



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesqualitätsbericht 2022

QS-Verfahren ***Mammachirurgie***

Erfassungsjahr 2021

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. Oktober 2022

Impressum

Thema:

Bundesqualitätsbericht 2022. QS-Verfahren *Mammachirurgie*. Erfassungsjahr 2021

Ansprechpartnerin:

Lina Jürgens

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum der Abgabe:

15. August 2022, aktualisierte Version am 28. Oktober 2022

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Hintergrund	6
2 Einordnung der Ergebnisse	10
2.1 Datengrundlage.....	10
2.2 Risikoadjustierung.....	11
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	11
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren.....	16
2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf.....	23
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	24
4 Evaluation.....	25
5 Fazit und Ausblick.....	26
Glossar.....	28
Literatur.....	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren (EJ 2021)	7
Tabelle 2: Übersicht über die Auffälligkeitskriterien (EJ 2021).....	8
Tabelle 3: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2021).....	11
Tabelle 4: Übersicht über die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (EJ 2021)	12
Tabelle 5: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (EJ 2021).....	13
Tabelle 6: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2021).....	17
Tabelle 7: Übersicht über die rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (EJ 2021).....	18

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
DCIS	Ductal carcinoma in situ
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
HER2	human epidermal growth factor receptor 2
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
MDS	Minimaldatensatz
QS	Qualitätssicherung
QS MC	QS-Verfahren Mammachirurgie
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RO	kein Rest-(Residual)tumor
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SLNB	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

1 Hintergrund

Das Verfahren *Mammachirurgie (QS MC)* bezieht sich auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs (Mammakarzinom, Mamma-CA). Mit zuletzt rund 70.000 Neuerkrankungen jährlich ist Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung der Frau. Für das Jahr 2022 werden vom RKI etwa 66.800 Neuerkrankungen erwartet von denen ca. 700 bei Patienten auftreten. Pro Jahr sind ca. 18.000 Todesfälle auf ein Mammakarzinom zurückzuführen. In seltenen Fällen kann diese Erkrankung auch bei Männern auftreten (DKFZ/RKI 2021).

Die Früherkennung und die adäquate Diagnostik sowie die stadiengerechte Therapie der Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs ermöglichen es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und die krankheitsbedingte Sterblichkeit zu senken. Die Behandlungsplanung sollte umfassend, interdisziplinär und sorgfältig erfolgen; bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten sollten stets die individuelle Situation der Patientin bzw. des Patienten, das Therapieziel, die Nutzen-Risiko-Abwägung sowie die Präferenzen der Patientin bzw. des Patienten berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen sowie die informierte, gemeinsame Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten.

Die Indikatoren des Verfahrens *QS MC* wurden in diesem Sinne zusammengestellt und nehmen die Aspekte einer guten Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs in den Blick. Das Qualitätsindikatorenset (Tabelle 1) besteht aus Gruppen von Indikatoren sowie einzelnen Qualitätsindikatoren. Diese bilden sowohl Kriterien der Indikation für die Behandlung als auch Behandlungsabläufe und -ergebnisse ab. Die Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels einer Gewebeuntersuchung ist ein wesentlicher Bestandteil der Indikationsstellung und individuellen Therapieplanung mit Festlegung einer ganzheitlichen Therapiestrategie.

Eine spezielle Funktion im Verfahren *QS MC* haben die drei Indikatoren „Primäre Axilladisektion bei DCIS¹“ (ID 2163), „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (ID 52279) sowie „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ (ID 52330). Sie fungieren seit dem Erfassungsjahr (EJ) 2017 auch als planungsrelevante Qualitätsindikatoren.

¹ *Ductal carcinoma in situ*: krankhafte Wucherung neoplastischer Zellen in den Milchgängen als Vorstufe zu einer Krebserkrankung (Präkanzerose).

Das QS-Verfahren *QS MC* wurde mit dem Erfassungsjahr 2021 von der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)³ überführt.

Tabelle 1: Übersicht über die Qualitätsindikatoren (EJ 2021)

ID	Indikator	Datenquelle
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QS-Dokumentation
Gruppe: HER2-Positivitätsrate		
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QS-Dokumentation
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QS-Dokumentation
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden		
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	QS-Dokumentation
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	QS-Dokumentation
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung		
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung*	QS-Dokumentation
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung*	QS-Dokumentation
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS*	QS-Dokumentation
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QS-Dokumentation
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QS-Dokumentation
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QS-Dokumentation

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 10.06.2022).

³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am 10.06.2022).

ID	Indikator	Datenquelle
60659	Nachresektionsrate	QS-Dokumentation
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QS-Dokumentation

* Planungsrelevanter Qualitätsindikator

Zudem werden im Bericht auch Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt. Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien. Es werden zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden: Auffälligkeitskriterien zur *Plausibilität und Vollständigkeit* und Auffälligkeitskriterien zur *Vollzähligkeit*. Auffälligkeitskriterien haben einen Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, einen Referenzbereich und z. T. eine Mindestanzahl im Zähler oder Nenner.

Die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit beziehen sich auf die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. Mittels dieses Auffälligkeitskriteriums werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Die Prüfung auf Vollzähligkeit erfolgt mittels eines Abgleichs der gelieferten Daten mit der Sollstatistik (siehe Datengrundlage). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft.

Im QS-Verfahren QS MC gibt es 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 2 zur Vollzähligkeit.

Tabelle 2: Übersicht über die Auffälligkeitskriterien (EJ 2021)

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	QS-Dokumentation
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	QS-Dokumentation
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	QS-Dokumentation
850372	Häufige Angabe „immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	QS-Dokumentation
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	QS-Dokumentation

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation und Sollstatistik
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation und Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

Der erste Bundesqualitätsbericht zum Verfahren *QS MC* gemäß der DeQS-RL enthält deskriptive Analysen und gibt punktuell Einschätzungen zum besonderen Handlungsbedarf bei einzelnen Qualitätsindikatoren (vgl. Abschnitt 2.5). Um eine bessere Einordnung der Ergebnisse zu gewährleisten, wird zunächst die Datengrundlage (vgl. Abschnitt 2.1) beschrieben. Im Abschnitt 2.2 erfolgt eine Erläuterung der entwickelten Risikoadjustierungsmodelle für einige Qualitätsindikatoren. Darauf folgt eine Übersicht und Bewertung der Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens (Abschnitt 2.3). Abschließend werden die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 einer Bewertung unterzogen und den Ergebnissen aus dem vorherigen Erfassungsjahr – soweit möglich – gegenübergestellt (vgl. Abschnitt 2.3).

2.1 Datengrundlage

Die Auswertungen des vorliegenden Berichts basieren ausschließlich auf den QS-Dokumentationsdaten.

Die nachfolgende Tabelle 3 stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 dar. Auf diesem Datenbestand wurden die Qualitätsindikatoren berechnet.

Die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Ab dem Erfassungsjahr 2020 wurde, gemäß Spezifikation, die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens (IKNR) erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage sowie Vollständigkeit in den Berichten erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Für das Verfahren *QS MC* erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht immer auch der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein.

Die Sollstatistik basiert jedoch auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenen Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist.

Tabelle 3: Übersicht über die Datengrundlage (EJ 2021)

		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze	103.668	103.476	100,19
	Basisdatensatz	103.493		
	MDS	175		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		729	725	100,55
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		793		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		804		

Für 804 Krankenhäuser wurden (bezogen auf den entlassenden Standort) QS-Dokumentationsdaten (inklusive MDS) übermittelt, für 793 Krankenhäusern wurden letztendlich die Daten in Bezug auf den behandelnden Standort ausgewertet.

Es wurden insgesamt 103.668 QS-Dokumentationsbögen und 103.476 Datensätze via Sollstatistik übermittelt, sodass insgesamt betrachtet mit 100,19 % weder eine Über- noch eine Unterdokumentation zu verzeichnen ist.

2.2 Risikoadjustierung

Die Analyse von Qualitätsindikatoren hat das Ziel, die Behandlungsergebnisse einzelner Leistungserbringer zu bewerten und miteinander zu vergleichen. Die Ergebnisse sollen dabei die tatsächliche Behandlungsqualität widerspiegeln, unabhängig von den patientenseitigen Faktoren. Risikoadjustierung ist dann notwendig, wenn sich die Patientencharakteristika und damit das Risikoprofil zwischen den zu vergleichenden Leistungserbringern unterscheiden.

Im Verfahren *QS MC* werden die Indikatoren, die niedrige und hohe HER2-Positivitätsraten anzeigen, risikoadjustiert. Dabei sind die wichtigsten patientenseitigen Variablen, die einen relevanten Effekt auf die HER2-Positivitätsrate haben,

- das Alter der Patientin bzw. des Patienten,
- die Früherkennung durch ein Mammografie-Screening,
- der histologische Differenzierungsgrad sowie
- der Lymphknotenbefall.

2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Verfahren *QS MC* weisen von insgesamt 668 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 63 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

In der Tabelle 4 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesraten mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis. Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von der QSKH-RL zur DeQS-RL verbundenen Änderung der Leistungserbringerpseudonymisierung werden keine Vorjahresergebnisse in der Tabelle ausgewiesen.

Tabelle 4: Übersicht über die Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (EJ 2021)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis 2021 (Referenzbereich)	Bundesergebnis 2020 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	0,40 % (≤ 1,69 %; 95. Perzentil)	-
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	0,14 % (≤ 0,89 %; 95. Perzentil)	-
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	0,71 % (≤ 4,00)	-
850372	Häufige Angabe „immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	0,24 % (≤ 1,19 %; 95. Perzentil)	-
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	2,51 % (≤ 15,25 %; 95. Perzentil)	-
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,19 % (≤ 110,00 %)	-
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,17 % (≤ 5,00 %)	-

In der Tabelle 5 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des Auffälligkeitskriteriums hatten, dargestellt.

Tabelle 5: Übersicht über Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (EJ 2021)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
			Anzahl	Anteil (%)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	12 von 634	1,89 %
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	60659: Nachresektionsrate	6 von 637	0,94 %
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	15 von 630	2,38 %
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	9 von 634	1,42 %
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	29 von 659	4,40 %

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
			Anzahl	Anteil (%)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	-	9 von 725	1,24 %
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	-	3 von 725	0,41 %

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit**Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“ (ID 850363)**

Dem Auffälligkeitskriterium liegt die Hypothese zugrunde, dass der HER2-Status, obwohl er bestimmt wurde, nicht korrekt dokumentiert wurde. Die korrekte HER2-Bestimmung ist für die Indikatoren der Gruppe „HER2-Positivitätsrate“ relevant. Insgesamt wurde bundesweit bei 266 von 66.041 (0,40 %) Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie der HER2-Status als unbekannt angegeben. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 wurde bei 12 der 634 Leistungserbringer (1,89 %) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis festgestellt. Im Vorjahr lag dieser Anteil noch bei 2,1 % (14 von 663).

Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ (ID 850364)

Mit dem Auffälligkeitskriterium sollen die Angaben zur Nachresektionsrate nachvollzogen werden. Der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums ist perzentilbasiert und es ist zusätzlich eine Mindestanzahl von 2 im Zähler definiert. Von den 66.453 Fällen der lebend entlassenen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom wurden für 91 keine Angaben zur R0-Resektion gemacht. 6 der 637 Leistungserbringer (0,94 %) dokumentierten häufig „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ und haben daher ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Im Vorjahresvergleich ist eine leichte Dokumentationsverbesserung erkennbar, da 2020 der Anteil der Leistungserbringer, bei denen keine Angabe zu R0-Resektion vorlag, noch bei 1,3 % (9 von 671) lag.

Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde (ID 813068)

Das Auffälligkeitskriterium überprüft die Dokumentationsqualität der postoperativen Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde. Eine Fehlkodierung führt zu Ungenauigkeiten in den Grundgesamtheiten aller Indikatoren mit Bezug zu invasiven Karzinomen oder DCIS. Von den 73.435 Fällen in der Grundgesamtheit lagen 523 Diskrepanzen zwischen prä- und postoperativen Histologiebefunden vor. Bei 5 oder mehr Fällen kann mit einer Diskrepanz in der Dokumentation entweder der prätherapeutischen Diagnose oder der postoperativen Histologie ausgegangen werden, daher ist der Referenzbereich mit ≤ 4 festgelegt. 15 von insgesamt 630 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium haben ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Dies macht einen Anteil von 2,83 % aus. Im Vergleich zum Vorjahr ist eine negative Entwicklung zu beobachten, da 2020 von 669 Leistungserbringern 12 (1,7 %) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufwiesen.

Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“ (ID 850372)

Mit dem Auffälligkeitskriterium soll die Angabe zum immunhistochemischen Hormonrezeptorstatus überprüft werden. Von den 66.041 Fällen mit einer Angabe zum immunhistochemischen Hormonrezeptorstatus wurde bei 157 Fällen die Angabe „unbekannt“ dokumentiert. Dies ergibt ein Bundesergebnis von 0,24 %. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 haben 9 von 634 Leistungserbringern (1,42 %) bezüglich der häufigen Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“ ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Damit sind die Ergebnisse zum Vorjahr weitgehend unverändert, 2020 hatten

1,5 % Leistungserbringer ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in diesem Auffälligkeitskriterium. Eine Fehl- bzw. Überdokumentation hat Auswirkungen auf die Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren der Gruppe „HER2-Positivitätsrate“.

Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kodes 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund (ID 852000)

In Bezug auf die häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kodes 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund wurden von 84.889 Fällen mit Angaben zur Histologiebestimmung bei 2.133 unspezifische Angaben gemacht. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 hatten nach Abschluss des Strukturierten Dialoges 29 von 659 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse (4,40 %). Somit ist der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen unverändert zum Vorjahr (4,6 %).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation (ID 850094)

Das Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation prüft, ob mehr Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständig und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Soll-Statistik zu erwarten sind. Der Referenzbereich für diese Auffälligkeitskriterien liegt bei $\leq 110,0\%$ bei mindestens 20 Fällen im Zähler. Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren *QS MC* eine Dokumentationsrate von 100,19 %. Es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 9 der 725 Leistungserbringer (1,2 %) (IKNR-Zählweise) rechnerisch auffällige Ergebnisse.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (850227)

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob ggf. zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen angelegt wurden. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 5,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Soll-Statistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass 3 von 725 Leistungserbringern (0,41 %) hier ein rechnerisch auffälliges Ergebnis aufweisen. Hier ist im Stellungnahmeverfahren zu klären, ob die Anwendung eines MDS plausibel war. Bundesweit zeigt sich eine MDS-Rate von 0,17 %. Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Im Verfahren *QS MC* zum Erfassungsjahr 2021 haben von den 793 Leistungserbringern 400 mindestens ein rechnerisch auffälliges Ergebnis in mindestens einem Qualitätsindikator bzw. Auffälligkeitskriterium.

In der Tabelle 6 sind für alle 13 Qualitätsindikatoren die Bundesraten mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis beziehen.

Tabelle 6: Übersicht über die Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (EJ 2021)

ID	Indikator	Ergebnis 2021 (Referenzbereich)	Ergebnis 2020	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Indikatoren zur Indikationsstellung				
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	98,10 % (≥ 95,00 %)	-	Nicht vergleichbar
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	0,09 % (Sentinel Event)	-	Nicht vergleichbar
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	97,11 % (≥ 90,00 %)	-	Nicht vergleichbar
Indikatoren zur Ergebnisqualität				
Gruppe: HER2-Positivitätsrate				
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	0,92 (≥ 0,40; 5. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	0,92 (≤ 1,52; 95. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar
60659	Nachresektionsrate	10,67 % (≤ 22,48 %; 95. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar
Indikatoren zur Prozessqualität				
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden				
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	92,85 % (≥ 73,23 %; 5. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	83,94 % (≥ 52,50 %; 5. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung				
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	99,44 % (≥ 95,00 %)	-	Nicht vergleichbar

ID	Indikator	Ergebnis 2021 (Referenzbereich)	Ergebnis 2020	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	98,90 % (≥ 95,00 %)	-	Nicht vergleichbar
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	4,17 % (≤ 5,00 %)	-	Nicht vergleichbar
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	2,54 % (≤ 9,52 %; 95. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	99,46 % (≥ 97,41 %; 5. Perzentil)	-	Nicht vergleichbar

In der Tabelle 7 sind für alle Qualitätsindikatoren der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2021 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ werden die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen von allen Leistungserbringern dargestellt.

Tabelle 7: Übersicht über die rechnerisch auffälligen Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (EJ 2021)

ID	Qualitätsindikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
		Anzahl	Anteil (%)
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	84 von 637	13,19 %
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	6 von 488	1,23 %
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	55 von 586	9,39 %
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	64 von 566	11,31 %
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	49 von 566	8,66 %
60659	Nachresektionsrate	46 von 624	7,37 %
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	41 von 470	8,72 %

ID	Qualitätsindikator	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen	
		Anzahl	Anteil (%)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	93 von 560	16,61 %
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	17 von 492	3,46 %
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	41 von 523	7,84 %
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	117 von 469	24,95 %
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	53 von 613	8,65 %
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	57 von 627	9,09 %

Mit dem Qualitätsindikator „**Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung**“ (ID 51846) wird erhoben, wie häufig vor Behandlungsbeginn eine Gewebeprobe entnommen, histologisch untersucht und die Art des Tumors festgestellt wird. Der Referenzbereich dieses Indikators liegt bei $\geq 95,00\%$. Das Bundesergebnis liegt bei 98,10 % und somit über dem Bundesergebnis von 2020 (97,93 %), hierdurch lässt sich für Deutschland eine sehr gute Versorgungsqualität ableiten. Für das Erfassungsjahr 2021 gibt es bei 637 Leistungserbringern 84 mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen, das macht einen Anteil von 13,19 % aus. Unterscheidet man das Bundesergebnis zwischen den Geschlechtern, fällt auf, dass das Ergebnis für Patienten (94,20 %) signifikant schlechter abschneidet als das Ergebnis bei Patientinnen (98,13 %). Während sich die Ergebnisse bei den Patientinnen über die letzten Jahre stetig verbessern, stagniert das Bundesergebnis für die Patienten. Bei diesem Indikator wird daher erneut wegen der persistierenden geschlechterspezifischen Unterschiede ein „besonderer Handlungsbedarf“ gesehen (vgl. Abschnitt 2.5).

Der Indikator „**Primäre Axilladissektion bei DCIS**“ (ID 2163) bildet die Anzahl bei DCIS durchgeführter Axilladissektionen ab und ist ein Sentinel-Event-Indikator. Rückblickend ist seit der Einführung des Indikators eine sinkende Rate nicht indizierter bzw. nicht leitliniengerechter Axilladissektionen bei der Krebsvorstufe DCIS erkennbar. Im Erfassungsjahr 2020 lag das Bundesergebnis bei 0,11 %; für das Erfassungsjahr 2021 hat sich dieser Wert auf 0,09 % verbessert. Im Stellungnahmeverfahren für das Erfassungsjahr 2021 wird bei 6 von 488 Leistungserbringern eine Einzelfallprüfung vorgenommen; das macht einen Anteil von 1,23 % aus. Trotz der guten Ergebnisse ist eine leicht negative Entwicklung zu beobachten. Im Erfassungsjahr 2020 hatten von 505 Leistungserbringern 3 (0,6 %) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

Der Qualitätsindikator „**Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie**“ (ID 51847) hat das Ziel, dass bei möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) anstelle einer Axilladissektion erfolgen soll. Im Erfassungsjahr 2020 lag das Bundesergebnis bei 96,98 %. Dieses gute Ergebnis konnte im Erfassungsjahr 2021 auf 97,11 % verbessert werden. In der geschlechterspezifischen Unterscheidung ist zu erkennen, dass das Ergebnis von Patienten mit 97,76 % leicht unterhalb des Ergebnisses von Patientinnen liegt (98,36 %). Bei 8,10 % (38 von 469) wird für das Erfassungsjahr 2021 ein Stellungsnahmeverfahren durchzuführen sein. Der Anteil der Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis ist etwas gesunken. In Bezug auf das Erfassungsjahr 2020 haben von 613 Leistungserbringern 65 (10,6 %) den Strukturierten Dialog durchlaufen.

Die Indikatorengruppe „**HER2-Positivitätsrate**“ hat eine angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom zum Ziel. HER2 ist die Abkürzung für *human epidermal growth factor receptor 2* und bezeichnet einen Wachstumsfaktor, der sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet. Zellen mit dieser Oberflächenbeschaffenheit sprechen in der Regel auf eine bestimmte medikamentöse Therapie an. Hintergrund für die Betrachtung der HER2-Positivitätsrate ist die Frage, ob die Bestimmung des HER2-Status nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie vorgenommen wurde, da Fehlbestimmungen hinsichtlich der auf dem HER2-Status basierenden Therapieentscheidung ggf. zu einer relevanten Unter- oder Überversorgung von Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Einfluss auf die Morbidität bzw. Mortalität führen könnten. Voraussetzung für eine spezifische Tumorbehandlung ist somit die leitliniengerechte und qualitätsgesicherte Bestimmung des HER2-Status. Die Indikatoren der Gruppe sind risikoadjustiert (vgl. Abschnitt 2.2). Mithilfe der Risikoadjustierung wird eine erwartete Rate an HER2-positiven Befunden ermittelt. Die Indikatoren zeigen an, ob eine höhere oder niedrigere Rate als die erwartete beobachtet wird. Der Indikator „**HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate**“ (ID 52267) hat einen Referenzbereich von $\geq 0,40$ (5. Perzentil) und der Indikator „**HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate**“ (ID 52278) von $\leq 1,52$ (95. Perzentil). Beide Indikatoren befinden sich derzeit noch in einer prolongierten Erprobungsphase. Für das Erfassungsjahr 2021 verteilen sich die rechnerischen auffälligen Ergebnisse wie folgt:

- HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate (ID 52267): Von 566 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator, kam es bei 64 Leistungserbringern zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen, das macht einen Anteil von 11,31 % aus
- HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate (ID 52278): Von den 566 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator, kam es bei 49 Leistungserbringern zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen was einem Anteil von 8,66 % entspricht

Beide Indikatoren weisen in Bezug auf die Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen unveränderte Ergebnisse auf. Im Erfassungsjahr 2020 lagen im Indikator 52267 bei 11 % (64 von 580) und im Indikator 52278 9,8 % (57 von 580) der Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse vor.

Der Indikator „**Nachresektionsrate**“ (ID 60659) erfasst die Anzahl von Patientinnen und Patienten, die eine oder mehrere Nachresektionen pro Brust erhalten haben, und bezieht sich dabei

auf die Behandlung im Rahmen der Primärerkrankung eines invasiven Mammakarzinoms. Qualitätsziel des Indikators ist es, dass möglichst häufig ein tumorfreier Resektionsrand (R0-Resektion) beim operativen Ersteingriff erreicht wird. Der Tumor soll bei der ersten Operation vollständig entfernt werden, da Nachresektionen für die Patientinnen und Patienten eine wiederholte Narkose mit entsprechenden Risiken und Belastungen bedeuten. Die Nachresektionsrate kann demnach Auskunft über die Qualität der Operationsplanung bzw. -durchführung geben. Der Referenzbereich dieses Indikators liegt für das Erfassungsjahr 2021 bei $\leq 22,48\%$ (95. Perzentil). Das Bundesergebnis hat sich von 2020 11,32 % auf 2021 10,67 % leicht verbessert. Diese positive Entwicklung ist auch rückblickend stetig über mehrere Jahre zu beobachten. Bei 46 von 624 Leistungserbringern ist es im Erfassungsjahr 2021 zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen gekommen, dies macht einen Anteil von 7,37 % aus. Zum Erfassungsjahr 2020 lag dieser Anteil noch bei 5,3 % (35 von 685). Diese Entwicklung sollte in den folgenden Jahren weiter beobachtet werden.

Die beiden Indikatoren der Gruppe **„Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden“** haben das Ziel, dass möglichst viele Patientinnen und Patienten mit nicht palpablen Tumoren vor einer brusterhaltenden Operation eine präoperative Drahtmarkierung erhalten. Dabei unterscheiden sich die Patientengruppen zwischen der Tumorbeschaffenheit mit und ohne Mikrokalk. Bei beiden Indikatoren wurde im Erfassungsjahr 2021 erstmalig ein Referenzbereich verteilungsbasiert über das 5. Perzentil festgelegt; bei der Erstauswertung 2020 war kein Referenzbereich definiert. Der Indikator **„Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk“ (ID 212000)** hat einen Referenzbereich von $\geq 73,23\%$ und beim Indikator **„Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk“ (ID 212001)** liegt der Referenzbereich bei $\geq 52,50\%$. Im Erfassungsjahr 2021 sind die Ergebnisse der Befunde mit Mikrokalk (92,85 %) wesentlich besser als die ohne Mikrokalk (83,94 %). Insgesamt haben beide Indikatoren im Erfassungsjahr 2021 einen hohen Anteil an Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen: Beim Indikator 212000 liegt der Anteil bei 8,72 % (41 von 470) und beim Indikator 212001 ist er mit 16,61 % fast doppelt so hoch (93 von 560).

