

Kennzahlenauswertung 2020

Jahresbericht der zertifizierten Brustkrebszentren

Auditjahr 2019 / Kennzahlenjahr 2018



Deutsche Gesellschaft für Senologie

DKG 
KREBSGESELLSCHAFT

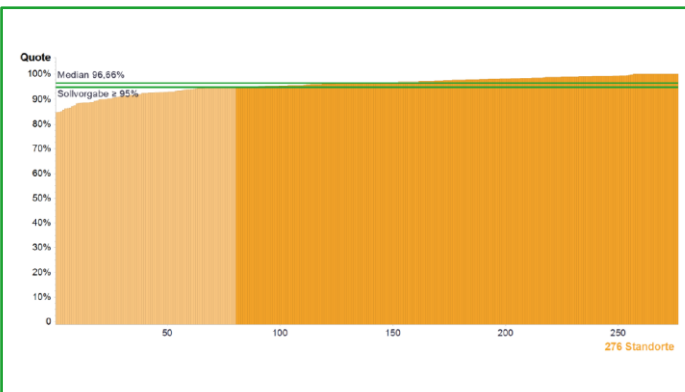
Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
Allgemeine Informationen.....	3
Stand des Zertifizierungssystems für Brustkrebszentren 2019.....	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 8)	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 9)	18
Kennzahl Nr. 8: Trastuzumabtherapie über 1 Jahr bei HER-2 pos. Befund (LL QI 10)	19
Kennzahl Nr. 9: Endokrine Therapie bei Metastasierung (LL QI 5)	20
Kennzahl Nr. 10: Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min.)	21
Kennzahl Nr. 11: Beratung Sozialdienst.....	22
Kennzahl Nr. 12: Anteil Studienpatientinnen.....	23
Kennzahl Nr. 13: Prätherapeutische histologische Sicherung (LL QI 2)	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 4)	29
Kennzahl Nr. 19: Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom.....	30
Kennzahl Nr. 20a: Alleinige Sentinellymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Frauen) (LL QI 6)	31
Kennzahl Nr. 20b: Alleinige Sentinellymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Männer) (LL QI 6)	32
Kennzahl Nr. 21: Intraoperative Präparateradio-/sonographie (LL QI 3)	33
Kennzahl Nr. 22: Revisionsoperationen.....	34
Kennzahl Nr. 23: Therapie der axillären Lymphabflussgebiet bei pN1mi (LL QI 7)	35
Impressum.....	36

Allgemeine Informationen

Kennzahl Nr. 13: Prätherapeutische histologische Sicherung (LL QI 2)
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 4)
Kennzahl Nr. 19: Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom
Kennzahl Nr. 20a: Alleinige Sentinellymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Frauen) (LL QI 6)
Kennzahl Nr. 20b: Alleinige Sentinellymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Männer) (LL QI 6)
Kennzahl Nr. 21: Intraoperative Präparateradio-/sonographie (LL QI 3)
Kennzahl Nr. 22: Revisionsoperationen
Kennzahl Nr. 23: Therapie der axillären Lymphabflussgebiet bei pN1m (LL QI 7)

	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit inv. Mammakarzinom, bei denen der Nodalstatus bestimmt wurde	132*	40 - 718	42695
Nenner	Operierte Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom	136*	41 - 744	44506
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	96,66%	84,76% - 100%	95,93%**



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

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.

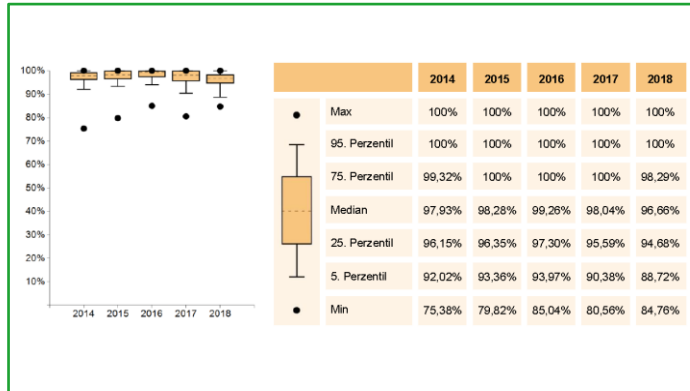
Unter **Range** ist der Wertebereich für Zähler, Nenner und Quote aller Zentren angegeben.

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

Diagramm:

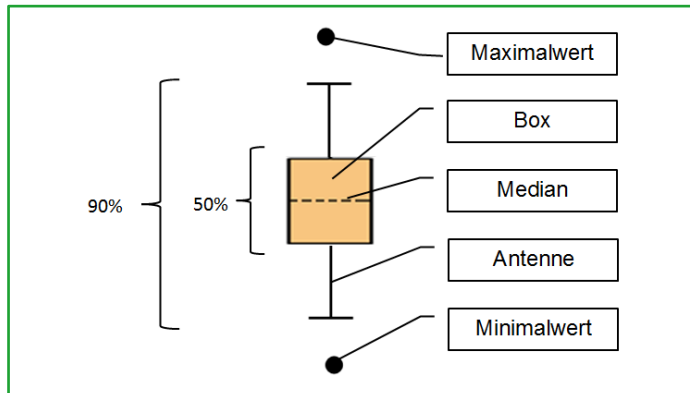
Die x-Achse gibt die Anzahl der Zentren wieder, die y-Achse stellt den Wertebereich in Prozent oder eine Anzahl (z.B. Primärfälle) dar. Die Sollvorgabe ist als grüne waagerechte Linie dargestellt. Der Median, ebenfalls als grüne waagerechte Linie dargestellt, teilt die gesamte Gruppe in zwei gleich große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

Allgemeine Informationen



Kohortenentwicklung:

Die **Kohortenentwicklung** in den Jahren **2014, 2015, 2016, 2017** und **2018** 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 2019

	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014
Laufende Verfahren	2	4	2	4	2	4
Zertifizierte Zentren	243	237	234	230	228	224
Zertifizierte Standorte	282	280	280	280	279	277
Brustkrebszentren mit 1 Standort	209	199	193	186	183	177
2 Standorte	31	35	38	40	41	43
3 Standorte	1	1	1	2	2	2
4 Standorte	2	2	2	2	2	2

Berücksichtigte Standorte

	31.12.2019	31.12.2018	31.12.2017	31.12.2016	31.12.2015	31.12.2014
im Jahresbericht berücksichtigte Standorte	276	278	275	275	275	273
entspricht	97,9%	99,3%	98,2%	98,2%	98,6%	98,6%
Primärfälle gesamt*	57.589	55.715	54.385	53.837	52.965	52.904
Primärfälle pro Standort (Mittelwert)*	209	200	198	196	193	194
Primärfälle pro Standort (Median)*	180,5	178	175	177	169	172

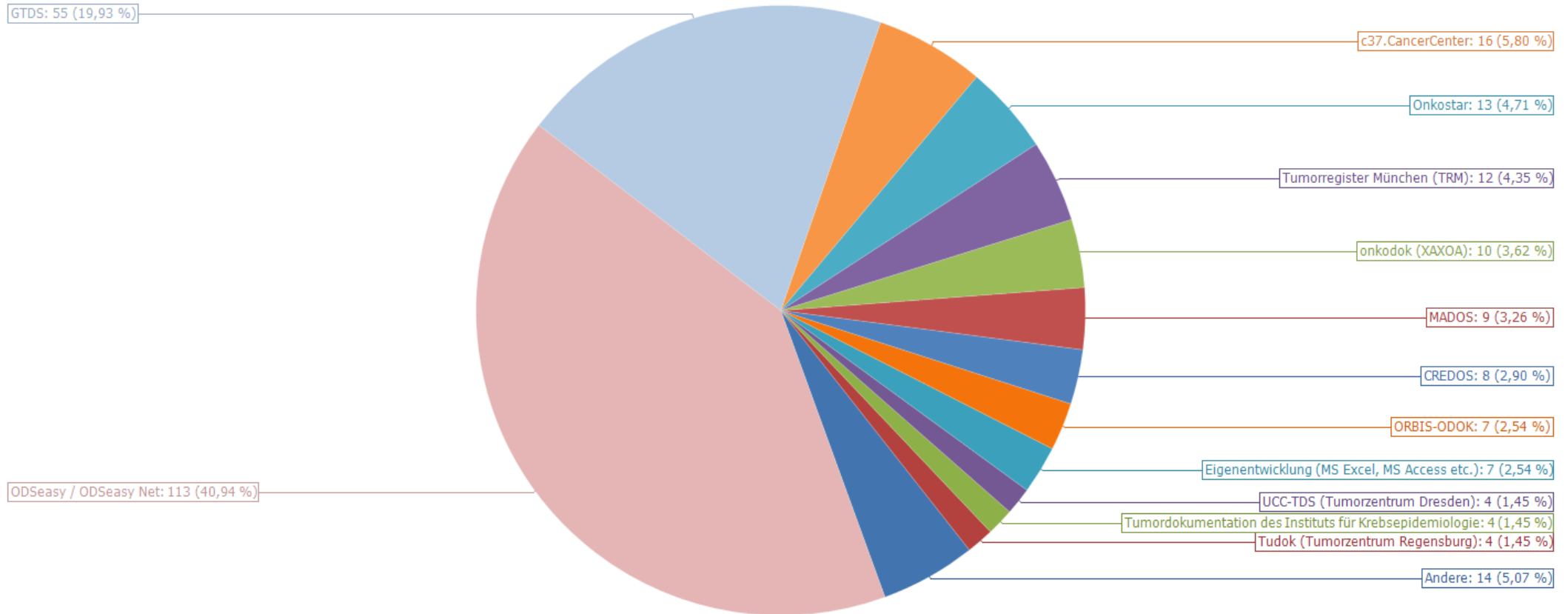
* Die Zahlen basieren auf den im Jahresbericht aufgeführten Standorten.

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 276 der 282 zertifizierten Zentrumsstandorte enthalten. Ausgenommen sind 6 Standorte, die im Jahr 2019 zum ersten Mal zertifiziert wurde (Datenabbildung komplettes Kalenderjahr für Erstzertifizierungen nicht verpflichtend). In allen 282 Standorten wurden insgesamt 58.685 Primärfälle Mammakarzinom behandelt. Eine aktuelle Übersicht aller zertifizierten Standorte ist unter www.oncomap.de abgebildet.

Die hier veröffentlichten Kennzahlen beziehen sich auf das Kennzahlenjahr 2018. Sie stellen für die in 2019 durchgeführten Audits die Bewertungsgrundlage dar.

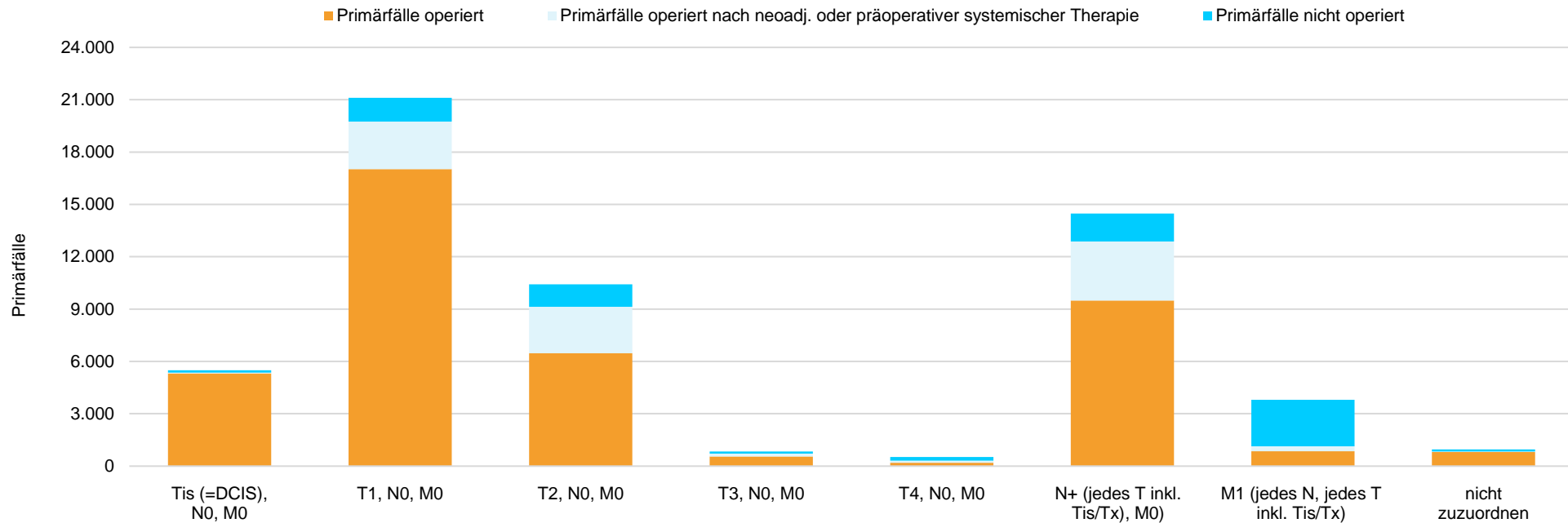
Tumordokumentationssysteme in den Zentrumsstandorten



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



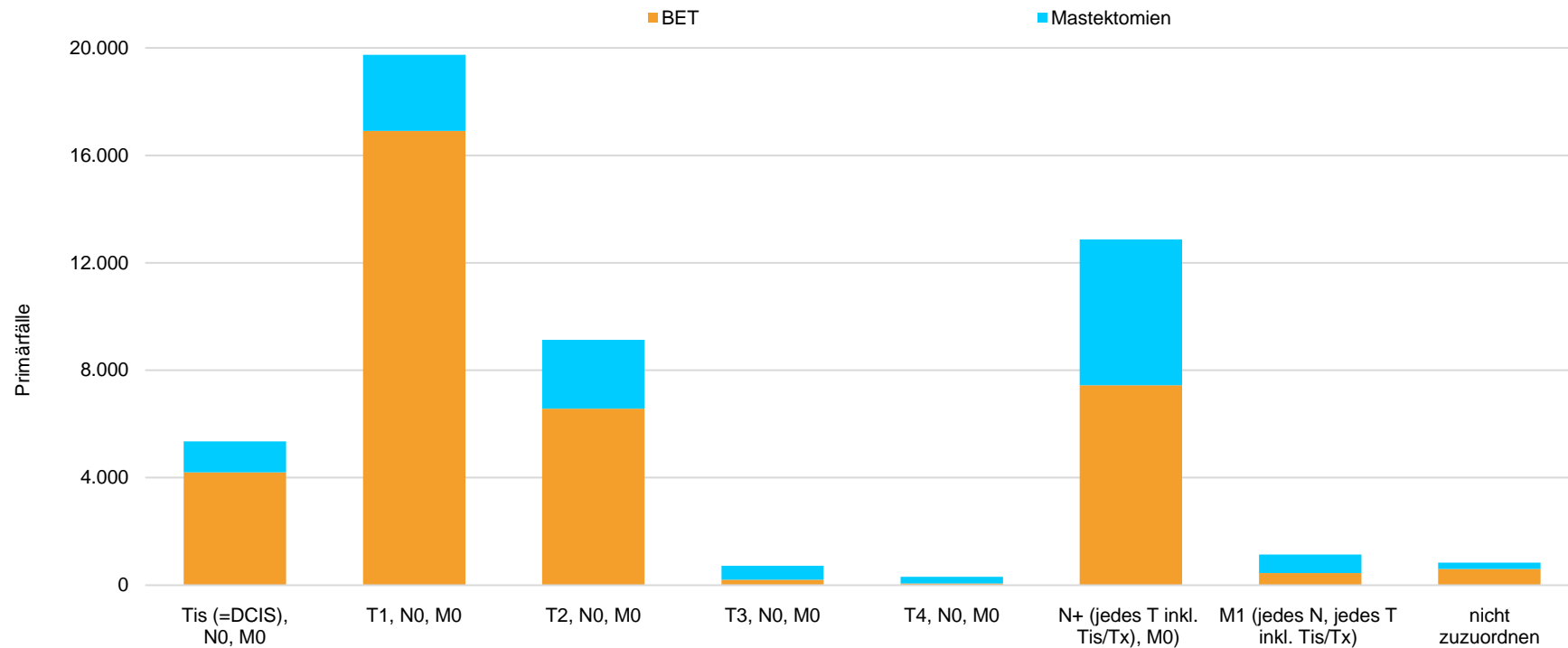
	Tis (=DCIS), NO, MO	T1, NO, MO	T2, NO, MO	T3, NO, MO	T4, NO, MO	N+ (jedes T inkl. Tis/Tx), MO)	M1 (jedes N, jedes T inkl. Tis/Tx)	nicht zuzuordnen*	Gesamt
Primärfälle nicht operiert	133 (2,42%)	1.366 (6,47%)	1.284 (12,33%)	109 (13,16%)	206 (40,00%)	1.599 (11,05%)	2.663 (70,08%)	119 (12,42%)	7.479
Primärfälle operiert mit neoadj. Th.**	36 (0,66%)	2.723 (12,90%)	2.667 (25,60%)	169 (20,41%)	117 (22,72%)	3.383 (23,37%)	291 (7,66%)	30 (3,13%)	9.416
Primärfälle operiert ohne neoadj. Th.***	5.319 (96,92%)	17.019 (80,63%)	6.466 (62,07%)	550 (66,43%)	192 (37,28%)	9.493 (65,58%)	846 (22,26%)	809 (84,45%)	40.694
Primärfälle gesamt	5.488	21.108	10.417	828	515	14.475	3.800	958	57.589

