

Einleitung

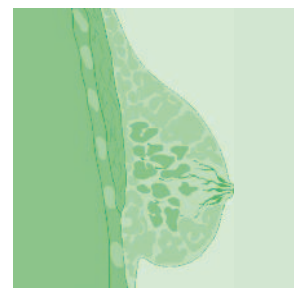
Brustkrebs stellt die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar. Im Jahr 2004 wurden ca. 57.000 Neuerkrankungen geschätzt. Das mittlere Erkrankungsalter liegt im Vergleich zu anderen Krebserkrankungen früh bei 63 Jahren (RKI & GEKID 2008). Im Jahr 2004 starben 17.592 Frauen an Brustkrebs (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, in RKI & GEKID 2008).

Die Prognose der Betroffenen bezüglich Rezidivrate und Überleben wird maßgeblich beeinflusst durch das Tumorstadium bei Diagnosestellung und die Tumorbio-logie. Die relative Fünf-Jahres-Überlebensrate liegt über alle Stadien hinweg bei ca. 81% (RKI & GEKID 2008), im Stadium pT1 sogar bei 91,3% (Janni 2007). 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 deut-

schen S3-Leitlinien festgeschrieben. Ein anerkanntes Instrument zur Implementierung von Leitlinien sind Qualitätsindikatoren (Albert 2008, Kreienberg et al. 2008). Autoren beider deutschen Leitlinien sind Mitglieder in der BQS-Fachgruppe Mammachirurgie, so dass ein kontinuierlicher Austausch zwischen Leitlinien und der externen Qualitätssicherung gewährleistet ist.

Die Auswahl von Qualitätsindikatoren für das Jahr 2008 wurde angepasst. Die Abklärung von Gewebsveränderungen mittels interventioneller Methoden vor Beginn der eigentlichen Behandlung gilt als Standard. Deshalb wurde der Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ in die Qualitätsbeobachtung aufgenommen. Die Bewertung der Versorgungsqualität beim axillären Staging (Suche nach Lymphknotenmetastasen) bei Brustkrebs wurde ebenfalls modifiziert: Der Indikator „Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom“ entfällt. Bei insgesamt sehr hohem Versorgungsniveau besteht das Risiko der Überversorgung bei sehr alten Patientinnen. Bei Letzteren ist die Indikation individuell unter Abwägung von Nutzen und Nebenwirkungen zu stellen. Die übrigen Indikatoren zur Axilla „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“, „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ und „Anzahl Lymphknoten“ bilden aktuelle Empfehlungen der Leitlinie zum axillären Staging zielgerichtet ab.



BQS-Projektleiter

Dr. Anne **Reiter**
Witali **Schleiz**
Elke **Schäfer**

Mitglieder der BQS-Fachgruppe Mammachirurgie

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. habil. Wolfram **Lauckner**
Stralsund

Adolf **Lorenz-Wangard**
Koblenz

Marion **Maasch**
Ludwigshafen

Cordula **Mühr**
Berlin

Hilde **Schulte**
Neukirchen

Prof. Dr. Thomas **Schwenzer**
Dortmund

Prof. Dr. Diethelm **Wallwiener**
Tübingen

Tanja **Warda**
Osnabrück

Dr. Klaus-Jürgen **Winzer**
Berlin

Weitere Sachverständige

PD Dr. Ute-Susann **Albert**
Marburg

PD Dr. Annette **Lebeau**
Lübeck

BQS-Qualitätsindikatoren – Übersicht

| | Anzahl | Gesamtergebnis |
|--|---------------|----------------|
| Indikationsqualität | | |
| Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung | 67.589/75.241 | 89,8% |
| Primäre Axilladissektion bei DCIS | 311/7.253 | 4,3% |
| Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie | 20.794/25.588 | 81,3% |
| Indikation zur brusterhaltenden Therapie | 29.038/35.075 | 82,8% |
| Prozessqualität | | |
| Intraoperatives Präparatröntgen | 18.281/19.415 | 94,2% |
| Hormonrezeptoranalyse und HER-2/ neu-Analyse... | | |
| Hormonrezeptoranalyse | 68.730/69.460 | 98,9% |
| HER-2/ neu-Analyse | 64.456/65.790 | 98,0% |
| Angabe Sicherheitsabstand... | | |
| bei brusterhaltender Therapie | 47.286/49.184 | 96,1% |
| bei Mastektomie | 21.813/23.394 | 93,2% |
| Anzahl Lymphknoten | 15.400/16.693 | 92,3% |
| Meldung an Krebsregister | 66.784/73.454 | 90,9% |
| Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum | 66.256 | 13,0 Tage |

Datengrundlage: Mammachirurgie

| | Geliefert 2008 | Erwartet 2008 | Vollständig- keit 2008 | Geliefert | |
|----------------------|-------------------|------------------|---------------------------|-----------|---------|
| | | | | 2007 | 2006 |
| Datensätze | 116.359 | 121.667 | 95,6% | 107.502 | 109.804 |
| Krankenhäuser | 1.015 | 1.069 | 94,9% | 1.034 | 1.086 |

Basisstatistik: Mammachirurgie

| | 2008 | |
|---|---------|--------|
| | Anzahl | Anteil |
| Alle Patientinnen | 116.227 | |
| Altersverteilung | | |
| Anzahl der Patientinnen mit gültiger Altersangabe davon | 116.227 | 100,0% |
| < 20 Jahre | 741 | 0,6% |
| 20 - 29 Jahre | 2.217 | 1,9% |
| 30 - 39 Jahre | 5.270 | 4,5% |
| 40 - 49 Jahre | 19.547 | 16,8% |
| 50 - 59 Jahre | 27.148 | 23,4% |
| 60 - 69 Jahre | 32.660 | 28,1% |
| 70 - 79 Jahre | 19.696 | 16,9% |
| ≥ 80 Jahre | 8.948 | 7,7% |
| Geschlecht | | |
| männlich | 939 | 0,8% |
| weiblich | 115.288 | 99,2% |
| Einstufung nach ASA-Klassifikation | | |
| ASA 1: normale, ansonsten gesunde Patientin | 37.060 | 31,9% |
| ASA 2: Patientin mit leichter Allgemeinerkrankung | 60.616 | 52,2% |
| ASA 3: Patientin mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung | 17.946 | 15,4% |
| ASA 4: Patientin mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung | 553 | 0,5% |
| ASA 5: moribunde Patientin | 52 | 0,0% |

Dokumentationspflichtige Leistungen

Im Erfassungsjahr 2008 mussten folgende stationär erbrachten Leistungen dokumentiert werden: Alle offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt wurden.

Ausblick

Mit der Dokumentation von Operationen zu 66.577 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 und die Diskussion zur Versorgungsqualität zu vertiefen.

Eine Einbeziehung der Betroffenen ist bei der Behandlung von Krebserkrankungen besonders wichtig: Es gilt, Vor- und Nachteile diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sorgfältig abzuwägen im Hinblick auf die individuelle Lebensqualität. Deshalb entwickelt die Fachgruppe einen Patientinnen-Befragungsbogen zur Erfassung und Bewertung der partizipativen Entscheidungsfindung bei Brustkrebs.

Die Indikatoren im stationären Bereich genügen höchsten methodischen Ansprüchen. Die QUALIFY-Kriterien sind für viele Kennzahlen weitestgehend erfüllt (*BQS 2007*). Als nächsten Schritt fordert die BQS-Fachgruppe die Erweiterung der Qualitätsbeobachtung in den ambulanten Sektor hinein. Nur so kann die gesamte Versorgungskette bewertet werden. Dabei sollte unbedingt die zeitliche und inhaltliche Kontinuität der bestehenden Qualitätssicherung gewahrt werden. Ein weiterer notwendiger Baustein der Qualitätssicherung bei Brustkrebs sind bundesweit flächendeckende Krebsregister.

