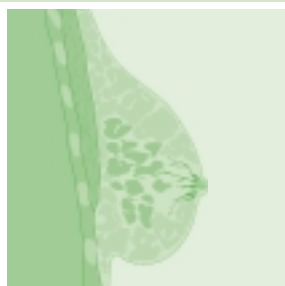


# Mammachirurgie



## BQS - Projektleiter

Dr. Anne **Reiter**

## Mitglieder der Fachgruppe Mammachirurgie

Prof. Dr. Gunter **Bastert**  
Heidelberg

Prof. Dr. Werner **Böcker**  
Münster

Dr. Herbert Karl **Büchels**  
Augsburg

Dr. Martina **Dombrowski**  
Berlin

Dr. Steffen **Handstein**  
Görlitz

Prof. Dr. Rolf **Kreienberg**  
Ulm

Dr. Wolfram **Lauckner**  
Rostock

Dr. Adolf **Lorenz-Wangard**  
Koblenz

Marion **Maasch**  
Ludwigshafen

Prof. Dr. Manfred **Schönfelder**  
Leipzig

Christa **Schulte**  
Wilhelmshaven

Prof. Dr. Thomas **Schwenzer**  
Dortmund

Prof. Dr. Diethelm **Wallwiener**  
Tübingen

Stand: Oktober 2003

## Zusammenfassung

Jährlich erkranken in Deutschland etwa 46.000 Frauen an Brustkrebs, die Inzidenz ist steigend. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird eine flächendeckende qualitätsgesicherte Behandlung von Brustkrebspatientinnen immer lauter gefordert. Grundlage der vorliegenden Bewertung der Behandlungsqualität von brusterkrankten Frauen in Deutschland für das Jahr 2002 sind 32.948 Datensätze aus 805 Krankenhäusern. Sie repräsentieren 75 % der erwarteten Datensätze. Davon lag in 25.350 Fällen die Diagnose Mammakarzinom vor.

Die Ergebnisse zum Qualitätsziel „Möglichst viele Patientinnen mit Hormonrezeptoranalyse bei Mammakarzinom“ zeigen, dass insgesamt in Deutschland mit durchschnittlich 94,7 % bereits ein sehr hoher Standard erreicht ist. Allerdings liegt ein Viertel der Krankenhäuser mit ihrem Ergebnis unterhalb des Referenzbereiches von 95 %. Bei diesen Krankenhäusern wird eine Prozessanalyse im strukturierten Dialog empfohlen.

Das Qualitätsziel „Möglichst viele Patientinnen mit Präparatröntgen bei präoperativer Röntgenlokalisierung“ wird von einem Großteil der Krankenhäuser nicht erreicht. Hier zeigte sich, dass der Begriff „Röntgenlokalisierung“ im Datensatz des Verfahrensjahres 2002 nicht eindeutig genug definiert war und deshalb die Validität der Ergebnisse fragwürdig ist. Durch die Verwendung des Begriffs „Röntgenmarkierung“ im Datensatz 2003 sind zukünftig Ergebnisse zu erwarten, die die Beurteilung der zugrunde liegenden Prozessqualität erlauben.

Auswertungen zum Qualitätsziel „Möglichst viele Patientinnen mit adjuvanter Therapie bei Mammakarzinom mit tumorbehafteten Lymphknoten oder im Stadium T3/T4, NO“ zeigen einen durchschnittlichen Wert von 91,8 %. Die Spannweite ist mit 14,3 bis 100 % groß. Bei Brustkrebsfällen in den genannten Stadien wäre eine adjuvante Therapie in allen Fällen zu erwarten. Eine weitergehende Analyse der Versorgungssituation wird durch die im Datensatz 2003 realisierte Differenzierung der adjuvanten Therapie in eine systemische medikamentöse Therapie und eine Strahlentherapie ermöglicht. Allerdings sollten schon für das Verfahrensjahr 2002 die Ergebnisse der Krankenhäuser mit einer weniger guten Qualität im strukturierten Dialog besprochen werden.

Der grundlegend überarbeitete Datensatz 2003 wird in der Lage sein, die Behandlungsqualität von Frauen mit Brusttumoren deutlich differenzierter darzustellen. Dies wird auch die Wirksamkeit des Datensatzes zur externen Qualitätsdarstellung verbessern.

