

UMM Universitätsmedizin Mannheim, 68135 Mannheim

Mannheim Cancer Center (MCC)

Vorsitzender: Prof. Dr. med. W.-K. Hofmann
Ärztlicher Geschäftsführer: Prof. Dr. med. B. Kasper
Sekretariat: S. Kojcinovic
Telefon: +49 621 383-4230
Telefax: +49 621 383-6018
mcc@umm.de

Mannheim, Februar 2025
Unser Zeichen: kas

Jahresreview MCC 2024

Ziele und Aufgaben des MCC:

Gemäß der Geschäftsordnung des Mannheim Cancer Center (MCC) in der geltenden Fassung vom 15.05.2020 soll das MCC die flächendeckende, patientenorientierte und fachübergreifend organisierte Behandlung von Krebskranken nach qualitätsgesicherten medizinisch wissenschaftlichen Standards ermöglichen. Gleichzeitig soll es die Weiterentwicklung der Diagnostik, Therapie und Prävention von Krebserkrankungen und die Grundlagenforschung sowie die translationale und klinische Forschung auf dem Gebiet der Krebsmedizin am Standort Mannheim fördern und national und international sichtbar machen. Das MCC hat dabei insbesondere folgende Aufgaben:

1. Interdisziplinäre Versorgung von Tumorpatienten: Das MCC stellt die standardisierte Diagnostik, Behandlung und Nachsorge sowie die palliative Versorgung von Tumorpatienten, die an der UMM behandelt werden, entlang verbindlicher Leitlinien sicher und verfolgt zudem das Ziel, die umfassende Versorgung dieser Tumorpatienten zu optimieren. Dazu gehören auch Maßnahmen zur Krebsprävention, zum Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung sowie die Umsetzung von Zertifizierungsmaßnahmen. Alle Abläufe und Behandlungen werden fortlaufend dokumentiert und überwacht.

2. Koordination und Intensivierung von Grundlagen-, translationaler und klinischer Forschung an der Universitätsklinikum Mannheim GmbH und an der Medizinischen Fakultät Mannheim der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg sowie in strukturierter Kooperation mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum. Hierzu gehört auch, dass möglichst viele Patienten im Rahmen von klinischen Studien betreut werden können, um den Erfolg der translationalen Krebsforschung zu gewährleisten. Die Durchführung klinischer Studien der Phase I bis III sollte mit einem hohen Anteil an Investigator-Initiated-Trials erfolgen.
3. Interdisziplinäre onkologische Aus-, Fort- und Weiterbildung. Das MCC stellt sicher, dass onkologische Inhalte in die ärztliche und pflegerische Aus-, Fort- und Weiterbildung integriert werden. Für klinische Forscher, Prüfarzte und Studienpersonal werden spezialisierte Fortbildungen angeboten.
4. Weiterentwicklung eines regionalen Kompetenznetzwerks in der Onkologie als Teil der Kooperation mit regionalen Partnern. Das MCC strebt an, hierdurch die regionale Implementierung und kontrollierte Umsetzung gültiger Standards und Leitlinien für Diagnostik, Therapie, Nachsorge und palliative Versorgung innerhalb des Einzugsgebiets zu gewährleisten. Das MCC nimmt die Koordination von Tumorkonferenzen, klinischen Studien, Tumordokumentation, palliativmedizinischer Versorgung und Aus- und Weiterbildung in Zusammenarbeit mit den kooperierenden Krankenhäusern wahr. Das MCC ist bestrebt, diese Koordination in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Praxen und Selbsthilfegruppen auszubauen und zu fördern
5. Darüber hinaus werden Informationsangebote für Patienten und deren Angehörige bereitgestellt.

Das MCC kooperiert bei der Erfüllung seiner Aufgaben mit den anderen Forschungsschwerpunkten der Medizinischen Fakultät Mannheim, mit den bestehenden lebenswissenschaftlichen Forschungseinrichtungen der Universität Heidelberg sowie mit den außeruniversitären Forschungseinrichtungen in der Metropolregion Rhein-Neckar, insbesondere mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ) und mit dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim (ZI).

