

Externe vergleichende Qualitätssicherung

Modul 18/1 Mammachirurgie

Verfahrensjahr 2012

Ergebnisanalyse und -aufbereitung

Version 1.0

durchgeführt durch
Dr. F.-Michael Niemann

Stand: 16.09.2013

1 Vorbemerkung

Seit dem Jahr 2007 erfolgt im Brustzentrum Herzogtum Lauenburg (**BzHzgtL**) eine systematische Ergebnisanalyse und -aufbereitung der von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (ProQS) bei der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH) aufbereiteten Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung zum Modul 18/1 Mammachirurgie – erstmals also für das Verfahrensjahr 2006.

Im Folgenden wird die Ergebnisanalyse und -aufbereitung für das Jahr **2012** vorgelegt. Die Ergebnisaufbereitung enthält dabei erstmals auch Daten des Bethesda Krankenhauses Bergedorf, das zum 01.01.2012 dem **Bz^{HzgtL}/öHH** beigetreten ist, und für HH insgesamt.

Entgegen der Aufbereitung für die Verfahrensjahre 2006 bis 2010, bei der auch jeweils die Vorjahresergebnisse mit dargestellt worden sind, erfolgt seit dem Verfahrensjahr 2011 lediglich die Darstellung des **aktuellen** Verfahrensjahres.

Aktuell stehen folgende Ergebnisanalysen und -aufbereitungen der externen vergleichenden Qualitätssicherung als Download zur Verfügung:

- Ergebnisanalyse 2013: Verfahrensjahr 2012
- Ergebnisanalyse 2012: Verfahrensjahr 2011
- Ergebnisanalyse 2011: Verfahrensjahr 2010
- Ergebnisanalyse 2010: Verfahrensjahr 2009
- Ergebnisanalyse 2009: Verfahrensjahr 2008
- Ergebnisanalyse 2008: Verfahrensjahr 2007
- Ergebnisanalyse 2007: Verfahrensjahr 2006

Darüber sind folgende Hintergrund-Informationen abrufbar:

- Zielsetzung der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- Exkurs zur externen vergleichenden Qualitätssicherung

2 Umfang

Die nachfolgende Ergebnisanalyse und –aufbereitung enthält:

A Standortspezifische Ergebnisübersicht

Für das Verfahrensjahr 2012 sind dabei insgesamt 15 Qualitätsindikatoren betrachtet worden. Die Übersicht enthält die Ergebnisse des Johanniter Krankenhauses Geesthacht, des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg, des Krankenhauses Reinbek St. Adolf Stift und des Bethesda Krankenhauses Bergedorf sowie die Gesamtergebnisse für das Brustzentrums Herzogtum Lauenburg bzw. das Brustzentrums Herzogtum Lauenburg / östliches Hamburg als auch für Schleswig-Holstein, Hamburg und Deutschland.

Die Gesamtzahl an Auffälligkeiten an den drei bisherigen Standorten des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg hat auch im Verfahrensjahr 2012 - insgesamt - weiter abgenommen. Aktuell ist für 3 „auffällige“ Qualitätsmerkmale zu überprüfen, ob es sich echte Auffälligkeiten handelt, denen mit qualitätsverbessernden Maßnahmen begegnet werden muss, oder ob es v.a. Erklärungsgründe in der Dokumentation gibt. Dies erfolgt im Rahmen des sogenannten Strukturierten Dialoges.¹

B Graphische Aufbereitung der Ergebnisse

Alle Qualitätsmerkmale des Verfahrensjahres 2010 wie folgt graphisch aufbereitet:

1. Zu allen als Raten dargestellten Qualitätsindikatoren die zugehörigen Konfidenzintervalle angegeben worden sind:
Die Raten sind als Balken dargestellt. Konfidenzintervalle sind durch die obere Vertrauensgrenze (OVG) und untere Vertrauensgrenze (UVG) sowie die zugehörige Spannweitenlinie gekennzeichnet.
2. Die Krankenhausergebnisse sind benchmarkmäßig sortiert dargestellt:
Das „beste“ Ergebnis ist links und das schlechteste Ergebnis ist „rechts“.
3. Die Ergebnisse des Johanniter Krankenhauses Geestacht, des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg, des Krankenhauses Reinbek St. Adolf Stift und des Bethesda Krankenhauses Bergedorf sowie das Gesamtergebnis des **BzHzglL** bzw. **Bz^{HzglL}/öHH** sind durch grüne Balken farblich gekennzeichnet.
4. Zusätzlich sind die Durchschnittswerte für Schleswig-Holstein (dunkelblauer Balken) und Hamburg (roter Balken) sowie der Bundesdurchschnittswert (schwarzer Balken) angegeben.
5. Die jeweiligen Referenzbereiche (= Unauffälligkeitsbereiche) sind grün schraffiert dargestellt.

Eine gesamthafte - insbesondere vergleichende - Beurteilung der Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung ist letztlich aber nur unter Berücksichtigung des Ergebnisses des strukturierten Dialoges sinnvoll.

¹ Der Strukturierte Dialog gilt als „Herzstück“ des Verfahrens der externen vergleichenden Qualitätssicherung. Qualitätsindikatoren geben zwar v.a. im Abgleich mit den zugehörigen Referenzbereichen Hinweise darauf, ob gute Qualität erreicht wurde. Aus dem Ergebnis einer einzigen Zahl kann aber kein „gerichtsfestes Urteil“ zur Qualität eines Krankenhauses abgeleitet werden. Daher ist es wichtig, dass insbesondere auffällige Ergebnisse - also solche, die den Referenzbereich nicht erreichen oder die deutlich unter dem Durchschnitt liegen - genauer untersucht werden. Diese Untersuchung erfolgt durch neutrale Fachexperten in einem Verfahren, das „Strukturierter Dialog“ genannt wird.

In diesem Verfahren wird geklärt, ob die auffälligen Ergebnisse dadurch zustande gekommen sind, dass Qualitätsanforderungen nicht eingehalten worden sind, oder ob andere Gründe vorlagen. Solche Gründe können sein, dass das Krankenhaus die Behandlungen zwar korrekt durchgeführt hat, aber die Daten der Qualitätssicherung falsch eingegeben hat. Auch kann die Untersuchung im Strukturierten Dialog zeigen, dass in einem Jahr zwar eine auffällig hohe Zahl von Komplikationen aufgetreten ist, die sich aber in bei genauer Analyse als unvermeidbar erwiesen haben. Es ist wichtig zu wissen, dass Komplikationsstatistiken keine „Pannenstatistiken“ sind, da nicht jede Komplikation vermeidbar ist.

Wenn im Strukturierten Dialog festgestellt wird, dass die Qualität der Behandlung verbessert werden kann, wird dies als „qualitative Auffälligkeit“ bezeichnet und mit dem Krankenhaus werden Zielvereinbarungen getroffen, was zukünftig verändert werden muss.

