

Jahresauswertung 2017 Mammachirurgie

18/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.338
Datensatzversion: 18/1 2017
Datenbankstand: 01. März 2018
2017 - D17367-L109049-P52421

Jahresauswertung 2017 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.338
Datensatzversion: 18/1 2017
Datenbankstand: 01. März 2018
2017 - D17367-L109049-P52421

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2017/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung			96,38%	>= 90,00%	innerhalb	96,42%	7
2017/18n1-MAMMA/52268							
QI 2³: HER2-Positivitätsrate							
2a: 2017/18n1-MAMMA/52268 HER2-Positivitätsrate			15,02%	nicht definiert	-	15,87%	9
2017/18n1-MAMMA/52267							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate			1,09	>= 0,39	innerhalb	1,18	11
2017/18n1-MAMMA/52278							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate			1,09	<= 1,74	innerhalb	1,18	13
2017/18n1-MAMMA/50719							
QI 3³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			7,32%	<= 11,52%	innerhalb	11,01%	15

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2017/18n1-MAMMA/51847							
QI 4³: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			95,94%	>= 90,00%	innerhalb	95,93%	17
2017/18n1-MAMMA/51370							
QI 5³: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			4,23%	<= 18,44%	innerhalb	5,69%	20
2017/18n1-MAMMA/60659							
QI6³: Nachresektionsrate			17,77%	nicht definiert	-	16,55%	22

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2017/18n1-MAMMA/850363 Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“ ³			0,32%	<= 2,63%	innerhalb	0,80%	24
2017/18n1-MAMMA/850364 Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ ³			0,20%	<= 1,30%	innerhalb	0,28%	26
2017/18n1-MAMMA/813068 Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde³			43,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	72,00 Fälle	28
2017/18n1-MAMMA/850372 Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptor- status = unbekannt“ ³			0,10%	<= 1,39%	innerhalb	0,31%	30

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 2017. 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 Indikatoren und Kennzahlen ohne Referenzbereich

Die Berechnung dieser Kennzahlen findet auf Grundlage der Rechenregeln der QIDB 2017 statt.

Nach dem Verständnis des IQTIG müssen Qualitätsindikatoren, sofern sie sich nicht in der Erprobung befinden, grundsätzlich über einen Referenzbereich zur Bewertung der Versorgungsqualität verfügen. Anderenfalls werden sie als Kennzahlen bezeichnet (siehe in dem vom IQTIG hinterlegten QIDB-2016-Positionspapier "Streichung von als Qualitätsindikatoren ausgewiesenen Kennzahlen ohne Referenzbereich"). Durch technische Umstellungen bei der Bundesauswertungsstelle sind in der QIDB 2017 sowohl Qualitätsindikatoren als auch Kennzahlen ohne Angabe eines Referenzbereiches abgebildet. Erläuterungen zu diesen Indikatoren und Kennzahlen finden Sie in der QIDB 2017 im Anhang "Historie der Qualitätsindikatoren".

Auf Wunsch der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden in dieser Auswertung auch Kennzahlen ohne Referenzbereich berechnet und zusammen mit den Qualitätsindikatoren ausgewiesen (allerdings ohne grafische Darstellung). Die in den Vorjahren noch gültigen Indikator-IDs sind dabei aus der Fußnote der jeweiligen Kennzahl ersichtlich.

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 Einrichtung 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.

Planungsrelevante Indikatoren

Die QIDB 2017 beinhaltet auch planungsrelevante Indikatoren. Abweichend von § 8 QSKH-RL werden diese aber gemäß plan.QI-RL ausschließlich vom Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) ausgewertet, so dass sie in dieser Auswertung nicht berechnet und dargestellt werden. Folgende 11 Qualitätsindikatoren (Indikator-IDs) sind hiervon betroffen:

Leistungsbereich 15/1: 10211, 12874, 51906

Leistungsbereich 16/1: 318, 330, 1058, 50045, 51803

Leistungsbereich 18/1: 2163, 52279, 52330

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:	2017/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2017	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich		
	>= 90,00%	

	Gesamt 2017	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	3.410 / 3.538 96,38%	309 / 645 47,91%
	95,71% - 96,95% >= 90,00%	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

