

Management-Bewertung 2026 (Bewertungszeitraum 2025) Cancer Center Wolfsburg



Inhalt

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Allgemeine Information und Hinweise..... | 4 |
| 2 | Handhabung der Managementbewertung | 4 |
| 3 | Kontext der Organisation..... | 4 |
| 3.1 | Verstehen der Organisation und ihres Kontextes | 4 |
| 3.2 | Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien | 4 |
| 3.3 | Festlegung des Anwendungsbereiches des Qualitätsmanagementsystems..... | 6 |
| 3.4 | Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse | 6 |
| 4 | Führung..... | 6 |
| 4.1 | Führung und Verpflichtung | 6 |
| 4.2 | Politik | 7 |
| 4.3 | Rollen, Verantwortlichkeiten & Befugnisse | 8 |
| 5 | Planung..... | 8 |
| 5.1 | Risikomanagement | 8 |
| 5.2 | Qualitätsziele & Planung zu deren Erreichung, Planung von Änderungen..... | 9 |
| 6 | Unterstützung..... | 9 |
| 6.1 | Ressourcen | 9 |
| 6.2 | Kompetenzen | 10 |
| 6.3 | Bewusstsein | 13 |
| 6.4 | Kommunikation | 13 |
| 6.5 | Dokumentierte Information | 14 |
| 7 | Betrieb, Ausstattung, Prozesse | 14 |
| 7.1 | Betriebliche Planung & Steuerung sowie Anforderungen und Entwicklung..... | 14 |
| 7.2 | Steuerung von extern bereit gestellten Prozessen, Dienstleistungen, etc..... | 15 |
| 7.3 | Produktion und Dienstleistungserbringung | 15 |
| 8 | Bewertung der Leistungen..... | 15 |
| 8.1 | Überwachung, Messung, Analyse & Bewertung..... | 15 |
| 8.2 | Interne Audits | 18 |
| 8.3 | Externe Audits..... | 18 |
| 8.3.1 | Hinweise aus dem externen Audit | 19 |
| 9 | Verbesserung..... | 31 |

| | |
|---|----|
| Anlage 1 Darstellung Cancer Center Wolfsburg | 34 |
| Anlage 2 Darstellung interessierte Parteien..... | 35 |
| Anlage 3 Entwicklung Fallzahlen Cancer Center Wolfsburg | 38 |
| Anlage 4 Kommunikationsmatrix Cancer Center Wolfsburg | 39 |

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Organisatorische Funktionen Cancer Center Wolfsburg 8

Abbildung 2 Gesamtbewertung Patientenbefragung Klinikum 16

Abbildung 3 Rückmeldung Patient*innenbefragung Cancer Center Wolfsburg 17

Abbildung 4 Rückmeldung Patient*innenbefragung Radioonkologie..... 18

Abbildung 5 Darstellung interessierte Parteien Cancer Center Wolfsburg 36

Abbildung 6 Entwicklung Fallzahlen Cancer Center Wolfsburg..... 38

1 Allgemeine Information und Hinweise

Das externe Audit zur Überprüfung des QM-Systems und nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft wurde am 26.03.2025 und 27.03.2025 erfolgreich durchgeführt. Am 09.03.2026 gab die Lenkungsgruppe des Cancer Centers Wolfsburg (CCWob die Managementbewertung frei.

2 Handhabung der Managementbewertung

Die vorliegende Managementbewertung ist an die ISO 9001:2015 inhaltlich angepasst. Innerhalb der Managementbewertung sind [Querverweise \(STRG+ Klick\)](#) aufgeführt. Das bedeutet, dass hier beispielsweise Verlinkungen zu den Anhängen oder auch zur Homepage existieren. Die Bewertung ist überwiegend in tabellarischer Form dargestellt, um die Managementbewertung möglichst übersichtlich und kurz darzustellen.

3 Kontext der Organisation

3.1 Verstehen der Organisation und ihres Kontextes

Das Klinikum Wolfsburg vereint alle diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen zur Versorgung von onkologischen Patient*innen unter dem Dach des Cancer Centers Wolfsburg (siehe Anlage 1 Darstellung Cancer Center Wolfsburg). Damit bietet das Cancer Center Wolfsburg den Patient*innen die notwendige Unterstützung an. Das Ziel des Cancer Centers Wolfsburg ist es, die Versorgungs- und Organisationsstrukturen für onkologisch erkrankte Patient*innen im Einzugsgebiet Wolfsburg und Umgebung kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern (siehe Anlage 3 Entwicklung Fallzahlen Cancer Center Wolfsburg).

Das Klinikum Wolfsburg wird als kommunales Haus durch gesetzliche Vorgaben in seiner finanziellen Gestaltungsmöglichkeit eingeschränkt. Unter anderem durch die Bildung von Einkaufsgemeinschaften und Kooperationen mit regionalen öffentlichen Häusern soll die Wirtschaftlichkeit verbessert werden. Die Abwanderung von Pflegekräften und Ärzt*innen, Nachbeschaffung von medizintechnischen Geräten, etc. sind jedoch Themen, die sich unmittelbar auf die (Dienst)-Leistung des Klinikums und damit auch auf den Betrieb des Cancer Centers Wolfsburg auswirken. Hier sind nicht-kommunaler Träger ggf. durch flexiblere Handlungsmöglichkeiten im Vorteil.

3.2 Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien

Der Mensch wird im Cancer Center Wolfsburg in den Mittelpunkt gestellt. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Krebsbetroffenen ist die Kernaufgabe. Neben der medizinischen Versorgung soll die Lebensqualität der Patient*innen erhalten bzw. verbessert werden. Das Cancer Center Wolfsburg kann durch die enge Vernetzung ein sektorenübergreifendes multiprofessionelles Angebot machen, das einem zeitgemäßen klinischen und wissenschaftlichen Stand entspricht. Das aufgebaute Netzwerk reicht über die stationären Grenzen in den ambulanten Sektor hinein. In der Zusammenarbeit unter anderem mit Selbsthilfegruppen, Rehabilitationseinrichtungen und der Psychoonkologie kann daher auf die speziellen Bedürfnisse der Patient*innen besser eingegangen werden.

Um die bestmögliche Versorgung für Patient*innen anbieten zu können, werden kontinuierlich Mitarbeitende qualifiziert. Jedoch ist nicht nur die Qualifikation der Mitarbeitenden wichtig, sondern auch die Zufriedenheit dieser. Beispielsweise werden gezieltes Coaching, Deeskalationstraining oder Entspannungstechniken angeboten.

Um die bestmögliche Versorgung für Patient*innen zu erreichen, ist das Cancer Center Wolfsburg an Meinungen von Einweisenden, Patient*innen und Kooperationspartner*innen interessiert. Daher werden z.B. Befragungen durchgeführt oder das persönliche Gespräch gesucht. Beispielsweise informiert das Cancer Center Wolfsburg regelmäßig zusammen mit der Volkshochschule Wolfsburg im Rahmen der Gesundheitsakademie über aktuelle Krebs-Themen.

Das Cancer Center Wolfsburg prüft unter Berücksichtigung der Notwendigkeit innerhalb der Lenkungsgruppe Cancer Center die notwendigen Ressourcen, so dass die wirtschaftlichen Interessen des Klinikums Wolfsburg gewahrt bleiben.

Siehe Anlage 2 [Darstellung interessierte Parteien](#).

| K/ P/ S ¹ | Ziel | Maßnahme/ Information | Verantwortung | Status Ziel | Plan-Ziel |
|----------------------|---|---|---|--------------------------|----------------|
| S | Erweiterung Cancer Center Wolfsburg - Verbesserung des Angebotes in der Versorgung von Krebspatient*innen | Outreach-Partner*innen des Comprehensive Cancer Center Niedersachsen (CCC Nds.) | Lenkungsgruppe CCWob | kontinuierlich | kontinuierlich |
| K | Unterstützung von Patient*innen/ Verbesserung der Lebensqualität | Durchführung von vier Kosmetikseminaren | Onkologische Fachpflegekraft Fr. Gottker/ DKMS | seit 2022 kontinuierlich | 1x/ Quartal |
| K | Unterstützung von Patient*innen/ Verbesserung der Lebensqualität | Alle 14-Tage Angebot einer Spielerunde | Selbsthilfegruppe Krebsbetroffener Frauen: Fr. Schoppmeier / Stationsleitungen / QM | kontinuierlich | Seit 2025 |
| K | Unterstützung von Patient*innen/ Verbesserung der Lebensqualität | Einmal im Monat Angebot Beratungsstunden | Selbsthilfegruppe Wolfsburg hilft e.V.; Fr. Neumann-Wollenhaupt / Stationsleitungen/ QM | kontinuierlich | Seit 2025 |

¹ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

| K/ P/ S ¹ | Ziel | Maßnahme/ Information | Verantwortung | Status Ziel | Plan-Ziel |
|----------------------|---|--|------------------------------|----------------|-----------|
| S | Einführung der robotischen Chirurgie (federführend URO) | Etablierung der GYN und ACH in die laufenden Prozesse | Hr. Prof. Dr. med. F. Fuller | kontinuierlich | Seit 2026 |
| S | Ausweitung der ASV für das HAEZ | Etablierung des HAEZ in die ASV | Hr. Dr. med. S. Neumann | umgesetzt | Seit 2024 |
| P | Einführung von ChemoCompile | Unterstützung bei der effizienten Planung von Chemotherapien | Fr. U. Weber | umgesetzt | Seit 2025 |
| P | Neugestaltung und Vereinheitlichung der Tumorkonferenzen-Anmeldung über Orbis | Wöchentlicher Rhythmus | Alle Zentrumsleitungen | laufend | Seit 2025 |
| K | Kooperation mit der Prostata-Krebshilfegruppe Braunschweig | Erweiterung der unterstützenden Selbsthilfegruppen für Patient*innen | Hr. Prof. Dr. med. F. Fuller | Planung | laufend |

3.3 Festlegung des Anwendungsbereiches des Qualitätsmanagementsystems

Die auf den Bewertungszeitraum 2025 bezogene Managementbewertung ist gültig für

- das Brustzentrum und das Gynäkologisches Krebszentrum sowie die Dysplasie-Einheit
- das Prostatazentrum
- das Viszeralonkologische Zentrum (Darm- und Pankreaszentrum)
- das Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- das Onkologische Zentrum.

3.4 Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse

Die Dienstanweisung *Dokumentierte Information* ist vorhanden. Die Verfahrensanweisung *Erstellung und Lenkung von Vorgabedokumenten* ist für das Gesamtklinikum und damit im Cancer Center Wolfsburg gültig. Durch die zwölfmal im Jahr stattfindenden Lenkungsgruppen des Cancer Centers Wolfsburg wird die Überprüfung und Erweiterung des Qualitätsmanagementsystems überprüft. Die aktuellen Kennzahlen der einzelnen Organkrebszentren und Schwerpunkte finden sich in den jeweiligen Erhebungsbögen bzw. Datenblättern.

4 Führung

4.1 Führung und Verpflichtung

Für das Klinikum Wolfsburg bzw. für die einzelnen Abteilungen/ Kliniken wird jeweils ein *Masterplan* aufgestellt. Dieser enthält Ziele, die zu den Bereichen Kund*innenzufriedenheit, Prozessoptimierung, Mitarbeiter*innenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit für das Gesamthaus bzw. für die

einzelne Klinik formuliert sind. Diese werden unterjährig in Gesprächsrunden thematisiert und jeweils einmal im Jahr in einer Klausurtagung verabschiedet. Der letzte Masterplan wurde im Dezember 2021 vom Direktorium freigegeben. Des Weiteren wurde im Sommer 2022 eine Medizin-Strategie unter der Federführung der Medizinischen Direktorin erstellt, die in weiteren Workshops im April 2023, Juni 2024 und März 2025 unter Berücksichtigung der Aspekte der Krankenhausreform weiterentwickelt wurde. Der Masterplan und die Medizin-Strategie haben Vorgabewert für das Cancer Center Wolfsburg. Der Strategie-Workshop fand im März 2025 statt. Der nächste Strategie-Workshop ist für März 2026 geplant.

