



Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Jahresauswertung
2014

QUALITÄTSINDIKATOREN

GQH

©
Geschäftsstelle
Qualitätssicherung
Hessen

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Hessen gesamt

Übersichtstabelle:**Hessen gesamt**

Kennzahl	Indikatoren zur Indikation und Prozessen	Referenzbereiche	Ergebnis 2014	Ergebnis 2013*
Siehe Seite			Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
51846 Seite 4	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	Ziel: >= 90,00 % Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 97,01 %	97,01 % [96,53 ; 97,43] 5263 / 5425 Fällen	97,21 % [96,74 ; 97,61] 5435 / 5591 Fällen
52330 Seite 5	Intraoperative Präparatradiografie oder-sonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 95,00 % Ø in Hessen: 98,55 %	98,55 % [97,90 ; 99,00] 1840 / 1867 Fällen	99,24 % [98,72 ; 99,54] 1819 / 1833 Fällen
52279 Seite 6	Intraoperative Präparatradiografie oder-sonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	Ziel: >= 95,00 % Auffälligkeit: < 17,96 % Ø in Hessen: 95,91 %	95,91 % [94,96 ; 96,68] 1970 / 2054 Fällen	94,28 % [93,14 ; 95,24] 1780 / 1888 Fällen
HE18101 Seite 7	Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 97,61 %	97,61 % [97,15 ; 97,99] 4978 / 5100 Fällen	98,71 % [98,37 ; 98,98] 5130 / 5197 Fällen
2163 Seite 8	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Ziel: <= 5,00 % Auffälligkeit: > 5,00 % Ø in Hessen: 0,18 %	0,18 % [0,03 ; 1,04] 1 / 541 Fällen	0,18 % [0,03 ; 1,03] 1 / 548 Fällen
50719 Seite 9	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	Ziel: < 5,00 % Auffälligkeit: > 29,00 % Ø in Hessen: 8,20 %	8,20 % [5,95 ; 11,19] 35 / 427 Fällen	11,64 % [8,97 ; 14,99] 51 / 438 Fällen
51847 Seite 10	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Ziel: >= 80,00 % Auffälligkeit: < 80,00 % Ø in Hessen: 95,87 %	95,87 % [95,03 ; 96,57] 2481 / 2588 Fällen	94,32 % [93,38 ; 95,14] 2525 / 2677 Fällen
52268 Seite 11	HER2/neu-Positivitätsrate	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 12,16 %	12,16 % [11,25 ; 13,14] 560 / 4605 Fällen	13,70 % [12,74 ; 14,71] 642 / 4687 Fällen
52273 Seite 12	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Hessen: 12,16% O/E= 0,89	0,89 [0,82 ; 0,96] 560 / 4605 Fällen (12,16%)	0,98 [0,91 ; 1,05] 642 / 4687 Fällen (13,7%)
51370 Seite 13	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Ziel: <= 32,36 % Auffälligkeit: > 32,36 % Ø in Hessen: 7,90 %	7,90 % [7,14 ; 8,73] 353 / 4469 Fällen	10,75 % [9,90 ; 11,67] 510 / 4742 Fällen
51371 Seite 14	Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Ziel: <= 54,92 % Auffälligkeit: > 54,92 % Ø in Hessen: 31,06 %	31,06 % [29,72 ; 32,43] 1388 / 4469 Fällen	26,21 % [24,98 ; 27,48] 1243 / 4742 Fällen

Erläuterungen zu den Kennzahlen mit "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)":

Ergebnisindikatoren bedürfen häufig einer Risikoadjustierung, um einen fairen Vergleich der Werte zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu werden unterschiedliche Methoden (z.B. Stratifizierung, Standardisierung, Adjustierung) angewandt. Bei einer Risikoadjustierung mit logistischer Regression sollen patientenseitige Faktoren, die einen Einfluss auf das Ergebnis haben und mutmaßlich nicht von den Krankenhäusern beeinflusst werden können, herausgerechnet werden. Dies wird dadurch beschränkt, dass nur diese Faktoren, die auch erfasst werden, miteinbezogen werden können. Der Einfluss eines jeden Faktors wird mit einem entsprechenden Parameter quantifiziert. Dies geschieht auf Bundesebene (AQUA) anhand der Daten aller bundesweit erfassten Patienten. Mit den vorliegenden Parametern kann nun für jeden einzelnen Fall das Risiko errechnet werden, zu welchem ein definiertes Ereignis (z.B. Tod) eintritt.

Mit dem O/E wird damit folgendes ausgedrückt: Verhältnis der beobachteten (=Observed) Rate zu der nach entsprechender Risikoadjustierung zu erwartenden (=Expected) Rate. Liegt die Zahl unter Null, so ist das Ergebnis besser als anhand des Patienteneinflusses zu erwarten war, liegt die Zahl dagegen über 1, so hätte man unter Berücksichtigung des Patienteneinflusses ein besseres Ergebnis erwartet. Die risikoadjustierte Rate beschreibt die Rate, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren denselben Patientennmix gehabt hätte, der landesweit beobachtet werden konnte. Sie berechnet sich aus der Multiplikation der hessenweit beobachteten Gesamtrate mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate der Klinik.

Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse auf Übersichtstabelle:

- Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
- Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert im Warnbereich zwischen Ziel und Auffälligkeit
- Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert signifikant auffällig
- kein Referenzbereich definiert oder keine Fälle vorhanden
- sentinel event; Einzelfallanalyse empfohlen



Abb. 1

Erläuterungen zu den grafischen Darstellungen der folgenden Seiten:

League-Table (s. auch Abb. 1):

Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten des Punktes kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hierbei weisen große Intervalle (=lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Klinikwerte mit Fallzahlen von unter 20 (Nennerbedingung) werden aufgrund der großen Konfidenzintervalle in der Grafik nicht aufgeführt. Der Ziel- und Auffälligkeitsbereich - sofern definiert - wird jeweils durch eine grüne bzw. rote Linie gekennzeichnet. Als Sortierkriterium wird der Grad der Zielerreichung in aufsteigender Form gewählt ("auffällige" Klinikergebnisse sind links angeordnet).

Alle Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches stellen eine rechnerische Auffälligkeit dar. Zeigt das Konfidenzintervall zusätzlich keine Überschneidung mit dem geforderten Bereich, liegt eine statistisch signifikante Auffälligkeit vor.

Unterhalb der Grafik werden ggf. verschiedene Kennwerte der Verteilung der Klinikergebnisse aufgeführt: Minimum (Min), 10. Perzentile (P10), 25. Perzentile (P25), Median, Mittelwert (Mittel), 75. Perzentile (P75), 90. Perzentile (P90) und Maximum (Max).

Box-Whisker-Plot (s. Abb. 2):

Als Box wird das durch die Quartile bestimmte (graue) Rechteck bezeichnet. Sie umfasst 50% der Krankenhäuser. Durch die Länge der Box ist der Interquartilsabstand abzulesen. Dies ist ein Maß der Streuung, welches durch die Differenz des oberen und unteren Quartils bestimmt ist. Als Weiteres ist der Median in der Box eingezeichnet, welcher durch seine Lage innerhalb der Box einen Eindruck von der Schiefe der den Daten zugrunde liegenden Verteilung vermittelt.

Als „Whisker“ werden die vertikalen Linien bezeichnet. In diesem Bericht stellen sie die 2,5% sowie die 97,5%-Perzentile dar. Innerhalb der Whiskergrenzen liegen somit 95% aller Werte.

Insgesamt werden pro Diagramm vier Boxplots präsentiert. Hierzu wurden die Kliniken in vier Fallzahlkategorien eingeteilt. Diese Fallzahlkategorien sowie die Anzahl der Kliniken, auf denen das Boxplot der jeweiligen Kategorie beruht, werden in einer Tabelle rechts neben der Grafik aufgeführt. Falls ein Krankenhaus keinen Fall in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators einbringt, wird es nicht in den Boxplot einbezogen.

In den Abbildungen als Kreuz (X) gekennzeichnet ist der Ergebniswert Ihrer Klinik.

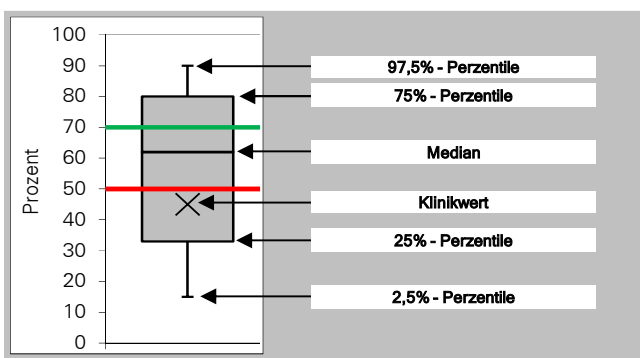


Abb. 2

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

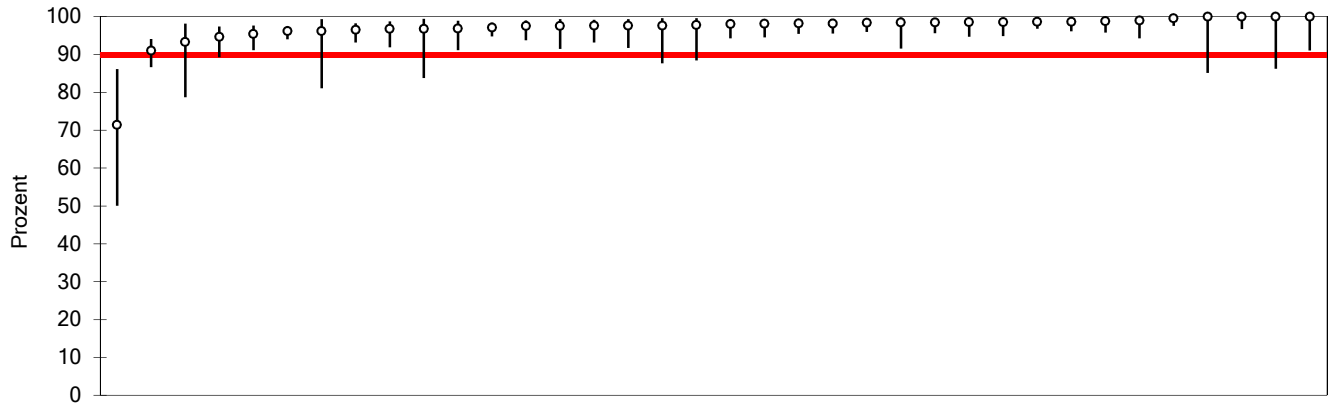
Kennzahl: 18/1 - 51846

Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie invasives Ca oder DCIS
 - davon mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
5 425		0	
5 263	97,01	0	0,0

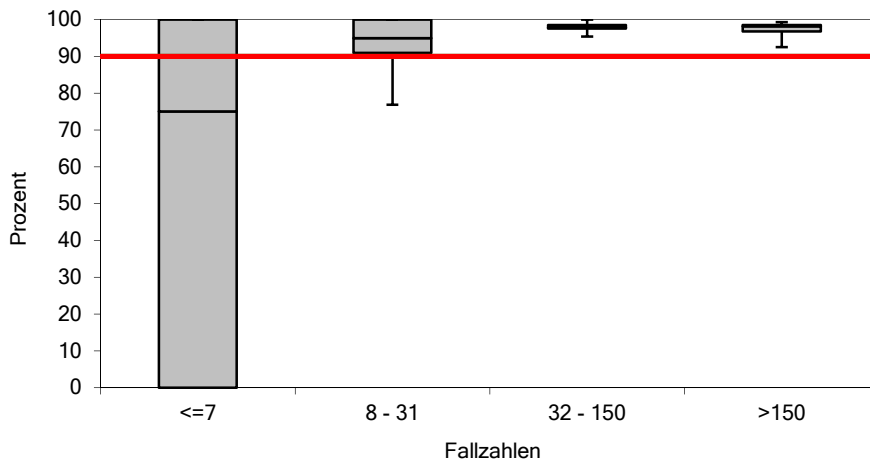
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
96,53 ; 97,43	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
71,4	95,0	96,8	97,9	96,9	98,6	99,8	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=7	17
8 - 31	14
32 - 150	15
>150	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Ein Algorithmus für den Ablauf der Diagnosekette von Frauen mit auffälligen Befunden ist Bestandteil der beiden deutschen S3-Leitlinien (AWMF et al. 2012, Albert 2008). Das Ziel ist, die mit dem Prozess verbundenen körperlichen und psychischen Belastungen für die Betroffenen möglichst gering zu halten und im Falle der Malignität die stadiengerechte Behandlung zu planen und einzuleiten. Die histologische Diagnostik abklärungsbedürftiger Befunde soll in der Regel durch Stanzbiopsie oder Vakuumbiopsie erfolgen.

Diese interventionellen Methoden können sonografisch, mammografisch oder MRT-gesteuert durchgeführt werden. Die primäre, offene diagnostische Exzisionsbiopsie sollte nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden, wenn eine bildgesteuerte Intervention nicht möglich oder zu risikoreich ist. Die Interventionen sind unter Berücksichtigung der aktuellen Qualitätsempfehlungen durchzuführen (AWMF et al. 2012, NICE 2009, Albert 2008).

Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Stag 5a-f, Stag 6a

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe https://www.sqg.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_18n1_Indikatoren_2014.pdf

Intraoperative Präparatradiografie oder-sonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

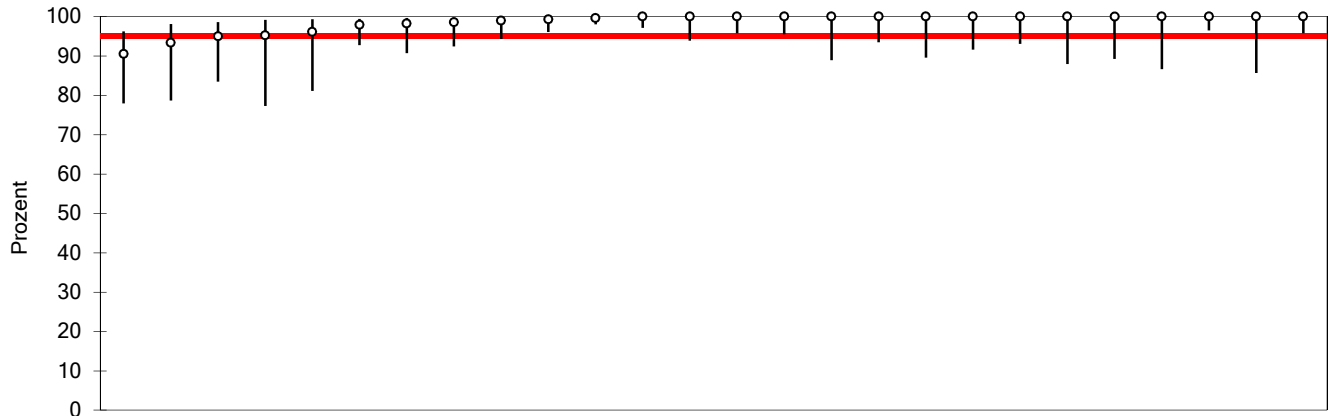
Kennzahl: 18/1 - 52330

Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie
 - davon mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
1 867		0	
1 840	98,55	0	0,0