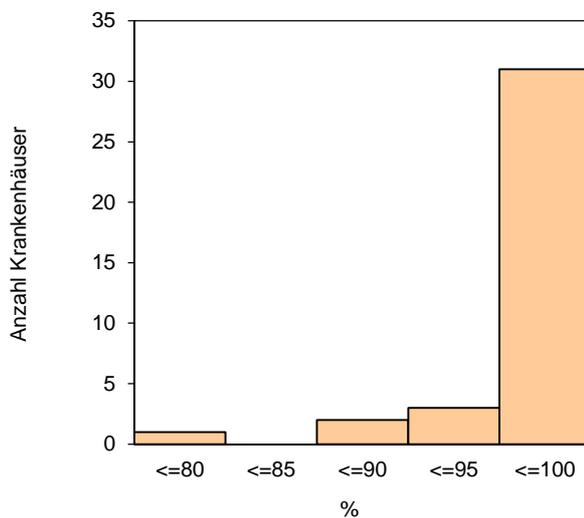
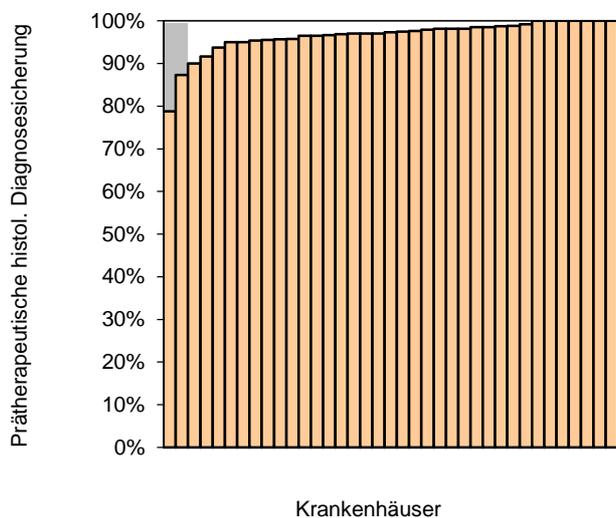
Vorjahresdaten	Gesamt 2016	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	3.663 / 3.799 96,42%	355 / 713 49,79%
	95,78% - 96,97%	

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2017/18n1-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:

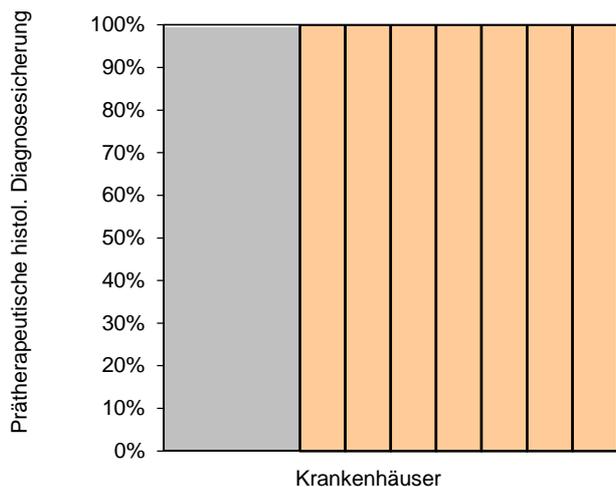
37 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	78,82	87,36	91,67	95,73	97,37	98,80	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	100,00	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 und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus

Indikator-ID: (QI 2a): 2017/18n1-MAMMA/52268

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2-Status			470 / 3.129	15,02%
Vertrauensbereich				13,81% - 16,32%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

