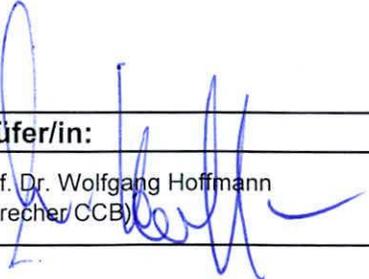
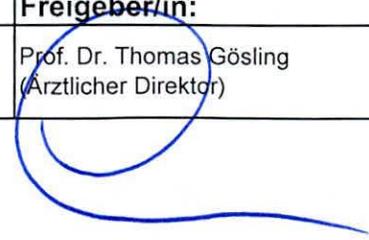


Managementbewertung Berichtszeitraum 2023

Cancer Center Braunschweig

Ersteller/in:	Prüfer/in:	Freigeber/in:
Dr. Claudia Dietrich (Koordinatorin CCB) 	Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Sprecher CCB) 	Prof. Dr. Thomas Gösling (Ärztlicher Direktor) 

Kennzahlen Managementbewertung 2023 - Cancer Center Braunschweig

Thema	Kennzahl	2020	2021	2022	2023	Sollwert	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen
1 Maßnahmen vorheriger Managementbewertungen und Audits									
Maßnahme	umgesetzt	14	5	3	4	> 60%			
	in Bearbeitung	4	2	3	1				
	offen/ nicht zielführend	0	0	2	3	< 10%			
	gesamt	18	7	8	7				
2 Strukturen und Rahmenbedingungen									
2.1 Personelle Ausstattung									
Mitarbeiter	Koordination CCB (VK)	1	1	1	1	Med. Tumordokumentation: DKG-Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK	2023 wurde die Sollstanzahl Tumordokumentation um 0,5 VK auf 6,5 VK erhöht. Für die psychoonkologische Betreuung im ambulanten Bereich (ASV) wurde 1 VK bereitgestellt		
	QMB (VK)	1	1	1	1				
	MDA (VK)	6	6	6	6,5				
	Psychoonkologie (VK)	3,25	3,075	3,075	4,075				
	Sozialdienst (VK)	Pool	Pool	Pool	Pool				
	gesamt	11,25	11,075	11,075	12,575				
2.2 Fachärzte									
Fachärzte	Onkologie	13/20	11/16	12/18	10/19	Facharztquote > 50%	Die onkologisch tätigen Kliniken weisen eine hohe Facharztquote von durchschnittlich 56% auf. (37% - 80%)		
	Allg. Chirurgie	20/30	15/23	15/23	13/18				
	Frauenklinik			11/25	9/12				
	Urologie			12/22	12/22				
	Pneumologie			7/18	10/18				
	HTG			17/30	18/34				
	HNO			9/19	9/19				
	MpKG			6/12	7/13				
	Pathologie	4/7	4/7	5/8	5/9				
	Radiologie	17/26	14/27	17/31	12/27				
	Radioonkologie	9/10	8/9	11/12	8/10				
	Neurologie			8/29	13/27				
	Neurochirurgie			8/19	7/19				
2.3 Kommunikationsstrukturen									
Sitzungen	Sitzungen Lenkungsausschuss	4	4	4	4	mind. 4 pro Jahr			Keine Maßnahmen erforderlich
	Teilnehmer durchschnittlich	22	25	21	25	mind. 1 TN pro Zentrum/ Fachrichtung			
	Qualitätszirkel	17	20	22	27	mind. 3 pro Zentrum			
	Strategiegespräche	12	0	6/7	1	mind. 1 pro übergeordnetem Zentrum			
	Teilnehmer durchschnittlich	12	0	8	10	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		keine Befragung	Intervall: mind. alle drei Jahre Dauer: mind. drei Monate Rücklauf: 30% - 50%		Keine Patientenbefragung in 2023 2024 findet in alle Zentren eine Patientenbefragung statt.
	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	322	keine Befragung	keine Befragung	Einweiserbefragung alle drei Jahre. Rücklaufquote Brustkrebszentrum Soll: 50%	Keine Einweiserbefragung in 2023 Die nächste Einweiserbefragung findet 2024 statt.		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Rückläufer		109							
	Rücklaufquote in %		33%							
4.3 Selbsthilfegruppen										
	Kooperationsvereinbarungen (Anzahl der Gruppen)	4	7	9	11	mind. 1 Selbsthilfegruppe/ Zentrum	Für die Bereiche Pankreas und Hamblase konnten Kooperationsvereinbarungen in 2023 abgeschlossen werden. Ein gemeinsamer Qualitätszirkel fand im September unter Beteiligung der Selbsthilfegruppen statt. Die Bemühungen um die Zusammenarbeit mit einer regionalen Brustkrebs-Selbsthilfegruppe halten an. Die Zusammenarbeit mit der Herzkissengruppe wurde intensiviert.		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	6	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	4		Vier Ziele konnten vollständig und zwei zu 75% in 2023 umgesetzt werden. Bei einem Ziel hat sich die Umsetzung verzögert. Es konnte jedoch in 2024 vollständig erreicht werden. Bei den unvollständig erreichten Zielen haben sich die angestrebten Zielvorgaben rückblickend als zu hoch erwiesen.		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	50-89% Zielerreichung	1		4	2					
	10-49% Zielerreichung	1		0	0					
	0-9% Zielerreichung	1		1	1					
	gesamt	5		7	7					
6 Prozessleistung und Konformität von Produkten und Dienstleistungen										
6.1 Primärfälle										
Primärfälle	gesamt	1730	1758	2317	2265		Stand 07.05.2024			
	Fallzahl-Veränderung	18 (-2,2%)	28 (+1,6%)	272 (+15,5%)	-52					
	Mammakarzinome	400	443	374	364					100 PF
	Gynäkologische Karzinome	95	101	128	126					50 PF
	Prostatakarzinome	327	333	368	353					100 PF
	Kolorektale Karzinome	149	143	119	109					20 PF Rektum, 30 PF Kolon
	Pankreaskarzinome	55	50	67	46					25 PF
	Magenkarzinome	32	39	76	61					30 PF
	Lungenkarzinome	283	300	315	325					200 PF
	Kopf-Hals-Tumoren	146	130	140	111					75 PF
	Hoden- und Peniskarzinome	26	35	31	35					
	Hepatozelluläre Karzinome	19	22	33	21					30 PF
	Hämatologische Neoplasien	198	162	221	269					75 PF
	Harnblase			333	259					50 PF
	Neuroonkologische Tumoren			112	186					100 PF
6.2 Tumorkonferenzen										
Tumorkonferenzen	Anzahl der Tumorkonferenzen	272	340	349	347		Stand 107.05.2024			
	Anzahl der Fallvorstellungen	5728	5053	5538	5952					
	Anzahl der besprochenen Patienten	3222	3466	3658	3901					
	Vorstellungsquoten Primärfälle (prätherap.) zertifizierte	91%	95%	95%	97%					Zwischen 90% und 95%
6.3 Tumordokumentation										
Tumordokumentation	Fälle mit onkologischer HD im KIS	31294	34314	38364	33340		Stand 19.03.2024			
	Patienten mit onkologischer HD im KIS	7105	7880	9098	10629					
	davon in CREDOS erfasst	4657	5327	5386	7004					
	in %	65%	68%	59%	66%					
	Anzahl Tumordokumente in CREDOS/Datenjahr	19908	20544	19446	22781					
	Gesamtzahl Tumordokumente in CREDOS	144816	165166	165166	187438					
	Gesamtzahl Patienten in CREDOS		19260	22072	25113					

6.4 Studien									
Studien	Studiencentralen / Sekretariate	3	3	3	3	nicht definiert			
	Aktive Studien	21	23	29	41	mind. 1 Studie/ zertifiziertes Zentrum			
	Rekrutierte Patienten	260	338	356	499	nicht definiert			
	Studienquote der zert. Zentren insges.	15%	19%	17%	20%	mindestens 5% der Primärfälle			
6.5 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen									
Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen	Interne Veranstaltungen	15	18	24	32				
	Externe Veranstaltungen	3	4	8	11				
	Patientenveranstaltungen	4	7	6	7				
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	13	9	10	Mindestens Aufrechterhaltung der Anzahl an zertifizierten Zentren bishin zum kontinuierlichen Zuwachs weiterer Zentren. Keine bis möglichst wenige Abweichungen bei den Audits.	2023 wurde das Neuroonkologische Zentrum erstzertifiziert. Im Überwachungsaudit wurden 10 Zentren von den Fachexperten begangen. Vier Zentren konnten aufgrund konstant guter Leistungen eine Auditzyklusreduktion in Anspruch nehmen. Der Fachexperte für das Viszeralonkologische Zentrum sprach eine Abweichung aus. Diese konnte fristgerecht behoben werden.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	davon Erstzertifizierung	0	2	0	1				
	Zentren in Auditzyklusreduktion	9	0	4	4				
	Zertifizierte Zentren insges.	9	13	13	14				
Verbesserungspotential	Abweichungen	0	0	3	1				
	Abweichung fristgerecht behoben	0	0	3	1				
8 Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern und Lieferanten									
Kooperationen	Anzahl der Kooperationen des CCB insges.	33	38	41	52	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. Viele der Vereinbarungen waren älter als 5 Jahre und wurden daher auf Aktualität überprüft.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Externe Kooperationspartner	15	21	25	28				
	Neue/ aktualisierte Vereinbarungen	11	7	9	27				
9 Risiken und Chancen									
Morbidi- und Mortalitätskonferenzen	durchschnittliche Anzahl der Konferenzen/ Zentrum	7		10	12	2 interdisziplinäre Konferenzen/ Zentrum/ Jahr	Bis auf ein Zentrum haben alle die Anforderungen zur regelmäßigen Durchführung von M&M-Konferenzen umgesetzt. Im Zuge der Behebung einer Abweichung hat sich dieses Zentrum intensiv mit den Anforderungen auseinandergesetzt und ein klares Umsetzungskonzept entwickelt.		Vereinbarte Maßnahmen bereits umgesetzt
	durchschnittliche Anzahl interdisziplinärer Konferenzen/ Zentrum		Angaben konnten für 2021 nicht ermittelt werden.	2	2				
Besprechungen im Online-Format	CCB-Teambesprechungen		49/49	46/46	36/47		2023 wurden wöchentlich sechs organsystembezogene und eine Tumorkonferenz für seltene Entitäten durchgeführt. Seit Dezember 2023 erfolgen alle Tumorkonferenzen im Online-Format. Durch die Integration als zertifizierte Kooperationspartner konnte für zwei onkologische Praxen die formalen Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme an den Online-Tumorkonferenzen geschaffen werden. Die Tumorzentren des CCB's haben als Outreachpartner des CCN (Comprehensive Cancer Center Niedersachsen) Zugang zu den Molekularen Tumorboards der UMG und MHH und diesen bereits in Einzelfällen in Anspruch genommen.		stand 19.03.2024
	Qualitätszirkel		19/20	22/22	27/27				
	Tumorkonferenzen		54/340	277/349	301/347				