

Kennzahlenauswertung 2019

Jahresbericht der zertifizierten Brustkrebszentren

Auditjahr 2018 / Kennzahlenjahr 2017



Deutsche Gesellschaft für Senologie

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
Allgemeine Informationen.....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Brustkrebszentren 2018.....	5
Berücksichtigte Standorte.....	6
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten.....	7
Basisdatenauswertung.....	8
Kennzahlenauswertungen.....	12
Kennzahl Nr. 1: Postoperative Fallbesprechung.....	12
Kennzahl Nr. 2: Prätherapeutische Fallbesprechung.....	13
Kennzahl Nr. 3: Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/Metastasen.....	14
Kennzahl Nr. 4: Strahlentherapie nach BET bei inv. Mammakarzinom (LL QI 6).....	15
Kennzahl Nr. 5: Strahlentherapie nach BET bei DCIS.....	16
Kennzahl Nr. 6: Chemotherapie bei Rez. pos. und nodalpos. Befund.....	17
Kennzahl Nr. 7: Endokrine Therapie bei steroidrez. positivem Befund (LL QI 7).....	18
Kennzahl Nr. 8: Trastuzumabtherapie über 1 Jahr bei HER-2 pos. Befund (LL QI 8).....	19
Kennzahl Nr. 9: Endokrine Therapie bei Metastasierung (LL QI 11).....	20
Kennzahl Nr. 10: Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min.).....	21
Kennzahl Nr. 11: Beratung Sozialdienst.....	22
Kennzahl Nr. 12: Anteil Studien Patientinnen.....	23
Kennzahl Nr. 13: Prätherapeutische histologische Sicherung (LL QI 1).....	24
Kennzahl Nr. 14: Primärfälle Mammakarzinom.....	25
Kennzahl Nr. 15: Anzahl operative Eingriffe für R0-Resektion bei BET.....	26
Kennzahl Nr. 16: Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1.....	27
Kennzahl Nr. 17: Mastektomien.....	28
Kennzahl Nr. 18: LK-Entfernung bei DCIS (LL QI 3).....	29
Kennzahl Nr. 19: Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom.....	30
Kennzahl Nr. 20: Alleinige Sentinellymphknoten-Entfernung (SLNE) bei pN0 (LL QI 4).....	31
Kennzahl Nr. 21: Intraoperative Präparateradio-/sonographie (LL QI 2).....	32
Kennzahl Nr. 22: Revisionsoperationen.....	33
Impressum.....	34

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 11: Beratung Sozialdienst.....

Kennzahl Nr. 12: Anteil Studien Patientinnen.....

Kennzahl Nr. 13: Prätherapeutische histologische Sicherung (LL QI 1).....

Kennzahl Nr. 14: Primärfälle Mammakarzinom.....

Kennzahl Nr. 15: Anzahl operative Eingriffe für R0-Resektion bei BET.....

Kennzahl Nr. 16: Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1.....

Kennzahl Nr. 17: Mastektomien.....

Kennzahl Nr. 18: LK-Entfernung bei DCIS (LL QI 3).....

Kennzahl Nr. 19: Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom.....

Kennzahl Nr. 20: Alleinige Sentinellymphknoten-Entfernung (SLNE) bei pN0 (LL QI 4).....

Kennzahl Nr. 21: Intraoperative Präparateradio-/sonographie (LL QI 2).....

Kennzahl Nr. 22: Revisionsoperationen.....

Qualitätsindikatoren der Leitlinie (LL QI):

In dem Inhaltsverzeichnis und in den jeweiligen Überschriften sind die Kennzahlen, die den Qualitätsindikatoren der evidenzbasierten Leitlinie entsprechen, besonders ausgewiesen. Die so gekennzeichneten Qualitätsindikatoren beruhen auf starken Empfehlungen der Leitlinien und sind durch die Leitliniengruppen des Leitlinienprogramms Onkologie abgeleitet worden. Weiterführende Information: www.leitlinienprogramm-onkologie.de

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit inv. Mammakarzinom, bei denen der Nodalstatus bestimmt wurde	131*	45 - 735	41911
Nenner	Operierte Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom	133,5*	47 - 752	43203
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	98,04%	80,56% - 100%	97,01%**

Grunddaten Kennzahl:

Die Definition des **Zählers**, **Nenners** und die **Sollvorgabe** sind aus dem Kennzahlenbogen entnommen.

Die Angabe des **Medians** für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

Unter **Patienten Gesamt** ist die Prozentzahl der in den Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten angegeben.

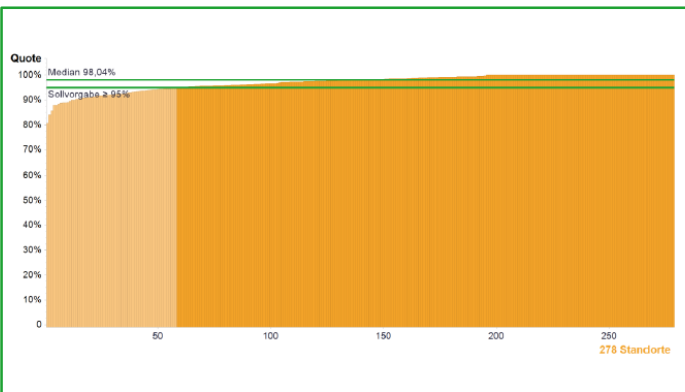
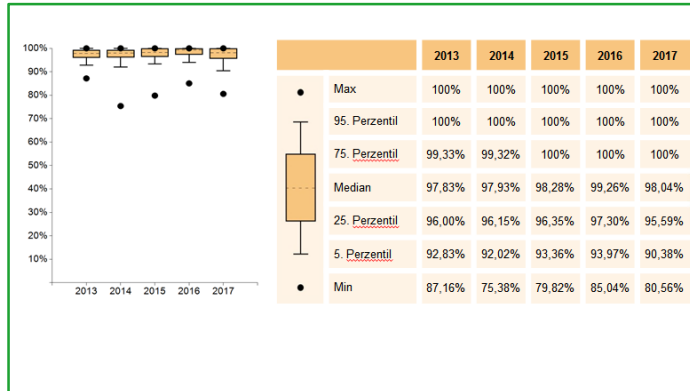


Diagramm:

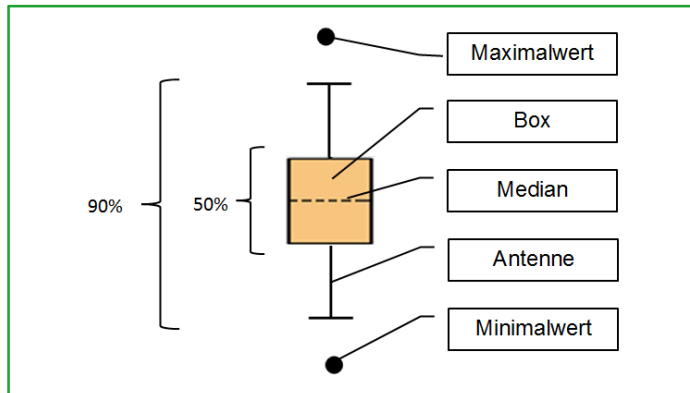
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große Hälften.

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2013, 2014, 2015, 2016** und **2017** wird mit Hilfe des Boxplot-Diagramms dargestellt.



Boxplot:

Ein Boxplot setzt sich aus einer **Box mit Median, Antennen** und **Ausreißern** zusammen. Innerhalb der Box befinden sich 50 Prozent der Zentren. Der Median teilt die gesamte Kohorte in zwei Hälften mit der gleichen Anzahl an Zentren. Die Antennen und die Box umfassen einen Bereich/Spannweite von 90 Perzentil. Die Extremwerte werden hier als Punkte abgebildet.

Stand des Zertifizierungssystems für Brustkrebszentren 2018

	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013
Laufende Verfahren	4	2	4	2	4	2
Zertifizierte Zentren	237	234	230	228	224	218
Zertifizierte Standorte	280	280	280	279	277	274
Brustkrebszentren mit 1 Standort	199	193	186	183	177	169
2 Standorte	35	38	40	41	43	44
3 Standorte	1	1	2	2	2	3
4 Standorte	2	2	2	2	2	2

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014	31.12.2013
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	278	275	275	275	273	268
entspricht	99,3%	98,2%	98,2%	98,6%	98,6%	97,8%
Primärfälle gesamt*	55.715	54.385	53.837	52.965	52.904	50.195
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	200	198	196	193	194	187
Primärfälle pro Standort (Median)*	178	175	177	169	172	170,5

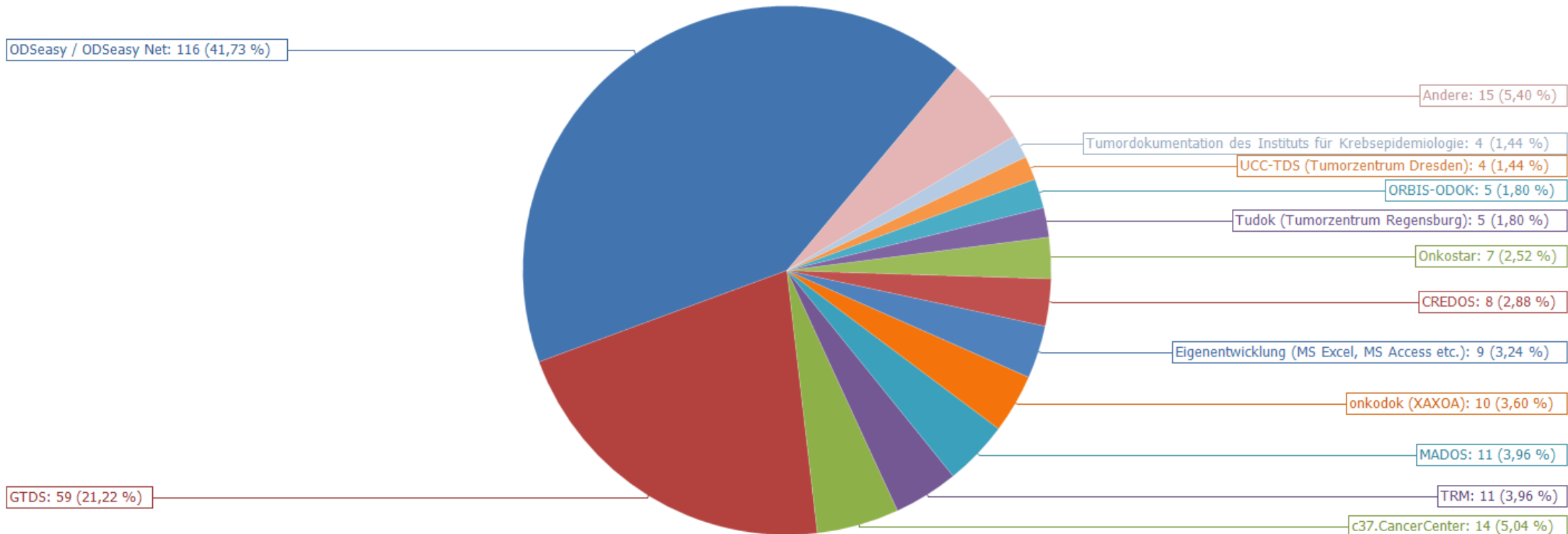
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

Der vorliegende Jahresbericht betrachtet die im Zertifizierungssystem der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Brustkrebszentren. Grundlage für die Diagramme des Jahresberichtes ist das Datenblatt.

In dem Jahresbericht sind 278 der 280 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen ist 1 Standort, der im Jahr 2018 zum ersten Mal zertifiziert wurde (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend) sowie 1 Standort, welcher aufgrund der Insolvenz der Klinikgruppe kein Audit in 2018 durchführte (kein Datenblatt vorliegend). In allen 279 Standorten wurden insgesamt 55.862 Primärfälle Mammakarzinom behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2017. Sie stellen für die in 2018 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

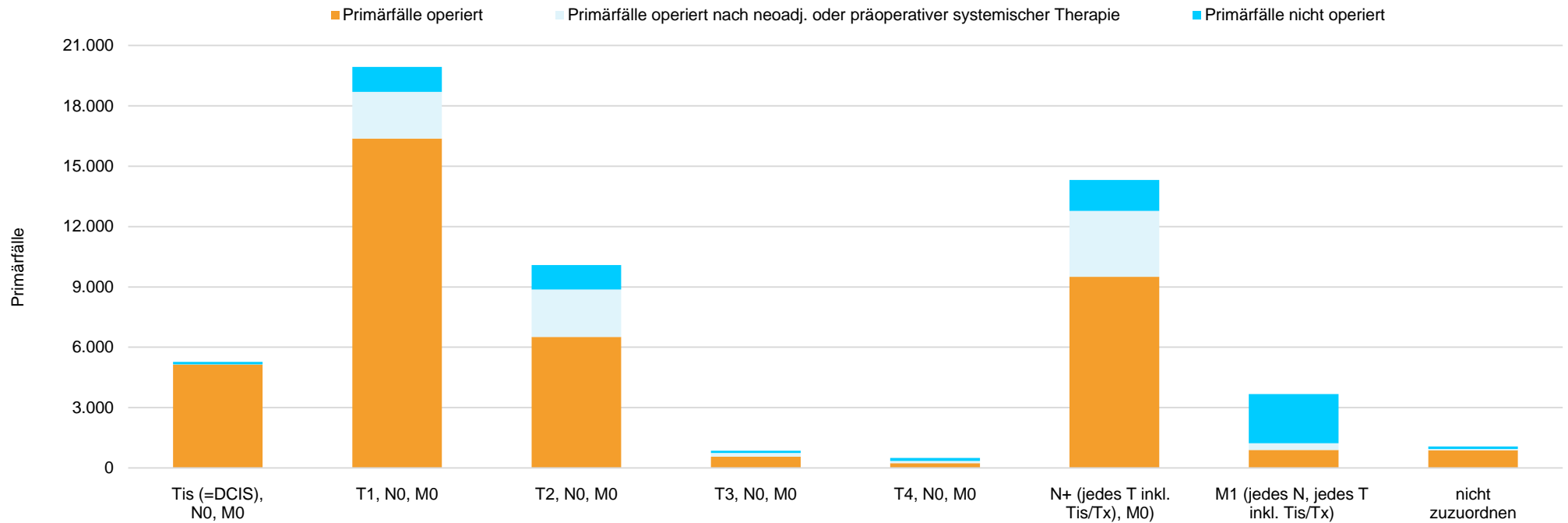
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



Die Angaben zum Tumordokumentationssystem wurden aus dem Datenblatt (Tabellenblatt Basisdaten) entnommen. Die Angabe von mehreren Systemen ist nicht möglich. Vielfach erfolgt eine Unterstützung durch die Krebsregister bzw. kann über ein bestimmtes Tumordokumentationssystem eine direkte Verbindung zum Krebsregister bestehen.