Die im Jahr 2008 erhobenen Daten aus der Mammachirurgie werden erstmalig systematisch auf ihre Richtigkeit überprüft. Damit werden bald konkrete Aussagen zur Qualität dieser Daten möglich sein. Zugleich werden Krankenhäuser gezielt für die Sorgfalt bei der Dokumentation sensibilisiert.

Qualitätsziel

Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Draht-Markierung gesteuert 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 entfernte Gewebe unmittelbar nach seiner Entfernung geröntgt (Präparat-Radiographie) 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 (Albert 2008, Kreienberg et al. 2008).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007

| Durchführung des Strukturierten Dialogs | LQS | |
|--|-----------|-----|
| Bundesländer, in denen dieser Qualitätsindikator verwendet wurde | 15 von 16 | |
| Rechnerisch auffällige Krankenhäuser | 221/1.022 | 22% |
| Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern: | | |
| keine Maßnahmen dokumentiert | 4/221 | 2% |
| Hinweis verschickt | 77/221 | 35% |
| Aufforderung zur Stellungnahme | 140/221 | 63% |
| Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses: | | |
| Dokumentationsprobleme | 80/140 | 57% |
| Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil | 0/140 | 0% |
| als unvermeidbar bewertete Einzelfälle | 10/140 | 7% |
| kein Grund | 13/140 | 9% |
| sonstiger Grund | 23/140 | 16% |
| Mängel eingeräumt | 14/140 | 10% |
| Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten | 12/140 | 9% |

Bewertung der Ergebnisse 2008

In 94,2% aller Fälle mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie wurde intraoperativ ein Präparatröntgen dokumentiert. 61 von 283 Krankenhäusern mit mindestens 20 radiologisch gesteuerten Draht-Markierungen erreichten den Referenzbereich von mindestens 95% nicht. Im vergangenen Jahr war dies noch bei 89 Krankenhäusern der Fall. Auch die Gesamtergebnisse zu diesem Indikator haben sich in den vergangenen Jahren kontinuierlich und drastisch verbessert (2004: 57,4%, 2005: 65,0%, 2006: 83,9%, 2007: 91,2%). Dies dürfte zum einen auf den Strukturierten Dialog und die Implementierung der deutschen Leitlinien zurückzuführen sein. Zum anderen hat die Vergangenheit gezeigt, dass die entsprechenden Datenfelder nicht immer korrekt interpretiert wurden, so dass die Abfrage für 2007 präzisiert wurde.

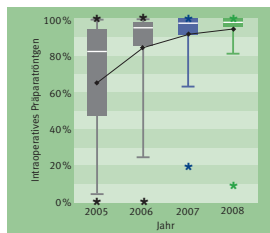
Da nunmehr der Referenzbereich von mindestens 95% bundesweit nur noch knapp verfehlt wurde, reichen aus Sicht der BQS-Fachgruppe folgende Maßnahmen: Der Strukturierte Dialog muss zur flächendeckenden Implementierung der nationalen S3-Leitlinien (Albert 2008, Kreienberg et al. 2008) konsequent fortgeführt werden. Darüber hinaus sollte auf Fachkongressen und Jahrestagungen die Versorgungssituation zu diesem Qualitätsindikator weiterhin thematisiert werden. Mit den Fachgesellschaften wurde der Dialog in den vergangenen Jahren wiederholt aufgenommen. Als zielführend haben diese zuletzt eine Abfrage der strukturellen Voraussetzungen für die Präparatradiographie durch die Landesgeschäftsstellen vorgeschlagen. Nur wo die Möglichkeit zur Präparatradiographie vorhanden ist, kann gute Versorgungsqualität erwartet werden.

Intraoperatives Präparatröntgen

Anteil von Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Draht-Markierung gesteuert durch Mammographie

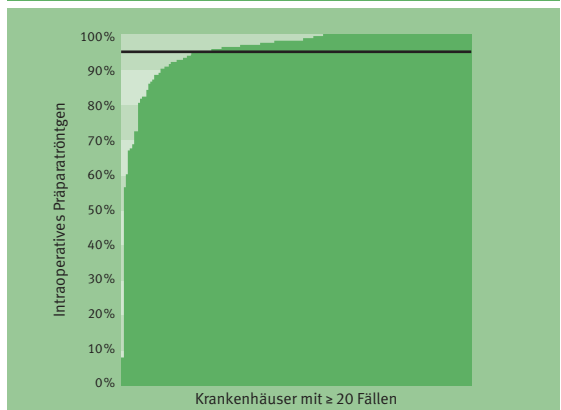
| Ergebnisse | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Gesamtergebnis | 65,0% | 83,9% | 91,2% | 94,2% |
| Vertrauensbereich | 64,4 - 65,6% | 83,3 - 84,5% | 90,8 - 91,7% | 93,8 - 94,5% |
| Gesamtzahl der Fälle | 21.905 | 15.829 | 16.609 | 19.415 |

Vergleich mit Vorjahreseergebnissen



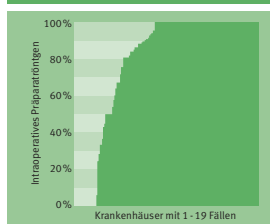
Die Ergebnisse 2007 und 2008 sowie 2005 und 2006 sind jeweils uneingeschränkt miteinander vergleichbar. Aufgrund einer Umbenennung des Datenfeldes von ursprünglich post- (2005/2006) auf intraoperatives Präparatröntgen (2007/2008) ist die Vergleichbarkeit leicht eingeschränkt.

Ergebnisse 2008 für 283 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



| | |
|---------------------------------------|---------------------|
| Median der Krankenhäusergebnisse | 98,3% |
| Spannweite der Krankenhäusergebnisse | 8,8 - 100,0% |
| Referenzbereich | ≥ 95% (Zielbereich) |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2008 | 61 von 283 |

Ergebnisse 2008 für 410 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.015 Krankenhäusern mit

0 Fällen 322 Krankenhäuser

Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit

1 - 19 Fällen 180 von 410

Basisinformation

| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2008 / 18n1-MAMMA / 80694 |
| Risikoadjustierung | Risikostandardisierte Fallkonstellation |
| Grundlageninformation zum Qualitätsindikator | www.bqs-qualitaetsindikatoren.de / 2008 / 18n1-MAMMA / 80694 |

Mammachirurgie

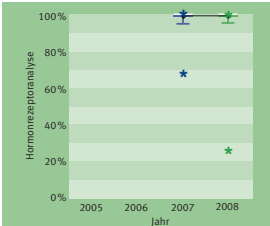
Hormonrezeptoranalyse und HER-2 / neu-Analyse

Hormonrezeptoranalyse und HER-2 / neu-Analyse: Hormonrezeptoranalyse

Anteil von Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie

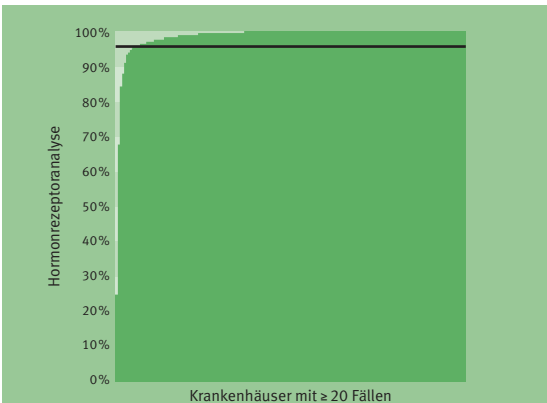
| Ergebnisse | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|------|------|--------------|--------------|
| Gesamtergebnis | - | - | 98,8% | 98,9% |
| Vertrauensbereich | - | - | 98,7 - 98,9% | 98,9 - 99,0% |
| Gesamtzahl der Fälle | - | - | 61.667 | 69.460 |

Vergleich mit Vorjahresergebnissen



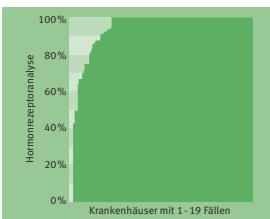
Die Ergebnisse 2008 sind mit den gerechneten Vorjahresergebnissen 2007 vergleichbar. Die Ergebnisse 2005/2006 sind aufgrund einer Änderung des Datensatzes mit den Ergebnissen 2007/2008 nicht vergleichbar und werden deshalb nicht dargestellt.

