
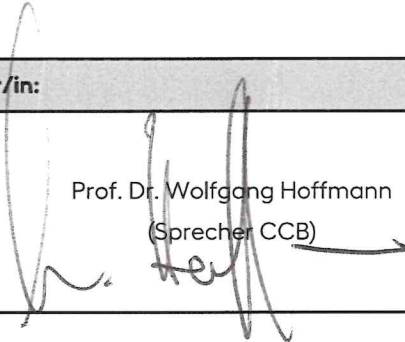



Managementbewertung  
**Berichtszeitraum 2025**

Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH  
Cancer Center Braunschweig

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

## Kennzahlen Managementbewertung 2025 - Cancer Center Braunschweig

Thema	Kennzahl	2023	2024	2025	Sollwert	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen
<b>1 Maßnahmen vorheriger Managementbewertungen und Audits</b>								
Maßnahme	umgesetzt	4	60	60	> 60%	Die Hinweise der DKG-Fachexperten aus der Reziertifizierung im November 2024 aufnehmend, haben die Zentren eine Vielzahl von Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Im Laufe des Jahres 2025 konnten fast 70% dieser Maßnahmen erfolgreich umgesetzt werden. 21 Maßnahmen betreffen komplexe Prozesssteuerungen deren Bearbeitung bisher nicht abgeschlossen werden konnte und daher in 2026 fortgesetzt wird. Unter den 6 noch offenen/ als nicht zielführend eingestuft Maßnahmen finden sich auch derzeit nicht umsetzbare Personalforderungen.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	in Bearbeitung	1	11	21				
	offen/ nicht zielführend	3	4	6	< 10%			
	gesamt	7	75	87				
<b>2 Strukturen und Rahmenbedingungen</b>								
<b>2.1 Personelle Ausstattung</b>								
Mitarbeiter	Koordination CCB (VK)	1	1	2	Med. Tumordokumentation: DKG-Richtwert: pro 200 Primärfälle 0,5 VK und pro 200 Nachsorgefälle 0,1 VK			Keine Maßnahmen erforderlich.
	QMB (VK)	1	1	0				
	MDA (VK)	6,5	6,75	6,77				
	Psychoonkologie (VK)	4,075	4,075	4,075				
	Sozialdienst (VK)	Pool	Pool	Pool				
	gesamt	12,575	12,825	12,845				
<b>2.2 Fachärzte</b>								
Fachärzte	Onkologie	10/19	9/19	9/19	Facharztquote > 50%	Die onkologisch tätigen Kliniken weisen eine hohe Facharztquote von durchschnittlich 52% auf.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Allg. Chirurgie	13/18	12/25	13/24				
	Frauenklinik	9/12	11/24	11/24				
	Urologie	12/22	10/20	11/21				
	Pneumologie	10/18	8/24	10/15				
	HTG	18/34	19/34	18/34				
	HNO	9/19	12/20	10/18				
	MpKG	7/13	6/12	6/12				
	Pathologie	5/9	5/9	5/9				
	Radiologie	12/27	12/27	12/27				
	Radioonkologie	8/10	8/10	8/11				
	Neurologie	13/27	9/30	13/30				
	Neurochirurgie	7/19	6/18	11/22				
<b>2.3 Kommunikationsstrukturen</b>								
Sitzungen	Sitzungen Lenkungsausschuss	4	4	4	mind. 4 pro Jahr	Anstelle der zentrumsbezogenen Strategiegespräche wurden 2025 themenbezogene Gespräche auf Ebene der CCB-Sprecher initiiert. Inhalte waren u. a. der Anschluss an Molekulare Tumorboards/ Zentren für Personalisierte Medizin oder der Aufbau einer zentralen Studienorganisation.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Teilnehmer durchschnittlich	25	21	23	mind. 1 TN pro Zentrum/ Fachrichtung			
	Qualitätszirkel	27	22	25	mind. 3 pro Zentrum			
	Strategiegespräche	1	0	0	mind. 1 pro übergeordnetem Zentrum			
	Teilnehmer durchschnittlich	10	0	0	mind 1 TN pro Zentrum/ Fachrichtung			
<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>								
Patientenbefragung	Anzahl der befragten Patienten	keine Befragung	611	keine Befragung	Intervall: mind. alle drei Jahre Dauer: mind. drei Monate Rücklauf: 30% - 50%			Keine Maßnahmen erforderlich.
	Rückläufer		384					
	Rücklaufquote		63%					
	Lob		407					
	Kritischer Hinweis		90					
	Weiterempfehlungsquote		92%					