Legende:	
Andere	System in < 4 Standorten genutzt

Basisdaten – Primärfälle Mammakarzinom



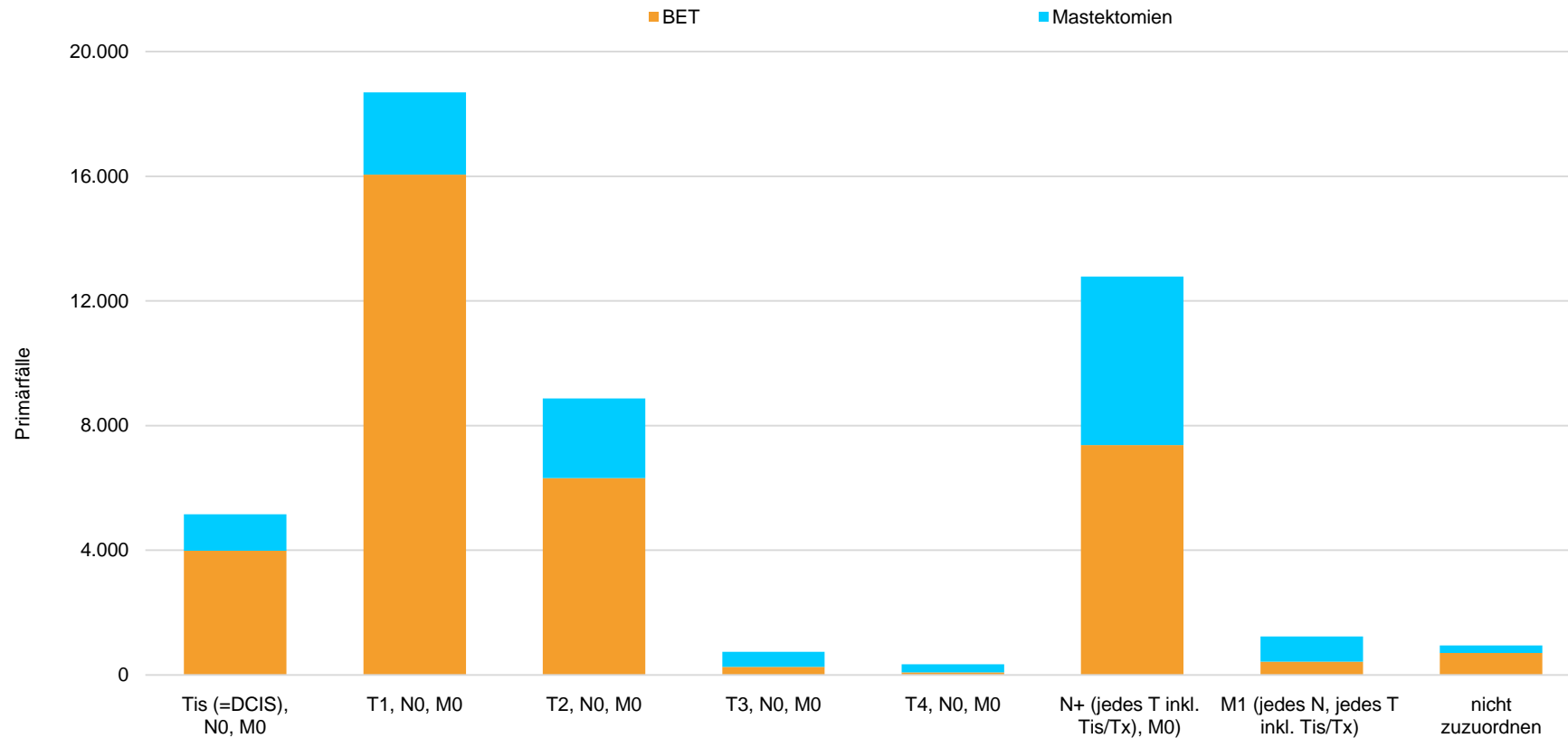
	Tis (=DCIS), NO, MO	T1, NO, MO	T2, NO, MO	T3, NO, MO	T4, NO, MO	N+ (jedes T inkl. Tis/Tx), MO)	M1 (jedes N, jedes T inkl. Tis/Tx)	nicht zuzuordnen*	Gesamt
Primärfälle nicht operiert	124 (2,35%)	1.244 (6,24%)	1.222 (12,11%)	116 (13,54%)	151 (30,51%)	1.538 (10,74%)	2.444 (66,47%)	122 (11,40%)	6.961
Primärfälle operiert mit neoadj. Th.**	13 (0,25%)	2.319 (11,63%)	2.359 (23,37%)	176 (20,54%)	102 (20,61%)	3.276 (22,88%)	339 (9,22%)	62 (5,79%)	8.646
Primärfälle operiert ohne neoadj. Th.***	5.138 (97,40%)	16.370 (82,13%)	6.511 (64,52%)	565 (65,93%)	242 (48,89%)	9.502 (66,37%)	894 (24,31%)	886 (82,80%)	40.108
Primärfälle gesamt	5.275	19.933	10.092	857	495	14.316	3.677	1.070	55.715

* nicht zuzuordnen: z.B. T1, N0, Mx

** Primärfälle operiert mit neoadjuvanter oder präoperativer systemischer Therapie

*** Primärfälle operiert ohne neoadjuvante oder präoperative systemische Therapie

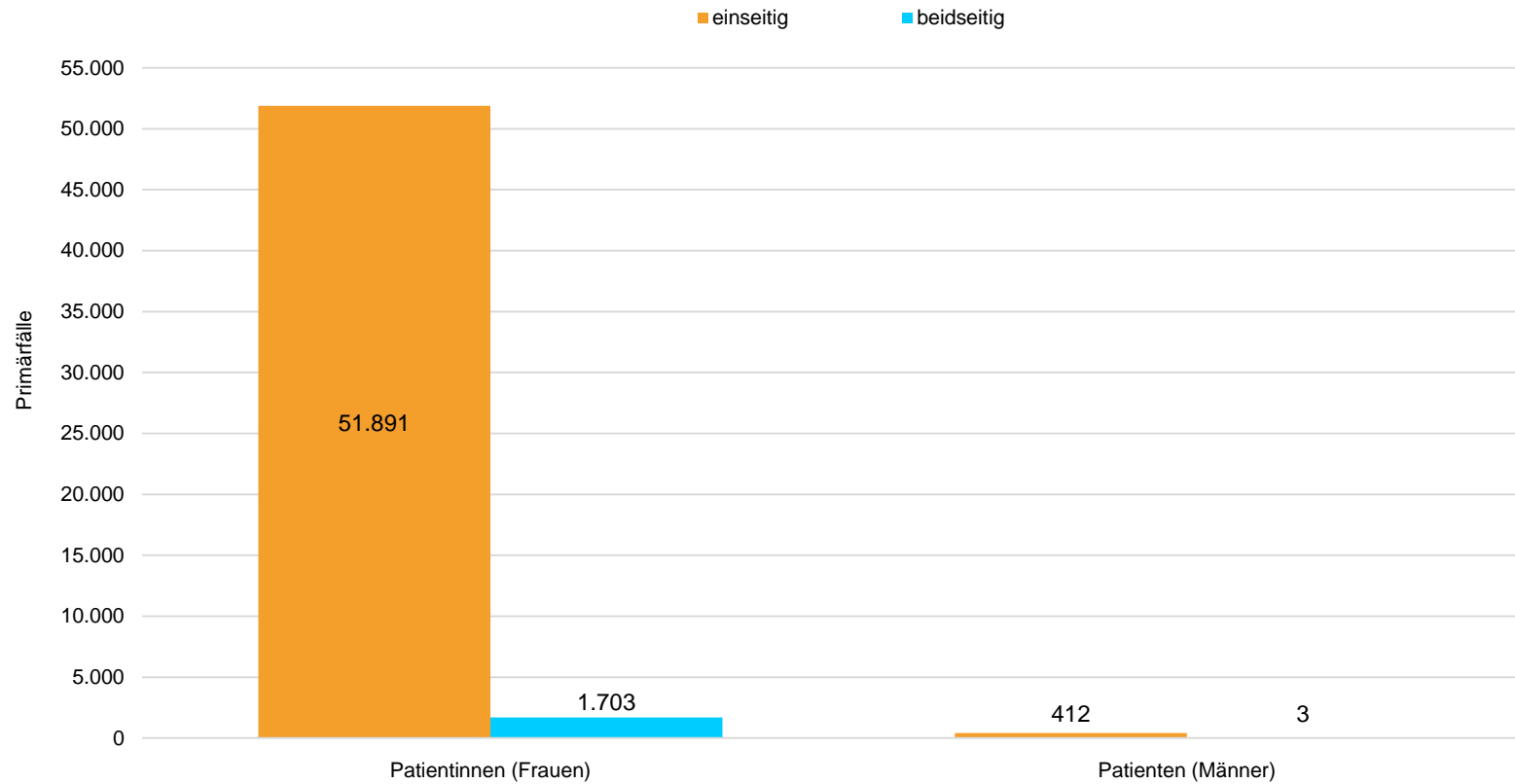
Basisdaten – Verteilung operierte Primärfälle Mammakarzinom



	Tis (=DCIS), NO, M0	T1, NO, M0	T2, NO, M0	T3, NO, M0	T4, NO, M0	N+ (jedes T inkl. Tis/Tx), M0	M1 (jedes N, jedes T inkl. Tis/Tx)	nicht zuzuordnen*	Gesamt
Mastektomien	1.170 (22,71%)	2.634 (14,09%)	2.557 (28,83%)	483 (65,18%)	265 (77,03%)	5.407 (42,31%)	811 (65,77%)	248 (26,16%)	13.575
BET	3.981 (77,29%)	16.055 (85,91%)	6.313 (71,17%)	258 (34,82%)	79 (22,97%)	7.371 (57,69%)	422 (34,23%)	700 (73,84%)	35.179
Operierte Primärfälle gesamt	5.151	18.689	8.870	741	344	12.778	1.233	948	48.754

* nicht zuzuordnen: z.B. T1, N0, Mx

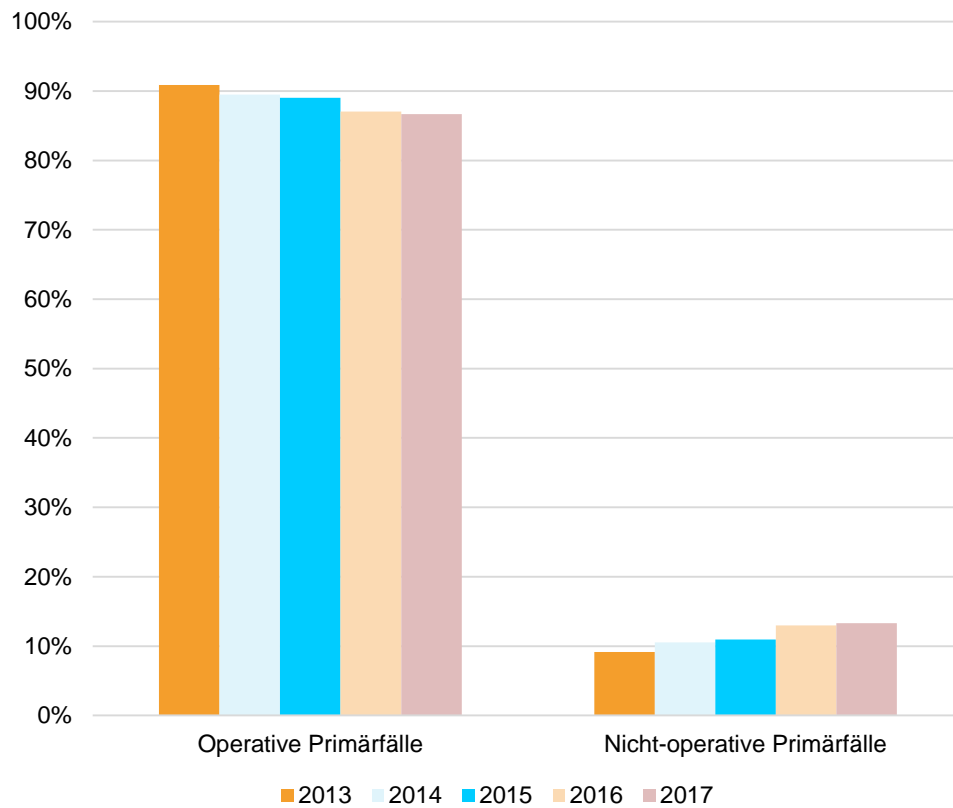
Basisdaten – Erkrankung



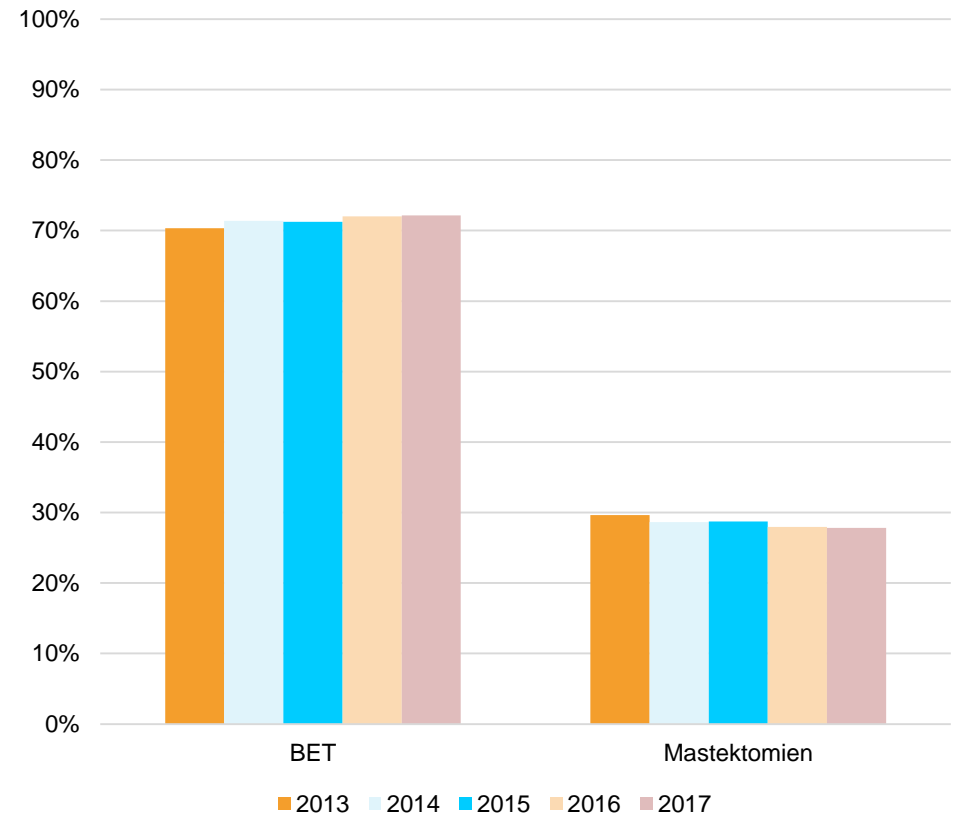
	Patientinnen (Frauen)	Patienten (Männer)	Primärfälle Gesamt
einseitig	51.891 (96,82%)	412 (99,28%)	52.303
beidseitig (synchron)	1.703 (3,18%)	3 (0,72%)	3.412
			55.715
Gesamt	53.594	415	

Basisdaten – Entwicklung 2013 - 2017

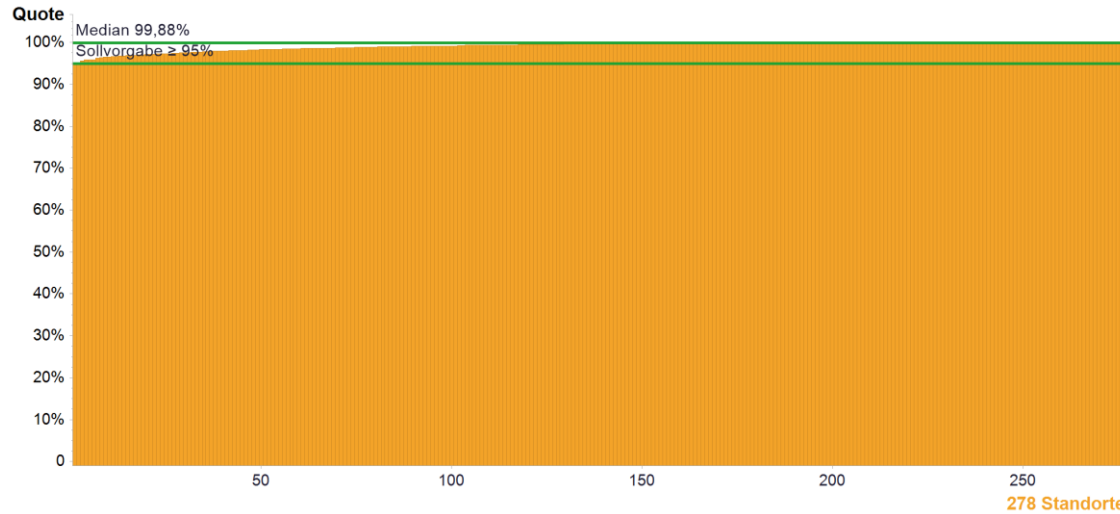
Verteilung Operative vs. Nicht-operative Primärfälle 2013-2017