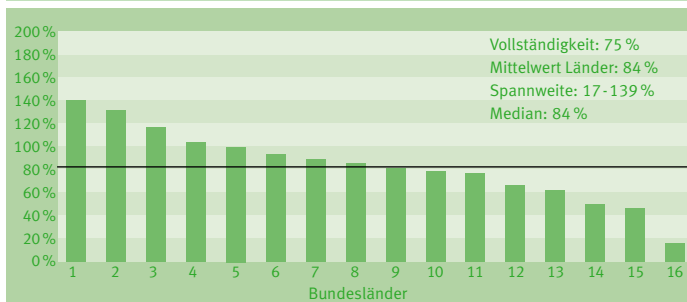
Eine Herausforderung für die Zukunft ist die einheitliche Darstellung der Versorgungsqualität von Brusttumoren, unabhängig davon, ob die Behandlung ambulant oder stationär, in so genannten Brustzentren oder im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) erbracht wurde.

## Einleitung

Brustkrebs stellt in Deutschland die häufigste bösartige Tumorerkrankung und die häufigste Krebstodesursache der Frau dar. Die Brustkrebsinzidenz ist in Deutschland wie in anderen industrialisierten Ländern in den letzten 20 Jahren in allen Altersgruppen steigend. Die jährliche Erkrankungsrate wird auf 46.000 geschätzt, 19.000 davon im jüngeren Alter bis zu 60 Jahren. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 63 Jahren. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird in den kommenden Jahren ein zusätzlicher Versorgungsbedarf entstehen. Die 5-Jahres-Überlebensrate beträgt im Mittel 73 %, nach 10 Jahren leben noch etwa 60 % der betroffenen Frauen (Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland, 2002). Anders als in vielen anderen Staaten der Europäischen Union gibt es in Deutschland noch kein flächendeckendes Mammographie-Screening zur Früherkennung des Brustkrebses. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellte in seinem Gutachten 2000/2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ „gravierende Fälle von Fehldiagnosen und operativen Überbehandlungen“ fest. Daraus leitete er die unbedingte Forderung einer „verstärkten externen und internen Qualitätssicherung der mammographischen Diagnostik, der operativen Abklärung und Therapie mammographisch entdeckter Veränderungen und der pathologischen Befundung der entnommenen Gewebeproben“ ab.

National wie auch international gibt es derzeit Bestrebungen, die Behandlung von Brustkrebspatientinnen in so genannten Brustzentren zusammenzuführen. Das Ziel ist eine qualitativ hochwertige Behandlung. Diese soll u. a. erreicht werden durch einen hohen Spezialisierungsgrad auf Brustkrankheiten mit Mindestfallzahlen je Krankenhaus und Operateur, Fortbildungsmaßnahmen, einen interdisziplinären Ansatz und andere Maßnahmen der Qualitätssicherung (*EUSOMA 2000*). Auch in der interdisziplinären Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die voraussichtlich Anfang 2004 publiziert werden wird, werden diese Kriterien Eingang finden. Darüber hinaus laufen in Deutschland seit 2003 die ersten Disease-

**Abbildung 12.1: Datengrundlage und Verteilung der Vollständigkeit gelieferter Datensätze nach Bundesländern**



Vollständigkeit Datensätze		2002
Gelieferte Datensätze (alle)		32.994
Gelieferte Datensätze (Brust-OP in 18/1)		davon 6.825
Gelieferte Datensätze (Brust-OP in 15/1)		davon 26.169
Erwartete Datensätze		44.273
Vollständigkeit (gelieferte Datensätze)		75 %
Vollständigkeit Krankenhäuser		2002
Teilnehmende Krankenhäuser (18/1)		675
Teilnehmende Krankenhäuser (15/1)		800
Teilnehmende Krankenhäuser gesamt		805
Erwartete Krankenhäuser		1.087
Vollständigkeit (gelieferte Datensätze)		74 %

