

Externe vergleichende Qualitätssicherung

Modul 18/1
Mammachirurgie

Verfahrensjahr 2010

Ergebnisanalyse und -aufbereitung

Version 1.0

durchgeführt durch
Dr. F.-Michael Niemann

Stand: 20.09.2011

Inhalt

1	VORWORT	5
2	EXKURS: SINN UND ZWECK DER EXTERNEN VERGLEICHENDEN QUALITÄTSSICHERUNG.....	7
3	ERGEBNISÜBERSICHT	11
3.1	Qualitätsmerkmale/-indikatoren	11
3.2	Standortspezifische Ergebnisübersicht	16
4	GRAPHISCHE AUFBEREITUNG.....	19
4.1	Einleitung	19
4.2	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	20
4.2.1	Verfahrensjahr 2010.....	20
4.2.2	Verfahrensjahr 2009.....	21
4.2.3	Verfahrensjahr 2008.....	21
4.3	Entdeckte Malignome bei offener Biopsie	22
4.3.1	Verfahrensjahr 2007.....	22
4.3.2	Verfahrensjahr 2006.....	22
4.4	Intra- bzw. Postoperatives Präparatröntgen.....	23
4.4.1	Verfahrensjahr 2010.....	23
4.4.2	Verfahrensjahr 2009.....	23
4.4.3	Verfahrensjahr 2008.....	24
4.4.4	Verfahrensjahr 2007.....	24
4.4.5	Verfahrensjahr 2006.....	24
4.5	Hormonrezeptoranalyse	25
4.5.1	Verfahrensjahr 2010.....	25
4.5.2	Verfahrensjahr 2009.....	25
4.5.3	Verfahrensjahr 2008.....	26
4.5.4	Verfahrensjahr 2007.....	26
4.5.5	Verfahrensjahr 2006.....	26
4.6	HER-2/neu-Analyse.....	27
4.6.1	Verfahrensjahr 2010.....	27
4.6.2	Verfahrensjahr 2009.....	27
4.6.3	Verfahrensjahr 2008.....	28
4.6.4	Verfahrensjahr 2007.....	28
4.7	Angabe pT, pN und M	29
4.7.1	Verfahrensjahr 2006.....	29

4.8	Angabe Sicherheitsabstand bei BET	30
4.8.1	Verfahrensjahr 2010.....	30
4.8.2	Verfahrensjahr 2009.....	30
4.8.3	Verfahrensjahr 2008.....	31
4.8.4	Verfahrensjahr 2007.....	31
4.8.5	Verfahrensjahr 2006.....	31
4.9	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie.....	32
4.9.1	Verfahrensjahr 2010.....	32
4.9.2	Verfahrensjahr 2009.....	32
4.9.3	Verfahrensjahr 2008.....	33
4.9.4	Verfahrensjahr 2007.....	33
4.9.5	Verfahrensjahr 2006.....	33
4.10	Axilladisektion bei DCIS (od. papillärem in-situ-Karzinom).....	34
4.10.1	Verfahrensjahr 2010.....	34
4.10.2	Verfahrensjahr 2009.....	34
4.10.3	Verfahrensjahr 2008.....	35
4.10.4	Verfahrensjahr 2007.....	35
4.10.5	Verfahrensjahr 2006.....	35
4.11	Axilladisektion oder SLNB bei invasivem Karzinom.....	36
4.11.1	Verfahrensjahr 2007.....	36
4.11.2	Verfahrensjahr 2006.....	36
4.12	Anzahl Lymphknoten	37
4.12.1	Verfahrensjahr 2010.....	37
4.12.2	Verfahrensjahr 2009.....	37
4.12.3	Verfahrensjahr 2008.....	38
4.12.4	Verfahrensjahr 2007.....	38
4.12.5	Verfahrensjahr 2006.....	38
4.13	Indikation zur SNLB.....	39
4.13.1	Verfahrensjahr 2010.....	39
4.13.2	Verfahrensjahr 2009.....	39
4.13.3	Verfahrensjahr 2008.....	40
4.13.4	Verfahrensjahr 2007.....	40
4.14	Indikation zur BET	41
4.14.1	Verfahrensjahr 2010.....	41
4.14.2	Verfahrensjahr 2009.....	41
4.14.3	Verfahrensjahr 2008.....	42
4.14.4	Verfahrensjahr 2007.....	42
4.14.5	Verfahrensjahr 2006.....	42
4.15	Meldung an Krebsregister.....	43
4.15.1	Verfahrensjahr 2009.....	43
4.15.2	Verfahrensjahr 2009.....	43
4.15.3	Verfahrensjahr 2008.....	44
4.15.4	Verfahrensjahr 2007.....	44
4.15.5	Verfahrensjahr 2006.....	44

4.16	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation.....	45
4.16.1	Verfahrensjahr 2010.....	45
4.16.2	Verfahrensjahr 2009.....	45
4.16.3	Verfahrensjahr 2008.....	46
4.16.4	Verfahrensjahr 2007.....	46
4.17	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie.....	47
4.17.1	Verfahrensjahr 2010.....	47
4.18	Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie	47
4.18.1	Verfahrensjahr 2010.....	47

1 Vorwort

Seit dem Jahr 2007 erfolgt im **BzHzgtL** eine 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 – erstmals also für das Verfahrensjahr 2006.

Im Folgenden wird die Ergebnisanalyse und -aufbereitung für das Jahr **2010** vorgelegt. Inhaltlich ist diese in gleicher Weise aufgebaut wie für die Verfahrensjahre 2006, 2007, 2008 und 2009. Ergänzend zu den Ergebnisse des aktuellen Verfahrensjahres 2010 werden hierbei auch wieder die Vorjahresergebnisse - Verfahrensjahr 2009, 2008, 2006 und 2006 - mit dargestellt.

Allerdings ist für die **intertemporale Vergleichbarkeit** folgendes zu berücksichtigen:

A Neuerungen ab 2010

- Die Auswertung wird ab 2010 um zwei **Auffälligkeitskriterien** zur **Vollzähligkeit** ergänzt. Auf Modulebene werden für jeden Leistungsbereich Kennzahlen zur Unter- und Überdokumentation berechnet. Die Bewertung der Ergebnisse der Vollzähligkeit wird in den Prozess des strukturierten Dialogs integriert.
- Weiterhin werden **zwei Kennzahlen zur Datenvalidierung** routinemäßig in die Auswertung ab 2010 integriert. Die Bewertung der Kennzahlen erfolgt ebenfalls im strukturierten Dialog.

Hierbei handelt es sich um folgende Kennzahlen:

- **QM (1D): Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie**

Grundgesamtheit:

Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie invasives Mammakarziom (Primärtumor).

Zähler:

Patientinnen ohne postoperative Histologie invasives Mammakarzinom.

Hypothese:

Mangelhafte Kenntnisse der ICD-O-3-Klassifikation, die in der QS-Dokumentation 2007 neu eingeführt wurde. Fehlende Sorgfalt bei der Dokumentation des Datenfeldes postoperative Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde.

- **QM (1D): Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie**

Grundgesamtheit:

Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und postoperativer Histologie invasives Mammakarzinom.

Zähler:

Alle Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie.

Hypothese:

Fehlende Sorgfalt, Abkürzung der Dokumentation

B Vergleichbarkeit der 2010er Ergebnisse gegenüber 2009er Ergebnisse

- Aufsplittung des Indikators Kennzahl QM (1) „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ in zwei Kennzahlen nach
 - a) tastbaren und
 - b) nicht tastbaren Tumoren.
- QM (21) „Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum“ Umstellung des Medianwertes auf eine ratenbasierte Kennzahl.

C Vergleichbarkeit 2009er Ergebnisse gegenüber 2008er Ergebnisse

keine Einschränkungen.

D Vergleichbarkeit 2008er Ergebnisse gegenüber 2007er Ergebnisse

laut ProQS bei der KGSH gilt:

- QM (1) „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (85872) - erstmals in 2008 ausgewertet
- QM (8) „Axilladisektion bei DCIS“ (85874) - Diese Kennzahl ist das Ergebnis der Weiterentwicklung der Kennzahl Axilladisektion bei DCIS (46208) aus der Auswertung 2007. Da die Rechenregel verändert wurde, sind die Ergebnisse nicht vergleichbar
- QM (11) „Indikation zur brusterhaltenden Therapie“ (85888) - Diese Kennzahl ist das Ergebnis der Weiterentwicklung der Kennzahl Indikation zur BET (46212) aus der Bundesauswertung 2007. Im Vergleich zu der alten Qualitätskennzahl werden auch die Frauen, die auf Wunsch (trotz nicht erfüllter Kriterien BET) die brusterhaltende Therapie erhielten, im Zähler berücksichtigt. Da die Rechenregel verändert wurde, sind die Ergebnisse nicht unmittelbar vergleichbar. Die Unterschiede sind allerdings nur geringfügig.

E Vergleichbarkeit 2007er Ergebnisse gegenüber 2006er Ergebnisse

laut ProQS bei der KGSH gilt:

- 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 Exkurs: Sinn und Zweck der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

Die **K & N** Gesellschaft für Informationsmanagement und Forschung im Gesundheitswesen mbH hat ein Konzept zum schnellen und frühzeitigem Erkennen von bestehenden Hand-

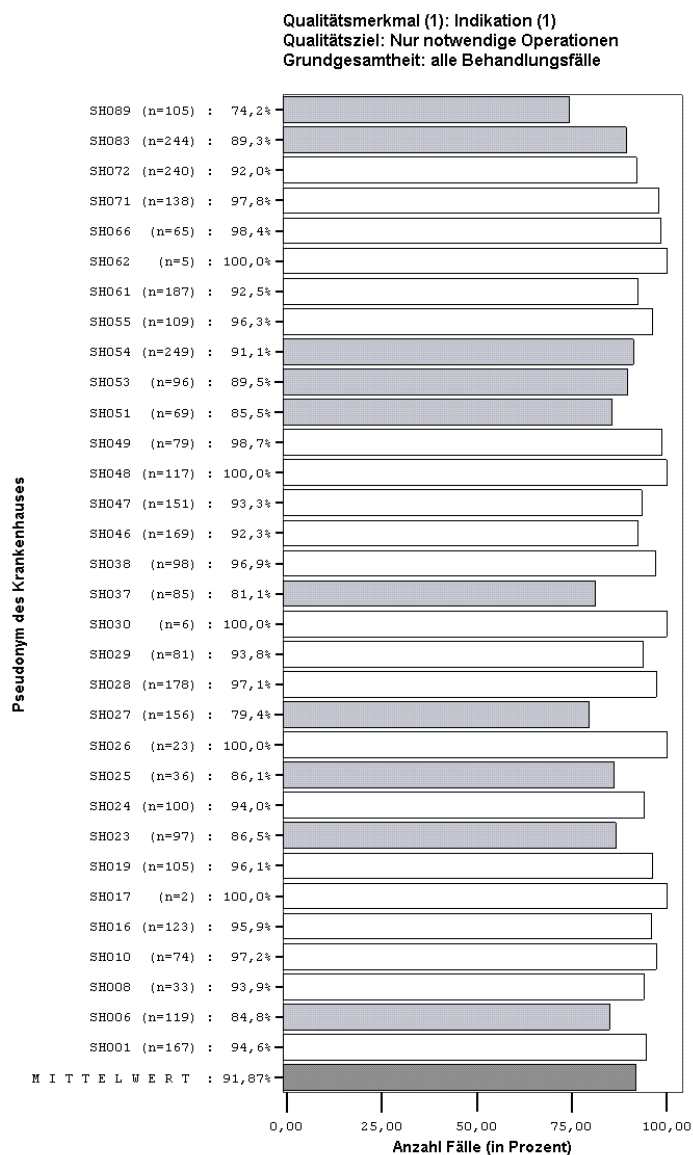
¹ Gemäß § 3 (Krankenhausinterne Kommunikation) der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i.V.m. §135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 15.08.2006 gilt:

(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 krankenhauserne 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.

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

lungsbedarf 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**

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.

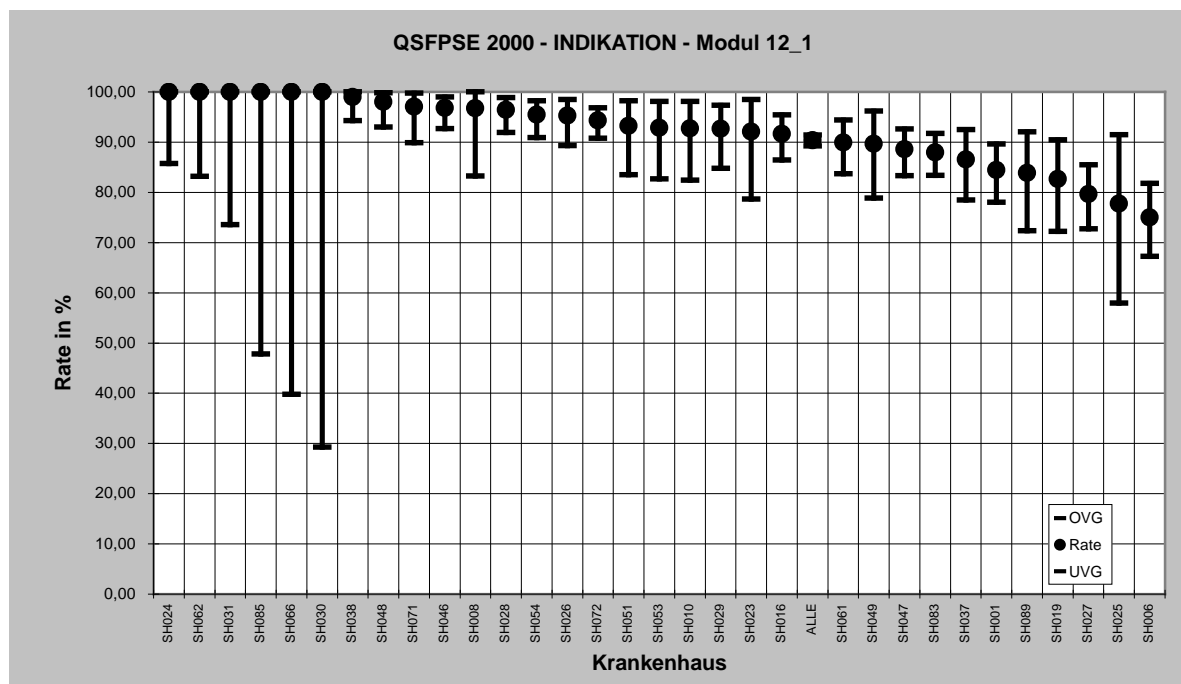


Abbildung 1.2: Krankenhausvergleich für das Qualitätsmerkmal Indikationsstellung beim Modul 12/1 (Cholezystektomie)

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.

² Die SQS ist im Jahr 2001 in die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten gGmbH (BQS) überführt 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. Komplika- tion / alle Patienten	↔	Postoperative Komplikation	↔	selten postoperative Kom- plikationen

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.

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 Unauffälligkeitsbereich bzw. Auffälligkeitsbereich gesprochen.

3 Ergebnisübersicht

3.1 Qualitätsmerkmale/-indikatoren

Für das Verfahrensjahr **2009** sind insgesamt 12 Qualitätsindikatoren betrachtet worden (vgl. Tabelle 3-1):

**Tabelle 3-1: Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu Modul 18/1 Mammachirurgie
Verfahrensjahr 2010
(Angaben in Klammern betreffen die Ergebnisse für 2009, 2008, 2007 und 2006)**

Qualitätsmerkmale/- indikatoren		Referenz- bereich	Ergebnisse	
			SH	Bund
QM (1)	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung Zähler: Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei maligner Neoplasie Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeut. histologischer Diagnosesicherung Indikatortyp: Indikationsstellung	>= 70,0%	93,1% (90,7%) (---) (---)	92,9% (89,8%) (---) (---)
QM (1a)	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung Zähler: Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und tastbarer maligner Neoplasie Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeut. histologischer Diagnosesicherung Indikatortyp: Indikationsstellung	>= 90,0%	93,6%	95,3%
QM (1b)	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung Zähler: Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und nicht-tastbarer maligner Neoplasie Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeut. histologischer Diagnosesicherung Indikatortyp: Indikationsstellung	>= 70,0%	87,8%	91,7%
QM (2)	Intraoperatives Präparatröntgen Zähler: Alle Operationen mit intraoperativen Präparatröntgen ⁵ Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Operat. mit präoperativer Draht-Markierung gesteuert durch Mammographie Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Draht-Markierung gesteuert durch Mammographie ⁶ Indikatortyp: Prozessindikator	>= 95,0%	86,6% (92,7%) (95,6%) (84,9%) (64,7%)	96,3% (95,6%) (94,2%) (91,2%) (83,9%)

⁵ 2006: Alle Operationen mit postoperativen Präparatröntgen

⁶ 2006: Möglichst viele Eingriffe mit postoperativem Präparatröntgen

Qualitätsmerkmale/- indikatoren		Referenz- bereich	Ergebnisse	
			SH	Bund
QM (3)*	<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 abgeschlossener operativer Therapie⁷</p> <p>Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate)</p> <p>Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit immunohistochemischer Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse bei invasivem Mammakarzinom⁸</p> <p>Indikatortyp: Prozessindikator</p>	>= 95,0%	<p>98,4% (98,6%) (97,6%) (97,7%) (96,7%)</p>	<p>99,4% (99,2%) (98,9%) (98,6%) (97,0%)</p>
QM (3a)	<p>Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse</p> <p>Zähler: Patientinnen mit HER-2/neu-Analyse (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%	<p>97,8% (97,6%) (97,1%) (93,3%) (---)</p>	<p>98,9% (98,6%) (98,0%) (97,2%) (---)</p>
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%	<p>--- (---) (---) (86,4%)</p>	<p>--- (---) (---) (89,7%)</p>
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 Therapie⁹</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%	<p>94,0% (97,6%) (97,2%) (91,8%) (82,5%)</p>	<p>97,7% (97,5%) (96,1%) (92,9%) (90,6%)</p>
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 Therapie¹⁰</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%	<p>90,8% (95,0%) (90,4%) (82,0%) (77,1%)</p>	<p>96,3% (95,6%) (93,2%) (88,1%) (85,8%)</p>

⁷ 2006: Alle Pat. mit führendem histologischen Befund invasives Mammakarzinom

⁸ 2006: Möglichst viele Patientinnen mit immunohistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mammakarzinom

⁹ 2006: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung mit führendem histologischen Befund maligne mit brusterhaltender Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie

¹⁰ 2006: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung mit führendem histologischen Befund maligne mit Mastektomie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie

Qualitätsmerkmale/- indikatoren		Referenz- bereich	Ergebnisse	
			SH	Bund
QM (8)	Primäre Axilladisektion bei DCIS Zähler: Patientinnen mit primärer axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung ¹¹ Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Histologie DCIS und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung ¹² Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen mit Axilladisektion bei DCIS ¹³ Indikatortyp: Indikationsstellung	<=5% (<= 5 %) (<= 5 %) (<= 5 %) (<=19,8%)	1,9% (3,2%) (4,7%) (13,5%) (15,9%)	2,4% (3,9%) (4,3%) (10,2%) (13,9%)
QM (9)	Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom Zähler: Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentfernung oder SLNB ¹⁴ Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener Therapie bei Primärerkrankung unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen ¹⁵ Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom Indikatortyp: Indikationsstellung	--- --- (>=95,0%) (>=76,0%)	--- --- (95,8%) (87,3%)	--- --- (95,8%) (88,1%)
QM (10)	Anzahl Lymphknoten Zähler: Patientinnen mit Entfernung von >= 10 Lymphknoten Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasivem Mammakarzinom mit Lymphknotenbefall und abgeschlossener operativer Therapie mit axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung, ohne präoperative tumorspezifische Therapie, unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen ¹⁶ Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit Entfernung von mindestens 10 Lymphknoten bei Axilladisektion bei invasivem Mammakarzinom Indikatortyp: Prozessindikator	>= 95,0%	93,0% (92,5%) (91,6%) (82,9%) (87,8%)	92,4% (93,4%) (92,3%) (84,9%) (86,9%)
QM (22)	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 (primär-operative Therapie abgeschlossen) Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit SLNB bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom Indikatortyp: Prozessindikator	>= 76,0% >= 78,1% >= 63,5% >= 41,2% (---)	86,3% (88,0%) (82,8%) (64,4%) (---)	86,4% (88,3%) (81,35) (71,2%) (---)

¹¹ 2006: Patientinnen mit Axilladisektion einschließlich der Exzision einzelner axillärer Lymphknoten und Lymphgefäße (Sentinel-Node-Biopsien werden nicht berücksichtigt)

¹² 2006: Alle Pat. mit führendem histolog. Befund DCIS oder papilläres in-situ-Karzinom

¹³ 2006: Möglichst wenige Patientinnen mit Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in-situ-Karzinom

¹⁴ 2006: Patientinnen mit Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

¹⁵ 2006: Alle Pat. mit Primärerkrankung und mit führendem histologischen Befund invasives Mammakarzinom

¹⁶ 2006: Alle Pat. mit führendem histolog. Befund invasivem Mammakarzinom und Axilladisektion unter Ausschluss von Pat. mit Fernmetastasen (Pat. mit Sentinel-Lymphonodektomie ohne weiterfüh. Axilladisektion sind ausgeschlossen)

Qualitätsmerkmale/- indikatoren		Referenz- bereich	Ergebnisse	
			SH	Bund
QM (11)	Indikation zur brusterhaltenden Therapie Zähler: Frauen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation ¹⁷ Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Frauen mit Primärerkrankung und Histologie invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1 und abgeschlossener operativer Therapie ¹⁸ Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Angemessene Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Frauen im Stadium pT1 oder pT2. Indikatortyp: Indikationsstellung	>= 71,0% <= 93,7% ¹⁹	80,8% (82,3%) (81,5%) (79,4%) (81,4%)	82,9% (83,0%) (82,8%) (80,3%) (82,7%)
QM (20)	Meldung an Krebsregister Zähler: Alle Pat. mit Meldung an ein epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister ²⁰ Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit abgeschlossener Therapie bei Primärerkrankung und Histologie maligne Neoplasie (einschl. in-situ-Karzinom) ²¹ Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100% (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Pat. mit Meldung an ein Krebsregister oder Tumorzentrum Indikatortyp: Prozessindikator	>= 95%	98,1% (98,7%) (97,7%) (97,3%) (95,6%)	93,9% (93,6%) (90,9%) (87,9%) (83,8%)
QM (21) bis 2009	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum „Zähler“: Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum (Median in Tagen) Nenner (= Grundgesamtheit): Alle Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung nach prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie Qualitätsindikator = „Zähler“ Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit angemessenem Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum bei Ersteingriff Indikatortyp: Prozessindikator	>= 7,0 <= 21,0 >= 6,0 <= 20,0 (>= 5,0 <= 18,0) (>= 6,0 <= 18,0)	15,0 (14,0) (13,0) (12,0) Tag	13,0 (13,0) (10,0) (10,0) Tag
QM (21) ab 2010	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum „Zähler“: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von 7-21 Tage Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung nach prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100 % (= Rate) Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit angemessenem Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum bei Ersteingriff Indikatortyp: Prozessindikator	> 40,1%	60,7%	62,8%

¹⁷ 2006: Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation

¹⁸ 2006: Alle Pat. mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1

¹⁹ Achtung: hier wird das 5%- und 95%-Perzentil des jeweiligen Verfahrensjahres auf Bundesebene angesetzt

²⁰ 2006: Pat. mit Meldung an ein epidemiologisches Krebsregister oder Tumorzentrum

²¹ 2006: Alle Patientinnen mit histologischem Befund: DCIS einschließlich papillärem in-situ-Karzinom, invasivem Mammakarzinom und maligne sonstige Neoplasien

Qualitätsmerkmale/- indikatoren		Referenz- bereich	Ergebnisse	
			SH	Bund
QM (1D) Neu ab 2010	<p>Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie</p> <p>„Zähler“: Patientinnen ohne postoperative Histologie invasives Mammakarzinom</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie invasives Mammakarziom (Primärtumor).</p> <p>Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100 % (= Rate)</p> <p>Hypothese: Mangelhafte Kenntnisse der ICD-O-3-Klassifikation, die in der QS-Dokumentation 2007 neu eingeführt wurde. Fehlende Sorgfalt bei der Dokumentation des Datenfeldes postoperative Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde.</p> <p>Indikatortyp: Datenvalidierung</p>	< 5%	1,5%	?
QM (21) Neu ab 2010	<p>Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie</p> <p>„Zähler“: Alle Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und postoperativer Histologie invasives Mammakarzinom</p> <p>Qualitätsindikator = Zähler / Nenner * 100 % (= Rate)</p> <p>Hypothese: Fehlende Sorgfalt, Abkürzung der Dokumentation</p> <p>Indikatortyp: Datenvalidierung</p>	<= 28,7%	17,1%	?

3.2 Standortspezifische Ergebnisübersicht

Für das Verfahrensjahr 2010 sind insgesamt 15 Qualitätsindikatoren betrachtet worden. Eine Übersicht über die Ergebnisse des Johanniter Krankenhauses Geesthacht, des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg und des Krankenhauses Reinbek St. Adolf Stift sowie des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg insgesamt ist für das Verfahrensjahr 2010 mit der Abbildung 3-1 und - zum Vergleich - für die Verfahrensjahr 2009 bis 2006 mit den Abbildungen 3-2 bis 3-5 gegeben.

Externe vergleichende Qualitätssicherung		Verfahrensjahr 2010		aufbereitet				
Modul 18/1: Mammachirurgie				am: 20.09.2011 (04.08.2011)				
				durch: Dr. Niemann				
Ergebnisübersicht								
Qualitätsindikator		Referenzbereich	S-H	BzHzgTL	Geesthacht	Ratzeburg	Reinbek	SQB
QM1a	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung - tastbare Tumore	>= 90%	93,6%	95,0%	97,2%	97,3%	88,9%	x
QM1b	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung - nicht tastbare Tumore	>= 70 %	87,8%	85,7%	81,8%	84,0%	100,0%	x
QM2	Intraoperatives Präparatröntgen	>= 95%	86,6%	88,2%	100,0%	63,6%	100,0%	x
QM3	Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse	>= 95%	98,4%	98,6%	98,1%	98,2%	100,0%	x
QM3a	Patientinnen mit HER-2/neu-Analyse	>= 95%	97,8%	99,3%	98,0%	100,0%	100,0%	x
QM7a	Angabe Sicherheitsabstand bei BET	>= 95%	94,0%	98,7%	100,0%	97,4%	100,0%	x
QM7b	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	>= 95%	90,8%	98,7%	97,1%	100,0%	100,0%	x
QM8	Axilladissektion bei DCIS	<= 5%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	x
QM10	Anzahl Lymphknoten	>= 95%	93,0%	91,9%	81,8%	93,3%	100,0%	
QM22	Indikation zur SNLB	>= 76,0	86,3%	85,7%	89,5%	83,3%	83,3%	x
QM11	Indikation zur BET	>= 71,0% / <= 93,7%	80,8%	72,6%	47,8%	87,5%	85,7%	x
QM20	Meldung an Krebsregister	>= 95%	98,1%	97,4%	96,5%	96,7%	100,0%	
QM21	Zeitlicher Abstand zw. Diagnose und Operationsdatum (7-21 Tage)	>= 40,1%	60,7%	68,3%	76,9%	71,9%	48,5%	
QM(1D)	Diskrepanz zwischen prätherap. Histolog. Diagnose / postop. Histologie	< 5	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
QM(2D)	Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie	<= 28,7%	17,1%	6,9%	10,9%	3,5%	6,1%	
Auffälligkeiten				2	2	2	1	
				13	13	13	14	

Abbildung 3-1: Ergebnisübersicht hinsichtlich der Qualitätsindikatoren zu Modul 18/1 im Verfahrensjahr 2010

Externe vergleichende Qualitätssicherung			Verfahrensjahr 2009		aufbereitet			
Modul 18/1: Mammachirurgie					am: 30.11.2010 (16.11.2010)			
					durch: Dr. Niemann			
Ergebnisübersicht								
Qualitätsindikator			Referenzbereich	S-H	BzHzgtL	Geesthacht	Ratzeburg	Reinbek
QM1	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung		>= 70%	93,1%	88,5%	95,1%	89,1%	78,1%
QM2	Intraoperatives Präparatröntgen		>= 95%	92,7%	94,6%	97,2%	84,6%	100,0%
QM3	Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse		>= 95%	98,6%	99,4%	100,0%	97,2%	100,0%
QM3a	Patientinnen mit HER-2/neu-Analyse		>= 95%	97,6%	99,4%	100,0%	96,8%	100,0%
QM7a	Angabe Sicherheitsabstand bei BET		>= 95%	97,6%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
QM7b	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie		>= 95%	95,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
QM8	Axilladissektion bei DCIS		<= 5%	3,2%	10,5%	18,1%	0,0%	0,0%
QM10	Anzahl Lymphknoten		>= 95%	92,5%	92,7%	100,0%	85,7%	81,8%
QM22	Indikation zur SNLB		>= 78,1%	88,0%	80,3%	80,0%	92,8%	70,5%
QM11	Indikation zur BET		>= 67,9% / <= 95,2%	82,3%	80,8%	78,8%	95,0%	72,7%
QM20	Meldung an Krebsregister		>= 95%	98,7%	94,9%	95,2%	86,4%	100,0%
QM21	Zeitlicher Abstand zw. Diagnose und Operationsdatum (Median)		>= 7,0 / <= 21,0	15,0	12,0	13,0	12,0	9,0
Auffälligkeiten					4	1	3	2
Unauffälligkeiten					8	11	9	10

Abbildung 3-2: Ergebnisübersicht hinsichtlich der Qualitätsindikatoren zu Modul 18/1 im Verfahrensjahr 2009

Externe vergleichende Qualitätssicherung
Modul 18/1: Mammachirurgie

Verfahrensjahr 2008

aufbereitet
am: 16.07.2009
durch: Dr. Niemann

Ergebnisübersicht

Qualitätsindikator	Referenzbereich	S-H	BzHzgtL	Geesthacht	Ratzeburg	Reinbek
QM1*	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	>= 70%	90,7%	89,6%	89,6%	73,9%
QM2	Intraoperatives Präparatröntgen	>= 95%	95,6%	95,2%	96,0%	100,0%
QM3	Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse	>= 95%	97,6%	100,0%	98,1%	100,0%
QM3a	Patientinnen mit HER-2/neu-Analyse	>= 95%	97,1%	100,0%	98,0%	100,0%
QM7a	Angabe Sicherheitsabstand bei BET	>= 95%	97,2%	100,0%	100,0%	95,6%
QM7b	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	>= 95%	90,4%	100,0%	92,3%	100,0%
QM8**	Axilladisektion bei DCIS	<= 5%	4,7%	0,0%	0,0%	25,0%
QM10	Anzahl Lymphknoten	>= 95%	91,6%	92,6%	81,8%	92,8%
QM22	Indikation zur SNLB	>= 63,5%	82,8%	92,0%	92,3%	48,2%
QM11**	Indikation zur BET	>= 60% / <= 85%	81,5%	79,3%	96,5%	71,0%
QM20	Meldung an Krebsregister	>= 95%	97,7%	94,2%	92,9%	100,0%
QM21	Zeitlicher Abstand zw. Diagnose und Operationsdatum (Median)	>= 5,0 / <= 20,0	14,0	8,0	13,0	8,0

* neues Qualitätsmerkmal / neue Kennzahl
** veränderte Kennzahl gegenüber 2007/6

Auffälligkeiten
Unauffälligkeiten

1	2	4	3
11	10	8	9

Abbildung 3-3: Ergebnisübersicht hinsichtlich der Qualitätsindikatoren zu Modul 18/1 im Verfahrensjahr 2008

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

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

Auffälligkeiten
Unauffälligkeiten

5	2	3	6
7	10	8	4

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

Auffälligkeiten
Unauffälligkeiten

5	4	6	6
6	7	5	5

Abbildung 3-5: Ergebnisübersicht hinsichtlich der Qualitätsindikatoren zu Modul 18/1 im Verfahrensjahr 2006

Danach ergeben sich für die Krankenhäuser aufgrund der Ergebnisse des **Verfahrensjahres 2010** – und im Vergleich zu den Verfahrensjahren 2009, 2008, 2007 und 2006 – die in Tabelle 3-2 dargestellten Auffälligkeiten.

Tabelle 3-2: Qualitätsmerkmale mit auffälligem Ergebnis

Verfahrens-jahr	Krankenhaus		
	Johanniter Krankenhaus Geesthacht	DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg	Krankenhaus Reinbek St. Adolf Stift
2010	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Lymphknoten Indikation zur BET 	<ul style="list-style-type: none"> Intraoperatives Präparatröntgen Anzahl Lymphknoten 	<ul style="list-style-type: none"> Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung – tastbare Tumore
2009	<ul style="list-style-type: none"> Axilladisektion bei DCIS 	<ul style="list-style-type: none"> Intraoperatives Präparatröntgen Anzahl Lymphknoten Meldung an Krebsregister 	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Lymphknoten Indikation zur SNLB
2008	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Lymphknoten Meldung an Krebsregister 	<ul style="list-style-type: none"> Angabe Sicherheitsabstand b. Mastektomie Anzahl Lymphknoten Indikation zur BET Meldung an Krebsregister 	<ul style="list-style-type: none"> Axilladisektion bei DCIS Anzahl Lymphknoten Indikation zur SNLB
2007	<ul style="list-style-type: none"> Angabe Sicherheitsabstand bei BET Meldung an Krebsregister 	<ul style="list-style-type: none"> HER-2/neu-Analyse Anzahl Lymphknoten Meldung an Krebsregister 	<ul style="list-style-type: none"> Intraoperatives Präparatröntgen Angabe Sicherheitsabstand bei BET Angabe Sicherheitsabstand b. Mastektomie Axilladisektion oder SLNB bei invasivem Mamma-CA Anzahl Lymphknoten Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und OP
2006	<ul style="list-style-type: none"> Angabe Sicherheitsabstand bei BET Angabe Sicherheitsabstand b. Mastektomie 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 	<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

Die Gesamtzahl an Auffälligkeiten an den drei Standorten des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg hat auch im Verfahrensjahr 2010 - insgesamt - weiter abgenommen. Aktuell ist für 5 „auffällige“ Qualitätsmerkmale zu überprüfen, ob es sich echte Auffälligkeiten handelt, denen mit qualitätsverbessernden Maßnahmen begegnet werden muss, oder ob es v.a. Erklärungsgründe in der Dokumentation gibt. Dies erfolgt im Rahmen des sogenannten Strukturierten Dialoges.²²

²² Der Strukturierte Dialog gilt als „Herzstück“ des Verfahrens der externen vergleichenden Qualitätssicherung. Qualitätsindikatoren geben zwar v.a. im Abgleich mit den zugehörigen Referenzbereichen Hinweise darauf, ob gute Qualität erreicht wurde. Aus dem Ergebnis einer einzigen Zahl kann aber kein „gerichtsfestes Urteil“ zur Qualität eines Krankenhauses abgeleitet werden. Daher ist es wichtig, dass insbesondere auffällige Ergebnisse - also solche, die den Referenzbereich nicht erreichen oder die deutlich unter dem Durchschnitt liegen - genauer untersucht werden. Diese Untersuchung erfolgt durch neutrale Fachexperten in einem Verfahren, das „Strukturierter Dialog“ genannt wird.

In diesem Verfahren wird geklärt, ob die auffälligen Ergebnisse dadurch zustande gekommen sind, dass Qualitätsanforderungen nicht eingehalten worden sind, oder ob andere Gründe vorlagen. Solche Gründe können sein, dass das Krankenhaus die Behandlungen zwar korrekt durchgeführt hat, aber die Daten der Qualitätssicherung falsch eingegeben hat. Auch kann die Untersuchung im Strukturierten Dialog zeigen, dass in einem Jahr zwar eine auffällig hohe Zahl von Komplikationen aufgetreten ist, die sich aber in bei genauer Analyse als unvermeidbar erwiesen haben. Es ist wichtig zu wissen, dass Komplikationsstatistiken keine „Pannenstatistiken“ sind, da nicht jede Komplikation vermeidbar ist.

Wenn im Strukturierten Dialog festgestellt wird, dass die Qualität der Behandlung verbessert werden kann, wird dies als „qualitative Auffälligkeit“ bezeichnet und mit dem Krankenhaus werden Zielvereinbarungen getroffen, was zukünftig verändert werden muss.

4 Graphische Aufbereitung

4.1 Einleitung

Alle Qualitätsmerkmale des Verfahrensjahres 2010 wie folgt 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.

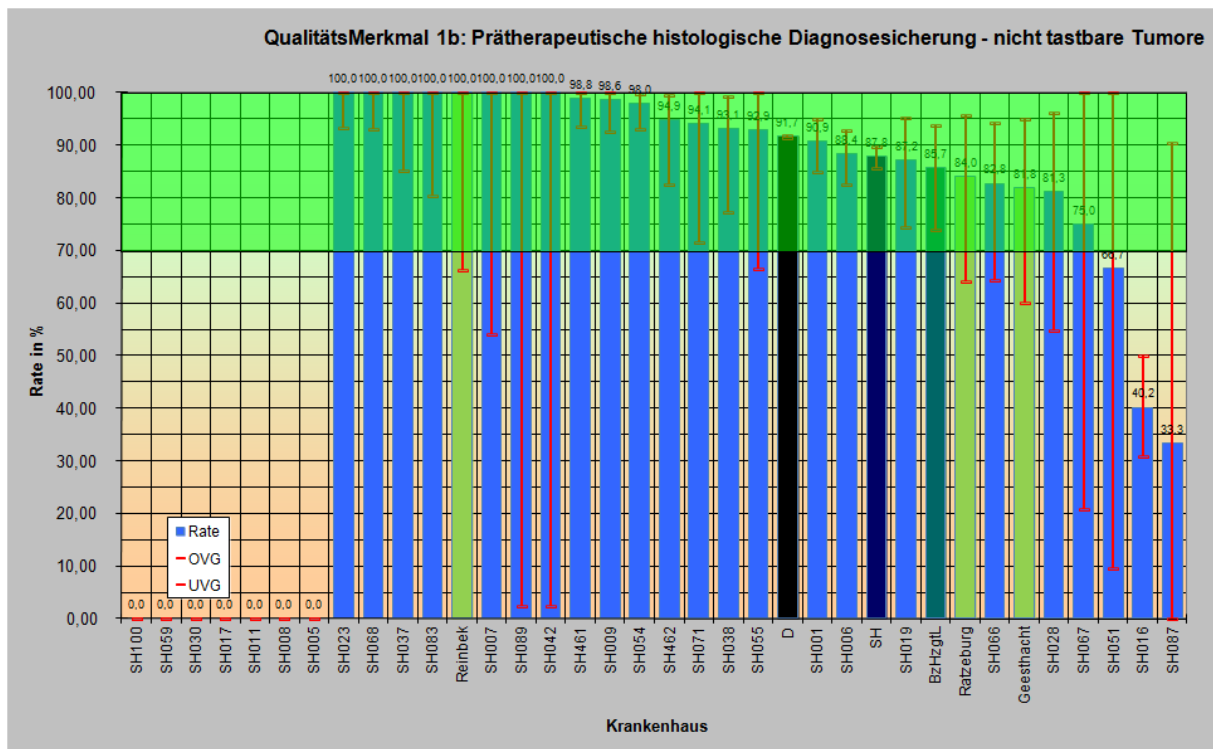
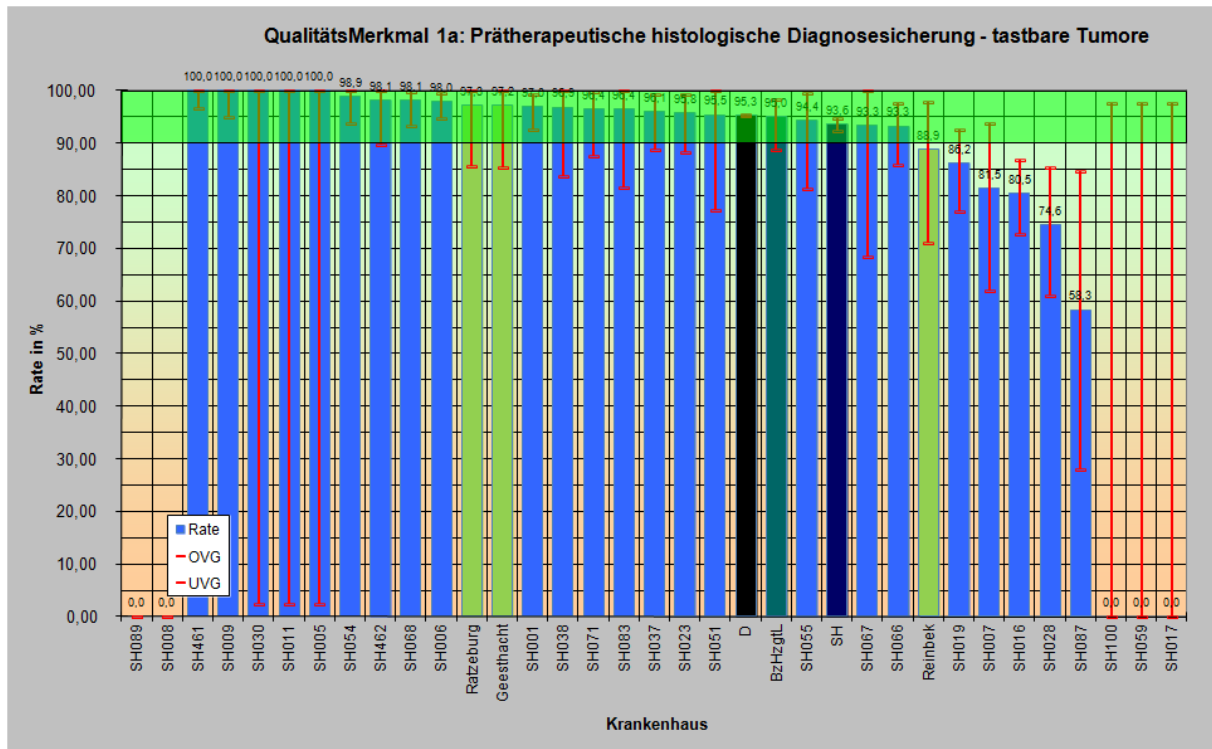
Mit Ausnahme des Qualitätsmerkmals 21 „Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum“ sind - zum Vergleich - alle Qualitätsmerkmale der Verfahrensjahre 2009 bis 2006 in gleicher Weise graphisch aufbereitet worden.²³

Eine gesamthafte - insbesondere vergleichende - Beurteilung der Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung ist letztlich aber nur unter Berücksichtigung des Ergebnisses des strukturierten Dialoges sinnvoll.

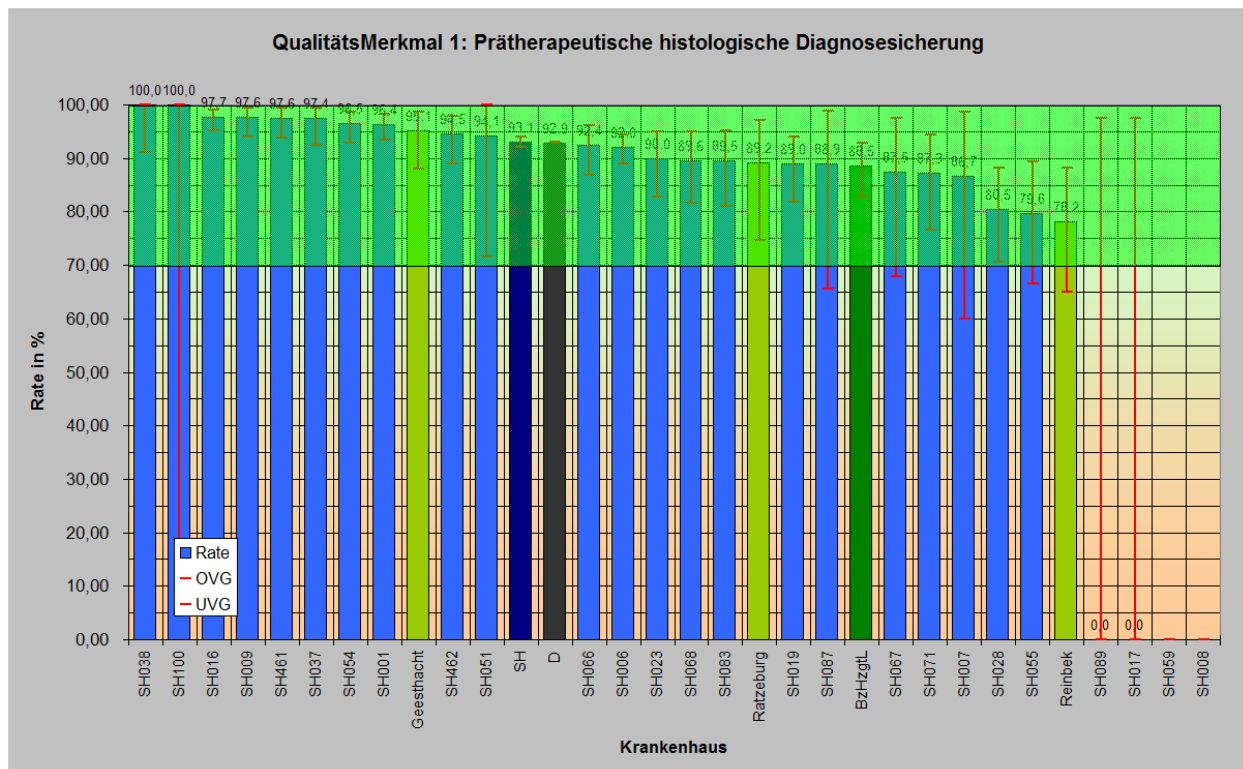
²³ Für das Qualitätsmerkmal 21 „Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum“ erfolgt bis 2009 lediglich eine einfache graphische Aufbereitung ohne Berechnung der Konfidenzintervalle, da hierfür die notwendigen Informationen aus den Jahresauswertung der ProQS nicht vorliegen.

4.2 Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

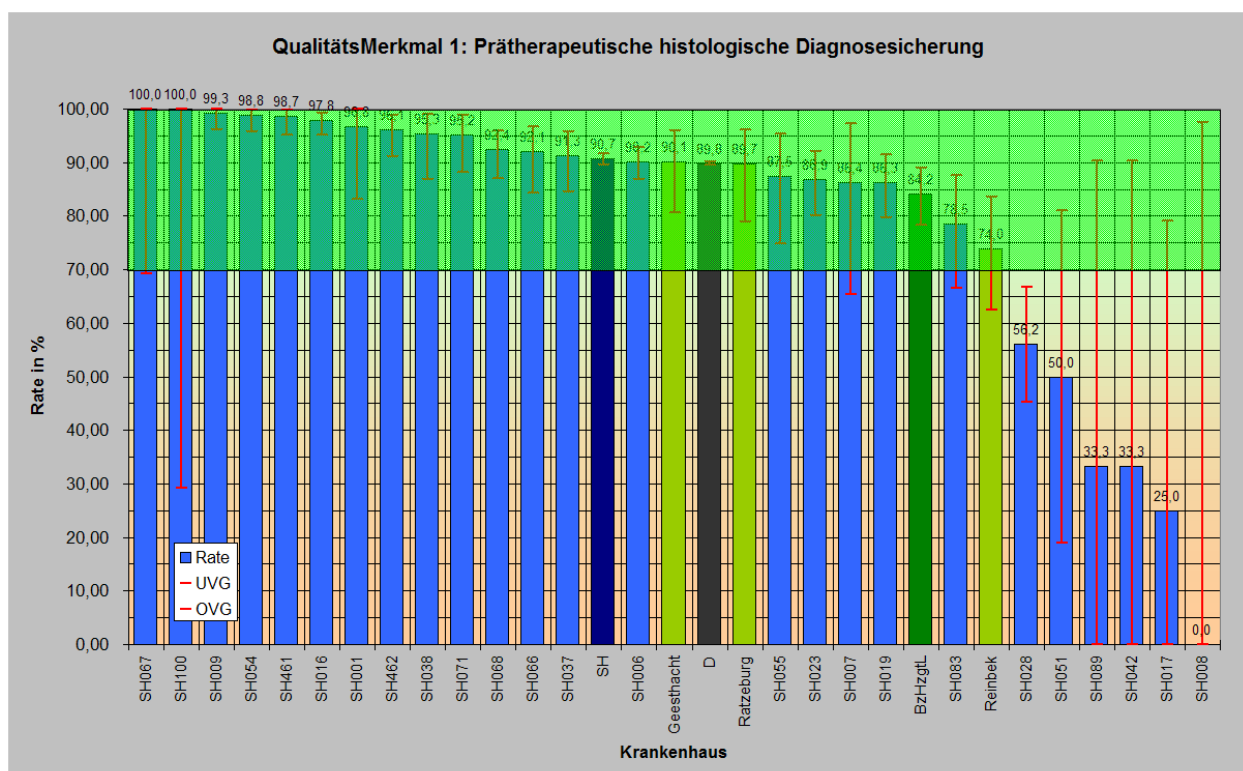
4.2.1 Verfahrensjahr 2010



4.2.2 Verfahrensjahr 2009



4.2.3 Verfahrensjahr 2008

**HINWEIS:**

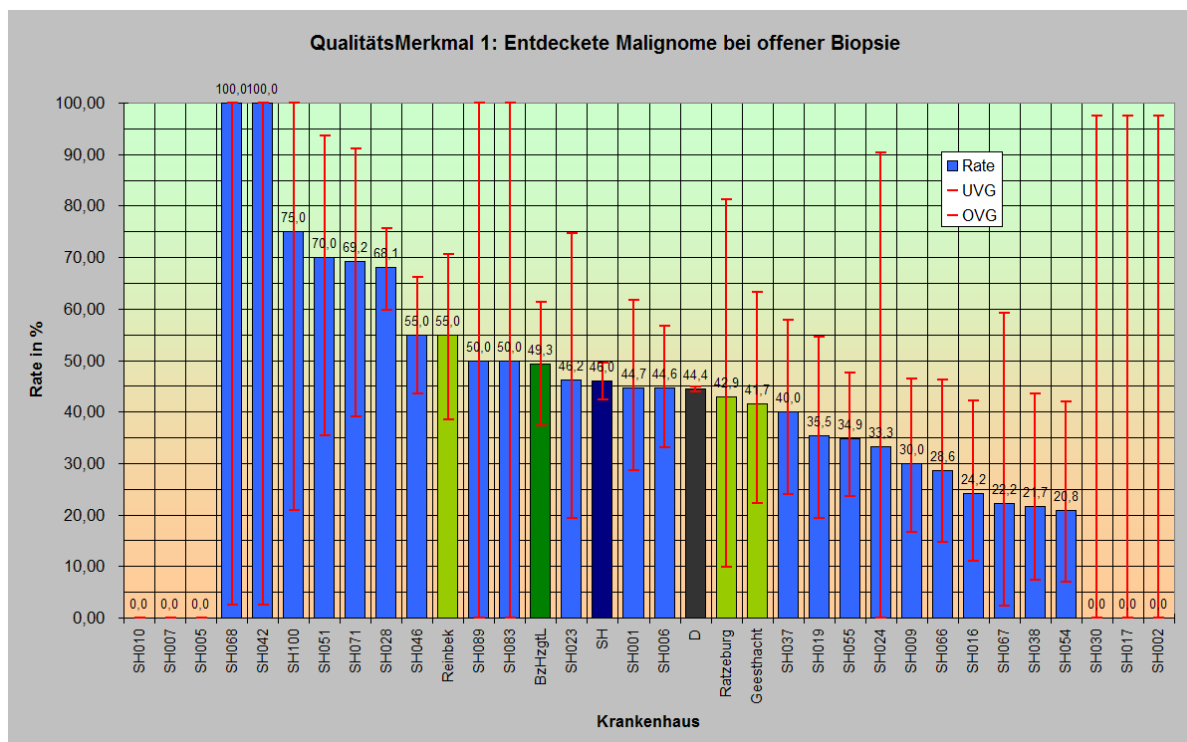
Diese Qualitätskennzahl ist erstmals für das Verfahrensjahr 2008 berechnet worden

4.3 Entdeckte Malignome bei offener Biopsie

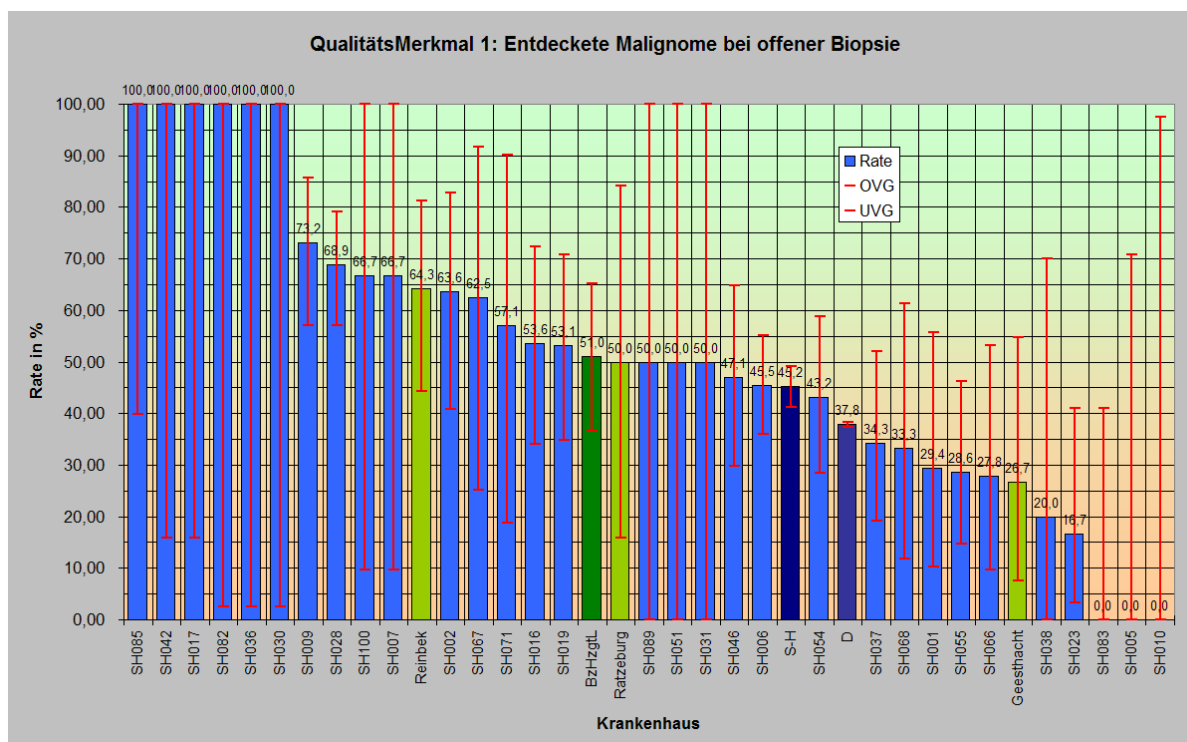
HINWEIS:

Für diese Qualitätskennzahl sind in den Verfahrensjahren 2010 bis 2008 keine Auswertungen mehr vorgenommen worden.

4.3.1 Verfahrensjahr 2007

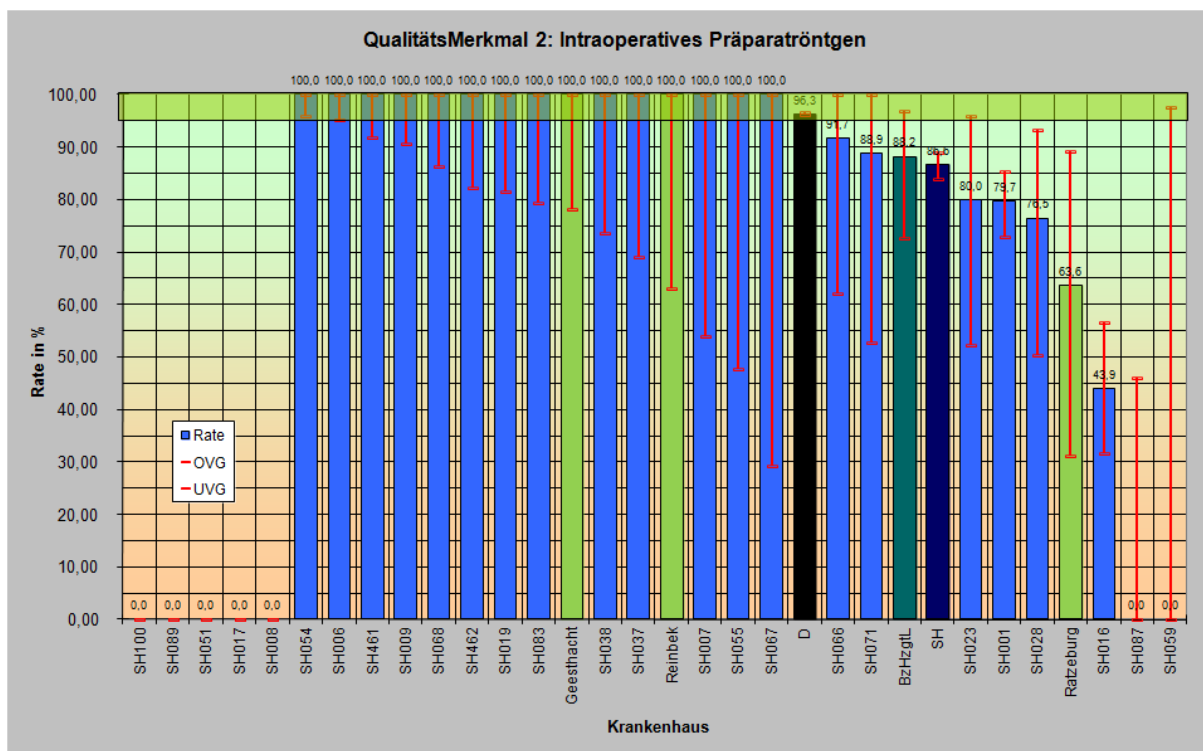


4.3.2 Verfahrensjahr 2006

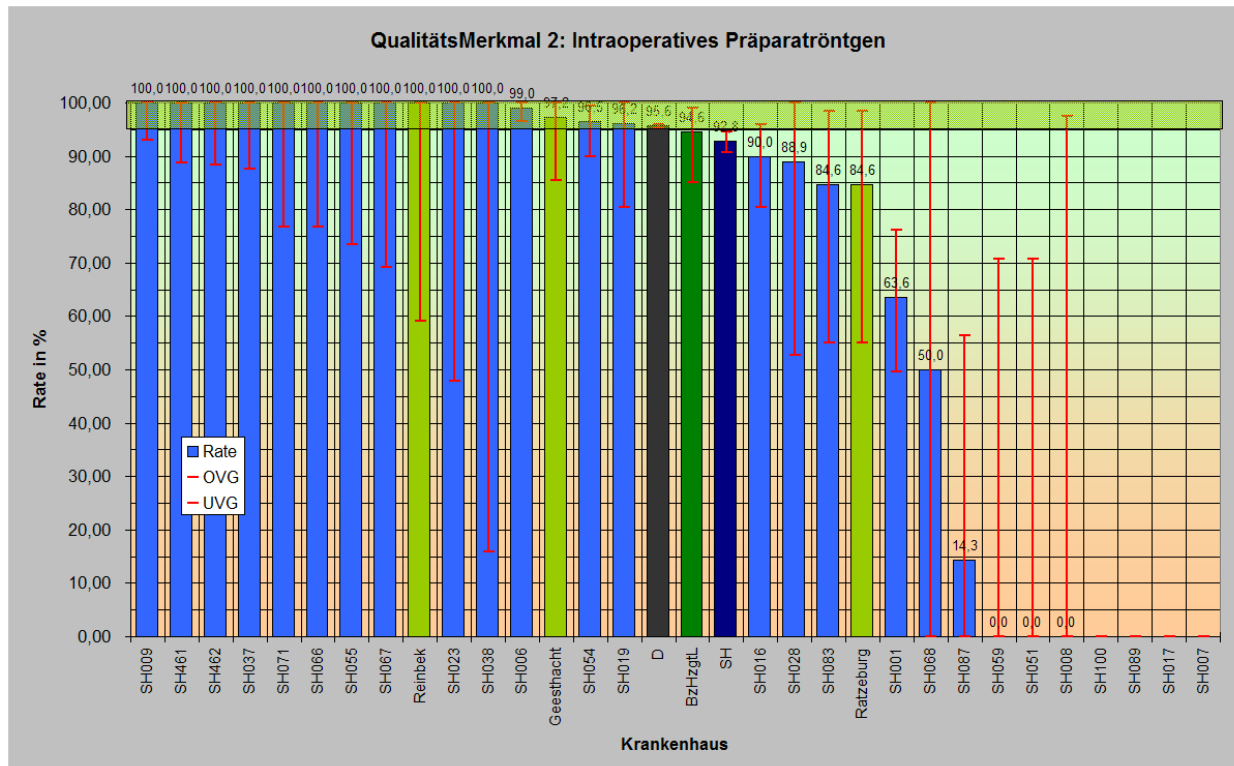


4.4 Intra- bzw. Postoperatives Präparatröntgen

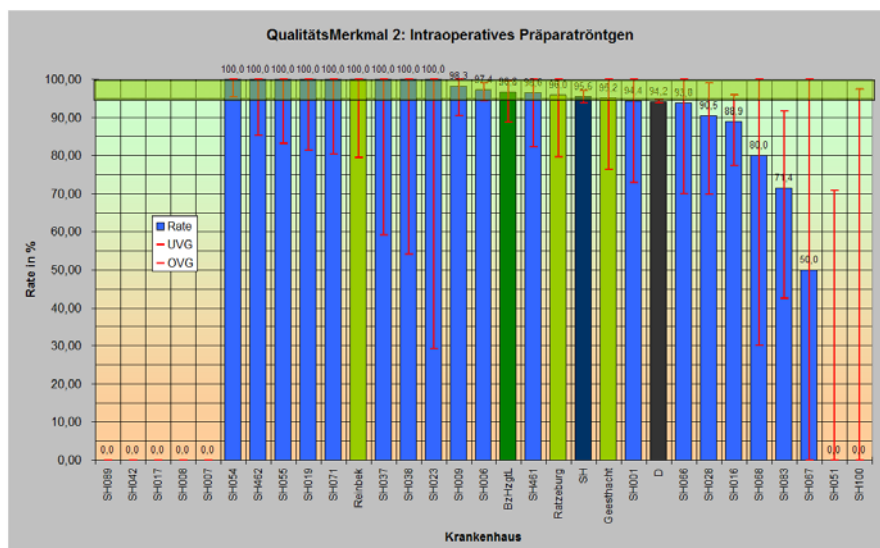
4.4.1 Verfahrensjahr 2010



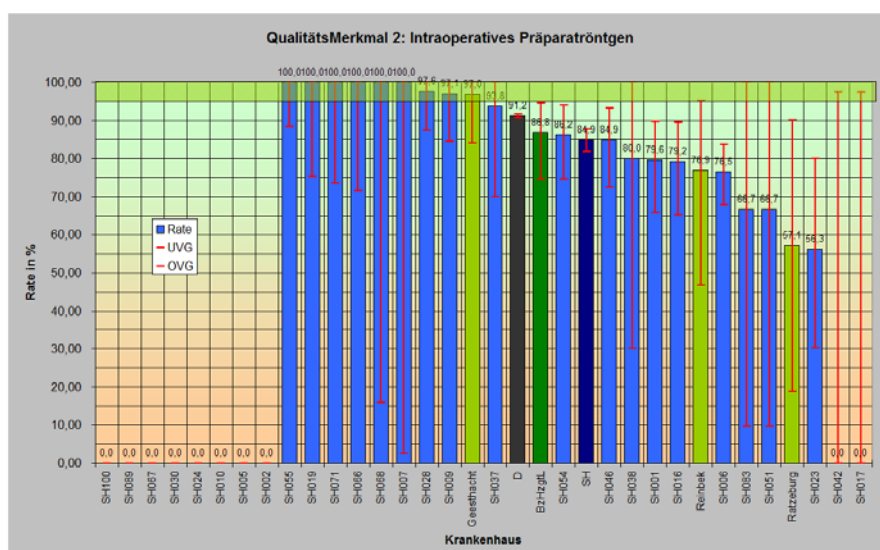
4.4.2 Verfahrensjahr 2009



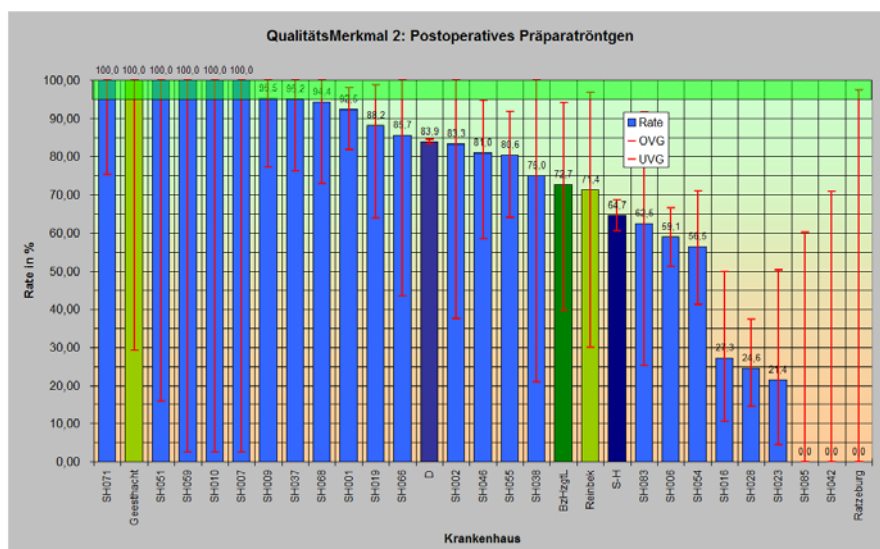
4.4.3 Verfahrensjahr 2008



4.4.4 Verfahrensjahr 2007

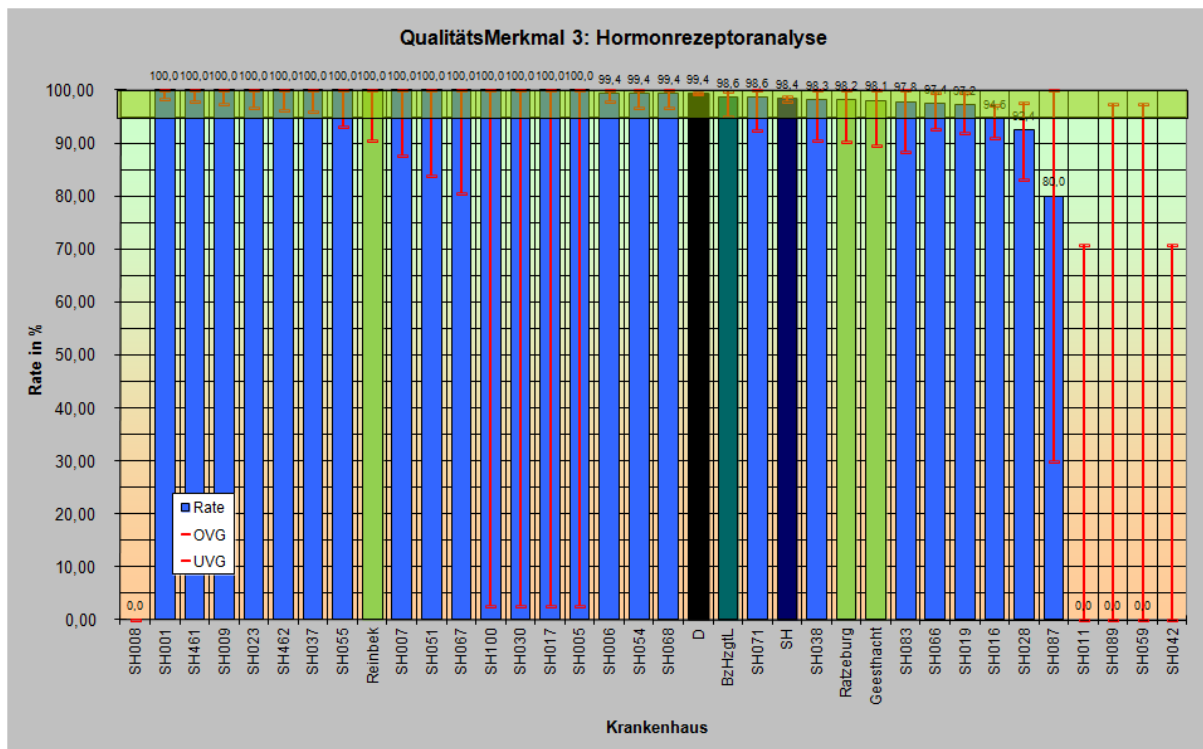


4.4.5 Verfahrensjahr 2006

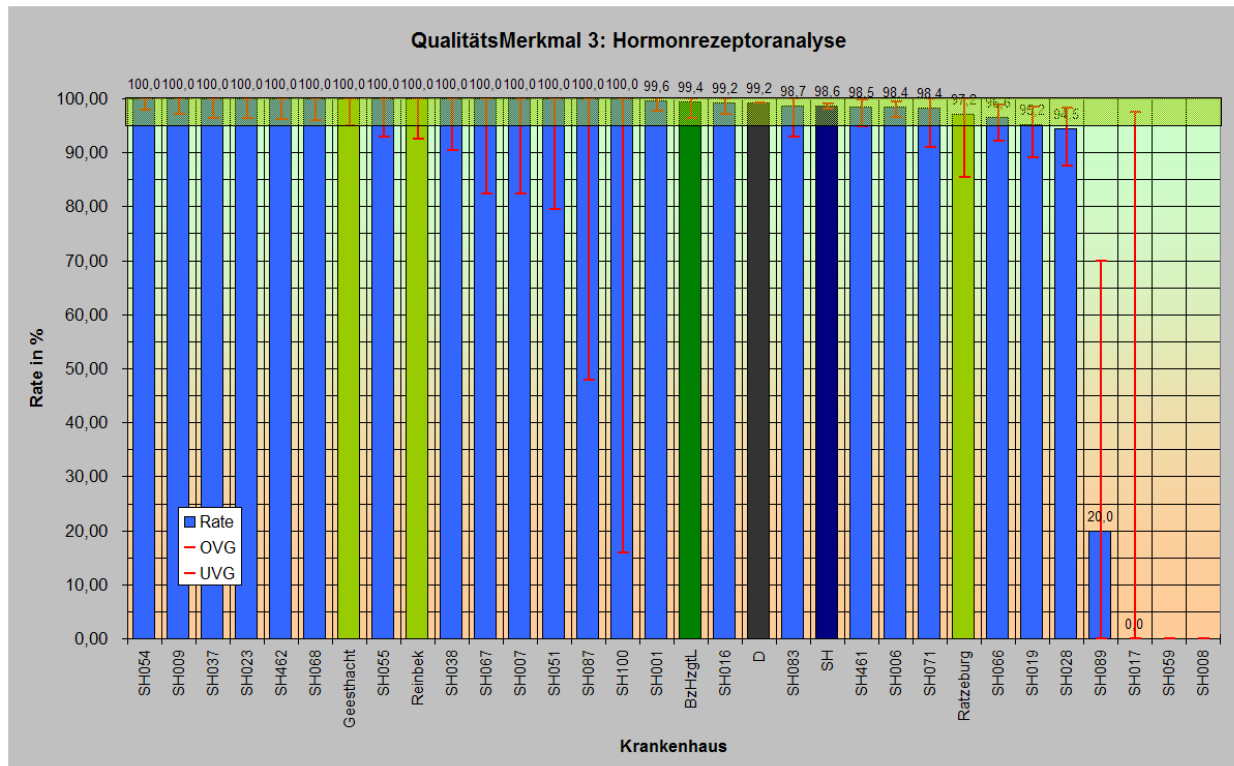


4.5 Hormonrezeptoranalyse

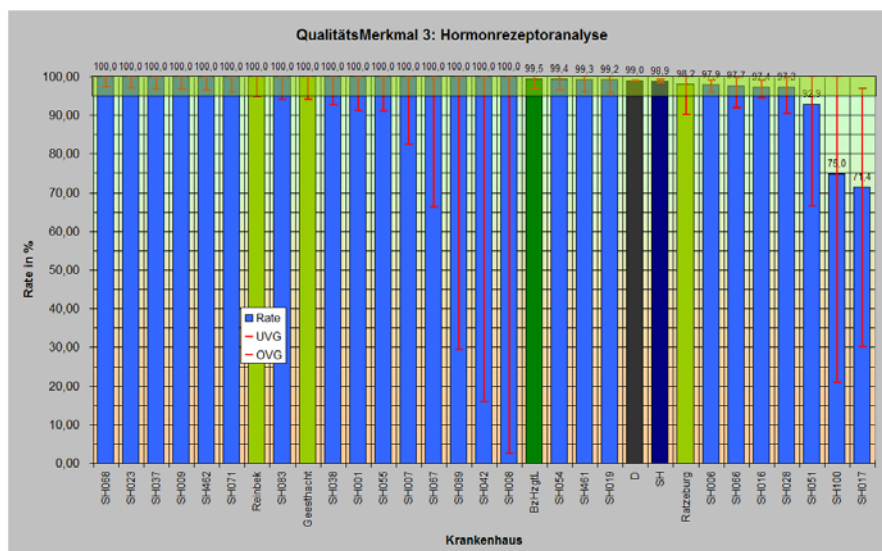
4.5.1 Verfahrensjahr 2010



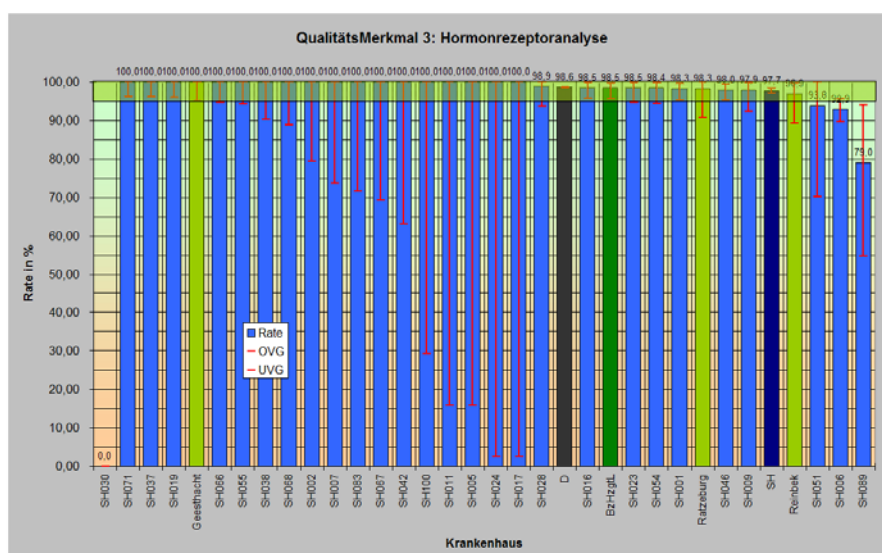
4.5.2 Verfahrensjahr 2009



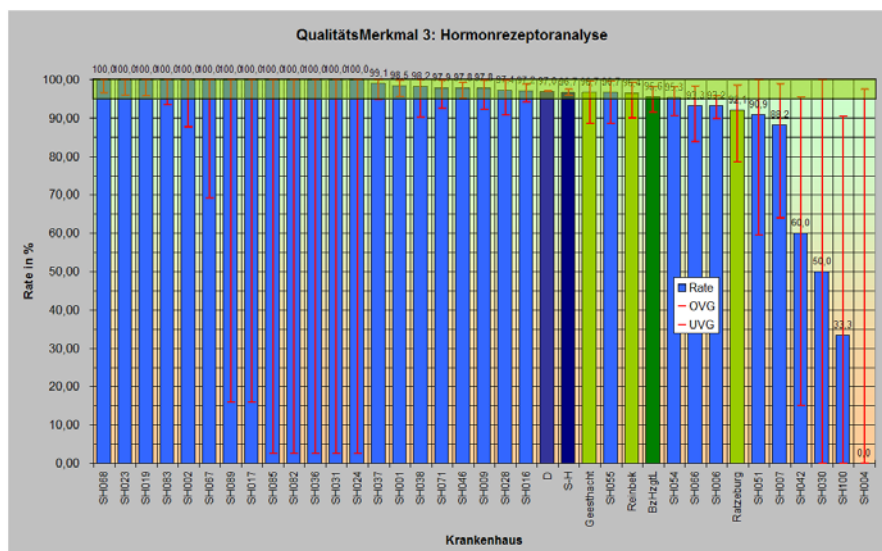
4.5.3 Verfahrensjahr 2008



4.5.4 Verfahrensjahr 2007

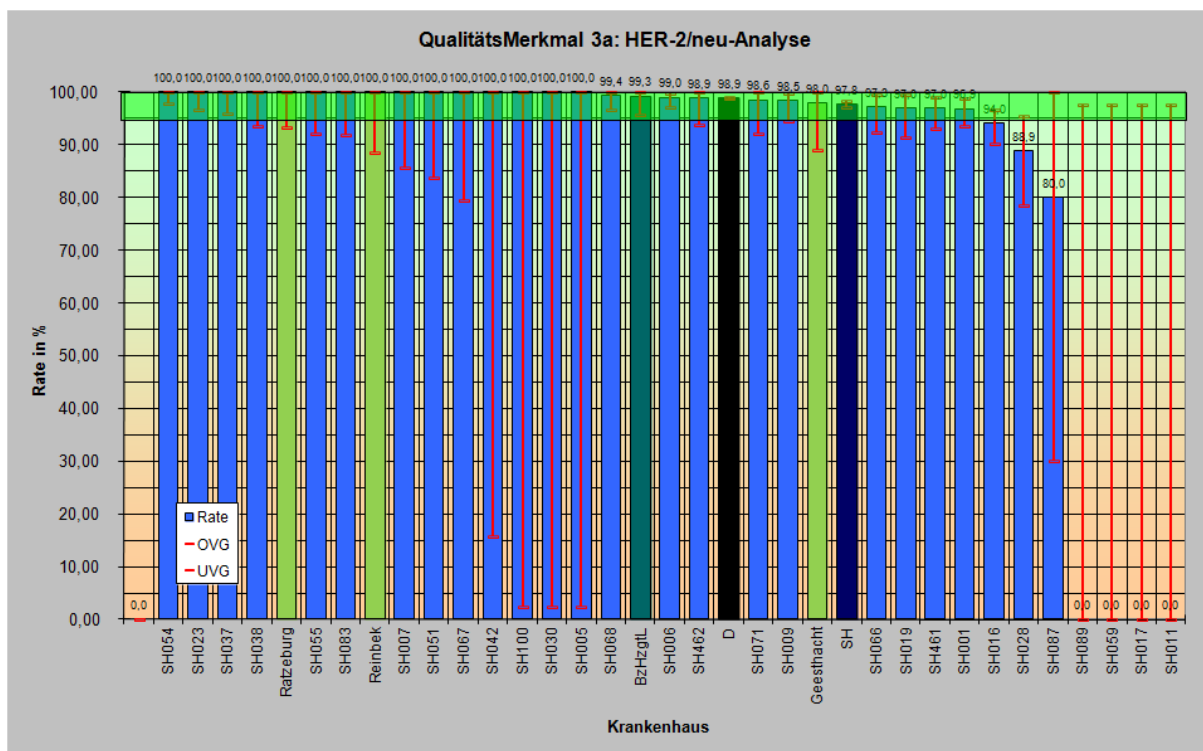


4.5.5 Verfahrensjahr 2006

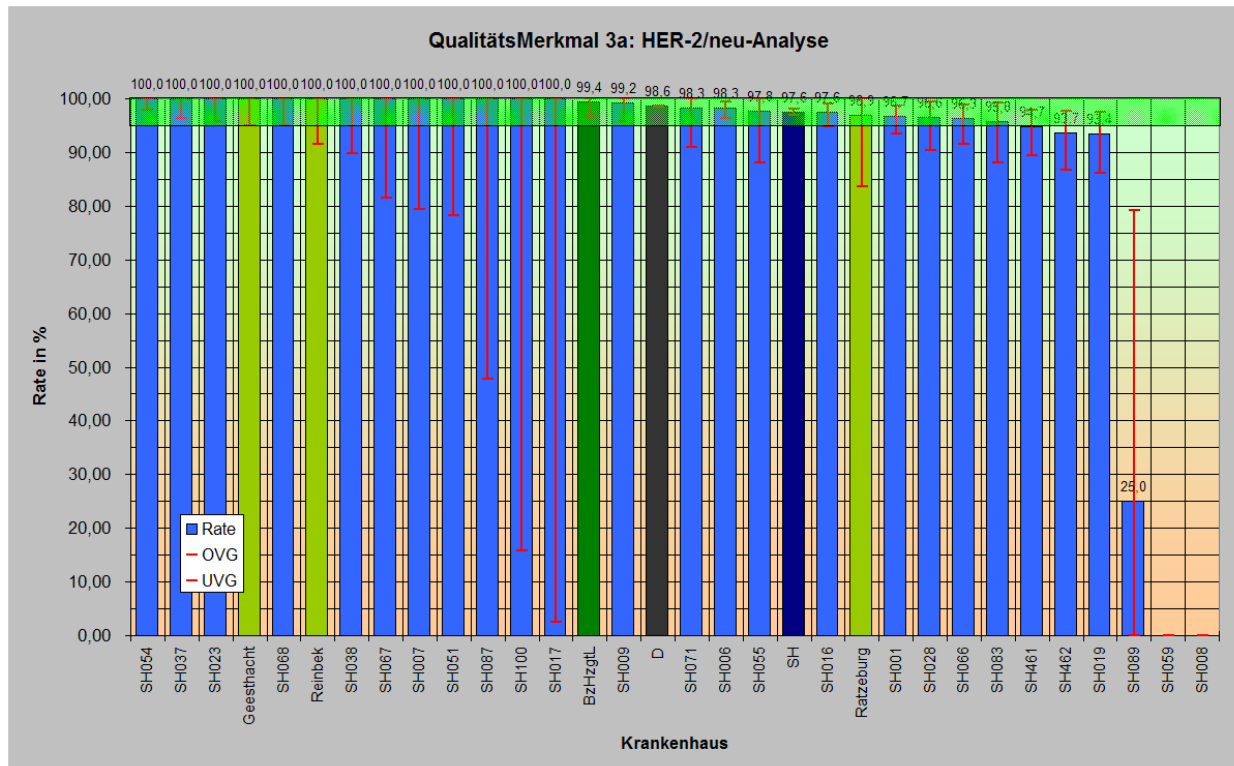


4.6 HER-2/neu-Analyse

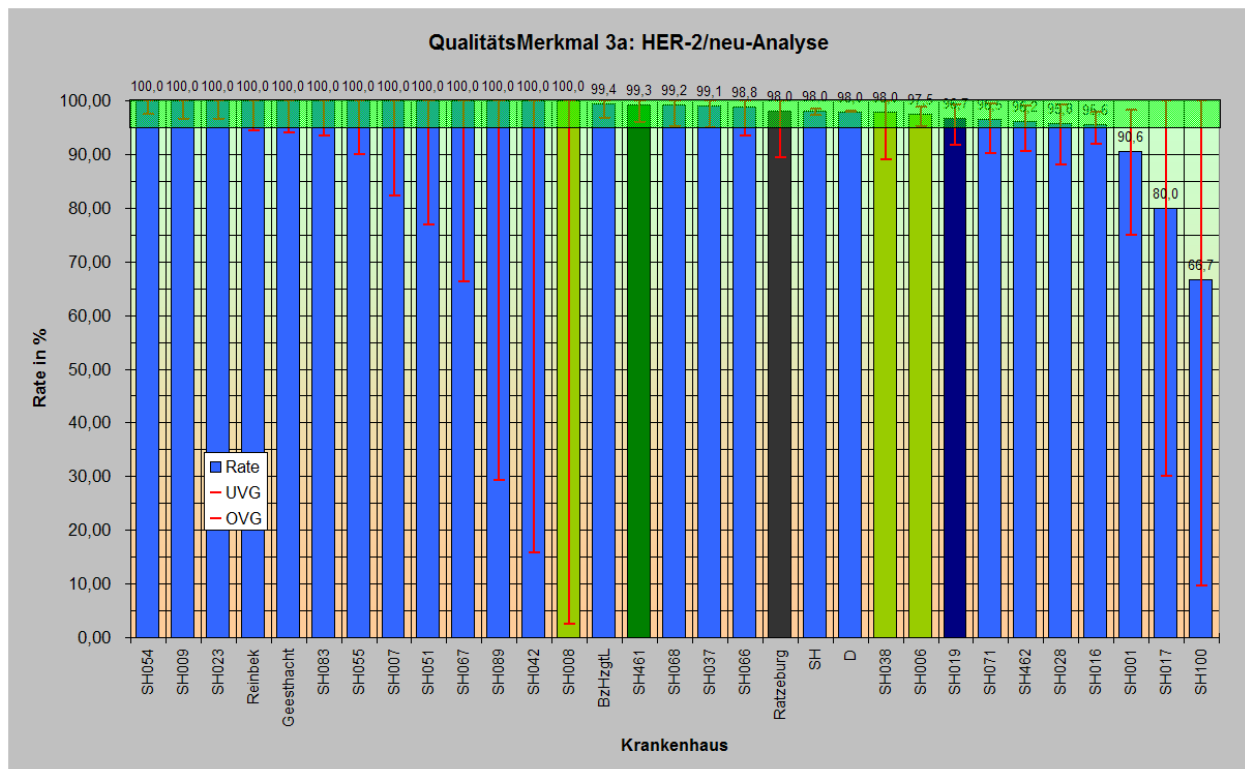
4.6.1 Verfahrensjahr 2010



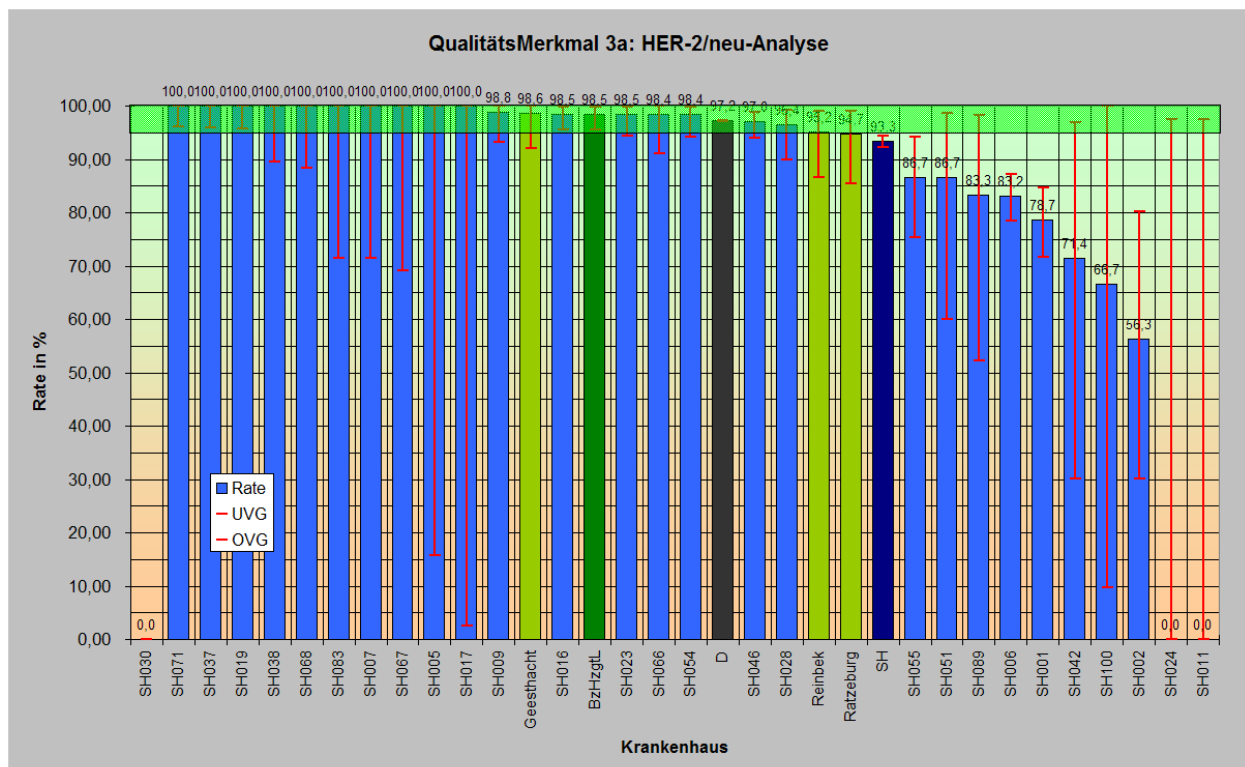
4.6.2 Verfahrensjahr 2009



4.6.3 Verfahrensjahr 2008



4.6.4 Verfahrensjahr 2007

**HINWEIS:**

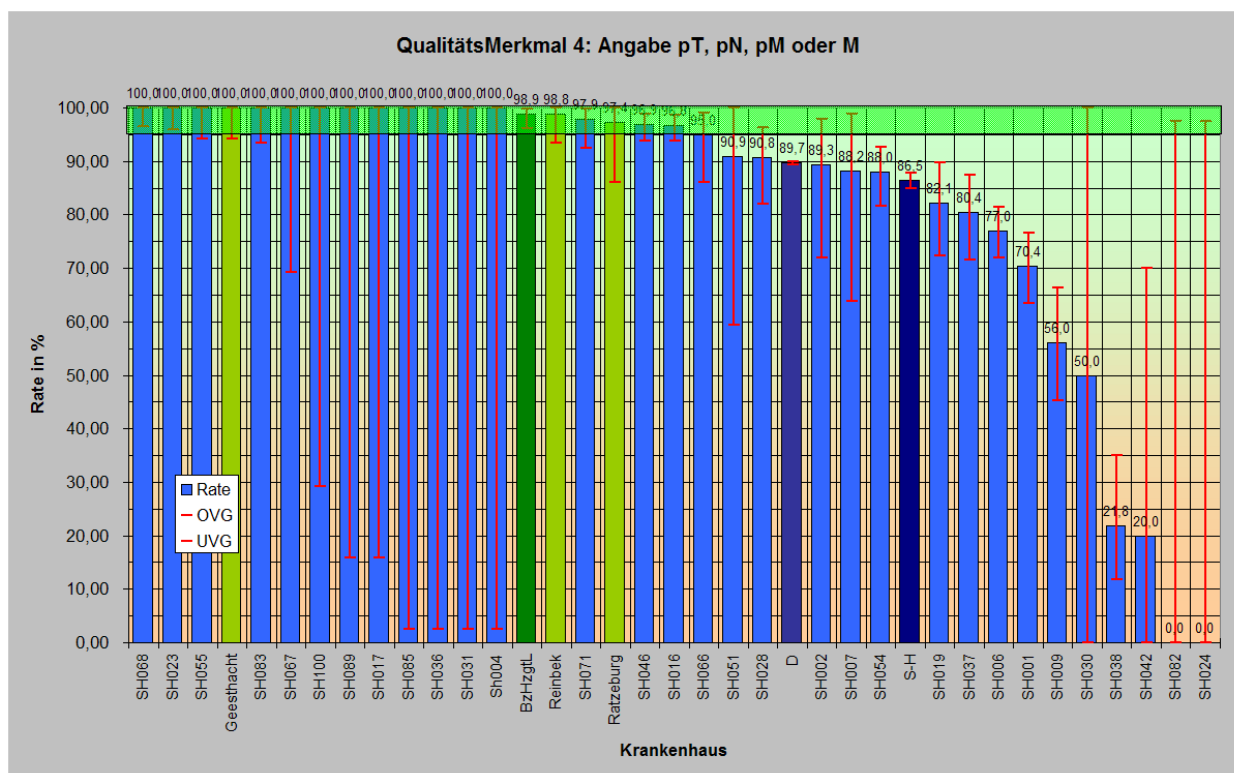
Für diese Qualitätskennzahl sind erstmals für das Verfahrensjahr 2007 berechnet worden.

4.7 Angabe pT, pN und M

HINWEIS:

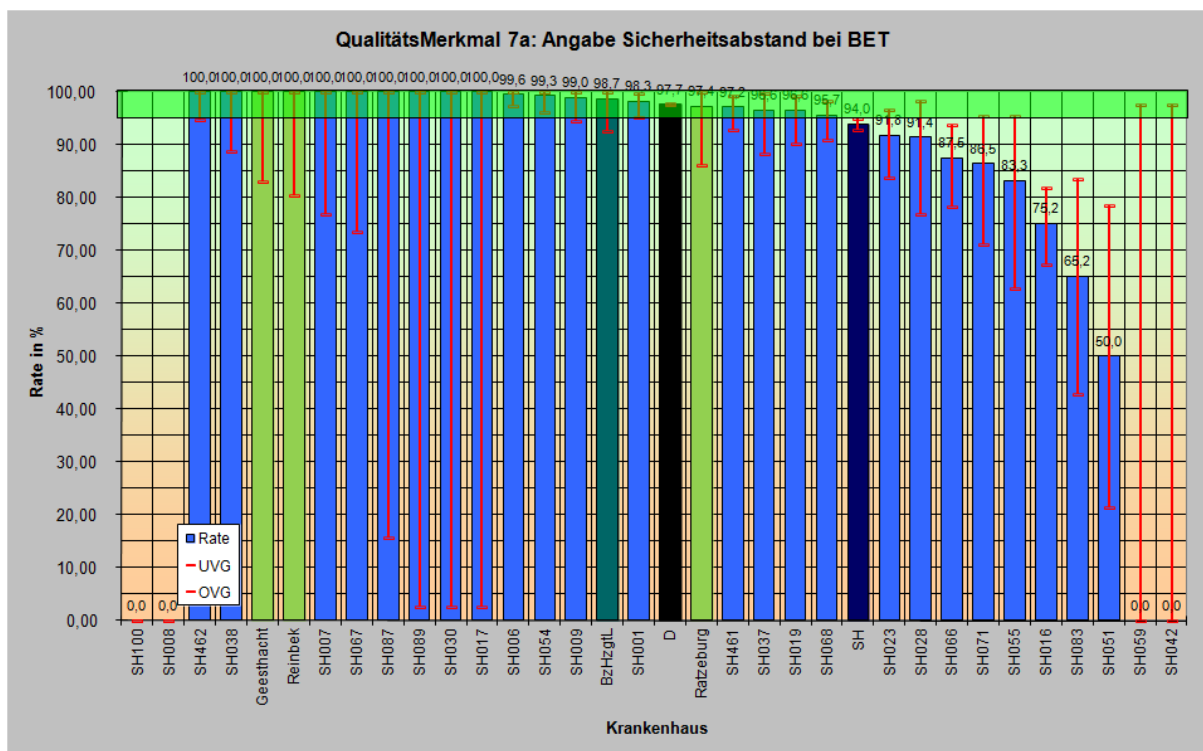
Für diese Qualitätskennzahl sind in den Verfahrensjahren 2010 bis 2007 keine Auswertungen mehr vorgenommen worden.

4.7.1 Verfahrensjahr 2006

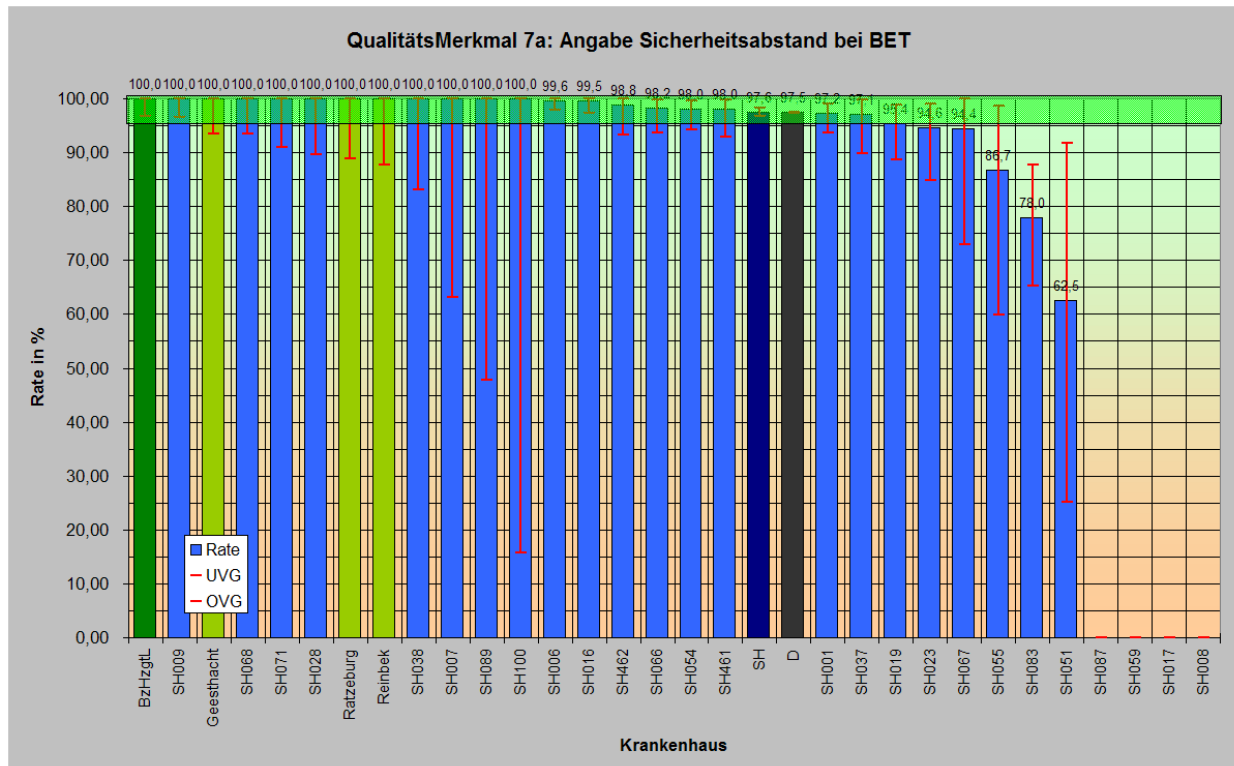


4.8 Angabe Sicherheitsabstand bei BET

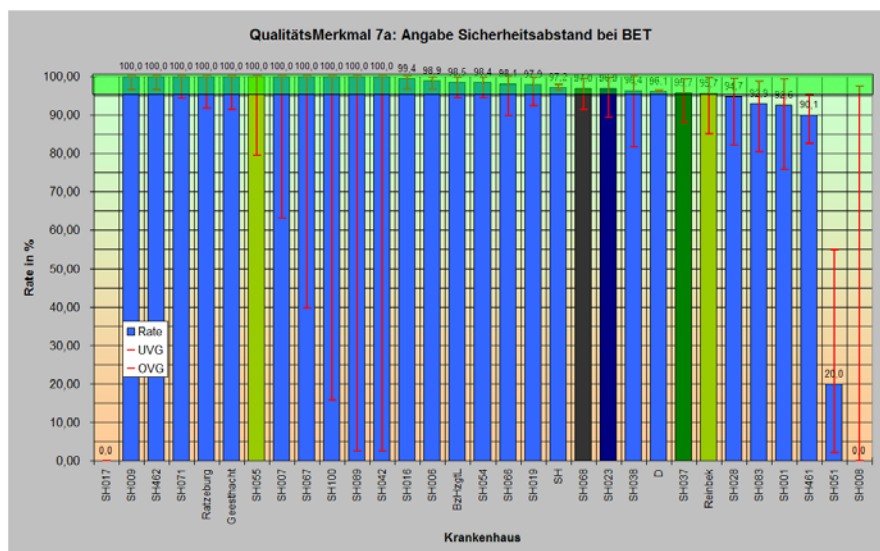
4.8.1 Verfahrensjahr 2010



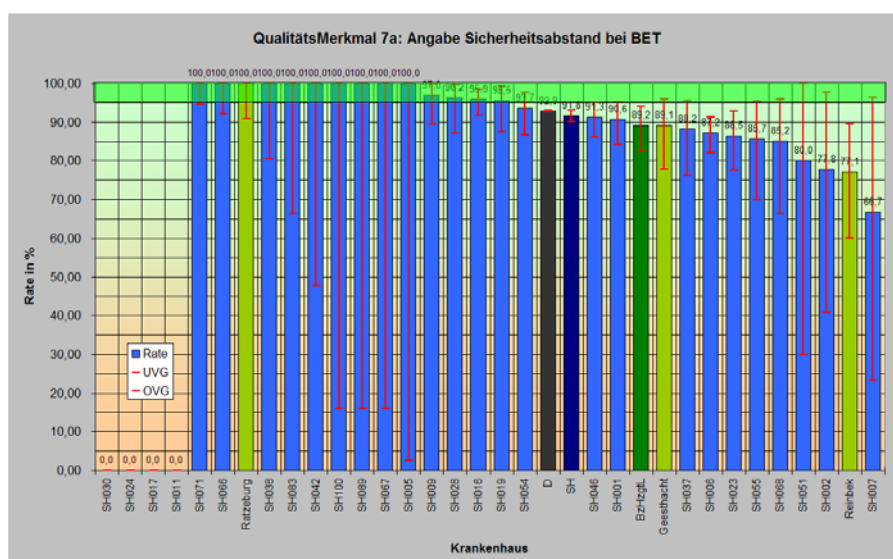
4.8.2 Verfahrensjahr 2009



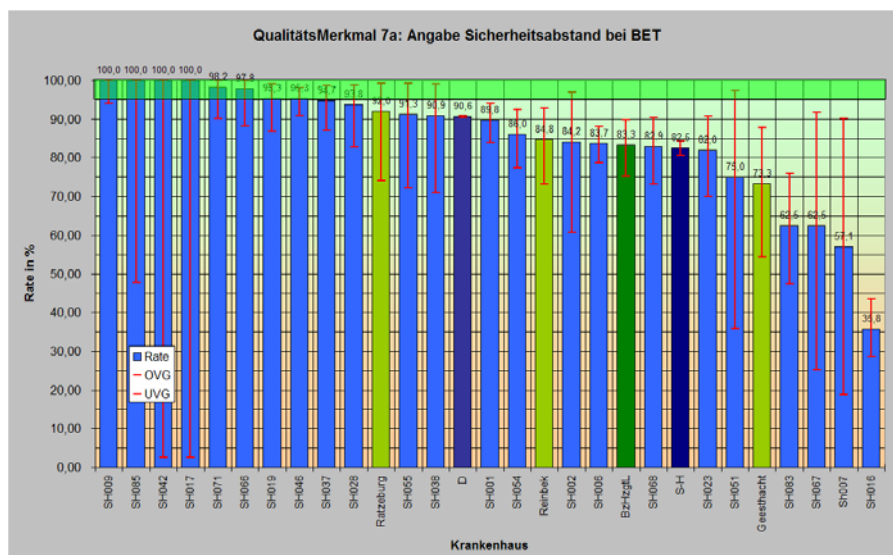
4.8.3 Verfahrensjahr 2008



4.8.4 Verfahrensjahr 2007

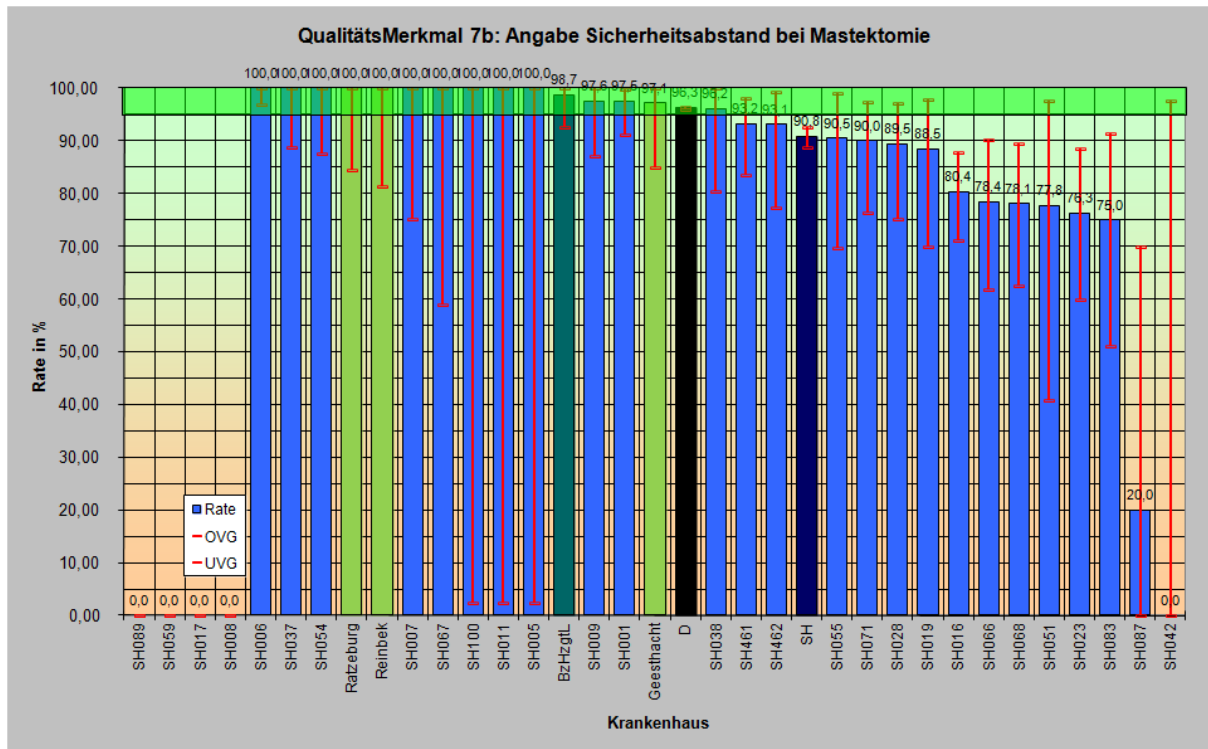


4.8.5 Verfahrensjahr 2006

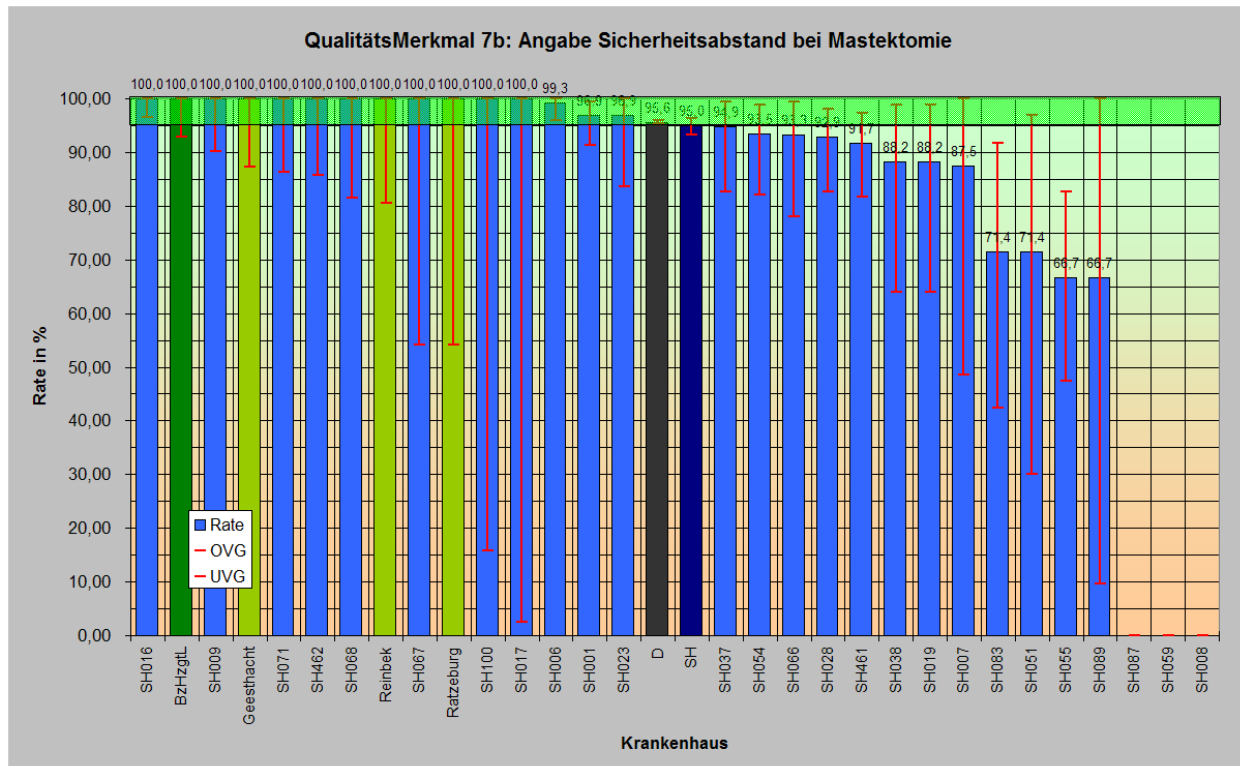


4.9 Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie

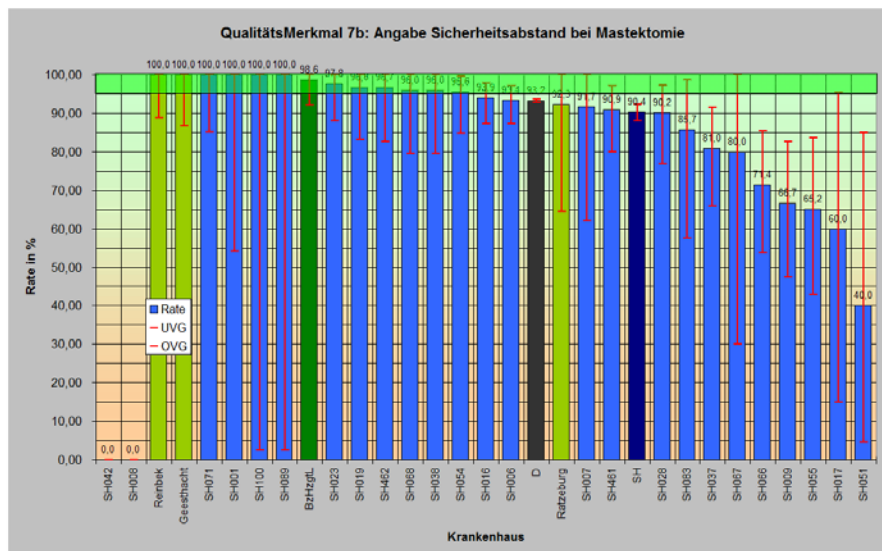
4.9.1 Verfahrensjahr 2010



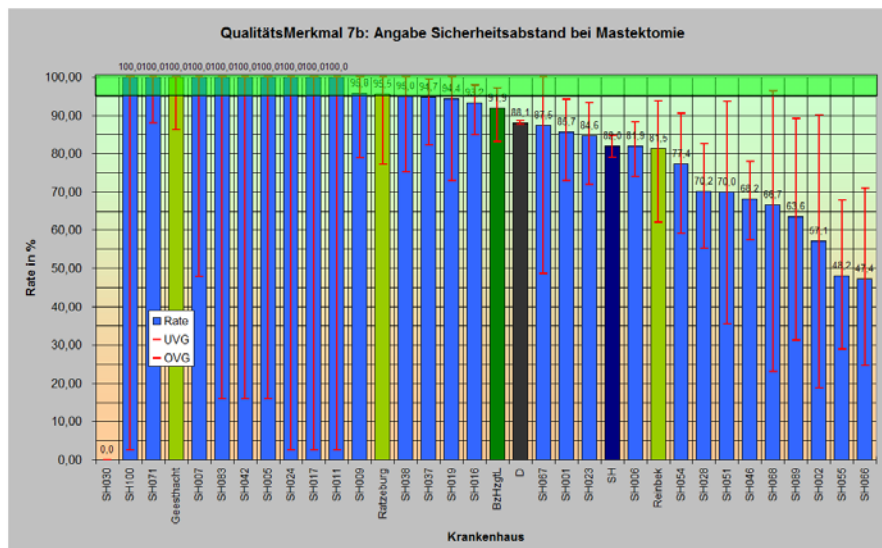
4.9.2 Verfahrensjahr 2009



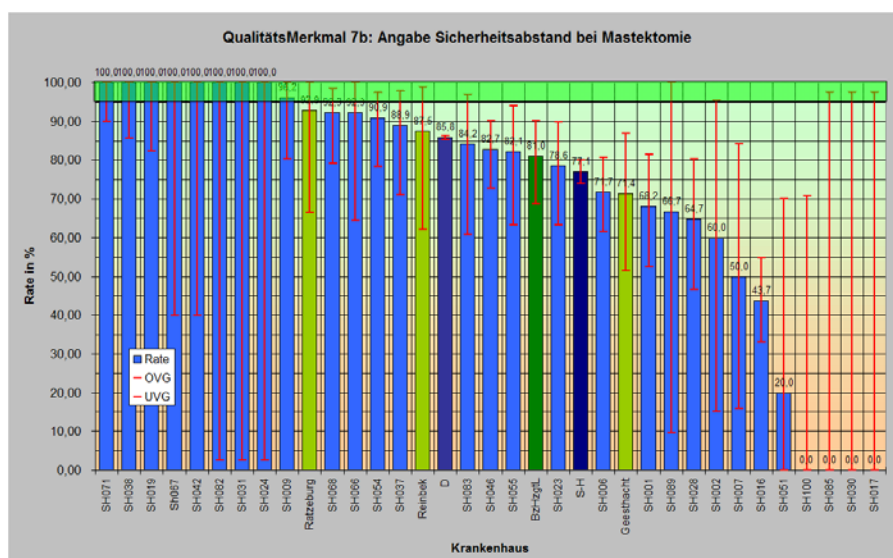
4.9.3 Verfahrensjahr 2008



4.9.4 Verfahrensjahr 2007

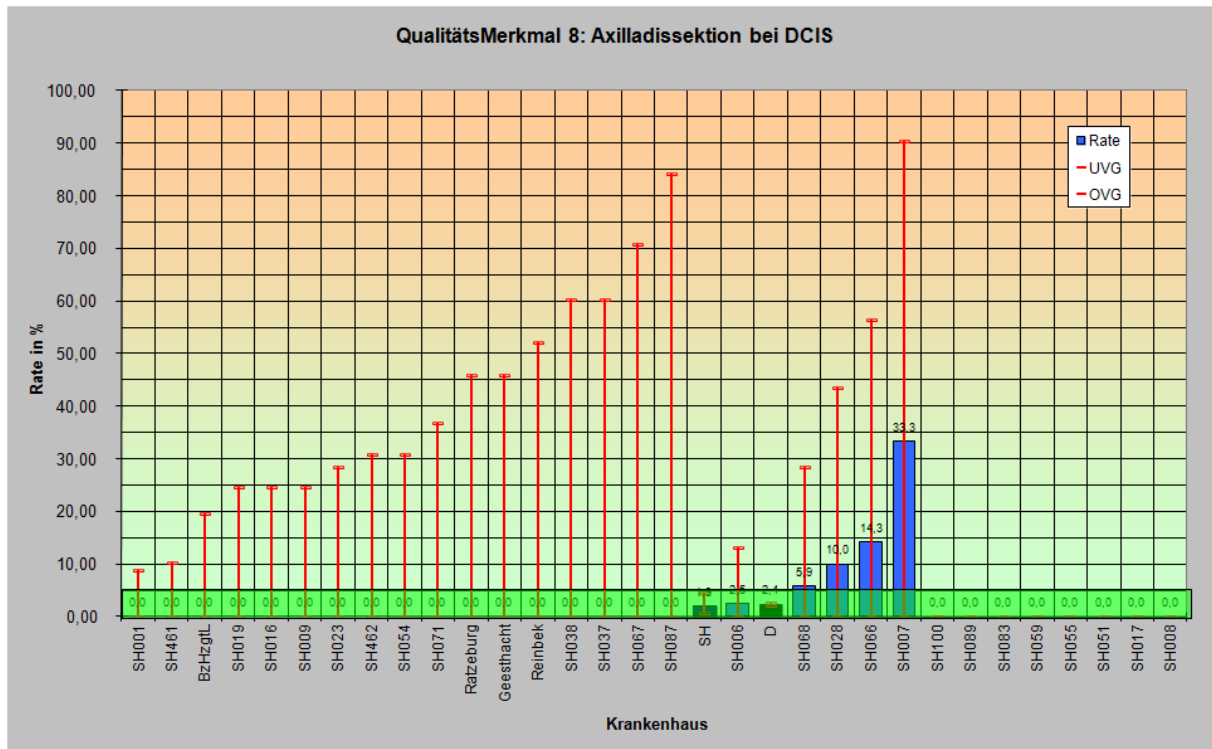


4.9.5 Verfahrensjahr 2006

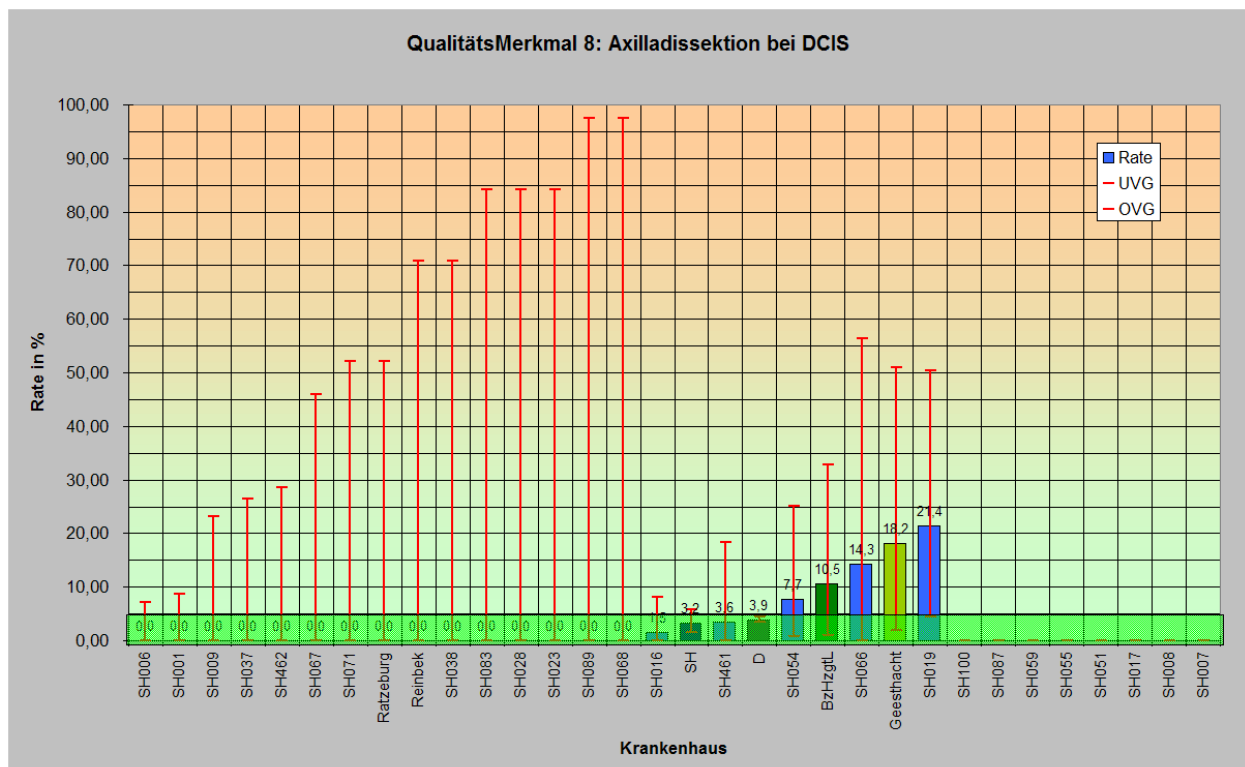


4.10 Axilladisektion bei DCIS (od. papillärem in-situ-Karzinom)

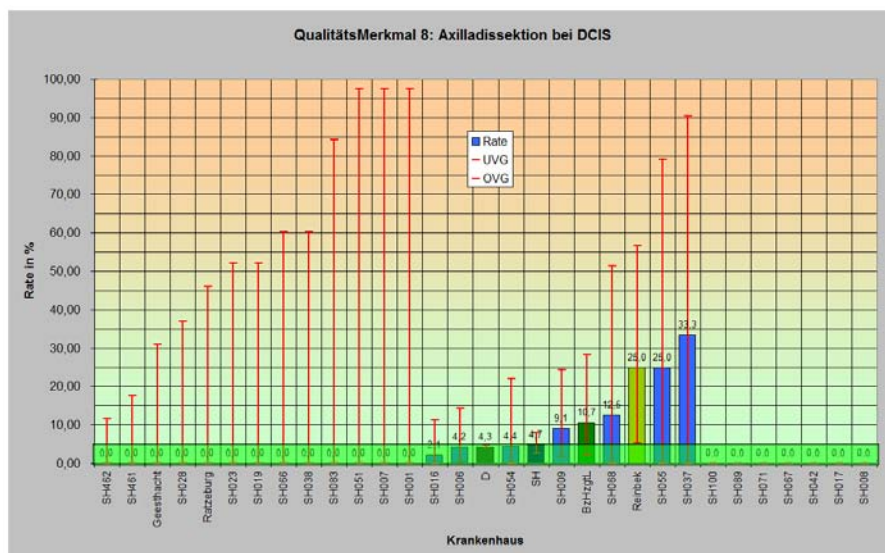
4.10.1 Verfahrensjahr 2010



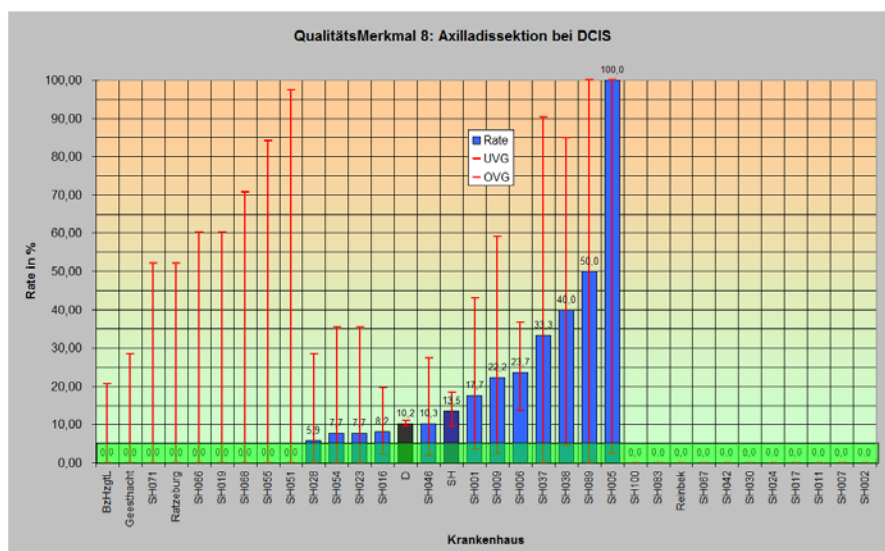
4.10.2 Verfahrensjahr 2009



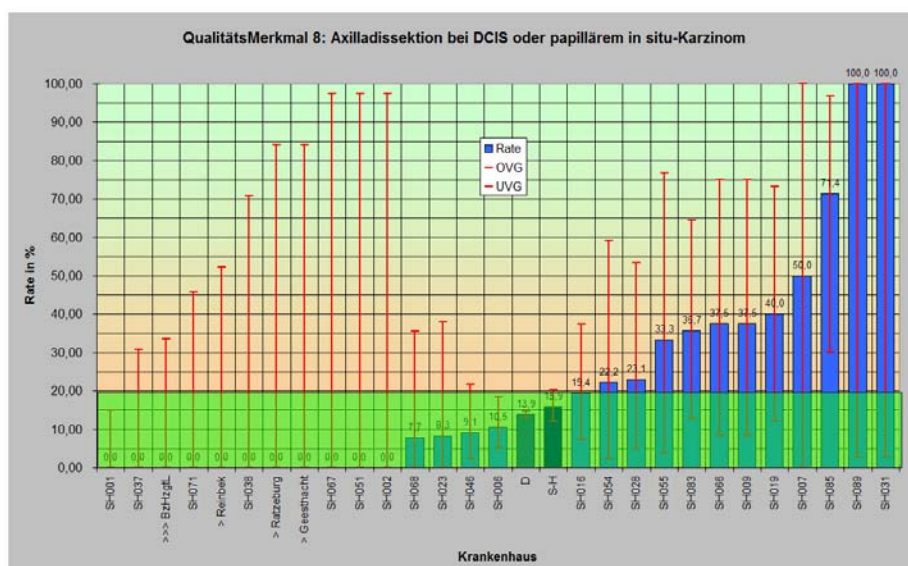
4.10.3 Verfahrensjahr 2008



4.10.4 Verfahrensjahr 2007



4.10.5 Verfahrensjahr 2006

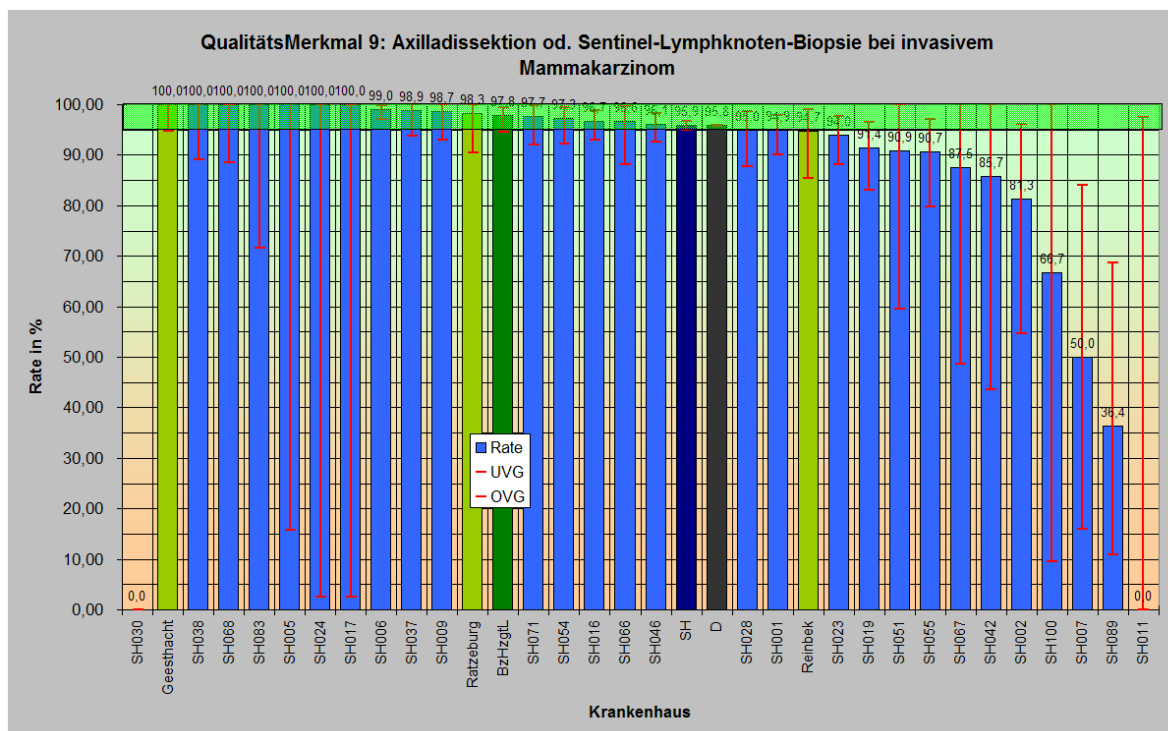


4.11 Axilladisektion oder SLNB bei invasivem Karzinom

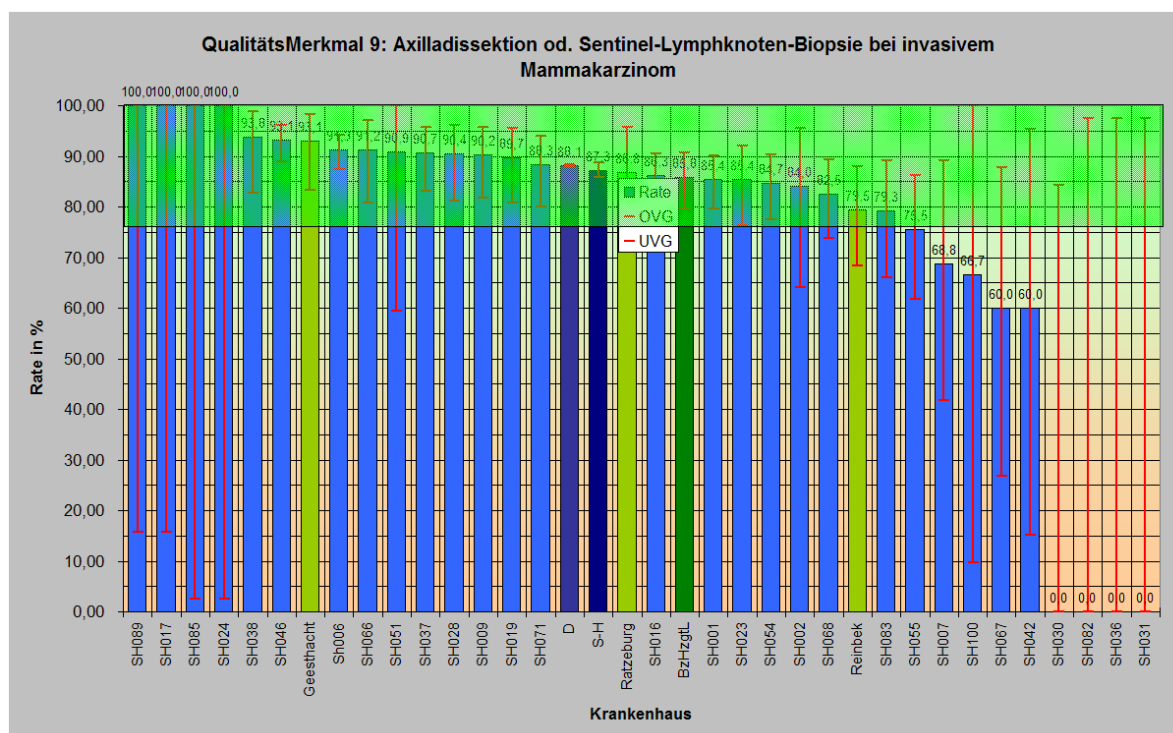
HINWEIS:

Für diese Qualitätskennzahl sind in den Verfahrensjahren 2010 bis 2008 keine Auswertungen mehr vorgenommen worden.

4.11.1 Verfahrensjahr 2007

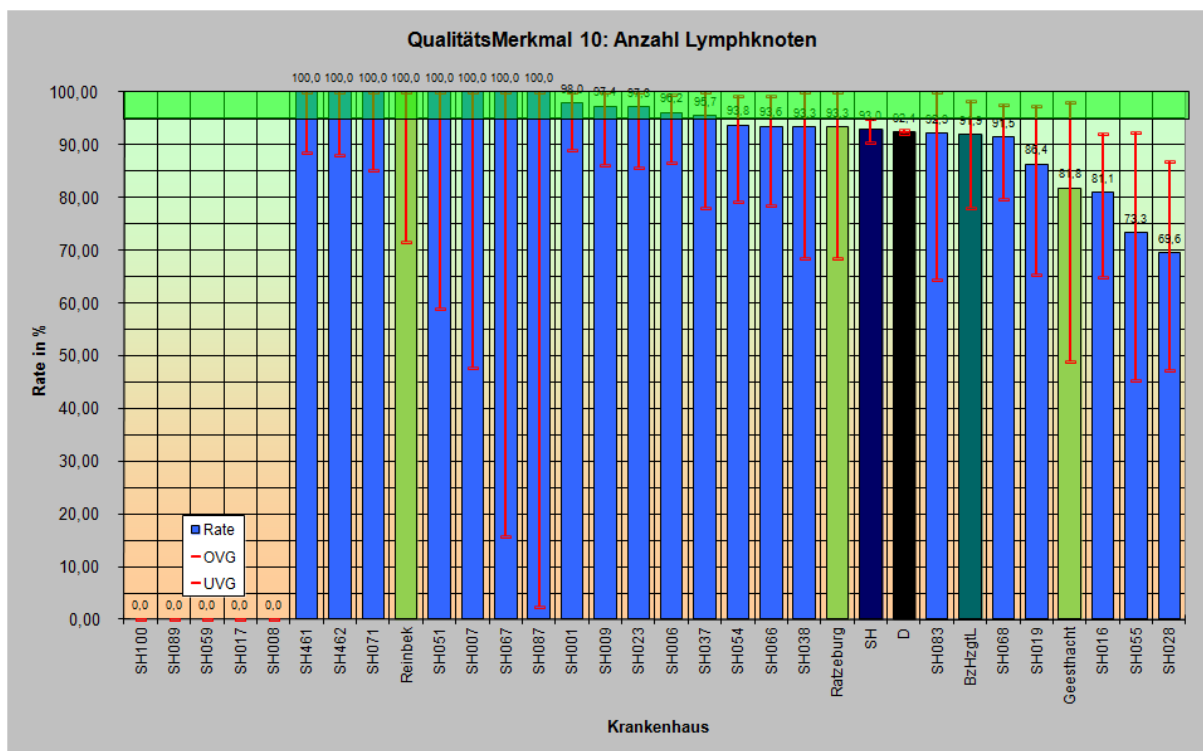


4.11.2 Verfahrensjahr 2006

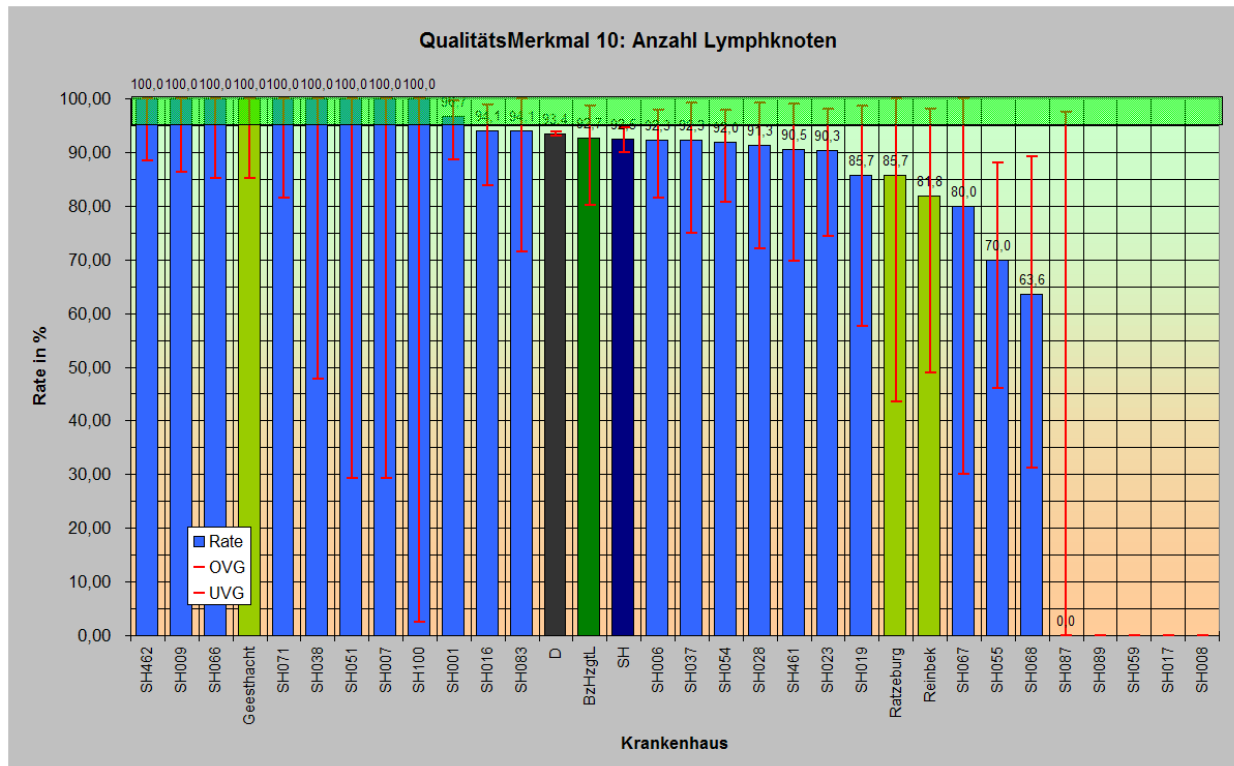


4.12 Anzahl Lymphknoten

4.12.1 Verfahrensjahr 2010

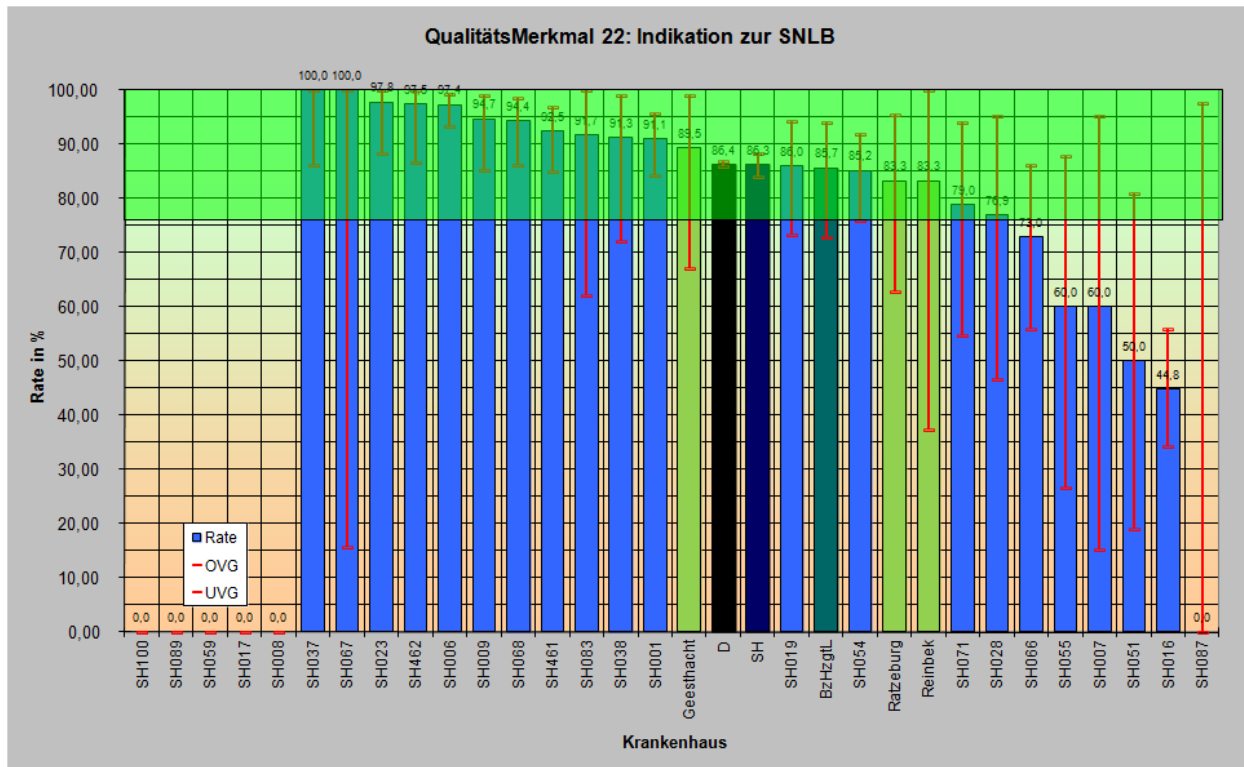


4.12.2 Verfahrensjahr 2009

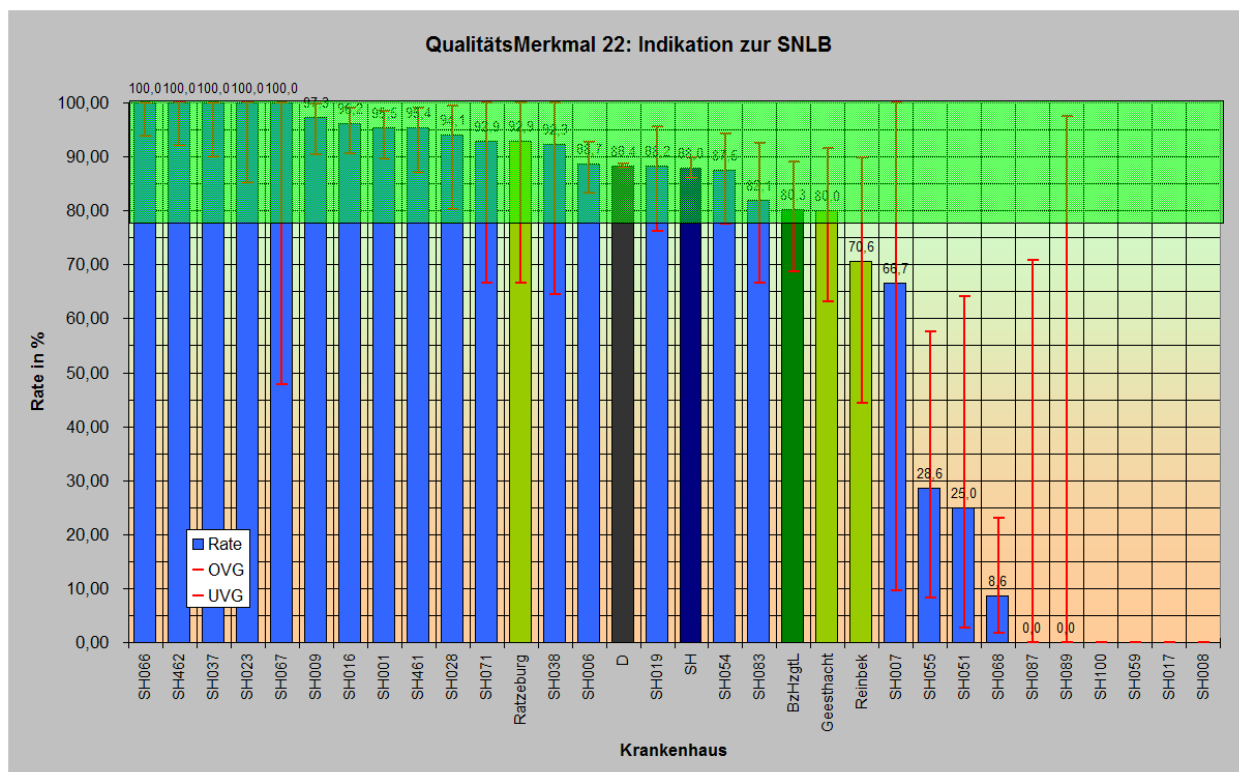


4.13 Indikation zur SNLB

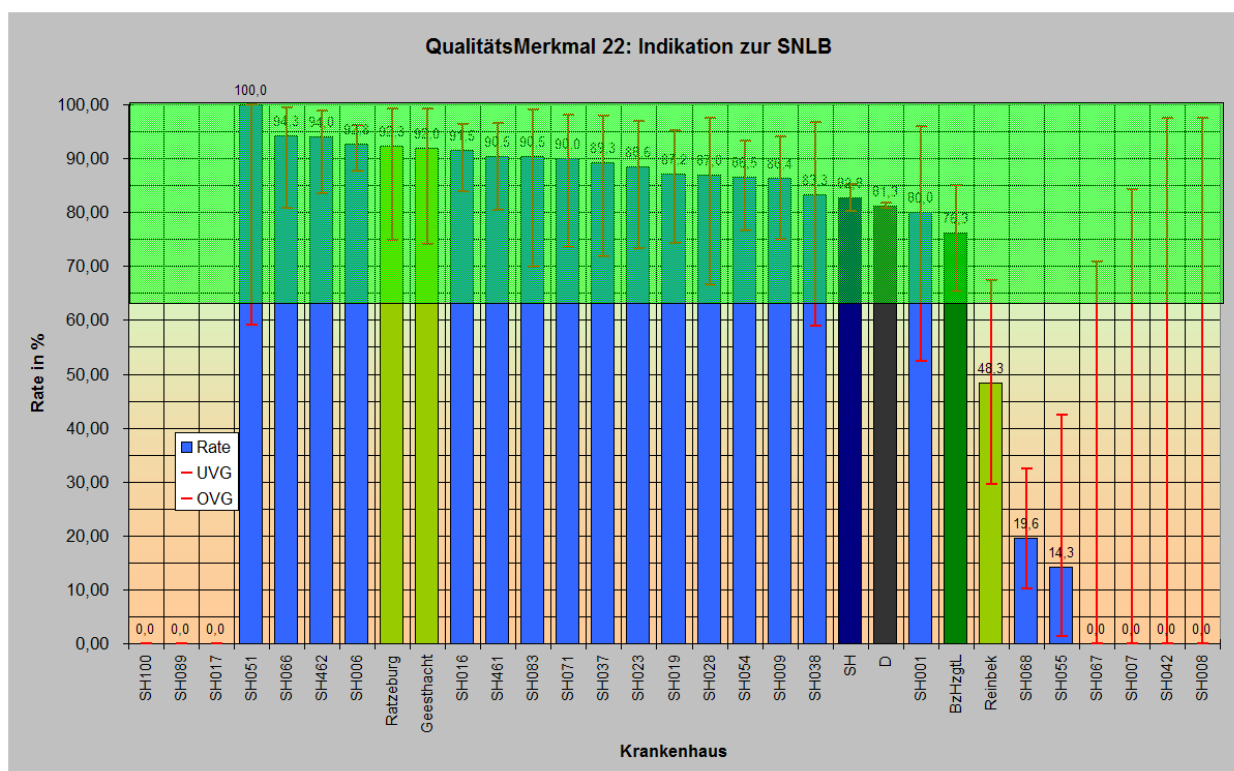
4.13.1 Verfahrensjahr 2010



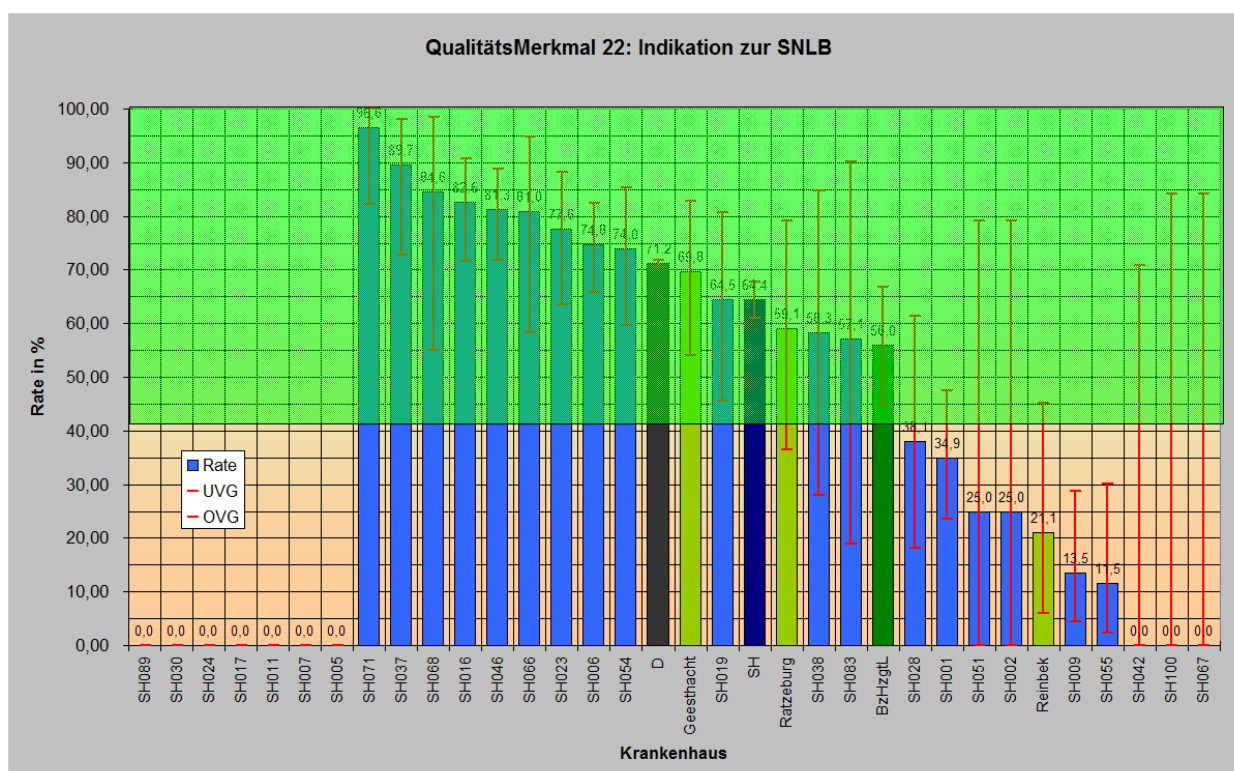
4.13.2 Verfahrensjahr 2009



4.13.3 Verfahrensjahr 2008



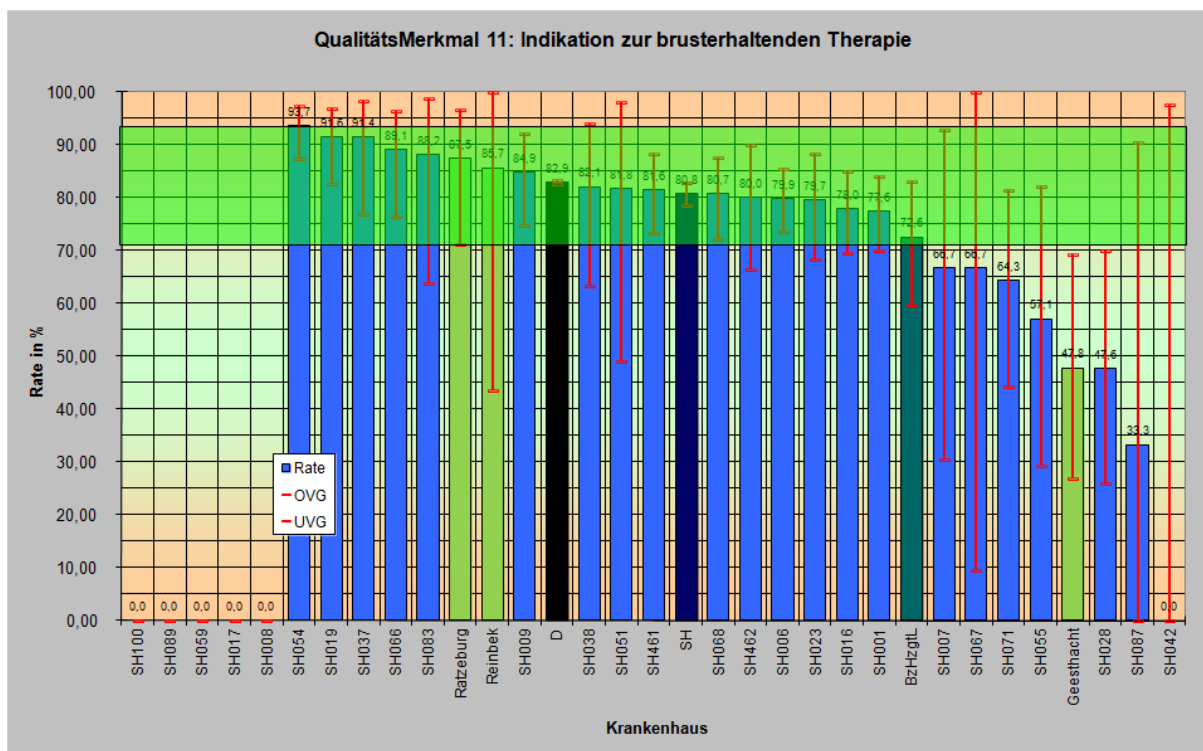
4.13.4 Verfahrensjahr 2007

**HINWEIS:**

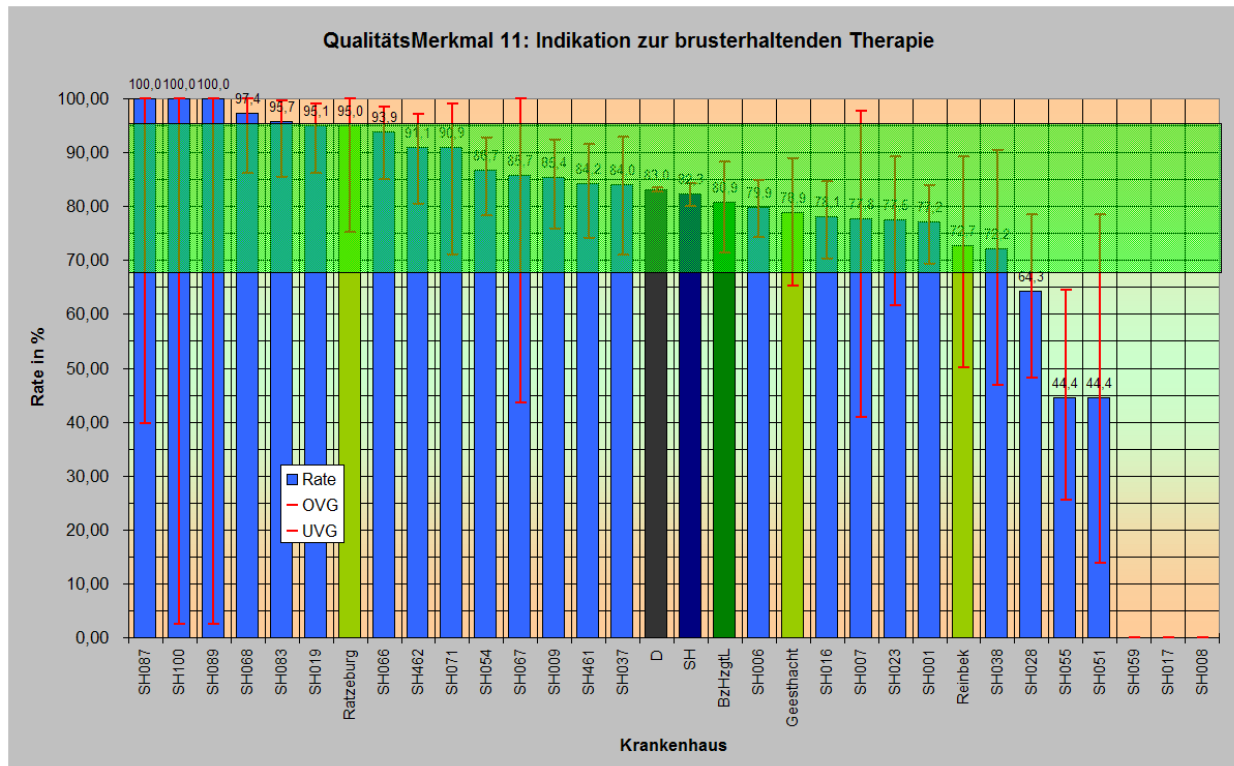
Für diese Qualitätskennzahl sind erstmals für das Verfahrensjahr 2007 berechnet worden.

4.14 Indikation zur BET

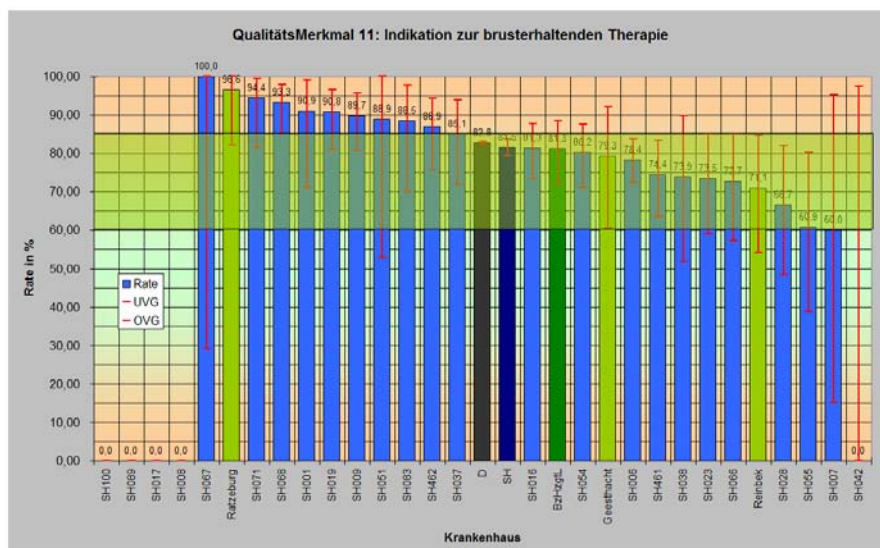
4.14.1 Verfahrensjahr 2010



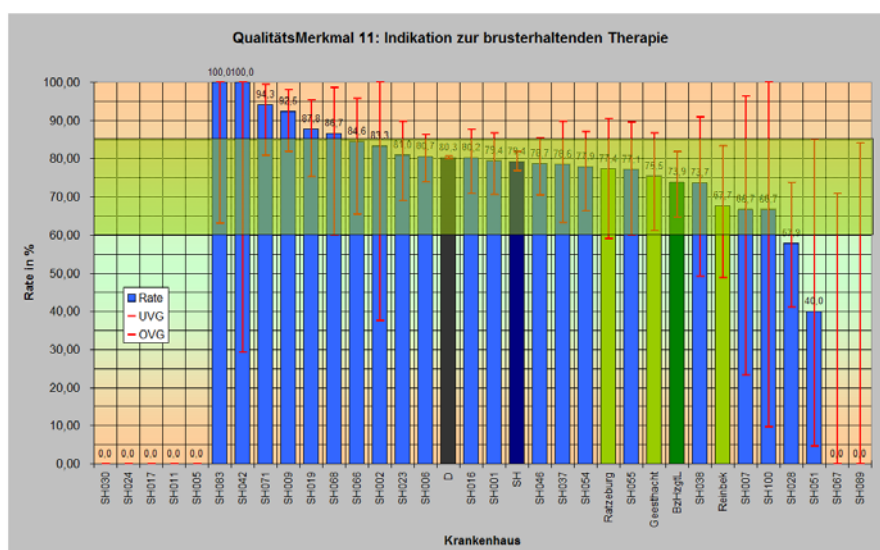
4.14.2 Verfahrensjahr 2009



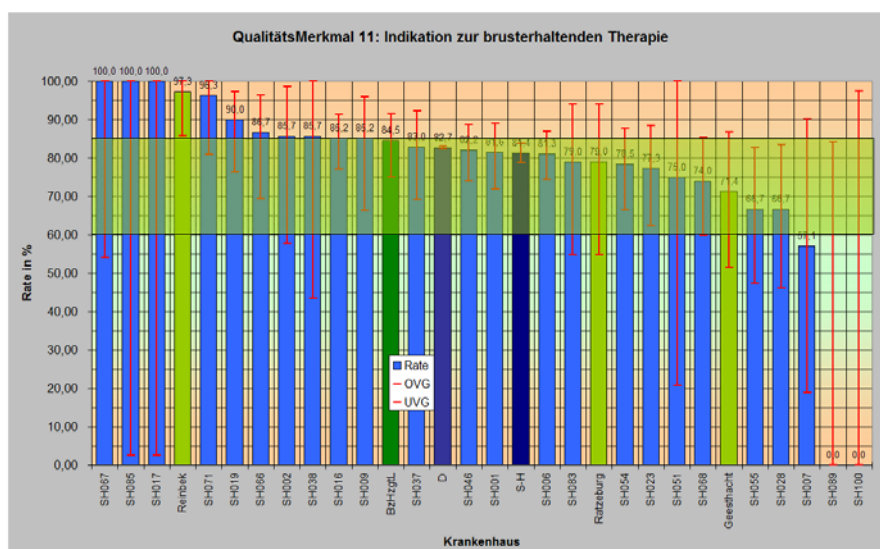
4.14.3 Verfahrensjahr 2008



4.14.4 Verfahrensjahr 2007

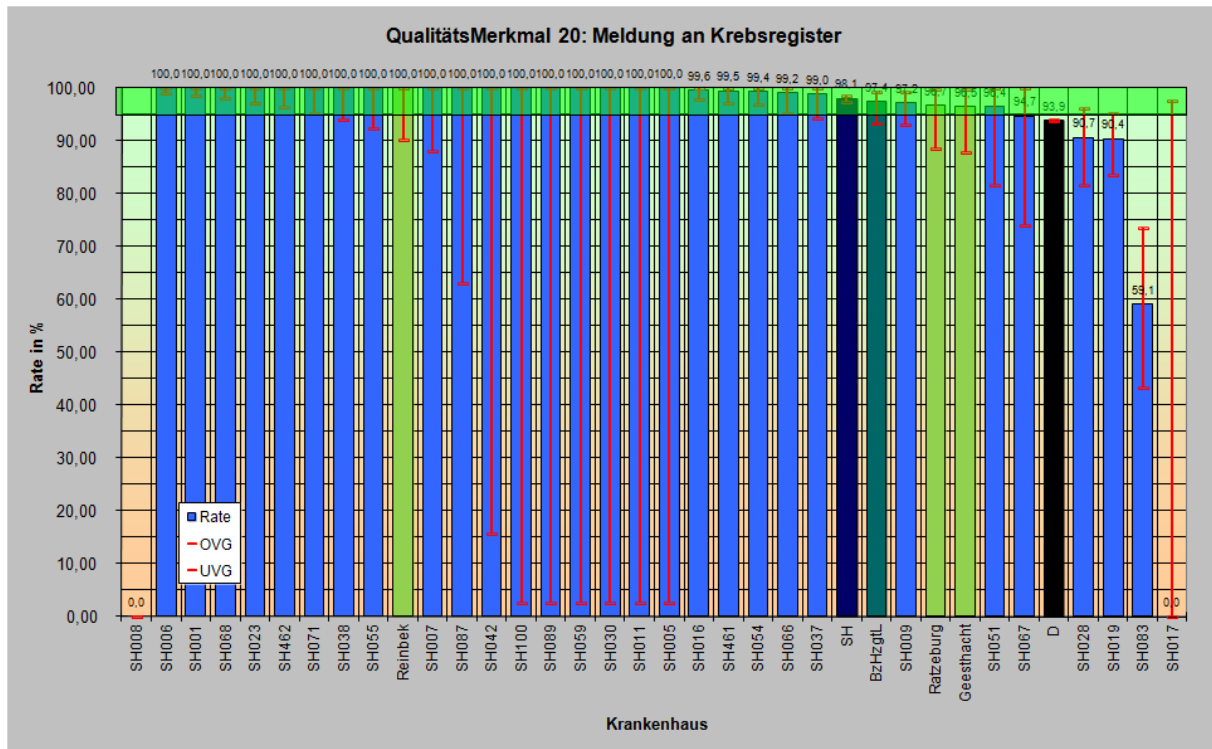


4.14.5 Verfahrensjahr 2006

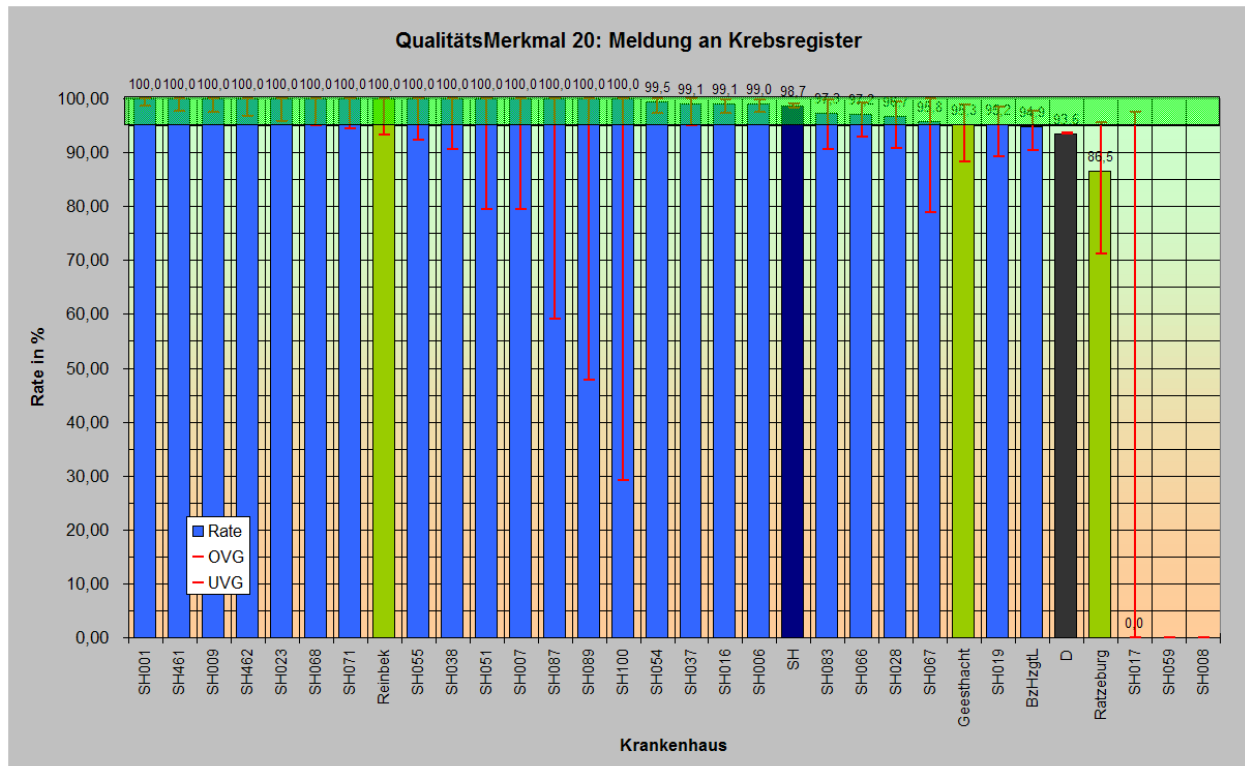


4.15 Meldung an Krebsregister

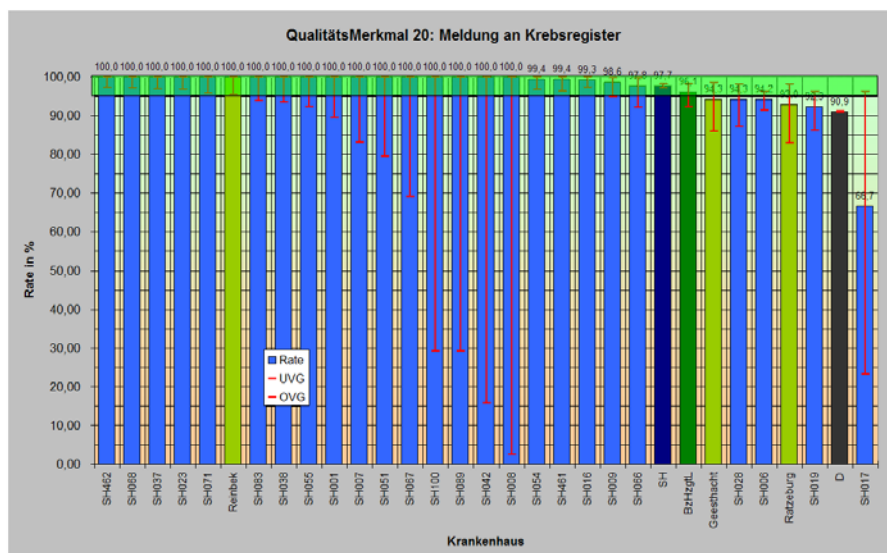
4.15.1 Verfahrensjahr 2009



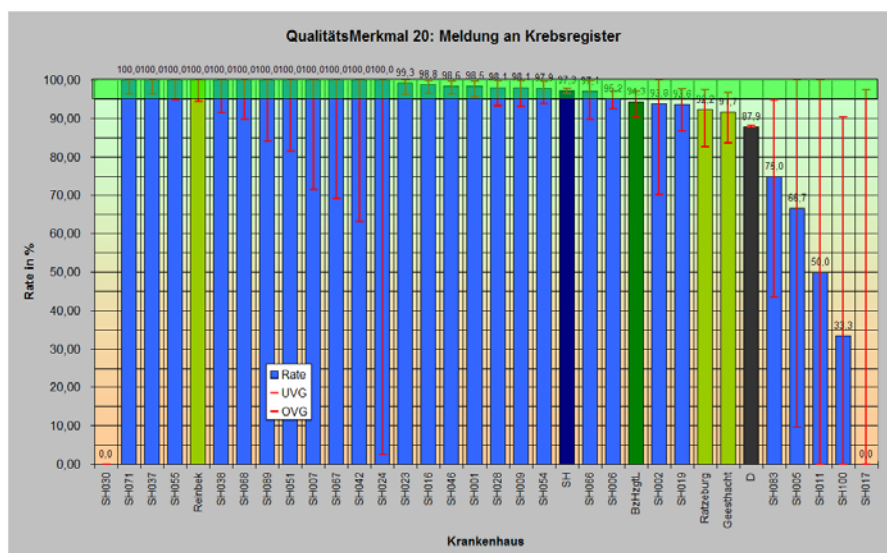
4.15.2 Verfahrensjahr 2009



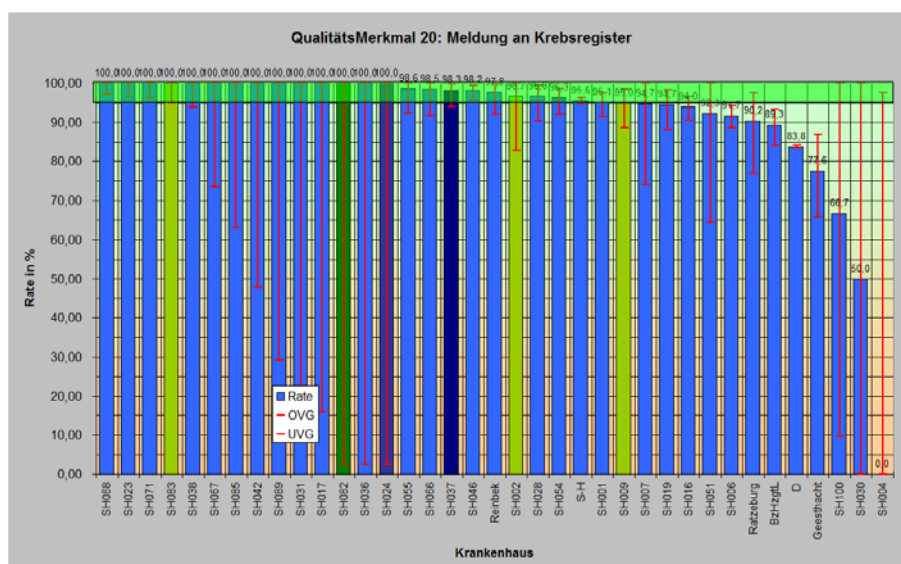
4.15.3 Verfahrensjahr 2008



4.15.4 Verfahrensjahr 2007

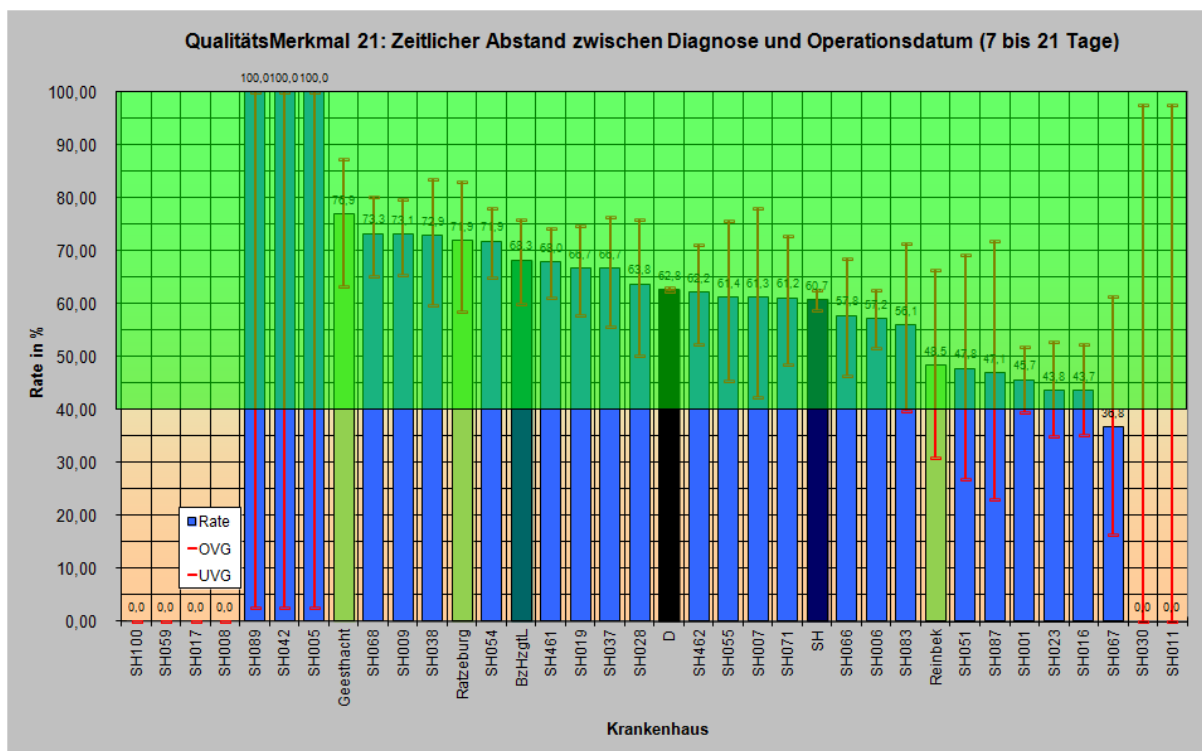


4.15.5 Verfahrensjahr 2006

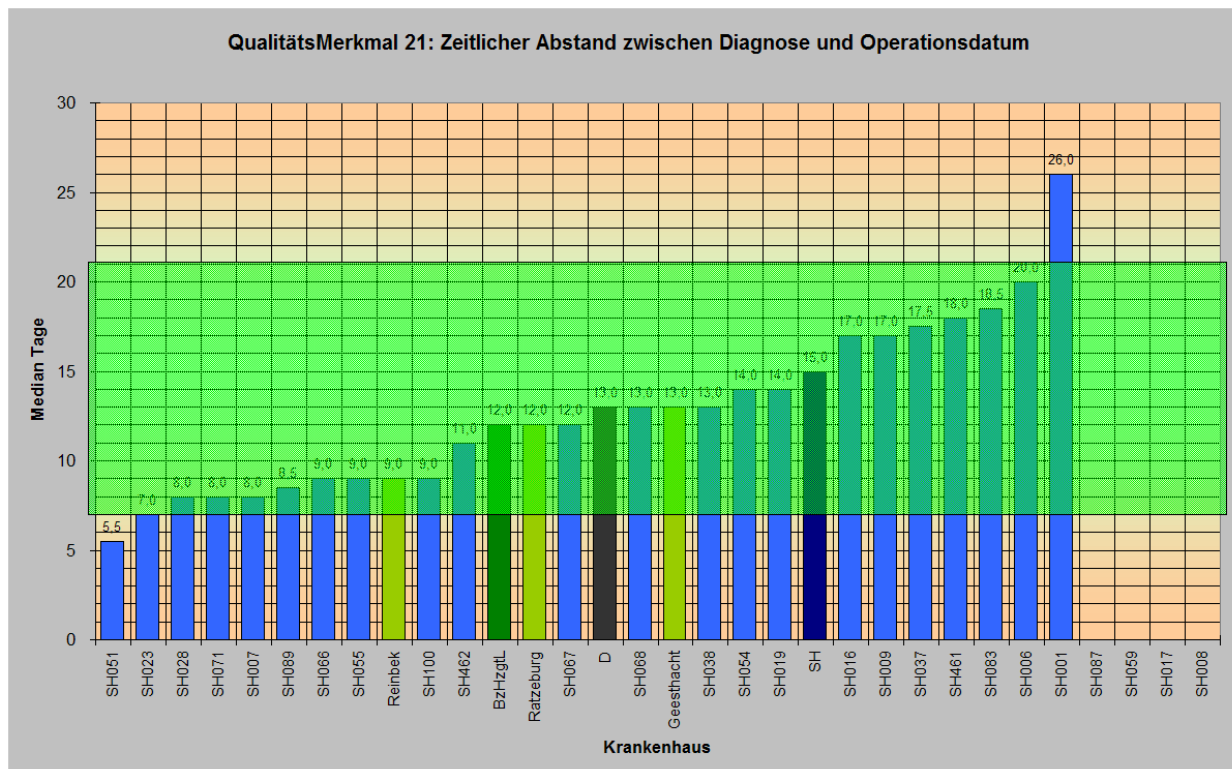


4.16 Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

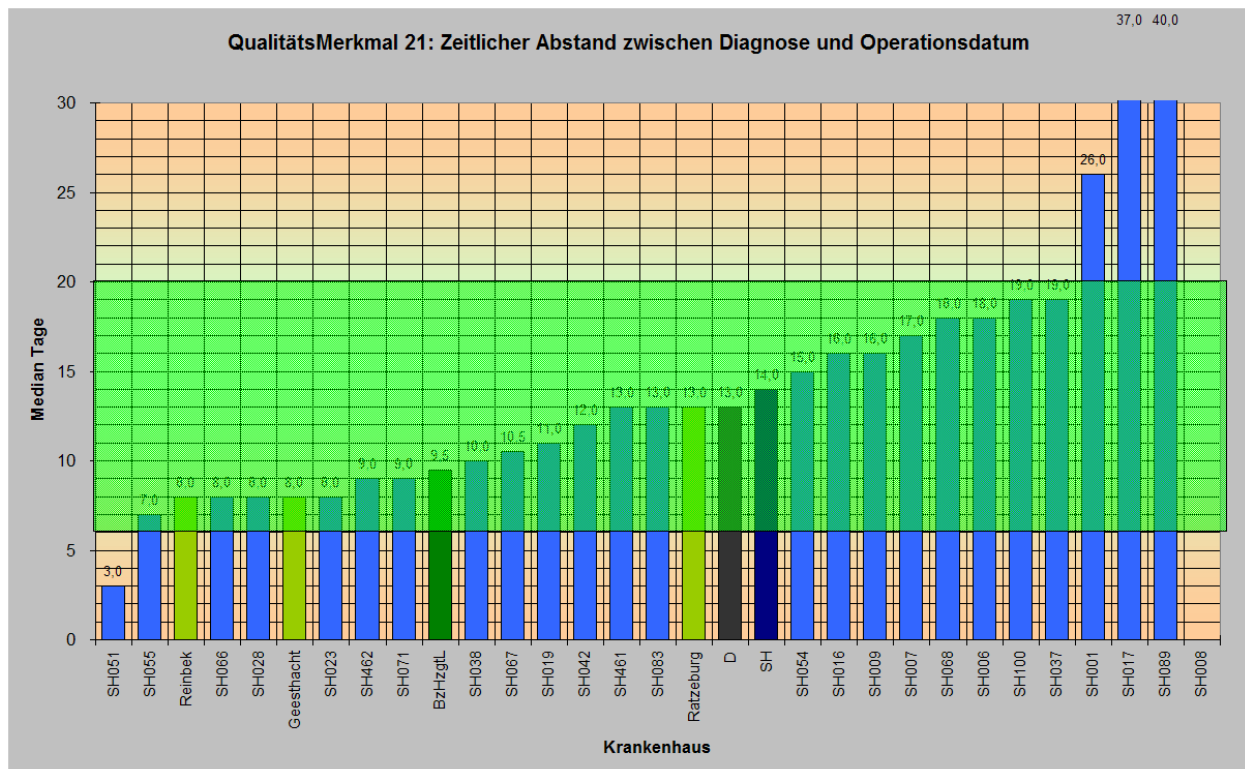
4.16.1 Verfahrensjahr 2010



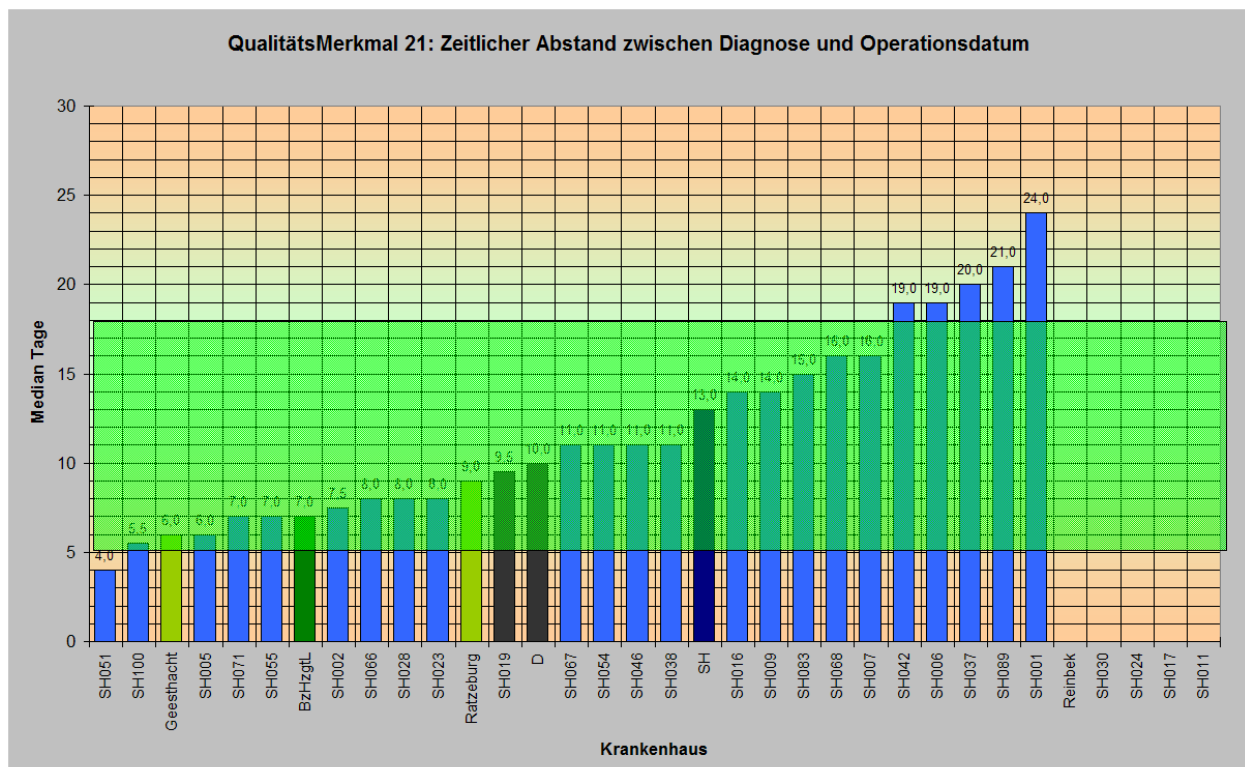
4.16.2 Verfahrensjahr 2009



4.16.3 Verfahrensjahr 2008



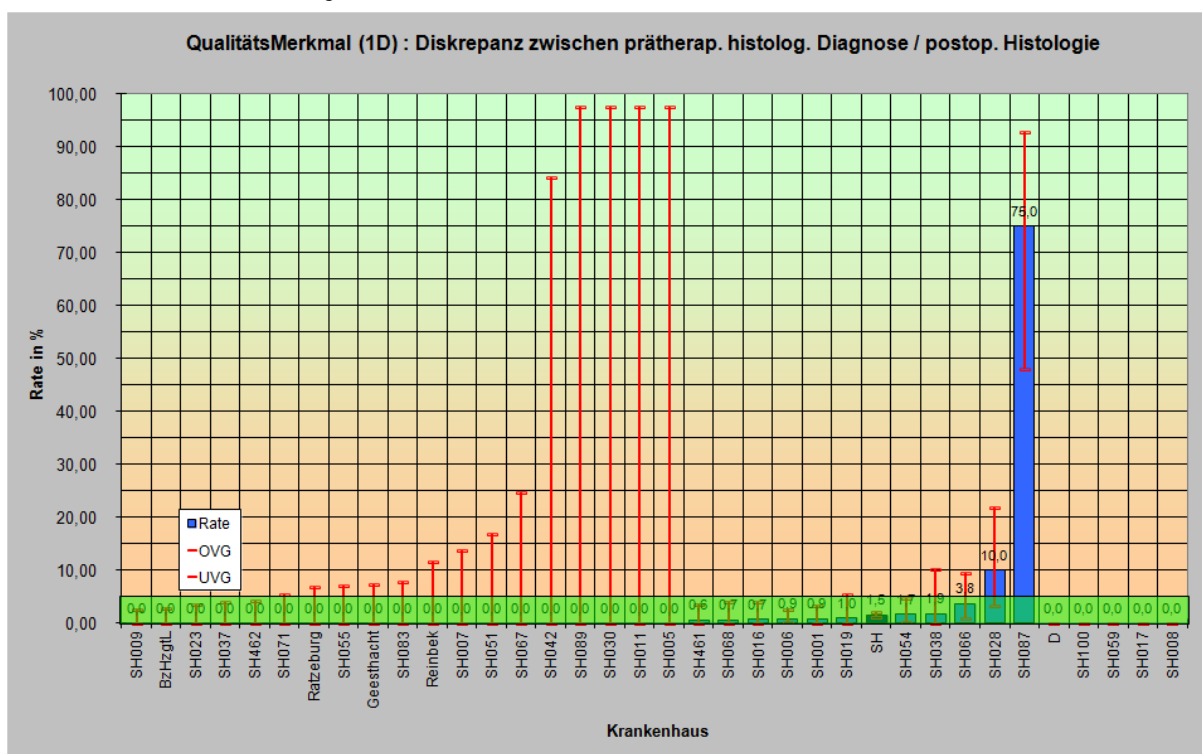
4.16.4 Verfahrensjahr 2007

**HINWEIS:**

Für diese Qualitätskennzahl sind erstmals für das Verfahrensjahr 2007 berechnet worden.

4.17 Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie

4.17.1 Verfahrensjahr 2010



4.18 Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie

4.18.1 Verfahrensjahr 2010

