

QS-Verfahren *Mammachirurgie*

Bundesqualitätsbericht 2023

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Mammachirurgie*. Bundesqualitätsbericht 2023

Ansprechperson	Lina Jürgens
Datum der Abgabe	15. August 2023
Datum aktualisierte Abgabe	25. Oktober 2023

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
--------------	------------------------------------

DATENQUELLE UND BETRACHTETER ZEITRAUM

QS-Dokumentationsdaten	Erfassungsjahr 2022
------------------------	---------------------

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	6
1 Hintergrund	7
2 Einordnung der Ergebnisse	11
2.1 Datengrundlage	11
2.2 Risikoadjustierung	12
2.3 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	13
2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	19
2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit	28
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	29
3.1 Hintergrund	29
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	29
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren	31
4 Evaluation	36
5 Fazit und Ausblick	38
Literatur	40
Anhang: Ergebnisse des QSEB	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2023).....	8
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023)	9
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023) – MC.....	12
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023)	13
Tabelle 5: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023)–MC	15
Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2023)	20
Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023).....	23
Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul MC	30
Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul MC	31
Tabelle 10: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation	41
Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022)	42
Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022).....	44
Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022).....	44
Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern – MC	48
Tabelle 15: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022).....	49
Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022).....	49
Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022)	50
Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC.....	53
Tabelle 19: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC.....	61
Tabelle 20: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC.....	62
Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC.....	63
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC	65
Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – MC.....	68

Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – MC	69
Tabelle 25: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – MC	69
Tabelle 26: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – MC	71
Tabelle 27: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – MC	72
Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – MC	73
Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – MC.....	74
Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – MC.....	76
Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – MC.....	78
Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – MC	79

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
BSNR	Betriebsstättennummer
DCIS	Ductal carcinoma in situ
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundessausschuss
HER2	human epidermal growth factor receptor 2
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
Mm-R	Mindestmengenregelungen
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
QS	Qualitätssicherung
QS MC	QS-Verfahren <i>Mammachirurgie</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
R0	kein Rest-(Residual)tumor
RKI	Robert Koch-Institut
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SLNB	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
STNV	Stellungnahmeverfahren

1 Hintergrund

Das Verfahren *Mammachirurgie (QS MC)* betrachtet die Qualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs (Mammakarzinom, Mamma-CA). Unter Brustkrebs versteht man eine bösartige Tumorerkrankung, die meist von einer Brustdrüse ausgeht. Die Symptome können vielseitig sein. Neben Knoten, Verhärtungen und Einziehungen der Brusthaut können auch wässriger, seröser oder blutiger Ausfluss, Überempfindlichkeit der Brust oder Verfärbungen der Haut auftreten.

Mit zuletzt rund 70.000 Neuerkrankungen jährlich ist Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Für das Jahr 2022 wurden vom RKI etwa 66.800 Neuerkrankungen erwartet, davon ca. 700 bei Männern. Pro Jahr sind ca. 18.000 Todesfälle auf ein Mammakarzinom zurückzuführen (RKI/DKFZ 2021).

Früherkennung, adäquate Diagnostik sowie eine stadiengerechte Therapie ermöglichen es, die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs 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 patientenseitigen Präferenzen berücksichtigt werden. Wichtige Voraussetzungen hierfür sind eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen sowie eine informierte, gemeinsame Entscheidungsfindung von Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten.

Die Indikatoren der externen Qualitätssicherung aus dem Verfahren *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. Im Auswertungsmodul *QS MC* werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 13 Qualitätsindikatoren ausgewiesen (siehe Tabelle 1). Das Indikatorenset 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 DCIS“ (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.

Die Tabellen im Bundesqualitätsbericht werden im Allgemeinen dem Auswertungsjahr zugeordnet. Das Auswertungsjahr ist das Jahr, in dem die Zusammenstellung von Auswertungen für den Jahresbericht erfolgt, die sich auf einen definierten Berichtszeitraum bezieht. Die Zuordnung der Qualitätsindikatoren zum jeweils ausgewerteten Erfassungsjahr wird in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren (AJ 2023)

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: HER2-Positivitätsrate			
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QS-Dokumentation	2022
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden			
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	QS-Dokumentation	2022
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	QS-Dokumentation	2022
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung			
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung*	QS-Dokumentation	2022
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung*	QS-Dokumentation	2022
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS*	QS-Dokumentation	2022
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QS-Dokumentation	2022
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QS-Dokumentation	2022
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QS-Dokumentation	2022
60659	Nachresektionsrate	QS-Dokumentation	2022
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QS-Dokumentation	2022

* Planungsrelevanter Qualitätsindikator

Zudem werden im Bericht auch Ergebnisse der Datenvalidierung dargestellt, die gemäß Teil 1 § 16 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien umfasst. Auffälligkeitskriterien sind Kennzahlen, die auf Mängel in der Dokumentationsqualität hinweisen. Unterschieden wird dabei zwischen 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 dieser Auffälligkeitskriterien 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 Abschnitt 2.1). Hierfür wird auch die Anzahl der gelieferten Minimaldatensätze (MDS) überprüft. Ein Minimaldatensatz enthält nur einige wenige Datenfelder und wird anstelle des regulären Datensatzes übermittelt, wenn ein Behandlungsfall als dokumentationspflichtig klassifiziert wurde, jedoch nicht für die Dokumentation in dem betroffenen QS-Verfahren geeignet ist. Im QS-Verfahren MC gibt es 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2023)

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	QS-Dokumentation
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	QS-Dokumentation
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	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

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/105/> (abgerufen am: 19.06.2023).

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

2 Einordnung der Ergebnisse

Der zweite Bundesqualitätsbericht zum QS MC gemäß der DeQS-RL enthält deskriptive Analysen und Einschätzungen der einzelnen Qualitätsindikatoren. Um eine bessere Einordnung der Ergebnisse zu gewährleisten, wird im Fließtext auch auf die jeweiligen Vorjahresergebnisse eingegangen.

Zunächst wird die Datengrundlage beschrieben (Abschnitt 2.1). Es folgt eine Erläuterung des Risikoadjustierungsmodells für die Qualitätsindikatoren der Gruppe „HER2-Positivitätsrate“ (Abschnitt 2.2). Anschließend werden die Ergebnisse des Datenvalidierungsverfahrens dargestellt und bewertet (Abschnitt 2.3). Zuletzt werden die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2022 einer Bewertung unterzogen und den Ergebnissen aus dem vorherigen Erfassungsjahr – soweit möglich – gegenübergestellt (Abschnitt 2.4).

2.1 Datengrundlage

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

Die nachfolgende Tabelle 3 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollständigkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2022 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundesweit sowohl auf Ebene der Institutskennezeichnung (IKNR) als auch auf Standortebezug ausgegeben. Auf Standortebezug wiederum wird zwischen Auswertungsstandort und entlassendem Standort unterschieden. „Auswertungsstandort“ bedeutet, dass zu diesem Standort Indikatorberechnungen erfolgten; „entlassender Standort“ bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch für die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Da die Sollstatistik für das Erfassungsjahr 2022 nur für die entlassenden Standorte vorliegt, kann auch nur für diese in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden. Für das Verfahren QS MC erfolgt die Auswertung der Auffälligkeitskriterien entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort). Die Qualitätsindikatoren des Verfahrens QS MC werden entsprechend dem entlassenden Standort ausgewertet.

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2022 von 752 entlassenden Standorten 101.324 QS-Datensätze inklusive 191 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze entspricht der erwarteten Anzahl ($n = 101.176$), die Anzahl an Leistungserbringern ebenfalls. Von Erfassungsjahr 2021 zu Erfassungsjahr 2022 wurden etwa 2.300 Datensätze

weniger übermittelt. Der Rückgang der QS-Daten wurde mit den Experten auf Bundesebene besprochen, eine Erklärung konnte jedoch nicht gefunden werden. Die Entwicklung sollte jedoch weiter beobachtet werden.

Es gab 5 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassender Standorte), die Datensätze geliefert haben, aber keine Sollstatistik.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2023) – MC

		Erfassungsjahr 2022		
		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	101324	101176	100,15
	Basisdatensatz	101133		
	MDS	191		
Anzahl Leistungserbringer auf IKNR-Ebene (gesamt)		688		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (Auswertungsstandorte) (gesamt)		745		
Anzahl Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte) (gesamt)		752	754	99,73

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. Eine 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 werden im Erfassungsjahr 2022 insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen. Von insgesamt 761 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium weisen 88 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

In Tabelle 4 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt, die sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis beziehen, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2023)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	0,39 % 252/64962 (≤ 1,79 %; 95. Perzentil)
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	0,13 % 85/65370 (≤ 0,91 %; 95. Perzentil)
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	0,73 % 526/72324 (≤ 4)
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	0,22 % 145/64962 (≤ 1,10 %; 95. Perzentil)
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	1,34 % 1121/83590 (≤ 8,25 %; 95. Perzentil)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,15 % 101324/101176 (≥ 95,00 %)
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,15 % 101324/101176 (≤ 110,00 %)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,19 % 191/101176 (≤ 5,00 %)

Das bestehende Set der Auffälligkeitskriterien hat sich vom Erfassungsjahr 2021 zum Erfassungsjahr 2022 nicht verändert. Allerdings wurde das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation nach einmaligem Aussetzen wieder ausgewertet. In Tabelle 5 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Prüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen aus den Erfassungsjahren 2021 und 2022 dargestellt. Der Anteil umfasst alle Leistungserbringer, die mindestens einen Fall in der Grundgesamtheit des entsprechenden Auffälligkeitskriteriums hatten. Zusätzlich wird auch die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, die bereits im Vorjahr rechnerisch auffällig waren

Tabelle 5: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2023)-MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
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	2022	17 von 615	2,76	3
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	60659: Nachresektionsrate	2022	8 von 618	1,29	1
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2022	18 von 613	2,94	4
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	2022	11 von 615	1,79	1
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	2022	31 von 634	4,89	8

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungs-jahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	6 von 754	0,80	0
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	3 von 754	0,40	0
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2022	8 von 754	1,06	0

Im Folgenden werden die jeweiligen Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit bzw. zur Vollzähligkeit näher beschrieben.

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Im Erfassungsjahr 2022 werden im QS-Verfahren MC 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewiesen, im Erfassungsjahr 2021 wurden dieselben AK erhoben. Beim Auffälligkeitskriterium „Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ (ID 813068) wurde der Titel für eine bessere Verständlichkeit im Erfassungsjahr 2022 geändert in: „Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“.

Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“ (ID 850363)

Dem Auffälligkeitskriterium liegt die Hypothese zugrunde, dass der HER2-Status, zwar bestimmt, aber nicht korrekt dokumentiert wurde. Die korrekte HER2-Bestimmung ist für die Indikatoren der Gruppe „HER2-Positivitätsrate“ relevant. Insgesamt wurde bundesweit bei 252 von 64.962 (0,39 %) 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 17 von 615 Leistungserbringern (2,76 %) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis festgestellt. Damit hat sich der Anteil im Vergleich zum Vorjahr (1,89 %; 12 von 634) leicht vergrößert.

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

Mit dem Auffälligkeitskriterium sollen die Angaben zur Nachresektionsrate nachvollzogen werden. Fälle mit der Angabe „unbekannt“ werden aus der Grundgesamtheit von ID 60659 ausgeschlossen. Bundesweit wurde für 85 von 65.370 Fällen keine Angabe zur R0-Resektion vorgenommen (0,13 %). Der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums ist perzentilbasiert, zusätzlich ist eine Mindestanzahl von 2 im Zähler definiert. Von den Fällen der entlassenen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom wurde für 618 Leistungserbringer das Auffälligkeitskriterium ausgelöst. 8 der Leistungserbringer (1,29 %) dokumentierten häufig „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ und haben daher ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Im Vorjahresvergleich ist eine leichte Verschlechterung der Dokumentationsqualität erkennbar, da 2021 der Anteil der Leistungserbringer, bei denen keine Angabe zu R0-Resektion vorlag, noch bei 0,94 % (6 von 637) lag.

Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer 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 72.324 Fällen in der Grundgesamtheit lagen bei 526 Fällen Diskrepanzen zwischen prä- und post-

operativen Histologiebefunden vor. Wenn ein Leistungserbringer bei 5 oder mehr Fällen eine Diskrepanz in der Dokumentation entweder in der prätherapeutischen Diagnose oder der postoperativen Histologie aufweist, wird er rechnerisch auffällig (Referenzbereich ≤ 4). Von insgesamt 613 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium haben 18 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Dies macht einen Anteil von 2,94 % aus. Im Vergleich zum Vorjahr ist das Ergebnis konstant: Im Erfassungsjahr 2021 erhielten von 630 insgesamt 15 Leistungserbringer (2,38 %) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis.

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

Mit dem Auffälligkeitskriterium soll die Angabe zum immunhistochemischen Hormonrezeptorstatus überprüft werden. Von 64.962 Fällen wurde bei 145 die Angabe „unbekannt“ dokumentiert. Dies ergibt ein Bundesergebnis von 0,22 %. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich und einer festgelegten Mindestanzahl von 2 im Zähler ergibt sich bei 11 von 615 Leistungserbringern (1,79 %) bezüglich der häufigen Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“ ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Damit sind die Ergebnisse zum Vorjahr weitgehend unverändert; 9 von 634 (1,42 %) hatten 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-0-3-Kodes 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund (ID 852000)

Von 83.590 Fällen mit Angaben zur Histologiebestimmung wurde bei 1.121 Fällen (1,34 %) ein unspezifischer ICD-0-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund angegeben. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 ergeben sich bei 31 von 634 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse (4,89 %). Somit ist der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen unverändert zum Vorjahr (4,40 %).

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Im Unterschied zur dargestellten Vollzähligkeit in Abschnitt 2.1 wird bei den Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit nicht nur der Soll-Ist-Abgleich betrachtet, sondern auch, wie viele Leistungserbringer eine gewisse Schwelle überschreiten. Die Kriterien umfassen sowohl eine Mindestfallzahl im Zähler oder Nenner als auch einen festen Referenzbereich. Somit werden nicht automatisch alle Leistungserbringer auffällig, bei denen keine 100%ige Vollzähligkeit vorlag (siehe Datengrundlage in Abschnitt 2.1). Bei den Leistungserbringern mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis in diesen Auffälligkeitskriterien soll im Stellungsverfahren eruiert werden, welche Ursachen für eine Überdokumentation, Underdokumentation oder eine erhöhte Anzahl an angelegten Minimaldatensätzen vorgelegen haben. Das letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 geprüfte „Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation“ (ID 850093) wird seit dem Erfassungsjahr 2022 wieder eingeführt. Ziel ist, eine valide Datengrundlage für die Berechnung der QI-Ergebnisse zu

gewährleisten und auch bei Unterdokumentation den Gründen nachzugehen. Die Wiedereinführung des Auffälligkeitskriteriums zur Unterdokumentation erfolgt in ihrer letztmalig zum Erfassungsjahr 2018 angewandten Form (Rechenregeln, Referenzbereiche).

Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850093)

Das Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation prüft, ob weniger Fälle für die Qualitätssicherung dokumentiert wurden (vollständige und plausible Datensätze inklusive MDS), als gemäß Sollstatistik zu erwarten waren. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\geq 95,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich für das Verfahren QS MC eine Dokumentationsrate von 100,15 %, es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 6 von 754 Leistungserbringern (0,80 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Das Auffälligkeitskriterium wurde zum Erfassungsjahr 2022 wieder eingeführt, weshalb ein Vergleich mit dem Vorjahr nicht möglich ist.

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 Sollstatistik zu erwarten waren. 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 100,15 %. Es besteht auf Bundesebene somit eine leichte Überdokumentation. Auf Leistungserbringerebene hatten 3 von 754 Leistungserbringern (0,40 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Vorjahr nicht sinnvoll.

Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS) (ID 850227)

Das Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz prüft, ob bei dokumentationspflichtigen Fällen zu viele Minimaldatensätze anstelle von regulären Datensätzen angelegt wurden. Der Referenzbereich für dieses Auffälligkeitskriterium liegt bei $\leq 5,00\%$ bei mindestens 5 gemäß Sollstatistik behandelten Fällen in der Grundgesamtheit (Mindestanzahl Nenner). Im Ergebnis zeigt sich, dass bei 0,19 % der Fälle, die gemäß Sollstatistik zu erwarten waren, ein MDS angelegt wurde. Auf Leistungserbringerebene hatten 8 von 754 Leistungserbringern (1,06 %; Zählweise auf Ebene der entlassenden Standorte) hierbei ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Der Vergleich der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr ist aufgrund der Zählweise auf IKNR-Ebene im Vorjahr nicht sinnvoll.

2.4 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

In Tabelle 6 sind für alle Qualitätsindikatoren die Bundesergebnisse mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Zusätzlich werden die Vorjahresergebnisse in der Tabelle ausgewiesen.

Tabelle 6: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2023)

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	98,21 % 71373/72674 (≥ 95,00 %)	98,10 % 72401/73807	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: HER2-Positivitätsrate				
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	0,95 8263/8680,66 (≥ 0,46; 5. Perzentil)	1,00 8480/8487,94	eingeschränkt vergleichbar
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	0,95 8263/8680,66 (≤ 1,72; 95. Perzentil)	1,00 8480/8487,94	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden				
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	95,04 % 6900/7260 (≥ 80,95 %; 5. Perzentil)	92,85 % 7709/8303	eingeschränkt vergleichbar
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	85,86 % 19685/22927 (≥ 54,43 %; 5. Perzentil)	83,94 % 19612/23364	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung				
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	99,39 % 16982/17086 (≥ 95,00 %)	99,44 % 18065/18166	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2023 (Referenzbereich)	Bundesergebnis AJ 2022	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	98,99 % 29257/29557 (≥ 95,00 %)	98,90 % 28705/29025	eingeschränkt vergleichbar
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	x % ≤3/6892 (Sentinel Event)	0,09 % 6/6982	eingeschränkt vergleichbar
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	3,35 % 178/5309 (≤ 5,00 %)	4,17 % 228/5465	eingeschränkt vergleichbar
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	96,99 % 29681/30602 (≥ 90,00 %)	97,11 % 31409/32343	eingeschränkt vergleichbar
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	1,92 % 948/49427 (≤ 7,69 %; 95. Perzentil)	2,54 % 1328/52187	eingeschränkt vergleichbar
60659	Nachresektionsrate	10,66 % 6246/58614 (≤ 20,77 %; 95. Perzentil)	10,67 % 6370/59710	eingeschränkt vergleichbar
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	99,48 % 61347/61665 (≥ 97,82 %; 5. Perzentil)	99,46 % 62021/62355 s	eingeschränkt vergleichbar

Im Erfassungsjahr 2021 waren keine Überlieger im Auswertungsdatenpool enthalten, da aufgrund des Richtlinienwechsels von der QSKH- zur DeQS-RL ein Leistungserbringer-Mapping nicht möglich war. Diese sind nun im Auswertungsdatenpool des Erfassungsjahres 2022 wieder enthalten. Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Zusammensetzung der betrachteten Patienten-Grundgesamtheit im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 hierdurch relevant beeinflusst wird, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2022 mit den Ergebnissen des Vorjahres als nur eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

In Tabelle 7 ist für alle Qualitätsindikatoren der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen für das Erfassungsjahr 2021 dargestellt. In der Spalte „Anzahl“ wird dargestellt, wie viele von allen Leistungserbringern rechnerisch auffällig waren.

Tabelle 7: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2023)

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	2022	71 von 619	11,47	17
		2021	84 von 637	13,19	_*
Gruppe: HER2-Positivitätsrate					
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	2022	46 von 533	8,63	12
		2021	64 von 566	11,31	_*
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	2022	50 von 533	9,38	11
		2021	49 von 566	8,66	_*
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden					
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	2022	40 von 456	8,77	9
		2021	41 von 470	8,72	_*
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	2022	64 von 527	12,14	35
		2021	93 von 560	16,61	_*

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung					
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	2022	15 von 476	3,15	2
		2021	17 von 492	3,46	-*
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	2022	39 von 526	7,41	7
		2021	41 von 523	7,84	-*
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	2022	3 von 476	0,63	1
		2021	6 von 488	1,23	-*
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	2022	96 von 459	20,92	42
		2021	117 von 469	24,95	-*
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2022	48 von 571	8,41	9
		2021	55 von 586	9,39	-*
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	2022	44 von 591	7,45	8
		2021	53 von 613	8,65	-*

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
60659	Nachresektionsrate	2022	44 von 602	7,31	12
		2021	46 von 624	7,37	-*
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	2022	50 von 610	8,20	15
		2021	57 von 627	9,09	-*

* Da das Verfahren erst seit dem EJ 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann an dieser Stelle kein Ergebnis ausgegeben werden.

Das bestehende Qualitätsindikatorenset und die Rechenregeln wurden vom Erfassungsjahr 2021 zu 2022 nicht verändert.

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 $98,21\%$ und ist gegenüber dem Vorjahr nahezu gleichbleibend (2021: $98,10\%$); hieraus lässt sich für Deutschland eine sehr gute Versorgungsqualität ableiten. Für das Erfassungsjahr 2022 gibt es bei 619 Leistungserbringern 71 mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen; das macht einen Anteil von $11,47\%$ aus. Unterscheidet man das Bundesergebnis zwischen den Geschlechtern, fällt auf, dass das Ergebnis für Patienten ($93,99\%$) signifikant schlechter ausfällt als das Ergebnis bei Patientinnen ($98,24\%$). Während sich das Bundesergebnis bei Patientinnen über die letzten Jahre stetig verbessert, stagniert es bei Patienten.

Der Sentinel-Event-Indikator **„Primäre Axilladisektion bei DCIS“ (ID 2163)** bildet die Anzahl der bei der Krebsvorstufe DCIS durchgeführten Axilladisektionen ab. Rückblickend ist seit der Einführung des Indikators eine sinkende Rate nicht indizierter bzw. nicht leitliniengerechter Axilladisektionen bei DCIS erkennbar. Im Erfassungsjahr 2021 lag das Bundesergebnis bei $0,09\%$; für das Erfassungsjahr 2022 kann aufgrund einer Fallzahl ≤ 3 keine Ergebnisdarstellung erfolgen.

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 Axilladisektion erfolgt. Im Erfassungsjahr 2022 lag das Bundesergebnis bei $96,99\%$. Rückblickend ist es auf einem gleichbleibend sehr guten Niveau: Im Erfassungsjahr 2021 lag es bei etwa $97,11\%$. In der geschlechterspezifischen Unterscheidung ist zu erkennen, dass das Ergebnis von Patienten mit $93,55\%$ unterhalb des Ergebnisses von Patientinnen liegt ($97,02\%$).

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-Rezeptor, der sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet. Solche Zellen 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. Fehlbestimmungen könnten aufgrund der auf dem HER2-Status basierenden Therapieentscheidung zu einer relevanten Unter- oder Überversorgung von Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Einfluss auf die Morbidität bzw. Mortalität führen. Voraussetzung für eine angemessene Tumorbehandlung ist somit die leitliniengerechte und qualitätsgesicherte Bestimmung des HER2-Status. Die Indikatoren der Gruppe sind risikoadjustiert (vgl. Abschnitt 2.2); auf diesem Weg 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 $\geq 0,46$ (5. Perzentil) und der Indikator **„HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate“** (ID 52278) einen von $\leq 1,72$ (95. Perzentil). Beide Indikatoren befinden sich derzeit noch in einer prolongierten Erprobungsphase.

Der Indikator **„Nachresektionsrate“** (ID 60659) erfasst die Anzahl von Patientinnen und Patienten, die eine oder mehrere Nachresektionen pro Brust erhalten haben, und betrachtet dabei die Behandlung im Rahmen der Primärerkrankung eines invasiven Mammakarzinoms. Qualitätsziel des Indikators ist es, möglichst häufig einen tumorfreien Resektionsrand (R0-Resektion) beim operativen Ersteingriff zu erreichen. 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 2022 bei $\leq 20,77\%$ (95. Perzentil). Das Bundesergebnis ist in den letzten beiden Jahren unverändert (2021: 10,67 %; 2022: 10,66 %).

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 werden Patientengruppen danach unterschieden, ob bei ihnen Tumore mit oder ohne Mikrokalk vorliegen. 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 $\geq 80,95\%$ (5. Perzentil), beim Indikator **„Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk“** (ID 212001) liegt der Referenzbereich bei $\geq 54,43\%$ (5. Perzentil). Beide Referenzbereiche haben sich im Vergleich zum Vorjahr (ID 201200: 73,23 %; ID 212001: 52,50 %) verbessert. Während sich der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse bei ID 212000 kaum verändert hat (2022: 8,77 %; 40 von 456; 2021: 8,72 %; 41 von 470), ist bei ID 212001 eine Verbesserung zu beobachten (2022: 12,14 %; 64 von 527; 2021: 16,61 %; 93 von 560).

Die Gruppe **„Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung“** mit 2 planungsrelevanten Qualitätsindikatoren hat das Ziel, dass bei möglichst vielen Eingriffen mit intraoperativer Präparatradiografie bzw. intraoperativer Präparatsonografie die präoperative Drahtmarkierung mithilfe von **Mammografie** (ID 52330) oder **Sonografie** (ID 52279) durchgeführt wird. 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: 99,39 % und ID 52279: 98,99 %). Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2021 weisen sie konstante Bundesergebnisse (ID 52330: 99,44 %; ID 52279: 98,90 %) auf. Ein Stellungsverfahren aufgrund rechnerisch auffälliger Ergebnisse wird für das Erfassungsjahr 2022 beim Qualitätsindikator 52330 bei 3,15 % (15 von 476) der Leistungserbringer erfolgen und beim Qualitätsindikator 52279 bei 7,41 % (39 von 526).

Der Qualitätsindikator **„Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719)** hat zum Ziel, dass möglichst wenig axilläre Lymphknotenentnahmen bei Patientinnen und Patienten bei DCIS und brusterhaltender Therapie durchgeführt werden. Im Erfassungsjahr 2021 war der Referenzbereich erstmalig bei $\leq 5,00\%$ festgesetzt; zuvor wurde er verteilungsabhängig über das 80. Perzentil bestimmt. Im Erfassungsjahr 2022 lag das Bundesergebnis bei $3,35\%$ und war damit etwas besser als im Vorjahr ($4,17\%$).

Der Qualitätsindikator **„Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370)** soll prüfen, ob zwischen Diagnosestellung und Behandlungsbeginn ein ausreichend großes Zeitfenster – mindestens 7 Tage – besteht, sodass die betroffenen Patientinnen und Patienten sich einerseits auf die neue Situation einstellen sowie mit ärztlicher Beratung und Aufklärung angemessen und individuell entscheiden können, welche Behandlung sie wünschen, und andererseits alle notwendigen Befunde fertiggestellt werden können. Der verteilungsabhängige Referenzbereich für diesen Indikator wird über das 95. Perzentil bestimmt und liegt im Erfassungsjahr 2022 bei $\leq 7,69\%$. Das Bundesergebnis hat sich von $2,54\%$ im Erfassungsjahr 2021 auf $1,92\%$ im Erfassungsjahr 2022 erneut verbessert. Der zeitliche Abstand zwischen Diagnose und Operation liegt im Durchschnitt bei 27 Tagen, wobei $21,74\%$ der Patientinnen und Patienten ab 42 Tage nach Diagnosestellung operiert werden. Im Vergleich zum Vorjahr ist hier eine Verlängerung der Dauer zwischen Diagnose und Therapie zu beobachten. Im Erfassungsjahr lag der Median bei 23 Tagen.

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 2022 bei $\geq 97,82\%$. Der Indikator zeigt seit Jahren sehr gute Ergebnisse. Im Erfassungsjahr 2022 lag das Ergebnis bei $99,48\%$ und 2021 bei $99,46\%$.

2.5 Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit

Für dieses QS-Verfahren wurden für das Erfassungsjahr 2022 keine Qualitätsindikatoren mit potenziell besonders verbreitetem Qualitätsdefizit festgestellt.

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL im Jahr 2022 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2021 bezogen. Das in den in diesem Kapitel sowie im Anhang dargestellten Tabellen angegebene Auswertungsjahr ist hier das Auswertungsjahr 2022, d. h. das Jahr, in dem die Jahresauswertung erstellt wurde, zu dem hauptsächlich das Stellungnahmeverfahren geführt wurde, über das an dieser Stelle berichtet wird. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß Teil 1 § 19 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

Das Verfahren QS MC wird seit dem Erfassungsjahr 2021 unter der DeQS-RL geführt und dementsprechend erstmalig im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 17 DeQS-RL behandelt.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Datenvalidierung gemäß § 16 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2021 wurden im Verfahren QS MC insgesamt 8 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie zur Vollzähligkeit geprüft, zu denen 4644 Ergebnisse ermittelt wurden. Wie in Tabelle 8 wiedergegeben, lagen bei 1,59 % Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse vor. Bei 66 Leistungserbringern wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet, bei 8 Leistungserbringern wurde keines durchgeführt. Von den 66 eingeleiteten schriftlichen Stellungnahmeverfahren ist eines noch nicht abgeschlossen, sodass eine Bewertung mit „Sonstiges“ erfolgte. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 46 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf die Anzahl der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ($n = 74$) einem Anteil von 0,26 % entspricht.

Der Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen, gemessen an den gesamten rechnerisch auffälligen Ergebnissen, liegt bei 25,68 % (19 von 74). Bei 62,16 % (46 von 74) der Stellungnahmen gab es die Bewertung „qualitativ auffällig“. Die 74 rechnerisch auffälligen Ergebnisse verteilen sich auf 2 Leistungserbringer, die in 2 Auffälligkeitskriterien, auf 65 Leistungserbringer, die in je einem Auffälligkeitskriterium, und einen Leistungserbringer, der in 3 oder mehr Auffälligkeitskriterien

rechnerisch auffällige Ergebnisse zeigte. Insgesamt wurde dreimal eine Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Für das Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kodes 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund“ (ID 852000) wurde die „Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien“, für weitere 2 Auffälligkeitskriterien wurden „sonstige Maßnahmen“ eingeleitet.

Das Auffälligkeitskriterium „Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ (ID 81306) weist am meisten qualitativ auffällige Ergebnisse auf. Bei 8 von 15 Leistungserbringern (53,33 %) lag ein qualitativ auffälliges Ergebnis vor, wobei für 3 kein Stellungnahmeverfahren eingeholt und nur bei 12 von ihnen schriftlich angefragt wurde. Das Auffälligkeitskriterium weist auf fehlende Sorgfalt bei der Dokumentation der prä- oder posttherapeutischen Histologie hin, wodurch es zu Ungenauigkeiten in der Grundgesamtheit mehrerer Qualitätsindikatoren kommen kann.

Tabelle 8: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul MC

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	4644	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	74	1,59
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	74	100
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	8	10,81
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	66	89,19
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	66	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	19	25,68
Bewertung als qualitativ auffällig	46	62,16
Sonstiges	1	1,35

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	3	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Bei den aktuell berichteten Ergebnissen zur Überdokumentation kann es im Vergleich zum Vorjahr für einzelne Verfahren zu minimalen Abweichungen kommen. Dies ist ursächlich auf eine technische Umsetzungsproblematik zurückzuführen. Durch die Automatisierung dieses Prozesses wurde die Problematik bereits in diesem Jahr behoben.

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Für das Verfahren QS MC wurde zum Erfassungsjahr 2021 erstmalig das Stellungnahmeverfahren gemäß Teil 1 § 17 DeQS-RL durchgeführt (Tabelle 9). Die Übersicht über Auffälligkeiten zum Auswertungsjahr 2022 weist von 7.221 Indikatorergebnissen in 13 Indikatoren insgesamt 723 (10,1 %) rechnerisch auffällige Ergebnisse aus. Seit dem Erfassungsjahr 2017 wird bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Bei rechnerischen Auffälligkeiten dieser Qualitätsindikatoren findet ein Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL über Maßnahmen statt. Der vorliegende Bericht bezieht sich daher auf die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens der DeQS-RL.

