

Externe Qualitätssicherung AG Gynäkologie

Entwicklung und Nutzen der externen Qualitätssicherung in der stationären Versorgung für die Leistungsbereiche „Gynäkologische Operationen“ und „Mammachirurgie“

Historische Entwicklung

Im Rahmen einer Pilotstudie wurde in Sachsen ab 1. Juli 1998 mit den statistischen Erhebungen zur Qualitätssicherung für den Leistungsbereich gynäkologische Operationen anhand ausgewählter Fallpauschalen (Hysterektomie und Radikaloperation bei Uteruskarzinomen) begonnen und bis zum 30. Juni 1999 abgeschlossen. Eine freiwillige Erfassung aller gynäkologischen Eingriffe war in Sachsen bis Ende 2003 möglich, wurde jedoch nur von sehr wenigen Einrichtungen und auch nicht vollständig vorgenommen.

Vom damaligen Bundeskuratorium Qualitätssicherung wurden ab dem Jahr 2001 die Leistungsbereiche, in denen eine Datenerhebung und Auswertung erfolgen sollte, verpflichtend festgelegt. Ab diesem Zeitpunkt wurde auch die Mammachirurgie im Rahmen der Erfassung gynäkologischer Operationen mit dokumentiert.

Für die nicht gynäkologischen Einrichtungen mit mammachirurgischen Leistungen wurde ein gesonderter Bogen entwickelt. Ab dem Jahre 2002 erfolgte dann bundeseinheitlich die Auswertung der erfassten Daten für gynäkologische Operationen einschließlich der Mammachirurgie. Ab dem Jahre 2003 wurde das Qualitätssicherungsverfahren Mammachirurgie aus dem Modul 15/1 (Operative Gynäkologie) herausgelöst und von allen operierenden Fachabteilungen als Modul 18/1 Mammachirurgie gesondert fortgeführt. Der Schwerpunkt der Qualitätsbeobachtung ist auf die operative Therapie des Mammakarzinoms gerichtet. Ab dem 11. Januar 2004 erfolgte dann die einheitliche Dokumentation der

Mammachirurgie im Modul 18/1 für gynäkologische und chirurgische Abteilungen.

Nachfolgend wird über die wesentlichen Ergebnisse der statistischen Auswertungen sowie des Strukturierten Dialoges mit den an der Erhebung beteiligten Einrichtungen für die Leistungsbereiche „Gynäkologische Operationen“ (Modul 15/1) und „Mammachirurgie“ (Modul 18/1) im Jahre 2006 berichtet.

Der Strukturierte Dialog zwischen der zuständigen Arbeitsgruppe und den entsprechenden Kliniken/Fachabteilungen in den einzelnen Krankenhäusern dient auf Landes- und Bundesebene der Klärung von Hintergründen statistisch auffälliger Ergebnisse sowie der Ursachen von Qualitätsdefiziten und leistet Unterstützung bei deren Beseitigung. Im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurden die Einrichtungen bei Abweichungen vom vorgegebenen Referenzbereich einzelner Qualitätsindikatoren um Erläuterungen gebeten. Es wurde beabsichtigt, am Einzelfall und auch im Allgemeinen Auffälligkeiten zu erklären und gegebenenfalls auch zu rechtfertigen. Die Antworten im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurden abteilungs- bzw. klinikbezogen ausgewertet, im Rahmen eines Punktescores erfasst und eine entsprechende Einstufung vorgenommen.

Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“

In diesem Leistungsbereich werden Patientinnen betrachtet, die sich einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen (Gebärmutter, Eileiter oder Eierstock) unterzogen haben. Bei den genannten operativen Eingriffen ist unter anderem eine sorgfältige Indikationsstellung Voraussetzung für eine hochwertige Versorgung. In der Literatur werden große regionale Unterschiede für Hysterektomieraten beschrieben, so dass offensichtlich nicht nur medizinische Gründe die Operationshäufigkeit beeinflussen [Roos 1984]. Dies trifft gleichermaßen auf Eingriffe an Eileitern und Eierstöcken bei gutartigen Veränderungen zu. Risiken und Nutzen sind sorgfältig gegenüber

konservativen Behandlungsmaßnahmen abzuwägen. Aus diesem Grunde bilden zwei von insgesamt neun Qualitätsindikatoren explizit diesen Prozess der Entscheidung zum operativen Eingriff ab. Weitere Indikatoren messen relevante Versorgungsprozesse, wie zum Beispiel eine adäquate Antibiotika-Prophylaxe bei Hysterektomien oder die Behandlungsergebnisse in Form von ungewollten Verletzungen von Nachbarorganen.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung zum Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“ in Sachsen beruhen im Jahr 2006 auf insgesamt 15.129 Datensätzen aus 58 Kliniken bzw. Fachabteilungen. Im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurden 72 % der Einrichtungen als unauffällig für diesen Leistungsbereich eingestuft. Demgegenüber wurden für 28 % der Abteilungen/Kliniken statistische Auffälligkeiten registriert. Darüber hinaus wurde eine Einrichtung wegen einer nicht erfolgten Stellungnahme im Rahmen des Strukturierten Dialoges als auffällig eingestuft.

Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen und Hysterektomien

In Bezug auf diesen Qualitätsindikator gab es bei laparoskopischen Operationen einerseits und bei Hysterektomien andererseits keine relevanten Abweichungen vom Qualitätsziel einer möglichst niedrigen Rate entsprechender Komplikationen. Der Referenzbereich beträgt für laparoskopische Operationen $\leq 2,2$ % und wurde in Sachsen mit 0,4 % deutlich unterschritten. Für Hysterektomien wurde der Referenzbereich von $\leq 4,1$ % mit 1,4 % in Sachsen ebenfalls deutlich unterschritten. Begründungen für Organverletzungen wurden im Rahmen von Einzelfallanalysen wegen einer erschwerten operativen Zugänglichkeit und eines schwierigen OP-Situs mit massiven Adhäsionen von den einzelnen Fachabteilungen angegeben. Insbesondere die laparoskopischen Eingriffe haben seit Einführung dieser Operationstechnik einen ständigen Anstieg zu verzeichnen. Aus diesem Grunde

ist eine kritische Überprüfung der Komplikationsraten angezeigt. Auf Bundesebene wurden insgesamt 34.093 laparoskopische Eingriffe für diesen Qualitätsindikator ausgewertet. Dabei waren Karzinomerkrankungen, Endometriosen oder Voroperationen im gleichen Operationsgebiet Ausschlusskriterien, da es sich in diesen Fällen um besondere Risikokonstellationen handelt. Bei dem ausgewerteten risikostandardisierten Kollektiv wurden 118 Fälle (0,35 %) von Organverletzungen dokumentiert. Ein Vergleich dieses Gesamtergebnisses mit den Vorjahren (2003: 0,5 %; 2004: 0,3 %; 2005: 0,25 %) zeigt, dass die entsprechende Komplikationsrate stabil niedrig lag. Im Jahr 2006 lag die Spannweite der Ergebnisse bei Krankenhäusern mit mindestens 20 Fällen auf Bundesebene zwischen 0,0 % und 6,6 %. Im Jahre 2005 betrug dieser Wert 0,0 % bis 6,9 %, und in den Jahren 2004 und 2003 lag die Spannweite jeweils zwischen 0,0 % und 10,0 % [BQS].

