

Management-Bewertung 2024 (Bewertungszeitraum 2023) Cancer Center Wolfsburg



Inhalt

1	Allgemeine Information und Hinweise.....	4
2	Handhabung der Managementbewertung	4
3	Kontext der Organisation.....	4
3.1	Verstehen der Organisation und ihres Kontextes	4
3.2	Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien	4
3.3	Festlegung des Anwendungsbereiches des Qualitätsmanagementsystems.....	5
3.4	Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse	6
4	Führung.....	6
4.1	Führung und Verpflichtung	6
4.2	Politik	6
4.3	Rollen, Verantwortlichkeiten & Befugnisse	7
5	Planung.....	7
5.1	Risikomanagement	7
5.2	Qualitätsziele & Planung zu deren Erreichung, Planung von Änderungen.....	8
6	Unterstützung.....	8
6.1	Ressourcen.....	8
6.2	Kompetenzen	9
6.3	Bewusstsein	11
6.4	Kommunikation	11
6.5	Dokumentierte Information	11
7	Betrieb, Ausstattung, Prozesse	12
7.1	Betriebliche Planung & Steuerung sowie Anforderungen und Entwicklung.....	12
7.2	Steuerung von extern bereit gestellten Prozessen, Dienstleistungen, etc.....	12
7.3	Produktion und Dienstleistungserbringung	12
8	Bewertung der Leistungen.....	13
8.1	Überwachung, Messung, Analyse & Bewertung.....	13
8.2	Interne Audits.....	16
8.3	Externe Audits.....	16
8.3.1	Hinweise aus dem externen Audit	16
8.3.2	Patient*innenbeteiligung.....	17
8.3.3	Hinweis Chemotherapie	18
8.3.4	Hinweis Psychoonkologie.....	18
8.3.5	Hinweis Tumorkonferenzen/ interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	19
8.4	Hinweis Pflege	19
8.4.1	Spezifische Hinweise aus dem externen Audit zum Prostatazentrum.....	20
8.4.2	Spezifische Hinweise aus dem externen Audit Brust-/ Gyn. Krebszentrum	22
8.4.3	Spezifische Hinweise aus dem externen Darmzentrum.....	23

9	Verbesserung.....	25
Anlage 1	Darstellung Cancer Center Wolfsburg	27
Anlage 2	Darstellung interessierte Parteien.....	28
Anlage 3	Entwicklung Fallzahlen Cancer Center Wolfsburg	31
Anlage 4	Kommunikationsmatrix Cancer Center Wolfsburg	32

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Organisatorische Funktionen Cancer Center Wolfsburg.....	7
Abbildung 2 Gesamtbewertung Patientenbefragung Klinikum.....	14
Abbildung 3 Rückmeldung Patient*innenbefragung Cancer Center Wolfsburg	15
Abbildung 4 Rückmeldung Patient*innenbefragung Radioonkologie.....	15
Abbildung 5 Darstellung interessierte Parteien Cancer Center Wolfsburg	29
Abbildung 6 Entwicklung Fallzahlen Cancer Center Wolfsburg	31

1 Allgemeine Information und Hinweise

Das externe Audit zur Überprüfung des QM-System und nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft ist für den 06.05.2024 und 07.05.2024 geplant. Am 18.03.2024 tagte die Lenkungsgruppe des Cancer Centers Wolfsburg (CCWob), um die Managementbewertung zu beschließen.

2 Handhabung der Managementbewertung

Die vorliegende Managementbewertung ist an die ISO 9001:2015 inhaltlich angepasst. Innerhalb der Managementbewertung sind [Querverweise \(STRG+ Klick\)](#) aufgeführt. Das bedeutet, dass hier beispielsweise Verlinkungen zu den Anhängen oder auch zur Homepage existieren. Die Bewertung ist überwiegend in tabellarischer Form dargestellt, um die Managementbewertung möglichst übersichtlich und kurz darzustellen.

3 Kontext der Organisation

3.1 Verstehen der Organisation und ihres Kontextes

Das Klinikum Wolfsburg vereint alle diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen zur Versorgung von onkologischen Patient*innen unter dem Dach des Cancer Centers Wolfsburg (siehe Anlage 1 Darstellung Cancer Center Wolfsburg). In Krisensituationen bietet damit das Cancer Center Wolfsburg Patient*innen die notwendige Unterstützung an. Das Ziel des Cancer Centers Wolfsburg ist es, die Versorgungs- und Organisationsstrukturen im Einzugsgebiet Wolfsburg und Umgebung kontinuierlich weiterzuentwickeln und zu verbessern (siehe Anlage 3 Entwicklung Fallzahlen Cancer Center Wolfsburg).

Das Klinikum Wolfsburg wird als kommunales Haus durch gesetzliche Vorgaben in seiner finanziellen Gestaltungsmöglichkeit eingeschränkt. Unter anderem durch die Bildung von Einkaufsgemeinschaften und Kooperationen mit regionalen öffentlichen Häusern soll die Wirtschaftlichkeit verbessert werden. Die Abwanderung von Pflegekräften und Ärzt*innen, Nachbeschaffung von medizintechnischen Geräten, etc. sind jedoch Themen, die sich unmittelbar auf die (Dienst)-Leistung des Klinikums und damit auch auf den Betrieb des Cancer Centers Wolfsburg auswirken. Hier sind nicht-kommunaler Träger ggf. durch flexiblere Handlungsmöglichkeiten im Vorteil.

3.2 Verstehen der Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien

Der Mensch wird im Cancer Center Wolfsburg in den Mittelpunkt gestellt. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Krebsbetroffenen ist die Kernaufgabe. Neben der medizinischen Versorgung soll die Lebensqualität der Patient*innen erhalten bzw. verbessert werden. Das Cancer Center Wolfsburg kann durch die enge Vernetzung ein sektorenübergreifendes multiprofessionelles Angebot machen, das einem zeitgemäßen klinischen und wissenschaftlichen Stand entspricht. Das aufgebaute Netzwerk reicht über die stationären Grenzen in den ambulanten Sektor hinein. In der Zusammenarbeit unter anderem mit Selbsthilfegruppen, Rehabilitationseinrichtungen und der Psychoonkologie kann daher auf die speziellen Bedürfnisse der Patient*innen besser eingegangen werden.

Um die bestmögliche Versorgung für Patient*innen anbieten zu können, werden kontinuierlich Mitarbeitende qualifiziert. Jedoch ist nicht nur die Qualifikation der Mitarbeitenden wichtig, sondern auch die Zufriedenheit dieser. Beispielsweise werden gezieltes Coaching, Deeskalationstraining oder Entspannungstechniken angeboten.

Um dies zu erreichen, ist das Cancer Center Wolfsburg an Meinungen von Einweisenden, Patient*innen und Kooperationspartner*innen interessiert. Daher werden z.B. Befragungen durchgeführt oder das persönliche Gespräch gesucht. Beispielsweise informiert das Cancer Center Wolfsburg regelmäßig zusammen mit der Volkshochschule Wolfsburg im Rahmen der Gesundheitsakademie über aktuelle Krebs-Themen.

Das Cancer Center Wolfsburg prüft unter Berücksichtigung der Notwendigkeit innerhalb der Lenkungsgruppe Cancer Center die notwendigen Ressourcen, so dass die wirtschaftlichen Interessen des Klinikums Wolfsburg gewahrt bleiben.

Siehe [Anlage 2 Darstellung interessierte Parteien](#).

K/ S ¹	P/ Ziel	Maßnahme/ Information	In-	Verantwor- tung	Status Ziel	Plan-Ziel
S	Erweiterung Cancer Center Wolfsburg - Verbesserung des Angebotes in der Versorgung von Krebspatient*innen	Etablierung der Prozesse der Entitäten Leukämie/ Lymphome		Homann/ Neumann	in Umsetzung	Erstzertifizierung geplant 2024
S	Erweiterung Cancer Center - Verbesserung des Angebotes in der Versorgung von Krebspatient*innen	Aufrechterhalten der Prozesse der Entität Pankreaskarzinom. Erneute Zertifizierung Pankreaskarzinom		Homann/ Jungbluth/ Korn/ Neumann	Umgesetzt	2023
S	Erweiterung Cancer Center Wolfsburg - Verbesserung des Angebotes in der Versorgung von Krebspatienten	Etablierung der Prozesse der Entitäten: 1. Erweiterung der Dokumentation um Penis- & Hodenkarzinom		Leitenberger/ Hofmann	in Umsetzung	Zertifizierung nach DKG vorläufig zurück gestellt
S	Erweiterung Cancer Center Wolfsburg - Verbesserung des Angebotes in der Versorgung von Krebspatient*innen	Outreach-Partner*innen des Comprehensive Cancer Center Niedersachsen (CCC Nds.)		Lenkungsgruppe CCWob	kontinuierlich	kontinuierlich
K	Unterstützung von Patient*innen/ Verbesserung der Lebensqualität	Durchführung von vier Kosmetikseminaren		Onkologische Fachpflegekraft/ DKMS	seit 2022 kontinuierlich	1x/ Quartal

3.3 Festlegung des Anwendungsbereiches des Qualitätsmanagementsystems

Die auf den Bewertungszeitraum 2023bezogene Managementbewertung ist gültig für

- das Brustzentrum und das Gynäkologisches Krebszentrum sowie die Dysplasie-Einheit
- das Prostatazentrum
- das Kopf-Hals-Tumor-Zentrum als Transit
- das Viszeralonkologische Zentrum (Darm- und Pankreaszentrum).

¹ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

3.4 Qualitätsmanagementsystem und seine Prozesse

Die Dienstanweisung *Dokumentierte Information* wurde im Juli 2021 aktualisiert. Die Verfahrensanweisung *Erstellung und Lenkung von Vorgabedokumenten* ist für das Gesamtklinikum und damit im Cancer Center Wolfsburg gültig. Durch die mindestens viermal im Jahr stattfindenden Lenkungsgruppen des Cancer Centers Wolfsburg wird die Überprüfung und Erweiterung des Qualitätsmanagementsystems überprüft. Die aktuellen Kennzahlen der einzelnen Organkrebszentren und Schwerpunkte finden sich in den jeweiligen Erhebungsbögen bzw. Datenblätter.

4 Führung

4.1 Führung und Verpflichtung

Für das Klinikum Wolfsburg bzw. für die einzelnen Abteilungen/ Kliniken wird jeweils ein *Masterplan* aufgestellt. Dieser enthält Ziele, die zu den Bereichen Kund*innenzufriedenheit, Prozessoptimierung, Mitarbeiter*innenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit für das Gesamthaus bzw. für die einzelne Klinik formuliert sind. Diese werden unterjährig in Gesprächsrunden thematisiert und jeweils einmal im Jahr in einer Klausurtagung verabschiedet. Der Masterplan wurde am Dezember 21 vom Direktorium freigegeben und ist noch aktuell. Des Weiteren wurde im Sommer 2022 eine Medizin-Strategie unter der Federführung der Medizinischen Direktorin erstellt, die in einem weiteren Workshop im April 2023 unter Berücksichtigung der Aspekte der Krankenhausreform weiterentwickelt wurde. Der Masterplan und die Medizin-Strategie haben Vorgabewert für das Cancer Center Wolfsburg. Der nächste Führungskräfte-Workshop ist für Juni 2024 geplant.