4.2 Politik

Die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich des Qualitätsmanagements werden vom Klinikum sowie vom Cancer Center Wolfsburg erfüllt. Das Cancer Center Wolfsburg ist mit dem etablierten und zertifizierten Qualitätsmanagementsystem zufrieden und bleibt bei der ISO 9001:2015 sowie den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft. Ebenso wird die ÖNorm ISO 31000/ ONR 49000-49003 zugrunde gelegt.

| K/ P/ S ² | Ziel | Maßnahme/ Information | Verantwortung | Ziel | Status Ziel | Plan-Ziel |
|----------------------|--|--|---------------------------|------------------------------|-------------|-----------|
| K | Ausbau Netzwerk CCWob/ Information und Darstellung des Anliegens des CCWob | Konzept Vermarktung CCWob ³ | LG CCWob/ IT, Hr. E-ckert | Steigerung der Patientenzahl | laufend | laufend |

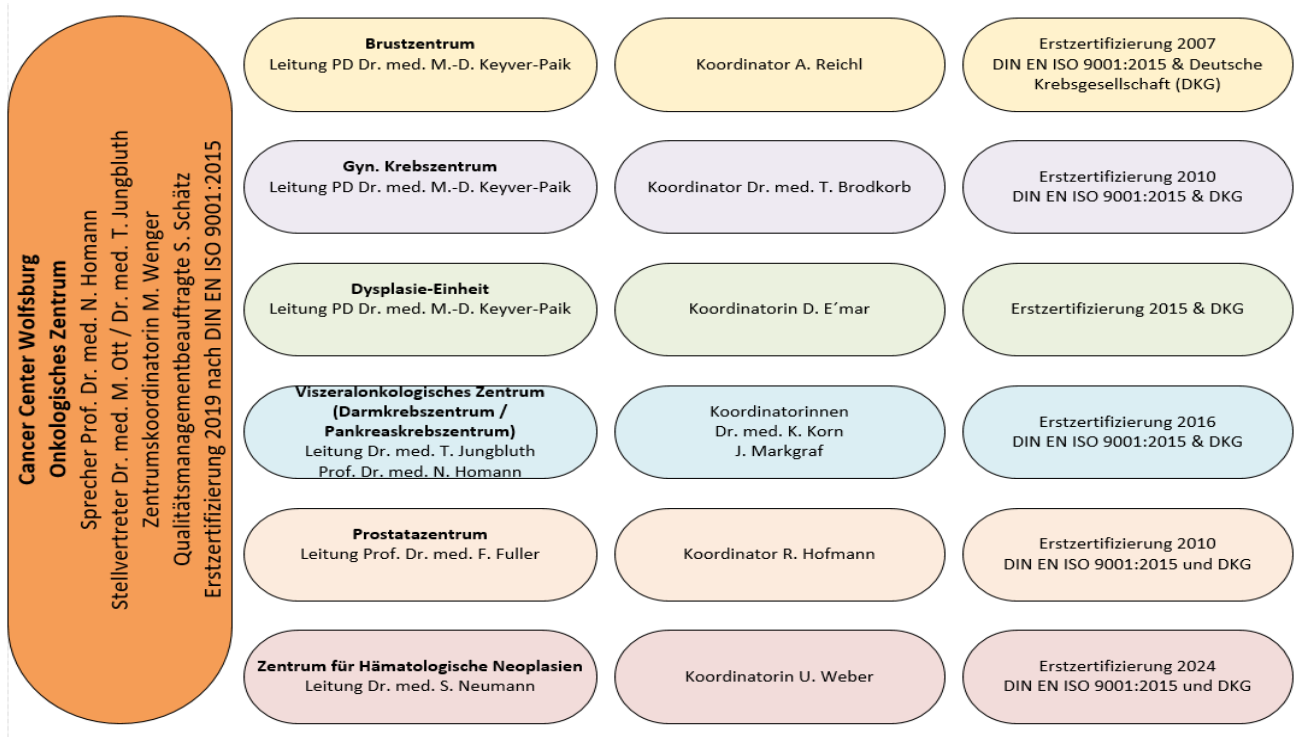
In der Geschäftsordnung des Cancer Centers Wolfsburg sind die Ziele Patientenorientierung und Weiterentwicklung der Versorgungs- und Organisationstruktur verankert. Die Qualitätspolitik und/ bzw. -ziele in Form des Leitbilds der Zentren sind im jeweiligen Handbuch dargestellt und weiterhin gültig. Innerhalb der Lenkungsgruppen des Cancer Centers werden Politik und Ziele regelmäßig thematisiert, geprüft und ggf. angepasst.

² K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

³ Siehe 81. Sitzung des Klinikdirektoriums am 24.1.2019 und 6.2.2019 Namensgebung Cancer Center

4.3 Rollen, Verantwortlichkeiten & Befugnisse

Abbildung 1 Organisatorische Funktionen Cancer Center Wolfsburg



5 Planung

5.1 Risikomanagement

| K/ P/ S ⁴ | Ziel | Maßnahme/ Information | Verantwortung | Ziel | Status Ziel | Plan-Ziel |
|----------------------|--|---|--|----------------|--|-------------------------|
| P/ K | Erfassung von Chancen und Risiken zur Verbesserung der Patient*innenversorgung | MM-Konferenzen im Rahmen der Vorgaben Nds. Krankenhausgesetz | Chefarzt-runde/ PDL/ Fr. Wenger | monatlich | laufend | Monatlich, lt. Zeitplan |
| P/ K | Erfassung von Chancen und Risiken zur Verbesserung der Patient*innenversorgung | Durchführung drei interdisziplinären MM-Konferenzen des Cancer Centers Wolfsburg | LG CCWob/ Hr. Dr. med. Neumann/ Fr. Wenger | laufend | Umgesetzt 11.02.25, 13.05.25, 12.08.25, 16.12.25 | 3x/ Jahr |
| P/ K | Erhöhung der Sicherheit von Patient*innen | Erstellung VerA inkl. Risikobewertung Patient*innenpfad primäres Pankreaskarzinom | Fr. Dr. med. Korn/ Fr. Markgraf/ CCWob | In Bearbeitung | | 2026 |

⁴ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

5.2 Qualitätsziele & Planung zu deren Erreichung, Planung von Änderungen

Durch die zwölfmal im Jahr stattfindenden Sitzungen der Lenkungsgruppen des Cancer Centers Wolfsburg werden die Ziele regelmäßig überprüft. Im ersten Quartal eines jeden Jahres wird die Managementbewertung final abgestimmt und freigegeben.

6 Unterstützung

6.1 Ressourcen

Viszeralonkologisches Zentrum (Darmzentrum/ Pankreaszentrum)

Frau Dr. med. Katharina Korn ist die Zentrumskoordinatorin. Frau Janine Markgraf übernimmt die Stellvertretung.

Qualitätsmanagement (QM)

Frau Melina Wenger ist seit Juli 2024 die Leitung der Abteilung Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung / klinisches Risikomanagement / CancerCenter (QM/QS/KRM/CC). Seit Mai 2024 wird sie unterstützt durch die Koordinatorin Frau Sarina Schätz und seit Juli 2024 unterstützt Frau Karina Neubauer das Team. Seit September 2025 unterstützt Frau Scheunemann als neue Koordinatorin das Team.

Studienassistenz

Im Sommer 2024 hat Frau Amni Djaziri das Haus verlassen. Seitdem übernimmt Frau Jeanette Wertmann die Studienassistenz für das Viszeralonkologische Zentrum sowie für das Zentrum für Hämatologische Neoplasien. Ab März 2025 wird sie von Frau Valeria Hofmann unterstützt. Frau Ina Einhorn ist die Studienassistenz für das Gynäkologische Krebszentrum und das Brustzentrum. Die Studien des Prostatazentrums werden von Frau Caterina Piscitello unterstützt.

Tumordokumentation

Das Cancer Center verfügt über 7 Tumordokumentarinnen (Ramona Rinke, Marion Schauer, Claudia Gensel, Katrin Pottrick ehem. Burzynski, Regina Weinert, Isabella Isensee, Kathrin Rick-Scheel), die sich jeweils auf bestimmte Entitäten spezialisiert haben.

Pflege

Die onkologische Fachweiterbildung wird alle 2 Jahre angeboten. Seit dem 01.10.2023 ist Duygu Senkaya als onkologische Fachkraft auf der G3b eingesetzt.

Onkologische Fachkräfte: Comasia Raguso, Katharina Eberding, Olga Niedens, Sandra Gott-erke sowie Daniela Kuschewski (PÄD), Karola Lehmann-Kustos (PÄD) und Meike Lo-Re (PÄD) Frau Jil Kaszak (geb. Kamrath) wird ab voraussichtlich 2028 wieder ihre Tätigkeit aufnehmen, sie befindet sich derzeit in Elternzeit.

Die im April 2024 begonnene onkologische Fachweiterbildung wird von Oussama Yaccub und Marie Sandmann voraussichtlich im Mai 2026 abgeschlossen werden. Im April 2026 beginnt Jana Spoelder mit der Fachweiterbildung. Dorothea Lenz absolviert seit April 2025 die pädiatrische onkologische Fachweiterbildung.

Öffentlichkeitsarbeit/ Unternehmenskommunikation

| K/ P/ S ⁵ | Ziel | Maßnahme/ Information | Verantwortung | Ziel | Status Ziel | Plan-Ziel |
|----------------------|---|--|--------------------|------|-------------|-----------|
| P | Verbesserung der Erreichbarkeit von Patient*innen | zusätzliche Mitarbeiterin für SocialMedia (Gesamthaus) | STAKOM Herr Eckert | 2025 | umgesetzt | 2025 |

| Monat | Datum | Tag | Aufgabe / Beitrag / Thema | Klinikum / Klinik / Center 1 | Klinikum / Klinik / Center 2 |
|-------|-------|-----|---|------------------------------|------------------------------|
| JAN | 13 | Mo | MM / SM: Zertifizierungen Cancer Center / Zentrum für Hämatologische Neoplasien | Cancer Center | Hämatologie |
| JAN | 14 | Di | IA: Patientenforum zum Weltkrebstag | Cancer Center | |
| JAN | 16 | Do | SM: Veranstaltung: Patientenforum zum Weltkrebstag | Cancer Center | |
| JAN | 20 | Mo | SM: Spende Grizzlys an Brustzentrum | Cancer Center | Frauenklinik |
| JAN | 24 | Fr | Anzeige: Patientenforum Cancer Center / regionalheute | Cancer Center | |
| JAN | 27 | Fr | SM: Weltkrebstag Patientenforum Cancer Center | Cancer Center | |
| JAN | 27 | Mo | MM: Patientenforum zum Weltkrebstag Cancer Center | Cancer Center | |
| FEB | 1 | Sa | Anzeigen: Patientenforum Cancer Center WN und Hallo Wochenende | Cancer Center | |
| FEB | 4 | Di | Vortrag: Patientenforum zum Weltkrebstag, Klinikum | Cancer Center | |
| MRZ | 11 | Di | SM: Hoffnung ist schön - Kosmetikseminar für Krebspatienten | Cancer Center | Frauenklinik |
| MAI | 15 | Do | IA: Vortrag WOB GA: CC- Chemo-, Immun-, Strahlentherapie und ihre Nebenwirkungen | Cancer Center | Strahlentherapie |
| MAI | 21 | Mi | SM: Vortrag WOB GA: CC- Chemo-, Immun-, Strahlentherapie und ihre Nebenwirkungen als Veranstaltung | Cancer Center | Strahlentherapie |
| MAI | 26 | Mo | SM: Ankündigung Vortrag WOB GA: CC- Chemo-, Immun-, Strahlentherapie und ihre Nebenwirkungen | Cancer Center | Strahlentherapie |
| MAI | 27 | Di | SM: Ad Vortrag WOB GA: CC- Chemo-, Immun-, Strahlentherapie und ihre Nebenwirkungen | Cancer Center | Strahlentherapie |
| JUN | 2 | Mo | MM Ankündigung Vortrag WOB GA: CC- Chemo-, Immun-, Strahlentherapie und ihre Nebenwirkungen | Cancer Center | Strahlentherapie |
| JUN | 4 | Mi | regionalheute.de-Anzeige Vortrag WOB GA: CC- Chemo-, Immun-, Strahlentherapie und ihre Nebenwirkungen | Cancer Center | Strahlentherapie |
| JUN | 5 | Do | WAZ-/Hallo Wochenende: Anzeige Vortrag WOB GA: CC- Chemo-, Immun-, Strahlentherapie und ihre Nebenwirkungen | Cancer Center | Strahlentherapie |
| JUN | 6 | Fr | WN-Anzeige Vortrag WOB GA: CC- Chemo-, Immun-, Strahlentherapie und ihre Nebenwirkungen | Cancer Center | Strahlentherapie |
| JUN | 8 | So | SM: Story Reminder Vortrag WOB GA - Chemotherapien | Cancer Center | Strahlentherapie |
| JUN | 11 | Mi | Vortrag WOB GA - Chemotherapien | Cancer Center | Strahlentherapie |
| JUN | 17 | Di | MM Iso-Zertifizierung Cancer Center | Cancer Center | |
| JUL | 2 | Mi | Podcast Brustkrebs/Breast Nurse (inkl. SM-Post) | Cancer Center | Frauenklinik |

MM Medieninfo SM Social Media IA: Interne Ankündigung WN Wolfsburger Nachrichten WAZ Wolfsburger Allgemeine Zeitung WOB GA – Wolfsburger Gesundheitsakademie

Die Öffentlichkeitsarbeit / Unternehmenskommunikation wurde entsprechend der Übersicht 2025 erfolgreich umgesetzt.