3 Ergebnisse





Ergebnisübersicht

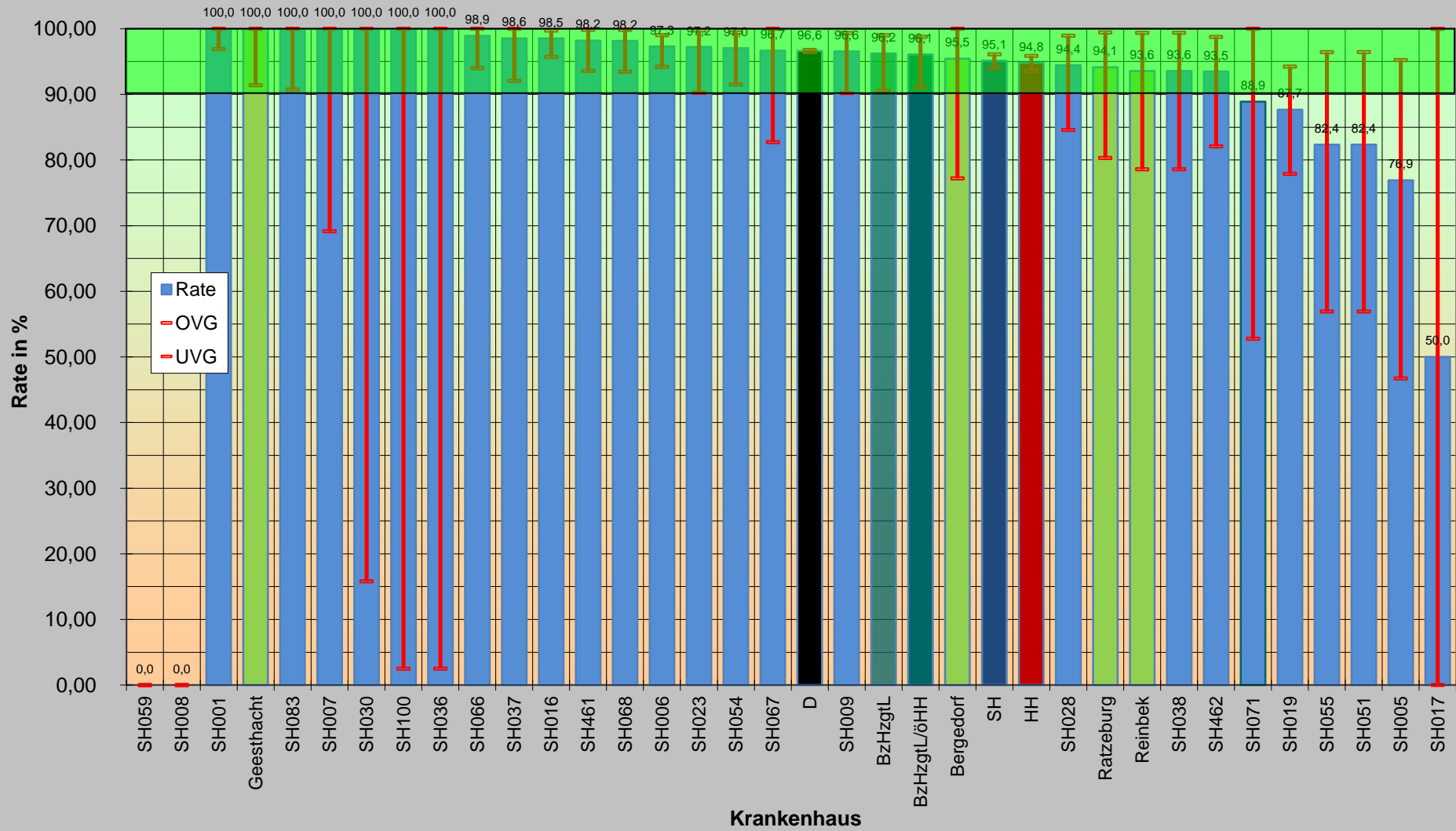
| Qualitätsindikator | | Referenzbereich | Ergebnisse | | | | | | | | |
|--------------------|---|---------------------|------------|-------|-------|-------------|---------|------------|-----------|---------|-----------|
| | | | S-H | HH | D | BzHzgtL/öHH | BzHzgtL | Geesthacht | Ratzeburg | Reinbek | Bergedorf |
| QM1a | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung - tastbare Tumore | >= 90% | 95,1% | 94,8% | 96,6% | 96,1% | 96,2% | 100,0% | 94,1% | 93,5% | 95,5% |
| QM1b | Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung - nicht tastbare Tumore | >= 70 % | 95,6% | 89,4% | 94,1% | 95,5% | 94,6% | 91,7% | 100,0% | 88,2% | 100,0% |
| QM2 | Intraoperatives Präparatröntgen | >= 95% | 92,6% | 97,5% | 97,1% | 90,0% | 84,4% | 81,8% | 87,5% | 100,0% | 100,0% |
| QM2a | Intraoperatives Präparatsonographie | nicht definiert | 80,3% | 77,2% | 63,5% | 17,7% | 16,9% | 19,4% | 3,8% | 50,0% | 100,0% |
| QM7a | Angabe Sicherheitsabstand bei BET | >= 95% | 97,7% | 99,3% | 98,2% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| QM7b | Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie | >= 95% | 95,5% | 98,3% | 96,9% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| QM8 | Axilladisektion bei DCIS | nicht definiert | 2,4% | 0,4% | 1,7% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| QM9 | Lymphknotenentnahme bei DCIS und BET | <= 38,4% | 25,1% | 9,0% | 20,2% | 31,6% | 31,3% | 42,9% | 20,0% | 25,0% | 33,3% |
| QM10 | Anzahl Lymphknoten | nicht definiert | 86,8% | 79,2% | 85,9% | 84,2% | 79,3% | 60,0% | 80,0% | 88,9% | 100,0% |
| QM22 | Indikation zur SNLB | nicht definiert | 89,0% | 94,3% | 90,9% | 81,4% | 82,4% | 84,2% | 81,0% | 81,8% | 75,0% |
| QM11 | Indikation zur BET | >= 71,3% / <= 95,3% | 81,8% | 84,9% | 83,7% | 77,2% | 75,3% | 75,0% | 76,7% | 74,1% | 90,9% |
| QM21 | Zeitlicher Abstand zw. Diagnose und Operationsdatum < 7 Tage | <= 46,4% | 14,4% | 13,2% | 12,3% | 14,6% | 8,5% | 2,2% | 5,6% | 18,6% | 41,4% |
| QM21a | Zeitlicher Abstand zw. Diagnose und Operationsdatum > 21 Tage | <= 49,1% | 22,2% | 17,5% | 23,8% | 25,2% | 28,2% | 37,8% | 33,3% | 11,6% | 10,3% |
| QM(1D) | Diskrepanz zwischen prätherap. Histolog. Diagnose / postop. Histologie | <= 4 Fälle | (33) | (13) | - | (3) | (2) | 2 | 0 | 0 | 1 |
| QM(2D) | Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie | <= 29,3% | 18,4% | 9,9% | - | 11,6% | 11,5% | 20,8% | 0,0% | 14,6% | 12,5% |

Auffälligkeiten*
Unauffälligkeiten

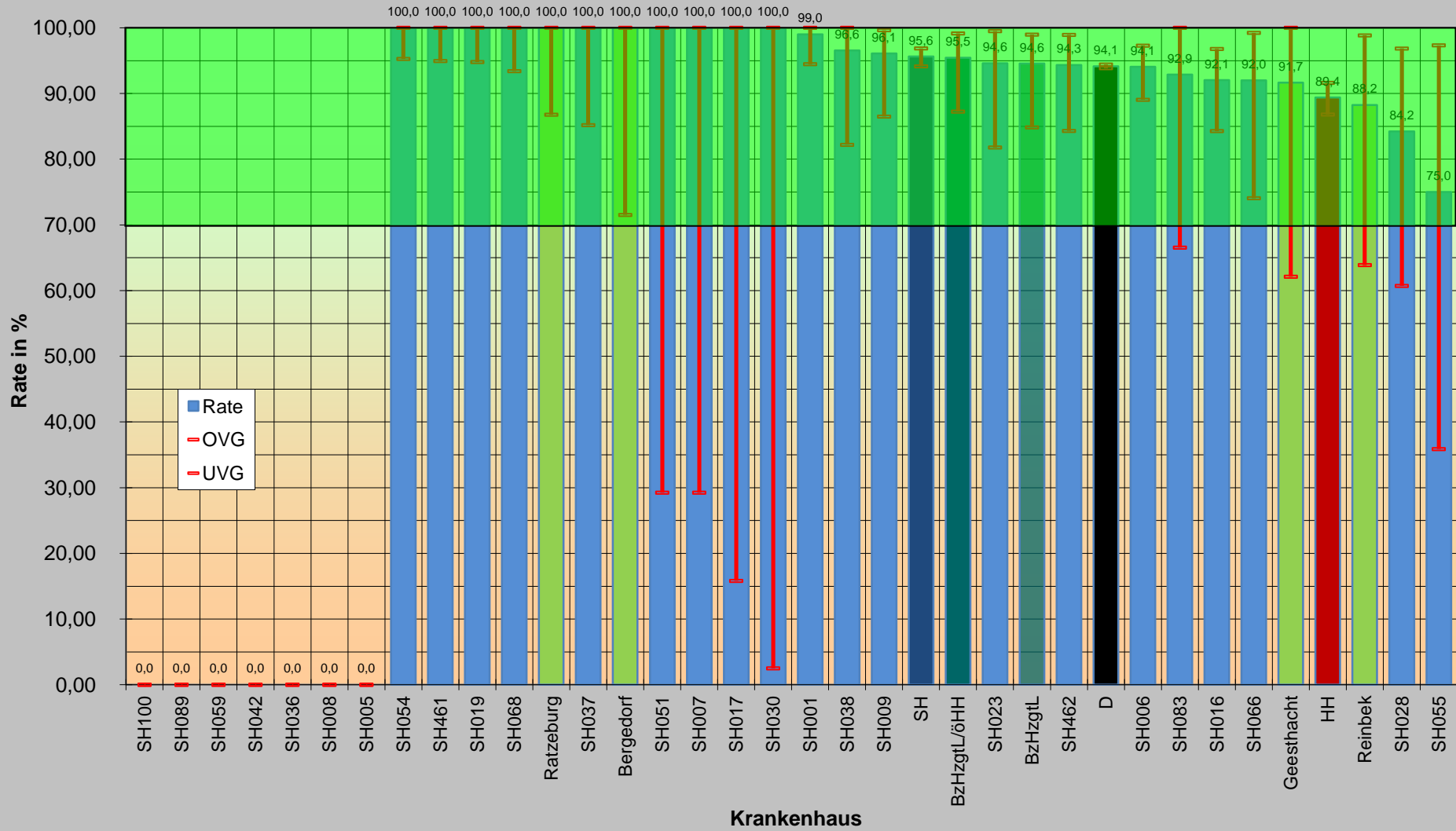
| | | | | | |
|-------|-------|---|----|----|----|
| 1 (3) | 1 (3) | 2 | 1 | 0 | 0 |
| 10 | 10 | 9 | 10 | 11 | 11 |