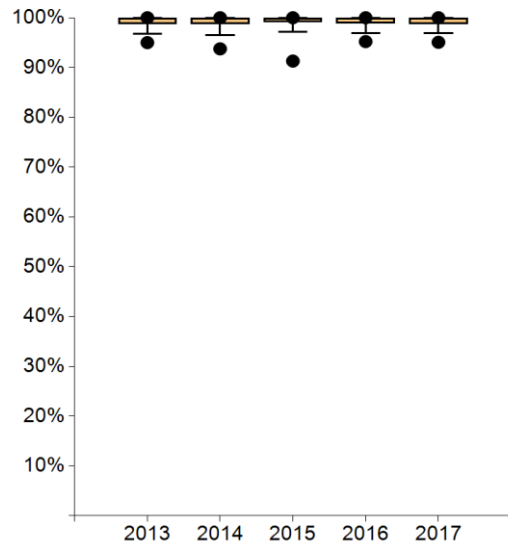
Verteilung Operative Primärfälle 2013-2017



1. Postoperative Fallbesprechung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operierte Primärfälle, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	149,5*	51 - 858	48355
Nenner	Operierte Primärfälle (Primärfaldefinition siehe 1.2.0)	150*	52 - 858	48754
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	99,88%	95,07% - 100%	99,18%**



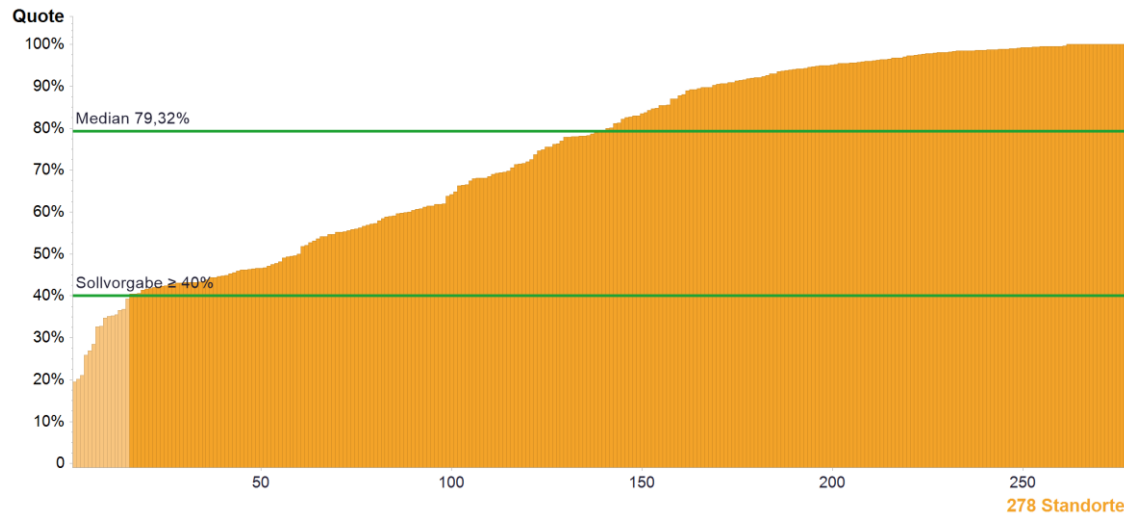
	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	99,88%
25. Perzentil	98,69%	98,76%	99,11%	98,82%	98,73%
5. Perzentil	96,77%	96,55%	97,20%	96,95%	96,85%
● Min	95,00%	93,75%	91,30%	95,21%	95,07%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	278	100,00%

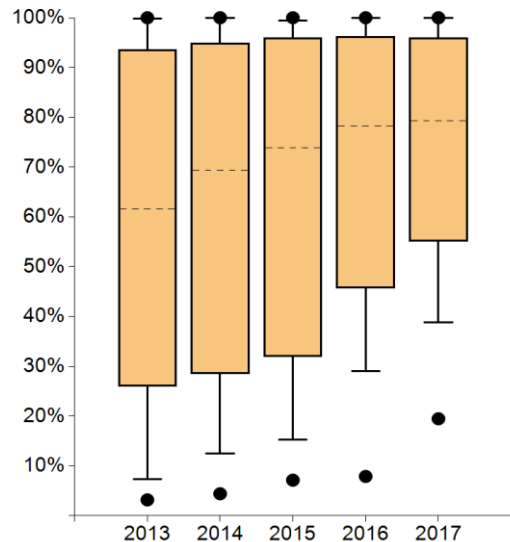
Anmerkungen:
In allen Zentren wird die Sollvorgabe von mind. 95% Vorstellungsrate aller operierten Primärfälle in der Tumorkonferenz erreicht.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

2. Prätherapeutische Fallbesprechung



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle, die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden	126*	27 - 724	41204
Nenner	Primärfälle	178*	62 - 907	55715
Quote	Sollvorgabe ≥ 40%	79,32%	19,47% - 100%	73,95%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,77%	100%	99,41%	100%	100%
75. Perzentil	93,63%	94,90%	96,02%	96,18%	95,92%
Median	61,60%	69,40%	73,84%	78,29%	79,32%
25. Perzentil	25,97%	28,47%	32,00%	45,71%	55,14%
5. Perzentil	7,26%	12,47%	15,33%	29,05%	38,88%
● Min	3,18%	4,41%	7,14%	7,89%	19,47%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	263	94,60%

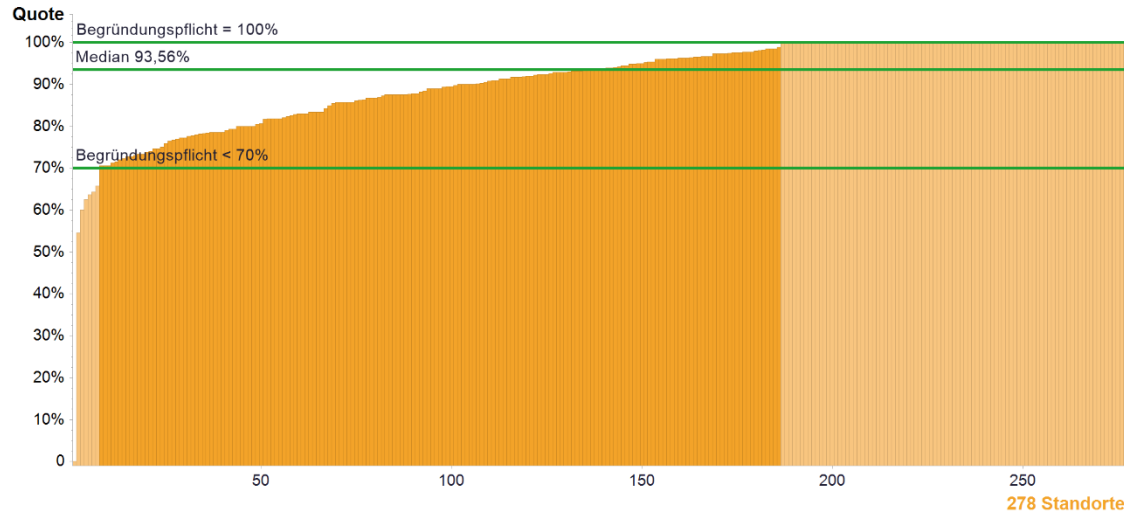
Anmerkungen:

Im Vergleich zum Vorjahr erfüllen mehr Standorte die Sollvorgabe von $\geq 40\%$ Vorstellungsquote in der prätherapeutischen Konferenz (94,6% versus 87,55% der Standorte im Vorjahr). Seit Einführung der Sollvorgabe im Kennzahlenjahr 2016 weiterhin Anstieg des Medians und deutlicher Anstieg des Minimalwerts für die Kennzahl. 165 Zentren konnten ihre Quote im Vorjahresvergleich halten oder steigern. 15 Zentren erreichten die Sollvorgabe nicht und begründeten dies mit ausschließlicher Vorstellung neoadjuvant therapierter Primärfälle, Dokumentationschwierigkeiten sowie Verzicht auf erneute Besprechung von Patienten, die bereits in der Screening-Tumorkonferenz oder der senologisch-radiologischen Konferenz diskutiert wurden.

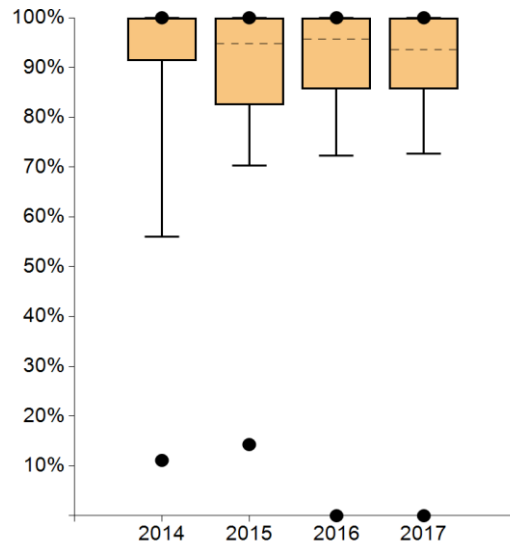
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

3. Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/ Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Pat. mit 1. Lokalrezidiv/ u./o. 1. Fernmetastasierung, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	23*	0 - 178	8206
Nenner	Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat.)	25*	1 - 180	9061
Quote	Begründungspflicht*** <70% und =100%	93,56%	0,00% - 100%	90,56%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	-----	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	-----	100%	100%	100%	100%
Median	-----	100%	94,80%	95,74%	93,56%
25. Perzentil	-----	91,37%	82,42%	85,71%	85,71%
5. Perzentil	-----	56,04%	70,34%	72,29%	72,67%
Min	-----	11,11%	14,29%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	179	64,39%

Anmerkungen:

Weiterhin sehr gute Umsetzung der Kennzahl mit leicht rückläufigem Median. Von den 5 Zentren mit Vorstellungsquote <70% im Vorjahr konnten 4 Zentren ihr Ergebnis deutlich verbessern. In 7 Zentren lag die Vorstellungsquote im Kennzahlenjahr 2017 <70%. Die Zentren begründeten dies mit Patienten mit Rezidiv/ sekundärer Fernmetastasierung, die zum Teil durch Niedergelassene oder in anderen Kliniken betreut und nicht im Zentrum vorgestellt wurden.

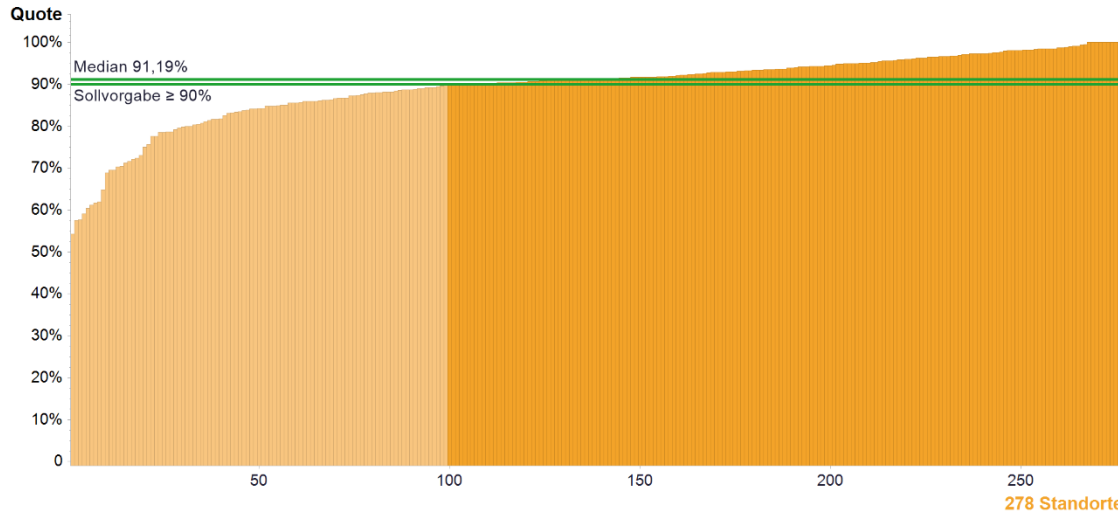
Zur Steigerung der Vorstellungsquote bemühen sich die Zentren um Verbesserung der Netzwerkzusammenarbeit insbesondere mit den niedergelassenen Kollegen und Festigung interner Standards.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

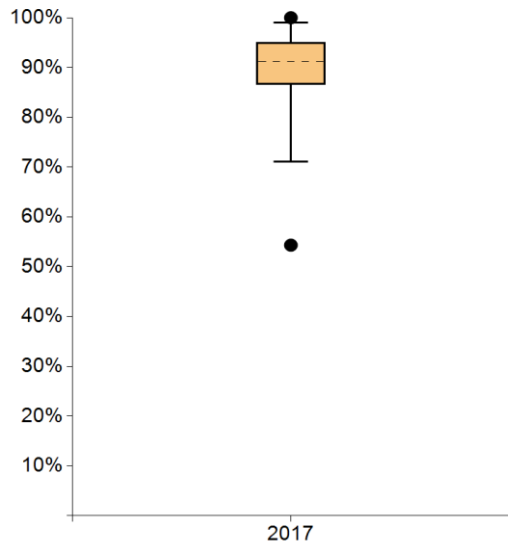
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

4. Strahlentherapie nach BET bei inv. Mammakarzinom (LL QI 6)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit inv. Mammakarzinom und BET, und Radiatio	83*	26 - 589	27393
Nenner	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom und BET (ohne primär M1 Pat.)	95*	27 - 592	30556
Quote	Sollvorgabe $\geq 90\%$	91,19%	54,33% - 100%	89,65%**



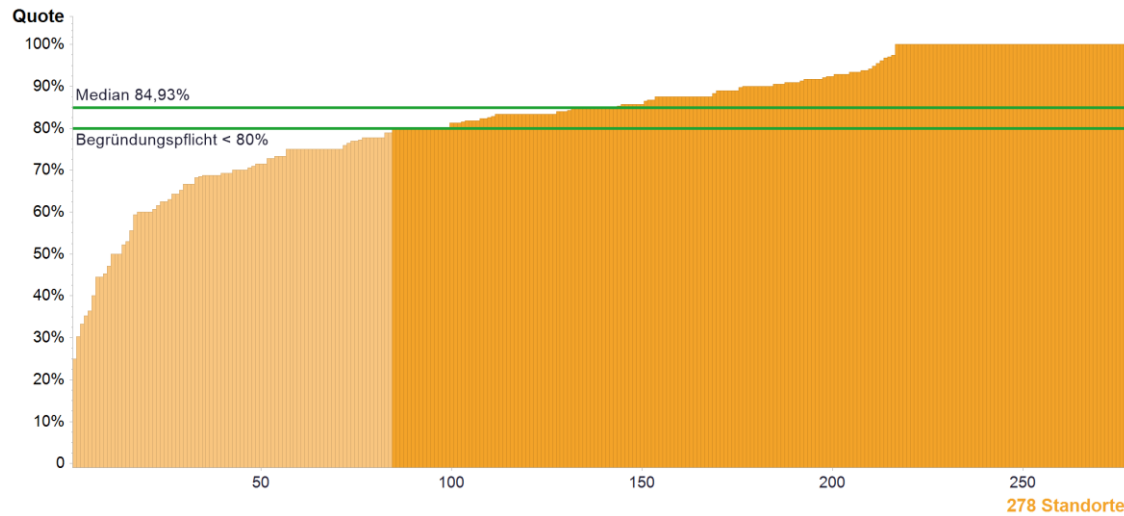
	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	99,07%
75. Perzentil	----	----	----	----	95,07%
Median	----	----	----	----	91,19%
25. Perzentil	----	----	----	----	86,62%
5. Perzentil	----	----	----	----	71,06%
● Min	----	----	----	----	54,33%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	179	64,39%

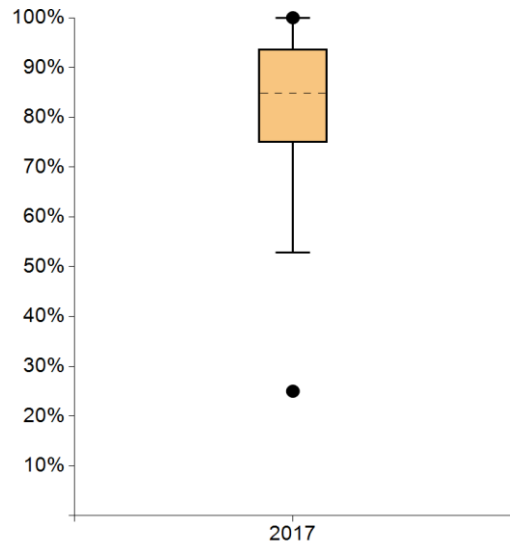
Anmerkungen:
 Für diese Kennzahl erfolgte ab Kennzahlenjahr 2017 eine Anpassung der Zählerdefinition (vormals Kennzahl 4.1) und seit Kennzahlenjahr 2018 werden ausschließlich die empfohlenen Strahlentherapien erfasst.
 179 Zentren erfüllten die Sollvorgabe für brusterhaltend operierte Primärfälle. In 99 Zentren wurde die Sollvorgabe von $\geq 90\%$ nicht erreicht und 12 der 99 Zentren haben eine Quote $<70\%$. Zentren mit geringer Bestrahlungsquote begründeten dies mit Verzicht auf Empfehlung zur Radiotherapie bei Multimorbidität der Patienten bzw. vorgesehener Ablatio mammae, sowie empfohlener, aber noch nicht begonnener oder zum Erhebungszeitpunkt noch laufender Chemotherapie.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

5. Strahlentherapie nach BET bei DCIS



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit DCIS mit BET, und Radiatio	10*	1 - 66	3311
Nenner	Primärfälle mit DCIS und BET	12*	1 - 68	3991
Quote	Begründungspflicht*** <80%	84,93%	25,00% - 100%	82,96%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	93,75%
Median	----	----	----	----	84,93%
25. Perzentil	----	----	----	----	75,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	52,82%
● Min	----	----	----	----	25,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	194	69,78%

Anmerkungen:

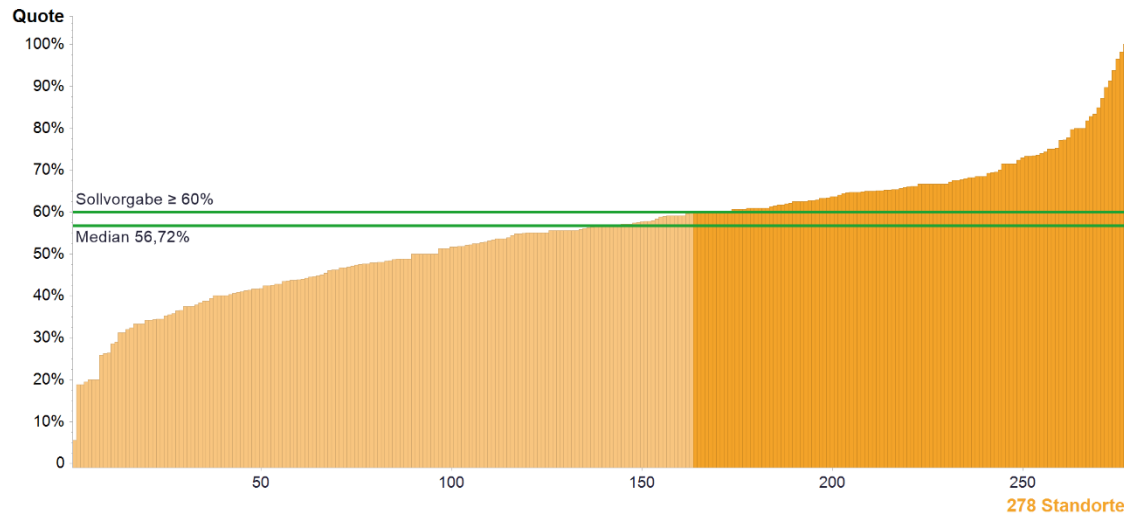
Für diese Kennzahl erfolgte ab Kennzahlenjahr 2017 eine Anpassung der Zählerdefinition (vormals Kennzahl 5.1) und seit Kennzahlenjahr 2018 werden die begonnene Strahlentherapien erfasst.
194 Zentren erreichten eine Quote $\geq 80\%$. Die Nicht-Durchführung der Radiatio begründeten die Zentren mit Low Grade-DCIS, sehr kleinem Befund, fehlender Information über die weitere Behandlung oder Komorbidität bzw. Ablehnung der Therapie durch die Patientinnen.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

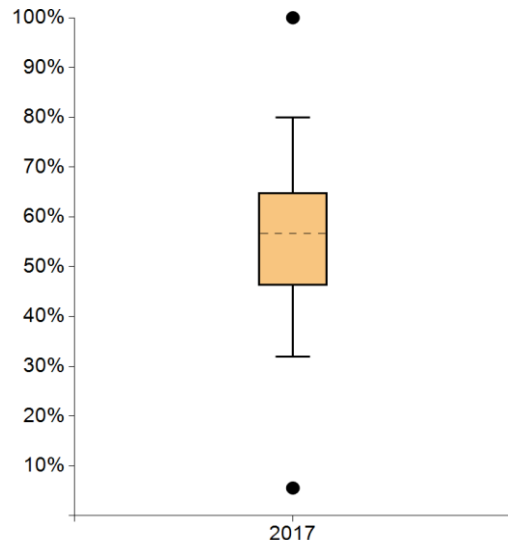
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

6. Chemotherapie bei Rez. pos. und nodalpos. Befund



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Rez. pos. und nodalpos. Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom und Chemotherapie	21*	1 - 124	6616
Nenner	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom mit Rez. pos. und nodalpositivem Befund (ohne primär M1 Pat.)	38*	5 - 191	11742
Quote	Sollvorgabe $\geq 60\%$	56,72%	5,56% - 100%	56,34%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	80,00%
75. Perzentil	----	----	----	----	64,90%
Median	----	----	----	----	56,72%
25. Perzentil	----	----	----	----	46,28%
5. Perzentil	----	----	----	----	31,89%
Min	----	----	----	----	5,56%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	115	41,37%

Anmerkungen:

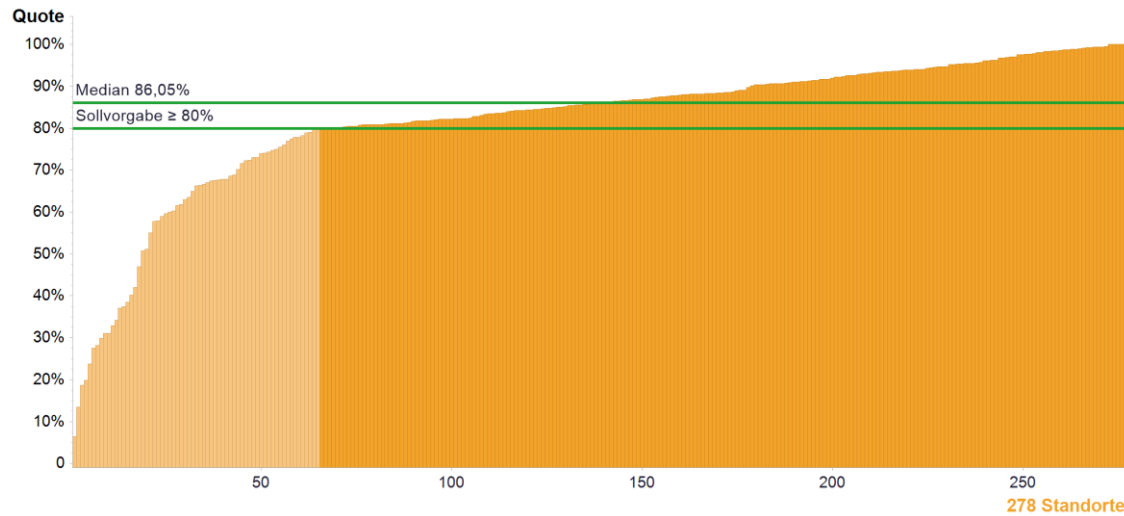
Ab Kennzahlenjahr 2017 wurde der Zähler für diese Kennzahl bei identischer Nennerdefinition angepasst und seit Kennzahlenjahr 2018 werden ausschließlich die empfohlenen Chemotherapien erfasst.

In 163 Zentren wurde die Sollvorgabe von $\geq 60\%$ unterschritten. Die Zentren begründeten dies mit dem Vorliegen von Mikrometastasen bzw. <3 pos. LK, Ablehnung der Therapie durch die Patienten, bestehenden Komorbiditäten, hohem Alter oder günstiger Tumorbilogie. Die Ergebnisse wurden in den Auditverfahren ausführlich betrachtet und einer Einzelfallanalyse zur Plausibilitätsprüfung unterzogen.

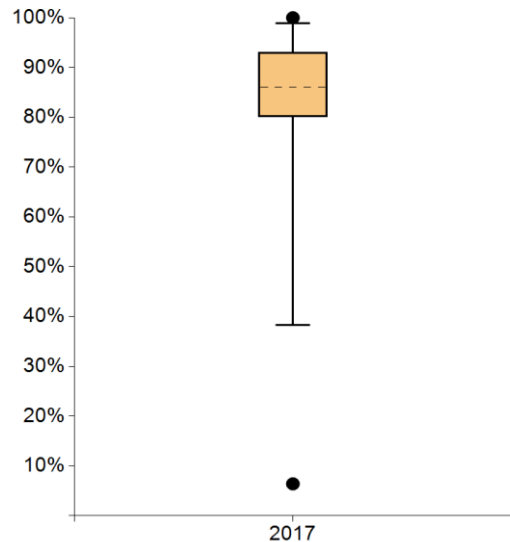
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

7. Endokrine Therapie bei steroidrez. positivem Befund (LL QI 7)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Steroidrez. pos. Primärfälle, bei denen eine endokrine Therapie begonnen wurde	103*	11 - 655	31995
Nenner	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom mit steroidrez. positivem Befund (ohne primär M1 Pat.)	126*	29 - 659	39248
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	86,05%	6,40% - 100%	81,52%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	98,87%
75. Perzentil	----	----	----	----	93,04%
Median	----	----	----	----	86,05%
25. Perzentil	----	----	----	----	80,13%
5. Perzentil	----	----	----	----	38,32%
Min	----	----	----	----	6,40%

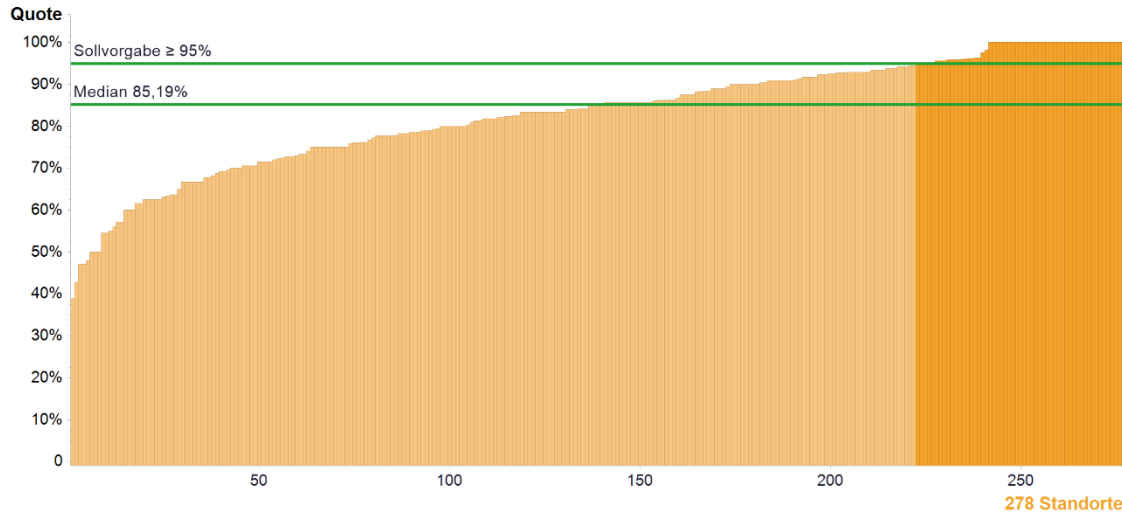
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	213	76,62%

Anmerkungen:

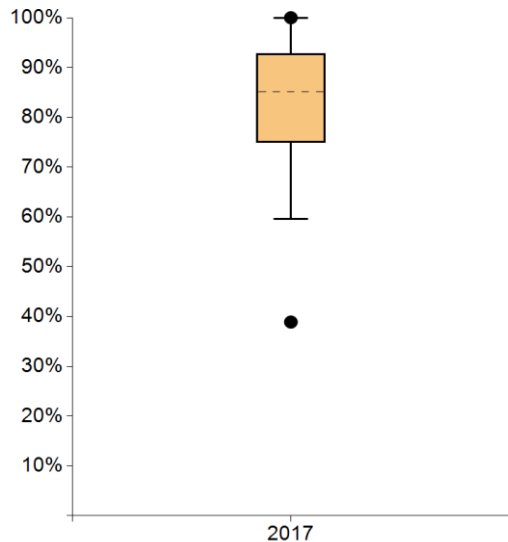
Ab Kennzahlenjahr 2017 wurde der Zähler für diese Kennzahl bei identischer Nennerdefinition angepasst und seit Kennzahlenjahr 2018 werden ausschließlich die empfohlenen endokrine Therapien erfasst. In 213 Zentren wurde bei $\geq 80\%$ der Primärfälle mit steroidrezeptor-positivem Mammakarzinom eine endokrine Therapie eingeleitet. 65 Zentren erreichten die Sollvorgabe nicht und begründeten dies v.a. mit fehlenden Informationen von den niedergelassenen Fachärzten. Außerdem die Ablehnung der Therapie durch die Patienten, Verzicht auf endokrine Therapie aufgrund von Multimorbidität oder dringlicher Behandlung eines prognoseführenden Zweitkarzinoms. Als weitere Begründung wurden noch nicht abgeschlossene Primärtherapien angegeben. Die Auditoren sprachen eine Reihe von Hinweisen aus.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

8. Trastuzumabtherapie über 1 Jahr bei HER-2 pos. Befund (LL QI 8)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	HER-2 pos. Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom, bei denen eine Trastuzumabtherapie über 1 Jahr begonnen wurde	15*	2 - 82	4799
Nenner	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom mit HER-2 pos. Befund (ohne primär M1 Pat.)	18*	4 - 83	5721
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	85,19%	38,89% - 100%	83,88%**



	2013	2014	2015	2016	2017
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	92,86%
Median	----	----	----	----	85,19%
25. Perzentil	----	----	----	----	75,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	59,57%
● Min	----	----	----	----	38,89%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	56	20,14%

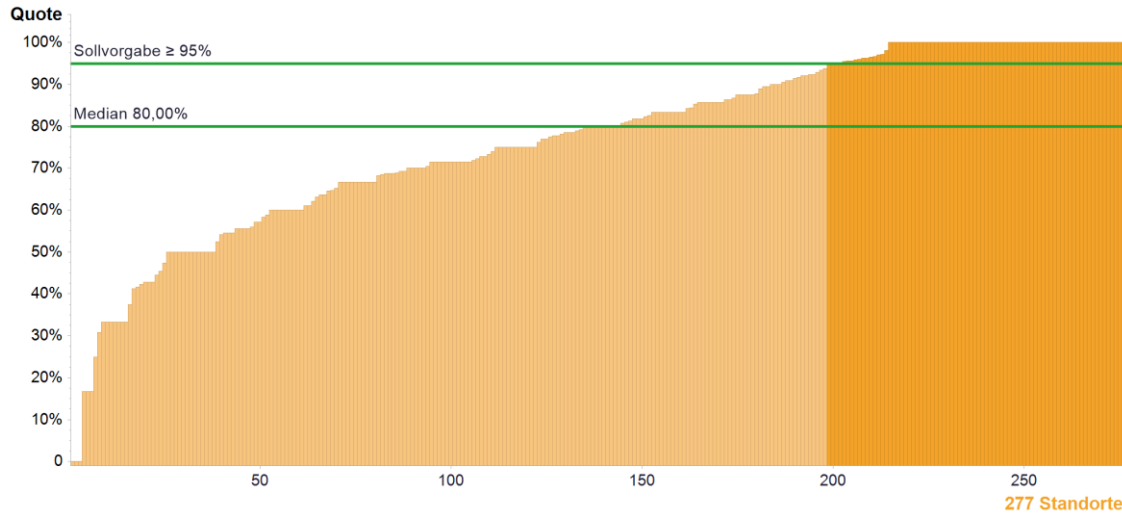
Anmerkungen:

Für diese Kennzahl erfolgte ab Kennzahlenjahr 2017 eine Anpassung der Zählerdefinition (vormals Kennzahl 10.1/10.2) und seit Kennzahlenjahr 2018 werden ausschließlich die empfohlenen Trastuzumabtherapien über 1 Jahr erfasst. Nur 56 Zentren erreichten die Sollvorgabe von $\geq 95\%$ Trastuzumab-Therapiequote bei M0-Primärfällen mit Her2-positivem Mammakarzinom. Von den 222 Zentren, die die Sollvorgabe unterschritten, erreichten 125 Zentren Quoten zwischen 80% und $< 95\%$. Niedrige Quoten begründeten die Zentren mit noch nicht begonnen Therapie, die jedoch geplant sind, Ablehnung der Therapie durch die Patienten, Therapieverzicht aufgrund hohen Alters/ Multimorbidität, postoperativem Versterben der Patienten und prognosebestimmenden Zweitkarzinomen. Die Angaben der Zentren wurden im Rahmen der Auditverfahren mittels Einzelfallprüfungen plausibilisiert.

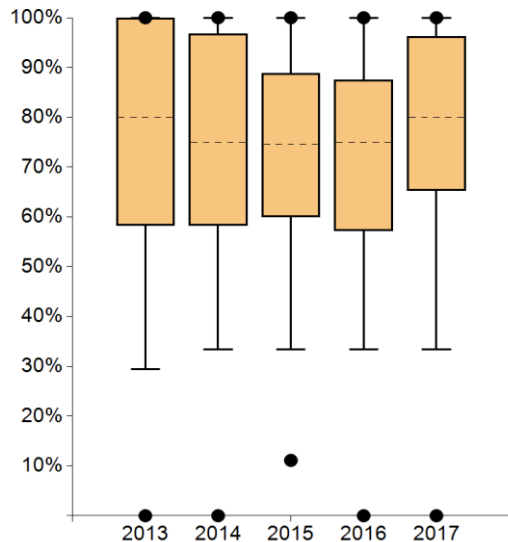
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

9. Endokrine Therapie bei Metastasierung (LL QI 11)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Pat., bei denen mit einer endokrin basierten Therapie im metastasierten Stadium als First-line-Therapie begonnen wurde	8*	0 - 108	3169
Nenner	Pat. mit steroidrez. pos. und HER2-negativem inv. Mammakarzinom mit 1. Fernmetastasierung (incl. Primär M1 Pat.)	11*	1 - 113	4031
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	80,00%	0,00% - 100%	78,62%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	96,77%	88,89%	87,50%	96,30%
Median	80,00%	75,00%	74,54%	75,00%	80,00%
25. Perzentil	58,33%	58,28%	60,00%	57,14%	65,22%
5. Perzentil	29,36%	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%
Min	0,00%	0,00%	11,11%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
277	99,64%	79	28,52%

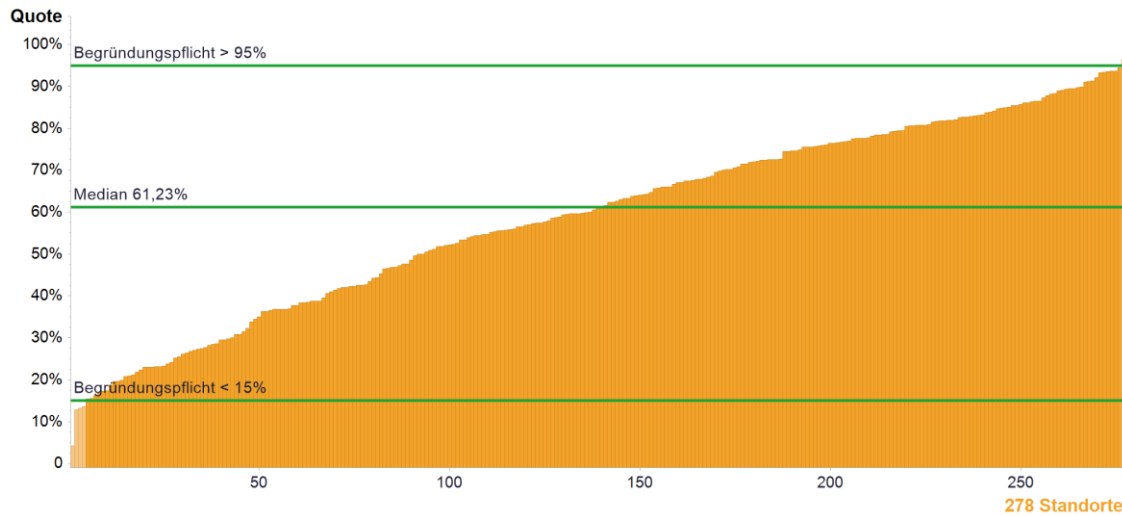
Anmerkungen:

Im Vorjahresvergleich bessere Umsetzung der Kennzahl mit ansteigendem Median. In 92 Zentren war die Rate endokriner First-Line-Therapien rückläufig, 177 Zentren konnten ihr Ergebnis vom Vorjahr halten oder steigern. 198 Zentren erreichten die Sollvorgabe nicht und begründeten dies mit Entscheidung zur Chemotherapie aufgrund eines hohen Remissionsdrucks v.a. bei jungen Patienten, Versterben der Patienten vor Therapiebeginn oder Ablehnung der Therapie. Die 3 Zentren mit dem geringsten Ergebnis (0%) hatten jeweils eine sehr geringe Grundgesamtheit (1-5 Patienten im Nenner). Die Angaben der Zentren wurden mittels Einzelfallbetrachtung plausibilisiert. Die Auditoren sprachen Hinweise zur Verbesserung der Netzwerkzusammenarbeit und Optimierung des Follow-Up ambulant betreuter Patienten aus.

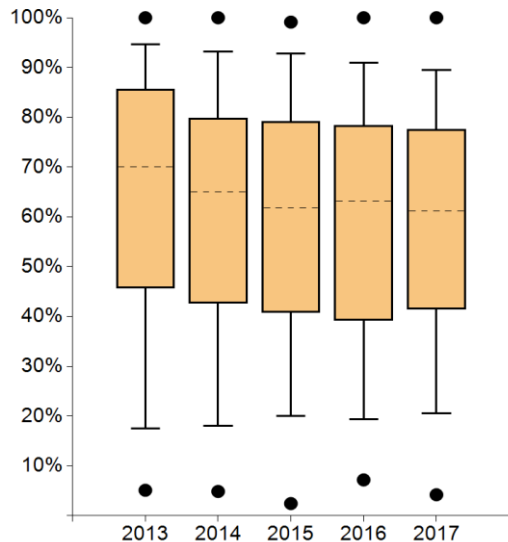
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

10. Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min.)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Pat., die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	122*	8 - 939	38507
Nenner	Primärfallpat. + Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat., da bereits in den Primärfällen enthalten)	203*	65 - 1087	64776
Quote	Begründungspflicht*** <15% und >95%	61,23%	4,21% - 100%	59,45%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	100%	100%	99,12%	100%	100%
95. Perzentil	94,60%	93,20%	92,81%	90,90%	89,54%
75. Perzentil	85,60%	79,84%	79,18%	78,38%	77,60%
Median	70,07%	65,06%	61,82%	63,14%	61,23%
25. Perzentil	45,74%	42,67%	40,82%	39,15%	41,46%
5. Perzentil	17,57%	18,04%	20,05%	19,31%	20,60%
Min	5,11%	4,87%	2,44%	7,19%	4,21%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	272	97,84%

Anmerkungen:

Weiterhin gute Umsetzung der Kennzahl, bei leicht rückläufigem Median und Minimalwert. In 127 Zentren konnte die psychoonkologische Betreuungsquote im Vorjahresvergleich verbessert werden. In 4 Zentren erhielten <15% der Patienten ein psychoonkologische Beratungsgespräch. Die 6 Zentren mit dem geringsten Ergebnis (<15%) im Vorjahr konnten ihre Betreuungsquote in Kennzahlenjahr 2017 steigern.

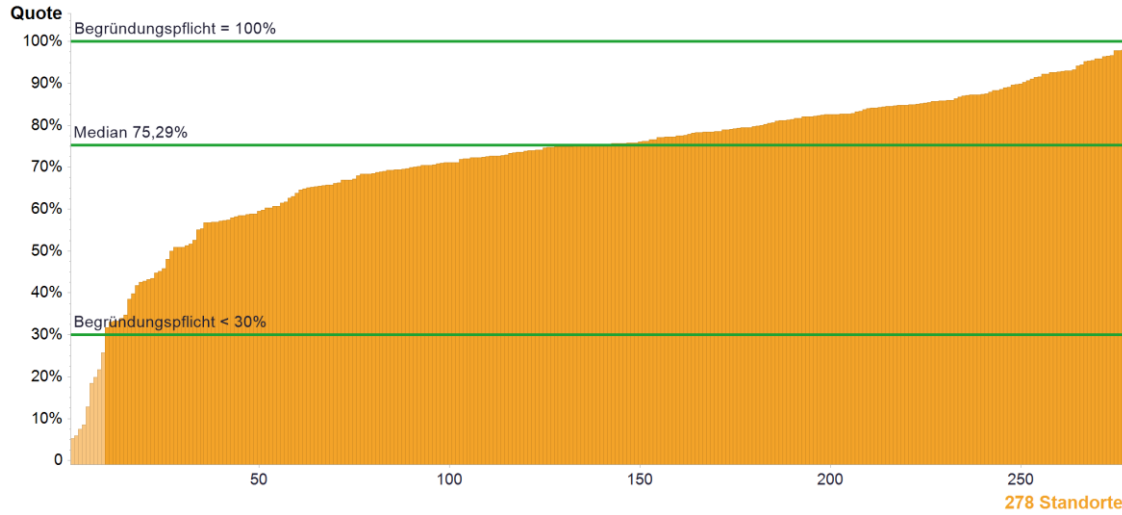
Geringe Beratungsquoten begründeten die Zentren mit geringer Inanspruchnahme oder Ablehnung des Betreuungsangebotes durch die Patienten. Die Auditoren wiesen auf eine Optimierung der Organisationsabläufe für die psychoonkologische Versorgung hin.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

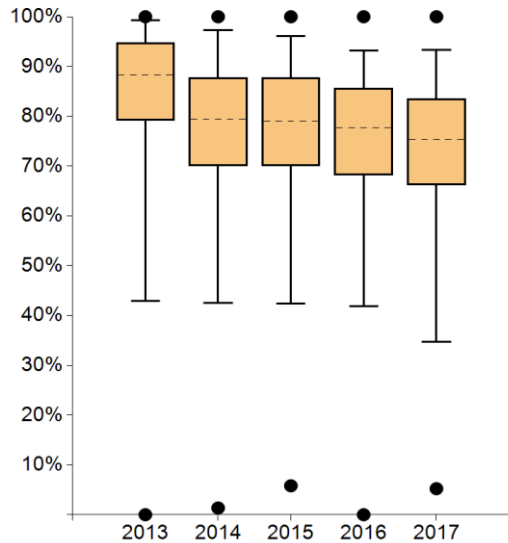
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

11. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Pat., die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	145*	9 - 955	47005
Nenner	Primärfallpat. + Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat., da bereits in den Primärfällen enthalten)	203*	65 - 1087	64776
Quote	Begründungspflicht*** <30% und =100%	75,29%	5,23% - 100%	72,57%**



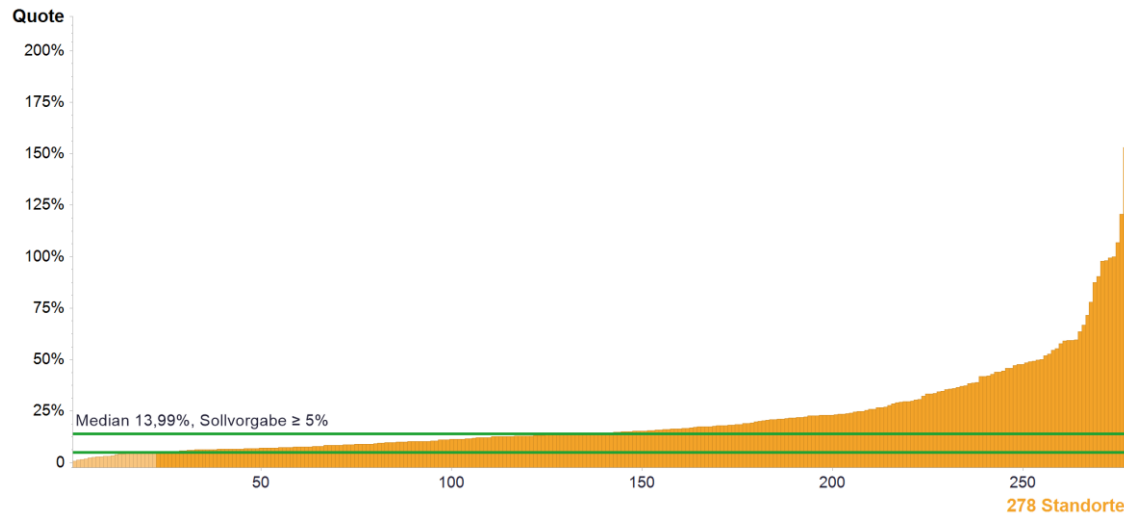
	2013	2014	2015	2016	2017
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	99,34%	97,31%	96,12%	93,21%	93,32%
75. Perzentil	94,76%	87,81%	87,72%	85,67%	83,60%
Median	88,33%	79,37%	78,99%	77,75%	75,29%
25. Perzentil	79,14%	69,99%	70,02%	68,22%	66,16%
5. Perzentil	42,97%	42,56%	42,33%	41,86%	34,66%
Min	0,00%	1,35%	5,81%	0,00%	5,23%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	268	96,40%

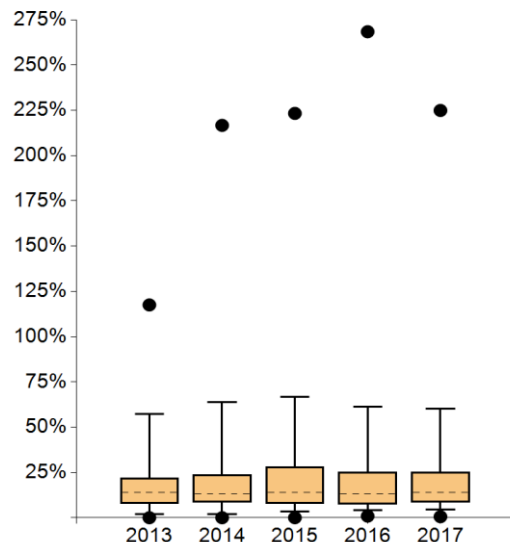
Anmerkungen:
 Im Verlauf Absinken des Medians der Beratungsquote in den Zentren. In 137 Zentren war die sozialdienstliche Beratungsquote im Vorjahresvergleich zum Vorjahr rückläufig, 131 Zentren konnten den Anteil sozialdienstlich beratener Patienten steigern. Von den 9 Zentren mit der geringsten sozialdienstlichen Beratungsquoten (<30%) befinden sich 7 Zentren im Ausland, mit dort gesetzlich anders geregelter sozialdienstlicher Versorgung. Niedrige Beratungsquoten in den deutschen Zentren wurden mit geringer Inanspruchnahme durch die Patienten bzw. kurzer stationärer Verweildauer begründet. Optimierungsmöglichkeiten der sozialdienstlichen Versorgung werden in Qualitätszirkeln eruiert.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.
 *** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

12. Anteil Studien Patientinnen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Pat. die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	27*	1 - 775	13693
Nenner	Primärfälle	178*	62 - 907	55715
Quote	Sollvorgabe \geq 5%	13,99%	0,56% - 224,90%	24,58%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	117,50%	216,67%	223,28%	268,38%	224,90%
95. Perzentil	57,11%	63,65%	66,65%	61,16%	60,09%
75. Perzentil	21,99%	23,80%	28,18%	25,36%	25,12%
Median	14,11%	13,33%	13,95%	13,24%	13,99%
25. Perzentil	7,92%	8,54%	7,92%	7,43%	8,39%
5. Perzentil	1,85%	1,84%	3,31%	4,08%	4,35%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,88%	0,56%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	256	92,09%

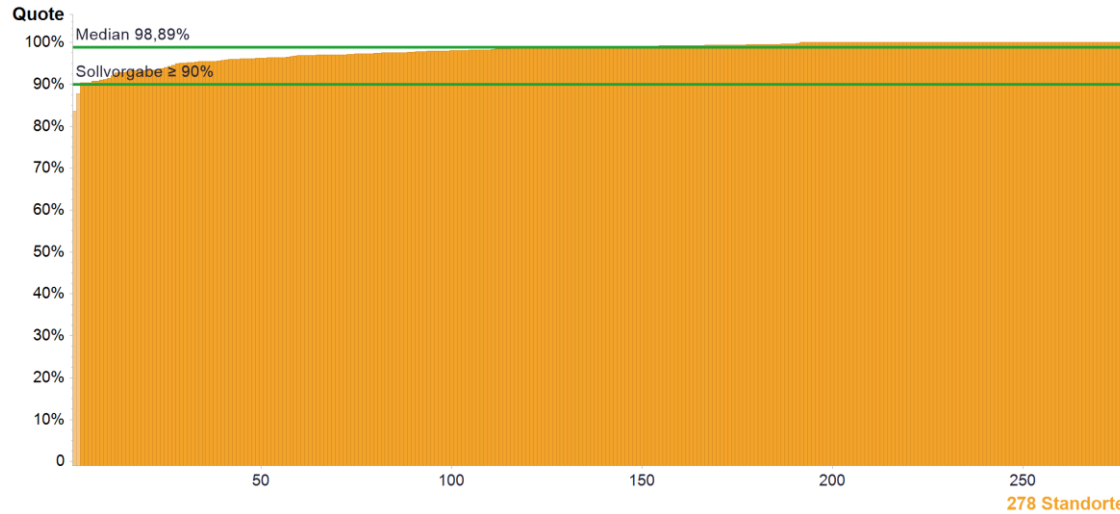
Anmerkungen:

Anhaltend gute Umsetzung der Kennzahl in den Zentren. Im Vorjahresvergleich konnten 143 Zentren ihre Quote steigern, in 126 Zentren war der Anteil in Studien behandelter Patienten rückläufig. 22 Zentren erreichen die Sollvorgabe nicht (Vorjahr: 16 Zentren), und begründeten dies mit Personalwechsel oder -engpässen, Ablehnung der Studienteilnahme durch die Patienten und fehlendem Studienangebot. Die Angaben der Zentren wurden in den Auditverfahren diskutiert. In den Zentren werden verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Studienquote umgesetzt, z.B. verstärktes Engagement für die Registrierung als Studienzentrum bestehender Studien und Initiierung eigener Studienprojekte.

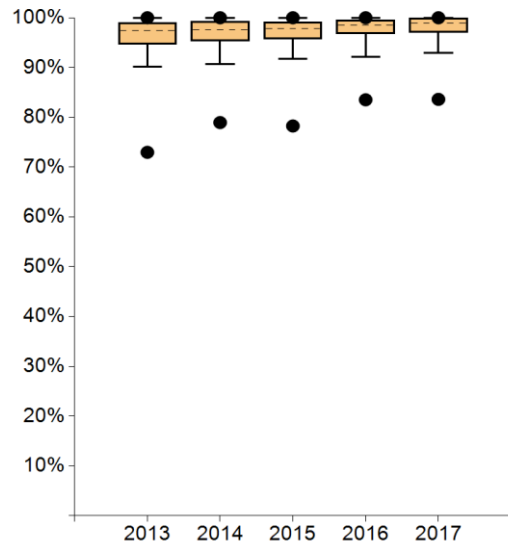
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

13. Prätherapeutische histologische Sicherung (LL QI 1)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	148,5*	47 - 836	47802
Nenner	Primärfälle mit Ersteingriff und Histologie invasives Mammakarzinom oder DCIS	150*	52 - 858	48754
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	98,89%	83,61% - 100%	98,05%**



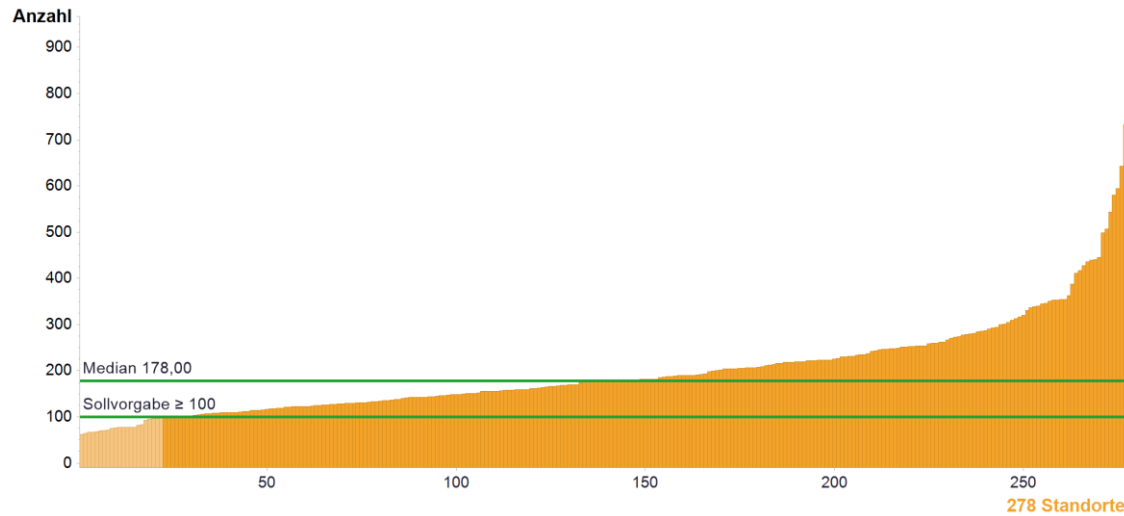
	2013	2014	2015	2016	2017
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	99,06%	99,23%	99,21%	99,55%	100%
Median	97,37%	97,55%	97,89%	98,53%	98,89%
25. Perzentil	94,70%	95,34%	95,73%	96,79%	97,04%
5. Perzentil	90,19%	90,69%	91,74%	92,08%	92,95%
Min	72,97%	78,95%	78,26%	83,52%	83,61%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	276	99,28%

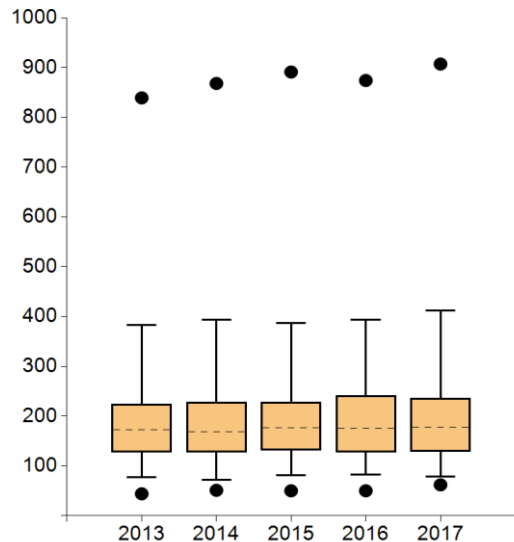
Anmerkungen:
 Anhaltend sehr gute Umsetzung der Kennzahl und damit der Leitlinien-Empfehlung in den Zentren.
 Nur 2 Zentren erreichten die Sollvorgabe (knapp) nicht und begründeten dies mit Ablehnung der histologischen Sicherung durch die Patienten oder der Brustgröße. Die Auditoren haben in einem der Zentren auf die Notwendigkeit der Prozessänderung hingewiesen.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.
 ** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

14. Primärfälle Mammakarzinom



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	178	62 - 907	55715
	Sollvorgabe \geq 100			



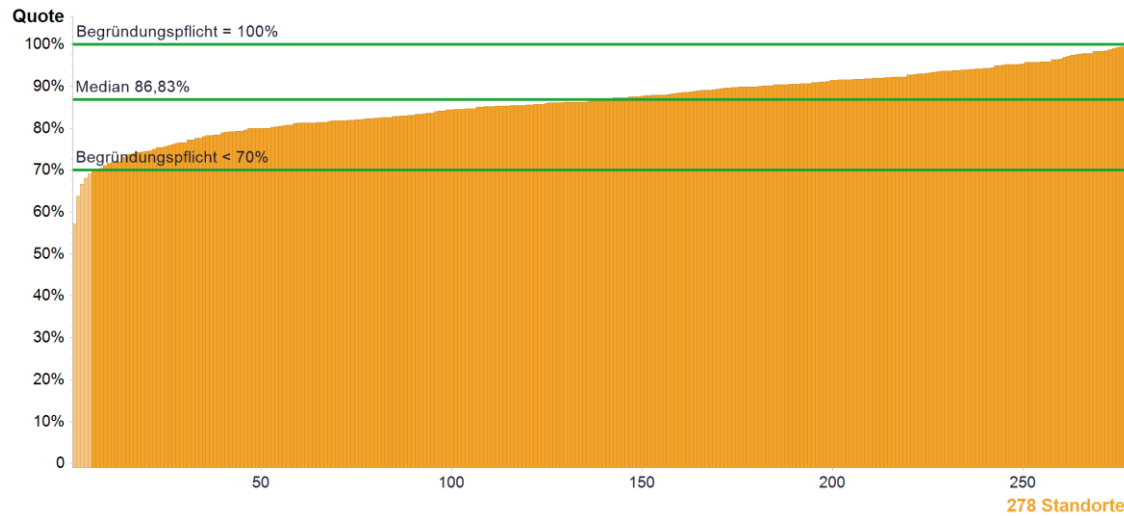
	2013	2014	2015	2016	2017
Max	839,00	868,00	891,00	874,00	907,00
95. Perzentil	383,00	393,50	386,40	393,00	411,90
75. Perzentil	224,00	228,50	228,00	241,50	236,50
Median	172,00	169,00	177,00	175,00	178,00
25. Perzentil	128,00	127,00	131,00	127,50	128,25
5. Perzentil	77,60	72,00	81,70	83,10	78,00
Min	44,00	51,00	50,00	50,00	62,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	256	92,09%

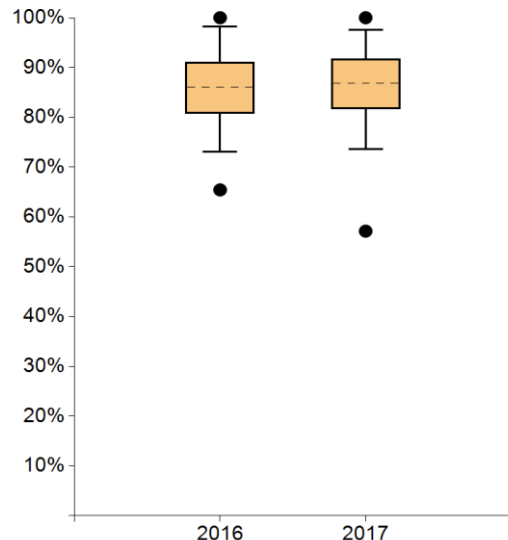
Anmerkungen:

Ansteigende Anzahl der Primärfälle in den Zentren im Vergleich zum Vorjahr. 22 Zentren erreichten die Sollvorgabe von 100 Primärfällen nicht. Diese waren entweder Teil einer Kooperation mit Bestandschutz (50 Primärfälle am zweiten Standort der Kooperation ausreichend) oder in diesen Zentren fand im Auditjahr 2018 ein Überwachungsaudit statt (Nachweis der Primärfallzahl zum Wiederholaudit [alle 3 Jahre] erforderlich). Im Kennzahlenjahr 2017 wurden 55.715 Primärfälle in zertifizierten Zentren behandelt, davon 53.460 in deutschen Zentren. Somit erfolgten 76,5% der Erstbehandlungen bei Brustkrebs in Deutschland in einem zertifizierten Zentrum (Inzidenz Deutschland 2014: 69.871, www.krebsdaten.de).

15. Anzahl operative Eingriffe für R0-Resektion bei BET



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit nur 1em operativen Eingriff bis zum endgültigen Operationszustand BET	94*	23 - 619	30011
Nenner	Operierte Primärfälle mit BET und R0	109*	28 - 666	34613
Quote	Begründungspflicht*** <70% und =100%	86,83%	57,14% - 100%	86,70%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	98,17%	97,62%
75. Perzentil	----	----	----	91,10%	91,79%
Median	----	----	----	86,02%	86,83%
25. Perzentil	----	----	----	80,81%	81,73%
5. Perzentil	----	----	----	73,02%	73,64%
Min	----	----	----	65,43%	57,14%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	272	97,84%

Anmerkungen:

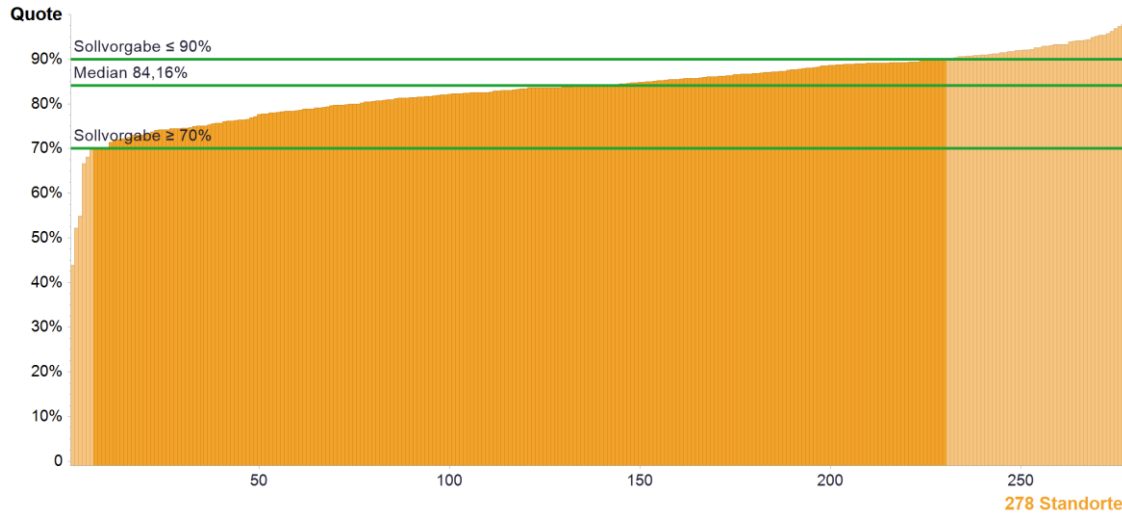
Dieser Qualitätsindikator wurde ab Kennzahlenjahr 2016 neu eingeführt und ist seit Kennzahlenjahr 2017 verbindlich darzulegen. 5 Zentren erreichen bei <70% der brusterhaltend operierten Primärfälle mit dem ersten Eingriff eine R0 Situation. Als Begründung geben die Zentren v.a. ein zusätzliches, randbildendes DCIS bzw. ein DCIS mit knappen Sicherheitsabstand an. Als Maßnahmen für die Verbesserung der Ergebnisse werden Falldiskussion mit Strukturbetrachtung in Qualitätszirkeln sowie Schulungen des radiologischen und OP-Teams zur präoperativen Drahtmarkierung vereinbart.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

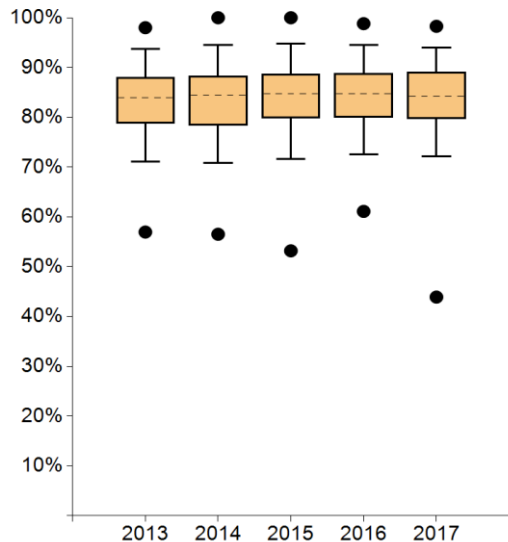
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

16. Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl BET (endgültiger Operationszustand) bei pT1 (inkl. (y)pT1)	61*	12 - 409	19588
Nenner	Operierte Primärfälle mit pT1 (inkl. (y)pT1)	73,5*	20 - 465	23426
Quote	Sollvorgabe 70 - 90%	84,16%	43,90% - 98,28%	83,62%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	98,00%	100%	100%	98,81%	98,28%
95. Perzentil	93,75%	94,53%	94,78%	94,53%	94,02%
75. Perzentil	88,03%	88,33%	88,74%	88,89%	89,03%
Median	83,91%	84,48%	84,75%	84,78%	84,16%
25. Perzentil	78,79%	78,35%	79,86%	80,00%	79,69%
5. Perzentil	71,07%	70,79%	71,57%	72,60%	72,21%
Min	56,96%	56,52%	53,19%	61,11%	43,90%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	224	80,58%

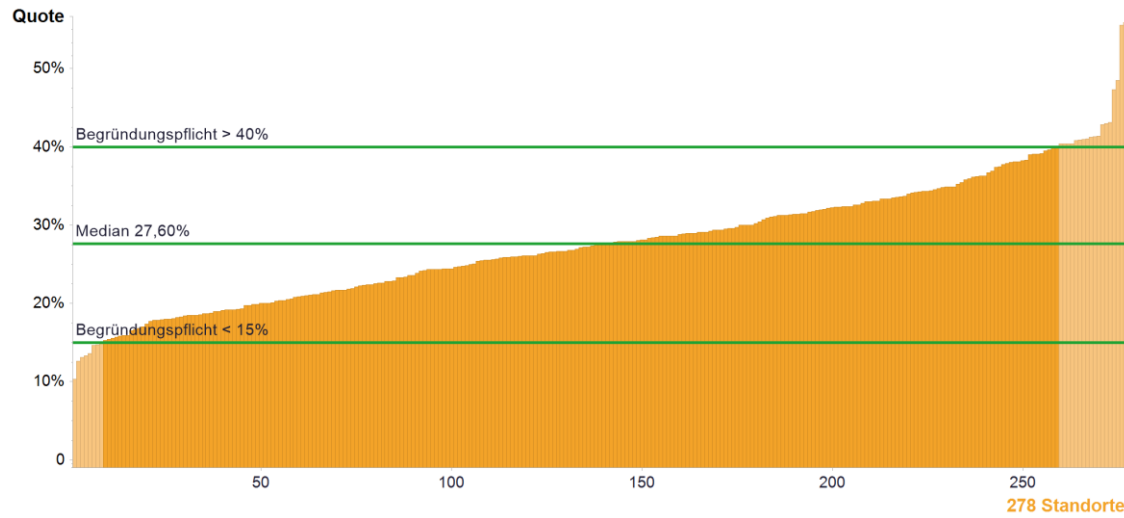
Anmerkungen:

Diese Kennzahl hat eine Ober- und eine Untergrenze, die erfüllt werden soll, damit keine spezifische OP-Methode forciert, sondern vielmehr ein gegebenenfalls bestehender OP-Methoden-Wunsch der Patientinnen berücksichtigt wird. 6 Zentren hatten eine BET-Rate <70% bei pT1-Tumoren und begründeten dies mit dem Vorliegen einer BRCA1- oder 2-Mutation, Wunsch der Patienten nach Ablatio z.B. bei Multimorbidität, Multizentrität oder ausgedehntem begleitenden DCIS, sowie Zustand nach Bestrahlung oder einer ungünstigen Brust-/Tumor-Relation. Besonders hohe Raten brusterhaltender OP-Strategien ergaben sich aus einem jüngeren Patientengut, insbesondere Patienten nach Früherkennung im Screening sowie hohem Anteil neoadjuvanter Therapiekonzepte.

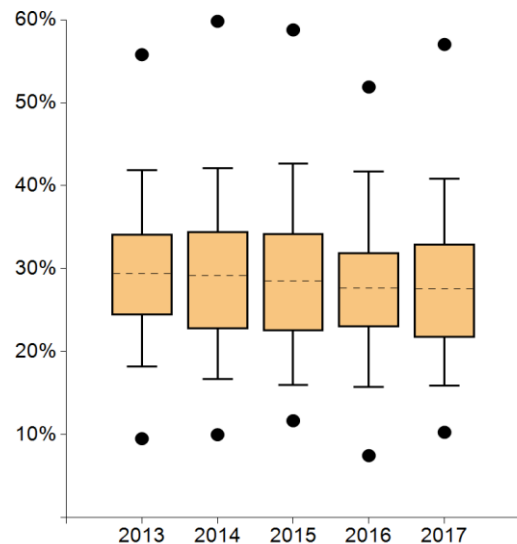
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

17. Mastektomien



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Mastektomien (endgültiger Operationszustand)	40,5*	10 - 250	13575
Nenner	Operierte Primärfälle	150*	52 - 858	48754
Quote	Begründungspflicht*** <15% und >40%	27,60%	10,29% - 57,02%	27,84%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	55,79%	59,81%	58,77%	51,89%	57,02%
95. Perzentil	41,85%	42,08%	42,64%	41,72%	40,82%
75. Perzentil	34,15%	34,50%	34,24%	31,96%	32,95%
Median	29,41%	29,13%	28,52%	27,68%	27,60%
25. Perzentil	24,41%	22,77%	22,53%	22,96%	21,66%
5. Perzentil	18,21%	16,67%	16,02%	15,74%	15,91%
Min	9,52%	10,00%	11,68%	7,48%	10,29%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	251	90,29%

Anmerkungen:

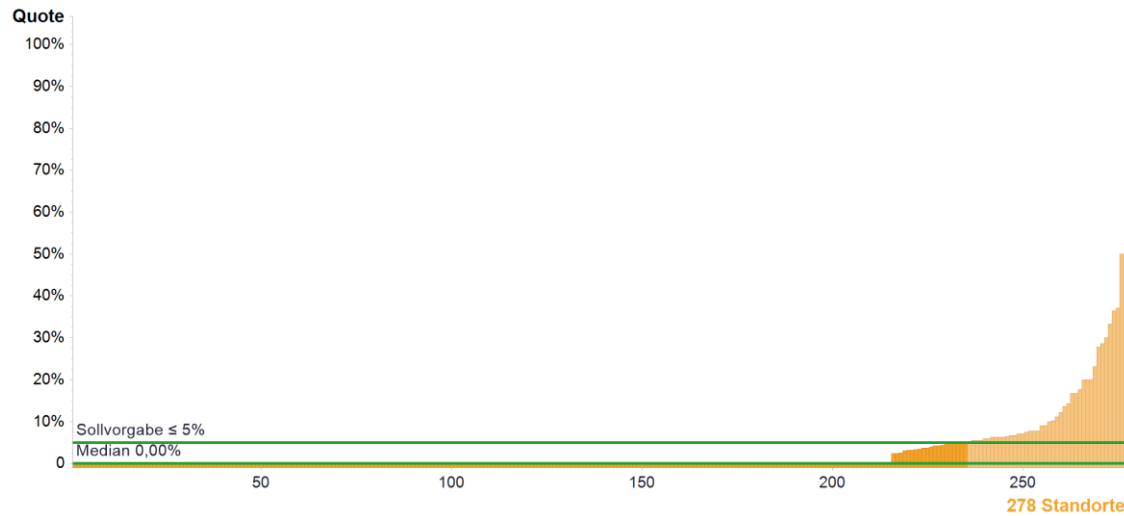
Der Anteil der Mastektomien an den operierten Primärfällen ist über den Verlauf der Zeit nahezu unverändert. Hohe Mastektomieraten begründen die Zentren mit dem Vorliegen von BRCA-Mutationen, Multizentrität, Patientenwunsch, einem hohen Lebensalter der Patienten sowie Komorbiditäten, oder einer ungünstigen Brust-/Tumor-Relation (insbesondere bei männlichen Patienten). Das Zentrum mit der höchsten Rate hat die modifizierte Mastektomie mit sofortiger Rekonstruktion als Option in das primäre Behandlungskonzept integriert.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

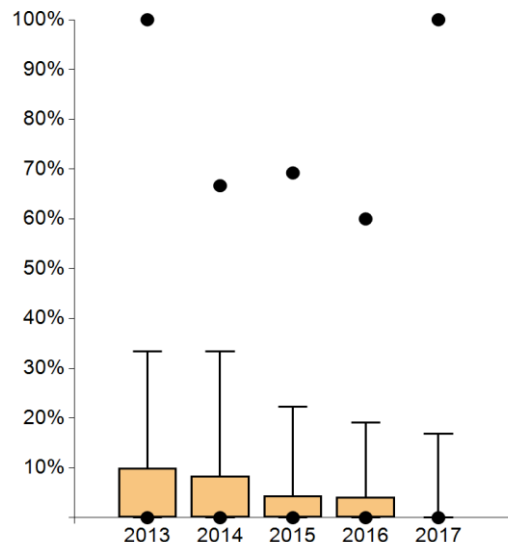
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

*** Bei Werten außerhalb der Plausibilitätsgrenze(n) besteht eine Begründungspflicht der Zentren.

18. LK-Entfernung bei DCIS (LL QI 3)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit axillärer Lymphknotenentnahme	0*	0 - 10	107
Nenner	Primärfälle DCIS und abgeschlossener operativer Therapie und BET	13*	1 - 68	4188
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,00%	0,00% - 100%	2,55%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	100%	66,67%	69,23%	60,00%	100%
95. Perzentil	33,33%	33,33%	22,22%	19,13%	16,82%
75. Perzentil	10,00%	8,33%	4,35%	4,13%	0,00%
Median	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
25. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5. Perzentil	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	235	84,53%

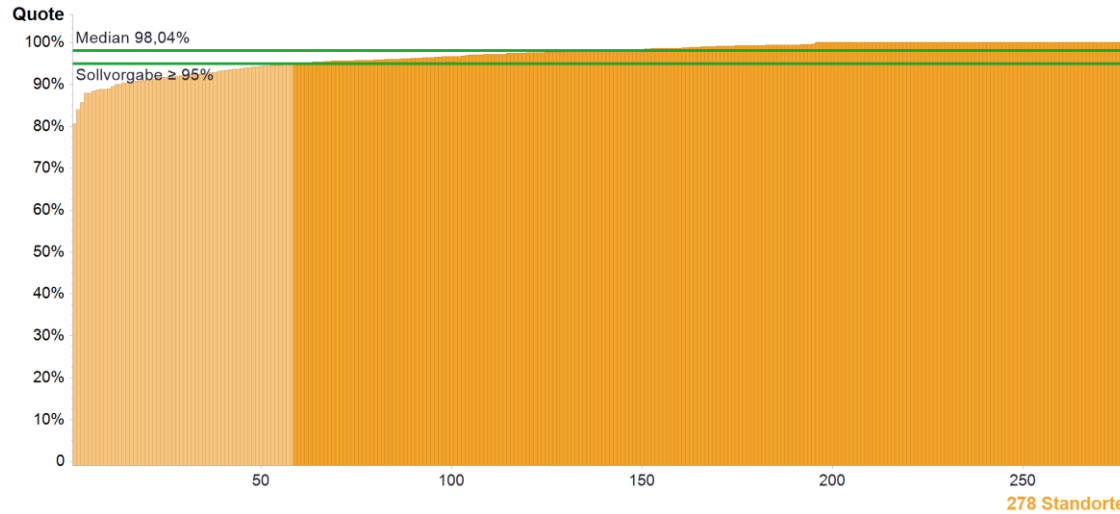
Anmerkungen:

Weiterhin gute Umsetzung des Qualitätsindikators. In 235 Zentren wurde die Sollvorgabe erreicht (215 im Vorjahr). 43 Zentren überschritten die Sollvorgabe (davon 21 Zentren mit einer Quote <10%) und begründeten dies mit ausgedehntem/ High Grade-DCIS, Multizentrität, Axilla-nahem Tumorsitz, klinischem/ bildgebenden Verdacht auf invasive Komponente bzw. LK-Befall, stanziobiotisch nicht sicher ausgeschlossener Malignität sowie Zustand nach neoadjuvanter Therapie mit residuellem DCIS. Die Ergebnisse wurden durch die Auditoren vor Ort kritisch geprüft und in den Zentren diskutiert. Das Zentrum mit dem höchsten Wert (100%) hatte nur 1 Patientin als Grundgesamtheit, die aufgrund hochgradigen Karzinomverdaches die Sentinel-Biopsie wünschte. Von den 60 Zentren mit Überschreitung der Sollvorgabe im Vorjahr konnten 47 im Kennzahlenjahr 2017 ihr Ergebnis auf ≤5% reduzieren.

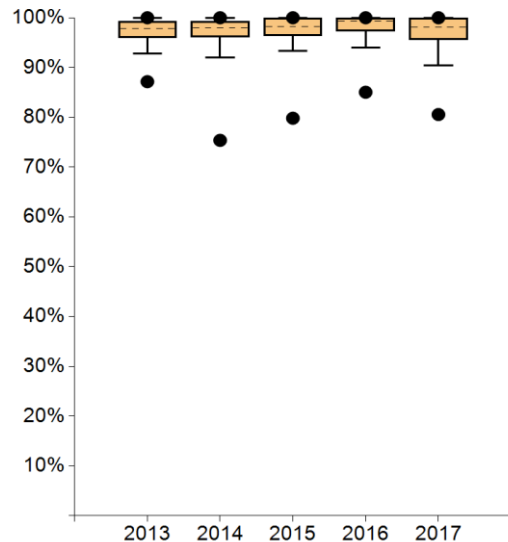
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

19. Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit inv. Mammakarzinom, bei denen der Nodalstatus bestimmt wurde	131*	45 - 735	41911
Nenner	Operierte Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom	133,5*	47 - 752	43203
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	98,04%	80,56% - 100%	97,01%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	99,33%	99,32%	100%	100%	100%
Median	97,83%	97,93%	98,28%	99,26%	98,04%
25. Perzentil	96,00%	96,15%	96,35%	97,30%	95,59%
5. Perzentil	92,83%	92,02%	93,36%	93,97%	90,38%
Min	87,16%	75,38%	79,82%	85,04%	80,56%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	220	79,14%

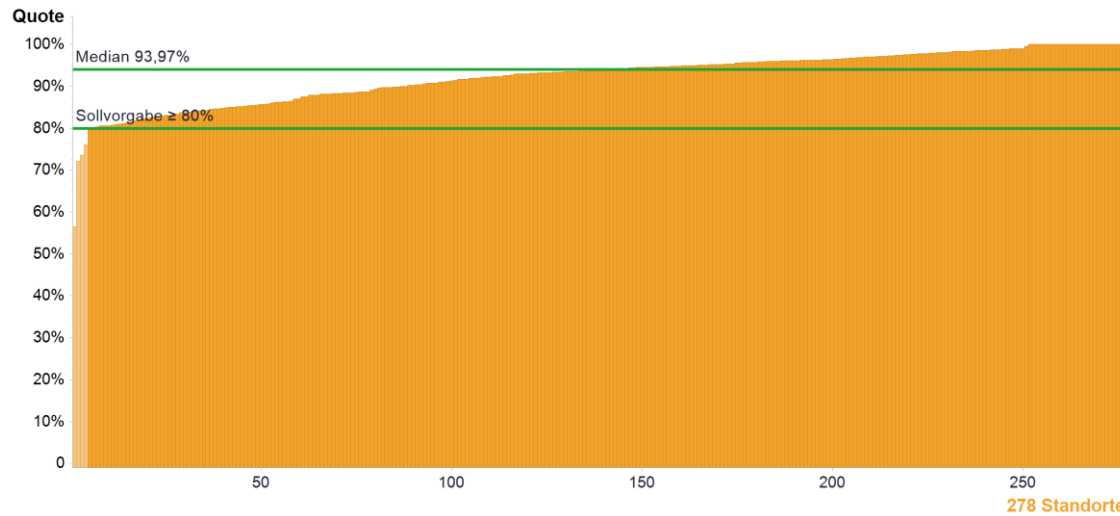
Anmerkungen:

Weiterhin sehr gute Umsetzung der Kennzahl in den Zentren. In 58 Zentren wurde bei weniger als 95% der operativen Primärfälle eine Bestimmung des Nodalstatus durchgeführt. Zentren mit Unterschreitung der Sollvorgabe begründeten dies mit Komorbidität/ hohem Lebensalter der Patienten, Ablehnung der Sentinel-Biopsie, Einschluss in die INSEMA-Studie, Zustand nach vorangegangener axillärer Lymphknotendisektion, sowie einer palliativen Erkrankungssituation oder prognoseführenden Zweitmaligomen.

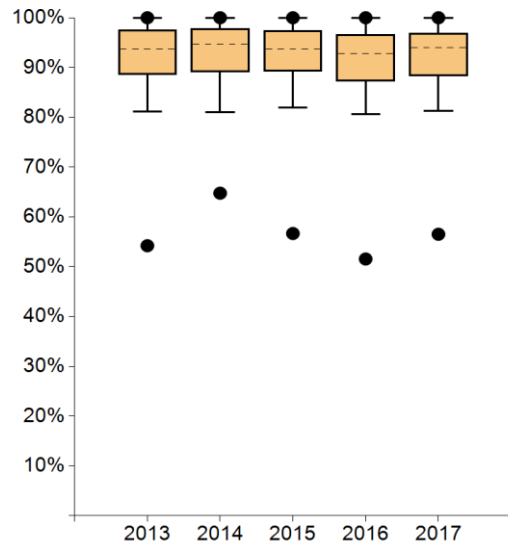
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

20. Alleinige Sentinellymphknoten-Entfernung (SLNE) bei pN0 (LL QI 4)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit alleiniger Sentinel-Node-Biopsie	68*	19 - 408	21643
Nenner	Primärfälle invasives Mammakarzinom und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie	73,5*	23 - 415	23318
Quote	Sollvorgabe \geq 80%	93,97%	56,52% - 100%	92,82%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	97,62%	97,84%	97,45%	96,61%	96,96%
Median	93,75%	94,69%	93,75%	92,86%	93,97%
25. Perzentil	88,52%	89,05%	89,26%	87,25%	88,26%
5. Perzentil	81,17%	81,06%	81,99%	80,66%	81,32%
Min	54,22%	64,77%	56,67%	51,55%	56,52%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	274	98,56%

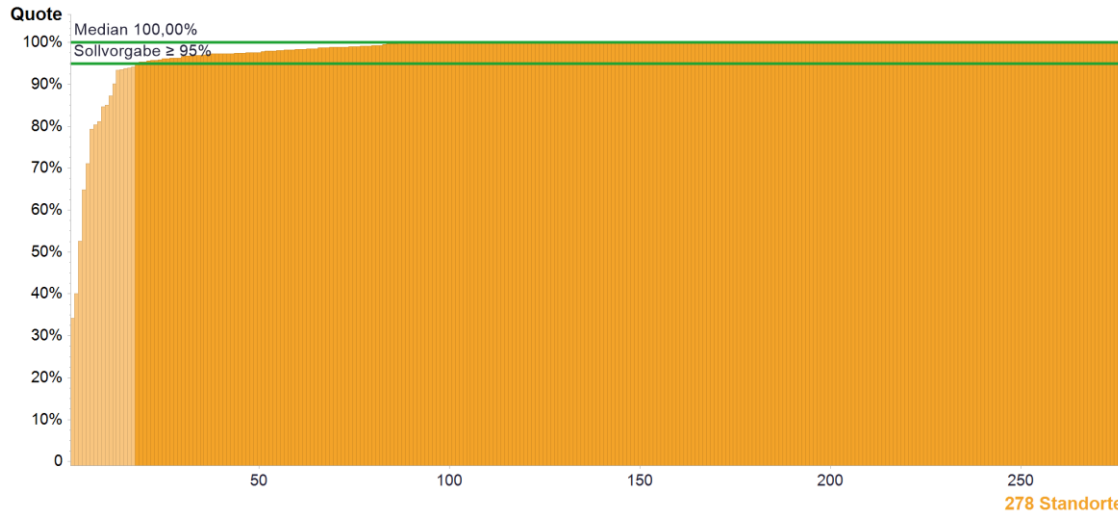
Anmerkungen:

Die Kennzahl wird in den Zentren anhaltend gut umgesetzt. 274 Zentren erfüllen die Sollvorgabe, in 4 Zentren wurden bei <80% des Kollektivs alleinige Sentinel-Biopsien durchgeführt. Unterschreitungen der Sollvorgabe begründen die Zentren mit zusätzlichem Sampling bei palpatorisch suspekten Lymphknoten, primärer axillärer Lymphonodektomie bei nicht detektierbarem Sentinel, sowie Verzicht auf die SLNE aufgrund von Multimorbidität/ hohem Alter oder Wunsch der Patienten. Die Plausibilität der Angaben wurde im Rahmen der Audits anhand von Einzelfalldiskussion überprüft.

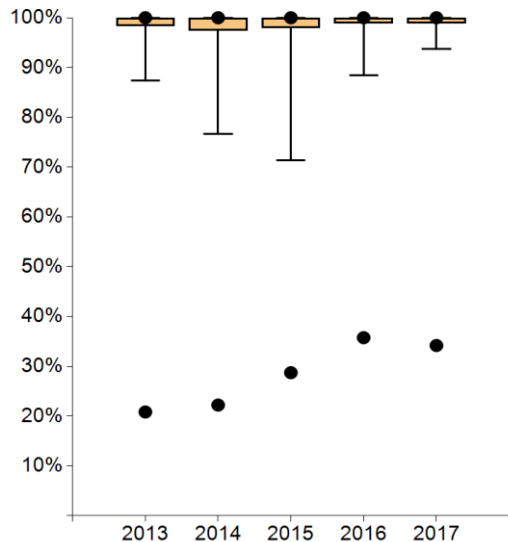
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

21. Intraoperative Präparateradio-/sonographie (LL QI 2)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen oder mit intraoperativer Präparatsonographie	66*	4 - 531	22982
Nenner	Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie oder Sonographie	66,5*	4 - 543	23503
Quote	Sollvorgabe \geq 95%	100%	34,18% - 100%	97,78%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	100%	100%
25. Perzentil	98,36%	97,50%	97,94%	98,83%	98,83%
5. Perzentil	87,36%	76,61%	71,39%	88,47%	93,71%
Min	20,83%	22,22%	28,72%	35,75%	34,18%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	261	93,88%

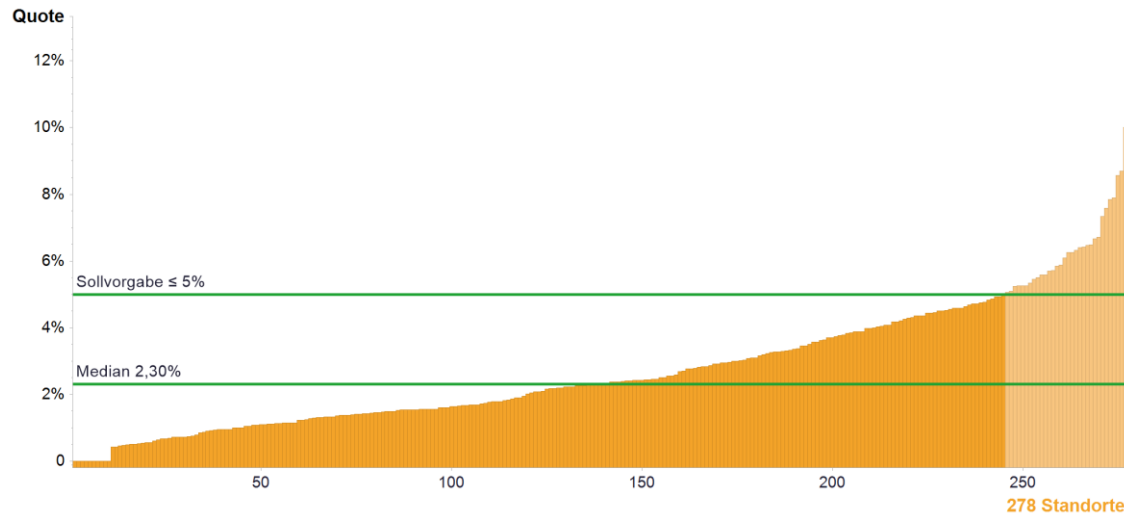
Anmerkungen:

Anhaltend sehr gute Umsetzung der Kennzahl im Zeitverlauf. 17 Zentren erreichten die Sollvorgabe nicht und begründeten dies mit der vorrangigen Kontrolle sonographisch markierter Befunde mittels Schnellschnitt. Für die mammographisch markierten Befunde ist die regelhafte Überprüfung mittels Präparateradio-graphie in den Zentren sicher umgesetzt. Die Auditoren wiesen erneut darauf hin, dass die intraoperative Präparatesonographie systematisch zum Einsatz kommen soll. Dies wird in den Zentren zunehmend etabliert und im Rahmen von Qualitätszirkeln verankert. In dem Zentrum mit dem niedrigsten Wert sprach der Fachexperte eine Abweichung aus. Der Prozess der präoperativen Markierung wurde mit sofortiger Wirkung leitliniengerecht angepasst.

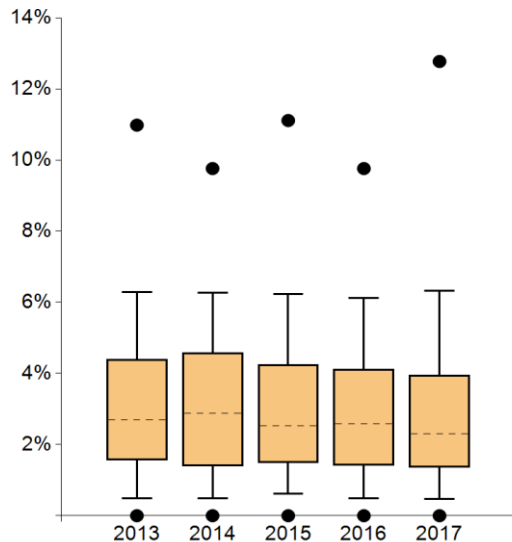
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

22. Revisionsoperationen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2017		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Revisions-OPs infolge postoperativer Komplikationen (nur operierte Primärfälle)	4*	0 - 38	1330
Nenner	Operierte Primärfälle	150*	52 - 858	48754
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	2,30%	0,00% - 12,77%	2,73%**



	2013	2014	2015	2016	2017
Max	10,98%	9,76%	11,11%	9,76%	12,77%
95. Perzentil	6,28%	6,27%	6,24%	6,12%	6,33%
75. Perzentil	4,40%	4,58%	4,25%	4,13%	3,95%
Median	2,70%	2,88%	2,52%	2,59%	2,30%
25. Perzentil	1,57%	1,39%	1,49%	1,41%	1,36%
5. Perzentil	0,50%	0,49%	0,61%	0,49%	0,48%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
278	100,00%	245	88,13%

Anmerkungen:

Anhaltend gute Umsetzung der Kennzahl, Anstieg des Maximalwertes im Vorjahresvergleich. Von den 25 Zentren, die im Vorjahr die Sollvorgabe überschritten hatten, konnten 12 Zentren im Kennzahlenjahr 2017 ihr Ergebnis auf ≤5% Revisionsquote verbessern. Das Zentrum mit der höchsten Revisionsrate (12,77%) wurde im Auditjahr 2017 erstzertifiziert. Der Auditor hat eine Abweichung ausgesprochen und im Zentrum wurden Einzelfall- und Strukturanalysen durchgeführt und Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet (Senkung der Rate auf 3,73% im Kennzahlenjahr 2018). Überschreitungen der Sollvorgabe begründeten die Zentren mit einem hohen Anteil onkoplasterischer Rekonstruktionen und Patienten unter Antikoagulation oder mit erhöhtem Komplikationsrisiko. Die Ergebnisse wurden durch die Auditoren kritisch überprüft und eine Reihe von Maßnahmen in den Zentren zur Senkung der Revisionsquote eingeleitet, z.B. Optimierung des perioperativen Managements und Schulung des OP-Teams.

* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

Autoren

Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Deutsche Gesellschaft für Senologie e.V.
Zertifizierungskommission Brustkrebszentren
Jens-Uwe Blohmer, Sprecher Zertifizierungskommission
Anton Scharl, Sprecher Zertifizierungskommission
Simone Wesselmann, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Christoph Kowalski, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Jumana Mensah, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Agnes Bischofberger, OnkoZert
Orsolya Penzes, OnkoZert
Julia Ferencz, OnkoZert

Impressum

Herausgeber und inhaltlich verantwortlich:
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin
Tel: +49 (030) 322 93 29 0
Fax: +49 (030) 322 93 29 66
Vereinsregister Amtsgericht Charlottenburg,
Vereinsregister-Nr.: VR 27661 B
V.i.S.d.P.: Dr. Johannes Bruns

in Zusammenarbeit mit:
OnkoZert, Neu-Ulm
www.onkozert.de

Version e-A1-de; Stand 21.03.2019

ISBN: 978-3-946714-85-9



9 783946 714859