
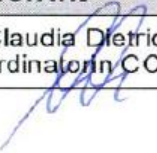
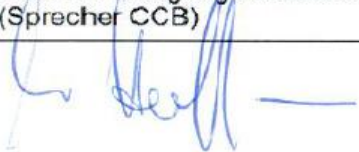


Managementbewertung

Berichtszeitraum 2021

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 2021 - Cancer Center Braunschweig

Thema	Kennzahl	2019	2020	2021	Sollwert	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen
1 Maßnahmen vorheriger Managementbewertungen und Audits								
Maßnahme	umgesetzt	8	14	5	> 60%			Keine Maßnahmen erforderlich.
	in Bearbeitung	2	4	2				
	offen/ nicht zielführend	8	0	0	< 10%			
	gesamt	18	18	7				
2 Strukturen und Rahmenbedingungen								
2.1 Personelle Ausstattung								
Mitarbeiter	Koordination CCB (VK)	1	1	1		Der Sollstellenplan sieht 11,25 VK für das CCB vor. Eine über Drittmittel finanzierte Stelle ist bisher nicht enthalten und muß in die Sollstellen- und Wirtschaftsplanung für 2022/2023 aufgenommen werden, um die zertifizierungsrelevante Dokumentation für das Zentrum zu gewährleisten.		1 VK MDA für das Leukämie- und Lymphomzentrum (LLZB) in die Sollstellenplanung 2022/2023 aufnehmen.
	QMB (VK)	1	1	1				
	MDA (VK)	4,5	6	6				
	Psychoonkologie (VK)	2,75	3,25	3,075				
	Sozialdienst (VK)	1	Pool	Pool				
	gesamt	10,25	11,25	11,075				
2.2 Fachärzte								
Fachärzte	Onkologie		13/20	11/16		Alle onkologisch tätige Kliniken weisen einen hohen Facharztanteil auf.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Chirurgie		20/30	15/23				
	Pathologie		4/7	4/7				
	Radiologie		17/26	14/27				
	Radioonkologie		9/10	8/9				
2.3 Kommunikationsstrukturen								
Sitzungen	Sitzungen Lenkungsausschuss	4	4	4	4	2021 wurden keine Strategiegelgespräche durchgeführt.		Ein Austausch auf Leitungsebene der Zentren ist zur Abstimmung neuer Prozesse wichtig, daher sollen die Strategiegelgespräche 2022 wieder aufgenommen werden.
	Teilnehmer durchschnittlich	24	22	25	mind 1 TN pro Zentrum/ Fachrichtung			
	Qualitätszirkel	12	17	20	mind. 3 pro Zentrum			
	Strategiegelgespräche	12	12	0	mind 1 TN pro Zentrum/ Fachrichtung			
	Teilnehmer durchschnittlich	13	12	0				
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	1538	1375	1729	mind. 50% der PF	Durch die Zertifizierung weiterer Zentren stieg die Anzahl der befragten Patienten 2021 deutlich. Die Rücklaufquote der Vorjahre konnte nicht erreicht werden, liegt aber immer noch im Sollbereich. Die Befragungsergebnisse sind insgesamt weiterhin sehr gut. Die Weiterempfehlungsrate ist unverändert sehr hoch und liegt bei 93%. Dennoch finden sich in den Freitexten vermehrt kritische Hinweise, in denen vor allem die Abläufe (lange Wartezeiten, Ablauf der Entlassung, "Zettelflut") bemängelt werden. Diese Diskrepanz lässt Zweifel an der Befragungsvalidität aufkommen, die auch die Methodik in Frage stellt.		Die Methodik der Patientenbefragung sollte überdacht und für 2023 ein neues Konzept entwickelt werden.
	Rückläufer	570	515	580				
	Rücklaufquote	37%	38%	34%	30% - 50%			
	Lob	497	461	490				
	Beschwerde	73	91	150				
Weiterempfehlungsquote	90%	93%	93%					

