

Externe vergleichende Qualitätssicherung

Modul 18/1
Mammachirurgie

Verfahrensjahr 2007

Ergebnisanalyse und -aufbereitung

durchgeführt durch
Dr. F.-Michael Niemann

Stand: 20.10.2008

Inhalt

1	VORWORT	4
2	VORBEMERKUNG	5
3	ERGEBNISÜBERSICHT	9
4	GRAPHISCHE AUFBEREITUNG.....	15
4.1	Entdeckte Malignome bei offener Biopsie.....	15
4.1.1	Verfahrensjahr 2007	15
4.1.2	Verfahrensjahr 2006.....	15
4.2	Intra- bzw. Postoperatives Präparatröntgen	17
4.2.1	Verfahrensjahr 2007	17
4.2.2	Verfahrensjahr 2006.....	18
4.3	Hormonrezeptoranalyse.....	19
4.3.1	Verfahrensjahr 2007	19
4.3.2	Verfahrensjahr 2006.....	19
4.4	HER-2/neu-Analyse.....	20
4.4.1	Verfahrensjahr 2007	20
4.4.2	Verfahrensjahr 2006.....	20
4.5	Angabe pT, pN und M	21
4.5.1	Verfahrensjahr 2007	21
4.5.2	Verfahrensjahr 2006.....	21
4.6	Angabe Sicherheitsabstand bei BET	22
4.6.1	Verfahrensjahr 2007	22
4.6.2	Verfahrensjahr 2006.....	22
4.7	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	23
4.7.1	Verfahrensjahr 2007	23
4.7.2	Verfahrensjahr 2006.....	23
4.8	Axilladisektion bei DCIS (od. papillärem in-situ-Karzinom)	25
4.8.1	Verfahrensjahr 2007	25
4.8.2	Verfahrensjahr 2006.....	25
4.9	Axilladisektion oder SLNB bei invasivem Karzinom	27
4.9.1	Verfahrensjahr 2007	27
4.9.2	Verfahrensjahr 2006.....	27

4.10	Anzahl Lymphknoten.....	29
4.10.1	Verfahrensjahr 2007	29
4.10.2	Verfahrensjahr 2006	29
4.11	Indikation zur SNLB.....	31
4.11.1	Verfahrensjahr 2007	31
4.11.2	Verfahrensjahr 2006	31
4.12	Indikation zur BET	32
4.12.1	Verfahrensjahr 2007	32
4.12.2	Verfahrensjahr 2006	32
4.13	Meldung an Krebsregister	33
4.13.1	Verfahrensjahr 2007	33
4.13.2	Verfahrensjahr 2006	33
4.14	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation	35
4.14.1	Verfahrensjahr 2007	35
4.14.2	Verfahrensjahr 2006	35

1 Vorwort

Im Jahr 2007 erfolgte eine erste systematische Ergebnisanalyse und -aufbereitung der von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (ProQS) bei der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH) aufbereiteten Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung zum Modul 18/1 Mammachirurgie des Verfahrensjahres 2006.

Im Folgenden wird die Ergebnisanalyse und -aufbereitung für das Jahr 2007 vorgelegt. Inhaltlich ist diese in gleicher Weise aufgebaut wie für das Verfahrensjahr 2006. Ergänzend zu den Ergebnisse des Verfahrensjahres 2007 werden hierbei auch die Vorjahresergebnisse (Verfahrensjahr 2006) mit dargestellt.

Allerdings ist für die Vergleichbarkeit 2007er Ergebnisse gegenüber 2006er Ergebnisse laut ProQS bei der KGSH zu berücksichtigen:

- Die Vergleichbarkeit ist aufgrund der Datensatzänderungen lediglich bei folgenden Merkmal gegeben:
QM (21) „Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum“
- Das Merkmal QM (4) „Angabe pT, pN und M“ ist aus der Auswertung mit folgender Begründung gestrichen worden:
Die Spezifikation sieht seit 2007 eine verpflichtende Angabe von pT, pN und M bei allen invasiven Mammakarzinomen vor. Somit sind die Ergebnisse für diesen Indikator automatisch bei 100%.
- Die beiden Merkmale **QM (3a) „HER-2/neu-Analyse“** (80310) und **QM (22) „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“** (80320) sind erstmalig in der Auswertung dargestellt.
- Änderung der Dokumentationspflicht: Im Erfassungsjahr 2007 waren plastisch-rekonstruktive Eingriffe nicht mehr dokumentationspflichtig.

2 Vorbemerkung

Seit ihren Anfängen in den 70er Jahren dienen die sogenannten externen vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahmen per Definition dazu, vorhandene Unterschiede in der stationären Versorgung - gemessen an qualitätsrelevanten Merkmalen wie Komplikationsraten oder Infektionsraten - den Krankenhäusern in Form eines Spiegels vorzuhalten. Damit soll in den Krankenhäusern die Bereitschaft geweckt werden, Konsequenzen für das eigene Behandlungsmanagement zu ziehen. Hierbei sollte das Interesse in erster Linie neben den eigenen Ergebnissen v.a. den Ergebnissen der Klassenbesten (BENCHMARK) gelten. Hierdurch wird für das Versorgungsgeschehen insgesamt eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung erzielt, da auch der Klassenbeste bemüht sein wird, nicht nur sein gutes Ergebnis zu halten, sondern unter Wettbewerbsgesichtspunkten weiter zu verbessern.

Für diesen qualitativen Leistungsvergleich bedarf es aber auch geeigneter vergleichender Qualitätssicherungsmaßnahmen mit aussagekräftigen und validen Ergebnissen.

Für die ursprüngliche Zielsetzung des Verfahrens zur Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten, das als externe vergleichende Qualitätssicherungsmaßnahme auch im DRG-Zeitalter seine grundsätzliche Gültigkeit behält, konnten bis heute die Auswertungsergebnisse in keinsten Weise den Anforderungen eines hierfür erforderlichen Monitoringsystems gerecht werden. Anstelle der Möglichkeiten des schnellen und frühzeitigen Erkennens von Handlungsbedarf, erhalten die teilnehmenden Krankenhäuser - bedingt durch die bundeseinheitlichen Vorgaben an die Auswertungen - umfangreiche Ergebnislisten, die ohne eine intensive Auseinandersetzung mit entsprechender „statistischer“ Kompetenz nur schwer bestehenden Handlungsbedarf sichtbar machen.

Andererseits sieht die Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gemäß § 137 eine intensive Kommunikation zwischen allen Beteiligten anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme vor. Konkret wird hierzu der Leitende Arzt der Fachabteilung verpflichtet, die Ergebnisse, Vergleiche und Bewertungen, die ihm aus der Qualitätssicherung zugeleitet werden, mit allen Mitgliedern der Krankenhausleitung und den unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme durchzusprechen, kritisch zu analysieren und ggf. notwendige Konsequenzen zu ziehen. Über diese Gespräche selbst sowie über mögliche Schlussfolgerungen ist von den Gesprächsteilnehmern in geeigneter Weise ein Nachweis zu führen.¹

¹ Gemäß § 3 (Krankenhausinterne Kommunikation) der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. §135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 15.08.2006 gilt:

(1) Maßnahmen zur Qualitätssicherung können nur dann eine positive Wirkung entfalten, wenn sie von allen Beteiligten im Krankenhaus gemeinsam gewollt und unterstützt werden. Zu den gewünschten positiven Auswirkungen der Qualitätssicherung gehört auch die intensive krankenhäuserinterne Kommunikation zwischen allen Beteiligten anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme.

(2) Zum Erreichen der intensiven Kommunikation ist der Leitende Arzt der Fachabteilung verpflichtet, die Ergebnisse, Vergleiche und Bewertungen, die ihm aus der Qualitätssicherung zugeleitet werden, mit allen Mitgliedern der Krankenhausleitung und den unmittelbar am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern anhand der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahme durchzusprechen, kritisch zu analysieren und ggf. notwendige Konsequenzen festzulegen.

Die **K & N** Gesellschaft für Informationsmanagement und Forschung im Gesundheitswesen mbH hat ein Konzept zum schnellen und frühzeitigem Erkennen von bestehenden Handlungsbedarf auf der Basis der Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung erarbeitet. Dieses Konzept sieht im wesentlichen die qualitätsmerkmalorientierte Aufbereitung der Ergebnisdaten vor, die von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung (ProQS) bei der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V. den Krankenhäusern zurückgekoppelt werden (vgl. Abbildung 1.1).

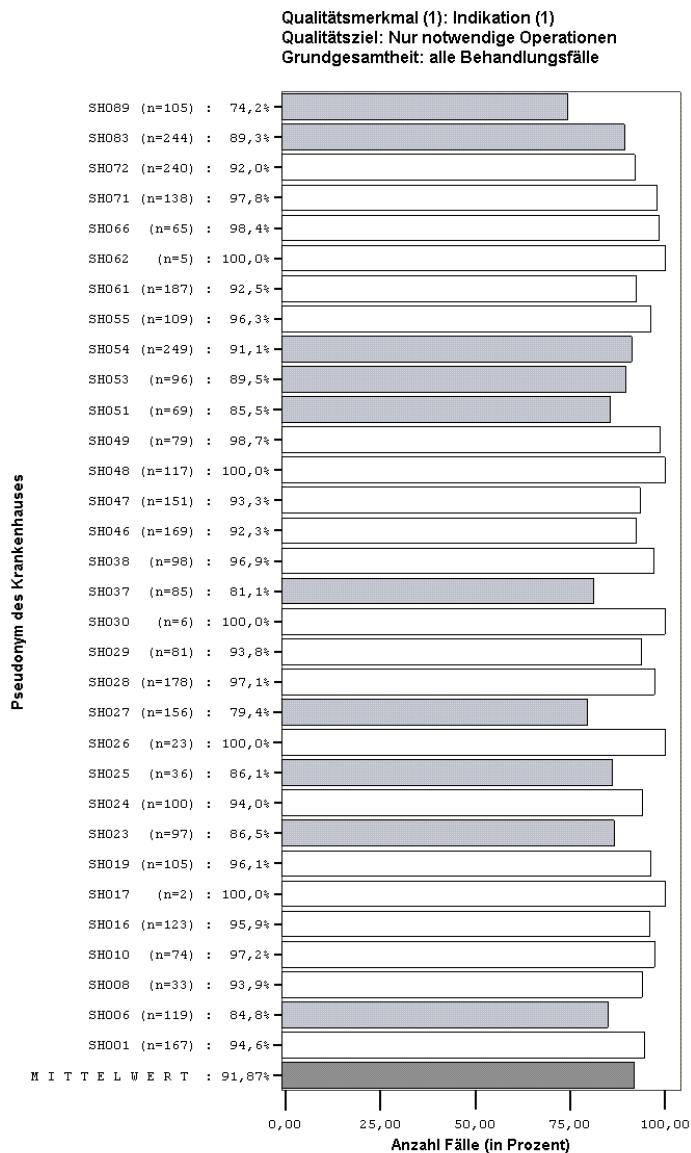


Abbildung 1.1: Ausschnitt aus der QUALITÄTSMERKMAL-bezogenen Jahresauswertung 2001 Modul 12/1 Cholezystektomie; Qualitätsmerkmal: Indikation

- (3) Über diese Gespräche selbst sowie über mögliche Schlussfolgerungen ist von den Gesprächsteilnehmern in geeigneter Weise ein Nachweis zu führen.

In der vorliegenden Form sind die Krankenhausvergleiche zwar primär auf Vergleiche mit dem Gesamtergebnis ausgerichtet, doch lassen sie aber durchaus auch einen Vergleich mit den anderen Teilnehmern – insbesondere dem Klassenbesten zu.

Gerade aber die Fähigkeit „Unterschiede zuverlässig entdecken zu können“ verlangt besondere Hilfestellung seitens der Statistik. Dies geschieht beispielsweise durch die Verwendung von Konfidenzintervallen, auch Vertrauensbereiche genannt. Hierdurch erfolgt im wesentlichen eine Berücksichtigung der dem Ergebnis zugrundeliegenden Fallzahl. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, je größer die zugrundeliegende Fallzahl, desto geringer die Breite des Konfidenzintervalls und desto zuverlässiger das Ergebnis (vgl. Abbildung 1.2). Die Breite des Konfidenzintervalls wird dabei durch die untere Vertrauensgrenze (UVG) und obere Vertrauensgrenze (OVG) bestimmt.

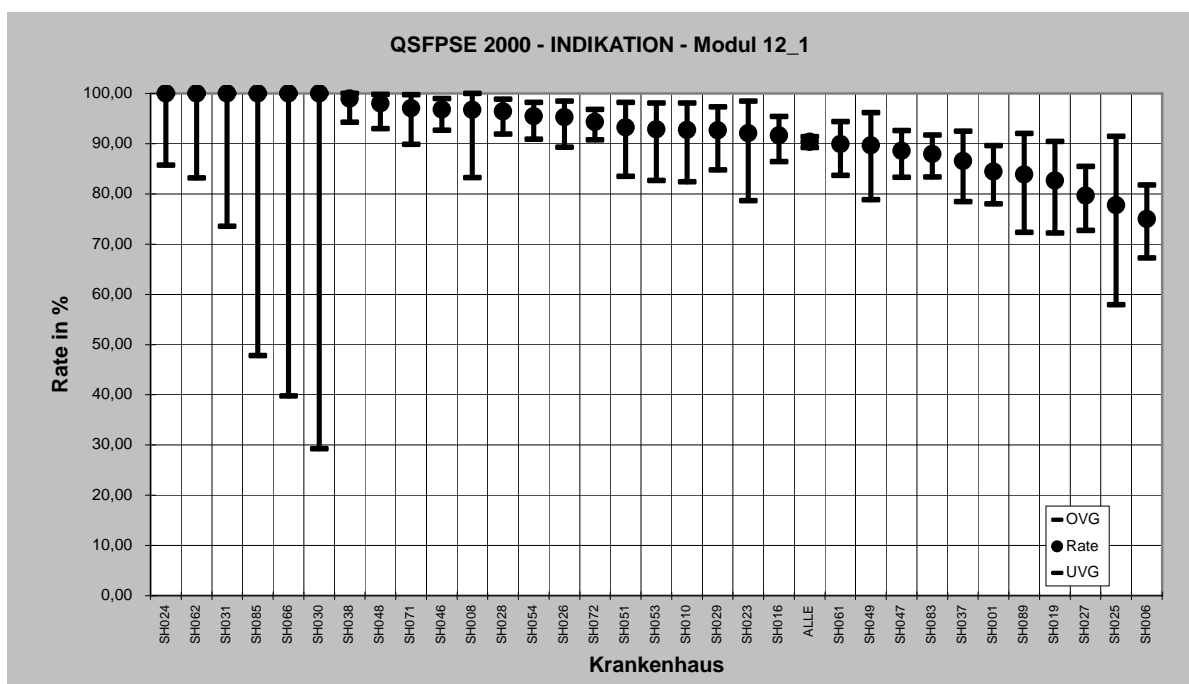


Abbildung 1.2: Krankenhausvergleich für das Qualitätsmerkmal Indikationsstellung beim Modul 12/1 (Cholezystektomie)

Im Rahmen der anonymisierten Krankenhausvergleiche gilt dann: Nur bei sich nicht überlappenden Konfidenzintervallen liegen **Hinweise** für *statistisch* signifikante Abweichungen vor.

Grundsätzlich ist eine statistische Untersuchung, zu der auch das Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung zu zählen ist, nicht in der Lage, die untersuchten Personen oder Objekte in ihrer Gesamtheit zu erfassen, sondern beschränkt sich auf einzelne Merkmale wie Symptome, Behandlungsdiagnose oder ASA-Wert eines Patienten.

Qualitätsmerkmale bezeichnen demzufolge **qualitative** Charakteristika, die hinsichtlich der Zielsetzung der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten der besonderen Aufmerksamkeit bedürfen. Diese zielen – wie oben ausgeführt – auf die Indikationsstellung, die Angemessenheit, die Ergebnisqualität sowie die Erfüllung personeller Voraussetzungen ab.

Die ersten Qualitätsmerkmale für die Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten sind seinerzeit von der Servicestelle Qualitätssicherung (SQS) erarbeitet worden.² Ausgangsbasis hierzu war die Festlegung von sogenannten Qualitätszielen und damit auch die Beschreibung von qualitätsrelevanten Zusammenhängen.

Im Hinblick auf die vier Zielaspekte - Indikationsstellung, Angemessenheit, Ergebnisqualität, Voraussetzungen - sind in Fachgremien Qualitätsziele gemäß dem Motto „**Gute Qualität bei ... ist, wenn ...**“ erarbeitet worden.

Mit der Festlegung von Qualitätszielen werden zum einen Qualitätsmerkmale benannt; aber erst durch die Operationalisierung von Qualitätszielen durch Qualitätskennzahlen (= Qualitätsindikatoren) werden Qualitätsmerkmale beurteilbar, v.a. hinsichtlich der Zielerreichung (Übersicht 1.1).

Qualitätskennzahl (Qualitätsindikator)	↔	Qualitätsmerkmal	↔	Qualitätsziel
Komplikationsrate = Patienten mit postoperat. Komplikation / alle Patienten	↔	Postoperative Komplikation	↔	selten postoperative Komplikationen

Übersicht 1.1: Zusammenhang zwischen Qualitätsmerkmal, Qualitätskennzahl und Qualitätsziel

Zusammenfassend ist also ein Qualitätsindikator ein quantitatives Maß, das zur Messung und zur Bewertung der Qualität wichtiger Ergebnisse, Prozesse und Strukturen der Gesundheitsversorgung genutzt werden kann. Ein Qualitätsindikator ist kein direktes Maß der Qualität. Er ist vielmehr ein Werkzeug, das - auch in Zusammenschau mit anderen Indikatoren - die Aufmerksamkeit auf gute Versorgungslösungen und potentielle Problembereiche lenkt.³

Zur Beurteilung der Qualität bedarf es dann Referenzwerte bzw. -bereiche⁴ und sinnvollerweise die Berücksichtigung der zugehörigen Konfidenzintervalle - auch Vertrauensbereiche genannt - des betrachteten Ergebnisses.

² Die SQS ist im Jahr 2001 in die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten gGmbH (BQS) überführt worden.

³ Eine ausführliche Auseinandersetzung mit Qualitätsindikatoren ist mit dem Positionspapier der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) zu „Qualitätsindikatoren in der Gesundheitsversorgung“ gegeben.

⁴ Referenzbereich ist derjenige Bereich eines Qualitätsindikators, der mit guter Qualität in Verbindung gebracht wird. Es wird in diesem Zusammenhang auch vom Unauffälligkeitbereich bzw. Auffälligkeitbereich gesprochen.

3 Ergebnisübersicht

Für das Verfahrensjahr 2007 sind insgesamt 13 Qualitätsindikatoren betrachtet worden (vgl. Tabelle 3-1):

Tabelle 3-1: Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Modul 18/1 Mammachirurgie Verfahrensjahr 2007 (Angaben in Klammern betreffen die Ergebnisse für 2006)

Qualitätsmerkmale/- indikatoren		Referenzbereich	Ergebnisse	
			SH	Bund
QM (1)	<p>Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien</p> <p>Zähler: Patienten mit Histologie maligne.⁵</p> <p>Nenner (= Grundgesamtheit): Patientinnen mit offenen Biopsien aus diagnostischen Gründen⁶</p> <p>Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)</p> <p>Qualitätsziel: Angemessene Rate entdeckter Malignome bei offener Biopsie</p> <p>Indikatortyp: Indikationsstellung</p>	Nicht definiert	46,0% (45,2%)	44,4% (37,8%)
QM (2)	<p>Intraoperatives Präparatröntgen (2006: Postoperatives Präparatröntgen)</p> <p>Zähler: Alle Operationen mit intraoperativen Präparatröntgen⁷</p> <p>Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Operationen mit präoperativer Draht-Markierung gesteuert durch Mammographie⁸</p> <p>Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Draht-Markierung gesteuert durch Mammographie⁹</p> <p>Indikatortyp: Prozessindikator</p>	>= 95,0%	84,9% (64,7%)	91,2% (83,9%)
QM (3)*	<p>Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse (2006: Hormonrezeptoranalyse)</p> <p>Zähler: Patientinnen mit immunohistochemischer Hormonrezeptoranalyse (Status positiv oder negativ)</p> <p>Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Histologie invasives Mammakarzinom und abgesicherter operativer Therapie¹⁰</p> <p>Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit immunohistochemischer Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse bei invasivem Mammakarzinom¹¹</p> <p>Indikatortyp: Prozessindikator</p>	>= 95,0%	97,7% (96,7%)	98,6% (97,0)%

⁵ 2006: Patientinnen mit entdeckten Malignomen (d.h. führenden histologischem Befund maligne)

⁶ 2006: Alle Ersteingriff-Patientinnen mit offenen Biopsien und definitiv vorliegender postoperativer Histologie unter Ausschuss der Patientinnen mit präoperativ vorliegender Histologie

⁷ 2006: Alle Operationen mit postoperativen Präparatröntgen

⁸ 2006: Alle Operationen mit präoperativer Draht-Markierung durch bildgebende Verfahren (Mammographie)

⁹ 2006: Möglichst viele Eingriffe mit postoperativem Präparatröntgen

¹⁰ 2006: Alle Pat. mit führendem histologischen Befund invasives Mammakarzinom

¹¹ 2006: Möglichst viele Patientinnen mit immunohistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mammakarzinom

Qualitätsmerkmale/- indikatoren		Referenzbereich	Ergebnisse	
			SH	Bund
QM (3a) neu	<p>Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse</p> <p>Zähler: Patientinnen mit immunohistochemischer Hormonrezeptoranalyse (Status positiv oder negativ)</p> <p>Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Histologie invasives Mammakarzinom und abgesicherter operativer Therapie bei Primärerkrankung</p> <p>Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit immunohistochemischer Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse bei invasivem Mammakarzinom</p> <p>Indikatortyp: Prozessindikator</p>	>= 95,0%	93,3% (---)	97,2% (---)
QM (4)	<p>Angabe pT, pN, pM oder M</p> <p>Zähler: Patientinnen mit Angabe pT, pN oder M (0, 1 oder X)</p> <p>Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Pat. mit führendem histologischen Befund invasives Mammakarzinom</p> <p>Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. mit Angabe pT, pN o. M bei invasivem Mammakarzinom</p> <p>Indikatortyp: Prozessindikator</p>	>= 95,0%	--- (86,4%)	--- (89,7%)
QM (7a)	<p>Angabe Sicherheitsabstand – bei brusterhaltender Therapie</p> <p>Zähler: Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand</p> <p>Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS und abgeschlossener operativer Therapie und brusterhaltender Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit Vollremission nach neoadjuvanter Therapie¹²</p> <p>Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand</p> <p>Indikatortyp: Prozessindikator</p>	>= 95,0%	91,8% (82,5%)	92,9% (90,6%)
QM (7b)	<p>Angabe Sicherheitsabstand – bei Mastektomie</p> <p>Zähler: Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand</p> <p>Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS und abgeschlossener operativer Therapie und Mastektomie unter Ausschluss von Patientinnen mit Vollremission nach neoadjuvanter Therapie¹³</p> <p>Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand</p> <p>Indikatortyp: Prozessindikator</p>	>= 95,0%	82,0% (77,1%)	88,1% (85,8%)

¹² 2006: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung mit führendem histologischen Befund maligne mit brusterhaltender Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie

¹³ 2006: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung mit führendem histologischen Befund maligne mit Mastektomie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie

Qualitätsmerkmale/- indikatoren		Referenzbereich	Ergebnisse	
			SH	Bund
QM (8)	<p>Axilladissektion bei DCIS (2006: Axilladissektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom) Zähler: Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung¹⁴ Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Histologie DCIS und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung¹⁵ Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen mit Axilladissektion bei DCIS¹⁶ Indikatortyp: Indikationsstellung</p>	<= 5 % (<=19,8%)	13,5% (15,9%)	10,2% (13,9%)
QM (9)	<p>Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom Zähler: Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentfernung oder SLNB¹⁷ Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener Therapie bei Primärerkrankung unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen¹⁸ Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom Indikatortyp: Indikationsstellung</p>	>= 95,0% (>=76,0%)	95,8% (87,3%)	95,8% (88,1%)
QM (10)	<p>Anzahl Lymphknoten Zähler: Patientinnen mit Entfernung von >= 10 Lymphknoten Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasivem Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie mit axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung, ohne präoperative tumorspezifische Therapie, unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen¹⁹ Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit Entfernung von mindestens 10 Lymphknoten bei Axilladissektion bei invasivem Mammakarzinom Indikatortyp: Prozessindikator</p>	>= 95,0%	82,9% (87,8%)	84,9% (86,9%)
QM (22) neu	<p>Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie Zähler: Patientinnen mit alleiniger SLNB Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1 und negativem pN-Staging und ohne präoperative Therapie (primäroperative Therapie abgeschlossen) Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit SLNB bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom Indikatortyp: Prozessindikator</p>	>= 41,2% (---)	64,4% (---)	71,2% (---)

¹⁴ 2006: Patientinnen mit Axilladissektion einschließlich der Exzision einzelner axillärer Lymphknoten und Lymphgefäße (Sentinel-Node-Biopsien werden nicht berücksichtigt)

¹⁵ 2006: Alle Pat. mit führendem histolog. Befund DCIS oder papilläres in-situ-Karzinom

¹⁶ 2006: Möglichst wenige Patientinnen mit Axilladissektion bei DCIS oder papillärem in-situ-Karzinom

¹⁷ 2006: Patientinnen mit Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

¹⁸ 2006: Alle Pat. mit Primärerkrankung und mit führendem histologischen Befund invasives Mammakarzinom

¹⁹ 2006: Alle Pat. mit führendem histolog. Befund invasivem Mammakarzinom und Axilladissektion unter Ausschluss von Pat. mit Fernmetastasen (Pat. mit Sentinel-Lymphonodektomie ohne weiterführ. Axilladissektion sind ausgeschlossen)

Qualitätsmerkmale/- indikatoren		Referenzbereich	Ergebnisse	
			SH	Bund
QM (11)	Indikation zur brusterhaltenden Therapie Zähler: Frauen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation ²⁰ Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Frauen mit Primärerkrankung und Histologie invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1 und abgeschlossener operativer Therapie ²¹ Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Angemessene Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Frauen im Stadium pT1 oder pT2. Indikatortyp: Indikationsstellung	>= 60,0% <= 85,0%	79,4% (81,4%)	80,3% (82,7%)
QM (20)	Meldung an Krebsregister Zähler: Pat. mit Meldung an ein epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister ²² Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit abgeschlossener Therapie und Histologie maligne Neoplasie (einschl. in-situ-Karzinom) ²³ Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. mit Meldung an ein Krebsregister oder Tumorzentrum Indikatortyp: Prozessindikator	>= 95%	97,3% (95,6%)	87,9% (83,8%)
QM (21)	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum „Zähler“: Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum (Median in Tagen) Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Ersteingriff nach prätherapeutischer Diagnose und ohne präoperative tumorspezifische Therapie Qualitätsindikator = „Zähler“ Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit angemessenem Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum bei Ersteingriff Indikatortyp: Prozessindikator	>= 5,0 <= 18,0 (>= 6,0 <= 18,0)	13,0 (12,0) Tage	10,0 (10,0) Tage

Eine Übersicht über die Ergebnisse des Johanniter Krankenhauses Geesthacht, des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg und dem Krankenhaus Reinbek St. Adolf Stift sowie dem Brustzentrum Herzogtum Lauenburg insgesamt ist für das Verfahrensjahr 2007 mit der Abbildung 3-1 und für das Verfahrensjahr 2006 mit der Abbildung 3-2 gegeben.

