



Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Jahresauswertung
2012

QUALITÄTSINDIKATOREN

GQH

©
Geschäftsstelle
Qualitätssicherung
Hessen

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Hessen gesamt

Übersichtstabelle:

Hessen gesamt

Kennzahl-ID/ Details auf Seite	Indikatoren zur Indikation und Prozesse	Referenzbereiche	Ergebnis 2012 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Ergebnis 2011 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
50080 Seite 4	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei tastbarer maligner Neoplasie	Ziel: >= 90 % Auffälligkeit: < 90 % Ø in Hessen: 97,9 %	97,9 % [97,3 ; 98,3] 3507 / 3584 Fällen	97,4 % [96,8 ; 97,9] 3548 / 3643 Fällen
50047 Seite 5	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei nicht-tastbarer maligner Neoplasie	Ziel: >= 70 % Auffälligkeit: < 70 % Ø in Hessen: 95,5 %	95,5 % [94,5 ; 96,3] 1957 / 2049 Fällen	94,4 % [93,3 ; 95,3] 1930 / 2045 Fällen
303 Seite 6	Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 95 % Ø in Hessen: 98,6 %	98,6 % [98 ; 99] 1835 / 1861 Fällen	98,2 % [97,5 ; 98,7] 1779 / 1811 Fällen
51369 Seite 7	Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 83,5 % Ø in Hessen: 83,5 %	83,5 % [81,6 ; 85,2] 1388 / 1663 Fällen	75,1 % [72,8 ; 77,2] 1095 / 1459 Fällen
HE9006 Seite 8	Angabe pT, pN und M	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 75 % Ø in Hessen: 96 %	96 % [95,4 ; 96,5] 4698 / 4894 Fällen	95,9 % [95,3 ; 96,4] 4655 / 4853 Fällen
2131 Seite 9	Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltender Therapie	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 95 % Ø in Hessen: 98,9 %	98,9 % [98,6 ; 99,2] 3856 / 3897 Fällen	98,5 % [98,1 ; 98,9] 3733 / 3789 Fällen
2162 Seite 10	Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei Mastektomie	Ziel: >= 95 % Auffälligkeit: < 95 % Ø in Hessen: 98,2 %	98,2 % [97,4 ; 98,8] 1399 / 1424 Fällen	97,4 % [96,4 ; 98,1] 1454 / 1493 Fällen
2163 Seite 11	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0 % Ø in Hessen: 2,1 %	2,1 % [1,2 ; 3,7] 12 / 560 Fällen	1,2 % [0,6 ; 2,5] 7 / 571 Fällen
50719 Seite 12	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	Ziel: < 5 % Auffälligkeit: > 38,4 % Ø in Hessen: 16,5 %	16,5 % [13,4 ; 20,2] 75 / 455 Fällen	23,8 % [20,1 ; 28] 108 / 453 Fällen
HE9008 Seite 13	Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 96,5 %	96,5 % [95,9 ; 97] 4504 / 4669 Fällen	95,3 % [94,7 ; 95,9] 4420 / 4637 Fällen
11989 Seite 14	Mindestens 10 entfernte Lymphknoten bei Lymphknotenbefall	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 88,7 %	88,7 % [86,7 ; 90,5] 943 / 1063 Fällen	90,7 % [89 ; 92,3] 1078 / 1188 Fällen
2262 Seite 15	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei pT1 ohne Lymphknotenbefall	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 93,3 %	93,3 % [92,1 ; 94,3] 1881 / 2017 Fällen	87 % [85,4 ; 88,4] 1672 / 1922 Fällen
2167 Seite 16	Brusterhaltende Therapie bei pT1	Ziel: 71,3 - 95,3% Ø in Hessen: 86,1 %	86,1 % [84,8 ; 87,4] 2389 / 2774 Fällen	83,6 % [82,2 ; 85] 2259 / 2701 Fällen
51370 Seite 17	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Ziel: <= 46,4 % Auffälligkeit: > 46,4 % Ø in Hessen: 12,2 %	12,2 % [11,3 ; 13,2] 591 / 4827 Fällen	14,2 % [13,2 ; 15,2] 678 / 4772 Fällen
51371 Seite 18	Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Ziel: <= 49,1 % Auffälligkeit: > 49,1 % Ø in Hessen: 23,3 %	23,3 % [22,1 ; 24,5] 1124 / 4827 Fällen	24,7 % [23,5 ; 25,9] 1177 / 4772 Fällen

LESEANLEITUNG

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

	Hessen gesamt		eigene Klinik	
	N	%	N	%
Datensätze gesamt	3 584	0,0	0	0,0

Erläuterungen zu den Tabellenspalten der Übersichtstabelle:

Indikatoren zu Prozessen/Ergebnissen

Kennzahl-ID, Seite mit ausführlichen Informationen zum Indikator, QI-Bezeichnung

Referenzbereiche

Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators.

Zielbereich: anzustrebender Bereich (zum Teil direkt an den Auffälligkeitsbereich angrenzend)

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 Referenzbereichen:

Die Referenzbereiche können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden. Wurde der Referenzbereich anhand eines Absolutwertes festgelegt, ist in der folgenden Tabelle der Vermerk "fixer Wert" eingetragen. 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 %"). Die Hessenrate (falls verwendet) entspricht dem Prozentwert von "Hessen gesamt".

Qualitätsindikator		Grenze Zielbereich	Grenze Auffälligkeitsbereich	Abbildung auf:
Kennzahl	Kurzbezeichnung			
50080	Präth. Diagn bei tastb. Neoplasie	fixer Wert	fixer Wert	Seite 4
50047	Präth. Diagn bei nichttastb. Neoplasie	fixer Wert	fixer Wert	Seite 5
303	Präparatröntgen bei Drahtmarkierung	fixer Wert	fixer Wert	Seite 6
51369	Präparatsono bei Drahtmarkierung	fixer Wert	25%-Perzentile Hessen	Seite 7
HE9006	Angabe pT, pN und M	fixer Wert	fixer Wert	Seite 8
2131	Angabe Sicherheitsabst. bei BET	fixer Wert	fixer Wert	Seite 9
2162	Angabe Sicherheitsabst. bei Mastekt.	fixer Wert	fixer Wert	Seite 10
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	nicht definiert	fixer Wert	Seite 11
50719	LK-Entnahme bei DCIS und BET	fixer Wert	90%-Perzentile Bund	Seite 12
HE9008	Dissekt. oder SLNB bei inv. CA	nicht definiert	nicht definiert	Seite 13
11989	10 entf. LK bei LK-Befall	nicht definiert	nicht definiert	Seite 14
2262	SLNB bei pT1 ohne LK-Befall	nicht definiert	nicht definiert	Seite 15
2167	Brusterhaltende Therapie bei pT1	Korridor	Korridor	Seite 16
51370	Abstand <7d zwischen OP und Diag.	97,5%-Perzentile Bund	97,5%-Perzentile Bund	Seite 17
51371	Abstand >21d zwischen OP und Diag.	97,5%-Perzentile Bund	97,5%-Perzentile Bund	Seite 18

Die Auswertungen wurden unter der Verwendung bundeseinheitlicher Rechenregeln des AQUA-Institus Göttingen © 2013 erstellt

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 Patientenmix 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

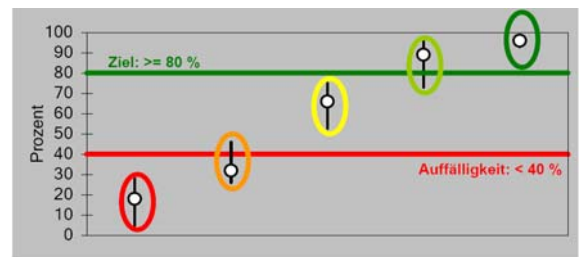


Abb. 1

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.

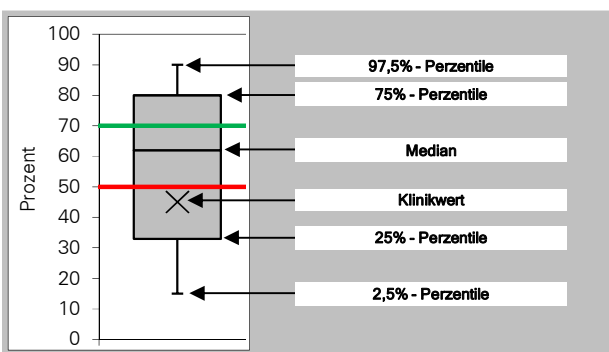
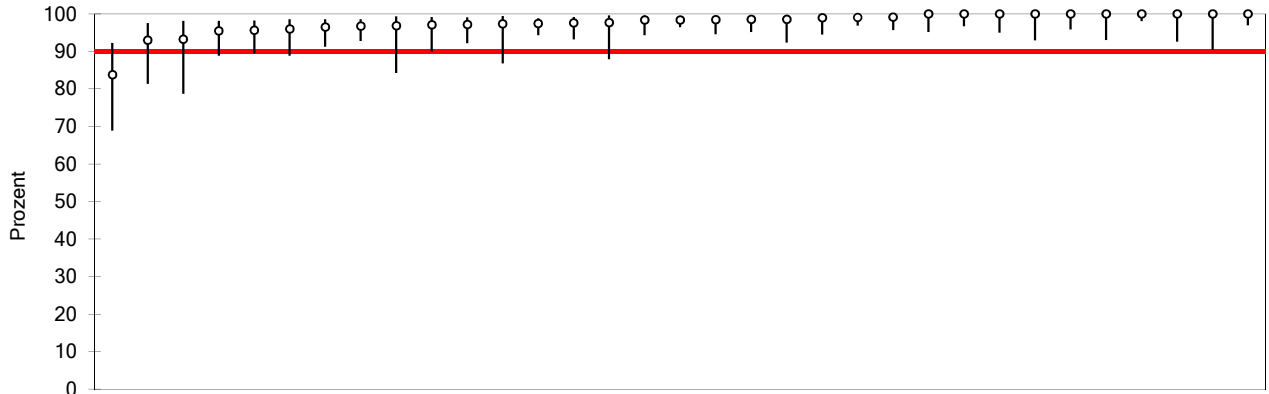


Abb. 2

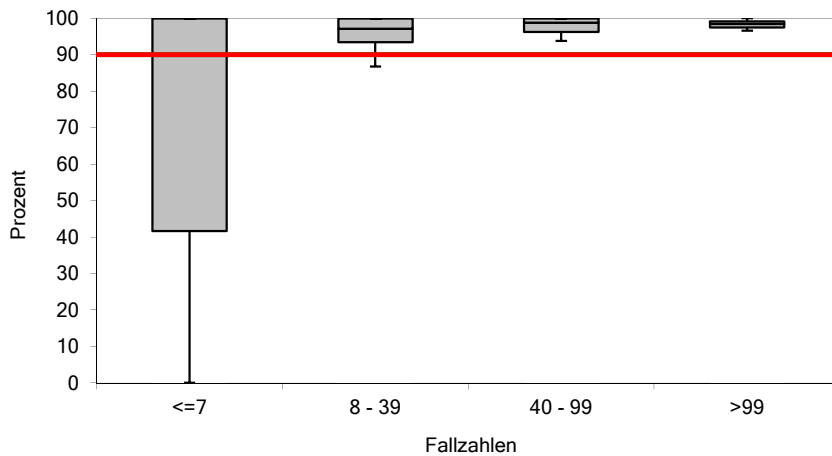
Prätherapeutische Diagnosesicherung bei tastbarer maligner Neoplasie

Kennzahl: 18/1 - 50080

	Hessen gesamt		Klinik	
	N	%	N	%
Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei tastbarer maligner Neoplasie	3 584		0	
- davon mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung	3 507	97,9	0	0,0
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI 97,3 ; 98,3		95% CI	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	83,8	95,5	96,9	98,4	97,6	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=7	15
8 - 39	14
40 - 99	14
>99	14

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Ein Algorithmus für den Ablauf der Diagnosekette von Frauen mit auffälligen Befunden ist Bestandteil der beiden deutschen S3-Leitlinien (AWMF 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 sonographisch, mammographisch 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 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

- AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag; 2012. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 24.01.2013). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

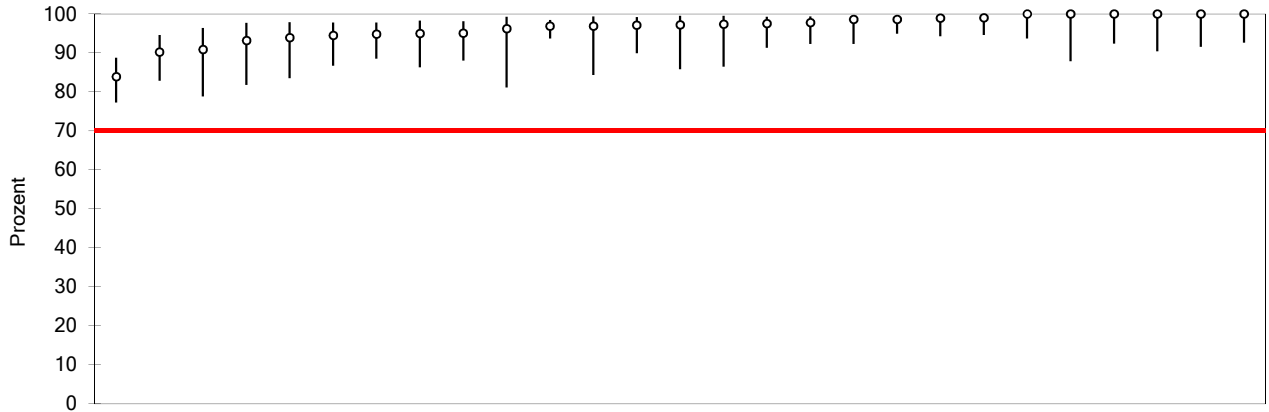
- Albert U-S (Hrsg.). Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland, 1. Aktualisierung 2008. AWMF-Register-Nummer: 077-001. München. Zuckschwerdt Verlag; 2008. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/077-001.html> (Recherchedatum: 24.01.2013). Stand: 01.02.2008, gültig bis: 28.02.2013.

- NICE. National Institute for Clinical Excellence. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and treatment. 2009. Auch verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12132/43413/43413.pdf> (Recherchedatum: 24.01.2013).

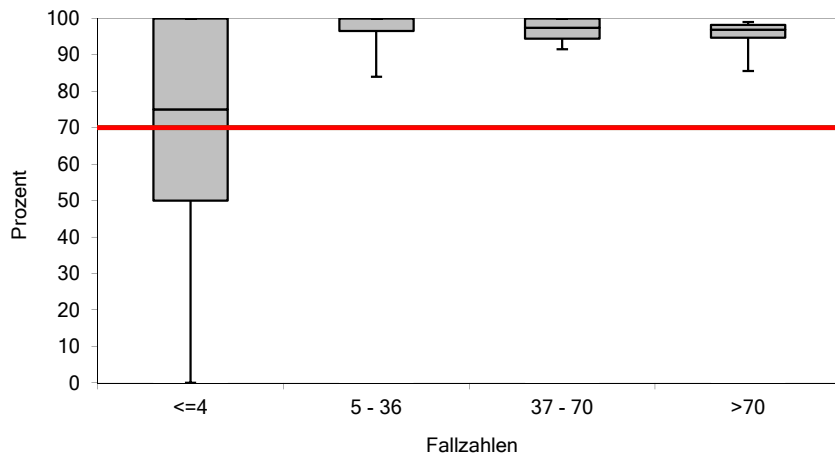
Prätherapeutische Diagnosesicherung bei nicht-tastbarer maligner Neoplasie

Kennzahl: 18/1 - 50047

	Hessen gesamt		Klinik	
	N	%	N	%
Patientinnen mit Erstingriff bei Primärerkrankung bei nicht-tastbarer maligner Neoplasie	2 049		0	
- davon mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung	1 957	95,5	0	0,0
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI 94,5 ; 96,3		95% CI 0	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	83,9	92,3	94,9	97,2	96,4	99,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=4	12
5 - 36	11
37 - 70	11
>70	11

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten
 Erläuterungen siehe Seite 4.

Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung

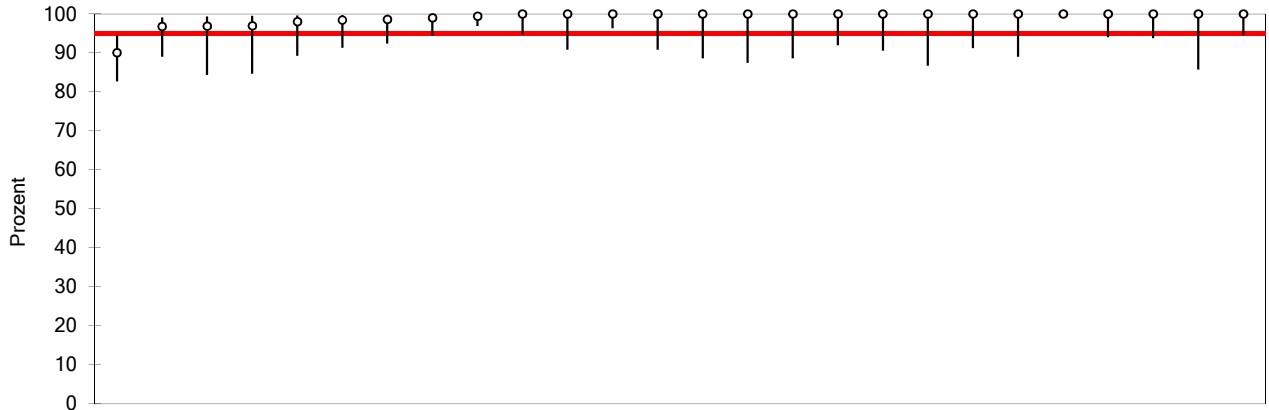
Kennzahl: 18/1 - 303

Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie
 - davon mit intraoperativem Präparatröntgen

Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
1 861		0	
1 835	98,6	0	0,0

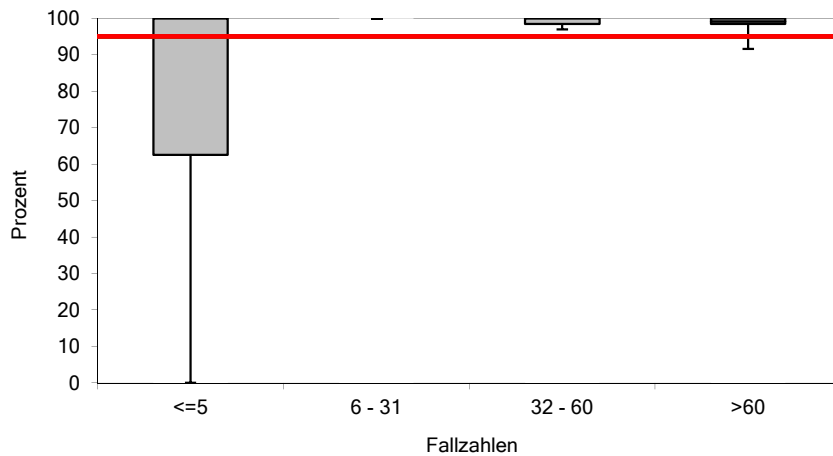
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
98 ; 99	0



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
90,1	97,0	98,7	100,0	99,0	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=5	12
6 - 31	9
32 - 60	10
>60	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 mit der Methode zu erbringen, welche für die präoperative Markierung verwendet wurde. Ziel ist es, den Biopsieerfolg zu dokumentieren. Die Qualitätsanforderungen an den Prozess sind in den beiden deutschen S3-Leitlinien (AWMF 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

- AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V.(Hrsg.). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag; 2012. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 24.01.2013). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.
- Albert U-S (Hrsg.). Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland, 1. Aktualisierung 2008. AWMF-Register-Nummer: 077-001. München. Zuckschwerdt Verlag; 2008. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/077-001.html> (Recherchedatum: 24.01.2013). Stand: 01.02.2008, gültig bis: 28.02.2013.

Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung

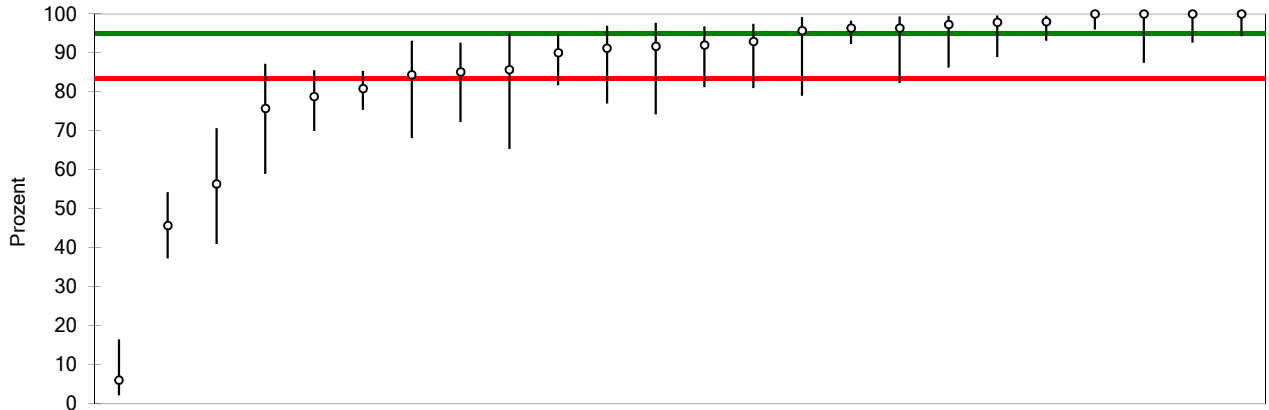
Kennzahl: 18/1 - 51369

Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonographie
 - davon mit intraoperativer Präparatsonographie

Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
1 663		0	
1 388	83,5	0	0,0

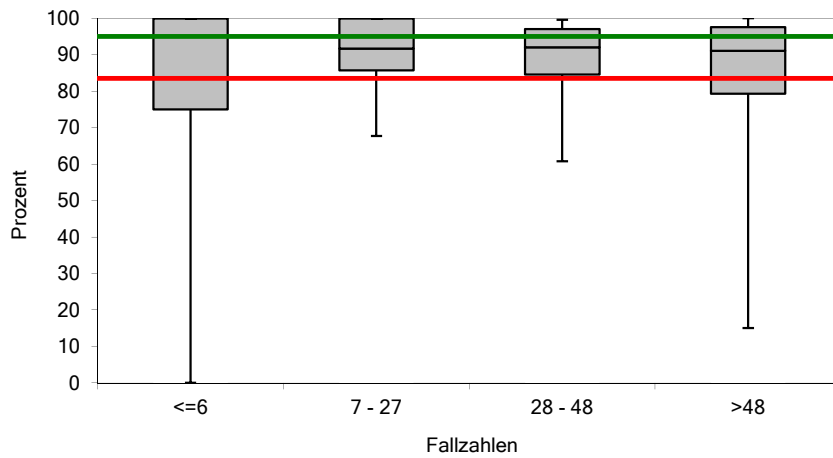
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
81,6 ; 85,2	0



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
6,1	62,2	83,5	91,9	84,9	97,5	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=6	12
7 - 27	9
28 - 48	10
>48	10

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten
 siehe hierzu Erläuterungen auf Seite 6.

Angabe pT, pN und M

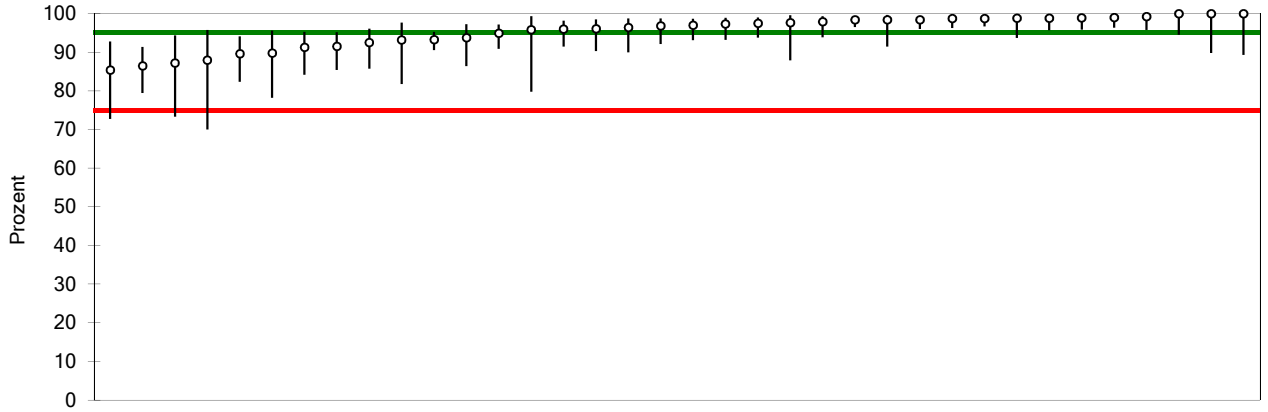
Kennzahl: 18/1 - HE9006

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

Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
4 894		0	
4 698	96,0	0	0,0

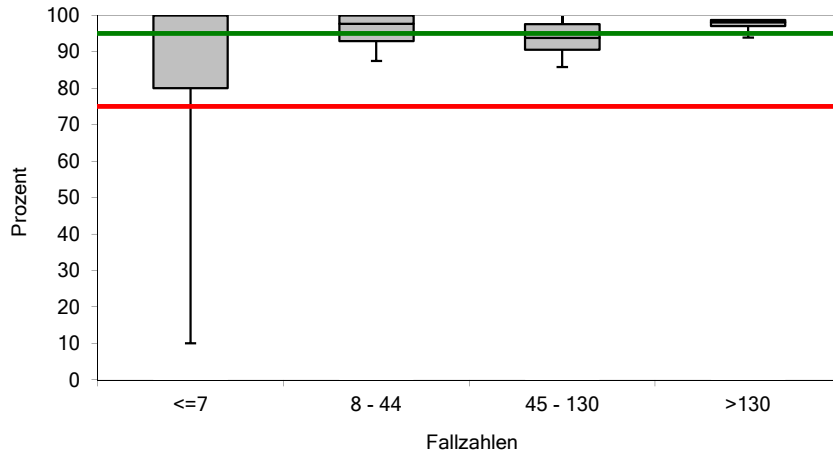
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
95,4 ; 96,5	0



Verteilung der
Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
85,4	88,8	93,0	96,9	95,4	98,7	99,1	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=7	17
8 - 44	13
45 - 130	15
>130	14

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltender Therapie

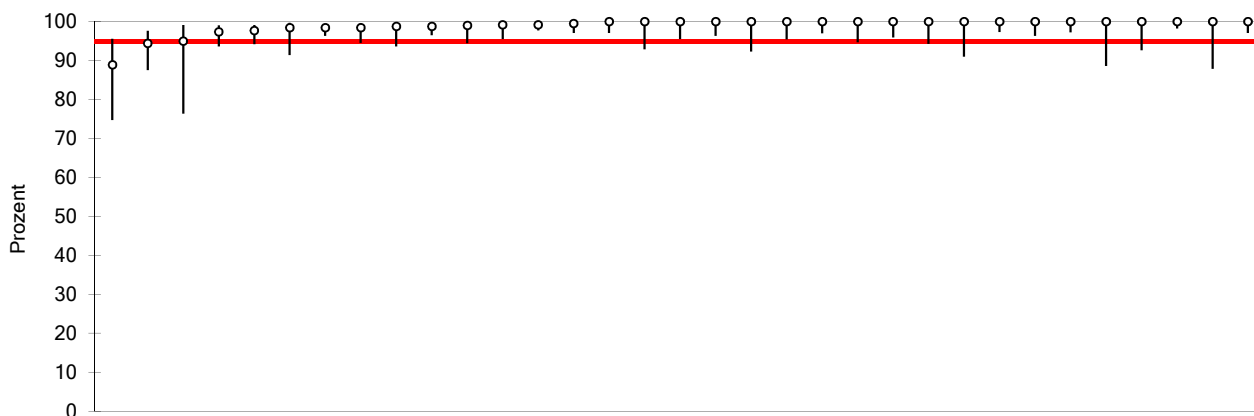
Kennzahl: 18/1 - 2131

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

Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
3 897		0	
3 856	98,9	0	0,0

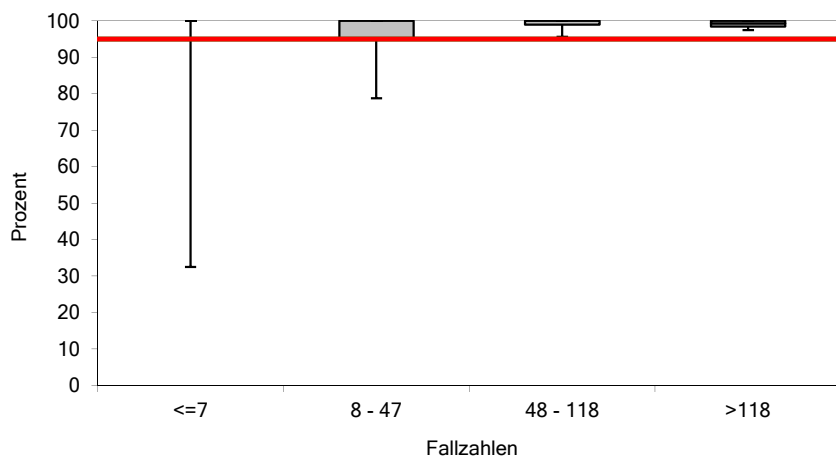
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
98,6 ; 99,2	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
88,9	97,5	98,8	100,0	98,9	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=7	14
8 - 47	13
48 - 118	13
>118	14

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 Schnitttrand mindestens 1 mm betragen. Der tumorfreie Abstand zum Schnitttrand 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

- AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag; 2012.
- Albert U-S (Hrsg.). Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland, 1. Aktualisierung 2008. AWMF-Register-Nummer:077-001. München. Zuckschwerdt Verlag; 2008.
- Dunne C, Burke JP, Morrow M, Kell MR. Effect of margin status on local recurrence after breast conservation and radiation therapy for ductal carcinoma in situ. J Clin Oncol 2009; 27(10):1615-1620.
- Houssami N, Macaskill P, Marinovich ML, Dixon JM, Irwig L, Brennan ME, Solin LJ. Meta-analysis of the impact of surgical margins on local recurrence in women with early-stage invasive breast cancer treated with breast-conserving therapy. Eur J Cancer 2010;46(18):3219-3232.
- NICE. National Institute for Clinical Excellence. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and treatment. 2009.
- NZGG. New Zealand Guidelines Group. Management of early breast cancer - Evidence-based Best Practice Guidelines. Wellington; 2009. Auch verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/publication/management-early-breast-cancer-evidence-based-bestpractice-guideline> (Recherchedatum: 24.01.2013).

Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes bei Mastektomie

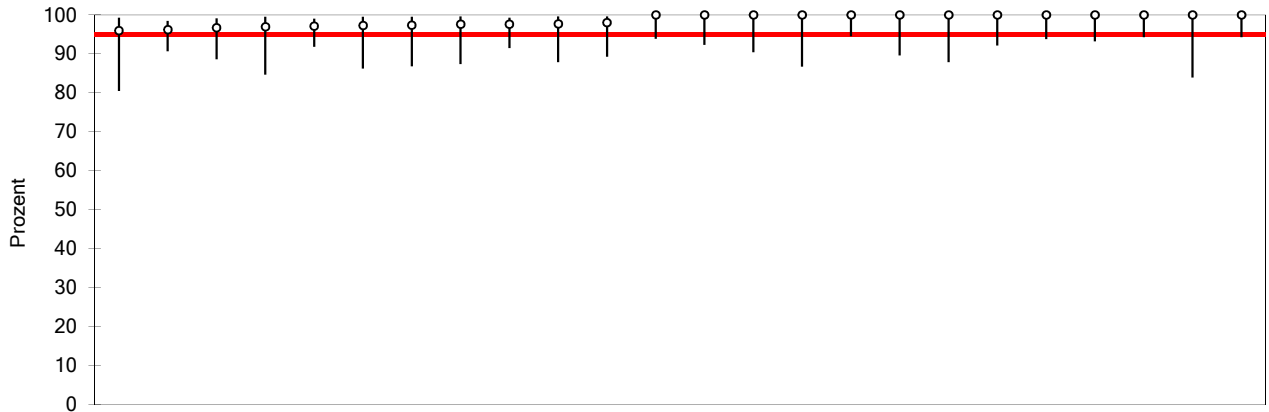
Kennzahl: 18/1 - 2162

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

Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
1 424		0	
1 399	98,2	0	0,0

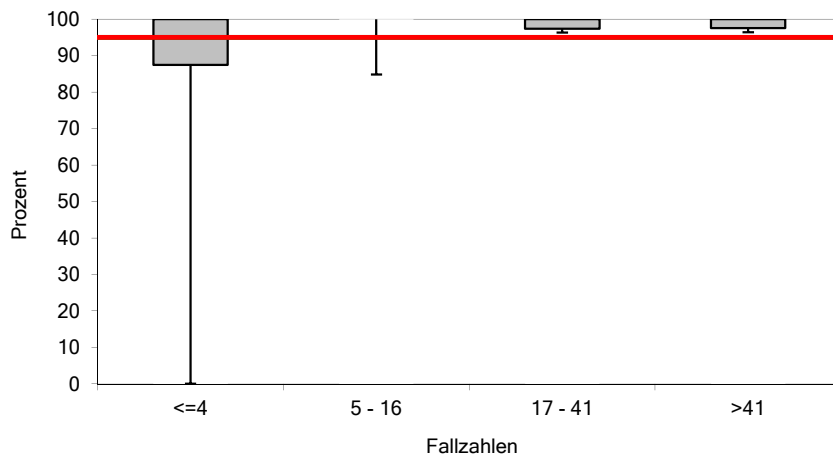
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
97,4 ; 98,8	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
96,0	96,8	97,4	100,0	98,7	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=4	16
5 - 16	15
17 - 41	12
>41	14

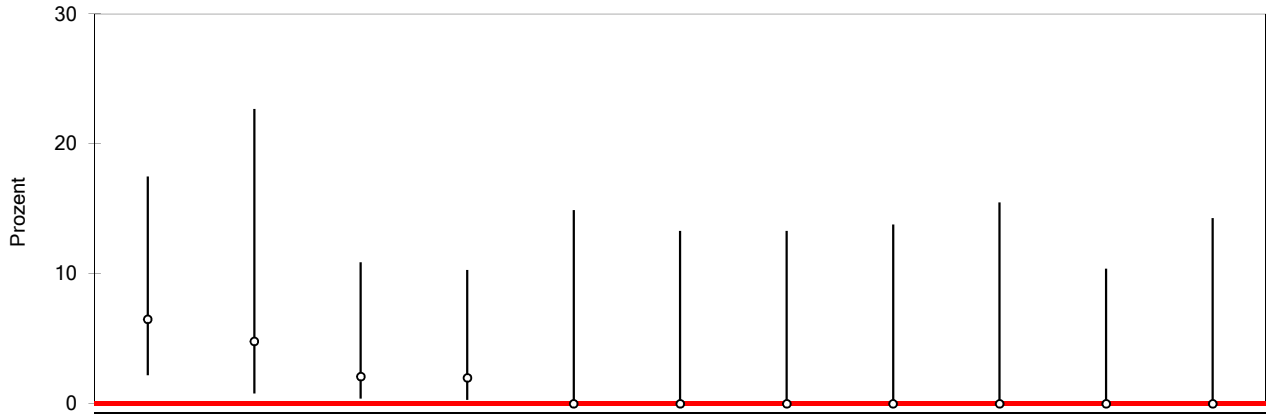
Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

siehe Erläuterungen auf Seite 9.

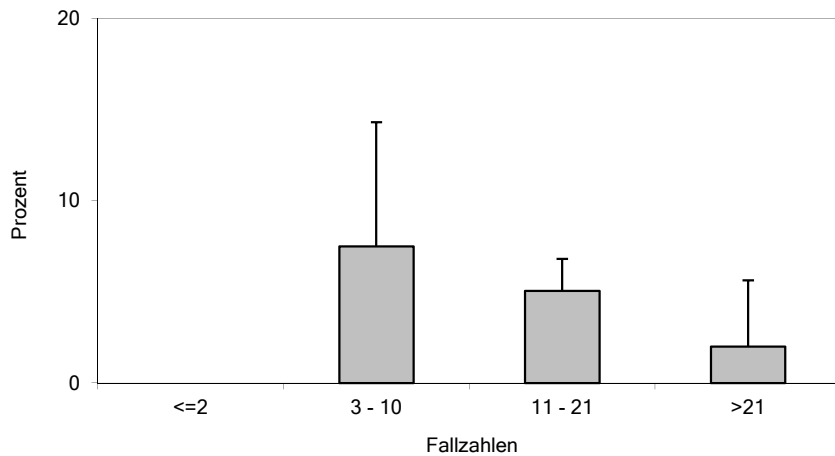
Primäre Axilladisektion bei DCIS

Kennzahl: 18/1 - 2163

	Hessen gesamt		Klinik	
	N	%	N	%
Patientinnen mit Histologie "DCIS" und abgeschlossener op. Therapie bei Primärerkrankung	560		0	
- davon mit primärer axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung	12	2,1	0	0,0
Vertrauensbereich (in %)	95 % CI 1,2 ; 3,7		95% CI 0	



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	2,1	4,8	6,5



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=2	11
3 - 10	10
11 - 21	11
>21	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

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

- AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag; 2012. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 24.01.2013). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.
- Christiaens M, Vlayen J, Gailly J. Scientific support of the College of Oncology: a national clinical practice guideline for breast cancer. KCE Report 63A. Brüssel. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2007.
- NZGG. New Zealand Guidelines Group. Management of early breast cancer - Evidence-based Best Practice Guidelines. Wellington; 2009. Auch verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/publication/management-early-breast-cancer-evidence-based-bestpractice-guideline> (Recherchedatum: 24.01.2013).

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

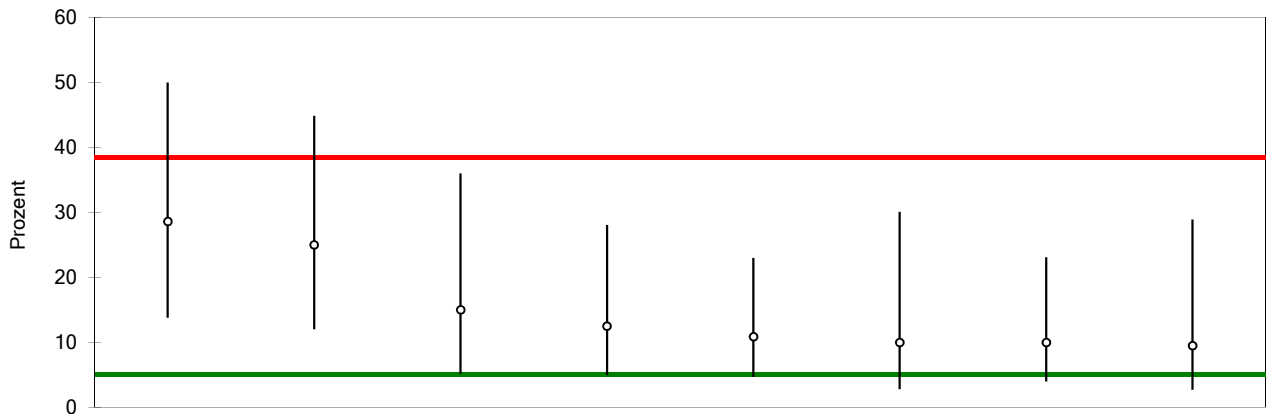
Kennzahl: 18/1 - 50719

Alle Patientinnen mit Histologie "DCIS" und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und brusterhaltender Therapie
 - davon Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme

Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
455		0	
75	16,5	0	0,0

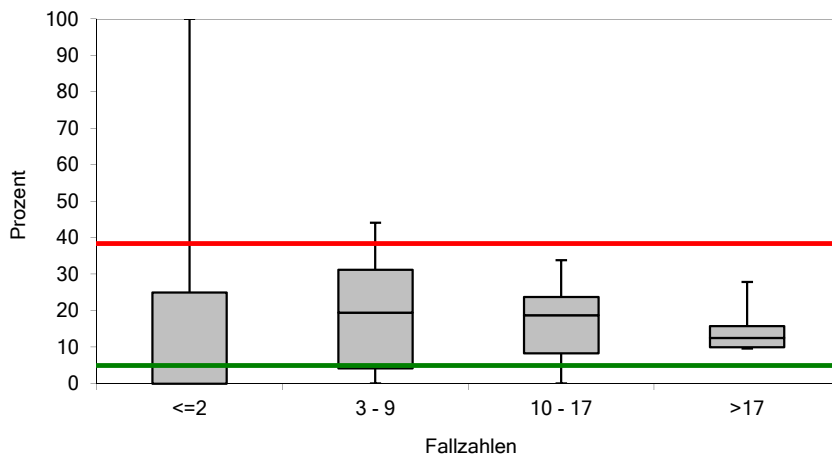
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
13,4 ; 20,2	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
9,5	9,9	10,0	11,7	15,2	17,5	26,1	28,6



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=2	11
3 - 9	10
10 - 17	10
>17	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Eine Axilladissektion 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 Axilladissektion 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 2012, NZGG 2009, Christiaens 2007).
 Dem Indikator liegt folgendes Statement der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Präinv-3b

Literaturangaben siehe Seite 11

Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom

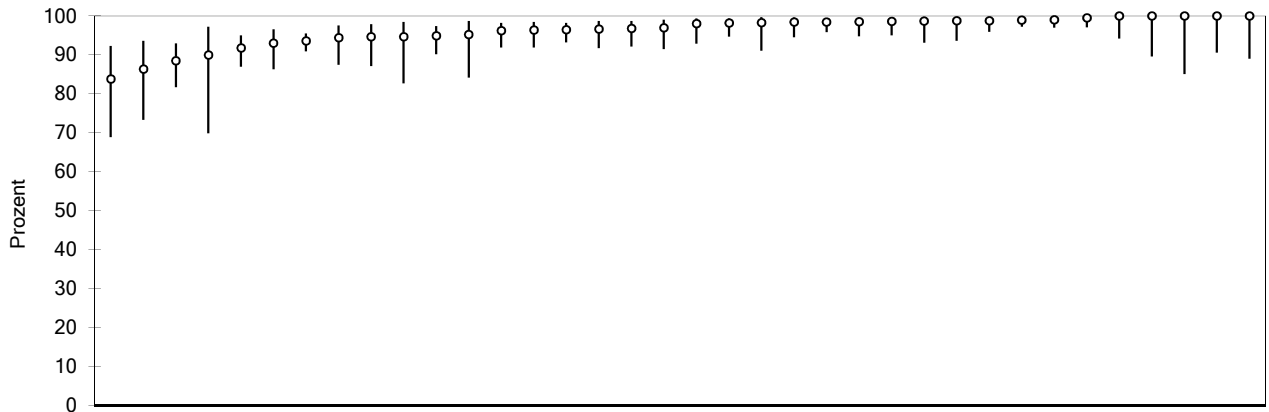
Kennzahl: 18/1 - HE9008

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

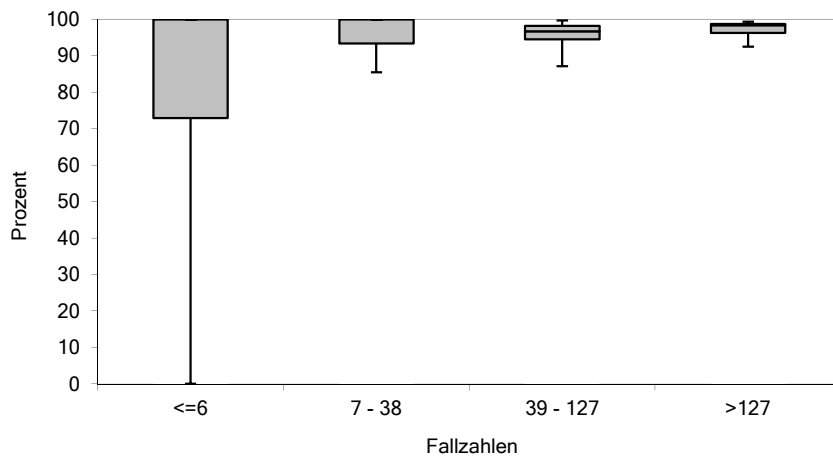
Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
4 669		0	
4 504	96,5	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

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



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	83,8	90,9	94,7	97,5	96,2	98,8	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=6	16
7 - 38	14
39 - 127	14
>127	15

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.

Mindestens 10 entfernte Lymphknoten bei Lymphknotenbefall

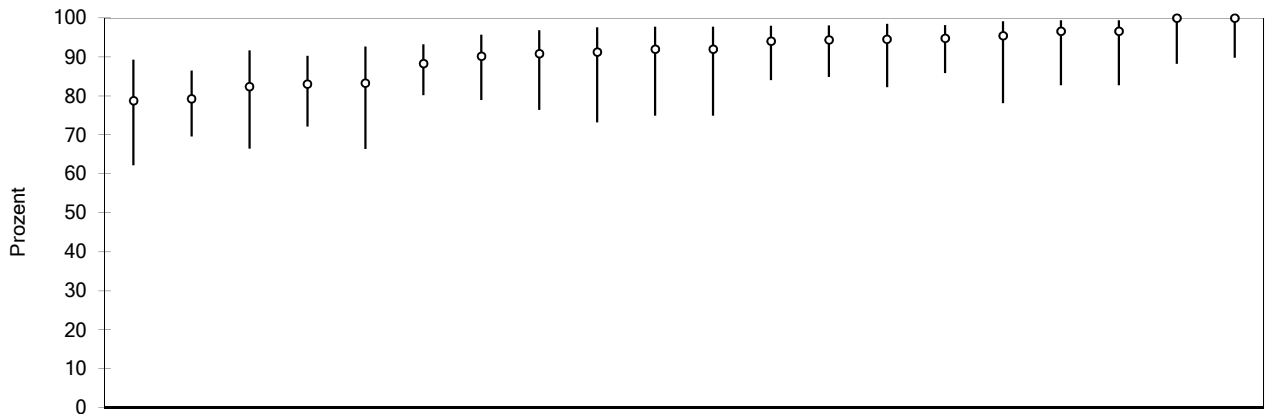
Kennzahl: 18/1 - 11989

Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie "invasives Mammakarzinom" mit abgeschlossener operativer Therapie mit axillärer Lymphknotenentf. ohne Markierung, unter Ausschluß von Patientinnen mit Fernmetastasen, ohne präop. tumorsepez. Therapie, und mit Lymphknoten-Befall - davon mit Entfernung von mind. 10 Lymphknoten

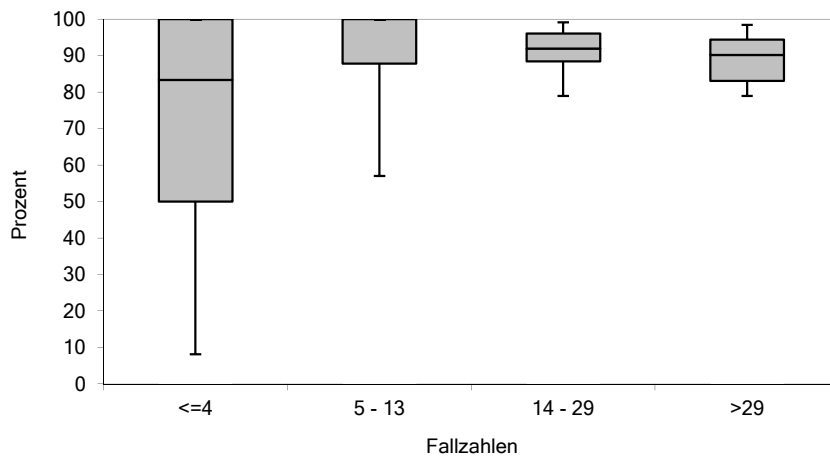
Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
1 063		0	
943	88,7	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
86,7 ; 90,5	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	78,8	82,1	87,1	92,0	90,9	95,0	96,9	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=4	14
5 - 13	14
14 - 29	11
>29	13

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Bei nachgewiesenem Tumorbefall der Sentinel-Lymphknoten (Makrometastasen) wird in der Regel eine axilläre Dissektion mit Entfernung von mindestens 10 Lymphknoten in Level I und II empfohlen, da von der Information zum Lymphknotenstatus das Ausmaß und die Art der weiteren Behandlung bestimmt werden (AWMF 2012, NICE 2009, NZGG 2009).

In folgenden besonderen Situationen kann auf die Axilladisektion verzichtet werden: - bei Vorliegen von ausschließlich Mikrometastasen.

- bei Patientinnen mit pT1-2/cN0-Tumoren, die eine brusterhaltende Operation mit Tangentialfeldbestrahlung erhalten und einen oder zwei positive Sentinel-Lymphknoten aufweisen (AWMF 2012, Giuliano 2010).

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

- AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag; 2012. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 24.01.2013). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

- Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, Whitworth PW, Blumencranz P, Leitch AM, Saha S, Hunt KK, Morrow M, Ballman K. Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: the American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. Ann Surg 2010; 252(3):426-432.

- NICE. National Institute for Clinical Excellence. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and treatment. 2009. Auch verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12132/43413/43413.pdf> (Recherchedatum: 24.01.2013).

- NZGG. New Zealand Guidelines Group. Management of early breast cancer - Evidence-based Best Practice Guidelines. Wellington;2009. Auch verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/publication/management-early-breast-cancer-evidence-based-bestpractice-guideline> (Recherchedatum: 24.01.2013).

Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei pT1 ohne Lymphknotenbefall

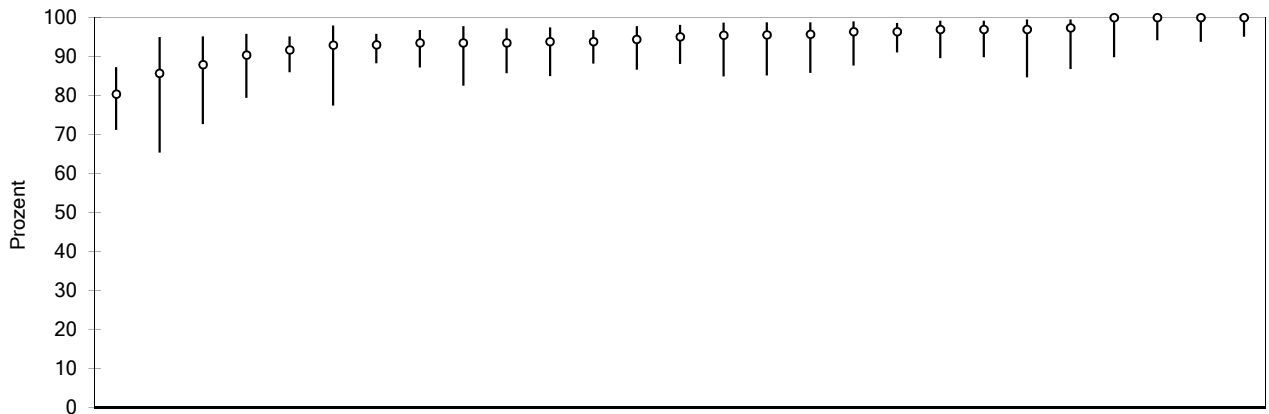
Kennzahl: 18/1 - 2262

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

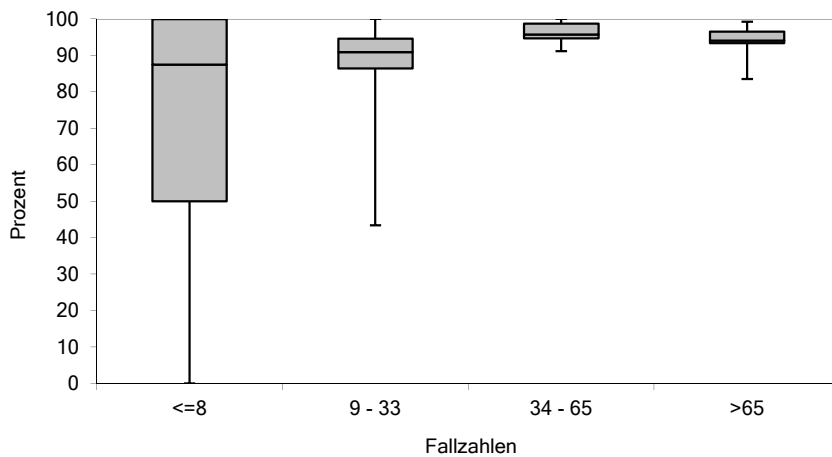
Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
2 017		2 017	
1 881	93,3	1 881	93,3

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
92,1 ; 94,3	92,1 ; 94,3



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	80,4	89,4	93,3	95,1	94,4	97,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	12
9 - 33	12
34 - 65	11
>65	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 sonographisch 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 Axilladissektion 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 2012, NICE 2009, NZGG 2009). Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Operativ-6

- AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag; 2012. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 24.01.2013). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.
- NICE. National Institute for Clinical Excellence. Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and treatment. 2009. Auch verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12132/43413/43413.pdf> (Recherchedatum: 24.01.2013).
- NZGG. New Zealand Guidelines Group. Management of early breast cancer - Evidence-based Best Practice Guidelines. Wellington; 2009. Auch verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/publication/management-early-breast-cancer-evidence-based-bestpractice-guideline> (Recherchedatum: 24.01.2013)

Brusterhaltende Therapie bei pT1

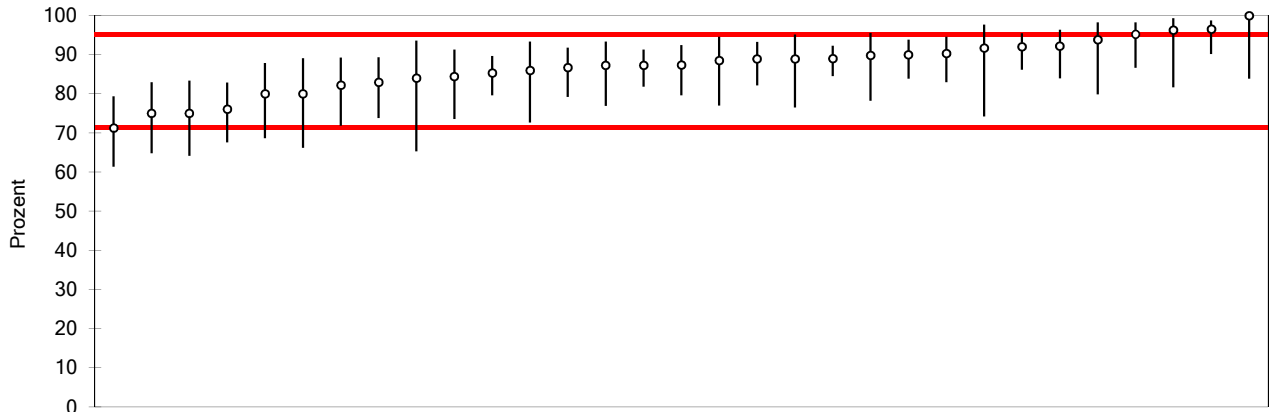
Kennzahl: 18/1 - 2167

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

Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
2 774		2 774	
2 389	86,1	2 389	86,1

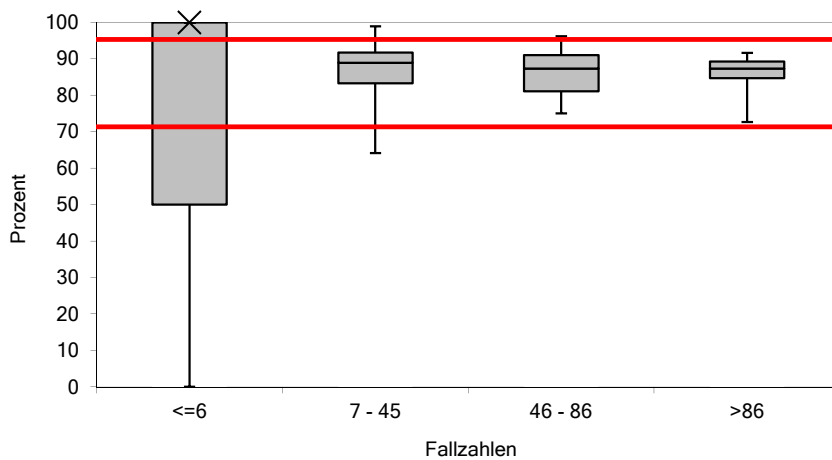
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
84,8 ; 87,4	84,8 ; 87,4



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
71,3	76,1	83,5	87,4	86,9	91,0	95,2	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=6	13
7 - 45	13
46 - 86	11
>86	12

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Ziel der operativen Behandlung ist die komplette Tumorentfernung mit tumorfreien Resektionsrändern bei histopathologischer Untersuchung. Der mikroskopisch gemessene Sicherheitsabstand sollte 1 mm oder mehr für die invasive und die intraduktale Tumorkomponente betragen. Bei Vorliegen bestimmter klinischer und histologischer Parameter ist eine brusterhaltende Therapie (Operation und Bestrahlungsbehandlung) bezüglich des Überlebens der modifizierten radikalen Mastektomie mit primärer oder sekundärer Rekonstruktion gleichwertig. Die Indikationen und Kontraindikationen sind in der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (AWMF 2012) dargelegt.

Bei gegebener Indikation stellen die brusterhaltende Therapie und die Mastektomie echte Therapiealternativen dar. Alle Patientinnen sollen über die für sie möglichen Behandlungsoptionen, deren Vor- und Nachteile informiert und aufgeklärt werden (AWMF 2012, NZGG 2009).

Extrem hohe und extrem niedrige Raten für die BET können darauf hinweisen, dass eine ausgewogene Entscheidungsfindung möglicherweise nicht erfolgt ist.

Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Info-1, Info-2, Operativ-3, Operativ-4, Operativ-5

- AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag; 2012. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 24.01.2013). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

- NZGG. New Zealand Guidelines Group. Management of early breast cancer - Evidence-based Best Practice Guidelines. Wellington; 2009. Auch verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/publication/management-early-breast-cancer-evidence-based-bestpractice-guideline> (Recherchedatum: 24.01.2013).

Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Kennzahl: 18/1 - 51370

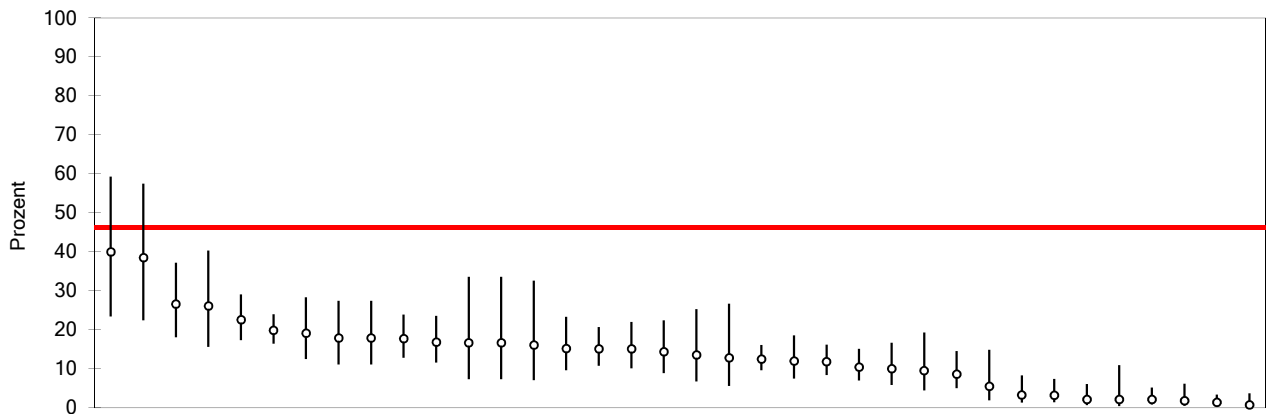
Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff bei Primärerkrankung bei maligner Neoplasie nach prätherapeutischer histologischer Diagnose und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

- mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

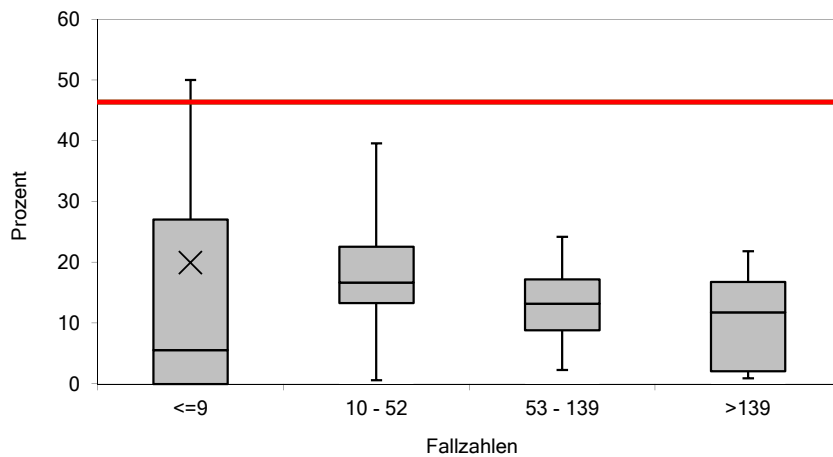
Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
4 827		4 827	
591	12,2	591	12,2

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
11,3 ; 13,2	11,3 ; 13,2



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,7	2,1	7,8	14,0	13,8	17,8	24,4	40,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=9	16
10 - 52	12
53 - 139	14
>139	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 2012, NZGG 2009, Albert et al 2008).

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

Literatur siehe Seite 18

Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Kennzahl: - 51371

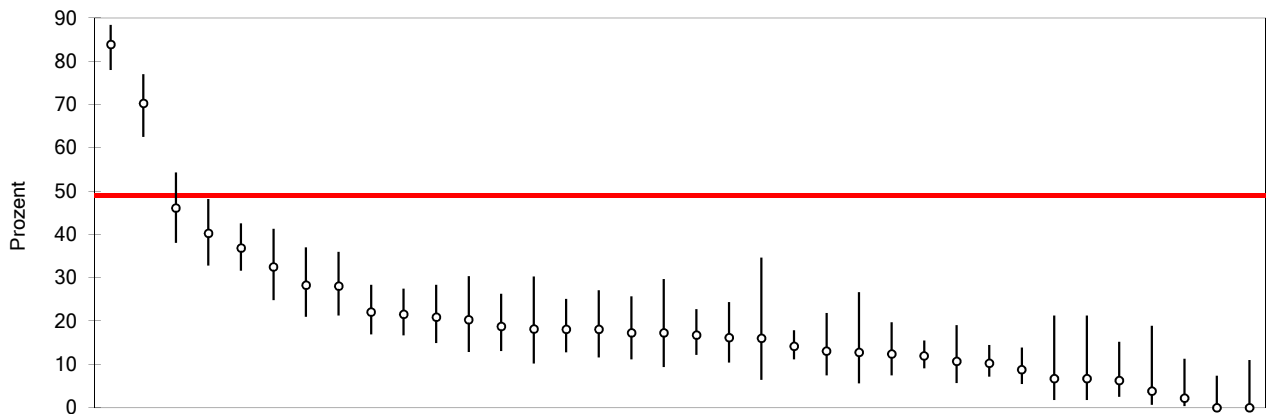
Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff bei Primärerkrankung bei maligner Neoplasie nach prätherapeutischer histologischer Diagnose und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

- davon mit einem zeitlichen Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation

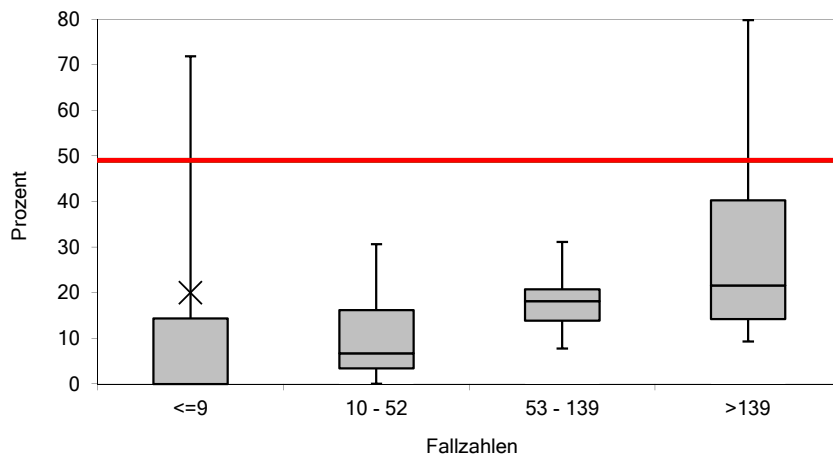
Hessen gesamt		Klinik	
N	%	N	%
4 827		4 827	
1 124	23,3	1 124	23,3

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
22,1 ; 24,5	22,1 ; 24,5



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	5,1	10,6	17,1	20,2	21,7	38,6	83,9



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=9	16
10 - 52	12
53 - 139	14
>139	13

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Erläuterungen siehe Seite 17

- Albert U-S (Hrsg.). Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland, 1. Aktualisierung 2008. AWMF-Register-Nummer: 077-001. München. Zuckschwerdt Verlag; 2008. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/077-001.html> (Recherchedatum: 24.01.2013). Stand: 01.02.2008, gültig bis: 28.02.2013.
- AWMF/DKG/DKH. Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Deutsche Krebshilfe e.V. (Hrsg.). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. AWMF-Register-Nummer: 032-045OL. München. Zuckschwerdt Verlag; 2012. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 24.01.2013). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.
- NZGG. New Zealand Guidelines Group. Management of early breast cancer - Evidence-based Best Practice Guidelines. Wellington;2009. Auch verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/publication/management-early-breast-cancer-evidence-based-bestpractice-guideline> (Recherchedatum: 24.01.2013)
- Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4. Luxembourg: European Commission; 2006. Auch verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf (Recherchedatum: 24.01.2013).
- Perry NM. Quality assurance in the diagnosis of breast disease. EUSOMA Working Party. Eur J Cancer 2001; 37 (2): 159-172.