Ergebnisse 2008 für 577 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Median der Krankenhauseergebnisse | 100,0% |
| Spannweite der Krankenhauseergebnisse | 25,0 - 100,0% |
| Referenzbereich | $\geq 95\%$ (Zielbereich) |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2008 | 24 von 577 |

Ergebnisse 2008 für 334 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.015 Krankenhäusern mit

0 Fällen | 104 Krankenhäuser

Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit
1 - 19 Fällen | 81 von 334

Basisinformation

| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2008 / 18n1-MAMMA / 46201 |
| Risikoadjustierung | Keine Risikoadjustierung erforderlich |
| Grundlageninformation zum Qualitätsindikator | www.bqs-qualitaetsindikatoren.de / 2008 / 18n1-MAMMA / 46201 |

Qualitätsziel

Möglichst viele Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse 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. Bei hormonrezeptorpositiven Tumoren können gezielt antihormonelle Therapien eingesetzt werden (*Early Breast Cancer Trialists' Group 2005a*).

In neueren Studien hat sich eine adjuvante Therapie mit dem Antikörper Trastuzumab für einen Teil der von Brustkrebs betroffenen Frauen im Hinblick auf Rezidivraten und Überleben als wirksam erwiesen. Voraussetzung für den Nutzen ist der definierte Nachweis (Überexpression bzw. Amplifikation) von HER-2/neu. Deshalb wird in den aktuellen Leitlinien die Bestimmung des HER-2/neu-Status als Standard beim primären Mammakarzinom gefordert (*Albert 2008, Kreienberg et al. 2008*).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007*

| Durchführung des Strukturierten Dialogs | LQS | |
|--|-----------|-----|
| Bundesländer, in denen dieser Qualitätsindikator verwendet wurde | 16 von 16 | |
| Rechnerisch auffällige Krankenhäuser | 96/1.043 | 9% |
| Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern: | | |
| keine Maßnahmen dokumentiert | 1/96 | 1% |
| Hinweis verschickt | 48/96 | 50% |
| Aufforderung zur Stellungnahme | 47/96 | 49% |
| Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses: | | |
| Dokumentationsprobleme | 29/47 | 62% |
| Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil | 1/47 | 2% |
| als unvermeidbar bewertete Einzelfälle | 6/47 | 13% |
| kein Grund | 4/47 | 9% |
| sonstiger Grund | 5/47 | 11% |
| Mängel eingeräumt | 2/47 | 4% |
| Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten | 7/47 | 15% |

*Die Rechenregel 2007 war noch nicht auf Primärtumoren eingeschränkt

Bewertung der Ergebnisse 2008

Bei 98,9% aller Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom wurden die Hormonrezeptoren immunhistochemisch analysiert. 553 von 577 Krankenhäusern mit mindestens 20 Mammakarzinomen erreichen den Referenzbereich von mindestens 95%. Die Einzelergebnisse schwanken zwischen 25,0 und 100,0%.

Die BQS-Fachgruppe sieht für diese Kennzahl bei einer insgesamt guten Versorgungsqualität keinen besonderen Handlungsbedarf. Aus ihrer Sicht reicht es aus, bei Krankenhäusern mit auffälligen Ergebnissen gezielt um Stellungnahme zu bitten.

Eine HER-2/neu-Analyse wurde bei 98,0% aller Patientinnen mit einer Primärerkrankung Brustkrebs durchgeführt. Der bundesweite Durchschnitt liegt damit im Referenzbereich von mindestens 95%. 520 von 569 Krankenhäusern mit mindestens 20 primären Mammakarzinomen erreichen den Referenzbereich. Auch bei dieser Kennzahl liegt das schlechteste Ergebnis für Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen niedrig bei 23,8%.

Vereinzelte Rückmeldungen aus Krankenhäusern stellten in Frage, ob der HER-2/neu-Status auch bei sehr alten Patientinnen festgestellt werden muss. Die Fachgruppe folgt den Empfehlungen der Leitlinie, die keine Altersbegrenzung vorsieht. Sie bekräftigt, dass eine Behandlung mit Trastuzumab in Abhängigkeit des individuellen Allgemeinzustandes auch bei alten Frauen indiziert sein kann. Dies sollte auch auf Fachkongressen thematisiert werden. Zusätzlich werden auffällige Krankenhäuser zur Stellungnahme im Rahmen des Strukturierten Dialoges aufgefordert. Die Versorgung ist vor dem Hintergrund, dass die HER-2/neu-Analyse in Deutschland als Standard in der Diagnostik bei Brustkrebs erstmalig in den aktualisierten Leitlinien 2008 aufgeführt ist, insgesamt gut. Diese Kennzahl kann einen wichtigen Beitrag für eine erfolgreiche Implementierung von neuen Leitlinienempfehlungen leisten.

| Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007* | | |
|--|-----------|-----|
| Durchführung des Strukturierten Dialogs | LQS | |
| Bundesländer, in denen dieser Qualitätsindikator verwendet wurde | 16 von 16 | |
| Rechnerisch auffällige Krankenhäuser | 186/1.043 | 18% |
| Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern: | | |
| keine Maßnahmen dokumentiert | 4/186 | 2% |
| Hinweis verschickt | 81/186 | 44% |
| Aufforderung zur Stellungnahme | 101/186 | 54% |
| Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses: | | |
| Dokumentationsprobleme | 63/101 | 62% |
| Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil | 4/101 | 4% |
| als unvermeidbar bewertete Einzelfälle | 7/101 | 7% |
| kein Grund | 9/101 | 9% |
| sonstiger Grund | 13/101 | 13% |
| Mängel eingeräumt | 5/101 | 5% |
| Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten | 13/101 | 13% |

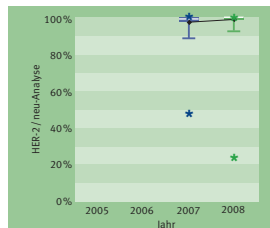
*Die Rechenregel 2007 war noch nicht auf Primärtumoren eingeschränkt

Hormonrezeptoranalyse und HER-2 / neu-Analyse: HER-2 / neu-Analyse

Anteil von Patientinnen mit HER-2 / neu-Analyse an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung

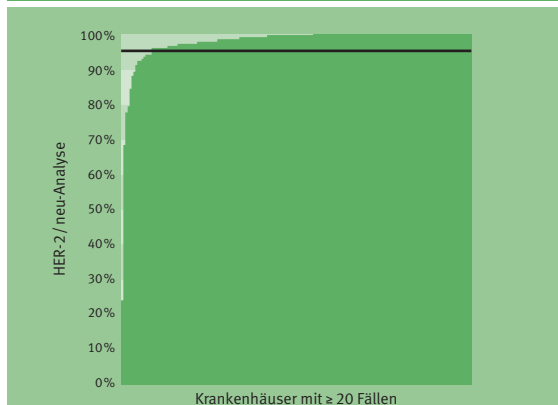
| Ergebnisse | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|------|------|--------------|--------------|
| Gesamtergebnis | - | - | 97,3% | 98,0% |
| Vertrauensbereich | - | - | 97,2 - 97,4% | 97,9 - 98,1% |
| Gesamtzahl der Fälle | - | - | 58.547 | 65.790 |

Vergleich mit Vorjahresergebnissen

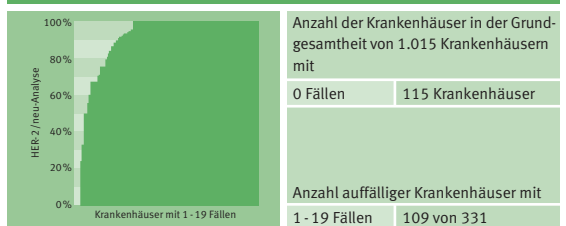


Die Ergebnisse 2008 sind mit den neu gerechneten Vorjahresergebnissen 2007 vergleichbar. Die Ergebnisse 2005/2006 sind aufgrund einer Änderung des Datensatzes mit den Ergebnissen 2007/2008 nicht vergleichbar und werden deshalb nicht dargestellt.