Das Ziel, Anfang 2026 gemeinsam mit dem CCC Heidelberg den Antrag auf Zertifizierung eines Zwei-Standort-CCC Heidelberg-Mannheim durch die Deutsche Krebshilfe zu stellen und erfolgreich umzusetzen, wird weiter konsequent verfolgt. In diesem Zusammenhang fanden in

2023/2024 wiederholt gemeinsame Gespräche und die Bildung von Arbeitsgruppen statt. Um die Vorbereitungen auch durch externe Gutachter begleiten zu lassen, wurde im Juli 2024 ein erfolgreiches gemeinsames Prä-Audit durchgeführt (Ergebnisprotokoll als separates Dokument einsehbar).

Statusbericht, Ziele und Strategien:

- Es ist uns gelungen, 2024 den Prozess der Zertifizierung als Onkologisches Zentrum erfolgreich fortzusetzen. Das OnkoZert Audit fand planmäßig am 06./07.05.2024 vor Ort statt. Es erfolgte eine insgesamt positive Audit Bewertung ohne Abweichungen. Das Zertifikat als Onkologisches Zentrum nach DKG hat damit Gültigkeit bis zum 07.10.2025. Das nächste reguläre Überwachungsaudit ist für den 05./06. Mai 2025 geplant.
- Im Rahmen des Vor-Ort Audits als Onkologisches Zentrum wurden auch das Uroonkologische Zentrum, das Viszeralonkologische Zentrum, das Interdisziplinäre Brustzentrum, das Gynäkologische Krebszentrum, das Darmzentrum, das Neuroonkologische Zentrum, die Kinderonkologie und das Sarkom Zentrum auditiert und konnten ihre Begutachtung ebenfalls erfolgreich abschließen. Die Hinweise und Verbesserungsvorschläge aus dem Auditbericht haben wir mit entsprechenden abzuleitenden Maßnahmen in einem Aktionsplan zusammengefasst (siehe separates Dokument am Ende dieses Managementreviews).
- Historisch wurden in 2019 folgende Module der DKG Zertifizierung unterzogen: Speiseröhre, Niere und Harnblase, Kinderonkologie sowie Sarkome. Zuletzt erfolgte in 2021 die Erstzertifizierung des Moduls Leber innerhalb des Viszeralonkologischen Zentrums. Damit liegen folgende Tumorentitäten/ Organe im Geltungsbereich des OZ: Mamma, Melanom, Cervix, Uterus, Ovar, Darm, Speiseröhre, Leber, Prostata, Harnblase, Niere, Kopf-Hals-Tumoren, Neuroonkologie, Kinderonkologie und Sarkome. Somit steht die Onkologie im Jahre 2024 an der UMM auf zahlreichen Säulen der zertifizierten Versorgung (*siehe Abbildung 1*). Das DKG/ OnkoZert Zertifikat wurde dahingehend aktualisiert.
- Bemerkenswert sind sicherlich die Anstrengungen des Uroonkologischen Zentrums, das in vielerlei Hinsicht Modellcharakter besitzt. Bei der Einführung des Hornheider Screeningbogens der Psychoonkologie fungierte die Urologie als Pilot. In 2014/2015 wurde auch die elektronische Umsetzung der Tumorkonferenzbeschlüsse in einer Pilotphase

zuerst in der Urologie getestet, bevor die Implementierung auf die anderen Tumorkonferenzen erfolgte.

Urologische Praxen unterzogen sich bereits seit 2013 dem Zertifizierungsverfahren nach DKG. In 2014 wurde zusätzlich der Standort Heilig Geist Hospital Bensheim des Prostatakarzinomzentrums erstmalig mitbegutachtet und ebenfalls erfolgreich zertifiziert.

