



Externe Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Mammachirurgie (Modul 18/1)

Jahresauswertung
2017

QUALITÄTSINDIKATOREN

Klinik
Standort

GQH

©
Geschäftsstelle
Qualitätssicherung
Hessen

Frankfurter Straße 10-14
65760 Eschborn

Hessen gesamt

Übersichtstabelle:**Hessen gesamt**

Kennzahl		Referenzbereiche	Ergebnis 2017 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner	Ergebnis 2016 Klinikwert [95% CI] Zähler / Nenner
Siehe Seite	Indikatoren zur Indikation und Prozessen			
51846 Seite 4	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 97,53 %	97,53 % [97,08 ; 97,92] 5063 / 5191 Fällen	96,99 % [96,51 ; 97,42] 5292 / 5456 Fällen
50719 Seite 5	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	Ziel: < 5,00 % Auffälligkeit: > 11,52 % Ø in Hessen: 2,84 %	2,84 % [1,55 ; 5,15] 10 / 352 Fällen	6,12 % [4,15 ; 8,95] 24 / 392 Fällen
51847 Seite 6	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in Hessen: 97,38 %	97,38 % [96,67 ; 97,95] 2382 / 2446 Fällen	97,12 % [96,40 ; 97,71] 2464 / 2537 Fällen
52268 Seite 7	HER2/neu-Positivitätsrate	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 10,65 %	10,65 % [9,79 ; 11,57] 496 / 4658 Fällen	12,15 % [11,25 ; 13,12] 574 / 4723 Fällen
52267 Seite 8	Verhältnis der beob. zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden: niedrige Rate	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 0,39 Hessen:10,65% O/E= 0,79	0,79 [0,73 ; 0,86] 496 / 4658 Fällen (10,65%)	0,89 [0,82 ; 0,96] 574 / 4723 Fällen (12,15%)
52278 Seite 9	Verhältnis der beob. zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden: hohe Rate	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 1,74 Hessen:10,65% O/E= 6,21	0,79 [0,73 ; 0,86] 496 / 4658 Fällen (10,65%)	0,89 [0,82 ; 0,96] 574 / 4723 Fällen (12,15%)
51370 Seite 10	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 18,44 % Ø in Hessen: 6,21 %	6,21 % [5,51 ; 6,99] 254 / 4090 Fällen	6,72 % [6,02 ; 7,50] 296 / 4403 Fällen
60659 Seite 11	Nachresektionsrate	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 14,47 %	14,47 % [13,51 ; 15,49] 699 / 4831 Fällen	17,36 % [16,33 ; 18,43] 865 / 4984 Fällen

PLAN-QI*

2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Referenzbereich: Sentinel Event	n.b.
52279	Intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	Referenzbereich: >= 95,00%	n.b.
52330	Intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	Referenzbereich: >=95,00%	n.b.

* Die Berechnung erfolgte durch das IQTIG, die GQH übernimmt hierfür keine Gewähr.

LESEANLEITUNG

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

	Hessen gesamt		eigene Klinik	
	N	%	N	%
Datensätze gesamt	5 191	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			
51846	Präth. hist. Diagnosesicherung	nicht definiert	fixer Wert	Seite 4
50719	LK-Entnahme bei DCIS und BET	fixer Wert	80%-Perzentile Bund	Seite 5
51847	Indikation zur SNLB	nicht definiert	fixer Wert	Seite 6
Klinik	HER/2neu-Positivitätsrate	nicht definiert	nicht definiert	Seite 7
52267	HER/2neu-Positivitätsrate (O/E), niedrig	nicht definiert	5%-Perzentile Bund	Seite 8
52278	HER/2neu-Positivitätsrate (O/E), hoch	nicht definiert	95%-Perzentile Bund	Seite 9
51370	Abstand <7d zwischen OP und Diag.	nicht definiert	95%-Perzentile Bund	Seite 10
60659	Nachresektionsrate	nicht definiert	nicht definiert	Seite 11

Die Auswertungen wurden unter der Verwendung bundeseinheitlicher Rechenregeln des IQTIG © 2018 (www.iqtig.org) erstellt

Die Darstellung der Plan-QI erfolgt auf Basis der Berechnungen des IQTIG.

