

Mammachirurgie

**Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL
(Prospektive Rechenregeln)**

Erfassungsjahr 2026

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL. Mammachirurgie. Prospektive Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2026

Datum der Abgabe 20.03.2025

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	5
51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	7
Hintergrund	7
Verwendete Datenfelder	9
Eigenschaften und Berechnung	10
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden	12
Hintergrund	12
212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	13
Verwendete Datenfelder	13
Eigenschaften und Berechnung	14
212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	16
Verwendete Datenfelder	16
Eigenschaften und Berechnung	17
212600: Intraoperative Präparatebildgebung bei präoperativer mammografischer oder sonografischer Drahtmarkierung	19
Hintergrund	19
Verwendete Datenfelder	20
Eigenschaften und Berechnung	21
50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	23
Hintergrund	23
Verwendete Datenfelder	24
Eigenschaften und Berechnung	25
51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	27
Hintergrund	27
Verwendete Datenfelder	28
Eigenschaften und Berechnung	29
51370: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	31
Hintergrund	31

Verwendete Datenfelder	32
Eigenschaften und Berechnung	34
60659: Nachresektionsrate	36
Hintergrund	36
Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)	37
Eigenschaften und Berechnung	38
Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz	41
Hintergrund	41
211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv	43
Verwendete Datenfelder	43
Eigenschaften und Berechnung	44
212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv	46
Verwendete Datenfelder	46
Eigenschaften und Berechnung	47
Literatur	49
Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)	54
Anhang II: Listen	62
Anhang III: Vorberechnungen	64
Anhang IV: Funktionen	65
Impressum	67

Einleitung

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

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

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

Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten

Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.

Hinweis: Im vorliegenden Bericht entspricht die Silbentrennung nicht durchgehend den korrekten Regeln der deutschen Rechtschreibung. Wir bitten um Verständnis für die technisch bedingten Abweichungen.

51846: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Qualitätsziel

Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS und Ersteingriff

Hintergrund

Die histologische Diagnostik abklärungsbedürftiger Befunde soll in der Regel durch Stanzbiopsie oder Vakuumbiopsie erfolgen (NICE 2002: 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 2021: 78, NICE 2002: 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 2021: 71, 356). Bildgebende Diagnostik „erlaubt in Kombination mit der histologischen Aufarbeitung der präoperativ entnommenen Stenzen 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 2021: 69). 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 2021: 181). Dafür schafft die prätherapeutische histologische Diagnosesicherung die grundlegende Voraussetzung. 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 2021: 181). 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. 2020). 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.

Dem Indikator liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.1; 4.14 bis 4.24; 4.122 bis 4.126.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1= Primärerkrankung 2= lokoregionäres Rezidiv nach BET 3= lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4= ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5= prophylaktische Mastektomie 6= Fernmetastase	ARTERKRANK
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0= nein 1= ja	ERSTOFFEINGRIFF
18:BRUST	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	K	0= nein 1= ja	PRAEHISTDIAGSICHERUNG
33:BRUST	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICD03Mamma	POSTICD03

Eigenschaften und Berechnung

ID	51846
Bezeichnung	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 - Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≥ 97,00 %
Referenzbereich 2025	≥ 97,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungs- verfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustie- rung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	PRAEHISTDIAGSICHERUNG %==% 1
Nenner (Formel)	ARTERKRANK %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 & (fn_invasivesMammaCaPrimaer fn_DCIS)
Verwendete Funktionen	fn_DCIS fn_invasivesMammaCaPrimaer
Verwendete Listen	ICD_0_3_MC_DCIS ICD_0_3_MC_InvasivesMammaCaPrimaer

Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden

Bezeichnung Gruppe	Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden
Qualitätsziel	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff

Hintergrund

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 2024: 196, Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 80 f., 97, 137, 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-radiologische Korrelation (Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 137) 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: 4.25, 4.26.

212000: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1= Primärerkrankung 2= lokoregionäres Rezidiv nach BET 3= lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4= ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5= prophylaktische Mastektomie 6= Fernmetastase	ARTERKRANK
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0= nein 1= ja	ERSTOFFEINGRIFF
14:BRUST	Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	K	0= nein 1= ja	ERSTOFFEINGRIFFBR
15:BRUST	tastbarer Mammabefund	K	0= nein 1= ja	TASTBARMAMMABEFUND
17:BRUST	Mikrokalk ohne Herdbefund	K	0= nein 1= ja	MIKROKALK
28:0	präoperative Drahtmarkierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	1= ja, durch Mammografie 2= ja, durch Sonografie 3= ja, durch MRT 4= nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP 5= nein, stattdessen sondengestütztes Markierungsverfahren 6= nein, kein Markierungsverfahren	PRAEOPMARKIERUNG
31:0	Operation	M	OPS (amtliche Codes): https://www.bfarm.de	OPSCHLUESSEL

Eigenschaften und Berechnung

ID	212000
Bezeichnung	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 - Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2025	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungs-nahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT</p> <p>Nenner</p> <p>Alle brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor und Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:0
Zähler (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %in% c(1,2,3)
Nenner (Formel)	ARTERKRANK %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFFBR %==% 1 & TASTBARMAMMABEFUND %==% 0 & MIKROKALK %==% 1 & ((OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_MC_Mastektomie) (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_MC_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_MC_BET))

Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	OPS_MC_BET OPS_MC_Mastektomie
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

212001: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1= Primärerkrankung 2= lokoregionäres Rezidiv nach BET 3= lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4= ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5= prophylaktische Mastektomie 6= Fernmetastase	ARTERKRANK
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0= nein 1= ja	ERSTOFFEINGRIFF
14:BRUST	Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	K	0= nein 1= ja	ERSTOFFEINGRIFFBR
15:BRUST	tastbarer Mammabefund	K	0= nein 1= ja	TASTBARMAMMABEFUND
17:BRUST	Mikrokalk ohne Herdbefund	K	0= nein 1= ja	MIKROKALK
28:0	präoperative Drahtmarkierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	1= ja, durch Mammografie 2= ja, durch Sonografie 3= ja, durch MRT 4= nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP 5= nein, stattdessen sondengestütztes Markierungsverfahren 6= nein, kein Markierungsverfahren	PRAEOPMARKIERUNG
31:0	Operation	M	OPS (amtliche Codes): https://www.bfarm.de	OPSCHLUESSEL

Eigenschaften und Berechnung

ID	212001
Bezeichnung	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 - Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2025	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungsnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl an Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT</p> <p>Nenner</p> <p>Alle brusterhaltenden Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor mit Herdbefund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort</p>
Erläuterung der Rechenregel	In der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators werden Befunde, bei denen kein Mikrokalk vorliegt, wie auch Mischbefunde aus Mikrokalk und Herdbefund betrachtet.
Teildatensatzbezug	18/1:0
Zähler (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %in% c(1,2,3)
Nenner (Formel)	ARTERKRANK %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFFBR %==% 1 & TASTBARMAMMABEFUND %==% 0 & MIKROKALK %==% 0 & ((OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_MC_Mastektomie)

