Qualitätsbericht Mammakarzinom

Diagnosejahre 2021/2022

KR.SH
Krebsregister
Schleswig-Holstein

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 3
2 Methodisches Vorgehen 3
3 Ergebnisse 3
3.1 Klassifikation der Tumoren 5
3.2 Therapiemeldungen 6
3.3 Qualitätsindikatoren 8
4 Zusammenfassende Bewertung 14

1 Einleitung

Gemäß dem Auftrag der Landeskrebsregistergesetze für Schleswig-Holstein hat die Registerstelle des Krebsregisters Schleswig-Holstein regelmäßig Auswertungen zur regionalen und einrichtungsbezogenen Versorgungsqualität von Krebserkrankungen zur Verfügung zu stellen. Sie tut dies in Form von Auswertungen für organbezogene Qualitätskonferenzen oder der Landesqualitätskonferenz.

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Versorgungsqualität von einer Brustkrebserkrankung und beschreibt die Versorgung anhand von Qualitäts- und Versorgungsindikatoren ausgehend von den beteiligten Leistungserbringern. Dabei sind die Leistungserbringer im folgenden Bericht pseudonymisiert dargestellt.

2 Methodisches Vorgehen

Als Primärversorger beim Mammakarzinom wurden die zertifizierten Brustzentren (unabhängig von der Fallzahl) oder Versorgungseinrichtungen mit mehr als 80 Operationen in den Diagnosejahren 2021/22 definiert. Mehrfachnennungen bzw. Zählungen von Patientinnen sind möglich, da eine Patientin von mehreren beteiligten Leistungserbringern diagnostiziert oder behandelt worden sein kann.

Die Qualitätsindikatoren (QI) basieren auf den Empfehlungen der S3-Leitlinien zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Sie beziehen sich auf die Umsetzung von leitliniengerechten Therapien, die Anzahl unerwünschter Ereignisse oder die Umsetzung neuer Strukturen[1]. Die methodische Berechnung ist klar definiert und für alle Entitäten festgelegt. Die Rechenregeln wurden auf den einheitlichen onkologischen Basisdatensatz angepasst und mit der Deutschen Krebsgesellschaft abgestimmt.

Seit 2023 wird in Schleswig-Holstein für die Durchführung der Qualitätskonferenzen das Auswertungstool QlikView genutzt. Es ist eine Form der interaktiven Analyse und Präsentation, die es ermöglicht, Fragen und Kommentare direkt in der Veranstaltung beantworten und zeigen zu können. Die im Bericht integrierten Abbildungen sind diesem Tool entnommen und stellen nur einen Ausschnitt der möglichen Qualitätsbetrachtungen dar.

3 Ergebnisse

Für Schleswig-Holstein wurden für das Mammakarzinom 14 Primärversorger mit etwa 4.200 Fällen in den betreffenden Jahren mit Therapiebeteiligungen identifiziert. Ein Fall kann hierbei mehreren Leistungserbringern zugeordnet werden. Gezählt wurden alle Fälle, die in den Jahren 2021/22 die Erstdiagnose Brustkrebs und in einer schleswig-holsteinischen Einrichtung eine Therapie erhalten haben und diese an das Krebsregister gemeldet wurde. Die Zuordnung der Fälle zu den Einrichtungen erfolgt über die Meldung einer Therapie der entsprechenden Meldestelle. 206 Personen mit Therapie (ca. 5%) verbleiben bei anderen kleineren Meldestellen.

[1] Langer T, Wesselmann S, Kowalski C. *Qualitätsindikatoren in der Onkologie*. Onkologie heute; 4/2017:

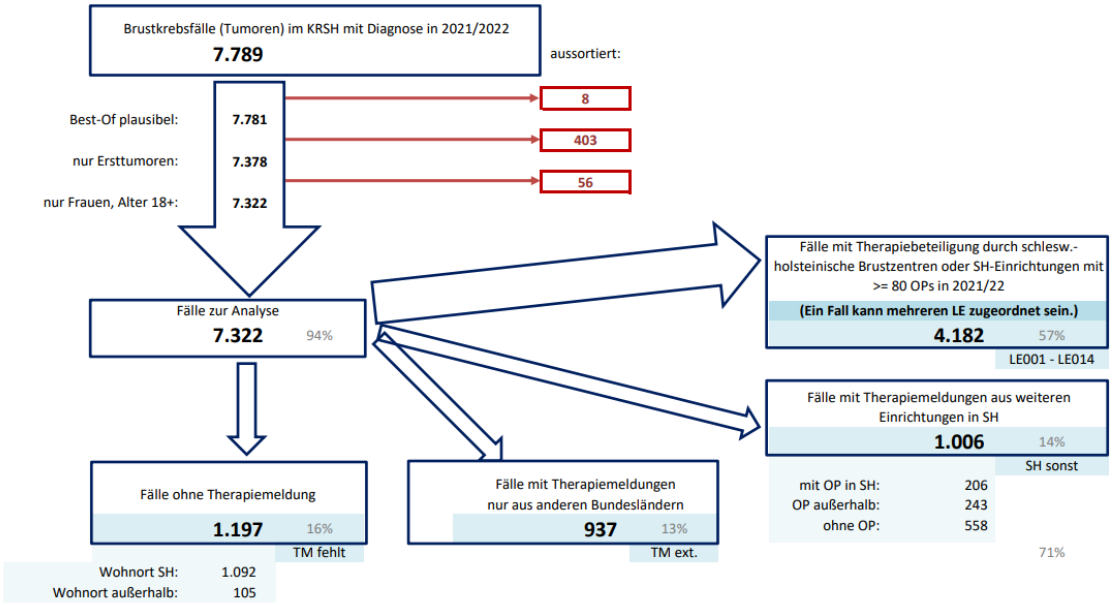

Abbildung 1: Flussdiagramm Brustkrebsfälle 2021/2022

Die Fallzahlen für die Diagnosejahre 2021/22 sind vergleichbar mit denen der Vorjahre, die Anzahl an fehlenden Meldungen, externen Therapiemeldungen und sonstigen Meldungen aus Schleswig-Holstein liegt in der gleichen Größenordnung wie in den Vorjahren. Knapp 60% der Brustkrebsfälle werden von 14 Primärversorgern in Schleswig-Holstein behandelt. Für 16% fehlen die Therapiemeldungen (Therapie möglicherweise außerhalb von SH oder nicht gemeldet), für 937 Fälle gibt es eine Therapiemeldung aus einem anderen Bundesland.