* in Klammern die Summe bezogene auf standortbezogene Auffälligkeiten

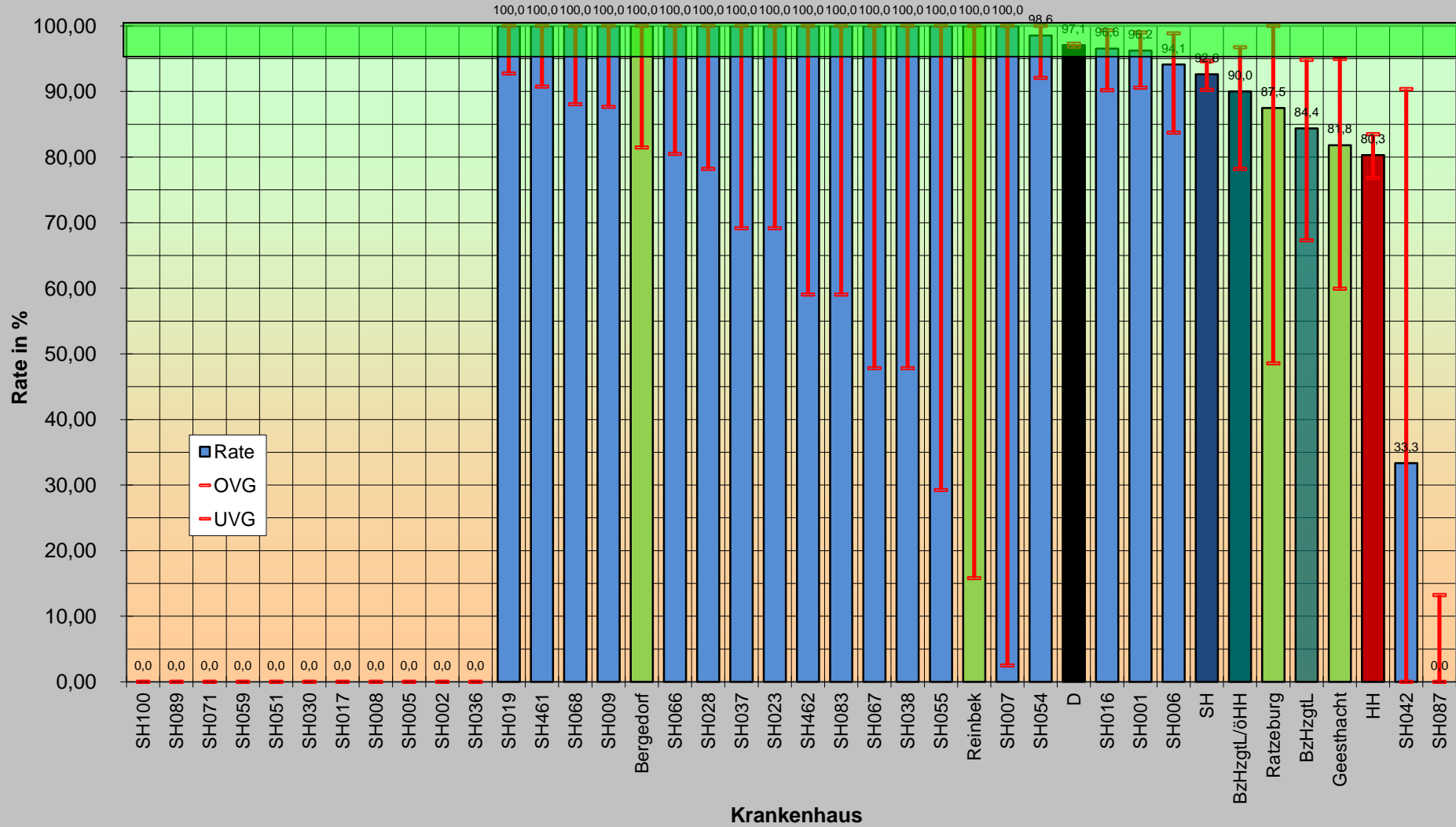
QualitätsMerkmal 1a: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung - tastbare Tumore



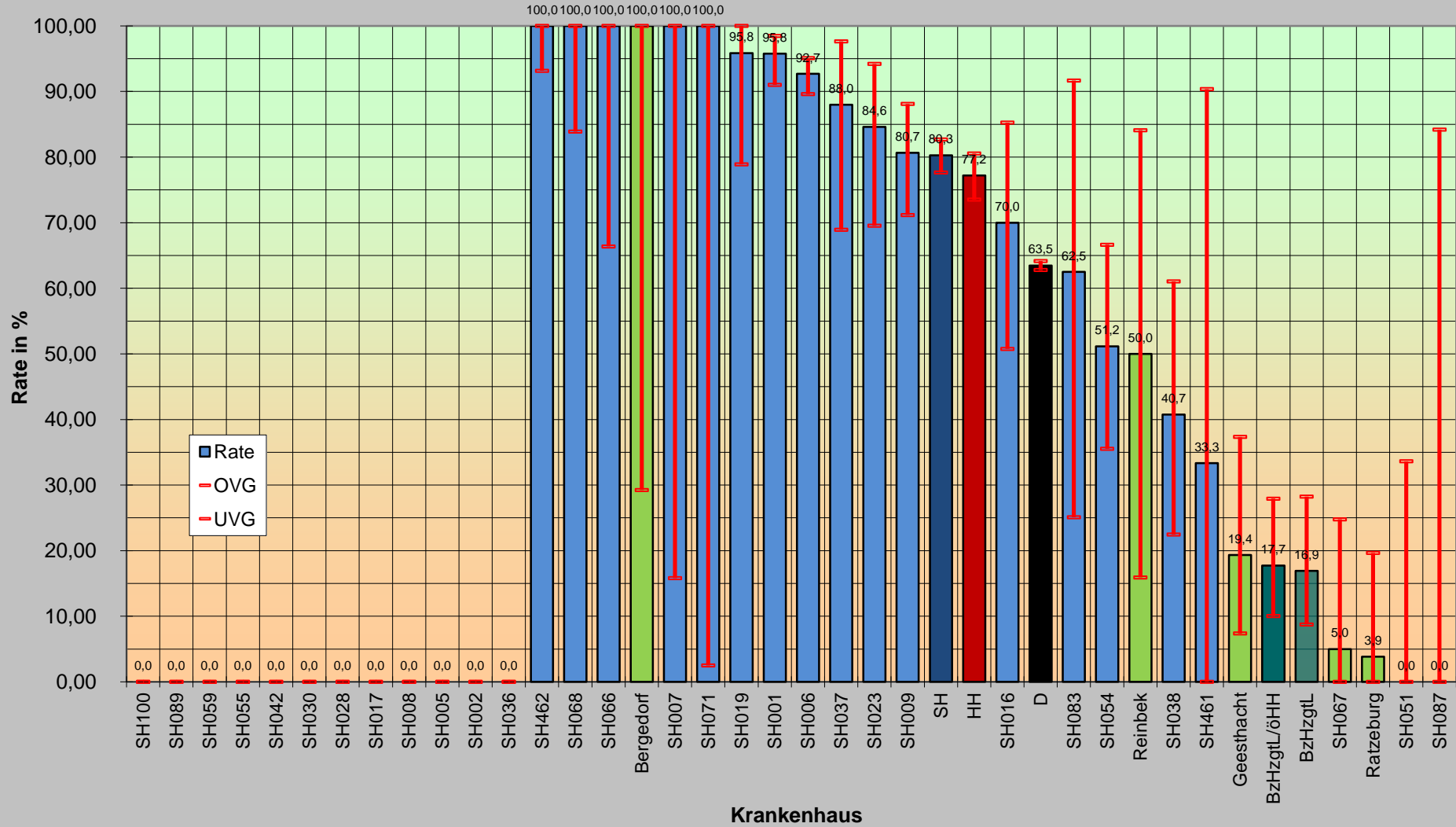
Qualitätsmerkmal 1b: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung - nicht tastbare Tumore