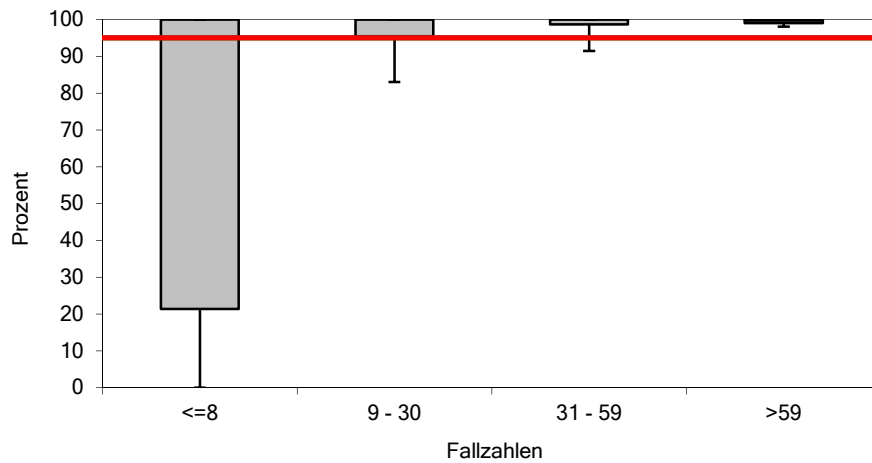
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
97,90 ; 99,00	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
90,5	95,1	98,3	100,0	98,6	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	11
9 - 30	10
31 - 59	10
>59	10

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Nicht-tastbare Veränderungen, die durch offene diagnostische oder therapeutische Exzisionsbiopsie entfernt werden sollen, sind präoperativ grundsätzlich zu markieren. Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist durch intraoperative Bildgebung zu erbringen. Ziel ist es, den Biopsieerfolg zu dokumentieren. Die Qualitätsanforderungen an den Prozess sind in den beiden deutschen S3-Leitlinien (AWMF et al. 2012, Albert 2008) hinterlegt. Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Früh-3, Stag-6

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe https://www.sqg.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_18n1_Indikatoren_2014.pdf

Intraoperative Präparatradiografie oder-sonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Kennzahl: 18/1 - 52279

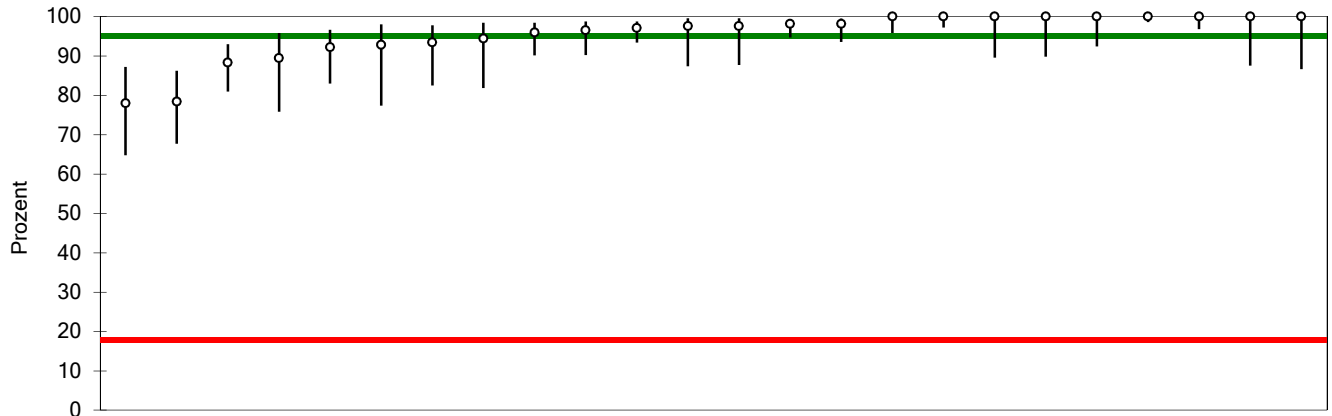
Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie

- davon mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
2 054		0	
1 970	95,91	0	0,0

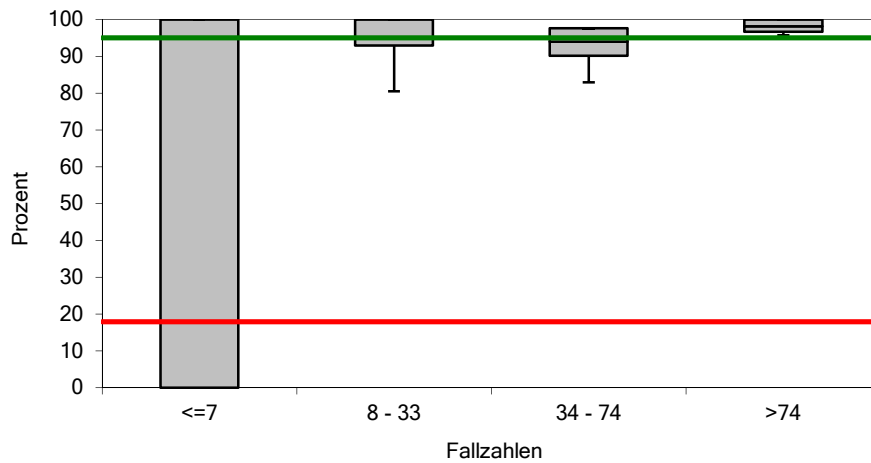
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
94,96 ; 96,68	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
78,0	88,6	93,3	97,6	95,3	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=7	11
8 - 33	10
34 - 74	10
>74	10

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

siehe hierzu Erläuterungen auf Seite 5.

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe https://www.sqg.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_18n1_Indikatoren_2014.pdf

Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes

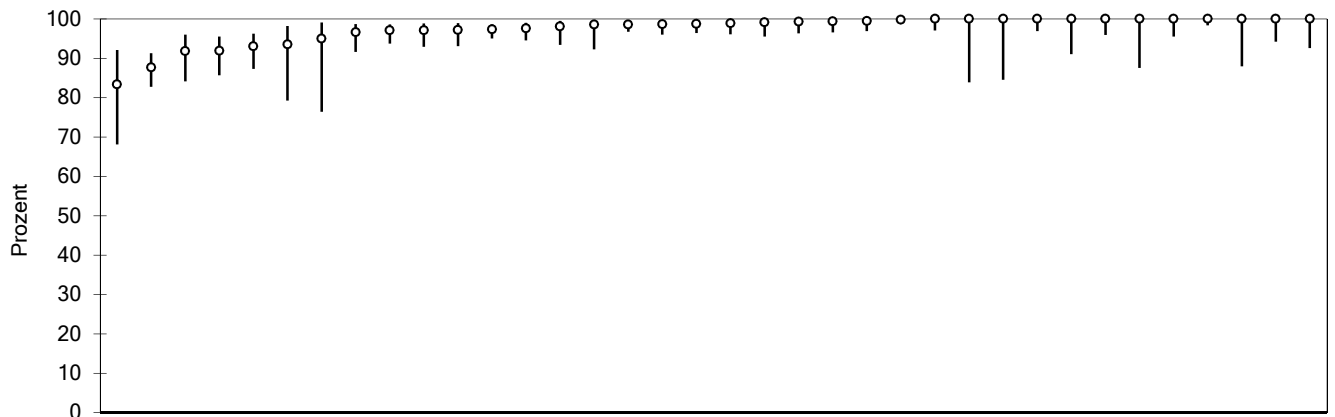
Kennzahl: 18/1 - HE18101

Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie "invasives Mammakarzinom oder DCIS" (Primärtumor) ohne Patientinnen mit Vollremission nach neoadjuvanter Therapie - davon mit Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
5 100		0	
4 978	97,61	0	0,0