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

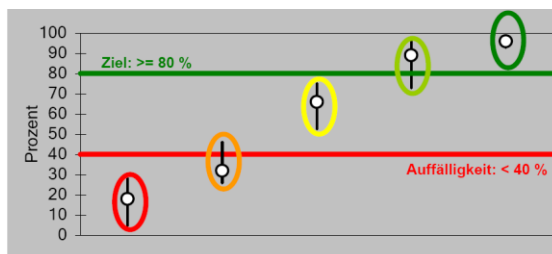


Abb. 1

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.

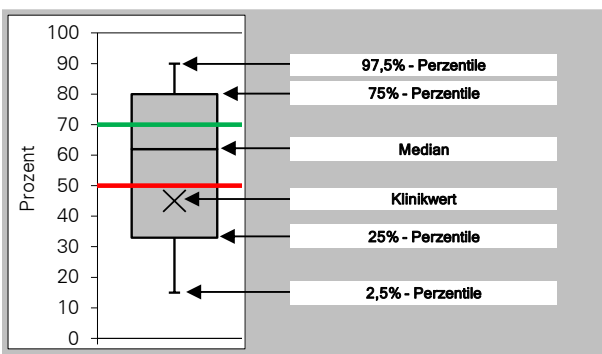


Abb. 2

PLAN-QI
 Seit dem Erfassungsjahr 2017 werden ausgewählte Qualitätsindikatoren direkt vom IQTIG ausgewertet. Hierbei handelt es sich um sog. planungsrelevante Qualitätsindikatoren (gem. §136c Abs. 1 SGB V). Die Ergebnisse werden vom IQTIG in separaten Ergebnisberichten aufbereitet. Sie stehen den Kliniken quartalsweise im Downloadbereich der GQH zur Verfügung.
 Die hier aufgeführten Zahlen sind aus dem Jahresbericht des IQTIG übernommen. Der p-Wert ist eine statistische Masszahl, die angibt ob eine Einrichtung signifikant vom Referenzbereich abweicht (p<=.05). Die Einfärbungen lassen sich folgendermassen interpretieren:

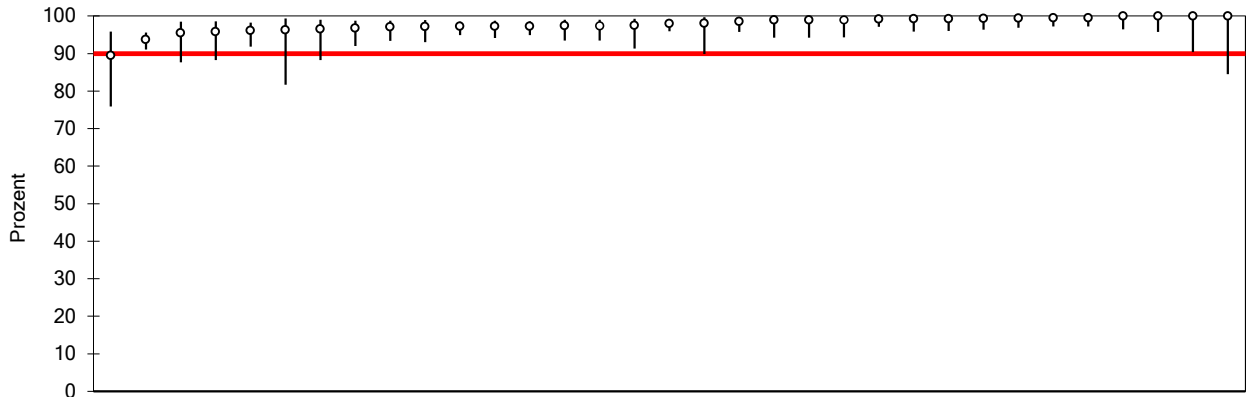
 unauffällig	 rechnerisch aber nicht sig. auffällig	 signifikant auffällig
---	--	--

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

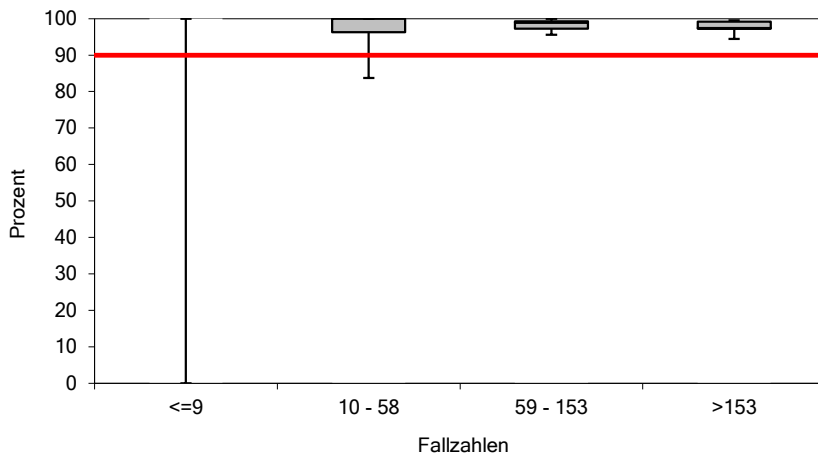
Kennzahl: 18/1 - 51846

	Hessen gesamt		Krankenhaus	
	N	%	N	%
Pat. mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie invasives Ca (Primärtumor) oder DCIS	5 191		0	
- davon mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	5 063	97,53	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)	95 % CI	
		97,08 ; 97,92



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	89,5	95,8	97,1	97,9	97,7	99,3	99,9	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=9	15
10 - 58	13
59 - 153	14
>153	13

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter:
<https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>

Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

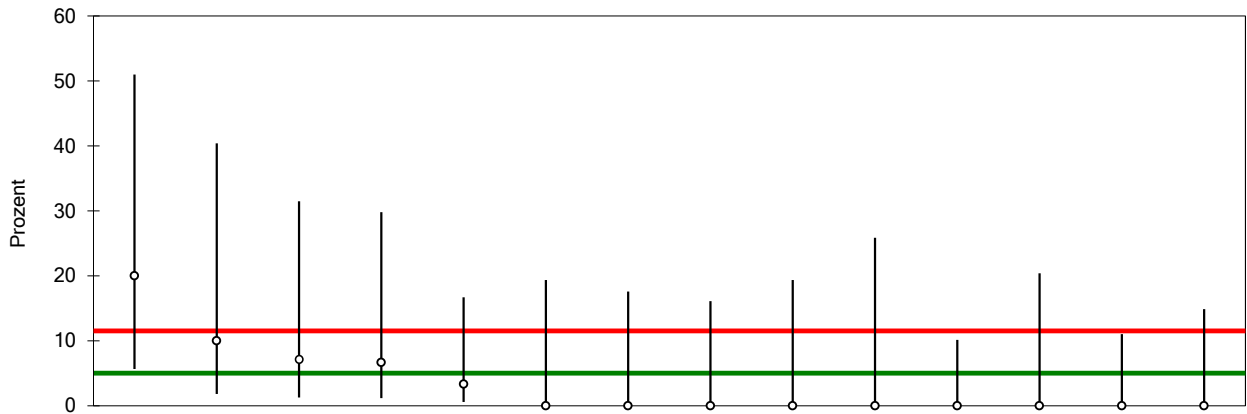
Kennzahl: 18/1 - 50719

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

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
352		0	
10	2,84	0	0,0

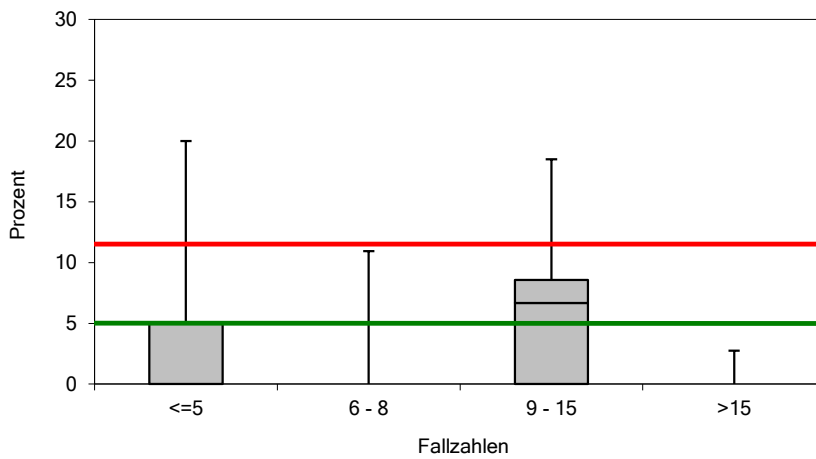
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
1,55 ; 5,15	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	5,8	9,1	20,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=5	12
6 - 8	6
9 - 15	7
>15	8