- Es konnten in 2024 insgesamt 9746 Vorstellungen in MCC Tumorboards (2023: 8811) verzeichnet werden. Wir bieten zusätzliche Sprechstunden (SIRT Sprechstunde, Thoraxonkologische Sprechstunde) bzw. neue oder häufiger stattfindende Tumorboards (Molekulares Tumorboard, Hämatonkologisches Board, Endokrines Tumorboard) an. Wir können damit in 2024 hinsichtlich der Tumorboards einen Zuwachs von etwa 11 % verzeichnen.
- Hinsichtlich Personalentwicklungen/ Fluktuation ergaben sich für das OZ in 2024 keine wesentlichen Veränderungen.
- Für die einzelnen Organzentren ergaben sich in 2024 folgende Veränderungen:

Uroonkologisches Zentrum: Änderung der Personalstruktur mit einer neuen Leitung durch PD Dr. med. Thomas Worst. Koordinatorisch Unterstützung durch Herrn Dr. med. Frederik Wessels.

Interdisziplinäres Brustzentrum / Gynäkologisches Krebszentrum: Die humangenetische Beratung der Patientinnen erfolgt im Zentrum selbst. Die Dysplasie Sprechstunde soll zur Dysplasie Einheit ausgebaut werden.

Hauttumorzentrum: Koordination des Zentrums durch Dr. med. Sebastian Wohlfeil.

Viszeralonkologisches Zentrum: Prof. Reißfelder ist Vorsitzender der Zertifizierungskommission „Viszeralonkologische Zentren“. Es erfolgt derzeit eine Evaluation der Machbarkeit des neuen Moduls „Anal-Ca“.

Kopf-Hals-Tumorzentrum: Das Zentrum verfügt wieder über die Bezeichnung „Med. Tumorthherapie“.

Neuroonkologisches Zentrum: Keine Veränderungen.

Kinderonkologisches Zentrum: Koordination erneut durch Frau Dr. med. Katharina Raum.

Sarkom Zentrum: Keine Veränderungen.

Abbildung 1: Onkologisches Zentrum und Organzentren/ Module (Stand: 05/2024)



Ergebnisse des internen Audits vom 27.11.2024:

- Das jährliche interne Audit durch die Stabstelle Qualitätsmanagement fand am 27.11.2024 statt auch im Hinblick auf die bestehende Iso-Zertifizierung des Gesamthauses nach DIN ISO 9001:2015. Die Ergebnisse und Verbesserungspotentiale wurden in einer Maßnahmenliste zusammengefasst. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte diesem separaten Dokument. Die Maßnahmenliste wurde bearbeitet und wieder an die Stabstelle QM zurückgespiegelt bzw. in RoXtra eingepflegt.

Ergebnisse der Tumordokumentation 2023/2024:

- In 2023 wurden folgende Primärfälle behandelt: 104 Darm, 41 Speiseröhre, 132 Mamma, 110 Gynäkologische Tumoren, 153 Maligne Melanome, 566 Prostata, 83 Kopf-Hals-Tumoren, 157 neuroonkologische Tumoren und 90 Sarkome. In 2024 lagen die entsprechenden Primärfallzahlen bei 108 Darm, 40 Speiseröhre, 149 Mamma, 95 Gynäkologische Tumoren, 131 Maligne Melanome, 741 Prostata, 80 Kopf-Hals-Tumoren, 184 neuroonkologische Tumoren und 113 Sarkome inkl. GIST.
- Durch die Erweiterung des Geltungsbereichs wurden die nach 3 Jahren zur Rezertifizierung geforderten > 70 % Versorgungsumfang erreicht. Weitere Angaben entnehmen Sie dem aktualisierten OnkoZert Zertrechner für das Kennzahlenjahr 2024.
- Durch eine Neustrukturierung der Nachsorge durch die Einbeziehung der Patienten konnte die Rücklaufquote in den einzelnen Tumorentitäten signifikant gesteigert werden und erreicht die geforderten Grenzen.

Der Jahresreview 2025 soll planmäßig im ersten Quartal 2026 erstellt werden.