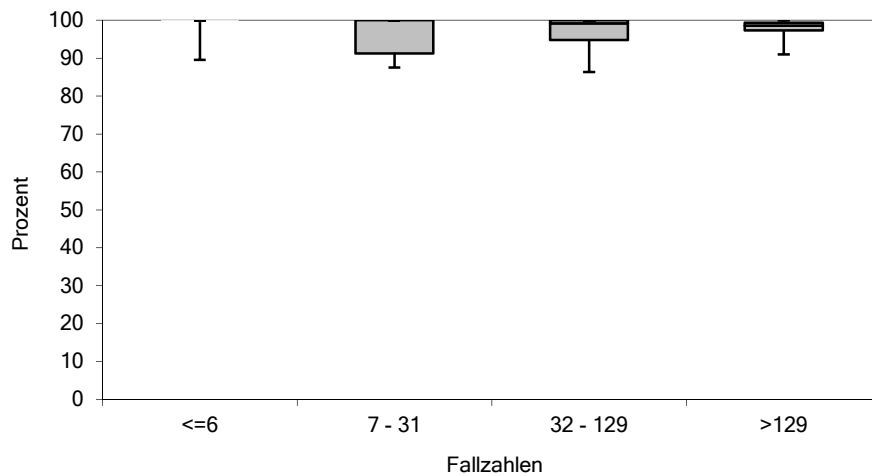
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
97,15 ; 97,99	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
83,3	92,4	97,1	98,8	97,4	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=6	16
7 - 31	15
32 - 129	15
>129	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die komplette Resektion des invasiven Mammakarzinoms und/oder des DCIS (R0-Resektion) ist das wichtigste Ziel der operativen Therapie bei Brustkrebs. Der Resektionsrandstatus hat einen prognostischen Effekt beim invasiven Karzinom und DCIS (Houssami 2010; Dunne 2009). Beim invasiven Mammakarzinom soll der minimale Sicherheitsabstand zwischen Tumor (invasives Karzinom und begleitendes DCIS) und Schnittrand mindestens 1 mm betragen. Der tumorfreie Abstand zum Schnittrand soll beim DCIS mindestens 2 mm betragen, wenn eine postoperative Bestrahlungsbehandlung erfolgt (Houssami 2010, NZGG 2009, NICE 2009, Dunne 2009). Die Angaben zum Sicherheitsabstand in metrischen Maßen sollen deshalb sowohl bei invasivem Mammakarzinom als auch bei DCIS unbedingt erfolgen (NCCN 2011, NICE 2009, NZGG 2009). Die Qualitätsempfehlungen für den Prozess sind Bestandteil der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (AWMF 2012). Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Operativ-1a und b, Operativ-2, Präinv-3a, Patho-5.1

Primäre Axilladissektion bei DCIS

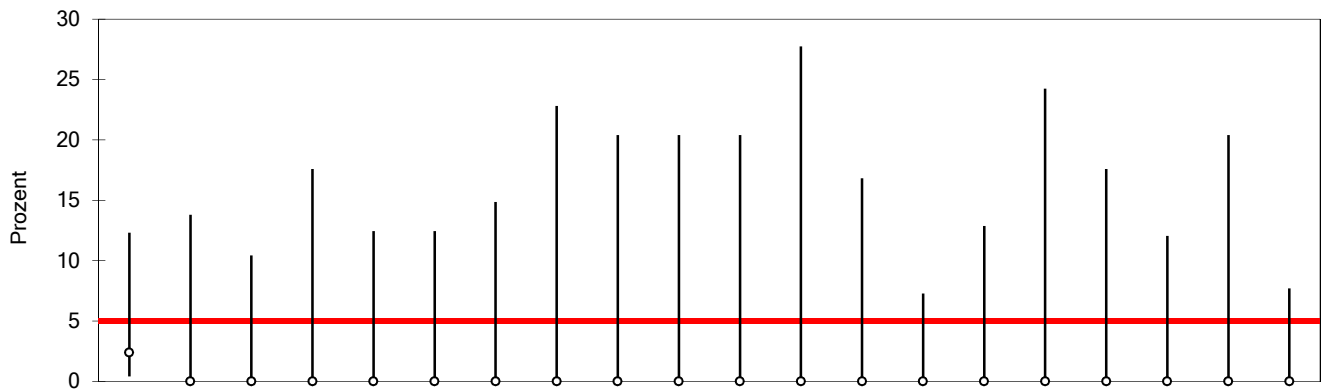
Kennzahl: 18/1 - 2163

Pat. mit Histologie "DCIS" und abgeschlossener op. Therapie bei Primärerkrankung und ohne präop. tumorspez. Therapie, unter Ausschluss von Pat. mit präop. Histo "inv. Mammakarzinom"
 - davon mit primärer Axilladissektion

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
541		0	
1	0,18	0	0,0

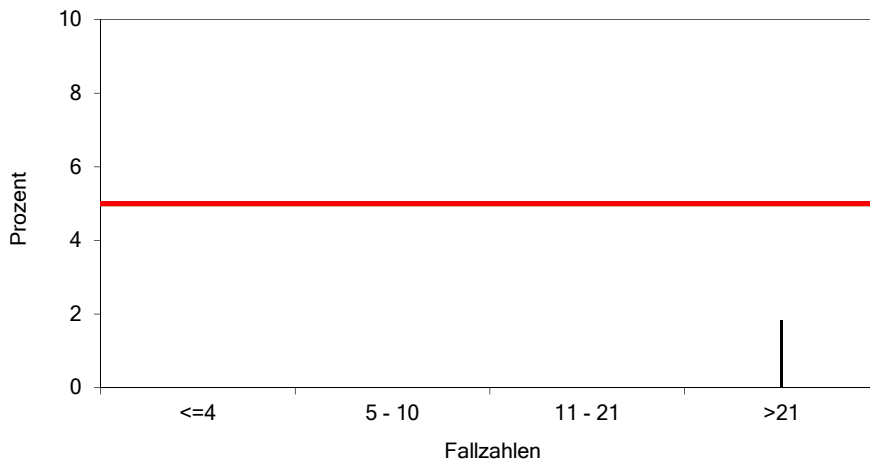
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,03 ; 1,04	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	2,4



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=4	13
5 - 10	7
11 - 21	9
>21	10

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Eine Axilladissektion ist bei Vorliegen eines DCIS nicht indiziert und soll nicht durchgeführt werden (AWMF et al. 2012, NZGG 2009, Christiaens et al. 2007). Dem Indikator liegt folgendes Statement der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Präinv-3b

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe https://www.sqg.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_18n1_Indikatoren_2014.pdf

In Hessen wird auf Beschluss des Fachausschusses dieser Indikator im Sinne eines Sentinel-Event-Indikators behandelt und jeder Einzelfall hinterfragt.

Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

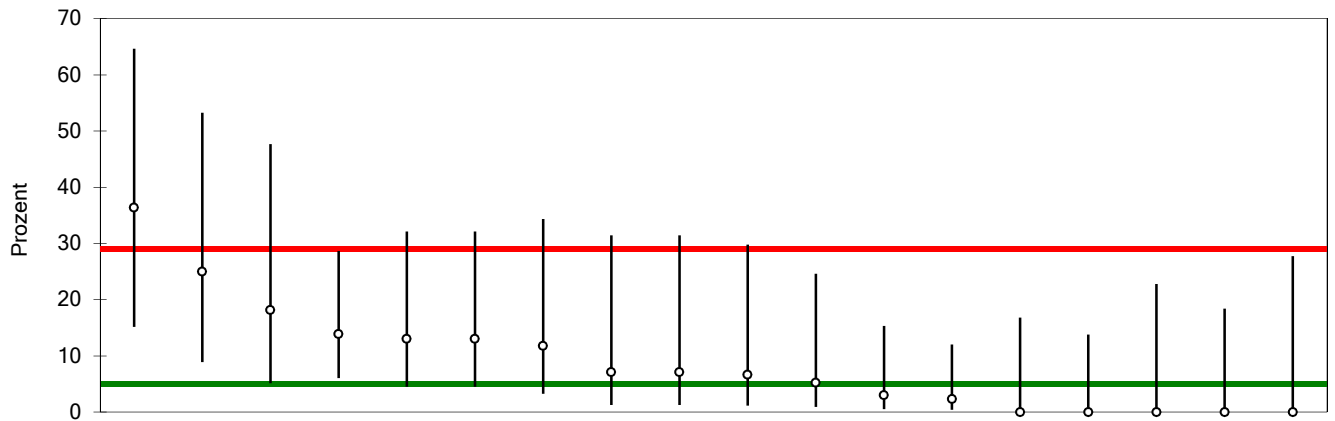
Kennzahl: 18/1 - 50719

Alle Pat. mit Histo. "DCIS" und abgeschlossener op. Therapie bei Primärerkr., brusterhaltender Th. und ohne präop. tumorspez. Therapie, unter Ausschluss von Pat. mit präop. Histo. "inv. Mammaca" - davon Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
427		0	
35	8,20	0	0,0

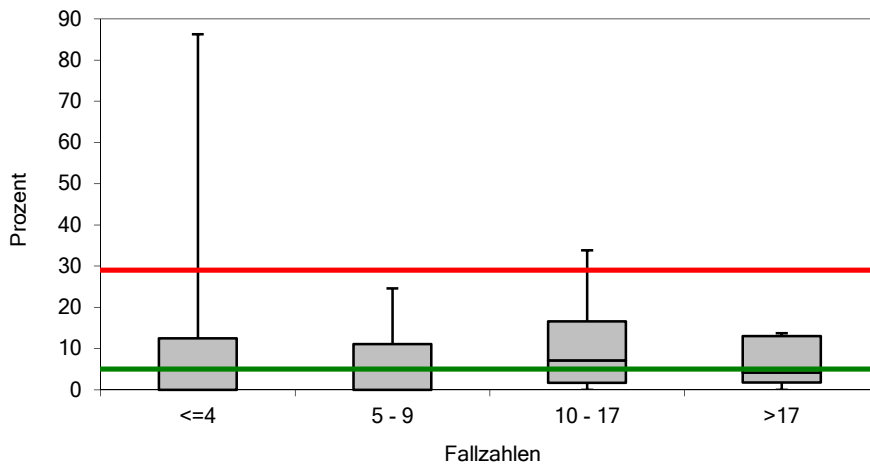
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
5,95 ; 11,19	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,6	6,9	9,0	13,0	20,2	36,4



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=4	12
5 - 9	7
10 - 17	10
>17	8

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Eine Axilladisektion ist bei Vorliegen eines DCIS nicht indiziert und soll nicht durchgeführt werden.

Eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie kann nach Tumorektomie in der Regel noch nachträglich erfolgen. Daher soll sie bei Vorliegen eines DCIS und brusterhaltender Therapie (BET) nur in den Ausnahmefällen durchgeführt werden, wenn eine sekundäre Sentinel-Lymphknotenbiopsie aus technischen Gründen nicht möglich und eine okkulte Invasion wahrscheinlich ist, z.B. bei brusterhaltender Operation eines großen, axillanah gelegenen Tumors. Um in diesen Fällen die mit höherer Schulter-Arm-Morbidität (Lymphödem, Bewegungseinschränkung, Schwellung, Missempfinden) verbundene Axilladisektion zu vermeiden, kann die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen mit DCIS und BET in Ausnahmefällen indiziert sein. Außerdem ist die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen mit DCIS und primärer Mastektomie indiziert (AWMF et al. 2012, NZGG 2009, Christiaens et al. 2007).

Dem Indikator liegt folgendes Statement der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Präinv-3b In Hessen wird auf Beschluss des Fachausschusses der Zielwert aus der Leitlinie übernommen.

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe https://www.sgg.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_18n1_Indikatoren_2014.pdf

Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

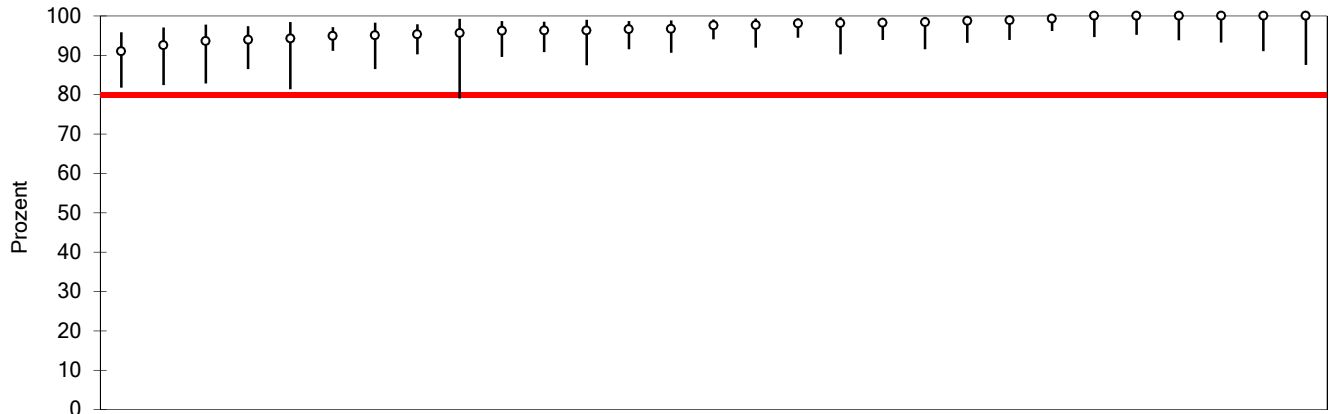
Kennzahl: 18/1 - 51847

Patientinnen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging, abgeschlossener primär-operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
- davon Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion

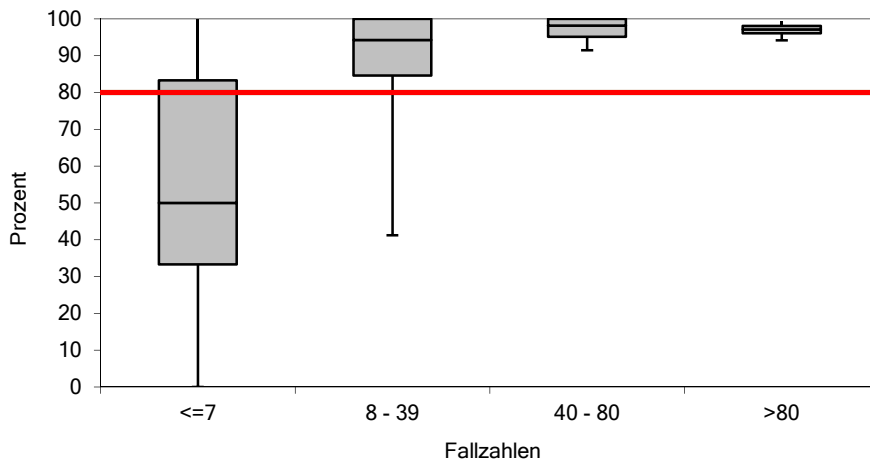
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
2 588		0	
2 481	95,87	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
95,03 ; 96,57	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	91,0	93,8	95,4	97,6	97,0	98,9	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=7	13
8 - 39	13
40 - 80	13
>80	12