6.2 Kompetenzen

| 61 Fachärzt*innen | davon mit Zusatzweiterbildung/ -bezeichnung/ Zulassung |
|-------------------|--|
| 10 Innere Medizin | 5 Gebietsanerkennung für Gastroenterologie/ Stoffwechselerkrankungen |
| | 4 Hämatologie & Onkologie |
| | 5 Palliativmedizin |
| | 2 Notfallmedizin |
| | 1 Ernährungsmedizin |
| | 1 Genetische Beratung (fachgebunden) |
| | 1 Koordinatorin für Ethikberatung im Gesundheitswesen |
| | 8 Viszeralchirurgie/ 3 spezielle Viszeralchirurgie |

⁵ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

| 61 Fachärzt*innen | davon mit Zusatzweiterbildung/ -bezeichnung/ Zulassung |
|------------------------------------|--|
| 8 Allgemein- und Viszeralchirurgie | 1 Genetische Beratung (fachgebunden) |
| | 1 Gefäßchirurgie |
| 3 Pathologie | |
| 7 Radiologie | |
| 4 Strahlentherapie | 3 Palliativmedizin |
| 13 Frauenheilkunde | 3 Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie |
| | 1 Schwerpunkt medikamentöse Tumortherapie |
| | 3 Genetische Beratung (fachgebunden) |
| | 1 Palliativmedizin |
| 9 Urologie | 3 spezielle urologische Chirurgie |
| | 3 spezielle medikamentöse Tumortherapie |
| | 2 fachspezifisches Röntgen |
| | 4 Genetische Beratung (fachgebunden) |
| | 1 Palliativmedizin |
| 1 Nuklearmedizin | 1 Fachärztin für Nuklearmedizin |

(Fortbildungs-) Veranstaltung Cancer Center Wolfsburg

Am 28.06.2025 fand zusammen mit dem Cancer Center Braunschweig eine Veranstaltung zu den Highlights des Amerikanischen Krebskongresses in Braunschweig statt. Eingeladen wurden niedergelassene Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen, Kooperationspartner*innen und Interessierte. Das Programm umfasste Vorträge zu den einzelnen Entitäten und bot viele Möglichkeiten zum kollegialen Austausch.

Am 18.06.2025 und 03.12.2025 fand der Qualitätszirkel im Rahmen der Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) unter der Leitung von Herrn Dr. med. Marcel Ott statt. Die Prozesse des ASV sowie neue Kooperationspartner wurden vorgestellt.

Am Zentrum finden regelmäßig Fortbildungen statt.

| Zentrum | Fortbildung | Anzahl | Teilnehmerkreis | Status |
|--|---------------------------------|---------------|--------------------------------------|---|
| Gynäkologisches Krebszentrum/ Brustzentrum | Wolfsburger Tag der Gynäkologie | jährlich 1 | Klinikum, Niedergelassene Ärzt*innen | Umgesetzt Der 12. Wolfsburger Tag der Gynäkologie ist erfolgt am 29.03.2025. Folgetermin ist der 18.04.2026. |
| Gynäkologisches Krebszentrum/ Brustzentrum | 20. Jahrestagung | jährlich 1 | Klinikum, Niedergelassene Ärzt*innen | Ab 2025 werden die Veranstaltungen des Brust- und Gyn. Krebszentrums zusammengelegt. Der erste kombinierte Termin fand am 18.01.2025 statt. Die nächste Veranstaltung ist am 11.04.2026 |
| Gynäkologisches Krebszentrum/ Brustzentrum | Qualitätszirkel | jährlich 4 | Klinikum, Kooperationspartner*innen | 27.01.2025, 17.03.2025, 25.08.2025, 20.10.2025 |

| Zentrum | Fortbildung | Anzahl | Teilnehmerkreis | Status |
|---|----------------------------------|---------------|--|---|
| Prostatazentrum | Qualitätszirkel | jährlich 4 | Klinikum, Kooperationspartner*innen | 09.04.2025; 11.06.2025; 18.06.2025; |
| Viszeralonkologisches Zentrum | Qualitätszirkel | jährlich 4 | Klinikum, Kooperationspartner*innen | Qualitätszirkel fanden im Jahr 2025 statt; am 18.03.25, 24.06.25, 09.09.25 und 02.12.25 |
| Zentrum für Hämatologische Neoplasien | Qualitätszirkel | jährlich 4 | Klinikum, Kooperationspartner*innen | |
| Cancer Center Wolfsburg zusammen mit dem Cancer Center Braunschweig | Neues vom ASCO/ Chicago | jährlich 1 | Klinikum Wolfsburg, Klinikum Braunschweig, Kooperationspartner, Niedergelassene Ärzt*innen | Umgesetzt (28.06.2025). |
| Cancer Center Wolfsburg | ASV-Update (Hybridveranstaltung) | jährlich 2 | Klinikum, Kooperationspartner*innen | Umgesetzt (18.06.2025, 03.12.2025) |

| K/ P/ S ⁶ | Ziel | Maßnahme/ Information | Verantwortung | Ziel | Status Ziel | Plan-Ziel |
|----------------------|--|---|--|--------------------------------|--|-----------------|
| K/ P | Aufrechterhaltung der Kompetenz zur Durchführung von Studien | Durchführung Grund- & Auffrischkurs nach Arzneimittelgesetz für das gesamte Klinikum & Kooperationspartner*innen | Fr. Wertmann, alle Ärzte | laufend | Online vom 10.2023 – 12.2023 | alle drei Jahre |
| K/ P | Aufrechterhaltung der Kompetenz zur Durchführung von Studien | MPDG-Kurse | Fr. Wertmann; PI | laufend | März 2024 | alle drei Jahre |
| K/ P | Versorgung von Patienten/ Kompetenz von Mitarbeitenden | Aktualisierung der Kooperation mit Konsortium hereditäres Mamma- & Ovarialkarzinom, Qualifizierung von 2 Mitarbeitenden für das Curriculum VDEK-Vertrag | Fr. PD Dr. med. Keyver-Paik/ Brustzentrum, Gyn. Krebszentrum | Intensivierung der Kooperation | Vertrag ist zum 01.01.2025 aktualisiert worden | |

⁶ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

Veranstaltungen für Betroffene und Interessierte

Es finden regelmäßig Informationsveranstaltungen für Pat. und/oder Interessierte statt, auch in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Seit September 2023 bis Ende 2024 fand monatlich ein „Onko-Treff“ für Betroffene im Klinikum statt und wurde durch die onkologische Fachpflege organisiert. Aufgrund abweichender Interessen der Patient*innen wird der Onko-Treff seit 2025 durch Besuche der onkologischen Fachpflege in den Selbsthilfegruppen ersetzt. Die Kosmetikseminare der DKMS finden seit 2024 wieder als Präsenzveranstaltung statt.

Als weiteres Angebot der Information von Betroffenen und Interessierten wurden mehrere Gesundheitspodcasts ([Unsere Gesundheitspodcasts » Klinikum Wolfsburg](#)) verfasst (02.07.2025 - Brustkrebs: Hilfe und Orientierung für betroffene Frauen).

Am 04.02.2025 fand anlässlich des Weltkrebstag ein Patientenforum statt.

Darüber hinaus wurde am 05.02.2025 eine Podiumsdiskussion mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt.

Ein Tag der offenen Tür ist für den 07.02.2026 geplant.

6.3 Bewusstsein

| K/ S ⁷ | P/ Ziel | Maßnahme/ Information | Verantwortung | Ziel | Status Ziel | Plan-Ziel |
|-------------------|--|--|--|---------|-------------------------|-----------|
| P/ S | Kenntnis und Bewusstsein der am Cancer Center beteiligten Partner*innen hinsichtlich Qualitätspolitik & -Ziele | Teilnahme 12x jährlich an Lenkungsgruppe CCWob | Hr. Prof. Dr. med. Homann/ Hr. Dr. med. Ott / Hr. Dr. med. Jungbluth/ Fr. Wenger | laufend | umgesetzt, 12 Sitzungen | laufend |

6.4 Kommunikation

In der Geschäftsordnung des Cancer Centers Wolfsburg ist festgelegt, welche Aufgaben der Sprecher und die Stellvertreter innehaben. Hierzu gehört unter anderem die Kommunikation innerhalb und außerhalb des Klinikums.

| K/ S ⁸ | P/ Ziel | Maßnahme/ Information | Verantwortung | Ziel | Status Ziel | Plan-Ziel |
|-------------------|---|--|---|---------|-------------|-----------|
| P/ S | Sicherstellung gleicher Informationsstand | Teilnahme 12x jährlich an Lenkungsgruppe CCWob | Hr. Prof. Dr. med. Homann/ Hr. Dr. med. Ott/ Hr. Dr. med. Jungbluth/ Fr. Wenger | laufend | umgesetzt | laufend |

⁷ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

⁸ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

Siehe [Anlage 4 Kommunikationsmatrix Cancer Center Wolfsburg](#).

6.5 Dokumentierte Information

| K/ P/ S ⁹ | Ziel | Maßnahme/ Information | Verant-wortung | Ziel | Status Ziel | Plan-Ziel |
|----------------------|--|--|--------------------------|---------|--------------|-----------|
| P | Sicherstellung, dass aktuelle Dokumente & Informationen zeitnah zur Verfügung stehen | Einführung Dokumentenmanagementsystem | Fr. Wenger | 2026 | In Umsetzung | offen |
| S/ P | Erfüllung der Vorgabe zur Meldung an das Klinische Krebsregister Niedersachsen (KKN) | Einbindung MVZ Wolfsburg/ amO in Form Kooperationsvertrag „kooperierenden Einrichtung“ | LG CCWob/ KKN | laufend | umgesetzt | laufend |
| P | Sicherstellung, dass aktuelle Dokumente & Informationen zeitnah zur Verfügung stehen | Modulerweiterung Lymphome / Leukämien in ODSe-asyNet | Fr. Wenger | 2025 | Umgesetzt | 2025 |
| S/P | Effiziente Planung, Verwaltung und Dokumentation von Chemotherapien | Einführung / Erweiterung ChemoCompile | Prof. Homann / Fr. Weber | 2026 | In Umsetzung | 2026 |

7 Betrieb, Ausstattung, Prozesse

7.1 Betriebliche Planung & Steuerung sowie Anforderungen und Entwicklung

| K/ P/ S ¹⁰ | Ziel | Maßnahme/ Information | Verant-wortung | Ziel | Status Ziel | Plan-Ziel |
|-----------------------|--|---|---------------------------|------|--------------|-----------|
| K / P | Unterstützung im Bereich Qualitätsmanagement | Aufstockung personelle Ressourcen im Bereich Qualitätsmanagement | MD Fr. PD Dr. med. Dahmen | 2025 | Umgesetzt | 2025 |
| P / S | KHVVG | Beantragung der relevanten Leistungsgruppen im Rahmen der Krankenhausreform zum Erhalt der Versorgungs-Ressourcen | MD Fr. PD Dr. med. Dahmen | | In Umsetzung | 2027 |

⁹ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

¹⁰ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

| | | | | | | |
|--------------|---|--|-------------|--|------------|--|
| P / S | Sicherstellung der Strukturen für unterschiedliche Fachbereiche | Planung eines Neubaus für den Zentral-OP | KD Hr. Koch | | In Planung | |
|--------------|---|--|-------------|--|------------|--|

7.2 Steuerung von extern bereit gestellten Prozessen, Dienstleistungen, etc.

| K/ P/ S ¹¹ | Ziel | Maßnahme/ Information | Verantwortung | Ziel | Status Ziel | Plan-Ziel |
|-----------------------|---|--|---------------|------|-------------|-----------|
| P | Sicherstellung einer adäquaten Versorgung von Patient*innen | Erstellung einer Matrix o.a. zur Bewertung extern bereit gestellter Prozesse | Team QM | -- | Offen | 2026 |
| | Schulung onkologischer Themen, um Wissen, praktische Fähigkeiten und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern | Zusätzliche Module in Bezug auf onkologische Themen im neuen Programm RELIAS | Team QM | -- | Offen | 2026 |

7.3 Produktion und Dienstleistungserbringung

| K/ P/ S ¹² | Ziel | Maßnahme/ Information | Verantwortung | Ziel | Status Ziel | Plan-Ziel |
|-----------------------|--|-------------------------------------|------------------------------|------|-------------|-----------|
| S/ P | Sicherstellung der lückenlosen Erfassung und Auswertung von Patientendaten (KKN) | Teilnahme an Do-kuLab Niedersachsen | Tumordokumentationsassistenz | - | umgesetzt | 2025 |

8 Bewertung der Leistungen

8.1 Überwachung, Messung, Analyse & Bewertung

Ein Maßnahmenplan für das Cancer Center wird geführt und regelmäßig ergänzt. Innerhalb der Lenkungsgruppen werden beispielsweise Kennzahlen und Themen aus den internen und externen Audits behandelt.

Patient*innenbefragung Gesamthaus

Die Auswertung für das Gesamthaus erfolgt über den Clinotel-Verbund. Die Ergebnisse für 2025 zeigen sich wie nachfolgend kurz dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein niedriger Wert besser ist.

