

Managementbewertung **Berichtszeitraum 2019**

Cancer Center Braunschweig

Kennzahlen Managementbewertung 2019 - Cancer Center Braunschweig

Thema	Kennzahl	2017	2018	2019	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen
1 Maßnahmen vorheriger Managementbewertungen							
Maßnahme	umgesetzt	26	30	8	Hinweise auf Verbesserungspotential wurden in entsprechende Maßnahmen übersetzt. Nicht alle Vorhaben konnten umgesetzt werden.		Neubewertung der beabsichtigten Maßnahmen hinsichtlich Durchführbarkeit. Suche nach alternativen Verbesserungsmaßnahmen.
	in Bearbeitung	18	19	2			
	offen/ nicht zielführend	1	1	8			
	gesamt	45	50	18			
2 Strukturen und Rahmenbedingungen							
2.1 Personelle Ausstattung							
Mitarbeiter	Koordination CCB (VK)	1	1	1	2019 konnte eine vakanter MDA-Stelle (1 VK) über 6 Monate nicht nachbesetzt werden. Die Psychoonkologie wurde um 1 VK erweitert (0,5 VK Palliativstation, 0,5 VK Psychoonkologie S2)		Die MDA-Nachbesetzung ist im Feb. 2020 erfolgt. Das entstandene Dokumentationsdefizit muß schnellstmöglich abgebaut werden um die Zertifizierung (PZ) nicht zu gefährden.
	QMB (VK)	1	1	1			
	MDA (VK)	4,25	4,5	4,5			
	Praktikanten (VK)	1	1	1			
	Psychoonkologie (VK)	1,75	1,75	2,75			
	Sozialdienst (VK)	1	1	1			
gesamt	10	10,25	11,25				
2.2 Kommunikationsstrukturen							
Sitzungen	Sitzungen Lenkungsausschuss	4	4	4	Die Qualitätszirkel werden seit 2018 teilweise interdisziplinär und berufsgruppenspezifisch organisiert, um die Termine insgesamt zu reduzieren und den Austausch zwischen den Teilnehmern zu fördern.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Teilnehmer durchschnittlich	20	18	24			
	Qualitätszirkel	22	12	12			
	Teilnehmer durchschnittlich	13	14	13			
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	1171	1509	1538	Die Rücklaufquote hat sich 2019 in zwei Zentren durch Prozessumstellungen deutlich verschlechtert.		Maßnahmen zur Verbesserung der Rücklaufquoten wurden in den Q-Zirkeln besprochen und werden für 2020 umgesetzt.
	Rückläufer	553	755	570			
	Rücklaufquote	47%	50%	37%			
	Lob	376	571	497			
	Beschwerde	102	115	73			
	Weiterempfehlungsquote	86%	91%	90%			

4.2 Einweiser							
4.2.1 Einweiserbefragung							
Einweiser-zufriedenheit	Einweiser	keine Befragung	Durchführung von Stabs-stelle QM	keine Befragung	Nächste Befragung 2021.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Rückläufer						
	Rücklaufquote in %						
4.3 Selbsthilfegruppen							
	Kooperationsvereinbarungen (Anzahl der Gruppen)	3	3	4	Nicht für alle Organkrebszentren konnte bisher eine Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe geschlossen werden.		Einbindung weiterer Selbsthilfegruppen als Kooperationspartner durch Kontaktaufnahme mit überregionalen Einrichtungen und Berücksichtigung dieser bei Patientenveranstaltungen/ Q-Zirkeln.
	Beteiligung an Qualitätszirkeln (Anzahl der Personen)	4	1	5			
5 Qualitätspolitik und -ziele							
Q-Ziele des CCB's	90-100% Zielerreichung	2	4	3	2019 wurden die Qualitätsziele unter dem Schwerpunktthema "Kundenorientierung" festgelegt.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	50-89% Zielerreichung	1	0	0			
	10-49% Zielerreichung	1	0	1	Der Verlauf der Zielerreichung stellt insgesamt ein positives Ergebnis dar.		
	0-9% Zielerreichung	0	0	0			
	gesamt	4	4	4			
6 Prozessleistung und Konformität von Produkten und Dienstleistungen							
6.1 Primärfälle							
Primärfälle	gesamt	1484	1639	1768	Die Primärfallzahlen sind in allen zertifizierten Zentren erneut angestiegen. (Pat. in "alten" Zentren +3%)		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Fallzahl-Steigerung in % im Vergleich zum Vorjahr		10,44	7,87%			
	Mammakarzinome	353	434	446			
	Gynäkologische Karzinome	102	78	92			
	Prostatakarzinome	397	386	388			
	Kolorektale Karzinome	133	153	154			
	Pankreaskarzinome	57	60	70			
	Magenkarzinome	37	35	38			
	Bronchialkarzinome	249	314	325			
	Kopf-Hals-Tumoren	122	132	137			
	Hoden- und Peniskarzinome	34	47	37			
	Hepatozelluläre Karzinome			19			
	Hämatologische Neoplasien			62			

6.2 Tumorkonferenzen							
Tumorkonferenzen	Anzahl der Tumorkonferenzen	225	243	248	Die Anzahl der in den Tumorkonferenzen vorgestellten Fälle (+9%) aber auch die Anzahl der vorgestellten Patienten (+8,5%) ist erneut angestiegen. Die DKG-Anforderungen an die Prozessqualität werden von allen Zentren erfüllt. Angesichts der hohen Ressourcenbindung durch Tumorkonferenzen sollten alle zugehörigen Prozesse ein hohes Ausmaß an Effizienz aufweisen.		Kontinuierliche Effizienzsteigerung der Tumorkonferenzprozesse.
	Anzahl der Fallvorstellungen	3603	4493	4920			
	Anzahl der besprochenen Patienten	-	3090	3352			
	Vorstellungsquoten Primärfälle (prätherap.)	83%	85%	82%			
6.3 Tumordokumentation							
Tumordokumentation	Fälle mit onkologischer HD im KIS	36655	37677	39438	Bei weiter ansteigenden Fall- und Patientenzahlen konnte der Anteil der im Tumordokumentationssystem erfassten Patienten annähernd konstant gehalten werden. Der Rückgang der absoluten Dokumentenzahlen ist einer verbesserten Dokumentations-Effizienz zu verdanken aber auch Ausdruck einer sechsmonatigen Stellenvakanz.		Eine Nachbesetzung erfolgte im Februar 2020.
	Patienten mit onkologischer HD im KIS	8300	8793	9083			
	davon in CREDOS erfasst	3335	4389	4490			
	in %	40%	50%	49%			
	Anzahl Tumordokumente in CREDOS	16503	20726	16915			
6.4 Studien							
Studien	Studienzentralen / Sekretariate	3	3	3	Trotz zahlreicher Studien und einer Gesamtstudienquote von über 10% erreichen 3 von 9 Zentren nicht die geforderte Studienquote. Ihre Zertifizierung in 2020 ist damit gefährdet. Zwei Studien (PCO und EDIUM) beherbergen 70% der Studienpatienten. Weitere 19% der Studienpatienten sind bei niedergelassenen Kollegen angesiedelt. Klinikintern fehlen Strukturen und Prozesse für ein effektives und effizientes Studienangebot.		Die Erarbeitung eines tragenden Studienkonzeptes ist für 2020 vorgesehen.
	Aktive Studien	17	19	20			
	Rekrutierte Patienten	86	160	219			
	StudienQuote der zert. Zentren insges.	5,70%	9%	10,90%			

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						
Onkoziert-Audit	Auditierte Zentren	7	9	5	2019 wiesen vier Zentren erstmalig so gute Ergebnisse auf, dass eine Auditzyklusreduktion erfolgen konnte.	
	davon Erstzertifizierung	2	1	0		
	Zentren in Auditzyklusreduktion	1	0	4		
	Zertifizierte Zentren insges.	8	9	9		
Verbesserungspotential	Abweichungen	3	0	1	Die Abweichung konnte fristgerecht behoben werden. Der Zertifikatserhalt wurde sichergestellt	Keine Maßnahmen erforderlich.
	Abweichung fristgerecht behoben	3	0	1		
8 Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern und Lieferanten						
Kooperationen	Anzahl der Kooperationen des CCB insges.	24	30	34	Kooperationen sind ein wichtiges Instrument der Netzworkebildung. 2019 konnten neue Kooperationspartner gewonnen werden und bestehende Kooperationen mit Stellennachfolgern fortgesetzt werden.	
	Externe Kooperationspartner	9	9	15		
	Neue/ aktualisierte Vereinbarungen	4	0	10		
9 Risiken und Chancen						
Morbidi- und Mortalitätskonferenzen	Anzahl Konferenzen	5	3	8	Die M&M-Konferenzen werden von den Kliniken inzwischen überwiegend autonom organisiert, so dass dem CCB nicht mehr alle Informationen zu Anzahl der durchgeführten Konferenzen und Fallbesprechungen vorliegen.	Keine Maßnahmen erforderlich.
	Anzahl besprochene Fälle	15	9	12		