

Einleitung

Brustkrebs stellt die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar. Bereits im Jahr 2002 wurden 55.000 Neuerkrankungen geschätzt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt vergleichsweise früh bei 62 Jahren (GEKID 2006). Im Jahr 2005 starben ca. 17.700 Frauen an Brustkrebs (Statistisches Bundesamt).

Die Prognose der Betroffenen bezüglich Rezidivrate und Überleben wird maßgeblich beeinflusst durch das Tumorstadium bei Diagnosestellung und die Tumorbiologie. Die tumorabhängige 5-Jahres-Überlebensrate liegt über alle Stadien hinweg bei 79% (GEKID 2006), im Stadium pT1 sogar bei 91,0% (Sauer 2005). Ziel einer hochwertigen Früherkennung ist es also, Brustkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen. Dabei gilt es aber auch, gesunde Frauen als solche zu erkennen und dadurch vor unnötigen und belastenden diagnostischen Maßnahmen zu schützen. Weiterhin wird die individuelle Prognose von Brustkrebs-Patientinnen durch eine

sachgerechte Behandlung im interdisziplinären Team beeinflusst. Für viele Betroffene gibt es Therapieoptionen mit vergleichbaren Überlebensraten, so dass in diesen Situationen der Erhalt der Lebensqualität ein vorrangiges Ziel ist. Konkret bedeutet dies, dass die Frauen in die Entscheidungen auf der Basis umfassender und verständlicher Informationen einzubinden sind.

Evidenzbasierte Standards für die gesamte Versorgungskette bei Brustkrebs sind in den beiden deutschen S3-Leitlinien (Kreienberg et al. 2004; Schulz & Albert 2003) festgeschrieben. Ein anerkanntes Instrument zur Implementierung von Leitlinien sind Qualitätsindikatoren (Albert et al. 2004; Kopp 2004; Kreienberg et al. 2004; Schulz & Albert 2003). Autoren beider deutschen Leitlinien sind Mitglieder in der BQS-Fachgruppe Mammachirurgie, so dass ein unmittelbarer und kontinuierlicher Austausch zwischen Leitlinien und der externen Qualitätssicherung gewährleistet ist.



BQS-Qualitätsindikatoren – Übersicht

	Anzahl	Gesamtergebnis
Indikationsqualität		
Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien	10.432/27.585	37,82%
Axilladisektion bei DCIS oder papillärem In-situ-Karzinom	1.175/8.437	13,93%
Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom	53.935/61.189	88,14%
Indikation zur brusterhaltenden Therapie	23.851/28.833	82,72%
Prozessqualität		
Postoperatives Präparatröntgen	13.283/15.829	83,92%
Hormonrezeptoranalyse	63.828/65.834	96,95%
Angabe pT, pN und M	59.037/65.834	89,68%
Angabe Sicherheitsabstand...		
bei brusterhaltender Therapie	39.746/43.858	90,62%
bei Mastektomie	17.470/20.351	85,84%
Anzahl Lymphknoten	27.334/31.456	86,90%
Meldung an Krebsregister	62.987/75.162	83,80%
Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum	41.398	10,0 Tage

BQS-Projektleiter

Dr. Anne Reiter
Elke Schäfer
Inna Dabisch

Mitglieder der BQS-Fachgruppe Mammachirurgie

Prof. Dr. Gunther Bastert**
Heidelberg

Prof. Dr. Matthias Beckmann*
Erlangen

Dr. Martina Dombrowski
Berlin

Dr. Steffen Handstein
Görlitz

Prof. Dr. Detlev Hebebrand
Rotenburg (Wümme)

Prof. Dr. Rolf Kreienberg
Ulm

Prof. Dr. Hans H. Kreipe
Hannover

Dr. Wolfram Lauckner
Rostock

Adolf Lorenz-Wangard
Koblenz

Marion Maasch
Ludwigshafen

Cordula Mühr
Berlin

Hilde Schulte
Neukirchen

Prof. Dr. Klaus-Dieter Schulz
Marburg

Prof. Dr. Thomas Schwenger
Dortmund

Tanja Warda
Waltrop

Dr. Klaus-Jürgen Winzer
Berlin

* seit Januar 2006

** bis Januar 2006

Datengrundlage: Mammachirurgie

	Geliefert 2006	Erwartet 2006	Vollständig- keit 2006	Geliefert	
				2005	2004
Datensätze	109.804	112.742	97,39%	109.497	106.621
Krankenhäuser	1.086	1.148	94,60%	1.118	1.143

Basisstatistik: Mammachirurgie

	2006	
	Anzahl	Anteil
Alle Patientinnen	109.568	
Altersverteilung		
Anzahl der Patientinnen mit gültiger Altersangabe	109.568	100,00%
davon		
<20 Jahre	739	0,67%
20 - 29 Jahre	2.460	2,25%
30 - 39 Jahre	6.470	5,91%
40 - 49 Jahre	20.700	18,89%
50 - 59 Jahre	24.054	21,95%
60 - 69 Jahre	28.174	25,71%
70 - 79 Jahre	18.069	16,49%
≥80 Jahre	8.902	8,12%
Geschlecht		
männlich	1.008	0,92%
weiblich	108.560	99,08%
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
ASA 1: normale, ansonsten gesunde Patientin	38.653	35,28%
ASA 2: Patientin mit leichter Allgemeinerkrankung	52.345	47,77%
ASA 3: Patientin mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	17.859	16,30%
ASA 4: Patientin mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	638	0,58%
ASA 5: moribunde Patientin	73	0,07%

Dokumentationspflichtige Leistungen

Im Erfassungsjahr 2006 mussten folgende stationär erbrachte Leistungen dokumentiert werden: Alle offenen Biopsien, tumorresezierenden Eingriffe, axillären Eingriffe und plastisch-rekonstruktiven Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt wurden.