¹¹ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

¹² K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

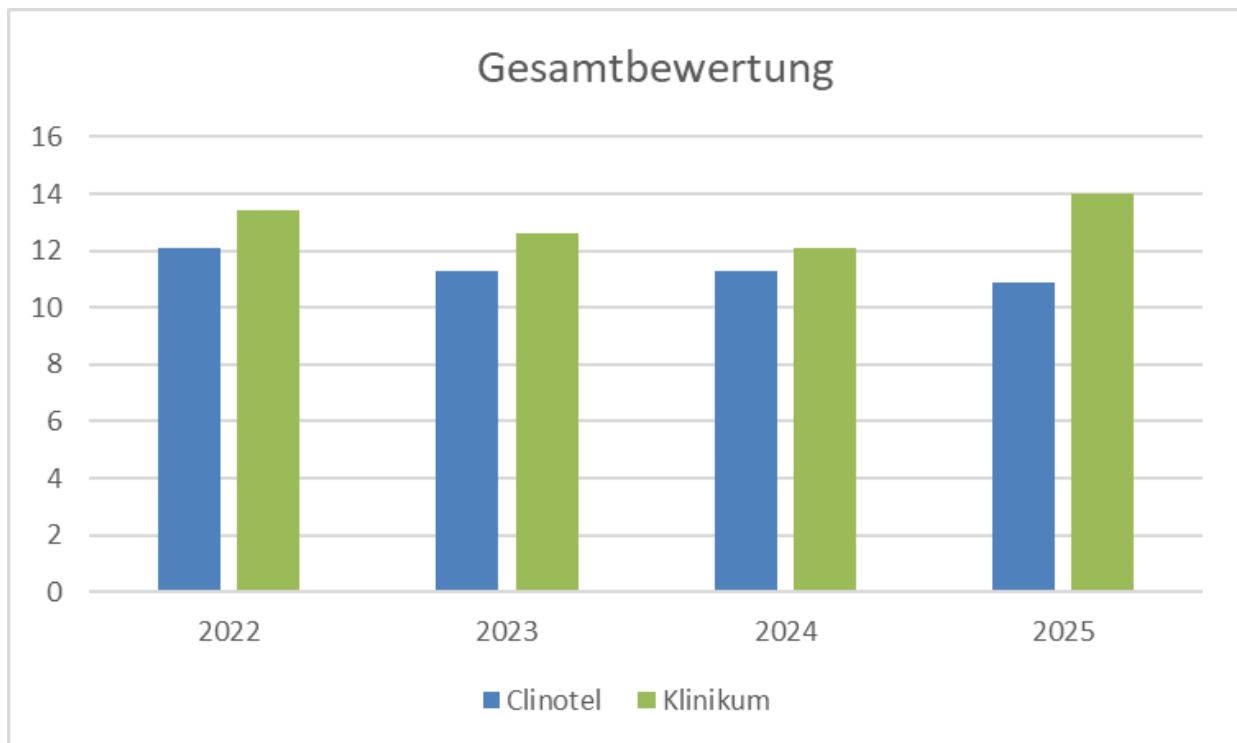


Abbildung 2 Gesamtbewertung Patientenbefragung Klinikum

Der Clinotel-Benchmark gibt an, dass das Klinikum Wolfsburg in der Gesamtbewertung etwas schlechter, als der Durchschnitt der Mitgliedskrankenhäuser ist. Die Gesamtbewertung setzt sich aus fünf Kategorien zusammen: Ärzt*innen, Pflege, Hotellerie, Schmerztherapie und Organisation. Die Kategorie *Pflege* wurde mit 9,7 bewertet. Der Benchmark liegt bei 8,0, sodass hier das Klinikum im äußeren Mittelfeld liegt. Die Kategorie *Ärzt*innen* (13,1) liegen hier im Mittelfeld (Benchmark 10,1), In der Kategorie *Hotellerie* schließt das Klinikum Wolfsburg mit 26,6 schlechter als der Benchmark mit 20,8 ab.

Patient*innenbefragung Organkrebszentren

Insgesamt haben 95 Patient*innen an der Befragung teilgenommen. Die Befragung wurde dieses Jahr als Pilotprojekt auf einen Monat reduziert. In diesen Monaten wurden durch die Zentrumskoordinatoren verantwortliche Mitarbeiter*innen benannt, die effektiv auf die Rückläufer geachtet haben. Die Rücklaufquote ist im Vergleich zu den Vorjahren für 2025 zufriedenstellend. Die spezielle Befragung beinhaltet beispielsweise die Bewertung der psychosozialen Unterstützung. Zudem werden Fragen hinsichtlich der durchgeführten Therapien gestellt. Insgesamt 79 % der Befragten gaben an, sich wieder im Zentrum behandeln zu lassen und würden das Zentrum auch weiterempfehlen. Die Befragten waren mit der Betreuung in den Zentren zufrieden. Es gab wenig Beanstandungen, die direkt den Zentren zugeordnet werden können.

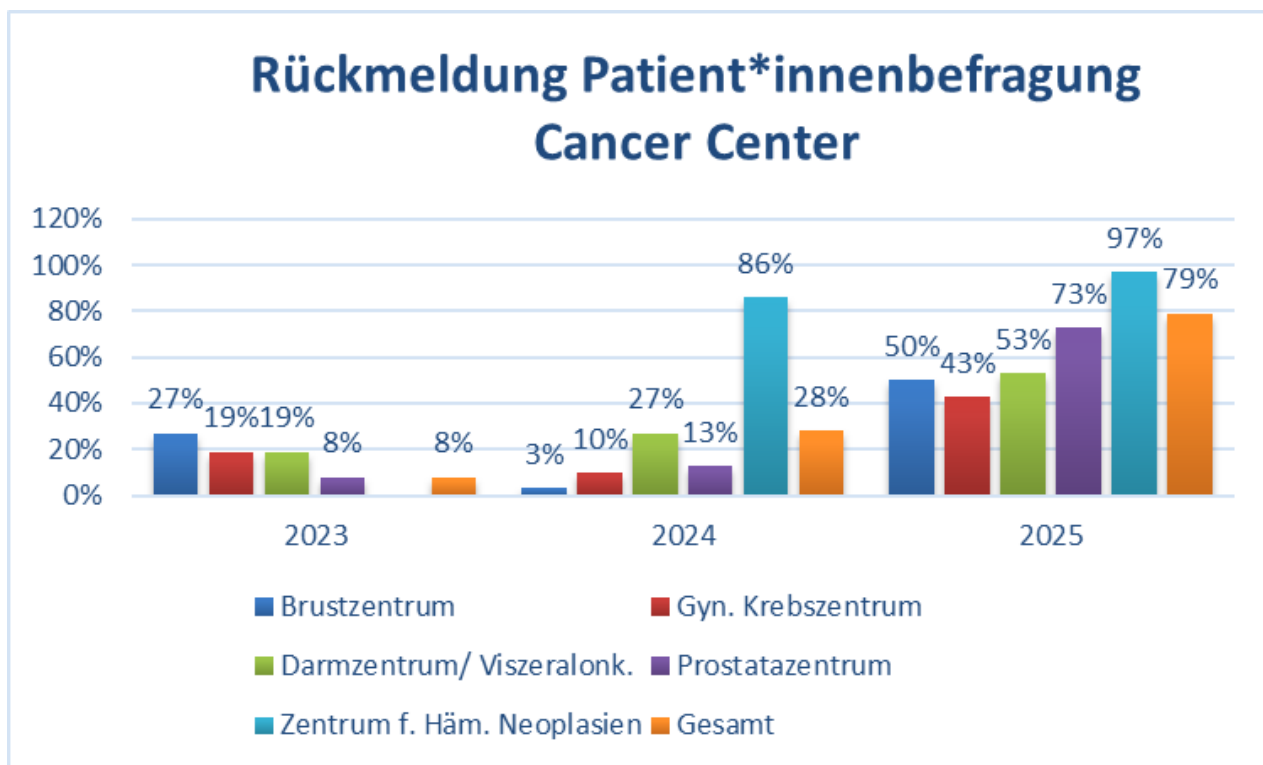


Abbildung 3 Rückmeldung Patient*innenbefragung Cancer Center Wolfsburg

Patientenbefragung Strahlentherapie

Für die Radioonkologie wird jährlich eine gesonderte Befragung der ambulante Patient*innen durchgeführt. Das Ergebnis der Befragung der radioonkologische Patient*innen (878 erfasste Bögen) ist, wie auch den Vorjahren, sehr gut ausgefallen. Die Befragten würden sich zu 96% wieder in der Radioonkologie behandeln lassen und diese auch Angehörigen / Freunden weiterempfehlen. Der nachstehenden Grafik kann entnommen werden, wie viel der im jeweiligen Organkrebszentrum behandelten Patient*innen eine Rückmeldung gaben.

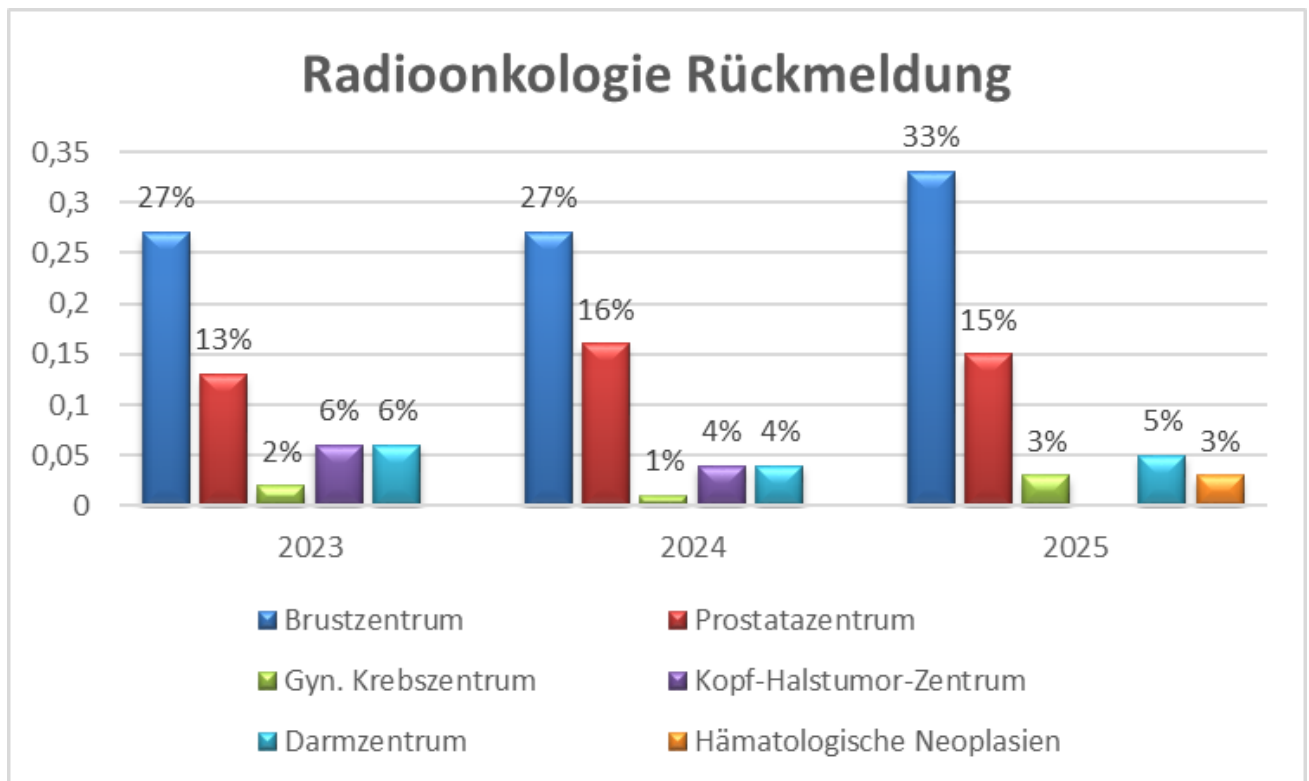


Abbildung 4 Rückmeldung Patient*innenbefragung Radioonkologie

Beschwerdemanagement

Im Jahr 2025 ging über das zentrale Beschwerdemanagement keine Beschwerde von onkologischen Patient*innen ein.

Ergebnisse der Befragung von Zuweisenden

Eine Zuweiser-Befragung wurde vom 16.12.2024 bis 31.01.2025 durchgeführt.

Wartezeitanalyse

Die Wartezeitanalysen befinden sich in den Erhebungsbögen der einzelnen Organkrebszentren und Schwerpunkte und können dort entnommen werden.

8.2 Interne Audits

Das Auditprogramm (3-Jahres-Programm 2024-2027) für die zertifizierten Bereiche wurde abgeschlossen.

Bei der Durchführung der internen Audits sind Aspekte aus den vorangegangenen Audits berücksichtigt worden. Für neue Feststellungen mit Verbesserungspotenzial wurden Maßnahmen abgeleitet und weiterverfolgt.

8.3 Externe Audits

Im Audit in 2025 wurde einerseits das Qualitätsmanagementsystem des Cancer Centers nach der DIN EN ISO 9001: 2015 auditiert, andererseits wurden die Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft von der Zertifizierungsgesellschaft OnkoZert überprüft.

Die Hinweise aus dem externen Audit wurden in der Lenkungsgruppe thematisiert. Es wurde pro Zentrum ein Maßnahmenplan (Excel-Tabelle) erstellt, dessen Bearbeitungsfortschritt monatlich überprüft wird und in die Managementbewertung miteinfließt.

