

Jahresauswertung 2015 Mammachirurgie

18/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.479
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16164-L101161-P48575

Jahresauswertung 2015
Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.479
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16164-L101161-P48575

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung			95,67%	>= 90,00%	innerhalb	95,06%	7
QI 2³: HER2/neu-Positivitätsrate							
2a: 2015/18n1-MAMMA/52268 HER2/neu-Positivitätsrate			17,14%	nicht definiert	-	15,78%	9
2b: 2015/18n1-MAMMA/52273 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)			1,16	nicht definiert	-	1,08	11
QI 3³: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung							
3a: 2015/18n1-MAMMA/52330 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung			99,54%	>= 95,00%	innerhalb	-	13
3b: 2015/18n1-MAMMA/52279 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung			95,71%	>= 95,00%	innerhalb	-	15

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

³ Falls beidseitig operiert wurde, gehen die Angaben zu beiden Brüsten getrennt in die Berechnung des Zählers und Nenners ein.

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/2163 QI 4³: Primäre Axilladissektion bei DCIS			0,00 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	1,00 Fälle	17
2015/18n1-MAMMA/50719 QI 5³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			8,59%	<= 20,75%	innerhalb	10,05%	19
2015/18n1-MAMMA/51847 QI 6³: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			96,14%	>= 90,00%	innerhalb	94,23%	21
QI 7³: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation							
7a: 2015/18n1-MAMMA/51370 unter 7 Tage			7,71%	<= 28,44%	innerhalb	9,64%	24
7b: 2015/18n1-MAMMA/51371 über 21 Tage			32,48%	nicht definiert	-	31,18%	24

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

³ Falls beidseitig operiert wurde, gehen die Angaben zu beiden Brüsten getrennt in die Berechnung des Zählers und Nenners ein.

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/850363 AK 1³: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“			1,09%	<= 4,30%	innerhalb	1,19%	27
2015/18n1-MAMMA/850364 AK 2³: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“			0,21%	<= 2,78%	-	-	29
2015/18n1-MAMMA/813068 AK 3³: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie			45,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	35,00 Fälle	31

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

³ Falls beidseitig operiert wurde, gehen die Angaben zu beiden Brüsten getrennt in die Berechnung des Zählers und Nenners ein.

Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/850366 AK 4³: Angabe von ASA 5			2,00 Fälle	= 0,00 Fälle	außerhalb	4,00 Fälle	33
2015/18n1-MAMMA/850367 AK 5³: Häufige Angabe „(y)pNX“			40,00 Fälle	<= 1,00 Fälle	außerhalb	16,00 Fälle	35
2015/18n1-MAMMA/850365 AK 6³: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust			5,12%	<= 14,55%	innerhalb	4,79%	37


¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.


³ Falls beidseitig operiert wurde, gehen die Angaben zu beiden Brüsten getrennt in die Berechnung des Zählers und Nenners ein.

Qualitätsindikator 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2015/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 90,00%	

	Gesamt 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	3.492 / 3.650 95,67% 94,96% - 96,28% >= 90,00%	332 / 808 41,09%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

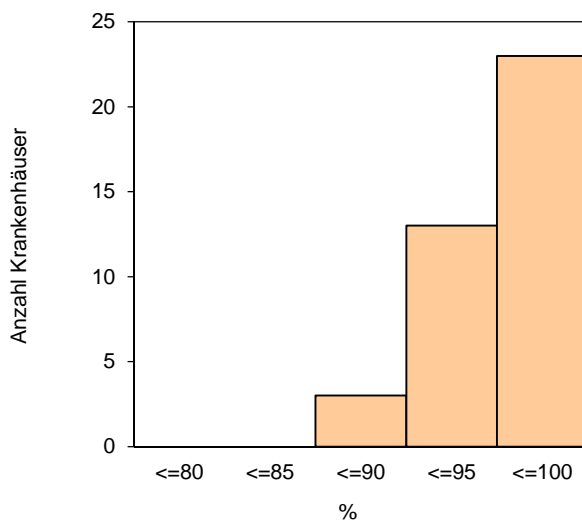
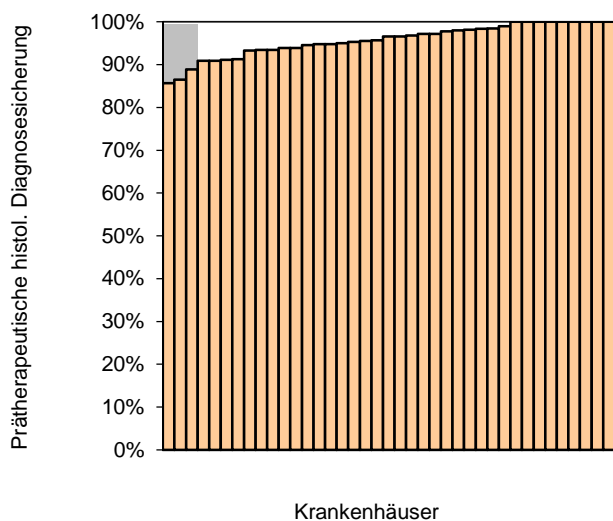
Vorjahresdaten	Gesamt 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	3.423 / 3.601 95,06% 94,30% - 95,72%	336 / 918 36,60%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51846]:

Anteil von Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie an allen Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

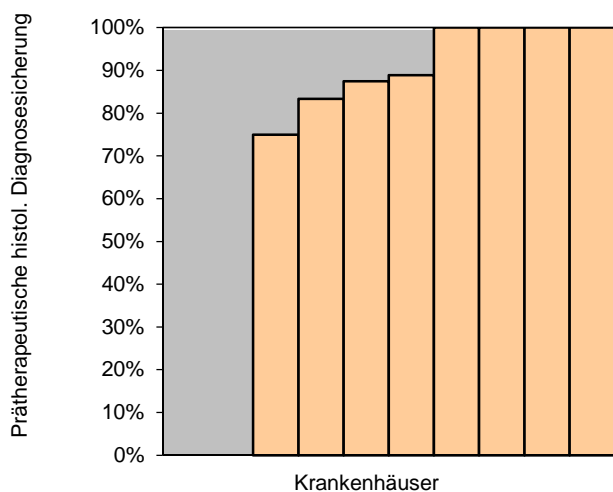
39 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,71	86,49	90,91	93,45	96,60	98,97	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	75,00	88,19	100,00	100,00		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: HER2/neu-Positivitätsrate

Qualitätsziel: Angemessene Rate an HER2/neu positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

HER2/neu-Positivitätsrate

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

Indikator-ID: (QI 2a): 2015/18n1-MAMMA/52268

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status			530 / 3.092	17,14%
Vertrauensbereich				15,85% - 18,51%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

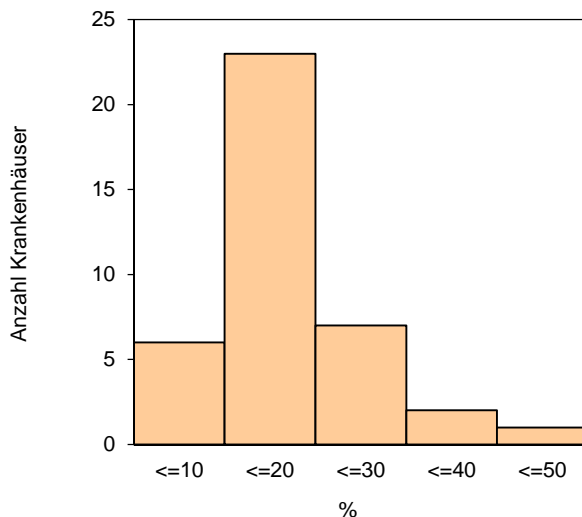
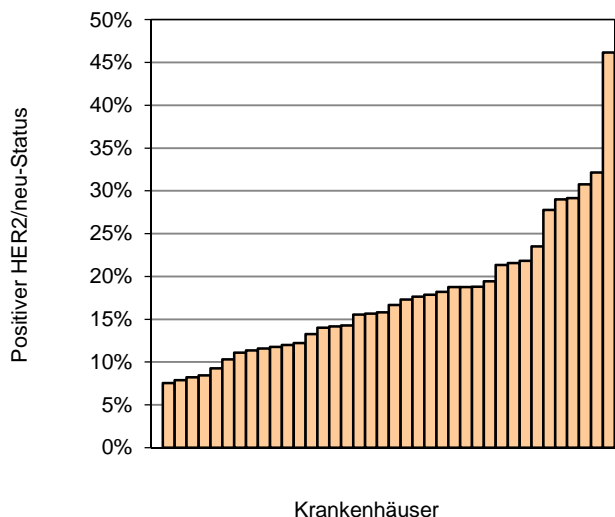
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status			485 / 3.074	15,78%
Vertrauensbereich				14,53% - 17,11%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52268]:

Anteil von Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

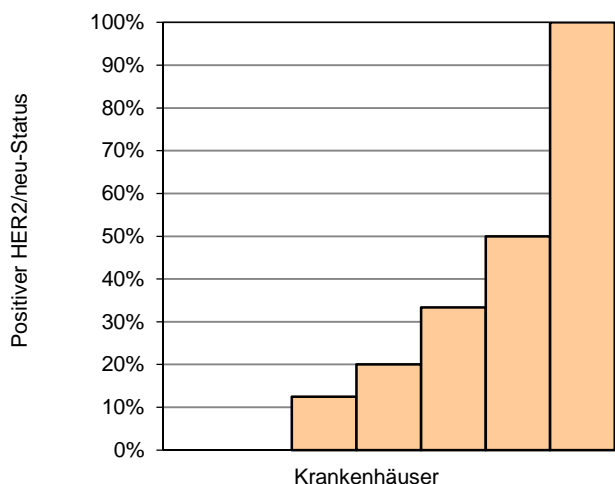
39 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	7,55	8,22	11,58	15,79	21,33	29,17	32,14	46,15

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	20,00	50,00			100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

Indikator-ID: (QI 2b): 2015/18n1-MAMMA/52273

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		530 / 3.092 17,14%
vorhergesagt (E) ¹		456,21 / 3.092 14,75%
O - E		2,39%

¹ Erwartete Rate an HER2/neu-positiven Befunden, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52273.

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		1,16
Vertrauensbereich		1,07 - 1,25
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

² Verhältnis der beobachteten HER2/neu-positiven Befunde zu den erwarteten HER2/neu-positiven Befunden
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an HER2/neu-positiven Befunden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an HER2/neu-positiven Befunden ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an HER2/neu-positiven Befunden ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		485 / 3.074 15,78%
vorhergesagt (E)		448,71 / 3.074 14,60%
O - E		1,18%
O / E		1,08
Vertrauensbereich		1,00 - 1,17

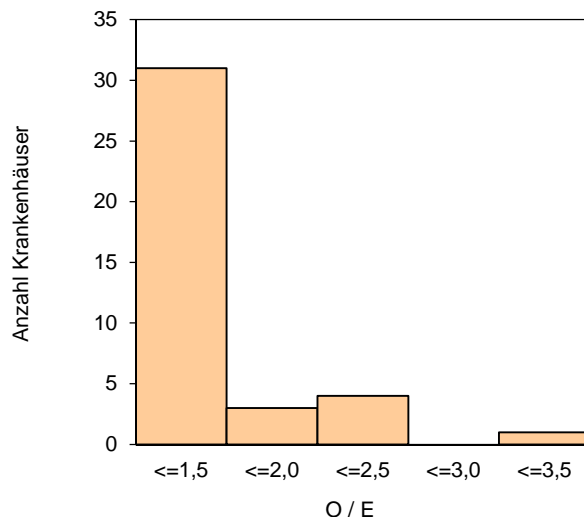
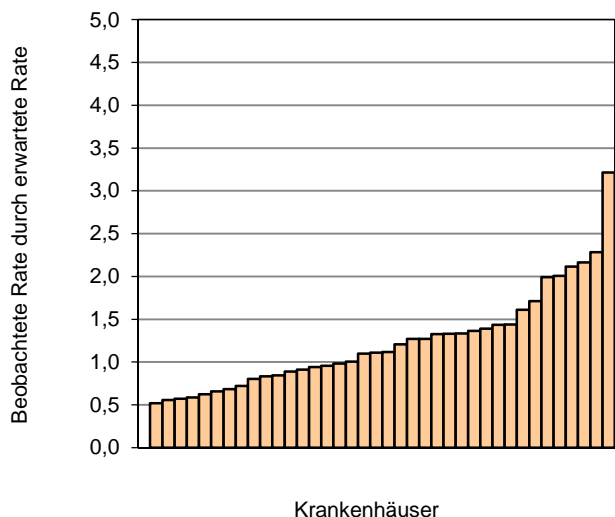
¹ Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2014 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52273]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

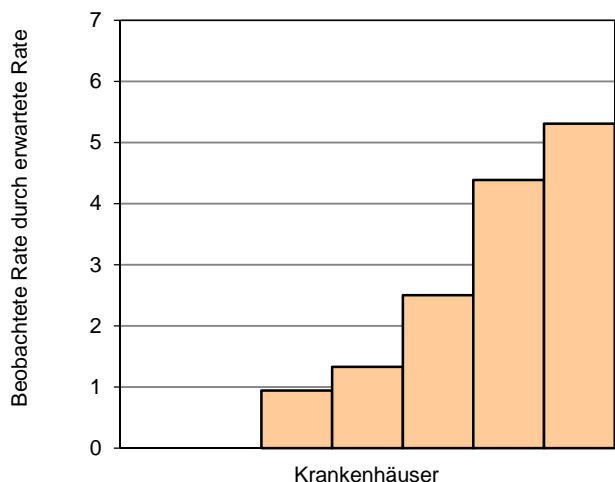
39 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,52	0,57	0,80	1,11	1,44	2,12	2,28	3,21

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	1,33	4,39			5,31

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

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

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie

Indikator-ID: (QI 3a): 2015/18n1-MAMMA/52330

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			861 / 865	99,54%
Vertrauensbereich				98,82% - 99,82%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

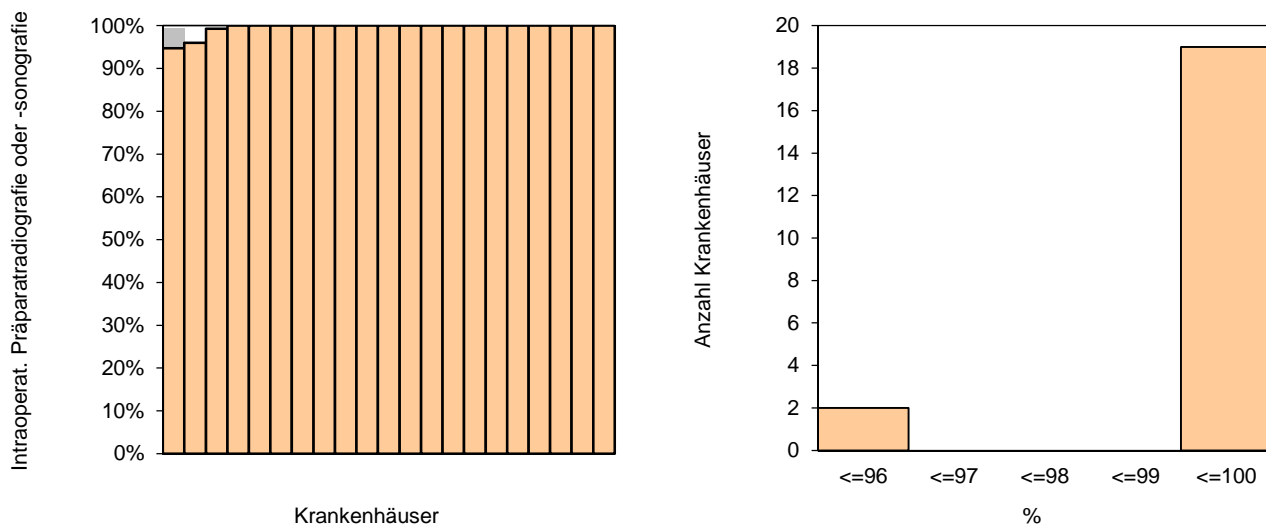
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52330]:

Anteil von Operationen mit intraoperativem Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie an allen Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

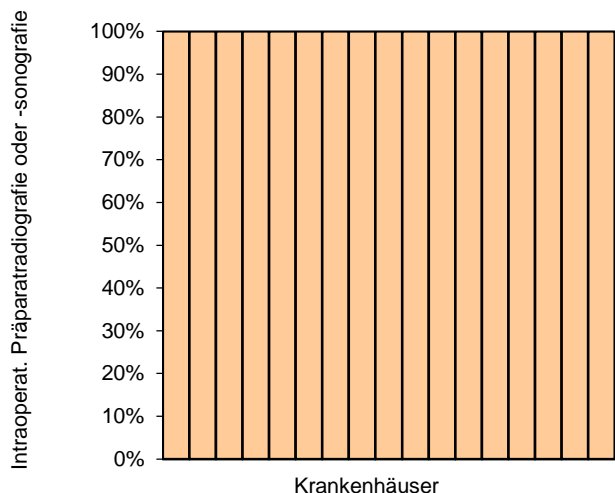
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,74	96,00	99,31	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

17 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,00		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie

Indikator-ID: (QI 3b): 2015/18n1-MAMMA/52279

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Vertrauensbereich Referenzbereich			936 / 978	95,71% 94,25% - 96,81% >= 95,00%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Vertrauensbereich	-	-	-	-

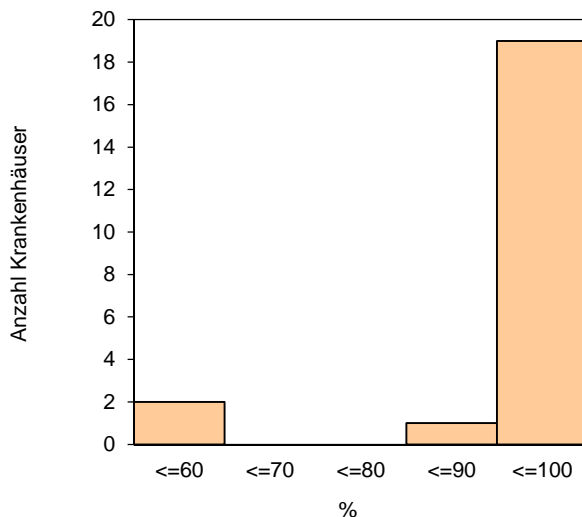
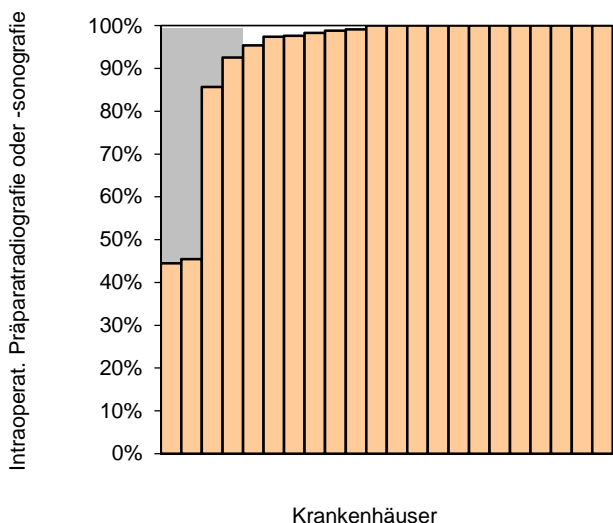
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52279]:

Anteil von Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie an allen Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

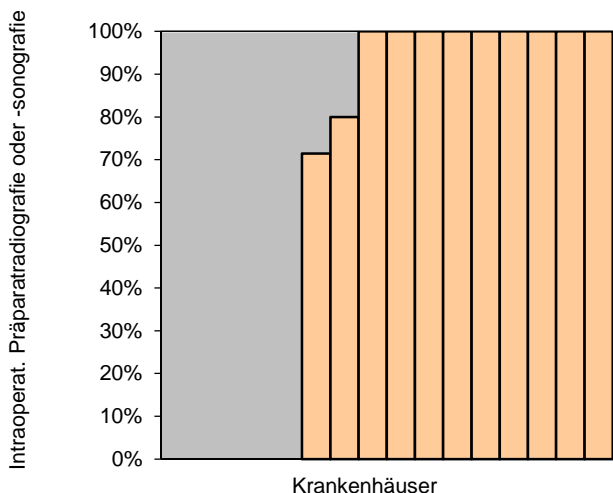
22 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	44,44	45,45	85,71	97,44	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

16 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	100,00	100,00	100,00		100,00

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Primäre Axilladisektion bei DCIS

Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladisektion bei DCIS

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

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/2163

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			0 / 274	0,00 Fälle 0,00%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

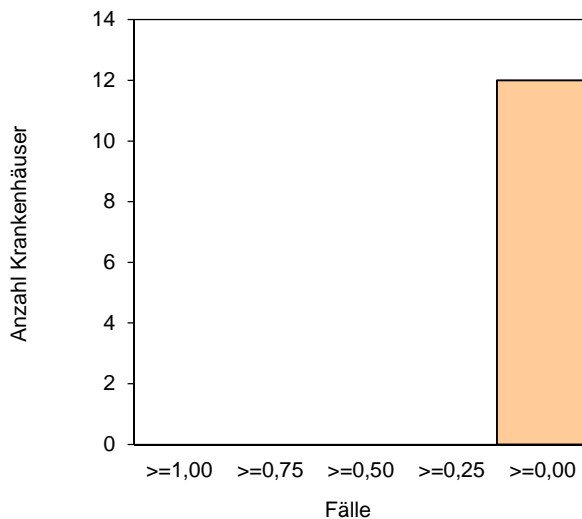
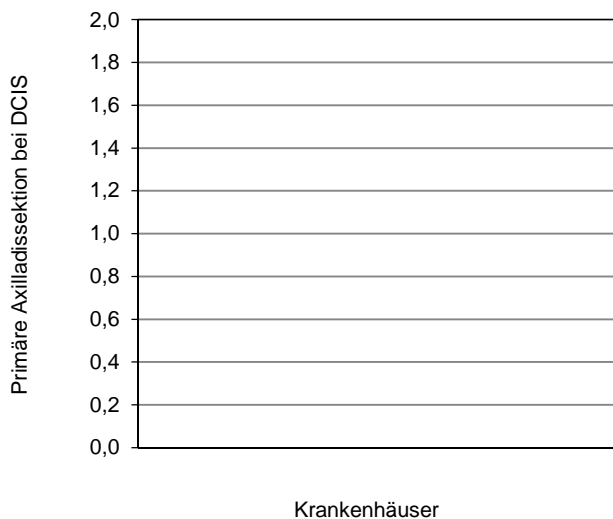
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			1 / 289	1,00 Fälle 0,35%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/2163]:

Anzahl Patientinnen mit primärer Axilladissektion von allen Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

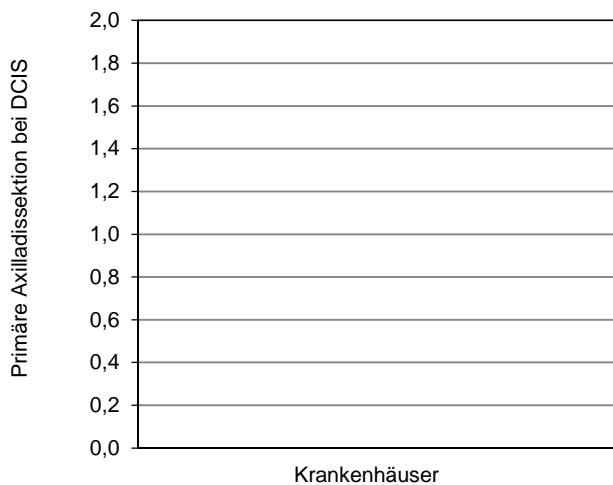
12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


Qualitätsindikator 5: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie


Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

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

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 20,75% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			17 / 198	8,59%
Vertrauensbereich				5,43% - 13,32%
Referenzbereich		<= 20,75%		<= 20,75%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 198	0,00%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			13 / 198	6,57%

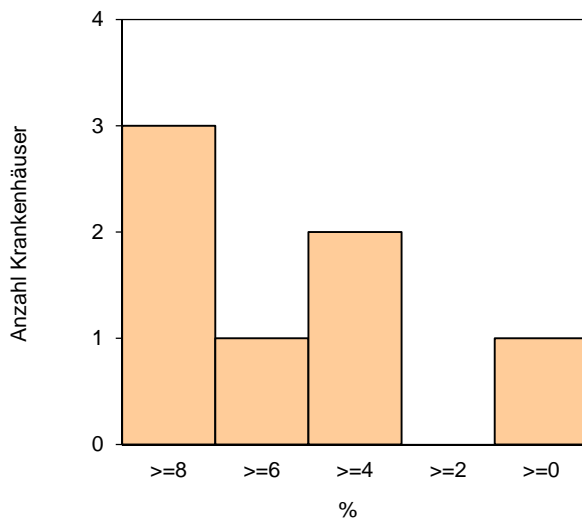
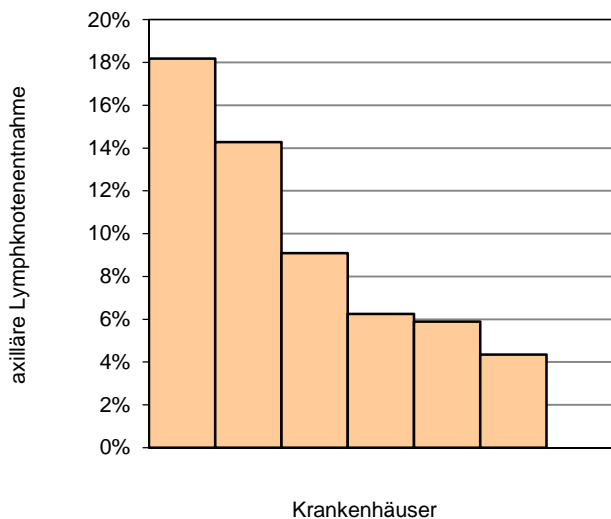
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			21 / 209	10,05%
Vertrauensbereich				6,67% - 14,87%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/50719]:

Anteil von Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme an allen Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

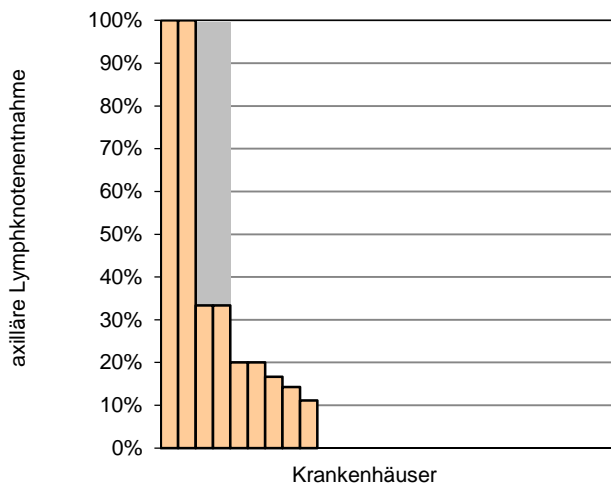
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			4,35	6,25	14,29			18,18

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

26 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16,67	33,33	100,00	100,00

16 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2015/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	>= 90,00%			

	Gesamt 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	1.643 / 1.709	1.152 / 1.177	452 / 478	39 / 54
Vertrauensbereich	96,14%	97,88%	94,56%	72,22%
Referenzbereich	95,12% - 96,95%			
	>= 90,00%			

¹ Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

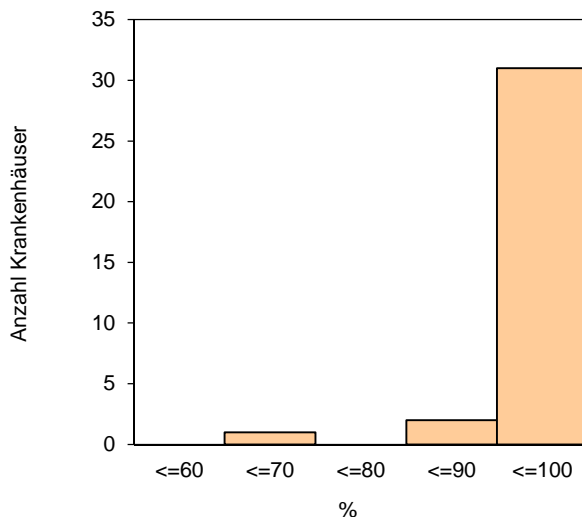
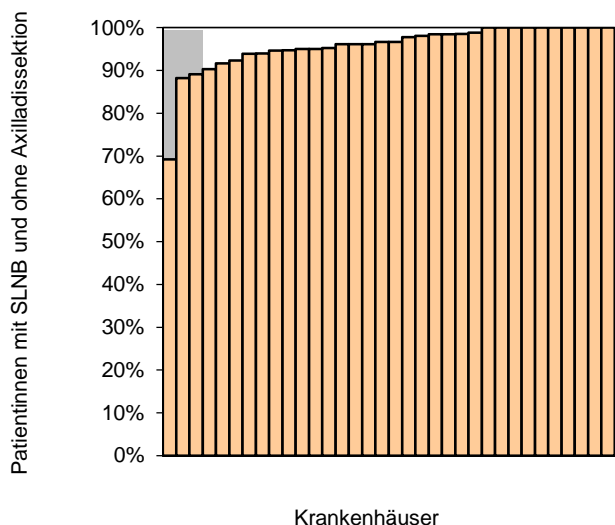
Vorjahresdaten	Gesamt 2014			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	1.617 / 1.716 94,23%	1.147 / 1.181 97,12%	425 / 467 91,01%	45 / 68 66,18%
	93,03% - 95,24%			

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51847]:

Anteil von Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladissektion an Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

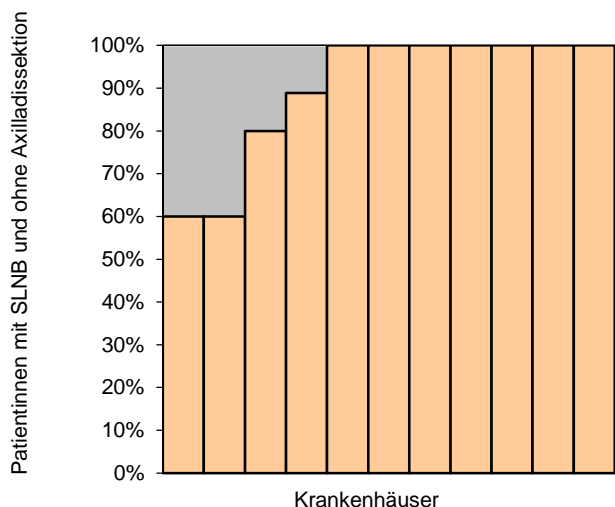
34 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	69,23	88,24	90,32	94,62	96,67	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,00		60,00	80,00	100,00	100,00	100,00		100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

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

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 7a): 2015/18n1-MAMMA/51370
 Gruppe 2 (QI 7b): 2015/18n1-MAMMA/51371

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 28,44% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			226 / 2.931	7,71%
Vertrauensbereich				6,80% - 8,73%
Referenzbereich		<= 28,44%		<= 28,44%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			952 / 2.931	32,48%
Vertrauensbereich				30,81% - 34,20%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

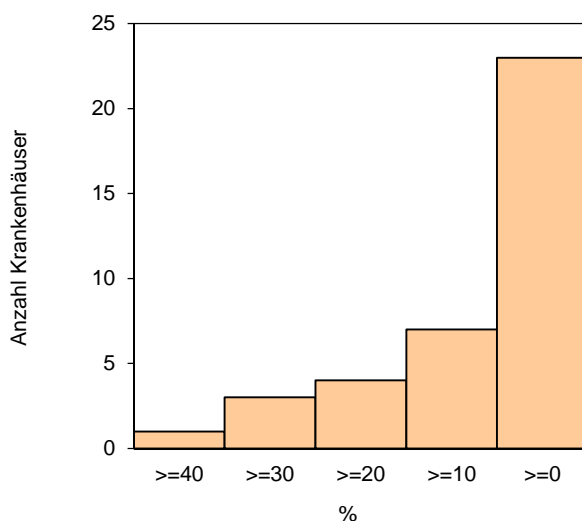
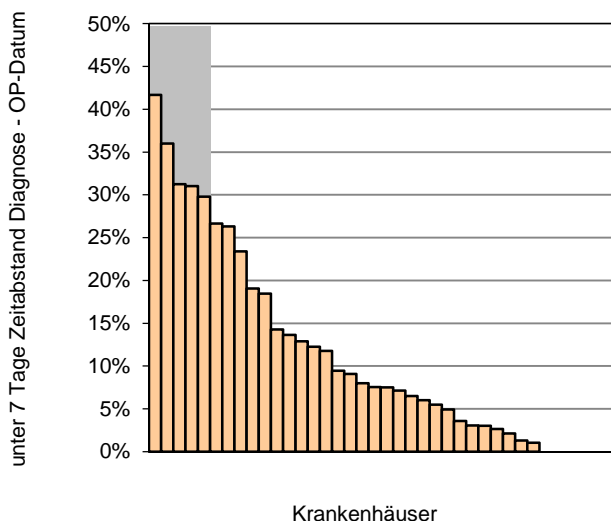
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			283 / 2.935	9,64%
Vertrauensbereich				8,63% - 10,76%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			915 / 2.935	31,18%
Vertrauensbereich				29,53% - 32,87%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51370]:

Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von unter 7 Tagen

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

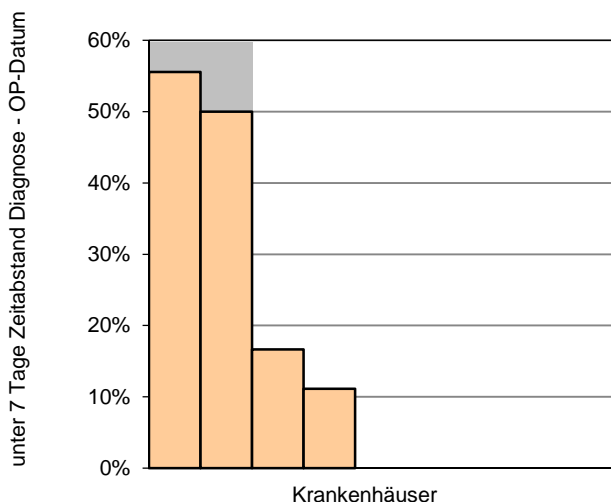
38 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	2,65	7,52	18,46	31,03	36,00	41,67

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

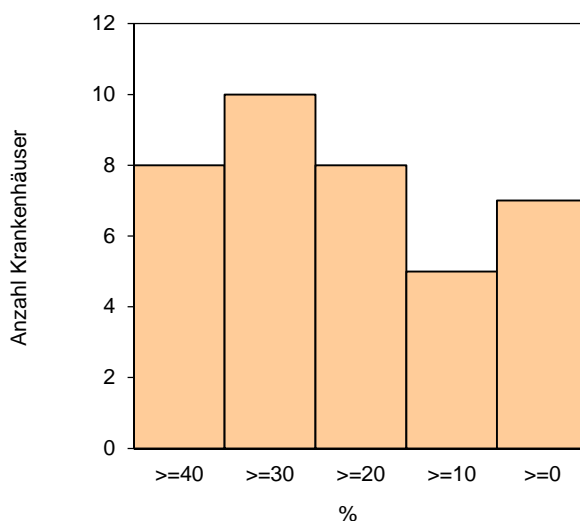
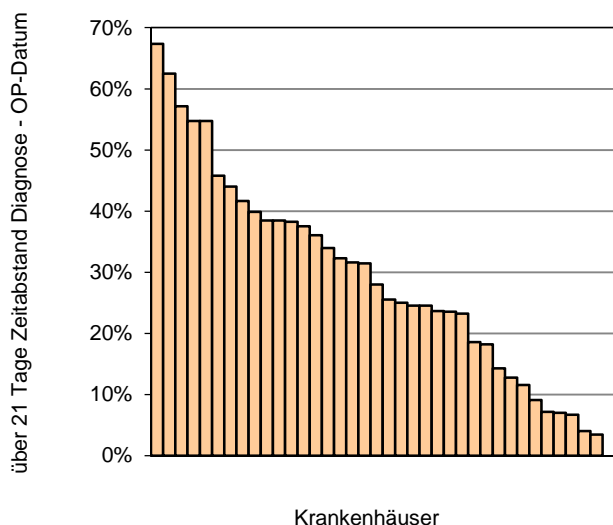


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	16,67			55,56

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

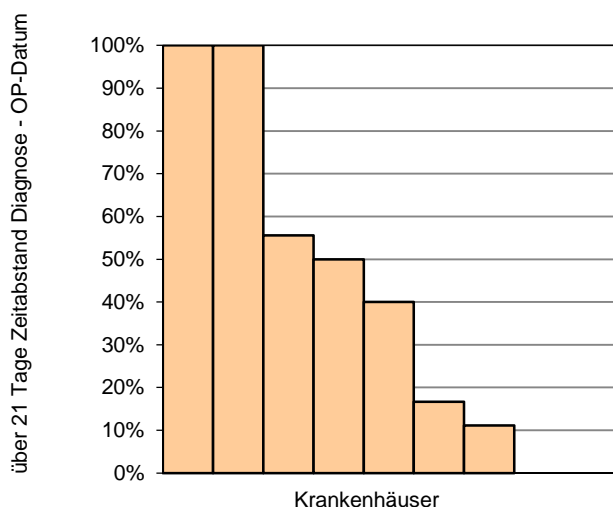
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51371]:
 Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von über 21 Tagen**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 38 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	3,45	6,67	14,29	26,76	38,46	54,76	62,50	67,35

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 9 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			11,11	40,00	55,56			100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 1: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850363

Referenzbereich: <= 4,30% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): 52268, 52273

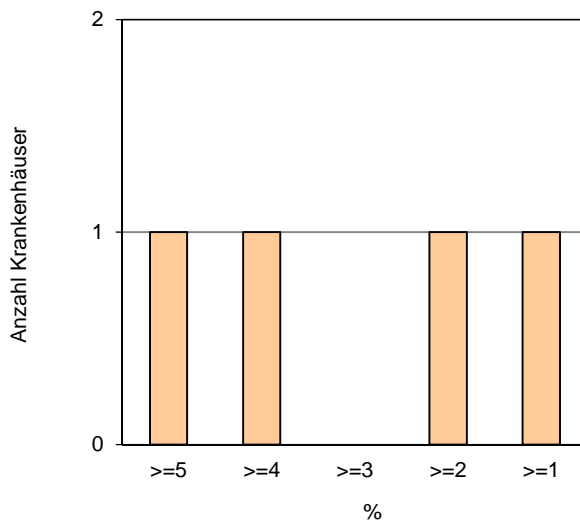
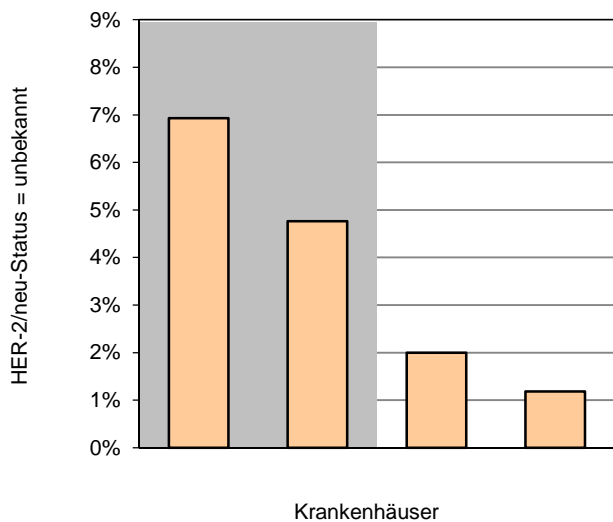
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status ¹			34 / 3.126	1,09%
Vertrauensbereich				0,78% - 1,52%
Referenzbereich		<= 4,30%		<= 4,30%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status			37 / 3.111	1,19%
Vertrauensbereich				0,86% - 1,63%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK1, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850363]:
 Anteil an Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives
 Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 4



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,18			1,59	3,38	5,85			6,93

Auffälligkeitskriterium 2: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“

Grundgesamtheit: Alle lebend entlassenen Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom oder DCIS

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850364

Referenzbereich: <= 2,78% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): -

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen ¹			7 / 3.412	0,21%
Vertrauensbereich				0,10% - 0,42%
Referenzbereich		<= 2,78%		<= 2,78%

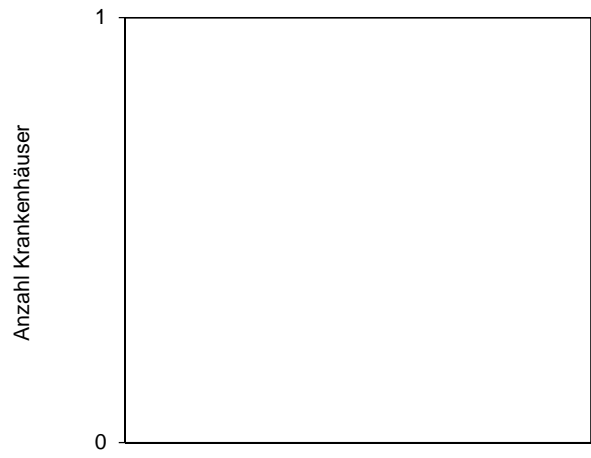
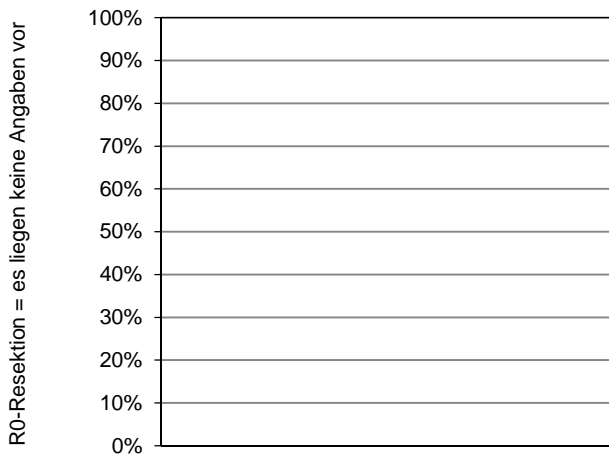
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

² Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850364]:
 Anteil an Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen an allen lebend entlassenen Patientinnen mit
 Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom oder DCIS**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 0



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----

Auffälligkeitskriterium 3: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“
Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/813068
Referenzbereich: <= 4,00 Fälle
ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

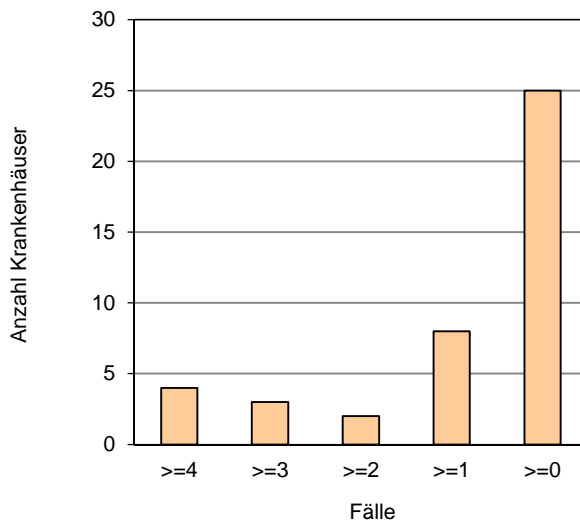
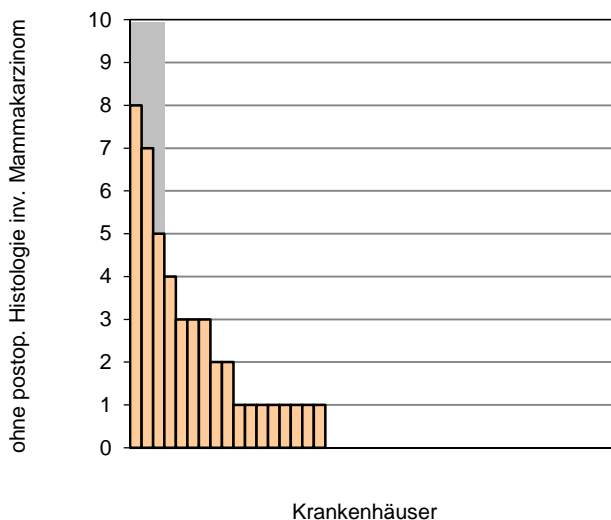
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹ Referenzbereich		45 / 3.434 <= 4,00 Fälle	45 / 3.434	45,00 Fälle <= 4,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹		35 / 3.288	35 / 3.288	35,00 Fälle

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

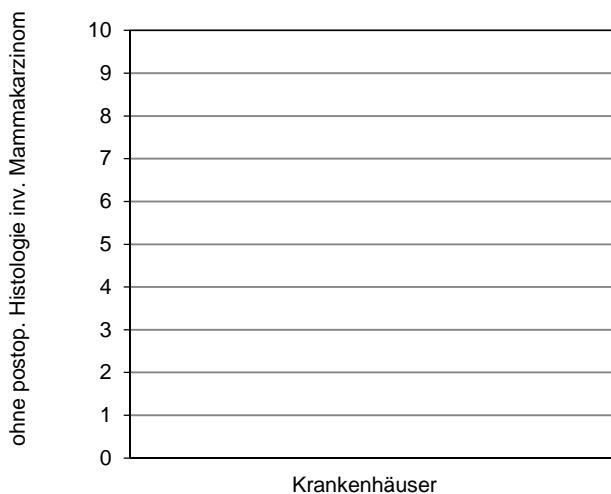
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/813068]:
 Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen mit präoperativer
 Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 42 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	3,00	5,00	8,00

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 5 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			0,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 4: Angabe von ASA 5

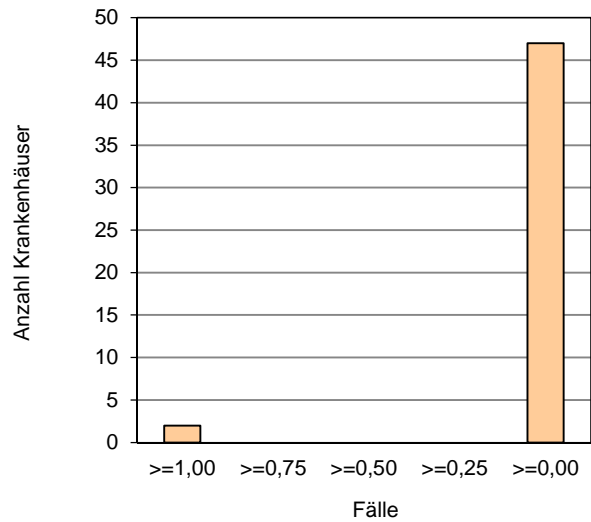
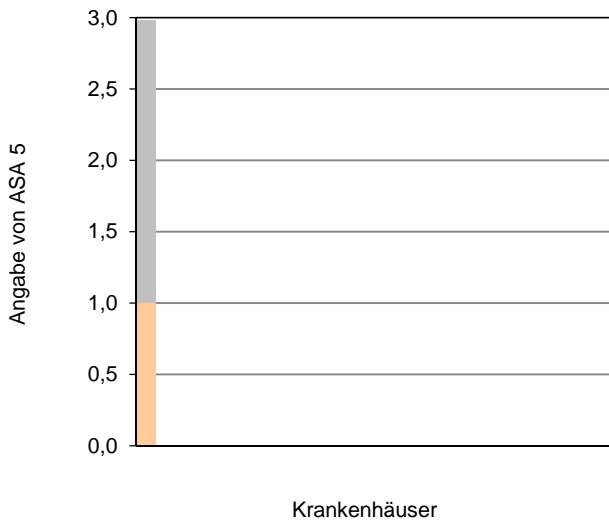
Grundgesamtheit: Alle Patientinnen
Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850366
Referenzbereich: = 0,00 Fälle
ID-Bezugsindikator(en): -

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit ASA 5 Referenzbereich		<input type="text" value="0,00"/> = 0,00 Fälle	2 / 5.479	<input type="text" value="2,00"/> Fälle = 0,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit ASA 5		<input type="text" value="4,00"/>	4 / 5.492	<input type="text" value="4,00"/> Fälle

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK4, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850366]:
 Anzahl Patientinnen mit ASA 5 von allen Patientinnen**

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
 49 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00

Auffälligkeitskriterium 5: Häufige Angabe „(y)pNX“

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie DCIS oder invasives Mammakarzinom, bei denen eine axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung (Axilladisektion oder Entfernung einzelner Lymphknoten) oder eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder einem vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt wurde

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850367

Referenzbereich: <= 1,00 Fälle

ID-Bezugsindikator(en): 52273, 51847

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde Referenzbereich			40 / 3.087	40,00 Fälle <= 1,00 Fälle

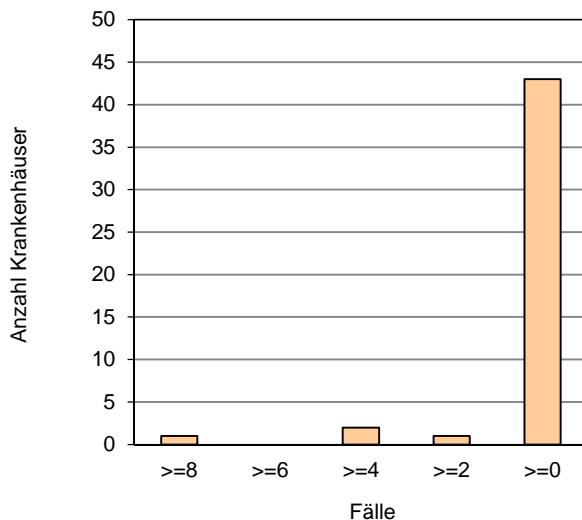
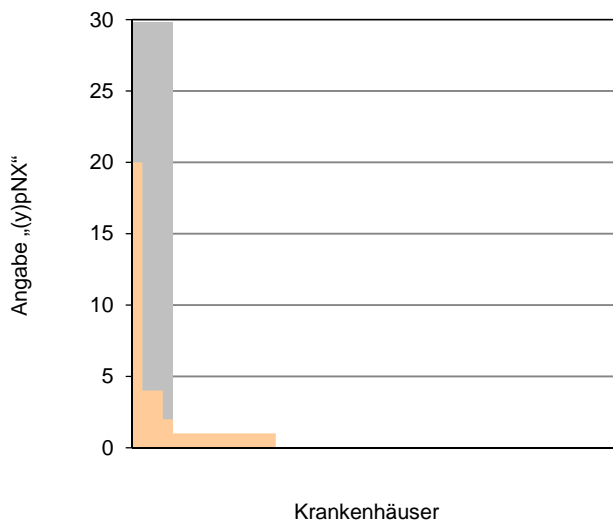
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde			16 / 3.070	16,00 Fälle

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK5, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850367]:

Anzahl Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde von allen Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie DCIS oder invasives Mammakarzinom, bei denen eine axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung (Axilladissektion oder Entfernung einzelner Lymphknoten) oder eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder einem vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

47 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	4,00	20,00

Auffälligkeitskriterium 6: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen
Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850365
Referenzbereich: <= 14,55% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 51846, 52268, 52273, 2163, 50719, 51847, 51370, 51371

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde ¹			288 / 5.624	5,12%
Vertrauensbereich				4,57% - 5,73%
Referenzbereich		<= 14,55%		<= 14,55%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde			269 / 5.617	4,79%
Vertrauensbereich				4,26% - 5,38%

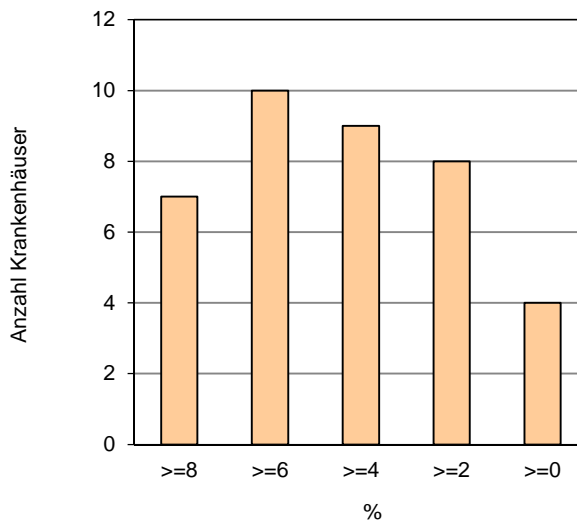
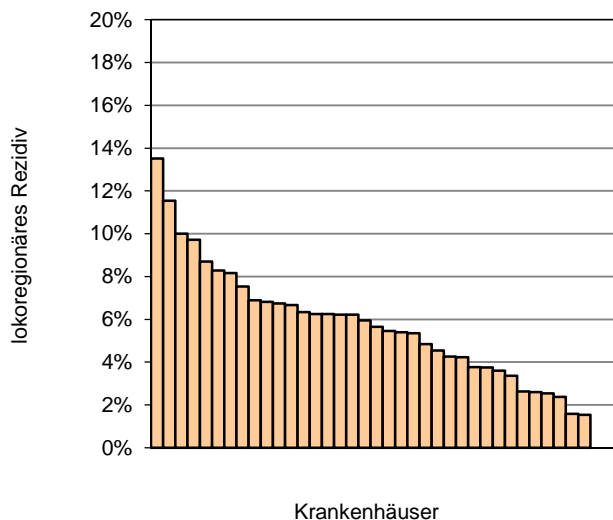
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK6, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850365]:

Anteil an Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde an allen Patientinnen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

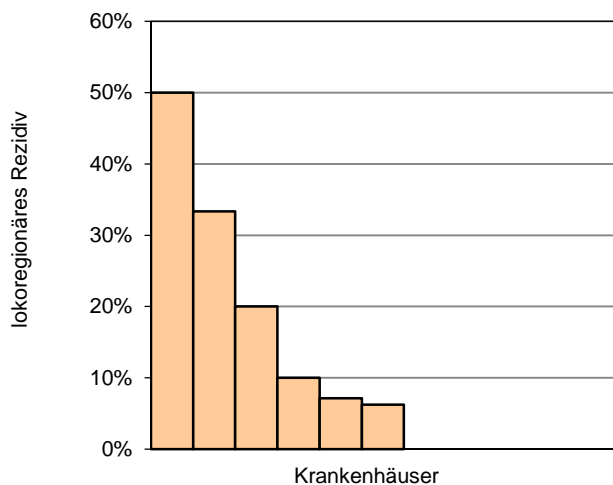
38 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	1,59	3,59	5,55	6,82	9,71	11,54	13,51

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	6,25	20,00	33,33		50,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2015 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.479
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16164-L101161-P48575

Übersicht Basisauswertung

Kapitel	Seite	
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	41
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	44
	Basisdaten	44
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	44
	Patientinnen	46
	Behandlungszeiten	47
3	Präoperative Diagnostik und Therapie (benigne und maligne Tumore)	48
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	54
5	Komplikationen (benigne und maligne Tumore)	56
6	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	57
6.1	Übersicht	57
6.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	58
6.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	67
6.4	DCIS (Primärerkrankung)	71
6.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	78
6.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	81
6.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	83
6.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	86
6.9	Nicht-maligne histologische Befunde	88

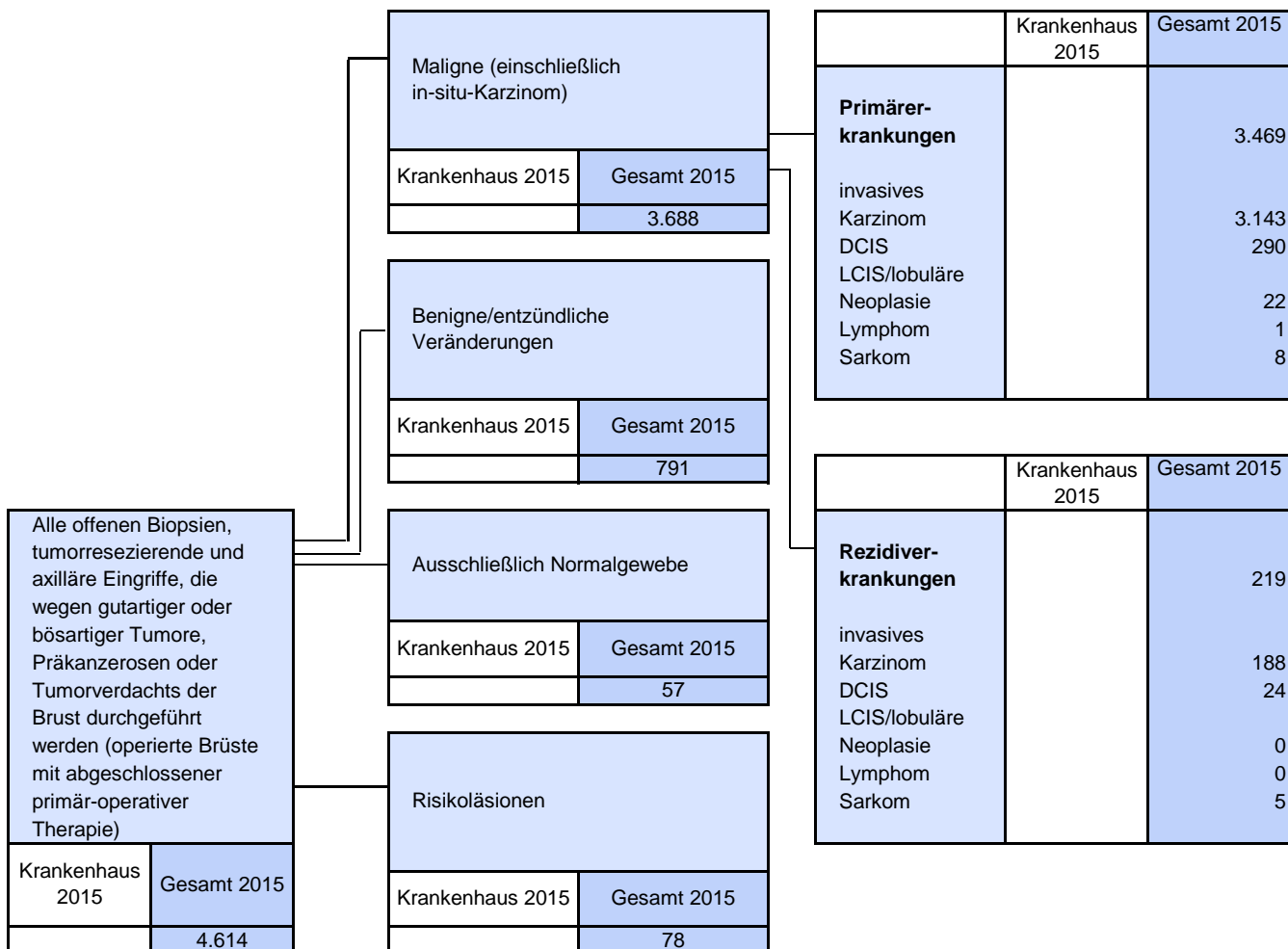
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle offenen Biopsien, tumorresezierende und axilläre Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden: Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie			4.614 / 5.624	82,04	4.670 / 5.617	83,14
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			57 / 4.614	1,24	42 / 4.670	0,90
= benigne/entzündliche Veränderung			791 / 4.614	17,14	897 / 4.670	19,21
= Risikoläsion			78 / 4.614	1,69	73 / 4.670	1,56
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.688 / 4.614	79,93	3.658 / 4.670	78,33

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			3.469 / 3.688	94,06	3.465 / 3.658	94,72
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			3.143 / 3.469	90,60	3.134 / 3.465	90,45
DCIS			290 / 3.469	8,36	306 / 3.465	8,83
LCIS/Lobuläre Neoplasie			22 / 3.469	0,63	14 / 3.465	0,40
Lymphom			1 / 3.469	0,03	0 / 3.465	0,00
Sarkom			8 / 3.469	0,23	11 / 3.465	0,32
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidivkrankung			219 / 3.688	5,94	193 / 3.658	5,28
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			188 / 219	85,84	171 / 193	88,60
DCIS			24 / 219	10,96	19 / 193	9,84
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 219	0,00	0 / 193	0,00
Lymphom			0 / 219	0,00	1 / 193	0,52
Sarkom			5 / 219	2,28	2 / 193	1,04

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.337	24,40	1.585	28,86
2. Quartal			1.440	26,28	1.447	26,35
3. Quartal			1.309	23,89	1.280	23,31
4. Quartal			1.393	25,42	1.180	21,49
Gesamt			5.479		5.492	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
5	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	1.631	29,77	C50.4	1.526	27,79
2				C50.8	1.263	23,05	C50.8	1.219	22,20
3				I10.00	776	14,16	I10.00	802	14,60
4				D24	535	9,76	D24	595	10,83
5				C77.3	437	7,98	C50.2	480	8,74

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patientinnen

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			24 / 5.479	0,44	29 / 5.492	0,53
20 - 29 Jahre			82 / 5.479	1,50	112 / 5.492	2,04
30 - 39 Jahre			286 / 5.479	5,22	256 / 5.492	4,66
40 - 49 Jahre			829 / 5.479	15,13	787 / 5.492	14,33
50 - 59 Jahre			1.369 / 5.479	24,99	1.406 / 5.492	25,60
60 - 69 Jahre			1.301 / 5.479	23,75	1.316 / 5.492	23,96
70 - 79 Jahre			1.134 / 5.479	20,70	1.089 / 5.492	19,83
>= 80 Jahre			454 / 5.479	8,29	497 / 5.492	9,05
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			5.479		5.492	
Median				61,00		61,00
Geschlecht						
männlich			65	1,19	54	0,98
weiblich			5.414	98,81	5.438	99,02
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			1.174	21,43	1.231	22,41
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.227	58,90	3.205	58,36
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			1.044	19,05	1.015	18,48
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			32	0,58	37	0,67
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			2	0,04	4	0,07

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			4.098 / 5.479	74,79	3.998 / 5.492	72,80
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			4.098	5,00	3.998	5,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			4.098	6,00	3.998	6,00
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			1.381 / 5.479	25,21	1.494 / 5.492	27,20
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.381	2,00	1.494	2,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.381	2,00	1.494	2,00

¹ Patientinnen mit beidseitigen Mamakarzinomen und invasivem Mammakarzinom auf der einen Seite und ohne invasives Mammakarzinom auf der anderen Seite werden als Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom gezählt.

² bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen

3. Präoperative Diagnostik und Therapie (benigne und maligne Tumore) Präoperative Diagnostik und Therapie

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			2.743 / 5.624	48,77	2.708 / 5.617	48,21
links			2.881 / 5.624	51,23	2.909 / 5.617	51,79
Erkrankung an dieser Brust						
Primärerkrankung			5.336 / 5.624	94,88	5.348 / 5.617	95,21
lokoregionäres Rezidiv nach BET			210 / 5.624	3,73	191 / 5.617	3,40
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			78 / 5.624	1,39	78 / 5.617	1,39
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung			4.521 / 5.336	84,73	4.576 / 5.348	85,56
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			2.750 / 4.521	60,83	2.781 / 4.576	60,77
Anlass der Diagnosestellung bekannt (Mehrfachnennungen möglich)			4.274 / 4.521	94,54	4.417 / 4.576	96,53
wenn ja:						
Selbstuntersuchung (Eigenuntersuchung)			1.926 / 4.274	45,06	1.918 / 4.417	43,42
Früherkennung			1.547 / 4.274	36,20	1.676 / 4.417	37,94
Früherkennung im Rahmen eines Mammografie-Screening-Programms			1.128 / 1.547	72,92	1.198 / 1.676	71,48
Tumorsymptomatik			555 / 4.274	12,99	569 / 4.417	12,88
Nachsorge			151 / 4.274	3,53	150 / 4.417	3,40
sonstiges			417 / 4.274	9,76	397 / 4.417	8,99

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			2.481 / 2.750	90,22	2.460 / 2.781	88,46
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			1.394 / 1.771	78,71	1.347 / 1.795	75,04
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			3.875 / 4.521	85,71	3.807 / 4.576	83,19
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			33 / 3.875	0,85	26 / 3.807	0,68
= benigne/entzündliche Veränderung			167 / 3.875	4,31	202 / 3.807	5,31
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			144 / 3.875	3,72	132 / 3.807	3,47
= malignitätsverdächtig			47 / 3.875	1,21	40 / 3.807	1,05
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.484 / 3.875	89,91	3.407 / 3.807	89,49

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2015)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen) davon:			3.484 / 3.875	89,91	3.407 / 3.807	89,49
invasives Karzinom			3.171 / 3.491	90,83	3.094 / 3.413	90,65
DCIS			300 / 3.491	8,59	306 / 3.413	8,97
LCIS/Lobuläre Neoplasie			10 / 3.491	0,29	5 / 3.413	0,15
Lymphom			0 / 3.491	0,00	0 / 3.413	0,00
Sarkom			4 / 3.491	0,11	8 / 3.413	0,23

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv) wenn ja:			176 / 288	61,11	131 / 269	48,70
Histologie = nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			1 / 176	0,57	3 / 131	2,29
= benigne/entzündliche Veränderung			10 / 176	5,68	5 / 131	3,82
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			1 / 176	0,57	3 / 131	2,29
= malignitätsverdächtig			6 / 176	3,41	2 / 131	1,53
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			158 / 176	89,77	118 / 131	90,08

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2015)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			158 / 176	89,77	118 / 131	90,08
davon:						
invasives Karzinom			135 / 158	85,44	104 / 118	88,14
DCIS			19 / 158	12,03	12 / 118	10,17
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 158	0,00	0 / 118	0,00
Lymphom			0 / 158	0,00	0 / 118	0,00
Sarkom			4 / 158	2,53	2 / 118	1,69

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			2.431 / 4.521	53,77	2.261 / 4.576	49,41
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			2.334 / 3.875	60,23	2.152 / 3.807	56,53
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			2.219 / 3.464	64,06	2.032 / 3.394	59,87

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			532 / 4.521	11,77	459 / 4.576	10,03
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			519 / 3.165	16,40	449 / 3.089	14,54
systemische Chemotherapie			464 / 519	89,40	406 / 449	90,42
endokrine Therapie			63 / 519	12,14	41 / 449	9,13
spezifische Antikörpertherapie			73 / 519	14,07	46 / 449	10,24
Strahlentherapie			5 / 519	0,96	6 / 449	1,34
sonstige			15 / 519	2,89	21 / 449	4,68

4. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes						
Anzahl der gültigen Angaben			5.716		5.743	
Median				1,00		1,00
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren¹						
nein			1.886	33,00	-	-
ja, durch Mammografie			3.830	67,00	-	-
ja, durch Sonografie			865	15,13	-	-
ja, durch MRT			978	17,11	-	-
			43	0,75	-	-
Intraoperative Präparate-radiografie oder -sonografie¹						
nein			50 / 1.886	2,65	-	-
intraoperative Präparateradiografie			1.424 / 1.886	75,50	-	-
intraoperative Präparatesonografie			412 / 1.886	21,85	-	-

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

OPS 2015

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)
4	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
5	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
6	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation

OPS 2015

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	2.068	36,18	5-401.11	1.951	33,97
2				5-870.a1	1.339	23,43	5-870.a1	1.232	21,45
3				3-760	774	13,54	5-872.1	857	14,92
4				5-872.1	733	12,82	3-760	649	11,30
5				5-870.a2	589	10,30	5-870.a2	614	10,69
6				5-870.a0	570	9,97	5-870.90	582	10,13

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt (Bezug: Eingriffe)			2.453 / 5.716	42,91	2.420 / 5.743	42,14
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			5.459 / 5.716	95,50	5.367 / 5.743	93,45

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore)

Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			316 / 5.624	5,62	322 / 5.617	5,73
Wundinfektion			34 / 5.624	0,60	43 / 5.617	0,77
Nachblutung/Hämatom			169 / 5.624	3,00	182 / 5.617	3,24
Serom			81 / 5.624	1,44	81 / 5.617	1,44
sonstige			44 / 5.624	0,78	31 / 5.617	0,55

6. Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			74	1,32	49	0,87
= benigne/entzündliche Veränderung			792	14,08	901	16,04
= Risikoläsion			84	1,49	82	1,46
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			4.674	83,11	4.585	81,63
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			4.614	82,04	4.670	83,14
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			358	35,45	374	39,49
Empfehlung zur Mastektomie			116	11,49	122	12,88
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			47	4,65	37	3,91
Empfehlung zur Axilladisektion			50	4,95	52	5,49
Empfehlung zur BET			206	20,40	122	12,88
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			233	23,07	240	25,34

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.602 / 5.624	46,27	2.677 / 5.617	47,66
davon						
pT0			3 / 2.602	0,12	1 / 2.677	0,04
pTis			8 / 2.602	0,31	7 / 2.677	0,26
pT1 (<= 2 cm)			1.492 / 2.602	57,34	1.495 / 2.677	55,85
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			17 / 1.492	1,14	16 / 1.495	1,07
pT1a (<= 5 mm)			85 / 1.492	5,70	100 / 1.495	6,69
pT1b (<= 10 mm)			415 / 1.492	27,82	421 / 1.495	28,16
pT1c (<= 20 mm)			975 / 1.492	65,35	958 / 1.495	64,08
pT2 (> 2 bis 5 cm)			863 / 2.602	33,17	905 / 2.677	33,81
pT3 (> 5 cm)			113 / 2.602	4,34	120 / 2.677	4,48
pT4 (Brustwand/Haut)			121 / 2.602	4,65	138 / 2.677	5,16
davon						
pT4a (Brustwand)			1 / 121	0,83	4 / 138	2,90
pT4b (Ödem)			113 / 121	93,39	126 / 138	91,30
pT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 121	0,83	2 / 138	1,45
pT4d (inflammatorisch)			6 / 121	4,96	6 / 138	4,35
pTX			2 / 2.602	0,08	11 / 2.677	0,41

¹ Die Feststellung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation. Bei offenen Operationen in mehreren stationären Aufenthalten kann die Richtigkeit der Angabe „y“ nicht automatisch überprüft werden.

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			541 / 5.624	9,62	457 / 5.617	8,14
davon						
ypT0			150 / 541	27,73	121 / 457	26,48
ypTis			25 / 541	4,62	21 / 457	4,60
ypT1 (<= 2 cm)			205 / 541	37,89	178 / 457	38,95
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			14 / 205	6,83	8 / 178	4,49
ypT1a (<= 5 mm)			41 / 205	20,00	32 / 178	17,98
ypT1b (<= 10 mm)			43 / 205	20,98	45 / 178	25,28
ypT1c (<= 20 mm)			107 / 205	52,20	93 / 178	52,25
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			106 / 541	19,59	94 / 457	20,57
ypT3 (> 5 cm)			31 / 541	5,73	24 / 457	5,25
ypT4 (Brustwand/Haut)			21 / 541	3,88	19 / 457	4,16
davon						
ypT4a (Brustwand)			1 / 21	4,76	1 / 19	5,26
ypT4b (Ödem)			18 / 21	85,71	13 / 19	68,42
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 21	0,00	2 / 19	10,53
ypT4d (inflammatorisch)			2 / 21	9,52	3 / 19	15,79
ypTX			3 / 541	0,55	0 / 457	0,00

¹ Die Feststellung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation. Bei offenen Operationen in mehreren stationären Aufenthalten kann die Richtigkeit der Angabe „y“ nicht automatisch überprüft werden.

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.719 / 5.624	48,35	2.811 / 5.617	50,04
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.804 / 2.719	66,35	1.824 / 2.811	64,89
pN0(sn)			1.719 / 1.804	95,29	1.686 / 1.824	92,43
pN0			85 / 1.804	4,71	138 / 1.824	7,57
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			40 / 1.804	2,22	79 / 1.824	4,33
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			557 / 2.719	20,49	599 / 2.811	21,31
pN1mi			10 / 557	1,80	11 / 599	1,84
pN1mi(sn)			74 / 557	13,29	87 / 599	14,52
pN1a			250 / 557	44,88	316 / 599	52,75
pN1b			6 / 557	1,08	2 / 599	0,33
pN1c			0 / 557	0,00	1 / 599	0,17
pN1(sn)			217 / 557	38,96	182 / 599	30,38
pN2			138 / 2.719	5,08	170 / 2.811	6,05
pN2a			137 / 138	99,28	168 / 170	98,82
pN2b			1 / 138	0,72	2 / 170	1,18
pN3			108 / 2.719	3,97	93 / 2.811	3,31
pN3a			108 / 108	100,00	92 / 93	98,92
pN3b			0 / 108	0,00	0 / 93	0,00
pN3c			0 / 108	0,00	1 / 93	1,08
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			112 / 2.719	4,12	125 / 2.811	4,45
pNX			110 / 112	98,21	123 / 125	98,40
pNX(sn)			2 / 112	1,79	2 / 125	1,60

¹ Die Feststellung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pN-Klassifikation. Bei offenen Operationen in mehreren stationären Aufenthalten kann die Richtigkeit der Angabe „y“ nicht automatisch überprüft werden.

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			424 / 5.624	7,54	323 / 5.617	5,75
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			228 / 424	53,77	182 / 323	56,35
ypN0(sn)			125 / 228	54,82	84 / 182	46,15
ypN0			103 / 228	45,18	98 / 182	53,85
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			83 / 228	36,40	73 / 182	40,11
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			95 / 424	22,41	72 / 323	22,29
ypN1mi			9 / 95	9,47	9 / 72	12,50
ypN1mi(sn)			2 / 95	2,11	2 / 72	2,78
ypN1a			61 / 95	64,21	46 / 72	63,89
ypN1b			0 / 95	0,00	2 / 72	2,78
ypN1c			1 / 95	1,05	0 / 72	0,00
ypN1(sn)			22 / 95	23,16	13 / 72	18,06
ypN2			47 / 424	11,08	37 / 323	11,46
ypN2a			47 / 47	100,00	36 / 37	97,30
ypN2b			0 / 47	0,00	1 / 37	2,70
ypN3			21 / 424	4,95	19 / 323	5,88
ypN3a			21 / 21	100,00	18 / 19	94,74
ypN3b			0 / 21	0,00	0 / 19	0,00
ypN3c			0 / 21	0,00	1 / 19	5,26
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			33 / 424	7,78	13 / 323	4,02
ypNX			27 / 33	81,82	13 / 13	100,00
ypNX(sn)			6 / 33	18,18	0 / 13	0,00

¹ Die Feststellung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pN-Klassifikation. Bei offenen Operationen in mehreren stationären Aufenthalten kann die Richtigkeit der Angabe „y“ nicht automatisch überprüft werden.

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			827	14,00	917	14,00
wenn Angabe pN(sn)-Staging: Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			2.129	2,00	2.008	2,00
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			77	2,45	96	3,06
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			3.143 / 5.624	55,89	3.134 / 5.617	55,79
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			2.953 / 3.143	93,95	2.971 / 3.134	94,80
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			161 / 3.143	5,12	146 / 3.134	4,66
Staging wurde nicht durchgeführt			29 / 3.143	0,92	17 / 3.134	0,54

¹ Die Angabe „0 Lymphknoten“ bei Fällen mit pNX bzw. pNX(sn) (regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden, da nicht entnommen oder bereits früher entfernt) wurde nicht berücksichtigt.

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			3.126		3.111	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			590	18,87	613	19,70
mäßig differenziert			1.622	51,89	1.586	50,98
schlecht differenziert			840	26,87	880	28,29
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			74	2,37	32	1,03
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			517	16,54	525	16,88
positiv			2.601	83,21	2.577	82,84
unbekannt			8	0,26	9	0,29
HER-2/neu-Status						
negativ			2.562	81,96	2.589	83,22
positiv			530	16,95	485	15,59
unbekannt			34	1,09	37	1,19
histologisch gesicherte Multizentrität			314 / 3.126	10,04	359 / 3.111	11,54
R0-Resektion ¹						
nein			75	2,40	-	-
ja			2.986	95,52	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			82	4,04	-	-
>= 1 mm			1.925	94,73	-	-
es liegen keine Angaben vor			25	1,23	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			7	0,22	-	-
			58	1,86	-	-

¹ Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

**Art der erfolgten Therapie
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			893	28,41	1.016	32,42
ja			2.115	67,29	2.011	64,17
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			121	3,85	98	3,13
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			14	0,45	9	0,29
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			2.071	65,89	1.816	57,95
ja, einzelne Lymphknoten			428	13,62	593	18,92
ja, Axilladissektion			644	20,49	725	23,13
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2.504	79,67	2.428	77,47
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			2.059 / 2.504	82,23	1.978 / 2.428	81,47
Farbmarkierung			147 / 2.504	5,87	232 / 2.428	9,56
beides			298 / 2.504	11,90	218 / 2.428	8,98
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			544	17,31	739	23,58
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2.897 / 2.982	97,15	2.886 / 2.988	96,59

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			3.058 / 3.092	98,90	3.056 / 3.092	98,84
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			3.068 / 3.092	99,22	3.074 / 3.092	99,42
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			3.081 / 3.092	99,64	3.062 / 3.092	99,03

Entlassung Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.810	58,54	1.918	62,03
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1.243	40,20	1.140	36,87
03: aus sonstigen Gründen			4	0,13	1	0,03
04: gegen ärztlichen Rat			5	0,16	4	0,13
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			6	0,19	5	0,16
07: Tod			4	0,13	4	0,13
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,03	4	0,13
10: in Pflegeeinrichtung			11	0,36	10	0,32
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			3	0,10	4	0,13
15: gegen ärztlichen Rat			5	0,16	2	0,06
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|---|
| 01 Behandlung regulär beendet | 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV) | |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |

Histologie und Staging
6.3 Invasives Karzinom (Rezidiv-erkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv-erkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			188 / 5.624	3,34	171 / 5.617	3,04
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			149 / 188	79,26	130 / 171	76,02
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			36 / 188	19,15	37 / 171	21,64
Staging wurde nicht durchgeführt			3 / 188	1,60	4 / 171	2,34

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			167		147	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			17	10,18	22	14,97
mäßig differenziert			74	44,31	59	40,14
schlecht differenziert			73	43,71	57	38,78
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			3	1,80	9	6,12
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			58	34,73	49	33,33
positiv			108	64,67	95	64,63
unbekannt			1	0,60	3	2,04
HER-2/neu-Status						
negativ			132	79,04	109	74,15
positiv			34	20,36	32	21,77
unbekannt			1	0,60	6	4,08
histologisch gesicherte Multizentrität			14 / 167	8,38	20 / 147	13,61
R0-Resektion ²						
nein			10	5,99	-	-
ja			150	89,82	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			0	0,00	-	-
>= 1 mm			33	97,06	-	-
es liegen keine Angaben vor			1	2,94	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			6	3,59	-	-
			1	0,60	-	-

¹ Histologie nach ICD-O3: Invasive Mammakarzinome mit Endstelle /3 (Primärtumor)

² Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

**Art der erfolgten Therapie
 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			131		115	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			88	46,81	84	49,12
ja			36	19,15	27	15,79
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	2	1,17
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			7	3,72	2	1,17

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinä- rer Tumorkonferenz			184 / 187	98,40	164 / 170	96,47
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			185 / 187	98,93	165 / 170	97,06
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			185 / 187	98,93	168 / 170	98,82

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			107	57,22	105	61,76
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			75	40,11	63	37,06
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,59
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,53	1	0,59
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,53	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,53	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,53	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,53	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz

- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			290	98,62	306	98,37
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			210 / 286	73,43	214 / 301	71,10
pNX			209 / 210	99,52	211 / 214	98,60
pNX(sn)			1 / 210	0,48	3 / 214	1,40
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			71 / 286	24,83	81 / 301	26,91
pN0(sn)			62 / 71	87,32	70 / 81	86,42
pN0			9 / 71	12,68	11 / 81	13,58
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			0 / 71	0,00	1 / 81	1,23
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			1 / 286	0,35	1 / 301	0,33
pN1mi			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pN1mi(sn)			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pN1a			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pN1b			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pN1c			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pN1(sn)			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00
pN2			0 / 286	0,00	0 / 301	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 286	0,00	1 / 301	0,33
pN3a			0 / 0		1 / 1	100,00
pN3b			0 / 0		0 / 1	0,00
pN3c			0 / 0		0 / 1	0,00

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			1 / 286	0,35	0 / 301	0,00
ypNX			1 / 1	100,00	0 / 0	
ypNX(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			3 / 286	1,05	3 / 301	1,00
ypN0(sn)			0 / 3	0,00	0 / 3	0,00
ypN0			3 / 3	100,00	3 / 3	100,00
ypN0 mit >= 10 unter- suchten Lymphknoten			2 / 3	66,67	3 / 3	100,00
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			0 / 286	0,00	1 / 301	0,33
ypN1mi			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1a			0 / 0		1 / 1	100,00
ypN1b			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1c			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN2			0 / 286	0,00	0 / 301	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 286	0,00	0 / 301	0,00
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn):						
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ :						
Anzahl der gültigen Angaben			11		15	
Median				0,00		4,00
wenn Angabe pN(sn)-Staging						
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ :						
Anzahl der gültigen Angaben			63		70	
Median				2,00		2,00
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			20	6,90	16	5,23
Grading						
G1			48	16,55	37	12,09
G2			119	41,03	144	47,06
G3			60	20,69	57	18,63
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			59	20,34	63	20,59
Gesamttumorgröße						
Anzahl der gültigen Angaben			290		306	
Median				15,00		18,00
Anteil <= 10 mm (%)			99 / 290	34,14	88 / 306	28,76
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			73 / 290	25,17	84 / 306	27,45
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			40 / 290	13,79	39 / 306	12,75
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			23 / 290	7,93	24 / 306	7,84
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			14 / 290	4,83	24 / 306	7,84
Anteil > 50 mm (%)			37 / 290	12,76	42 / 306	13,73

¹ Die Angabe „0 Lymphknoten“ bei Fällen mit pNX bzw. pNX(sn) (regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden, da nicht entnommen oder bereits früher entfernt) wurde nicht berücksichtigt.

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			15 / 290	5,17	17 / 306	5,56
R0-Resektion ¹						
nein			3	1,03	-	-
ja			283	97,59	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			5	2,48	-	-
>= 1 mm			193	95,54	-	-
es liegen keine Angaben vor			4	1,98	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	-	-
			0	0,00	-	-

¹ Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

**Art der erfolgten Therapie
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			70	24,14	73	23,86
ja			203	70,00	217	70,92
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			12	4,14	11	3,59
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	0,34	0	0,00
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			13	4,48	19	6,21
ja, Axilladisektion			1	0,34	4	1,31
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			64	22,07	74	24,18
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			53 / 64	82,81	60 / 74	81,08
Farbmarkierung			4 / 64	6,25	8 / 74	10,81
beides			7 / 64	10,94	6 / 74	8,11
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			8	2,76	10	3,27
ja, Axilladisektion			0	0,00	2	0,65

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			286 / 288	99,31	300 / 304	98,68
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			287 / 288	99,65	302 / 304	99,34
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			283 / 288	98,26	300 / 304	98,68

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			169	58,68	185	60,86
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			117	40,63	119	39,14
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,35	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,35	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz

- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.5 DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			1 / 24	4,17	1 / 19	5,26
R0-Resektion ¹						
nein			0	0,00	-	-
ja			24	100,00	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			1	20,00	-	-
>= 1 mm			3	60,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			1	20,00	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	-	-
			0	0,00	-	-

¹ Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

**Art der erfolgten Therapie
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			18		16	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			13	54,17	8	42,11
ja			5	20,83	7	36,84
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	1	5,26
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			23 / 24	95,83	19 / 19	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			24 / 24	100,00	19 / 19	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			23 / 24	95,83	19 / 19	100,00

**Entlassung
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			11	45,83	9	47,37
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			13	54,17	10	52,63
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz

- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

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

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			18 / 22	81,82	11 / 14	78,57
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			22 / 22	100,00	11 / 14	78,57
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			22 / 22	100,00	12 / 14	85,71

Entlassung
LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			14	63,64	8	57,14
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			7	31,82	6	42,86
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	4,55	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 01 | Behandlung regulär beendet | 14 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 | Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 15 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 03 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 | interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 22 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 06 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 25 | Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
| 08 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | | |
| 09 | Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | | |
| 10 | Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | | |
| 11 | Entlassung in ein Hospiz | | |

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.7 Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			8	100,00	11	100,00
davon						
pT0			0 / 8	0,00	0 / 11	0,00
pTis			0 / 8	0,00	0 / 11	0,00
pT1 (<= 2 cm)			0 / 8	0,00	2 / 11	18,18
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 2	0,00
pT1a (<= 5 mm)			0 / 0		2 / 2	100,00
pT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 2	0,00
pT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 2	0,00
pT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 8	0,00	3 / 11	27,27
pT3 (> 5 cm)			1 / 8	12,50	2 / 11	18,18
pT4 (Brustwand/Haut)			1 / 8	12,50	0 / 11	0,00
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT4b (Ödem)			1 / 1	100,00	0 / 0	
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT4d (inflammatorisch)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pTX			6 / 8	75,00	4 / 11	36,36
ypT0			0 / 8	0,00	0 / 11	0,00
ypTis			0 / 8	0,00	0 / 11	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 8	0,00	0 / 11	0,00
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 8	0,00	0 / 11	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 8	0,00	0 / 11	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 8	0,00	0 / 11	0,00
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
ypT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
ypTX			0 / 8	0,00	0 / 11	0,00

¹ Die Angaben zu der Tumorgroße pT beziehen sich nur auf Primärerkrankungen.

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			13 / 5.624	0,23	13 / 5.617	0,23
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			13 / 13	100,00	11 / 13	84,62
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			0 / 13	0,00	2 / 13	15,38
Staging wurde nicht durchgeführt			0 / 13	0,00	0 / 13	0,00

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			13 / 13	100,00	11 / 13	84,62
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			13 / 13	100,00	12 / 13	92,31
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			13 / 13	100,00	12 / 13	92,31

Entlassung
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3	23,08	4	30,77
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			10	76,92	9	69,23
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz

- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Weiterer Behandlungsverlauf
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1 / 1	100,00	0 / 1	0,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00

**Entlassung
 Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0	0,00	0	0,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	100,00	1	100,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz

- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Entlassung

6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			710	78,98	809	82,05
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			186	20,69	170	17,24
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,22	4	0,41
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,11	1	0,10
07: Tod			0	0,00	1	0,10
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	1	0,10
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz

- 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung 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 Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für einen Qualitätsindikator 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".

Man beachte, dass bei der Berechnung der Qualitätsindikatoren in der Mammachirurgie sich die Ergebnisse nicht nur ausschließlich auf weibliche Patientinnen beziehen, sondern auch der geringe Anteil von Männern in der Auswertung berücksichtigt wird. Jedoch wird aus Einfachheitsgründen hier nur die Bezeichnung "Patientinnen" verwendet.

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2.1) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 2.4) erfolgt nur für die farblich hervorgehobenen Kennzahlen des Qualitätsindikators.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2015 erhalten Sie beim IQTIG (www.iqtig.org).

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.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

1. der Sicherheitswahrscheinlichkeit (95%)
2. der Anzahl der Fälle in der Grundgesamtheit (z. B. Anzahl der operierten Patienten)
3. der Anzahl der Ereignisse (z. B. Anzahl der Patienten mit postoperativer Wundinfektion)

2.2 Referenzbereiche

Der Referenzbereich gibt den Bereich eines Qualitätsindikators für gute Qualität an (so genannter Unauffälligkeitsbereich).

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

Anstelle des Referenzbereichs wird hier "Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert." platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag "nicht definiert".

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

Referenzbereiche werden danach unterschieden, auf welcher wissenschaftlichen Basis die Festlegung erfolgt.

Dazu unterscheidet man in "Zielbereiche" und "Toleranzbereiche":

Zielbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren kann aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen definiert werden, welches Ergebnis als gute Qualität anzusehen ist, ob es also im Zielbereich liegt. Für diese Indikatoren wird ein fester Wert als Referenzbereich festgelegt. Dies gilt beispielsweise für die Bestimmung der Hormonempfindlichkeit der Krebszellen bei Brustkrebs. Diese Untersuchung soll möglichst immer durchgeführt werden. Wissenschaftliche Untersuchungen und praktische Erfahrungen zeigen, dass ein Ergebnis von 95% (Anteil der behandelten Patienten, bei denen diese Bestimmung durchgeführt wurde) von allen Krankenhäusern erreicht werden kann.

Toleranzbereich:

Für einige Qualitätsindikatoren gibt es keine eindeutige feste Grenze. So kann man die Häufigkeit von Komplikationen, die nach Operationen auftreten können, als Indikatoren für Ergebnisqualität verwenden. Da diese Komplikationen aber auch bei bester Behandlung nicht hundertprozentig vermeidbar sind, kann man zwar das Ziel formulieren, dass die Komplikationen möglichst selten auftreten sollen, man kann aber keine sichere Grenze festlegen, die erreichbar gute Qualität kennzeichnet. Bei diesen Qualitätsindikatoren lässt sich folglich kein Referenzbereich angeben, der erreichbar gute Qualität klar beschreibt. Mit Hilfe von Vergleichsergebnissen können aber besonders auffällige Ergebnisse erkannt werden. Häufig werden in diesen Fällen Perzentil-Referenzbereiche verwendet.

Ergebnisse, die innerhalb dieses Referenzbereiches liegen, können toleriert werden. Ergebnisse, die außerhalb des Toleranzbereichs liegen, müssen genauer analysiert werden.

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

Darüberhinaus werden fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche unterschieden:

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ gelten als auffällig.

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2015.

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"-Qualitätsindikatoren. 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.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

Die Ergebnisse eines Krankenhauses gelten als auffällig, wenn sie außerhalb des Referenzbereiches liegen.

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$
5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)
10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis scheinbar im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).
Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).
Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

Das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis liegt scheinbar außerhalb des Referenzbereichs, der exakte Wert liegt aber innerhalb.

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2015 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2014 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.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2016. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2014 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2015 überarbeitet worden sind.

Bei eingeschränkter Vergleichbarkeit wird das in einer Fußnote unter der Tabelle "Vorjahresdaten" erläutert.

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2015 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich 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 farbigen 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 unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

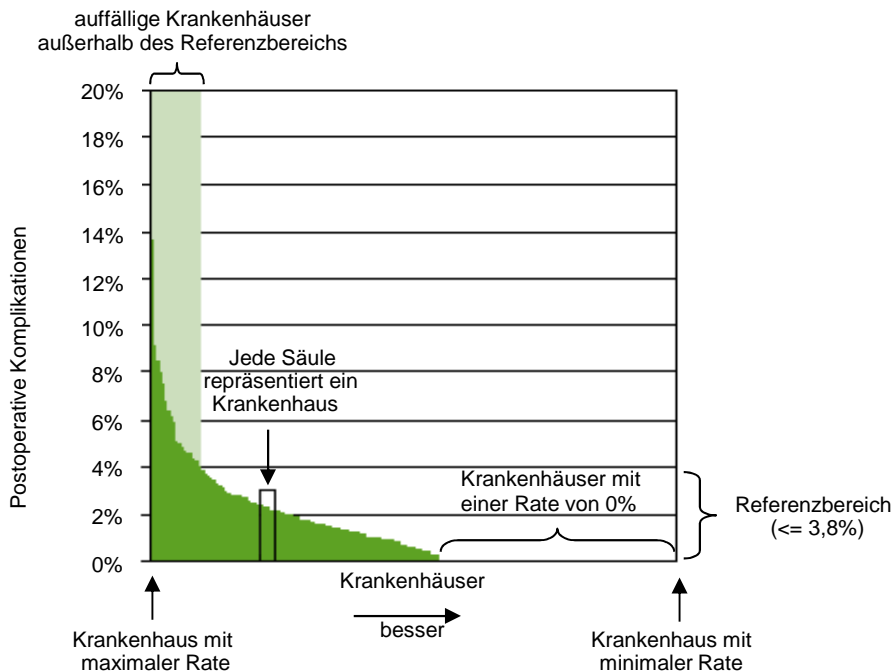
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

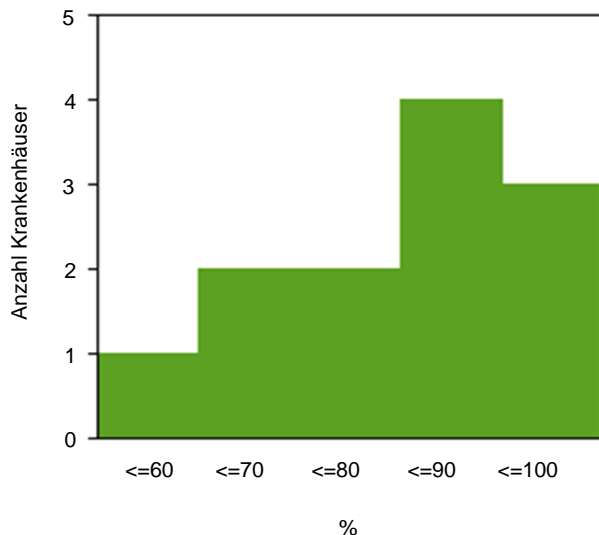
Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
 Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
 Mögliche Klasseneinteilung:

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen 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. Darstellung Median/Mittelwert

Median- und Mittelwerte, die in den ergänzenden Basisinformationen zu einem Leistungsbereich ausgewiesen werden, sind kursiv dargestellt, um sie eindeutig als solche auszuweisen. Entsprechend sind für diese Werte ggf. vorhandene Tabellenüberschriften wie z. B. „%“ irrelevant.

6. 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.

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2015/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2015.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

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.

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

Ein Qualitätsindikator dient der Bewertung, ob ein Qualitätsziel erreicht wird. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung dient und das die Aufmerksamkeit auf Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen. Die definierten Qualitätsindikatoren sind in der Tabelle farblich hervorgehoben und werden zusammen mit ihrem Vertrauensbereich und - sofern definiert - ihrem Referenzbereich angegeben. Die Verteilung der Krankhausergebnisse wird für diese Qualitätsindikatoren jeweils als Benchmarkdiagramm und als Histogramm dargestellt.

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Qualitätsindikatorengruppen zusammengefasst.

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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 „Verhältniszahl“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.