

Jahresauswertung 2020

Mammachirurgie

Modul 18/1

Qualitätsindikatoren

Gesamt Rheinland-Pfalz



Eine Auswertung im Auftrag der SQMed GmbH, Mainz © 2020.

Qualitätsindikatoren

Übersichtstabelle:

Gesamt Rheinland-Pfalz

Qualitäts-
 indikator
 Siehe Seite

Indikatoren und Transparenzkennzahlen

Referenzwerte

Ergebnis 2020
 Klinikwert [95% CI]
 Zähler / Nenner

Ergebnis 2019
 Klinikwert [95% CI]
 Zähler / Nenner

Indikator	Referenzwerte	Ergebnis 2020	Ergebnis 2019
51846 Seite 4 Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	Typ: QI Auffälligkeit: < 95,00 % Ø in RP: 97,94 %	97,94 % [97,38 ; 98,39] 3001 / 3064 Fällen	97,21 % [96,57 ; 97,73] 3026 / 3113 Fällen
52267 Seite 5 HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	Typ: QI Auffälligkeit: < 0,48 Ø in RP: 1,19	1,19 [1,08 ; 1,31] 379 / 2674 Fällen	1,07 [0,97 ; 1,18] 358 / 2742 Fällen
52268 Seite 6 HER2-Positivitätsrate	Typ: QI Auffälligkeit: n.d. Ø in RP: 14,17 %	14,17 % [12,90 ; 15,55] 379 / 2674 Fällen	13,05 % [11,85 ; 14,37] 359 / 2750 Fällen
52278 Seite 7 HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	Typ: QI Auffälligkeit: > 1,70 Ø in RP: 1,19	1,19 [1,08 ; 1,31] 379 / 2674 Fällen	1,07 [0,97 ; 1,18] 358 / 2742 Fällen
212000 Seite 8 Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk	Typ: QI Auffälligkeit: n.d. Ø in RP: 83,67 %	83,67 % [79,69 ; 87,00] 328 / 392 Fällen	
212001 Seite 9 Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk	Typ: QI Auffälligkeit: n.d. Ø in RP: 76,29 %	76,29 % [73,25 ; 79,08] 621 / 814 Fällen	
212002 Anzahl von Eingriffen, bei denen statt einer präoperativen Drahtmarkierung eine ultraschallgesteuerte Operation vorgenommen wird	Typ: EKez Auffälligkeit: n.d. Ø in RP: 1,15 %	1,15 % [0,85 ; 1,55] 42 / 3665 Fällen	
50719 Seite 10 Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	Typ: QI Auffälligkeit: > 5,13 % Ø in RP: 1,89 %	1,89 % [0,74 ; 4,75] 4 / 212 Fällen	5,00 % [2,88 ; 8,53] 12 / 240 Fällen
51847 Seite 11 Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Typ: QI Auffälligkeit: < 90,00 % Ø in RP: 96,43 %	96,43 % [95,34 ; 97,26] 1403 / 1455 Fällen	96,78 % [95,75 ; 97,57] 1413 / 1460 Fällen
51370 Seite 12 Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Typ: QI Auffälligkeit: > 11,67 % Ø in RP: 3,65 %	3,65 % [2,98 ; 4,47] 89 / 2437 Fällen	4,18 % [3,46 ; 5,03] 105 / 2514 Fällen
60659 Seite 13 Nachresektionsrate	Typ: QI Auffälligkeit: > 23,01 % Ø in RP: 12,16 %	12,16 % [10,94 ; 13,50] 304 / 2499 Fällen	13,51 % [12,24 ; 14,90] 342 / 2531 Fällen
211800 Seite 14 Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	Typ: QI Auffälligkeit: < 97,04 % Ø in RP: 99,39 %	99,39 % [99,00 ; 99,63] 2444 / 2459 Fällen	98,41 % [97,85 ; 98,83] 2479 / 2519 Fällen

Auffälligkeitskriterien

813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	Typ: AK Auffälligkeit: > 4 Fälle in RP: 16	16 16 / 3071 Fällen	26 26 / 3162 Fällen
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	Typ: AK Auffälligkeit: > 1,61 % Ø in RP: 0,37 %	0,37 % [0,20 ; 0,68] 10 / 2692 Fällen	0,47 % [0,27 ; 0,80] 13 / 2769 Fällen
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	Typ: AK Auffälligkeit: > 0,84 % Ø in RP: 0,15 %	0,15 % [0,06 ; 0,38] 4 / 2729 Fällen	0,13 % [0,05 ; 0,33] 4 / 3085 Fällen
850372	Häufige Angabe „immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	Typ: AK Auffälligkeit: > 0,91 % Ø in RP: 0,15 %	0,15 % [0,06 ; 0,38] 4 / 2692 Fällen	0,14 % [0,06 ; 0,37] 4 / 2769 Fällen
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	Typ: AK Auffälligkeit: > 25,08 % Ø in RP: 3,50 %	3,50 % [2,95 ; 4,16] 125 / 3568 Fällen	

LESEANLEITUNG

Die Ergebnisse der eigenen Klinik werden dem Gesamtergebnis aller Kliniken im Bundesland Rheinland-Pfalz gegenübergestellt.

Rheinland-Pfalz eigene Klinik

Datensätze gesamt

N	%	N	%
0	100,00	0	100,00

Erläuterungen zu den Tabellenspalten der Übersichtstabelle:

Indikatoren und Transparenzkennzahlen

Kennzahl-ID, Seite mit ausführlichen Informationen bei Indikatoren, Kennzahl-Bezeichnung

Referenzbereiche

Fest definierte oder errechnete Referenzbereiche des jeweiligen Indikators oder Auffälligkeitskriteriums

Auffälligkeitsbereich: Bereich rechnerisch auffälliger Ergebnisse

n.d.: keine Referenzbereiche definiert

Ergebnis

Wert der eigenen Klinik im betreffenden Erhebungsjahr für die aufgeführte Kennzahl. Die Werte in eckigen Klammern kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall [95% CI]. Das Konfidenzintervall kennzeichnet den Bereich, in dem der Klinikwert unter Ausschluss zufälliger Faktoren mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% liegt. Die Konfidenzintervalle ermöglichen eine Überprüfung auf statistische Signifikanz. Die Bewertung der Ergebnisse wird farblich veranschaulicht (siehe Erläuterungen auf der folgenden Seite).

n.b.: nicht berechnet, da keine Fälle beim jeweiligen Qualitätsindikator vorhanden

Erläuterungen zu den Referenzbereichen:

Die Referenzbereiche können entweder fest definiert oder aus dem Gesamtdatenbestand errechnet werden. Wurde der Referenzbereich anhand eines Absolutwertes festgelegt, ist in der folgenden Tabelle der Vermerk "fixer Wert" eingetragen. Handelt es sich um einen errechneten Wert, ist der Tabelle zu entnehmen, wie der Qualitätsindikator aus den Gesamtdatenbestand errechnet wurde. In die Berechnung von Perzentil- und Mittelwerten gehen jeweils die Klinikwerte mit N > 9 (Nennerbedingung) ein ("Verteilung der Kliniken in %").

Qualitätsindikator, Transparenzkennzahl oder Auffälligkeitskriterium			Grenze Auffälligkeitsbereich	Abbildung:
Kennzahl	Typ	Kurzbezeichnung		
51846	QI	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	Fixer Wert	Seite 4
52267	QI	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	5%-Perzentil	Seite 5
52268	QI	HER2-Positivitätsrate		Seite 6
52278	QI	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	95%-Perzentil	Seite 7
212000	QI	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk		Seite 8
212001	QI	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk		Seite 9
212002	EKez	Anzahl von Eingriffen, bei denen statt einer präoperativen Drahtmarkierung eine ultraschallgesteuerte Operation vorgenommen wird		
50719	QI	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	80%-Perzentil	Seite 10
51847	QI	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Fixer Wert	Seite 11
51370	QI	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	95%-Perzentil	Seite 12
60659	QI	Nachresektionsrate	95%-Perzentil	Seite 13
211800	QI	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	5%-Perzentil	Seite 14
813068	AK	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	Fixer Wert	
850363	AK	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	95%-Perzentil	
850364	AK	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	95%-Perzentil	
850372	AK	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	95%-Perzentil	
852000	AK	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	95%-Perzentil	

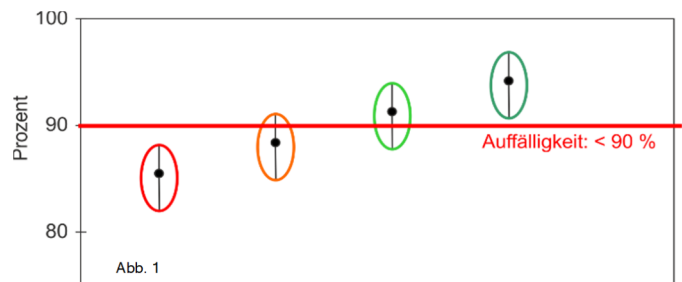
Die Qualitätsindikatoren wurden unter Verwendung der bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG berechnet (<https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>).

Erläuterungen zu den Kennzahlen mit "Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)":

Ergebnisindikatoren bedürfen häufig einer Risikoadjustierung, um einen fairen Vergleich der Werte zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten. Hierzu werden unterschiedliche Methoden (z.B. Stratifizierung, Standardisierung, Adjustierung) angewandt. Bei einer Risikoadjustierung mit logistischer Regression sollen patientenseitige Faktoren, die einen Einfluss auf das Ergebnis haben und mutmaßlich nicht von den Krankenhäusern beeinflusst werden können, herausgerechnet werden. Dies wird dadurch beschränkt, dass nur diese Faktoren, die auch erfasst werden, miteinbezogen werden können. Der Einfluss eines jeden Faktors wird mit einem entsprechenden Parameter quantifiziert. Dies geschieht auf Bundesebene (IQTIG) anhand der Daten aller bundesweit erfassten Patienten. Mit den vorliegenden Parametern kann nun für jeden einzelnen Fall das Risiko errechnet werden, zu welchem ein definiertes Ereignis (z.B. Tod) eintritt. Mit dem O/E wird damit folgendes ausgedrückt: Verhältnis der beobachteten (=Observed) Rate zu der nach entsprechender Risikoadjustierung zu erwartenden (=Expected) Rate. Liegt die Zahl unter 1, so ist das Ergebnis besser als anhand des Patienteneinflusses zu erwarten war, liegt die Zahl dagegen über 1 so hätte man unter Berücksichtigung des Patienteneinflusses ein besseres Ergebnis erwartet. Die risikoadjustierte Rate beschreibt die Rate, die erreicht worden wäre, wenn das Krankenhaus bezüglich aller berücksichtigten Risikofaktoren denselben Patientemix gehabt hätte, der landesweit beobachtet werden konnte. Sie berechnet sich aus der Multiplikation der landesweit beobachteten Gesamtrate mit dem Verhältnis aus beobachteter zu erwarteter Rate der Klinik.

Erläuterungen zu der farblichen Bewertung der Klinikergebnisse auf Übersichtstabelle:

- Ziel erreicht, Klinikwert erreicht gewünschte Rate
- Klinikwert erreicht Zielvorgabe, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert auffällig, jedoch nicht signifikant
- Klinikwert signifikant auffällig
- kein Referenzbereich definiert oder keine Fälle vorhanden
- sentinel event; Einzelfallanalyse empfohlen



Erläuterungen zu den grafischen Darstellungen der folgenden Seiten:

League-Table (s. auch Abb. 1):

Auf der X-Achse werden die Ergebnisse der Kliniken für den jeweiligen Qualitätsindikator angegeben (i.d.R. in %). Jeder Punkt repräsentiert den Wert einer Klinik. Die vertikalen Linien auf beiden Seiten des Punktes kennzeichnen das 95%-Konfidenzintervall. Hierbei weisen große Intervalle (=lange Linien) auf geringe Fallzahlen hin. Klinikwerte mit Fallzahlen von unter 10 (Nennerbedingung) werden aufgrund der großen Konfidenzintervalle in der Grafik nicht aufgeführt. Der Auffälligkeitsbereich wird durch eine rote Linie gekennzeichnet. Die Klinikergebnisse werden in aufsteigender Reihenfolge angeordnet. Auffällige Klinikergebnisse sind bei Indikatoren mit der Auffälligkeits-Richtung > oder >= also rechts angeordnet, bei Indikatoren mit der Auffälligkeits-Richtung < oder <= links. Alle Ergebnisse außerhalb des Referenzbereiches stellen eine rechnerische Auffälligkeit dar. Zeigt das Konfidenzintervall zusätzlich keine Überschneidung mit dem geforderten Bereich, liegt eine statistisch signifikante Auffälligkeit vor.

Unterhalb der Grafik werden ggf. verschiedene Kennwerte der Verteilung der Klinikergebnisse aufgeführt: Minimum (Min), 10. Perzentile (P10), 25. Perzentile (P25), Median, Mittelwert (Mittel), 75. Perzentile (P75), 90. Perzentile (P90) und Maximum (Max).

Box-Whisker-Plot (s. Abb. 2):

Als Box wird das durch die Quartile bestimmte (graue) Rechteck bezeichnet. Sie umfasst 50% der Krankenhäuser. Durch die Länge der Box ist der Interquartilsabstand abzulesen. Dies ist ein Maß der Streuung, welches durch die Differenz des oberen und unteren Quartils bestimmt ist. Als Weiteres ist der Median in der Box eingezeichnet, welcher durch seine Lage innerhalb der Box einen Eindruck von der Schiefe der den Daten zugrunde liegenden Verteilung vermittelt.

Als „Whisker“ werden die vertikalen Linien bezeichnet. In diesem Bericht stellen sie die 2,5% sowie die 97,5%-Perzentile dar. Innerhalb der Whiskergrenzen liegen somit 95% aller Werte.

Insgesamt werden pro Diagramm vier Boxplots präsentiert. Hierzu wurden die Kliniken in vier Fallzahlkategorien eingeteilt. Diese Fallzahlkategorien sowie die Anzahl der Kliniken, auf denen das Boxplot der jeweiligen Kategorie beruht, werden in einer Tabelle rechts neben der Grafik aufgeführt. Falls ein Krankenhaus keinen Fall in die Berechnung des jeweiligen Qualitätsindikators einbringt, wird es nicht in den Boxplot einbezogen.

In den Abbildungen als Kreuz (X) gekennzeichnet ist der Ergebniswert Ihrer Klinik.

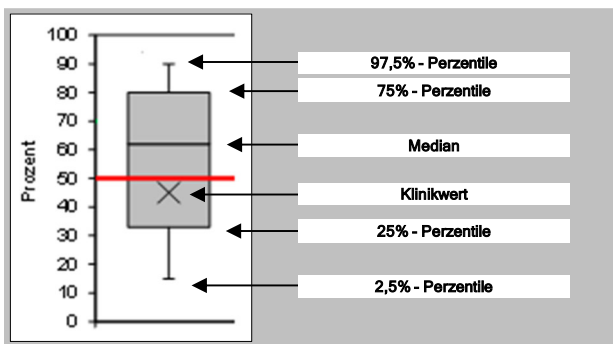


Abb. 2

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Kennzahl: 18/1 - 51846

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“

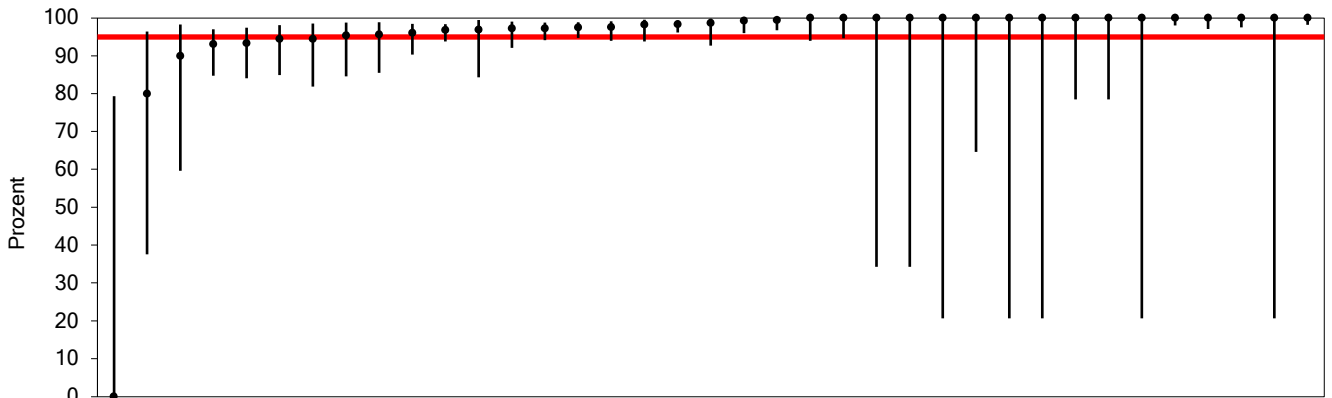
Zähler: Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie

Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
3 064		3 064	
3 001	97,94	3 001	97,94

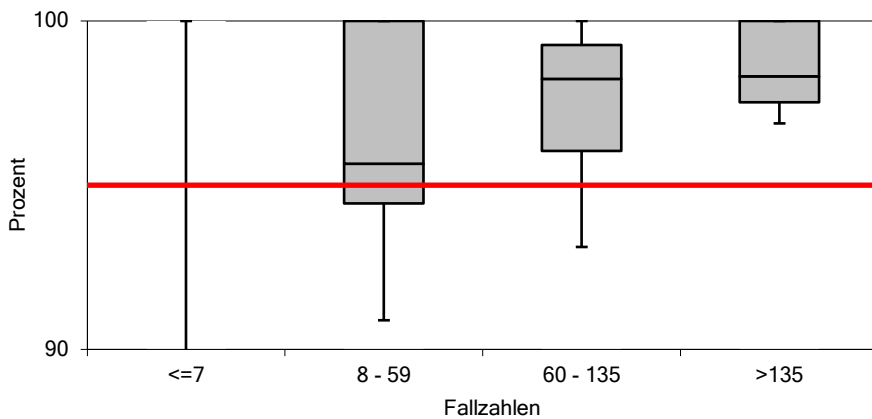
Auffälligkeit: < 95,00 %

Vertrauensbereich (in %): 97,38 ; 98,39 97,38 ; 98,39

95 % CI		95% CI	
97,38	98,39	97,38	98,39



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	93,2	96,0	98,6	94,8	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=7	10
8 - 59	9
60 - 135	9
>135	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die histologische Diagnostik abklärungsbedürftiger Befunde soll in der Regel durch Stanzbiopsie oder Vakuumbiopsie erfolgen (NICE 2002 [2014]: 33-38, Bruening et al. 2010). Die interventionellen Methoden können sonografisch, mammografisch oder MRT-gesteuert durchgeführt werden. Die primäre, offene diagnostische Exzisionsbiopsie sollte nur in zu begründenden Ausnahmefällen durchgeführt werden, wenn eine bildgesteuerte Intervention nicht möglich oder zu risikoreich ist. Die Interventionen sind unter Berücksichtigung der aktuellen Qualitätsempfehlungen durchzuführen (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 74, NICE 2002 [2014]: 33-38). Ein Algorithmus für den Ablauf der Diagnosekette von Patientinnen und Patienten mit auffälligen Befunden ist Bestandteil der deutschen interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 68, 341). Bildgebende Diagnostik "erlaubt in Kombination mit der histologischen Aufarbeitung der präoperativ entnommenen Stanzbiopsien inklusive der dort gewonnenen immunhistochemischen Befunde (Östrogen- und Progesteronrezeptor, HER2-Status) im Rahmen eines prätherapeutischen Konsils eine gezielte Operationsplanung. Hier können die Ausdehnung der Operation unter Einbeziehung der onkologischen Sicherheitsabstände, evtl. notwendige onkoplastische Operationen zur Rekonstruktion des operativen Defektes und die Wünsche der Patientin zu einem operativen Gesamtkonzept zusammengeführt werden" (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 65). Das Ziel ist, die mit dem Prozess verbundenen körperlichen und psychischen Belastungen für die Betroffenen möglichst gering zu halten und im Falle der Malignität die stadien- und leitliniengerechte, interdisziplinäre Behandlung zu planen und einzuleiten. Dies beinhaltet insbesondere die Möglichkeit zur neoadjuvanten Therapie, wenn die Indikation besteht und schließt die Empfehlung, dass "wenn die gleiche postoperative adjuvante Chemotherapie indiziert ist, eine neoadjuvante systemische Therapie bevorzugt werden sollte", ein (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 174). Dafür schafft die prätherapeutische histologische Diagnosesicherung die grundlegende Voraussetzung.

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Kennzahl: 18/1 - 51846

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten (Fortsetzung)

Während beide Behandlungsformen - neoadjuvante und adjuvante - Systemtherapie "hinsichtlich des Gesamtüberlebens gleichwertig sind", "kann die neoadjuvante Therapie zu einer höheren Rate an brusterhaltenden Therapien führen" (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 174). Neuere Analysen weisen auf die Tendenz hin, dass eine im Sinne der kompletten histopathologischen Remission erfolgreiche neoadjuvante Chemotherapie in gewissen Konstellationen des lokalisierten Brustkrebses eine Deeskalation der adjuvanten Chemotherapie erlauben könnte (Spring et al. 2018). Im Falle einer unterlassenen prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherung wäre die stadien- und leitliniengerechte interdisziplinäre Behandlung nicht zu planen und könnte nicht eingeleitet werden mit der möglichen Folge einer Über- oder Untertherapie wie auch einer erhöhten operativen Morbidität bzw. dem rezidivfreien weiteren Verlauf (Spring et al. 2016, Spring et al. 2018).

Dem Indikator liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.1, 4.5. a-f, 4.6., 4.58., 4.59.

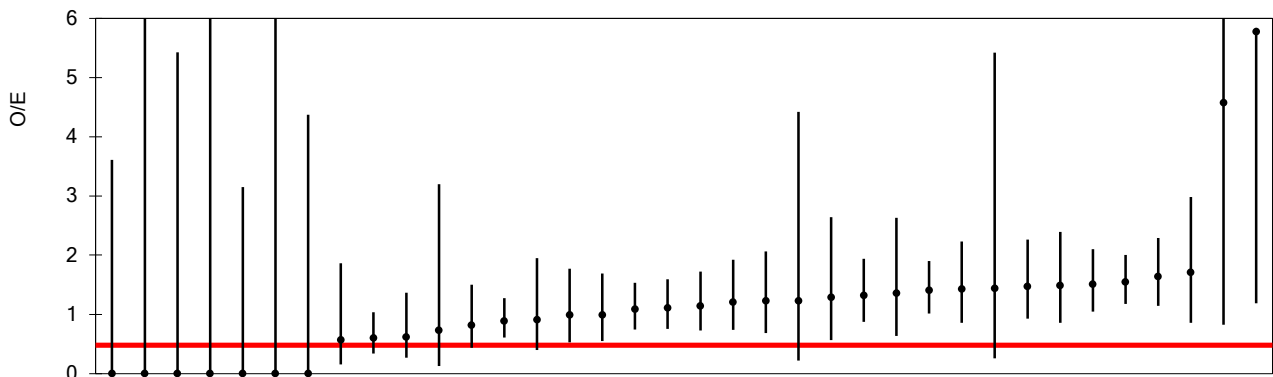
HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate

Kennzahl: 18/1 - 52267

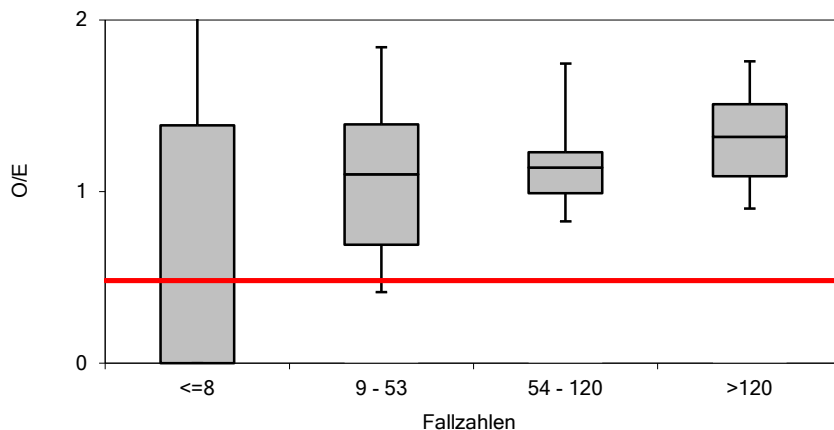
Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunohistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen

Zähler: Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

	Rheinland-Pfalz	Gesamt Rheinland-Pfalz
	N	N
	2 674	2 674
	379	379
<i>Raten</i>	%	%
beobachtete Rate (O)	14,17	14,17
erwartete Rate (E)	11,91	11,91
beobachtete Rate / erwartete Rate ¹	1,19	1,19
Vertrauensbereich (95% CI)	1,08 ; 1,31	1,08 ; 1,31
Auffälligkeit: < 0,48		
risikoadjustierte Rate [O/E*O(Rheinland-Pfalz)], Werte in %	16,87	16,87



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,6	1,1	1,2	1,4	1,6	5,8



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	10
9 - 53	8
54 - 120	9
>120	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Der HER2-Status gilt als prädiktiver Faktor beim invasiven Mammakarzinom (Houssami et al. 2012, von Minckwitz et al. 2011, NICE 2018 Empfehlung 1.6.4). Studienergebnisse belegen die hohe Effektivität einer adjuvanten Therapie mit Trastuzumab bei HER2 überexprimierenden Tumoren (Petrelli und Barni 2012, Gianni et al. 2011, Perez et al. 2011, Dahabreh et al. 2008, Madarnas et al. 2008, Viani et al. 2007, Yin et al. 2011, Fehrenbacher et al. 2014, Gonzalez-Angulo et al. 2009, Park et al. 2010). Durch die adjuvante Behandlung mit Trastuzumab in Sequenz oder Kombination mit einer Chemotherapie werden die Rezidivrate bei HER2 überexprimierenden Tumoren um relativ 45 % bis 50 % und die Mortalität um ca. 30 % im Vergleich zur adjuvanten Standardtherapie gesenkt (Moja et al. 2012, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 178).

HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate

Kennzahl: 18/1 - 52267

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten (Fortsetzung)

Der Nachweis der HER2-Positivität ist definiert als eine immunhistochemisch nachgewiesene Proteinüberexpression mit einem Score 3+ oder einer mittels Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) oder Chromogene-in-situ-Hybridisierung (CISH) nachgewiesenen Genamplifikation. Die in der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms formulierten Empfehlungen zu Testalgorithmus und Bewertung der Ergebnisse orientieren sich an den Empfehlungen der ASCO/CAP-Leitlinien (Wolff et al. 2013, Wolff et al. 2015, Wolff et al. 2018, Nothacker et al. 2007: 194-209). Die interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms führt dazu aus: "Die Qualität der eingesetzten Nachweisverfahren einschließlich Präanalytik und Auswertung soll durch Verwendung von SOPs sowie regelmäßige interne und externe Qualitätskontrollen sichergestellt werden. Zur externen Qualitätskontrolle wird die regelmäßige, jährliche erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen empfohlen, die beispielsweise von der "Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie" (QuIP), einer gemeinsamen Unternehmung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP) und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen (BDP), angeboten wird" (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 107 f.).

Die Auswertungen der Daten der externen stationären Qualitätssicherung zeigen eine hohe Variabilität der Positivitätsraten zwischen den Krankenhausstandorten. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Variabilität zum Teil möglicherweise durch systematische Fehler bedingt sein könnte.

Vor dem Hintergrund, dass bei positivem HER2-Status eine spezifische und hoch prognosewirksame Therapie möglich ist, und Fehlbestimmungen zu Unter- oder Überversorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten führen, kann die Rückspiegelung der HER2-Positivitätsrate den Krankenhäusern wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme geben. Voraussetzung für die Trastuzumab-Therapie ist die qualitätsgesicherte Bestimmung des HER2-Status. Ein aktuell publizierter Algorithmus kann helfen, die eigenen Ergebnisse kritisch zu hinterfragen und eine Qualitätsinitiative zu starten (Rüschoff et al. 2017). Die beteiligten Labore müssen sich einer Qualitätssicherung mittels Ringversuchen unterziehen (Choritz et al. 2011, Perry et al. 2006, DKG/DGS 2019).

Für den Indikator wird eine Risikoadjustierung vorgenommen. Als Regressionsgewichte wurden Variablen gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst wurden und für die im statistischen Schätzmodell relevante Effekte auf die HER2-Positivitätsrate nachgewiesen wurden. Zusätzlich wird die HER2-Positivitätsrate als Indikator ohne weitere Risikoadjustierung ausgewiesen.

Der Indikatorengruppe liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.28. a, d, e, 4.32. b, 4.33.

HER2-Positivitätsrate

Kennzahl: 18/1 - 52268

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus

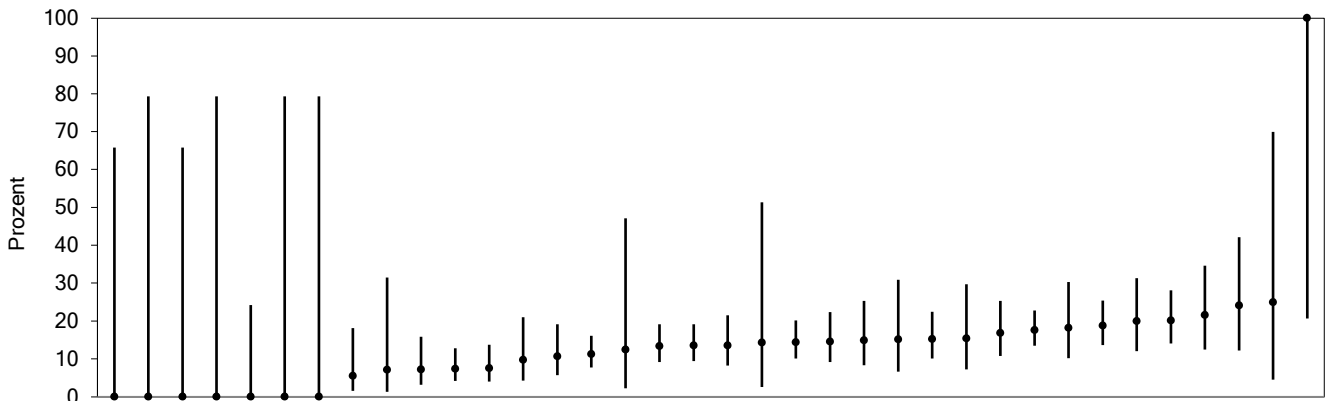
Zähler: Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
2 674		2 674	
379	14,17	379	14,17

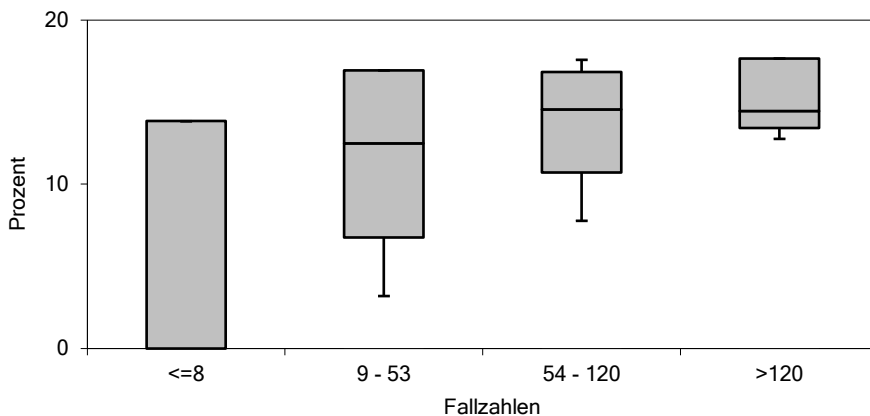
Auffälligkeit: n.d.

Vertrauensbereich (in %):

95 % CI	95% CI
12,90 ; 15,55	12,90 ; 15,55



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	7,2	13,6	14,1	17,0	20,9	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	10
9 - 53	8
54 - 120	9
>120	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Der HER2-Status gilt als prädiktiver Faktor beim invasiven Mammakarzinom (Houssami et al. 2012, von Minckwitz et al. 2011, NICE 2018 Empfehlung 1.6.4). Studienergebnisse belegen die hohe Effektivität einer adjuvanten Therapie mit Trastuzumab bei HER2 überexprimierenden Tumoren (Petrelli und Barni 2012, Gianni et al. 2011, Perez et al. 2011, Dahabreh et al. 2008, Madarnas et al. 2008, Viani et al. 2007, Yin et al. 2011, Fehrenbacher et al. 2014, Gonzalez-Angulo et al. 2009, Park et al. 2010). Durch die adjuvante Behandlung mit Trastuzumab in Sequenz oder Kombination mit einer Chemotherapie werden die Rezidivrate bei HER2 überexprimierenden Tumoren um relativ 45 % bis 50 % und die Mortalität um ca. 30 % im Vergleich zur adjuvanten Standardtherapie gesenkt (Moja et al. 2012, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 178).

Der Nachweis der HER2-Positivität ist definiert als eine immunhistochemisch nachgewiesene Proteinüberexpression mit einem Score 3+ oder einer mittels Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) oder Chromogene-in-situ-Hybridisierung (CISH) nachgewiesenen Genamplifikation. Die in der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms formulierten Empfehlungen zu Testalgorithmus und Bewertung der Ergebnisse orientieren sich an den Empfehlungen der ASCO/CAP-Leitlinien (Wolff et al. 2013, Wolff et al. 2015, Wolff et al. 2018, Nothacker et al. 2007: 194-209). Die interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms führt dazu aus: "Die Qualität der eingesetzten Nachweisverfahren einschließlich Präanalytik und Auswertung soll durch Verwendung von SOPs sowie regelmäßige interne und externe Qualitätskontrollen sichergestellt werden. Zur externen Qualitätskontrolle wird die regelmäßige, jährliche erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen empfohlen, die beispielsweise von der "Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie" (QuIP), einer gemeinsamen Unternehmung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP) und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen (BDP), angeboten wird" (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 107 f.).

HER2-Positivitätsrate

Kennzahl: 18/1 - 52268

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten (Fortsetzung)

Die Auswertungen der Daten der externen stationären Qualitätssicherung zeigen eine hohe Variabilität der Positivitätsraten zwischen den Krankenhausstandorten. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Variabilität zum Teil möglicherweise durch systematische Fehler bedingt sein könnte. Vor dem Hintergrund, dass bei positivem HER2-Status eine spezifische und hoch prognosewirksame Therapie möglich ist, und Fehlbestimmungen zu Unter- oder Überversorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten führen, kann die Rückspiegelung der HER2-Positivitätsrate den Krankenhäusern wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme geben. Voraussetzung für die Trastuzumab-Therapie ist die qualitätsgesicherte Bestimmung des HER2-Status. Ein aktuell publizierter Algorithmus kann helfen, die eigenen Ergebnisse kritisch zu hinterfragen und eine Qualitätsinitiative zu starten (Rüschoff et al. 2017). Die beteiligten Labore müssen sich einer Qualitätssicherung mittels Ringversuchen unterziehen (Choritz et al. 2011, Perry et al. 2006, DKG/DGS 2019).

Für den Indikator wird eine Risikoadjustierung vorgenommen. Als Regressionsgewichte wurden Variablen gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst wurden und für die im statistischen Schätzmodell relevante Effekte auf die HER2-Positivitätsrate nachgewiesen wurden. Zusätzlich wird die HER2-Positivitätsrate als Indikator ohne weitere Risikoadjustierung ausgewiesen.

Der Indikatorengruppe liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.28. a, d, e, 4.32. b, 4.33.

HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate

Kennzahl: 18/1 - 52278

Rheinland-Pfalz Gesamt Rheinland-Pfalz

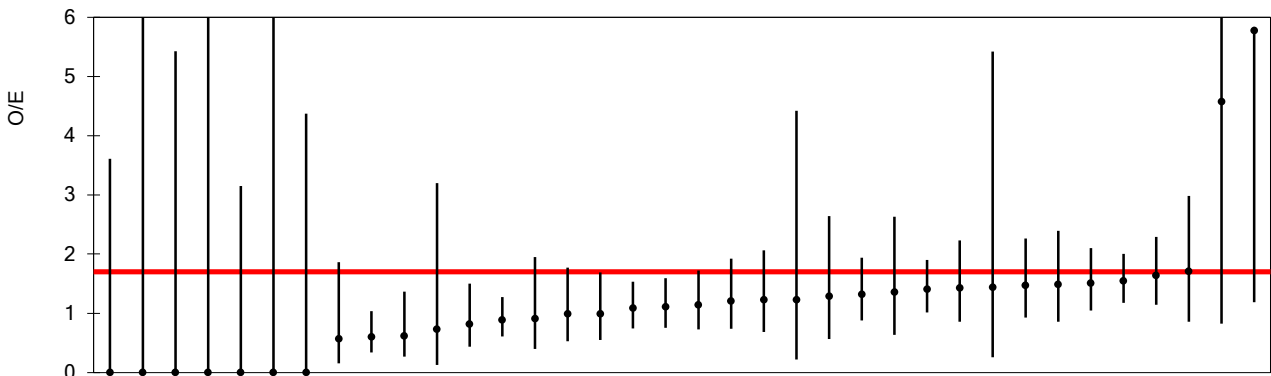
N	N
2 674	2 674
379	379

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen

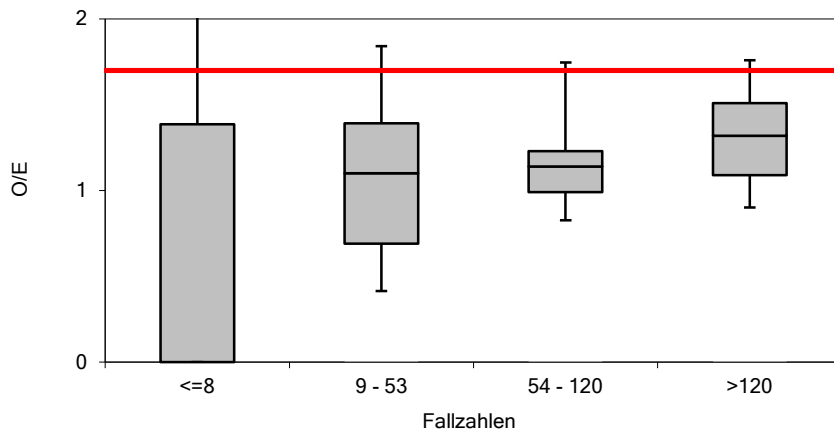
Zähler: Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

Raten	%	%
beobachtete Rate (O)	14,17	14,17
erwartete Rate (E)	11,91	11,91
beobachtete Rate / erwartete Rate ¹	1,19	1,19
Vertrauensbereich (95% CI)	1,08 ; 1,31	1,08 ; 1,31
Auffälligkeit: > 1,70		

risikoadjustierte Rate [O/E*O(Rheinland-Pfalz)], Werte in %	16,87	16,87
---	-------	-------



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,6	1,1	1,2	1,4	1,6	5,8



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	10
9 - 53	8
54 - 120	9
>120	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Der HER2-Status gilt als prädiktiver Faktor beim invasiven Mammakarzinom (Houssami et al. 2012, von Minckwitz et al. 2011, NICE 2018 Empfehlung 1.6.4). Studienergebnisse belegen die hohe Effektivität einer adjuvanten Therapie mit Trastuzumab bei HER2 überexprimierenden Tumoren (Petrelli und Barni 2012, Gianni et al. 2011, Perez et al. 2011, Dahabreh et al. 2008, Madarnas et al. 2008, Viani et al. 2007, Yin et al. 2011, Fehrenbacher et al. 2014, Gonzalez-Angulo et al. 2009, Park et al. 2010). Durch die adjuvante Behandlung mit Trastuzumab in Sequenz oder Kombination mit einer Chemotherapie werden die Rezidivrate bei HER2 überexprimierenden Tumoren um relativ 45 % bis 50 % und die Mortalität um ca. 30 % im Vergleich zur adjuvanten Standardtherapie gesenkt (Moja et al. 2012, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 178).

HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate

Kennzahl: 18/1 - 52278

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten (Fortsetzung)

Der Nachweis der HER2-Positivität ist definiert als eine immunhistochemisch nachgewiesene Proteinüberexpression mit einem Score 3+ oder einer mittels Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung (FISH) oder Chromogene-in-situ-Hybridisierung (CISH) nachgewiesenen Genamplifikation. Die in der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms formulierten Empfehlungen zu Testalgorithmus und Bewertung der Ergebnisse orientieren sich an den Empfehlungen der ASCO/CAP-Leitlinien (Wolff et al. 2013, Wolff et al. 2015, Wolff et al. 2018, Nothacker et al. 2007: 194-209). Die interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms führt dazu aus: "Die Qualität der eingesetzten Nachweisverfahren einschließlich Präanalytik und Auswertung soll durch Verwendung von SOPs sowie regelmäßige interne und externe Qualitätskontrollen sichergestellt werden. Zur externen Qualitätskontrolle wird die regelmäßige, jährliche erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen empfohlen, die beispielsweise von der "Qualitätssicherungs-Initiative Pathologie" (QuIP), einer gemeinsamen Unternehmung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP) und des Bundesverbandes Deutscher Pathologen (BDP), angeboten wird" (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 107 f.).

Die Auswertungen der Daten der externen stationären Qualitätssicherung zeigen eine hohe Variabilität der Positivitätsraten zwischen den Krankenhausstandorten. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Variabilität zum Teil möglicherweise durch systematische Fehler bedingt sein könnte.

Vor dem Hintergrund, dass bei positivem HER2-Status eine spezifische und hoch prognosewirksame Therapie möglich ist, und Fehlbestimmungen zu Unter- oder Überversorgung der betroffenen Patientinnen und Patienten führen, kann die Rückspiegelung der HER2-Positivitätsrate den Krankenhäusern wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme geben. Voraussetzung für die Trastuzumab-Therapie ist die qualitätsgesicherte Bestimmung des HER2-Status. Ein aktuell publizierter Algorithmus kann helfen, die eigenen Ergebnisse kritisch zu hinterfragen und eine Qualitätsinitiative zu starten (Rüschoff et al. 2017). Die beteiligten Labore müssen sich einer Qualitätssicherung mittels Ringversuchen unterziehen (Choritz et al. 2011, Perry et al. 2006, DKG/DGS 2019).

Für den Indikator wird eine Risikoadjustierung vorgenommen. Als Regressionsgewichte wurden Variablen gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst wurden und für die im statistischen Schätzmodell relevante Effekte auf die HER2-Positivitätsrate nachgewiesen wurden. Zusätzlich wird die HER2-Positivitätsrate als Indikator ohne weitere Risikoadjustierung ausgewiesen.

Der Indikatorengruppe liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.28. a, d, e, 4.32. b, 4.33.

Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk

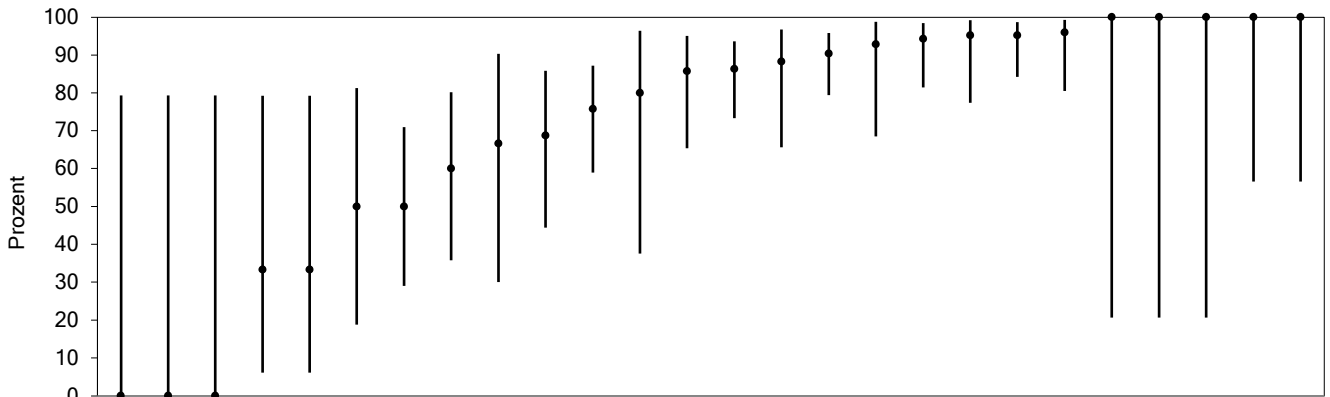
Kennzahl: 18/1 - 212000

Grundgesamtheit: 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

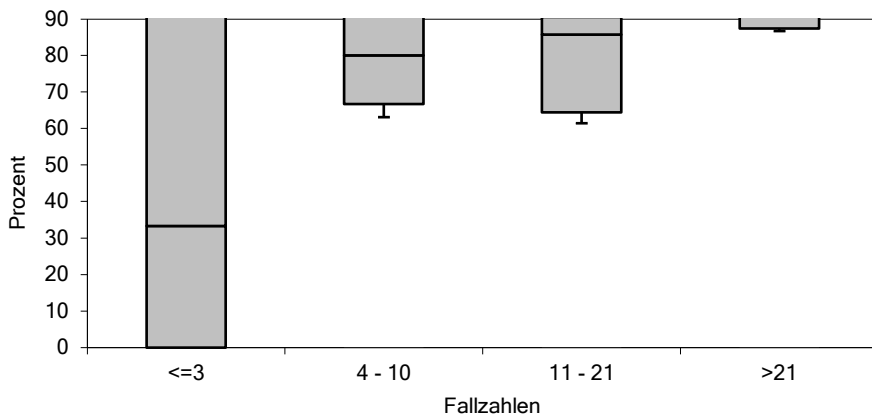
Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
392		392	
328	83,67	328	83,67
95 % CI		95% CI	
79,69 ; 87,00		79,69 ; 87,00	

Auffälligkeit: n.d.

Vertrauensbereich (in %):



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	16,7	52,5	86,0	70,9	95,2	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=3	8
4 - 10	5
11 - 21	7
>21	6

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Zunehmend werden - z. B. im Rahmen der Brustkrebsfrüherkennung und des Mammografie-Screenings - klinisch okkulte Neoplasien detektiert. Diese Befunde sind nicht immer palpabel und dann lediglich über die Bildgebung darstellbar.

Neoplasien der Brust können solide sein, sie können als Mikrokalk, d. h. sehr kleine Kalkeinlagerungen in den Milchgängen der Brustdrüse manifestieren oder in Kombinationen auftreten. Sehr kleine Kalkeinlagerungen sind überwiegend nicht palpabel (Bördlein 2010).

Insbesondere nicht tastbare Befunde sollen prä- bzw. intraoperativ durch das jeweils geeignete bildgebende Verfahren mit einer Drahtmarkierung versehen werden, um die adäquate Resektion zu ermöglichen (AGO 2019: 207, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 76, 91, 130, Perry et al. 2006: 326, Fansa und Heitmann 2018: 24, Azavedo et al. 1994).

Die Morphologie einer Neoplasie bedingt - für eine optimale Darstellung - die Methode ihrer Bildgebung.

Bei der pathomorphologischen Untersuchung geht es auch um die exakte histologisch-pathologische Korrelation (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 130) der radiologischen Indexläsion. Bezüglich (reiner) Mikrokalk-Läsionen ist zu konstatieren, dass im Gegensatz zur radiologischen Methode die Sonographie methodenbedingt ein Surrogat abbildet.

Der Indikatorengruppe liegt folgendes Statement der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.6

Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk

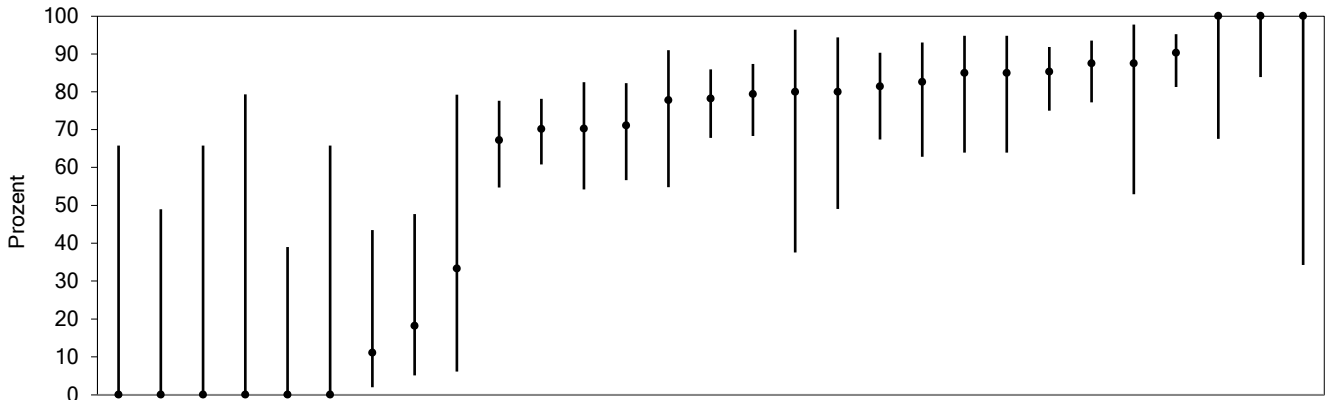
Kennzahl: 18/1 - 212001

Grundgesamtheit: 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

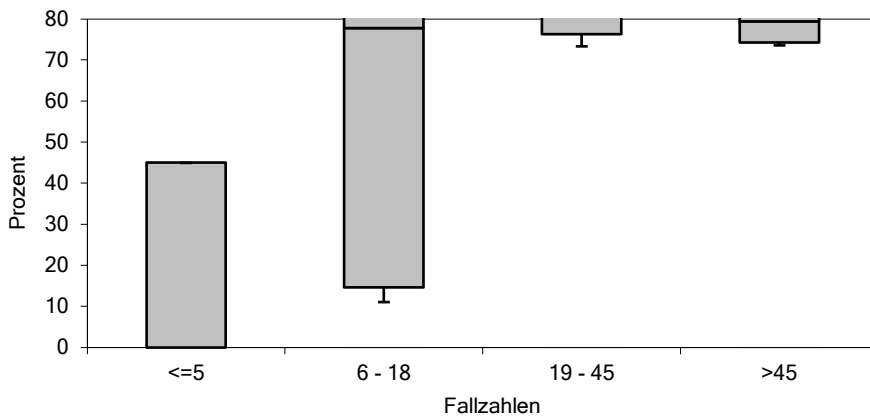
Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
814		814	
621	76,29	621	76,29
95 % CI		95% CI	
73,25 ; 79,08		73,25 ; 79,08	

Auffälligkeit: n.d.

Vertrauensbereich (in %):



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	18,2	78,2	59,4	85,0	92,2	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=5	8
6 - 18	7
19 - 45	7
>45	7

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Zunehmend werden - z. B. im Rahmen der Brustkrebsfrüherkennung und des Mammografie-Screenings - klinisch okkulte Neoplasien detektiert. Diese Befunde sind nicht immer palpabel und dann lediglich über die Bildgebung darstellbar.

Neoplasien der Brust können solide sein, sie können als Mikrokalk, d. h. sehr kleine Kalkeinlagerungen in den Milchgängen der Brustdrüse manifestieren oder in Kombinationen auftreten. Sehr kleine Kalkeinlagerungen sind überwiegend nicht palpabel (Bördlein 2010).

Insbesondere nicht tastbare Befunde sollen prä- bzw. intraoperativ durch das jeweils geeignete bildgebende Verfahren mit einer Drahtmarkierung versehen werden, um die adäquate Resektion zu ermöglichen (AGO 2019: 207, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 76, 91, 130, Perry et al. 2006: 326, Fansa und Heitmann 2018: 24, Azavedo et al. 1994).

Die Morphologie einer Neoplasie bedingt - für eine optimale Darstellung - die Methode ihrer Bildgebung.

Bei der pathomorphologischen Untersuchung geht es auch um die exakte histologisch-pathologische Korrelation (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 130) der radiologischen Indexläsion. Bezüglich (reiner) Mikrokalk-Läsionen ist zu konstatieren, dass im Gegensatz zur radiologischen Methode die Sonographie methodenbedingt ein Surrogat abbildet.

Der Indikatorengruppe liegt folgendes Statement der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.6

Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Kennzahl: 18/1 - 50719

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“

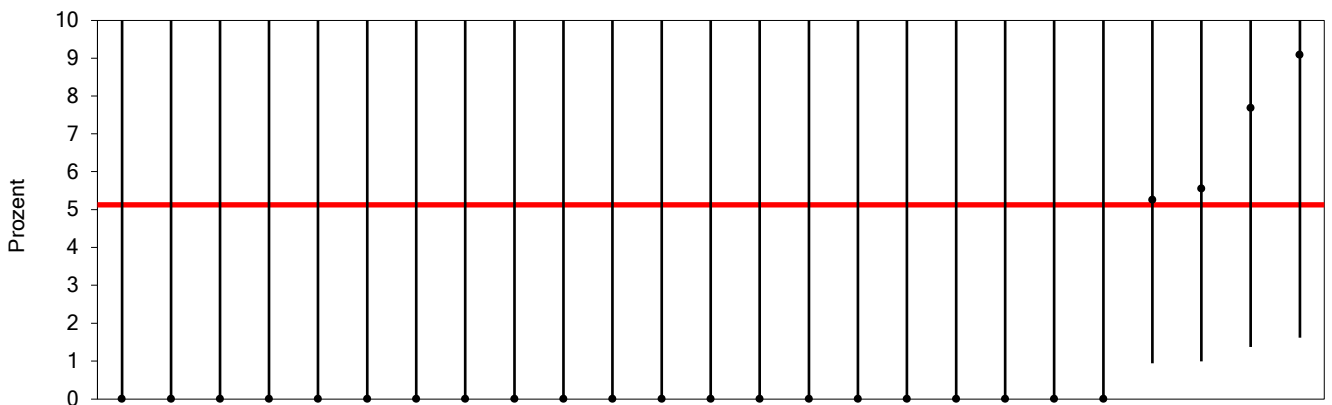
Zähler: Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme

Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
212		212	
4	1,89	4	1,89

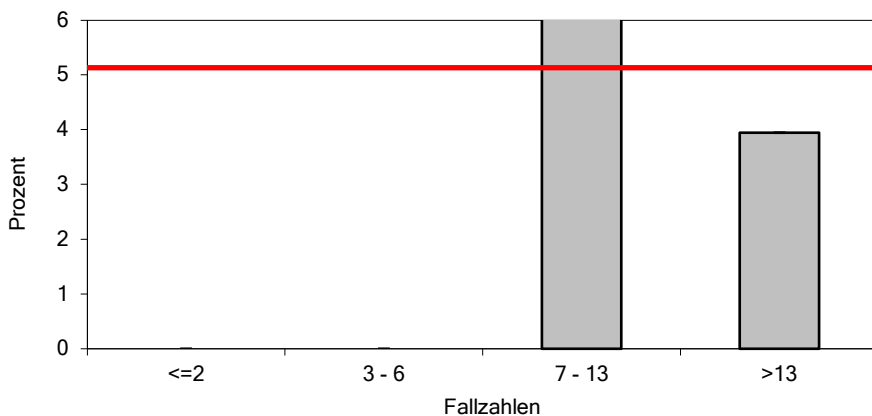
Auffälligkeit:

Vertrauensbereich (in %):

95 % CI	95 % CI
0,74 ; 4,75	0,74 ; 4,75



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	5,4	9,1



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=2	8
3 - 6	6
7 - 13	5
>13	6

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Da es sich beim DCIS per definitionem um eine nicht-metastasierungsfähige Läsion handelt, bedarf es keiner Staging-Untersuchungen und in der Regel auch keiner Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLN-Biopsie). Eine SLN-Biopsie kann jedoch bei primärer Mastektomie oder sehr peripherem, d. h. axillanahem, Tumorsitz (oberer äußerer Quadrant) durchgeführt werden, da die Morbidität des SLN-Eingriffs im Vergleich zu einer sekundären Axilladissektion niedrig ist und die SLN-Biopsie in dieser Konstellation aus technischen Gründen (Lymphwege) nicht mehr durchgeführt werden könnte, wenn nachträglich ein invasives Karzinom identifiziert würde (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 81, 336, Lyman et al. 2014, Lyman et al. 2017, Shapiro-Wright und Julian 2010, Tunon-de-Lara et al. 2015, NZGG 2009: 137-138). In der Vergangenheit existierte bis 2015 eine Empfehlung der Kommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (AGO) (Thill et al. 2015: 179) zu operativen Maßnahmen bei histologisch gesichertem DCIS. Diese betraf Konstellationen mit DCIS = 5 cm oder Fälle mit DCIS = 2,5 cm und Grading G3/Komedonekrosen. Aufgrund der AGO-Einstufung als +/- war die Empfehlung so zu interpretieren, dass die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie in den dort beschriebenen Fällen zwar erwogen werden konnte, jedoch immer individuell zu prüfen war und nicht der Regelfall sein sollte. Mit den Aktualisierungen der Empfehlung der Kommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (AGO) ab 2016 (Bauerfeind et al. 2018: 183, 200) ist eine Harmonisierung zu den diesbezüglichen Empfehlungen der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms 2012 (Kreienberg et al. 2012) bzw. der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms 2018 (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2018: 82, 337) hergestellt: Eine Sentinel-Node-Biopsie soll beim DCIS nur durchgeführt werden, wenn eine sekundäre SLNB aus technischen Gründen nicht möglich ist. Eine Axilladissektion ist bei Vorliegen eines DCIS nicht indiziert und soll nicht durchgeführt werden.

Dem Indikator liegt folgendes Statement der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.10.

Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Kennzahl: 18/1 - 51847

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

Zähler: Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladissektion

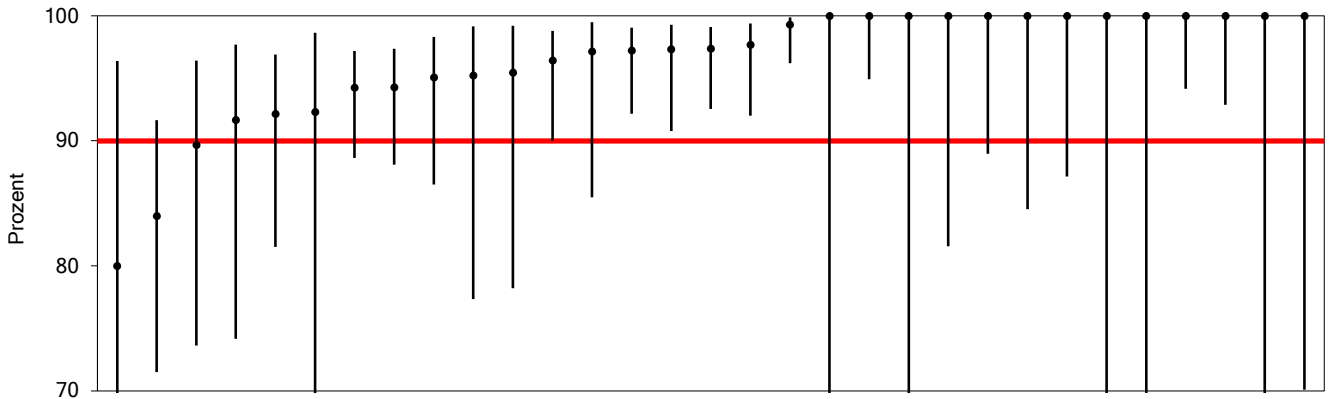
Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
1 455		1 455	
1 403	96,43	1 403	96,43

Auffälligkeit:

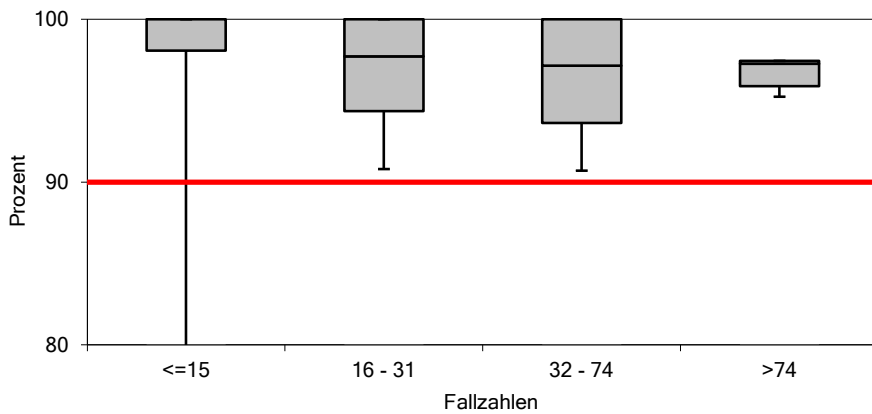
< 90,00 %

Vertrauensbereich (in %):

95 % CI		95% CI	
95,34	97,26	95,34	97,26



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	80,0	91,7	94,7	97,4	96,3	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=15	8
16 - 31	8
32 - 74	7
>74	8

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) ist ein zielgerichtetes Verfahren zur Erfassung des Lymphknotenstatus. Das Verfahren dient der Identifikation von nodal-negativen Patientinnen und Patienten, die keine weitere lokale Therapie im Bereich der Lymphabflussgebiete benötigen.

"Das axilläre Staging soll Bestandteil der operativen Therapie des invasiven Mammakarzinoms sein." (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 95): Die SLNB ist bei allen Patientinnen und Patienten indiziert, die einen palpatorisch und sonografisch unauffälligen Lymphknotenstatus aufweisen (Krag et al. 2010). Die SLNB ist bei klinischem Verdacht auf fortgeschrittene Lymphknotenbeteiligung und tumordurchsetzte Lymphknoten nicht indiziert. Um präoperativ zu klären, ob tatsächlich eine Lymphknotenmetastasierung bei klinisch und/oder sonografisch auffälligen Lymphknoten vorliegt, können eine ultraschallgestützte FNA oder eine Biopsie der verdächtigen Lymphknoten hilfreich sein. Der histologische Nachweis einer Lymphknotenmetastasierung schließt die Anwendung der Sentinel-Node-Biopsie aus. Bei Patientinnen und Patienten, die eine primär systemische Therapie (neoadjuvante Therapie) erhalten, und prätherapeutisch einen palpatorisch und sonografisch negativen Lymphknotenstatus aufweisen, kann die SLNB-Biopsie nach der neoadjuvanten Therapie durchgeführt werden (Classe et al. 2009, Xing et al. 2006).

Die SLNB wurde 2008 als neues Verfahren in die Versorgung in Deutschland eingeführt. Es löste das bis dato übliche Verfahren, der Axilladissektion mit einer Entnahme von mindestens 10 Lymphknoten, ab. Ziel ist die Bestimmung des Nodalstatus und die Vermeidung der mit einer Axilladissektion assoziierten erhöhten Morbidität. Wesentlicher Vorteil der SLNB-Biopsie ist es, dass eine geringere Schulter-Arm-Morbidität auftritt (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 283). Die SLNB geht mit einer sicheren lokalen Kontrolle (axilläre Rezidive < 1 %) einher (Lyman et al. 2014, Lyman et al. 2017).

Dem Indikator liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.23. a, b-g.

Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Kennzahl: 18/1 - 51370

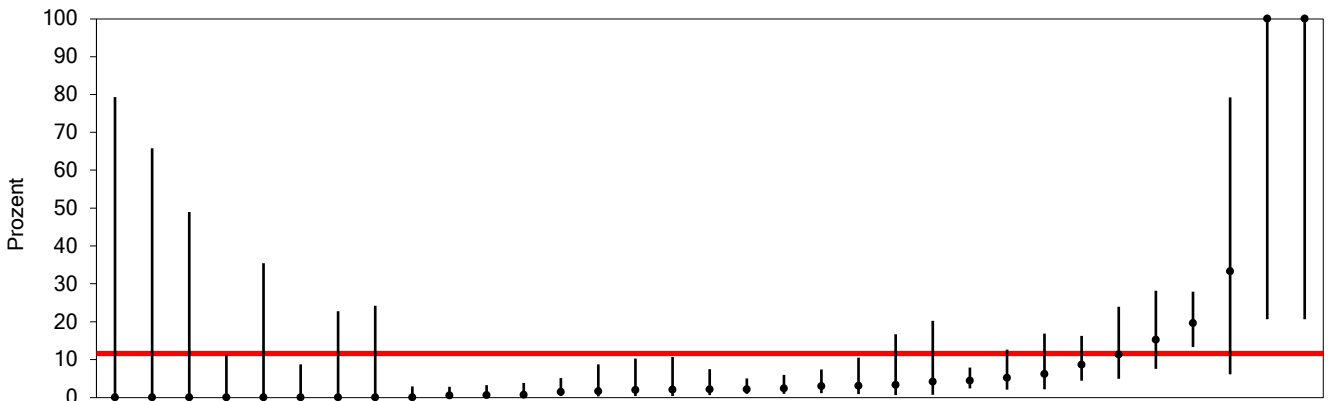
Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

Zähler: Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

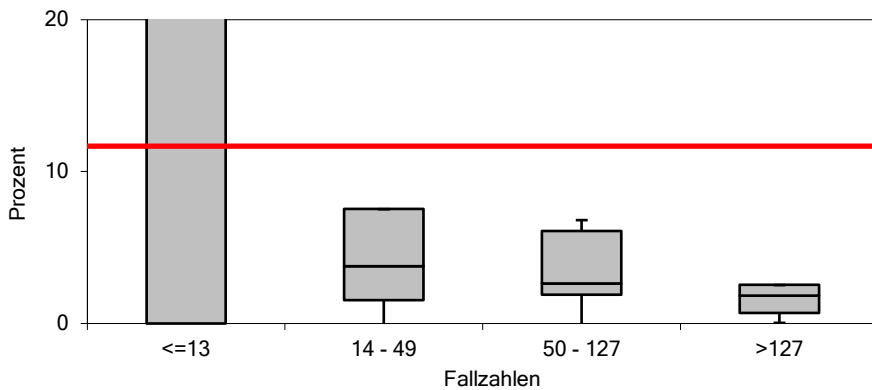
Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
2 437		2 437	
89	3,65	89	3,65
95 % CI		95% CI	
2,98 ; 4,47		2,98 ; 4,47	

Auffälligkeit:

Vertrauensbereich (in %):



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	0,0	2,2	10,1	5,2	18,8	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=13	9
14 - 49	8
50 - 127	8
>127	8

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Die Schnittstellen der Versorgungskette sind besonders anfällig für Qualitätsverluste, wobei neben anderen Faktoren die zeitlichen Abläufe von Diagnose und Therapie wesentliche Aufschlüsse über die Funktionsfähigkeit des Versorgungskonzeptes geben. Die Zeitspanne zwischen Diagnose und Therapiebeginn, d. h. der operativen Lokalbehandlung, ist ein Qualitätsindikator, der eine der wichtigsten Schnittstellen innerhalb der Kette abbildet. In diesem Zeitraum findet der Übergang von der überwiegend ambulant durchgeführten Diagnostik zur meist unter stationären Bedingungen erfolgenden operativen Behandlung statt. Erfahrungsgemäß ist in dieser Phase die psychische Belastung der Betroffenen besonders hoch.

Brustkrebs ist kein Notfall; es sollten alle notwendigen medizinischen Befunde vorhanden sein, darüber hinaus ist betroffenen Frauen und Männern ausreichend Zeit einzuräumen, um sich über die Krankheit und das entsprechende Behandlungskonzept zu informieren und sich damit am Behandlungsprozess aktiv zu beteiligen. Letztlich wurden Zeitfaktoren in nationale und internationale Leitlinien als Indikatoren der Lebensqualität betroffener Frauen und Männer integriert.

Nachdem zunächst möglichst kurze, nicht näher definierte Wartezeiten als Qualitätsziele in verschiedene Leitlinien aufgenommen wurden, erfolgte mit der Publikation des Positionspapiers der EUSOMA (Perry 2001) auch eine numerische Festlegung, die dann in die europäische Leitlinie (Perry et al. 2006: 13-14) übernommen wurde.

Die deutsche interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms macht keine zeitliche Vorgabe für das Intervall zwischen Diagnose und Operation. Die Information und die Aufklärung der Patientinnen und Patienten, der informed consent und das shared decision making nehmen einen besonders hohen Stellenwert in Leitlinien ein (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 35 ff.).

Dem Indikator liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 3.3., 3.4., 3.5.

Nachresektionsrate

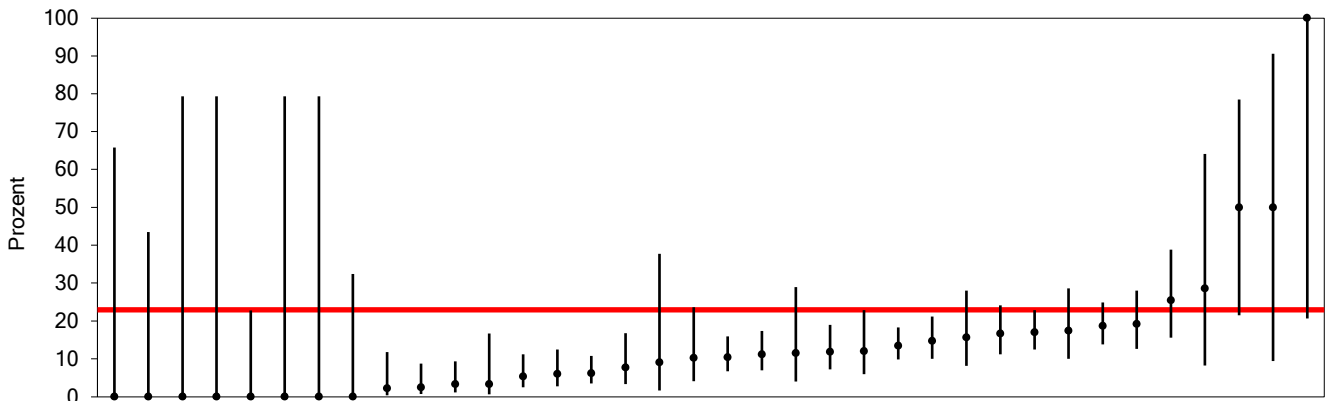
Kennzahl: 18/1 - 60659

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort

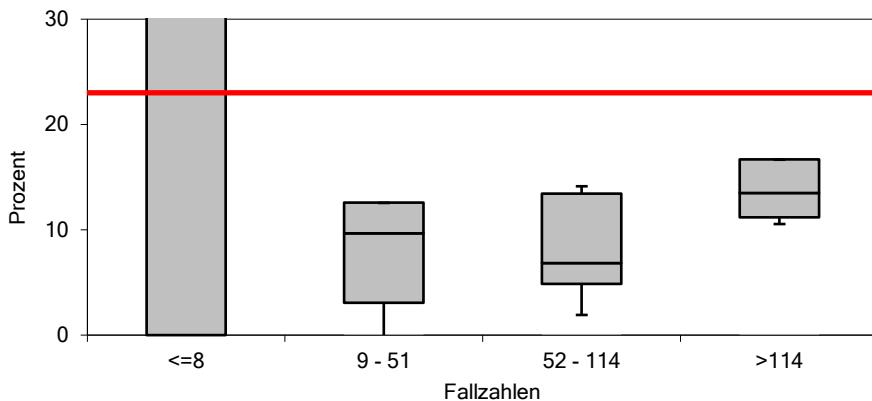
Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust = 1

Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
2 499		2 499	
304	12,16	304	12,16

Auffälligkeit:	> 23,01 %	Vertrauensbereich (in %):	95 % CI	95% CI
			10,94 ; 13,50	10,94 ; 13,50



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	0,0	2,5	10,4	13,9	16,8	27,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=8	11
9 - 51	8
52 - 114	8
>114	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Basis der operativen Therapie der Patientinnen und Patienten mit einem nicht fortgeschrittenen Mammakarzinom ist entsprechend der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms die Tumorsektion in sano (R0-Status) (Moran et al. 2014, Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 89, Department of Health 2015). Die komplette Entfernung des Tumors mit tumorfreien Resektionsrändern ist Voraussetzung für ein niedriges Lokalrezidivrisiko. Der Resektionsrandstatus hat einen prognostischen Effekt beim invasiven Mammakarzinom. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Resektionsrandstatus (positiv vs. negativ) und der Lokalrezidivrate (Houssami et al. 2014).

Zum Erreichen des R0-Status möglichst beim Ersteingriff sind sowohl eine effiziente präoperative Planung als auch in der Regel eine Markierung des Befundes im Rahmen einer BET notwendig. Zudem muss die komplette Entfernung der Neoplasie durch eine Kontrolle des markierten Befundes mittels Präparatsonografie oder -mammografie erfolgen.

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. Zudem nimmt mit der Anzahl der Resektionen das kosmetische Ergebnis ab und die onkologische Sicherheit wird bei erschwerter Lokalisation des nachzuresezierenden Zielgebietes kompromittiert.

Somit stellt die Anzahl an notwendigen Nachresektionen bis zum Erreichen einer R0-Situation einen Qualitätsparameter sowohl für die präoperative Planung inklusive Markierung als auch die operative Durchführung mit Kontrolle der Entfernung des markierten Tumoreals dar.

Dem Indikator liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.19. a, b.

Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

Kennzahl: 18/1 - 211800

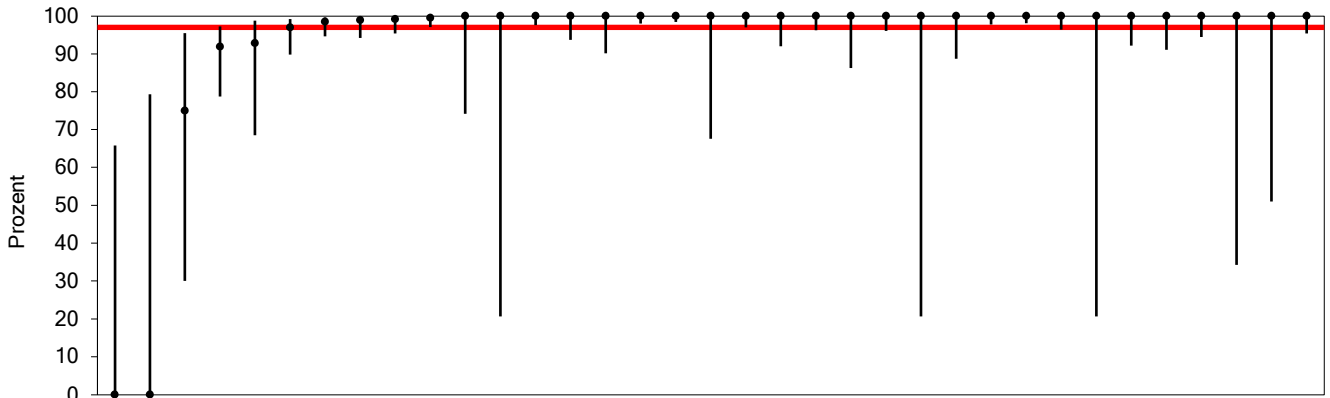
Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff und abgeschlossener primär-operativer Therapie
 Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz

Rheinland-Pfalz		Gesamt Rheinland-Pfalz	
N	%	N	%
2 459		2 459	
2 444	99,39	2 444	99,39

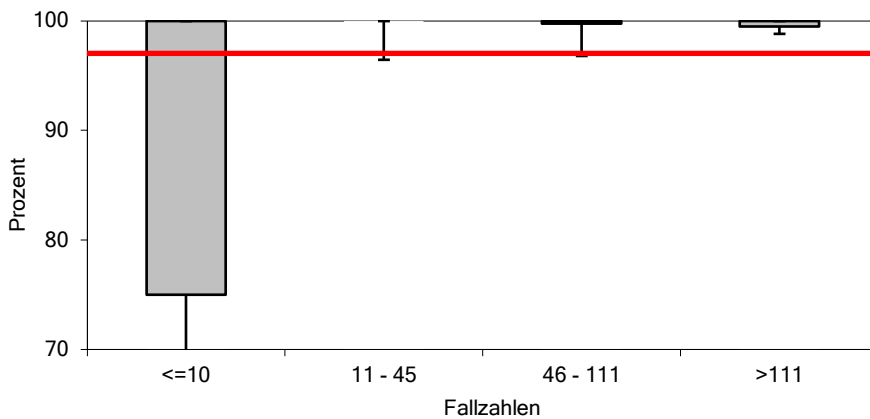
Auffälligkeit: < 97,04 %

Vertrauensbereich (in %):

95 % CI	95% CI
99,00 ; 99,63	99,00 ; 99,63



Verteilung der Kliniken in %	Min.	P10	P25	Median	Mittel	P75	P90	Max.
	0,0	92,3	99,3	100,0	92,9	100,0	100,0	100,0



Fallzahl-kategorien	Anzahl Kliniken
<=10	9
11 - 45	9
46 - 111	8
>111	9

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten

Brustkrebs ist eine hochvariable Erkrankung (NHMRC 2001a: 36), deren Behandlung komplex ist und welche daher optimalerweise im fachdisziplinübergreifenden Kontext betreut wird (Bignazoli et al. 2017). Dies gilt auch für das DCIS (AGO 2019: 192 f.). In einem interdisziplinären Behandlungsteam wird unter Nutzung einer Auswahl von Modalitäten die Behandlung koordiniert (NHMRC 2001b: 36) und zwischen Patientinnen sowie Patienten und dem Team kommuniziert. Es gibt Hinweise, dass die multidisziplinäre Behandlung das Outcome an Brustkrebs erkrankter Frauen verbessert (Beckmann et al. 2011, Brucker et al. 2009, Grilli et al. 1998, Jacke et al. 2015, Kesson et al. 2012). 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 (Bignazoli et al. 2017, BMG 2017: 7, 31f, NZGG 2009: 14). Diese dienen der fachübergreifenden Besprechung sowie in deren Folge der Erarbeitung einer Empfehlung zur optimal abgestimmten individuellen Diagnostik- und Therapieplanung für Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom (Bignazoli et al. 2017).

Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

Kennzahl: 18/1 - 211800

Allgemeine Erläuterungen bzw. Besonderheiten (Fortsetzung)

Die interdisziplinäre Tumorkonferenz stellt zudem ein wichtiges Forum zur Prüfung von Richtlinienempfehlungen dar - auch aufgrund von Patientenpräferenzen sowie des gegebenen sozialen Kontextes der Patientinnen und Patienten (Jacke et al. 2015). Die interdisziplinär getroffenen Vorschläge einer bestmöglichen Behandlung von Patientinnen und Patienten basieren auf einer angemessenen Anwendung von klinischen Leitlinien und Kriterien (AGREE Next Steps Consortium 2017: 50, BÄK et al. 2016, BÄK et al. 2018, Bignazoli et al. 2017, Cox et al. 2007: 75, 85, Jacke et al. 2015, Kesson et al. 2012). Ein Abweichen von den in der Leitlinie formulierten, einen Empfehlungskorridor darstellenden Empfehlungen sei - wenn es die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten erfordert - nicht nur möglich, sondern notwendig (Albert 2008: 17, Cox et al. 2007: 85, Jacke et al. 2015) und schließt in die Entscheidungsfindung außer den patientenbezogenen (Wilson et al. 2013: 3582) auch tumorbezogene Faktoren ein (Bignazoli et al. 2017, Wilson et al. 2013).

Interdisziplinäre Tumorkonferenzen werden regelmäßig (Bignazoli et al. 2017), üblicherweise wöchentlich abgehalten (DKG/DGS 2019, Wilson et al. 2013) und entscheiden über im Vorfeld festgelegte Fälle. Zum Kernteam einer "postoperativen Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz" gehören folgende Spezialisten und Spezialistinnen: Brustoperateur/Brustoperateurin, Radiologe/Radiologin, Pathologe/Pathologin, Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut, internistische/r, ggf. gynäkologische/r Onkologe/Onkologin (DKG/DGS 2019, Jacke et al. 2015, Wilson et al. 2013). Entsprechend der Krankheitssituation sollten die psychoonkologischen, orthopädischen, neuro-, allgemein-, viszeral-, thorax- und unfallchirurgischen Fachdisziplinen sowie die der Plastischen Chirurgie und der Pflege (Breast Care Nurse) (NZGG 2009: 11) hinzugezogen werden (DKG/DGS 2019).

Die erforderlichen Unterlagen für die interdisziplinäre Tumorkonferenz setzen sich zusammen aus: Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Identifikationsnummer, wenn vorhanden), der Angabe der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes, dem Tag der Entnahme, der klinischen Diagnose bzw. Indikation der Gewebeentnahme und weiteren klinischen Informationen wie Entnahmelokalisation der Gewebeprobe (z. B. Mamma rechts, oberer äußerer Quadrant), Art der Entnahme (z. B. Hochgeschwindigkeits-Stanzbiopsie, modifiziert radikale Mastektomie) sowie klinischen Befunden und Bildgebung (z. B. Befund palpabel/nicht palpabel; Mikrokalzifikation vorhanden/nicht vorhanden; ggf. mit Übersendung der Präparat-Radiographie) (Leitlinienprogramm Onkologie der AWMF, DKG und DKH 2019: 100).

Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird in einem Protokoll verschriftlicht ("Protokoll Tumorkonferenz") (DKG/DGS 2019), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden (Wilson et al. 2013) umfasst und Teil der Patientenakte ist (DKG/DGS 2019).

Jahresauswertung 2020

Mammachirurgie

Modul 18/1

Basisauswertung

Gesamt Rheinland-Pfalz



Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 ausschließlich Normalgewebe	-	-	22	0,57		
2 benigne / entzündliche Veränderung	-	-	499	12,89		
3 Risikoläsion	-	-	86	2,22		
4 maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	-	-	3.265	84,32		
Anzahl Primär- oder Rezidivkrankungen mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		3.872			
Anzahl Brustbögen	-		4.660			

Maligne Neoplasien einschließlich in-situ-Karzinomen - Primärerkrankung

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Invasives Karzinom	-	-	2.731 / 3.023	90,34		
DCIS	-	-	279 / 3.023	9,23		
LCIS / Lobuläre Neoplasie	-	-	5 / 3.023	0,17		
Lymphom	-	-	0 / 3.023	0,00		
Sarkom	-	-	3 / 3.023	0,10		
Anzahl maligne Neoplasien einschließlich in-situ-Karzinomen - Primärerkrankung	-		3.023			
Anzahl Brustbögen	-		4.660			

Maligne Neoplasien einschließlich in-situ-Karzinomen - Rezidivkrankung

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Invasives Karzinom	-	-	218 / 242	90,08		
DCIS	-	-	23 / 242	9,50		
LCIS / Lobuläre Neoplasie	-	-	0 / 242	0,00		
Lymphom	-	-	0 / 242	0,00		
Sarkom	-	-	1 / 242	0,41		
Anzahl maligne Neoplasien einschließlich in-situ-Karzinomen - Rezidivkrankung	-		242			
Anzahl Brustbögen	-		4.660			

Basisdaten

Entlassungsquartal						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
Anzahl Patienten	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1/2020	-	-	1.135	25,32		
2/2020	-	-	986	21,99		
3/2020	-	-	1.170	26,10		
4/2020	-	-	1.192	26,59		
Anzahl Patientinnen	-		4.483			

Entlassungsdiagnosen

Diagnosen ICD - häufigste Angaben

Nr.	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%	ICD	Anzahl	%
1	-	-	-	C50.4	1.356	30,25			
2	-	-	-	I10.00	981	21,88			
3	-	-	-	D05.1	644	14,37			
4	-	-	-	C50.8	596	13,29			
5	-	-	-	C77.3	530	11,82			
6	-	-	-	U99.0	530	11,82			
7	-	-	-	Z11	523	11,67			
8	-	-	-	C50.9	479	10,68			
9	-	-	-	Z92.6	396	8,83			
10	-	-	-	D24	396	8,83			
11	-	-	-	C50.2	369	8,23			
12	-	-	-	C50.5	333	7,43			

Diagnosen ICD - häufigste Angaben

Nr.	ICD	Beschreibung
1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge
4	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
5	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
6	U99.0	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2
7	Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten
8	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
9	Z92.6	Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese
10	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
11	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
12	C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse

Patientinnen

Altersverteilung (Jahre)						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
< 20 Jahre	-	-	32	0,71		
20 - 29 Jahre	-	-	91	2,03		
30 - 39 Jahre	-	-	222	4,95		
40 - 49 Jahre	-	-	515	11,49		
50 - 59 Jahre	-	-	1.172	26,14		
60 - 69 Jahre	-	-	1.181	26,34		
70 - 79 Jahre	-	-	747	16,66		
>= 80 Jahre	-	-	523	11,67		
Anzahl Patientinnen	-		4.483			
Altersverteilung (Jahre): Median	-	-		61,00		
Altersverteilung (Jahre): Mittelwert	-	-		60,95		

Geschlecht						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 männlich	-	-	32	0,71		
2 weiblich	-	-	4.451	99,29		
3 divers	-	-	0	0,00		
8 unbestimmt	-	-	0	0,00		
Anzahl Patientinnen	-		4.483			

Behandlungszeiten

Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage): Median	-	-			3,00	
Postoperative Verweildauer (Tage): Mittelwert	-	-			4,18	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage): Median	-	-			4,00	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage): Mittelwert	-	-			4,92	
Anzahl Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom	-		3.403			
Anzahl Patientinnen	-		4.483			

Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
Postoperative Verweildauer (Tage): Median	-	-			2,00	
Postoperative Verweildauer (Tage): Mittelwert	-	-			2,82	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage): Median	-	-			2,00	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage): Mittelwert	-	-			3,11	
Anzahl Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom	-		3.403			
Anzahl Patientinnen	-		4.483			

Präoperative Informationen

Betroffene Brust / Seite						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 rechts	-	-	2.283	48,99		
2 links	-	-	2.377	51,01		
Anzahl Brustbögen	-		4.660			

Erkrankung an dieser Brust						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 Primärerkrankung	-	-	4.246	91,12		
2 lokoregionäres Rezidiv nach BET	-	-	210	4,51		
3 lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie	-	-	75	1,61		
4 ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion	-	-	47	1,01		
5 prophylaktische Mastektomie	-	-	73	1,57		
6 Fernmetastase	-	-	9	0,19		
Anzahl Brustbögen	-		4.660			

Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	557	13,12		
1 ja	-	-	3.689	86,88		
Anzahl Primärerkrankungen	-		4.246			

Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	160	3,77		
1 ja	-	-	4.086	96,23		
Anzahl Primärerkrankungen	-		4.246			

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Tastbarer Mammabefund						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	1.243	33,69		
1 ja	-	-	2.446	66,31		
Anzahl Brustbögen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung	-		3.689			

Mikrokalk						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	845	67,98		
1 ja	-	-	397	31,94		
Anzahl Brustbögen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung ohne tastbaren Mammabefund	-		1.243			

Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	2.747	74,46		
1 ja	-	-	889	24,10		
9 unbekannt	-	-	53	1,44		
Anzahl Brustbögen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung	-		3.689			

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (Erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei tastbaren Mammabefunden	-	-	2.263 / 2.446	92,52		
bei nicht tastbaren Mammabefunden	-	-	1.133 / 1.243	91,15		
bei tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden	-	-	3.396 / 3.689	92,06		
Anzahl Brustbögen mit erstem offenen Eingriff wegen Primärerkrankung	-		3.689			

Histologie

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	-	-	5	0,15		
2 benigne / entzündliche Veränderung	-	-	200	5,89		
3 benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	-	-	161	4,74		
4 malignitätsverdächtig	-	-	36	1,06		
5 maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	-	-	2.994	88,16		
Anzahl Brustbögen mit erstem offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung	-		3.396			

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasien) bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Invasives Karzinom	-	-	2.783 / 3.057	91,04		
DCIS	-	-	257 / 3.057	8,41		
LCIS / Lobuläre Neoplasie	-	-	7 / 3.057	0,23		
Lymphom	-	-	0 / 3.057	0,00		
Sarkom	-	-	5 / 3.057	0,16		
Anzahl maligne Neoplasien einschließlich in-situ-Karzinomen bei erstem offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung	-	-	3.057 / 3.396	90,02		

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe	-	-	3	1,35		
2 benigne / entzündliche Veränderung	-	-	3	1,35		
3 benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial	-	-	2	0,90		
4 malignitätsverdächtig	-	-	4	1,79		
5 maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	-	-	211	94,62		
Anzahl Brustbögen mit lokoregionärem Rezidiv und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung	-	-	223			

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasien) bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Invasives Karzinom	-	-	192 / 216	88,89		
DCIS	-	-	23 / 216	10,65		
LCIS / Lobuläre Neoplasie	-	-	0 / 216	0,00		
Lymphom	-	-	0 / 216	0,00		
Sarkom	-	-	1 / 216	0,46		
Anzahl maligne Neoplasien einschließlich in-situ-Karzinomen bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv)	-	-	216 / 223	96,86		

Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund

Histologischer Typ						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	34	0,98		
1 ja	-	-	3.440	99,02		
Anzahl Brustbögen mit DCIS oder invasivem Mammakarzinom (Primärtumor)	-		3.474			

Grading						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	58	1,67		
1 ja	-	-	3.416	98,33		
Anzahl Brustbögen mit DCIS oder invasivem Mammakarzinom (Primärtumor)	-		3.474			

Hormonrezeptorstatus						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	52	1,50		
1 ja	-	-	3.422	98,50		
Anzahl Brustbögen mit DCIS oder invasivem Mammakarzinom (Primärtumor)	-		3.474			

HER2-Status						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	44	1,43		
1 ja	-	-	3.025	98,57		
Anzahl Brustbögen mit invasivem Mammakarzinom (Primärtumor)	-		3.069			

Ki67-Status						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	55	1,79		
1 ja	-	-	3.014	98,21		
Anzahl Brustbögen mit invasivem Mammakarzinom (Primärtumor)	-		3.069			

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Therapieplanung und Therapie						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung	-	-	2.090 / 3.689	56,65		
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung	-	-	2.030 / 3.396	59,78		
Prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS	-	-	1.929 / 3.040	63,45		
Abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung	-	-	528 / 3.689	14,31		
Abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom	-	-	516 / 2.783	18,54		

Operation

Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?: Median	-	-		1,00		
Anzahl OP-Bögen	-		4.696			

Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	2.773	60,73		
1 ja, durch Mammographie	-	-	683	14,96		
2 ja, durch Sonographie	-	-	1.053	23,06		
3 ja, durch MRT	-	-	11	0,24		
4 nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	-	-	46	1,01		
Anzahl OP-Bögen mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv	-		4.566			

Intraoperative Präparateradiographie oder -sonographie

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	29	1,66		
1 ja, intraoperative Präparateradiographie	-	-	1.170	66,97		
2 ja, intraoperative Präparatesonographie	-	-	548	31,37		
Anzahl OP-Bögen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	-		1.747			

Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Sentinel-Lymphknoten-Biopsien mit Radionuklidmarkierung, OPS kodiert	-	-	1.862 / 4.696	39,65		
Anzahl Sentinel-Lymphknoten-Biopsien mit Farbmarkierung, OPS kodiert	-	-	259 / 4.696	5,52		
Anzahl Sentinel-Lymphknoten-Biopsien mit Radionuklid- und Farbmarkierung kombiniert, OPS kodiert	-	-	117 / 4.696	2,49		
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt	-	-	130 / 4.696	2,77		
Anzahl OP-Bögen	-		4.696			

Prozeduren

Prozeduren OPS - häufigste Angaben									
Nr.	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	OPS	Anzahl	%	OPS	Anzahl	%	OPS	Anzahl	%
1	-	-	-	5-401.11	1.862	41,53			
2	-	-	-	5-870.a1	1.382	30,83			
3	-	-	-	5-872.1	620	13,83			
4	-	-	-	5-870.a2	586	13,07			
5	-	-	-	5-870.91	387	8,63			
6	-	-	-	5-870.90	326	7,27			
7	-	-	-	5-870.a0	280	6,25			
8	-	-	-	5-401.12	259	5,78			
9	-	-	-	5-406.12	194	4,33			
10	-	-	-	5-870.a3	167	3,73			
11	-	-	-	3-100.1	165	3,68			
12	-	-	-	5-872.0	150	3,35			

Prozeduren OPS - häufigste Angaben		
Nr.	OPS	Beschreibung
1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
5	5-870.91	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
6	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
7	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
8	5-401.12	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
9	5-406.12	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2
10	5-870.a3	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie
11	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie
12	5-872.0	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie

Histologie und Staging

Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 ausschließlich Normalgewebe	-	-	24	0,53		
2 benigne / entzündliche Veränderung	-	-	501	11,06		
3 Risikoläsion	-	-	89	1,96		
4 maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	-	-	3.917	86,45		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv	-		4.531			

Primär-operative Therapie abgeschlossen						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	659	14,54		
1 ja	-	-	3.872	85,46		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv	-		4.531			

Weitere Therapieempfehlung						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 Empfehlung zur Nachresektion	-	-	400	60,70		
2 Empfehlung zur Mastektomie	-	-	74	11,23		
3 Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	-	-	40	6,07		
4 Empfehlung zur Axilladisektion	-	-	37	5,61		
6 Empfehlung zur BET	-	-	38	5,77		
9 Kombination aus 1 bis 6	-	-	70	10,62		
Anzahl Brustbögen mit nicht abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		659			

Histologie und Staging (Fortsetzung) - Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Tumorgroße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
pT0	-	-	2 / 2.184	0,09		
pTis	-	-	3 / 2.184	0,14		
pT1 (<= 2cm)	-	-	1.190 / 2.184	54,49		
pT1mic (Mikroinvasion)	-	-	10 / 4.660	0,21		
pT1a (<= 5 cm)	-	-	100 / 4.660	2,15		
pT1b (<= 10 cm)	-	-	279 / 4.660	5,99		
pT1c (<= 20 cm)	-	-	801 / 4.660	17,19		
pT2 (> 2 bis 5 cm)	-	-	781 / 2.184	35,76		
pT3 (> 5 cm)	-	-	126 / 2.184	5,77		
pT4 (Brustwand / Haut)	-	-	74 / 2.184	3,39		
pT4a (Brustwand)	-	-	2 / 74	2,70		
pT4b (Ödem)	-	-	69 / 74	93,24		
pT4c (Brustwand und Ödem)	-	-	1 / 74	1,35		
pT4d (inflammatorisch)	-	-	2 / 74	2,70		
pTX	-	-	8 / 2.184	0,37		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.184			

Histologie und Staging (Fortsetzung) - Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Tumorgröße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
ypT0	-	-	189 / 547	34,55		
ypTis	-	-	25 / 547	4,57		
ypT1 (<= 2cm)	-	-	204 / 547	37,29		
ypT1mic (Mikroinvasion)	-	-	10 / 4.660	0,21		
ypT1a (<= 5 cm)	-	-	57 / 4.660	1,22		
ypT1b (<= 10 cm)	-	-	41 / 4.660	0,88		
ypT1c (<= 20 cm)	-	-	96 / 4.660	2,06		
ypT2 (> 2 bis 5 cm)	-	-	86 / 547	15,72		
ypT3 (> 5 cm)	-	-	25 / 547	4,57		
ypT4 (Brustwand / Haut)	-	-	14 / 547	2,56		
ypT4a (Brustwand)	-	-	0 / 14	0,00		
ypT4b (Ödem)	-	-	12 / 14	85,71		
ypT4c (Brustwand und Ödem)	-	-	1 / 14	7,14		
ypT4d (inflammatorisch)	-	-	1 / 14	7,14		
ypTX	-	-	4 / 547	0,73		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie und abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		547			

Histologie und Staging (Fortsetzung) - Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen ohne regionäre Lymphknoten-Metastasen	-	-	1.475 / 2.205	66,89		
pN0(sn)	-	-	1.403 / 1.475	95,12		
pN0	-	-	72 / 1.475	4,88		
Patientinnen mit regionären Lymphknoten-Metastasen (pN1)	-	-	431 / 2.205	19,55		
pN1mi	-	-	7 / 431	1,62		
pN1mi(sn)	-	-	34 / 431	7,89		
pN1a	-	-	164 / 431	38,05		
pN1a(sn)	-	-	206 / 431	47,80		
pN1b	-	-	0 / 431	0,00		
pN1c	-	-	3 / 431	0,70		
pN1(sn)	-	-	17 / 431	3,94		
pN2	-	-	132 / 2.205	5,99		
pN2a	-	-	116 / 132	87,88		
pN2a(sn)	-	-	13 / 132	9,85		
pN2b	-	-	3 / 132	2,27		
pN3	-	-	74 / 2.205	3,36		
pN3a	-	-	73 / 74	98,65		
pN3b	-	-	1 / 74	1,35		
pN3c	-	-	0 / 74	0,00		
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)	-	-	93 / 2.205	4,22		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.205			

Histologie und Staging (Fortsetzung) - Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen ohne regionäre Lymphknoten-Metastasen	-	-	374 / 526	71,10		
ypN0(sn)	-	-	279 / 374	74,60		
pN0	-	-	95 / 374	25,40		
Patientinnen mit regionären Lymphknoten-Metastasen (ypN1)	-	-	75 / 526	14,26		
ypN1mi	-	-	1 / 75	1,33		
ypN1mi(sn)	-	-	5 / 75	6,67		
ypN1a	-	-	45 / 75	60,00		
ypN1a(sn)	-	-	19 / 75	25,33		
ypN1b	-	-	0 / 75	0,00		
ypN1c	-	-	1 / 75	1,33		
ypN1(sn)	-	-	4 / 75	5,33		
ypN2	-	-	33 / 526	6,27		
ypN2a	-	-	32 / 33	96,97		
ypN2a(sn)	-	-	1 / 33	3,03		
ypN2b	-	-	0 / 33	0,00		
ypN3	-	-	23 / 526	4,37		
ypN3a	-	-	21 / 23	91,30		
ypN3b	-	-	0 / 23	0,00		
ypN3c	-	-	2 / 23	8,70		
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)	-	-	21 / 526	3,99		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		526			

Histologie und Staging (Fortsetzung) - Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Grading (WHO)						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 gut differenziert	-	-	407	14,95		
2 mäßig differenziert	-	-	1.581	58,08		
3 schlecht differenziert	-	-	680	24,98		
X Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	-	-	54	1,98		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.722			

Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 negativ	-	-	328	12,05		
1 positiv	-	-	2.390	87,80		
9 unbekannt	-	-	4	0,15		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.722			

HER2-Status						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	-	-	2.321	85,27		
1 positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	-	-	384	14,11		
2 zweifelhafte/Borderline-Kategorie	-	-	7	0,26		
9 unbekannt	-	-	10	0,37		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.722			

Histologisch gesicherte Multizentrität						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	2.389	87,77		
1 ja	-	-	333	12,23		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.722			

Histologie und Staging (Fortsetzung) - Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

R0-Resektion						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	108	3,97		
1 ja	-	-	2.574	94,56		
8 es liegen keine Angaben vor	-	-	4	0,15		
9 Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	-	-	36	1,32		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.722			

Geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 < 1 mm	-	-	230	8,94		
2 >= 1 mm bis < 2 mm	-	-	300	11,66		
3 >= 2 mm	-	-	1.983	77,04		
8 es liegen keine Angaben vor	-	-	61	2,37		
Anzahl Brustbögen mit R0-Resektion	-		2.574			

Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 keine Nachoperation. R0 mit Ersteingriff erlangt	-	-	2.254	87,57		
1	-	-	288	11,19		
2	-	-	26	1,01		
3 >= 3	-	-	6	0,23		
Anzahl Brustbögen mit R0-Resektion	-		2.574			

Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 R0 nicht mit Ersteingriff erlangt. 1 Nachoperation	-	-	288	90,00		
2 2 Nachoperationen	-	-	28	8,75		
3 >= 3 Nachoperationen	-	-	4	1,25		
Anzahl Brustbögen mit R0-Resektion und Nachoperation(en)	-		320			

Art der erfolgten Therapie - Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Brusterhaltende Therapie (BET)						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	678	24,91		
1 ja	-	-	1.961	72,04		
2 nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	-	-	77	2,83		
3 ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	-	-	6	0,22		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.722			

Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	1.793	65,87		
1 ja, einzelne Lymphknoten	-	-	375	13,78		
2 ja, Axilladissektion	-	-	554	20,35		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.722			

Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	529	19,43		
1 ja	-	-	2.193	80,57		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.722			

Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Brustbögen mit Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt	-	-	502 / 2.193	22,89		
Anzahl Brustbögen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt	-		2.193			

Weiterer Behandlungsverlauf und Entlassung - Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz						
Basis: Patientinnen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	-	-	2.660 / 2.683	99,14		
Anzahl Fälle mit mindestens einer Brust mit Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom) und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.683			

Entlassungsgrund						
Basis: Patientinnen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01 Behandlung regulär beendet	-	-	1.905	71,00		
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	763	28,44		
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	-	-	3	0,11		
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	-	-	3	0,11		
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	-	-	1	0,04		
07 Tod	-	-	1	0,04		
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	-	-	6	0,22		
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	1	0,04		
Anzahl Fälle mit invasivem Karzinom (Primärerkrankung)	-		2.683			

Histologie und Staging - Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Grading (WHO)						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 gut differenziert	-	-	24	11,48		
2 mäßig differenziert	-	-	111	53,11		
3 schlecht differenziert	-	-	64	30,62		
X Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	-	-	10	4,78		
Anzahl Brustbögen mit Rezidiverkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		209			

Immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 negativ	-	-	45	21,53		
1 positiv	-	-	162	77,51		
9 unbekannt	-	-	2	0,96		
Anzahl Brustbögen mit Rezidiverkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		209			

HER2-Status						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ)	-	-	177	84,69		
1 positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv)	-	-	28	13,40		
2 zweifelhaft/Borderline-Kategorie	-	-	1	0,48		
9 unbekannt	-	-	3	1,44		
Anzahl Brustbögen mit Rezidiverkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		209			

Art der erfolgten Therapie, weiterer Behandlungsverlauf und Entlassung - Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Brusterhaltende Therapie (BET)						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	112	53,59		
1 ja	-	-	38	18,18		
2 nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	-	-	1	0,48		
3 ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	-	-	3	1,44		
Anzahl Brustbögen mit Rezidivkrankung invasives Karzinom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		209			

Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	-	-	2.813 / 2.841	99,01		
Anzahl Fälle mit mindestens einer Brust mit Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom) und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2.841			

Entlassungsgrund						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01 Behandlung regulär beendet	-	-	2.011	70,78		
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	814	28,65		
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	-	-	3	0,11		
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	-	-	3	0,11		
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	-	-	1	0,04		
07 Tod	-	-	1	0,04		
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung	-	-	6	0,21		
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	2	0,07		
Anzahl Fälle mit invasivem Karzinom (Rezidivkrankung)	-		2.841			

Histologie und Staging - DCIS (Primärerkrankung)

Regionärer Lymphknoten-Status pN						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen ohne regionäre Lymphknoten-Metastasen	-	-	42 / 279	15,05		
pN0(sn)	-	-	38 / 42	90,48		
pN0	-	-	4 / 42	9,52		
Patientinnen mit regionären Lymphknoten-Metastasen (pN1)	-	-	0 / 279	0,00		
pN1mi	-	-	0 / 0	0,00		
pN1mi(sn)	-	-	0 / 0	0,00		
pN1a	-	-	0 / 0	0,00		
pN1a(sn)	-	-	0 / 0	0,00		
pN1b	-	-	0 / 0	0,00		
pN1c	-	-	0 / 0	0,00		
pN1(sn)	-	-	0 / 0	0,00		
pN2	-	-	0 / 279	0,00		
pN2a	-	-	0 / 0	0,00		
pN2a(sn)	-	-	0 / 0	0,00		
pN2b	-	-	0 / 0	0,00		
pN3	-	-	1 / 279	0,36		
pN3a	-	-	1 / 1	100,00		
pN3b	-	-	0 / 1	0,00		
pN3c	-	-	0 / 1	0,00		
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)	-	-	230 / 279	82,44		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung DCIS mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		279			

Histologie und Staging (Fortsetzung) - DCIS (Primärerkrankung)

Regionärer Lymphknoten-Status pN						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen ohne regionäre Lymphknoten-Metastasen	-	-	5 / 279	1,79		
ypN0(sn)	-	-	3 / 5	60,00		
pN0	-	-	2 / 5	40,00		
Patientinnen mit regionären Lymphknoten-Metastasen (ypN1)	-	-	0 / 279	0,00		
ypN1mi	-	-	0 / 0	0,00		
ypN1mi(sn)	-	-	0 / 0	0,00		
ypN1a	-	-	0 / 0	0,00		
ypN1a(sn)	-	-	0 / 0	0,00		
ypN1b	-	-	0 / 0	0,00		
ypN1c	-	-	0 / 0	0,00		
ypN1(sn)	-	-	0 / 0	0,00		
ypN2	-	-	0 / 279	0,00		
ypN2a	-	-	0 / 0	0,00		
ypN2a(sn)	-	-	0 / 0	0,00		
ypN2b	-	-	0 / 0	0,00		
ypN3	-	-	0 / 279	0,00		
ypN3a	-	-	0 / 0	0,00		
ypN3b	-	-	0 / 0	0,00		
ypN3c	-	-	0 / 0	0,00		
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)	-	-	1 / 279	0,36		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung DCIS mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		279			

Histologie und Staging (Fortsetzung) - DCIS (Primärerkrankung)

Grading						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
G1 Grad 1 (low grade)	-	-	40	14,34		
G2 Grad 2 (intermediate grade)	-	-	120	43,01		
G3 Grad 3 (high grade)	-	-	102	36,56		
GX Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	-	-	17	6,09		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung DCIS und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		279			

Gesamttumorgroße (mm)						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anteil <= 10 mm (%)	-	-	74 / 279	26,52		
Anteil > 10 bis <= 20 mm (%)	-	-	60 / 279	21,51		
Anteil > 20 bis <= 30 mm (%)	-	-	57 / 279	20,43		
Anteil > 30 bis <= 40 mm (%)	-	-	32 / 279	11,47		
Anteil > 40 bis <= 50 mm (%)	-	-	24 / 279	8,60		
Anteil > 50 mm (%)	-	-	32 / 279	11,47		
Gesamttumorgroße (mm): Median	-	-		22,00		
Gesamttumorgroße (mm): Mittelwert	-	-		26,33		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung DCIS und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-	-	279	100,00		

Histologie und Staging (Fortsetzung) - DCIS (Primärerkrankung)

Histologisch gesicherte Multizentrität						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	265	94,98		
1 ja	-	-	14	5,02		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung DCIS mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		279			

R0-Resektion						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	13	4,66		
1 ja	-	-	266	95,34		
8 es liegen keine Angaben vor	-	-	0	0,00		
9 Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	-	-	0	0,00		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung DCIS mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		279			

Geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
1 < 1 mm	-	-	32	12,03		
2 >= 1 mm bis < 2 mm	-	-	30	11,28		
3 >= 2 mm	-	-	200	75,19		
8 es liegen keine Angaben vor	-	-	4	1,50		
Anzahl Brustbögen mit R0-Resektion	-		266			

Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 keine Nachoperation. R0 mit Ersteingriff erlangt	-	-	173	65,04		
1	-	-	76	28,57		
2	-	-	13	4,89		
3 >= 3	-	-	4	1,50		
Anzahl Brustbögen mit R0-Resektion	-		266			

Art der erfolgten Therapie -DCIS (Primärerkrankung)

Brusterhaltende Therapie (BET)						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	53	19,00		
1 ja	-	-	220	78,85		
2 nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	-	-	6	2,15		
3 ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	-	-	0	0,00		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung DCIS mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		279			

Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	274	98,21		
1 ja, einzelne Lymphknoten	-	-	2	0,72		
2 ja, Axilladissektion	-	-	3	1,08		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung DCIS mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		279			

Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	238	85,30		
1 ja	-	-	41	14,70		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung DCIS mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		279			

Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Brustbögen mit Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt	-	-	1 / 41	2,44		
Anzahl Brustbögen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt	-		41			

Weiterer Behandlungsverlauf und Entlassung - DCIS (Primärerkrankung)

Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Basis: Patientinnen						
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	-	-	277 / 278	99,64		
Anzahl Fälle mit mindestens einer Brust mit Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom) und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		278			

Entlassungsgrund						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01 Behandlung regulär beendet	-	-	205	73,74		
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	72	25,90		
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	-	-	1	0,36		
Anzahl Fälle mit DCIS (Primärerkrankung)	-		278			

Art der erfolgten Therapie, weiterer Behandlungsverlauf und Entlassung - DCIS (Rezidiverkrankung)

Brusterhaltende Therapie (BET)						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 nein	-	-	13	56,52		
1 ja	-	-	6	26,09		
2 nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	-	-	0	0,00		
3 ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	-	-	2	8,70		
Anzahl Brustbögen mit Rezidiverkrankung DCIS mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		23			

Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Basis: Patientinnen						
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	-	-	23 / 23	100,00		
Anzahl Fälle mit mindestens einer Brust mit Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom) und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		23			

Entlassungsgrund						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01 Behandlung regulär beendet	-	-	14	60,87		
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	9	39,13		
Anzahl Fälle mit DCIS (Rezidiverkrankung)	-		23			

Weiterer Behandlungsverlauf und Entlassung - LCIS / Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidivkrankung)

Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz						
Basis: Patientinnen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	-	-	4 / 5	80,00		
Anzahl Fälle mit mindestens einer Brust mit Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom) und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		5			

Entlassungsgrund						
Basis: Patientinnen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01 Behandlung regulär beendet	-	-	4	80,00		
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	1	20,00		
Anzahl Fälle mit LCIS / Lobulärer Neoplasie (Primär- und Rezidivkrankung)	-		5			

Histologie und Staging - Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Tumorgroße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Basis: Patientinnen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
pT0	-	-	0 / 2	0,00		
pTis	-	-	0 / 2	0,00		
pT1 (<= 2cm)	-	-	0 / 2	0,00		
pT1mic (Mikroinvasion)	-	-	0 / 4.660	0,00		
pT1a (<= 5 cm)	-	-	0 / 4.660	0,00		
pT1b (<= 10 cm)	-	-	0 / 4.660	0,00		
pT1c (<= 20 cm)	-	-	0 / 4.660	0,00		
pT2 (> 2 bis 5 cm)	-	-	0 / 2	0,00		
pT3 (> 5 cm)	-	-	1 / 2	50,00		
pT4 (Brustwand / Haut)	-	-	0 / 2	0,00		
pT4a (Brustwand)	-	-	0 / 0	0,00		
pT4b (Ödem)	-	-	0 / 0	0,00		
pT4c (Brustwand und Ödem)	-	-	0 / 0	0,00		
pT4d (inflammatorisch)	-	-	0 / 0	0,00		
pTX	-	-	1 / 2	50,00		
Anzahl Brustbögen mit Primärerkrankung Sarkom mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		2			

Weiterer Behandlungsverlauf und Entlassung - Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz						
Basis: Patientinnen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	-	-	4 / 4	100,00		
Anzahl Fälle mit mindestens einer Brust mit Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom) und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		4			

Entlassungsgrund						
Basis: Patientinnen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01 Behandlung regulär beendet	-	-	3	75,00		
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	1	25,00		
Anzahl Fälle mit Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	-		4			

Weiterer Behandlungsverlauf und Entlassung - Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)

Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Basis: Patientinnen						
Postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	-	-	0 / 0	0,00		
Anzahl Fälle mit mindestens einer Brust mit Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom) und mit abgeschlossener primär-operativer Therapie	-		0			

Entlassungsgrund						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Fälle mit Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)	-		0			

Entlassung - Nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund						
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Basis: Patientinnen						
01 Behandlung regulär beendet	-	-	501	85,06		
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	83	14,09		
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	-	-	2	0,34		
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus	-	-	2	0,34		
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	-	-	1	0,17		
Anzahl Fälle mit nicht-malignem histologischem Befund	-		589			