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

** Primärfälle operiert mit neoadjuvanter oder präoperativer systemischer Therapie

*** Primärfälle operiert ohne neoadjuvante oder präoperative systemische Therapie

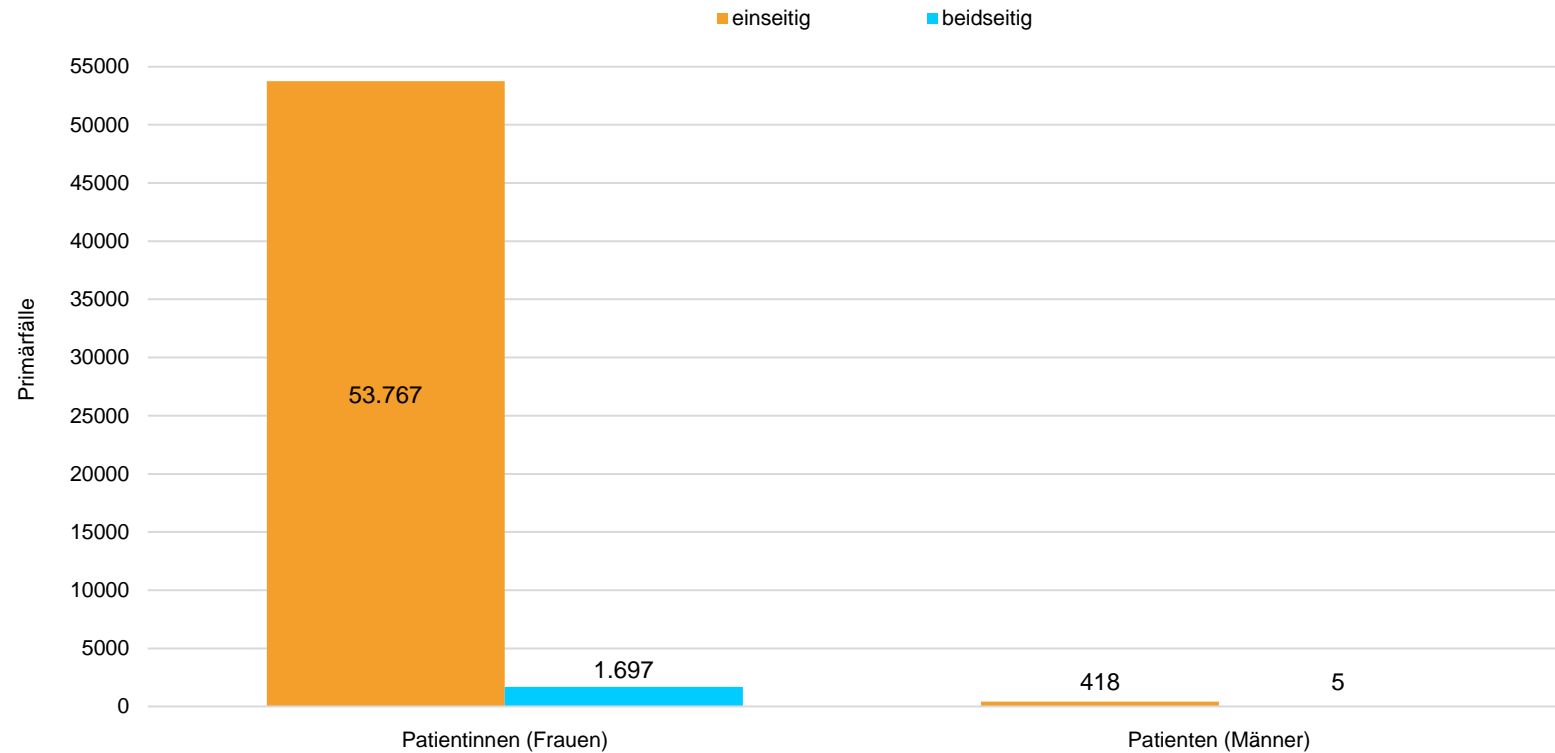
Basisdaten – Verteilung operierte Primärfälle Mammakarzinom



	Tis (=DCIS), NO, 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
Mastektomien	1.156 (21,59%)	2.826 (14,31%)	2.562 (28,05%)	517 (71,91%)	244 (78,96%)	5.432 (42,19%)	685 (60,25%)	242 (28,84%)	13.664
BET	4.199 (78,41%)	16.916 (85,69%)	6.571 (71,95%)	202 (28,09%)	65 (21,04%)	7.444 (57,81%)	452 (39,75%)	597 (71,16%)	36.446
Operierte Primärfälle gesamt	5.355	19.742	9.133	719	309	12.876	1.137	839	50.110

* nicht zuzuordnen: z.B. T1, NO, Mx

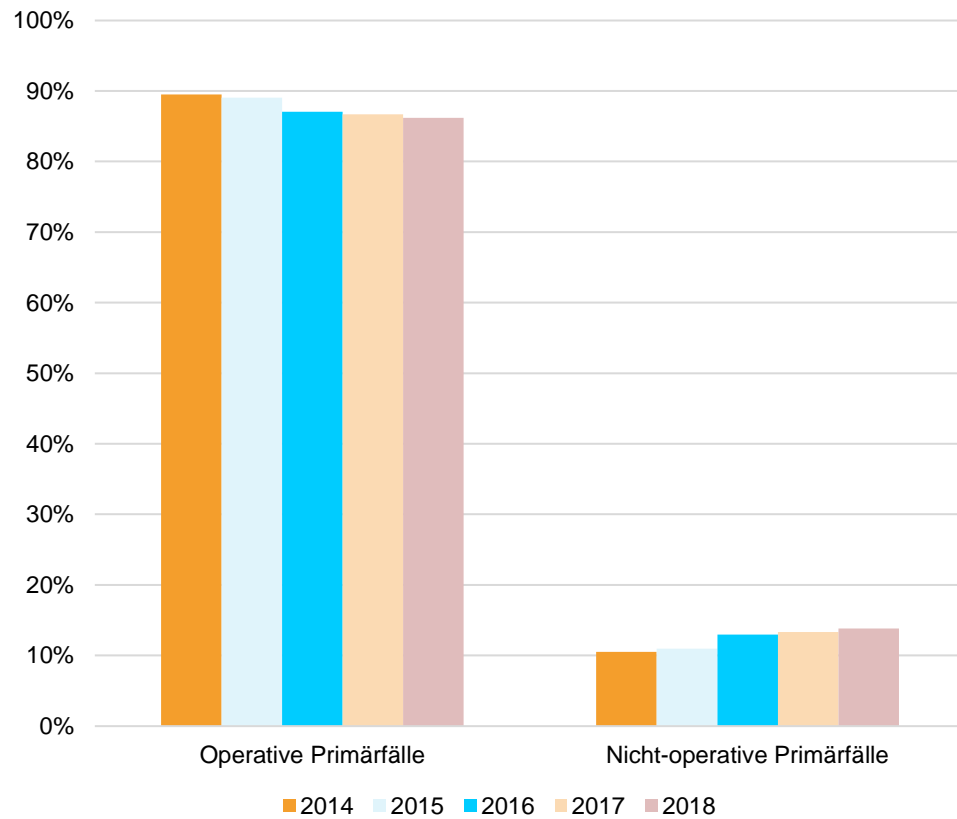
Basisdaten – Erkrankung



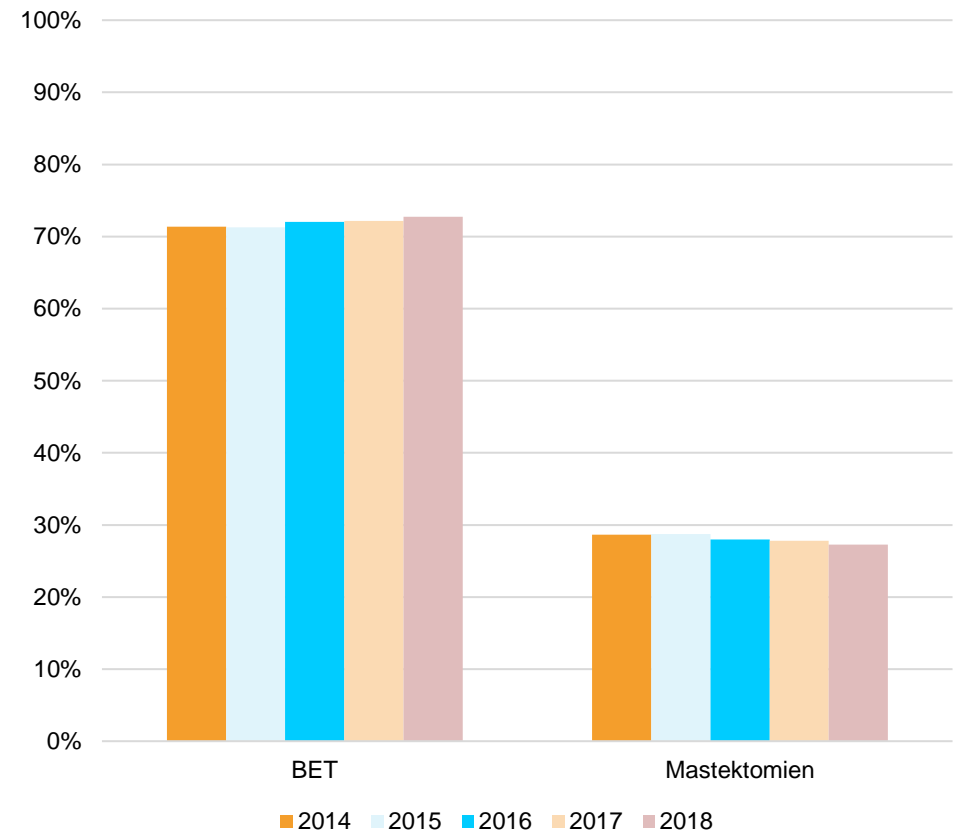
	Patientinnen (Frauen)	Patienten (Männer)	Primärfälle Gesamt
einseitig	53.767 (96,94%)	418 (98,82%)	54.185
beidseitig (synchron)	1.697 (3,06%)	5 (1,18%)	3.404
			57.589
Gesamt	55.464	423	

Basisdaten – Entwicklung 2014 - 2018

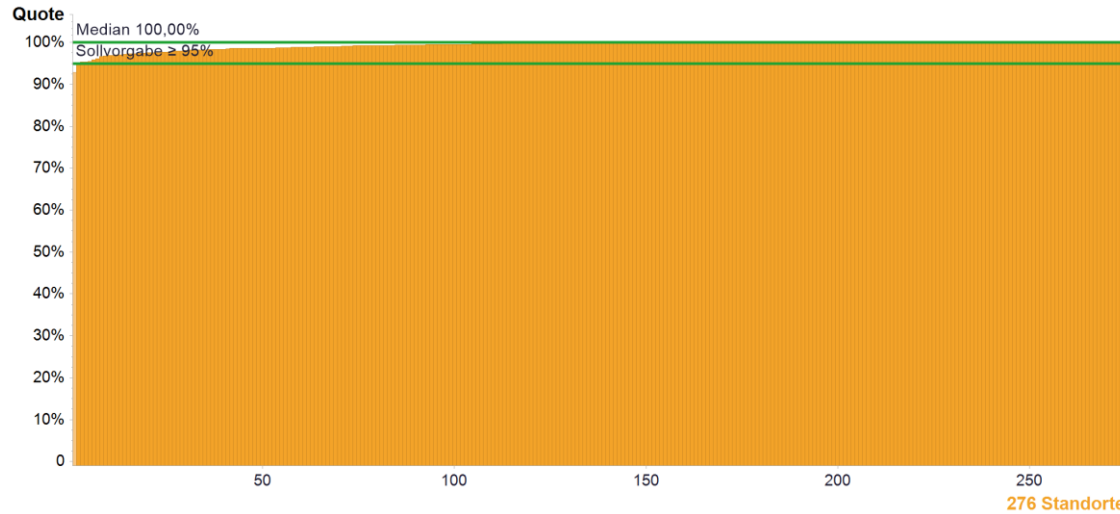
Verteilung zwischen Operative und Nicht-operative Primärfälle 2014-2018



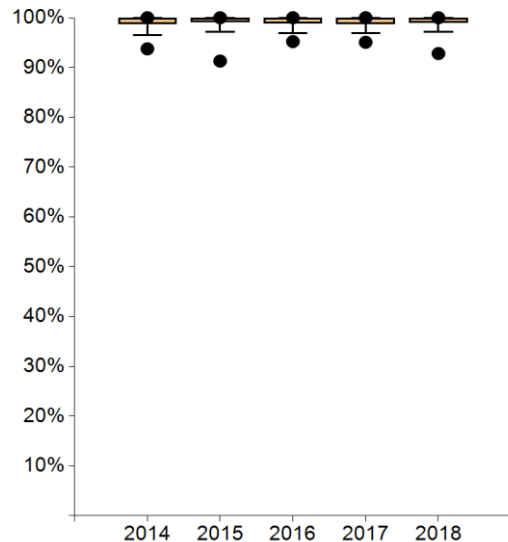
Verteilung Operative Primärfälle 2014-2018



1. Postoperative Fallbesprechung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operierte Primärfälle, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	154,5*	41 - 844	49792
Nenner	Operierte Primärfälle (Primärfaldefinition siehe 1.2.0)	155,5*	42 - 845	50110
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	92,81% - 100%	99,37%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	100%	100%	99,88%	100%
25. Perzentil	98,76%	99,11%	98,82%	98,73%	99,01%
5. Perzentil	96,55%	97,20%	96,95%	96,85%	97,21%
● Min	93,75%	91,30%	95,21%	95,07%	92,81%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	275	99,64%

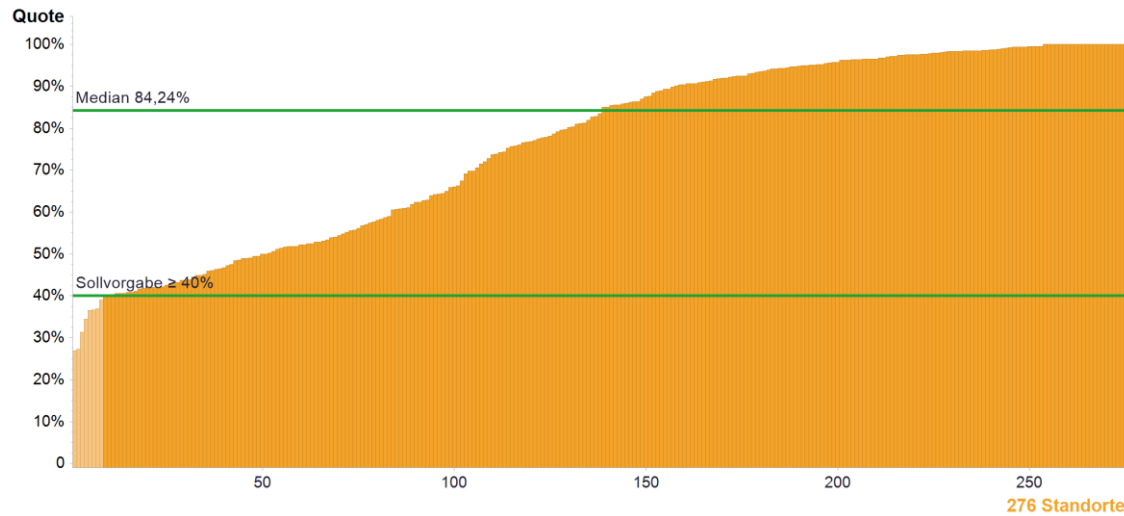
Anmerkungen:

Fast alle Zentren erfüllen die Sollvorgabe, mindestens 95% der operierten Primärfälle in der Tumorkonferenz vorzustellen. Lediglich 1 Zentrum verfehlt die Sollvorgabe. Es begründete die Unterschreitung mit Problemen und Unsicherheiten im Meldewesen zur Tumorkonferenz. Als Maßnahme wurden zusätzliche Vollständigkeitskontrollen und Abgleiche mit den Patientinnen der Sprechstunde eingeleitet. Eine zusätzlich eingestellte Dokumentationskraft wurde mit der vollständigen Erfassung beauftragt.

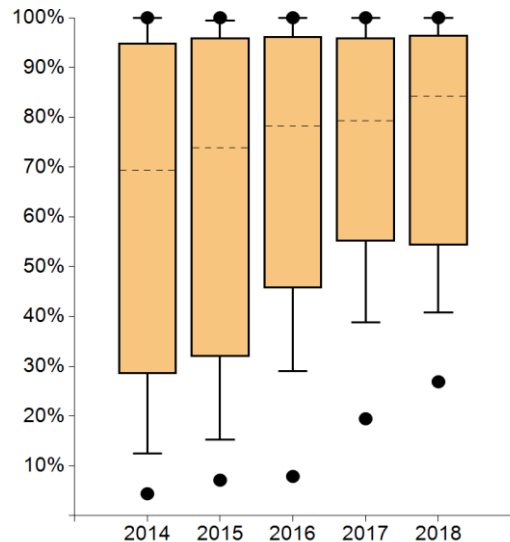
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

2. Prätherapeutische Fallbesprechung



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle, die in der prätherapeutischen Tumorkonferenz vorgestellt wurden	137*	28 - 750	43700
Nenner	Primärfälle	180,5*	51 - 893	57589
Quote	Sollvorgabe ≥ 40%	84,24%	26,89% - 100%	75,88%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	99,41%	100%	100%	100%
75. Perzentil	94,90%	96,02%	96,18%	95,92%	96,44%
Median	69,40%	73,84%	78,29%	79,32%	84,24%
25. Perzentil	28,47%	32,00%	45,71%	55,14%	54,28%
5. Perzentil	12,47%	15,33%	29,05%	38,88%	40,79%
Min	4,41%	7,14%	7,89%	19,47%	26,89%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	268	97,10%

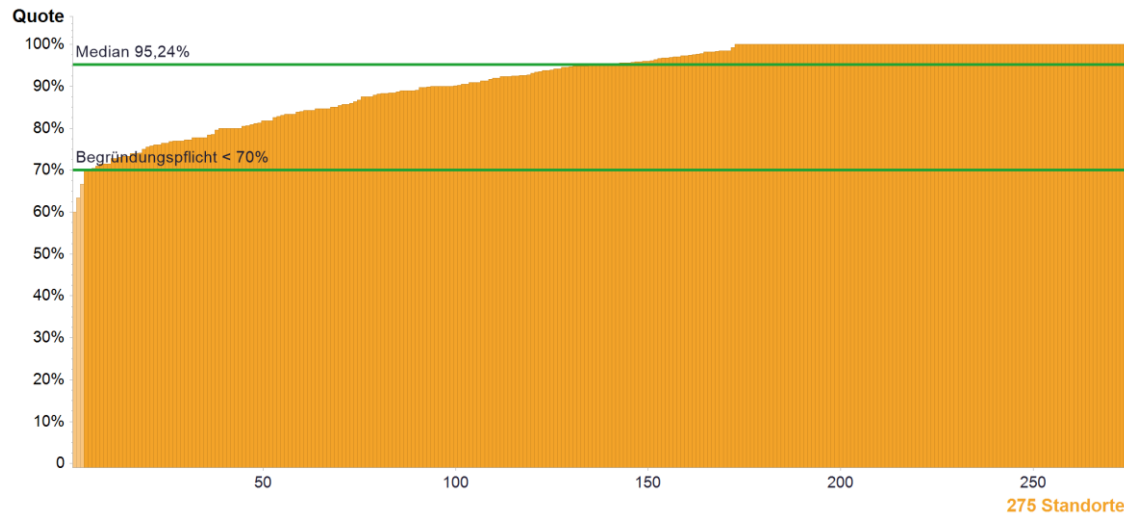
Anmerkungen:

Die erfreuliche Entwicklung dieser Kennzahl setzt sich auch im Kennzahlenjahr 2018 fort. 8 Zentren (Vorjahr: 15) unterschreiten die Sollvorgabe von mindestens 40%, 145 Zentren verbesserten ihre Vorstellungsquote im Vergleich zum Vorjahr. Auffällige Zentren gaben in den Audits im Wesentlichen 2 Gründe für Unterschreitungen an: Teilweise wurden Patientinnen und Konferenzen falsch bzw. unvollständig dokumentiert. Teilweise erfüllten weniger als 40% die Kriterien für eine prätherapeutische Besprechung. Entsprechend wurden in den Audits neben Anpassungen in der Dokumentation weitere Indikationen für eine prätherapeutische Fallbesprechung diskutiert, z.B. bei allen unklaren mammographischen Befunden und bei geplanten Abweichungen von einer leitliniengerechten Therapie.

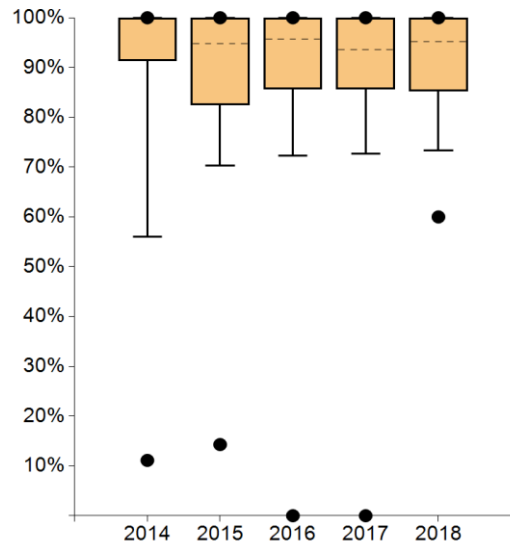
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

3. Fallbesprechung bei Lokalrezidiv/ Metastasen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Pat. mit 1. Lokalrezidiv/ u./o. 1. Fernmetastasierung, die in der Tumorkonferenz vorgestellt wurden	27*	2 - 180	9118
Nenner	Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat.)	30*	2 - 190	9915
Quote	Begründungspflicht*** <70%	95,24%	60,00% - 100%	91,96%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
Median	100%	94,80%	95,74%	93,56%	95,24%
25. Perzentil	91,37%	82,42%	85,71%	85,71%	85,27%
5. Perzentil	56,04%	70,34%	72,29%	72,67%	73,33%
Min	11,11%	14,29%	0,00%	0,00%	60,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
275	99,64%	272	98,91%

Anmerkungen:

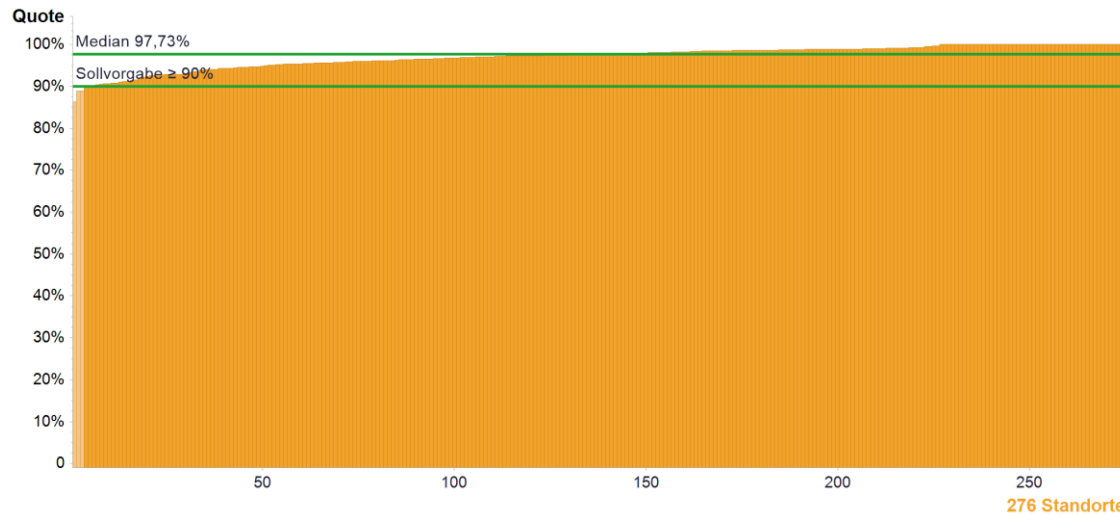
Die Kennzahl entwickelt sich weiter positiv, insbesondere die Streuung der Ergebnisse verringert sich deutlich. 103 Zentren erreichen eine Vorstellungsquote von 100%. 3 Zentren (Vorjahr: 5) unterschreiten im Kennzahlenjahr 2018 eine Vorstellungsquote von 70%. Alle 3 Zentren hatten im Vorjahr noch über diesem Wert gelegen. Diese Zentren wurden in den Audits angehalten, ihre Kooperationspartner (Einweiser, Konsilpartner, onkologische Ambulanz) darauf hinzuweisen, dass sie Patientinnen, die die Kriterien des Nenners erfüllen, einer Fallbesprechung zuführen.

* 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.

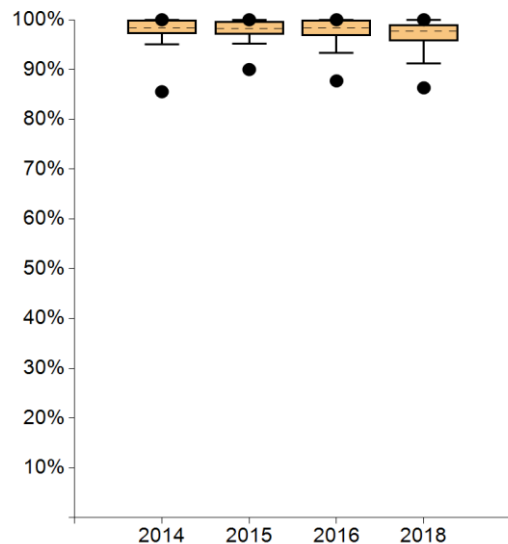
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

4. Strahlentherapie nach BET bei inv. Mammakarzinom (LL QI 8)



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit inv. Mammakarzinom und BET, bei denen eine Radiatio empfohlen wurde	97*	26 - 566	30659
Nenner	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom und BET (ohne primär M1 Pat.)	100*	26 - 578	31602
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	97,73%	86,32% - 100%	97,02%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	100%	-----	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	-----	100%
75. Perzentil	100%	99,67%	100%	-----	98,97%
Median	98,33%	98,20%	98,39%	-----	97,73%
25. Perzentil	97,11%	97,08%	96,76%	-----	95,71%
5. Perzentil	95,05%	95,18%	93,33%	-----	91,17%
Min	85,54%	90,00%	87,72%	-----	86,32%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	273	98,91%

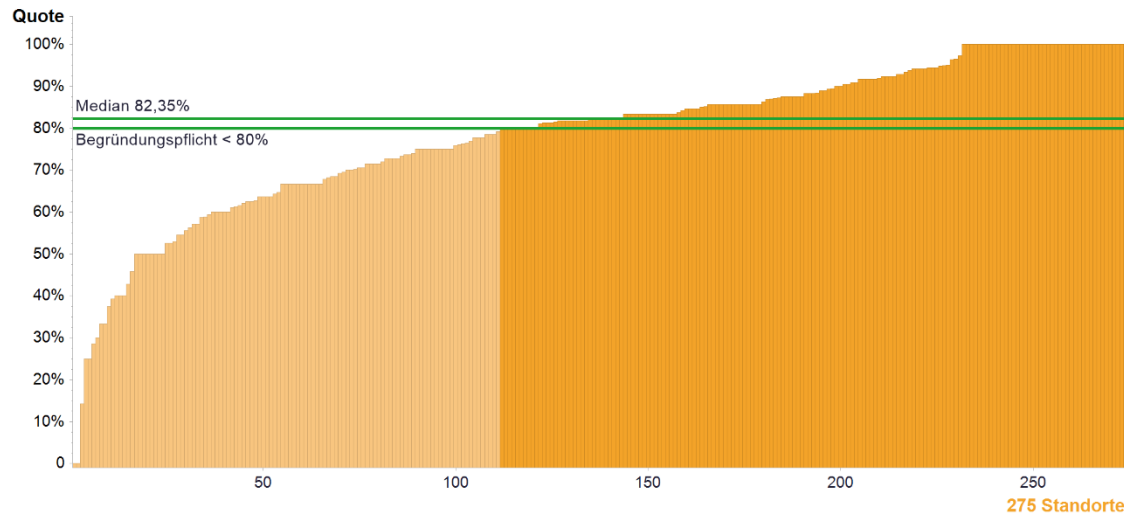
Anmerkungen:

Die Zählerdefinition des Kennzahlenjahres 2017 erfasste tatsächlich durchgeführte Bestrahlungen, sodass diese nach der aktuellen Definition (empfohlene Bestrahlungen) nicht für einen Vergleich herangezogen wird. Im Vergleich zu den Jahren 2014 bis 2016 ist die Erfüllung der Kennzahl weiter sehr gut bei nur leicht gesunkenen Median. Lediglich 3 Zentren unterschreiten die Sollvorgabe. Die Einzelfallprüfungen in den Audits plausibilisierten diese Fälle: Grund dafür, warum eine Strahlentherapie (noch) nicht empfohlen wurde, waren noch laufende andere onkologische Therapien bzw. multimorbide Patientinnen.

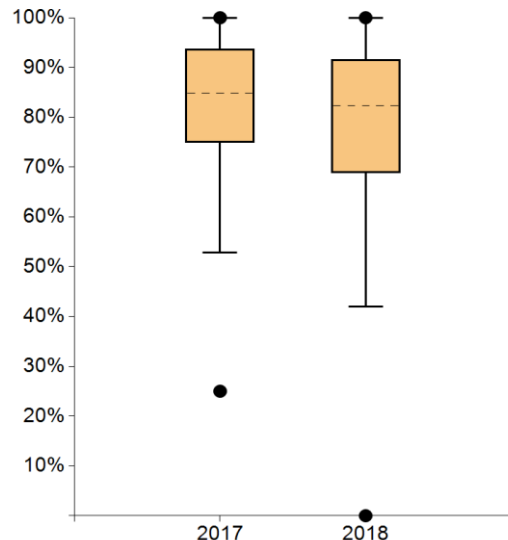
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

5. Strahlentherapie nach BET bei DCIS



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit DCIS mit BET, bei denen eine Radiatio begonnen wurde	10*	0 - 66	3303
Nenner	Primärfälle mit DCIS und BET	13*	1 - 76	4200
Quote	Begründungspflicht*** <80%	82,35%	0,00% - 100%	78,64%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	----	----	----	100%	100%
95. Perzentil	----	----	----	100%	100%
75. Perzentil	----	----	----	93,75%	91,67%
Median	----	----	----	84,93%	82,35%
25. Perzentil	----	----	----	75,00%	68,83%
5. Perzentil	----	----	----	52,82%	42,00%
Min	----	----	----	25,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
275	99,64%	164	59,64%

Anmerkungen:

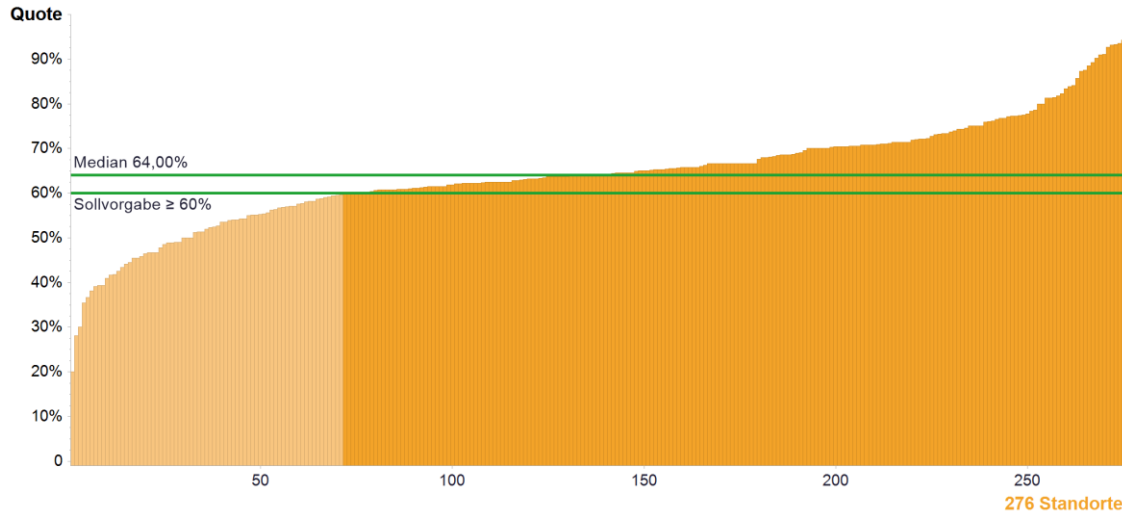
Der Erfüllungsgrad dieser Kennzahl ist im Vergleich zum Vorjahr (69,78%) gesunken, wobei die teilweise geringen Patientinnenzahlen im Nenner zu berücksichtigen sind. 111 Zentren mussten die Unterschreitung der Quote von 80% der Patientinnen mit DCIS und BET, bei denen eine Bestrahlung begonnen wurde, begründen. Dies war in fast allen Fällen plausibel möglich. Am häufigsten wurden dabei Ablehnung durch die Patientin, low grade DCIS, Multimorbidität, hohes Alter, Bestrahlung außerhalb des Zentrums, Kontaktabbruch bzw. fehlende Information über die weitere Behandlung, nicht mehr nachweisbares DCIS im OP-Präparat und invasive Tumoren der Gegenseite bzw. andere therapieleitende Malignome angegeben.

* 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.

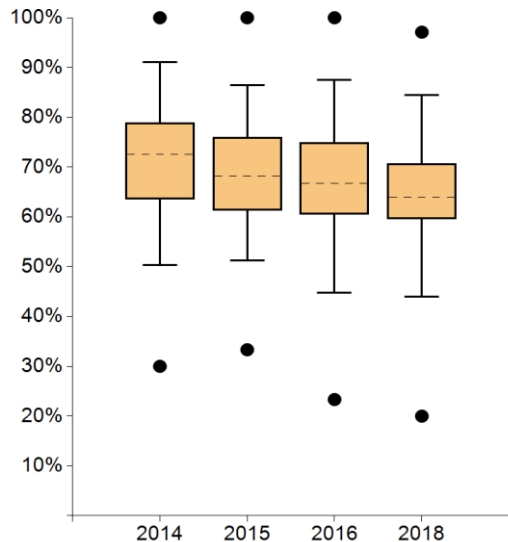
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Rez. pos. und nodalpos. Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom, bei denen eine Chemotherapie empfohlen wurde	24*	3 - 133	7632
Nenner	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom mit Rez. pos. und nodalpositivem Befund (ohne primär M1 Pat.)	37*	8 - 194	11849
Quote	Sollvorgabe ≥ 60%	64,00%	20,00% - 97,10%	64,41%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	100%	-----	97,10%
95. Perzentil	91,07%	86,43%	87,50%	-----	84,50%
75. Perzentil	78,87%	76,06%	75,00%	-----	70,76%
Median	72,55%	68,18%	66,67%	-----	64,00%
25. Perzentil	63,55%	61,36%	60,52%	-----	59,54%
5. Perzentil	50,37%	51,26%	44,79%	-----	43,92%
Min	30,00%	33,33%	23,33%	-----	20,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	205	74,28%

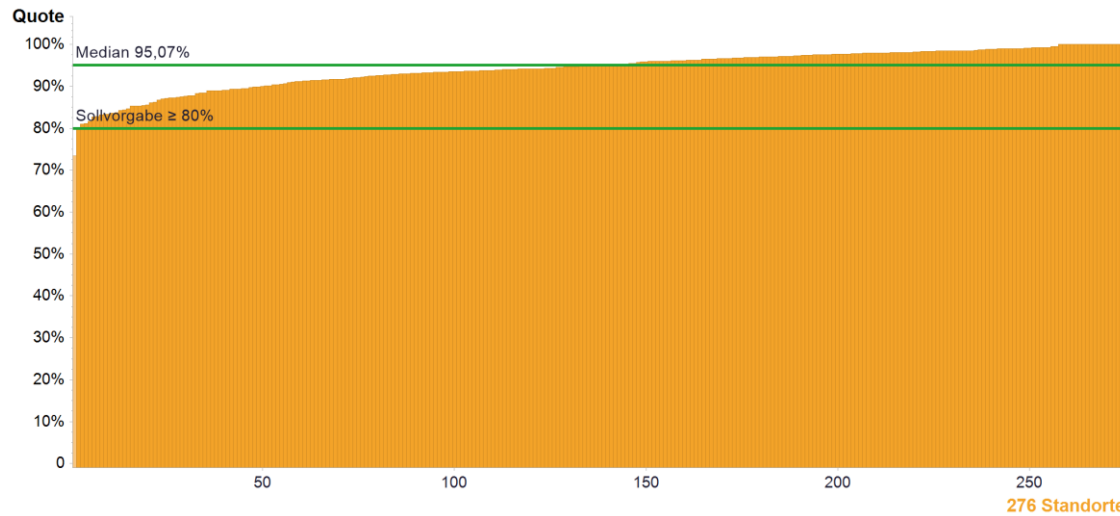
Anmerkungen:

Auf Grund der abweichenden Zählerdefinition (durchgeführte statt empfohlene Chemotherapie) sind die Ergebnisse des Jahres 2017 nicht für einen Vergleich geeignet. 2018 verfehlen 71 Zentren (2016: 57) die Sollvorgabe. 116 Zentren konnten ihre Quote im Vergleich zu 2016 erhöhen. Niedrige Quoten begründeten die Zentren vor allem mit Komorbiditäten, günstigen tumorbiologischen Merkmalen, lediglich einzelnen betroffenen Lymphknoten, Ablehnung durch die Patientinnen, Verzicht auf die Chemotherapie im Rahmen einer Studienteilnahme und hohes Alter. In fast allen Fällen wurden diese Begründungen in den Audits nach Einzelfallprüfungen für plausibel befunden. In einem Audit wurde angeregt, bei älteren Patientinnen mit >5 Jahre Lebenserwartung ein geriatrisches Assessment als Entscheidungshilfe durchzuführen.

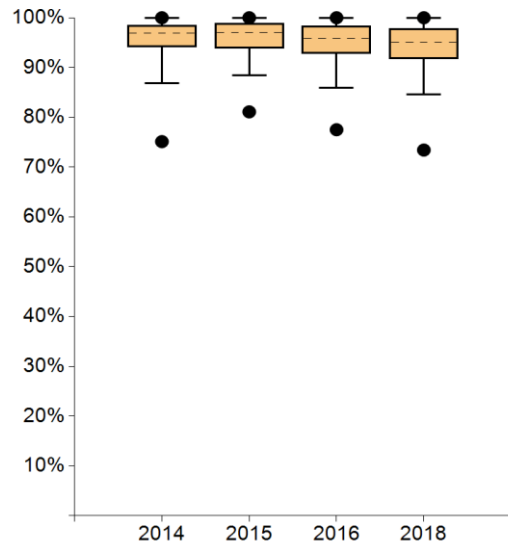
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

7. Endokrine Therapie bei steroidrez. positivem Befund (LL QI 9)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Steroidrez. pos. Primärfälle, bei denen eine endokrine Therapie empfohlen wurde	119*	31 - 640	38367
Nenner	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom mit steroidrez. positivem Befund (ohne primär M1 Pat.)	127*	33 - 662	40668
Quote	Sollvorgabe \geq 80%	95,07%	73,43% - 100%	94,34%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	100%	-----	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	-----	100%
75. Perzentil	98,48%	98,85%	98,42%	-----	97,87%
Median	96,94%	97,06%	95,89%	-----	95,07%
25. Perzentil	94,07%	93,85%	92,86%	-----	91,70%
5. Perzentil	86,81%	88,49%	85,97%	-----	84,61%
Min	75,12%	81,10%	77,51%	-----	73,43%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	275	99,64%

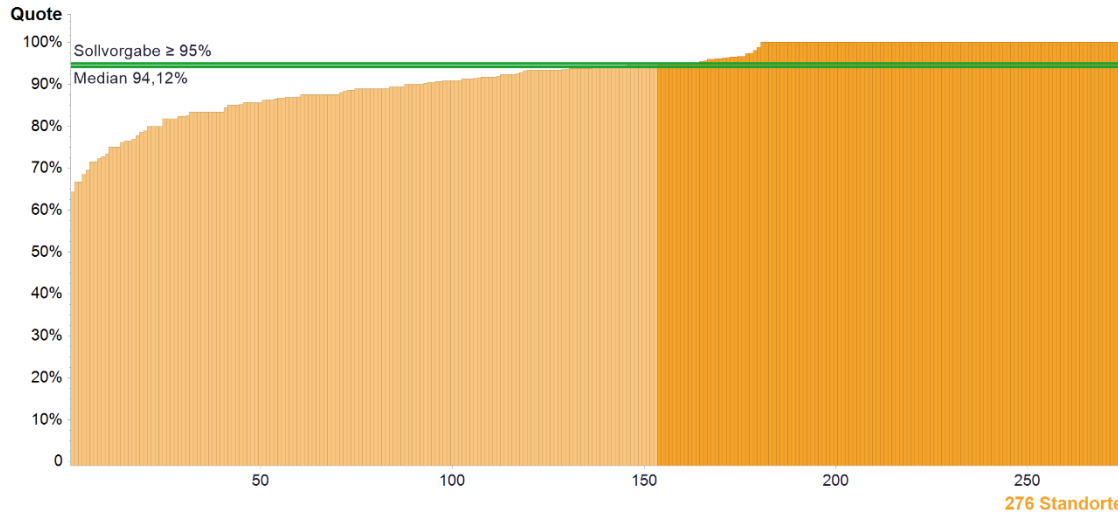
Anmerkungen:

Da für das Kennzahlenjahr 2017 im Zähler lediglich die tatsächlich durchgeführten endokrinen Therapien gezählt wurden, entfällt hier die Auswertung für den Vorjahresvergleich. Bis auf 1 Zentrum wird die Sollvorgabe von allen anderen Zentren erreicht. Dieses Zentrum verfehlte bereits 2016 die Sollvorgabe, konnte jedoch im Audit die Unterschreitung der Sollvorgabe nachvollziehbar begründen. So hätte die Mehrzahl der Patientinnen ohne Empfehlung einer endokrinen Therapie auf Grund einer exzellenten Prognose (Berechnung auf Basis des Nottingham-Prognose-Index) von einer endokrinen Therapie nicht profitiert. Weiterhin verwies das Zentrum auf noch nicht abgeschlossene Therapien/OPs, externe Durchführung der Therapie und Ablehnung durch die Patientin.

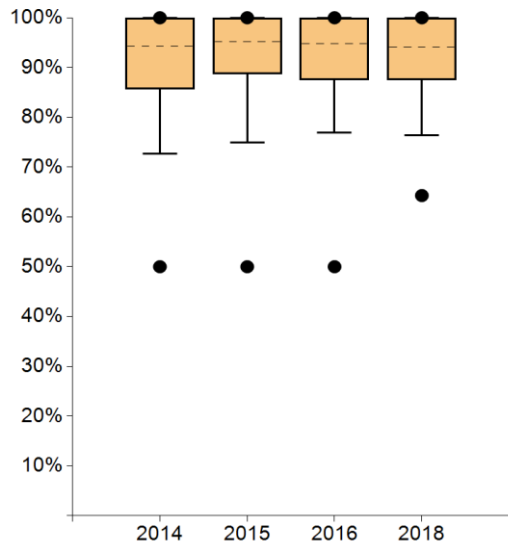
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

8. Trastuzumabtherapie über 1 Jahr bei HER-2 pos. Befund (LL QI 10)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	HER-2 pos. Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom, bei denen eine Trastuzumabtherapie über 1 Jahr empfohlen wurde	16,5*	3 - 101	5504
Nenner	Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom mit HER-2 pos. Befund (ohne primär M1 Pat.)	18*	3 - 107	5940
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	94,12%	64,29% - 100%	92,66%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	100%	-----	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	-----	100%
75. Perzentil	100%	100%	100%	-----	100%
Median	94,28%	95,24%	94,74%	-----	94,12%
25. Perzentil	85,71%	88,73%	87,50%	-----	87,50%
5. Perzentil	72,73%	75,00%	76,92%	-----	76,40%
Min	50,00%	50,00%	50,00%	-----	64,29%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	123	44,57%

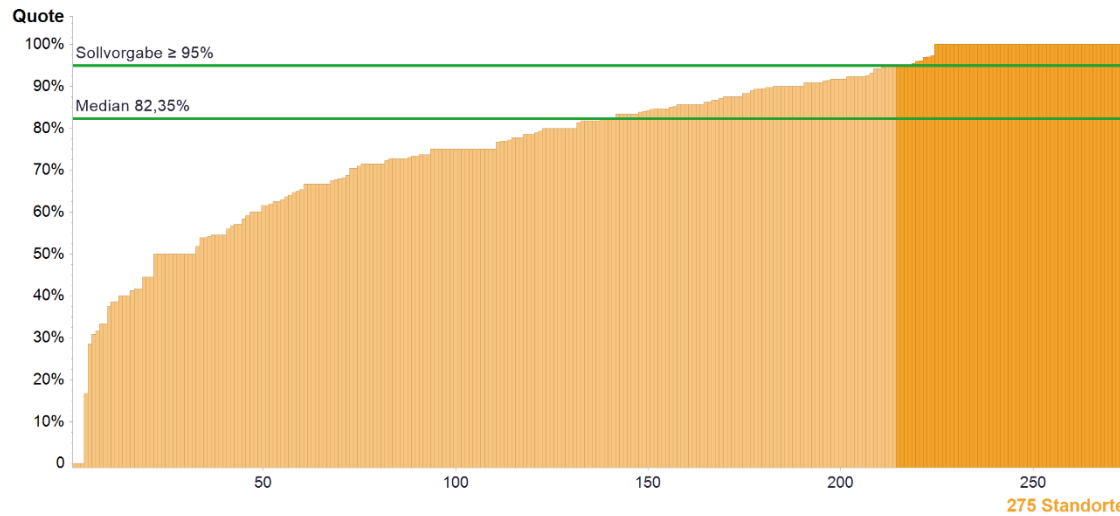
Anmerkungen:

Die Erfüllung der Kennzahl im Jahr 2018 bewegt sich auf ähnlichem Niveau wie in den Jahren 2014 bis 2016 bei abnehmender Streuung. Da für das Kennzahlenjahr 2017 eine Anpassung der Zählerdefinition erfolgte, ist dies von dem Vergleich ausgenommen. 96 der 123 Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, erreichen 100%. Gleichzeitig empfehlen 153 Zentren in weniger als 95% eine einjährige Trastuzumabtherapie bei den Patientinnen des Nenners. Überwiegende Gründe waren mikroinvasive bzw. pT1a-Karzinome, bei denen gemäß Leitlinie eine Trastuzumabtherapie nicht grundsätzlich empfohlen wird. Zudem wurde in vielen Fällen auf Grund von Alter, Multimorbidität, Zweitumor und/oder unter Berücksichtigung des Patientinnenwunsches keine Trastuzumabtherapie empfohlen.

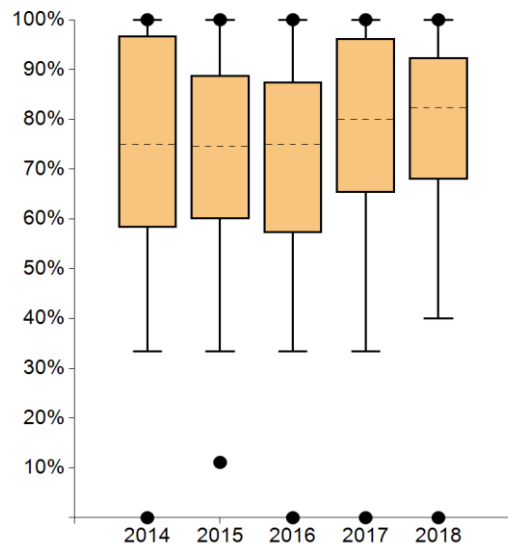
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

9. Endokrine Therapie bei Metastasierung (LL QI 5)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Pat., bei denen mit einer endokrin basierten Therapie im metastasierten Stadium als First-line-Therapie begonnen wurde	10*	0 - 64	3399
Nenner	Pat. mit steroidrez. pos. und HER2-negativem inv. Mammakarzinom mit 1. Fernmetastasierung (incl. Primär M1 Pat.)	13*	1 - 78	4288
Quote	Sollvorgabe $\geq 95\%$	82,35%	0,00% - 100%	79,27%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	96,77%	88,89%	87,50%	96,30%	92,45%
Median	75,00%	74,54%	75,00%	80,00%	82,35%
25. Perzentil	58,28%	60,00%	57,14%	65,22%	67,87%
5. Perzentil	33,33%	33,33%	33,33%	33,33%	40,00%
Min	0,00%	11,11%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
275	99,64%	61	22,18%

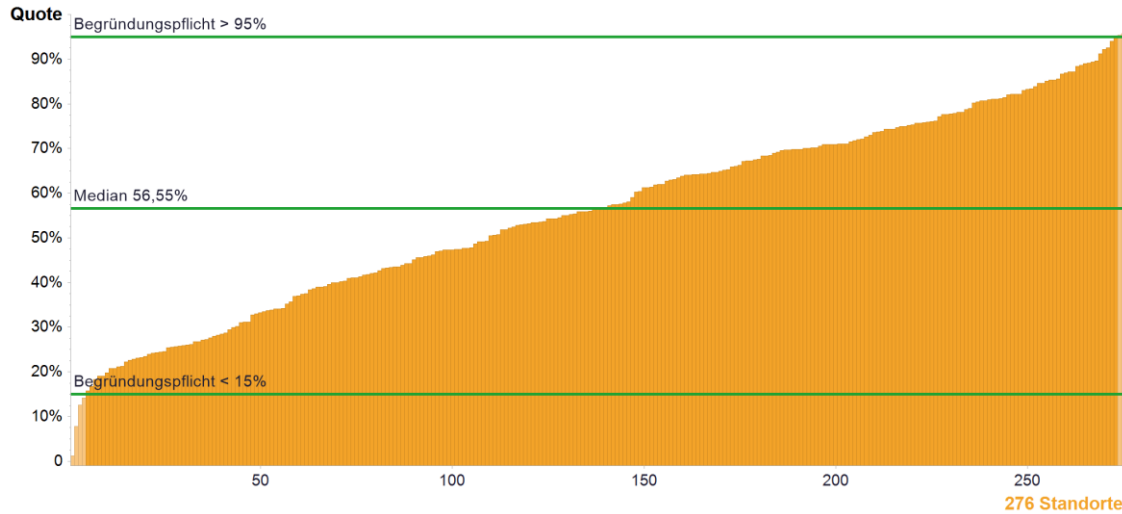
Anmerkungen:

Trotz weiter steigendem Median sinkt der Anteil der Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen (Vorjahr: 28,52%). 51 Zentren erreichen 100%, 150 Zentren können ihre Quote halten oder verbessern. Die 3 Zentren mit Quoten unter 30% weisen nur zwischen 1 und 7 Patientinnen im Nenner auf. Viele der 214 Zentren mit der Unterschreitung der Sollvorgabe begründeten den Verzicht auf eine endokrine Therapie damit, dass bei hohem Therapiedruck, niedrigem HR-Status bzw. rezeptornegativen Metastasen eine Chemotherapie durchgeführt wurde. Auch hohes Alter, schwerwiegende Komorbiditäten, prognoseführende Zweitmalignome und Ablehnung seitens der Patientin waren häufig genannte Gründe. Diese wurden in den Audits diskutiert und z.T. von den Zentren in Qualitätszirkeln besprochen.

