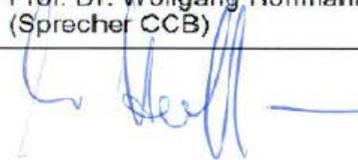


# Managementbewertung

## **Berichtszeitraum 2020**

Cancer Center Braunschweig

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



## Kennzahlen Managementbewertung 2020 - Cancer Center Braunschweig

Thema	Kennzahl	2018	2019	2020	Sollwert	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen
<b>1 Maßnahmen vorheriger Managementbewertungen</b>								
Maßnahme	umgesetzt	30	8	14	> 60%	2020 konnten weitere Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt werden. Dank einer verbesserten elektronischen Ausstattung der Arbeitsplätze konnten viele prozessgestaltende Abstimmungen auch unter Pandemiebedingungen vorangetrieben werden.		Fortsetzen der in Bearbeitung befindlichen Maßnahmen.
	in Bearbeitung	19	2	4	> 30%			
	offen/ nicht zielführend	1	8	0	< 10%			
	<b>gesamt</b>	50	18	18				
<b>2 Strukturen und Rahmenbedingungen</b>								
<b>2.1 Personelle Ausstattung</b>								
Mitarbeiter	Koordination CCB (VK)	1	1	1		2020 wurde eine MDA (1 VK) für das geplante Zentrum Hämatologische Neoplasien eingestellt. Nach Beendigung der Elternzeit hat eine MDA ihren Stellenanteil wieder auf 100% aufgestockt. Für die Betreuung der Palliativstation und Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung am Standort S2 wurde zusätzlich 0,5 VK bereitgestellt. Eine bisher dem CCB direkt zugeordnete VK Sozialdienst wurde organisatorisch dem zentralen Sozialdienst angegliedert. Deses erleichtert die standortüber-greifende sozialdienstliche Patientenbetreuung.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	QMB (VK)	1	1	1				
	MDA (VK)	4,5	4,5	6				
	Psychoonkologie (VK)	1,75	2,75	3,25				
	Sozialdienst (VK)	1	1	Pool				
	<b>gesamt</b>	<b>9,25</b>	<b>10,25</b>	<b>11,25</b>				
<b>2.2 Fachärzte - NEU</b>								
Fachärzte	Onkologie			13/ 20		Alle onkologisch tätige Kliniken weisen einen hohen Facharztanteil auf.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Chirurgie			20/ 30				
	Pathologie			4/ 7				
	Radiologie			17/ 26				
	Radioonkologie			9/ 10				
<b>2.3 Kommunikationsstrukturen</b>								
Sitzungen	Sitzungen Lenkungsausschuss	4	4	4	4	2020 wurden wieder Strategiegelgespräche für die Zentren aufgenommen.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Teilnehmer durchschnittlich	18	24	22	mind 1 TN pro Zentrum/ Fachrichtung			
	Qualitätszirkel	12	12	17	mind. 3 pro Zentrum			
	Strategiegelgespräche			12	mind 1 TN pro Zentrum/ Fachrichtung			
	Teilnehmer durchschnittlich	14	13	12				
<b>3 Kontext der Organisation</b>								
Abbildung über die Stabsstelle QM. Für das CCB nicht separat besetzt.								Keine Maßnahmen erforderlich.
<b>4 Interessierte Parteien</b>								
<b>4.1 Patienten</b>								
<b>4.1.1 Patientenbefragung</b>								
Patienten-befragung	Anzahl der befragten Patienten	1509	1538	1375	mind. 50% der PF	Die Weiterempfehlungsrate ist auch unter Pan-demiebedingungen sehr hoch. Dennoch zeigte sich in den Freitexten eine geringe Zunahme der Beschwerden bei gleichzeitigem Rückgang der positiven Bemerkungen. Die Rücklaufquote ist konstant bei einer zahlenmäßig etwas geringeren Patientenbeteiligung.		Die Ergebnisse der Patientbefragung werden zentrumspezifisch analysiert und gezielte Maßnahmen abgeleitet. Insbesondere die unzureichende Organisation und Kommunikation der Anschluß-Diagnostik/ -Therapie bedarf einer Verbesserung. Die Lücke zwischen stationärer und ambulanter Versorgung soll organisatorisch, z.B. ASV-Strukturen geschlossen werden.
	Rückläufer	755	570	515				
	Rücklaufquote	50%	37%	38%	30% - 50%			
	Lob	571	497	461				
	Beschwerde	115	73	91				
	Weiterempfehlungsquote	91%	90%	93%				

4.2 Einweiser								
4.2.1 Einweiserbefragung								
Einweiser-zufriedenheit	Einweiser	Durchführung von Stabsstelle QM	keine Befragung	keine Befragung	Durchführung: Alle 3 Jahre Rücklauf: Mind. 50% (BZ)	2020 ist eine Einweiserbefragung erfolgt. Die nächste Befragung ist für 2021 geplant. Bezüglich des Befragungskonzepts wird eine Abstimmung zwischen der Stabsstelle QM und dem CCB erfolgen.		Bezüglich des Befragungskonzepts wird eine Abstimmung zwischen der Stabsstelle QM und dem CCB erfolgen.
	Rückläufer							
	Rücklaufquote in %							
4.3 Selbsthilfegruppen								
	Kooperationsvereinbarungen (Anzahl der Gruppen)	3	4	4	mind. 1 Selbsthilfegruppe/ Zentrum	Nicht für alle Organkrebszentren konnte bisher eine Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe geschlossen werden. Die Selbsthilfegruppen wurden wegen Corona nicht zu den Q-Zirkeln eingeladen, jedoch im Vorfeld telefonisch kontaktiert, um den Kontakt aufrechtzuerhalten.		Einbindung weiterer Selbsthilfegruppen als Kooperationspartner und Berücksichtigung dieser bei Patientenveranstaltungen/ Q-Zirkeln.
	Beteiligung an Qualitätszirkeln (Anzahl der Personen)	1	5	0	mind. einmalige Beteiligung einer Selbsthilfegruppe an einer Veranstaltung des Zentrums/ Jahr			
5 Qualitätspolitik und -ziele								
Q-Ziele des CCB's	90-100% Zielerreichung	4	3			Für 2020 wurden die Qualitätsziele unter dem Schwerpunktthema "Personalentwicklung" festgelegt. Da 2020 viele externe Qualifizierungsmaßnahmen coronabedingt abgesagt wurden, wird der Zeitraum für diese Zielbewertung bis Ende 2021 verlängert. Mitarbeiter und Arbeitsplätze wurden für die Teilnahme an Videokonferenz-Fortbildungen ertüchtigt.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	50-89% Zielerreichung	0	0					
	10-49% Zielerreichung	0	1					
	0-9% Zielerreichung	0	0					
	gesamt	4	4					
6 Prozessleistung und Konformität von Produkten und Dienstleistungen								
6.1 Primärfälle								
Primärfälle	gesamt	1639	1768	1775		In der Pandemie ist es in einigen Zentren zu einem deutlichen Rückgang der Primärfallzahlen gekommen. Am stärksten betroffen waren das Prostata-krebszentrum - 29%, das Pankreaskrebszentrum - 16% sowie das Brustkrebzentrum -13%. Insgesamt ist die Primärfallzahl konstant geblieben, was jedoch auf die vollständige Dokumentation von Leukämien- und Lymphom-Patienten zurückzuführen ist. Eine deutliche Steigerung der Fallzahlen fand trotz Corona bei Ösophagus- (+37%) und Magenkarzinomen +(14%) statt.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Fallzahl-Steigerung in % im Vergleich zum Vorjahr	10,44	7,87%	0,003				
	Mammakarzinome	434	446	400	100 PF			
	Gynäkologische Karzinome	78	92	95	50 PF			
	Prostatakarzinome	386	388	327	100 PF			
	Kolorektale Karzinome	153	154	149	20 PF Rektum, 30 PF Kolon			
	Pankreaskarzinome	60	70	55	25 PF			
	Magenkarzinome	35	38	32	30 PF			
	Bronchialkarzinome	314	325	280	200 PF			
	Kopf-Hals-Tumoren	132	137	146	75 PF			
	Hoden- und Peniskarzinome	47	37	26				
	Hepatozelluläre Karzinome		19	19	30 PF			
	Hämatologische Neoplasien		62	198	75 PF			
6.2 Tumorkonferenzen								
Tumorkonferenzen	Anzahl der Tumorkonferenzen	243	248	272	318	2020 wurden zwei weitere Tumorboards etabliert (Hämatologisches/ neuroonkologisches TB). Damit sind nahezu alle Tumorentitäten an Tumorboards angebunden. Es wurden 272 Tumorkonferenzen mit einer Dauer von durchschnittlich 57min durchgeführt. Die Etablierung von Videokonferenzen wirkt sich ressourcenschonend insbesondere für die Querschnittsfächer (Patho-, Radio-, Hämatonko, Radioonkologie) aus.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Anzahl der Fallvorstellungen	4493	4920	5728				
	Anzahl der besprochenen Patienten	3090	3352	3222				
	Vorstellungsquoten Primärfälle (prätherap.)	85%	82%	91%	Zwischen 90% und 95%			
6.3 Tumordokumentation								
Tumordokumentation	Fälle mit onkologischer HD im KIS	37677	39438	31294		Aufgrund der Pandemie ist es 2020 zu einem deutlichen Rückgang der Patientenkontakte (Fälle) im Bereich der onkologischen Erkrankungen gekommen. Die Anzahl der Primärfälle ist nicht in dem selben Maße rückläufig. 2020 konnte die Anzahl der in CREDOS erfassten Fälle deutlich gesteigert werden. Aufgrund der erweiterten Meldepflicht wird sich die verbesserte Erfassungsquote jedoch 2021 nicht aufrecht erhalten lassen.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Patienten mit onkologischer HD im KIS	8793	9083	7105				
	davon in CREDOS erfasst	4389	4490	4657				
	in %	50%	49%	65%				
	Anzahl Tumordokumente in CREDOS	20726	16915	19908				