	(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_MC_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_MC_BET))
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	OPS_MC_BET OPS_MC_Mastektomie
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

212600: Intraoperative Präparatebildgebung bei präoperativer mammografischer oder sonografischer Drahtmarkierung

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

Hintergrund

„Die prä- oder intraoperative Markierung soll insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen (unabhängig von der vermuteten Dignität) mit der Methode erfolgen, mit der der Befund eindeutig darstellbar ist. Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist intraoperativ durch Präparatradiografie oder Präparatsonografie zu erbringen (unabhängig von der vermuteten Dignität).“ Ziel ist es, den Erfolg der – in der Bildgebung darstellbaren – (kompletten) Entfernung des Zielbefundes zu dokumentieren.

Die Qualitätsanforderungen an den Prozess sind in der deutschen interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 80, 352 f.) hinterlegt.

Dem Indikator liegt folgendes Statement der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.25

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
28:0	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	K	1= ja, durch Mammografie 2= ja, durch Sonografie 3= ja, durch MRT 4= nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP 5= nein, stattdessen sondengestütztes Markierungsverfahren 6= nein, kein Markierungsverfahren	PRAEOPMARKIERUNG
29:0	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	K	0= nein 1= ja, intraoperative Präparateradiografie 2= ja, intraoperative Präparate-sonografie	RADIOSONOGRAPHIE
31:0	Operation	M	OPS (amtliche Codes): https://www.bfarm.de	OPSCHLUESSEL

Eigenschaften und Berechnung

ID	212600
Bezeichnung	Intraoperative Präparatebildgebung bei präoperativer mammografischer oder sonografischer Drahtmarkierung
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 - Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≥ 95,00 %
Referenzbereich 2025	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	Die prä- oder intraoperative Markierung soll insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen (unabhängig von der vermuteten Dignität) mit der Methode erfolgen, mit der der Befund eindeutig darstellbar ist. Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist intraoperativ durch Präparatradiografie oder Präparatsonografie zu erbringen (unabhängig von der vermuteten Dignität).
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl an Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie</p> <p>Nenner</p> <p>Alle brusterhaltenden Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie oder Sonografie bei Patientinnen und Patienten mit mindestens einem QS-Filter auslösenden ICD- und OPS-Kode</p>
Erläuterung der Rechenregel	Aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien (OPS-Kode aus der Liste OPS_MC_Mastektomie). Nicht aus dem Nenner ausgeschlossen werden Mastektomien, wenn sie in Kombination mit einer brusterhaltenden Operation (OPS-Kode aus der Liste OPS_MC_BET UND OPS-Kode aus der Liste OPS_MC_Mastektomie) stattfinden.
Teildatensatzbezug	18/1:0

Zähler (Formel)	RADIOSONOGRAPHIE %in% c(1,2)
Nenner (Formel)	PRAEOPMARKIERUNG %in%c(1,2) & (!(OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_MC_Mastektomie) (OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_MC_Mastektomie & OPSCHLUESSEL %any_like% LST\$OPS_MC_BET))
Verwendete Funktionen	-
Verwendete Listen	OPS_MC_BET OPS_MC_Mastektomie
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	

50719: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Qualitätsziel

Möglichst wenige Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Hintergrund

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 2021: 87, 353, Lyman et al. 2014, Lyman et al. 2017, Shapiro-Wright und Julian 2010, Tunon-de-Lara et al. 2015, NZGG 2009: 137-138).

Nach der aktuellen Empfehlung der Kommission Mamma der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (AGO 2024) und der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 353) soll eine Sentinel-Node-Biopsie 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.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1= Primärerkrankung 2= lokoregionäres Rezidiv nach BET 3= lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4= ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5= prophylaktische Mastektomie 6= Fernmetastase	ARTERKRANK
20:BRUST	Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICD03Mamma	PRAEICD03
33:BRUST	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICD03Mamma	POSTICD03
35:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0= nein 1= ja	OPTHERAPIEENDE
36:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
43:BRUST	brusterhaltende Therapie (BET)	K	0= nein 1= ja 2= nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET) 3= ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	BET
44:BRUST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0= nein 1= ja, einzelne Lymphknoten 2= ja, Axilladissektion	AXLKENTFOMARK
45:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0= nein 1= ja	SLKBIOPSIE

Eigenschaften und Berechnung

ID	50719
Bezeichnung	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 – Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≤ 5,00 %
Referenzbereich 2025	≤ 5,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	Der Referenzbereich spiegelt die Leitlinienempfehlung wider, dass eine SLNB beim DCIS und BET nur durchgeführt werden sollte, wenn eine sekundäre SLNB aus technischen Gründen nicht möglich ist, z. B. bei Ablatio mammae (Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 353).
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	Empfehlungen der einschlägigen Leitlinien, die die Entnahme von Lymphknoten beim DCIS und brusterhaltender Therapie klar auf Ausnahmen beschränken, sollten umgesetzt werden.
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme</p> <p>Nenner</p> <p>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“</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	AXLKENTFOMARK %in% c(1,2) SLKBIOPSIE %==% 1

Nenner (Formel)	ARTERKRANK %==% 1 & OPTHERAPIEENDE %==% 1 & fn_DCIS & BET %in% c(1,3) & fn_pTohneNeoadjuvanz & !fn_invasivesMammaCa_prae
Verwendete Funktionen	fn_DCIS fn_invasivesMammaCa_prae fn_pTohneNeoadjuvanz
Verwendete Listen	ICD_0_3_MC_DCIS ICD_0_3_MC_InvasivesMammaCa
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	

51847: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel

Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom

Hintergrund

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 2021: 101): 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 SLN-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 Axilladisektion mit einer Entnahme von mindestens 10 Lymphknoten, ab. Ziel ist die Bestimmung des Nodalstatus und die Vermeidung der mit einer Axilladisektion assoziierten erhöhten Morbidität. Wesentlicher Vorteil der SLN-Biopsie ist es, dass eine geringere Schulter-Arm-Morbidität auftritt (Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 103). Die SLNB geht mit einer sicheren lokalen Kontrolle (axilläre Rezidive < 1%) einher (Lyman et al. 2017).

Dem Indikator liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.50. – 4.52.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1= Primärerkrankung 2= lokoregionäres Rezidiv nach BET 3= lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4= ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5= prophylaktische Mastektomie 6= Fernmetastase	ARTERKRANK
33:BRUST	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICD03
35:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0= nein 1= ja	OPTHERAPIEENDE
36:BRUST	pT	K	s. Anhang: pTMamma	TNMPTMAMMA
37:BRUST	pN	K	s. Anhang: pNMamma	TNMPNMAMMA
44:BRUST	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0= nein 1= ja, einzelne Lymphknoten 2= ja, Axilladisektion	AXLKENTFOMARK
45:BRUST	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	K	0= nein 1= ja	SLKBIOPSIE

Eigenschaften und Berechnung

ID	51847
Bezeichnung	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
Indikatortyp	Indikationsstellung
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 – Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≥ 90,00 %
Referenzbereich 2025	≥ 90,00 %
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stimmungs- verfahren 2026	Das axilläre Staging soll gemäß der aktuellen S3-Leitlinie Bestandteil der operativen Therapie des invasiven Mammakarzinoms sein (Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 101).
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie</p>
Erläuterung der Rechenregel	Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
Zähler (Formel)	AXLKENTFOMARK %in% c(0,1) & SLKBIOPSIE %==% 1
Nenner (Formel)	(ARTERKRANK %==% 1 & OPTHERAPIEENDE %==% 1 & fn_invasivesMammaCa &

	TNMPNMAMMA %in% c("pN0","pN0(sn)") & fn_pT1bis4ohneNeoadjuvanz
Verwendete Funktionen	fn_invasivesMammaCa fn_pT1bis4ohneNeoadjuvanz
Verwendete Listen	ICD_0_3_MC_InvasivesMammaCa
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	

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

Qualitätsziel

Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von mindestens 7 Tagen zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff

Hintergrund

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 2021: 37 ff.).

Dem Indikator liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 3.1. – 3.5.

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0 = nein 1 = ja	ERSTOFFEINGRIFF
18:BRUST	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	K	0 = nein 1 = ja	PRAEHISTDIAGSICHERUNG
25:BRUST	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie	K	0 = nein 1 = ja	PRAEOPTUMORTH
27:0	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	M	-	LFDNREINGRIFF
32:BRUST	Postoperativer histologischer Befund unter Berücksichtigung der Vorbefunde	K	1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = Risikoläsion 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	POSTHISTBEFUND
EF*	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes in Tagen	-	AUFNDATUM - AUSGANGHISTBEFUND	abstAusgangHistBefund
EF*	Abstand zwischen Aufnahmedatum und Datum Diagnosemitteilung / Therapieplanungsgespräch mit Pat. in Tagen	-	AUFNDATUM - DIAGNOSEGESPRDATUM	abstDiagGespr
EF*	Postoperative Verweildauer: Differenz in Tagen	-	ENTLDATUM - OPDATUM	poopvwdauer

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
EF*	Verweildauer im Krankenhaus in Tagen	-	ENTLDATUM - AUFNDATUM	vwDauer

*Ersatzfeld im Exportformat

Eigenschaften und Berechnung

ID	51370
Bezeichnung	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 - Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≤ x % (90. Perzentil)
Referenzbereich 2025	≤ x % (90. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungsverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung oder prätherapeutischer Befundmitteilung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:B
Zähler (Formel)	fn_AbstDiagnoseOP %<% 7
Nenner (Formel)	fn_IstErsteOP & ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 & (PRAEHISTDIAGSICHERUNG %==% 1 !is.na(abstDiagGespr)) & PRAEOPTUMORTH %==% 0 & POSTHISTBEFUND %==% 4 &

	(((vwDauer - poopvwdauer) %>=% (-1 * abstAusgangHistBefund)) ((vwDauer - poopvwdauer) %>=% (-1 * abstDiagGespr))) & !is.na(fn_AbstDiagnoseOP)
Verwendete Funktionen	fn_AbstDiagnoseOP fn_IstErsteOP fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff
Verwendete Listen	-
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahreser- gebnissen	

60659: Nachresektionsrate

Qualitätsziel

Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff

Hintergrund

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 Tumorresektion in sano (R0-Status) (Moran et al. 2014, Leitlinienprogramm Onkologie 2021: 95). 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 Tumorareals dar.

Direkte Risikofaktoren wie das begleitende DCIS und das lobuläre Karzinom führen häufig zu Nachresektionen. Daher wird bei dem Indikator eine Risikoadjustierung vorgenommen. Eine Einführung der Risikoadjustierung wird schrittweise erfolgen.

Dem Indikator liegen folgende Statements der interdisziplinären S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms zugrunde: 4.41., 4.42.

Verwendete Datenfelder (exkl. potentieller Einflussfaktoren im Risikomodell)

Datenbasis: Spezifikation 2026 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1= Primärerkrankung 2= lokoregionäres Rezidiv nach BET 3= lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4= ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5= prophylaktische Mastektomie 6= Fernmetastase	ARTERKRANK
14:BRUST	Operativer Erstein-griff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durch-geführt?	K	0= nein 1= ja	ERSTOFFEINGRIFFBR
33:BRUST	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICDO3Mamma	POSTICD03
35:BRUST	primär-operative Therapie abge-schlossen	K	0= nein 1= ja	OPTHERAPIEENDE
40:BRUST	R0-Resektion	K	0= nein 1= ja 8= es liegen keine Angaben vor 9= Vollremission nach neoad-juvanter Therapie	RORESEKTION
42:BRUST	Wie viele Nachope-rationen an der be-troffenen Brust zur Erlangung R0 wur-den davon in Ihrer Einrichtung durch-geführt?	K	0= keine Nachoperation 1= R0 nicht mit Erstein-griff er-langt. 1 Nachoperation 2= 2 Nachoperationen 3= >= 3 Nachoperationen	NOTWOPSR0EIGEN

Eigenschaften und Berechnung

ID	60659
Bezeichnung	Nachresektionsrate
Indikatortyp	Ergebnisindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 – Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Indirekte Standardisierung
Referenzbereich 2026	≤ x % (95. Perzentil)
Referenzbereich 2025	≤ x % (95. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Indirekte Standardisierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	Werden bei risikoadjustierten Indikatoren/Kennzahlen Risikomodelle verwendet, sind die dargestellten Informationen zur Risikoadjustierung vorläufig und werden ggf. bei der Entwicklung oder Anwendung verwendeter Risikoadjustierungsmodelle angepasst.
Potentielle Einflussfaktoren im Risikomodel (nicht abschließend)	Invasiv-lobuläres Carzinom
Rechenregeln	<p>Zähler Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust ≥ 1</p> <p>Nenner Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort</p> <p>O (observed) Beobachtete Anzahl an Nachresektionen</p> <p>E (expected) Erwartete Anzahl an Nachresektionen, risikoadjustiert nach logistischem MC-Score für ID 60659</p>

Erläuterung der Rechenregel	Die Rechenregel fokussiert auf invasive Karzinome und erhöht mit dem Bezug von Ersteingriff und Nachresektionen am selben Krankenhausstandort die Zuschreibbarkeit der Nachresektion.	
Teildatensatzbezug	18/1:BRUST	
Zähler (Formel)	O_60659	
Nenner (Formel)	E_60659	
Kalkulatorische Kennzahlen	O (observed)	
	Art des Wertes	Kalkulatorische Kennzahl
	ID	O_60659
	Bezug zu QS-Ergebnissen	60659
	Bezug zum Verfahren	DeQS
	Sortierung	-
	Rechenregel	Beobachtete Anzahl an Nachresektionen
	Operator	Anzahl
	Teildatensatzbezug	18/1:BRUST
	Zähler	NOTWOPSR0EIGEN %in% c(1,2,3)
	Nenner	fn_invasivesMammaCa & OPTHERAPIEENDE %==% 1 & RORESEKTION %==% 1 & ARTERKRANK %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFFBR %==% 1
	Darstellung	-
	Grafik	-
		E (expected)
Art des Wertes		Kalkulatorische Kennzahl
ID		E_60659
Bezug zu QS-Ergebnissen		60659
Bezug zum Verfahren		DeQS
Sortierung		-
Rechenregel		Erwartete Anzahl an Nachresektionen, risikoadjustiert nach logistischem MC-Score für ID 60659
Operator		Summe
Teildatensatzbezug		18/1:BRUST

	Zähler	fn_M18n1Score_60659
	Nenner	fn_invasivesMammaCa & OPTHERAPIEENDE %==% 1 & RORESEKTION %==% 1 & ARTERKRANK %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFFBR %==% 1
	Darstellung	-
	Grafik	-
Verwendete Funktionen	fn_invasivesMammaCa fn_M18n1Score_60659	
Verwendete Listen	ICD_0_3_MC_InvasivesMammaCa	
Darstellung	-	
Grafik	-	
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen		

Gruppe: Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Bezeichnung Gruppe	Interdisziplinäre Tumorkonferenz
Qualitätsziel	Möglichst häufig prätherapeutische oder postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, DCIS oder bei Vorliegen eines lokoregionären Rezidivs

Hintergrund

Brustkrebs ist eine hochvariable Erkrankung, deren Behandlung komplex ist und welche daher optimalerweise im fachdisziplinübergreifenden Kontext betreut wird (Biganzoli et al. 2017). Dies gilt auch für das DCIS (AGO 2024: 179 f.). 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 (Biganzoli et al. 2017, BMG 2017: 7, 31 f., 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 (Biganzoli et al. 2017).

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. 2021, Biganzoli et al. 2017, 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 (Jacke et al. 2015) und schließt in die Entscheidungsfindung außer den patientenbezogenen (Wilson et al. 2013: 3582) auch tumorbezogene Faktoren ein (Biganzoli et al. 2017, Wilson et al. 2013).

Interdisziplinäre Tumorkonferenzen werden regelmäßig (Biganzoli et al. 2017), üblicherweise wöchentlich abgehalten (DKG/DGS 2021, Wilson et al. 2013) und entscheiden über im Vorfeld festgelegte Fälle. Zum Kernteam einer „interdisziplinären Tumorkonferenz“ gehören folgende Spezialisten und Spezialistinnen: Brustoperateur/Brustoperateurin, Radiologe/Radiologin, Pathologe/Pathologin, Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut, internistische/r, ggf. gynäkologische/r Onkologe/Onkologin (DKG/DGS 2021, Jacke et al. 2015, Wilson et al. 2013). Entsprechend der Krankheitssituation sollten die psychoon-

kologischen, 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 2021).

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 2021: 106 ff.).

Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird in einem Protokoll verschriftlicht („Protokoll Tumorkonferenz“) (DKG/DGS 2021), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden (Wilson et al. 2013) umfasst und Teil der Patientenakte ist (DKG/DGS 2021).

211800: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1= Primärerkrankung 2= lokoregionäres Rezidiv nach BET 3= lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4= ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5= prophylaktische Mastektomie 6= Fernmetastase	ARTERKRANK
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0= nein 1= ja	ERSTOFFEINGRIFF
33:BRUST	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICD03Mamma	POSTICD03
35:BRUST	primär-operative Therapie abgeschlossen	K	0= nein 1= ja	OPTHERAPIEENDE
46:B	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	K	0= nein 1= ja	ADJUTHERAPIEPLANUNG

Eigenschaften und Berechnung

ID	211800
Bezeichnung	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 - Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2025	≥ x % (5. Perzentil)
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungsverfahren 2026	<p>Zu den für die postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz notwendigen Unterlagen sollten zählen: Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Identifikationsnummer), der Angabe des verantwortlichen Arztes, dem Tag der Entnahme/OP, 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 sowie klinischen Befunden und Bildgebung (z. B. Befund palpabel/nicht palpabel; Mikrokalzifikation vorhanden/nicht vorhanden; ggf. mit Übersendung der Präparat-Radiographie) (Leitlinienprogramm Onkologie 2021) sowie Histologie-Grading, Hormonrezeptorstatus und HER2-Status; (y)pTNM-Klassifikation, Tumorgroße, Sicherheitsabstand, Resektionsrand, peritumorale Gefäßinvasion, Bezug zu klinischen, radiologischen Befunden, ggf. Angabe weiterer zusätzlicher Tumorherde (Multifokalität, Multizentrität).</p> <p>Es wird empfohlen, dass sich die interdisziplinäre Tumorkonferenz wie folgt zusammensetzt: Brustoperateur/Brustoperateurin, Radiologe/Radiologin, Pathologe/Pathologin, Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut, Internistische(r), ggf. gynäkologische(r) Onkologe/Onkologin. 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) hinzugezogen werden (Wilson et al. 2013, DKG/DGS 2021).</p> <p>Das Ergebnis der interdisziplinären Tumorkonferenz wird in einem</p>

	Protokoll verschriftlicht („Protokoll Tumorkonferenz“), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden umfasst und Teil der Patientenakte ist (Wilson et al. 2013, DKG/DGS 2021).
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl an Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff und abgeschlossener primär-operativer Therapie oder bei Vorliegen eines lokoregionären Rezidivs</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:B
Zähler (Formel)	ADJUTHERAPIEPLANUNG %==% 1
Nenner (Formel)	(fn_DCIS fn_invasivesMammaCaPrimaer) & OPTHERAPIEENDE %==% 1 & ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 & ARTERKRANK %in% c(1, 2, 3)
Verwendete Funktionen	fn_DCIS fn_invasivesMammaCaPrimaer
Verwendete Listen	ICD_0_3_MC_DCIS ICD_0_3_MC_InvasivesMammaCaPrimaer
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

212400: Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv

Verwendete Datenfelder

Datenbasis: Spezifikation 2026 (Empfehlungen)

Item	Bezeichnung	M/K	Schlüssel/Formel	Feldname
12:BRUST	Erkrankung an dieser Brust	M	1= Primärerkrankung 2= lokoregionäres Rezidiv nach BET 3= lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4= ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5= prophylaktische Mastektomie 6= Fernmetastase	ARTERKRANK
13:BRUST	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	K	0= nein 1= ja	ERSTOFFEINGRIFF
20:BRUST	Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie	K	s. Anhang: ICD03Mamma	PRAEICD03
23:BRUST	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	K	0= nein 1= ja	PRAETHINTERDISZTHERAPIEPLAN

Eigenschaften und Berechnung

ID	212400
Bezeichnung	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom, DCIS oder lokoregionärem Rezidiv
Indikatortyp	Prozessindikator
Art des Wertes	Qualitätsindikator
Auswertungsjahr	2027
Erfassungsjahr	2026
Berichtszeitraum	Q1/2026 - Q4/2026
Datenquelle	QS-Daten
Bezug zum Verfahren	DeQS
Berechnungsart	Ratenbasiert
Referenzbereich 2026	≥ x % (5. Perzentil)
Referenzbereich 2025	Qualitätsindikator im Vorjahr nicht berechnet
Erläuterung zum Referenzbereich 2026	-
Erläuterung zum Stellungs-nahmeverfahren 2026	-
Methode der Risikoadjustierung	Keine weitere Risikoadjustierung
Erläuterung der Risikoadjustierung	-
Rechenregeln	<p>Zähler</p> <p>Anzahl an Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</p> <p>Nenner</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff oder bei Vorliegen eines lokoregionären Rezidivs</p>
Erläuterung der Rechenregel	-
Teildatensatzbezug	18/1:B
Zähler (Formel)	PRAETHINTERDISZTHERAPIEPLAN %==% 1
Nenner (Formel)	(fn_DCIS_prae fn_invasivesMammaCa_prae) & ERSTOFFEINGRIFF %==% 1 & ARTERKRANK %in% c(1,2,3)
Verwendete Funktionen	fn_DCIS_prae fn_invasivesMammaCa_prae

Verwendete Listen	ICD_0_3_MC_DCIS ICD_0_3_MC_InvasivesMammaCa
Darstellung	-
Grafik	-
Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen	

Literatur

- AGO [Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie], Kommission Mamma; Hrsg. (2024): Diagnostik und Therapie früher und fortgeschrittener Mammakarzinome. Version 2024.1. [Stand: 05.04.2024]. [München]: AGO. URL: https://www.ago-online.de/fileadmin/ago-online/downloads/_leitlinien/kommission_mamma/2024/AGO_2024D_Gesamtdatei.pdf (abgerufen am: 25.11.2024).
- AGREE Next Steps Consortium (2017): Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. AGREE II Instrument. Update: December 2017. AGREE Research Trust. URL: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf> (abgerufen am: 16.05.2023).
- Azavedo, E; Cataliotti, L; Ciatto, S; Perry, N; Svane, G; Vielh, P (1994): European Society of Mastology Study Group on detection and diagnosis. Proceedings of the EUSOMA seminar on nonpalpable breast lesions Florence, 18 June 1993. Recommendations for the management of nonpalpable lesion detected by mammography. *The Breast* 3(4): 241-245. DOI: 10.1016/0960-9776(94)90055-8.
- BÄK [Bundesärztekammer]; KBV [Kassenärztliche Bundesvereinigung]; AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] (2021): Leitliniengrundlagen. Nationale Versorgungs Leitlinien. Ein Programm von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. zuletzt verändert: 26.05.2021. Berlin: ÄZQ [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin]. URL: <https://www.leitlinien.de/hintergrund/leitliniengrundlagen> (abgerufen am: 30.11.2022).
- Beckmann, MW; Brucker, C; Hanf, V; Rauh, C; Bani, MR; Knob, S; et al. (2011): Quality Assured Health Care in Certified Breast Centers and Improvement of the Prognosis of Breast Cancer Patients. *Oncology Research and Treatment* 34(7): 362-367. DOI: 10.1159/000329601.
- Biganzoli, L; Marotti, L; Hart, CD; Cataliotti, L; Cutuli, B; Kühn, T; et al. (2017): Quality indicators in breast cancer care: An update from the EUSOMA working group. *European Journal of Cancer* 86: 59-81. DOI: 10.1016/j.ejca.2017.08.017.
- BMG [Bundesamt für Gesundheit], Referat 315 "Nicht übertragbare Krankheiten" (2017): Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele, Umsetzungsempfehlungen und Ergebnisse. Stand: Dezember

2017. Bonn: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationaler_Krebsplan.pdf (abgerufen am: 14.11.2022).

Bördlein, I (2010): Bei Krebsvorstufen der Brust betragen die Heilungschancen nahezu 100 Prozent. [Stand:] 20.05.2010. Springer Medizin. URL: <https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/krebs/mamma-karzinom/article/603420/krebsvorstufen-brust-betragen-heilungschancen-nahezu-100-prozent.html> (abgerufen am: 25.11.2024).

Brucker, SY; Bamberg, M; Jonat, W; Beckmann, MW; Kämmerle, A; Kreienberg, R; et al. (2009): Certification of breast centres in Germany: proof of concept for a prototypical example of quality assurance in multidisciplinary cancer care. *BMC: Cancer* 9(1): 228. DOI: 10.1186/1471-2407-9-228.

Bruening, W; Fontanarosa, J; Tipton, K; Treadwell, JR; Launders, J; Schoelles, K (2010): Systematic Review: Comparative Effectiveness of Core-Needle and Open Surgical Biopsy to Diagnose Breast Lesions. *Annals of Internal Medicine* 152(4): 238-246. DOI: 10.7326/0003-4819-152-1-201001050-00190.

Classe, J-M; Bordes, V; Campion, L; Mignotte, H; Dravet, F; Leveque, J; et al. (2009): Sentinel Lymph Node Biopsy After Neoadjuvant Chemotherapy for Advanced Breast Cancer: Results of Ganglion Sentinelle et Chimiothérapie Neoadjuvante, a French Prospective Multicentric Study. *Journal of Clinical Oncology* 27(5): 726-732. DOI: 10.1200/jco.2008.18.3228.

DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; DGS [Deutsche Gesellschaft für Senologie] (2021): Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft. Version K1. [Stand:] 25.10.2021. Berlin: DKS, DGS. Dokument Nr.: eb_bz-K1_211025. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html> [Brustkrebszentren > Erhebungsbogen Brustkrebszentren (*.docx)] (abgerufen am: 08.11.2022).

Fansa, H; Heitmann, C (2018): Tumorentfernung und brusterhaltende Therapie (BET). Kapitel 4. In: Fansa, H; Heitmann, C; Hrsg.: *Brustchirurgie*. Berlin: Springer, 23-28. ISBN: 978-3-662-57389-1.

Grilli, R; Minozzi, S; Tinazzi, A; Labianca, R; Sheldon, TA; Liberati, A (1998): Do specialists do it better? The impact of specialization on the processes and outcomes of care for cancer patients. *Annals of Oncology* 9(4): 365-374. DOI: 10.1023/A:1008201331167.

Houssami, N; Macaskill, P; Marinovich, ML; Morrow, M (2014): The Association of Surgical Margins and Local Recurrence in Women with Early-Stage Invasive Breast Cancer Treated with Breast-Conserving Therapy: A Meta-Analysis. *Annals of Surgical Oncology* 21(3): 717-730. DOI: 10.1245/s10434-014-3480-5.

Jacke, CO; Albert, US; Kalder, M (2015): The adherence paradox: guideline deviations contribute to the increased 5-year survival of breast cancer patients. *BMC: Cancer* 15(1): 734. DOI: 10.1186/s12885-015-1765-0.

Kesson, EM; Allardice, GM; George, WD; Burns, HJG; Morrison, DS (2012): Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ* 344: e2718. DOI: 10.1136/bmj.e2718.

Krag, DN; Anderson, SJ; Julian, TB; Brown, AM; Harlow, SP; Costantino, JP; et al. (2010): Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomized phase 3 trial. *The Lancet Oncology* 11(10): 927-933. DOI: 10.1016/S1470-2045(10)70207-2.

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: 25.11.2024).

Lyman, GH; Temin, S; Edge, SB; Newman, LA; Turner, RR; Weaver, DL; et al. (2014): Sentinel Lymph Node Biopsy for Patients With Early-Stage Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology* 32(13): 1365-1383. DOI: 10.1200/jco.2013.54.1177.

Lyman, GH; Somerfield, MR; Bosserman, LD; Perkins, CL; Weaver, DL; Giuliano, AE (2017): Sentinel Lymph Node Biopsy for Patients With Early-Stage Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology* 35(5): 561-564. DOI: 10.1200/jco.2016.71.0947.

Moran, MS; Schnitt, SJ; Giuliano, AE; Harris, JR; Khan, SA; Horton, J; et al. (2014): Society of Surgical Oncology–American Society for Radiation Oncology Consensus Guideline on Margins for Breast-Conserving Surgery With Whole-Breast Irradiation in Stages I and II Invasive Breast Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 32(14): 1507–1515. DOI: 10.1200/jco.2013.53.3935.

NICE [National Institute for Clinical Excellence] (2002): NICE Cancer Service Guideline CSG1. Guidance on Cancer Services Improving Outcomes in Breast Cancer. Manual Update [Full Guideline]. [Published: 28.08.2002]. London, GB: NICE. ISBN: 1-84257-188-5. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/csg1/evidence/full-guideline-pdf-2183832541> (abgerufen am: 25.11.2024).

NZGG [New Zealand Guidelines Group] (2009): Management of Early Breast Cancer. Evidence-based Best Practice Guideline [Date of Publication: 02.09.2009]. Wellington, NZ-WGN: NZGG. ISBN: 978-1-877509-17-9. URL: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/mgmt-of-early-breast-cancer-aug09.pdf> (abgerufen am: 08.11.2022).

Perry, N; Broeders, M; de Wolf, C; Törnberg, S; Holland, R; von Karsa, L; et al.; Hrsg. (2006): European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis [Full Guideline]. Fourth Edition. Luxembourg, LU: European Communities. ISBN: 92-79-01258-4. URL: <https://www.eur-ref.org/european-guidelines/4th-edition> [Download European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis (PDF) > Download] (abgerufen am: 09.11.2022).

Perry, NM (2001): Quality assurance in the diagnosis of breast disease. *European Journal of Cancer* 37(2): 159–172. DOI: 10.1016/S0959-8049(00)00337-3.

Shapiro-Wright, HM; Julian, TB (2010): Sentinel Lymph Node Biopsy and Management of the Axilla in Ductal Carcinoma In Situ. *Journal of the National Cancer Institute: Monographs* 2010(41): 145–149. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgq026.

Spring, LM; Fell, G; Arfe, A; Sharma, C; Greenup, R; Reynolds, KL; et al. (2020): Pathologic Complete Response after Neoadjuvant Chemotherapy and Impact on Breast Cancer Recurrence and Survival: A Comprehensive Meta-analysis. *Clinical Cancer Research* 26(12): 2838–2848. DOI: 10.1158/1078-0432.CCR-19-3492.

Tunon-de-Lara, C; Chauvet, MP; Baranzelli, MC; Baron, M; Piquenot, J; Le-Bouédec, G; et al. (2015): The Role of Sentinel Lymph Node Biopsy and Factors Associated with Invasion in Extensive DCIS of the

Breast Treated by Mastectomy: The Cinnamome Prospective Multicenter Study. *Annals of Surgical Oncology* 22(12): 3853-3860. DOI: 10.1245/s10434-015-4476-5.

Wilson, ARM; Marotti, L; Bianchi, S; Biganzoli, L; Claassen, S; Decker, T; et al. (2013): The requirements of a specialist Breast Centre. *European Journal of Cancer* 49(17): 3579-3587. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.07.017.

Xing, Y; Foy, M; Cox, DD; Kuerer, HM; Hunt, KK; Cormier, JN (2006): Meta-analysis of sentinel lymph node biopsy after preoperative chemotherapy in patients with breast cancer. *British Journal of Surgery* 93(5): 539-546. DOI: 10.1002/bjs.5209.

Anhang I: Schlüssel (Spezifikation)

Schlüssel: ICD03Mamma	
8010/3	Karzinom o.n.A.
8010/6	Karzinom, Metastase o.n.A.
8013/3	Großzelliges neuroendokrines Karzinom
8013/6	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase
8013/9	Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8022/3	Pleomorphes Karzinom
8022/6	Pleomorphes Karzinom, Metastase
8022/9	Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8032/3	Spindelzellkarzinom o.n.A.
8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
8035/6	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase
8035/9	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8041/3	Kleinzelliges Karzinom o.n.A.
8041/6	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase
8041/9	Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8070/6	Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A.
8070/9	Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8140/6	Adenokarzinom-Metastase o.n.A.
8140/9	Adenokarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
8200/6	Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase
8200/9	Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8201/3	Kribriiformes Karzinom o.n.A.
8201/6	Kribriiformes Karzinom o.n.A., Metastase
8201/9	Kribriiformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8211/3	Tubuläres Adenokarzinom
8211/6	Tubuläres Adenokarzinom, Metastase
8211/9	Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.

Schlüssel: ICD03Mamma	
8249/3	Atypischer Karzinoidtumor
8249/6	Atypischer Karzinoidtumor, Metastase
8249/9	Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8265/3	Mikropapilläres Karzinom o.n.A.
8265/6	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., Metastase
8265/9	Mikropapilläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8290/3	Onkozytäres Karzinom
8290/6	Onkozytäres Karzinom, Metastase
8290/9	Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8314/3	Lipidreiches Karzinom
8314/6	Lipidreiches Karzinom, Metastase
8314/9	Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8315/3	Glykogenreiches Karzinom
8315/6	Glykogenreiches Karzinom, Metastase
8315/9	Glykogenreiches Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8401/3	Apokrines Adenokarzinom
8401/6	Apokrines Adenokarzinom, Metastase
8401/9	Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8410/3	Talgdrüsenadenokarzinom
8410/6	Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase
8410/9	Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8430/3	Mukoepidermoid-Karzinom
8430/6	Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase
8430/9	Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8480/3	Muzinöses Adenokarzinom
8480/6	Muzinöses Adenokarzinom, Metastase
8480/9	Muzinöses Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8490/3	Siegelringzellkarzinom
8490/6	Metastase eines Siegelringzellkarzinomes
8490/9	Siegelringzellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8500/2	Duktales Carcinoma in situ o.n.A.
8500/3	Invasives duktales Karzinom o.n.A.

Schlüssel: ICD03Mamma	
8500/6	Invasives duktales Karzinom o.n.A., Metastase
8500/9	Invasives duktales Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8502/3	Sekretorisches Mammakarzinom
8502/6	Sekretorisches Mammakarzinom, Metastase
8502/9	Sekretorisches Mammakarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8503/2	Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom
8503/3	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion
8503/6	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, Metastase
8503/9	Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8504/2	Nichtinvasives intrazystisches Karzinom
8504/3	Intrazystisches Karzinom o. n. A. , intrazystisches papilläres Adenokarzinom
8507/2	Intraduktales mikropapilläres Karzinom
8507/3	Invasives mikropapilläres Mammakarzinom
8509/2	Solides papilläres Carcinoma in situ
8509/3	Solides papilläres Karzinom mit Invasion
8510/3	Medulläres Karzinom o.n.A.
8510/6	Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase
8510/9	Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8519/2	Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ
8520/2	Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A.
8520/3	Lobuläres Karzinom o.n.A.
8520/6	Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase
8520/9	Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8522/3	Invasives duktales und lobuläres Karzinom
8522/6	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase
8522/9	Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8523/3	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8523/6	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8523/9	invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8524/3	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8524/6	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase

Schlüssel: ICD03Mamma	
8524/9	invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8530/3	Inflammatorisches Karzinom
8530/6	Inflammatorisches Karzinom, Metastase
8530/9	Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8540/3	M. Paget der Brust
8541/3	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom
8541/6	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase
8541/9	M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8543/3	M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom
8550/3	Azinuszellkarzinom
8550/6	Azinuszellkarzinom, Metastase
8550/9	Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8560/3	Adenosquamöses Karzinom
8560/6	Adenosquamöses Karzinom, Metastase
8560/9	Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8571/3	Adenokarzinom mit Knorpel- und Knochenmetaplasie
8572/3	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie
8572/6	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase
8572/9	Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8574/3	Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung
8575/3	Metaplastisches Karzinom o.n.A.
8575/6	Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase
8575/9	Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8800/3	Sarkom o.n.A.
8800/6	Sarkom o.n.A., Metastase
8800/9	Sarkomatose o.n.A.
8802/3	Riesenzellsarkom
8830/3	Malignes fibröses Histiozytom
8850/3	Liposarkom o.n.A.
8850/6	Liposarkom o.n.A., Metastase
8850/9	Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase

Schlüssel: ICD03Mamma	
8890/3	Leiomyosarkom o.n.A.
8890/6	Leiomyosarkom o.n.A., Metastase
8890/9	Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8982/3	Malignes Myoepitheliom
8982/6	Malignes Myoepitheliom, Metastase
8982/9	Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9020/1	Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität
9020/3	Maligner Phylloides-Tumor
9020/6	Maligner Phylloides-Tumor, Metastase
9020/9	Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9120/3	Hämangiosarkom
9120/6	Hämangiosarkom, Metastase
9120/9	Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9180/3	Osteosarkom o.n.A.
9180/6	Osteosarkom o.n.A., Metastase
9180/9	Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
9590/3	Malignes Lymphom o.n.A.
9680/3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.
9687/3	Burkitt-Lymphom o.n.A.
9690/3	Folikuläres Lymphom o.n.A.
9699/3	Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.

Schlüssel: pNMamma	
cN0	cN0
pN0	pN0
pN0(sn)	pN0(sn)
pN1(sn)	pN1(sn)
pN1a	pN1a
pN1a(sn)	pN1a(sn)
pN1b	pN1b
pN1c	pN1c
pN1mi	pN1mi
pN1mi(sn)	pN1mi(sn)
pN2a	pN2a
pN2a(sn)	pN2a(sn)
pN2b	pN2b
pN3a	pN3a
pN3b	pN3b
pN3c	pN3c
pNX	pNX
ypN0	ypN0
ypN0(sn)	ypN0(sn)
ypN1(sn)	ypN1(sn)
ypN1a	ypN1a
ypN1a(sn)	ypN1a(sn)
ypN1b	ypN1b
ypN1c	ypN1c
ypN1mi	ypN1mi
ypN1mi(sn)	ypN1mi(sn)
ypN2a	ypN2a
ypN2a(sn)	ypN2a(sn)
ypN2b	ypN2b
ypN3a	ypN3a
ypN3b	ypN3b
ypN3c	ypN3c

Schlüssel: pNMamma	
ypNX	ypNX

Schlüssel: pTMamma	
pT0	pT0
pT1	pT1
pT1a	pT1a
pT1b	pT1b
pT1c	pT1c
pT1mic	pT1mic
pT2	pT2
pT3	pT3
pT4a	pT4a
pT4b	pT4b
pT4c	pT4c
pT4d	pT4d
pTX	pTX
pTis	pTis
ypT0	ypT0
ypT1	ypT1
ypT1a	ypT1a
ypT1b	ypT1b
ypT1c	ypT1c
ypT1mic	ypT1mic
ypT2	ypT2
ypT3	ypT3
ypT4a	ypT4a
ypT4b	ypT4b
ypT4c	ypT4c
ypT4d	ypT4d
ypTX	ypTX
ypTis	ypTis

Anhang II: Listen

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
ICD_O_3_MC_DCIS	ICD-O-3	DCIS (Ductal Carcinoma in Situ)	8500/2, 8503/2, 8504/2, 8507/2, 8509/2, 8540/3, 8543/3
ICD_O_3_MC_InvasivesMammaCa	ICD-O-3	Invasives Mammakarzinom	8010/3, 8010/6, 8010/9, 8013/3, 8013/6, 8013/9, 8022/3, 8022/6, 8022/9, 8035/3, 8035/6, 8035/9, 8041/3, 8041/6, 8041/9, 8070/3, 8070/6, 8070/9, 8140/6, 8200/3, 8200/6, 8200/9, 8201/3, 8201/6, 8201/9, 8211/3, 8211/6, 8211/9, 8246/3, 8249/3, 8249/6, 8249/9, 8265/3, 8265/6, 8265/9, 8290/3, 8290/6, 8290/9, 8314/3, 8314/6, 8314/9, 8315/3, 8315/6, 8315/9, 8401/3, 8401/6, 8401/9, 8410/3, 8410/6, 8410/9, 8430/3, 8430/6, 8430/9, 8480/3, 8480/6, 8480/9, 8490/3, 8490/6, 8490/9, 8500/3, 8500/6, 8500/9, 8502/3, 8502/6, 8502/9, 8503/3, 8503/6, 8503/9, 8504/3, 8507/3, 8509/3, 8510/3, 8510/6, 8510/9, 8519/2, 8520/3, 8520/6, 8520/9, 8522/3, 8522/6, 8522/9, 8523/3, 8523/6, 8523/9, 8524/3, 8524/6, 8524/9, 8530/3, 8530/6, 8530/9, 8541/3, 8541/6, 8541/9, 8550/3, 8550/6, 8550/9, 8560/3, 8560/6, 8560/9, 8571/3, 8572/3, 8572/6, 8572/9, 8574/3, 8575/3, 8575/6, 8575/9, 8982/3, 8982/6, 8982/9
ICD_O_3_MC_InvasivesMammaCaPri-maer	ICD-O-3	Invasives Mammakarzinom, nur Primärtumor	8010/3, 8013/3, 8022/3, 8035/3, 8041/3, 8070/3, 8200/3, 8201/3, 8211/3, 8246/3, 8249/3, 8265/3, 8290/3, 8314/3, 8315/3, 8401/3, 8410/3, 8430/3, 8480/3, 8490/3, 8500/3, 8502/3, 8503/3, 8504/3, 8507/3, 8509/3, 8510/3, 8519/2, 8520/3, 8522/3, 8523/3, 8524/3, 8530/3, 8541/3, 8550/3, 8560/3, 8571/3, 8572/3, 8574/3, 8575/3, 8982/3
OPS_MC_BET	OPS	Brusterhaltende Operationen	5-870.60%, 5-870.61%, 5-870.90%, 5-870.91%, 5-870.a0%, 5-870.a1%, 5-870.a2%, 5-870.a3%, 5-870.a4%, 5-870.a5%, 5-870.a6%, 5-870.a7%, 5-870.ax%, 5-870.x%, 5-870.y%
OPS_MC_Mastektomie	OPS	Mastektomie	5-872.0%, 5-872.1%, 5-872.x%, 5-872.y%, 5-874.0%, 5-874.1%, 5-874.2%, 5-874.4%, 5-874.5%, 5-874.6%, 5-874.7%, 5-874.8%,

Listenname	Typ	Beschreibung	Werte
			5-874.x%, 5-874.y%, 5-877.0%, 5-877.10%, 5-877.11%, 5-877.12%, 5-877.1x%, 5-877.20%, 5-877.21%, 5-877.22%, 5-877.2x%, 5-877.x%, 5-877.y%

Anhang III: Vorberechnungen

Keine Vorberechnungen in Verwendung.

Anhang IV: Funktionen

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_AbstDiagnoseOP	integer	Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation in Tagen	<pre>nAbstand <- ifelse(!is.na(abstAusgangHistBefund), abstAusgangHistBefund + vwDauer - poopvwdauer, ifelse(!is.na(abstDiagGespr), abstDiagGespr + vwDauer - poopvwdauer, NA_integer_)) result <- ifelse(!is.na(nAbstand) & nAbstand %between% c(1,365), nAbstand, NA_integer_) result</pre>
fn_DCIS	boolean	DCIS (nach ICD-0-3)	POSTICD03 %in% LST\$ICD_0_3_MC_DCIS
fn_DCIS_prae	boolean	DCIS (nach ICD-0-3) - prätherapeutisch	PRAEICD03 %in% LST\$ICD_0_3_MC_DCIS
fn_invasivesMammaCa	boolean	Invasives Mammakarzinom (nach ICD-0-3)	POSTICD03 %in% LST\$ICD_0_3_MC_InvasivesMammaCa
fn_invasivesMammaCa_prae	boolean	Invasives Mammakarzinom (nach ICD-0-3) - prätherapeutisch	PRAEICD03 %in% LST\$ICD_0_3_MC_InvasivesMammaCa
fn_invasivesMammaCaPrimaer	boolean	Invasives Mammakarzinom (nach ICD-0-3) nur Primärtumor	POSTICD03 %in% LST\$ICD_0_3_MC_InvasivesMammaCaPrimaer

Funktion	FeldTyp	Beschreibung	Script
fn_IstErsteOP	boolean	OP ist die erste OP	fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff %==% (maximum(fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff) %group_by% TDS_B)
fn_M18n1Score_60659	float	Score zur logistischen Regression - ID 60685	# Funktion fn_18n1Score_60685
fn_Poopvwdauer_LfdNrEingriff	integer	Kombination von poopvwdauer und lfdNrEingriff, um bei identischer postoperativer Verweildauer (OP am selben Tag) nach der laufenden Nummer zu differenzieren	poopvwdauer * 100 - LFDNREINGRIFF
fn_pT1bis4ohneNeoadjuvanz	boolean	Tumorstadium pT1 bis pT4 ohne präoperative tumorspezifische Therapie	TNMPTMAMMA %in% c("pT1mic", "pT1a", "pT1b", "pT1c", "pT2", "pT3", "pT4a", "pT4b", "pT4c", "pT4d")
fn_pTohneNeoadjuvanz	boolean	Tumorstadium pT ohne präoperative tumorspezifische Therapie	TNMPTMAMMA %in% c("pT0", "pTis", "pT1mic", "pT1a", "pT1b", "pT1c", "pT2", "pT3", "pT4a", "pT4b", "pT4c", "pT4d", "pTX")

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org