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter: <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>

Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

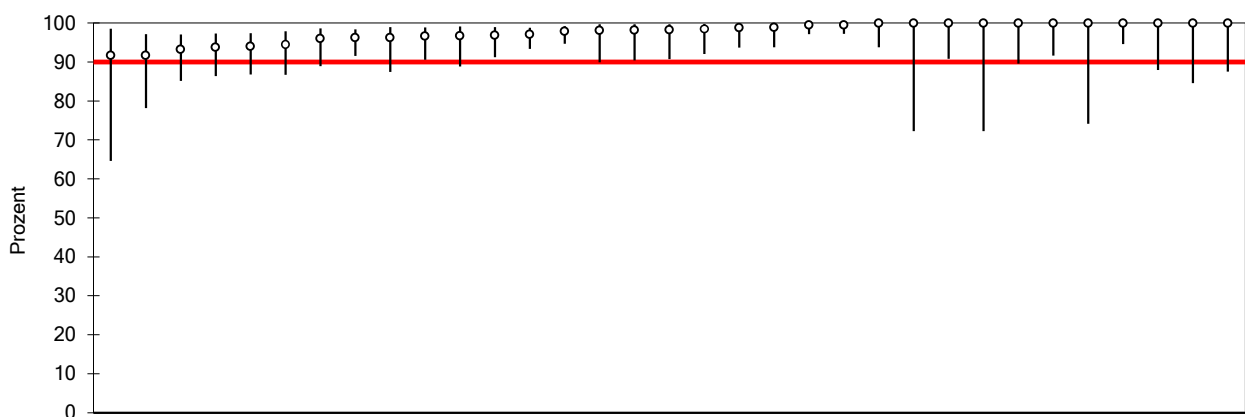
Kennzahl: 18/1 - 51847

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

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
2 446		0	
2 382	97,38	0	0,0

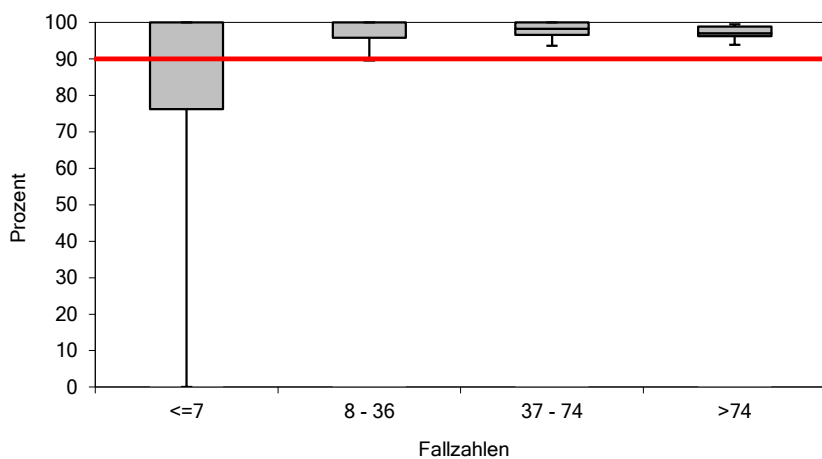
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
96,67 ; 97,95	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
91,7	93,9	96,3	98,3	97,7	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=7	14
8 - 36	11
37 - 74	12
>74	12

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter: <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>