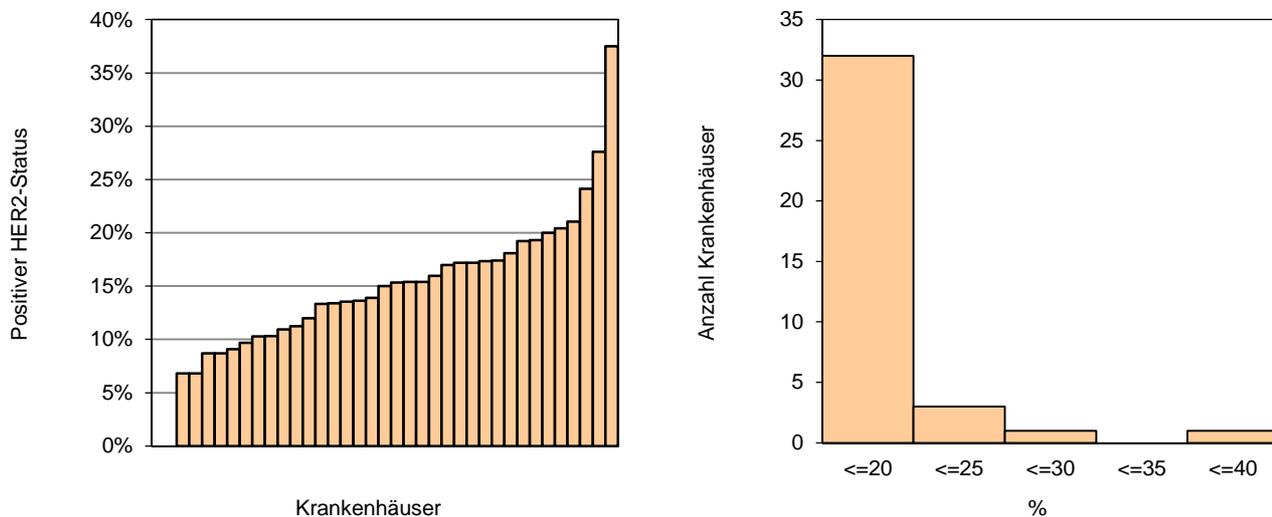
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2-Status			508 / 3.201	15,87%
Vertrauensbereich				14,65% - 17,18%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2017/18n1-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 und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

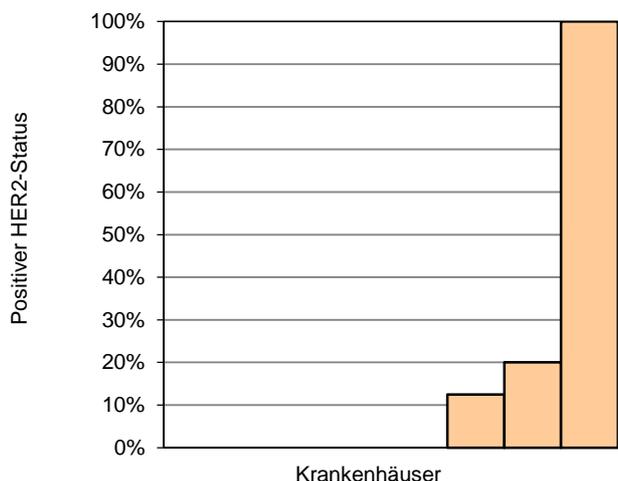
37 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	6,82	10,31	15,00	17,39	21,05	27,59	37,50

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	16,25			100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen¹

Indikator-ID: (QI 2b): 2017/18n1-MAMMA/52267

Referenzbereich: >= 0,39 (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Patientinnen mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O)		469 / 3.121 15,03%
vorhergesagt (E) ²		432,18 / 3.121 13,85%
O - E		1,18%

Patientinnen mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
O / E ³		1,09
Vertrauensbereich		1,00 - 1,18
Referenzbereich	>= 0,39	>= 0,39

Vorjahresdaten Patientinnen mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		506 / 3.194 15,84%
vorhergesagt (E)		427,99 / 3.194 13,40%
O - E		2,44%
O / E		1,18
Vertrauensbereich		1,09 - 1,28

¹ Durch die zufallsbedingten Schwankungen des diskreten tumorbiologischen HER2-Merkmals ist in Krankenhäusern mit 1, 2 oder 3 Fällen in der Grundgesamtheit des QI die Variabilität der HER2-positiven Fälle sehr groß. Dadurch ist das Auftreten von Werten außerhalb des Referenzbereichs in den genannten Einrichtungen mit 1, 2 oder 3 Fällen allein zufallsbedingt sehr wahrscheinlich. Die Rechenregel berücksichtigt dementsprechend Einrichtungen mit >= 4 Fällen in der Grundgesamtheit des QI.

² Erwartete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267_52278.

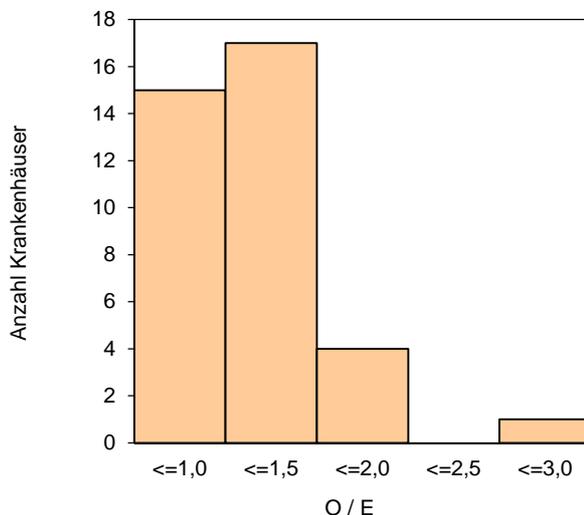
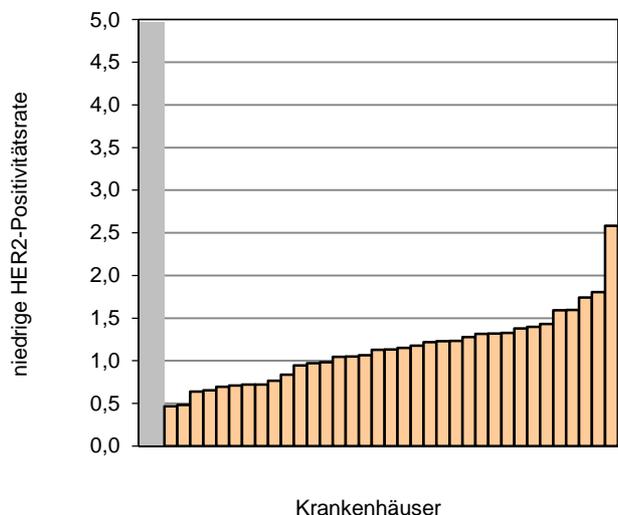
³ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/52267]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patientinnen mit positivem HER2-Status an allen Patientinnen in der aufgeführten Grundgesamtheit

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

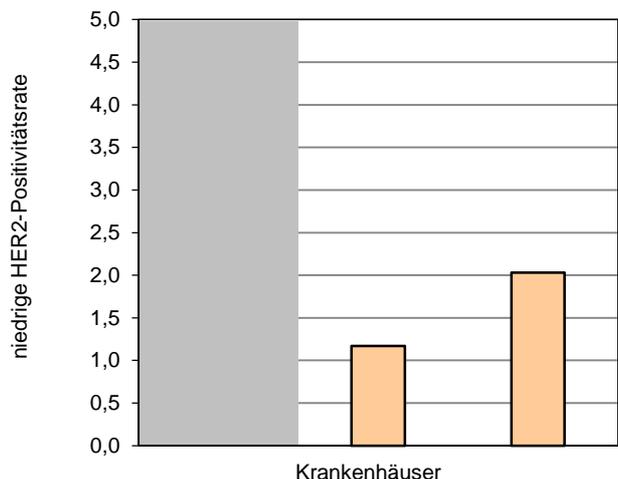
37 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,48	0,72	1,13	1,32	1,59	1,80	2,58

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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				1,17				2,03

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunohistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen¹

Indikator-ID: (QI 2c): 2017/18n1-MAMMA/52278

Referenzbereich: <= 1,74 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Patientinnen mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O)		469 / 3.121 15,03%
vorhergesagt (E) ²		432,18 / 3.121 13,85%
O - E		1,18%

Patientinnen mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
O / E ³		1,09
Vertrauensbereich		1,00 - 1,18
Referenzbereich	<= 1,74	<= 1,74

Vorjahresdaten Patientinnen mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		506 / 3.194 15,84%
vorhergesagt (E)		427,99 / 3.194 13,40%
O - E		2,44%
O / E		1,18
Vertrauensbereich		1,09 - 1,28

¹ Durch die zufallsbedingten Schwankungen des diskreten tumorbiologischen HER2-Merkmals ist in Krankenhäusern mit 1, 2 oder 3 Fällen in der Grundgesamtheit des QI die Variabilität der HER2-positiven Fälle sehr groß. Dadurch ist das Auftreten von Werten außerhalb des Referenzbereichs in den genannten Einrichtungen mit 1, 2 oder 3 Fällen allein zufallsbedingt sehr wahrscheinlich. Die Rechenregel berücksichtigt dementsprechend Einrichtungen mit >= 4 Fällen in der Grundgesamtheit des QI.

² Erwartete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267_52278.

³ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

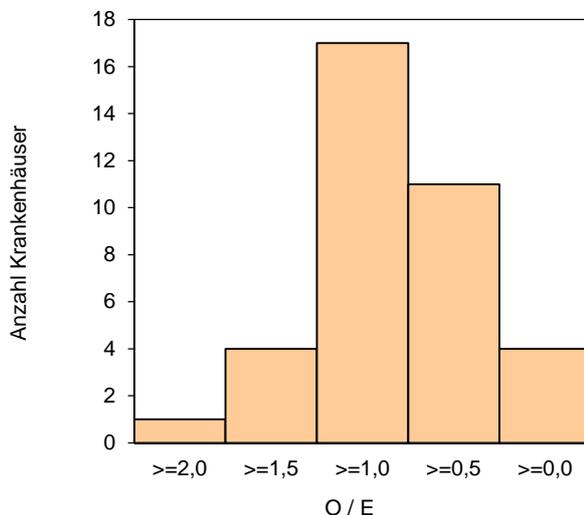
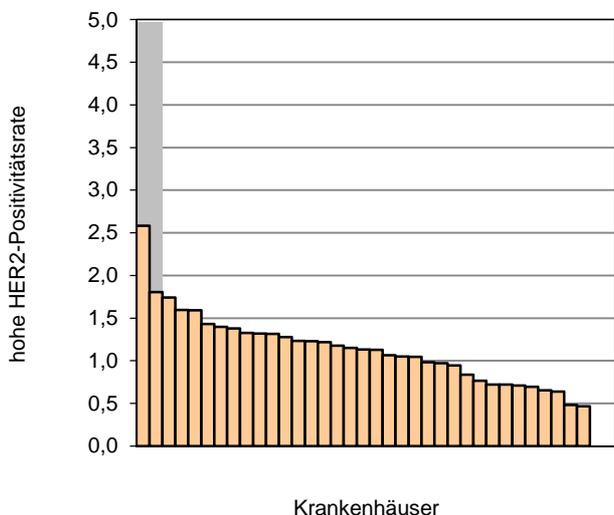
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2c, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/52278]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patientinnen mit positivem HER2-Status an allen Patientinnen in der aufgeführten Grundgesamtheit

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

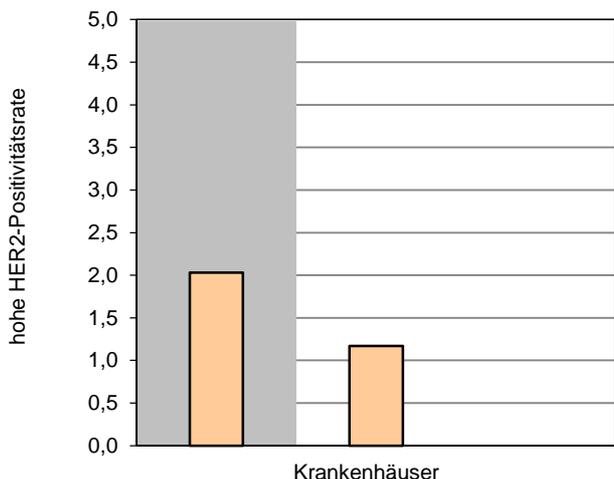
37 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,48	0,72	1,13	1,32	1,59	1,80	2,58

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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				1,17				2,03

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: 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: 2017/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 11,52% (Toleranzbereich) (80%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			15 / 205	7,32%
Vertrauensbereich				4,48% - 11,72%
Referenzbereich		<= 11,52%		<= 11,52%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 205	0,00%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			15 / 205	7,32%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			25 / 227	11,01%
Vertrauensbereich				7,57% - 15,75%