Ausblick

Mit der Dokumentation von Operationen zu 51.609 primären invasiven Mammakarzinomen steht eine hervorragende Datenbasis zur Bewertung der Versorgungssituation im stationären Bereich zur Verfügung. Die zuständigen Fachgesellschaften haben sich der Herausforderung bereits gestellt, die Ergebnisse zu nutzen, die Diskussion zur Versorgungsqualität zu vertiefen und Leitlinien zielgerichtet weiterzuentwickeln. Als nächsten Schritt fordert die BQS-Fachgruppe weiterhin eine sektor- und fachübergreifende Qualitätssicherung der gesamten Versorgungskette. Ein weiterer notwendiger Baustein der Qualitätssicherung bei Brustkrebs sind bundesweit flächendeckende Krebsregister.

Seit 2007 sind die Dokumentationsanforderungen für die Mammachirurgie an neuere medizinische Behandlungsverfahren wie z.B. die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie angepasst. Zusätzlich werden redundante Abfragen im Falle einer Wiederaufnahme von Patientinnen vermieden und eine Vereinheitlichung der Dokumentationsanforderungen mit Krebsregistern und Disease-Management-Programmen (DMP) geschaffen. Die so realisierte Verminderung der Dokumentationsbelastung schafft die Voraussetzung für eine hohe Transparenz im Versorgungsgeschehen.

Ebenfalls seit 2007 sind plastisch-rekonstruktive Operationen nicht mehr dokumentationspflichtig. Eine kritische Analyse der bisher erhobenen Daten hat gezeigt, dass das aktuelle Qualitätssicherungsverfahren Mammachirurgie nicht ausreichend geeignet ist, relevante Qualitätsaspekte bei diesen Eingriffen adäquat abzubilden.

Um die Ergebnisqualität künftig umfassender dokumentieren zu können, schlug die BQS-Fachgruppe vor, das Verfahren der BQS zu erweitern.

Qualitätsziel

Möglichst viele Eingriffe mit postoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammographie

Hintergrund des Qualitätsindikators

Nicht tastbare, nur mammographisch nachweisbare, abklärungsbedürftige Gewebeläsionen erfordern weitere diagnostische Maßnahmen bis zum Vorliegen eines definitiven pathologischen Befundes. Diese Läsionen müssen präoperativ durch möglichst exakte Platzierung eines Markierungsdrahtes eindeutig lokalisiert werden. Bei radiologischer Markierung muss das exziierte Gewebe unmittelbar nach seiner Entfernung geröntgt (Präparatradiographie) werden. Die Radiographie muss auch dem Pathologen zur Verfügung gestellt werden. Dieser Indikator bildet innerhalb der Versorgungskette wichtige Schnittstellen zwischen dem Operateur, dem Radiologen und dem Pathologen ab (Kreienberg et al. 2004; Schulz & Albert 2003).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

Der Strukturierte Dialog auf der Basis abweichender Daten im Erfassungsjahr 2005 wurde mit 333 Krankenhäusern durchgeführt. 221 Krankenhäuser haben Fehler in der Dokumentation, 31 Krankenhäuser besondere, gut begründete Einzelfälle angegeben. 23 Abteilungen gaben ursächlich Qualitätsmängel an.

Nach Analyse der Stellungnahmen im Strukturierten Dialog wurden 42 Krankenhäuser als qualitativ auffällig eingestuft und erforderliche Maßnahmen ergriffen. Weitere 177 Häuser stehen unter besonderer Beobachtung.

Diese Tatsachen widersprechen der Aussage, dass dieser Indikator einseitig die Qualität der Dokumentation, nicht aber der Versorgung überprüfe.

Bewertung der Ergebnisse 2006

Die BQS-Fachgruppe bewertet die Ergebnisse für diesen Indikator als unzureichend: In 83,92% aller Fälle mit präoperativer Drahtmarkierung wurde postoperativ ein Präparatröntgen dokumentiert. Die Ergebnisse zu diesem Indikator konnten in den vergangenen Jahren in bemerkenswerter Weise verbessert werden (2003: 36,02%, 2004: 57,43%, 2005: 65,01%). Dies dürfte zum einen auf einen erfolgreichen Strukturierten Dialog und die Implementierung der deutschen S3-Leitlinien und zertifizierter Brustzentren zurückzuführen sein. Zum anderen hat die Vergangenheit gezeigt, dass die entsprechenden Datenfelder nicht immer korrekt interpretiert und dokumentiert wurden. Die BQS-Fachgruppe hat deshalb das entsprechende Datenfeld für das Erfassungsjahr 2006 präzisiert.

Die Ergebnisse dieses Indikators zeigen, dass das Qualitätsziel nicht erreicht wurde. Die Ergebnisse der BQS-Bundesauswertung 2006 erfordern also eine konsequente Fortführung des Strukturierten Dialogs, eine Thematisierung auf Fachkongressen und eine flächendeckende Implementierung der nationalen S3-Leitlinien.