Danach ergeben sich für die Krankenhäuser aufgrund der Ergebnisse des **Verfahrensjahres 2007** – und im Vergleich zum Verfahrensjahre 2006 – die in Tabelle 3-2 dargestellten Auffälligkeiten.

²⁰ 2006: Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation

²¹ 2006: Alle Pat. mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1

²² 2006: Pat. mit Meldung an ein epidemiologisches Krebsregister oder Tumorzentrum

²³ 2006: Alle Patientinnen mit histologischem Befund: DCIS einschließlich papillärem in-situ-Karzinom, invasivem Mammakarzinom und maligne sonstige Neoplasien

Externe vergleichende Qualitätssicherung
Modul 18/1: Mammachirurgie

Verfahrensjahr 2007

aufbereitet
am: 17.10.2008
durch: Dr. Niemann

Ergebnisübersicht

Qualitätsindikator	Referenzbereich	S-H	BzHzgtL	Geesthacht	Ratzeburg	Reinbek
QM1 Entdeckte Malignome bei offener Biopsie	nicht definiert	46,0%	49,3%	41,7%	42,9%	55,0%
QM2 Postoperatives Präparatröntgen	>= 95%	84,9%	86,8%	100,0%	97,0%	76,9%
QM3 Hormonrezeptoranalyse	>= 95%	97,7%	98,5%	96,7%	98,3%	96,9%
QM3a* HER-2/neu-Analyse	>= 95%	93,3%	98,5%	98,6%	94,7%	95,2%
QM4 Anabe pT, pN, pM oder M						
QM7a Angabe Sicherheitsabstand bei BET	>= 95%	91,8%	89,2%	89,1%	100,0%	77,1%
QM7b Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	>= 95%	81,9%	91,9%	100,0%	95,5%	81,5%
QM8** Axilladisektion bei DCIS	<= 5%	13,5%	0,0%	0,0%	0,0%	k.A.
QM9 Axilladisektion o. Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invas. Mammakarzinom	>= 95%	95,8%	97,8%	100,0%	98,2%	94,1%
QM10 Anzahl Lymphknoten	>= 95%	82,9%	92,2%	100,0%	92,3%	87,0%
QM22* Indikation zur SNLB	>= 41,2%	64,4%	56,0%	69,8%	59,1%	21,1%
QM11 Indikation zur BET	>= 60% / <= 85%	79,3%	73,9%	75,5%	77,4%	67,7%
QM20 Meldung an Krebsregister	>= 95%	97,3%	94,3%	91,7%	92,2%	100,0%
QM21 Zeitlicher Abstand zw. Diagnose und Operationsdatum (Median)	>= 5,0 / <= 18,0	13,0	[7,0]	6,0	9,0	k.A.

* neues Qualitätsmerkmal / neue Kennzahl
** veränderte Kennzahl gegenüber 2006

Auffälligkeiten	5	2	3	6
Unauffälligkeiten	7	10	8	4

Abbildung 3-1: Ergebnisübersicht hinsichtlich der Qualitätsindikatoren zu Modul 18/1 im Verfahrensjahr 2007

Externe vergleichende Qualitätssicherung
Modul 18/1: Mammachirurgie

Verfahrensjahr 2006

aufbereitet
am: 17.09.2007
durch: Dr. Niemann

Ergebnisübersicht

Qualitätsindikator	Referenzbereich	S-H	BzHzgtL	Geesthacht	Ratzeburg	Reinbek
QM1 Entdeckte Malignome bei offener Biopsie	nicht definiert	45,2%	51,0%	26,7%	50,0%	64,3%
QM2 Postoperatives Präparatröntgen	>= 95%	64,6%	72,7%	100,0%	0,0%	71,4%
QM3 Hormonrezeptoranalyse	>= 95%	96,7%	95,6%	96,7%	92,1%	96,4%
QM4 Anabe pT, pN, pM oder M	>= 95%	86,5%	98,9%	100,0%	97,4%	98,8%
QM7a Angabe Sicherheitsabstand bei BET	>= 95%	82,5%	83,3%	73,3%	92,0%	84,8%
QM7b Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	>= 95%	77,1%	81,0%	71,4%	92,9%	87,5%
QM8 Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom	<= 19,8%	15,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
QM9 Axilladisektion o. Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invas. Mammakarzinom	>= 76%	87,3%	85,8%	93,1%	86,8%	79,5%
QM10 Anzahl Lymphknoten	>= 95%	87,8%	79,2%	92,7%	84,4%	66,7%
QM11 Indikation zur BET	>= 60% / <= 85%	81,4%	84,5%	71,4%	79,0%	97,3%
QM20 Meldung an Krebsregister	>= 95%	95,6%	89,3%	77,6%	90,2%	97,8%
QM21 Zeitlicher Abstand zw. Diagnose und Operationsdatum (Median)	>= 6,0 / <= 18,0	12,0	6,0	6,0	8,0	5,0

Auffälligkeiten	5	4	6	6
Unauffälligkeiten	6	7	5	5

Abbildung 3-2: Ergebnisübersicht hinsichtlich der Qualitätsindikatoren zu Modul 18/1 im Verfahrensjahr 2006

Tabelle 3-2: Qualitätsmerkmale mit auffälligem Ergebnis

Krankenhaus	Verfahrensjahr 2007	Verfahrensjahr 2006
Johanniter Krankenhaus Geesthacht	<ul style="list-style-type: none"> Angabe Sicherheitsabstand bei BET Meldung an Krebsregister 	<ul style="list-style-type: none"> Angabe Sicherheitsabstand bei BET Angabe Sicherheitsabstand b. Mastektomie Anzahl Lymphknoten Meldung an Krebsregister
DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg	<ul style="list-style-type: none"> HER-2/neu-Analyse Anzahl Lymphknoten Meldung an Krebsregister 	<ul style="list-style-type: none"> Postoperatives Präparatröntgen Hormonrezeptoranalyse Angabe Sicherheitsabstand bei BET Angabe Sicherheitsabstand b. Mastektomie Anzahl Lymphknoten Meldung an Krebsregister
Krankenhaus Reinbek St. Adolf Stift	<ul style="list-style-type: none"> Postoperatives Präparatröntgen Angabe Sicherheitsabstand bei BET Angabe Sicherheitsabstand b. Mastektomie Axilladisektion oder SLNB bei invasivem Mamma-CA Anzahl Lymphknoten Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und OP 	<ul style="list-style-type: none"> Postoperatives Präparatröntgen Angabe Sicherheitsabstand bei BET Angabe Sicherheitsabstand b. Mastektomie Axilladisektion oder SLNB bei invasivem Mamma-CA Anzahl Lymphknoten Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und OP

Gegenüber den Auffälligkeiten aufgrund der Ergebnisse des Verfahrensjahres 2006 sind für das Johanniter-Krankenhaus Geesthacht und das DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg weniger Auffälligkeiten zu verzeichnen. Dagegen sind für das Krankenhaus Reinbek weiterhin sechs Qualitätsmerkmale auffällig; für zwei Qualitätsmerkmale liegen zudem keine Angaben vor.

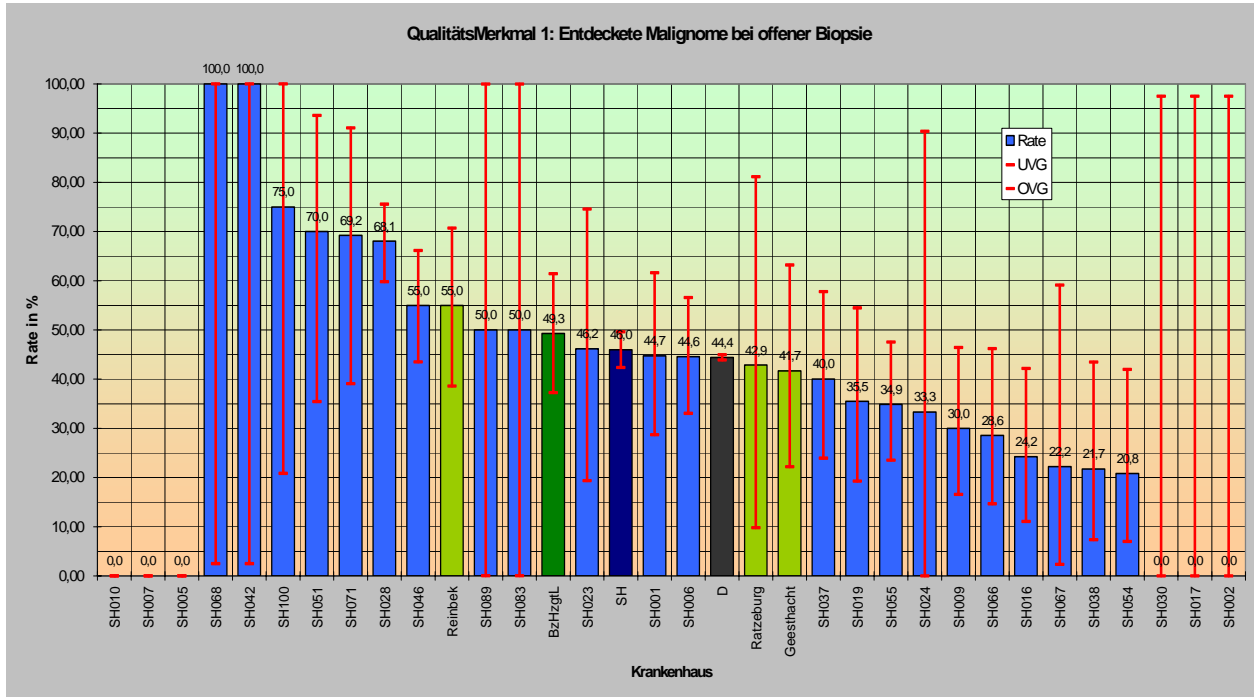
Mit Ausnahme des Qualitätsmerkmals 21 „Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum“ sind zunächst die Qualitätsmerkmale des Verfahrensjahres 2007 – und im Vergleich dazu des Verfahrensjahres 2006 - nachfolgend graphisch aufbereitet:

1. Zu allen als Raten dargestellten Qualitätsindikatoren die zugehörigen Konfidenzintervalle angegeben worden sind:
Die Raten sind als blaue Balken dargestellt. Konfidenzintervalle sind durch die obere Vertrauensgrenze (OVG) und untere Vertrauensgrenze (UVG) sowie die zugehörige Spannweitenlinie gekennzeichnet.
2. Die Krankenhausergebnisse sind benchmarkmäßig sortiert dargestellt:
Das „beste“ Ergebnis ist links und das schlechteste Ergebnis ist „rechts“.
3. Die Ergebnisse des Johanniter Krankenhauses Geestacht, des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg und des Krankenhauses Reinbek St. Adolf Stift sowie das Gesamtergebnis des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg sind durch grüne Balken farblich gekennzeichnet.
4. Zusätzlich zum Landesdurchschnittswert (dunkelblauer Balken) ist auch der Bundesdurchschnittswert (indigoblaue Balken) angegeben.
5. Die jeweiligen Referenzbereiche (= Unauffälligkeitsbereiche) sind grün schraffiert dargestellt.

Ergänzend hierzu ist das Qualitätsmerkmals 21 „Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum“ graphisch aufbereitet. Für diese stetige Variable konnten keine Konfidenzintervalle berechnet werden.