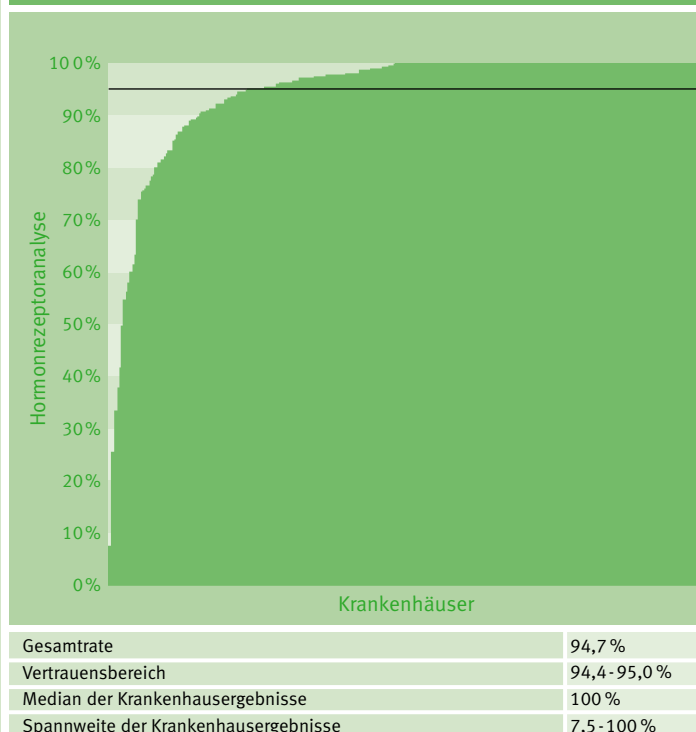
Management-Programme (*DMP*) für Brustkrebs an. Wichtige Eckpunkte dieser strukturierten Behandlungsprogramme sind eine sektorübergreifende Behandlung nach Evidenz basierten Leitlinien und qualitätssichernde Maßnahmen.

Alle diese Tatsachen belegen die Aktualität des Themas „Qualitätssicherung in der Behandlung des Mammakarzinoms“. Die Fachgruppe hat unter den zwölf für die Mammachirurgie definierten Qualitätszielen drei Prozessindikatoren für ihre weitere Analyse ausgewählt.

## Datengrundlage

Für das Jahr 2002 wurden der BQS für den Leistungsbereich Mammachirurgie 32.994 Datensätze aus 805 Krankenhäusern übermittelt. Davon gingen 32.948 gültige Datensätze in die Auswertung ein. Eingriffe in der Mammachirurgie konnten im Jahr 2002 in zwei verschiedenen Datensätzen dokumentiert werden. In dem einen Datensatz (15/1) haben vorwiegend Gynäkologen, in dem anderen (18/1) haben vorwiegend Chirurgen ihre Eingriffe dokumentiert. Die Zuordnung dieser Fachbereiche zu den beiden Modulen ist nicht strikt, so dass eine zusätzliche getrennte Auswertung nicht durchgeführt wurde. Für die Auswertung wurden die

**Abbildung 12.2: Anteil Fälle mit Hormonrezeptoranalyse an Fällen mit Mammakarzinom**



392 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 25.350 Fälle. Der Referenzbereich wurde bei  $\geq 95\%$  festgelegt.

mammachirurgischen Eingriffe aus beiden Datensätzen zusammengeführt.

Die gelieferten Datensätze liegen in zwei Formaten vor: Nach Pflichtenheft 3.3 sowie nach der BQS-Spezifikation 5.0.1. In der Auswertung wurden die Datenfelder des alten und neuen Datensatzformates ohne Informationsverlust aufeinander bezogen. Die Beteiligung der Bundesländer variiert und weist bezogen auf das Verhältnis von erwarteten zu ausgewerteten Datensätzen eine sehr hohe Spannweite von 17 bis 139% auf (Abbildung 12.1).

Werte über 100% können folgende Ursachen haben:

- Die Anzahl der im Verfahrensjahr 2002 erwarteten Datensätze wurde geschätzt auf Grundlage der für 2001 von den Krankenhäusern vereinbarten Fallpauschalen und Sonderentgelte. Diese Vereinbarungszahlen wurden vom VdAK in einer Statistik zusammengefasst und der BQS für die methodische Sollstatistik zur Verfügung gestellt.

- Nicht alle Krankenhäuser, die im Jahr 2002 Leistungen mit Dokumentationspflicht für die externe Qualitätssicherung erbracht und Datensätze übermittelt haben, waren in der Datenbasis des VdAK enthalten.
- In vielen Krankenhäusern war die Anzahl der für das Jahr 2001 vereinbarten Leistungen niedriger oder höher als die Anzahl der im Jahr 2002 erbrachten Leistungen, für die Datensätze dokumentiert und übermittelt wurden.

Die Vollständigkeit der Datensätze lag insgesamt bei 75%. Dieser Wert ist für einen Leistungsbereich im ersten Jahr der bundesweiten Einführung als verbesserungsfähig einzuschätzen. Die Beteiligung der Krankenhäuser ist verbesserungsfähig. Sie lag bei 74%.

### Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit Hormonrezeptoranalyse bei Mammakarzinom

#### Problem

Hormonrezeptoren ermöglichen die Stimulation des Zellwachstums im Brustdrüsenewebe durch die weiblichen Geschlechtshormone Östrogen und Progesteron (Jordan 2001). Diese Rezeptoren können im Tumorgewebe mehr oder weniger dicht vorhanden sein. Die routinemäßige Bestimmung der Rezeptordichte im Tumorgewebe gilt als Standard: In zahlreichen Studien wurde belegt, dass der Krankheitsverlauf günstiger ist bei Patientinnen mit „rezeptorpositiven“ Tumoren (Fitzgibbons et al. 2000). Durch Kenntnis des Hormonrezeptorstatus können unter Einbeziehung zusätzlicher Faktoren Patientengruppen mit unterschiedlicher Prognose definiert werden. So kann einerseits eine individuell adaptierte Therapie eingeleitet werden, wodurch eine Verbesserung u. a. der Überlebenschancen erreicht werden kann. Außerdem erlaubt die Rezeptordichte als prädiktiver Faktor eine Vorhersage des Therapieeffektes: Bei „rezeptorpositiven“ Tumoren können z. B. Antiöstrogene die Wirkung der natürlichen Hormone blockieren, so dass den Zellen dieser Wachstumsimpuls entzogen wird.

## Methodik

Im Datensatz Mammachirurgie wurde die Häufigkeit der Hormonrezeptoranalyse in einem Datenfeld erfasst. Die Auswertung beschränkte sich auf Patientinnen mit Mammakarzinom. Es wurden 25.350 Fälle ausgewertet.

## Ergebnis

Die Abbildung 12.2 zeigt die Ergebnisse für 392 Krankenhäuser mit mindestens 20 Behandlungsfällen mit Mammakarzinom. Der Durchschnittswert für Hormonrezeptoranalysen lag für alle Behandlungsfälle bei 94,7% (Vertrauensbereich 94,4 bis 95,0%). Mindestens die Hälfte der Krankenhäuser bestimmte die Hormonrezeptoren in allen Fällen. 25% der Krankenhäuser liegen unter dem Referenzwert von 95%. Die niedrigste Rate betrug 7,5%.

## Bewertung

Die Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (1998a) zeigte in einer Metaanalyse von 55 randomisierten kontrollierten Studien an 37.000 Patientinnen mit Mammakarzinom, dass das Anti-östrogen Tamoxifen bei hormonrezeptorpositiven Patientinnen zu einer Senkung der Rezidivrate um 21 bis 47% (je nach Therapiedauer) und der Letalitätsrate um 12 bis 26% führt. Bei rezeptornegativen Frauen ist ein positiver Effekt bisher nicht belegt. Die Empfehlungen zur adjuvanten Einnahme von Antiöstrogenen sind auf rezeptorpositive Frauen eingegrenzt.

Als prognostischer und prädiktiver Faktor handelt es sich bei der Bestimmung des Hormonrezeptorstatus um eine international anerkannte Standarduntersuchung in der Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms (Osborne 1980). Übereinstimmend wird sie in dem Konsensus-Statement der EUSOMA empfohlen und bildet die Grundlage für die derzeit noch nicht publizierten Therapieempfehlungen aus der Konsensuskonferenz von St. Gallen 2003 (Blamey 2002; Dall et al. 2003).

Deshalb hat die Fachgruppe einen Referenzbereich für die Krankenhäuser von  $\geq 95\%$  festgelegt.

Dieser entspricht dem von der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Senologie im Jahr 2003 festgelegten Referenzwert für die Zertifizierung von Brustzentren. Trotz

einer durchschnittlich hohen Rate von 94,7% wird dieser Referenzbereich von 25% der Krankenhäuser nicht erreicht. Die Spannweite ist mit 7,5 bis 100% hoch. Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser erreicht einen anzustrebenden Wert von 100%. Bei den Krankenhäusern außerhalb des Referenzbereiches soll auf Landesebene im Strukturierten Dialog eine Ursachenanalyse erfolgen. Zusätzlich zu Qualitätsmängeln in der Versorgung müssen an dieser Stelle auch Dokumentationsfehler erwogen werden.

## Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit Präparatröntgen bei präoperativer Röntgenlokalisierung

### Problem

Ein verdächtiger Bezirk in der Brustdrüse, der in der Mammographie aufgefallen, aber nicht zu tasten ist, muss markiert werden, damit der Operateur diesen Bereich eindeutig identifizieren und in der Operation entfernen kann. Zu diesem Zweck wird vor der Operation unter Röntgensicht ein Markierungsdraht in die unmittelbare Nähe des verdächtigen Herdes eingebracht. Bereits während der Operation kann entschieden werden, ob der verdächtige Bezirk vollständig entfernt wurde. Dazu wird das entnommene Präparat geröntgt und mit der vor der Operation angefertigten Mammographie verglichen: Das auffällige Gewebeareal sollte im Präparatröntgen vollständig darstellbar sein.

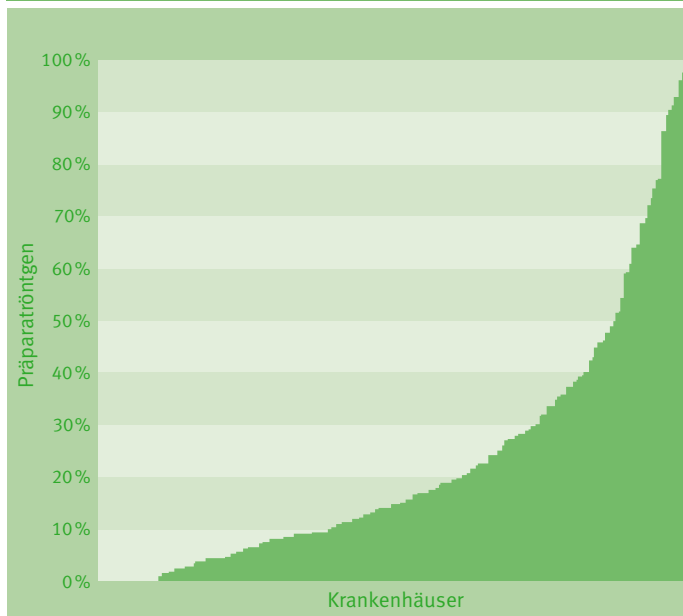
### Methodik

Die präoperative Röntgenlokalisierung und das Präparatröntgen wurden getrennt in einem Datenfeld erfasst. Zur Auswertung kamen 19.173 Datensätze, bei denen präoperativ eine Röntgenlokalisierung dokumentiert wurde. Dieses Verfahren wurde damit bei rund 58% aller ausgewerteten Mammaeingriffe angewandt.

### Ergebnis

Die Daten von 298 Krankenhäusern mit mindestens 20 Behandlungsfällen in der Grundgesamtheit wurden ausgewertet. Im Durchschnitt wurde in 24,5% (Vertrauensbereich 23,9 bis 25,1%) der Behandlungsfälle mit präoperativer Röntgenlokali-

**Abbildung 12.3: Anteil Fälle mit Präparatröntgen an Fällen mit präoperativer Röntgenlokalisierung**



Gesamtrate	24,5 %
Vertrauensbereich	23,9 - 25,1 %
Median der Krankenhausegebnisse	14,9 %
Spannweite der Krankenhausegebnisse	0 - 100 %

*298 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 19.173 Fälle.*

sierung ein Präparatröntgen durchgeführt. Die Spannweite der einzelnen Krankenhausegebnisse reicht dabei von 0 bis 100 % (Abbildung 12.3).

### Bewertung

Bei den mammographisch entdeckten, nicht tastbaren, abklärungsbedürftigen Befunden handelt es sich häufig um Tumoren, die sich entweder noch an dem Ort befinden, an dem sie entstanden sind (In-situ-Karzinome), oder welche bereits ihre Grenze durchbrochen haben und in das Nachbargewebe hineingewachsen sind (invasive Tumoren). Die Präparateradiographie nach präoperativer Markierung hat zwei entscheidende Funktionen:

- Die Vollständigkeit der Resektion des mammographisch verdächtigen Bezirkes zu überprüfen.
- Bei ausgedehnten Mikrokalzifikationen die Repräsentativität des entfernten Gewebes zu überprüfen.

Deshalb wird ein Präparatröntgen nach präoperativer Röntgenmarkierung in verschiedenen Leitlinien gefordert (*Deutsche Röntgengesellschaft 2002; EUSOMA 2000; Interdisziplinäre Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., voraussichtliche Veröffentlichung Anfang 2004*).

