

Interner Qualitätsbericht 2015

Brustzentrum Köln - Hohenlind (Köln I)

St. Elisabeth - Krankenhaus GmbH

Werthmannstraße 1

D – 50935 Köln - Hohenlind

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	3
2. Erklärung zum Qualitätsbericht.....	4
3. Interne Audits.....	4
4. Leistungsdaten Senologie.....	5
4.1. Operative Therapie.....	5
4.2. Intraoperative Boostbestrahlung (IOERT)	6
4.3. DIEP-Flap.....	6
4.4 OPS- Verfahren Senologie.....	7
4.5 DRG Senologie	9
5. Befragungen	11
5.1. Patientenbefragung.....	11
5.1.1. Patientenbefragung WBC.....	11
5.1.2. Patientenbefragung des Institutes für medizinische Soziologie.....	13
5.1.3. Beschwerdemanagement.....	14
5.1.4. Risikomanagement.....	14
5.2. Mitarbeiterbefragung	14
5.3. Einweiserbefragung.....	15
6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	15
6.1 Präoperative Tumorkonferenzen / Postoperative Tumorkonferenzen	15
6.2. Qualitätszirkel.....	16
7. Brustsprechstunde.....	17
7.1 Terminrealisierung.....	17
7.2. Wartezeiten in der Brustsprechstunde	17
7.3. Wartezeiten im ACT	18
8. Radiologie.....	19
9. Pathologie.....	19
10. Strahlentherapie	21
11. Studien.....	22
11.1 Adjuvante Studien bei Mammakarzinom	22
11.2 Neoadjuvante Studien bei Mammakarzinom.....	22
11.3 Post-Neoadjuvante Studien bei Mammakarzinom	23
11.4 Metastasierte Situation bei Mammakarzinom.....	23
11.5 Sonstige Studien / HIOB / NIS metastasiert.....	24
12. Chemotherapie	25
13. Qualitätsmanagement.....	25
14. Qualitätsindikatoren	26
15. Erreichte Ziele und Projekte 2015.....	34
16. Strategie und Planung 2016	35
17. Zielausrichtung und Strategie 2016	37

1. Vorwort

Das Brustzentrum Köln-Hohenlind am St. Elisabeth-Krankenhaus wurde mit Feststellungsbescheid vom Dezember 2005 vom Land Nordrhein-Westfalen als solches anerkannt.

Diese Anerkennung als Brustzentrum im Krankenhausplan des Landes NRW ist an ein Zertifizierungsverfahren gekoppelt. Dadurch soll eine regelmäßige Überprüfung der Erfüllung der vom Land gestellten Qualitätsanforderungen an die Brustzentren erfolgen. Die Qualitätsanforderungen sind in einem Anforderungskatalog für die Zertifizierung von Brustzentren in NRW festgelegt. Das Zertifizierungsverfahren wird von der Ärztekammer Westfalen-Lippe durchgeführt.

Das Brustzentrum wurde im Februar 2006 erfolgreich von der ÄK Westfalen-Lippe zertifiziert und im Februar 2009 und 2012 rezertifiziert. Das 1. Überwachungs-Audit fand am 25. Februar 2013 statt, das 2. Überwachungs-Audit am 18. Februar 2014. Die Re-Zertifizierung wurde am 10. Februar 2015 erfolgreich durchgeführt. Das nächste Überwachungs-Audit fand am 16. Februar 2016 erfolgreich statt.

Zusätzlich wurde das St. Elisabeth-Krankenhaus Hohenlind von der Zertifizierungsgesellschaft pro cum cert im Februar 2007, im Februar 2010 und März 2013 erfolgreich nach dem Kriterienkatalog der KTQ 5.0 rezertifiziert. Die nächste Zertifizierung nach pro cum cert wurde vom 18.4. – 22.4.2016 erfolgreich durchgeführt.

Unser höchster Anspruch in unserer täglichen Arbeit ist die Orientierung an den Anforderungen des Zertifizierungsverfahrens des Landes NRW und den Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft und Gesellschaft für Senologie (S3-Leitlinie) bzw. die Umsetzung und Überwachung dieser Anforderungen.

Alles in allem gibt dieses Verfahren uns die Möglichkeit, das Leistungsspektrum des Brustzentrums Köln-Hohenlind unter festgelegten Kriterien zu überwachen und somit zum Wohle unserer Patientinnen das Beste zu erreichen.

2. Erklärung zum Qualitätsbericht

Der jährliche Qualitätsbericht des Brustzentrums gibt einen systematischen Überblick über die Leistungen des Brustzentrums. Dieser Überblick beinhaltet Daten zu den stationären Patientenzahlen, zu Diagnosen und zu Prozeduren. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Maßnahmen zur Qualitätssicherung dargelegt, was letztendlich zu einer Verbesserung der Transparenz führt.

Alle qualitäts-relevanten Eingaben (Anforderungen für die Zertifizierung für Brustzentren in NRW) werden beurteilt und daraus resultierende Schlussfolgerungen gezogen, um Schwachstellen zu erkennen und die erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung festlegen zu können, die dann in den Zielen neu definiert werden sollen.

Der Qualitätsbericht des Brustzentrums wird im Intranet allen interessierten Personen als pdf-Dokument zur Verfügung gestellt und an alle Kooperationspartner des Brustzentrums weitergeleitet. Zusätzlich wird der Q-Bericht seit 2013 im Internet veröffentlicht und steht somit auch den Haupteinweisern und Patientinnen zur Verfügung.

3. Interne Audits

Im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2015 haben in den Bereichen des Brustzentrums und bei den Kernleistern mehrere interne Audits stattgefunden mit dem Ziel, die Erfüllung der relevanten Forderungen aus dem Anforderungskatalog für Brustzentren des Landes NRW zu überprüfen.

Alle internen Audits wurden von Frau Dr. Ruth Biber (Qualitätsmanagerin und Oberärztin im Brustzentrum) und Frau Gabriele Demmel (QMB im Brustzentrum) durchgeführt. Es wurden nahezu alle im QMH beschriebenen Prozesse auditiert. Alle erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung oder Erfüllung der Anforderungen wurden in einem fortlaufenden Maßnahmenplan / Protokoll festgehalten und von den internen QMB's auf Erledigungsstände hin überwacht, um den PDCA-Zyklus weiter zu festigen. Darüber hinaus erfolgte eine Aktualisierung der QM-Dokumentation und eine Erstellung neuer Dokumente und Beschreibungen.

Das QM-Handbuch und sämtliche QM-Dokumente sind in das hausinterne Intranet integriert.

4. Leistungsdaten Senologie

4.1. Operative Therapie

Prozess	Merkmal	Messeinheit	Soll	Ist 2015
Operative Therapie	Primärfälle	Anzahl	Mindestens 150 gesamt	Primäre Ca: 719 Primäre OP: 662
Operative Therapie	Primärfälle	Anzahl (Hauptoperateur + Assistenz)	Mindestens 50 pro Operateur	662 Primäroperationen/ 7 Hauptoperateure
Operative Therapie	Senologische Weiterbildungseingriffe	Anzahl	mindestens 10 pro Operateur	242 Weiterbildungseingriffe/ 7 Hauptoperateure

Nachweis / Kommentar

Der Nachweis für die Anzahl der Primärfälle und die Anzahl der Weiterbildungseingriffe wurde aus der OP-Statistik (ODSeasy/ IMedOne) erhoben.