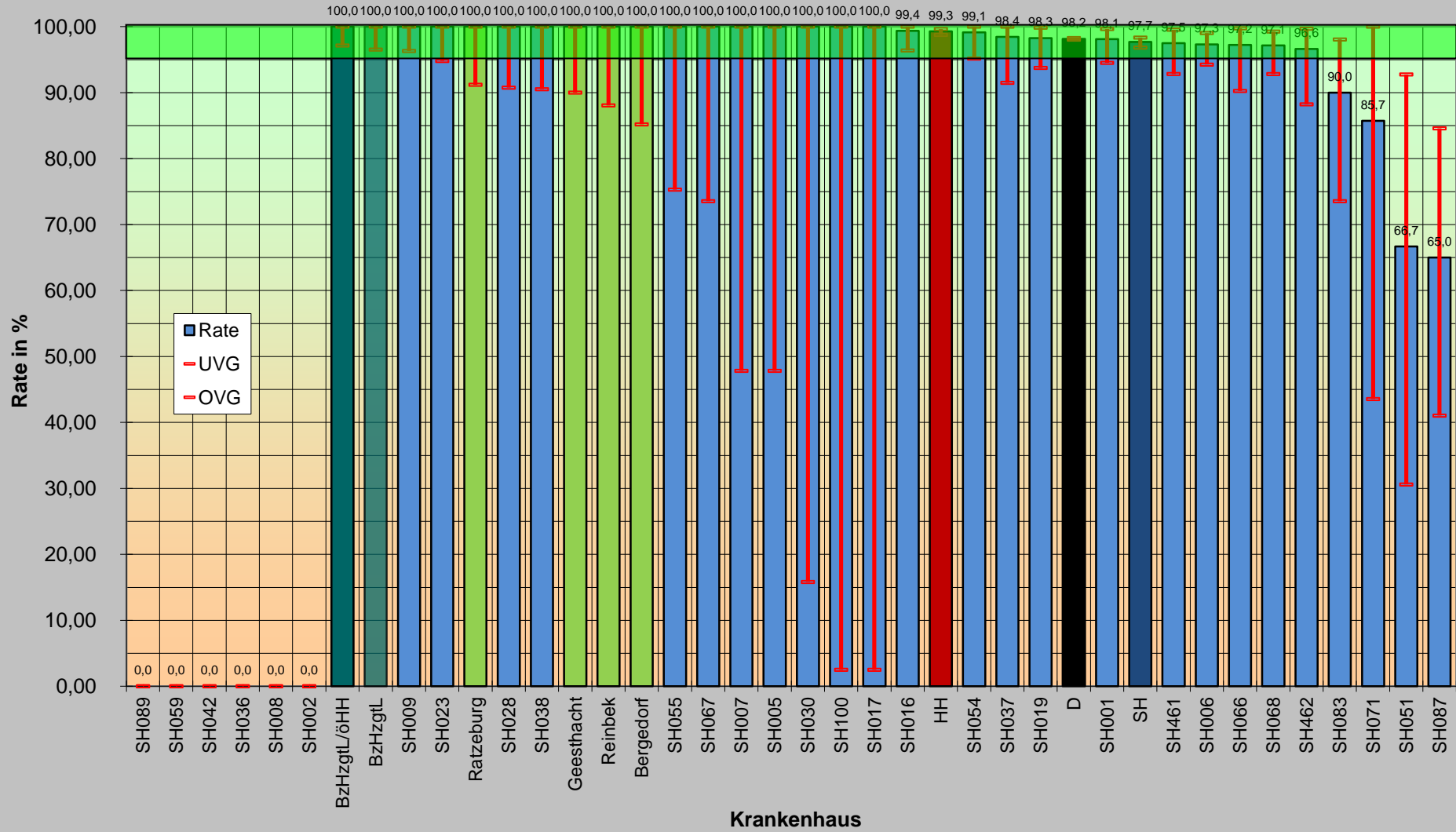
Qualitätsmerkmal 2: Intraoperatives Präparatröntgen



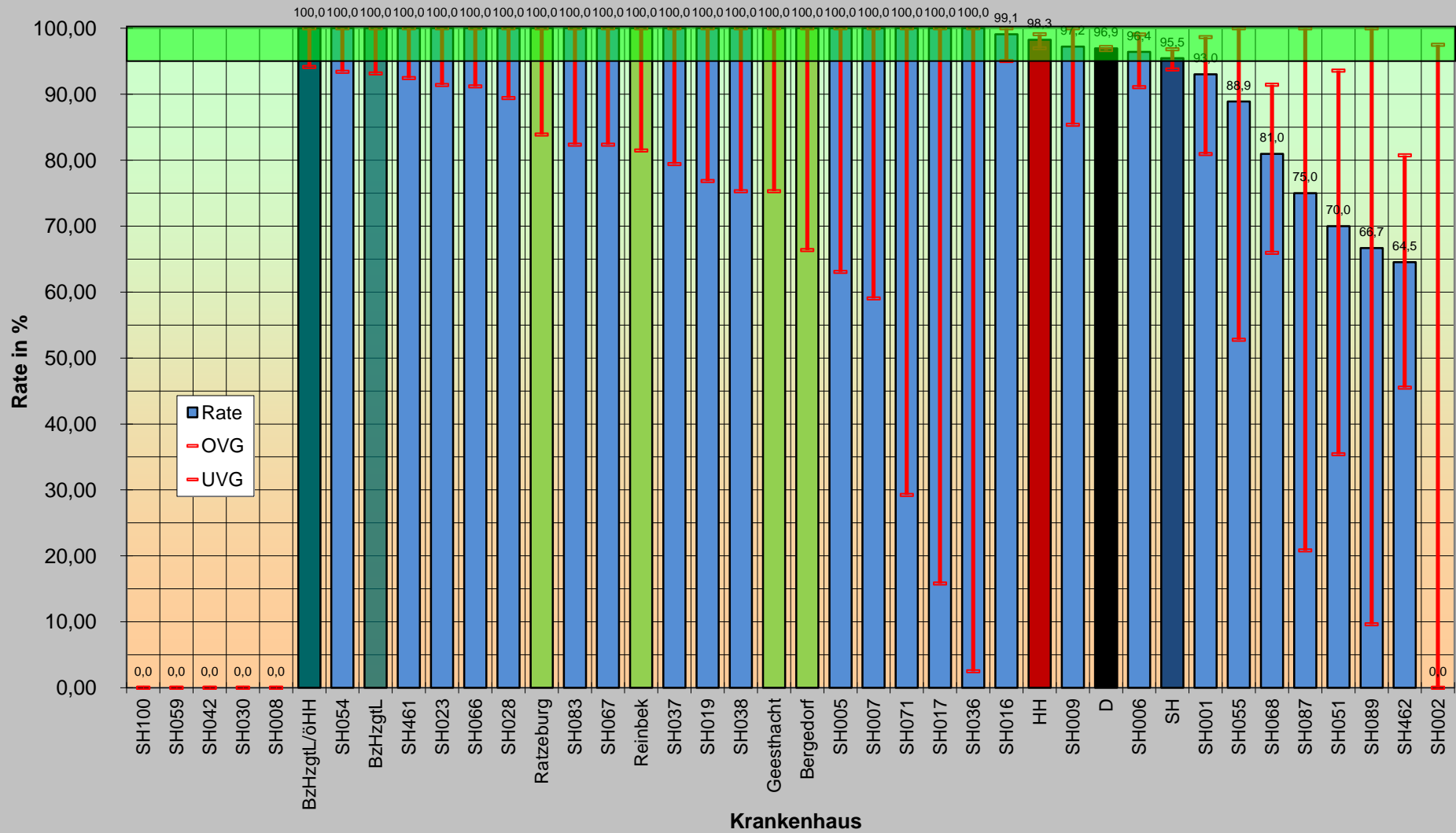
Qualitätsmerkmal 2a: Intraoperatives Präparatsonographie