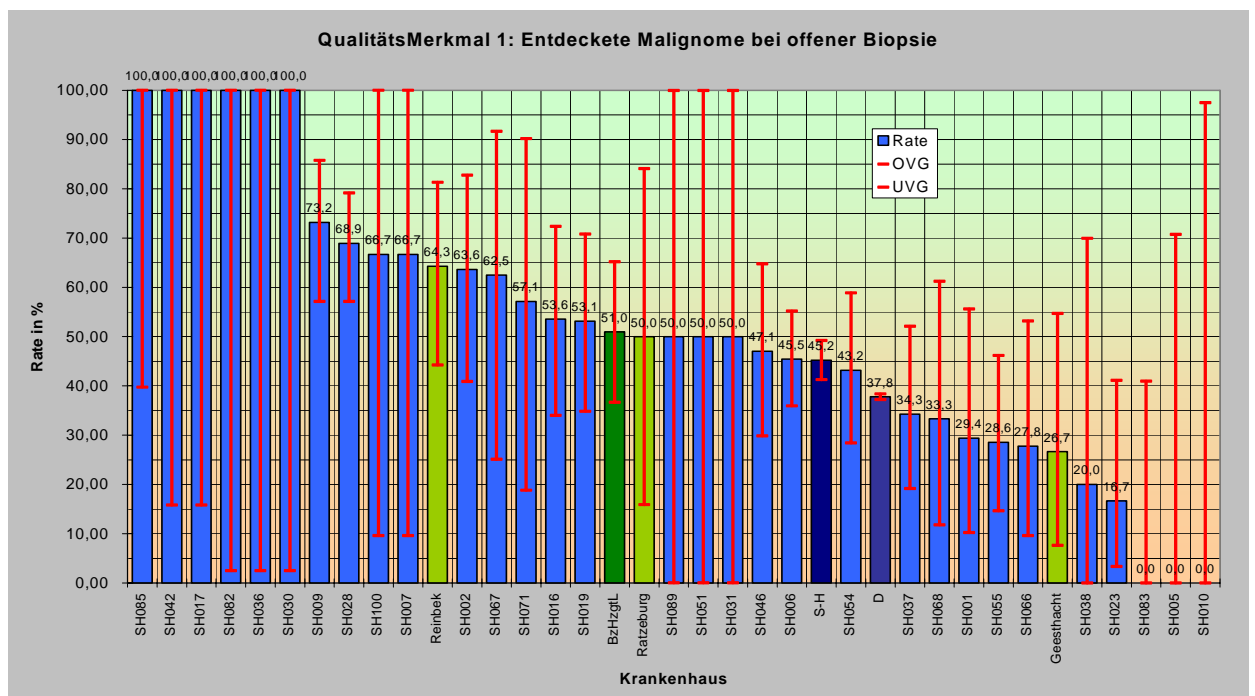
4 Graphische Aufbereitung

4.1 Entdeckte Malignome bei offener Biopsie

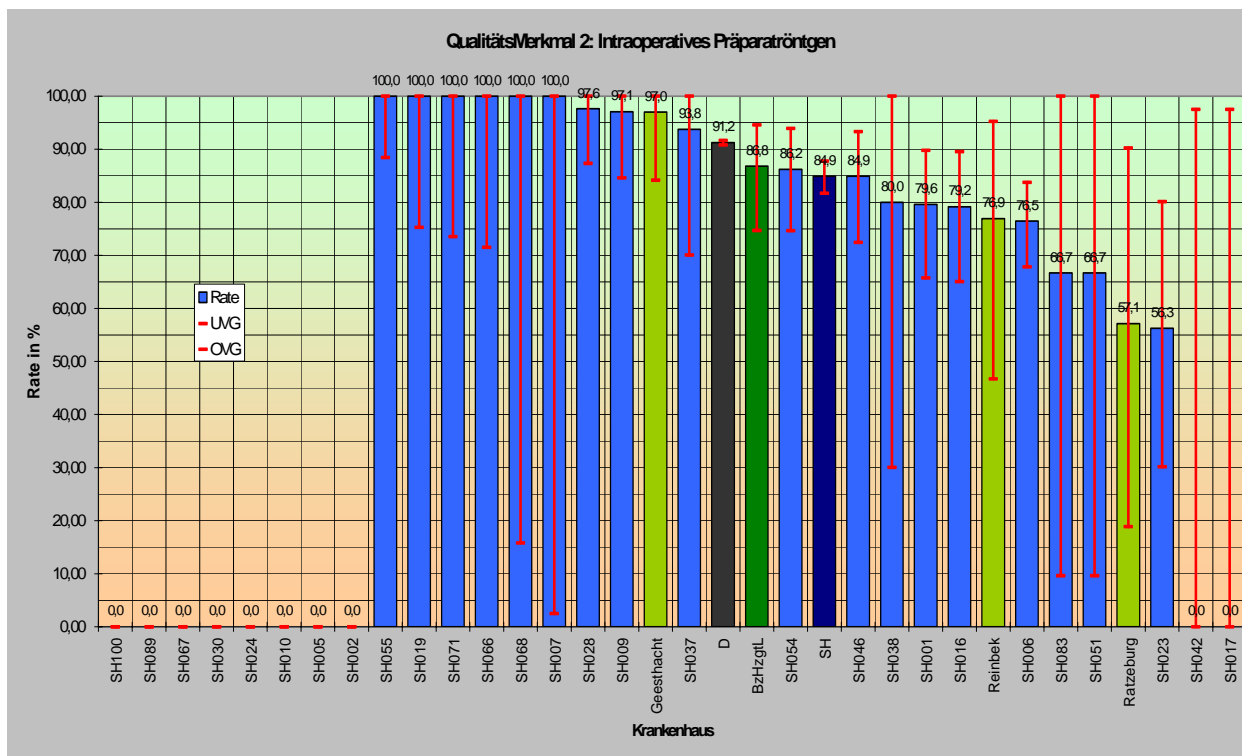


4.1.1 Verfahrensjahr 2007

4.1.2 Verfahrensjahr 2006

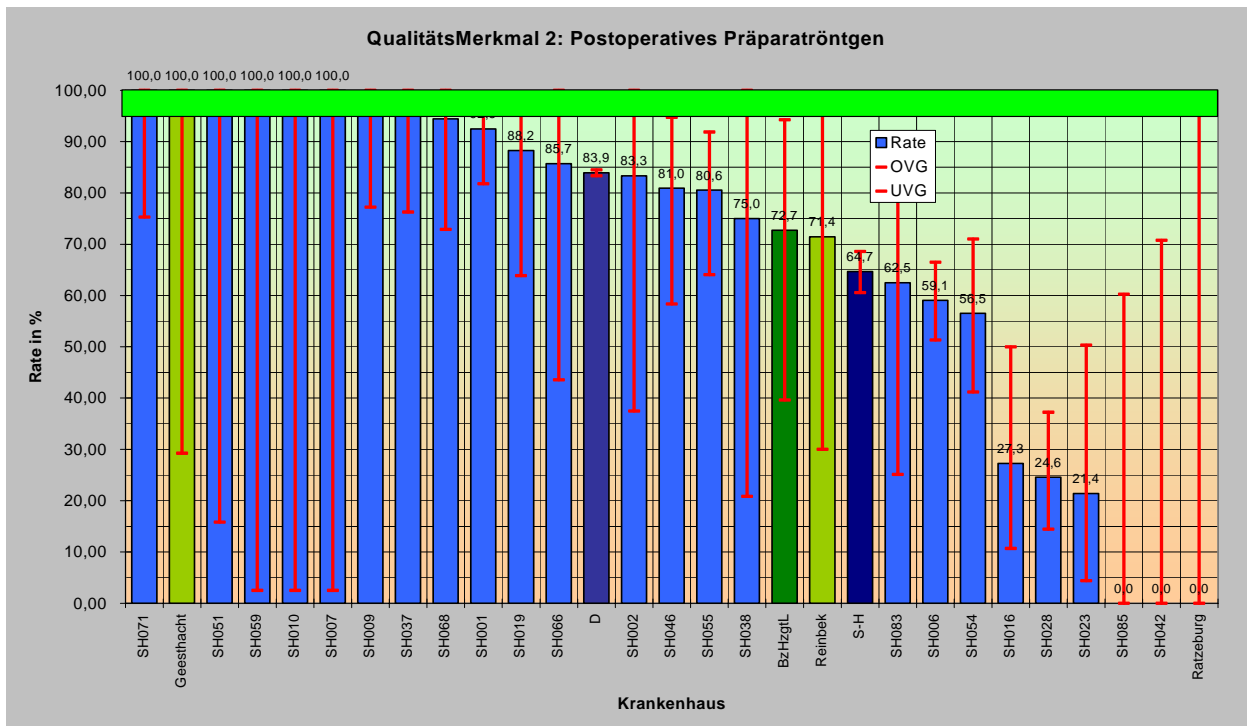


4.2 Intra- bzw. Postoperatives Präparatröntgen

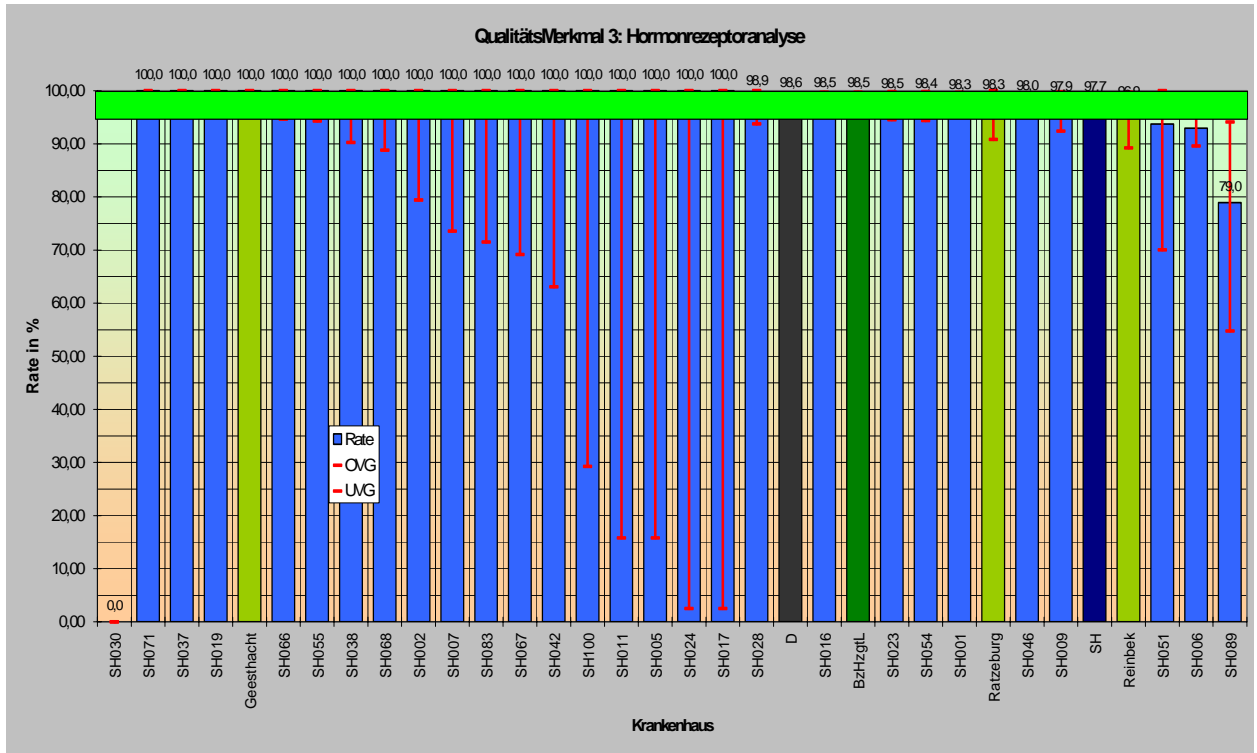


4.2.1 Verfahrensjahr 2007

4.2.2 Verfahrensjahr 2006

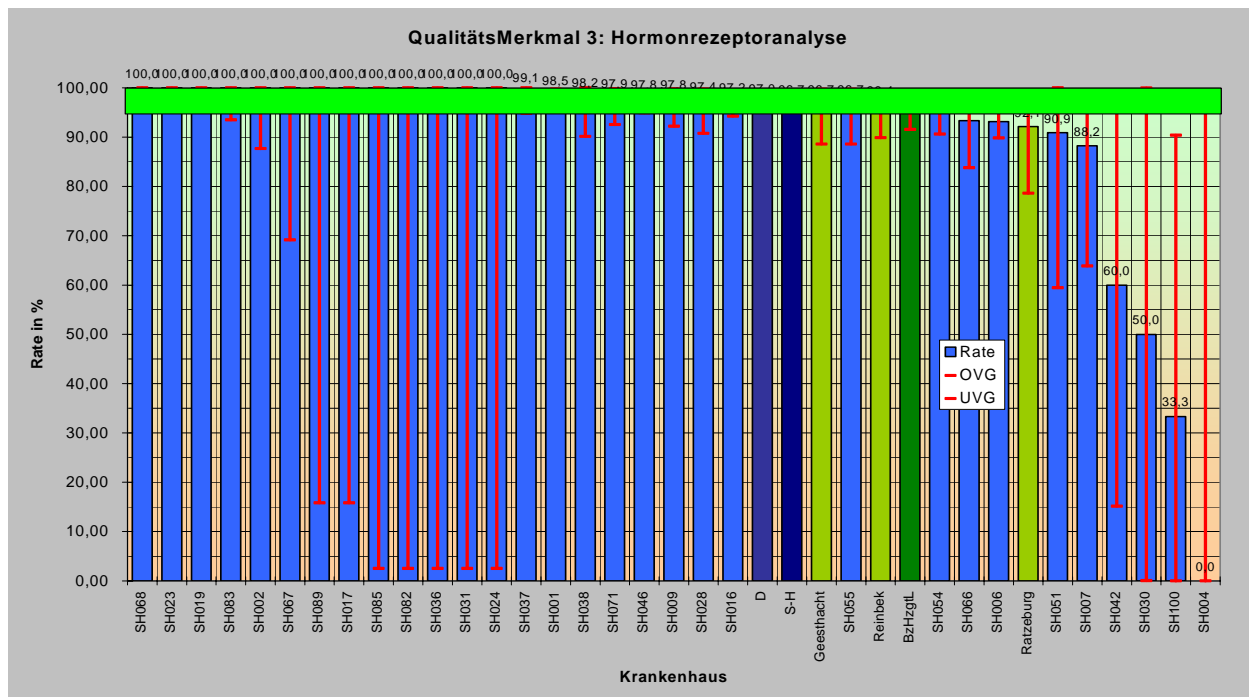


4.3 Hormonrezeptoranalyse

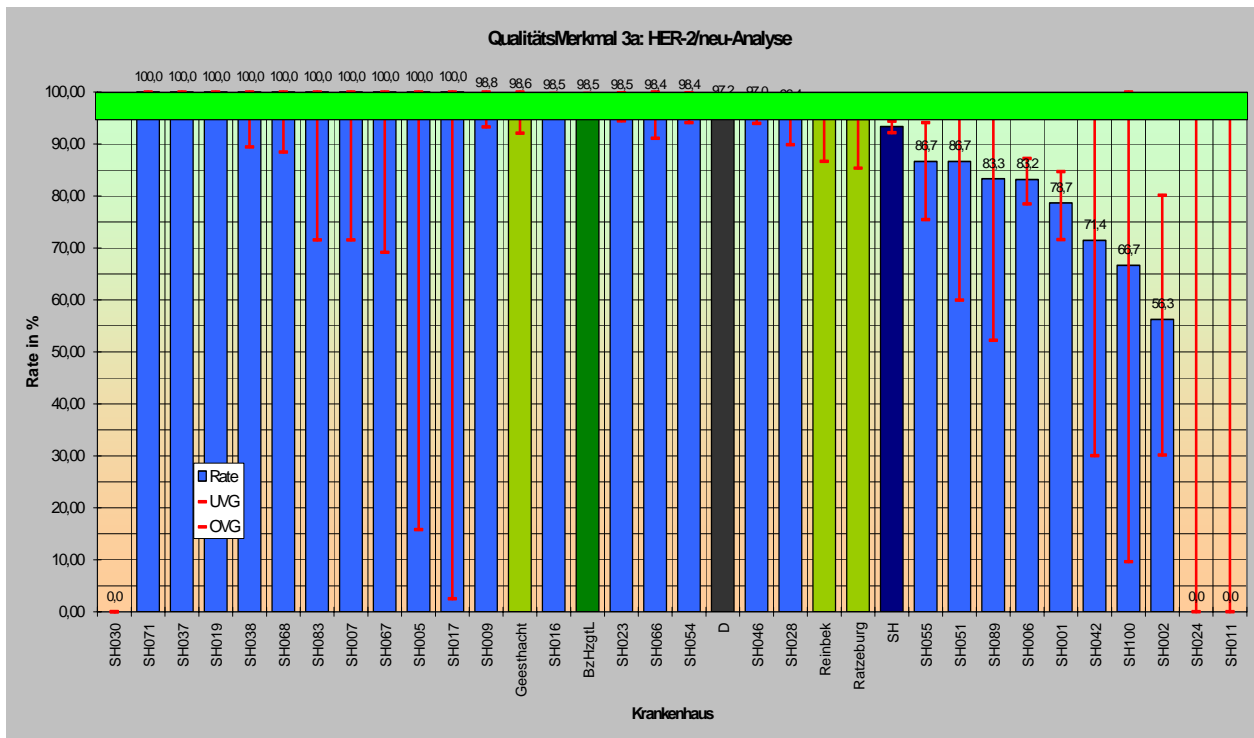


4.3.1 Verfahrensjahr 2007

4.3.2 Verfahrensjahr 2006



4.4 HER-2/neu-Analyse



4.4.1 Verfahrensjahr 2007

4.4.2 Verfahrensjahr 2006

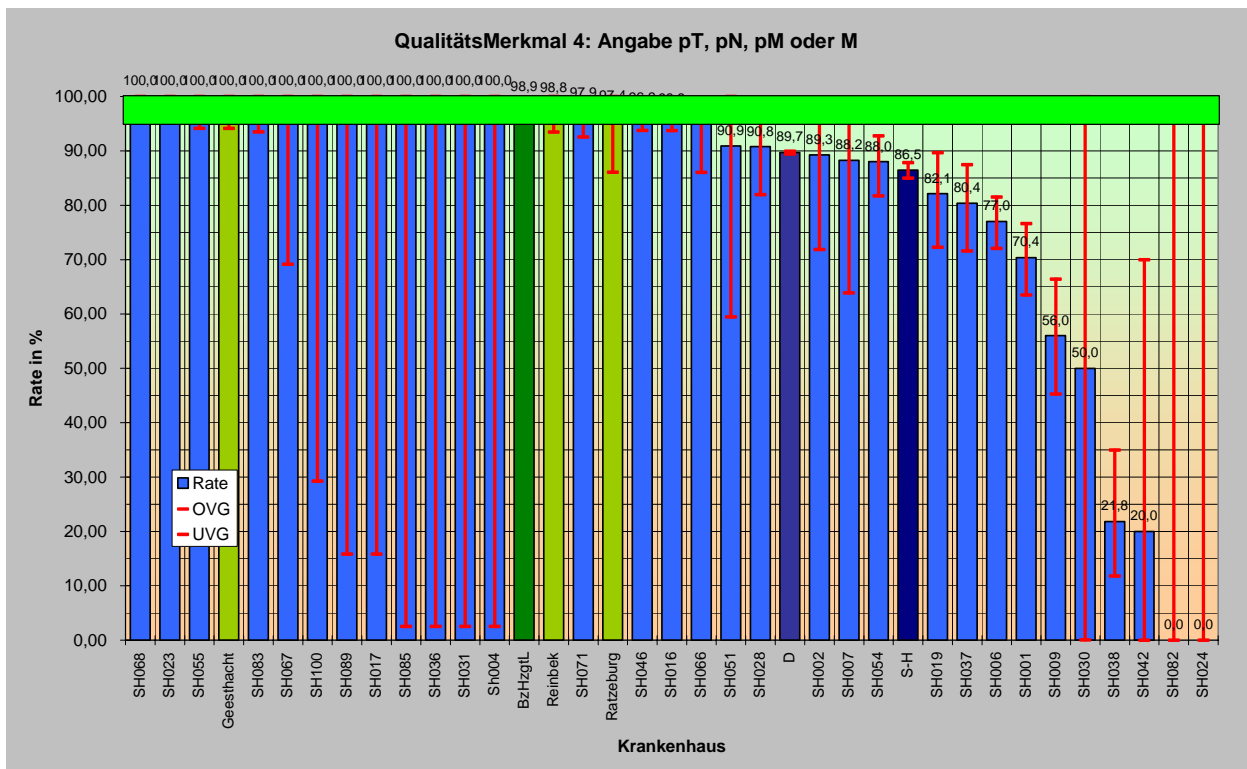
Diese Qualitätskennzahl ist erstmals für das Verfahrensjahr 2007 berechnet worden.

4.5 Angabe pT, pN und M

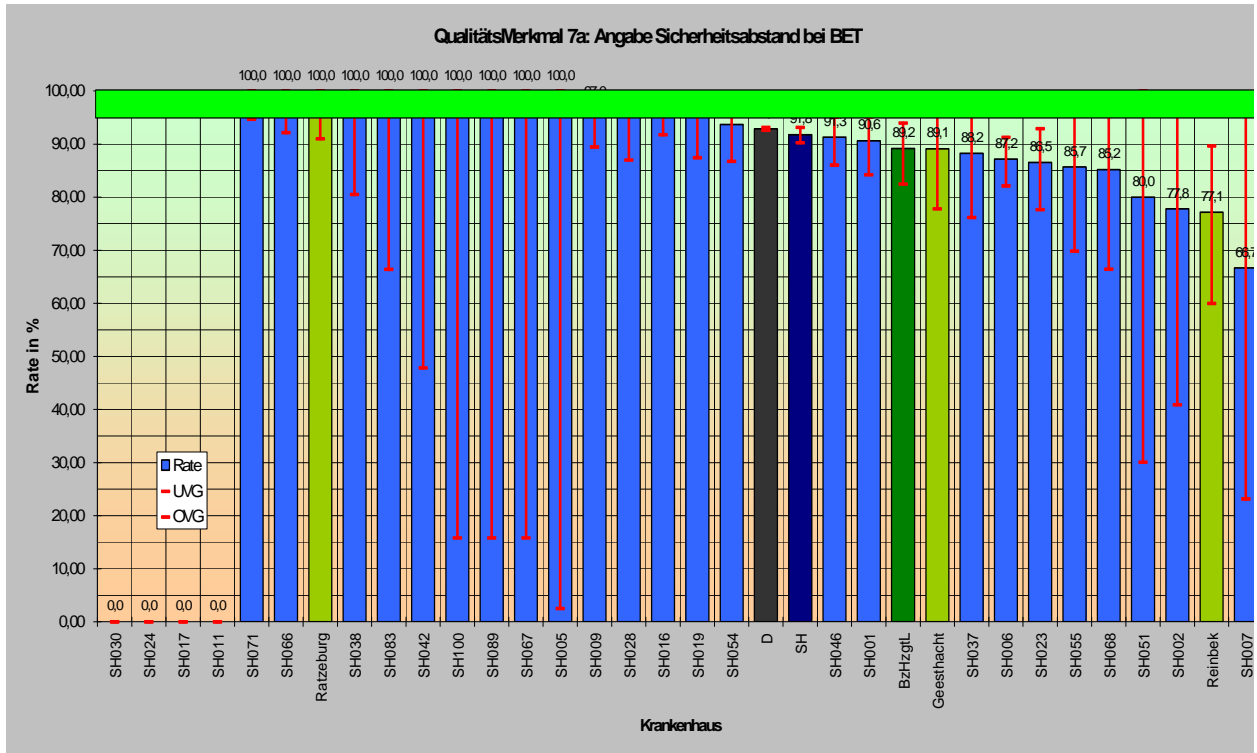
4.5.1 Verfahrensjahr 2007

Diese Qualitätskennzahl ist für das Verfahrensjahr 2007 nicht berechnet worden.

4.5.2 Verfahrensjahr 2006

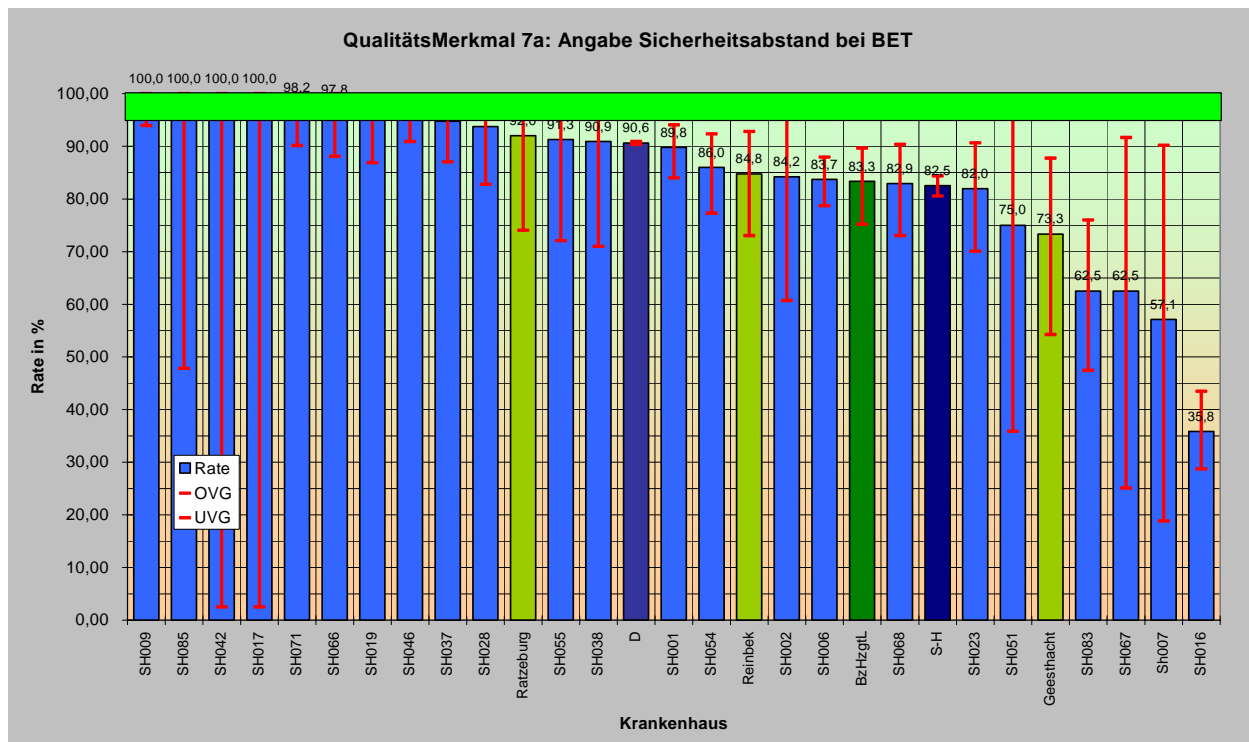


4.6 Angabe Sicherheitsabstand bei BET

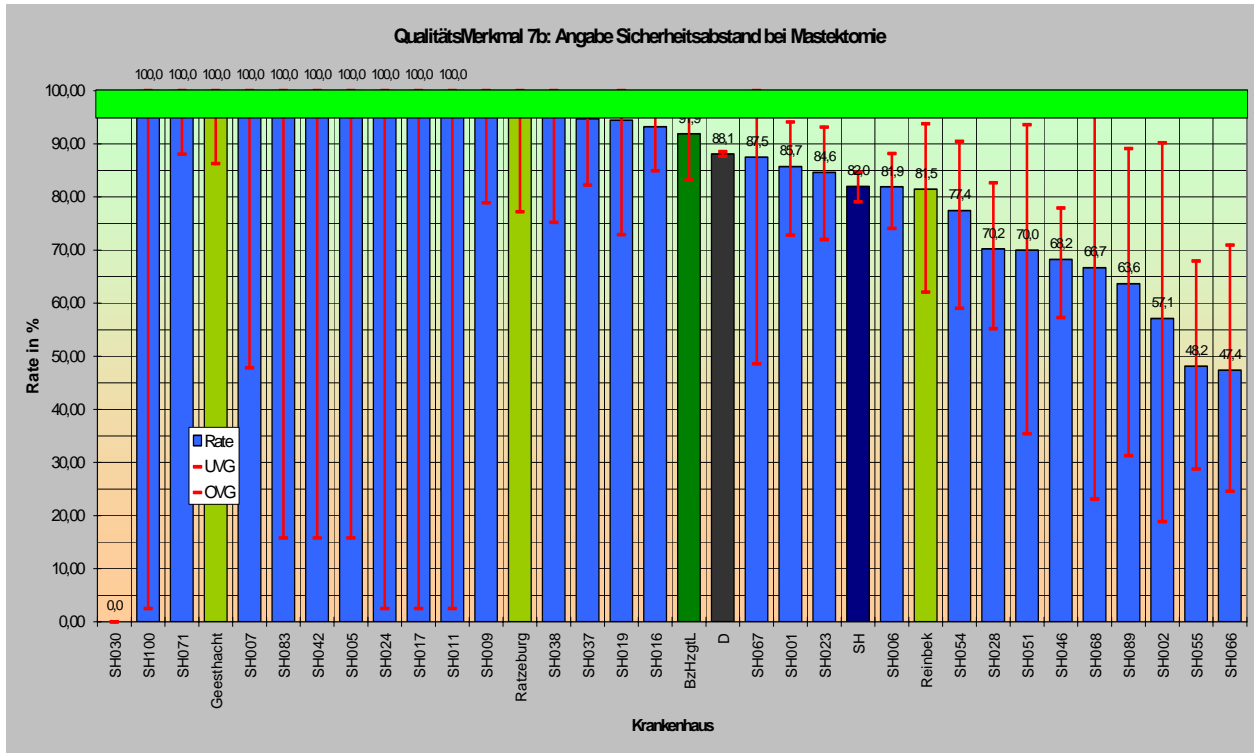


4.6.1 Verfahrensjahr 2007

4.6.2 Verfahrensjahr 2006

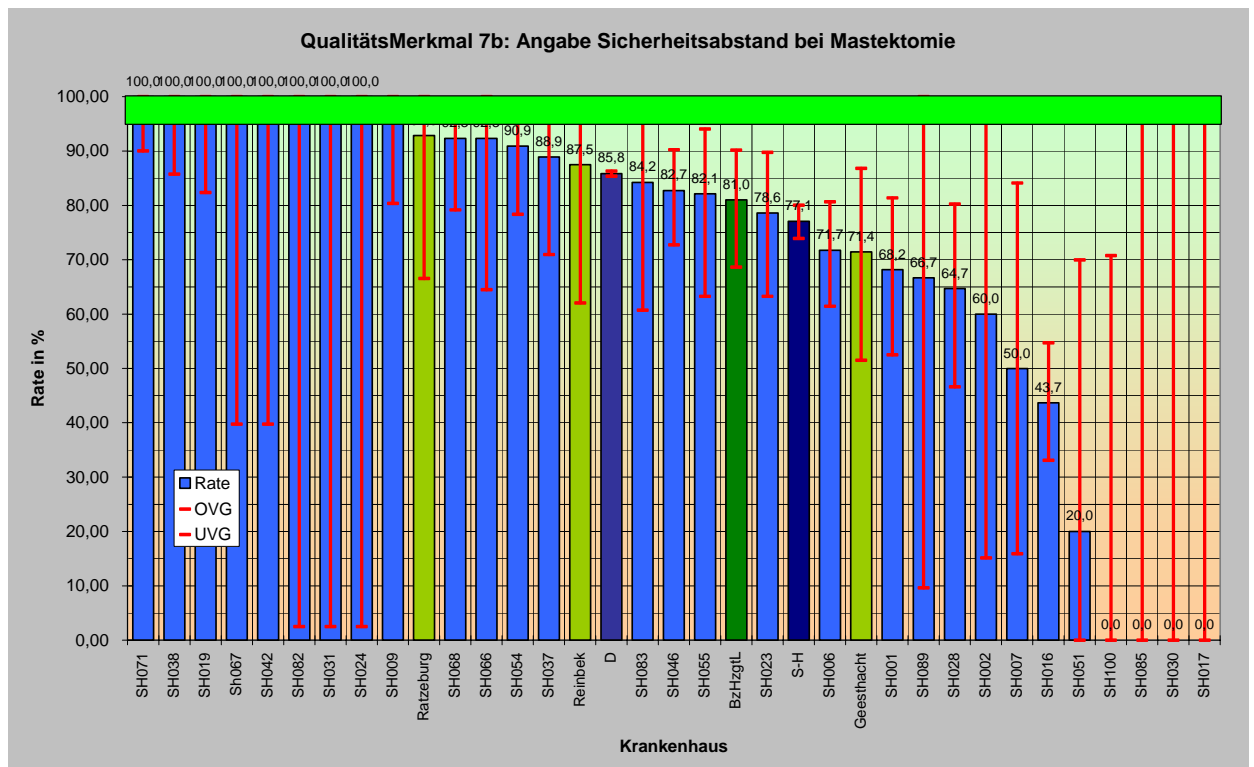


4.7 Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie

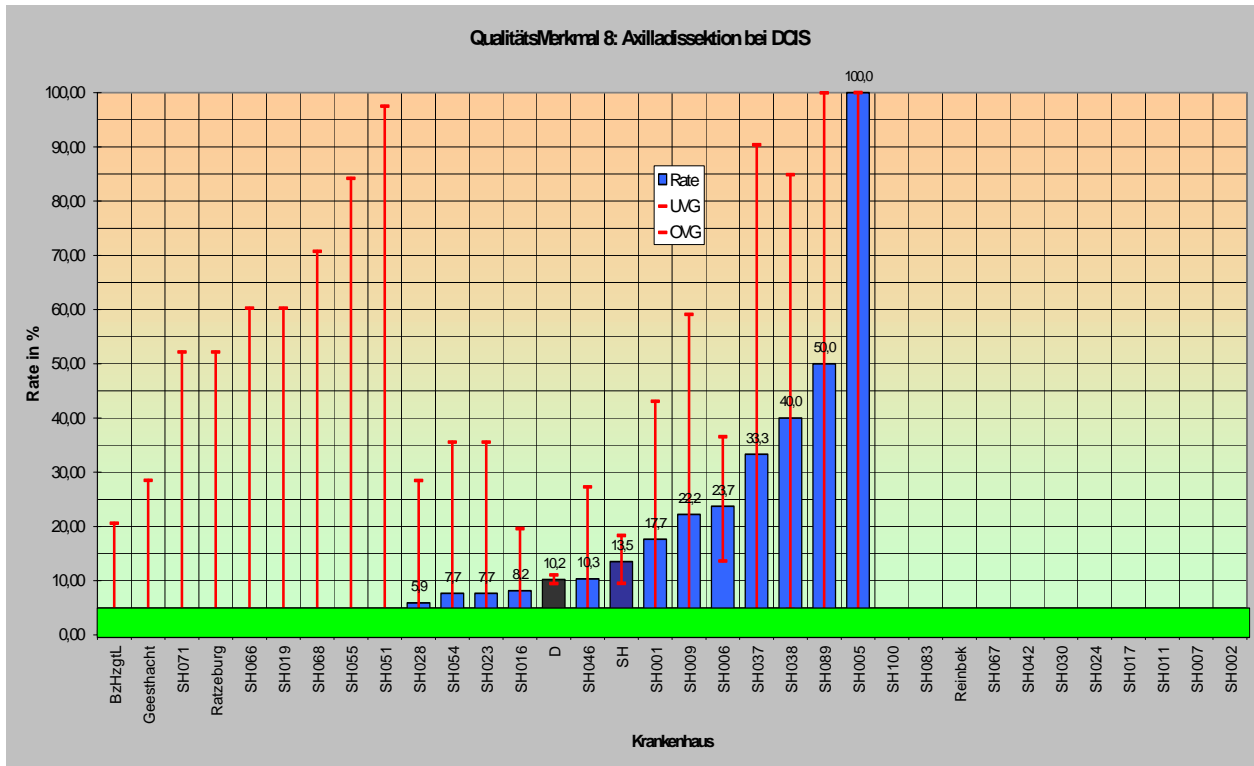


4.7.1 Verfahrensjahr 2007

4.7.2 Verfahrensjahr 2006

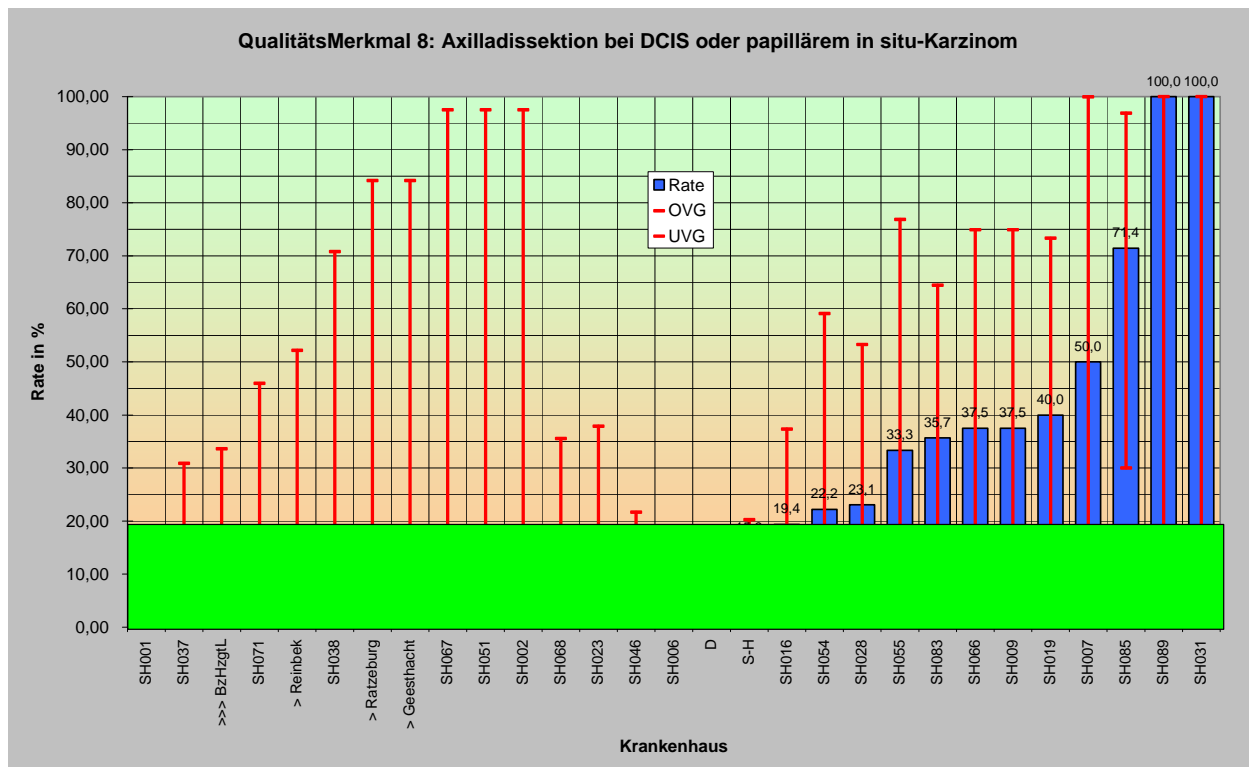


4.8 Axilladisektion bei DCIS (od. papillärem in-situ-Karzinom)

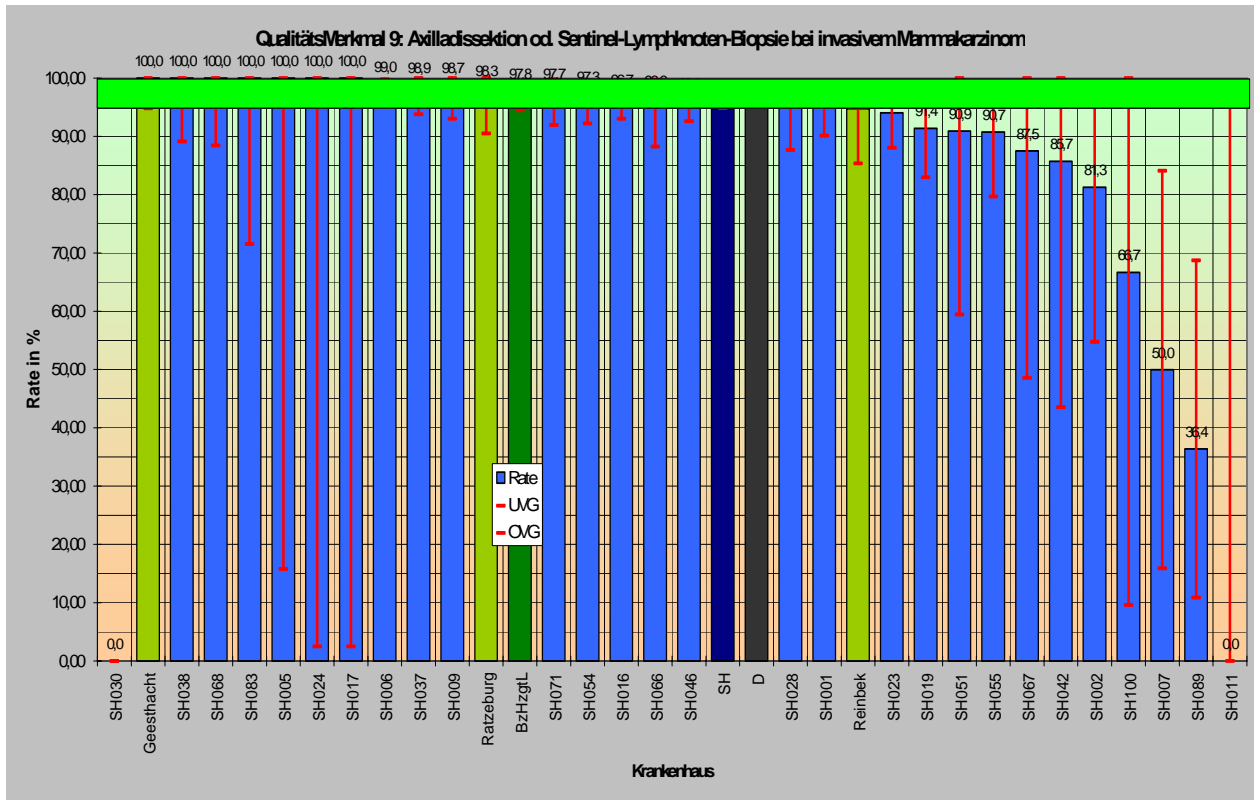


4.8.1 Verfahrensjahr 2007

4.8.2 Verfahrensjahr 2006

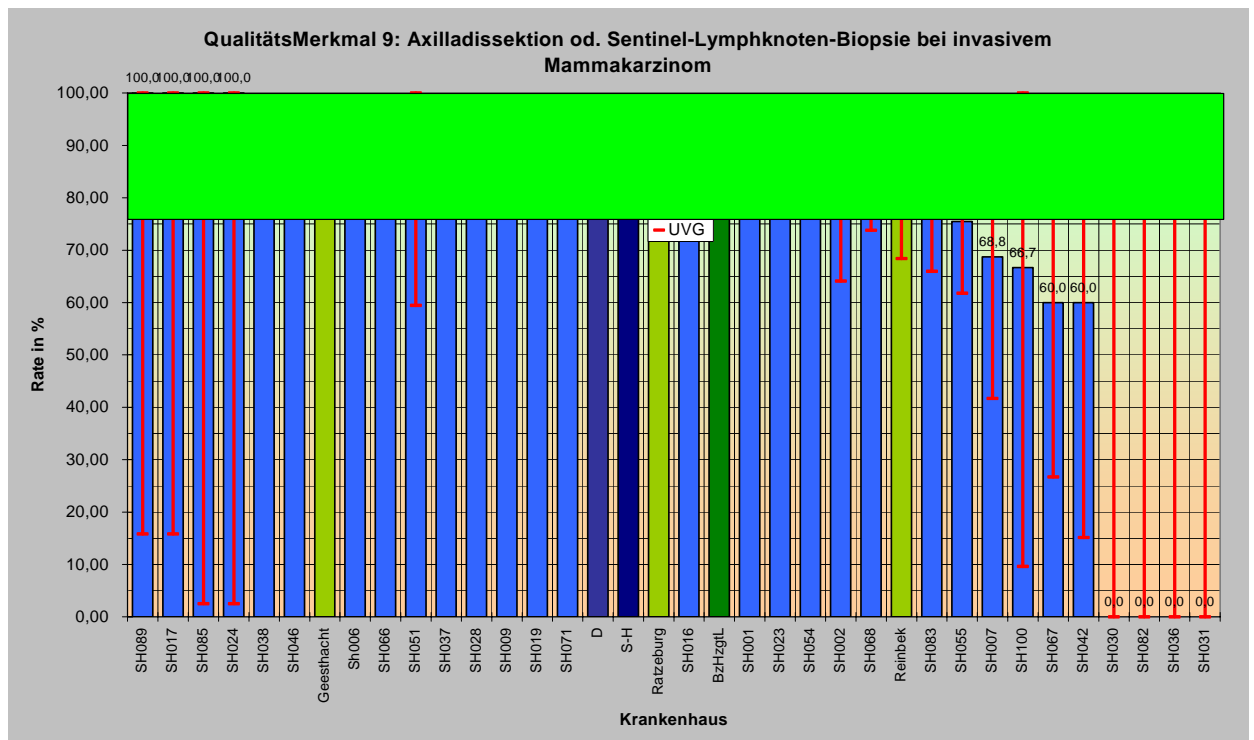


4.9 Axilladisektion oder SLNB bei invasivem Karzinom

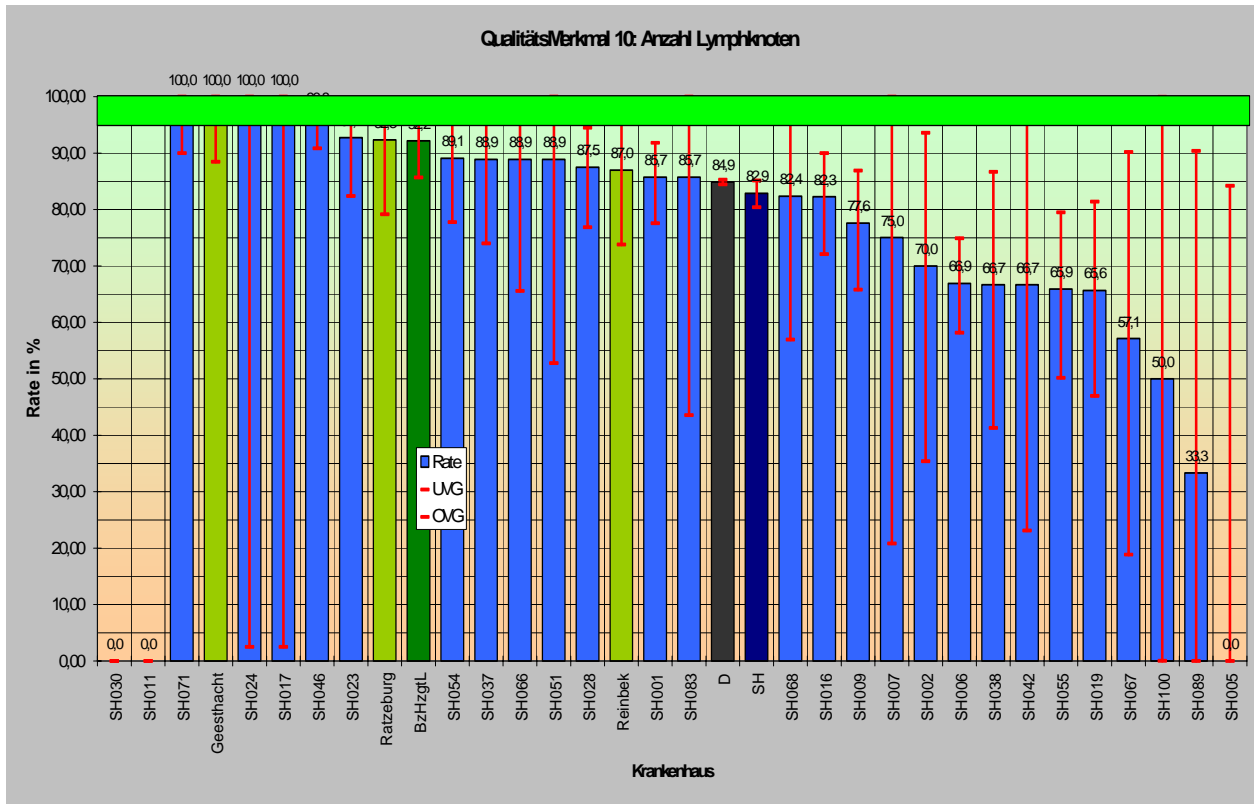


4.9.1 Verfahrensjahr 2007

4.9.2 Verfahrensjahr 2006

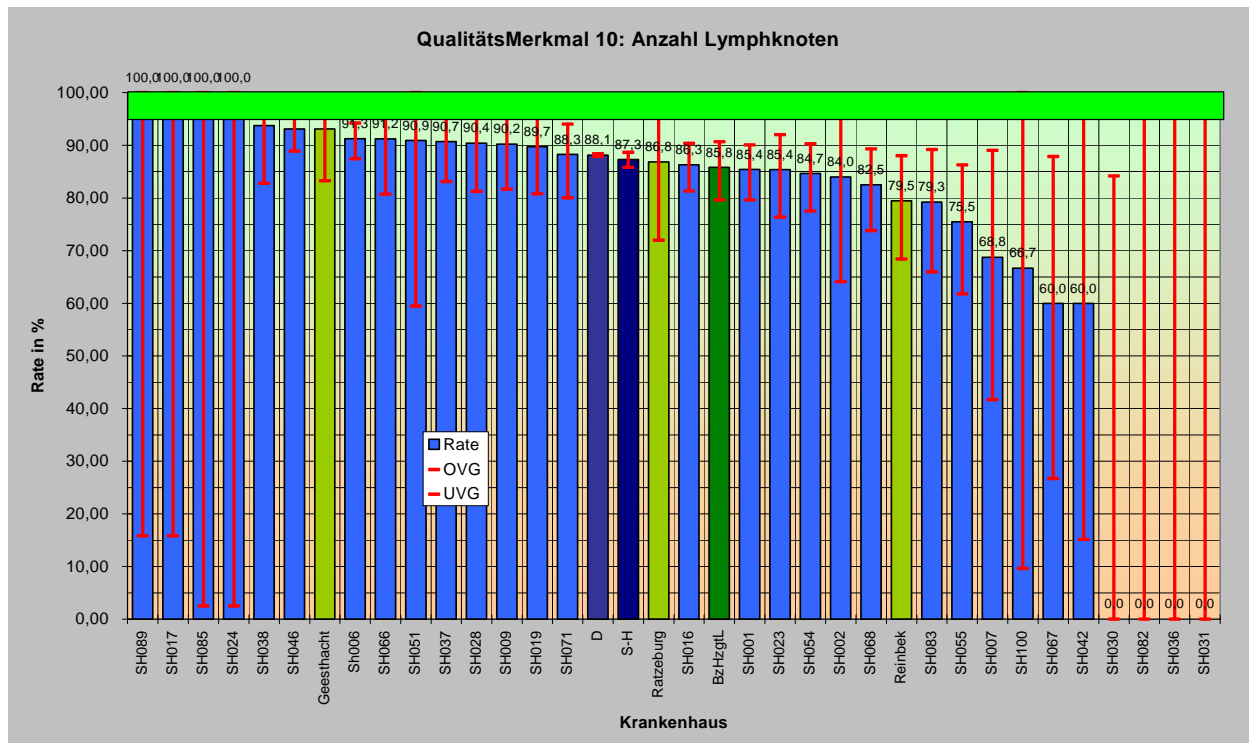


4.10 Anzahl Lymphknoten

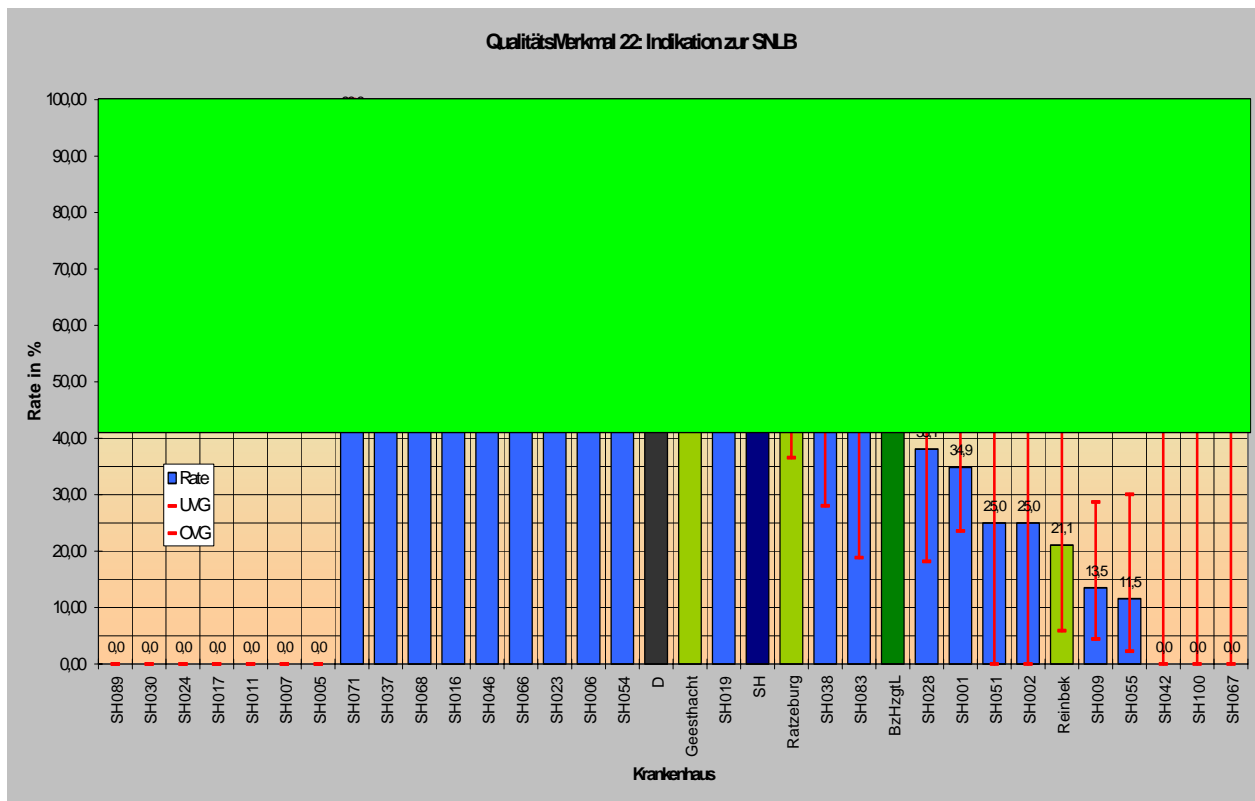


4.10.1 Verfahrensjahr 2007

4.10.2 Verfahrensjahr 2006



4.11 Indikation zur SNLB

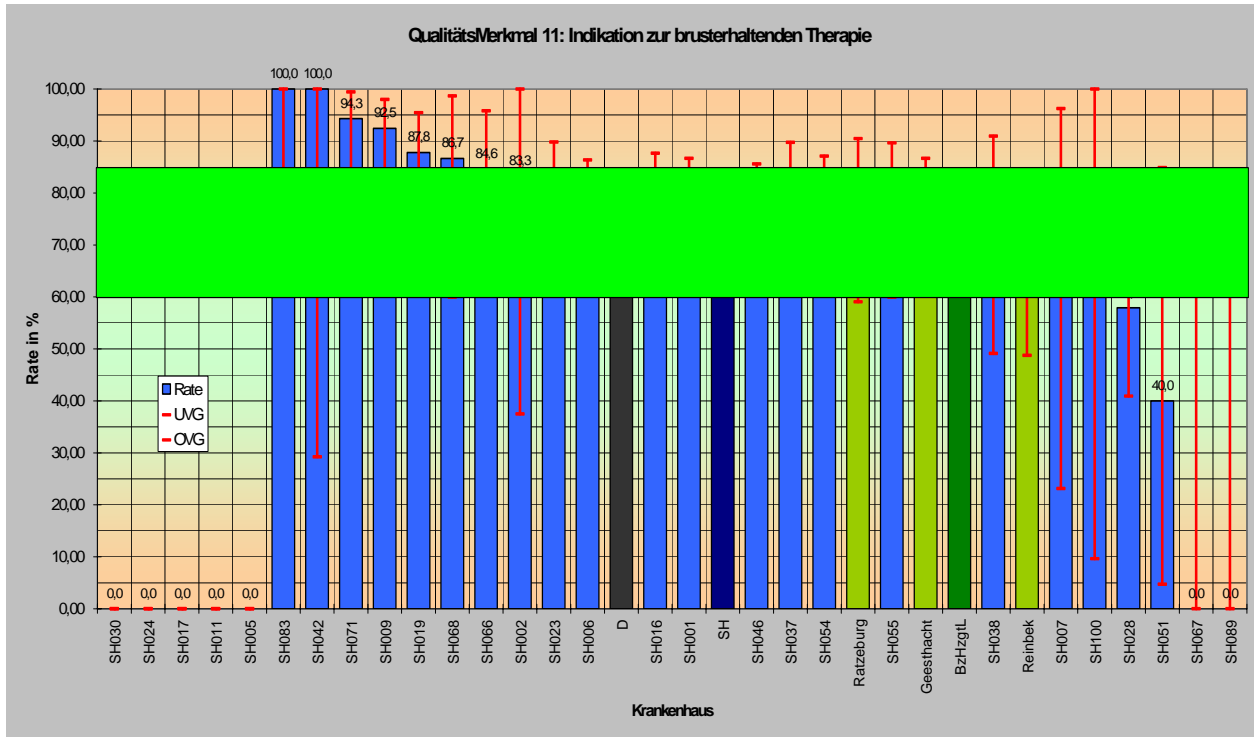


4.11.1 Verfahrensjahr 2007

4.11.2 Verfahrensjahr 2006

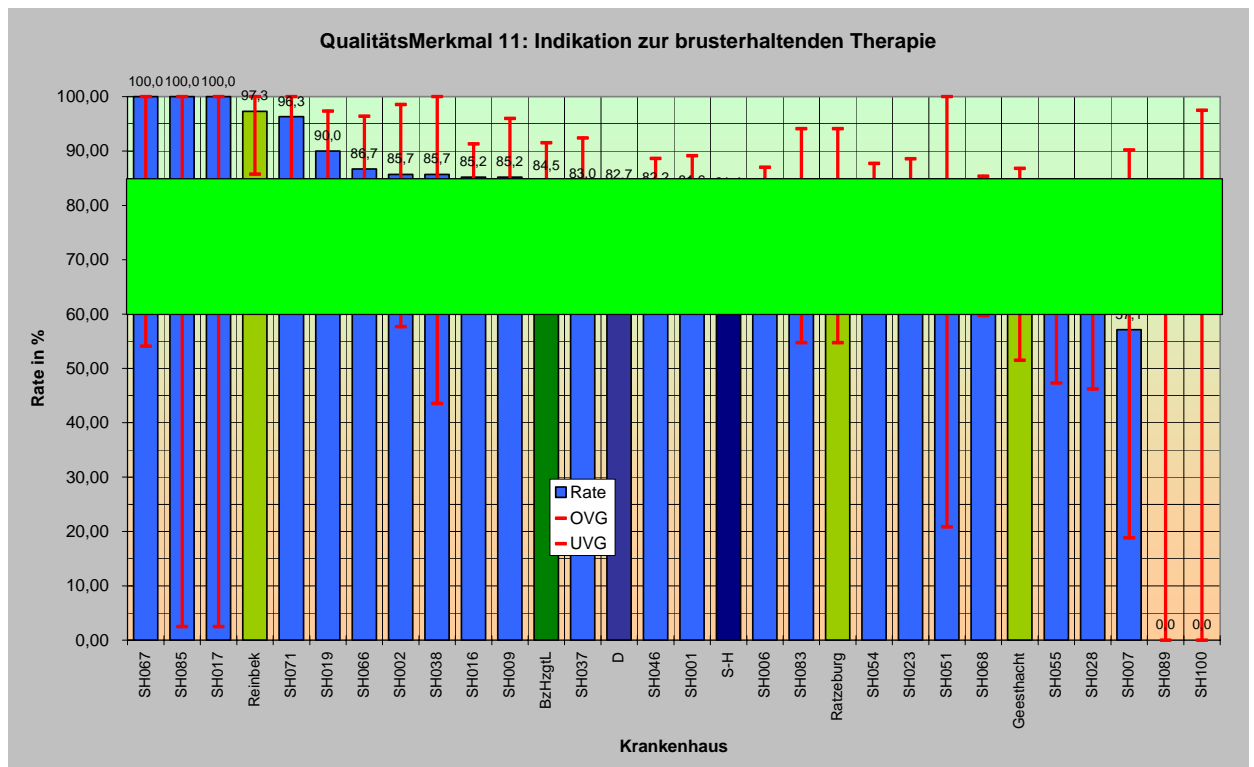
Diese Qualitätskennzahl ist erstmals für das Verfahrensjahr 2007 berechnet worden.

4.12 Indikation zur BET

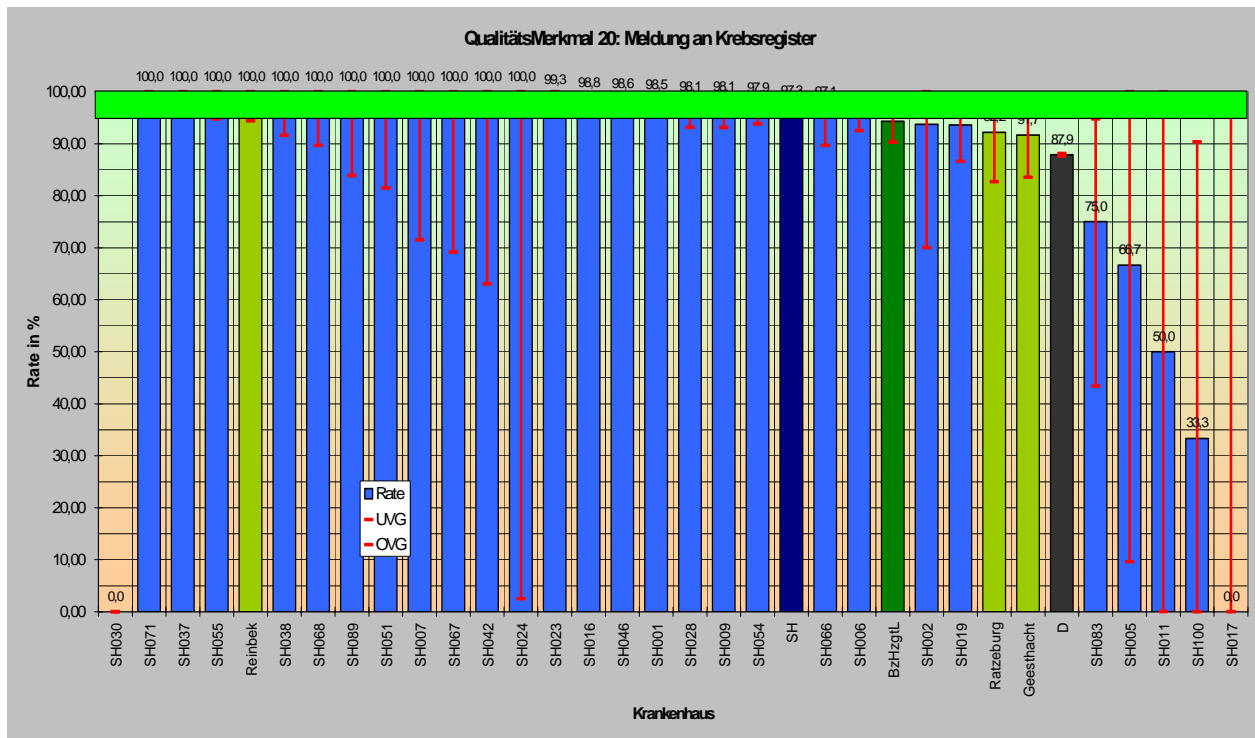


4.12.1 Verfahrensjahr 2007

4.12.2 Verfahrensjahr 2006

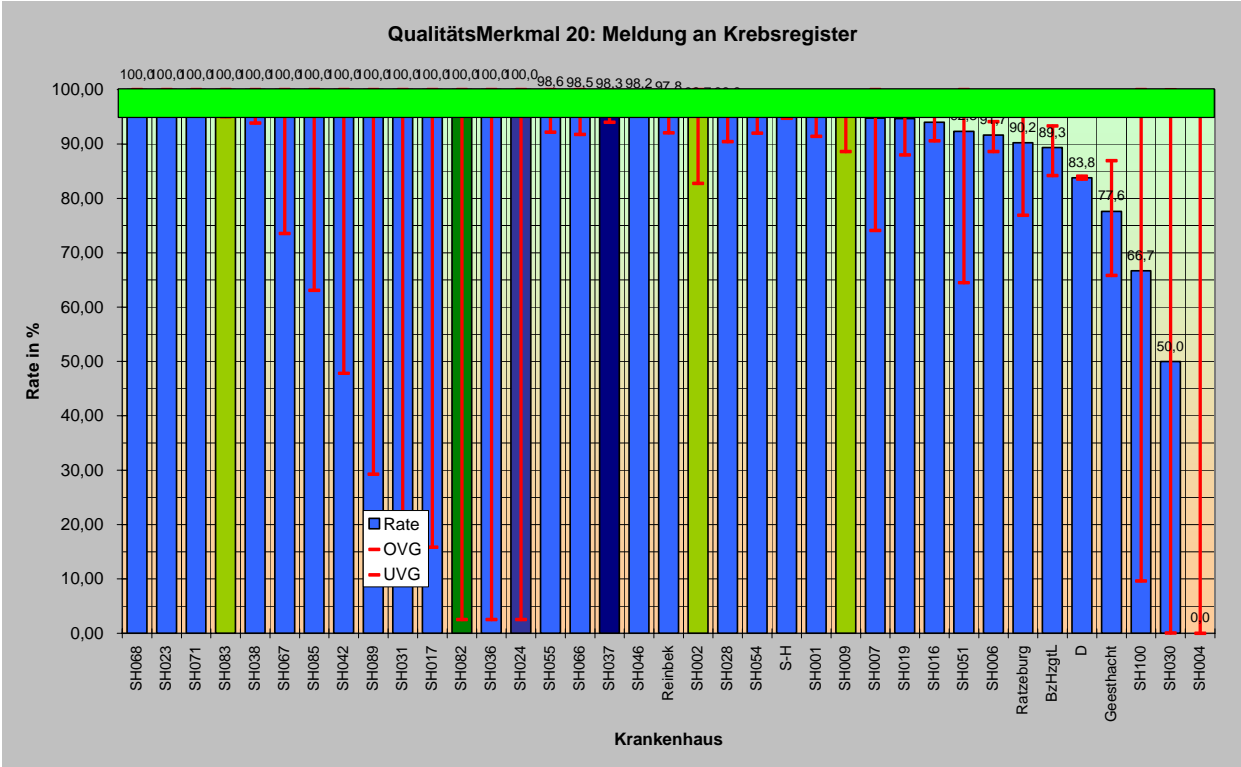


4.13 Meldung an Krebsregister

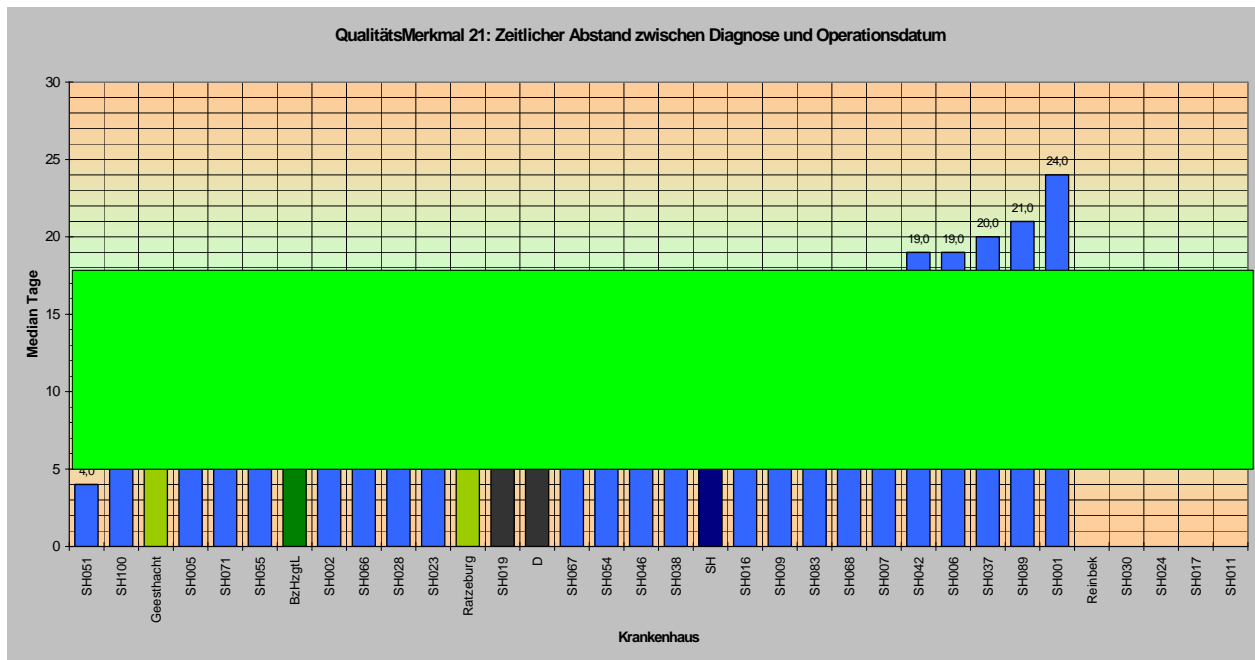


4.13.1 Verfahrensjahr 2007

4.13.2 Verfahrensjahr 2006



4.14 Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation



4.14.1 Verfahrensjahr 2007

4.14.2 Verfahrensjahr 2006

Für das Verfahrensjahr 2007 erfolgte keine Darstellung.