Im Jahr 2015 haben 7 Hauptoperateure insgesamt 662 Primärkarzinome operiert. Die geforderte Anzahl von operierten Primärfällen pro Hauptoperateur sowie von senologischen Weiterbildungseingriffen wurde sämtlich erzielt. Insgesamt lässt sich erfreulicherweise, wie bereits im Vorjahr, eine hohe Anzahl an Weiterbildungseingriffen verzeichnen.

4.2. Intraoperative Boostbestrahlung (IOERT)

Seit 02/ 2009 wird die Methode des intraoperativen Boostes bei geeigneten Patientinnen durchgeführt. An 4 von 5 OP-Tagen in der Woche können diese Eingriffe erfolgen.

Ingesamt erhielten bisher 101 Patientinnen einen IOERT Boost (Mobetron).

	Anzahl 2011	Anzahl 2012	Anzahl 2013	Anzahl 2014	Anzahl 2015
IOERT	190	135	143	113	101

4.3. DIEP-Flap

Seit 10/ 2011 werden im BZ Hohenlind Plastische Eigengewebsrekonstruktionen der Brust durch DIEP-Flap-Operationen durchgeführt.

Seit dem Jahr 2015 besteht eine Kooperation mit der Plastischen Chirurgie in Düsseldorf, Herrn Dr. Philipp Richrath. Ab 01.01.2016 ist eine Steigerung der Operationen auf ca. 3 - 4 DIEP-Flaps / Monat geplant.

	Anzahl 2012	Anzahl 2013	Anzahl 2014	Anzahl 2015
DIEP-Flap	11	11	13	18

4.4 OPS- Verfahren Senologie

TOP 20 Verfahren Senologie

OPS	Bezeichnung	Anzahl 2015
5-401.13	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	498
5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	251
5-894.1a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	183
5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	172
5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	168
5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	119
5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	107
5-407.02	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2	94
5-983	Reoperation	92
5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	87
5-889.51	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Mit gewebeverstärkendem Material	68
5-932.02	Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung: Nicht resorbierbares Material: Mit Titanbeschichtung	61
5-870.a5	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik	57

5-877.20	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen	56
5-870.a3	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie	52
5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	50
5-889.50	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Ohne gewebeverstärkendes Material	37
5-874.0	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion des M. pectoralis major	36
5-881.1	Inzision der Mamma: Drainage	33
5-889.6	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung eines Hautexpanders	32
Summe		2.253

Lydia Steinbrink, 26.01.2016

4.5 DRG Senologie

TOP 20 Senologische DRGs

DRG	Bezeichnung	Anzahl 2015
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung	280
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC	266
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff	196
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff	119
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösart. Neubild. mit aufwändiger Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei bösart. Neubild. oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl.	74
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	49
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung	34
J07A	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff	31
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff	28
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma	18
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	18
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik	17

J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik	16
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose	15
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen	9
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung	7
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung	5
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung	5
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	5
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag	4
Summe		1.196

Lydia Steinbrink, 26.01.2016

5. Befragungen

5.1. Patientenbefragung

Prozess	Merkmal	Messeinheit	Soll	Ist 2015	Ziel 2016
Patientenzufriedenheit	Patientenbefragung	Anzahl	Durchführung mindestens 1 x jährlich	Jährlich WBC fortlaufend 1x jährlich Uni-Köln Start 2/15-7/15	Ziel halten bzw. weiter verbessern Ziel halten

5.1.1. Patientenbefragung WBC

Ergebnis 2014 und Ergebnisbericht 1. Halbjahr 2015

In die Auswertung 2014 gingen 141 gültige Fragebögen ein. Das entspricht einer Rücklaufquote von 19 %.
 1. Halbjahr 2015 51 Bögen RL 15 %.

Kommentar und Maßnahmen

Sowohl im Gesamtjahr 2014 als auch im 1. Halbjahr 2015 wurde im Brustzentrum eine sehr gute Patientenzufriedenheit erreicht.
 Die Ergebnisse nahezu sämtlicher Teilfragen lagen 2014 und 1. Halbjahr 2015 über dem Durchschnittswert aller Kliniken.

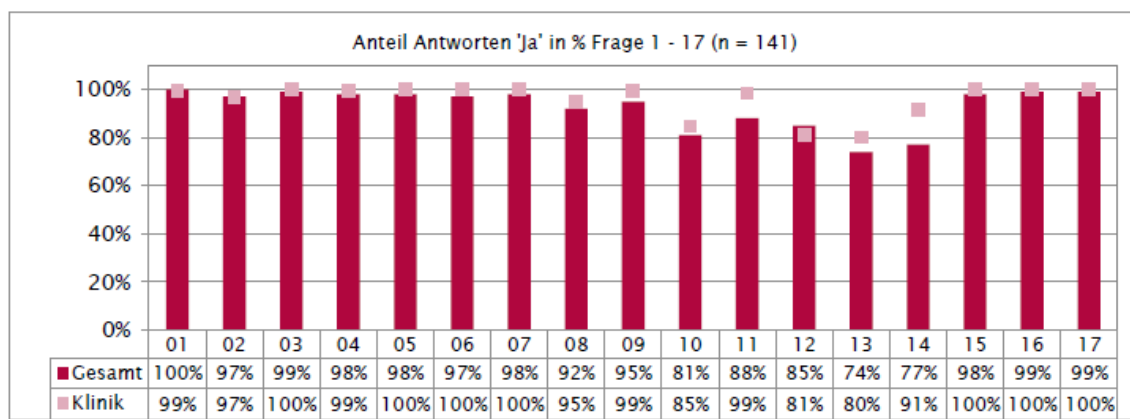
Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking – Jahresauswertung 2014



PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Ergebnis der Auswertung der Fragebögen Ihres Hauses vom 01.01.2014 bis 31.12.2014



Anzahl Ihrer Fragebögen:	141
Anzahl der Fragebögen aller Kliniken:	6804

Frage	Angabe			
	ja	nein	n. z.	k. A.
1. Erfolgte eine ausführliche und verständliche Aufklärung vor Eingriffen?	139	1	0	1
2. Wurden Sie über die versch. Möglichkeiten der operativen Behandlung unterrichtet?	123	4	9	5
3. Konnten Sie alle Ihnen wichtige Fragen stellen?	141	0	0	0
4. Hatten Sie ausreichend Bedenkzeit?	134	1	6	0
5. Wurde die Diagnose einfühlsam erläutert?	139	0	0	2
6. Wurde ein ausführliches Abschlussgespräch geführt o. ein Termin hierfür vereinbart?	140	0	0	1
7. Konnten Sie dabei alle Ihnen wichtigen Fragen stellen?	141	0	0	0
8. Wurde Ihnen ein abschließender Bericht mitgegeben?	130	7	0	4
9. Wurden weitere notwendige Therapien besprochen (Chemotherapie/Strahlentherapie)?	134	1	5	1
10. Wurden feste Termine für die weiteren Therapien (CTx/RTx) vereinbart?	100	18	15	8
11. Wurden Sie über die Möglichkeiten v. Anschlussheilbehandlungen u. Kuren informiert?	133	2	4	2
12. Haben Sie ausreichend Informationen über Selbsthilfegruppen erhalten?	82	19	33	7
13. Erfolgte die Anpassung einer Prothese sofern nötig bereits vor der Entlassung?	24	6	103	8
14. Erfolgte die Einleitung oder die Durchführung der Krankengymnastik (Physiotherapie) und/oder der Lymphdrainage bereits vor der Entlassung?	107	10	15	9
15. Waren Sie mit der Wahrung Ihrer Privatsphäre in unserem Haus zufrieden?	138	0	0	3
16. Würden Sie uns auch einer Freundin oder Angehörigen weiterempfehlen?	140	0	0	1
17. Würden Sie sich auch in Zukunft wieder bei uns behandeln lassen?	139	0	0	2

5.1.2. Patientenbefragung des Institutes für medizinische Soziologie

Das Brustzentrum Köln-Hohenlind nimmt an der für alle Brustzentren in NRW geltenden, vom Institut für medizinische Soziologie der Universität Köln entwickelten Patientenbefragung seit 2006 teil. Die Befragung wird einmal jährlich, jeweils von Februar bis Juli, im Brustzentrum durchgeführt und vom Institut für medizinische Soziologie ausgewertet.

Ergebnisse 2015

In dem Befragungszeitraum 2015 wurden insgesamt 317 Patientinnen von 335 primär erkrankten Patientinnen bezüglich des Einverständnisses zur Patientenbefragung befragt, das bedeutet eine Teilnahmesquote von 94,00 %. 263 ausgefüllte Fragebögen wurden an das soz. Institut der Uni Köln zurückgesandt, das ergibt eine Rücklaufquote von 82,00 %.

In folgenden Bereichen lagen wir über dem Mittelwert aller Kliniken:

- Entlassungsmanagement
- Entscheidungsteilnahme der Patientinnen
- Unterstützung durch / Vertrauen in Pflegekräfte
- Unterstützung durch / Vertrauen in Ärzte
- Kundenfreundliche Infrastruktur / Zimmerausstattung

Eine Verbesserung konnten wir bei nachfolgenden Punkten im Vergleich zum Vorjahr deutlich verbessert:

- Ablauforganisation
- Vertrauen in / Unterstützung durch Ärzte
- Vertrauen in / Unterstützung durch Pflegekräfte
- Psycho-sozialer Infobedarf
- Entscheidungsteilnahme
- Entlassungsmanagement

Erfreulicherweise würden 99,5 % der befragten Patientinnen unser Brustzentrum einer nahestehenden Person weiterempfehlen.

Ziel 2016

Vorrangiges Ziel des Jahres 2016 bleibt die Patientenzufriedenheit zu halten bzw. weiter zu verbessern. Die Optimierung der Prozess- und Organisationsqualität steht damit auch 2016 im Mittelpunkt unserer Bemühungen.

5.1.3. Beschwerdemanagement

Der schon seit vielen Jahren angebotene Briefkasten „Meckerbox“ wird gerne von den Patientinnen in Anspruch genommen. Dadurch kann zeitnah auf Beschwerden reagiert werden. Dieser wird einmal pro Woche von unserer Beschwerdebeauftragten geleert und ausgewertet. Zusätzlich werden mündliche Beschwerden auf einem vom Pflegepersonal entwickelten Formular festgehalten und ebenfalls an die Beschwerdebeauftragte weitergeleitet. Darüber hinaus erfolgt eine Auswertung der schriftlichen Beschwerden aus der Patientenbefragung des soz. Institutes. Diese Beschwerden werden sämtlich in Kopie an die Geschäftsführung bzw. das Beschwerdemanagement-Team des Hauses weitergeleitet.

Zunächst wird bei einer Meldung / Feststellung versucht, durch ein Gespräch mit der Patientin auf die Beschwerde bzw. den Fehler einzugehen. Ggf. kann hierzu die Chefärztin hinzugezogen werden. In regelmäßigen Teambesprechungen werden die gravierendsten Beschwerden angesprochen, um durch entsprechende Maßnahmen eine mögliche Verbesserung und höhere Patientenzufriedenheit zu erreichen.

Sollte es nicht gelingen, die Ursache im Gespräch zu klären, hat die Patientin zusätzlich die Möglichkeit, den Beschwerdebogen in der Patientenbroschüre auszufüllen bzw. sich direkt an das Beschwerdemanagement des Hauses zu wenden. Die Auswertung der Beschwerdebögen wird von der Beschwerdemanagerin durchgeführt und an das Q-Team des BZ, sowie an die Geschäftsführung weitergeleitet. In den regelmäßig stattfindenden Q-Zirkeln werden ggf. Maßnahmen zur Fehlerbeseitigung geplant und eingeführt.

5.1.4. Risikomanagement

Das Elisabeth Krankenhaus Köln-Hohenlind hat seit Oktober 2015 eine Risikomanagerin, Frau Bachmann-Stärck, zur Einführung eines zentralen Risikomanagements beschäftigt.

Unser Ziel ist es, bei der Einführung des zentralen Risikomanagements mitzuwirken, sowie die abteilungsspezifischen Risiken entsprechend dem Massnahmenplan zeitnah zu beseitigen.

5.2. Mitarbeiterbefragung

Die turnusgemäße, hausweite Mitarbeiterbefragung ist für das Jahr 2016 geplant.

5.3. Einweiserbefragung

In der Zeit von April bis Juni 2014 wurde im St. Elisabeth Krankenhaus eine Einweiserbefragung von der Firma Pro-Klinik durchgeführt. An diesem „Benchmark-Projekt Zuweiserbefragung“ der Pro-Klinik Krankenhausberatung nahmen von April 2013 bis Juli 2014 insgesamt 13 Akut-Krankenhäuser aus Deutschland teil. Es wurden 150 Zuweiser des St. Elisabeth Krankenhauses kontaktiert, 141 Zuweiser konnten telefonisch interviewt (138) bzw. per Fax (3) befragt werden. Die Teilnahmequote lag bei 95,5 % (2011 66,3 %!).

Ergebnisse

Die hohe Teilnehmerquote spricht für eine große Verbundenheit der Zuweiser mit dem St. Elisabeth-Krankenhaus und für ein großes Interesse an unserer Klinik.

Erfreulicherweise waren alle befragten Zuweiser des Brustzentrums (n=19) mit der Zusammenarbeit mit dem Brustzentrum zufrieden.

