



Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Jahresauswertung
2010

QUALITÄTSINDIKATOREN

Übersichtstabelle:

Krankenhaus

Indikatoren zu Prozessen		Referenzbereiche		Ergebnis 2010		Ergebnis 2009	
				Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner		Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	
1	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 95,9 %		95,9 % [95,4 ; 96,4] 5628 / 5866 Fällen		95,2 % [94,6 ; 95,7] 5543 / 5822 Fällen	
1a	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung: tastbare Tumore	Ziel: >= 90 % Auffälligkeit: < 90 % Ø in Hessen: 97,2 %		97,2 % [96,6 ; 97,7] 3640 / 3745 Fällen		96,2 % [95,5 ; 96,8] 3686 / 3833 Fällen	
1b	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung: nicht-tastbare Tumore	Ziel: >= 70 % Auffälligkeit: < 70 % Ø in Hessen: 93,7 %		93,7 % [92,6 ; 94,7] 1988 / 2121 Fällen		93,4 % [92,2 ; 94,4] 1857 / 1989 Fällen	
2	Intraoperatives Präparatröntgen	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 95 % Ø in Hessen: 98,4 %		98,4 % [97,6 ; 98,9] 1733 / 1762 Fällen		98,1 % [97,4 ; 98,7] 1735 / 1768 Fällen	
3	Hormonrezeptoranalyse	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 95 % Ø in Hessen: 99,6 %		99,6 % [99,4 ; 99,8] 5309 / 5329 Fällen		99,1 % [98,8 ; 99,3] 5333 / 5384 Fällen	
4	HER-2/neu-Analyse	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 95 % Ø in Hessen: 99,2 %		99,2 % [98,9 ; 99,4] 4979 / 5018 Fällen		98,7 % [98,3 ; 99] 5033 / 5101 Fällen	
5	Stadieneinteilung Angabe pT und pN	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 75 % Ø in Hessen: 96,4 %		96,4 % [95,8 ; 96,9] 4871 / 5054 Fällen		96,2 % [95,6 ; 96,7] 4949 / 5147 Fällen	
6	Angabe Sicherheitsabstand: bei brusterhaltender Therapie	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 95 % Ø in Hessen: 98,4 %		98,4 % [97,9 ; 98,7] 3848 / 3912 Fällen		97,6 % [97 ; 98] 3919 / 4017 Fällen	
7	Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 95 % Ø in Hessen: 96,9 %		96,9 % [95,9 ; 97,7] 1565 / 1615 Fällen		96,3 % [95,2 ; 97,2] 1488 / 1545 Fällen	
8	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Ziel: <= 5 % Auffälligkeit: > 5 % Ø in Hessen: 1,6 %		1,6 % [0,7 ; 3] 9 / 559 Fällen		1,8 % [0,8 ; 3,3] 9 / 511 Fällen	
9	Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasiven Karzinomen	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 96,3 %		96,3 % [95,7 ; 96,8] 4652 / 4830 Fällen		96,4 % [95,9 ; 96,9] 4737 / 4913 Fällen	
10	Anzahl Lymphknoten	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 92,5 %		92,5 % [91 ; 93,9] 1265 / 1367 Fällen		94,7 % [93,3 ; 95,9] 1177 / 1243 Fällen	
11	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Ziel: >= 76 % Auffälligkeit: < 76 % Ø in Hessen: 89,4 %		89,4 % [88 ; 90,7] 1789 / 2001 Fällen		91,4 % [90,1 ; 92,5] 1901 / 2081 Fällen	
12	Indikation zur brusterhaltenden Therapie	Ziel: 71-93,7% Ø in Hessen: 83,6 %		83,6 % [82,2 ; 85] 2307 / 2759 Fällen		85,3 % [83,9 ; 86,6] 2403 / 2817 Fällen	
13	Meldung an Krebsregister	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 95 % Ø in Hessen: 99,1 %		99,1 % [98,9 ; 99,4] 5518 / 5566 Fällen		98,2 % [97,9 ; 98,6] 5533 / 5632 Fällen	
14	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	Ziel: >= 40,1 % Auffälligkeit: < 40,1 % Ø in Hessen: 58,7 %		58,7 % [57,4 ; 60] 3367 / 5738 Fällen		57,3 % [56 ; 58,6] 3300 / 5760 Fällen	

Indikatoren zu Ergebnissen

Referenzbereiche

15	Postoperative Wundinfektionen	Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,5 %		0,5 % [0,4 ; 0,7] 37 / 6962 Fällen		1 % [0,8 ; 1,2] 69 / 7002 Fällen	
----	-------------------------------	---	--	---------------------------------------	--	-------------------------------------	--

LESEANLEITUNG

Die Ergebnisse der eigenen Klinik werden dem Gesamtergebnis aller hessischen Kliniken gegenübergestellt.

	Hessen gesamt		eigene Klinik	
	N	%	N	%
Datensätze gesamt	5 033	98,7	116	98,3

Erläuterungen zu den Tabellenspalten der Übersichtstabelle:

Indikatoren zu Prozessen/Ergebnissen

Name des Qualitätsindikators & laufende Nummer

Referenzbereiche

Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators.

Zielbereich: anzustrebender Bereich

Auffälligkeitsbereich: Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse

n.d.: keine Referenzbereiche definiert

Ergebnis

Wert der eigenen Klinik im betreffenden Erhebungsjahr für den aufgeführten Qualitätsindikator. Die Werte in eckigen Klammern kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall [95% CI]. Das Konfidenzintervall kennzeichnet den Bereich, in dem der Klinikwert unter Ausschluss zufälliger Faktoren mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Die Konfidenzintervalle ermöglichen eine Überprüfung auf statistische Signifikanz. Die Bewertung der Ergebnisse wird farblich veranschaulicht (siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite).

n.b.: nicht berechnet, da keine Fälle beim jeweiligen Qualitätsindikator vorhanden

Erläuterungen zu den Referenzwerten:

Die Referenzwerte können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden. Wurde als Referenzwert ein Absolutwert festgelegt, ist in der folgenden Tabelle der Vermerk "fixer Wert" eingetragen. Ein festgelegter Zielbereich wird als "Korridor" bezeichnet. Handelt es sich um einen errechneten Wert, ist der Tabelle zu entnehmen, wie der Qualitätsindikator aus den Gesamtdatenbestand errechnet wurde. In die Berechnung von Perzentil- und Mittelwerten gehen jeweils die Klinikwerte mit N > 19 (Nennerbedingung) ein ("Verteilung der Kliniken in %"). Bei Halbjahres- und Zwischenauswertungen werden für berechnete Referenzwerte die Ergebnisse aus dem Vorjahr herangezogen.

	Grenze Zielbereich	Grenze Auffälligkeitsbereich	
Qualitätsindikator 1:	nicht definiert	nicht definiert	
Qualitätsindikator 1a:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 1b:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 2:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 3:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 4:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 5:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 6:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 7:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 8:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 9:	nicht definiert	nicht definiert	
Qualitätsindikator 10:	nicht definiert	nicht definiert	
Qualitätsindikator 11:	10%-Perzentile Bund	10%-Perzentile Bund	
Qualitätsindikator 12 ¹ :	Korridor	Korridor	
Qualitätsindikator 13:	fixer Wert	fixer Wert	
Qualitätsindikator 14:	5%-Perzentile Bund	5%-Perzentile Bund	
Qualitätsindikator 15:	-	nicht definiert	

¹:Der Korridor wird definiert durch die 5%- bis 95%-Perzentile Bund

Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse auf Seite 1:

Prozessindikatoren:

- 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

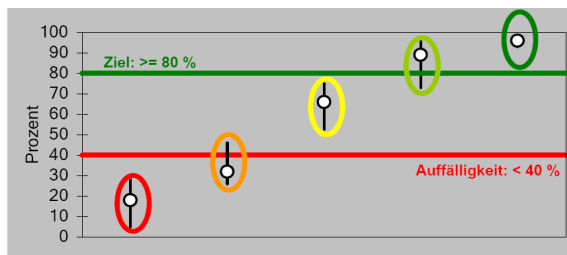


Abb. 1

Ergebnisindikatoren:

- Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
- Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert signifikant auffällig
- kein Referenzbereich definiert
- sentinel event; Einzelfallanalyse empfohlen

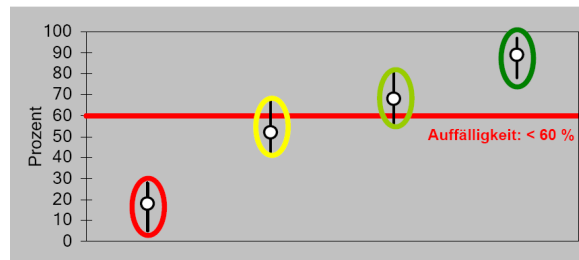


Abb. 2

Erläuterungen zu den grafischen Darstellungen der folgenden Seiten:

League-Table (s. auch Abb. 1 und 2):

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; der Wert Ihrer Klinik ist hervorgehoben. 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. 3):

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 werden die Kliniken in vier vorab definierte Fallzahlkategorien (<=49, 50-99, 100-149 und >149 Fälle) eingeteilt. Die Gruppeneinteilung erfolgte anhand der Gesamtfallzahl des jeweiligen Krankenhauses. Die 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.

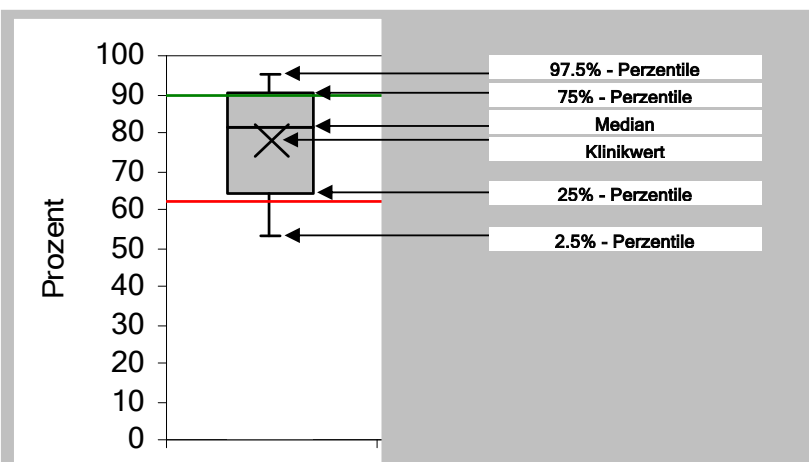


Abb. 3

1. Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

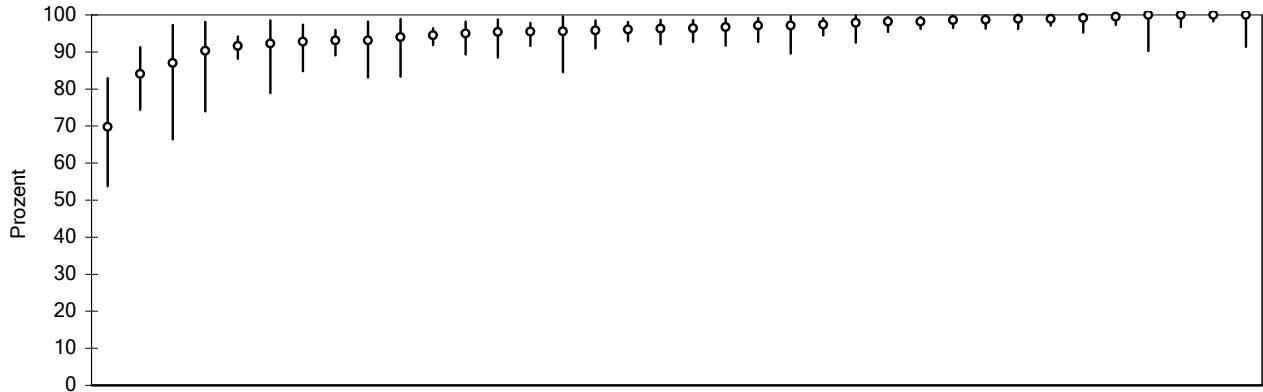
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/HE9001

Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei maligner Neoplasie
 - davon mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
5 866		0	
5 628	95,9	0	0,0

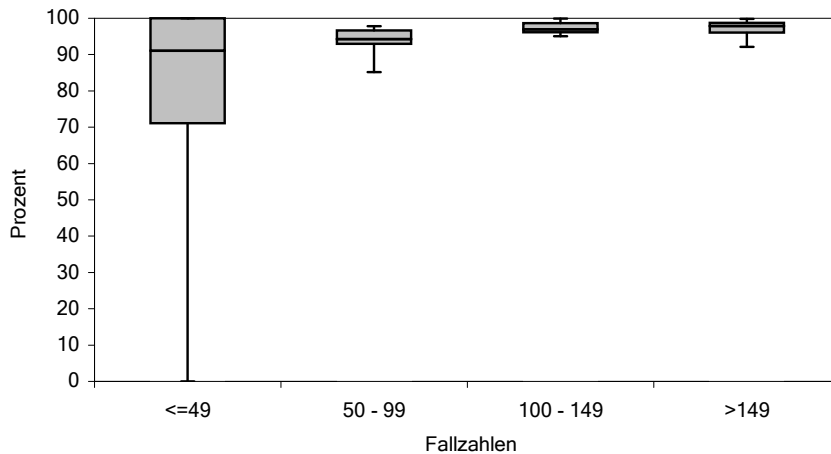
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI		95% CI	
95,4 ; 96,4		0	



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
69,8	91,0	93,8	96,4	95,1	98,6	99,8	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	36
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Diagnose präinvasiver und invasiver Malignome der weiblichen Brustdrüse folgt einer in Leitlinien (Albert 2008; Kreienberg et al. 2008) niedergelegten Sequenz. Am Ende dieser Diagnosekette steht der histologische Befund, der unabdingbare Voraussetzung für die Planung und Einleitung einer stadiengerechten Behandlung ist. Die schrittweise Diagnostik hat das Ziel, die mit dem Prozess verbundene körperliche und psychische Belastung auf einem möglichst niedrigen Niveau zu halten.

Die Notwendigkeit und Art der histologischen Absicherung wird im Einzelfall getroffen. Seit Verfügbarkeit der interventionellen Methoden (Stanzbiopsie, Vakuum-biopsie) unterliegt die nur aus diagnostischen Gründen durchgeführte offene Biopsie einer strengeren Indikationsstellung. Sie wird nur noch dann eingesetzt, wenn eine interventionelle Gewebeprobe-Gewinnung nicht durchführbar ist. Eine weitere Indikation ist eine Befunddiskrepanz nach vorangegangener minimal-invasiver Diagnostik zwischen klinischem und apparativ-diagnostischem Befund einerseits und dem pathohistologischen Untersuchungsergebnis andererseits. Es ist das Ziel, interventionell eine definitive histologische Abklärung suspekter klinischer bzw. apparativ-diagnostischer Befunde zu erreichen, ohne der betroffenen Frau, insbesondere bei benigner Histologie, die belastendere offene Biopsie zumuten zu müssen.

Es ist auch in internationalen Leitlinien etabliert, dass die Tripel-Diagnostik, bestehend aus klinischer Untersuchung, apparativer Diagnostik und minimalinvasiver Intervention, der offenen Biopsie voran zu stellen ist (Perry et al. 2006, Rutgers 2001). Als Prämisse gilt, dass mindestens 70% der nicht palpablen und mindestens 90% der tastbaren Tumoren in dieser Sequenz bereits präoperativ diagnostiziert werden (Albert 2008).

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

1a. Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

tastbare Tumore

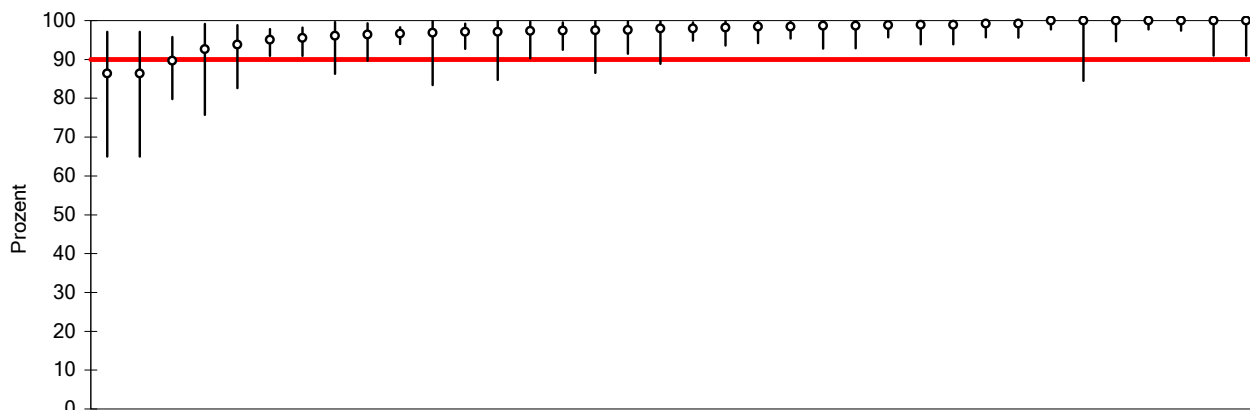
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/50080

Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei tastbarer maligner Neoplasie
 - davon mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung

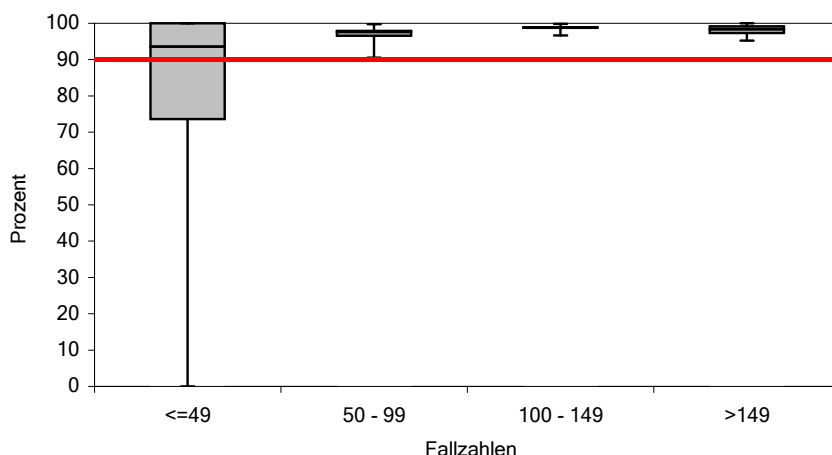
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
3 745		0	
3 640	97,2	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
96,6 ; 97,7	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	86,4	93,2	96,6	98,0	97,0	99,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	36
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Diagnose präinvasiver und invasiver Malignome der weiblichen Brustdrüse folgt einer in Leitlinien (Albert 2008; Kreienberg et al. 2008) niedergelegten Sequenz. Am Ende dieser Diagnosekette steht der histologische Befund, der unabdingbare Voraussetzung für die Planung und Einleitung einer stadiengerechten Behandlung ist. Die schrittweise Diagnostik hat das Ziel, die mit dem Prozess verbundene körperliche und psychische Belastung auf einem möglichst niedrigen Niveau zu halten.

Die Notwendigkeit und Art der histologischen Absicherung wird im Einzelfall getroffen. Seit Verfügbarkeit der interventionellen Methoden (Stanzbiopsie, Vakuum-biopsie) unterliegt die nur aus diagnostischen Gründen durchgeführte offene Biopsie einer strengeren Indikationsstellung. Sie wird nur noch dann eingesetzt, wenn eine interventionelle Gewebeprobe-Gewinnung nicht durchführbar ist. Eine weitere Indikation ist eine Befunddiskrepanz nach vorangegangener minimal-invasiver Diagnostik zwischen klinischem und apparativ-diagnostischem Befund einerseits und dem pathohistologischen Untersuchungsergebnis andererseits. Es ist das Ziel, interventionell eine definitive histologische Abklärung suspekter klinischer bzw. apparativ-diagnostischer Befunde zu erreichen, ohne der betroffenen Frau, insbesondere bei benigner Histologie, die belastendere offene Biopsie zumuten zu müssen.

Es ist auch in internationalen Leitlinien etabliert, dass die Tripel-Diagnostik, bestehend aus klinischer Untersuchung, apparativer Diagnostik und minimalinvasiver Intervention, der offenen Biopsie voran zu stellen ist (Perry et al. 2006, Rutgers 2001). Als Prämisse gilt, dass mindestens 70% der nicht palpablen und mindestens 90% der tastbaren Tumoren in dieser Sequenz bereits präoperativ diagnostiziert werden (Albert 2008).

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

1b. Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
nicht-tastbare Tumore

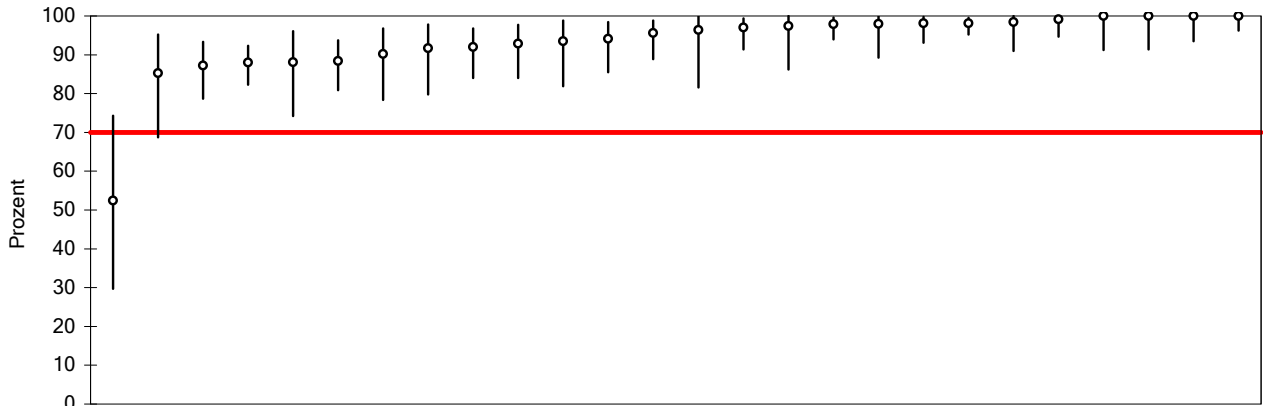
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/50047

Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei tastbarer maligner Neoplasie
- davon mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung

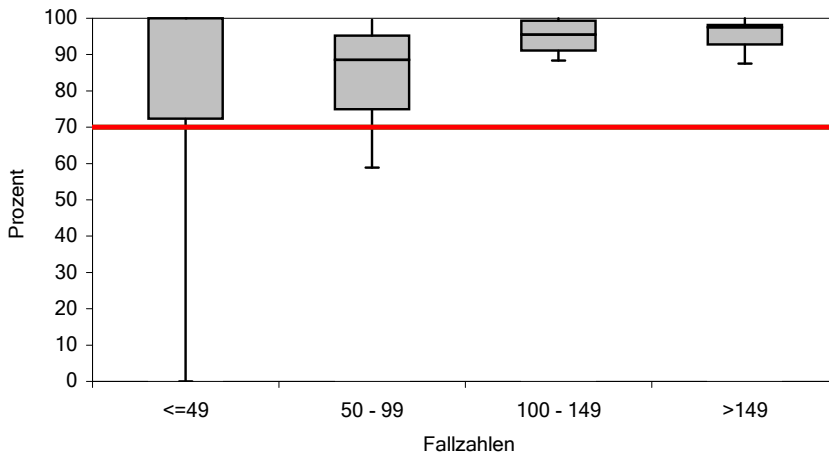
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
2 121		0	
1 988	93,7	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
92,6 ; 94,7	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	52,4	87,6	90,6	96,0	93,1	98,1	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	18
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Diagnose präinvasiver und invasiver Malignome der weiblichen Brustdrüse folgt einer in Leitlinien (Albert 2008; Kreienberg et al. 2008) niedergelegten Sequenz. Am Ende dieser Diagnosekette steht der histologische Befund, der unabdingbare Voraussetzung für die Planung und Einleitung einer stadiengerechten Behandlung ist. Die schrittweise Diagnostik hat das Ziel, die mit dem Prozess verbundene körperliche und psychische Belastung auf einem möglichst niedrigen Niveau zu halten.

Die Notwendigkeit und Art der histologischen Absicherung wird im Einzelfall getroffen. Seit Verfügbarkeit der interventionellen Methoden (Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie) unterliegt die nur aus diagnostischen Gründen durchgeführte offene Biopsie einer strengeren Indikationsstellung. Sie wird nur noch dann eingesetzt, wenn eine interventionelle Gewebeprobe-Gewinnung nicht durchführbar ist. Eine weitere Indikation ist eine Befunddiskrepanz nach vorangegangener minimal-invasiver Diagnostik zwischen klinischem und apparativ-diagnostischem Befund einerseits und dem pathohistologischen Untersuchungsergebnis andererseits. Es ist das Ziel, interventionell eine definitive histologische Abklärung suspekter klinischer bzw. apparativ-diagnostischer Befunde zu erreichen, ohne der betroffenen Frau, insbesondere bei benigner Histologie, die belastendere offene Biopsie zumuten zu müssen.

Es ist auch in internationalen Leitlinien etabliert, dass die Tripel-Diagnostik, bestehend aus klinischer Untersuchung, apparativer Diagnostik und minimalinvasiver Intervention, der offenen Biopsie voran zu stellen ist (Perry et al. 2006, Rutgers 2001). Als Prämisse gilt, dass mindestens 70% der nicht palpablen und mindestens 90% der tastbaren Tumoren in dieser Sequenz bereits präoperativ diagnostiziert werden (Albert 2008).

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

2. Intraoperatives Präparatröntgen

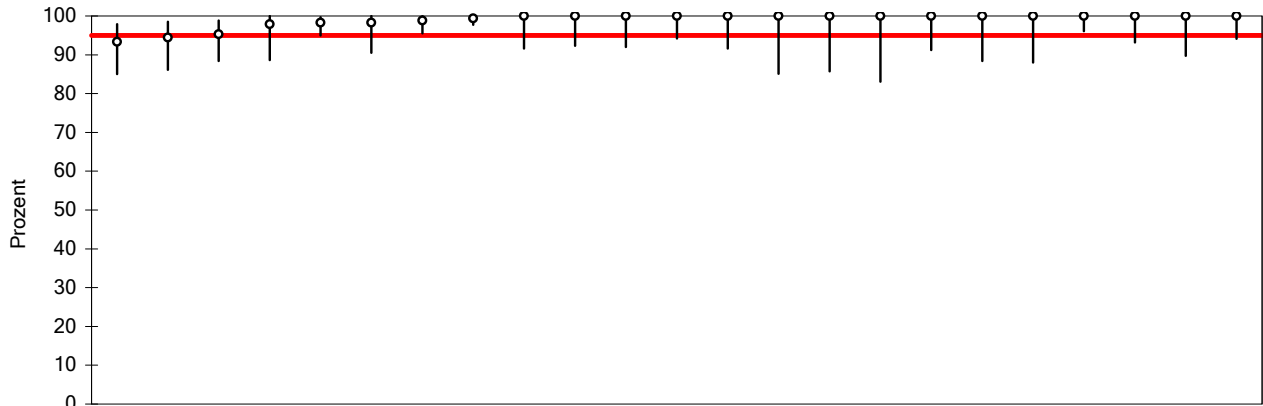
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/303

Operationen mit präoperativer Draht-Markierung gesteuert durch Mammographie
 - davon mit intraoperativem Präparatröntgen

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
1 762		0	
1 733	98,4	0	0,0

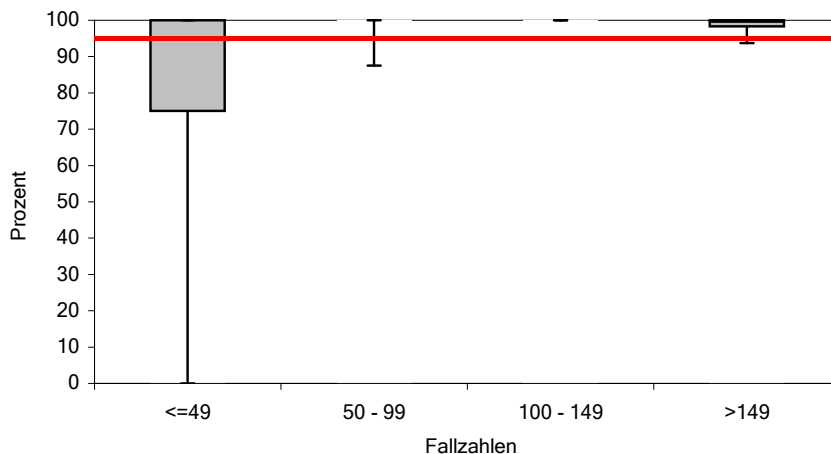
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
97,6 ; 98,9	0



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
93,3	95,8	98,6	100,0	98,9	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	19
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Nicht tastbare, nur mammographisch und/oder sonographisch nachweisbare, abklärungsbedürftige Gewebeläsionen erfordern weitere diagnostische Maßnahmen bis zum Vorliegen eines definitiven pathologischen Befundes. Der diesbezügliche Entscheidungs- und Prozessablauf ist als Algorithmus in der Stufe-3-Leitlinie „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“ (Albert 2008) wiedergegeben. Mindestens 70% aller nicht tastbaren, aber abklärungsbedürftigen Läsionen sollen vor der Indikationsstellung für eine offene diagnostische oder therapeutische Operation durch die Anwendung interventioneller Techniken (Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie) histologisch abgeklärt sein (Albert 2008, Perry et al. 2006).

Eine primär offene Biopsie ist beispielsweise bei brustwandnahen Tumoren oder bei entsprechender Entscheidung der Patientin sachgerecht.

Ziel einer aus diagnostischen Gründen durchgeführten offenen Biopsie ist die sichere und komplette Entfernung eines apparativ suspekten Gewebeareals. Ist der nicht palpable Befund bereits durch Stanze oder Vakuumbiopsie als invasives Karzinom identifiziert, besteht nunmehr das Ziel, den Tumor lokal vollständig mit tumorfreien Resektionsrändern zu exzidieren, d. h. eine R0-Resektion zu erreichen. Methodisch sind folgende Schritte einzuleiten: Die nicht tastbare Läsion muss präoperativ durch möglichst exakte Platzierung eines Markierungsdrahtes eindeutig lokalisiert werden, wobei dies je nach Struktur des Befundes radiologisch oder sonographisch erfolgen kann. Es ist essenziell, das exzidierte Gewebe unmittelbar nach seiner Entfernung mit der Methode zu untersuchen, die für die Markierung verwendet wurde (Präparat-Radiographie, Präparat-Sonographie). Nur durch die genannten Maßnahmen ist eine leitlinienkonforme, qualitätsgesicherte Befundentfernung zu realisieren.

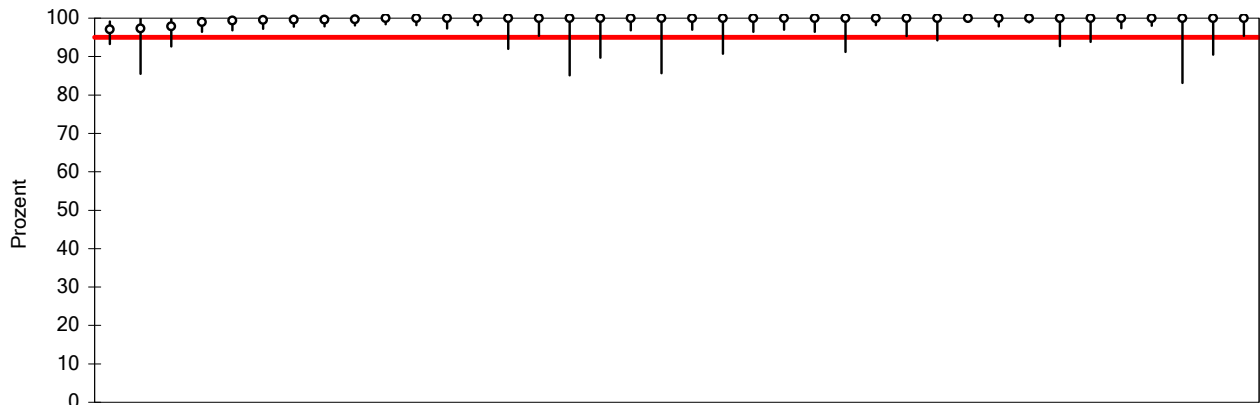
(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

3. Hormonrezeptoranalyse

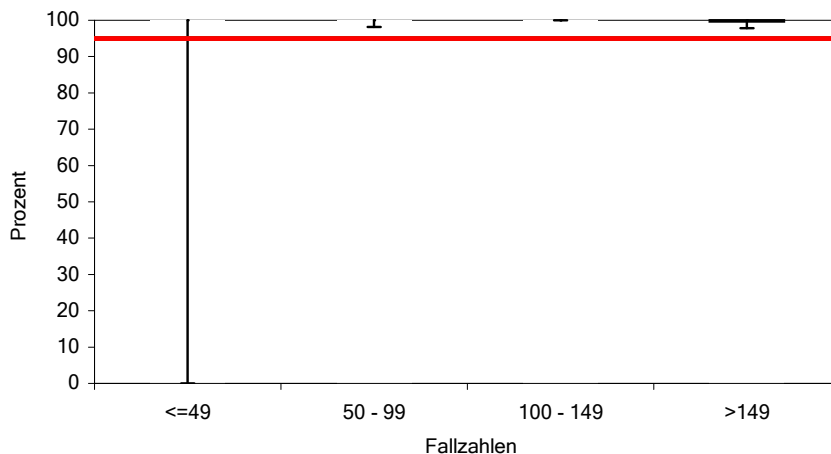
Kennzahl: 2010/15n1-MAMMA/2135

	Hessen gesamt		Krankenhaus	
	N	%	N	%
Pat. mit Histologie "invasives Mammakarzinom" (Primärtumor) und abgeschlossener op. Therapie	5 329		0	
- davon mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse	5 309	99,6	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)	95 % CI	
		99,4 ; 99,8



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	97,1	99,3	100,0	100,0	99,7	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	37
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Das Vorhandensein von Östrogen- (ER) und/oder Progesteron-Rezeptoren (PR) signalisiert eine noch häufig vorhandene funktionelle, hormonabhängige Differenzierung des Tumorgewebes, die vielfach, aber bei weitem nicht immer auch mit einer günstigen morphologischen Differenzierung einhergeht. Größere Tumoren weisen im Vergleich zu kleineren Karzinomen sehr viel seltener eine rezeptorpositive Konstellation auf. Aus diesen Beobachtungen resultierte der Rückschluss, dass dem Rezeptorbefund eine prognostische Bedeutung beigemessen werden müsse.

In allen Leitlinien und Konsensus-Empfehlungen gehört die immunhistochemische ER- und PR-Bestimmung obligat in die Primärdiagnostik und, sofern Gewebe verfügbar ist, auch in die Rezidivdiagnostik (Kreienberg et al. 2008, Albert 2008).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Rezeptorbestimmung eine prognostische Bedeutung auf dem Evidenzlevel IIa (AH CPR), eine prädiktive Bedeutung auf dem Level Ia (AH CPR) und der immunhistochemischen Untersuchungsmethode ein Level IIa (AH CPR) zugeordnet werden kann.

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

4. HER-2/neu-Analyse

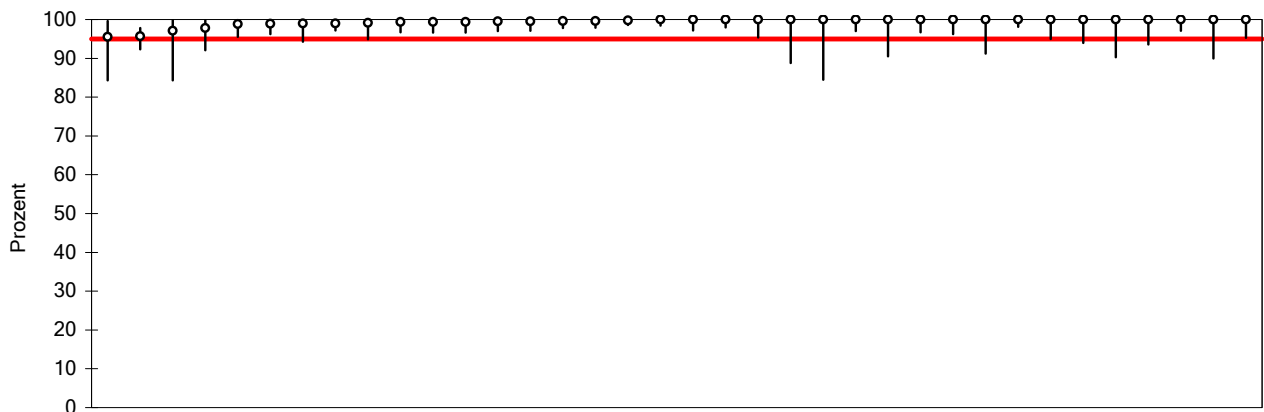
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/2261

Patientinnen mit Histologie "invasives Mammakarzinom" (Primärtumor) und abgeschlossener op. Therapie bei Primärerkrankung
 - davon mit HER-2/neu-Analyse

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
5 018		0	
4 979	99,2	0	0,0

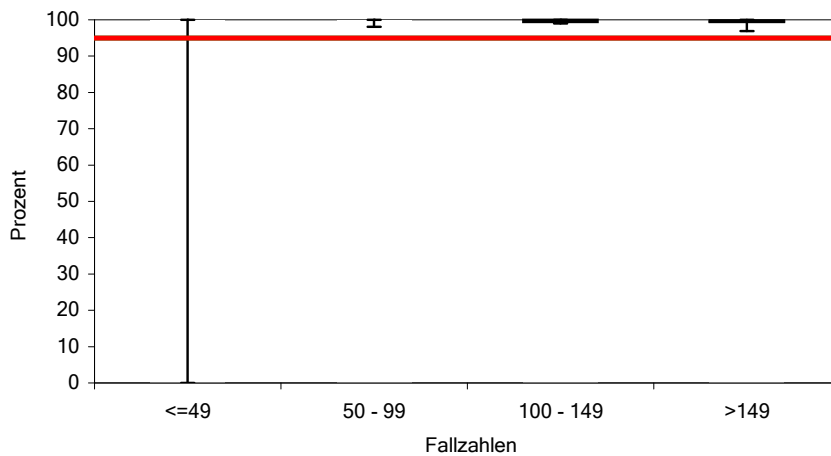
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
98,9 ; 99,4	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
95,5	98,3	99,3	100,0	99,4	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	36
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Als weiterer prädiktiver Faktor beim invasiven Karzinom gilt seit geraumer Zeit der Her-2/neu-Status. Aktuelle Studienergebnisse belegen die hohe Effektivität einer adjuvanten Therapie mit Trastuzumab bei Her-2/neu exprimierenden Tumoren. Dieser monoklonale Antikörper ist gegen das HER-2/neu-Rezeptorprotein gerichtet, dessen Überexpression auf der Zellmembranoberfläche Voraussetzung für eine wirksame Therapie ist. Bei bislang noch kurzer Nachbeobachtung wurde konsistent in allen Studien eine bedeutende Senkung der Rezidivraten sowie der Mortalität im Vergleich zur adjuvanten Standardtherapie nachgewiesen. In den aktuelleren Leitlinien wird die Bestimmung des Her-2/neu-Status deshalb als Standard beim primären Mammakarzinom gefordert. Bei der Bestimmung des Hormonrezeptor- und HER-2-Status muss die Zuverlässigkeit der eingesetzten Nachweisverfahren sichergestellt sein.

Dies beinhaltet die interne Testvalidierung, die Verwendung standardisierter Protokolle und interner Kontrollen sowie die regelmäßige erfolgreiche Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Albert 2008, Kreienberg et al. 2008). Umfangreiche Informationen zu den Methoden der Her-2/neu-Bestimmung sind im Evidenzbericht 2007 zur S-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland veröffentlicht (Nothacker et al. 2007).

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

5. Stadieneinteilung

Angabe von pT und pN

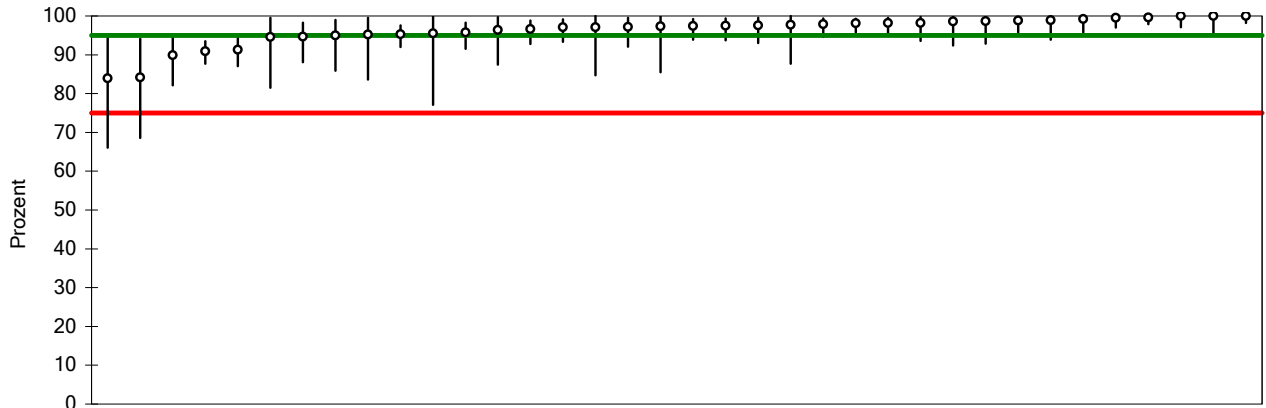
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/HE9006

Pat. mit Primärerkr. und Histologie "invasives Mammakarzinom" und abgeschl. op. Therapie
 - davon mit Angabe zu pT und pN (M = x erlaubt)

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
5 054		0	
4 871	96,4	0	0,0

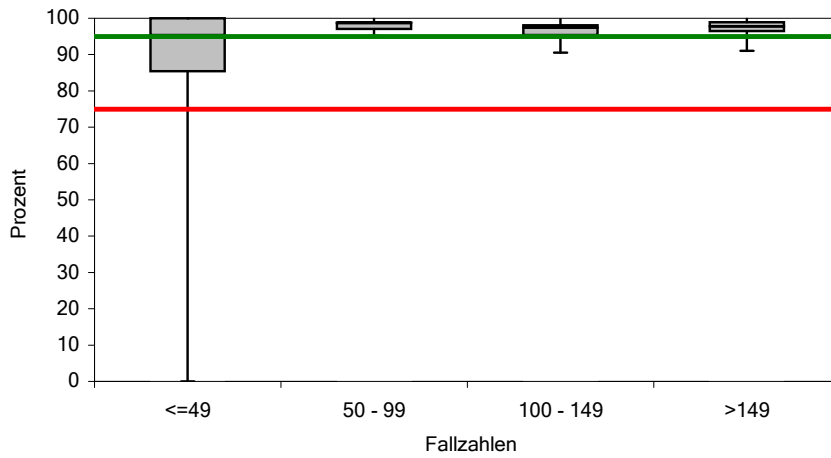
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
95,8 ; 96,9	0



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
83,9	91,1	95,3	97,4	96,2	98,6	99,6	100,0



Fallzahl- kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	36
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Dieser Qualitätsindikator wird auf Beschluss des hessischen Fachausschusses weiter geführt, um die Entwicklung der Staging-Angaben beobachten zu können.

6. Angabe Sicherheitsabstand:
bei brusterhaltender Therapie

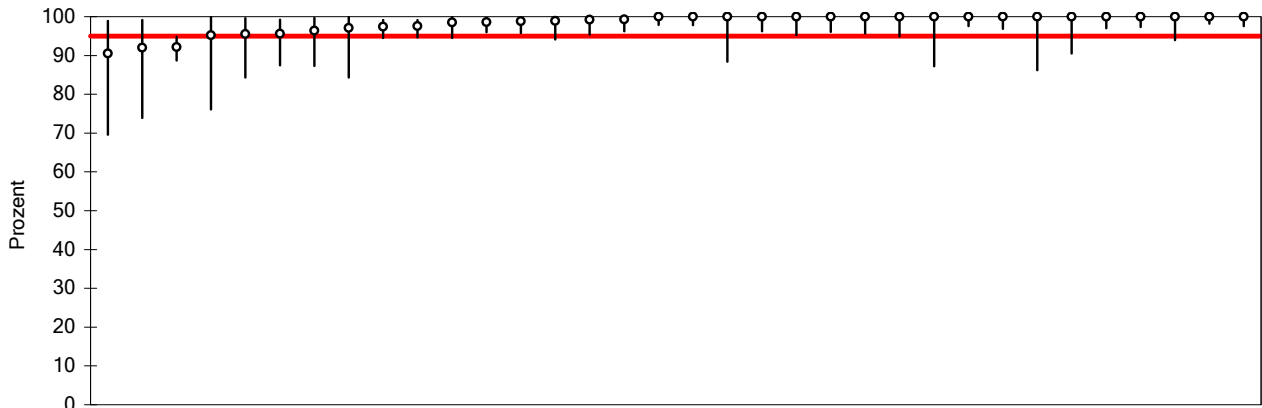
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/2131

Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie "invasives Mammakarzinom oder DCIS" und abgeschlossener op. Therapie und brusterhaltender Therapie ohne Patientinnen mit Vollremission nach neoadjuvanter Therapie
- davon mit Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand

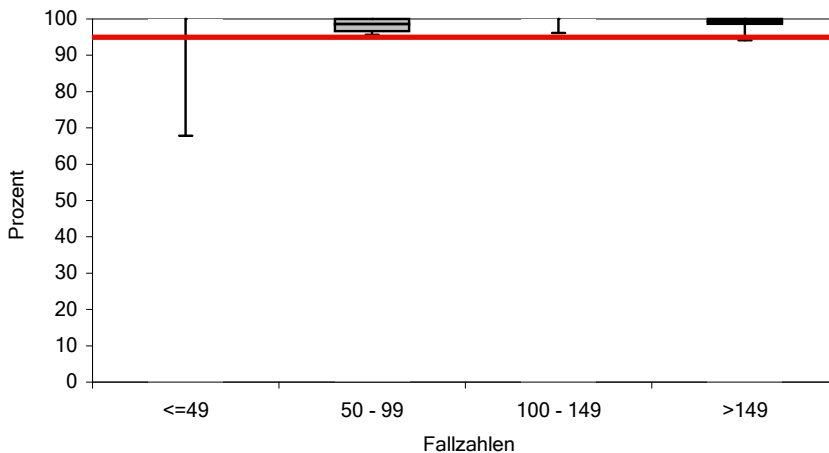
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
3 912		0	
3 848	98,4	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
97,9 ; 98,7	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	90,5	95,3	97,5	100,0	98,3	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	32
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Unter Fachleuten besteht Konsens, dass eine metrische Angabe des Sicherheitsabstandes sowohl bei invasivem Mammakarzinom als auch bei DCIS unbedingt erfolgen muss (Good Clinical Practice) (Kreienberg et al. 2008, Albert 2008). Dies gilt sowohl für die BET als auch für die Mastektomie, da bei letzterer der Sicherheitsabstand Hinweise für eine eventuell erforderliche Strahlentherapie liefern kann. Für eine wissenschaftlich begründete Festlegung des minimalen Ausmaßes dieser Sicherheitsabstände liegen keine ausreichenden Daten vor.

