

Interner Qualitätsbericht 2016

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. Freie Eigengeweberekonstruktion | 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 des Brustzentrums Hohenlind..... | 14 |
| 5.1.4. Risikomanagement..... | 15 |
| 5.2. Mitarbeiterbefragung | 15 |
| 5.3. Einweiserbefragung..... | 15 |
| 6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit..... | 16 |
| 6.1 Präoperative Tumorkonferenzen / Postoperative Tumorkonferenzen | 16 |
| 6.2. Qualitätszirkel..... | 16 |
| 7. Brustsprechstunde..... | 17 |
| 7.1 Terminrealisierung..... | 17 |
| 7.2. Wartezeiten in der Brustsprechstunde | 18 |
| 7.3. Wartezeiten im ACT | 18 |
| 8. Radiologie..... | 19 |
| 9. Pathologie..... | 20 |
| 10. Strahlentherapie | 21 |
| 11. Studien..... | 21 |
| 12. Chemotherapie | 23 |
| 13. Qualitätsmanagement..... | 23 |
| 14. Qualitätsindikatoren | 24 |
| 14.1 Infektionsraten nach senologischen Eingriffen (QS NRW)..... | 24 |
| 14.2 Revisionsraten nach senologischen Eingriffen (QS NRW)..... | 24 |
| 14.3 Inhouse-Wundinfektionsraten 2016..... | 24 |
| 15. Erreichte Ziele und Projekte 2016..... | 32 |
| 16. Strategie und Planung 2017 | 33 |
| 17. Zielausrichtung und Strategie 2017 | 35 |

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 von der ÄK Westfalen-Lippe zertifiziert und im Februar 2009, 2012 und 2015 erfolgreich rezertifiziert. Das 2. Überwachungs-Audit wurde am 28. Februar 2017 erfolgreich durchgeführt.

Zusätzlich wurde das St. Elisabeth-Krankenhaus Hohenlind von der Zertifizierungsgesellschaft pro cum cert im Februar 2007, im Februar 2010 und März 2013 nach dem Kriterienkatalog der KTQ 5.0 rezertifiziert. Die letzte 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 2016 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 Biwer (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 2016 |
|--------------------|---|---|--|--|
| Operative Therapie | Primärfälle | Anzahl | Mindestens 150 gesamt | Primäre Ca: 735 Primäre OP: 717 |
| Operative Therapie | Primärfälle | Anzahl (Hauptoperateur + Assistenz) | Mindestens 50 pro Operateur | Primäroperationen/ Hauptoperateure: 717 |
| Operative Therapie | Senologische Weiterbildungseingriffe | Anzahl | mindestens 10 pro Operateur | Weiterbildungseingriffe/ Hauptoperateure: 190 |

Nachweis / Kommentar

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

Im Jahr 2016 haben 8 Hauptoperateure insgesamt 717 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 Elektronen-Boostes mit dem mobilen Linearbeschleuniger Mobetron bei geeigneten Patientinnen durchgeführt. In ausgesuchten Fällen erfolgt eine Teilbrustbestrahlung.

An 4 von 5 OP-Tagen in der Woche können diese Eingriffe geplant werden. Bis Oktober 2016 wurden insgesamt **1114** IOERT-Boost-Bestrahlungen durchgeführt.

| | Anzahl 2011 | Anzahl 2012 | Anzahl 2013 | Anzahl 2014 | Anzahl 2015 | Anzahl 2016 |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| IOERT Boost | 190 | 135 | 143 | 113 | 101 | 110 |

4.3. Freie Eigengeweberekonstruktion

Seit 10/ 2011 werden im BZ Hohenlind Plastische Eigengeweberekonstruktionen der Brust in freier Lappentechnik durchgeführt.

Zu diesem Zweck besteht eine Kooperation mit der Plastischen Chirurgie der Sana-Kliniken in Düsseldorf Gerresheim, CA Prof. Dr. Andree. Am 01.08.2016 wurde zusätzlich ein plastischer Chirurg, Herr Dr. P. Richrath, als Sektionsleiter „freie Lappenplastiken“ zur Ausweitung der freien Eigengeweberekonstruktion eingestellt. Die Anzahl dieser Rekonstruktionen wurde um 66 % gesteigert. Im Jahr 2017 ist eine weitere Steigerung geplant auf 4 bis 6 Eingriffe pro Monat..

| | Anzahl 2012 | Anzahl 2013 | Anzahl 2014 | Anzahl 2015 | Anzahl 2016 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| DIEP-Flap | 11 | 11 | 13 | 18 | 30 |

