

Inhalt

Mammachirurgie 2

 Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien 4

 46196 7

 68529 9

 Postoperatives Präparatröntgen 10

 46200 12

 Hormonrezeptoranalyse 13

 46201 17

 Angabe pT, pN und M 19

 46202 21

 Angabe Sicherheitsabstand 25

 68098 29

 68100 31

 Axilladissektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom 33

 46208 34

 Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom 36

 46209 38

 Anzahl Lymphknoten 40

 46210 42

 Indikation zur brusterhaltenden Therapie 44

 46212 46

 Meldung an Krebsregister 48

 46230 49

 Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum 50

 46231 53

Mammachirurgie

| | |
|--|--|
| Einleitung Leistungsbereich | |
| Leistungsbereich | Mammachirurgie |
| Historie | QI-Historie/QI-Historie-18n1-MAMMA.doc |
| Einleitung | <p>Die gesellschaftliche Dimension der Erkrankung Brustkrebs wird aus folgenden Angaben deutlich: Sie stellt die häufigste Krebserkrankung bei Frauen dar mit einer geschätzten Anzahl von jährlich ca. 55.000 Neuerkrankungen. Das mittlere Erkrankungsalter liegt vergleichsweise früh bei 62 Jahren, knapp sieben Jahre unter dem mittleren Erkrankungsalter bei Krebs gesamt (GEKID 2006). Im Jahr 2005 starben ca. 17.700 Frauen an Brustkrebs (Statistisches Bundesamt).</p> <p>Die Prognose der Betroffenen bezüglich Rezidivrate und Überleben wird maßgeblich beeinflusst durch das Tumorstadium bei Diagnosestellung. Die relative, d.h. tumorabhängige 5-Jahres-Überlebensrate liegt über alle Stadien hinweg bei 82,1%, im Stadium pT1 sogar bei 91,0% (Sauer 2005). Ziel einer qualitativ hochwertigen Früherkennung ist also, Brustkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen. Dabei gilt es aber auch, gesunde Frauen als solche zu erkennen und dadurch vor unnötigen und belastenden diagnostischen Maßnahmen zu schützen. Weiterhin wird die individuelle Prognose von Brustkrebs-Patientinnen durch eine sachgerechte Behandlung im interdisziplinären Team beeinflusst. Für viele Betroffene gibt es Therapieoptionen mit vergleichbaren Überlebensraten, so dass in diesen Situationen der Erhalt der Lebensqualität ein vorrangiges Ziel ist. Konkret bedeutet dies, dass die Frauen in den Entscheidungsprozess auf der Basis umfassender und verständlicher Informationen einzubinden sind.</p> <p>Evidenzbasierte Standards für die gesamte Versorgungskette bei Brustkrebs sind in nationalen (Kreienberg et al. 2004; Schulz & Albert 2003), sowie zahlreichen internationalen Leitlinien festgeschrieben. Ein anerkanntes Instrument zur Implementierung von Leitlinien sind Qualitätsindikatoren (Albert et al. 2004; Kopp 2004; Kreienberg et al. 2004; Ollenschläger & Kirchner 2004; Schulz & Albert 2003). Autoren beider deutschen Leitlinien sind Mitglieder in der BQS-Fachgruppe Mammachirurgie, so dass ein Dialog zwischen den Arbeitsgruppen für Leitlinien und der BQS-Fachgruppe für die externe Qualitätssicherung unmittelbar und kontinuierlich stattfindet.</p> <p>Literatur:</p> <p>Albert U-S, Koller M, Lorenz W, Doherty J, Schulz K-D, Wagner U, Kopp I. Implementierung und Evaluation von Leitlinien auf nationaler Ebene: Entwicklung eines Konzeptes für die Stufe-3-Leitlinie „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“. ZaeFQ 2004; 98: 347-359.</p> <p>Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID). Krebs in Deutschland. Häufigkeiten und Trends. 5. überarbeitete, aktualisierte Ausgabe. Saarbrücken. 2006.</p> <p>Kopp I. Systematische Erstellung klinischer Leitlinien: Überblick. Workshop Leitlinien Berlin. 2. bis 3. Juli 2004. http://www.aeqz.de/projekte/pdf/wsll_01_kopp.ppt (Recherchedatum: 21.02.2007).</p> <p>Kreienberg R, Kopp I, Lorenz W, Budach W, Dunst J, Lebeau A, Lück H-J, v. Minckwitz G, Possinger K, Sauerbrei W, Sauerland S, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Volm T, Weis J, Schmitt-Reißer B, Koller M, Heilmann V. Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau: Eine nationale S3-Leitlinie. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO), (Hrsg.). Frankfurt a. M.. 2004. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/032-045.htm (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Ollenschläger G, Kirchner H. Systematische Entwicklung von Leitlinien. Qualität und Implementierung. Workshop für Leitlinien-Entwickler. 2. bis 3. Juli 2004. http://www.aeqz.de/projekte/pdf/wsll_02_ollenschlaeger.pdf. (Recherchedatum: 21.02.2007).</p> <p>Sauer H. Mammakarzinome Manual. Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Tumorzentrum München (Hrsg.). München, Wien, New York. Zuckschwerdt Verlag; 2005.</p> <p>Schulz KD, Albert US, (Hrsg.). Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. München, Wien, New York. Zuckschwerdt Verlag; 2003.</p> <p>Statistisches Bundesamt. http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab20.php#an. (Recherchedatum: 21.02.2007).</p> |
|--|--|

Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien

| | |
|--------------------------------------|--|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 1 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien |
| Qualitätsziel | Angemessene Rate entdeckter Malignome bei offenen Biopsien |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Rationale | <p>Die Diagnose präinvasiver und invasiver Malignome der weiblichen Brustdrüse folgt einer in Leitlinien (Kreienberg et al. 2004; Schulz & Albert 2003) niedergelegten Sequenz. Am Ende dieser Diagnosekette steht der histologische Befund, der unabdingbare Voraussetzung für die Planung und Einleitung einer stadiengerechten Behandlung ist. Die schrittweise Diagnostik hat das Ziel, die mit dem Prozess verbundene körperliche und psychische Belastung auf einem möglichst niedrigen Niveau zu halten. Natürlich spielen auch ökonomische Gesichtspunkte eine Rolle, wobei diese allerdings nicht zu Lasten der diagnostischen Sicherheit gehen dürfen. Bestandteil der Diagnosekette sind Anamnese, klinische Untersuchung, apparative Diagnostik, interventionelle Untersuchungstechniken, offene Biopsie und die pathomorphologische Befundung (Schulz & Albert 2003). Die Notwendigkeit und Art der histologischen Absicherung wird im Einzelfall getroffen. Seit Verfügbarkeit der interventionellen Methoden (Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie) unterliegt die nur aus diagnostischen Gründen durchgeführte offene Biopsie einer strengeren Indikationsstellung. Sie wird nur noch dann eingesetzt, wenn eine interventionelle Gewebeprobe-Gewinnung nicht durchführbar ist. Eine weitere Indikation ist eine Befunddiskrepanz nach vorangegangener minimal-invasiver Diagnostik zwischen klinischem und apparativ-diagnostischem Befund einerseits und dem pathohistologischen Untersuchungsergebnis andererseits (Schulz & Albert 2003, S. 27). Es ist das Ziel, interventionell eine definitive histologische Abklärung suspekter klinischer bzw. apparativ-diagnostischer Befunde zu erreichen, ohne der betroffenen Frau, insbesondere bei benignen Histologie, die belastendere offene Biopsie zumuten zu müssen. Es ist auch in internationalen Leitlinien etabliert, dass die Tripel-Diagnostik, bestehend aus klinischer Untersuchung, apparativer Diagnostik und minimal-invasiver Intervention, der offenen Biopsie voran zu stellen ist (Perry et al. 2006, Rutgers 2001). Als Prämisse gilt, dass mindestens 70% der nicht palpablen und mindestens 90% der tastbaren Tumoren in dieser Sequenz bereits präoperativ diagnostiziert werden. Und nur unter diesen Bedingungen ist eine verstärkte Verschiebung von benignen zu malignen Befunden bei der offenen Biopsie bei gleichzeitigem Rückgang der Häufigkeit derartiger Eingriffe zu erreichen. In den Europäischen Leitlinien wird der Quotient benigne:maligne als Minimalforderung mit 1:2 und bei längerfristiger Anwendung des Konzeptes mit 1:4 veranschlagt (Perry et al. 2006, S. 43). Der Qualitätsindikator ist nicht auf höchstem Evidenzlevel, sondern im Konsens festgelegt. So wurde er auch in die deutschen Leitlinien übernommen. In den 2004 publizierten Richtlinien zum Mammographie-Screening wurde der Referenzbereich noch strikter festgelegt, nämlich bei 0,5 bis 0,2:1 (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2004), obwohl derzeit keine sicheren Informationen vorliegen, ob dieser Referenzbereich praktikabel ist. So ist in Kanada die Erfahrung gemacht worden, dass bei initialer Zielsetzung eines Quotienten von 3:1 bis 2:1 nach mehrjähriger Anwendung nur ein maximales Ergebnis von 1,6:1 erreicht werden konnte (Chiarelli et al. 2002). Der Indikator bedarf daher einer Weiterentwicklung durch Benchmarking mit allmählicher Adaptation der dann definitiv gültigen Referenzbereiche.</p> <p>Vorteile der primären minimal-invasiven Diagnostik im Vergleich zu einer generellen, primär aus diagnostischen Gründen durchgeführten offenen Biopsie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die diagnostische Sicherheit ist für beide Methoden nahezu identisch (Collins et al. 2004; Verkooijen 2002) • bei interventioneller Diagnostik stehen umfangreiche prätherapeutische Informationen (z. B. differenzierte Histologie, Prognose und Prädikationsfaktoren) als breite Basis für die gemeinsame Therapieplanung durch Ärzte und Patientin zur Verfügung • keine nachteiligen Auswirkungen der interventionellen Diagnostik auf den Krankheitsverlauf, sofern die obligate postoperative Strahlentherapie nach organerhaltender Operation eingehalten wird (Chen et al. 2002, Diaz et al. 1999, Hoorntje et al. 2004, King et al. 2001, Taxin et al. 1997, Thurfjell et al. 2000) • im Allgemeinen keine bleibende Beeinträchtigung der Kosmetik, insbesondere keine wesentliche Narbenbildung • geringere körperliche und psychische Belastung • interventioneller Eingriff fast immer ambulant durchführbar • deutliche Kostenersparnis aus volkswirtschaftlicher Sicht (Albert & Schulz 2003; |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>Groenewoud et al. 2004; Rubin et al. 2001).</p> <p>(Die Literaturrecherche und -bewertung dieses Qualitätsindikators erfolgte durch Herrn Professor K.-D. Schulz).</p> |
| <p>Literaturverzeichnis</p> | <p>Albert U-S, Schulz K-D. Ökonomische und strukturelle Aspekte der Brustkrebsfrüherkennung. In: Schulz K-D, Albert U-S (Hrsg.). Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland. München, Wien, New York: Zuckschwerdt Verlag; 2003: 161.</p> <p>Chen AM, Haffty BG, Lee CH. Local recurrence of breast cancer after breast conservation therapy in patients by means of stereotactic core-needle biopsy. Radiology 2002; 225: 707-712.</p> <p>Chiarelli A, Doyle G, Kan L, Mah Z, Smith N, Bancej C. Report from the Evaluation Indicators Working Group: Guidelines for Monitoring Breast Screening Program Performance. Health Canada. Minister of Public Works and Government Services. 2002.</p> <p>Collins LC, Conolly JL, Page DL, Goulart RA, Pisano ED, Fajardo LL, Berg WA, Caudry DJ, McNeil BJ, Schnitt SJ. Diagnostic agreement in the evaluation of image-guided breast core needle biopsies: results from a randomized clinical trial. Am J Surg Pathol 2004; 28: 126-131.</p> <p>Diaz LK, Wiley EL, Venta LA. Are malignant cells displaced by large-gauge needle core biopsy of the breast? Am J Roentgenol 1999; 173 (5): 1303-1313.</p> <p>Groenewoud JH, Pijnappel RM, van den Akker-van Marle ME, Birnie E, Buijs-van der Woude T, Mali WP, de Koning HJ, Buskens E. Cost-effectiveness of stereotactic large-core needle biopsy for nonpalpable breast lesions compared to open breast biopsy. Br J Cancer 2004; 90: 383-392.</p> <p>Hoorntje LE, Schipper ME, Kaya A, Verkooijen HM, Klinkenbijl JG, Rinkes IH. Tumour cell displacement after 14G breast biopsy. Eur J Surg Oncol 2004; 30 (5): 520-525.</p> <p>Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einführung eines bundesweiten Mammographie-Screening-Programms. Deutsches Ärzteblatt, Beilage 2004; Ausgabe A (4): 1-3.</p> <p>King TA, Hayes DH, Cederbom GJ, Champaign JL, Smetherman DH, Farr GH, Bolton JS, Fuhrman GM. Biopsy technique has no impact on local recurrence after breast-conserving therapy. Breast J 2001; 7 (1): 19-24.</p> <p>Kreienberg R, Kopp I, Lorenz W, Budach W, Dunst J, Lebeau A, Lück H-J, v. Minckwitz G, Possinger K, Sauerbrei W, Sauerland S, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Volm T, Weis J, Schmitt-Reißer B, Koller M, Heilmann V. Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau: Eine nationale S3-Leitlinie. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO), (Hrsg.). Frankfurt a. M.. 2004. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/032-045.htm (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L (Hrsg.). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4. Luxembourg: European Commission; 2006. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf (Recherchedatum: 07.02.2007).</p> <p>Rubin E, Mennemeyer S, Desmond RA, Urist MM, Waterbor J, Heslin MJ, Bernreuter WK, Demsey PJ, Pile NS, Rodgers WH. Reducing the Cost of Diagnosis of Breast Carcinoma. Cancer 2001; 91: 324-332.</p> <p>Rutgers EJT. Position Paper EUSOMA Guidelines: Quality control in the locoregional treatment of breast cancer. Eur J Cancer 2001; 37: 447-453.</p> <p>Schulz KD, Albert US. Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. Schulz KD, Albert US, (Hrsg.). München, Wien, New York. Zuckschwerdt Verlag; 2003.</p> <p>Taxin A, Tartter PI, Zappetti D. Breast cancer diagnosis by fine needle aspiration and excisional biopsy. Recurrence and survival. Acta Cytol 1997; 41 (2): 302-306.</p> <p>Thurfjell MG, Jansson T, Nordgren H, Bergh J, Lindgren A, Thurfjell E. Local breast cancer</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>recurrence caused by mammographically guided punctures. Acta Radiol 2000; 41 (5): 435-440.</p> <p>Verkooijen HM on behalf of the COBRA Study Group. Diagnostic accuracy of stereotactic large-core needle biopsy for nonpalpable breast disease: results of a multicenter prospective study with 95% surgical confirmation. Int J Cancer 2002; 99: 853-859.</p> |
|--|--|

46196

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|----------------------|------|-------------|-----------|----------|------------------|------------------|--|---------|----------|-------------------|-----|--------------|------------------|----------------|--------|---------------|------------------|---|--------------------|----------------------|----------|---------------------------------------|--------------------|-------------------|----|---------------------|----------|------------------|
| ID-Kennzahl | 46196 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | Es gibt derzeit keine ausreichenden Informationen über einen in Deutschland praktikablen Referenzbereich. Erfahrungen aus zukünftigen Daten der externen Qualitätssicherung werden sukzessiv klären, welcher Referenzbereich in Deutschland tatsächlich realisierbar ist. Ein fixer Referenzbereich wird frühestens für das Erfassungsjahr 2007 festgelegt werden können, wenn offene Biopsien im Datensatz direkt abgebildet sind. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Keine Risikoadjustierung erforderlich | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | <p>Zähler: Patientinnen mit führendem histologischen Befund „maligne“**</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Ersteingriff-Patientinnen mit offenen Biopsien** und definitiv vorliegender postoperativer Histologie unter Ausschluss der Patientinnen mit präoperativ vorliegender Histologie</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | <p>* Schlüssel 5, Positionen 53 bis 56, 60 bis 63, 71</p> <p>** offene Biopsie (5-870.0-6, 5-870.x, 5-870.y, 5-871*, 5-872*, 5-873*, 5-874*, 5-875*)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BRU ST: 55</td> <td>führender Befund</td> <td>40 = fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = duktale Hyperplasie 49 = sonstige benigne Veränderungen 50 = lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = flache epitheliale Atypie (duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = papilläres in situ-Karzinom 60 = invasiv-duktales Karzinom 61 = invasiv-lobuläres Karzinom 62 = tubuläres Karzinom 63 = sonstige invasive Karzinome 70 = benigne sonstige Neoplasien 71 = maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund</td> <td>HISTOLM</td> </tr> <tr> <td>O: 41</td> <td>Operation OPS-301</td> <td>OPS</td> <td>OPSCHLUESSEL</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 23</td> <td>offene Biopsie</td> <td>1 = ja</td> <td>OFFENEBIOPSIE</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 17</td> <td>Histologie vor dem ersten Eingriff bei diesem stationären Aufenthalt vorliegend</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>HISTOVORAUFEHTHALTJN</td> </tr> <tr> <td>O: 30</td> <td>Tumorresektion wegen Primärerkrankung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>PRIMAERTUMORRESEK</td> </tr> <tr> <td>O:</td> <td>Folgeeingriff wegen</td> <td>0 = nein</td> <td>PRIMAERFOLGEEING</td> </tr> </tbody> </table> | | | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = duktale Hyperplasie 49 = sonstige benigne Veränderungen 50 = lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = flache epitheliale Atypie (duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = papilläres in situ-Karzinom 60 = invasiv-duktales Karzinom 61 = invasiv-lobuläres Karzinom 62 = tubuläres Karzinom 63 = sonstige invasive Karzinome 70 = benigne sonstige Neoplasien 71 = maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | O: 41 | Operation OPS-301 | OPS | OPSCHLUESSEL | BRU ST: 23 | offene Biopsie | 1 = ja | OFFENEBIOPSIE | BRU ST: 17 | Histologie vor dem ersten Eingriff bei diesem stationären Aufenthalt vorliegend | 0 = nein 1 = ja | HISTOVORAUFEHTHALTJN | O: 30 | Tumorresektion wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja | PRIMAERTUMORRESEK | O: | Folgeeingriff wegen | 0 = nein | PRIMAERFOLGEEING |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = duktale Hyperplasie 49 = sonstige benigne Veränderungen 50 = lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = flache epitheliale Atypie (duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = papilläres in situ-Karzinom 60 = invasiv-duktales Karzinom 61 = invasiv-lobuläres Karzinom 62 = tubuläres Karzinom 63 = sonstige invasive Karzinome 70 = benigne sonstige Neoplasien 71 = maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 41 | Operation OPS-301 | OPS | OPSCHLUESSEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 23 | offene Biopsie | 1 = ja | OFFENEBIOPSIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 17 | Histologie vor dem ersten Eingriff bei diesem stationären Aufenthalt vorliegend | 0 = nein 1 = ja | HISTOVORAUFEHTHALTJN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 30 | Tumorresektion wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja | PRIMAERTUMORRESEK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: | Folgeeingriff wegen | 0 = nein | PRIMAERFOLGEEING | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|--|---|--|---------------|
| | 31 | Primärerkrankung | 1 = ja, wegen unvollständiger TU-Entfernung 2 = ja, wegen geplanten mehrzeitigen Vorgehens 3 = ja, aus anderem Grund | RIFF |
| | O: 29 | Wievielter Eingriff während dieses Aufenthalts an dieser Brust? | | LFDNREINGRIFF |
| | BRU ST: 54 | Definitive postoperative Histologie | 0 = nein 1 = ja | HISTOLJN |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | |
| Teildatensatzbezug | 18/1:B | | | |
| Kommentar zur Kennzahl | <p>Im Datensatz ist die offene Biopsie nicht direkt abgebildet. Als offene Biopsien werden deshalb alle Eingriffe ohne präoperative Diagnostik bezeichnet. Der Fachgruppe ist bewusst, dass sich hieraus eine gewisse Unschärfe (Einbuße an Validität) für diese Kennzahl ergibt. Ein Abgleich von Krankenhausdaten mit Patientenakten hat gezeigt, dass bei sehr hohen Raten an präoperativer Diagnostik die Kennzahl so nicht mehr aussagekräftig ist. Als Interpretationshilfe wird deshalb in den BQS-Bundesauswertungen 2005 und 2006 die Kennzahl „Rate an histologischer Diagnostik bei allen Ersteingriff-Patientinnen“ zusätzlich angegeben. Ab 2007 werden diagnostische offene Biopsien im Datensatz direkt abgefragt. Da diese Kennzahl bis dahin keine durchgehend korrekte Bewertung der Krankenhäuser sicherstellt, empfiehlt die BQS-Fachgruppe, den Strukturierten Dialog bis zur Auswertung der Daten aus dem Erfassungsjahr 2007 auszusetzen.</p> <p>Erfahrungen von Klinikern mit der Kennzahl haben allerdings auch gezeigt, dass sie relevante Informationen für das interne Qualitätsmanagement liefert. Da sie zudem international gebräuchlich ist zur Beschreibung von Versorgungsqualität, wird sie weiterhin für die Krankenhäuser ausgewertet, aber ein Referenzbereich derzeit nicht festgelegt.</p> | | | |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar (Die in die Berechnung der offenen Biopsien eingeschlossenen Codes sind unverändert zum Vorjahr). | | | |

68529

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------------------------|-----------|----------|------------------|--------------|--------|--------------|------------------|---------------------------------|--------|----------|----------|---|--|---------------|----------|---------------------------------------|--------------------|-----------------------|----------|--------------------------------------|--|--------------------------|
| ID-Kennzahl | 68529 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | Präoperative histologische Diagnostik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl nicht definiert. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | Ein Referenzbereich ist für diese Kennzahl nicht definiert. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | Diese Kennzahl dient lediglich als Interpretationshilfe für die Kennzahl „Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien“. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Diese Kennzahl dient als Interpretationshilfe für die Kennzahl „Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien“. Für diese Kennzahl ist somit keine Risikoadjustierung erforderlich. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | Zähler: Patientinnen mit präoperativer histologischer Diagnostik Grundgesamtheit: Alle Ersteingriff-Patientinnen mit Primärerkrankung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BRU ST: 21</td> <td>Stanzbiopsie</td> <td>1 = ja</td> <td>STANZBIOPSIE</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 22</td> <td>vakuumunterstützte Mammabiopsie</td> <td>1 = ja</td> <td>MAMMOTOM</td> </tr> <tr> <td>O: 29</td> <td>Wievielter Eingriff während dieses Aufenthalts an dieser Brust?</td> <td></td> <td>LFDNREINGRIFF</td> </tr> <tr> <td>O: 30</td> <td>Tumorresektion wegen Primärerkrankung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>PRIMAERTUMORRESE K</td> </tr> <tr> <td>O: 31</td> <td>Folgeeingriff wegen Primärerkrankung</td> <td>0 = nein 1 = ja, wegen unvollständiger TU-Entfernung 2 = ja, wegen geplanten mehrzeitigen Vorgehens 3 = ja, aus anderem Grund</td> <td>PRIMAERFOLGEEING RIFF</td> </tr> </tbody> </table> | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | BRU ST: 21 | Stanzbiopsie | 1 = ja | STANZBIOPSIE | BRU ST: 22 | vakuumunterstützte Mammabiopsie | 1 = ja | MAMMOTOM | O: 29 | Wievielter Eingriff während dieses Aufenthalts an dieser Brust? | | LFDNREINGRIFF | O: 30 | Tumorresektion wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja | PRIMAERTUMORRESE K | O: 31 | Folgeeingriff wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja, wegen unvollständiger TU-Entfernung 2 = ja, wegen geplanten mehrzeitigen Vorgehens 3 = ja, aus anderem Grund | PRIMAERFOLGEEING RIFF |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 21 | Stanzbiopsie | 1 = ja | STANZBIOPSIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 22 | vakuumunterstützte Mammabiopsie | 1 = ja | MAMMOTOM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 29 | Wievielter Eingriff während dieses Aufenthalts an dieser Brust? | | LFDNREINGRIFF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 30 | Tumorresektion wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja | PRIMAERTUMORRESE K | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 31 | Folgeeingriff wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja, wegen unvollständiger TU-Entfernung 2 = ja, wegen geplanten mehrzeitigen Vorgehens 3 = ja, aus anderem Grund | PRIMAERFOLGEEING RIFF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teildatensatzbezug | 18/1:B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kommentar zur Kennzahl | <p>Diese Kennzahl dient als Interpretationshilfe für die Kennzahl „Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien“. Für diese Kennzahl wird somit kein Benchmark erstellt.</p> <p>Die Zytologie wird in der Mammachirurgie in Deutschland nicht routinemäßig durchgeführt. Eine flächendeckende qualitätsgesicherte zyto-pathologische Begutachtung kann nicht vorausgesetzt werden. Deshalb wird sie in den nationalen S-3-Leitlinien nicht zur präoperativen Diagnostik empfohlen und in dieser Kennzahl auch nicht berücksichtigt.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Postoperatives Präparatröntgen

| | |
|--|---|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 2 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Postoperatives Präparatröntgen |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Eingriffe mit postoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Draht-Markierung durch Mammographie |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Rationale | <p>Nicht tastbare, nur mammographisch und/oder sonographisch nachweisbare, abklärungsbedürftige Gewebeläsionen erfordern weitere diagnostische Maßnahmen bis zum Vorliegen eines definitiven pathologischen Befundes. Der diesbezügliche Entscheidungs- und Prozessablauf ist als Algorithmus in der Stufe-3-Leitlinie „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“ (Schulz & Albert 2003) wiedergegeben. Mindestens 70% aller nicht tastbaren, aber abklärungsbedürftigen Läsionen sollen vor der Indikationsstellung für eine offene diagnostische oder therapeutische Operation durch die Anwendung interventioneller Techniken (Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie) histologisch abgeklärt sein (Schulz & Albert 2003, Perry et al. 2006).</p> <p>Eine primär offene Biopsie ist beispielsweise bei brustwandnahen Tumoren oder bei entsprechender Entscheidung der Patientin sachgerecht.</p> <p>Ziel einer aus diagnostischen Gründen durchgeführten offenen Biopsie ist die sichere und komplette Entfernung eines apparativ suspekten Gewebeareals. Ist der nicht palpable Befund bereits durch Stanze oder Vakuumbiopsie als invasives Karzinom identifiziert, besteht nunmehr das Ziel, den Tumor lokal vollständig mit tumorfreien Resektionsrändern zu exzidieren, d. h. eine R0-Resektion zu erreichen. Methodisch sind folgende Schritte einzuleiten: Die nicht tastbare Läsion muss präoperativ durch möglichst exakte Platzierung eines Markierungsdrahtes eindeutig lokalisiert werden, wobei dies je nach Struktur des Befundes radiologisch oder sonographisch erfolgen kann. Es ist essenziell, das exzidierte Gewebe unmittelbar nach seiner Entfernung mit der Methode zu untersuchen, die für die Markierung verwendet wurde (Präparat-Radiographie, Präparat-Sonographie). Nur durch die genannten Maßnahmen ist eine leitlinienkonforme, qualitätsgesicherte Befundentfernung zu realisieren.</p> <p>Weitere Leitlinien erwähnen die hier zur Diskussion stehende Untersuchung als selbstverständlich und essenziell, ohne auf Qualitätsindikatoren einzugehen (Blamey et al. 2000, BSCR-17 2007, Perry 2001). Da es sich hier um eine wesentliche Schnittstellenproblematik innerhalb der Versorgungskette handelt, finden sich entsprechende Hinweise gesondert aufgeführt für Operateure, Radiologen und Pathologen (Schulz & Albert 2003, Perry et al. 2006).</p> <p>Auch in den Richtlinien zur Durchführung der Screening-Mammographie in Deutschland wird die Präparat-Radiographie als Bestandteil der Diagnosekette aufgelistet (Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, Beschluss vom 01.12.2003).</p> <p>Als weitere Informationen in diesem thematischen Umfeld sind folgende Aspekte relevant: Qualitätssicherung und Qualitätsindikatoren einschlägiger Leitlinien (Schulz & Albert 2003, Perry et al. 2006) fordern, dass in mindestens 95% aller nicht tastbaren Befunde bei Vorliegen einer positiven Präparat-Radiographie oder -Sonographie das zu exzidierende Areal im Rahmen des operativen Ersteingriffes komplett entfernt sein muss. Der Pathologe kann und muss voraussetzen, dass ihm als weitere Arbeitsgrundlage mindestens 90% aller bei nicht tastbaren Läsionen angefertigten Präparat-Radiographien (oder -Sonographien) unmittelbar zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Insgesamt sind folgende Schlussfolgerungen zu ziehen: Der Verzicht auf eine apparative Überprüfung operativ entfernter, abklärungsbedürftiger Gewebsareale erhöht das Risiko erheblich, falsch-negative Befunde zu erhalten. Der Verzicht führt außerdem sehr viel häufiger zu einer inkompletten Tumorentfernung mit den daraus erwachsenden Konsequenzen. Vorrangig wird in einer Vielzahl von Arbeiten übereinstimmend über eine deutlich erhöhte Rate lokaler Rezidive berichtet (DiBiase et al. 1998, Meric et al. 2003, Obedian & Haffty 2000), die scheinbar auch nicht durch eine Erhöhung der postoperativen Strahlendosis zu vermeiden ist (DiBiase et al. 2002). Auch der Prozess der Fernmetastasierung sowie das krankheitsfreie Intervall werden durch intramammäre Tumorreste negativ beeinflusst, obwohl die eine oder andere Arbeitsgruppe glaubt, diesem Phänomen mit radikaler lokaler und systemischer Therapie begegnen zu können. Die Ergebnisse sind widersprüchlich (Assersohn et al. 1999,</p> |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>Park et al. 2000).</p> <p>Fazit ist, dass fast jede nationale oder internationale Empfehlung oder Leitlinie die Durchführung einer Präparat-Radiographie oder -Sonographie als essenziellen Bestandteil der Versorgungskette auffasst, obwohl Metaanalysen oder prospektiv randomisierte Studien nicht verfügbar sind (Evidenz-Level IV, AHCPR).</p> <p>(Die Literaturrecherche und -bewertung dieses Qualitätsindikators erfolgte durch Herrn Professor K.-D. Schulz).</p> |
| <p>Literaturverzeichnis</p> | <p>Assersohn L, Powles TJ, Ashley S, Nash AG, Neal AJ, Sacks N, Chang J, Querci della RU, Naziri N. Local relapse in primary breast cancer patients with unexcised positive surgical margins after lumpectomy, radiotherapy and chemoendocrine therapy. <i>Ann Oncol</i> 1999; 10 (12): 1451-1455.</p> <p>Blamey RW, Wilson AR, Patnick J. ABC of breast diseases: screening for breast cancer. <i>BMJ</i> 2000; 321 (7262): 689-693.</p> <p>BSCR-17. NCCN Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer Screening and Diagnosis. Version 1/2007. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast-screening.pdf (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Beschluss einer Änderung der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen vom 01.12.2003. <i>Dtsch Arztebl</i> 2004; A (6): 289.</p> <p>DiBiase SJ, Komarnicky LT, Heron DE, Schwartz GF, Mansfield CM. Influence of radiation dose on positive surgical margins in women undergoing breast conservation therapy. <i>Int J Radiat Oncol Biol Phys</i> 2002; 53 (3): 680-686.</p> <p>DiBiase SJ, Komarnicky LT, Schwartz GF, Xie Y, Mansfield CM. The number of positive margins influences the outcome of women treated with breast preservation for early stage breast carcinoma. <i>Cancer</i> 1998; 82 (11): 2212-2220.</p> <p>Meric F, Mirza NQ, Vlastos G, Buchholz TA, Kuerer HM, Babiera GV, Singletary SE, Ross MI, Ames FC, Feig BW, Krishnamurthy S, Perkins GH, McNeese MD, Strom EA, Valero V, Hunt KK. Positive surgical margins and ipsilateral breast tumor recurrence predict disease-specific survival after breast-conserving therapy. <i>Cancer</i> 2003; 97 (4): 926-933.</p> <p>Obedian E, Haffty BG. Negative margin status improves local control in conservatively managed breast cancer patients. <i>Cancer J Sci Am</i> 2000; 6 (1): 28-33.</p> <p>Park CC, Mitsumori M, Nixon A, Recht A, Connolly J, Gelman R, Silver B, Hetelekidis S, Abner A, Harris JR, Schnitt SJ. Outcome at 8 years after breast-conserving surgery and radiation therapy for invasive breast cancer: influence of margin status and systemic therapy on local recurrence. <i>J Clin Oncol</i> 2000; 18 (8): 1668-1675.</p> <p>Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L (Hrsg.). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4. Luxembourg: European Commission; 2006. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf (Recherchedatum: 07.02.2007).</p> <p>Perry NM. Quality assurance in the diagnosis of breast disease. EUSOMA Working Party. <i>Eur J Cancer</i> 2001; 37 (2): 159-172.</p> <p>Schulz KD, Albert US. Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. Schulz KD, Albert US, (Hrsg.). München, Wien, New York. Zuckschwerdt Verlag; 2003.</p> |

46200

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------------------|------------------------|-----------|----------|----------|--------------------------------|--------------------|----------|----------|--------------|--------|------------------------|
| ID-Kennzahl | 46200 | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | - | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | >= 95% | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | >= 95% | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | Der Referenzbereich entspricht den Anforderungen aus der Stufe-3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau“ (Kreienberg et al. 2004). | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Risikostandardisierte Fallkonstellation | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | Zähler: Alle Operationen mit postoperativem Präparatröntgen Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Draht-Markierung durch bildgebende Verfahren (Mammographie) | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | - | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O: 38</td> <td>Postoperatives Präparatröntgen</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>PRAEPROE</td> </tr> <tr> <td>O: 35</td> <td>Mammographie</td> <td>1 = ja</td> <td>PRAEOPMAMMOGR APHIE</td> </tr> </tbody> </table> | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | O: 38 | Postoperatives Präparatröntgen | 0 = nein 1 = ja | PRAEPROE | O: 35 | Mammographie | 1 = ja | PRAEOPMAMMOGR APHIE |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | |
| O: 38 | Postoperatives Präparatröntgen | 0 = nein 1 = ja | PRAEPROE | | | | | | | | | | |
| O: 35 | Mammographie | 1 = ja | PRAEOPMAMMOGR APHIE | | | | | | | | | | |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | | | | | | | | | | |
| Teildatensatzbezug | 18/1:O | | | | | | | | | | | | |
| Kommentar zur Kennzahl | - | | | | | | | | | | | | |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar. | | | | | | | | | | | | |

Hormonrezeptoranalyse

| | |
|--------------------------------------|--|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 3 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Hormonrezeptoranalyse |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mammakarzinom |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Rationale | <p>Seit Ende der sechziger und Anfang der siebziger Jahre wurde der Nachweis von Östrogen- und Progesteron-Rezeptoren in Gewebeproben menschlicher Mammakarzinome als Indikator für eine eventuell noch vorhandene Hormonabhängigkeit individueller Tumoren herangezogen (Jensen et al. 1967, Maass et al. 1972, Horwitz & McGuire 1975). Diese Untersuchungsmethode wurde damit Grundlage eines selektiven Einsatzes nebenwirkungsarmer endokriner Behandlungsmaßnahmen. Die Weiterentwicklung des Rezeptornachweises zur Routineanalyse ergab folgende Ansatzpunkte für Diagnose und Therapie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Verwendung als Prognosefaktor - Prädiktiver Parameter im Rahmen der Therapieplanung - Nutzung als primärer Ansatzpunkt antihormoneller, speziell antiöstrogen wirksamer Medikamente. <p>Prognosefaktor: Das Vorhandensein von Östrogen- (ER) und/oder Progesteron-Rezeptoren (PR) signalisiert eine noch häufig vorhandene funktionelle, hormonabhängige Differenzierung des Tumorgewebes, die vielfach, aber bei weitem nicht immer auch mit einer günstigen morphologischen Differenzierung einhergeht. Größere Tumoren weisen im Vergleich zu kleineren Karzinomen sehr viel seltener eine rezeptorpositive Konstellation auf. Aus diesen Beobachtungen resultierte der Rückschluss, dass dem Rezeptorbefund eine prognostische Bedeutung beigemessen werden müsse. Die seit Beginn der siebziger Jahre publizierten Studien bestätigen im Wesentlichen, dass ER-positive Tumoren eine günstigere Prognose haben. Allerdings ist diese Eigenschaft nur schwach und nicht konsistent. Sie bezieht sich außerdem vorzugsweise auf nodalnegative Tumoren (McGuire et al. 1990, Clark et al. 1984, Wenger et al. 1993). Eine Übersicht über die ersten Erfahrungen deutschsprachiger Arbeitsgruppen findet sich bei Jonat und Maass (1982). Die teilweise differierenden Ergebnisse zur prognostischen Bedeutung des ER werden wahrscheinlich dadurch erklärt, dass bei manchen Mammakarzinomen zwar noch eine spezifische Östrogen-Bindung nachweisbar ist, allerdings ohne östrogen-induzierte Folgereaktionen in der Tumorzelle. Es handelt sich hier um funktionell modifizierte Rezeptoren, über die eine ausreichende Einbindung der Tumorzellen in die durch Hormone gesteuerten Regulationsmechanismen des Wirtsorganismus nicht mehr möglich ist. Dies macht auch die Resistenz mancher ER-positiver Tumoren gegenüber einer endokrinen Therapie verständlich. Eindeutiger sind die Aussagen zur prognostischen Bedeutung der PR im Mammakarzinom-Gewebe. Sie sind das Endprodukt einer intakten intrazellulären Östrogen-Wirkung. Sie sind somit Indikator für das Vorhandensein einer weitgehend ungestört ablaufenden, östrogen-abhängigen Regulation der Tumorzelle. Langzeitbeobachtungen haben an größeren Kollektiven von Patientinnen ergeben, dass der PR im Vergleich zum ER ein sehr viel zuverlässiger Prognosefaktor ist (Clark et al. 1984, Saez et al. 1983). Nach den aktuellen Konsensus-Empfehlungen St. Gallen (Goldhirsch et al. 2003) gehört die Bestimmung der ER und PR als obligate diagnostische Maßnahme zur individuellen Risikoabschätzung im klinischen Alltag. Eine ER-Bestimmung allein aus prognostischen Gründen ist jedoch nicht sonderlich sinnvoll.</p> <p>Prädiktive Bedeutung: In den Anfängen der klinischen Anwendung von Rezeptorbestimmungen galt ein positiver Befund als ein wesentlicher Indikator für eine generelle, noch vorhandene Hormonabhängigkeit und damit geeignet für ein breites Spektrum seinerzeit üblicher endokriner Behandlungsmaßnahmen (Jensen et al. 1967, Maass et al. 1972). Diese Erfahrungen bezogen sich zunächst auf die inkurable, fernmetastasierte Erkrankung, ließen sich jedoch später auch auf den adjuvanten, kurativen Behandlungsansatz erfolgreich übertragen. Tumoren, in denen sowohl ER als auch PR nachgewiesen werden konnten, sprachen häufiger und besser auf eine endokrine Therapie an im Vergleich zu Fällen, die nur eine der beiden Rezeptor-Entitäten aufwiesen (Übersicht bei Jonat & Maass 1982).</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Seit Beginn der siebziger Jahre, wurden ER nicht mehr nur als Indikatoren einer Hormonabhängigkeit gesehen, sondern als unmittelbares „target“ für antiöstrogen wirksame Substanzen genutzt (Übersicht bei Buzdar 2001), sei es über eine direkte Blockade oder eine Modulation der Rezeptoren. Bei fortgeschrittenen, metastasierten Mammakarzinomen erwies sich eine relativ nebenwirkungsarme Therapie mit Hormonantagonisten einer nebenwirkungsreichen Chemotherapie zumindest gleichwertig oder sogar überlegen, sofern der Rezeptorbefund im Tumorgewebe positiv war (Fossati et al. 1998, Stockler et al. 2000). Seit Jahren wird der prädiktive Wert des Rezeptorbefundes für die Chemosensitivität von Mammakarzinomen zum Teil sehr kontrovers diskutiert. Neuesten Studiendaten zufolge scheinen PR-negative Tumoren sehr viel schlechter auf eine Chemotherapie im Vergleich zu PR-positiven anzusprechen (Taucher et al. 2004, Cerwenka 2004). Inzwischen liegen auch umfangreiche klinische Studiendaten zum adjuvanten, d. h. kurativen Einsatz der Antiöstrogene, speziell des Tamoxifen vor. Mit einer 5-jährigen oralen Behandlung nach lokaler Primärtherapie ergibt sich bei Frauen mit einem positiven Rezeptorstatus des Tumors eine eindeutige Verbesserung des rezidivfreien und Gesamtüberleben (Fisher et al. 1996). Diese Form der adjuvanten Behandlung ist sowohl bei prä- als auch bei postmenopausalen Frauen wirksam. Unter Bezug auf umfassende Metaanalysen ist die rezeptorbezogene adjuvante Tamoxifen-Behandlung gegenwärtig als Methode der Wahl zu betrachten (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group 1992, 1998 und 2005). Seit einigen Jahren befinden sich eine Reihe weiterer Antiöstrogene bzw. Rezeptormodulatoren in klinischer Erprobung. Zum Teil liegen bereits Ergebnisse aus prospektiv randomisierten Studien vor. Unverzichtbare Bezugsgröße ist in diesen Studien der Rezeptorbefund. Nahezu immer zeigt sich, dass auch diese Hormon-Antagonisten der neueren Generation ihre Wachstumshemmung beim Mammakarzinom fast nur entfalten, wenn Steroidhormonrezeptoren im Tumorgewebe nachweisbar sind (Mouridsen et al. 2001, Baum et al. 2002, Johnston et al. 2001). Zurzeit laufen eine Reihe klinischer Untersuchungen, die sich mit der präoperativen (neoadjuvanten) Antiöstrogen-Therapie befassen. Nach ersten Informationen, die noch nicht als Befunde mit hohem Evidenz-Level zu bewerten sind, handelt es sich hierbei um Erfolg versprechende Konzepte, sofern sie allerdings auf den Rezeptorbefund bezogen sind (Übersicht bei Dowsett 2003).</p> <p>Methodik: Initial erfolgte die Rezeptorbestimmung biochemisch über einen Liganden-Bindungsassay. Mit Verfügbarkeit spezifischer Antikörper wurden immunhistorische Bestimmungsmethoden entwickelt, die inzwischen die biochemischen Analysen weitgehend verdrängt haben (Harvey et al. 1999, Cross 2001). Dies gilt sowohl für die ER als auch für die PR. Im Hinblick auf die semiquantitativen Befunde sind qualitätssichernde Maßnahmen von besonderer Relevanz (Rhodes et al. 2000a, Rhodes et al. 2000b). Die Vorteile der immunhistochemischen Analyse sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - unmittelbarer nuklearer Bindungsnachweis in den untersuchten Tumorzellen und nicht in einem heterogenen Gewebsextrakt - es sind nur kleine Gewebsmengen erforderlich, deren Entnahme die pathomorphologische Beurteilung auch kleinerer Befunde nicht beeinträchtigt - die Untersuchung wird an fixiertem Material durchgeführt und ist nicht auf die Verfügbarkeit von kühl zu haltendem Frischgewebe angewiesen (Transport- und Kühlprobleme!) - Neben der ohnehin bestehenden Verpflichtung zur Aufbewahrung von Paraffinblöcken müssen nicht zusätzliche Gewebsbänke in Tiefkühlelementen vorgehalten werden - entfernbare Bindegewebskomponenten oder Nekrosen - Auch verwendbar bei der Beurteilung von Gewebszylindern nach Stanzbiopsie <p>Cut-off-levels: > 10% markierte Tumorzellen: positiver Befund 1 bis 10% markierte Tumorzellen: grenzwertig positiver Befund</p> <p>Eine differenziertere semiquantitative Befunderhebung nach dem Score von Remmele und Stegner (1987) erfolgt in Deutschland häufig, wird jedoch international kaum durchgeführt. Eigenen Studien zufolge haben grenzwertig positive Befunde nur eine eingeschränkte prognostische und prädiktive Bedeutung (Rhodes et al. 2000c). In allen Leitlinien und Konsensus-Empfehlungen gehört die immunhistochemische ER- und PR-Bestimmung obligat in die Primärdiagnostik und, sofern Gewebe verfügbar ist, auch in die Rezidivdiagnostik (Leitlinien siehe gesonderte Aufstellung).</p> |
|--|--|

| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Rezeptorbestimmung eine prognostische Bedeutung auf dem Evidenzlevel IIa (AHCPR), eine prädiktive Bedeutung auf dem Level Ia (AHCPR) und der immunhistochemischen Untersuchungsmethode ein Level IIa (AHCPR) zugeordnet werden kann.</p> <p>(Die Literaturrecherche und -bewertung dieses Qualitätsindikators erfolgte durch Herrn Professor K.-D. Schulz).</p> |
| <p>Literaturverzeichnis</p> | <p>Baum M, Budzar AU, Cuzick J, Forbes J, Houghton JH, Klijn JG, Sahmoud T. The ATAC Trialist Group. Anastrozole alone or in combination with tamoxifen versus tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early breast cancer: first results of the ATAC randomised trial. <i>Lancet</i> 2002; 359 (9324): 2131-2139.</p> <p>Buzdar AU. Endocrine therapy in the treatment of metastatic breast cancer. <i>Semin Oncol</i> 2001; 28 (3): 291-304.</p> <p>Cerwenka H. Invited commentary to the publication cited before. <i>Eur Surg</i> 2004; 36: 46-38.</p> <p>Clark GM, Osborne CK, McGuire WL. Correlations between estrogen receptor, progesterone receptor, and patient characteristics in human breast cancer. <i>J Clin Oncol</i> 1984; 2 (10): 1102-1109.</p> <p>Cross SS. Immunohistochemical demonstration of oestrogen and progesterone receptors. <i>J Clin Pathol</i> 2001; 54 (1): 78-79.</p> <p>Dowsett M. Preoperative models to evaluate endocrine strategies for breast cancer. <i>Clin Cancer Res</i> 2003; 9 (1 Pt 2): 502S-510S.</p> <p>Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Tamoxifen for early breast cancer: an overview of the randomised trials. <i>Lancet</i> 1998; 351 (9114): 1451-1467.</p> <p>Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy. 133 randomised trials involving 31.000 recurrences and 24.000 deaths among 75.000 women. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. <i>Lancet</i> 1992; 339 (8784): 1-15, 71-85.</p> <p>Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. <i>Lancet</i> 2005; 365 (9472): 1687-1717.</p> <p>Fisher B, Dignam J, Bryant J, DeCillis A, Wickerham DL, Wolmark N, Costantino J, Redmond C, Fisher ER, Bowman DM, Deschenes L, Dimitrov NV, Margolese RG, Robidoux A, Shibata H, Terz J, Paterson AH, Feldman MI, Farrar W, Evans J, Lickley HL. Five versus more than five years of tamoxifen therapy for breast cancer patients with negative lymph nodes and estrogen receptor-positive tumors. <i>J Natl Cancer Inst</i> 1996; 88 (21): 1529-1542.</p> <p>Fossati R, Confalonieri C, Torri V, Ghislandi E, Penna A, Pistotti V, Tinazzi A, Liberati A. Cytotoxic and hormonal treatment for metastatic breast cancer: a systematic review of published randomized trials involving 31.510 women. <i>J Clin Oncol</i> 1998; 16 (10): 3439-3460.</p> <p>Goldhirsch A, Wood WC, Gelber RD, Coates AS, Thurlimann B, Senn HJ. Meeting highlights: updated international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer. <i>J Clin Oncol</i> 2003; 21 (17): 3357-3365.</p> <p>Harvey JM, Clark GM, Osborne CK, Allred DC. Estrogen receptor status by immunohistochemistry is superior to the ligand-binding assay for predicting response to adjuvant endocrine therapy in breast cancer. <i>J Clin Oncol</i> 1999; 17 (5): 1474-1481.</p> <p>Horwitz KB, McGuire WL. Specific progesterone receptors in human breast cancer. <i>Steroids</i> 1975; 25 (4): 497-505.</p> <p>Jensen EV, De Sombre ER, Jungblut PW. Estrogen receptors in hormone responsive tissues and tumors. In: Wissler RW, Dao TL, Wood S (Eds.). <i>Endogenous factors influencing host-tumor balance</i>, University of Chicago Press 1967; 15-30.</p> <p>Johnston SRD, Gorbunova L, Lichinister M, Manikas G, Koralewski P, Pluznaska A, Garin A,</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Harvey E. A multi-double-blind randomised phase III trial of idoxifene versus tamoxifene as first-line endocrine therapy for metastatic breast cancer. Proc Am Soc Clin Oncol 2001; 29.</p> <p>Jonat W, Maass H. Steroidhormonrezeptoren im Karzinomgewebe. Stuttgart. Enke Verlag; 1982.</p> <p>Maass H, Engel B, Hohmeister H, Lehmann F, Trams G. Estrogen receptors in human breast cancer tissue. Am J Obstet Gynecol 1972; 113 (3): 377-382.</p> <p>McGuire WL, Tandon AK, Allred DC, Chamness GC, Clark GM. How to use prognostic factors in axillary node-negative breast cancer patients. J Natl Cancer Inst 1990; 82 (12): 1006-1015.</p> <p>Mouridsen H, Gershanovich M, Sun Y, Perez-Carrion R, Boni C, Monnier A, Apffelstaedt J, Smith R, Sleeboom HP, Janicke F, Pluzanska A, Dank M, Becquart D, Bapsy PP, Salminen E, Snyder R, Lassus M, Verbeek JA, Staffler B, Chaudri-Ross HA, Dugan M. Superior efficacy of letrozole versus tamoxifen as first-line therapy for postmenopausal women with advanced breast cancer: results of a phase III study of the International Letrozole Breast Cancer Group. J Clin Oncol 2001; 19 (10): 2596-2606.</p> <p>Remmele W, Stegner HE. Recommendation for uniform definition of an immunoreactive score (IRS) for immunohistochemical estrogen receptor detection (ER-ICA) in breast cancer tissue. Pathologie 1987; 8 (3): 138-140.</p> <p>Rhodes A, Jasani B, Balaton AJ, Miller KD. Immunohistochemical demonstration of oestrogen and progesterone receptors: correlation of standards achieved on in house tumours with that achieved on external quality assessment material in over 150 laboratories from 26 countries. J Clin Pathol 2000a; 53 (4): 292-301.</p> <p>Rhodes A, Jasani B, Balaton AJ, Barnes DM, Miller KD. Frequency of oestrogen and progesterone receptor positivity by immunohistochemical analysis in 7016 breast carcinomas: correlation with patient age, assay sensitivity, threshold value, and mammographic screening. J Clin Pathol 2000b; 53 (9): 688-696.</p> <p>Rhodes A, Jasani B, Barnes DM, Bobrow LG, Miller KD. Reliability of immunohistochemical demonstration of oestrogen receptors in routine practice: interlaboratory variance in the sensitivity of detection and evaluation of scoring systems. J Clin Pathol 2000c; 53 (2): 125-130.</p> <p>Saez S, Cheix F, Asselain B. Prognostic value of estrogen and progesterone receptors in primary breast cancer. Breast Cancer Res Treat 1983; 3 (4): 345-353.</p> <p>Stockler M, Wilcken NR, Ghersi D, Simes RJ. Systematic reviews of chemotherapy and endocrine therapy in metastatic breast cancer. Cancer Treat Rev 2000; 26 (3): 151-168.</p> <p>Taucher S, Rudas M, Gnant M, Dubsky P, Sporn E, Roka S, Bachleitner T, Fitzal F, Kandioler D, Wenzel C, Steger G, Draxler W, Mittlböck M, Jakesz R. The impact of progesterone receptor in prediction of complete pathological response to preoperative chemotherapy in primary breast cancer patients. Eur Surg 2004; 36: 41-45.</p> <p>Wenger CR, Beardslee S, Owens MA, Pounds G, Oldaker T, Vendely P, Pandian MR, Harrington D, Clark GM, McGuire WL. DNA ploidy, S-phase, and steroid receptors in more than 127.000 breast cancer patients. Breast Cancer Res Treat 1993; 28 (1): 9-20.</p> |
|--|---|

46201

| | | | |
|--|--|---|--------------------|
| Definition Kennzahl | | | |
| ID-Kennzahl | 46201 | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | - | | |
| Referenzbereich 2006 | ≥ 95% | | |
| Referenzbereich 2005 | ≥ 95% | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | Dieser Referenzbereich entspricht dem Referenzbereich aus der Stufe-3-Leitlinie „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“ (Schulz & Albert 2003). | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Keine Risikoadjustierung erforderlich. | | |
| Rechenregel | Zähler: Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptorenanalyse Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund „invasives Mammakarzinom“* | | |
| Erläuterung der Rechenregel | *invasives Mammakarzinom: 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome | | |
| Verwendete Datenfelder | Feldnamen 9.0: | | |
| | Item | Bezeichnung | Schlüssel |
| | BR UST : 62 | Immunhistochemische Hormonrezeptorenanalyse durchgeführt (Eigen- oder Fremdbefund) | 0 = nein 1 = ja |
| BR UST : 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = benigne sonstige Neoplasien 71 = maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM |

| | |
|---|---|
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 |
| Teildatensatzbezug | 18/1:B |
| Kommentar zur Kennzahl | - |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar. |

Angabe pT, pN und M

| | |
|--------------------------------------|--|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 4 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Angabe pT, pN und M |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen mit Angabe von pT, pN und M bei invasivem Mammakarzinom |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Rationale | <p>Das Mammakarzinom besteht aus einer Gruppe histologisch heterogener Tumoren, deren Prognose und Heilbarkeit durch eine Reihe sehr unterschiedlicher Faktoren bestimmt wird. Von absolut vorrangiger Bedeutung sind Tumorgöße und Tumorausdehnung (stellvertretend für viele andere Studien mit annähernd identischen Ergebnissen: Carter et al. 1989, Brito et al. 2001). Letztere bezieht sich vor allem auf ein Überschreiten der Brustgrenzen. Tumorzell-Absiedlungen in die regionären Lymphknoten sind mit einer Prognose-Verschlechterung verbunden. Um in vielen Fällen dennoch eine Heilung zu erreichen, werden sehr viel aggressivere und damit für die betroffene Patientin sehr viel belastendere Therapie-Verfahren erforderlich, wobei dennoch eine reduzierte Heilungschance in Kauf genommen werden muss. Wenn der Tumor bereits in klinisch manifester Form andere Organsysteme erfasst hat, d. h. Fernmetastasen vorhanden sind, ist mit den derzeit verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten keine definitive Ausheilung der Erkrankung mehr möglich. In diesem Fall muss es das ärztliche Behandlungsziel sein, möglichst lange dauernde passagere Remissionen oder Stabilisierungen der Tumorerkrankung unter besonderer Beachtung der verbleibenden Lebensqualität zu erreichen.</p> <p>Die aktuelle TNM-Einteilung (Greene et al. 2002, Wittekind et al. 2002) ist eine unverzichtbare Messgröße der anatomischen Tumorausdehnung. T steht für Tumorgöße, N für regionale Lymphknoten-Metastasen und M für Fernmetastasen. TNM beschreibt die Situation vor Therapiebeginn, pTNM den Befund nach dem operativen Eingriff unter Einbeziehung der pathohistologischen Untersuchungsergebnisse. Die anatomische Ausbreitung von Tumorrezidiven wird durch die rTNM-Einteilung erfasst. TNM und pTNM ergänzen einander. Die eine Einteilung kann nicht die andere ersetzen. TNM ist die Grundlage für erste therapeutische Schritte, pTNM die Basis für eine notwendige Anpassung von Therapiekonzepten und für die Prognose des jeweiligen Krankheitsverlaufes.</p> <p>Das TNM-System ist das Ergebnis jahrzehntelanger klinischer Erfahrungen und unzähliger retrospektiver Analysen. Prospektiv randomisierte Studien liegen nicht vor, sind aber auch jetzt und in Zukunft weder inhaltlich noch ethisch vertretbar. Das TNM-System liefert die grundlegenden Daten für die onkologische Versorgung. Hierzu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Therapieplanung und Therapieentscheidung - Prognose-Einschätzung der Tumorerkrankung - Grundlagen klinischer Krebsregister - Ergebnisorientierte Qualitätssicherung - regionales und überregionales Benchmarking der Versorgung - Patienten bezogener ärztlicher Informationsaustausch - Definition von Patientengruppen mit unterschiedlichem krankheitsbezogenem Versorgungsanspruch - Epidemiologie von Tumorerkrankungen - klinische Studien in Diagnostik und Therapie - insbesondere Einführung neuer und Adaption älterer Therapieverfahren - Definition kompatibler Patientengruppen als Grundlage klinischer Studien - internationaler Austausch wissenschaftlicher Ergebnisse <p>Aus der Summe der aufgelisteten Faktoren ergibt sich die Empfehlung zur strikten Anwendung des TNM-Systems, einschließlich der vorzunehmenden sorgfältigen Dokumentation in vielen Leitlinien (Schulz & Albert 2003, ÄZQ 2003, Kreienberg et al. 2004, Sauer 2003, Perry et al. 2006, NCCN Practice Guidelines in Oncology 2004, Institute for Clinical Systems Improvement 2003, Fitzgibbons 2001, National Cancer Institute 2004, National Health and Medical Research Council (NHMRC) 2001, Finish Medical Society 2002).</p> <p>(Die Literaturrecherche und -bewertung dieses Qualitätsindikators erfolgte durch Herrn Professor K.-D. Schulz).</p> |
| Literaturverzeichnis | <p>Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Leitlinien-Clearingbericht "Mammakarzinom". ÄZQ Schriftenreihe Band 16. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (Hrsg.). Köln. 2003.</p> <p>Brito RA, Valero V, Buzdar AU, Booser DJ, Ames F, Strom E, Ross M, Theriault RL, Frye D,</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Kau SW, Asmar L, McNeese M, Singletary SE, Hortobagyi GN. Long-term results of combined-modality therapy for locally advanced breast cancer with ipsilateral supraclavicular metastases: The University of Texas M.D. Anderson Cancer Center experience. J Clin Oncol 2001; 19 (3): 628-633.</p> <p>Carter CL, Allen C, Henson DE. Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24.740 breast cancer cases 3. Cancer 1989; 63 (1): 181-187.</p> <p>Finish Medical Society. Current Care /Duodecim Duodecim. Cancer of the breast 2002. CD ROM ISSN 1457-5175. http://www.ebm-guidelines.com (Recherchedatum: 19.01.2007). (Zugangsberechtigung Herr Professor Schulz).</p> <p>Fitzgibbons PL. Prognostic Factors in Cancer. University of Southern California, Los Angeles, California, USA, 2001. http://www.t-n-m.de/tnm6/prognostics.html (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Greene FI, Fleming ID, Fritz A, Haller DG, Morrow M, Page DL. AJCC Cancer Staging Manual. TNM Classification of Malignant Tumours. 6. Auflage. New York. Springer; 2002.</p> <p>Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Breast cancer treatment. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); Januar 2003. (Diese Leitlinie wurde aktualisiert im September 2005.) http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8149&nbr=004542&string=Breast+AND+cancer+AND+treatment (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Kreienberg R, Kopp I, Lorenz W, Budach W, Dunst J, Lebeau A, Lück H-J, v. Minckwitz G, Possinger K, Sauerbrei W, Sauerland S, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Volm T, Weis J, Schmitt-Reißer B, Koller M, Heilmann V. Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau: Eine nationale S3-Leitlinie. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO), (Hrsg.). Frankfurt a. M.. 2004. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/032-045.htm (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>National Cancer Institute. Breast Cancer Treatment for Health Professionals. 2004. http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/breast/healthprofessional (Diese Leitlinie wurde zuletzt aktualisiert im November 2006) (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>National Health and Medical Research Council (NHMRC). Management of early breast cancer. Clinical practice guidelines. 2001. http://www.nhmrc.gov.au/publications/_files/cp74.pdf (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>NCCN Practice Guidelines for quality in Oncology. Breast Cancer. Version 2004. (Diese Leitlinie wurde aktualisiert in 2007) http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L (Hrsg.). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4. Luxembourg: European Commission; 2006. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf (Recherchedatum: 07.02.2007).</p> <p>Sauer M. Mammakarzinome. Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 9. Auflage. München. Zuckerschwerdt; 2003.</p> <p>Schulz KD, Albert US. Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. Schulz KD, Albert US, (Hrsg.). München, Wien, New York. Zuckschwerdt Verlag; 2003.</p> <p>Wittekind C. TNM Supplement. A commentary on uniform use. 2. Auflage. New York. Wiley; 2002.</p> |
|--|---|

46202

| Definition Kennzahl | | | | | | | | |
|--|---|--|-------------|-----------|----------|-------------|----|--|
| ID-Kennzahl | 46202 | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | - | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | >= 95% | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | Diese Kennzahl wird für das Jahr 2005 ausgesetzt | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | Dieser Referenzbereich entspricht dem Referenzbereich aus der Stufe-3-Leitlinie „Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland“ (Schulz & Albert 2003). | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Keine Risikoadjustierung erforderlich. | | | | | | | |
| Rechenregel | Zähler: Patientinnen mit Angabe pT, pN und M (0, 1 oder X) Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund „invasives Mammakarzinom“* | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | * 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | Feldnamen 9.0: | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BR UST : 56</td> <td>pT</td> <td>0 = Kein Anhalt für Primärtumor 1 = Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung 1a = mehr als 0,1 cm, aber nicht mehr als 0,5 cm in größter Ausdehnung 1b = mehr als 0,5 cm, aber nicht mehr als 1 cm in größter Ausdehnung 1c = mehr als 1 cm, aber nicht mehr als 2 cm in größter Ausdehnung 1mic = Mikroinvasion 0,1 cm oder weniger in größter Ausdehnung 2 = Tumor mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 5 cm in größter Ausdehnung 3 = Tumor mehr als 5 cm in größter Ausdehnung 4 = Tumor jeder Größe mit direkter Ausdehnung auf Brustwand oder Haut soweit unter T4a bis T4d beschrieben 4a = Ausdehnung auf die Brustwand 4b = Ödem (einschließlich Apfelsinenhaut) oder Ulzeration der Brusthaut oder Satellitenknötchen der Haut der gleichen Brust 4c = Kriterien 4 a und 4 b gemeinsam 4d = Entzündliches (inflammatorisches) Karzinom isD = DCIS Ductales Carcinoma in situ isL = LCIS Lobuläres Carcinoma in situ isP = Paget M. Paget der</td> <td>TNMPTMAMMA</td> </tr> </tbody> </table> | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | BR UST : 56 | pT | 0 = Kein Anhalt für Primärtumor 1 = Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung 1a = mehr als 0,1 cm, aber nicht mehr als 0,5 cm in größter Ausdehnung 1b = mehr als 0,5 cm, aber nicht mehr als 1 cm in größter Ausdehnung 1c = mehr als 1 cm, aber nicht mehr als 2 cm in größter Ausdehnung 1mic = Mikroinvasion 0,1 cm oder weniger in größter Ausdehnung 2 = Tumor mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 5 cm in größter Ausdehnung 3 = Tumor mehr als 5 cm in größter Ausdehnung 4 = Tumor jeder Größe mit direkter Ausdehnung auf Brustwand oder Haut soweit unter T4a bis T4d beschrieben 4a = Ausdehnung auf die Brustwand 4b = Ödem (einschließlich Apfelsinenhaut) oder Ulzeration der Brusthaut oder Satellitenknötchen der Haut der gleichen Brust 4c = Kriterien 4 a und 4 b gemeinsam 4d = Entzündliches (inflammatorisches) Karzinom isD = DCIS Ductales Carcinoma in situ isL = LCIS Lobuläres Carcinoma in situ isP = Paget M. Paget der |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | |
| BR UST : 56 | pT | 0 = Kein Anhalt für Primärtumor 1 = Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung 1a = mehr als 0,1 cm, aber nicht mehr als 0,5 cm in größter Ausdehnung 1b = mehr als 0,5 cm, aber nicht mehr als 1 cm in größter Ausdehnung 1c = mehr als 1 cm, aber nicht mehr als 2 cm in größter Ausdehnung 1mic = Mikroinvasion 0,1 cm oder weniger in größter Ausdehnung 2 = Tumor mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 5 cm in größter Ausdehnung 3 = Tumor mehr als 5 cm in größter Ausdehnung 4 = Tumor jeder Größe mit direkter Ausdehnung auf Brustwand oder Haut soweit unter T4a bis T4d beschrieben 4a = Ausdehnung auf die Brustwand 4b = Ödem (einschließlich Apfelsinenhaut) oder Ulzeration der Brusthaut oder Satellitenknötchen der Haut der gleichen Brust 4c = Kriterien 4 a und 4 b gemeinsam 4d = Entzündliches (inflammatorisches) Karzinom isD = DCIS Ductales Carcinoma in situ isL = LCIS Lobuläres Carcinoma in situ isP = Paget M. Paget der | TNMPTMAMMA | | | | | |

| | | | | |
|--|-------------------|----|--|------------|
| | | | Mamille ohne nachweisbaren Tumor X = Primärtumor kann nicht beurteilt werden | |
| | BR UST : 57 | pN | <p>0 = Keine regionären Lymphknotenmetastasen, Fälle mit isolierten Tumorzellen (ITC) in regionären Lymphknoten werden als pN0 klassifiziert</p> <p>1 = Metastase(n) in 1 bis 3 ipsilat. ax. LK und/oder ipsilat. LK entlang der A. mammaria interna mit mikroskopischer/en Metastase(n), nachgewiesen durch Untersuchung des Schildwächterlymphknotens, aber nicht klin. erkennbar</p> <p>1a = Metastase(n) in 1 bis 3 axillären Lymphknoten, zumindest eine Metastase mehr als 0,2 cm in größter Ausdehnung</p> <p>1b = Lymphknoten entlang der A. mammaria interna mit mikroskopischer(n) Metastase(n) nachgewiesen durch Untersuchung des Schildwächterlymphknotens, aber nicht klinisch erkennbar</p> <p>1c = Kriterien von 1a und 1b</p> <p>1mi = Mikrometastase(n) (größer als 0,2 mm, aber nicht größer als 0,2 cm)</p> <p>2 = Metastase(n) in 4 - 9 axillären Lymphknoten oder in klinisch erkennbaren Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Abwesenheit axillärer Lymphknotenmetastasen</p> <p>2a = Metastase(n) in 4 - 9 axillären Lymphknoten, zumindest eine Metastase mehr als 0,2 cm in größter Ausdehnung</p> <p>2b = Metastase(n) in klinisch erkennbaren Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Abwesenheit axillärer Lymphknotenmetastasen</p> <p>3 = Metast. 10 o.m. ipsilat. ax. o. in ipsilat. infrakl. LK o. in klin. erkb. ipsilat. LK entl. A. mam. int. in Anwh. mind. 1 ax. LK-Metast. o.m. als 3 ax. LK-Metast. m. klin. n. erkb., nur mikrk. nachwb. Metast. in LK entl. d. A. mam. int. o. Metast. in suprakl. LK</p> <p>3a = Metastase(n) in 10 oder mehr ipsilateralen axillären Lymphknoten (zumindest eine größer als 0,2 cm) oder in ipsilateralen infraklavikulären Lymphknoten</p> | TNMPNMAMMA |

| | | | | |
|------------------------------|--|---|--|--------------|
| | | | 3b = Metast. in klin. erkennbaren LK entlang der A.mam.int. in Anwes. v. mind. einer ax. LK-Metast. oder LK-Metast. in mehr als 3 ax. LK und in LK entl. der A. mam. int., nachgew. d. Unters. des Schildwächterlymphknoten(s), aber n. klin. erkennb. 3c = Metastase(n) in ipsilateralen supraclaviculären Lymphknoten X = Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden (z. B. zur Untersuchung nicht entnommen oder bereits früher entfernt) | |
| | BR UST : 68 | Fernmetastasen M nach Vorliegen der Staging-Befunde | 0 = Keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen X = Fernmetastasen können nicht beurteilt werden | MNACHSTAGING |
| | BR UST : 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne 71 = Maligne 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | |
| Teildatensatzbezug | 18/1:B | | | |
| Kommentar zur Kennzahl | <p>Seit dem Erfassungsjahr 2006 werden nur noch die Items pT, pN und M, nicht aber mehr pM erhoben, da Metastasen bei Brustkrebs nur in Ausnahmefällen pathologisch gesichert werden. Das Item heißt jetzt „Fernmetastasen M nach Vorliegen aller Staging-Befunde“ und wird analog dem klinischen Verlauf am Ende des Datensatzes unter „Histologie und Staging“ erhoben. Durch diese Anpassung erwartet die Fachgruppe validere Daten, so dass der Qualitätsindikator in 2006 wieder zuverlässig ausgewertet werden kann.</p> <p>Das Item „Fernmetastasen M nach Vorliegen aller Staging-Befunde“ ist bereits im Erfassungsjahr 2006 ein Pflichtfeld, so dass der Qualitätsindikator faktisch die Dokumentation von pT und pN überprüft. Ab dem Erfassungsjahr 2007 werden auch die Items pT und pN</p> | | | |

| | |
|--|--|
| | <p>dokumentationspflichtig bei Datensätzen mit abgeschlossener Therapie und mit malignem histologischem Befund.</p> <p>Es gibt Literaturhinweise (Greene et al. On the use and abuse of X in the TNM Classification. Cancer 2005; 103: 647-649), die darauf hindeuten, dass die Angaben MX und pNX in der Praxis wenig standardisiert und valide sind.</p> |
| <p>Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</p> | <p>Die Kennzahl wurde im Vorjahr nicht ausgewertet.</p> |

Angabe Sicherheitsabstand

| | |
|--------------------------------------|---|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 5 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Angabe Sicherheitsabstand |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Rationale | <p>Angabe Sicherheitsabstand beim invasiven Mammakarzinom</p> <p>Die brusterhaltende Therapie ist eine Alternative zur Mastektomie beim invasiven Mammakarzinom. Mehrere Studien haben gezeigt, dass die brusterhaltende Therapie (BET) im Hinblick auf das Überleben keine Nachteile im Vergleich zur Mastektomie hat (Sarrazin et al. 1983, Fisher et al. 1989, Veronesi et al. 1990a). Veronesi und Mitarbeiter (Veronesi et al. 1990b, Veronesi et al. 1990c, Veronesi et al. 1993) konnten zeigen, dass die Rezidivrate bei der brusterhaltenden Therapie kleiner Tumoren abhängt von</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dem Ausmaß der Exzision (2,2% vs. 7% bei 3 bis 5 Jahren Beobachtungszeit bei ausgedehnter vs. weniger radikaler Exzision) 2. der postoperativen Strahlentherapie (8,8% vs. 0,3% ohne und mit Bestrahlung). <p>Gerade bei kleinen Tumoren (pT1) ist die lokale Kontrolle von besonderer Bedeutung, da diese Tumoren in überwiegender Zahl noch nicht hämatogen gestreut haben. Die Nottingham-Gruppe hat in zwei großen Studien von 263 bzw. 275 Frauen mit primären Mammakarzinomen zeigen können, dass bei strikter Einhaltung eines Resektionsrandes von mindestens 5 mm histologisch die Rezidivrate bei BET von Tumoren unter 3 cm von 21% auf 2,2% über einen Beobachtungszeitraum von 36 Monaten gesenkt werden kann.</p> <p>Die Eingangskriterien der Patientinnen für die erste Studie (Locker et al. 1989) waren: (1) Alter von unter 70 Jahren, (2) Tumoren klinisch kleiner als 5 cm, (3) makroskopisch tumorfreie Resektionsränder. Alle Frauen wurden postoperativ bestrahlt mit 45 Gy und 15 Gy Boost im Tumorbett. 56 von 263 Patientinnen entwickelten Rezidive; in 18 Fällen waren diese Rezidive aggressiv und progressiv.</p> <p>Aufgrund dieser Erfahrung wurden für die zweite Nottingham-Studie zur BET neue Kriterien für eine BET definiert. Eingangskriterien waren: (1) Tumoren klinisch unter 3 cm, (2) makroskopische Inspektion und Präparatradiographie mit tumorfreiem Resektionsrand von 1 cm (Sibbering et al. 1995). (Nur etwa 5% aller Patientinnen der Nottingham-Klinik mit primär operablem Mammakarzinom haben Tumoren von mehr als 3 cm und kommen daher für eine BET nicht in Frage). Die postoperative Bestrahlung in diesem Kollektiv wurde leicht modifiziert. Ein Teil der Patientinnen erhielt keine „Boost“-Bestrahlung. Alle Patientinnen erhielten 50 Gy-Bestrahlungen in 25 Fraktionen. Von den 275 Patientinnen mit BET mit mindestens 5 mm tumorfreiem Resektionsrand histologisch und postoperativer Bestrahlung zeigten nur sechs Patientinnen (2,2%) lokale Rezidive. Keines dieser Rezidive zeigte einen aggressiven und progredienten Verlauf. Die Patientinnen mit Rezidiven wurden mastektomiert. 269 Patientinnen zeigten kein lokales Rezidiv.</p> <p>Die oben angeführten Daten der beiden Nottingham-Studien zeigen, dass der morphologisch tumorfreie Resektionsrand eines Exzidates die Rezidivrate von Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom wesentlich mit beeinflusst. Bei Befolgung des Nottingham-Protokolls (bis 3 cm Tumorgöße, 5 mm histologisch tumorfreier Resektionsrand, postoperative Nachbestrahlung) kann die Rezidivrate auf 2,2% gesenkt werden. Darüber hinaus lassen sich durch diese Methode auch aggressive Rezidive vermeiden.</p> <p>Von prognostischer Relevanz ist ebenfalls, dass die Tumorpräparate nach wie vor noch nicht nach dem nötigen Standard aufgearbeitet werden. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass selbst ein tumorfreier Resektionsrand von 5 mm nur dann eine verwertbare Aussage darstellt und nur dann zu der gewünschten Reduktion der Rezidive führt, wenn eine systematische und standardisierte Aufarbeitung erfolgt (Decker et al. 1997, Schulz & Albert 2003, Kreienberg et al. 2004).</p> <p>Schnitt und Mitarbeiter (1994) konnten darüber hinaus zeigen, dass der Nachweis einer ausgedehnten intraduktalen Tumorkomponente („extended intraductal component“, EIC) bei einem invasiven Mammakarzinom ebenfalls einen Einfluss auf die Rezidivrate hat. So lag die 5-Jahres-Rezidivrate bei 30 Patientinnen mit extensiver intraduktaler Tumorkomponente bei 50%. In einer zweiten Studie konnte die gleiche Gruppe zeigen, dass der Befall des Resektionsrandes den wichtigsten Faktor für diese hohe Rezidivrate darstellt. So wurde in einem Kollektiv von Patientinnen mit invasivem Karzinom mit EIC bei negativem Exzidatrand die Rezidivrate auf 0% gesenkt.</p> <p>Aus diesen Publikationen lässt sich eindeutig ableiten, dass dem Resektionsrand für die</p> |

| | |
|-----------------------------|--|
| | <p>Entstehung von lokalen Rezidiven eine besondere Bedeutung zukommt.</p> <p>Angabe Sicherheitsabstand beim duktalem in-situ-Karzinom (DCIS) Zu diesem Thema liegen aus dem letzten Jahrzehnt zahlreiche retrospektive Publikationen vor. Der natürliche Verlauf eines DCIS oder eines unzureichend therapierten DCIS ist durch Rezidivraten von etwa 30 bis 50% über Beobachtungszeiträume von wenigen Jahren bis zu mehreren Jahrzehnten gekennzeichnet (Silverstein 2002). Die Hälfte dieser Rezidive stellen invasive Karzinome dar. Eine Heilung ist möglich, wenn der Tumor komplett operativ entfernt wird. So beträgt in zwei verschiedenen Studien die Rezidivrate beim DCIS nach Mastektomie 1%, die Mortalität 1,3% bzw. 1,7% (Barth et al. 1995, Fowble et al. 1997). Im letzten Jahrzehnt hat sich beim DCIS zunehmend die BET mit oder ohne postoperative Bestrahlung etabliert. Aus den Daten einer Reihe von Studien lässt sich schließen, dass eine postoperative Strahlentherapie die Häufigkeit von Rezidiven um etwa 50% senken kann; dass die Strahlentherapie aber nicht zur Heilung eines DCIS führt (Fisher et al. 1993). So beträgt die 5-Jahres-Rezidivrate des DCIS in der NSABP-Studie bei ausschließlicher Exzision 20,9%, bei Exzision und Bestrahlung 10,4%; die entsprechenden Werte bei 8 Jahren lagen bei 27% versus 12% (Fisher et al. 1998). Der „tumorfrem Resektionsrand“ war in dieser Studie dahingehend definiert, dass der Tumor nicht randbildend sein durfte („non-transection definition“) (Fisher et al. 1993). Eine postoperative Bestrahlung empfiehlt sich aufgrund dieser Daten somit bei allen Patientinnen, bei denen das DCIS nicht mit ausreichendem Sicherheitsabstand entfernt werden konnte. Die ausschließliche BET ist kleineren Läsionen vorbehalten. Silverstein konnte zeigen, dass dem tumorfreien Resektionsrand wiederum die entscheidende Rolle für die Höhe der Rezidivrate zukommt. So lässt sich die Rezidivrate bei einem tumorfreien Exzidatrand von 1 cm und mehr bei BET eines DCIS auf wenige Prozente (3%) reduzieren (Silverstein et al. 1999). Diese Gruppe fand einen Anstieg der Rezidivrate auf 20% bei tumorfreien Resektionsrändern von 1 bis 10 mm, unter 1 mm sogar auf 58% (Silverstein et al. 1999). Aus diesen Daten lässt sich zweifelsfrei ableiten, dass akzeptable Rezidivraten beim DCIS nur dann zu erwarten sind, wenn ein ausreichend breiter tumorfreier Resektionsrand vorliegt. Beim DCIS mit ungenügendem Resektionsrand lässt sich die Rezidivrate um etwa 50% durch zusätzliche postoperative Bestrahlung reduzieren. Aus diesen Arbeiten ergibt sich die zwingende Notwendigkeit zur Bestimmung des histologisch tumorfreien Resektionsrandes nach entsprechender systematischer morphologischer Aufarbeitung.</p> <p>Aus den Angaben geht hervor, dass als wissenschaftlich gesichert gilt, dass eine metrische Angabe des Sicherheitsabstandes sowohl bei invasivem Mammakarzinom als auch bei DCIS unbedingt erfolgen muss. Dies gilt sowohl für die BET als auch für die Mastektomie, da bei letzterer der Sicherheitsabstand Hinweise liefert für eine eventuelle Strahlentherapie. Die Diskussion zum Ausmaß dieses Sicherheitsabstandes bei invasiven Mammakarzinomen ist derzeit allerdings noch nicht abgeschlossen.</p> <p>Es sei darauf hingewiesen, dass es zur Beurteilung des mit Pektoralisfaszie entnommenen dorsalen und des mit Haut entnommenen ventralen Resektionsrandes derzeit keine Empfehlungen gibt.</p> <p>Aus sachlichen Erwägungen empfiehlt die BQS-Fachgruppe Mammachirurgie derzeit folgendes Vorgehen:</p> <p>Beim intraduktalen Karzinom (duktales Carcinoma in situ) ist bei miterfasster Faszie und miterfasster Haut das DCIS in diesen beiden Resektionsrändern im Gesunden entfernt. In diesen Fällen werden nur die jeweils anderen Resektionsgrenzen berücksichtigt.</p> <p>Beim invasiven Mammakarzinom empfiehlt die Fachgruppe Mammachirurgie folgendes Vorgehen: Der tumorfreie dorsale Resektionsrand sollte in mm angegeben werden. Im Bericht ist festzuhalten, ob die miterfasste Faszie und evtl. Pektoralismuskulatur frei von Tumorerkrankungen oder befallen ist, da sich hieraus Hinweise für eine mögliche Strahlentherapie ergeben.</p> <p>Beim ventralen (hauttragenden) Anteil eines Exzidates ist anzugeben, ob die Subkutis, Dermis oder Epidermis befallen ist. Eine metrische Angabe (mm) ist hier nicht nötig.</p> <p>(Die Literaturrecherche und -bewertung dieses Qualitätsindikators erfolgte durch Herrn Professor W. Böcker).</p> |
| <p>Literaturverzeichnis</p> | <p>Barth A, Brenner RJ, Giuliano AE. Current management of ductal carcinoma in situ. West J</p> |

Med 1995; 163 (4): 360-366.

Decker T, Ruhnke M, Schneider W. Standardized pathologic examination of breast excision specimen. Relevance within an interdisciplinary practice protocol for quality management of breast saving therapy. Pathologe 1997 Jan; 18 (1): 53-9.

Fisher B, Dignam J, Wolmark N, Mamounas E, Costantino J, Poller W, Fisher ER, Wickerham DL, Deutsch M, Margoese R, Dimitrov N, Kavanah M. Lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-17. J Clin Oncol 1998; 16 (2): 441-452.

Fisher B, Costantino J, Redmond C, Fisher E, Margoese R, Dimitrov N, Wolmark N, Wickerham DL, Deutsch M, Ore L. Lumpectomy compared with lumpectomy and radiation therapy for the treatment of intraductal breast cancer. N Engl J Med 1993; 328 (22): 1581-1586.

Fisher B, Redmond C, Poisson R, Margoese R, Wolmark N, Wickerham L, Fisher E, Deutsch M, Caplan R, Pilch Y. Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. N Engl J Med 1989; 320 (13): 822-828.

Fowble B, Hanlon AL, Fein DA, Hoffman JP, Sigurdson ER, Patchefsky A, Kessler H. Results of conservative surgery and radiation for mammographically detected ductal carcinoma in situ (DCIS). Int J Radiat Oncol Biol Phys 1997; 38 (5): 949-957.

Kreienberg R, Kopp I, Lorenz W, Budach W, Dunst J, Lebeau A, Lück H-J, v. Minckwitz G, Possinger K, Sauerbrei W, Sauerland S, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Volm T, Weis J, Schmitt-Reißer B, Koller M, Heilmann V. Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau: Eine nationale S3-Leitlinie. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO), (Hrsg.). Frankfurt a. M. 2004. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/032-045.htm> (Recherchedatum: 19.01.2007).

Locker AP, Ellis IO, Morgan DA, Elston CW, Mitchell A, Blamey RW. Factors influencing local recurrence after excision and radiotherapy for primary breast cancer. Br J Surg 1989; 76 (9): 890-894.

Sarrazin D, Le MG, Fontaine MF. Conservative treatment versus mastectomy in T1 or small T2 breast cancer. a randomised trial. In: Harris JR, Helman S, Silen W, editors. Conservative Management of Breast Cancer. Philadelphia: Lippincott; 1983: 101-104.

Schnitt SJ, Abner A, Gelman R, Connolly JL, Recht A, Duda RB, Eberlein TJ, Mayzel K, Silver B, Harris JR. The relationship between microscopic margins of resection and the risk of local recurrence in patients with breast cancer treated with breast-conserving surgery and radiation therapy. Cancer 1994; 74 (6): 1746-1751.

Schulz KD, Albert US. Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. Schulz KD, Albert US, (Hrsg.). München, Wien, New York. Zuckschwerdt Verlag; 2003.

Sibbering DM, Galea MH, Morgan DAL, Elston CW, Ellis IO, Robertson JFR, Blamey RW. Safe Selection Criteria for Breast Conservation Without Radical Excision in Primary Operable Invasive Breast Cancer. Eur J Cancer 1995; 31A (13/14): 2191-2195.

Silverstein MJ. Ductal carcinoma in situ of the breast. Philadelphia. Lippincott Williams; 2002.

Silverstein MJ, Lagios MD, Groshen S, Waisman JR, Lewinsky BS, Martino S, Gamagami P, Colburn WJ. The influence of margin width on local control of ductal carcinoma in situ of the breast. N Engl J Med 1999; 340 (19): 1455-1461.

Veronesi U, Luini A, Del Vecchio M, Greco M, Galimberti V, Merson M, Rilke F, Sacchini V, Saccozzi R, Savio T. Radiotherapy after breast-preserving surgery in women with localized cancer of the breast. N Engl J Med 1993; 328 (22): 1587-1591.

Veronesi U, Banfi A, Salvadori B, Luini A, Saccozzi R, Zucali R, Marubini E, Del Vecchio M, Boracchi P, Marchini S. Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: long-term results of a randomized trial. Eur J Cancer 1990a; 26 (6): 668-670.

| | |
|--|---|
| | <p>Veronesi U, Salvadori B, Luini A, Banfi A, Zucali R, Del Vecchio M, Saccozzi R, Beretta E, Boracchi P, Farante G. Conservative treatment of early breast cancer. Long-term results of 1.232 cases treated with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy. Ann Surg 1990b; 211 (3): 250-259.</p> <p>Veronesi U, Volterrani F, Luini A, Saccozzi R, Del Vecchio M, Zucali R, Galimberti V, Rasponi A, Di Re E, Squicciarini P. Quadrantectomy versus lumpectomy for small size breast cancer. Eur J Cancer 1990c; 26 (6): 671-673.</p> |
|--|---|

68098

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----------------------|------|-------------|-----------|----------|------------------|---|--------------------|----------------------|----------|--------------------------------|--------------------|-----------------|------------------|------------------|---|---------|------------------|--|---|---------------------|----------|---------------------------------|--|-------|
| ID-Kennzahl | 68098 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | bei brusterhaltender Therapie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | ≥ 95% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | ≥ 95% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | Dieser Wert entspricht dem Referenzwert aus der Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland (Schulz & Albert 2003) und aus der Stufe-3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau“ (Kreienberg et al. 2004). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Keine Risikoadjustierung erforderlich. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | <p>Zähler: Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung mit führendem histologischen Befund „maligne“ (Schlüssel 5, Positionen 53 - 56, 60 - 63, 71) mit brusterhaltender Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | Bei der Berechnung der Grundgesamtheit ist unbedingt die Zuordnung der jeweiligen Seitenlokalisation (Teildatensatz BRUST) zum dazugehörigen Teildatensatz OPERATION einzuhalten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BRU ST: 66</td> <td>Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>ANGABENSICHERABSTAND</td> </tr> <tr> <td>O: 33</td> <td>Eingriff wegen Rezidivkrankung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>REZIDIVEINGRIFF</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 55</td> <td>führender Befund</td> <td>40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund</td> <td>HISTOLM</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 28</td> <td>Präoperative tumorspezifische Therapie</td> <td>0 = nein 1 = systemische Chemotherapie 2 = Strahlentherapie 3 = Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie 4 = Hormontherapie 5 = andere</td> <td>PRAEOPTUMORTHERAPIE</td> </tr> <tr> <td>O: 45</td> <td>brusterhaltende Operation (BET)</td> <td>0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)</td> <td>BETOP</td> </tr> </tbody> </table> | | | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | BRU ST: 66 | Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand | 0 = nein 1 = ja | ANGABENSICHERABSTAND | O: 33 | Eingriff wegen Rezidivkrankung | 0 = nein 1 = ja | REZIDIVEINGRIFF | BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | BRU ST: 28 | Präoperative tumorspezifische Therapie | 0 = nein 1 = systemische Chemotherapie 2 = Strahlentherapie 3 = Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie 4 = Hormontherapie 5 = andere | PRAEOPTUMORTHERAPIE | O: 45 | brusterhaltende Operation (BET) | 0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET) | BETOP |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 66 | Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand | 0 = nein 1 = ja | ANGABENSICHERABSTAND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 33 | Eingriff wegen Rezidivkrankung | 0 = nein 1 = ja | REZIDIVEINGRIFF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 28 | Präoperative tumorspezifische Therapie | 0 = nein 1 = systemische Chemotherapie 2 = Strahlentherapie 3 = Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie 4 = Hormontherapie 5 = andere | PRAEOPTUMORTHERAPIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 45 | brusterhaltende Operation (BET) | 0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET) | BETOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | | | 3 = ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET) | |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | |
| Teildatensatzbezug | 18/1: B | | | |
| Kommentar zur Kennzahl | <p>Der Indikator „Angabe Sicherheitsabstand“ wird seit dem Erfassungsjahr 2005 getrennt für Mastektomien resp. brusterhaltende Therapien ausgewertet. Dies hat zur Folge, dass die Daten in den Krankenhäusern leichter interpretiert werden können.</p> <p>Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie sind aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Begründung: Da im Falle einer Vollremission kein Tumor mehr nachweisbar ist, kann auch kein Sicherheitsabstand durch den Pathologen ermittelt und angegeben werden. Patientinnen mit Vollremission können über den Datensatz derzeit nicht identifiziert werden, so dass zwecks Vergleichbarkeit der Ergebnisse alle Fälle mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ausgeschlossen werden müssen.</p> | | | |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresdaten sind mit den Daten aus dem Erfassungsjahr 2006 nur eingeschränkt vergleichbar: In 2005 wurde die Angabe des Sicherheitsabstandes für jede Operation einzeln erfasst, für 2006 wurde die Angabe des Sicherheitsabstandes als abschließende Bewertung für die Brust erfasst. | | | |

68100

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------------|------|-------------|-----------|----------|------------------|---|--------------------|----------------------|----------|--------------------------------|--------------------|-----------------|------------------|------------------|--|---------|------------------|--|---|---------------------|----------|---------------------------------|--|-------|
| ID-Kennzahl | 68100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | bei Mastektomie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | ≥ 95% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | ≥ 95% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | Dieser Wert entspricht dem Referenzwert aus der Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland (Schulz & Albert 2003) und aus der Stufe-3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau“ (Kreienberg et al. 2004). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Keine Risikoadjustierung erforderlich. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | <p>Zähler: Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung mit führendem histologischen Befund „maligne“ (Schlüssel 5, Positionen 53 - 56, 60 - 63, 71) mit Mastektomie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | Bei der Berechnung der Grundgesamtheit ist unbedingt die Zuordnung der jeweiligen Seitenlokalisation (Teildatensatz BRUST) zum dazugehörigen Teildatensatz OPERATION einzuhalten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BRU ST: 66</td> <td>Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>ANGABENSICHERABSTAND</td> </tr> <tr> <td>O: 33</td> <td>Eingriff wegen Rezidivkrankung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>REZIDIVEINGRIFF</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 55</td> <td>führender Befund</td> <td>40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund</td> <td>HISTOLM</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 28</td> <td>Präoperative tumorspezifische Therapie</td> <td>0 = nein 1 = systemische Chemotherapie 2 = Strahlentherapie 3 = Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie 4 = Hormontherapie 5 = andere</td> <td>PRAEOPTUMORTHERAPIE</td> </tr> <tr> <td>O: 45</td> <td>brusterhaltende Operation (BET)</td> <td>0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)</td> <td>BETOP</td> </tr> </tbody> </table> | | | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | BRU ST: 66 | Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand | 0 = nein 1 = ja | ANGABENSICHERABSTAND | O: 33 | Eingriff wegen Rezidivkrankung | 0 = nein 1 = ja | REZIDIVEINGRIFF | BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | BRU ST: 28 | Präoperative tumorspezifische Therapie | 0 = nein 1 = systemische Chemotherapie 2 = Strahlentherapie 3 = Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie 4 = Hormontherapie 5 = andere | PRAEOPTUMORTHERAPIE | O: 45 | brusterhaltende Operation (BET) | 0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET) | BETOP |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 66 | Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand | 0 = nein 1 = ja | ANGABENSICHERABSTAND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 33 | Eingriff wegen Rezidivkrankung | 0 = nein 1 = ja | REZIDIVEINGRIFF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 28 | Präoperative tumorspezifische Therapie | 0 = nein 1 = systemische Chemotherapie 2 = Strahlentherapie 3 = Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie 4 = Hormontherapie 5 = andere | PRAEOPTUMORTHERAPIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 45 | brusterhaltende Operation (BET) | 0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET) | BETOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | | | 3 = ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET) | |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | |
| Teildatensatzbezug | 18/1: B | | | |
| Kommentar zur Kennzahl | <p>Der Indikator „Angabe Sicherheitsabstand“ wird seit dem Erfassungsjahr 2005 getrennt für Mastektomien resp. brusterhaltende Therapien ausgewertet. Dies hat zur Folge, dass die Daten in den Krankenhäusern leichter interpretiert werden können.</p> <p>Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie sind aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Begründung: Da im Falle einer Vollremission kein Tumor mehr nachweisbar ist, kann auch kein Sicherheitsabstand durch den Pathologen ermittelt und angegeben werden. Patientinnen mit Vollremission können über den Datensatz derzeit nicht identifiziert werden, so dass zwecks Vergleichbarkeit der Ergebnisse alle Fälle mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ausgeschlossen werden müssen.</p> | | | |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresdaten sind mit den Daten aus dem Erfassungsjahr 2006 nur eingeschränkt vergleichbar: In 2005 wurde die Angabe des Sicherheitsabstandes für jede Operation einzeln erfasst, für 2006 wurde die Angabe des Sicherheitsabstandes als abschließende Bewertung für die Brust erfasst. | | | |

Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom

| | |
|--------------------------------------|---|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 6 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom |
| Qualitätsziel | Möglichst wenige Patientinnen mit Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Rationale | <p>Bei non-high-grade-DCIS ist eine Axilladisektion nicht indiziert, da eine axilläre Metastasierung prinzipiell ausgeschlossen ist. Einzig das Problem, bei ausgedehnten Befunden von schlecht differenzierten in-situ-Karzinomen eine Mikroinvasion zu übersehen, rechtfertigt eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie oder eine Level I-Lymphadenektomie. Systematische Untersuchungen hierzu fehlen.</p> <p>(Die Literaturrecherche und -bewertung dieses Qualitätsindikators erfolgte durch Herrn Professor R. Kreienberg. Eine Kommentierung wurde durch die Fachgruppe Mammachirurgie vorgenommen).</p> |
| Literaturverzeichnis | <p>Hardman PD, Worth A, Lee U, Baird RM. The risk of occult invasive breast cancer after excisional biopsy showing in-situ ductal carcinoma of comedo pattern. <i>Can J Surg</i> 1989; 32 (1): 56-60.</p> <p>Olivotto IA, Jackson JS, Mates D, Andersen S, Davidson W, Bryce CJ, Ragaz J. Prediction of axillary lymph node involvement of women with invasive breast carcinoma: a multivariate analysis. <i>Cancer</i> 1998; 83 (5): 948-955.</p> <p>Silverstein MJ, Poller DN, Barth A, Waisman JR, Jensen JA, Masetti R, Gierson ED, Colburn WJ, Lewinsky BS, Auerbach SL, Gamagami P. Intraductal breast carcinoma: experiences from the Breast Center in Van Nuys, California. <i>Recent Results Cancer Res</i> 1996; 140: 139-153.</p> <p>Silverstein MJ, Gierson ED, Colburn WJ, Rosser RJ, Waisman JR, Gamagami P. Axillary lymphadenectomy for intraductal carcinoma of the breast. <i>Surg Gynecol Obstet</i> 1991; 172 (3): 211-214.</p> <p>Silverstein MJ, Waisman JR, Gamagami P, Gierson ED, Colburn WJ, Rosser RJ, Gordon PS, Lewinsky BS, Fingerhut A. Intraductal carcinoma of the breast (208 cases). Clinical factors influencing treatment choice. <i>Cancer</i> 1990; 66 (1): 102-108.</p> <p>White J, Levine A, Gustafson G, Wimbish K, Ingold J, Pettinga J, Matter R, Martinez A, Vicini F. Outcome and prognostic factors for local recurrence in mammographically detected ductal carcinoma in situ of the breast treated with conservative surgery and radiation therapy. <i>Int J Radiat Oncol Biol Phys</i> 1995; 31 (4): 791-797.</p> |

46208

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--------------|-----------|----------|-------|---------------|-----|--------------|------------|------------------|--|---------|
| ID-Kennzahl | 46208 | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | - | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | <= x% (80%-Perzentile) | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | <= 31,3% (90%-Perzentile) | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | In Ausnahmefällen kann eine Axilladisektion bei DCIS begründet sein. Wegen des Fehlens evidenzbasierter fixer Referenzbereiche erfolgt eine Festlegung über Perzentilen. Die aus Sicht der klinischen Expertise auffälligen Ergebnisse aus der BQS-Bundesauswertung 2005 veranlassten die Fachgruppe, in diesem Erfassungsjahr den Referenzbereich von der 90%-Perzentile auf die 80%-Perzentile zu senken. | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Keine Risikoadjustierung. | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | Zähler: Patientinnen mit Axilladisektion oder Exzision einzelner axillärer Lymphknoten und Lymphgefäße (Sentinel-Node-Biopsien werden nicht berücksichtigt) Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund DCIS oder papilläres in-situ-Karzinom (Schlüssel 5, Pos. 53-56) | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | - | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O: 41</td> <td>Operation OPS</td> <td>OPS</td> <td>OPSCHLUESSEL</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 55</td> <td>führender Befund</td> <td>40 = fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = duktale Hyperplasie 49 = sonstige benigne Veränderungen 50 = lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = flache epitheliale Atypie (duktales intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = papilläres in situ-Karzinom 60 = invasiv-duktales Karzinom 61 = invasiv-lobuläres Karzinom 62 = tubuläres Karzinom 63 = sonstige invasive Karzinome 70 = benigne sonstige Neoplasien 71 = maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund</td> <td>HISTOLM</td> </tr> </tbody> </table> | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | O: 41 | Operation OPS | OPS | OPSCHLUESSEL | BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = duktale Hyperplasie 49 = sonstige benigne Veränderungen 50 = lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = flache epitheliale Atypie (duktales intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = papilläres in situ-Karzinom 60 = invasiv-duktales Karzinom 61 = invasiv-lobuläres Karzinom 62 = tubuläres Karzinom 63 = sonstige invasive Karzinome 70 = benigne sonstige Neoplasien 71 = maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | |
| O: 41 | Operation OPS | OPS | OPSCHLUESSEL | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = duktale Hyperplasie 49 = sonstige benigne Veränderungen 50 = lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = flache epitheliale Atypie (duktales intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = papilläres in situ-Karzinom 60 = invasiv-duktales Karzinom 61 = invasiv-lobuläres Karzinom 62 = tubuläres Karzinom 63 = sonstige invasive Karzinome 70 = benigne sonstige Neoplasien 71 = maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | | | | | | | | | | |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | | | | | | | | | | |
| Teildatensatzbezug | 18/1:B | | | | | | | | | | | | |
| Kommentar zur Kennzahl | SLNB werden bei der Berechnung des Zählers nicht berücksichtigt. Bei mehreren stationären Aufenthalten zwecks Operation werden die Fälle in der Regel nicht zusammengeführt. Somit kann es zu einer Verzerrung der Ergebnisse dieses Indikators kommen: Da die Patientin in diesem Fall in der Grundgesamtheit (führender histologischer Befund DCIS oder papilläres in-situ-Karzinom) eventuell mehrfach gezählt wird, im Zähler (Axilladisektion oder Exzision einzelner axillärer Lymphknoten und Lymphgefäße ohne Sentinel-Node-Biopsien) aber nur einmal vorkommt, liegen die tatsächlichen Raten für diesen | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| | <p>Qualitätsindikator möglicherweise höher als die dokumentierten Raten. Um diesen Bias zu vermeiden, wurde folgender Ausfüllhinweis veröffentlicht: Bei mehrzeitigem Vorgehen zur Primärbehandlung des Tumors (z.B. Nachresektion bei unvollständiger Tumorentfernung im Ersteingriff) ist eine postoperative Histologie nur anzugeben, wenn bei Abschluss des Datensatzes die histologischen Befunde aller Operationen zur Primärbehandlung des Tumors vorliegen. Wenn mehrere Datensätze angelegt werden müssen wegen Abrechnung mehrerer DRG's, ist die postoperative Histologie nur nach der letzten Operation zu dokumentieren. Wie konsequent dieser Ausfüllhinweis in der Praxis umgesetzt wurde, ist nicht bekannt.</p> |
| <p>Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen</p> | <p>Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.</p> |

Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom

| | |
|--------------------------------------|--|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 7 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen mit Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasivem Mammakarzinom |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Rationale | <p>Bei axillärem Lymphknoten-Befall erlaubt die operative Entfernung der Achsellymphknoten nicht nur eine diagnostische und prognostische Aussage. Sie hat auch einen geringen therapeutischen Effekt durch Minderung des Lokalrezidiv-Risikos.</p> <p>Die Axilladisektion sollte die Level I und II umfassen. Hierbei müssen 10 oder mehr Lymphknoten entfernt werden. Durch dieses Vorgehen wird in etwa 97% aller Fälle eine korrekte Aussage über den Befall axillärer Lymphknoten erreicht (Fisher et al. 1985, Cabanes et al. 1992, Petrek & Blackwood 1995) (LOE IIa).</p> <p>Grundlage dieser Empfehlung sind patho-anatomische Überlegungen und Untersuchungen. Es handelt sich bei der Ausbreitung in den axillären Lymphknoten um ein sequentielles Geschehen, d. h. normalerweise werden nach dem Befall der Lymphknoten des Levels I die des Levels II und nachfolgend die des Levels III befallen. Der Befall der Lymphknoten des Levels II ohne Befall des Levels I wird in etwa 1,5% aller Fälle beobachtet. Dagegen sind sogenannte „skip- Metastasen“ isoliert im Level III mit 0,4% selten (Foster 1996, Veronesi et al. 1987) (LOE IIa).</p> <p>Unterstützt wird diese Empfehlung auch von prospektiv erhobenen Daten bezüglich des rezidivfreien und Gesamtüberlebens großer randomisierter Studien (Fisher et al. 1985, Fowble et al. 1989, Hayward & Caleffi 1987, Fisher et al. 1981). Die alleinige klinische oder apparative Beurteilung der Axilla reicht nicht aus, da diese Methode eine niedrige Spezifität und Sensitivität hat.</p> <p>Bezüglich des Gesamtüberlebens führt die Axilladisektion zu einer Verbesserung der 5-Jahres-Überlebensrate um 4%. Dies wurde in einer randomisierten Studie untersucht (96,6% in der Gruppe der Patientinnen mit Axilladisektion vs. 92,6% der Patientinnen ohne Axilladisektion) (Cabanes et al. 1992) (LOE Ia).</p> <p>Bei frühen Mammakarzinom-Befunden ohne klinisch (palpatorisch und sonographisch) fassbare axilläre Lymphknoten-Metastasen kann die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) unter den Bedingungen einer strengen Qualitätssicherung eingesetzt werden. Letztere sind in den Konsensus-Empfehlungen der „Deutschen Gesellschaft für Senologie“ niedergelegt und werden inzwischen auch international als beispielhaft angesehen (Kühn et al. 2003, Kühn et al. 2005). Für die SLNB im Rahmen neoadjuvanter Therapiekonzepte (Reitsamer et al. 2003, Bauernfeind & Kühn 2007) liegt noch keine abschließende Bewertung vor. Der Einsatz der SLNB basiert auf folgenden Überlegungen:</p> <p>Sentinel Lymphknoten (SLN) sind die ersten im Lymphabfluss eines Mammakarzinoms und sind daher mit hoher Wahrscheinlichkeit wesentlichster Indikator für einen metastatischen Befall der Axilla. Sind sie tumorfrei, kann angenommen werden, dass auch die nach geschalteten Lymphknoten tumorfrei sind. Damit können die Dissektion des gesamten Lymph-Fettgewebes der Axilla und die daraus resultierenden Kurz- und Langzeit-Folgen vermieden werden (Armer et al. 2004, Peintiger et al. 2003). Da die SLNB einen rein diagnostischen Eingriff darstellt, muss bei metastatischem Befall der SLN aus therapeutischen Gründen die klassische axilläre Dissektion der Lymphknoten nachgeholt werden.</p> <p>(Die Literaturrecherche und -bewertung zur Axilladisektion erfolgte durch Herrn Professor R. Kreienberg. Eine Kommentierung wurde durch die Fachgruppe Mammachirurgie vorgenommen. Die Rationale zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie wurde ergänzt durch einen Auszug aus einer nicht veröffentlichten Literaturrecherche von Herrn Professor K.-D. Schulz.)</p> |
| Literaturverzeichnis | <p>Armer J, Fu MR, Wainstock JM, Zagar E, Jacobs LK. Lymphedema following breast-cancer treatment, including sentinel lymph node biopsy. <i>Lymphology</i> 2004; 37: 73-91.</p> <p>Bauernfeind I, Kühn T, im Namen der SENTINA-Studiengruppe. Stellenwert der Sentinel-Lymph-Node-Biopsie im Rahmen neoadjuvanter Therapiekonzepte beim Mammakarzinom:</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Überblick und aktuelles Studienkonzept. Geburtsh Frauenheilk 2007; 67: 22-27.</p> <p>Cabanes PA, Salmon RJ, Vilcoq JR, Durand JC, Fourquet A, Gautier C, Asselain B. Value of axillary dissection in addition to lumpectomy and radiotherapy in early breast cancer. The Breast Carcinoma Collaborative Group of the Institut Curie. Lancet 1992; 339 (8804): 1245-1248.</p> <p>Fisher B, Redmond C, Fisher ER, Bauer M, Wolmark N, Wickerham DL, Deutsch M, Montague E, Margolese R, Foster R. Ten-year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. N Engl J Med 1985; 312 (11): 674-681.</p> <p>Fisher B, Wolmark N, Bauer M, Redmond C, Gebhardt M. The accuracy of clinical nodal staging and of limited axillary dissection as a determinant of histologic nodal status in carcinoma of the breast. Surg Gynecol Obstet 1981; 152 (6): 765-772.</p> <p>Foster RS, Jr.. The biologic and clinical significance of lymphatic metastases in breast cancer. Surg Oncol Clin N Am 1996; 5 (1): 79-104.</p> <p>Fowble B, Solin LJ, Schultz DJ, Goodman RL. Frequency, sites of relapse, and outcome of regional node failures following conservative surgery and radiation for early breast cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1989; 17 (4): 703-710.</p> <p>Hayward J, Caleffi M. The significance of local control in the primary treatment of breast cancer. Lucy Wortham James clinical research award. Arch Surg 1987; 122 (11): 1244-1247.</p> <p>Kuehn T, Bembenek A, Decker T, Munz DL, Sautter-Bihl ML, Untch M, Wallwiener D. A concept for the clinical implementation of sentinel lymph node biopsy in patients with breast carcinoma with special regard to quality assurance. Cancer 2005; 103: 451-461.</p> <p>Kuehn T, Bembenek A, Büchels H, Decker T, Dunst J, Müllerleile U, Munz DL, Ostertag H, Sautter-Bihl ML, Schirrmeister H, Tulusan AH, Untch M, Winzer KJ, Wittekind C. Sentinel-Node Biopsie beim Mammakarzinom: Interdisziplinär abgestimmter Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Senologie für eine qualitätsgesicherte Anwendung in der klinischen Routine. Onkologe 2003; 9: 1011- 1016.</p> <p>Peintiger F, Reitsamer R, Stranz H, Ralph G. Comparison of quality of life and arm complaints after axillary lymph node dissection versus sentinel lymph node biopsy in breast cancer patients. Br J Cancer 2003; 89: 648-652.</p> <p>Petrek JA, Blackwood MM. Axillary dissection: current practice and technique. Curr Probl Surg 1995; 32 (4): 257-323.</p> <p>Reitsamer R, Peintiger F, Rettenbacher L, Prokop E. Sentinel node biopsy in breast cancer patients after neoadjuvant chemotherapy. J Surg Oncol 2003; 84: 63-67.</p> <p>Veronesi U, Rilke F, Luini A, Sacchini V, Galimberti V, Campa T, Dei BE, Greco M, Magni A, Merson M. Distribution of axillary node metastases by level of invasion. An analysis of 539 cases. Cancer 1987; 59 (4): 682-687.</p> |
|--|---|

46209

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|-------------------|------|-------------|-----------|----------|----------|---------------|-----|--------------|------------------|------------------|--|---------|----------|---------------------------------------|--------------------|-------------------|----------|--------------------------------|--------------------|-----------------|------------------|---|--------------------|------------|
| ID-Kennzahl | 46209 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | ≥ x% (10%-Perzentile) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | ≥ 69,6% (10%-Perzentile) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>In Ausnahmefällen kann auf eine Axilladisektion oder SLNB bei invasivem Karzinom verzichtet werden. Wegen des Fehlens evidenzbasierter fixer Referenzbereiche erfolgt eine Festlegung über Perzentilen.</p> <p>Wegen der fehlenden Fallzusammenführung bei wiederholten stationären Aufenthalten liegen die tatsächlichen Raten für diesen Qualitätsindikator möglicherweise höher als die dokumentierten Raten. Deshalb wird die 10%-Perzentile beibehalten, obwohl sie in den BQS-Bundesauswertungen 2004 und 2005 aus Sicht klinischer Expertise niedrig erscheint.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Keine Risikoadjustierung erforderlich. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | <p>Zähler: Patientinnen mit Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und mit führendem histologischen Befund „invasives Mammakarzinom“</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O: 41</td> <td>Operation OPS</td> <td>OPS</td> <td>OPSCHLUESSEL</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 55</td> <td>führender Befund</td> <td>40 = fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = duktale Hyperplasie 49 = sonstige benigne Veränderungen 50 = lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = flache epitheliale Atypie (duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = papilläres in situ-Karzinom 60 = invasiv-duktales Karzinom 61 = invasiv-lobuläres Karzinom 62 = tubuläres Karzinom 63 = sonstige invasive Karzinome 70 = benigne sonstige Neoplasien 71 = maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund</td> <td>HISTOLM</td> </tr> <tr> <td>O: 30</td> <td>Tumorresektion wegen Primärerkrankung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>PRIMAERTUMORRESEK</td> </tr> <tr> <td>O: 33</td> <td>Eingriff wegen Rezidivkrankung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>REZIDIVEINGRIFF</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 60</td> <td>Sentinel-Lymphknoten Biopsie (ohne weiterführende Axilladisektion) durchgeführt</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>SENTINELLK</td> </tr> </tbody> </table> | | | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | O: 41 | Operation OPS | OPS | OPSCHLUESSEL | BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = duktale Hyperplasie 49 = sonstige benigne Veränderungen 50 = lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = flache epitheliale Atypie (duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = papilläres in situ-Karzinom 60 = invasiv-duktales Karzinom 61 = invasiv-lobuläres Karzinom 62 = tubuläres Karzinom 63 = sonstige invasive Karzinome 70 = benigne sonstige Neoplasien 71 = maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | O: 30 | Tumorresektion wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja | PRIMAERTUMORRESEK | O: 33 | Eingriff wegen Rezidivkrankung | 0 = nein 1 = ja | REZIDIVEINGRIFF | BRU ST: 60 | Sentinel-Lymphknoten Biopsie (ohne weiterführende Axilladisektion) durchgeführt | 0 = nein 1 = ja | SENTINELLK |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 41 | Operation OPS | OPS | OPSCHLUESSEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = duktale Hyperplasie 49 = sonstige benigne Veränderungen 50 = lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = flache epitheliale Atypie (duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = papilläres in situ-Karzinom 60 = invasiv-duktales Karzinom 61 = invasiv-lobuläres Karzinom 62 = tubuläres Karzinom 63 = sonstige invasive Karzinome 70 = benigne sonstige Neoplasien 71 = maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 30 | Tumorresektion wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja | PRIMAERTUMORRESEK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 33 | Eingriff wegen Rezidivkrankung | 0 = nein 1 = ja | REZIDIVEINGRIFF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 60 | Sentinel-Lymphknoten Biopsie (ohne weiterführende Axilladisektion) durchgeführt | 0 = nein 1 = ja | SENTINELLK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Teildatensatzbezug | 18/1:B |
| Kommentar zur Kennzahl | <p>Bei mehreren stationären Aufenthalten zwecks Operation werden die Fälle in der Regel nicht zusammengeführt. Somit kann es zu einer Verzerrung der Ergebnisse dieses Indikators kommen: Da die Patientin in diesem Fall in der Grundgesamtheit (führende histologischer Befund invasives Mammakarzinom) eventuell mehrfach gezählt wird, im Zähler (Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie) aber in den meisten Fällen nur einmal vorkommt, liegen die tatsächlichen Raten für diesen Qualitätsindikator möglicherweise höher als die dokumentierten Raten.</p> <p>Um diesen Bias zu vermeiden, wurde folgender Ausfüllhinweis veröffentlicht: Bei mehrzeitigem Vorgehen zur Primärbehandlung des Tumors (z.B. Nachresektion bei unvollständiger Tumorentfernung im Ersteingriff) ist eine postoperative Histologie nur anzugeben, wenn bei Abschluss des Datensatzes die histologischen Befunde aller Operationen zur Primärbehandlung des Tumors vorliegen. Wenn mehrere Datensätze angelegt werden müssen wegen Abrechnung mehrerer DRG's, ist die postoperative Histologie nur nach der letzten Operation zu dokumentieren.</p> <p>Wie konsequent dieser Ausfüllhinweis in der Praxis umgesetzt wurde, ist nicht bekannt.</p> |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | <p>Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar.</p> <p>Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2006 berechnet und weichen deshalb von der BQS-Bundesauswertung 2005 ab.</p> |

Anzahl Lymphknoten

| | |
|--------------------------------------|---|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 8 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Anzahl Lymphknoten |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen mit Entfernung von mindestens 10 Lymphknoten bei Axilladisektion bei invasivem Mammakarzinom |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Rationale | <p>Bei Tumorbefall der axillären Lymphknoten erlaubt deren operative Entfernung nicht nur eine prognostische Aussage. Sie hat auch einen geringen therapeutischen Effekt durch Minderung des Lokalrezidiv-Risikos (Fisher et al. 1981, Fisher et al. 1985, Fowble et al. 1989, Hayward & Caleffi 1987). Eine sichere Aussage über einen Befall der Lymphknoten setzt die histologische Untersuchung von mindestens zehn Lymphknoten voraus (Kreienberg et al. 2004), es sei denn, es wurde eine Sentinel-Lymph-Node-Biopsie (SLNB) durchgeführt.</p> <p>Die Axilladisektion sollte die Level I und II umfassen. Durch dieses Vorgehen wird in etwa 97% aller Fälle eine korrekte Aussage über den Befall axillärer Lymphknoten erreicht (Fisher et al. 1985, Cabanes et al. 1992, Petrek & Blackwood 1995) (LOE IIa). Grundlage dieser Empfehlung sind patho-anatomische Überlegungen und Untersuchungen. Zum einen handelt es sich bei der Ausbreitung in den axillären Lymphknoten um ein sequentielles Geschehen, d. h. normalerweise werden nach dem Befall der Lymphknoten des Levels I, die des Levels II und nachfolgend die des Levels III befallen. Der Befall der Lymphknoten des Levels II ohne Befall des Levels I wird in etwa 1,5% aller Fälle beobachtet. Dagegen sind sogenannte „skip- Metastasen“ isoliert im Level III mit 0,4% selten (Foster 1996, Veronesi et al. 1987) (LOE IIa).</p> <p>Unterstützt wird diese Empfehlung auch von prospektiv erhobenen Daten bezüglich des rezidivfreien und Gesamtüberlebens großer randomisierter Studien (Fisher et al. 1985, Fowble et al. 1989, Hayward & Caleffi 1987, Fisher et al. 1981). Die alleinige klinische oder apparative Beurteilung der Axilla reicht nicht aus, da diese Methode eine niedrige Spezifität und Sensitivität hat. Bezüglich des Gesamtüberlebens führt die Axilladisektion zu einer Verbesserung der 5-Jahres-Überlebensrate um 4%. Dies wurde in einer randomisierten Studie untersucht (96,6% in der Gruppe der Patientinnen mit Axilladisektion vs. 92,6% der Patientinnen ohne Axilladisektion) (Cabanes et al. 1992) (LOE Ia).</p> <p>Nach neoadjuvanter Therapie schwindet das lymphatische Gewebe manchmal stark oder gar vollständig und es gibt Probleme, die kleinen Lymphknoten zu präparieren bzw. die regressiv veränderten Lymphknotenmetastasen nachzuweisen. Bei diesen Fällen handelt es sich aber zumeist um prognostisch ungünstige Tumoren, die erst recht die vollständige axilläre Lymphknotendissektion erfordern. Hier ist der Pathologe gefordert, der unter den gegebenen Umständen das Gewebe subtiler aufarbeiten sollte.</p> <p>Bei sehr kranken Patientinnen kann nach Abwägen von Nutzen und Risiko auf eine Axilladisektion gänzlich verzichtet werden. Alternativ ist zwecks Verringerung der postoperativen Morbidität einzig die SLNB in ihrem Nutzen gesichert.</p> <p>(Die Literaturrecherche und -bewertung dieses Qualitätsindikators erfolgte durch Herrn Professor R. Kreienberg. Eine Kommentierung wurde durch die Fachgruppe Mammachirurgie vorgenommen).</p> |
| Literaturverzeichnis | <p>Cabanes PA, Salmon RJ, Vilcoq JR, Durand JC, Fourquet A, Gautier C, Asselain B. Value of axillary dissection in addition to lumpectomy and radiotherapy in early breast cancer. The Breast Carcinoma Collaborative Group of the Institut Curie. Lancet 1992; 339 (8804): 1245-1248.</p> <p>Fisher B, Redmond C, Fisher ER, Bauer M, Wolmark N, Wickerham DL, Deutsch M, Montague E, Margolese R, Foster R. Ten-year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. N Engl J Med 1985; 312 (11): 674-681.</p> <p>Fisher B, Wolmark N, Bauer M, Redmond C, Gebhardt M. The accuracy of clinical nodal staging and of limited axillary dissection as a determinant of histologic and nodal status in carcinoma of the breast. Surg Gynecol Obstet 1981; 152: 765-72.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Foster RS, Jr.. The biologic and clinical significance of lymphatic metastases in breast cancer. Surg Oncol Clin N Am 1996; 5 (1): 79-104.</p> <p>Fowble B, Solin LJ, Schultz DJ, Goodman RL. Frequency, sites of relapse, and outcome of regional node failures following conservative surgery and radiation for early breast cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1989; 17 (4): 703-710.</p> <p>Hayward J, Caleffi M. The significance of local control in the primary treatment of breast cancer. Arch Surg 1987; 122: 1244-7.</p> <p>Kreienberg R, Kopp I, Lorenz W, Budach W, Dunst J, Lebeau A, Lück H-J, v. Minckwitz G, Possinger K, Sauerbrei W, Sauerland S, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Volm T, Weis J, Schmitt-Reißer B, Koller M, Heilmann V. Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau: Eine nationale S3-Leitlinie. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO), (Hrsg.). Frankfurt a. M.. 2004. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/032-045.htm (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Petrek JA, Blackwood MM. Axillary dissection: current practice and technique. Curr Probl Surg 1995; 32 (4): 257-323.</p> <p>Veronesi U, Rilke F, Luini A, Sacchini V, Galimberti V, Campa T, Dei BE, Greco M, Magni A, Merson M. Distribution of axillary node metastases by level of invasion. An analysis of 539 cases. Cancer 1987; 59 (4): 682-687.</p> |
|--|---|

46210

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-------------------|------|-------------|-----------|----------|------------------|------------------|---|---------|------------------|---|--|-------------------|----------|---------------|-----|--------------|------------------|--|--------------------|------------|------------------|---|--|--------------|
| ID-Kennzahl | 46210 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | ≥ 95% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | ≥ 95% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | Der Referenzbereich entspricht den Anforderungen aus der Stufe-3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau“ (Kreienberg et al. 2004). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Keine Risikoadjustierung erforderlich. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | <p>Zähler: Patientinnen mit Entfernung von ≥ 10 Lymphknoten</p> <p>Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund „invasives Mammakarzinom“ und Axilladissektion, unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen (Patientinnen mit Sentinel-Lymphonodektomie ohne weiterführende Axilladissektion sind ausgeschlossen)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BRU ST: 55</td> <td>führender Befund</td> <td>40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund</td> <td>HISTOLM</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 61</td> <td>Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten</td> <td></td> <td>ANZAHLLYMPHKNOTEN</td> </tr> <tr> <td>O: 41</td> <td>Operation OPS</td> <td>OPS</td> <td>OPSCHLUESSEL</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 60</td> <td>Sentinel-Lymphknoten Biopsie (ohne weiterführende Axilladissektion) durchgeführt</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>SENTINELLK</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 68</td> <td>Fernmetastasen M nach Vorliegen der Staging-Befunde</td> <td>0 = Keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen X = Fernmetastasen können nicht beurteilt werden</td> <td>MNACHSTAGING</td> </tr> </tbody> </table> | | | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | BRU ST: 61 | Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten | | ANZAHLLYMPHKNOTEN | O: 41 | Operation OPS | OPS | OPSCHLUESSEL | BRU ST: 60 | Sentinel-Lymphknoten Biopsie (ohne weiterführende Axilladissektion) durchgeführt | 0 = nein 1 = ja | SENTINELLK | BRU ST: 68 | Fernmetastasen M nach Vorliegen der Staging-Befunde | 0 = Keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen X = Fernmetastasen können nicht beurteilt werden | MNACHSTAGING |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 61 | Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten | | ANZAHLLYMPHKNOTEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 41 | Operation OPS | OPS | OPSCHLUESSEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 60 | Sentinel-Lymphknoten Biopsie (ohne weiterführende Axilladissektion) durchgeführt | 0 = nein 1 = ja | SENTINELLK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 68 | Fernmetastasen M nach Vorliegen der Staging-Befunde | 0 = Keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen X = Fernmetastasen können nicht beurteilt werden | MNACHSTAGING | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|--|
| Teildatensatzbezug | 18/1:B |
| Kommentar zur Kennzahl | - |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Abfrage von Fernmetastasen wurde im Datensatz 2006 modifiziert. Dies ist beim Vergleich mit den Vorjahresdaten zu berücksichtigen. |

Indikation zur brusterhaltenden Therapie

| | |
|--|---|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 9 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Indikation zur brusterhaltenden Therapie |
| Qualitätsziel | Angemessene Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Frauen mit Tumorstadium pT1 oder pT2 |
| Indikatortyp | Indikationsstellung |
| Rationale | <p>Bis Mitte der 80er Jahre galt die Entfernung der Brust (Mastektomie) und der Lymphknoten in der Achselhöhle als Standardtherapie bei Brustkrebs. Seither haben randomisiert kontrollierte Studien gezeigt, dass sich bei kleinen Tumoren die Überlebensraten nicht unterscheiden zwischen Frauen mit Mastektomie und Frauen mit brusterhaltender Therapie (BET) (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group 1995; Veronesi et al. 2002; Fisher et al. 2002; Poggi et al. 2003). Obligat bei der BET ist eine Nachbestrahlung der Restbrustdrüse, welche nicht nur zeitaufwändig ist, sondern auch mit Nebenwirkungen an dem bestrahlten Hautareal verbunden sein kann. In Bezug auf die Überlebensraten sind beide Behandlungsalternativen gleichwertig mit einem Evidenzgrad Ia (AHCPR).</p> <p>Weniger Klarheit herrscht bezüglich der Lokalrezidiv-Raten: Eine kanadische Leitlinie (Scarth et al. 2002) geht auf der Basis einer systematischen Literaturübersicht von vergleichbaren Rezidivraten nach BET (3,3 bis 20%) und nach Mastektomie (2,3 bis 14%) bei Studiendauern von 6 bis 15 Jahren aus. Neuere Publikationen kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen: Veronesi et al. (2002) fanden in ihrer randomisiert kontrollierten Studie nach einer Verlaufsbeobachtung von 20 Jahren eine höhere Rezidivrate nach BET (8,8% vs. Mastektomie 2,3%, n = 701). Dagegen fanden Fisher et al. (2002) günstigere Rezidivraten 20 Jahre nach BET (2,7%, Mastektomie 10,2%, n = 1.851).</p> <p>Studien, welche sich mit Aspekten der Lebensqualität nach beiden Operationsverfahren auseinander setzen, sind selten und häufig methodisch schwach. Ein systematischer Review randomisiert kontrollierter Studien (Irwig et al. 1997) ergab ein besseres Körperbild („body image“) nach Brusterhaltung, für andere Aspekte wie psychisches und sexuelles Wohlbefinden konnte kein Unterschied belegt werden. Die German Breast Cancer Study Group (GBSG 1995) kommt in ihrer Observationsstudie zu dem Schluss, dass nicht so sehr das Operationsverfahren, sondern seine Akzeptanz durch die Patientin entscheidend ist für die postoperative Lebensqualität.</p> <p>Unbedingte Voraussetzung für eine BET sind anerkannte, meist histopathologische Kriterien (siehe auch Stufe-3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau“, Kreienberg et al. 2004). In einer europäischen Leitlinie (Perry et al. 2006) werden diese Kriterien ebenfalls differenziert dargestellt. Da die Überlebensraten nach BET und Mastektomie bei gegebener Indikation identisch sind, handelt es sich hier um echte Therapiealternativen mit dem Ziel einer möglichst hohen Lebensqualität. Die Miteinbeziehung der Patientin im Sinne eines „shared decision making“ wird deswegen nicht nur in Leitlinien gefordert (Stufe-3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau“, Kreienberg et al. 2004; Scarth et al. 2002; Breast Cancer Disease Site Group 2003). „Shared decision making“ oder auch partizipative Entscheidungsfindung wird definiert als Interaktionsprozess, bei dem Patient und Arzt unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft kommen (Giersdorf et al. 2004). Eine kanadische Studie konnte nachweisen, dass von 69,6% der Patientinnen, die für eine BET bei Brustkrebs in Frage kamen, nur 48,0% sich tatsächlich für eine solche entschieden. Für Frauen im Stadium I der Erkrankung waren es 57,0 von 82%. Die übrigen Frauen bevorzugten die Mastektomie (Tyldesley et al. 2003).</p> <p>Auch in Deutschland wird dem Prinzip des „shared decision making“ seit einigen Jahren größere Bedeutung verliehen: Der Leitfaden „Patientenrechte in Deutschland“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung greift explizit dieses Thema auf. Speziell für Brustkrebs ist in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (Anlage 3) für DMP als Grundsatz festgelegt, dass „die Entscheidungsfindung für jeden Behandlungsschritt in Diskussion mit der aufgeklärten Patientin erfolgen sollte“. Im Rahmen eines Förderschwerpunktes des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales konnten Entscheidungshilfen für Brustkrebspatientinnen entwickelt und validiert werden, darunter auch zur Übereinkunft einer Mastektomie oder einer BET (Vodermaier et al. 2004).</p> <p>Diesem Umstand trägt der Datensatz der BQS Rechnung, indem er den Wunsch der Patientin in Bezug auf die BET ausdrücklich erfasst.</p> <p>Der Indikator eignet sich in besonderem Maße, die Einbeziehung des Patientinnenwunsches</p> |

| | |
|-----------------------------|--|
| | <p>zu betrachten. Extrem hohe oder extrem niedrige Raten für die BET weisen darauf hin, dass eine ausgewogene Entscheidungsfindung möglicherweise nicht erfolgt ist.</p> |
| <p>Literaturverzeichnis</p> | <p>Breast Cancer Disease Site Group. Surgical Management of Early-Stage Invasive Breast Cancer. Practice Guideline Report, Version 2.2003. http://www.cancercares.on.ca/pdf/pebc1-1f.pdf (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of radiotherapy and surgery in early breast cancer. An overview of the randomized trials. N Engl J Med 1995 Nov 30; 333 (22): 1444-55.</p> <p>Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, Jeong JH, Wolmark N. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. N Engl J Med 2002 Oct 17; 347 (16): 1233-41.</p> <p>German Breast Cancer Study Group (GBSG). Therapy of small breast cancer – four-year results of a prospective non randomized study. Breast Cancer Res Treat 1995 Apr; 34 (1): 1-13.</p> <p>Giersdorf N, Loh A, Härter M, et al. Messung der partizipativen Entscheidungsfindung. Z ärztl Fortbild Qual Gesundhwes 2004; 98: 135-141.</p> <p>Irwig L, Bennetts A. Quality of life after breast conservation or mastectomy: a systematic review. Aust N Z J Surg 1997 Nov; 67 (11): 750-4.</p> <p>Jatoi I, Proschan MA. Randomized Trials of Breast-Conserving Therapy Versus Mastectomy for Primary Breast Cancer - A Pooled Analysis of Updated Results. Am J Clin Oncol 2005; 28 (3): 289-94.</p> <p>Kreienberg R, Kopp I, Lorenz W, Budach W, Dunst J, Lebeau A, Lück H-J, v. Minckwitz G, Possinger K, Sauerbrei W, Sauerland S, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Volm T, Weis J, Schmitt-Reißer B, Koller M, Heilmann V. Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau: Eine nationale S3-Leitlinie. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO), (Hrsg.). Frankfurt a. M.. 2004. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/032-045.htm (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L (Hrsg.). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4. Luxembourg: European Commission; 2006. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf (Recherchedatum: 07.02.2007).</p> <p>Poggi MM, Danforth DN, Sciuto LC, Smith SL, Steinberg SM, Liewehr DJ, Menard C, Lippman ME, Lichter AS, Altomus RM. Eighteen-year results in the treatment of early breast carcinoma with mastectomy versus breast conservation therapy: the National Cancer Institute Randomized Trial. Cancer 2003 Aug 15; 98 (4): 697-702.</p> <p>Scarth H, Cantin J, Levine M, for the Steering Committee on Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer: 3. Mastectomy or lumpectomy? The choice of operation for clinical stages I and II breast cancer (2002 update). http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/167/2/154 (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Tyldesley S, Foroudi F, Barbera L, Boyd C, Schulze K, Walker H, Mackillop WJ. The appropriate rate of breast conserving surgery: an evidence-based estimate. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2003; 15 (3): 144-155.</p> <p>Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, Aguilar M, Marubini E. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. N Engl J Med 2002 Oct 17; 347 (16): 1227-32.</p> <p>Vodermaier A, Caspari C, Köhm J, Bauerfeind I, Kahlert S, Untch M. Partizipative Entscheidungsfindung beim primären Mammakarzinom. Z ärztl Fortbild Qual Gesundhwes 2004; 98: 127-133.</p> |

46212

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-------------|-----------|----------|----------|---------------------------------|--|-------|------|------------|------------------------------|------------|------------------|------------------|---|---------|------------------|----|--|------------|
| ID-Kennzahl | 46212 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | >= 60% bis <= 85% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | >= 60% bis <= 85% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | In der Literatur schwanken die Angaben für die brusterhaltende Therapie (BET) bei pT1 zwischen 60 und 75%. Neuere Erfahrungen aus Brustzentren in Deutschland haben gezeigt, dass unter konsequenter Einbeziehung der Patientinnen in die Entscheidungsfindung („shared decision making“) und Berücksichtigung der histopathologischen Voraussetzungen BET-Raten von maximal 85% erreicht werden können. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Risikostandardisierte Fallkonstellation. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | Zähler: Frauen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation Grundgesamtheit: Alle Frauen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | Bei der Berechnung der Grundgesamtheit ist unbedingt die Zuordnung der jeweiligen Seitenlokalisation (Teildatensatz BRUST) zum dazugehörigen Teildatensatz OPERATION einzuhalten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O: 45</td> <td>Brusterhaltende Operation (BET)</td> <td>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)</td> <td>BETOP</td> </tr> <tr> <td>B: 5</td> <td>Geschlecht</td> <td>1 = männlich 2 = weiblich</td> <td>GESCHLECHT</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 55</td> <td>führender Befund</td> <td>40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund</td> <td>HISTOLM</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 56</td> <td>pT</td> <td>0 = Kein Anhalt für Primärtumor 1 = Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung 1a = mehr als 0,1 cm, aber nicht mehr als 0,5 cm in größter Ausdehnung 1b = mehr als 0,5 cm, aber nicht</td> <td>TNMPTMAMMA</td> </tr> </tbody> </table> | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | O: 45 | Brusterhaltende Operation (BET) | 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) | BETOP | B: 5 | Geschlecht | 1 = männlich 2 = weiblich | GESCHLECHT | BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | BRU ST: 56 | pT | 0 = Kein Anhalt für Primärtumor 1 = Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung 1a = mehr als 0,1 cm, aber nicht mehr als 0,5 cm in größter Ausdehnung 1b = mehr als 0,5 cm, aber nicht | TNMPTMAMMA |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 45 | Brusterhaltende Operation (BET) | 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) | BETOP | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B: 5 | Geschlecht | 1 = männlich 2 = weiblich | GESCHLECHT | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 56 | pT | 0 = Kein Anhalt für Primärtumor 1 = Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung 1a = mehr als 0,1 cm, aber nicht mehr als 0,5 cm in größter Ausdehnung 1b = mehr als 0,5 cm, aber nicht | TNMPTMAMMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|--|--------------------------------|---|-----------------|
| | | | mehr als 1 cm in größter Ausdehnung 1c = mehr als 1 cm, aber nicht mehr als 2 cm in größter Ausdehnung 1mic = Mikroinvasion 0,1 cm oder weniger in größter Ausdehnung 2 = Tumor mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 5 cm in größter Ausdehnung 3 = Tumor mehr als 5 cm in größter Ausdehnung 4 = Tumor jeder Größe mit direkter Ausdehnung auf Brustwand oder Haut soweit unter T4a bis T4d beschrieben 4a = Ausdehnung auf die Brustwand 4b = Ödem (einschließlich Apfelsinhaut) oder Ulzeration der Brusthaut oder Satellitenknötchen der Haut der gleichen Brust 4c = Kriterien 4 a und 4 b gemeinsam 4d = Entzündliches (inflammatorisches) Karzinom isD = DCIS Ductales Carcinoma in situ isL = LCIS Lobuläres Carcinoma in situ isP = Paget M. Paget der Mamille ohne nachweisbaren Tumor X = Primärtumor kann nicht beurteilt werden | |
| | O: 33 | Eingriff wegen Rezidivkrankung | 0 = nein 1 = ja | REZIDIVEINGRIFF |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | |
| Teildatensatzbezug | 18/1:B | | | |
| Kommentar zur Kennzahl | Aus der Grundgesamtheit wurden männliche Patienten erstmals in 2006 ausgeschlossen. | | | |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die neu berechneten Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar. Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2006 berechnet und können deshalb in den seltenen Fällen, in denen Männer an Brustkrebs operiert wurden, von der BQS-Bundesauswertung 2005 abweichen. | | | |

Meldung an Krebsregister

| | |
|--------------------------------------|--|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 10 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Meldung an Krebsregister |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen mit Meldung an ein Krebsregister oder Tumorzentrum |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Rationale | <p>In Deutschland regelt das Krebsregistergesetz (KRG) die fortlaufende und einheitliche Erhebung personenbezogener Daten über das Auftreten bösartiger Neubildungen. Zweck ist die Krebsbekämpfung durch Verbesserung der Datengrundlage für die Krebsepidemiologie. Für diese Aufgaben müssen die Länder Krebsregister flächendeckend einrichten und führen. (KRG vom 4. November 1994, §1, Abs. (1)). „Die Krebsregister haben das Auftreten und die Trendentwicklung aller Formen von Krebserkrankungen zu beobachten, insbesondere statistisch-epidemiologisch auszuwerten, Grundlagen der Gesundheitsplanung sowie der epidemiologischen Forschung einschließlich der Ursachenforschung bereitzustellen und zu einer Bewertung präventiver und kurativer Maßnahmen beizutragen. ...“ (KRG vom 4. November 1994, §1, Abs. (2)).</p> <p>Je nach Landesgesetz gibt es eine Meldepflicht für Ärzte oder ein Melderecht auf freiwilliger Basis. Die Meldung kann direkt an das Krebsregister oder an ein Tumorzentrum erfolgen, das die Daten dann an das zuständige Krebsregister weiterleitet. Alle Daten werden zentral an das Robert Koch-Institut übermittelt. Dort werden sie zusammenfassend ausgewertet, Entwicklungstrends und regionale Unterschiede festgestellt und regelmäßig veröffentlicht (Schön et al. 2004).</p> <p>Voraussetzung für die wissenschaftliche Nutzung bevölkerungsbezogener Krebsregister ist die möglichst vollzählige Registrierung (über 90%) aller im Einzugsgebiet auftretenden Krebserkrankungen auf hohem qualitativen Niveau (Gemeinsames Krebsregister (GKR) der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg - Vorpommern, Sachsen - Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen).</p> <p>Nur durch eine möglichst vollzählige Registrierung können Fragen nach einer prognostischen Verbesserung z. B. im Zusammenhang mit der Einführung von neuen Therapiemaßnahmen beantwortet werden. Auch zur Beantwortung der Frage, ob Maßnahmen der Krebsfrüherkennung (z. B. Mammographie-Screening) nachweisbare Effekte haben, kann eine hochwertige Datenqualität einen wichtigen Beitrag leisten (Becker 2004).</p> |
| Literaturverzeichnis | <p>Becker N. Wissenschaftliche Nutzung von Krebsregisterdaten. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2004; 47 (5): 26-31.</p> <p>Gemeinsames Krebsregister (GKR) der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg - Vorpommern, Sachsen - Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen. http://www.berlin.de/gkr/index.html (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Krebsregistergesetz vom 4. November 1994. http://www.datenschutz-berlin.de/jahresbe/95/sonstige/an67.htm (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Nationale Krebsregister im Überblick. http://www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcatart=319&lang=1&client=1 (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Schön D, Bertz J, Görsch B, Haberland J, Kurth BM. Die Dachdokumentation Krebs. Eine Surveillance-Einrichtung der Krebsregistrierung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2004; 47 (5): 429-436.</p> |

46230

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----------------------|-----------|----------|-------|--|--------------------|----------------------|------------------|------------------|--|---------|
| ID-Kennzahl | 46230 | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | >= 95% | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | >= 95% | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | Laut Ansicht der Fachgruppe sollte eine Meldung praktisch immer erfolgen. | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Keine Risikoadjustierung erforderlich | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | Zähler: Alle Patientinnen mit Meldung an ein Krebsregister oder Tumorzentrum Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit histologischem Befund „DCIS einschließlich papillärem in situ-Karzinom“, „Invasives Mammakarzinom“ oder „Maligne sonstige Neoplasien“ | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | - | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B: 77</td> <td>Erfolgte Meldung an Krebsregister/Tumorzentrum</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>MELDUNGKREBSREGISTER</td> </tr> <tr> <td>BRU ST: 55</td> <td>führender Befund</td> <td>40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund</td> <td>HISTOLM</td> </tr> </tbody> </table> | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | B: 77 | Erfolgte Meldung an Krebsregister/Tumorzentrum | 0 = nein 1 = ja | MELDUNGKREBSREGISTER | BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | |
| B: 77 | Erfolgte Meldung an Krebsregister/Tumorzentrum | 0 = nein 1 = ja | MELDUNGKREBSREGISTER | | | | | | | | | | |
| BRU ST: 55 | führender Befund | 40 = Fibrozystische Mastopathie 41 = Fibroadenom 42 = Phylloider Tumor 43 = Adenose und Varianten 44 = Adenom 45 = Papillom 46 = Duktale Hyperplasie 49 = Sonstige benigne Veränderungen 50 = Lobuläre Neoplasie (LCIS) 51 = Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a) 52 = Atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b) 53 = Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c) 54 = DCIS, Grad 2 (DIN 2) 55 = DCIS, Grad 3 (DIN 3) 56 = Papilläres in situ-Karzinom 60 = Invasiv-duktales Karzinom 61 = Invasiv-lobuläres Karzinom 62 = Tubuläres Karzinom 63 = Sonstige invasive Karzinome 70 = Benigne sonstige Neoplasien 71 = Maligne sonstige Neoplasien 80 = ohne pathologischen Befund | HISTOLM | | | | | | | | | | |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | | | | | | | | | | |
| Teildatensatzbezug | 18/1:B | | | | | | | | | | | | |
| Kommentar zur Kennzahl | Voraussetzung für die Auswertung dieses Qualitätsindikators ist das Vorhandensein eines funktionierenden Krebsregisters. Flächendeckende Krebsregister sind aus Sicht der BQS-Fachgruppe zwingend erforderlich. | | | | | | | | | | | | |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar. | | | | | | | | | | | | |

Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum

| | |
|--|---|
| Definition Qualitätsindikator | |
| Laufende Nummer Indikator | 11 |
| Bezeichnung des Qualitätsindikators | Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum |
| Qualitätsziel | Möglichst viele Patientinnen mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff |
| Indikatortyp | Prozessindikator |
| Rationale | <p>Als häufigstes Malignom der Frau weisen Mammakarzinome klinische Besonderheiten auf, die für eine qualitativ hochstehende Versorgung von grundlegender Bedeutung sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - der im fortgeschrittenen Stadium häufig tödliche Verlauf der Erkrankung (Carter et al. 1989; Engel et al. 2002; Michaelson et al. 2003) - die negative psychische Auswirkung der Erkrankung auf fast alle wesentlichen Lebensbereiche, wie Partnerschaft, Familienplanung, Sexualität, Beruf, Freizeit und nicht selten auch die finanzielle Lebensplanung (Albert et al. 2002; Kopp et al. 2002) - Diagnose und Therapie des Brustkrebs basieren auf einer fach- und sektorübergreifenden Versorgungskette (Kreienberg et al. 2004; Schulz & Albert 2003). <p>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. Neben der Konfrontation mit einer fast immer als lebensbedrohlich empfundenen Diagnose wird hier die Zustimmung zu weiteren, meist eingreifenden, diagnostischen und vor allem therapeutischen Maßnahmen eingefordert (Barton et al. 2004; Colbert 1994; Meechan et al. 2003; Oudhoff et al. 2004). 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 zu beteiligen. Zeitliche Verzögerungen können sowohl in Ärzten und Patientinnen, als auch in den Besonderheiten nationaler Versorgungskonzepte ihre Ursache haben. Als Konsequenz ergab sich die Integration von Zeitfaktoren in nationale und internationale Leitlinien als Indikatoren der Lebensqualität betroffener Frauen. Die Definition der Intervalle und deren vertretbare Dauer sind nicht einheitlich. Die Varianz ergibt sich aus den unterschiedlichen Versorgungssystemen. Evidenzbasierte Messgrößen existieren nicht. Dennoch besteht Handlungsbedarf, geregelt durch ein Konsensus-Verfahren mit reproduzierbaren methodischen Vorgaben bei der Erstellung von Leitlinien (Schulz & Albert 2003, S. 32; Vang 1985).</p> <p>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 (Perry et al. 2006) und deutsche Leitlinie (Schulz & Albert 2003, S. 135) zur Brustkrebsfrüherkennung, einschließlich der dazugehörigen Referenzbereiche, übernommen wurde. Hier handelt es sich um einen Indikator, der sehr sensibel auf eine System-immanente Verschlechterung der Versorgungssituation reagiert (Duijm et al. 2004; Mayo et al. 2001; Reed et al. 2004).</p> <p>Viele Patientinnen befürchten, dass ein mehrtägiger Behandlungsaufschub nach feststehender Diagnose die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Heilungschancen sehr rasch vermindert. Insbesondere dann, wenn die Diagnose durch den Einsatz interventioneller Techniken erfolgte. Hierfür gibt es jedoch keinen Anhalt (Chen et al. 2002). Erst wenn die Diagnose und damit auch die Therapie um mehr als 3 bis 6 Monate verzögert werden, ist bei einer signifikanten Zahl von Brustkrebs-Patientinnen eine Tumor-Progression nachweisbar, die die Überlebenschancen vermindert. Dies ist das Ergebnis einer mehr als 100.000 Patientinnen umfassenden Metaanalyse (Richards et al. 1999).</p> <p>Die Wartezeit als Qualitätsindikator ist somit vorzugsweise ein Messinstrument für die psychische Belastung betroffener Frauen. Gleichzeitig liefert sie wertvolle Hinweise für die</p> |

| | |
|-----------------------------|---|
| | <p>Funktionsfähigkeit der Versorgungskette in einem vorgegebenen System bei limitierten finanziellen Ressourcen. Inzwischen liegen jedoch auch punktuelle Ergebnisse darüber vor, dass zu große Zeitintervalle zwischen histologischer Sicherung und operativer Lokalbehandlung zu einer höheren postoperativen Wundinfektionsrate führen (Leinung et al. 2004).</p> <p>(Die Literaturrecherche und -bewertung dieses Qualitätsindikators erfolgte durch Herrn Professor K.-D. Schulz.)</p> |
| <p>Literaturverzeichnis</p> | <p>Albert US, Koller M, Schulz K-D. Von der symptom- zur problemorientierten Tumornachsorge; Zielorientierung in der Versorgungskette Brustkrebs. Gynäkologe 2002; 35: 1105-1113.</p> <p>Barton MB, Morley DS, Moore S, Allen JD, Kleinman KP, Emmons KM, Fletcher SW. Decreasing women`s anxieties after abnormal Mammograms: a controlled trial. J Natl Cancer Inst 2004; 96: 529-538.</p> <p>Carter CL, Allen C, Henson DE. Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24.740 breast cancer cases. 3. Cancer 1989; 63 (1): 181-187.</p> <p>Chen AM, Haffty BG, Lee CH. Local recurrence of breast cancer after breast conservation therapy in patients examined by means of stereotactic core-needle biopsy. Radiology 2002; 225: 707-712.</p> <p>Colbert K. The longer the delay, the greater the anxiety. Delay in treatment for breast cancer. Prof Nurse 1994; 9: 517-520.</p> <p>Duijm LE, Groenewold JH, Jansen FH, Fracheboud J, van Beek M, de Koning HJ. Mammography screening in the Netherlands: delay in the diagnosis of breast cancer after breast cancer screening. Br J Cancer 2004; 91: 1795-1799.</p> <p>Engel J, Schubert-Fritschle G, Sauer H, Hölzel D. Disease Management und Qualitätssicherung beim Mammakarzinom. Gynäkologe 2002; 35: 1094-1104.</p> <p>Kopp I, Albert US, Lorenz W. Gesamtergebnis diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in der Medizin (Outcome); ein Paradigmenwechsel. Gynäkologe 2002; 35: 1073-1077.</p> <p>Kreienberg R, Kopp I, Lorenz W, Budach W, Dunst J, Lebeau A, Lück H-J, v. Minckwitz G, Possinger K, Sauerbrei W, Sauerland S, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Volm T, Weis J, Schmitt-Reißer B, Koller M, Heilmann V. Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau: Eine nationale S3-Leitlinie. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO), (Hrsg.). Frankfurt a. M.. 2004. http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/032-045.htm (Recherchedatum: 19.01.2007).</p> <p>Leinung S, Schönfelder M, Winzer KJ, Schuster E, Gastinger I, Lippert H, Steuber J, Huke S, Franz G, Würfl P. Intervall zwischen der histologischen Sicherung und der definitiven Versorgung des Mammakarzinoms: Ergebnisse einer prospektiven multizentrischen Beobachtungsstudie. Chirurgische Praxis 2004; 63: 9-15.</p> <p>Mayo NE, Scott SC, Shen N, Hanley J, Goldberg MS, MacDonald N. Waiting time for breast cancer surgery in Quebec. CMAJ 2001; 164 (8): 1133-1138.</p> <p>Meechan G, Collins J, Petrie KJ. The relationship of symptoms and psychological factors to delay in seeking medical care for breast symptoms. Prev Med 2003; 36: 374-378.</p> <p>Michaelson JS, Silverstein M, Sgroi D, Cheongsatmoy JA. The effect of tumor size and lymphnode status on breast carcinoma lethality. Cancer 2003; 98: 2133-2143.</p> <p>Oudhoff JP, Timmermans DR, Bijnen AB, van der Wal G. Waiting for elective general surgery: physical, psychological and social consequences. ANZ J Surg 2004; 74: 361-367.</p> <p>Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L (Hrsg.). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4. Luxembourg: European Commission; 2006. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/cancer/fp_cancer_2002_ext_guid_01.pdf (Recherchedatum: 07.02.2007).</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Perry NM. Quality assurance in the diagnosis of breast disease. EUSOMA Working Party. Eur J Cancer 2001; 37 (2): 159-172.</p> <p>Reed AD, Williams RJ, Wall PA, Hasselback P. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. Can J Public Health 2004; 95: 341.</p> <p>Richards MA, Westcombe AM, Love SB, Littlejohns P, Ramirez AJ. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. Lancet 1999; 353: 1119-1126.</p> <p>Schulz KD, Albert US. Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. Schulz KD, Albert US, (Hrsg.). München, Wien, New York. Zuckschwerdt Verlag; 2003.</p> <p>Vang J. The consensus development conference and the european experience. WHO regional office for Europe (Hrsg.). 1985; 65-76.</p> |
|--|--|

46231

| Definition Kennzahl | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-----------------------|-----------|----------|-----------|---|--------------------|-----------------------|-------|---|--|---------------|-------|---------------------------------------|--------------------|-------------------|-------|--------------------------------------|--|----------------------|-----------|--|---|---------------------|------|---------------|--|-----------|-----------|--|--|---------------|-------|------------------------------|--|-----------|-------|----------|--|---------|
| ID-Kennzahl | 46231 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ergänzung Bezeichnung QI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2006 | >= x Tage (10%-Perzentile) bis <= y Tage (95%-Perzentile) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenzbereich 2005 | >= 5,0 Tage bis <= 16,0 Tage (10%-Perzentile bis 95%-Perzentile) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung zum Referenzbereich 2006 | Sowohl sehr lange als auch sehr kurze Wartezeiten sind als auffällig zu werten. Bei sehr kurzen Wartezeiten liegt der Verdacht nahe, dass der Patientin nicht ausreichend Bedenkzeit eingeräumt wurde. Der Referenzbereich auf der Basis von Perzentilen ist begründet durch eine hohe Variabilität der Ergebnisse. Evidenzbasierte Kriterien für die Festlegung fester Referenzwerte fehlen. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Referenz Bundesauswertung 2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Methode der Risikoadjustierung: Kennzahl | Risikostandardisierte Fallkonstellation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rechenregel | Zähler: Zeitabstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und Operationsdatum (Median in Tagen) Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Ersteingriff nach prätherapeutischer histologischer Diagnose und ohne präoperative tumorspezifische Therapie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erläuterung der Rechenregel | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verwendete Datenfelder | <p>Feldnamen 9.0:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Bezeichnung</th> <th>Schlüssel</th> <th>Feldname</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BRUST: 17</td> <td>Histologie vor dem ersten Eingriff bei diesem stationären Aufenthalt vorliegend</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>HISTOVORAUFGENTHALTJN</td> </tr> <tr> <td>O: 29</td> <td>Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes</td> <td></td> <td>LFDNREINGRIFF</td> </tr> <tr> <td>O: 30</td> <td>Tumorresektion wegen Primärerkrankung</td> <td>0 = nein 1 = ja</td> <td>PRIMAERTUMORRESEK</td> </tr> <tr> <td>O: 31</td> <td>Folgeeingriff wegen Primärerkrankung</td> <td>0 = nein 1 = ja, wegen unvollständiger TU-Entfernung 2 = ja, wegen geplanten mehrzeitigen Vorgehens 3 = ja, aus anderem Grund</td> <td>PRIMAERFOLGEEINGRIFF</td> </tr> <tr> <td>BRUST: 28</td> <td>Präoperative tumorspezifische Therapie</td> <td>0 = nein 1 = systemische Chemotherapie 2 = Strahlentherapie 3 = Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie 4 = Hormontherapie 5 = andere</td> <td>PRAEOPTUMORTHERAPIE</td> </tr> <tr> <td>B: 6</td> <td>Aufnahmedatum</td> <td></td> <td>AUFNDATUM</td> </tr> <tr> <td>BRUST: 19</td> <td>Datum der prätherapeutischen histologischen Diagnose</td> <td></td> <td>VORHISTODATUM</td> </tr> <tr> <td>B: 73</td> <td>Entlassungsdatum Krankenhaus</td> <td></td> <td>ENTLDATUM</td> </tr> <tr> <td>O: 40</td> <td>OP-Datum</td> <td></td> <td>OPDATUM</td> </tr> </tbody> </table> | Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | BRUST: 17 | Histologie vor dem ersten Eingriff bei diesem stationären Aufenthalt vorliegend | 0 = nein 1 = ja | HISTOVORAUFGENTHALTJN | O: 29 | Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes | | LFDNREINGRIFF | O: 30 | Tumorresektion wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja | PRIMAERTUMORRESEK | O: 31 | Folgeeingriff wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja, wegen unvollständiger TU-Entfernung 2 = ja, wegen geplanten mehrzeitigen Vorgehens 3 = ja, aus anderem Grund | PRIMAERFOLGEEINGRIFF | BRUST: 28 | Präoperative tumorspezifische Therapie | 0 = nein 1 = systemische Chemotherapie 2 = Strahlentherapie 3 = Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie 4 = Hormontherapie 5 = andere | PRAEOPTUMORTHERAPIE | B: 6 | Aufnahmedatum | | AUFNDATUM | BRUST: 19 | Datum der prätherapeutischen histologischen Diagnose | | VORHISTODATUM | B: 73 | Entlassungsdatum Krankenhaus | | ENTLDATUM | O: 40 | OP-Datum | | OPDATUM |
| Item | Bezeichnung | Schlüssel | Feldname | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRUST: 17 | Histologie vor dem ersten Eingriff bei diesem stationären Aufenthalt vorliegend | 0 = nein 1 = ja | HISTOVORAUFGENTHALTJN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 29 | Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes | | LFDNREINGRIFF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 30 | Tumorresektion wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja | PRIMAERTUMORRESEK | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 31 | Folgeeingriff wegen Primärerkrankung | 0 = nein 1 = ja, wegen unvollständiger TU-Entfernung 2 = ja, wegen geplanten mehrzeitigen Vorgehens 3 = ja, aus anderem Grund | PRIMAERFOLGEEINGRIFF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRUST: 28 | Präoperative tumorspezifische Therapie | 0 = nein 1 = systemische Chemotherapie 2 = Strahlentherapie 3 = Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie 4 = Hormontherapie 5 = andere | PRAEOPTUMORTHERAPIE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B: 6 | Aufnahmedatum | | AUFNDATUM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BRUST: 19 | Datum der prätherapeutischen histologischen Diagnose | | VORHISTODATUM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B: 73 | Entlassungsdatum Krankenhaus | | ENTLDATUM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O: 40 | OP-Datum | | OPDATUM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datenbasis BQS-Spezifikation | 9.0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teildatensatzbezug | 18/1:B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| Kommentar zur Kennzahl | - |
| Methodische Beurteilung der Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen | Die Vorjahresergebnisse sind mit den Ergebnissen 2006 vergleichbar. |