

toskopie werden auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie 2009 erwartet.

Unsere Tübinger Daten sind insofern interessant, da nur Patientinnen duktoskopiert wurden, die allein durch das Symptom der Sekretion auffielen. Keine Patientin hatte ein bildgebendes Korrelat in Mammo- oder Sonographie. In diesem ausgewählten Kollektiv konnte in 73 % (24/33) der Fälle eine proliferative Läsion nachgewiesen werden. Dabei verfügt die Duktoskopie über eine Sensitivität von 78 %, die Galaktographie von 74 % und die Zytologie von nur 4 %!

Zukünftige Projekte werden sich mit der minimalinvasiven Abklärung dieser Befunde beschäftigen mit dem Ziel, auf eine offene Operation verzichten zu können. Interessante Ansätze hierzu gibt es bereits. So konnte die Arbeitsgruppe um Hühnerbein ein Duktoskop zur vakuumbioptischen Abtragung von Befunden evaluieren. Ebenso stehen Zytobrush und Biopsiezange für den Arbeitskanal zur Verfügung.

Inwieweit diese Techniken ihren Einzug in die klinische Routine halten werden, wird die Zukunft zeigen.

Literatur beim Autor

PROGRAMM

Freitag, 12. Juni 2009
14.30–16.00, Raum 15

Papilläre Mammatumoren und Therapie mittels Duktoskopie – denkbar?

Techink der Duktektomie/ Duktoskopie
M. Hahn (Tübingen)

www.senologie.org

Auf der Homepage der DGS finden Sie aktuellste Informationen zur Gesellschaft. Um als Mitglied der Gesellschaft Zugang in den Online-Bereich „Für Mitglieder“ zu haben, fordern Sie bitte unter www.senologie.org Ihre persönlichen Zugangsdaten per E-Mail an.

Benchmarking – the quality of breast cancer care in a nationwide voluntary system

Dr. med. Sara Y. Brucker, Universitäts-Frauenklinik Tübingen



Die Analyse der Qualitätsindikatoren 2003–2006 ergab im Rahmen einer prospektiven interventinellen multizentrischen Studie folgende Ergebnisse: Die Zahl der am Benchmarking-WBC® teilnehmenden Brustzentren stieg 2003–2006 von 59 auf 202 (342%), diejenige kokumentierter Mammakarzinome von 5.453 auf 25.417 (466%), etwa 50% aller geschätzten Brustkrebsneuerkrankungen in Deutschland.

Ferner wurde eine einheitlicher, systemunabhängiger XML-Datensatz erarbeitet. Ausgehend von 9 Prozessqualitätsindikatoren (2003) wurden bis 2006 insgesamt 12 QIs mit 15 Unterindikatoren als Surrogate für die frühestens nach 5–10 Jahren messbare langfristige Ergebnisqualität (Morbidität, Mortalität) entwickelt. Die sachgerechte Versorgung wurde mittels S3-Leitlinien-Umsetzungsraten abgebildet. Das überregionale, extern evaluierte Mammakarzinom-Benchmarking hat sich als durchführbar und erfolgreich erwiesen. Deutliche QI-Steigerungen belegen die zunehmende Verbesserung der Mammakarzinom-Versorgungsqualität [1].

Eine weitere Analyse der Qualitätsindikatoren bis einschließlich 2007 zeigte weiterhin die Zunahme der Steigerung der Versorgungsqualität bei der Betreuung von Mammakarzinompatientinnen. Die Verbesserung der Einhaltung der Leitlinien-treue kann somit erstmals nachgewiesen werden. Bis 2007 wurden 12 Qualitätsindikatoren entwickelt und ausgewertet. Diese dienen als Surrogate-Parameter, da Überlebens- und Rezidiv-raten aufgrund des kurzen Zeitintervalls noch nicht bestimmt werden konnten.

Dieses nationale Benchmarking konnte erfolgreich etabliert werden und erlaubt sowohl den Vergleich der teilnehmenden Institutionen als auch die Bestimmung von Surrogate-Parametern.

Abstract

Background: The main study objectives were: to establish a nationwide voluntary collaborative network of breast centres with independent data analysis; to define suitable quality indicators (QIs) for benchmarking the quality of breast cancer (BC) care; to demonstrate existing differences in BC care quality; and to show that BC care quality improved with benchmarking from 2003 to 2007.

Methods: BC centres participated voluntarily in a scientific benchmarking procedure. A generic XML-based data set was developed and used for data collection. Nine guideline-based quality targets serving as rate-based QIs were initially defined, reviewed annually and modified or expanded accordingly. QI changes over time were analysed descriptively.

Results: During 2003–2007, respective increases in participating breast centres and postoperatively confirmed BCs were from 59 to 220 and from 5,994 to 31,656 (> 60% of new BCs/year in Germany). Starting from 9 process QIs, 12 QIs were developed by 2007 as surrogates for long-term outcome. Results for most QIs increased. From 2003 to 2007, the most notable increases seen were for preoperative histological confirmation of diagnosis (58% (in 2003) to 88% (in 2007)), appropriate endocrine therapy in hormone receptor-positive patients

(27 to 93%), appropriate radiotherapy after breast-conserving therapy (20 to 79%) and appropriate radiotherapy after mastectomy (8 to 65%).

Conclusions: Nationwide external benchmarking of BC care is feasible and successful. The benchmarking system described allows both comparisons among participating institutions as well as the tracking of changes in average quality of care over time for the network as a whole. Marked QI increases indicate improved quality of BC care.

Full paper

BMC Cancer 2008, 8:35
www.biomedcentral.com/1471-2407/8/358

Literatur

[1] Brucker S et al. Geburtsh Frauenheilk 2008, 68: 629–641.

PROGRAMM

Samstag, 13. Juni 2009
11.00–12.30, Raum 16/17

Qualitätssicherung und Benchmarking in onkologischen Organzentren

6-Jahres-Benchmarking-Daten der Zertifizierten Brustzentren in Deutschland
S. Brucker (Tübingen)

Patienten und Ärzte in einem kranken System

Sibylle Herbert, Köln

Die Erwartungen von Patienten an den Arzt und das deutsche Gesundheitssystem sind simpel: Sie wollen gesund werden, sie wünschen sich das beste Krankenhaus, den besten Arzt. Sie möchten nach neuesten medizinische Erkenntnissen therapiert und, nicht zuletzt, sie wünschen sich als Mensch wahrgenommen zu werden.

Man könnte glauben, dass die Erfüllung dieser Wünsche einfach sei in einem Gesundheitssystem, das jährlich 250 Mrd. verschlingt. Dem ist aber nicht so. Woran liegt das?

Die Referentin hat sich selbst in das System begeben, sie war und ist selbst Patientin und hat am eigenen Leibe die Undurchschaubarkeit unseres hoch differenzierten deutschen Gesundheitssystems erfahren. Sie ist aber auch Journalistin und Buchautorin: Sie hat Krankenhausärzte zu Wort kommen lassen, sie hat in niedergelassenen Praxen

hospitiert, sie hat die Seite der Krankenkassen befragt.

Dieser multi-perspektivische Blick zeigt, warum Patienten sich häufig bevormundet, schnell abgefertigt und nicht informiert fühlen (müssen): Der zeitliche Druck, unter dem das medizinische Personal steht, macht Patienten zu Werkstücken in einem Produktionsprozess. Der finanzielle Druck lässt Ärzte zu Betriebswirten mutieren. Die ökonomische Logik wird häufig zum Maß aller Dinge. Die Bürokratisierung und Regelungswut bestimmt den medizinischen Alltag. Der

Mensch tritt in den Hintergrund. Kosten-Nutzen-Relationen und evidence based medicine treten an die Stelle einer auf jeden jeweiligen Menschen abgestimmten Medizin.

Obwohl sie die Defizite des Systems schonungslos benennt, stellt sich keine reflexartige Solidarität mit den Patienten ein, deren Bedürfnisse am Klinikalltag abprallen. Stattdessen tritt zutage, dass die Ökonomisierung des Medizinbetriebs das Heilen und Helfen im Krankenhaus und in den niedergelassenen Praxen nachhaltig verändert hat.



Nicht nur der Kranke, auch das medizinische Personal, fühlen sich diesen Strukturen ohnmächtig ausgeliefert. Ärzte und Patienten reden folglich oft aneinander vorbei, auch wenn sie miteinander sprechen.

Ziel muss es sein, Patienten in die Debatte um begrenzte Ressourcen und um eine zunehmende Standardisierung der Medizin mit einzubeziehen.

Es geht darum, diesen Dialog zu fördern, Verbündete zu finden, nicht gegeneinander sondern miteinander zu streiten.

PROGRAMM

Donnerstag, 11. Juni 2009
10.40–11.30, Raum 1

Key Note Lectures

Der Arzt in Fesseln und der Patient im Abschied – ein Ausflug in den medizinischen Alltag
S. Herbert (Köln)

A Solution to the Clinical Program of Antihormone Drug Resistance in Breast Cancer
C. Jordan (Chicago, USA)