4.4 OPS- Verfahren Senologie

TOP 20 Verfahren Senologie

| OPS | Bezeichnung | Anzahl 2016 |
|----------|--|-------------|
| 5-401.13 | Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie) | 450 |
| 5-983 | Reoperation | 291 |
| 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) | 227 |
| 5-870.a0 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation | 216 |
| 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) | 208 |
| 5-894.1a | Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken | 145 |
| 5-870.90 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation | 127 |
| 5-872.1 | (Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie | 123 |
| 5-989 | Fluoreszenzgestützte Therapieverfahren | 86 |
| 5-407.02 | Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2 | 83 |
| 5-870.a3 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie | 68 |
| 5-884.2 | Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat | 68 |

| | | |
|--------------|--|--------------|
| 5-399.7 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) | 62 |
| 5-889.50 | Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Ohne gewebeverstärkendes Material | 60 |
| 5-870.a5 | Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik | 59 |
| 5-877.20 | Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen | 59 |
| 5-889.51 | Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Mit gewebeverstärkendem Material | 59 |
| 5-889.6 | Andere Operationen an der Mamma: Entfernung eines Hautexpanders | 52 |
| 5-399.5 | Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie) | 45 |
| 5-889.40 | Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: Ohne gewebeverstärkendes Material | 45 |
| Summe | | 2.533 |

Lydia Steinbrink, 03.02.2017

4.5 DRG Senologie

TOP 20 Senologische DRGs

| DRG | Bezeichnung | Anzahl 2016 |
|------|--|-------------|
| J23Z | Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung | 327 |
| J25Z | Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC | 272 |
| J07B | Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff | 212 |
| J24D | Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff | 128 |
| J16B | Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma | 102 |
| J14A | Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB mit aufwend. Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei BNB oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl. oder Impl. eines Hautexpanders | 63 |
| J07A | Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff | 53 |
| J62B | Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC | 41 |
| J24C | Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff | 35 |
| J01Z | Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma | 30 |
| J06Z | Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung | 27 |
| J16A | Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung | 21 |

| | | |
|--------------|---|--------------|
| J24A | Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik | 19 |
| J24B | Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik | 17 |
| 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 | 14 |
| J64B | Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC | 13 |
| J67Z | Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen | 12 |
| J62A | Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC | 8 |
| 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 | 6 |
| J10A | Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung | 3 |
| Summe | | 1.403 |

Lydia Steinbrink, 03.02.2017

5. Befragungen

5.1. Patientenbefragung

| Prozess | Merkmal | Messeinheit | Soll | Ist 2016 | Ziel 2017 |
|------------------------|--------------------|-------------|--------------------------------------|--|---|
| Patientenzufriedenheit | Patientenbefragung | Anzahl | Durchführung mindestens 1 x jährlich | Jährlich WBC fortlaufend 1x jährlich Uni-Köln Start 2/16-7/16 | Ziel halten bzw. weiter verbessern Ziel halten |

5.1.1. Patientenbefragung WBC

Ergebnis 2015 und Ergebnisbericht 1. Halbjahr 2016

In die Auswertung 2015 gingen 108 gültige Fragebögen ein. Das entspricht einer Rücklaufquote von 15 %.
 In die Auswertung 1. Halbjahr 2016 gingen 58 Bögen ein, damit liegt die Rücklaufquote bei 16 %.

Kommentar und Maßnahmen

Sowohl im Gesamtjahr 2015 als auch im 1. Halbjahr 2016 wurde im Brustzentrum eine sehr gute Patientenzufriedenheit erreicht. Die Ergebnisse nahezu sämtlicher Teilfragen lagen 2015 und 1. Halbjahr 2016 über dem Durchschnittswert aller Kliniken.

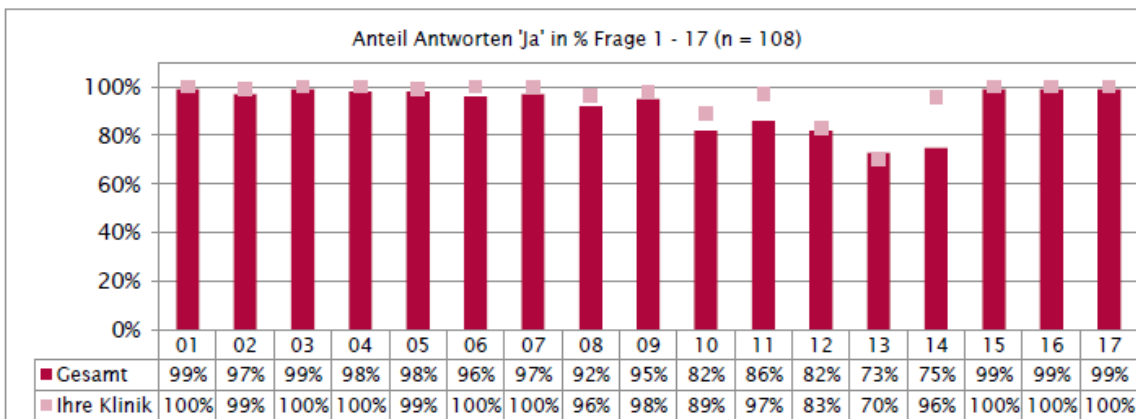


Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking – Jahresauswertung 2015