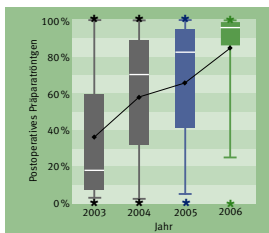
Als weiteres auffälliges Ergebnis zu diesem Indikator wertet die Fachgruppe die Tatsache, dass 290 von 1.086 dokumentierenden Krankenhäusern 0 Fälle in der Grundgesamtheit „präoperative Drahtmarkierungen“ haben. Diese 290 Häuser dokumentierten im Jahr 2006 insgesamt 2.727 Brustoperierte bei einem Anteil von 21,7% nicht tastbaren Befunden. Die Fachgruppe bezweifelt, dass diese Brusteingriffe durchgängig leitliniengerecht erfolgten.

Postoperatives Präparatröntgen

Anteil von Operationen mit postoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammographie

Ergebnisse	2003	2004	2005	2006
Gesamtergebnis	36,02%	57,43%	65,01%	83,92%
Vertrauensbereich	34,89 - 37,16%	56,80 - 58,07%	64,37 - 65,64%	83,33 - 84,48%
Gesamtzahl der Fälle	6.996	23.340	21.905	15.829

Vergleich mit Vorjahresergebnissen

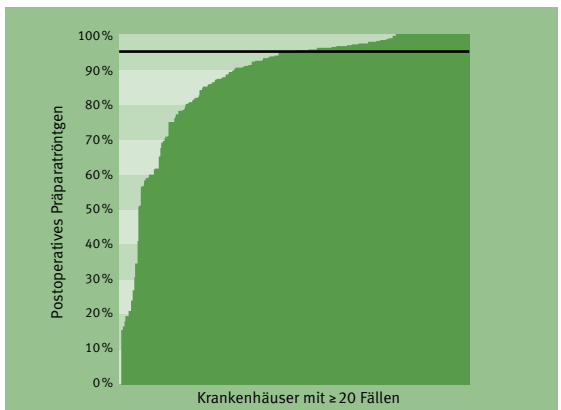


Die Ergebnisse 2003 bis 2006 basieren auf vergleichbaren Berechnungsgrundlagen.

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

Durchführung des Strukturierten Dialogs	LQS
Bundesländer, in denen dieser QI verwendet wurde	13 von 16
Rechnerisch auffällige Krankenhäuser	345/821 42%
Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern:	
keine Maßnahmen dokumentiert	5/345 1%
Hinweis verschickt	7/345 2%
Aufforderung zur Stellungnahme	333/345 97%
Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses:	
Dokumentationsprobleme	221/333 66%
Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil	3/333 1%
als unvermeidbar bewertete Einzelfälle	31/333 9%
kein Grund, sonstiger Grund oder Mängel eingeräumt	78/333 23%
Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten	42/333 13%

Ergebnisse 2006 für 258 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



Median der Krankenhäusergebnisse	95,0%
Spannweite der Krankenhäusergebnisse	0,0 - 100%
Referenzbereich	≥ 95%
Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2006	124 von 258

Ergebnisse 2006 für 538 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen

Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.086 Krankenhäusern mit	
0 Fällen	290 Krankenhäuser
Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit	
1 - 19 Fällen	305 von 538

Basisinformation

Kennzahl-ID	2006/18n1-MAMMA/46200
Risikoadjustierung	Risikostandardisierte Fallkonstellation
Grundlageninformation zum Qualitätsindikator	www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2006/18n1-MAMMA/46200

Mammachirurgie

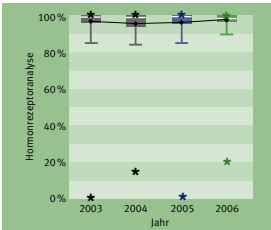
Hormonrezeptoranalyse

Hormonrezeptoranalyse

Anteil von Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom

Ergebnisse	2003	2004	2005	2006
Gesamtergebnis	96,50%	95,12%	95,82%	96,95%
Vertrauensbereich	96,28 - 96,70%	94,94 - 95,29%	95,66 - 95,97%	96,82 - 97,08%
Gesamtzahl der Fälle	30.124	59.873	63.814	65.834

Vergleich mit Vorjahresergebnissen

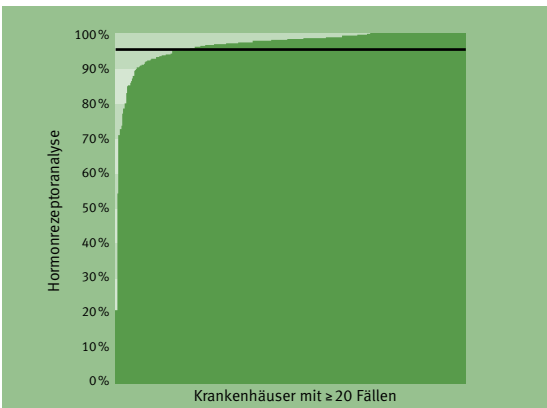


Die Ergebnisse 2003 bis 2006 basieren auf vergleichbaren Berechnungsgrundlagen.

