



Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung

Mammachirurgie

Auswertung 2018

Modul 18/1

Inhaltsverzeichnis

1 Basisstatistik

- 1 Patienten
- 2 Dignität Tumorbefunde
- 3 Präoperative Diagnostik und Therapie
- 4 Operation
- 5 Komplikationen
- 6 Histologie und Staging
- 7 Art der erfolgten Therapie
- 8 weitere Behandlung

2 Qualitätsindikatoren

1 Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

- Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
- HER2-Positivitätsrate
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate
- Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate
- Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
- Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
- Primäre Axilladissektion bei DCIS
- Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
- Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
- Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
- Nachresektionsrate
- Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

3 Qualitätsindikatoren

- 1 Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren
- 2 Einzeldarstellung: Dokumentationsqualität

Inhalt »**Allgemeine Hinweise**

Diese Auswertung wurde von der Geschäftsstelle der BAQ für die verschiedenen Module der Qualitätssicherungsprojekte entwickelt.

Basisstatistik: Grundlegende Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken und im Vergleich zu den Ergebnissen des Vorjahres. Da die Ergebnisse des Vorjahres auf den Rechenregeln des aktuellen Auswertungsjahres basieren, können Veränderungen in den Erhebungsbögen und daraus resultierende Anpassungen der Rechenregeln zu geringgradig differierenden Vorjahreswerten führen. In einzelnen Modulen werden zusätzlich die Ergebnisse spezifischer Vergleichskollektive ausgewiesen.

Qualitätsindikatoren-Übersicht: Tabellarische Übersicht zu den Ergebnissen sämtlicher Qualitätsindikatoren.

Qualitätsindikatoren-Einzeldarstellung: Detaillierte Informationen und graphische Darstellungen zur Analyse der einzelnen Qualitätsindikatoren. Für eine klinikinterne Analyse sind die Vorgangsnummern eingeblendet. Die Berechnung der Qualitätsindikatoren für die bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V erfolgt ebenso wie die Festlegung der Referenzwerte nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln des Instituts nach § 137 SGB V. Die Rechenregeln können auf der Homepage des Instituts eingesehen werden. Zusätzliche landesspezifische Qualitätsindikatoren, die in Abstimmung mit der Fachkommission entwickelt wurden, sind gekennzeichnet.

Einzelfallanalyse: Vorgangsnummern zu Fällen, die für eine zusätzliche von den Qualitätsindikatoren unabhängige Einzelfallanalyse von Interesse sein können.

Detailstatistik: In ausgewählten Leistungsbereichen detailliertere Ergebnisse der in dem Leistungsbereich / Qualitätssicherungsprojekt erfassten Items im Vergleich zu den Ergebnissen aller teilnehmenden Kliniken. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt analog zu der Basisstatistik.

Modulspezifische Hinweise

Für den direkten Vergleich werden die Kollektive wie folgt untergliedert:

- M1: Brustzentren gemäß Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft bzw. EUSOMA Kriterien
- M2: restliche Abteilungen ("Nicht-Brustzentren")

Ansprechpartner:

Datenmanagement / Programmierung

Mario Callies: 089 211590-14

daten-support@baq-bayern.de

Medizinische Fragestellungen

Dr. H. Ewald: 089 211590-12

gynneo@baq-bayern.de

Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ),
angegliedert an die Bayerische Krankenhausgesellschaft e. V.

Westenriederstr. 19

80331 München

Tel.: 089 211590-0

mail@baq-bayern.de

www.baq-bayern.de

Datenstand:

Druckdatum / PDF-Erstellung: 27.08.2019

Auswertungsstand: 22.05.2019

Bayern gesamt

Basisstatistik » Patienten

Bezug: Patientin

1. Datensatzübersicht

	M1			M2			Gesamt		
	2018	2017		2018	2017		2018	2017	
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Patienten	10.834	100,0	100,0	4.495	100,0	100,0	15.329	100,0	100,0
- einseitige Behandlung	10.387	95,9	95,9	4.295	95,6	96,5	14.682	95,8	96,1
- beidseitige Behandlung	447	4,1	4,1	200	4,4	3,5	647	4,2	3,9
Operationen	11.293	100,0	100,0	4.724	100,0	100,0	16.017	100,0	100,0
Operationen pro Patient		1,0	1,0		1,1	1,1		1,1	1,1
Operationen pro Brust		1,0	1,0		1,0	1,0		1,0	1,0

2. Quartalsübersicht - Patienten

	M1			M2			Gesamt		
	2018	2017		2018	2017		2018	2017	
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Patienten	10.834	100,0	100,0	4.495	100,0	100,0	15.329	100,0	100,0
1. Quartal	2.609	24,1	26,5	1.139	25,3	26,0	3.748	24,5	26,3
2. Quartal	2.652	24,5	25,5	1.114	24,8	25,6	3.766	24,6	25,5
3. Quartal	2.885	26,6	24,3	1.144	25,5	24,1	4.029	26,3	24,2
4. Quartal	2.688	24,8	23,8	1.098	24,4	24,4	3.786	24,7	23,9

3. Fallzahlen

	M1			M2			Gesamt		
	2018	2017		2018	2017		2018	2017	
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
in die Auswertung einbezogene Krankenhaus-Standorte	40	100,0	100,0	99	100,0	100,0	139	100,0	100,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » Patienten

Bezug: Patientin

4. Alter

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Geburtsjahr dokumentiert	10.834	100,0	100,0	4.495	100,0	100,0	15.329	100,0	100,0
<=19 Jahre	63	0,6	0,5	32	0,7	0,9	95	0,6	0,6
20-29 Jahre	201	1,9	1,9	128	2,8	2,5	329	2,1	2,1
30-39 Jahre	579	5,3	5,6	274	6,1	6,1	853	5,6	5,7
40-49 Jahre	1.690	15,6	16,1	689	15,3	14,2	2.379	15,5	15,5
50-59 Jahre	2.976	27,5	26,1	1.014	22,6	23,9	3.990	26,0	25,5
60-69 Jahre	2.614	24,1	24,6	947	21,1	20,3	3.561	23,2	23,3
70-79 Jahre	1.868	17,2	18,2	896	19,9	22,1	2.764	18,0	19,3
80-89 Jahre	785	7,2	6,5	466	10,4	9,2	1.251	8,2	7,3
90 Jahre und älter	58	0,5	0,5	49	1,1	0,8	107	0,7	0,6

5. Geschlecht

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
männlich	96	0,9	0,9	42	0,9	1,3	138	0,9	1,0
weiblich	10.738	99,1	99,1	4.453	99,1	98,6	15.191	99,1	99,0

6. Liegezeiten

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
mittlere Verweildauer (Tage)	4,6		4,6	4,1		4,3	4,4		4,5
Median (Tage)	4,0		4,0	3,0		3,0	4,0		4,0

Bayern gesamt

Basisstatistik » Patienten

Bezug: Patientin

7. Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation

siehe auch Qualitätsindikatoren

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung nach prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie	5.664	52,3	53,2	2.277	50,7	51,7	7.941	51,8	52,7
Zeitabstand zw. Diagnose und Op.									
- 0 bis 6 Tage	174	3,1	4,4	120	5,3	7,6	294	3,7	5,3
- 7 bis 13 Tage	1.011	17,8	21,6	535	23,5	28,6	1.546	19,5	23,6
- 14 bis 21 Tage	1.621	28,6	29,9	630	27,7	30,8	2.251	28,3	30,1
- 22 Tage und länger	2.858	50,5	44,2	992	43,6	33,1	3.850	48,5	40,9
Median (in Tagen)		22,0	20,0		20,0	16,0		21,0	19,0

Basisstatistik » Dignität Tumorbefunde

1. Patienten

Bezug: Patienten

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
durchgeführt	10.684	98,6	98,6	4.420	98,3	98,5	15.104	98,5	98,6
benigner Befund:									
- einseitig	1.260	11,8	12,1	791	17,9	17,2	2.051	13,6	13,6
- beidseitig	57	0,5	0,4	21	0,5	0,6	78	0,5	0,4
maligner Befund:									
- einseitig	9.015	84,4	84,2	3.441	77,9	79,4	12.456	82,5	82,7
- beidseitig	278	2,6	2,4	114	2,6	2,0	392	2,6	2,3
unterschiedliche Dignität	74	0,7	0,9	53	1,2	0,9	127	0,8	0,9
Patienten mit benignem Befund	1.391	12,8	13,2	865	19,2	18,4	2.256	14,7	14,8
Patienten mit malignem Befund	9.367	86,5	86,3	3.608	80,3	81,0	12.975	84,6	84,7

2. Zu operierende Brust

Bezug: Brust

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Brustbehandlungen	11.265	100,0	100,0	4.691	100,0	100,0	15.956	100,0	100,0
- benigner Befund	1.446	12,8	13,1	885	18,9	18,2	2.331	14,6	14,6
- maligner Befund	9.551	84,8	84,6	3.697	78,8	79,7	13.248	83,0	83,1

3. Eingriff

Bezug: Operation

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Eingriffe	11.293	100,0	100,0	4.724	100,0	100,0	16.017	100,0	100,0
- benigner Befund	1.448	12,8	13,0	885	18,7	18,1	2.333	14,6	14,5
- maligner Befund	9.575	84,8	84,6	3.730	79,0	79,9	13.305	83,1	83,2

Bayern gesamt

Basisstatistik » Präoperative Diagnostik und Therapie

Bezug: Brust mit malignem Befund

1. Art der Erkrankung an dieser Brust

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Maligne Befunde	9.551	84,8	84,6	3.697	78,8	79,7	13.248	83,0	83,1
- Primärerkrankung	8.919	93,4	92,6	3.400	92,0	91,8	12.319	93,0	92,4
- erster offener Eingriff	7.628	85,5	83,9	3.039	89,4	88,1	10.667	86,6	85,1
- lokoregionäres Rezidiv nach BET	516	5,4	5,8	242	6,5	6,7	758	5,7	6,1
- lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	116	1,2	1,6	55	1,5	1,5	171	1,3	1,6