8.3.1 Hinweise aus dem externen Audit

| Nr. | Normkapitel | Hinweis | Maßnahme |
|-----|-----------------------|--|---|
| 1 | 4.3 DIN ISO 9001:2015 | Der Geltungsbereich des CC-Centers könnte ergänzend im Organigramm dargestellt werden. | Umgesetzt |
| 2 | 5.3 DIN ISO 9001:2015 | Ein Anforderungsprofil für die Qualifikationsanforderung der QM Mitarbeitenden liegt bisher nicht vor. Die Vertretungsregelung in der Ernährungsberatung ist nur eingeschränkt sichergestellt. | Anforderungsprofil für das QM ist in Planung. In 2026 soll eine weitere Diätassistentin eingestellt werden. |
| 3 | 6.2 DIN ISO 9001:2015 | Prospektive Risiken und Chancen könnten strukturiert ermittelt werden. | Etablierung RM Team mit interdisziplinären Sitzungen, wöchentliche Besprechung ZNA/Innere, Interne internistische Fortbildung und Sensibilisierung für das RM am 23.10.25, Teilnahme an PJ Akademie zum Thema RM/QM |
| 4 | 7.1 DIN ISO 9001:2015 | Im Bereich der urologischen Funktionsdiagnostik ist ein Abfalleimer, trotz Reparaturmeldung; seit mehreren Wochen defekt. Für den Bereich Sozialdienst stehen keine Besprechungsräume zur Durchführung von Einzelberatungen zur Verfügung. | War inzwischen repariert worden, ist inzwischen wieder kaputt. In Bearbeitung |
| 5 | 7.2 DIN ISO 9001:2015 | Die Dokumentation der durchgeführten Einarbeitungen neuer Mitarbeitenden liegt für die MTR's in der Fachabteilung Radiologie nicht vor. Die besuchten Fortbildungen in der Fachabteilung für Gynäkologie sollten bewertet werden. Die Inhalte der Schulungen „Umgang mit Spil-Kit“ bzw. „Umgang mit Zytostatika“ sollten geprüft werden. | Einarbeitungskonzept wurde durch die Radiologie erstellt. Umsetzungsstand derzeit noch in Bearbeitung |

| Nr. | Normkapitel | Hinweis | Maßnahme |
|-----|-----------------------|---|---|
| 6 | 7.5 DIN ISO 9001:2015 | <p>Es sollte eine Datensicherung der ODSEasy-Daten im unmittelbaren Zugriff des CC-Centers durchgeführt werden.</p> <p>Die Dokumentenlenkung ist in Einzelfällen weiterhin sehr aufwendig. Die geplante Einführung eines Dokumentenlenkungssystems sollte forciert werden.</p> <p>Der Schnittstellenprozess zwischen der Pathologie und dem Cancer-Center ist bisher nicht beschrieben.</p> <p>Die in DECT-Telefonen hinterlegten Telefonnummern sollten auf Aktualität geprüft werden.</p> <p>Ein Standard zu Vorgehensweisen bei Überschreitung der Prüfung von elektrischen Betriebsmitteln konnte nicht gezeigt werden.</p> | <p>Es ist geplant ein Dokumentenlenkungssystem zu etablieren und befindet sich derzeit in Abstimmung.</p> |
| 7 | 8.5 DIN ISO 9001:2015 | <p>Die Patientensicherheitscheckliste (WOBSchel-Liste) ist nicht gelenkt.</p> <p>Die sonographische Bildübernahme ins KIS-System ist nicht vorhanden.</p> <p>Die Verabreichung der Chemotherapie sollte hinsichtlich der vollständigen Nachvollziehbarkeit geprüft werden (Bereich AMO).</p> <p>Das BTM-Management könnte hinsichtlich Verbesserungspotentialen geprüft werden. Zum Beispiel sollte der Umgang mit Zweitschlüsseln einheitlich geregelt werden.</p> | <p>Die Patientensicherheitscheckliste wurde aktualisiert und ist gelenkt</p> <p>Die Sonographiebilder können inzwischen übernommen werden.</p> <p>In 2025 sind zwei neue Verfahrensanweisungen zum Umgang mit BTM erstellt worden: Von Seiten der Apotheke und der Pflegedienstleitung.</p> |
| 8 | 9.1 DIN ISO 9001:2015 | <p>Eine Teilnahmequote der Mitarbeitenden an Pflichtschulungen wird derzeit nicht ermittelt.</p> | <p>Pflichtschulungen (Relias) werden kontinuierlich durchgeführt: Strahlenschutzunterweisungen + Fachkundeaktualisierung wurden erfüllt</p> |
| 9 | 9.2 DIN ISO 9001:2015 | <p>Die Auditierung von QM- und Führungsprozessen sollte in das Auditprogramm aufgenommen werden.</p> | <p>Die Umsetzung erfolgt im Frühjahr 2026</p> |