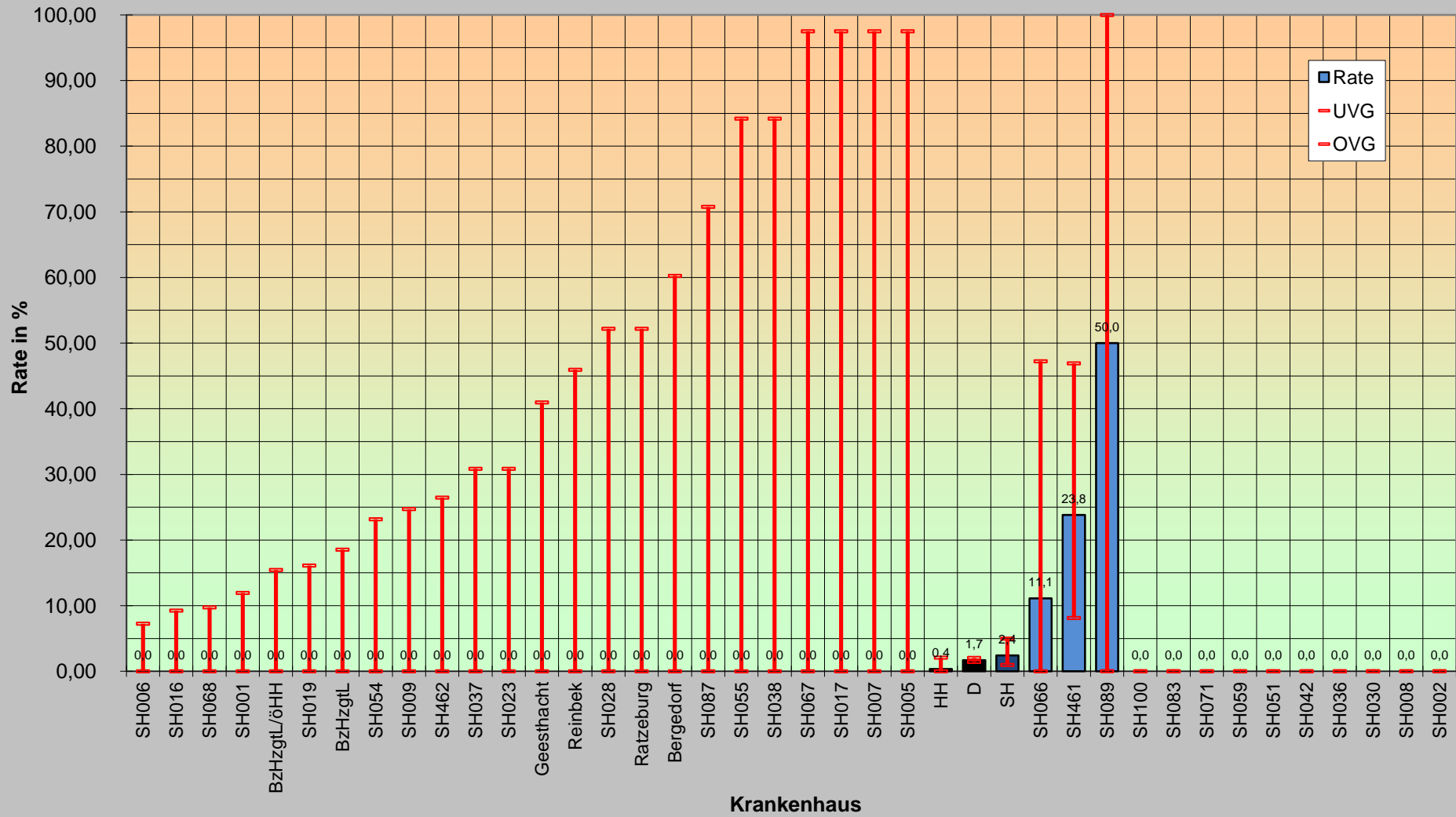
Qualitätsmerkmal 7a: Angabe Sicherheitsabstand bei BET



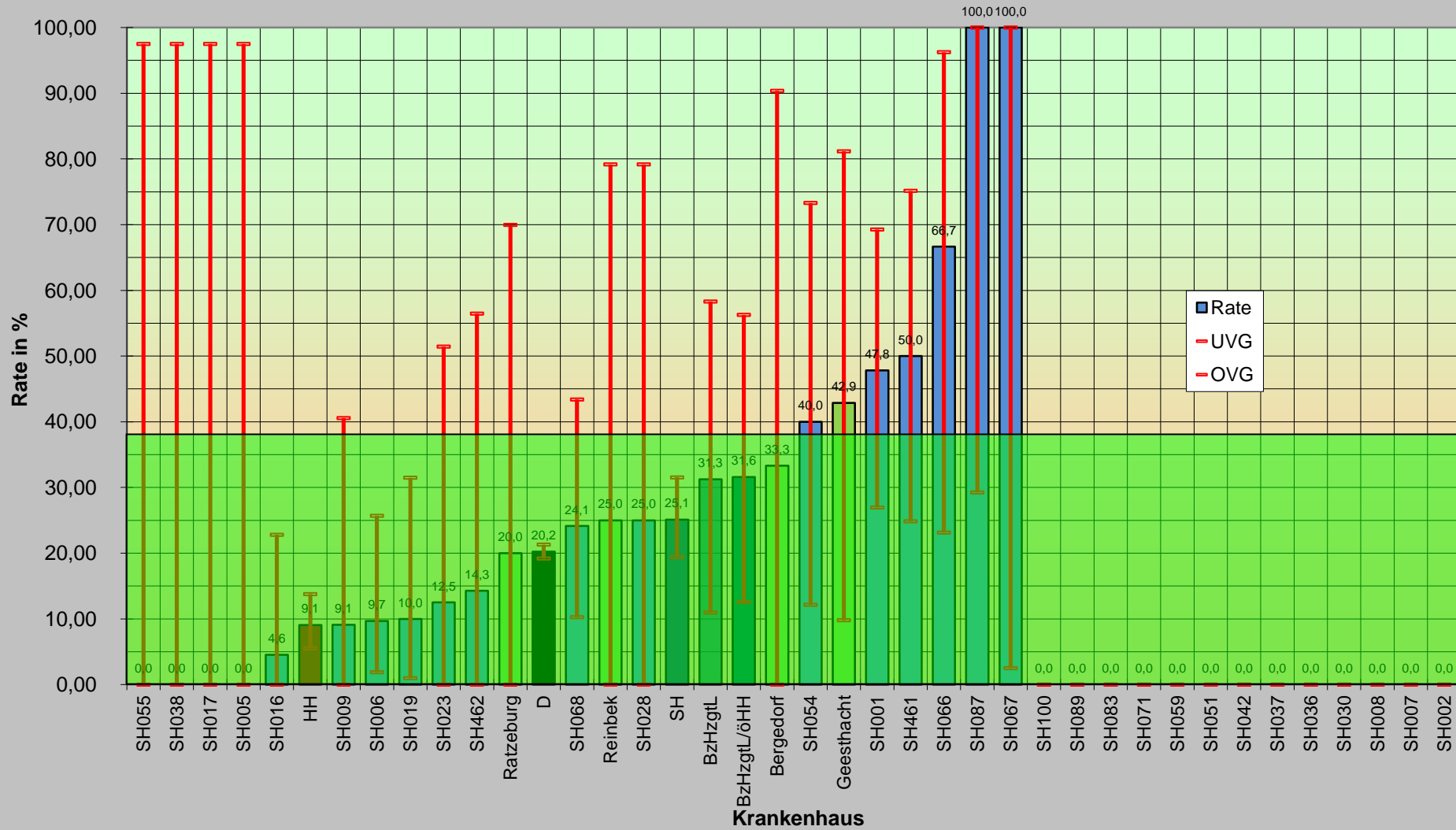
Qualitätsmerkmal 7b: Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie



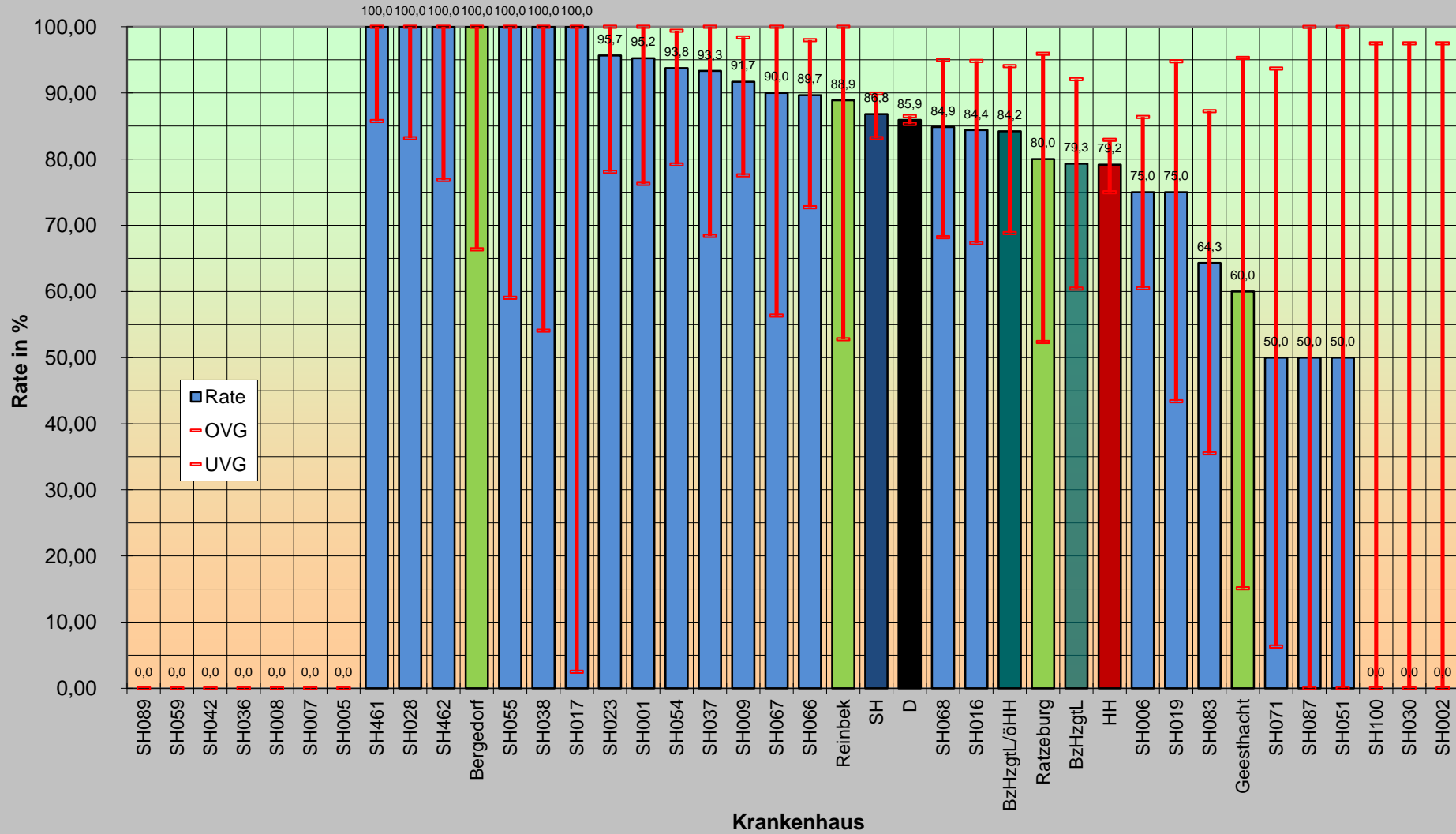
Qualitätsmerkmal 8: Axilladissektion bei DCIS



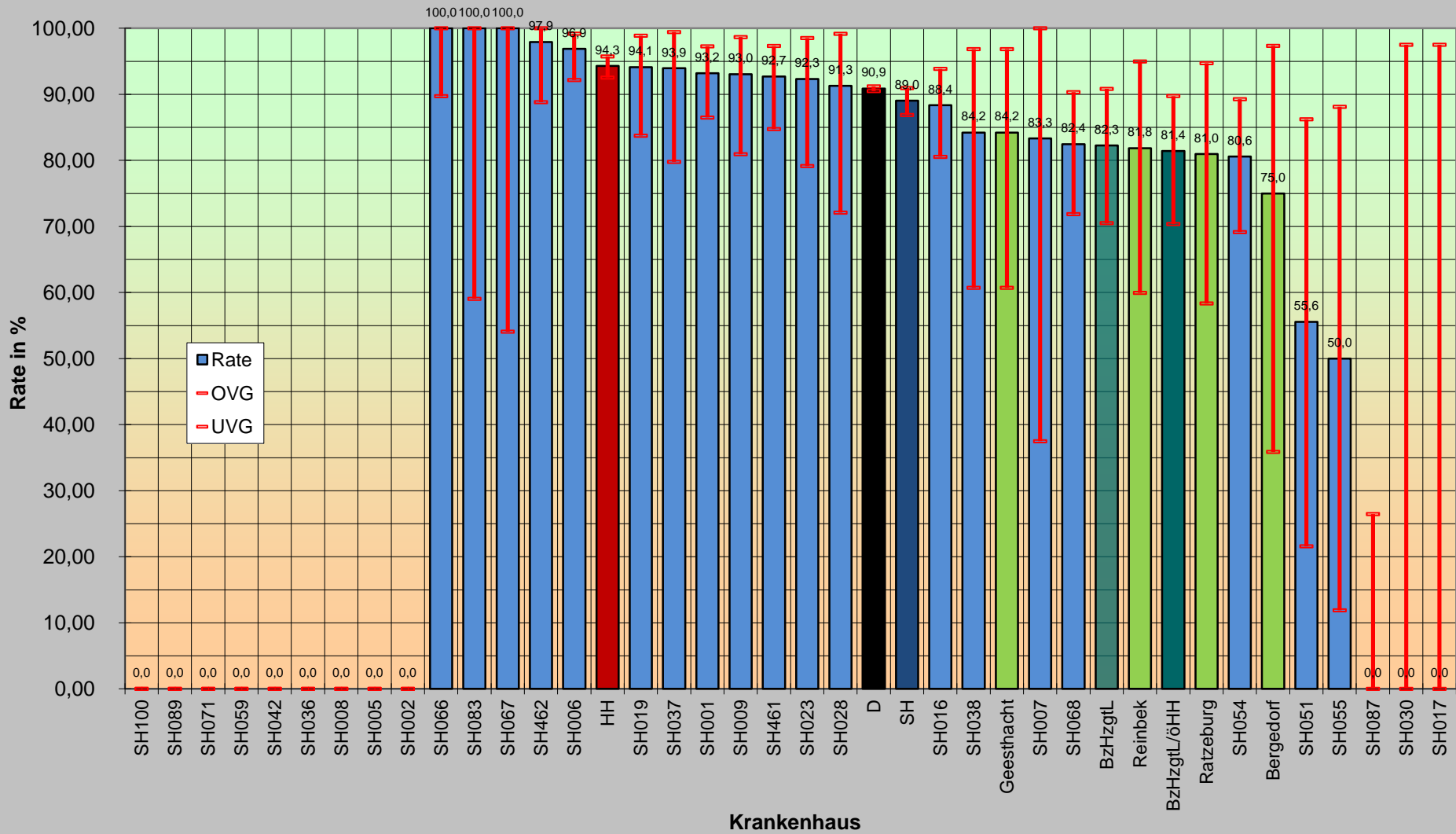
Qualitätsmerkmal 9: Lymphknotenentnahme bei DCIS und BET



