

QS-Verfahren *Mammachirurgie*

Bundesqualitätsbericht 2024

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

QS-Verfahren *Mammachirurgie*. Bundesqualitätsbericht 2024

Ansprechperson	Lina Jürgens
Datum der Abgabe	15. August 2024
Datum aktualisierte Abgabe	11. Oktober 2024

AUFTRAGSDATEN

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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	5
1 Hintergrund	6
2 Einordnung der Ergebnisse	11
2.1 Datengrundlage	11
2.2 Risikoadjustierung	12
2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren	12
2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens	20
3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen	26
3.1 Hintergrund	26
3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren	26
3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)	39
4 Evaluation	47
5 Fazit und Ausblick	48
Literatur	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – MC	7
Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – MC	10
Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024) – MC.....	11
Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – MC	13
Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – MC.....	15
Tabelle 6: Kodierhäufigkeit der zum EJ 2023 neu eingeführten ICD-O-3-Kodes	19
Tabelle 7: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – MC	21
Tabelle 8: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – MC.....	22
Tabelle 9: Qualitätsindikatoren: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. 17 DeQS-RL im Modul MC	27
Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – MC	31
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – MC	37
Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – MC.....	39
Tabelle 13: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im QS-Verfahren QS – MC.....	39
Tabelle 14: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – MC.....	42
Tabelle 15; Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – MC	45
Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – MC.....	46

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AJ	Auswertungsjahr
AK	Auffälligkeitskriterium
AOP-Katalog	Katalog ambulant durchführbarer Operationen
DCIS	Ductal carcinoma in situ
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
G-BA	Gemeinsamer Bundessausschuss
HER2	human epidermal growth factor receptor 2
ICD-O-3	Internationale Klassifikation der Krankheiten für Onkologie, Dritte Ausgabe
ID	Identifikationsnummer
IKNR	Institutionskennzeichennummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
MDS	Minimaldatensatz
Mm-R	Mindestmengenregelungen
QS	Qualitätssicherung
QSMC	QS-Verfahren <i>Mammachirurgie</i>
QSEB	Qualitätssicherungsergebnisbericht
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
R0	kein Rest-(Residual)tumor
STNV	Stellungnahmeverfahren

1 Hintergrund

Das QS-Verfahren *Mammachirurgie (QS MC)* betrachtet die Qualität der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs (Mammakarzinom, Mamma-CA). In Deutschland sind 2020 rund 70.550 Frauen und 740 Männer an Brustkrebs erkrankt (ZfKD 2023). Damit ist Brustkrebs die mit Abstand häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Pro Jahr sind ca. 18.000 Todesfälle auf ein Mammakarzinom zurückzuführen. Durch optimierte Therapieformen verbessern sich die Überlebensraten seit Jahrzehnten deutlich (RKI/DKFZ 2021).

Das Verfahren *QS MC* basiert auf den Empfehlungen der nationalen S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (im Weiteren S3-Leitlinie Mammakarzinom). Erfasst werden alle offenen Biopsien, tumorresezierenden und axillären Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust innerhalb eines Jahres durchgeführt werden.

Qualitätsindikatoren

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

Die 13 Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung aus dem Verfahren *QS MC* wurden in diesem Sinne zusammengestellt und nehmen die Aspekte einer guten Qualität der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs in den Blick. Das Indikatorenset besteht aus Gruppen von Indikatoren sowie einzelnen Qualitätsindikatoren. Diese bilden sowohl Kriterien der Indikation für die Behandlung als auch Behandlungsabläufe und -ergebnisse ab.

Tabelle 1: Übersicht der Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – MC

ID	Indikator	Datenquelle	Erfassungsjahr
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QS-Dokumentation	2023
Gruppe: HER2-Positivitätsrate			
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QS-Dokumentation	2023
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QS-Dokumentation	2023
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden			
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	QS-Dokumentation	2023
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	QS-Dokumentation	2023
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung			
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QS-Dokumentation	2023
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QS-Dokumentation	2023
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	QS-Dokumentation	2023
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QS-Dokumentation	2023
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QS-Dokumentation	2023
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QS-Dokumentation	2023
60659	Nachresektionsrate	QS-Dokumentation	2023
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QS-Dokumentation	2023

Der Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846) adressiert das Vorliegen eines histologischen Befundes vor Therapiebeginn bei Patientinnen und Patienten mit einem invasivem Mammakarzinom oder einem Ductal carcinoma in situ (DCIS) als Primärerkrankung. Erst dieser histologische Befund ermöglicht es, im Fall der Malignität eine stadien- und

leitliniengerechte interdisziplinäre Behandlung zu planen und einzuleiten. Der Anteil der prätherapeutischen histologischen Diagnosesicherungen bei abklärungsbedürftigen Befunden sollte daher möglichst hoch sein. Der Referenzbereich des Indikators wurde für das Erfassungsjahr 2023 von 95 % auf 97 % angehoben, da es keinen medizinischen Grund zur Unterlassung der Diagnosesicherung gibt und der Benefit für die Durchführung einer neoadjuvanten Therapie nachgewiesen ist.

Die risikoadjustierten Indikatoren zu niedrigen (ID 52267) bzw. hohen (ID 52278) HER2-Positivitätsraten befinden sich seit der Einführung in prolongierter Erprobung. Mit ihnen soll die angemessene Rate an HER2-positiven Befunden beim invasiven Mammakarzinom überprüft werden. HER2 („human epidermal growth factor receptor 2“) bezeichnet einen Wachstumsfaktorrezeptor der sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet. Zellen mit dieser Oberflächenbeschaffenheit sprechen in der Regel auf eine bestimmte medikamentöse Therapie an. Fehler in der Bestimmung des HER2-Status haben Auswirkung auf die weitere Therapie der Patientinnen und Patienten. Die bisherigen Erkenntnisse u. a. aus den geführten Stellungnahmen haben gezeigt, dass es bei der HER2-Bestimmung zu Fehlern kommen kann, die nicht immer dem Leistungserbringer zuzuschreiben sind.

Die Qualitätsindikatoren der Gruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden“ (IDs 212000, 212001) adressieren die einem nicht tastbaren Befund angemessene präoperative Drahtmarkierung bei brusterhaltenden Operationen. Nicht palpable Befunde werden zunehmend z. B. durch die Brustkrebsfrüherkennung und das Mammografie-Screening detektiert und können als Mikrokalk oder in Kombinationen vorliegen, d. h., es werden Patientengruppen danach unterschieden, ob Tumore mit oder ohne Mikrokalk vorliegen. Die bildgebende Darstellung von Befunden mit Mikrokalk und diejenige ohne unterscheiden sich methodisch und werden daher als separate Indikatorengruppen abgebildet. Bei beiden Indikatoren wurde im Erfassungsjahr 2021 erstmalig ein Referenzbereich verteilungsbasiert über das 5. Perzentil festgelegt.

Die Indikatoren der Gruppe „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung“ (IDs 52330, 52279) stellen einen wichtigen Aspekt der Prozessqualität von prä- und intraoperativen Behandlungen sowie der Patientensicherheit bei brusterhaltenden Operationen dar. Mittels Sonografie bzw. Mammografie wird präoperativ der Draht im Herd platziert und intraoperativ mit der geeigneten Methode aufgesucht. Die präoperative Drahtmarkierung dient sowohl der intraoperativen Befundlokalisation, insbesondere bei nicht palpablen Befunden, als auch dem Nachweis einer adäquaten Resektion.

Bei Verdacht auf Lymphknotenmetastasen kann entweder eine feingewebliche Untersuchung von einzelnen (Sentinel-)Lymphknoten oder eine vollständige Lymphknotenentfernung im Bereich der Achselhöhle (Axilladissektion) erfolgen. Beides kann mit einer erhöhten Morbidität bei den betroffenen Patientinnen und Patienten einhergehen (z. B. chronisches Lymphödem, reduzierte Beweglichkeit des Arms, Schmerzen); daher ist die Indikation hierbei mit besonderer Sorgfalt zu stellen. Die Indikatoren „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“

(ID 50719) sowie „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (ID 51847) geben Auskunft über die Häufigkeit der Durchführung von Lymphknotenentfernungen in verschiedenen Krankheitskonstellationen. Der Indikator „Primäre Axilladisektion bei DCIS“ (ID 2163) fokussiert die Durchführung einer bei der nicht metastasierenden Krebsvorstufe DCIS nicht indizierten Axilladisektion. Bei diesem Sentinel-Event-Indikator wird jeder Fall im Stellungsverfahren mit den jeweiligen Krankenhäusern analysiert. Eine nicht indizierte Axilladisektion kommt in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem Mammakarzinom vor, weshalb der Indikator kein Verbesserungspotenzial mehr aufzeigt.

Der Zeitraum zwischen der idealerweise mittels Histologie gesicherten Diagnosestellung und dem Zeitpunkt der Operation wird mit dem Indikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370) betrachtet und soll ausreichend lang sein. Den betroffenen Patientinnen und Patienten soll ermöglicht werden, sich auf die neue Situation einzustellen, Informationen zu Erkrankung, Behandlungskonzepten und behandelnden Kliniken sowie ggf. eine Zweitmeinung einzuholen. Die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten am Behandlungsprozess wird als Shared Decision Making beschrieben.

Die komplette Entfernung des Tumors mit tumorfreien Resektionsrändern ist Voraussetzung für ein niedriges Lokalrezidivrisiko. Daher adressiert der Ergebnisindikator zur „Nachresektionsrate“ (ID 60659) das Erreichen des R0-Status (R0 = kein Rest-[Residual]tumor). Grundsätzlich soll der tumorfreie Zustand möglichst nach der ersten Operation vorliegen, um mit weiteren Operationen zusammenhängende Risiken zu minimieren. Zum Erfassungsjahr 2023 wird dieser Indikator aufgrund eines technischen Fehlers in der Spezifikation nicht ausgewertet.

Für möglichst viele Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS soll in einer interdisziplinären Tumorkonferenz die bestmögliche Behandlung konsentiert werden. Der Indikator „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (ID 211800) bildet ab, wie oft eine postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz abgehalten wurde. Da in der Behandlung eines Mammakarzinoms die prätherapeutische Diagnostik und Therapieplanung immer mehr an Bedeutung gewinnen, wird zum Erfassungsjahr 2024 die bisher nur in der Bundesauswertung geführte Kennzahl „Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz“ in einen Qualitätsindikator umgewandelt.

Eine spezielle Funktion im Verfahren QS MC haben die drei Indikatoren „Primäre Axilladisektion bei DCIS“ (ID 2163), „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ (ID 52279) sowie „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ (ID 52330). Sie fungieren seit dem Erfassungsjahr (EJ) 2017 auch als planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Gemäß Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18. April 2024 werden für den Zeitraum vom 18. April 2024 bis zum 31. Dezember 2025 einzelne Verfahrensschritte der Richtlinie zu

planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)¹ (§ § 7, 9, 10, 11, 13 und 17) ausgesetzt (G-BA 2024). Infolgedessen wurden die für das Erfassungsjahr 2023 vorliegenden Daten nicht ausgewertet.

Auffälligkeitskriterien

Im Auswertungsmodul QS MC werden im Erfassungsjahr 2023 wie im Vorjahr insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit ausgewiesen (siehe Tabelle 2).

Von insgesamt 720 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium weisen 77 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Tabelle 2: Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Datenquelle
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“	QS-Dokumentation
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	QS-Dokumentation
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	QS-Dokumentation
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	QS-Dokumentation
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	QS-Dokumentation
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit		
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	QS-Dokumentation, Sollstatistik
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	QS-Dokumentation, Sollstatistik

¹ Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 1. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/> (abgerufen am 04.07.2024).

2 Einordnung der Ergebnisse

2.1 Datengrundlage

Für das Verfahren QS MC erfolgt die Auswertung entsprechend dem behandelnden (OPS-abrechnenden) Standort (= Auswertungsstandort).

Insgesamt wurden dem IQTIG für das Erfassungsjahr 2023 von 720 entlassenden Standorten 104.698 QS-Datensätze inklusive 202 Minimaldatensätzen (MDS) übermittelt. Die Anzahl der gelieferten Datensätze und entlassenden Standorte auf Bundesebene liegt geringfügig über der erwarteten Anzahl.

Im Erfassungsjahr 2023 gab es im QS MC 7 Leistungserbringer auf Standortebene (entlassende Standorte), die Datensätze, aber keine Sollstatistik geliefert haben. Es wurden Basisdatensätze von insgesamt 104.496 Patientinnen und Patienten erfasst. Dies ist ein Anstieg um 3,21 % im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2022: 100,15 %; N = 101.133), der u. a. darauf zurückgeführt werden kann, dass im Zeitraum der COVID-19-Pandemie die Behandlungszahlen zurückgegangen sind (DKG [kein Datum]). Inzwischen steigen diese Zahlen wieder, liegen jedoch noch unter dem vorpandemischen Niveau (EJ 2019: 107.706). Die Datensätze des Erfassungsjahres 2023 umfassen 0,87 % Patienten (n = 907) sowie 99,12 % Patientinnen (n = 103.577). In 12 Fällen (0,01 %) war das Geschlecht unbestimmt.

Keine messbaren Auswirkungen hatte eine Anpassung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (AOP-Katalog) 2023. Hier wurden weitere Prozeduren aufgenommen, die ausschließlich ambulant durchzuführen sind. Zu erwarten gewesen wäre hier eine Absenkung der Fallzahl. Nach Ansicht des Expertengremiums wurde die Mehrzahl dieser Prozeduren jedoch bereits vor der Aufnahme in den AOP-Katalog überwiegend ambulant durchgeführt

Tabelle 3 stellt die bundesweit eingegangenen QS-Dokumentationsdaten (Spalte „geliefert“), die Daten der Sollstatistik (Spalte „erwartet“) und die daraus resultierende Vollzähligkeit auf Bundesebene für das Erfassungsjahr 2023 dar. Die gelieferten Datensätze bilden die Grundlage für die vorliegende Auswertung der QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien.

Tabelle 3: Datengrundlage (AJ 2024) – MC

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Bund (gesamt)	Datensätze ge-	104.698	104.070	100,60
	samt	104.496		
	Basisdatensatz MDS	202		

		Erfassungsjahr 2023		
		geliefert	erwartet	Vollzähligkeit in %
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (Auswertungs- standorte) Bund (gesamt)	694		
Anzahl Leistungserbringer	auf Standortebene (entlassender Standorte) Bund (gesamt)	720	717	100,42
Anzahl Leistungserbringer	auf IKNR-Ebene Bund (gesamt)	662	661	100,15

2.2 Risikoadjustierung

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sollen die tatsächliche Behandlungsqualität unabhängig von den patientenseitigen Faktoren abbilden. Eine Risikoadjustierung ist dann notwendig, wenn sich die Patientencharakteristika und damit das Risikoprofil zwischen den zu vergleichenden Leistungserbringern unterscheiden.

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

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

2.3 Ergebnisse und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Im Verfahren QS MC liegen die Ergebnisse sämtlicher Qualitätsindikatoren deutlich innerhalb der jeweiligen Referenzbereiche, sodass von einer stabilen Versorgungslage auszugehen ist. Der Anteil an rechnerisch auffälligen Ergebnissen liegt auf einem ähnlich positiven Niveau. Auf die zwischen den Auswertungsjahren 2023 und 2024 vorgenommenen Anpassungen in der Spezifikation und in den Rechenregeln wird im Weiteren eingegangen werden.

Tabelle 4: Bundesergebnisse der Qualitätsindikatoren (AJ 2024) – MC

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	98,21 % O = 71.373 N = 72.674	98,49 % O = 74.462 N = 75.603 (≥ 97,00 %)	vergleichbar
Gruppe: HER2-Positivitätsrate				
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	1,00 O/E = 8.263 / 8.266,34 N = 64.460	0,98 O/E = 8.565 / 8.711,21 N = 66.533 (≥ 0,52; 5. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	1,00 O/E = 8.263 / 8.266,34 N = 64.460	0,98 O/E = 8.565 / 8.711,21 N = 66.533 (≤ 1,74; 95. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden				
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	95,04 % O = 6.900 N = 7.260	95,18 % O = 6.786 N = 7.130 (≥ 84,93 %; 5. Perzentil)	vergleichbar
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	85,86 % O = 19.685 N = 22.926	87,40 % O = 21.344 N = 24.422 (≥ 63,30 %; 5. Perzentil)	vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung				
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	99,39 % O = 16.982 N = 17.086	99,48 % O = 17.479 N = 17.571 (≥ 95,00 %)	vergleichbar
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	98,98 % O = 29.255 N = 29.555	98,95 % O = 31.612 N = 31.949 (≥ 95,00 %)	vergleichbar
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	0,04 % O = ≤ 3 N = 6.892	0,01 % O = ≤ 3 N = 7.187 (Sentinel Event)	vergleichbar
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	3,35 % O = 178 N = 5.309	2,80 % O = 157 N = 5.612 (≤ 5,00 %)	vergleichbar
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	96,99 % O = 29.681 N = 30.602	97,43 % O = 29.873 N = 30.662 (≥ 90,00 %)	vergleichbar
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	1,92 % O = 948 N = 49.427	1,86 % O = 944 N = 50.747 (≤ 4,76 %; 90. Perzentil)	eingeschränkt vergleichbar

ID	Indikator	Bundesergebnis AJ 2023	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)	Vergleichbarkeit zum Vorjahr
60659	Nachresektionsrate	- O = - N = -	- O = - N = - (Nicht definiert)	nicht vergleichbar
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	99,48 % O = 61.347 N = 61.665	99,53 % O = 63.707 N = 64.009 (≥ 97,92 %; 5. Perzentil)	vergleichbar

Tabelle 5: Rechnerisch auffällige Leistungserbringerergebnisse je Qualitätsindikator (AJ 2024) – MC

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	2022	71 von 619	11,47	17
		2023	85 von 578	14,71	20
Gruppe: HER2-Positivitätsrate					
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	2022	46 von 533	8,63	12
		2023	51 von 520	9,81	7
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	2022	50 von 533	9,38	11
		2023	45 von 520	8,65	13

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden					
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	2022	40 von 456	8,77	9
		2023	44 von 443	9,93	9
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	2022	64 von 527	12,14	35
		2023	63 von 513	12,28	23
Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung					
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	2022	15 von 476	3,15	2
		2023	13 von 464	2,80	0
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	2022	39 von 526	7,41	7
		2023	36 von 502	7,17	4
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	2022	3 von 476	0,63	1
		2023	1 von 465	0,22	0
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	2022	96 von 459	20,92	42
		2023	90 von 447	20,13	26
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2022	48 von 571	8,41	9
		2023	40 von 547	7,31	13

ID	Indikator	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
			Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	2022	44 von 591	7,45	8
		2023	84 von 569	14,76	16
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	2022	50 von 610	8,20	15
		2023	51 von 567	8,99	15

Änderungen an den Kennzahlen im Vergleich zum Vorjahr

Beim Qualitätsindikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846) liegt der Referenzbereich ab dem Erfassungsjahr 2023 bei 97 %; zuvor lag er bei 95 %.

Für die Gruppe „HER2-Positivitätsrate“ wurden zum Erfassungsjahr 2023 2 ergänzende Kennzahlen eingeführt (IDs 212300_52267, 212301_52278).

In der Gruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden“ wurden die Indikatortitel präzisiert mit den Ergänzungen „ohne Herdbefund“ (ID 212000) bzw. „mit Herdbefund“ (ID 212001). In ID 212001 wurde der Verweis „ohne Mikrokalk“ gestrichen. Diese Änderungen hatten keine Auswirkungen auf die Rechenregeln der Indikatoren.

Bei dem Qualitätsindikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370) wurde ab dem Erfassungsjahr 2023 die Grundgesamtheit dahingehend angepasst, dass auch Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, die eine prätherapeutische Befundmitteilung ohne histologischen Nachweis erhalten haben. Notwendig wurde diese Anpassung, da es weiterhin Leistungserbringer gibt, die vom leitliniengerechten Vorgehen abweichen und Patientinnen und Patienten ohne Vorliegen eines histologischen Befundes operieren. Auch in diesen Fällen muss darauf geachtet werden, dass ein entsprechender Zeitabstand von mindestens 7 Tagen vorliegt.

Der Qualitätsindikator „Nachresektionsrate“ (ID 60659) wird zum Erfassungsjahr 2023 nicht ausgewertet, da aufgrund eines Fehlers im Dokumentationsbogen die QS-Daten nicht korrekt erfasst werden konnten. Das Datenfeld „Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt“ (Technischer Name: NOTWOPSR0EIGEN) konnte im Erfassungsjahr 2023 nur ausgefüllt werden, wenn im Datenfeld „geringer Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil zum Resektionsrand“ (Technischer Name: SLICHERABSTAND) die Schlüsselnummer „1 ≤ 1mm“ angegeben wurde. Wenn eine Nachresektion bei einem Abstand zwischen Tumor und Resektionsrand von mehr als 1 mm vorlag, gingen die Fälle somit nicht in den Indikator ein.

Aufgrund eines technischen Fehlers konnten die zum Erfassungsjahr 2023 neu in den Dokumentationsbogen aufgenommenen ICD-O-3-Kodierungen

- 8507/3: Invasives mikropapilläres Mammakarzinom,
- 8509/2: Solides papilläres Karzinom mit Invasion,
- 8509/3: Solides papilläres Carcinoma in situ,
- 8519/2: Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ

nicht der Grundgesamtheit der Indikatoren „Primäre Axilladisektion bei DCIS“ (ID 2163), „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719) und „Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ (ID 51847) zugeordnet werden. Diese ICD-O-3-Kodes (ICD-O-3 = Internationale Klassifikation der Krankheiten für Onkologie, Dritte Ausgabe) wurden sehr selten kodiert

und machen jeweils etwa 0,1 % der Fälle aus (siehe Tabelle 6), sodass die entsprechenden Qualitätsindikatoren dennoch ausgewertet werden konnten.

Tabelle 6: Kodierhäufigkeit der zum EJ 2023 neu eingeführten ICD-O-3-Kodes

Datenbasis Q1-Q4		
ICD-O-3	Postoperativer Befund	Prätherapeutischer Befund
8507/3	0,107 % (118 / 110.143)	0,151 % (166 / 110.143)
8509/2	0,048 % (53 / 110.143)	0,088 % (97 / 110.143)
8509/3	0,121 % (133 / 110.143)	0,107 % (118 / 110.143)
8519/2	0,015 % (17 / 110.143)	0,016 % (18 / 110.143)

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (ID 51846)

Im Erfassungsjahr 2023 liegt das Bundesergebnis für diesen Indikator bei 98,49 % und hat sich damit leicht zum Vorjahr verbessert (EJ 2022: 98,21%). Dabei haben 98,50 % der Patientinnen (EJ 2022: 98,24 %) sowie 96,82 % der Patienten (EJ 2022: 93,99 %) eine histologische Diagnosesicherung erhalten. Das Ergebnis bei Patienten hat sich im Vergleich zum Vorjahr positiv entwickelt.

Gruppe: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung (IDs 52330, 52779)

Insgesamt zeigen sich bei diesen Indikatoren sehr gute Ergebnisse von über 98,00 % (ID 52330: 99,48 % und ID 52779: 98,95 %). Im Vergleich zum Erfassungsjahr 2022 weisen sie konstante Bundesergebnisse auf (ID 52330: 99,39 %; ID 52779: 98,99 %). Ein Stellungnahmeverfahren aufgrund rechnerisch auffälliger Ergebnisse wird für das Erfassungsjahr 2023 beim Qualitätsindikator zur mammografischer Drahtmarkierung (ID 52330) bei 2,80 % (13 von 464) der Leistungserbringer erfolgen und beim Qualitätsindikator zur sonografischer Drahtmarkierung (ID 52779) bei 7,17 % (36 von 502).

Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie (ID 50719)

Im Bundesergebnis zeigt sich bei diesem Qualitätsindikator eine positive Entwicklung: Im Erfassungsjahr 2023 lag es bei 2,80 % und war damit etwas besser als im Vorjahr (3,35 %).

Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ID 51847)

Im Erfassungsjahr 2023 lag das Bundesergebnis für diesen Indikator bei 97,43 % und bleibt damit auf einem sehr guten Niveau (EJ 2022: 96,99 %). In der geschlechterspezifischen Betrachtung ist

zu erkennen, dass das Ergebnis von Patienten mit 92,64 % unterhalb des Ergebnisses von Patientinnen liegt (97,47 %). Zudem hat sich das Ergebnis bei Patienten im Vergleich zum Vorjahr verschlechtert (EJ 2022: 93,55 %).

Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation (ID 51370)

Das Bundesergebnis hat sich von 1,92 % im Erfassungsjahr 2022 (Referenzbereich 95. Perzentil: $\leq 7,69$ %) auf 1,86 % im Erfassungsjahr 2023 (Referenzbereich 95. Perzentil: $\leq 4,76$ %) verbessert. Dennoch sollten die Detailergebnisse auf Bundesebene weiter beobachtet werden, da sich in den letzten zwei Jahren eine Verschlechterung gegenüber den Vorjahren, nämlich eine deutliche Vergrößerung des zeitlichen Abstands zwischen der Diagnosestellung und der Operation, beobachten lässt.

Wie den Detailergebnissen der Bundesauswertung entnommen werden kann, verlängert sich der zeitliche Abstand zwischen Diagnose und Operation. Dieser Abstand liegt im Erfassungsjahr 2023 im Durchschnitt bei 28 Tagen (EJ 2019: 22 Tagen). Im Erfassungsjahr 2023 wurden 24,59 % der Patientinnen und Patienten ab 42 Tage nach Diagnosestellung operiert werden: Im Vergleichsjahr 2019 wurden hingegen nur 13,64 % der Patientinnen und Patienten erst nach ≥ 42 Tage nach Diagnosestellung operiert. Damit ist hier eine Verschlechterung zu beobachten, die u. a. auf verlängerte OP-Wartezeiten bzw. die Personalsituation zurückgeführt werden kann. Der lange Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation wird derzeit nicht in einem Qualitätsindikator abgefragt, sondern lediglich in einer Kennzahl der Bundesauswertung.

2.4 Ergebnisse und Bewertung des Datenvalidierungsverfahrens

Statistische Basisprüfung (Auffälligkeitskriterien)

Im Verfahren QSMC werden im Erfassungsjahr 2023 die Ergebnisse für insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und 3 zur Vollzähligkeit ausgewiesen.

Es weisen von insgesamt 724 Leistungserbringern mit mindestens einem Fall in einem Auffälligkeitskriterium 76 Leistungserbringer mindestens eine rechnerische Auffälligkeit auf.

Im Erfassungsjahr 2022 wurden ebenfalls 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit und ebenfalls 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit erhoben.

In Tabelle 7 werden die Bundesergebnisse aller Auffälligkeitskriterien mit den entsprechenden Referenzbereichen dargestellt. Der Referenzbereich bezieht sich jedoch nicht auf das Bundesergebnis, sondern auf das Leistungserbringerergebnis.

Tabelle 7: Bundesergebnisse der Auffälligkeitskriterien (AJ 2024) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bundesergebnis AJ 2024 (Referenzbereich)
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit		
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“	0,42 % 283/67.522 (≤ 1,85 %; 95. Perzentil)
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	0,14 % 98/67.923 (≤ 0,98 %; 95. Perzentil)
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	0,68 % 511/74.671 (≤ 400,00 %)
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	0,27 % 180/67.522 (≤ 1,31 %; 95. Perzentil)
852000	Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	1,10 % 963/87.518 (≤ 5,50 %; 95. Perzentil)
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit		
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	100,60 % 104.698/104.070 (≥ 95,00 %)
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	100,60 % 104.698/104.070 (≤ 110,00 %)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	0,19 % 202/104.070 (≤ 5,00 %)

In Tabelle 8 sind für alle Auffälligkeitskriterien die Ergebnisse der Auffälligkeitsprüfung mit der Anzahl und dem Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen dargestellt. Zusätzlich wird die Anzahl der Leistungserbringer ausgewiesen, bei denen bereits im Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse ermittelt wurden. Im Text wird anschließend nur über diejenigen Auffälligkeitskriterien berichtet, bei denen sich Besonderheiten zeigten.

Tabelle 8: Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen je Auffälligkeitskriterium (AJ 2024) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit						
850363	Angabe „HER2-Status = unbekannt“	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	2023	13 von 573	2,27	2
850364	Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	60659: Nachresektionsrate	2023	10 von 577	1,73	0
813068	Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS 51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2023	16 von 584	2,74	5
850372	Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	52267: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate 52278: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	2023	10 von 573	1,75	2
852000	Angabe des unspezifischen ICD-0-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	2163: Primäre Axilladisektion bei DCIS 50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	2023	28 von 596	4,70	5

ID	Auffälligkeitskriterium	Bezug zu Qualitätsindikatoren/Kennzahlen	Erfassungsjahr	Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen		
				Anzahl	Anteil (%)	davon auch im Vorjahr rechnerisch auffällig
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit						
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	8 von 717	1,12	0
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	2 von 717	0,28	0
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	Alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	2023	5 von 717	0,70	3

Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit

Das bestehende Set der Auffälligkeitskriterien hat sich vom Erfassungsjahr 2022 zum Erfassungsjahr 2023 inhaltlich kaum verändert. Lediglich das Auffälligkeitskriterium „Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ (ID 813068) wurde dahingehend angepasst, dass aus der Grundgesamtheit Brustoperationen ausgeschlossen werden, bei denen eine „vollständige Regression“ nach neoadjuvanter Therapie vorliegt.

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

Mit dem Auffälligkeitskriterium sollen die Angaben zur Nachresektionsrate nachvollzogen werden. Fälle mit der Angabe „unbekannt“ werden aus der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators „Nachresektionsrate“ (ID 60659) ausgeschlossen. Der Referenzbereich dieses Auffälligkeitskriteriums ist perzentilbasiert ($\leq 0,98$ %, 95. Perzentil); zusätzlich ist eine Mindestanzahl von 2 im Zähler definiert. Bundesweit wurde im Erfassungsjahr 2023 für 98 von 67.923 Fällen keine Angabe zur R0-Resektion dokumentiert (0,14 %). Von den Fällen der entlassenen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie „invasives Mammakarzinom“ wurde für 577 Leistungserbringer das Auffälligkeitskriterium ausgelöst. Insgesamt 10 Leistungserbringer (1,73 %) dokumentierten häufig „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ und haben daher ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Im Vergleich zum Vorjahr stagniert die Dokumentationsqualität, da im Erfassungsjahr 2022 der Anteil der Leistungserbringer, bei denen keine Angabe zu R0-Resektion vorlag, noch bei 1,29 % (8 von 618) lag.

Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde (ID 813068)

Das Auffälligkeitskriterium überprüft die Dokumentationsqualität der postoperativen Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde. Eine Fehlkodierung führt zu Ungenauigkeiten in den Grundgesamtheiten aller Indikatoren mit Bezug zu invasiven Karzinomen oder DCIS. Wenn ein Leistungserbringer bei 5 oder mehr Fällen eine Diskrepanz in der Dokumentation entweder in der prätherapeutischen Diagnose oder der postoperativen Histologie aufweist, hat er rechnerisch auffälliges Ergebnis (Referenzbereich ≤ 4). Von den 74.671 Fällen in der Grundgesamtheit lagen bei 511 Fällen Diskrepanzen zwischen prä- und postoperativen Histologiebefunden vor. Von insgesamt 584 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium haben 16 ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Dies macht einen Anteil von 2,74 % aus. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich das Ergebnis leicht verbessert: Im Erfassungsjahr 2022 erhielten von 613 insgesamt 18 Leistungserbringer (2,94 %) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis. Allerdings sind die Ergebnisse nur eingeschränkt vergleichbar, da seit dem Erfassungsjahr 2023 Brustoperationen aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen werden, bei denen eine „vollständige Regression“ nach neoadjuvanter Therapie vorlag.

*Angabe des unspezifischen ICD-0-3-Kodes 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund
(ID 852000)*

Von 87.518 Fällen mit Angaben zur Histologiebestimmung wurde bei 963 Fällen (1,10 %) ein unspezifischer ICD-0-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund angegeben. Bei einem perzentilbasierten Referenzbereich ($\leq 5,50$ %; 95. Perzentil) und einer Mindestanzahl im Zähler von 2 ergeben sich bei 28 von 596 Leistungserbringern rechnerisch auffällige Ergebnisse (4,70 %). Somit ist der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr leicht verbessert (31 von 634; 4,89 %).

3 Stellungnahmeverfahren und Qualitätssicherungsmaßnahmen

3.1 Hintergrund

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens und der durchgeführten qualitätssichernden Maßnahmen gemäß § 17 Teil 1 DeQS-RL im Jahr 2023 dar, die sich auf das Erfassungsjahr 2022 bezogen. Das Auswertungsjahr, über das in diesem Kapitel sowie in den Tabellen im QSEB-Anhang berichtet wird, ist das Jahr 2023. In diesem Jahr wurde die Jahresauswertung erstellt, zu der das hier dargestellte Stellungnahmeverfahren hauptsächlich geführt wurde. Die entsprechenden Informationen werden dem IQTIG in den länderbezogenen Verfahren in den Qualitätssicherungsergebnisberichten (QSEB) gemäß § 19 Teil 1 DeQS-RL durch die Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für Qualitätssicherung übermittelt. In den bundesbezogenen Verfahren erstellt das IQTIG als durchführende Stelle diese Informationen ebenfalls in diesem Format.

Das Stellungnahmeverfahren kann mehrstufig sein, wozu neben der Einholung von schriftlichen Stellungnahmen insbesondere die Durchführung von Gesprächen und mit Einverständnis des Leistungserbringers auch Begehungen gehören.

3.2 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Qualitätsindikatoren

Im Verfahren QS MC wurden im Auswertungsjahr 2023 alle 13 Qualitätsindikatoren geprüft, zu denen insgesamt 6.979 Ergebnisse ermittelt wurden. Wie in Tabelle 9 dargestellt, wurden 610 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt (8,74 %). Zu 498 von ihnen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen. Zu 2 rechnerisch auffälligen Ergebnissen wurde ein Gespräch durchgeführt. Begehungen haben nicht stattgefunden. Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 106 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet, was bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 610) einen Anteil von 17,88 % entspricht. Bei 58 Leistungserbringern wurden Qualitätssicherungsmaßnahmen der Stufe 1 initiiert; Maßnahmenstufe 2 wurde in keinem Fall empfohlen.

Seit dem Erfassungsjahr 2017 wird bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren gemäß plan. QI-RL zu statistischen Auffälligkeiten durchgeführt. Für das Auswertungsjahr 2023 findet für die rechnerischen Auffälligkeiten dieser Qualitätsindikatoren ein Stellungnahmeverfahren nach Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – (DeQS-RL) statt. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL.

In 16,02 % (n = 95) wurde kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Begründet wurden die nicht durchgeführten Stellungnahmeverfahren in 44,21 % der Fälle (42 von 95) vor dem Hintergrund der zukünftigen Mindestmengenregelung (Mm-R) und in 31,58 % (30 von 95) aufgrund statistischer, methodischer oder inhaltlicher Gründe. In 7,37 % (7 von 95) lag der zugrundeliegende Sachverhalt

der rechnerischen Auffälligkeit im Vorjahr und Maßnahmen wurden bereits eingeleitet. In 5,26 % der Fälle (5 von 95) lag ein Hackerangriff vor, und in 6,32 % der Fälle (6 von 95) gab es eine geringfügige Abweichung vom Referenzwert. Bei 2,11 % (2 von 95) lag eine besondere klinische Situation vor und dreimal wurde die Abteilung unterjährig geschlossen (3,16 % [3 von 95]).

Im Verfahren QS MC liegt der Anteil der Leistungserbringer, die nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens eine qualitative Auffälligkeit erhalten haben, seit Jahren bei etwas über 15 %. Die Mehrzahl dieser Leistungserbringer erhält eine qualitativ unauffällige Bewertung (EJ 2022: 52,61 %, n = 312; EJ 2021: 46,55 %, n = 324). Es wird darauf hingewiesen, dass der Anteil an Leistungserbringern, die aufgrund einer fehlerhaften Dokumentation nicht bewertet wurden, im Erfassungsjahr 2022 mit 8,43 % (n = 50) im Vergleich zum Vorjahr (EJ 2021: 3,59 %, n = 25) deutlich angestiegen ist, ohne dass dies derzeit begründet werden kann.

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

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens	7.221	-	6.979	-
Indikatorenergebnisse des QS-Verfahrens mit definiertem Referenzbereich	7.221	100	6.979	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	723	10,01	610	8,74
davon ohne QSEB-Übermittlung*	27	3,73	18	2,95
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	696	100	593	100
rechnerisch auffällig (Schlüsselwert 3)	696	100	592	99,83
andere Auffälligkeit (Schlüsselwert 8)	0	0	1	0,17
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren				
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	210	30,17	95	16,02
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	486	69,83	498	83,98
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	486	100	498	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	4	0,82	2	0,40
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	1	0,21	0	0

	Auswertungsjahr 2022		Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)				
Bewertung als qualitativ unauffällig	324	46,55	312	52,61
Bewertung als qualitativ auffällig	129	18,53	106	17,88
Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	25	3,59	50	8,43
Sonstiges	7	1,01	30	5,06
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen				
Maßnahmenstufe 1**	65	n. a.	58	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.	0	n. a.

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

** Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

In Tabelle 10 werden für jeden Qualitätsindikator die rechnerischen Auffälligkeiten und die Bewertungsergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse sowie auf alle Leistungserbringer im jeweiligen Qualitätsindikator dargestellt.

Betrachtet man die Auffälligkeiten über alle Qualitätsindikatoren hinweg, ist zu beobachten, dass 3 von 13 Qualitätsindikatoren (IDs 51846, 212001, 50719) einen Großteil der qualitativ auffälligen Ergebnisse ausmachen. Als Begründung für die Einstufung als qualitativ auffällig wurden für diese Indikatoren in etwas mehr als 35 % der Bewertungen Prozess- und Struktur­mängel angegeben. Insbesondere bei Nichtetablierung der S3-Leitlinie Mammakarzinom in den klinikinternen Prozessen kam es zu derartigen Mängeln. Die Qualitätsindikatoren mit den meisten rechnerischen Auffälligkeiten unterscheiden sich nicht von denen aus dem Vorjahr. Hervorzuheben ist zudem, dass für 4,69 % (25 von 533) der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen der Gruppe HER-Positivitätsrate kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wurde.

Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ID 51847)

Der Indikator zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie weist mit dem Ergebnis von 33,33 % (16 von 48), bezogen auf die rechnerisch auffälligen Ergebnisse, die meisten qualitativ auffälligen Bewertungen in QS MC auf. Insgesamt 10-mal gab es Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel, die auf einem nicht leitliniengerechten Vorgehen basieren.

Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie (ID 50719)

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens haben 61,45 % (59 von 96) Leistungserbringer ein unauffälliges Ergebnis erhalten. Ein Großteil der rechnerischen Auffälligkeiten ließ sich durch Einzelfälle erklären. Insgesamt 16,67 % der Leistungserbringer mit rechnerischer Auffälligkeit (16 von 96) erhielten ein qualitativ auffälliges Ergebnis. Gerade dort, wo das Vorgehen nicht leitliniengerecht war, wurde ein qualitativ auffälliges Ergebnis identifiziert, 9-mal wurde nach dem Stellungnahmeverfahren über die Maßnahmenstufe 1 berichtet. Die Entwicklung in diesem Qualitätsindikator sollte weiter beobachtet werden.

Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (ID 51846)

Im Stellungnahmeverfahren für das Erfassungsjahr 2022 erhielten in dem Indikator „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846) insgesamt 11,47 % der Leistungserbringer (71 von 619) ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, von denen abschließend 18,31 % (13 von 71) als qualitativ auffällig bewertet wurden. Aufgrund von Struktur- und Prozessmängeln erhielten 7 von insgesamt 71 Leistungserbringern ein qualitativ auffälliges Ergebnis; 3 weitere konnten keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit vorlegen. In drei Fällen führten sonstige Gründe zum qualitativ auffälligen Ergebnis. Begründet wurden die Struktur- und Prozessmängel damit, dass das Vorgehen nicht leitliniengerecht war, auch, wenn angegeben wurde, dass die Durchführung einer Vakuum- bzw. Stanzbiopsie derzeit möglich sei. Für insgesamt 52,11 % (37 von 71) konnten die Stellungnahmen nachvollzogen werden, u. a., wenn auf eine Histologie verzichtet wurde, da sich die Patientin oder der Patient in palliativer Behandlung befand (n = 4); für alle weiteren Fälle bleiben die Gründe für die unterlassene prätherapeutische histologische Diagnosesicherung unklar.

Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund (ID 212001)

Der Qualitätsindikator „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund“ (ID 212001) aus der Gruppe „Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden“ wies im Stellungnahmeverfahren zum Erfassungsjahr 2021 die meisten qualitativ auffälligen Ergebnisse auf (25,81 %; 24 von 93). Hier zeigt sich eine positive Entwicklung, denn im zweiten durchgeführten Stellungnahmeverfahren in diesem Qualitätsindikator ist der Anteil der qualitativ auffälligen Ergebnisse bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten auf 7,81 % (5 von 64) gesunken. Bei 3 der Auffälligkeiten lagen Hinweis auf Struktur und Prozessmängel sowie 2-mal keine ausreichenden Gründe vor, u. a., weil keine Stellungnahme vorgelegt wurde. Die Entwicklung in diesem Qualitätsindikator sollte z. B. im Hinblick auf alternative Markierungsverfahren, welche bisher nicht als leitliniengerecht gelten, weiter beobachtet werden.

Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation (ID 51370)

Im Qualitätsindikator „Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation“ (ID 51370) hatten 7,45 % der Leistungserbringer (44 von 591) rechnerisch auffällige Ergebnisse. Insgesamt 8 Stellungnahmen in diesem Indikator wurden nicht eingeleitet. Bei 6,82 % (3 von 44)

wurde ein qualitativ auffälliges Ergebnis identifiziert. Ein Großteil (61,36 %, 27 von 44) der rechnerischen Auffälligkeiten wurden als qualitativ unauffällig bewertet, u. a. aufgrund des Nachweises eines Patientenwunsches. Aus Sicht des Expertengremiums auf Bundesebene sollte deutlich werden, dass ein geringer zeitlicher Abstand zwischen Diagnosestellung und Operation von einem leitliniengerechten Vorgehen (Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 37) abweicht. Die Begründung „Patientenwunsch“ müsse daher nachvollziehbar dokumentiert und der Aufklärungsprozess klar der Patientendokumentation zu entnehmen sein. Des Weiteren sollten dem Aufklärungsprozess auch die Risiken einer schnell durchgeführten Operation zu entnehmen sein.

Tabelle 10: Qualitätsindikatoren: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) – MC

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	71 / 619 (11,47 %)	14	0 / 71 (0,00 %)	0 / 619 (0,00 %)	37 / 71 (52,11 %)	37 / 619 (5,98 %)	13 / 71 (18,31 %)	13 / 619 (2,10 %)	4 / 71 (5,63 %)	4 / 619 (0,65 %)	3 / 71 (4,23 %)	3 / 619 (0,48 %)
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	46 / 533 (8,63 %)	13	0 / 46 (0,00 %)	0 / 533 (0,00 %)	22 / 46 (47,83 %)	22 / 533 (4,13 %)	7 / 46 (15,22 %)	7 / 533 (1,31 %)	2 / 46 (4,35 %)	2 / 533 (0,38 %)	2 / 46 (4,35 %)	2 / 533 (0,38 %)
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	50 / 533 (9,38 %)	12	0 / 50 (0,00 %)	0 / 533 (0,00 %)	28 / 50 (56,00 %)	28 / 533 (5,25 %)	6 / 50 (12,00 %)	6 / 533 (1,13 %)	3 / 50 (6,00 %)	3 / 533 (0,56 %)	1 / 50 (2,00 %)	1 / 533 (0,19 %)

ID	Qualitäts-indikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	40 / 456 (8,77 %)	2	0 / 40 (0,00 %)	0 / 456 (0,00 %)	21 / 40 (52,50 %)	21 / 456 (4,61 %)	10 / 40 (25,00 %)	10 / 456 (2,19 %)	6 / 40 (15,00 %)	6 / 456 (1,32 %)	1 / 40 (2,50 %)	1 / 456 (0,22 %)
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	64 / 527 (12,14 %)	6	0 / 64 (0,00 %)	0 / 527 (0,00 %)	39 / 64 (60,94 %)	39 / 527 (7,40 %)	5 / 64 (7,81 %)	5 / 527 (0,95 %)	6 / 64 (9,38 %)	6 / 527 (1,14 %)	8 / 64 (12,50 %)	8 / 527 (1,52 %)

ID	Qualitäts-indikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
52330	Intraoperative Präparatradio- grafie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	8 / 476 (1,68 %)	2	0 / 8 (0,00 %)	0 / 476 (0,00 %)	3 / 8 (37,50 %)	3 / 476 (0,63 %)	1 / 8 (12,50 %)	1 / 476 (0,21 %)	2 / 8 (25,00 %)	2 / 476 (0,42 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 476 (0,00 %)
52279	Intraoperative Präparatradio- grafie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	31 / 526 (5,89 %)	1	0 / 31 (0,00 %)	0 / 526 (0,00 %)	14 / 31 (45,16 %)	14 / 526 (2,66 %)	4 / 31 (12,90 %)	4 / 526 (0,76 %)	9 / 31 (29,03 %)	9 / 526 (1,71 %)	3 / 31 (9,68 %)	3 / 526 (0,57 %)

ID	Qualitäts-indikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	0 / 476 (0,00 %)	0	0 / 0 (-)	0 / 476 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 476 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 476 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 476 (0,00 %)	0 / 0 (-)	0 / 476 (0,00 %)
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	96 / 459 (20,92 %)	8	0 / 96 (0,00 %)	0 / 459 (0,00 %)	59 / 96 (61,46 %)	59 / 459 (12,85 %)	16 / 96 (16,67 %)	16 / 459 (3,49 %)	8 / 96 (8,33 %)	8 / 459 (1,74 %)	5 / 96 (5,21 %)	5 / 459 (1,09 %)
51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	48 / 571 (8,41 %)	8	0 / 48 (0,00 %)	0 / 571 (0,00 %)	20 / 48 (41,67 %)	20 / 571 (3,50 %)	16 / 48 (33,33 %)	16 / 571 (2,80 %)	3 / 48 (6,25 %)	3 / 571 (0,53 %)	1 / 48 (2,08 %)	1 / 571 (0,18 %)
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	44 / 591 (7,45 %)	8	0 / 44 (0,00 %)	0 / 591 (0,00 %)	27 / 44 (61,36 %)	27 / 591 (4,57 %)	3 / 44 (6,82 %)	3 / 591 (0,51 %)	4 / 44 (9,09 %)	4 / 591 (0,68 %)	2 / 44 (4,55 %)	2 / 591 (0,34 %)

ID	Qualitäts-indikator	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer im QI (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse									
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Dokumentationsfehler		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem QI
60659	Nachresektionsrate	44 / 602 (7,31 %)	5	0 / 44 (0,00 %)	0 / 602 (0,00 %)	23 / 44 (52,27 %)	23 / 602 (3,82 %)	14 / 44 (31,82 %)	14 / 602 (2,33 %)	0 / 44 (0,00 %)	0 / 602 (0,00 %)	2 / 44 (4,55 %)	2 / 602 (0,33 %)
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	51 / 610 (8,36 %)	16	0 / 51 (0,00 %)	0 / 610 (0,00 %)	19 / 51 (37,25 %)	19 / 610 (3,11 %)	11 / 51 (21,57 %)	11 / 610 (1,80 %)	3 / 51 (5,88 %)	3 / 610 (0,49 %)	2 / 51 (3,92 %)	2 / 610 (0,33 %)

In Tabelle 11 werden Qualitätsindikatoren mit wiederholt rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten zu den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2022 abgebildet. Da das Verfahren QS MC erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ jeweils kein Ergebnis ausgegeben werden.

Mit Ausnahme des Indikators „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ (ID 2163) hatten in sämtlichen Qualitätsindikatoren Leistungserbringer wiederholt zum Vorjahr rechnerisch auffällige Ergebnisse. Ebenso lag für die Ergebnisse aller Qualitätsindikatoren eine zum Vorjahr wiederholte qualitative Auffälligkeit vor. Die Indikatoren „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719) (n = 42), „Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund“ (ID 212001) (n = 35) und „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ (ID 51846; n = 17) weisen die meisten wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten auf.

Bezüglich der wiederholten Auffälligkeit bei qualitativ auffälligen Ergebnissen gab es beim Indikator „Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie“ (ID 50719) sowie beim Indikator „Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS“ (ID 211800) die meisten Leistungserbringer, die auch im Vorjahr als qualitativ auffällig bewertet wurden (jeweils n = 4).

Tabelle 12 bildet Leistungserbringer mit mehreren rechnerisch bzw. qualitativ auffälligen Ergebnissen ab. Hier zeigt sich, dass 55 Leistungserbringer mindestens in 3 Qualitätsindikatoren rechnerisch auffällige Ergebnisse aufwiesen, davon hatten 5 mehr als 2 qualitativ auffällige Ergebnisse.

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – MC

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	71	17	-	13	3	-
52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	46	12	-	7	1	-
52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	50	11	-	6	0	-
212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	40	9	-	10	3	-
212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	64	35	-	5	3	-
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	8	0	-	1	0	-

ID	Qualitätsindikator	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
52279	Intraoperative Präparatradio- grafie oder intraoperative Präparatsonografie bei sono- grafischer Drahtmarkierung	31	2	-	4	0	-
2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	0	0	-	0	0	-
50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	96	42	-	16	4	-
51847	Indikation zur Sentinel- Lymphknoten-Biopsie	48	9	-	16	0	-
51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	44	8	-	3	0	-
60659	Nachresektionsrate	44	12	-	14	1	-
211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei pri- märem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	51	16	-	11	4	-

Tabelle 12: Qualitätsindikatoren: Mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – MC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
200	104	55	70	9	5

3.3 Ergebnisse zum Stellungnahmeverfahren der Auffälligkeitskriterien (statistische Basisprüfung)

Die Datenvalidierung gemäß § 16 Teil 1 DeQS-RL umfasst u. a. eine statistische Basisprüfung der Qualitätssicherungsdaten anhand festgelegter Auffälligkeitskriterien.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens zum Erfassungsjahr 2022 wurden im Verfahren QS MC insgesamt 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit sowie 3 zur Vollzähligkeit geprüft; zu diesen wurden 5.367 Ergebnisse ermittelt.

Wie in Tabelle 13 wiedergegeben, wurden 102 rechnerisch auffällige Ergebnisse festgestellt. Zu 98 von ihnen wurde ein schriftliches Stellungnahmeverfahren eingeleitet und abgeschlossen; 4-mal wurde kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet.

Nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens wurden 77 Ergebnisse als qualitativ auffällig bewertet. Dies entspricht, bezogen auf alle rechnerisch auffälligen Ergebnisse (n = 102), einem Anteil von 75,49 %. Bezogen auf alle eingeleiteten Stellungnahmen (n = 98) macht dies einen Anteil von 78,57 % aus. Bei 7 Leistungserbringern wurde die Maßnahmenstufe 1 empfohlen; Maßnahmenstufe 2 wurde nicht initiiert.

Tabelle 13: Auffälligkeitskriterien: Übersicht über Auffälligkeiten und Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 17 DeQS-RL im QS-Verfahren QS – MC

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
AK-Ergebnisse des QS-Verfahrens	5.367	100
Rechnerisch auffällige Ergebnisse	102	1,90
davon ohne QSEB-Übermittlung	0	0
Auffällige Ergebnisse (QSEB-Datensätze)	102	100
Hinweis auf Best practice (Schlüsselwert 4)	0	0

	Auswertungsjahr 2023	
	Anzahl	%
Stellungnahmeverfahren		
kein Stellungnahmeverfahren eingeleitet (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	4	3,92
Stellungnahmeverfahren eingeleitet* (Anteil bezogen auf Anzahl der Auffälligkeiten)	98	96,08
schriftlich (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	98	100
Gespräch (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Begehung (Anteil bezogen auf eingeleitete STNV)	0	0
Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen	0	0
Einstufung der Ergebnisse nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (auffällige Ergebnisse ohne Best practice)		
Bewertung als qualitativ unauffällig	18	17,65
Bewertung als qualitativ auffällig	77	75,49
Sonstiges	3	2,94
Initiierung Qualitätssicherungsmaßnahmen		
Maßnahmenstufe 1*	7	n. a.
Maßnahmenstufe 2	0	n. a.

* Mehrfachnennungen pro Leistungserbringer möglich

n. a. = nicht anwendbar

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten bei den Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit wurden für das Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund“ (ID 852000) ermittelt (n = 31 rechnerisch auffällige Ergebnisse von 634 Leistungserbringern mit Fällen in diesem Auffälligkeitskriterium; 4,89 %). Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse wurden, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, im Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe ‚immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt‘“ (ID 850372) festgestellt (90,91%; 10 von 11). Der höchste Anteil an qualitativ unauffälligen Ergebnissen wurde im AK „Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde“ (ID 813068) ermittelt (22,22 %; 4 von 18).

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

Die Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund sollte nur in Ausnahmefällen dokumentiert werden und wird durch das Auffälligkeitskriterium ID 852000 adressiert. Rechnerisch auffällige Ergebnisse hatten 4,89 % (31 von 634) der Leistungserbringer. Bei 74,19 % (23 von 31) der Leistungserbringer wurde nach dem Stellungnahmeverfahren ein qualitativ auffälliges Ergebnis festgestellt. Die Dokumentationsqualität kann nach Ansicht des Expertengremiums auf Bundesebene verbessert werden, indem auf dem pathologischen Befund außer der schriftlichen Beschreibung auch der ICD-O-3 Code angegeben wird.

Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit

Die meisten rechnerischen Auffälligkeiten wurden zum Auffälligkeitskriterium zum MDS (ID 850227) ermittelt (8 von 754; 1,06 %). Die meisten als qualitativ auffällig bestimmten Ergebnisse, bezogen auf die rechnerischen Auffälligkeiten, wurden hingegen beim Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation (ID 850093) festgestellt. In diesem Auffälligkeitskriterium haben alle Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen auch eine Bewertung als qualitativ auffällig erhalten (100 %; 6 von 6). Da es den Einrichtungen nicht mehr gestattet ist, die Abrechnungsdaten im Nachhinein zu korrigieren, können Diskrepanzen zwischen Soll und Ist auftreten, z. B. bei Aufnahme von Leistungen in den AOP-Katalog und der Verschiebung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor, was wiederum zu einem auffälligen Ergebnis führen kann.

Zusammengefasst weisen die Auffälligkeitskriterien eine deutlich höhere Rate (zwischen 66 und 100 %) an qualitativ auffällig bewerteten Ergebnissen auf als die Qualitätsindikatoren. Hier vermisst das Expertengremium auf Bundesebene Empfehlungen des IQTIG für die weiteren Konsequenzen bei den Leistungserbringern.

Tabelle 14: Auffälligkeitskriterien: Auffälligkeiten und Bewertungen nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (AJ 2023) –MC

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit											
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	17 / 615 (2,76 %)	0	0 / 17 (0,00 %)	0 / 615 (0,00 %)	1 / 17 (5,88 %)	1 / 615 (0,16 %)	16 / 17 (94,12 %)	16 / 615 (2,60 %)	0 / 17 (0,00 %)	0 / 615 (0,00 %)
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	8 / 618 (1,29 %)	0	0 / 8 (0,00 %)	0 / 618 (0,00 %)	1 / 8 (12,50 %)	1 / 618 (0,16 %)	6 / 8 (75,00 %)	6 / 618 (0,97 %)	1 / 8 (12,50 %)	1 / 618 (0,16 %)
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	18 / 613 (2,94 %)	1	0 / 18 (0,00 %)	0 / 613 (0,00 %)	4 / 18 (22,22 %)	4 / 613 (0,65 %)	13 / 18 (72,22 %)	13 / 613 (2,12 %)	0 / 18 (0,00 %)	0 / 613 (0,00 %)
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	11 / 615 (1,79 %)	0	0 / 11 (0,00 %)	0 / 615 (0,00 %)	1 / 11 (9,09 %)	1 / 615 (0,16 %)	10 / 11 (90,91 %)	10 / 615 (1,63 %)	0 / 11 (0,00 %)	0 / 615 (0,00 %)

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse/Anzahl Leistungserbringer gem. BUAW (Prozent)	STNV nicht eingeleitet	Bewertung der auffälligen Ergebnisse							
				Stellungnahmeverfahren noch nicht abgeschlossen		qualitativ unauffällige Ergebnisse		qualitativ auffällige Ergebnisse		Sonstiges	
				bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK	bezogen auf alle auffälligen Ergebnisse	bezogen auf alle LE in diesem AK
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	31 / 634 (4,89 %)	1	0 / 31 (0,00 %)	0 / 634 (0,00 %)	5 / 31 (16,13 %)	5 / 634 (0,79 %)	23 / 31 (74,19 %)	23 / 634 (3,63 %)	2 / 31 (6,45 %)	2 / 634 (0,32 %)
Auffälligkeitskriterien zur Vollständigkeit											
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	6 / 759 (0,79 %)	0	0 / 6 (0,00 %)	0 / 759 (0,00 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 759 (0,00 %)	6 / 6 (100,00 %)	6 / 759 (0,79 %)	0 / 6 (0,00 %)	0 / 759 (0,00 %)
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	3 / 759 (0,40 %)	1	0 / 3 (0,00 %)	0 / 759 (0,00 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 759 (0,00 %)	2 / 3 (66,67 %)	2 / 759 (0,26 %)	0 / 3 (0,00 %)	0 / 759 (0,00 %)
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	8 / 754 (1,06 %)	1	0 / 8 (0,00 %)	0 / 754 (0,00 %)	6 / 8 (75,00 %)	6 / 754 (0,80 %)	1 / 8 (12,50 %)	1 / 754 (0,13 %)	0 / 8 (0,00 %)	0 / 754 (0,00 %)

In Tabelle 15 werden alle Auffälligkeitskriterien mit wiederholten rechnerischen Auffälligkeiten und wiederholten qualitativen Auffälligkeiten (fehlerhaften Dokumentationen) in Bezug zum Vorjahr und Vorvorjahr (AJ-1 und AJ-2) abgebildet, wenn diese aufgetreten sind. Da das Verfahren QS MC erst seit dem Erfassungsjahr 2021 in der DeQS-RL geführt wird, kann in den Spalten „davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB)“ jeweils kein Ergebnis ausgegeben werden.

In den 5 Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit gab es Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr. Darunter waren auch Leistungserbringer, die im Vorjahr wiederholt fehlerhaft dokumentiert haben und somit qualitativ auffällige Ergebnisse aufwiesen. Dabei kann ein Leistungserbringer auch in mehreren Auffälligkeitskriterien des Verfahrens QS MC über den Vergleichszeitraum sowohl rechnerische als auch qualitativ auffällige Ergebnisse haben. In den 3 Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit gab es keine Leistungserbringer mit wiederholt rechnerisch auffälligen Ergebnissen zum Vorjahr.

Das Auffälligkeitskriterium „Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund“ (ID 852000) weist die meisten wiederholt rechnerischen und qualitativen Auffälligkeiten seit dem Erfassungsjahr 2021 auf; allerdings besteht keine wiederholte Auffälligkeit über zwei Jahre oder länger.

Tabelle 16 bildet Leistungserbringer mit mehreren rechnerisch bzw. qualitativ auffälligen Ergebnissen ab. Lediglich 2 Leistungserbringer weisen in mehr als 2 Auffälligkeitskriterien sowohl rechnerisch wie qualitativ auffällige Ergebnisse auf.

Tabelle 15; Auffälligkeitskriterien: Wiederholte Auffälligkeiten (AJ 2023 und Vorjahre) – MC

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Plausibilität und Vollständigkeit							
850363	Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“	17	3	-	16	3	-
850364	Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“	8	1	-	6	1	-
813068	Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde	18	4	-	13	0	-
850372	Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“	11	1	-	10	1	-
852000	Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund	31	8	-	23	7	-

ID	Auffälligkeitskriterium	auffällige Ergebnisse (ohne Best practice)			qualitativ auffällige Ergebnisse		
		Leistungserbringer mit auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) auffälligem Ergebnis	Leistungserbringer mit qualitativ auffälligem Ergebnis (AJ aus aktuellem QSEB)	davon LE mit bereits im AJ-1 (aus Vorjahres-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis	davon LE mit bereits im AJ-2 (aus Vorjahr- und Vorvorjahr-QSEB) qualitativ auffälligem Ergebnis
Auffälligkeitskriterien zur Vollzähligkeit							
850093	Auffälligkeitskriterium zur Unterdokumentation	6	0	-	6	0	-
850094	Auffälligkeitskriterium zur Überdokumentation	3	0	-	2	0	-
850227	Auffälligkeitskriterium zum Minimaldatensatz (MDS)	8	0	-	1	0	-

Tabelle 16: Auffälligkeitskriterien: mehrfache Auffälligkeiten bei Leistungserbringern (AJ 2023) – MC

Anzahl Leistungserbringer mit rechnerischen Auffälligkeiten			Anzahl Leistungserbringer mit qualitativen Auffälligkeiten		
Anzahl LE mit 1 Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 rechn. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit 1 qual. Auffälligkeit	Anzahl LE mit 2 qual. Auffälligkeiten	Anzahl LE mit ≥ 3 qual. Auffälligkeiten
77	9	2	56	7	2

4 Evaluation

Gemäß der DeQS-RL beinhaltet der Bundesqualitätsbericht eine fortlaufende Evaluation des Verfahrens (§ 20 Satz 3 Teil 1 DeQS-RL). Ziel der Evaluation ist die Beurteilung der Wirksamkeit des Verfahrens anhand seiner Ergebnisse. Diese werden im Folgenden hinsichtlich der Erreichung der Richtlinienziele des Verfahrens geprüft, wobei insbesondere relevante Beratungen in den Expertengremien herangezogen sowie die Rückmeldungen weiterer Verfahrensbeteiligter (z. B. der LAG) eingeholt werden.

Das Verfahren *QS MC* soll insbesondere die qualitätsrelevanten Aspekte zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Neoplasien der Brust aufnehmen sowie die operative Behandlung während des stationären Aufenthalts messen, vergleichend darstellen und bewerten. Die 13 Indikatoren verfolgen insbesondere die in der DeQS-RL aufgeführten Verfahrensziele:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Verbesserung der Prozessqualität
- Verbesserung der Ergebnisqualität

Für das Erfassungsjahr 2022 gab es keine LAG-Rückmeldungen zu den Evaluationsfragen für dieses Verfahren.

5 Fazit und Ausblick

Im Verfahren QS MC wurden im Erfassungsjahr 2023 insgesamt 13 Qualitätsindikatoren berechnet. Die Anzahl der Leistungserbringer hat sich vom Jahr 2019 mit 749 auf 705 im Jahr 2023 verringert. Die Anzahl der Basisdatensätze ist in den letzten beiden Jahren angestiegen, ist jedoch noch nicht wieder so hoch wie vor der COVID-19-Pandemie (EJ 2019: 107.772; EJ 2022: 101.333). Für das Erfassungsjahr 2023 wurden 104.496 Basisdatensätze übermittelt. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes lag die Zahl der stationären Krebsbehandlungen 2022 auf einem neuen Tiefstand. Besonders häufig werden Menschen im Alter von 60 bis 79 Jahren aufgrund einer Krebsdiagnose im Krankenhaus behandelt. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes waren 54 % der Patientinnen und Patienten aus dieser Altersgruppe (Destatis 2024). Die Zahlen des statistischen Bundesamtes decken sich nicht mit den Ergebnissen des IQTIG.

Grundsätzlich zeigt sich in den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2023 für das Verfahren QS MC ein stabil gutes Bild in der Versorgungsqualität. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unterscheiden sich vom Vorjahr nicht wesentlich; der Anteil der Leistungserbringer mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen ist gering. Während sich die Versorgungsqualität von Patientinnen in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert hat, bleibt sie bei Patienten weitgehend konstant. Die Qualitätsindikatoren mit ausreichender Fallzahl (IDs 51846, 51847 und 60659) zeigen in ihren Ergebnissen statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern und erreichen das Qualitätsziel in unterschiedlichem Grad. Dieser Zustand wurde in den letzten Jahren intensiv mit dem Expertengremium auf Bundesebene beraten und kann damit begründet werden, dass bei Patienten der Brustkrebs nicht frühzeitig diagnostiziert wird und die Behandlung daher auch in einer fachfremden Abteilung erfolgen kann, die weniger Erfahrung in der Behandlung eines Mammakarzinoms hat bzw. die Therapieempfehlungen der S3-Leitlinie Mammakarzinom (Leitlinienprogramm Onkologie 2021) möglicherweise nicht korrekt umsetzt. Die Veröffentlichung „Werden Männer und Frauen mit Brustkrebs in Deutschland gleichbehandelt?“ (Dippmann et al. 2020) unterstützt diese Annahme, daher sollte diese Entwicklung weiterhin beobachtet werden.

In der Vergangenheit konnte festgestellt werden, dass Leistungserbringer mit einer geringen Fallzahl die definierten Qualitätsziele häufiger nicht erreichen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit der Anpassung in der Mm-R vom 16. Dezember 2021 diesen Aspekt aufgegriffen und wird ab 2025 für die chirurgische Behandlung eines Mammakarzinoms eine Mm-R von 100 Fällen im Jahr einführen. Für das Jahr 2024 ist eine Übergangsregelung von 50 vorgesehen. Wie sich die Mindestmenge auf die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung auswirkt, bleibt abzuwarten.

Mit Beschluss vom 19. Januar 2023 beauftragte der G-BA das IQTIG, die Qualitätssicherungsverfahren *Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)*, *Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP)*, *Mammachirurgie (QS MC)*, *Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)*, *Dekubitusprophylaxe*

(QS DEK) sowie *Hüftgelenkversorgung (QS HGV)* zu überprüfen und Empfehlungen zu deren Überarbeitung, zur Aussetzung oder zur Aufhebung von Datenfeldern, Qualitätsindikatoren, Kennzahlen oder dem gesamten Qualitätssicherungsverfahren vorzulegen. Das Ziel dieser Überprüfung ist die Verbesserung des Verhältnisses von Aufwand und Nutzen der QS-Verfahren. Der Bericht wurde am 14. Juni 2024 dem G-BA übergeben. Nach der Beratung im G-BA ist eine zeitnahe Umsetzung vorgesehen.

Literatur

- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2024): Presse. Ein Drittel aller Geburten in 2020 durch Kaiserschnitt. Pressemitteilung Nr. N 025 vom 2. Februar 2024. [Stand:] 02.02.2024. Wiesbaden: Destatis. URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/02/PD24_N005_231.html (abgerufen am: 15.05.2024).
- Dippmann, AK; Damrau, C; Hengelbrock, J; Albert, U-S; Lebeau, A; Lux, MP; et al. (2020): Werden Männer und Frauen mit Brustkrebs in Deutschland gleichbehandelt? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 155: 1-10. DOI: 10.1016/j.zefq.2020.06.010.
- DKG [Deutsche Krebsgesellschaft] ([kein Datum]): FORUM 2022. Berlin: DKG. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft-wtrl/willkommen/publikationen/forum-2022.html> (abgerufen am: 08.05.2024).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2024): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Verfahrensaussetzung zu den Erfassungsjahren 2023 und 2024. [Stand:] 18.04.2024. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6572/2024-04-18_PlanQI-RL_Verfahrensaussetzung-EJ-2023-2024.pdf (abgerufen am: 04.07.2024).
- Leitlinienprogramm Onkologie (DKG [Deutsche Krebsgesellschaft], DKH [Deutsche Krebshilfe], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]) (2021): AWMF-Registernummer 032-0450L. S3-Leitlinie: Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Langversion 4.4. Stand: Juni 2021. Berlin: AWMF. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/032-0450LI_S3_Mammakarzinom_2021-07.pdf (abgerufen am: 08.11.2022).
- RKI [Robert Koch-Institut]; DKFZ [Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums] (2021): Brustdrüse. Kapitel 3.17. In: RKI; GEKID [Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister in Deutschland]: *Krebs in Deutschland für 2017/2018*. (Krebs in Deutschland, 13. Ausgabe). Berlin: RKI, 86-89. ISBN: 978-3-89606-309-0. URL: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2021/kid_2021_c50_brust.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am: 05.07.2022).
- ZfKD [Zentrum für Krebs-register-daten] (2023): Brustkrebs (Mammakarzinom). ICD-10 C50. Stand: 07.12.2023. Berlin: RKI [Robert Koch-Institut]. URL: https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Brustkrebs/brustkrebs_node.html (abgerufen am: 27.06.2024).