6.4 Studien								
Studien	Studienzentralen / Sekretariate	3	3	3	nicht definiert	Trotz zahlreicher Studien und einer Gesamtstudienquote von über 10% erreichen 4 von 9 Zentren nicht die geforderte Studienquote. Eine wichtige Zertifizierungsanforderung wird damit nicht erbracht. Zwei Studien (PCO und EDIUM) stellen den Großteil der Studienpatienten. Klinikintern müssten für ein effektives und effizientes Studienangebot die erforderlichen Strukturen verbessert werden. Die strategische Ausrichtung einer zentralen Studieneinheit konnte 2020 nicht abschließend abgestimmt werden.		Einführung einer Studiensoftware (UTMS), die darauf abzielt formale Studienprozesse auch in der bestehenden inhomogenen Studienlandschaft systematischer zu erbringen (bottom up).
	Aktive Studien	19	20	21	mind. 1.Studie/ zertifiziertes Zentrum			
	Rekrutierte Patienten	160	219	260	nicht definiert			
	StudienQuote der zert. Zentren insges.	9%	10,90%	15%	mindestens 5% der Primärfälle			
6.5 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen								
Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen	Interne Veranstaltungen	21	20	15		4 Tumorkonferenzen pro Jahr werden nichtärztlichen Mitarbeitern als interne Fortbildung angeboten. Aufgrund der Hygienevorschriften konnte dieses Angebot 2020 nicht durchgehend aufrecht erhalten werden. Nach Absage aller externen Veranstaltungen in der 1. Jahreshälfte wurde in der zweiten Jahreshälfte begonnen auf Online-Formate umzusteigen.		Fortführen der Online-Formate für Veranstaltungen aller Zentren mit Unterstützung der Abteilung für Kommunikation und Medien.
	Externe Veranstaltungen	7	8	3				
	Patientenveranstaltungen	7	7	4	mind. 1 Veranstaltung/ Zentrum			
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								
OnkoZert-Audit	Auditierte Zentren	9	5	9		Anhand der eingereichten Unterlagen konnte eine so gute Sollerfüllung nachgewiesen werden, dass OnkoZert alle Zentren zur (Sonder-) Auditzyklusreduktion zugelassen hat. Die Zertifikate wurden ohne Fachexperten-Begehung verlängert. Die geplanten Erstzertifizierungen des Hämatologischen, Uroonkologischen und Leberkrebszentrums werden daher im Rahmen der Rezertifizierung aller Zentren in 2021 erfolgen.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	davon Erstzertifizierung	1	0	0				
	Zentren in Auditzyklusreduktion	0	4	9				
	Zertifizierte Zentren insges.	9	9	9				
Verbesserungspotential	Abweichungen	0	1	0				
	Abweichung fristgerecht behoben	0	1	0				
8 Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern und Lieferanten								
Kooperationen	Anzahl der Kooperationen des CCB insges.	30	34	33		Kooperationen sind ein wichtiges Instrument der Netzwerkbildung. Auch 2020 konnte das Netzwerk ausgebaut und neue Kooperationspartner gewonnen werden. Aufgrund von Antikorruptionsbestimmungen wurde von einer Kooperationsvereinbarung mit einer AHB-Klinik Abstand genommen.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Externe Kooperationspartner	9	15	15				
	Neue/ aktualisierte Vereinbarungen	0	10	11				
9 Risiken und Chancen								
Morbid- und Mortalitätskonferenzen	Anzahl Konferenzen	3	8	7	2 Konferenzen/ Zentrum/ Jahr	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	9	12	16				