

Jahresauswertung 2016 Mammachirurgie

18/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 52
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.524
Datensatzversion: 18/1 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D17011-L105687-P50968

Jahresauswertung 2016 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 52
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.524
Datensatzversion: 18/1 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D17011-L105687-P50968

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2016/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung			96,44%	>= 90,00%	innerhalb	95,68%	8
QI 2³: HER2-Positivitätsrate							
2a: 2016/18n1-MAMMA/52268 HER2-Positivitätsrate			15,88%	nicht definiert	-	17,20%	10
2b: 2016/18n1-MAMMA/52273 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden			1,18	nicht definiert	-	1,24	12
QI 3³: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung							
3a: 2016/18n1-MAMMA/52330 bei mammografischer Drahtmarkierung			98,65%	>= 95,00%	innerhalb	99,54%	14
3b: 2016/18n1-MAMMA/52279 bei sonografischer Drahtmarkierung			97,29%	>= 95,00%	innerhalb	95,71%	16
2016/18n1-MAMMA/2163							
QI 4³: Primäre Axilladissektion bei DCIS			1,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	0,00 Fälle	18

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. 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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2016/18n1-MAMMA/50719 QI 5³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			11,01%	<= 18,39%	innerhalb	8,59%	20
2016/18n1-MAMMA/51847 QI 6³: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			95,97%	>= 90,00%	innerhalb	96,12%	22
2016/18n1-MAMMA/51370 QI 7³: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			5,69%	<= 24,15%	innerhalb	7,71%	25
2016/18n1-MAMMA/60659 QI8³: Nachresektionsrate			16,53%	nicht definiert	-	-	27

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. 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

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 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2016/18n1-MAMMA/850363 Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“³			0,81%	<= 3,30%	innerhalb	1,03%	29
2016/18n1-MAMMA/850364 Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“³			0,28%	<= 2,19%	innerhalb	0,21%	31
2016/18n1-MAMMA/813068 Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie³			75,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	49,00 Fälle	33
2016/18n1-MAMMA/850367 Häufige Angabe „(y)pNX“³			14,00 Fälle	<= 1,00 Fälle	außerhalb	31,00 Fälle	35

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 2016. 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 Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2016/18n1-MAMMA/850365							
Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust³							
			4,02%	<= 12,91%	innerhalb	5,12%	37
2016/18n1-MAMMA/850372							
Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptor-status = unbekannt“³							
			0,31%	<= 2,60%	innerhalb	0,23%	39

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 2016. 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.

Berechnung von Kennzahlen ohne Referenzbereich

Gemäß eines Beschlusses der Bundesauswertungsstelle müssen Qualitätsindikatoren grundsätzlich über einen Referenzbereich zur Bewertung der Versorgungsqualität verfügen. Kennzahlen ohne Referenzbereich, die in der QIDB 2015 noch als Qualitätsindikatoren ausgewiesen wurden, werden in der QIDB 2016 nicht mehr angeführt, sofern ihnen nicht zwischenzeitlich ein Referenzbereich zugewiesen wurde. Einzelheiten sind aus dem in der QIDB 2016 hinterlegten Positionspapier „Streichung von als Qualitätsindikatoren ausgewiesenen Kennzahlen ohne Referenzbereich“ des IQTIG vom 24. Januar 2017 ersichtlich.

Auf Wunsch der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden die Ergebnisse dieser Kennzahlen ohne Referenzbereich dennoch zusammen mit den Qualitätsindikatoren ausgewiesen (allerdings ohne grafische Darstellung). Die im Vorjahr noch gültige Indikator-ID ist dabei aus der Fußnote der jeweiligen Kennzahl ersichtlich.

Da die Rechenregeln in der QIDB 2016 nicht angegeben sind, wurden diese Kennzahlen auf Basis der QIDB 2015 bzw. mit den vom IQTIG zur Verfügung gestellten „Rechenregeln ergänzender Kennzahlen zur Übermittlung an die LQS“ (Stand: 13. März 2017) berechnet.

Darstellung der Follow-up-Indikatoren

In den Leistungsbereichen „Herzschrittmacherversorgung“, „Hüftendoprothesenversorgung“ und „Knieendoprothesenversorgung“ werden auch Follow-up-Indikatoren dargestellt.

Follow-up-Indikatoren bilden Langzeitverläufe in der Gesundheitsversorgung ab und sollen die Aussagekraft der Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung verbessern. Sie werden ausschließlich von der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln pro Krankenhaus berechnet. Dabei werden mit Hilfe pseudonymisierter Daten der Vertrauensstelle verschiedene Eingriffe zusammengeführt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt wurden.

Die Auswertungsergebnisse werden vom IQTIG an die jeweils zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung übermittelt und bei der Erstellung der Krankenhausauswertungen eingebunden und dargestellt. Eine Berechnung der Follow-up-Indikatoren durch das BQS-Institut selbst erfolgt also nicht. Derzeit werden in den Leistungsbereichen 9/1, HEP und KEP die Follow-up-Indikatoren am Ende des Abschnitts „Qualitätsindikatoren“ mit dem Hinweis "(Follow-up-Indikator)" in der Überschrift ausgewiesen.

Weitere Informationen finden Sie im „Merkblatt zum Follow-up gemäß Anlage 3 der QSKH-RL“ des IQTIG vom 6. April 2017.

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:	2016/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2016	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 90,00%	

	Gesamt 2016	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	3.655 / 3.790 96,44% 95,80% - 96,98% >= 90,00%	355 / 713 49,79%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	3.476 / 3.633 95,68% 94,97% - 96,29%	332 / 808 41,09%

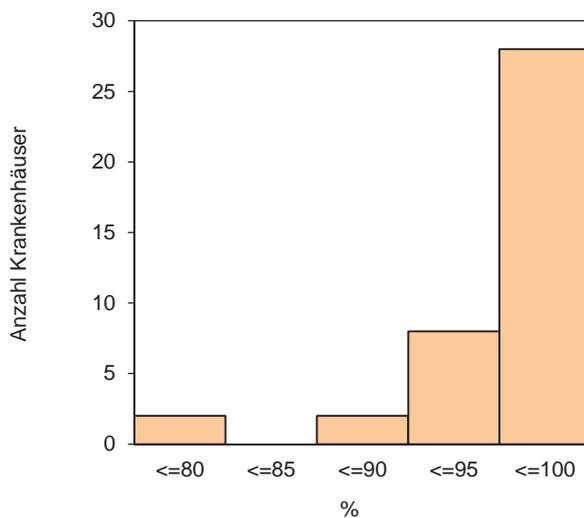
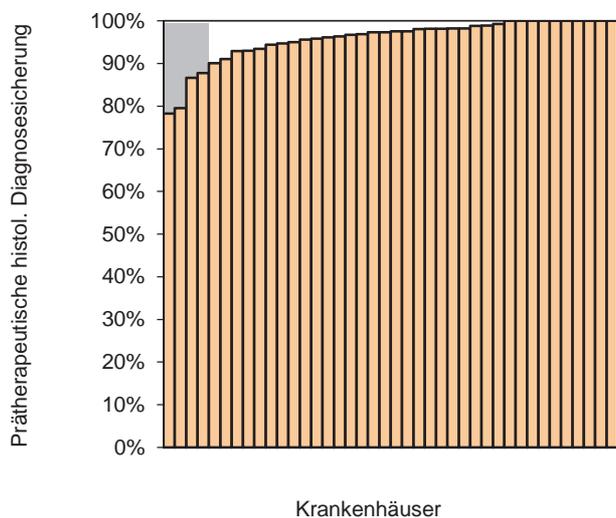
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2016 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2015 ab.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2016/18n1-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:

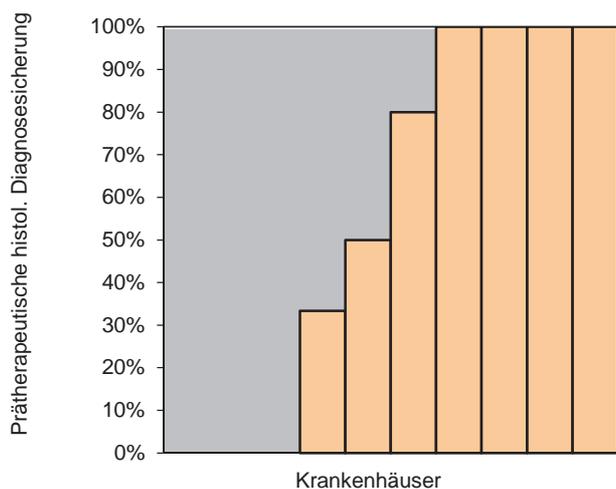
40 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,26	83,11	88,94	94,59	97,45	99,64	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	0,00	65,00	100,00	100,00		100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: HER2-Positivitätsrate

Qualitätsziel: Angemessene Rate an HER2 positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

HER2-Positivitätsrate

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status

Indikator-ID: (QI 2a): 2016/18n1-MAMMA/52268

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

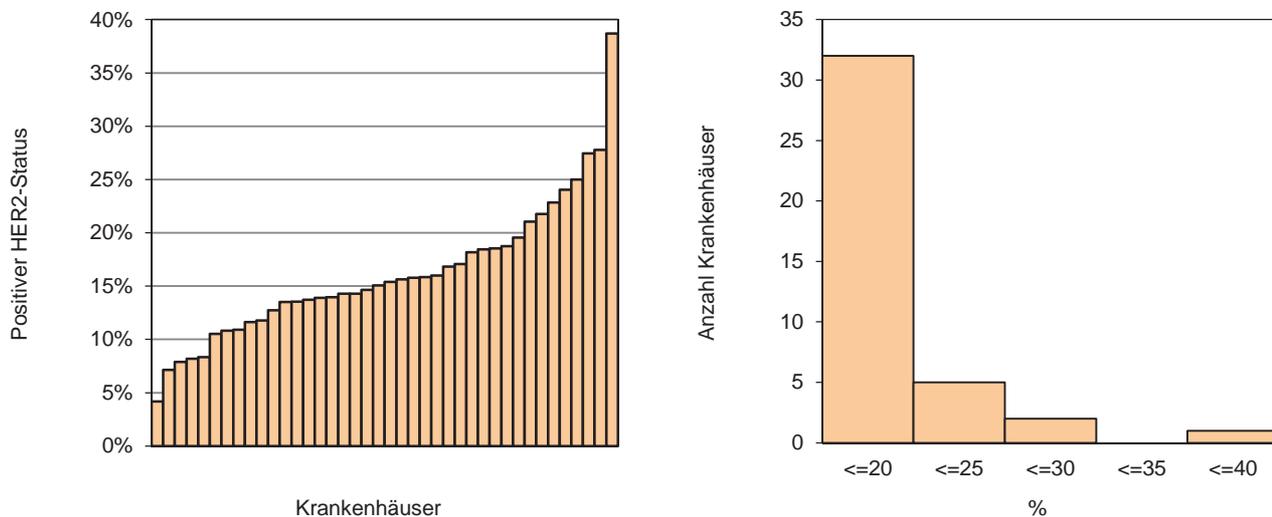
	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2-Status			507 / 3.193	15,88%
Vertrauensbereich				14,65% - 17,19%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2-Status			529 / 3.076	17,20%
Vertrauensbereich				15,91% - 18,57%

¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2016 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2015 ab.

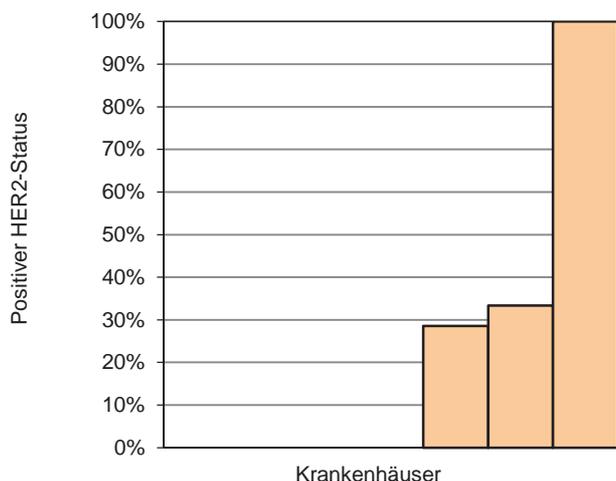
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/52268]:
 Anteil von Patientinnen mit positivem HER2-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives
 Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,17	7,52	8,27	12,25	15,22	18,64	24,53	27,61	38,71

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	0,00	33,33			100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status

Indikator-ID: (QI 2b): 2016/18n1-MAMMA/52273

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

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		507 / 3.193 15,88%
vorhergesagt (E) ¹		429,22 / 3.193 13,44%
O - E		2,44%

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

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
O / E ²		1,18
Vertrauensbereich		1,09 - 1,28
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

² Verhältnis der beobachteten HER2-positiven Befunde zu den erwarteten HER2-positiven Befunden

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an HER2-positiven Befunden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an HER2-positiven Befunden ist 20% größer als erwartet.

O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an HER2-positiven Befunden ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten³	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		529 / 3.076 17,20%
vorhergesagt (E)		426,43 / 3.076 13,86%
O - E		3,33%
O / E		1,24
Vertrauensbereich		1,15 - 1,34

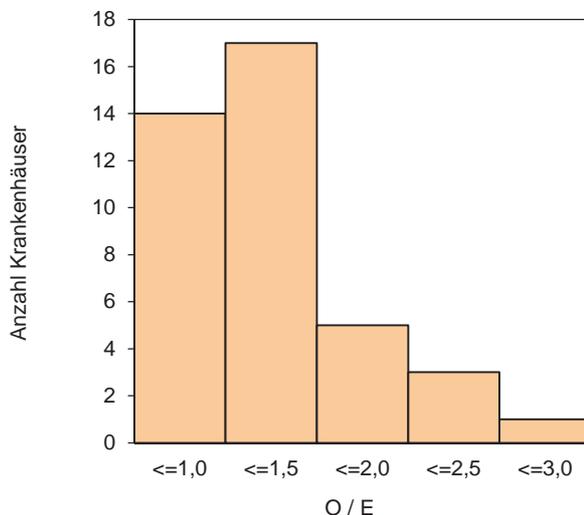
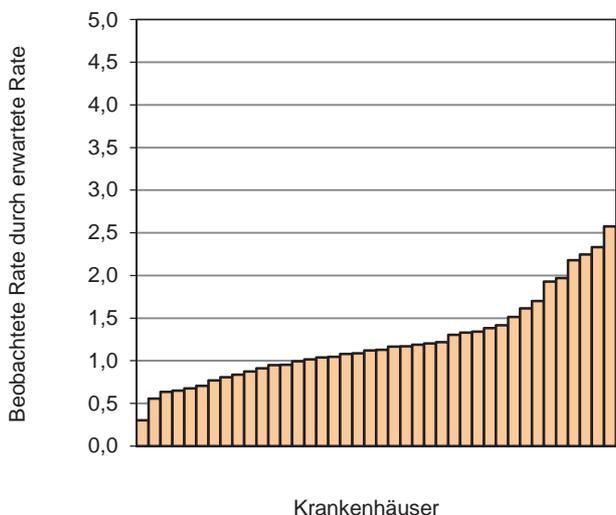
³ Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2015 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2015 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/52273]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

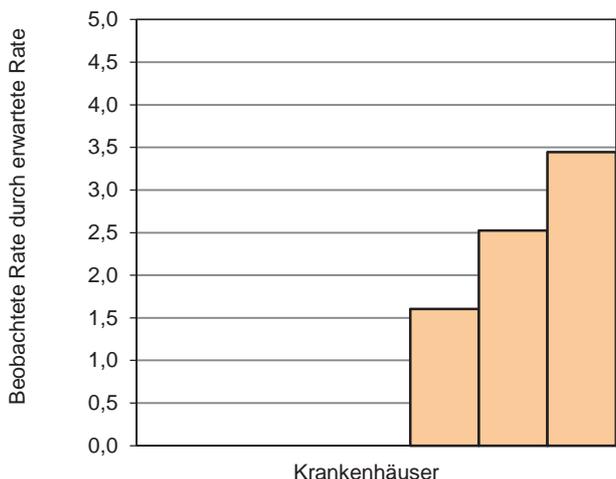
40 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,30	0,60	0,66	0,89	1,12	1,40	2,07	2,29	2,57

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	0,00	2,52			3,44

5 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): 2016/18n1-MAMMA/52330

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			879 / 891	98,65%
Vertrauensbereich				97,66% - 99,23%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

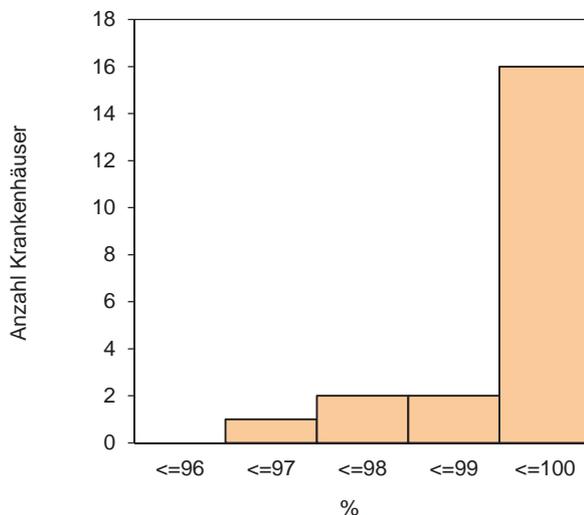
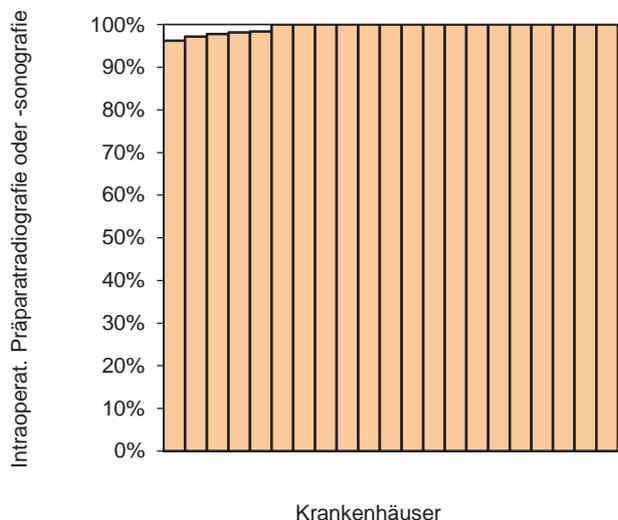
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			861 / 865	99,54%
Vertrauensbereich				98,82% - 99,82%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/52330]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

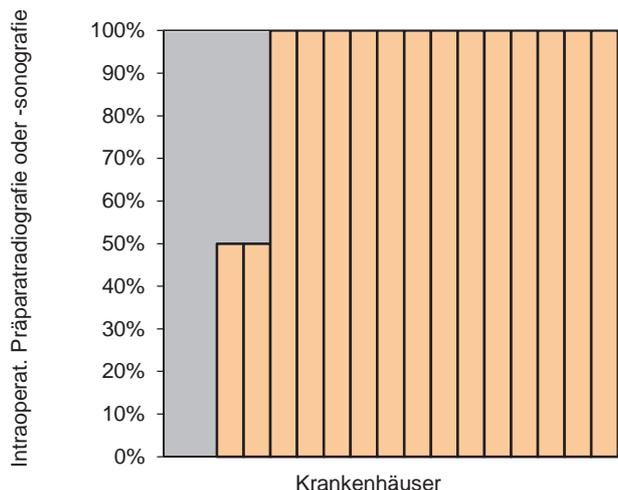
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,23	97,22	97,78	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
	0,00		0,00	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

14 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): 2016/18n1-MAMMA/52279

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Vertrauensbereich Referenzbereich		97,29%	932 / 958	96,05% - 98,14% 97,29%
		>= 95,00%		>= 95,00%

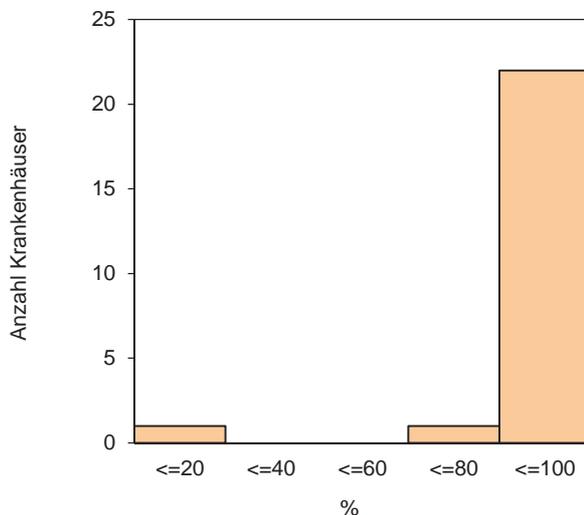
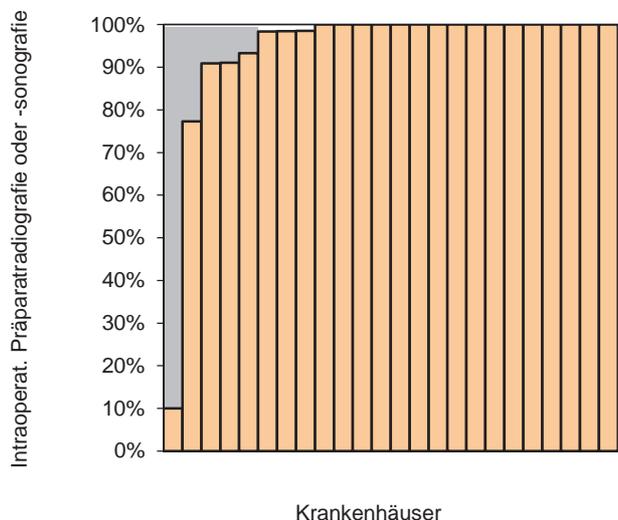
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Vertrauensbereich		95,71%	936 / 978	94,25% - 96,81% 95,71%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2016/18n1-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:

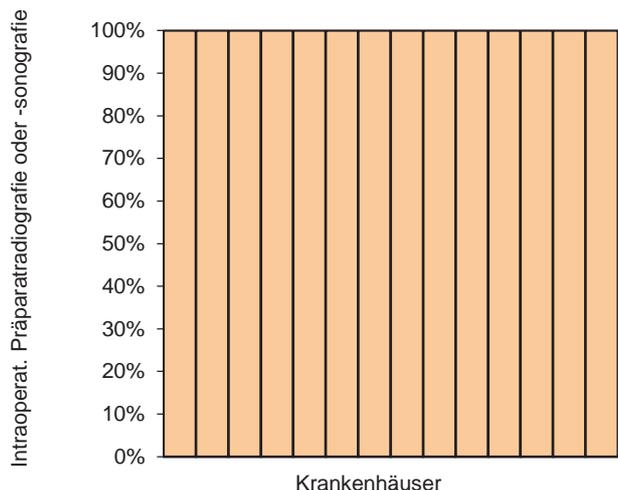
24 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,00	77,27	90,91	98,41	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