Bei nachfolgenden Kriterien hat das Elisabeth Krankenhaus sowohl die Erwartungen der Zuweiser übertroffen als auch die beste Note im Vergleich zu anderen Kliniken erzielt:

- medizinische Versorgung durch Chefärzte/ Oberärzte (Note 1,4)
- medizinische/ apparative Ausstattung
- Empfang der Patienten im Krankenhaus
- Zufriedenheit mit pflegerischer Versorgung
- Freundlichkeit Ärzte/ Pflege

Wie bereits bei der letzten Einweiserbefragung 2011 erreichte das Krankenhaus Hohenlind bei dem Kriterium „**fachliche Kompetenz der Ärzte**“ die beste Note im Vergleich zu anderen Kliniken (Note 1,3).

6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit

6.1 Präoperative Tumorkonferenzen / Postoperative Tumorkonferenzen

- 1 x pro Woche Tumorkonferenz im St. Elisabeth-KH, Freitag: 15.00 - 16.30
- Tägliche präoperative Fallkonferenz im St. Elisabeth KH, 10.00 – 11.00
- wöchentliche Mammographiescreeningkonferenz im CDT-Institut, Mittwoch Uhr 7:15

Prozess	Merkmal	Mess- einheit	Soll	Ist 2015
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Anteil Patientinnen in der wöchentlichen Fallbesprechung	%	Mindestens 95 % aller Primärfälle werden in einer TK besprochen	Post-op:100% Prä-OP: ausgewählte Fälle (z.B. Neoadjuvante CT, IOERT,Radiatio nach Mastektomie u.s.w)

6.2. Qualitätszirkel

Das Q-Team innerhalb des Brustzentrums setzt sich aus den Personen / Funktionen zusammen, die in der interdisziplinären Brustkonferenz zusammenarbeiten:

- Leitung des Brustzentrums, Netzkoordinatorin, Leiterin Senologische Onkologie (Chefärztin)
- Moderatorin
- Chefarztsekretärin Brustzentrum
- Radiologe
- Pathologe
- Hämato-Onkologe
- Strahlentherapeut
- Stationsleitung Sen I
- OP-Leitung Sen
- QM/ QMB
- Breast care-nurse
- Study nurses
- Psychoonkologin
- Leitende RTA´s/ MTA´s
- Physiotherapeutin
- Psycho-Sozial-Dienst
- Weitere Funktionen - je nach Tagesordnung

Alle 3 Monate wird ein Q-Zirkel in der Arbeitszeit durchgeführt. Es werden beispielsweise folgende Themen besprochen:

- Prozessstörungen
- Beschwerden
- Ergebnisbetrachtungen aus der Tumordokumentation
- Ergebnisse der Patientenzufriedenheitsermittlung
- Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung
- Organisatorische Änderungen / Neuerungen

Der QM-Prozess wird durch diesen Qualitätszirkel kontinuierlich unterstützt. Die Besprechungen werden von einer ausgebildeten Moderatorin begleitet.

Die Dokumentation erfolgt in einem Besprechungsprotokoll (Maßnahmenplan).

7. Brustsprechstunde

7.1 Terminrealisierung

Bedarfsgerechte Sicherstellung der Diagnostik: Im Regelfall kann eine Patientin innerhalb von 10 Tagen aufgenommen bzw. ein Termin zur ambulanten Diagnostik realisiert werden.

Prozess	Merkmal	Messeinheit	Soll	Ist 2015	Ziel 2016
Brustsprechstunde	Wartezeiten bis Termin	Tage	Termin ambulante Diagnostik < 10 Tage	6,0	Ziel halten
			Termin zur stat. Aufnahme < 10 Tage	11,0	<10 Tage

Nachweis

Im Zeitraum 01.09.2015 – 30.9.2015 wurde eine stichprobenartige Messung der Terminwartezeiten durchgeführt.

Anzahl Tage der Messung	Anzahl Patientenanrufe	Ø Tage bis Vorstellungstermin Abklärungsdiagnostik	Ø Tage bis zur stat. Aufnahme
21	96	6,0	11,0

7.2. Wartezeiten in der Brustsprechstunde

Prozess	Merkmal	Messeinheit	Soll	IST 2015	Ziel 2016
Brustsprechstunde	Wartezeiten in der Sprechstunde	Minuten	< 60 min in Sprechstunde (Orientierung)	5,0	Ziel halten

Nachweis

Im Zeitraum 01.09.2015 – 30.09.2015 wurde eine stichprobenartige Messung der Terminwartezeiten durchgeführt.

Anzahl Tage der Messung	Anzahl Patientinnen pro Tag (Pat. mit gesichertem Carcinom oder V.a Carcinom)	∅ Wartezeit bis zum Arztkontakt
21	∅ 6 Pat.	∅ 5,0 Minuten

7.3. Wartezeiten im ACT

Prozess	Merkmal	Messeinheit	Soll	Ist 2015	Ziel 2016
ACT	Wartezeiten in der Sprechstunde	Minuten	< 60 min in Sprechstunde (Orientierung)	∅ 18,27 Minuten	Ziel halten

Nachweis

Im Zeitraum 01.09.2015 – 30.09.2015 wurde eine stichprobenartige Messung der Terminwartezeiten durchgeführt.

Anzahl Tage der Messung	Anzahl Patientinnen pro Tag	∅ Wartezeit bis zum Arztkontakt
21	∅ 20	∅ 18,27 Minuten

Ziel für 2016

Im Jahr 2016 soll im Oktober/ November erneut eine stichprobenartige Messung der Wartezeiten in der Brustsprechstunde und im ACT durchgeführt werden. Unser Ziel ist es, die oben aufgeführten Mittelwerte sämtlicher Wartezeiten auch weiterhin zu halten bzw. zu verbessern.

8. Radiologie

Bei allen im Brustzentrum erstellten oder befundeten Mammographien und MRT- Mammographien ist eine Doppelbefundung durch einen zweiten Facharzt für Radiologie gewährleistet. Die Zweitbefundung wird auf dem Befundbericht dokumentiert.

Leistungszahlen 2015

Prozedur	Gesamtzahl 2014	Gesamtzahl 2015
Mammographie	482	445
MRTMamma	627	702
Mammogr Markierungen	227	222
MRT-Markierungen + Punktion	210	201
Vakuumstanze mammogr.	66	43
Sentinel-node Injektion	372	353
Skelettszintigraphien	458	394
Galaktographien	11	15
DEXA Knochendichte	656	689
MRT-Stanze	25	25
MRT-gesamt	1636	1877
CT	1294	1502
CT gesteuerte Punktion	46	51

9. Pathologie

Das Institut für Pathologie ist seit dem 23.01.2007 akkreditiert und wird in regelmäßig stattfindenden System- und Fachaudits überwacht. Erstmals wurde in diesem Jahr ein internes Audit in der Pathologie durchgeführt. Es gab keine Abweichungen. Alle Verfahren erfolgen nach festgelegten Standards unter der Beachtung relevanter Leitlinien und sind in detaillierten Verfahrens- und Arbeitsanweisungen beschrieben. Eine Doppelbefundung innerhalb von 5 Werktagen ist gewährleistet.

Zytologie

Die Durchführung der zytologischen Untersuchungen ist standardisiert und erfolgt unter Beachtung relevanter Leitlinien (Leitlinie „Mammopathologie des Berufsverbandes Deutscher Pathologen“). Die einzelnen Verfahren sind im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens beschrieben und liegen im Institut für Pathologie vor.

Hormonrezeptorbestimmung

Eine immunhistologische Hormonrezeptoranalyse bei invasiven Mamma-Karzinomen wird in 100 % der Fälle durchgeführt. Die Durchführung ist standardisiert und erfolgt unter Beachtung relevanter Leitlinien. Die einzelnen Verfahren sind im Rahmen des Akkreditierungsverfahrens beschrieben und liegen im Institut für Pathologie vor.

Schnellschnittzeiten

Prozess	Merkmal	Mess-einheit	Soll	Ist 2014	Ist 2015	Ziel 2016
Histologie	Schnellschnitt	Minuten	< 45 Min.	26:34 (21:34 + 5 min Wegezeit)	28,94 (23,94 + 5 min Wegezeit)	halten

Nachweis

Die Schnellschnittzeit wurde vom 08.06.2015 – 07.07.2015 (21 Arbeitstage) stichprobenartig gemessen.

Leistungsdaten 2015

Befundungen	Anzahl 2014	Anzahl 2015
Histologische Untersuchungen bei Mammaca	1157	1143
Schnellschnitte bei Mammaca, SS + Paraffin	719	667
Mammastanzen gesamt	926	881
Mammastanzen benigne	381	353
Mammastanzen maligne	545	528
Zytologische Untersuchungen bei Mammaca (incl. Abklatschzytologie)	523	457
Sentinel Tc	523	457

10. Strahlentherapie

Leistungsdaten

Prozedur	Bestrahlung Mamma, Axilla, Thoraxwand, Gesamtanzahl der Bestrahlungen	Bestrahlung Mamma, Axilla, Thoraxwand, Anteil Brustzentrum Hohenlind
2012	512	244
2013	704	309
2014	537	244
2015	569	293

11. Studien

Das Brustzentrum beteiligte sich 2015 an folgenden Studien:

11.1 Adjuvante Studien bei Mammakarzinom

Bezeichnung	Schema	Eignung	Anzahl 2015 neu eingeschlossen
GAIN2 Adjuvante Phase III Studie zum Vergleich einer intensivierten dosisdichten adjuvanten Therapie mit EnPC versus einer dosisdichten adaptierten Therapie mit dtEC-dtD bei frühem Hochrisiko Brustkrebs	E-nP-C d Versus EC-DOC dt	Primäres Mammakarzinom Unilateral/bilateral 18-65 J. HER2 positiv oder TN Luminal B-like bei pN+	5
Prime	Mamma- print		4
Summe			9

11.2 Neoadjuvante Studien bei Mammakarzinom

Bezeichnung	Schema	Eignung	Anzahl(2015 neu eingeschlossen bzw. aktiv)
ADAPT Randomisierte Phase III Studie Adjuvante, an dynamischen Tumormarkern orientierte, personalisierte Therapie Prä-OP 21 Tage Letrozol oder Tamoxifen		T 1-4 (außer entzündlich) Alle cN M0	40
Etna	4 Zyklen Abraxane gefolgt von 4 Zyklen EC Versus 4 Zyklen Paclitaxel gefolgt von 4 Zyklen EC		0
Summe			40

11.3 Post-Neoadjuvante Studien bei Mammakarzinom

Bezeichnung	Schema	Eignung	Anzahl(2015 neu eingeschlossen/ bzw. aktiv)
Penelope	Palbociclib	HR+/HER- nach neoadj. Chemotherapie	1
Katherine	TDM1 versus Herceptin	Her 2 positives Mammakarzinom	2
Summe			3

11.4 Metastasierte Situation bei Mammakarzinom

Bezeichnung	Schema	Eignung	Linie erlaubte bzw. nicht erlaubte Vorbehandlungen	Anzahl (2015 neu eingeschlossen)
DETECT III Standardtherapie allein versus eine Standardtherapie plus Lapatinib			9	6
DETECT IV				
Standard Versus Standard + Lapatinib	Pat. mit initial HER2 negativem metastasiertem Mamma Ca und HER2 positiven zirkulierenden Tumorzellen		0	0
Everolimus 10 mg	Pat. mit initial Her 2 negativem metastasiertem Mammakarzinom, Her2 negative zirkulierende Tumorzellen		0	0
Impassion 130			1	1
Summe			10	7

11.5 Sonstige Studien / HIOB / NIS metastasiert

Bezeichnung	Schema	Eignung	Linie Erlaubte bzw. nicht erlaubte Vorbehandlung	Anzahl(neu 2015 eingeschlossen/ bzw. aktiv)
HIOB IOERT als antizipiertes Boostverfahren beim Mammakarzinom Stadium I und II mit nachfolgender hypofraktionierter Ganzbrustbestrahlung				12
Avanti Non-interventional post marketing surveillance study on Bevacizumab in combination with paclitaxel or docetaxel with metastatic breast cancer	Bevacizumab + Taxan	Her2 negativ, metastasiert	First line	3
X-treme Anwendungsbeobachtung zur Therapie-Persistenz von Denosumab	Denosumab			0
Brawo	Afinitor+ Exemestan		Metastasiertes, HR+ Mammakarzinom postmenopausal	0
Nabucco	Nab-Paclitaxel		Metastasiertes Ma Ca	0
Helena	Pertuzumab		Herceptin in der Adjuvanz	1
HERSCIN	Herceptin subkutan		Her 2 pos. Mammakarzinom	8
NADIR	Longnex			1
Summe				13
Summe insgesamt Gesamtzahl Primärfälle in Studien				92 67

Prozess	Merkmal	Mess-einheit	Soll	Ist 2013	Ist 2014	Ist 2015	Ziel 2016
Studien	Beteiligung an Studien	%	>10 %	8%	14,7 %	9,3 %	Halten bzw. > 10 %

Kommentar und Ziel 2016

Wie bereits im Vorjahr werden wir durch eine fortlaufende Beschreibung und Aktualisierung der laufenden Studien im Inter- / und Intranet, durch die vermehrte Herausgabe von Studieninformationsbroschüren und somit durch ein stetig aktuelles und verbessertes Informationsmanagement weiterhin versuchen, die Anzahl der Studienteilnehmerinnen >10 % zu halten. Außerdem nehmen die Studiensekretärinnen nach wie vor regelmäßig an den Tumorkonferenzen teil und prüfen die Fälle bereits vor der Tumorkonferenz, um so alle für Studien geeignete Patientinnen zu erfassen.

12. Chemotherapie

Prozess	Merkmal	Mess-einheit	Soll	Ist 2014	Ist 2015	Ziel 2016
Chemotherapie	Durchführung ambulant	%	> 60 %	99%		100 %
Chemotherapie	Behandlungs-serien = Zyklen	Anzahl	> 200	2573 AK: 1657	3167 AK: 2018	Ziel halten

Steigerung der Chemotherapiezyklen um 23 %
 Steigerung der Antikörpertherapien um 22 %

13. Qualitätsmanagement

Prozess	Merkmal	Mess-einheit	Soll	Ist 2014
Qualitäts-management	Qualitätsmanager im BZ	Anzahl	Mindestens 1 Q-Manager BÄK-Curriculum oder DIN	Seit 09/2011: Dr. Biber, DGQ-Qualitätsmanagerin im Gesundheits- und Sozialwesen incl. EOQ Quality Systems Manager in Healthcare, Seit 2013: Fachauditorin der Brustzentren NRW (ÄKWL)

Kommentar und Ziel 2016

Das Brustzentrum verfügt über eine Qualitätsmanagerin Frau Dr. Biber (09/2011) und eine interne Qualitätsmanagementbeauftragte nach DIN EN ISO, Frau Demmel. Die QM und die QMB sind verantwortlich für den Aufbau und Aufrechterhaltung des QM-Systems nach den Anforderungen des Landes NRW.

14. Qualitätsindikatoren

Eine Erfassung der Qualitätsindikatoren erfolgt auf Basis der Patientenakte. Als System wird ODSeasy® von der Fa. ASTHENIS verwendet. Über ODSeasy erfolgt die Auswertung und das Benchmarking bei Mammakarzinomen in Kooperation mit dem WBC Düsseldorf. Die erfassten Daten werden 2 x jährlich vom WBC ausgewertet. Das Brustzentrum erhält 2 x jährlich die Ergebnisse in Form eines Benchmarking-Berichtes.

Die Teilnahme an der Externen QS nach § 137 SGB V erfolgt ebenfalls im Brustzentrum Köln-Hohenlind. Die Auswertungen gehen in die QM-Bewertung ein (s. Intranet).

Nachfolgend die Benchmarkingergebnisse BQS 2014 und des WBC von 2014 sowie Halbjahresauswertung 2015.

Alle Qualitätsindikatoren lagen erfreulicherweise innerhalb der vorgegebenen Referenzbereiche. Der überwiegende Anteil der Qualitätsindikatoren lag über dem Durchschnitt aller Kliniken.

Die Ergebnisse werden in den regelmäßig stattfindenden Q-Zirkeln bzw. Teamgesprächen besprochen und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung von Schwachstellen eingeleitet.

2014/ 2015 zeigten sich erneut in beiden Benchmarks überdurchschnittlich gute Ergebnisse, was einerseits die guten Prozessqualitäten aber andererseits auch die Verbesserung des Dokumentationsmanagements widerspiegelt.

Erstellt am: 12.01.2016
 Bearbeitet: Dr.Biwer/Demmel
 Verantwortlich: Dr. Schumacher

QSINDIREKT Nordrhein-Westfalen
 Jahresauswertung 2014
 Gesamt

Gesamt - 18/1 - 2014
 Mammachirurgie
 Übersicht Qualitätsindikatoren/Auffälligkeitskriterien

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/18n1-MAMMA/51846							
QI 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung			96,06%	>= 90,00%	innerhalb	95,79%	6
QI 2: HER2/neu-Positivitätsrate							
2a: 2014/18n1-MAMMA/52268 HER2/neu-Positivitätsrate			13,58%	nicht definiert	-	14,20%	8
2b: 2014/18n1-MAMMA/52273 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)			0,89	nicht definiert	-	0,94	10
QI 3: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung							
3a: 2014/18n1-MAMMA/52330 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung			98,27%	>= 95,00%	innerhalb	95,57%	12
3b: 2014/18n1-MAMMA/52279 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung			66,93%	>= 17,96%	innerhalb	60,62%	14

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

³ Falls beidseitig operiert wurde, gehen die Angaben zu beiden Brüsten getrennt in die Berechnung des Zählers und Nenners ein.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/18n1-MAMMA/2163 QI 4³: Primäre Axillarsektion bei DCIS			0,17%	<= 5,00%	innerhalb	0,71%	16
2014/18n1-MAMMA/50719 QI 5³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			14,57%	<= 29,00%	innerhalb	14,24%	18
2014/18n1-MAMMA/51847 QI 6³: Indikation zur Sentinel- Lymphknoten-Biopsie			95,22%	>= 80,00%	innerhalb	94,16%	20
QI 7³: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation							
7a: 2014/18n1-MAMMA/51370 unter 7 Tage			9,41%	<= 32,36%	innerhalb	10,45%	23
7b: 2014/18n1-MAMMA/51371 über 21 Tage			31,58%	<= 54,92%	innerhalb	29,52%	23

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

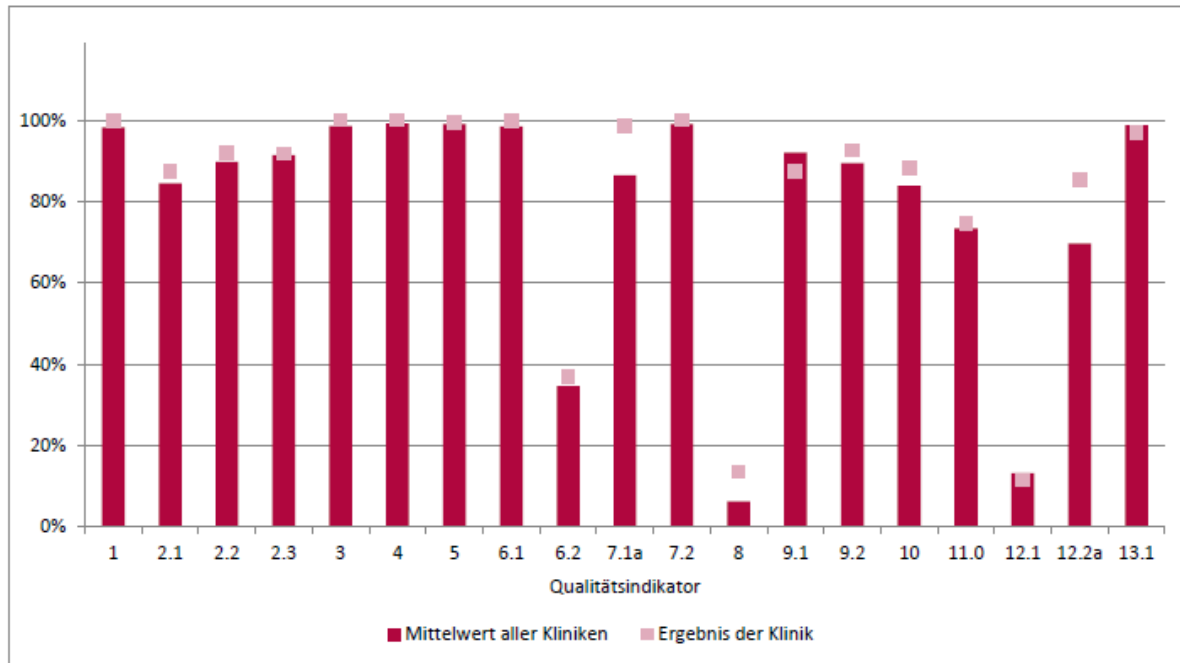
³ Falls beidseitig operiert wurde, gehen die Angaben zu beiden Brüsten getrennt in die Berechnung des Zählers und Nenners ein.



Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking - Jahresauswertung 2014

Übersicht der indikatoren-spezifisch erreichten Ergebnisse [%] im Vergleich zum durchschnittlich erzielten Gesamtergebnis, dargestellt unter Einbeziehung aller am Benchmarking teilnehmenden Kliniken



n = 159 Kliniken
25.718 Primärfälle

Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking – Jahresauswertung 2014



Klinische Basiskennzahlen – Fallzahlen

Anzahl der Primärfälle	724
Anzahl postoperativ histologisch gesicherter Primärfälle	671

Indikatorenspezifische Auswertung der Behandlungsdaten

1 Diagnosesicherung	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	578
Grundgesamtheit	580
Ihr Ergebnis	100 %
Wert über alle Einrichtungen	98 %

3 Angabe des Sicherheitsabstandes	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	624
Grundgesamtheit	624
Ihr Ergebnis	100 %
Wert über alle Einrichtungen	99 %

2.1 Durchführung einer Axilladisektion	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	462
Grundgesamtheit	528
Ihr Ergebnis	88 %
Wert über alle Einrichtungen	84 %

4 Bildgebende Kontrolle	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	127
Grundgesamtheit	127
Ihr Ergebnis	100 %
Wert über alle Einrichtungen	99 %

2.2 Durchführung einer Axilladisektion unter Berücksichtigung der ACOSOG Z0011-Studie	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	486
Grundgesamtheit	528
Ihr Ergebnis	92 %
Wert über alle Einrichtungen	90 %

5 Hormonrezeptorbestimmung	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	666
Grundgesamtheit	671
Ihr Ergebnis	99 %
Wert über alle Einrichtungen	99 %

2.3 Durchführung der Sentinel-Node-Exzision (SNE)	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	446
Grundgesamtheit	486
Ihr Ergebnis	92 %
Wert über alle Einrichtungen	91 %

6.1 Durchführung einer (Anti-) Hormontherapie bei nicht-metastasierten Primärfällen	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	495
Grundgesamtheit	496
Ihr Ergebnis	100 %
Wert über alle Einrichtungen	98 %

Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking - Jahresauswertung 2014



6.2 Durchführung einer (Anti-)Hormontherapie als erste Therapieoption bei metastasiertem Mammakarzinom	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	10
Grundgesamtheit	27
Ihr Ergebnis	37 %
Wert über alle Einrichtungen	35 %

7.1a Durchgeführte Chemotherapien (neoadjuvant, adjuvant) bei einem Lebensalter ≤ 70 Jahre	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	62
Grundgesamtheit	63
Ihr Ergebnis	98 %
Wert über alle Einrichtungen	86 %
Herausgerechnet	9

7.1b Durchgeführte Chemotherapien (neoadjuvant, adjuvant) ohne Lebensaltersbegrenzung	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	73
Grundgesamtheit	76
Ihr Ergebnis	96 %
Wert über alle Einrichtungen	84 %
Herausgerechnet	23

7.2 Einsatz anthrazyklin- und/oder taxanhaltiger Kombinationstherapie-schemata bei Durchführung adjuvanter Chemotherapien	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	42
Grundgesamtheit	42
Ihr Ergebnis	100 %
Wert über alle Einrichtungen	99 %
Herausgerechnet	1

8 Teilnahme an klinischen Studien	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	94
Grundgesamtheit	695
Ihr Ergebnis	14 %
Wert über alle Einrichtungen	6 %

9.1 Durchführung von Bestrahlungen nach brusterhaltender Therapie unter Ausschluss des DCIS	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	349
Grundgesamtheit	400
Ihr Ergebnis	87 %
Wert über alle Einrichtungen	92 %
Herausgerechnet	7

9.2 Durchführung von Bestrahlungen nach brusterhaltender Therapie beim DCIS	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	50
Grundgesamtheit	54
Ihr Ergebnis	93 %
Wert über alle Einrichtungen	89 %
Herausgerechnet	1

10 Durchführung von Brustwandbestrahlungen nach Mastektomie	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	37
Grundgesamtheit	42
Ihr Ergebnis	88 %
Wert über alle Einrichtungen	84 %
Herausgerechnet	12

Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking - Jahresauswertung 2014



11.0 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, alle Tumorstadien

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	472
Grundgesamtheit	634
Ihr Ergebnis	74 %
Wert über alle Einrichtungen	73 %
Ablatio auf Wunsch	34

11.1 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Stadium T1

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	308
Grundgesamtheit	356
Ihr Ergebnis	87 %
Wert über alle Einrichtungen	86 %
Ablatio auf Wunsch	16

11.2 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Stadium T2

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	76
Grundgesamtheit	135
Ihr Ergebnis	56 %
Wert über alle Einrichtungen	65 %
Ablatio auf Wunsch	13

11.3 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Stadium T3

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	3
Grundgesamtheit	25
Ihr Ergebnis	12 %
Wert über alle Einrichtungen	18 %
Ablatio auf Wunsch	0

11.4 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Stadium T4

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	0
Grundgesamtheit	11
Ihr Ergebnis	0 %
Wert über alle Einrichtungen	13 %
Ablatio auf Wunsch	0

12.1 Anteil der Fälle mit HER2/neu-Überexpression

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	70
Grundgesamtheit	611
Ihr Ergebnis	11 %
Wert über alle Einrichtungen	13 %

12.2a Durchführung einer Trastuzumab-Therapie, Betrachtung ohne Lebensaltersbegrenzung

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	64
Grundgesamtheit	75
Ihr Ergebnis	85 %
Wert über alle Einrichtungen	70 %

12.2b Durchführung einer Trastuzumab-Therapie, Lebensalter < 70

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	52
Grundgesamtheit	59
Ihr Ergebnis	88 %
Wert über alle Einrichtungen	74 %

Ergebnisübersicht

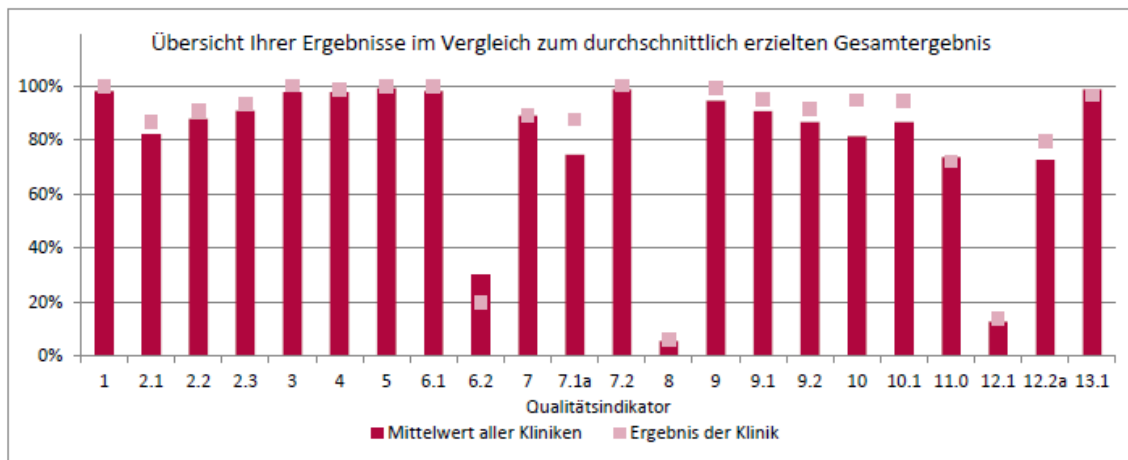
WBC-Benchmarking - 1. Halbjahr 2015



PATIENTENZUFRIEDENHEIT

Patientenzufriedenheit	
Anzahl auswertbarer Fragebögen	51
Rücklaufquote	15 %

IHRE ERGEBNISSE IM VERGLEICH



n = 149 Kliniken
11.693 Primärfälle

15. Erreichte Ziele und Projekte 2015

- Halten bzw. Steigerung der guten Behandlungsqualität (gemessen an den Qualitätsindikatoren im Benchmark)
- Verbesserung Schnittstelle Anästhesie- BZ durch Etablierung einer präoperativen Risiko-Sprechstunde
- Steigerung der Patientenzufriedenheit
- Verbesserung der internen Kommunikation/Organisation durch Etablierung eines elektronischen Kalenders im ACT
- Fallzahl-Steigerung DIEP Flap
- Qualitätssteigerung durch Etablierung eines offenen MRT-Gerätes (beidseitige Mamma-Markierungen bzw. Stanzen möglich)

- Strukturierung der internen Fortbildung mit Etablierung von Pflichtveranstaltungen (4 Veranstaltungen)
- Beseitigung der abteilungs-spezifischen Risiken nach erfolgtem Risikoaudit
- Aufstockung von Pflegepersonal mit Fachweiterbildungen

16. Strategie und Planung 2016

Was wir erreichen wollen:	Zu erreichen durch:	Erfolgskontrolle:
Wir wollen für unsere Patientinnen, über die gesamte Behandlungskette, ein optimales Behandlungsergebnis erreichen	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäres Expertenteam • Leitlinien-orientierte Therapie • Einsatz von modernster Technik • Koordinierte Vorgehensweise bei Diagnostik und Behandlung mit den beteiligten Experten • kurze Wartezeiten • Verfügbarkeit von psychosozialer Betreuung • Das Zentrum des Brustzentrums ist die Patientin; d.h. das Brustzentrum organisiert sich um die Patientin 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenzufriedenheit • Rezidivrate • Anteil BET, Anzahl IOERT • Anzahl DIEP-FLAP • Lebensqualität • Lebensdauer • Patientenzahl
Wir wollen mit den vorhandenen Ressourcen effizientes Arbeiten umsetzen	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Transparenz in der Leistungserbringung • Kostenbewusstes Arbeiten • Vermeidung unnötiger administrativer Arbeiten • Präoperative Planung in der Ambulanz • Durchführung von präoperativen Mikrobiopsien • Effiziente Dokumentation 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Auswertung TOP-Verfahren in der Senologie • Kosten
Wir wollen optimal qualifiziertes ärztliches Personal am Brustzentrum	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierte Einarbeitung • Kontinuierliche Fortbildung • Bereitstellung von erfahrener Personal im Hintergrund • Förderung von Weiterbildungsaktivitäten • Hospitation • Förderung und Durchführung von Studien 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Teilnahme an Fortbildungen • Anzahl Referententätigkeit • Patientenzufriedenheit • Weiterbildung • Mitarbeiterzufriedenheit
Wir wollen die selbständige und eigenverantwortliche Arbeitsweise des Pflegepersonals unterstützen	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierte Einarbeitung • Kontinuierliche Fortbildung • Bereitstellung von klaren Handlungsrahmen und -vorgaben 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Teilnahme an Fortbildungen • Patientenzufriedenheit (Detailauswertung der speziellen Fragen) • Mitarbeiterzufriedenheit

Was wir erreichen wollen:	Zu erreichen durch:	Erfolgskontrolle:
Wir wollen eine enge Kooperation mit unseren Einweisern	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Treffen mit den Einweisern • Regelmäßige Fortbildung für die Einweiser • Bereitschaft als Zweitmeinungszentrum für die Einweiser verfügbar zu sein • Persönliche Verfügbarkeit der verantwortlichen Ärzte • Regelmäßige und individuelle Information (Wissenstransfer bei Problemfällen) für die Einweiser • TK • Kooperationsbildung mit den Niedergelassenen (Kölner Modell) 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Fortbildungen • Anwesenheit der Einweiser bei Veranstaltungen • Einweiserzufriedenheit über Befragung • Teilnahme der Einweiser an der TK • Einweiserzufriedenheit
Wir wollen führender Standort für die Behandlung von Brustkrebs in der Region sein	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung moderner Diagnostik und Therapiekonzepte • Kooperation mit Niedergelassenen und Kliniken in der Region • Interdisziplinäre Fortbildung • Darstellung der Ergebnisse in Publikationen 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Zahl der Zuweisungen/ Zahl • Zahl der Operationen • Wissenschaftliche Forschungsprojekte • Zahl klinischer Studien einschl. behandelter Patientinnen
Wir wollen eine erhöhte Aufmerksamkeit und verbesserte Wahrnehmung der Brustkrebserkrankung in der Öffentlichkeit	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Enge Kooperation mit Selbsthilfegruppen in der Region • Patientinnen-Forum • Informations- und Benefiz-Veranstaltungen als Brustzentrum • Interdisziplinäre Fortbildung • Internetportal/ Homepage 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Rückmeldung aus den Selbsthilfegruppen geplant • Zahl der Veranstaltungen • Beteiligung von Betroffenen / Interessierten
Wir wollen unseren Patientinnen eine angenehme Atmosphäre während des stationären Aufenthaltes gewährleisten	<u>Das bedeutet für uns:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Aufmerksamkeit und Freundlichkeit • Erfolgreicher Umbau der Station Sen1 und der Ambulanz des BZ • Etablierung einer Palliativstation 	<u>Wir beurteilen den Erfolg:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenzufriedenheit • Patientenzufriedenheit • Patientenzufriedenheit

17. Zielausrichtung und Strategie 2016

Die Zielausrichtung des Brustzentrums Köln-Hohenlind für 2016 besteht darin, weiterhin zu den führenden Einrichtungen der Region und Deutschlands zu zählen und damit eine fachlich und menschlich hohe Qualität in der Betreuung von Brustkrebspatientinnen zu gewährleisten.

Dieses Ziel soll erreicht werden durch eine Steigerung der Patientinnen-, Mitarbeiter- und Einweiserzufriedenheit durch Optimierung der Prozess- und Organisationsqualität im gesamten Brustzentrum.

Im Jahr 2015 ist es uns in vielen Bereichen gelungen, systematisch das Verbesserungspotenzial umzusetzen. Dieser Prozess soll 2016 weiter verfolgt werden.

Wir vertrauen darauf, auch in Zukunft mit dieser Strategie die bisherigen Leistungen halten bzw. weiter verbessern zu können.

Köln, den 22.06.2016



Dr. med. Claudia Schumacher
Netzkoordinatorin Brustzentrum
Ärztliche Direktorin



Horst Kugelmeier
Geschäftsführung