Ergebnisse 2008 für 569 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



Ergebnisse 2008 für 331 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



Basisinformation

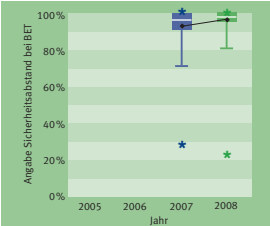
| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2008 / 18n1-MAMMA / 80310 |
| Risikoadjustierung | Risikostandardisierte Fallkonstellation |
| Grundlageninformation zum Qualitätsindikator | www.bqs-qualitaetsindikatoren.de / 2008 / 18n1-MAMMA / 80310 |

Angabe Sicherheitsabstand: bei brusterhaltender Therapie

Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand an Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS“ und BET und abgeschlossener operativer Therapie (Ausschluss: Vollremission nach neoadjuvanter Therapie)

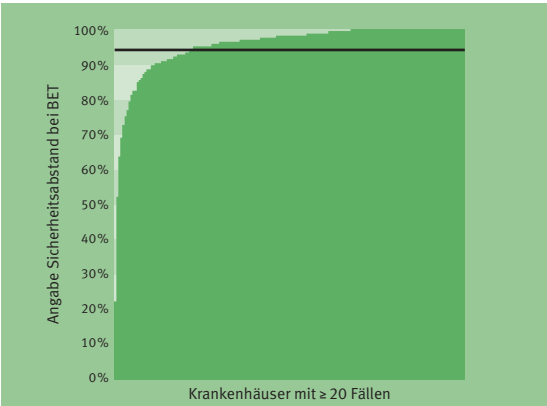
| Ergebnisse | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|------|------|--------------|--------------|
| Gesamtergebnis | - | - | 92,9% | 96,1% |
| Vertrauensbereich | - | - | 92,6 - 93,1% | 96,0 - 96,3% |
| Gesamtzahl der Fälle | - | - | 41.732 | 49.184 |

Vergleich mit Vorjahresergebnissen



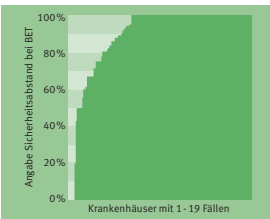
Die Ergebnisse 2007 und 2008 sind vergleichbar. Die Ergebnisse 2005 / 2006 sind aufgrund einer Änderung des Datensatzes mit den Ergebnissen 2007 / 2008 nicht vergleichbar und werden deshalb nicht dargestellt.

Ergebnisse 2008 für 499 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



| | |
|---------------------------------------|---------------------|
| Median der Krankenhäusergebnisse | 98,2% |
| Spannweite der Krankenhäusergebnisse | 22,7 - 100,0% |
| Referenzbereich | ≥ 95% (Zielbereich) |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2008 | 120 von 499 |

Ergebnisse 2008 für 345 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.015 Krankenhäusern mit

0 Fällen | 171 Krankenhäuser

Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit
1 - 19 Fällen | 119 von 345

Basisinformation

| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2008 / 18n1-MAMMA / 68098 |
| Risikoadjustierung | Keine Risikoadjustierung erforderlich |
| Grundlageninformation zum Qualitätsindikator | www.bqs-qualitaetsindikatoren.de / 2008 / 18n1-MAMMA / 68098 |

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. 2008*).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007 (brusterhaltende Therapie)

| Durchführung des Strukturierten Dialogs | LQS | |
|--|-----------|-----|
| Bundesländer, in denen dieser Qualitätsindikator verwendet wurde | 16 von 16 | |
| Rechnerisch auffällige Krankenhäuser | 287/1.043 | 28% |
| Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern: | | |
| keine Maßnahmen dokumentiert | 3/287 | 1% |
| Hinweis verschickt | 114/287 | 40% |
| Aufforderung zur Stellungnahme | 170/287 | 59% |
| Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses: | | |
| Dokumentationsprobleme | 108/170 | 64% |
| Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil | 0/170 | 0% |
| als unvermeidbar bewertete Einzelfälle | 15/170 | 9% |
| kein Grund | 9/170 | 5% |
| sonstiger Grund | 10/170 | 6% |
| Mängel eingeräumt | 28/170 | 16% |
| Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten | 25/170 | 15% |

Bewertung der Ergebnisse 2008

In 96,1% aller Fälle mit BET und in 93,2% der Fälle mit Mastektomie wurde 2008 ein metrischer Sicherheitsabstand dokumentiert. Die auffälligsten Krankenhäusergebnisse liegen bei 22,7 bzw. 23,1% (bei Häusern mit mindestens 20 Fällen in der jeweiligen Grundgesamtheit). 120 von 499 bzw. 133 von 388 Krankenhäusern mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit erreichen den Referenzbereich von mindestens 95% nicht. Die Versorgung hat sich im Vergleich zum Vorjahr (92,9 bzw. 88,1%) signifikant verbessert. Erstmalig wurde der Referenzbereich auf Bundesebene für den Sicherheitsabstand bei BET erreicht.

Die Ergebnisse aus 2007 und 2008 sind aus methodischen Gründen nicht vergleichbar mit jenen früherer Jahre, in der Tendenz konnten sie aber auch vor 2007 kontinuierlich verbessert werden (BET: 2003: 72,6%, 2004: 76,2%, 2005: 83,7%, 2006: 90,6%; Mastektomie: 2003: 58,1%, 2004: 64,6%, 2005: 75,1%, 2006: 85,8%). Diese positive Entwicklung führt die Fachgruppe auf einen konsequent fortgeführten Strukturierten Dialog, die nachdrückliche Implementierung der deutschen S3-Leitlinien und auf die Diskussion der auffälligen BQS-Daten auf verschiedenen Fachkongressen in den vergangenen Jahren zurück. Neben Defiziten in der Versorgungsqualität konnten auch Fehler in der Dokumentation behoben werden.

Da der Referenzbereich von mindestens 95% im Bundesdurchschnitt aber bei Patientinnen mit Mastektomie immer noch nicht erreicht wird, ist festzustellen, dass es noch einen erweiterten Handlungsbedarf gibt. Weitere Anstrengungen sind erforderlich, um das angestrebte Qualitätsziel flächendeckend zu erreichen. Es wurde erst kürzlich das interdisziplinäre Gespräch mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter Beteiligung der Pathologen gesucht. Das Fortführen bisheriger Anstrengungen wurde ausdrücklich zugesichert, damit sind auch zukünftig weitere Verbesserungen der Versorgung zu erwarten. Als Beitrag zur Dokumentationsqualität wird zusätzlich ein einheitlicher Basisdokumentationsbogen aller tumorrelevanten Parameter angestrebt.