14 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

14 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“¹

Indikator-ID: 2016/18n1-MAMMA/2163

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			1 / 314	1,00 Fälle 0,32%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			0 / 274	0,00 Fälle 0,00%

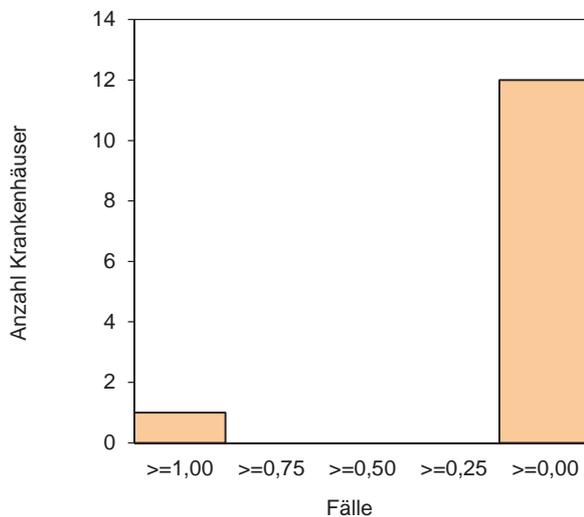
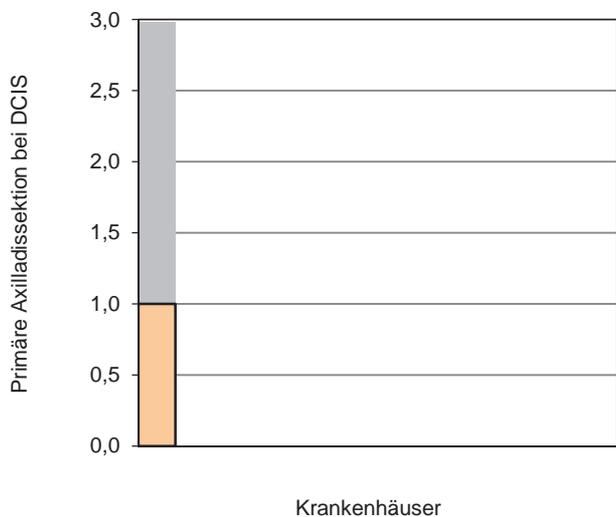
¹ Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2016/18n1-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:

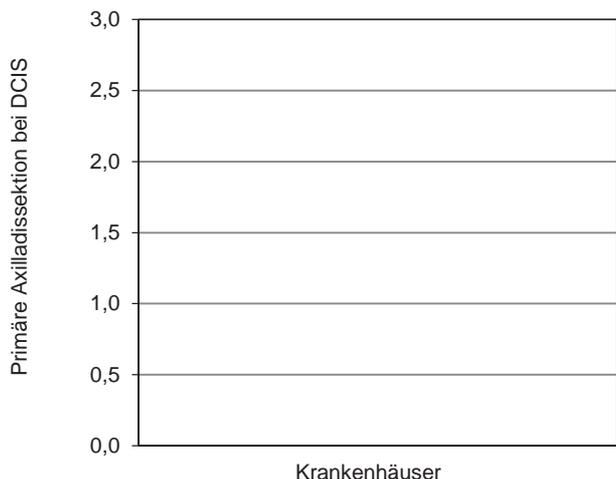
13 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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		1,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

27 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

12 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“¹

Indikator-ID: 2016/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 18,39% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			25 / 227	11,01%
Vertrauensbereich				7,57% - 15,75%
Referenzbereich		<= 18,39%		<= 18,39%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			1 / 227	0,44%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			21 / 227	9,25%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			17 / 198	8,59%
Vertrauensbereich				5,43% - 13,32%

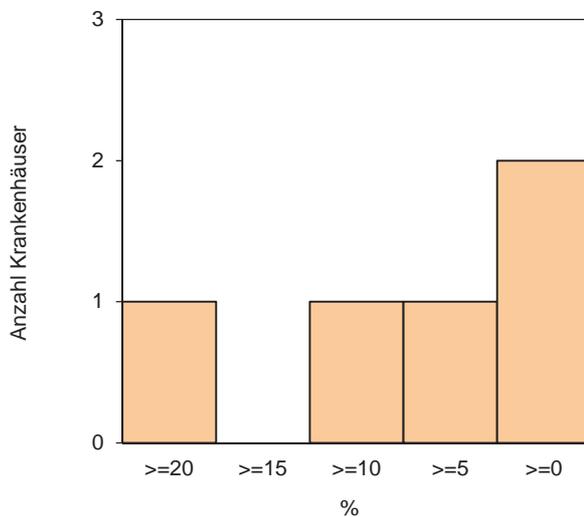
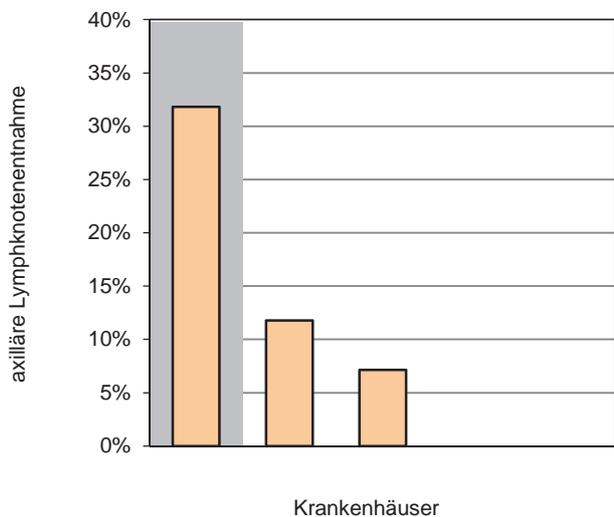
¹ Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2016/18n1-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:

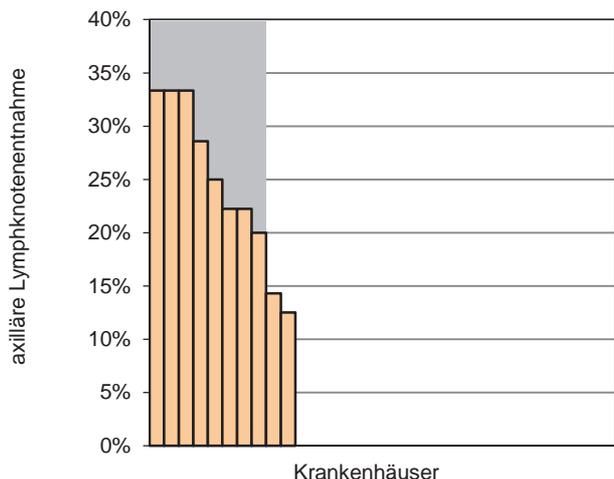
5 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	7,14	11,76			31,82

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

32 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	17,14	28,57	33,33	33,33

15 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:	2016/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	■			
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	>= 90,00%			

	Gesamt 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	1.645 / 1.714	1.130 / 1.159	473 / 499	42 / 56
Vertrauensbereich	94,94% - 96,81%	97,50%	94,79%	75,00%
Referenzbereich	>= 90,00%			

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	1.633 / 1.699 96,12% 95,09% - 96,93%	1.145 / 1.170 97,86%	449 / 475 94,53%	39 / 54 72,22%

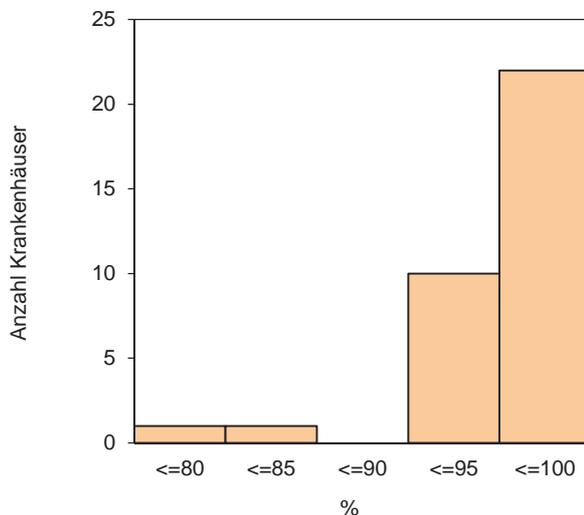
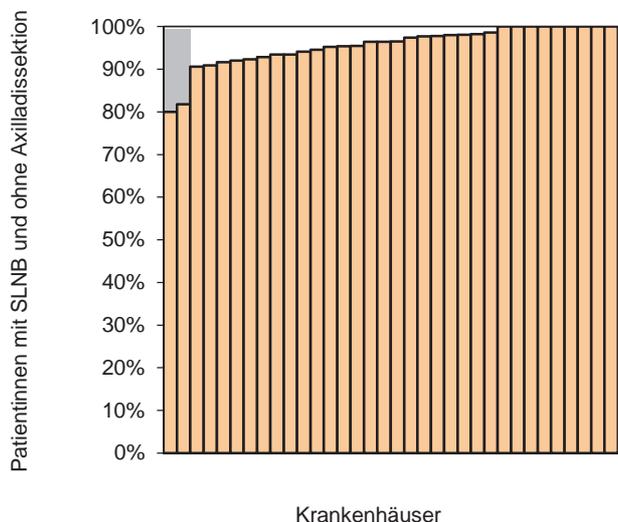
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2016 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2015 ab.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2016/18n1-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:

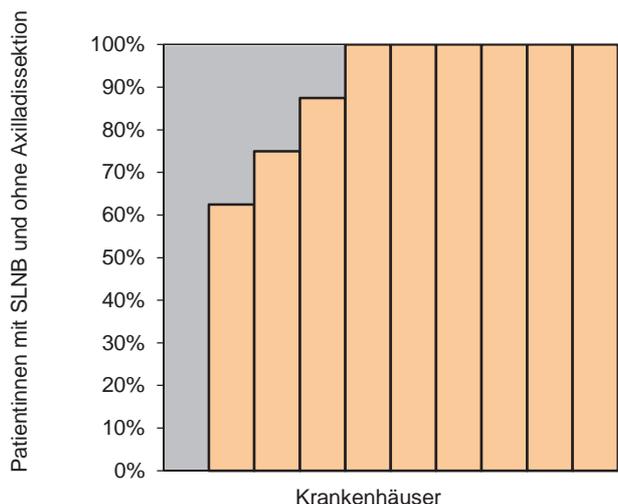
34 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,00	81,82	90,91	93,44	96,49	100,00	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		31,25	75,00	100,00	100,00	100,00		100,00

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen 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: 2016/18n1-MAMMA/51370

Referenzbereich: <= 24,15% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			175 / 3.073	5,69%
Vertrauensbereich				4,93% - 6,57%
Referenzbereich		<= 24,15%		<= 24,15%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen ¹			1.093 / 3.073	35,57%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			226 / 2.931	7,71%
Vertrauensbereich				6,80% - 8,73%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen ¹			952 / 2.931	32,48%

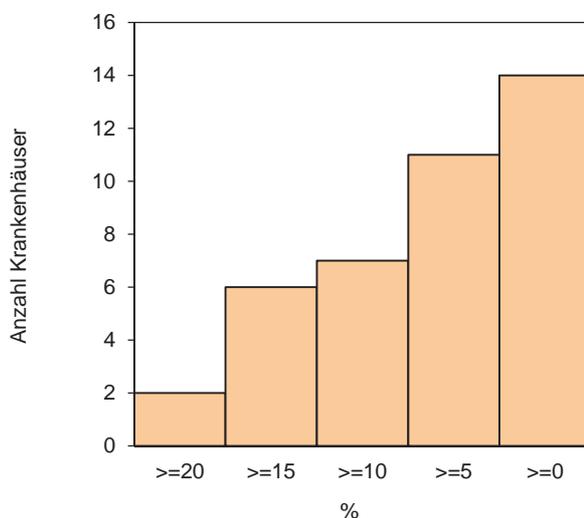
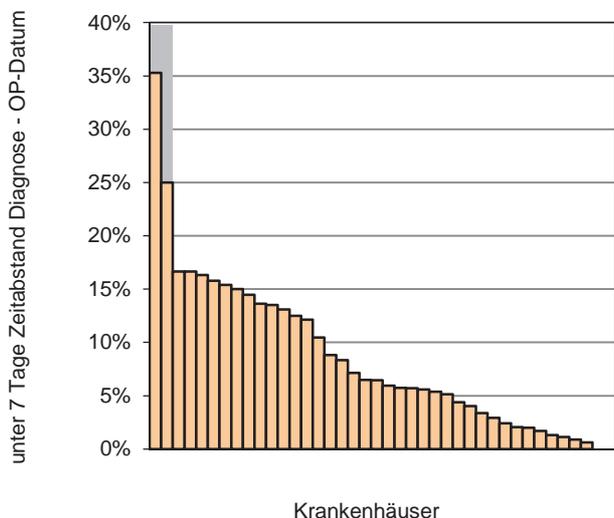
¹ in 2015 Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51371

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/51370]:

Anteil von Patientinnen mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation an allen Patientinnen mit Ersteintritt und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

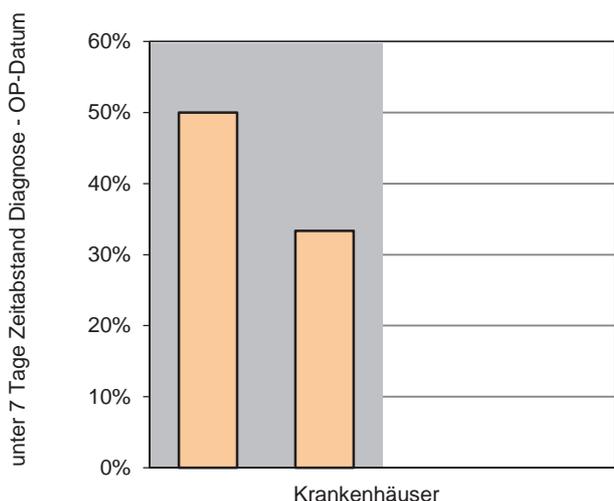
40 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,31	1,00	2,66	6,20	13,57	16,50	20,83	35,29

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 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	16,67	41,67			50,00

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Nachresektionsrate

Qualitätsziel: Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion

Indikator-ID: 2016/18n1-MAMMA/60659

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

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust >= 1 ¹			561 / 3.394	16,53%
Vertrauensbereich				15,32% - 17,82%
Referenzbereich	nicht definiert		nicht definiert	

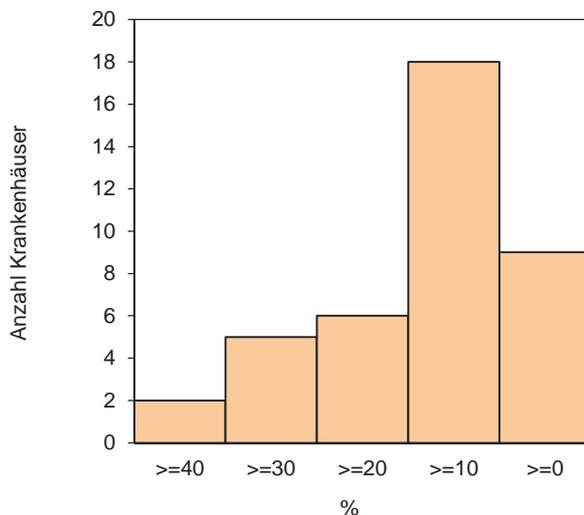
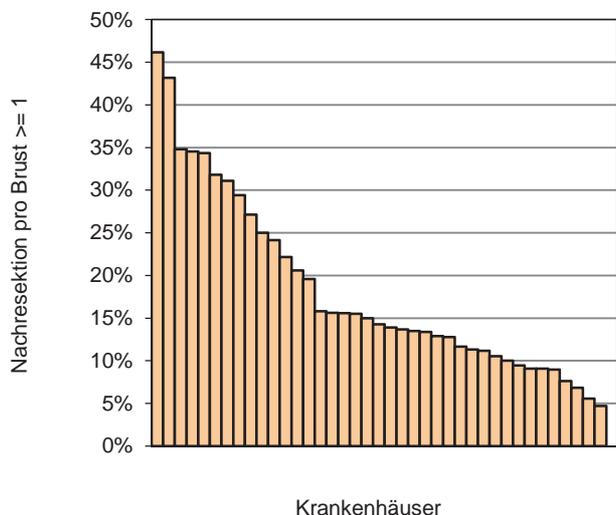
Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust >= 1 ¹	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Falls beidseitig operiert wurde, gehen die Angaben zu beiden Brüsten getrennt in die Berechnung des Zählers und Nenners ein.

² Aufgrund eines neuen Datenfeldes in der Datensatzspezifikation 2016 können die Vorjahresdaten nicht berechnet werden.

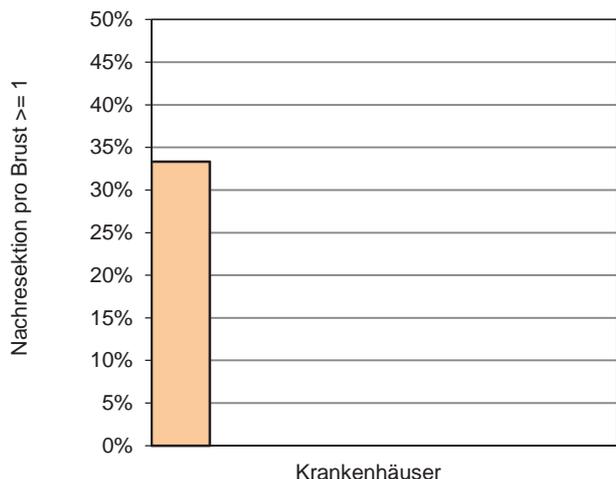
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/60659]:
 Anteil von Patientinnen mit Nachresektion pro Brust ≥ 1 an allen Patientinnen mit Primärerkrankung mit invasivem
 Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	5,13	7,22	10,26	14,09	24,57	34,44	38,98	46,15

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 8 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			33,33

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“

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

Indikator-ID: 2016/18n1-MAMMA/850363

Referenzbereich: <= 3,30% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): 52268, 52273

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status ¹			26 / 3.224	0,81%
Vertrauensbereich				0,55% - 1,18%
Referenzbereich		<= 3,30%		<= 3,30%

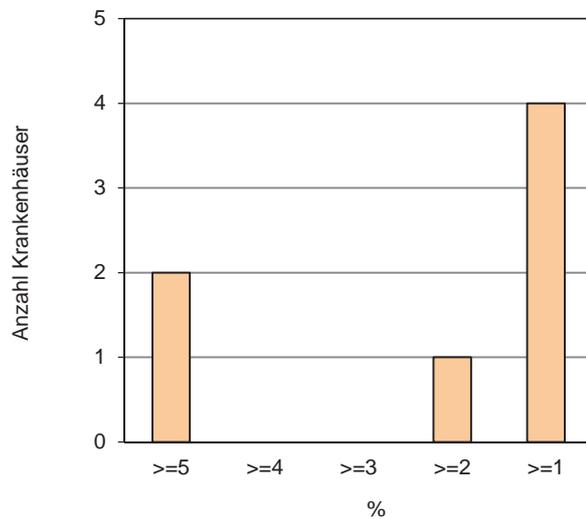
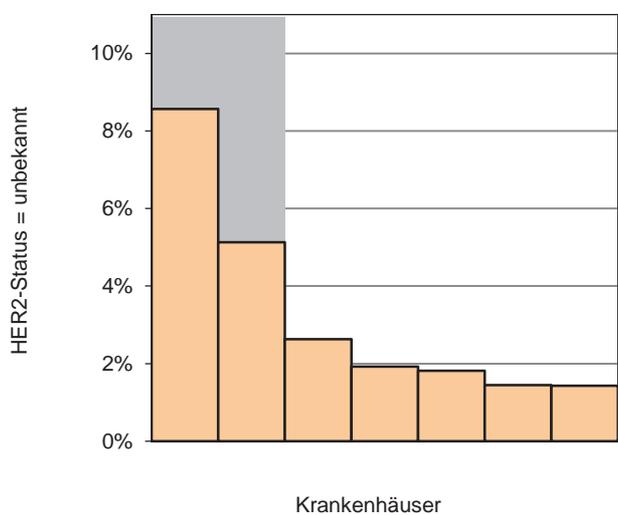
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status			32 / 3.108	1,03%
Vertrauensbereich				0,73% - 1,45%

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

² Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850363, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850363]:
 Anteil an Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives
 Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 7



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,43			1,44	1,92	5,13			8,57

Auffälligkeitskriterium: 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: 2016/18n1-MAMMA/850364

Referenzbereich: <= 2,19% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): 60659

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen ¹			10 / 3.548	0,28%
Vertrauensbereich				0,15% - 0,52%
Referenzbereich		<= 2,19%		<= 2,19%

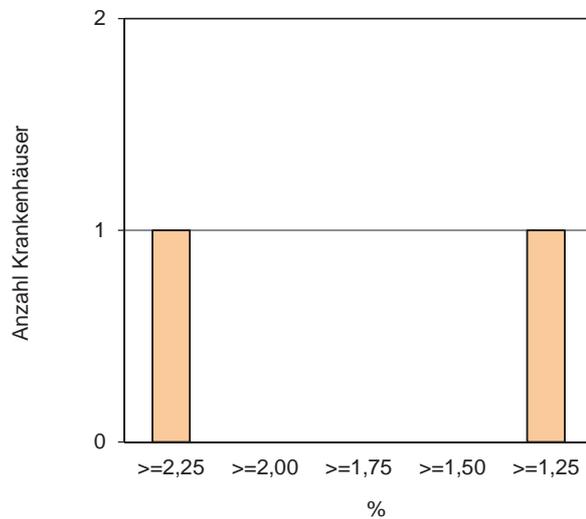
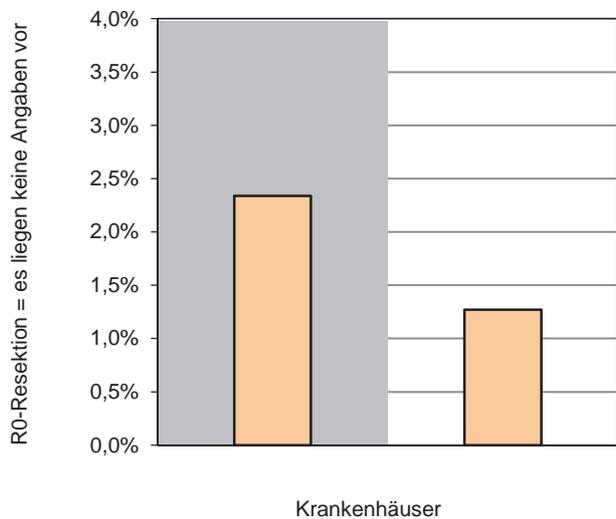
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen			7 / 3.394	0,21%
Vertrauensbereich				0,10% - 0,43%

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

² Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850364, Indikator-ID 2016/18n1-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**

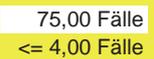
Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,27				1,81				2,34

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“
Indikator-ID: 2016/18n1-MAMMA/813068
Referenzbereich: <= 4,00 Fälle
ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹ Referenzbereich		 <= 4,00 Fälle	75 / 3.826	 <= 4,00 Fälle

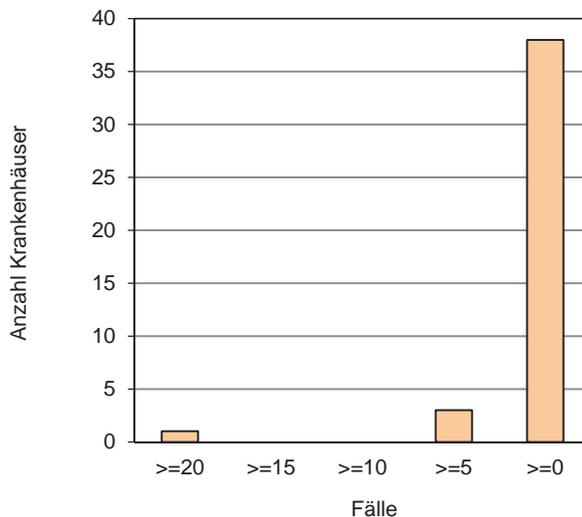
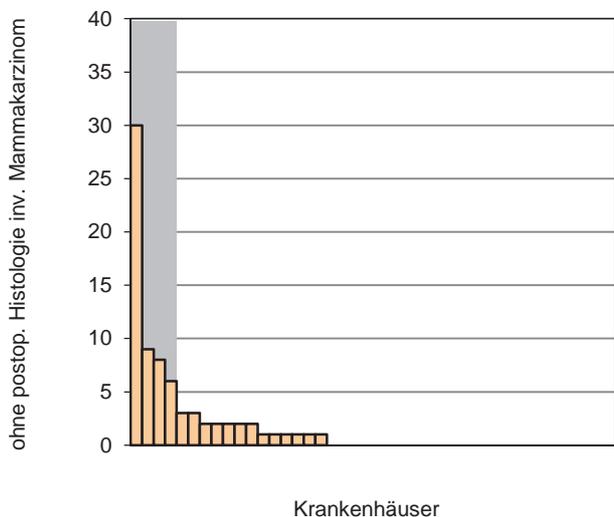
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“			49 / 3.414	 49,00 Fälle

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

² Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

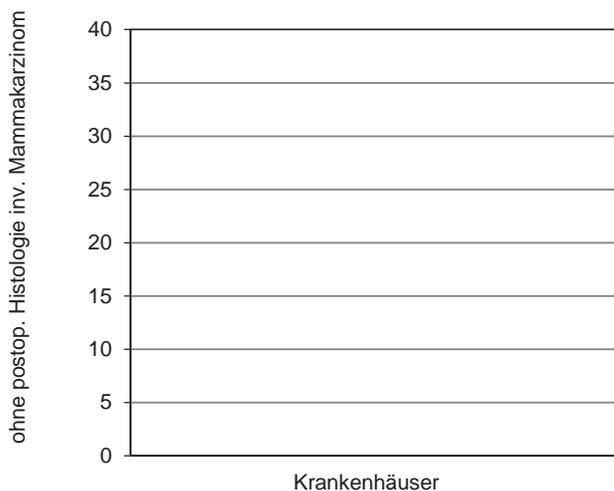
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_813068, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/813068]:
 Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen mit präoperativer
 Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

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	2,00	3,00	8,00	30,00

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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „(y)pNX“

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

Indikator-ID: 2016/18n1-MAMMA/850367

Referenzbereich: <= 1,00 Fälle

ID-Bezugsindikator(en): 52273, 51847

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde Referenzbereich			14 / 3.163	14,00 Fälle <= 1,00 Fälle

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde			31 / 3.071	31,00 Fälle

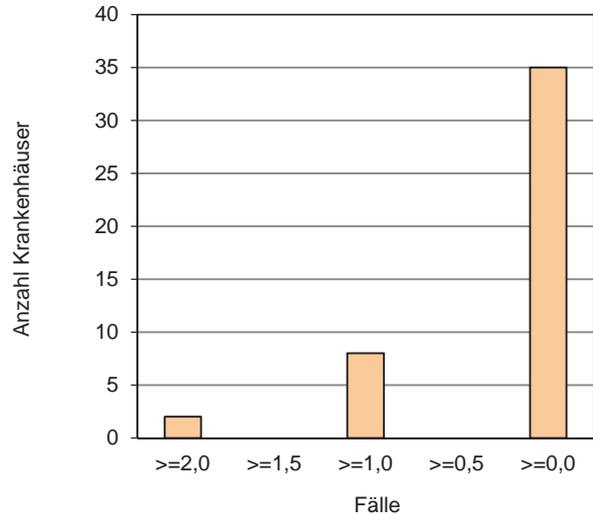
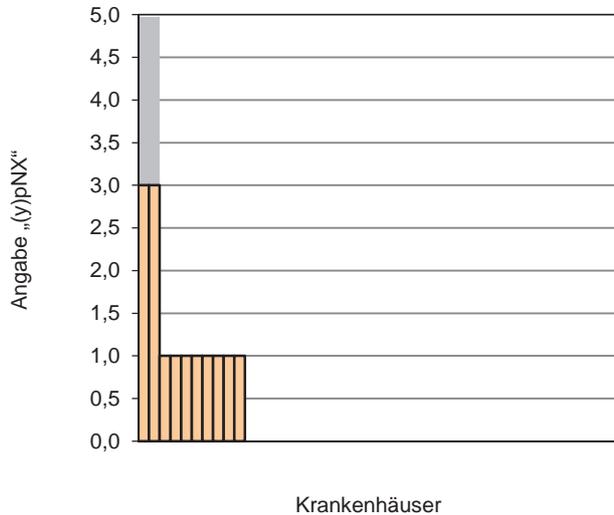
¹ Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850367, Indikator-ID 2016/18n1-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 Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten (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:

45 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	1,00	1,00	3,00

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen
Indikator-ID: 2016/18n1-MAMMA/850365
Referenzbereich: <= 12,91% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 51846, 52268, 52273, 2163, 50719, 51847, 51370, 60659

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde ¹			228 / 5.666	4,02%
Vertrauensbereich				3,54% - 4,57%
Referenzbereich		<= 12,91%		<= 12,91%

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

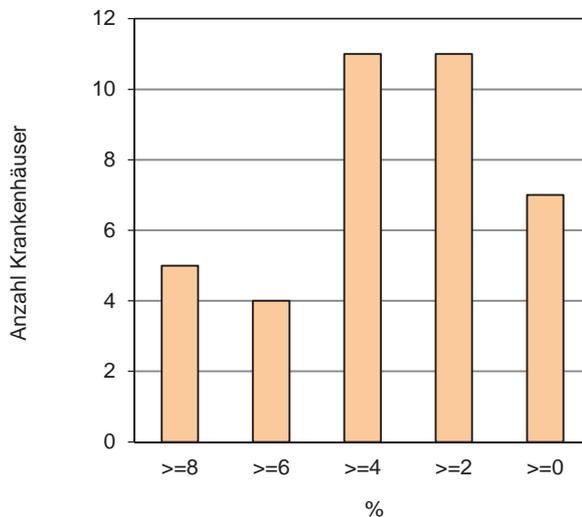
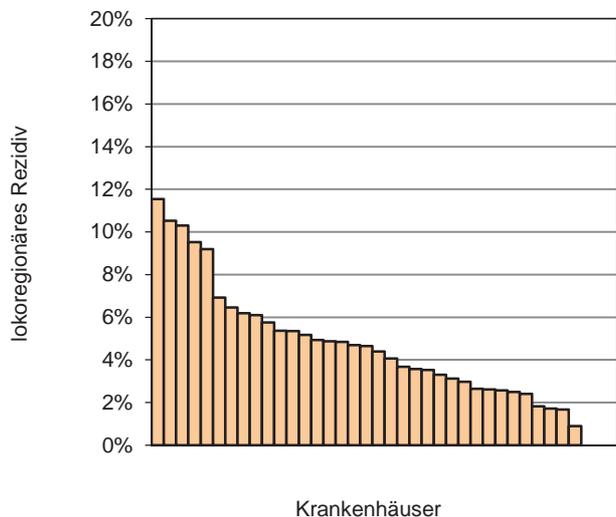
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850365, Indikator-ID 2016/18n1-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:

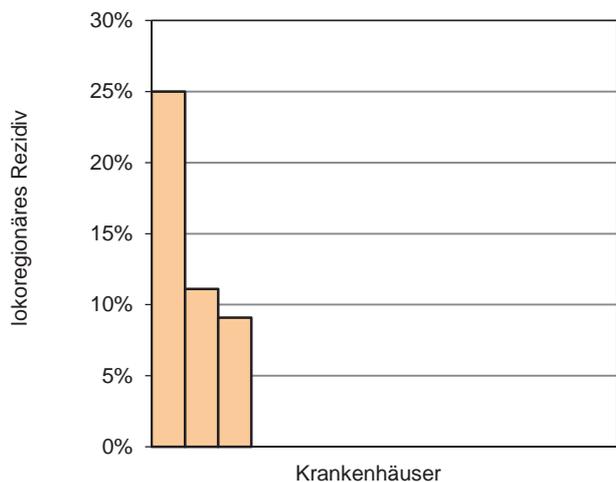
38 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,90	2,56	4,23	5,76	9,52	10,53	11,54

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

14 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	0,00	0,00	11,11		25,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

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

Indikator-ID: 2016/18n1-MAMMA/850372

Referenzbereich: <= 2,60% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): 52268, 52273

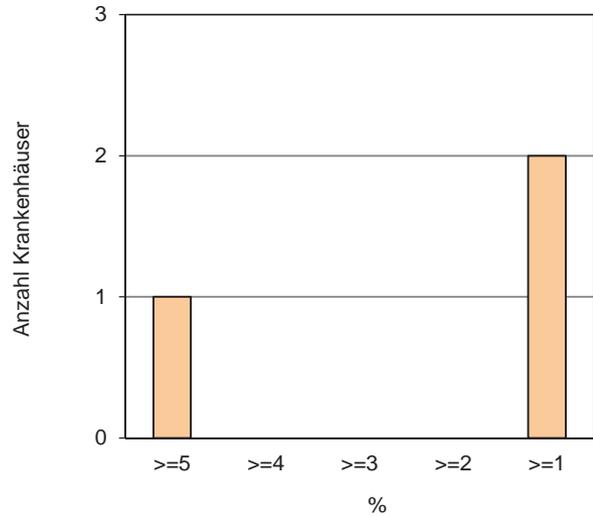
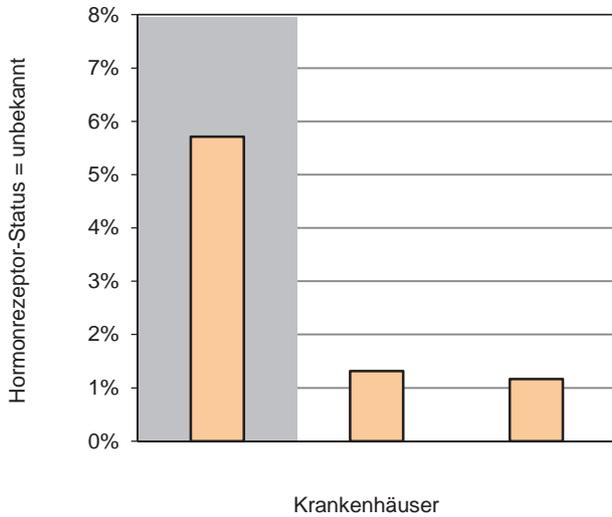
	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status ¹			10 / 3.224	0,31%
Vertrauensbereich				0,17% - 0,57%
Referenzbereich		<= 2,60%		<= 2,60%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status			7 / 3.108	0,23%
Vertrauensbereich				0,11% - 0,46%

