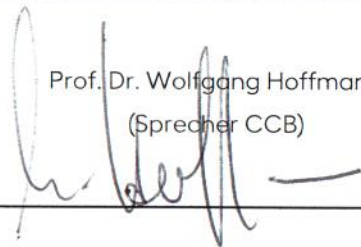
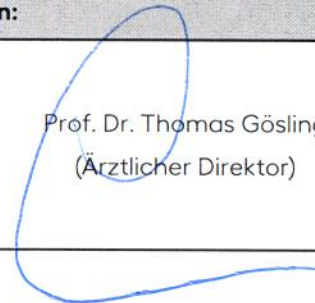


Managementbewertung
Berichtszeitraum 2024

Städtisches Klinikum Braunschweig gGmbH
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 2024 - Cancer Center Braunschweig										
Thema		Kennzahl	2021	2022	2023	2024	Sollwert	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen
1 Maßnahmen vorheriger Managementbewertungen und Audits										
Maßnahme	umgesetzt	5	3	4	60	> 60%	Die Anforderungen wurden erfüllt. Die überwiegende Anzahl der aus Verbesserungshinweisen/ der Managementbewertung abgeleiteten Maßnahmen konnten umgesetzt werden. Schwierig sind weiterhin der Ausbau personeller Ressourcen sowie die Schaffung zusätzlicher zentraler Organisationseinheit wie z.B. eine Studienzentrale oder ein zentraler Palliativkonsildienst.		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	in Bearbeitung	2	3	1	11					
	offen/ nicht zielführend	0	2	3	4	< 10%				
	gesamt	7	8	7	75					
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			Keine Maßnahmen erforderlich.	
	OMB (VK)	1	1	1	1					
	MDA (VK)	6	6	6,5	6,75					
	Psychoonkologie (VK)	3,075	3,075	4,075	4,075					
	Sozialdienst (VK)	Pool	Pool	Pool	Pool					
	gesamt	11,075	11,075	12,575	12,825					
2.2 Fachärzte										
Fachärzte	Onkologie	11/16	12/18	10/19	9/19	Facharztquote > 50%	Die onkologisch tätigen Kliniken weisen eine hohe Facharztquote von durchschnittlich 56% auf. (37% - 80%)			
	Allg. Chirurgie	15/23	15/23	13/18	12/25					
	Frauenklinik		11/25	9/12	11/24					
	Urologie		12/22	12/22	10/20					
	Pneumologie		7/18	10/18	8/24					
	HTG		17/30	18/34	19/34					
	HNO		9/19	9/19	12/20					
	MpKG		6/12	7/13	6/12					
	Pathologie	4/7	5/8	5/9	5/9					
	Radiologie	14/27	17/31	12/27	12/27					
	Radioonkologie	8/9	11/12	8/10	8/10					
	Neurologie		8/29	13/27	9/30					
	Neurochirurgie		8/19	7/19	6/18					
	2.3 Kommunikationsstrukturen									
Sitzungen	Sitzungen Lenkungsausschuss	4	4	4	4	mind. 4 pro Jahr	Aufgrund personeller Einschränkungen konnten die Strategiegespräche in 2024 nicht fortgesetzt werden.		Keine Maßnahmen erforderlich	
	Teilnehmer durchschnittlich	25	21	25	21	mind. 1 TN pro Zentrum/ Fachrichtung				
	Qualitätszirkel	20	22	27	22	mind. 3 pro Zentrum				
	Strategiegespräche	0	6/7	1	0	mind. 1 pro übergeordnetem Zentrum				
	Teilnehmer durchschnittlich	0	8	10	0	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										
Patienten- befragung	Anzahl der befragten Patienten	1729	1389	keine Befragung	611	Intervall: mind. alle drei Jahre Dauer: mind. drei Monate Rücklauf: 30% - 50%	2024 wurde eine Patientenbefragung in allen zertifizierten Krebszentren durchgeführt. Durch die fokussierte Befragung über drei Monaten konnte eine sehr hohe Rücklaufquote von 63% erreicht werden. Am häufigsten gelobt wurden das Engagement von Pflegekräften und Ärzten. Die häufigsten Kritikpunkte bezogen sich auf die Ablauforganisation und bauliche Gegebenheiten.		Keine Maßnahmen erforderlich.	