| Nr. | Normkapitel | Hinweis | Maßnahme |
|-----------|------------------------|--|---|
| | | Im Rahmen der Internen Audits könnten weitere Prozessrisiken ermittelt werden. | |
| 10 | 10.2 DIN ISO 9001:2015 | Die regelhafte Überprüfung von eingeleiteten Korrekturmaßnahmen aus Qualitätsgesprächen könnte auf der zugehörigen Tagesordnung festgelegt werden. | Die Gespräche finden regelmäßig statt. Der Teilnehmerkreis wurde erweitert um Leitender OA und Bereichs-leitungen |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|---|-------------------|--|--|
| 1.1 Struktur des Netzwerks | HAEZ | <ul style="list-style-type: none"> • Einführung eines Dokumentenlenkungssystems. • Beachtung der Vertragsbefristung mit der Olympia-Apotheke (Sicherstellung der Zytostatikaversorgung). | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentenlenkungssystem ist in Vorbereitung und wird 2026 angeschafft. • Vertragsbefristung wurde mit der Olympia Apotheke bereits verlängert |
| 1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit | PZ | Es sollte jährlich stichprobenartig geprüft werden, ob die Tumorkonferenzbeschlüsse auch umgesetzt worden sind. An den M&M-Konferenzen sollten auch andere Berufsgruppen teilnehmen können. | Erfolgt im Rahmen der Nachsorge durch die Dokumentationsassistenz. M&M-Konferenzen finden immer multidisziplinär statt |
| | OZ/HAEZ | <ul style="list-style-type: none"> • Real time Dokumentation des Votums in der Tumorkonferenz zur Erhöhung der Transparenz und Sicherheit. • Auswertung der Adhärenz an das Tumorkonferenzvotum/ Therapieabweichungen (stichprobenartig z.B. auf einen Monat beschränkt). • Erweiterung des Teilnehmerkreises der M&M-Konferenzen, bisher nur Chefarztebene und Leitungsebene des Onkologischen Zentrums. • Fachübergreifende Q-Zirkel mit einheitlichem | <ul style="list-style-type: none"> • Real time Dokumentation des Votums in der Tumorkonferenz zur Erhöhung der Transparenz und Sicherheit läuft • Auswertung der Adhärenz an das Tumorkonferenzvotum/ Therapieabweichungen (stichprobenartig z.B. auf einen Monat beschränkt) läuft • Erweiterung des Teilnehmerkreises der M&M-Konferenzen wurde erstmalig im Dezember 2025 für das Cancer Center veranstaltet. Die allgemeine |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|----------------|-------------------|--|--|
| | | <p>Protokoll unter Beachtung der Teilnahme aller eingeladenen Fachdisziplinen (Hauptkooperationspartner).</p> | <p>M&M-Konferenz für das Gesamthaus wird als Pilotprojekt für 2026 gestartet: Termine finden Halbjährlich statt mit zwei Möglichkeiten: Montag 8.15 – 9.00 Uhr und Dienstag 15.00 – 15.45 Uhr (an beiden Tagen wird das gleiche Thema besprochen, so dass mehrere Personenkreise die Möglichkeit haben zu erscheinen – entsprechend gibt es 4 Termine im Jahr)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fachübergreifende Q-Zirkel mit einheitlichem Protokoll unter Beachtung der Teilnahme aller eingeladenen Fachdisziplinen (Hauptkooperationspartner). |
| | VZ | <p>Bezüglich der M&M-Konferenzen sollte das Zentrum entweder komplizierte Fälle oder die Verläufe verstorbener Patienten besprechen. Ebenso sollte eine digitale Lösung für die Tumorkonferenz identifiziert werden (s. oben). Zudem erfolgt die Anmeldung von Pat. der Schwerpunktpraxis „Onkologisches Zentrum Wolfsburg-Helmstedt“ für die Tumorkonferenz weiterhin so, dass Pat. in ausgedruckter Papierform ans Klinikum übermittelt, wo sie dann in ein digitales Format überführt werden.</p> | Aktuell in Bearbeitung |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|--|-------------------|---|---|
| | BZ / GZ | <p>Weiterhin besteht eine redundante Erstellung von Tumordaten in ODSeasy und Arztbriefen in Orbis (KIS). Eine Umstellung der Prozesse sei aber in Arbeit.</p> <p>Wie bereits im Auditbericht 2024 erwähnt, sind die Konferenz-protokolle etwas überfrachtet mit Informationen (copy/paste) und dadurch als informativer Brief unübersichtlich für Einweiser. Ein weiterer Hinweis aus 2024 hinsichtlich der genaueren Angabe der empfohlenen Chemotherapieschemata wurde noch nicht umgesetzt. Zusätzlich sollte überlegt werden, die empfohlene Dauer einer adjuvanten endokrinen Therapie zu benennen. Die Anwesenheit der Psychoonkologie bei den Konferenzen sollte verbessert werden.</p> | <p>Ad 1/2 --> Der Prozess der Überarbeitung / Aktualisierung von Tumorprotokollen, Vermeidung von Redundanzen verläuft kontinuierlich.</p> <p>Ad 3: Der Hinweis basiert auf einer Stichprobe im Rahmen des Audits. Grundsätzlich werden empfohlene Therapieschemata dezidiert benannt. Ad 4: Grundsätzlich wird die Therapiedauer der adjuvanten endokrinen Therapie benannt. Im Rahmen prospektiver Tumorkonferenzen sollte hier nochmal ein Fokus gelegt werden.</p> <p>Ad5: Nach Vorgabe Erhebungsbogen ist die regelmässige Teilnahme der PsychoOnkologie an den Tumorkonferenzen nachzuweisen. Hier erfolgte ein Schreiben an die PsychoOnkologische Praxis Ehrenberg, sich regelmäßig, z. B. quartalsweise, auf den Tumorkonferenzen zu präsentieren und eine Rückmeldung über die Kooperation zu geben.</p> |
| 1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge | OZ | Überarbeitung des Einweiserfragebogens: kurzer Fragebogen mit präzisen Fragen empfohlen. | Findet wieder 2027 statt. Dann wird das Vorhaben umgesetzt |
| | PZ | Es sollte überlegt werden, ob bei der nächsten Befragung nur die Haupteinweiser persönlich angesprochen werden sollten. | Es wurden 2024/2025 die Haupteinweiser angesprochen. Künftig soll dies zusätzlich auch Telefonisch erfolgen. |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|----------------------------|-------------------|--|--|
| 1.4 Psychoonkologie | PZ | Es sollten Schulungen von Fachschwestern für das mittlere medizinische Personal zum Umgang mit den Distressbögen vorgenommen werden, um die im Erhebungsbogen geforderte Quote zu erreichen. | Über Onkofachkraft auf der G3B gewährleistet. Die Quote konnte im Jahresverlauf erhöht werden. |
| | VZ | Im Darmkrebszentrum besteht weiterhin Optimierungsbedarf in Bezug auf das Distress-Screening. Darmkrebszentrum: 44,8% (2023: 40,3%) Pankreaskarzinomzentrum: 66,7% | Herr Dr. Jungbluth berichtet, dass der Prozess überarbeitet wurde. Ärzt:innen erheben montags und donnerstags im Rahmen der Visite den Distresswert. Herr Dr. Jungbluth klärt, ob das Screening digital oder analog erfolgt Bei PatientInnen, welche in der H1b/Palliativeinheit behandelt werden, wird der Distress bei Aufnahme durch die Pflege digital erfasst und bei Bedarf durch den Arzt oder die Psychoonkologin reevaluiert |
| | VZ | Im nächsten Audit sollte die Rate des Psychoonkologischen Distress-Screenings über der erforderlichen Rate von 65% liegen. | Die systematische Anwendung Distress-Thermometer wurde erst im Jahr 2024 ambulant und stationär fest implementiert. Unabhängig werden alle Patienten im stat. Aufenthalt durch den Psychoonkologen visitiert. Im amb. Bereich wird den Patienten eine Überweisung für die psychoonkolog. Praxis ausgestellt. Diese ist fußläufig auf dem Gelände (stat. und MVZ) |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|---|-------------------|--|--|
| | | | für die Patienten erreichbar. Durch die systematische Implementierung des Distress-Thermometers ist für 2025 eine signifikante Steigerung der Quote zu erwarten. |
| | OZ | Die Psychoonkologie sollte mindestens zweimal jährlich ihre Arbeit in der Tumorkonferenz vorstellen. Der Beratungsumfang sollte systematisch, differenziert nach den einzelnen Organentitäten ermittelt und dargestellt werden. | Die Psychoonkologie wurde in die Tumorkonferenz eingeladen. |
| 1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation | OZ | Es muss sichergestellt werden, dass auch Patienten mit einem Prostatakarzinom von Mitarbeitern des Sozialdienstes beraten werden können. Für die sozialmedizinische Beratung sollten angemessene Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden. | Die Thematik wurde besprochen und befindet sich derzeit noch in Bearbeitung. |
| | PZ | Es ist zu klären, wie viele sozialrechtlichen Beratungen in der Radioonkologie durchgeführt werden | 205 sozialrechtliche Beratung für das MVZ (hier: Bestrahlung gesamt 2025), davon 39 für das PZ. |
| 1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten | PZ | Die Ergebnisse der Patientenbefragung 2025 werden im kommenden Audit ein Schwerpunkt sein. | Die Befragungen 2025 wurden Hybrid in einem einmonatigen Zeitslot durchgeführt und konnte signifikant gesteigert werden. |
| | HAEZ / OZ | • Überarbeitung des Patientenfragebogens. | Überarbeitung erfolgte |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|---|-------------------|--|--|
| 1.7 Studienmanagement | OZ / VZ | <p>Die Studienquote im Viszeralonkologischen Zentrum muss gesteigert werden.</p> <p>Während das Darmkrebszentrum die Sollvorgabe erneut knapp verfehlt hat, wurde im Pankreaszentrum kein/e Patient*in in Studien eingebracht. Hier sollte das Zentrum kritisch überprüfen, wie die Quote erhöht werden kann.</p> <p>Quote Darmkrebszentrum: 3,9% (2023: 4,3%) Quote Pankreaskarzinomzentrum: 0% (2023: 16,3%)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Im Jahr 2025 wurden zwei von 40 Patienten in Pankreasstudien eingeschlossen → dadurch wird die Studienquote mit 5 % knapp erfüllt - Im Jahr 2025 wurden 7 von 105 Patienten in Darmstudien eingeschlossen → dadurch wird die Studienquote mit 6,7 % erfüllt - Mit der erfüllten Studienquote dürfte die Zertifizierung im bevorstehenden Überwachungsaudit verlängert werden |
| 1.8 Pflege | PZ | <p>Die Dokumentation des Verbrauches von Betäubungsmitteln mit Patientenaufklebern muss rechtlich abgeklärt werden.</p> | <p>BTM-Dokumentation nur noch handschriftlich ohne Aufkleber.</p> |
| 1.9 Allgemeine Versorgungsbereiche | OZ / HAEZ | <p>ABS-Visiten auf den Normalstationen, insbesondere der Station H1b sind anzustreben. Eine fachärztliche infektiologische Expertise ist wünschenswert. Bei aktuell fehlender Ressource wird die Einbindung des ärztlichen Dienstes mit Ausbildung eines ABS-Experten pro Klinik empfohlen.</p> <p>•Aktualisierung der Empfehlungen zur hausinternen antibiotischen Therapie (letzte Überarbeitung 2019).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • ABS-Visiten auf den Normalstationen, insbesondere der H1b sind anzustreben. Eine fachärztliche infektiologische Expertise ist wünschenswert. Bei aktuell fehlender Ressource wird die Einbindung des ärztlichen Dienstes mit Ausbildung eines ABS-Experten pro Klinik empfohlen: in Progress: Herr Dr. Behrens hat den ABS-Kurs Arzt gemacht, es fehlen noch die Aufbaukurse; |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|---|-------------------|--|---|
| | | | 02.02.26 ABS-Visite HÄM/ONK • Aktualisierung der Empfehlungen zur hausinternen antibiotischen Therapie, letzte Überarbeitung 2019 -> 07/2024 erfolgt |
| 2 organspezifische Diagnostik und Therapie | PZ | Wenn es zu einer Überschreitung des im Erhebungsbogen geforderten Zeitintervalls gekommen ist, sollen die Gründe dafür dokumentiert werden. | Erinnerung an Sekretariat/Terminvergabe, die Gründe am Termin im Modul TVER zu hinterlegen. Im Grunde sind die Gründe bekannt: OP-Kapazität. |
| | BZ | Im Brustsprechstundenzimmer fehlt ein adäquates, modernes Ultraschallgerät und sollte neu angeschafft werden. Weiterhin existiert keine Schnittstelle zum Orbis, um Sono-Bilder im KIS zu archivieren. | Maßnahmen sind ergriffen, Einkauf involviert, Umsetzung geplant |
| 3. Radiologie | OZ / HAEZ | Kritischer Hinweis: Umsetzung der Digitalisierung von Verfahrensanweisungen bis zum nächsten Audit (mit Einführung des Lenkungssystems oder über den bereits etablierten Share Point). • Hinweis: Digitales Einarbeitungskonzept für Ärzte und MTAs mit personenbezogener Verwendung. | Die Dokumente werden von der Radiologie digitalisiert. Die digitale Ablage erfolgt im angestrebten Dokumentenlenkungssystem welches 2026 etabliert werden soll. Einarbeitungskonzept wurde durch die Radiologie erstellt |
| | BZ / GZ | Es wird angeregt, eine Verfahrensanweisung zu erarbeiten, durch welche eine postoperative Bildgebung nach subkutanen Mastektomien (z.B. auch risikoreduzierend) mit Prothetik beschrieben | Ad 1. Die entsprechende Verfahrensanweisung ist aktuell noch in Bearbeitung. Ad 2. Zentrales Thema, das primär durch die Radiologie fokussiert werden muss |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|-------------------------------------|-------------------|--|---|
| | | wird, um Restdrüsenge- webe abzuschätzen und eine bildgebende Nach- kontrolle festzulegen. Die Anschaffung einer Mamma-MRT Spule für Interventionen wäre er- strebenswert. | |
| 4. Nuklearmedizin | OZ / HAEZ | Betreffend die Nuklear- medizin am Klinikum siehe Punkt 3 Radiologie. | Die Dokumente werden von der Radiologie digi- talisiert. Die digitale Ab- lage erfolgt im ange- strebten Dokumenten- lenkungssystem wel- ches 2026 etabliert wer- den soll. Einarbeitungskonzept wurde durch die Radio- logie erstellt |
| | BZ / GZ | Die einmalige Einwei- sung in die Gamma- Sonde lag im Audit nicht vor. Die jährliche Einwei- sung in die Gamma- Sonde konnte nicht durchgängig nachgewie- sen werden. | Wurde fristgerecht nachgeholt |
| 5. Operative Onko- logie | BZ / GZ | Gynäkologisches Krebs- zentrum: Einer der bei- den LSK-Türme ist tech- nisch veraltet und sollte zeitnahe ersetzt werden, grundsätzlich wäre eine Vereinheitlichung der LSK-Türme der verschie- denen Abteilungen sinn- voll. Brustkrebszentrum: Es sollte bei der weiteren Entwicklung des Brust- krebszentrums darauf ge- achtet werden, dass Ei- gengewebstrekonstrukti- onen einen relevanten An- teil beim Wieder-aufbau | Ad 1. Zentrales Thema, das im Rahmen eines Beschaffungsplanes avisiert werden sollte. Ad2. Es besteht eine Kooperation mit der Plastischen Chirurgie im Klinikum Braun- schweig. Die Kooper- ation zwischen BZ und Plastischer Chirurgie sollte im Falle Patien- tenwunsch / Indikation intensiviert werden, des Weiteren steht seit 01/2026 zusätzlich die Expertise des neuen LOA Dr. Brodkorb zur Verfügung. |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|--|-------------------|---|--|
| | | nach Mastektomie haben, d.h. die Kooperation mit der Plastischen Chirurgie sollte intensiver genutzt werden. | |
| | PZ | Es muss darauf geachtet werden, dass sich mit dem Ausscheiden von Dr. Leitenberger ab dem Jahr 2026 ein zweiter Operateur in Ausbildung befindet oder ein weiterer Prostataoperator im Zentrum seine Tätigkeit aufnimmt. | Ausbildung am OP-Roboter findet statt: Technisches Zertifikat als Konsolenchirurg haben bisher Herr Hofmann und Herr Hassan. |
| 6. Medikamentöse / Internistische Onkologie | OZ | <ul style="list-style-type: none"> •Dokumentation der 50 Chemotherapieapplikationen/ Jahr im MVZ Wolfsburg-Helmstedt •Ergänzung des MHH unter 6.1.6 Erhebungsbogen Zentrum für Hämatologische Neoplasien zum Folgeaudit. •Prüfung der Intensivierung der Zusammenarbeit mit dem CCC Göttingen, z.B. Schnittstellen-SOPs. •Prozess der Archivierung der Referenzpathologie: Anhang des gescannten Dokumentes an den Nachtragsbefund der Pathologie, somit läge nur ein Dokument vor und ermöglicht ein leichteres Auffinden. | <ul style="list-style-type: none"> •Zuständigkeit Fr. Dr. Heine: "Der Hinweis wurde uns ein paar Tage vor dem Audit im Rahmen der ISO Zertifizierung von ClarCert bereits gegeben, die Form der Umsetzung besprochen und zeitnah umgesetzt, die Dokumentation liegt auch vor. Zum Zeitpunkt der Auditierung vom CC wurde der Hinweis ohne erneute Prüfung wiederholt." • Zusammenarbeit mit MHH mehr als schwierig: reagieren nicht auf Emails (ggf. als Kooperationspartner streichen?) • Prüfung der Intensivstation mit dem CCC Göttingen ergab sich als nicht realistisch •Prozess der Archivierung der Referenzpathologie umgesetzt |
| | PZ | Die Empfehlung zur Behandlung von Knochen- | QZ dazu erneut geplant am 18.06.25 |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|--------------------------|-------------------|---|---|
| | | metastasen mit Antikörpern oder Bisphosphonaten muss immer in den Tumorkonferenzprotokollen enthalten sein. Wenn es Kontraindikationen für diese Form der Behandlung gibt, sind diese ebenfalls im Tumorkonferenzprotokoll aufzuführen. | |
| 7. Radioonkologie | OZ | Die Gesamtanzahl der sozialrechtlichen Beratungen von Patienten des Onkologischen Zentrums sollte den Zentren regelmäßig gemeldet werden. | Aktuell in Bearbeitung; 205 sozialrechtliche Beratung für das MVZ (hier: Bestrahlung gesamt 2025). |
| 8. Pathologie | OZ | Fehler bei der Probeneinsendung sollten systematisch erfasst und im Rahmen eines Qualitätszirkels in das Zentrum zurückgespiegelt werden. | Auffällige Fehler werden jeweils zeitnah und direkt mit der entsprechenden Fachabteilung thematisiert und wiederholt sensibilisiert |
| | BZ / GZ | Bereits beim Auditcheck und nochmals im Audit wurde besprochen, dass eine leitliniengerechte Bestimmung der POLE-Mutation beim Endometriumkarzinom erforderlich ist, um z.B. Multiclasifizier nicht zu übersehen. Das Gynäkologische Krebszentrum hat dies inzwischen umgesetzt. Auch sollte die Tumorgroße eines Endometriumkarzinoms in den Pathologiebefunden angegeben werden. Bei Stichproben war das geforderte Ultrastaging von Sentinel-lymphknoten beim Vulvakarzinom nicht immer beschrieben. | Thema POL-E-Mutation: Das Thema der unzureichenden Quote an POL-E-Bestimmungen wurde in einem Qualitätszirkel am 14.04.25 thematisiert. Eine VerA zur systematischen Bestimmung der POL-E-Mutation bei gegebener Indikation wurde erstellt sowie veröffentlicht (Erstellungsdatum: 19.04.2025). Die Maßnahmen werden bereits umgesetzt. Thema Ultrastaging: Es wird bei Sentinel-Lymphknoten ein Ultrastaging durchgeführt, dies wurde in den schriftlichen Pathologieberichten nicht |

| Erhebungsbogen | Zentrum/ Modul | Hinweis | Maßnahme |
|-------------------------------|-------------------|---|---|
| | | | ausreichend dargestellt. Hier erfolgte bereits eine Kommunikation Koordination GZ/BZ/Pathologie |
| | PZ | Es ist zukünftig auf eine gleichmäßigere Verteilung der zu begutachtenden Fälle zu achten, so dass jeder Facharzt die geforderte Anzahl an zu begutachtenden Fällen erreicht. Die Expertise pro Facharzt wird Gegenstand des Überwachungsaudits sein. | Die Kommunikation mit der Pathologie ist per Email und im Rahmen eines QZ (18.06.) erfolgt. Erfolgskontrolle siehe EB_Pathologie. |
| 10. Tumordokumentation | PZ | Die Auswertung der Ergebnisse der Follow-up-Daten sollten Bestandteil des Managementreviews des Onkologischen Zentrums sein. | Ist in der Managementbewertung vorhanden |
| | HAEZ | Prüfung von Maßnahmen, um die Rückmeldung des KKN zu optimieren. | In Bearbeitung |