4.2 Politik

Die gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich des Qualitätsmanagements werden vom Klinikum sowie vom Cancer Center Wolfsburg erfüllt. Das Cancer Center Wolfsburg ist mit dem etablierten und zertifizierten Qualitätsmanagementsystem zufrieden und bleibt bei der ISO 9001:2015 sowie den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft. Ebenso wird die ÖNorm ISO 31000/ ONR 49000-49003 zugrunde gelegt.

K/ P/ S ²	Ziel	Maßnahme/ Information	Verantwortung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
K	Ausbau Netzwerk CCWob/ Information und Darstellung des Anliegens des CCWob	Konzeptmarktung CCWob ³	Ver- LG CCWob/ IT	Steigerung der Patientenzahl	laufend	2024

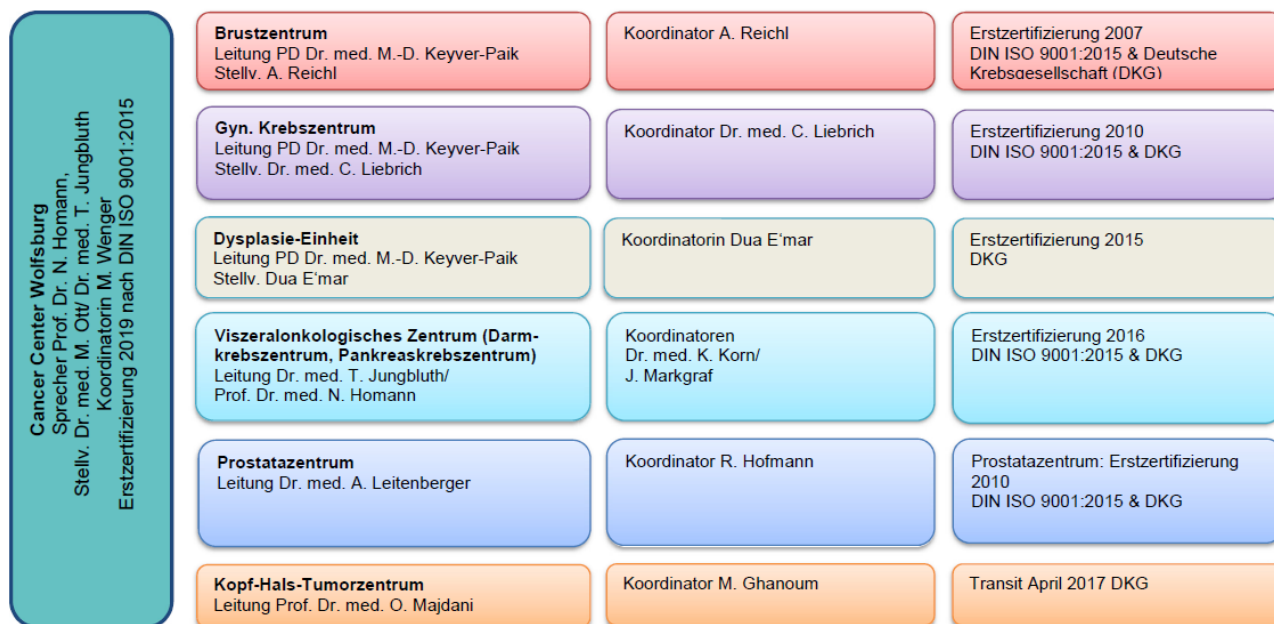
In der Geschäftsordnung des Cancer Centers Wolfsburg sind die Ziele Patientenorientierung und Weiterentwicklung der Versorgungs- und Organisationsstruktur verankert. Die Qualitätspolitik und/ bzw. -ziele in Form des Leitbilds der Zentren sind im jeweiligen Handbuch dargestellt und weiterhin gültig. Innerhalb der Lenkungsgruppen des Cancer Centers werden Politik und Ziele regelmäßig thematisiert, geprüft und ggf. angepasst.

² K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

³ Siehe 81. Sitzung des Klinikdirektoriums am 24.1.2019 und 6.2.2019 Namensgebung Cancer Center

4.3 Rollen, Verantwortlichkeiten & Befugnisse

Abbildung 1 Organisatorische Funktionen Cancer Center Wolfsburg



5 Planung

5.1 Risikomanagement

K/ S ⁴	P/ Ziel	Maßnahme/ Information	In- Verantwortung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
K	Darstellung und Information	Erstellung eines Jahresberichtes	Risikomanagement-Koordinator*innen	jährlich	in Bearbeitung	jährlich
P/ K	Erfassung von Chancen & Risiken zur Verbesserung der Patient*innenversorgung	MM-Konferenzen im Rahmen der Vorgaben Nds. Krankenhausgesetz	Chefarzt-runde/ PDL/ Administrative Zentrumskoordinatorin	monatlich	laufend	Monatlich, lt. Fahrplan
P/ K	Erfassung von Chancen & Risiken zur Verbesserung der Patient*innenversorgung	Durchführung drei interdisziplinären MM-Konferenzen des Cancer Centers Wolfsburg	LG CCWob/ Neumann/ administrative Zentrumskoordinatorin	laufend	Umgesetzt 21.08.2023, 23.10.2023, 06.12.2023	2x/ Jahr
P/ K	Erhöhung der Sicherheit von Patient*innen	Erstellung VerA inkl. Risikobewertung Patient*innenpfad primäres	Koordinator*innen	In Planung		

⁴ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

		Pankreaskarzi- nom	Darmzent- rums & CCWob			
--	--	-----------------------	---------------------------------	--	--	--

5.2 Qualitätsziele & Planung zu deren Erreichung, Planung von Änderungen

Durch die mindestens viermal im Jahr stattfindenden Sitzungen der Lenkungsgruppen des Cancer Centers Wolfsburg werden die Ziele regelmäßig überprüft. Am 3. Montag im März jedes Jahres wird die Managementbewertung final abgestimmt und freigegeben.

6 Unterstützung

6.1 Ressourcen

Viszeralonkologisches Zentrum (Darmzentrum/ Pankreaszentrum/ Magenzentrum)

Frau Janine Markgraf übernimmt seit dem 1.11.2023 die Aufgabe der Stellvertretenden Zentrumskoordinatorin von Herrn Dr. med. Carsten Jankowiak.

Qualitätsmanagement (QM)

Frau Dr. med. Susanne Schmidt (Leitung Medizincontrolling) hat nach dem Weggang der bisherigen Stelleninhaberin im Sommer 2023 die kommissarische Leitung der Abteilung Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung / klinisches Risikomanagement / CancerCenter (QM/QS/KRM/CC) übernommen. .

Als Koordinatorin in der Abteilung QM/QS/KRM/CC ist Frau Melina Wenger tätig; sie wird unterstützt durch den Werkstudenten Leon Geffert. Eine weitere Koordinatorenstelle wird zum 01.05.2024 besetzt, die Stelle der Leitung der Abteilung wird voraussichtlich im Herbst 2024 besetzt.

Studienassistentz

Seit April 2023 hat Frau Amni Djaziri die Qualifikation „Basismodul Studienassistentz in Prüfstellen“ erfolgreich vom 08.05.2023 bis 12.05.23 absolviert. Anfang 2025 wird eine weitere Studienassistentz ihre Tätigkeit aufnehmen.

Tumordokumentation

Das Cancer Center verfügt über 8 Tumordokumentarinnen, die sich jeweils auf bestimmte Entitäten spezialisiert haben.

Pflege

Die onkologische Fachweiterbildung wird alle 2 Jahre angeboten. Seit dem 1.10.23 ist Duygu Senkaya als onkologische Fachkraft auf der G3b eingesetzt.

Frau Jil Kaszak (geb. Kammrath) wird ab August 2025 wieder ihre Tätigkeit aufnehmen. Im April 2024 beginnen Oussama Yaccoub von der G5b und Marie Sandmann von der G4b ihre onkologische Fachweiterbildung.

Öffentlichkeitsarbeit/ Unternehmenskommunikation

K/ P/ S ⁵	Ziel	Maßnahme/ In-formation	Verantwor-tung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
P	Verbesserung der Qualität in den Videokonferenz / Webkonferenz- Verbesserung der	Etablierung einer neuen Mikrofon-anlage	LG CCWob/ IT	2024	In Bearbei-tung	2024

⁵ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

Versorgung von Patient*innen					
------------------------------	--	--	--	--	--

6.2 Kompetenzen

61 Fachärzt*innen	davon mit Zusatzweiterbildung/ -bezeichnung/ Zulassung
10 Innere Medizin	5 Gebietsanerkennung für Gastroenterologie/ Stoffwechselerkrankungen 4 Hämatologie & Onkologie 6 Palliativmedizin 1 Notfallmedizin 2 Ernährungsmedizin 1 Genetische Beratung (fachgebunden)
8 Allgemein- und Viszeralchirurgie	8 Viszeralchirurgie/ 3 spezielle Viszeralchirurgie 1 Genetische Beratung (fachgebunden) 1 Gefäßchirurgie
3 Pathologie	
7 Radiologie	
4 Strahlentherapie	3 Palliativmedizin
13 Frauenheilkunde	3 Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie 1 Schwerpunkt medikamentöse Tumorthherapie 3 Genetische Beratung (fachgebunden) 1 Palliativmedizin
9 Urologie	3 spezielle urologische Chirurgie 3 spezielle medikamentöse Tumorthherapie 2 fachspezifisches Röntgen 4 Genetische Beratung (fachgebunden) 1 Palliativmedizin
6 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
1 Nuklearmedizin	1 Fachärztin für Nuklearmedizin

(Fortbildungs-) Veranstaltung Cancer Center Wolfsburg

Am 23.06.2023 fand zusammen mit dem Cancer Center Braunschweig eine Veranstaltung zu den Highlights des Amerikanischen Krebskongresses in Präsenz in Braunschweig statt. Eingeladen wurden niedergelassene Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen, Kooperationspartner*innen und Interessierte. Das Programm umfasste Vorträge zu den einzelnen Entitäten und bot viel Möglichkeit zum kollegialen Austausch.

Am 22.11.2023 fand der Qualitätszirkel im Rahmen der Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) unter der Leitung von Herrn Dr. M. Ott statt. Die Prozesse des ASV sowie neue Kooperationspartner wurden vorgestellt.

Am Zentrum finden regelmäßig Fortbildungen statt.

Zentrum	Fortbildung	Anzahl	Teilnehmerkreis	Status
Gynäkologisches Krebszentrum	Wolfsburg Forum Gynäkologische Onkologie	jährlich 1	Klinikum, Niedergelassene Ärzt*innen	Umgesetzt (21.01.2023)
Gynäkologisches Krebszentrum/ Brustzentrum	Wolfsburger Tag der Gynäkologie	jährlich 1	Klinikum, Niedergelassene Ärzt*innen	Umgesetzt (25.03.2023)

Zentrum	Fortbildung	Anzahl	Teilnehmerkreis	Status
Gynäkologisches Krebszentrum/ Brustzentrum	Digitaler Tag der Gynäkologie	Jährlich 1	Klinikum, Kooperationspartner*innen	Umgesetzt (27.09.2023)
Gynäkologisches Krebszentrum/ Brustzentrum	Qualitätszirkel	jährlich 4	Klinikum, Kooperationspartner*innen	Umgesetzt (23.01.2023, 24.04.2023, 24.07.2023, 23.10.2023)
Prostatazentrum/ Uroonkologisches Zentrum	Qualitätszirkel	jährlich 4	Klinikum, Kooperationspartner*innen	Umgesetzt(05.02.2023, 09.08.2023, 10.05.2023, 25.10.23)
Prostatazentrum/ Uroonkologisches Zentrum	Uroonkologisches Symposium	jährlich	Klinikum, Kooperationspartner*innen	Umgesetzt (01.12.2023, 02.12.2023)
Viszeralonkologisches Zentrum	Qualitätszirkel	jährlich 4	Klinikum, Kooperationspartner*innen	Umgesetzt (21.03.2023,20.06.2023, 26.09.2023, 05.12.2023)
Cancer Center Wolfsburg zusammen mit dem Cancer Center Braunschweig	Neues vom ASCO/ Chicago	jährlich 1	Klinikum Wolfsburg, Klinikum Braunschweig, Kooperationspartner, Niedergelassene Ärzt*innen	Umgesetzt (20.06.2023)
Cancer Center Wolfsburg	ASV-Update (Hybridveranstaltung)	jährlich 2	Klinikum, Kooperationspartner*innen	Umgesetzt (21.03.2023, 22.11.2023)

K/ P/ S ⁶	Ziel	Maßnahme/ Information	In- tervention	Verantwortung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
K/ P	Aufrechterhaltung der Kompetenz zur Durchführung von Studien	Durchführung Grund- & Auffrischkurs nach Arzneimittelgesetz für das gesamte Klinikum & Kooperationspartner*innen		Jeanette Wertmann, alle Ärzte	2023	Online vom 10.2023 – 12.2023	alle zwei Jahre
K/ P	Versorgung von Patienten/ Kompetenz von Mitarbeitenden	Aktualisierung der Kooperation mit Konsortium hereditäres Mamma- & Ovarialkarzinom, Qualifizierung von 2 Mitarbeitenden für das Curriculum VDEK-Vertrag		Keyver-Paik/ Brustzentrum, Gyn. Krebszentrum	Intensivierung der Kooperation	umgesetzt	2023

Veranstaltungen für Betroffene und Interessierte

Zum Weltkrebstag wurde eine SocialMedia Aktion zum Thema Krebsvorsorge veranstaltet. Seit September 2023 findet monatlich ein „Onko-Treff“ für Betroffene im Klinikum statt und wird durch

⁶ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

die onkologische Fachpflege organisiert. Am 11.11.2023 fand der Tag der offenen Tür des CancerCenter statt mit Führungen (9), Präsentationen und Vorträgen (14)

Ebenso entschied sich der*die Organisator*in DKMS, die Kosmetikseminare aufgrund der Covid-Lage online stattfinden zu lassen. Insgesamt fanden 2023 vier Online-Treffen statt. Die onkologische Fachpflege hat hierzu bereits die Rückmeldung gegeben, dass ab 2024 Vor-Ort-Seminar wieder stattfinden wird.

Als weiteres Angebot der Information von Betroffenen und Interessierten wurde ein Gesundheitspodcasts ([Unsere Gesundheitspodcasts » Klinikum Wolfsburg](#)) zu Gebärmutterhalskrebs – Risiken, Vorsorge, Impfung mit Frau PD Dr. med. Keyver-Paik (23.03.2023) verfasst.

6.3 Bewusstsein

K/ S ⁷	P/ Ziel	Maßnahme/formation	In-	Verantwor-tung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
P/ S	Kenntnis und Bewusstsein der am Cancer Center beteiligten Partner*innen hinsichtlich Qualitätspolitik & -Ziele	Teilnahme jährlich an Lenkungsgruppe CCWob	12x	Sprecher/ Administrative Zentrumskoordinatorin	laufend	umgesetzt, 12 Sitzungen	laufend

6.4 Kommunikation

In der Geschäftsordnung des Cancer Centers Wolfsburg ist festgelegt, welche Aufgaben der Sprecher und die Stellvertreter innehaben. Hierzu gehört unter anderem die Kommunikation innerhalb und außerhalb des Klinikums.

K/ S ⁸	P/ Ziel	Maßnahme/formation	In-	Verantwor-tung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
P/ S	Sicherstellung gleicher Informationsstand	Teilnahme jährlich an Lenkungsgruppe CCWob	12x	Homann/ Ott/ Jungbluth/ Administrative Zentrumskoordinatorin	laufend	umgesetzt	laufend

Siehe [Anlage 4 Kommunikationsmatrix Cancer Center Wolfsburg](#).

6.5 Dokumentierte Information

K/ S ⁹	P/ Ziel	Maßnahme/formation	In-	Verantwor-tung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
P	Sicherstellung, dass aktuelle Dokumente & Informationen zeitnah zur Verfügung stehen	Einführung Dokumentenmanagementsystem		Unternehmenskommunikation, QM	2025	offen	offen
S/ P	Erfüllung der Vorgabe zur Meldungen	Einbindung Wolfsburg/ amO	MVZ	LG CCWob/	2023	umgesetzt	2023

⁷ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

⁸ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

⁹ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

K/ P/ S ⁹	Ziel	Maßnahme/ In-formation	Verant-wortung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
	an das Klinische Krebsregister Niedersachsen (KKN)	in Form Kooperationsvertrag „kooperierenden Einrichtung“	Daten-schutz/ KKN			

7 Betrieb, Ausstattung, Prozesse

7.1 Betriebliche Planung & Steuerung sowie Anforderungen und Entwicklung

K/ P/ S ¹⁰	Ziel	Maßnahme/ In-formation	Verant-wortung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
K / P	Unterstützung im Bereich Marketing und Kommunikation	Aufstockung personelle Ressourcen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit	T. Eckert	-	umgesetzt	2023

7.2 Steuerung von extern bereit gestellten Prozessen, Dienstleistungen, etc.

K/ P/ S ¹¹	Ziel	Maßnahme/ In-formation	Verant-wortung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
P	Sicherstellung einer adäquaten Versorgung von Patient*innen	Erstellung einer Matrix o.a. zur Bewertung extern bereit gestellter Prozesse	Team QM	--	Offen	2024
	Mitarbeiter des KWOB in onkologische Themen verstärken	Zusätzliche Module in Bezug auf onkologische Themen im ILIAS hinterlegen	Team QM	--	Offen	2025

7.3 Produktion und Dienstleistungserbringung

K/ P/ S ¹²	Ziel	Maßnahme/ In-formation	Verant-wortung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
S/ P	Sicherstellung von Information zur Therapie der Patient*innen sowie zur qualitativen Einarbeitung neuer Mitarbeitende im Bereich Tumordokumentation	Erstellung einer VerA ODSeasy-Net Dokumentation	Tumordokumentations-assistenz/ (administrative Zentrumskoordinatorin)/ EDV	--	umgesetzt	2023
S/ P	Sicherstellung der lückenlose Erfassung und Auswertung von Patientendaten (KKN)	Hospitation beim KKN	Tumordokumentations-assistenz/ (administrative)	-	In Bearbeitung	2024

¹⁰ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

¹¹ K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

¹² K = Kundenorientierung, P = Prozessoptimierung, S = Strukturoptimierung

K/ P/ S ¹²	Ziel	Maßnahme/ In-formation	Verantwor-tung	Ziel	Status Ziel	Plan-Ziel
			tive Zent-rumskoordi-natorin)			
S/ P	Sicherstellung interdisziplinärer Informationen zur qualitativen Patientendokumentation (ODSeasyNet)	16 Workshops einzelner Entitäten in Bezug auf ODSeasyNet mit zusätzlicher Erstellung der Verfahrensanweisungen	Tumordokumentations-assistenz/ (administrative Zentrums-koordinatorin)/ Zentrums-koordinatorin/ Pathologie	-	umgesetzt	2024
S/ P	Verbindliche Regelungen zur prä-, und posttherapeutische Vorstellung von Patientinnen und Patienten in der Tumorkonferenz	Erstellung VerA Tumorkonferenzen	Tumordokumentations-assistenz/ (administrative Zentrums-koordinatorin)/ Zentrums-koordinatorin	-	umgesetzt	2023

8 Bewertung der Leistungen

8.1 Überwachung, Messung, Analyse & Bewertung

Ein Maßnahmenplan für das Cancer Center wird geführt und regelmäßig ergänzt. Innerhalb der Lenkungsgruppen werden beispielsweise Kennzahlen und Themen aus den internen und externen Audits behandelt.

Patient*innenbefragung Gesamthaus

Die Auswertung für das Gesamthaus erfolgt über den Clinotel-Verbund. Die Ergebnisse für 2023 zeigen sich wie nachfolgend kurz dargestellt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein niedriger Wert besser ist.

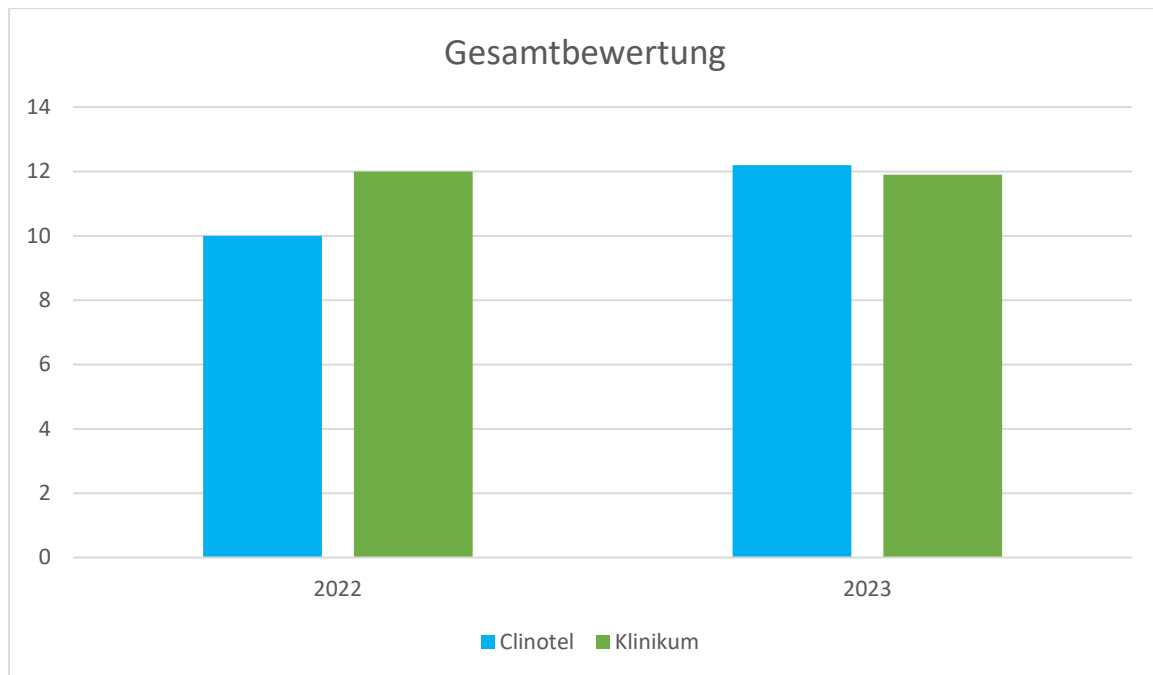


Abbildung 2 Gesamtbewertung Patientenbefragung Klinikum

Der Clinotel-Benchmark gibt an, dass das Klinikum Wolfsburg in der Gesamtbewertung etwas schlechter, als der Durchschnitt der Mitgliedskrankenhäuser ist. Die Gesamtbewertung setzt sich aus fünf Kategorien zusammen: Ärzt*innen, Pflege, Hotellerie, Schmerztherapie und Organisation. Die Kategorie *Pflege* wurde mit 6,8 bewertet. Der Benchmark liegt bei 8,1, sodass hier das Klinikum im Mittelfeld liegt. Die Kategorie *Ärzt*innen* (10,8) liegen hier ebenfalls im Mittelfeld (Benchmark 11,2), In der Kategorie *Hotellerie* schließt das Klinikum Wolfsburg mit 22,8 schlechter als der Benchmark mit 20,4 ab.

Patient*innenbefragung Organkrebszentren

Insgesamt haben **118** Patient*innen an der Befragung teilgenommen. Dies sind mehr Patient*innen, als im Jahr 2022 ($n = 102$). Die spezielle Befragung wird kontinuierlich durchgeführt und beinhaltet beispielsweise die Bewertung der psychosozialen Unterstützung. Zudem werden Fragen hinsichtlich der durchgeführten Therapien gestellt. Insgesamt 98% der Befragten gaben an, sich wieder im Zentrum behandeln zu lassen und würden das Zentrum auch weiterempfehlen. Die Befragten waren mit der Betreuung in den Zentren zufrieden. Es gab wenig Beanstandungen, die direkt den Zentren zugeordnet werden können.

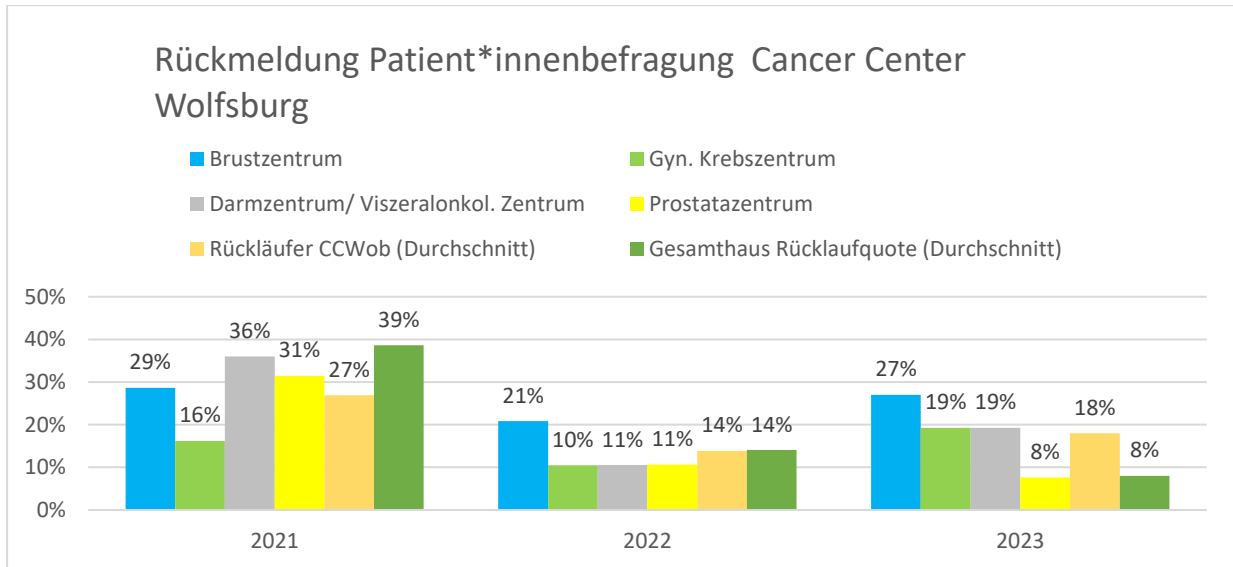


Abbildung 3 Rückmeldung Patient*innenbefragung Cancer Center Wolfsburg

Patientenbefragung Strahlentherapie

Für die Radioonkologie wird jährlich eine gesonderte Befragung der ambulanten Patient*innen durchgeführt. Das Ergebnis der Befragung der radioonkologischen Patient*innen (773 erfasste Bögen) ist, wie auch den Vorjahren, sehr gut ausgefallen. Die Befragten würden sich zu 99% wieder in der Radioonkologie behandeln lassen und diese auch Angehörigen / Freunden weiterempfehlen. Der nachstehenden Grafik kann entnommen werden, wie viel der im jeweiligen Organkrebszentrum behandelten Patient*innen eine Rückmeldung gaben.

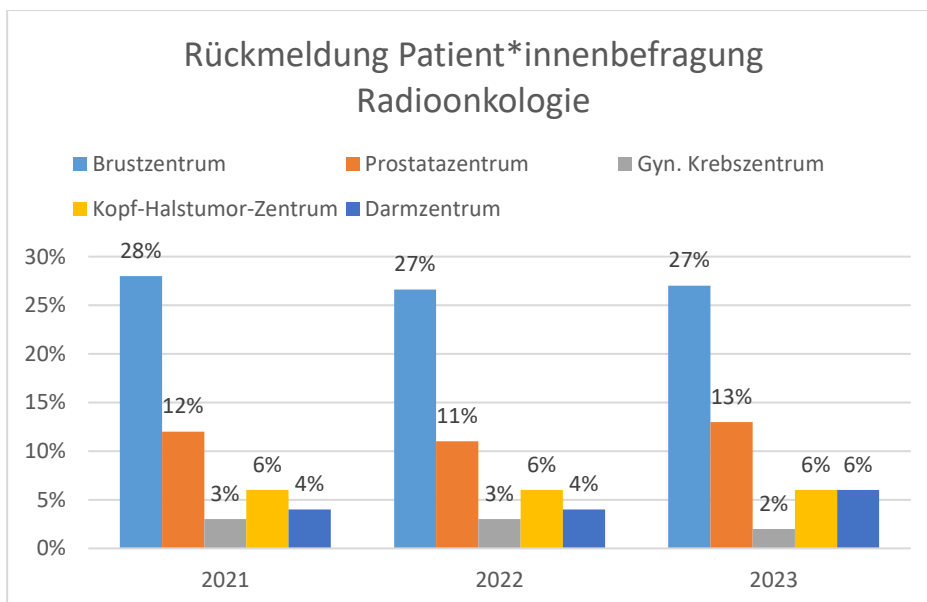


Abbildung 4 Rückmeldung Patient*innenbefragung Radioonkologie

Beschwerdemanagement

Im Jahr 2023 ging über das zentrale Beschwerdemanagement eine Beschwerde von onkologischen Patienten der H1b ein. Themenschwerpunkt war die mangelhafte Kommunikation. Angehörige hatten sich beschwert, dass sie nicht ausreichend Informationen über den gesundheitlichen Zustand von Betroffenen erhalten haben.

Es wurden individuelle Gespräche mit den betroffenen Angehörigen geführt. Dadurch konnten die bestehenden Fragen mit u.a. dem Ärztlichen Personal geklärt werden.

Ergebnisse der Befragung von Zuweisenden

Die letzte Zuweiserbefragung fand im 2. Halbjahr 2022 statt. Eine neue Zuweiserbefragung ist für das Jahr 2024 geplant.

Wartezeitanalyse

Die Wartezeitanalysen finden sich in den Erhebungsbögen der einzelnen Organkrebszentren und Schwerpunkte und können dort entnommen werden.

8.2 Interne Audits

Das Auditprogramm (3-Jahres-Programm 2022-2024) für die zertifizierten Bereiche wurde abgeschlossen. Die internen Audits sind in 2023 als kombinierte QM- und RM-Audits durchgeführt worden. Diese wurden durch das IT-Sicherheitsmanagement begleitet.

Bei der Durchführung der internen Audits sind Aspekte aus den vorangegangenen Audits berücksichtigt worden. Für neue Feststellungen mit Verbesserungspotenzial wurden Maßnahmen abgeleitet und weiterverfolgt.

8.3 Externe Audits

Das Audit in 2023 wurde als Kombinationsaudit durchgeführt. Einerseits wurde das Qualitätsmanagementsystem des Cancer Centers nach der DIN EN ISO 9001: 2015 auditiert. Andererseits wurden die Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft von der Zertifizierungsgesellschaft OnkoZert überprüft.

Die Hinweise aus dem externen Audit wurden in der Lenkungsgruppe thematisiert. Es wurde pro Zentrum ein Maßnahmenplan (Excel-Tabelle) erstellt, dessen Bearbeitungsfortschritt monatlich überprüft wird und in die Managementbewertung miteinfließt.

8.3.1 Hinweise aus dem externen Audit

Nr.	Normkapitel	Hinweis	Maßnahme
1	5.3 DIN ISO 9001:2015	Im Audit lagen Tätigkeitsbeschreibungen aus dem Jahr 2008 vor. Diese sollten inhaltlich geprüft und ggf. angepasst werden.	
2	7.5 DIN ISO 9001:2015	Zur Unterstützung bei der Aktualisierung der Standards durch die Koordinatoren der einzelnen Zentren sollte über die Anschaffung bzw. Ausweitung einer EDV-Lösung nachgedacht werden.	

Erhebungsbogen	Zentrum/ Modul	Hinweis	Maßnahme
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Onkologisches Zentrum	M&M-Konferenzen sollten möglichst zeitnah erfolgen, um einen entsprechenden Lerneffekt bzw. eine aktuelle Umsetzung von Maßnahmen zu ermöglichen	Es wurden für 2023 drei MM-Konferenzen geplant. Für 2024 wurden folgende Termine festgelegt: 20.03.2024, 19.06.2024, 18.09.2024, 18.12.2024. Lernbotschaften aus den MM-Konferenzen werden in die Maßnahmenpläne der entsprechenden Zentren mit aufgenommen.
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation	Onkologisches Zentrum	1. Der Sozialdienst sollte mindestens einmal im Jahr die Arbeit in einer Veranstaltung vorstellen. 2. Die Tätigkeitsbeschreibung des Sozialdienstes muss erneuert werden.	1. Vorstellung i. Rahmen M+M CC 2024, 2. Der Sozialdienst wurde über die bevorstehende Aktualisierung informiert 2. Am Tag der offenen Tür erfolgte ein Vortrag
1.7 Studienmanagement	Onkologisches Zentrum	Ein einheitliches Studienmanagement für das gesamte Onkologische Zentrum – auch im Rahmen der Kooperation mit der Universität Göttingen und dadurch der Betreuung der Studenten – wird weiterhin als sinnvoll betrachtet.	

8.3.2 Patient*innenbeteiligung

Erhebungsbogen	Zentrum/ Modul	Hinweis	Maßnahme
1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten	Onkologisches Zentrum	Es sollte analysiert werden, weshalb die Rücklaufquote der Patienten Fragebögen gesunken ist. Von dieser Auswertung sind dann entsprechende Maßnahmen abzuleiten	Onkonetzwerk wird sich um die Optimierung der Verteilung und des Einzugs der Fragebögen (zentrumsspezifisch) kümmern, Besprechung in Stationsleitungskonferenz
1.6 Beteiligung Patientinnen und Patienten	Onkologisches Zentrum	Der Wunsch der Sprecherin der Selbsthilfegruppe nach einer Patientinneninformationsmappe sollte seitens	Informationsmappen der Zentren werden ausgehändigt, ein Raum für den monatlichen „Onko-Treff“ wird vom Klinikum bereitgestellt

des Zentrums nachgegangen werden. Außerdem sollte der Gruppe ein Raum zum Treffen angeboten und damit die Zusammenarbeit effizienter gestaltet werden.

Die Zusammenarbeit im letzten Jahr belief sich auf Telefonate und Gespräche mit dem Onko-Netzwerk. Geplant war, dass die Mut-mach-Bücher zusammen mit Patientinnen im Klinikum gebastelt werden. Dieses Vorhaben wurde zunächst zurückgestellt. Die Selbsthilfegruppe hat derzeit die Idee, gemeinsam in einer Patientengruppe Aktivitäten wie bspw. Bastelarbeiten umzusetzen. Die Umsetzung ist derzeit noch in der Planungsphase und soll 2024 evaluiert werden.

8.3.3 Hinweis Chemotherapie

Erhebungsbogen	Zentrum/ Modul	Mo- dul	Hinweis
1.9. Allg. Versorgungsbereiche	Onkol.	Zentrum	Die Einführung der Software für die Bestellung und Bearbeitung der Chemotherapeutika sollte dieses Jahres abgeschlossen werden.
6. Medikamentöse/ internistische Onkologie	Onkol.	Zentrum	Die Implementierung einer Chemotherapie-Software im Bezug zur Apotheke sollte dringend in die Wege geleitet werden.

Die Apotheke hat für die Kliniken, die Chemotherapien einsetzen, eine neue Chemosoftware gekauft.

Es sind Schulungstermine für die Anwender in MED 2, GYN u. URO von der Apotheke zu planen (Termin März 2024)

8.3.4 Hinweis Psychoonkologie

Nr.	Normkapitel	Hinweis
14	8.2 DIN 9001:2015	ISO Der Flyer „Information für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige“ zum Thema Psychoonkologie sollte noch aktualisiert werden.

Erhebungsbogen	Zentrum/ Modul	Hinweis
1.4 Psychoonkologie	Onkologisches Zentrum	Der Flyer der Psychoonkologie muss aktualisiert werden. Die Häufigkeit und die Dauer der Gespräche müssen für alle Patienten des Onkologischen Zentrums dokumentiert werden. Weiterhin ist zu analysieren, weshalb die Betreuungsquoten gesunken sind. Entsprechende Maßnahmen sollten von der Auswertung abgeleitet werden. Die Psychoonkologie mindestens zweimal pro Jahr die Arbeit in den Zentren vorstellen.
1.4. Psychoonkologie	Prostatazentrum	Der Anteil der psychoonkologischen Beratung von Patienten mit einem Urothelkarzinom der Harnblase ist zu erhöhen.

Der Flyer der Psychoonkologie wurde aktualisiert, neu gedruckt und mit der veralteten Version ausgetauscht. Der Flyer wird in jede ausgehändigte Patientenmappe zur Information mit hineingelegt. Die praktische Ausführung des psychoonkologischen Screenings wurde optimiert. Im Kern geht es darum, auch onkologischen Verdachtsfälle auf ihre psychologische Belastung hin

zu screenen. Somit können auch TUR-B-Patienten erfasst werden, bei denen zum Entlasszeitpunkt noch keine maligne Histologie vorliegt.

8.3.5 Hinweis Tumorkonferenzen/ interdisziplinäre Zusammenarbeit

Erhebungsbogen	Zentrum/ Modul	Hinweis	Maßnahme	Ziel
1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Brust-/ Gyn. Krebszentrum	Die Möglichkeit eines digitalen Zugriffs der Kooperationspartner auf das Tumorboardprotokoll sollte mittelfristig umgesetzt werden. Die Empfehlung zur humangenetischen Beratung sollte durch die regelmäßige Erfassung des DKG Scores bei der Anamnese, spätestens im Rahmen der Tumorkonferenz (bei einem Score von ≥ 3) bzw. beim TNBC obligat sein.	DKG-Score wird regelhaft im Rahmen Erstvorstellung, spätestens während stat. Aufenthalt erfasst für MaCA, EnCA, OvCA. Massnahmen (genetische Diagnostik / Beratung werden abgeleitet). Score/Empfehlung wird auf Tumorboardprotokoll erfasst. Diagnostische genetische Testungen werden regelhaft über FBREK-Vertrag, ASV, GKV,PKV (sofern zugelassen) im Zentrum durchgeführt	Umgesetzt 2023
1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge	Brust-/ Gyn. Krebszentrum	Die Rücklaufquote der Einweiserbefragung ist mit 15% nicht repräsentativ.	Einweiserzufriedenheit wurde im Rahmen einer externen Masterarbeit evaluiert. Es wurden Anfrage an n=247 gestellt, jedoch kamen n=48 Rückläufer. Das ist ein Ergebnis von 19,43 %. Die Verzerrung basiert auf einer fehlenden Wichtung der Einweisungshäufigkeit. In der Grundgesamtheit sind KollegInnen enthalten, die ggfs. nur einen Pat eingewiesen haben. Rückläuferquote sollte noch einmal in Bezug auf die 10 Haupteinweiser evaluiert werden.	Umgesetzt 2023

Das amO und die Strahlentherapie sind seit April 2023 im selben Medizinischen Versorgungszentrum.

Ab dem 01. September 2023 wurde die Gastrointestinale Tumorkonferenz in die Tumorkonferenz Gastrointestinale und Hämatologische Neoplasien überführt und findet jeden Mittwoch von 14:00 bis 16:00 Uhr statt.

8.4 Hinweis Pflege

Nr.	Normkapitel	Hinweis
17	8.2 DIN ISO 9001:2015	Der Flyer „Information für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige“ zum Thema Psychoonkologie sollte noch aktualisiert werden.

21	8.4	DIN	ISO	Die Anforderung der onkologischen Pflegefachkräfte erfolgt über eine Anforderung im KIS Orbis. Es sollte darüber diskutiert werden, ob das Feld der „Fragestellung“ als Pflichtfeld festgelegt wird.
22	8.4	DIN	ISO	Nach erfolgreicher Installation der Befragungssoftware Inquiry sollte die Lieferantenbewertung hiermit aufgegriffen werden.
23	8.5	DIN	ISO	SOPs zur Diagnostik und Therapie bei Colon-, Rektum- und Pankreas-CA wurden als überarbeitungsbedürftig seitens des Zentrums erkannt.
24	8.5	DIN	ISO	Patientennamen sollten nicht so transparent auf Whiteboards der Stationen dargestellt werden.

Erhebungsbogen	Zentrum/Modul	Hinweis	Maßnahme	Ziel
1.8 Pflege	Onkologisches Zentrum	Es sollte ein prospektiver onkologischer Fortbildungsplan, der vom gesamten Pflegepersonal eingesehen werden kann, zur Verfügung gestellt werden.	umgesetzt	2023

Der Flyer „Information für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige“ zum Thema Psychoonkologie wurde aktualisiert und mit dem veralteten Flyer ausgetauscht.

Die Anforderung der onkologischen Pflegefachkräfte erfolgt über eine Anforderung im KIS Orbis. Die Fragestellung wurde im Orbis als Pflichtfeld hinterlegt.

Die Software für das Inquiry-Tool ist verfügbar und wird verwendet. Die Lieferantenbewertung ist für 2024 geplant.

Die Aktualisierung der SOP's wurde mit den Zentrumskoordinatoren besprochen und wird in 2024 umgesetzt.

Die Datenschutzthemen wurden in den internen Audits aufgegriffen und die Mitarbeitenden wurden für die Thematik nochmals sensibilisiert.

8.4.1 Spezifische Hinweise aus dem externen Audit zum Prostatazentrum

Erhebungsbogen	Hinweis	Maßnahme
1.4 Psychoonkologie	Der Anteil der psychoonkologischen Beratung von Patienten mit einem Urothelkarzinom der Harnblase ist zu erhöhen.	Die praktische Ausführung des psychoonkologischen Screenings wurde optimiert. Im Kern geht es darum, auch onkologischen Verdachtsfälle auf ihre psychologische Belastung hin zu screenen. Somit können auch TUR-B-Patienten erfasst werden, bei denen zum Entlasszeitpunkt noch keine maligne Histologie vorliegt.
1.7 Studienmanagement	Die Studienquote für das Modul Blase muss erhöht werden.	Es ist gelungen, an der LiquidBiopsy-Studie von Herrn Prof. Pantel (UKE, Institut für Tumobiologie) als Studienzentrum teilzunehmen. Die Studie

Erhebungsbogen	Hinweis	Maßnahme
		<p>bezieht sich auf die Entitäten Prostata-, Nieren- und Blasenkarzinom.</p>
<p>2 Organspezifische Diagnostik und Therapie</p>	<p>Die verlängerte Wartezeit auf einen Termin zur urologischen Sprechstunde und zur Stanzbiopsie sollte analysiert werden und ggf. sind Maßnahmen einzuleiten, die gewährleisten, dass die Wartezeit nicht kontinuierlich die geforderten Intervalle überschreitet.</p>	<p>Das Zentrum sieht auf Grund des Fachkräftemangels derzeit keine Möglichkeit der Kapazitätsverschiebung hin zu Sprechstunden. Daher wird vermehrt auf die Ausschöpfung der vorhandenen Kontingente geachtet. In der Summe ist die Vorgabe: 6 Wochen bis zum Aussprechen der Therapieempfehlung erfüllt worden.</p>
<p>5 Operative Onkologie</p>	<p>"Laut Erhebungsbogen werden mind. 2 Operateure Harnblase gefordert. Insbesondere bei einer knappen Fallzahl der operativen Expertise, ist darauf zu achten, dass die Operationen auf beide Operateure gleichmäßig verteilt werden. Um die Fallzahl abzuschätzen sind laufende Kontrollen notwendig. Es muss weiterhin darauf geachtet werden, dass die Zystektomie innerhalb von drei Monaten nach der Indikationsstellung durchgeführt wird. Die beidseitige Lymphadenektomie ist ein integraler Bestandteil der Zystektomie. Abweichungen vom Standard sind in der Tumorkonferenz zu begründen.</p> <p>Kritischer Hinweis: Ein Operateur erreicht die Anforderungen an die Zulassung als Harnblasenoperateur in den letzten 3 Jahren nicht. Es ist daher ein aktualisierter Zeitraum bzgl. der operativen Expertise im Zeitraum von Juli 2020 – Juni 2023 einzureichen. Sofern die mind. 30 Zystektomien bei Harnblasenkarzinom als Erstoperaeur in diesem Zeitraum erreicht werden, kann der 2. Operateur nach Sichtung/ Prüfung der Nachweise zugelassen werden. Wenn die Erreichung der operativen Expertise zur Zulassung als neuer Operateur in diesem Zeitraum nicht möglich ist, ist eine Zertifikatserteilung nicht möglich."</p>	<p>Die Auswertung wurde versandt. Im geforderten Zeitraum wird die Mindestzahl nicht erreicht. Dementsprechend musste das Zertifikat des onkologischen Zentrums zum Oktober 2023 ausgesetzt werden. Eine Re-Zertifizierung wird im Oktober 2024 angestrebt.</p>
<p>10. Tumordokumentation</p>	<p>Es ist wünschenswert, dass die Dokumentation vereinfacht wird und alle Daten für eine Entscheidung schnell abrufbar sind. Weiterhin</p>	<p>Die Anzahl der Tumordokumentationsassistentinnen</p>

Erhebungsbogen	Hinweis	Maßnahme
	sollte geprüft werden, ob die erforderliche Anzahl der Dokumentare für die kommenden Jahr ausreicht.	wurde von sieben auf acht Tumordokumentationsassistenten aufgestockt. Der regelmäßige Austausch zwischen dem KWOB und dem KKN sowie Asthenis ist vorhanden. Es wird aktuell daran gearbeitet, die Dokumentation zu vereinfachen.

8.4.2 Spezifische Hinweise aus dem externen Audit Brust-/ Gyn. Krebszentrum

Erhebungsbogen	Hinweis	Maßnahme/ Wer
1.7 Studienmanagement	Es muss an der Implementierung von Studienangeboten gearbeitet werden. Diese sollten sich an den vorhandenen Ressourcen der Klinik orientieren.	Studienangebot für GZ mit aktuell 2 offenen Phase-III-Therapiestudien, 2 operative Studien, einige NIS/Observationsstudien, Registerstudien; BZ: 3 Studien sind avisiert und a) in der KSA-Prüfung, b/c) Verträge werden erwartet
2 organspezifische Diagnostik und Therapie	Die technische Ausstattung (Sonographiegerät, Software zur Dokumentation) der Sprechstunde im BZ sollte evaluiert werden. Checklisten zur klaren Strukturierung der Abläufe sollten sich am Bedarf der Klinik orientieren.	Checklisten sind vorhanden. Nach ReEvaluation kein sinnvoller Einsatz. Dokumentation pat-spez Maßnahmen im Rahmen der Vorstellungsvisite über Arztbrief/ORBIS. Technische Ausstattung noch im Optimierungsprozess, Maßnahme u.a. VerA zur optimierten Ausnutzung der bereits vorhandenen Ultraschallsysteme
4 Nuklearmedizin	"H: Im Kap. 4.3 muss noch die Anzahl der Skelett-Szintigrafien für das Jahr 2022 ergänzt werden.	Abweichung wurde nach Rücksprache mit OnkoZert wieder behoben
5 Operative Onkologie	Sowohl auf die Einhaltung der Mindestmengen pro Operateur als auch auf die Vermeidung von Einsatz nicht qualifizierter Operateure sollte geachtet werden. Dies wird Thema beim nächsten Audit sein.	Grundsätzlich wird die OP durch einen verantwortlichen benannten Operateur durchgeführt, zumindest als Lehrassistenz. Fallzahlen werden im laufenden Jahr zur Planung Einhaltung Mindestmengen evaluiert. Erklärung für Nichtqualifizierte Operateure ergibt sich u.a. durch Inzidentalome. Durch die Koordinatoren werden regelmässig (grundsätzlich quartalsweise) mit den Tumordokumentaren die OP-Zahlen pro Operateur evaluiert. Abhängig Evaluation werden Massnahmen ergriffen.

6. Medikamentöse/ internistische Onko- logie	Eine Rotation der gynäkologischen Assistenten in die Praxis bzw. amO u.a. zum Erlernen des Nebenwirkungsmanagements wäre wünschenswert.	Hier gibt es prospektive Planungen, u.a. dass das MVZ amO als Weiterbildungsstätte für FA-Weiterbildung anerkannt wird und entsprechend ermöglicht werden kann, dass AssistenzÄrzt*Innen in Rotation dort mit ausgebildet werden können. Der Antrag ist aktuell durch die Ärztekammer Niedersachsen in Arbeit, u.a. aber verzögert durch die erst kürzlich freigeschaltete Online-Beantragungsmöglichkeit bei der Ärztekammer Niedersachsen.
"Kennzahlenbewertung:	Die 2 Patientinnen haben die weitere (adj.) Behandlung nicht in Wolfsburg erhalten. Daher liegen keine Daten vor. Dennoch sollte das BZ hier die adj. Bestrahlung sicherstellen bzw. nachverfolgen.	Die Bestrahlung fand bei beiden Pat. heimatnah statt; Arztberichte liegen mittlerweile vor.
5 Strahlentherapie nach BET bei DCIS"		

8.4.3 Spezifische Hinweise aus dem externen Darmzentrum

Erhebungsbogen	Hinweis	Maßnahme/ Wer
1.1 Struktur des Netzwerks	Das Netzwerk besteht seit einigen Jahren. Im Hinblick auf die Fallzahlen sollte dieses Netzwerk ausgebaut werden.	Die Leitung des Darmkrebszentrums und des erst zu zertifizierenden Pankreaskrebszentrum Wolfsburg obliegt Herrn CA Dr. med. T. Jungbluth (Allgemein- und Viszeralchirurgie) und Herrn CA Prof. Dr. med. N. Homann (Medizinische Klinik II). Ansprechpartner ist Herr Chefarzt Dr. Jungbluth. Es werden weiterhin Anstrengungen unternommen, Patienten aus den Landkreisen HE, GF und aus Sachsen-Anhalt zu erreichen. Weiterhin erfolgte eine intensive Zuweiserpflege zur Festigung der Netzwerkstrukturen.
1.3 Kooperation Einweiser und Nachsorge	Das Zentrum sollte insgesamt evaluieren, ob Hybridveranstaltungen nicht doch Sinn machen für das Zentrum, gerade um das Netzwerk zu erweitern.	Die Tumorkonferenz wird Hybrid angemeldet, auch besteht die Möglichkeit Hybrid am QZ teilzunehmen.
1.5 Sozialarbeit und Rehabilitation	Im nächsten Audit sollte die Betreuung durch den Sozialdienst exakt dargestellt und auch der Anteil erhöht werden.	Erstellen einer VerA Sozialrechtliche Beratung mit Darlegung der Aufgaben.

		Durch Aufnahme des Sozialdienstes in die Checkliste sollen insbesondere die Pat. erfasst werden, welche durch das Vorscreening fallen.
2 Organspezifische Diagnostik und Therapie	Im Rahmen des Onkologischen Zentrums, insbesondere im Brustkrebszentrum, sind Strukturen für eine genetische Zusammenarbeit vorhanden. Diese sollten einfach genutzt werden.	Das Nutzen von Synergien wurde besprochen, eine Planung für eine intensive Zusammenarbeit ist für 2024 geplant. Auf das Ausstellen der Familienanamnese bei Kolorektalkarzinomen muss verstärkt geachtet werden. Die Erhebung bei Patienten der Ambulanz verläuft zuverlässig.
5 Operative Onkologie	Leider sind die Fallzahlen seit Jahren immer an der Grenze, dies trifft nun auch auf das Pankreas zu. Da diese Zentren auch für das Onkologische Zentrum wichtig sind, sind hier strategische Anstrengungen zu unternehmen, um eine Steigerung zu erzielen.	Insgesamt konnten die Fallzahlen in den Entitäten gesteigert werden. Es erfolgen weiterhin monatliche Berichterstattungen über die Tumordokumentationssitzung, hierüber gelingt eine bessere Steuerung der OP-Planung. Weiterhin werden analog zur Netzwerkstruktur Anstrengungen unternommen, mehr Patienten zu erreichen.
"Kennzahlenbewertung (Darmkrebszentrum): 6. Anteil Studienpat."	Studienpatienten müssen insgesamt im Onkologischen Zentrum gesteigert werden.	Es erfolgen weiterhin die Initiierungen von Studien, um alle Krankheitsstadien abzubilden. In der Tumorkonferenz wird ein gesondertes Augenmerk auf die Studienteilnahme gelegt und bei Möglichkeit einer Teilnahme im Protokoll vermerkt.
Kennzahlenbewertung (Darmkrebszentrum): 8. Genetische Beratung	Hinsichtlich der genetischen Beratung war ein Defizit zu erkennen. (Gleiche Situation wie vor einem Jahr)	Es muss vermehrt auf die Detektion mittels Familienanamnese geachtet werden, weiterhin ist für 2024 die Nutzung von Synergien mit den bestehenden Strukturen der Gynäkologie geplant. Besteht die Indikation zur genetischen Beratung wird der Patient an die Humangenetik der MHH verwiesen. Zusätzlich besteht nun die Möglichkeit einer Risikoevaluation in der kooperierenden onkologischen Praxis über das OnkoRiskNET.
Kennzahlenbewertung (Darmkrebszentrum):	Darstellung der Komplikationen, resultiert aus der Negativselektion der Patienten.	interne Besprechung jeder Komplikation prophylaktischer Verschluss mit Clips Erhöhung des Anteils der Schlingenabtragungen (somit

<p>11. Komplikationsrate therapeutische Koloskopien</p>		<p>Nenner) durch favorisierten Einsatz der "kalten" Schlinge gegenüber Zange</p>
<p>Kennzahlenbewertung (Pankreakarzinom):</p>	<p>Die Vorstellung muss bei jedem erfolgen. Im Einzelfall ist eine vorgezogene Tumorkonferenz zu organisieren (im dringenden Fall).</p>	<p>Das bestehende Tumorkonsil wurde aufgrund Nichtnutzung abgeschafft, in dringenden Fällen erfolgt ein interdisziplinäres prätherapeutisches Konsil vor der TuKo mit Festlegung des Therapiekonzeptes. Die Vorstellung im Tumorboard ist obligat. Im aktuellen Kennzahlenjahr 2023 beträgt die prätherapeutische Vorstellung 100 %.</p>
<p>2. Prätherapeutische Fallvorstellung</p>		

9 Verbesserung

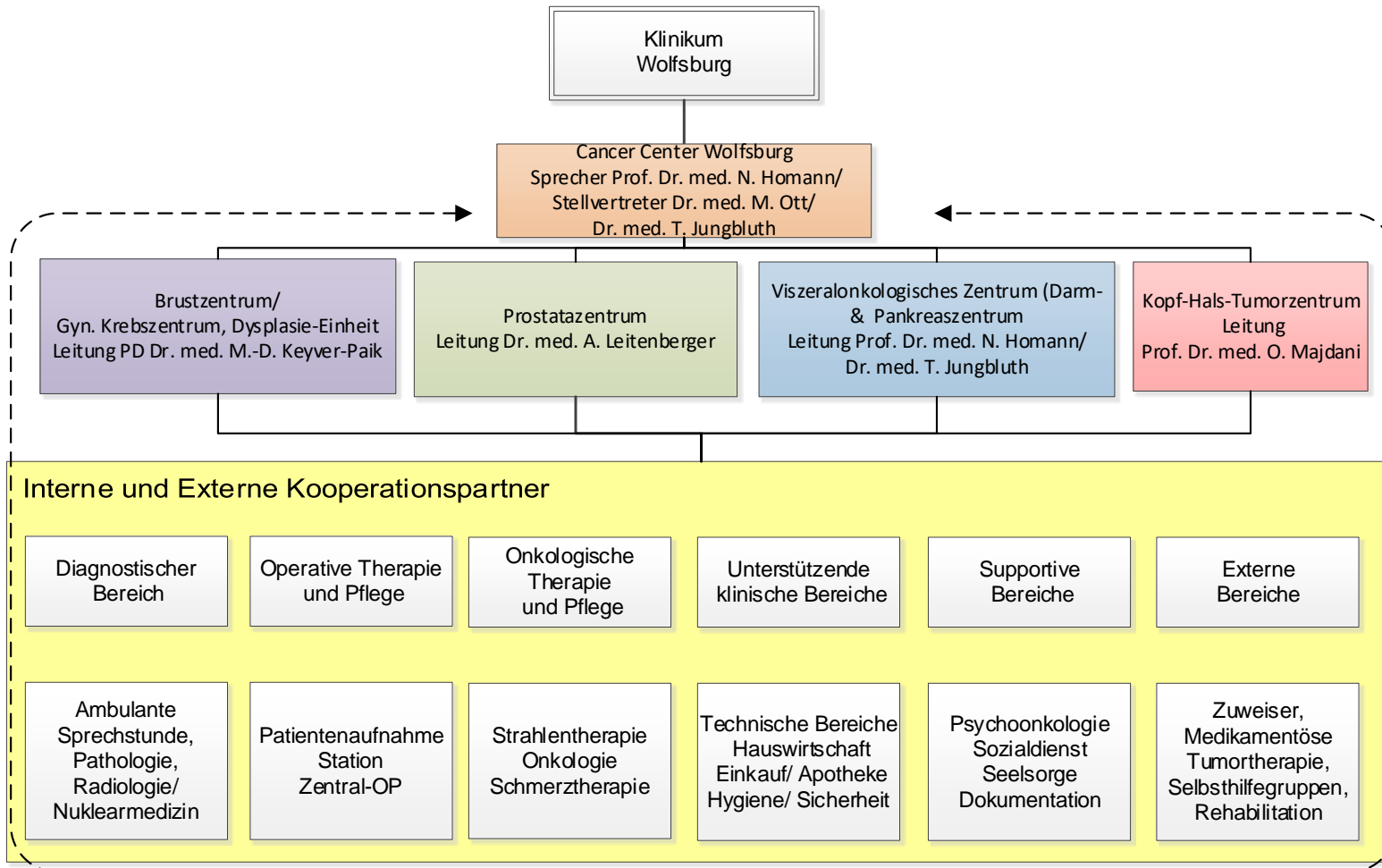
Lenkungsgruppe & Qualitätszirkel Cancer Center

Die Ergebnisse der 11 Sitzungen der Lenkungsgruppe des Cancer Centers wurden mittels Teilnehmerliste und Protokoll festgehalten.

Datum	TOP
16.01.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Primärfälle des CC - Kennzahlen der Strahlentherapie - Mögliche Kooperationspartner - Umsetzung Maßnahmenplan
06.02.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Hinweise aus dem Audit - Zentrumszuschläge
03.04.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Beschlussfassung Konzept Onkologie - Betreuung CCC Studie - Tumordokumentation - Auditvorbereitung
24.04.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation Audit - Beschlussfassung Konzept Tumordokumentationsgespräche
10.07.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Auditberichte - Kooperationspartner - Primärfälle
20.07.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Aussetzung des Zertifikats für das Onkologische Zentrum
14.08.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Prozedere Zertifikatsaussetzung onkologisches Zentrum - Hämatologische Neoplasien - Informationstag - GCP-Kurse - Maßnahmenpläne - Psychoonkologe
13.09.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Zertifikatsaussetzung - Maßnahmenpläne - Informationstag - Hämatologische Neoplasien - Psychoonkologische Versorgung
09.10.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Marketing - Verfahrensanweisungen - Maßnahmenpläne - Informationstag
13.11.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Informationstag - Fallzahlen - Verfahrensanweisung

	<ul style="list-style-type: none"> - Zertifizierung - Ergebnisdiskussion Einweiserbefragung - Skelettszintigraphien - Maßnahmenpläne
11.12.2023	<ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung von Fachärzten für Radiologie mit Zusatzweiterbildung - Marketing - Zertifizierung: onkologisches Zentrum - ASV-Einschluss - Maßnahmenpläne - Tumorkonferenzen - Geschäftsordnung CC

Anlage 1 Darstellung Cancer Center Wolfsburg



Anlage 2 Darstellung interessierte Parteien

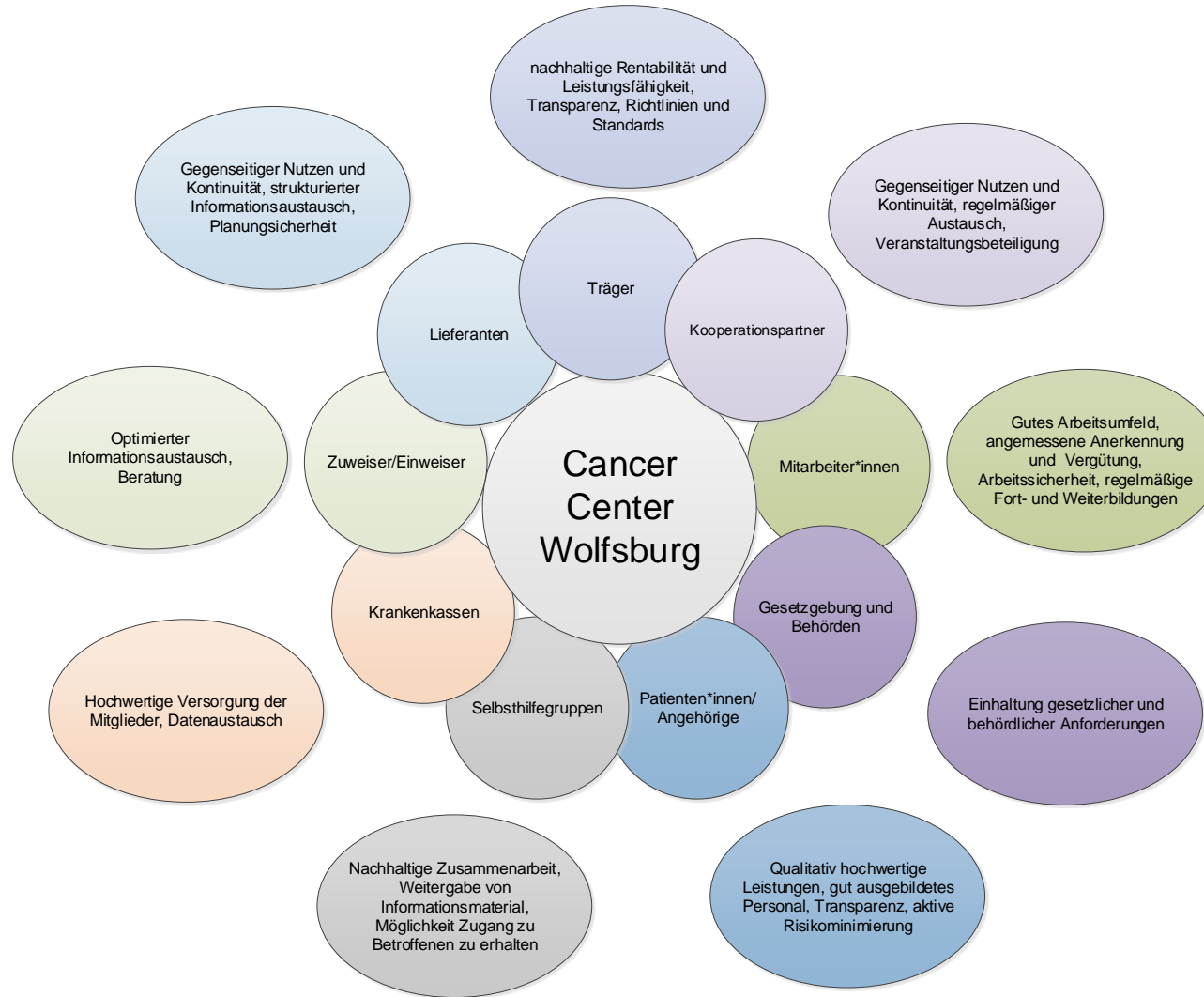


Abbildung 5 Darstellung interessierte Parteien Cancer Center Wolfsburg

Interessierte Partei	Bezeichnung	Beschreibung	Anforderungen	Maßnahmen
Träger*in (= Shareholder)	Stadt Wolfsburg	das Klinikum befindet sich in öffentlicher Trägerschaft der Stadt Wolfsburg	adäquate Patient*innenversorgung, nachhaltige Rentabilität & Leistungsfähigkeit, Transparenz, Richtlinien und Standards	Berichterstattung Direktorium/ Referentin, Chefarzt*ärztinnenrunde/ Referent*in, Personalversammlung
Kooperationspartner*in	Psychoonkologie, ambulante Versorgungszentren/-praxen (siehe Excel-Tabelle)	Erbringen Dienstleistungen für die Organkrebszentren, Ortsansässig/ überregional	Gegenseitiger Nutzen und Kontinuität, regelmäßiger Austausch, Veranstaltungsbeteiligung	Einladungen zu Veranstaltungen (z.B. für Patient*innen, Fortbildungen), Mitgestaltung von Veranstaltungen (z.B. Vorträge)
Mitarbeitende	Pflege, ärztlicher Dienst, Funktionsdienst, Transportdienst, Reinigung, Verwaltungsbereiche, Physiotherapie, Studienassistenz, etc.	Mitarbeitende sind unmittelbar in die Prozesse des Cancer Centers involviert	Gutes Arbeitsumfeld, Zufriedenheit am Arbeitsplatz, Anerkennung & Vergütung (z.B. Tarifverträge), Arbeitssicherheit, regelmäßige Fort- und Weiterbildungen	Befragung der Mitarbeitenden, Fortbildungsheft Pflege, Mitgestaltung bei den Prozessen der Organkrebszentren, Weiterbildungscurriculum Assistenzärzte*innen, Einbezug durch Lenkungsgruppen, Personalversammlung
Gesetzgebung, Behörden, Institutionen, Verbände	Gesundheitsamt, Gewerbeaufsichtsamt, Berufsverbände, Dienststellenpersonalrat, Verdi, Marburger Bund, etc.	z.B. § 137 SGB V, MPG, AMG, BTMG, IfSG, DIN ISO, Kriterienkatalog DKG	Einhaltung und Nachweis gesetzlicher und behördlicher Anforderungen	MRSA-Screening, Qualitätssicherung, Schulung MPG, Beauftragtenwesen, betriebsärztliche Untersuchung, etc.
Patient*innen	Teilnahme von Patient*innen an Vorsorge-/ Screening-Programmen, Patient*innen mit verschiedenen Krebserkrankungen	rund 180.000 Menschen leben im Einzugsgebiet. Teilweise überregional (z.B. Dysplasie-Einheit)	Qualitativ hochwertige Behandlung und Pflege, gut ausgebildetes Personal, Transparenz, aktive Risikominimierung, großes Leistungsangebot	Patient*innenbefragung, Beschwerdemanagement, Patient*inensprecher*in, Qualitätsbericht, Infoveranstaltungen zu diversen Themen Krebs/ Vorsorge, Fallbesprechungen durch das Ethiknetz
Selbsthilfegruppen	z.B. Selbsthilfegruppe krebsbetroffener Frauen, BRCA-Netzwerk, ILCO	Selbsthilfegruppen für Patient*innen mit Krebserkrankungen	Nachhaltige Zusammenarbeit, Weitergabe von Informationsmaterial, Möglichkeit Zugang zu Betroffenen zu erhalten, Weiterbildung & Beratung	Einladungen zu Infoveranstaltungen, Mitgestaltung von Veranstaltungen (z.B. Vorträge)
Krankenkassen	privat, gesetzlich (Barmer, DAK, AOK, etc.)	Leistungsträger*innen	Hochwertige Versorgung der Mitglieder*innen	MDK, Einladung zu Infoveranstaltungen

Interessierte Partei	Bezeichnung	Beschreibung	Anforderungen	Maßnahmen
Zuweiser*innen/ Einweisende	Hausärzte*innen, niedergelassene Fachärzte*innen (u.a. Gynäkologie, Innere Medizin, Gastroenterologie, Urologie, HNO)	Übernehmen die Versorgung des Patient*innen vor und nach stationären/ ambulanten Behandlung	optimale Versorgung des Patient*innen, unkomplizierter Informationsaustausch unter Berücksichtigung des Datenschutzes, Beratung, Weiterbildung	Befragung der Einweisenden, Einladung zu Infoveranstaltungen (z.B. Uro-/ Gyn.-/ Seno-Symposium, Q-Zirkel), Tumorkonferenz
Lieferant*innen	Interne, z.B. Sterilgut, Radiologie, Anästhesie, Küche, Apotheke. Externe, z.B. Apotheke (u.a. Zytostatika), Sanitätshaus, Wäscherei	Erbringen Dienstleistungen oder liefern Material	Gegenseitiger Nutzen und Kontinuität, strukturierter Informationsaustausch, Planungssicherheit	Bewertung von Lieferant*innen (in Arbeit), ORBIS-Anforderungen

Anlage 3 Entwicklung Fallzahlen Cancer Center Wolfsburg

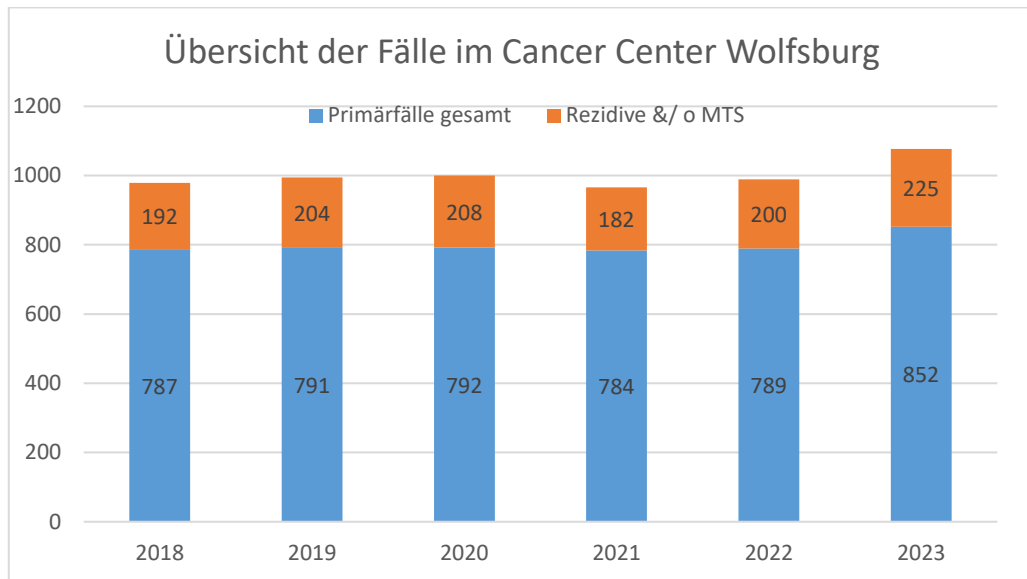


Abbildung 6 Entwicklung Fallzahlen Cancer Center Wolfsburg

Primärfälle	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Brustkrebs	248	213	198	190	202	218	190	188
Gyn. Tumore	120	132	98	126	120	122	100	84
Darmkrebs	118	115	123	128	106	90	87	118
Pankreaskrebs	37	29	31	34	42	30	43	43
Prostatakrebs	127	127	132	147	150	142	190	214
KH-Tumore	55	43	50	43	38	48	43	63

Anlage 4 Kommunikationsmatrix Cancer Center Wolfsburg

T - Teilnahme V - Verteiler E - Ersteller (...) - fakultativ	Prätherapeutische Konferenz	Posttherapeutische Konferenz	Qualitätszirkel (3-4 x jährlich)	Morbiditätskonferenz Cancer Center Wob (halbjährlich)	Lenkungsgruppe Cancer Center (mind. 4x im Jahr)	Lenkungsgruppe Organkrebszentrum (nach Bedarf)	Managementbewertung (jeden 3. Montag im März eines Jahres)	Teamsitzung Tumordoku (monatlich)	Arbeitsgruppe Tumorkonferenz/-Dokumentation (nach Bedarf)	Rücksprache Sprecher/ Stellv. Cancer Center Wob (2-wöchig)	Rücksprache Viszeralonkol. Zentrum (jeden 1. Dienstag/Monat)	Rücksprache Koordination Beschwerde-/ Qualitäts-/ Risikomanagement (14-tägig)	Rücksprache Med. Direktor (2-wöchig)	Quartalsbericht Risikomanagement Direktorium	Prüfarzt/ Studienbeauftragter	Verfahrens-/ Arbeitsanweisungen	Unterweisung Arbeitssicherheit	Unterweisung Brandschutz	Einweisungen Med. Produkte	Unterweisung Hygiene	Unterweisung Strahlenschutz	Unterweisung Datenschutz/ IT Sicherheit
Zentrumsleitung	T	T	T	T	T	T			(T)	T	T					E	T	T	T	T	T	T
Stv. Zentrumsleitung	T	T	T	T	T	T			(T)	T						(E)	T	T	T	T	T	T
Zentrumskoordinator*in	T	T	T	T	T	T		(T)	T							V	T	T	T	T	T	T
Ärztlicher Dienst	T	T	T	T												V	T	T	T	T	T	T
Diagnostischer Bereich																						
Pathologie		T	T	T	T		T		(T)									T	T	T	T	T
Radiologie/ Nuklearmedizin		(T)	(T)	(T)	T		T		(T)									T	T	T	T	T
Labor		(T)	(T)	(T)														T	T	T	T	T
Operation & Therapie																						
Onko-Praxis		T	T	T	T													(T)	(T)		(T)	T
Radioonkologie	T	T	T	T	T	(T)	T		(T)									T	T	T	T	T
Pflege			(T)	(T)														T	T	T	T	T
PDL			(T)	(T)	T	(T)	T									E	T	T		T		T
Onko-Pflege		(T)	(T)	(T)	(T)	T										V	T	T	T	T		T
Station (Leitung)			(T)	(T)		T										V	T	T	T	T		T
Funktionspflege (Leitung)			(T)	(T)		T										V	T	T	T	T	T	T
OP/Anästhesie			(T)	(T)	(T)	(T)										V	T	T	T	T	T	T
direkte supportive Bereiche																						
Sozialdienst (Klinikum)		(T)	(T)		(T)	(T)												T	T		T	T
Psychoonkologie (extern)		(T)	(T)		(T)	(T)												(T)	(T)		(T)	

T - Teilnahme V - Verteiler E - Ersteller (...) - fakultativ	Prätherapeutische Konferenz	Posttherapeutische Konferenz	Qualitätszirkel (3-4 x jährlich)	Morbiditätskonferenz Cancer Center Wob (halbjährlich)	Lenkungsgruppe Cancer Center (mind. 4x im Jahr)	Lenkungsgruppe Organkrebszentrum (nach Bedarf)	Managementbewertung (jeden 3. Montag im März eines Jahres)	Teamsitzung Tumordoku (monatlich)	Arbeitsgruppe Tumorkonferenz/-Dokumentation (nach Bedarf)	Rücksprache Sprecher/ Stellv. Cancer Center Wob (2-wöchig)	Rücksprache Viszeralonkol. Zentrum (jeden 1. Dienstag/Monats)	Rücksprache Koordination Beschwerde-/ Qualitäts-/ Risikomanagement (14-tägig)	Rücksprache Med. Direktor (2-wöchig)	Quartalsbericht Risikomanagement Direktorium	Prüfarzt/ Studienbeauftragter	Verfahrens-/ Arbeitsanweisungen	Unterweisung Arbeitssicherheit	Unterweisung Brandschutz	Einweisungen Med. Produkte	Unterweisung Hygiene	Unterweisung Strahlenschutz	Unterweisung Datenschutz/ IT Sicherheit
Hospiz (extern)		(T)	(T)		(T)	(T)											(T)	(T)		(T)		
Physiotherapie (Klinikum)		(T)	(T)	(T)	(T)	(T)											T	T		T		
Reha-Einrichtung (extern)		(T)	(T)		(T)	(T)											(T)	(T)		(T)		
Seelsorge (extern)					(T)	(T)											T	T		T		
Selbsthilfegruppe (extern)					(T)	(T)																
indirekte supportive Bereiche																						
Med. Controlling					(T)			(T)									T	T				T
Dokumentationsassistentin		(T)	(T)	(T)	(T)	(T)		T	(T)						(T)		T	T				T
QMB/ RMK		(T)	(T)	T	T	T		T	T	T	T	T	T	T	(T)	E/ V	T	T				T
Studienassistentin		(T)	(T)			(T)									T		T	T		(T)		T