Februar 2025



Prof. Dr. med. Bernd Kasper

Prof. Dr. med. Wolf-Karsten Hofmann

Aktionsplan 2024/2025 aus dem OnkoZert Audit vom Mai 2024

Es wurde im Auditbericht für das Onkologische Zentrum (MCC) vor allem auf Verbesserungspotentiale hinsichtlich folgender zentraler Bereiche hingewiesen:

1. Adhärenzprüfung von Tumorkonferenzempfehlungen:

Zuständigkeit: Prof. Dr. Kasper, Ärztlicher Geschäftsführer MCC; Koordinatorinnen und Koordinatoren der Organzentren und Module

Situation: Der Prozess zur Anmeldung und Dokumentation der Tumorkonferenzen ist vereinheitlicht für alle Organkrebszentren/Module und findet direkt in SAP statt. Die Führung von Anwesenheitslisten und Adhärenzprüfungen sind im Zentrum dezentral geregelt und obliegen den Organtumorzentren und Modulen.

Aktionen: Vonseiten des Onkologischen Zentrums wurde bereits als Konzept festgelegt, dass bei Therapieabweichungen eine erneute Vorstellung der Pat. in der Tumorkonferenz erfolgen soll (siehe Punkt 1.2.11 des EB OZ). Abweichungen von den Tumorkonferenzempfehlungen sollten vonseiten der Organzentren und Module einmal jährlich stichprobenartig überprüft werden.

Zeitplan: Umsetzung bis zum nächsten Audit im Mai 2025

2. SOP für den kritischen Therapieentscheid vor der Tumorkonferenz:

Zuständigkeit: Prof. Dr. Kasper, Ärztlicher Geschäftsführer MCC

Situation: Im Fall eines dringenden Therapieentscheids vor der nächsten Tumorkonferenz ist es gelebte Praxis, dass sich die Hauptkooperationspartner in der interdisziplinären Sprechstunde untereinander zu Rate ziehen. Jedoch fehlt eine SOP zu dieser Regelung und dieser fachärztlich getroffene interdisziplinäre Therapieentscheid ist nicht immer in den Patienten/innen Akten dokumentiert.

Aktionen: In die bestehende SOP des Onkologischen Zentrums wird ein Passus aufgenommen, dass im Falle eines kritischen Therapieentscheids vor der in der Regel nur einmal wöchentlich stattfindenden Tumorkonferenz die Möglichkeit zum interdisziplinären Austausch der Hauptkooperationspartner besteht sowie der entsprechenden Dokumentation der Therapieentscheidung über beispielsweise „Allgem. Dokument“ im Klinikinformationssystem. Somit ist eine zentrale Regelung durch das MCC mit Geltungsbereich für alle Organtumorzentren und Module geschaffen.

Zeitplan: Umsetzung bis zum nächsten Audit im Mai 2025

3. Screening- bzw. Betreuungsquoten Psychoonkologie und Sozialarbeit:

Zuständigkeit: Dr. Scharpf, Psychoonkologie & Herr Birkenmeyer, Sozialarbeit

Aktionen: Gemäß Datenblatt ist die Screening-Quote (außer Kinderonkologische Zentren) zu erfassen und im Erhebungsbogen für Onkologische Zentren zusätzlich die Zahl der überschwellig gescreenten Zentrumsfälle anzugeben. Um den Fachexperten eine bessere Übersicht zu geben, ist zukünftig und somit im nächsten Erhebungsbogen eine Darstellung in Form einer Tabelle für alle Entitäten im Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums zu ergänzen (für Kinderonkologische Zentren ist die Be-treuungsquote anzugeben). Es ist pro Entität Zähler, Nenner, Prozent anzugeben.

Gemäß Erhebungsbogen ist die Quote des Umfangs der sozialdienstlichen Betreuung zu erfassen. Um den Fachexperten eine bessere Übersicht zu geben, ist zukünftig und somit im nächsten Erhebungsbogen eine Darstellung in Form einer Tabelle für alle Entitäten im

Geltungsbereich des Onkologischen Zentrums zu ergänzen. Es ist pro Entität Zähler, Nenner, Prozent anzugeben.

Zeitplan: Umsetzung bis zum nächsten Audit im Mai 2025

Juni 2024



Prof. Dr. med. Bernd Kasper