9 Verbesserung

Lenkungsgruppe & Qualitätszirkel Cancer Center

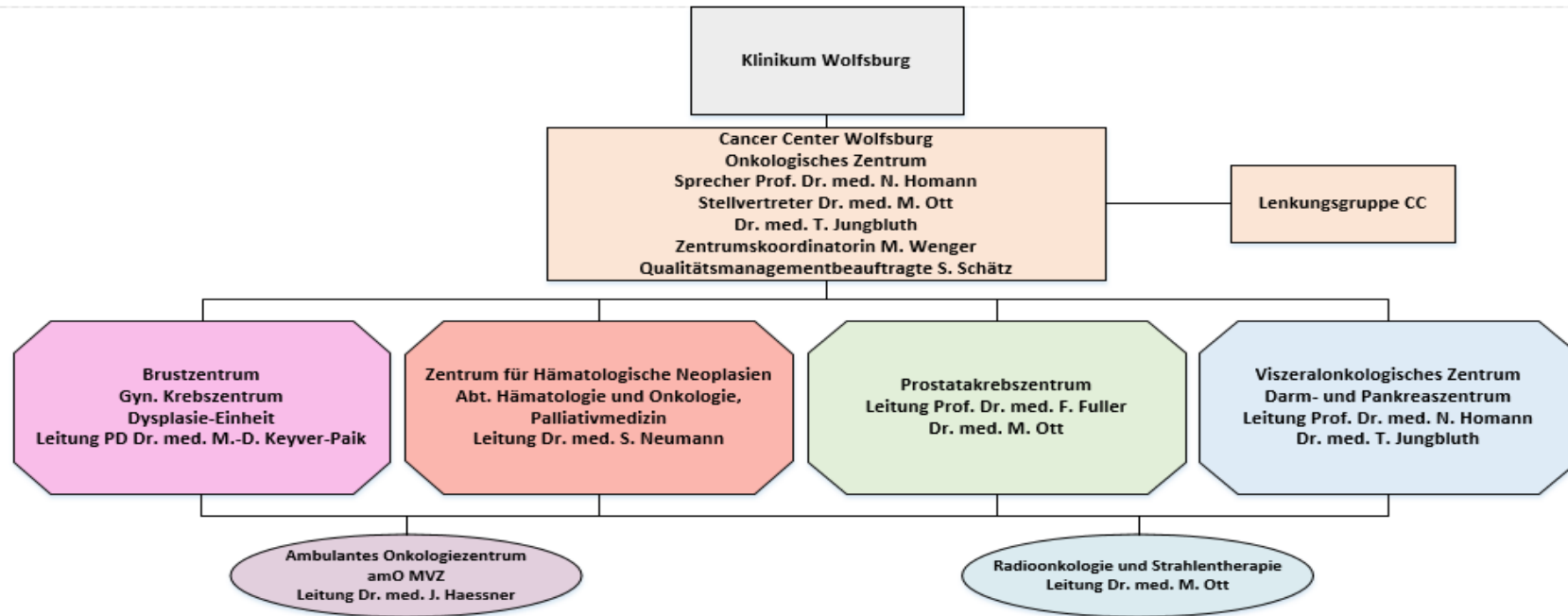
Die Ergebnisse der 12 Sitzungen der Lenkungsgruppe des Cancer Centers wurden mittels Teilnehmerliste und Protokoll festgehalten.

| Datum | TOP |
|------------|---|
| 13.01.2025 | <ul style="list-style-type: none"> - Externes Audit 2025 - Podiumsdiskussion Weltkrebstag - Patienten-Forum Weltkrebstag - Sachstand ChemoCompile - Auswertung Patientenbefragung Cancer Center - Stand Einweiserbefragung Cancer Center - Maßnahmenplan Cancer Center |
| 10.02.2025 | <ul style="list-style-type: none"> - Feedback Weltkrebstag - Auswertung Patientenbefragung Cancer Center - Grizzly Wolfsburg Spende - Standstand OP-Roboter - DISTRESS |

| | |
|------------|--|
| | - Höhenlokalisierung Rektum-Karzinom |
| 10.03.2025 | - Sachstand OP-Roboter - DISTRESS - Operationsstatistik - Gemeinsame Studienzentrale - ChemoCompile - Onkologisches Basis-Assessment - Auswertung Sozialdienst |
| 14.04.2025 | - Externes Audit 2025 - Physiotherapeutische Versorgung BZ/GZ |
| 12.05.2025 | - Externes Audit Dysplasieeinheit - Tag der offenen Tür - Maßnahmenpläne 2025 - Operationsstatistik - Port - Patientenbefragung |
| 16.06.2025 | - Tag der offenen Tür - Dokumente Orbis - Maßnahmenpläne - Operationsstatistik - Port |
| 14.07.2025 | - Operationsstatistik - Steigerung der Untersuchungszahlen - Patientenbefragung - Auswertung Kaplan-Meier-Kurve - Kooperation Psychotherapie - Maßnahmenpläne |
| 11.08.2025 | - PET-CT - Tag der offenen Tür - Hohe Wartezeiten für Staging-Untersuchungen - Auswertung Kaplan-Meier-Kurve - Kooperationsanfrage - Maßnahmenpläne - Tumorkonferenz - Sozialdienst - Operationsstatistik - Jahresbericht |
| 08.09.2025 | - Port - Tag der offenen Tür - Operationsstatistik - Tumorkonferenz - Maßnahmenplan |
| 13.10.2025 | - Tag der offenen Tür - Externes Audit - Tumorkonferenz - Verabschiedung Geschäftsordnung CC - Nachhaltigkeit + Kaplan-Meier-Kurven - Maßnahmenpläne |

| | |
|------------|--|
| | - Patientenbefragung |
| 10.11.2025 | - Kaplan-Meier-Kurve - Externes Audit - Tag der offenen Tür - Maßnahmenpläne - Operationsstatistik - TuKo-ASV - Patientenbefragung - ChemoCompile - Psychoonkologie |
| 08.12.2025 | - Kaplan-Meier-Kurve - Externes Audit - Tag der offenen Tür - Maßnahmenpläne - Operationsstatistik - ChemoCompile - Anmeldung sozialrechtliche Beratung - Termine M&M-Konferenzen 2026 CC - Patientenbefragung |

Anlage 1 Darstellung Cancer Center Wolfsburg



Interne und Externe Kooperationspartner

| Diagnostischer Bereich | Operative Therapie und Pflege | Onkologische Therapie und Pflege | Unterstützende klinische Bereiche | Supportive Bereiche | Externe Bereiche |
|---|--|---|--|---|---|
| Ambulante Sprechstunde Pathologie Radiologie Nuklearmedizin PET-Zentrum | Patientenaufnahme Station Zentral-OP Ambulanter OP | Onkologisches Zentrum WOB-HE Schmerztherapie Palliativmedizin | Technische Bereiche Hauswirtschaft Einkauf IT Apotheke Hygiene und Sicherheit | Psychoonkologie Sozialdienst Seelsorge Dokumentation | Zuweiser Medikamentöse Tumorthherapie Selbsthilfegruppen Rehabilitation |

Anlage 2 Darstellung interessierte Parteien

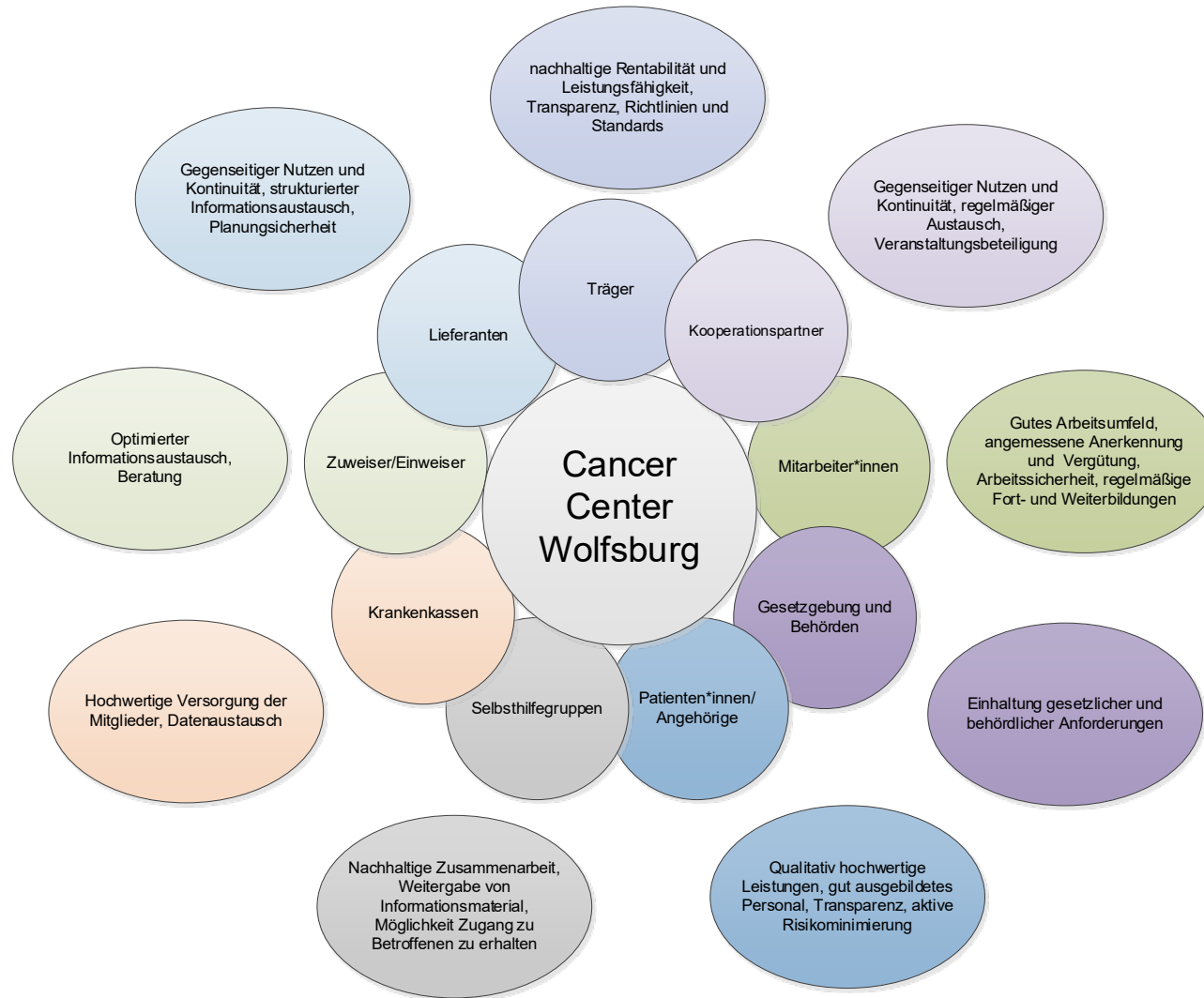


Abbildung 5 Darstellung interessierte Parteien Cancer Center Wolfsburg

| Interessierte Partei | Bezeichnung | Beschreibung | Anforderungen | Maßnahmen |
|---|---|---|--|--|
| Träger*in (= Shareholder) | Stadt Wolfsburg | das Klinikum befindet sich in öffentlicher Trägerschaft der Stadt Wolfsburg | adäquate Patient*innenversorgung, nachhaltige Rentabilität & Leistungsfähigkeit, Transparenz, Richtlinien und Standards | Berichterstattung Direktorium/ Referentin, Chefarzt*ärztinnenrunde/ Referent*in, Personalversammlung |
| Kooperationspartner*in | Psychoonkologie, ambulante Versorgungszentren/-praxen (siehe Excel-Tabelle) | Erbringen Dienstleistungen für die Organkrebszentren, Ortsansässig/ überregional | Gegenseitiger Nutzen und Kontinuität, regelmäßiger Austausch, Veranstaltungsbeteiligung | Einladungen zu Veranstaltungen (z.B. für Patient*innen, Fortbildungen), Mitgestaltung von Veranstaltungen (z.B. Vorträge) |
| Mitarbeitende | Pflege, ärztlicher Dienst, Funktionsdienst, Transportdienst, Reinigung, Verwaltungsbereiche, Physiotherapie, Studienassistenten, etc. | Mitarbeitende sind unmittelbar in die Prozesse des Cancer Centers involviert | Gutes Arbeitsumfeld, Zufriedenheit am Arbeitsplatz, Anerkennung & Vergütung (z.B. Tarifverträge), Arbeitssicherheit, regelmäßige Fort- und Weiterbildungen | Befragung der Mitarbeitenden, Fortbildungsheft Pflege, Mitgestaltung bei den Prozessen der Organkrebszentren, Weiterbildungscurriculum Assistenzärzte*innen, Einbezug durch Lenkungsgruppen, Personalversammlung |
| Gesetzgebung, Behörden, Institutionen, Verbände | Gesundheitsamt, Gewerbeaufsichtsamt, Berufsverbände, Dienststellenpersonalrat, Verdi, Marburger Bund, etc. | z.B. § 137 SGB V, MPG, AMG, BTMG, IfSG, DIN ISO, Kriterienkatalog DKG | Einhaltung und Nachweis gesetzlicher und behördlicher Anforderungen | MRSA-Screening, Qualitätssicherung, Schulung MPG, Beauftragtenwesen, betriebsärztliche Untersuchung, etc. |
| Patient*innen | Teilnahme von Patient*innen an Vorsorge-/ Screening-Programmen, Patient*innen mit verschiedenen Krebserkrankungen | rund 180.000 Menschen leben im Einzugsgebiet. Teilweise überregional (z.B. Dysplasie-Einheit) | Qualitativ hochwertige Behandlung und Pflege, gut ausgebildetes Personal, Transparenz, aktive Risikominimierung, großes Leistungsangebot | Patient*innenbefragung, Beschwerdemanagement, Patient*innersprecher*in, Qualitätsbericht, Infoveranstaltungen zu diversen Themen Krebs/ Vorsorge, Fallbesprechungen durch das Ethiknetz |
| Selbsthilfegruppen | z.B. Selbsthilfegruppe krebsbetroffener Frauen, BRCA-Netzwerk, ILCO | Selbsthilfegruppen für Patient*innen mit Krebserkrankungen | Nachhaltige Zusammenarbeit, Weitergabe von Informationsmaterial, Möglichkeit Zugang zu Betroffenen zu erhalten, Weiterbildung & Beratung | Einladungen zu Infoveranstaltungen, Mitgestaltung von Veranstaltungen (z.B. Vorträge) |
| Krankenkassen | privat, gesetzlich (Barmer, DAK, AOK, etc.) | Leistungsträger*innen | Hochwertige Versorgung der Mitglieder*innen | MDK, Einladung zu Infoveranstaltungen |

