

Jahresauswertung 2003  
Modul 18/1: Mammachirurgie

Qualitätsindikatoren

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 81  
Auswertungsversion: 13. Juli 2004  
Datensatzversion: 2003 6.0  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 16. Juli 2004  
Nr. Gesamt-2032  
2003 - L10258-P11348

## Übersicht Qualitätsindikatoren I

Qualitätsindikatoren	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Ab- weichung*	Seite
<b>Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien</b>						
Anteil an Patientinnen mit führendem histologischem Befund "maligne"						1.1
			Qualitätsindikator für Daten aus 2003 ausgesetzt			
<b>Postoperatives Präparatröntgen</b>						
Anteil von Operationen mit postoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Markierung durch Röntgen			49,46%	>= 90%	-40,5%	1.2
<b>Hormonrezeptoranalyse</b>						
Anteil von Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mamma-Karzinom			96,23%	>= 95%	1,2%	1.4
<b>Angabe pT, pN und M</b>						
Anteil von Patientinnen mit Angabe pT, pN und M bei invasivem Mamma-Karzinom			67,54%	nicht definiert		1.6
<b>Tumorfreier Präparateschnittrand</b>						
Anteil an Patientinnen min Sicherheitsabstand >=10 mm bei führendem histologischen Befund DCIS			44,00%	nicht definiert		1.8
Anteil an Patientinnen min Sicherheitsabstand >=5 mm bei führendem histologischen Befund invasives Karzinom			75,31%	nicht definiert		1.8
<b>Angabe Sicherheitsabstand</b>						
Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand			78,30%	>= 95%	-16,7%	1.11
<b>Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom</b>						
						1.13
			Qualitätsindikator für Daten aus 2003 ausgesetzt			
<b>Axilladisektion bei invasivem Mamma-Karzinom</b>						
						1.14
			Qualitätsindikator für Daten aus 2003 ausgesetzt			
<b>Anzahl Lymphknoten</b>						
Anteil von Patientinnen mit Entfernung von >= 10 LK bei Axilladisektion bei invasivem Karzinom			89,06%	>= 90%	-0,9%	1.15

\* Abweichung der Krankenhausergebnisse vom Referenzwert

## Übersicht Qualitätsindikatoren II

Qualitätsindikatoren	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Abwei- chung*	Seite
<b>Indikation zur brusterhaltenden Therapie</b> Anteil von Patientinnen mit brusterhaltender Therapie beim Tumorstadium pT1			72,99%	>= 45,5% - <= 93,8%	27,5%	1.17
<b>Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie</b> Anteil von Patientinnen mit Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie			92,56%	>= 95%	-2,4%	1.19
<b>Revisions-Operationen</b> Anteil von Patientinnen mit Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen			4,20%	<= 14,3%	10,1%	1.21
<b>Wundinfektionen</b> Anteil an Patientinnen mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und praeoperativer Wundkontaminationsklasse 1 oder 2			3,63%	<= 11,5%	7,9%	1.23
<b>Adjuvante medikamentöse Therapie</b> Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter medikamentöser Therapie bei lymphknotenpositivem Mamma-Karzinom			97,33%	>= 95%	2,3%	1.25
<b>Adjuvante endokrine Therapie</b> Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter endokriner Therapie bei rezeptorpositivem Mamma-Karzinom			91,07%	>= 90%	1,1%	1.27
<b>Adjuvante Chemotherapie</b> Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter Therapie bei rezeptornegativem Befund			82,82%	nicht definiert		1.29
<b>Meldung an Krebsregister</b> Anteil der Patientinnen mit Meldung an ein epidemiologisches Krebsregister oder Tumorzentrum			98,39%	>= 95%	3,4%	1.31
<b>Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum</b> Anteil von Patientinnen mit geringem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum (Median)			8,0d	nicht definiert		1.33

\* Abweichung der Krankenhausergebnisse vom Referenzwert

# Leseanleitung

## 1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgungsleistung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

## 2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Indikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Indikators beschrieben. Sofern ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z.B. welches Ereignis gezählt wird oder wie die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

Sowohl in der Beschreibung der Grundgesamtheit als auch in den Zeilen- und Spaltenbeschriftungen ist dabei ein "oder" als logisches, d. h. inklusives "oder" zu verstehen im Sinne von "und/oder".

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.3) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Indikators.

### 2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

#### Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektionen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil postoperativer Wundinfektionen
Krankenhauswert:	10%
Vertrauensbereich:	8,2 - 11,8%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,2 und 11,8 Prozent.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit
2. der Anzahl der Fälle (z.B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z.B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion).

## 2.2 Referenzbereich

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich). Es gibt zwei Arten von Referenzbereichen:

a) Referenzbereiche, die durch einen festen Wert definiert sind (fixer Referenzbereich)

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von  $\leq 15\%$  definiert, d. h. Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten  $> 15\%$  gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (Perzentilen-Referenzbereich)

**Beispiel:** Es wird festgelegt, dass die 10% Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von  $\leq 90\%$ -Perzentile definiert.

Die Berechnung der Perzentile beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel event"-Indikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel event" aufgeführt.

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert. Anstelle des Referenzbereichs wird hier ein „ $\geq x\%$ “ oder „ $\leq x\%$ “ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

## 2.3 Grafische Darstellung der Krankhausergebnisse

Für die grau hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.3.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.3.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem grauen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind über den Grafiken jeweils die Spannweite und der Median der Krankhausergebnisse aufgeführt.

Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 2.3.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

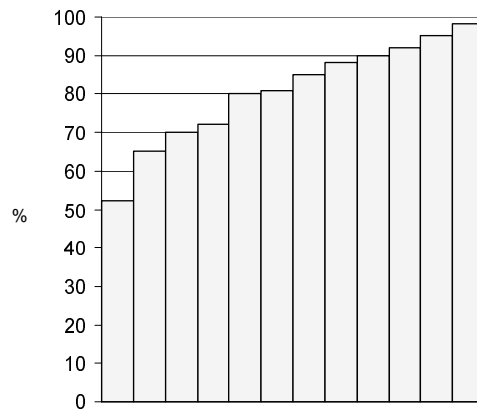
#### Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten



Krankenhäuser

### 2.3.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhäusergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte der Kennzahl des Qualitätsindikators in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

#### Beispiel:

Qualitätsindikator:

Postoperative Komplikationen

Kennzahl zum Qualitätsindikator:

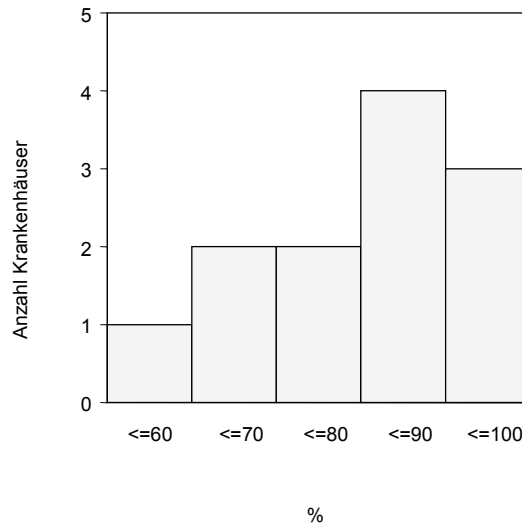
Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten

Mögliche Klasseneinteilung:

1. Klasse:  $\leq 60\%$
2. Klasse:  $> 60\%$  bis  $\leq 70\%$
3. Klasse:  $> 70\%$  bis  $\leq 80\%$
4. Klasse:  $> 80\%$  bis  $\leq 90\%$
5. Klasse:  $> 90\%$  bis  $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäuser? (Streuung der Verteilung)

### 3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In Ausnahmefällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

### 4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

## 5. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z.B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

## 6. Interpretation der Ergebnisse

Statistiken geben keinen direkten Hinweis auf gute oder schlechte Qualität, sondern bedürfen fachkundiger Interpretation und ggf. weitergehender Analysen.

## 7. Glossar

### **Anteil**

Eine Rate beschreibt den prozentualen Anteil einer Merkmalsausprägung unter allen betrachteten Merkmalsträgern (Grundgesamtheit).

### **Beziehungszahl**

Siehe Verhältnis

### **Konfidenzintervall**

Siehe Vertrauensbereich

### **Median der Krankenhausergebnisse**

Der Median ist derjenige Wert, für den 50% der Krankenhausergebnisse kleiner und 50% der Krankenhausergebnisse größer sind. Der Median ist ein Maß, das den Mittelpunkt der Verteilung beschreibt.

### **Perzentile der Krankenhausergebnisse**

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so ist in diesem Beispiel 1,5% das 25%-Perzentil.

### **Rate**

Siehe Anteil

### **Statistische Maßzahlen**

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

### **Spannweite der Krankenhausergebnisse**

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung

### **Verhältnis**

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältnis“ verwendet.

### **Vertrauensbereich**

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem der prozentuale Anteil mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse (z.B. Dokumentationsfehler, Tagesform des OP-Teams etc.) liegt.



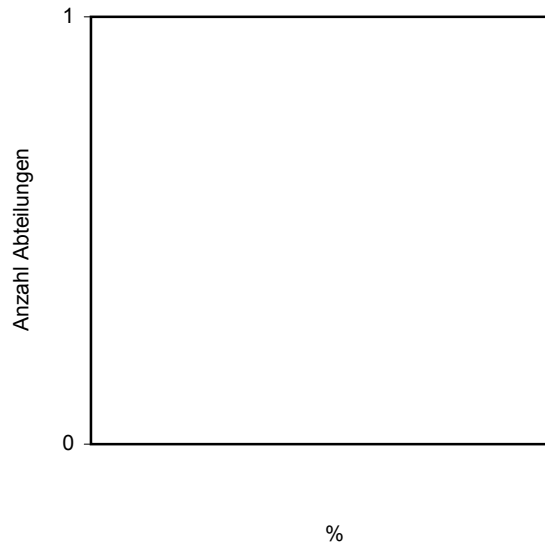
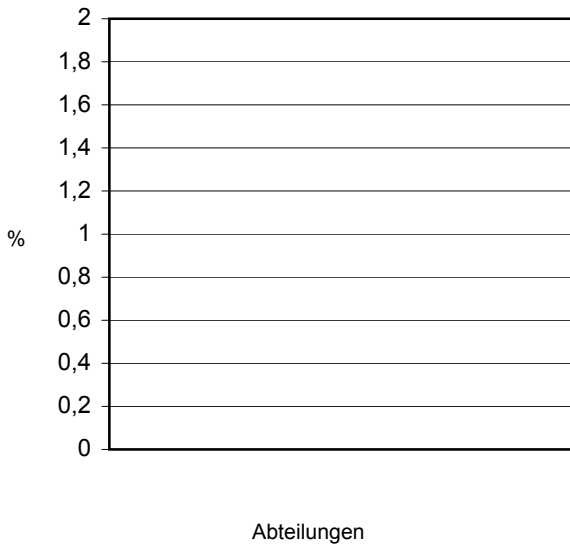
**Qualitätsindikator: Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien**

**Qualitätsziel:** Angemessene Rate entdeckter Malignome\* bei offenen Biopsien  
 \* (Schlüssel 7, Positionen 53-56, 60-63, 71)

**Grundgesamtheit:** Alle Ersteingriff-Patientinnen mit offenen Biopsien\* unter Ausschluss der Patientinnen mit präoperativ vorliegender Histologie  
 \* offene Biopsie (5-870\*, 5-871\*, 5-872\*, 5-873\*, 5-874\*, 5-875\*)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Pat. mit führendem histologischem Befund "maligne" Vertrauensbereich	Dieser Qualitätsindikator wird für die Daten aus dem Jahre 2003 ausgesetzt, da die einbezogenen Leistungen (Fallpauschalen und Sonderentgelte) sich nur auf bösartige Tumore beziehen.			
Patientinnen mit DCIS / papillärem in situ-Karzinom				
Patientinnen mit invasiven Karzinomen				
Pat. mit malignen sonstigen Neoplasien				

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 1]:**  
**Anteil von Patientinnen mit entdeckten Malignomen**  
 Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -  
 Median der Abteilungswerte:



0 Abteilungen haben mindestens 5000 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

**Qualitätsindikator: Postoperatives Präparatröntgen**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Eingriffe mit postoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Markierung durch bildgebende Verfahren

**Grundgesamtheit:** Alle Operationen mit präoperativer Markierung durch bildgebende Verfahren (Mammographie)

**Referenzwert:** >= 90%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit postoperativem Präparatröntgen			230 / 465	49,5%
Vertrauensbereich				44,82% - 54,11%
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 2]:**

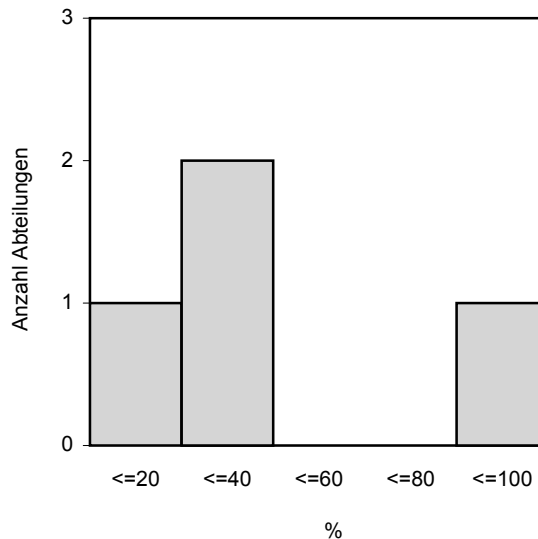
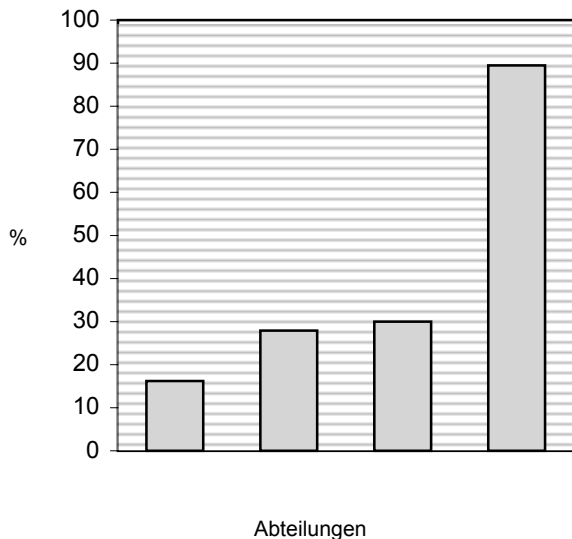
**Anteil von Operationen mit postoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Markierung durch Mammographie**

28 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 16,2% - 89,5%

Median der Abteilungswerte: 29,0%



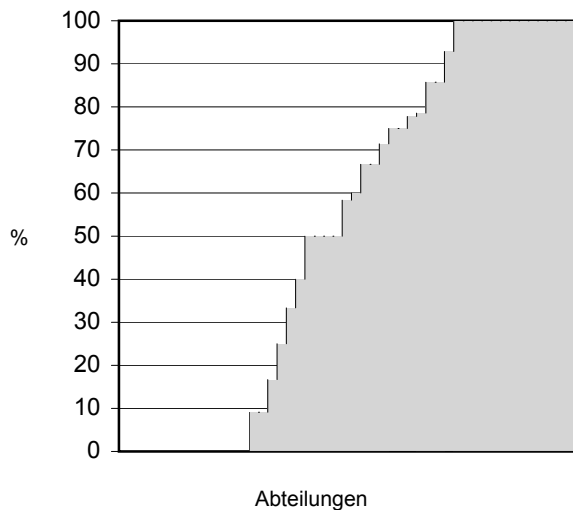
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 58,3%



49 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Hormonrezeptoranalyse**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mamma-Karzinom

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund invasives Mamma-Karzinom

**Referenzbereich:** >= 95%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse			1.865 / 1.938	96,2%
Vertrauensbereich				95,29% - 97,04%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

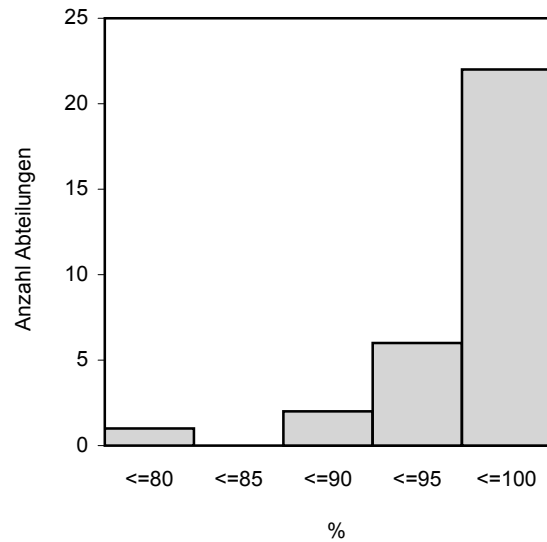
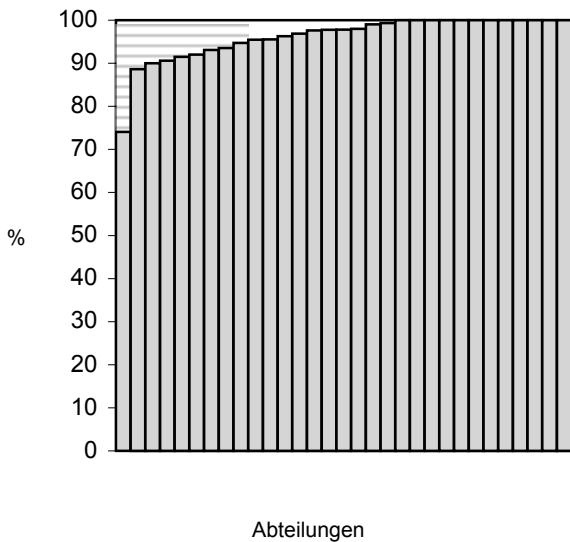
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 3]:**

**Anteil von Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mamma-Karzinom**  
 2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 74,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,8%



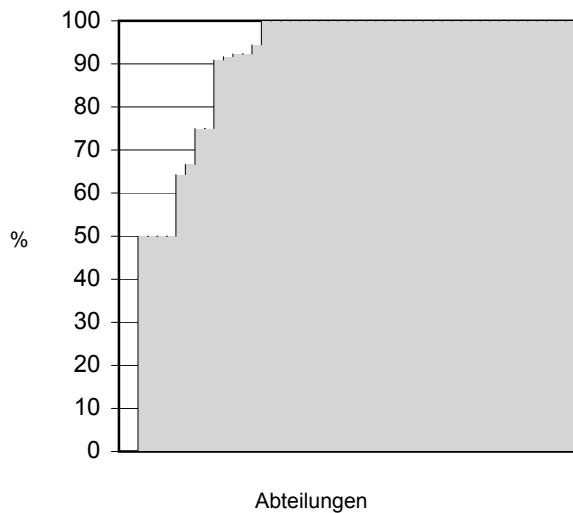
31 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



48 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Angabe pT, pN und M**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit Angabe von pT, pN und M bei invasivem Mamma-Karzinom

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund invasives Mamma-Karzinom

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Angabe pT, pN und M			1.309 / 1.938	67,5%
Vertrauensbereich			65,41% - 69,63%	
Referenzbereich		>= x%		>= x%
Patientinnen mit Angabe pT			1.783 / 1.938	92,0%
Patientinnen mit Angabe von pN			1.773 / 1.938	91,5%
Patientinnen mit Angabe von M			1.337 / 1.938	69,0%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 4]:**

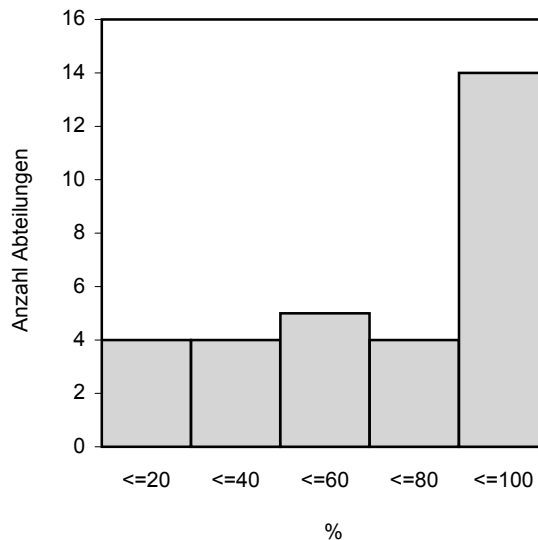
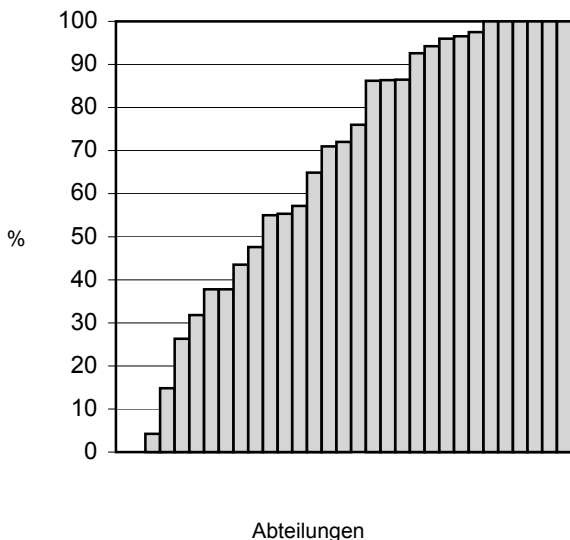
**Anteil von Patientinnen mit Angabe pT, pN und M bei invasivem Mamma-Karzinom**

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 72,0%



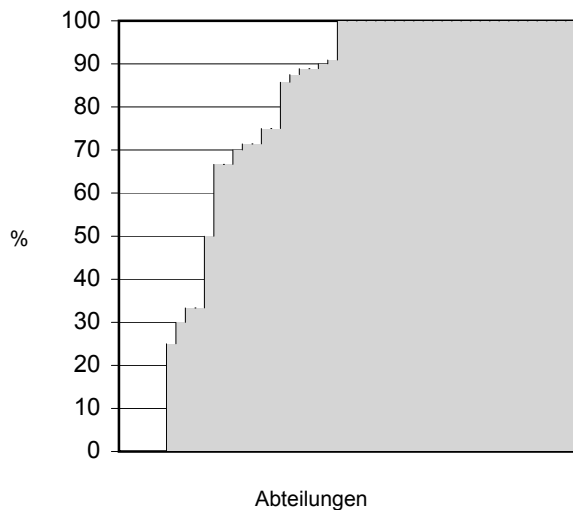
31 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



48 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Tumorfreier Präparateschnittrand**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit tumorfreiem Präparateschnittrand nach Exzision maligner Herde

**Grundgesamtheit:**

Gruppe 1 Patientinnen mit Sicherheitsabstand bei führendem histologischen Befund DCIS (Schlüssel 7, Positionen 53-56)

Gruppe 2 Patientinnen mit Sicherheitsabstand bei führendem histologischen Befund invasives Karzinom (Schlüssel 7, Positionen 60-63, 71)

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert. \*\*

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe1	Gruppe 2	Gruppe1	Gruppe 2
Patientinnen mit Sicherheitsabstand >= 10 mm			11 / 25	
Vertrauensbereich			44,0%	
Referenzbereich	>= x%		24,40% - 65,10%	>= x%
Patientinnen mit Sicherheitsabstand >= 5 mm				1.159 / 1.539
Vertrauensbereich				75,3%
Referenzbereich		>= x%	73,07% - 77,45%	>= x%

\*Diese Verteilung bezieht sich nur auf bösartige Tumore mit Axilladisektion (einbezogene Leistungen 2003)

\*\* Die wissenschaftliche Diskussion zum Ausmaß des Sicherheitsabstandes ist derzeit nicht abgeschlossen. Daher wird in diesem Jahr die Versorgungssituation dargestellt, aber eine Qualitätsbewertung anhand eines Referenzbereiches nicht erfolgen.



**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 5]:**

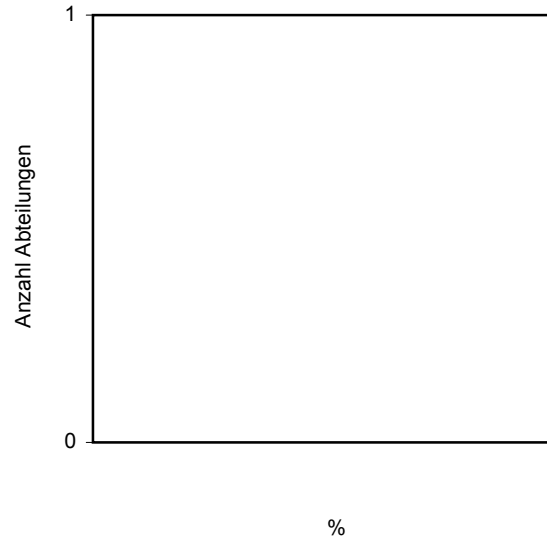
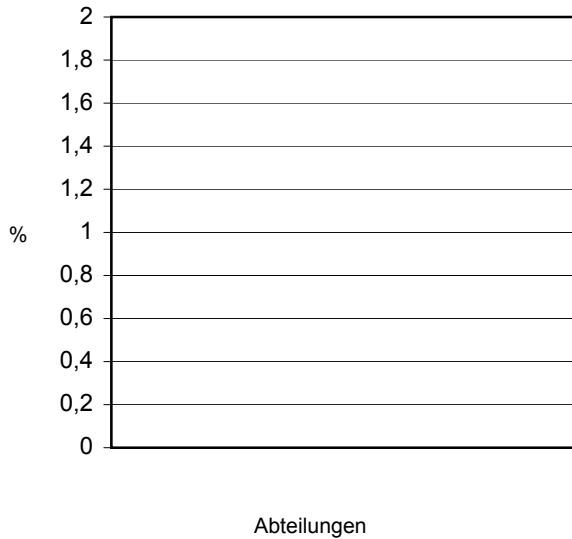
**Anteil von Patientinnen der Gruppe 1 mit Sicherheitsabstand  $\geq 10$  mm**

63 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:

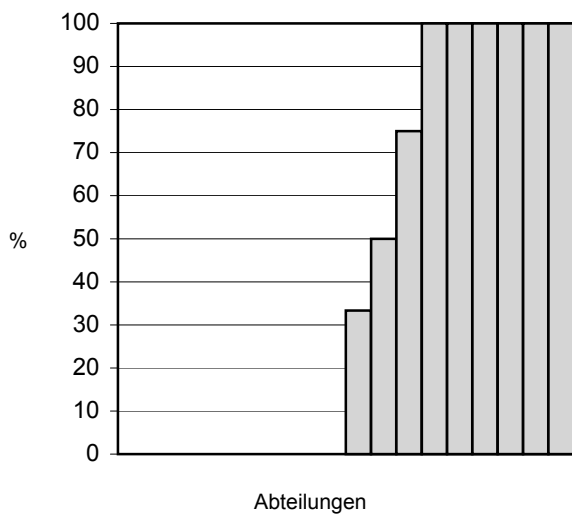


0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 16,7%



18 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 6]:**

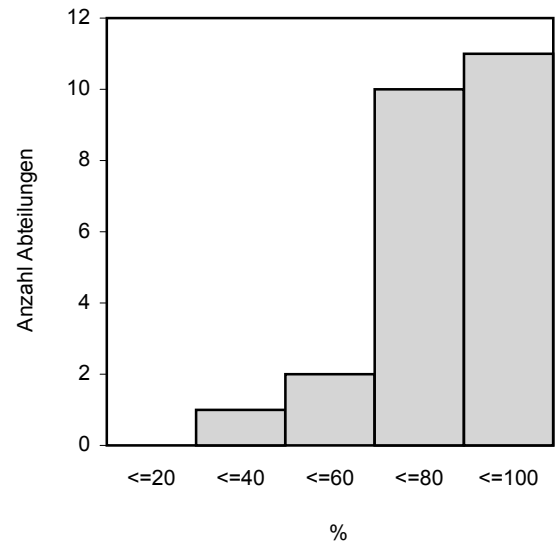
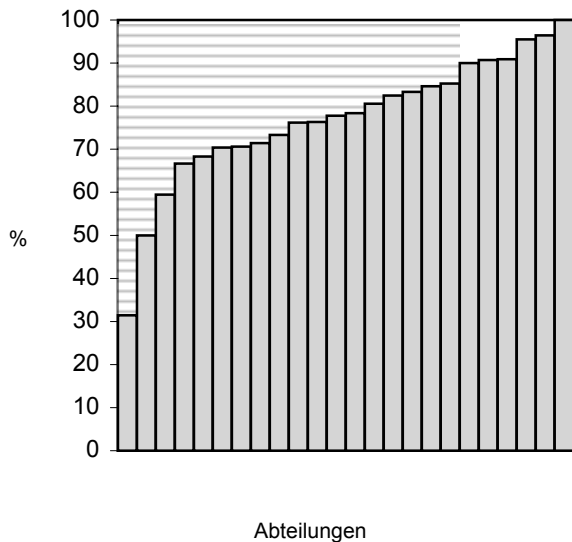
**Anteil von Patientinnen der Gruppe 2 mit Sicherheitsabstand  $\geq 5$  mm**

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 31,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 78,1%



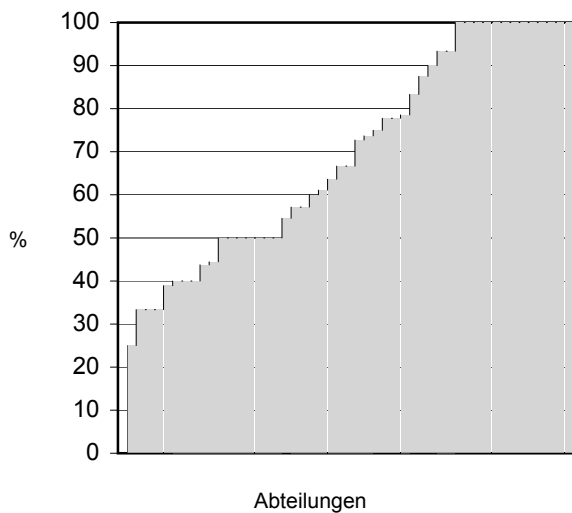
24 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 66,7%



50 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Angabe Sicherheitsabstand**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen bei führendem histologischen Befund "maligne" (Schlüssel 7, Positionen 53-56, 60-63, 71) unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie

**Referenzbereich:** >= 95%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand			1.476 / 1.885	78,3%
Vertrauensbereich				76,37% - 80,14%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 7]:**

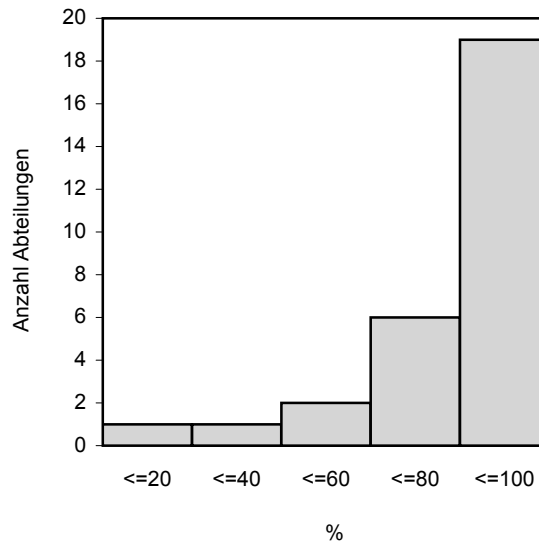
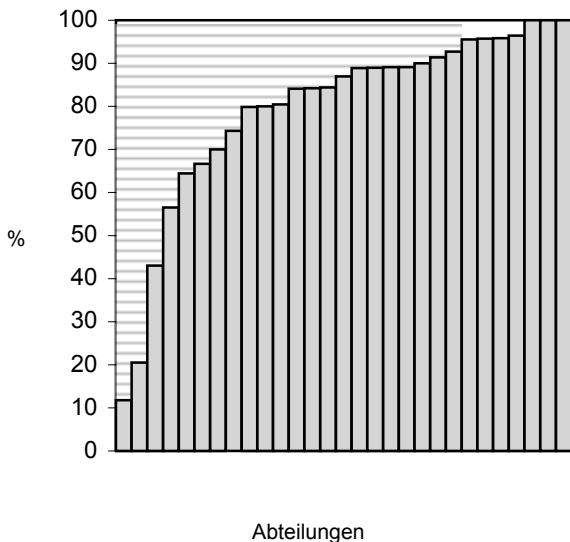
**Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand**

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 11,8% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 87,0%



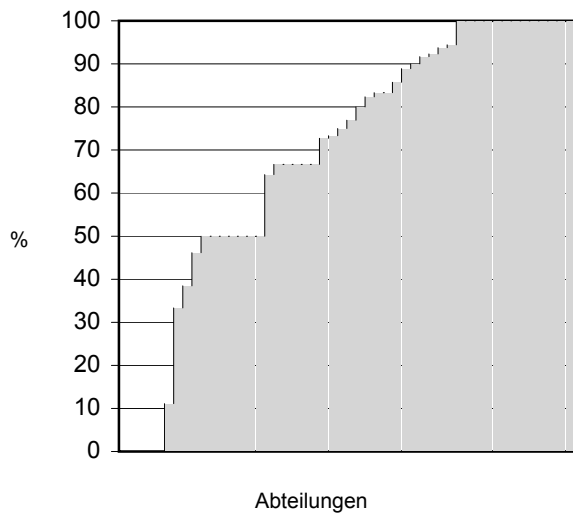
29 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 76,0%



50 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom**

**Qualitätsziel:** Möglichst wenige Patientinnen mit Axilladisektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund DCIS oder papilläres in-situ-Karzinom

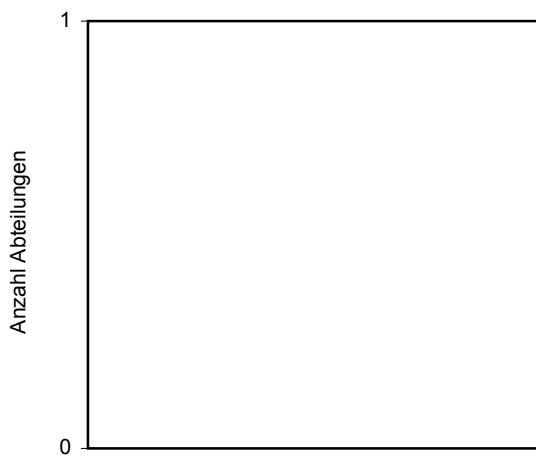
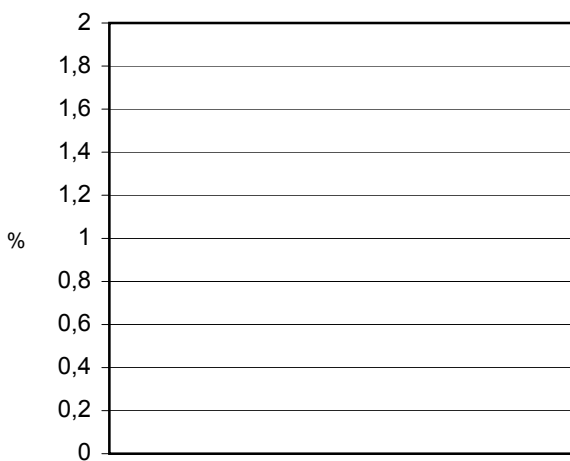
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Axilladisektion  Dieser Qualitätsindikator wird für die Daten aus dem Jahre 2003 ausgesetzt, da die einbezogenen Leistungen (Fallpauschalen und Sonderentgelte) sich nur auf bösartige Tumore mit Axilladisektion beziehen.				

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 8]:**

**Anteil von Patientinnen mit Axilladisektion**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: -

Median der Abteilungswerte:



Abteilungen

%

**Qualitätsindikator: Axilladisektion bei invasivem Mamma-Karzinom**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit Axilladisektion bei invasivem Mamma-Karzinom

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund invasives Mamma-Karzinom

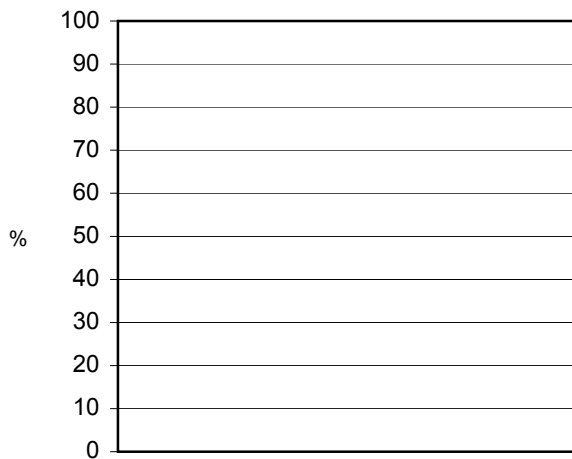
	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Axilladisektion	Dieser Qualitätsindikator wird für die Daten aus dem Jahre 2003 ausgesetzt, da die einbezogenen Leistungen (Fallpauschalen und Sonderentgelte) sich nur auf bösartige Tumore mit Axilladisektion beziehen.			

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 9]:**

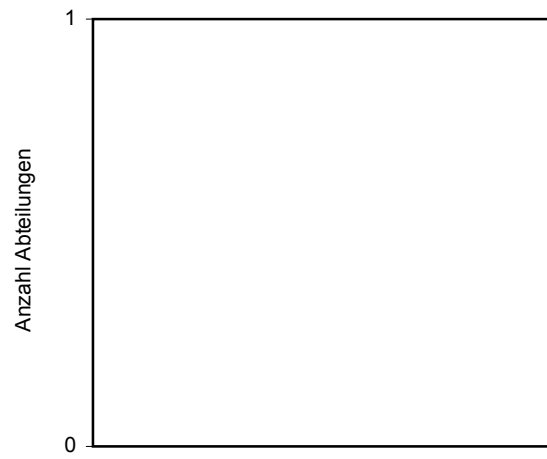
**Anteil von Patientinnen mit Axilladisektion bei invasivem Mamma-Karzinom**

Minimum - Maximum der Abteilungsergebnisse: -

Median - Mittelwert der Abteilungsergebnisse: -



Abteilungen



%

**Qualitätsindikator: Anzahl Lymphknoten**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit Entfernung von mindestens 10 Lymphknoten bei Axilladisektion bei invasiven Mammakarzinomen

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund invasives Mamma-Karzinom und Axilladisektion (ohne Patientinnen mit Sentinel-Lymphonodektomie)

**Referenzbereich:** >= 90%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Entfernung von >= 10 Lymphknoten			1.580 / 1.774	89,1%
Vertrauensbereich			87,52% - 90,48%	
Referenzbereich		>= 90%		>= 90%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 10]:**

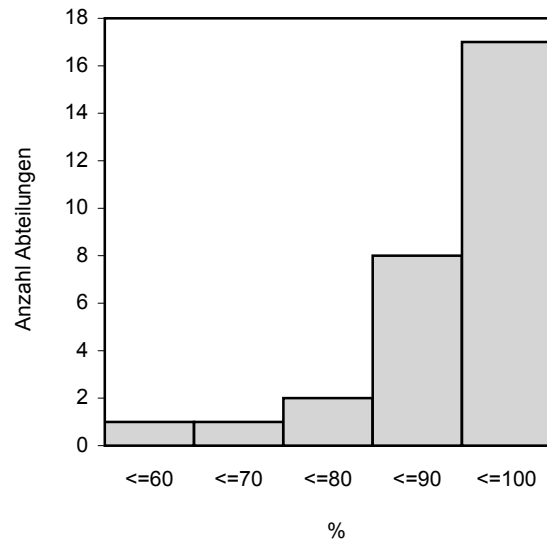
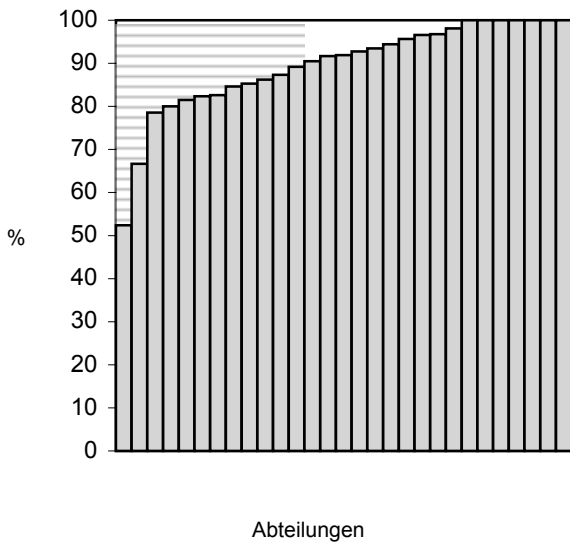
**Anteil von Patientinnen mit Entfernung von >= 10 LK bei Axilladisektion bei invasivem Karzinom**

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 52,4% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 91,9%



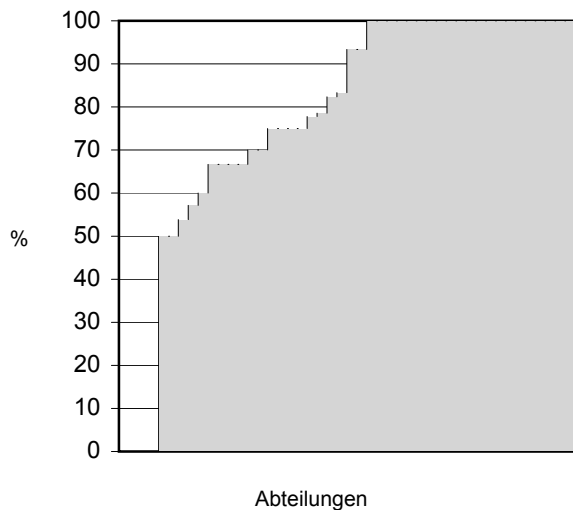
29 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 88,3%



46 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.



**Qualitätsindikator: Indikation zur brusterhaltenden Therapie**

**Qualitätsziel:** Angemessene Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Tumorstadium pT1 oder pT2

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patientinnen mit invasivem Mamma-Karzinom im Stadium pT1 oder pT2  
 Gruppe 2: Alle Patientinnen mit invasivem Mamma-Karzinom im Stadium pT1  
 Gruppe 3: Alle Patientinnen mit invasivem Mamma-Karzinom im Stadium pT2

**Referenzbereich:**  $\geq 45,5\%$  (5%-Perzentile) -  $\leq 93,8\%$  (95%-Perzentile)

Abteilung 2003			
	Gruppe1	Gruppe2	Gruppe 3
Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	$\geq 45,5\% - \leq 93,8\%$		
Patientinnen ohne brusterhaltende Therapie auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien zur brusterhaltenden Therapie			

Gesamt 2003			
	Gruppe1	Gruppe2	Gruppe 3
Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation	976 / 1.586 61,5%	635 / 870 73,0%	343 / 718 47,8%
Vertrauensbereich		69,90% - 75,91%	
Referenzbereich	$\geq 45,5\% - \leq 93,8\%$		
Patientinnen ohne brusterhaltende Therapie auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien zur brusterhaltenden Therapie	25 / 1.586 1,6%	14 / 870 1,6%	11 / 718 1,5%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 11]:**

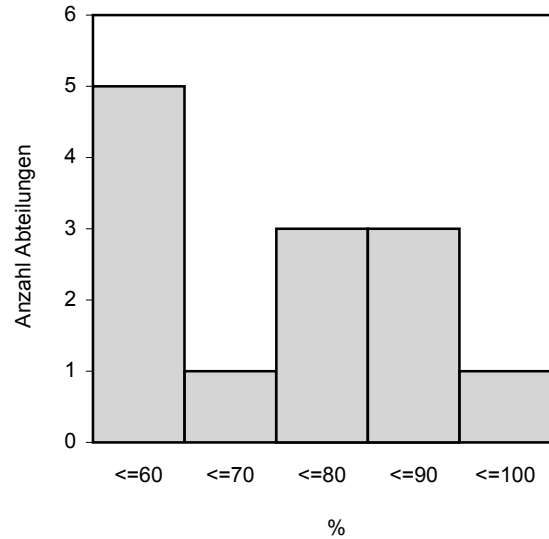
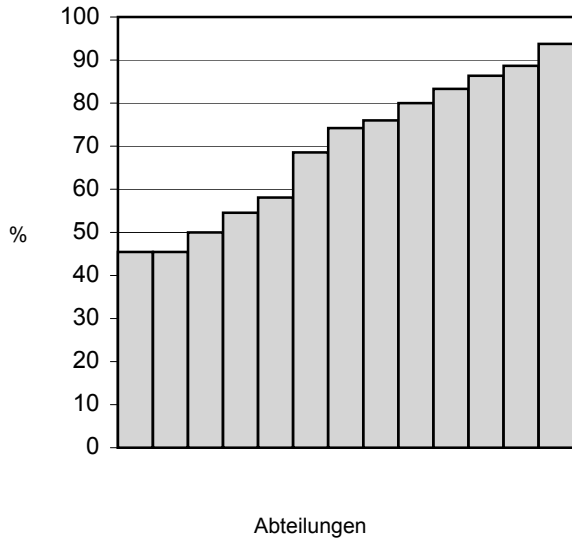
**Anteil von Patientinnen mit brusterhaltender Therapie beim Tumorstadium pT1**

13 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 45,5% - 93,8%

Median der Abteilungswerte: 74,2%



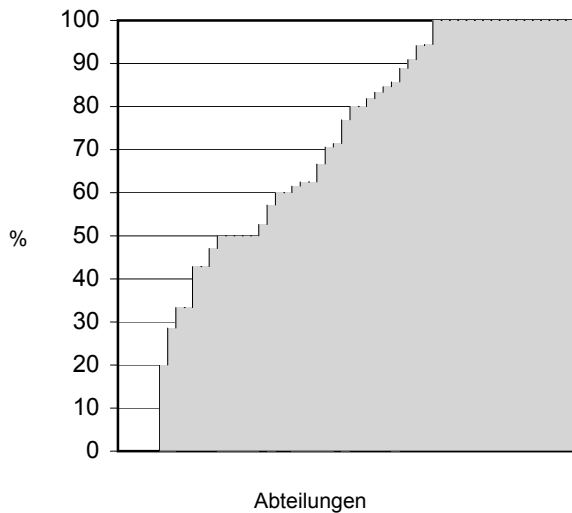
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 76,9%



55 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie bei invasivem Mamma-Karzinom

**Grundgesamtheit:** Patientinnen mit brusterhaltender Therapie und histologisch invasivem Karzinom unter Ausschluss von Patientinnen, die gegen ärztlichen Rat auf eine Nachbestrahlung verzichteten

**Referenzbereich:** >= 95%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie			1.008 / 1.089	92,6%
Vertrauensbereich	90,84% - 94,05%		90,84% - 94,05%	
Referenzbereich	>= 95%		>= 95%	

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 12]:**

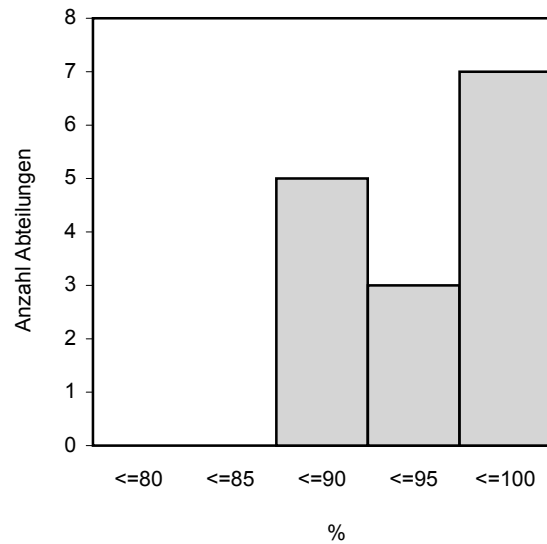
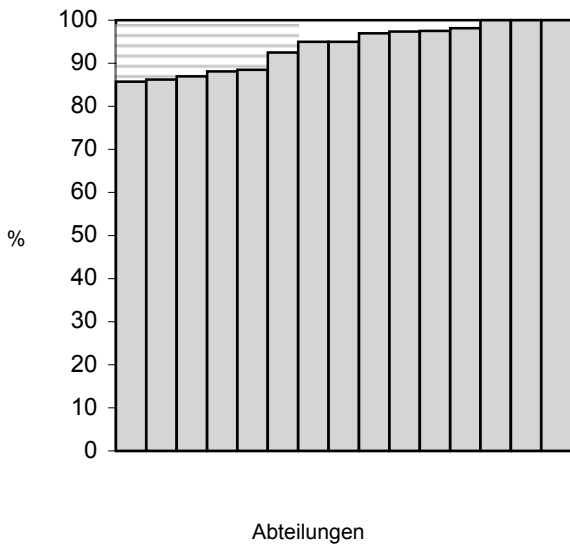
**Anteil von Patientinnen mit Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie**

15 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 85,7% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 95,0%



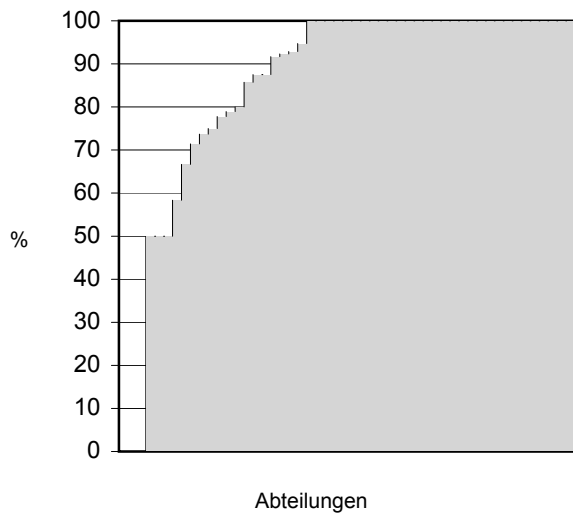
15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



51 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Revisions-Operationen**

**Qualitätsziel:** Möglichst wenige Patientinnen mit Revisions-Operationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

**Referenzbereich:** <= 14,3% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen			87 / 2.071	4,2%
Vertrauensbereich				3,38% - 5,16%
Referenzbereich		<= 14,3%		<= 14,3%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 13]:**

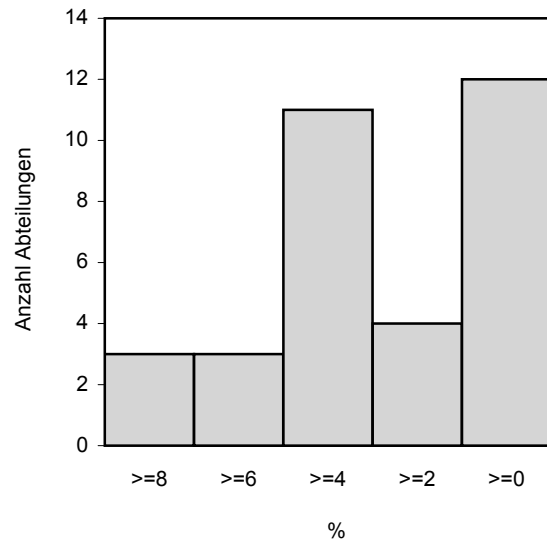
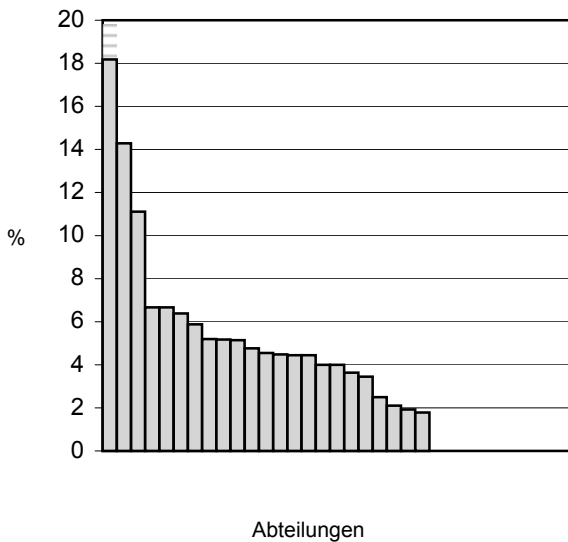
**Anteil von Patientinnen mit Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen**

0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 18,2%

Median der Abteilungswerte: 4,0%



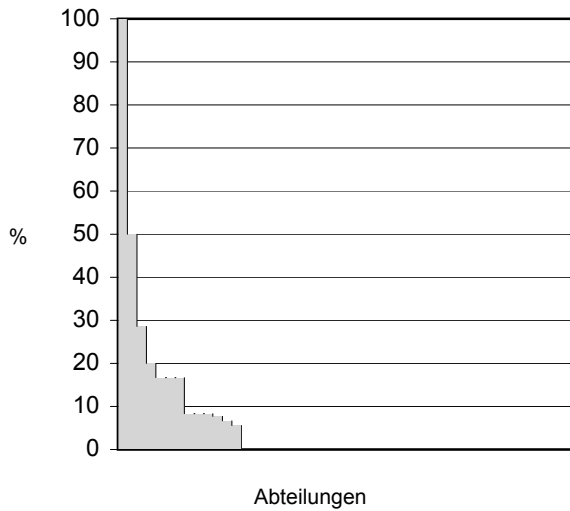
33 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



48 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Wundinfektionen**

**Qualitätsziel:** Möglichst wenige Patientinnen mit postoperativen Wundinfektionen

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

**Referenzbereich:** <= 11,5% (95%-Perzentile)

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit postoperativer Wundinfektion			90 / 2.071	4,3%
(CDC A1) (oberflächl. Wundinfektion)			71 / 2.071	3,43%
(CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			18 / 2.071	0,87%
(CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			1 / 2.071	0,05%
Postoperative Wundinfektionen bei:				
Pat. mit Risikoklasse ASA 1 oder 2			58 / 1.577	3,7%
Pat. mit Risikoklasse ASA 3, 4 oder 5			32 / 494	6,5%
Patientinnen mit präoperativer Wundkontaminationsklasse 1 oder 2			87 / 2.055	4,2%
Pat. mit präoperativer Wundkontaminationsklasse 3 oder 4			3 / 16	18,7%
Postoperative Wundinfektionen bei:				
Patientinnen mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und präoperativer Wundkontaminationsklasse 1 oder 2			57 / 1.569	3,6%
Vertrauensbereich				2,76% - 4,68%
Referenzbereich		<= 11,5%		<= 11,5%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 14]:**

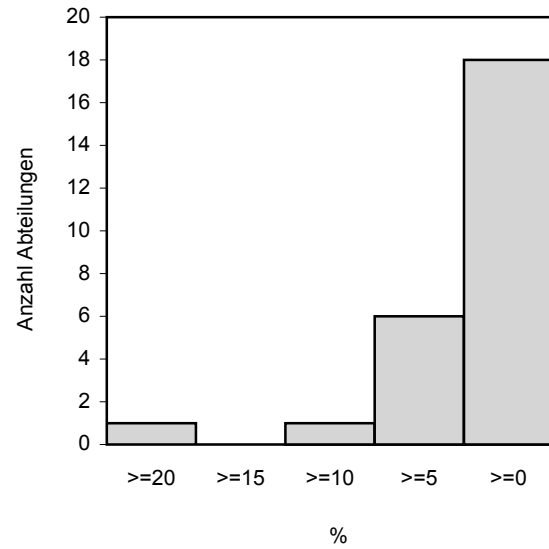
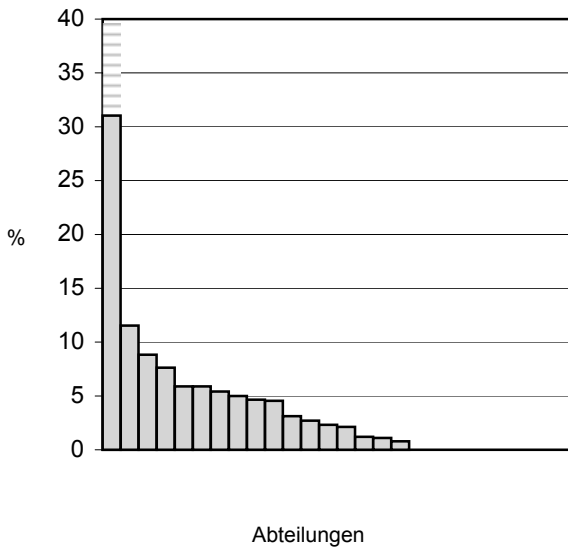
**Anteil an Patientinnen mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und praeoperativer Wundkontaminationsklasse 1 oder 2**

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 31,0%

Median der Abteilungswerte: 2,2%



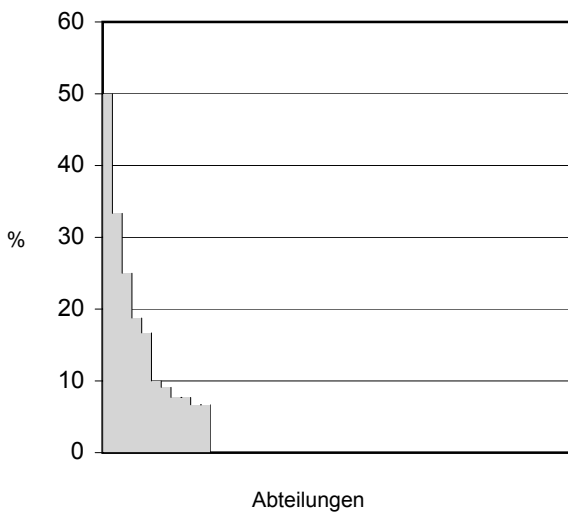
26 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 50,0%

Median der Abteilungswerte: 0,0%



48 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.



**Qualitätsindikator: Adjuvante medikamentöse Therapie**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit geplanter adjuvanter medikamentöser Therapie bei lymphknotenpositivem Mamma-Karzinom<sup>1</sup>

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit Mamma-Karzinom und Lymphknotenbefall (pN-Klassifikation) unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen<sup>2</sup>, unter Ausschluss von Patientinnen, die eine geplante adjuvante medikamentöse Therapie trotz ärztlicher Empfehlung ablehnen und unter Ausschluss der Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie

**Referenzbereich:** >= 95%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit geplanter adjuvanter medikamentöser Therapie			401 / 412	97,3%
Vertrauensbereich				95,26% - 98,67%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Patientinnen mit geplanter adjuvanter endokriner Therapie			283 / 412	68,7%
Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie			323 / 412	78,4%

<sup>1</sup>Erfasst wird hier die geplante, nicht die tatsächlich durchgeführte adjuvante Therapie. Zukünftig sollte im Rahmen einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung die tatsächlich durchgeführte adjuvante Therapie dokumentiert und ausgewertet werden.

<sup>2</sup>Aus der Grundgesamtheit sind zusätzlich die Fälle ausgeschlossen, bei denen in den Feldern Fernmetastasen M (Item 15) oder pM (Item 62) keine Angaben gemacht wurden (freiwillige Dokumentation)

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 15]:**

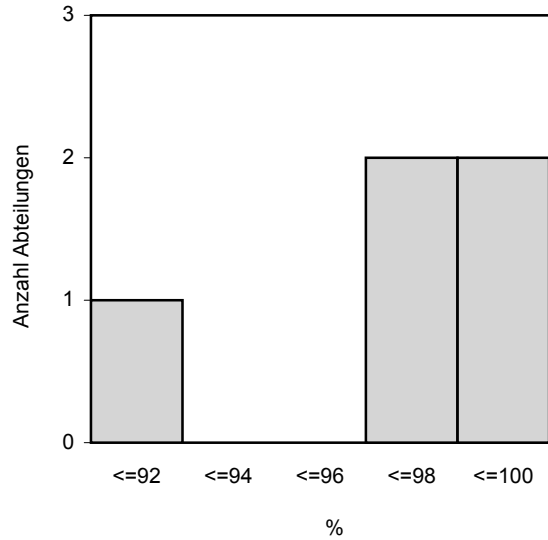
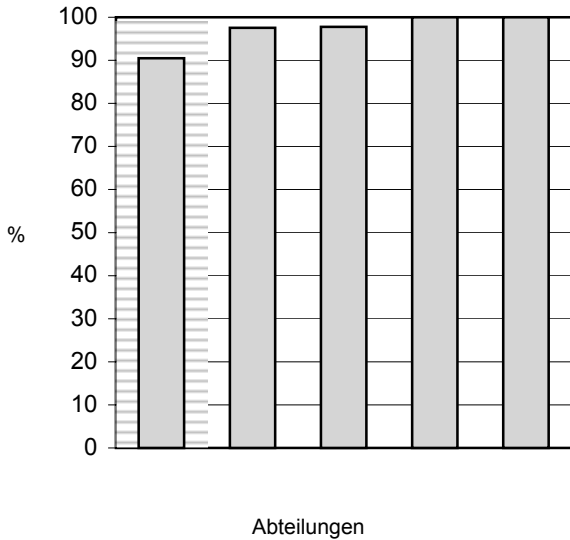
**Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter medikamentöser Therapie bei lymphknotenpositivem Mamma-Karzinom**

25 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 90,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 97,8%



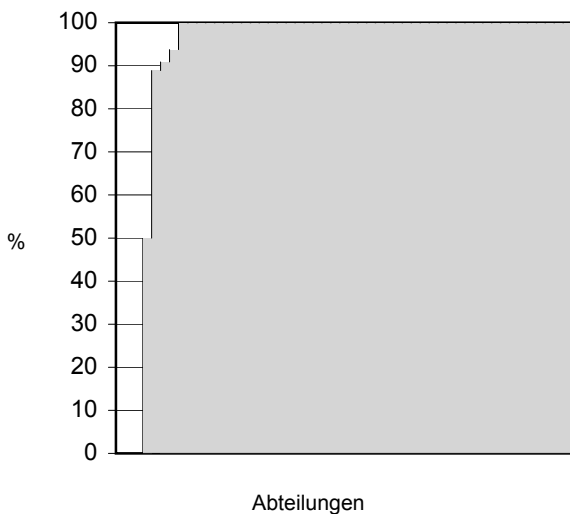
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



51 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Adjuvante endokrine Therapie**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit geplanter adjuvanter endokriner Therapie bei rezeptorpositivem Mamma-Karzinom<sup>1</sup>

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit rezeptorpositivem Mamma-Karzinom unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen<sup>2</sup> und unter Ausschluss von Patientinnen, die eine geplante adjuvante endokrine Therapie trotz ärztlicher Empfehlung ablehnen

**Referenzbereich:** >= 90%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie			816 / 896	91,07%
Vertrauensbereich			89,01% - 92,86%	
Referenzbereich		>= 90%	>= 90%	

<sup>1</sup>Erfasst wird hier die geplante, nicht die tatsächlich durchgeführte adjuvante Therapie. Zukünftig sollte im Rahmen einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung die tatsächlich durchgeführte adjuvante Therapie dokumentiert und ausgewertet werden.

<sup>2</sup>Aus der Grundgesamtheit sind zusätzlich die Fälle ausgeschlossen, bei denen in den Feldern Fernmetastasen M (Item 15) oder pM (Item 62) keine Angaben gemacht wurden (freiwillige Dokumentation)

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 16]:**

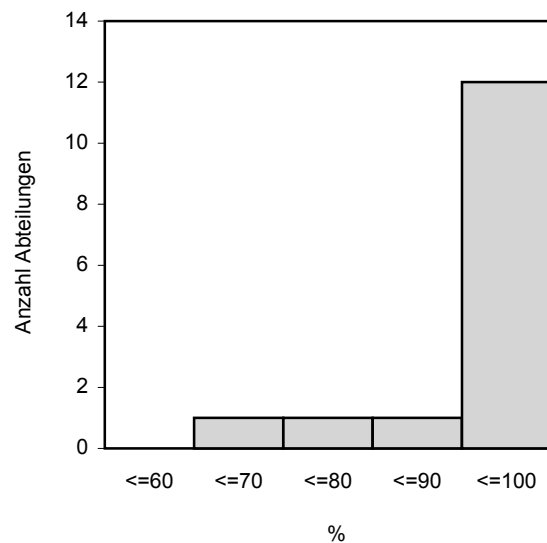
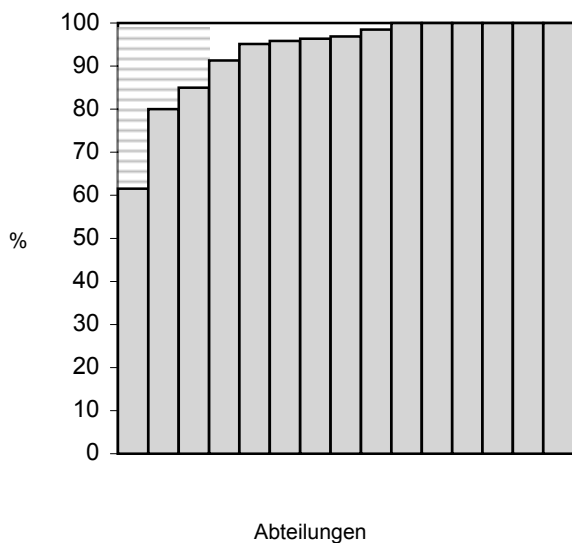
**Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter endokriner Therapie bei rezeptorpositivem Mamma-Karzinom**

15 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 61,5% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 96,9%



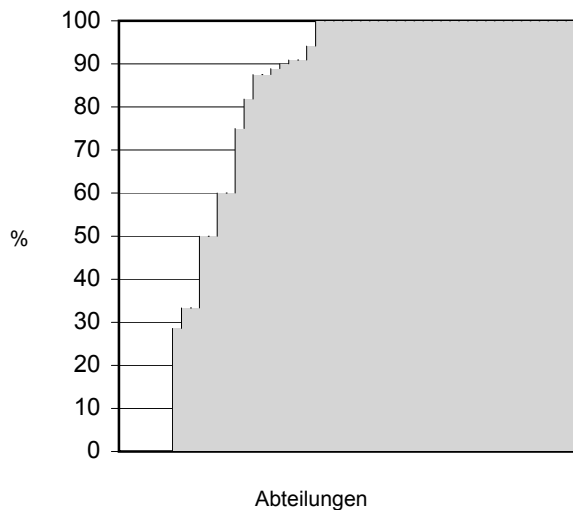
15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



51 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Adjuvante Chemotherapie

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie bei rezeptornegativem Befund<sup>1</sup>

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit rezeptornegativem Mamma-Karzinom unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen<sup>2</sup>, unter Ausschluss von Patientinnen, die eine geplante adjuvante Chemotherapie trotz ärztlicher Empfehlung ablehnen und unter Ausschluss der Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie <sup>3</sup>			217 / 262	82,8%
Vertrauensbereich			77,69% - 87,19%	
Referenzbereich		> x%	> x%	

<sup>1</sup>Erfasst wird hier die geplante, nicht die tatsächlich durchgeführte adjuvante Therapie. Zukünftig sollte im Rahmen einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung die tatsächlich durchgeführte adjuvante Therapie dokumentiert und ausgewertet werden.

<sup>2</sup>Aus der Grundgesamtheit sind zusätzlich die Fälle ausgeschlossen, bei denen in den Feldern Fernmetastasen M (Item 15) oder pM (Item 62) keine Angaben gemacht wurden (freiwillige Dokumentation)

<sup>3</sup>Nicht in allen Fällen der Grundgesamtheit ist eine Chemotherapie indiziert

#### Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 17]:

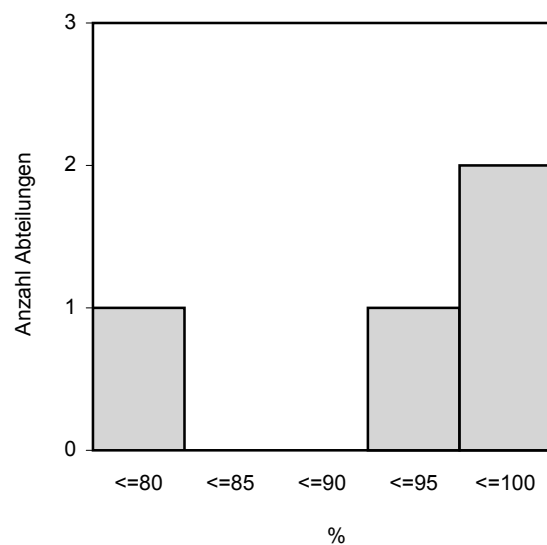
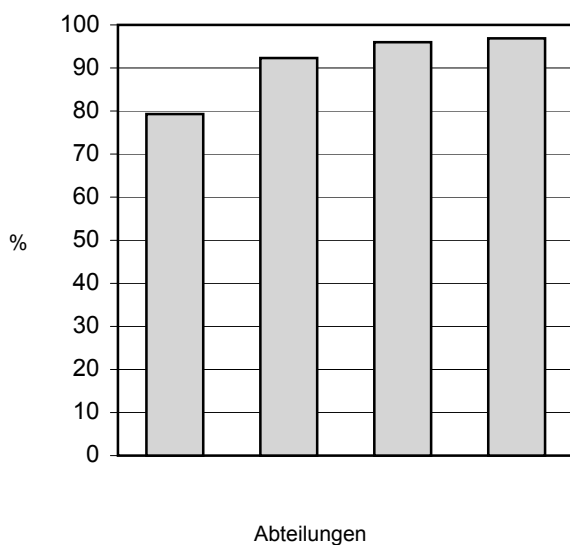
##### Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter Therapie bei rezeptornegativem Befund

32 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

##### Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 79,3% - 96,9%

Median der Abteilungswerte: 94,2%



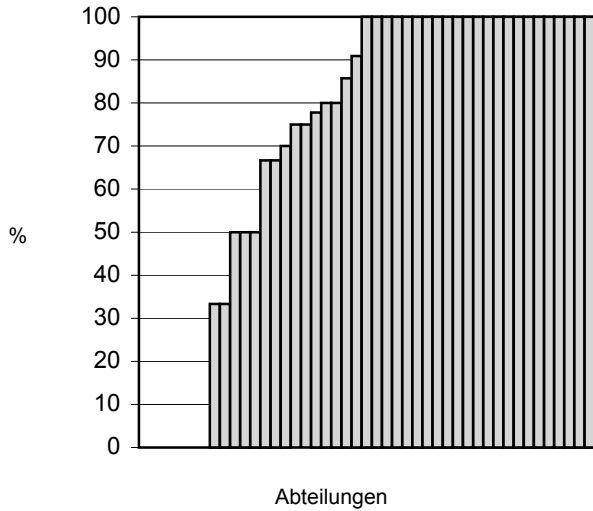
4 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 0,0% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



45 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Meldung an Krebsregister**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit Meldung an ein epidemiologisches Krebsregister oder Tumorzentrum

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit histologischem Befund:  
 DCIS  
 Papilläres in situ-Karzinom  
 Maligne sonstige Neoplasien

**Referenzbereich:** >= 95%

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen mit Meldung an ein epidemiologisches Krebsregister oder Tumorzentrum			1.961 / 1.993	98,4%
Vertrauensbereich				97,74% - 98,90%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 18]:**

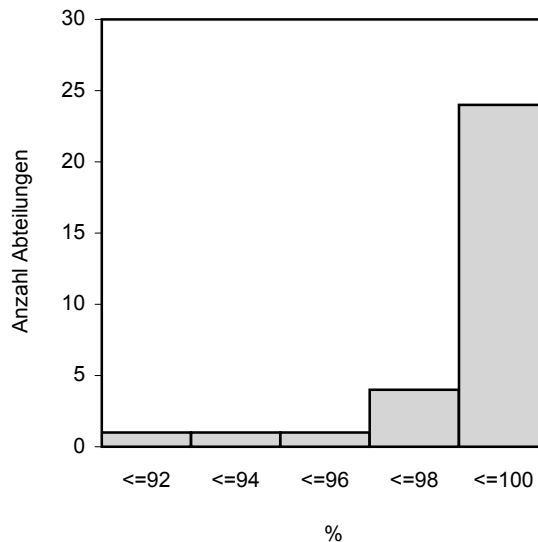
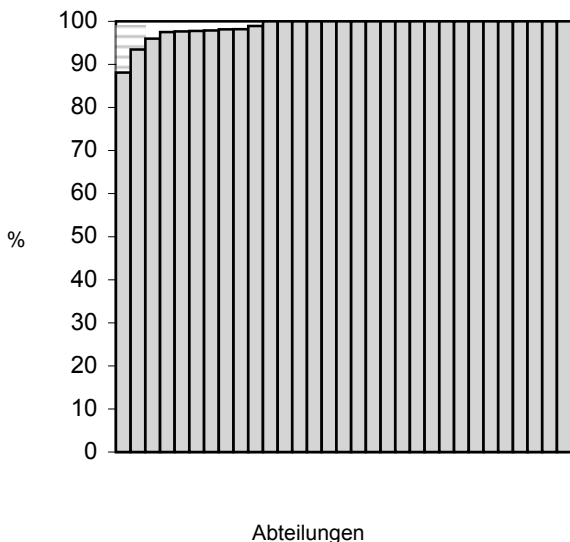
**Anteil der Patientinnen mit Meldung an ein epidemiologisches Krebsregister oder Tumorzentrum**

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 88,1% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



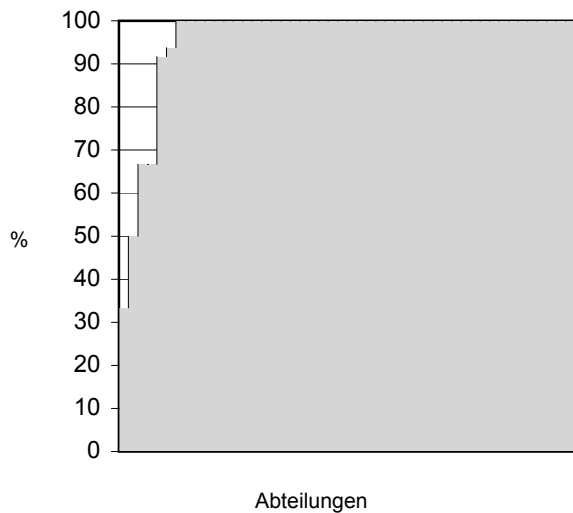
31 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 33,3% - 100,0%

Median der Abteilungswerte: 100,0%



48 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.



**Qualitätsindikator: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit geringem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit Ersteingriff nach prätherapeutischer histologischer Diagnose und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert

	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	Tage	Anzahl	Tage
Zeitabstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und Operationsdatum (Median in Tagen)			494	8,0
Referenzbereich		<= x		<= x

**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagr. 19]:**

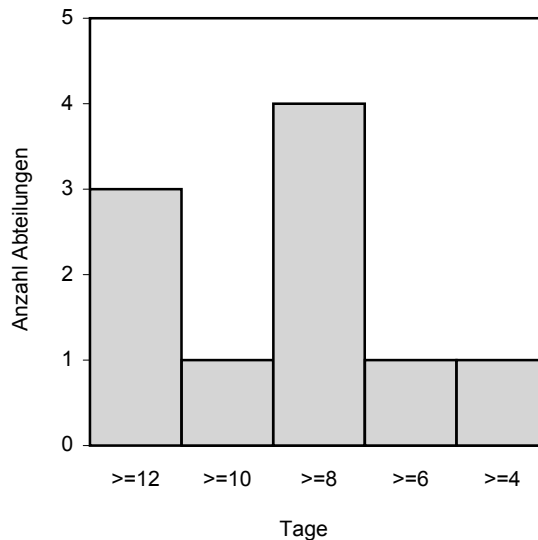
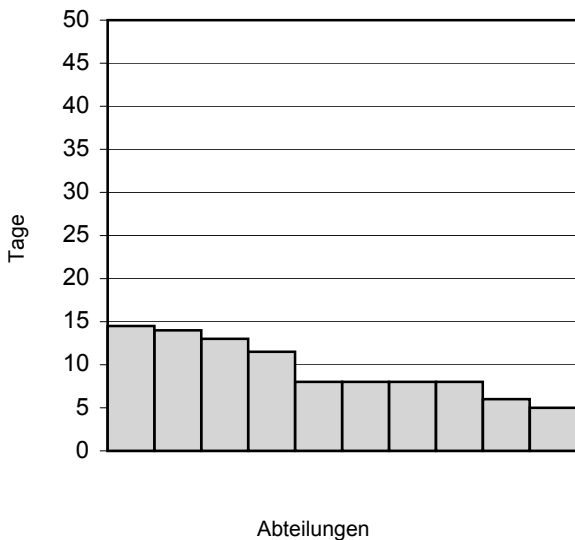
**Anteil von Patientinnen mit geringem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum (Median)**

40 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 5,0 Tage - 14,5 Tage

Median der Abteilungswerte: 8,0 Tage



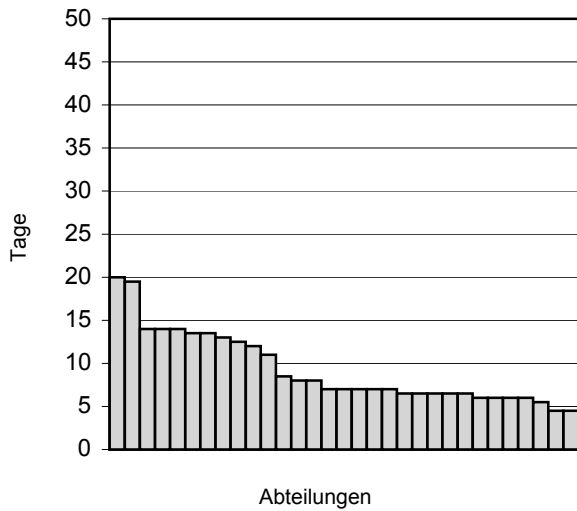
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

**Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

Minimum - Maximum der Abteilungswerte: 4,5 Tage - 20,0 Tage

Median der Abteilungswerte: 7,0 Tage



31 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Abteilungen vorgenommen.

## Qualitätsbeobachtung der Versorgungssituation "Früherkennung des Mammakarzinoms"

---

Qualitätsbeobachtung	Seite
pTis bei Ersteingriff und Primärerkrankung <b>Anteil DCIS/Papilläres in-situ-Karzinom bei Ersteingriff und Primärerkrankung</b>	F2
pT- Kategorie bei Ersteingriff und Primärerkrankung <b>Anteil pT bei Ersteingriff und Primärerkrankung</b>	F2
Regionärer Lymphknoten-Status bei Ersteingriff und Primärerkrankung <b>Anteil Patientinnen mit Lymphknoten-Metastasierung bei Ersteingriff und Primärerkrankung</b>	F3
Fernmetastasierung bei Ersteingriff und Primärerkrankung <b>Anteil Patientinnen mit Fernmetastasierung bei Ersteingriff und Primärerkrankung</b>	F4

## Früherkennung I

Qualitätsbeobachtung	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Ersteingriffe bei Primärerkrankung davon			1.502 / 2.071	72,5
DCIS/ papilläres in situ-Karzinom*			24 / 1.502	1,6
pT1 (<= 2 cm)			625 / 1.502	41,6
pT1mic			12 / 1.502	0,8
pT1a (<= 5 mm)			28 / 1.502	1,9
pT1b (<= 10mm)			108 / 1.502	7,2
pT1c (<= 20 mm)			455 / 1.502	30,3
pT2 (>2 bis 5 cm)			563 / 1.502	37,5
pT3 (> 5 cm)			60 / 1.502	4,0
pT4 (Brustwand/Haut)			80 / 1.502	5,3
Ersteingriffe bei Primärerkrankung mit invasivem Karzinom oder DCIS/papilläres in situ-Karzinom davon:			1.464 / 2.071	70,7
DCIS/ papilläres in situ-Karzinom*			24 / 1.464	1,6
pT1 (<= 2 cm)			620 / 1.464	42,3
pT1mic			12 / 1.464	0,8
pT1a (<= 5 mm)			26 / 1.464	1,8
pT1b (<= 10mm)			108 / 1.464	7,4
pT1c (<= 20 mm)			452 / 1.464	30,9
pT2 (>2 bis 5 cm)			560 / 1.464	38,3
pT3 (> 5 cm)			58 / 1.464	4,0
pT4 (Brustwand/Haut)			80 / 1.464	5,5

\* Diese Verteilung bezieht sich nur auf bösartige Tumore mit Axilladissektion (einbezogene Leistungen 2003)

## Früherkennung II

Qualitätsbeobachtung: Regionärer Lymphknoten-Status bei Ersteingriff und Primärerkrankung und invasivem Mamma-Karzinom	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Ersteingriff und Primärerkrankung bei invasivem Mamma-Karzinom			1.432 / 2.071	69,1
Davon:				
Patientinnen mit Lymphknoten-Status <b>pN0</b> (keine regionären Lymphknoten-Metastasen)			737 / 1.432	51,5
Patientinnen mit Lymphknoten-Status <b>pNX</b> (regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden)			21 / 1.432	1,5
Patientinnen mit Lymphknoten- Metastasierung <b>pN1</b> (Metastase(n) in 1-3 ipsilateralen axill. Lymphknoten und/oder ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna mit mikros- kopischer(en) Metastase(n) nachgewiesen durch Untersuchung des Schildwächter- lymphknotens, aber nicht klinisch erkennbar (1))			297 / 1.432	20,7
Patientinnen mit Lymphknoten- Metastasierung <b>pN2</b> (Metastase(n) in 4-9 axillären Lymphknoten oder in klinisch erkennbaren (1) Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Abwesenheit axillärer Lymphknoten-Metastasen)			168 / 1.432	11,7
Patientinnen mit Lymphknoten- Metastasierung <b>pN3</b> (Metastasen in 10 oder mehr ipsilateralen axillären oder in ipsilateralen infraklavikulären Lymphknoten oder in klinisch erkennbaren Lymphknoten entlang der A. mammaria interna mit mindestens einer axillären Lymphknoten- metastase oder mehr als 3 axilläre Lymphknotenmetastasen mit klinisch nicht erkennbaren, nur mikroskopisch nach- weisbarer(en) Metastase(n) in Lymph- knoten entlang der A. mammaria interna oder Metastase(n) in supraklavikulären Lymphknoten)			76 / 1.432	5,3
Patientinnen ohne gültige Angabe			133 / 1.432	9,3

(1) Als „klinisch erkennbar“ werden Metastasen bezeichnet, die durch klinische Untersuchung oder durch bildgebende Verfahren (ausgeschlossen Lymphszintigraphie) diagnostiziert werden oder vom Pathologen makroskopisch erkannt werden.

### Früherkennung III

Qualitätsbeobachtung: Fernmetastasierung bei Ersteingriff und Primärerkrankung bei invasivem Mamma-Karzinom	Abteilung 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Ersteingriff und Primärerkrankung bei invasivem Mamma-Karzinom			1.432 / 2.071	69,1
Davon				
Patientinnen mit Fernmetastasierung <b>MX</b> (Fernmetastasen können nicht beurteilt werden)			551 / 1.432	38,5
Patientinnen mit Fernmetastasierung <b>M0</b> (keine Fernmetastasen)			381 / 1.432	26,6
Patientinnen mit Fernmetastasierung <b>M1</b> (Fernmetastasen)			56 / 1.432	3,9

Jahresauswertung 2003  
Modul 18/1: Mammachirurgie

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen in Sachsen: 81  
Auswertungsversion: 13. Juli 2004  
Datensatzversion: 2003 6.0  
Mindestanzahl Datensätze: 20  
Datenbankstand: 31. März 2004  
Druckdatum: 16. Juli 2004  
Nr. Gesamt-2032  
2003 - L10258-P11348

## Basisauswertung

### Basisdaten

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%*
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>		
1. Quartal	282	13,6
2. Quartal	571	27,6
3. Quartal	602	29,1
4. Quartal	616	29,7
Gesamt	2.071	

### Fallpauschalen-Nummern

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%*
<b>Fallpauschalen-Nummer</b>		
18.01 Bösartiger Mammatumor: Brustdrüsen-Radikaloperation ohne Expandereinlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete), ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und muskulokutane Lappen	746	36,0
18.02 Bösartiger Mammatumor: Brustdrüsen-Radikaloperation mit Expandereinlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete), ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und muskulokutane Lappen	58	2,8
18.03 Bösartiger Mammatumor: Brust-erhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenausräumung, ohne Strahlentherapie, Chemotherapie und muskulokutane Lappen	990	47,8

\* Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.



### Sonderentgelt-Nummern

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%*
<b>Sonderentgelt-Nummer</b>		
18.01 Brustdrüsen-Radikaloperation ohne Expandereinlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete), ohne muskulokutane Lappen	108	5,2
18.02 Brustdrüsen-Radikaloperation mit Expandereinlage (Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete), ohne muskulokutane Lappen	7	0,3
18.03 Brusterhaltende Operation eines bösartigen Tumors mit regionaler Lymphknotenausräumung, ohne muskulokutane Lappen	178	8,6

\* Die Prozentzahlen der Basisauswertung beziehen sich immer auf alle Patienten, sofern kein anderer Nenner angegeben ist.

### Aufnahmediagnosen

	Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%
<b>Liste der 5 häufigsten Diagnosen bei Fallpauschalen</b> Bezug der Texte: Gesamt			
Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	C50.4	606	29,3
Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]	D48.6	555	26,8
Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	C50.8	296	14,3
Essentielle (primäre) Hypertonie	I10	199	9,6
Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	C50.2	139	6,7

### Entlassungsdiagnosen

	Gesamt 2003		
	ICD	Anzahl	%
<b>Liste der 3 häufigsten Diagnosen bei Fallpauschalen</b>			
Bezug der Texte: Gesamt			
Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse	C50.4	893	43,1
Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend	C50.8	401	19,4
Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse	C50.2	188	9,1

### Behandlungszeiten

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Präoperativer Aufenthalt (Tage)</b>		
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe	2.126	100,00
Median	1,0	
<b>Postoperativer Aufenthalt (Tage)</b>		
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe	2.126	100,00
Median	10,0	
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b>		
Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe	2.126	100,00
Median	13,0	

**Patienten**

	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (in Jahren)</b>		
<20 Jahre	1	0,0
20-29 Jahre	5	0,2
30-39 Jahre	78	3,8
40-49 Jahre	300	14,5
50-59 Jahre	429	20,7
60-69 Jahre	597	28,8
70-79 Jahre	442	21,3
>= 80 Jahre	219	10,6
<b>Alter (Jahre)</b>		
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe	2.071	
Median	63,0	
<b>Geschlecht</b>		
männlich	15	0,7
weiblich	2.056	99,3
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>		
1: normaler, ansonsten gesunder Patient	433	20,9
2: mit leichter Allgemeinerkrankung	1.144	55,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	480	23,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	12	0,6
5: moribunder Patient	2	0,1

## Prätherapeutische Diagnosesicherung

Bezug: Alle Brustbögen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Tastbarer Mammabefund</b>	1.674 / 2.080	80,5
<b>Zu operierende Seite</b>		
rechts	1.015	48,8
links	1.065	51,2
<b>Primärtumor T</b>		
<b>Angabe zu T</b>	1.465	70,4
davon		
T X	41	2,8
T 0	24	1,6
T is	12	0,8
T 1	233	15,9
T 1a	25	1,7
T 1b	97	6,6
T 1c	327	22,3
T 2	554	37,8
T 3	54	3,7
T 4	30	2,0
T 4a	5	0,3
T 4b	41	2,8
T 4c	7	0,5
T 4d	15	1,0
<b>Regionäre Lymphknoten N</b>		
<b>Angabe zu N</b>	1.430	68,7
davon		
N X	222	15,5
N 0	870	60,8
N 1	206	14,4
N 2	67	4,7
N 2a	28	2,0
N 2b	6	0,4
N 3	12	0,8
N 3a	16	1,1
N 3b	3	0,2
N 3c	0	0,0
<b>Fernmetastasen M</b>		
<b>Angabe zu M</b>	1.418	68,2
davon		
M X	576	40,6
M 0	774	54,6
M 1	68	4,8

Bezug: Alle Brustbögen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Befund in der bildgebenden Diagnostik der befallenen Seite</b> (Mehrfachnennungen möglich)		
Mikrokalk	494 / 2.080	23,7
Multizentrität	78	3,7
Multifokalität	112	5,4
Keiner dieser Befunde	873	42,0
<b>Histologie vor dem ersten Eingriff bei diesem stationären Aufenthalt vorliegend</b>	1.168	56,2
wenn ja:		
Benigne Veränderungen	17	1,5
Vorläufer-Läsionen	61	5,2
Invasive Karzinome	1.106	94,7
Sonstige Neoplasien	18	1,5
Kein pathologischer Befund	1	0,1
<b>Methode der Materialgewinnung</b>		
Methode bekannt	1.160	55,8
wenn ja:		
Stanzbiopsie	867	74,7
Mammotom	18	1,6
Offene Biopsie	237	20,4
Feinnadelbiopsie	10	0,9
Andere	42	3,6
<b>Ort der Materialgewinnung</b>		
Ambulant		
in eigener Einrichtung durchgeführt	341	16,4
in Fremdeinrichtung durchgeführt	89	4,3
Stationär		
in eigener Einrichtung durchgeführt	716	34,4
in Fremdeinrichtung durchgeführt	22	1,1

## Präoperative Therapie

Bezug: Alle Brustbögen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Präoperative tumorspezifische Therapie</b>		
nein	1.964 / 2.080	94,4
systemische Chemotherapie	105	5,0
Strahlentherapie	1	0,0
Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie	3	0,1
Hormontherapie	3	0,1
andere	4	0,2

## Operation

Bezug: Alle Eingriffe	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes</b>		
Anzahl der gültigen Angaben	2.126 / 2.126	100,0
Median	1,0	
<b>Eingriffsgrund</b>		
<b>Tumorresektion wegen Primärerkrankung</b>	1.965	92,4
<b>Folgeeingriffe</b>	528 / 2.126	24,8
<b>Folgeeingriff wegen Primärerkrankung</b>		
nein	1.598	75,2
ja, wegen unvollständiger TU-Entfernung	254	11,9
ja, wegen geplanten mehrzeitigen Vorgehens	226	10,6
aus anderem Grund	48	2,3
<b>wenn Folgeeingriff wegen Primärerkrankung erfolgt:</b>		
Voroperation		
in eigener Einrichtung durchgeführt	501	94,9
in Fremdeinrichtung durchgeführt	27	5,1
<b>Eingriff wegen Rezidivkrankung</b>	42	2,0

**Operation (Fortsetzung)**

Bezug: Alle Eingriffe	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Präoperative Markierung durch bildgebende Verfahren</b>	592	27,8
wenn ja:		
Mammographie	465	78,5
Sonographie	392	66,2
MRT	16	2,7
<b>Postoperatives Präparatröntgen</b>	427	20,1
<b>Präoperative Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)</b>		
aseptische Eingriffe	2.026	95,3
bedingt aseptische Eingriffe	84	4,0
kontaminierte Eingriffe	14	0,7
septische Eingriffe	2	0,1

**Verteilung der Operationstechniken**

Bezug: Alle Eingriffe	Gesamt 2003		
	OPS	Anzahl	%
Liste der 6 häufigsten Angaben Bezug der Texte: Gesamt			
Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie: Segmentresektion (mit Hautsegment ohne Mamille)	5-871.1	658	30,9
Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie: Lymphadenektomie Level 1 und 2	5-873.11	416	19,6
Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie: Lumpektomie (ohne Hautsegment)	5-871.0	294	13,8
Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie: Lymphadenektomie Level 1 und 2	5-873.01	163	7,7
Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie: Lokale Exzision	5-870.0	121	5,7
Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie: Quadrantenresektion (mit Mamillensegment)	5-871.2	112	5,3

Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS



## Operation (Fortsetzung)

Bezug: Alle Eingriffe	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>	1.663	78,2
<b>Intraoperativer Schnellschnitt durchgeführt</b>	774	36,4
<b>Brusterhaltende Operation (BET)</b>		
nein	881	41,4
ja	1.202	56,5
nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)	31	1,5
ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	12	0,6
<b>Rekonstruktion</b>		
nein	1.740	81,8
ja	359	16,9
nein (Wunsch Patient(in) trotz ärztlicher Empfehlung)	27	1,3
wenn ja:		
<b>Zeitpunkt</b>		
primär	351	97,8
sekundär	8	2,2
beides	0	0,0
<b>Material</b>		
Fremdmaterial	44	12,3
Eigenmaterial	271	75,5
beides	44	12,3
<b>Zu dieser Operation zugehörige histologische Befundung</b>		
Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand	1.623	76,3
wenn ja:		
Geringster angegebener Abstand des TU (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand in mm		
Anzahl der gültigen Angaben	1.623	76,3
Median	9,0	

## Verlauf

Bezug: Alle Brustbögen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Komplikationen</b>		
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC)	90 / 2.080	4,3
wenn ja:		
A1 (oberflächliche Infektion)	71	78,9
A2 (tiefe Infektion)	18	20,0
A3 (Räume/Organe)	1	1,1
<b>Sonstige postoperative Komplikation(en)</b>	189	9,1
Pneumonie	4	0,2
Kardiovaskuläre Komplikation	2	0,1
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	0	0,0
Lungenembolie	3	0,1
Infektion der ableitenden Harnwege	6	0,3
Serom/Hämatom	113	5,4
Nachblutung	34	1,6
Gefäß-und/oder Nervenschäden	1	0,0
Dekubitus	0	0,0
Fieber > 38°C (ab 3. Tag postop. >48 h)	1	0,0
Protheseninfektion	0	0,0
Andere postoperative Komplikationen	38	1,8
<b>Revisions-Operation auf Grund von intra/postoperativen Komplikation(en) notwendig</b>	38	1,8

## Histologie

Bezug: Alle Brustbögen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Definitive postoperative Histologie</b>	2.036 / 2.080	97,9
wenn ja:		
<b>führender Befund</b>		
<b>Benigne Veränderungen</b>		
40 Fibrozystische Mastopathie	6	0,3
41 Fibroadenom	3	0,1
42 Phylloider Tumor	2	0,1
43 Adenose und Varianten	0	0,0
44 Adenom	0	0,0
45 Papillom	0	0,0
46 Duktale Hyperplasie	0	0,0
49 Sonstige benigne Veränderungen	9	0,4
<b>Vorläufer-Läsionen</b>		
50 Lobuläre Neoplasie	3	0,1
51 Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a)	0	0,0
52 Atypische duktale Hyperplasie (ADH) (DIN 1b)	0	0,0
53 Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c)	24	1,2
54 DCIS, Grad 2 (DIN 2)	7	0,3
55 DCIS, Grad 3 (DIN 3)	13	0,6
56 Papilläres in situ-Karzinom	0	0,0
<b>Invasive Karzinome</b>		
60 Invasiv-duktales Karzinom	1.493	73,3
61 Invasiv-lobuläres Karzinom	262	12,9
62 Tubuläres Karzinom	56	2,7
63 Sonstige invasive Karzinome	134	6,6
<b>Sonstige Neoplasien</b>		
70 Benigne	1	0,0
71 Maligne	12	0,6
80 Ohne pathologischen Befund	11	0,5

Bezug: Alle Brustbögen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Eingriffe ohne präoperative tumor-spezifische Therapie mit Angabe zu pT</b>	1.754 / 1.964	89,3
davon		
pT X	2	0,1
pT 0	1	0,1
pT isD	17	1,0
pT isL	0	0,0
pT isP	0	0,0
pT 1	29	1,7
pT 1mic	15	0,9
pT 1a	51	2,9
pT 1b	165	9,4
pT 1c	601	34,3
pT 2	705	40,2
pT 3	73	4,2
pT 4	14	0,8
pT 4a	7	0,4
pT 4b	65	3,7
pT 4c	3	0,2
pT 4d	6	0,3
<b>Angabe zu pN</b>	1.745	88,8
davon		
pN X	43	2,5
pN 0	1.022	58,6
pN 1mi	25	1,4
pN 1	91	5,2
pN 1a	238	13,6
pN 1b	21	1,2
pN 1c	2	0,1
pN 2	65	3,7
pN 2a	131	7,5
pN 2b	15	0,9
pN 3	15	0,9
pN 3a	72	4,1
pN 3b	4	0,2
pN 3c	1	0,1

Bezug: Alle Brustbögen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Angabe zu pM</b>	1.732 / 1.964	88,2
davon		
pM X	616	35,6
pM 0	1.040	60,0
pM 1	76	4,4
<b>Angabe zu G</b>	1.708	87,0
davon		
G X	12	0,7
G 1	171	10,0
G 2	850	49,8
G 3	675	39,5
<b>Ohne pathologischen Befund</b>	209	10,6
<b>Eingriffe mit präoperativer tumor-spezifischer Therapie mit Angabe von ypT</b>	93 / 116	80,2
davon		
ypT X	1	1,1
ypT 0	2	2,2
ypT isD	2	2,2
ypT isL	0	0,0
ypT isP	0	0,0
ypT 1	2	2,2
ypT 1mic	2	2,2
ypT 1a	5	5,4
ypT 1b	6	6,5
ypT 1c	23	24,7
ypT 2	24	25,8
ypT 3	8	8,6
ypT 4	3	3,2
ypT 4a	0	0,0
ypT 4b	9	9,7
ypT 4c	1	1,1
ypT 4d	5	5,4

### Histologie (Fortsetzung)

Bezug: Alle Brustbögen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>ypN</b>	91 / 116	78,4
davon		
ypN X	1	1,1
ypN 0	33	36,3
ypN 1mi	0	0,0
ypN 1	5	5,5
ypN 1a	13	14,3
ypN 1b	3	3,3
ypN 1c	0	0,0
ypN 2	4	4,4
ypN 2a	16	17,6
ypN 2b	0	0,0
ypN 3	2	2,2
ypN 3a	13	14,3
ypN 3b	1	1,1
ypN 3c	0	0,0
<b>ypM</b>	93 / 116	80,2
davon		
ypM X	41	44,1
ypM 0	38	40,9
ypM 1	14	15,1
<b>yG</b>	88 / 116	75,9
davon		
yG X	4	4,5
yG 1	4	4,5
yG 2	34	38,6
yG 3	46	52,3
<b>Ohne pathologischen Befund</b>	25	21,6

Anzahlen zu Häufigkeiten von Stadien nach TNM finden sich therapiebezogen im Abschnitt Postoperative Therapie

## Histologie (Fortsetzung)

Bezug: Alle Brustbögen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten</b>		
Anzahl der gültigen Angaben	2.080 / 2.080	100,0
Median	15,0	
<b>Immunhistochemische Hormonrezeptoranalyse durchgeführt (Eigen- oder Fremdbefund)</b>		
wenn ja:	1.951	93,8
<b>Rezeptorstatus</b>		
negativ	478	24,5
positiv	1.473	75,5
<b>Multizentrität</b>	240	11,5
<b>Gesamtumorggröße (in mm)</b>		
Anzahl der gültigen Angaben	2.080	70,8
Median	20,0	
<b>Behandlung des Patienten im Rahmen einer Studie zur Sentinel LK Biopsie durchgeführt</b>	103	5,0

## Postoperative Therapie

Bezug: Alle Patientinnen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Adjuvante endokrine Therapie alle invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63) mit positivem Rezeptorstatus</b>	1.409 / 2.071	68,0
<b>pN X</b>	27 / 1.409	1,9
<b>pT 1</b>	10 / 27	37,0
adjuvante Therapie	<b>8 / 10</b>	<b>80,0</b>
<b>pT 2</b>	13 / 27	48,1
adjuvante Therapie	<b>9 / 13</b>	<b>69,2</b>
<b>pT 3-4</b>	4 / 27	14,8
adjuvante Therapie	<b>1 / 4</b>	<b>25,0</b>
<b>pN 0</b>	754 / 2.071	36,4
<b>pT 1</b>	479 / 754	63,5
adjuvante Therapie	<b>435 / 479</b>	<b>90,8</b>
<b>pT 2</b>	241 / 754	32,0
adjuvante Therapie	<b>216 / 241</b>	<b>89,6</b>
<b>pT 3-4</b>	27 / 754	3,6
adjuvante Therapie	<b>25 / 27</b>	<b>92,6</b>
<b>pN &gt; 0</b>	445 / 2.071	21,5
<b>pT 1</b>	173 / 445	38,9
adjuvante Therapie	<b>157 / 173</b>	<b>90,8</b>
<b>pT 2</b>	203 / 445	45,6
adjuvante Therapie	<b>179 / 203</b>	<b>88,2</b>
<b>pT 3-4</b>	70 / 445	15,7
adjuvante Therapie	<b>60 / 70</b>	<b>85,7</b>
<b>Adjuvante endokrine Therapie alle invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63) mit negativem Rezeptorstatus</b>	456 / 2.071	22,0
<b>pN X</b>	7 / 456	1,5
<b>pT 1</b>	0 / 7	0,0
adjuvante Therapie	<b>0 / 0</b>	
<b>pT 2</b>	6 / 7	85,7
adjuvante Therapie	<b>1 / 6</b>	<b>16,7</b>
<b>pT 3-4</b>	1 / 7	14,3
adjuvante Therapie	<b>0 / 1</b>	<b>0,0</b>
<b>pN 0</b>	225 / 2.071	10,9
<b>pT 1</b>	105 / 225	46,7
adjuvante Therapie	<b>20 / 105</b>	<b>19,0</b>
<b>pT 2</b>	107 / 225	47,6
adjuvante Therapie	<b>13 / 107</b>	<b>12,1</b>
<b>pT 3-4</b>	11 / 225	4,9
adjuvante Therapie	<b>1 / 11</b>	<b>9,1</b>
<b>pN &gt; 0</b>	160 / 2.071	7,7
<b>pT 1</b>	53 / 160	33,1
adjuvante Therapie	<b>9 / 53</b>	<b>17,0</b>
<b>pT 2</b>	74 / 160	46,2
adjuvante Therapie	<b>8 / 74</b>	<b>10,8</b>
<b>pT 3-4</b>	33 / 160	20,6
adjuvante Therapie	<b>7 / 33</b>	<b>21,2</b>



Bezug: Alle Patientinnen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Adjuvante Chemotherapie alle invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63) mit positivem Rezeptorstatus</b>	1.409 / 2.071	68,0
<b>pN X</b>	27 / 1.409	1,9
<b>pT 1</b>	10 / 27	37,0
adjuvante Therapie	<b>4 / 10</b>	<b>40,0</b>
<b>pT 2</b>	13 / 27	48,1
adjuvante Therapie	<b>8 / 13</b>	<b>61,5</b>
<b>pT 3-4</b>	4 / 27	14,8
adjuvante Therapie	<b>1 / 4</b>	<b>25,0</b>
<b>pN 0</b>	754 / 2.071	36,4
<b>pT 1</b>	479 / 754	63,5
adjuvante Therapie	<b>167 / 479</b>	<b>34,9</b>
<b>pT 2</b>	241 / 754	32,0
adjuvante Therapie	<b>116 / 241</b>	<b>48,1</b>
<b>pT 3-4</b>	27 / 754	3,6
adjuvante Therapie	<b>11 / 27</b>	<b>40,7</b>
<b>pN &gt; 0</b>	445 / 2.071	21,5
<b>pT 1</b>	173 / 445	38,9
adjuvante Therapie	<b>127 / 173</b>	<b>73,4</b>
<b>pT 2</b>	203 / 445	45,6
adjuvante Therapie	<b>148 / 203</b>	<b>72,9</b>
<b>pT 3-4</b>	70 / 445	15,7
adjuvante Therapie	<b>35 / 70</b>	<b>50,0</b>
<b>Adjuvante Chemotherapie alle invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63) mit negativem Rezeptorstatus</b>	456 / 2.071	22,0
<b>pN X</b>	7 / 456	1,5
<b>pT 1</b>	0 / 7	0,0
adjuvante Therapie	<b>0 / 0</b>	
<b>pT 2</b>	6 / 7	85,7
adjuvante Therapie	<b>2 / 6</b>	<b>33,3</b>
<b>pT 3-4</b>	1 / 7	14,3
adjuvante Therapie	<b>1 / 1</b>	<b>100,0</b>
<b>pN 0</b>	225 / 2.071	10,9
<b>pT 1</b>	105 / 225	46,7
adjuvante Therapie	<b>74 / 105</b>	<b>70,5</b>
<b>pT 2</b>	107 / 225	47,6
adjuvante Therapie	<b>94 / 107</b>	<b>87,8</b>
<b>pT 3-4</b>	11 / 225	4,9
adjuvante Therapie	<b>8 / 11</b>	<b>72,7</b>
<b>pN &gt; 0</b>	160 / 2.071	7,7
<b>pT 1</b>	53 / 160	33,1
adjuvante Therapie	<b>47 / 53</b>	<b>88,7</b>
<b>pT 2</b>	74 / 160	46,2
adjuvante Therapie	<b>66 / 74</b>	<b>89,2</b>
<b>pT 3-4</b>	33 / 160	20,6
adjuvante Therapie	<b>28 / 33</b>	<b>84,8</b>

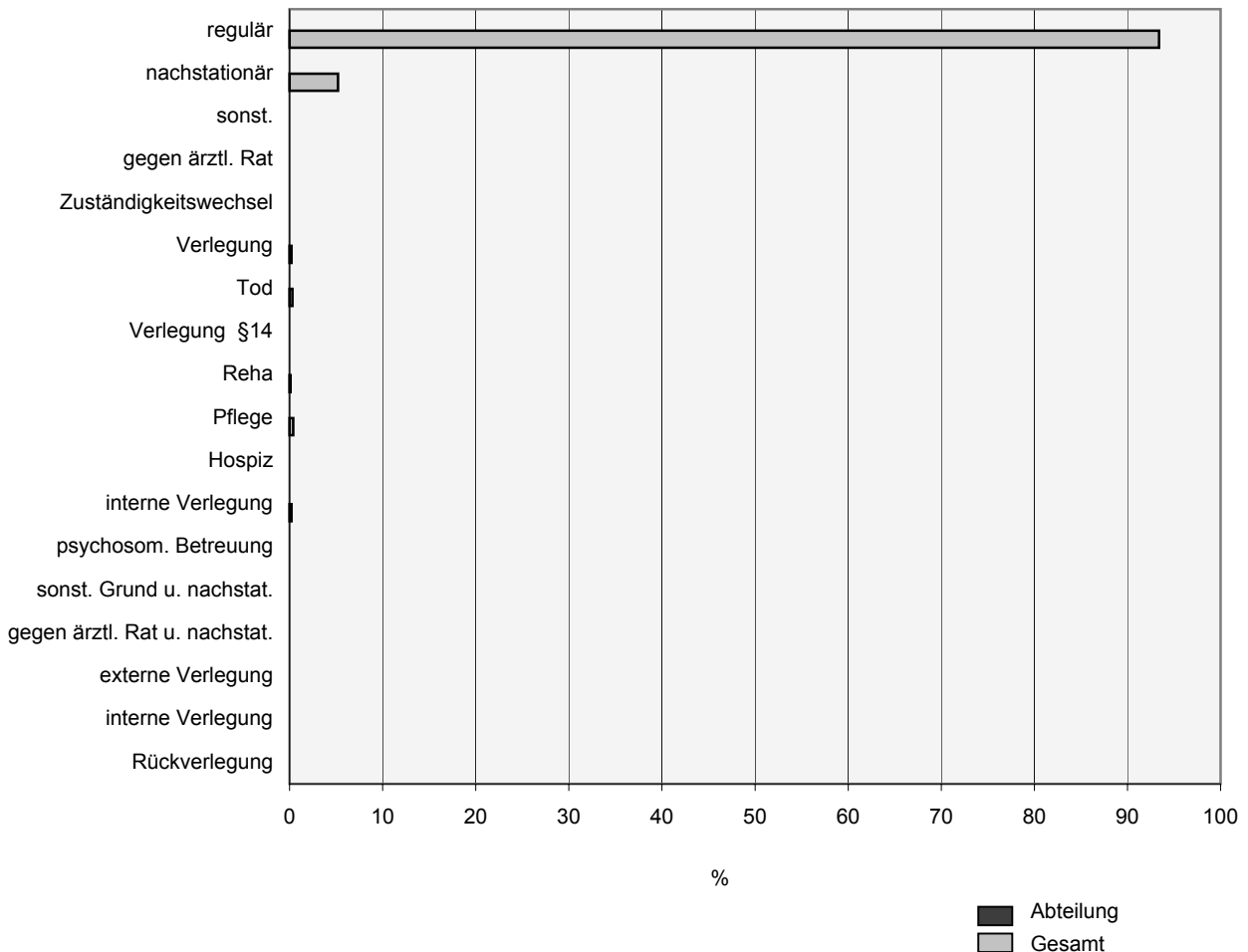
Bezug: Alle Patientinnen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
alle invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63)	1.938 / 2.071	93,6
<b>Adjuvante Strahlentherapie</b>	1.324 / 1.938	68,3
Ablationes bei allen invasiven Karzinomen (60, 61, 62, 63)	840 / 2.071	40,6
<b>Adjuvante Strahlentherapie</b>	316 / 840	37,6
alle DCIS	44 / 2.071	2,1
<b>Adjuvante Strahlentherapie</b>	17 / 44	38,6
alle invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63)	1.938 / 2.071	93,6
<b>Adjuvante Immuntherapie</b>	49 / 1.938	2,5

## Entlassung

Bezug: Alle Patientinnen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
<b>Entlassungsgrund</b>		
1: Behandlung regulär beendet	1.935	93,4
2: Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	107	5,2
3: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet	0	0,0
4: Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet	1	0,0
5: Zuständigkeitswechsel des Leistungsträgers	0	0,0
6: Verlegung in ein anderes Krankenhaus	4	0,2
7: Tod	6	0,3
8: Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV'95)	0	0,0
9: Entlassung in eine Rehabilitations- einrichtung	3	0,1
10: Entlassung in eine Pflege- einrichtung	8	0,4
11: Entlassung in ein Hospiz	1	0,0
12: Interne Verlegung	5	0,2
13: Externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung	0	0,0
14: Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,0

Bezug: Alle Patientinnen	Gesamt 2003	
	Anzahl	%
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen	0	0,0
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus und nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung	0	0,0
17: interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BpflV und des KHEntgG	0	0,0
18: Rückverlegung	1	0,0
Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)	0	0,0
<b>Erfolgte Meldung an Krebsregister/ Tumorzentrum</b>	2.011	97,1

**Verteilung der Entlassungsgründe**



## Qualitätsbeobachtung

### Basisauswertung I

Qualitätsbeobachtung	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Sofortrekonstruktion nach Mastektomie			85 / 912	9,3
Sofortrekonstruktion nach Mastektomie mit Fremdmaterial			40 / 912	4,4
Sofortrekonstruktion nach Mastektomie mit Eigenmaterial			6 / 912	0,7
Sofortrekonstruktion nach Mastektomie mit Fremd- und Eigenmaterial			39 / 912	4,3
Sofortrekonstruktion nach brusterhaltender Therapie			266 / 1.214	21,9

### Basisauswertung II

Qualitätsbeobachtung	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsgrund = Rezidivkrankung			40 / 2.071	1,9
Histologie präoperativ vorliegend vor der ersten offenen Biopsie bei Primärerkrankung			869 / 1.478	58,8

### Basisauswertung III

Qualitätsbeobachtung	Abteilung		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Nachbestrahlung bei DCIS / papillärem in situ-Karzinom			17 / 44	38,6
Selten Folgeeingriff wegen unvollständiger Tumorentfernung bei invasivem Karzinom (Schlüssel 7, Positionen 60-63)			223 / 1.938	11,5
davon: bei Voroperation in eigener Einrichtung			210 / 223	94,2