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007 (Mastektomie)

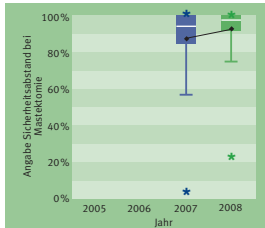
| Durchführung des Strukturierten Dialogs | | LQS | |
|--|-----------|-----|--|
| Bundesländer, in denen dieser Qualitätsindikator verwendet wurde | 16 von 16 | | |
| Rechnerisch auffällige Krankenhäuser | 375/1.063 | 35% | |
| Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern: | | | |
| keine Maßnahmen dokumentiert | 8/375 | 2% | |
| Hinweis verschickt | 143/375 | 38% | |
| Aufforderung zur Stellungnahme | 224/375 | 60% | |
| Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses: | | | |
| Dokumentationsprobleme | 133/224 | 59% | |
| Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil | 0/224 | 0% | |
| als unvermeidbar bewertete Einzelfälle | 20/224 | 9% | |
| kein Grund | 11/224 | 5% | |
| sonstiger Grund | 18/224 | 8% | |
| Mängel eingeräumt | 42/224 | 19% | |
| Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten | 33/224 | 15% | |

Angabe Sicherheitsabstand: bei Mastektomie

Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand an Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie und Mastektomie (Ausschluss: Vollremission nach neoadjuvanter Therapie)

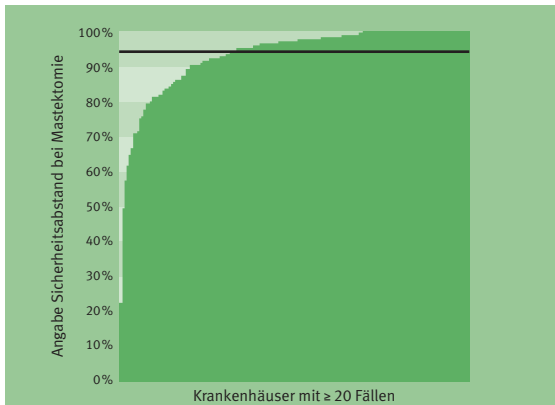
| Ergebnisse | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|------|------|--------------|--------------|
| Gesamtergebnis | - | - | 88,1% | 93,2% |
| Vertrauensbereich | - | - | 87,6 - 88,5% | 92,9 - 93,6% |
| Gesamtzahl der Fälle | - | - | 22.190 | 23.394 |

Vergleich mit Vorjahresergebnissen



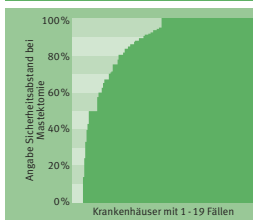
Die Ergebnisse 2007 und 2008 sind vergleichbar. Die Ergebnisse 2005 / 2006 sind aufgrund einer Änderung des Datensatzes mit den Ergebnissen 2007 / 2008 nicht vergleichbar und werden deshalb nicht dargestellt.

Ergebnisse 2008 für 388 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



| | |
|---------------------------------------|----------------------|
| Median der Krankenhauseergebnisse | 97,2% |
| Spannweite der Krankenhauseergebnisse | 23,1 - 100,0% |
| Referenzbereich | ≥ 95 % (Zielbereich) |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2008 | 133 von 388 |

Ergebnisse 2008 für 480 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.015 Krankenhäusern mit

0 Fällen 147 Krankenhäuser

Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit
1 - 19 Fällen 233 von 480

Basisinformation

| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2008 / 18n1-MAMMA / 68100 |
| Risikoadjustierung | Keine Risikoadjustierung erforderlich |
| Grundlageninformation zum Qualitätsindikator | www.bqs-qualitaetsindikatoren.de / 2008 / 18n1-MAMMA / 68100 |

Mammachirurgie

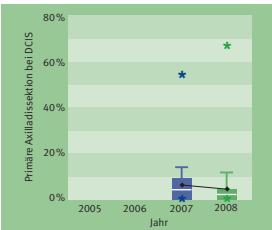
Primäre Axilladissektion bei DCIS

Primäre Axilladissektion bei DCIS

Anteil von Patientinnen mit primärer axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung an allen Patientinnen mit DCIS und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung

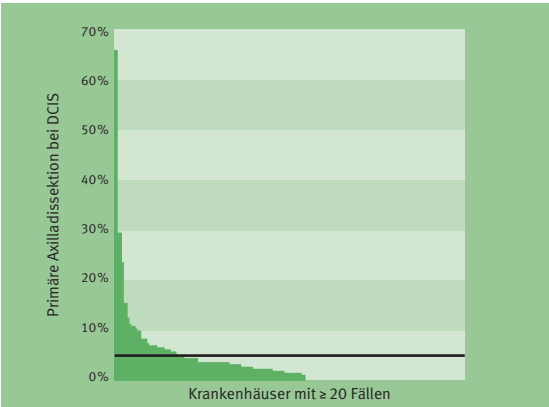
| Ergebnisse | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|------|------|-------------|-------------|
| Gesamtergebnis | - | - | 6,9 % | 4,3 % |
| Vertrauensbereich | - | - | 6,3 - 7,6 % | 3,8 - 4,8 % |
| Gesamtzahl der Fälle | - | - | 5.773 | 7.253 |

Vergleich mit Vorjahresergebnissen



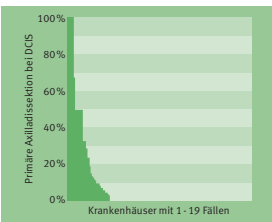
Die Ergebnisse 2007 und 2008 sind vergleichbar. Die Ergebnisse 2005 / 2006 sind aufgrund einer Änderung des Datensatzes mit den Ergebnissen 2007 / 2008 nicht vergleichbar und werden deshalb nicht dargestellt.

Ergebnisse 2008 für 127 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



| | |
|---------------------------------------|---------------------|
| Median der Krankenhäusergebnisse | 2,3 % |
| Spannweite der Krankenhäusergebnisse | 0,0 - 66,7 % |
| Referenzbereich | ≤ 5 % (Zielbereich) |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2008 | 25 von 127 |

Ergebnisse 2008 für 475 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



| | |
|--|-------------------|
| Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.015 Krankenhäusern mit | |
| 0 Fällen | 413 Krankenhäuser |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit | |
| 1 - 19 Fällen | 110 von 475 |

Basisinformation

| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2008 / 18n1-MAMMA / 85874 |
| Risikoadjustierung | Risikostandardisierte Fallkonstellation |
| Grundlageninformation zum Qualitätsindikator | www.bqs-qualitaetsindikatoren.de / 2008 / 18n1-MAMMA / 85874 |

Qualitätsziel

Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladissektion bei DCIS

Hintergrund des Qualitätsindikators

Bei ausschließlichem duktalem In-situ-Karzinom (DCIS) ist eine Axilladissektion nicht indiziert, da eine axilläre Metastasierung ausgeschlossen ist. Bei ausgedehnten DCIS-Befunden kann eine Mikroinvasion vorliegen, die eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) rechtfertigt. Nur bei axillären Lymphknoten-Metastasen in der SLNB ist dann eine axilläre Dissektion erforderlich (Kreienberg et al. 2008).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007*

| Durchführung des Strukturierten Dialogs | LQS | |
|--|-----------|------|
| Bundesländer, in denen dieser Qualitätsindikator verwendet wurde | 16 von 16 | |
| Rechnerisch auffällige Krankenhäuser | 154/1.043 | 15 % |
| Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern: | | |
| keine Maßnahmen dokumentiert | 0/154 | 0 % |
| Hinweis verschickt | 43/154 | 28 % |
| Aufforderung zur Stellungnahme | 111/154 | 72 % |
| Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses: | | |
| Dokumentationsprobleme | 42/111 | 38 % |
| Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil | 3/111 | 3 % |
| als unvermeidbar bewertete Einzelfälle | 51/111 | 46 % |
| kein Grund | 4/111 | 4 % |
| sonstiger Grund | 8/111 | 7 % |
| Mängel eingeräumt | 3/111 | 3 % |
| Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten | 8/111 | 7 % |

* Die Angaben beziehen sich auf den Indikator Axilladissektion bei DCIS (Kennzahl 46208 aus dem Erfassungsjahr 2007). Die Rechenregeln des aktuellen Indikators sind weiterentwickelt worden.

Bewertung der Ergebnisse 2008

2007 berücksichtigte der Indikator „Axilladissektion bei DCIS“ neben Patientinnen mit alleiniger Axilladissektion auch Frauen mit vorausgegangener SLNB. Möglicherweise wurde der Referenzbereich in einzelnen Krankenhäusern durch eine hohe Rate an Patientinnen mit Lymphknotenbefall in der SLNB überschritten. Im Erfassungsjahr 2008 werden nur noch Axilladissektionen ohne vorausgegangene SLNB gezählt. Damit ist ein fairer Vergleich gewährleistet.

In 4,3 % aller Patientinnen mit DCIS wurde die Axilla primär disseziert. Die Spannweite zwischen den 127 Krankenhäusern mit mindestens 20 dokumentierten DCIS-Fällen ist auffallend hoch mit 0,0 bis 66,7%. Die 311 Dokumentationen mit primärer Axilladissektion bei DCIS wurden getrennt analysiert:

- Die größte und wichtigste Gruppe stellen die 175 Patientinnen ohne Lymphknotenbefall (pN0) dar, bei denen der Eingriff keinen Nutzen brachte. Allerdings ist ein kleinerer Teil der Dokumentationen nicht durchgängig plausibel. Das tatsächliche Versorgungsgeschehen ist anhand der Patientinnenakte im Rahmen des Strukturierten Dialoges zu prüfen.
- 37 Patientinnen haben befallene Lymphknoten.
- 99 Dokumentationen sind im Hinblick auf die Fragestellung nicht durchgängig stimmig, sie entziehen sich dadurch einer sicheren Bewertung ohne zusätzliche Einsicht in die Patientinnenakte.

Von einer Überversorgung betroffen sind demnach relativ wenige Frauen, die Folgen des unnötigen Eingriffs können allerdings gravierend sein. Nach vollständiger Implementierung des Mammographie-Screenings wird ein Anstieg von DCIS-Diagnosen erwartet.

Die BQS-Fachgruppe sieht für diesen Indikator einen erweiterten Handlungsbedarf. Die vorliegenden Ergebnisse erfordern eine konsequente Fortführung des Strukturierten Dialogs. Darüber hinaus sollte auf Fachkongressen die beschriebene Versorgungssituation thematisiert werden, ein Gespräch mit den zuständigen Fachgesellschaften ist bereits erfolgt. Als weitere Konsequenz ergibt sich die Notwendigkeit der Verbesserung der histologischen Verschlüsselung von Brusttumoren. Eine Validierung der in 2008 erhobenen Daten berücksichtigt gezielt die betroffenen Aspekte der Dokumentationsqualität.

Qualitätsziel

Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom

Hintergrund des Qualitätsindikators

Beim frühen Brustkrebs ist der Befall der axillären Lymphknoten selten, deshalb kann in diesen Fällen häufig auf eine klassische Operation der axillären Lymphknoten verzichtet werden. Stattdessen werden gezielt die Sentinel-Lymphknoten (Wächterlymphknoten) markiert und entfernt. Diese sind die ersten Lymphknoten im Lymphabfluss eines Mammakarzinoms. Sind sie tumorfrei, ist davon auszugehen, dass auch die nachgeschalteten Lymphknoten tumorfrei sind. Sind sie allerdings befallen, muss aus therapeutischen Gründen die klassische axilläre Entfernung der Lymphknoten nachgeholt werden (Kreienberg et al. 2008).

Vorteile der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) sind weniger Nebenwirkungen bei gleicher Sicherheit.

| Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007 | | |
|--|-----------|-----|
| Durchführung des Strukturierten Dialogs | LQS | |
| Bundesländer, in denen dieser Qualitätsindikator verwendet wurde | 16 von 16 | |
| Rechnerisch auffällige Krankenhäuser | 301/1.043 | 29% |
| Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern: | | |
| keine Maßnahmen dokumentiert | 6/301 | 2% |
| Hinweis verschickt | 120/301 | 40% |
| Aufforderung zur Stellungnahme | 175/301 | 58% |
| Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses: | | |
| Dokumentationsprobleme | 17/175 | 10% |
| Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil | 6/175 | 3% |
| als unvermeidbar bewertete Einzelfälle | 25/175 | 14% |
| kein Grund | 20/175 | 11% |
| sonstiger Grund | 28/175 | 16% |
| Mängel eingeräumt | 79/175 | 45% |
| Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten | 43/175 | 25% |

Bewertung der Ergebnisse 2008

Eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) wurde bundesweit bei 81,3% der Patientinnen im Tumorstadium pT1 und mit freien axillären Lymphknoten dokumentiert. Im Jahr 2007 lag die Rate noch bei 71,2%. Aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen sind Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie. Die Spannweite zwischen den Kliniken beträgt 0,0 bis 100,0% und zeigt, dass dieses schonendere Behandlungsverfahren noch nicht flächendeckend implementiert ist. Die Fachgruppe Mammachirurgie hat den Referenzbereich als 10%-Perzentil festgelegt, weil keine ausreichende Evidenz für einen fixen Referenzwert vorliegt. Das Perzentil hat den Vorteil, dass es Veränderungsdynamiken berücksichtigt: lag das 10%-Perzentil 2007 noch bei 41,2%, so stieg es 2008 auf 63,5%.

Die BQS-Fachgruppe sieht für diesen Indikator einen erweiterten Handlungsbedarf: Die derzeitige durchschnittliche Versorgung ist gut, die Spannweite zwischen den Krankenhäusern jedoch groß. Mit auffälligen Krankenhäusern sollte ein Dialog geführt werden. Darüber hinaus sollte die SLNB auf Kongressen und in Publikationen weiter thematisiert werden.

Die zusätzliche Auswertung für pT2-Tumoren zeigt, dass unter den Patientinnen mit freien axillären Lymphknoten der Anteil an SLNB von 50,9% in 2007 auf 66,3% in 2008 angestiegen ist. Dies entspricht der aktualisierten Leitlinie (Kreienberg et al. 2008), die in ihren Empfehlungen auch größere Tumoren in die SLNB einbezieht.

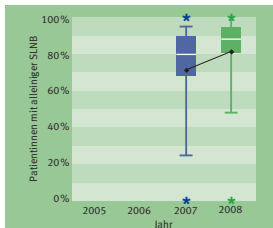
Mit Skepsis allerdings stellt die Fachgruppe fest, dass auch bei 33,7% der duktaalen In-situ-Karzinome (DCIS) eine SLNB dokumentiert wurde. Bei kleinen DCIS mit brusterhaltender Therapie (BET) ist in der Regel kein axilläres Staging und damit auch keine SLNB indiziert (Kreienberg et al. 2008). Die Fachgruppe möchte dafür sensibilisieren, dass die SLNB ein operativer Eingriff mit – wenn auch im Vergleich zur Axilladissektion geringeren – durchaus relevanten Komplikationsraten ist.

Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Anteil von Patientinnen mit alleiniger SLNB an Patientinnen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1 und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie (primär-operative Therapie abgeschlossen)

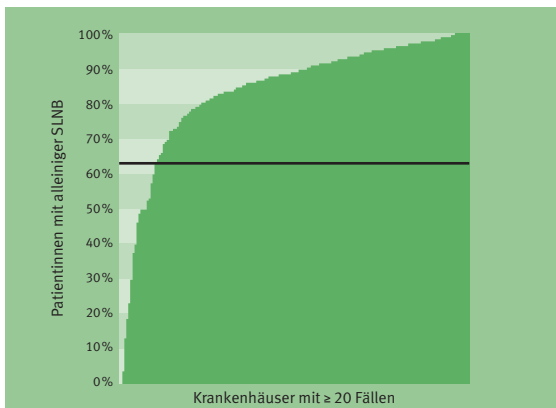
| Ergebnisse | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|------|------|--------------|--------------|
| Gesamtergebnis | - | - | 71,2% | 81,3% |
| Vertrauensbereich | - | - | 70,6 - 71,8% | 80,8 - 81,7% |
| Gesamtzahl der Fälle | - | - | 21.560 | 25.588 |

Vergleich mit Vorjahresergebnissen



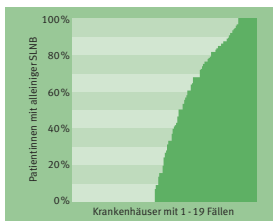
Die Ergebnisse 2007 und 2008 sind vergleichbar. Die Kennzahl wurde 2007 erstmalig ausgewertet.

Ergebnisse 2008 für 383 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



| | |
|---------------------------------------|--|
| Median der Krankenhauseergebnisse | 88,0% |
| Spannweite der Krankenhauseergebnisse | 0,0 - 100,0% |
| Referenzbereich | ≥ 63,5% (Toleranzbereich; 10%-Perzentil) |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2008 | 39 von 383 |

Ergebnisse 2008 für 399 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



| | |
|--|-------------------|
| Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.015 Krankenhäusern mit | |
| 0 Fällen | 233 Krankenhäuser |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit | |
| 1 - 19 Fällen | 255 von 399 |

Basisinformation

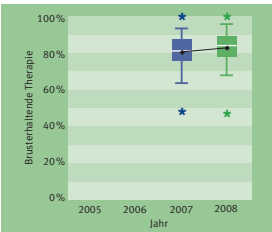
| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2008 / 18n1-MAMMA / 80320 |
| Risikoadjustierung | Risikostandardisierte Fallkonstellation |
| Grundlageninformation zum Qualitätsindikator | www.bqs-qualitaetsindikatoren.de / 2008 / 18n1-MAMMA / 80320 |

Indikation zur brusterhaltenden Therapie

Anteil von Frauen mit brusterhaltender Therapie an allen Frauen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1 und mit abgeschlossener operativer Therapie

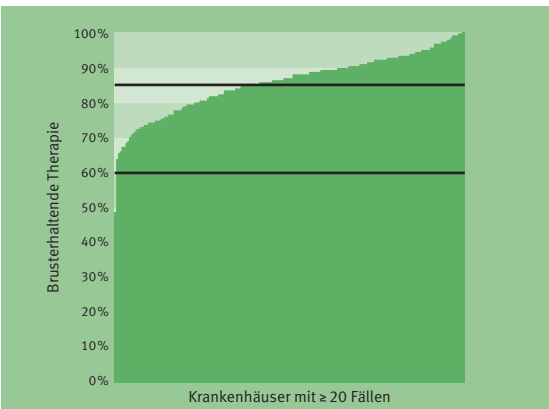
| Ergebnisse | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|------|------|--------------|--------------|
| Gesamtergebnis | - | - | 80,6% | 82,8% |
| Vertrauensbereich | - | - | 80,2 - 81,1% | 82,4 - 83,2% |
| Gesamtzahl der Fälle | - | - | 30.602 | 35.075 |

Vergleich mit Vorjahresergebnissen



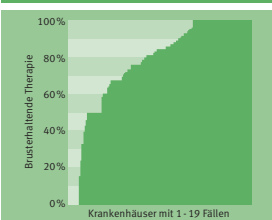
Die Ergebnisse 2007 und 2008 sind vergleichbar. Die Ergebnisse 2005 / 2006 sind aufgrund einer Änderung des Datensatzes mit den Ergebnissen 2007 / 2008 nicht vergleichbar und werden deshalb nicht dargestellt.

Ergebnisse 2008 für 437 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



| | |
|---------------------------------------|---|
| Median der Krankenhauseergebnisse | 83,9% |
| Spannweite der Krankenhauseergebnisse | 47,1 - 100,0% |
| Referenzbereich | ≥ 60% (Toleranzbereich) bis ≤ 85% (Toleranzbereich) |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2008 | 199 von 437 |

Ergebnisse 2008 für 379 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



| | | |
|--|---------------|-------------------|
| Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.015 Krankenhäusern mit | 0 Fällen | 199 Krankenhäuser |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit | 1 - 19 Fällen | 243 von 379 |

Basisinformation

| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2008 / 18n1-MAMMA / 85888 |
| Risikoadjustierung | Stratifizierung |
| Grundlageninformation zum Qualitätsindikator | www.bqs-qualitaetsindikatoren.de / 2008 / 18n1-MAMMA / 85888 |

Qualitätsziel

Angemessene Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Frauen mit Tumorstadium pT1 oder pT2

Hintergrund des Qualitätsindikators

Bei kleinen Tumoren mit definierten histopathologischen Merkmalen erzielt die brusterhaltende Therapie (BET) vergleichbare Überlebensraten wie die Mastektomie (*Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group 1995, Fisher et al. 2002, Veronesi et al. 2002*). Einzelne Studien finden etwas höhere Rezidivraten nach BET (*Jatoi & Proschan 2005, Veronesi et al. 2002*). Obligat bei der BET ist eine Nachbestrahlung der Restbrustdrüse, die nicht nur zeitaufwändig ist, sondern auch mit schwerwiegenden Nebenwirkungen verbunden sein kann. Da es sich bei beiden Operationsverfahren um echte Therapiealternativen handelt, ist der Wunsch der Patientin entscheidend (*Kreienberg et al. 2008*).

Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007*

| | | |
|--|-----------|-----|
| Durchführung des Strukturierter Dialogs | LQS | |
| Bundesländer, in denen dieser Qualitätsindikator verwendet wurde | 15 von 16 | |
| Rechnerisch auffällige Krankenhäuser | 287/1.026 | 28% |
| Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern: | | |
| keine Maßnahmen dokumentiert | 11/287 | 4% |
| Hinweis verschickt | 147/287 | 51% |
| Aufforderung zur Stellungnahme | 129/287 | 45% |
| Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses: | | |
| Dokumentationsprobleme | 8/129 | 6% |
| Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil | 20/129 | 16% |
| als unvermeidbar bewertete Einzelfälle | 43/129 | 33% |
| kein Grund | 37/129 | 29% |
| sonstiger Grund | 17/129 | 13% |
| Mängel eingeräumt | 4/129 | 3% |
| Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten | 4/129 | 3% |

*Die Rechenregel wurde im Erfassungsjahr 2008 geringfügig angepasst.

Bewertung der Ergebnisse 2008

82,8% der Patientinnen mit Tumorgößen bis maximal zwei cm (pT1) erhielten eine BET. Die Ergebnisse von den 437 Krankenhäuser mit mindestens 20 pT1-Karzinomen reichen von 47,1 bis 100,0%, drei unterschritten die untere Grenze des Referenzbereichs von 60%, 196 Krankenhäuser lagen über der oberen Grenze des Referenzbereichs von 85%.