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

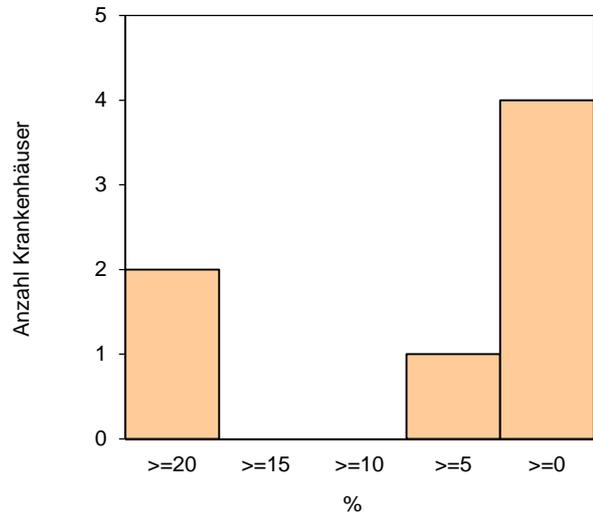
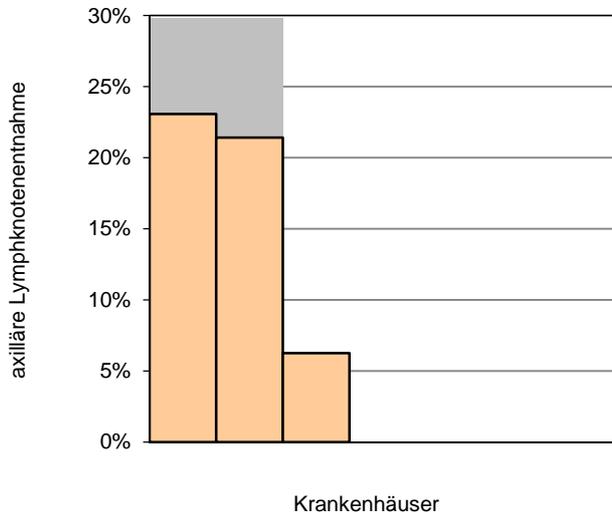
² Gemäß QIDB vom 25.04.2018 sind die Vorjahresergebnisse nicht vergleichbar.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/50719]:

Anteil von Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme an allen 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“

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

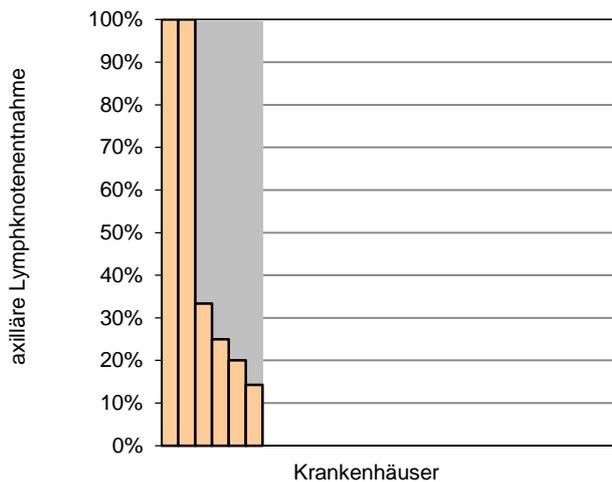
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	21,43			23,08

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

27 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	0,00	33,33	100,00	100,00

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: 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:	2017/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2017			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	>= 90,00%			

	Gesamt 2017			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	1.464 / 1.526	991 / 1.014	440 / 470	33 / 42
Vertrauensbereich	95,94%	97,73%	93,62%	78,57%
Referenzbereich	94,83% - 96,82%			
	>= 90,00%			