HER2/neu-Positivitätsrate

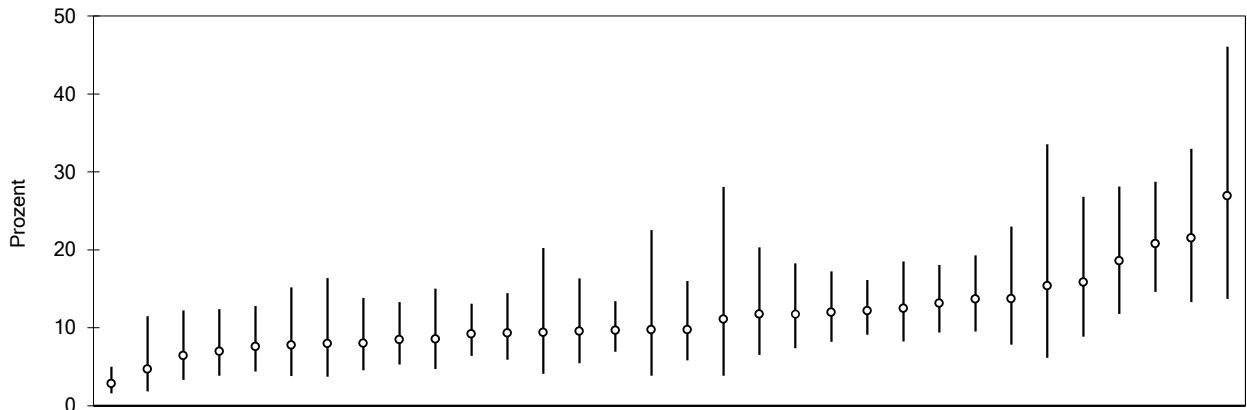
Kennzahl: 18/1 - 52268

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

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
4 658		0	
496	10,65	0	0,0

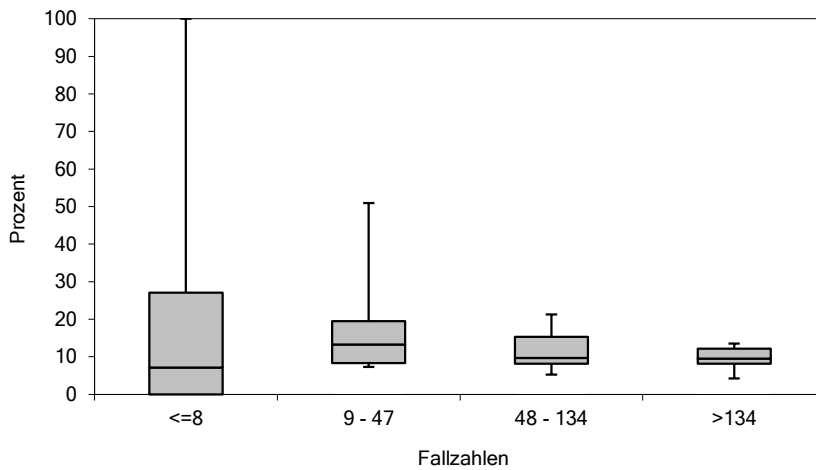
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
9,79 ; 11,57	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
2,8	7,1	8,4	9,8	11,5	13,3	18,3	26,9



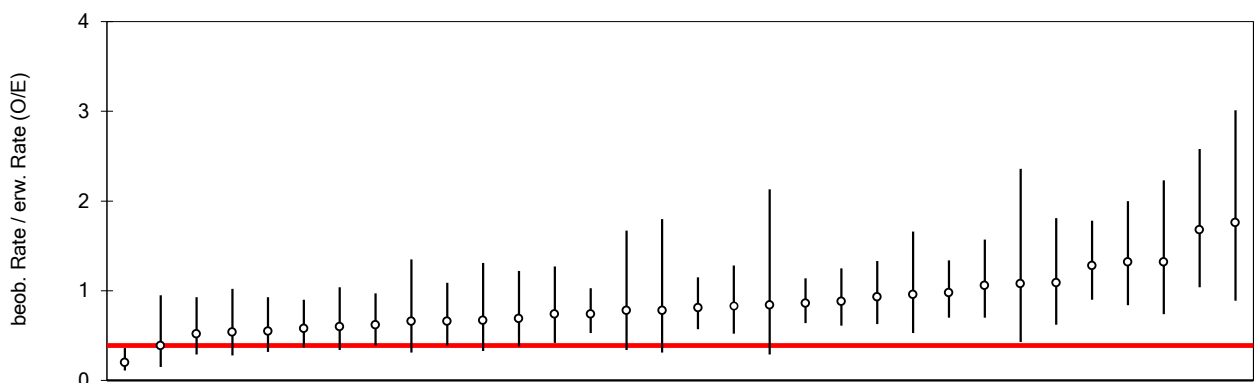
Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	16
9 - 47	12
48 - 134	14
>134	14