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

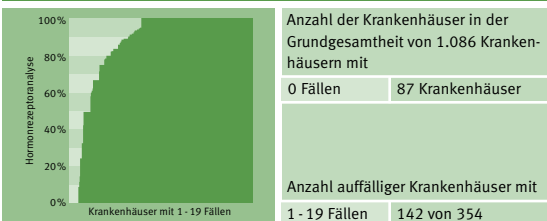
Durchführung des Strukturierten Dialogs	LQS	
Bundesländer, in denen dieser QI verwendet wurde	13 von 16	
Rechnerisch auffällige Krankenhäuser	150/770	19%
Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern:		
keine Maßnahmen dokumentiert	9/150	6%
Hinweis verschickt	5/150	3%
Aufforderung zur Stellungnahme	136/150	91%
Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses:		
Dokumentationsprobleme	104/136	76%
Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil	5/136	4%
als unvermeidbar bewertete Einzelfälle	9/136	7%
kein Grund, sonstiger Grund oder Mängel eingeräumt	18/136	13%
Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten	13/136	10%

Ergebnisse 2006 für 645 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



Median der Krankenhauseergebnisse	98,2%
Spannweite der Krankenhauseergebnisse	20,7 - 100%
Referenzbereich	$\geq 95\%$
Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2006	117 von 645

Ergebnisse 2006 für 354 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.086 Krankenhäusern mit

0 Fällen 87 Krankenhäuser

Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit
1 - 19 Fällen 142 von 354

Basisinformation

Kennzahl-ID	2006/18n1-MAMMA/46201
Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Grundlageninformation zum Qualitätsindikator	www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2006/18n1-MAMMA/46201

Qualitätsziel

Möglichst viele Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mammakarzinom

Hintergrund des Qualitätsindikators

Hormonrezeptoren ermöglichen die Stimulation des Zellwachstums im Brustdrüsengewebe durch Östrogen und Progesteron. Die routinemäßige immunhistochemische Bestimmung des Hormonrezeptorstatus im Tumorgewebe ist Standard für eine leitlinienorientierte Therapie. Der Krankheitsverlauf ist günstiger bei Patientinnen mit hormonrezeptorpositiven Tumoren. Bei diesen Tumoren können z.B. Antiöstrogene gezielt für die Therapie eingesetzt werden (*Early Breast Cancer Trialists' Group 2005a*).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

Von den 770 Krankenhäusern in den 13 Bundesländern, in denen der Strukturierte Dialog geführt wurde, haben im Erfassungsjahr 2005 150 Krankenhäuser abweichende Daten geliefert. Von diesen wurden 136 im Strukturierten Dialog um eine Stellungnahme gebeten. 104 Krankenhäuser haben Fehler in der Dokumentation eingeräumt. Neun Krankenhäuser begründeten die Abweichungen durch besondere, gut belegte Einzelfälle.

Nach Analyse der Stellungnahmen im Strukturierten Dialog wurden 13 Krankenhäuser als qualitativ auffällig eingestuft und erforderliche Maßnahmen ergriffen. Weitere 88 Häuser stehen 2007 unter besonderer Beobachtung.

Bewertung der Ergebnisse 2006

In 96,95% aller Fälle mit invasivem Mammakarzinom wurden die Hormonrezeptoren immunhistochemisch analysiert. Seit 2004 liegt die bundesweite Rate zu diesem Indikator kontinuierlich oberhalb des Referenzbereiches von mindestens 95%. Die BQS-Fachgruppe sieht die Ergebnisse für diesen Indikator als Ausdruck guter Versorgungsqualität, das Qualitätsziel wurde erreicht. Krankenhäuser mit Raten unterhalb des Referenzbereiches sollten weiterhin im Strukturierten Dialog um Stellungnahme gebeten werden.

Zahlreiche Krankenhäuser haben in den vergangenen Jahren Dokumentationsfehler eingeräumt. Seit 2007 gibt es ein neues Erfassungsschema für Mammakarzinome, so dass für das laufende Jahr eine vollständige und korrekte Dokumentation der Mammakarzinome für alle Krankenhäuser gefordert werden kann. Zusätzlich zur Hormonrezeptoranalyse wird seit 2007 die Bestimmung des Her-2-neu-Status im BQS-Verfahren bewertet.

Qualitätsziel

Möglichst viele Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand

Hintergrund des Qualitätsindikators

Der Sicherheitsabstand eines Mammakarzinoms zum Resektionsrand bei brusterhaltender Therapie (BET) ist von prognostischer Relevanz im Hinblick auf Rezidivraten. Dies gilt sowohl für invasive Karzinome als auch für das duktales In-situ-Karzinom (DCIS). Bei der Mastektomie kann der Sicherheitsabstand Hinweise auf eine eventuell erforderliche Strahlentherapie geben (*Early Breast Cancer Trialists' Group 2005b; Kreienberg et al. 2004 & überarbeitete Fassung der Leitlinie mit voraussichtlicher Publikation 2007*).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

Von 845 Krankenhäusern in den 14 Bundesländern, in denen der Strukturierte Dialog zu diesem Qualitätsindikator geführt wurde, haben 305 bei BET und 385 bei Mastektomie abweichende Daten gemeldet. Von diesen sind 289 bzw. 368 im Strukturierten Dialog um eine Stellungnahme gebeten worden. Ursächlich wurden am häufigsten (176 bzw. 213) Fehler in der Dokumentation eingeräumt. 27 bzw. 36 Krankenhäuser begründeten die Abweichungen durch besondere, gut belegte Einzelfälle. 49 bzw. 70 Krankenhäuser benannten Qualitätsmängel.

