

Interner Qualitätsbericht 2017

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	16
5.3. Einweiserbefragung.....	16
6. Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	16
6.1 Präoperative Tumorkonferenzen / Postoperative Tumorkonferenzen	16
6.2. Qualitätszirkel.....	17
7. Brustsprechstunde.....	18
7.1 Terminrealisierung.....	18
7.2. Wartezeiten in der Brustsprechstunde	18
8. Radiologie.....	19
9. Pathologie.....	20
10. Strahlentherapie	21
11. Studien.....	22
12. Chemotherapie	26
13. Qualitätsmanagement.....	26
14. Qualitätsindikatoren	27
14.1 Infektionsraten nach senologischen Eingriffen (QS NRW).....	29
14.2 Revisionsraten nach senologischen Eingriffen (QS NRW).....	29
15. Erreichte Ziele und Projekte 2017.....	33
16. Strategie und Planung 2018	34
17. Zielausrichtung und Strategie 2018	36

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 erstmals zertifiziert und jeweils im Februar 2009, 2012 und 2015 erfolgreich rezertifiziert. Das 2. Überwachungs-Audit wurde am 28. Februar 2017, die 4. Rezertifizierung am 20. Februar 2018 erfolgreich durchgeführt.

Das St. Elisabeth-Krankenhaus Hohenlind wurde von der Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert im Februar 2007 erstmals zertifiziert sowie im Februar 2010, im März 2013 und im April 2016 nach dem Kriterienkatalog der KTQ 5.0 erfolgreich rezertifiziert. Die nächste Zertifizierung ist für das Frühjahr 2019 geplant.

Unser höchster Anspruch in der täglichen Arbeit ist die Orientierung an den Anforderungen des Zertifizierungsverfahrens des Landes NRW und an den Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft und der 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 2017 bis Januar 2018 haben in den Bereichen der Senologie 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 (Qualitätsmanagementbeauftragte im Brustzentrum) durchgeführt. Frau Susanne Hachenev (Risikomanagerin) hat an 4 internen Audits teilgenommen. 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 2017
Operative Therapie	Primärfälle	Anzahl	Mindestens 150 gesamt	Primäre Ca: 750 Primäre OP: 701
Operative Therapie	Primärfälle	Anzahl (Hauptoperateur + Assistenz)	Mindestens 50 pro Operateur	Primäroperationen/ Hauptoperateure: 701 / 7
Operative Therapie	Senologische Weiterbildungseingriffe	Anzahl	mindestens 10 pro Operateur	Weiterbildungseingriffe/ Hauptoperateure: 165 / 6

Nachweis / Kommentar

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

Im Jahr 2017 haben 7 Hauptoperateure insgesamt 701 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 allen OP-Tagen können diese Eingriffe geplant werden. Im Jahr 2017 wurden insgesamt 70 IOERT-Boost-Bestrahlungen durchgeführt.

	Anzahl 2011	Anzahl 2012	Anzahl 2013	Anzahl 2014	Anzahl 2015	Anzahl 2016	Anzahl 2017
IOERT Boost	190	135	143	113	101	110	70

4.3. Freie Eigengeweberekonstruktion

Seit 10/2011 werden im BZ Hohenlind plastische Eigengewebsrekonstruktionen der Brust in freier Lappentechnik durchgeführt.

Zu diesem Zweck besteht eine Kooperation mit der Abteilung für Plastische 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 80 % gesteigert.

	Anzahl 2012	Anzahl 2013	Anzahl 2014	Anzahl 2015	Anzahl 2016	Anzahl 2017
DIEP- Flap	11	11	13	18	30	54

4.4 OPS- Verfahren Senologie

OPS	Bezeichnung	Anzahl 2017
5-401.13	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	450
5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	243
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)	205
5-983	Reoperation	173
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)	155
5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	137
5-894.1a	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	111
5-407.02	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2	96
5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	94
5-884.2	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	69
5-870.a5	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik	68
5-399.7	Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	53
5-877.20	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen	53
5-343.2	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Partielle Resektion am knöchernen Thorax, Rippe	51
5-885.9	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung	50

5-889.6	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung eines Hautexpanders	50
5-889.50	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Ohne gewebeverstärkendes Material	49
5-546.20	Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Plastische Rekonstruktion der Bauchwand: Ohne Implantation von alloplastischem, allogenen oder xenogenem Material	48
5-889.51	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Mit gewebeverstärkendem Material	45
5-989	Fluoreszenzgestützte Therapieverfahren	44
Summe		2.244

4.5 DRG Senologie

DRG	Bezeichnung	Anzahl 2017
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung	320
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC	227
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff, ohne Eingriff am Ovar	207
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff	130
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	72
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma	48
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	48
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	37
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung	36
J07A	Kleine Eingr. an der Mamma mit axillärer LK-Exzision od. äuß. schw. oder schw. CC bei BNB, mit beids. Eingr. od. Eingr. am Ovar oder große Eingr. an der Mamma bei BNB ohne kompl. Eingr., ohne best. Eingr. weibl. Geschlechtsorg. bei BNB mit Eingr. am Ovar	26
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff	24
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung	22
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisierung bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff	18
J08C	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma oder ohne äußerst schwere CC	15

J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik	13
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik	9
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen	9
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung	6
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC	6
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	5
Summe		1.278

5. Befragungen

5.1. Patientenbefragung

Prozess	Merkmal	Mess- einheit	Soll	Ist 2017	Ziel 2018
Patientenzufriedenheit	Patienten- befragung	Anzahl	Durchführung mindestens 1 x jährlich	Jährlich WBC fortlaufend 1x jährlich Uni- Köln IMVR Start 2/17-7/17	Ziel halten bzw. weiter verbessern Ziel halten

5.1.1. Patientenbefragung WBC

Ergebnis 2016 und Ergebnisbericht 1. Halbjahr 2017

In die Auswertung 2016 gingen 120 gültige Fragebögen ein. Das entspricht einer Rücklaufquote von 16 %.
 In die Auswertung 1. Halbjahr 2017 gingen 76 Bögen ein, damit liegt die Rücklaufquote bei 21 %.

Kommentar und Maßnahmen

Sowohl im Gesamtjahr 2016 als auch im 1. Halbjahr 2017 wurde im Brustzentrum eine sehr gute Patientenzufriedenheit erreicht. Die Ergebnisse nahezu sämtlicher Teilfragen lagen 2016 und 1. Halbjahr 2017 über dem Durchschnittswert aller Kliniken.

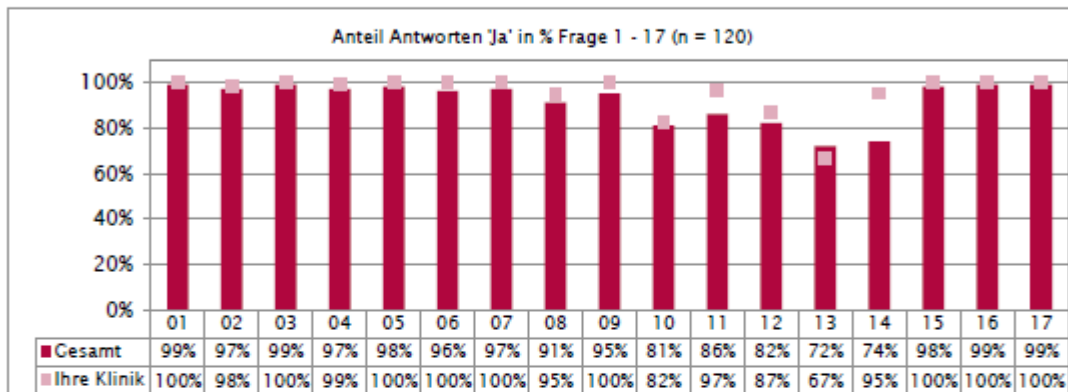
Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking - Jahresauswertung 2016



PATIENT(INN)ENZUFRIEDENHEIT

Ergebnis der Auswertung der Fragebögen aus Ihrer Klinik vom 01.01.2016 bis 31.12.2016



Anzahl der aus Ihrer Klinik eingegangenen Fragebögen:	120
Anzahl der Fragebögen aller Kliniken:	5809

Frage	Angabe			
	ja	nein	n. z.	k. A.
1. Erfolgte eine ausführliche und verständliche Aufklärung vor Eingriffen?	120	0	0	0
2. Wurden Sie über die versch. Möglichkeiten der operativen Behandlung unterrichtet?	105	2	9	4
3. Konnten Sie alle Ihnen wichtige Fragen stellen?	120	0	0	0
4. Hatten Sie ausreichend Bedenkzeit?	114	1	5	0
5. Wurde die Diagnose einfühlsam erläutert?	119	0	1	0
6. Wurde ein ausführliches Abschlussgespräch geführt o. ein Termin hierfür vereinbart?	119	0	1	0
7. Konnten Sie dabei alle Ihnen wichtigen Fragen stellen?	120	0	0	0
8. Wurde Ihnen ein abschließender Bericht mitgegeben?	107	6	1	6
9. Wurden weitere notwendige Therapien besprochen (Chemotherapie/ Strahlentherapie)?	110	0	8	2
10. Wurden feste Termine für die weiteren Therapien (CTx/ RTx) vereinbart?	84	18	13	5
11. Wurden Sie über die Möglichkeiten v. Anschlussheilbehandlungen u. Kuren informiert?	115	4	1	0
12. Haben Sie ausreichend Informationen über Selbsthilfegruppen erhalten?	78	12	26	4
13. Erfolgte die Anpassung einer Prothese, sofern nötig, bereits vor der Entlassung?	16	8	90	6
14. Erfolgte die Einleitung oder die Durchführung der Krankengymnastik (Physiotherapie) und/ oder der Lymphdrainage bereits vor der Entlassung?	96	5	15	4
15. Waren Sie mit der Wahrung Ihrer Privatsphäre in unserem Haus zufrieden?	118	0	2	0
16. Würden Sie unsere Klinik auch einer Freundin oder Angehörigen weiterempfehlen?	120	0	0	0
17. Würden Sie sich auch in Zukunft wieder bei uns behandeln lassen?	120	0	0	0

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 2017

In dem o.g. Befragungszeitraum 2017 wurden insgesamt 292 von 358 primär erkrankten Patientinnen um ihr Einverständnis zur Patientenbefragung gebeten, das bedeutet eine Teilnahmequote von 82%. 226 ausgefüllte Fragebögen wurden an das soz. Institut der Uni Köln zurückgesandt, das ergibt eine Rücklaufquote von 88%.

In folgenden Bereichen lagen wir über dem Mittelwert aller Kliniken:

- Gesundheitsverhalten – Ernährung
- Gesundheitsverhalten – Compliance
- Vertrauen in die Pflegekräfte
- Wundversorgung und Schmerzen
- Operationsverlauf – OP Personal
- Sauberkeit

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

- Ablauforganisation
- Sauberkeit
- Psychosoz. Infobedarf
- Psychosoz. Gesundheitsverhalten
- Vertrauen in Ärzte und Pflegekräfte
- Entlassung – Vorbereitung auf die Entlassung

Ziel 2018

Vorrangiges Ziel des Jahres 2018 bleibt die Patientenzufriedenheit zu halten bzw. weiter zu verbessern. Die Optimierung der Prozess- und Organisationsqualität steht damit auch 2018 im Mittelpunkt unserer Bemühungen.

5.1.3. Beschwerdemanagement des Brustzentrums Hohenlind

Der Beschwerdeprozess.

Beschwerdeerfassung

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 in den Briefkästen gesammelt.

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

Auswertung:

Die Ergebnisse der Patientenbefragungen werden regelmäßig im Q-Zirkel vorgestellt.

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 dargelegt.

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 und im Q-Zirkel besprochen.

Maßnahmen, Erfolgskontrolle

In regelmäßigen Teambesprechungen/Q-Zirkeln werden die gravierendsten Beschwerden angesprochen, um durch entsprechende Maßnahmen eine mögliche Verbesserung und höhere Patientenzufriedenheit zu erreichen. Anhand der nachfolgenden Rückmeldungen wird der Erfolg der ergriffenen Maßnahmen beurteilt.

Im Falle einer nicht anonymen Beschwerde wird versucht, mit der Patientin ins Gespräch zu kommen, ggfs.. kann hierzu die CÄ hinzugezogen werden.

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

Zur weiteren Verbesserung der Patientinnen- und Mitarbeitersicherheit wird derzeit ein hausweites Risikomanagement aufgebaut und strukturierte Risikoanalysen durchgeführt. Frau Hacheney ist seit dem 01. Oktober 2017 als Risikomanagerin für das St. Elisabeth Krankenhaus Köln-Hohenlind tätig. Sie wird alle Aufgaben der kontinuierlichen Ein- und Weiterführung des Risikomanagements übernehmen zusammen mit Herrn Bernd Becker, Risikomanagementbeauftragter. Unser Ziel im Brustzentrum ist es, bei der Einführung des zentralen Risikomanagements mitzuwirken sowie die abteilungsspezifischen Risiken entsprechend dem Maßnahmenplan zeitnah zu beseitigen.

Im St. Elisabeth-Krankenhaus ist ein CIRS (Critical Incident Reporting System) fest implementiert. CIRS ist ein anonymes Erfassungssystem für Beinahe-Schäden aufgrund kritischer Ereignisse (critical incident), das auf die Analyse von Fehlerketten und die Prävention zukünftiger Fehler ausgerichtet ist. Gemeldet werden Beinahe-Schäden, bei denen es zu einem Schaden hätte kommen können, aber noch kein Schaden eingetreten ist. Die gemeldeten Ereignisse geben Aufschluss über besondere Ursachenketten (Schwachstellen in den Prozessen).

Das CIRS erfüllt folgende Anforderungen:

- Es ist freiwillig, d.h. jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit, nicht aber die Pflicht, kritische Vorkommnisse zu melden. Dabei soll er, wenn immer möglich, auch mit seinem Vorgesetzten über die Vorkommnisse sprechen können.
- CIRS-Meldungen sind anonym, um einen Meldenden nicht zu exponieren. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass der Meldende freiwillig seinen Namen bekannt gibt, um bei Unklarheiten Rückfragen zu ermöglichen.
- Das CIRS ist sanktionsfrei. Es dient der Förderung der offenen Sicherheitskultur.

Meldungen im Berichtssystem werden von Frau Hacheney und Herrn Bernd Becker (Risikomanagementbeauftragter) bearbeitet und zeitnah an die Leitung des Brustzentrums sowie an das QM-Team weitergeleitet. Entsprechend der Meldung wird mit den beteiligten Personen die Situation bzw. der Ablauf besprochen und entsprechende Maßnahmen eingeleitet, um ein evtl. Risiko zu vermindern bzw. Fehlern vorzubeugen. In der Regel folgt daraus eine Verfahrens- /Arbeitsanweisung, welche an alle Beteiligten weitergeleitet wird.

Folgende Korrektur- und Vorbeugungsmechanismen sind im QM-System des Brustzentrums etabliert:

- Interne Systemaudits (Risikoaudits)
- QM-Bewertung
- Q-Team Besprechungen alle 3 Monate (Q-Zirkel)
- Teambesprechungen, alle 2 Wochen in der Frühbesprechung und quartalsweise jeweils ein größeres Teammeeting
- Geschäftsprozesse und deren Ergebnisse
- Finanzplanung und Controlling
- Audits bei Behandlungspartnern
- Besprechungsmanagement
- Systematische Methoden
- Ermittlung der Patientenzufriedenheit
- Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Beschwerdemanagement / Fehlermanagement

Zum Aufspüren von Fehlern wird im Bereich der Pflege z. B. eine monatliche Aktenkontrolle durchgeführt. Zur Verbesserung des Risikomanagements finden regelmäßig hausinterne Fortbildungen z. B. Dekubitus- und Sturzprophylaxe statt.

5.2. Mitarbeiterbefragung

Im Herbst 2016 fand die turnusgemäß geplante Mitarbeiterbefragung für alle Mitarbeiter des Krankenhauses Hohenlind statt. Die Auswertung wurde analysiert und im Team besprochen. Maßnahmen wurden abgeleitet.

5.3. Einweiserbefragung

Im Juni 2017 fand erneut eine Einweiserbefragung im St. Elisabeth Krankenhaus Köln-Hohenlind statt. Von 136 angefragten Zuweisern nahmen 107 an Telefon-Interviews teil. Das entspricht einer Teilnahmequote von 78%. Die Auswertung wurde im Qualitätszirkel vorgestellt und entsprechende Maßnahmen wurden abgeleitet. Die nächste Einweiserbefragung ist für das Jahr 2020 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 mit der Arbeit des Brustzentrums und der Zusammenarbeit zufrieden.

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 2017
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Anteil Patientinnen in der wöchentlichen Fallbesprechung	%	Mindestens 95 % aller Primärfälle werden in einer TK besprochen	Post-op:100% Prä-OP: ausgewählte Fälle (Neoadjuvante CT, IOERT, Radiatioindikation nach Mastektomie)

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
- 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.

Nachweis

Im Zeitraum 01.09. – 30.09.2017 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	63	5,9	9,26

7.2. Wartezeiten in der Brustsprechstunde

Prozess	Merkmal	Mess-einheit	Soll	IST 2017	Ziel 2018
Brustsprechstunde	Wartezeiten in der Sprechstunde	Minuten	< 60 min in Sprechstunde (Orientierung)	7,24	halten

Nachweis

Im Zeitraum 01.09. – 30.09.2017 wurde eine stichprobenartige Messung der Terminwartezeiten durchgeführt.

Anzahl Tage der Messung	Anzahl Patientinnen gesamt (Pat. mit gesichertem Karzinom oder V.a Karzinom)	Ø Wartezeit bis zum Arztkontakt
21	52	Minuten 7,24

Ziel für 2018

Im Jahr 2018 soll im Oktober/ November erneut eine stichprobenartige Messung der Wartezeiten in der Brustsprechstunde 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 2017

Radiologie

Untersuchung	Anzahl
MRT Mammografie	725
DEXA Knochendichtemessung	703
Ganzkörperskelettszintigraphie	389
Sentinel-Node Detektion	314
Mammogr. 2 Ebenen Li	285
Mammogr. 2 Ebenen Re	268
MRT Mamma-Punktion und Markierung	148
Sentinel-Node Injektion	170
Mammamarkierung Li	100
Mammamarkierung Re	112
MRT Stanzbiopsie der Mamma	36
Mammogr. 1 Ebene Li	25
Mammogr. 1 Ebene Re	33
Mamma-Biopsie Re	19
Mamma-Biopsie Li	23
Mamma Zusatzauf.	13
Galaktogr.	5
Mammae	16
Summe	3.384

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 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 2017	Ziel 2018
Histologie	Schnellschnitt	Minuten	< 45 Min.	21,44	halten

Nachweis

Die Schnellschnittzeit wurde vom 6.6.17 bis 5.7.17 (21 Arbeitstage) stichprobenartig gemessen.

Leistungsdaten 2017

Befundungen	Anzahl 2016	Gesamtzahl 2017
Histologische Untersuchungen bei Mammaca	1187	1195
Schnellschnitte bei Mammaca, SS + Paraffin	748	746
Mammastanzen gesamt	829	826
Mammastanzen benigne	315	318
Mammastanzen maligne	514	508
Zytologische Untersuchungen bei Mammaca (incl. Abklatschzytologie)	476	493
Sentinel Tc	476	493

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
2017	457	193

11. Studien

Das Brustzentrum beteiligte sich 2017 an folgenden Studien:

Adjuvant

Bezeichnung	Schema	Eignung
ADAPT (HR+/HER2-; HER2+/HR-; Elderly) Randomisierte Phase III Studie Adjuvante, an dynamischen Tumormarkern orientierte, personalisierte Therapie bei Mamma Ca im frühen Stadium, bei der die Risikoeinschätzung und die Vorhersage des Therapieansprechens optimiert wird Rekrutierung zurzeit gestoppt!!!		T 1-4 (außer entzündlich) Alle cN M0

Neoadjuvant

Bezeichnung	Schema	Eignung
ARB Queen Mary Phase II Studie Prä OP Behandlung mit Enzalutamide bei Pat. mit frühem Mamma Ca	TN und AR+: Enzalutamide alone	TN Mamma Ca
NEOTRIP Neoadj. Studie mit einem PDL-1 Antikörper bei triple-negativem, lokal fortgeschrittenen Brustkrebs behandelt mit nabPaclitaxel und Carboplatin	Carboplatin+Abraxane, OP, EC Versus Carboplatin+Abraxane+Atezoli zumab,OP,EC	Stage III A-C
GeparOLA Phase II Studie zum Vergleich von Paclitaxel/Olaparib versus Paclitaxel/Carboplatin gefolgt von Epirubicin/Cyclophosphamid als neoadjuvante Behandlung von Patienten mit HER2 negativem primären Brustkrebs mit homologen rekombinanten Mangel (HRD)	Paclitaxel/Olaparib versus Paclitaxel/Carboplatin gefolgt von Epirubicin/Cyclophosphamid	Zentral bestätigter HRD (tBRCA positiv/mutiert und/oder HRD high) cT2-cT4a-d oder cT1c und N+ cT1c und HR- cT1c und Ki67 >20%
TP-II Studie A prospective, randomized, multicenter, open-label comparison of pre-surgical combination of trastuzumab and pertuzumab with concurrent taxane chemotherapy or endocrine therapy given for twelve weeks with a quality of life assessment of trastuzumab, pertuzumab in combination with standard (neo)adjuvant treatment in patients with operable HER2+/HR+ breast cancer.		

Post-Neoadjuvant

Bezeichnung	Schema	Eignung
Penelope B Phase III Studie mit Palbociclib für Pat. mit hohem Rezidivrisiko nach neoadjuvanter Chemotherapie (für HR positiven primären Brustkrebs)	Palbociclib 125 mg täglich d1-21, q28d für 13 Zyklen Versus Placebo	

Metastasiert

Bezeichnung	Schema	Eignung	Linie erlaubte bzw. nicht erlaubte Vorbehandlungen
DETECT III Randomisierte Phase III Studie zum Vergleich einer Standardtherapie allein versus eine Standardtherapie plus Lapatinib bei Pat. mit initial HER2 negativem metastasiertem Mamma Ca und HER2 positiven zirkulierenden Tumorzellen	Standard Versus Standard + Lapatinib	Metastasiertes Mamma Ca HER2 negativ	1.-3. Linie
DETECT IV Einarmige Phase II Studie zur Evaluation der Effektivität von Everolimus mit der endokrinen Standardtherapie	Everolimus 10 mg/d	Metastasiertes Mamma Ca HER2 negativ mit HER2 negativen zirkulierenden Tumorzellen	Bis zu 2 CTX-Linien 1.-3. Linie
DETECT V CTX versus endokrine Therapie in Kombination mit dualer HER2 zielgerichteter Therapie bei Pat. mit metastasiertem, HER2 + und HR+ Mammakarzinom	CTX + Herceptin+ Pertuzumab Versus Endokrine Therapie + Herceptin + Pertuzumab	Metastasiert HER2+, HR+ Nicht mehr als 2 Linien CTX in der metastasierten Situation	First-furtherline
RIBECCA Phase IIIB Studie bei metastasiertem Mamma Ca	Ribociclib + Letrozol	Lokal fortgeschritten oder metastasiert HR positiv Prä- und postmenopausal	First-furtherline
Bayer Randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase II Studie	Radium-223 Dichlorid Versus Placebo	HR positiv HER2 negativ Knochenmetastasen	Firstline
IMPASSION 131 Phase III, doppelblind, placebokontrolliert	Atezolizumab + Paclitaxel Versus Placebo + Paclitaxel	Triple negativer, metastasierter Brustkrebs	Firstline

NIS

Bezeichnung	Schema	Eignung	Linie Erlaubte bzw. nicht erlaubte Vorbehandlung
StepUp Dosierungsschemata von oral verabreichtem Vinorelbin	Vinorelbin oral		Metastasiertes Mamma CA Taxan und Antrazyklin vorbehandelt
IRENE Häufigkeit und Rückbildung von Eribulin-induzierter PNP	Eribulin gemäß Fachinformation		Max. 2 vorherige Chemotherapien in der metastasierten Situation Keine vorherige Behandlung mit Eribulin
NADENS Primäre Prophylaxe mit Lonquex bei Pat. mit primärem Mammakarzinom, die eine dosisdichte Chemotherapie erhalten	Lonquex	Dosisdichte CTX	
RIBANNA Eine nicht-interventionelle Studie für postmenopausale Frauen mit einem HR+/HER2- lokal fortgeschrittenen/metastasierten Brustkrebs zur Bewertung der Effektivität des Behandlungsalgorithmus, beginnend mit Kisqali® (Ribociclib) in Kombination mit einem Aromatasehemmer oder mit einer endokrinen Therapie oder mit einer Chemotherapie als Erstlinientherapie in der klinischen Routine	Ribociclib + endokrin/CTX	Postmenopausal. HR+, HER2 negativ	firstline

Operativ

Insema Randomisierte prospektive operative Studie bei primärem Mamma Ca	Sentinel Node Biopsie versus Keine axilläre OP	cN0/iN0, >35 Jahre bei iN1 negative Biopsie iT1 oder iT2 BET und postoperative Radiatio
PRO-100-0132 TissueGlu Eine prospektive, multizentrische, randomisierte, kontrollierte Nichtunterlegenheitsstudie, welche bei Mastektomie die	TissuGlu®	Erfordernis einer Mastektomie (Standard, modifiziert, modifiziert radikal) mit oder ohne Biopsie der Wächterlymphknoten oder

Wundverschluss-Standardtechnik mit Drainagen (Kontrolle) gegenüber der Wundverschluss-Standardtechnik mit TissuGlu® und ohne Drainagen (Prüfung) vergleicht		axilläre Lymphknotendisektion
SenTa Prospektive, multizentrische, Registerstudie zur Anwendungshäufigkeit und Durchführbarkeit einer gezielten, axillären Lymphknoten-Exzision (Targeted Axillary Dissection) nach Stanzbiopsie und Clipmarkierung beim primären Mammakarzinom mit klinisch suspekten Lymphknoten		N+

Initiierung geplant

Bezeichnung	Schema	Eignung	Linie Erlaubte bzw. nicht erlaubte Vorbehandlung
AZD9496 Phase I	AZD9496 Versus Fulvestrant	HR+, HER2 negativ, postmenopausal	Prä OP
PADMA Phase IV	Palbociclib + endokrin Versus CTX	HR+, HER2 negativer metastasierter Brustkrebs	
NEOFAM Neoadjuvante Phase II/III Studie für BRCA 1/2 mutiertes Mamma Karzinom, triple negativ			
ODO-TE-B301 Randomisierte Phase III Studie bei metastasiertem, Taxan vorbehandeltem Mamma CA	Tesetaxel + Capecitabine reduziert Versus Capecitabine	HR+, HER2 negativ, Taxan vorbehandelt (Neoadj., adj. Oder metastasiert)	Nicht mehr als 1 CTX in metastasierter Situation Vorherige antihormonelle Therapie mit oder ohne CDK4/6
Patina Phase III Studie mit Palbociclib + Anti HER2 Therapie + endokrine Therapie versus Anti HER2 Therapie + endokrine Therapie	Palbociclib + Anti HER2 Therapie + endokrine Therapie versus Anti HER2 Therapie + endokrine Therapie		Metastasiertes Mamma CA triple positive
Hiob Studie (3)			
Lymphödemstudie (74)			

Version 33, Studiensekretariat (Stand: 18.09.2017)

Kommentar und Ziel 2018

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	Ist 2017	Ziel 2018
Chemotherapie	Durchführung ambulant	%	> 60 %	> 90 %	> 90 %	100 %
Chemotherapie	Behandlungs-serien = Zyklen	Anzahl	> 200	Chemo: 4060 AK: 2165	Chemo 3647 AK: 2149	halten

13. Qualitätsmanagement

Prozess	Merkmal	Mess-einheit	Soll	Ist 2017
Qualitäts-management	Qualitätsmanager im BZ	Anzahl	Mindestens 1 Q-Manager BÄK-Curriculum oder DIN	1 Manager: Dr. Biwer Seit 09/2011: DGQ-Qualitätsmanagerin im Gesundheits- und Sozialwesen incl. EOQ Quality Systems Manager in Healthcare, Seit 2013: Fachauditorin der Brustzentren NRW (ÄKWL)

Kommentar und Ziel 2018

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 2016 und des WBC von 2016. Die Ergebnisse werden in den regelmäßig stattfindenden Q-Zirkeln bzw. Teamgesprächen besprochen und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung von Schwachstellen eingeleitet. In diesem Jahr erfolgte als wesentlichste Maßnahme die Etablierung der Präparatesonografie.

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus Vorjahr ²	Seite
2016/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	649 / 685	94,74%	95,70%	>= 90,00%	innerhalb	96,10%	8
QI 2³: HER2-Positivitätsrate							
2a: 2016/18n1-MAMMA/52288 HER2-Positivitätsrate	58 / 631	9,10%	13,82%	nicht definiert	-	12,65%	10
2b: 2016/18n1-MAMMA/52273 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden		0,70	1,01	nicht definiert	-	0,94	12
QI 3³: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung							
3a: 2016/18n1-MAMMA/52330 bei mammografischer Drahtmarkierung	380 / 380	100,00%	98,40%	>= 95,00%	innerhalb	99,37%	14
3b: 2016/18n1-MAMMA/52279 bei sonografischer Drahtmarkierung	51 / 194	26,29%	83,52%	>= 95,00%	außerhalb	2,55%	16
2016/18n1-MAMMA/2163							
QI 4³: Primäre Axilladissektion bei DCIS	0 / 96	0,00 Fälle	3,00 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	0,00 Fälle	18

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert
² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. 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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus Vorjahr ²	Seite
2016/18n1-MAMMA/50719 QI 5³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	2 / 79	2,53%	11,93%	<= 18,39%	innerhalb	3,08%	20
2016/18n1-MAMMA/51847 QI 6³: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	334 / 351	95,16%	94,54%	>= 90,00%	innerhalb	98,64%	22
2016/18n1-MAMMA/51370 QI 7³: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	19 / 568	3,36%	6,70%	<= 24,15%	innerhalb	3,00%	25
2016/18n1-MAMMA/60659 QI 8³: Nachresektionsrate	200 / 682	29,33%	15,60%	nicht definiert	-	-	27

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. 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.

14.1 Infektionsraten nach senologischen Eingriffen (QS NRW)

- Wundinfektion 4,5 % (1-9/ 2017)

14.2 Revisionsraten nach senologischen Eingriffen (QS NRW)

- Nachblutung/Hämatom : 3,8% (1. HJ 2017)

Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking – Jahresauswertung 2016



Fallzahlen

Anzahl der Primärfälle	734
Anzahl der postoperativ histologisch gesicherten Primärfälle	702

Indikatoren-spezifische Auswertung: Ergebnisübersicht

1 Diagnosesicherung	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	606
Grundgesamtheit	609
Ergebnis Ihrer Klinik	100 %
Durchschnittswert aller Kliniken	98,5 %

2.1 Durchführung einer Axilladisektion	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	485
Grundgesamtheit	561
Ergebnis Ihrer Klinik	86,5 %
Durchschnittswert aller Kliniken	82,8 %

2.2 Durchführung einer Axilladisektion unter Berücksichtigung der ACOSOG Z0011-Studie	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	507
Grundgesamtheit	561
Ergebnis Ihrer Klinik	90,4 %
Durchschnittswert aller Kliniken	87,0 %

2.3 Durchführung einer Sentinel-Node-Exzision (SNE)	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	452
Grundgesamtheit	484
Ergebnis Ihrer Klinik	93,4 %
Durchschnittswert aller Kliniken	93,1 %

3 Angabe des Sicherheitsabstandes	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	648
Grundgesamtheit	649
Ergebnis Ihrer Klinik	100 %
Durchschnittswert aller Kliniken	98,8 %

3.1 R0-Resektion	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	691
Grundgesamtheit	700
Ergebnis Ihrer Klinik	98,7 %
Durchschnittswert aller Kliniken	96,6 %

4 Bildgebende Kontrolle	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	128
Grundgesamtheit	129
Ergebnis Ihrer Klinik	99,2 %
Durchschnittswert aller Kliniken	99,5 %

5 Hormonrezeptorbestimmung	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	697
Grundgesamtheit	702
Ergebnis Ihrer Klinik	99,3 %
Durchschnittswert aller Kliniken	99,0 %

6.1 Planung der Antihormontherapie bei nicht-metastasierten Primärfällen	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	516
Grundgesamtheit	519
Ergebnis Ihrer Klinik	99,4 %
Durchschnittswert aller Kliniken	98,9 %

6.2 Antihormontherapie als erste Therapieoption beim metastasierten Mammakarzinom	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	7
Grundgesamtheit	18
Ergebnis Ihrer Klinik	38,9 %
Durchschnittswert aller Kliniken	73,2 %

Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking - Jahresauswertung 2016



7 Planung der Chemotherapie	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	70
Grundgesamtheit	75
Herausgerechnet	27
Ergebnis Ihrer Klinik	93,3 %
Durchschnittswert aller Kliniken	94,0 %

7.1a Durchgeführte Chemotherapie (neo-adjuvant, adjuvant) bei einem Lebensalter ≤ 70 Jahre	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	62
Grundgesamtheit	64
Herausgerechnet	5
Ergebnis Ihrer Klinik	96,9 %
Durchschnittswert aller Kliniken	85,7 %

7.1b Durchgeführte Chemotherapie (neo-adjuvant, adjuvant) ohne Lebensaltersbegrenzung	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	72
Grundgesamtheit	75
Herausgerechnet	26
Ergebnis Ihrer Klinik	96,0 %
Durchschnittswert aller Kliniken	83,4 %

7.2 Einsatz anthrazyklin- und/ oder taxanhaltiger Kombinationstherapie-schemata bei Durchführung der adjuvanten Chemotherapie	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	27
Grundgesamtheit	27
Herausgerechnet	0
Ergebnis Ihrer Klinik	100 %
Durchschnittswert aller Kliniken	99,1 %

8 Teilnahme an klinischen Studien	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	16
Grundgesamtheit	703
Ergebnis Ihrer Klinik	2,3 %
Durchschnittswert aller Kliniken	6,7 %

9 Planung der Bestrahlung nach BET	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	457
Grundgesamtheit	464
Herausgerechnet	10
Ergebnis Ihrer Klinik	98,5 %
Durchschnittswert aller Kliniken	98,6 %

9.1 Durchführung der Bestrahlung nach BET unter Ausschluss des DCIS	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	341
Grundgesamtheit	368
Herausgerechnet	7
Ergebnis Ihrer Klinik	92,7 %
Durchschnittswert aller Kliniken	92,2 %

9.2 Durchführung der Bestrahlung nach BET beim DCIS	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	56
Grundgesamtheit	59
Herausgerechnet	3
Ergebnis Ihrer Klinik	94,9 %
Durchschnittswert aller Kliniken	89,4 %

10 Anteil der Brustwandbestrahlung nach Mastektomie	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	37
Grundgesamtheit	39
Herausgerechnet	6
Ergebnis Ihrer Klinik	94,9 %
Durchschnittswert aller Kliniken	82,1 %

10.1 Planung der Bestrahlung nach Mastektomie	
Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	47
Grundgesamtheit	49
Herausgerechnet	5
Ergebnis Ihrer Klinik	95,9 %
Durchschnittswert aller Kliniken	93,2 %

Ergebnisbericht

WBC-Benchmarking - Jahresauswertung 2016



11.0 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, alle Tumorstadien

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	479
Grundgesamtheit	661
Ablatio auf Wunsch	37
Ergebnis Ihrer Klinik	72,5 %
Durchschnittswert aller Kliniken	74,1 %

11.1 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, Stadium T1

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	294
Grundgesamtheit	372
Ablatio auf Wunsch	21
Ergebnis Ihrer Klinik	79,0 %
Durchschnittswert aller Kliniken	86,1 %

11.2 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, Stadium T2

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	70
Grundgesamtheit	118
Ablatio auf Wunsch	12
Ergebnis Ihrer Klinik	59,3 %
Durchschnittswert aller Kliniken	66,0 %

11.3 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, Stadium T3

Fälle mit erfüllten Kriterien	0
Grundgesamtheit	20
Ablatio auf Wunsch	2
Ergebnis Ihrer Klinik	0,0 %
Durchschnittswert aller Kliniken	19,0 %

11.4 Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie, Stadium T4

Fälle mit erfüllten Kriterien	1
Grundgesamtheit	11
Ablatio auf Wunsch	0
Ergebnis Ihrer Klinik	9,1 %
Durchschnittswert aller Kliniken	11,2 %

12.1 Anteil der Fälle mit HER2/neu-Überexpression

Fälle mit erfüllten Kriterien	76
Grundgesamtheit	607
Ergebnis Ihrer Klinik	12,5 %
Durchschnittswert aller Kliniken	13,0 %

12.2a Durchführung einer Trastuzumab-Therapie, ohne Lebensaltersbegrenzung

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	55
Grundgesamtheit	62
Ergebnis Ihrer Klinik	88,7 %
Durchschnittswert aller Kliniken	82,8 %

12.2b Durchführung einer Trastuzumab-Therapie, Lebensalter < 70

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	43
Grundgesamtheit	49
Ergebnis Ihrer Klinik	87,8 %
Durchschnittswert aller Kliniken	87,1 %

12.2c Durchführung einer Trastuzumab-Therapie, Lebensalter ≥ 70

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	12
Grundgesamtheit	13
Ergebnis Ihrer Klinik	92,3 %
Durchschnittswert aller Kliniken	70,9 %

13 Operative Eingriffe ohne Erfordernis einer postoperativen Revision

Fälle mit erfüllten Qualitätskriterien	682
Grundgesamtheit	702
Ergebnis Ihrer Klinik	97,2 %
Durchschnittswert aller Kliniken	98,3 %

15. Erreichte Ziele und Projekte 2017

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 stationären, und ambulanten Bereich sowie 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 2018

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 erfahrenem 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 2018

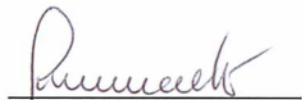
Die Zielausrichtung des Brustzentrums Köln-Hohenlind für 2018 besteht darin, weiterhin zu den führenden Einrichtungen der Region und Deutschlands zu zählen und damit eine fachlich und menschlich hohe Qualität in der Betreuung von Brustkrebspatientinnen zu gewährleisten.

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

Im Jahr 2017 ist es uns in vielen Bereichen gelungen, systematisch das Verbesserungspotenzial umzusetzen. Dieser Prozess soll 2018 weiter verfolgt werden.

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

Köln, den 26.06.2018


Dr. med. Claudia Schumacher
Netzkoordinatorin


Frank Dünwald
Geschäftsführung