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im Modul MC

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7221	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	723	10,01
davon ohne QSEB-Übermittlung*	27	3,73
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	696	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	696	100
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0
Hinweis auf Best Practice (Schlüsselwert 4)	0	0

	Auswertungsjahr 2022	
	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	210	30,17
Stellungnahmeverfahren eingeleitet** (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	486	69,83
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	486	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	0,82
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	0,21
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (Auffällige Ergebnisse ohne Best Practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	324	46,55
Bewertung als qualitativ auffällig	129	18,53
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	25	3,59
Sonstiges	7	1,01
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1**	65	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Für statistisch auffällige Ergebnisse der plan. QI werden keine QSEB-Daten übermittelt

** Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

Für 27 (13,73 %) auffällige Ergebnisse hat keine Übermittlung der QSEB-Datensätze stattgefunden. Bei den übrigen 696 liegt ein rechnerisch auffälliges Ergebnis vor. In rund 30 % der Fälle (n = 210, 30,17 %) wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet, in einem Fall war es bei Datenübermittlung noch nicht abgeschlossen. Somit wurden 486 Stellungnahmen schriftlich vorgelegt. Insgesamt wurde 65 Mal eine Maßnahmenstufe 1 eingeleitet. Ein Bundesland hat für 6 Leistungserbringer eine Maßnahmenstufe 1 festgelegt, aber die konkrete Maßnahme nicht übermittelt. Bei 14 Leistungserbringern wurden 2 oder mehr Maßnahmen festgelegt. Bei 4 der eingeleiteten Stellungnahmeverfahren wurden neben einer schriftlichen Erläuterung auch Gespräche mit dem jeweiligen Leistungserbringer durchgeführt.

Begründet wurden die nicht durchgeführten Stellungnahmeverfahren in 44,29 % der Fälle (93 von 210) vor dem Hintergrund der zukünftigen Mindestmengenregelung (Mm-R) damit, dass bei dem Leistungserbringer lediglich eine kleine Fallzahl vorliege. 39,52 % (83 von 210) der Stellungnahmen

wurden nicht eingeleitet, weil eine Abweichung vom Referenzbereich um nur einen Fall vorgelegen hat. 12,86 % der Stellungnahmen (27 von 210) wurden aufgrund statistischer, methodischer oder inhaltlicher Gründe nicht durchgeführt. 2,86 % der nicht durchgeführten Stellungnahmen (6 von 210) sind auf die Indikatoren der Gruppe HER-Positivitätsrate zurückzuführen. Hier führt das jeweilige Bundesland nur bei einer Auffälligkeit, die über zwei Jahre hinweg auftritt, ein Stellungnahmeverfahren durch. In einem Fall (0,48 %) hat ein Cyberangriff dazu geführt, dass keine Stellungnahme erfolgte. In 46,55 % (324 von 696) wurde eine qualitativ unauffällige Bewertung vorgenommen. 18,53 % (n = 129) der Leistungserbringer erhielten eine Bewertung als qualitativ auffällig. Bei 3,59 % (n = 25) war eine Bewertung aufgrund fehlerhafter Dokumentation nicht möglich. Für 1,01 % (n = 7) wurden sonstige Gründe angegeben.

Betrachtet man die Auffälligkeiten über alle Qualitätsindikatoren hinweg, ist zu erkennen, dass 4 von 13 Qualitätsindikatoren (ID 51846, 212000, 212001, 50719) mehr als die Hälfte der qualitativ auffälligen Ergebnisse beinhalten. Als Begründung für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden für diese 4 Indikatoren in etwas mehr als 35 % der Bewertungen Prozess- und Strukturängel angegeben. Gerade wenn die bestehende S3-Leitlinie nicht in die Prozesse etabliert war, kam es zu solchen Auffälligkeiten.

Fast die Hälfte der Leistungserbringer weist mehrfach rechnerische Auffälligkeiten auf. 141 Leistungserbringer sind in mehreren Qualitätsindikatoren (≥ 3) auffällig, 201 weisen Auffälligkeiten in 2 Qualitätsindikatoren auf. Die übrigen 354 Leistungserbringer sind nur in einem Qualitätsindikator rechnerisch auffällig.

Für den Qualitätsindikator **„Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846)** wurden im Stellungnahmeverfahren 13,19 % der Leistungserbringer (84 von 637) rechnerisch auffällig. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens haben 2,38 % der Leistungserbringer (16 von 637) ein qualitativ auffälliges Ergebnis. 13 von insgesamt 84 Leistungserbringern erhielten ein auffälliges Ergebnis aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln, 2 weitere konnten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit vorlegen. In einem Fall führten sonstige Gründe zum qualitativ auffälligen Ergebnis.

Beim Qualitätsindikator **„Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (ID 51847)** wurde bei 9,39 % (55 von 586) für das Erfassungsjahr 2021 ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Insgesamt 18,18 % der Leistungserbringer (10 von 55) haben ein qualitativ auffälliges Ergebnis erhalten. Ein Großteil der Auffälligkeiten (10,91 %; 6 von 55) sind auf Struktur- und Prozessmängel zurückzuführen. Für das Erfassungsjahr 2022 wird bei 8,41 % (48 von 571) der Leistungserbringer ein Stellungnahmeverfahren durchzuführen sein.

Die rechnerisch auffälligen Ergebnisse der Indikatorengruppe **„HER2-Positivitätsrate“** verteilen sich für das Erfassungsjahr 2022 wie folgt:

- **„HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate (ID 52267)“**: Von den 533 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator kam es bei 46 Leistungserbringern zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen; das macht einen Anteil von 8,63 % aus.

- **„HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate (ID 52278)“:** Von den 533 Leistungserbringer mit Fällen in diesem Indikator kam es bei 50 Leistungserbringern zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen, was einem Anteil von 9,38 % entspricht.

Beim Indikator **„Nachresektionsrate“ (ID 60659)** ist es bei 44 von 602 Leistungserbringern zu rechnerisch auffälligen Ergebnissen gekommen; dies macht einen Anteil von 7,31 % aus. Damit ist der Anteil der rechnerisch auffälligen Ergebnisse weitgehend gleichbleibend zum Vorjahr (7,37 %; 46 von 624). Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens sind 1,76 % der Leistungserbringer (11 von 624) als qualitativ auffällig bewertet worden. Meist lagen Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel vor (17,39 %; 8 von 46).

Die Qualitätsindikatoren aus der Gruppe **„Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden“** haben die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse. Hinsichtlich der im Stellungnahmeverfahren vorgenommenen Bewertungen ist ID 212001 der Qualitätsindikator mit den meisten qualitativ auffälligen Ergebnissen (4,29 %; 24 von 560). Wie auch bei anderen Indikatoren überwiegt hier der Anteil an Leistungserbringern, die aufgrund von Hinweisen auf Struktur- und Prozessmängel als qualitativ auffällig bewertet wurden (13,98 %; 13 von 93). Da für diese QI-Gruppe erstmalig ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde, muss zunächst die weitere Entwicklung beobachtet werden.

Bei der Gruppe **„Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung“** gab es im Stellungnahmeverfahren für das Erfassungsjahr 2021 bei ID 52330 kein qualitativ auffälliges Ergebnis und bei ID 52279 lediglich eins.

Auch der Qualitätsindikator **„Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719)** hat einen großen Anteil an qualitativ auffälligen Ergebnissen. Im Erfassungsjahr 2022 haben hier von 459 Leistungserbringern 96 mindestens ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, was einen Anteil von 20,92 % ausmacht. Im Vergleich zum Vorjahr (24,95 %; 117 von 469) hat sich das Ergebnis leicht verbessert. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens haben 47,01 % (55 von 117) Leistungserbringer ein unauffälliges Ergebnis erhalten. Ein Großteil (36,75 %; 43 von 117) der rechnerischen Auffälligkeiten ließ nicht durch Einzelfälle erklären. Insgesamt 13,68 % der Leistungserbringer mit rechnerischer Auffälligkeit (16 von 117) erhielten ein qualitativ auffälliges Ergebnis.

Bei dem Qualitätsindikator **„Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370)** sind im Erfassungsjahr 2022 44 von 591 Leistungserbringern für das Stellungnahmeverfahren vorgesehen; dies entspricht einem Anteil von 7,45 %. Für das Erfassungsjahr 2021 wurde bei 53 der 613 (8,64 %) Leistungserbringer das Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Ein qualitativ auffälliges Ergebnis haben 1,31 % der Leistungserbringer (8 von 613) erhalten.

Der Indikator **„Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (ID 211800)** hat insgesamt gute Ergebnisse. Von 610 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Indikator haben 50 Leistungserbringer rechnerisch auffällige Ergebnisse. Dieser Anteil von 8,20 % wird im Stellungnahmeverfahren abschließend bewertet. Der

Anteil der Leistungserbringer mit einem rechnerisch auffälligen Ergebnis sind im Vorjahresvergleich unverändert. Für das Erfassungsjahr 2021 haben von 627 Leistungserbringern 57 (9,09 %) das Stellungnahmeverfahren durchlaufen. Von ihnen wurden 3,42 % (18 von 627) als qualitativ unauffällig bewertet, und 3,61 % (19 von 627) haben eine qualitativ auffällige Bewertung erhalten. 21,05 % (12 von 57) haben das auffällige Ergebnis aufgrund vorliegender Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel erhalten.

Wie Tabelle 7 zu entnehmen ist, gibt es in allen Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS MC* Leistungserbringer, die bereits zum Erfassungsjahr 2021 rechnerische auffällige Ergebnisse aufweisen. In dem Indikator „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk“ (ID 212001) gab es 35 Leistungserbringer, die zum wiederholten Male auffällig geworden sind. Da dieser Indikator 2021 allerdings im ersten Jahr der Anwendung war, sollte die Entwicklung weiter beobachtet werden. In dem Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846) wiesen 17 Leistungserbringer eine wiederholte rechnerische Auffälligkeit auf.

Mehrfache qualitative Auffälligkeiten traten bei 39 Leistungserbringern auf. Das bedeutet, dass bei 39 Leistungserbringern in 2 oder mehr Qualitätsindikatoren von insgesamt 13 Indikatoren ein Qualitätsproblem bestätigt wurde. 90 Leistungserbringer haben nach dem Stellungnahmeverfahren in einem Qualitätsindikator ein qualitativ auffälliges Ergebnis.

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (Teil 1 § 20 Satz 3 DeQS-RL). Des Weiteren soll, „[...] sobald eine ausreichende Datengrundlage vorliegt [...]“, eine empirische Abschätzung über das Ausmaß des Verbesserungspotenzials vorgenommen sowie „[...] die Zielerreichung näher quantifiziert [...]“ werden (Teil 2 Verfahren 9 (QS MC) § 2 Abs. 5 DeQS-RL). Beides zusammen bildet die Grundlage für die Entscheidung über den weiteren Fortgang des Verfahrens im Rahmen der abschließenden Bewertung. Wie diese gestaltet werden soll, ist in den Tragenden Gründen lediglich cursorisch aufgeführt. Über die genaue Form und Konzeption einschließlich Zieldefinitionen wird der G-BA in Zusammenarbeit mit dem Institut nach § 137a SGB V noch entscheiden.

Vorgaben zur fortlaufenden Evaluation im jährlichen Bundesqualitätsbericht werden nicht näher definiert. Um die Evaluationsergebnisse jedes Jahres sinnvoll für eine Bewertung des gesamten Verfahrens zum 30. Juni 2026 effizient nutzen zu können, hat das IQTIG ein über die Jahre hinweg gleich strukturiertes Vorgehen empfohlen. Für die fortlaufende Evaluation sollen der Status quo der Umsetzung, Prozessprobleme sowie verfahrenstechnische Rückmeldungen aus den Ländern erfasst und berichtet werden. Dies erfolgt mithilfe einer Konsultation der Stakeholder (im Sinne einer multiperspektivischen Prozessbeurteilung), um Probleme frühzeitig zu erkennen und Verfahrenselemente ggf. anpassen zu können. Die Teilnahme an der Evaluation erfolgt für die LAG auf freiwilliger Basis.

Die Rückmeldungen aus den Bundesländern werden jährlich im Rahmen einer strukturierten Abfrage über eine vordefinierte Excel-Datei erfasst. Die LAG sollen bei der Beantwortung der Evaluationsfragen auch die Rückmeldungen der jeweiligen Fachkommission auf Landesebene sowie der Leistungserbringer (Krankenhäuser, Vertragsärztinnen und Vertragsärzte) berücksichtigen. Die Evaluationsfragen beinhalten folgende Dimensionen:

- Einschätzung von **Prozessen** (Erfassung, Spezifikation, Export, Plausibilisierung etc.)
- Einschätzung zu **Indikatoren und Ergebnissen** (Indikatorergebnisse, qualitätssichernde Maßnahmen, Rechenregeln etc.)
- Einschätzungen zu **sonstigen Themen**

Die erhobenen Informationen zu den Prozessen auf Landesebene und die Rückmeldungen der Leistungserbringer und Fachkommissionen werden im Anschluss zusammengeführt und ausgewertet. Unter anderem dienen diese Rückmeldungen der Landesebene dem IQTIG dazu, etwaigen Verbesserungsbedarf bei den Prozessen des QS-Verfahrens zu erkennen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Für das Erfassungsjahr 2022 haben 2 der insgesamt 16 LAG² die Evaluationsfragen beantwortet und die Antworten an das IQTIG übermittelt. Es wurde u. a. darauf hingewiesen, dass multiple maligne Neoplasien aus unterschiedlichen Histologiegruppen nicht korrekt dokumentiert werden könnten; dies betreffe z. B. den ICD-Kode 8507/3 für das invasive mikropapilläre Mammakarzinom. Hierbei handele es sich um eine genetisch und morphologisch eigenständige Entität, die einem anderen Schlüssel nicht ohne Weiteres zugeordnet werden könne, da auch die Prognose und davon abgeleitete therapeutische Konsequenzen berücksichtigt werden müssten. Das IQTIG weist diesbezüglich darauf hin, dass dieser ICD-Kode sowie die ICD-Kodes „8509/2 Solides papilläres Carcinoma in situ“, „8509/3 Solides papilläres Karzinom mit Invasion“ und „8519/2 Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ“ bereits in den prospektiven Rechenregeln 2024 in der ICD-O-Liste ergänzt wurden. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass für die korrekte Bewertung eines Standortes die rechnerisch auffälligen Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren relevant seien. Statistisch auffällige Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren würden erst berücksichtigt, wenn ggf. qualitätsfördernde Maßnahmen zu ergreifen sind. Kritisiert wird, dass zwei getrennte Prozesse (gem. DeQS-RL sowie gem. plan. QI-RL) stattfänden und so der Gesamteindruck zu den betreffenden Standorten verloren gehe.

Die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens nach DeQS-RL werden stetig für die Verfahrenspflege genutzt.

² Baden-Württemberg und Sachsen haben den Evaluationsfragebogen übermittelt.

5 Fazit und Ausblick

Im Verfahren QS MC wurden im Erfassungsjahr 2021 insgesamt 13 Qualitätsindikatoren berechnet. Die Anzahl der Leistungserbringer hat sich vom Jahr 2018 mit 844 auf 745 im Jahr 2022 verringert, wobei sich die dokumentierten Fallzahlen von Mammakarzinomen gleichermaßen verringert haben (EJ 2018: 106.628; EJ 2022: 101.324).

Grundsätzlich zeigt sich bei der Betrachtung der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2022 im Verfahren QS MC das stabile Bild einer guten Versorgungsqualität. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unterscheiden sich vom 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 sie bei Patienten weitgehend konstant. Die Qualitätsindikatoren mit ausreichender Fallzahl (ID 51846, 51847 und 60659) zeigen in ihren Ergebnissen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und erreichen das Qualitätsziel in unterschiedlichem Grad. Dieser Zustand wurde mit den Expertinnen und Experten auf Bundesebene beraten und kann damit begründet werden, dass bei Patienten der Brustkrebs nicht frühzeitig als solcher erkannt wird und die Behandlung daher in einer fachfremden Abteilung erfolgt. Dies kann dann zur Folge haben, dass die Behandlung bei einem Leistungserbringer bzw. bei einer Fachabteilung erfolgt, der oder die weniger Erfahrung in der Behandlung eines Mammakarzinoms hat und die Therapieempfehlungen der S3-Leitlinie für „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms“ (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2021) möglicherweise nicht korrekt umsetzt. Die Veröffentlichung „Werden Männer und Frauen mit Brustkrebs in Deutschland gleichbehandelt?“ (Dippmann et al. 2020) unterstützt diese Annahme und kommt zu dem Ergebnis, dass insbesondere bei der Behandlungsdokumentation durch chirurgische bzw. plastisch-chirurgische Fachabteilungen Unterschiede zu gynäkologischen Kliniken und Brustzentren bestehen.

Betrachtet man die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Fallzahlabhängigkeit, kann festgestellt werden, dass Leistungserbringer mit einer geringen Fallzahl die definierten Qualitätsziele häufiger nicht erreichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der Anpassung in der Mindestmengenregelung (Mm-R) 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.

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 wird und ein interdisziplinärer Ansatz in entsprechenden Strukturen erfolgt, um die Versorgungsqualität noch weiter zu verbessern.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe (QS DEK)* sowie *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Bericht ist dem G-BA bis zum 15. März 2024 vorzulegen. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung vorgesehen.

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.

Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften], DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] und DKH [Deutschen Krebshilfe] (2021): AWMF-Registernummer 032-0450L. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.4. Stand: Juni 2021. Berlin: AWMF. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-0450L_S3_Mammakarzinom_2021-07.pdf (abgerufen am: 08.11.2022).

RKI [Robert Koch-Institut]; DKFZ [Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums] (2021): Brustdrüse. Kapitel 3.17. In: RKI; GEKID [Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland]: *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).

Anhang: Ergebnisse des QSEB

Tabelle 10: Einstufungsschema für rechnerische Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens nach QSEB-Spezifikation

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung	Geltungsbereich
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	60	Korrekte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ unauffällig)	AK
		61	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)	QI
		62	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	QI
		63	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	70	Fehlerhafte Dokumentation wird bestätigt (qualitativ auffällig)	AK
		71	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel	QI
		72	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	Unvollständige oder falsche Dokumentation	QI
		81	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	QI
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI
S	Sonstiges	92	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden	QI/AK
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)	QI/AK

Tabelle 11: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit											
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	12 / 634 (1,89 %)	0	0 / 12 (0,00 %)	0 / 634 (0,00 %)	4 / 12 (33,33 %)	4 / 634 (0,63 %)	8 / 12 (66,67 %)	8 / 634 (1,26 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 634 (0,00 %)
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	6 / 637 (0,94 %)	1	0 / 6 (0,00 %)	0 / 637 (0,00 %)	3 / 6 (50,00 %)	3 / 637 (0,47 %)	2 / 6 (33,33 %)	2 / 637 (0,31 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 637 (0,00 %)
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	15 / 630 (2,38 %)	3	0 / 15 (0,00 %)	0 / 630 (0,00 %)	3 / 15 (20,00 %)	3 / 630 (0,48 %)	8 / 15 (53,33 %)	8 / 630 (1,27 %)	1 / 15 (6,67 %)	1 / 630 (0,16 %)
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	9 / 634 (1,42 %)	0	0 / 9 (0,00 %)	0 / 634 (0,00 %)	3 / 9 (33,33 %)	3 / 634 (0,47 %)	6 / 9 (66,67 %)	6 / 634 (0,95 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 634 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im AK (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	29 / 659 (4,40 %)	4	0 / 29 (0,00 %)	0 / 659 (0,00 %)	4 / 29 (13,79 %)	4 / 659 (0,61 %)	21 / 29 (72,41 %)	21 / 659 (3,19 %)	0 / 29 (0,00 %)	0 / 659 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit											
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / 725 (0,00 %)	0	0 / - (-)	0 / 725 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 725 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 725 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / 725 (0,00 %)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	3 / 725 (0,41 %)	0	0 / 3 (0,00 %)	0 / 725 (0,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 725 (0,28 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 725 (0,14 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 725 (0,00 %)

Tabelle 12: Auffälligkeitskriterien: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2022)

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
57	7	1	38	4	0

Tabelle 13: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2022)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent) ³	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	>3 / 488 (0,20 %)	0	0 / 1 (0,00 %)	0 / 488 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 488 (0,20 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 488 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 488 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 488 (0,00 %)

³ Die auffälligen Ergebnisse basieren auf der Neuberechnung gem. Plan-QI-RL und können dementsprechend von den Ergebnissen der Bundesauswertung abweichen.

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent) ³	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	117 / 469 (24,95 %)	41	0 / 117 (0,00 %)	0 / 469 (0,00 %)	55 / 117 (47,01 %)	55 / 469 (11,73 %)	16 / 117 (13,68 %)	16 / 469 (3,41 %)	4 / 117 (3,42 %)	4 / 469 (0,85 %)	1 / 117 (0,85 %)	1 / 469 (0,21 %)
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	53 / 613 (8,65 %)	24	0 / 53 (0,00 %)	0 / 613 (0,00 %)	20 / 53 (37,74 %)	20 / 613 (3,26 %)	8 / 53 (15,09 %)	8 / 613 (1,31 %)	1 / 53 (1,89 %)	1 / 613 (0,16 %)	0 / 53 (0,00 %)	0 / 613 (0,00 %)
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	84 / 637 (13,19 %)	21	0 / 84 (0,00 %)	0 / 637 (0,00 %)	47 / 84 (55,95 %)	47 / 637 (7,38 %)	16 / 84 (19,05 %)	16 / 637 (2,51 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 637 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 637 (0,00 %)
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	55 / 586 (9,39 %)	20	0 / 55 (0,00 %)	0 / 586 (0,00 %)	23 / 55 (41,82 %)	23 / 586 (3,92 %)	10 / 55 (18,18 %)	10 / 586 (1,71 %)	1 / 55 (1,82 %)	1 / 586 (0,17 %)	1 / 55 (1,82 %)	1 / 586 (0,17 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent) ³	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	64 / 566 (11,31 %)	18	0 / 64 (0,00 %)	0 / 566 (0,00 %)	38 / 64 (59,38 %)	38 / 566 (6,71 %)	7 / 64 (10,94 %)	7 / 566 (1,24 %)	0 / 64 (0,00 %)	0 / 566 (0,00 %)	1 / 64 (1,56 %)	1 / 566 (0,18 %)
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	49 / 566 (8,66 %)	15	0 / 49 (0,00 %)	0 / 566 (0,00 %)	27 / 49 (55,10 %)	27 / 566 (4,77 %)	6 / 49 (12,24 %)	6 / 566 (1,06 %)	1 / 49 (2,04 %)	1 / 566 (0,18 %)	0 / 49 (0,00 %)	0 / 566 (0,00 %)
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	27 / 523 (5,16 %)	5	0 / 27 (0,00 %)	0 / 523 (0,00 %)	17 / 27 (62,96 %)	17 / 523 (3,25 %)	1 / 27 (3,70 %)	1 / 523 (0,19 %)	4 / 27 (14,81 %)	4 / 523 (0,76 %)	0 / 27 (0,00 %)	0 / 523 (0,00 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent) ³	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
52330	Intraoperative Präparatradio- grafie oder intra- operative Präpa- ratsonografie bei mammografi- scher Drahtmar- kierung	9 / 492 (1,83 %)	5	0 / 9 (0,00 %)	0 / 492 (0,00 %)	3 / 9 (33,33 %)	3 / 492 (0,61 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 492 (0,00 %)	1 / 9 (11,11 %)	1 / 492 (0,20 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 492 (0,00 %)
60659	Nachresektions- rate	46 / 624 (7,37 %)	9	0 / 46 (0,00 %)	0 / 624 (0,00 %)	25 / 46 (54,35 %)	25 / 624 (4,01 %)	11 / 46 (23,91 %)	11 / 624 (1,76 %)	0 / 46 (0,00 %)	0 / 624 (0,00 %)	1 / 46 (2,17 %)	1 / 624 (0,16 %)
211800	Postoperative in- terdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem in- vasivem Mammakarzinom oder DCIS	57 / 627 (9,09 %)	16	1 / 57 (1,75 %)	1 / 627 (0,16 %)	18 / 57 (31,58 %)	18 / 627 (2,87 %)	19 / 57 (33,33 %)	19 / 627 (3,03 %)	2 / 57 (3,51 %)	2 / 627 (0,32 %)	1 / 57 (1,75 %)	1 / 627 (0,16 %)

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent) ³	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	41 / 470 (8,72 %)	13	0 / 41 (0,00 %)	0 / 470 (0,00 %)	13 / 41 (31,71 %)	13 / 470 (2,77 %)	11 / 41 (26,83 %)	11 / 470 (2,34 %)	3 / 41 (7,32 %)	3 / 470 (0,64 %)	1 / 41 (2,44 %)	1 / 470 (0,21 %)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	93 / 560 (16,61 %)	23	0 / 93 (0,00 %)	0 / 560 (0,00 %)	37 / 93 (39,78 %)	37 / 560 (6,61 %)	24 / 93 (25,81 %)	24 / 560 (4,29 %)	8 / 93 (8,60 %)	8 / 560 (1,43 %)	1 / 93 (1,08 %)	1 / 560 (0,18 %)

Tabelle 14: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern – MC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥3 qual. Auffälligkeiten
216	105	76	66	14	10

Tabelle 15: Auffälligkeiten und Stellungnahmeverfahren nach Fallzahl pro Qualitätsindikator (AJ 2022)

Fallzahl pro Qualitätsindikator (Grundgesamtheit)	Anzahl rechnerisch auffällige Ergebnisse	Anzahl Stellungnahmeverfahren (Anteil)	Anzahl qualitativer Auffälligkeiten (Anteil)
1. Quintil (1-3)	158	97 (61.39 %)	37 (23.42 %)
2. Quintil (4-7)	118	79 (66.95 %)	14 (11.86 %)
3. Quintil (8-14)	145	104 (71.72 %)	27 (18.62 %)
4. Quintil (15-35)	138	89 (64.49 %)	18 (13.04 %)
5. Quintil (36-281)	136	116 (85.29 %)	33 (24.26 %)
Gesamt	695	485 (69.78 %)	129 (18.56 %)

Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022)

ID	Auffälligkeitskriterium	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	0 / 12 (0,00 %)	12 / 12 (100,00 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	1 / 6 (16,67 %)	5 / 6 (83,33 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	3 / 15 (20,00 %)	12 / 15 (80,00 %)	0 / 15 (0,00 %)	0 / 15 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	kein Stellungnahme- verfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	0 / 9 (0,00 %)	9 / 9 (100,00 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	4 / 29 (13,79 %)	25 / 29 (86,21 %)	0 / 29 (0,00 %)	0 / 29 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit					
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 3 (0,00 %)	3 / 3 (100,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 17: Qualitätsindikatoren: Stellungnahmeverfahren (AJ 2022)

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	21 / 84 (25,00 %)	63 / 84 (75,00 %)	1 / 84 (1,19 %)	0 / 84 (0,00 %)
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	18 / 64 (28,12 %)	46 / 64 (71,88 %)	1 / 64 (1,56 %)	0 / 64 (0,00 %)
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	15 / 49 (30,61 %)	34 / 49 (69,39 %)	0 / 49 (0,00 %)	0 / 49 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet	Stellungnahmeverfahren*		
			schriftlich	Gespräch	Begehung
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	13 / 41 (31,71 %)	28 / 41 (68,29 %)	0 / 41 (0,00 %)	0 / 41 (0,00 %)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	23 / 93 (24,73 %)	70 / 93 (75,27 %)	1 / 93 (1,08 %)	0 / 93 (0,00 %)
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	5 / 9 (55,56 %)	4 / 9 (44,44 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	5 / 27 (18,52 %)	22 / 27 (81,48 %)	0 / 27 (0,00 %)	0 / 27 (0,00 %)
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	41 / 117 (35,04 %)	76 / 117 (64,96 %)	0 / 117 (0,00 %)	0 / 117 (0,00 %)
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	20 / 55 (36,36 %)	35 / 55 (63,64 %)	1 / 55 (1,82 %)	0 / 55 (0,00 %)
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	24 / 53 (45,28 %)	29 / 53 (54,72 %)	0 / 53 (0,00 %)	0 / 53 (0,00 %)
60659	Nachresektionsrate	9 / 46 (19,57 %)	37 / 46 (80,43 %)	0 / 46 (0,00 %)	0 / 46 (0,00 %)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	16 / 57 (28,07 %)	41 / 57 (71,93 %)	0 / 57 (0,00 %)	0 / 57 (0,00 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Fehlerhafte/unvollzählige Dokumentation wird bestätigt	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit					
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	12	8 / 12 (66,67 %)	0 / 12 (0,00 %)	0 / 12 (0,00 %)
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	6	2 / 6 (33,33 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	15	8 / 15 (53,33 %)	0 / 15 (0,00 %)	0 / 15 (0,00 %)
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	9	6 / 9 (66,67 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	29	21 / 29 (72,41 %)	0 / 29 (0,00 %)	0 / 29 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit					
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	3	0 / 3 (0,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	0 / 3 (0,00 %)

Tabelle 18: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	A70	<p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf Dokumentationsdefizite zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf die Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. (1x berichtet)</p> <p>Gemäß der Stellungnahme handelt es sich um einen Dokumentationsfehler. Das Problem wurde Seitens der Klinik erkannt. (2x berichtet)</p>

Tabelle 19: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	117	12 / 117 (10,26 %)	4 / 117 (3,42 %)	0 / 117 (0,00 %)
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	53	6 / 53 (11,32 %)	0 / 53 (0,00 %)	2 / 53 (3,77 %)
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	84	13 / 84 (15,48 %)	2 / 84 (2,38 %)	1 / 84 (1,19 %)
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	55	6 / 55 (10,91 %)	2 / 55 (3,64 %)	2 / 55 (3,64 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert)	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt	Sonstiges (qualitativ auffällig)
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	64	5 / 64 (7,81 %)	2 / 64 (3,12 %)	0 / 64 (0,00 %)
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	49	3 / 49 (6,12 %)	3 / 49 (6,12 %)	0 / 49 (0,00 %)
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	27	1 / 27 (3,70 %)	0 / 27 (0,00 %)	0 / 27 (0,00 %)
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	9	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)
60659	Nachresektionsrate	46	8 / 46 (17,39 %)	0 / 46 (0,00 %)	3 / 46 (6,52 %)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	57	12 / 57 (21,05 %)	5 / 57 (8,77 %)	2 / 57 (3,51 %)
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	41	9 / 41 (21,95 %)	1 / 41 (2,44 %)	1 / 41 (2,44 %)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	93	13 / 93 (13,98 %)	8 / 93 (8,60 %)	3 / 93 (3,23 %)

Tabelle 20: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ auffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - MC

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	A71	<p>Absicherung Ihres OP- Vorgehens, ausführliche Aufklärung des Patienten sinnvoll. (1x berichtet)</p> <p>Begründung nicht ausreichend nachvollziehbar (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme waren fehlende Strukturen eines Brustzentrums zu entnehmen. Die Fachkommission empfiehlt, aufgrund der sehr geringen Fallzahlen, Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs an Brustzentren zu verlegen. (1x berichtet)</p> <p>Die Häufigkeit der Ablehnung durch die Patientinnen erscheint nicht nachvollziehbar. (1x berichtet)</p> <p>Die Stellungnahme lässt Rückschlüsse auf ein nicht leitliniengerechtes Vorgehen zu. Des weiteren scheint keine ausreichende Kommunikation mit den Belegärzt:innen stattzufinden. Sonderanfrage IQTIG: Aus datenschutzrechtlichen Gründen und dem Entzug des Zugriffs auf Rohdaten konnte die Sonderauswertung zum Thema Versorgungsqualität männlicher Patienten nicht bearbeitet werden. Es wurden keine expliziten Gründe für die Unterlassung der immunhistochemischen Untersuchung benannt. (1x berichtet)</p> <p>Es wird auf den Kommentar zu Qualitätsindikator 211800 verwiesen. (1x berichtet)</p> <p>Es wurde vom Standard der präoperativen histologischen Sicherung nicht nachvollziehbar abgewichen. (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Prozessmängel (1x berichtet)</p> <p>Mängel der Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (2x berichtet)</p> <p>Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet)</p> <p>keine leitliniengerechte Diagnostik (1x berichtet)</p> <p>keine leitliniengerechte Diagnostik und möglicherweise Therapie (1x berichtet)</p>
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	A99	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	A71	Hinweise auf Prozessmängel (4x berichtet) Ihre Ergebnisse liegen weit außerhalb des zu erwartenden statistischen Rahmens. Die Stellungnahme lässt eine kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen und der Einbeziehung der pathologischen Abteilung vermissen. (1x berichtet)
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	A71	Hinweise auf Prozessmängel (1x berichtet) Probleme in der Dokumentation, die bei drei von 4 QI's zur Auffälligkeit geführt haben. (1x berichtet) rechnerische Auffälligkeit in mehreren Qualitätsindikatoren (1x berichtet)
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	A71	Die Begründung ist nicht nachvollziehbar. (1x berichtet) Dokumentationsprobleme in einer großen Anzahl von Fällen (1x berichtet) Kein leitlinienkonformes Vorgehen (sonographische Darstellung). Die Fachkommission wird die Ergebnisse 2022 kritisch prüfen und ggf. weitere Maßnahmen einleiten. (1x berichtet) Korrekte Dokumentation (1x berichtet) Mängel der Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (2x berichtet) Nicht ausreichende Begründung warum die Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunde mit Mikrokalk keine Anwendung findet. (1x berichtet) bei fehlender präop. mammographischer Markierung ist keine sichere Entfernung des Mikrokalks gewährleistet und kein objektiver Nachweis durch fehlende Präparateradiographie möglich (1x berichtet) gehäuft auftretende Dokumentationsfehler, die in mehreren Indikatoren zur Auffälligkeit führen. (1x berichtet)
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	A99	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	A71	<p>Aus Sicht der Fachkommission wurde seitens des Leistungserbringers nicht leitliniengerecht auf eine präoperative Drahtmarkierung verzichtet. (3x berichtet)</p> <p>Es wurde nicht entsprechend der S3-Leitlinie und den Rationalen des IQTiG zu dem Indikator gehandelt. https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-0450LI_S3_Mammakarzinom_2021-07.pdf (1x berichtet)</p> <p>Fehldokumentation in einer Vielzahl der Fälle in mehreren Qualitätsindikatoren (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Prozessmängel (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (1x berichtet)</p> <p>Kein leitlinienkonformes Vorgehen (sonographische Darstellung). Die Fachkommission wird die Ergebnisse 2022 kritisch prüfen und ggf. weitere Maßnahmen einleiten. (1x berichtet)</p> <p>Keine Leitlinien gerechte Therapie (1x berichtet)</p> <p>Leitliniengerechte Diagnostik ist nicht gewährleistet. (1x berichtet)</p> <p>Nicht tastbare Befunde sind mit Draht zu markieren, nicht ausgeführte Drahtmarkierungen sind nicht lege artis (1x berichtet)</p> <p>fachlich nicht nachvollziehbar (1x berichtet)</p> <p>nicht leitliniengerechtes Vorgehen. (1x berichtet)</p>
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	A99	<p>1. Fehldokumentation 2. Aus der Stellungnahme geht nicht hervor, ob zumindest eine sonograph. Markierung gemäß Leitlinie durchgeführt wurde. (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (2x berichtet)</p>
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	A71	Probleme in der Dokumentation, die bei drei von 4 QI's zur Auffälligkeit geführt haben. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	A71	<p>Aus Sicht der Fachkommission kein leitliniengerechtes Vorgehen bei DCIS. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission kann der Argumentation der Einrichtung nicht folgen. Sie spiegelt die fachliche Begründung im Kommentar zur Bewertung zurück und wird das Ergebnis des Indikators im Folgejahr besonders beobachten. (1x berichtet)</p> <p>Die Lymphknoten Entnahme bei DCIS ist aufgrund des Gradings oder der Größe nicht mehr leitliniengerecht. (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Prozessmängel (2x berichtet)</p> <p>In 4/6 Fällen Dokumentationsfehler. Zwei Fälle medizinisch begründbar. (1x berichtet)</p> <p>Mangel der Prozessqualität (1x berichtet)</p> <p>Mangelnde Leitlinienadhärenz (2x berichtet)</p> <p>Mängel der Dokumentation und der Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet)</p> <p>Ohne belastbare Hinweise auf Invasivität sollte kein Sentinel durchgeführt werden. (1x berichtet)</p> <p>Seitens der Fachkommission wurde festgestellt, dass die Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie (MC) nicht immer leitliniengerecht erfolgte. Nach aktueller Leitlinie sollte eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) beim DCIS und BET nur durchgeführt werden, wenn eine sekundäre SLNB aus technischen Gründen nicht möglich ist, z. B. bei Ablatio mammae (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2021: 344). (1x berichtet)</p>
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	A71	<p>Begründung fachlich nicht ausreichend nachvollziehbar (1x berichtet)</p> <p>Es wurde aufgrund eines CT-Befundes nicht nachvollziehbar vom Standard der SLN-Biopsie abgewichen. (1x berichtet)</p> <p>Falsche Indikationsstellung bezüglich der Markierung des Sentinel Lymphknotens bei Dialysepflichtigkeit. Fehlende stanzbiopsische Diagnostik bei sonograf. auffälligen LK. Probleme bei der Markierungstechnik gehen aus der Stellungnahme nicht hervor. (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Prozessmängel (2x berichtet)</p> <p>Übertherapie der Patientin, deshalb trotz des Einzelfalles ein qualitativ auffälliges Ergebnis. Die Fachkommission wird die Ergebnisse 2022 kritisch prüfen und ggf. weitere Maßnahmen einleiten. (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	A99	Aus Sicht der Fachkommission sind die Fälle aus folgenden Aspekten nicht nachvollziehbar geschildert: - prätherapeutische Sicherung des Lymphknotenstatus - Indikationsstellung einer Sentinel Lymphknotenektomie - Technische Probleme bei der Darstellung der Lymphknoten (1x berichtet) Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (1x berichtet)
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	A71	Der Stellungnahme waren fehlende Strukturen eines Brustzentrums zu entnehmen. Die Fachkommission empfiehlt, aufgrund der sehr geringen Fallzahlen, Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs an Brustzentren zu verlegen. (1x berichtet) Dokumentationsfehler in 7 Fällen. Bei korrekter Dokumentation wäre hier keine Auffälligkeit entstanden (1x berichtet) Es ist nicht davon auszugehen, dass in einer Zeitspanne von unter 7 Tagen alle zur Festlegung des therapeutischen Vorgehens notwendigen histologischen und Staging-Ergebnisse vorliegen. (1x berichtet) Es liegt ein Prozessmangel vor, da sieben Tage zwischen Diagnose und Eingriff liegen sollen. Der stellungnehmende Arzt hatte den Ablauf missverstanden. (1x berichtet) Hinweise auf Prozessmängel (1x berichtet) rechnerische Auffälligkeit in mehreren Qualitätsindikatoren (1x berichtet)
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	A99	Der Stellungnahme waren fehlende Strukturen eines Brustzentrums zu entnehmen. Die Fachkommission empfiehlt, aufgrund der sehr geringen Fallzahlen, Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs an Brustzentren zu verlegen. (2x berichtet)
60659	Nachresektionsrate	A71	Dokumentationsfehler (nur invasives Karzinom wird gezählt) in 11 Fällen (10+1) (1x berichtet) Hinweise auf Prozessmängel (3x berichtet) Mängel der Struktur- und Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet) Suboptimale Geräteausstattung im OP (Ultraschall) und junges Team mit Lernkurve. (1x berichtet) Zu niedrige Fallzahl. (1x berichtet) zu viele Zweittumore nicht diagnostiziert. (1x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
60659	Nachresektionsrate	A99	<p>Der Stellungnahme waren fehlende Strukturen eines Brustzentrums zu entnehmen. Die Fachkommission empfiehlt, aufgrund der sehr geringen Fallzahlen, Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs an Brustzentren zu verlegen. (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (1x berichtet)</p> <p>Häufige Nachresektionen. Das Problem wurde bereits erkannt und Maßnahmen ergriffen, die zur Reduktion führen. (1x berichtet)</p>
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	A71	<p>Alle Karzinompatientinnen und- patienten müssen in einer interdisziplinären Tumorkonferenz vorgestellt werden auch wenn die Patientinnen/ Patienten eine weitere Therapie ablehnen. (2x berichtet)</p> <p>Das Vorgehen war nicht leitliniengerecht. (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme waren fehlende Strukturen eines Brustzentrums zu entnehmen. Die Fachkommission empfiehlt, aufgrund der sehr geringen Fallzahlen, Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs an Brustzentren zu verlegen. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission empfiehlt das jede Patientin postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt werden muss, damit eine leitlinienkonforme Entscheidung getroffen werden kann. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission empfiehlt das jede Patientin postoperativ in der Tumorkonferenz vorgestellt werden muss, damit eine leitlinienkonforme Entscheidung getroffen werden kann. Die Fachkommission empfiehlt wegen nicht standardisiertem Vorgehen die Implementierung von Handlungspfaden. (1x berichtet)</p> <p>Die Fachkommission sieht Prozessprobleme und merkt an, dass bei der geringen Grundgesamtheit überdacht werden sollte, diese Art von Eingriffen durchzuführen. (1x berichtet)</p> <p>Hinweise auf Prozessmängel (1x berichtet)</p> <p>Mängel der Prozessqualität haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet)</p> <p>Probleme in der Dokumentation, die bei drei von 4 QI's zur Auffälligkeit geführt haben. (1x berichtet)</p> <p>Wiederholte fehlerhafte Dokumentation (1x berichtet)</p> <p>erneute Dokumentationsprobleme in mehreren Qualitätsindikatoren (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	A72	Begründung nicht schlüssig, Patientin kann die Teilnahme an der Tumorkonferenz nicht ablehnen, diese erfolgt anonym (1x berichtet)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	A99	Der Stellungnahme waren fehlende Strukturen eines Brustzentrums zu entnehmen. Die Fachkommission empfiehlt, aufgrund der sehr geringen Fallzahlen, Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs an Brustzentren zu verlegen. (1x berichtet) Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel. (1x berichtet)

Tabelle 19: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung	
			Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	12	3 / 12 (25,00 %)	1 / 12 (8,33 %)
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	6	2 / 6 (33,33 %)	1 / 6 (16,67 %)
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	15	3 / 15 (20,00 %)	0 / 15 (0,00 %)
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	9	1 / 9 (11,11 %)	2 / 9 (22,22 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung	
			Korrekte/vollzählige Dokumentation wird bestätigt	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	29	3 / 29 (10,34 %)	1 / 29 (3,45 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0	0 / - (-)	0 / - (-)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	3	1 / 3 (33,33 %)	1 / 3 (33,33 %)

Tabelle 20: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	U99	Fall für Minimaldatensatz (1x berichtet)
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	U99	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) (1x berichtet)
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	U99	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle. (1x berichtet) siehe Hinweis zu AK 850363 (1x berichtet)
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	U99	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität, vereinzelt Dokumentationsprobleme (1x berichtet)

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit			
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	U99	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle (1x berichtet)

Tabelle 21: Qualitätsindikatoren: Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) – MC

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	117	2 / 117 (1,71 %)	43 / 117 (36,75 %)	10 / 117 (8,55 %)	0 / 117 (0,00 %)
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	53	1 / 53 (1,89 %)	13 / 53 (24,53 %)	6 / 53 (11,32 %)	0 / 53 (0,00 %)
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	84	1 / 84 (1,19 %)	34 / 84 (40,48 %)	12 / 84 (14,29 %)	0 / 84 (0,00 %)
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	55	2 / 55 (3,64 %)	18 / 55 (32,73 %)	3 / 55 (5,45 %)	0 / 55 (0,00 %)
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	64	1 / 64 (1,56 %)	30 / 64 (46,88 %)	2 / 64 (3,12 %)	5 / 64 (7,81 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung			
			Besondere klinische Situation	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)	Sonstiges (qualitativ unauffällig)
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	49	0 / 49 (0,00 %)	22 / 49 (44,90 %)	3 / 49 (6,12 %)	2 / 49 (4,08 %)
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	27	0 / 27 (0,00 %)	5 / 27 (18,52 %)	12 / 27 (44,44 %)	0 / 27 (0,00 %)
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	9	0 / 9 (0,00 %)	1 / 9 (11,11 %)	2 / 9 (22,22 %)	0 / 9 (0,00 %)
60659	Nachresektionsrate	46	2 / 46 (4,35 %)	21 / 46 (45,65 %)	2 / 46 (4,35 %)	0 / 46 (0,00 %)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	57	0 / 57 (0,00 %)	4 / 57 (7,02 %)	13 / 57 (22,81 %)	1 / 57 (1,75 %)
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	41	0 / 41 (0,00 %)	7 / 41 (17,07 %)	4 / 41 (9,76 %)	2 / 41 (4,88 %)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	93	0 / 93 (0,00 %)	24 / 93 (25,81 %)	13 / 93 (13,98 %)	0 / 93 (0,00 %)

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der qualitativ unauffälligen Ergebnisse (AJ 2022) - MC

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	U61	Vorgehen nachvollziehbar bei 99 jähriger Patientin. (1x berichtet)
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	U63	<p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist, da hier ein multifokales superficielles Basalzellkarzinom im Bereich der Brustdrüse vorlag. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden (1x berichtet)</p> <p>Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden (1x berichtet)</p> <p>Sonderanfrage IQTIG: Wegen vereinzelten Dokumentationsfehlern und keinen Hinweisen auf Mängel der medizinischen Qualität konnte hier nichts ausgewertet werden. (1x berichtet)</p>
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	U61	Die histologische Auswertung in domo erfolgt durch ein Zentrum für Pathologie. Dieses erstellt auch die histopathologischen Gutachten für andere gynäkologischen Abteilungen. Da es in diesen brustversorgenden Einrichtungen für diesen Indikator nicht zu Auffälligkeiten kommt, ist davon auszugehen, dass die niedrige HER2-Positivitätsrate auf das Patientinnenkollektiv des Hauses zurückzuführen ist: hier werden überwiegend Patientinnen versorgt, welche außerhalb des Mammographie-Screenings durch ihre niedergelassenen Frauenärzte/-innen bei klinisch tastbaren Mammabefunden zugewiesen werden. Hier handelt es sich in der Regel um ältere Patientinnen (ab dem 60. Lebensjahr) mit Hormonrezeptorpositiven HER2/neu-negativen Karzinomen. (1x berichtet)
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	U99	<p>Besondere klinische Situation. (2x berichtet)</p> <p>Die rechnerische Auffälligkeit ist der geringen Fallzahl geschuldet. (2x berichtet)</p> <p>Einrichtungsspezifisches Ergebnis. Jährliche Qualitätssicherung des betreuenden, pathologischen Instituts unauffällig. (1x berichtet)</p> <p>Wechsel des pathologischen Instituts zum 09/2022 (1x berichtet)</p>

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	U99	Begründung durch Einzelfälle und ein Dokumentationsfehler (1x berichtet) Besondere klinische Situation. (1x berichtet)
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	U62	Brustzentrum mit Expertise im Bereich ultraschallgesteuerter Operationen. Siehe AGO-Statement 2022. (1x berichtet)
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	U99	Der Fall war plausibel dargelegt, die Dokumentation korrekt, wie eine durch die Fachkommission veranlasste Recherche ergeben hatte. Die Fachkommission konnte sich nicht erklären, weshalb der Fall als rechnerisch auffällig markiert war – dies auch vor dem Hintergrund der fehlenden endgültigen Rechenregeln (1x berichtet) In allen Fällen erfolgte eine präoperative Markierung sonographisch und mittels Präperateradiographie. (1x berichtet)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	U62	Brustzentrum mit Expertise im Bereich ultraschallgesteuerter Operationen. Siehe AGO-Statement 2022. (1x berichtet) Siehe AGO-Statement 2022. (1x berichtet)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	U63	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich im Wesentlichen auf Fehldokumentationen zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden (1x berichtet)
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	U61	Die Fachkommission bedankt sich für die Analyse, sieht die besondere klinische Situation und wertet wie angegeben. (1x berichtet) begründeter Verdacht auf invasiven Tumoranteil (1x berichtet)
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	U63	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden. (1x berichtet)
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	U61	Die Fachkommission bedankt sich für die Analyse, sieht die besondere klinische Situation und wertet wie angegeben. (2x berichtet)

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	U61	Alte multimorbide Patientin, die aus einer anderen Abteilung übernommen wurde. (1x berichtet)
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	U62	Das Qualitätsziel ist nicht aus der Indikator Bezeichnung nicht nachvollziehbar und hat bei einigen LE trotz einleitenden Worten zu Verwirrung geführt, angemessener wäre "Zu geringer Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation". (1x berichtet)
60659	Nachresektionsrate	U61	Die Fachkommission bedankt sich für die Analyse, sieht die besondere klinische Situation und wertet wie angegeben. (1x berichtet) Die Mehrheit der dargelegten Fälle war erstens auf die im Frühjahr 2021 geänderten AGO-Empfehlungen, denen die Klinik gefolgt war, die aber in den aktuellen Rechenregeln nicht berücksichtigt sind, zurückzuführen. Zweitens handelte es sich um invasiv-lobuläre Karzinome, deren histologische Ausdehnung größer als die in der präoperativen Bildgebung, einschließlich MRT, gemessen worden war. (1x berichtet)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	U62	Patientin verstarb vor dem Termin der postoperativen interdisziplinären Tumorkonferenz (1x berichtet)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	U63	Der Stellungnahme ist zu entnehmen, dass die Abweichung vom Referenzbereich auf eine Fehldokumentation zurückzuführen ist. Die Fachkommission bittet, verstärkt auf eine korrekte Dokumentation zu achten und entsprechende Maßnahmen hierzu einzuleiten. Zudem sollte die unterjährige Auswertung der QS-Daten verstärkt genutzt werden, um Fehldokumentationen zu vermeiden (2x berichtet)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	U99	Dokumentationsfehler und klinisch begründete Abweichung (1x berichtet)

Tabelle 23: Auffälligkeitskriterien: Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung Sonstiges (im Kommentar erläutert)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	12	0 / 12 (0,00 %)
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	6	0 / 6 (0,00 %)
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	15	1 / 15 (6,67 %)
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	9	0 / 9 (0,00 %)
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	29	0 / 29 (0,00 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit			
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0	0 / - (-)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	3	0 / 3 (0,00 %)

Tabelle 24: Auffälligkeitskriterien: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Sonstiges (AJ 2022) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bewertung	Freitext
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit			
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	S99	Sowohl Dokumentationsfehler als auch begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet)

Tabelle 25: Qualitätsindikatoren: Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – MC

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	84	0 / 84 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)	0 / 84 (0,00 %)
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	64	0 / 64 (0,00 %)	0 / 64 (0,00 %)	1 / 64 (1,56 %)
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	49	1 / 49 (2,04 %)	0 / 49 (0,00 %)	0 / 49 (0,00 %)
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	41	3 / 41 (7,32 %)	0 / 41 (0,00 %)	1 / 41 (2,44 %)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	93	8 / 93 (8,60 %)	0 / 93 (0,00 %)	1 / 93 (1,08 %)
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	9	1 / 9 (11,11 %)	0 / 9 (0,00 %)	0 / 9 (0,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Auffällige Ergebnisse	Begründung der Bewertung		
			Unvollständige oder falsche Dokumentation	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	27	4 / 27 (14,81 %)	0 / 27 (0,00 %)	0 / 27 (0,00 %)
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	1	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	117	4 / 117 (3,42 %)	0 / 117 (0,00 %)	1 / 117 (0,85 %)
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	55	1 / 55 (1,82 %)	0 / 55 (0,00 %)	1 / 55 (1,82 %)
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	53	1 / 53 (1,89 %)	0 / 53 (0,00 %)	0 / 53 (0,00 %)
60659	Nachresektionsrate	46	0 / 46 (0,00 %)	0 / 46 (0,00 %)	1 / 46 (2,17 %)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	57	2 / 57 (3,51 %)	0 / 57 (0,00 %)	1 / 57 (1,75 %)

Tabelle 26: Qualitätsindikatoren: Freitextkommentare zur Bewertung der Ergebnisse als Dokumentationsfehler oder Sonstiges (AJ 2022) – MC

ID	Qualitätsindikator	Bewertung	Freitext
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	S99	Abteilung geschlossen (1x berichtet)
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	S99	Bei Vorliegen von Mikrokalk ist eine sonografische Markierung nicht ausreichend und sicher. (1x berichtet)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	S99	Sowohl Dokumentationsfehler als auch begründete Einzelfälle haben das rechnerisch auffällige Ergebnis verursacht. (1x berichtet)
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	S99	Fehler in dem Verfahren der OP Plan Schreibung, Fehler bereits erkannt und erste Maßnahmen eingeleitet. (1x berichtet)
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	S99	mindestens ein Dokumentationsfehler, ansonsten klinisch begründete Fälle (1x berichtet)
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	D80 / S80	Das Qualitätsziel ist nicht aus der Indikator Bezeichnung nicht nachvollziehbar und hat bei einigen LE trotz einleitenden Worten zu Verwirrung geführt, angemessener wäre "Zu geringer Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation". (1x berichtet)
60659	Nachresektionsrate	S99	Abteilung wurde geschlossen. (1x berichtet)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	S99	Abteilung wurde geschlossen. (1x berichtet)

Tabelle 27: Auffälligkeitskriterien: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	1 / 8 (12,50%)	0 / 4 (0,00%)	7 / 8 (87,50 %)
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	0 / 2 (0,00 %)	0 / 3 (0,00%)	2 / 2 (100,00 %)
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	0 / 8 (0,00 %)	0 / 5 (0,00%)	8 / 8 (100,00 %)
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	1 / 6 (16,67%)	0 / 3 (0,00%)	5 / 6 (83,33 %)
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	1 / 21 (4,76%)	0 / 4 (0,00%)	20 / 21 (95,24 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)	0 / 0 (-)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 2 (0,00%)	1 / 1 (100,00 %)

Tabelle 28: Qualitätsindikatoren: Initiierung Maßnahmenstufe 1 und 2 (AJ 2022) – MC

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	6 / 16 (37,50 %)	0 / 48 (0,00 %)	10 / 16 (62,50 %)
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	3 / 7 (42,86 %)	0 / 40 (0,00 %)	4 / 7 (57,14 %)
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	2 / 6 (33,33 %)	0 / 29 (0,00 %)	4 / 6 (66,67 %)
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	6 / 11 (54,55 %)	0 / 17 (0,00 %)	5 / 11 (45,45 %)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	11 / 24 (45,83 %)	1 / 48 (2,08 %)	13 / 24 (54,17 %)
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	0 / - (-)	0 / 4 (0,00 %)	0 / - (-)
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	1 / 1 (100,00 %)	2 / 21 (9,52 %)	0 / 1 (0,00 %)
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	0 / - (-)	0 / 1 (0,00 %)	0 / - (-)
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	5 / 16 (31,25 %)	1 / 60 (1,67 %)	11 / 16 (68,75 %)
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2 / 10 (20,00 %)	0 / 25 (0,00 %)	8 / 10 (80,00 %)

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1 oder 2		keine weiteren Maßnahmen der Stufe 1 oder 2 bei qual. auffälligen LE-Ergebnissen
		bei qualitativ auffälligen Ergebnissen	bei nicht qualitativ auffälligen Ergebnissen	
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	2 / 8 (25,00 %)	0 / 23 (0,00 %)	6 / 8 (75,00 %)
60659	Nachresektionsrate	3 / 11 (27,27 %)	0 / 27 (0,00 %)	8 / 11 (72,73 %)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	7 / 19 (36,84 %)	1 / 25 (4,00 %)	12 / 19 (63,16 %)

Tabelle 29: Auffälligkeitskriterien: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – MC

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	120	19 / 751 (2,53 %)	19 / 19 (100,00 %)	14 / 19 (73,68 %)	14 / 19 (73,68 %)
Brandenburg	23	3 / 138 (2,17 %)	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 3 (33,33 %)
Berlin	25	1 / 120 (0,83 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Baden-Württemberg	81	13 / 506 (2,57 %)	10 / 13 (76,92 %)	9 / 13 (69,23 %)	9 / 10 (90,00 %)
Bremen	6	0 / 44 (0,00 %)	0 / - (-)	0 / - (-)	0 / - (-)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Hessen	51	5 / 314 (1,59 %)	5 / 5 (100,00 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 5 (80,00 %)
Hamburg	16	1 / 88 (1,14 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / - (-)
Mecklenburg-Vorpommern	15	1 / 101 (0,99 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Niedersachsen	72	5 / 461 (1,08 %)	5 / 5 (100,00 %)	4 / 5 (80,00 %)	4 / 5 (80,00 %)
Nordrhein-Westfalen	172	9 / 1016 (0,89 %)	5 / 9 (55,56 %)	3 / 9 (33,33 %)	3 / 5 (60,00 %)
Rheinland-Pfalz	45	6 / 252 (2,38 %)	6 / 6 (100,00 %)	5 / 6 (83,33 %)	5 / 6 (83,33 %)
Schleswig-Holstein	23	1 / 161 (0,62 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Saarland	9	1 / 53 (1,89 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)	1 / 1 (100,00 %)
Sachsen	47	6 / 300 (2,00 %)	6 / 6 (100,00 %)	3 / 6 (50,00 %)	3 / 6 (50,00 %)
Sachsen-Anhalt	30	2 / 178 (1,12 %)	2 / 2 (100,00 %)	0 / 2 (0,00 %)	0 / 2 (0,00 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen AK-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Thüringen	23	1 / 161 (0,62 %)	1 / 1 (100,00 %)	0 / 1 (0,00 %)	0 / 1 (0,00 %)
Gesamt	758	74 / 4644 (1,59 %)	66 / 74 (89,19 %)	46 / 74 (62,16 %)	46 / 66 (69,70 %)

Tabelle 30: Qualitätsindikatoren: Ergebnisse nach Stellungnahmeverfahren pro Bundesland (AJ 2022) – MC

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Bayern	106	147 / 1.166 (12,61 %)	45 / 147 (30,61 %)	12 / 147 (8,16 %)	12 / 45 (26,67 %)
Brandenburg	19	17 / 210 (8,10 %)	17 / 17 (100,00 %)	4 / 17 (23,53 %)	4 / 17 (23,53 %)
Berlin	15	3 / 161 (1,86 %)	3 / 3 (100,00 %)	1 / 3 (33,33 %)	1 / 3 (33,33 %)
Baden-Württemberg	71	75 / 850 (8,82 %)	40 / 75 (53,33 %)	16 / 75 (21,33 %)	16 / 40 (40,00 %)
Bremen	6	6 / 74 (8,11 %)	6 / 6 (100,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)
Hessen	45	41 / 481 (8,52 %)	14 / 41 (34,15 %)	7 / 41 (17,07 %)	7 / 14 (50,00 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Hamburg	10	5 / 126 (3,97 %)	2 / 5 (40,00 %)	1 / 5 (20,00 %)	1 / 2 (50,00 %)
Mecklenburg-Vorpommern	15	16 / 152 (10,53 %)	16 / 16 (100,00 %)	8 / 16 (50,00 %)	8 / 16 (50,00 %)
Niedersachsen	65	54 / 668 (8,08 %)	52 / 54 (96,30 %)	3 / 54 (5,56 %)	3 / 52 (5,77 %)
Nordrhein-Westfalen	144	165 / 1.620 (10,19 %)	110 / 165 (66,67 %)	41 / 165 (24,85 %)	41 / 110 (37,27 %)
Rheinland-Pfalz	36	48 / 374 (12,83 %)	36 / 48 (75,00 %)	5 / 48 (10,42 %)	5 / 36 (13,89 %)
Schleswig-Holstein	23	23 / 272 (8,46 %)	22 / 23 (95,65 %)	5 / 23 (21,74 %)	5 / 22 (22,73 %)
Saarland	7	5 / 80 (6,25 %)	5 / 5 (100,00 %)	3 / 5 (60,00 %)	3 / 5 (60,00 %)
Sachsen	45	58 / 481 (12,06 %)	58 / 58 (100,00 %)	11 / 58 (18,97 %)	11 / 58 (18,97 %)
Sachsen-Anhalt	26	34 / 255 (13,33 %)	34 / 34 (100,00 %)	12 / 34 (35,29 %)	12 / 34 (35,29 %)
Thüringen	23	26 / 251 (10,36 %)	26 / 26 (100,00 %)	0 / 26 (0,00 %)	0 / 26 (0,00 %)

Bundesland	Anzahl Leistungserbringer	Anteil rech. Auffälligkeiten an allen QI-Ergebnissen	Anteil durchgeführter Stellungnahmeverfahren an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen rechnerisch auffälligen Ergebnissen	Anteil qual. auffälliger Ergebnisse an allen durchgeführten Stellungnahmeverfahren
Gesamt	656	723 / 7.221 (10,01 %)	486 / 723 (67,22 %)	129 / 723 (17,84 %)	129 / 486 (26,54 %)

Tabelle 31: Auffälligkeitskriterien: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit								
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	0	0	0	0	0	0	1
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	0	0	0	0	0	0	1
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	1	0	0	0	0	0	0

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle 32: Qualitätsindikatoren: Art der Maßnahme in Maßnahmenstufe 1 (AJ 2022) – MC

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	3	0	2	0	0	2	1
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	4	0	2	0	0	0	1
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	5	0	5	0	0	2	2
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	1	0	1	0	0	2	2
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	2	0	0	0	0	0	1
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	1	0	1	0	0	3	2
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2	1	1	0	0	0	1
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	3	1	1	0	0	0	1
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	2	0	0	0	0	0	1

ID	Indikatorbezeichnung	Initiierung Maßnahmenstufe 1*						
		Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien	Teilnahme am Qualitätszirkel	Implementierung von Behandlungspfaden	Durchführung von Audits	Durchführung von Peer Reviews	Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien	sonstige Maßnahmen
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	1	0	0	0	0	0	2
60659	Nachresektionsrate	2	0	0	0	0	1	0

* Mehrfachnennungen möglich



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Bundesauswertung

Mammachirurgie

Erfassungsjahr 2022

Veröffentlichungsdatum: 20. Juli 2023

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 2022.....	8
Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022.....	10
Einleitung.....	12
Datengrundlagen.....	14
Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten.....	14
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen.....	16
51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung.....	16
Details zu den Ergebnissen.....	18
Gruppe: HER2-Positivitätsrate.....	19
52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate.....	19
52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate.....	22
Details zu den Ergebnissen.....	25
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden.....	26
212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk.....	26
212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk.....	28
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung.....	30
52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung.....	30
52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung.....	32
Details zu den Ergebnissen.....	34
2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS.....	36
Details zu den Ergebnissen.....	38
50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie.....	39
Details zu den Ergebnissen.....	41
51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie.....	42
Details zu den Ergebnissen.....	44
51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation.....	45
Details zu den Ergebnissen.....	47

60659: Nachresektionsrate.....	48
Details zu den Ergebnissen.....	50
211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS.....	51
Details zu den Ergebnissen.....	53
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien.....	54
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit.....	54
850363: Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“.....	54
850364: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“.....	56
813068: Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde.....	58
850372: Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“.....	60
852000: Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund.....	62
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit.....	64
850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation.....	64
850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation.....	66
850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS).....	68
Basisauswertung.....	70
Basisdokumentation.....	70
Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation.....	72
Befund: Invasive Karzinome (Primärerkrankung).....	74
Patientin.....	74
Präoperative Diagnostik und Therapie.....	75
Operation.....	78
Therapie.....	80
Sentinel-Node-Markierung.....	81
Histologie.....	81
Staging.....	83
Tumorgröße und OP-Verfahren.....	86
Tumorstadium und OP-Verfahren.....	87
Postoperativer Verlauf.....	89

Verweildauer im Krankenhaus.....	90
Entlassung.....	91
Befund: DCIS (Primärerkrankung).....	93
Patientin.....	93
Präoperative Diagnostik und Therapie.....	94
Operation.....	97
Therapie.....	98
Sentinel-Node-Markierung.....	99
Histologie.....	99
Postoperativer Verlauf.....	101
Verweildauer im Krankenhaus.....	102
Entlassung.....	103
Häufigkeit verschiedener Angaben zum Erreichen des R0-Status bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS (Primärerkrankung).....	105
Zusammenhang Primärerkrankung, Tastbarkeit und Nachresektion.....	106
Geschlechterstratifizierte Histologie und Grading (Primärerkrankung).....	107
Befund: Invasive Karzinome (Lokoregionäre Rezidive).....	113
Patientin.....	113
Präoperative Diagnostik.....	114
Operation.....	115
Therapie.....	116
Sentinel-Node-Markierung.....	116
Histologie.....	117
Postoperativer Verlauf.....	117
Verweildauer im Krankenhaus.....	118
Entlassung.....	118
Ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion / prophylaktische Mastektomie.....	120
Patientin.....	120
Präoperative Diagnostik und Therapie.....	121
Operation.....	122
Postoperativer Verlauf.....	122
Verweildauer im Krankenhaus.....	122

Entlassung.....	124
Befund: Risikoläsionen.....	125
Patientin.....	125
Präoperative Diagnostik und Therapie.....	126
Operation.....	128
Therapie.....	129
Postoperativer Verlauf.....	129
Entlassung.....	130
Befund: Benigne / entzündliche Veränderungen, ausschließlich Normalgewebe.....	131
Patientin.....	131
Präoperative Diagnostik.....	132
Operation.....	133
Postoperativer Verlauf.....	134
Entlassung.....	135

Ergebnisübersicht

In den nachfolgenden Tabellen werden sämtliche Qualitätsindikatoren (QI) und ggf. Kennzahlen sowie Auffälligkeitskriterien (AK) für eine Übersicht zusammengefasst.

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 der Patientin oder des Patienten 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“.
- 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/wie-wir-arbeiten/grundlagen/> sind weiterführende Informationen zu unseren methodischen als auch biometrischen Grundlagen zu finden.

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für das Erfassungsjahr 2022

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	≥ 95,00 %	98,21 % O = 71.373 N = 72.674	98,11 % - 98,30 %
Gruppe: HER2-Positivitätsrate				
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	≥ 0,46 (5. Perzentil)	0,95 8.263 / 8.680,66 N = 64.460	0,93 - 0,97
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	≤ 1,72 (95. Perzentil)	0,95 8.263 / 8.680,66 N = 64.460	0,93 - 0,97
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden				
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	≥ 80,95 % (5. Perzentil)	95,04 % O = 6.900 N = 7.260	94,52 % - 95,52 %
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	≥ 54,43 % (5. Perzentil)	85,86 % O = 19.685 N = 22.927	85,40 % - 86,30 %
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung				
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	99,39 % O = 16.982 N = 17.086	99,26 % - 99,50 %
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00 %	98,99 % O = 29.257 N = 29.557	98,86 % - 99,09 %

Indikatoren und Kennzahlen			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Indikators oder der Kennzahl	Referenzbereich	Ergebnis	Vertrauensbereich
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Sentinel Event	x % O = ≤3 N = 6.892	0,01 % - 0,13 %
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	≤ 5,00 %	3,35 % O = 178 N = 5.309	2,90 % - 3,87 %
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	≥ 90,00 %	96,99 % O = 29.681 N = 30.602	96,79 % - 97,18 %
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	≤ 7,69 % (95. Perzentil)	1,92 % O = 948 N = 49.427	1,80 % - 2,04 %
60659	Nachresektionsrate	≤ 20,77 % (95. Perzentil)	10,66 % O = 6.246 N = 58.614	10,41 % - 10,91 %
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	≥ 97,82 % (5. Perzentil)	99,48 % O = 61.347 N = 61.665	99,42 % - 99,54 %

Übersicht über die Ergebnisse der Auffälligkeitskriterien für das Erfassungsjahr 2022

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. Zum einen prüfen die Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die inhaltliche Plausibilität der Angaben innerhalb der von einem Leistungserbringer gelieferten Datensätze. 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 Vollständigkeit, inwiefern Fälle, die als dokumentationspflichtig eingeordnet wurden (Sollstatistik), auch tatsächlich übermittelt wurden.

Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort, da dieser der abrechnende und der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit werden daher auf Basis der entlassenden Standorte berechnet, im Gegensatz zu den Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit, die auf Basis der Auswertungsstandorte berechnet werden.

Auffälligkeitskriterien			Bund (gesamt)	
ID	Bezeichnung des Auffälligkeitskriteriums	Referenzbereich	Ergebnis	rechnerisch auffällige Standorte
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit				
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	≤ 1,79 % (95. Perzentil)	0,39 % 252 / 64.962	2,76 % 17 / 615
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	≤ 0,91 % (95. Perzentil)	0,13 % 85 / 65.370	1,29 % 8 / 618
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	≤ 4	0,73 % 526 / 72.324	2,94 % 18 / 613
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	≤ 1,10 % (95. Perzentil)	0,22 % 145 / 64.962	1,79 % 11 / 615
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	≤ 8,25 % (95. Perzentil)	1,34 % 1.121 / 83.590	4,89 % 31 / 634
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit				
850093	Auffälligkeitskriterium zur Underdokumentation	≥ 95,00 %	100,15 % 101.324 / 101.176	0,80 % 6 / 754
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	≤ 110,00 %	100,15 % 101.324 / 101.176	0,40 % 3 / 754
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	≤ 5,00 %	0,19 % 191 / 101.176	1,06 % 8 / 754

Einleitung

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 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.

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. Ein Qualitätsindikator überprüft das Aufkommen der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung (ID 51846). Neben der prätherapeutischen Diagnosesicherung ist auch der HER2-Status (IDs 52267, 52278) wichtiger Bestandteil der Therapieplanung.

Den betroffenen Frauen und Männern muss ausreichend Zeit eingeräumt werden, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Der Qualitätsindikator 51370 überprüft den Abstand zwischen der Diagnosestellung und Therapiebeginn.

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 (Axilladissektion) notwendig sein. Diese Qualitätsaspekte werden über die Qualitätsindikatoren IDs 2163, 50719 und 51847 betrachtet. 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.

Bei der brusterhaltenden Operation ist es insbesondere bei nicht tastbaren Befunden notwendig eine prä- bzw. intraoperative durch das jeweils geeignete bildgebende Verfahren eine Drahtmarkierung durchzuführen (IDs 212000, 212001, 52330, 52279), um die adäquate Resektion zu ermöglichen.

Die komplette Entfernung des Tumors mit tumorfreien Resektionsrändern ist Voraussetzung für ein niedriges Lokalrezidivrisiko. Der Resektionsrandstatus hat einen prognostischen Effekt beim invasiven Mammakarzinom. Eine komplette Entfernung der Neoplasie im Rahmen des Ersteingriffes sollte erzielt werden, da Nachresektionen für die Patientinnen und Patienten eine wiederholte Narkose mit ihren Risiken und Belastungen bedeutet (ID 60659).

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. Aus der interdisziplinären Zusammenarbeit resultieren die Verbesserung der Behandlungsqualität für die Patientinnen und Patienten sowie die Förderung einer evidenzbasierten Praxis. Eine bestmögliche und individuelle Behandlung für von Brustkrebs betroffene Patientinnen und Patienten wird durch Kooperation zwischen den Fachgebieten in interdisziplinären Tumorkonferenzen sichergestellt (ID 212800).

Datengrundlagen

Die Auswertungen des vorliegenden Jahresberichtes basieren auf folgenden Datenquellen:

- eingegangene QS-Dokumentationsdaten
- eingegangene standortbezogene Sollstatistik

Übersicht über die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten

Die nachfolgende Tabelle stellt die eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“) sowie die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Leistungserbringer-/Landes-/Bundesebene dar. Im stationären Sektor können die Daten auf verschiedenen Ebenen ausgewertet werden (Standortebene, IKNR-Ebene).

In den Zeilen der Tabelle sind Informationen zu den Datensätzen bundesweit enthalten sowie zur Anzahl der Leistungserbringer. Die Anzahl der Leistungserbringer wird bundes-/landesweit sowohl auf IKNR-Ebene als auch auf Standortebene ausgegeben. Die Standortebene wird zwischen dem Auswertungsstandort und dem entlassenden Standort unterschieden. Auswertungsstandort bedeutet, dass zu diesem Standort QI-Berechnungen erfolgten; entlassender Standort bedeutet, dass dieser Standort QS-Fälle entlassen hat und damit sowohl für die QS-Dokumentation als auch die Erstellung der Sollstatistik zuständig war. Daher liegt die Sollstatistik nur für den entlassenen Standort vor und es kann auch nur für diesen in der Spalte „erwartet“ eine Anzahl ausgegeben werden.

Zusätzlich wird die erwartete Anzahl (SOLL) für die IKNR-Ebene bei Vorhandensein mehrerer (entlassender) Standorte ermittelt und entsprechend ausgegeben.

Für das QS-Verfahren Mammachirurgie erfolgt die Auswertung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen entsprechend dem behandelnden (ICD und OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Für Leistungserbringer

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene / BSNR-Ebene (Auswertungsstandort)“ befindet sich der Datenstand, der aus dem Erfassungsjahr 2022 für die Berechnung der QS-datenbasierten Qualitätsindikatoren herangezogen wird.

In der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (entlassender Standort)“ befindet sich der Datenstand auf dem die Vollzähligkeit der QS-Daten für das Erfassungsjahr 2022 berechnet

wird. Die Daten in dieser Zeile sind bei stationären Leistungserbringern mit nur einem Standort mit den Daten in der Zeile zum Auswertungsstandort identisch. Bei stationären Leistungserbringern mit mehr als einem Standort kann es zwischen den Zeilen aufgrund des Verlegungsgeschehens innerhalb einer IKNR-Einheit zu Unterschieden kommen.

Die Auswertung zur Vollständigkeit der gelieferten QS-Dokumentationsdatensätze (bzw. mögliche Über- oder Unterdokumentation) wird anhand der Sollstatistik überprüft. Die Sollstatistik zeigt anhand der beim Leistungserbringer abgerechneten Leistungen an, wie viele Fälle gemäß QS-Filter für die externe Qualitätssicherung in einem Erfassungsjahr dokumentationspflichtig waren.

Für stationäre Leistungserbringer mit mehr als einem Standort

Seit dem Erfassungsjahr 2022 wird die Sollstatistik der Krankenhäuser wieder standortbezogen geführt. Die Sollstatistik basiert auf dem entlassenden Standort. Eine Umstellung der Sollstatistik vom entlassenden Standort auf den behandelnden Standort ist nicht möglich, da letzterer im Unterschied zum entlassenden Standort nicht immer der abrechnende oder der die QS-Dokumentation abschließende Standort ist. Die Vollständigkeitsanalyse wird ausschließlich anhand von entlassenen Fällen durchgeführt. Daher sind die in der Zeile „Ihre Daten auf Standortebene (entlassender Standort)“ als „gelieferte“ QS-Daten aufgeführten Fälle nur diejenigen, die am entsprechenden Standort entlassen wurden.

Erfassungsjahr 2022		geliefert	erwartet	Vollständigkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze gesamt	101.324	101.176	100,15
	Basisdatensatz	101.133		
	MDS	191		
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene/BSNR-Ebene Bund (gesamt)	688		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungsstandorte) Bund (gesamt)	745		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassende Standorte) Bund (gesamt)	752	754	99,73

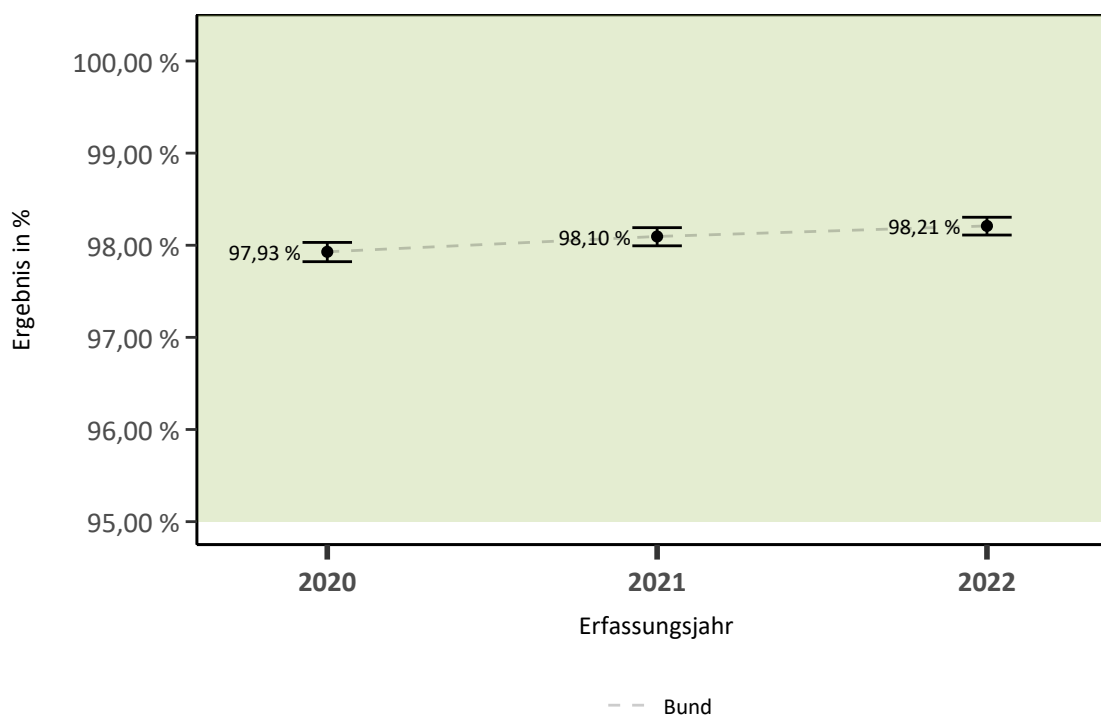
Ergebnisse der Indikatoren/Kennzahlen und Gruppen

51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

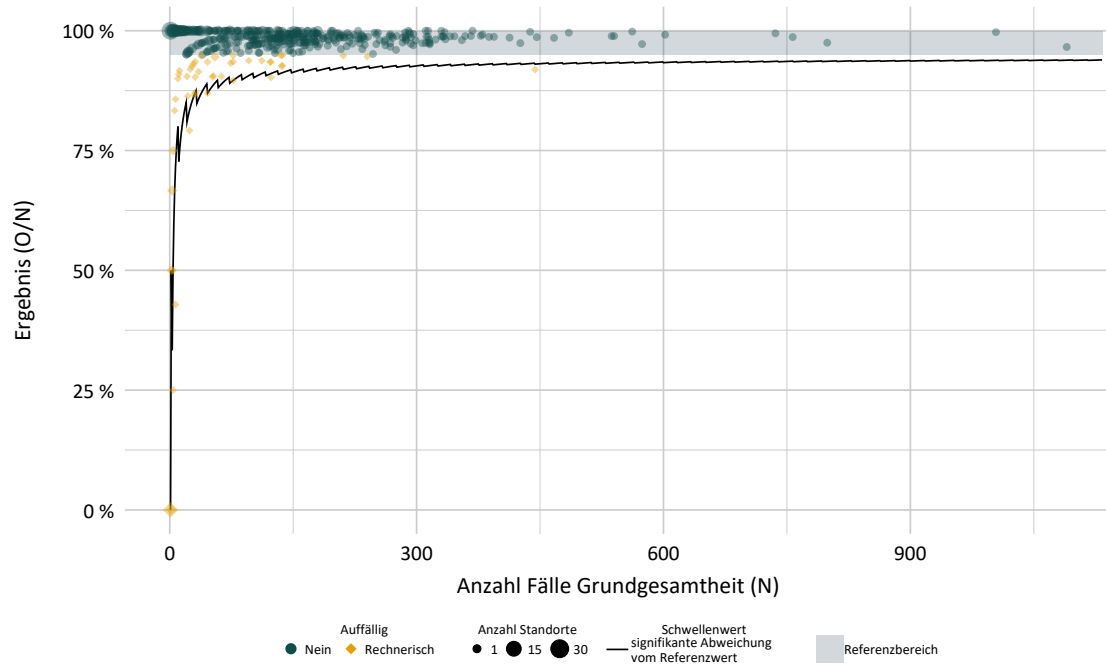
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff
ID	51846
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit 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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	69.742 / 71.217	97,93 %	97,82 % - 98,03 %
	2021	72.401 / 73.807	98,10 %	97,99 % - 98,19 %
	2022	71.373 / 72.674	98,21 %	98,11 % - 98,30 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.1	ID: 21_22082 Prätherapeutische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und allen postoperativen malignen Histologien	93,40 % 79.678/85.309
1.1.1	ID: 51846 Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS	98,21 % 71.373/72.674
1.1.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
1.1.1.1.1	ID: 21_22000 Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS bei Patientinnen	98,24 % 70.832/72.099
1.1.1.1.2	ID: 21_22001 Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS bei Patienten	93,99 % 532/566
1.1.1.2	Altersverteilung in Jahren	
1.1.1.2.1	ID: 21_22002 ≤ 49 Jahre	15,76 % 11.456/72.674
1.1.1.2.2	ID: 21_22003 ≥ 50 - ≤ 69 Jahre	51,37 % 37.332/72.674
1.1.1.2.3	ID: 21_22004 ≥ 70 - ≤ 79 Jahre	18,39 % 13.368/72.674
1.1.1.2.4	ID: 21_22005 ≥ 80 Jahre	12,68 % 9.217/72.674

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
1.2	ID: 21_22073 Keine prätherapeutische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und allen postoperativen malignen Histologien	6,60 % 5.631/85.309
1.2.1	Altersverteilung in Jahren	
1.2.1.1	ID: 21_22074 ≤ 49 Jahre	2,89 % 2.464/85.309
1.2.1.2	ID: 21_22075 ≥ 50 - ≤ 69 Jahre	2,58 % 2.203/85.309
1.2.1.3	ID: 21_22076 ≥ 70 - ≤ 79 Jahre	0,69 % 591/85.309
1.2.1.4	ID: 21_22077 ≥ 80 Jahre	0,44 % 373/85.309

Gruppe: HER2-Positivitätsrate

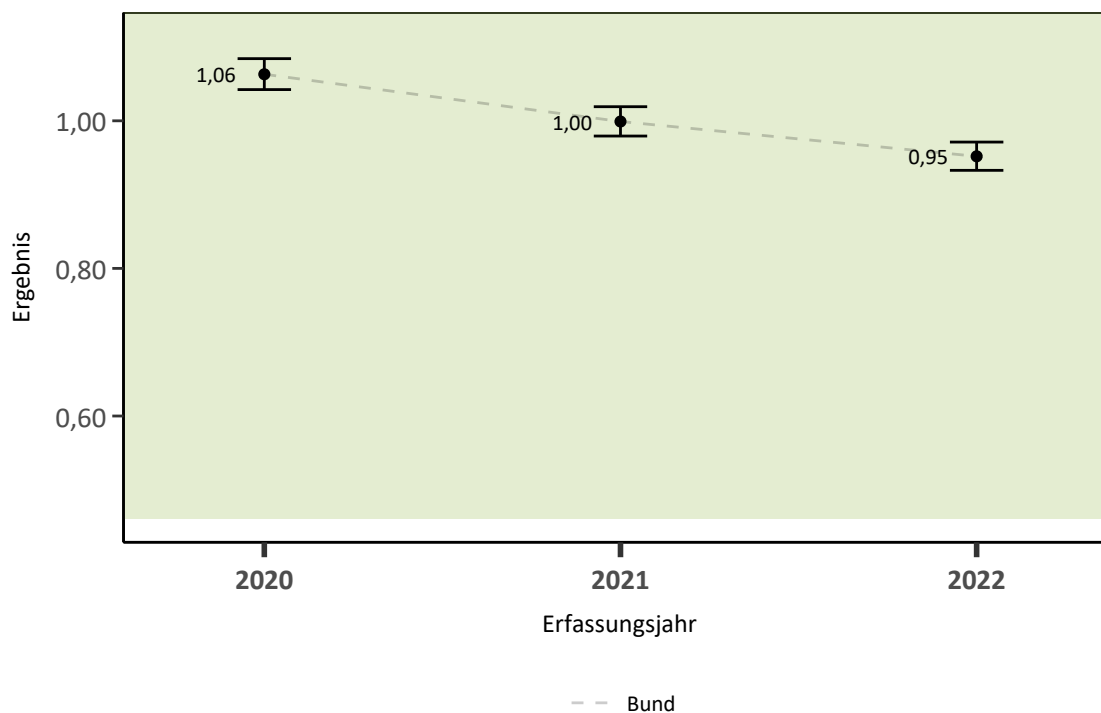
Qualitätsziel	Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom
---------------	---

52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate

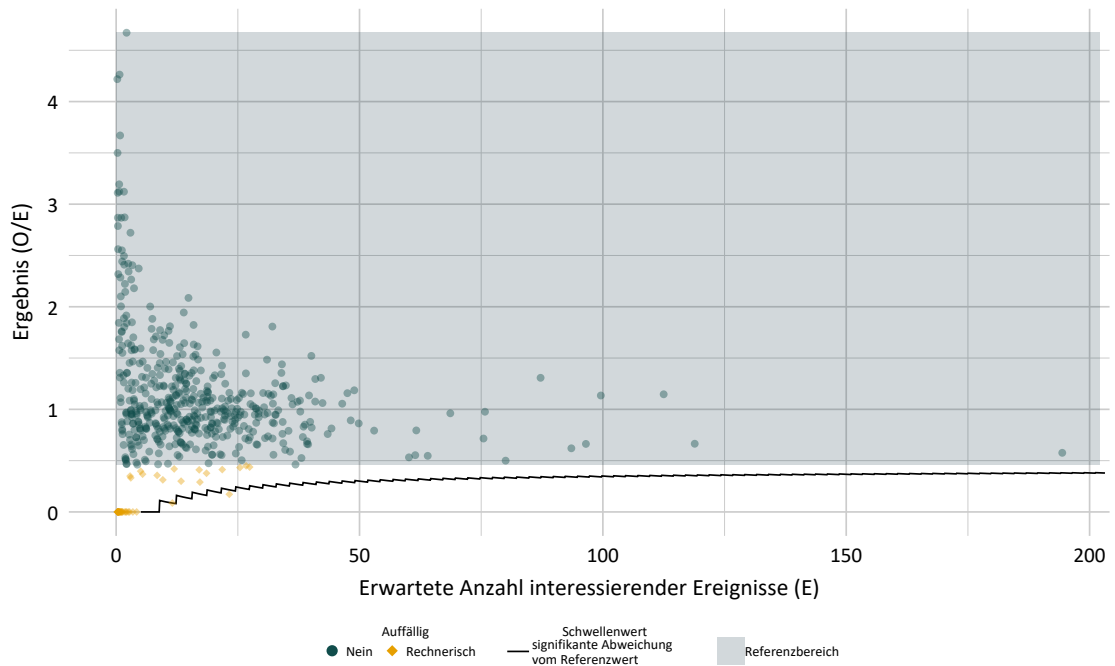
ID	52267
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunohistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten 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 und 52278
Referenzbereich	≥ 0,46 (5. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

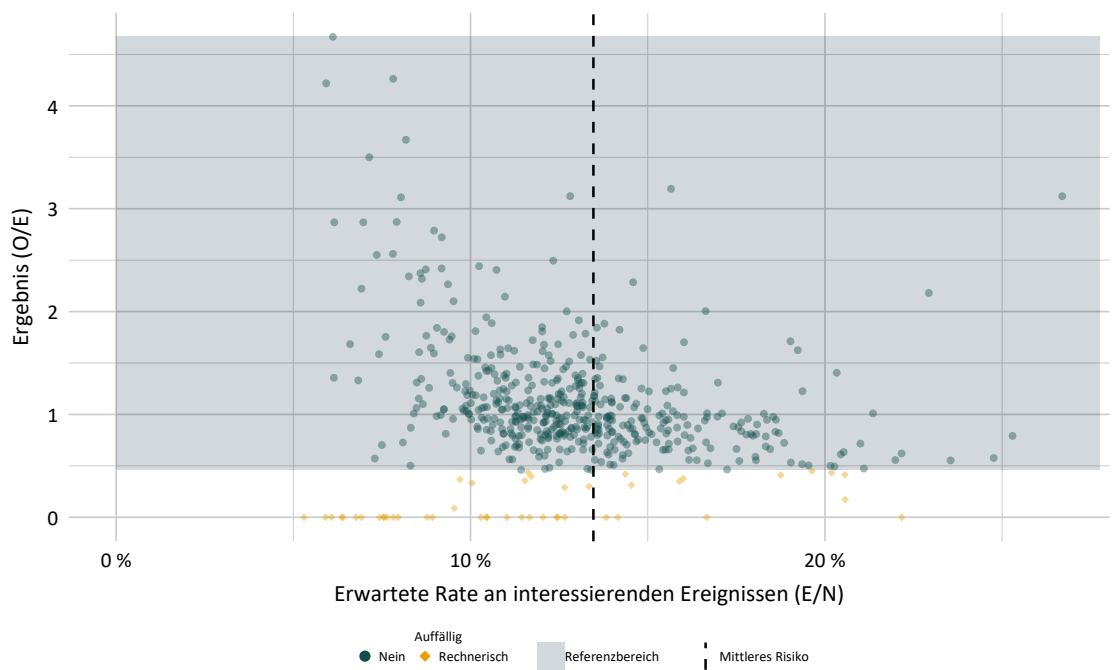
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	63.896	8.551 / 8.043,48	1,06	1,04 - 1,08
	2021	65.584	8.480 / 8.487,94	1,00	0,98 - 1,02
	2022	64.460	8.263 / 8.680,66	0,95	0,93 - 0,97

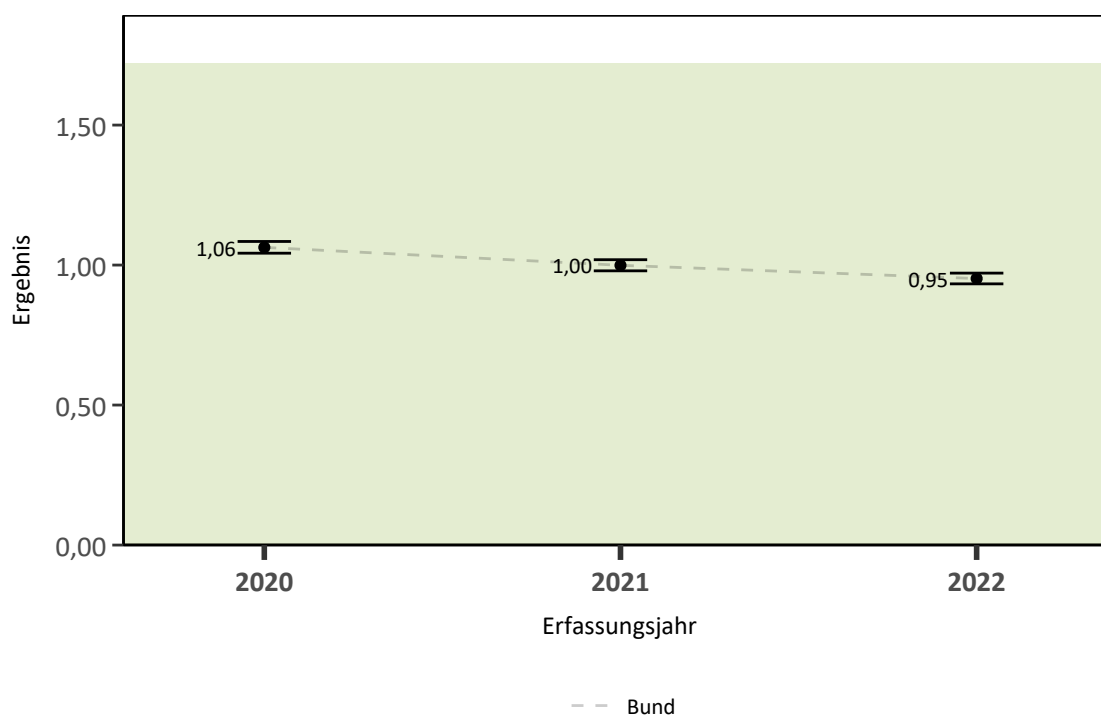
* Verhältnis der beobachteten Anzahl zur erwarteten Anzahl. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Anzahl kleiner ist als erwartet und umgekehrt. Beispiel:
 O / E = 1,2 Die beobachtete Anzahl ist 20 % größer als erwartet.
 O / E = 0,9 Die beobachtete Anzahl ist 10 % kleiner als erwartet.

52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate

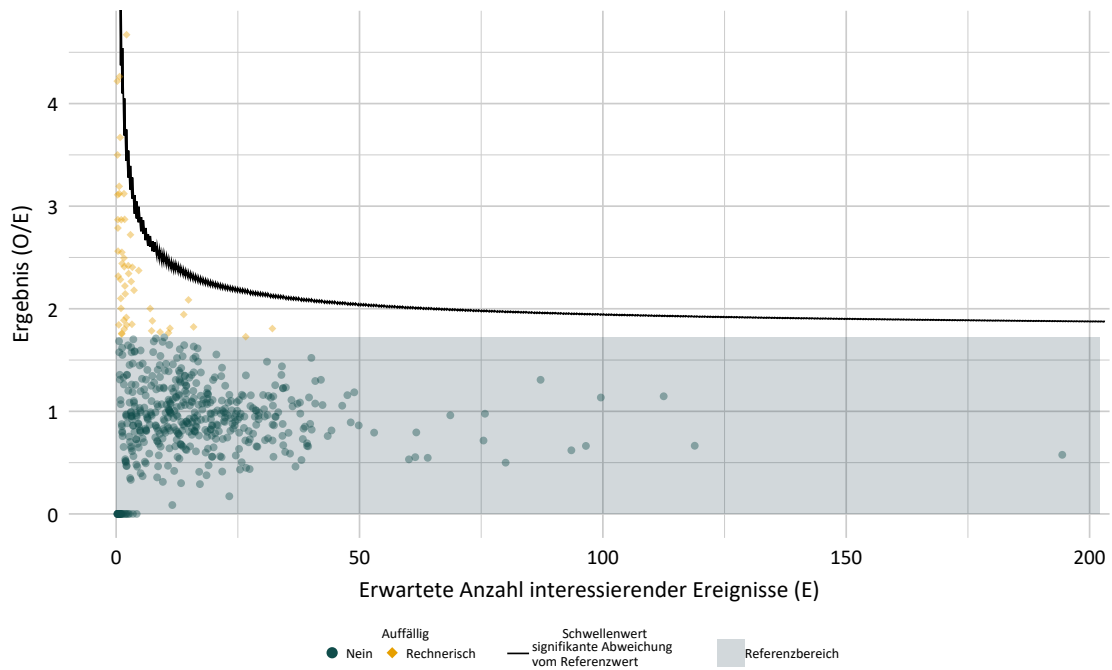
ID	52278
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunohistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten 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 und 52278
Referenzbereich	≤ 1,72 (95. Perzentil)
Methode der Risikoadjustierung	Logistische Regression
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

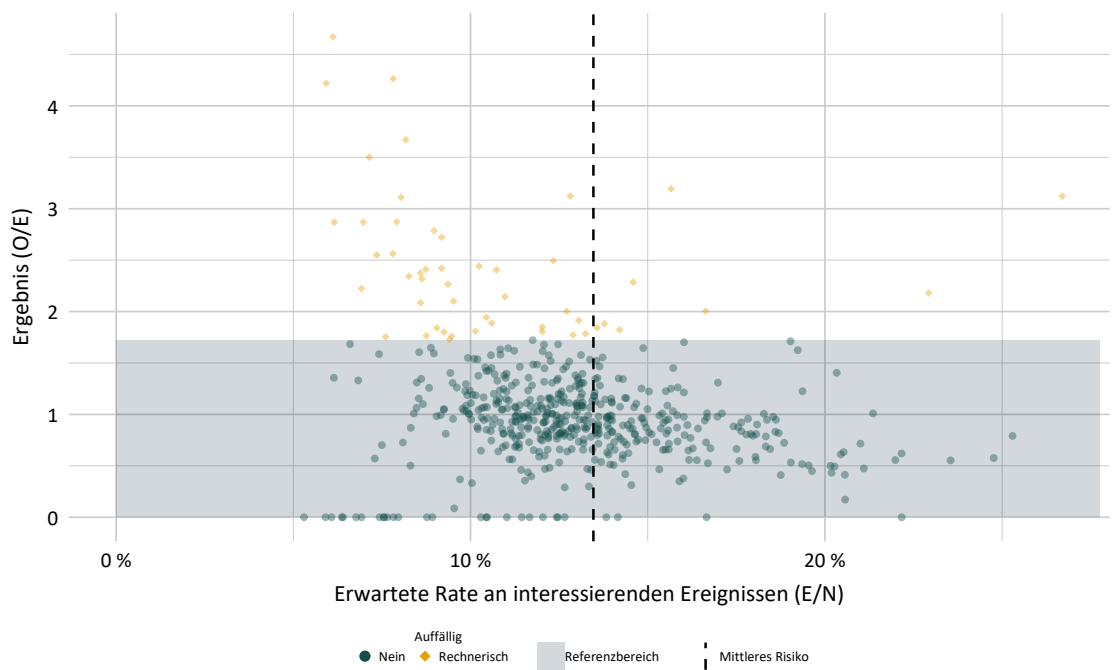
Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Indikatorergebnisse differenziert nach Anzahl der erwarteten Ereignisse je Leistungserbringer



Indikatorergebnisse differenziert nach Risikoprofil je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Anzahl in Grundgesamtheit (N)	Ergebnis O/E	Ergebnis *	Vertrauensbereich
Bund	2020	63.896	8.551 / 8.043,48	1,06	1,04 - 1,08
	2021	65.584	8.480 / 8.487,94	1,00	0,98 - 1,02
	2022	64.460	8.263 / 8.680,66	0,95	0,93 - 0,97

* 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	ID: 21_22010 HER2-Positivitätsrate (Standorte mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen)	12,82 % 8.263/64.460
2.1.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression des Qualitätsindikators 52267 ¹	
2.1.1.1	ID: O_52267 O/N (observed, beobachtet)	12,82 % 8.263/64.460
2.1.1.2	ID: E_52267 E/N (expected, erwartet)	13,47 % 8.680,66/64.460
2.1.1.3	ID: 52267 O/E	0,95
2.1.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression des Qualitätsindikators 52278 ²	
2.1.2.1	ID: O_52278 O/N (observed, beobachtet)	12,82 % 8.263/64.460
2.1.2.2	ID: E_52278 E/N (expected, erwartet)	13,47 % 8.680,66/64.460
2.1.2.3	ID: 52278 O/E	0,95
2.1.3	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
2.1.3.1	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei männlichen Patienten ³	
2.1.3.1.1	ID: 21_22013 O/N (observed, beobachtet)	6,70 % 35/522
2.1.3.1.2	ID: 21_22014 E/N (expected, erwartet)	10,17 % 53,07/522
2.1.3.1.3	ID: 21_22016 O/E	0,66
2.1.3.2	Risikoadjustierung mittels logistischer Regression bei weiblichen Patientinnen ⁴	
2.1.3.2.1	ID: 21_22017 O/N (observed, beobachtet)	12,87 % 8.227/63.929
2.1.3.2.2	ID: 21_22018 E/N (expected, erwartet)	13,49 % 8.626,64/63.929
2.1.3.2.3	ID: 21_22020 O/E	0,95

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

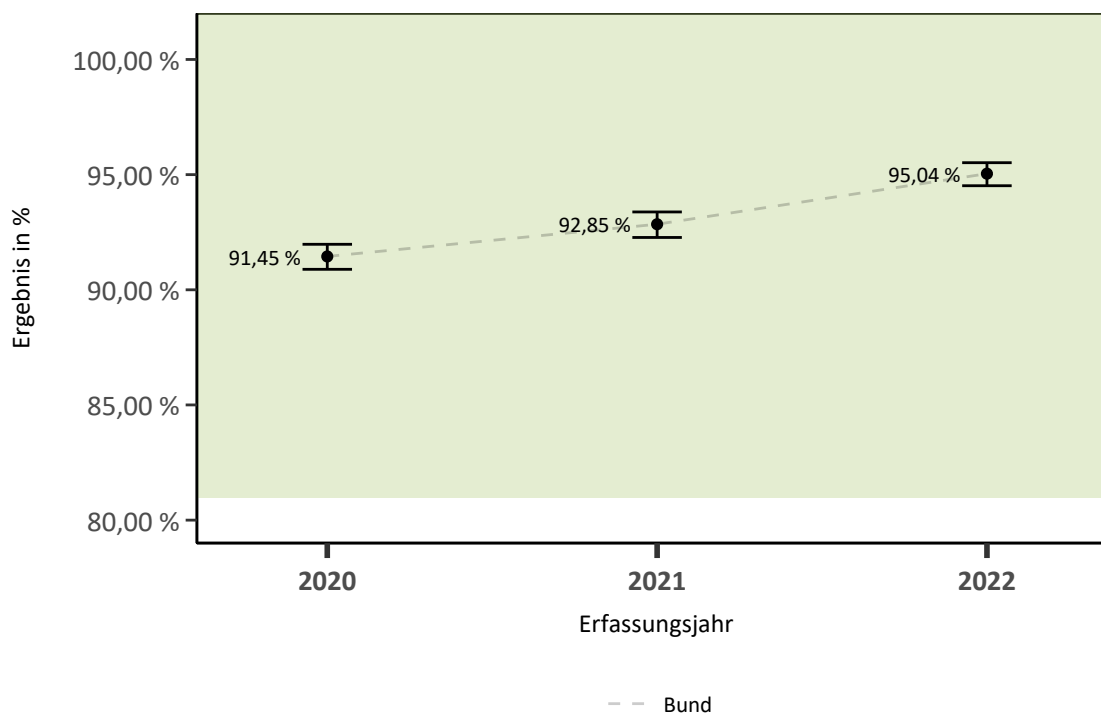
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff
---------------	---

212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk

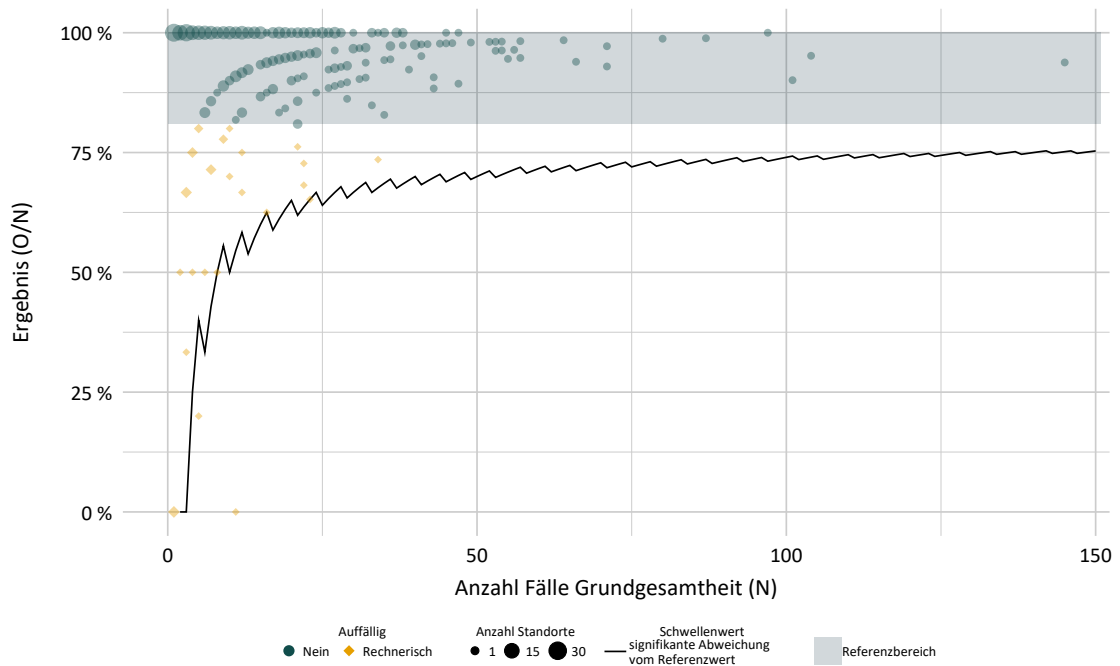
ID	212000
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor und Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT
Referenzbereich	≥ 80,95 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

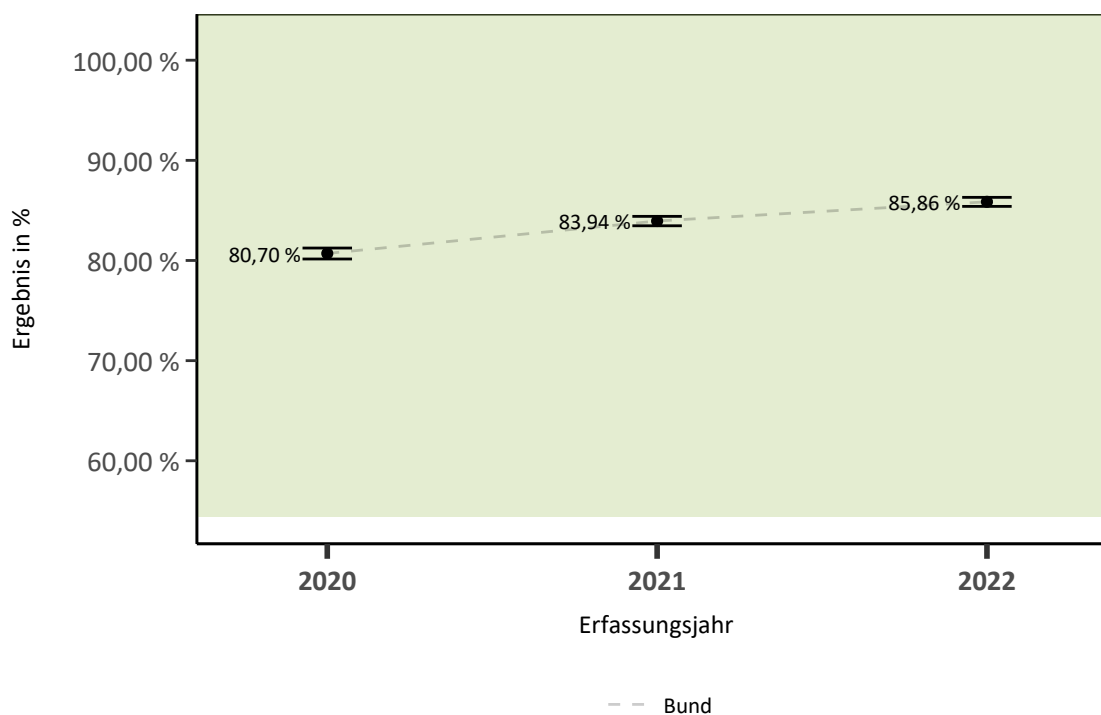
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	9.292 / 10.161	91,45 %	90,89 % - 91,98 %
	2021	7.709 / 8.303	92,85 %	92,27 % - 93,38 %
	2022	6.900 / 7.260	95,04 %	94,52 % - 95,52 %

212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk

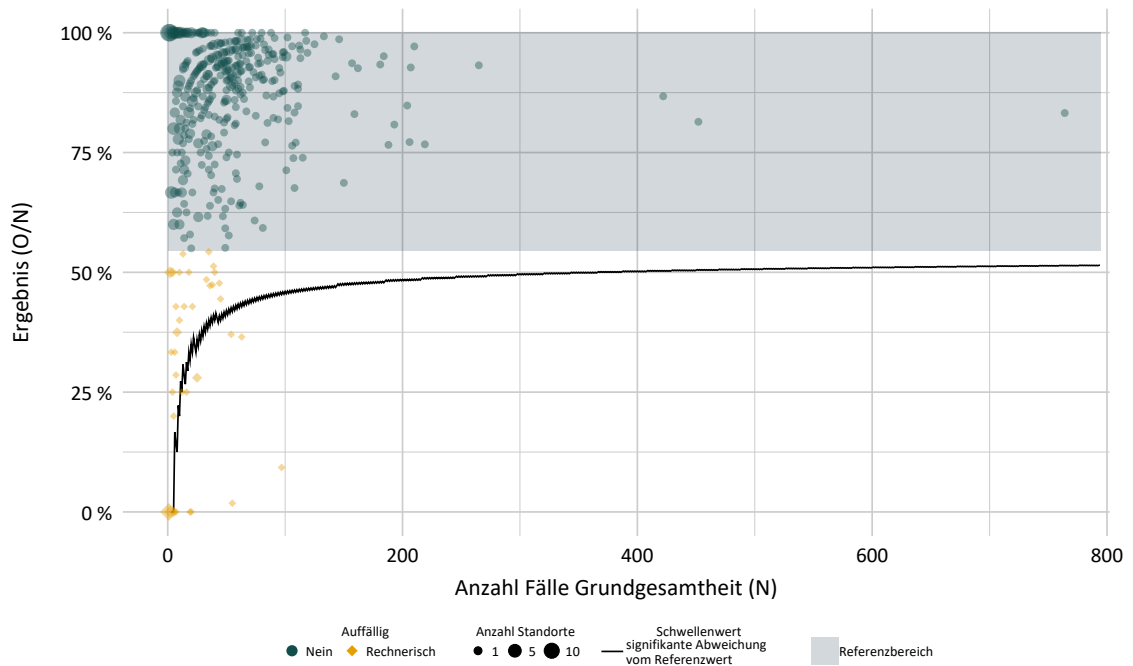
ID	212001
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor ohne Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT
Referenzbereich	≥ 54,43 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	16.159 / 20.023	80,70 %	80,15 % - 81,24 %
	2021	19.612 / 23.364	83,94 %	83,46 % - 84,41 %
	2022	19.685 / 22.927	85,86 %	85,40 % - 86,30 %

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

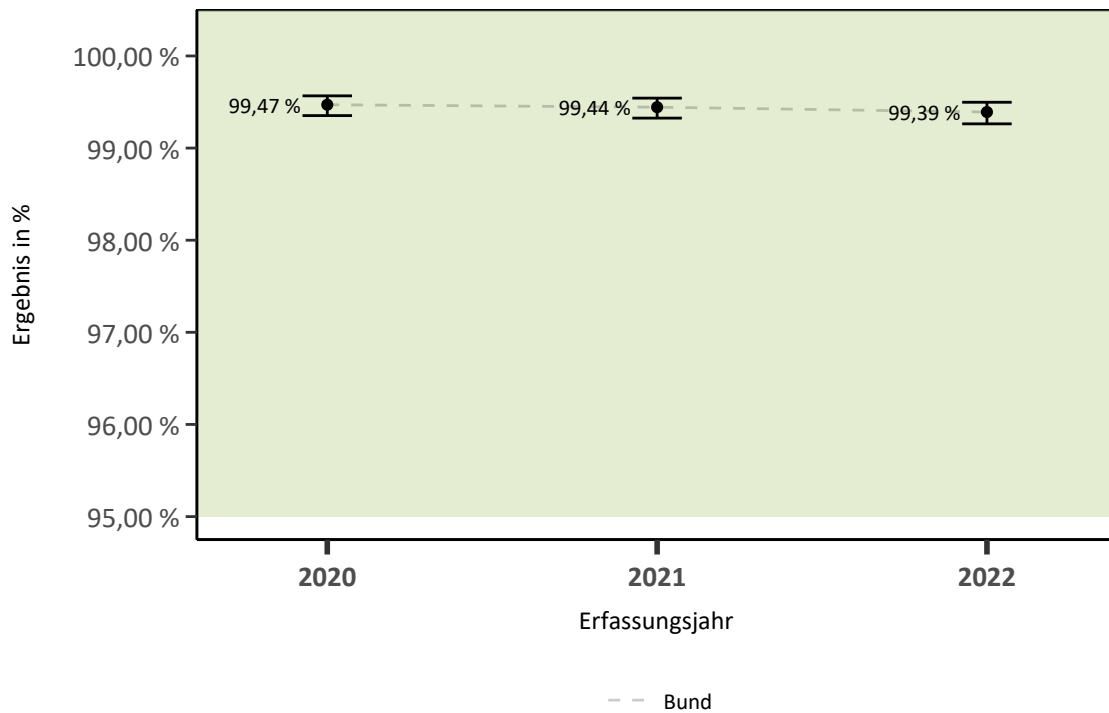
Qualitätsziel	Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie
---------------	---

52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

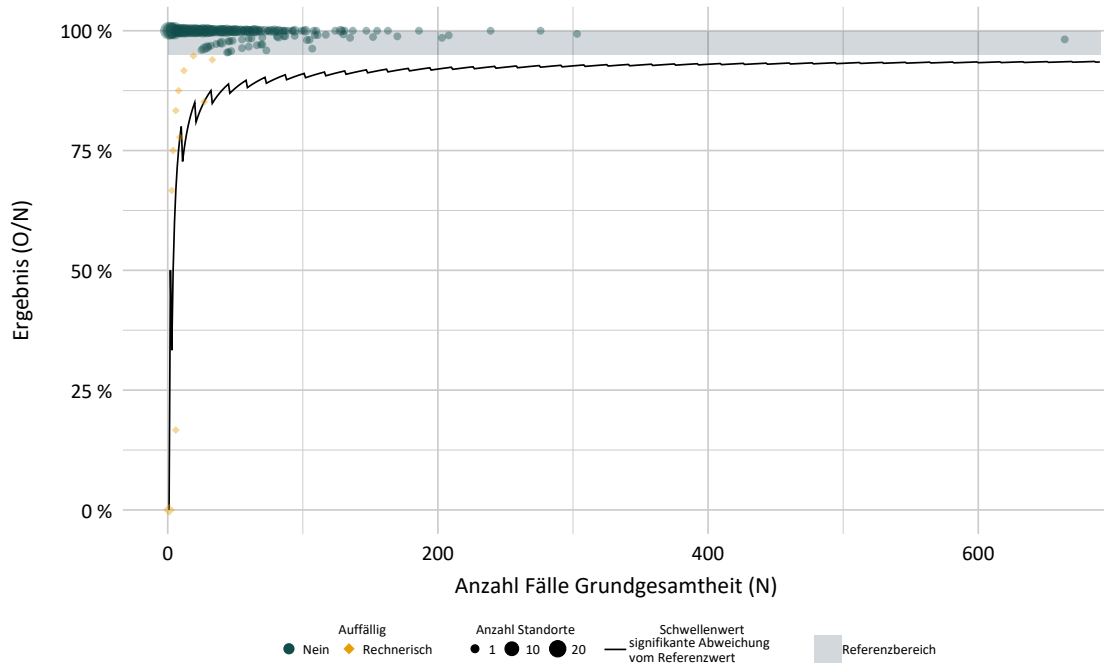
ID	52330
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen 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

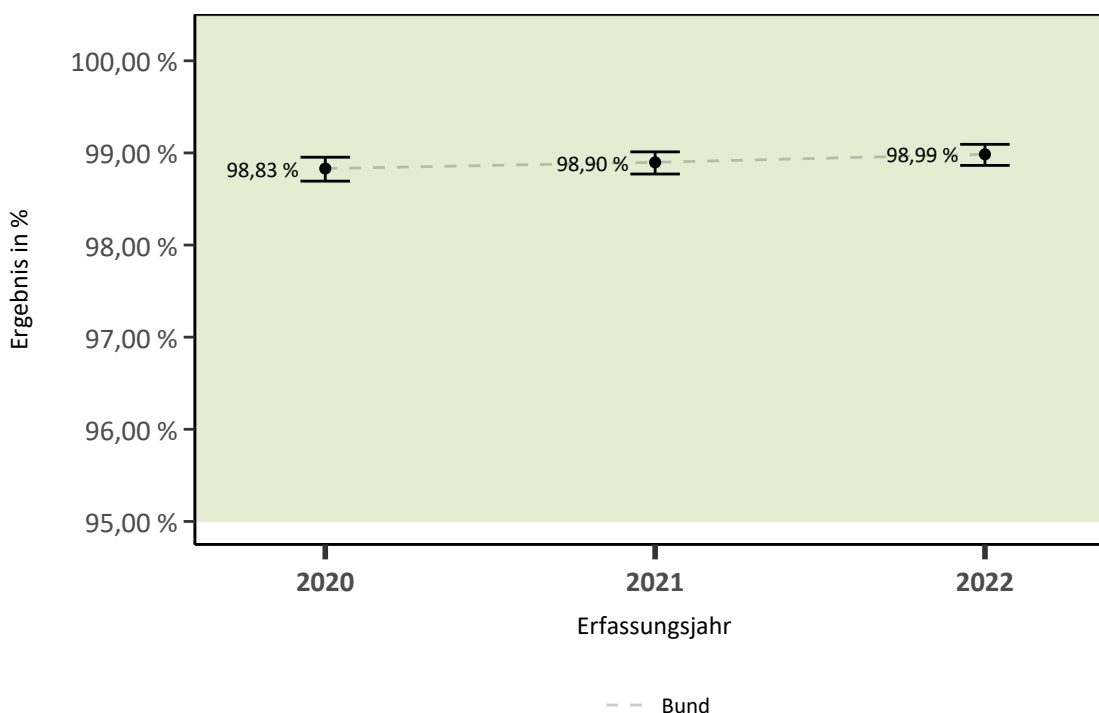
Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	17.661 / 17.755	99,47 %	99,35 % - 99,57 %
	2021	18.065 / 18.166	99,44 %	99,32 % - 99,54 %
	2022	16.982 / 17.086	99,39 %	99,26 % - 99,50 %

52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

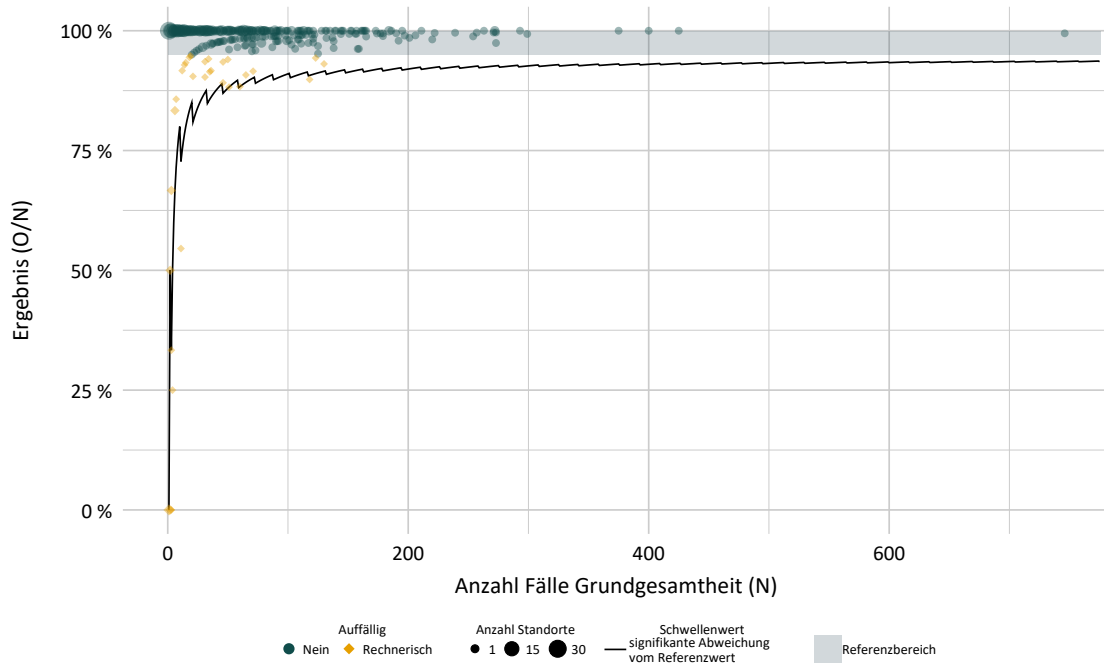
ID	52279
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode außer ICD-Kode C44.5 (Sonstige bösartige Neubildungen der 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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	26.112 / 26.421	98,83 %	98,69 % - 98,95 %
	2021	28.705 / 29.025	98,90 %	98,77 % - 99,01 %
	2022	29.257 / 29.557	98,99 %	98,86 % - 99,09 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.1	ID: 52330 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	99,39 % 16.982/17.086
4.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.1.1.1	ID: 21_22025 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung bei weiblichen Patientinnen	99,40 % 16.977/17.080
4.1.1.2	ID: 21_22026 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung bei männlichen Patienten	x % ≤3/4

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.2	ID: 52279 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	98,99 % 29.257/29.557
4.2.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.2.1.1	ID: 21_22027 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung bei weiblichen Patientinnen	98,99 % 29.221/29.520
4.2.1.2	ID: 21_22028 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung bei männlichen Patienten	100,00 % 35/35

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3	Fusion QI 52330 und QI 52279 bei BET	
4.3.1	ID: 21_22029 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen	98,70 % 46.861/47.480
4.3.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
4.3.1.1.1	ID: 21_22030 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen bei weiblichen Patientinnen	98,70 % 46.819/47.435

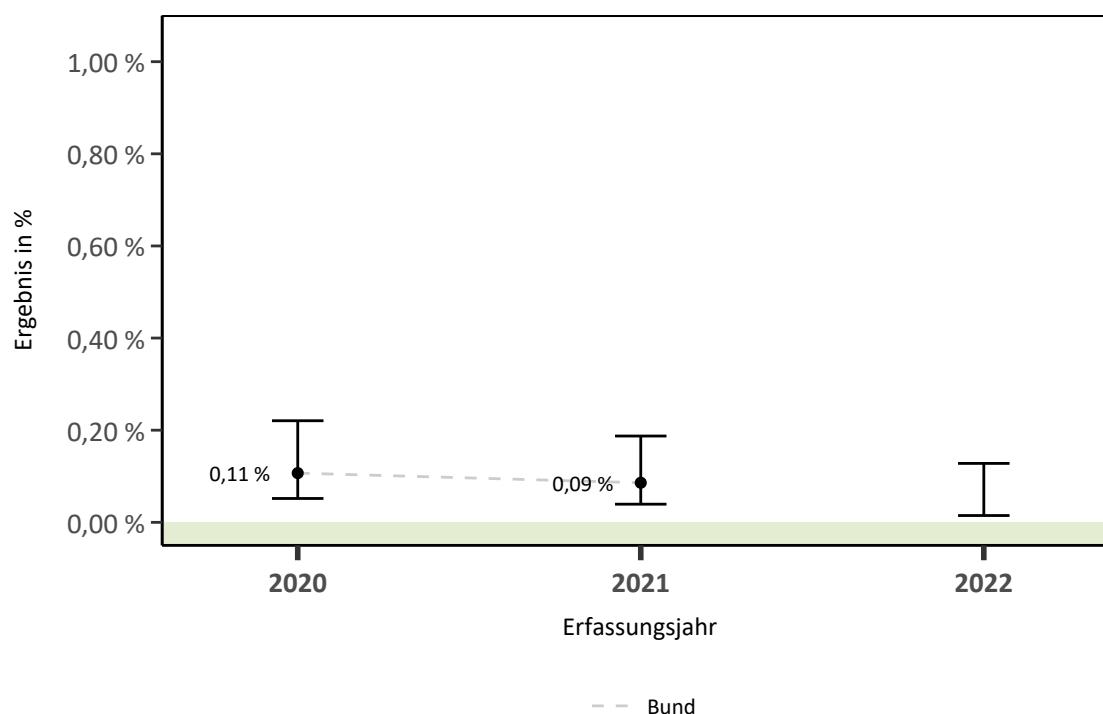
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
4.3.1.1.2	ID: 21_22031 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen bei männlichen Patienten	97,50 % 39/40
4.3.2	ID: 21_22032 Intraoperative Präparatebildgebung nach präoperativer Drahtmarkierung durch MRT bei brusterhaltenden Operationen	74,22 % 619/834

2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS

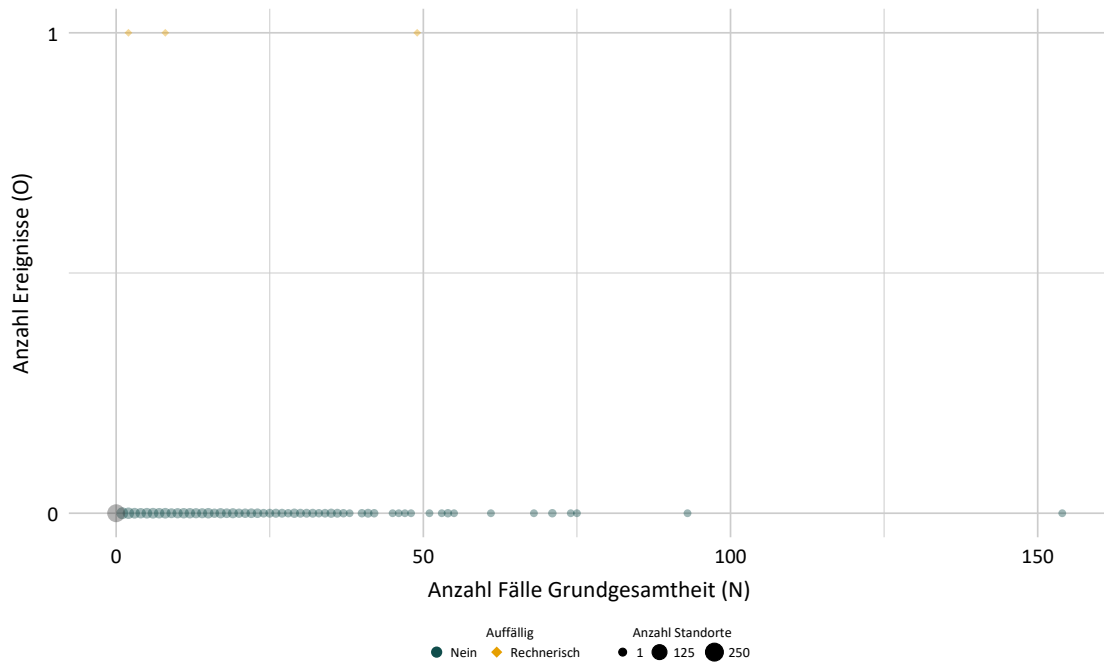
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit primärer Axilladisektion bei DCIS
ID	2163
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische 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 Axilladisektion
Referenzbereich	Sentinel Event
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Verteilung der Anzahl der Ereignisse nach Fallzahl der Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	7 / 6.548	0,11 %	0,05 % - 0,22 %
	2021	6 / 6.982	0,09 %	0,04 % - 0,19 %
	2022	≤3 / 6.892	x %	0,01 % - 0,13 %

Details zu den Ergebnissen

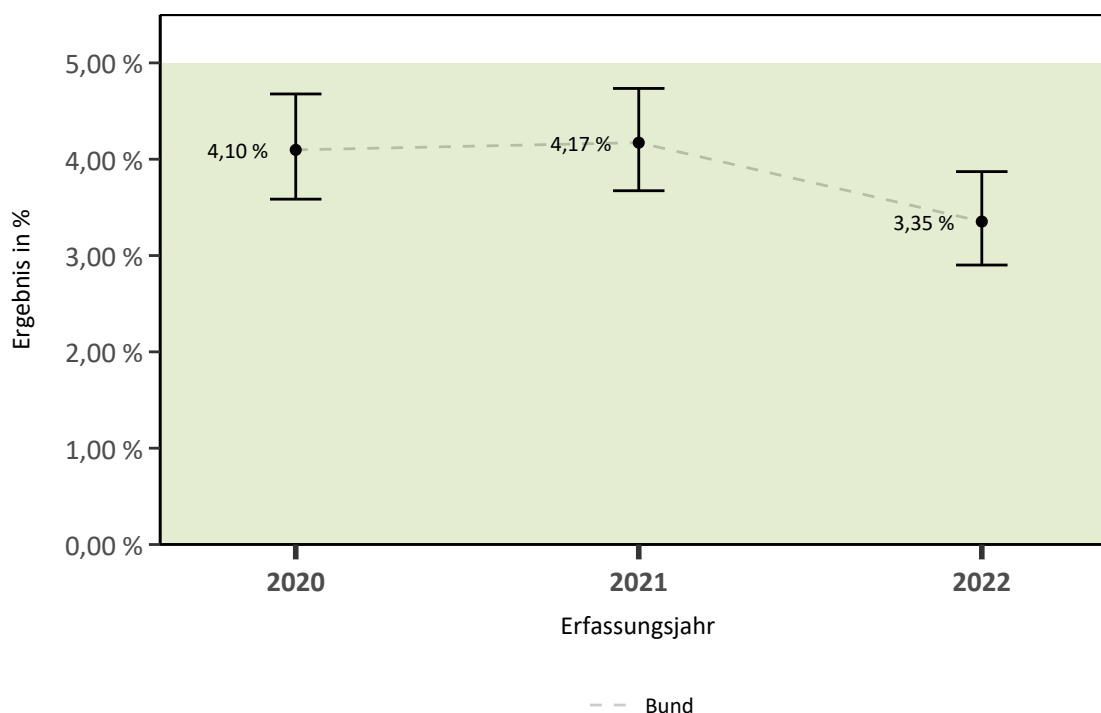
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
5.1	ID: 2163 Primäre Axilladissektion bei DCIS	x % ≤3/6.892
5.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
5.1.1.1	ID: 21_22033 Primäre Axilladissektion bei DCIS bei weiblichen Patientinnen	x % ≤3/6.849
5.1.1.2	ID: 21_22034 Primäre Axilladissektion bei DCIS bei männlichen Patienten	0,00 % 0/43

50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

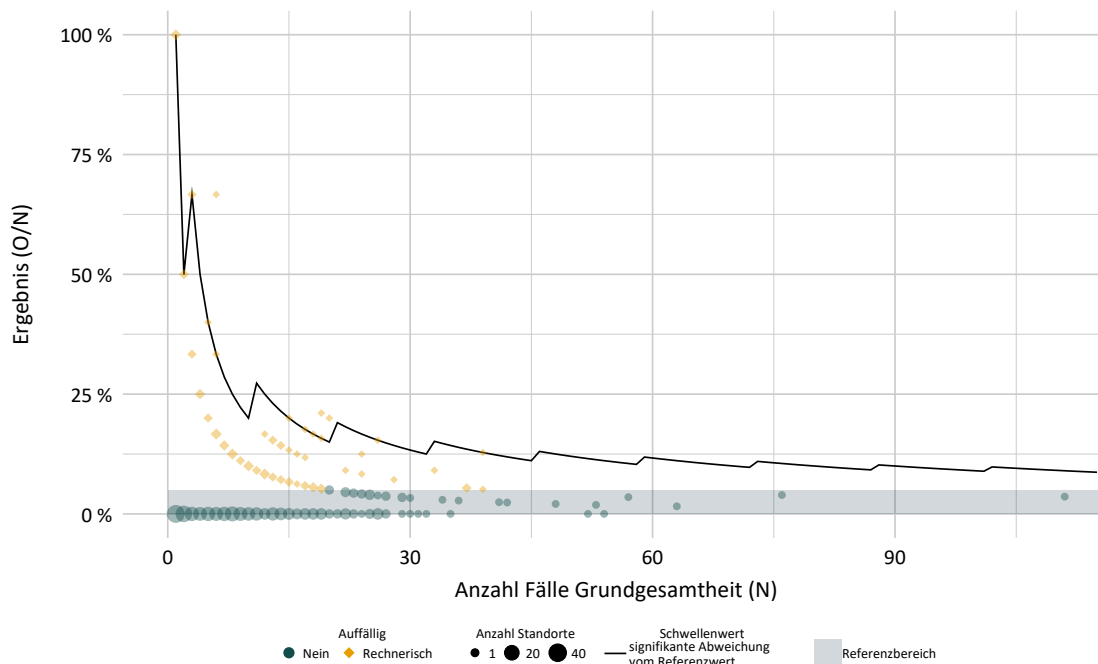
Qualitätsziel	Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
ID	50719
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, 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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	208 / 5.077	4,10 %	3,59 % - 4,68 %
	2021	228 / 5.465	4,17 %	3,67 % - 4,74 %
	2022	178 / 5.309	3,35 %	2,90 % - 3,87 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.1	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	
6.1.1	ID: 21_22078 Patientinnen mit Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	100,00 % 5.475/5.475
6.1.2	ID: 21_22079 Patienten mit Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	100,00 % 8/8
6.1.3	ID: 50719 Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und BET	3,35 % 178/5.309
6.1.4	ID: 21_22037 Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten	0,33 % 18/5.483
6.1.5	ID: 21_22038 Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB	3,63 % 199/5.483

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
6.2	Lymphknotenentnahme bei DCIS und Mastektomie ⁵	
6.2.1	ID: 21_22039 Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme	65,38 % 1.035/1.583
6.2.2	ID: 21_22040 Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten	1,77 % 28/1.583
6.2.3	ID: 21_22041 Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB	49,78 % 788/1.583

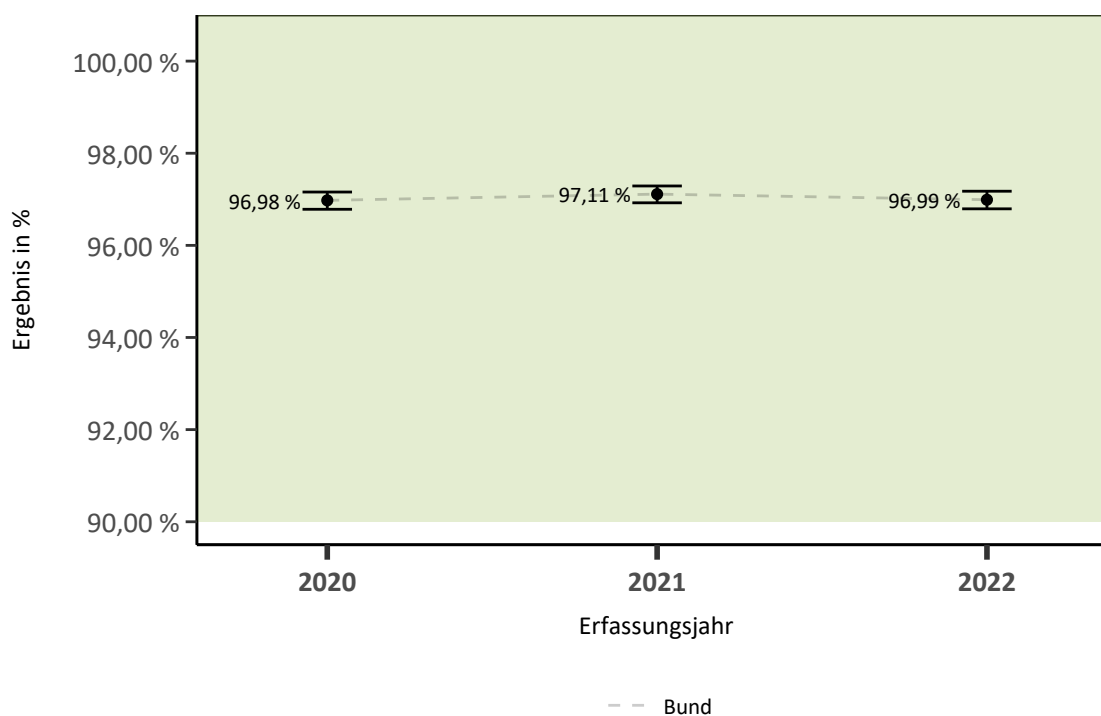
⁵ Die Kennzahl "Lymphknotenentnahme bei DCIS und Mastektomie" bezieht sich nicht auf die BET wie der QI 50719 sondern stellt den Gegenpart dar.

51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

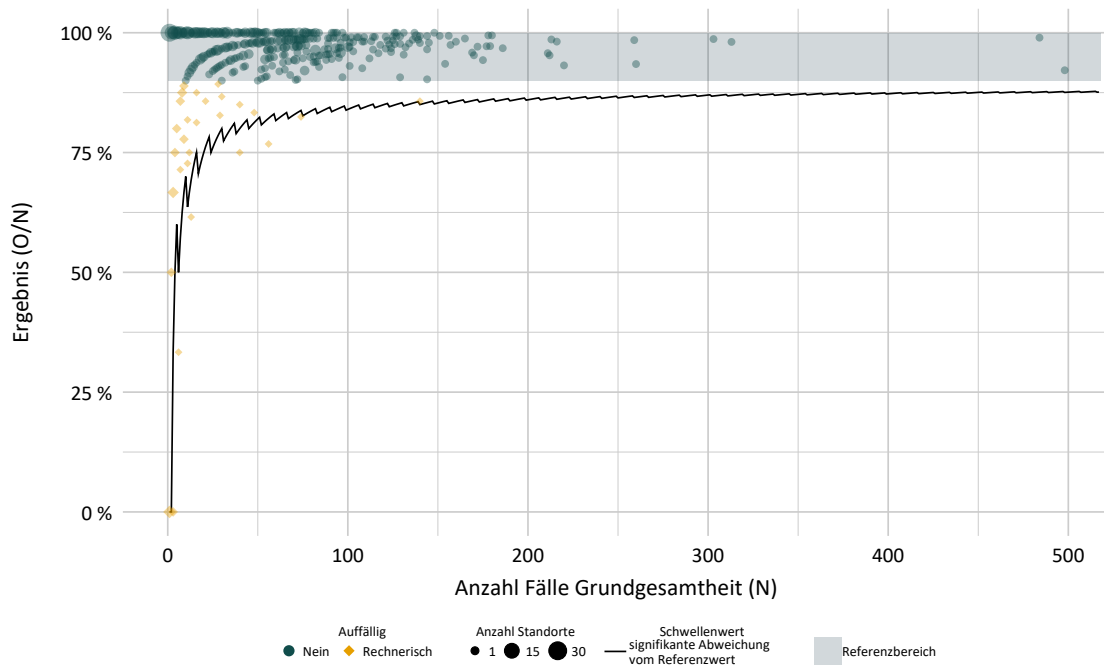
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladissektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom
ID	51847
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom,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

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	31.177 / 32.149	96,98 %	96,78 % - 97,16 %
	2021	31.409 / 32.343	97,11 %	96,92 % - 97,29 %
	2022	29.681 / 30.602	96,99 %	96,79 % - 97,18 %

Details zu den Ergebnissen

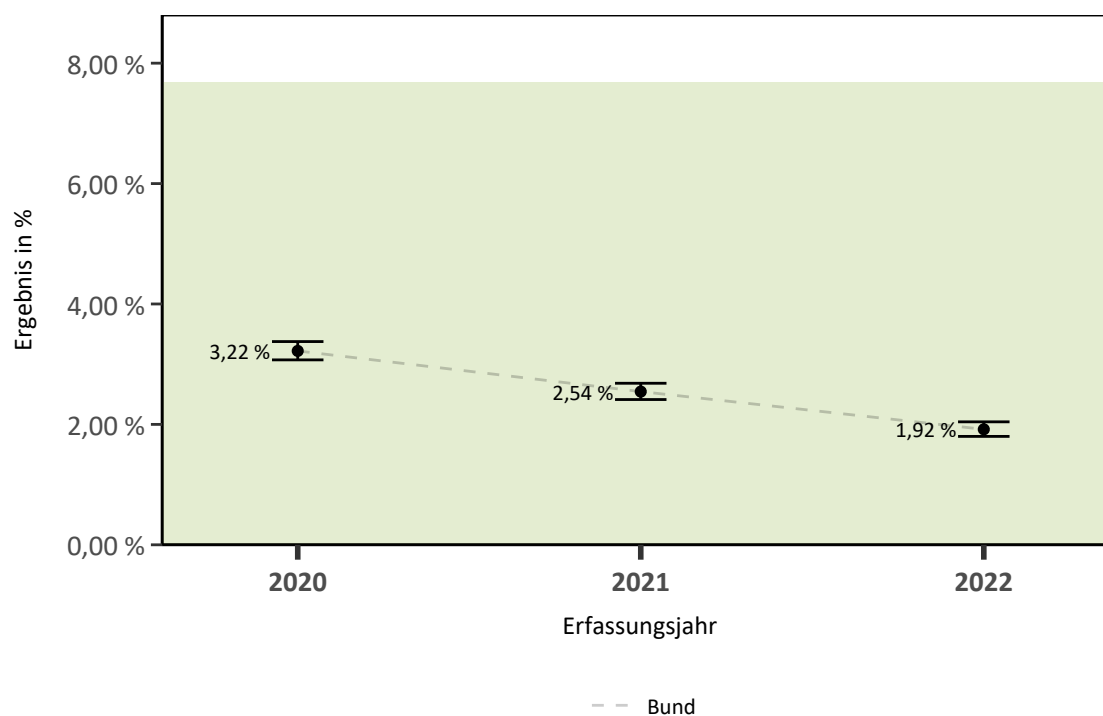
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
7.1	ID: 21_22042 Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und keine Axilladisektion bei Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom und negativem pN-Staging ohne präoperative tumorspezifische Therapie, primär-operative Therapie abgeschlossen (alle pT)	96,91 % 29.995/30.951
7.1.1	ID: 51847 Stadium pT1 bis pT4	96,99 % 29.681/30.602
7.1.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
7.1.1.1.1	ID: 21_22043 Stadium pT1 bis pT4 bei weiblichen Patientinnen	97,02 % 29.445/30.350
7.1.1.1.2	ID: 21_22044 Stadium pT1 bis pT4 bei männlichen Patienten	93,55 % 232/248
7.1.1.2	ID: 21_22045 Stadium pT1	98,27 % 21.021/21.392
7.1.1.3	ID: 21_22046 Stadium pT2	95,35 % 7.814/8.195
7.1.1.4	ID: 21_22047 Stadium pT3	88,01 % 653/742
7.1.1.5	ID: 21_22080 Stadium pT4	70,70 % 193/273

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

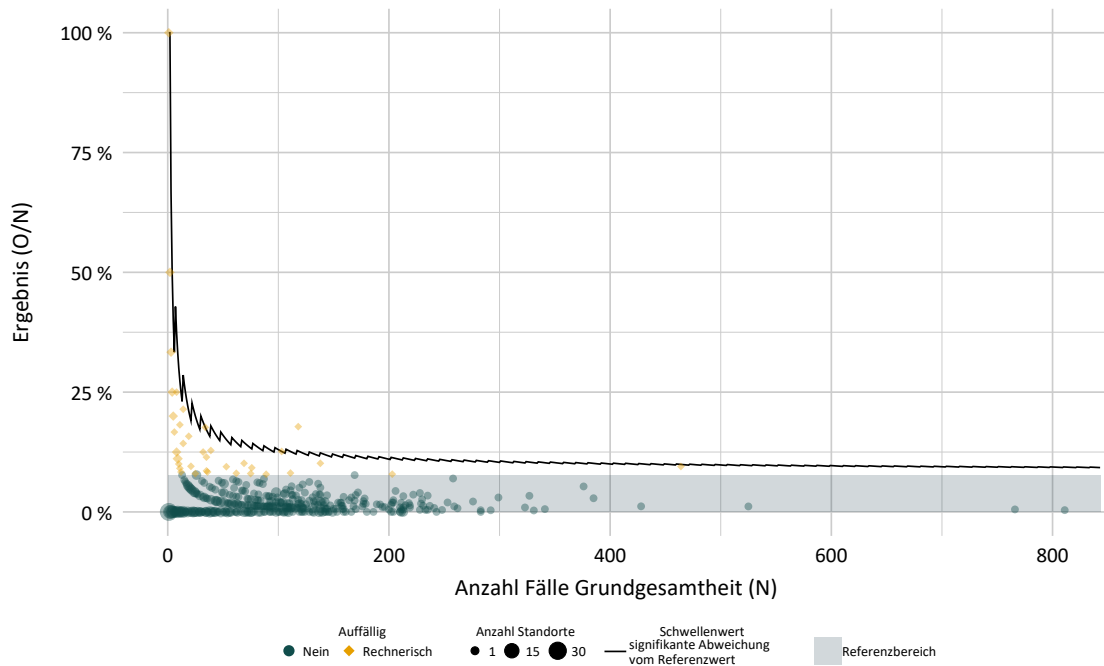
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff
ID	51370
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff und maligner 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	≤ 7,69 % (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	1.668 / 51.796	3,22 %	3,07 % - 3,38 %
	2021	1.328 / 52.187	2,54 %	2,41 % - 2,68 %
	2022	948 / 49.427	1,92 %	1,80 % - 2,04 %

Details zu den Ergebnissen

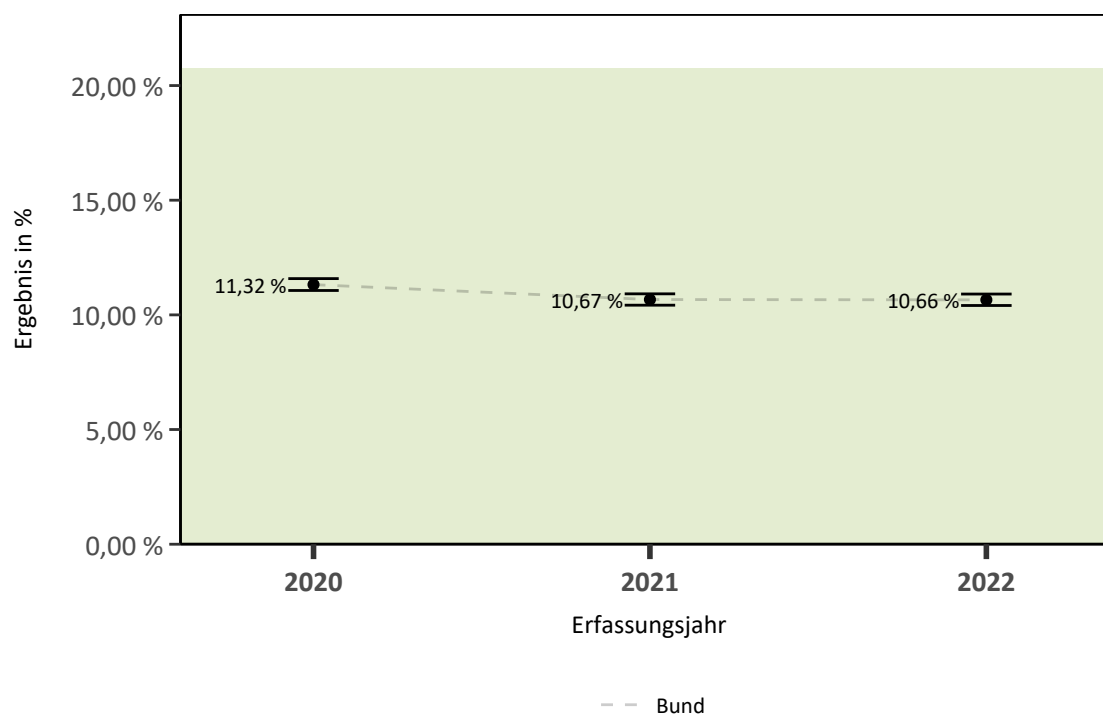
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
8.1	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation	
8.1.1	ID: 51370 < 7 Tage	1,92 % 948/49.427
8.1.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
8.1.1.1.1	ID: 21_22049 < 7 Tage bei Patientinnen	1,90 % 929/48.973
8.1.1.1.2	ID: 21_22050 < 7 Tage bei Patienten	4,25 % 19/447
8.1.2	ID: 21_22052 ≥ 7 - < 14 Tage	11,41 % 5.638/49.427
8.1.3	ID: 21_22054 ≥ 14 - < 21 Tage	19,11 % 9.446/49.427
8.1.4	ID: 21_22055 ≥ 21 - < 28 Tage	18,83 % 9.308/49.427
8.1.5	ID: 21_22056 ≥ 28 - < 35 Tage	15,86 % 7.837/49.427
8.1.6	ID: 21_22057 ≥ 35 - < 42 Tage	11,16 % 5.514/49.427
8.1.7	ID: 21_22058 ≥ 42 Tage	21,74 % 10.744/49.427
8.1.8	ID: 21_22059 Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation (Median in Tagen)	27,00 27,00/49.427

60659: Nachresektionsrate

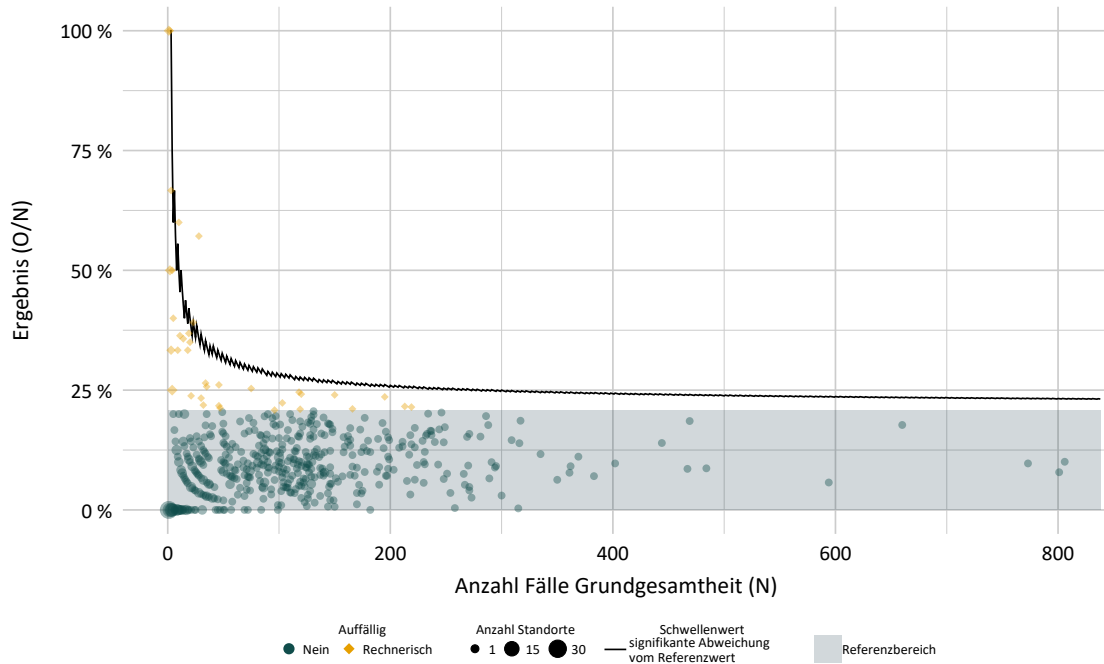
Qualitätsziel	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff
ID	60659
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort
Zähler	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust ≥ 1
Referenzbereich	$\leq 20,77\%$ (95. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	6.539 / 57.765	11,32 %	11,06 % - 11,58 %
	2021	6.370 / 59.710	10,67 %	10,42 % - 10,92 %
	2022	6.246 / 58.614	10,66 %	10,41 % - 10,91 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.1	ID: 60659 Nachresektionsrate	10,66 % 6.246/58.614
9.1.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
9.1.1.1	ID: 21_22061 Nachresektionsrate bei Patientinnen	10,73 % 6.234/58.108
9.1.1.2	ID: 21_22062 Nachresektionsrate bei Patienten	2,41 % 12/497
9.1.2	ID: 21_22063 Nachresektionsrate bei DCIS	26,94 % 1.873/6.952
9.1.3	ID: 21_22065 Nachresektionsrate bei nicht-palpablen Befunden bei Vorgehen nach Leitlinien-Empfehlung am selben Krankenhausstandort	2,45 % 422/17.238
9.1.4	ID: 21_22081 Nachresektionsrate ohne Präoperative Drahtmarkierung	- 0/0

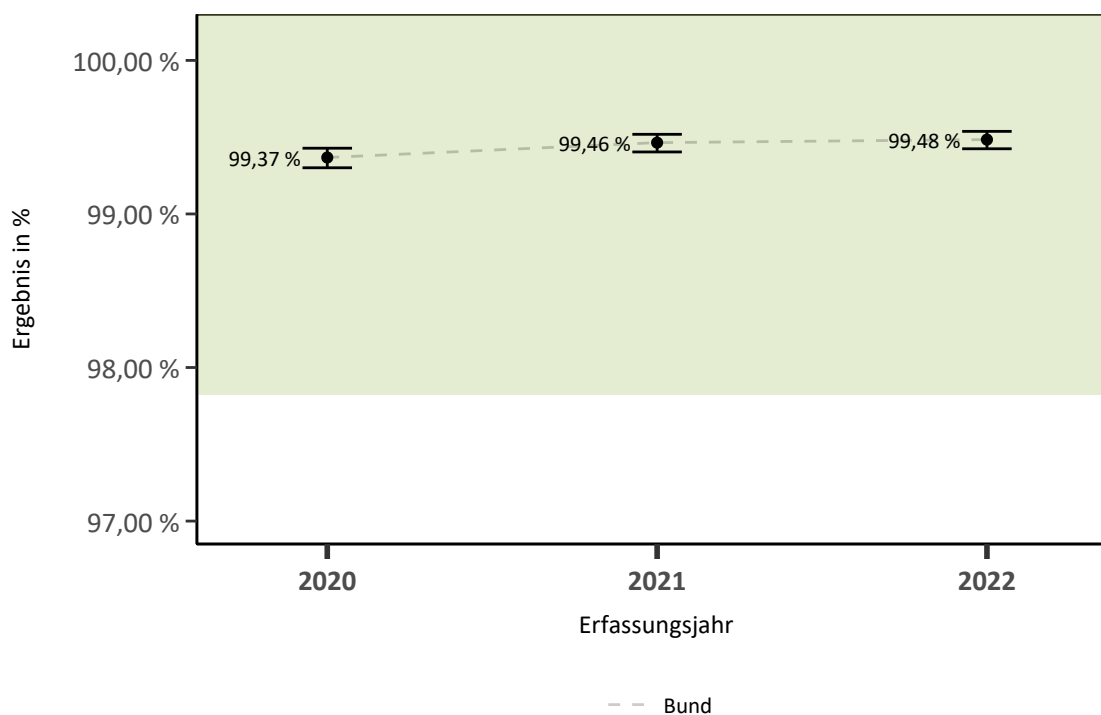
Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
9.2	ID: 21_22066 operative Therapie abgeschlossen ohne erreichte R0-Situation (invasives Karzinom und DCIS)	3,39 % 2.420/71.368

211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

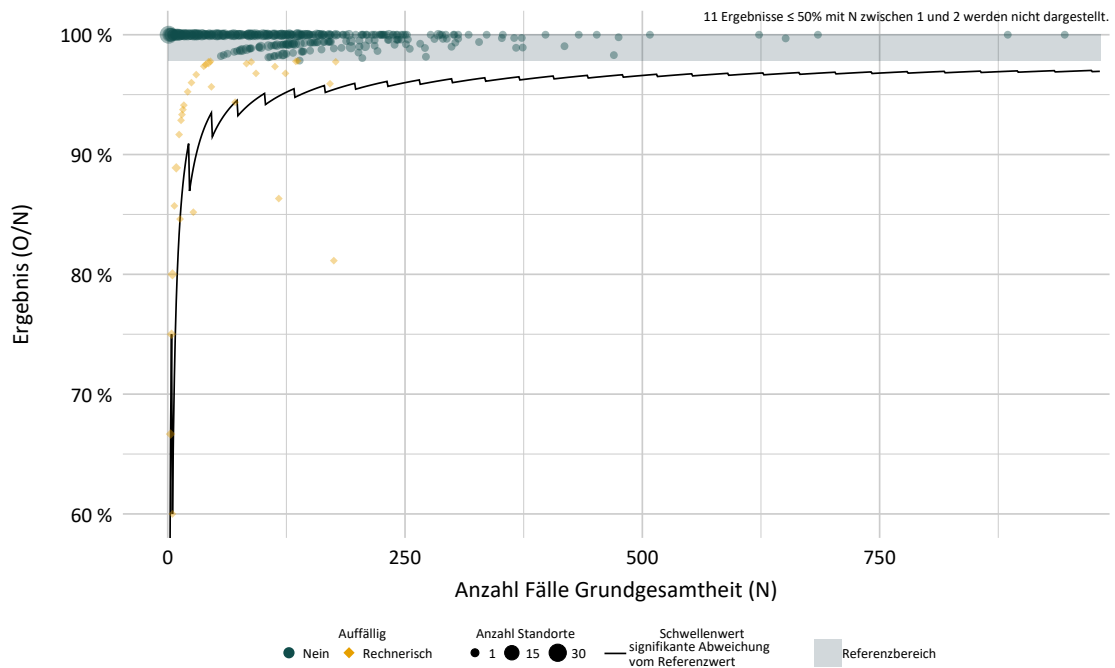
Qualitätsziel	Möglichst häufig postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach Ersteingriff, nach abgeschlossener primär-operativer Therapie und bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS
ID	211800
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Grundgesamtheit	Alle Patientinnen 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	≥ 97,82 % (5. Perzentil)
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse im Zeitverlauf

Ergebnisübersicht der vorangegangenen Jahre



Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	Vertrauensbereich %
Bund	2020	59.243 / 59.620	99,37 %	99,30 % - 99,43 %
	2021	62.021 / 62.355	99,46 %	99,40 % - 99,52 %
	2022	61.347 / 61.665	99,48 %	99,42 % - 99,54 %

Details zu den Ergebnissen

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.1	Postoperative Tumorkonferenz nach Entität	
10.1.1	ID: 21_22068 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom	99,51 % 56.212/56.486
10.1.2	ID: 21_22069 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei DCIS	99,19 % 5.364/5.408

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.2	ID: 211800 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	99,48 % 61.347/61.665
10.2.1	Geschlechterstratifizierte Auswertung	
10.2.1.1	ID: 21_22070 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Patientinnen	99,49 % 60.825/61.138
10.2.1.2	ID: 21_22071 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS bei Patienten	99,04 % 514/519

Nummer	Beschreibung	Ergebnis Bund (gesamt)
10.3	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz	
10.3.1	ID: 21_22072 Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	79,77 % 54.934/68.864