2. Tastbefund

offener Ersteingriff wegen Primärerkrankung

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
vorliegend	4.473	58,6	61,0	1.911	62,9	64,6	6.384	59,8	62,1

3. Anlaß der Diagnosestellung

offener Ersteingriff wegen Primärerkrankung

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Mammographie-Screening-Programm									
- nein	5.323	69,8	73,0	2.407	79,2	77,5	7.730	72,5	74,3
- ja	2.006	26,3	22,9	542	17,8	20,3	2.548	23,9	22,1
- unbekannt	299	3,9	4,1	90	3,0	2,2	389	3,6	3,6

Bayern gesamt

Basisstatistik » Präoperative Diagnostik und Therapie

Bezug: Brust mit malignem Befund

4. Histologie vor dem ersten Eingriff

	M1			M2			Gesamt		
	2018	2017		2018	2017		2018	2017	
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Ersteingriff wegen Primärerkrankung ODER lokoregionärer Rezidive	8.260	73,3	72,0	3.336	71,1	71,0	11.596	72,7	71,7
prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	7.887	95,5	94,9	3.141	94,2	92,7	11.028	95,1	94,2
- nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	14	0,2	0,3	9	0,3	0,3	23	0,2	0,3
- benigne/entzündl. Veränderung	21	0,3	0,4	20	0,6	0,2	41	0,4	0,3
- benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	69	0,9	1,0	29	0,9	0,6	98	0,9	0,9
- malignitätsverdächtig	65	0,8	0,8	27	0,9	1,2	92	0,8	0,9
- maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	7.718	97,9	97,6	3.056	97,3	97,7	10.774	97,7	97,6
- Histologiedatum valide	7.845	99,5	99,2	3.136	99,8	99,8	10.981	99,6	99,4
Zeitpunkt:									
• über einem Tag nach Aufnahme	85	1,1	0,9	42	1,3	1,2	127	1,2	1,0
• 1 Tag nach Aufnahme	52	0,7	0,6	19	0,6	0,5	71	0,6	0,6
• am Aufnahmetag	27	0,3	0,5	17	0,5	0,9	44	0,4	0,6
• 1 - 7 Tage vor Aufnahme	421	5,4	7,9	281	9,0	13,3	702	6,4	9,5
• 8 - 14 Tage vor Aufnahme	1.329	16,9	19,9	636	20,3	24,2	1.965	17,9	21,2
• 15 - 30 Tage vor Aufnahme	2.813	35,9	34,8	1.085	34,6	34,3	3.898	35,5	34,6
• 31 - 93 Tage vor Aufnahme	1.616	20,6	19,1	557	17,8	12,7	2.173	19,8	17,2
• über 3 Monate vor Aufnahme	1.502	19,1	16,3	499	15,9	12,9	2.001	18,2	15,3

Bayern gesamt

Basisstatistik » Präoperative Diagnostik und Therapie

Bezug: Brust mit malignem Befund

5. Befunde

bei maligner Neoplasie einschließlich in situ Karzinome und prätherapeut Diagnosesicherung

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
lobuläres Carcinoma in situ	18	0,2	0,2	3	0,1	0,2	21	0,2	0,2
duktales Carcinoma in situ	841	10,7	11,3	251	8,0	8,2	1.092	9,9	10,4
invasive Karzinome	6.842	86,8	85,0	2.796	89,0	87,9	9.638	87,4	85,8
- Primärtumor	6.747	98,6	98,9	2.761	98,7	99,0	9.508	98,7	98,9
- Metastase	47	0,7	0,7	13	0,5	0,8	60	0,6	0,7
- unklar	48	0,7	0,4	22	0,8	0,3	70	0,7	0,4
Sarkome	14	0,2	0,3	5	0,2	0,4	19	0,2	0,3
- Primärtumor	7	50,0	91,7	4	80,0	66,7	11	57,9	83,3
- Metastase	0	0,0	4,2	0	0,0	8,3	0	0,0	5,6
- unklar	1	7,1	0,0	0	0,0	16,7	1	5,3	5,6
Lymphome	1	0,0	0,0	1	0,0	0,0	2	0,0	0,0

6. Histologie vor dem ersten Eingriff

offener Ersteingriff wegen Primärerkrankung

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung	6.238	81,8	75,2	1.434	47,2	47,5	7.672	71,9	67,0
präoperative tumorspezifische Ther.	1.512	19,8	16,2	528	17,4	15,2	2.040	19,1	15,9

Bayern gesamt

Basisstatistik » Operation

Bezug: Eingriffe mit malignem Befund

1. Eingriffsgrund

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Ersteingriff während dieses Aufenth	9.329	97,4	97,4	3.582	96,0	96,9	12.911	97,0	97,3
- Primärerkrankung	8.719	93,5	92,6	3.291	91,9	91,8	12.010	93,0	92,3
- Rezidiv nach BET	496	5,3	5,8	236	6,6	6,7	732	5,7	6,1
- Rezidiv nach Mastektomie	114	1,2	1,6	55	1,5	1,5	169	1,3	1,6

2. präoperative Markierung

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
durch bildgebende Verfahren	4.261	44,5	40,4	1.660	44,5	39,2	5.921	44,5	40,1
- Mammographie	1.727	40,5	42,5	450	27,1	37,0	2.177	36,8	40,9
• intraoperat. Präparatröntgen	1.681	97,3	96,6	425	94,4	93,2	2.106	96,7	95,7
• intraoperatives Präparatsono	29	1,7	2,6	20	4,4	3,4	49	2,3	2,8
- Sonographie	2.487	58,4	56,3	1.195	72,0	61,8	3.682	62,2	57,8
• intraoperat. Präparatröntgen	1.681	97,3	96,6	425	94,4	93,2	2.106	96,7	95,7
• intraoperatives Präparatsono	29	1,7	2,6	20	4,4	3,4	49	2,3	2,8
- MRT	47	1,1	1,3	15	0,9	1,2	62	1,0	1,2

3. Operation

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Präop. Verweildauer (Tage) - Median		1,0	1,0		1,0	1,0		1,0	1,0
Operation am Aufnahmetag	4.365	45,6	46,1	1.560	41,8	37,7	5.925	44,5	43,7
Operation am Folgetag	4.938	51,6	50,6	2.026	54,3	58,1	6.964	52,3	52,8
Operation 2-4 nach Aufnahme	143	1,5	1,6	67	1,8	2,2	210	1,6	1,8
Operation 5-14 Tage nach Aufnahme	94	1,0	1,3	61	1,6	1,7	155	1,2	1,4
Operation über 2 Wochen n. Aufnahme	35	0,4	0,4	16	0,4	0,3	51	0,4	0,3
Postop. Verweildauer (Tg.) - Median		3,0	3,0		3,0	3,0		3,0	3,0
ambulante OP	21	0,2	0,2	7	0,2	0,3	28	0,2	0,3
Entlassung am Folgetag	566	5,9	6,4	241	6,5	7,0	807	6,1	6,6
Entlassung nach 2 Tagen	2.074	21,7	20,1	1.110	29,8	26,7	3.184	23,9	22,0
Entlassung nach 3-7 Tagen	6.025	62,9	63,2	2.053	55,0	56,7	8.078	60,7	61,3
Entlassung nach 8-14 Tagen	786	8,2	9,0	286	7,7	8,3	1.072	8,1	8,8
Entlassung nach 15 Tagen und mehr	103	1,1	1,1	33	0,9	1,1	136	1,0	1,1

Bayern gesamt

Basisstatistik » Operation

Bezug: Eingriffe mit malignem Befund

4. Eingriffe

gemäß OPS-Schlüssel sowie Sentinel-LK Biopsie Abfrage

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
alle organerhalt. Eingriffe (OPS I)	6.676	69,7	67,5	2.736	73,4	71,6	9.412	70,7	68,6
- ohne axilläre Lymphadenektomie	6.676	100,0	100,0	2.736	100,0	100,0	9.412	100,0	100,0
- mit axillärer Lymphadenektomie	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
ablative Eingriffe	1.827	19,1	19,9	669	17,9	18,8	2.496	18,8	19,6
- ohne axilläre Lymphadenektomie	1.748	95,7	95,1	616	92,1	94,9	2.364	94,7	95,0
- mit axillärer Lymphadenektomie	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
erweiterte Mastektomie 5-874	81	0,8	1,0	55	1,5	1,0	136	1,0	1,0
supraradikale Mastektomie 5-875	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
subkutane Mastektomie 5-876	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
andere Exzision/Resektion der Mamma	86	0,9	0,8	29	0,8	0,8	115	0,9	0,8
Inzision der Mamma	288	3,0	3,4	27	0,7	0,5	315	2,4	2,5
Operationen an der Brustwarze	67	0,7	0,7	84	2,3	1,7	151	1,1	1,0
Plastische Brustvergrößerung	76	0,8	0,5	11	0,3	0,1	87	0,7	0,4
Mammareduktionsplastik	72	0,8	1,0	40	1,1	0,7	112	0,8	0,9
Rekonstruktion mit Haut und Muskel	192	2,0	1,9	12	0,3	0,3	204	1,5	1,5
andere Rekonstruktionen	304	3,2	2,7	134	3,6	2,6	438	3,3	2,7
andere Operationen an der Mamma	135	1,4	1,5	41	1,1	1,9	176	1,3	1,6

5. Indikation zur Brusterhaltung

Primärerkrankung, abgeschlossene operative Therapie, Histologie "invasives Karzinom"

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
BET bei pT1	2.965	84,0	84,9	1.268	89,1	89,2	4.233	85,4	86,2
BET bei pT1 ohne präoperative tumorspezifische Therapie	2.531	85,1	86,4	1.105	89,8	89,8	3.636	86,5	87,4
BET bei pT2	1.239	65,1	64,9	558	68,6	67,3	1.797	66,1	65,7

Bayern gesamt

Basisstatistik » Operation

Bezug: Eingriffe mit malignem Befund

6. Alleinige Sentinel Lymphknoten Biopsie (ohne Axilladisektion)

Prim. Erkr., abgeschl. operat. Ther., Hist. invas. Karz., neg. pN-Staging, ohne adj. Ther.

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
SLNB bei pT1	2.630	96,8	94,5	1.091	97,3	95,3	3.721	96,9	94,7
SLNB bei pT2	966	92,6	94,0	405	94,6	92,1	1.371	93,2	93,4
SLNB bei pT3 oder pT4	125	39,6	32,2	57	33,7	34,5	182	37,5	32,9

Bayern gesamt

Basisstatistik » Komplikationen

Bezug: maligne Befunde

1. Letalität

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Patient verstorben	6	0,1	0,1	2	0,1	0,0	8	0,1	0,1

Bayern gesamt

Basisstatistik » Histologie und Staging

Bezug: Brust, alle Befunde

1. Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
alle Befunde	10.997	97,6	97,6	4.582	97,7	97,9	15.579	97,6	97,7
- ausschliesslich Normalgewebe	60	0,5	0,6	53	1,1	1,8	113	0,7	1,0
- benigne/entzündl. Veränderung	1.196	10,6	11,0	774	16,5	13,9	1.970	12,3	11,8
- Risikoläsion	190	1,7	1,5	58	1,2	2,5	248	1,6	1,8
- maligne (einschl. in-situ-Karzinom)	9.551	84,8	84,6	3.697	78,8	79,7	13.248	83,0	83,1

2. Maligne Neoplasie

einschließlich in-situ Karzinom

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
maligne Befunde	9.551	84,8	84,6	3.697	78,8	79,7	13.248	83,0	83,1
- lobuläres Carcinoma in situ	22	0,2	0,3	12	0,3	0,4	34	0,3	0,3
- duktales Carcinoma in situ	1.096	11,5	11,5	305	8,2	8,2	1.401	10,6	10,6
- invasive Karzinome	8.410	88,1	86,6	3.368	91,1	89,5	11.778	88,9	87,4
• Primärtumor	8.286	98,5	98,6	3.308	98,2	98,4	11.594	98,4	98,5
• Metastase	60	0,7	1,0	26	0,8	1,2	86	0,7	1,1
• unklar	64	0,8	0,4	34	1,0	0,5	98	0,8	0,4
- Sarkome	20	0,2	0,4	11	0,3	0,5	31	0,2	0,4
• Primärtumor	15	75,0	97,1	6	54,5	68,4	21	67,7	87,0
• Metastase	0	0,0	0,0	2	18,2	0,0	2	6,5	0,0
• unklar	0	0,0	0,0	1	9,1	10,5	1	3,2	3,7
- Lymphome	2	0,0	0,0	1	0,0	0,1	3	0,0	0,0

3. Primär-operative Therapie

ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
abgeschlossen	9.595	85,2	83,3	4.172	88,9	87,2	13.767	86,3	84,5
nicht abgeschlossen	1.402	12,4	14,3	410	8,7	10,8	1.812	11,4	13,2
Empfehlung:									
1. Nachresektion	843	60,1	48,6	233	56,8	46,3	1.076	59,4	48,1
2. Mastektomie	198	14,1	12,7	61	14,9	13,7	259	14,3	12,9
3. Sentinel-Lymphknotenbiopsie	56	4,0	4,0	21	5,1	5,7	77	4,2	4,4
4. Axilladissektion	45	3,2	4,8	16	3,9	4,7	61	3,4	4,8
6. Brust erhaltend	130	9,3	14,6	30	7,3	13,1	160	8,8	14,2
Kombination aus 1.-6.	130	9,3	15,3	49	12,0	16,6	179	9,9	15,6

Bayern gesamt

Basisstatistik » Histologie und Staging

Bezug: Brust, alle Befunde

4. pT-Klassifikation

wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie invasives Karzinom oder Sarkom

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
X: Primärtumor nicht beurteilb.	40	0,5	0,5	11	0,4	0,4	51	0,5	0,5
0: kein Anhalt für Primärtumor	648	8,6	7,4	231	7,7	6,9	879	8,3	7,2
1: Tumor <= 2cm im max. Durchm.	3.546	46,9	45,9	1.418	47,2	46,8	4.964	47,0	46,2
- 1mic: Mikroinvasion <= 0,1 cm	51	1,4	1,5	17	1,2	1,1	68	1,4	1,4
- 1a : 0,1 cm < Tumor <= 0,5 cm	390	11,0	10,0	139	9,8	9,5	529	10,7	9,8
- 1b : 0,5 cm < Tumor <= 1,0 cm	919	25,9	24,7	332	23,4	25,0	1.251	25,2	24,8
- 1c : 1,0 cm < Tumor <= 2,0 cm	2.186	61,6	63,8	930	65,6	64,4	3.116	62,8	64,0
2: 2,0 cm < Tumor <= 5,0 cm	1.928	25,5	26,6	811	27,0	28,8	2.739	25,9	27,3
3: Tumor > 5 cm im max. Durchm.	333	4,4	4,7	142	4,7	4,4	475	4,5	4,6
4: Infiltration Brustwand/Haut	220	2,9	3,4	124	4,1	4,2	344	3,3	3,7
- 4a: Brustwand	12	5,5	4,5	4	3,2	6,3	16	4,7	5,1
- 4b: Ödem, Ulzeration der Brusthaut oder Satellitenmetast.	194	88,2	89,5	110	88,7	89,7	304	88,4	89,5
- 4c: 4a und 4b	6	2,7	1,2	4	3,2	1,6	10	2,9	1,3
- 4d: entzündliches Karzinom	8	3,6	4,9	6	4,8	2,4	14	4,1	4,0

5. pN-Klassifikation

wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie invasives Karzinom oder DCIS

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
X: LK nicht beurteilbar	911	12,1	12,0	335	11,2	9,9	1.246	11,8	11,3
0: keine region. LK Metastasen	4.701	62,3	60,7	1.887	62,9	63,0	6.588	62,5	61,4
1: pN1 Metastasen	1.376	18,2	18,6	559	18,6	18,7	1.935	18,4	18,6
- 1mi: Mikrometast. 0,2-2,0 mm	181	13,2	13,0	82	14,7	12,8	263	13,6	12,9
- 1a : mind. 1 in 1-3 LK > 2,0 mm	1.049	76,2	76,7	400	71,6	76,5	1.449	74,9	76,6
- 1b : Mikrometastasen entlang A. mammaria interna	4	0,3	0,1	4	0,7	0,7	8	0,4	0,3
- 1c : Metastasen in 1-3 ipsilat. axillären Lymphknoten	14	1,0	1,1	10	1,8	0,9	24	1,2	1,1
2: pN2 Metastasen	378	5,0	5,3	129	4,3	5,6	507	4,8	5,4
- 2a: Met. in 4-9 ipsilat. ax. LK	374	98,9	99,2	127	98,4	99,4	501	98,8	99,3
- 2b: Met. in ipsilat. LK entlang A. mammaria interna	4	1,1	0,8	2	1,6	0,6	6	1,2	0,7
3: pN3 Metastasen	176	2,3	3,5	91	3,0	2,8	267	2,5	3,3
- 3a: in mehr als 9 ipsilat. LK	171	97,2	97,2	88	96,7	97,6	259	97,0	97,3
- 3b: klinisch erkennbar	1	0,6	1,6	2	2,2	1,2	3	1,1	1,5
- 3c: in ipsilat. supraklav. LK	4	2,3	1,2	1	1,1	1,2	5	1,9	1,2

Bayern gesamt

Basisstatistik » Histologie und Staging

Bezug: Brust, alle Befunde

6. Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten

wenn pN-Staging ohne Angabe (sn)

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Grading (WHO 2004 oder van Nuys)									
- low / non-high ohne Nekrosen	135	16,3	15,6	26	10,5	13,0	161	15,0	15,0
- intermed. / non-high mit Nekt.	289	35,0	35,3	93	37,7	34,7	382	35,6	35,2
- high / high mit Nekrosen	310	37,5	34,8	106	42,9	44,8	416	38,8	37,1
- Grad nicht beurteilbar	73	8,8	12,4	18	7,3	6,7	91	8,5	11,1
GesamttumorgroÙe angegeben	807	97,7	98,0	243	98,4	99,2	1.050	97,9	98,3
- 0 bis 2 mm	61	7,6	6,6	11	4,5	4,6	72	6,9	6,2
- 3 bis 9 mm	184	22,8	20,5	70	28,8	20,7	254	24,2	20,5
- 10 bis 19 mm	188	23,3	25,4	62	25,5	32,1	250	23,8	26,9
- 20 bis 49 mm	264	32,7	32,9	70	28,8	24,1	334	31,8	30,9
- 50 mm und größer	110	13,6	14,6	30	12,3	18,6	140	13,3	15,5
Median		17,0	18,0		15,0	15,0		16,0	17,0

7. Grading (DCIS)

wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Grading nach WHO 2004									
- gut differenziert	926	12,9	12,0	372	12,6	12,4	1.298	12,8	12,1
- mäßig differenziert	4.172	58,2	58,2	1.829	61,7	60,7	6.001	59,2	59,0
- schlecht differenziert	1.892	26,4	27,7	715	24,1	25,3	2.607	25,7	26,9
- Differenzg. nicht beurteilbar	179	2,5	2,1	48	1,6	1,7	227	2,2	2,0
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus									
- positiv	6.005	83,8	84,2	2.505	84,5	84,4	8.510	84,0	84,3
- schwach positiv	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
- negativ	1.138	15,9	15,3	450	15,2	15,2	1.588	15,7	15,3
- unbekannt	26	0,4	0,5	9	0,3	0,4	35	0,3	0,5
HER-2/neu-Status									
- negativ	6.159	85,9	86,3	2.596	87,6	86,8	8.755	86,4	86,4
- positiv	963	13,4	12,8	358	12,1	12,2	1.321	13,0	12,6
- unbekannt	47	0,7	0,9	10	0,3	1,0	57	0,6	0,9

Bayern gesamt

Basisstatistik » Histologie und Staging

Bezug: Brust, alle Befunde

8. Grading (WHO 2004) und Rezeptorstatus

wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie invasives Karzinom

	M1			M2			Gesamt		
	2018	2017		2018	2017		2018	2017	
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
R0-Resektion									
nein	306	4,1	4,0	165	5,6	4,9	471	4,5	4,3
ja	6.737	90,5	91,9	2.647	89,4	91,4	9.384	90,2	91,8
geringster Abstand									
- < 1 mm	616	9,1	7,0	214	8,1	8,5	830	8,8	7,5
- >= 1 mm	1.109	16,5	90,9	431	16,3	88,4	1.540	16,4	90,2
- keine Angabe	255	3,8	2,1	149	5,6	3,1	404	4,3	2,4
keine Angabe	23	0,3	0,2	3	0,1	0,4	26	0,2	0,3
Vollremission nach adjuv. Therapie	363	4,9	3,6	143	4,8	3,3	506	4,9	3,5

Bayern gesamt

Basisstatistik » Art der erfolgten Therapie

Bezug: Patient

1. Brusterhaltende Therapie

Primärerkr./Z.n.BET + operat. Therapie abgeschl. und Hist DCIS oder invasives Karzinom

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
nein	2.086	27,1	28,3	733	23,9	24,5	2.819	26,2	27,2
nein - auf Wunsch der Patientin (trotz erfüllter Kriterien)	162	2,1	1,8	57	1,9	1,6	219	2,0	1,8
ja	5.412	70,2	69,3	2.251	73,5	73,3	7.663	71,2	70,5
ja - auf Wunsch der Patientin (trotz nicht erfüllter Kriterien)	27	0,4	0,3	16	0,5	0,6	43	0,4	0,4

2. Axilladisektion bei DCIS

Primärerkrankung und operat. Therapie abgeschl. und Hist DCIS

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem od. voraus- gegangenem Aufenthalt durchgef.	8	1,1	0,8	2	0,9	0,5	10	1,0	0,7

3. Axilladisektion bei invasivem Karzinom

Primärerkrankung und operat. Therapie abgeschl. und Hist invasives Karzinom

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem od. voraus- gegangenem Aufenthalt durchgef.	1.297	19,5	23,9	508	18,9	18,9	1.805	19,3	22,4

4. Sentinel Node Biopsie

Primärerkrankung und operat. Therapie abgeschl. und Hist invasives Karzinom

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	5.399	81,3	80,1	2.161	80,4	81,7	7.560	81,0	80,6

Bayern gesamt

Basisstatistik » weitere Behandlung

Bezug: Pat. mit malign. Befunden und Primärerkr.

1. Therapieplanung

wenn für mind. 1 Brust: op. Ther. abgeschl. und Hist. maligne Neoplasie (inkl. i.s. Karz.)

	M1			M2			Gesamt		
	2018		2017	2018		2017	2018		2017
	n	%	%	n	%	%	n	%	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	7.267	97,8	97,9	2.824	96,2	96,0	10.091	97,3	97,4

Qualitätsindikatoren » Übersicht: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Die aufgeführten Qualitätsindikatoren stellen die Ergebnisse im Hinblick auf das Qualitätsziel dar und geben damit einen Hinweis auf die erreichte Qualität zur kontinuierlichen Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität. Eine rechnerische Auffälligkeit eines Qualitätsindikators (rot markiert) liegt vor, wenn das Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches liegt. Von einer rechnerischen Auffälligkeit kann nicht unmittelbar auf einen Qualitätsmangel geschlossen werden. Es bedarf einer detaillierten Analyse, um die Gründe für die rechnerische Abweichung zu eruieren und Mängel in der Struktur- und Prozessqualität auszuschließen. Dies erfolgt im Rahmen des Strukturierten Dialoges mit den einzelnen Kliniken.

Indikator	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis Bayern	Vertrauensbereich	Referenzwert	Vergleichsgruppen	
	beobachtet	erwartet					M1	M2
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung								
51846	9.908	-	10.217	96,98	96,63 - 97,29	≥ 90,00%	97,23	96,32
HER2-Positivitätsrate								
52268	1.200	-	9.164	13,09	12,42 - 13,80	-	13,51	12,06
52267	1.196	1.209,62	9.137	0,99	0,94 - 1,04	≥ 0,43	1,01	0,93
52278	1.196	1.209,62	9.137	0,99	0,94 - 1,04	≤ 1,64	1,01	0,93
Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung								
52330	-- Indikator / Kennzahl gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren --							
52279	-- Indikator / Kennzahl gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren --							
Primäre Axilladissektion bei DCIS								
2163	-- Indikator / Kennzahl gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren --							
Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie								
50719	48	-	692	6,94	5,27 - 9,08	≤ 8,20%	6,26	9,09
Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie								
51847	4.540	-	4.670	97,22	96,70 - 97,65	≥ 90,00%	97,14	97,40
Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation								
51370	294	-	7.941	3,70	3,31 - 4,14	≤ 16,36%	3,07	5,27
Nachresektionsrate								
60659	1.377	-	9.247	14,89	14,18 - 15,63	-	16,55	10,63
Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS								
211800	8.514	-	8.731	97,51	97,17 - 97,82	-	97,97	96,41

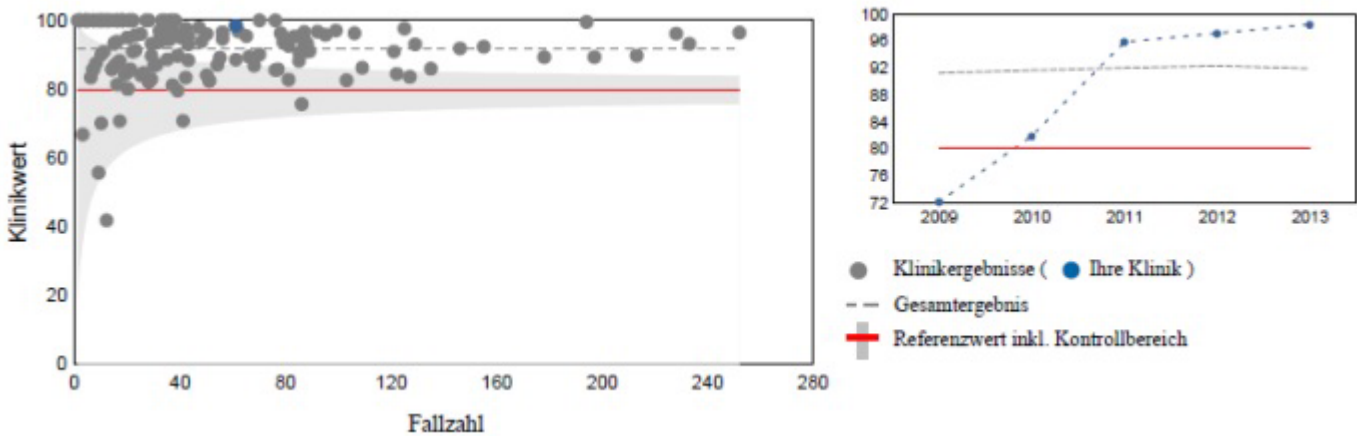
Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Die Einzeldarstellung der Qualitätsindikatoren ermöglicht eine detaillierte Analyse der Klinikergebnisse. Die Klinikwerte werden tabellarisch und graphisch im Vergleich zum Gesamtkollektiv dargestellt. Zusätzlich wird der Verlauf der letzten fünf Jahre gezeigt. Der Klinikwert wird rot dargestellt, wenn er außerhalb des Referenzbereichs liegt. Weicht der Klinikwert signifikant vom Referenzwert im Sinne einer besonders guten Qualität ab, so ist er grün dargestellt. Für jeden Qualitätsindikator werden die für eine klinikinterne Fallanalyse notwendigen Vorgangsnummern ausgewiesen.

Hinweise zu den Tabellen:

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2010	45	-	55	81,8	69,0 - 91,0	>= 80,0
2011	46	-	48	95,8	85,5 - 99,6	>= 80,0
2012	66	-	68	97,1	89,9 - 99,2	>= 80,0
2013	60	-	61	98,4	91,3 - 99,7	>= 80,0

Die Spalte Ereignisse weist die Anzahl der beobachteten bzw. erwarteten Ereignisse bezogen auf die zugrunde liegende Fallzahl aus. Im Falle von ratenbasierten Kennzahlen und Sentinel-Events werden nur die beobachteten Ereignisse angegeben. Handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator, so werden zusätzlich die Anzahl der zu erwartenden Ereignisse auf Grundlage des Risikoadjustierungsmodells berechnet. In diesem Fall wird der Klinikwert als Standardisierte Ereignis-Ratio (SER) durch Division der beobachteten durch die zu erwartenden Rate berechnet. Bei dem Vertrauensbereich handelt es sich um ein 95 % Konfidenzintervall um den Klinikwert. Der Referenzwert resultiert in der Regel auf der Grundlage bundesweit erhobener Daten und wird vom Institut nach § 137 SGB V vorgegeben. Alternativ kann die Festlegung der Referenzwerte (Modul Schlaganfall und Anästhesie) durch die entsprechenden Fachgruppen erfolgen.



Der Funnelplot (*) auf der linken Seite zeigt auf der Y-Achse den Klinikwert und auf der X-Achse die Fallzahl. Das resultierende Streudiagramm ermöglicht die Interpretation aller Klinikergebnisse in Abhängigkeit von der Fallzahl. Sofern ein Referenzwert für den Qualitätsindikator festgelegt wurde, ist er als rote Linie dargestellt. Diese ist von einem hellgrauen trichterförmigen Kontrollbereich (**) umschlossen, welcher dem Vertrauensbereich um den Referenzwert entspricht. Handelt es sich bei den Klinikwerten um SER's, so läßt sich kein Kontrollbereich konstruieren. Da die Berechnung des Vertrauensbereiches in der Tabelle auf dem einzelnen Klinikwert und nicht auf dem Referenzwert beruht, kann es vereinzelt zu einer diskrepanten Darstellung der Signifikanz in der Tabelle gegenüber der Graphik kommen. Die Graphik dient der orientierenden Betrachtung, im Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 137 SGB V werden nach bundesweiten vorgaben die Zahlen der Tabelle veröffentlicht.

Die Abbildung auf der rechten Seite zeigt die Gesamtergebnisse im Zeitverlauf (blaue Linie). Referenzwerte erscheinen wieder als rote Linie.

* N. Lack und U. Gerhardinger, „Qualitätsvergleiche mit Funnelplots - Plädoyer für eine einheitliche Methodik“. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 2009; 103(8): 536-541.

** M. Hart and R. Hart, "Statistical Process Control for Health Care", 2002; Wadsworth

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

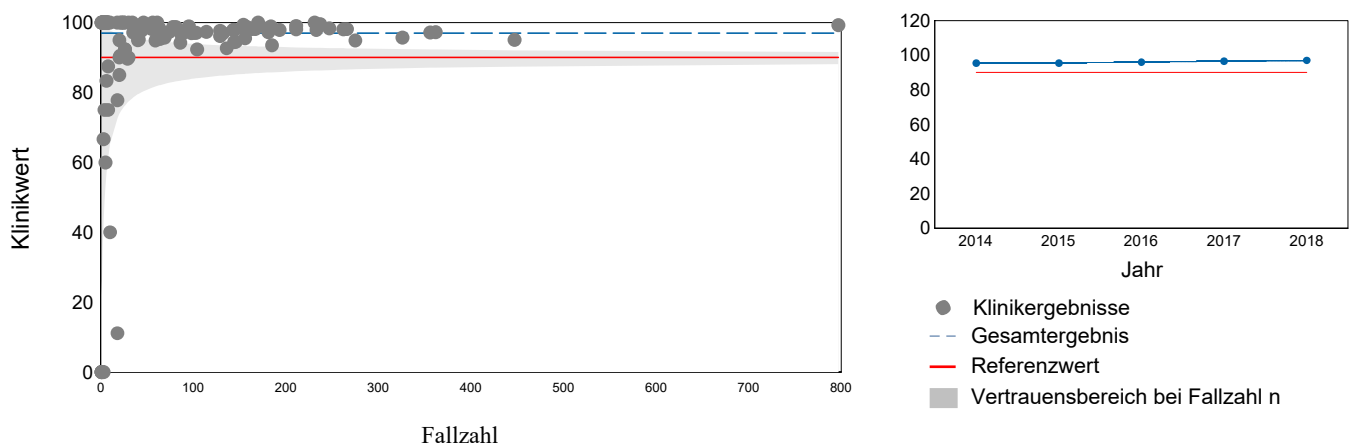
Indikator: 51846

Ziel: Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2015	9.602	-	10.071	95,34	94,91 - 95,74	>= 90,00
2016	9.670	-	10.074	95,99	95,59 - 96,36	>= 90,00
2017	9.627	-	9.974	96,52	96,14 - 96,86	>= 90,00
2018	9.908	-	10.217	96,98	96,63 - 97,29	>= 90,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie "invasives Mammakarzinom (Primärtumor)" oder "DCIS"

Ein Algorithmus für den Ablauf der Diagnosekette von Patientinnen und Patienten mit auffälligen Befunden ist Bestandteil der deutschen interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2018).

Das Ziel ist, die mit dem Prozess verbundenen körperlichen und psychischen Belastungen für die Betroffenen möglichst gering zu halten und im Falle der Malignität die stadien- und leitliniengerechte, interdisziplinäre Behandlung zu planen und einzuleiten. Dies beinhaltet insbesondere die Möglichkeit zur neoadjuvanten Therapie, wenn die Indikation besteht.

Die histologische Diagnostik abklärungsbedürftiger Befunde soll in der Regel durch Stanzbiopsie oder Vakuumbiopsie erfolgen (NICE 2002 [2014]: 33-38, Bruening et al. 2010). Die interventionellen Methoden können sonografisch, mammografisch oder MRT-gesteuert durchgeführt werden. Die primäre, offene diagnostische Exzisionsbiopsie sollte nur in zu begründenden Ausnahmefällen durchgeführt werden, wenn eine bildgesteuerte Intervention nicht möglich oder zu risikoreich ist. Die Interventionen sind unter Berücksichtigung der aktuellen Qualitätsempfehlungen durchzuführen (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2018: 74, NICE 2002 [2014]: 33-38).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

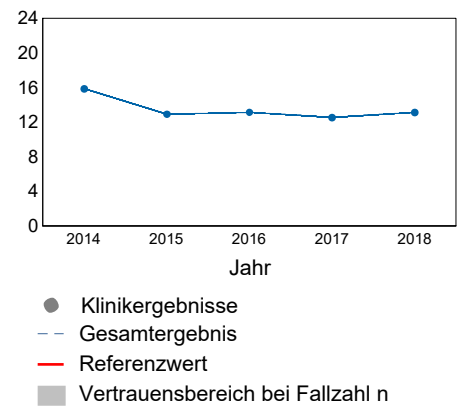
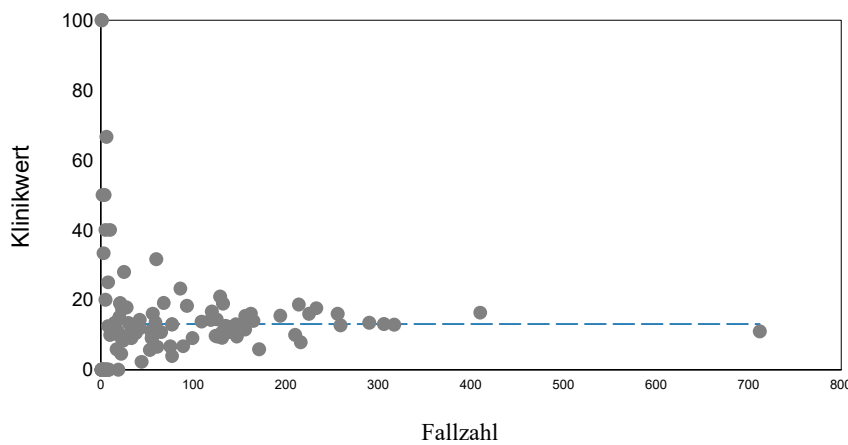
HER2-Positivitätsrate

Indikator: 52268

Ziel: Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2015	1.129	-	8.752	12,90	12,21 - 13,62	nicht definiert
2016	1.137	-	8.669	13,12	12,42 - 13,84	nicht definiert
2017	1.101	-	8.811	12,50	11,82 - 13,20	nicht definiert
2018	1.200	-	9.164	13,09	12,42 - 13,80	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie "invasives Mammakarzinom (Primärtumor)" und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus

Der HER2-Status gilt als prädiktiver Faktor beim invasiven Mammakarzinom (Houssami et al. 2012, von Minckwitz et al. 2011, NICE 2017 Empfehlung 1.6.3 und 1.6.4). Durch die adjuvante Behandlung mit Trastuzumab in Sequenz oder Kombination mit einer Chemotherapie werden die Rezidivrate bei HER2 überexprimierenden Tumoren um relativ 45 % bis 50 % und die Mortalität um ca. 30 % im Vergleich zur adjuvanten Standardtherapie gesenkt (Moja et al. 2012, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2018).

Gemäß Literatur liegt in etwa 15 % der Fälle mit neu diagnostiziertem invasivem Mammakarzinom ein positiver HER2/neu-Status entsprechend der aktuellen Definition vor (Howlander et al. 2014). Vor dem Hintergrund, dass bei positivem HER2-Status eine spezifische und hoch prognosewirksame Therapie möglich ist und Fehlbestimmungen zu Unter- oder Überversorgung der Betroffenen führen, kann die Rückspiegelung der HER2-Positivitätsrate wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme geben.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate

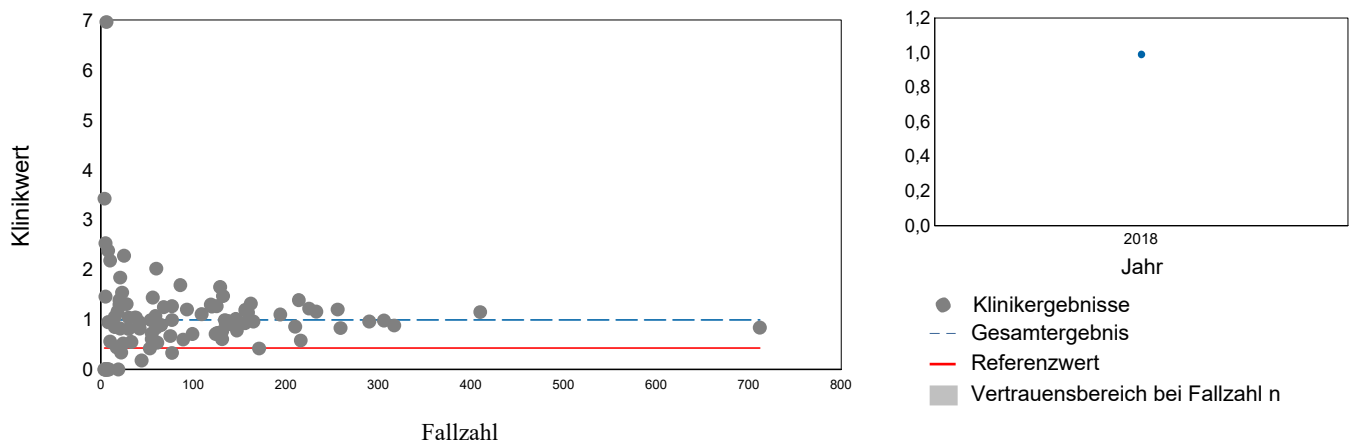
Indikator: 52267

Ziel: Angemessene Rate an HER2 positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2018	1.196	1.209,62	9.137	0,99	0,94 - 1,04	>= 0,43

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie "invasives Mammakarzinom (Primärtumor)" und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen

Der HER2-Status gilt als prädiktiver Faktor beim invasiven Mammakarzinom (Houssami et al. 2012, von Minckwitz et al. 2011, NICE 2017 Empfehlung 1.6.3 und 1.6.4). Durch die adjuvante Behandlung mit Trastuzumab in Sequenz oder Kombination mit einer Chemotherapie werden die Rezidivrate bei HER2 überexprimierenden Tumoren um relativ 45 % bis 50 % und die Mortalität um ca. 30 % im Vergleich zur adjuvanten Standardtherapie gesenkt (Moja et al. 2012, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2018).

Gemäß Literatur liegt in etwa 15 % der Fälle mit neu diagnostiziertem invasivem Mammakarzinom ein positiver HER2/neu-Status entsprechend der aktuellen Definition vor (Howlander et al. 2014). Vor dem Hintergrund, dass bei positivem HER2-Status eine spezifische und hoch prognosewirksame Therapie möglich ist und Fehlbestimmungen zu Unter- oder Überversorgung der Betroffenen führen, kann die Rückspiegelung der HER2-Positivitätsrate wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme geben.

In die Risikoadjustierung fließen folgende Faktoren ein:

- Alter der Patientin / des Patienten
- Früherkennung durch Mammographie
- Nodalstatus (TNM)
- Grading (WHO) sowie eine positiver immunohistochemischer Hormonrezeptor

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate

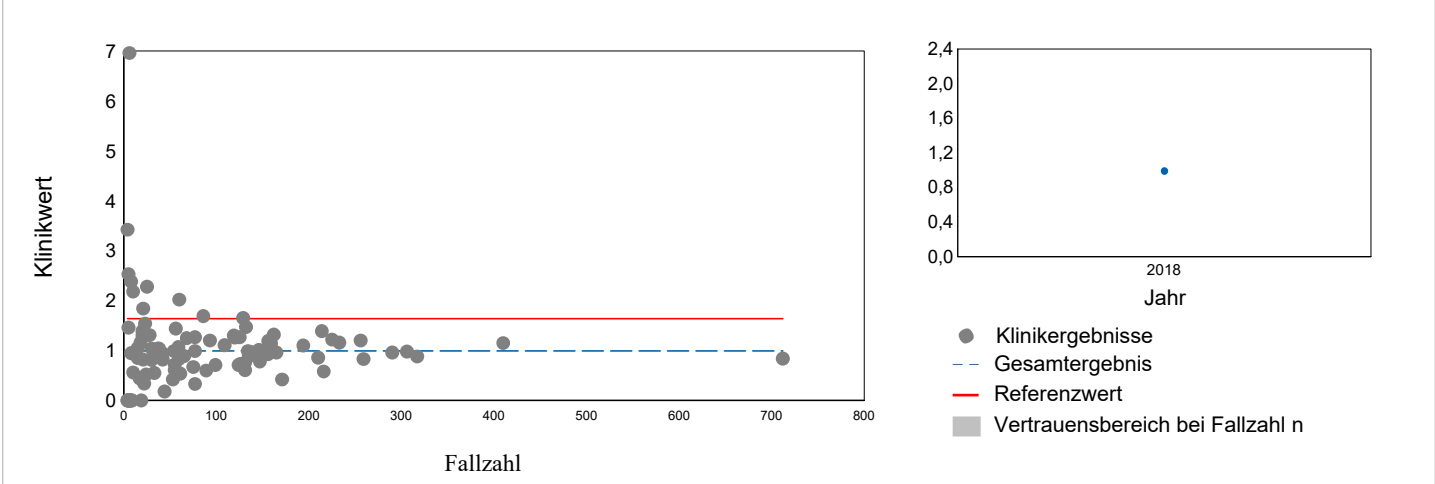
Indikator: 52278

Ziel: Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis	Vertrauensbereich	Referenzwert
	beobachtet	erwartet				
2018	1.196	1.209,62	9.137	0,99	0,94 - 1,04	<= 1,64

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie "invasives Mammakarzinom (Primärtumor)" und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen

Der HER2-Status gilt als prädiktiver Faktor beim invasiven Mammakarzinom (Houssami et al. 2012, von Minckwitz et al. 2011, NICE 2017 Empfehlung 1.6.3 und 1.6.4). Durch die adjuvante Behandlung mit Trastuzumab in Sequenz oder Kombination mit einer Chemotherapie werden die Rezidivrate bei HER2 überexprimierenden Tumoren um relativ 45 % bis 50 % und die Mortalität um ca. 30 % im Vergleich zur adjuvanten Standardtherapie gesenkt (Moja et al. 2012, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2018).

Gemäß Literatur liegt in etwa 15 % der Fälle mit neu diagnostiziertem invasivem Mammakarzinom ein positiver HER2/neu-Status entsprechend der aktuellen Definition vor (Howlander et al. 2014). Vor dem Hintergrund, dass bei positivem HER2-Status eine spezifische und hoch prognosewirksame Therapie möglich ist und Fehlbestimmungen zu Unter- oder Überversorgung der Betroffenen führen, kann die Rückspiegelung der HER2-Positivitätsrate wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme geben.

In die Risikoadjustierung fließen folgende Faktoren ein:

- Alter der Patientin / des Patienten
- Früherkennung durch Mammographie
- Nodalstatus (TNM)
- Grading (WHO) sowie eine positiver immunohistochemischer Hormonrezeptor

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Indikator: 52330

Ziel: Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie.

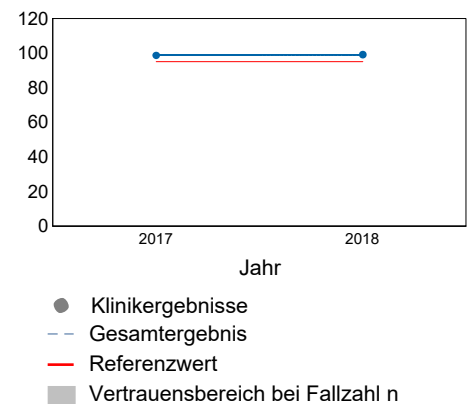
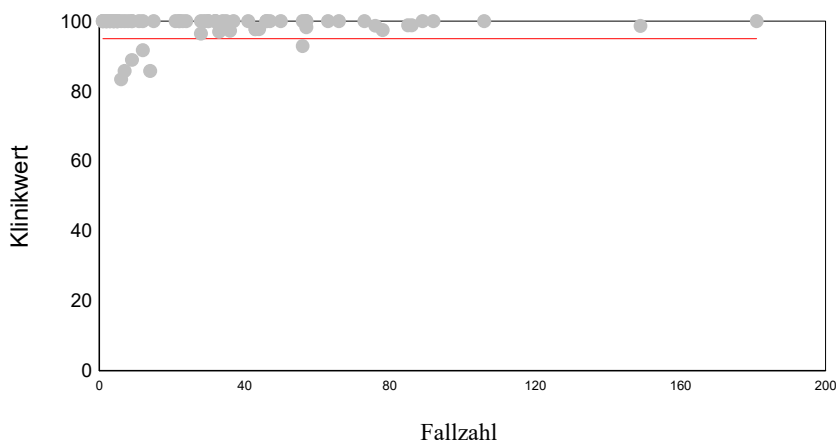
offizielles IQTIG-Ergebnis planQI-RL

Bei dem aufgeführten Indikator handelt es sich um einen Indikator nach planQI-RL. Diese Indikatoren werden von der Bundesebene (IQTIG) berechnet.

Weitere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren finden Sie unter:

- <https://www.baq-bayern.de/leistungsbereiche/plan-qi-rl-richtlinie-zu-planungsrelevanten-qualitaetsindikatoren>
- <https://iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren>
- <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	2.508	-	2.542	98,66	98,24 - 99,00	>= 95,00
2018	2.487	-	2.511	99,04	98,68 - 99,33	>= 95,00

Ergebnisanalyse

Ereignis: Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie.

Fallzahl: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Indikator: 52279

Ziel: **Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie**

offizielles IQTIG-Ergebnis planQI-RL

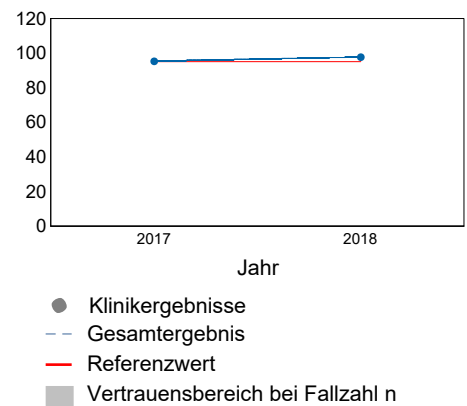
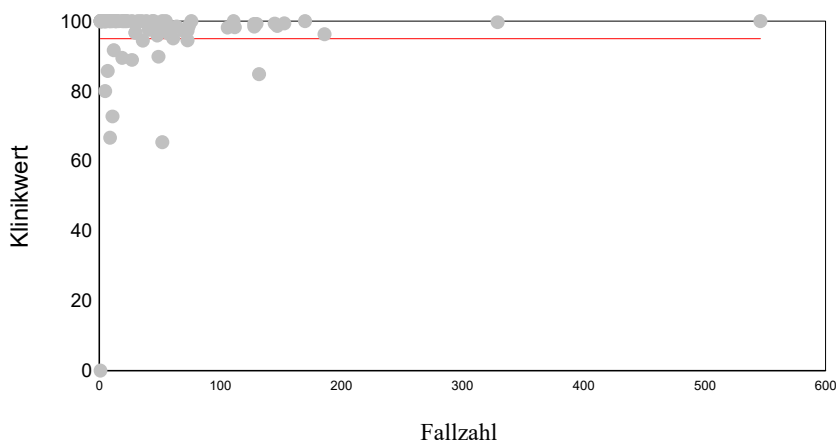
Bei dem aufgeführten Indikator handelt es sich um einen Indikator nach planQI-RL. Diese Indikatoren werden von der Bundesebene (IQTIG) berechnet.

Weitere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren finden Sie unter:

- <https://www.baq-bayern.de/leistungsbereiche/plan-qi-rl-richtlinie-zu-planungsrelevanten-qualitaetsindikatoren>
- <https://iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren>
- <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	3.466	-	3.639	95,25	94,64 - 95,80	>= 95,00
2018	4.174	-	4.278	97,57	97,16 - 97,93	>= 95,00

Ergebnisanalyse



Ereignis: Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie

Fallzahl: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Primäre Axilladissektion bei DCIS

Indikator: 2163

Ziel: Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladissektion bei DCIS

offizielles IQTIG-Ergebnis planQI-RL

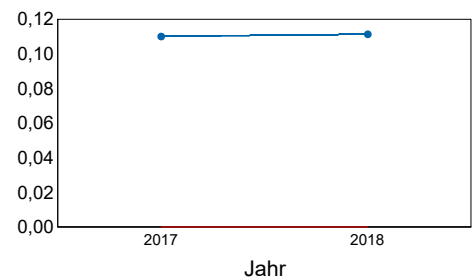
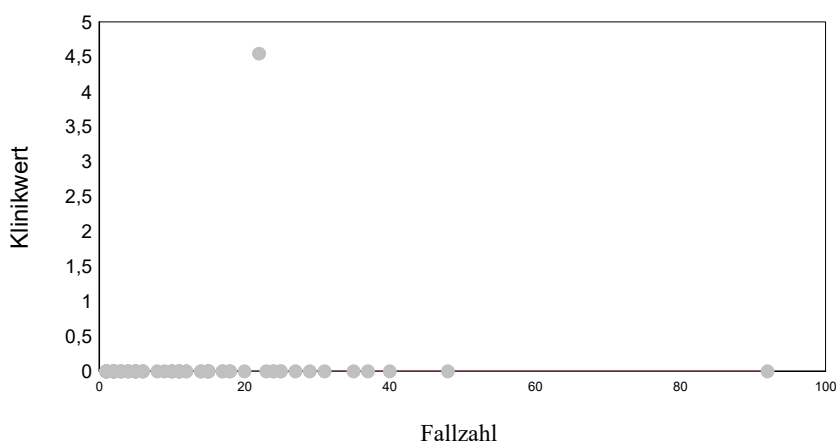
Bei dem aufgeführten Indikator handelt es sich um einen Indikator nach planQI-RL. Diese Indikatoren werden von der Bundesebene (IQTIG) berechnet.

Weitere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren finden Sie unter:

- <https://www.baq-bayern.de/leistungsbereiche/plan-qi-rl-richtlinie-zu-planungsrelevanten-qualitaetsindikatoren>
- <https://iqtig.org/qs-instrumente/planungsrelevante-qualitaetsindikatoren>
- <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Klinikwert %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2017	1	-	903	0,11		<= 0,00
2018	1	-	898	0,11		<= 0,00

Ergebnisanalyse



- Klinikergebnisse
- - Gesamtergebnis
- Referenzwert
- Vertrauensbereich bei Fallzahl n

Ereignis: Patientinnen mit primärer Axilladissektion

Fallzahl: Alle Patientinnen mit Histologie "DCIS" und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie "invasives Mammakarzinom"

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

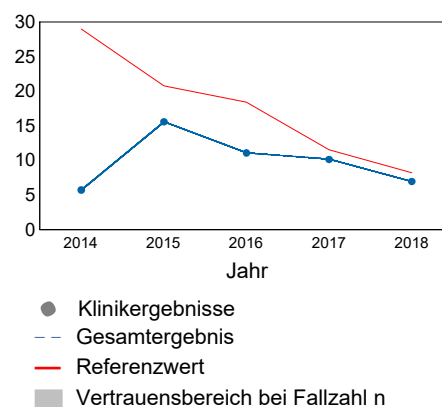
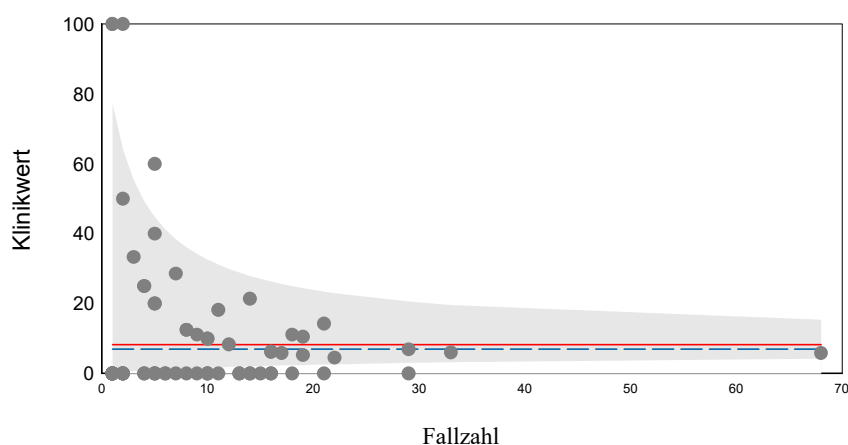
Indikator: 50719

Ziel: Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2015	102	-	655	15,57	13,00 - 18,55	<= 20,75
2016	73	-	660	11,06	8,89 - 13,68	<= 18,39
2017	68	-	671	10,13	8,07 - 12,65	<= 11,52
2018	48	-	692	6,94	5,27 - 9,08	<= 8,20

Das Ergebnis ist unauffällig.

Ergebnisanalyse

**Ereignis:** Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme**Fallzahl:** Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie "DCIS" und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie "invasives Mammakarzinom"

Da es sich beim DCIS per definitionem um eine nicht-metastasierungsfähige Läsion handelt, bedarf es keiner Staging-Untersuchungen, und in der Regel auch keiner Sentinel-Lymphknoten- (SLN-) Biopsie. Eine SLN-Biopsie kann jedoch bei primärer Mastektomie oder sehr peripherem, d. h. axillanahem, Tumorsitz (oberer äußerer Quadrant) durchgeführt werden, da die Morbidität des SLN-Eingriffs im Vergleich zu einer sekundären Axilladissektion niedrig ist und die SLN-Biopsie in dieser Konstellation aus technischen Gründen (Lymphwege) nicht mehr durchgeführt werden könnte, wenn nachträglich ein invasives Karzinom identifiziert würde (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2018, Lyman et al. 2014, Lyman et al. 2017, Shapiro-Wright und Julian 2010, Tunon-de-Lara et al. 2015, NZGG 2009: 137-138). Eine Axilladissektion ist bei Vorliegen eines DCIS nicht indiziert und soll nicht durchgeführt werden.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

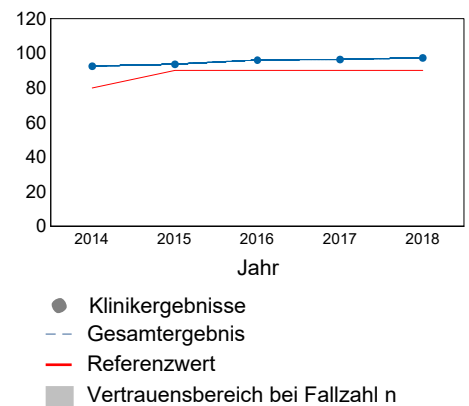
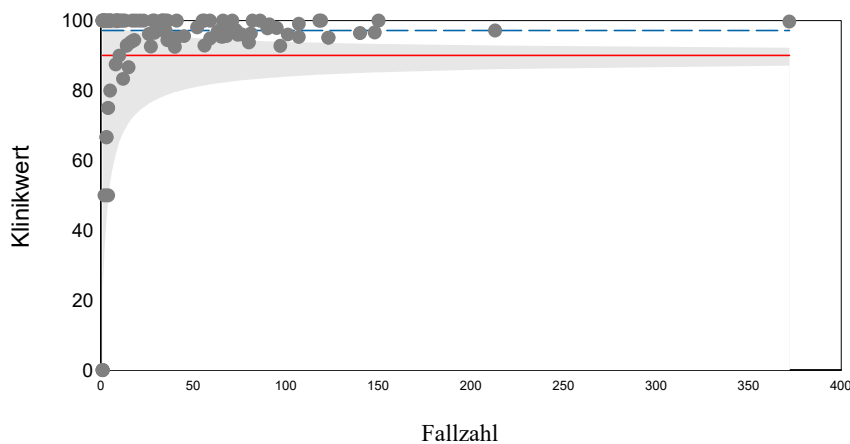
Indikator: 51847

Ziel: Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladissektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2015	4.512	-	4.823	93,55	92,82 - 94,21	>= 90,00
2016	4.453	-	4.642	95,93	95,32 - 96,46	>= 90,00
2017	4.320	-	4.487	96,28	95,68 - 96,79	>= 90,00
2018	4.540	-	4.670	97,22	96,70 - 97,65	>= 90,00

Das Ergebnis liegt signifikant oberhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Node-Biopsie und ohne Axilladissektion

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

Die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) ist ein zielgerichtetes Verfahren zur Erfassung des Lymphknotenstatus. Das Verfahren dient der Identifikation von nodal-negativen Patientinnen und Patienten, die keine weitere lokale Therapie im Bereich der Lymphabflussgebiete benötigen. Das axilläre Staging soll Bestandteil der operativen Therapie des invasiven Mammakarzinoms sein (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2018): Die SLNB ist bei allen Patientinnen und Patienten indiziert, die einen palpatorisch und sonografisch unauffälligen Lymphknotenstatus aufweisen (Krag et al. 2010). Die SLNB ist bei klinischem Verdacht auf fortgeschrittene Lymphknotenbeteiligung und tumordurchsetzte Lymphknoten nicht indiziert. Der histologische Nachweis einer Lymphknotenmetastasierung schließt die Anwendung der Sentinel-Node-Biopsie aus. Wesentlicher Vorteil der SLN-Biopsie gegenüber der Axilladissektion ist, dass eine geringere Schulter-Arm-Morbidität auftritt (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2018). Die SLNB geht mit einer sicheren lokalen Kontrolle (axilläre Rezidive < 1 %) einher (Lyman et al. 2014, Lyman et al. 2017).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

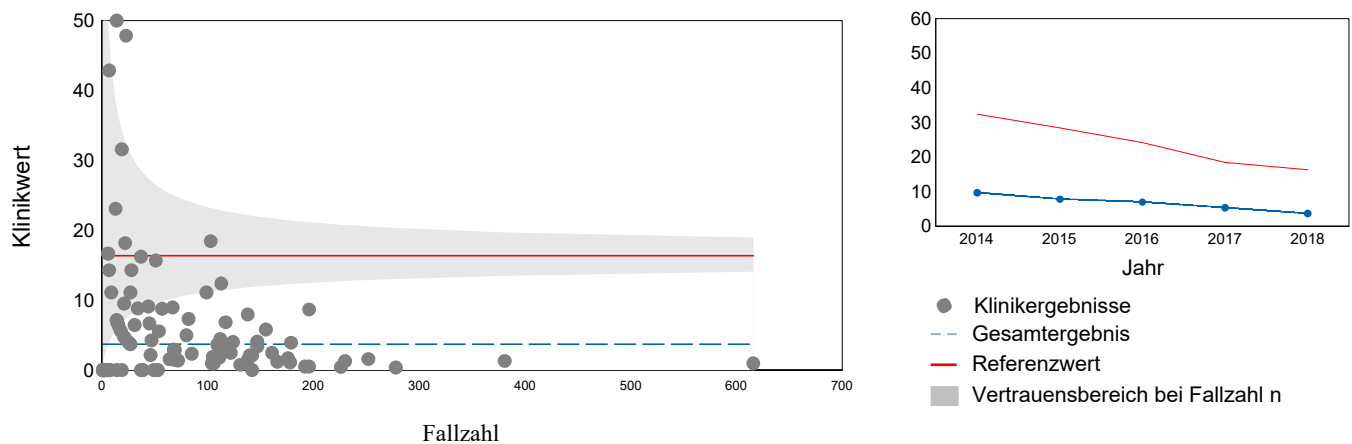
Indikator: 51370

Ziel: Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteinriff

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2015	637	-	8.168	7,80	7,24 - 8,40	<= 28,44
2016	576	-	8.266	6,97	6,44 - 7,54	<= 24,15
2017	429	-	8.059	5,32	4,85 - 5,84	<= 18,44
2018	294	-	7.941	3,70	3,31 - 4,14	<= 16,36

Das Ergebnis liegt signifikant unterhalb des Referenzwertes.

Ergebnisanalyse



Ereignis: Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteinriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

Die Schnittstellen der Versorgungskette sind besonders anfällig für Qualitätsverluste, wobei neben anderen Faktoren die zeitlichen Abläufe von Diagnose und Therapie wesentliche Aufschlüsse über die Funktionsfähigkeit des Versorgungskonzeptes geben. Die Zeitspanne zwischen Diagnose und Therapiebeginn, d. h. der operativen Lokalbehandlung, ist ein Qualitätsindikator, der eine der wichtigsten Schnittstellen innerhalb der Kette abbildet. In diesem Zeitraum findet der Übergang von der überwiegend ambulant durchgeführten Diagnostik zur meist unter stationären Bedingungen erfolgenden operativen Behandlung statt. Erfahrungsgemäß ist in dieser Phase die psychische Belastung der Betroffenen besonders hoch. Wartezeiten auf den Therapiebeginn, insbesondere wenn diese den Betroffenen vermeidbar erscheinen, verstärken die psychische Beeinträchtigung. Allerdings ist Brustkrebs kein Notfall. Betroffenen Frauen ist ausreichend Zeit einzuräumen um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Mit der Publikation des Positionspapiers der EUSOMA (Perry 2001) erfolgte eine numerische Festlegung des Qualitätsziels, das in die europäische Leitlinie übernommen wurde (Perry et al. 2006: 13-14).

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

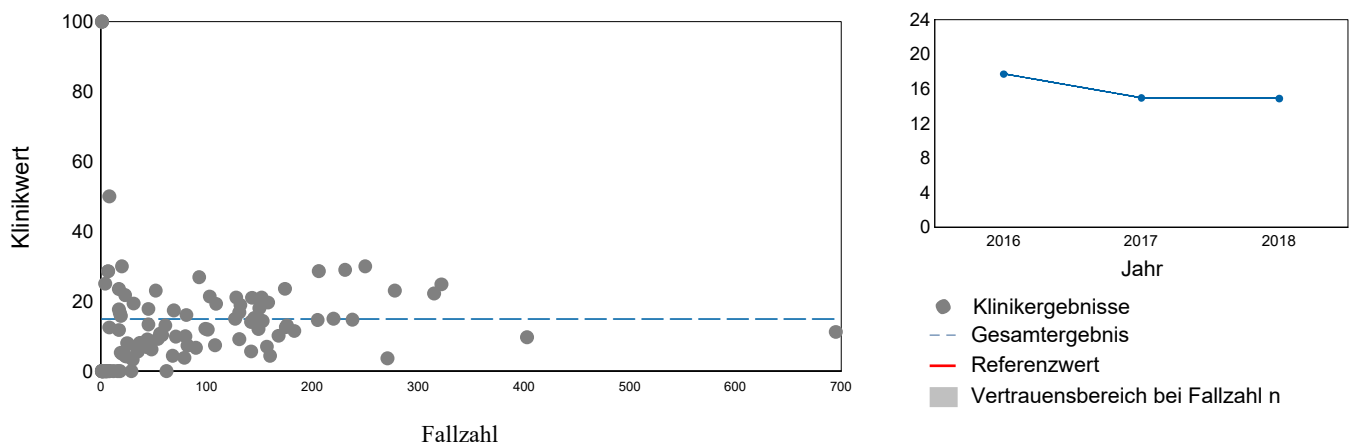
Nachresektionsrate

Indikator: 60659

Ziel: Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2016	1.574	-	8.894	17,70	16,92 - 18,50	nicht definiert
2017	1.353	-	9.053	14,95	14,23 - 15,69	nicht definiert
2018	1.377	-	9.247	14,89	14,18 - 15,63	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion pro Brust >= 1

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion

Basis der operativen Therapie der Patientinnen mit einem nicht fortgeschrittenen Mammakarzinom ist entsprechend der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms die Tumorresektion in sano (R0-Status) (Moran et al. 2014, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2018, Department of Health 2015). Die komplette Entfernung des Tumors mit tumorfreien Resektionsrändern ist Voraussetzung für ein niedriges Lokalrezidivrisiko. Der Resektionsrandstatus hat einen prognostischen Effekt beim invasiven Mammakarzinom. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Resektionsrandstatus (positiv vs. negativ) und der Lokalrezidivrate (Houssami et al. 2014).

Eine komplette Entfernung der Neoplasie im Rahmen des Ersteingriffes sollte erzielt werden, da Nachresektionen für die Patientinnen eine wiederholte Narkose mit ihren Risiken und Belastungen bedeutet. Zudem nimmt mit der Anzahl der Resektionen das kosmetische Ergebnis ab und die onkologische Sicherheit wird bei erschwerter Lokalisation des nachzuresezierenden Zielgebietes kompromittiert.

Qualitätsindikatoren » Einzeldarstellung: Ergebnis-/Prozessindikatoren

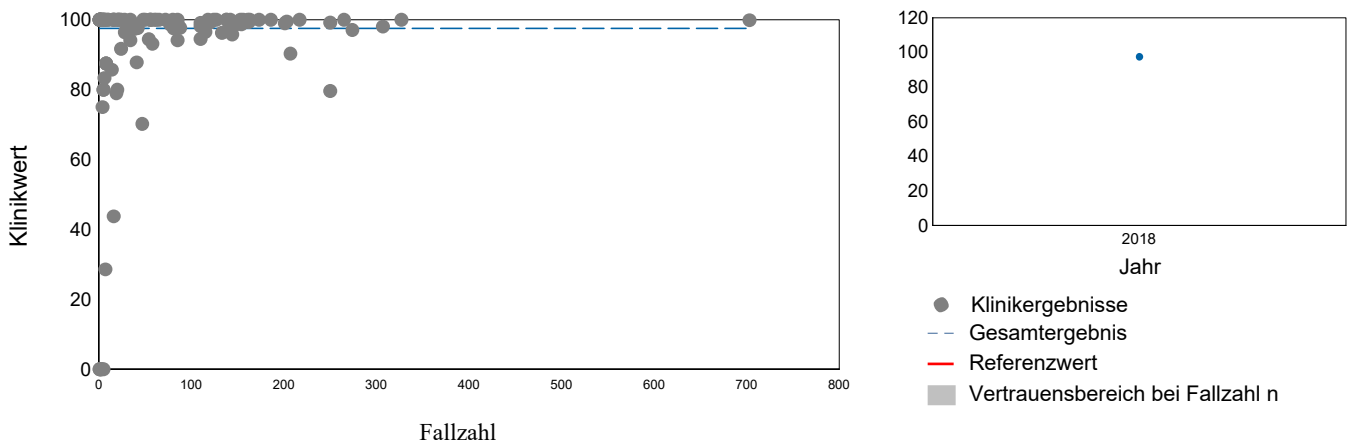
Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

Indikator: 211800

Ziel: Möglichst häufig postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach Ersteingriff, nach abgeschlossener primär-operativer Therapie und bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS

Jahr	Ereignis(se)		Fallzahl	Ergebnis %	Vertrauensbereich %	Referenzwert %
	beobachtet	erwartet				
2018	8.514	-	8.731	97,51	97,17 - 97,82	nicht definiert

Ergebnisanalyse



Ereignis: Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz

Fallzahl: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff und abgeschlossener primär-operativer Therapie

Eine bestmögliche und individuelle Behandlung für von Brustkrebs betroffenen Patientinnen und Patienten wird durch Kooperation zwischen den Fachgebieten in interdisziplinären Tumorkonferenzen sichergestellt (Bignazoli et al. 2017: 66, BMG 2017: 7, 31f, NZGG 2009: 14). Diese dienen der fachübergreifenden Besprechung sowie in deren Folge der Erarbeitung einer Empfehlung zur optimal abgestimmten individuellen Diagnostik- und Therapieplanung für Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom (Bignazoli et al. 2017: 66). Interdisziplinäre Tumorkonferenzen werden regelmäßig (Bignazoli et al. 2017: 66), üblicherweise wöchentlich abgehalten (DKG/DGS 2018, Wilson et al. 2013: 3582) und entscheiden über im Vorfeld festgelegte Fälle.