4.2 Einweiser									
4.2.1 Einweiserbefragung									
Einweiser-zufriedenheit	Einweiser			322	Rücklaufquote Brustzentrum Soll: mind. 50%; Ist: 54%	Schwerpunkt der Einweiserbefragung 2021 waren die Tumorkonferenzen und onkologischen Arztbriefe. Der Bekanntheitsgrad und Informationsstand über die CCB-Tumorkonferenzen bei den Niedergelassenen ist gut. Das Interesse an einer persönlichen Konferenz-Teilnahme ist nur bei wenigen Fachrichtungen vorhanden. Zur Übersichtlichkeit der Tumorkonferenzprotokolle und zur Schnelligkeit des Versands gibt es kritische Bemerkungen. Dieses gilt auch für Arztbriefe.		Die Druckversionen der Tumorkonferenzprotokolle werden zur Verbesserung des Lesbarkeit überarbeitet. Kritische Hinweise zur Schnelligkeit der Zusendung von Arztbriefen/ Tumorkonferenzprotokollen sind differenziert zu analysieren und ggf. Maßnahmen abzuleiten	
	Rückläufer			109					
	Rücklaufquote in %		keine Befragung	keine Befragung	33%				
4.3 Selbsthilfegruppen									
	Kooperationsvereinbarungen (Anzahl der Gruppen)	4	4	7	mind. 1 Selbsthilfegruppe/ Zentrum	Für die Bereiche Lungenkrebs, Leukämien- u. Lymphome sowie Kehlkopferierte konnten 2021 neue Kooperationspartner gewonnen werden. Vertreter der Selbsthilfegruppen haben sich 2021 wieder an den Qualitätszirkeln beteiligt. Für das Brust- und Gynäkologische Krebszentrum ist es auch 2021 nicht gelungen Kontakt zu einer regionalen Selbsthilfegruppe aufzunehmen.		Einbeziehung einer überregional agierenden Selbsthilfegruppe für Mammakarzinom-Patient:Innen.	
	Beteiligung an Qualitätszirkeln (Anzahl der Personen)	5	0	7	mind. einmalige Beteiligung einer Selbsthilfegruppe an einer Veranstaltung des Zentrums/ Jahr				
5 Qualitätspolitik und -ziele									
Q-Ziele des CCB's	90-100% Zielerreichung	3		2		Jahresübergreifende Gültigkeit der Qualitätsziele in der Pandemiesituation.		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	50-89% Zielerreichung	0		1					
	10-49% Zielerreichung	1		1					
	0-9% Zielerreichung	0		1					
	gesamt	4		5					
6 Prozessleistung und Konformität von Produkten und Dienstleistungen									
6.1 Primärfälle									
Primärfälle	gesamt	1768	1730	1758		In allen zertifizierten Zentren werden die Sollwertvorgaben der DKG sicher erreicht. Auch das im Aufbau befindliche Leberkrebszentrum weist erstmalig eine Steigerung der Primärfälle auf. Im zweiten Jahr der Pandemie sind die Primärfallzahlen in fast allen Zentren wieder gestiegen, haben aber noch nicht das Niveau des Jahres 2019 erreicht. Insbesondere für das Prostata- und Pankreaskrebszentrum wird die Entwicklung weiterhin zu beobachten sein.		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Fallzahl-Veränderung	129 (+7,9%)	-38 (-2,2%)	28 (+1,6%)					
	Mammakarzinome	446	400	443					100 PF
	Gynäkologische Karzinome	92	95	101					50 PF
	Prostatakarzinome	388	327	333					100 PF
	Kolorektale Karzinome	154	149	143					20 PF Rektum, 30 PF Kolon
	Pankreaskarzinome	70	55	50					25 PF
	Magenkarzinome	38	32	39					30 PF
	Lungenkarzinome	325	283	300					200 PF
	Kopf-Hals-Tumoren	137	146	130					75 PF
	Hoden- und Peniskarzinome	37	26	35					
	Hepatozelluläre Karzinome	19	19	22					30 PF
Hämatologische Neoplasien	62	198	162	75 PF					
6.2 Tumorkonferenzen									
Tumorkonferenzen	Anzahl der Tumorkonferenzen	248	272	340		Weitere Etablierung DKG-konformer Tumorkonferenzen im Zuge des Zentrumsausbaus (Uroonkologie, Hämato-Neuroonkologisches Zentrum). Deutlicher Rückgang der Fallvorstellungen bei gleichzeitiger Steigerung Patientenzahl als Zeichen der Effizienzverbesserung in Folge zielgerichteter TuKo-Vorstellung, Reduzierung formaler begründeter Wiedervorstellungen und Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit.		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Anzahl der Fallvorstellungen	4920	5728	5053					
	Anzahl der besprochenen Patienten	3352	3222	3466					
	Vorstellungsquoten Primärfälle (prätherap.)	82%	91%	95%					Zwischen 90% und 95%
6.3 Tumordokumentation									
Tumordokumentation	Fälle mit onkologischer HD im KIS	39438	31294	34314*		*Mit der Etablierung neuer Leistungserfassungssysteme in klinischen Teilbereichen werden nicht mehr alle dieser Auswertung zugrundeliegenden Daten im Jahresbezug bereitgestellt. Um weiterhin Entwicklungstrends aufzeigen zu können, werden die Gesamtzahlen in die Abbildung		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Patienten mit onkologischer HD im KIS	9083	7105	7880*					
	davon in CREDOS erfasst	4490	4657	5327					
	in %	49%	65%	68%*					
	Anzahl Tumordokumente in CREDOS	16915	19908	20544					