Es sei darauf hingewiesen, dass es zur Beurteilung des mit Pektoralisfaszie entnommenen dorsalen und des mit Haut entnommenen ventralen Resektionsrandes derzeit keine Empfehlungen gibt. Aus sachlichen Erwägungen empfiehlt die Bundesfachgruppe Mammachirurgie derzeit folgendes Vorgehen:

Beim intraduktalen Karzinom (duktales Carcinoma in situ) ist bei miterfasster Faszie und miterfasster Haut das DCIS in diesen beiden Resektionsrändern im Gesunden entfernt. In diesen Fällen werden nur die jeweils anderen Resektionsgrenzen berücksichtigt.

Beim invasiven Mammakarzinom empfiehlt die Fachgruppe Mammachirurgie folgendes Vorgehen: Die Angabe des geringsten angegebenen Sicherheitsabstandes auf die dorsalen, ventralen und seitlichen Resektionsränder sollte in mm angegeben werden. Wurde Pektoralismuskulatur miterfasst, so sollte bei einem tumorfreien dorsalen Resektionsrand angegeben werden, ob auch die miterfasste Muskulatur frei von Tumorinfiltraten oder befallen ist, da sich hieraus Hinweise für eine mögliche Strahlentherapie ergeben.

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

7. Angabe Sicherheitsabstand:
bei Mastektomie

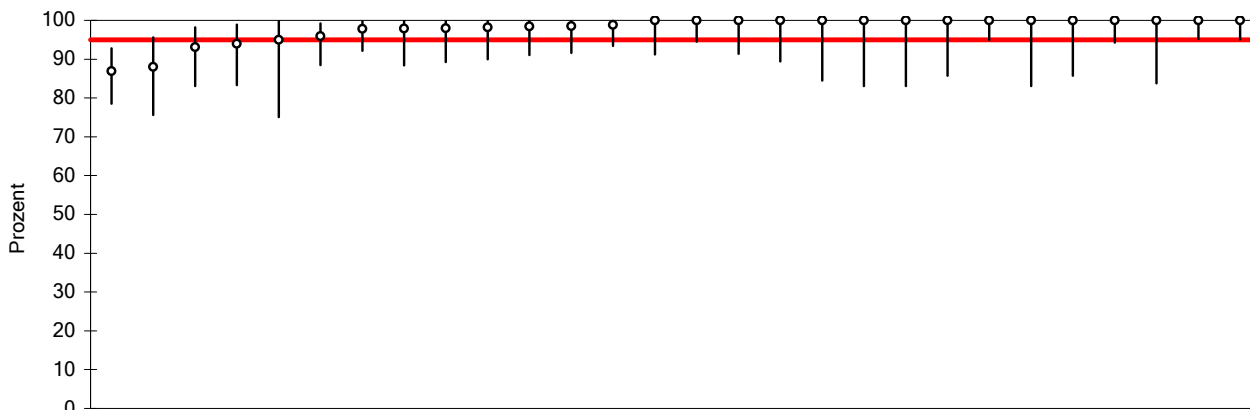
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/2162

Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie "invasives Mammakarzinom oder DCIS" und abgeschlossener op. Therapie und Mastektomie ohne Patientinnen mit Vollremission nach neoadjuvanter Therapie
- davon mit Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand

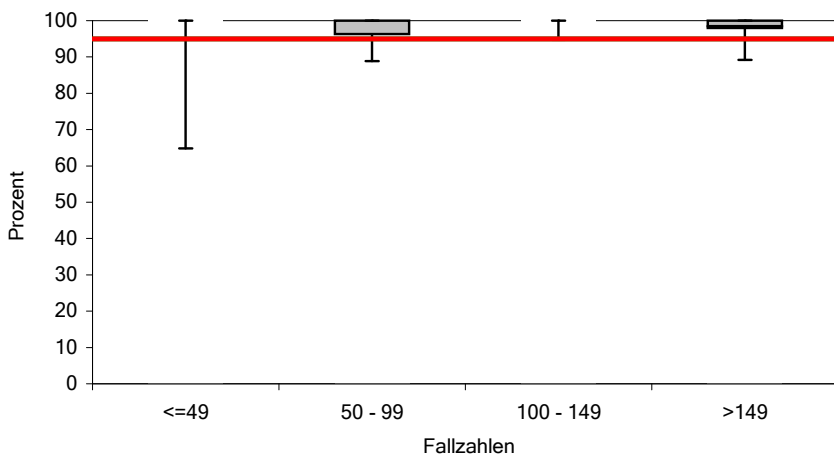
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
1 615		0	
1 565	96,9	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
95,9 ; 97,7	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	86,9	93,7	97,9	100,0	97,9	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	30
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Unter Fachleuten besteht Konsens, dass eine metrische Angabe des Sicherheitsabstandes sowohl bei invasivem Mammakarzinom als auch bei DCIS unbedingt erfolgen muss (Good Clinical Practice) (Kreienberg et al. 2008, Albert 2008). Dies gilt sowohl für die BET als auch für die Mastektomie, da bei letzterer der Sicherheitsabstand Hinweise für eine eventuell erforderliche Strahlentherapie liefern kann. Für eine wissenschaftlich begründete Festlegung des minimalen Ausmaßes dieser Sicherheitsabstände liegen keine ausreichenden Daten vor.

Es sei darauf hingewiesen, dass es zur Beurteilung des mit Pektoralisfaszie entnommenen dorsalen und des mit Haut entnommenen ventralen Resektionsrandes derzeit keine Empfehlungen gibt. Aus sachlichen Erwägungen empfiehlt die Bundesfachgruppe Mammachirurgie derzeit folgendes Vorgehen:

Beim intraduktalen Karzinom (duktales Carcinoma in situ) ist bei miterfasster Faszie und miterfasster Haut das DCIS in diesen beiden Resektionsrändern im Gesunden entfernt. In diesen Fällen werden nur die jeweils anderen Resektionsgrenzen berücksichtigt.

Beim invasiven Mammakarzinom empfiehlt die Fachgruppe Mammachirurgie folgendes Vorgehen: Die Angabe des geringsten angegebenen Sicherheitsabstandes auf die dorsalen, ventralen und seitlichen Resektionsränder sollte in mm angegeben werden. Wurde Pektoralismuskulatur miterfasst, so sollte bei einem tumorfreien dorsalen Resektionsrand angegeben werden, ob auch die miterfasste Muskulatur frei von Tumorfiltreten oder befallen ist, da sich hieraus Hinweise für eine mögliche Strahlentherapie ergeben.

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

8. Primäre Axilladisektion bei DCIS

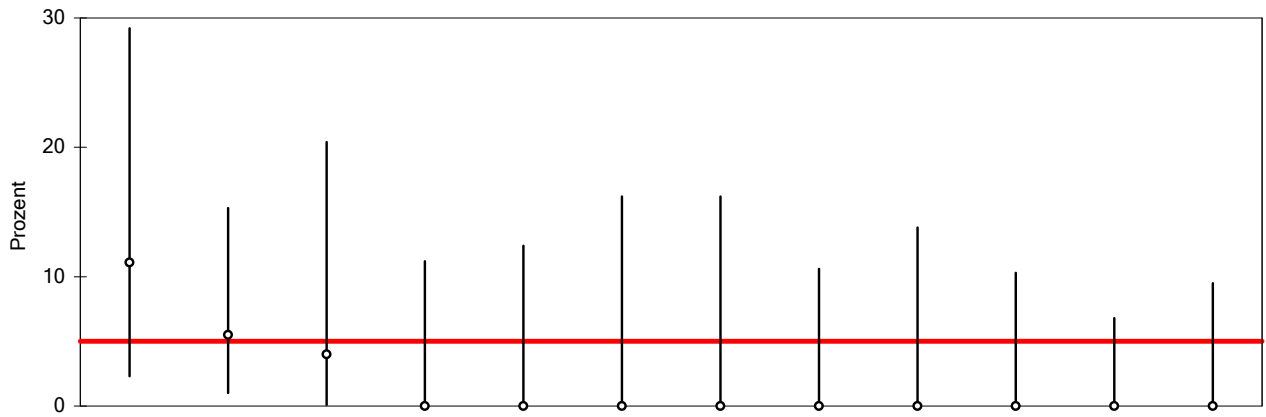
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/2163

Patientinnen mit Histologie "DCIS" und abgeschlossener op. Therapie bei Primärerkrankung
 - davon axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung und keine SLNB durchgeführt

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
559		0	
9	1,6	0	0,0

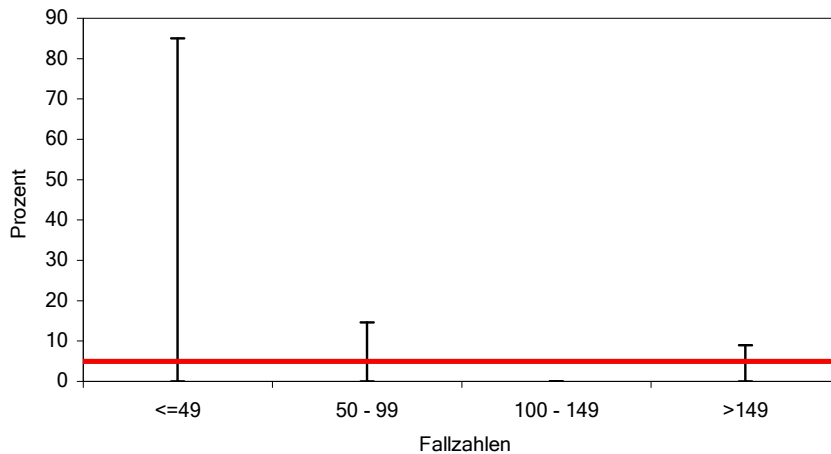
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,7 ; 3	0



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,0	5,4	11,1



Fallzahl- kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	7
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Ein axilläres Staging (Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie) ist bei ausschließlichem DCIS nicht erforderlich, da eine axilläre Metastasierung ausgeschlossen ist.

Einzig das Problem, bei ausgedehnten DCIS-Befunden eine Mikroinvasion zu übersehen, rechtfertigt eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (Kreienberg et al. 2008). Bei sorgfältiger Aufarbeitung des Präparates durch die Pathologen ist bei maximal 2 bis 3% aller DCIS-Tumoren (bei denen dann eine histologisch nicht entdeckte Invasion vorliegt) mit axillären Lymphknoten-Metastasen zu rechnen (Leonard & Swain 2004). Bei diesen Patientinnen mit Lymphknoten-Metastasen in der SLNB ist dann eine axilläre Dissektion erforderlich.

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

9. Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom

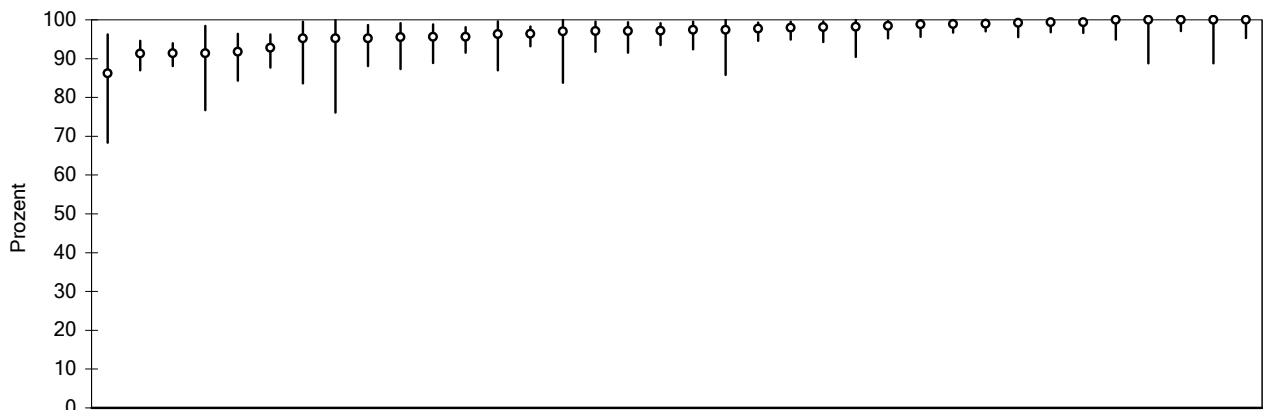
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/HE9008

Patientinnen mit Histologie "invasives Mammakarzinom" und abgeschlossener op. Therapie bei Primärerkrankung unter Ausschluß von Patientinnen mit Fernmetastasen
 - davon mit axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung oder SLNB

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
4 830		0	
4 652	96,3	0	0,0

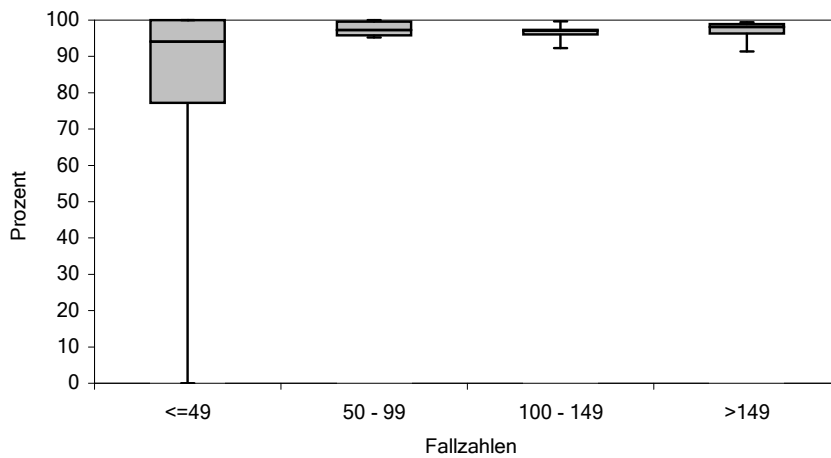
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
95,7 ; 96,8	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
86,2	91,6	95,4	97,3	96,6	98,9	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	36
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Dieser Qualitätsindikator wird auf Beschluss des hessischen Fachausschusses weiter geführt, um die Entwicklung des Vorgehens beim invasiven Mammakarzinom beobachten zu können.

10. Anzahl Lymphknoten

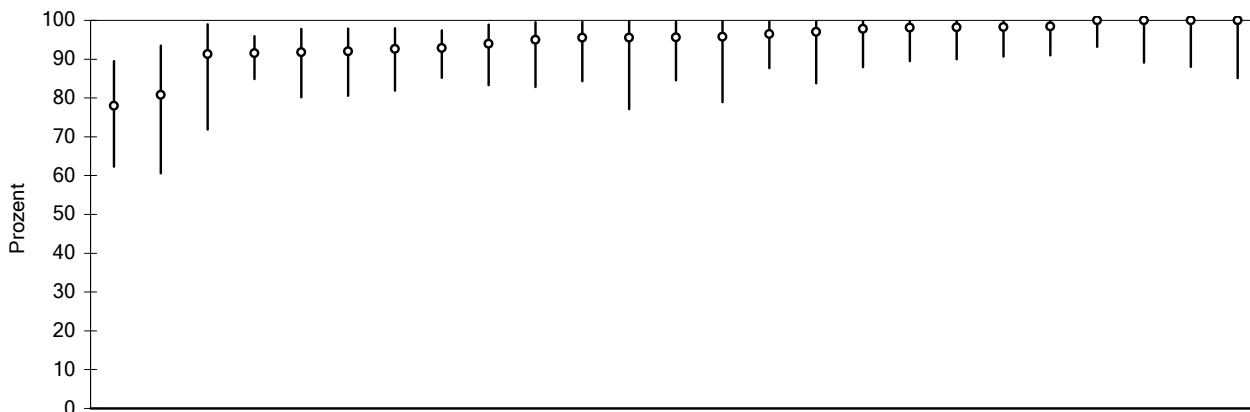
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/11989

Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie "invasives Mammakarzinom", mit Lymphknotenbefall und abgeschl. op. Therapie, mit axillärer Lymphknotenentf. ohne Markierung, ohne präop. tumorspezifische Therapie, unter Ausschluß von Patientinnen mit Fernmetastasen
 - davon mit Entfernung von mind. 10 Lymphknoten

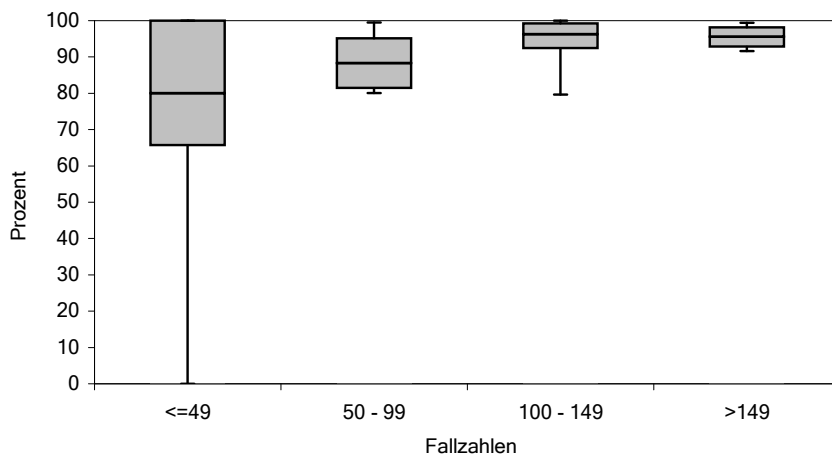
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
1 367		0	
1 265	92,5	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
91 ; 93,9	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	78,0	91,4	92,6	95,6	94,7	98,2	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	28
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Bei Tumorbefall der axillären Lymphknoten erlaubt deren operative Entfernung nicht nur eine prognostische Aussage. Sie hat auch einen geringen therapeutischen Effekt durch Minderung des Lokalrezidiv-Risikos (Fisher et al. 1981, Fisher et al. 1985, Fowble et al. 1989, Hayward & Caleffi 1987). Eine sichere Aussage über einen Befall der Lymphknoten setzt die histologische Untersuchung von mindestens zehn Lymphknoten voraus (Kreienberg et al. 2008), es sei denn, es wurde eine Sentinel-Lymph-Node-Biopsie (SLNB) durchgeführt.

Die Axilladisektion sollte die Level I und II umfassen. Durch dieses Vorgehen wird in etwa 97% aller Fälle eine korrekte Aussage über den Befall axillärer Lymphknoten erreicht (Fisher et al. 1985, Cabanes et al. 1992, Petrek & Blackwood 1995) (LOE IIa).

Nach neoadjuvanter Therapie schwindet das lymphatische Gewebe manchmal stark oder gar vollständig und es gibt Probleme, die kleinen Lymphknoten zu präparieren bzw. die regressiv veränderten Lymphknotenmetastasen nachzuweisen. Bei diesen Fällen handelt es sich aber zumeist um prognostisch ungünstige Tumoren, die ebenfalls eine vollständige axilläre Lymphknotenenddissektion erfordern. Hier ist der Pathologe gefordert, der unter den gegebenen Umständen das Gewebe subtiler aufarbeiten sollte.

Bei sehr kranken Patientinnen kann nach Abwägen von Nutzen und Risiko auf eine Axilladisektion gänzlich verzichtet werden. Alternativ ist zwecks Verringerung der postoperativen Morbidität einzig die SLNB in ihrem Nutzen gesichert.

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

11. Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

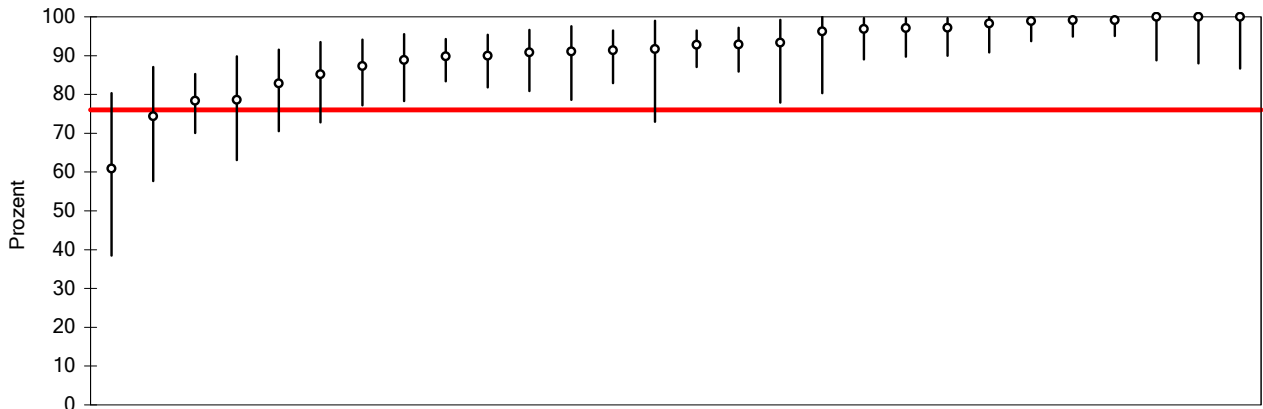
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/2262

Patientinnen mit Histologie "invasives Mammakarzinom" und abgeschlossener op. Therapie bei Primärerkrankung im Stadium pT1 und negativem pN-Staging ohne neoadjuvante Therapie
- davon mit alleiniger SLNB

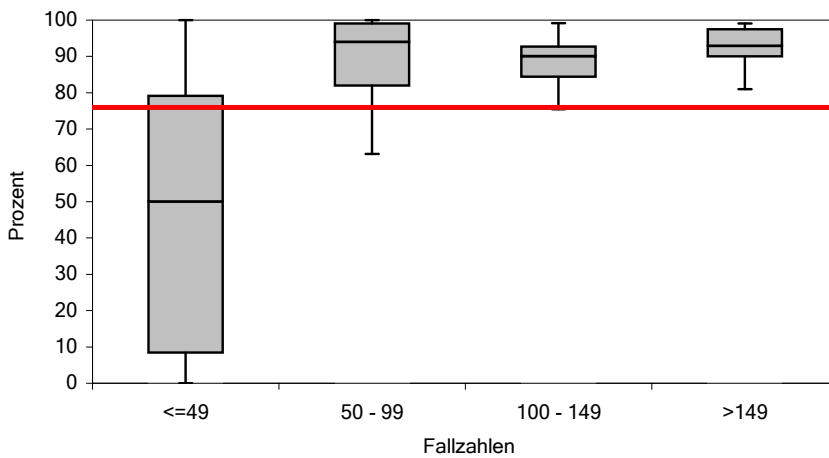
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
2 001		0	
1 789	89,4	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
88 ; 90,7	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	60,9	78,5	88,5	92,3	90,8	97,5	99,4	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	23
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Über Jahrzehnte galt die komplette Ausräumung der axillären Lymphknoten (axilläre Lymphonodektomie, ALD) neben der Entfernung des Primärtumors als Standardmaßnahme für die operative Therapie des Mammakarzinoms. Dabei lag die Zielsetzung einerseits in der Sicherung der lokalen Tumorkontrolle im Bereich der Lymphabflusswege. Andererseits hat der Nodalstatus eine ausgeprägte prognostische Aussagekraft, sodass die ALD eine wesentliche Grundlage für die Planung adjuvanter Therapieformen darstellt. Der Eingriff ist mit einer relativ hohen, mehr als 30-prozentigen Morbidität verbunden, die vor allem durch Lymphödeme, chronisch-rezidivierende Bewegungseinschränkungen des Armes und Sensibilitätsstörungen gekennzeichnet ist (Kuehn et al. 2000). Beim frühen Mammakarzinom wurde die ALD in jüngster Zeit durch die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) ersetzt. Sentinel-Lymphknoten (SLN, auch Wächterlymphknoten genannt) sind die ersten Lymphknoten im Lymphabfluss eines Mammakarzinoms: Sie werden mit der höchsten Wahrscheinlichkeit von Metastasen befallen. Sind sie tumorfrei, kann angenommen werden, dass auch die nach geschalteten Lymphknoten tumorfrei sind. Die gezielte Entfernung der SLN ist im Vergleich zur Dissektion des gesamten Lymph- und Fettgewebes der Axilla mit einer geringeren Morbidität verbunden (Armer et al. 2004, Peintinger et al. 2003, Langer et al. 2007). Dabei ist die diagnostische Aussagekraft gleichwertig (Kim et al. 2006, Kuehn et al. 2004) und bestehende Heilungschancen bleiben erhalten (Veronesi et al. 2006).

Indikationen und Kontraindikationen für eine SLNB sind in der aktualisierten S-3-Leitlinie (Kreienberg et al. 2008) beschrieben u. mit umfangreicher Literatur unterlegt: Geeignet für die SLNB sind Frauen mit T1- und T2-Tumoren. Auch bei größeren Tumoren kann bei ausreichender Erfahrung eine SLNB durchgeführt werden. Die SLNB ist bei klinischem Verdacht auf fortgeschrittene Lymphknotenbeteiligung und tumordurchsetzte Lymphknoten nicht indiziert. Funktionelle Untersuchungen zum Lymphabfluss aus der Brust sowie erste klinische Daten weisen darauf hin, dass die SLNB auch bei multizentrischen Karzinomen eine zuverlässige Vorhersage d. Nodalstatus ermöglicht. Daher kann die SLNB unter Hinweis auf die eingeschränkte Evidenz auch in dieser Indik. durchgeführt werden. Die SLNB nach neoadj. Chemotherapie wird nicht empfohlen. Dies gilt insbesondere für Pat., die vor der Chemotherapie suspekte Lymphknoten aufweisen. Die Teilnahme an klin. Studien wird empfohlen. Die SLNB ist nach kleineren Exzisionsbiopsien möglich. Bei größeren Exzisionen (z. B. Quadrantektomie) sind die Ergeb. nicht sicher reproduzierbar. Der Einsatz der SLNB ist nur unter Einhaltung strenger Qualitätsanforderungen zulässig. Diese sind in den Konsensus-Empfehlungen der "Deutschen Gesellschaft für Senologie" niedergelegt und werden inzwischen auch international als beispielhaft angesehen (Kühn et al. 2003, Kuehn et al. 2005). Besonders zu betonen sind hier die sorgfältige Aufklärung der Patientin, die konsensus-basierte Indikationsstellung, ein methodisches Training der operierenden Ärzte und die Qualität d. pathomorph. Aufarb. d. Gewebeproben. Dies ist umso wichtiger, als bei zunehmender Inanspruchnahme qualitätsges. Früherkennungs-Programme frühe Mammakarz.-Formen häufiger werden (Cantin et al. 2001). (siehe <http://www.sgg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

12. Indikation zur brusterhaltenden Therapie

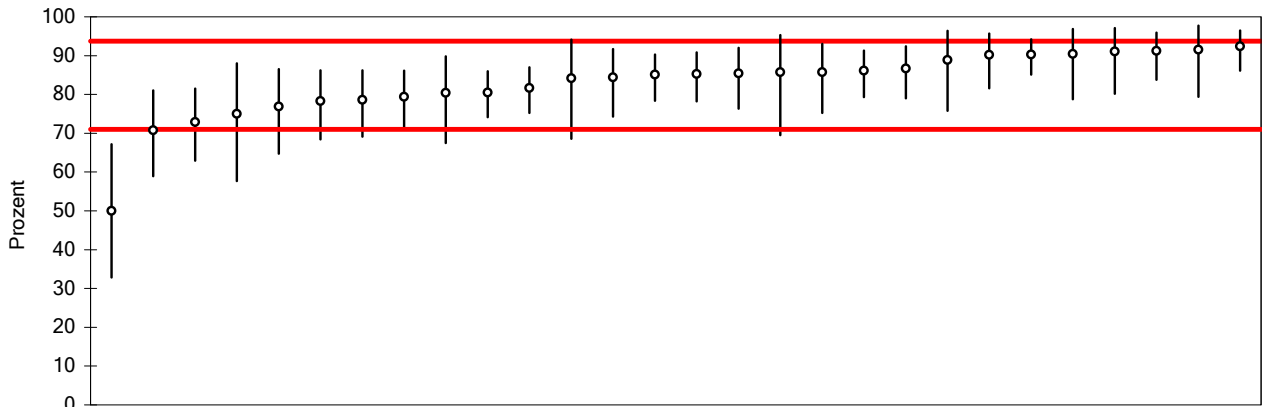
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/2167

Patientinnen mit Histologie "invasives Mammakarzinom" und abgeschlossener op. Therapie bei Primärerkrankung im Stadium pT1
- davon mit brusterhaltender Therapie

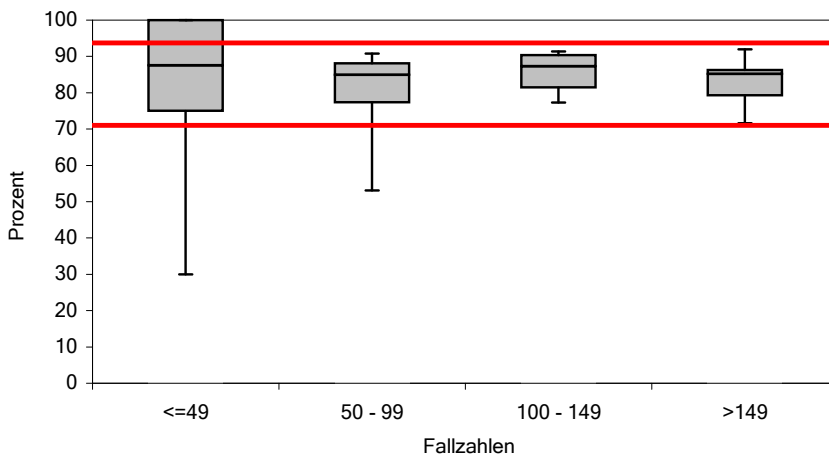
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
2 759		0	
2 307	83,6	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
82,2 ; 85	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	50,0	74,4	79,2	85,2	82,8	89,2	91,1	92,4



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	25
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Bis Mitte der 80er Jahre galt die Entfernung der Brust (Mastektomie) und der Lymphknoten in der Achselhöhle als Standardtherapie bei Brustkrebs. Seither haben randomisiert kontrollierte Studien gezeigt, dass sich bei kleinen Tumoren die Überlebensraten nicht unterscheiden zwischen Frauen mit Mastektomie und Frauen mit brusterhaltender Therapie (BET) (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group 1995; Veronesi et al. 2002; Fisher et al. 2002; Poggi et al. 2003). Obligat bei der BET ist eine Nachbestrahlung der Restbrustdrüse, welche nicht nur zeitaufwändig ist, sondern auch mit Nebenwirkungen an dem bestrahlten Hautareal verbunden sein kann. In Bezug auf die Überlebensraten sind beide Behandlungsalternativen gleichwertig mit einem Evidenzgrad Ia (AHCPR).

Unbedingte Voraussetzung für eine BET sind anerkannte, meist histopathologische Kriterien (siehe auch Stufe-3-Leitlinie "Interdisziplinäre S-3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms", Kreienberg et al. 2008). In einer europäischen Leitlinie (Perry et al. 2006) werden diese Kriterien ebenfalls differenziert dargestellt. Da die Überlebensraten nach BET und Mastektomie bei gegebener Indikation identisch sind, handelt es sich hier um echte Therapiealternativen mit dem Ziel einer möglichst hohen Lebensqualität. Die Miteinbeziehung der Patientin im Sinne eines "shared decision making" wird deswegen nicht nur in Leitlinien gefordert (Kreienberg et al. 2008; Scarth et al. 2002; Breast Cancer Disease Site Group 2003). "Shared decision making" oder auch partizipative Entscheidungsfindung wird definiert als Interaktionsprozess, bei dem Patient und Arzt unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft kommen (Giersdorf et al. 2004). Eine kanadische Studie konnte nachweisen, dass von 69,6% der Patientinnen, die für eine BET bei Brustkrebs in Frage kamen, nur 48,0% sich tatsächlich für eine solche entschieden. Für Frauen im Stadium I der Erkrankung waren es 57,0 von 82%. Die übrigen Frauen bevorzugten die Mastektomie (Tyldesley et al. 2003).

Der Indikator eignet sich in besonderem Maße, die Einbeziehung des Patientinnenwunsches zu betrachten. Extrem hohe oder extrem niedrige Raten für die BET weisen darauf hin, dass eine ausgewogene Entscheidungsfindung möglicherweise nicht erfolgt ist.

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

13. Meldung an Krebsregister

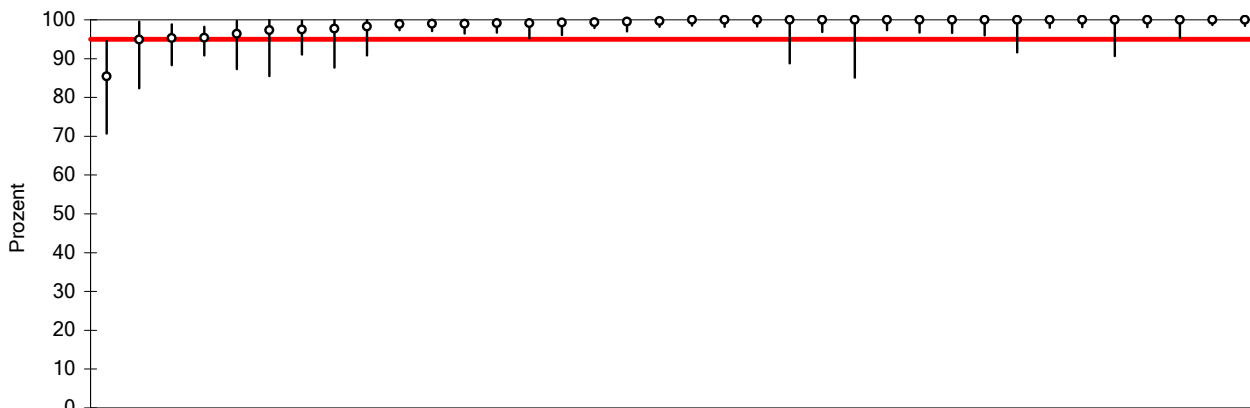
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/11992

Patientinnen mit Histologie "maligne Neoplasie (einschließlich in situ-Karzinom)" und abgeschlossener op. Therapie bei Primärerkrankung
 - davon von Meldung an ein epidemiologisches oder klinisches Krebsregister

