Raum eine herausgehobene Bedeutung. Das Klinikum ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Frankfurt/Main und Heidelberg-Mannheim. Unter unserem Dach arbeiten 21 verschiedene Fachkliniken und Institute eng und fachübergreifend in interdisziplinären Schwerpunkten zusammen.

## ■ **Zuverlässige Gesundheitsversorgung**

Unser Klinikum hat einen umfassenden medizinischen Versorgungsauftrag und gewährleistet, dass für nahezu alle Fälle – auch für seltene und komplexe Erkrankungen – qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte bereit stehen.

## ■ **Modernste Medizin**

Neue Erkenntnisse und Fortschritte in der Medizin gehen systematisch in Diagnostik und Therapie ein. Unsere Funktion als Lehrkrankenhaus ist uns eine Verpflichtung zu exzellenter Behandlung unserer Patienten. Ihre Behandlung und Therapie erfolgt nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft anhand der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. In verschiedensten Fallkonferenzen kommen die Experten der unterschiedlichen Bereiche zusammen, um fachübergreifend die Therapieempfehlungen zu besprechen.

## ■ **Qualität, Sicherheit und Hygiene sind für uns wichtige Leitplanken**

In allen Kliniken, Instituten und Bereichen sind Qualitätsbeauftragte benannt, die die Verbesserungspotenziale für ihren Bereich umsetzen. Zahlreiche Zertifizierungen zeigen, dass wir die Qualität unserer Leistungen stetig überprüfen und bestätigen lassen. Nicht zuletzt 2020 mit der erneuten KTQ-Zertifizierung für das ganze Haus.

## ■ **Wir sind ein starker Arbeitgeber**

Rund 2.500 Mitarbeitende engagieren sich täglich für reibungslose Abläufe und das Wohl unserer Patienten. Das sehr breite Weiterbildungsangebot des Klinikums ist ein Pluspunkt, von dem alle profitieren: unsere Mitarbeitenden, unsere Patienten – und deren Zufriedenheit, stärkt das Klinikum als Unternehmen.

Auf einen Punkt gebracht: Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns. Seine Sicherheit, sein Wohl und seine Zufriedenheit sind unser oberstes Ziel. Dafür setzen sich unsere qualifizierten Mitarbeitenden über Fachbereichs- und Abteilungsgrenzen hinweg ein.

Unsere interdisziplinären Schwerpunkte sind die Behandlung von Krebserkrankungen (Onkologie) und von Erkrankungen im Bereich Herz-Kreislauf-Gefäße. Wir sind anerkannt als Onkologisches Zentrum und Schwerpunktkrankenhaus, Brustkompetenzzentrum, Diabetes-Schulungs- und Therapieeinheit, Dialysezentrum und Gefäßzentrum. Eine überregionale Stroke Unit und ein Perinatalzentrum LEVEL 1 sind weitere Spezialangebote, die das Klinikum als einziges Haus in Südhessen vorhält. (Homepage Klinikum Darmstadt GmbH, abgerufen 5.01.2021)

## 2. Das Onkologische Zentrum Klinikum Darmstadt

Die Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen aller Art ist ein besonderer Schwerpunkt am Klinikum Darmstadt. Die Behandlung in einem Onkologischen Zentrum zeichnet sich durch elementare Behandlungsbestandteile aus. Dazu zählen unter anderem:

- Tumorsprechstunden
- Hochwertige Diagnostikverfahren (insb. bildgebende Befunde)
- Interdisziplinäre Tumorkonferenzen zur Besprechung der Befunde
- Interdisziplinär verabschiedete Therapiekonzepte
- Studieneinschluss bei entsprechender Eignung
- Dokumentation tumorbiologischer Daten und Übermittlung an das Hessische Krebsregister
- Nachsorge

(Klinikum Darmstadt GmbH, abgerufen 5.01.21 2021).

### 2.1 Sprechstunden

Häufig finden elektive Patientinnen und Patienten über Spezial-Tumorsprechstunden ihren Weg in das Onkologische Zentrum Klinikum Darmstadt. Solche Sprechstunden werden sowohl in der Klinik für Allgemein-, Viszeral und -Thoraxchirurgie, der Hautklinik, der Frauenklinik, der Onkologie und der Urologie angeboten. Notfallpatienten werden über die Zentrale Notaufnahme aufgenommen. Im Rahmen der Sprechstunden werden die entsprechenden Diagnostikverfahren erläutert und durchgeführt. Biopsien werden in der Pathologie auf Ihre Dignität untersucht. Bei einem malignen Befund, also einem nachweislich bösartigen Tumor, werden die Behandlungsoptionen mit der Patientin oder dem Patienten besprochen.

Sprechstunden mit Relevanz für das Onkologische Zentrum (Stand 12/2020):

<b>Chirurgische Klinik I - Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie</b>	
<b>Allgemeinchirurgie</b>	Montag, 08:30 bis 14:30 Uhr
<b>Onkologische Chirurgie (Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse, Gallenwege)</b>	Dienstag, 08:30 bis 14:30 Uhr
<b>Schilddrüsen-Sprechstunde</b>	Donnerstag, 08:30 bis 11:00 Uhr und 13:00 bis 14:30 Uhr
<b>Privat-Sprechstunde</b>	Donnerstag, 11:00 bis 14:30 Uhr
<b>Kolorektale Chirurgie</b>	Freitag, 08:30 bis 13:00 Uhr
<b>Medizinische Klinik II - Gastroenterologie, Hepatopankreatologie, Endokrinologie und Pneumologie</b>	
<b>Gastroenterologie/Hepatopankreatologie (Prof. Schimanski)</b>	Nach Terminvereinbarung
<b>Endokrinologische Ambulanz (Dr. Sattarova)</b>	Sprechzeiten dienstags und donnerstags zwischen 10:00 und 14:00 Uhr nach Terminvereinbarung

Frauenklinik	
<b>Ambulanz Frauenklinik</b>	Montag bis Donnerstag von 7:30 bis 16:00 Uhr und Freitag von 07:30 bis 14:00 Uhr
<b>Beratungsangebot Breast Care Nurses</b>	Termine: Dienstag und Donnerstag von 9:00 bis 16:00 Uhr
Hautklinik	
<b>Allgemeine Sprechstunde</b>	Terminambulanz
<b>Privatärztliche Sprechstunde</b>	Nach Terminvereinbarung
<b>Onkologische Sprechstunde (OÄ Wenk)</b>	Dienstag 13:45 bis 16:00 Uhr und Mittwoch 13:45 bis 16:00 Uhr und weitere individ. Termine nach Vereinbarung
<b>Weißer Hautkrebs und Narben</b>	Termine: Mittwoch 13:30 bis 16:00 Uhr
HNO-Klinik	
<b>Tumorsprechstunden</b>	Mittwoch 08:00 bis 13:00 Uhr
Urologische Klinik	
<b>Sprechstunden</b>	Nach Terminvereinbarung

Tabelle 1 Sprechstunden im Onkologischen Zentrum

(Klinikum Darmstadt GmbH, abgerufen am 05.01.2021)

## 2.2. Primärfallzahlen

Insgesamt wurden im Jahr 2019 etwa 6.000 Patienten mit einer onkologischen Erkrankung am Klinikum Darmstadt behandelt. Davon wurden 1.000 Patientinnen und Patienten mit der Erstdiagnose Krebs behandelt. Dazu kommen Patientinnen und Patienten mit Metastasen, Rezidiven oder palliativen Krankheitsverläufen.

Primärfallzahlen im Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums Klinikum Darmstadt:

Tumorentität	Geltungsbereich Anteil in Prozent	Mindestprimärfälle pro Jahr nach OnkoZert	Primärfallzahlen 2019 Klinikum Darmstadt	Erfüllung der Mindestprimärfallzahlen
<b>Darm</b>	14,54	50	77	Ja
<b>Pankreas</b>	4,22	25	49	Ja
<b>Magen</b>	3,8	30	24	Nein
<b>HCC</b>	2,24	30		
<b>Speiseröhre</b>	1,71	20	27	Ja
<b>Sonstige GI-Tumore (S1)</b>	2,36	10	22	Ja

Endokrine Malignome (S4)	1,62	15	5	Nein
Hämatologische Neoplasien (S5)	9,81	70	103	Ja
Mamma	17,21	100	315	Ja
Gynäkologische Tumore	6,77	50	183	Ja
Haut (invas. malign. Melanom)	5,23	40	214	Ja
Prostata	14,13	100		
Hoden, Penis	1,21	10		
Niere (S6)	3,68	35	29	Nein
Harnblase	3,9	50		
Sarkome (inkl. GIST)	1,54	50		
Kopf-Hals-Tumore	4,25	75	78	Ja
Neuroonkologische Tumore	1,77	100		
<b>Gesamt</b>	<b>99,99</b>			
<b>Gesamt Klinikum DA</b>	<b>66,1%</b>			

Tabelle 2 Primärfallzahlen 2019

Die Zentrums-Anforderung von mindestens fünf Tumorentitäten sowie mindestens 50% der neuauftretenden (inzidenten) Tumorerkrankungen erfüllt das Onkologische Zentrum Klinikum Darmstadt mit dem Brustkrebszentrum, Gynäkologischen Krebszentrum, Hauttumorzentrum, Viszeralonkologischen Zentrum sowie weiteren Tumorentitäten der Nachweisstufen Transit und Schwerpunkt.

## 2.3 Interdisziplinäre Tumorkonferenzen

Kernelement der Behandlung von krebserkrankten Patientinnen und Patienten sind die mehrmals wöchentlich stattfindenden interdisziplinären Tumorkonferenzen, in denen die Befunde unserer Patientinnen und Patienten von Chef- und Oberärzten aus den beteiligten Fachdisziplinen beurteilt und das optimale Therapiekonzept erarbeitet wird.

Fachrichtung	Wochentag	Uhrzeit	Raum
<b>Allgemeine Tumorkonferenz, Hauttumorkonferenz</b>	Montag	15:30	Gebäude 6, Raum 001 (Demo-Raum)
<b>HNO-Tumorkonferenz</b>	Mittwoch	07:40	Gebäude 6, Raum 001 (Demo-Raum)
<b>Gastrointestinales und pneumologisches Tumorboard</b>	Mittwoch	15:30	Gebäude 6, Raum 001 (Demo-Raum)
<b>Gynäkologisch-onkologische Tumorkonferenz</b>	Donnerstag	15:30	Gebäude 6, Raum 001 (Demo-Raum)
<b>Urologische Tumorkonferenz</b>	Freitag	08:00	Bibliothek Urologie

Tabelle 3 Tumorkonferenzen im Überblick

Regelmäßig werden nach Vorlage der notwendigen Unterlagen und der durchgeführten Diagnostik (insbesondere bildgebende Befunde) Patientinnen und Patienten aus anderen Krankenhäusern oder von

niedergelassenen ärztlichen Kollegen in der Interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt. Darüber hinaus nehmen Vertreter des Onkologischen Zentrums Klinikum Darmstadt an Tumorkonferenzen der kooperierenden Krankenhäuser aus der Struktur des Hessischen Onkologiekonzeptes teil.