| Interessierte Partei | Bezeichnung | Beschreibung | Anforderungen | Maßnahmen |
|--------------------------------|--|---|--|---|
| Zuweiser*innen/ Einweisende | Hausärzte*innen, niedergelassene Fachärzte*innen (u.a. Gynäkologie, Innere Medizin, Gastroenterologie, Urologie, HNO) | Übernehmen die Versorgung des Patient*innen vor und nach stationären/ ambulanten Behandlung | optimale Versorgung des Patient*innen, unkomplizierter Informationsaustausch unter Berücksichtigung des Datenschutzes, Beratung, Weiterbildung | Befragung der Einweisenden, Einladung zu Infoveranstaltungen (z.B. Uro-/ Gyn.-/ Seno-Symposium, Q-Zirkel), Tumorkonferenz |
| Lieferant*innen | Interne, z.B. Sterilgut, Radiologie, Anästhesie, Küche, Apotheke. Externe, z.B. Apotheke (u.a. Zytostatika), Sanitätshaus, Wäscherei | Erbringen Dienstleistungen oder liefern Material | Gegenseitiger Nutzen und Kontinuität, strukturierter Informationsaustausch, Planungssicherheit | Bewertung von Lieferant*innen (in Arbeit), ORBIS-Anforderungen |

Anlage 3 Entwicklung Fallzahlen Cancer Center Wolfsburg

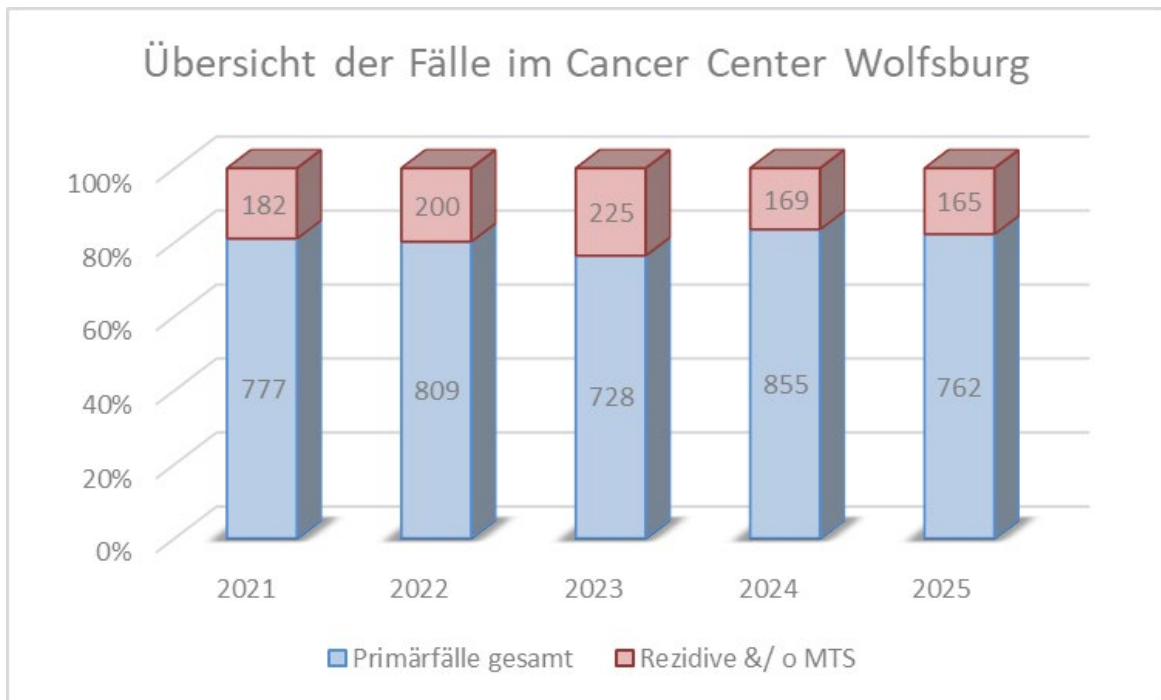


Abbildung 6 Entwicklung Fallzahlen Cancer Center Wolfsburg

| Primärfälle | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Brustkrebs | 198 | 190 | 202 | 218 | 190 | 188 | 218 | 194 |
| Gyn. Tumore | 98 | 126 | 120 | 122 | 100 | 84 | 116 | 63 |
| Darmkrebs | 123 | 128 | 106 | 90 | 87 | 118 | 140 | 96 |
| Pankreaskrebs | 31 | 34 | 42 | 30 | 43 | 43 | 30 | 40 |
| Prostatakrebs | 132 | 147 | 150 | 142 | 190 | 214 | 231 | 236 |
| Hämatologische Neoplasien | | | | | | | 120 | 133 |

Anlage 4 Kommunikationsmatrix Cancer Center Wolfsburg

| T - Teilnahme V - Verteiler E - Ersteller (...) - fakultativ | Prätherapeutische Konferenz | Posttherapeutische Konferenz | Qualitätszirkel (3-4 x jährlich) | Morbiditätskonferenz Cancer Center Wob (halbjährlich) | Lenkungsgruppe Cancer Center (mind. 4x im Jahr) | Lenkungsgruppe Organkrebszentrum (nach Bedarf) | Managementbewertung (jeden 3. Montag im März eines Jahres) | Teamsitzung Tumordoku (monatlich) | Arbeitsgruppe Tumorkonferenz/-Dokumentation (nach Bedarf) | Rücksprache Sprecher/ Stellv. Cancer Center Wob (2-wöchig) | Rücksprache Viszeralonkol. Zentrum (jeden 1. Dienstag/Monats) | Rücksprache Koordination Beschwerde-/ Qualitäts-/ Risikomanagement (14-tägig) | Rücksprache Med. Direktor (2-wöchig) | Quartalsbericht Risikomanagement Direktorium | Prüfarzt/ Studienbeauftragter | Verfahrens-/ Arbeitsanweisungen | Unterweisung Arbeitssicherheit | Unterweisung Brandschutz | Einweisungen Med. Produkte | Unterweisung Hygiene | Unterweisung Strahlenschutz | Unterweisung Datenschutz/ IT Sicherheit |
|---|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|---|--|--|-----------------------------------|---|--|---|---|--------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------------|---|
| Zentrumsleitung | T | T | T | T | T | T | | | (T) | T | T | | | | | E | T | T | T | T | T | T |
| Stv. Zentrumsleitung | T | T | T | T | T | T | | | (T) | T | | | | | | (E) | T | T | T | T | T | T |
| Zentrumskoordinator*in | T | T | T | T | T | T | | (T) | T | | | | | | | V | T | T | T | T | T | T |
| Ärztlicher Dienst | T | T | T | T | | | | | | | | | | | | V | T | T | T | T | T | T |
| Diagnostischer Bereich | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pathologie | | T | T | T | T | | T | | (T) | | | | | | | | | T | T | T | T | T |
| Radiologie/ Nuklearmedizin | | (T) | (T) | (T) | T | | T | | (T) | | | | | | | | | T | T | T | T | T |
| Labor | | (T) | (T) | (T) | | | | | | | | | | | | | | T | T | T | T | T |
| Operation & Therapie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Onko-Praxis | | T | T | T | T | | | | | | | | | | | | | (T) | (T) | | (T) | T |
| Radioonkologie | T | T | T | T | T | (T) | T | | (T) | | | | | | | | | T | T | T | T | T |
| Pflege | | | (T) | (T) | | | | | | | | | | | | | | T | T | T | T | T |
| PDL | | | (T) | (T) | T | (T) | T | | | | | | | | | E | T | T | | T | | T |
| Onko-Pflege | | (T) | (T) | (T) | (T) | T | | | | | | | | | | V | T | T | T | T | | T |
| Station (Leitung) | | | (T) | (T) | | T | | | | | | | | | | V | T | T | T | T | | T |
| Funktionspflege (Leitung) | | | (T) | (T) | | T | | | | | | | | | | V | T | T | T | T | T | T |
| OP/Anästhesie | | | (T) | (T) | (T) | (T) | | | | | | | | | | V | T | T | T | T | T | T |
| direkte supportive Bereiche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sozialdienst (Klinikum) | | (T) | (T) | | (T) | (T) | | | | | | | | | | | | T | T | | T | T |
| Psychoonkologie (extern) | | (T) | (T) | | (T) | (T) | | | | | | | | | | | (T) | (T) | | (T) | | |

| T - Teilnahme V - Verteiler E - Ersteller (...) - fakultativ | Prätherapeutische Konferenz | Posttherapeutische Konferenz | Qualitätszirkel (3-4 x jährlich) | Morbiditätskonferenz Cancer Center Wob (halbjährlich) | Lenkungsgruppe Cancer Center (mind. 4x im Jahr) | Lenkungsgruppe Organkrebszentrum (nach Bedarf) | Managementbewertung (jeden 3. Montag im März eines Jahres) | Teamsitzung Tumordoku (monatlich) | Arbeitsgruppe Tumorkonferenz/-Dokumentation (nach Bedarf) | Rücksprache Sprecher/ Stellv. Cancer Center Wob (2-wöchig) | Rücksprache Viszeralonkol. Zentrum (jeden 1. Dienstag/Monat) | Rücksprache Koordination Beschwerde-/ Qualitäts-/ Risikomanagement (14-tägig) | Rücksprache Med. Direktor (2-wöchig) | Quartalsbericht Risikomanagement Direktorium | Prüfarzt/ Studienbeauftragter | Verfahrens-/ Arbeitsanweisungen | Unterweisung Arbeitssicherheit | Unterweisung Brandschutz | Einweisungen Med. Produkte | Unterweisung Hygiene | Unterweisung Strahlenschutz | Unterweisung Datenschutz/ IT Sicherheit |
|---|-----------------------------|------------------------------|----------------------------------|---|---|--|--|-----------------------------------|---|--|--|---|--------------------------------------|--|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------------|---|
| Hospiz (extern) | | (T) | (T) | | (T) | (T) | | | | | | | | | | | (T) | (T) | | (T) | | |
| Physiotherapie (Klinikum) | | (T) | (T) | (T) | (T) | (T) | | | | | | | | | | | T | T | | T | | |
| Reha-Einrichtung (extern) | | (T) | (T) | | (T) | (T) | | | | | | | | | | | (T) | (T) | | (T) | | |
| Seelsorge (extern) | | | | | (T) | (T) | | | | | | | | | | | T | T | | T | | |
| Selbsthilfegruppe (extern) | | | | | (T) | (T) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| indirekte supportive Bereiche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Med. Controlling | | | | | (T) | | | (T) | | | | | | | | | T | T | | | | T |
| Dokumentationsassistentin | | (T) | (T) | (T) | (T) | (T) | | T | (T) | | | | | | (T) | | T | T | | | | T |
| QMB/ RMK | | (T) | (T) | T | T | T | | T | T | T | T | T | T | T | (T) | E/ V | T | T | | | | T |
| Studienassistentin | | (T) | (T) | | | (T) | | | | | | | | | T | | T | T | | (T) | | T |

Datum 09.03.2026

gez. Prof. Dr. med. N. Homann

Prof. Dr. med. N. Homann
Chefarzt Medizinische Klinik II
Sprecher Cancer Center
Leiter Viszeralonkologisches Zentrum

gez. Dr. med. T. Jungbluth

Dr. med. T. Jungbluth
Chefarzt Allgemein-/ Viszeralchirurgie
Leiter Viszeralonkologisches Zentrum
stellv. Sprecher Cancer Center

gez. Prof. Dr. med. F. Fuller

Prof. Dr. med. F. Fuller
Chefarzt Urologie
Leiter Prostatazentrum

gez. PD Dr. med. M.-D. Keyver-Paik

PD Dr. med. M.-D. Keyver-Paik
Chefärztin Frauenklinik
Leitung Brustzentrum, Gyn.
Krebszentrum, Dysplasie-Einheit

gez. Dr. med. S. Neumann

Dr. med. S. Neumann
Bereichsleiter Hämatologie und Onkologie
Leiter Zentrum für Hämatologische
Neoplasien

gez. Dr. med. M. Ott

Dr. med. M. Ott
Chefarzt Klinik für Radioonkologie und
Strahlentherapie
stellv. Sprecher Cancer Center

gez. M. Wenger

M. Wenger
Zentrumskoordinatorin CCWob

gez. C. Bitter

C. Bitter
Pflegedirektorin