Indikation bei Ovaleingriffen

Dieses Qualitätsziel beinhaltet einen möglichst geringen Anteil von Patientinnen mit isolierten Ovaleingriffen und fehlender postoperativer Histologie, lediglich Follikel- bzw. Corpus-luteum-Zysten oder Normalbefunden in der histologischen Beurteilung. Immerhin wurden für 28 % der Fachabteilungen/Kliniken in Sachsen diesbezüglich Auffälligkeiten ermittelt. Bei einem Referenzbereich ≤ 20 % lag die Rate in Sachsen bei 21,0 %. In 1,2 % der Fälle wurde kein histologischer Befund angegeben. Nachvollziehbare Begründungen der Abweichungen waren, wie bereits in den vergangenen Jahren: die operative Entfernung großer Zysten ohne verbliebenes Restovarialgewebe, Verwachsungen, Konglomerattumoren, Borderline-Tumoren, Tuboovarialabszesse oder eine unklare präoperative (sonografische) Dignität als Kontraindikationen für einen Organerhalt. Gleichmaßen gaben einige Kliniken als Grund für die Organentfernung eine Größenzunahme, Beschwerden, bestehende Einblutungen, eine Saktosalpinx, die Persistenz

der Befunde über einen längeren Zeitraum sowie immer wieder den Wunsch der Patientin oder auch des ambulanten Einweisers an. Demgegenüber wurden fehlende Angaben zur Histologie bei Ovaleingriffen einzig und allein einer fehlerhaften Dokumentation angelastet.

Zum Vergleich lagen auf Bundesebene die Ergebnisse in Bezug auf diesen Qualitätsindikator mit 21,1 % nahezu exakt im Bereich der sächsischen Erhebungen. Ein Vergleich mit den Vorjahresdaten (2003: 22,4 %; 2004: 22,2 % und 2005: 23,1 %) zeigt, dass Verbesserungen beobachtet werden konnten. Dennoch wurde bislang das Qualitätsziel nicht erreicht. Die Spannweite der bundesweiten Krankenhausergebnisse lag im Jahre 2006 zwischen 0,0 % und 59,4 %. Insgesamt wird die Versorgungssituation bei der Indikationsstellung zu Ovaleingriffen weiterhin als verbesserungsbedürftig eingeschätzt, so dass immer noch von einer Über- oder Fehlversorgung ausgegangen werden muss [BQS].

Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomien

Für die Zielstellung bei möglichst vielen Patientinnen eine entsprechende Prophylaxe durchzuführen, wurden auf der Grundlage des Strukturierten Dialoges in den letzten Jahren deutliche Fortschritte erzielt. In lediglich 12 % der Fachabteilungen/Kliniken kam es in Sachsen im Jahre 2006 noch zu Auffälligkeiten. Der vorgegebene Referenzwert ≥ 90 % wurde mit 95,6 % deutlich überschritten.

Im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurde in der Vergangenheit dieser Qualitätsindikator wiederholt angezweifelt. In Begründungen für Abweichungen wurde das krankenhauserne Management in Form einer jeweils individuellen Entscheidung zur Antibiotika-Prophylaxe angegeben. Die restlichen Einrichtungen gaben Dokumentationsfehler an. Im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurde darauf hingewiesen, dass in der Gynäkologie Wundinfektionen nach den Harnwegsinfektionen an zweiter Stelle der Häufigkeit nosokomialer Infektionen stehen. Wundinfektionen stellen eine hohe physische und psychische Belastung dar und verursachen erhebliche direkte und auch indirekte Kosten [Evaldson et al. 1992]. Bereits im Jahre 1993 konnten Mittendorf et al. in einer Metaanalyse nachweisen, dass Wundinfektionen nach abdominalen Hysterektomien durch Antibiotikaprophylaxe signifikant um etwa 12 % gesenkt werden können. Dies ist auch bei vaginalen Operationen nachgewiesen [Boodt et al. 1990, Dhar et al. 1993, Mikal et al. 1980, Loewgren et al. 2004]. Zum Vergleich lag das Gesamtergebnis auf Bundesebene bei 89,9 % und verfehlte damit den festgelegten Referenzbereich. Ein Vergleich mit den Vorjahren (2003: 80,8 %; 2004: 82,0 % und 2005: 85,8 %) zeigt eine Verbesserung des Gesamtergebnisses im Verlauf der letzten Jahre um über 9-%-Punkte. Die Spannweite der Krankenhausergebnisse lag auf Bundesebene zwischen 0,0 % und

100 %. 28,1 % aller Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen erreichten im Jahr 2006 nicht den festgelegten Referenzwert von ≥ 90 %. Die BQS-Fachgruppe empfiehlt aus diesem Grund eine konsequente Weiterführung des Strukturierten Dialoges unter Berücksichtigung internationaler Leitlinien [BQS].

Indikation bei Hysterektomien

Als weiterer und nicht unumstrittener Qualitätsindikator wird die Hysterektomie bei Frauen ≤ 35 Jahre aufgeführt. Als Qualitätsziel gilt, möglichst wenige Patientinnen in dieser Altersgruppe mit benigner Histologie zu operieren. Diese Zielsetzung wurde in Sachsen bei einem Referenzwert $\leq 2,5$ % mit 1,2 % erreicht. Wie in den vergangenen Jahren waren rechtfertigende Begründungen für einzelne Abweichungen Tuboovarialabszesse mit Begleitperitonitis, rezidivierende Dys- und/oder Hypermenorrhoeen bei abgeschlossener Familienplanung (auch nach bereits erfolgter Sterilisierung), ein übergroßer Uterus myomatosus mit erheblichen Beschwerden sowie ausgeprägte Endometriosen bei den noch jüngeren Patientinnen. Alle angeschriebenen Kliniken konnten hier die vorhandene Indikation sowie die Ausschöpfung alternativer Maßnahmen und auch eine Beratung betroffener Patientinnen belegen.

Thromboseprophylaxe bei Hysterektomien

Dieses Qualitätsziel beinhaltet die Durchführung einer medikamentösen Thromboseprophylaxe im Zusammenhang mit der Gebärmutterentfernung bei möglichst vielen Patientinnen. Bei einem bundesweit vorgegebenen Referenzwert ≥ 95 % wurde diese Zielstellung in Sachsen mit 99,5 % erfüllt. Insofern lassen sich keinerlei Defizite nachweisen. Thrombosen und Lungenembolien sind mit einer hohen Letalität behaftet und gehören zu den häufigsten Todesursachen im Krankenhaus. Insbesondere nach gynäkologischen Operationen wird bei Verzicht auf prophylaktische Maßnahmen bei gutartiger Grunderkrankung von einer Thrombosehäufigkeit von 14 %

(95 %-Vertrauensbereich 11 % bis 17 %) ausgegangen [Nicolaidis et al. 2006]. Da die Empfehlungen in den Leitlinien auf der Basis von Metaanalysen entwickelt wurden, wird für diesen Indikator ein Evidenzgrad 1a erreicht [BQS].

Im Jahre 2006 wurden auf Bundesebene insgesamt 134.399 Patientinnen im Alter von über 40 Jahren mit einer Hysterektomie dokumentiert. 98,8 % dieser Patientinnen haben eine Thromboseprophylaxe erhalten. Dies wird von der BQS-Fachgruppe als ein sehr gutes Ergebnis gewertet. Dabei haben in den letzten vier Jahren stets mehr als 98 % aller über 40-jährigen Patientinnen, bei denen eine Hysterektomie durchgeführt wurde, eine entsprechende Prophylaxe erhalten. Dies zeigt eine gute Versorgungsqualität auf stabilem Niveau. Die Spannweite der Krankenhausergebnisse bei Häusern mit mindestens 20 Fällen liegt zwischen 52,9 % und 100 %. Ein Vergleich mit den Vorjahren (2003: 0 % – 100 %; 2004: 2,1 % – 100 %; 2005: 28,6 % – 100 %) verdeutlicht die positive Entwicklung. Im Bundesdurchschnitt erreichten lediglich 4,5 % aller Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen nicht den festgelegten Referenzwert [BQS].