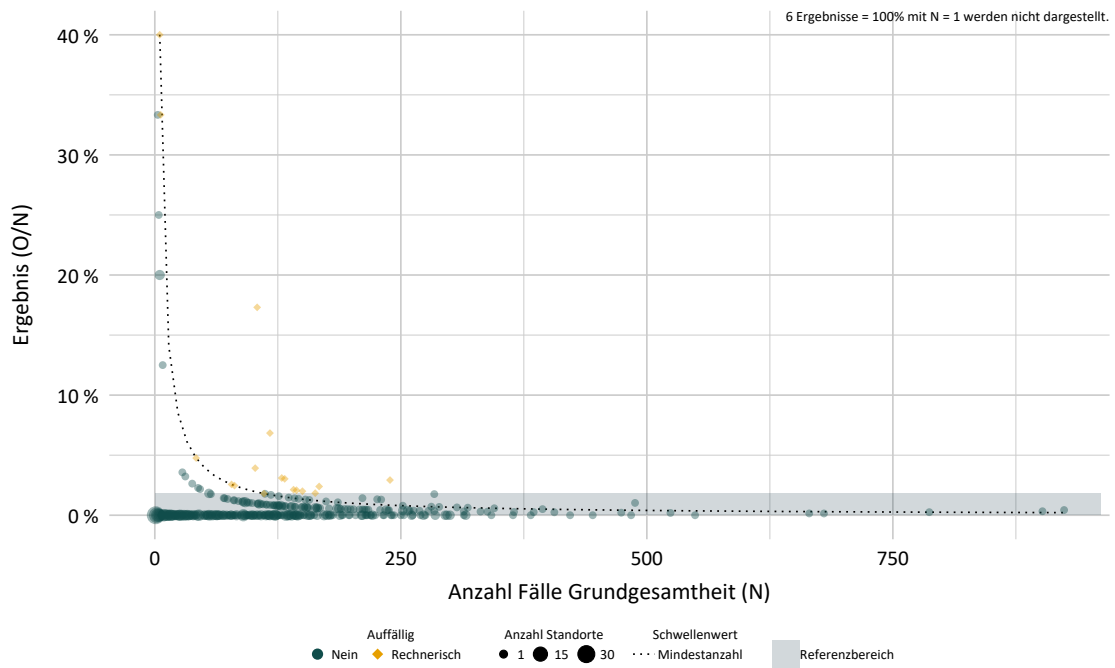
Detailergebnisse der Auffälligkeitskriterien

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

850363: Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“

ID	850363
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Der HER2-Status ist entscheidend für die Auswahl der Behandlung. Fälle mit der Angabe „unbekannt“ werden aus dem Zähler mehrerer QI ausgeschlossen. Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine genaue Angabe zum HER2-Status vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie
Zähler	Brustoperationen mit unbekanntem HER2-Status
Referenzbereich	≤ 1,79 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



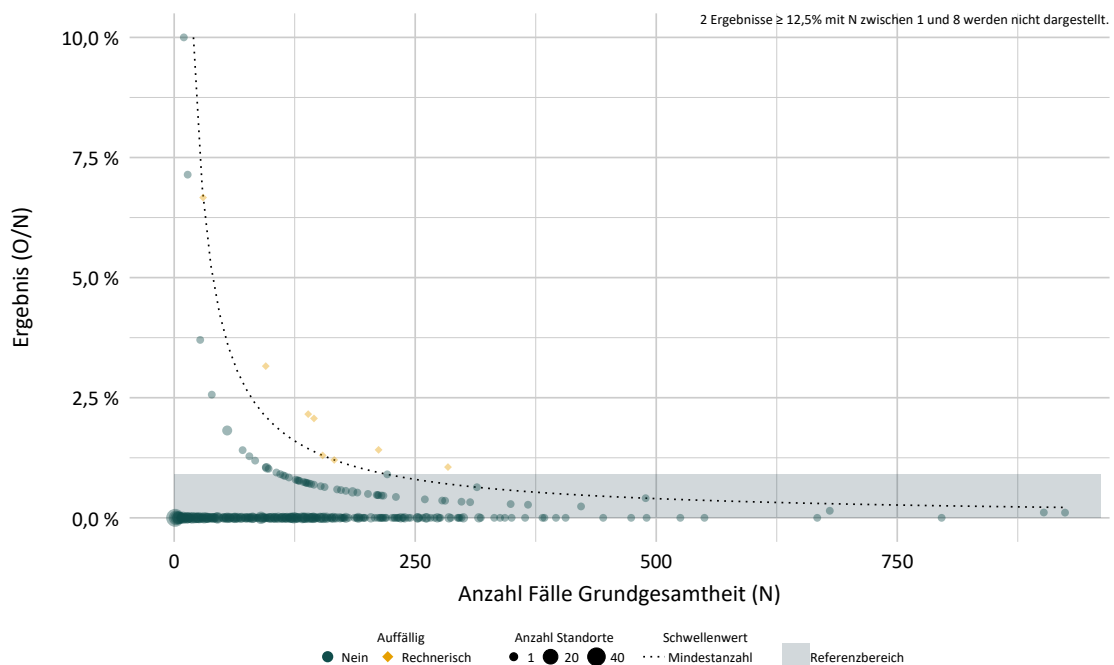
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	252 / 64.962	0,39 %	2,76 % 17 / 615

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

ID	850364
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	Relevanz Brustoperationen mit der Angabe „es liegen keine Angaben vor“ zur R0-Resektion werden aus der Grundgesamtheit des QI 60659 ausgeschlossen. Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation. Tatsächlich liegt eine genaue Angabe zur R0-Resektion vor.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	60659: Nachresektionsrate
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei lebend entlassenen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom
Zähler	Brustoperationen zu denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen
Referenzbereich	≤ 0,91 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



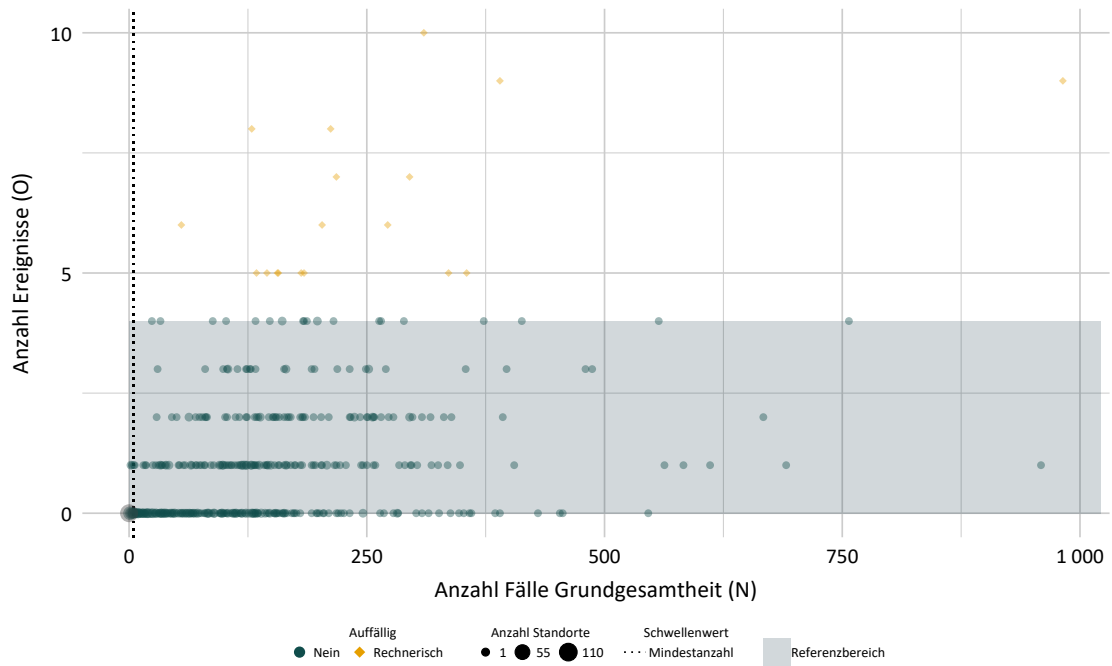
Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		85 / 65.370	0,13 %	1,29 % 8 / 618

813068: Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

ID	813068
Art des Wertes	Datenvalidierung
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 Fehldokumentation. Fehlende Sorgfalt bei der Dokumentation des Datenfeldes „postoperative Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv und präoperativer Histologie 'invasives Mammakarzinom (Primärtumor)'
Zähler	Brustoperationen ohne postoperative Histologie 'invasives Mammakarzinom'
Referenzbereich	≤ 4
Mindestanzahl Nenner	5
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



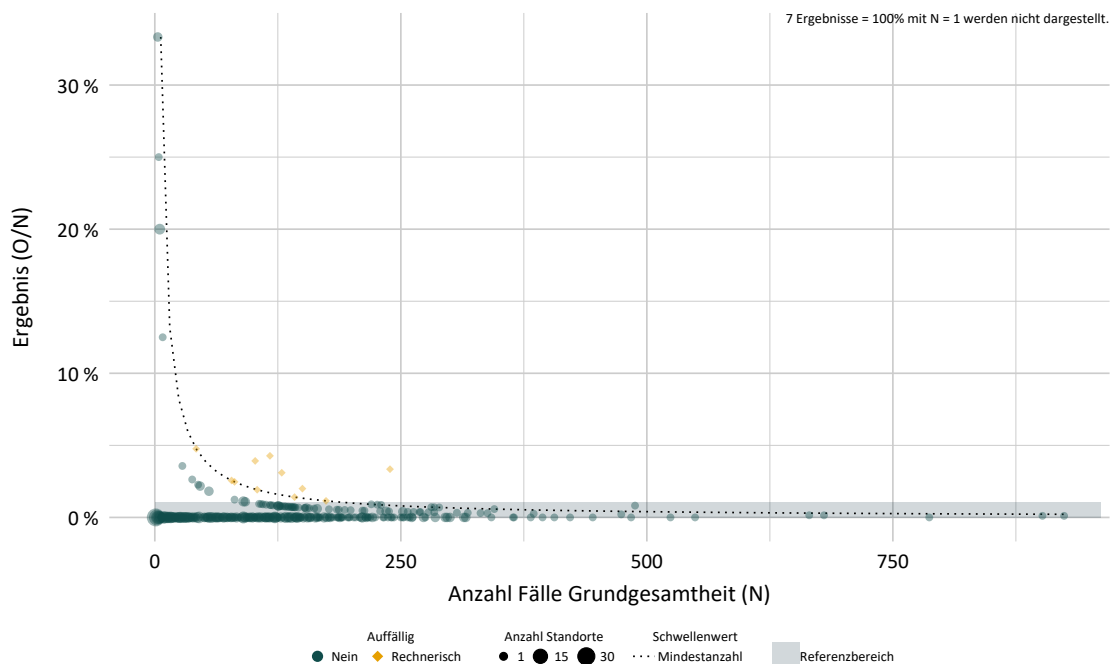
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	526 / 72.324	0,73 %	2,94 % 18 / 613

850372: Häufige Angabe „immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

ID	850372
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Der Hormonrezeptorstatus ist entscheidend für die Auswahl der Behandlung. Fälle mit der Angabe „unbekannt“ werden aus der Grundgesamtheit mehrerer QI ausgeschlossen.</p> <p>Hypothese Überdokumentation/Fehldokumentation. Tatsächlich ist der immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus bekannt.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen bei Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie
Zähler	Brustoperationen bei unbekanntem immunohistochemischen Hormonrezeptor-Status
Referenzbereich	≤ 1,10 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



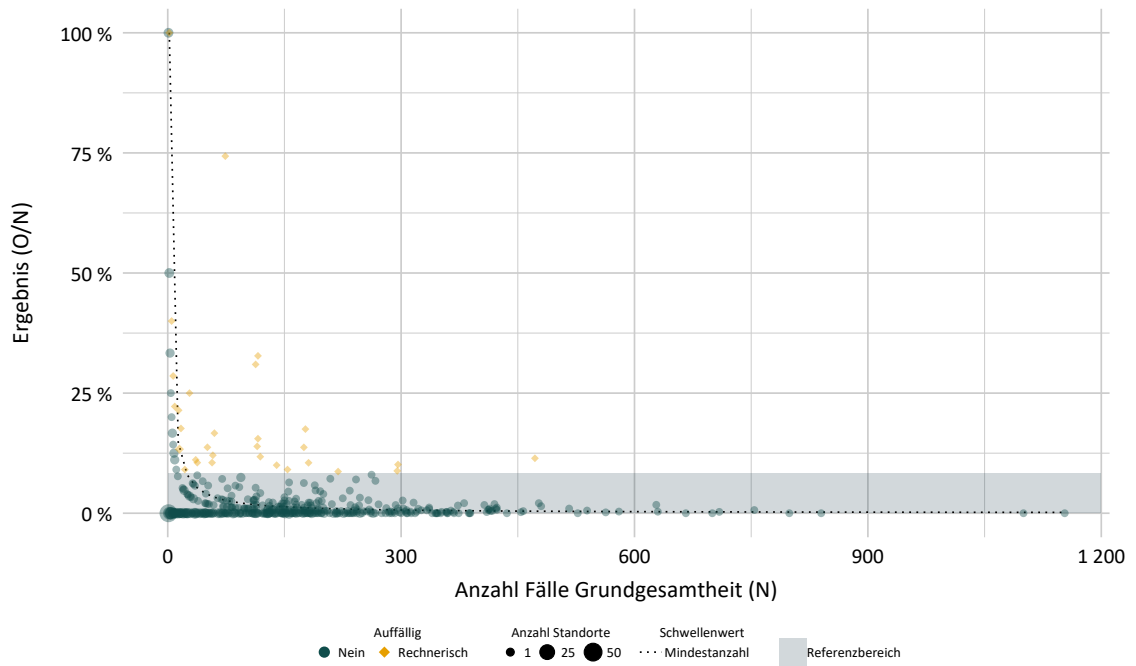
Detailergebnisse

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		145 / 64.962	0,22 %	1,79 % 11 / 615

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

ID	852000
Art des Wertes	Datenvalidierung
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 Kode ausweist.</p> <p>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 Axilladisektion bei DCIS 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Grundgesamtheit	Alle Brustoperationen mit einer Angabe im Feld maligne Neoplasie [PRAEICDO3]
Zähler	Brustoperationen bei einer malignen Neoplasie mit der ICD-O-3-Diagnose [PRAEICDO3] = 8010/3 Karzinom o.n.A.
Referenzbereich	≤ 8,25 % (95. Perzentil)
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	2
Datenquellen	QS-Daten

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



Detailergebnisse

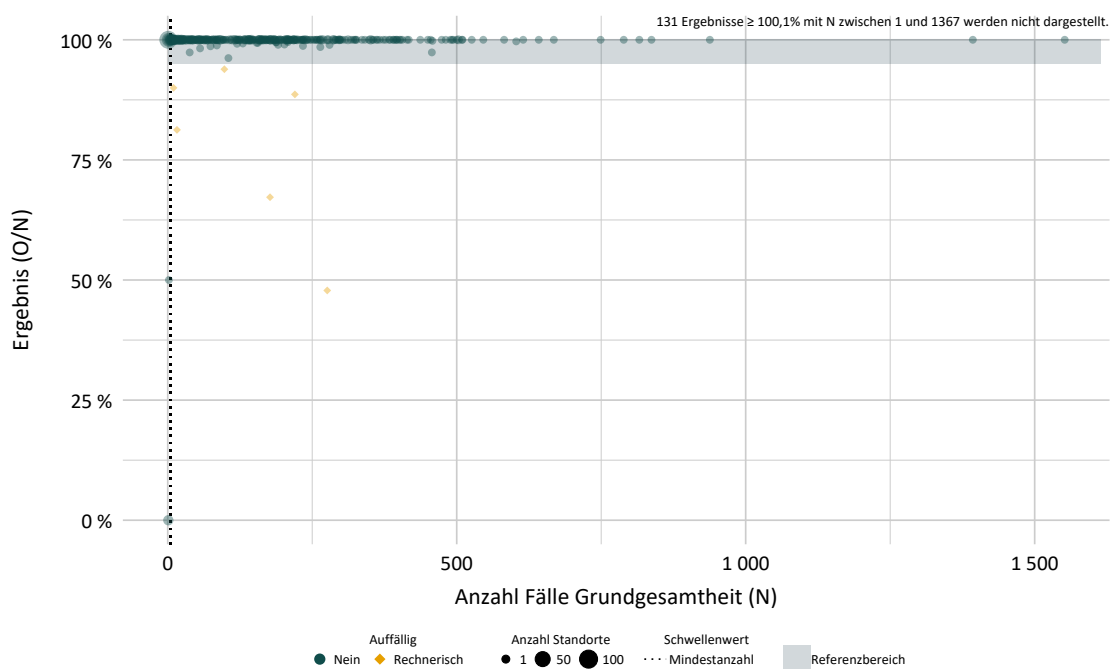
Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	1.121 / 83.590	1,34 %	4,89 % 31 / 634

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

850093: Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation

ID	850093
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	<p>Relevanz Dieses Auffälligkeitskriterium zielt darauf ab, eine Unterdokumentation 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 Unterdokumentation nachzugehen und Optimierungsmaßnahmen einzuleiten.</p> <p>Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess oder das Weglassen komplizierter Fälle können zu niedrigen Dokumentationsraten in einzelnen Modulen führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.</p>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≥ 95,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort muss laut Sollstatistik mindestens 5 Fälle behandelt haben.)
Mindestanzahl Zähler	
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



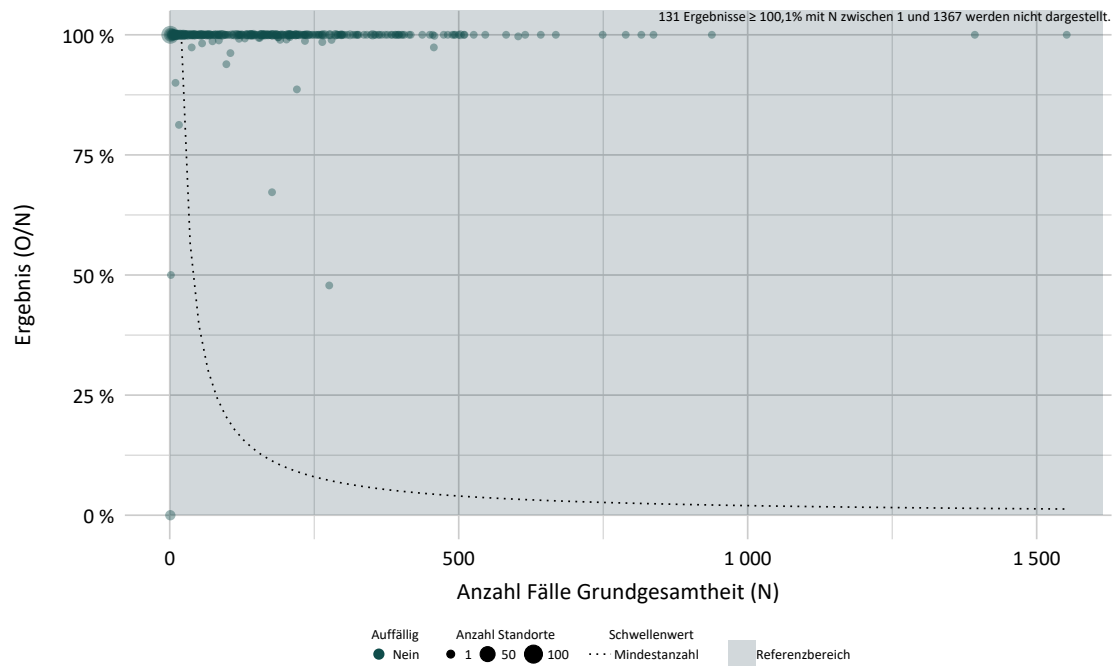
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	101.324 / 101.176	100,15 %	0,80 % 6 / 754

850094: Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation

ID	850094
Art des Wertes	Datenvalidierung
Begründung für die Auswahl	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. Hypothese Organisatorische Probleme im Dokumentationsprozess einzelner Module können zu einer Überdokumentation führen. Dies kann die Aussagekraft der rechnerischen QI-Ergebnisse beeinflussen.
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl der gelieferten vollständigen und plausiblen Datensätze einschließlich der Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 110,00 %
Mindestanzahl Nenner	
Mindestanzahl Zähler	20
Datenquellen	QS-Daten, Sollstatistik

Ergebnisse differenziert nach Fallzahlen je Leistungserbringer



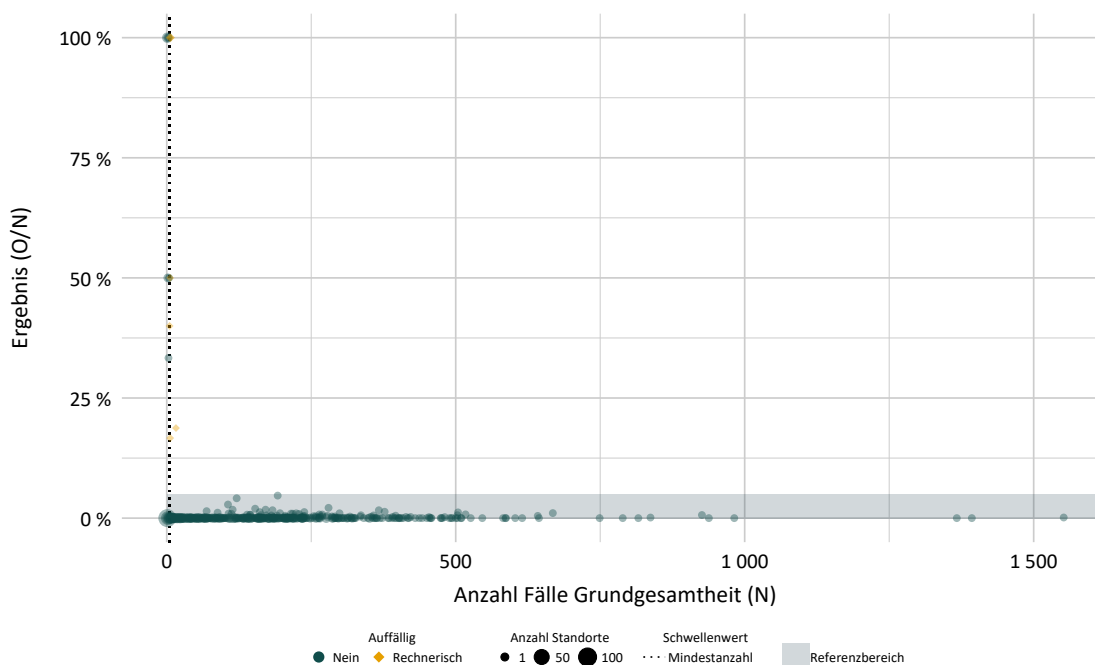
Detailergebnisse

Dimension	Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund	101.324 / 101.176	100,15 %	0,40 % 3 / 754

850227: Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)

ID	850227
Art des Wertes	Datenvalidierung
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>
Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
Grundgesamtheit	Anzahl durch den QS-Filter ausgelöster Fälle (methodische Sollstatistik: DATENSAETZE_MODUL)
Zähler	Anzahl Minimaldatensätze
Referenzbereich	≤ 5,00 %
Mindestanzahl Nenner	5 (Der Standort 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

Dimension		Ergebnis O/N	Ergebnis %	rechnerisch auffällig
Bund		191 / 101.176	0,19 %	1,06 % 8 / 754

Basisauswertung

Basisdokumentation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	26.347	26,05
2. Quartal	25.164	24,88
3. Quartal	25.436	25,15
4. Quartal	24.186	23,92
Gesamt	101.133	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patienten	N = 101.133	
Geschlecht		
(1) männlich	869	0,86
(2) weiblich	100.250	99,13
(3) divers	≤3	x
(8) unbestimmt	12	0,01

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle Patientinnen	N = 101.133	
Altersverteilung⁶		
< 30 Jahre	2.119	2,10
30 - 39 Jahre	5.288	5,23
40 - 49 Jahre	13.398	13,25
50 - 59 Jahre	25.917	25,63
60 - 69 Jahre	25.816	25,53
70 - 79 Jahre	17.432	17,24
≥ 80 Jahre	11.163	11,04

⁶ 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	101.132
Minimum	8,00
5. Perzentil	36,00
25. Perzentil	51,00
Median	61,00
Mittelwert	60,72
75. Perzentil	71,00
95. Perzentil	83,00
Maximum	101,00

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Postoperativer histologischer Befund

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv.

Postoperative Histologie	weiblich	männlich	divers	unbestimmt	Gesamt
Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie					
Bund (gesamt)					
(1) ausschließlich Normalgewebe	553 0,60 %	14 0,02 %	0 0,00 %	0 0,00 %	567 0,62 %
(2) benigne / entzündliche Veränderung	9.777 10,69 %	142 0,16 %	0 0,00 %	≤3 x %	9.922 10,85 %
(3) Risikoläsion	2.305 2,52 %	18 0,02 %	0 0,00 %	0 0,00 %	2.323 2,54 %
(4) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	78.011 85,30 %	618 0,68 %	≤3 x %	8 0,01 %	78.639 85,99 %

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit malignen Neoplasien (einschließlich in-situ-Karzinome) und abgeschlossener primär-operativer Therapie	N = 78.639	
Karzinome		
Primärerkrankung	72.935	92,75
davon Histologie		
invasives Karzinom	65.400	89,67
DCIS	7.224	9,90
LCIS / lobuläres Karzinom	6.851	9,39
Lymphom	11	0,02
Sarkom	156	0,21
Rezidiverkrankung (lokoregionär)	5.704	7,25
davon Histologie		
invasives Karzinom	5.047	88,48
DCIS	549	9,62
LCIS / lobuläres Karzinom	512	8,98
Lymphom	≤3	x
Sarkom	87	1,53

Befund: Invasive Karzinome (Primärerkrankung)

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	18.693	25,84
2. Quartal	18.003	24,89
3. Quartal	18.360	25,38
4. Quartal	17.282	23,89
Gesamt	72.338	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 72.338	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	279	0,39
30 - 39 Jahre	3.070	4,24
40 - 49 Jahre	9.060	12,52
50 - 59 Jahre	17.668	24,42
60 - 69 Jahre	19.229	26,58
70 - 79 Jahre	13.751	19,01
≥ 80 Jahre	9.281	12,83

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung mit Angabe von Werten > 0	72.338
Minimum	19,00
5. Perzentil	40,00
25. Perzentil	53,00
Median	63,00
Mittelwert	62,59
75. Perzentil	73,00
95. Perzentil	84,00
Maximum	101,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom	N = 79.272	
Erkrankung		
(1) Primärerkrankung	73.831	93,14
(2) lokoregionäres Rezidiv nach BET	4.294	5,42
(3) lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	1.082	1,36

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom, R0-Resektion, ohne präoperative Draht-Markierung und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 30.638	
Zusammenhang zwischen tastbarem Mammabefund und Nachresektion bei Fällen ohne präoperative Markierung (ultraschallgesteuerte OP unberücksichtigt)		
Mit tastbarem Befund und mindestens einer Nachresektion	618	2,02
Mit tastbarem Befund und ohne Nachresektion	20.140	65,74
Ohne tastbaren Befund und mindestens einer Nachresektion	202	0,66
Ohne tastbaren Befund und ohne Nachresektion	3.208	10,47

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	N = 65.782	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	47.859	72,75
(1) ja	16.377	24,90
(9) unbekannt	1.546	2,35

	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 = 64.837	
Prätherapeutischer histologischer Befund		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	95	0,15
(2) benigne / entzündliche Veränderung	108	0,17
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	250	0,39
(4) malignitätsverdächtig	357	0,55
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	64.027	98,75

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	63.496
Minimum	1,00
Median	34,00
Mittelwert	72,66
Maximum	365,00

Bund (gesamt)		
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 73.831	
Grading		
(0) nein	568	0,77
(1) ja	68.544	92,84
Hormonrezeptorstatus		
(0) nein	509	0,69
(1) ja	68.603	92,92
HER2-Status		
(0) nein	1.056	1,43
(1) ja	66.257	89,74
Ki67-Status		
(0) nein	650	0,88
(1) ja	66.663	90,29

	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 = 64.837	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	12.982	20,02
(1) ja	51.855	79,98
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	44.458	68,57
(1) ja	20.379	31,43

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 74.419	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung⁷		
(0) nein	36.853	49,52
(1) ja, durch Mammografie	10.773	14,48
(2) ja, durch Sonografie	24.113	32,40
(3) ja, durch MRT	429	0,58
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	2.251	3,02

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 74.419	
Eingriffe (nach OPS)⁸		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	53.635	72,07
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	13.189	17,72
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	566	0,76
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	4.874	6,55

⁷ gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

⁸ Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 73.831	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	8.431	11,42
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	4.867	57,73
(2) Empfehlung zur Mastektomie	956	11,34
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	681	8,08
(4) Empfehlung zur Axilladisektion	890	10,56
(6) Empfehlung zur BET	251	2,98
(9) Kombination aus 1 bis 6	786	9,32
(1) ja	65.400	88,58
Lymphknoten-Entfernung		
Brusterhaltende Therapie	46.515	71,12
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	1.536	3,30
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	30.332	65,21
- nur mit Lymphadenektomie	3.300	7,09
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	11.347	24,39
Mastektomie	18.883	28,87
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	1.028	5,44
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	7.747	41,03
- nur mit Lymphadenektomie	4.946	26,19
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	5.162	27,34

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 65.400	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	54.588	83,47
Therapieart und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	46.515	71,12
davon ja (auf Wunsch der Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	106	0,23
Mastektomie	18.883	28,87
davon nein (auf Wunsch der Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	1.682	8,91

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 65.400	
Hormonrezeptoranalyse		
(0) negativ	10.631	16,26
(1) positiv	54.370	83,13
(9) unbekannt	148	0,23
HER2-Status		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	56.480	86,36
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	8.308	12,70
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	101	0,15
(9) unbekannt	260	0,40

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 65.400	
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	50.836	77,73
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	8.018	12,26
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	1.212	1,85
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	1.010	1,54
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	338	0,52
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrität		
(0) nein	57.489	87,90
(1) ja	7.660	11,71
R0-Resektion		
(0) nein	2.238	3,42
(1) ja	59.581	91,10
(8) es liegen keine Angaben vor	85	0,13
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	3.245	4,96
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand		
(1) < 1 mm	5.449	8,33
(2) ≥ 1 mm bis < 2 mm	8.327	12,73
(3) ≥ 2 mm	43.866	67,07
(8) es liegen keine Angaben vor	1.939	2,96
Anzahl der Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0, die in Ihrer Einrichtung durchgeführt wurden		
(0) keine Nachoperation	52.808	80,75
(1) R0 nicht mit Ersteingriff erlangt. 1 Nachoperation	5.998	9,17
(2) 2 Nachoperationen	462	0,71
(3) ≥ 3 Nachoperationen	72	0,11

Staging

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 65.400	
Tumorgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	6.848	10,47
pT1, ypT1 (Sarkom)	0	0,00
pT1mic, ypT1mic	548	0,84
pT1a, ypT1a	3.654	5,59
pT1b, ypT1b	9.107	13,93
pT1c, ypT1c	21.295	32,56
pT2, ypT2	18.159	27,77
pT3, ypT3	3.056	4,67
pT4a, ypT4a	86	0,13
pT4b, ypT4b	1.534	2,35
pT4c, ypT4c	43	0,07
pT4d, ypT4d	93	0,14
pTX, ypTX	145	0,22

Staging

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 65.400	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	5.368	8,21
pN0(sn), ypN0(sn)	40.224	61,50
pN1mi, ypN1mi	344	0,53
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	1.422	2,17
pN1a, ypN1a	4.743	7,25
pN1(sn), ypN1(sn)	994	1,52
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	4.872	7,45
pN1b, ypN1b	44	0,07
pN1c, ypN1c	175	0,27
pN2a(sn), ypN2a(sn)	435	0,67
pN2a, ypN2a	2.546	3,89
pN2b, ypN2b	32	0,05
pN3a, ypN3a	1.361	2,08
pN3b, ypN3b	19	0,03
pN3c, ypN3c	18	0,03
pNX, ypNX	2.541	3,89
Grading (Elston und Ellis)		
(1) gut differenziert	9.409	14,39
(2) mäßig differenziert	38.112	58,28
(3) schlecht differenziert	16.225	24,81
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	1.403	2,15

Tumorstadium (pT und pN)

Die Prozentangaben beziehen sich auf das Zeilenkollektiv.

Tumor stadium ⁹	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	6.311 92,16 %	292 4,26 %	41 0,60 %	13 0,19 %	181 2,64 %	6.848 100,00 %
pT 1	27.297 78,88 %	5.187 14,99 %	624 1,80 %	172 0,50 %	1.180 3,41 %	34.604 100,00 %
pT 2	10.036 55,27 %	5.486 30,21 %	1.359 7,48 %	551 3,03 %	667 3,67 %	18.159 100,00 %
pT 3	941 30,79 %	980 32,07 %	587 19,21 %	382 12,50 %	156 5,10 %	3.056 100,00 %
pT 4	323 18,39 %	534 30,41 %	374 21,30 %	267 15,21 %	240 13,67 %	1.756 100,00 %
pT X	55 37,93 %	32 22,07 %	17 11,72 %	12 8,28 %	28 19,31 %	145 100,00 %
Gesamt	45.592 69,71 %	12.594 19,26 %	3.013 4,61 %	1.398 2,14 %	2.541 3,89 %	65.398 100,00 %

⁹ Zusammenfassung von pT und ypT bzw. pN und ypN

Tumorgröße 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 = 34.604	
pT 1			
keine präoperative tumorspezifische Therapie		26.457	76,46
davon			
brusterhaltend		22.422	84,75
ablativ		4.035	15,25

		Bund (gesamt)	
		n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 2 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung		N = 18.159	
pT 2			
keine präoperative tumorspezifische Therapie		14.295	78,72
davon			
brusterhaltend		9.128	63,85
ablativ		5.167	36,15

		Bund (gesamt)	
		n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 3 - 4 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung		N = 4.812	
pT 3 - 4			
keine präoperative tumorspezifische Therapie		3.613	75,08
davon			
brusterhaltend		687	19,01
ablativ		2.926	80,99

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 = 34.604	
pT 1		
pN 0	27.297	78,88
- G 1	6.340	23,23
davon brusterhaltend	5.708	90,03
davon ablativ	632	9,97
- G 2 oder 3	20.657	75,67
davon brusterhaltend	17.243	83,47
davon ablativ	3.414	16,53
pN > 0	5.983	17,29
- G 1	786	13,14
davon brusterhaltend	645	82,06
davon ablativ	141	17,94
- G 2 oder 3	5.058	84,54
davon brusterhaltend	3.734	73,82
davon ablativ	1.324	26,18

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 2 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 18.159	
pT 2		
pN 0	10.036	55,27
- G 1	1.011	10,07
davon brusterhaltend	755	74,68
davon ablativ	256	25,32
- G 2 oder 3	8.923	88,91
davon brusterhaltend	6.128	68,68
davon ablativ	2.795	31,32
pN > 0	7.396	40,73
- G 1	507	6,86
davon brusterhaltend	305	60,16
davon ablativ	202	39,84
- G 2 oder 3	6.751	91,28
davon brusterhaltend	3.792	56,17
davon ablativ	2.959	43,83

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom mit pT 3 - 4 und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 4.812	
pT 3 - 4		
pN 0	1.264	26,27
- G 1	80	6,33
davon brusterhaltend	22	27,50
davon ablativ	58	72,50
- G 2 oder 3	1.162	91,93
davon brusterhaltend	309	26,59
davon ablativ	853	73,41
pN > 0	3.124	64,92
- G 1	121	3,87
davon brusterhaltend	34	28,10
davon ablativ	87	71,90
- G 2 oder 3	2.937	94,01
davon brusterhaltend	461	15,70
davon ablativ	2.476	84,30

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 72.338	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	63.857	88,28

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 72.338	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	17.376	24,02
3 - 6 Tage	44.707	61,80
7 - 10 Tage	7.770	10,74
11 - 14 Tage	1.522	2,10
> 14 Tage	963	1,33

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom und brusterhaltender Therapie (BET) bei Primärerkrankung	N = 45.938	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	13.759	29,95
3 - 6 Tage	29.322	63,83
7 - 10 Tage	2.268	4,94
11 - 14 Tage	334	0,73
> 14 Tage	255	0,56

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom und Mastektomie bei Primärerkrankung	N = 17.950	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	468	2,61
3 - 6 Tage	10.539	58,71
7 - 10 Tage	5.195	28,94
11 - 14 Tage	1.105	6,16
> 14 Tage	643	3,58

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 72.338	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)¹⁰		
(C50.0) Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	513	0,71
(C50.1) Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	4.715	6,52
(C50.2) Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	8.383	11,59
(C50.3) Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	4.586	6,34
(C50.4) Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	30.052	41,54
(C50.5) Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	6.678	9,23
(C50.6) Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	102	0,14
(C50.8) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	14.655	20,26
(C50.9) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	5.908	8,17

¹⁰ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei Primärerkrankung	N = 72.338	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	47.655	65,88
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	23.861	32,99
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	66	0,09
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	144	0,20
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	≤3	x
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	74	0,10
(07) Tod	31	0,04
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹¹	4	0,01
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	40	0,06
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	178	0,25
(11) Entlassung in ein Hospiz	4	0,01
(13) Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung	≤3	x
(14) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	218	0,30
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	38	0,05
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹²	14	0,02
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ¹³	≤3	x
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x

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

¹² nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹³ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Befund: DCIS (Primärerkrankung)

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	2.560	27,29
2. Quartal	2.261	24,10
3. Quartal	2.321	24,74
4. Quartal	2.240	23,88
Gesamt	9.382	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.382	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	25	0,27
30 - 39 Jahre	243	2,59
40 - 49 Jahre	897	9,56
50 - 59 Jahre	3.514	37,45
60 - 69 Jahre	2.983	31,79
70 - 79 Jahre	1.172	12,49
≥ 80 Jahre	548	5,84

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung mit Angabe von Werten > 0	9.382
Minimum	17,00
5. Perzentil	42,00
25. Perzentil	52,00
Median	60,00
Mittelwert	60,13
75. Perzentil	67,00
95. Perzentil	80,00
Maximum	96,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS	N = 10.079	
Erkrankung		
(1) Primärerkrankung	9.433	93,59
(2) lokoregionäres Rezidiv nach BET	555	5,51
(3) lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	67	0,66

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS, R0-Resektion, ohne präoperative Draht-Markierung und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 3.020	
Zusammenhang zwischen tastbarem Mammabefund und Nachresektion bei Fällen ohne präoperative Markierung (ultraschallgesteuerte OP unberücksichtigt)		
Mit tastbarem Befund und mindestens einer Nachresektion	39	1,29
Mit tastbarem Befund und ohne Nachresektion	513	16,99
Ohne tastbaren Befund und mindestens einer Nachresektion	114	3,77
Ohne tastbaren Befund und ohne Nachresektion	748	24,77

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an der jeweiligen Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung	N = 7.333	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	3.467	47,28
(1) ja	3.721	50,74
(9) unbekannt	145	1,98

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	N = 6.951	
Prätherapeutischer histologischer Befund		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	20	0,29
(2) benigne / entzündliche Veränderung	74	1,06
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	369	5,31
(4) malignitätsverdächtig	168	2,42
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	6.320	90,92

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	6.925
Minimum	1,00
Median	32,00
Mittelwert	42,21
Maximum	361,00

Bund (gesamt)		
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.433	
Grading		
(0) nein	496	5,26
(1) ja	7.167	75,98

Bund (gesamt)		
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	N = 6.951	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	1.881	27,06
(1) ja	5.070	72,94
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	6.755	97,18
(1) ja	196	2,82

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.500	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren¹⁴		
(0) nein	3.745	39,42
(1) ja, durch Mammografie	3.887	40,92
(2) ja, durch Sonografie	1.659	17,46
(3) ja, durch MRT	97	1,02
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	112	1,18
Eingriffe (nach OPS)¹⁵		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	7.728	81,35
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	777	8,18
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	8	0,08
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	916	9,64

¹⁴ gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

¹⁵ Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.433	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	2.209	23,42
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	1.761	79,72
(2) Empfehlung zur Mastektomie	285	12,90
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	19	0,86
(4) Empfehlung zur Axilladisektion	4	0,18
(6) Empfehlung zur BET	37	1,67
(9) Kombination aus 1 bis 6	103	4,66
(1) ja	7.224	76,58
Lymphknoten-Entfernung		
Brusterhaltende Therapie	5.529	76,54
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	5.206	94,16
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	221	4,00
- nur mit Lymphadenektomie	29	0,52
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	73	1,32
Mastektomie	1.695	23,46
- ohne Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Lymphadenektomie	566	33,39
- nur mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	831	49,03
- nur mit Lymphadenektomie	45	2,65
- mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und mit Lymphadenektomie	253	14,93

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 7.224	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	1.378	19,08
Therapieart und Patientenwunsch		
Brusterhaltende Therapie	5.529	76,54
davon ja (auf Wunsch der Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	8	0,14
Mastektomie	1.695	23,46
davon nein (auf Wunsch der Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	173	10,21

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 7.224	
Morphologie (ICD-O-3)		
Duktales Carcinoma in situ (8500/2)	6.851	94,84
Intraduktales mikropapilläres Karzinom (8507/2)	34	0,47
Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom (8503/2)	128	1,77
Nichtinvasives intrazystisches Karzinom (8504/2)	70	0,97
Morbus Paget der Brust (8540/3)	93	1,29
Morbus Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom (8543/3)	48	0,66

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 7.224	
Grading (WHO)		
(G1) Grad 1 (low grade)	1.162	16,09
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	3.054	42,28
(G3) Grad 3 (high grade)	2.560	35,44
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	448	6,20
Gesamtumorgröße		
≤ 10 mm	2.268	31,40
> 10 bis ≤ 20 mm	1.797	24,88
> 20 bis ≤ 30 mm	1.049	14,52
> 30 bis ≤ 40 mm	670	9,27
> 40 bis ≤ 50 mm	469	6,49
> 50 mm	971	13,44
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrität		
(0) nein	6.804	94,19
(1) ja	420	5,81
R0-Resektion		
(0) nein	228	3,16
(1) ja	6.952	96,23
(8) es liegen keine Angaben vor	32	0,44
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	12	0,17
Sicherheitsabstand		
(1) < 1 mm	734	10,16
(2) ≥ 1 mm bis < 2 mm	1.001	13,86
(3) ≥ 2 mm	4.933	68,29
(8) es liegen keine Angaben vor	284	3,93

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit DCIS und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 7.224	
Anzahl der Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0, die in Ihrer Einrichtung durchgeführt wurden		
(0) keine Nachoperation	5.063	70,09
(1) R0 nicht mit Ersteingriff erlangt. 1 Nachoperation	1.608	22,26
(2) 2 Nachoperationen	225	3,11
(3) ≥ 3 Nachoperationen	40	0,55

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.382	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	7.168	76,40

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.382	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	4.931	52,56
3 - 6 Tage	3.739	39,85
7 - 10 Tage	551	5,87
11 - 14 Tage	95	1,01
> 14 Tage	66	0,70

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS und brusterhaltender Therapie (BET) bei Primärerkrankung	N = 5.514	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	3.502	63,51
3 - 6 Tage	1.884	34,17
7 - 10 Tage	98	1,78
11 - 14 Tage	11	0,20
> 14 Tage	19	0,34

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS und Mastektomie bei Primärerkrankung	N = 1.668	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	63	3,78
3 - 6 Tage	1.065	63,85
7 - 10 Tage	429	25,72
11 - 14 Tage	76	4,56
> 14 Tage	35	2,10

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.382	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)¹⁶		
(D05.0) Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse	107	1,14
(D05.1) Carcinoma in situ der Milchgänge	7.783	82,96
(D05.7) Sonstiges Carcinoma in situ der Brustdrüse	191	2,04
(D05.9) Carcinoma in situ der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	300	3,20

¹⁶ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit DCIS bei Primärerkrankung	N = 9.382	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	6.232	66,43
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	3.051	32,52
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	13	0,14
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	18	0,19
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	5	0,05
(07) Tod	≤3	x
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ¹⁷	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	5	0,05
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	10	0,11
(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	37	0,39
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	6	0,06
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ¹⁸	≤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 ¹⁹	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

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

¹⁸ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

¹⁹ 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 = 72.624	
R0-Resektion		
(0) nein	2.466	3,40
(1) ja	66.533	91,61
(8) es liegen keine Angaben vor	117	0,16
(9) Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	3.257	4,48

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 = 33.658	
Zusammenhang zwischen tastbarem Mammabefund und Nachresektion bei Fällen ohne präoperative Markierung (ultraschallgesteuerte OP unberücksichtigt)		
Mit tastbarem Befund und mindestens einer Nachresektion	657	1,95
Mit tastbarem Befund und ohne Nachresektion	20.653	61,36
Ohne tastbaren Befund und mindestens einer Nachresektion	316	0,94
Ohne tastbaren Befund und ohne Nachresektion	3.956	11,75

Geschlechterstratifizierte Histologie und Grading (Primärerkrankung)

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 84.605	
Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus		
(0) negativ	10.612	12,54
(1) positiv	53.850	63,65
(9) unbekannt	139	0,16
Grading (Elston und Ellis) (invasives Karzinom)		
(1) gut differenziert	9.371	11,08
(2) mäßig differenziert	37.741	44,61
(3) schlecht differenziert	16.095	19,02
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	1.394	1,65
Grading (WHO)		
(G1) Grad 1 (low grade)	1.146	1,35
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	3.035	3,59
(G3) Grad 3 (high grade)	2.556	3,02
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	443	0,52
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrität		
(0) nein	63.723	75,32
(1) ja	8.058	9,52
HER2-Status		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	55.981	66,17
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	8.269	9,77
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	100	0,12
(9) unbekannt	251	0,30

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 84.605	
Gesamtumgröße		
≤ 10 mm	2.256	2,67
> 10 bis ≤ 20 mm	1.780	2,10
> 20 bis ≤ 30 mm	1.046	1,24
> 30 bis ≤ 40 mm	666	0,79
> 40 bis ≤ 50 mm	462	0,55
> 50 mm	970	1,15
Tumgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	6.873	8,12
pT1, ypT1 (Sarkom)	7	0,01
pT1mic, ypT1mic	554	0,65
pT1a, ypT1a	3.651	4,32
pT1b, ypT1b	9.086	10,74
pT1c, ypT1c	21.125	24,97
pT2, ypT2	17.988	21,26
pT3, ypT3	3.067	3,63
pT4a, ypT4a	91	0,11
pT4b, ypT4b	1.473	1,74
pT4c, ypT4c	41	0,05
pT4d, ypT4d	92	0,11
pTX, ypTX	175	0,21

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patientinnen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 84.605	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	5.500	6,50
pN0(sn), ypN0(sn)	41.208	48,71
pN1mi, ypN1mi	347	0,41
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	1.404	1,66
pN1a, ypN1a	4.703	5,56
pN1(sn), ypN1(sn)	991	1,17
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	4.830	5,71
pN1b, ypN1b	43	0,05
pN1c, ypN1c	173	0,20
pN2a(sn), ypN2a(sn)	426	0,50
pN2a, ypN2a	2.510	2,97
pN2b, ypN2b	32	0,04
pN3a, ypN3a	1.344	1,59
pN3b, ypN3b	19	0,02
pN3c, ypN3c	18	0,02
pNX, ypNX	7.751	9,16

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 758	
Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus		
(0) negativ	20	2,64
(1) positiv	513	67,68
(9) unbekannt	9	1,19

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär-operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 758	
Grading (Elston und Ellis) (invasives Karzinom)		
(1) gut differenziert	38	5,01
(2) mäßig differenziert	366	48,28
(3) schlecht differenziert	129	17,02
(X) Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	9	1,19
Grading (WHO)		
(G1) Grad 1 (low grade)	16	2,11
(G2) Grad 2 (intermediate grade)	19	2,51
(G3) Grad 3 (high grade)	4	0,53
(GX) Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	5	0,66
Pathologischer Befund: Histologisch gesicherte Multizentrität		
(0) nein	564	74,41
(1) ja	22	2,90
HER2-Status		
(0) negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	493	65,04
(1) positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	38	5,01
(2) Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie)	≤3	x
(9) unbekannt	10	1,32
Gesamtumgröße		
≤ 10 mm	12	1,58
> 10 bis ≤ 20 mm	17	2,24
> 20 bis ≤ 30 mm	≤3	x
> 30 bis ≤ 40 mm	4	0,53
> 40 bis ≤ 50 mm	7	0,92
> 50 mm	≤3	x

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär- operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 758	
Tumorgröße (pT- und ypT-Klassifikation)		
pT0, ypT0	7	0,92
pT1, ypT1 (Sarkom)	0	0,00
pT1mic, ypT1mic	5	0,66
pT1a, ypT1a	14	1,85
pT1b, ypT1b	24	3,17
pT1c, ypT1c	189	24,93
pT2, ypT2	210	27,70
pT3, ypT3	18	2,37
pT4a, ypT4a	≤3	x
pT4b, ypT4b	68	8,97
pT4c, ypT4c	≤3	x
pT4d, ypT4d	≤3	x
pTX, ypTX	4	0,53

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste bei Patienten mit abgeschlossener primär- operativer Therapie bei Primärerkrankung	N = 758	
Nodalstatus (pN- und ypN-Klassifikation)		
pN0, ypN0	41	5,41
pN0(sn), ypN0(sn)	274	36,15
pN1mi, ypN1mi	≤3	x
pN1mi(sn), ypN1mi(sn)	21	2,77
pN1a, ypN1a	57	7,52
pN1(sn), ypN1(sn)	7	0,92
pN1a(sn) , ypN1a(sn)	50	6,60
pN1b, ypN1b	≤3	x
pN1c, ypN1c	≤3	x
pN2a(sn), ypN2a(sn)	8	1,06
pN2a, ypN2a	41	5,41
pN2b, ypN2b	0	0,00
pN3a, ypN3a	18	2,37
pN3b, ypN3b	0	0,00
pN3c, ypN3c	0	0,00
pNX, ypNX	60	7,92

Befund: Invasive Karzinome (Lokoregionäre Rezidive)

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	1.385	25,87
2. Quartal	1.308	24,43
3. Quartal	1.393	26,02
4. Quartal	1.267	23,67
Gesamt	5.353	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.353	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	14	0,26
30 - 39 Jahre	178	3,33
40 - 49 Jahre	464	8,67
50 - 59 Jahre	1.018	19,02
60 - 69 Jahre	1.429	26,70
70 - 79 Jahre	1.377	25,72
≥ 80 Jahre	873	16,31

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv mit Angabe von Werten > 0	5.353
Minimum	21,00
5. Perzentil	42,00
25. Perzentil	57,00
Median	67,00
Mittelwert	65,65
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 = 5.376	
Erkrankung		
Lokoregionäres Rezidiv nach BET	4.294	79,87
Lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	1.082	20,13

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei invasivem Karzinom und lokoregionärem Rezidiv nach BET	N = 4.323	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren²⁰		
(0) nein	3.335	77,15
(1) ja, durch Mammografie	247	5,71
(2) ja, durch Sonografie	633	14,64
(3) ja, durch MRT	34	0,79
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	74	1,71
Eingriffe (nach OPS)²¹		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	1.406	32,52
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	2.103	48,65
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	113	2,61
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	450	10,41

²⁰ gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

²¹ Mehrfachnennung möglich

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv nach BET	N = 4.294	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	268	6,24
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	152	56,72
(2) Empfehlung zur Mastektomie	73	27,24
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	7	2,61
(4) Empfehlung zur Axilladissektion	9	3,36
(6) Empfehlung zur BET	5	1,87
(9) Kombination aus 1 bis 6	22	8,21
(1) ja	4.026	93,76

Sentinel-Node-Markierung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv nach BET	N = 4.294	
Sentinel-Node-Markierung		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Aufenthalt durchgeführt (5-401.11, 5-401.12)	754	17,56
Art der erfolgten Therapie		
Brusterhaltende Therapie	1.363	31,74
Mastektomie	2.652	61,76

Histologie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit invasivem Karzinom und abgeschlossener primär-operativer Therapie bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.047	
Morphologie (ICD-O-3)		
Invasiv duktales Karzinom (8500/3)	3.738	74,06
Invasiv lobuläres Karzinom (8520/3)	595	11,79
Invasiv duktales und lobuläres Karzinom (8522/3)	73	1,45
Muzinöses Adenokarzinom (8480/3)	55	1,09
Tubuläres Adenokarzinom (8211/3)	6	0,12

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.353	
Weiterer Behandlungsverlauf		
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)	4.957	92,60

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.353	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	1.233	23,03
3 - 6 Tage	3.078	57,50
7 - 10 Tage	799	14,93
11 - 14 Tage	139	2,60
> 14 Tage	104	1,94

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.353	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)²²		
(C50.0) Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof	50	0,93
(C50.1) Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse	379	7,08
(C50.2) Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	501	9,36
(C50.3) Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse	274	5,12
(C50.4) Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	1.680	31,38
(C50.5) Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse	422	7,88
(C50.6) Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse	84	1,57
(C50.8) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	1.392	26,00
(C50.9) Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet	786	14,68
(C76.1) Bösartige Neubildung: Thorax (Axilla, intrathorakal, thorakal)	11	0,21

²² Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit invasivem Karzinom bei lokoregionärem Rezidiv	N = 5.353	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	3.553	66,37
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.710	31,94
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	4	0,07
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	14	0,26
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	7	0,13
(07) Tod	4	0,07
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ²³	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	4	0,07
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	12	0,22
(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	37	0,69
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	5	0,09
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ²⁴	≤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 ²⁵	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	≤3	x

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

²⁴ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

²⁵ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion / prophylaktische Mastektomie

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	686	26,74
2. Quartal	605	23,59
3. Quartal	610	23,78
4. Quartal	664	25,89
Gesamt	2.565	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	N = 2.565	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	114	4,44
30 - 39 Jahre	460	17,93
40 - 49 Jahre	638	24,87
50 - 59 Jahre	701	27,33
60 - 69 Jahre	408	15,91
70 - 79 Jahre	184	7,17
≥ 80 Jahre	60	2,34

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion/prophylaktischer Mastektomie mit Angabe von Werten > 0	2.564
Minimum	15,00
5. Perzentil	30,00
25. Perzentil	41,00
Median	50,00
Mittelwert	50,78
75. Perzentil	60,00
95. Perzentil	75,00
Maximum	93,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Alle operierten Brüste	N = 105.990	
Erkrankung		
(4) ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion	832	0,78
(5) prophylaktische Mastektomie	2.062	1,95
(6) Fernmetastase	327	0,31

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen mit sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	N = 2.903	
Eingriffe (nach OPS)²⁶		
(5-870.*) Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe	456	15,71
(5-872.*) (Modifizierte radikale) Mastektomie	855	29,45
(5-874.*) Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion	18	0,62
(5-877.*) Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren	1.434	49,40

²⁶ Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

Verweildauer im Krankenhaus

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	N = 2.565	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	280	10,92
3 - 6 Tage	1.430	55,75
7 - 10 Tage	658	25,65
11 - 14 Tage	127	4,95
> 14 Tage	70	2,73

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit ausschließlich sekundärer plastischer Rekonstruktion	N = 778	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	178	22,88
3 - 6 Tage	370	47,56
7 - 10 Tage	160	20,57
11 - 14 Tage	35	4,50
> 14 Tage	35	4,50

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit prophylaktischer Mastektomie	N = 1.815	
Verweildauer		
≤ 2 Tage	104	5,73
3 - 6 Tage	1.075	59,23
7 - 10 Tage	506	27,88
11 - 14 Tage	94	5,18
> 14 Tage	36	1,98

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit sekundärer plastischer Rekonstruktion / prophylaktischer Mastektomie	N = 2.565	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.512	58,95
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	1.012	39,45
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	4	0,16
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	5	0,19
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ²⁷	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	4	0,16
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	≤3	x
(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	21	0,82
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ²⁸	0	0,00
(22) Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung	≤3	x
(25) Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²⁹	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

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

²⁸ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

²⁹ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Befund: Risikoläsionen

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	631	26,34
2. Quartal	613	25,58
3. Quartal	588	24,54
4. Quartal	564	23,54
Gesamt	2.396	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Risikoläsionen	N = 2.396	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	94	3,92
30 - 39 Jahre	198	8,26
40 - 49 Jahre	442	18,45
50 - 59 Jahre	878	36,64
60 - 69 Jahre	459	19,16
70 - 79 Jahre	248	10,35
≥ 80 Jahre	77	3,21

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit Risikoläsionen mit Angabe von Werten > 0	2.396
Minimum	13,00
5. Perzentil	32,00
25. Perzentil	47,00
Median	53,00
Mittelwert	54,37
75. Perzentil	63,00
95. Perzentil	77,00
Maximum	97,00

Präoperative Diagnostik und Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen	N = 2.436	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	1.485	60,96
(1) ja	725	29,76
(9) unbekannt	31	1,27

	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 = 1.901	
Prätherapeutischer histologischer Befund		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	12	0,63
(2) benigne / entzündliche Veränderung	77	4,05
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	1.584	83,32
(4) malignitätsverdächtig	195	10,26
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	33	1,74

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	1.876
Minimum	1,00
Median	43,00
Mittelwert	62,21
Maximum	360,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	N = 1.901	
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)		
(0) nein	961	50,55
(1) ja	940	49,45

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen und Aufnahme zum ersten offenen Eingriff und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an der jeweiligen Brust wegen Primärerkrankung	N = 1.901	
Erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie		
(0) nein	1.873	98,53
(1) ja	28	1,47

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei Risikoläsionen	N = 2.443	
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren³⁰		
(0) nein	702	28,74
(1) ja, durch Mammografie	774	31,68
(2) ja, durch Sonografie	866	35,45
(3) ja, durch MRT	22	0,90
(4) nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	50	2,05

³⁰ gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung

Therapie

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operierte Brüste mit Risikoläsionen	N = 2.436	
Primär-operative Therapie abgeschlossen		
(0) nein	84	3,45
davon weitere Therapieempfehlung		
(1) Empfehlung zur Nachresektion	62	73,81
(2) Empfehlung zur Mastektomie	6	7,14
(3) Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	4	4,76
(4) Empfehlung zur Axilladisektion	≤3	x
(6) Empfehlung zur BET	4	4,76
(9) Kombination aus 1 bis 6	7	8,33
(1) ja	2.323	95,36
Art der erfolgten Therapie		
Brusterhaltende Therapie	2.267	93,06
Mastektomie	128	5,25

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Risikoläsionen	N = 2.396	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 2 Tage	1.849	77,17
3 - 6 Tage	476	19,87
7 - 10 Tage	55	2,30
11 - 14 Tage	12	0,50
> 14 Tage	4	0,17

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit Risikoläsionen	N = 2.396	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	1.812	75,63
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	562	23,46
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	≤3	x
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	9	0,38
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	4	0,17
(07) Tod	0	0,00
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ³¹	0	0,00
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	≤3	x
(10) Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	≤3	x
(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	≤3	x
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	≤3	x
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ³²	≤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 ³³	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

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

³² nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

³³ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV

Befund: Benigne / entzündliche Veränderungen, ausschließlich Normalgewebe

Patientin

	Bund (gesamt)	
	n	%
Aufnahmequartal		
1. Quartal	2.992	26,44
2. Quartal	2.852	25,21
3. Quartal	2.738	24,20
4. Quartal	2.733	24,15
Gesamt	11.315	100,00

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	N = 11.315	
Altersverteilung		
< 30 Jahre	1.679	14,84
30 - 39 Jahre	1.635	14,45
40 - 49 Jahre	2.528	22,34
50 - 59 Jahre	2.736	24,18
60 - 69 Jahre	1.579	13,95
70 - 79 Jahre	829	7,33
≥ 80 Jahre	329	2,91

Bund (gesamt)	
Alter (Jahre)	
Anzahl Patientinnen mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe mit Angabe von Werten > 0	11.315
Minimum	8,00
5. Perzentil	20,00
25. Perzentil	37,00
Median	49,00
Mittelwert	48,11
75. Perzentil	59,00
95. Perzentil	76,00
Maximum	98,00

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 = 9.624	
Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms		
(0) nein	8.126	84,43
(1) ja	1.328	13,80
(9) unbekannt	170	1,77

	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 = 5.687	
Prätherapeutischer histologischer Befund		
(1) nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	147	2,58
(2) benigne / entzündliche Veränderung	3.221	56,64
(3) benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	2.051	36,06
(4) malignitätsverdächtig	120	2,11
(5) maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	148	2,60

Operation

	Bund (gesamt)	
	n	%
Operationen bei benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	N = 11.976	
Eingriffe (nach OPS)³⁴		
(5-870.2*) Duktektomie	729	6,09
(5-870.6*) Lokale Destruktion	199	1,66
(5-870.7) Exzision durch Vakuumbiopsie (Rotationsmesser)	≤3	x
(5-870.9*) Lokale Exzision	3.270	27,30
(5-870.a*) Partielle Resektion	5.885	49,14
(5-870.x) Sonstige partielle Exzision der Mamma	53	0,44
(5-870.y) Nicht näher bezeichnete partielle Exzision der Mamma	9	0,08
(nicht 5-870.*) Sonstiger operativer Eingriff	1.936	16,17

³⁴ Mehrfachnennung möglich

Postoperativer Verlauf

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	N = 11.315	
Verweildauer im Krankenhaus		
≤ 2 Tage	7.880	69,64
3 - 6 Tage	2.699	23,85
7 - 10 Tage	538	4,75
11 - 14 Tage	109	0,96
> 14 Tage	89	0,79

Entlassung

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	N = 11.315	
Entlassungsdiagnose (ICD 10)³⁵		
(D17.1) Gutartige Neubildung des Fettgewebes der Haut und der Unterhaut des Rumpfes	121	1,07
(D24) Gutartige Neubildung der Brustdrüse	6.402	56,58
(D48.6) Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten: Brustdrüse	1.149	10,15
(N60.0) Solitärzyste der Mamma	229	2,02
(N60.1) Diffuse zystische Mastopathie	1.242	10,98
(N60.2) Fibroadenose der Mamma	604	5,34
(N60.3) Fibrosklerose der Mamma	448	3,96
(N60.4) Ektasie der Ductus lactiferi	249	2,20
(N60.8) Sonstige gutartige Mammadysplasien	286	2,53
(N60.9) Gutartige Mammadysplasie, nicht näher bezeichnet	8	0,07
(N64.4) Mastodynie	71	0,63
(N64.5) Sonstige Symptome der Mamma	460	4,07

³⁵ Mehrfachnennung möglich

	Bund (gesamt)	
	n	%
Patientinnen mit benignen / entzündlichen Veränderungen oder ausschließlich Normalgewebe	N = 11.315	
Entlassungsgrund (nach § 301 SGB V)		
(01) Behandlung regulär beendet	8.134	71,89
(02) Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	3.049	26,95
(03) Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	6	0,05
(04) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	58	0,51
(05) Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers	0	0,00
(06) Verlegung in ein anderes Krankenhaus	8	0,07
(07) Tod	≤3	x
(08) Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit ³⁶	≤3	x
(09) Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung	7	0,06
(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	42	0,37
(15) Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	4	0,04
(17) Interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen ³⁷	≤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 ³⁸	0	0,00
(28) Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen	0	0,00
(29) Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt	0	0,00
(30) Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege	0	0,00

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

³⁷ nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG

³⁸ für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV