



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Beschreibung der Qualitätsindikatoren
für das Erfassungsjahr 2015

Mammachirurgie

Indikatoren 2015

Stand: 04.05.2016

Inhaltsverzeichnis

Mammachirurgie.....	3
51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung.....	4
Indikatorengruppe: HER2/neu-Positivitätsrate.....	7
52268: HER2/neu-Positivitätsrate	9
52273: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden	11
Indikatorengruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung.....	14
52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	15
52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung.....	17
2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS.....	19
50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	22
51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	25
Indikatorengruppe: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation.....	28
51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	30
51371: Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	32
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation).....	34
Anhang II: Historie der Qualitätsindikatoren	40

Mammachirurgie

Der Leistungsbereich Mammachirurgie zielt auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs (Mammakarzinom, Mamma-CA). Mit rund 70.000 Neuerkrankungen jährlich handelt es sich hierbei um die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland (<http://www.gekid.de>). Pro Jahr sind ca. 17.000 Todesfälle auf das Mammakarzinom zurückzuführen. In äußerst seltenen Fällen kann diese Erkrankung auch bei Männern auftreten. Über die Krebsregister werden jährlich etwa 600 Neuerkrankungen bei Männern erfasst. Die Früherkennung und die adäquate Diagnostik sowie die stadiengerechte Therapie des Brustkrebses ermöglichen es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und die krankheitsbedingte Sterblichkeit zu senken. Die Behandlungsplanung sollte umfassend und sorgfältig erfolgen; bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten sollten stets die individuelle Situation der Patientin bzw. des Patienten, das Therapieziel, die Nutzen-Risiko-Abwägung sowie die Präferenzen der Patientin bzw. des Patienten berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen sowie die informierte, gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient und Arzt.

Bei den operativen Behandlungsmöglichkeiten des Mammakarzinoms wird zwischen einer brusterhaltenden Operation und einer vollständigen Entfernung der betroffenen Brust (Mastektomie) unterschieden. Nach einer Mastektomie besteht die Möglichkeit eines gleichzeitigen oder späteren Wiederaufbaus der Brust mit Eigengewebe oder Implantaten. Der Lymphknotenstatus, der eine Aussage darüber ermöglicht, ob und in welchem Ausmaß ein Tumorbefall der in der Achsel befindlichen (axillären) Lymphknoten vorliegt, kann einen Einfluss auf die weitere Therapieplanung und den Verlauf der Erkrankung haben. Um eine Aussage zum Lymphknotenstatus zu ermöglichen, können die Entfernung der Wächterlymphknoten (Sentinel-Lymphknoten) und in bestimmten Fällen die Ausräumung der axillären Lymphknoten (Axilladissektion) notwendig sein. In Abhängigkeit von der Art der Operation und je nach Ausdehnung des Tumors kann eine Bestrahlung erforderlich sein. Des Weiteren sind je nach Art und Eigenschaft des Tumors die Chemo-, Hormon- und/oder Antikörpertherapie Bestandteile der Behandlung. Die konsequente Anwendung wissenschaftlich basierter Standards in der Brustkrebstherapie sowie die psychoonkologische und sozialmedizinische Begleitung des gesamten therapeutischen Prozesses können insgesamt sowohl zu einer verbesserten individuellen Prognose der Betroffenen als auch zu einer erhöhten Lebensqualität führen. In jeder Behandlungsstufe sind die Qualität der Versorgung für das Überleben und die Lebensqualität von entscheidender Bedeutung.

Einige Qualitätsindikatoren dieses Leistungsbereichs zielen auf die Diagnosesicherung sowie auf einen angemessenen zeitlichen Abstand zwischen Diagnose und Operation. Der Großteil der Indikatoren bezieht sich auf Untersuchungen und Eingriffe an den Lymphknoten.

Sofern nicht anders angegeben, ist die Beschreibung der Qualitätsindikatoren eine Fortschreibung der QIDB 2014 des AQUA-Institutes.

51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff
Indikatortyp	Indikationsstellung

Hintergrund

Ein Algorithmus für den Ablauf der Diagnosekette von Frauen mit auffälligen Befunden ist Bestandteil der deutschen S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (AWMF et al. 2012). 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 stadiengerechte Behandlung zu planen und einzuleiten.

Die histologische Diagnostik abklärungsbedürftiger Befunde soll in der Regel durch Stanzbiopsie oder Vakuumbiopsie erfolgen. Diese interventionellen Methoden können sonografisch, mammografisch oder MRT-gesteuert durchgeführt werden. Die primäre, offene diagnostische Exzisionsbiopsie sollte nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden, wenn eine bildgesteuerte Intervention nicht möglich oder zu risikoreich ist. Die Interventionen sind unter Berücksichtigung der aktuellen Qualitätsempfehlungen durchzuführen (AWMF et al. 2012, NICE 2009).

Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Stag 5a-f, Stag 6a

Literatur

AWMF; DKG; DKH (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebshilfe. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

NICE (2009). Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and treatment. National Institute for Clinical Excellence. Auch verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg80/resources/guidance-early-and-locally-advanced-breast-cancer-pdf> (Recherchedatum: 15.10.2015).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	ARTERKRANK
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFF
22:BRUST	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	K	0 = nein 1 = ja	PRAEHISTDIAGSICHERUNG
47:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3

Berechnung

Indikator-ID	51846
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	>= 90,00 % (Zielbereich)
Referenzbereich 2014	>= 90,00 % (Zielbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	Dieser Referenzbereich entspricht den Anforderungen der interdisziplinären Stufe-3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (AWMF et al. 2012).
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

Indikatorengruppe: HER2/neu-Positivitätsrate

Bezeichnung der Indikatorengruppe	HER2/neu-Positivitätsrate
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2/neu positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom
Indikatortyp	Ergebnisindikator

Hintergrund

Der HER2/neu-Status gilt als prädiktiver Faktor beim invasiven Mammakarzinom. Studienergebnisse belegen die hohe Effektivität einer adjuvanten Therapie mit Trastuzumab bei HER2/neu überexprimierenden Tumoren (Gianni et al. 2011; Perez et al. 2011; Dahabreh et al. 2008; Madarnas et al. 2008; Viani et al. 2007). Durch die adjuvante Behandlung mit Trastuzumab in Sequenz oder Kombination mit einer Chemotherapie werden die Rezidivrate bei HER2/neu überexprimierenden Tumoren um 45 % bis 50 % und die Mortalität um ca. 30 % im Vergleich zur adjuvanten Standardtherapie gesenkt (AWMF et al. 2012).

Der Nachweis der HER2/neu-Positivität ist definiert als eine immunhistochemisch nachgewiesene Proteinüberexpression mit einem Score 3+ oder einer mittels Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) oder Chromogene-in-situ-Hybridisierung (CISH) nachgewiesenen Genamplifikation. Die in der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms formulierten Empfehlungen zu Testalgorithmus und Bewertung der Ergebnisse orientieren sich an den Empfehlungen der ASCO/CAP-Leitlinien (Wolff et al. 2013) und des National Comprehensive Cancer Networks (NCCN) (Carlson et al. 2006). Bei der Bestimmung des HER2/neu-Status soll die Zuverlässigkeit der eingesetzten Verfahren durch interne Testvalidierung, Verwendung standardisierter Protokolle und interner Kontrollen sowie regelmäßiger erfolgreicher Teilnahme an externen Ringversuchen oder Peer Review-Verfahren sichergestellt sein (AWMF et al. 2012).

Die Auswertungen der Daten der externen stationären Qualitätssicherung zeigen eine hohe Variabilität der Positivitätsraten zwischen den Krankenhäusern. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Bestimmungen zum Teil falsch positive oder falsch negative Tendenzen aufweisen, die möglicherweise durch systematische Fehler bedingt sind. Vor dem Hintergrund, dass bei positivem HER2/neu-Status eine spezifische und hoch prognosewirksame Therapie möglich ist, und Fehlbestimmungen zu Unter- oder Überversorgung der betroffenen Patientinnen führen, kann die Rückspiegelung der HER2/neu-Positivitätsrate den Krankenhäusern wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme geben.

Für den Indikator wird eine Risikoadjustierung vorgenommen. Als Regressionsgewichte wurden Variablen gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst wurden und für die im statistischen Schätzmodell relevante Effekte auf die HER2/neu-Positivitätsrate nachgewiesen wurden. Zusätzlich wird die HER2/neu-Positivitätsrate als Indikator ohne weitere Risikoadjustierung ausgewiesen.

Der Indikatorengruppe liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Patho-4c, Patho-4d, Patho-5.1i, Patho-5.2

Literatur

AWMF; DKG; DKH (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebshilfe. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

Carlson, RW; Moench, SJ; Hammond, ME; Perez, EA; Burstein, HJ; Allred, DC; et al. (2006). HER2 testing in breast cancer: NCCN Task Force report and recommendations. J Natl Compr Canc Netw 4 Suppl 3: S1-22; quiz S23-4.

Dahabreh, IJ; Linardou, H; Siannis, F; Fountzilas, G; Murray, S (2008). Trastuzumab in the adjuvant treatment of early-stage breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Oncologist 13(6): 620-30.

Gianni, L; Dafni, U; Gelber, RD; Azambuja, E; Muehlbauer, S; Goldhirsch, A; et al. (2011). Treatment with trastuzumab for 1 year after adjuvant chemotherapy in patients with HER2-positive early breast cancer: a 4-year follow-up of a randomised controlled trial. Lancet Oncol 12(3): 236-44.

Madarnas, Y; Trudeau, M; Franek, JA; McCready, D; Pritchard, KI; Messersmith, H (2008). Adjuvant/neoadjuvant trastuzumab therapy in women with HER-2/neu-overexpressing breast cancer: a systematic review. Cancer Treat Rev 34(6): 539-57.

Perez, EA; Romond, EH; Suman, VJ; Jeong, JH; Davidson, NE; Geyer, CE, Jr.; et al. (2011). Four-year follow-up of trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable human epidermal growth factor receptor 2-positive breast cancer: joint analysis of data from NCCTG N9831 and NSABP B-31. *J Clin Oncol* 29(25): 3366-73.

Viani, GA; Afonso, SL; Stefano, EJ; De Fendi, LI; Soares, FV (2007). Adjuvant trastuzumab in the treatment of her-2-positive early breast cancer: a meta-analysis of published randomized trials. *BMC Cancer* 7: 153.

Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, Dowsett M, McShane LM, Allison KH, et al. (2013): Recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 31(31): 3997-4013. 2013. Auch verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24101045> (Recherchedatum: 15.10.2015).

52268: HER2/neu-Positivitätsrate

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	ARTERKRANK
47:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
48:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	M	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
58:BRUST	HER-2/neu-Status	K	0 = negativ 1 = positiv 9 = unbekannt	HER2NEUSTATUS

Berechnung

Indikator-ID	52268
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	Nicht definiert
Referenzbereich 2014	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	Die HER2/neu-Positivitätsrate kann durch das Patientenkollektiv eines Krankenhauses beeinflusst werden. Aus diesem Grund wird für diesen Indikator kein Referenzbereich festgelegt.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

52273: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	ARTERKRANK
18:BRUST	Mammographie-Screening-Programm	K	0 = nein 1 = ja	MAMMOGRAPHIESCREENING
47:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
48:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	M	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
51:BRUST	pN	K	s. Anhang: pNMamma	TNMPNMAMMA
56:BRUST	Grading (WHO)	K	1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert X = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	TNMGMAMMA
58:BRUST	HER-2/neu-Status	K	0 = negativ 1 = positiv 9 = unbekannt	HER2NEUSTATUS
EF*	Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren	-	alter(GEBDATUM;AUFNDATUM)	alter

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

Indikator-ID	52273
Bewertungsart	Logistische Regression (O / E)
Referenzbereich 2015	Nicht definiert
Referenzbereich 2014	Nicht definiert
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	<p>Die Erkenntnisse aus freiwilligen Dialogen mit einigen Krankenhäusern auf Landesebene weisen darauf hin, dass es bei der Dokumentation des HER2/neu-Status häufig zu Dokumentationsfehlern kommt. Aufgrund fraglicher Validität der Ergebnisse ist der Referenzbereich des Indikators daher ausgesetzt. Mit Wirkung zum Erfassungsjahr 2017 ist eine Überarbeitung der verwendeten Datenfelder vorgesehen, wodurch eine Verbesserung der Dokumentationsqualität erreicht werden soll.</p> <p>Künftig sollen zwei getrennte Indikatoren mit unterschiedlichen Referenzbereichen eingeführt werden, über die zu niedrige und zu hohe Raten an HER2/neu positiven Befunden ermittelt werden.</p>
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status</p> <p>O (observed) Beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status</p> <p>E (expected) Erwartete Rate an Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52273</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Eingeschränkt vergleichbar

Risikofaktoren

Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	Odds-Ratio (95% C.I.)	
					unterer Wert	oberer Wert
Konstante	-3,202193475099390	0,056	-57,405	-	-	-
Alter im 1. Quintil der Altersverteilung - unter 50 Jahre	0,325417835925771	0,031	10,498	1,385	1,303	1,471
Alter im 2. Quintil der Altersverteilung - 50 bis unter 59 Jahre	0,282330073706609	0,031	9,008	1,326	1,247	1,410
Alter im 3. Quintil der Altersverteilung - 59 bis unter 67 Jahre	0,187198554169707	0,033	5,664	1,206	1,130	1,287

Risikofaktor	Regressionskoeffizient	Std.-Fehler	Z-Wert	Odds-Ratio	Odds-Ratio (95% C.I.)	
					unterer Wert	oberer Wert
Keine Früherkennung durch ein Mammografie-Screening	0,227335682236899	0,034	6,647	1,255	1,174	1,342
Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: pN2	0,093443927431752	0,043	2,159	1,098	1,009	1,195
Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: pN3	0,090101548495160	0,053	1,700	1,094	0,986	1,214
Nodalstatus nach TNM-Klassifikation: pNX	0,106082552811367	0,056	1,907	1,112	0,997	1,240
Grading (WHO), mäßig differenziert	0,876390719156784	0,048	18,101	2,402	2,185	2,641
Grading (WHO), schlecht differenziert	1,738585898405380	0,049	35,309	5,689	5,166	6,266
Grading (WHO), Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	1,916404806090920	0,094	20,311	6,796	5,649	8,177

Indikatorengruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

Bezeichnung der Indikatorengruppe	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie
Indikatortyp	Prozessindikator

Hintergrund

Nicht-tastbare Veränderungen, die durch offene diagnostische oder therapeutische Exzisionsbiopsie entfernt werden sollen, sind präoperativ grundsätzlich zu markieren. Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist durch intraoperative Bildgebung zu erbringen. Ziel ist es, den Biopsieerfolg zu dokumentieren. Die Qualitätsanforderungen an den Prozess sind in der deutschen S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (AWMF et al. 2012) hinterlegt.

Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Früh-3, Stag-6

Literatur

AWMF; DKG; DKH (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebshilfe. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
35:O	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	M	0 = nein 1 = ja, durch Mammographie 2 = ja, durch Sonographie 3 = ja, durch MRT	PRAEOPMARKIERUNG
36:O	intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiographie 2 = ja, intraoperative Präparatesonographie	RADIOSONOGRAPHIE

Berechnung

Indikator-ID	52330
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	>= 95,00 % (Zielbereich)
Referenzbereich 2014	>= 95,00 % (Zielbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	Dieser Referenzbereich entspricht den Anforderungen der interdisziplinären Stufe-3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (AWMF et al. 2012).
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	Zähler Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Nenner Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:0
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
35:O	präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	M	0 = nein 1 = ja, durch Mammographie 2 = ja, durch Sonographie 3 = ja, durch MRT	PRAEOPMARKIERUNG
36:O	intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie	K	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiographie 2 = ja, intraoperative Präparatesonographie	RADIOSONOGRAPHIE

Berechnung

Indikator-ID	52279
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	>= 95,00 % (Zielbereich)
Referenzbereich 2014	>= 17,96 % (5. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	Dieser Referenzbereich entspricht den Anforderungen der interdisziplinären Stufe-3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (AWMF et al. 2012).
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	Zähler Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Nenner Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:0
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladisektion bei DCIS
Indikatortyp	Indikationsstellung

Hintergrund

Eine Axilladisektion ist bei Vorliegen eines DCIS nicht indiziert und soll nicht durchgeführt werden (AWMF et al. 2012, NZGG 2009, Christiaens et al. 2007).

Dem Indikator liegt folgendes Statement der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Präinv-3b

Literatur

AWMF; DKG; DKH (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebshilfe. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

Christiaens M; Vlayen J; Gailly J (2007). Scientific support of the College of Oncology: a national clinical practice guideline for breast cancer. KCE Report 63A. Brüssel. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

NZGG (2009). Management of early breast cancer. Wellington: New Zealand Guidelines Group. Auch verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/publication/management-early-breast-cancer-evidence-based-best-practice-guideline> (Recherchedatum: 15.10.2015).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	ARTERKRANK
24:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
47:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
48:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	M	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
50:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
64:BRUST	axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMARK
65:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE

Berechnung

Indikator-ID	2163
Bewertungsart	Sentinel-Event
Referenzbereich 2015	Sentinel-Event
Referenzbereich 2014	<= 5,00 % (Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	Da eine primäre Axilladisektion bei Vorliegen eines DCIS nicht indiziert ist, sollte für diese Fälle eine Einzelfallanalyse erfolgen. Der Referenzbereich dieses Indikators wird deshalb als „Sentinel-Event“ definiert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit primärer Axilladisektion</p> <p>Nenner 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“</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Indikatortyp	Prozessindikator

Hintergrund

Eine Axilladisektion ist bei Vorliegen eines DCIS nicht indiziert und soll nicht durchgeführt werden.

Eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie kann nach Tumorektomie in der Regel noch nachträglich erfolgen. Daher soll sie bei Vorliegen eines DCIS und brusterhaltender Therapie (BET) nur in den Ausnahmefällen durchgeführt werden, wenn eine sekundäre Sentinel-Lymphknotenbiopsie aus technischen Gründen nicht möglich und eine okkulte Invasion wahrscheinlich ist, z.B. bei brusterhaltender Operation eines großen, axillanah gelegenen Tumors. Um in diesen Fällen die mit höherer Schulter-Arm-Morbidität (Lymphödem, Bewegungseinschränkung, Schwellung, Missempfinden) verbundene Axilladisektion zu vermeiden, kann die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen mit DCIS und BET in Ausnahmefällen indiziert sein. Außerdem ist die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen mit DCIS und primärer Mastektomie indiziert (AWMF et al. 2012, NZGG 2009, Christiaens et al. 2007).

Dem Indikator liegt folgendes Statement der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Präinv-3b

Literatur

AGO (2015). Diagnostik und Therapie primärer und metastasierter Mammakarzinome. Duktales Carcinoma in situ (DCIS). Version 2015.1D. Kommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e.V. Auch verfügbar unter: http://www.ago-online.de/fileadmin/downloads/leitlinien/mamma/maerz2015/de/2015D_07_Ductales_Carcinoma_in_Situ_%28DCIS%29.pdf (Recherchedatum: 15.10.2015).

AWMF; DKG; DKH (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebshilfe. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

Christiaens M; Vlayen J; Gailly J (2007). Scientific support of the College of Oncology: a national clinical practice guideline for breast cancer. KCE Report 63A. Brüssel. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).

NZGG (2009). Management of early breast cancer. Wellington: New Zealand Guidelines Group. Auch verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/publication/management-early-breast-cancer-evidence-based-best-practice-guideline> (Recherchedatum: 15.10.2015).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	ARTERKRANK
24:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	PRAEICDO3
47:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
48:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	M	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
50:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
63:BRUST	brusterhaltende Therapie (BET)	K	0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET) 3 = ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	BET
64:BRUST	axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMARK
65:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE

Berechnung

Indikator-ID	50719
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	<= 20,75 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Referenzbereich 2014	<= 29,00 % (90. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	<p>In den aktuellen Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie zu den operativen Maßnahmen bei histologisch gesichertem DCIS (AGO 2015) ist eine mit +/- eingestufte Empfehlung zum Vorgehen in bestimmten Fällen mit brusterhaltender Therapie formuliert. Es handelt sich um Fälle mit DCIS = 5 cm oder Fälle mit DCIS > 2,5 cm und Grading G3/Komedonekrosen. Der Evidenzlevel dieser Empfehlung ist mit 3b angegeben. Aufgrund der Einstufung als +/- ist die Empfehlung so zu interpretieren, dass die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie in den dort beschriebenen Fällen zwar erwogen werden kann, jedoch immer individuell zu prüfen ist und nicht der Regelfall sein sollte.</p> <p>Bei rechnerisch auffälligen Krankenhäusern, die ihr operatives Vorgehen mit dieser Empfehlung begründen, sollte kritisch hinterfragt werden, ob dieses Vorgehen individuell abgewogen wird oder ob es den Regelfall darstellt. Ggf. können hierzu die vorliegenden Daten unter Berücksichtigung der Grundgesamtheit herangezogen werden, um zu prüfen, zu welchem Anteil bei den beschriebenen Fällen eine Lymphknotenentnahme durchgeführt wird. Erfolgt bei der Mehrzahl der betrachteten Patientinnen eine Lymphknotenentnahme, kann dies darauf hinweisen, dass die Entscheidung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie in diesen Fällen nicht ausreichend kritisch und individuell geprüft wird und ein Problem der Überversorgung vorliegt.</p>
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pNO) invasivem Mammakarzinom
Indikatortyp	Indikationsstellung

Hintergrund

Die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) ist ein zielgerichtetes Verfahren zur Erfassung des Lymphknotenstatus. Das Verfahren dient der Identifikation von nodal-negativen Patientinnen, die keine weitere lokale Therapie im Bereich der Lymphabflussgebiete benötigen.

Die SLNB ist bei allen Patientinnen indiziert, die einen klinisch negativen Lymphknotenstatus aufweisen und für die ein axilläres Staging erforderlich ist. Die SLNB ist bei klinischem Verdacht auf fortgeschrittene Lymphknotenbeteiligung und tumordurchsetzte Lymphknoten nicht indiziert. Um präoperativ zu klären, ob tatsächlich eine Lymphknotenmetastasierung bei klinisch und/oder sonografisch auffälligen Lymphknoten vorliegt, können eine ultraschallgestützte FNA oder eine Biopsie der verdächtigen Lymphknoten hilfreich sein. Der histologische Nachweis einer Lymphknotenmetastasierung schließt die Anwendung der Sentinel-Node-Biopsie aus.

Die SLN-Biopsie wurde 2008 als neues Verfahren in die Versorgung in Deutschland eingeführt. Es löste das bis dato übliche Verfahren, der Axilladisektion mit einer Entnahme von mindestens 10 Lymphknoten, ab. Ziel ist die Bestimmung des Nodalstatus und die Vermeidung der mit einer Axilladisektion assoziierten erhöhten Morbidität. Wesentlicher Vorteil der SLN-Biopsie ist es, dass eine geringere Schulter-Arm Morbidität auftritt (Lyman et al. 2014, AWMF et al. 2012, NICE 2009, NZGG 2009).

Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Operativ-6

Literatur

AWMF; DKG; DKH (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebshilfe. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

Lyman, GH; Temin, S; Edge, SB; Newman, LA; Turner, RR; Weaver, DL; et al. (2014). Sentinel Lymph Node Biopsy for Patients With Early-Stage Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol* 32(13): 1365-1383. Auch verfügbar unter: <http://jco.ascopubs.org/content/32/13/1365.full> (Recherchedatum: 15.10.2015).

NICE (2009). Early and locally advanced breast cancer: diagnosis and treatment. National Institute for Clinical Excellence. Auch verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg80/resources/guidance-early-and-locally-advanced-breast-cancer-pdf> (Recherchedatum: 15.10.2015).

NZGG (2009). Management of early breast cancer. Wellington: New Zealand Guidelines Group. Auch verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/publication/management-early-breast-cancer-evidence-based-best-practice-guideline> (Recherchedatum: 15.10.2015).

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	ARTERKRANK
47:BRUST	maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICDO3
48:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	M	0 = nein 1 = ja	OPTHERAPIEENDE
50:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
51:BRUST	pN	K	s. Anhang: pNMamma	TNMPNMAMMA
64:BRUST	axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladisektion	AXLKENTFOMARK
65:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0 = nein 1 = ja	SLKBIOPSIE

Berechnung

Indikator-ID	51847
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	>= 90,00 % (Zielbereich)
Referenzbereich 2014	>= 80,00 % (Zielbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	Für das Erfassungsjahr 2015 wurde der Referenzbereich auf >= 90,00 % angehoben und liegt damit höher als die Vorgabe von >= 80,00 % in der interdisziplinären Stufe-3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (AWMF et al. 2012). Die Abweichung begründet sich in vorliegenden neuen Studiendaten und deren Evidenzbewertung (Lyman et al. 2014).
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	Zähler Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Nenner Alle Patientinnen mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

Indikatorengruppe: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

Bezeichnung der Indikatorengruppe	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff
Indikatorart	Prozessindikator

Hintergrund

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. Zeitliche Verzögerungen können sowohl in Ärzten und Patientinnen, als auch in den Besonderheiten nationaler Versorgungskonzepte ihre Ursache haben. Letztlich wurden Zeitfaktoren in nationale und internationale Leitlinien als Indikatoren der Lebensqualität betroffener Frauen integriert.

Nachdem zunächst möglichst kurze, nicht näher definierte Wartezeiten als Qualitätsziele in verschiedene Leitlinien aufgenommen wurden, erfolgte mit der Publikation des Positionspapier der EUSOMA (Perry 2001) auch eine numerische Festlegung, die dann in die europäische Leitlinie (Perry et al. 2006) übernommen wurde.

Die Wartezeit als Qualitätsindikator ist somit vorzugsweise ein Messinstrument für die psychische Belastung betroffener Frauen. Gleichzeitig liefert sie wertvolle Hinweise für die Funktionsfähigkeit der Versorgungskette in einem vorgegebenen System bei limitierten finanziellen Ressourcen.

Die deutsche S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms macht keine zeitliche Vorgabe für das Intervall zwischen Diagnose und Operation. Die Information und die Aufklärung der Patientinnen nehmen einen besonders hohen Stellenwert in Leitlinien ein (AWMF et al. 2012, NZGG 2009).

Dem Indikator liegen folgende Statements der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: Info-1, Info-3

Literatur

AWMF; DKG; DKH (2012). Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 3.0, Aktualisierung 2012. Deutsche Krebsgesellschaft, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Deutsche Krebshilfe. Auch verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/032-045OL.html> (Recherchedatum: 15.10.2015). Stand: 02.07.2012, gültig bis 30.06.2017.

NZGG (2009). Management of early breast cancer. Wellington: New Zealand Guidelines Group. Auch verfügbar unter: <http://www.health.govt.nz/publication/management-early-breast-cancer-evidence-based-best-practice-guideline> (Recherchedatum: 15.10.2015).

Perry, N; Broeders, M; de Wolf, C; Törnberg, S; Holland, R; von Karsa, L (2006). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. European Commission. Auch verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf (Recherchedatum: 15.10.2015).

Perry, NM (2001). Quality assurance in the diagnosis of breast disease. EUSOMA Working Party. European Journal of Cancer 37(2): 159-172.

51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFF
22:BRUST	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	K	0 = nein 1 = ja	PRAEHISTDIAGSICHERUNG
28:BRUST	präoperative tumorspezifische Therapie	K	0 = nein 1 = ja	PRAEOPTUMORTH
34:O	wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthalts?	M	-	LFDNREINGRIFF
46:BRUST	Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	M	1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = Risikoläsion 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	POSTHISTBEFUND
EF*	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes in Tagen	-	AUFNDATUM - AUSGANGHISTBEFUND	abstAusgangHistBefund
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

Indikator-ID	51370
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	<= 28,44 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Referenzbereich 2014	<= 32,36 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	-
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit Ersteinriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:B
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

51371: Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2015

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFF
22:BRUST	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	K	0 = nein 1 = ja	PRAEHISTDIAGSICHERUNG
28:BRUST	präoperative tumorspezifische Therapie	K	0 = nein 1 = ja	PRAEOPTUMORTH
34:O	wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthalts?	M	-	LFDNREINGRIFF
46:BRUST	Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	M	1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = Risikoläsion 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	POSTHISTBEFUND
EF*	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum (Ausgang Pathologie) des prätherapeutischen histologischen Befundes in Tagen	-	AUFNDATUM - AUSGANGHISTBEFUND	abstAusgangHistBefund
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

* Ersatzfeld im Exportformat

Berechnung

Indikator-ID	51371
Bewertungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2015	Nicht definiert
Referenzbereich 2014	<= 54,92 % (95. Perzentil, Toleranzbereich)
Erläuterung zum Referenzbereich 2015	Eine Beurteilung der präoperativen Prozesse des einzelnen Krankenhauses anhand dieses Indikators erweist sich aufgrund vielfältiger, z.T. nicht durch das Krankenhaus beeinflussbarer Ursachen für die zeitliche Verzögerung bis zur Operation als schwierig. Ein Referenzbereich ist daher nicht definiert.
Erläuterung zum Strukturierten Dialog 2015	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregel	<p>Zähler Patientinnen mit einem zeitlichen Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation</p> <p>Nenner Alle Patientinnen mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:B
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Vergleichbar

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8010/3	Karzinom o.n.A.
8010/6	Karzinom o.n.A., Metastase
8013/3	Großzelliges neuroendokrines Karzinom
8013/6	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase
8013/9	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8022/3	Pleomorphes Karzinom
8022/6	Pleomorphes Karzinom, Metastase
8022/9	Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8032/3	Spindelzellkarzinom o.n.A.
8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
8035/6	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase
8035/9	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8041/3	Kleinzelliges Karzinom o.n.A.
8041/6	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase
8041/9	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8070/6	Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A.
8070/9	Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8140/3	Adenokarzinom o.n.A.
8140/6	Adenokarzinom-Metastase o.n.A.
8140/9	Adenokarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
8200/6	Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase
8200/9	Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8201/3	Kribriiformes Karzinom o.n.A.
8201/6	Kribriiformes Karzinom o.n.A., Metastase
8201/9	Kribriiformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8211/3	Tubuläres Adenokarzinom
8211/6	Tubuläres Adenokarzinom, Metastase
8211/9	Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.
8249/3	Atypischer Karzinoidtumor
8249/6	Atypischer Karzinoidtumor, Metastase
8249/9	Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8290/3	Onkozytäres Karzinom
8290/6	Onkozytäres Karzinom, Metastase
8290/9	Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8314/3	Lipidreiches Karzinom
8314/6	Lipidreiches Karzinom, Metastase
8314/9	Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8315/3	Glykogenreiches Klarzellkarzinom
8315/6	Glykogenreiches Klarzellkarzinom, Metastase
8315/9	Glykogenreiches Klarzellkarzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8401/3	Apokrines Adenokarzinom
8401/6	Apokrines Adenokarzinom, Metastase
8401/9	Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8410/3	Talgdrüsenadenokarzinom
8410/6	Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase
8410/9	Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8430/3	Mukoepidermoid-Karzinom
8430/6	Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase
8430/9	Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8480/3	Muzinöses Adenokarzinom
8480/6	Muzinöses Adenokarzinom, Metastase
8480/9	Muzinöses Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8490/3	Siegelringzellkarzinom
8490/6	Metastase eines Siegelringzellkarzinomes
8490/9	Siegelringzellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8500/2	Duktales Carcinoma in situ (DCIS)
8500/3	Invasives duktales Karzinom o.n.A.
8500/6	Invasives duktales Karzinom o.n.A., Metastase
8500/9	Invasives duktales Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8502/3	Sekretorisches Mammakarzinom
8502/6	Sekretorisches Mammakarzinom, Metastase
8502/9	Sekretorisches Mammakarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8503/2	Intraduktales papilläres Karzinom
8503/3	Invasives papilläres Karzinom
8503/6	Invasives papilläres Karzinom, Metastase
8503/9	Invasives papilläres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8504/2	Intrazystisches papilläres Karzinom
8507/2	Intraduktales mikropapilläres Karzinom
8507/3	Invasives mikropapilläres Karzinom
8507/6	Invasives mikropapilläres Karzinom, Metastase
8507/9	Invasives mikropapilläres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8510/3	Medulläres Karzinom o.n.A.
8510/6	Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase
8510/9	Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8520/2	Lobuläres in-situ-Karzinom

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8520/3	Lobuläres Karzinom o.n.A.
8520/6	Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase
8520/9	Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8522/3	Invasives duktales und lobuläres Karzinom
8522/6	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase
8522/9	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8523/3	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8523/6	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8523/9	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8524/3	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8524/6	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8524/9	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8530/3	Inflammatorisches Karzinom
8530/6	Inflammatorisches Karzinom, Metastase
8530/9	Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8540/3	M. Paget der Brustwarzenhaut
8541/3	Invasives duktales Karzinom mit M. Paget
8541/6	Invasives duktales Karzinom mit M. Paget, Metastase
8541/9	Invasives duktales Karzinom mit M. Paget, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8543/3	Duktales Carcinoma in situ (DCIS) mit M. Paget
8550/3	Azinuszellkarzinom
8550/6	Azinuszellkarzinom, Metastase
8550/9	Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8560/3	Adenosquamöses Karzinom
8560/6	Adenosquamöses Karzinom, Metastase
8560/9	Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8572/3	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie
8572/6	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase
8572/9	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8574/3	Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung
8575/3	Metaplastisches Karzinom o.n.A.
8575/6	Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase
8575/9	Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8800/3	Sarkom o.n.A.
8800/6	Sarkom o.n.A., Metastase
8800/9	Sarkomatose o.n.A.
8850/3	Liposarkom o.n.A.
8850/6	Liposarkom o.n.A., Metastase
8850/9	Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8890/3	Leiomyosarkom o.n.A.
8890/6	Leiomyosarkom o.n.A., Metastase

Schlüssel: ICDO3Mamma	
8890/9	Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8900/3	Rhabdomyosarkom o.n.A.
8900/6	Rhabdomyosarkom o.n.A., Metastase
8900/9	Rhabdomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8982/3	Malignes Myoepitheliom
8982/6	Malignes Myoepitheliom, Metastase
8982/9	Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9020/1	Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität
9020/3	Maligner Phylloides-Tumor
9020/6	Maligner Phylloides-Tumor, Metastase
9020/9	Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9120/3	Hämangiosarkom
9120/6	Hämangiosarkom, Metastase
9120/9	Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9180/3	Osteosarkom o.n.A.
9180/6	Osteosarkom o.n.A., Metastase
9180/9	Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9590/3	Malignes Lymphom o.n.A.
9680/3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.
9687/3	Burkitt-Lymphom o.n.A.
9690/3	Follikuläres Lymphom o.n.A.
9699/3	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom vom MALT-Typ

Schlüssel: pNMamma	
pN0	pN0
pN0(sn)	pN0(sn)
pN1mi	pN1mi
pN1mi(sn)	pN1mi(sn)
pN1(sn)	pN1(sn)
pN1a	pN1a
pN1b	pN1b
pN1c	pN1c
pN2a	pN2a
pN2b	pN2b
pN3a	pN3a
pN3b	pN3b
pN3c	pN3c
pNX	pNX
pNX(sn)	pNX(sn)
ypN0	ypN0
ypN0(sn)	ypN0(sn)

Schlüssel: pNMamma	
ypN1mi	ypN1mi
ypN1mi(sn)	ypN1mi(sn)
ypN1(sn)	ypN1(sn)
ypN1a	ypN1a
ypN1b	ypN1b
ypN1c	ypN1c
ypN2a	ypN2a
ypN2b	ypN2b
ypN3a	ypN3a
ypN3b	ypN3b
ypN3c	ypN3c
ypNX	ypNX
ypNX(sn)	ypNX(sn)

Schlüssel: pTMamma	
pT0	pT0
pTis	pTis
pT1mic	pT1mic
pT1a	pT1a
pT1b	pT1b
pT1c	pT1c
pT2	pT2
pT3	pT3
pT4a	pT4a
pT4b	pT4b
pT4c	pT4c
pT4d	pT4d
pTX	pTX
ypT0	ypT0
ypTis	ypTis
ypT1mic	ypT1mic
ypT1a	ypT1a
ypT1b	ypT1b
ypT1c	ypT1c
ypT2	ypT2
ypT3	ypT3
ypT4a	ypT4a
ypT4b	ypT4b
ypT4c	ypT4c
ypT4d	ypT4d
ypTX	ypTX

Anhang II: Historie der Qualitätsindikatoren

Aktuelle Qualitätsindikatoren 2015

Indikator		Anpassungen im Vergleich zum Vorjahr			
QI-ID	QI-Bezeichnung	Referenzbereich	Rechenregel	Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	Erläuterung
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	Nein	Nein	Vergleichbar	-
52268	HER2/neu-Positivitätsrate	Nein	Nein	Vergleichbar	-
52273	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden	Nein	Ja	Eingeschränkt vergleichbar	Die Regressionskoeffizienten wurden auf der Datenbasis des Erfassungsjahres 2014 neu ermittelt.
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	Nein	Ja	Vergleichbar	Zähler: Einführung eines neuen Datenfeldes RADIOSONOGRAPHIE. Nenner: Die Schlüsselwerte des Datenfeldes PRAEOPMAMMOGRAPHIEJL werden ab dem Erfassungsjahr 2015 im Datenfeld PRAEOPMARKIERUNG erfasst. Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen bleibt bestehen.
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	Ja	Ja	Vergleichbar	Zähler: Einführung eines neuen Datenfeldes RADIOSONOGRAPHIE. Nenner: Die Schlüsselwerte des Datenfeldes PRAEOPSONOGRAPHIEJL werden ab dem Erfassungsjahr 2015 im Datenfeld PRAEOPMARKIERUNG erfasst. Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen bleibt bestehen.
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Ja	Nein	Vergleichbar	-
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	Nein	Nein	Vergleichbar	-
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Ja	Nein	Vergleichbar	-
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Nein	Nein	Vergleichbar	-
51371	Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Ja	Nein	Vergleichbar	-

2014 zusätzlich berechnete Qualitätsindikatoren: keine