Nach Analyse der Stellungnahmen im Strukturierten Dialog wurden 53 Krankenhäuser bezüglich BET und 64 Krankenhäuser bezüglich Mastektomie als qualitativ auffällig eingestuft. Weitere 157 bzw. 182 Krankenhäuser stehen derzeit unter besonderer Beobachtung.

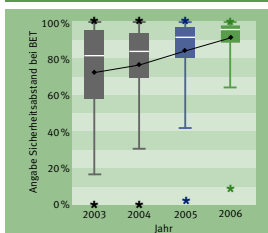
Einzelne Fachgremien für die externe Qualitätssicherung auf Landesebene gaben an, dass Pathologen den metrischen Sicherheitsabstand nach Mastektomie nur dann mitteilen würden, wenn der Tumor nicht im Gesunden entfernt worden sei. Die einfache Angabe „Resektatrand frei“ ist aber nicht leitliniengerecht.

Angabe Sicherheitsabstand: bei brusterhaltender Therapie

Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand an Patientinnen mit Primärerkrankung mit führendem histologischen Befund „maligne“ und brusterhaltender Therapie

Ergebnisse	2003	2004	2005	2006
Gesamtergebnis	72,57%	76,23%	83,69%	90,62%
Vertrauensbereich	71,90 - 73,24%	75,79 - 76,66%	83,33 - 84,05%	90,35 - 90,90%
Gesamtzahl der Fälle	17.167	37.287	40.734	43.858

Vergleich mit Vorjahresergebnissen

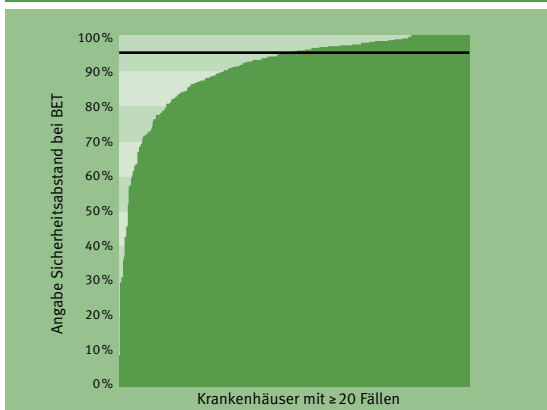


Die Ergebnisse 2003 bis 2005 basieren auf vergleichbaren Berechnungsgrundlagen. Die Ergebnisse 2006 sind mit den Vorjahresdaten nur eingeschränkt vergleichbar (in den Jahren 2003 bis 2005 wurde die Angabe des Sicherheitsabstandes für jede Operation einzeln erfasst und für 2006 als abschließende Bewertung für die Brust).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

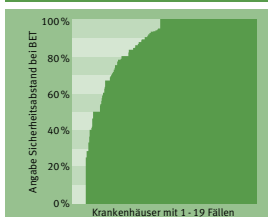
Durchführung des Strukturierten Dialogs	LQS
Bundesländer, in denen dieser QI verwendet wurde	14 von 16
Rechnerisch auffällige Krankenhäuser	305/845 36%
Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern:	
keine Maßnahmen dokumentiert	1/305 <1%
Hinweis verschickt	15/305 5%
Aufforderung zur Stellungnahme	289/305 95%
Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses:	
Dokumentationsprobleme	176/289 61%
Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil	3/289 1%
als unvermeidbar bewertete Einzelfälle	27/289 9%
kein Grund, sonstiger Grund oder Mängel eingeräumt	83/289 29%
Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten	53/289 18%

Ergebnisse 2006 für 518 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



Median der Krankenhäusergebnisse	95,3%
Spannweite der Krankenhäusergebnisse	9,1 - 100%
Referenzbereich	≥ 95%
Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2006	250 von 518

Ergebnisse 2006 für 411 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.086 Krankenhäusern mit	
0 Fällen	157 Krankenhäuser
Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit	
1 - 19 Fällen	197 von 411

Basisinformation

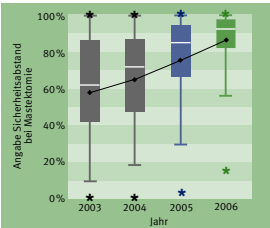
Kennzahl-ID	2006/18n1-MAMMA/68098
Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Grundlageninformation zum Qualitätsindikator	www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2006/18n1-MAMMA/68098

Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie

Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand an Patientinnen mit Primärerkrankung mit führendem histologischen Befund „maligne“ und Mastektomie

Ergebnisse	2003	2004	2005	2006
Gesamtergebnis	58,08%	64,55%	75,11%	85,84%
Vertrauensbereich	57,15 - 59,01%	63,89 - 65,21%	74,51 - 75,70%	85,36 - 86,32%
Gesamtzahl der Fälle	10.966	20.434	20.654	20.351

Vergleich mit Vorjahresergebnissen

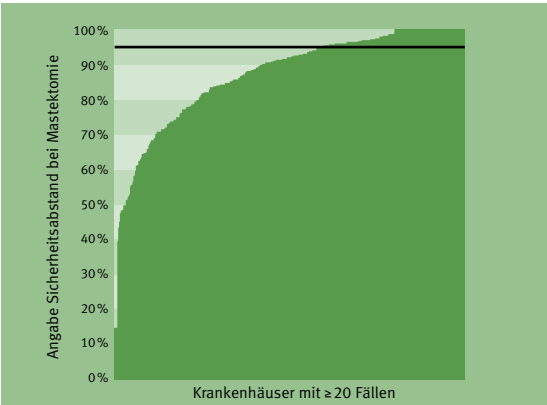


Die Ergebnisse 2003 bis 2005 basieren auf vergleichbaren Berechnungsgrundlagen. Die Ergebnisse 2006 sind mit den Vorjahresdaten nur eingeschränkt vergleichbar (in den Jahren 2003 bis 2005 wurde die Angabe des Sicherheitsabstandes für jede Operation einzeln erfasst und für 2006 als abschließende Bewertung für die Brust).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