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

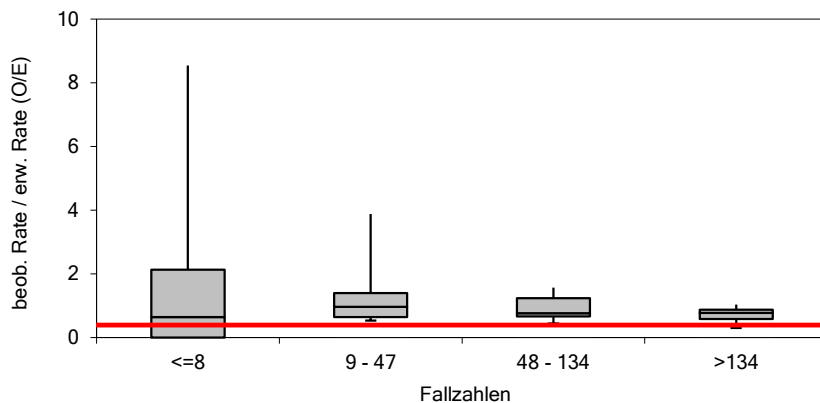
Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter:
<https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>

Verhältnis der beob. zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden: niedrige Rate

	Hessen gesamt	Krankenhaus
	N	N
Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie "inv. Mammaca: (Primärtumor)" und abgeschl. operativer Therapie und bekanntem HER2/neu-Status und Hormonrezeptorstatus, mind. 4 Fälle	4 658	0
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status	496	0
<i>Raten</i>	%	%
beobachtete Rate (O)	10,65	0
erwartete Rate (E)	13,4	0
beobachtete Rate / erwartete Rate Kennzahl: 18/1 - 52267	0,79	0
Vertrauensbereich (95% CI)	0,73 ; 0,86	0
risikoadjustierte Rate [O/E*O(Hessen)], Werte in %	8,4135	0



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



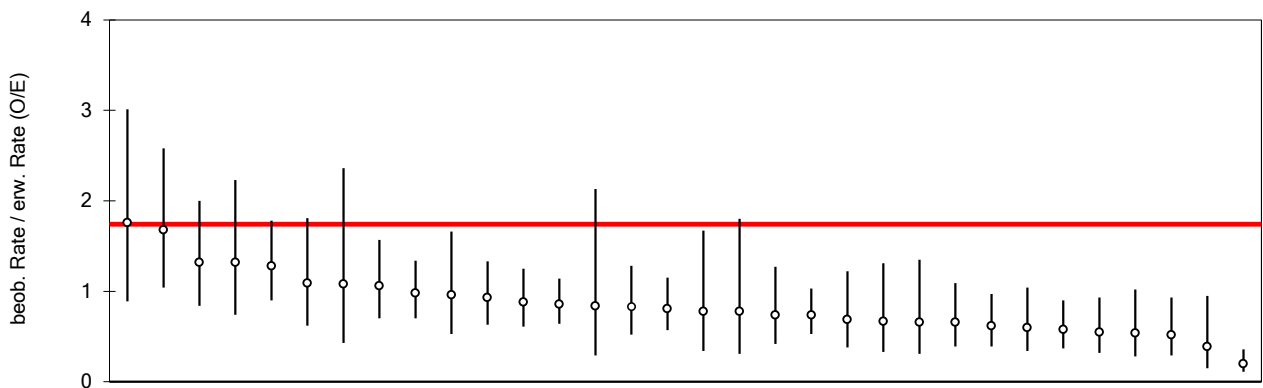
Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	16
9 - 47	12
48 - 134	14
>134	14