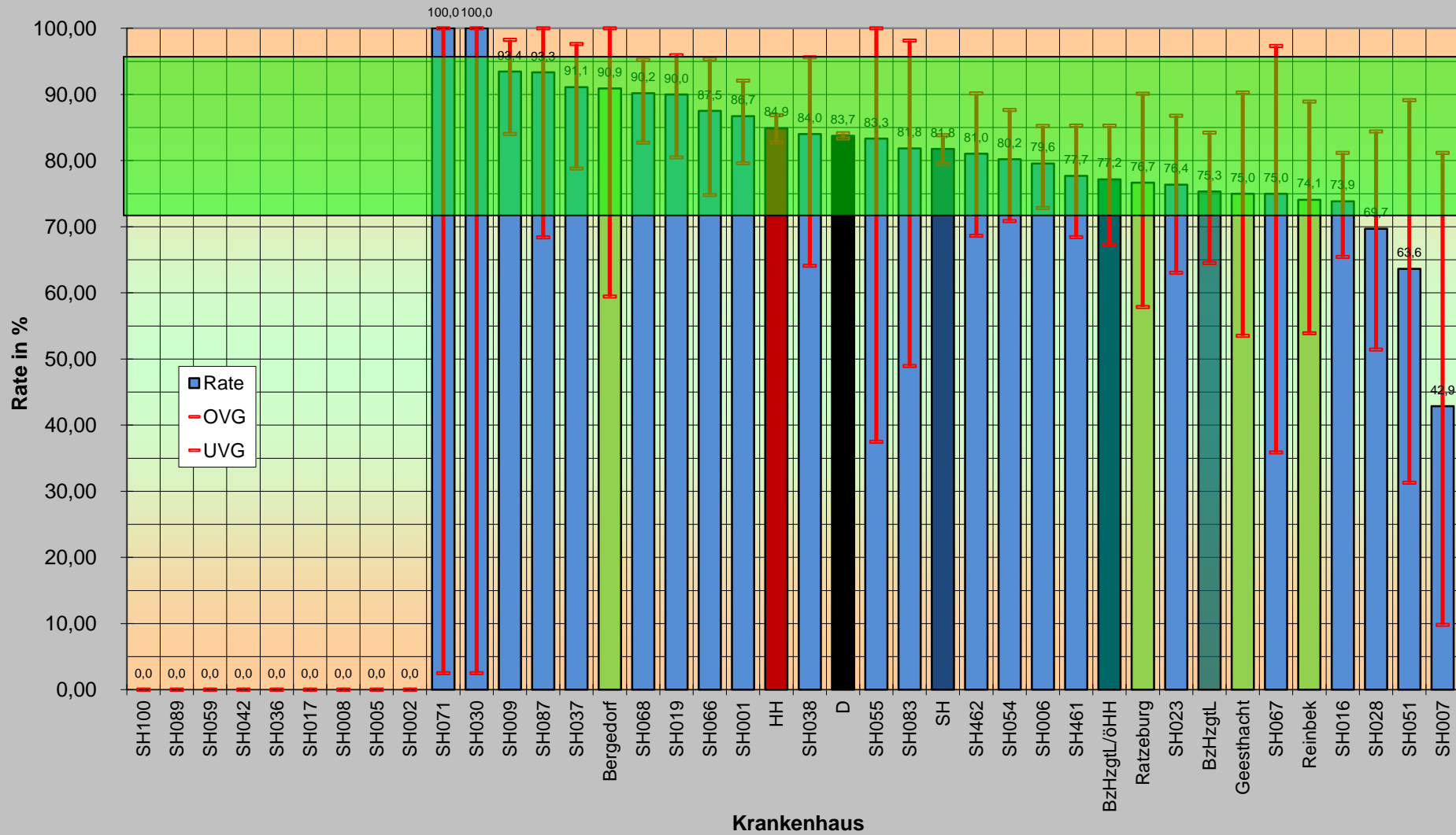
Qualitätsmerkmal 10: Anzahl Lymphknoten (mind. 10 entfernte Lymphknoten bei Lymphknotenbefall)



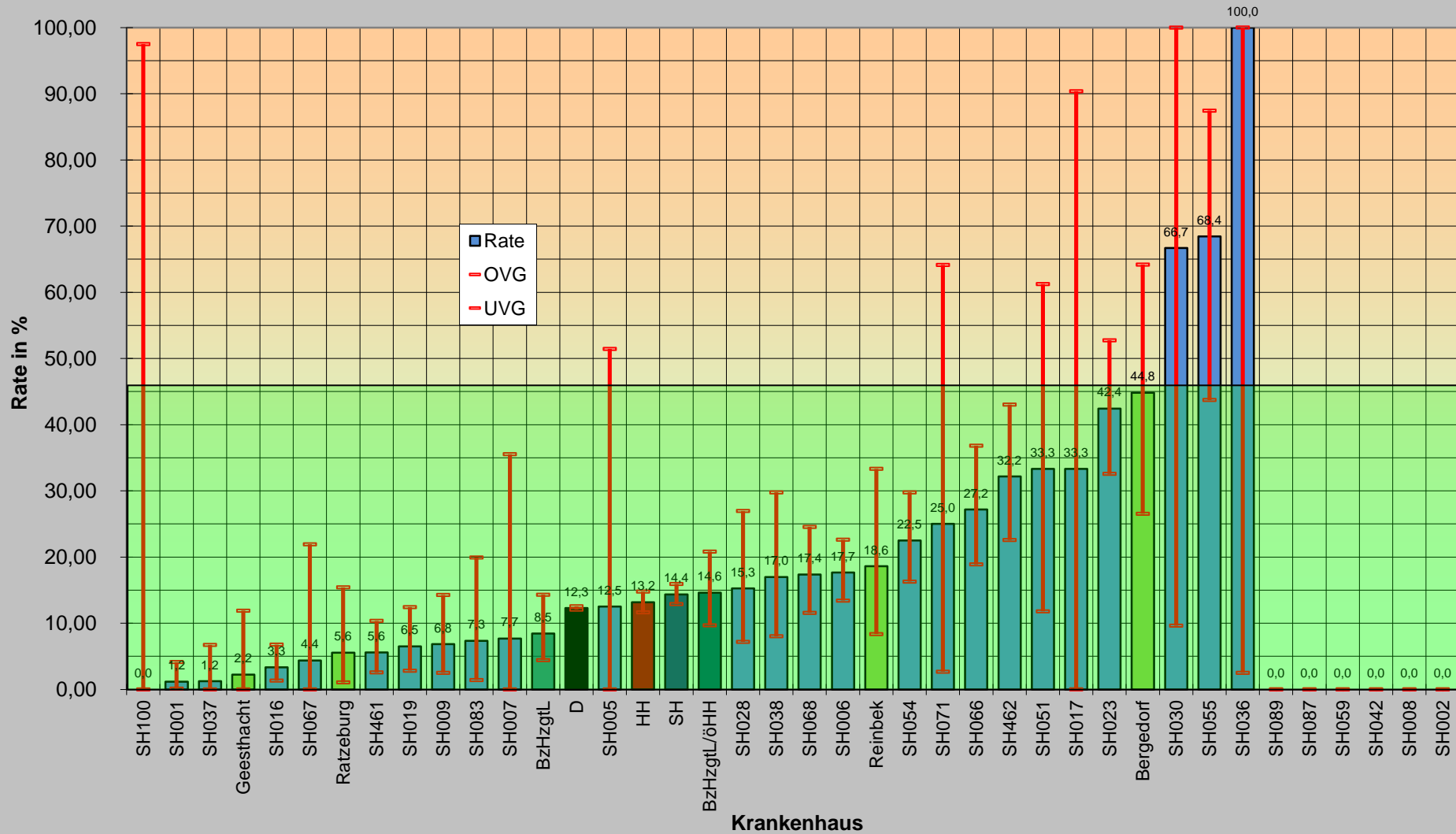
Qualitätsmerkmal 22: Indikation zur SNLB



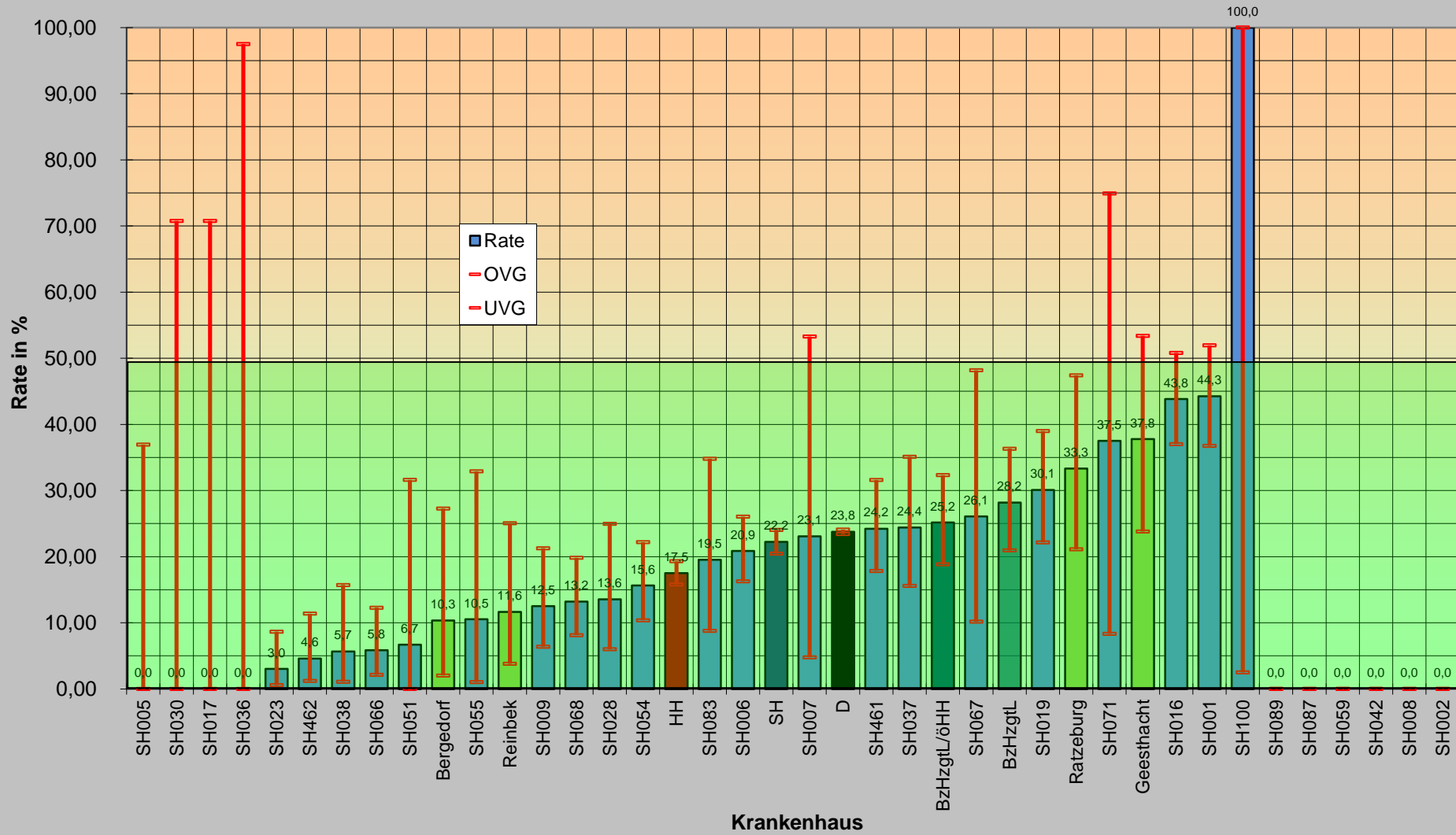
Qualitätsmerkmal 11: Indikation zur brusterhaltenden Therapie



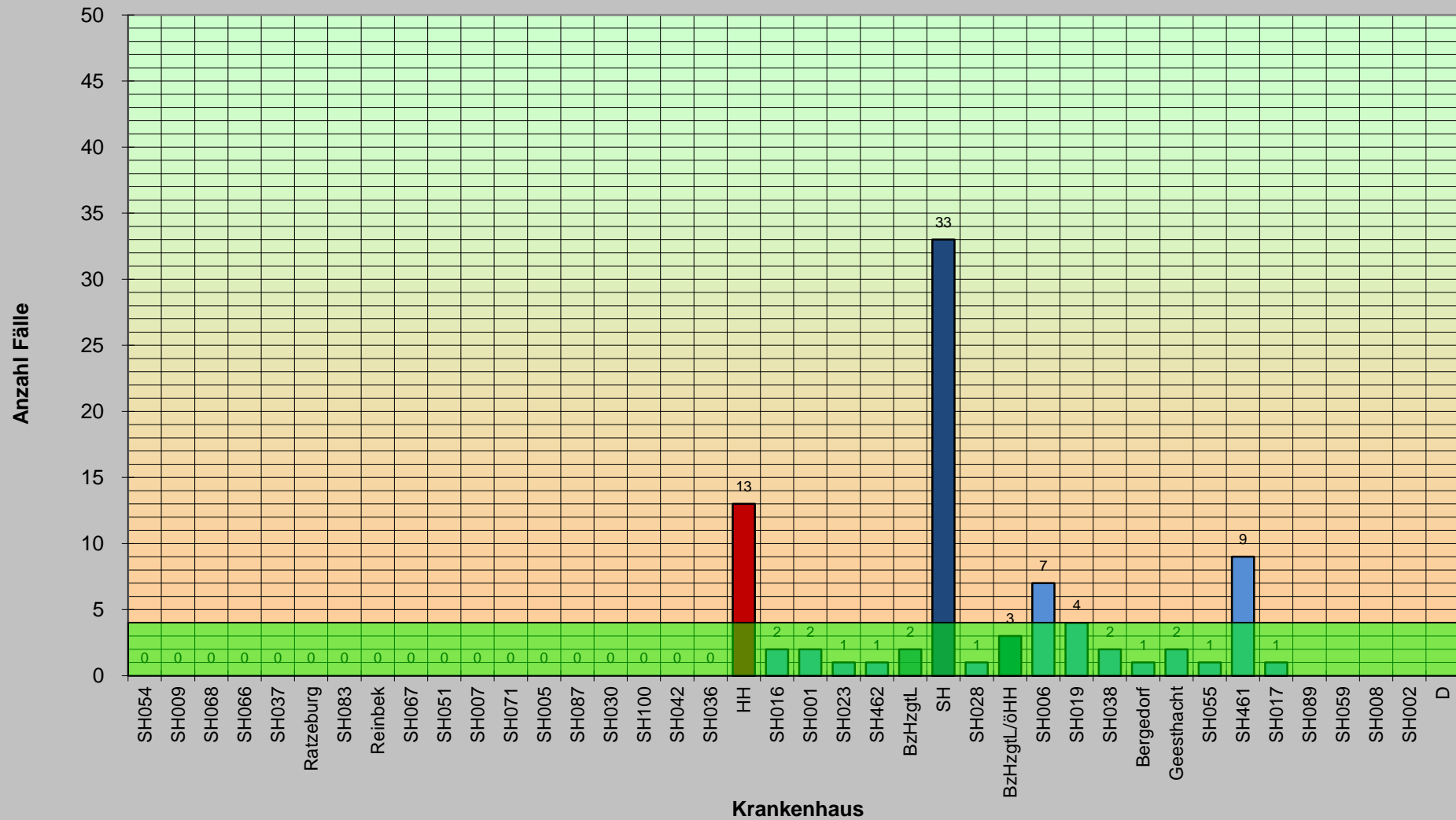
Qualitätsmerkmal 21: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum < 7 Tage



Qualitätsmerkmal 21: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum > 21 Tage



QualitätsMerkmal (1D) : Diskrepanz zwischen prätherap. histolog. Diagnose / postop. Histologie



Qualitätsmerkmal (2D) : Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie