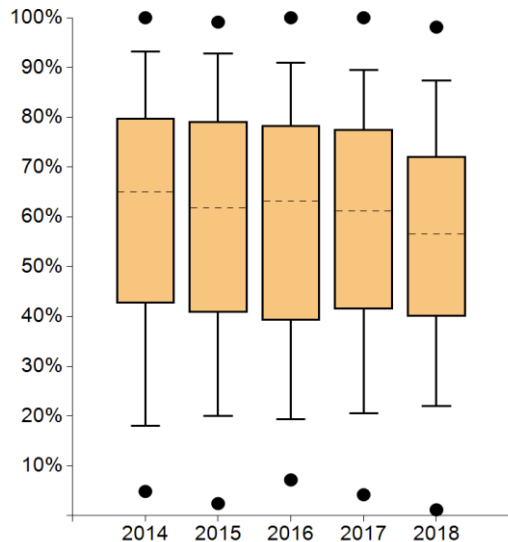
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

10. Psychoonkologische Betreuung (Gespräch ≥ 25 Min.)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Pat., die stationär oder ambulant psychoonkologisch betreut wurden (Gesprächsdauer ≥ 25 Min.)	117*	3 - 900	37663
Nenner	Primärfallpat. + Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat., da bereits in den Primärfällen enthalten)	210,5*	61 - 1073	67504
Quote	Begründungspflicht*** <15% und >95%	56,55%	1,18% - 98,11%	55,79%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	99,12%	100%	100%	98,11%
95. Perzentil	93,20%	92,81%	90,90%	89,54%	87,44%
75. Perzentil	79,84%	79,18%	78,38%	77,60%	72,20%
Median	65,06%	61,82%	63,14%	61,23%	56,55%
25. Perzentil	42,67%	40,82%	39,15%	41,46%	40,00%
5. Perzentil	18,04%	20,05%	19,31%	20,60%	22,01%
Min	4,87%	2,44%	7,19%	4,21%	1,18%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	269	97,46%

Anmerkungen:

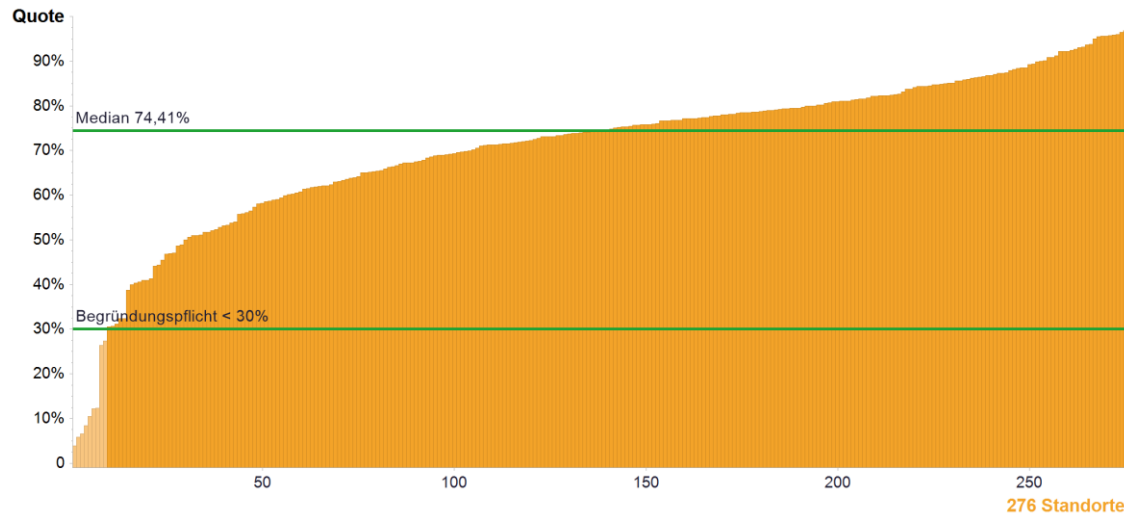
Der leicht rückläufige Trend der Vorjahre setzt sich auch im Kennzahlenjahr 2018 fort. Bis auf 7 liegen alle Zentren innerhalb der Plausibilitätsgrenzen. 4 von ihnen unterschreiten eine Quote von 15%, davon befinden sich 3 im deutschsprachigen Ausland. Als Gründe für die Unterschreitung wurden personelle Fluktuationen bzw. knappe Personalressourcen sowie (bei Zentren im deutschsprachigen Ausland) die dort ortstypische Übernahme der psychoonkologischen Betreuung durch Seelsorger und Breast Cancer Nurses, die wiederum in engem Kontakt zur Psychoonkologie stehen, genannt. In den Audits wurde insbesondere empfohlen, bei Bedarf die Personalressourcen in der Psychoonkologie auszuweiten, z.B. über eine Verlagerung in den ambulanten Sektor.

* 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.

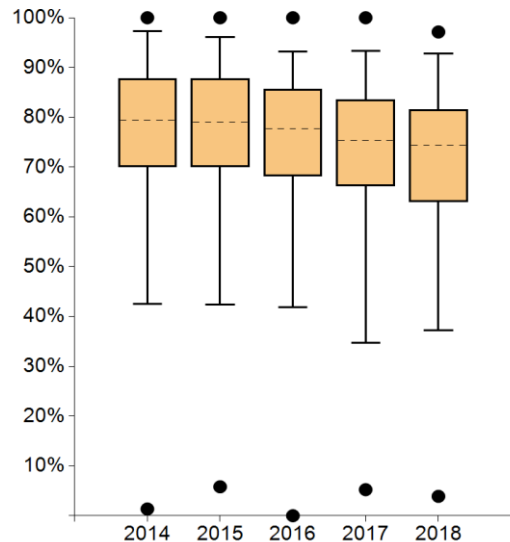
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

11. Beratung Sozialdienst



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Pat., die stationär oder ambulant durch den Sozialdienst beraten wurden	151,5*	7 - 989	47752
Nenner	Primärfallpat. + Pat. mit 1. Lokalrezidiv u./o. mit 1. Fernmetastasierung (ohne primär M1 Pat., da bereits in den Primärfällen enthalten)	210,5*	61 - 1073	67504
Quote	Begründungspflicht*** <30%	74,41%	3,89% - 97,14%	70,74%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	100%	100%	97,14%
95. Perzentil	97,31%	96,12%	93,21%	93,32%	92,79%
75. Perzentil	87,81%	87,72%	85,67%	83,60%	81,61%
Median	79,37%	78,99%	77,75%	75,29%	74,41%
25. Perzentil	69,99%	70,02%	68,22%	66,16%	63,07%
5. Perzentil	42,56%	42,33%	41,86%	34,66%	37,20%
Min	1,35%	5,81%	0,00%	5,23%	3,89%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	267	96,74%

Anmerkungen:

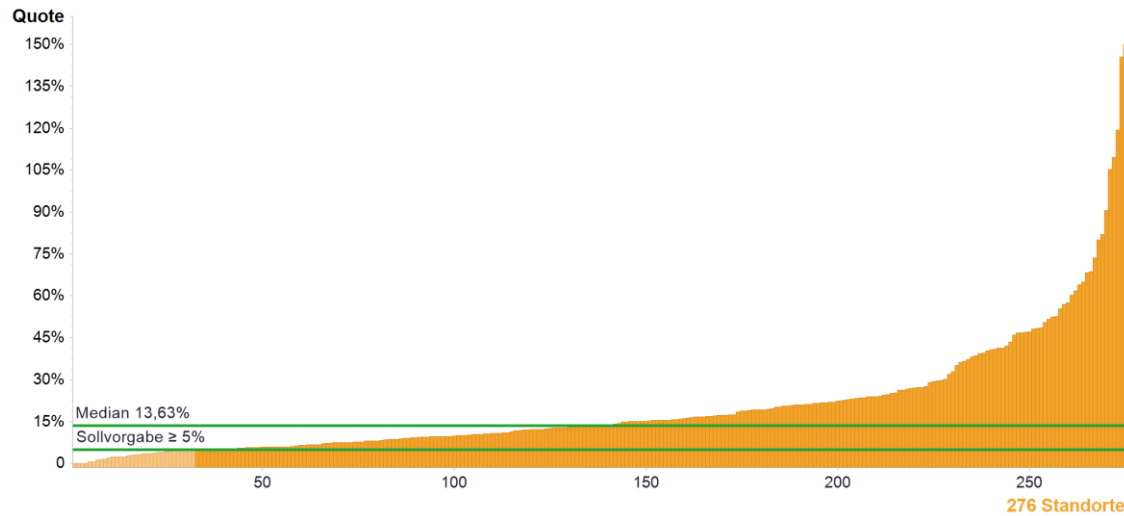
Die Kennzahl wird weiterhin sehr gut erfüllt und bewegt sich auf dem Niveau der Vorjahre. 9 Zentren unterschreiten 30% bei der Beratung durch den Sozialdienst. 8 davon befinden sich im Ausland, wo die sozialdienstliche Versorgung anders als in Deutschland geregelt ist (Übernahme durch Stationspersonal, Überleitungs-pflege bzw. Breast Cancer Nurses) und zudem kein diesbezüglicher Rechtsanspruch besteht. Gleichwohl wurden auch in diesen Zentren Maßnahmen zur Erhöhung der Beratungsquote ergriffen, etwa eine konsequente Evaluierung des Beratungsbedarfs bei allen Patientinnen. Das deutsche Zentrum konnte die für die Unterschreitung maßgeblichen personellen Engpässe zwischenzeitlich beheben.

* 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.

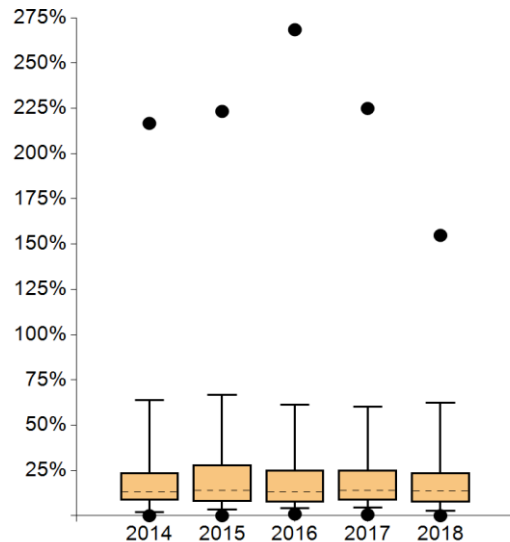
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

12. Anteil Studienpatientinnen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Pat. die in eine Studie mit Ethikvotum eingebracht wurden	26*	0 - 839	13418
Nenner	Primärfälle	180,5*	51 - 893	57589
Quote	Sollvorgabe ≥ 5%	13,63%	0,00% - 154,80%	23,30%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	216,67%	223,28%	268,38%	224,90%	154,80%
95. Perzentil	63,65%	66,65%	61,16%	60,09%	62,39%
75. Perzentil	23,80%	28,18%	25,36%	25,12%	23,61%
Median	13,33%	13,95%	13,24%	13,99%	13,63%
25. Perzentil	8,54%	7,92%	7,43%	8,39%	7,49%
5. Perzentil	1,84%	3,31%	4,08%	4,35%	2,72%
Min	0,00%	0,00%	0,88%	0,56%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	244	88,41%

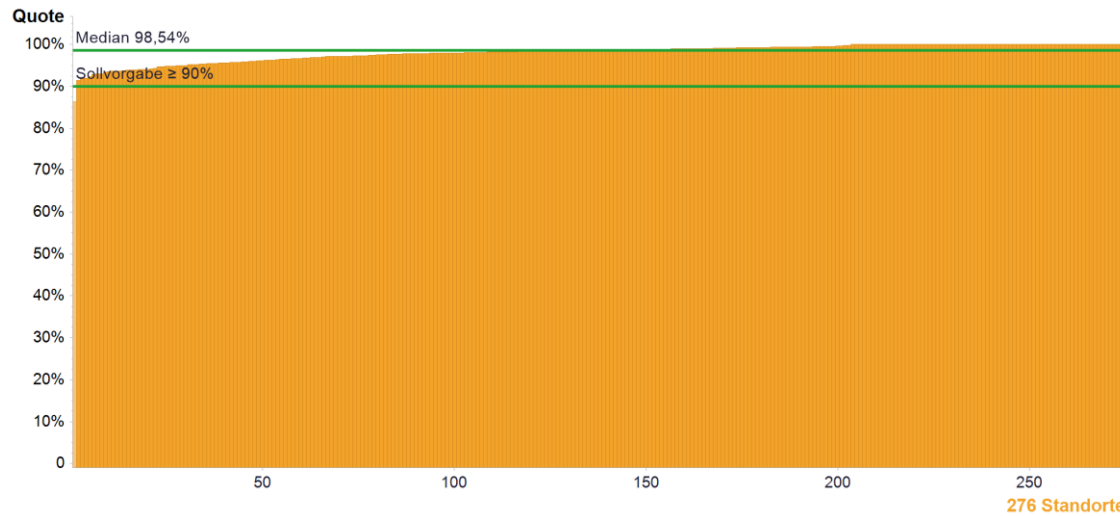
Anmerkungen:

Der Anteil der Studienpatientinnen an den Primärfällen zeigt im Vorjahresvergleich eine leicht sinkende Tendenz. 108 Zentren können ihre Einschlussquote erhöhen, bei 164 Zentren ist sie rückläufig. 32 Zentren verfehlen die Sollvorgabe, nur bei 10 von ihnen war dies bereits im Vorjahr der Fall. Patientinnen, die die Einschlusskriterien nicht erfüllten, Rekrutierungsstopp bzw. verzögerter Rekrutierungsbeginn, Ablehnung durch die Patientinnen und/oder personelle Fluktuationen waren die von den Zentren angegebenen dominierenden Gründe. In den Audits wurden diverse Maßnahmen zur Steigerung der Studienquote besprochen, etwa die Initiierung eigener Studien, gezielte Patientinnenansprache, Kooperationen mit Unikliniken oder der Aufbau von Studienbüros.

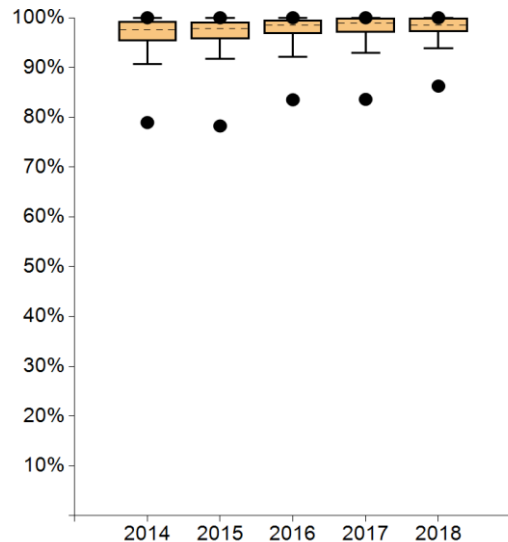
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

13. Prätherapeutische histologische Sicherung (LL QI 2)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	153,5*	41 - 826	49132
Nenner	Primärfälle mit Ersteingriff und Histologie invasives Mammakarzinom oder DCIS	155,5*	42 - 845	50110
Quote	Sollvorgabe ≥ 90%	98,54%	86,27% - 100%	98,05%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	99,23%	99,21%	99,55%	100%	100%
Median	97,55%	97,89%	98,53%	98,89%	98,54%
25. Perzentil	95,34%	95,73%	96,79%	97,04%	97,11%
5. Perzentil	90,69%	91,74%	92,08%	92,95%	93,81%
Min	78,95%	78,26%	83,52%	83,61%	86,27%

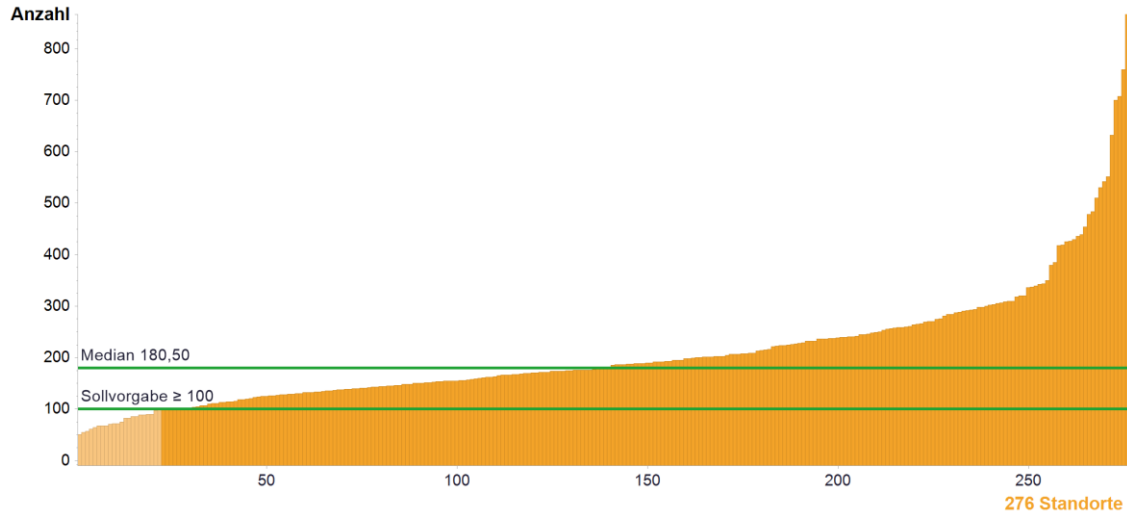
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	275	99,64%

Anmerkungen:

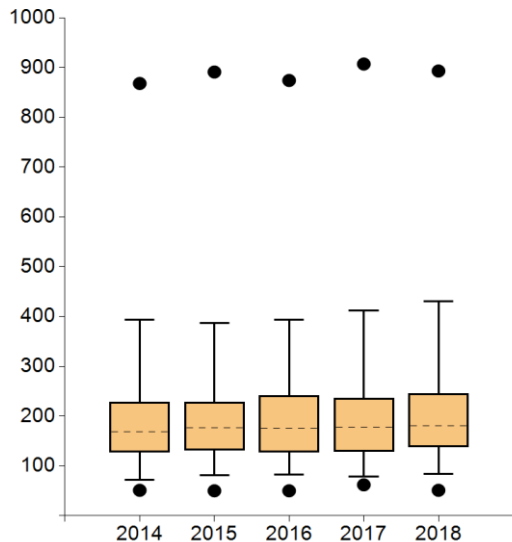
Die Kennzahl zur prätherapeutischen histologischen Sicherung wird hervorragend von den Zentren umgesetzt, sodass im Kennzahlenjahr 2018 nur noch 1 Zentrum (Vorjahr: 2) die Sollvorgabe verfehlt. Dieses Zentrum war bereits in den Jahren zuvor auffällig gewesen. Dieses Zentrum erklärte, dass die Mehrzahl der Patientinnen ohne prätherapeutische histologischer Sicherung diese abgelehnt hätten. Zudem wurden zwei Patientinnen mit dem Befund eines intramammären Zweitmalignoms (z.B. Melanom) irrtümlich dem Nenner zugeordnet.

* 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



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Anzahl	Primärfälle	180,5	51 - 893	57589
	Sollvorgabe ≥ 100			



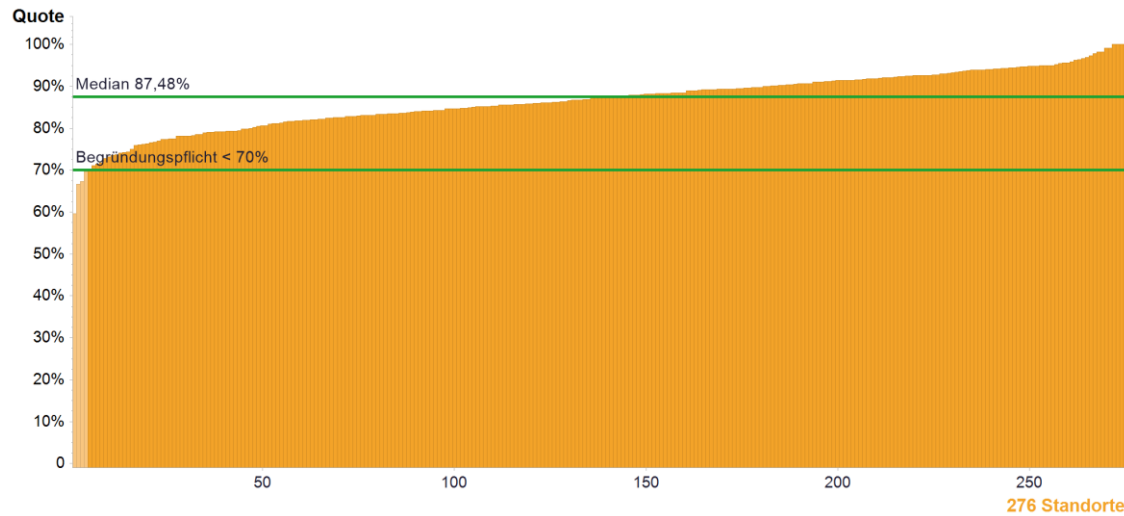
	2014	2015	2016	2017	2018
Max	868,00	891,00	874,00	907,00	893,00
95. Perzentil	393,50	386,40	393,00	411,90	430,75
75. Perzentil	228,50	228,00	241,50	236,50	245,25
Median	169,00	177,00	175,00	178,00	180,50
25. Perzentil	127,00	131,00	127,50	128,25	137,75
5. Perzentil	72,00	81,70	83,10	78,00	84,25
Min	51,00	50,00	50,00	62,00	51,00

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	254	92,03%

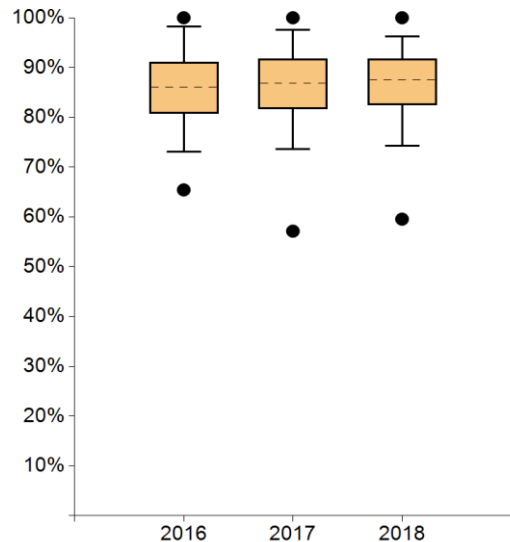
Anmerkungen:

Die Primärfallzahlen steigen insgesamt um 3,4%, auch der Median der Fallzahlen pro Zentrum setzt die leicht steigende Tendenz der Vorjahre fort. 22 Standorte verfehlen 100 Primärfälle teils deutlich. 19 davon sind Teil einer Kooperation (Vorgabe: mind. 50 Primärfälle pro Standort und mind. 150 Primärfälle insgesamt) und genießen Bestandsschutz. Bei 2 Zentren waren der Umzug der gynäkologischen Abteilung bzw. der Wegfall von Personal/Einweisern Grund für die Unterschreitung. Da es sich um Überwachungsaudits handelte, wurde keine Abweichung ausgesprochen. 1 Zentrum verfehlte die vorgegebene Primärfallzahl im Wiederholungsaudit, konnte diese aber im Durchschnitt der vergangenen 3 Jahre nachweisen.

15. Anzahl operative Eingriffe für R0-Resektion bei BET



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit nur einem operativen Eingriff bis zum endgültigen Operationszustand BET	100,5*	18 - 603	31282
Nenner	Operierte Primärfälle mit BET und R0	114,5*	27 - 657	36031
Quote	Begründungspflicht*** <70%	87,48%	59,55% - 100%	86,82%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	-----	-----	100%	100%	100%
95. Perzentil	-----	-----	98,17%	97,62%	96,30%
75. Perzentil	-----	-----	91,10%	91,79%	91,70%
Median	-----	-----	86,02%	86,83%	87,48%
25. Perzentil	-----	-----	80,81%	81,73%	82,52%
5. Perzentil	-----	-----	73,02%	73,64%	74,27%
Min	-----	-----	65,43%	57,14%	59,55%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	272	98,55%

Anmerkungen:

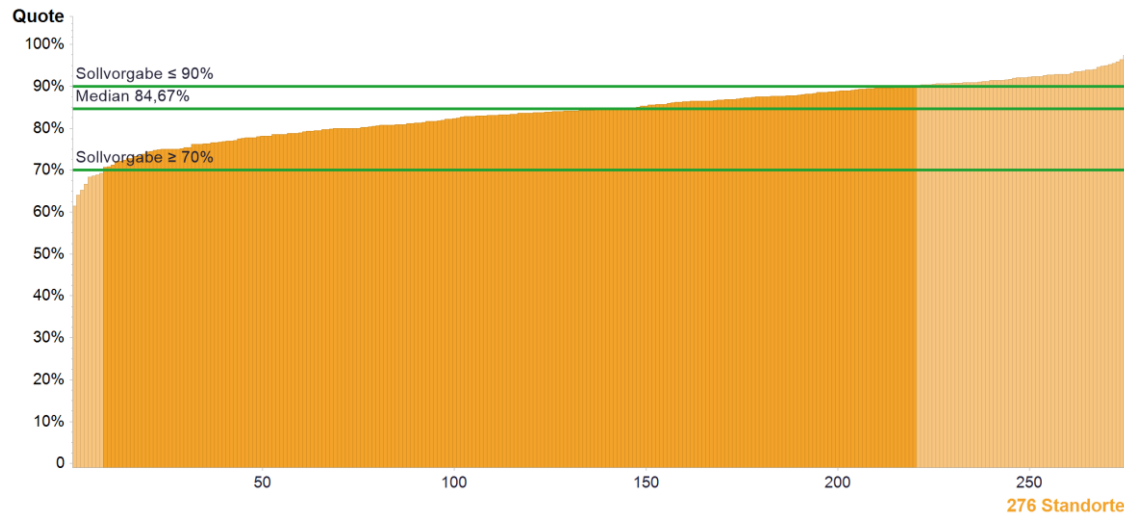
Die insgesamt sehr gute Erfüllung dieser Kennzahl entwickelt sich im Kennzahlenjahr 2018 weiter positiv. 4 Zentren (Vorjahr: 6) wurden um eine Begründung gebeten, warum bei weniger als 70% der operierten Primärfälle mit BET ein R0-Status mit dem ersten Eingriff erreicht wurde. Diese 4 Zentren waren im Vorjahr nicht begründungspflichtig. Sofern Gründe eruiert waren, erklärten sie die geringe Quote u.a. mit fehlerhafter Schnittführung der Pathologien, die fälschlicherweise eine R1-Resektion ergeben hätte, mit benigner Histologie trotz maligner Stanzbiopsie und entsprechender Re-Operation sowie mit Dokumentationsfehlern. In den Audits vereinbarte Maßnahmen waren Rücksprachen mit der Pathologie sowie die Veranstaltung von Qualitätszirkeln.

* 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.

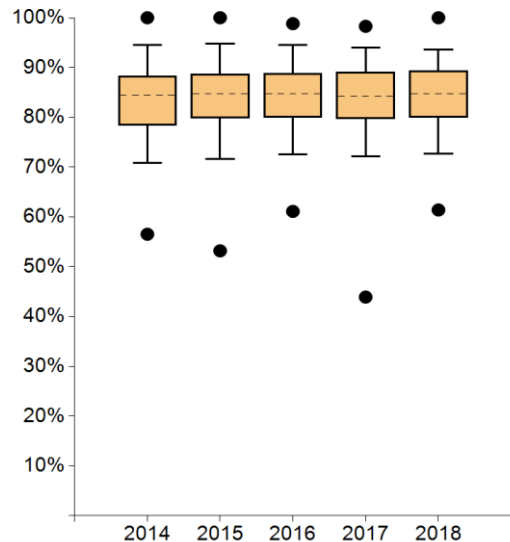
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

16. Brusterhaltendes Vorgehen bei pT1



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Anzahl BET (endgültiger Operationszustand) bei pT1 (inkl. (y)pT1)	63*	11 - 341	20275
Nenner	Operierte Primärfälle mit pT1 (inkl. (y)pT1)	75,5*	11 - 446	24201
Quote	Sollvorgabe 70 - 90%	84,67%	61,40% - 100%	83,78%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	98,81%	98,28%	100%
95. Perzentil	94,53%	94,78%	94,53%	94,02%	93,55%
75. Perzentil	88,33%	88,74%	88,89%	89,03%	89,39%
Median	84,48%	84,75%	84,78%	84,16%	84,67%
25. Perzentil	78,35%	79,86%	80,00%	79,69%	80,00%
5. Perzentil	70,79%	71,57%	72,60%	72,21%	72,73%
Min	56,52%	53,19%	61,11%	43,90%	61,40%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	212	76,81%

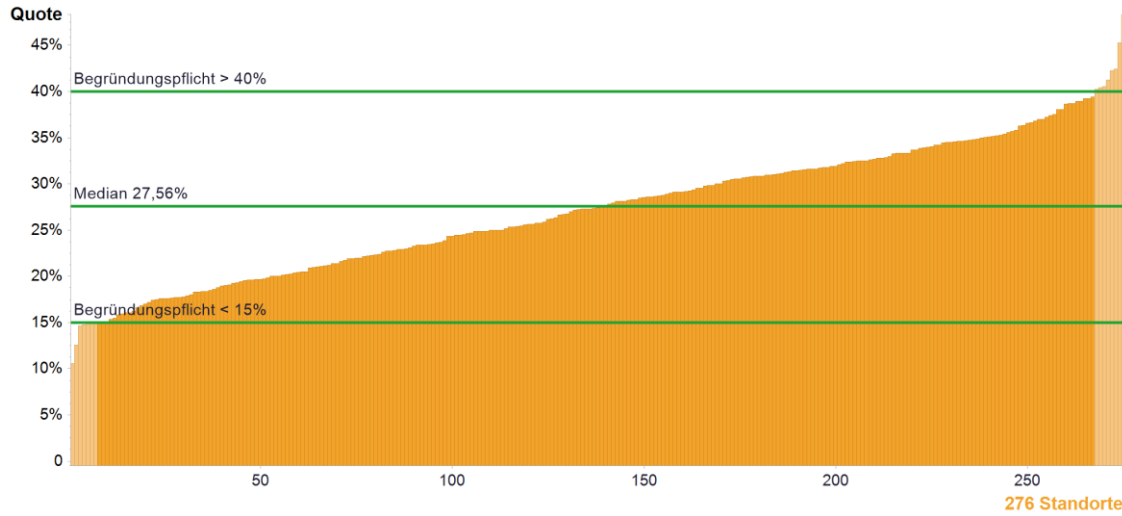
Anmerkungen:

Bei fast konstantem Median und abnehmender Streuung verfehlen etwas mehr Zentren als im Vorjahr (2018: 64; 2017: 54) die Sollvorgabe. 8 Zentren unterschreiten die Quote von 70%. Diese führten eine Ablatio vor allem auf Wunsch der Patientinnen (keine Bestrahlung gewünscht, hohes Alter, schlechter Allgemeinzustand) oder auf Grund der Tumormerkmale (BRCA-Mutation, multizentrischer Tumor, ausgedehntes assoziiertes DCIS) durch. Die 56 Zentren mit Quoten über 90% verwiesen ebenfalls auf den Wunsch der Patientinnen. Zudem identifizierten sie ein für die BET geeignetes Patientinnengut (u.a. kleine Tumoren, keine BRCA-Mutation, viele Screeningpatientinnen, junges Alter) als Gründe. Alle Begründungen wurden in den Audits nach Einzelfallprüfungen bestätigt.