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

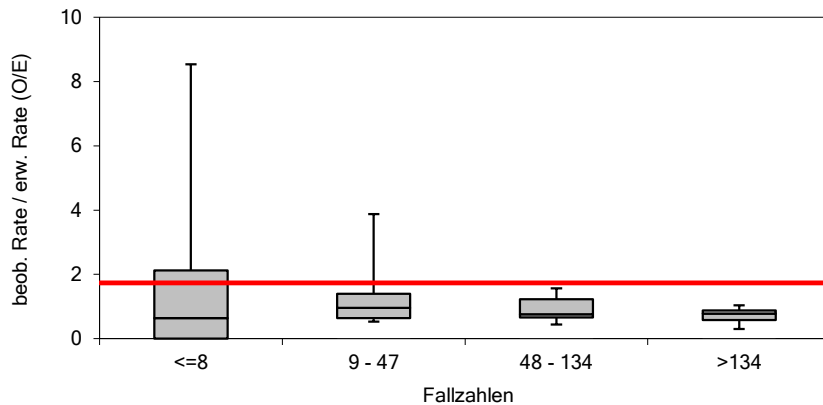
Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter: <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>

Verhältnis der beob. zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden: hohe Rate

	Hessen gesamt	Krankenhaus
	N	N
Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie "inv. Mammaca: (Primärtumor)" und abgeschl. operativer Therapie und bekanntem HER2/neu-Status und Hormonrezeptorstatus, mind. 4 Fälle	4 658	0
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status	496	0
<i>Raten</i>	%	%
beobachtete Rate (O)	10,65	0
erwartete Rate (E)	13,4	0
		0,0
beobachtete Rate / erwartete Rate Kennzahl: 18/1 - 52278	0,79	0
Vertrauensbereich (95% CI)	0,73 ; 0,86	0
risikoadjustierte Rate [O/E*O(Hessen)], Werte in %	8,4135	0



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



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	16
9 - 47	12
48 - 134	14
>134	14

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter: <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>

Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

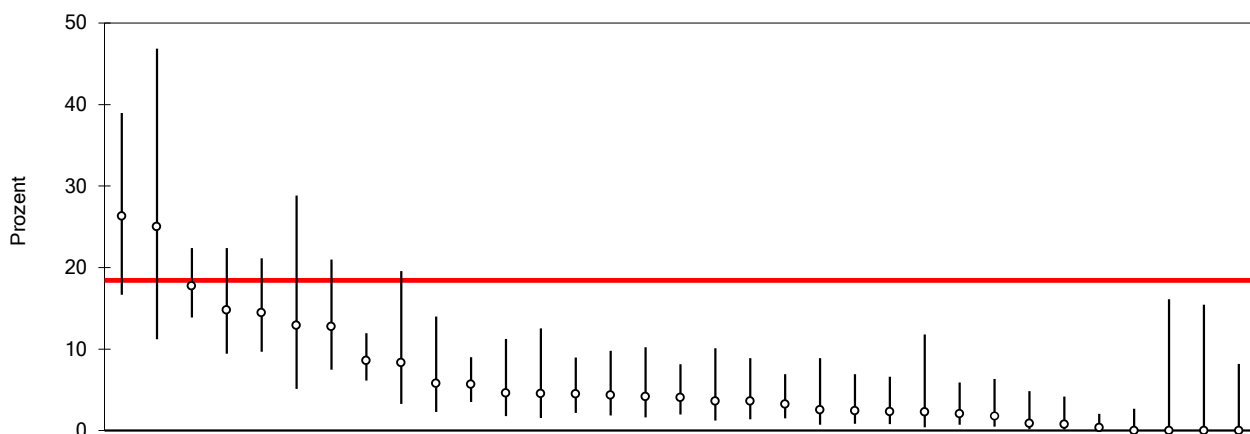
Kennzahl: 18/1 - 51370

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

Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
4 090		0	
254	6,21	0	0,0

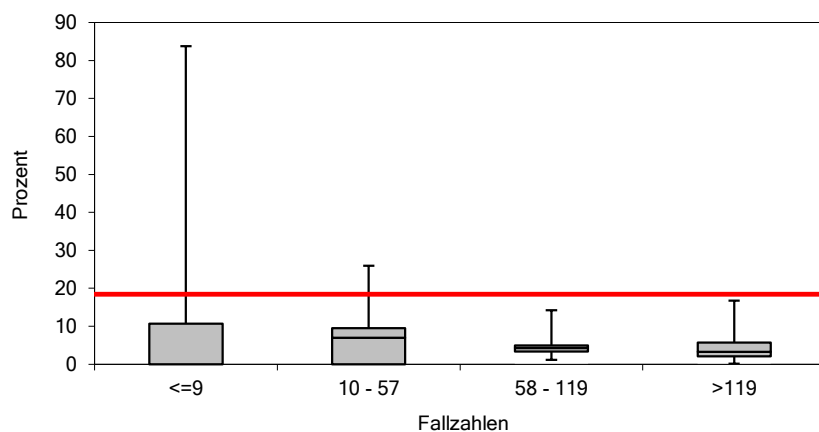
Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
5,51 ; 6,99	0