PATIENT(INN)ENZUFRIEDENHEIT

Ergebnis der Auswertung der Fragebögen Ihres Hauses vom 01.01.2015 bis 31.12.2015



| | |
|---|------|
| Anzahl der aus Ihrer Klinik eingegangenen Fragebögen: | 108 |
| Anzahl der Fragebögen aller Kliniken: | 6767 |

| Frage | Angabe | | | |
|--|--------|------|-------|-------|
| | ja | nein | n. z. | k. A. |
| 1. Erfolgte eine ausführliche und verständliche Aufklärung vor Eingriffen? | 107 | 0 | 0 | 1 |
| 2. Wurden Sie über die versch. Möglichkeiten der operativen Behandlung unterrichtet? | 100 | 1 | 6 | 1 |
| 3. Konnten Sie alle Ihnen wichtige Fragen stellen? | 108 | 0 | 0 | 0 |
| 4. Hatten Sie ausreichend Bedenkzeit? | 100 | 0 | 6 | 2 |
| 5. Wurde die Diagnose einfühlsam erläutert? | 105 | 1 | 1 | 1 |
| 6. Wurde ein ausführliches Abschlussgespräch geführt o. ein Termin hierfür vereinbart? | 104 | 0 | 0 | 4 |
| 7. Konnten Sie dabei alle Ihnen wichtigen Fragen stellen? | 104 | 0 | 0 | 4 |
| 8. Wurde Ihnen ein abschließender Bericht mitgegeben? | 100 | 4 | 0 | 4 |
| 9. Wurden weitere notwendige Therapien besprochen (Chemotherapie/Strahlentherapie)? | 98 | 2 | 4 | 4 |
| 10. Wurden feste Termine für die weiteren Therapien (CTx/RTx) vereinbart? | 80 | 10 | 10 | 8 |
| 11. Wurden Sie über die Möglichkeiten v. Anschlussheilbehandlungen u. Kuren informiert? | 100 | 3 | 1 | 4 |
| 12. Haben Sie ausreichend Informationen über Selbsthilfegruppen erhalten? | 68 | 14 | 15 | 11 |
| 13. Erfolgte die Anpassung einer Prothese, sofern nötig, bereits vor der Entlassung? | 19 | 8 | 73 | 8 |
| 14. Erfolgte die Einleitung oder die Durchführung der Krankengymnastik (Physiotherapie) und/oder der Lymphdrainage bereits vor der Entlassung? | 88 | 4 | 12 | 4 |
| 15. Waren Sie mit der Wahrung Ihrer Privatsphäre in unserem Haus zufrieden? | 107 | 0 | 0 | 1 |
| 16. Würden Sie uns auch einer Freundin oder Angehörigen weiterempfehlen? | 107 | 0 | 0 | 1 |
| 17. Würden Sie sich auch in Zukunft wieder bei uns behandeln lassen? | 107 | 0 | 0 | 1 |

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 2016

In dem Befragungszeitraum 2016 wurden insgesamt 317 Patientinnen von 335 primär erkrankten Patientinnen bezüglich des Einverständnisses zur Patientenbefragung befragt, das bedeutet eine Teilnahmequote 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 erreichen:

- 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 2017

Vorrangiges Ziel des Jahres 2017 bleibt die Patientenzufriedenheit zu halten bzw. weiter zu verbessern. Die Optimierung der Prozess- und Organisationsqualität steht damit auch 2017 im Mittelpunkt unserer Bemühungen.

5.1.3. Beschwerdemanagement des Brustzentrums Hohenlind

Definition

Beschwerdemanagement ist die Gesamtheit aller systematischen Maßnahmen, die bei artikulierter Unzufriedenheit des Patienten/Kunden ergriffen werden, um die Zufriedenheit des Beschwerdeführers wieder herzustellen und gefährdete Patientenbeziehungen zu stabilisieren.

Die Beschwerdeäußerung steht im Zentrum des Beschwerdemanagements. Dieses kann jedoch durch Folgebeschwerden, Lob, Anfragen oder Ideen bzw. Verbesserungsvorschläge ausgeweitet werden.

Neben dem Beschwerdemanagement des BZ gibt es ein hausweites BM vom zentralen QM, das alle nicht-brustzentrumsspezifische Beschwerden bearbeitet.

Ziel des Beschwerdemanagements

Damit stationäre Patienten zeitnah und auch ggf. in anonymisierter Form ihre Beschwerden weitergeben können, wurde auf Station SEN 1 und im ACT jeweils ein Patientenbriefkasten installiert.

Neben der Fehlerbehebung im Einzelfall ist es zur Sicherstellung einer gleichbleibend hohen Qualität der Dienstleistungen von besonderer Bedeutung, dass systematische Fehler erkannt und ursächlich behoben werden können. Hier sind alle Abteilungen und das QM-Team des BZ gefordert entsprechende Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen zu veranlassen.

Der Beschwerdeprozess

Das Brustzentrum bietet den **Patienten, Angehörigen und Kooperationspartnern** zahlreiche Wege an, die dazu anregen, Lob und Kritik zu äußern. Dazu gehören:

- Beschwerdeprotokoll im Intranet abrufbar
- Patientenbefragungen: intern (über die Patientenbroschüre) und extern (WBC und IMVR)
- Briefkästen auf SEN 1 und in der ACT
- Persönliche Gesprächsangebote vor Ort
- schriftliche Beschwerden

Mündliche Beschwerden werden vom Personal auf Handzetteln dokumentiert und ebenfalls in dem Briefkasten gesammelt.

Schriftliche Beschwerden aus dem Freitextfeld der hausweiten internen Patientenbefragung werden im Brustzentrum bearbeitet. Der ausgefüllte Fragebogen wird anschließend an das zentrale QM weitergeleitet und über EvaSys ausgewertet. Diese Ergebnisse werden dem BZ halbjährlich zugestellt.