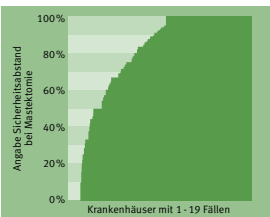
Durchführung des Strukturierten Dialogs	LQS	
Bundesländer, in denen dieser QJ verwendet wurde	13 von 16	
Rechnerisch auffällige Krankenhäuser	385/725	53%
Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern:		
keine Maßnahmen dokumentiert	16/385	4%
Hinweis verschickt	1/385	<1%
Aufforderung zur Stellungnahme	368/385	96%
Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses:		
Dokumentationsprobleme	213/368	58%
Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil	5/368	1%
als unvermeidbar bewertete Einzelfälle	36/368	10%
kein Grund, sonstiger Grund oder Mängel eingeräumt	114/368	31%
Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten	64/368	17%

Ergebnisse 2006 für 361 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



Median der Krankenhäusergebnisse	91,9%
Spannweite der Krankenhäusergebnisse	15,0 - 100%
Referenzbereich	≥ 95%
Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2006	213 von 361

Ergebnisse 2006 für 574 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.086 Krankenhäusern mit	
0 Fällen	151 Krankenhäuser
Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit	
1 - 19 Fällen	309 von 574

Basisinformation

Kennzahl-ID	2006/18n1-MAMMA/68100
Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung erforderlich
Grundlageninformation zum Qualitätsindikator	www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2006/18n1-MAMMA/68100

Bewertung der Ergebnisse 2006

Die BQS-Fachgruppe bewertet die Ergebnisse für diesen Indikator als unzureichend: In 90,62% aller Fälle mit BET und in 85,84% der Fälle mit Mastektomie wurde ein metrischer Sicherheitsabstand dokumentiert. In der nebenstehenden Abbildung werden die Ergebnisse zum Sicherheitsabstand bei BET dargestellt. Die Ergebnisse zu diesem Indikator konnten in den vergangenen Jahren kontinuierlich verbessert werden (BET: 2003: 72,57%, 2004: 76,23%, 2005: 83,69%; Mastektomie: 2003: 58,08%, 2004: 64,55%, 2005: 75,11%). Diese Entwicklung kann auf einen konsequent fortgeführten Strukturierten Dialog, die Implementierung der deutschen S3-Leitlinien in den Jahren 2003 und 2004 und auf die Diskussion der auffälligen BQS-Daten auf verschiedenen Fachkongressen in den zurückliegenden Jahren zurückgeführt werden. Da der Referenzbereich von mindestens 95% im Bundesdurchschnitt aber weiterhin nicht erreicht wird, ist festzustellen, dass das Qualitätsziel nicht erreicht wurde. Die BQS-Fachgruppe Mammachirurgie sieht hier besonderen Handlungsbedarf: Weitere Anstrengungen sind erforderlich, um das angestrebte Qualitätsziel flächendeckend zu erreichen.

2007 wurde die Datenabfrage zur Erfassung des Sicherheitsabstandes weiterentwickelt, in dem er im Falle von Nachresektionen abschließend unter Berücksichtigung aller Einzelbefunde dokumentiert wird. Diese abschließende Bewertung ist die klinische Grundlage für weitere Therapieentscheidungen.

Qualitätsziel

Möglichst wenige Patientinnen mit Axilladissektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom

Hintergrund des Qualitätsindikators

Bei ausschließlichem DCIS oder papillärem in situ-Karzinom ist eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) oder Axilladissektion nicht indiziert, da eine axilläre Metastasierung ausgeschlossen ist.

Bei ausgedehnten DCIS-Befunden kann eine Mikroinvasion vorliegen, die eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie rechtfertigt (überarbeitete Version der S3-Leitlinie von Kreienberg et al. 2004, voraussichtliche Publikation 2007).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

Von 750 Krankenhäusern in den 13 Bundesländern, in denen der Strukturierte Dialog zu diesem Qualitätsindikator geführt wurde, haben 49 Krankenhäuser im Erfassungsjahr 2005 rechnerisch auffällige Ergebnisse. Von diesen sind 47 im Strukturierten Dialog um eine Stellungnahme gebeten worden. 17 Krankenhäuser haben Fehler in der Dokumentation eingeräumt. Sieben Krankenhäuser begründeten die Abweichungen durch besondere, gut belegte Einzelfälle.

Nach Analyse der Stellungnahmen im Strukturierten Dialog wurden fünf Krankenhäuser als qualitativ auffällig eingestuft und erforderliche Maßnahmen ergriffen. Elf Krankenhäuser stehen unter besonderer Beobachtung.

Bewertung der Ergebnisse 2006

In 13,93% aller Fälle mit DCIS oder papillären in situ-Karzinom wurde die Axilla disseziert. SLNB sind bei der Berechnung dieses Indikators nicht berücksichtigt.