Verteilung der Kliniken in %

Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
0,0	0,1	2,1	4,1	6,2	8,3	14,7	26,3



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=9	14
10 - 57	12
58 - 119	12
>119	13

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter: <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>

Nachresektionsrate

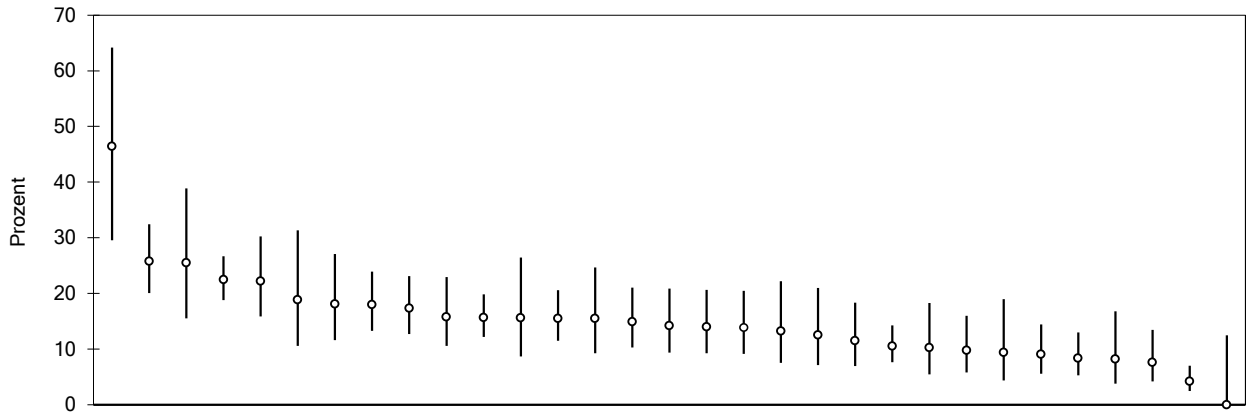
Kennzahl: 18/1 - 60659

Alle Patientinnen mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion
 - davon Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust >= 1

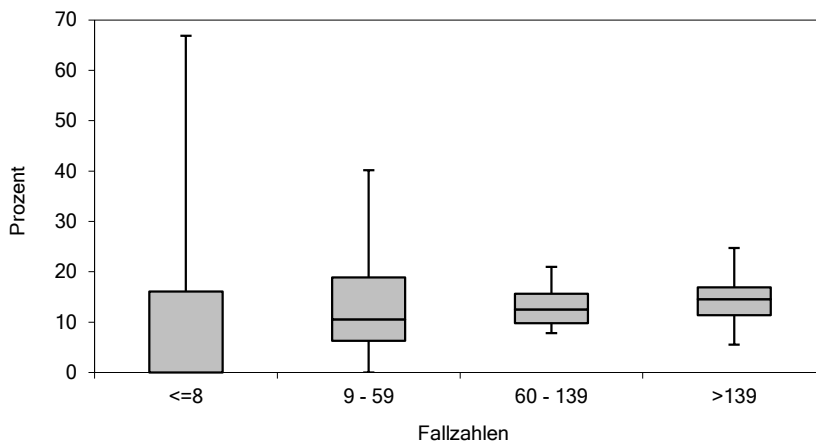
Hessen gesamt		Krankenhaus	
N	%	N	%
4 831		0	
699	14,47	0	0,0

Vertrauensbereich (in %)

95 % CI	95% CI
13,51 ; 15,49	0



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	8,2	10,0	14,2	15,0	17,7	22,5	46,4



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	14
9 - 59	13
60 - 139	13
>139	14

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Qualitätsindikatoren-Datenbank mit weiterführenden Informationen und entsprechender Literatur finden Sie auf den Seiten des IQTIG unter:
<https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>