Für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im Leistungsbereich „Gynäkologische Operationen“ sieht die zuständige Fachgruppe der BQS in Zukunft Verbesserungspotential durch besondere Berücksichtigung onkologischer Fragestellungen. Eine detailliertere Bewertung der Versorgungsqualität des Ovarialkarzinoms sollte dabei möglichst bald erfolgen, da in den letzten Erhebungen der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) eine erhebliche Versorgungsvariabilität konstatiert wurde. Darüber hinaus lassen abnehmende Fallzahlen bei Adnexeingriffen im stationären Bereich auf eine Verlagerung in den ambulanten Sektor schließen. Insofern muss der sektorübergreifenden Qualitätssicherung in Zukunft eine wichtigere Rolle bei der Bewertung der Versorgungsqualität zukommen [BQS].

Leistungsbereich „Mammachirurgie“

Brustkrebs ist nach wie vor die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. In der Bundesrepublik Deutschland wird im Jahr mit ca. 55.000 bis 60.000 Neuerkrankungen gerechnet. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 62 Jahren [Gekid 2006]. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes sterben jährlich ca. 17.000 Frauen an den Folgen der Erkrankung.

Evidenzbasierte Standards für die gesamte Versorgungskette sind in der Deutschen S3-Leitlinie zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge festgeschrieben [Kreienberg et al. 2008]. Dabei sind Qualitätsindikatoren ein anerkanntes Instrument zur Implementierung von Leitlinien in die klinische Praxis.

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in Sachsen beruhen im Jahre 2006 auf insgesamt 5.940 Datensätzen aus 59 Krankenhäusern. Im Ergebnis des strukturierten Dialoges wurden 76 % der Einrichtungen als völlig unauffällig eingestuft. Demgegenüber zeigten 24 % einzelne Abweichungen in Bezug auf die vorgegebenen Qualitätsindikatoren. Im Erfassungsjahr 2006 mussten alle offenen Biopsien, tumorresezierenden Eingriffe, axillären Eingriffe und plastisch-rekonstruktiven Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder bei Tumorverdacht in der Brust durchgeführt wurden, dokumentiert werden. Die BQS-Fachgruppe fordert als nächsten Schritt eine sektor- und fachübergreifende Qualitätssicherung der gesamten Versorgungskette. Ein weiterer wichtiger Baustein der Qualitätssicherung bei Brustkrebs wären bundesweite und flächendeckende Krebsregister – eine seit Jahren bestehende Forderung der beteiligten Fachgesellschaften.

Ab 2007 wurden die Dokumentationsanforderungen für die Mammachirurgie an neuere medizinische Behandlungsverfahren, wie zum Beispiel die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie angepasst. Weiterhin werden nunmehr zum Teil redundante Abfragen im Falle einer Wiederaufnahme von Patientinnen vermieden und eine

Vereinheitlichung der Dokumentationsanforderungen mit Krebsregistern und Disease-Management-Programmen (DMP) angestrebt. Damit soll eine Verminderung der Dokumentationsbelastungen eine hohe Transparenz im Versorgungsgeschehen möglich machen. Seit 2007 sind plastisch-rekonstruktive Operationen nicht mehr dokumentationspflichtig. Die kritische Analyse der bislang erhobenen Daten hat gezeigt, dass das aktuelle Qualitätssicherungsverfahren „Mammachirurgie“ nicht ausreichend geeignet ist, relevante Qualitätsaspekte bei diesen Eingriffen adäquat abzubilden [BQS].

Nachfolgend werden die Ergebnisse bei maßgeblichen Qualitätsindikatoren in Sachsen mit denen auf Bundesebene verglichen.