Der obere Grenzwert für gute Qualität wurde 2005 festgelegt auf der Basis von Erfahrungen aus zertifizierten Brustzentren. Davor wurde er mit Perzentilen berechnet. Der fixe Wert von maximal 85% wurde zuletzt häufiger aus der Sicht von Brustzentren als zu niedrig angesehen. Durch die Einführung des Mammographie-Screenings in die Routineversorgung werden mehr kleine Tumoren operiert, damit steigen auch die Möglichkeiten einer BET. Wichtigstes Ziel bei der Operation von Brustkrebs ist allerdings nicht die BET, sondern die sichere Tumorentfernung. Für einen evidenzbasierten Grenzwert für BET-Raten bedürfte es der Kenntnis der mit ihr verbundenen Rezidive. Diese Zahlen liegen weder in Deutschland noch international vor. Das Fehlen einer eindeutigen Definition einer BET erschwert zusätzlich das Festlegen von wissenschaftlich fundierten Grenzwerten. Darum plädiert die Fachgruppe dafür, zukünftig den Referenzwert wieder perzentilbasiert festzulegen.

Die BQS-Fachgruppe sieht besonderen Handlungsbedarf angesichts der steigenden BET-Raten ohne eindeutige Datenlage bezüglich der Ergebnisqualität (Rezidive, Mortalität).

Qualitätsziel

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

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 (Albert 2008, Kreienberg et al. 2008). Zeitliche Verzögerungen können sowohl durch Ärzte und Patientinnen als auch strukturell bedingt sein.

| Strukturierter Dialog zum Erfassungsjahr 2007 | | |
|--|-----------|-----|
| Durchführung des Strukturierten Dialogs | LQS | |
| Bundesländer, in denen dieser Qualitätsindikator verwendet wurde | 14 von 16 | |
| Rechnerisch auffällige Krankenhäuser | 131/940 | 14% |
| Maßnahmen bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern: | | |
| keine Maßnahmen dokumentiert | 2/131 | 2% |
| Hinweis verschickt | 67/131 | 51% |
| Aufforderung zur Stellungnahme | 62/131 | 47% |
| Hauptgrund in der Stellungnahme des Krankenhauses: | | |
| Dokumentationsprobleme | 6/62 | 10% |
| Patientenkollektiv mit besonderem Risikoprofil | 11/62 | 18% |
| als unvermeidbar bewertete Einzelfälle | 6/62 | 10% |
| kein Grund | 18/62 | 29% |
| sonstiger Grund | 13/62 | 21% |
| Mängel eingeräumt | 8/62 | 13% |
| Abschließende Einstufung als qualitative Auffälligkeiten | 4/62 | 6% |

Bewertung der Ergebnisse 2008

Im Bundesdurchschnitt lag der Median für die Zeitspanne zwischen Diagnose und Operationsdatum für Frauen ohne neoadjuvante Therapie bei 13,0 Tagen. Für einzelne Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit schwankte der Median zwischen 1,0 und 29,0 Tagen. Bei Fehlen eines evidenzbasierten Referenzbereiches hat die BQS-Fachgruppe den Referenzbereich – basierend auf der 10 bis 95%-Perzentile – auf minimal 6,0 bis maximal 20,0 Tage festgesetzt.

In der Vergangenheit nahm die Zeitspanne kontinuierlich zu (2003: 7,0 Tage, 2004: 8,0 Tage, 2005: 9,0 Tage, 2006 und 2007: 10,0). Diese Entwicklung muss unbedingt weiterverfolgt werden.

Der Indikator ermöglicht, strukturell bedingte zeitliche Verzögerungen der Behandlung zu erkennen und darzustellen. Die Diagnostik bei Brustkrebs erfolgt zunehmend häufig in Mammographie-Screening-Einheiten, eine zeitliche Verzögerung der mehrheitlich in Brustzentren anschließenden Operation kann eine schwere psychische Belastung für die Betroffenen darstellen. Andererseits zeigt die Erfahrung Betroffener sehr eindringlich, dass auch zu kurze Intervalle ein Qualitätsproblem sein können: Erkrankte benötigen Bedenkzeit, um für sie auch langfristig folgenreiche Entscheidungen zu überdenken und die Behandlung aktiv mitzugestalten. Die BQS-Fachgruppe möchte mit diesem Indikator Denkprozesse und Diskussionen über eine patientinnenorientierte und individualisierte Therapieplanung anregen.

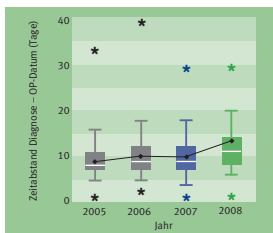
Die Fachgruppe empfiehlt als Maßnahme, bei sehr großen oder sehr kleinen Zeitintervallen einen Strukturierten Dialog mit dem Krankenhaus einzuleiten. Die Interpretation der Daten muss berücksichtigen, dass die Ergebnisse des Indikators auch von sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen abhängig sind.

Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum

Anteil von Patientinnen mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und OP-Datum (Median in Tagen)

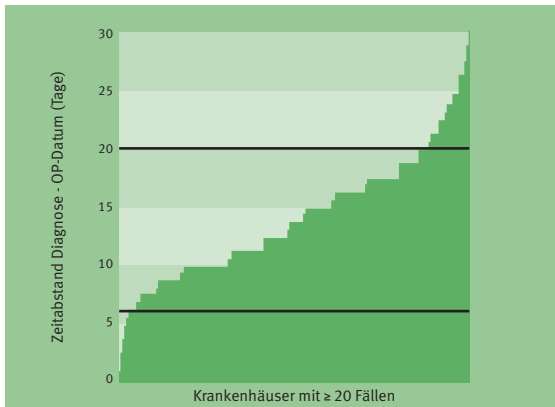
| Ergebnisse | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|----------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| Gesamtergebnis | 9,0 Tage | 10,0 Tage | 10,0 Tage | 13,0 Tage |
| Vertrauensbereich | - | - | - | - |
| Gesamtzahl der Fälle | 33.115 | 41.404 | 55.714 | 66.256 |

Vergleich mit Vorjahresergebnissen



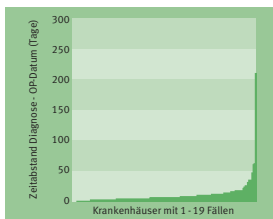
Die Ergebnisse 2005 bis 2008 basieren auf vergleichbaren Berechnungsgrundlagen.

Ergebnisse 2008 für 538 Krankenhäuser mit ≥ 20 Fällen



| | |
|---------------------------------------|--|
| Median der Krankenhäusergebnisse | 11,0 Tage |
| Spannweite der Krankenhäusergebnisse | 1,0 - 29,0 Tage |
| Referenzbereich | ≥ 6,0 Tage (Toleranzbereich; 10%-Perzentil) bis ≤ 20,0 Tage (Toleranzbereich; 95%-Perzentil) |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser 2008 | 54 von 538 |

Ergebnisse 2008 für 286 Krankenhäuser mit 1 bis 19 Fällen



| | |
|--|-------------------|
| Anzahl der Krankenhäuser in der Grundgesamtheit von 1.015 Krankenhäusern mit | |
| 0 Fällen | 191 Krankenhäuser |
| Anzahl auffälliger Krankenhäuser mit | |
| 1 - 19 Fällen | 98 von 286 |

Basisinformation

| | |
|--|--|
| Kennzahl-ID | 2008 / 18n1-MAMMA / 46231 |
| Risikoadjustierung | Risikostandardisierte Fallkonstellation |
| Grundlageninformation zum Qualitätsindikator | www.bqs-qualitaetsindikatoren.de / 2008 / 18n1-MAMMA / 46231 |