Auf der Basis der geschilderten klinischen Evidenz hat die Fachgruppe erwogen, einen Referenzwert von 90 % festzulegen. Dieser Wert entspräche dem Referenzwert aus der Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland (*Schulz et al. 2003*). Die Ergebnisse deutscher Krankenhäuser erscheinen auf den ersten Blick bis auf Ausnahmen keineswegs akzeptabel. Problematisch bei der Ergebnisinterpretation war allerdings die fehlende Eindeutigkeit des Begriffes „Röntgenlokalisierung“. Hierunter konnte auch die zur Operation führende Screening-Mammographie verstanden werden, der selbstverständlich nicht in jedem Fall ein Präparatröntgen folgen muss. Auf die Festlegung eines Referenzwertes wurde für 2002 daher verzichtet.

Der exakte Begriff „präoperative Röntgenmarkierung“ ist bereits im Datensatz 2003 zur Verbesserung der Trennschärfe eingeführt worden. Somit wird eine valide Interpretation der Ergebnisse mit Festlegen eines Referenzwertes für die Auswertung aus dem Verfahrensjahr 2003 möglich sein.

Da dieser Prozessindikator die Qualitätssicherung der Schnittstellen in der Versorgungskette abbildet, ist er auch weiterhin von herausragender Bedeutung.

### Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit adjuvanter Therapie bei Mammakarzinom mit tumorbehafteten Lymphknoten oder im Stadium T<sub>3</sub>/T<sub>4</sub>, NO

#### Problem

Bei Brustkrebs mit Lymphknotenbefall in der Achselhöhle, bei einem Primärtumor größer als fünf Zentimeter oder bei Befall der Brusthaut oder Brustwand ist davon auszugehen, dass nach der Operation vereinzelte Tumorzellen im Körper zurückbleiben.

Deshalb wird in allen diesen Fällen mit erhöhtem Risiko eine Nachbehandlung mit Medikamenten empfohlen, entweder in Form einer Chemotherapie oder bei rezeptorpositiven Tumoren durch eine Hormontherapie oder eine Kombination beider Verfahren.

Darüber hinaus wird in allen Fällen der brusterhaltenden Therapie sowie in besonderen Fällen nach Brustentfernung eine Strahlentherapie des Operationsgebietes und manchmal auch der Achselhöhle empfohlen.

Die genannten Therapieoptionen (medikamentöse systemische Behandlung, Strahlentherapie) senken nachweislich die Rezidiv- und Fernmetastasierungsrate.

Diese Patientinnengruppe mit hohem Risiko wurde für die Betrachtung dieses Qualitätsindikators ausgewählt, weil diese Patientinnen in besonderem Maße von einer adjuvanten Therapie profitieren.

## Methodik

Im Datensatz Mammachirurgie wurde die geplante adjuvante Therapie in einem Datenfeld erfragt. Zur Auswertung kamen alle Patientinnen mit Mammakarzinom der Stadien T3 und T4 oder mit tumorbehafteten Lymphknoten (UICC 2002, pTNM-Klassifikation). Dieser Grundgesamtheit sind 10.425 Behandlungsfälle zuzuordnen.

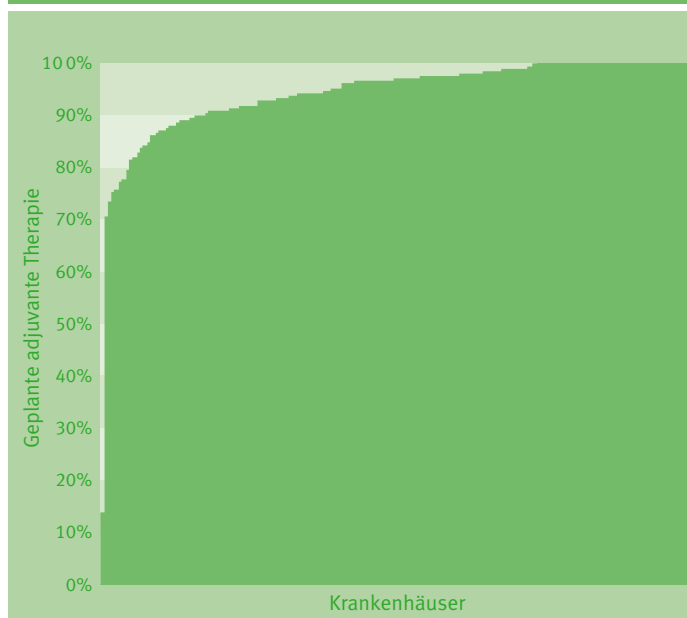
## Ergebnis

Die Daten von 166 Krankenhäusern mit mindestens 20 Behandlungsfällen in der Grundgesamtheit wurden ausgewertet. Durchschnittlich wurde mit 91,8% (Vertrauensbereich 91,3 bis 92,4%) der Patientinnen mit positiven Lymphknoten oder T3/T4-Tumor eine adjuvante Behandlung durch Strahlen- oder medikamentöse Therapie vereinbart. Die Spannweite der einzelnen Krankenhäuser reichte von 14,3 bis 100% (Abbildung 12.4).