	Rückläufer	580	349		384					
	Rücklaufquote	34%	25%		63%					
	Lob	490	249		407					
	Kritischer Hinweis	150	66		90					
	Weiterempfehlungsquote	93%	93%		92%					

Kennzahlen Managementbewertung 2024 - Cancer Center Braunschweig														
Thema	Kennzahl	2021	2022	2023	2024	Sollwert	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen					
4.2 Einweiser														
4.2.1 Einweiserbefragung														
Einweiser-zufriedenheit	Einweiser	322			379	Einweiserbefragung alle drei Jahre. Rücklaufquote Brustkrebszentrum Soll: 50%	Im September 2024 wurde eine Einweiserbefragung für alle zertifizierten Krebszentren durchgeführt. Es wurden 380 zuweisende/ weiterbehandelnde Kollegen (Fachärzte und Hausärzte) bezüglich ihrer Zufriedenheit mit den Arztbriefen und Tumorkonferenzprotokollen befragt. Insgesamt gingen 109 Rückmeldungen (Rücklaufquote 33%) ein. Die spezifische Auswertung für das Brustkrebszentrum ergab eine Rücklaufquote von 54%. Aufgrund der zu erwartenden geringen Rückmeldungen zu neuroonkologischen Tumoren, fand eine gezielte Befragung der niedergelassenen Neurologen im Rahmen eines Roundtable-Austausches statt. Die Auswertung ergab eine hohe Zufriedenheit mit der Qualität der Tumorkonferenz-Protokollen und Arztbriefen. Verbesserungspotential besteht in der Schnelligkeit der Bereitstellung und Zielgenauigkeit der Adressierung. Die Zentren haben sich intensiv mit der Umsetzung von individuellen Verbesserungsmöglichkeiten befasst.		Keine Maßnahmen erforderlich.					
	Rückläufer	109			109									
	Rücklaufquote in %													
		33%			keine Befragung					keine Befragung	33% (BZ: 54%)			
4.3 Selbsthilfegruppen														
	Kooperationsvereinbarungen (Anzahl der Gruppen)	7	9	11	11	mind. 1 Selbsthilfegruppe/ Zentrum	Anders als in den Jahren zuvor konnte 2024 aus organisatorische Gründen kein Qualitätszirkel für die kooperierenden Selbsthilfegruppen realisiert werden. Auch eine Teilnahme an den zentrumsspezifischen Qualitätszirkeln ist nicht zustande gekommen.		Einbeziehung einer überregional agierenden Selbsthilfegruppe für Mammakarzinom-Patient:innen. Es wird die Gründung einer "eigenen" Selbsthilfegruppe erwogen.					
	Beteiligung an Qualitätszirkeln (Anzahl der Personen)	7	7	6	0	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	6		6 von 7 Zielen konnten in 2024 erreicht werden. 2024 wurden erstmalig eine Wirksamkeitsbeurteilung der vereinbarten Maßnahmen durchgeführt. Hierbei zeigte sich, dass diese nicht immer zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben.		Keine Maßnahmen erforderlich.					
	50-89% Zielerreichung	1	4	2	1									
	10-49% Zielerreichung	1	0	0	0									
	0-9% Zielerreichung	1	1	1	0									
	gesamt	5	7	7	7									
6 Prozessleistung und Konformität von Produkten und Dienstleitungen														
6.1 Primärfälle														
Primärfälle	gesamt	1758	2317	2265	2305		Stand 25.03.2025 Die Vorgaben für die Mindestfallzahlen werden in allen Zentren erfüllt und sogar weit überschritten. Im Vergleich zu den Vorjahren ist jedoch ein deutlicher Rückgang der Primärfallzahlen in einigen Zentren zu verzeichnen. Eine Ursachenanalyse wird durchgeführt.		Keine Maßnahmen erforderlich.					
	Fallzahl-Veränderung	28 (+1,6%)	272 (+15,5%)	-52	40									
	Mammakarzinome	443	374	364	377					100 PF				
	Gynäkologische Karzinome	101	128	126	107					50 PF				
	Prostatakarzinome	333	368	353	377					100 PF				
	Kolorektale Karzinome	143	119	109	88					20 PF Rektum, 30 PF Kolon				
	Pankreaskarzinome	50	67	46	59					25 PF				
	Magenkarzinome	39	76	61	41					30 PF				
	Oesophaguskarzinome				56					20 PF				
	Lungenkarzinome	300	315	325	352					200 PF				
	Kopf-Hals-Tumoren	130	140	111	139					75 PF				
	Hoden- und Peniskarzinome	35	31	35	30					5 PF				
	Hepatozelluläre Karzinome	22	33	21	29					30 PF				
	Hämatologische Neoplasien	162	221	269	212					75 PF				
	Harnblase		333	259	269					50 PF				
	Neuroonkologische Tumoren		112	186	169					100 PF				
	6.2 Tumorkonferenzen													
	Tumorkonferenzen	Anzahl der Tumorkonferenzen	340	349	347					341		Stand 25.03.2025. Die von der Deutschen Krebsgesellschaft geforderten Vorstellungsquoten werden in allen Zentren erreicht.		Keine Maßnahmen erforderlich.
		Anzahl der Fallvorstellungen	5053	5538	5952					6334				
		Anzahl der besprochenen Patienten	3466	3658	3901					4288				
Vorstellungsquoten Primärfälle (prätherap.) zertifizierte		95%	95%	97%	98%	Zwischen 90% und 95%								
6.3 Tumordokumentation														
Tumordokumentation	Fälle mit onkologischer HD im KIS	34314	38364	33340	39358		Stand 27.03.2025		Keine Maßnahmen erforderlich.					
	Patienten mit onkologischer HD im KIS	7880	9098	10629	8170									
	davon in CREDOS erfasst	5327	5386	7004	5792									
	in %	68%	59%	66%	71%									
	Anzahl Tumordokumente in CREDOS/Datenjahr	20544	19446	22781	23180									
	Gesamtzahl Tumordokumente in CREDOS	144816	165166	187438	208686									
	Gesamtzahl Patienten in CREDOS	19260	22072	25113	28103									

Kennzahlen Managementbewertung 2024 - Cancer Center Braunschweig									
Thema	Kennzahl	2021	2022	2023	2024	Sollwert	Bemerkung	Bewertung	Maßnahmen
6.4 Studien									
Studien	Studienzentralen / Sekretariate	3	3	3	3	nicht definiert	Viele Zentren haben ihre Studienaktivitäten gesteigert. Die Studienquote steigt erneut an und liegt jetzt bei 24% der Primärfälle.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Aktive Studien	23	29	41	44	mind. 1 Studie/ zertifiziertes Zentrum			
	Rekrutierte Patienten	338	356	499	553	nicht definiert			
	StudienQuote der zert. Zentren insges.	19%	17%	20%	24%	mindestens 5% der Primärfälle			
6.5 Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen									
Fort- und Weiterbildungs-veranstaltungen	Interne Veranstaltungen	18	24	32	42	mind. 1 Veranstaltung/ Zentrum	Nicht alle Zentren haben 2024 eine Patientenveranstaltung durchgeführt. Auch das Angebot an Veranstaltungen für Niedergelassenen war rückläufig. Ursächlich hierfür waren u.a. Abstimmungsprobleme, Chefarztwechsel aber auch die hohe Ressourcenbindung bei der Auflösung des Standortes Holwedestrasse und Integration in den Standort Salzdahlumerstrasse. In 2025 erfolgte anlässlich der Weltkrebstages am 04.02.2025 eine große Patientenveranstaltung mit Beteiligung aller Zentren. Weitere Veranstaltungen sind in der Vorbereitung.		Um der Rolle als maßgebliche onkologische Instanz der Region gerecht zu werden, sollte sich das Klinikum um ein attraktives Fort- und Weiterbildungsprogramm für das Onkologische Netzwerk bemühen.
	Externe Veranstaltungen	4	8	11	4				
	Patientenveranstaltungen	7	6	7	5				
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	13	9	10	15	Mindestens Aufrechterhaltung der Anzahl an zertifizierten Zentren bishin zum kontinuierlichen Zuwachs weiterer Zentren. Keine bis möglichst wenige Abweichungen bei den Audits.	2024 wurde das Speiseröhrenkrebszentrum erfolgreich und ohne Auflagen erstzertifiziert. Da es sich um ein Wiederholaudit gehandelt hat wurden alle 15 Zentren von den Fachexperten begangen. In einem Zentrum wurde eine Abweichung ausgesprochen und nach Teilbehebung lediglich ein mit Auflagen verbundenes, befristetes neue Zertifikat erteilt. Mittlerweile sind die geforderten personellen Ressourcen zugesichert, so dass von eine vollständigen Behebung der Abweichung und Entfristung des Zertifikats ausgegangen wird.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	davon Erstzertifizierung	2	0	1	1				
	Zentren in Auditzyklusreduktion	0	4	4	0				
	Zertifizierte Zentren insges.	13	13	14	15				
Verbesserungs-potential	Abweichungen	0	3	1	1				
	Abweichung fristgerecht behoben	0	3	1	1				
8 Zusammenarbeit mit externen Dienstleistern und Lieferanten									
Kooperationen	Anzahl der Kooperationen des CCB insges.	38	41	52	52	2024 hat es keine Veränderungen gegeben. Es wurden keine neuen Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen. Die Aktualitäts-Überprüfung der Vereinbarungen wurde fortgesetzt. Leider konnten bei einigen in Abstimmung befindlichen Verfahren keine Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen werden.			Keine Maßnahmen erforderlich.
	Externe Kooperationspartner	21	25	28	28				
	Neue/ aktualisierte Vereinbarungen	7	9	27	27				
9 Risiken und Chancen									
Morbi- und Mortalitäts-konferenzen	durchschnittliche Anzahl der Konferenzen/ Zentrum	Angaben konnten für 2021 nicht ermittelt werden.	10	12	12	2 interdisziplinäre Konferenzen/ Zentrum/ Jahr	2024 haben alle Zentren die Anforderungen zur reglmäßigen Durchführung von M&M-Konferenzen umgesetzt.		Vereinbarte Maßnahmen bereits umgesetzt
	durchschnittliche Anzahl interdisziplinärer Konferenzen/ Zentrum		2	2	2				
Besprechungen im Online-Format	CCB-Teambesprechungen	49/49	46/46	36/47	41/45		Auch 2024 wurden wöchentlich sechs organsystembezogene und eine Tumorkonferenz für seltene Entitäten durchgeführt. Die Patienten der erstmalig zertifizierten Ösophaguskrebszentrums werden seit langem im GastroBoard besprochen. Alle Tumorkonferenzen erfolgen weiterhin im Online-Format/ HybridFormat.		Keine Maßnahmen erforderlich.
	Qualitätszirkel	19/20	22/22	27/27	22/22				
	Tumorkonferenzen	54/340	277/349	301/347	341				