
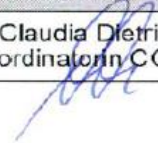
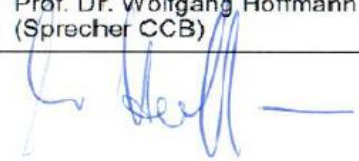


Managementbewertung

Berichtszeitraum 2022

Cancer Center Braunschweig

Ersteller/in:	Prüfer/in:	Freigeber/in:
Bianca Schary (QMB CCB) 	Dr. Claudia Dietrich (Koordinatorin CCB) 	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Sprecher CCB) 

Kennzahlen Managementbewertung 2022 - Cancer Center Braunschweig

Thema	Kennzahl	2020	2021	2022	Sollwert	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen
1 Maßnahmen vorheriger Managementbewertungen und Audits								
Maßnahme	umgesetzt	14	5	3	> 60%	2022 konnten drei der im Vorjahresbericht identifizierten Verbesserungsmaßnahmen vollumfänglich umgesetzt werden. Bei drei weiteren wurden wichtige Teilaspekte umgesetzt. In zwei Bereichen haben sich 2022 aufgrund veränderter Rahmenbedingungen die vereinbarten Maßnahmen nicht als zielführend erwiesen. Die Maßnahmen wurden entsprechend angepasst.		Eine Umsetzung der noch offenen/ neu justierten Teilaspekte der in 2022 beschriebenen Verbesserungsmaßnahmen wird angestrebt. Neues Konzept Patientenbefragung bis 31.08.2024
	in Bearbeitung	4	2	3				
	offen/ nicht zielführend	0	0	2	< 10%			
	gesamt	18	7	8				
2 Strukturen und Rahmenbedingungen								
2.1 Personelle Ausstattung								
Mitarbeiter	Koordination CCB (VK)	1	1	1	Med. Tumordokumentation: DKG-Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK	Die Mitarbeiterzahl hat sich im Vergleich zum Vorjahr nicht verändert. Eine bisher über Drittmittel finanzierte MDA-Stelle wurde in den CCB-Stellenplan aufgenommen. Im OnkoZert-Audit wurde die geringe Gesamtzahl der MDA's kritisch hinterfragt.		Das CCB wird weiterhin eine Verbesserung der personellen Ausstattung in den Bereichen Tumordokumentation, psychoonkologische und sozialdienstliche Beratungen anstreben.
	QMB (VK)	1	1	1				
	MDA (VK)	6	6	6				
	Psychoonkologie (VK)	3,25	3,075	3,075				
	Sozialdienst (VK)	Pool	Pool	Pool				
	gesamt	11,25	11,075	11,075				
2.2 Fachärzte								
Fachärzte	Onkologie	13/20	11/16	12/18	Facharztquote > 50%	Alle vorwiegend onkologisch tätige Kliniken weisen weiterhin einen hohen Facharztanteil auf.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Allg. Chirurgie	20/30	15/23	15/23				
	Frauenklinik			11/25				
	Urologie			12/22				
	Pneumologie			7/18				
	HTG			17/30				
	HNO			9/19				
	MpKG			6/12				
	Pathologie	4/7	4/7	5/8				
	Radiologie	17/26	14/27	17/31				
	Radioonkologie	9/10	8/9	11/12				
2.3 Kommunikationsstrukturen								
Sitzungen	Sitzungen Lenkungsausschuss	4	4	4	mind. 4 pro Jahr			Keine Maßnahmen erforderlich.
	Teilnehmer durchschnittlich	22	25	21	mind. 1 TN pro Zentrum/ Fachrichtung			
	Qualitätszirkel	17	20	22	mind. 3 pro Zentrum			
	Strategiegespräche	12	0	6/7	mind. 1 pro übergeordnetem Zentrum			
	Teilnehmer durchschnittlich	12	0	8	mind 1 TN pro Zentrum/ Fachrichtung			
3 Kontext der Organisation								
Abbildung über die Stabsstelle QM. Für das CCB nicht separat besetzt.								Keine Maßnahmen erforderlich.
4 Interessierte Parteien								
4.1 Patienten								
4.1.1 Patientenbefragung								
Patientenbefragung	Anzahl der befragten Patienten	1375	1729	1389	30% - 50%	Die angestrebte Rücklaufquote wurde nicht erreicht und die Befragung ist daher nicht als repräsentativ gewertet worden. Die pandemiebedingten umfangreichen Struktur- und Prozess-Veränderungen in den patientennahen Versorgungsbereichen haben die Durchführung der Patientenbefragung erschwert und sich stark auf den Rücklauf ausgewirkt.		Aufgrund geänderter Vorgaben ist eine PatBefragung erst 2025 erforderlich. Die Zeit wird zur Neukonzeptionierung genutzt. Besonders betrachtet sollen dabei u.a. Aspekte wie Sicherstellung eines ausreichenden Rücklaufs und digitale Befragungsformen.
	Rückläufer	515	580	349				
	Rücklaufquote	38%	34%	25%				
	Lob	461	490	249				
	Beschwerde	91	150	66				
	Weiterempfehlungsquote	93%	93%	93%				

4.2 Einweiser								
4.2.1 Einweiserbefragung								
Einweiser-zufriedenheit	Einweiser	keine Befragung	322	keine Befragung	Einweiserbefragung alle drei Jahre. Rücklaufquote Brustkrebszentrum Soll: 50%		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Rückläufer		109					
	Rücklaufquote in %		33%					
4.3 Selbsthilfegruppen								
	Kooperationsvereinbarungen (Anzahl der Gruppen)	4	7	9	mind. 1 Selbsthilfegruppe/ Zentrum	Für die Bereiche Pankreas und Harnblase konnten 2022 neue Kooperationspartner gewonnen werden. Vertreter der Selbsthilfegruppen haben sich 2022 wieder an den Qualitätszirkeln beteiligt. Trotz intensiver Bemühungen konnte keine Zusammenarbeit mit der regionalen Brustkrebs-Selbsthilfegruppe erreicht werden.	Einbeziehung einer überregional agierenden Selbsthilfegruppe für Mammakarzinom-Patient:Innen. Es wird die Gründung einer "eigenen" Selbsthilfegruppe erwogen.	
	Beteiligung an Qualitätszirkeln (Anzahl der Personen)	0	7	7	mind. einmalige Beteiligung einer Selbsthilfegruppe an einer Veranstaltung des Zentrums/ Jahr			
5 Qualitätspolitik und -ziele								
Q-Ziele des CCB's	90-100% Zielerreichung	2	2				Keine Maßnahmen erforderlich.	
	50-89% Zielerreichung	1	4					
	10-49% Zielerreichung	1	0					
	0-9% Zielerreichung	1	1					
	gesamt	5	7					
6 Prozessleistung und Konformität von Produkten und Dienstleistungen								
6.1 Primärfälle								
Primärfälle	gesamt	1730	1758	2030		In allen zertifizierten Zentren werden die Sollwertvorgaben der DKG sicher erreicht. Aufgrund der Bestrebungen ein Neuroonkologisches Zentrum zu zertifizieren ist die Gesamt-Primärfallzahl um 15% gestiegen.	Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Fallzahl-Veränderung	-38 (-2,2%)	28 (+1,6%)	272 (+15,5%)				
	Mammakarzinome	400	443	374				100 PF
	Gynäkologische Karzinome	95	101	128				50 PF
	Prostatakarzinome	327	333	414				100 PF
	Kolorektale Karzinome	149	143	119				20 PF Rektum, 30 PF Kolon
	Pankreaskarzinome	55	50	67				25 PF
	Magenkarzinome	32	39	76				30 PF
	Lungenkarzinome	283	300	315				200 PF
	Kopf-Hals-Tumoren	146	130	140				75 PF
	Hoden- und Peniskarzinome	26	35	31				
	Hepatozelluläre Karzinome	19	22	33				30 PF
	Hämatologische Neoplasien	198	162	221				75 PF
Neuroonkologische Tumoren			112	100 PF				
6.2 Tumorkonferenzen								
Tumorkonferenzen	Anzahl der Tumorkonferenzen	272	340	349		Durch Etablierung einer neuroonkologischen Tumorkonferenz erneut Steigerung der Patienten (+5,5%). Korrelierender Anstieg der Fallbesprechungen.	Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Anzahl der Fallvorstellungen	5728	5053	5538				
	Anzahl der besprochenen Patienten	3222	3466	3658				
	Vorstellungsquoten Primärfälle (prätherap.) ze	91%	95%	95%				Zwischen 90% und 95%
6.3 Tumordokumentation								
Tumordoku-mentation	Fälle mit onkologischer HD im KIS	31294	34314	38364		Die Datenbank umfasst inzwischen mehr als 22000 Patienten mit einer oder mehreren onkologischen Erkrankung(en). Während in 2022 die Anzahl der im Klinikum behandelten Pat. mit einer onkologischen Hauptdiagnose erneut angestiegen ist, liegt die Anzahl der im Tumordokumentationssystem erfassten Fälle bei konstant etwa 5300. Der Rückgang der Erfassungsquote um 10% ist auf Personalausfälle zurückzuführen. Die gesetzliche Krebsregister-Meldepflichtung wird für die in den zertifizierten Zentren behandelten Patienten erfüllt. Tumorentitäten ohne Abbildung in diesen Strukturen werden zur Zeit nicht systematisch an das Krebsregister gemeldet.	Die Tumordokumentation sollte personell aufgestockt werden, um die gesetzliche Meldepflichtung und die Dokumentationsanforderungen der zertifizierten Zentren (z.B. Follow-up) zu erfüllen.	
	Patienten mit onkologischer HD im KIS	7105	7880	9098				
	davon in CREDOS erfasst	4657	5327	5386				
	in %	65%	68%	59%				
	Anzahl Tumordokumente in CREDOS/Datenja	19908	20544	19446				
	Gesamtzahl Tumordokumente in CREDOS		144816	165166				
	Gesamtzahl Patienten in CREDOS		19260	22072				

6.4 Studien							
Studien	Studienzentralen / Sekretariate	3	3	3	nicht definiert		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Aktive Studien	21	23	29	mind. 1.Studie/ zertifiziertes Zentrum		
	Rekrutierte Patienten	260	338	356	nicht definiert		
	StudienQuote der zert. Zentren insges.	15%	19%	17%	mindestens 5% der Primärfälle		
6.5 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen							
Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen	Interne Veranstaltungen	15	18	24			
	Externe Veranstaltungen	3	4	8			
	Patientenveranstaltungen	4	7	6			
7 Auditmanagement							
7.1 Auditmanagement intern							
Interne Audits werden von der Stabsstelle Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement durchgeführt. Eine enge Abstimmung zwischen Stabsstelle QM und CCB stellt die Berücksichtigung der Zentrumsanforderungen in den internen Audits sicher.							Keine Maßnahmen erforderlich.
7.2 Auditmanagement extern							
Onkozeit-Audit	Auditierte Zentren	9	11	9	Mindestens Aufrechterhaltung der Anzahl an zertifizierten Zentren bishin zum kontinuierlichen Zuwachs weiterer Zentren.	2022 wurde kein neues Zentrum zertifiziert. Im Überwachungsaudit wurden 9 Zentren von den Fachexperten visitiert. Zwei Zentren konnten aufgrund langjährig konstant guter Leistung eine Auditzyklusreduktion in Anspruch nehmen. Die Fachexperten sprachen drei Abweichungen aus. Die beiden betroffenen Zentren konnte diese fristgerecht und vollständig beheben.	
	davon Erstzertifizierung	0	2	0			
	Zentren in Auditzyklusreduktion	9	0	2			
	Zertifizierte Zentren insges.	9	11	11			
Verbesserungspotential	Abweichungen	0	0	3	Keine bis möglichst wenige Abweichungen bei den Audits.		
	Abweichung fristgerecht behoben	0	0	3			
8 Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern und Lieferanten							
Kooperationen	Anzahl der Kooperationen des CCB insges.	33	38	41	Kontinuierlicher Ausbau des onkologischen Netzwerkes mit Abschluss weiterer Kooperationsvereinbarungen und Pflege bestehender Kooperationen.	Kooperationen sind ein wichtiges Instrument der Netzwerkbildung. Auch 2022 konnten neue Kooperationspartner gewonnen werden und bestehende Kooperationen mit Stellennachfolgern fortgesetzt werden. Annähernd die Hälfte der Vereinbarungen sind älter als 5 Jahre und sollten daher auf Aktualität überprüft werden.	
	Externe Kooperationspartner	15	21	25			
	Neue/ aktualisierte Vereinbarungen	11	7	9			
9 Risiken und Chancen							
Morbi- und Mortalitätskonferenzen	durchschnittliche Anzahl der Konferenzen/ Zentrum	7	Angaben konnten für 2021 nicht ermittelt werden.	10	2 interdisziplinäre Konferenzen/ Zentrum/ Jahr	Die interdisziplinären M&M-Konferenzen werden nach intensiver Abstimmung dank klarer Prozesse und Zuständigkeiten wieder in dem erforderlichen Umfang durchgeführt.	
	durchschnittliche Anzahl interdisziplinärer Konferenzen/ Zentrum			2			
Besprechungen im Online-Format	CCB-Teambesprechungen		49/49	46/46	Lediglich ein Zentrum führt seine Tumorkonferenzen weiterhin im klassischen Konferenzmodus durch. Alle sechs übrigen Tumorboards haben zu einem rein webbasierten bzw. Hybrid-Modus gewechselt. Kooperationspartnern aus dem ambulanten Bereich soll der Zugang zu diesen Konferenzen ermöglicht werden. Fragen zu formalen Voraussetzungen und Datenschutzaspekte sind in der finalen Klärung. Zur Gewährleistung einer leitliniengerechten onkologischen Therapie sollte das CCB die Anbindung an ein Molekulares Tumorboard sicherstellen.		Umsetzung der Teilnahme von ambulanten Kooperationspartnern an den webbasierten Tumorkonferenzen unter Beachtung der formalen/ juristischen Anforderungen. Umsetzung der Kooperation mit einem Molekularen Tumorboard.
	Qualitätszirkel		19/20	22/22			
	Tumorkonferenzen		54/340	277/349			