## Bewertung

International besteht Einigkeit darüber, dass eine systemische adjuvante Therapie die Prognose von an Brustkrebs erkrankten Frauen mit hohem Risiko bezüglich Rezidiv- und Gesamtüberlebensrate verbessert. In groß angelegten Studien konnte der Nutzen einer systemischen Nachbehandlung ein-

**Abbildung 12.4: Anteil Fälle mit adjuvanter Therapie an Fällen mit Mammakarzinom mit tumorbehafteten Lymphknoten oder im Stadium T3/T4, N0**



Gesamtrate	91,8 %
Vertrauensbereich	91,3 - 92,4 %
Median der Krankenhäusergebnisse	95,7 %
Spannweite der Krankenhäusergebnisse	14,3 - 100 %

166 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 10.425 Fälle.

deutig belegt werden (*Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie 2003; Dall et al. 2003; Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group 1998b; Hall et al. 1995; Pritchard, 2001*).

Die Indikation zur Bestrahlung der Restbrust ist nach brusterhaltender Behandlung praktisch immer gegeben. Nach Mastektomie folgen die Empfehlungen zur Nachbestrahlung der Brustwand oder der axilladifferenzierten histologischen Kriterien (*Recht et al. 2001*). Letztere werden erst im Datensatz für das Verfahrensjahr 2003 weitgehend abgebildet. Aus der Abbildung 12.4 geht hervor, dass fast alle Krankenhäuser bei mindestens 70% ihrer Patientinnen eine adjuvante Therapie geplant haben. Ein Referenzwert wird für das Jahr 2002 nicht festgelegt, weil eine Analogie der bestehenden Leitlinien zu den Definitionen im Datensatz 2002 nicht hergestellt werden konnte. Für das Jahr 2003 wird auf der Basis der überarbeiteten Datensätze die Festlegung eines Referenzwertes angestrebt. Allerdings

soll bei einem Krankenhaus mit der Rate von 14,3% auf Landesebene im Rahmen des Strukturierten Dialoges eine weiterführende Analyse erfolgen. Auf Basis der dabei gewonnenen Informationen werden die Empfehlungen in der Fachgruppe dann weiter entwickelt. Aber auch bei den Häusern mit einer Rate von 100% kann nicht automatisch auf eine gute Qualität geschlossen werden: Es ist z. B. vorstellbar, dass in einzelnen Behandlungsfällen eine indizierte Chemotherapie durchgeführt wurde, auf eine nach histologischem Befund ebenso notwendige Bestrahlung jedoch verzichtet wurde. Im Datensatz 2002 wurde die Form der Nachbehandlung nicht getrennt abgefragt.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass zu einer sinnvollen Ergebnisinterpretation die Differenzierung der adjuvanten Therapie in Strahlentherapie und Chemotherapie unbedingt erforderlich ist. Im Datensatz 2003 ist diese Unterscheidung realisiert, die Angabe von Referenzbereichen wird deshalb dort erst möglich sein.

## Ausblick

Der Datensatz für das Jahr 2003 wurde auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Standes grundlegend überarbeitet. Dieser neue Datensatz wird erheblich dazu beitragen, dass die Qualität der stationären Behandlung von Brusttumoren zuverlässiger bewertet werden kann. An Hand von zwei der oben genannten Qualitätsziele konnte konkret aufgezeigt werden, dass durch die Überarbeitung eine sinnvollere Abbildung der Behandlungsrealität erreicht wurde. Dadurch ist die Voraussetzung geschaffen worden, der Forderung einer verstärkten externen Qualitätsdarstellung in der Behandlung von Brustkrebspatientinnen nachzukommen.

Im Jahre 2004 werden in die externe Qualitätsdarstellung folgende Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren der Brust, Präkanzerosen oder Tumorverdacht durchgeführt werden, eingeschlossen sein:

- offene Biopsien
- tumorresezierende Eingriffe der Brust
- Eingriffe an der Axilla
- plastisch rekonstruktive Eingriffe

Mit dieser Erfassung werden alle stationär behandelten Mammakarzinome bewertet werden können. Ambulant durchgeführte Eingriffe bei Mammatumoren werden bislang nicht in das Verfahren der externen Qualitätsdarstellung einbezogen, obwohl gleiche Qualitätsstandards gefordert werden müssen. Auch der Aspekt einer möglichen Fehlversorgung durch Analyse des Verhältnisses von benignen histologischen Befunden zu Mammakarzinomen bei offenen Biopsien wird in einem Qualitätsindikator konkret beurteilbar sein.