	Gesamtzahl Tumordokumente in CREDOS			144816		aufgenommen. Die Datenbank umfasst 19000 Patienten mit einer oder mehreren onkologischen Erkrankung(en). Die Dokumentationsquote konnte 2021 weiter gesteigert werden.	
	Gesamtzahl Patienten in CREDOS			19260			
6.4 Studien							
Studien	Studienzentralen / Sekretariate	3	3	3	nicht definiert	In der strukturellen Studienlandschaft hat es 2021, abgesehen von UTMS, keine Veränderungen gegeben. Dennoch konnte die Studienaktivität gesteigert werden.	Keine Maßnahmen erforderlich.
	Aktive Studien	20	21	23	mind. 1.Studie/ zertifiziertes Zentrum		
	Rekrutierte Patienten	219	260	338	nicht definiert		
	StudienQuote der zert. Zentren insges.	10,90%	15%	19%	mindestens 5% der Primärfälle		
6.5 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen							
Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen	Interne Veranstaltungen	20	15	18		Verschiedene Fortbildungen konnten im 1. Quartal 2021 coronabedingt nicht angeboten werden. Mit der Einführung von Videokonferenzformaten können unabhängig von pandemiebedingten Einschränkungen (Fortbildungs-)Veranstaltungen durchgeführt werden.	Ausbau des Angebotes von (Fortbildungs-) Veranstaltungen in Videokonferenz- bzw. Hybridformaten.
	Externe Veranstaltungen	8	3	4			
	Patientenveranstaltungen	7	4	7	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							
Onkozeit-Audit	Auditierte Zentren	5	9	11	Mindestens Aufrechterhaltung der Anzahl an zertifizierten Zentren bishin zum kontinuierlichen Zuwachs weiterer Zentren.	Als neue Zentren konnten das Leukämie- und Lymphomzentrum sowie das Harnblasenkrebszentrum zertifiziert werden. Die Rezertifizierung verlief ohne Abweichungen.	Keine Maßnahmen erforderlich.
	davon Erstzertifizierung	0	0	2			
	Zentren in Auditzyklusreduktion	4	9	0			
	Zertifizierte Zentren insges.	9	9	11			
Verbesserungspotential	Abweichungen	1	0	0	Keine bis möglichst wenige Abweichungen bei den Audits.		
	Abweichung fristgerecht behoben	1	0	0			
8 Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern und Lieferanten							
Kooperationen	Anzahl der Kooperationen des CCB insges.	34	33	38	Kontinuierlicher Ausbau des onkologischen Netzwerkes mit Abschluss weiterer Kooperationsvereinbarungen und Pflege bestehender Kooperationen.	Kooperationen sind ein wichtiges Instrument der Netzwerkbildung. 2021 konnten neue Kooperationspartner gewonnen werden und bestehende Kooperationen mit Stellennachfolgern fortgesetzt werden.	Keine Maßnahmen erforderlich.
	Externe Kooperationspartner	15	15	21			
	Neue/ aktualisierte Vereinbarungen	10	11	7			
9 Risiken und Chancen							
Morbidi- und Mortalitätskonferenzen	durchschnittliche Anzahl der Konferenzen/ Zentrum	8	7		2 Konferenzen/ Zentrum/ Jahr	Die erforderlichen Angaben konnten für 2021 nicht zentrumsspezifisch ermittelt werden.	
	durchschnittlichen Anzahl besprochener Fälle/ Konferenz	12	16				
Besprechungen im Online-Format - NEU	CCB-Teambesprechungen			49/49		Durch die Pandemie wurden Besprechungen vermehrt auf Online-Formate umgestellt. Teambesprechungen und Qualitätszirkel konnten nahezu vollständig online oder im Hybridformat durchgeführt werden. Nach Klärung von Sicherheitsaspekten und datenschutzrechtlicher Fragen haben einige Tumorkonferenzen schnell in der webbasierten Videokonferenz-Modus gewechselt. Angesichts der erheblichen Zugangserleichterung und Flexibilität haben diese Tumorkonferenzen schnell an Akzeptanz gewonnen, so dass auch weitere Boards die Videokonferenzformate nutzen wollen. Verbindliche Vorgaben für den formalen und administrativen Ablauf liegen vor, bedürfen aber noch weiterer Abstimmung insbesondere in der sektorenübergreifenden Einbindung von Kooperationspartnern der Zentren.	Abstimmung und Kommunikation von verbindlichen Vorgaben für die Nutzung von Videokonferenzformaten für Tumorkonferenzen und deren - auch sektorenübergreifende Durchführung. Steigerung der Anzahl der Tumorkonferenzen im webbasierten Videokonferenzformat (oder Hybridmodus) auf mind. 50%.
	Qualitätszirkel			19/20			
	Tumorkonferenzen			54/340			