Die Gruppe **„Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung“** mit zwei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren hat das Ziel, dass bei möglichst vielen Eingriffen mit intraoperativer Präparatradiografie bzw. intraoperativer Präparatsonografie die präoperative Drahtmarkierung durch **Mammografie (ID 52330)** oder durch **Sonografie (ID 52279)** durchgeführt wurde. Für die Indikatoren ist seit einigen Jahren ein Referenzbereich von $\geq 95,00\%$ festgeschrieben. Insgesamt zeigen sich bei diesen Indikatoren sehr gute Ergebnisse von über 98,00 % (ID 52330: 99,44 % und ID 52279: 98,90 %). Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2020 weisen sie konstante Bundesergebnisse (ID 52330: 99,47 %; ID 52279: 98,83 %) auf. In der geschlechterspezifischen Betrachtung der Ergebnisse fällt allerdings auf, dass gerade die Behandlung von Patienten mit einer intraoperativen Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografien bei zuvor erfolgter mammografischer Drahtmarkierung mit 91,67 % deutlich unterhalb des Ergebnisse von Patientinnen (99,23 %) liegt. Ein Stellungsverfahren aufgrund von rechnerisch auffälligen Ergebnissen wird für das Erfassungsjahr 2021 beim Qualitätsindikator 52330 bei 3,46 % (17 von 492) der Leistungserbringer erfolgen und beim Qualitätsindikator 52279 bei 7,84 % (41 von 523).

Der Qualitätsindikator **„Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719)** hat zum Ziel, dass möglichst wenige axilläre Lymphknotenentnahmen bei Patientinnen und Patientinnen bei DCIS und brusterhaltender Therapie durchgeführt werden. Im Erfassungsjahr 2021 war der Referenzbereich erstmalig bei $\leq 5,00\%$ festgesetzt; zuvor wurde der Referenzbereich verteilungsabhängig über das 80. Perzentil bestimmt. Im Erfassungsjahr 2021 war das Bundesergebnis bei 4,17% und damit nahezu unverändert zum Vorjahr (4,10%). Im Erfassungsjahr 2021 haben von 469 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator 117 Leistungserbringer mindestens ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Das macht einen Anteil von 24,95 % aus und ist damit weitgehend unverändert zum Vorjahr mit 25,4 % (123 von 484).

Der Qualitätsindikator **„Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370)** soll prüfen, ob zwischen Diagnosestellung und Behandlungsbeginn ein ausreichend langes Zeitfenster – also mindestens 7 Tage – besteht, sodass es einerseits den betroffenen Patientinnen und Patienten ermöglicht wird, sich auf die neue Situation einzustellen und mit ärztlicher Beratung und Aufklärung angemessen und individuell zu entscheiden, welche Behandlung sie wünschen, und es andererseits möglich ist, alle notwendigen Befunde fertigzustellen. Der verteilungsabhängige Referenzbereich wird über das 95. Perzentil bestimmt und liegt im Erfassungsjahr 2021 bei $\leq 9,52\%$. Das Bundesergebnis hat sich von 3,22 % im Erfassungsjahr 2020 auf 2,54 % im Erfassungsjahr 2021 verbessert. Der zeitliche Abstand zwischen Diagnose und Operation liegt im Durchschnitt bei 23 Tagen, wobei 22,62 % der Patientinnen und Patienten zwischen dem 14. und 21. Tag nach Diagnosestellung operiert werden. Für das Stellungnahmeverfahren in Bezug auf das Erfassungsjahr 2021 sind 53 von 613 Leistungserbringern vorgesehen, dies entspricht einem Anteil von 8,65 %. In Bezug auf das Erfassungsjahr 2020 wurde bei 65 der 642 (9,97 %) Leistungserbringer der Strukturierte Dialog durchgeführt.

Der Indikator **„Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (ID 211800)** hat das Ziel, dass möglichst häufig eine postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS erfolgt. Der Referenzbereich wird über das 5. Perzentil bestimmt und liegt 2021 bei $\geq 97,41\%$. Der Indikator zeigt seit Jahren konstant sehr gute Ergebnisse. Im Erfassungsjahr 2020 lag das Ergebnis bei 99,37 % und 2021 bei 99,46 %. Während bei Patientinnen fast immer eine interdisziplinäre Tumorkonferenz erfolgt (99,47 %), fehlt diese bei Patienten immer wieder. Bei Patienten liegt das Bundesergebnis nur bei 98,92 %. Von 627 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator haben 57 Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse. Dieser Anteil von 9,09 % wird im Stellungnahmeverfahren abschließend bewertet. Die Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis sind im Vorjahresvergleich unverändert. In Bezug auf das Erfassungsjahr 2020 haben von 659 Leistungserbringern 61 (9,3 %) den Strukturierten Dialog durchlaufen.

2.5 Qualitätsindikatoren mit besonderem Handlungsbedarf

Für den Qualitätsindikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846) wurde trotz der positiven Tendenz der Bundesergebnisse ein „besonderer Handlungsbedarf“ festgestellt. Weiterhin überwiegt der fachliche Aspekt, den der Indikator als Qualität zu sichern sucht: Die prätherapeutische histologische Diagnosesicherung ist für die Qualitätssicherung der ganzheitlichen und individuellen Therapieplanung der wichtigste Qualitätsindikator. Nach Auffassung des Expertengremiums auf Bundesebene gibt es außer in sehr seltenen Einzelfällen keinen Grund, auf eine prätherapeutische Sicherung zu verzichten. Dennoch kann das positive Bundesergebnis von 2021 mit 98,10 % nicht darüber hinwegtäuschen, dass es bundesweit in über 1.300 Fällen bei Patientinnen zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen. 2021 gab es bei 71.831 von 73.201 Patientinnen die Angabe einer prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung. Bei Patienten gab es bei 568 von 603 eine Abgabe zur prätherapeutischen Diagnosesicherung. Das Bundesergebnis bei den Patienten verbessert sich zudem seit Jahren nicht (EJ 2019: 94,73 %, EJ 2020: 94,40 %; EJ 2021: 94,20 %). Im Erfassungsjahr 2021 wie auch in den Vorjahren war dieser Indikator im Verfahren *QS-MC* mit 13,19 % (EJ 2020: 13,3 %; EJ 2019: 17,4 %) der mit dem höchsten Anteil an Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis.

Der Verzicht auf die histologische Sicherung kann zu einem bedeutsamen negativen Einfluss in Bezug auf Morbidität und Mortalität führen, z. B. Vorenthaltung einer neoadjuvanten Therapie bei entsprechender Indikation, Notwendigkeit von Zweiteingriffen (SLNB, Nachresektion) mit dem entsprechenden perioperativen Risiko, fehlende Möglichkeit von postneoadjuvanten Therapien, da die pathologische Komplettremission nicht mehr als Parameter zur Verfügung steht. Daher ist es notwendig, dass diese Diagnosesicherung bei allen Patienten und Patientinnen durchgeführt wird. Aufgrund der persistierenden geschlechterspezifischen Unterschiede in der Versorgung und der Hinweise auf mangelnde Leitliniendurchdringung wird bei diesem Indikator erneut besonderer Handlungsbedarf festgestellt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

Für dieses QS-Verfahren wurde im Jahr 2021 zum Erfassungsjahr 2020 noch kein Stellungnahmeverfahren gem. § 17 DeQS-RL durchgeführt, da dieses im Jahr 2020 noch unter der QSKH-RL geführt wurde. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs 2021 zum Erfassungsjahr 2020 nach QSKH-RL wurden für Qualitätsindikatoren im „Bericht zum Strukturierten Dialog 2021“ und für Auffälligkeitskriterien im „Bericht zur Datenvalidierung 2021“ dargestellt.

4 Evaluation

Für dieses QS-Verfahren wurde im Jahr 2021 zum Erfassungsjahr 2020 noch keine Stakeholderanalyse (Evaluation) von den LAG übermittelt, da dieses im Jahr 2020 noch unter der QSKH-RL geführt wurde. Die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs nach QSKH-RL bzw. des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL werden stetig für die Verfahrenspflege genutzt.

5 Fazit und Ausblick

13 Qualitätsindikatoren wurden im Verfahren *QS MC* im Erfassungsjahr 2021 berechnet. Bei der Bewertung der Ergebnisse müssen weiterhin die COVID-19-Pandemie in Deutschland und die damit verbundenen Einflüsse auf die externe Qualitätssicherung teilnehmender Krankenhäuser auf Bundesebene berücksichtigt werden. Die Anzahl der Krankenhäuser hat sich vom Jahr 2018 mit 844 auf 804 im Jahr 2021 leicht verringert, wobei sich die dokumentierten Fallzahlen von Mammakarzinomen gleichermaßen verringert haben (EJ 2018: 106.628; EJ 2021: 103.668).

Das IQTIG führte im letzten Jahr eine Analyse durch, die die Effekte der Covid-19-Pandemie zwischen den Jahren 2019 und 2020 bewertete. Es konnte festgestellt werden, dass die gelieferten QS-Daten vom Jahr 2020 hinreichend aussagekräftig sind. Die Zusammensetzung der betrachteten Population änderte sich nicht derart, dass die Ergebnisse nicht vergleichbar sind. Dennoch können Effekte in der Population aufgetreten sein, die sich nicht anhand der erfassten Daten und Einflussgrößen abbilden und quantifizieren lassen.

Grundsätzlich stellt sich bei der Betrachtung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2021 im Verfahren *QS MC* ein stabiles Bild guter Versorgungsqualität dar. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unterscheiden sich im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich, der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist gering. Während sich die Versorgungsqualität von Patientinnen in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert, bleibt die Versorgungsqualität bei Patienten weitgehend konstant. Die Qualitätsindikatoren mit ausreichender Fallzahl (IDs 51846, 51847 und 60659) zeigen in ihren Ergebnissen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und einen Unterschied im Erreichungsgrad des Qualitätsziels der Indikatoren. Diese Entwicklung wurde mit den Expertinnen und Experten auf Bundesebene beraten und kann begründet damit werden, dass bei Patienten der Brustkrebs nicht sofort als solcher erkannt wird und die Behandlung daher in einer fachfremden Abteilung erfolgt. Dies kann dann zu Folge haben, dass die Behandlung bei einem Leistungserbringer bzw. Fachabteilung erfolgt, die weniger Erfahrung in der Behandlung eines Mammakarzinoms hat und die Therapieempfehlungen der S-3-Leitlinie für „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2021) nicht korrekt umsetzt. Die Veröffentlichung „Werden Männer und Frauen mit Brustkrebs in Deutschland gleichbehandelt?“ (Dippmann et al. 2020) unterstützt die Annahme und kommt zu dem Ergebnis, dass insbesondere bei der Behandlungsdokumentation durch chirurgische bzw. plastisch-chirurgische Kliniken Unterschiede zu gynäkologischen Kliniken und Brustzentren bestehen.

Betrachtet man die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Fallzahlabhängigkeit kann festgestellt werden, dass Leistungserbringer mit einer geringen Fallzahl häufiger die definierten Qualitätsziele nicht erreichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit der Anpassung in der Mindestmengenregelung (Mm-R)⁴ vom 16. Dezember 2021 diesen Aspekt aufgegriffen und wird ab 2025 für die chirurgische Behandlung vom Mammakarzinom eine Mindestmengenregelung von 100 Fällen im Jahr einführen.

Das Expertengremium auf Bundesebene geht von einem Einfluss auf das Verfahren *QS MC* aus. Zwar sind bei vielen Indikatoren bessere Ergebnisse für Leistungserbringer mit großen Fallzahlen über 100 Fälle sichtbar, was für eine Patientenversorgung in Brustzentren spricht. Es werden jedoch auch deutliche Gefahren für Fehlanreize durch Mindestmengen gesehen. Insbesondere die Indikatoren, die die Indikationsstellung, Therapieplanung und den Zeitraum zwischen Diagnose und Operation in den Fokus nehmen, werden daher künftig von Interesse sein.

Zusammenfassend ist die Versorgungsqualität in der Behandlung des Mammakarzinoms in Deutschland sehr gut, dennoch sollte weiterhin ein besonderes Augenmerk auf die Diagnostik und Therapie der seltenen Erkrankung des Mammakarzinoms beim Mann gelegt werden und darauf, dass die Behandlung in Fachabteilungen erfolgt, in denen die S3-Leitlinie ausreichend umgesetzt ist und ein interdisziplinärer Ansatz in entsprechenden Strukturen erfolgt, um die Versorgungsqualität noch weiter zu verbessern und eine höhere Leitlinienadhärenz zu erreichen.

⁴ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 20. Dezember 2005, zuletzt geändert am 16. Dezember 2021, in Kraft getreten am 1. Januar 2022 ULR: <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/> (abgerufen am 07.07.2022).

Glossar

Begriff	Erläuterung
Auffälligkeit, qualitative (auffälliger Indikatorwert)	Bewertung der Versorgungsqualität von Leistungserbringerergebnissen auf Grundlage eines Stellungnahmeverfahrens und einer Begutachtung durch Expertinnen und Experten, wenn diese Versorgungsqualität ein Qualitätsziel verfehlt. Stellungnahmeverfahren werden mit Leistungserbringern geführt, die rechnerisch auffällige Ergebnisse aufweisen.
Auffälligkeit, rechnerische (auffälliger Indikatorwert)	Bewertung der Versorgungsqualität eines Leistungserbringers auf Grundlage des Ergebnisses eines Qualitätsindikators für diesen Leistungserbringer, wenn dieses außerhalb des Referenzbereichs liegt. Ist die Abweichung vom Referenzbereich statistisch signifikant, wird das Ergebnis auch als „statistisch auffällig“ bezeichnet.
Auffälligkeitskriterien	Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Die Daten jedes Leistungserbringers werden anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten QS-Daten geprüft. Es werden zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden: Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.
Basisdatensatz	Der Basisdatensatz stellt einen dokumentationspflichten Behandlungsfall dar, welcher kein Minimaldatensatz ist. Ein Basisdatensatz kann pro Patientin oder Patient je Krankenhausaufenthalt (stationär) bzw. Behandlungsquartal (ambulant) einmal dokumentiert werden, auch wenn die Patientin oder der Patient in diesem Zeitraum mehrere Prozeduren erhält.
Datenquelle	Stelle, an der Daten für die Qualitätssicherung generiert oder erfasst werden. Zurzeit stehen folgende Datenquellen zur Verfügung: Dokumentation der Leistungserbringer (fallbezogen und einrichtungsbezogen), Sozialdaten bei den Krankenkassen und Befragung von Patientinnen und Patienten.
Datensatz	Der Begriff wird im Kontext der Qualitätssicherung unterschiedlich verwendet: 1. als eine in einer direkten Beziehung zueinander stehende Menge von Daten(-feldern), die einem Behandlungsfall bzw. einer Prozedur zuordenbar ist (bspw. ein Dokumentationsbogen); 2. als Datei, die mehrere Einzeldatensätze übergreift, bspw. ein von einer Krankenkasse übermittelter Sozialdatensatz; 3. als Spezifizierung der Auswahl und ggf. Verknüpfung zu erfassender Daten (bspw. hinsichtlich QS-Dokumentation, Sozialdaten, Klinische Krebsregister).

Begriff	Erläuterung
Erfassungsjahr	Jahr, dem (fall- bzw. einrichtungsbezogen) erfasste Daten für die Auswertung zugeordnet werden. Bei den meisten Verfahren entspricht dies dem Jahr, in dem eine Patientin oder ein Patient entlassen wurde; bei ambulanten Fällen sind Aufnahmejahr und Entlassungsjahr identisch, weil Aufnahme und Entlassung am selben Tag erfolgt.
Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)	Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Ärztinnen, Zahnärzte und Zahnärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt unter anderem den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung und beschließt die Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §§ 136 ff. SGB V.
Grundgesamtheit	Die Grundgesamtheit gibt alle für die Auswertung eines Indikators relevanten Behandlungsfälle an, für welche die Dokumentationspflicht ausgelöst wurde (ohne Minimaldatensätze). Die Grundgesamtheit kann von Indikator zu Indikator variieren, weil sich die Indikatoren jeweils auf eine ausgewählte Patientengruppe beziehen und nur diese in die Auswertung eingeschlossen wird. In die Grundgesamtheit können Daten aus verschiedenen Quellen (Qualitätssicherungsdaten, Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Daten aus der Patientenbefragung) eingehen.
Indikatorwert	Das numerische Ergebnis, das durch Anwendung der Rechenregeln eines Qualitätsindikators auf die qualitätsbezogenen Daten resultiert.
Kennzahl	In Ergänzung zu Qualitätsindikatoren geben Kennzahlen zusätzliche Informationen, zum Beispiel zu Teilpopulationen der Grundgesamtheit an. Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren haben Kennzahlen keinen Referenzbereich; daher findet keine Bewertung der Versorgungsqualität statt.
Leistungserbringer	Einrichtungen (z. B. Krankenhäuser, Praxen, Medizinische Versorgungszentren) oder Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte), die Patientinnen und Patienten medizinisch-pflegerisch versorgen.
Minimaldatensatz (MDS)	Ein Behandlungsfall kann als dokumentationspflichtig ausgelöst werden, obwohl eine abschlussfähige Dokumentation nicht möglich ist, weil z. B. der Eingriff abgebrochen wurde. Für diesen Fall wird anstatt der vollen Dokumentation nur ein sogenannter Minimaldatensatz fällig. Minimaldatensätze werden in der Auswertung der Qualitätsindikatoren nicht berücksichtigt und dienen lediglich dem Fallzahlabgleich.

Begriff	Erläuterung
<p>O, E, N (O / N, O / E, E / N)</p>	<p>O (observed) bezeichnet die Anzahl der beobachteten Zählerereignisse. Der Quotient O / N ist die beobachtete Rate (z. B. Anteil der Fälle mit Komplikationen) und wird in Prozent ausgedrückt. Das Ergebnis eines ratenbasierten Qualitätsindikators ist eine solche beobachtete Rate.</p> <p>E (expected) bezeichnet bei risikoadjustierten Indikatoren die erwartete Anzahl an interessierenden Ereignissen (z. B. Komplikationen). Das Ergebnis des Qualitätsindikators ist in diesem Fall der Quotient O / E aus beobachteter und erwarteter Anzahl an Ereignissen. Ein Wert von O / E = 2 bedeutet, dass doppelt so viele Ereignisse eingetreten sind, wie unter Berücksichtigung der Patientencharakteristika erwartet. Zusätzlich zu O / N und O / E wird auch der Quotient E / N dargestellt, also die erwartete Rate an interessierenden Ereignissen (in Prozent). E / N ist ein Maß für das durchschnittliche Risiko der behandelten Patientinnen und Patienten.</p> <p>N bezeichnet die Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit.</p>
<p>Perzentile</p>	<p>Perzentile werden zur Beschreibung der Lage einzelner Leistungserbringerergebnisse relativ zu den Ergebnissen aller anderen Leistungserbringer verwendet. Die Perzentile untergliedern die der Größe nach sortierten Werte in 100 gleich große Bereiche. Das x-te Perzentil der Leistungserbringerergebnisse ist der kleinste Wert, für den gilt, dass mindestens x % der Leistungserbringerergebnisse kleiner oder gleich diesem Wert sind. Liegen beispielsweise 1.000 der Größe nach geordnete Ergebniswerte vor, so entspricht der 250. Wert dem 25. Perzentil.</p>
<p>Qualitätsindikator</p>	<p>Qualitätsindikatoren sind quantitative Größen, die Aussagen über die Erfüllung konkreter Qualitätsanforderungen mittels eines Messverfahrens und eines Bewertungskonzepts ermöglichen. Qualitätsindikatoren umfassen die drei Komponenten Qualitätsziel, Messverfahren und Bewertungskonzept.</p>
<p>Qualität</p>	<p>Grad, in dem Merkmale eines Objekts Anforderungen erfüllen. Mit Objekt sind dabei beispielsweise auch Dienstleistungen wie eine medizinische Behandlung gemeint. Siehe auch: Versorgungsqualität.</p>
<p>Qualitätsmessung</p>	<p>Empirische Beschreibung der Erfüllung von Anforderungen anhand von Qualitätsindikatoren.</p>
<p>Qualitätsmodell</p>	<p>Die Summe der zur Beschreibung der Qualität eines Versorgungsbereichs ausgewählten Qualitätsaspekte (siehe Qualitätsaspekte). Für jeden Versorgungsbereich, in dem ein neues QS-Verfahren entworfen wird, wird ein individuelles Qualitätsmodell entwickelt, welches als Basis für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren dient.</p>

Begriff	Erläuterung
Qualitätssicherung	Unter Qualitätssicherung im Gesundheitswesen werden hier alle Prozesse und Maßnahmen verstanden, durch die die Qualität der Versorgung gewährleistet oder verbessert werden soll.
Qualitätssicherung, externe	Prozesse und Maßnahmen, durch die für ausgewählte Versorgungsbereiche die Qualität der teilnehmenden Einrichtungen bewertet wird und ggf. Handlungskonsequenzen aus den Ergebnissen initiiert werden. Externe Qualitätssicherung wird in der Regel einrichtungsübergreifend durchgeführt und mit einem Feedback an die teilnehmenden Einrichtungen verbunden.
Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren)	Vom G-BA in Richtlinien festgelegtes Bündel an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in Bezug auf bestimmte medizinisch-pflegerische Leistungen und Leistungsbereiche. Dazu gehören im Wesentlichen die Festlegung der einbezogenen Leistungen oder Leistungsbereiche, Qualitätsindikatoren (mit Qualitätszielen, Mess- und Auswertungsmethoden sowie Regeln zur Bewertung), Spezifikationen (bspw. der QS-Dokumentation, des QS-Filters oder der Nutzung von Sozialdaten, sowie der zugehörigen Datenflüsse), die Auswertung, die Vorgehensweise zur Bewertung sowie die Regelung qualitätsverbessernder Maßnahmen.
Qualitätsziel	Anforderung an Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse einer medizinischen Versorgungsleistung. Ein Qualitätsziel gibt die gewünschte Richtung der Ergebnisse eines Qualitätsindikators vor (z. B. „Die Sterblichkeit nach elektiver Hüftendoprothesenversorgung soll möglichst niedrig sein“).
Referenzbereich	Der Bereich auf der Messskala eines Qualitätsindikators, der ein bestimmtes Qualitätsniveau repräsentiert. Ein Referenzbereich stellt die konkret zu erfüllende Anforderung für ein Qualitätsmerkmal dar (z. B. „Eine Komplikationsrate unter 5 % entspricht erwartbarer Qualität“).
Referenzwert	Der Referenzwert eines Indikators ist die Grenze des Referenzbereiches, die die Indikatorergebnisse in rechnerisch auffällige und unauffällige Ergebnisse unterteilt. Referenzwerte werden entweder evidenzbasiert als feste Größe oder datengestützt auf Basis der Verteilung der Ergebnisse (als Perzentil – perzentilbasierte Referenzbereiche) festgelegt
Sentinel Event	Sentinel-Event-Indikatoren erfassen seltene, schwerwiegende Ereignisse (Sentinel Events) von besonderer Bedeutung. Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungsverfahren nach sich zieht.

Begriff	Erläuterung
Sollstatistik	In der Sollstatistik wird die Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) überprüft. Gezeigt werden dokumentationspflichtige Fälle von einem Leistungserbringer der externen Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr und die vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter.
Sozialdaten bei den Krankenkassen	Daten, die die Krankenkassen nach § 284 SGB V erheben und speichern. Dazu gehören u. a. Abrechnungsdaten für medizinische Behandlungen und Versichertenstammdaten. Nach § 299 Abs. 1a SGB V dürfen diese in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung genutzt werden.
Stellungnahmeverfahren	Liegen die Ergebnisse eines Leistungserbringers für einen Qualitätsindikator außerhalb des dafür festgelegten Referenzbereichs, wird das Stellungnahmeverfahren von der jeweils zuständigen Landesarbeitsgemeinschaft eingeleitet. Darin soll überprüft werden, ob neben der rechnerischen Auffälligkeit auch eine qualitative Auffälligkeit vorliegt. Das Stellungnahmeverfahren kann in Form einer angeforderten schriftlichen Stellungnahme, eines Gespräches sowie einer Begehung der Einrichtung durchgeführt werden.
Versorgungsqualität	Grad, in dem die Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen und Populationen Anforderungen erfüllt, die patientenzentriert sind und mit professionellem Wissen übereinstimmen
Vertrauensbereich (Konfidenzintervall)	Bereich um einen empirisch bestimmten Wert (z. B. Indikatorwert), innerhalb dessen unter Berücksichtigung aller zufälligen Einflüsse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit (meist festgelegt als 95 %) der zugrunde liegende Wert liegt.
Zähler	Der Zähler gibt an, bei wie vielen Fällen aus der Grundgesamtheit das für die Auswertung des Indikators interessierende Ereignis (zum Beispiel das Auftreten von Komplikationen) zutrifft.

Literatur

- Dippmann, AK; Damrau, C; Hengelbrock, J; Albert, U-S; Lebeau, A; Lux, MP; et al. (2020): Werden Männer und Frauen mit Brustkrebs in Deutschland gleichbehandelt? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 155: 1-10. DOI: 10.1016/j.zefq.2020.06.010.
- DKFZ [Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums]; RKI [Robert Koch-Institut] (2021): Brustdrüse. Kapitel 3.17. In: GEKID [Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland]; RKI [Robert Koch-Institut]: *Krebs in Deutschland für 2017/2018*. (Krebs in Deutschland, 13. Ausgabe). Berlin: RKI, 86-89. ISBN: 978-3-89606-309-0. URL: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2021/kid_2021_c50_brust.pdf?blob=publicationFile (abgerufen am: 05.07.2022).
- Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2021): AWMF-Registernummer 032-045OL. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.4. Stand: Juni 2021. Berlin: AWMF. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-045OLI_S3_Mammakarzinom_2021-07.pdf (abgerufen am: 08.11.2021).