Ein evidenzbasierter Referenzbereich fehlt, deshalb wird er über die 80%-Perzentile festgelegt. Demnach liegt die Grenze für auffällige Qualität im Jahr 2006 bei über 19,8%. Trotz Fehlens eines eindeutigen Grenzwertes für gute Qualität stuft die Fachgruppe die bundesweite Rate an Axilladissektionen aus klinischer Sicht als zu hoch ein. Nach ihrer Auffassung sollte dieser Eingriff beim DCIS Ausnahmesituationen vorbehalten sein.

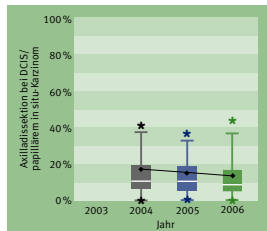
Zusätzlich zum Strukturierten Dialog sollten die BQS-Daten auf Fachkongressen und in Publikationen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände thematisiert werden. Insgesamt kann für die Ergebnisse dieses Indikators festgestellt werden, dass das Qualitätsziel im Wesentlichen erreicht wird.

Axilladissektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom

Anteil von Patientinnen mit Axilladissektion an allen Patientinnen mit DCIS oder papillärem in situ-Karzinom

Ergebnisse	2003	2004	2005	2006
Gesamtergebnis	-	17,41 %	15,30 %	13,93 %
Vertrauensbereich	-	16,50 - 18,34 %	14,50 - 16,13 %	13,19 - 14,68 %
Gesamtzahl der Fälle	-	6.623	7.595	8.437

Vergleich mit Vorjahresergebnissen

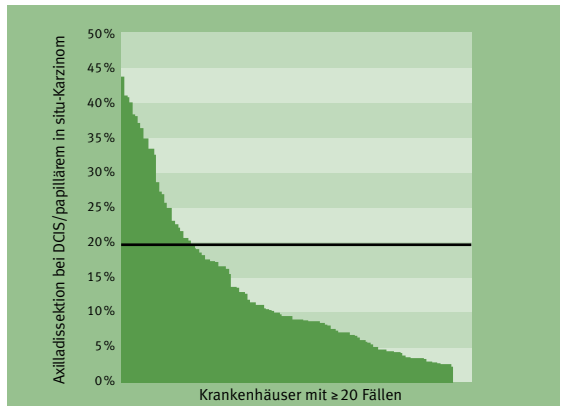


Die Ergebnisse 2004 bis 2006 basieren auf vergleichbaren Berechnungsgrundlagen. Dieser Qualitätsindikator wurde für die Daten aus dem Jahr 2003 ausgesetzt, da die DCIS-Tumore nicht systematisch erfasst wurden.

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

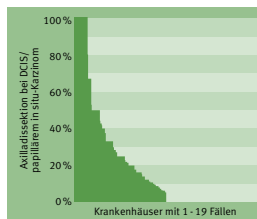
Durchführung des Strukturierten Dialogs	LQS	
Bundesländer, in denen dieser QI verwendet wurde	13 von 16	
Rechnerisch auffällige Krankenhäuser	49/750	7 %
Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern:		
keine Maßnahmen dokumentiert	1/49	2 %
Hinweis verschickt	1/49	2 %
Aufforderung zur Stellungnahme	47/49	96 %
Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses:		
Dokumentationsprobleme	17/47	36 %
Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil	0/47	0 %
als unvermeidbar bewertete Einzelfälle	7/47	15 %
kein Grund, sonstiger Grund oder Mängel eingeräumt	23/47	49 %
Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten	5/47	11 %

Ergebnisse 2006 für 131 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



Median der Krankenhäusergebnisse	9,1 %
Spannweite der Krankenhäusergebnisse	0,0 - 43,6 %
Referenzbereich	≤ 19,8 % (80%-Perzentile)
Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2006	26 von 131

Ergebnisse 2006 für 624 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.086 Krankenhäusern mit	
0 Fällen	331 Krankenhäuser
Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit	
1 - 19 Fällen	208 von 624

Basisinformation

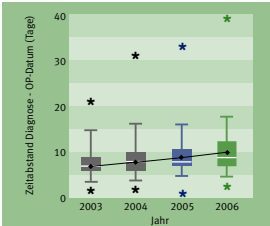
Kennzahl-ID	2006/18n1-MAMMA/46208
Risikoadjustierung	Keine Risikoadjustierung
Grundlageninformation zum Qualitätsindikator	www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2006/18n1-MAMMA/46208

Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum

Zeitlicher Abstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum (Median in Tagen)

Ergebnisse	2003	2004	2005	2006
Gesamtergebnis	7,0 Tage	8,0 Tage	9,0 Tage	10,0 Tage
Vertrauensbereich	-	-	-	-
Gesamtzahl der Fälle	7.900	23.759	33.110	41.398

Vergleich mit Vorjahresergebnissen

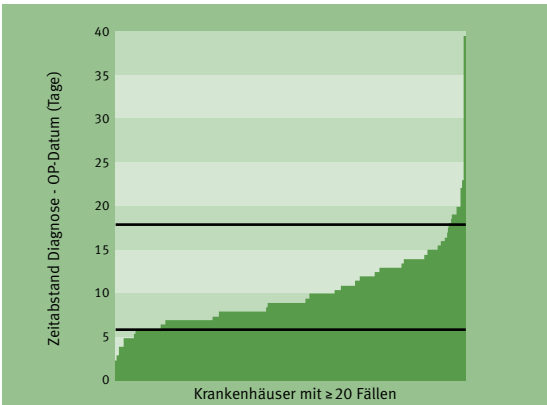


Die Ergebnisse 2003 bis 2006 basieren auf vergleichbaren Berechnungsgrundlagen.