## Kennzahlen Managementbewertung 2025 - Cancer Center Braunschweig

Thema	Kennzahl	2023	2024	2025	Sollwert	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen	
<b>4.2 Einweiser</b>									
<b>4.2.1 Einweiserbefragung</b>									
Einweiser-zufriedenheit	Einweiser	keine Befragung	379	keine Befragung	keine Befragung	Einweiserbefragung alle drei Jahre. Rücklaufquote Brustkrebszentrum Soll: 50%		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Rückläufer		109						
	Rücklaufquote in %		33% (BZ: 54%)						
<b>4.3 Selbsthilfegruppen</b>									
	Kooperationsvereinbarungen (Anzahl der Gruppen)	11	11	11	mind. 1 Selbsthilfegruppe/ Zentrum	Es hat sowohl ein Qualitätszirkel für die kooperierenden Selbsthilfegruppen stattgefunden, als auch eine Teilnahme an den zentrumsspezifischen Qualitätszirkeln falls dies gewünscht war.		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Beteiligung der Selbsthilfegruppen an Qualitätszirkeln und/ oder Veranstaltungen der Zentren	6	0	5	mind. einmalige Beteiligung einer Selbsthilfegruppe an einer Veranstaltung des Zentrums/ Jahr				
<b>5 Qualitätspolitik und -ziele</b>									
Q-Ziele des CCB's	90-100% Zielerreichung	4	6	0		Die für 2025 gesteckten Ziele konnten nur teilweise umgesetzt werden. Ein Ziel wurde erst mit Fristverzug erreicht. Bei zwei Zielen haben technische Probleme die Umsetzung erschwert bzw. verzögert. Das vierte Ziel mit Fokus auf eine KI-Integration in den Arbeitsalltag hat sich als zu ambitioniert erwiesen und konnte nur ansatzweise realisiert werden. Die Zielerreichung wurde daher mit nur 50% bewertet.		Die drei nicht vollständig umgesetzten Ziele werden weiterhin als wichtig erachtet und daher für 2026 in modifizierter Form weitergeschrieben.	
	50-89% Zielerreichung	2	1	4					
	10-49% Zielerreichung	0	0	0					
	0-9% Zielerreichung	1	0	0					
	<b>gesamt</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>4</b>					
<b>6 Prozessleistung und Konformität von Produkten und Dienstleistungen</b>									
<b>6.1 Primärfälle</b>									
Primärfälle	<b>gesamt</b>	<b>2265</b>	<b>2305</b>	<b>2343</b>				Keine Maßnahmen erforderlich.	
	<b>Fallzahl-Veränderung</b>	<b>-52</b>	<b>40</b>	<b>38</b>					
	Mammakarzinome	364	377	351					100 PF
	Gynäkologische Karzinome	126	107	110					50 PF
	Prostatakarzinome	353	377	376					100 PF
	Kolorektale Karzinome	109	88	117					20 PF Rektum, 30 PF Kolon
	Pankreaskarzinome	46	59	57					25 PF
	Magakarzinome	61	41	32					30 PF
	Ösophaguskarzinome		56	58					20 PF
	Lungenkarzinome	325	352	355					200 PF
	Kopf-Hals-Tumoren	111	139	162					75 PF
	Hoden- und Peniskarzinome	35	30	32					5 PF
	Hepatozelluläre Karzinome	21	29	29					30 PF
	Hämatoologische Neoplasien	269	212	213					75 PF
	Harnblase	259	269	261					50 PF
Neuroonkologische Tumoren	186	169	190	100 PF					
<b>6.2 Tumorkonferenzen</b>									
Tumorkonferenzen	Anzahl der Tumorkonferenzen	347	341	348		Die Anzahl der Fallbesprechungen in den Tumorkonferenzen ist im Vergleich zum Vorjahr erneut angestiegen. Bei den knapp 400 zusätzlichen Patienten handelt es sich nicht ausschließlich um neue Primärfälle der Zentren sondern zunehmend auch um Patienten, die von externen Kooperationspartner oder im Rahmen von Zweitmeinungen den Tumorboard vorgestellt werden. Trotz dieser enormen Steigerung konnten die von der Deutschen Krebsgesellschaft geforderten Vorstellungsquoten in allen Zentren sichergestellt werden.		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Anzahl der Fallvorstellungen	5952	6334	7327					
	Anzahl der besprochenen Patienten	3901	4288	4661					
	Vorstellungsquoten Primärfälle (prätherap.) zertifizierte Z	97%	98%	98%					Zwischen 90% und 95%

## Kennzahlen Managementbewertung 2025 - Cancer Center Braunschweig

Thema	Kennzahl	2023	2024	2025	Sollwert	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen
<b>6.3 Tumordokumentation</b>								
Tumordokumentation	Fälle mit onkologischer HD im KIS	33340	39358	39929		2025 ist die Anzahl der Patienten mit einer onkologischen Hauptdiagnose laut Krankenhausinformationssystem erneut angestiegen. Inzwischen sind über 31000 Patienten mit einer Krebsdiagnose im Tumordokumentationssystem CREDOS erfasst. Bei zunehmender Dokumentationstiefe (OBDS 3.0 -> zusätzliche Pflichtangaben) und Umstrukturierung der Erfassungsmasken liegt die Anzahl der angelegten Tumordokumente unter dem Vorjahresergebnis.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Patienten mit onkologischer HD im KIS	10629	8170	9446				
	davon in CREDOS erfasst	7004	5792	6257				
	in %	66%	71%	66%				
	Anzahl Tumordokumente in CREDOS/Datenjahr	22781	23180	22211				
	Gesamtzahl Tumordokumente in CREDOS	187438	208686	230912				
Gesamtzahl Patienten in CREDOS	25113	28103	31249					
<b>6.4 Studien</b>								
Studien	Studienzentralen / Sekretariate	3	3	3	nicht definiert	Die Studienquote konnte erneut gesteigert werden.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Aktive Studien	41	44	54	mind. 1.Studie/ zertifiziertes Zentrum			
	Rekrutierte Patienten	499	553	599	nicht definiert			
	StudienQuote der zert. Zentren insges.	20%	24%	26%	mindestens 5% der Primärfälle			
<b>6.5 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen</b>								
Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen	Interne Veranstaltungen	32	42	44	keine Vorgabe	Die DKG-zertifizierten Zentren verstehen sich als Wissensvermittler und intersektorale Kommunikationsschnittstelle. In dieser Rolle werden Fortbildungsveranstaltungen sowohl für Patienten und Angehörige als auch das Ärztliche Kollegium und Niedergelassene angeboten. Alle Zentren haben die diesbezüglichen DKG-Vorgaben in 2025 erfüllt.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Externe Veranstaltungen	11	4	6	mind. 1 Veranstaltung/ Zentrum			
	Patientenveranstaltungen	7	5	6	mind. 1 Veranstaltung/ Zentrum			
<b>7 Auditmanagement</b>								
<b>7.1 Auditmanagement intern</b>								
	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.
<b>7.2 Auditmanagement extern</b>								
Onkoert-Audit	Auditierte Zentren	10	15	3	Mindestens Aufrechterhaltung der Anzahl an zertifizierten Zentren bishin zum kontinuierlichen Zuwachs weiterer Zentren. Keine bis möglichst wenige Abweichungen bei den Audits.	2025 konnten 12 Zentren aufgrund konstant guter Ergebnisse einen reduzierten Auditzyklus in Anspruch nehmen. 3 Zentren mussten aufgrund formaler Aspekte (z.B. Veränderung in den Leitungsstrukturen, erstmalige Zertifikatserteilung) von den Fachexperten vor Ort auditiert werden. In einem Zentrum wurde eine Abweichung ausgesprochen. Diese konnte fristgerecht		Keine Maßnahmen erforderlich.
	davon Erstzertifizierung	1	1	0				
	Zentren in Auditzyklusreduktion	4	0	12				
	Zertifizierte Zentren insges.	14	15	15				
Verbesserungspotential	Abweichungen	1	1	1				
	Abweichung fristgerecht behoben	1	1	1				
<b>8 Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern und Lieferanten</b>								
Kooperationen	Anzahl der Kooperationen des CCB insges.	52	52	48	2024 hat es keine Veränderungen gegeben. Es wurden keine neuen Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen. Die Aktualisierungsüberprüfung der Vereinbarungen wurde fortgesetzt. Leider konnten bei einigen in Abstimmung befindlichen Verfahren			Keine Maßnahmen erforderlich.
	Externe Kooperationspartner	28	28	26				
	Neue/ aktualisierte Vereinbarungen	27	27	2				
<b>9 Risiken und Chancen</b>								
Morbid- und Mortalitätskonferenzen	durchschnittliche Anzahl der Konferenzen/ Zentrum	12	12	12	2 interdisziplinäre Konferenzen/ Zentrum/ Jahr	2025 haben alle Zentren die Anforderungen zur regelmäßigen Durchführung von M&M-Konferenzen umgesetzt.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	durchschnittliche Anzahl interdisziplinärer Konferenzen/ Zentrum	2	2	2				
Besprechungen im Online-Format	CCB-Teambesprechungen	36/47	41/45	47/51				Keine Maßnahmen erforderlich.
	Qualitätszirkel	27/27	22/22	25/25				
	Tumorkonferenzen	301/347	341	348				