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Mammachirurgie

Erfassungsjahr 2021

Veröffentlichungsdatum: 30. Juni 2022

Impressum

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-340
Telefax: (030) 58 58 26-341

verfahrensupport@iqtig.org
<https://www.iqtig.org/>

Inhaltsverzeichnis

Ergebnisübersicht.....	7
Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021.....	9
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021.....	11
Einleitung.....	13
Datengrundlagen.....	15
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	15
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	17
51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung.....	17
Details zu den Ergebnissen.....	19
Gruppe: HER2-Positivitätsrate.....	20
52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate.....	20
52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate.....	23
Details zu den Ergebnissen.....	26
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden.....	27
212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk.....	27
212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk.....	29
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung.....	31
52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung.....	31
52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung.....	33
Details zu den Ergebnissen.....	35
2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS.....	37
Details zu den Ergebnissen.....	39
50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie.....	40
Details zu den Ergebnissen.....	42
51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie.....	43
Details zu den Ergebnissen.....	45
51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation.....	46
Details zu den Ergebnissen.....	48

60659: Nachresektionsrate.....	49
Details zu den Ergebnissen.....	51
211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS.....	52
Details zu den Ergebnissen.....	54
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	55
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	55
850363: Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“.....	55
850364: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“.....	57
813068: Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde.....	59
850372: Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“.....	61
852000: Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund.....	63
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	65
850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	65
850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	67
Basisauswertung.....	69
Basisdokumentation.....	69
Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation.....	71
Befund: Invasive Karzinome (Primärerkrankung).....	72
Patientin.....	72
Präoperative Diagnostik und Therapie.....	73
Operation.....	76
Therapie.....	77
Sentinel-Node-Markierung.....	78
Histologie.....	78
Staging.....	80
Tumorgröße und OP-Verfahren.....	83
Tumorstadium und OP-Verfahren.....	84
Postoperativer Verlauf.....	86
Verweildauer im Krankenhaus.....	87

Entlassung.....	88
Befund: DCIS (Primärerkrankung).....	90
Patientin.....	90
Präoperative Diagnostik und Therapie.....	91
Operation.....	94
Therapie.....	95
Sentinel-Node-Markierung.....	96
Histologie.....	96
Postoperativer Verlauf.....	98
Verweildauer im Krankenhaus.....	98
Entlassung.....	99
Häufigkeit verschiedener Angaben zum Erreichen des R0-Status bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS (Primärerkrankung).....	101
Zusammenhang Primärerkrankung, Tastbarkeit und Nachresektion.....	102
Geschlechterstratifizierte Histologie und Grading (Primärerkrankung).....	103
Befund: Invasive Karzinome (Lokoregionäre Rezidive).....	109
Patientin.....	109
Präoperative Diagnostik.....	110
Operation.....	111
Therapie.....	112
Sentinel-Node-Markierung.....	112
Histologie.....	113
Postoperativer Verlauf.....	113
Verweildauer im Krankenhaus.....	113
Entlassung.....	114
Ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion / prophylaktische Mastektomie.....	116
Patientin.....	116
Präoperative Diagnostik und Therapie.....	117
Operation.....	118
Postoperativer Verlauf.....	118
Verweildauer im Krankenhaus.....	118
Entlassung.....	120

Befund: Risikoläsionen.....	121
Patientin.....	121
Präoperative Diagnostik und Therapie.....	122
Operation.....	124
Therapie.....	125
Postoperativer Verlauf.....	125
Entlassung.....	126
Befund: Benigne / entzündliche Veränderungen, ausschließlich Normalgewebe.....	127
Patientin.....	127
Präoperative Diagnostik.....	128
Operation.....	129
Postoperativer Verlauf.....	130
Entlassung.....	130

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AKs) für eine Übersicht zusammengefasst. Die Ergebnisse werden differenziert nach dem Ergebnis („Ihr Ergebnis“) des hier betrachteten Leistungserbringers (Rückmeldebericht) im Vergleich zum Bundesergebnis dargestellt.

Die Auswertung erfolgt pro Standort eines Krankenhauses. Ist ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator definiert und wird dieser nicht erreicht, wird der Standort als rechnerisch auffällig gewertet. Dies wird durch ein X kenntlich gemacht. Befindet sich das Ergebnis des Leistungserbringers innerhalb des Referenzbereichs des Qualitätsindikators, wird dies durch ein V kenntlich gemacht.

Je nachdem, ob ein Ergebnis im Vergleich zum Vorjahr verbessert, verschlechtert oder unverändert ist, wird dies mit folgenden Tendenzpfeilen (für Länderberichte) beschrieben:

↗ ↘ →

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren finden Sie im Kapitel „Detailergebnisse der Indikatoren und Indikatorengruppen“.

Bitte beachten Sie dafür folgende Hinweise:

- Grundlage für die Jahresauswertung sind die Datensätze, die bis zur Jahreslieferfrist an die Bundesauswertungsstelle geliefert wurden. Nach Ende der Lieferfrist gelieferte Datensätze sind in den Auswertungen nicht enthalten.
- Bitte beachten Sie, dass Datensätze immer den Quartalen bzw. Jahren zugeordnet werden, in denen das Entlassungsdatum des Patienten oder der Patientin liegt (bei stationären Leistungen). Patientinnen oder Patienten, die in einem Quartal bzw. einem Jahr aufgenommen und behandelt wurden, aber erst im nachfolgenden Quartal oder Jahr entlassen wurden, sind sogenannte „Überlieger“. Aufgrund des Wechsels des Verfahrens von der QSKH-Richtlinie in die DeQS-Richtlinie sind „Überlieger“ (mit Aufnahme in 2020 und Entlassung in 2021) nicht im Datensatz zum Erfassungsjahr 2021 enthalten.
- Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung werden zudem die Ergebnisse zu den Vorjahren nicht ausgegeben.
- Perzentilbasierte Referenzbereiche werden für jedes Auswertungsjahr neu berechnet. Dies bedeutet, dass sich die Referenzwerte perzentilbasierter Referenzbereiche zwischen den jeweiligen Jahresauswertungen (und Zwischenberichten) unterscheiden können.

Weitere Informationen zu dem QS-Verfahren MC und finden Sie auf der Webseite des IQTIG

unter <https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-mc/> . Unter <https://iqtig.org/das-iqtig/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2021

Aufgrund der mit dem Richtlinienwechsel von QSKH zu DeQS verbundenen Änderung der Leistungserbringer-Pseudonymisierung werden die Ergebnisse zu den Vorjahren nicht ausgegeben.

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 95,00 %	98,10 % N = 73.807	97,99 % - 98,19 %
Gruppe: HER2-Positivitätsrate				
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	≥ 0,40 (5. Perzentil)	0,92 N = 65.584	0,91 - 0,94
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	≤ 1,52 (95. Perzentil)	0,92 N = 65.584	0,91 - 0,94
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden				
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	≥ 73,23 % (5. Perzentil)	92,85 % N = 8.303	92,27 % - 93,38 %
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	≥ 52,50 % (5. Perzentil)	83,94 % N = 23.364	83,46 % - 84,41 %
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung				
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	99,44 % N = 18.166	99,32 % - 99,54 %
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	98,90 % N = 29.025	98,77 % - 99,01 %
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Sentinel Event	0,09 % N = 6.982	0,04 % - 0,19 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5,00 %	4,17 % N = 5.465	3,67 % - 4,74 %
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90,00 %	97,11 % N = 32.343	96,92 % - 97,29 %
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 9,52 % (95. Perzentil)	2,54 % N = 52.187	2,41 % - 2,68 %
60659	Nachresektionsrate	≤ 22,48 % (95. Perzentil)	10,67 % N = 59.710	10,42 % - 10,92 %
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 97,41 % (5. Perzentil)	99,46 % N = 62.355	99,40 % - 99,52 %

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2021

Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Ähnlich wie mit Qualitätsindikatoren werden die Daten jedes Leistungserbringers anhand dieser Auffälligkeitskriterien auf Auffälligkeiten in den dokumentierten Daten geprüft.

Dabei können zwei Arten von Auffälligkeitskriterien unterschieden werden, die zur Plausibilität und Vollständigkeit, welche die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze prüfen. Mittels dieser Kriterien werden unwahrscheinliche oder widersprüchliche Werteverteilungen und Kombinationen von Werten einzelner Datenfelder geprüft (z. B. selten Komplikationen bei hoher Verweildauer). Zum anderen überprüfen Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	≤ 1,69 % (95. Perzentil)	0,40 % 266/66.041	1,89 % 12/634
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	≤ 0,89 % (95. Perzentil)	0,14 % 91/66.453	0,94 % 6/637
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	≤ 4,00	0,71 % 523/73.435	2,38 % 15/630
850372	Häufige Angabe „immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	≤ 1,19 % (95. Perzentil)	0,24 % 157/66.041	1,42 % 9/634
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	≤ 15,25 % (95. Perzentil)	2,51 % 2.133/84.889	4,40 % 29/659

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,19 % 103.668/103.476	1,24 % 9/725
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,17 % 175/103.476	0,41 % 3/725

Einleitung

Der Leistungsbereich Mammachirurgie zielt auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs (Mammakarzinom, Mamma-CA). Mit für das Erfassungsjahr 2020 prognostizierten 77.600 Neuerkrankungen handelt es sich hierbei um die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Pro Jahr sind ca. 18.000 Todesfälle auf ein Mammakarzinom zurückzuführen. In seltenen Fällen kann diese Erkrankung auch bei Männern auftreten. Für 2018 werden 700 Neuerkrankungen für Männer prognostiziert (Quelle: Robert Koch-Institut). Die Früherkennung und die adäquate Diagnostik sowie die stadiengerechte Therapie der Patientin und des Patienten mit einem Brustkrebs ermöglichen es, die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und die krankheitsbedingte Sterblichkeit zu senken. Die Behandlungsplanung sollte umfassend, interdisziplinär und sorgfältig erfolgen; bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten sollten stets die individuelle Situation der Patientin bzw. des Patienten, das Therapieziel, die Nutzen-Risiko-Abwägung sowie die Präferenzen der Patientin bzw. des Patienten berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen sowie die informierte, gemeinsame Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten.

Bei den operativen Behandlungsmöglichkeiten des Mammakarzinoms wird zwischen einer brusterhaltenden Operation und einer vollständigen Entfernung der betroffenen Brust (Mastektomie) unterschieden. Nach einer Mastektomie besteht die Möglichkeit eines gleichzeitigen oder späteren Wiederaufbaus der Brust mit Eigengewebe oder Implantaten. Patientinnen mit Mastektomie sollen vor der Operation über die Möglichkeiten der Rekonstruktion informiert werden. Der Lymphknotenstatus, der eine Aussage darüber ermöglicht, ob und in welchem Ausmaß ein Tumorbefall der in der Achsel befindlichen (axillären) Lymphknoten vorliegt, kann einen Einfluss auf die weitere Therapieplanung und den Verlauf der Erkrankung haben. Um eine Aussage zum Lymphknotenstatus zu ermöglichen, können die Entfernung der Wächterlymphknoten (Sentinel-Lymphknoten) und in bestimmten Fällen die Ausräumung der axillären Lymphknoten (Axilladisektion) notwendig sein. In Abhängigkeit von der Art der Operation und je nach Ausdehnung des Tumors bzw. des Lymphknotenbefalls kann eine Bestrahlung erforderlich sein. Des Weiteren sind je nach Art und Eigenschaft des Tumors die Chemo-, Antihormon- und/oder Antikörpertherapie Bestandteile der Behandlung. Die konsequente Anwendung wissenschaftlich basierter Standards in der Brustkrebstherapie sowie die psychoonkologische und sozialmedizinische Begleitung des gesamten therapeutischen Prozesses können insgesamt sowohl zu einer verbesserten individuellen Prognose der Betroffenen als auch zu einer erhöhten Lebensqualität führen. In jeder Behandlungsstufe ist die Qualität der Versorgung für das Überleben und die Lebensqualität von entscheidender Bedeutung.

Einige Qualitätsindikatoren dieses Leistungsbereichs zielen auf die Diagnosesicherung, auf einen angemessenen zeitlichen Abstand zwischen Diagnose und Operation sowie auf die postoperative Therapieplanung. Andere Indikatoren beziehen sich auf Untersuchungen und Eingriffe an den Lymphknoten sowie auf die Markierung von Veränderungen in der Brust und auf die Anzahl von Nachresektionen.

Die Vorjahresberechnungen werden in der Auswertung mit den aktuellen Rechenregeln und leistungserbringenden Standorten durchgeführt. Hierdurch lassen sich ggf. Differenzen bezüglich der Qualitätsindikatorergebnisse und Anzahl leistungserbringender Standorte im Vergleich zur Auswertung des Vorjahres erklären.

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf einer Datenquelle

- Übersicht über die in die Auswertung eingezogenen QS-Dokumentationsdaten
 - Datengrundlage nach Standort
 - Vollzähligkeitsanalyse nach Institutskennzeichen-Nummer

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die nach Standortnummer (vgl. auch Standortverzeichnis nach § 293 Abs. 6 SGB V) eingegangenen QS-Dokumentationsdaten für das Erfassungsjahr 2021 dar.

Die Vollzähligkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt an, wie viele Fälle bei einem Leistungserbringer für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren, anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen gemäß QS-Filter. Diese Informationen werden zusätzlich zu den QS-Dokumentationsdaten an das IQTIG übermittelt. Die übermittelten Daten zur Sollstatistik bilden die Grundlage für die Ermittlung der Vollzähligkeit bei den Leistungserbringern.

Für das QS-Verfahren MC erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden Standort, da es bspw. sein kann, dass der entlassende Standort nicht der leistungserbringende Standort ist. Dies kann je nach Leistungserbringer unterschiedlich sein. Leider ist eine Umstellung der Sollstatistik auf den behandelnden Standort nicht möglich, da dieser nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist.

Ab dem Jahr 2020 wurde gemäß Spezifikation die Sollstatistik vom Standortbezug entkoppelt und auf Ebene des Institutionskennzeichens erstellt. Die Darstellung der Datengrundlage sowie Vollzähligkeit in den Berichten erfolgt daher ebenfalls auf Ebene des Institutionskennzeichens.

Zu beachten ist, dass die dargestellte Tabelle die Sektoren darstellt, gemäß derer die Daten zur externen Qualitätssicherung geliefert wurden. Die Auswertung der Daten findet hingegen auf Ebene der Leistungserbringung statt, d. h. es wird zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung durch Krankenhäuser und Vertragsärzte differenziert.

Der Bericht enthält Qualitätsindikatoren auf Basis von QS-Dokumentationsdaten. Die Tabelle zeigt den Datenbestand, auf der die Ihnen vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren berechnet wurde.

Erfassungsjahr 2021		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	103.668	103.476	100,19
	Basisdatensatz	103.493		
	MDS	175		
Anzahl Leistungserbringer Bund (gesamt)		729	725	100,55
Anzahl ausgewerteter Standorte Bund (gesamt)		793		
Anzahl entlassender Standorte Bund (gesamt)		804		

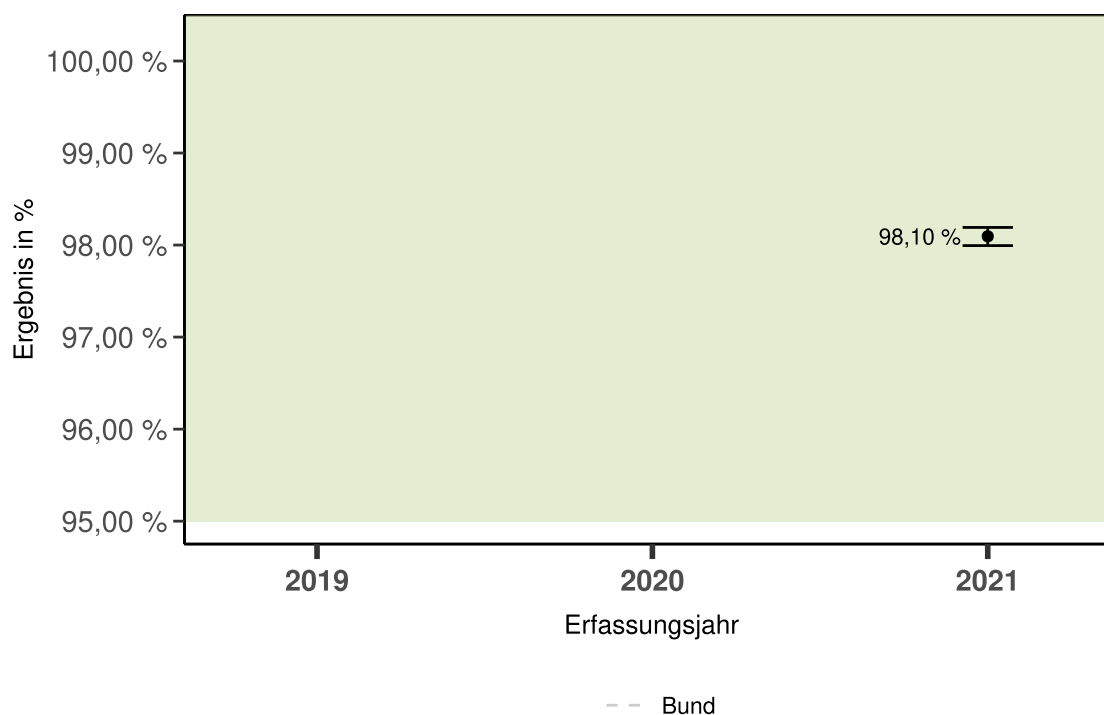
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

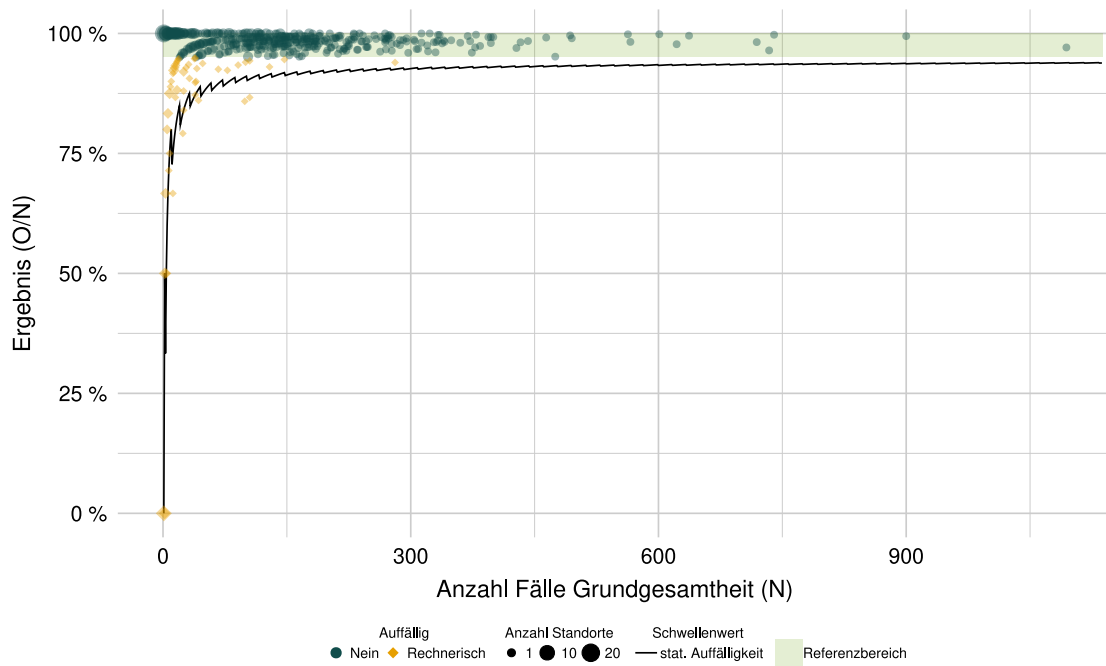
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff
ID	51846
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
Zähler	Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 72.401 / 73.807	2019: - 2020: - 2021: 98,10 %	2019: - 2020: - 2021: 97,99 % - 98,19 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
1.1.1	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei weiblichen Patientinnen	98,13 % 71.831/73.201
1.1.2	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei männlichen Patienten	94,20 % 568/603

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	Prätherapeutische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und allen postoperativen malignen Histologien	93,03 % 80.914/86.976
1.2.1	Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS	98,10 % 72.401/73.807

Gruppe: HER2-Positivitätsrate

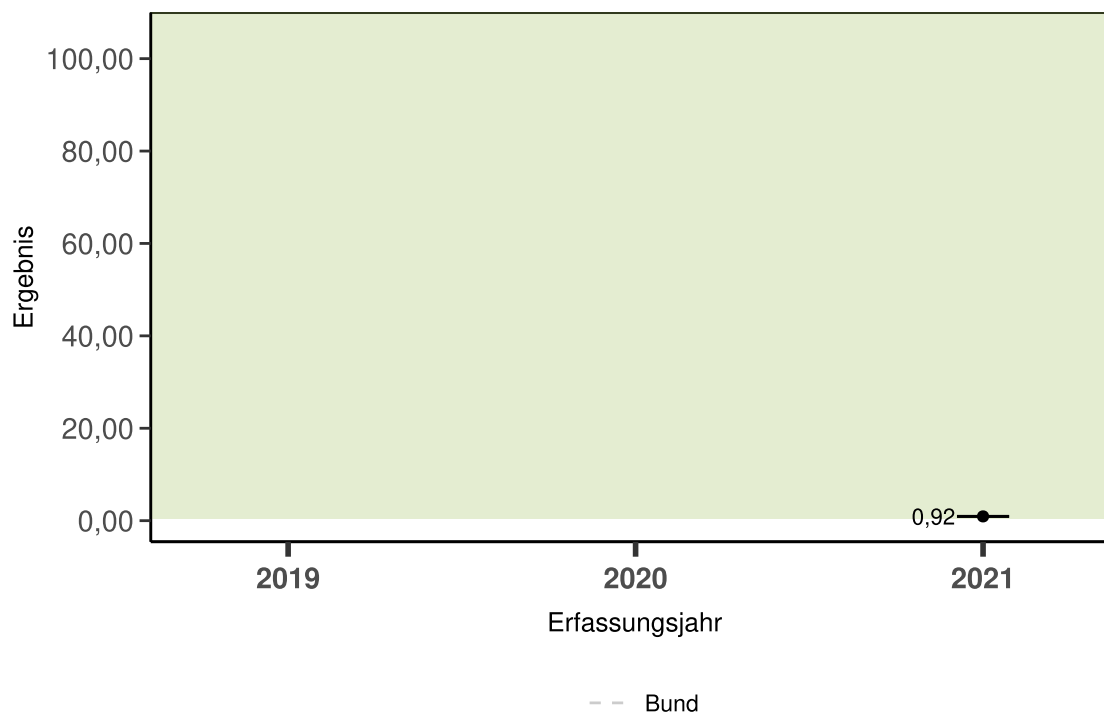
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom
---------------	---

52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate

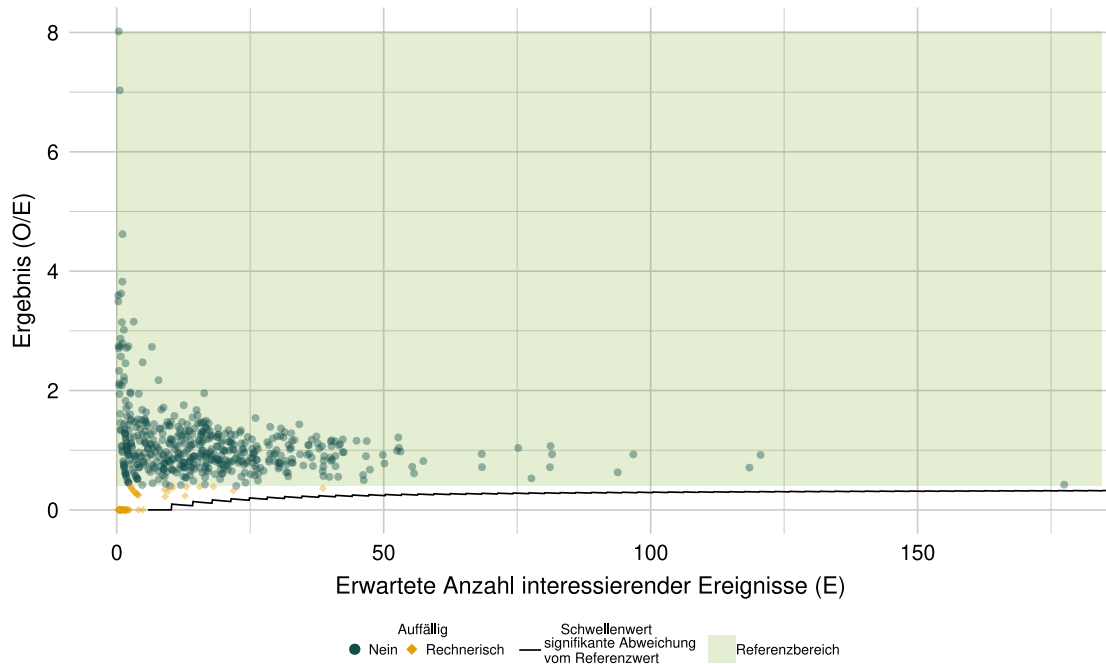
ID	52267
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen
Zähler	Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für ID 52267_52278
Referenzbereich	≥ 0,40 (5. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

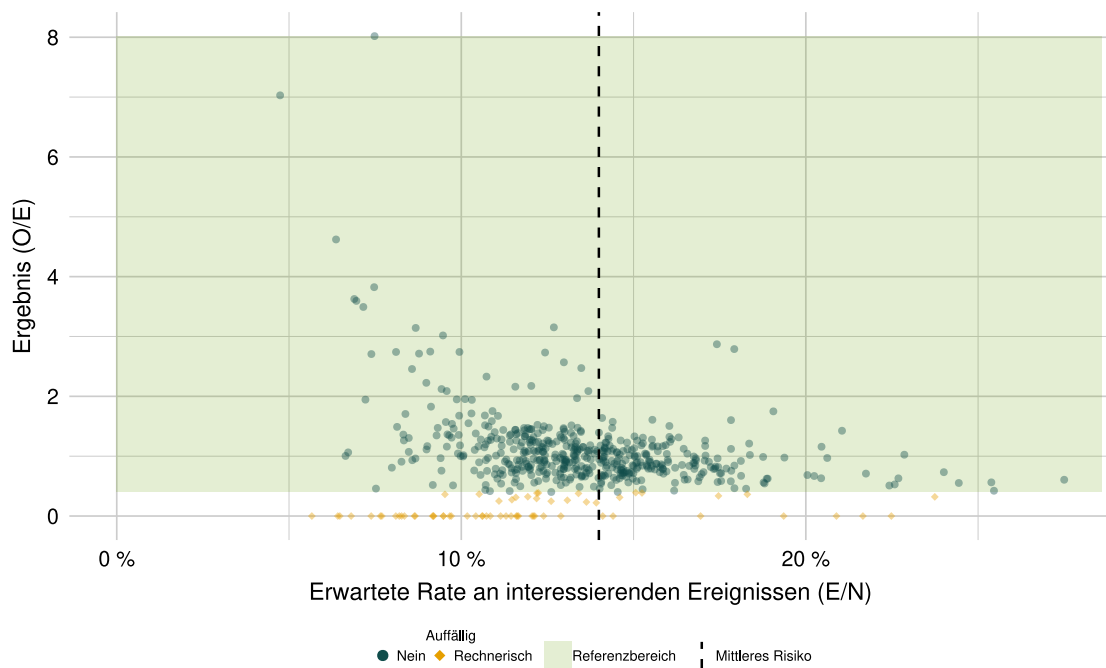
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2019: - 2020: - 2021: 65.584	2019: - / - 2020: - / - 2021: 8.480 / 9.177,31	2019: - 2020: - 2021: 0,92	2019: - 2020: - 2021: 0,91 - 0,94

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

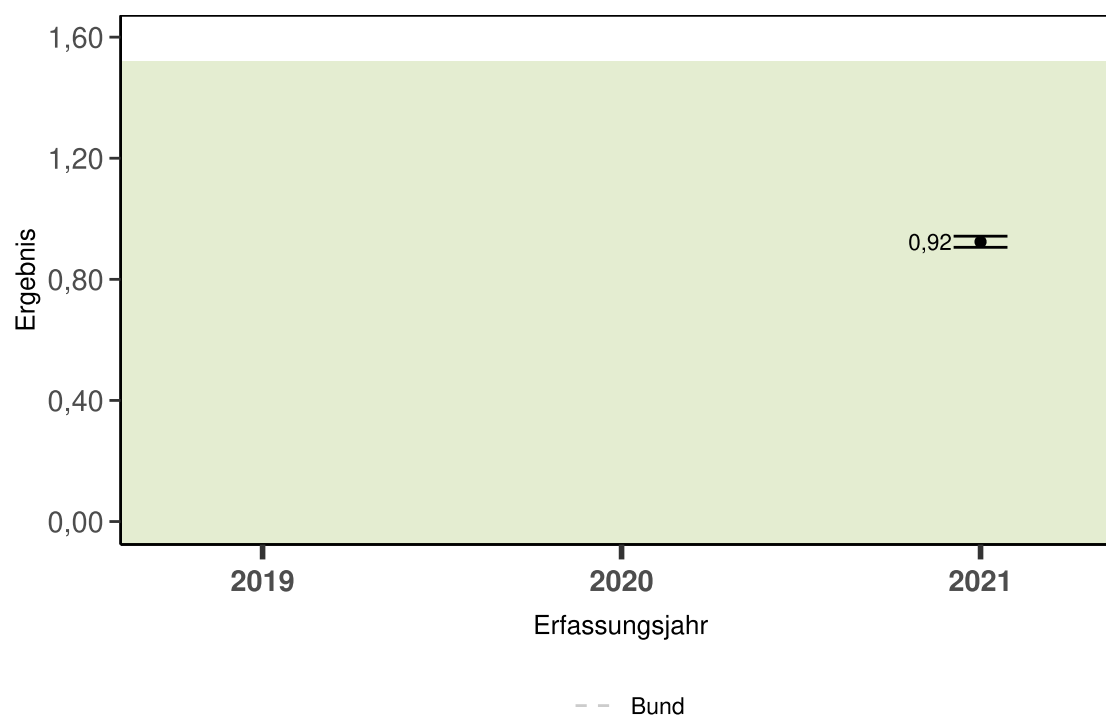
O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate

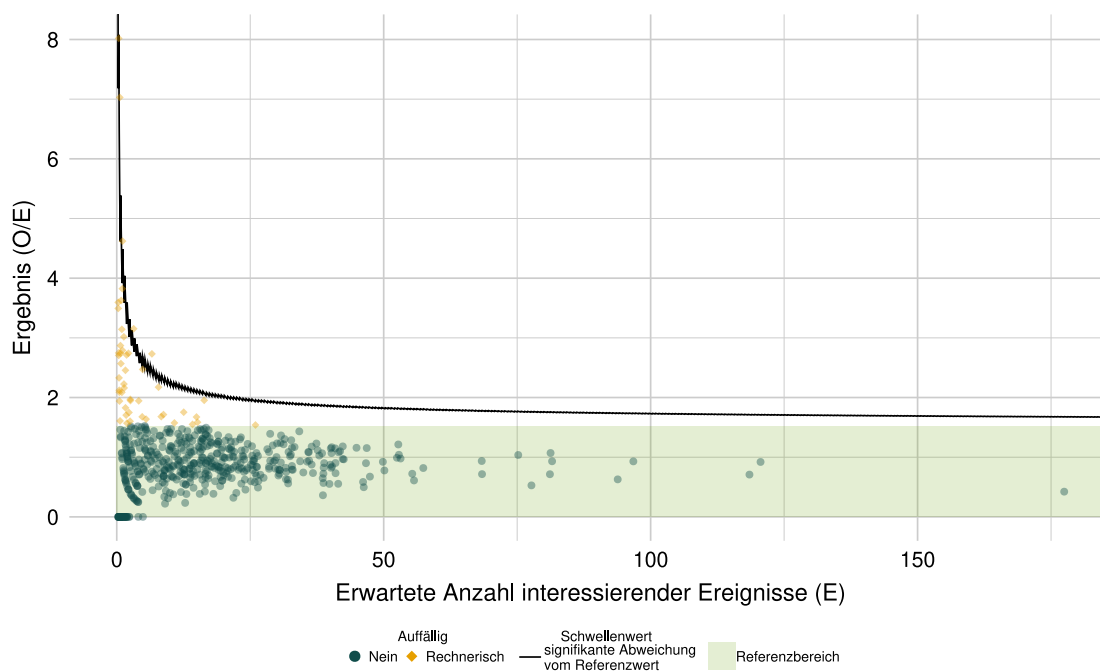
ID	52278
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen
Zähler	Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
O (observed)	Beobachtete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status
E (expected)	Erwartete Anzahl an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für ID 52267_52278
Referenzbereich	≤ 1,52 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

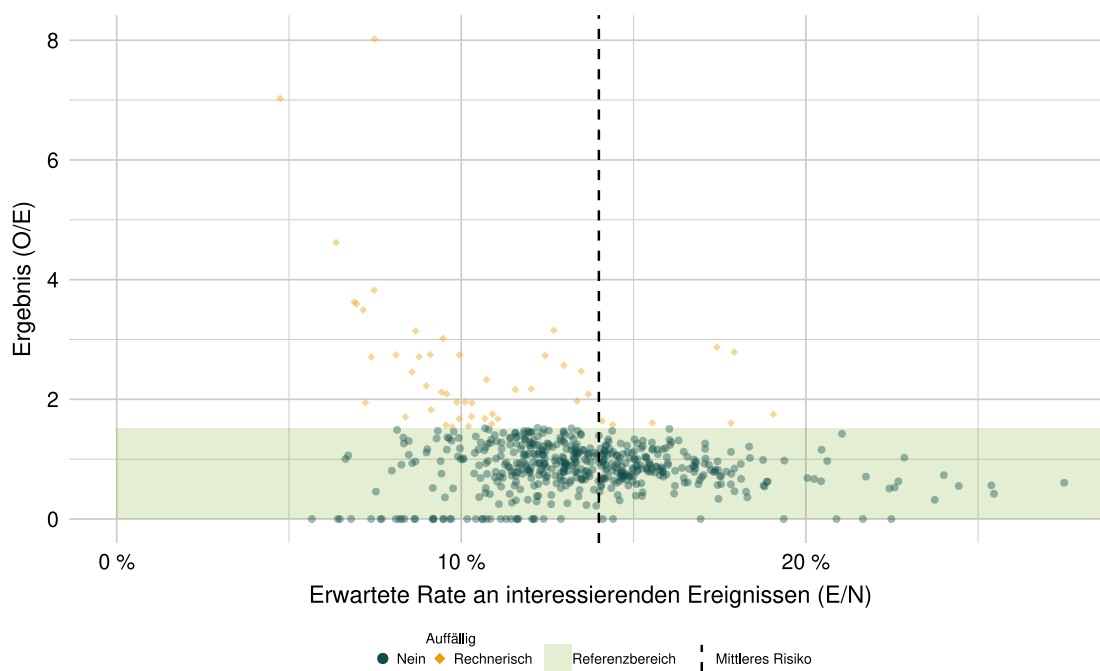
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatoregebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatoregebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2019: - 2020: - 2021: 65.584	2019: - / - 2020: - / - 2021: 8.480 / 9.177,31	2019: - 2020: - 2021: 0,92	2019: - 2020: - 2021: 0,91 - 0,94

* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:

O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.

O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
2.1	HER2-Positivitätsrate (Standorte mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen)	12,93 % 8.480/65.584
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression des Qualitätsindikators 52267 ¹	
2.1.1.1	O/N (observed, beobachtet)	12,93 % 8.480/65.584
2.1.1.2	E/N (expected, erwartet)	13,99 % 9.177,31/65.584
2.1.1.3	O/E	0,92
2.1.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression des Qualitätsindikators 52278 ²	
2.1.2.1	O/N (observed, beobachtet)	12,93 % 8.480/65.584
2.1.2.2	E/N (expected, erwartet)	13,99 % 9.177,31/65.584
2.1.2.3	O/E	0,92
2.1.3	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei weiblichen Patientinnen ³	
2.1.3.1	O/N (observed, beobachtet)	12,97 % 8.431/65.018
2.1.3.2	E/N (expected, erwartet)	14,02 % 9.114,90/65.018
2.1.3.3	O/E	0,92
2.1.4	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei männlichen Patienten ⁴	
2.1.4.1	O/N (observed, beobachtet)	8,69 % 49/564
2.1.4.2	E/N (expected, erwartet)	10,98 % 61,95/564
2.1.4.3	O/E	0,79

¹ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

² nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

³ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

⁴ nähere Details zur Risikoadjustierung (Risikofaktoren und Odds Ratios), siehe Begleitdokument Leseanleitung.

Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden

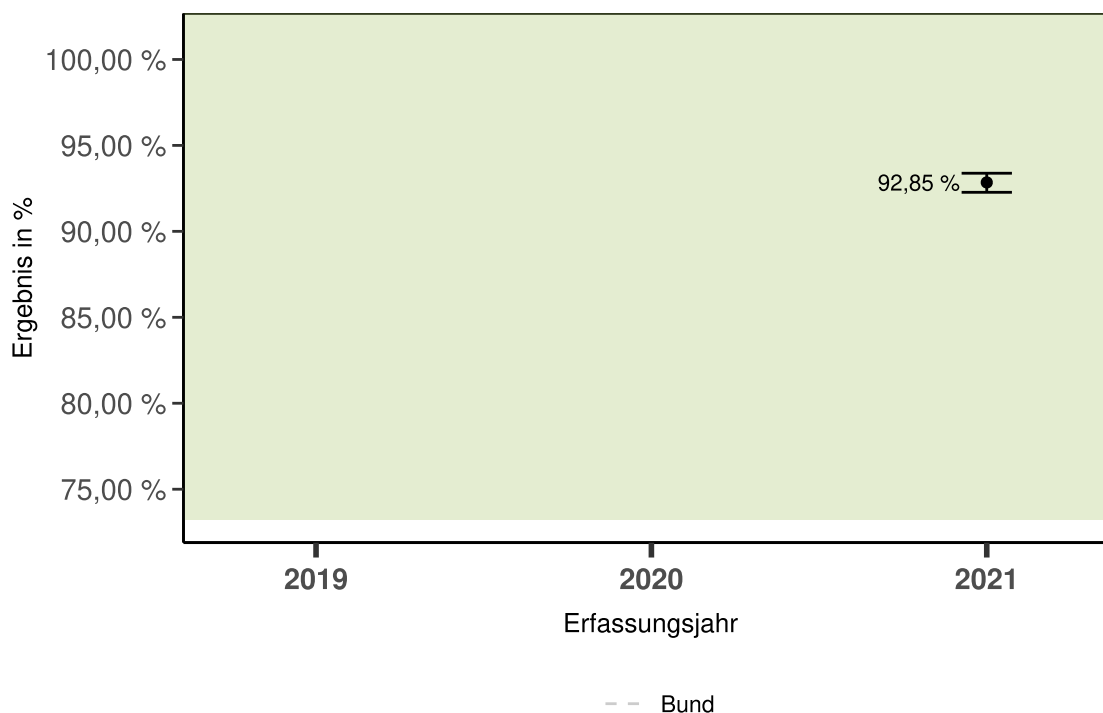
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
---------------	---

212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk

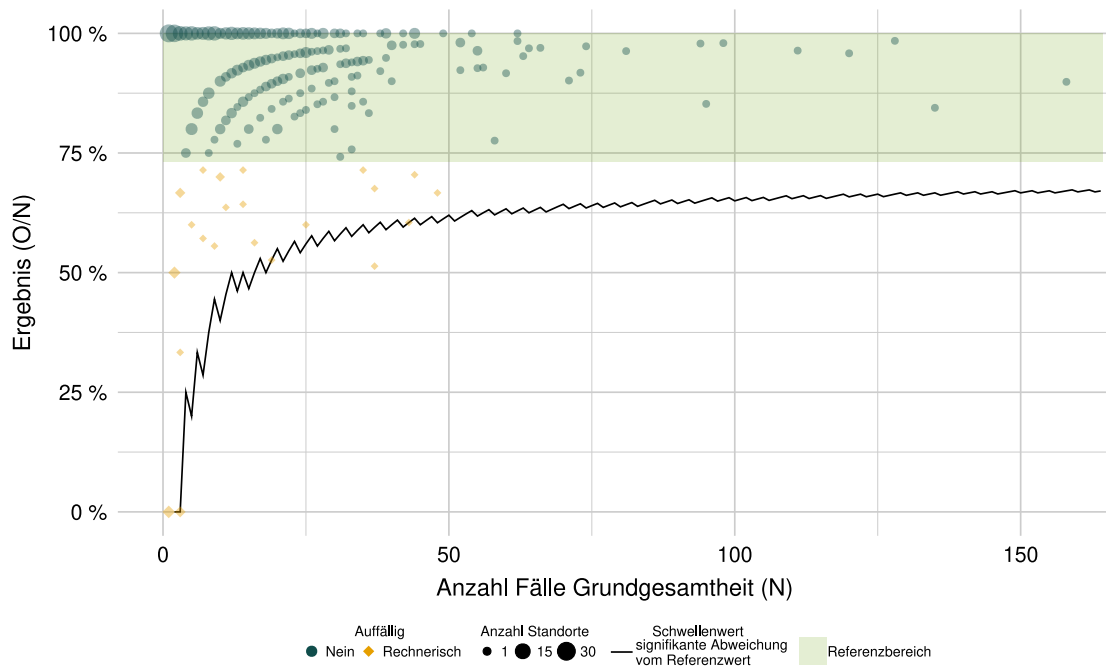
ID	212000
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor und Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT
Referenzbereich	≥ 73,23 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

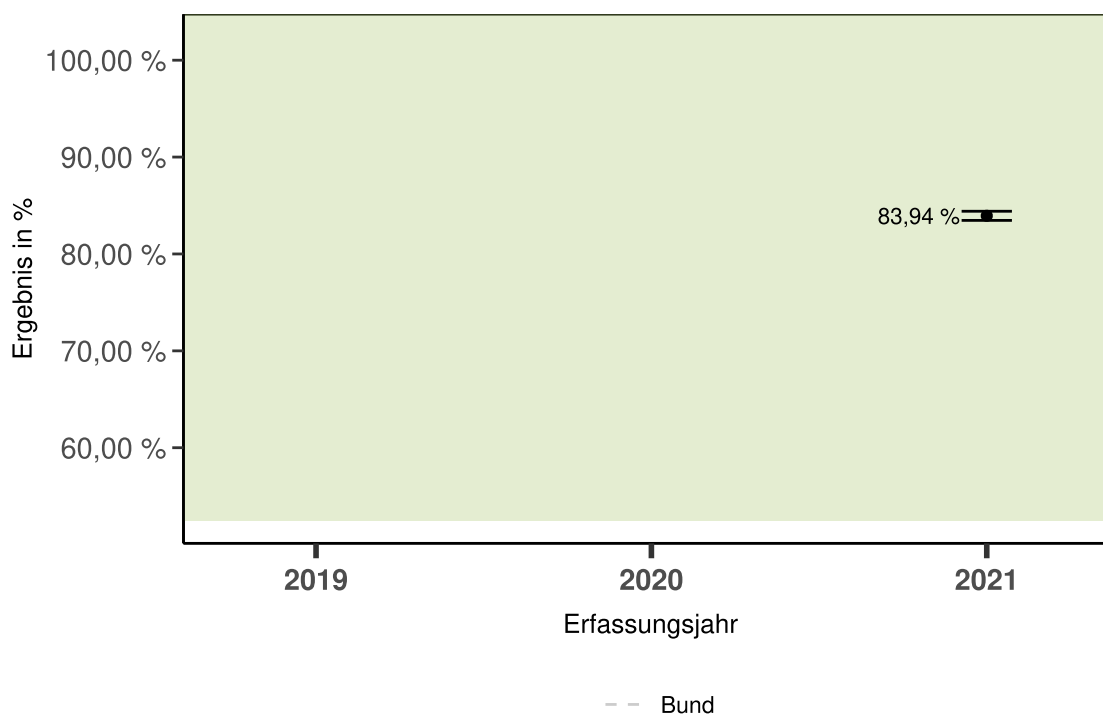
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 7.709 / 8.303	2019: - 2020: - 2021: 92,85 %	2019: - 2020: - 2021: 92,27 % - 93,38 %

212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk

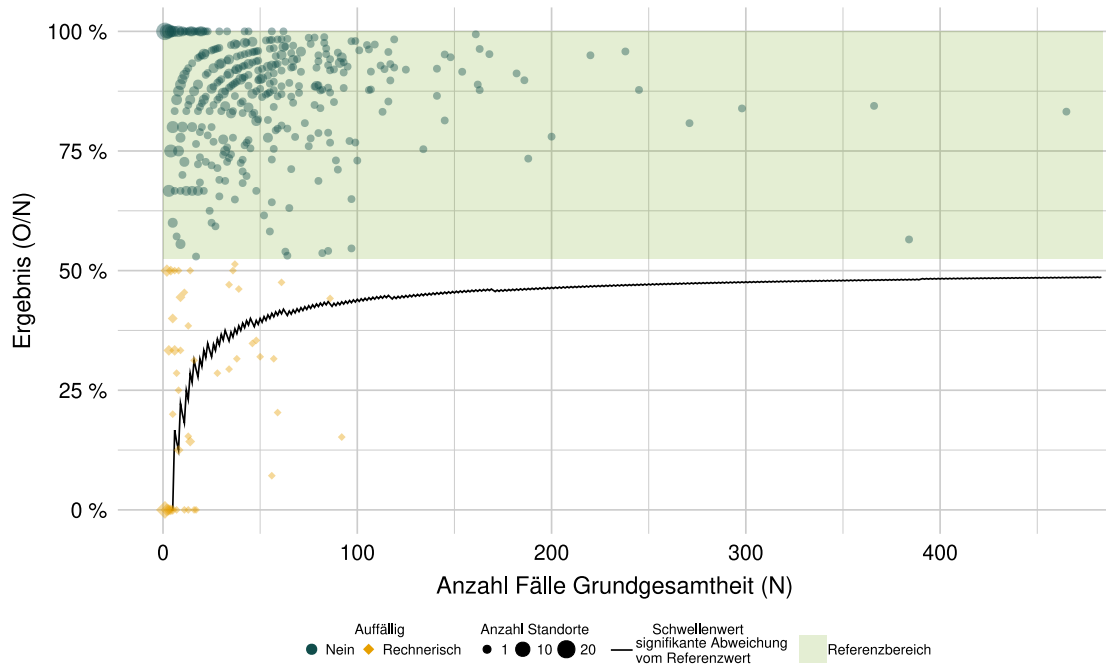
ID	212001
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor ohne Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT
Referenzbereich	≥ 52,50 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 19.612 / 23.364	2019: - 2020: - 2021: 83,94 %	2019: - 2020: - 2021: 83,46 % - 84,41 %

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

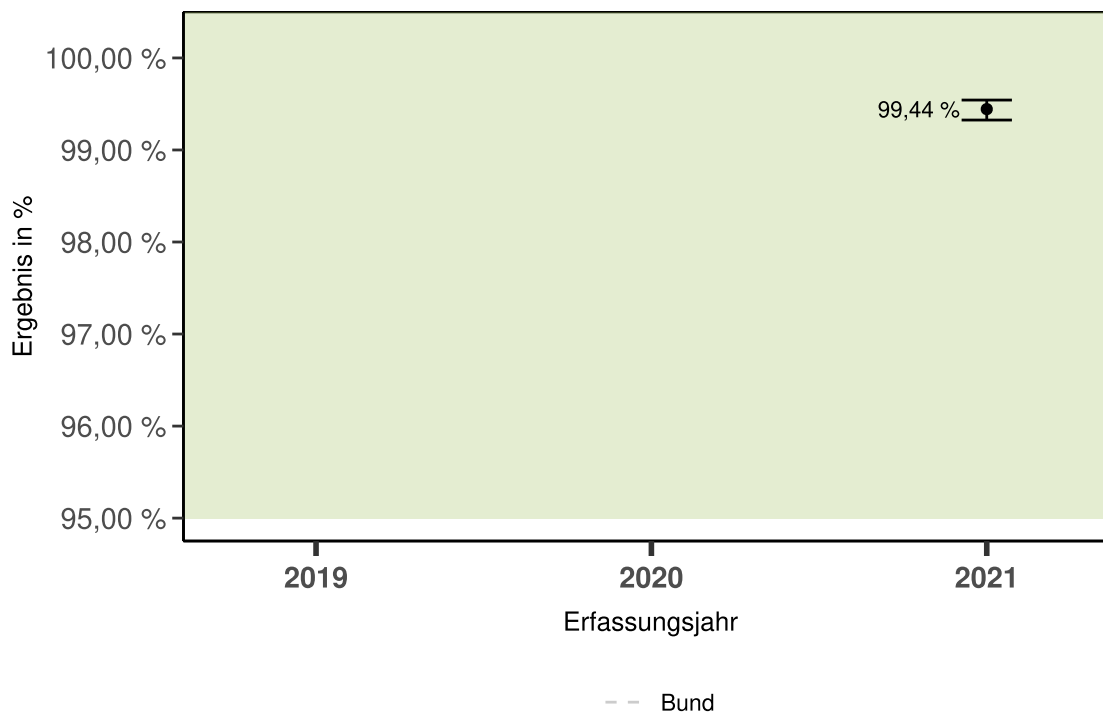
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie
---------------	---