Die Einbeziehung der DMP würde die Qualitätsbetrachtung der gesamten Versorgungskette ermöglichen, eine doppelte Dokumentation der qualitätsbezogenen Daten vermeiden und eine aussagekräftige Bewertung zur Versorgungssituation ermöglichen. Die Funktionsfähigkeit von Versorgungskonzepten wie Früherkennungsprogrammen, Brustzentren und DMP ist abhängig von einer einheitlichen Qualitätsdarstellung.

## Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland.

Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. 2002. [www.rki.de/GBE/KREBS/](http://www.rki.de/GBE/KREBS/)

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie.

Leitlinie zur Diagnostik und Therapie primärer und metastasierter Mammakarzinome. Version 2003.

Organkommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO).

[www.ago-online.de/news/Leitlinie\\_2003.ppt](http://www.ago-online.de/news/Leitlinie_2003.ppt)

Blamey RB.

Guidelines on endocrine therapy of breast cancer. Position Paper. EUSOMA.

*Eur J Cancer* 2002; 38: 615-634.

Dall P, Schütt G.

Neue Entwicklungen der adjuvanten Mammakarzinombehandlung.

*Gynäkologe* 2003; 36 (9): 767-775.

Deutsche Krebsgesellschaft e.V. und Deutsche Gesellschaft für Senologie.

Fachliche Anforderungen für die Zertifizierung von Brustzentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Senologie. 2003. [www.senologie.org/anforderungen.pdf](http://www.senologie.org/anforderungen.pdf)  
Nummerierung 2.6.7.

Deutsche Röntgengesellschaft.

Leitlinien der Deutschen Röntgengesellschaft. AWMF-Leitlinienregister Nr. 039/077. 2002. [www.leitlinien.net](http://www.leitlinien.net)

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group.

Polychemotherapy for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 1998 b; 352: 930-942.

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group.

Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. *Lancet* 1998 a; 351: 1451-1467.

EUSOMA.

The requirements of a specialist breast unit. Position Paper. *Eur J Cancer* 2000; 36: 2288-2293.

Fitzgibbons PL, Page DL, Weaver D, Thor AD, Allred DC, Clark GM, Ruby SG, O'Malley F, Simpson JF, Connolly JL, Hayes DF, Edge SB, Lichter A, Schnitt SJ.

Prognostic factors in breast cancer. *College of American Pathologists Consensus Statement* 1999. *Arch Pathol Lab Med.* 2000 Jul; 124 (7): 966-978.

Hall PD, Leshner BA, Hall RK.

Adjuvant therapy of node negative breast cancer. *Annals of Pharmacotherapy* 1995; 29 (3): 289-298.

Jordan VC.

Oestrogen receptors, growth factors and the control of breast cancer. *The Breast* 2001. 10 (3): 27-35.

Osborne CK, Yochmowitz MG, Knight WA, McGuire WL.

The value of Estrogen and Progesterone Receptors in the Treatment of Breast Cancer. *Cancer* 1980; 46: 2884-2888.

Pritchard KI.

Optimal endocrine therapy. *The Breast* 2001; 10 (3): 114-122.

Recht A, Edge SB, Solin LJ, Robinson DS, Estabrook A, Fine RE, Fleming GF, Formenti S, Hudis C, Kirshner JJ, Krause DA, Kuske RR, Langer AS, Sledge GW, Jr, Whelan TJ, Pfister DG.

Postmastectomy Radiotherapy: Guidelines of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 2001; 19: 1539-1569.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. *Band II. Gutachten 2000/2001. Kurzfassung.* S. 77.

Schulz KD, Albert US und die Mitglieder der Planungsgruppe und Leiter der Arbeitsgruppen Konzertierte Aktion Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland.

Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland. 1. Auflage. Zuckschwerdt, München. 2003.

UICC. International Union Against Cancer.

TNM Klassifikation maligner Tumoren. Herausgegeben und übersetzt von Wittekind CH, Meyer HJ, Bootz F. Springer Verlag. 6. Auflage 2002. Seiten 145-153.