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) ist ein zielgerichtetes Verfahren zur Erfassung des Lymphknotenstatus. Das Verfahren dient der Identifikation von nodal-negativen Patientinnen, die keine weitere lokale Therapie im Bereich der Lymphabflussgebiete benötigen. Die SLNB ist bei allen Patientinnen indiziert, die einen klinisch negativen Lymphknotenstatus aufweisen und für die ein axilläres Staging erforderlich ist. Die SLNB ist bei klinischem Verdacht auf fortgeschrittene Lymphknotenbeteiligung und tumordurchsetzte Lymphknoten nicht indiziert. Um präoperativ zu klären, ob tatsächlich eine Lymphknotenmetastasierung bei klinisch und/oder sonografisch auffälligen Lymphknoten vorliegt, können eine ultraschallgestützte FNA oder eine Biopsie der verdächtigen Lymphknoten hilfreich sein. Der histologische Nachweis einer Lymphknotenmetastasierung schließt die Anwendung der Sentinel-Node-Biopsie aus. Die SLN-Biopsie wurde 2008 als neues Verfahren in die Versorgung in Deutschland eingeführt. Es löste das bis dato übliche Verfahren, der Axilladisektion mit einer Entnahme von mindestens 10 Lymphknoten, ab. Wesentlicher Vorteil der SLN-Biopsie ist es, dass eine geringere Schulter-Arm Morbidität (Lymphödem, Bewegungseinschränkung, Schwellung, Missempfinden) auftritt (AWMF et al. 2012, NICE 2009, NZGG 2009).

Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Operativ-6

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe https://www.sgg.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_18n1_Indikatoren_2014.pdf

HER2/neu-Positivitätsrate

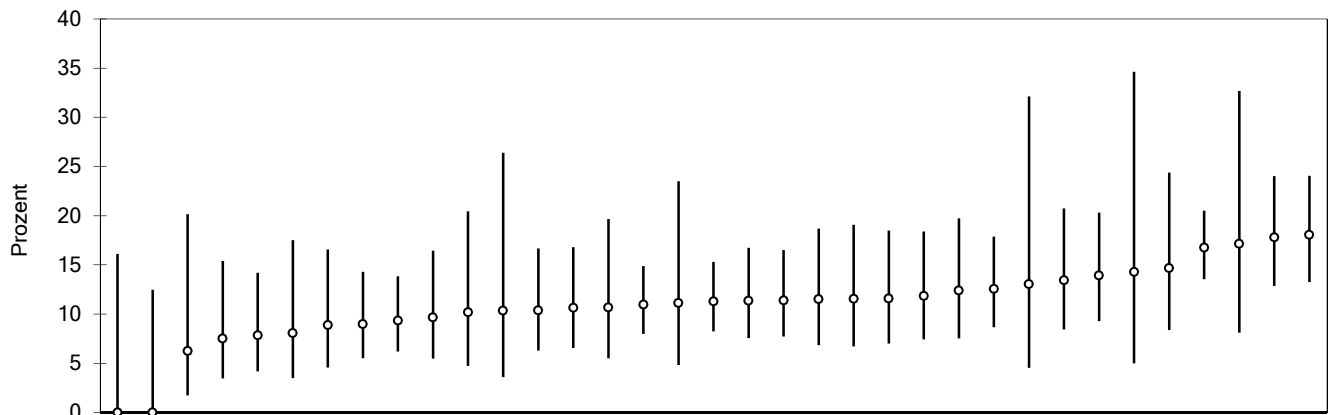
Kennzahl: 18/1 - 52268

Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie "inv. Mammaca: (Primärtumor)" und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2/neu-Status
 Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
4 605		0	
560	12,16	0	0,0

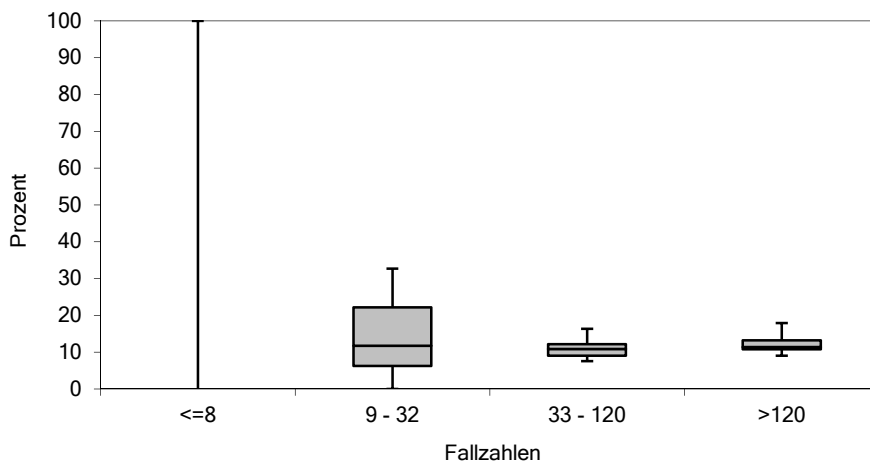
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
11,25 ; 13,14	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	7,6	9,5	11,3	11,0	12,8	15,9	18,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	17
9 - 32	13
33 - 120	14
>120	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Der HER2/neu-Status gilt als prädiktiver Faktor beim invasiven Mammakarzinom. Studienergebnisse belegen die hohe Effektivität einer adjuvanten Therapie mit Trastuzumab bei HER2/neu überexprimierenden Tumoren (Gianni et al. 2011; Perez et al. 2011; Dahabreh et al. 2008; Madarnas et al. 2008; Viani et al. 2007). Durch die adjuvante Behandlung mit Trastuzumab in Sequenz oder Kombination mit einer Chemotherapie werden die Rezidivrate bei HER2/neu überexprimierenden Tumoren um 45 % bis 50 % und die Mortalität um ca. 30 % im Vergleich zur adjuvanten Standardtherapie gesenkt (AWMF et al. 2012). Der Nachweis der HER2/neu-Positivität ist definiert als eine immunhistochemisch nachgewiesene Proteinüberexpression mit einem Score 3+ oder einer mittels Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) oder Chromogene-in-situ-Hybridisierung (CISH) nachgewiesenen Genamplifikation. Die in der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms formulierten Empfehlungen zu Testalgorithmus und Bewertung der Ergebnisse orientieren sich an den Empfehlungen der ASCO/CAP-Leitlinien (Wolff et al. 2007) und des National Comprehensive Cancer Networks (NCCN) (Carlson et al. 2006). Bei der Bestimmung des HER2/neu-Status soll die Zuverlässigkeit der eingesetzten Verfahren durch interne Testvalidierung, Verwendung standardisierter Protokolle und interner Kontrollen sowie regelmäßiger erfolgreicher Teilnahme an externen Ringversuchen oder Peer Review-Verfahren sichergestellt sein (AWMF et al. 2012).

Gemäß Literatur liegt in etwa 15 % der Fälle mit neu diagnostiziertem invasivem Mammakarzinom ein positiver HER2/neu-Status entsprechend der aktuellen Definition vor (Howlander et al. 2014). Die Daten der externen stationären Qualitätssicherung bestätigen dies. Allerdings zeigt sich eine hohe Variabilität der Positivitätsraten zwischen den Krankenhäusern. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Bestimmungen zum Teil falsch positive oder falsch negative Tendenzen aufweisen, die möglicherweise durch systematische Fehler bedingt sind. Vor dem Hintergrund, dass bei positivem HER2/neu-Status eine spezifische und hoch prognosewirksame Therapie möglich ist, und Fehlbestimmungen zu Unter- oder Überversorgung der betroffenen Patientinnen führen, kann die Rückspiegelung der HER2/neu-Positivitätsrate den Krankenhäusern wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme geben.

Der Indikatorengruppe liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde:

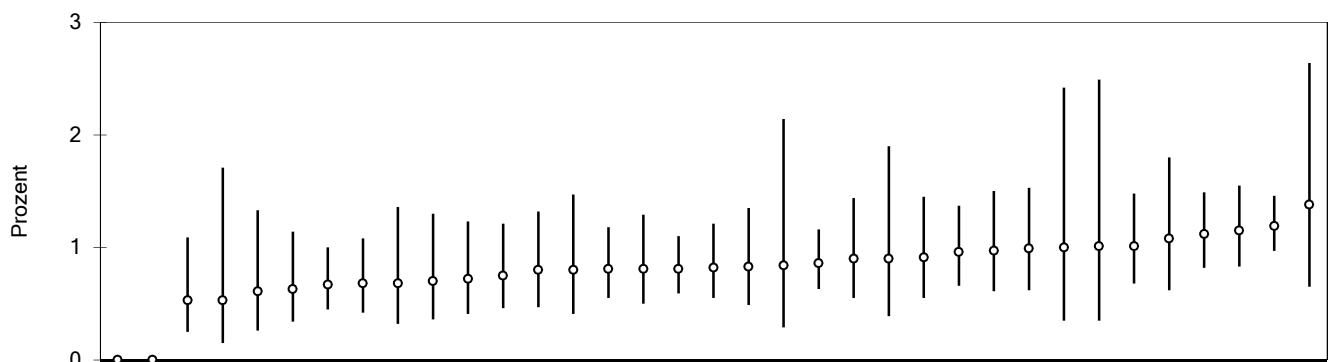
Patho-4c, Patho-4d, Patho-5.1i, Patho-5.2

Patientinnen mit Eingriffen an beiden Brüsten werden bei zutreffender Bedingung doppelt gezählt.

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe https://www.sgg.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_18n1_Indikatoren_2014.pdf

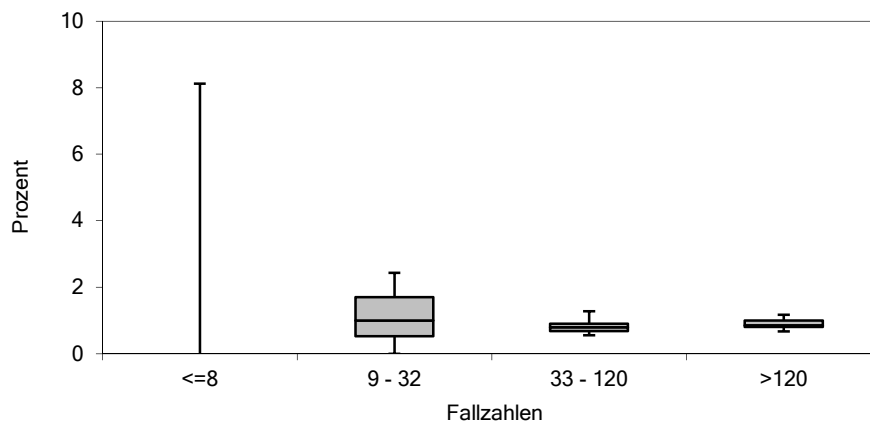
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden

	Hessen gesamt	Krankenhaus
	N	N
Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie "inv. Mammaca: (Primärtumor)" und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2/neu-Status	4 605	0
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status	560	0
<i>Raten</i>	%	%
beobachtete Rate (O)	12,16	0
erwartete Rate (E)	13,64	0
beobachtete Rate / erwartete Rate <i>Kennzahl: 18/1 - 52273</i>	0,89	0
Vertrauensbereich (95% CI)	0,82 ; 0,96	0
risikoadjustierte Rate [O/E*O(Hessen)], Werte in %	10,82	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,6	0,7	0,8	0,8	1,0	1,1	1,4



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	17
9 - 32	13
33 - 120	14
>120	15

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Erläuterungen siehe Seite 11.

Für diesen neuen Indikator wird eine Risikoadjustierung (O/E) vorgenommen. Eine Erläuterung der Risikoadjustierung findet sich auf Seite 3 oben. Als Regressionsgewichte wurden Risikofaktoren gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst wurden und für die im statistischen Schätzmodell relevante Effekte für das betrachtete Outcome nachgewiesen werden konnten.

Risikofaktoren: Alter, keine Früherkennung durch ein Mammografie-Screening, Nodalstatus, Grading

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe https://www.sqg.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_18n1_Indikatoren_2014.pdf

Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

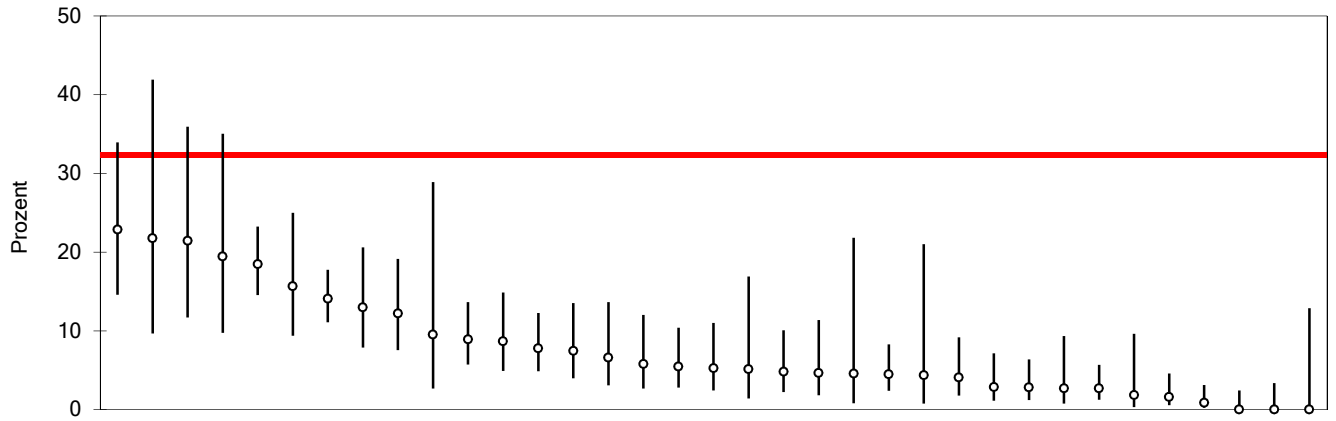
Kennzahl: 18/1 - 51370

Patientinnen mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschl. DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Th. - mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

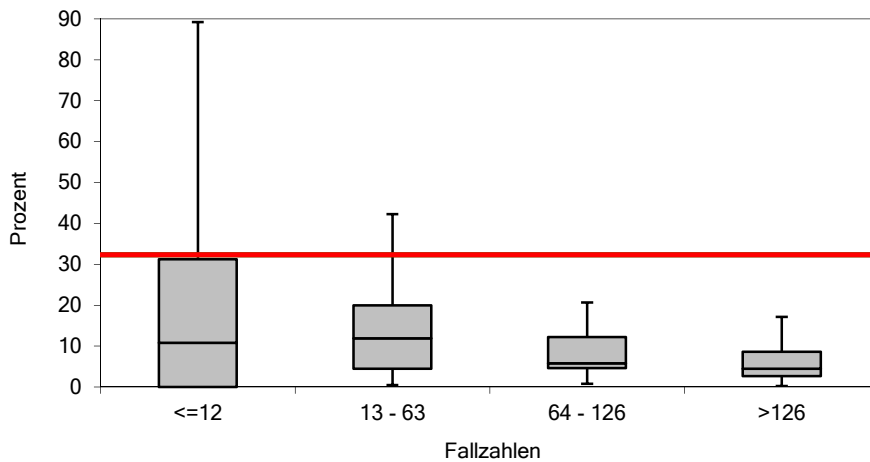
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
4 469		0	
353	7,90	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
7,14 ; 8,73	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	1,2	2,8	5,3	7,8	10,9	19,1	22,9



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=12	14
13 - 63	12
64 - 126	13
>126	13

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Schnittstellen der Versorgungskette sind besonders anfällig für Qualitätsverluste, wobei neben anderen Faktoren die zeitlichen Abläufe von Diagnose und Therapie wesentliche Aufschlüsse über die Funktionsfähigkeit des Versorgungskonzeptes geben. Die Zeitspanne zwischen Diagnose und Therapiebeginn, d. h. der operativen Lokalbehandlung, ist ein Qualitätsindikator, der eine der wichtigsten Schnittstellen innerhalb der Kette abbildet. In diesem Zeitraum findet der Übergang von der überwiegend ambulant durchgeführten Diagnostik zur meist unter stationären Bedingungen erfolgenden operativen Behandlung statt. Erfahrungsgemäß ist in dieser Phase die psychische Belastung der Betroffenen besonders hoch. Wartezeiten auf den Therapiebeginn, insbesondere wenn diese den Betroffenen vermeidbar erscheinen, verstärken die psychische Beeinträchtigung.

Allerdings ist Brustkrebs kein Notfall, betroffenen Frauen ist ausreichend Zeit einzuräumen um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Zeitliche Verzögerungen können sowohl in Ärzten und Patientinnen, als auch in den Besonderheiten nationaler Versorgungskonzepte ihre Ursache haben. Letztlich wurden Zeitfaktoren in nationale und internationale Leitlinien als Indikatoren der Lebensqualität betroffener Frauen integriert.

Nachdem zunächst möglichst kurze, nicht näher definierte Wartezeiten als Qualitätsziele in verschiedene Leitlinien aufgenommen wurden, erfolgte mit der Publikation des Positionspapier der EUSOMA (Perry 2001) auch eine numerische Festlegung, die dann in die europäische Leitlinie (Perry et al. 2006) übernommen wurde. Die Wartezeit als Qualitätsindikator ist somit vorzugsweise ein Messinstrument für die psychische Belastung betroffener Frauen. Gleichzeitig liefert sie wertvolle Hinweise für die Funktionsfähigkeit der Versorgungskette in einem vorgegebenen System bei limitierten finanziellen Ressourcen. Die beiden deutschen S3-Leitlinien machen keine zeitliche Vorgabe für das Intervall zwischen Diagnose und Operation. Die Information und die Aufklärung der Patientinnen nehmen einen besonders hohen Stellenwert in Leitlinien ein (AWMF et al. 2012, NZGG 2009, Albert 2008).

Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Info-1, Info-3

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe https://www.sqg.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_18n1_Indikatoren_2014.pdf

Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation

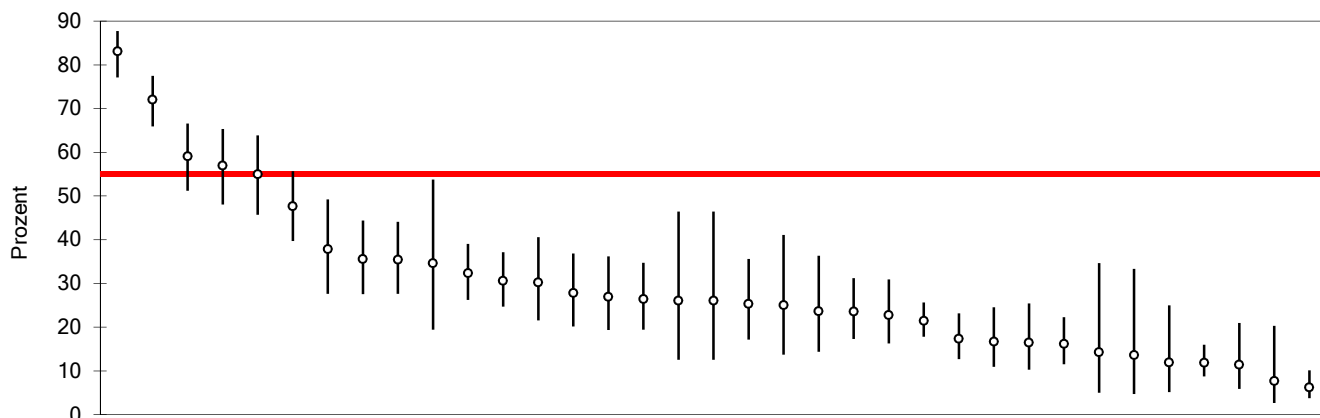
Kennzahl: - 51371

Patientinnen mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschl. DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Th.
 - davon mit einem zeitlichen Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
4 469		0	
1 388	31,06	0	0,0

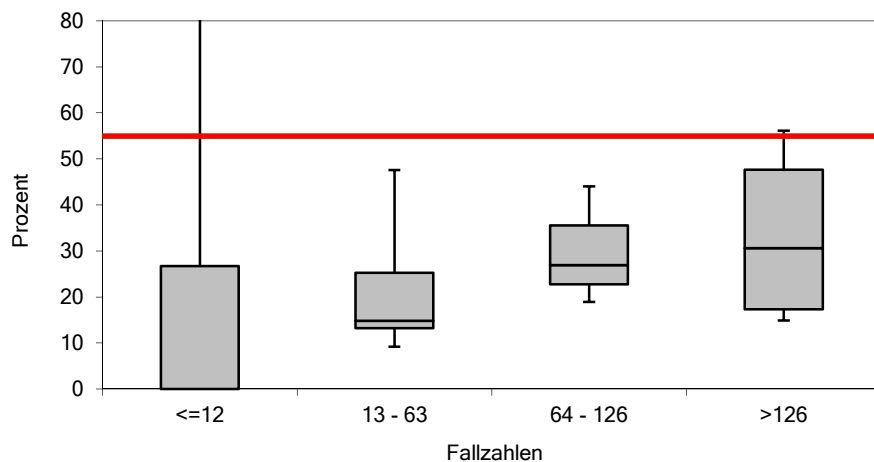
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
29,72 ; 32,43	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
6,2	11,9	16,6	26,1	29,4	35,0	56,1	83,1



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=12	14
13 - 63	12
64 - 126	13
>126	13

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Erläuterungen siehe Seite 13

Weitere Informationen und Literaturangaben siehe https://www.sgg.de/downloads/QIDB/2014/AQUA_18n1_Indikatoren_2014.pdf