Abbildung 2: Fallzahlen Brustkrebs 2021/2022

Der Anteil an duktalen Carcinoma in-situ (DCIS) ist für die Jahre 2021 und 2022 vergleichbar, ebenso die Fallbeteiligungen der Einrichtungen (Abbildung 2). Für das Diagnosejahr 2022 fehlen etwas häufiger Therapiemeldungen (17,3%) als für 2021 (15,4%) (Abbildung 2). Etwa die Hälfte der Behandlungen wurde in einem Brustzentrum durchgeführt.

3.1 Klassifikation der Tumoren

Abbildung 3 zeigt eine Übersicht über den pTNM Status nach Leistungserbringer bzw. Diagnosejahr. Die Verteilung der T- und N-Kategorie sind unter den Leistungserbringern bis auf wenige Ausreißer ähnlich, die Häufigkeit einer fehlenden Angabe schwankt von 1-2 bis zu 10%. Bei Fällen ohne Therapiemeldung fehlt die Angabe zur Tumorgröße in über 60% der Fälle, wodurch dann bei der reinen Betrachtung des Diagnosejahres insgesamt der Anteil an fehlendem T- und N-Status bei 20% liegt.

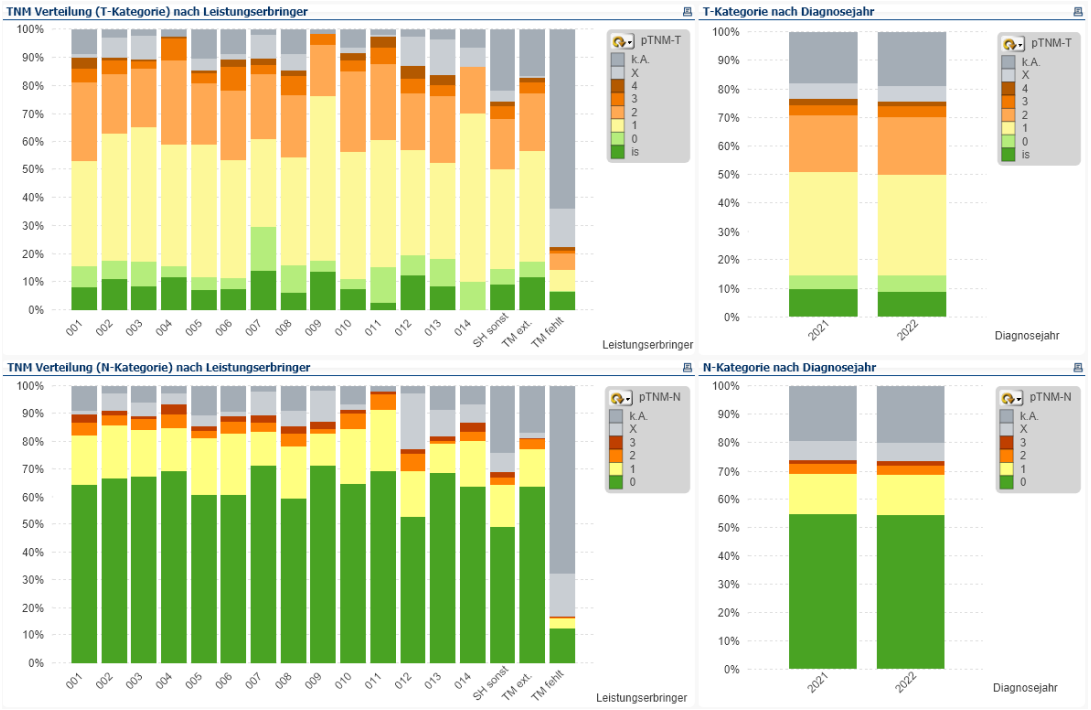

Abbildung 3: Übersicht TNM

Das Grading zeigt ein ähnliches Bild: die Anzahl fehlender Meldungen schwankt unter den Primärversorgern zwischen 1 und 8%, kommt die Therapiemeldung von extern, fehlt die Angabe bei fast 40% (Abbildung 4).



Abbildung 4: Übersicht Grading

Die Auswertung der Angaben zum UICC-Staging zeigt ein ähnliches Bild wie die T-Kategorie und das Grading. Über alle schleswig-holsteinischen Leistungserbringer betrachtet fehlen bei etwa 10% die Angaben, es gibt keine Unterschiede zwischen den Diagnosejahren. Es fällt auf, dass ein Leistungserbringer (LE014) einen höheren Anteil an fehlenden Angaben zur Bildung des UICC-Status als die anderen hat (Abbildung 5).



Abbildung 5: Übersicht UICC

3.2 Therapiemeldungen

Ohne nach Leistungserbringern zu differenzieren, wurden für 30% aller Tumoren der Diagnosejahre 2021/22 (Abbildung 6) keine Operation gemeldet. Eine Strahlentherapie wird für knapp 50% gemeldet und eine systemische Therapie nur für knapp 40% aller Tumoren. Bei 16% der Tumoren fehlt jegliche Therapiemeldung. Um den gesamten Behandlungsverlauf darstellen zu können, wären für jeden einzelnen Tumor Angaben zu Operation, Strahlen- und systemischen Therapie wünschenswert – vorausgesetzt, diese wurden durchgeführt. Diese Angaben liegen allerdings nur für etwa 20% vor (Abbildung 6).