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

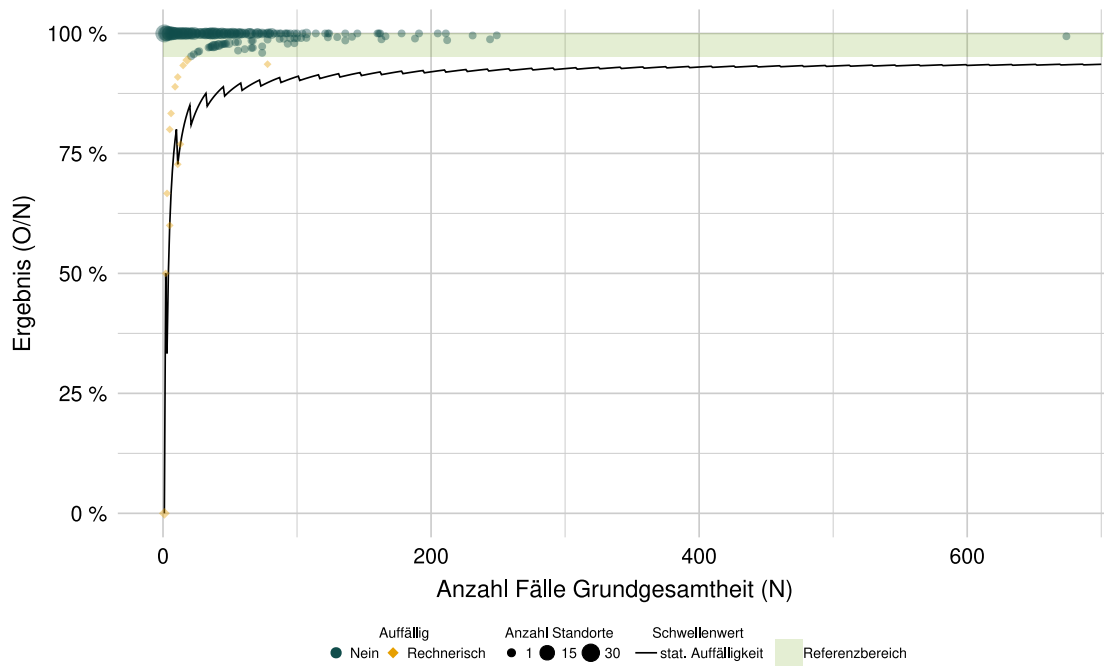
ID	52330
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)
Zähler	Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

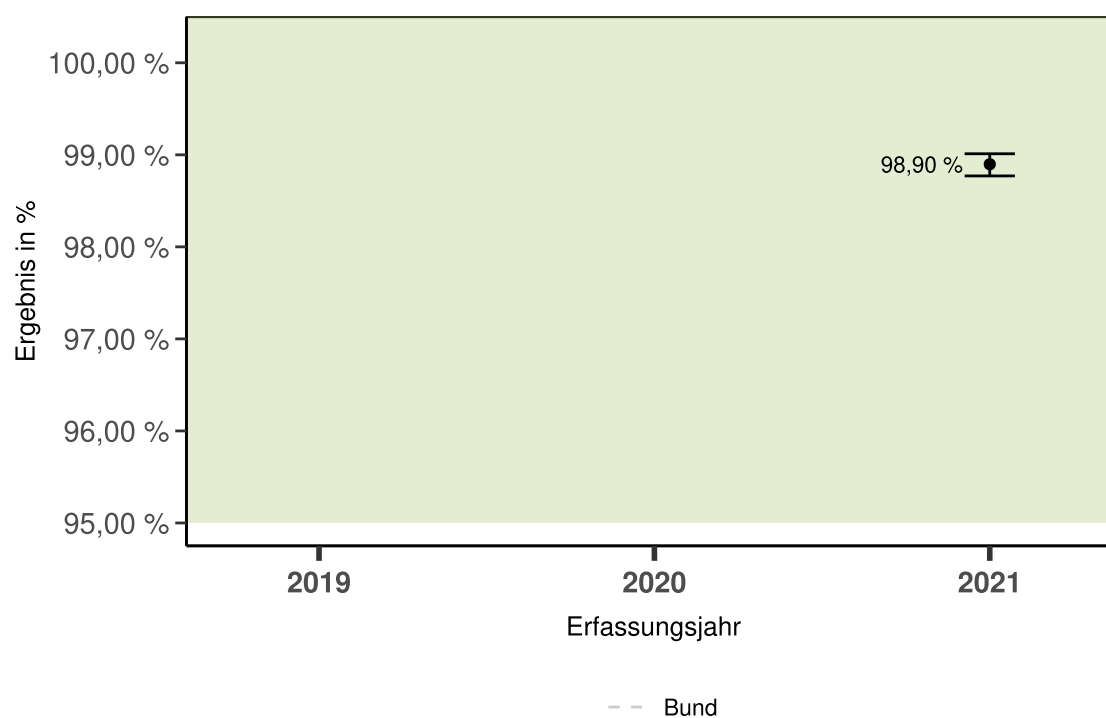
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 18.065 / 18.166	2019: - 2020: - 2021: 99,44 %	2019: - 2020: - 2021: 99,32 % - 99,54 %

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

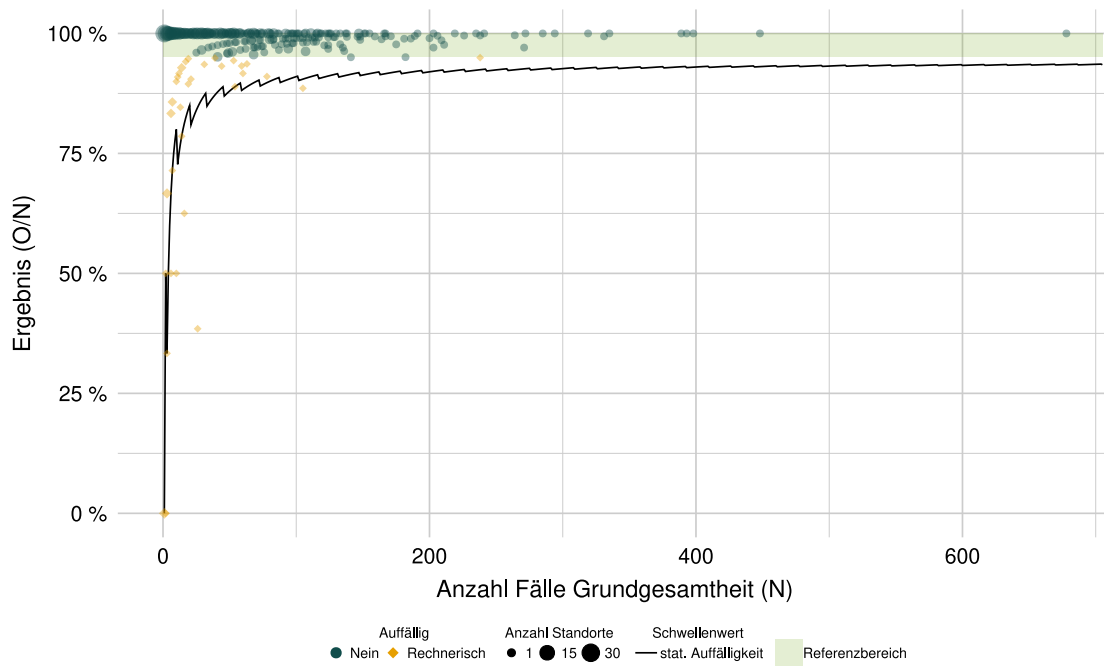
ID	52279
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und außer OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)
Zähler	Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 28.705 / 29.025	2019: - 2020: - 2021: 98,90 %	2019: - 2020: - 2021: 98,77 % - 99,01 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	99,44 % 18.065/18.166

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.2.1	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung bei weiblichen Patientinnen	99,23 % 18.402/18.545
4.2.2	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung bei männlichen Patienten	91,67 % 11/12

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	98,90 % 28.705/29.025

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.4	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.4.1	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung bei weiblichen Patientinnen	98,63 % 29.409/29.819
4.4.2	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung bei männlichen Patienten	100,00 % 46/46

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.5	Fusion QI 52330 und QI 52279 bei BET	
4.5.1	Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen	98,65 % 47.381/48.031
4.5.2	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.5.2.1	Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen bei weiblichen Patientinnen	98,65 % 47.343/47.992

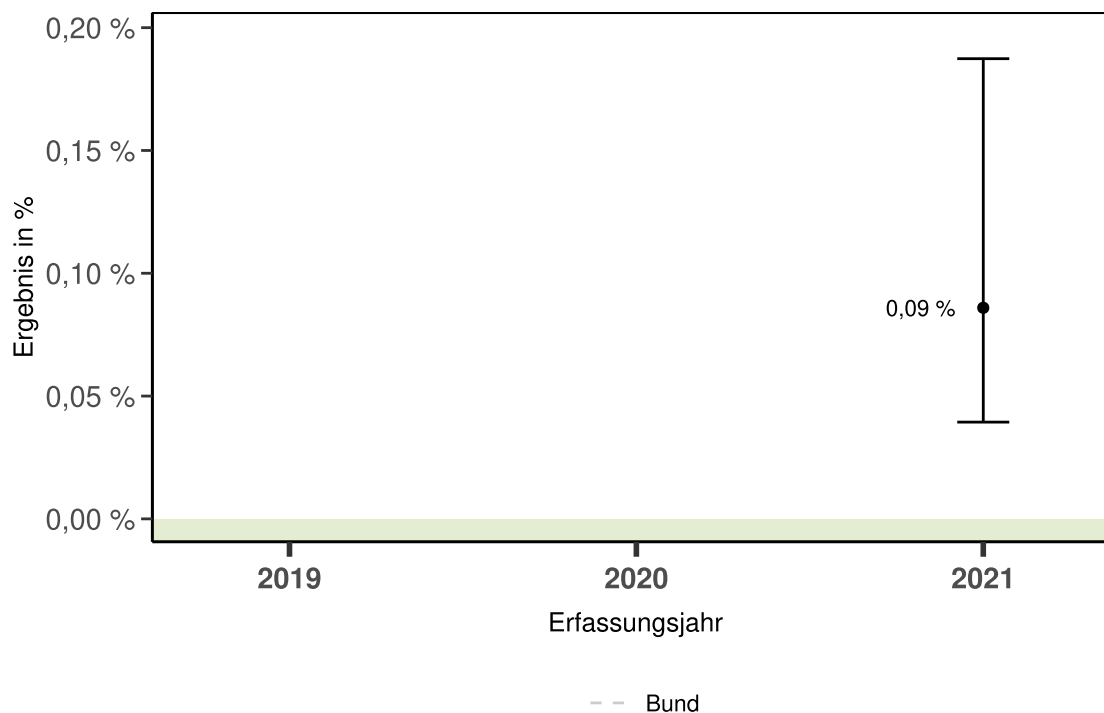
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.5.2.2	Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen bei männlichen Patienten	97,44 % 38/39
4.5.3	Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung durch MRT bei brusterhaltenden Operationen	72,67 % 609/838

2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS

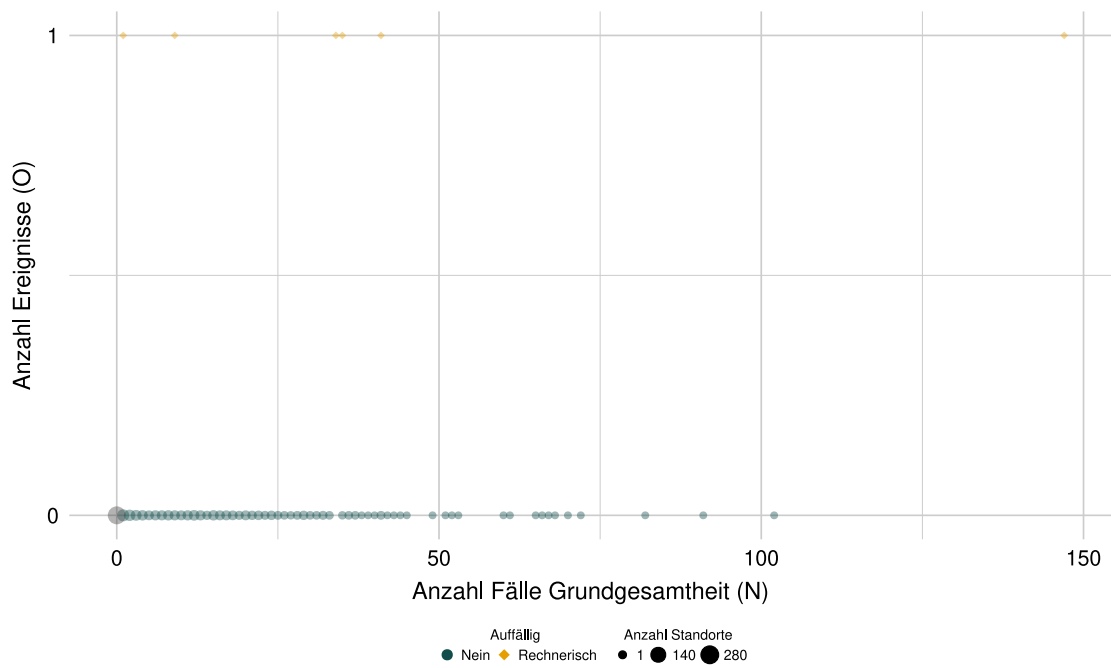
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion bei DCIS
ID	2163
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ und unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit dem den QS-Filter auslösenden ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der Haut: Haut des Rumpfes) und dem den QS-Filter auslösenden OPS-Kode 5-408.71 (Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär)
Zähler	Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladissektion
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 6 / 6.982	2019: - 2020: - 2021: 0,09 %	2019: - 2020: - 2021: 0,04 % - 0,19 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	Primäre Axilladissektion bei DCIS	0,09 % 6/6.982

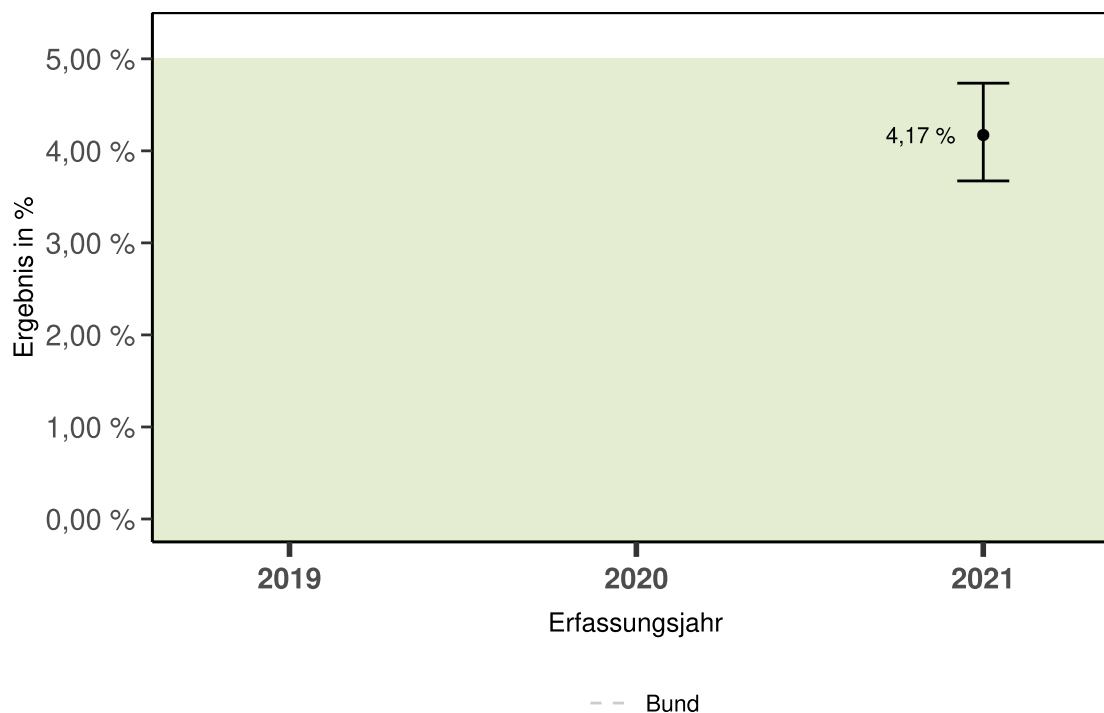
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.2	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
5.2.1	Primäre Axilladissektion bei DCIS bei weiblichen Patientinnen	0,09 % 6/6.944
5.2.2	Primäre Axilladissektion bei DCIS bei männlichen Patienten	0,00 % 0/38

50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

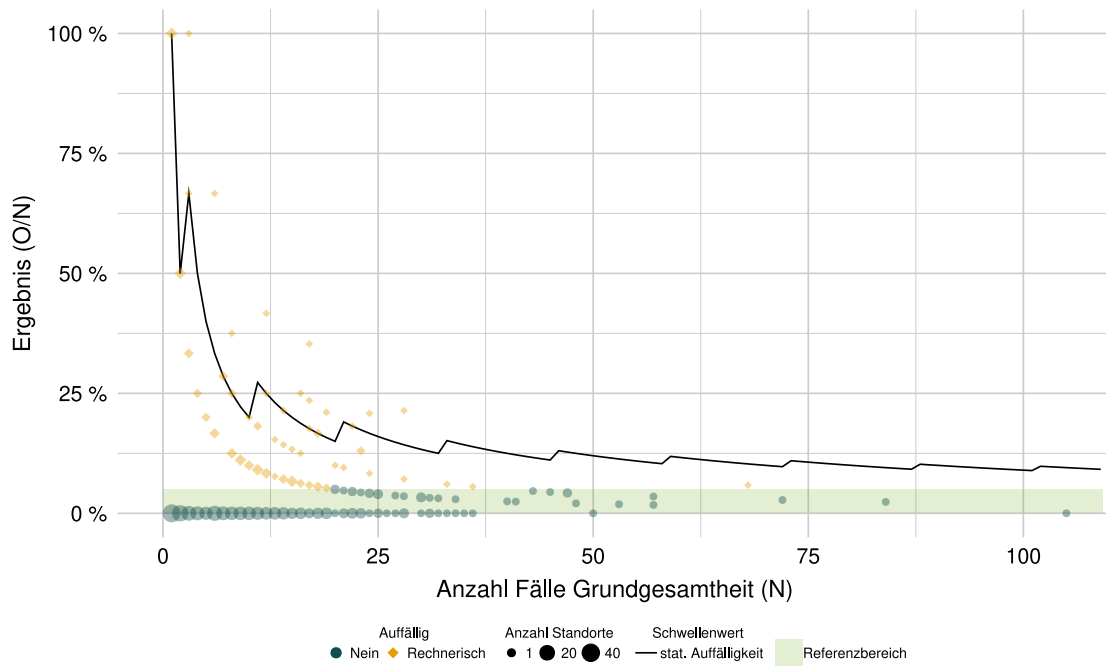
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
ID	50719
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“
Zähler	Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 228 / 5.465	2019: - 2020: - 2021: 4,17 %	2019: - 2020: - 2021: 3,67 % - 4,74 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	
6.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
6.1.1.1	Axilläre Lymphknotenentnahme bei weiblichen Patientinnen	5,87 % 330/5.624
6.1.1.2	Axilläre Lymphknotenentnahme bei männlichen Patienten	x % ≤3/8
6.1.2	Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und BET	4,17 % 228/5.465
6.1.3	Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten	0,36 % 20/5.632
6.1.4	Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB	4,26 % 240/5.632

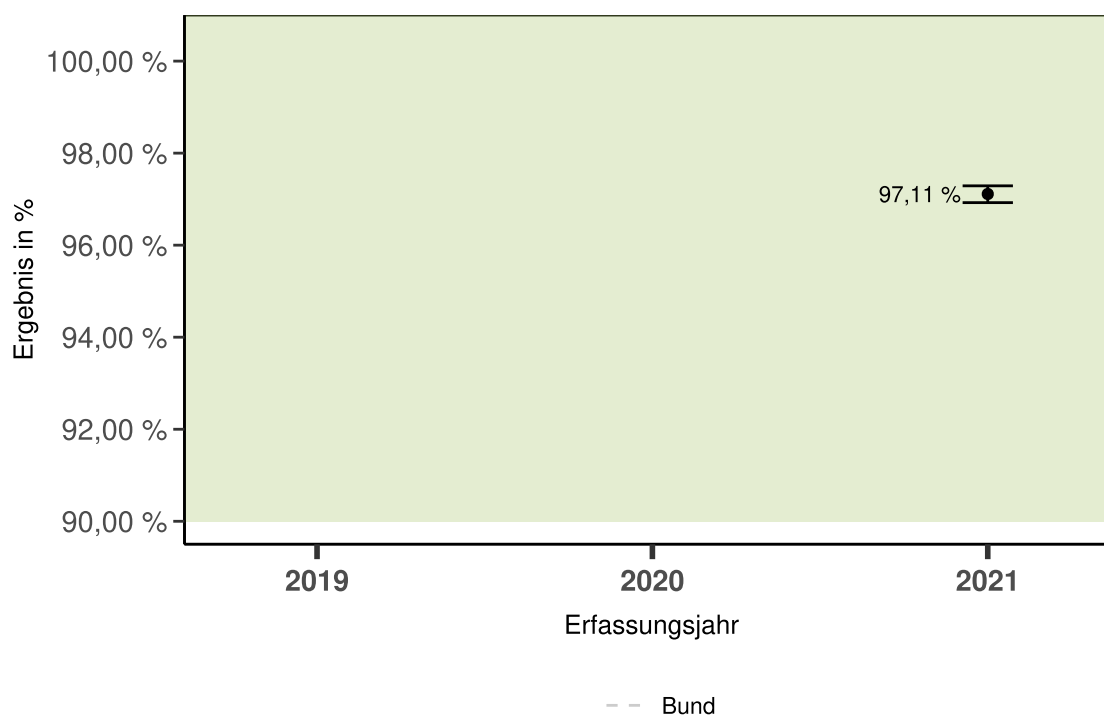
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Lymphknotenentnahme bei DCIS und Mastektomie	
6.2.1	Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme	66,38 % 1.007/1.517
6.2.2	Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten	1,98 % 30/1.517
6.2.3	Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB	52,67 % 799/1.517

51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

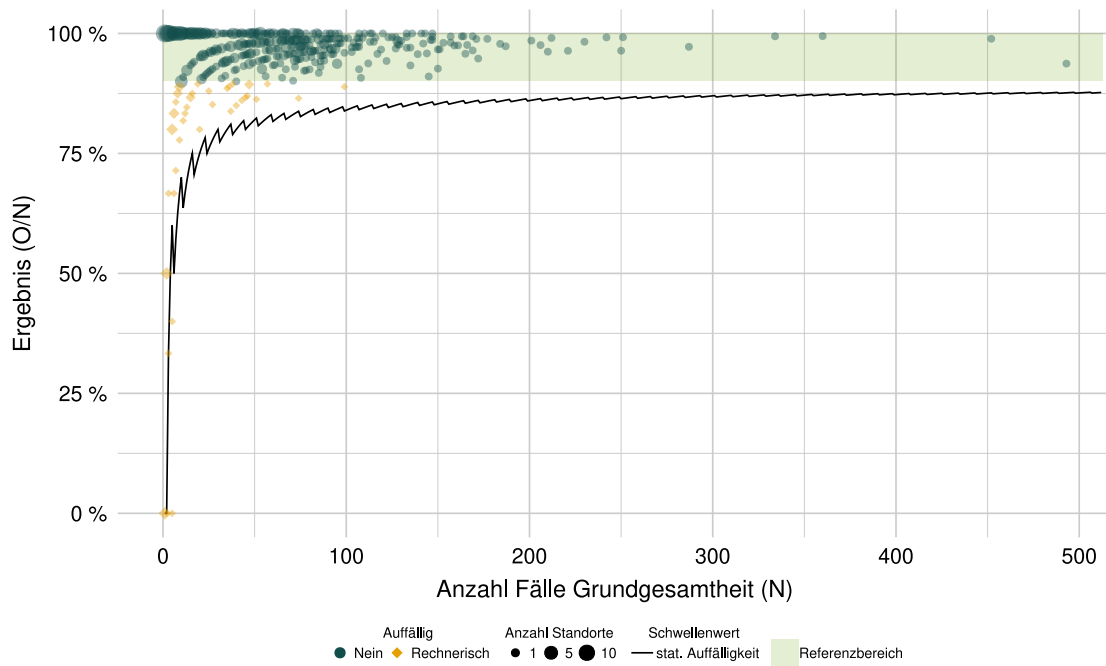
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom
ID	51847
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion
Referenzbereich	≥ 90,00 %
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 31.409 / 32.343	2019: - 2020: - 2021: 97,11 %	2019: - 2020: - 2021: 96,92 % - 97,29 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
7.1.1	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und keine Axilladisektion bei weiblichen Patientinnen	98,36 % 22.238/22.608
7.1.2	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und keine Axilladisektion bei männlichen Patienten	97,76 % 131/134

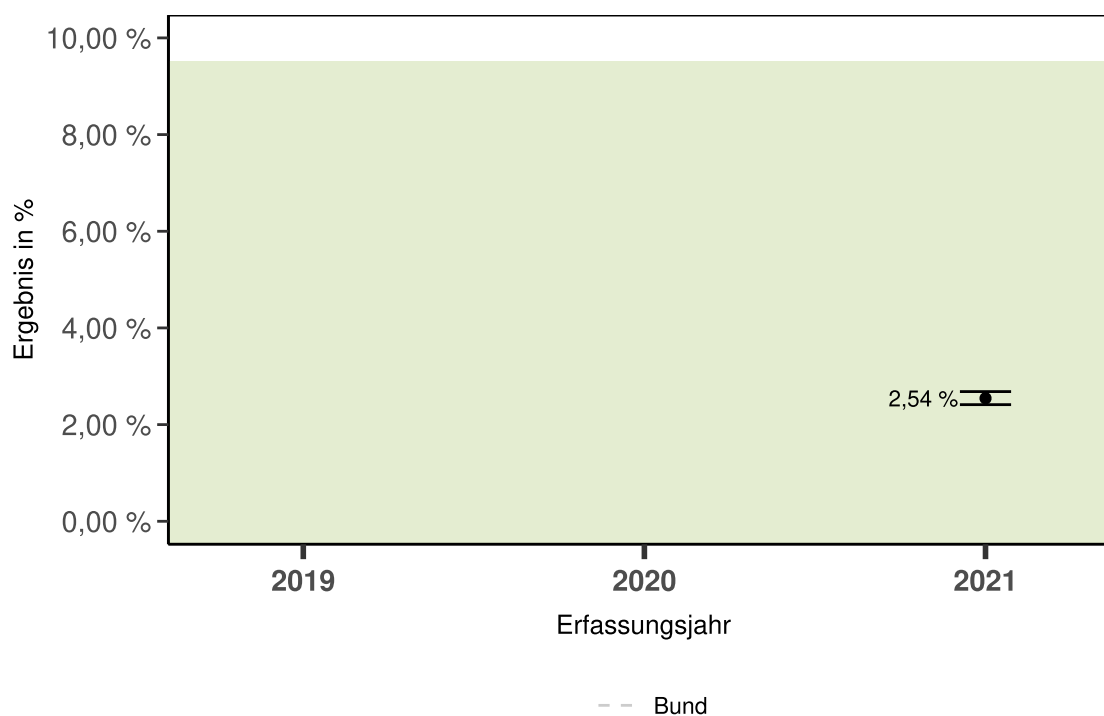
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.2	SLNB bei Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom und negativem pN-Staging ohne präoperative tumorspezifische Therapie, primär-operative Therapie abgeschlossen (alle pT)	97,06 % 31.850/32.815
7.2.1	Stadium pT1 bis pT4	97,11 % 31.409/32.343
7.2.1.1	Stadium pT1	98,36 % 22.369/22.742
7.2.1.2	Stadium pT2	95,50 % 8.156/8.540
7.2.1.3	Stadium pT3 oder pT4	83,32 % 884/1.061

51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

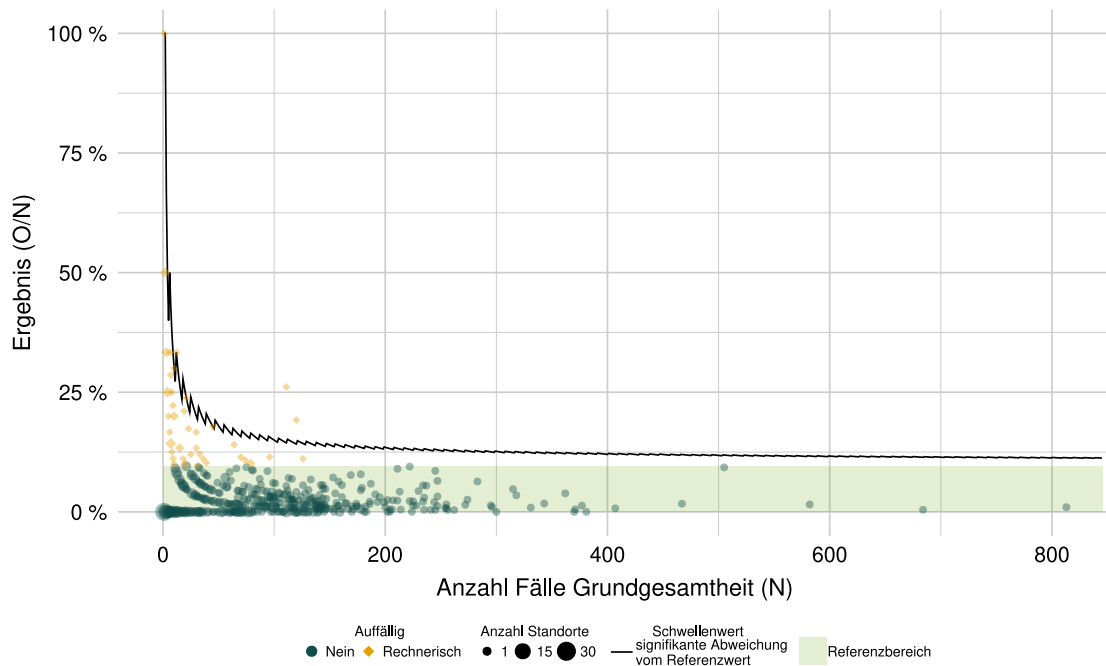
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff
ID	51370
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Referenzbereich	≤ 9,52 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 1.328 / 52.187	2019: - 2020: - 2021: 2,54 %	2019: - 2020: - 2021: 2,41 % - 2,68 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation	
8.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
8.1.1.1	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation < 7 Tage bei weiblichen Patientinnen	2,54 % 1.316/51.724
8.1.1.2	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation < 7 Tage bei männlichen Patienten	2,60 % 12/462
8.1.2	< 7 Tage	2,54 % 1.328/52.187
8.1.3	≥ 7 - < 14 Tage	14,19 % 7.406/52.187
8.1.4	≥ 14 - < 21 Tage	22,62 % 11.807/52.187
8.1.5	≥ 21 - < 28 Tage	20,04 % 10.460/52.187
8.1.6	≥ 28 - < 35 Tage	14,83 % 7.738/52.187
8.1.7	≥ 35 - < 42 Tage	9,80 % 5.114/52.187
8.1.8	≥ 42 Tage	15,98 % 8.339/52.187
8.1.9	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation (Median in Tagen)	23,00 23,00/52.187

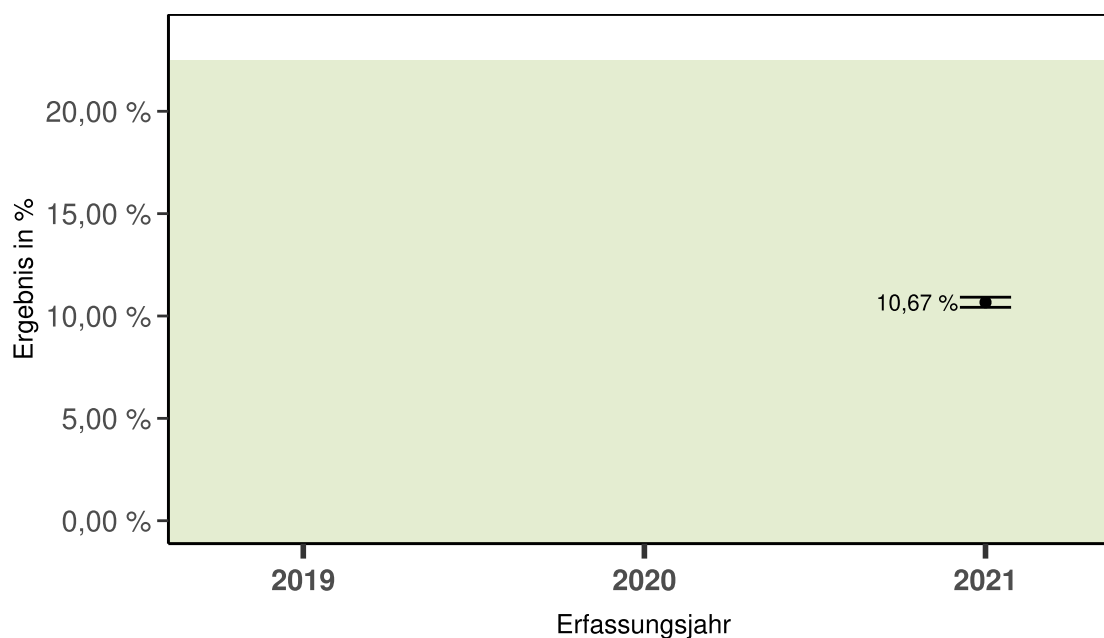
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.2	Überschneidungen (Overlap) auffälliger Fälle in den QI 51370 und 211800; Grundgesamtheit: alle Fälle, die in die Grundgesamtheit beider QI eingehen; Zähler: alle Fälle, die in den Zähler beider QI eingehen	0,02 % 9/43.688

60659: Nachresektionsrate

Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff
ID	60659
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust ≥ 1
Referenzbereich	$\leq 22,48\%$ (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

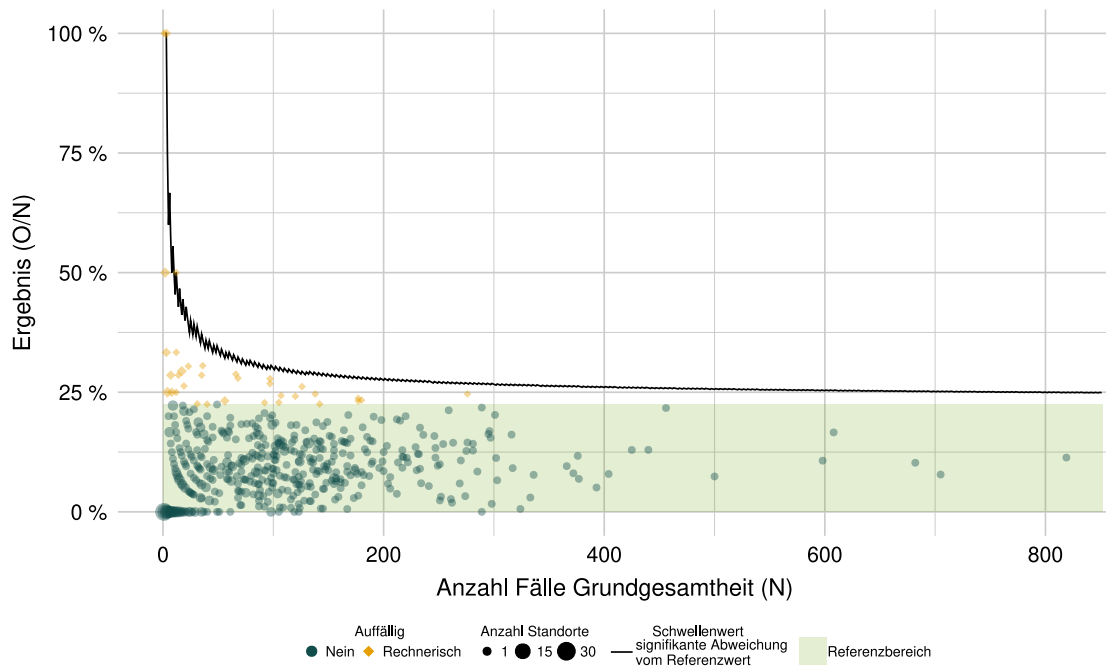
Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



-- Bund

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 6.370 / 59.710	2019: - 2020: - 2021: 10,67 %	2019: - 2020: - 2021: 10,42 % - 10,92 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	Nachresektionsrate	10,67 % 6.370/59.710
9.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
9.1.1.1	Nachresektionsrate bei weiblichen Patientinnen	10,75 % 6.359/59.179
9.1.1.2	Nachresektionsrate bei männlichen Patienten	2,08 % 11/529
9.1.2	Nachresektionsrate bei DCIS	27,25 % 1.922/7.053
9.1.3	Nachresektionsrate bei nicht-palpablen Befunden bei Vorgehen nach Leitlinien-Empfehlung am selben Krankenhausstandort	2,76 % 485/17.602

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	operative Therapie abgeschlossen ohne erreichte R0-Situation (invasives Karzinom und DCIS)	3,13 % 2.263/72.303

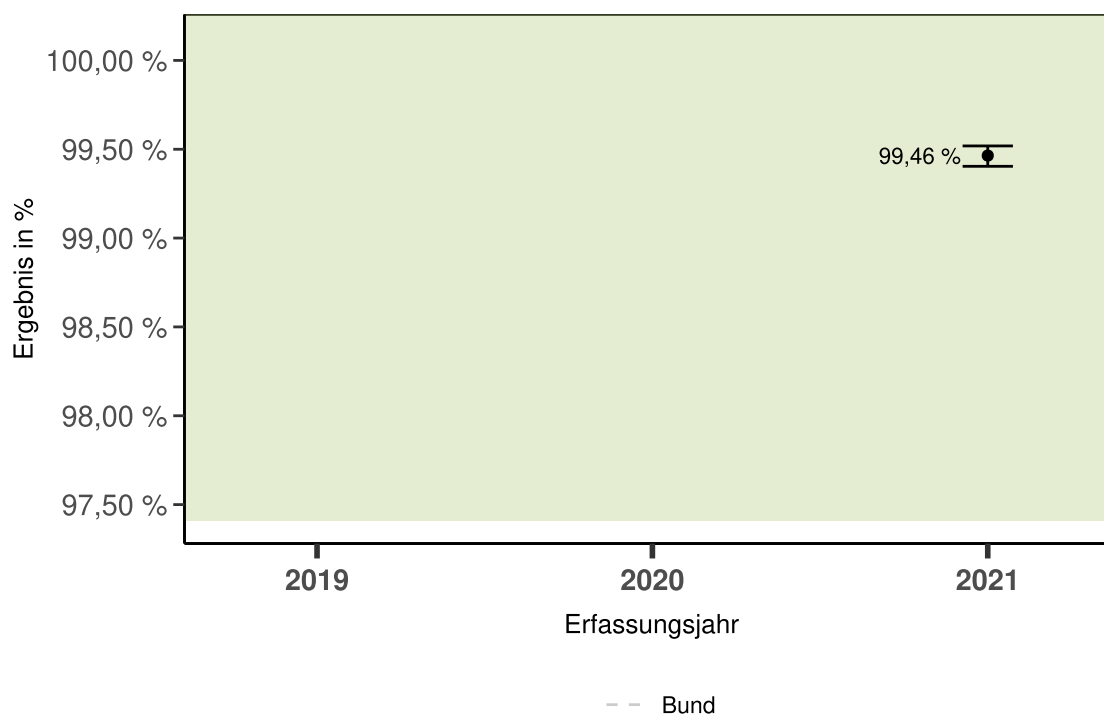
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.3	Überschneidungen (Overlap) auffälliger Fälle in den QI 60659 und QI 51846; Grundgesamtheit: alle Fälle, die in die Grundgesamtheit beider QI eingehen; Zähler: alle Fälle, die in den Zähler beider QI eingehen	0,08 % 42/52.504

211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

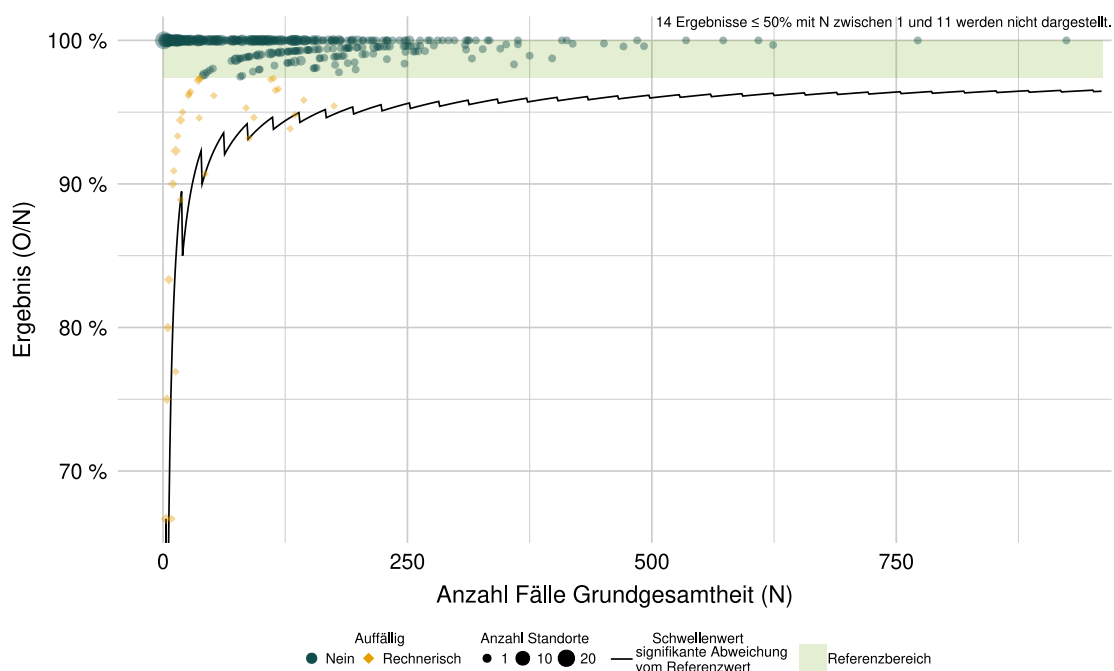
Qualitätsziel	Möglichst häufig postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach Ersteingriff, nach abgeschlossener primär-operativer Therapie und bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS
ID	211800
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff und abgeschlossener primär-operativer Therapie
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz
Referenzbereich	≥ 97,41 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2019: - / - 2020: - / - 2021: 62.021 / 62.355	2019: - 2020: - 2021: 99,46 %	2019: - 2020: - 2021: 99,40 % - 99,52 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
10.1.1	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei weiblichen Patientinnen	99,47 % 61.472/61.800
10.1.2	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei männlichen Patienten	98,92 % 547/553

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2	Postoperative Tumorkonferenz nach Entität	
10.2.1	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom	99,48 % 56.795/57.092
10.2.2	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei DCIS	99,32 % 5.418/5.455

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.3	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	99,46 % 62.021/62.355

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.4	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz	
10.4.1	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	78,92 % 55.137/69.866

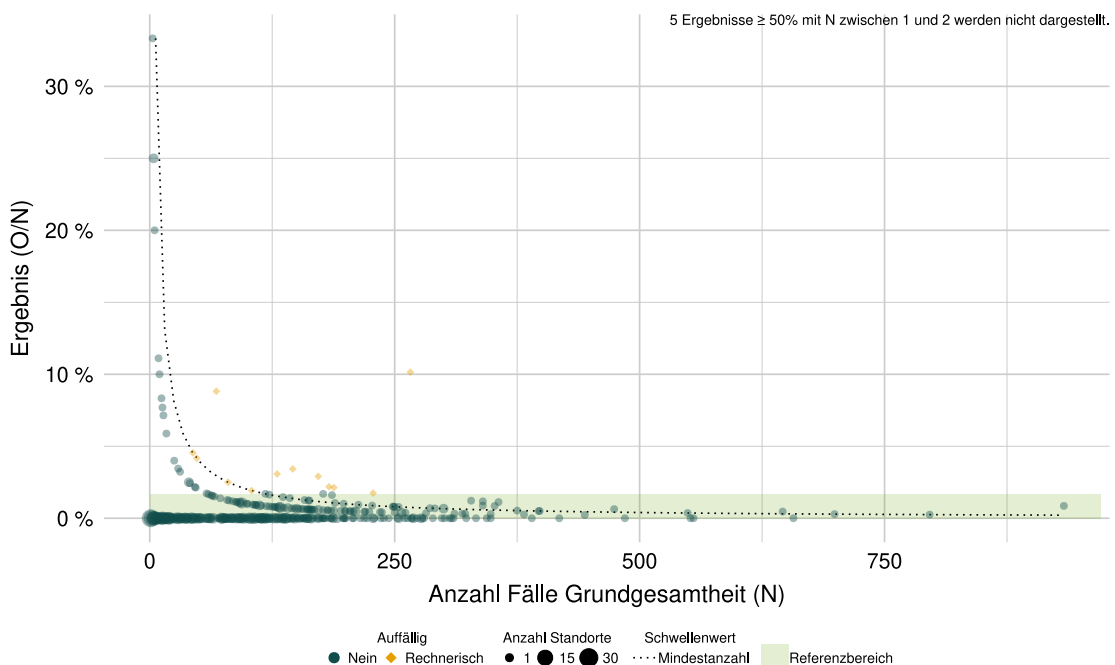
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850363: Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“

ID	850363
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Überdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status
Referenzbereich	≤ 1,69 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



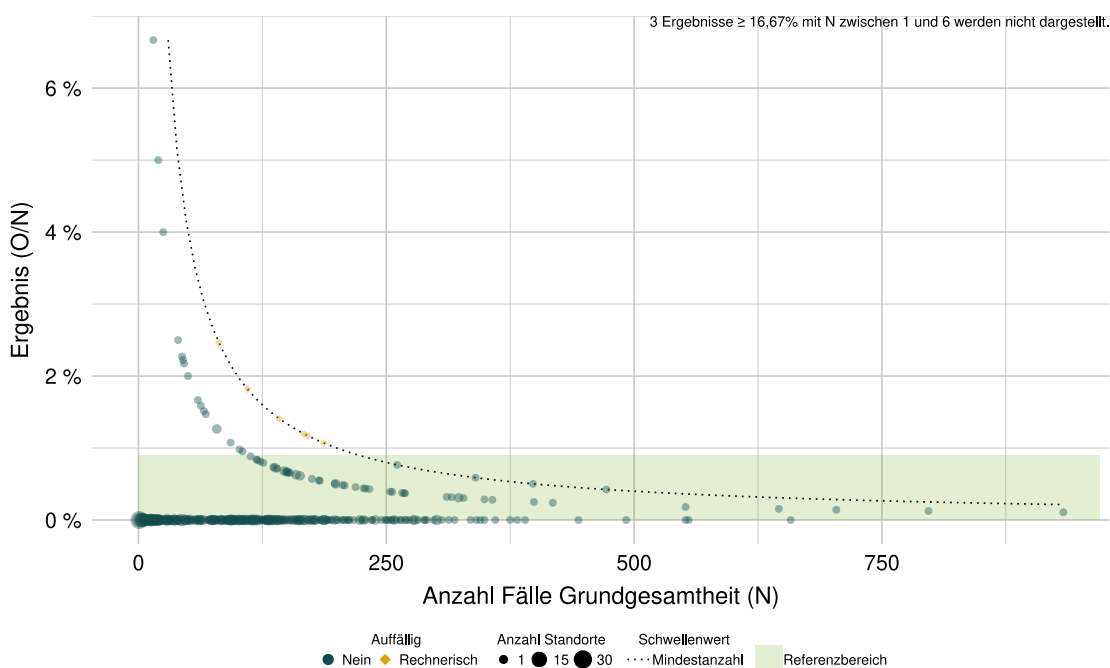
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	266 / 66.041	0,40 %	1,89 % 12/634

850364: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“

ID	850364
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Überdokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	60659: Nachresektionsrate
Grundgesamtheit	Alle lebend entlassenen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom
Zähler	Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen
Referenzbereich	≤ 0,89 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



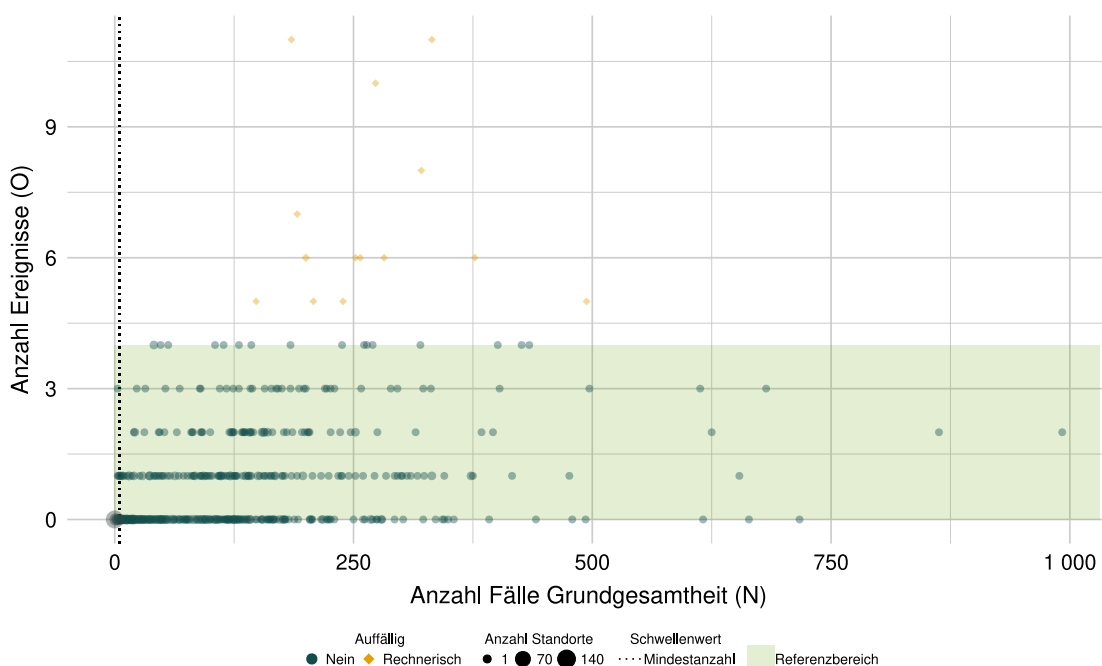
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	91 / 66.453	0,14 %	0,94 % 6/637

