

Qualitätsbericht 2010

Brustzentrum Duisburg

www.Brustzentrum-Duisburg.de



Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 2 von 17
--------------------------	---	--------------------	-------------------

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

1 Struktur

- 1.1 Organigramm
- 1.2 Kooperationspartner
- 1.3 Funktionsträger
- 1.4 Funktionsstandorte
- 1.5 Externe Kooperationspartner

2 Qualitätsmanagement

- 2.1 Vorstand
- 2.2 Lenkungsgruppe
- 2.3 Qualitätszirkel
- 2.4 Tumorkonferenz
- 2.5 Organisationshandbuch
- 2.6 Audit
- 2.7 Strategie und Qualitätsziele
- 2.8 Management-Review
- 2.9 Interner Qualitätsbericht

3 Qualitätsindikatoren

4 Leistungsdaten

- 4.1 Leistungsdaten Gynäkologie
- 4.2 Leistungsdaten Radiologie
- 4.3 Leistungsdaten Pathologie
- 4.4 Leistungsdaten Strahlentherapie
- 4.5 Leistungsdaten Onkologie

5 Befragungen

- 5.1 Patientenbefragung
- 5.2 Mitarbeiterbefragung

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 3 von 17
--------------------------	---	--------------------	-------------------

Einleitung

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung von Frauen. Jährlich erkranken in Deutschland über 57.000 Frauen neu an Brustkrebs und etwa 19.000 sterben daran.

Brustkrebs ist kein Einzelschicksal: Durchschnittlich jede zehnte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Mit 28% ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen.

Übrigens: Es können auch Männer an Brustkrebs erkranken. Im Vergleich zu den erkrankten Frauen ist ihr Anteil zwar sehr gering. Dennoch sterben durchschnittlich in Deutschland 120 Männer jährlich an dieser Krebserkrankung.

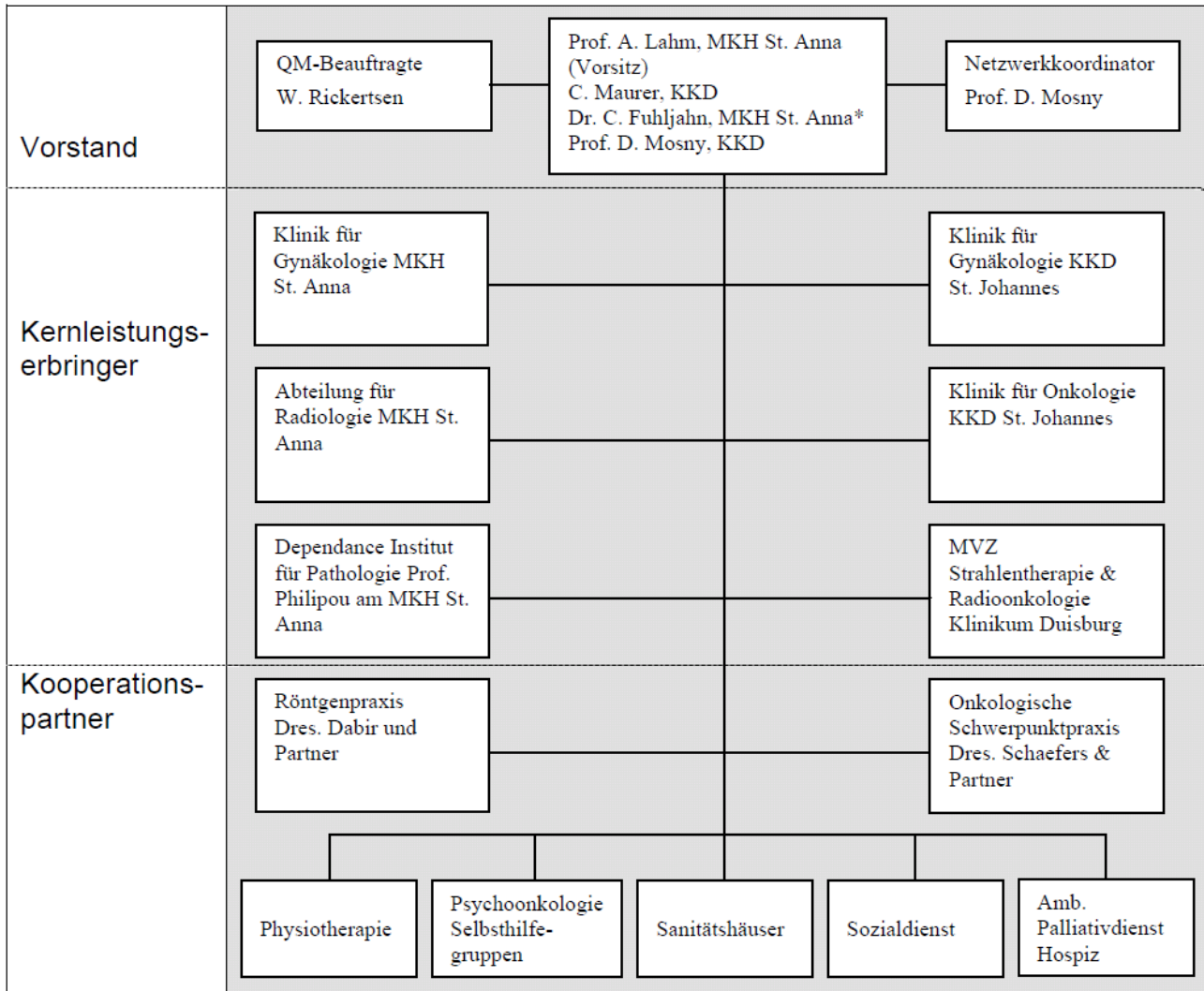
Um die Versorgung der betroffenen Patientinnen im Raum Duisburg zu verbessern haben sich die Frauenkliniken des Katholischen Klinikums Duisburg, St. Johannes-Hospital und des Malteser Krankenhauses St. Anna als ein kooperatives Brustzentrum zusammengeschlossen. Gemeinsam mit weiteren Kooperationspartnern und Netzwerkpartner wie Onkologen, Radiologen, Pathologen, Psychoonkologen, Selbsthilfegruppen, Sozialarbeitern und Sanitätshäusern soll für die Patientinnen eine optimale Versorgung und Betreuung angeboten und sichergestellt werden.

Dies geschieht unter Beachtung bestehender Leitlinien und neuer medizinischer Kenntnisse. Die Zusammenarbeit wird in einem Qualitätsmanagement geregelt.

Das Brustzentrum Duisburg ist seit Oktober 2008 zertifiziert, die Zertifizierung wurde im März 2010 durch die Rezertifizierung bestätigt. Die Zertifizierung erfolgte durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe.

1 Struktur

1.1 Organigramm Brustzentrum Duisburg



* Das Organigramm und die Strukturdaten entsprechen dem aktuellen Stand ab dem 01.07.2011.

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 5 von 17
--------------------------	---	--------------------	-------------------

1.2 Kooperationspartner (operative Standorte)

Malteser Krankenhaus St. Anna
Albertus-Magnusstr. 33
47259 Duisburg
Frauenklinik
ab 01.07.2011
Chefärztin: Dr. med. C. Fuhljahn
Telefon: 0203-755-1241
e-Mail: cordula.fuhljahn@malteser.org

Katholisches Klinikum Duisburg, St. Johannes-Hospital
An der Abtei 7 – 11
47116 Duisburg
Frauenklinik
Chefarzt: Prof. Dr. med. D. Mosny
Telefon: 0203 546-2610
e-Mail: d.mosny@kkd.de

1.3 Funktionsträger

Netzwerkkoordinator
Herr Prof. Dr. med. D. Mosny, Katholisches Klinikum Duisburg, St. Johannes-Hospital

Stellvertretende Netzwerkkoordinatorin
Frau Dr. med. M. Achnoula, Malteser Krankenhaus St. Anna

Ansprechpartner WBC-Benchmarking
Herr Prof. Dr. med. D. Mosny, Katholisches Klinikum Duisburg, St. Johannes-Hospital

Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)
Frau W. Rickertsen, Malteser Krankenhaus St. Anna
Stellvertretende QMB
Frau S. Esper, Katholisches Klinikum Duisburg

Psychoonkologische Betreuung
Frau Dr. med. M. Koenen, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychoonkologin,
Malteser Krankenhaus St. Anna
Frau A. Martin, Diplom-Psychologin, Malteser Krankenhaus St. Anna
Frau U. Grießl, Diplompädagogin, Psychoonkologin, Katholisches Klinikum Duisburg
Kooperation mit der Abteilung für Psychiatrie am Marienhospital Katholisches Klinikum Duisburg

1.4 Funktionsstandorte

Diagnostische Radiologie:
Abteilung für Radiologie/ Neuroradiologie am Malteser Krankenhaus St. Anna
Dr. A. Laali
Albertus Magnus Str. 33
47259 Duisburg

Pathologie:
Institut für Pathologie am Malteser Krankenhaus St. Anna
Prof. Dr. St. Philippou
Albertus Magnus Str. 33
47259 Duisburg

Stand: 16.05.11
Ersteller: Wiebke Rickertsen/ QMB Malteser St. Anna gGmbH

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 6 von 17
--------------------------	---	--------------------	-------------------

Onkologie:

Klinik für Onkologie und Hämatologie
Katholisches Klinikum Duisburg
Prof. Dr. C. Aul
An der Abtei 7-11
47166 Duisburg

Strahlentherapie:

MVZ für Strahlentherapie und Nuklearmedizin Klinikum Duisburg, Wedau Kliniken
Dr. F. Walter
Zu den Rehwiesen 9
47055 Duisburg

1.5 Externe Kooperationspartner

ambulante Onkologie

Schwerpunktpraxis für internistische Onkologie und Hämatologie
Dres. Schaefers, Quabeck, Lucas-Langenohl
Mercatorstr. 58
47051 Duisburg

Nuklearmedizin

Radiologische Gemeinschaftspraxis
Dres. Dabir, Hirning, PD Poll et al.
Beekstrasse 41-43; Kasinostrasse 17
47051 Duisburg

Selbsthilfegruppen

Frauenselbsthilfegruppe nach Krebs e.V.
Gruppe Duisburg
Frau S. Bühren
Mergelstr. 62
45478 Mülheim/ Ruhr

Frauenselbsthilfegruppe nach Krebs e.V.
Duisburg Stadtmitte
Wieberplatz 2
Frau Kalk

Gruppe Hamborn / Duisburg Nord
Frau L. Hable
Kaiser-Friedrich-Str. 33
47169 Duisburg
0203-403386

Frauenselbsthilfegruppe nach Krebs e.V.
Gruppe Duisburg-Süd
Frau E. Pütz
02861 601840
Edelgard.puetz@t-online.de
www.frauenselbsthilfe.de

Frauenselbsthilfegruppe nach Krebs e.V.
Gruppe Dinslaken
Frau A. Klees
Schwarze Heide 4
46596 Hünxe
02858 6816

Vita! Gemeinsam gegen Brustkrebs
Werthausen Str. 113
47226 Duisburg
Frau I. Gerigk
02065 5810

Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln
Fa. Götzen, Sanitätshaus, Duisburg
Fa. Knoche, Sanitätshaus, Duisburg

Stand: 16.05.11

Ersteller: Wiebke Rickertsen/ QMB Malteser St. Anna gGmbH

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 7 von 17
--------------------------	---	--------------------	-------------------

Fa. Sanitätshaus Münch & Hahn Orthopädietechnik, Duisburg

Haarersatz

Frisörsalon Hempel am Malteser Krankenhaus St. Anna, Albertus Magnus Str. 33, 47259 Duisburg

Frisörsalon Leonhardt. Jägerstr. 49, 47166 Duisburg

2 Qualitätsmanagement

2.1 Vorstand

Die Leitung des Brustzentrums wird durch einen Vorstand wahrgenommen. Mitglieder des Vorstandes sind die Klinikdirektoren der beiden Krankenhäuser und die Chefärzte der gynäkologischen Abteilungen der beiden kooperierenden Krankenhäuser. Die Funktion des Netzwerkkoordinators ist durch einen der Chefärzte besetzt und somit im Vorstand vertreten. Der Vorstand trägt die Gesamtverantwortung für die betriebswirtschaftliche Führung, das Management und das Qualitätsmanagement. Der Vorstand legt die Strategie und Ziele des Brustzentrums fest. Die Zielerreichung wird vierteljährlich geprüft. Jährlich führt der Vorstand ein Managementreview zur Bewertung des Qualitätsmanagements durch. Notwendige Maßnahmen werden durch den Vorstand geplant und initiiert. Unterstützt wird der Vorstand durch eine Qualitätsmanagementbeauftragte.

2.2 Lenkungsgruppe

Zur fachlichen Durchführung der Aufgaben des Brustzentrums wurde eine Lenkungsgruppe gebildet. Mitglieder der Lenkungsgruppe sind der Netzwerkkoordinator und seine Stellvertretung, jeweils ein Oberarzt der beiden gynäkologischen Kliniken und die QM-Beauftragten der beiden Krankenhäuser. Die Leitung der Lenkungsgruppe hat der Netzwerkkoordinator. Er fungiert als Schnittstelle zwischen Vorstand und Lenkungsgruppe.

Die Lenkungsgruppe sichtet und bewertet z. B. Ergebnisse der Patientenbefragung, Ergebnisse des WBC-Benchmarks und Ergebnisse des Auditberichtes und erarbeitet Maßnahmen als Vorschlag zur Entscheidungsfindung für den Vorstand vor. Ebenfalls werden in der Lenkungsgruppe Arbeitsthemen für die Qualitätszirkel festgelegt und durch den Netzwerkkoordinator, seine Stellvertretung und die QM-Beauftragte in die Qualitätszirkel eingebracht.

2.3 Qualitätszirkel

Im Brustzentrum Duisburg sind ein Qualitätszirkel Medizin und ein Qualitätszirkel Pflege etabliert. Schwerpunktthemen des Qualitätszirkels Pflege waren in 2010 die Erarbeitung eines für beide Standorte einheitlichen Standards zur Begleitung von Patientinnen durch die Breast Care Nurse, die Patienteninformation auf der Homepage des Brustzentrums zur Arbeit der Breast Care Nurse und eines Standards zur Mitarbeiterschulung durch die Breast Care Nurse.

Der Qualitätszirkel Medizin befasste sich mit den Ergebnissen aus den Auditberichten, dem WBC-Benchmark und der Patientinnenbefragung des Instituts für Versorgungsforschung an der Universität zu Köln.

2.4 Tumorkonferenz

Die Tumorkonferenz dient der Besprechung der Patienten und übergreifenden Behandlungsplanung. Sie setzt sich aus allen an der Therapie beteiligten Ärzten (Operateuren, Onkologen, Radiologen, Pathologen etc.) zusammen und findet wöchentlich statt.

Im Jahr 2010 fanden 52 Tumorkonferenzen statt. Insgesamt wurde der Behandlungsplan von 253 Patientinnen mit Erstdiagnose Mammakarzinom besprochen.

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 8 von 17
--------------------------	---	--------------------	-------------------

2.5 Organisationshandbuch

Alle Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozesse des Brustzentrums sind in einem Organisationshandbuch hinterlegt. Behandlungspfade, die den reibungslosen Ablauf des gesamten Behandlungsprozesses beschreiben, dienen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und leitlinienorientierten Versorgung der Patientinnen. Die Dokumente des Organisationshandbuches unterliegen festgelegten jährlichen Revisionsregeln.

2.6 Audits

Im internen Audit 2010 wurden wie bereits in den vergangenen Jahren die Prozesse auf ihre Umsetzung und Verbesserungspotentiale unter Berücksichtigung des Anforderungskataloges für Brustzentren geprüft. Der sich ergebende Handlungsbedarf wurde in den Gesamtmaßnahmenplan aufgenommen.

Aus dem im Januar 2010 durchgeführten internen Audit ergaben sich vierzehn positive Feststellungen, 26 Abweichungen und 45 Verbesserungspotentiale. Diese konnten bis Ende März bearbeitet werden, so dass das externe Audit auf drei Abweichungen und 25 Verbesserungspotentiale ergab.

Die Abweichungen betrafen die fehlende Mitarbeiterbefragung im KKD, der Hinweis auf das Recht der Patientinnen sich eine Zweitmeinung einholen zu können in den Informationsmaterialien und die Durchführung der Tumorkonferenz als Videokonferenz. Alle Abweichungen sind zum Zeitpunkt der Berichterstellung bearbeitet.

2.7 Qualitätsziele

Für 2010 wurden folgende Zielfelder in der BSC (Balanced Score Card) vereinbart:

Marktposition:

- Mehr Fälle als andere Zentren in Duisburg und Steigerung der Einweiseranzahl

Qualitätsstandards:

- Mindestens 70% der Patientinnen mit pT1-Tumoren werden brusterhaltend operiert.
- Etablierung eines Abfragesystems bei den Patientinnen und/oder zuweisenden Praxen zur Evaluierung der Langzeitergebnisse (Gesundheitszustand, Rezidive, Mortalität)
- Gute Prozessqualität: Zeitraum des Erstkontaktes bis zur Diagnosesicherung beträgt nicht mehr als 5 Werkzeuge, sofern nicht medizinische oder persönliche Gründe dagegen sprechen.
- Zugang für Patientinnen zu modernsten Behandlungsmethoden im Rahmen von wissenschaftlichen Studien
- Gute Strukturqualität: Alle in der Mammadiagnostik-/ therapie notwendigen technischen Ausstattungen stehen zur Verfügung
- Aufbau einer gemeinsamen Datenbank für alle Mamma-Karzinom-Patientinnen des Brustzentrums Duisburg mit Auswertungsmöglichkeiten für das Zentrum und getrennt für die jeweiligen Kliniken

Patientenzufriedenheit:

- Wir haben zufriedene Patienten
- Wir bieten eine individuelle und persönliche Betreuung der Patientinnen
- Selbsthilfegruppen sind am Brustzentrum etabliert
- Weiterentwicklung des psychoonkologischen Dienstes, allen Patientinnen wird ein Angebot unterbreitet
- Weiterführende Ausbildung zur onkologischen Fachschwester

Einweiserzufriedenheit:

- Am Tag nach der Tumorkonferenz wird der einweisende Facharzt über das Ergebnis telefonisch informiert
- Jede Patientin erhält einen Ansprechpartner auf dem Arztbrief genannt

Mitarbeiter-Qualifikation und Zufriedenheit:

Wir haben qualifizierte Mitarbeiter

Ethik:

Stand: 16.05.11

Ersteller: Wiebke Rickertsen/ QMB Malteser St. Anna gGmbH

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 9 von 17
--------------------------	---	--------------------	-------------------

- An beiden operativen Standorten ist ein Ethik-Komitee etabliert. Das Instrument der Ethischen Fallbesprechung steht nach Indikationsstellung jeder Patientin zu Verfügung.

Finanzen:

- Wir realisieren den finanziellen Aufwand der Zertifizierung
- Die Mehrleistungen des Brustzentrums werden im Budget berücksichtigt

Interne Prozesse Managementsystem:

- Wir führen jährlich interne Audits in allen Kernleistungsbereichen durch
- Wir bieten den Patientinnen einen koordinierten Ablauf mit kurzen Wartezeiten in der Primärdiagnostik

Die Bewertung der Zielerreichung erfolgt mittels der Balance Score Card im jährlichen Managementreview.

2.8 Managementreview

Der Vorstand führt jährlich eine Bewertung des Managementsystems durch. Bewertet werden das Leitbild, die Strategie, die Zielsetzung, die Ergebnisse der Patientenbefragung, die Ergebnisse der WBC-Qualitätsindikatoren und die Umsetzung der aus dem internen Audit abgeleiteten Maßnahmen. Die Bewertungen und die daraus resultierenden Maßnahmen fließen in den Gesamtmaßnahmenplan ein. Abgeleitete Maßnahmen waren u. a.:

- Überarbeitung der Ziele bzw. Zielformulierungen
- Bildung AG Studien zur Sicherstellung der Durchführung von Studien
- Zeitnahe Information an die Einweiser zu Ergebnissen aus der TU-Konferenz per Fax
- Vernetzung der Datenbanken
- Veranlassung von KVP-Analysen in beiden Einrichtungen zur Identifizierung des Verbesserungspotentiales bzgl. der Verbesserung der Ergebnisse der Patientenbefragung.

2.9 Interner Qualitätsbericht

Seit Anerkennung des Brustzentrums wird jährlich ein Qualitätsbericht erstellt. Inhalte des Berichtes sind:

- Strukturdaten des Brustzentrums
- Übersicht zur Struktur und Aussagen zu Instrumenten des Qualitätsmanagements
- Aussagen zu den Qualitätsindikatoren des WBC-Benchmarks
- Leistungsdaten aller Kernbereiche
- Angaben zu Befragungen

3 Qualitätsindikatoren

s. Anlage

4 Leistungsdaten

Leistungsdaten Gynäkologie

Als Primäreingriffe wurden im kooperativen Brustzentrum Duisburg im Jahr 2010 insgesamt 273 primäre Mammakarzinome operiert.

Katholisches Klinikum Duisburg: Operationen bei Primärfällen			
	Operateur	Lehr-Assistenzen	Summe
Prof. D. Mosny	26	26	52
Frau F. Tatlitürk (keine weiteren Operationen wegen Schwangerschaft)	8	3	11
Frau A. Bayrak	34	11	45
Summe	68	40	108

MKH St. Anna: Operationen bei Primärfällen	

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 10 von 17
--------------------------	---	--------------------	--------------------

Arzt	Operateur	Lehr-Assistenzen	Summe
Dr. K. Kucharski	35	25	60
Dr. K. Hermann	61	24	85
Summe	96	49	145

Bei den operativen Leistungen der Gynäkologie des Brustzentrums stehen vor allem folgende OPS im Vordergrund, die personenbezogen zu erfassen sind:

Die Aufteilung der Eingriffe gemäß OPS-301 war für das Jahr 2010 wie folgt:

OPS	Prozedur	MKH St. Anna	Katholisches Klinikum DU
1-493.3	Perkutane (Nadel-)Biopsie an der Mamma		16
1-494.31	Sonographie-gesteuerte Mamma-Stanze ohne Clip-Markierung der Biopsieregion	133	170
5-870.-	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie	143	57
5-871.-	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie	16	26
5-872.-	Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie	35	17
5-873.-	Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie	33	8
5-874.-	Erweiterte Mastektomie (mit Resektion an den Mm. Pectorales major et minor)	0	0
5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße axillär, mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	122	75

Die Aufteilung der primär operativen Eingriffe bei Mammakarzinom war im Jahr 2010 wie folgt:

OPS	MKH St. Anna			Katholisches Klinikum Duisburg			
	CA Dr. med. Kucharski	OA Dr. med. Hermann	andere Operateure * Lehrassistenzen	CA Prof. Mosny	OÄ F. Tatlitürk	FOÄ Bayrak	andere Operateure
5-870.-	33	46	64	8	3	23	23
5-871.-	5	3	8	10	4	8	4
5-872.-	13	9	13	6	1	3	7
5-873.-	9	11	13	2	0	0	6
5-874.-				0	0	0	0
Gesamt	60	69	98	26	8	34	40
5-401.11	27	43	52	14	7	27	27

Leistungsdaten Radiologie

Für den kernleistungserbringenden Bereich Radiologie des MKH St. Anna ergaben sich für 2010 folgende Zahlen pro Prozedur stationär durchgeführter Untersuchungen:

OPS	MKH St. Anna	
3-100.0	Mammographie	165
3-100.1	Mammographie - Präparatradiographie	47
3-807	Magnetresonanztomographie der Mamma	67
	Markierung und Präparateradiographie	10 KKD

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 11 von 17
--------------------------	---	--------------------	--------------------

1-493.3	Ambulante Stereotaktische Gewebsentnahmen (Digitale Stereotaxie)	22 KKD
	Präoperative radiologische Markierung eines Herdbefundes (Digitale Stereotaxie)	

Leistungsdaten Pathologie

Für den kernleistungserbringenden Bereich Pathologie ergaben sich für 2010 folgende Zahlen pro Prozedur (Institut für Pathologie Prof. Dr. S. Philippou):

Leistung	Anzahl
Gesamtuntersuchungen	3473
Mamma Ca	701
Schnellschnitte Mamma CA	591
Zytologie Mamma	40

Leistungsdaten Strahlentherapie

Für den kernleistungserbringenden Bereich Strahlentherapie wurden 2010 im Institut für Nuklearmedizin und Strahlentherapie an den Wedau Kliniken 111 Patientinnen (Primärfälle) des Brustzentrums strahlentherapeutisch behandelt.

OPS		MKH St. Anna
8528.5	Bestrahlung nur Mamma	58
	Bestrahlung Mamma + Axilla + Supra	20
	Bestrahlung nur Thoraxwand	3
	Bestrahlung Thoraxwand + Axilla + Supra	13
	Bestrahlung ausschließlich Axilla und Supragrube	1
	Bestrahlung von Fernmetastasen	9

Leistungsdaten Onkologie

Für den Kernleistungsbereich der internistischen Onkologie des KKD ergaben sich für 2010 86 Zyklen Chemotherapie bei Mamma-Karzinom (adjuvant und palliativ). Für alle Tumorentitäten wurden in der Onkologie insgesamt über 20 000 Zyklen Chemotherapien durchgeführt.

5 Befragungen

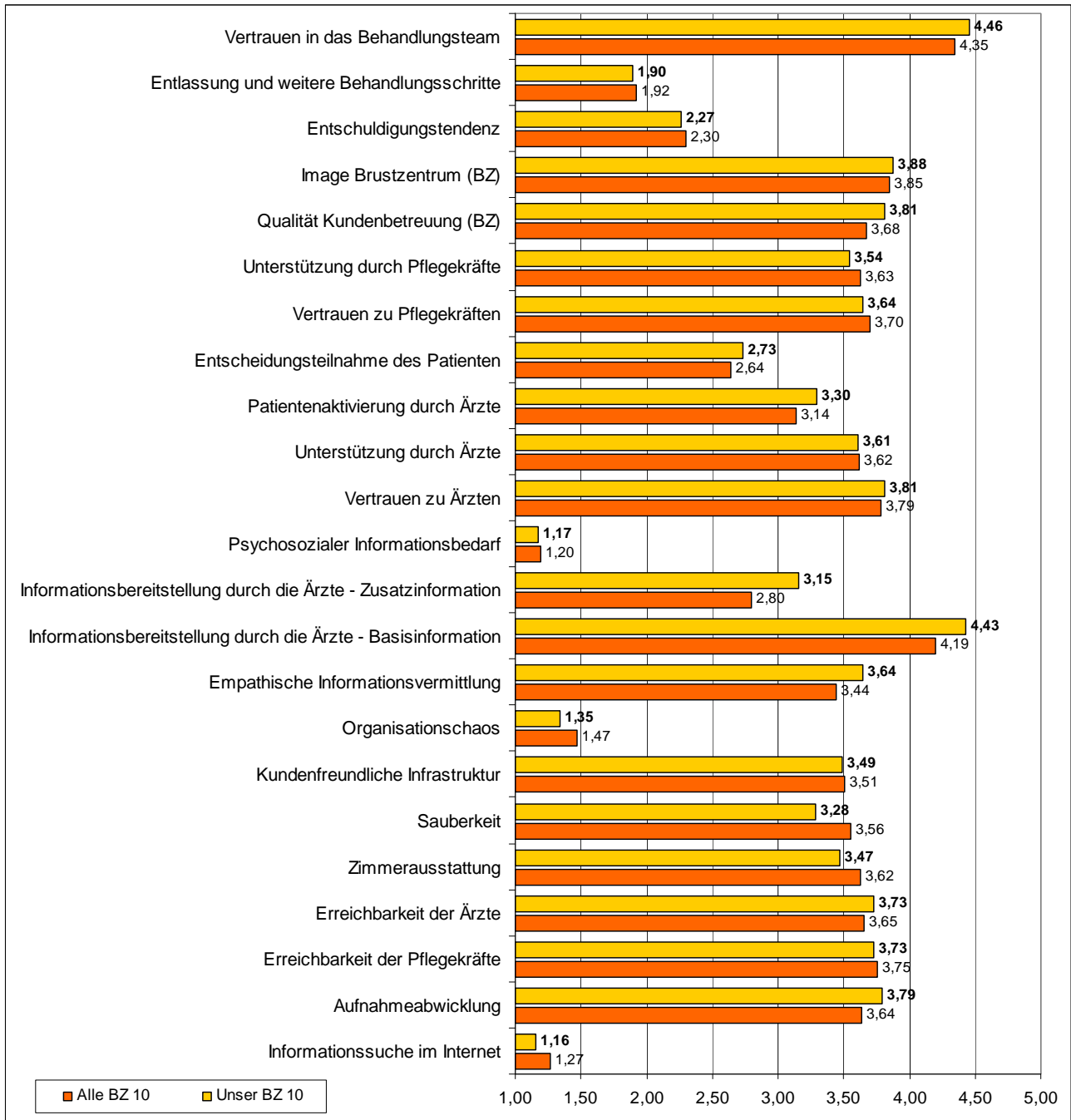
5.1 Patientenbefragung

Das Brustzentrum Duisburg beteiligt sich an der Patientenbefragung des Institutes für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universitätsklinik Köln.

Zeitraum der Befragung: 2010

Zielgruppe: Patientinnen, die an einem primären Mammakarzinom operiert worden sind.

Abbildung: Mittelwert des Brustzentrums im Vergleich zum Mittelwert aller Brustzentren



Verbessert werden konnten nach Bewertung unserer Patientinnen im Vergleich zum Vorjahr folgende Punkte:

- Aufnahmeabwicklung
- Geringes Organisationschaos
- Empathische Informationsvermittlung
- Bereitstellung von Basisinformationen und Zusatzinformationen
- Qualität der Kundenbetreuung
- Vertrauen in das Behandlungsteam
- Vertrauen und Unterstützung durch die Ärzte

Handlungsbedarf besteht bei der Zimmerausstattung, welcher in der derzeitigen umfangreichen Bauzielplanung in beiden Krankenhäusern berücksichtigt ist.

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 13 von 17
--------------------------	---	--------------------	--------------------

Die Optimierung der Entlassungsplanung und der weiteren Behandlungsschritte wird im Rahmen des KVP (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess) in beiden Einrichtungen angestrebt.

5.2 Mitarbeiterbefragung

Eine Mitarbeiterbefragung wurde in der Malteser St. Anna gGmbH im Sommer 2009 durchgeführt. 62% der Mitarbeiter haben sich an der Befragung beteiligt. Zielsetzungen der Befragung waren:

Führung verbessern

- Motivation und Veränderungsbereitschaft bestärken
- Ziele setzen
- Ziele konkret umsetzen

Kommunikation verbessern

- Dialog zwischen Mitarbeiter und Führungskraft fördern
- Transparenz von Managemententscheidungen erhöhen
- Fundament für offenen und vertrauensvolle Kommunikationskultur schaffen

Wertekultur erfassen

- Wichtige Werte identifizieren
- Gelebte Wertekultur entwickeln

Aus den Ergebnissen der Befragung wurden diverse Maßnahmen abgeleitet. Auszüge aus der Maßnahmenplanung:

- Aufnahme der Informationen aus der GL-Runde als festen Punkt in die TO aller Gremien und Abteilungsbesprechungen
- Festlegen und Einführen einer verpflichtenden Protokollierung der Gremien- und Abteilungssitzungen einschließlich der Festlegung des Verteilers
- Erarbeitung eines Qualifizierungsprogrammes für Mitarbeiter der mittleren Führungsebene
- Prüfung und Überarbeitung vorhandener Aufgabenprofile und Erarbeitung fehlender Aufgabenprofile für die obere und mittlere Führungsebene
- Überarbeitung und Kommunikation der Führungsgrundsätze
- In Mitarbeitergesprächen wird das Interesse und die Ziele des Mitarbeiters erfragt, gesammelt und an die AI und PDL weitergeleitet.
- In Mitarbeitergesprächen Erwartungen abklären u. evt. Maßnahmen einleiten, bis Ende September jeden Jahres Fortbildungswünsche bündeln und an PDL weiterleiten
- Alle relevante Protokolle werden ausgedruckt und auf den Stationen ausgehängen so dass jeder M.A Zugang zur Informationen hat.
- Strukturierte Weitergabe von Informationen aus CA Konferenzen, Regelkommunikationen etc. in Abteilungsbesprechungen durch die OÄ
- Verbesserung des Ideen- und Beschwerdemanagements für Patienten (Feedback) und Mitarbeiter (Risikomanagement)

Um die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen zeitnah überprüfen zu können, wurde November 2010 eine jährliche Stichprobenbefragung der Mitarbeiter online durchgeführt. Die Rücklaufquote für das Malteser Krankenhaus St. Anna betrug 72%. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung liegen die Ergebnisse der Befragung noch nicht vor.

Im KKD wurde eine Mitarbeiterbefragung vom 02.11. 2011 bis Januar 2011 durch das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität Köln durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung liegen die Ergebnisse der Befragung noch nicht vor.

Duisburg, den 16.05.2011

W. Rickertsen
QM-Beauftragte für die Autorenschaft

Prof. Mosny
Netzwerkkoordinator Brustzentrum
Duisburg

Prof. A. Lahm
Vorsitzender Brustzentrum Duisburg

Nr.	Ziel	Beschreibung	Referenzbereich	MKH	KKD
1	Wartezeiten in der Brustsprechstunde	Anteil Pat. mit Wartezeit < 60 min an allen Pat. in Sprechstunde (4 Wochen auswerten)	nicht definiert	Februar: < 30 Min. = 63 Pat., > 30 Min < 60 Min. = 20 Pat., > 60 Min. < 120Min. = 5 Pat.	n=37 <10': 18 11-20': 5 21-30': 7 31-60': 5 > 60': 2 Mittelwert: 17' Median: 12'
2	Wartezeit auf Termin Sprechstunde	(4 Wochen auswerten)	nicht definiert	2,1 Kalendertage, 1,6 Werktage	n=39 Mittelwert: 4,3 Tage Median: 3,0 Tage
3	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	siehe QIDB AQUA / BQS	>7% < 21%	8,00%	median 13 Tage (Erg BQS 2009)
4	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung 1	siehe QIDB AQUA / BQS	nicht definiert	68,20%	94,70%
	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung 1a	siehe QIDB AQUA / BQS	> 70%	94,10%	
	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung 1b	siehe QIDB AQUA / BQS	nicht definiert	28,60%	
5	Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien	siehe QIDB AQUA / BQS	nicht definiert	7	4/108 3,7%
6	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 1	siehe QIDB AQUA / BQS	>78,1%	86,00%	89,80%

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 2 von 17
--------------------------	---	--------------------	-------------------

	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 2	siehe QIDB AQUA / BQS	>78,1%	93,30%	
	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 3	siehe QIDB AQUA / BQS	>78,1%	80,00%	
	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 4	siehe QIDB AQUA / BQS	>78,1%	0%	
7	Intraoperatives Präparatröntgen / Präparatesonografie	siehe QIDB AQUA / BQS / Ergänzung Sonografie ist möglich.	>=95%	95,30%	11/11 100%
8	Indikation zur brusterhaltenden Therapie (pT1) 1	siehe QIDB AQUA / BQS. Referenzbereich einseitig festgelegt.	> 70%	79,50%	55/58 94,8%
	Indikation zur brusterhaltenden Therapie (pT1) 1a	siehe QIDB AQUA / BQS. Referenzbereich einseitig festgelegt.	> 70%	83,30%	
9	Axilladissektion bei DCIS	siehe QIDB AQUA / BQS	<=5%	6,70%	0/10 0 %
10	Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom	siehe QIDB AQUA / BQS	>=95%	80%	90/98 91,8 % 5xAlter, 2xM1
11	Anzahl Lymphknoten 1 >10LK	siehe QIDB AQUA / BQS	nicht definiert	90%	1x9 LK von 34 Axillae 2,9%
	Anzahl Lymphknoten 2 >10LK	siehe QIDB AQUA / BQS	nicht definiert	89,50%	
	Anzahl Lymphknoten 2a >10LK	siehe QIDB AQUA / BQS	nicht definiert	71,40%	
	Anzahl Lymphknoten 2b >10LK	siehe QIDB AQUA / BQS	>=95%	100%	

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 3 von 17
--------------------------	---	--------------------	-------------------

12	Vollständige Tumorresektion	R0-Resektionen bei nicht fortgeschrittenem Mamma-Ca	>=95%	s.u.	100%
	BET	siehe QIDB AQUA / BQS	>=95%	98,50%	
	Mastektomie	siehe QIDB AQUA / BQS	>=95%	100,00%	
13	Selten Revisions-Operationen	Quotient aus Fällen mit Revisionseingriff wegen operationsbedingter Komplikationen und allen Eingriffen in der eigenen Abteilung	< 5%	2,80%	3/108 2,8%
14	Selten postoperative Wundinfekte	Selten postoperative Wundinfekte nach Eingriff in der eigenen Abteilung	< 5%	0,90%	2/108 1,9%
15	Immer Hormonrezeptoranalyse	siehe QIDB AQUA / BQS	>=95%	98,90%	100%
16	Immer HER-2/neu-Analyse	siehe QIDB AQUA / BQS	>=95%	98,90%	100%
17	Angabe Sicherheitsabstand bei brusterhaltender Th.	siehe QIDB AQUA / BQS. Abweichend von der LL wird kein Mindestabstand gefordert.	>=95%	98,50%	100%
18	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie vorhanden	siehe QIDB AQUA / BQS. Abweichend von der LL wird kein Mindestabstand gefordert.	>=95%	100%	100%
19	Immer Meldung des BZ an das Epidemiologische Krebsregister NRW (EKR)	Es ist der Nachweis einer Meldung ans EKR zu führen	100%	100%	
20	Adäquate Bestrahlung der Brust bei brusterhaltender Therapie bei DCIS	Anteil Pat. mit Nachbestrahlung der Brust an allen Pat. mit brusterhaltender Therapie bei DCIS	>=70%	81,80%	7/7 100 % + 3 x Ablatio
21	Adäquate Bestrahlung bei brusterhaltender Therapie bei invasivem Karzinom	Anteil Pat. mit Nachbestrahlung der Brust / Brustwand an allen Pat. mit brusterhaltender Therapie bei invasivem Karzinom	>=95%	89,10%	100%

Berichtszeitraum 2010	Qualitätsbericht Brustzentrum Duisburg	Datum: 16.05.11	Seite 4 von 17
--------------------------	---	--------------------	-------------------

22	Adäquate Chemotherapie bei rezeptornegativem Befund	Anteil Primärpatientinnen bis 70 Jahre mit Chemotherapie bei rezeptornegativem Befund	>= 80%	77%	87,50%	
23	Adäquate endokrine Therapie bei rezeptorpositivem Befund	Anteil Primärpatientinnen mit endokriner Therapie bei rezeptorpositivem Befund	>= 95%	97,10%	100%	
24	Adäquate Chemotherapie bei nodalpositivem und rezeptorpositivem Befund	Anteil nodalpositiver u. rezeptorpositiver Primärpatientinnen mit Chemotherapie an allen nodalpositiven u. rezeptorpositiven Primärpatientinnen	>=60%	69%	91,30%	
25	Evaluation der Patientinnenzufriedenheit (ZVFK, Köln)	Anteil Patientinnen im Messzeitraum, von denen eine Einverständniserklärung (Zustimmung oder Ablehnung) vorliegt.	>=95%	83,30%		
26	Hohe Patientinnenzufriedenheit	Skalen Image, Patientenaktivierung, empathische Informationsvermittlung, Unterstützung durch Pflegekräfte	nicht definiert			
26a		Image	max 4	3,92	3,84	gesamt 3,88
26b		Patientenaktivierung	max 4	3,24	3,34	gesamt 3,30
26c		empathische Informationsvermittlung	max 4	3,55	3,75	gesamt 3,64
26d		Unterstützung durch die Pflegekräfte	max 4	3,63	3,47	gesamt 3,54