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

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850372, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850372]:
 Anteil von Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status an allen Patientinnen mit
 Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 3



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,16				1,32				5,71

Jahresauswertung 2016 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 52
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.524
Datensatzversion: 18/1 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D17011-L105687-P50968

Übersicht Basisauswertung

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	43
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	46
	Basisdaten	46
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	46
	Patientinnen	48
	Behandlungszeiten	49
3	Präoperative Diagnostik und Therapie (benigne und maligne Tumore)	50
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	55
5	Komplikationen (benigne und maligne Tumore)	57
6	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	58
6.1	Übersicht	58
6.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	59
6.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	68
6.4	DCIS (Primärerkrankung)	72
6.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	79
6.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	82
6.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	84
6.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	87
6.9	Nicht-maligne histologische Befunde	89

Hinweis:

Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016.
Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

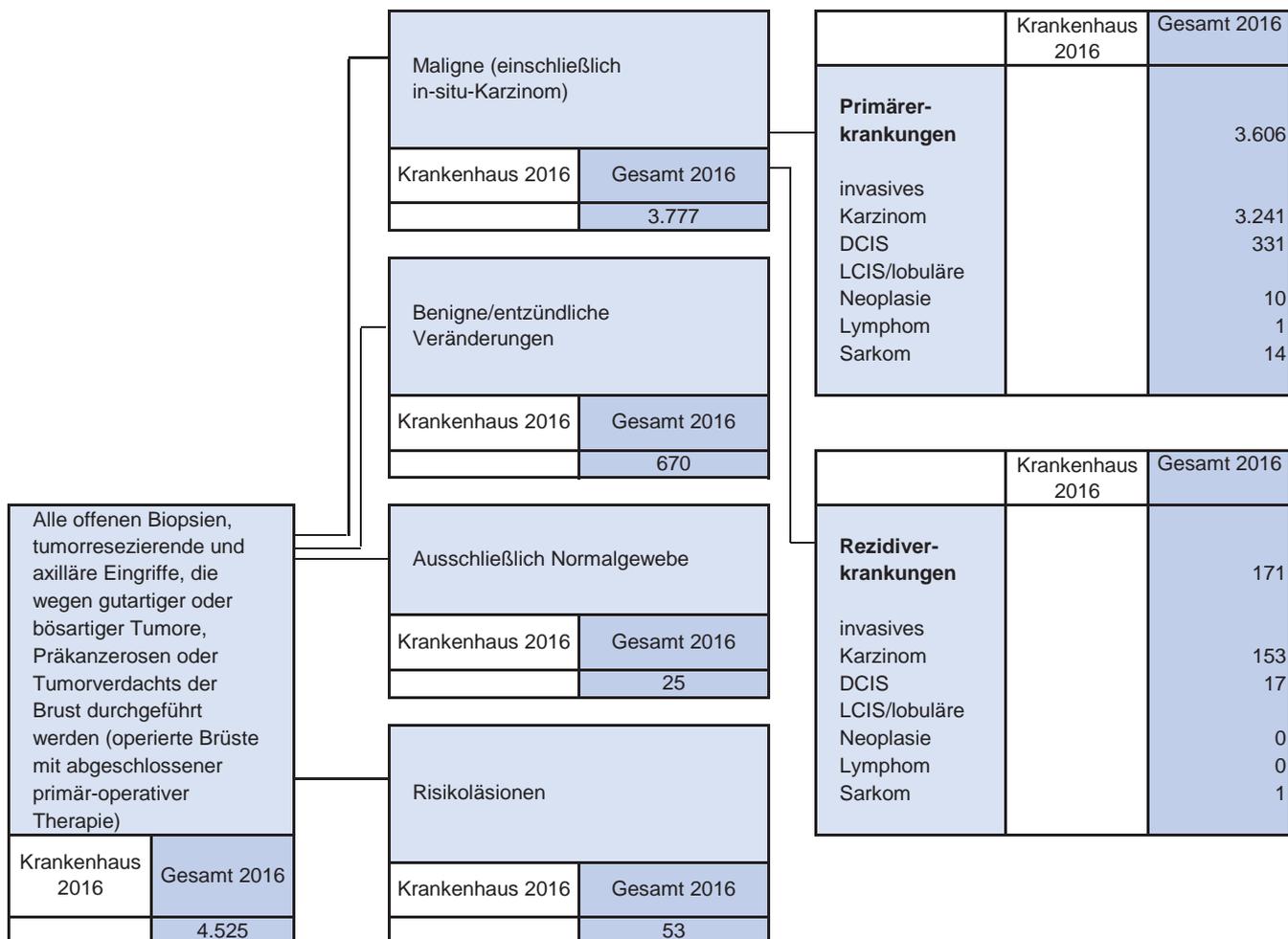
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	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			4.525 / 5.527	81,87	4.614 / 5.624	82,04
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			25 / 4.525	0,55	57 / 4.614	1,24
= benigne/entzündliche Veränderung			670 / 4.525	14,81	791 / 4.614	17,14
= Risikoläsion			53 / 4.525	1,17	78 / 4.614	1,69
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.777 / 4.525	83,47	3.688 / 4.614	79,93

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			3.606 / 3.777	95,47	3.469 / 3.688	94,06
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			3.241 / 3.606	89,88	3.125 / 3.469	90,08
DCIS			331 / 3.606	9,18	290 / 3.469	8,36
LCIS/Lobuläre Neoplasie			10 / 3.606	0,28	22 / 3.469	0,63
Lymphom			1 / 3.606	0,03	1 / 3.469	0,03
Sarkom			14 / 3.606	0,39	8 / 3.469	0,23
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidiverkrankung			171 / 3.777	4,53	219 / 3.688	5,94
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			153 / 171	89,47	187 / 219	85,39
DCIS			17 / 171	9,94	24 / 219	10,96
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 171	0,00	0 / 219	0,00
Lymphom			0 / 171	0,00	0 / 219	0,00
Sarkom			1 / 171	0,58	5 / 219	2,28

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.406	25,45	1.337	24,40
2. Quartal			1.501	27,17	1.440	26,28
3. Quartal			1.337	24,20	1.309	23,89
4. Quartal			1.280	23,17	1.393	25,42
Gesamt			5.524		5.479	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2016

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2016

1	C50.4	Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	C50.8	Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie
4	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
5	C77.3	Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2016

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2016			Gesamt 2016			Gesamt 2015		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	1.672	30,27	C50.4	1.631	29,77
2				C50.8	1.258	22,77	C50.8	1.263	23,05
3				I10.00	944	17,09	I10.00	776	14,16
4				D24	492	8,91	D24	535	9,76
5				C77.3	492	8,91	C77.3	437	7,98

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

Patientinnen

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			19 / 5.524	0,34	24 / 5.479	0,44
20 - 29 Jahre			83 / 5.524	1,50	82 / 5.479	1,50
30 - 39 Jahre			298 / 5.524	5,39	286 / 5.479	5,22
40 - 49 Jahre			802 / 5.524	14,52	829 / 5.479	15,13
50 - 59 Jahre			1.408 / 5.524	25,49	1.369 / 5.479	24,99
60 - 69 Jahre			1.338 / 5.524	24,22	1.301 / 5.479	23,75
70 - 79 Jahre			1.083 / 5.524	19,61	1.134 / 5.479	20,70
>= 80 Jahre			493 / 5.524	8,92	454 / 5.479	8,29
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			5.524		5.479	
Median				61,00		61,00
Geschlecht						
männlich			64	1,16	65	1,19
weiblich			5.460	98,84	5.414	98,81
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			1.111	20,11	1.174	21,43
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.402	61,59	3.227	58,90
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			988	17,89	1.044	19,05
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			23	0,42	32	0,58
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	2	0,04

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			4.168 / 5.524	75,45	4.076 / 5.479	74,39
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			4.168	4,00	4.076	5,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			4.168	5,00	4.076	6,00
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			1.356 / 5.524	24,55	1.403 / 5.479	25,61
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.356	2,00	1.403	2,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.356	3,00	1.403	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 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			2.764 / 5.666	48,78	2.743 / 5.624	48,77
links			2.902 / 5.666	51,22	2.881 / 5.624	51,23
Erkrankung oder Eingriff an dieser Brust						
Primärerkrankung			5.299 / 5.666	93,52	5.336 / 5.624	94,88
lokoregionäres Rezidiv nach BET			177 / 5.666	3,12	210 / 5.624	3,73
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion ¹			51 / 5.666	0,90	78 / 5.624	1,39
prophylaktische Mastektomie ¹			90 / 5.666	1,59	-	-
			49 / 5.666	0,86	-	-
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung						
wenn ja:			4.570 / 5.299	86,24	4.521 / 5.336	84,73
Tastbarer Mammabefund						
			2.708 / 4.570	59,26	2.750 / 4.521	60,83
Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms²						
ja			1.305 / 4.570	28,56	-	-
nein			3.157 / 4.570	69,08	-	-
unbekannt			108 / 4.570	2,36	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2016

² neues Datenfeld in 2016

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			2.509 / 2.708	92,65	2.481 / 2.750	90,22
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			1.563 / 1.862	83,94	1.394 / 1.771	78,71
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			4.072 / 4.570	89,10	3.875 / 4.521	85,71
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			36 / 4.072	0,88	33 / 3.875	0,85
= benigne/entzündliche Veränderung			191 / 4.072	4,69	167 / 3.875	4,31
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			135 / 4.072	3,32	144 / 3.875	3,72
= malignitätsverdächtig			46 / 4.072	1,13	47 / 3.875	1,21
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.664 / 4.072	89,98	3.484 / 3.875	89,91

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2016)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen) davon:						
invasives Karzinom			3.664 / 4.072	89,98	3.484 / 3.875	89,91
DCIS			3.329 / 3.697	90,05	3.152 / 3.491	90,29
LCIS/Lobuläre Neoplasie			346 / 3.697	9,36	300 / 3.491	8,59
Lymphom			5 / 3.697	0,14	10 / 3.491	0,29
Sarkom			0 / 3.697	0,00	0 / 3.491	0,00
			7 / 3.697	0,19	4 / 3.491	0,11

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv)			144 / 228	63,16	176 / 288	61,11
wenn ja:						
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			1 / 144	0,69	1 / 176	0,57
= benigne/entzündliche Veränderung			6 / 144	4,17	10 / 176	5,68
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			0 / 144	0,00	1 / 176	0,57
= malignitätsverdächtig			1 / 144	0,69	6 / 176	3,41
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			136 / 144	94,44	158 / 176	89,77

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2016)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			136 / 144	94,44	158 / 176	89,77
davon:						
invasives Karzinom			116 / 136	85,29	134 / 158	84,81
DCIS			18 / 136	13,24	19 / 158	12,03
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 136	0,00	0 / 158	0,00
Lymphom			0 / 136	0,00	0 / 158	0,00
Sarkom			2 / 136	1,47	4 / 158	2,53

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			2.452 / 4.570	53,65	2.431 / 4.521	53,77
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			2.370 / 4.072	58,20	2.334 / 3.875	60,23
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			2.249 / 3.644	61,72	2.207 / 3.445	64,06
abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			601 / 4.570	13,15	532 / 4.521	11,77
abgeschlossene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom			532 / 3.311	16,07	519 / 3.146	16,50

4. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			5.749	1,00	5.716	1,00
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
nein			1.899 / 5.609	33,86	1.886 / 5.716	33,00
ja, durch Mammografie			3.710 / 5.609	66,14	3.830 / 5.716	67,00
ja, durch Sonografie			891 / 5.609	15,89	865 / 5.716	15,13
ja, durch MRT			958 / 5.609	17,08	978 / 5.716	17,11
ja, durch MRT			50 / 5.609	0,89	43 / 5.716	0,75
Intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie						
nein			46 / 1.899	2,42	50 / 1.886	2,65
intraoperative Präparateradiografie			1.453 / 1.899	76,51	1.424 / 1.886	75,50
intraoperative Präparatesonografie			400 / 1.899	21,06	412 / 1.886	21,85

OPS 2016

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2016

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	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)
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	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie

OPS 2016

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2016			Gesamt 2016			Gesamt 2015		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	2.062	35,87	5-401.11	2.068	36,18
2				5-870.a1	1.372	23,87	5-870.a1	1.339	23,43
3				5-872.1	759	13,20	3-760	774	13,54
4				3-760	737	12,82	5-872.1	733	12,82
5				5-870.a2	595	10,35	5-870.a2	589	10,30
6				3-100.1	504	8,77	5-870.a0	570	9,97

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv¹ (Bezug: Eingriffe)			2.756 / 5.609	49,14	2.717 / 5.716	47,53
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			5.534 / 5.749	96,26	5.459 / 5.716	95,50

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore)

Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			304 / 5.666	5,37	316 / 5.624	5,62
Wundinfektion			28 / 5.666	0,49	34 / 5.624	0,60
operative Revision wegen Nachblutung			143 / 5.666	2,52	169 / 5.624	3,00
Serom			80 / 5.666	1,41	81 / 5.624	1,44
sonstige			61 / 5.666	1,08	44 / 5.624	0,78

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			54 / 5.527	0,98	74 / 5.624	1,32
= benigne/entzündliche Veränderung			675 / 5.527	12,21	792 / 5.624	14,08
= Risikoläsion			59 / 5.527	1,07	84 / 5.624	1,49
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			4.739 / 5.527	85,74	4.674 / 5.624	83,11
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			4.525 / 5.527	81,87	4.614 / 5.624	82,04
wenn nein: weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			351 / 1.002	35,03	358 / 1.010	35,45
Empfehlung zur Mastektomie			118 / 1.002	11,78	116 / 1.010	11,49
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			38 / 1.002	3,79	47 / 1.010	4,65
Empfehlung zur Axilladisektion			33 / 1.002	3,29	50 / 1.010	4,95
Empfehlung zur BET			215 / 1.002	21,46	206 / 1.010	20,40
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			247 / 1.002	24,65	233 / 1.010	23,07

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	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 / 5.666	45,92	2.584 / 5.624	45,95
davon						
pT0			2 / 2.602	0,08	3 / 2.584	0,12
pTis			15 / 2.602	0,58	7 / 2.584	0,27
pT1 (<= 2 cm)			1.468 / 2.602	56,42	1.484 / 2.584	57,43
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			11 / 1.468	0,75	17 / 1.484	1,15
pT1a (<= 5 mm)			92 / 1.468	6,27	84 / 1.484	5,66
pT1b (<= 10 mm)			355 / 1.468	24,18	412 / 1.484	27,76
pT1c (<= 20 mm)			1.010 / 1.468	68,80	971 / 1.484	65,43
pT2 (> 2 bis 5 cm)			904 / 2.602	34,74	855 / 2.584	33,09
pT3 (> 5 cm)			114 / 2.602	4,38	113 / 2.584	4,37
pT4 (Brustwand/Haut)			89 / 2.602	3,42	120 / 2.584	4,64
davon						
pT4a (Brustwand)			5 / 89	5,62	1 / 120	0,83
pT4b (Ödem)			81 / 89	91,01	112 / 120	93,33
pT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 89	1,12	1 / 120	0,83
pT4d (inflammatorisch)			2 / 89	2,25	6 / 120	5,00
pTX			10 / 2.602	0,38	2 / 2.584	0,08

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 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	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)			639 / 5.666	11,28	541 / 5.624	9,62
davon						
ypT0			215 / 639	33,65	150 / 541	27,73
ypTis			32 / 639	5,01	25 / 541	4,62
ypT1 (<= 2 cm)			225 / 639	35,21	205 / 541	37,89
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			11 / 225	4,89	14 / 205	6,83
ypT1a (<= 5 mm)			52 / 225	23,11	41 / 205	20,00
ypT1b (<= 10 mm)			56 / 225	24,89	43 / 205	20,98
ypT1c (<= 20 mm)			106 / 225	47,11	107 / 205	52,20
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			112 / 639	17,53	106 / 541	19,59
ypT3 (> 5 cm)			30 / 639	4,69	31 / 541	5,73
ypT4 (Brustwand/Haut)			23 / 639	3,60	21 / 541	3,88
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 23	0,00	1 / 21	4,76
ypT4b (Ödem)			20 / 23	86,96	18 / 21	85,71
ypT4c (Brustwand und Ödem)			2 / 23	8,70	0 / 21	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			1 / 23	4,35	2 / 21	9,52
ypTX			2 / 639	0,31	3 / 541	0,55

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 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ² (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.759 / 5.666	48,69	2.699 / 5.624	47,99
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.851 / 2.759	67,09	1.794 / 2.699	66,47
pN0(sn)			1.755 / 1.851	94,81	1.709 / 1.794	95,26
pN0			96 / 1.851	5,19	85 / 1.794	4,74
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			560 / 2.759	20,30	555 / 2.699	20,56
pN1mi			15 / 560	2,68	10 / 555	1,80
pN1mi(sn)			67 / 560	11,96	73 / 555	13,15
pN1a			236 / 560	42,14	250 / 555	45,05
pN1a(sn) ³			173 / 560	30,89	-	-
pN1b			1 / 560	0,18	6 / 555	1,08
pN1c			2 / 560	0,36	0 / 555	0,00
pN1(sn)			66 / 560	11,79	216 / 555	38,92
pN2			129 / 2.759	4,68	135 / 2.699	5,00
pN2a			112 / 129	86,82	135 / 135	100,00
pN2a(sn) ³			16 / 129	12,40	-	-
pN2b			1 / 129	0,78	0 / 135	0,00
pN3			79 / 2.759	2,86	107 / 2.699	3,96
pN3a			78 / 79	98,73	107 / 107	100,00
pN3b			0 / 79	0,00	0 / 107	0,00
pN3c			1 / 79	1,27	0 / 107	0,00
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			140 / 2.759	5,07	108 / 2.699	4,00

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

² 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.

³ neuer Schlüsselwert in 2016

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ² (primär-operative Therapie abgeschlossen)			482 / 5.666	8,51	418 / 5.624	7,43
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			282 / 482	58,51	228 / 418	54,55
ypN0(sn)			152 / 282	53,90	125 / 228	54,82
ypN0			130 / 282	46,10	103 / 228	45,18
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			123 / 482	25,52	95 / 418	22,73
ypN1mi			7 / 123	5,69	9 / 95	9,47
ypN1mi(sn)			7 / 123	5,69	2 / 95	2,11
ypN1a			70 / 123	56,91	61 / 95	64,21
ypN1a(sn) ³			27 / 123	21,95	-	-
ypN1b			0 / 123	0,00	0 / 95	0,00
ypN1c			1 / 123	0,81	1 / 95	1,05
ypN1(sn)			11 / 123	8,94	22 / 95	23,16
ypN2			40 / 482	8,30	47 / 418	11,24
ypN2a			38 / 40	95,00	47 / 47	100,00
ypN2a(sn) ³			2 / 40	5,00	-	-
ypN2b			0 / 40	0,00	0 / 47	0,00
ypN3			23 / 482	4,77	21 / 418	5,02
ypN3a			22 / 23	95,65	21 / 21	100,00
ypN3b			1 / 23	4,35	0 / 21	0,00
ypN3c			0 / 23	0,00	0 / 21	0,00
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			14 / 482	2,90	27 / 418	6,46

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

² 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.

³ neuer Schlüsselwert in 2016

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			3.241 / 5.666	57,20	3.125 / 5.624	55,57
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			3.086 / 3.241	95,22	2.936 / 3.125	93,95
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			126 / 3.241	3,89	160 / 3.125	5,12
Staging wurde nicht durchgeführt			29 / 3.241	0,89	29 / 3.125	0,93

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund¹						
Primärtumor			3.224		3.108	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			654	20,29	587	18,89
mäßig differenziert			1.629	50,53	1.610	51,80
schlecht differenziert			833	25,84	838	26,96
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			108	3,35	73	2,35
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			536	16,63	516	16,60
positiv			2.678	83,06	2.585	83,17
unbekannt			10	0,31	7	0,23
HER2/neu-Status						
negativ			2.691	83,47	2.547	81,95
positiv			507	15,73	529	17,02
unbekannt			26	0,81	32	1,03
histologisch gesicherte Multizentrität			333 / 3.224	10,33	312 / 3.108	10,04
R0-Resektion						
nein			82	2,54	75	2,41
ja			3.072	95,29	2.968	95,50
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			88	4,20	82	4,06
>= 1 mm			1.990	95,03	1.915	94,71
es liegen keine Angaben vor			16	0,76	25	1,24
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen ²						
0			2.618	85,22	-	-
1			408	13,28	-	-
2			40	1,30	-	-
>=3			6	0,20	-	-
es liegen keine Angaben vor			9	0,28	7	0,23
neoadjuvanter Therapie			61	1,89	58	1,87

¹ Aufgrund geänderter Schlüssellisten können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

² Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2016 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			938	28,94	885	28,32
ja			2.190	67,57	2.105	67,36
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			105	3,24	121	3,87
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			8	0,25	14	0,45
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			2.079	64,15	2.058	65,86
ja, einzelne Lymphknoten			533	16,45	427	13,66
ja, Axilladissektion			629	19,41	640	20,48
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2.572	79,36	2.492	79,74
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			643	19,84	543	17,38
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten oder Sentinel-Lymphknoten Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2.984 / 3.115	95,79	2.881 / 2.965	97,17

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			3.172 / 3.200	99,13	3.041 / 3.075	98,89
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			3.175 / 3.200	99,22	3.051 / 3.075	99,22

**Entlassung
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.818	56,81	1.802	58,60
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1.358	42,44	1.234	40,13
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	4	0,13
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,06	5	0,16
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			4	0,13	6	0,20
07: Tod			5	0,16	4	0,13
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			2	0,06	1	0,03
10: in Pflegeeinrichtung			7	0,22	11	0,36
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	0,03	3	0,10
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,06	5	0,16
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			1	0,03	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

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
6.3 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv- erkrankung bei invasivem Karzinom (primär- operative Therapie abgeschlossen)			153 / 5.666	2,70	187 / 5.624	3,33
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			117 / 153	76,47	148 / 187	79,14
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			30 / 153	19,61	36 / 187	19,25
Staging wurde nicht durchgeführt			6 / 153	3,92	3 / 187	1,60

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund¹						
Lokalrezidiv²			139		166	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			12	8,63	16	9,64
mäßig differenziert			54	38,85	74	44,58
schlecht differenziert			66	47,48	73	43,98
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			7	5,04	3	1,81
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			40	28,78	58	34,94
positiv			97	69,78	107	64,46
unbekannt			2	1,44	1	0,60
HER-2/neu-Status						
negativ			118	84,89	132	79,52
positiv			18	12,95	33	19,88
unbekannt			3	2,16	1	0,60
histologisch gesicherte Multizentrität			20 / 139	14,39	14 / 166	8,43
R0-Resektion						
nein			10	7,19	10	6,02
ja			122	87,77	149	89,76
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			0	0,00	0	0,00
>= 1 mm			23	100,00	33	97,06
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	1	2,94
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen ³						
0			108	88,52	-	-
1			13	10,66	-	-
2			1	0,82	-	-
>=3			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			6	4,32	6	3,61
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			1	0,72	1	0,60

¹ Aufgrund geänderter Schlüssellisten können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

² Histologie nach ICD-O3: Invasive Mammakarzinome mit Endstelle /3 (Primärtumor)

³ Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2016 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			110		131	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			77	70,00	88	67,18
ja			30	27,27	36	27,48
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			2	1,82	0	0,00
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	0,91	7	5,34

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			151 / 153	98,69	183 / 186	98,39
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			152 / 153	99,35	184 / 186	98,92

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			100	65,36	107	57,53
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			51	33,33	74	39,78
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	1	0,54
07: Tod			1	0,65	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	1	0,54
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,65	1	0,54
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	1	0,54
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,54
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

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 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen) ¹			328	99,09	285	98,28
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			234 / 328	71,34	209 / 285	73,33
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			89 / 328	27,13	71 / 285	24,91
pN0(sn)			77 / 89	86,52	62 / 71	87,32
pN0			12 / 89	13,48	9 / 71	12,68
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			1 / 328	0,30	1 / 285	0,35
pN1mi			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pN1mi(sn)			1 / 1	100,00	0 / 1	0,00
pN1a			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pN1a(sn) ²			0 / 1	0,00	-	-
pN1b			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pN1c			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pN1(sn)			0 / 1	0,00	1 / 1	100,00
pN2			0 / 328	0,00	0 / 285	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2a(sn) ²			0 / 0		-	-
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 328	0,00	0 / 285	0,00
pN3a			0 / 0		0 / 0	
pN3b			0 / 0		0 / 0	
pN3c			0 / 0		0 / 0	

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

² neuer Schlüsselwert in 2016

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX) ¹			1 / 328	0,30	1 / 285	0,35
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen ¹			2 / 328	0,61	3 / 285	1,05
ypN0(sn)			0 / 2	0,00	0 / 3	0,00
ypN0			2 / 2	100,00	3 / 3	100,00
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ¹						
ypN1			1 / 328	0,30	0 / 285	0,00
ypN1mi			1 / 1	100,00	0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1a			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1a(sn) ²			0 / 1	0,00	-	-
ypN1b			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1c			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN2			0 / 328	0,00	0 / 285	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2a(sn) ²			0 / 0		-	-
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 328	0,00	0 / 285	0,00
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

² neuer Schlüsselwert in 2016

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grading						
G1			43	12,99	48	16,55
G2			135	40,79	119	41,03
G3			62	18,73	60	20,69
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			88	26,59	59	20,34
Gesamttumorgröße						
Anzahl der gültigen Angaben			331		290	
Median				17,00		15,00
Anteil <= 10 mm (%)			100 / 331	30,21	99 / 290	34,14
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			93 / 331	28,10	73 / 290	25,17
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			45 / 331	13,60	40 / 290	13,79
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			29 / 331	8,76	23 / 290	7,93
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			26 / 331	7,85	14 / 290	4,83
Anteil > 50 mm (%)			35 / 331	10,57	37 / 290	12,76

**Histologie und Staging (Fortsetzung)
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			12 / 331	3,63	15 / 290	5,17
R0-Resektion						
nein			8	2,42	3	1,03
ja			319	96,37	283	97,59
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			16	6,96	5	2,48
>= 1 mm			212	92,17	193	95,54
es liegen keine Angaben vor			2	0,87	4	1,98
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen ¹						
0			212	66,46	-	-
1			91	28,53	-	-
2			12	3,76	-	-
>=3			4	1,25	-	-
es liegen keine Angaben vor			1	0,30	0	0,00
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

¹ Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2016 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			82	24,77	70	24,14
ja			236	71,30	203	70,00
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			10	3,02	12	4,14
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	1	0,34
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			13	3,93	13	4,48
ja, Axilladisektion			4	1,21	1	0,34
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			79	23,87	64	22,07
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			9	2,72	8	2,76
ja, Axilladisektion			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			326 / 331	98,49	286 / 288	99,31
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			325 / 331	98,19	287 / 288	99,65

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			179	54,08	169	58,68
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			146	44,11	117	40,63
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,30	1	0,35
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			1	0,30	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			1	0,30	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	0,30	1	0,35
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,60	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

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 (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			2 / 17	11,76	1 / 24	4,17
R0-Resektion						
nein			3	17,65	0	0,00
ja			14	82,35	24	100,00
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			0	0,00	1	20,00
>= 1 mm			3	100,00	3	60,00
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	1	20,00
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen ¹						
0			13	92,86	-	-
1			1	7,14	-	-
2			0	0,00	-	-
>=3			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

¹ Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2016 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			16		18	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			12	70,59	13	54,17
ja			4	23,53	5	20,83
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			17 / 17	100,00	23 / 24	95,83
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			17 / 17	100,00	24 / 24	100,00

**Entlassung
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			10	58,82	11	45,83
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			7	41,18	13	54,17
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

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
6.6 LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidivkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			8 / 10	80,00	18 / 22	81,82
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			9 / 10	90,00	22 / 22	100,00

Entlassung LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			6	60,00	14	63,64
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			4	40,00	7	31,82
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	4,55
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

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)
6.7 Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			14	100,00	8	100,00
davon						
pT0			0 / 14	0,00	0 / 8	0,00
pTis			0 / 14	0,00	0 / 8	0,00
pT1 (<= 2 cm)			2 / 14	14,29	0 / 8	0,00
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 2	0,00	0 / 0	
pT1a (<= 5 mm)			1 / 2	50,00	0 / 0	
pT1b (<= 10 mm)			1 / 2	50,00	0 / 0	
pT1c (<= 20 mm)			0 / 2	0,00	0 / 0	
pT2 (> 2 bis 5 cm)			5 / 14	35,71	0 / 8	0,00
pT3 (> 5 cm)			1 / 14	7,14	1 / 8	12,50
pT4 (Brustwand/Haut)			1 / 14	7,14	1 / 8	12,50
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pT4b (Ödem)			0 / 1	0,00	1 / 1	100,00
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pT4d (inflammatorisch)			1 / 1	100,00	0 / 1	0,00
pTX			5 / 14	35,71	6 / 8	75,00
ypT0			0 / 14	0,00	0 / 8	0,00
ypTis			0 / 14	0,00	0 / 8	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 14	0,00	0 / 8	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 / 14	0,00	0 / 8	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 14	0,00	0 / 8	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 14	0,00	0 / 8	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 / 14	0,00	0 / 8	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 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			15 / 5.666	0,26	13 / 5.624	0,23
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			14 / 15	93,33	13 / 13	100,00
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			0 / 15	0,00	0 / 13	0,00
Staging wurde nicht durchgeführt			1 / 15	6,67	0 / 13	0,00

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			15 / 15	100,00	13 / 13	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			15 / 15	100,00	13 / 13	100,00

Entlassung
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			10	66,67	3	23,08
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			5	33,33	10	76,92
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

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 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00

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

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1	100,00	0	0,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	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 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

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)

Entlassung

6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			554	75,27	710	78,98
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			174	23,64	186	20,69
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			6	0,82	2	0,22
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,14	1	0,11
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			1	0,14	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

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 2016 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 2016.

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 2016 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2015 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 © 2017. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2015 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2016 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2016 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.

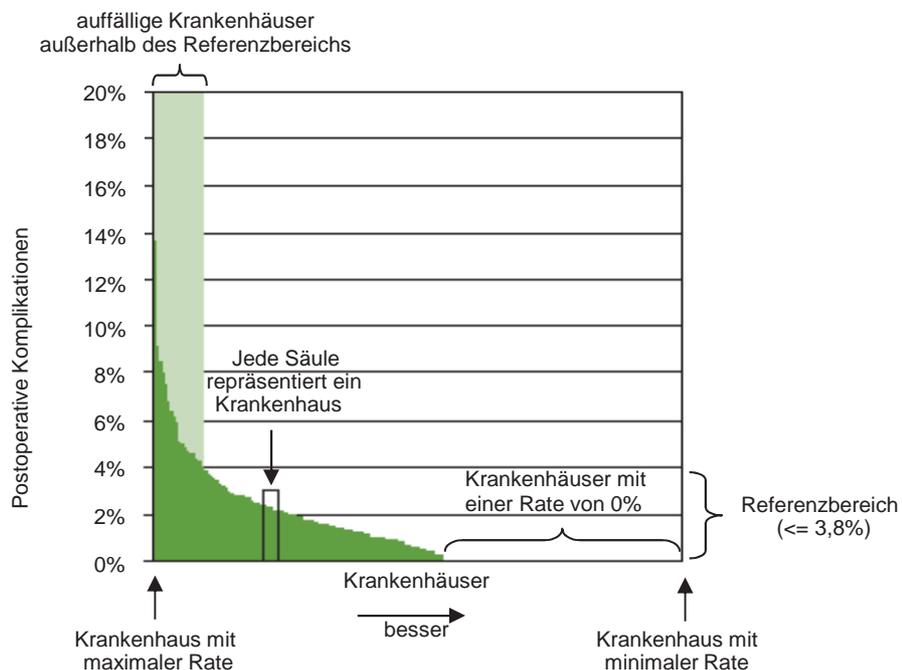
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

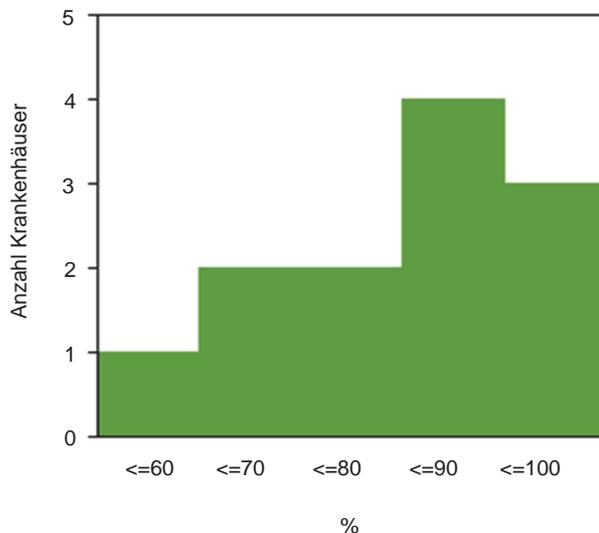
Beispiel:

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 2016/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2016.

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.