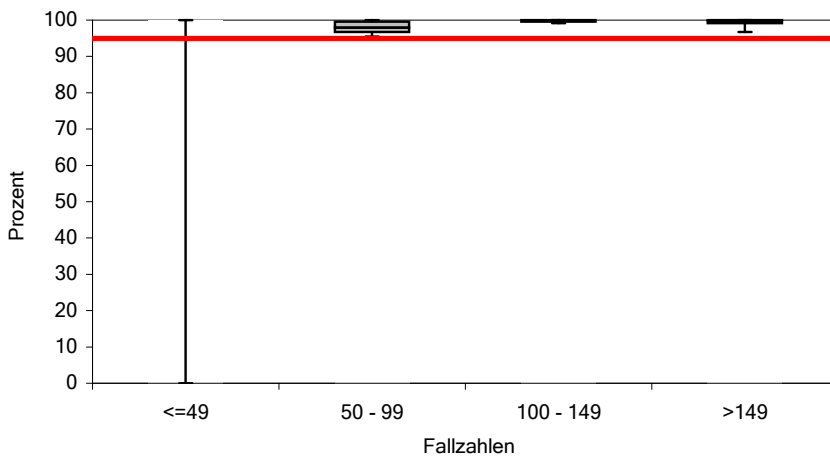
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
5 566		0	
5 518	99,1	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
98,9 ; 99,4	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	85,4	95,9	98,8	99,9	98,6	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	36
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Epidemiologische (d.h. bevölkerungsbezogene) Krebsregister vereinen im Idealfall die Daten von allen Tumorpatienten eines Bundeslandes. Das Bundeskrebsregistergesetz, das zum 01.01.1995 in Kraft trat und zum 31.12.1999 auslief, verpflichtete alle Bundesländer dazu, bis Ende 1999 bevölkerungsbezogene Krebsregister einzurichten. Dieser Verpflichtung sind alle Bundesländer in der Zwischenzeit nachgekommen. Die Krebsregister unterscheiden sich allerdings sehr im erreichten Vollständigkeitsgrad, in der Flächendeckung und im Meldemodus. Die epidemiologischen Register dienen der Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Analyse und Interpretation von Daten über das Auftreten und die Häufigkeit von Krebserkrankungen in räumlich definierten Bevölkerungen. Auf Grundlage der epidemiologischen Daten können Krebserkrankungen erfasst sowie ihre Ursachen erforscht werden (Deutsche Krebsgesellschaft e. V.).

Je nach Landesgesetz gibt es eine Meldepflicht für Ärzte oder ein Melderecht auf freiwilliger Basis (siehe GEKID: Übersicht zu den Landeskrebsregistern). Die Meldung kann direkt an das Krebsregister oder an ein Tumorzentrum erfolgen, das die Daten dann an das zuständige Krebsregister weiterleitet. Alle Daten werden zentral an das Robert Koch-Institut übermittelt. Dort werden sie zusammenfassend ausgewertet, Entwicklungstrends und regionale Unterschiede festgestellt und regelmäßig veröffentlicht (Robert Koch Institut, Schön et al. 2004). Voraussetzung für die wissenschaftliche Nutzung bevölkerungsbezogener Krebsregister ist die möglichst vollständige Registrierung aller im Einzugsgebiet auftretenden Krebserkrankungen auf hohem qualitativem Niveau.

Nur durch eine möglichst vollständige Registrierung können Fragen nach einer prognostischen Verbesserung z. B. im Zusammenhang mit der Einführung von neuen Therapiemaßnahmen beantwortet werden. Auch zur Beantwortung der Frage, ob Maßnahmen der Krebsfrüherkennung (z. B. Mammographie-Screening) nachweisbare Effekte haben, kann eine hochwertige Datenqualität einen wichtigen Beitrag leisten (Becker 2004).

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

14. Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum

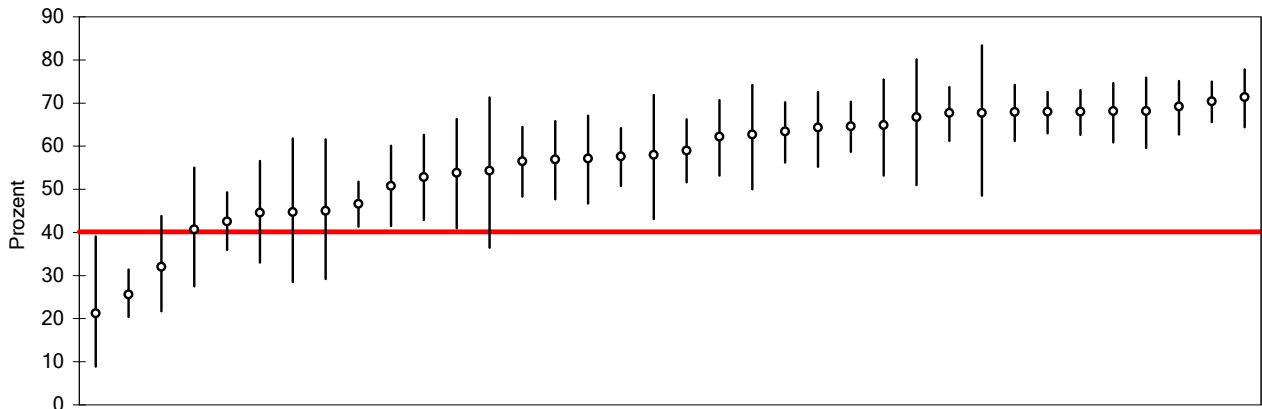
Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/50175

Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung nach prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung ohne neoadjuvante Therapie
- davon mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von 7 - 21 Tagen

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
5 738		0	
3 367	58,7	0	0,0

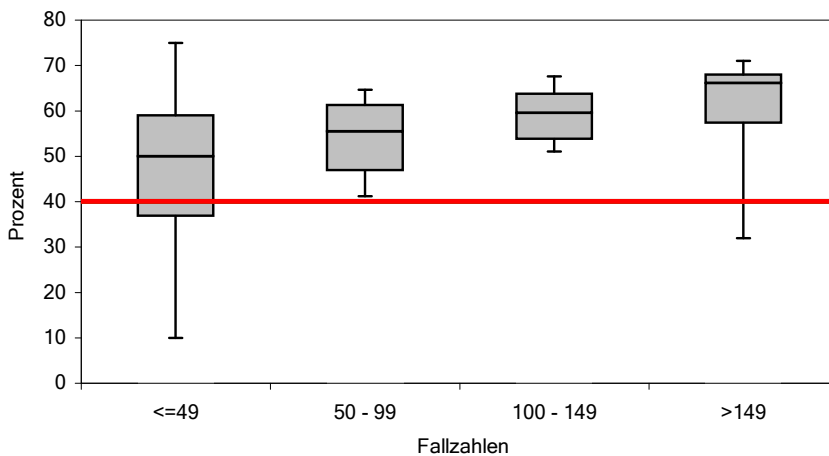
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
57,4 ; 60	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
21,2	41,6	49,8	58,5	56,5	67,7	68,1	71,4



Fallzahlkategorien	Anzahl Kliniken
<=49	27
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

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. Neben der Konfrontation mit einer fast immer als lebensbedrohlich empfundenen Diagnose wird hier die Zustimmung zu weiteren, meist eingreifenden, diagnostischen und vor allem therapeutischen Maßnahmen eingefordert (Barton et al. 2004; Colbert 1994; Meechan et al. 2003; Oudhoff et al. 2004). 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 zu beteiligen. Zeitliche Verzögerungen können sowohl in Ärzten und Patientinnen, als auch in den Besonderheiten nationaler Versorgungskonzepte ihre Ursache haben. Als Konsequenz ergab sich die Integration von Zeitfaktoren in nationale und internationale Leitlinien als Indikatoren der Lebensqualität betroffener Frauen. Die Definition der Intervalle und deren vertretbare Dauer sind nicht einheitlich. Die Varianz ergibt sich aus den unterschiedlichen Versorgungssystemen. Evidenzbasierte Messgrößen existieren nicht. Dennoch besteht Handlungsbedarf, geregelt durch ein Konsensus-Verfahren mit reproduzierbaren methodischen Vorgaben bei der Erstellung von Leitlinien (Albert 2008; Vang 1985).

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 (Perry et al. 2006) übernommen wurde. Auch die deutsche Leitlinie zur Brustkrebsfrüherkennung definiert Wartezeiten (Albert 2008). Hier handelt es sich um einen Indikator, der sehr sensibel auf eine System-immanente Verschlechterung der Versorgungssituation reagiert (Duijm et al. 2004; Mayo et al. 2001; Reed et al. 2004).

(siehe <http://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/chirurgie-bei-mammakarzinom.html>, dann "Indikatoren")

15. Postoperative Wundinfektionen

Kennzahl: 2010/18n1-MAMMA/HE9005

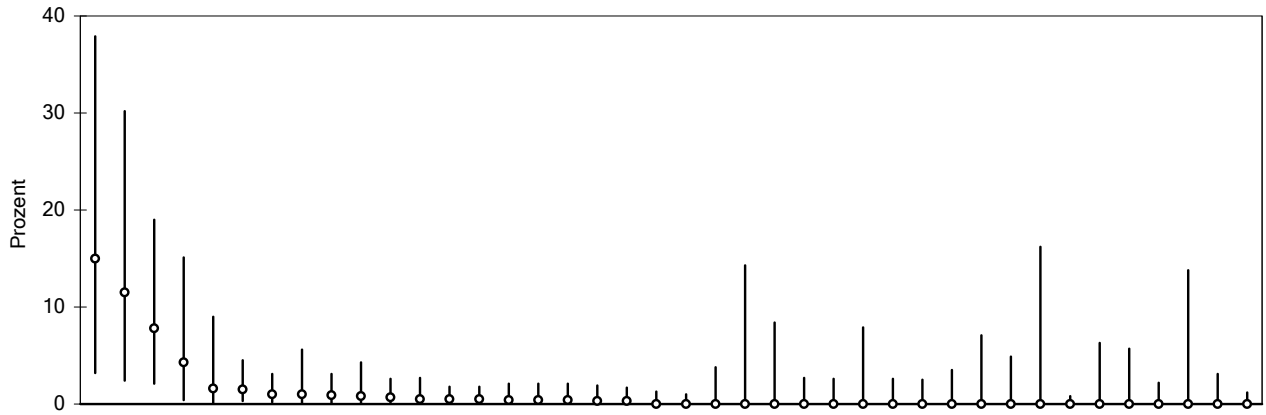
Patientinnen mit Histologie "maligne Neoplasie (einschließlich in situ-Karzinom)"

- davon mit postoperativen Wundinfektionen

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
6 962		0	
37	0,5	0	0,0

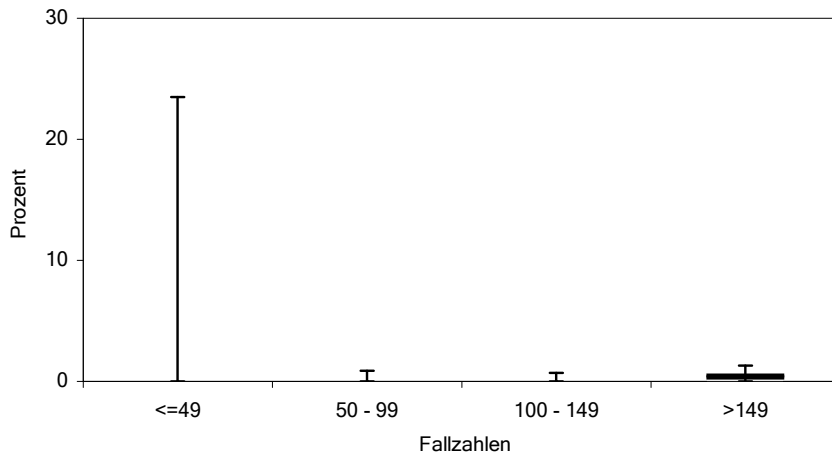
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
0,4 ; 0,7	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,7	1,9	15,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=49	37
50 - 99	6
100 - 149	6
>149	16

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Dieser Qualitätsindikator wird auf Beschluss des hessischen Fachausschusses weiter geführt, um die Entwicklung bei postoperativen Wundinfektionen beobachten zu können.