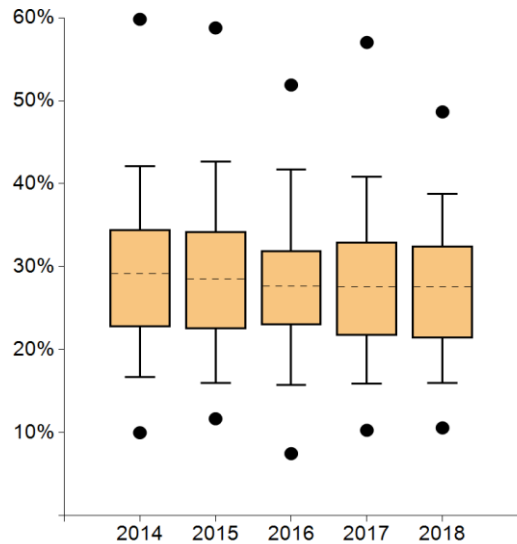
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

17. Mastektomien



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Mastektomien (endgültiger Operationszustand)	40,5*	10 - 256	13664
Nenner	Operierte Primärfälle	155,5*	42 - 845	50110
Quote	Begründungspflicht*** <15% und >40%	27,56%	10,58% - 48,65%	27,27%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	59,81%	58,77%	51,89%	57,02%	48,65%
95. Perzentil	42,08%	42,64%	41,72%	40,82%	38,77%
75. Perzentil	34,50%	34,24%	31,96%	32,95%	32,49%
Median	29,13%	28,52%	27,68%	27,60%	27,56%
25. Perzentil	22,77%	22,53%	22,96%	21,66%	21,37%
5. Perzentil	16,67%	16,02%	15,74%	15,91%	16,00%
Min	10,00%	11,68%	7,48%	10,29%	10,58%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte innerhalb der Plausibilitätsgrenzen	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	260	94,20%

Anmerkungen:

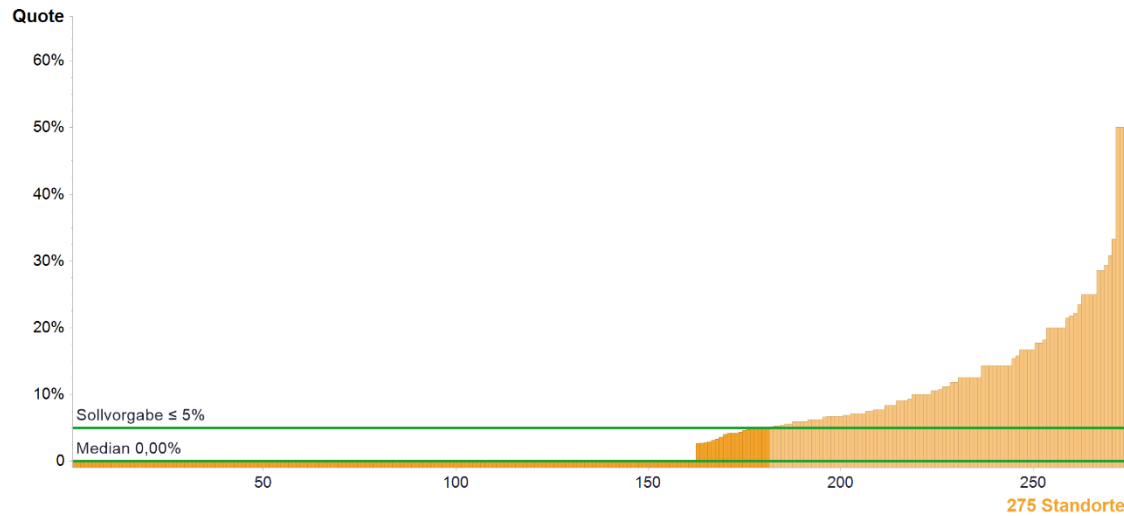
Bei geringerer Streuung und konstantem Median sinkt die Anzahl begründungspflichtiger Zentren von 27 im Vorjahr auf nun 16. 7 Zentren führen bei weniger als 15% der operierten Primärfälle Mastektomien durch. Dies geht nach Aussage der Zentren v.a. auf den Wunsch der Patientinnen und neoadjuvante Therapien zurück. Die Begründungen der 9 Zentren mit vergleichsweise hohen Mastektomieraten von über 40% ähneln erwartungsgemäß jenen bei niedrigen Raten an BET bei pT1: Multizentrische Karzinome, großes begleitendes DCIS, ungünstiges Brustgrößen-Tumor-Verhältnis, BRCA-Mutation, hohes Alter und nicht zuletzt der Wunsch der 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.

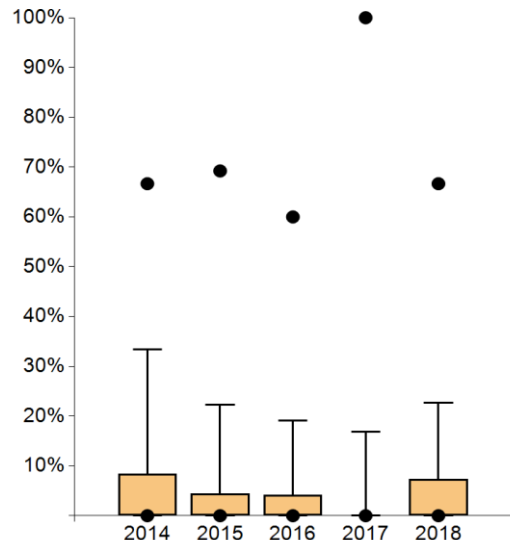
** Prozentzahl der in Zentren insgesamt gemäß der Kennzahl behandelten Patienten.

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

18. LK-Entfernung bei DCIS (LL QI 4)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit axillärer Lymphknotenentnahme (primäre Axilladisektion oder Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB))	0*	0 - 6	187
Nenner	Primärfälle DCIS und abgeschlossener operativer Therapie und BET	13*	1 - 76	4208
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,00%	0,00% - 66,67%	4,44%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	66,67%	69,23%	60,00%	100%	66,67%
95. Perzentil	33,33%	22,22%	19,13%	16,82%	22,61%
75. Perzentil	8,33%	4,35%	4,13%	0,00%	7,28%
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	%
275	99,64%	181	65,82%

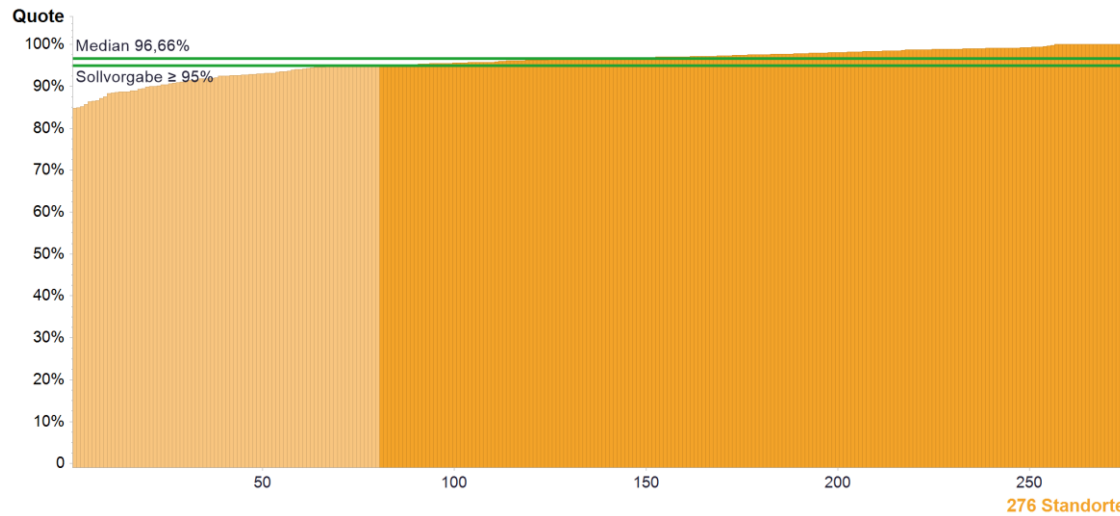
Anmerkungen:

94 Zentren (Vorjahr: 43) verfehlen die Sollvorgabe von maximal 5%. 162 Zentren erreichen eine Rate von 0%. 42 Zentren verschlechtern ihre Rate, 96 Zentren verbessern sie. Zentren, die die Sollvorgabe verfehlten, entfernten Lymphknoten wegen großer DCIS, V.a. invasiven Tumorkomponenten, Zweitkarzinomen, ungünstiger Tumorlokalisation (oberer äußerer Quadrant), klinisch auffälliger Lymphknoten, divergenter Befunde von Stanzbiopsie und OP-Präparat sowie auf Wunsch der Patientin. In einem Fall sprach der Auditor nach mehrfachem Verfehlen der Sollvorgabe in Folge eine Abweichung aus. In einigen Audits wurden Fallbesprechungen und Qualitätszirkel angeregt. Einige Auditoren stellten klar, dass lediglich der V.a. Mikroinvasion bzw. ein großes DCIS per se keine Indikation zur Lymphknotenentfernung darstellen.

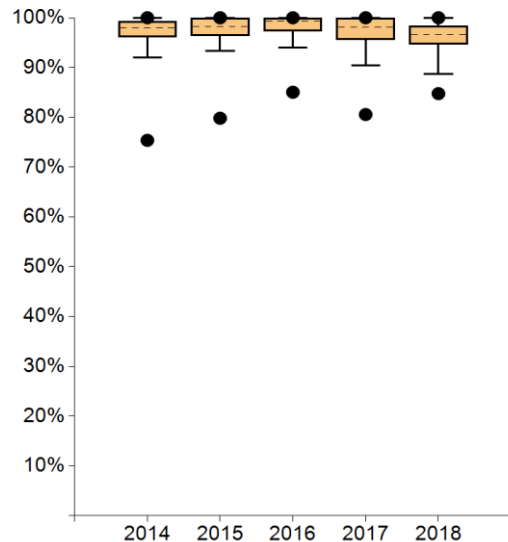
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

19. Bestimmung Nodalstatus bei invasivem Mammakarzinom



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit inv. Mammakarzinom, bei denen der Nodalstatus bestimmt wurde	132*	40 - 718	42695
Nenner	Operierte Primärfälle mit invasivem Mammakarzinom	136*	41 - 744	44506
Quote	Sollvorgabe \geq 95%	96,66%	84,76% - 100%	95,93%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	100%	100%	100%	100%	100%
95. Perzentil	100%	100%	100%	100%	100%
75. Perzentil	99,32%	100%	100%	100%	98,29%
Median	97,93%	98,28%	99,26%	98,04%	96,66%
25. Perzentil	96,15%	96,35%	97,30%	95,59%	94,68%
5. Perzentil	92,02%	93,36%	93,97%	90,38%	88,72%
Min	75,38%	79,82%	85,04%	80,56%	84,76%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	196	71,01%

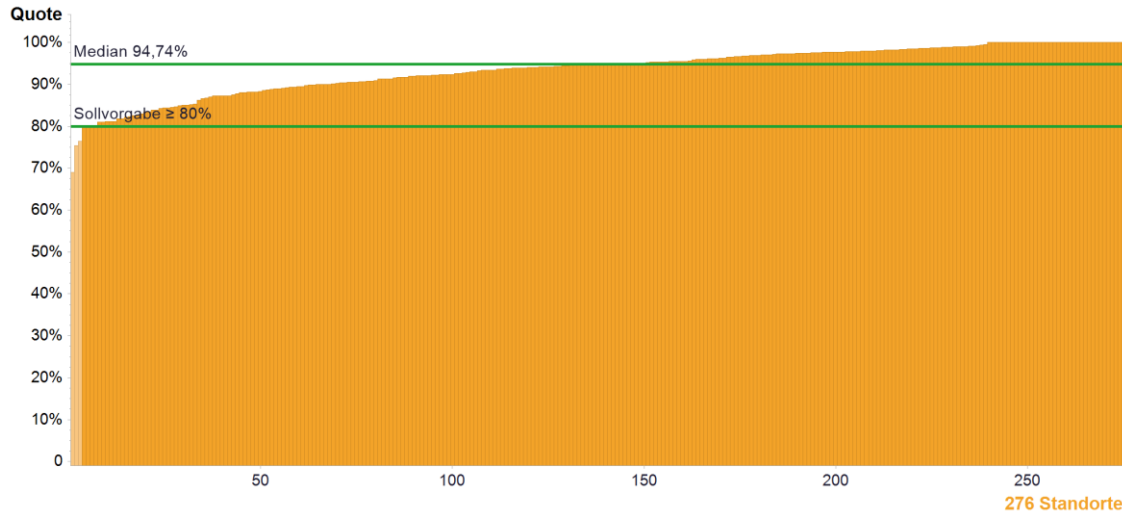
Anmerkungen:

80 Zentren (Vorjahr: 68) verfehlen die Sollvorgabe bei leicht sinkendem Median. Diese wurden in den Audits einer kritischen Einzelfallanalyse unterzogen. Dabei erläuterten die Zentren, dass auf Grund der Teilnahme an der Insema-Studie (Non-SNB-Arm), hohen Alters und/oder Komorbiditäten (fehlende therapeutische Konsequenz), sehr kleiner und/oder nur mikroinvasiver Tumoren, prognoseführender Zweitkarzinome, primärer Metastasierung sowie der Ablehnung durch die Patienten auf ein Lymphknotenstaging verzichtet wurde. Die Mehrzahl dieser Begründungen wurde in den Audits bestätigt. Vereinzelt wurde empfohlen, etwa in Qualitätszirkeln zu diskutieren, dass hohes Alter bzw. kleine Karzinome nicht grundsätzlich gegen die Bestimmung des Nodalstatus sprechen.

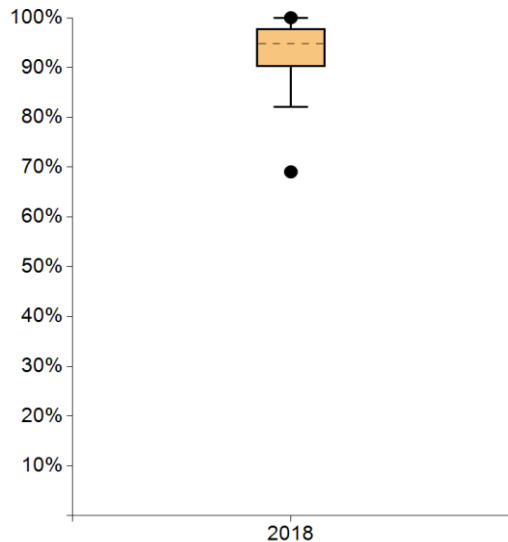
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

20a. Alleinige Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Frauen) (LL QI 6)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Weibliche Primärfälle mit alleiniger Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB)	71*	17 - 369	22344
Nenner	Weibliche Primärfälle invasives Mammakarzinom und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie	75*	17 - 373	23800
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	94,74%	69,05% - 100%	93,88%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	97,89%
Median	----	----	----	----	94,74%
25. Perzentil	----	----	----	----	90,19%
5. Perzentil	----	----	----	----	82,06%
● Min	----	----	----	----	69,05%

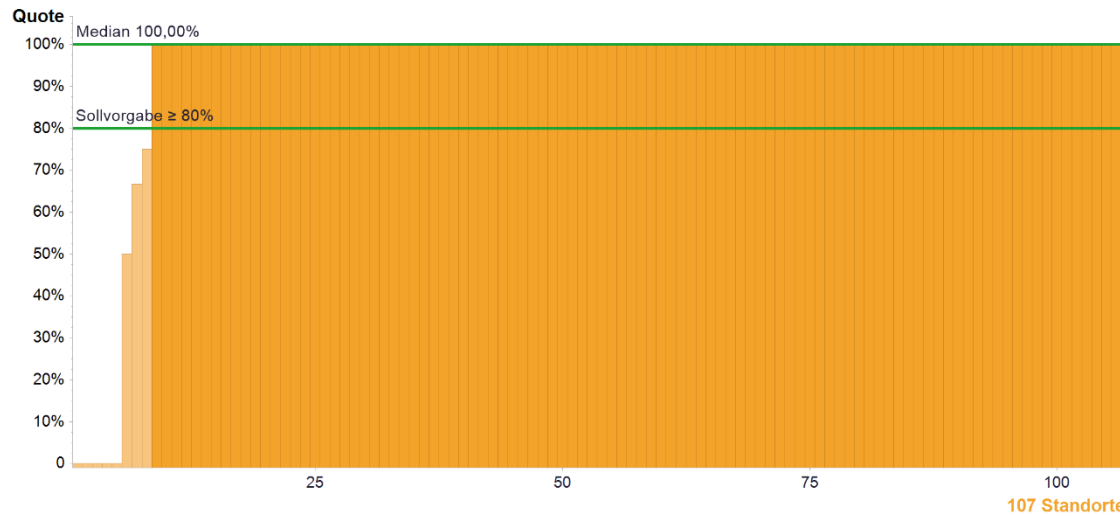
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	273	98,91%

Anmerkungen:

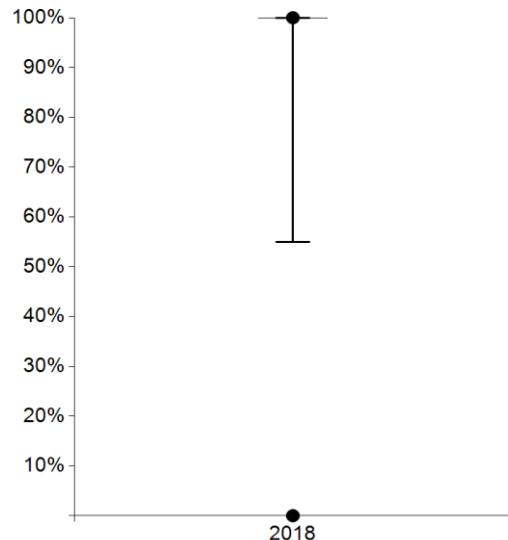
Im Kennzahlenjahr 2018 wurde diese Kennzahl erstmals geschlechtergetrennt erhoben. Daher entfällt der Vergleich mit den Vorjahren. Der Erfüllungsgrad bei Frauen fällt etwas besser aus als die aggregierte Kennzahl des Vorjahres (damals Median 93,97%, 4 Zentren mit Verfehlen der Sollvorgabe). Die 3 Zentren, die bzgl. Frauen die Sollvorgabe verfehlen, haben keine Schnittmengen zu jenen der Kennzahl 20b. Sie begründen ihre unter 80% liegende Quote alleiniger SNB bei pN0 mit dem Wunsch der Patientinnen, hohem Alter und/oder schlechtem Allgemeinzustand, primärer Fernmetastasierung, bereits durchgeführter Axilladisektion sowie mikroinvasivem Karzinom.

* 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.

20b. Alleinige Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB) bei pN0 (Männer) (LL QI 6)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Männliche Primärfälle mit alleiniger Sentinel-Lymphknoten-Entfernung (SNB)	1*	0 - 5	145
Nenner	Männliche Primärfälle invasives Mammakarzinom und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie	1*	1 - 5	153
Quote	Sollvorgabe ≥ 80%	100%	0,00% - 100%	94,77%**



	2014	2015	2016	2017	2018
● Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	100%
75. Perzentil	----	----	----	----	100%
Median	----	----	----	----	100%
25. Perzentil	----	----	----	----	100%
5. Perzentil	----	----	----	----	55,00%
● Min	----	----	----	----	0,00%

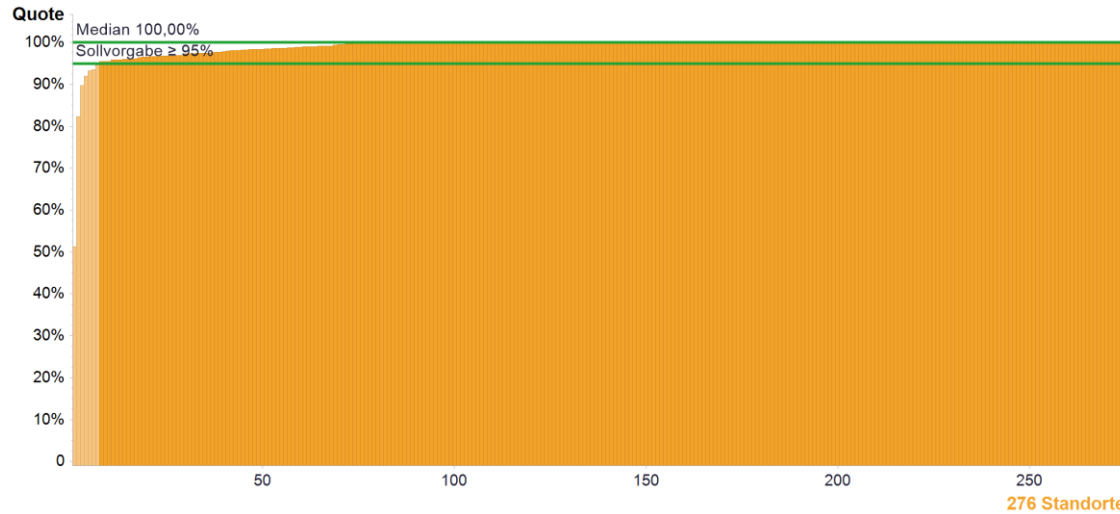
Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
107	38,77%	99	92,52%

Anmerkungen:

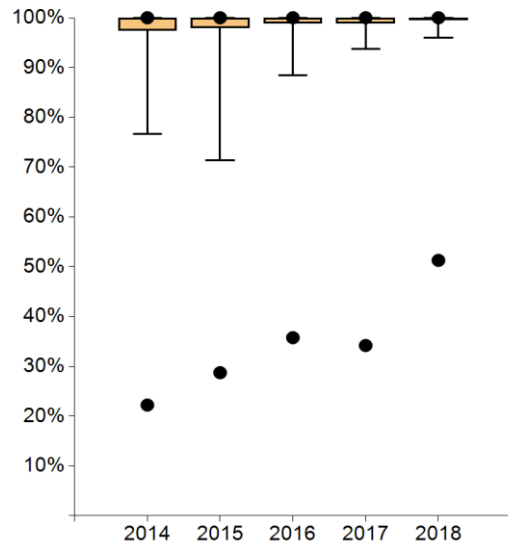
Im Kennzahlenjahr 2018 wurde diese Kennzahl erstmals geschlechtergetrennt erhoben. Von den 107 Zentren mit männlichen Primärfällen verfehlten 8 die Sollvorgabe, wobei die im Vergleich zu Kennzahl 20a deutlich geringeren Patientenzahlen im Nenner die große Streuung erklären. Alle anderen Zentren erreichen 100%. Als Grund für die Unterschreitung gaben die Zentren an, wegen technisch nicht möglicher SNB und klinisch bzw. intraoperativ suspekt erscheinender Lymphknoten eine über den SN hinaus gehende Lymphknotenentfernung durchgeführt zu haben. Einige Patienten lehnten die SNB zudem ab. In den Audits wurden die Begründungen 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.

21. Intraoperative Präparateradio-/sonographie (LL QI 3)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen oder mit intraoperativer Präparatsonographie	74*	3 - 584	25269
Nenner	Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie oder Sonographie	76*	3 - 593	25543
Quote	Sollvorgabe ≥ 95%	100%	51,28% - 100%	98,93%**



	2014	2015	2016	2017	2018
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	97,50%	97,94%	98,83%	98,83%	99,52%
5. Perzentil	76,61%	71,39%	88,47%	93,71%	96,00%
Min	22,22%	28,72%	35,75%	34,18%	51,28%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	269	97,46%

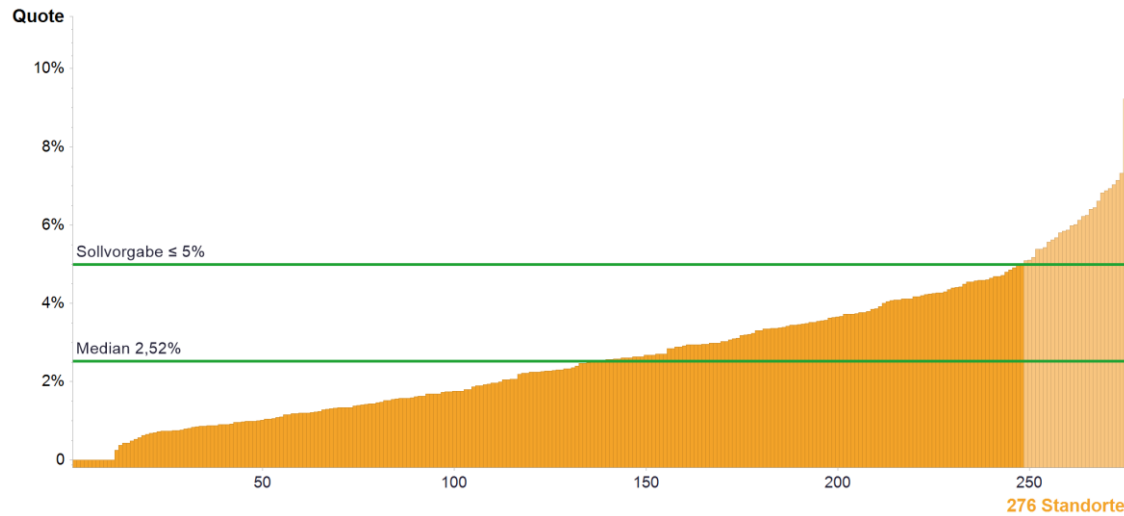
Anmerkungen:

Die Kennzahl wird weiterhin sehr gut und nunmehr von fast allen Zentren erfüllt. 203 Zentren erreichen 100%. 5 der 7 Zentren, die die Sollvorgabe verfehlten, waren bereits im Vorjahr auffällig. 4 davon konnten ihre Quote jedoch teils deutlich verbessern. In den Audits zeigte sich der Nutzen konsequenter Hinweise der Auditoren auf eine leitliniengerechte OP-Durchführung: Vormalig hatten einige Operateure bei eindeutigem Tastbefund auf intraoperatives Präparatröntgen bzw. -sonographie verzichtet. Durch Erarbeitung von SOP und der Aussprache von Hinweisen zeigen die Zahlen des Jahres 2019, dass in Zukunft voraussichtlich noch weniger Zentren die Sollvorgabe verfehlen werden.

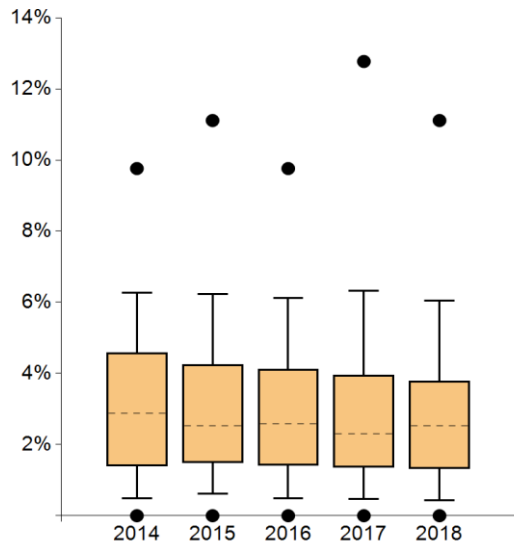
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

22. Revisionsoperationen



	Kennzahldefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Revisions-OPs infolge postoperativer Komplikationen (nur operierte Primärfälle)	4*	0 - 30	1372
Nenner	Operierte Primärfälle	155,5*	42 - 845	50110
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	2,52%	0,00% - 11,11%	2,74%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	9,76%	11,11%	9,76%	12,77%	11,11%
95. Perzentil	6,27%	6,24%	6,12%	6,33%	6,05%
75. Perzentil	4,58%	4,25%	4,13%	3,95%	3,78%
Median	2,88%	2,52%	2,59%	2,30%	2,52%
25. Perzentil	1,39%	1,49%	1,41%	1,36%	1,33%
5. Perzentil	0,49%	0,61%	0,49%	0,48%	0,43%
Min	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
276	100,00%	248	89,86%

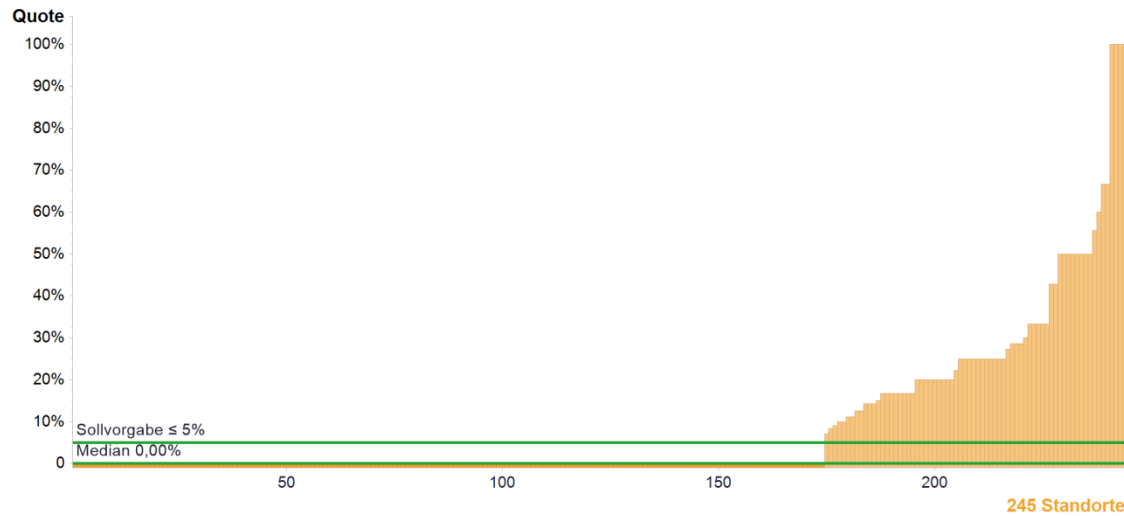
Anmerkungen:

Der Erfüllungsgrad dieser Kennzahl verbessert sich weiter auf nun fast 90%. Die 28 Zentren (Vorjahr: 33), deren Revisions-OP-Rate über 5% liegt, gaben meist die Behandlung von Risikopatientinnen (Antikoagulation, hohes Alter, großes Wundbett, arterielle Hypertonie) als Grund an. Als Verbesserungsmaßnahmen wurden in den Audits Fortbildungen und Qualitätszirkel vereinbart. Konkrete Maßnahmen stellten u.a. postoperative Spezialverbände und Erweiterung der Teamkompetenz (Plastische Chirurgie, Senologie) dar. Das Zentrum mit der höchsten Rate konnte durch Optimierung des perioperativen Managements die Ergebnisse für 2019 deutlich verbessern. Eines der Zentren verfehlte die Sollvorgabe zum wiederholten Male, weshalb eine Abweichung ausgesprochen wurde. Die Einhaltung der Sollvorgabe wird im nächsten Audit kritisch geprüft.

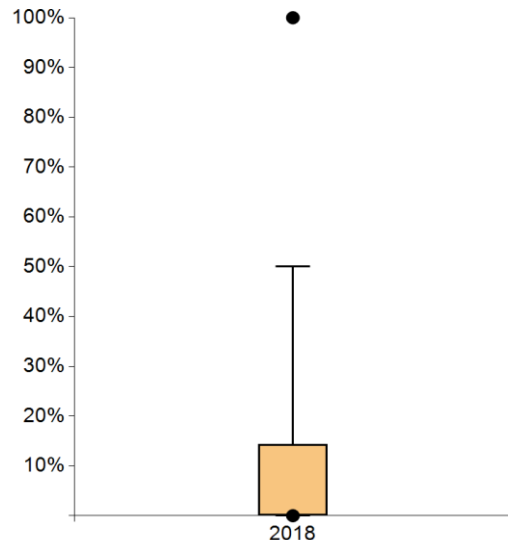
* Die Angabe des Medians für Zähler und Nenner bezieht sich nicht auf ein bestehendes Zentrum, sondern gibt den Median aller Zähler der Kohorte und den Median aller Nenner der Kohorte wieder.

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

23. Therapie der axillären Lymphabflussgebiet bei pN1mi (LL QI 7)



	Kennzahlendefinition	Alle Standorte 2018		
		Median	Range	Patienten Gesamt
Zähler	Primärfälle mit Therapie (Axilladisektion oder Radiatio) der axillären Lymphabflussgebiete	0*	0 - 5	105
Nenner	Primärfälle invasives Mammakarzinom, pN1mi	4*	1 - 20	1146
Quote	Sollvorgabe ≤ 5%	0,00%	0,00% - 100%	9,16%**



	2014	2015	2016	2017	2018
Max	----	----	----	----	100%
95. Perzentil	----	----	----	----	50,00%
75. Perzentil	----	----	----	----	14,29%
Median	----	----	----	----	0,00%
25. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
5. Perzentil	----	----	----	----	0,00%
Min	----	----	----	----	0,00%

Standorte mit auswertbaren Daten		Standorte mit Sollvorgabe erfüllt	
Anzahl	%	Anzahl	%
245	88,77%	174	71,02%

Anmerkungen:

Diese Kennzahl wurde 2018 erstmals erhoben. Alle 174 Zentren, die die Sollvorgabe erfüllen, erreichen 0%. Bei den übrigen 71 Zentren weisen 61 einstellige Nenner auf, bei den 3 Zentren mit einer Quote von 100% betrug der Nenner 1. Häufige von den Zentren dargelegte Begründungen für die Überschreitung der Sollvorgabe waren der Wunsch der Patientin (Sicherheitsbedürfnis), der Befund „Mikrometastase“ erst nach neoadjuvanter Chemotherapie, sonographisch/makroskopisch suspekt Lymphknoten sowie Entscheidungen der Strahlentherapie, teils in Unkenntnis der Leitlinienempfehlung und ohne Rücksprache mit der Tumorkonferenz. In den Audits wurden insbesondere Qualitätszirkel und die Verbesserung der Kommunikation empfohlen.

* 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.
Jumana Mensah, Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Johannes Rückher, 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 20.07.2020

ISBN: 978-3-948226-11-4



9 783948 226114