813068: Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

ID	813068
Begründung für die Auswahl	Relevanz Die postoperative Histologie ist relevant für viele Qualitätsindikatoren. Eine Fehlkodierung führt zu Ungenauigkeiten in den Grundgesamtheiten aller Indikatoren mit Bezug zu invasiven Karzinomen oder DCIS. Hypothese Fehlende Sorgfalt bei der Dokumentation des Datenfeldes „postoperative Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv und präoperativer Histologie 'invasives Mammakarziom (Primärtumor)'
Zähler	Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie 'invasives Mammakarziom'
Referenzbereich	≤ 4,00
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



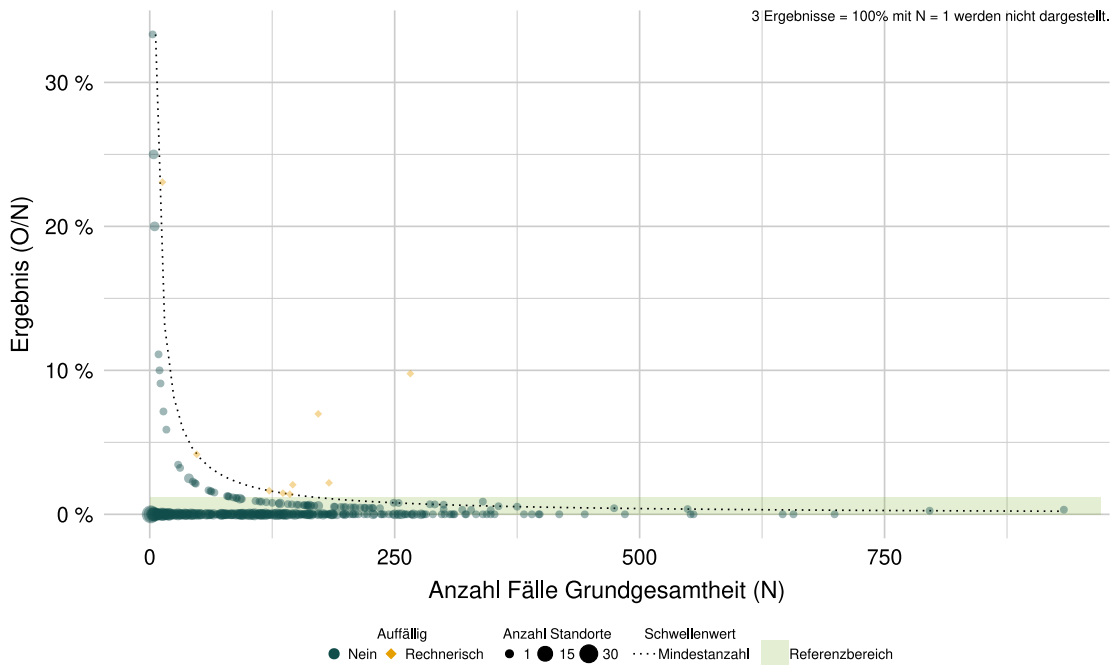
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	523 / 73.435	0,71 %	2,38 % 15/630

850372: Häufige Angabe „immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

ID	850372
Begründung für die Auswahl	Relevanz QI-relevant Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie
Zähler	Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunohistochemischen Hormonrezeptor-Status
Referenzbereich	≤ 1,19 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



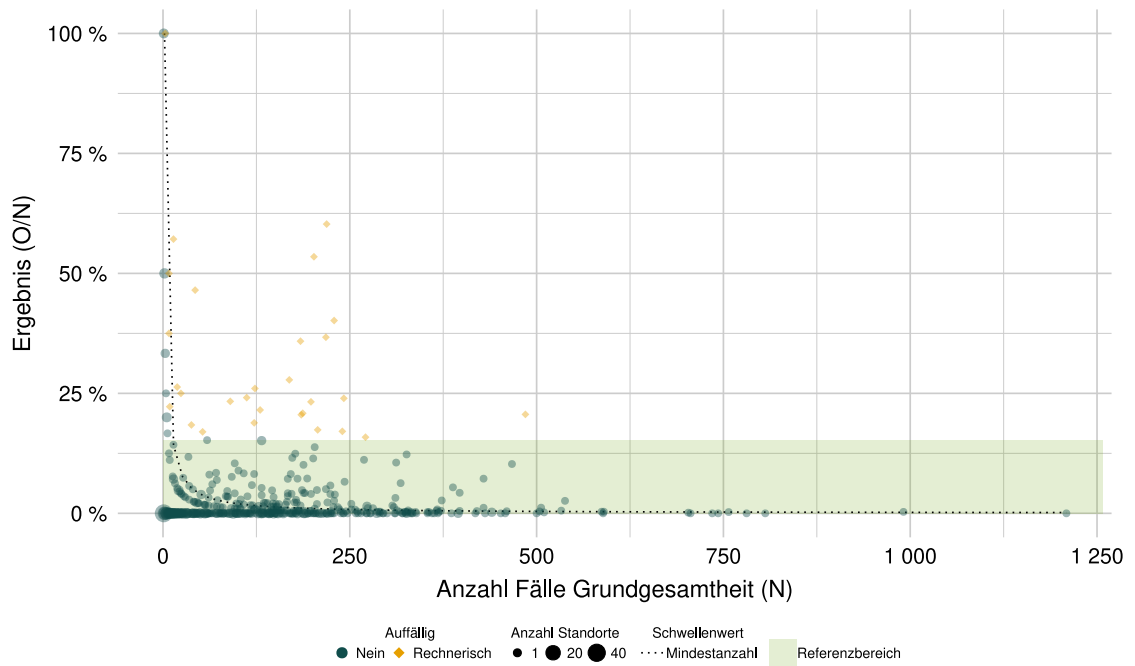
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	157 / 66.041	0,24 %	1,42 % 9/634

852000: Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund

ID	852000
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Die Dokumentation des histologischen Befundes mit dem unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 („Karzinom o. n. A., maligner epithelialer Tumor“) sollte im Rahmen des QS-Verfahrens Mammachirurgie nur im Ausnahmefall erfolgen müssen, nämlich nur dann, wenn die ca. 150 ICD-O-3-Kodes enthaltende Schlüsselliste keinen differenzierteren, auf die jeweilige Tumormorphologie zutreffenden Code ausweist. Die Angabe eines ICD-O-3 für ein Karzinom in der prätherapeutischen histologischen Befundung [PRAEICDO3] führt zum Ausschluss der Fälle im QI 2163 und QI 50719</p> <p>Hypothese Der häufigen Nutzung des ICD-O-3-Kode 8010/3 liegt eine Fehldokumentation zu Grunde</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Grundgesamtheit	Alle Fälle mit einer Angabe im Feld PRAEICDO3
Zähler	Fälle mit einer malignen Neoplasie[PRAEICDO3] = 8010/3
Referenzbereich	≤ 15,25 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

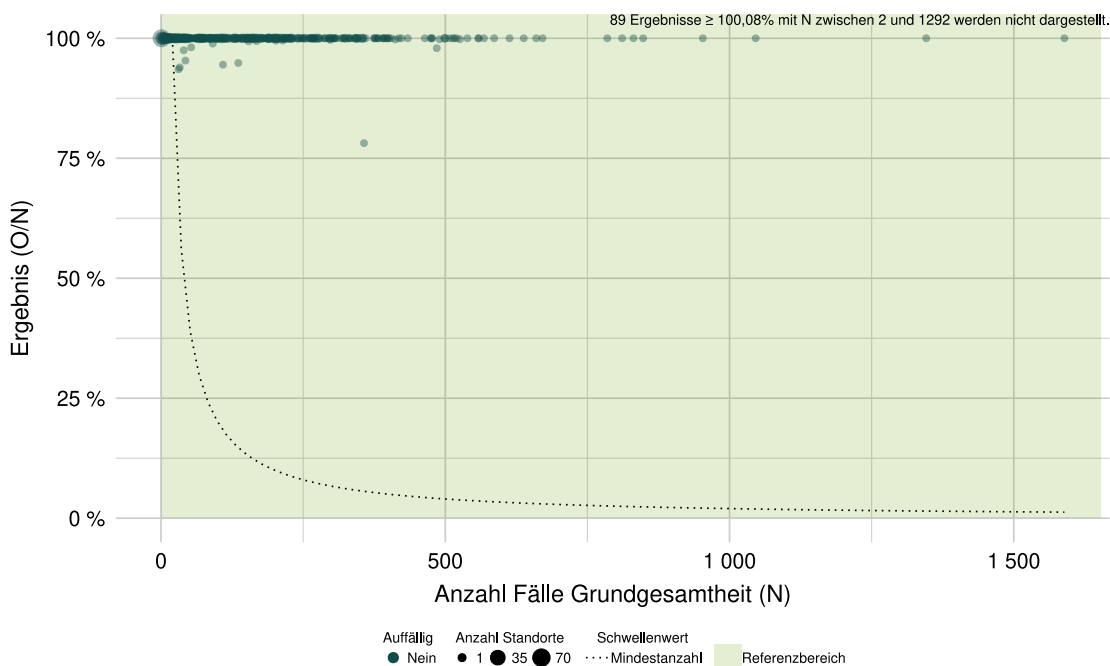
EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	2.133 / 84.889	2,51 %	4,40 % 29/659

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850094
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Überdokumentation abzubilden und somit mögliche daraus resultierende Auswirkungen auf Ebene der QI-Ergebnisse abschätzen zu können. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens ist es möglich, den Ursachen für eine Überdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



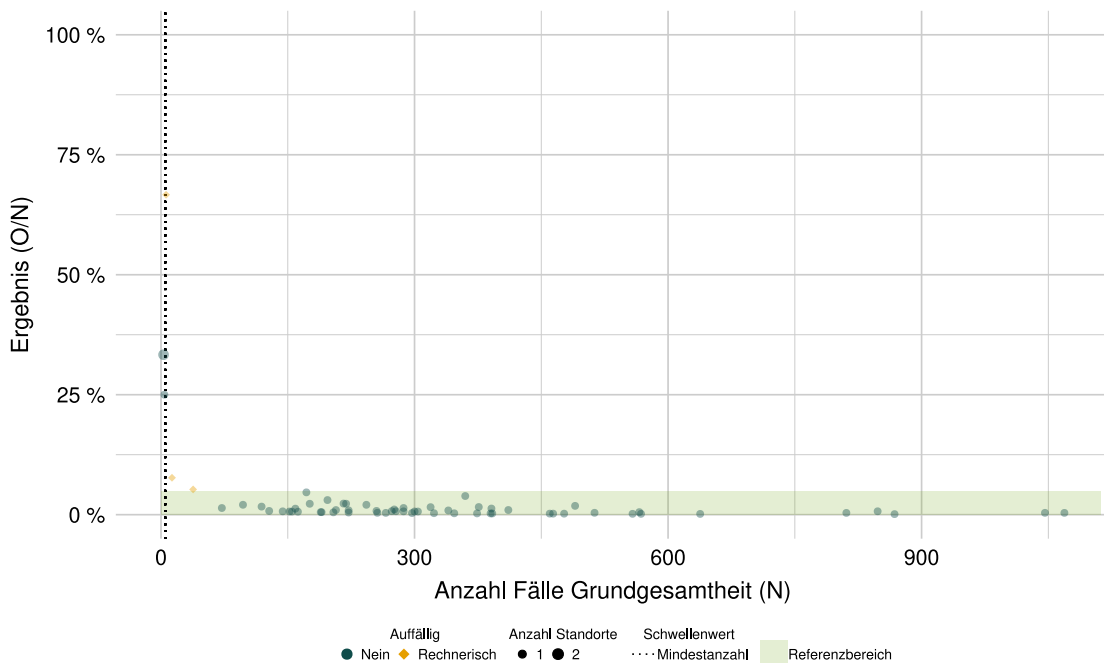
Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	103.668 / 103.476	100,19 %	1,24 % 9/725

850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850227
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Minimaldatensätze können nicht für die Berechnung von Qualitätsindikatoren verwendet werden. Demnach sollten sie nur in begründeten Ausnahmefällen in der Dokumentation zur Anwendung kommen.</p> <p>Hypothese Fehlerhafte Verwendung von Minimaldatensätzen anstelle von regulären Datensätzen bei dokumentationspflichtigen Fällen.</p>
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL) für das jeweilige Modul
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze zum jeweiligen Modul
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Das Krankenhaus muss laut Soll-Statistik im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

EJ 2021	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	175 / 103.476	0,17 %	0,41 % 3/725

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	26.076	25,20
2. Quartal	26.364	25,47
3. Quartal	26.178	25,29
4. Quartal	24.875	24,04
Gesamt	103.493	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 103.493	
Geschlecht		
(1) männlich	913	0,88
(2) weiblich	102.576	99,11
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	N = 103.493	
Altersverteilung⁵		
< 30 Jahre	2.303	2,23
30 - 39 Jahre	5.368	5,19
40 - 49 Jahre	13.531	13,07
50 - 59 Jahre	27.592	26,66
60 - 69 Jahre	26.526	25,63
70 - 79 Jahre	17.320	16,74
≥ 80 Jahre	10.853	10,49

⁵ Unter dem Begriff Patientinnen werden hier und bei den folgenden Tabellen auch die Geschlechter männlich, diverse und unbestimmte mit eingeschlossen.

	Bund (gesamt)
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit Angabe von Werten > 0	103.491
Minimum	10,00
5. Perzentil	36,00
25. Perzentil	51,00
Median	61,00
Mittelwert	60,48
75. Perzentil	71,00
95. Perzentil	83,00
Maximum	103,00

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	N = 93.070	
Postoperativer histologischer Befund		
(1) ausschließlich Normalgewebe	510	0,55
(2) benigne / entzündliche Veränderung	10.428	11,20
(3) Risikoläsion	2.347	2,52
(4) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	79.785	85,73

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit malignen Neoplasien (einschließlich in-situ-Karzinome) und abgeschlossener primär-operativer Therapie	N = 79.785	
Karzinome		
Primärerkrankung	74.130	92,91
davon Histologie		
invasives Karzinom	66.493	89,70
DCIS	7.278	9,82
LCIS / lobuläres Karzinom	6.925	9,34
Lymphom	8	0,01
Sarkom	174	0,23
Rezidiverkrankung (lokoregionär)	5.655	7,09
davon Histologie		
invasives Karzinom	4.961	87,73
DCIS	582	10,29
LCIS / lobuläres Karzinom	550	9,73
Lymphom	≤3	x
Sarkom	84	1,49

Befund: Invasive Karzinome (Primärerkrankung)

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	18.335	24,84
2. Quartal	18.851	25,54
3. Quartal	18.847	25,54
4. Quartal	17.773	24,08
Gesamt	73.806	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 73.806	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	315	0,43
30 - 39 Jahre	3.064	4,15
40 - 49 Jahre	9.158	12,41
50 - 59 Jahre	18.782	25,45
60 - 69 Jahre	19.704	26,70
70 - 79 Jahre	13.696	18,56
≥ 80 Jahre	9.087	12,31

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung mit Angabe von Werten > 0	73.805
Minimum	15,00
5. Perzentil	40,00
25. Perzentil	52,00
Median	62,00
Mittelwert	62,41
75. Perzentil	73,00
95. Perzentil	84,00
Maximum	103,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom	N = 80.739	
Erkrankung		
(1) Primärerkrankung	75.324	93,29
(2) lokoregionäres Rezidiv nach BET	4.208	5,21
(3) lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	1.154	1,43

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom, R0-Resektion, ohne präoperative Draht-Markierung und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 32.189	
Zusammenhang zwischen tastbarem Mammabefund und Nachresektion bei Fällen ohne präoperative Markierung (ultraschallgesteuerte OP unberücksichtigt)		
Mit tastbarem Befund und mindestens einer Nachresektion	617	1,92
Mit tastbarem Befund und ohne Nachresektion	21.002	65,25
Ohne tastbaren Befund und mindestens einer Nachresektion	279	0,87
Ohne tastbaren Befund und ohne Nachresektion	3.654	11,35

		Bund (gesamt)	
		n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung		N = 66.757	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms			
(0) nein		48.019	71,93
(1) ja		17.250	25,84
(9) unbekannt		1.488	2,23

		Bund (gesamt)	
		n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung		N = 65.720	
Prätherapeutischer histologischer Befund			
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe		101	0,15
(2) benigne / entzündliche Veränderung		135	0,21
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial		251	0,38
(4) malignitätsverdächtig		342	0,52
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)		64.891	98,74

		Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)		
Anzahl Patientinnen mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung mit Angabe von Werten		64.382
Minimum		1,00
Median		30,00
Mittelwert		68,72
Maximum		365,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 75.324	
Histologischer Typ		
(0) nein	253	0,34
(1) ja	70.081	93,04
Grading		
(0) nein	562	0,75
(1) ja	69.772	92,63
Hormonrezeptorstatus		
(0) nein	562	0,75
(1) ja	69.772	92,63
HER2-Status		
(0) nein	929	1,23
(1) ja	67.574	89,71
Ki67-Status		
(0) nein	1.040	1,38
(1) ja	67.463	89,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	N = 65.720	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	13.635	20,75
(1) ja	52.085	79,25
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	47.205	71,83
(1) ja	18.515	28,17

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 75.982	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung⁶		
(0) nein	38.705	50,94
(1) ja, durch Mammografie	11.556	15,21
(2) ja, durch Sonografie	23.372	30,76
(3) ja, durch MRT	431	0,57
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	1.918	2,52
Eingriffe (nach OPS)⁷		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	54.603	71,86
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	13.580	17,87
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	645	0,85
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	4.777	6,29

⁶ gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

⁷ Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 75.324	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	8.831	11,72
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	5.012	56,75
(2) Empfehlung zur Mastektomie	1.130	12,80
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	654	7,41
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	790	8,95
(6) Empfehlung zur BET	374	4,24
(9) Kombination aus 1 bis 6	871	9,86
(1) ja	66.493	88,28
Lymphknoten-Entfernung		
Brusterhaltende Therapie	47.245	71,05
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	1.473	3,12
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	31.550	66,78
- nur mit Lymphadenektomie	3.367	7,13
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	10.855	22,98
Mastektomie	19.247	28,95
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	1.044	5,42
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	7.773	40,39
- nur mit Lymphadenektomie	5.234	27,19
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	5.196	27,00

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 66.493	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	55.374	83,28
Therapieart und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	47.245	71,05
davon auf Wunsch der Patientin	134	0,28
Mastektomie	19.247	28,95
davon auf Wunsch der Patientin	1.716	8,92

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 66.493	
Hormonrezeptoranalyse		
(0) negativ	10.467	15,74
(1) positiv	55.634	83,67
(9) unbekannt	159	0,24
HER2-Status		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	57.397	86,32
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	8.535	12,84
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	58	0,09
(9) unbekannt	270	0,41

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 66.493	
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	51.144	76,92
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	8.187	12,31
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	1.131	1,70
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	985	1,48
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	357	0,54
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrität		
(0) nein	58.304	87,68
(1) ja	7.956	11,97
R0-Resektion		
(0) nein	2.117	3,18
(1) ja	60.862	91,53
(8) es liegen keine Angaben vor	92	0,14
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	3.189	4,80
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand		
(1) < 1 mm	4.946	7,44
(2) ≥ 1 mm bis < 2 mm	8.276	12,45
(3) ≥ 2 mm	45.690	68,71
(8) es liegen keine Angaben vor	1.950	2,93
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen an dieser Brust insgesamt für die Patientin		
(0) keine Nachoperation. R0 mit Ersteingriff erlangt	54.181	81,48
(1) 1	6.030	9,07
(2) 2	557	0,84
(3) ≥ 3	94	0,14

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 66.493	
Anzahl der Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0, die in Ihrer Einrichtung durchgeführt wurden		
(1) R0 nicht mit Ersteingriff erlangt. 1 Nachoperation	6.096	91,24
(2) 2 Nachoperationen	512	7,66
(3) ≥ 3 Nachoperationen	73	1,09

Staging

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 66.493	
Tumorgroße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	6.870	10,33
pT1, ypT1 (Sarkom)	0	0,00
pT1mic, ypT1mic	568	0,85
pT1a, ypT1a	3.781	5,69
pT1b, ypT1b	9.285	13,96
pT1c, ypT1c	21.606	32,49
pT2, ypT2	18.341	27,58
pT3, ypT3	3.030	4,56
pT4a, ypT4a	74	0,11
pT4b, ypT4b	1.665	2,50
pT4c, ypT4c	43	0,06
pT4d, ypT4d	91	0,14
pTX, ypTX	180	0,27

Staging

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 66.493	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	5.578	8,39
pN0(sn), ypN0(sn)	40.689	61,19
pN1mi, ypN1mi	333	0,50
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	1.345	2,02
pN1a, ypN1a	4.938	7,43
pN1(sn), ypN1(sn)	1.025	1,54
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	5.028	7,56
pN1b, ypN1b	40	0,06
pN1c, ypN1c	156	0,23
pN2a(sn), ypN2a(sn)	483	0,73
pN2a, ypN2a	2.635	3,96
pN2b, ypN2b	22	0,03
pN3a, ypN3a	1.422	2,14
pN3b, ypN3b	16	0,02
pN3c, ypN3c	23	0,03
pNX, ypNX	2.517	3,79
Grading (Elston und Ellis)		
(1) gut differenziert	9.630	14,48
(2) mäßig differenziert	38.392	57,74
(3) schlecht differenziert	16.873	25,38
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	1.365	2,05

Tumorstadium (pT und pN)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

Tumor stadium ⁸	pN 0	pN 1	pN 2	pN 3	pN X	Gesamt
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung						
Bund (gesamt)						
pT 0	6.325 92,07 %	329 4,79 %	45 0,66 %	14 0,20 %	151 2,20 %	6.870 100,00 %
pT 1	27.787 78,85 %	5.315 15,08 %	668 1,90 %	197 0,56 %	1.150 3,26 %	35.240 100,00 %
pT 2	10.068 54,89 %	5.568 30,36 %	1.450 7,91 %	540 2,94 %	646 3,52 %	18.341 100,00 %
pT 3	976 32,21 %	946 31,22 %	516 17,03 %	417 13,76 %	159 5,25 %	3.030 100,00 %
pT 4	332 17,73 %	563 30,06 %	432 23,06 %	271 14,47 %	263 14,04 %	1.873 100,00 %
pT X	70 38,89 %	56 31,11 %	16 8,89 %	13 7,22 %	24 13,33 %	180 100,00 %
Gesamt	46.267 69,58 %	12.865 19,35 %	3.140 4,72 %	1.461 2,20 %	2.517 3,79 %	66.492 100,00 %

⁸ Zusammenfassung von pT und ypT bzw. pN und ypN

Tumorgroße und OP-Verfahren

Zusammenfassung von pT und ypT

		Bund (gesamt)	
		n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 1 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung		N = 35.240	
pT 1			
keine präoperative tumorspezifische Therapie		28.006	79,47
davon			
brusterhaltend		23.757	84,83
ablativ		4.249	15,17
		Bund (gesamt)	
		n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 2 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung		N = 18.341	
pT 2			
keine präoperative tumorspezifische Therapie		15.119	82,43
davon			
brusterhaltend		9.551	63,17
ablativ		5.568	36,83
		Bund (gesamt)	
		n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 3 - 4 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung		N = 4.903	
pT 3 - 4			
keine präoperative tumorspezifische Therapie		3.792	77,34
davon			
brusterhaltend		725	19,12
ablativ		3.067	80,88

Tumorstadium und OP-Verfahren

Zusammenfassung von pT und ypT bzw. pN und ypN

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 1 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 35.240	
pT 1		
pN 0	27.787	78,85
- G 1	6.542	23,54
davon brusterhaltend	5.909	90,32
davon ablativ	633	9,68
- G 2 oder 3	20.937	75,35
davon brusterhaltend	17.608	84,10
davon ablativ	3.329	15,90
pN > 0	6.180	17,54
- G 1	807	13,06
davon brusterhaltend	667	82,65
davon ablativ	140	17,35
- G 2 oder 3	5.243	84,84
davon brusterhaltend	3.756	71,64
davon ablativ	1.487	28,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 2 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 18.341	
pT 2		
pN 0	10.068	54,89
- G 1	981	9,74
davon brusterhaltend	726	74,01
davon ablativ	255	25,99
- G 2 oder 3	8.996	89,35
davon brusterhaltend	6.123	68,06
davon ablativ	2.873	31,94
pN > 0	7.558	41,21
- G 1	569	7,53
davon brusterhaltend	361	63,44
davon ablativ	208	36,56
- G 2 oder 3	6.880	91,03
davon brusterhaltend	3.777	54,90
davon ablativ	3.103	45,10

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 3 - 4 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 4.903	
pT 3 - 4		
pN 0	1.308	26,68
- G 1	91	6,96
davon brusterhaltend	28	30,77
davon ablativ	63	69,23
- G 2 oder 3	1.199	91,67
davon brusterhaltend	322	26,86
davon ablativ	877	73,14
pN > 0	3.145	64,14
- G 1	107	3,40
davon brusterhaltend	15	14,02
davon ablativ	92	85,98
- G 2 oder 3	2.973	94,53
davon brusterhaltend	467	15,71
davon ablativ	2.506	84,29

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 73.806	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	64.896	87,93

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 73.806	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	16.247	22,01
3 - 6 Tage	45.910	62,20
7 - 10 Tage	8.734	11,83
11 - 14 Tage	1.769	2,40
> 14 Tage	1.146	1,55