Die Briefkästen werden 1 x pro Woche von der BM des BZ geleert und ausgewertet. Die Statistik wird 1 x pro Quartal im Q-Zirkel vorgestellt. Ggf. werden daraufhin Maßnahmen und Verbesserungen abgeleitet.

Zunächst wird bei einer Meldung oder Feststellung versucht, durch ein Gespräch auf die Beschwerde bzw. den Fehler einzugehen. Ggf. kann hierzu die CÄ hinzugezogen werden. In regelmäßigen Teambesprechungen/Q-Zirkeln werden die gravierendsten Beschwerden angesprochen und durch entsprechende Maßnahmen eine mögliche Verbesserung und höhere Patientenzufriedenheit zu erreichen. Sollte es nicht gelingen, die Ursache im Gespräch zu klären, besteht das Angebot durch die Mitarbeiter des BZ, das hausweite Beschwerdeprotokoll zu nutzen.

Die Dokumentation festgestellter Beanstandungen beinhaltet insbesondere Reklamationen an Verursacher bzw. Zulieferer (z.B. Apotheke, Sanitätshaus etc.), Störungs-, Reparatur- und Auftragsmeldung, Meldung an externe Stellen (z.B. bei Meldepflicht).

5.1.4. Risikomanagement

Das Elisabeth Krankenhaus Köln-Hohenlind hatte von Oktober 2015 bis November 2016 eine Risikomanagerin, Frau Bachmann-Stärck. Diese war mit der Einführung eines zentralen Risikomanagements betraut. Ab sofort wird das Risikomanagement kommissarisch von Herrn Becker aus dem zentralen QM-Team betreut, bis ein/e neue Risikomanager/in gefunden ist. Voraussichtlich ist mit der Stellennachbesetzung ab 1.9.17 zu rechnen.

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

5.2. Mitarbeiterbefragung

Im Herbst 2016 fand die turnusgemäß geplante Mitarbeiterbefragung für alle Mitarbeiter des Krankenhauses Hohenlind statt. Die Auswertung wird in kommenden Teambesprechungen in den Abteilungen besprochen und Maßnahmen dazu erarbeitet.

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 %!). Die nächste Einweiserbefragung ist für Sommer 2017 geplant.

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 Chefarzte/ 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, Donnerstag: 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 2016 |
|----------------------------------|--|------------------|---|--|
| 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 (Chefarztin)
- Moderatorin
- Ärzteteam Senologie
- 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). Zweimal im Jahr findet im Anschluss an den Qualitätszirkel eine Mortalitäts- und Morbiditäts-Konferenz statt.

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 2016 | Ziel 2017 |
|-------------------|------------------------|-------------|---------------------------------------|----------|-----------|
| Brustsprechstunde | Wartezeiten bis Termin | Tage | Termin ambulante Diagnostik < 10 Tage | 11,51 | <10Tage |
| | | | Termin zur stat. Aufnahme < 10 Tage | 11,41 | <10 Tage |

Nachweis

Im Zeitraum 02.11.2016 – 30.11.2016 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 | 84 | 11,51 | 11,41 |

7.2. Wartezeiten in der Brustsprechstunde

| Prozess | Merkmal | Mess-einheit | Soll | IST 2016 | Ziel 2017 |
|-------------------|---------------------------------|--------------|---|----------|-------------|
| Brustsprechstunde | Wartezeiten in der Sprechstunde | Minuten | < 60 min in Sprechstunde (Orientierung) | 5,6 | Ziel halten |

Nachweis

Im Zeitraum 02.11.2016 – 30.11.2016 wurde eine stichprobenartige Messung der Terminwartezeiten durchgeführt.

| Anzahl Tage der Messung | Anzahl Patientinnen gesamt (Pat. mit gesichertem Carcinom oder V.a Carcinom) | Ø Wartezeit bis zum Arztkontakt |
|-------------------------|--|---------------------------------|
| 21 | Pat. 121 | 5,6 Minuten |

7.3. Wartezeiten im ACT

| Prozess | Merkmal | Messeinheit | Soll | Ist 2016 | Ziel 2017 |
|---------|---------------------------------|-------------|---|-------------------|-------------|
| ACT | Wartezeiten in der Sprechstunde | Minuten | < 60 min in Sprechstunde (Orientierung) | 16 Minuten | Ziel halten |

Nachweis

Im Zeitraum 2.11.2016 – 30.11.2016 wurde eine stichprobenartige Messung der Terminwartezeiten durchgeführt.

| | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Anzahl Tage der Messung | Anzahl Patientinnen pro Tag | ∅ Wartezeit bis zum Arztkontakt |
| 21 | 17 | 16 Minuten |

Ziel für 2017

Im Jahr 2017 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 Mammographien und MRT- Mammographien ist eine Doppelbefundung durch einen zweiten Facharzt für Radiologie gewährleistet. Die Zweitbefundung wird auf dem Befundbericht dokumentiert.