Postoperatives Präparateröntgen

Das Qualitätsziel besteht darin, bei möglichst vielen Eingriffen nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie ein Präparateröntgen durchzuführen. Nicht tastbare, nur mammografisch nachweisbare und abklärungsbedürftige Gewebeläsionen erfordern weitere diagnostische Maßnahmen bis zum Vorliegen eines definitiven pathologischen Befundes. Diese Läsionen müssen präoperativ durch die möglichst exakte Platzierung eines Markierungsdrahtes lokalisiert werden. Bei radiologischer Markierung muss das exzidierte Gewebe unmittelbar nach seiner Entfernung in Form einer Präparateradiografie geröntgt werden. Diese Radiografie muss auch dem Pathologen zu Verfügung gestellt werden. Dieser Indikator bildet innerhalb der Versorgungskette wichtige Schnittstellen zwischen dem Operateur, dem Radiologen und dem Pathologen ab [Kreienberg et al. 2008].

In Sachsen wurde mit 94,3 % der geforderte Referenzwert von ≥ 95 % im Jahre 2006 etwas unterschritten. Zum Vergleich wurde im Bundesdurchschnitt für 83,9 % der Fälle mit präoperativer Drahtmarkierung ein postoperatives Präparateröntgen dokumentiert. Bezogen auf den Referenzwert ist dieses Ergebnis anhand der BQS-Daten als noch unzureichend anzusehen, wobei im Rahmen des

Strukturierten Dialoges auch auf Bundesebene erhebliche Verbesserungen zu verzeichnen sind (2003: 36,0 %, 2004: 57,4 %, 2005: 65,0 %). Diese Ergebnisse verdeutlichen andererseits, dass die Implementierung der Leitlinie in Sachsen weitgehend gelungen ist.

Hormonrezeptoranalyse

Das Qualitätsziel besteht darin, bei möglichst vielen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom eine immunhistochemische Hormonrezeptoranalyse durchzuführen. Der Referenzwert wurde mit ≥ 95 % definiert und wird in Sachsen mit 96,5 % erreicht. Dies entspricht auch den Ergebnissen auf Bundesebene mit einem Anteil von 96,95 % aller Fälle. Dadurch wird eine gute Versorgungsqualität in Bezug auf dieses Qualitätsziel sichtbar. In Sachsen gab es lediglich eine Fachabteilung/Klinik, die ein abweichendes Ergebnis lieferte. Zusätzlich zur Hormonrezeptoranalyse wird seit 2007 auch die Bestimmung des HER2-neu-Status im BQS-Verfahren bewertet.

Angabe des pT-, pN- und M-Stadiums

In Bezug auf die Angabe des Qualitätsindikators pT-, pN- und M-Stadium lagen die sächsischen Ergebnisse mit 94,1 % aller erfassten Fälle knapp unterhalb des geforderten Referenzbereiches von ≥ 95 %. Im Rahmen des Strukturierten Dialoges wurden hier an Hand einer Einzelfallanalyse Dokumentationsfehler von sechs auffälligen Fachabteilungen/Kliniken angegeben.

Angabe des Sicherheitsabstandes bei brusterhaltenden Operationen und Mastektomien

Bei Angabe des Sicherheitsabstandes lagen die sächsischen Ergebnisse bei brusterhaltenden Therapien mit 94,3 % und bei Mastektomien mit 93,9 % der erfassten Fälle knapp unterhalb der geforderten Referenzbereiche von jeweils ≥ 95 %. Das Qualitätsziel beinhaltet die Forderung, bei möglichst vielen Patientinnen den Sicherheitsabstand anzugeben. Dabei ist der Sicherheitsabstand eines Mammakarzinoms zum Resek-

tionsrand bei brusterhaltender Therapie von großer Relevanz in Bezug auf die Lokalrezidivraten. Dies gilt sowohl für invasive Karzinome als auch für das duktales Carcinoma in situ (DCIS). Bei der Mastektomie kann der Sicherheitsabstand Hinweise auf eine möglicherweise erforderliche Strahlentherapie geben [Kreienberg et al. 2008]. Zum Vergleich bewertete die BQS-Fachgruppe die Ergebnisse auf Bundesebene für diesen Indikator als unzureichend. Demnach wurde im Bundesdurchschnitt nur bei 90,6 % aller Fälle mit BET und in 85,8 % der Fälle mit Mastektomie ein metrischer Sicherheitsabstand dokumentiert. Andererseits wurden die Ergebnisse in den vergangenen Jahren kontinuierlich verbessert (BET: 2003: 72,6 %, 2004: 76,2 %, 2005: 83,7 %; Mastektomie: 2003: 58,0 %, 2004: 64,6 %, 2005: 75,1 %). Da der Referenzbereich von mindestens 95 % bislang im Bundesdurchschnitt aber nicht erreicht wird, sieht die BQS-Fachgruppe in Bezug auf dieses Qualitätsziel besonderen Handlungsbedarf.

2007 wurde die Datenabfrage zur Erfassung des Sicherheitsabstandes dahingehend weiterentwickelt, dass im Falle von Nachresektionen abschließend unter Berücksichtigung aller Einzelbefunde dokumentiert wird. Diese abschließende Bewertung gilt als klinische Grundlage für weitere Therapieentscheidungen [BQS].

Axilladisektion bei DCIS oder papillärem In-situ-Karzinom

Der Qualitätsindikator Axilladisektion bei DCIS oder papillärem In-situ-Karzinom beinhaltet als Zielstellung, möglichst wenige Patientinnen einer Axilladisektion bei diesen Befunden zu unterziehen, da eine axilläre Metastasierung so gut wie ausgeschlossen ist. Demgegenüber kann bei ausgedehnten DCIS-Befunden eine Mikroinvasion vorliegen, die eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie rechtfertigt [Kreienberg et al. 2008]. Ein evidenzbasierter Referenzbereich fehlt, wobei auf Bundesebene dieser über die 80-%-Perzentile festgelegt wurde. Demnach lag die Grenze für auffällige Qualität im Jahr 2006 bei

über 19,8 %. Das Ergebnis in Sachsen lag mit 12,9 % deutlich unter diesem Grenzwert. Auf Bundesebene wurden 13,9 % erreicht. Dabei sind Sentinel-Lymphknoten-Biopsien zum damaligen Zeitpunkt in die Berechnungen noch nicht eingeflossen. Trotz Fehlens eines eindeutigen Grenzwertes für gute Qualität stuft die BQS-Fachgruppe die Rate an Axilladissektionen aus klinischer Sicht als zu hoch ein, da eine Axilladissektion bei diesen morphologischen Ausgangssituationen die Ausnahme bleiben sollte.

Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasiven Mammakarzinomen

In Bezug auf den Qualitätsindikator Axilladissektion oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei invasiven Mammakarzinomen lagen die sächsischen Ergebnisse mit 85,7 % deutlich über dem geforderten Referenzbereich von ≥ 76 %. Lediglich drei Fachabteilungen/Krankenhäuser waren hier auffällig, konnten aber im Rahmen des strukturierten Dialoges an Hand von Einzelfallanalysen die nicht erfolgte Axilladissektion nachvollziehbar auf Grund des zum Teil hohen Alters der Patientinnen und bestehender Multimorbidität begründen.

Anzahl Lymphknoten

Gleichlautende Begründungen wurden auch bei Abweichungen in Bezug auf den Qualitätsindikator Anzahl entfernter Lymphknoten bei der Axilladissektion geliefert. Gefordert wurden mindestens zehn Lymphknoten im Rahmen einer kompletten Axilladissektion. Mit 91,0 % lagen die sächsischen Ergebnisse unterhalb des Referenzbereiches von ≥ 95 %. Insgesamt waren hier zehn Fachabteilungen/Kliniken auffällig, konnten aber diese Abweichungen nachvollziehbar begründen. Maßgeblich für eine eingeschränkte Axilladissektion waren das hohe Alter, die Multimorbidität und bei einer Fachabteilung die bisher noch nicht zur Verfügung stehende Sentinel-Lymphknoten-Detektion.

Indikation zur brusterhaltenden Therapie

Für diesen Qualitätsindikator wird ein Referenzbereich von ≥ 60 % bis ≤ 85 % vorgegeben. Die Ergebnisse aus Sachsen mit einem Anteil von 83,0 % brusterhaltender Operationen liegen im oberen Grenzbereich und erfüllen damit das Qualitätsziel. Insofern kann von einer flächendeckenden Implementierung adäquater Operationstechniken zum Erhalt der physischen und damit psychischen Integrität betroffener Frauen ausgegangen werden.

Meldung an Krebsregister

Gleichermaßen wird das Qualitätsziel bei der Meldung an das Krebsregister in Sachsen erreicht. Mit 98,6 % gemeldeter Behandlungsfälle wird der geforderte Referenzwert von ≥ 95 % deutlich überschritten. Dies liegt erheblich über dem Bundesdurchschnitt, zumal eine flächendeckende Krebsregistrierung für das gesamte Land trotz jahrelanger Diskussion und einzelner Pilotprojekte in westdeutschen Flächenländern bislang nicht durchgesetzt ist.

Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum

Die Zielstellung besteht in einem hohen Anteil von Patientinnen mit einem angemessenen zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum. Gerade die Phase zwischen Diagnose und Beginn der primären operativen Behandlung wird von vielen Patientinnen als psychisch belastend empfunden. Wartezeiten nach Konfrontation mit der immer auch als lebensbedrohlich empfundenen Diagnose verstärken psychische Beeinträchtigungen. Andererseits ist betroffenen Frauen auch ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über Behandlungskonzepte zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess zu beteiligen. Verzögerungen des Behandlungsbeginnes können sowohl durch Ärzte, Patientinnen als auch strukturell bedingt sein. Bei Fehlen eines evidenz-

basierten Referenzbereiches hat die BQS-Fachgruppe den Referenzbereich, basierend auf der 10-%- bis 95-%-Perzentile, bei minimal sechs bis maximal 18 Tagen festgesetzt.

In Sachsen betrug der zeitliche Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum im Median neun Tage. Dieses Ergebnis spricht für die in unserem Bundesland flächendeckend gute Strukturierung der Versorgungskette und erlaubt keine Beanstandungen, zumal keine Fachabteilung/Krankenhaus diesbezüglich Auffälligkeiten zeigte. Auf Bundesebene nahm in den vergangenen Jahren die Zeitspanne kontinuierlich zu (2003: 7,0 d, 2004: 8,0 d, 2005: 9,0 d). Im Jahre 2006 betrug die Zeitspanne zwischen der Diagnose und dem Operationsdatum für Frauen ohne neoadjuvante Therapie bereits zehn Tage. Diese Zunahme wird weiterverfolgt und die Ergebnisse werden insgesamt als zufriedenstellend bewertet. Gleichermaßen hält die BQS-Fachgruppe diesen Indikator entgegen der Meinung aus einzelnen Bundesländern für relevant, da strukturell bedingte zeitliche Verzögerungen der Behandlung so erkannt und dargestellt werden können.

Zusammenfassend konnten durch den strukturierten Dialog weitere qualitative Verbesserungen im Leistungsbereich Mammachirurgie erreicht werden. Darüber hinaus konnte die Qualität der Datenerfassung und -auswertung in den letzten Jahren deutlich verbessert werden. Wenngleich einzelne Qualitätsindikatoren und -ziele in der Diskussion bleiben, erscheint diese Form der Qualitätssicherung geeignet, um schrittweise und flächendeckend weitere Verbesserungen zu erzielen.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler
Arbeitsgruppe Gynäkologie

Korrespondenzadresse:
Sächsische Landesärztekammer
Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung
Arbeitsgruppe Gynäkologie
Schützenhöhe 16, 01099 Dresden
E-Mail: pgsqs@slaek.de