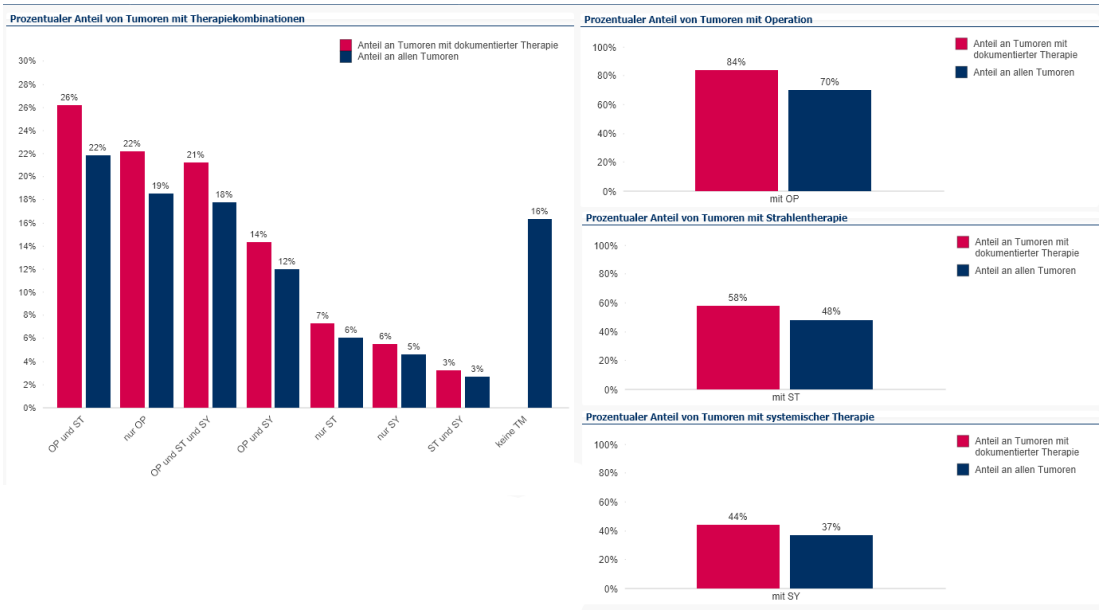

Abbildung 6: Übersicht dokumentierte Therapien

Werden die Therapiemeldungen nach Leistungserbringer aufgeschlüsselt (Abbildung 7), wird dies nochmal deutlicher: Meldungen zu Operationen fehlen bei den 14 Primärversorgern eher selten, anders verhält es sich bei den Meldungen zu Strahlen- oder systemischen Therapien. In diesem Bereich fehlen weit häufiger Meldungen und es gibt größere Unterschiede zwischen den Leistungserbringern (Abbildung 7), wobei im Bereich der systemischen Therapien schlechter gemeldet wird als im Bereich der Strahlentherapien, oftmals sind dies Meldungen von anderen Leistungserbringern.

Diese Meldungen werden unter anderem benötigt, um die in den Leitlinien für Onkologie stehenden Qualitätsindikatoren (QI) zu berechnen. Fehlen die benötigten Angaben, kann der Tumorfall in der Berechnung entweder nicht berücksichtigt werden und fehlt in der Darstellung oder der Indikator erscheint mitunter aufgrund der fehlenden Meldungen schlechter als er in der Realität ist, was in der Konsequenz das schlechtere Szenario bedeutet. Im folgenden Teil wird die Auswertung dieser Qualitätsindikatoren nach Leistungserbringer differenziert dargestellt.

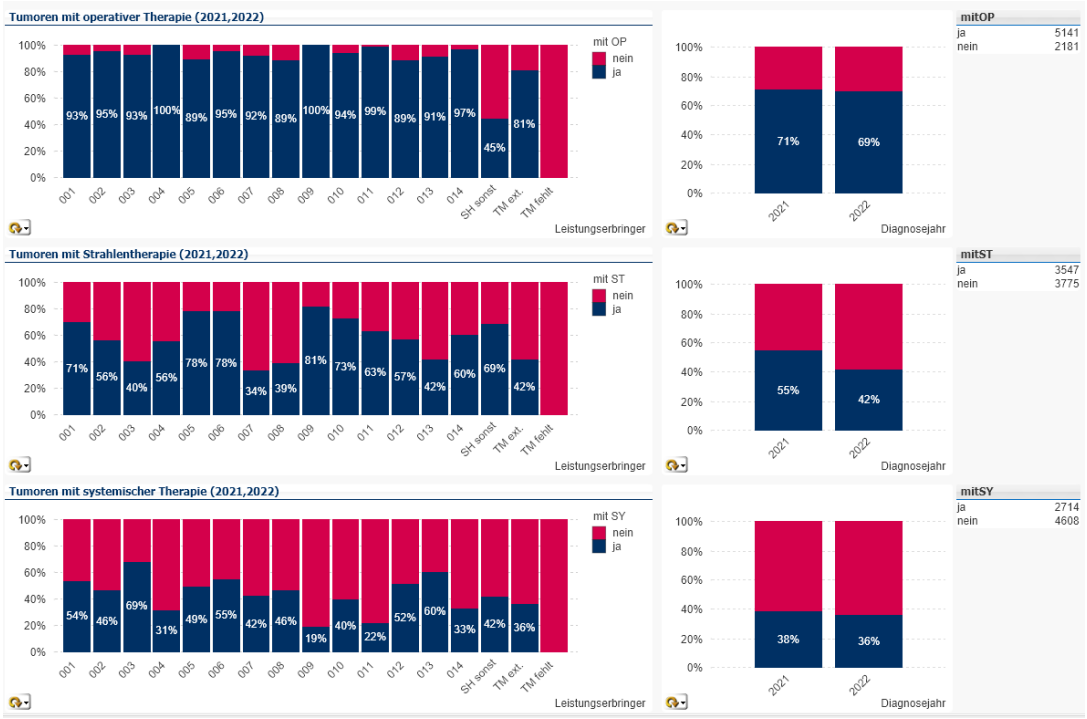

Abbildung 7: Übersicht dokumentierte Therapien nach Leistungserbringer

3.3 Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator 3 fordert, dass möglichst häufig eine intraoperative Präparatsonographie oder -radiographie nach einer präoperativen Markierung durchgeführt wird. Für die Berechnung stehen 2.668 Tumorfälle zur Verfügung, die die Nenner-Bedingungen erfüllen. Die Fallzahlen der Primärversorger reichen von 1 bis 444 Fällen, mit 98,3% (2.623 Fällen) erfüllen die meisten Einrichtungen diesen Qualitätsindikator und es gibt keine größeren Unterschiede zwischen den Leistungserbringern (Abbildung 8).



Abbildung 8: Qualitätsindikator 3: Intraoperative Präparateradio-/-sonographie

Qualitätsindikator 4 prüft, bei wie vielen Fällen eines DCIS eine axilläre Lymphknotenentfernung vorgenommen wurde. Ziel ist hier eine möglichst niedrige Zahl (< 5%). Die Fallzahlen sind bei dieser Histologievorgabe erwartbar geringer, es werden 385 Tumorfälle gezählt, die den Nenner des QI bilden. Insgesamt wird dieser Qualitätsindikator mit nur 2,6% gut erfüllt, allerdings stechen zwei Einrichtungen mit 13% bzw. 22% hervor. Diese haben lediglich Fallzahlen im einstelligen Bereich, wodurch auch einzelne durchgeführte Lymphknotenentfernungen stärker ins Gewicht fallen (Abbildung 9).

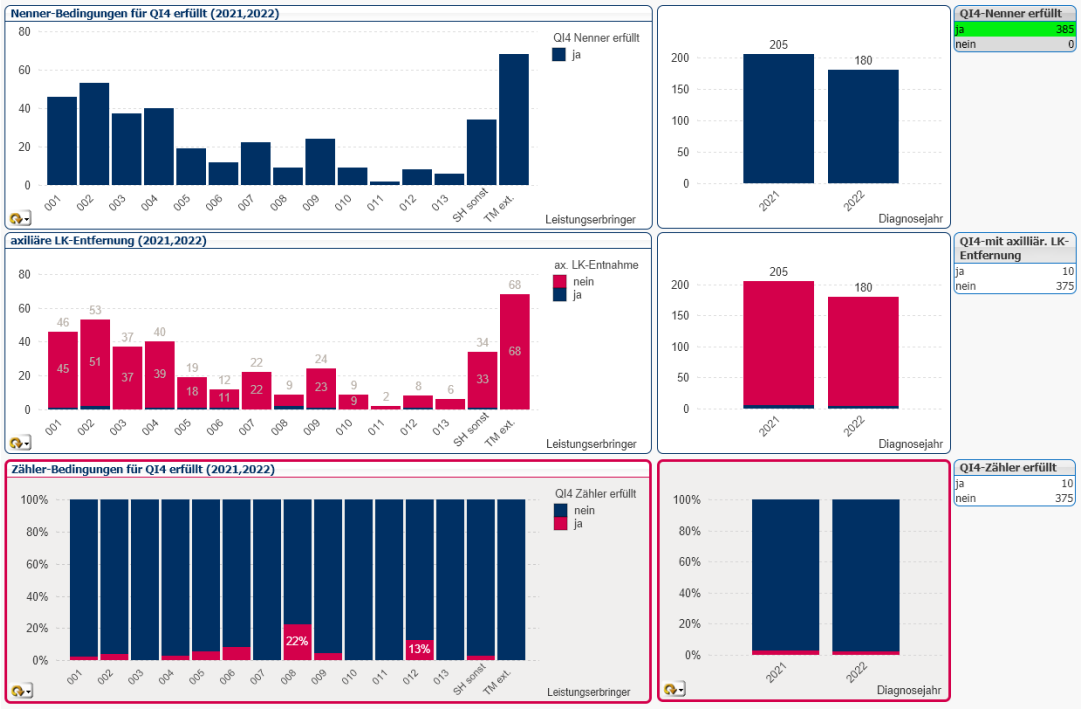

Abbildung 9: Qualitätsindikator 4: Axilläre Lymphknotenentfernung bei DCIS

Der nächste Qualitätsindikator (QI 5) greift auf Meldungen zur systemischen Therapie zurück, für die im vorangegangenen Teil bereits gezeigt wurde, dass diese sehr unvollzählig sind. Bei Patientinnen mit einem metastasierten, steroidrezeptorpositivem und HER2-negativen Mammakarzinom soll gemäß Leitlinie eine endokrine first-line Therapie durchgeführt werden. Die Gruppe ist bereits dadurch überschaubar, dass es nur wenige Fälle mit einer primären Metastasierung gibt (vgl. Abbildung 4). Für 38,6% der 254 Fälle wurde dieser Indikator erfüllt – dies entspricht in der Höhe etwa der vorangegangenen Darstellung (vgl. Abbildung 6), wie viele Meldungen zu systemischen Therapien fehlen. Es gibt unter den Primärversorgern deutliche Unterschiede, eine einzelne Einrichtung erfüllt den Indikator mit 92%, vier weitere mit 0%, was als sehr kritisch aufzufassen ist (Abbildung 10). Dieser Qualitätsindikator greift auf Meldungen aus dem niedergelassenen Bereich zurück. Gerade Meldungen zu Hormontherapien fehlen oftmals, wodurch sich die Erfüllung des QI bei manchen primären Leistungserbringern dadurch negativ auswirkt, dass der folgende ambulante Bereich die Therapie nicht adäquat meldet.

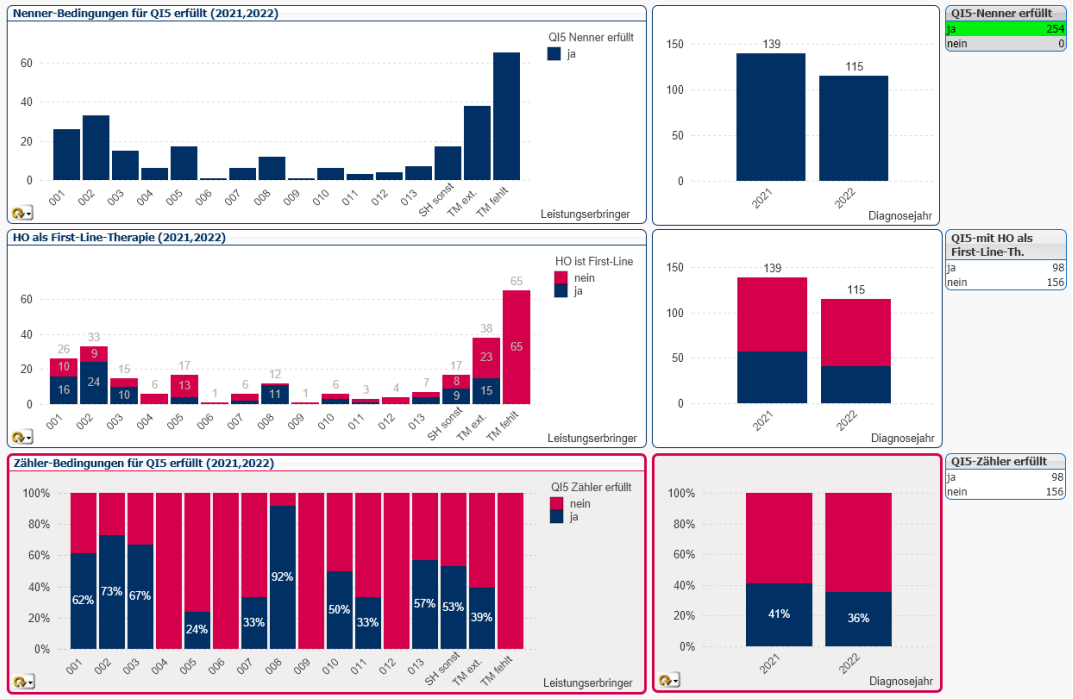

Abbildung 10: Qualitätsindikator 5: Endokrine Therapie beim steroidzeptorpositivem metastasierten Mammakarzinom

Der Status „Lymphknoten-negativ“ soll bei Patientinnen mit einem invasiven Mammakarzinom ohne Metastasierung und ohne neoadjuvante Therapie möglichst häufig durch eine Sentinel-Lymphknotenbiopsie festgestellt worden sein (QI 6). Bei diesem Indikator werden 1.513 Fälle berücksichtigt, wovon insgesamt 87,7% die Bedingung erfüllen. Die primärversorgenden Einrichtungen erfüllen den Qualitätsindikator weitestgehend gut, allerdings gibt es auch einzelne Einrichtungen, die nur bei 80% bzw. deutlicher niedriger liegen (Abbildung 11). Dies betrifft eher die Einrichtungen mit wenig Fällen. Vermutlich ist dies somit eher ein Defizit in den Meldungen als eine Abbildung der realen Versorgungsqualität.

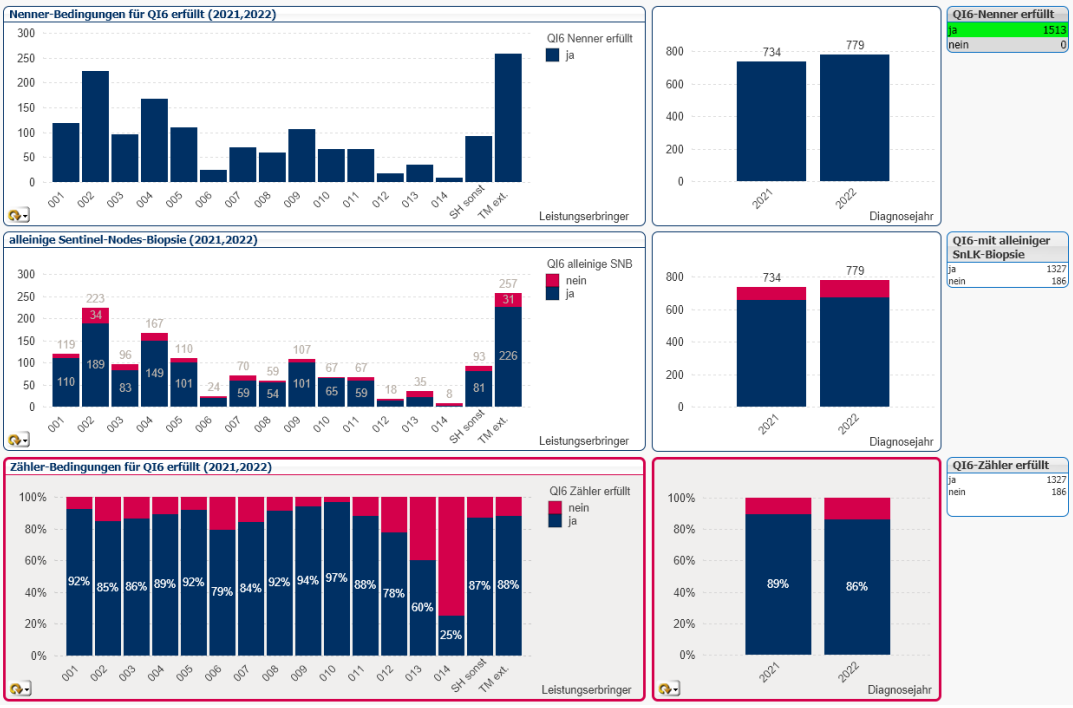

Abbildung 11: Qualitätsindikator 6: Indikation zur Sentinel-Lymphknotenbiopsie

Bei einem primären Mammakarzinom mit Mikrometastasierung soll dem nächsten Qualitätsindikator (QI 7) nach möglichst selten (< 5%) eine Therapie der axillären Lymphabflussgebiete durchgeführt werden. Eine Mikrometastasierung wurde lediglich bei 115 Fällen diagnostiziert. Die Fallzahlen pro Einrichtungen sind dadurch sehr gering, allerdings erfüllen auch Leistungserbringer mit vergleichsweise höheren Fallzahlen (zb. LE002) das Qualitätsziel genauso wie weitere Einrichtungen mit weniger Fällen nicht (Abbildung 12).

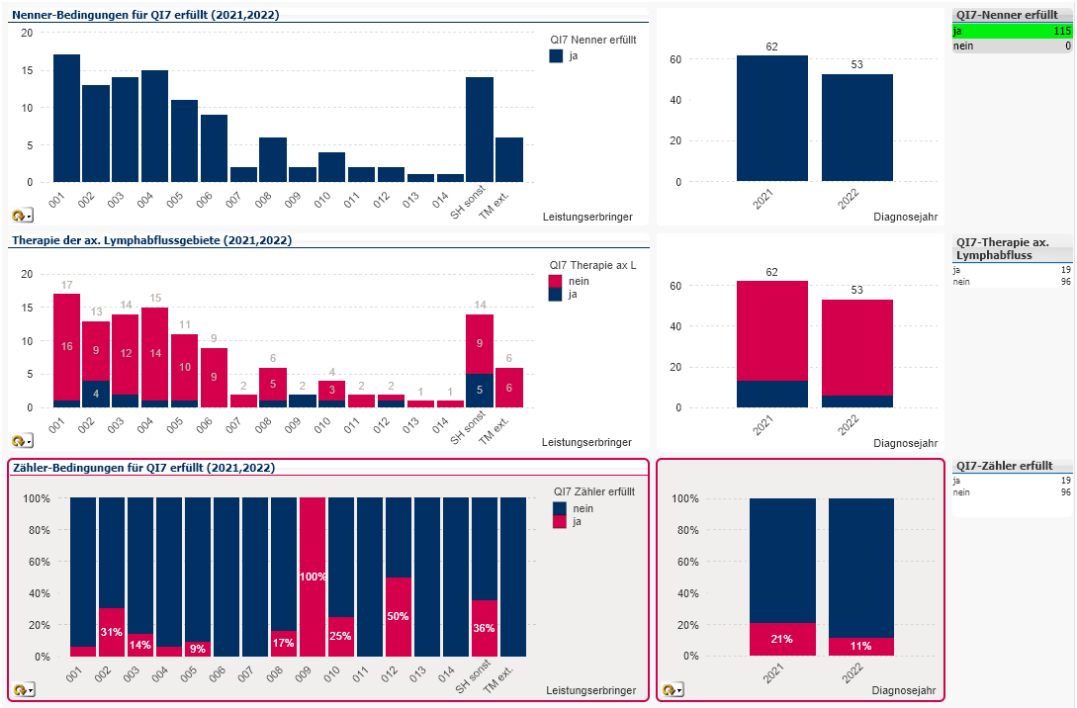

Abbildung 12: Qualitätsindikator 7: Therapie der axillären Lymphabflussgebiete bei pN1mi

Auch die Auswertung des nächsten Qualitätsindikator (QI 8) steht in Verbindung mit der Anzahl an fehlenden Meldungen aus dem ambulanten Bereich: es soll eine möglichst hohe Anzahl an Strahlentherapien bei Patientinnen mit einer brusterhaltenden Therapie durchgeführt werden. In über 3.200 Fällen wurde eine brusterhaltende Therapie durchgeführt, das Qualitätsziel wird unterschiedlich gut erfüllt. Das Ergebnis schwankt von 86% bis 43% bei der Einrichtung mit der schlechtesten Quote (Abbildung 13). Über alle schleswig-holsteinischen Einrichtungen mit Therapiebeteiligung betrachtet wird der Indikator zu 69,6% erfüllt.

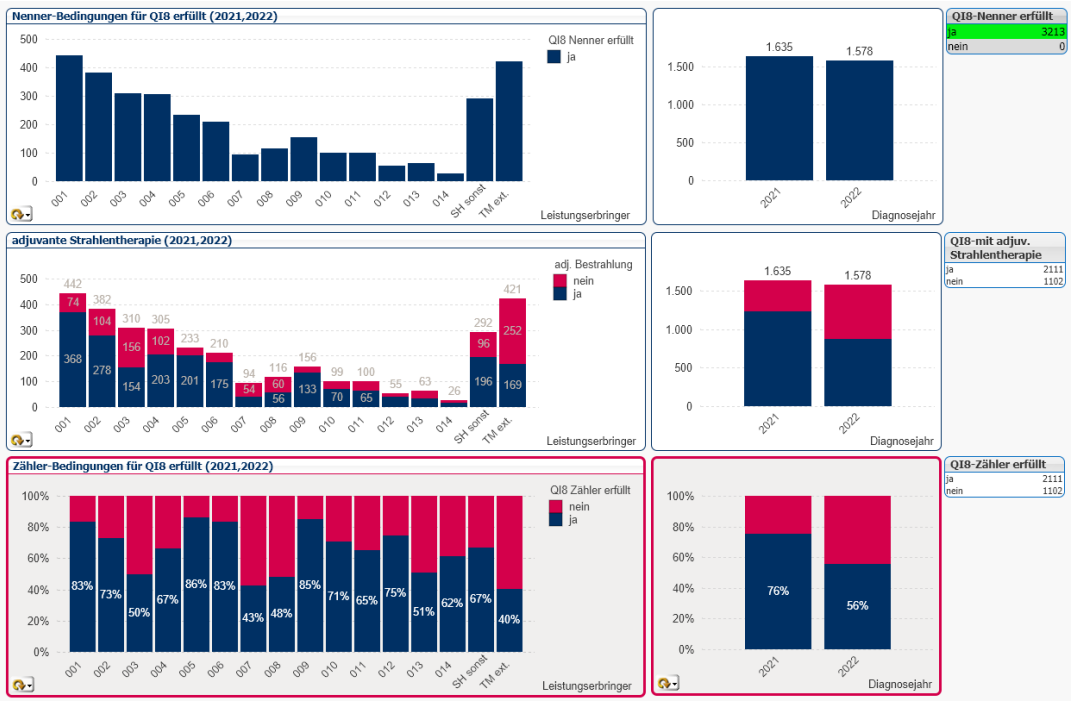

Abbildung 13: Qualitätsindikator 8: Durchgeführte Strahlentherapie nach BET

Qualitätsindikator 9 bewertet die Anzahl an endokrinen Therapien bei einem rezeptorpositiven Mammakarzinom. Etwa die Hälfte der Fälle wurde als rezeptorpositiv gemeldet, 24,3% aller schleswig-holsteinischen Einrichtungen mit Therapiebeteiligung erfüllen den Qualitätsindikator unabhängig vom Leistungserbringer. Auch dieser Qualitätsindikator basiert auf Meldungen aus dem ambulanten Bereich, wodurch vermutlich das Ergebnis bei allen Einrichtungen verbesserungswürdig ist. Die beste Einrichtung erfüllt den Qualitätsindikator in 60% der Fälle (Abbildung 14).

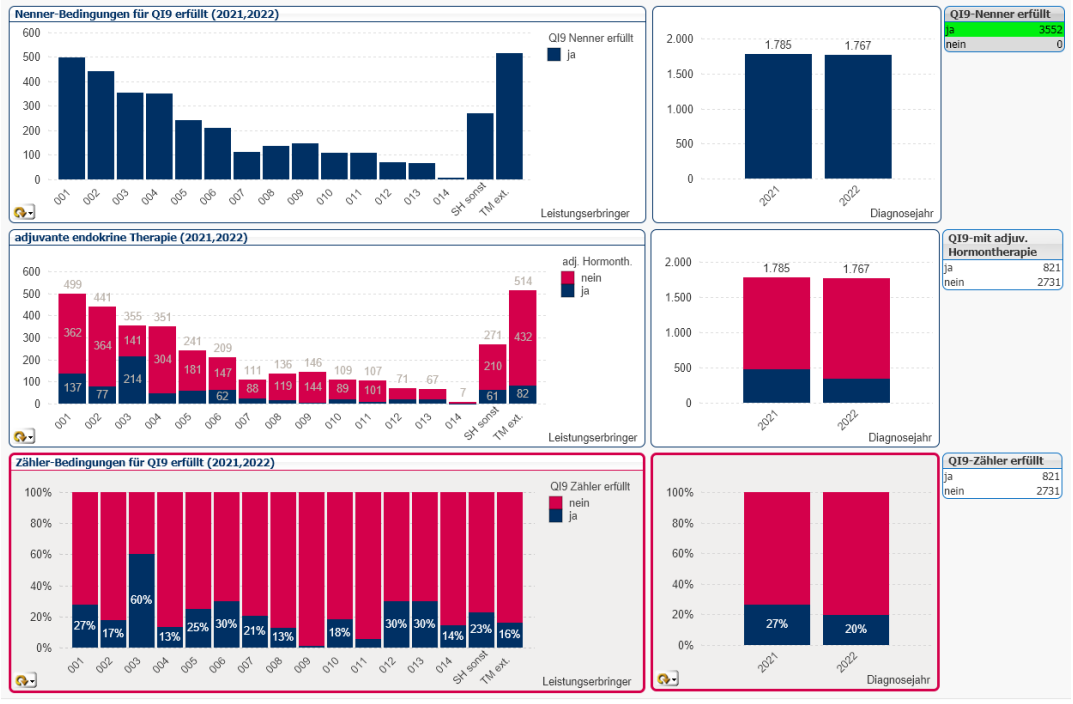

Abbildung 14: Qualitätsindikator 9: Endokrine Therapie bei rezeptorpositivem Befund

Der Qualitätsindikator 10 betrachtet wieder eine kleinere Gruppe der Mammakarzinome, die Fälle mit einem HER2neu-positiven Befund und ≥ pT1c. Bei dieser Diagnose soll möglichst häufig über ein Jahr lang eine Trastuzumab-Therapie durchgeführt werden. Etwa ein Drittel (35,9%) erfüllt den Qualitätsindikator, aber auch bei dieser Auswertung zeigt sich ein heterogenes Bild unter den Einrichtungen, von 0 bis 71% wird der Qualitätsindikator erfüllt (Abbildung 15). Auch die Berechnung dieses Qualitätsindikators ist von einer hohen Meldequote aus dem ambulanten Bereich abhängig.

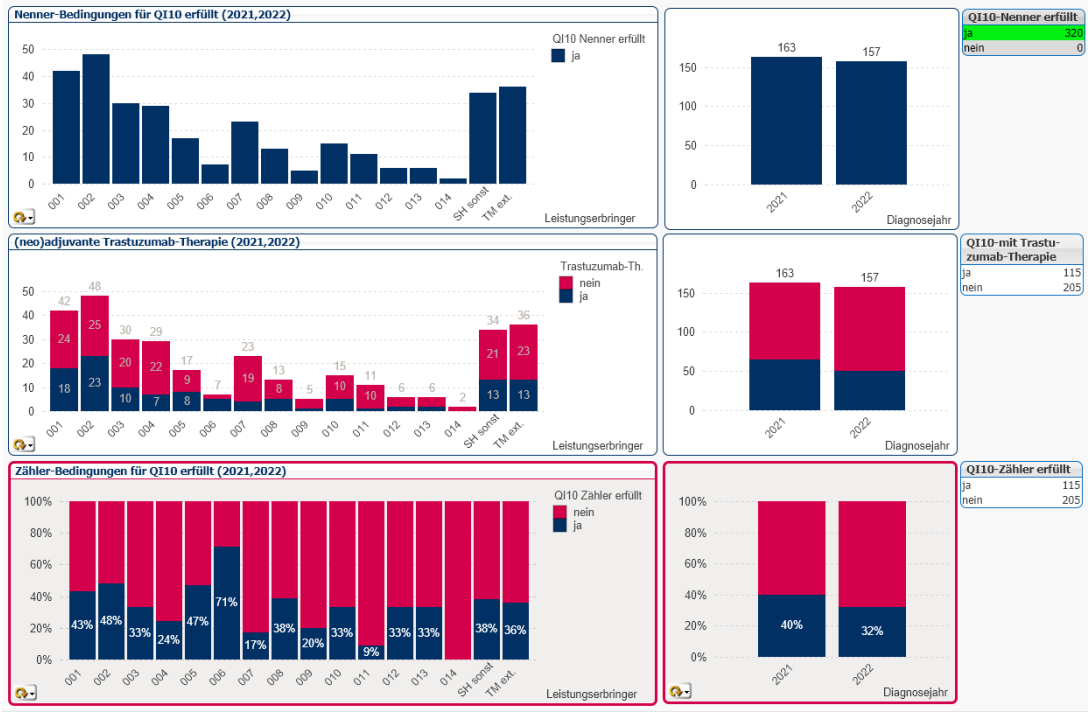

Abbildung 15: Qualitätsindikator 10: Trastuzumab- Therapie bei HER2-positivem Befund

Abschließend sind alle Qualitätsindikatoren als Übersicht dargestellt. Die Übersicht zeigt, dass es einzelne Indikatoren gibt, die sehr gut erfüllt werden, was sicherlich auch damit zusammenhängt, auf welche Meldungen die Berechnung zurückgreift. Werden viele Angaben aus Meldungen aus dem niedergelassenen Bereich für die Berechnung benötigt, werden die Qualitätsindikatoren überwiegend nicht gut erfüllt. Es ist zu vermuten, dass dieses unter anderem darauf zurückzuführen ist, dass die Meldungen fehlen – gerade, wenn die im vorderen Teil gezeigten Auswertungen zur Übersicht der verschiedenen Therapiemeldungen in die Überlegung mit einbezogen werden. Letztendlich ist es jedoch so, dass die meisten Einrichtungen bestimmte Qualitätsindikatoren dadurch nicht erfüllen.

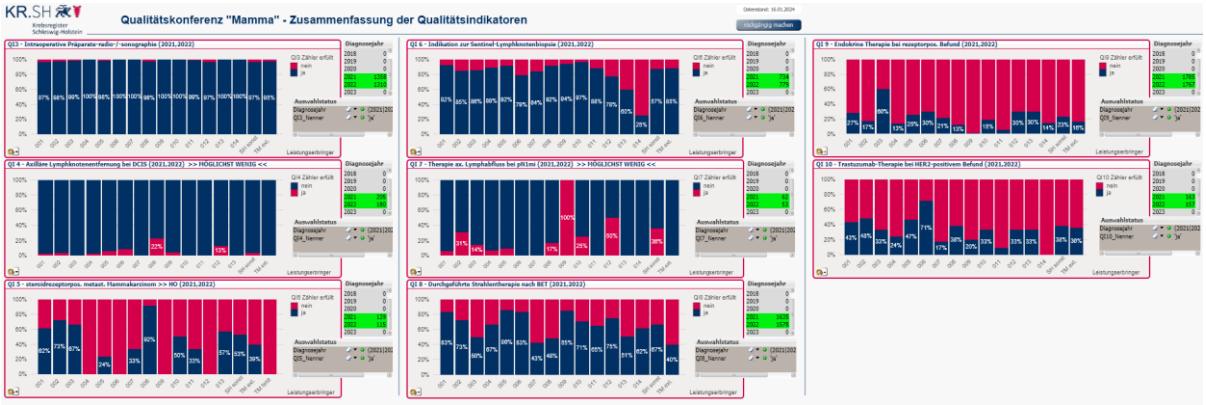

Abbildung 16: Übersicht über alle Qualitätsindikatoren

4 Zusammenfassende Bewertung

Einige Indikatoren zeigen bereits eine gute Versorgungsqualität auf. Dies gilt insbesondere, wenn die Indikatoren aus Daten gebildet werden können, die direkt beim entsprechenden Leistungserbringer erhoben werden. Für Indikatoren, für die das Zusammenspiel mehrerer Leistungserbringer erforderlich ist, zeigen sich große Unterschiede und eine eingeschränkte Qualität. Ob die dargestellten Unterschiede Dokumentationslücken oder echte Defizite in der Versorgung aufzeigen, ist nur schwer zu beurteilen. Ob Krankenkassen oder Gesundheitspolitik Datenlücken als Ausrede für schlechte Qualitätsergebnisse gelten lassen werden, darf bezweifelt werden. Für eine realistische Berechnung aller Qualitätsindikatoren ist das Krebsregister auf vollzählige und vollständige Meldungen aller Leistungserbringer angewiesen.