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom und brusterhaltender Therapie (BET) bei Primärerkrankung	N = 46.646	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	12.727	27,28
3 - 6 Tage	30.510	65,41
7 - 10 Tage	2.748	5,89
11 - 14 Tage	351	0,75
> 14 Tage	310	0,66

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom und Mastektomie bei Primärerkrankung	N = 18.303	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	429	2,34
3 - 6 Tage	10.171	55,57
7 - 10 Tage	5.616	30,68
11 - 14 Tage	1.336	7,30
> 14 Tage	751	4,10

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 73.806	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)⁹		
(C50.0) Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	563	0,76
(C50.1) Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	4.848	6,57
(C50.2) Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	8.577	11,62
(C50.3) Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	4.758	6,45
(C50.4) Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	30.427	41,23
(C50.5) Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	7.010	9,50
(C50.6) Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	95	0,13
(C50.8) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	15.239	20,65
(C50.9) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	5.987	8,11

⁹ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 73.806	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	48.944	66,31
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	23.774	32,21
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	81	0,11
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	160	0,22
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	98	0,13
(07) Tod	42	0,06
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹⁰	4	0,01
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	42	0,06
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	208	0,28
(11) Entlassung in ein Hospiz	6	0,01
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	4	0,01
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	375	0,51
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	46	0,06
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹¹	22	0,03
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹²	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

¹⁰ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

¹¹ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹² für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Befund: DCIS (Primärerkrankung)

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	2.525	26,20
2. Quartal	2.384	24,74
3. Quartal	2.332	24,20
4. Quartal	2.396	24,86
Gesamt	9.637	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.637	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	18	0,19
30 - 39 Jahre	238	2,47
40 - 49 Jahre	974	10,11
50 - 59 Jahre	3.638	37,75
60 - 69 Jahre	3.129	32,47
70 - 79 Jahre	1.176	12,20
≥ 80 Jahre	464	4,81

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung mit Angabe von Werten > 0	9.637
Minimum	24,00
5. Perzentil	43,00
25. Perzentil	52,00
Median	59,00
Mittelwert	59,87
75. Perzentil	67,00
95. Perzentil	79,00
Maximum	93,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS	N = 10.369	
Erkrankung		
(1) Primärerkrankung	9.681	93,36
(2) lokoregionäres Rezidiv nach BET	601	5,80
(3) lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	68	0,66

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS, R0-Resektion, ohne präoperative Draht-Markierung und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 3.048	
Zusammenhang zwischen tastbarem Mammabefund und Nachresektion bei Fällen ohne präoperative Markierung (ultraschallgesteuerte OP unberücksichtigt)		
Mit tastbarem Befund und mindestens einer Nachresektion	35	1,15
Mit tastbarem Befund und ohne Nachresektion	452	14,83
Ohne tastbaren Befund und mindestens einer Nachresektion	151	4,95
Ohne tastbaren Befund und ohne Nachresektion	818	26,84

		Bund (gesamt)	
		n	%
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung		N = 7.515	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms			
(0) nein		3.455	45,97
(1) ja		3.917	52,12
(9) unbekannt		143	1,90

		Bund (gesamt)	
		n	%
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung		N = 7.110	
Prätherapeutischer histologischer Befund			
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe		22	0,31
(2) benigne / entzündliche Veränderung		77	1,08
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial		396	5,57
(4) malignitätsverdächtig		172	2,42
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)		6.443	90,62

		Bund (gesamt)
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)		
Anzahl Patientinnen mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung mit Angabe von Werten		7.079
Minimum		1,00
Median		28,00
Mittelwert		37,08
Maximum		361,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.681	
Histologischer Typ		
(0) nein	74	0,76
(1) ja	7.705	79,59
Grading		
(0) nein	462	4,77
(1) ja	7.317	75,58

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	N = 7.110	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	2.078	29,23
(1) ja	5.032	70,77
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	6.958	97,86
(1) ja	152	2,14

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.766	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren¹³		
(0) nein	3.835	39,27
(1) ja, durch Mammografie	4.012	41,08
(2) ja, durch Sonografie	1.726	17,67
(3) ja, durch MRT	100	1,02
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	93	0,95
Eingriffe (nach OPS)¹⁴		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	8.078	82,72
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	759	7,77
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	5	0,05
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	857	8,78

¹³ gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

¹⁴ Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.681	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	2.403	24,82
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	1.908	79,40
(2) Empfehlung zur Mastektomie	324	13,48
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	19	0,79
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	4	0,17
(6) Empfehlung zur BET	55	2,29
(9) Kombination aus 1 bis 6	93	3,87
(1) ja	7.278	75,18
Lymphknoten-Entfernung		
Brusterhaltende Therapie	5.671	77,92
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	5.304	93,53
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	249	4,39
- nur mit Lymphadenektomie	24	0,42
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	94	1,66
Mastektomie	1.607	22,08
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	521	32,42
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	829	51,59
- nur mit Lymphadenektomie	47	2,92
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	210	13,07

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 7.278	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	1.382	18,99
Therapieart und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	5.671	77,92
davon auf Wunsch der Patientin	11	0,19
Mastektomie	1.607	22,08
davon auf Wunsch der Patientin	180	11,20

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 7.278	
Morphologie (ICD-O-3)		
Duktales Carcinoma in situ (8500/2)	6.925	95,15
Intraduktales mikropapilläres Karzinom (8507/2)	27	0,37
Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom (8503/2)	114	1,57
Nichtinvasives intrazystisches Karzinom (8504/2)	78	1,07
Morbus Paget der Brust (8540/3)	98	1,35
Morbus Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom (8543/3)	36	0,49
Grading (WHO)		
(G1) Grad 1 (low grade)	1.184	16,27
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	3.086	42,40
(G3) Grad 3 (high grade)	2.538	34,87
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	470	6,46

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 7.278	
GesamttumorgroÙe		
≤ 10 mm	2.357	32,39
> 10 bis ≤ 20 mm	1.739	23,89
> 20 bis ≤ 30 mm	1.073	14,74
> 30 bis ≤ 40 mm	681	9,36
> 40 bis ≤ 50 mm	458	6,29
> 50 mm	970	13,33
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrität		
(0) nein	6.886	94,61
(1) ja	392	5,39
R0-Resektion		
(0) nein	201	2,76
(1) ja	7.053	96,91
(8) es liegen keine Angaben vor	19	0,26
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	5	0,07
Sicherheitsabstand		
(1) < 1 mm	674	9,26
(2) ≥ 1 mm bis < 2 mm	973	13,37
(3) ≥ 2 mm	5.141	70,64
(8) es liegen keine Angaben vor	265	3,64
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen an dieser Brust insgesamt für die Patientin		
(0) keine Nachoperation. R0 mit Ersteingriff erlangt	5.131	70,50
(1) 1	1.617	22,22
(2) 2	264	3,63
(3) ≥ 3	41	0,56

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 7.278	
Anzahl der Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0, die in Ihrer Einrichtung durchgeführt wurden		
(1) R0 nicht mit Ersteingriff erlangt. 1 Nachoperation	1.633	84,96
(2) 2 Nachoperationen	255	13,27
(3) ≥ 3 Nachoperationen	34	1,77

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.637	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	7.244	75,17

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.637	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	4.794	49,75
3 - 6 Tage	4.078	42,32
7 - 10 Tage	566	5,87
11 - 14 Tage	144	1,49
> 14 Tage	55	0,57

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS und brusterhaltender Therapie (BET) bei Primärerkrankung	N = 5.657	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	3.306	58,44
3 - 6 Tage	2.197	38,84
7 - 10 Tage	106	1,87
11 - 14 Tage	32	0,57
> 14 Tage	16	0,28

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS und Mastektomie bei Primärerkrankung	N = 1.599	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	73	4,57
3 - 6 Tage	966	60,41
7 - 10 Tage	423	26,45
11 - 14 Tage	106	6,63
> 14 Tage	31	1,94

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.637	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)¹⁵		
(D05.0) Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse	123	1,28
(D05.1) Carcinoma in situ der Milchgänge	8.009	83,11
(D05.7) Sonstiges Carcinoma in situ der Brustdrüse	189	1,96
(D05.9) Carcinoma in situ der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	369	3,83

¹⁵ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.637	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	6.587	68,35
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	2.939	30,50
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	13	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	18	0,19
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	≤3	x
(07) Tod	≤3	x
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹⁶	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	4	0,04
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	59	0,61
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	11	0,11
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹⁷	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹⁸	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

¹⁶ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

¹⁷ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹⁸ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Häufigkeit verschiedener Angaben zum Erreichen des R0-Status bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS (Primärerkrankung)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie und mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Primärerkrankung	N = 73.771	
R0-Resektion		
(0) nein	2.318	3,14
(1) ja	67.915	92,06
(8) es liegen keine Angaben vor	111	0,15
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	3.194	4,33

Zusammenhang Primärerkrankung, Tastbarkeit und Nachresektion

Eingeschränkte Datenvalidität des Datenfeldes "Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen". Anpassung dieses Datenfeldes für 2019 geplant.

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie und mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS und mit R0-Resektion und ohne präoperative Draht-Markierung bei Primärerkrankung	N = 35.237	
Zusammenhang zwischen tastbarem Mammabefund und Nachresektion bei Fällen ohne präoperative Markierung (ultraschallgesteuerte OP unberücksichtigt)		
Mit tastbarem Befund und mindestens einer Nachresektion	652	1,85
Mit tastbarem Befund und ohne Nachresektion	21.454	60,88
Ohne tastbaren Befund und mindestens einer Nachresektion	430	1,22
Ohne tastbaren Befund und ohne Nachresektion	4.472	12,69

Geschlechterstratifizierte Histologie und Grading (Primärerkrankung)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei weiblichen Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 86.231	
Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus		
(0) negativ	10.457	12,13
(1) positiv	55.066	63,86
(9) unbekannt	154	0,18
Grading (Elston und Ellis) (invasives Karzinom)		
(1) gut differenziert	9.574	11,10
(2) mäßig differenziert	37.999	44,07
(3) schlecht differenziert	16.752	19,43
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	1.352	1,57
Grading (WHO)		
(G1) Grad 1 (low grade)	1.173	1,36
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	3.066	3,56
(G3) Grad 3 (high grade)	2.533	2,94
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	465	0,54
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrität		
(0) nein	64.595	74,91
(1) ja	8.319	9,65
HER2-Status		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	56.873	65,95
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	8.482	9,84
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	58	0,07
(9) unbekannt	264	0,31

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei weiblichen Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 86.231	
Gesamtumorgröße		
≤ 10 mm	2.344	2,72
> 10 bis ≤ 20 mm	1.728	2,00
> 20 bis ≤ 30 mm	1.062	1,23
> 30 bis ≤ 40 mm	676	0,78
> 40 bis ≤ 50 mm	457	0,53
> 50 mm	970	1,12
Tumorgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	6.875	7,97
pT1, ypT1 (Sarkom)	14	0,02
pT1mic, ypT1mic	573	0,66
pT1a, ypT1a	3.775	4,38
pT1b, ypT1b	9.259	10,74
pT1c, ypT1c	21.451	24,88
pT2, ypT2	18.142	21,04
pT3, ypT3	3.035	3,52
pT4a, ypT4a	73	0,08
pT4b, ypT4b	1.600	1,86
pT4c, ypT4c	43	0,05
pT4d, ypT4d	91	0,11
pTX, ypTX	208	0,24

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei weiblichen Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 86.231	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	5.695	6,60
pN0(sn), ypN0(sn)	41.652	48,30
pN1mi, ypN1mi	329	0,38
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	1.339	1,55
pN1a, ypN1a	4.862	5,64
pN1(sn), ypN1(sn)	1.017	1,18
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	4.991	5,79
pN1b, ypN1b	38	0,04
pN1c, ypN1c	152	0,18
pN2a(sn), ypN2a(sn)	478	0,55
pN2a, ypN2a	2.604	3,02
pN2b, ypN2b	22	0,03
pN3a, ypN3a	1.393	1,62
pN3b, ypN3b	16	0,02
pN3c, ypN3c	23	0,03
pNX, ypNX	7.941	9,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei männlichen Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 813	
Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus		
(0) negativ	14	1,72
(1) positiv	566	69,62
(9) unbekannt	7	0,86

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei männlichen Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 813	
Grading (Elston und Ellis) (invasives Karzinom)		
(1) gut differenziert	56	6,89
(2) mäßig differenziert	392	48,22
(3) schlecht differenziert	123	15,13
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	16	1,97
Grading (WHO)		
(G1) Grad 1 (low grade)	11	1,35
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	20	2,46
(G3) Grad 3 (high grade)	5	0,62
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	5	0,62
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrität		
(0) nein	599	73,68
(1) ja	29	3,57
HER2-Status		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	526	64,70
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	53	6,52
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	0	0,00
(9) unbekannt	8	0,98
Gesamtumgröße		
≤ 10 mm	13	1,60
> 10 bis ≤ 20 mm	11	1,35
> 20 bis ≤ 30 mm	11	1,35
> 30 bis ≤ 40 mm	5	0,62
> 40 bis ≤ 50 mm	≤3	x
> 50 mm	0	0,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei männlichen Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 813	
Tumorgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	10	1,23
pT1, ypT1 (Sarkom)	0	0,00
pT1mic, ypT1mic	≤3	x
pT1a, ypT1a	18	2,21
pT1b, ypT1b	40	4,92
pT1c, ypT1c	179	22,02
pT2, ypT2	238	29,27
pT3, ypT3	20	2,46
pT4a, ypT4a	5	0,62
pT4b, ypT4b	69	8,49
pT4c, ypT4c	≤3	x
pT4d, ypT4d	≤3	x
pTX, ypTX	6	0,74

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei männlichen Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 813	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	43	5,29
pN0(sn), ypN0(sn)	288	35,42
pN1mi, ypN1mi	4	0,49
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	11	1,35
pN1a, ypN1a	82	10,09
pN1(sn), ypN1(sn)	18	2,21
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	49	6,03
pN1b, ypN1b	≤3	x
pN1c, ypN1c	4	0,49
pN2a(sn), ypN2a(sn)	6	0,74
pN2a, ypN2a	38	4,67
pN2b, ypN2b	0	0,00
pN3a, ypN3a	30	3,69
pN3b, ypN3b	0	0,00
pN3c, ypN3c	0	0,00
pNX, ypNX	53	6,52

Befund: Invasive Karzinome (Lokoregionäre Rezidive)

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	1.396	26,18
2. Quartal	1.340	25,13
3. Quartal	1.327	24,89
4. Quartal	1.269	23,80
Gesamt	5.332	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.332	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	6	0,11
30 - 39 Jahre	175	3,28
40 - 49 Jahre	475	8,91
50 - 59 Jahre	1.107	20,76
60 - 69 Jahre	1.412	26,48
70 - 79 Jahre	1.283	24,06
≥ 80 Jahre	874	16,39

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv mit Angabe von Werten > 0	5.332
Minimum	24,00
5. Perzentil	42,00
25. Perzentil	56,00
Median	66,00
Mittelwert	65,31
75. Perzentil	76,00
95. Perzentil	85,00
Maximum	100,00

Präoperative Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.362	
Erkrankung		
Lokoregionäres Rezidiv nach BET	4.208	78,48
Lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	1.154	21,52

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei invasivem Karzinom und lokoregionärem Rezidiv nach BET	N = 4.225	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren¹⁹		
(0) nein	3.324	78,67
(1) ja, durch Mammografie	233	5,51
(2) ja, durch Sonografie	572	13,54
(3) ja, durch MRT	31	0,73
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	65	1,54
Eingriffe (nach OPS)²⁰		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	1.348	31,91
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	2.032	48,09
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	121	2,86
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	483	11,43

¹⁹ gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

²⁰ Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv nach BET	N = 4.208	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	315	7,49
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	193	61,27
(2) Empfehlung zur Mastektomie	84	26,67
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	5	1,59
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	9	2,86
(6) Empfehlung zur BET	10	3,17
(9) Kombination aus 1 bis 6	14	4,44
(1) ja	3.893	92,51

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv nach BET	N = 4.208	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Aufenthalt durchgeführt (5-401.11, 5-401.12)	744	17,68
Art der erfolgten Therapie		
Brusterhaltende Therapie	1.314	31,23
Mastektomie	2.610	62,02

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei lokoregionärem Rezidiv	N = 4.961	
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	3.656	73,69
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	471	9,49
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	82	1,65
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	58	1,17
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	4	0,08

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.332	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	4.884	91,60

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.332	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	1.145	21,47
3 - 6 Tage	3.085	57,86
7 - 10 Tage	835	15,66
11 - 14 Tage	166	3,11
> 14 Tage	101	1,89

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.332	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)²¹		
(C50.0) Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	71	1,33
(C50.1) Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	361	6,77
(C50.2) Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	497	9,32
(C50.3) Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	331	6,21
(C50.4) Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	1.644	30,83
(C50.5) Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	421	7,90
(C50.6) Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	104	1,95
(C50.8) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	1.417	26,58
(C50.9) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	766	14,37
(C76.1) Bösartige Neubildung: Thorax (Axilla, intrathorakal, thorakal)	11	0,21

²¹ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.332	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	3.504	65,72
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.725	32,35
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	7	0,13
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	19	0,36
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	11	0,21
(07) Tod	≤3	x
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ²²	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	18	0,34
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	39	0,73
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	4	0,08
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ²³	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²⁴	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

²² § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

²³ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

²⁴ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion / prophylaktische Mastektomie

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	655	25,32
2. Quartal	671	25,94
3. Quartal	614	23,73
4. Quartal	647	25,01
Gesamt	2.587	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	N = 2.587	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	131	5,06
30 - 39 Jahre	472	18,25
40 - 49 Jahre	629	24,31
50 - 59 Jahre	691	26,71
60 - 69 Jahre	404	15,62
70 - 79 Jahre	197	7,61
≥ 80 Jahre	63	2,44

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion/prophylaktischer Mastektomie mit Angabe von Werten > 0	2.586
Minimum	15,00
5. Perzentil	29,00
25. Perzentil	40,00
Median	50,00
Mittelwert	50,76
75. Perzentil	60,00
95. Perzentil	75,00
Maximum	94,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle operierten Brüste	N = 108.315	
Erkrankung		
(4) ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion	1.007	0,93
(5) prophylaktische Mastektomie	1.941	1,79
(6) Fernmetastase	311	0,29

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen mit sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	N = 2.957	
Eingriffe (nach OPS)²⁵		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	550	18,60
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	793	26,82
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	16	0,54
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	1.446	48,90

²⁵ Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	N = 2.587	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	291	11,25
3 - 6 Tage	1.376	53,19
7 - 10 Tage	689	26,63
11 - 14 Tage	140	5,41
> 14 Tage	91	3,52

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion	N = 930	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	207	22,26
3 - 6 Tage	450	48,39
7 - 10 Tage	174	18,71
11 - 14 Tage	44	4,73
> 14 Tage	55	5,91

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit prophylaktischer Mastektomie	N = 1.683	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	84	4,99
3 - 6 Tage	934	55,50
7 - 10 Tage	527	31,31
11 - 14 Tage	100	5,94
> 14 Tage	38	2,26

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	N = 2.587	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.551	59,95
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	988	38,19
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	6	0,23
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	≤3	x
(07) Tod	≤3	x
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ²⁶	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	5	0,19
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	25	0,97
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ²⁷	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²⁸	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

²⁶ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

²⁷ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

²⁸ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Befund: Risikoläsionen

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	604	25,05
2. Quartal	656	27,21
3. Quartal	588	24,39
4. Quartal	563	23,35
Gesamt	2.411	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Risikoläsionen	N = 2.411	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	103	4,27
30 - 39 Jahre	170	7,05
40 - 49 Jahre	475	19,70
50 - 59 Jahre	919	38,12
60 - 69 Jahre	507	21,03
70 - 79 Jahre	189	7,84
≥ 80 Jahre	48	1,99

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit Risikoläsionen mit Angabe von Werten > 0	2.411
Minimum	12,00
5. Perzentil	31,00
25. Perzentil	47,00
Median	53,00
Mittelwert	53,60
75. Perzentil	62,00
95. Perzentil	75,00
Maximum	89,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen	N = 2.450	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	1.412	57,63
(1) ja	807	32,94
(9) unbekannt	30	1,22

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	N = 1.833	
Prätherapeutischer histologischer Befund		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	14	0,76
(2) benigne / entzündliche Veränderung	64	3,49
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	1.502	81,94
(4) malignitätsverdächtig	215	11,73
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	38	2,07

Bund (gesamt)	
Zeit zwischen Diagnostik und erstem Eingriff (Tage)	
Anzahl Patientinnen mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung mit Angabe von Werten	1.812
Minimum	1,00
Median	37,00
Mittelwert	55,80
Maximum	361,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	N = 1.833	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	919	50,14
(1) ja	914	49,86

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	N = 1.833	
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	1.808	98,64
(1) ja	25	1,36

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei Risikoläsionen	N = 2.458	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren²⁹		
(0) nein	714	29,05
(1) ja, durch Mammografie	825	33,56
(2) ja, durch Sonografie	789	32,10
(3) ja, durch MRT	43	1,75
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	55	2,24

²⁹ gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen	N = 2.450	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	71	2,90
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	41	57,75
(2) Empfehlung zur Mastektomie	10	14,08
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≤3	x
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	≤3	x
(6) Empfehlung zur BET	12	16,90
(9) Kombination aus 1 bis 6	4	5,63
(1) ja	2.347	95,80
Art der erfolgten Therapie		
Brusterhaltende Therapie	2.270	92,65
Mastektomie	133	5,43

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Risikoläsionen	N = 2.411	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 2 Tage	1.803	74,78
3 - 6 Tage	524	21,73
7 - 10 Tage	62	2,57
11 - 14 Tage	12	0,50
> 14 Tage	10	0,41

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Risikoläsionen	N = 2.411	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.818	75,40
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	572	23,72
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	9	0,37
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	≤3	x
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ³⁰	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	0	0,00
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	0	0,00
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	0	0,00
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,21
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ³¹	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ³²	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

³⁰ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

³¹ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

³² für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Befund: Benigne / entzündliche Veränderungen, ausschließlich Normalgewebe

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	2.982	25,58
2. Quartal	2.966	25,45
3. Quartal	2.979	25,56
4. Quartal	2.729	23,41
Gesamt	11.656	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	N = 11.656	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	1.810	15,53
30 - 39 Jahre	1.693	14,52
40 - 49 Jahre	2.428	20,83
50 - 59 Jahre	2.969	25,47
60 - 69 Jahre	1.579	13,55
70 - 79 Jahre	862	7,40
≥ 80 Jahre	315	2,70

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe mit Angabe von Werten > 0	11.656
Minimum	10,00
5. Perzentil	20,00
25. Perzentil	37,00
Median	49,00
Mittelwert	47,96
75. Perzentil	59,00
95. Perzentil	76,00
Maximum	97,00

Präoperative Diagnostik

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	N = 10.104	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	8.473	83,86
(1) ja	1.489	14,74
(9) unbekannt	142	1,41

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	N = 5.931	
Prätherapeutischer histologischer Befund		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	135	2,28
(2) benigne / entzündliche Veränderung	3.386	57,09
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	2.150	36,25
(4) malignitätsverdächtig	119	2,01
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	141	2,38

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	N = 12.307	
Eingriffe (nach OPS)³³		
(5-870.2*) Duktektomie	878	7,13
(5-870.6*) Lokale Destruktion	235	1,91
(5-870.7) Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser)	≤3	x
(5-870.9*) Lokale Exzision	3.605	29,29
(5-870.a*) Partielle Resektion	5.833	47,40
(5-870.x) Sonstige partielle Exzision der Mamma	64	0,52
(5-870.y) Nicht näher bezeichnete partielle Exzision der Mamma	12	0,10
(nicht 5-870.*) Sonstiger operativer Eingriff	1.799	14,62

³³ Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	N = 11.656	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 2 Tage	8.035	68,93
3 - 6 Tage	2.825	24,24
7 - 10 Tage	574	4,92
11 - 14 Tage	121	1,04
> 14 Tage	101	0,87

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	N = 11.656	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)³⁴		
(D17.1) Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	141	1,21
(D24) Gutartige Neubildung der Brustdrüse	6.683	57,34
(D48.6) Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten: Brustdrüse	1.035	8,88
(N60.0) Solitärzyste der Mamma	242	2,08
(N60.1) Diffuse zystische Mastopathie	1.345	11,54
(N60.2) Fibroadenose der Mamma	760	6,52
(N60.3) Fibrosklerose der Mamma	656	5,63
(N60.4) Ektasie der Ductus lactiferi	300	2,57
(N60.8) Sonstige gutartige Mammadysplasien	313	2,69
(N60.9) Gutartige Mammadysplasie, nicht näher bezeichnet	16	0,14
(N64.4) Mastodynie	97	0,83
(N64.5) Sonstige Symptome der Mamma	536	4,60

³⁴ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	N = 11.656	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	8.700	74,64
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	2.808	24,09
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	9	0,08
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	53	0,45
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	5	0,04
(07) Tod	≤3	x
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ³⁵	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	8	0,07
(11) Entlassung in ein Hospiz	0	0,00
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	51	0,44
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	15	0,13
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ³⁶	≤3	x
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	0	0,00
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ³⁷	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00

³⁵ § 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung

³⁶ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

³⁷ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV