

# Jahresauswertung 2004 Mammachirurgie

## Qualitätsindikatoren

### Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 62  
Auswertungsversion: 18. Mai 2005  
Datensatzversion: 18/1 2004 7.0  
Mindestanzahl Datensätze: 10  
Datenbankstand: 01. März 2005  
Druckdatum: 19. Mai 2005  
Nr. Gesamt-2509  
2004 - D3283-L19911-P13786

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Abwei- chung*	Seite
<b>Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien</b>						
Anteil von Patientinnen mit entdeckten Malignomen			37,9%	nicht definiert		1.1
<b>Postoperatives Präparatröntgen</b>						
Anteil von Operationen mit postoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Markierung durch Mammographie			69,3%	>= 95%	-25,7%	1.3
<b>Hormonrezeptoranalyse</b>						
Anteil von Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom			95,2%	>= 95%	0,2%	1.5
<b>Angabe pT, pN, pM oder M</b>						
Anteil von Patientinnen mit Angabe pT, pN, pM oder M an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom			86,1%	>= 95%	-8,9%	1.7
<b>Tumorfreier Präparateschnittrand</b>						
Anteil von Patientinnen mit Sicherheitsabstand >=10 mm an allen Patientinnen mit führendem histologischen Befund „DCIS“			46,1%	>= 14,5%	31,6%	1.9
Anteil von Patientinnen mit Sicherheitsabstand >=5 mm an allen Patientinnen mit führendem histologischen Befund „invasives Karzinom“			71,3%	nicht definiert		1.9
<b>Angabe Sicherheitsabstand</b>						
Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand			81,5%	>= 95%	-13,5%	1.13
<b>Axilladissektion bei DCIS oder papillärem in situ-Karzinom</b>						
Anteil von Patientinnen mit Axilladissektion an allen Patientinnen mit DCIS oder papillärem in situ-Karzinom			16,5%	<= 39,1%	22,6%	1.15
<b>Axilladissektion bei invasivem Mammakarzinom</b>						
Anteil von Patientinnen mit Axilladissektion an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom und Primärerkrankung			82,7%	>= 68,0%	14,7%	1.17

\* Abweichung der Krankenhausergebnisse vom Referenzwert  
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikatoren	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Abwei- chung*	Seite
<b>Anzahl Lymphknoten</b> Anteil von Patientinnen mit Entfernung von $\geq 10$ LK an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom und Axilladissektion, ohne Fernmetastasen			90,8%	$\geq 95\%$	-4,2%	1.19
<b>Indikation zur brusterhaltenden Therapie</b> Anteil von Patientinnen mit brusterhaltender Therapie an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1			77,3%	$\geq 55,1\%$ -	$\leq 94,6\%$	1.21
<b>Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie</b> Anteil von Patientinnen mit Nachbestrahlung an allen Patientinnen mit brusterhaltender Therapie			87,8%	$\geq 95\%$	-7,2%	1.24
<b>Revisions-Operationen</b> Anteil von Patientinnen mit Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen an allen Patientinnen			2,5%	$\leq 8,2\%$	5,7%	1.26
<b>Wundinfektionen</b> Anteil an Patientinnen mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und präoperativer Wundkontaminationsklasse 1 oder 2 an allen Patientinnen			1,4%	$\leq 6,3\%$	4,8%	1.28
<b>Adjuvante medikamentöse Therapie</b> Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter medikamentöser Therapie bei lymphknotenpositivem Mammakarzinom			91,9%	$\geq 90\%$	1,9%	1.30
<b>Adjuvante endokrine Therapie</b> Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter endokriner Therapie bei rezeptorpositivem Mammakarzinom			90,9%	$\geq 90\%$	0,9%	1.32
Anteil von Patientinnen der Gruppe 1 unter Ausschluss von Patientinnen, die eine geplante adjuvante endokrine Therapie trotz ärztlicher Empfehlung ablehnen			91,3%	nicht definiert		1.32

\* Abweichung der Krankenhausergebnisse vom Referenzwert  
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

## Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikatoren	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Abwei- chung*	Seite
<b>Adjuvante Chemotherapie</b>						
Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie an Patientinnen der Gruppe 1			76,1%	nicht definiert		1.35
Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie an Patientinnen der Gruppe 2			78,9	>= 64,0%	14,9%	1.35
<b>Meldung an Krebsregister</b>						
Anteil der Patientinnen mit Meldung an ein epidemiologisches Krebsregister oder Tumorzentrum			96,8%	>= 95%	1,8%	1.38
<b>Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operationsdatum</b>						
Anteil von Patientinnen mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum (Median in Tagen)			8,0	>= 4,0 - <= 16,5		1.40

\* Abweichung der Krankenhausergebnisse vom Referenzwert  
 n.b.: Perzentile kann nicht bestimmt werden

## 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 ggf. 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 bei allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,20 - 11,80%

D.h. berücksichtigt man alle zufälligen Faktoren, wie z.B. Dokumentationsfehler etc., liegt die wahre Wundinfektionsrate des Krankenhauses mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% zwischen 8,20 und 11,80 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 auf der Basis des BQS-Bundesdatenpools 2004.

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 "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." bzw. "-" platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann.

## 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2004 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2003 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Durch die Umstellung des Auslösers von Fallpauschalen und Sonderentgelten auf den QS-Filter haben sich teilweise die Grundgesamtheiten geändert. Dies kann zu unterschiedlichen Raten in den Ergebnissen für 2004 und für die Vorjahresdaten führen.

Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle "Vorjahresdaten" und der Bundesauswertung 2003 kommt es in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2004 überarbeitet worden sind.

Eine Bewertung der Vergleichbarkeit der Vorjahresergebnisse wurde von den Fachgruppen vorgenommen. Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) 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 Krankenhausergebnisse aufgeführt.

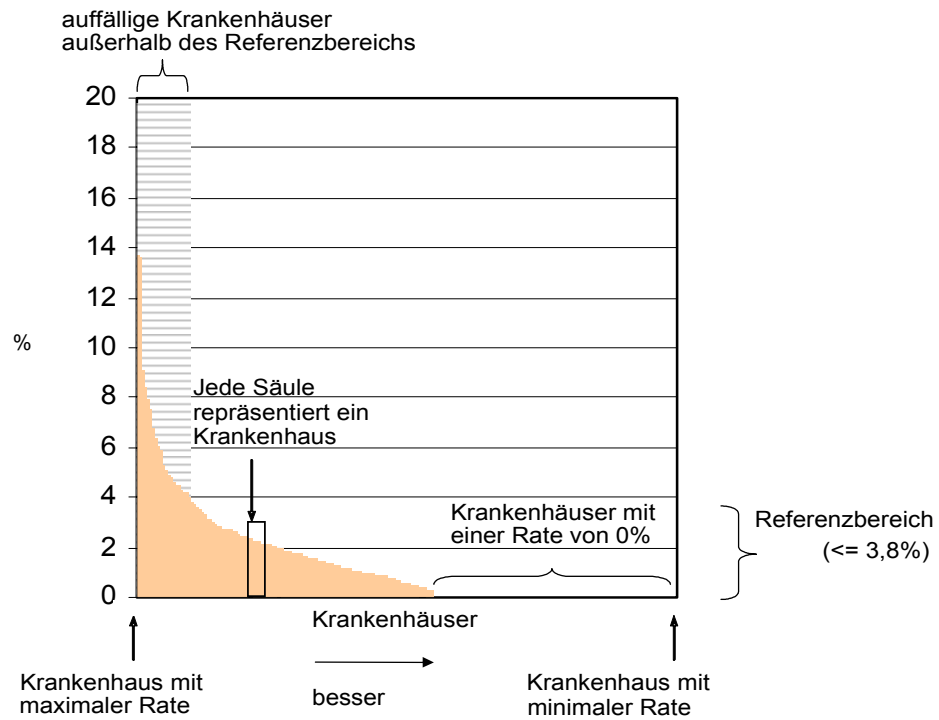
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z.B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 2.4.1 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 mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten





## 2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse 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.

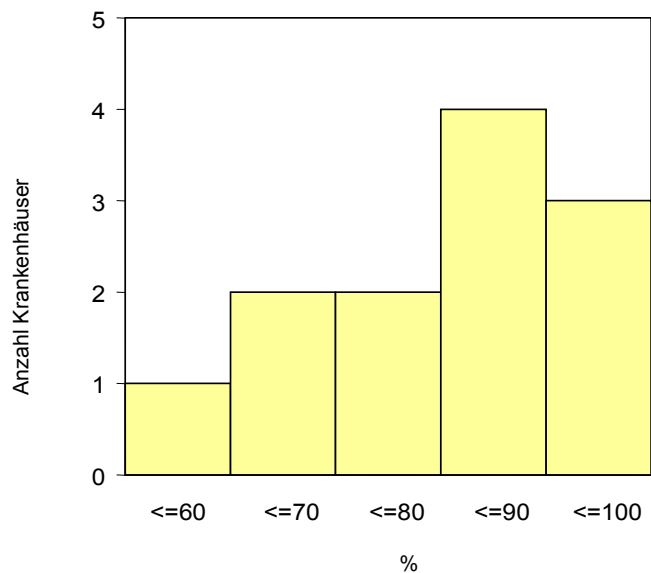
### Beispiel:

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	$\leq 60\%$	$60\% - 70\%$	$70\% - 80\%$	$80\% - 90\%$	$90\% - 100\%$
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	3	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 Krankenhäusern? (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

### **Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators (Qualitätskennzahlen)**

Kennzahlen eines Qualitätsindikators geben die zahlenmäßige Ausprägung des Qualitätsindikators für den Bundes- oder Landesdatenpool (Gesamtrate) und das einzelne Krankenhaus wieder. Jedem Qualitätsindikator sind ein oder manchmal auch mehrere Qualitätskennzahlen zugeordnet. Qualitätskennzahlen sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Kennzahl wird jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt (Verteilung der Krankenhausergebnisse).

### **Median der Krankhausergebnisse**

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

### **Perzentile der Krankhausergebnisse**

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse gilt, dass x% der Krankhausergebnisse kleiner oder gleich dem x%-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil.

### **Rate**

Siehe Anteil

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Spannweite der Krankhausergebnisse**

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse 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, natürliche Schwankungen beim Leistungsprozess etc.) liegt.

### Qualitätsindikator: Entdeckte Malignome bei offenen Biopsien

**Qualitätsziel:** Angemessene Rate entdeckter Malignome\* bei offenen Biopsien  
 \* (Schlüssel 5, Positionen 53-56, 60-63, 71)

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

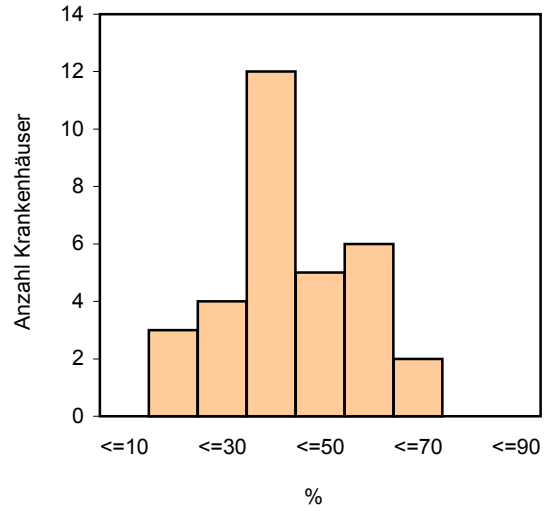
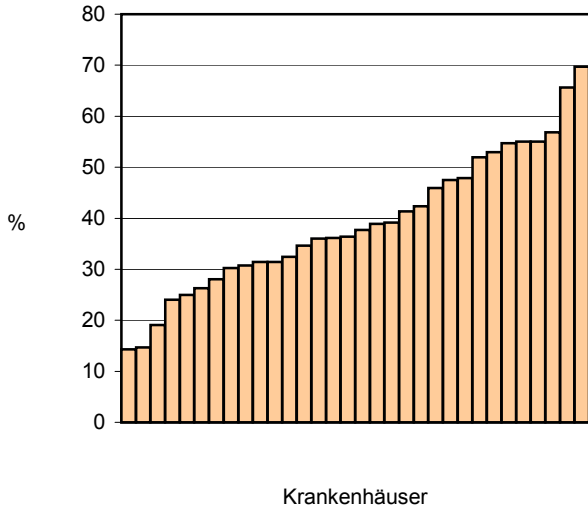
**Referenzbereich:** Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit führendem histologischen Befund „maligne“ Vertrauensbereich Referenzbereich			893 / 2.358 35,91% - 39,86%	37,9% -
Patientinnen mit DCIS/ papillärem in situ-Karzinom			119 / 2.358	5,0%
Patientinnen mit invasiven Karzinomen			756 / 2.358	32,1%
Pat. mit malignen sonstigen Neoplasien			18 / 2.358	0,8%

**Vorjahresdaten:** Dieser Qualitätsindikator wurde für die Daten aus dem Jahre 2003 ausgesetzt, da die einbezogenen Leistungen (Fallpauschalen und Sonderentgelte) sich nur auf bösartige Tumore bezogen.

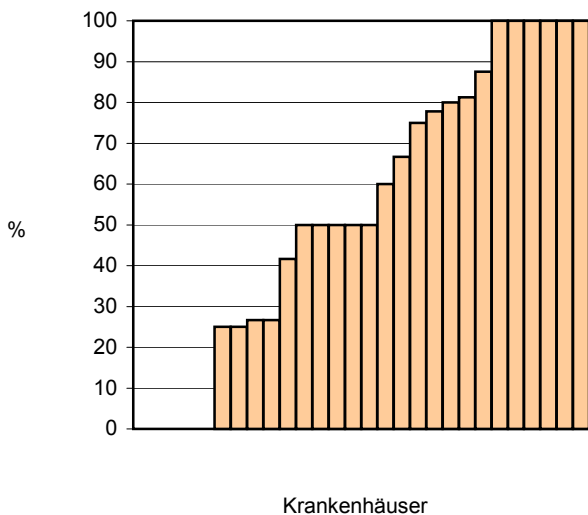
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 1]:  
 Anteil von Patientinnen mit entdeckten Malignomen bei offenen Biopsien**  
 2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 14,3% - 69,7%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 37,0%



32 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 50,0%





28 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Postoperatives Präparatröntgen**

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

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

**Referenzbereich:** >= 95%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit postoperativem Präparatröntgen			941 / 1.358	69,3%
Vertrauensbereich				66,76% - 71,74%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit postoperativem Präparatröntgen			230 / 465	49,5%
Vertrauensbereich				44,82% - 54,11%

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

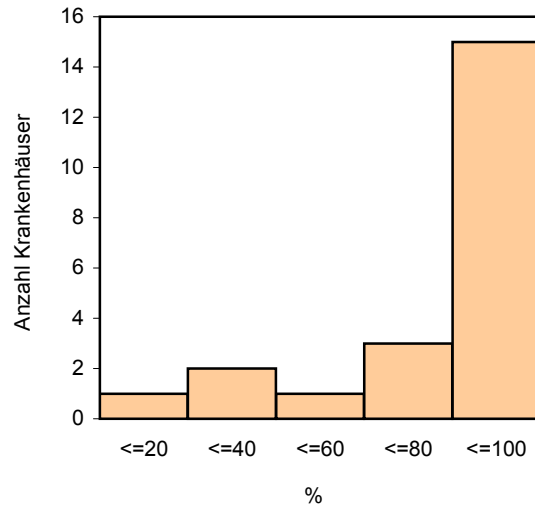
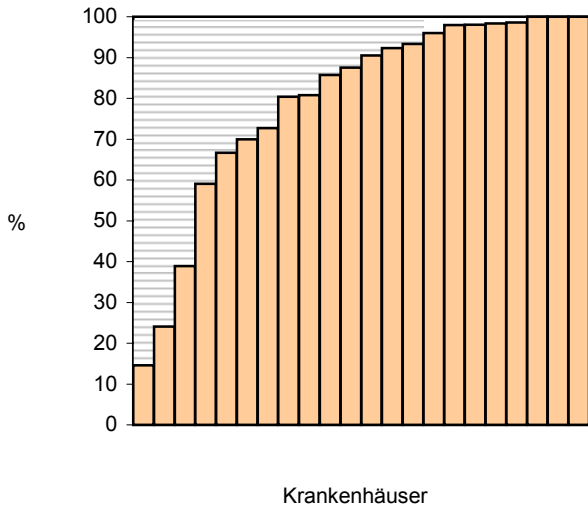
**Anteil von Operationen mit postoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Markierung durch Mammographie**

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 14,6% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 89,0%



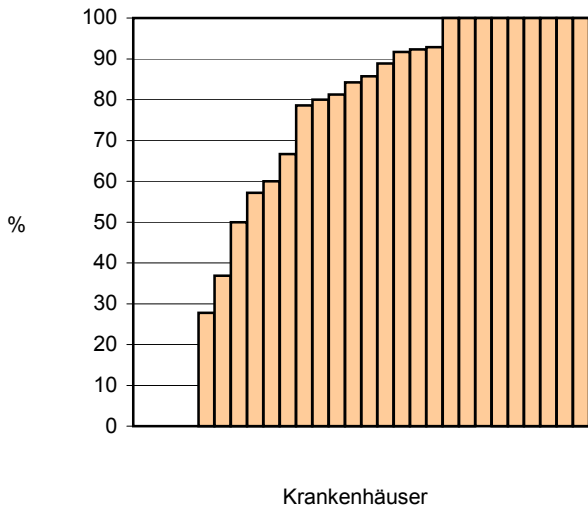
22 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 85,0%



28 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Hormonrezeptoranalyse

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mammakarzinom

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund „invasives Mammakarzinom“

**Referenzbereich:** >= 95%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse			3.024 / 3.177	95,2%
Vertrauensbereich				94,38% - 95,90%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse			1.865 / 1.938	96,2%
Vertrauensbereich				95,29% - 97,04%



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

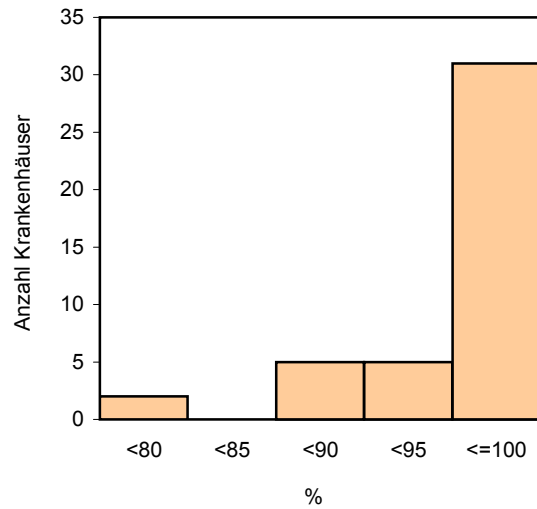
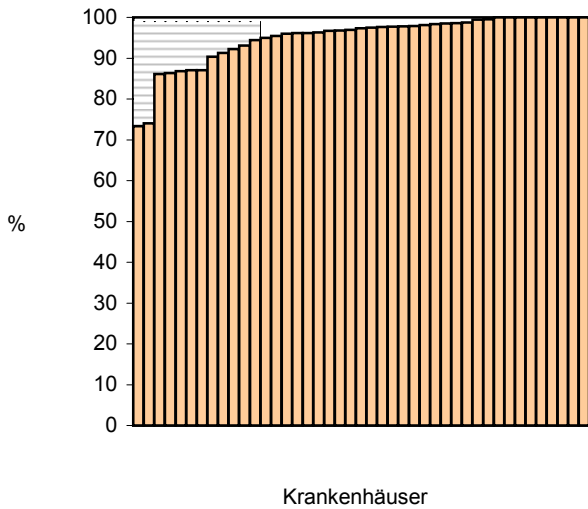
**Anteil von Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom**

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhäusergebnisse: 73,3% - 100,0%

Median der Krankenhäusergebnisse: 97,3%



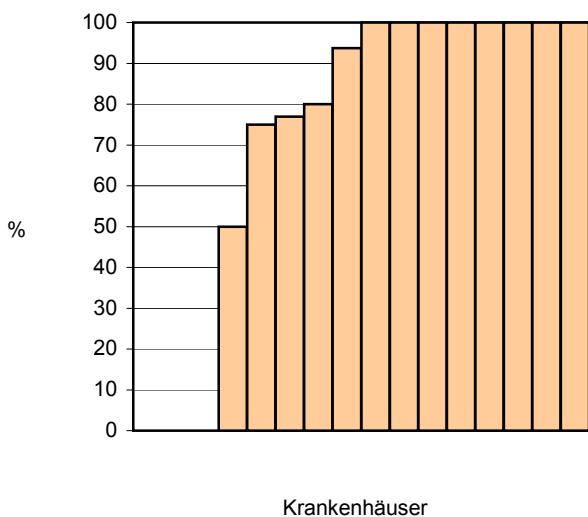
43 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhäusergebnisse: 96,9%



16 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Angabe pT, pN, pM oder M**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit Angabe von pT, pN, pM oder M bei invasivem Mammakarzinom

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund „invasives Mammakarzinom“

**Referenzbereich:** >= 95%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Angabe pT, pN, pM oder M			2.735 / 3.177	86,1%
Vertrauensbereich				84,83% - 87,27%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%
Patientinnen mit Angabe von pT			2.793 / 3.177	87,9%
Patientinnen mit Angabe von pN			2.748 / 3.177	86,5%
Patientinnen mit Angabe von pM			2.745 / 3.177	86,4%
Patientinnen mit Angabe von M			2.114 / 3.177	66,5%

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Angabe pT, pN, pM oder M*			1.765 / 1.938	91,1%
Vertrauensbereich				89,71% - 92,31%

\* In der Rechenregel in 2003 wurde die Angabe pM nicht berücksichtigt

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

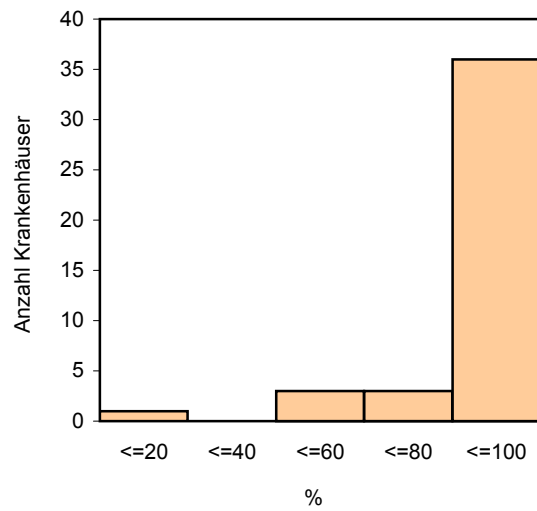
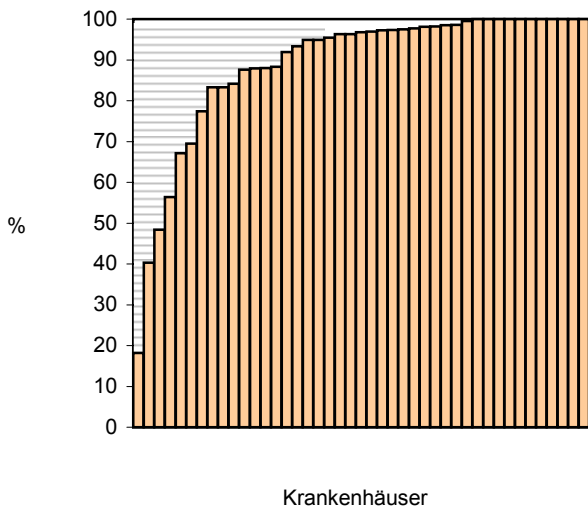
**Anteil von Patientinnen mit Angabe pT, pN, pM oder M an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom**

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 18,2% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 96,8%



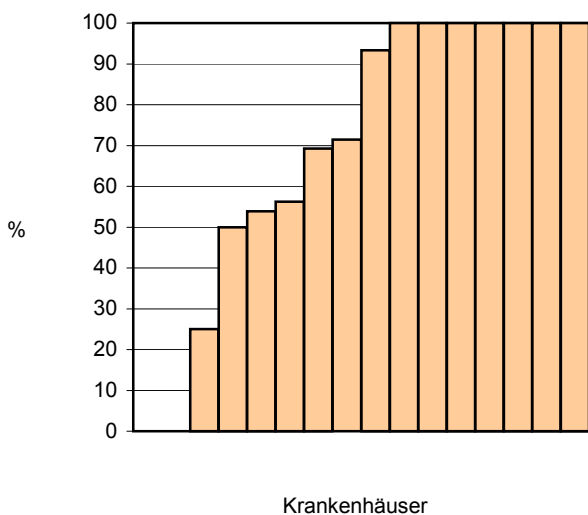
43 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 82,4%



16 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Tumorfreier Präparateschnitttrand



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

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Patientinnen mit Sicherheitsabstand bei führendem histologischen Befund „DCIS“ (Schlüssel 5, Positionen 53-56)

Gruppe 2: Patientinnen mit Sicherheitsabstand bei führendem histologischen Befund „invasives Karzinom“ (Schlüssel 5, Positionen 60-63)

**Referenzbereich:** Gruppe 1:  $\geq 14,5\%$  (10%-Bundesperzentile)

Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.\*

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit Sicherheitsabstand $\geq 10$ mm			100 / 217 46,1%	
Vertrauensbereich			39,31% - 52,97%	
Referenzbereich	$\geq 14,5\%$		$\geq 14,5\%$	
Patientinnen mit Sicherheitsabstand $\geq 1$ mm				2.473 / 2.628 94,1%
Patientinnen mit Sicherheitsabstand $\geq 2$ mm				2.298 / 2.628 87,4%
Patientinnen mit Sicherheitsabstand $\geq 3$ mm				2.116 / 2.628 80,5%
Patientinnen mit Sicherheitsabstand $\geq 4$ mm				1.977 / 2.628 75,2%
Patientinnen mit Sicherheitsabstand $\geq 5$ mm				1.873 / 2.628 71,3%
Vertrauensbereich			69,50% - 73,00%	
Referenzbereich		-		-

\* 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.

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1*	Gruppe 2**	Gruppe 1*	Gruppe 2**
Patientinnen mit Sicherheitsabstand >= 10 mm Vertrauensbereich				
Patientinnen mit Sicherheitsabstand >= 5 mm Vertrauensbereich			1.153 / 1.529	75,4%
			73,17% - 77,55%	

\* Eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten ist bei der Gruppe 1 nicht gegeben, da die Daten 2003 sich nur auf bösartige Tumore mit Axilladissektion bezogen (einbezogene Leistungen 2003)

\*\* In 2003 wurde in der Grundgesamtheit auch die Position 71 (Sonstige maligne Neoplasien, Schlüssel 5) berücksichtigt.

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

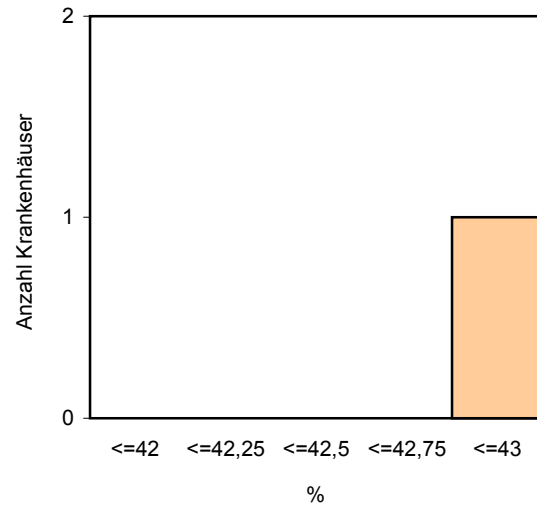
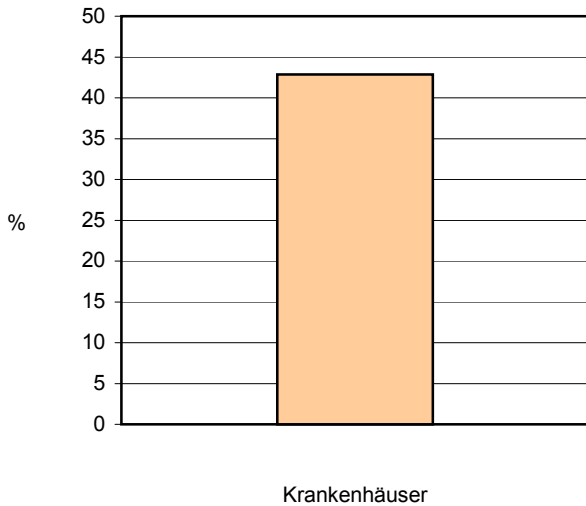
**Anteil von Patientinnen mit Sicherheitsabstand  $\geq 10$  mm an allen Patientinnen der Gruppe 1**

22 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 42,9% - 42,9%

Median der Krankenhausergebnisse: 42,9%



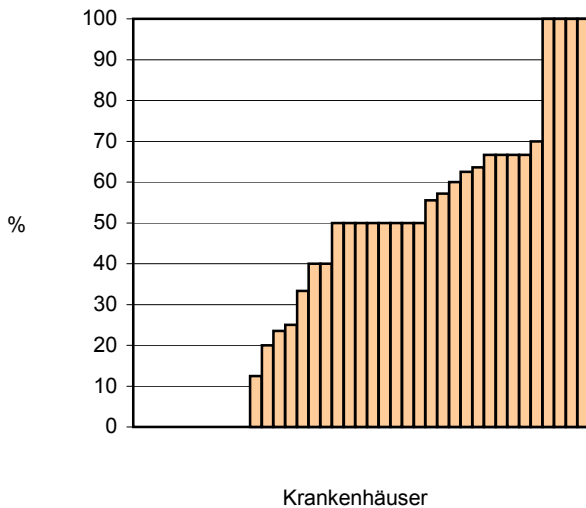
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 50,0%



39 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

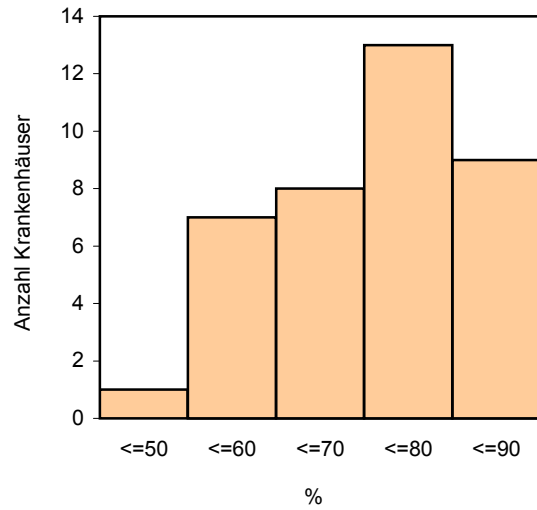
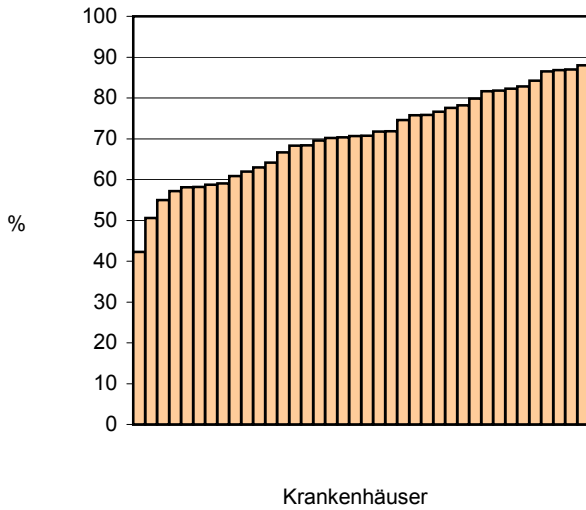
**Anteil von Patientinnen mit Sicherheitsabstand  $\geq 5$  mm an allen Patientinnen der Gruppe 2**

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 42,3% - 88,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 70,7%



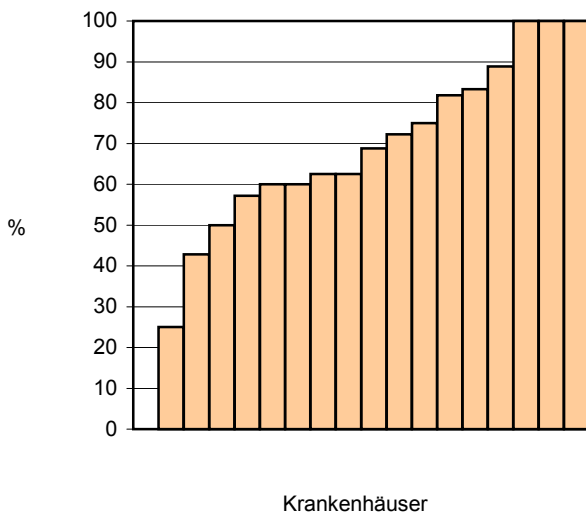
38 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 65,6%



18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Angabe Sicherheitsabstand**

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen bei führendem histologischen Befund „maligne“ (Schlüssel 5, Positionen 53-56, 60-63, 71) unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie

**Referenzbereich:** >= 95%

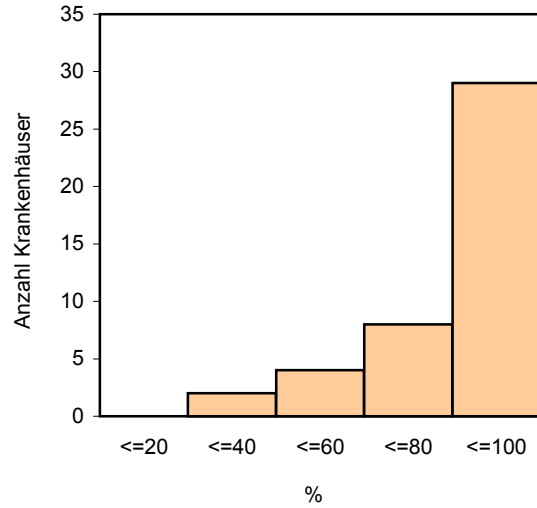
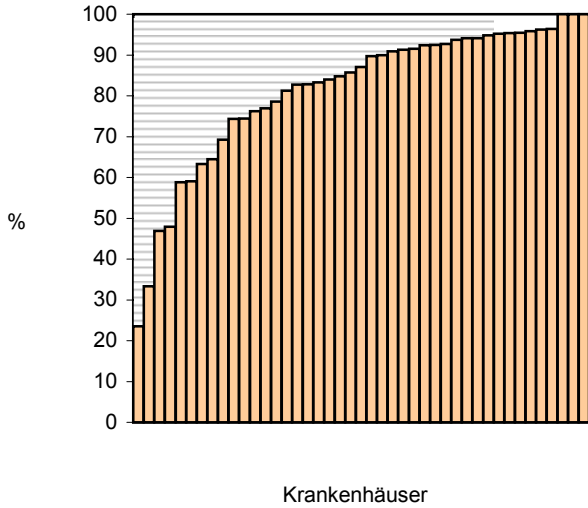
	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand			2.679 / 3.288	81,5%
Vertrauensbereich			80,11% - 82,79%	
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand			1.476 / 1.885	78,3%
Vertrauensbereich			76,37% - 80,14%	



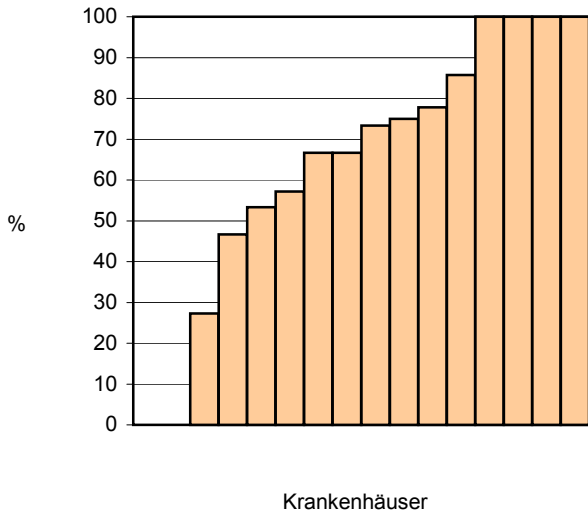
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 7]:**  
**Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand**  
 3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 23,5% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 87,1%



43 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 100,0%  
 Median der Krankenhausergebnisse: 70,0%



16 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.  
 In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser 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“

**Referenzbereich:** <= 39,1% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Axilladisektion einschließlich der Exzision einzelner axillärer Lymphknoten und Lymphgefäße (OPS-301 Version 2004: 5-401.1)			52 / 315	16,5%
Vertrauensbereich			12,58% - 21,09%	
Referenzbereich		<= 39,1%		<= 39,1%

**Vorjahresdaten:** Dieser Qualitätsindikator wurde für die Daten aus dem Jahre 2003 ausgesetzt, da die einbezogenen Leistungen (Fallpauschalen und Sonderentgelte) sich nur auf bösartige Tumore mit Axilladisektion bezogen.

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

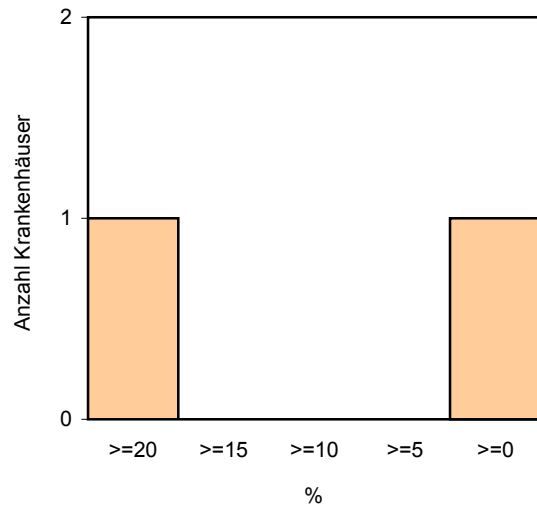
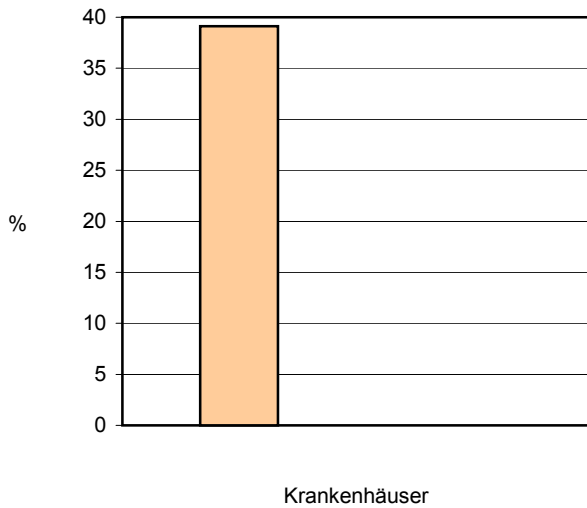
**Anteil von Patientinnen mit Axilladissektion an allen Patientinnen mit DCIS oder papillärem in situ-Karzinom**

19 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 39,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 19,6%



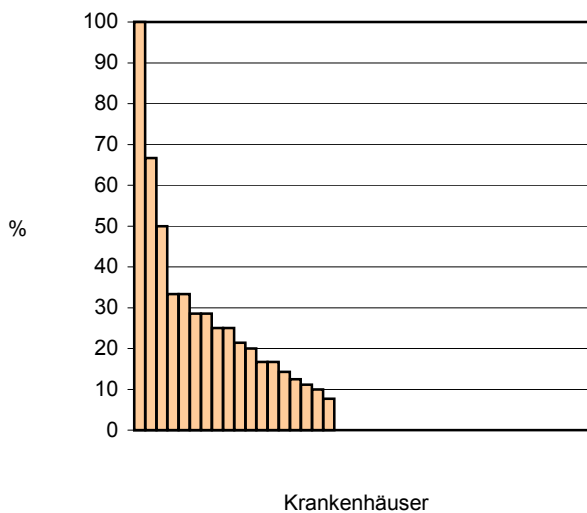
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



41 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Axilladissektion bei invasivem Mammakarzinom**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit Axilladissektion bei invasivem Mammakarzinom

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und mit führendem histologischen Befund „invasives Mammakarzinom“

**Referenzbereich:** >= 68,0% (10%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Axilladissektion einschließlich der Exzision einzelner axillärer Lymphknoten und Lymphgefäße (OPS-301 Version 2004: 5-401.1)			2.374 / 2.870	82,7%
Vertrauensbereich			81,28% - 84,08%	
Referenzbereich		>= 68,0%		>= 68,0%

**Vorjahresdaten:** Dieser Qualitätsindikator wird für die Daten aus dem Jahre 2003 ausgesetzt, da die einbezogenen Leistungen (Fallpauschalen und Sonderentgelte) sich nur auf bösartige Tumore mit Axilladissektion bezogen.

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

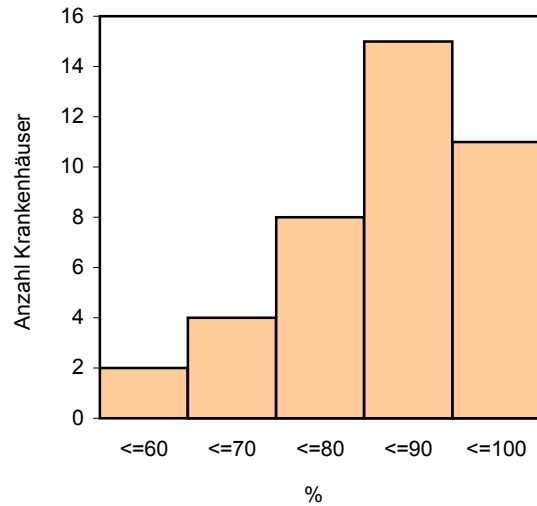
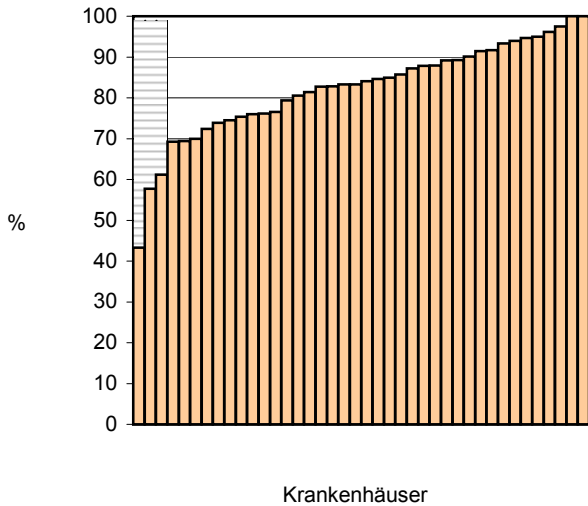
**Anteil von Patientinnen mit Axilladissektion an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom und Primärerkrankung**

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 43,3% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 83,7%



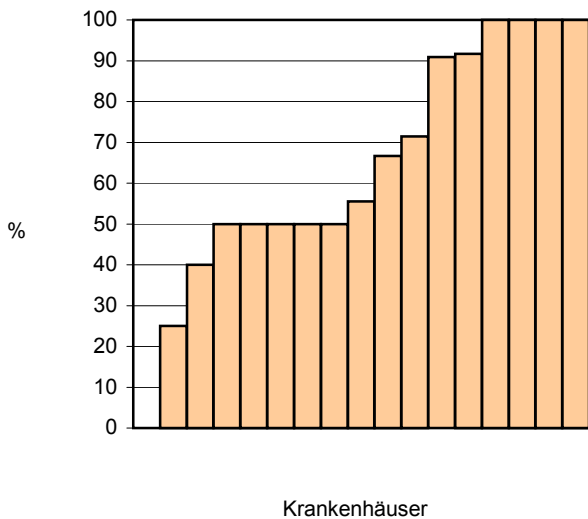
40 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 55,6%



17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Anzahl Lymphknoten**

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit führendem histologischen Befund „invasives Mammakarzinom und Axilladissektion“, unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen (Patientinnen mit Sentinel-Lymphonodektomie ohne weiterführende Axilladissektion sind ausgeschlossen)

**Referenzbereich:** >= 95%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Entfernung von >= 10 Lymphknoten			1.928 / 2.123	90,8%
Vertrauensbereich			89,50% - 92,01%	
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Entfernung von >= 10 Lymphknoten			1.490 / 1.677	88,8%
Vertrauensbereich			87,24% - 90,32%	

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

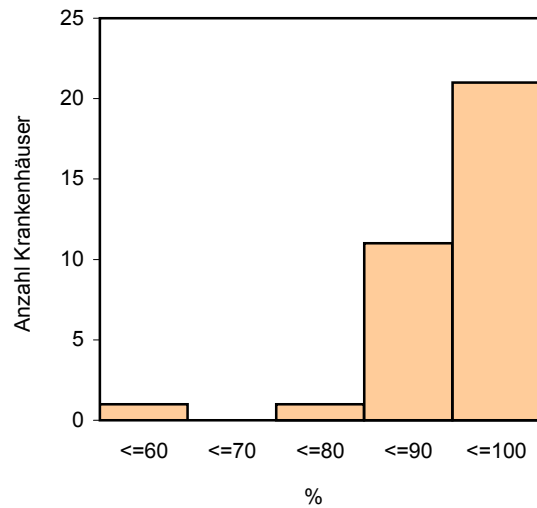
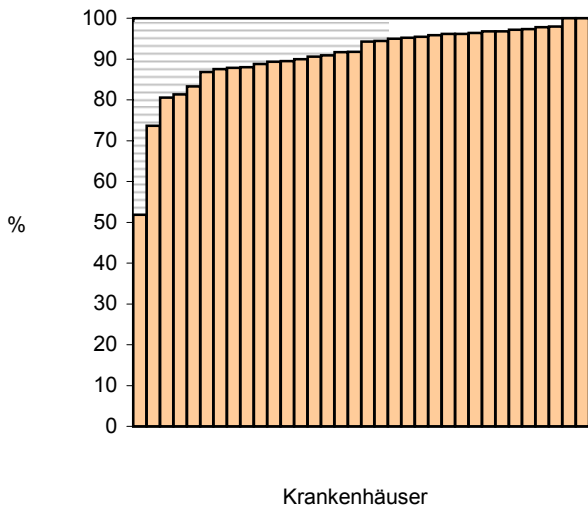
**Anteil von Patientinnen mit Entfernung von  $\geq 10$  LK an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom und Axilladissektion, ohne Fernmetastasen**

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 51,9% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 93,0%



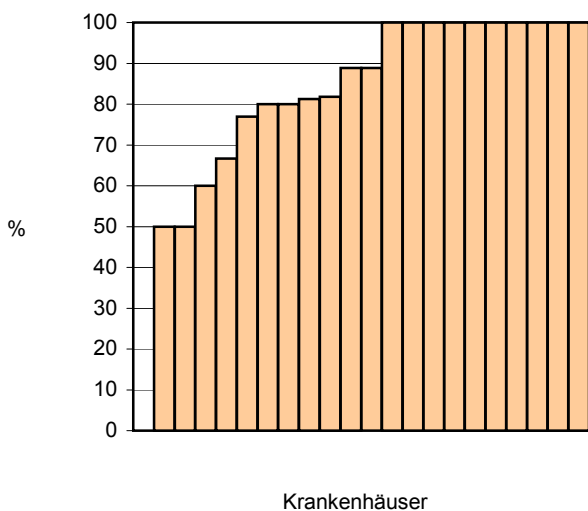
34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 88,9%



22 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Indikation zur brusterhaltenden Therapie**

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

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

**Referenzbereich:** Gruppe 2:  $\geq 55,1\%$  (5%-Bundesperzentile) -  $\leq 94,6\%$  (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation Vertrauensbereich Referenzbereich		77,3%	
Patientinnen ohne brusterhaltende Therapie (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien zur brusterhaltenden Therapie)			

	Gesamt 2004		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation Vertrauensbereich Referenzbereich	1.609 / 2.439 66,0%	1.089 / 1.408 77,3% 75,06% - 79,51% $\geq 55,1\%$ - $\leq 94,6\%$	523 / 1.036 50,5%
Patientinnen ohne brusterhaltende Therapie (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien zur brusterhaltenden Therapie)	48 / 2.439 2,0%	32 / 1.408 2,3%	16 / 1.036 1,5%



Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		
	Gruppe1	Gruppe2	Gruppe 3
Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation Vertrauensbereich			

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Gesamt 2003		
	Gruppe1	Gruppe2	Gruppe 3
Patientinnen mit brusterhaltender Therapie bei gegebener Indikation Vertrauensbereich	976 / 1.586 61,5%	635 / 870 73,0% 69,90% - 75,91%	343 / 718 47,8%

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

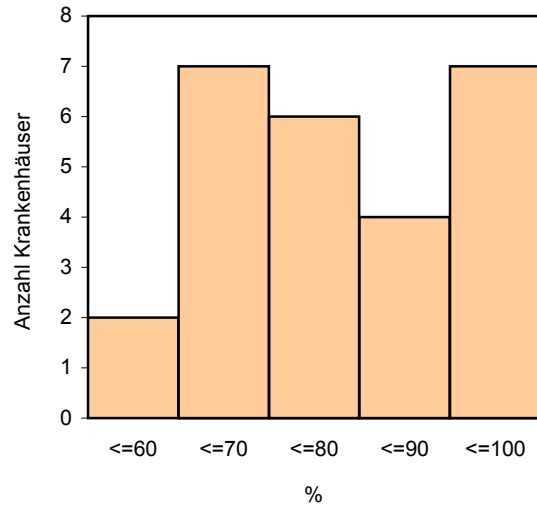
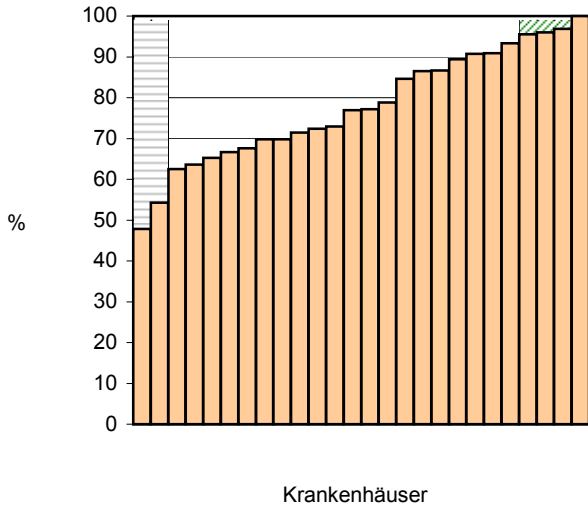
**Anteil von Patientinnen mit brusterhaltender Therapie an allen Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1**

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 47,8% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 77,0%



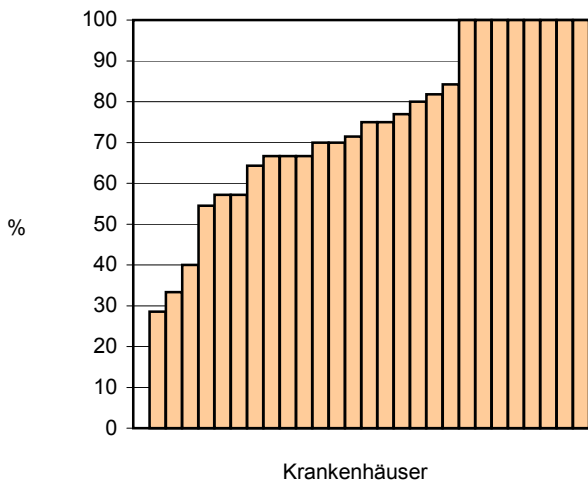
26 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 73,2%



28 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie bei invasivem Mammakarzinom

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

**Referenzbereich:** >= 95%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie			1.638 / 1.866	87,8%
Vertrauensbereich				86,21% - 89,23%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Nachbestrahlung bei brusterhaltender Therapie			1.008 / 1.089	92,6%
Vertrauensbereich				90,84% - 94,05%

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

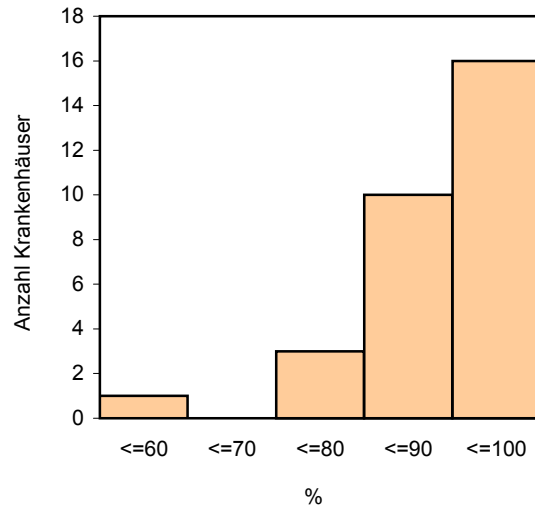
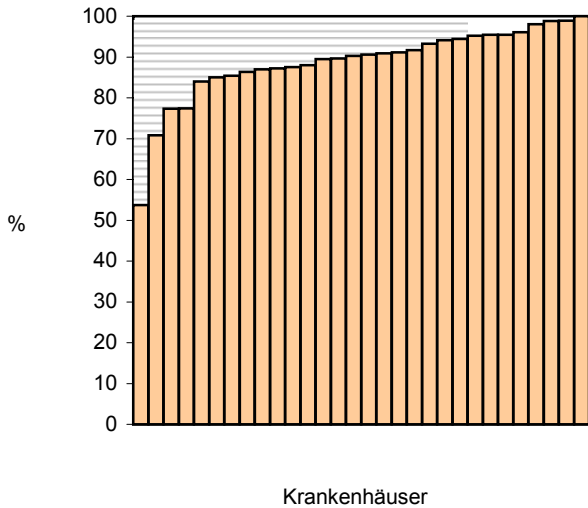
**Anteil von Patientinnen mit Nachbestrahlung an allen Patientinnen mit brusterhaltender Therapie**

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 53,7% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 90,4%



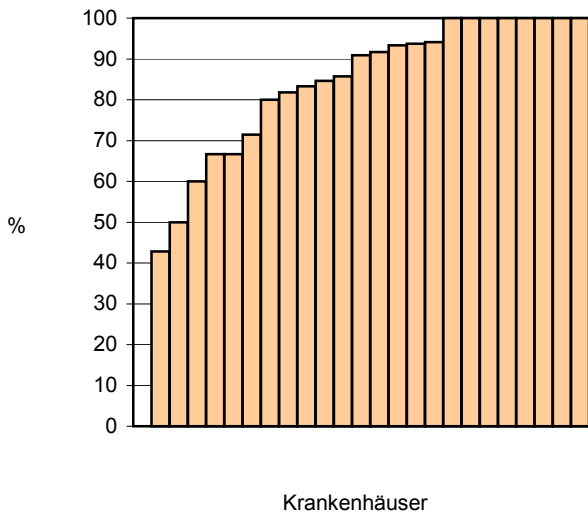
30 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 90,9%



25 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Revisions-Operationen

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

**Referenzbereich:** <= 8,2% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen			146 / 5.854	2,5%
Vertrauensbereich				2,11% - 2,93%
Referenzbereich		<= 8,2%		<= 8,2%

Eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten ist nicht gegeben, da die Daten 2003 sich nur auf bösartige Tumore mit Axilladisektion bezogen (einbezogene Leistungen 2003)

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

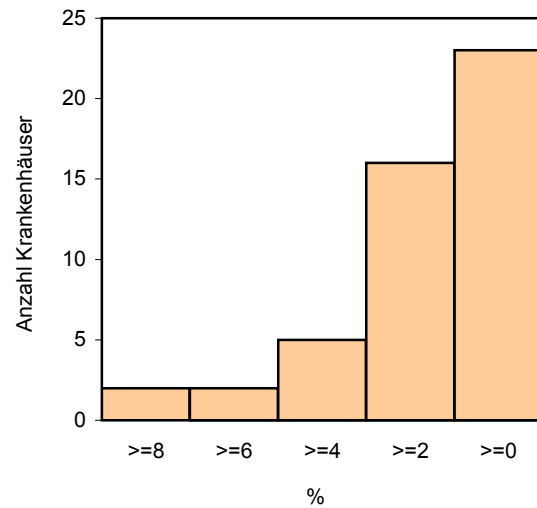
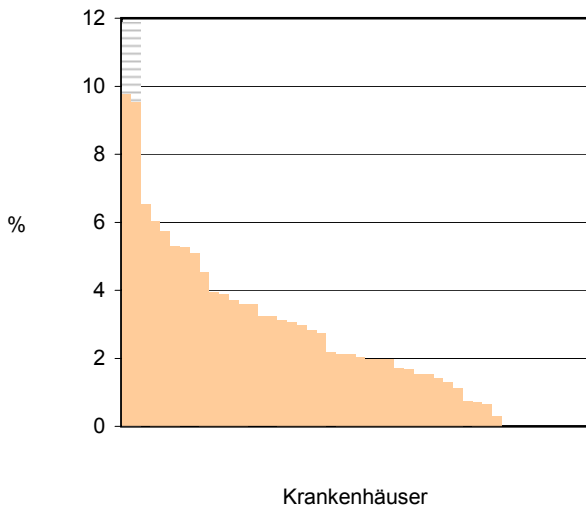
**Anteil von Patientinnen mit Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen an allen Patientinnen**

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 9,8%

Median der Krankenhausergebnisse: 2,1%



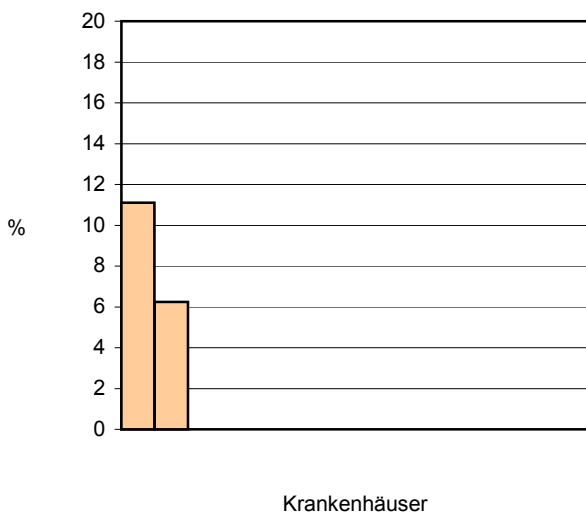
48 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 11,1%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%



14 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Wundinfektionen

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen

**Referenzbereich:** <= 6,3% (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit postoperativer Wundinfektion			99 / 5.854	1,7%
(CDC A1) (oberflächl. Wundinfektion)			70 / 5.854	1,2%
(CDC A2) (tiefe Wundinfektion)			29 / 5.854	0,5%
(CDC A3) (Infektion von Räumen und Organen im OP-Gebiet)			0 / 5.854	0,0%
Postoperative Wundinfektionen bei:				
Pat. mit Risikoklasse ASA 1 oder 2			67 / 4.723	1,4%
Pat. mit Risikoklasse ASA 3, 4 oder 5			32 / 1.131	2,8%
Patientinnen mit präoperativer Wundkontaminationsklasse 1 oder 2			93 / 5.816	1,6%
Pat. mit präoperativer Wundkontaminationsklasse 3 oder 4			6 / 39	15,4%
Postoperative Wundinfektionen bei:				
Patientinnen mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und präoperativer Wundkontaminationsklasse 1 oder 2			66 / 4.703	1,4%
Vertrauensbereich				1,09% - 1,78%
Referenzbereich		<= 6,3%		<= 6,3%

Eine Vergleichbarkeit mit den Vorjahresdaten ist nicht gegeben, da die Daten 2003 sich nur auf bösartige Tumore mit Axilladissektion bezogen (einbezogene Leistungen 2003)

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

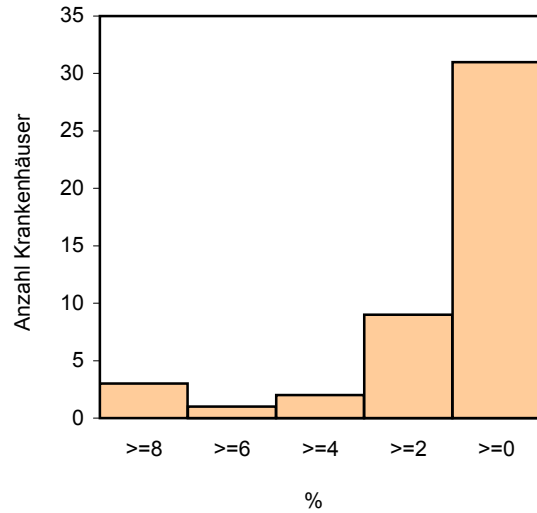
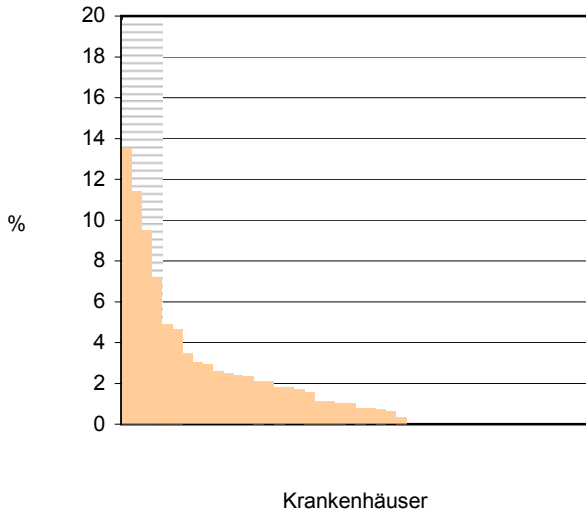
**Anteil an Patientinnen mit Risikoklasse ASA 1 oder 2 und präoperativer Wundkontaminationsklasse 1 oder 2 an allen Patientinnen**

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 13,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,9%



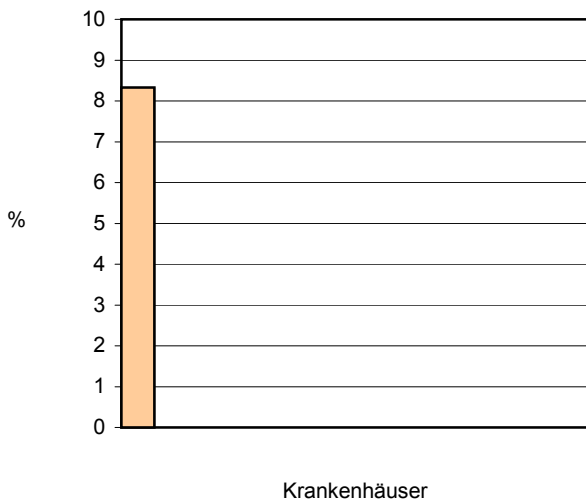
46 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 0,0% - 8,3%

Median der Krankenhausergebnisse: 0,0%




14 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.


In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.



### Qualitätsindikator: Adjuvante medikamentöse Therapie

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Patientinnen mit geplanter adjuvanter medikamentöser Therapie bei invasivem Mammakarzinom <sup>1</sup>
<b>Grundgesamtheit:</b>	Alle Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom Gruppe 1: 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 Gruppe 2: Gruppe 1 unter Ausschluss von Patientinnen mit "minimal risk" <sup>3</sup> - Konstellation
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1: >= 90%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit geplanter adjuvanter medikamentöser Therapie			2.512 / 2.733 91,9%	2.368 / 2.582 91,7%
Vertrauensbereich			90,83% - 92,91%	
Referenzbereich		>= 90%	>= 90%	
Patientinnen mit geplanter adjuvanter endokriner Therapie			2.030 / 2.733 74,3%	1.887 / 2.582 73,1%
Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie			1.499 / 2.733 54,8%	1.485 / 2.582 57,5%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1*	Gruppe 2*	Gruppe 1*	Gruppe 2*
Patientinnen mit geplanter adjuvanter medikamentöser Therapie			1.614 / 1.695 95,2%	1.535 / 1.610 95,3%
Vertrauensbereich			94,09% - 96,19%	94,19% - 96,32%

<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 die Fälle mit Angabe M1 oder pM1 ausgeschlossen. Hingegen eingeschlossen sind die Fälle, bei denen die Angaben zum Metastasierungsstatus fehlen.

<sup>3</sup> Definition der "minimal risk" - Kategorie nach der Konsensus Konferenz in St. Gallen 2003: Rezeptorstatus positiv und pT<= 2 cm und G1 und Alter >= 35 J. und Lymphknotenbefund negativ (die St. Gallen-Kriterien für „minimal risk“-Gruppe werden derzeit überarbeitet).

\* In 2003 wurden nur lymphknotenpositive Fälle ausgewertet

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

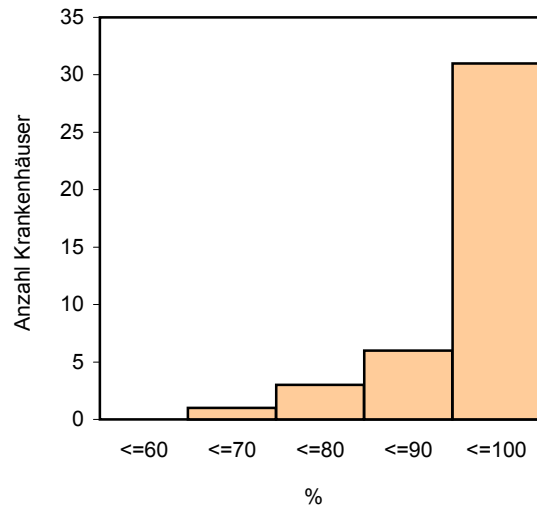
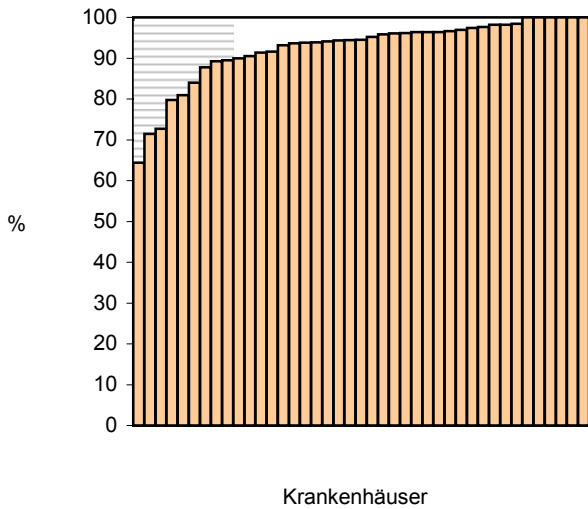
**Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter medikamentöser Therapie an Patientinnen der Gruppe 1**

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 64,4% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 94,5%



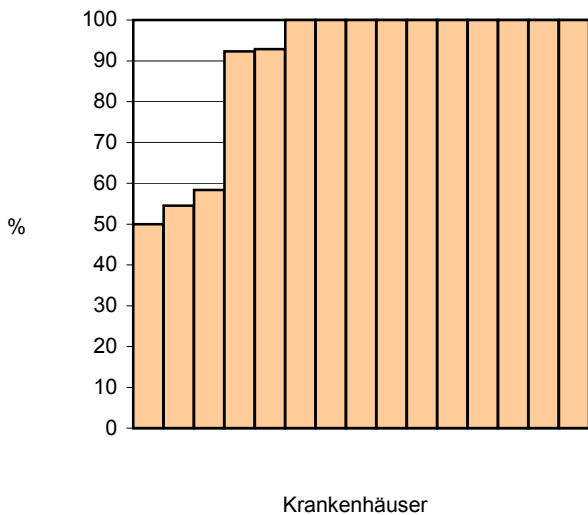
41 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



15 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Qualitätsindikator: Adjuvante endokrine Therapie**

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

**Grundgesamtheit:** Gruppe 1: Alle Patientinnen mit rezeptorpositivem Mammakarzinom unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen<sup>2</sup>  
 Gruppe 2: Gruppe 1 unter Ausschluss von Patientinnen, die eine geplante adjuvante endokrine Therapie trotz ärztlicher Empfehlung ablehnen

**Referenzbereich:** Gruppe 1: >= 90%  
 Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie			2.045 / 2.249 90,9%	2.045 / 2.241 91,3%
Vertrauensbereich			89,67% - 92,08%	90,01% - 92,39%
Referenzbereich	>= 90%	-	>= 90%	-

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit adjuvanter endokriner Therapie			1.194 / 1.327 90,0%	1.194 / 1.323 90,2%
Vertrauensbereich			88,23% - 91,54%	88,52% - 91,80%

<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 die Fälle mit Angabe M1 oder pM1 ausgeschlossen. Hingegen eingeschlossen sind die Fälle, bei denen die Angaben zum Metastasierungsstatus fehlen.

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

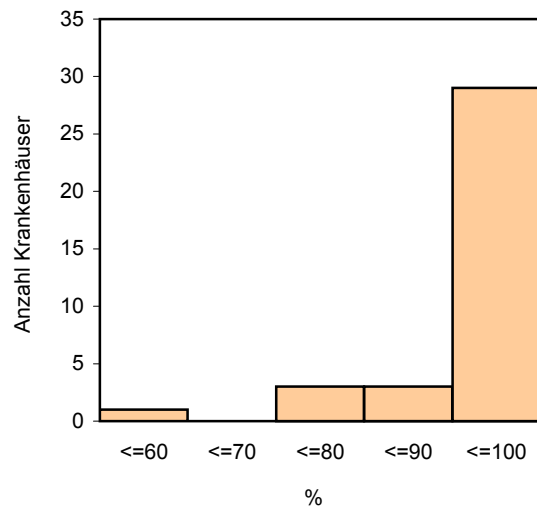
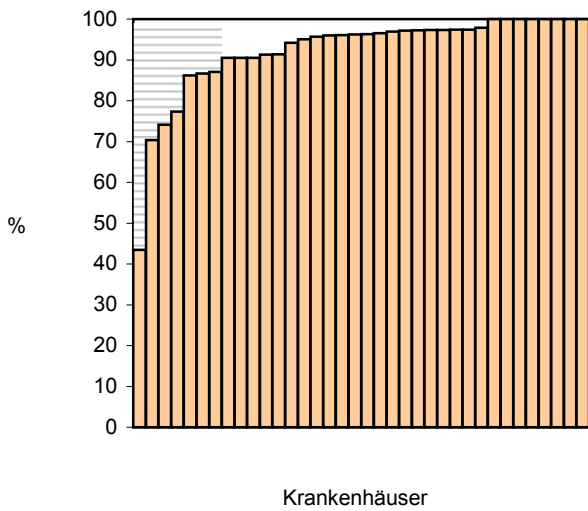
**Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter endokriner Therapie an Patientinnen der Gruppe 1**

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 43,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 96,3%



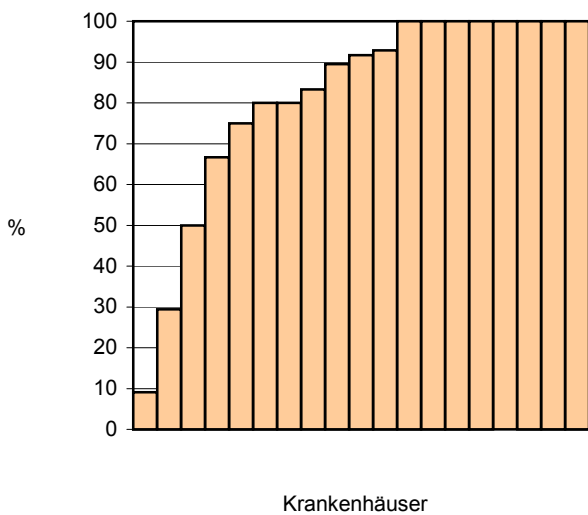
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 9,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 91,7%



19 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 17]:**

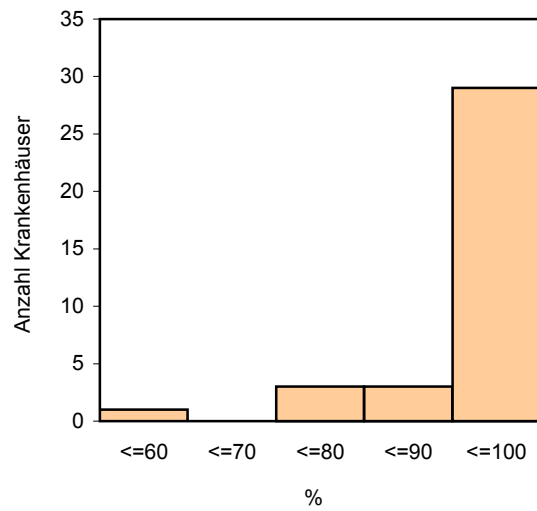
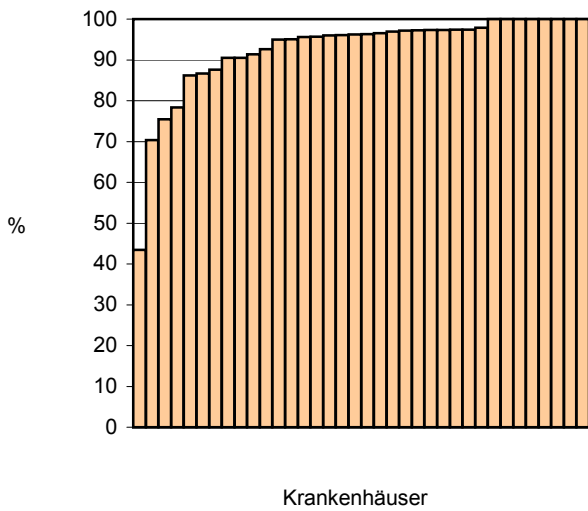
**Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter endokriner Therapie an Patientinnen der Gruppe 2**

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 43,5% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 96,3%



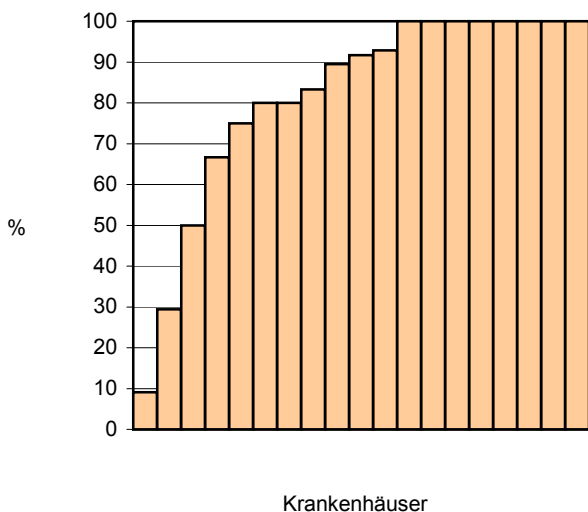
36 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 9,1% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 91,7%



19 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

### Qualitätsindikator: Adjuvante Chemotherapie

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie bei rezeptornegativem Mammakarzinom <sup>1</sup>	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit rezeptornegativem Mammakarzinom unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen <sup>2</sup> und unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie
	Gruppe 2:	Gruppe 1 unter Ausschluss von Patientinnen, die eine geplante adjuvante Chemotherapie trotz ärztlicher Empfehlung ablehnen
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.
	Gruppe 2:	>= 64,0% (10%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie <sup>3</sup>			415 / 545 76,1%	415 / 526 78,9%
Vertrauensbereich			72,34% - 79,67%	75,15% - 82,31%
Referenzbereich	-	>= 64,0%	-	>= 64,0%

Vorjahresdaten (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie <sup>3</sup>			325 / 394 82,5%	325 / 389 83,5%
Vertrauensbereich			78,36% - 86,11%	78,36% - 86,11%

<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 die Fälle mit Angabe M1 oder pM1 ausgeschlossen. Hingegen eingeschlossen sind die Fälle, bei denen die Angaben zum Metastasierungsstatus fehlen.

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

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

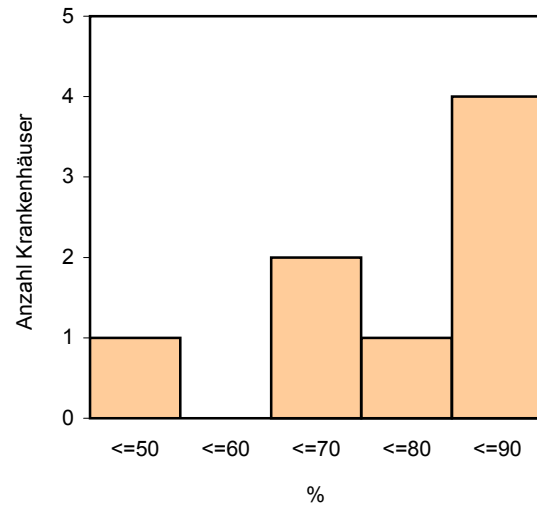
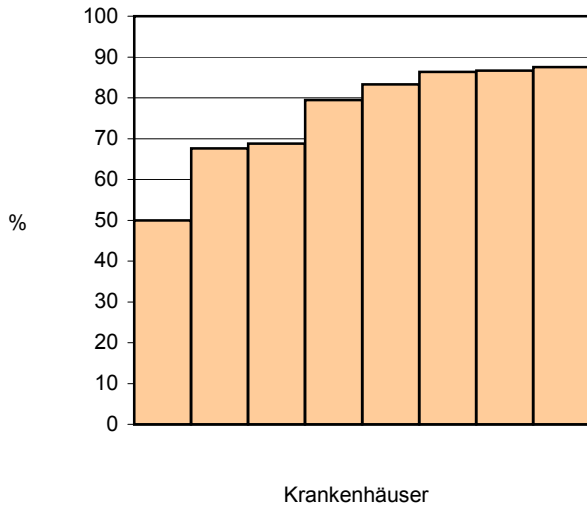
**Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie an Patientinnen der Gruppe 1**

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 87,5%

Median der Krankenhausergebnisse: 81,4%



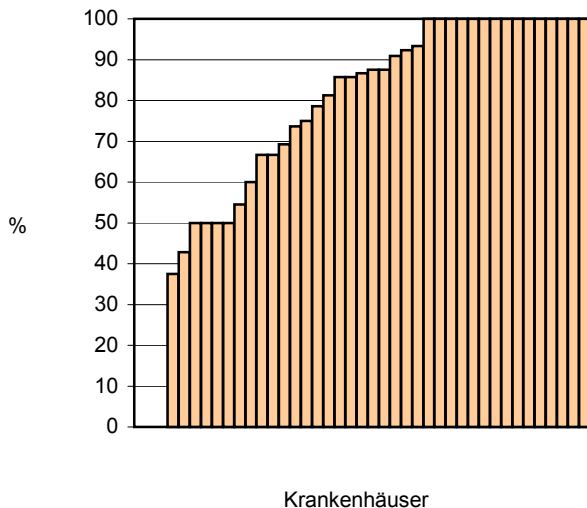
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 86,7%



41 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

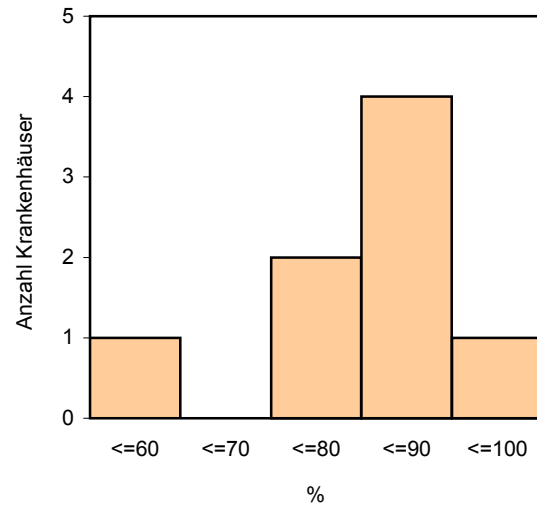
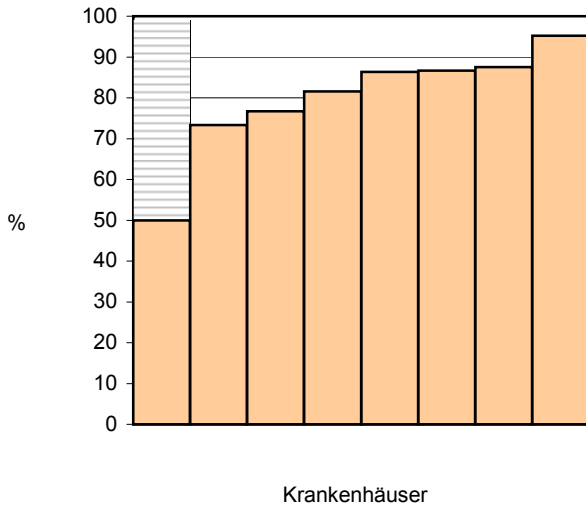
**Anteil von Patientinnen mit geplanter adjuvanter Chemotherapie an Patientinnen der Gruppe 2**

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 50,0% - 95,2%

Median der Krankenhausergebnisse: 84,0%



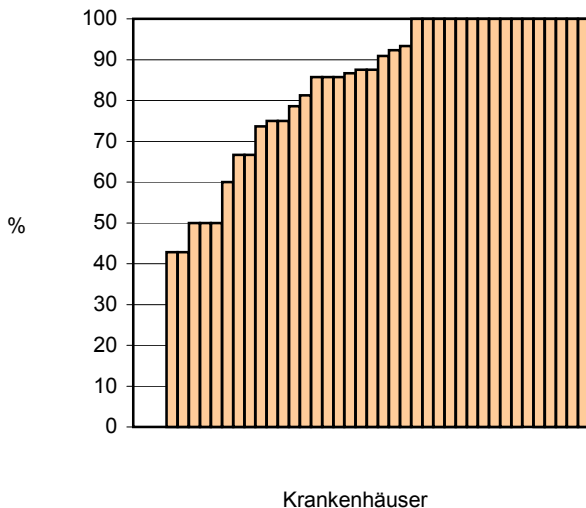
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 86,7%



41 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.



### Qualitätsindikator: Meldung an Krebsregister

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit histologischem Befund:  
 „DCIS einschließlich papillärem in situ-Karzinom“  
 „Invasives Mamma-karzinom“  
 „Maligne sonstige Neoplasien“

**Referenzbereich:** >= 95%

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen mit Meldung an ein epidemiologisches Krebsregister oder Tumorzentrum			3.427 / 3.542	96,8%
Vertrauensbereich				96,11% - 97,31%
Referenzbereich		>= 95%		>= 95%

<b>Vorjahresdaten</b> (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 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%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 20]:**

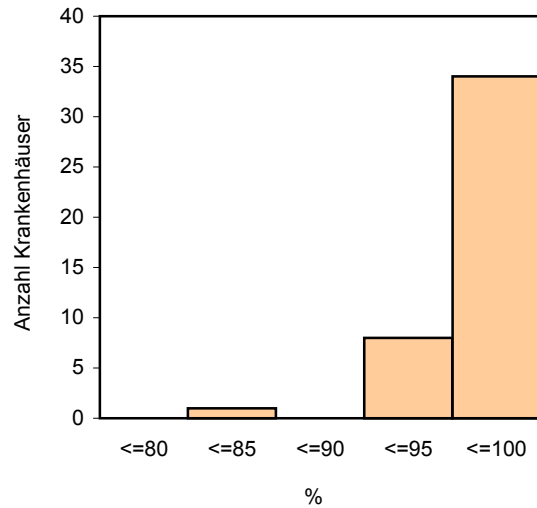
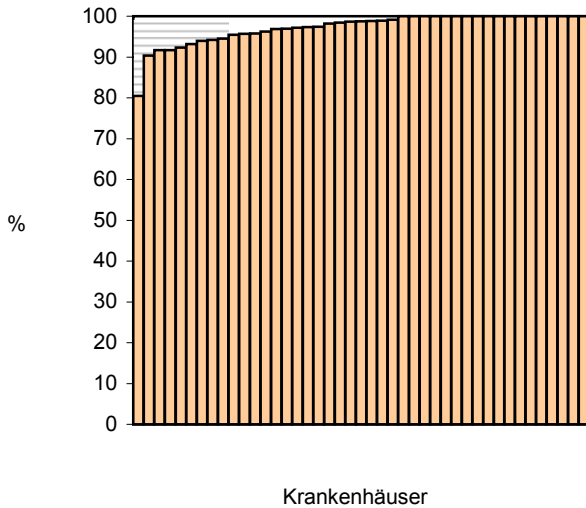
**Anteil der Patientinnen mit Meldung an ein epidemiologisches Krebsregister oder Tumorzentrum**

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 80,4% - 100,0%

Median der Krankenhausergebnisse: 98,8%



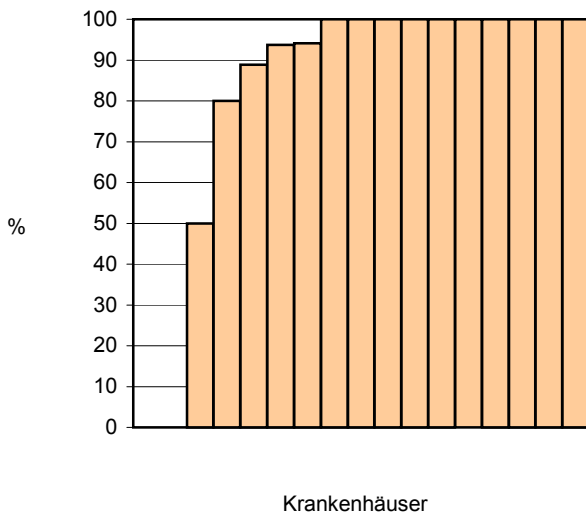
43 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

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

Median der Krankenhausergebnisse: 100,0%



17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen mit angemessenem 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:**  $\geq 4,0$  Tage (5%-Bundesperzentile) -  $\leq 16,5$  Tage (95%-Bundesperzentile)

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004	
	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Zeitabstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und Operationsdatum (Median in Tagen) Referenzbereich			1.101	8,0
	$\geq 4,0$ Tage - $\leq 16,5$ Tage		$\geq 4,0$ Tage - $\leq 16,5$ Tage	

Vorjahresdaten* (nur Datensatzversion 6.0)	Krankenhaus 2003		Gesamt 2003	
	Anzahl	Median	Anzahl	Median
Zeitabstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und Operationsdatum (Median in Tagen)			494	8,0

\* Vorjahresdaten sind nur eingeschränkt vergleichbar, da in 2003 nur Malignome mit Axilladissektion dokumentationspflichtig waren.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagr. 21]:**

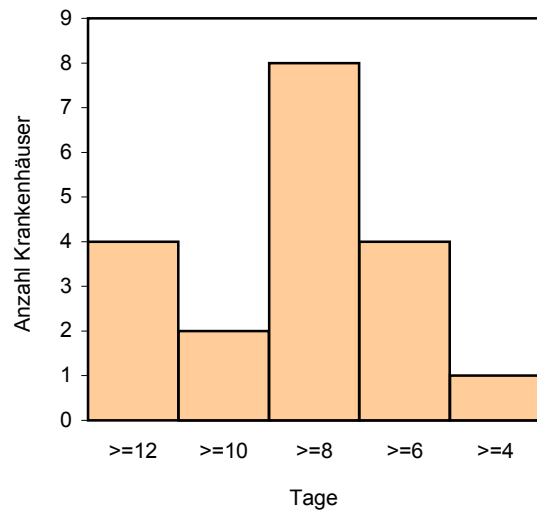
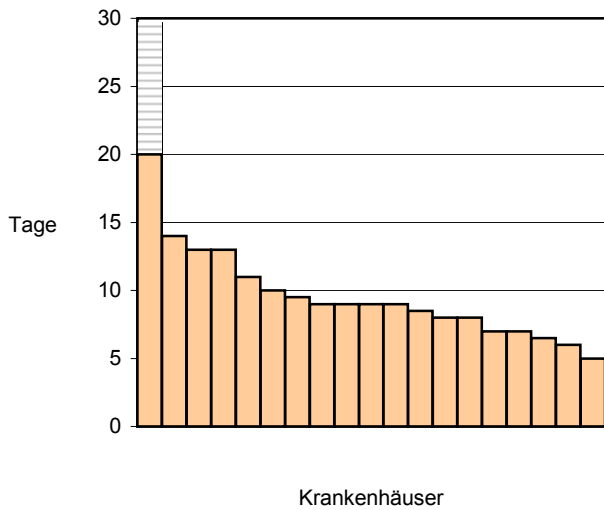
**Anteil von Patientinnen mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum (Median in Tagen)**

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 5,0 Tage - 20,0 Tage

Median der Krankenhausergebnisse: 9,0 Tage



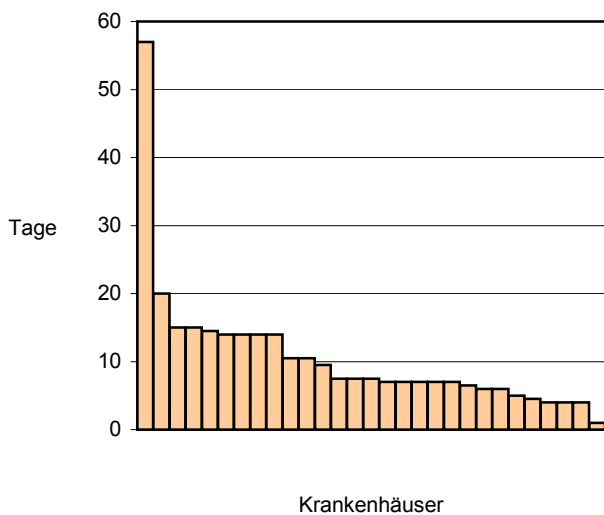
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

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

Minimum - Maximum der Krankenhausergebnisse: 1,0 Tage - 57,0 Tage

Median der Krankenhausergebnisse: 7,5 Tage



29 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

In der Gesamtauswertung werden keine farblichen Unterscheidungen der Krankenhäuser vorgenommen.

## Qualitätsbeobachtung der Versorgungssituation "Früherkennung des Mammakarzinoms"

---

Qualitätsbeobachtung	Seite
Tumorstadium pT bei Ersteingriff und Primärerkrankung <b>Anteil DCIS/Papilläres in-situ-Karzinom 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

### Qualitätsbeobachtung bei Diagnostik (pT)

Qualitätsbeobachtung	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Ersteingriffe bei Primärerkrankung mit invasivem Karzinom oder DCIS/papilläres in situ-Karzinom davon			2.503 / 5.854	42,8	1.456 / 2.071	70,3
DCIS/papilläres in situ-Karzinom			169 / 2.503	6,8	24 / 1.456*	1,6
Ersteingriffe bei Primärerkrankung mit invasivem Karzinom davon			2.334 / 5.854	39,9	1.432 / 2.071	69,1
mit Angabe pT			2.057 / 2.334	88,1	1.306 / 1.432	91,2
davon:						
pTX			7 / 2.057	0,3	3 / 1.306	0,2
pT1 (<= 2 cm)			969 / 2.057	47,1	605 / 1.306	46,3
pT1mic			11 / 2.057	0,5	6 / 1.306	0,5
pT1a (<= 5 mm)			53 / 2.057	2,6	23 / 1.306	1,8
pT1b (<= 10mm)			171 / 2.057	8,3	105 / 1.306	8,0
pT1c (<= 20 mm)			705 / 2.057	34,3	451 / 1.306	34,5
pT2 (> 2 bis 5 cm)			824 / 2.057	40,1	556 / 1.306	42,6
pT3 (> 5 cm)			92 / 2.057	4,5	58 / 1.306	4,4
pT4 (Brustwand/Haut)			160 / 2.057	7,8	80 / 1.306	6,1
pT4a (Brustwand)			8 / 2.057	0,4	3 / 1.306	0,2
pT4b (Ödem)			107 / 2.057	5,2	56 / 1.306	4,3
pT4c (Brustwand und Ödem)			7 / 2.057	0,3	4 / 1.306	0,3
pT4d (inflammatorisch)			16 / 2.057	0,8	6 / 1.306	0,5

\* Der Wert 2003 bezieht sich nur auf bösartige Tumore mit Axilladisektion (einbezogene Leistungen 2003)

### Qualitätsbeobachtung bei Diagnostik (pN)

Qualitätsbeobachtung: Regionärer Lymphknoten-Status bei Ersteingriff und Primärerkrankung und invasivem Mamma-Karzinom	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Ersteingriff und Primärerkrankung bei invas. Mamma-Karzinom			2.334 / 5.854	39,9	1.432 / 2.071	69,1
davon						
mit Angabe pN			2.022 / 2.334	86,6	1.299 / 1.432	90,7
davon:						
Patientinnen mit Lymphknoten-Status <b>pN0</b> (keine regionären Lymphknoten-Metastasen)			1.011 / 2.022	50,0	737 / 1.299	56,7
Patientinnen mit Lymphknoten-Status <b>pNX</b> (regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden)			226 / 2.022	11,2	21 / 1.299	1,6
Pat. mit Lymphknoten-Metastasierung <b>pN1</b> (Metastase(n) in 1 - 3 ipsilateralen axill. Lymphknoten und/oder ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna mit mikroskopisch nachweisbarer(en) Metastase(n), nachgewiesen durch Untersuchung d. Schildwächterlymphknotens, aber nicht klinisch erkennbar <sup>1</sup> )			418 / 2.022	20,7	297 / 1.299	22,9
Pat. mit Lymphknoten-Metastasierung <b>pN2</b> (Metastase(n) in 4 - 9 axillären Lymphknoten oder in klinisch erkennbaren <sup>1</sup> Lymphknoten entlang d. A. mammaria interna in Abwesenheit axillärer Lymphknoten-Metastasen)			235 / 2.022	11,6	168 / 1.299	12,9
Pat. mit Lymphknoten-Metastasierung <b>pN3</b> (Metastasen in 10 oder mehr ipsilateralen axillären oder in ipsilateralen infraklavikulären Lymphknoten o. in klinisch erkennbaren Lymphknoten entlang der A. mammaria interna mit mind. einer axillären Lymphknotenmetastase oder mehr als 3 axilläre Lymphknotenmetastasen mit klinisch nicht erkennbaren, nur mikroskopisch nachweisbarer(en) Metastase(n) in Lymphknoten entlang der A. mammaria interna oder Metastase(n) in supra-klavikulären Lymphknoten)			132 / 2.022	6,5	76 / 1.299	5,9

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

### Qualitätsbeobachtung bei Diagnostik (M/pM)

Qualitätsbeobachtung: Fernmetastasierung bei Ersteingriff und Primärerkrankung bei invasivem Mamma-Karzinom	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Ersteingriff und Primärerkrankung bei invasivem Mamma-Karzinom davon			2.334 / 5.854	39,9	1.432 / 2.071	69,1
mit Angabe M oder pM (Angabe 0, 1 oder X)			2.099 / 2.334	89,9	1.316 / 1.432	91,9
davon:						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung			1.271 / 2.099	60,6	842 / 1.316	64,0
Patientinnen mit Fernmetastasierung			143 / 2.099	6,8	88 / 1.316	6,7
Patientinnen, bei denen Fernmetastasierung nicht beurteilt werden kann			685 / 2.099	32,6	386 / 1.316	29,3



Jahresauswertung 2004  
Mammachirurgie

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser in Sachsen: 62  
Auswertungsversion: 18. Mai 2005  
Datensatzversion: 18/1 2004 7.0  
Mindestanzahl Datensätze: 10  
Datenbankstand: 01. März 2005  
Druckdatum: 19. Mai 2005  
Nr. Gesamt-2509  
2004 - D3283-L19911-P13786

## Basisauswertung

### Basisdaten

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%*	Anzahl	%*	Anzahl	%*
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			1.450	24,8	282	13,6
2. Quartal			1.458	24,9	571	27,6
3. Quartal			1.426	24,4	602	29,1
4. Quartal			1.520	26,0	616	29,7
Gesamt			5.854		2.071	

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

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

### Aufnahmediagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten: Brustdrüse [Mamma]
2	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
3	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

### Aufnahmediagnose(n) ICD-10-GM (Version 2004)

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

	Krankenhaus 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003**		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
1				D48.6	2.079	35,5	C50.4	609	29,4
2				C50.4	1.120	19,1	D48.6	562	27,1
3				C50.8	607	10,4	C50.8	297	14,3
4				I10.00	490	8,4	I10	199	9,6
5				D24	371	6,3	C50.2	139	6,7

\*Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Aufnahmediagnose(n)

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladissektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
3	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
4	D48.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Brustdrüse [Mamma]
5	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM Version 2004

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

	Krankenhaus 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003**		
	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*	ICD	Anzahl	%*
1				C50.4	1.454	24,8	C50.4	897	43,3
2				D24	952	16,3	C50.8	403	19,5
3				C50.8	813	13,9	C50.2	189	9,1
4				D48.6	561	9,6	I10	159	7,7
5				I10.00	371	6,3	C50.1	149	7,2

\*Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

## Behandlungszeiten

	Krankenhaus 2004	Gesamt 2004	Gesamt 2003**
	Anzahl	Anzahl	Anzahl
<b>Präoperativer Aufenthalt (Tage)</b> Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe		6.075	2.126
Median		1,0	1,0
<b>Postoperativer Aufenthalt (Tage)</b> Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe		6.075	2.126
Median		7,0	10,0
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b> Anzahl der Pat. mit gültiger Angabe		6.075	2.126
Median		9,0	13,0

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

**Patienten**

	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (in Jahren)</b>						
< 20 Jahre			62	1,1	1	0,0
20 - 29 Jahre			127	2,2	5	0,2
30 - 39 Jahre			377	6,4	78	3,8
40 - 49 Jahre			1.131	19,3	300	14,5
50 - 59 Jahre			1.215	20,8	429	20,7
60 - 69 Jahre			1.580	27,0	597	28,8
70 - 79 Jahre			948	16,2	442	21,3
>= 80 Jahre			412	7,0	219	10,6
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patienten mit gültiger Altersangabe			5.852		2.071	
Median				60,0		63,0
<b>Geschlecht</b>						
männlich			50	0,9	15	0,7
weiblich			5.804	99,1	2.056	99,3
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			1.521	26,0	433	20,9
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.202	54,7	1.144	55,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.096	18,7	480	23,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			31	0,5	12	0,6
5: moribunder Patient			4	0,1	2	0,1

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

### Prätherapeutische Diagnosesicherung

Bezug: Alle Brustbögen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tastbarer Mammabefund</b>			3.640 / 5.897	61,7	1.674 / 2.080	80,5
<b>Zu operierende Seite</b>						
rechts			2.882	48,9	1.015	48,8
links			3.015	51,1	1.065	51,2
<b>Primärtumor T</b>						
<b>Angabe zu T</b>			3.219	54,6	1.465	70,4
davon						
T X			131	4,1	41	2,8
T 0			343	10,7	24	1,6
T is			40	1,2	12	0,8
T 1			791	24,6	233	15,9
T 1a			40	1,2	25	1,7
T 1b			162	5,0	97	6,6
T 1c			505	15,7	327	22,3
T 2			920	28,6	554	37,8
T 3			100	3,1	54	3,7
T 4			72	2,2	30	2,0
T 4a			8	0,2	5	0,3
T 4b			68	2,1	41	2,8
T 4c			13	0,4	7	0,5
T 4d			26	0,8	15	1,0
<b>Regionäre Lymphknoten N</b>						
<b>Angabe zu N</b>			3.125	53,0	1.430	68,7
davon						
N X			552	17,7	222	15,5
N 0			2.007	64,2	870	60,8
N 1			368	11,8	206	14,4
N 2			96	3,1	67	4,7
N 2a			41	1,3	28	2,0
N 2b			7	0,2	6	0,4
N 3			22	0,7	12	0,8
N 3a			23	0,7	16	1,1
N 3b			2	0,1	3	0,2
N 3c			7	0,2	0	0,0
<b>Fernmetastasen M</b>						
<b>Angabe zu M</b>			3.108	52,7	1.418	68,2
davon						
M X			1.250	40,2	576	40,6
M 0			1.742	56,0	774	54,6
M 1			116	3,7	68	4,8

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

**Prätherapeutische Diagnosesicherung (Fortsetzung)**

Bezug: Alle Brustbögen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Befund in der bildgebenden Diagnostik der befallenen Seite</b> (Mehrfachnennungen möglich)						
Mikrokalk			1.252 / 5.897	21,2	494 / 2.080	23,7
Multizentrität			154	2,6	78	3,7
Multifokalität			236	4,0	112	5,4
Keiner dieser Befunde			2.454	41,6	873	42,0
<b>Histologie vor dem ersten Eingriff bei diesem stationären Aufenthalt vorliegend</b>						
wenn ja:			2.556	43,3	1.168	56,2
Benigne Veränderungen			229	9,0	17	1,5
Vorläufer-Läsionen			256	10,0	61	5,2
Invasive Karzinome			2.091	81,8	1.106	94,7
Sonstige Neoplasien			33	1,3	18	1,5
Kein pathologischer Befund			16	0,6	1	0,1
<b>Methode der Materialgewinnung</b>						
Methode bekannt			2.538	43,0	1.160	55,8
wenn ja:						
Stanzbiopsie			1.880	74,1	867	74,7
Mammotom			44	1,7	18	1,6
Offene Biopsie			509	20,1	237	20,4
Feinnadelbiopsie			16	0,6	10	0,9
Andere			105	4,1	42	3,6
<b>Ort der Materialgewinnung</b>						
Ambulant						
in eigener Einrichtung durchgeführt			943	16,0	341	16,4
in Fremdeinrichtung durchgeführt			294	5,0	89	4,3
Stationär						
in eigener Einrichtung durchgeführt			1.273	21,6	716	34,4
in Fremdeinrichtung durchgeführt			46	0,8	22	1,1

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladissektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.



## Präoperative Therapie

Bezug: Alle Brustbögen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Präoperative tumorspezifische Therapie bei invasivem Mammakarzinom</b>						
nein			2.954 / 3.193	92,5	1.839 / 1.945	94,5
systemische Chemotherapie			198 / 3.193	6,2	96 / 1.945	4,9
Strahlentherapie			10 / 3.193	0,3	1 / 1.945	0,1
Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie			8 / 3.193	0,3	3 / 1.945	0,2
Hormontherapie			17 / 3.193	0,5	3 / 1.945	0,2
andere			6 / 3.193	0,2	3 / 1.945	0,2

## Operation

Bezug: Alle Eingriffe	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes</b>						
Anzahl der gültigen Angaben			6.075		2.126	
Median				1,0		1,0
<b>Eingriffsgrund</b>						
<b>Tumorresektion wegen Primärerkrankung</b>			5.223	86,0	1.965	92,4
<b>Folgeeingriffe</b>			1.215 / 6.075	20,0	528 / 2.126	24,8
<b>Folgeeingriff wegen Primärerkrankung</b>						
nein			4.860	80,0	1.598	75,2
ja, wegen unvollständiger TU-Entfernung			535	8,8	254	11,9
ja, wegen geplanten mehrzeitigen Vorgehens			393	6,5	226	10,6
ja, aus anderem Grund			287	4,7	48	2,3
<b>wenn Folgeeingriff wegen Primärerkrankung erfolgt:</b>						
Voroperation						
in eigener Einrichtung durchgeführt			1.111	91,4	501	94,9
in Fremdeinrichtung durchgeführt			104	8,6	27	5,1
<b>Eingriff wegen Rezidivkrankung</b>			282	4,6	42	2,0

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

**Operation (Fortsetzung)**

Bezug: Alle Eingriffe	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Präoperative Markierung durch bildgebende Verfahren</b>			1.944	32,0	592	27,8
wenn ja:						
Mammographie			1.358	69,9	465	78,5
Sonographie			1.013	52,1	392	66,2
MRT			26	1,3	16	2,7
<b>Postoperatives Präparatröntgen</b>			1.677	27,6	427	20,1
<b>Präoperative Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)</b>						
aseptische Eingriffe			5.858	96,4	2.026	95,3
bedingt aseptische Eingriffe			178	2,9	84	4,0
kontaminierte Eingriffe			29	0,5	14	0,7
septische Eingriffe			10	0,2	2	0,1

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

### Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2004

1	5-870.0	Exz. und Resektion der Mamma: Partielle (brusterhaltende) Exz. der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie: Lokale Exz.
2	5-871.1	Exz. und Resektion der Mamma: Partielle (brusterhaltende) Exz. der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie: Segmentresektion (mit Hautsegment ohne Mamille)
3	5-873.11	Exz. und Resektion der Mamma: Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie: Lymphadenektomie Level 1 und 2
4	5-871.0	Exz. und Resektion der Mamma: Partielle (brusterhaltende) Exz. der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie: Lumpektomie (ohne Hautsegment)
5	5-870.3	Exz. und Resektion der Mamma: Partielle (brusterhaltende) Exz. der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie: Lumpektomie (ohne Hautsegment)
6	5-870.4	Exz. und Resektion der Mamma: Partielle (brusterhaltende) Exz. der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie: Segmentresektion (mit Hautsegment ohne Mamille)

### Verteilung der Operationstechniken OPS-301 Version 2004

Liste der sechs häufigsten Angaben

	Krankenhaus 2004			Gesamt 2004			Gesamt 2003**		
	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*	OPS	Anzahl	%*
1				5-870.0	2.325	38,27	5-871.1	658	30,95
2				5-871.1	1.019	16,77	5-873.11	416	19,57
3				5-873.11	534	8,79	5-871.0	294	13,83
4				5-871.0	319	5,25	5-873.01	163	7,67
5				5-870.3	239	3,93	5-870.0	121	5,69
6				5-870.4	221	3,64	5-871.2	112	5,27

\* Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

**Operation (Fortsetzung)**

Bezug: Alle Eingriffe	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>			3.725	61,3	1.663	78,2
<b>Intraoperativer Schnellschnitt durchgeführt</b>			1.034	17,0	774	36,4
<b>Brusterhaltende Operation (BET)</b>						
nein			1.645	27,1	881	41,4
ja			4.338	71,4	1.202	56,5
nein (auf Wunsch d. Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)			66	1,1	31	1,5
ja (auf Wunsch d. Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			26	0,4	12	0,6
<b>Brusterhaltende Therapie bei invasivem Karzinom oder DCIS</b>						
nein			1.339	36,5	841	41,4
ja			2.244	61,1	1.149	56,5
nein (auf Wunsch d. Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET)			61	1,7	31	1,5
ja (auf Wunsch d. Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			26	0,7	12	0,6
<b>Rekonstruktion</b>						
nein			5.239	86,2	1.740	81,8
ja			798	13,1	359	16,9
nein (Wunsch d. Patient(in), trotz ärztlicher Empfehlung)			38	0,6	27	1,3
wenn ja:						
<b>Zeitpunkt</b>						
primär			627	78,6	351	97,8
sekundär			158	19,8	8	2,2
beides			13	1,6	0	0,0
<b>Material</b>						
Fremdmaterial			127	15,9	44	12,3
Eigenmaterial			558	69,9	271	75,5
beides			113	14,2	44	12,3
<b>Zu dieser Operation zugehörige histologische Befundung</b>						
Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand			3.200	52,7	1.623	76,3
wenn ja:						
Geringster angegebener Abstand des TU (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand in mm						
Anzahl der gültigen Angaben			3.200		1.623	
Median				8,0		9,0

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladissektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

**Verlauf**

Bezug: Alle Brustbögen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Komplikationen</b>						
<b>Postoperative Wundinfektion</b> (nach Definition der CDC)			100 / 5.897	1,7	90 / 2.080	4,3
wenn ja:						
A1 (oberflächliche Infektion)			71	71,0	71	78,9
A2 (tiefe Infektion)			29	29,0	18	20,0
A3 (Räume/Organe)			0	0,0	1	1,1
<b>Sonstige postoperative Komplikation(en)</b>			360	6,1	189	9,1
Pneumonie			2	0,0	4	0,2
Kardiovaskuläre Komplikation			11	0,2	2	0,1
Tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose			1	0,0	0	0,0
Lungenembolie			1	0,0	3	0,1
Infektion der ableitenden Harnwege			5	0,1	6	0,3
Serom/Hämatom			199	3,4	113	5,4
Nachblutung			67	1,1	34	1,6
Gefäß-und/oder Nervenschäden			3	0,1	1	0,0
Dekubitus			0	0,0	0	0,0
Fieber > 38°C (ab 3. Tag postop. > 48 h)			4	0,1	1	0,0
Protheseninfektion			0	0,0	0	0,0
Andere postoperative Komplikationen			82	1,4	38	1,8
<b>Revisions-Operation auf Grund von intra/postoperat. Komplikation(en) notwendig (bezogen auf Patientinnen)</b>			146	2,5	87	4,2

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

## Histologie

Bezug: Alle Brustbögen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Definitive postoperative Histologie</b> wenn ja:			5.659 / 5.897	96,0	2.036 / 2.080	97,9
<b>führender Befund</b>						
<b>Benigne Veränderungen</b>						
40 Fibrozystische Mastopathie			746	13,2	6	0,3
41 Fibroadenom			440	7,8	3	0,1
42 Phylloider Tumor			27	0,5	2	0,1
43 Adenose und Varianten			57	1,0	0	0,0
44 Adenom			18	0,3	0	0,0
45 Papillom			105	1,9	0	0,0
46 Duktale Hyperplasie			76	1,3	0	0,0
49 Sonst. benigne Veränderungen			478	8,4	9	0,4
<b>Vorläufer-Läsionen</b>						
50 Lobuläre Neoplasie			18	0,3	3	0,1
51 Flache epitheliale Atypie (Duktale intraepitheliale Neoplasie = DIN 1a)			6	0,1	0	0,0
52 Atypische duktales Hyperplasie (ADH) (DIN 1b)			17	0,3	0	0,0
53 Duktales Carcinoma in situ (DCIS), Grad 1 (DIN 1c)			104	1,8	24	1,2
54 DCIS, Grad 2 (DIN 2)			82	1,4	7	0,3
55 DCIS, Grad 3 (DIN 3)			115	2,0	13	0,6
56 Papilläres in situ-Karzinom			14	0,2	0	0,0
<b>Invasive Karzinome</b>						
60 Invasiv-duktales Karzinom			2.446	43,2	1.493	73,3
61 Invasiv-lobuläres Karzinom			449	7,9	262	12,9
62 Tubuläres Karzinom			70	1,2	56	2,7
63 Sonstige invasive Karzinome			228	4,0	134	6,6
<b>Sonstige Neoplasien</b>						
70 Benigne			29	0,5	1	0,0
71 Maligne			52	0,9	12	0,6
80 Ohne pathologischen Befund			82	1,4	11	0,5

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladissektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

### Histologie (Fortsetzung)

Bezug: Alle Brustbögen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Eingriffe ohne präoperative tumorspezifische Therapie mit Angabe zu pT</b>			2.845 / 5.574	51,0	1.754 / 1.964	89,3
davon						
pT X			20	0,7	2	0,1
pT 0			6	0,2	1	0,1
pT isD			147	5,2	17	1,0
pT isL			9	0,3	0	0,0
pT isP			2	0,1	0	0,0
pT 1			45	1,6	29	1,7
pT 1mic			34	1,2	15	0,9
pT 1a			83	2,9	51	2,9
pT 1b			295	10,4	165	9,4
pT 1c			942	33,1	601	34,3
pT 2			985	34,6	705	40,2
pT 3			115	4,0	73	4,2
pT 4			18	0,6	14	0,8
pT 4a			7	0,2	7	0,4
pT 4b			121	4,3	65	3,7
pT 4c			6	0,2	3	0,2
pT 4d			10	0,4	6	0,3
<b>Angabe zu pN</b>			2.780	49,9	1.745	88,8
davon						
pN X			399	14,4	43	2,5
pN 0			1.449	52,1	1.022	58,6
pN 1mi			42	1,5	25	1,4
pN 1			109	3,9	91	5,2
pN 1a			359	12,9	238	13,6
pN 1b			12	0,4	21	1,2
pN 1c			9	0,3	2	0,1
pN 2			82	3,0	65	3,7
pN 2a			164	5,9	131	7,5
pN 2b			8	0,3	15	0,9
pN 3			26	0,9	15	0,9
pN 3a			114	4,1	72	4,1
pN 3b			3	0,1	4	0,2
pN 3c			4	0,1	1	0,1

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladissektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

**Histologie (Fortsetzung)**

Bezug: Alle Brustbögen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Angabe zu pM</b>			2.774 / 5.574	49,8	1.732 / 1.964	88,2
davon						
pM X			1.036	37,3	616	35,6
pM 0			1.615	58,2	1.040	60,0
pM 1			123	4,4	76	4,4
<b>Angabe zu G</b>			2.708	48,6	1.708	87,0
davon						
G X			92	3,4	12	0,7
G 1			334	12,3	171	10,0
G 2			1.376	50,8	850	49,8
G 3			906	33,5	675	39,5
<b>Eingriffe mit präoperativer tumor- spezifischer Therapie mit Angabe von ypT</b>			206 / 323	63,8	93 / 116	80,2
davon						
ypT X			5	2,4	1	1,1
ypT 0			3	1,5	2	2,2
ypT isD			3	1,5	2	2,2
ypT isL			1	0,5	0	0,0
ypT isP			0	0,0	0	0,0
ypT 1			2	1,0	2	2,2
ypT 1mic			4	1,9	2	2,2
ypT 1a			13	6,3	5	5,4
ypT 1b			8	3,9	6	6,5
ypT 1c			35	17,0	23	24,7
ypT 2			66	32,0	24	25,8
ypT 3			15	7,3	8	8,6
ypT 4			7	3,4	3	3,2
ypT 4a			4	1,9	0	0,0
ypT 4b			24	11,6	9	9,7
ypT 4c			4	1,9	1	1,1
ypT 4d			12	5,8	5	5,4

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.



**Histologie (Fortsetzung)**

Bezug: Alle Brustbögen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>ypN</b>			200 / 323	61,9	91 / 116	78,4
davon						
ypN X			19	9,5	1	1,1
ypN 0			60	30,0	33	36,3
ypN 1mi			3	1,5	0	0,0
ypN 1			10	5,0	5	5,5
ypN 1a			29	14,5	13	14,3
ypN 1b			5	2,5	3	3,3
ypN 1c			2	1,0	0	0,0
ypN 2			15	7,5	4	4,4
ypN 2a			32	16,0	16	17,6
ypN 2b			2	1,0	0	0,0
ypN 3			7	3,5	2	2,2
ypN 3a			16	8,0	13	14,3
ypN 3b			0	0,0	1	1,1
ypN 3c			0	0,0	0	0,0
<b>ypM</b>			204 / 323	63,2	93 / 116	80,2
davon						
ypM X			55	27,0	41	44,1
ypM 0			95	46,6	38	40,9
ypM 1			54	26,5	14	15,1
<b>G</b>			191 / 323	59,1	88 / 116	75,9
davon						
G X			10	5,2	4	4,5
G 1			11	5,8	4	4,5
G 2			64	33,5	34	38,6
G 3			106	55,5	46	52,3

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

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

### Histologie (Fortsetzung)

Bezug: Alle Brustbögen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten</b>						
Anzahl der gültigen Angaben			5.897		2.080	
Median				0,0		15,0
<b>Immunhistochemische Hormonrezeptoranalyse durchgeführt (Eigen- oder Fremdbefund)</b>			3.338	56,6	1.951	93,8
wenn ja:						
<b>Rezeptorstatus</b>						
negativ			735	22,0	478	24,5
positiv			2.603	78,0	1.473	75,5
<b>Multizentrität</b>			420	7,1	240	11,5
<b>GesamtumorgroÙe (in mm)</b>						
Anzahl der gültigen Angaben			5.897		2.080	
Median				19,0		20,0
<b>Behandlung d. Patienten im Rahmen einer Studie zur Sentinel LK Biopsie durchgeführt</b>			295	5,0	103	5,0

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

## Postoperative Therapie

Bezug: Alle Patientinnen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Adjuvante endokrine Therapie aller invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63) mit positivem Rezeptorstatus</b>			2.370 / 5.854	40,5	1.409 / 2.071	68,0
<b>pN X</b>			200 / 2.370	8,4	27 / 1.409	1,9
<b>pT 1</b>			117 / 200	58,5	10 / 27	37,0
adjuvante Therapie			<b>101 / 117</b>	<b>86,3</b>	<b>8 / 10</b>	<b>80,0</b>
<b>pT 2</b>			56 / 200	28,0	13 / 27	48,1
adjuvante Therapie			<b>49 / 56</b>	<b>87,5</b>	<b>9 / 13</b>	<b>69,2</b>
<b>pT 3-4</b>			21 / 200	10,5	4 / 27	14,8
adjuvante Therapie			<b>18 / 21</b>	<b>85,7</b>	<b>1 / 4</b>	<b>25,0</b>
<b>pN 0</b>			1.119 / 5.854	19,1	754 / 2.071	36,4
<b>pT 1</b>			705 / 1.119	63,0	479 / 754	63,5
adjuvante Therapie			<b>656 / 705</b>	<b>93,0</b>	<b>435 / 479</b>	<b>90,8</b>
<b>pT 2</b>			352 / 1.119	31,5	241 / 754	32,0
adjuvante Therapie			<b>330 / 352</b>	<b>93,7</b>	<b>216 / 241</b>	<b>89,6</b>
<b>pT 3-4</b>			52 / 1.119	4,6	27 / 754	3,6
adjuvante Therapie			<b>51 / 52</b>	<b>98,1</b>	<b>25 / 27</b>	<b>92,6</b>
<b>pN &gt; 0</b>			670 / 5.854	11,4	445 / 2.071	21,5
<b>pT 1</b>			242 / 670	36,1	173 / 445	38,9
adjuvante Therapie			<b>215 / 242</b>	<b>88,8</b>	<b>157 / 173</b>	<b>90,8</b>
<b>pT 2</b>			322 / 670	48,1	203 / 445	45,6
adjuvante Therapie			<b>298 / 322</b>	<b>92,5</b>	<b>179 / 203</b>	<b>88,2</b>
<b>pT 3-4</b>			105 / 670	15,7	70 / 445	15,7
adjuvante Therapie			<b>95 / 105</b>	<b>90,5</b>	<b>60 / 70</b>	<b>85,7</b>
<b>Adjuvante endokrine Therapie aller invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63) mit negativem Rezeptorstatus</b>			657 / 5.854	11,2	456 / 2.071	22,0
<b>pN X</b>			65 / 657	9,9	7 / 456	1,5
<b>pT 1</b>			34 / 65	52,3	0 / 7	0,0
adjuvante Therapie			<b>3 / 34</b>	<b>8,8</b>	<b>0 / 0</b>	
<b>pT 2</b>			14 / 65	21,5	6 / 7	85,7
adjuvante Therapie			<b>1 / 14</b>	<b>7,1</b>	<b>1 / 6</b>	<b>16,7</b>
<b>pT 3-4</b>			14 / 65	21,5	1 / 7	14,3
adjuvante Therapie			<b>2 / 14</b>	<b>14,3</b>	<b>0 / 1</b>	<b>0,0</b>
<b>pN 0</b>			273 / 5.854	4,7	225 / 2.071	10,9
<b>pT 1</b>			141 / 273	51,6	105 / 225	46,7
adjuvante Therapie			<b>25 / 141</b>	<b>17,7</b>	<b>20 / 105</b>	<b>19,0</b>
<b>pT 2</b>			101 / 273	37,0	107 / 225	47,6
adjuvante Therapie			<b>9 / 101</b>	<b>8,9</b>	<b>13 / 107</b>	<b>12,1</b>
<b>pT 3-4</b>			25 / 273	9,2	11 / 225	4,9
adjuvante Therapie			<b>4 / 25</b>	<b>16,0</b>	<b>1 / 11</b>	<b>9,1</b>
<b>pN &gt; 0</b>			204 / 5.854	3,5	160 / 2.071	7,7
<b>pT 1</b>			71 / 204	34,8	53 / 160	33,1
adjuvante Therapie			<b>14 / 71</b>	<b>19,7</b>	<b>9 / 53</b>	<b>17,0</b>
<b>pT 2</b>			106 / 204	52,0	74 / 160	46,2
adjuvante Therapie			<b>10 / 106</b>	<b>9,4</b>	<b>8 / 74</b>	<b>10,8</b>
<b>pT 3-4</b>			25 / 204	12,3	33 / 160	20,6
adjuvante Therapie			<b>4 / 25</b>	<b>16,0</b>	<b>7 / 33</b>	<b>21,2</b>

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladissektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

**Postoperative Therapie (Fortsetzung)**

Bezug: Alle Patientinnen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Adjuvante Chemotherapie aller invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63) mit positivem Rezeptorstatus</b>			2.370 / 5.854	40,5	1.409 / 2.071	68,0
<b>pN X</b>			200 / 2.370	8,4	27 / 1.409	1,9
<b>pT 1</b>			117 / 200	58,5	10 / 27	37,0
adjuvante Therapie			<b>35 / 117</b>	<b>29,9</b>	<b>4 / 10</b>	<b>40,0</b>
<b>pT 2</b>			56 / 200	28,0	13 / 27	48,1
adjuvante Therapie			<b>16 / 56</b>	<b>28,6</b>	<b>8 / 13</b>	<b>61,5</b>
<b>pT 3-4</b>			21 / 200	10,5	4 / 27	14,8
adjuvante Therapie			<b>6 / 21</b>	<b>28,6</b>	<b>1 / 4</b>	<b>25,0</b>
<b>pN 0</b>			1.119 / 5.854	19,1	754 / 2.071	36,4
<b>pT 1</b>			705 / 1.119	63,0	479 / 754	63,5
adjuvante Therapie			<b>237 / 705</b>	<b>33,6</b>	<b>167 / 479</b>	<b>34,9</b>
<b>pT 2</b>			352 / 1.119	31,5	241 / 754	32,0
adjuvante Therapie			<b>184 / 352</b>	<b>52,3</b>	<b>116 / 241</b>	<b>48,1</b>
<b>pT 3-4</b>			52 / 1.119	4,6	27 / 754	3,6
adjuvante Therapie			<b>26 / 52</b>	<b>50,0</b>	<b>11 / 27</b>	<b>40,7</b>
<b>pN &gt; 0</b>			670 / 5.854	11,4	445 / 2.071	21,5
<b>pT 1</b>			242 / 670	36,1	173 / 445	38,9
adjuvante Therapie			<b>176 / 242</b>	<b>72,7</b>	<b>127 / 173</b>	<b>73,4</b>
<b>pT 2</b>			322 / 670	48,1	203 / 445	45,6
adjuvante Therapie			<b>212 / 322</b>	<b>65,8</b>	<b>148 / 203</b>	<b>72,9</b>
<b>pT 3-4</b>			105 / 670	15,7	70 / 445	15,7
adjuvante Therapie			<b>65 / 105</b>	<b>61,9</b>	<b>35 / 70</b>	<b>50,0</b>
<b>Adjuvante Chemotherapie aller invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63) mit negativem Rezeptorstatus</b>			657 / 5.854	11,2	456 / 2.071	22,0
<b>pN X</b>			65 / 657	9,9	7 / 456	1,5
<b>pT 1</b>			34 / 65	52,3	0 / 7	0,0
adjuvante Therapie			<b>15 / 34</b>	<b>44,1</b>	<b>0 / 0</b>	
<b>pT 2</b>			14 / 65	21,5	6 / 7	85,7
adjuvante Therapie			<b>10 / 14</b>	<b>71,4</b>	<b>2 / 6</b>	<b>33,3</b>
<b>pT 3-4</b>			14 / 65	21,5	1 / 7	14,3
adjuvante Therapie			<b>7 / 14</b>	<b>50,0</b>	<b>1 / 1</b>	<b>100,0</b>
<b>pN 0</b>			273 / 5.854	4,7	225 / 2.071	10,9
<b>pT 1</b>			141 / 273	51,6	105 / 225	46,7
adjuvante Therapie			<b>105 / 141</b>	<b>74,5</b>	<b>74 / 105</b>	<b>70,5</b>
<b>pT 2</b>			101 / 273	37,0	107 / 225	47,6
adjuvante Therapie			<b>82 / 101</b>	<b>81,2</b>	<b>94 / 107</b>	<b>87,8</b>
<b>pT 3-4</b>			25 / 273	9,2	11 / 225	4,9
adjuvante Therapie			<b>12 / 25</b>	<b>48,0</b>	<b>8 / 11</b>	<b>72,7</b>
<b>pN &gt; 0</b>			204 / 5.854	3,5	160 / 2.071	7,7
<b>pT 1</b>			71 / 204	34,8	53 / 160	33,1
adjuvante Therapie			<b>67 / 71</b>	<b>94,4</b>	<b>47 / 53</b>	<b>88,7</b>
<b>pT 2</b>			106 / 204	52,0	74 / 160	46,2
adjuvante Therapie			<b>93 / 106</b>	<b>87,7</b>	<b>66 / 74</b>	<b>89,2</b>
<b>pT 3-4</b>			25 / 204	12,3	33 / 160	20,6
adjuvante Therapie			<b>19 / 25</b>	<b>76,0</b>	<b>28 / 33</b>	<b>84,8</b>

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladissektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

**Postoperative Therapie (Fortsetzung)**

Bezug: Alle Patientinnen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
alle invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63) <b>Adjuvante Strahlentherapie</b>			3.177 / 5.854 2.193 / 3.177	54,3 69,0	1.938 / 2.071 1.324 / 1.938	93,6 68,3
Ablationes bei allen invasiven Karzinomen (60, 61, 62, 63) <b>Adjuvante Strahlentherapie</b>			1.288 / 5.854 553 / 1.288	22,0 42,9	840 / 2.071 316 / 840	40,6 37,6
alle DCIS <b>Adjuvante Strahlentherapie</b>			301 / 5.854 109 / 301	5,1 36,2	44 / 2.071 17 / 44	2,1 38,6
alle invasiven Karzinome (60, 61, 62, 63) <b>Adjuvante Immuntherapie</b>			3.177 / 5.854 94 / 3.177	54,3 3,0	1.938 / 2.071 49 / 1.938	93,6 2,5

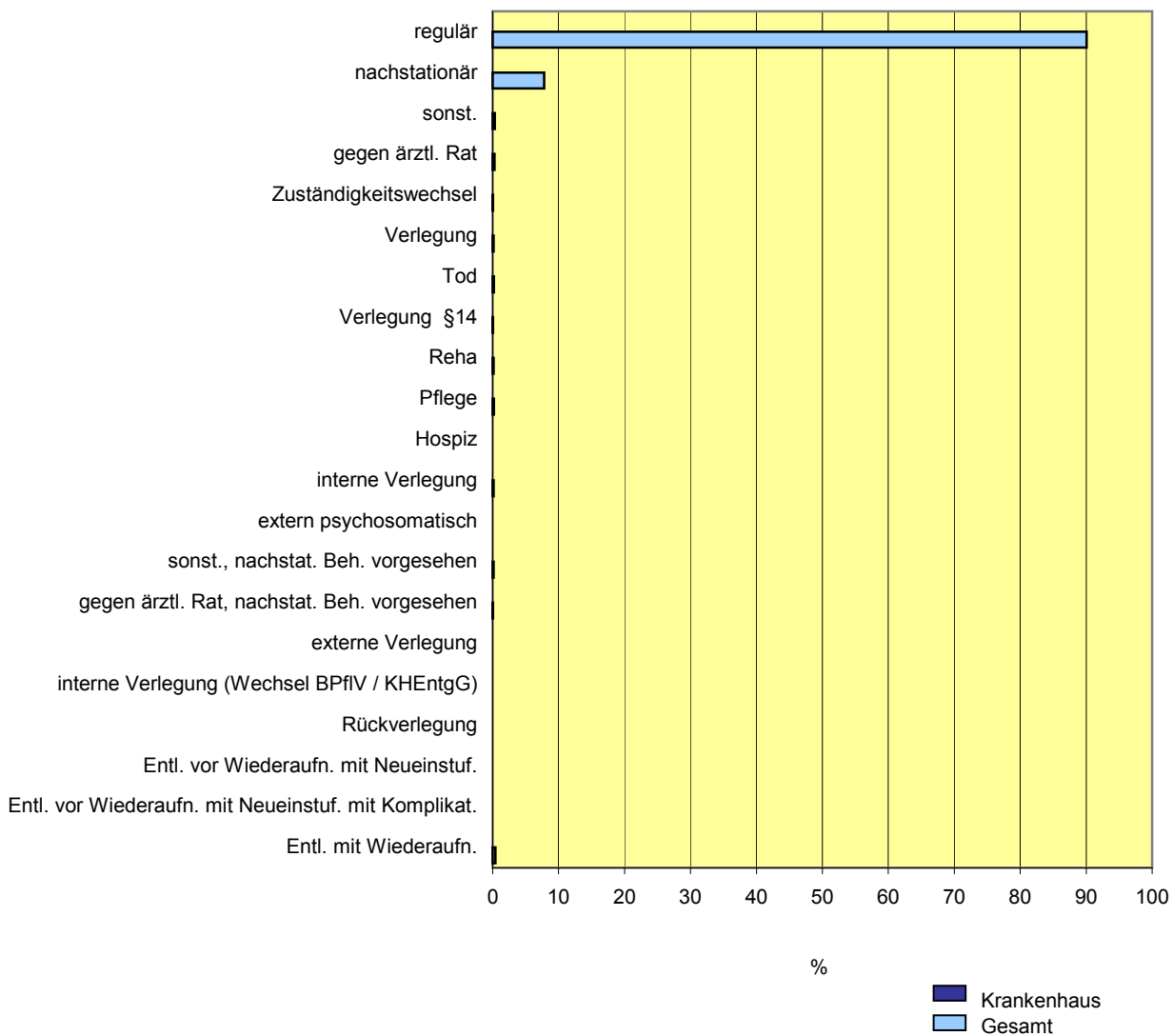
\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

## Entlassung

Bezug: Alle Patientinnen	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Entlassungsgrund</b>						
1: Behandlung regulär beendet			5.272	90,1	1.935	93,4
2: Behandlung beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			456	7,8	107	5,2
3: Behandlung aus sonstigen Gründen beendet			18	0,3	0	0,0
4: Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet			17	0,3	1	0,0
5: Zuständigkeitswechsel des Leistungsträgers			3	0,1	0	0,0
6: Verlegung in ein anderes Krankenhaus			9	0,2	4	0,2
7: Tod			12	0,2	6	0,3
8: Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV'95)			3	0,1	0	0,0
9: Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung			7	0,1	3	0,1
10: Entlassung in eine Pflegeeinrichtung			10	0,2	8	0,4
11: Entlassung in ein Hospiz			0	0,0	1	0,0
12: Interne Verlegung			8	0,1	5	0,2
13: Externe Verlegung zur psychosomatischen Betreuung			1	0,0	0	0,0
14: Behandlung aus sonst. Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			9	0,2	0	0,0
15: Behandlung gegen ärztl. Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen			2	0,0	0	0,0
16: Externe Verlegung in ein anderes Krankenhaus u. nachfolgende Rückverlegung oder interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV u. des KHEntgG und nachfolgende Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Geltungsbereichen der BPfIV und des KHEntgG			1	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			1	0,0	1	0,0
19: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung			1	0,0	0	0,0
20: Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung mit Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Entlassung mit nachfolgender Wiederaufnahme			24	0,4	0	0,0
Sektion erfolgt (bez. auf verstorbene Pat.)			0 / 12	0,0	0 / 6	0,0
<b>Erfolgte Meldung an Krebsregister/ Tumorzentrum</b>			3.656	62,5	2.011	97,1

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladissektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.

### Verteilung der Entlassungsgründe



## Qualitätsbeobachtung

### Basisauswertung I

Qualitätsbeobachtung	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sofortrekonstruktion nach Mastektomie			184 / 1.711	10,8	85 / 912	9,3
Sofortrekonstruktion nach Mastektomie mit Fremdmaterial			69 / 1.711	4,0	40 / 912	4,4
Sofortrekonstruktion nach Mastektomie mit Eigenmaterial			40 / 1.711	2,3	6 / 912	0,7
Sofortrekonstruktion nach Mastektomie mit Fremd- und Eigenmaterial			75 / 1.711	4,4	39 / 912	4,3
Sofortrekonstruktion nach brusterhaltender Therapie			443 / 4.364	10,2	266 / 1.214	21,9

### Basisauswertung II

Qualitätsbeobachtung	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eingriffsgrund = Rezidivkrankung			277 / 5.854	4,7	40 / 2.071	1,9
Histologie präoperativ vorliegend vor der ersten offenen Biopsie bei Primärerkrankung			1.777 / 4.184	42,5	869 / 1.478	58,8

### Basisauswertung III

Qualitätsbeobachtung	Krankenhaus 2004		Gesamt 2004		Gesamt 2003**	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Nachbestrahlung bei DCIS/papillärem in situ-Karzinom			116 / 317	36,6	18 / 45	40,0
Selten Folgeeingriff wegen unvollständiger Tumorentfernung bei invasivem Karzinom (Schlüssel 5, Positionen 60-63)			387 / 3.177	12,2	223 / 1.938	11,5
davon: bei Voroperation in eigener Einrichtung			366 / 387	94,6	210 / 223	94,2

\*\* In 2003 waren nur die Brustkrebsoperationen mit Axilladisektion dokumentationspflichtig. Sonst ist ein Vergleich mit den Daten 2004 nicht möglich.