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

Durchführung des Strukturierten Dialogs	LQS	
Bundesländer, in denen dieser QJ verwendet wurde	9 von 16	
Rechnerisch auffällige Krankenhäuser	20/315	6%
Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern:		
keine Maßnahmen dokumentiert	1/20	5%
Hinweis verschickt	0/20	0%
Aufforderung zur Stellungnahme	19/20	95%
Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses:		
Dokumentationsprobleme	4/19	21%
Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil	3/19	16%
als unvermeidbar bewertete Einzelfälle	4/19	21%
kein Grund, sonstiger Grund oder Mängel eingeräumt	8/19	42%
Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten	2/19	11%

Ergebnisse 2006 für 462 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



Median der Krankenhauseergebnisse	9,0 Tage
Spannweite der Krankenhauseergebnisse	2,5 - 39,0 Tage
Referenzbereich	$\geq 6,0$ Tage (10%-Perzentile) bis $\leq 18,0$ Tage (95%-Perzentile)
Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2006	46 von 462

Ergebnisse 2006 für 378 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen

Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.086 Krankenhäusern mit	0 Fällen	246 Krankenhäuser
	1 - 19 Fällen	105 von 378

Basisinformation

Kennzahl-ID	2006/18n1-MAMMA/46231
Risikoadjustierung	Risikostandardisierte Fallkonstellation
Grundlageninformation zum Qualitätsindikator	www.bqs-qualitaetsindikatoren.de/2006/18n1-MAMMA/46231

Qualitätsziel

Möglichst viele Patientinnen mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff

Hintergrund des Qualitätsindikators

In der Phase zwischen Diagnose und Beginn der primären operativen Behandlung ist die psychische Belastung der von Brustkrebs betroffenen Frauen besonders hoch. Diese werden mit einer fast immer als lebensbedrohlich empfundenen Diagnose konfrontiert. Wartezeiten auf den Therapiebeginn verstärken die psychische Beeinträchtigung. Allerdings ist Brustkrebs kein Notfall, betroffenen Frauen ist ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über Behandlungskonzepte zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess zu beteiligen. Andererseits können zeitliche Verzögerungen sowohl durch Ärzte und Patientinnen als auch strukturell bedingt sein.

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2005

Von 315 Krankenhäusern aus den neun Bundesländern, in denen der Strukturierte Dialog zu diesem Qualitätsindikator geführt wurde, haben 20 Krankenhäuser im Erfassungsjahr 2005 nach Einschätzung der Arbeitsgruppen der Landesebene rechnerisch auffällige Ergebnisse. Davon sind 19 im Strukturierten Dialog um eine Stellungnahme gebeten worden. 2005 haben 840 Krankenhäuser mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit dieses Indikators dokumentiert. Da der Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator über Perzentilen definiert ist, hätten nach der Vorgabe der BQS-Fachgruppe 125 von diesen 840 Krankenhäusern auffällige Daten liefern müssen. Demnach sind in weiten Teilen Deutschlands weichere Kriterien für auffällige Qualität eingesetzt worden. In drei Bundesländern wurde dieser Indikator im Strukturierten Dialog aus „methodischen Gründen“ oder wegen „fehlender Evidenzlage“ ganz ignoriert.

Nach Analyse der Stellungnahmen im Strukturierten Dialog wurden zwei Krankenhäuser als qualitativ auffällig eingestuft und erforderliche Maßnahmen ergriffen. Acht Krankenhäuser unterliegen einer besonderen Beobachtung in diesem Jahr.

Bewertung der Ergebnisse 2006

Im Bundesdurchschnitt lag der Median für die Zeitspanne zwischen der Diagnose und dem Operationsdatum für Frauen ohne neoadjuvante Therapie bei 10,0 Tagen. Für einzelne Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit schwankte der Median zwischen 2,5 und 39,0 Tagen. Bei Fehlen eines evidenzbasierten Referenzbereiches hat die BQS-Fachgruppe den Referenzbereich – basierend auf der 10- bis 95%-Perzentile – bei minimal 6,0 bis maximal 18,0 Tagen festgesetzt.

Im Verlauf der vergangenen drei Jahre nahm die Zeitspanne kontinuierlich zu (2003: 7,0 Tage, 2004: 8,0 Tage, 2005: 9,0 Tage). Diese Entwicklung liegt innerhalb des Referenzbereiches, dennoch muss sie weiter verfolgt werden. Die BQS-Fachgruppe bewertet die Ergebnisse für diesen Indikator als zufriedenstellend, das Qualitätsziel wurde erreicht: Bei sehr großen oder sehr kleinen Intervallen zwischen Datum der Diagnose und der Operation sollte ein Strukturierter Dialog mit dem Krankenhaus eingeleitet werden.

Die BQS-Fachgruppe hält diesen Indikator entgegen der Meinung einzelner Bundesländer für relevant, da strukturell bedingte zeitliche Verzögerungen der Behandlung so erkannt und dargestellt werden können. Die Erfahrung Betroffener zeigt auf der anderen Seite, dass sie Bedenkzeit benötigen, um für sie auch langfristig folgenreiche Entscheidungen zu überdenken und die Behandlung aktiv mitzugestalten.