Leistungszahlen 2016

| Prozedur | Gesamtzahl 2015 | Gesamtzahl 2016 |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|
| Mammographie | 445 | 416 |
| MRT-Mamma | 702 | 742 |
| Mammogr.Markierungen | 222 | 259 |
| MRT-Markierungen + Punktion | 201 | 202 |
| Vakuumstanze mammogr. | 43 | 52 |
| Sentinel-node Injektion | 519 | 444 (+ ICG!) |
| Skelettszintigraphien | 394 | 344 |
| Galaktographien | 15 | 14 |
| DEXA Knochendichte | 689 | 690 |
| MRT-Stanze | 25 | 39 |
| MRT gesamt | 1877 | 1788 |
| CT | 887 | 717 |
| CT gesteuerte Punktion | 51 | 36 |

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 „Mammaphathologie 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 und in-situ-Erkrankungen 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 2016 | Ziel 2017 |
|------------|----------------|--------------|-----------|----------|-----------|
| Histologie | Schnellschnitt | Minuten | < 45 Min. | 20,00 | halten |

Nachweis

Die Schnellschnittzeit wurde vom 01.06.2016 – 29.06.2016 (21 Arbeitstage) stichprobenartig gemessen.

Leistungsdaten 2016

| Befundungen | Anzahl 2015 | Anzahl 2016 |
|--|-------------|-------------|
| Histologische Untersuchungen bei Mammaca | 1143 | 1187 |
| Schnellschnitte bei Mammaca, SS + Paraffin | 667 | 748 |
| Mammastanzen gesamt | 881 | 829 |
| Mammastanzen benigne | 353 | 315 |
| Mammastanzen maligne | 528 | 514 |
| Zytologische Untersuchungen bei Mammaca (incl. Abklatschzytologie) | 457 | 476 |
| Sentinel Tc | 457 | 476 |

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 |
| 2016 | 514 | 285 |

11. Studien

Das Brustzentrum beteiligte sich 2016 an folgenden Studien:

| aktive Studien (8) | Pat. insgesamt | Pat. in 2016 | |
|-----------------------------|----------------|--------------|--|
| *DETECT III | 36 | 7 | |
| *DETECT IV | - | | |
| *DETECT V | 1 | 1 | |
| ADAPT | 181 | - | |
| ARB | - | - | |
| GAIN 2 | 20 | 2 | |
| Penelope B | 1 | - | |
| *IMpassion 130 | 3 | 2 | |
| Prime | 8 | 3 | |
| *Monaleesa 3 | 1 | 1 | |
| NeoTrip | 2 | 2 | |
| Insema | 2 | 2 | |
| *Ribecca | - | - | |
| HIOB | | 19 | |
| Studien im Follow up | Pat. insgesamt | 39 | |

| | | | |
|--------------------------|----------------|--------------|--|
| MINDACT | 130 | | |
| SUCCESS C | 33 | | |
| ALTTO | 10 | | |
| GEPAR 5 | 5 | | |
| PLAN B | 27 | | |
| NNBC 3 | 18 | | |
| PANTHER | 19 | | |
| REACT | 10 | | |
| APHINITY | 12 | | |
| GEPAR 6 | 4 | | |
| SAFEHER | 2 | | |
| IBIS II | 5 | | |
| ETNA | 3 | | |
| KATHERINE | 4 | | |
| | | | |
| NIS aktiv (4) | Pat. insgesamt | Pat. in 2016 | |
| * AVANTI NIS | 24 | 3 | |
| * BRAWO | 7 | - | |
| * NABUCCO | 7 | - | |
| * X-TREME | 4 | - | |
| HERSCIN | 12 | 7 | |
| * HELENA | 3 | 1 | |
| NADIR | 6 | <u>5</u> | |
| GESAMT | | 16 | |

Kommentar und Ziel 2017

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 zu steigern. 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 2016 | Ziel 2017 |
|---------------|---------------------------------|------------------|--------|---------------------------------|--------------|
| Chemotherapie | Durchführung ambulant | % | > 60 % | | 100 % |
| Chemotherapie | Behandlungs- serien = Zyklen | Anzahl | > 200 | 4060 (+5.6%) AK: 2165 (+ 7%) | Ziel halten |
| | | | | | |

13. Qualitätsmanagement

| Prozess | Merkmal | Mess- einheit | Soll | Ist 2016 |
|--------------------------|---------------------------|------------------|---|--|
| Qualitäts- management | Qualitätsmanager im BZ | Anzahl | Mindestens 1 Q-Manager BÄK- Curriculum oder DIN | Seit 09/2011: Dr. Biwer, DGQ-Qualitätsmanagerin im Gesundheits- und Sozialwesen incl. EOQ Quality Systems Manager in Healthcare, Seit 2013: Fachauditorin der Brustzentren NRW (ÄKWL) |

Kommentar und Ziel 2017

Das Brustzentrum verfügt über eine Qualitätsmanagerin Frau Dr. Biwer (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 Mammakarzinompatientinnen 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 Benchmarking-Ergebnisse BQS 2015 und des WBC von 2015 sowie Halbjahresauswertung 2016.

Bis auf einen Qualitätsindikator (QI 3b) lagen erfreulicherweise alle Ergebnisse innerhalb der vorgegebenen Referenzbereiche. Entsprechende Maßnahmen zur Korrektur wurden bereits abgeleitet. Der überwiegende Anteil der Ergebnisse lag im übrigen 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. In diesem Fall erfolgte die Etablierung der Präparatesonografie.

2015/ 2016 zeigten sich erneut in beiden Benchmarks überdurchschnittlich gute Ergebnisse, was einerseits die guten Prozessqualitäten aber andererseits auch die Verbesserung des Dokumentationsmanagements widerspiegelt.

14.1 Infektionsraten nach senologischen Eingriffen (QS NRW)

- Wundinfektion 1,42 %

14.2 Revisionsraten nach senologischen Eingriffen (QS NRW)

- Nachblutung/Hämatom 1,84 %

14.3 Inhouse-Wundinfektionsraten 2016

- Gepoolter arithmetischer Mittelwert 1,74 %

Übersicht Qualitätsindikatoren

| Qualitätsindikator | Fälle Krankenhaus 2015 | Ergebnis Krankenhaus 2015 | Ergebnis Gesamt 2015 | Referenz- bereich | Ergebnis/ Referenz ¹ Krankenhaus | Ergebnis Krankenhaus Vorjahr ² | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|---|---|-------|
| 2015/18n1-MAMMA/51846 | | | | | | | |
| QI 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung | 667 / 694 | 96,11% | 96,80% | >= 90,00% | innerhalb | 95,95% | 7 |
| QI 2: HER2/neu-Positivitätsrate | | | | | | | |
| 2a: 2015/18n1-MAMMA/52268 HER2/neu-Positivitätsrate | 74 / 582 | 12,71% | 13,58% | nicht definiert | - | 9,56% | 9 |
| 2b: 2015/18n1-MAMMA/52273 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) | | 0,86 | 0,89 | nicht definiert | - | 0,66 | 11 |
| QI 3: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung | | | | | | | |
| 3a: 2015/18n1-MAMMA/52330 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung | 313 / 315 | 99,37% | 98,36% | >= 95,00% | innerhalb | - | 13 |
| 3b: 2015/18n1-MAMMA/52279 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung | 7 / 274 | 2,55% | 70,81% | >= 95,00% | außerhalb | - | 15 |

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. 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.

Erstellt am 23.02.2017
 Bearbeitet: Dr.Biwer/Demmel
 Verantwortlich: Dr. Schumacher

QSINDIREKT Nordrhein-Westfalen
 Jahresauswertung 2015
 St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind

260530475-00 - 19/1 - 2015
 Mammachirurgie
 Übersicht Qualitätsindikatoren/Auftälligkeitkriterien

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

| Qualitätsindikator | Fälle Krankenhaus 2015 | Ergebnis Krankenhaus 2015 | Ergebnis Gesamt 2015 | Referenz- bereich | Ergebnis/ Referenz ¹ Krankenhaus | Ergebnis Krankenhaus Vorjahr ² | Seite |
|--|------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------|---|---|-------|
| 2015/18m1-MAMMA/2163 QI 4: Primäre Axilladissektion bei DCIS | 0 / 91 | 0,00 Fälle | 4,00 Fälle | Sentinel Event | Innerhalb | 0,00 Fälle | 17 |
| 2015/18m1-MAMMA/50719 QI 5: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie | 2 / 65 | 3,08% | 12,84% | <= 20,75% | Innerhalb | 3,85% | 19 |
| 2015/18m1-MAMMA/51847 QI 6: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie | 318 / 329 | 96,66% | 95,00% | >= 90,00% | Innerhalb | 97,21% | 21 |
| QI 7: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation | | | | | | | |
| 7a: 2015/18m1-MAMMA/51370 unter 7 Tage | 18 / 600 | 3,00% | 8,97% | <= 28,44% | Innerhalb | 3,30% | 24 |
| 7b: 2015/18m1-MAMMA/51371 über 21 Tage | 316 / 600 | 52,67% | 34,12% | nicht definiert | - | 49,08% | 24 |

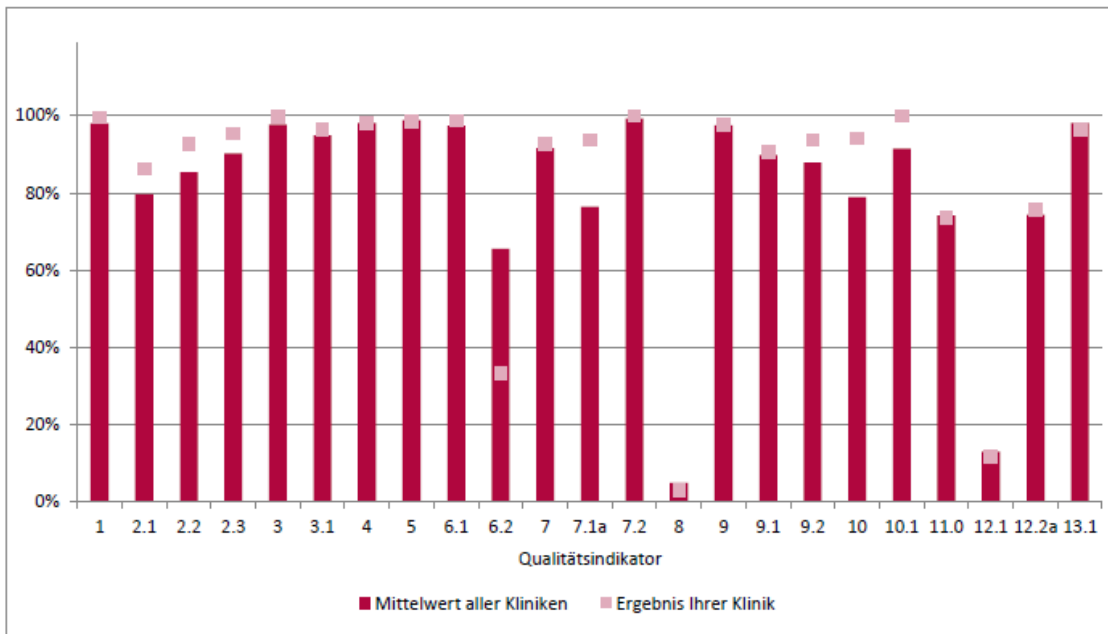
¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert
² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.
³ Falls beidseitig operiert wurde, gehen die Angaben zu beiden Brüsten getrennt in die Berechnung des Zählers und Nenners ein.



Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking - 1. Halbjahr 2016

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



Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking - 1. Halbjahr 2016



Fallzahlen

| | |
|--|-----|
| Anzahl der Primärfälle | 364 |
| Anzahl der postoperativ histologisch gesicherten Primärfälle | 340 |

Indikatoren-spezifische Auswertung der Behandlungsdaten

| 1 Diagnosesicherung | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 295 |
| Grundgesamtheit | 296 |
| Ihr Ergebnis | 100 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 98,0 % |

| 2.1 Durchführung einer Axilladisektion | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 233 |
| Grundgesamtheit | 270 |
| Ihr Ergebnis | 86,3 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 79,6 % |

| 2.2 Durchführung einer Axilladisektion unter Berücksichtigung der ACOSOG Z0011-Studie | |
|---|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 250 |
| Grundgesamtheit | 270 |
| Ihr Ergebnis | 92,6 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 85,4 % |

| 2.3 Durchführung einer Sentinel-Node-Exzision (SNE) | |
|---|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 226 |
| Grundgesamtheit | 237 |
| Ihr Ergebnis | 95,4 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 90,3 % |

| 3 Angabe des Sicherheitsabstandes | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 309 |
| Grundgesamtheit | 310 |
| Ihr Ergebnis | 100 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 97,7 % |

| 3.1 R0-Resektion (in Evaluation) | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 328 |
| Grundgesamtheit | 340 |
| Ihr Ergebnis | 96,5 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 94,9 % |

| 4 Bildgebende Kontrolle | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 49 |
| Grundgesamtheit | 50 |
| Ihr Ergebnis | 98,0 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 98,1 % |

| 5 Hormonrezeptorbestimmung | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 335 |
| Grundgesamtheit | 340 |
| Ihr Ergebnis | 98,5 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 98,9 % |



Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking – 1. Halbjahr 2016

6.1 Planung einer Antihormontherapie bei nicht-metastasierten Primärfällen

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 246 |
| Grundgesamtheit | 249 |
| Ihr Ergebnis | 98,8 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 97,4 % |

6.2 Antihormontherapie als erste Therapieoption beim metastasierten Mammakarzinom

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 4 |
| Grundgesamtheit | 12 |
| Ihr Ergebnis | 33,3 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 65,5 % |

7 Planung der Chemotherapie

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 38 |
| Grundgesamtheit | 41 |
| Herausgerechnet | 8 |
| Ihr Ergebnis | 92,7 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 91,7 % |

7.1a Durchgeführte Chemotherapien (neo-adjuvant, adjuvant) bei einem Lebensalter ≤ 70 Jahre

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 30 |
| Grundgesamtheit | 32 |
| Herausgerechnet | 3 |
| Ihr Ergebnis | 93,8 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 76,5 % |

7.1b Durchgeführte Chemotherapien (neo-adjuvant, adjuvant) ohne Lebensaltersbegrenzung

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 35 |
| Grundgesamtheit | 39 |
| Herausgerechnet | 9 |
| Ihr Ergebnis | 89,7 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 74,0 % |

7.2 Einsatz anthrazyklin- und/oder taxanhaltiger Kombinationstherapieschemata bei Durchführung adjuvanter Chemotherapien

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 15 |
| Grundgesamtheit | 15 |
| Herausgerechnet | 0 |
| Ihr Ergebnis | 100 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 99,2 % |

8 Teilnahme an klinischen Studien

| | |
|--|-------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 10 |
| Grundgesamtheit | 346 |
| Ihr Ergebnis | 2,9 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 4,9 % |

9 Planung der Bestrahlung nach BET

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 224 |
| Grundgesamtheit | 229 |
| Herausgerechnet | 1 |
| Ihr Ergebnis | 97,8 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 97,6 % |



Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking – 1. Halbjahr 2016

9.1 Durchführung von Bestrahlungen nach BET unter Ausschluss des DCIS

| | |
|--|---------------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 163 |
| Grundgesamtheit | 180 |
| Herausgerechnet | 3 |
| Ihr Ergebnis | 90,6 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 89,8 % |

9.2 Durchführung von Bestrahlungen nach BET beim DCIS

| | |
|--|---------------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 30 |
| Grundgesamtheit | 32 |
| Herausgerechnet | 2 |
| Ihr Ergebnis | 93,8 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 87,9 % |

10 Anteil der Brustwandbestrahlungen nach Mastektomie

| | |
|--|---------------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 16 |
| Grundgesamtheit | 17 |
| Herausgerechnet | 3 |
| Ihr Ergebnis | 94,1 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 78,9 % |

10.1 Planung der Bestrahlung nach Mastektomie

| | |
|--|--------------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 24 |
| Grundgesamtheit | 24 |
| Herausgerechnet | 2 |
| Ihr Ergebnis | 100 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 91,5 % |

11.0 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, alle Tumorstadien

| | |
|--|---------------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 233 |
| Grundgesamtheit | 316 |
| Ablatio auf Wunsch | 21 |
| Ihr Ergebnis | 73,7 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 74,1 % |

11.1 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, Stadium T1

| | |
|--|---------------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 146 |
| Grundgesamtheit | 180 |
| Ablatio auf Wunsch | 13 |
| Ihr Ergebnis | 81,1 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 86,4 % |

11.2 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, Stadium T2

| | |
|--|---------------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 35 |
| Grundgesamtheit | 57 |
| Ablatio auf Wunsch | 6 |
| Ihr Ergebnis | 61,4 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 66,9 % |

11.3 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, Stadium T3

| | |
|-------------------------------|--------------|
| Fälle mit erfüllten Kriterien | 0 |
| Grundgesamtheit | 10 |
| Ablatio auf Wunsch | 1 |
| Ihr Ergebnis | 0,0 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 20,7 % |



Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking - 1. Halbjahr 2016

11.4 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, Stadium T4

| | |
|-------------------------------|--------|
| Fälle mit erfüllten Kriterien | 0 |
| Grundgesamtheit | 5 |
| Ablatio auf Wunsch | 0 |
| Ihr Ergebnis | 0,0 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 12,1 % |

12.1 Anteil der Fälle mit HER2/neu-Überexpression

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 34 |
| Grundgesamtheit | 295 |
| Ihr Ergebnis | 11,5 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 12,9 % |

12.2a Durchführung einer Trastuzumab-Therapie, ohne Lebensaltersbegrenzung

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 28 |
| Grundgesamtheit | 37 |
| Ihr Ergebnis | 75,7 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 74,3 % |

12.2b Durchführung einer Trastuzumab-Therapie, Lebensalter < 70

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 24 |
| Grundgesamtheit | 29 |
| Ihr Ergebnis | 82,8 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 78,4 % |

12.2c Durchführung einer Trastuzumab-Therapie, Lebensalter ≥ 70

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 4 |
| Grundgesamtheit | 8 |
| Ihr Ergebnis | 50,0 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 63,3 % |

13 Operative Eingriffe ohne Erfordernis einer postoperativen Revision

| | |
|--|--------|
| Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien | 328 |
| Grundgesamtheit | 340 |
| Ihr Ergebnis | 96,5 % |
| Wert über alle Einrichtungen | 98,2 % |

PATIENTENZUFRIEDENHEIT

| | |
|--------------------------------|------|
| Patientenzufriedenheit | |
| Anzahl auswertbarer Fragebögen | 58 |
| Rücklaufquote | 16 % |

15. Erreichte Ziele und Projekte 2016

Prozessbezogen:

- Verbesserung der internen Kommunikation/Organisation durch Etablierung eines elektronischen Kalenders im ACT
- Aufstockung von Pflegepersonal mit Fachweiterbildungen (Sen./ACT)
- Neustrukturierung der Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten im ACT
- Einstellung eines weiteren plastischen Chirurgen (OA) zur Ausweitung der freien Eigengeweberekonstruktion
- Etablierung der Präparatesonographie

Wirtschaftlich:

- Halten der Patientenzahlen im ambulanten Bereich und im Bereich §116b
- Steigerung der Zahl an freien Eigengeweberekonstruktionen
- Einhalten der vereinbarten Sach- und Personalkosten

Bauliche:

- Umzug des ACT in neue Räume mit Erweiterung des Raumangebotes
- Erweiterung der Räume des Studiensekretariates für die Archivierung und Monitorarbeit
- Umzug der Rezeption des BZ in einen neuen größeren Raum
- Schaffung eines neuen Arbeitsplatzes für die BCN im BZ
- Schaffung eines weiteren Sprechstundenraums für die plastisch-rekonstruktive Sprechstunde in den neuen Räumen des ACT

16. Strategie und Planung 2017

| 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 2017

Die Zielausrichtung des Brustzentrums Köln-Hohenlind für 2017 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 2016 ist es uns in vielen Bereichen gelungen, systematisch das Verbesserungspotenzial umzusetzen. Dieser Prozess soll 2017 weiter verfolgt werden.

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

Köln, den 02.05.2017


Dr. med. Claudia Schumacher
Netzkoordinatorin Brustzentrum


Frank Dünwald
Geschäftsführung