Interdisziplinäre Tumorkonferenzvorstellungen 2019:

Häuser	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	Gesamt
<b>Klinikum Darmstadt</b>	958	906	897	943	<b>3704</b>
<b>Alice Hospital Darmstadt</b>	24	36	28	31	<b>119</b>
<b>Agaplesion Elisabethenstift</b>	124	163	205	124	<b>616</b>
<b>Gesundheitszentrum Odenwaldkreis</b>	51	32	42	48	<b>173</b>
<b>Kreisklinik Groß-Gerau</b>	45	24	31	22	<b>122</b>
<b>Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg</b>	59	74	58	59	<b>250</b>
<b>St. Josef-Krankenhaus Viernheim</b>	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Gesamt</b>	<b>1261</b>	<b>1235</b>	<b>1261</b>	<b>1227</b>	<b>4984</b>

**Tabelle 4 Anzahl der Durchgeführten Tumorkonferenzen**

Die Veranstaltungen sind teilweise durch die Landesärztekammer Hessen zertifiziert. Der Besuch einer Allgemeinen Tumorkonferenz des Klinikum Darmsadts wird mit zwei Fortbildungspunkten honoriert.

Die Anmeldung für eine Fallbesprechung erfolgt in elektronischer Form und wird unserer elektronischen Patientenakte zugeführt. Im Rahmen der Besprechung kann auch der Einschluss in klinische Studien geplant werden. Die Ergebnisse der Konferenzen werden vor Ort elektronisch protokolliert und durch die Konferenzteilnehmer gemeinsam freigegeben. Unsere Patientinnen und Patienten sowie niedergelassene Kollegen können eine gedruckte Protokollversion erhalten.

Weiterhin werden regelmäßig interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten, Angehörige, Mediziner und Pflegefachkräften durchgeführt.



## 2.4 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

Name der Veranstaltung	Referent/en	Datum der Veranstaltung	Ort der Veranstaltung	Teilnehmeranzahl
Fortbildungsreihe Med. V. Thema: Daratumumab Studie First Line beim Multiplen Myelom	Dr. Kayser	09.01.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Fortbildungsreihe Med.V. Thema: CPX 351 Studie bei akuter Leukämie	Dr. Dang	16.01.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Asco, San Francisco	Prof. Schimanski	16.01.2019 bis 19.01.2019	San Francisco, As- co	Kongress
Fortbildungsreihe Med. V. Thema: Car-T-Zell-Therapie	Prof. Bernhard	23.01.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
13. Tag des Internisten, Dr. Schäfer, Thema: Mikroskopie des Blutausstrichs	Prof. Bauersachs, Dr. Loock, Dr. Schä- fer, Dr. Stein, Prof. Werner, Prof. Rie- gel, PD Dr. Berg- mann	30.01.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Pathologie Hörsaal	20
TNM-Klassifikationen	Prof. Dr. M. Wei- chenthal	30.01.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Konferenz- raum der Hautklinik	15
Tag des Internisten	Prof. Bauersachs Dr. Loock Dr. Schäfer Dr. Stein Prof. Werner	30.01.2019	Klinikum Darmstadt GmbH Hörsaal der Patho- logie	100
Fortbildungsreihe Med. V. Thema: Transfusionsfortbil- dung	Dr. Rost	05.02.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Fortbildungsreihe Med. V. Thema: Transfusionsrichtli- nien	Dr. Rost	06.02.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Vorstellung Kinderhospiz Bärenherz	Dr. Dittrich	07.02.2019	Konferenzraum, Alice-Hospital	16
Medizin aktuell 2020, Thema: Gastritis und Magenkarzinom	Prof. Schimanski	13.02.2020	Klinikum Darmstadt GmbH, Logistikzent- rum, Konferenz- raum	20
DGAV Chirurgie Update 2019 - Vorsitz auf Einladung von Prof. Lo- renz, Chirurgie I	Prof. Schimanski	15.02.2019	Wiesbaden	Kongress
Fortbildungsreihe Med. V., Thema: Sharepoint Tutorial	Dr. Kayser	20.02.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Fortbildungsreihe Med. V., Thema: Atezolizumab beim triple- negativen Mammakar- zinom	Herr Kovar	27.02.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10

Programm Schedule: "SGRT + radiosurgery with HyperArc"	Prof. Dr. med. Chr. Weiß	08.03.2019	Sana Klinikum Offenbach	unbekannt
Fortbildungsreihe Med. V., Thema: Venetoclax+ Rituximab bei der CLL 2d Line	Dr. Dang	20.03.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Psychosomatik in unruhigen Zeiten – Vertrautes und Visionen	Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Stephan Herpertz	20. bis 22. März 2019, Berlin	Urania, Berlin	500
Fortbildungsreihe Med. V., Thema: T-DM1 beim Mammakarzinom adjuvant	Dr. Kayser	27.03.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Excellence in oncology	PD Dr. M. Podda	30.03.2019	Hotel Hilton, Frankfurt	unbekannt
Lindauer Psychotherapiewochen		Woche 2/ 14. bis 19. April 2019	Lindau, Inselhalle	1000
Fortbildungsreihe Med. V., Thema: Pembrolizumab + Axitinib beim Nierenkarzinom	Dr. Gobst	03.04.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
1. Darmstädter Kolposkopiekurs, Basiskurs zum Kolposkopiediplom nach AGCPC und BVF	Dr. Quaas Dr. Dominik PD Dr. Mehlhorn PD Dr. Ackermann	13.04.2019	Klinikum Darmstadt, Logistikzentrum Gebäude 85	40
Fortbildungsreihe Med. V., Thema: Paroxysmale nächtliche Hämaturie - Diagnostik	Dr. Dang	08.05.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	15
Patiententag Brustzentrum: Neue Substanzen in der Krebstherapie- Nebenwirkungsmanagement	Dr. med. T. Lahaye	08.05.2019	Kreiskrankenhaus Bergstraße, HP	
31. Fortbildung des Südhessischen Brustzentrums Darmstadt im Rahmen des DMP Technische Neuerungen in der Strahlentherapie: Was bedeutet moderne Strahlentherapie? - Ist weniger wirklich immer mehr? Aktuelles von SABCS, AGO und GBG: Was gibt es Neues zu beachten?	Prof. Weiß Dr. Zachariadis	15.05.2019	Klinikum Darmstadt, Logistikzentrum Gebäude 85	40-60
Gastroenterology Standalone Darmstadt 2019	Prof. Schimanski PD Dr. Kittner Dr. Staib Dr. Krahl Dr. Simonis Dr. Heil	22.05.2019	Darmstadt	35
MEDEA - Herausforderung gynäkologische Tumoren. Quo vadis in der gynäkologischen Onkologie	Prof. Denschlag P. Stuzmann Dr. Zachariadis Dr. El-Balat B. Schnappauf Dr. Anker-Stein	22.05.2019	Mövenpick Hotel Frankfurt City, Frankfurt am Main	40
Hauttransplantation in der Dermatochirurgie	M. Kovacs	11.06.2019	24. World Congress of Dermatology, Milan	unbekannt

Fortbildungsreihe Med.V, Thema: Schulung elektronische Fieberkurve	Dr. Wenzel +Herr Kovar	12.06.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
DEGRO-Kongreß	Prof. Dr. med. Chr. Weiß	13.-15.6.19	Congresscenter Münster	unbekannt
Ethische, medizinische & rechtliche Aspekte der Organspende	Frau Jakob	27.06.2019	Konferenzraum, Alice-Hospital	15
Update Wundbehandlung 2019	Ina Dächert, Bereichsleitung Pflegedienst der Hautklinik	03.07.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Konferenzraum der Hautklinik	11
Fortbildungsreihe Med.V. Thema: Studie Chekpointinhibitor beim SCLC	Dr. Wenzel	03.07.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Fortbildungsreihe Med.V., Thema: Studie Olaparib beim Pankreaskarzinom	Dr. Dörner-Mann	10.07.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Fortbildungsreihe Med.V. Thema: Einführung Digitale Fieberkurve + Anordnungen	Prof. Bernhard	19.07.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Fortbildungsreihe Med.V., Thema: Therapie des Prostataca.	Prof. Bernhard	31.07.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Fortbildungsreihe Med.V., Thema: Morbus Hodgkin neue Therapiemodalität	Dr. Schäfer	07.08.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, EG Sekretariat Prof. Bernhard	10
Fortbildungsreihe Med.V., Thema: Rolle von Rituximab beim ZNS NHL	Dr. Wenzel	21.08.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, EG Sekretariat Prof. Bernhard	10
Fortbildungsreihe Med. V, Thema: Olaparib beim met. Mammakarzinom	Dr. Kayser	28.08.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
Fortbildungsreihe Med. V, Thema: Olaparib als Erhaltungstherpaie beim met. Ovarialkarzinom	Frau Becker	04.09.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb. 6, EG, Sekretariat Prof. Bernhard	10
2. annual meeting on Digestive Cancer, gastric cancer: 06.09.19 und 07.09.19	Prof. Schimanski Dr. Exarchos	06.09.19 und 07.09.19	Vortrag Vortrag	Kongress
Darmstädter Dermatologentagung	PD Dr. M. Podda; Prof. Dr. E. Stockfleth; Dr. E. Hasche; Oberärzte & Ass.-Ärzte der Hautklinik;	18.09.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Logistikzentrum	60 - 70
Thorax- und Viszeralmedizin 2019 1. Kompaktweiterbildung	Prof. Schimanski Prof. Lorenz Prof. Trojan Dr. Graupe Prof. Weiss Dr. Wenzel PD Dr. Sprinzl Dr. Stein	21.09.2019	Welcome Hotel Darmstadt	100

18. Onkologischer Abend Thema: Pankreaskarzinom und Blutbildveränderungen	Dr. Kojouharoff, Herr Dingeldein, Dr. Rieger, Dr. Wöste	25.09.2019	Jagdschloss Kra- nichstein	50
Fortbildungsreihe Med. V, Thema: Ansprechpartner für BTM Informationsfortbildung	Dr. Fiegen	25.09.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Konferenz- raum Angiologie	8
TEB - Selbsthilfegruppe	u.a. Prof. Schimanski	1-mal monat- lich	Infektionsambulanz	30 - 40
Wöchentliche interne Fortbil- dung Innere Medizin Groß Gerau	CA/OÄ/AA Innere Medizin, zum Teil von Extern	wöchentlich donnerstags	Multifunktionsraum Kreisklinik Groß- Gerau	Okt 15
Interdisziplinäres Tumorboard wöchentlich	Leitung Prof. Har- tung	wöchentlich mittwochs	Multifunktionsraum Kreisklinik Groß- Gerau	20-25
Interdisziplinäre Tumorkonfe- renz alle 2 Wochen	Leitung Dr. Wachtel	alle 2 Wochen Dienstags	Kreiskrankenhaus Erbach	10
Fortbildungsreihe Med. V, Thema: Schmerztherapie Palliativ	Dr. Wenzel	02.10.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, Sek- retariat Prof. Bern- hard	8
Fortbildungsreihe Med. V, Thema: Erdafitinib beim Urothelca.	Prof. Bernhard	09.10.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, Sek- retariat Prof. Bern- hard	7
Fortbildungsreihe Med V., Thema: NTREK- Mutationen und deren Behandlung	Dr. Wenzel	16.10.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, Sek- retariat Prof. Bern- hard	6
Fortbildungsreihe Med. V, Thema: Primäres ZNS- Lym- phom, Therapie mit Matrix Protokoll	Dr. Schäfer	23.10.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, Sek- retariat Prof. Bern- hard	6
8. Offene Krebskonferenz Frankfurt	PD Dr. M. Podda	26.10.2019	Frankfurt, Campus Westend	50
Fortbildungsreihe Med. V, Thema: SOPs Palliativmedi- zine	Dr. Gobst	30.10.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, Sek- retariat Prof. Bern- hard	6
Fortbildungsreihe Med.V, Thema: Braf- mutierte CRC, Therapie	Dr. Kayser	06.11.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, Sek- retariat Prof. Bern- hard	9
Hautkrebsprävention und Diagnostik 2.0	Dr. Christine Fink, Uniklinik Heidelberg	06.11.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Konferenz- raum der Hautklinik	17
Fortbildungsreihe Med.V, Thema: Lomustin- Temozolomid bei Glioblastom	Dr. Dang	13.11.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, Sek- retariat Prof. Bern- hard	6
Aktuelle Studien beim Mammakarzinom	Dr. Köhler + Dr. Fuchs	13.11.2019	Restaurant Mos- bach, 63225 Lan- gen	12
Darmzentrum Interdisziplinä- res Update	PD Dr. Woeste	15.11.2019	Kongresszentrum Darmstadt	30-50
Darmzentrum Interdisziplinä- res Update	PD Dr. Woeste	16.11.2019	Kongresszentrum Darmstadt	30-50
Onkologischer Arbeitskreis Langen/ Dreieich	Dr. Fuchs	20.11.2019	Alte Bergmühle, 63303 Dreieich	19
Medizin im Dialog: Magen- krebs	PD Dr. Woeste	26.11.2019	Stiftssaal Erbacher- straße Darmstadt	50
DMP Veranstaltung Frauen- klinik	Dr. Bolkenius + Dr. Ackermann	04.12.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Gebäude 85, Logistikzentrum	30

Fortbildungsreihe Med.V, Thema: Pembrolizumab bei Kopf Hals Tumoren	Dr. Wenzel	04.12.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, Sek- retariat Prof. Bern- hard	7
Fortbildungsreihe Med.V, Thema: Vorstellung Stude: HNO, Myelom/ Leukämie	Studienteam	11.12.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Geb.6, Sek- retariat Prof. Bern- hard	6

Tabelle 5 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen 2019

#### Expertenworkshops:

Name der Veranstaltung	Referenten	Datum der Veranstaltung	Ort der Veranstaltung	Teilnehmeranzahl
Arbeitskreis Psychoonkologie Hes- sen		13.06.2019	Markus Kranken- haus, Frankfurt/Main	ca. 20
Neue und bewährte OP-Techniken (Auf- baukurs)	PD Dr. M. Pod- da	14.08.2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Konferenz- raum der Hautklinik	ca. 20
Expertenmeeting	Prof. Saußeke	11.09.2019	Welcome Hotel Darmstadt	ca.20

Tabelle 6 Expertenworkshops 2019

## 2.5 Studien

An Krebs erkrankte Patientinnen und Patienten werden nach Möglichkeit in klinische Studien eingeschlossen. Über den Studieneinschluss wird im Allgemeinen im Rahmen der Interdisziplinären Tumorkonferenz entschieden. Viele dieser Studien laufen unter interdisziplinärer Beteiligung, sodass auch im Studienrahmen qualitativ hochwertige Strukturen des Onkologischen Zentrums vorgehalten werden können. Die Teilnahme an nationalen und internationalen klinischen Studien ermöglicht die frühzeitige Teilnahme an innovativen Krebstherapien. Damit einher geht eine hohe Behandlungsqualität und der Zugang zu modernsten Medikamenten. Bei der Auswahl, welche Studien am Klinikum Darmstadt durchgeführt werden, sind höchste wissenschaftliche und insbesondere ethische Standards entscheidende Kennzeichen der ausgewählten Studien. Die Voraussetzung für die Studienteilnahme ist, nach eingehender Aufklärung der Patientinnen und Patienten und angemessener Bedenkzeit, eine schriftliche Einverständniserklärung.

Die Planung und Koordination der Studien des Onkologischen Zentrums erfolgt durch das Onkologische Studienzentrum, das organisatorisch der Leitung des Onkologischen Zentrums zugeordnet ist.

#### Studien und Studieneinschluss in 2019:

Durchführende Einheit	Studie	Status der Studie offen / geschlossen	Anzahl Patienten (im Betrachtungszeit- raum)
Medizinische Klinik V	HD21	Offen	3
	Duration	Offen	0
	NIS ENLARGE-Lung	Geschlossen (02/2019)	0
	AMLSG-Register	Offen	19
	AMLSG 21-13	Offen	1
	CPKC412E2301	Offen	1
	GMALL-Register	Offen	2
	GMALL08/2013	Offen	0
	AMLSG 28-18	In Planung	0

	AMLSG 30-18	In Planung	0
	MM7	offen	0
	TCR-Plattform	offen	1
	CARHL	In Planung	0
	HANNA	offen	0
	PLATON	In Planung	0
	ACO/ARO/AIO-18.2	In Planung	0
Medizinische Klinik II	NEONAX	Offen	1
	VALIDATE	Offen	0
	FLOT-5	offen	0
Frauenklinik	REMAR	Geschlossen	3
	IRENE	Offen	2
	PRAEGNANT	Offen	0
	PreCycle	Offen	0
	Psychoonkologische Studie	Offen	18
	RIBANNA	Offen	3
	IMPASSION031	Offen(Praxis Köhler/Fuchs in Langen)	1
	OVAR 2.29	In Planung	0
Hautklinik	Combi-AD MEK	Geschlossen	0
	ODM-ADOREG	Offen	4
	COMBI-R	Offen	0
	NICO NIS	Offen	4
	Roche-Cove	Offen	0
	NISSO	In Planung	0
Radioonkologie	RADIANCE	In Planung	0
	ACO/ARO/AIO-18.1	In Planung	0
	DOSIS RCT	Offen	0

Tabelle 7 Studien & Studieneinschlüsse 2019

## 2.6 Tumordokumentation

Die Tumordokumentation ist ein weiterer wichtiger Bestandteil des Onkologischen Zentrums und der dazugehörigen Organkrebszentren unseres Klinikums. Sie dient dazu, die Daten der onkologischen Patientinnen und Patienten des Zentrums in einer speziellen Datenbank zu erfassen. Durch die konsequente Dokumentation der Patientendaten, wie z.B. tumorbiologische Daten (Größe und Lokalisation des Tumors), Therapiedaten (Operation, Medikamente, etc.), Verfassung der Patientinnen und Patienten und Nachsorgedaten, können wir unsere Versorgungs- und Ergebnisqualität regelmäßig auf den Prüfstand stellen und kontinuierlich verbessern.

Neben der Dokumentation für die interne Datenbank sind wir weiterhin nach dem Hessischen Krebsregistergesetz verpflichtet, Daten unserer Tumorpatientinnen und Tumorpatienten an die Vertrauensstelle des hessischen Krebsregisters der Landesärztekammer Hessen zu übermitteln.

Alle Daten, welche an die Vertrauensstelle weitergeleitet werden, werden anonymisiert und anschließend an die Registerstelle zur Auswertung weitergegeben.

Die Patientinnen und Patienten haben jederzeit die Möglichkeit von ihrem Widerrufsrecht bezüglich der Datenweitergabe an das Krebsregister Gebrauch zu machen, auch wenn bereits Daten an das Krebsregister weitergeleitet wurden. In diesem Fall kann der Patient die Löschung seiner Daten direkt beim Krebsregister einfordern.

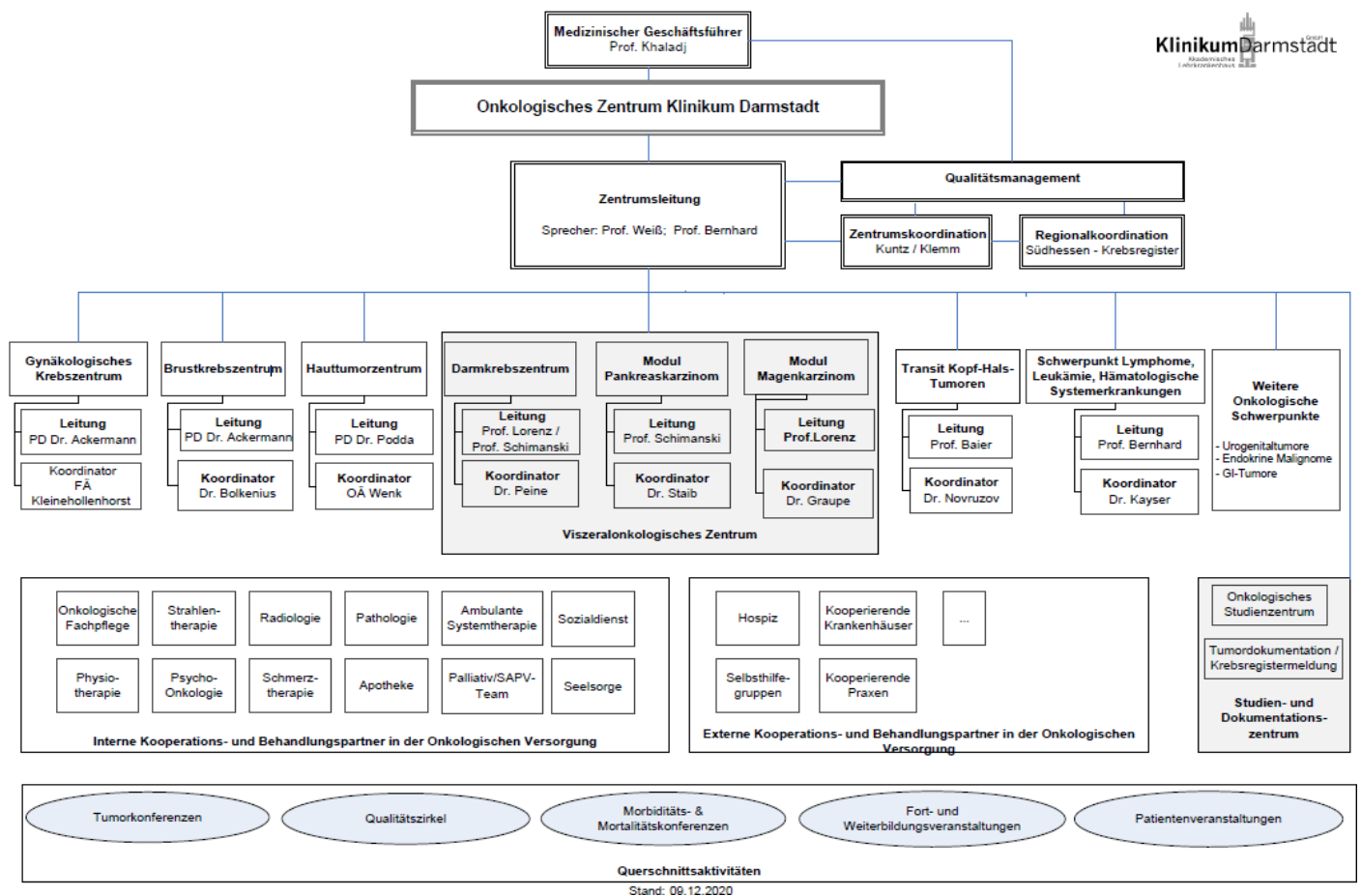
## 2.7 Interne Strukturen des Onkologischen Zentrums Klinikum Darmstadt

Die Funktion des Sprechers des Onkologischen Zentrums haben Professor Dr. med. Christian Weiß, Direktor des Instituts für Radioonkologie und Strahlentherapie und Frau Professor Dr. med. Helga Bernhard, Direktorin der Klinik für Onkologie und Hämatologie inne. Das Onkologische Zentrum Klinikum Darmstadt besteht aus den

- Medizinische Klinik V – Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin
- Institut für Radioonkologie & Strahlentherapie
- Chirurgische Klinik I – Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie
- Medizinische Klinik II – Gastroenterologie, Hepatopankreatologie, Endokrinologie und Pneumologie
- Frauenklinik
- Hautklinik
- Klinik für HNO-Heilkunde, Kopf-,Hals- und plastische Gesichtschirurgie
- Urologische Klinik

Das Onkologische Zentrum Klinikum Darmstadt kooperiert intern mit allen Kliniken und Abteilungen des Klinikums. Überdies ist das Onkologische Zentrum am Klinikum Darmstadt Bestandteil des Onkologischen Zentrums Südhessen (HOK), in dem das Klinikum Darmstadt als Koordinierendes Krankenhaus fungiert.

Die Ablauforganisation des Onkologischen Zentrums ist in einer Geschäftsordnung geregelt. Über die Zusammenhänge der verschiedenen Bereiche und deren Verantwortlichkeiten gibt das Organigramm Auskunft.



## 2.8 Kooperationspartner (Stand 12/2020)

Fachrichtung	Name Kooperationspartner (Abteilung/Praxis/...)	Klinikum / Verband	Leitung: Anrede / Titel / Vorname / Name	Anschrift	PLZ	Ort
Genetische Beratung	Institut für Humangenetik	Universitätsklinikum Heidelberg	Prof. Dr. med. Christian Schaaf	Im Neuenheimer Feld 366	69120	Heidelberg
Hospiz	ELISABETHEN-HOSPIZ	AGAPLESION Elisabethenstift Darmstadt	Frau Elisabeth Schummer-Schmalz	Landgraf-Georg-Straße 100	64287	Darmstadt
Hospiz	ROTARY-HOSPIZ	ROTARY-HOSPIZ Odenwald gGmbH	Herr Mathias Bojahr	Albert-Schweitzer-Straße 20A	64711	Erbach
Palliativmedizin	Palliative-Care-Team "Leuchtturm"	Palliative-Care-Team "Leuchtturm"	Herr Dr. med. Harald Braun	Sudetenstraße 3	64521	Groß-Gerau
Palliativmedizin	Zentrum für Palliativmedizin	AGAPLESION Elisabethenstift Darmstadt	Herr PD Dr. med. Mathias Pfisterer	Landgraf-Georg-Straße 100	64287	Darmstadt
Plastische Chirurgie	Gemeinschaftspraxis Plastische Chirurgie Frankfurt		Herr Dr. med. Gisbert Holle Herr Dr. med. Oliver Wingenbach	Oeder Weg 2-4	60318	Frankfurt am Main
Seelsorge	Kath. Seelsorge	Bischöfliches Ordinariat Mainz, Dezernat Seelsorge	Herr Hans Jürgen Dörr (Dezernatsleitung)	Bischofsplatz 2	55116	Mainz
Seelsorge	Ev. Seelsorge	Evangelisches Dekanat Darmstadt-Stadt	Herr Norbert Mander	Rheinstr. 31	64283	Darmstadt
Seelsorge	Kath. Seelsorge	Bischöfliches Ordinariat Mainz, Dezernat Seelsorge	Herr Domdekan Heinz Heckwolf	Bischofsplatz 2	55116	Mainz
Selbsthilfe	DRK Krebsselfhilfegruppe	DRK Odenwaldkreis	Herr Holger Wießmann	Bahnstraße 43	64711	Erbach
Selbsthilfe	ILCO-Region Südhessen, Gruppe Darmstadt	Deutsche ILCO Landesverband Hessen	Frau Birgit Schröter	Drosselweg 8	64625	Bensheim
Selbsthilfe	Selbsthilfegruppe "Rosa Kriegerinnen" Rüsselsheim	Selbsthilfegruppe "Rosa Kriegerinnen" Rüsselsheim	Frau Sonja Heller	Fr.-Ebert-Str. 28	64390	Erzhausen



Selbsthilfe	Krebsberatungsstelle Weiterleben e.V.	Krebsberatungsstelle Weiterleben e.V.	Frau Petra Buschmann	Ingelheimer Str. 1	64295	Darmstadt
Selbsthilfe	Basaliome-Gorlin Goltz	Basaliome-Gorlin Goltz	Herr Daniel Albers	Postfach 1205	17389	Anklam
Selbsthilfe	Der AdP e.V.	Der AdP e.V.	Herr Hans Berg	Giessener Str. 15	64646	Heppenheim
Selbsthilfe	TEB e.V. Selbsthilfe Tumore und Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse	TEB e.V.	Frau Katharina Stang	Grafenstraße 9	64283	Darmstadt
Selbsthilfe	Melanom Selbsthilfe „Orchidee“	Melanom Selbsthilfe „Orchidee“	Gudrun Tiebe	Kirchstr.3	64521	Groß-Gerau
Stomatherapie	Sanitätshaus Klein	Sanitätshaus Klein	Genovefa Leng	Dieburger Str. 1	64283	Darmstadt

**Tabelle 8 Liste der Kooperationspartner**

## 2.9 Patientenveranstaltungen und Kooperation mit Beteiligung von Selbsthilfegruppen 2019:

Veranstaltung	Referent	Datum	Ort	Teilnehmer
Hochpräzisionsstrahlentherapie im Kopf und außerhalb – schnell, präzise und punktgenau!	Dr. med. Christine Voith	14.03. 2019	Klinikum Darmstadt, Logistikzentrum Gebäude 85	ca.20
Jährliche Informationsveranstaltung in der Kreisklinik Groß-Gerau zum Thema Darmkrebs	Dr. Babacan, T. Schumann, E. Hüttermann, Prof. Hartung	23.03. 2019	Klinikum Darmstadt, Konferenzraum, OP, Endoskopie, Station 3 der Kreisklinik Groß-Gerau	ca. 100-120
Medizin aktuell: Was uns auf den Nägeln brennt - Nagelerkrankungen erkennen und behandeln (z. Bsp. auch subunguale Malignome)	Dr. E. Hasche	28.03. 2019	Klinikum Darmstadt, Logistikzentrum Gebäude 85	ca. 60
Patiententag Brustzentrum: Neue Substanzen in der Krebstherapie- Nebenwirkungsmanagement	Dr. med. T. Lahaye	08.05. 2019	Kreiskrankenhaus Bergstraße, HP	unbekannt
Agaplesion Elisabethenstift „Neues aus der Gastroenterologie“		25.06. 2019	Stiftssaal, Erbacher Str, Darmstadt	unbekannt
Moderne OP-Techniken beim Enddarmkrebs: Minimalinvasiv und unter Erhalt des Schließmuskels	Dr. A. Khalaf	27.06. 2019	Klinikum Darmstadt, Logistikzentrum Gebäude 85	ca.20
Was leistet das Palliativteam im ambulanten Bereich?	Dr. med. Ariana Brogsitter	22.08. 2019	Klinikum Darmstadt, Logistikzentrum Gebäude 85	ca.20
Kooperationstreffen mit Weiterleben e.V. (Selbsthilfe)	(...) K. Rolshausen-Krebs	29.08. 2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Gebäude 1, Konferenzraum	ca. 10
Agaplesion Elisabethenstift Aktionstag „Gesunder Darm“	multiple Info-Stände	31.08. 2019	Elisabethenstift, Foyer, Darmstadt 11-14 Uhr	unbekannt
Agaplesion Elisabethenstift „Palliative Betreuung am Lebensende“	Hospiz Elisabethenstift	24.09. 2019	Stiftssaal, Erbacher Str., Darmstadt	unbekannt
Schilddrüsenknoten: Wie geht es weiter?	Dr. S. Ahmad	24.10. 2019	Klinikum Darmstadt, Logistikzentrum Gebäude 85	ca.20
Brustkrebs Patientinnentag der Gynäkologie; Klinikum Darmstadt	Dipl.-Psych. K. Rolshausen-Krebs	17.10. 2019	Klinikum Darmstadt GmbH, Logistikzentrum, Konferenzraum	ca. 40-60
Vortrag Selbsthilfegruppe "Jubiläumsveranstaltung Leukämien und Lymphome". Thema: Neue Immuntherapie bei Lymphomen und Leukämien.	Prof. Bernhard	26.10. 2019	Örtliche Selbsthilfegruppe Leukämien und Lymphome Darmstadt	ca. 40-60

Tabelle 9 Patientenveranstaltungen mit Beteiligung von Selbsthilfegruppen

### 3. Qualitätsrelevante Instrumente des Onkologischen Zentrums im Sinne des PDCA-Zyklus

3.1 Tumorkonferenzen im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt							
<b>P</b>	Wie stellt das Klinikum Darmstadt den Zugang zur interdisziplinären Tumorkonferenz sowohl für interne als auch externe Fallvorstellungen sicher und gewährleistet damit die Umsetzung der Zentrums-Regelung sowie die Zertifizierungsanforderungen?				<b>Nachweise</b> Standard Operating Protokoll (SOP) Tumorkonferenz		
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Anmeldung zur Interdisziplinären Tumorkonferenz von Patienten erfolgt elektronisch über Medico und muss spätestens 24h vor Tumorkonferenz getätigt werden.</li> <li>Die Anmeldung kann nur in Notfällen oder bei sehr dringlichen Eingriffen später als 24h vor der entsprechenden Tumorkonferenz erfolgen.</li> <li>Externe Behandlungspartner haben über die jeweiligen Sekretariate die Möglichkeit, Patienten anzumelden und an der entsprechenden Konferenz teilzunehmen.</li> <li>Vorgaben, welche Entitäten zwingend in der Tumorkonferenz vorgestellt werden müssen, sind in der „SOP Tumorkonferenz“ niedergeschrieben.</li> <li>In der SOP ist ebenfalls die obligatorische Anwesenheit der Berufsgruppen auf Facharztniveau für die interdisziplinäre Therapieentscheidung geregelt.</li> <li>Das Tumorkonferenzprotokoll wird elektronisch während der Konferenz erstellt und beinhaltet den abschließenden Konsens mit Therapieempfehlung. Hierbei wird auch die Studieneignung thematisiert. Der Tumorkonferenzbeschluss ist verbindlich. Abweichungen der Empfehlungen müssen erneut in der Tumorkonferenz besprochen werden.</li> </ul>							
<b>D</b>	Wie gewährleisten Sie, dass die entitätsspezifischen Vorgaben für die Tumorkonferenzfallvorstellungen berücksichtigt werden?						
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die jeweiligen Stations- oder Assistenzärzte melden die Patienten mit entsprechender Indikation gemäß „SOP Tumorkonferenz“ oder medizinischer Indikation für die Tumorkonferenz an.</li> <li>Wenn ein entlassener Patient ohne Anbindung an eine Ambulanz und ohne poststationäre Entlassung vorgestellt werden soll, kann die Anmeldung über das Ambulanzmodul in Medico erfolgen. Hierzu ist Rücksprache mit dem Sekretariat der Onkologie zu halten.</li> <li>Die teilnehmenden Disziplinen werden im Falle von Abwesenheit von einem Facharzt vertreten. Die Vertretungsregelungen erfolgen klinikintern. Die Teilnahme wird namentlich im Tumorkonferenzprotokoll festgehalten.</li> <li>Das Live-Protokoll befindet sich in der digitalen Patientenakte und kann von Mitbehandlern gelesen und anschließend weitere Behandlungsschritte eingeleitet werden.</li> <li>Im Falle von Therapieabweichungen ist eine erneute Vorstellung in der Tumorkonferenz erforderlich.</li> </ul>							
<b>C</b>	Wie wird sichergestellt, dass die entsprechenden Festlegungen und Zertifizierungsvorgaben berücksichtigt werden?				<b>Nachweise:</b> Kennzahlenbögen pro Entität		
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Vorstellungsquote je Entität in der Tumorkonferenz stellt eine Kennzahl des Kennzahlenbogens der Zertifizierungsgesellschaft dar. Diese wird jährlich aus dem Tumordokumentationssystem ausgewertet und in Form des Kennzahlenbogens an die Zertifizierungsgesellschaft eingereicht. Die Erfüllung der Soll-Vorgaben ist dabei obligat für den Zertifikatserhalt. Ein Benchmark des eigenen Kennzahlenbogens erfolgt mit den Jahresberichten der Zertifizierungsgesellschaft, die die Kennzahlenbögen der zertifizierten Zentren enthalten.</li> </ul>							
		<b>Entität</b>	<b>Vorstellungsrate prätherapeutisch</b>	<b>Vorstellungsrate postoperativ</b>	<b>Entität</b>	<b>Vorstellungsrate prätherapeutisch</b>	<b>Vorstellungsrate postoperativ</b>

<b>Haut</b>	97% (30 /31)		<b>Magen</b>	94% (48/51)	100% (33/33)
<b>Darm</b>	81% (26/32)	93% (66/71)	<b>S1</b>	100% (22/22)	
<b>Pankreas</b>	96% (47/49)	100% (15/15)	<b>S4</b>	60% (3/5)	
<b>Gynäkologie</b>	92% (169/183)		<b>S5</b>	55% (57/103)	
<b>Mamma</b>	75% (234/314)	98% (278/283)	<b>S6</b>	79% (23/29)	
<b>Kopf-Hals-Tumore</b>	83% (65/78)	nicht definiert			

- Einmal jährlich wird eine stichprobenartige Auswertung hinsichtlich der erforderlichen Teilnahme der Berufsgruppen erstellt. In der Stichprobe aus 2019 waren alle erforderlichen Berufsgruppen anwesend.

**A** Wie stellt die Einrichtung die kontinuierliche Verbesserung sicher?

**Darstellung der Einrichtung:**

- Um Stabilität zu gewährleisten sollen die zertifizierungsrelevanten Soll-Vorgaben der einzelnen Entitäten erfüllt und bei Optimierungspotenzial gesteigert werden.
- Dafür sind die Vereinfachung der Anmeldung, sowie die Optimierung des Tumorkonferenzprotokolls in Vorbereitung. Dies gilt für die internen als auch die externen Fallvorstellungen. (Diskurs Qualitätszirkel Onkologisches Zentrum am 06.12.2020)

## 3.2 Studien, Publikationen und Leitlinienarbeit im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt

<b>P</b>	<b>Wie stellen die Einrichtung sicher, dass Patienten der Zugang zu hochwertigen, modernen Diagnostik- und Therapieverfahren gewährleistet wird? Wie werden darüber hinaus, Forschungsergebnisse publiziert und Behandlungsstandards, die State-of-the-art darstellen genutzt?</b>	<b>Nachweise</b>  ■ Verfahrensanweisung Arbeitsgruppe Studien (AG Studien)
----------	--	--

### Darstellung der Einrichtung:

- Am Klinikum Darmstadt werden Studien initiiert, um Patienten eine qualitativ hochwertige Therapie zuteil werden zu lassen und Zertifizierungsanforderungen zu erfüllen.
- Innerhalb des Onkologischen Zentrums plant und steuert die AG Studien die Durchführung von Studien der onkologisch tätigen Kliniken und Institute.
- Teilnehmer der AG Studien sind: Leitung des Onkologischen Zentrums, Direktoren der beteiligten Kliniken, Prüfarzte je nach Entscheidung, Mitarbeitende des Studienzentrums, Koordination OZ. Im Rahmen von quartalsweisen Treffen wird darüber entschieden, welche Studien der Geschäftsführung zur Freigabe vorgelegt und welche Studien beendet werden sollen. Die Studien werden entsprechend kategorisiert.
- Die Entscheidungsbefugnis liegt bei den in der AG Studien beteiligten Klinikdirektoren sowie der Leitung des Onkologischen Studienzentrums. Die Entscheidung fällt auf Basis einer einfachen Mehrheitsentscheidung – bei Gleichstand entscheidet die Leitung des Onkologischen Studienzentrums. Abschließend erfolgt eine Freigabe der Studien mit positivem Bescheid der AG Studien durch die Geschäftsführung.
- Die Entscheidung über eine Studie ist immer ein Abwägungsprozess mit dem Ziel der Konsensfindung zwischen den Teilnehmern der AG Studien auf Basis definierter Bewertungskriterien, dem aktuellen Studienportfolio sowie den zur Verfügung stehenden Ressourcen.
- Für die beteiligten Kliniken erfolgt die Einschleusung aller onkologischen Studien, die gemäß einem Studienvertrag abgewickelt werden, unabhängig von der Tumorentität, in die AG Studien. Die Prüfarzte der Studien müssen über die erforderlichen Good Clinical Practice (GCP)-Kurse verfügen. Über die Akademie am Klinikum werden entsprechende Grund- und Aufbaukurse zur Erhaltung der Qualifikation angeboten.
- Die interne Kommunikation neuer Studien erfolgt durch die Studien- und Dokumentationseinheit mit Hilfe der Website, dem Intranet oder einem Newsletter. Die Patientenkommunikation obliegt dem behandelnden Arzt und wird zusätzlich im Arztbrief beschrieben.
- Mit dem Studienregister des Universitäres Centrum für Tumorerkrankungen Frankfurt (UCT) besteht eine Kooperation bezüglich einer Datenbank. Hierüber sind verschiedene Kliniken Hessens zur Gewährleistung einer flächendeckend einheitlichen, qualitativ hochwertigen Behandlung angeschlossen. In diesem Verbund werden im Format von Leitlinientreffen Weiterentwicklungen und Studienergebnisse in die medizinischen Standards/ Behandlungsleitfäden implementiert. Die Teilnahme von Vertretern des Klinikums wird über den Sprecher des Onkologischen Zentrums koordiniert.
- Klinikumsinterne Behandlungsstandards werden prozess- oder anlassbezogen erstellt und über ein Dokumentenmanagementsystem gelenkt. Publikationen werden dezentral in den einzelnen Kliniken verfasst.

<b>D</b>	<b>Wie soll möglichst vielen geeigneten Patienten der Zugang zu Studien ermöglicht und die medizinische hochwertige Behandlung über die Nutzung von Standards sichergestellt werden?</b>
----------	--

### Darstellung der Einrichtung:

- In den quartalsweisen Sitzungen der AG Studien wird über die aktuelle Studienlage, also die Arten der Studien und darin eingeschleuste Patienten am Klinikum informiert. Darüber hinaus wird in diesem Gremium darüber entschieden, welche Studien der Geschäftsführung zur Freigabe vorgelegt werden. Hierfür werden die Studien zunächst in vier Arten eingeteilt.
  - Studienart (A) Zertifizierungsrelevante Studie, d.h. Studien jedweder Art, die für die Zertifizierung der Zentren zwingend erforderlich sind.
  - Studienart (B) Medizinisch „absolut zwingend notwendige“ Studien, d.h. Studien zu u.a. innovativen Behandlungsmethoden, die angeboten werden müssen.
  - Studienart (C) Medizinisch gewünschte bzw. wissenschaftlich interessante Studien.
  - Studienart (D) Primär erlösrelevante bzw. finanziell attraktive Studien.
- Im Krankenhausinformationssystem erfolgt eine Kennung als Studienpatient, sodass der Fakt in anderen Kliniken oder bei ungeplanten Aufnahmen berücksichtigt werden kann.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Ergebnisse aus aktiver Forschungsarbeit werden in über das UCT Frankfurt koordinierten Treffen zur Weiterentwicklung von diagnostischen und therapeutischen Leitlinien in der Onkologie für das Versorgungsgebiet berücksichtigt und stellt demnach den State of the Art dar. Über ein Webportal können Ärztinnen und Ärzten der Klinikum Darmstadt GmbH auf aktuellste Leitlinien des Evidenzniveaus S3 zugreifen.</li> <li>■ Zudem werden interne Regelungen prozessbezogen (bspw. Einarbeitung) erstellt.</li> <li>■ Es besteht die Möglichkeit über Inhouse-Schulungen die GCP-Qualifikation neu zu erwerben oder aufrecht zu erhalten.</li> </ul>	
<b>C</b>	<b>Wie können Studienquoten und die Veröffentlichung von Publikationen sichergestellt werden?</b>	<b>Nachweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kennzahlenbögen (Studienquoten)</li> </ul>
	<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bei der Abfrage für das zurückliegende Kalenderjahr wurde an 13 Publikationen von Vertretern des Onkologischen Zentrums Klinikum Darmstadt in 2019 mitgearbeitet.</li> <li>■ In 2019 war die Beteiligung an der Erarbeitung von Leitlinien von zwei Vertretern (insgesamt 4 Publikationen) gegeben.</li> <li>■ Im Jahr 2019 wurden 7% (63/880) aller onkologischen Patienten in Studien eingeschlossen. Die Studienquoten pro Entität lassen sich über die Kennzahlenbögen nachweisen.</li> <li>■ Im Jahr 2019 wurden 20 interne SOPs für das Onkologische Zentrum erstellt und drei aktualisiert.</li> <li>■ 2019 nahmen 14 Personen via Inhouse-Schulung an den Refresher/Trainings teil.</li> </ul>	
<b>A</b>	<b>Wie kann die Erfüllung der Studienquote auch künftig sichergestellt werden?</b>	
	<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ziel ist es, dass mind. 5% der Patienten bezogen auf die Primärfälle pro Entität in Studien behandelt werden.</li> <li>■ Zur Erweiterung des Studienportfolios wurden neue Studien im Bereich der Kopf-Hals-Tumoren und Darm initiiert.</li> </ul>	

### 3.3. Tumordokumentation im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt

<b>P</b>	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass die im Rahmen einer Krebserkrankung ergänzende Tumordokumentation sowohl die gesetzlichen Anforderungen, als auch Zertifizierungsanforderungen für die Entitäten des Geltungsbereiches des Onkologischen Zentrums nach einheitlichen Vorgaben mit dem Ziel der qualitativ hochwertigen Dokumentationsqualität erfolgt?	<b>Nachweise</b>
----------	--	------------------

- VA Tumordokumentation

**Darstellung der Einrichtung:**

- Zum einen wurde die klinische Krebsregistrierung durch das Hessische Krebsregistergesetz (25.10.2014) auf Grundlage des nationalen Krebsplans rechtlich verankert. Demnach sind alle Ärztinnen und Ärzte, die an der onkologischen Behandlung beteiligt sind, dazu verpflichtet, Daten auf Basis der Tumordokumentation über einen bundesweit einheitlichen Datensatz bereitzustellen.
- Zum anderen erfordert die Zertifizierung des Onkologischen Zentrums nach OnkoZert die Erreichung fest definierter Kennzahlen, die im Rahmen der Tumordokumentation erfasst und ausgewertet werden können. Darüber hinaus erfordert auch die Zertifizierung nach OnkoZert die Zusammenarbeit mit einem Krebsregister. Diese ist mit einer Kooperationsvereinbarung nachzuweisen. Das Zentrum muss sicherstellen, dass die Datenübermittlung an das zuständige Krebsregister zeitnah erfolgt.
- Die ergänzende Datenerfassung hat primär folgende Zielsetzungen: Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung, bevölkerungsbezogene Auswertungen zur Erfassung des Krebsgeschehens (z.B. Identifikation von Risikofaktoren), wissenschaftliche Evaluation der Behandlungsstrategien.
- In einer Verfahrensweisung sind Vorgaben und alle Vorgänge im Bereich der Tumordokumentation beschrieben.
- Die zum Teil noch dezentral in den Kliniken angesiedelten Tumordokumentare sollen in eine zentrale Struktur überführt werden.

<b>D</b>	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass die Umsetzung der Tumordokumentationsvorgaben eingehalten wird?
----------	---

**Darstellung der Einrichtung:**

- Die Tumordokumentare sind teilweise dezentrale Strukturen eingebunden und stehen im Kontakt zur Koordination. Jedem Tumordokumentar ist mindestens eine Entität zugeordnet.
- Die Primärfallidentifizierung wird dezentral über die Tumordokumentare gewährleistet. Die Fallanlage sowie Dokumentation der einzelnen Parameter erfolgt über den jeweiligen Tumordokumentar, ebenso die Erfassung der tumorbiologischen Daten, sowie Daten zur Diagnose und Therapien.
- Die Dokumentation der einzelnen Fälle erfolgt digital über das Tumordokumentationssystem GTDS. Halbjährlich werden die Datensätze durch die Tumordokumentare an das Hessische Krebsregister zur Erfüllung der gesetzlichen Meldepflicht versendet.
- Die Tumordokumentation kann dabei helfen Prozessauffälligkeiten anhand auffälliger Kennzahlen zu identifizieren und Gegenmaßnahmen einzuleiten. Die Datenerfassung über den weiteren Krankheitsverlauf ermöglicht Auswertungen über die Wirksamkeit von Therapien sowie Überlebensraten.

<b>C</b>	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass die Qualität der Tumordokumentation den Anforderungen entspricht?	<b>Nachweise</b>
----------	---	------------------

- Kennzahlenbögen

**Darstellung der Einrichtung:**

- Die Tumordokumentare versenden Exporte an das Hessische Krebsregister. Hierüber erfolgt eine Prüfung der Dokumentation auf Plausibilitäten. Bei Auffälligkeiten werden Fehlerlisten an das Klinikum versendet, die durch den Tumordokumentar der entsprechenden Entität zu bearbeiten sind.
- Zur Erfüllung der Zertifizierungsanforderungen werden jährlich Kennzahlenbögen pro Entität erstellt und der Zertifizierungsgesellschaft als Teil des Audits zugesendet. Die Unterlagen werden dort formal durch Mitarbeitende der OnkoZert, fachlich durch die sogenannten Fachexperten und anschließend vor Ort durch die Fachexperten geprüft. Werden im Verfahren Abweichungen oder Hinweise durch die Fachexperten ausgesprochen, sind diese innerhalb einer Frist durch das Zentrum zu bearbeiten. Die Zertifizierungsgesellschaft fasst Jahresberichte über das Kollektiv der zertifizierten Zentren, die als Benchmark für die eigene Einrichtung dienen.
- Darüber hinaus werden zertifizierungsrelevante Kennzahlenbögen nach Abschluss des Kalenderjahres zum Monitoring der Qualitätsparameter erstellt.

<b>A</b>	Wie stellt die Einrichtung die kontinuierliche Weiterentwicklung der Tumordokumentation sicher?
----------	---

#### Darstellung der Einrichtung:

- Neuerungen im Bereich Tumordokumentation werden im Rahmen der AG Tumordokumentation (erfolgt klinikumsübergreifend, wird vom UCT-Frankfurt für die K7 Häuser Hessens organisiert) bekanntgegeben. Über die regelhafte Teilnahme von Vertretern des Klinikums besteht hierzu konstanter Austausch der beibehalten und gestärkt werden soll.
- Die Tumordokumentation soll in eine zentrale Struktur überführt werden. Darüber hinaus wird in 2020 die Stelle Regionale Koordination Krebsregister Südhessen am Klinikum Darmstadt als Projekt etabliert. Ziel des Projektes ist es, die flächendeckende und qualitativ hochwertige Tumordokumentation im Versorgungsgebiet Südhessen zu erhöhen.
- Als Teil des Projektes wird eine Ist-Analyse der bisherigen Strukturen erstellt und anschließend Maßnahmen zur Vereinheitlichung und Erhöhung der Struktur, der Prozesse und der Ergebnisqualität eingeleitet.
- Auf Basis der Ist-Analyse, die für Anfang 2020 geplant ist, soll ein hausweiter Tumordokumentationsstandard, der einen Vorbildcharakter für die kooperierenden Krankenhäuser darstellen kann, erstellt werden.



### 3.4 Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt

<b>P</b>	Wie plant die Einrichtung, dass im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses Major-Komplikationen in M&M-Konferenzen vorgestellt werden und damit wertneutrale Diskussionen zum Anstoß von Verbesserungsmaßnahmen stattfinden?	<b>Nachweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ BV zur Durchführung von Bereichsübergreifenden M&amp;M-Konferenzen</li> </ul>
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Jede Klinik führt regelmäßig (z.T. 14-tägig) in Eigenregie als fester Bestandteil der klinischen Abläufe M&amp;M-Konferenzen durch. Hierzu werden Protokolle verfasst.</li> <li>■ Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur Partizipation der am Klinikum Darmstadt konzipierten bereichsübergreifenden M&amp;M-Konferenz. Die Konferenz bietet den Raum zur interdisziplinären, wertneutralen Diskussion und Moderation der Konferenz durch einen unabhängigen Moderator. In der entsprechenden Betriebsvereinbarung wird die Philosophie der M&amp;M-Konferenz wie folgt beschrieben: Fehler haben in der Regel in einem bestimmten Umstand ihre Ursache und dass durch Beseitigung dieses Umstandes der Fehler an sich vermieden werden kann. Ziel ist es, anlassbezogene Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, zu protokollieren und nachzuverfolgen.</li> <li>■ Das Onkologische Zentrum veranstaltet eine zentral angelegte, interdisziplinäre M&amp;M-Konferenz mindestens einmal im Jahr, bei der jede Klinik im Geltungsbereich des Zentrums die Möglichkeit der Fallvorstellung mit interdisziplinärem Charakter hat und gemeinsam für das Zentrum und die zentrumsinternen Strukturen Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und protokolliert werden sollen.</li> </ul>		
<b>D</b>	Wie stellt das Onkologische Zentrum die Umsetzung der M&M-Konferenzen sicher?	
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die M&amp;M-Konferenzen innerhalb der Klinik werden selbstständig organisiert, protokolliert und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.</li> <li>■ Die bereichsübergreifenden Konferenzen des Klinikums können anlassbezogen initiiert werden. Die Moderation und Maßnahmenverfolgung erfolgt zentral über die Abteilung Medizincontrolling &amp; QM.</li> <li>■ Die M&amp;M-Konferenz des Onkologischen Zentrums findet mindestens ein Mal pro Jahr statt. Hierzu werden durch die Koordination des Onkologischen Zentrums Einladungen per Outlook an die entsprechenden Teilnehmer versendet. Diese versenden bis zu einer vorab festgesetzten Frist die vorzustellenden Fälle an die Koordination zurück. Der Termin wird ebenfalls von der Koordination des Onkologischen Zentrums moderiert und im Anschluss protokolliert. Für gemeinsam festgestellte Verbesserungspotenziale werden gemeinsam Maßnahmen verabschiedet und protokolliert, die reibungslose Abläufe in der Patientenbehandlung zwischen den Kliniken fokussieren. Die Protokolle gehen den Teilnehmenden digital zu.</li> </ul>		
<b>C</b>	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass M&M-Konferenzen der Reflektion von Fehlern dienen und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und verabschiedet werden?	<b>Nachweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Protokolle</li> <li>■ Teilnehmerlisten</li> </ul>
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ In 2019 fand eine zentrale M&amp;M-Konferenz des Onkologischen Zentrums statt. Das Hauttumorzentrum sowie das Gynäkologische Krebszentrum und das Brustkrebszentrum veranstalteten ebenso interdisziplinäre Fallvorstellungen.</li> <li>■ Jede M&amp;M-Konferenz wird protokolliert. Hierüber ist eine Nachvollziehbarkeit der eingeleiteten Maßnahmen möglich.</li> </ul>		
<b>A</b>	Wie stellt die Einrichtung die Weiterentwicklung der M&M-Konferenzen des Onkologischen Zentrums sicher?	
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Für künftige (ab 2021) M&amp;M-Konferenzen werden die Daten vorab über eine zugangsgeschützte Datenablage den Teilnehmenden zur besseren Vorbereitung zur Verfügung gestellt.</li> </ul>		

## 3.5 Kooperationen im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt

<b>P</b>	Wie stellt die Einrichtung den Abschluss von Kooperationspartnern zur Erfüllung von Anforderungen sicher?	<b>Nachweise:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Liste 2.8</li> <li>■ Kooperationsvereinbarungen</li> </ul>
<p><b>Darstellung der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Kooperationen können auf Grund der Anforderungserfüllung an medizinisch hochwertige Versorgung sowie Zertifizierungsanforderungen geschlossen werden.</li> <li>■ Kooperationsvereinbarungen werden auf Gesamthausebene durch die Geschäftsführung mit dem jeweiligen Kooperationspartner geschlossen. Alle Kooperationen des Onkologischen Zentrums werden inhaltlich über die Koordination des Onkologischen Zentrums geprüft.</li> <li>■ Im Onkologischen Zentrum stellt der DKG-Mustervertrag die Vereinbarungsgrundlage dar, spezifische Inhalte werden bei Bedarf ergänzt.</li> <li>■ Der Zusammenarbeit mit allen unter 2.8. aufgelisteten Kooperationspartnern liegt ein schriftlicher Kooperationsvertrag zu Grunde.</li> <li>■ Die für das Zentrum relevanten Kooperationen sind auf dem Stammblatt gelistet, welches als obligates Dokument an die Zertifizierungsgesellschaft eingereicht wird. Das Stammblatt speist die OncoMap, die das Behandlungsnetzwerk digital auf der Seite der OnkoZert im Internet für alle einsehbar darstellt.</li> <li>■ Eine jährliche Überprüfung der Kooperationen erfolgt durch die Koordination des Onkologischen Zentrums. Die Koordination ist ebenfalls dafür zuständig, die Verträge über den Zentraleinkauf in die zentrale Vertragsmanagementsoftware einzuspeisen.</li> <li>■ Die Initiierung von neuen Kooperationen kommt zum einen aus der Klinik, um Behandlungslücken zu schließen, zum anderen erfolgt die Initiierung durch die Koordination des Onkologischen Zentrums zur Erfüllung der Strukturanforderungen. Kooperationsverträge sollen alle 5 Jahre erneuert werden.</li> </ul>		
<b>D</b>	Wie stellt die Einrichtung die strukturierte Anbahnung von Kooperationsvereinbarung für das Onkologische Zentrum sicher?	
<p><b>Darstellung der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Anbahnung und Abwicklung der Kooperationsvereinbarungen erfolgt zentral über die Koordination des Onkologischen Zentrums. Hierüber werden alle essentiellen Kooperationsbestandteile eingebracht und eine zentrale Überwachung aller Vereinbarungen ermöglicht. Sollte eine neue Kooperation von Nöten sein, wird die Schließung hierüber angestoßen.</li> <li>■ Sollten seitens der Kliniken Kooperationen bspw. mit Praxen gewünscht sein, erfolgt die Kontaktaufnahme und Vereinbarungsgestaltung durch die Klinik, die Formalitäten werden über die Koordination des Onkologischen Zentrums gestaltet.</li> </ul>		
<b>C</b>	Wie stellt die Einrichtung einen Soll-Ist-Abgleich über die anhand der Zertifizierungskriterien festgelegten obligaten Kooperationspartner im Stammblatt sicher?	<b>Nachweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Stammblatt</li> </ul>
<p><b>Darstellung der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Der Zusammenarbeit mit allen unter 2.8. aufgelisteten Kooperationspartnern liegt ein schriftlicher Kooperationsvertrag zu Grunde (18 Stk.).</li> <li>■ Im Rahmen der jährlichen Aktualisierung des Stammblattes werden die Aktualität der Kooperationsvereinbarungen sowie deren Inhalte durch die Koordination des Onkologischen Zentrums geprüft. In 2019 wurden sieben neue Kooperationen im Bereich Humangenetik und Selbsthilfe geschlossen.</li> </ul>		
<b>A</b>	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass auch künftig alle notwendigen Kooperationsvereinbarungen vorliegen oder das Netzwerk erweitert wird?	
<p><b>Darstellung der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Erweiterung des Behandlungsnetzwerks um kooperierende Praxen wird angestrebt. Darüber hinaus wird bei strategischen Entwicklungsüberlegungen berücksichtigt, welche Kooperationen dafür notwendig werden und demnach zu schließen sind. Damit kann sichergestellt werden, dass das Behandlungsnetzwerk immer auf die Struktur des Onkologischen Zentrums passt.</li> </ul>		

### 3.6 Statustreffen des Hessischen Onkologiekonzeptes im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt

<b>P</b>	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass das Hessische Onkologiekonzept, welches 2010 durch das Hessische Sozialministerium erarbeitet wurde umgesetzt wird?	<b>Nachweis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Geschäftsordnung Hess. Onkologiekonzept</li> </ul>
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ziel des Konzeptes ist es, die Qualität der Diagnostik und der Behandlung von Krebserkrankungen in Hessen zu steigern. Die Versorgungsqualität in der Tumorbehandlung soll durch eine verbindlich geregelte Kooperation zwischen kleineren und größeren Krankenhäusern in einem Versorgungsgebiet verbessert werden, weiterhin sind niedergelassene Ärzte und Schwerpunktpraxen mit in das Konzept einbezogen.</li> <li>■ In Hessen gibt es sechs Versorgungsgebiete bzw. Netzwerke, welche als „Onkologische Zentren“ bezeichnet werden. In diesen Versorgungsgebieten gibt es jeweils ein Koordinierendes Krankenhaus und mehrere Kooperationspartner (sowohl Kliniken als auch niedergelassene Ärzte).</li> <li>■ Zentraler Baustein der interdisziplinären Krebsbehandlung sind sogenannte Tumorkonferenzen, welche am Koordinationshaus und in den Kooperationshäusern etabliert sind oder etabliert wurden. Ein weiteres wichtiges Element im Rahmen des „Hessischen Onkologiekonzeptes“ ist die Durchführung von klinischen Studien am Koordinationshaus und bei den Kooperationspartnern, um Patienten heimatnah die Möglichkeit innovativer Diagnostikverfahren und Therapien zu eröffnen.</li> <li>■ Weitere wichtige Bausteine der interdisziplinären Tumorbehandlung sind die palliativmedizinische und die psychoonkologische Betreuung, welche im jeweiligen Versorgungsgebiet in Kooperation angeboten werden sollen. Jährlich findet ein sogenanntes Statustreffen mit allen beteiligten Partnern des Versorgungsgebietes statt.</li> </ul>		
<b>D</b>	Wie stellt die Einrichtung die Umsetzung der sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Versorgungsgebiet sicher?	
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Das Klinikum Darmstadt wurde 2013 vom Land Hessen als Koordinationshaus für Südhessen (Versorgungsgebiet 6) ernannt, da hier alle Anforderungen für ein Koordinierendes Krankenhaus erfüllt wurden.</li> <li>■ Seit 2014 finden im Versorgungsgebiet Südhessen regelmäßige Treffen von Ausschüssen und Arbeitsgemeinschaften des „Onkologischen Zentrums Südhessen“ im Rahmen des Hessischen Onkologiekonzeptes statt, welche durch das Klinikum Darmstadt koordiniert werden.</li> </ul>		
<b>C</b>	Wie stellt die Einrichtung die Qualität und die Durchführung von jährlich stattfindenden Treffen, Expertenworkshops, Patientenveranstaltungen und Tumorkonferenzen sicher?	<b>Nachweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Flyer von Veranstaltungen</li> <li>■ Tumorkonferenzprotokolle</li> <li>■ Auswertung Einweiserbefragung</li> </ul>
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 2019 wurden 4984 Tumorkonferenzfallvorstellung sowohl für das Klinikum Darmstadt als auch die kooperierenden Krankenhäuser durchgeführt. Und 63 Patienten in klinische Studien eingeschlossen.</li> <li>■ In 2019 fand Beteiligung an zwei Expertenworkshops statt.</li> <li>■ In 2019 fanden 13 Patientenveranstaltungen mit Beteiligungen von Selbsthilfegruppen statt.</li> </ul>		
<b>A</b>	Wie stellt die Einrichtung die Weiterentwicklung der Zusammenarbeit sicher?	
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Im Rahmen der Durchführung der HOK-internen Veranstaltungen wird die Zusammenarbeit immer wieder auf den Prüfstand gestellt und Verbesserungspotentiale identifiziert.</li> </ul>		

### 3.7 Qualitätszirkel im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt

<b>P</b> Wie stellt die Einrichtung die Durchführung von interdisziplinären Qualitätszirkeln sicher?	<b>Nachweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Geschäftsordnung Onkologisches Zentrum</li> </ul>
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ziel der Qualitätszirkel am Onkologischen Zentrum ist es, dem interdisziplinären Behandlungsteam eine Plattform zum Austausch qualitätsrelevanter Themen im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses mit zentraler, klinikübergreifender Maßnahmenverfolgung zu ermöglichen.</li> <li>■ In der Geschäftsordnung des Onkologischen Zentrums ist die Durchführung und Regelung von klinikumsinternen Qualitätszirkeln festgelegt. Pro Jahr werden demnach drei Qualitätszirkel inkl. Agendaverantwortung zentral über die Koordination des Onkologischen Zentrums organisiert.</li> <li>■ Es gibt verschiedene Arten von Qualitätszirkeln: Mitgliederversammlung, Lenkungsgremium, Jahresreview, M&amp;M-Konferenz, Treffen der Organkrebskoordinatoren zur Weiterentwicklung von Themenfeldern.</li> <li>■ Die Koordination des Onkologischen Zentrums lädt den vorab festgelegten Teilnehmerkreis entsprechend der Art der Qualitätszirkel ein, gestaltet die Agenda und erstellt die Protokolle. Bei der Mitgliederversammlung ist bspw. die Teilnahme der Hauptkooperationspartner erforderlich. Im Rahmen der Qualitätszirkel werden die Kliniken zum Teil aufgefordert, Kennzahlen oder Prozesse darzulegen und Vorgehensweisen zu synchronisieren.</li> <li>■ Ziel der Qualitätszirkel ist es, sich auf gemeinsame Meilensteine zu verständigen und aktiv Verbesserungen in der Patientenversorgung zu gestalten.</li> </ul>	
<b>D</b> Wie stellt die Einrichtung die Umsetzung der Qualitätszirkel inkl. interdisziplinärem Austausch und zentrumsinterner Zielsetzung sicher?	
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vertreter der Hauptkooperationspartner sind obligate Teilnehmer der Qualitätszirkel. Darüber hinaus können fakultativ weitere Berufsgruppen (Mitglieder des Onkologischen Zentrums: Sozialdienst, Psychoonkologie, Selbsthilfegruppen o.ä.) beteiligt werden.</li> <li>■ Der Termin inkl. Agenda wird mind. 14 Tage vorab an die Teilnehmenden versendet, darüber hinaus besteht die Möglichkeit Themen seitens der Kliniken bis zu einer entsprechenden Frist in die Qualitätszirkel einzubringen.</li> <li>■ In den Qualitätszirkeln wird eine rege Diskussion geführt. Wesentliche Bestandteile der Diskussionen sind potentielle Fallstricke und Weiterentwicklungspotentiale in der Patientenversorgung.</li> </ul>	
<b>C</b> Wie stellt die Einrichtung die Qualität der Veranstaltung sicher?	<b>Nachweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Protokolle und Präsentationsfolien</li> <li>■ Teilnehmerlisten</li> </ul>
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Durchführung der Qualitätszirkel kann über Protokolle und Präsentationsfolien und die Beteiligung der Hauptkooperationspartner über die Teilnehmerlisten nachgewiesen werden. Hierüber kann dargestellt werden, dass die entsprechenden Vertreter einer Klinik/ eines Bereiches an den Veranstaltungen teilgenommen haben.</li> <li>■ Der 1. Qualitätszirkel des Onkologischen Zentrums fand am 21. Mai 2019 (Mitgliederversammlung) statt. Der 2. Qualitätszirkel am 21. August 2019 (Abstimmungstreffen Koordinatoren). Am 28. Oktober war der 3. QZ in Form des Managementreviews terminiert. Eine Teilnehmerliste wurde entsprechend geführt.</li> <li>■ Für die Bewertung der Zielerreichung wurden im Vorfeld sieben zentrale Ziele für das OZ gesteckt, wovon fünf Ziele erreicht wurden.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erreicht wurden: Erfolgreiche Zertifizierung als Onkologisches Zentrum durch OnkoZert, Zentralisierung von Tumordokumentation und Studiensekretariaten, Schaffung struktureller Voraussetzungen, vollständige Tumordokumentation für die letzten drei Monate vor dem Zertifizierungsaudit, Bearbeitung und Nachverfolgung des Aktionsplans.</li> <li>■ Nicht erreicht wurden: Verbesserte Information des Patienten, systematische Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter, aber auch Zuweiser und Laien.</li> </ul>
<b>A</b>	<b>Wie stellt die Einrichtung die Weiterentwicklung der Qualitätszirkel des Onkologischen Zentrums sicher?</b>
	<p><b>Darstellung der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erhöhung der Anzahl von drei auf vier Qualitätszirkel ab 2020.</li> </ul>

### 3.8 Befragungen und Rückmeldungen (CIRS, Lob und Beschwerde) als Qualitätsinstrumente im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt

<b>P</b>	Wie stellt die Einrichtung die Rückmeldung von Mitarbeitenden, Patienten und Angehörigen sicher?	<b>Nachweis</b>
----------	--	-----------------

- Konzept Befragungen im Klinikum
- Konzept Befragungen im Onkologisches Zentrum
- Konzept Lob- und Beschwerdebüro
- VA Critical Incident Reporting System (CIRS)

**Darstellung der Einrichtung:**

- Zur systematischen Erhebung der Zufriedenheit der wichtigsten Stakeholder werden verschiedene Befragungsmodalitäten genutzt. Zum einen wird eine kontinuierliche Patientenbefragung im Onkologischen Zentrum durchgeführt. Zum anderen findet eine punktuelle Befragung der Einweiser (2017 hausweit, 2020 OZ) und Patienten (2018) statt.
- Patienten oder Angehörige haben über die Patientenbefragung hinaus die Möglichkeit Kontakt zum Lob- und Beschwerdebüro aufzunehmen.
- Dem Klinikpersonal steht das CIRS als anonymes Meldeportal für Beinahe-Fehler zur Verfügung.
- Die Betreuung des Onkologischen Zentrums im Hinblick auf Qualitätsanforderungen erfolgt durch eine Mitarbeitende des zentralen Qualitätsmanagement des Klinikums. Im zentralen Qualitätsmanagement ist zusätzlich das Lob- und Beschwerdebüro sowie die CIRS-Koordination angesiedelt.
- Demnach werden aus dem QM sowohl allgemeine QM-Instrumente, als auch spezifische, für die Weiterentwicklung des Onkologischen Zentrums relevante QM-Instrumente gesteuert:
  - Überblick über die Anforderungserfüllung der Entitäten gem. Nachweisstufe
  - Betreuung des Beinahe-Fehlermeldesystem CIRS für Situationen mit potentiell Patientenschaden
  - Überprüfung des Rücklaufes der kontinuierlichen Patientenbefragung
  - Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen der Praxen (klinikumsweit und für das OZ)
  - Gestaltung und Teilnahme Regelbesprechungswesen mit allen Schnittstellenbereichen und Leiter des Onkologischen Zentrums sowie dem Medizinischen Geschäftsführer.
  - Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige mit Feedback.

<b>D</b>	Wie stellt die Einrichtung die Umsetzung der Steuerung der qualitätsrelevanten Instrumente sicher?
----------	--

**Darstellung der Einrichtung:**

- Die zentrale Steuerung der qualitätsrelevanten Instrumente des Onkologischen Zentrums ermöglicht einen umfänglichen Überblick über den Ist-Status des Zentrums und mögliche Weiterentwicklungen.
- Themenbezogen werden QM-Instrumente in engem Austausch von den OZ-Koordinatoren oder Organkrebszentrums-Koordinatoren angewendet. Spezifische, für das Onkologische Zentrum geplante Aktivitäten, werden zum Jahresende für das kommende Jahr terminiert und Teilprojekt-verantwortlichen Personen im Rahmen der Jahresplanung übergeben. Die Teilprojekt-verantwortlichen Personen koordinieren alle mit der Aktivität verbundenen Maßnahmen.
- Im Rahmen der regelhaften Jour-Fixes wird der Stand der Umsetzung der Teilprojekte berichtet und überwacht. Allen Terminen liegt demnach eine entsprechende Agenda und Nachvollziehbarkeit zu Grunde.
- Die Einweiserbefragung sowie die kontinuierliche Patientenbefragung werden explizit durch das zentrale QM koordiniert und durchgeführt. Hierfür werden Konzepte erstellt und mit der Leitung des Onkologischen Zentrums abgestimmt und umgesetzt.
- CIRS als ein Meldesystem für Beinahe-Fehler in der Patientenversorgung steht dem medizinischen Personal

	zur Verfügung.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einige QM-Instrumente sind klinikumweit etabliert und stehen allen internen und externen Akteuren des Onkologischen Zentrums zur Verfügung. Beispielsweise können Patientinnen und Patienten sowie Angehörige ihr Feedback an das Lob- und Beschwerdebüro richten</li> </ul>	
<b>C</b>	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass das Qualitätsmanagementsystem kontinuierlich überprüft wird?	<b>Nachweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visitationsbericht KTQ</li> <li>Auditbericht OnkoZert</li> <li>Benchmarkbericht BBfG</li> </ul>
	<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Über Externe Verfahren sind kontinuierliche Überprüfungen des Qualitätsmanagements-Systems sichergestellt.</li> <li>Viele der genannten Prozesse werden über externe Benchmark-Verfahren oder Zertifizierungsgesellschaften geprüft und bewertet. Beispiele hierfür sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>Gesamthauszertifizierung nach KTQ (zuletzt in 2020 mit einer Bewertung von 75,6%)</li> <li>Zertifizierung als Onkologisches Zentrum durch OnkoZert (Erstzertifizierung 2019 ohne Abweichungen)</li> <li>Lob und –Beschwerdebüro: Bundesverband Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen e. V (BBfG)</li> <li>kontinuierliche Patientenbefragung: Anzahl Fragebögen des Klinikums 2019: 3.296 Stück</li> <li>Bewertung der CIRS-Fälle durch die externe Stelle ÄZQ (Anzahl der CIRS-Fälle in 2019: 22)</li> <li>Weitere Teilprozesse und Aktionen werden intern anhand des Erfüllungsgrades und der Anzahl der Abweichungen gemessen. Im Rahmen von Qualitätszirkeln oder Regelbesprechungswesen werden Befragungsergebnisse vorgestellt, besprochen und Maßnahmen abgeleitet.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>A</b>	Wie stellt die Einrichtung die Weiterentwicklung der Qualitätsinstrumente sicher?	
	<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Abweichungen, Hinweise und Empfehlungen, die sowohl von externen, internen Audits oder die Rückmeldemöglichkeiten festgestellt werden, werden mit Hilfe von Maßnahmenlisten abgearbeitet. Die Maßnahmenliste gibt den festgestellten Mangel und eine Möglichkeit zur Behebung selbiger an. Dafür werden Fristen vergeben und den Umsetzungsstand bei den verantwortlichen Personen abgefragt.</li> <li>Der kontinuierliche Soll-Ist-Abgleich und die Aufarbeitung der Verbesserungspotenziale ermöglichen eine stetige, zielorientierte Weiterentwicklung des Zentrums im Hinblick auf moderne, hochwertige Patientenversorgung und zentralen organisatorischen Strukturen in Onkologischen Zentren.</li> </ul>	

### 3.9 Struktur- und Prozessentwicklungen im Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt

<b>P</b>	Wie stellt die Einrichtung kontinuierliche Struktur- und Prozessentwicklung sicher?	<b>Nachweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Geschäftsordnung Onkologisches Zentrum</li> </ul>
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Am Onkologischen Zentrum Klinikum Darmstadt ergänzen sich Patientenversorgung auf höchstem Evidenzniveau als auch qualitativ hochwertige, strukturelle Gegebenheiten, die den Krankenhausaufenthalt möglichst optimal für die Patientinnen und Patienten gestalten. Unser oberstes Ziel ist es, eine verlässliche Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, sowie unseren Kooperationspartnern und Einweisern weiterhin ein zuverlässiger Behandlungspartner zu sein. Auf dieses Ziel werden alle Aktivitäten ausgerichtet.</li> <li>■ Das zentrale Qualitätsmanagement setzt Impulse für die Jahresplanung. In diesem Zusammenhang werden alle Aktivitäten, die entweder zertifizierungsrelevant, entwicklungsrelevant oder einen besonderen Nutzen für unsere Patientinnen und Patienten haben berücksichtigt.</li> <li>■ Über die Kontinuität und das Erreichen von jährlich gesetzten Meilensteinen soll das Zentrum langfristig gut aufgestellt und zukunftsfähig bleiben (bspw. Tumordokumentationsqualität).</li> <li>■ Über einen monatlichen Jour Fixe zwischen dem Medizinischen Geschäftsführer, Sprecher des Onkologischen Zentrums, Leiterin des Onkologischen Zentrums, der Pflegedirektion, der Koordination des Onkologischen Zentrums sowie dem Qualitätsmanagement werden erforderliche Entwicklungen angebahnt.</li> </ul>		
<b>D</b>	Wie stellt die Einrichtung die Umsetzung der Struktur- und Prozessentwicklung sicher?	
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bei der Prozessentwicklung ist es relevant, aus welchen Gründen und mit welcher Frist jeweilige Entwicklungen angestoßen werden.</li> <li>■ Verbesserung der Patientenversorgung im Hinblick auf organisatorische Prozesse (bspw. Einwilligung in zentrale Tumordokumentation). Weiterentwicklung auf Basis von Änderungen im Zertifizierungsverfahren sind zwingend zeitnah umzusetzen und demnach hoch priorisiert.</li> <li>■ Verbesserungen für interne Arbeitsabläufe (IT-gestützte Abläufe) sind notwendig und erleichtern gewisse Prozesse (bspw. Tumorkonferenzanmeldung).</li> </ul>		
<b>C</b>	Wie stellt die Einrichtung sicher, dass neu etablierte Prozesse funktionsfähig sind?	<b>Nachweise</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Geschäftsordnung Onkologisches Zentrum</li> </ul>
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Weiterentwicklungen bei organisatorischen Themen die Patientenversorgung betreffend, die besonders gut oder besonders schlecht aus Perspektive der Patienten funktioniert haben, werden über das Lob- und Beschwerdebüro gemeldet (zentrumsspezifische Auswertung erst ab 2020 möglich).</li> <li>■ Weiterentwicklungen im Zusammenhang mit dem Zertifizierungsverfahren werden über die jeweiligen Auditverfahren &amp; Auditberichte rückgespiegelt (keine Abweichungen in der Erstzertifizierung).</li> </ul>		
<b>A</b>	Wie stellt die Einrichtung eine dynamische Weiterentwicklung des Onkologischen Zentrums sicher um?	
<b>Darstellung der Einrichtung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zur Aufrechterhaltung der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung im südhessischen Raum sollen weiterhin alle Anstrengungen unternommen werden, um dieser Verantwortung gerecht zu werden. Dazu steht der Verbund der K7-Koordinationskrankenhäuser in engem Austausch mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration.</li> </ul>		



Gemeinsamer Bundesausschuss, Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V (Zentrums-Regelungen), 27. März 2020

Klinikum Darmstadt GmbH, Was Sie von uns erwarten können, <https://klinikum-darmstadt.de/klinikum/wir-ueber-uns/>, [26.01.2021 09:42]

Klinikum Darmstadt GmbH, Onkologisches Zentrum am Klinikum Darmstadt, <https://klinikum-darmstadt.de/medizin/zertifizierte-zentren/onkologisches-zentrum-am-klinikum-darmstadt/>, [26.01.2021 09:46]

Klinikum Darmstadt GmbH, Das Klinikum der Maximalversorgung in Südhessen, <https://klinikum-darmstadt.de/medizin/kliniken-und-institute/>, [26.01.2021 09:44]