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

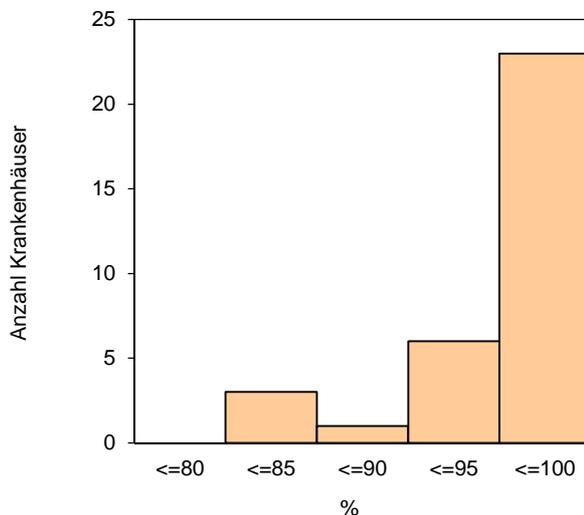
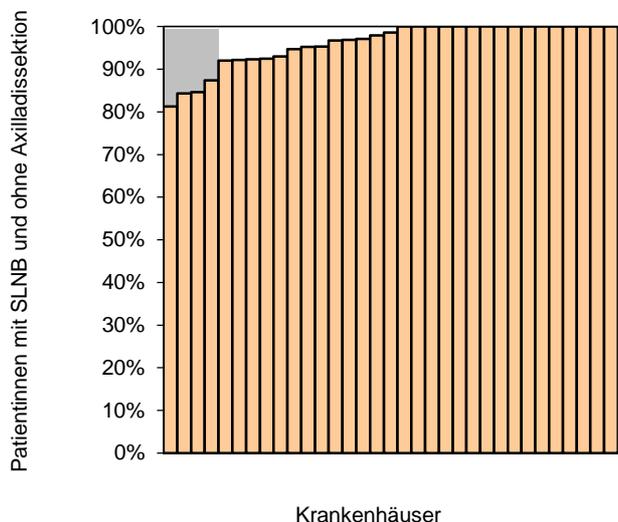
Vorjahresdaten	Gesamt 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	1.648 / 1.718 95,93%	1.131 / 1.160 97,50%	475 / 502 94,62%	42 / 56 75,00%
	94,88% - 96,76%			

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2017/18n1-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:

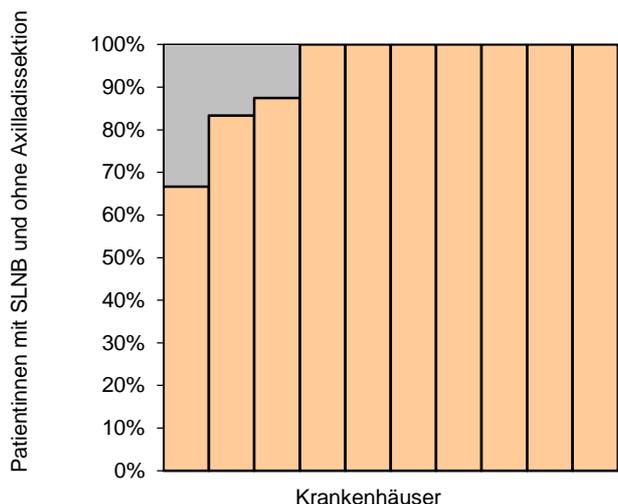
33 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,25	84,31	87,40	93,02	98,65	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
	66,67		75,00	87,50	100,00	100,00	100,00		100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: 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: 2017/18n1-MAMMA/51370

Referenzbereich: <= 18,44% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			115 / 2.719	4,23%
Vertrauensbereich				3,54% - 5,05%
Referenzbereich		<= 18,44%		<= 18,44%
>= 7 Tage bis < 14 Tage			601 / 2.719	22,10%
>= 14 Tage bis < 21 Tage			795 / 2.719	29,24%
>= 21 Tage bis < 28 Tage			553 / 2.719	20,34%
>= 28 Tage bis < 35 Tage			298 / 2.719	10,96%
>= 35 Tage bis < 42 Tage			145 / 2.719	5,33%
>= 42 Tage			212 / 2.719	7,80%

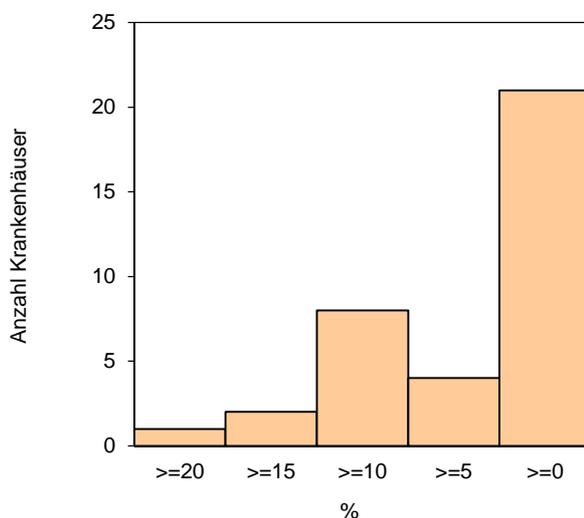
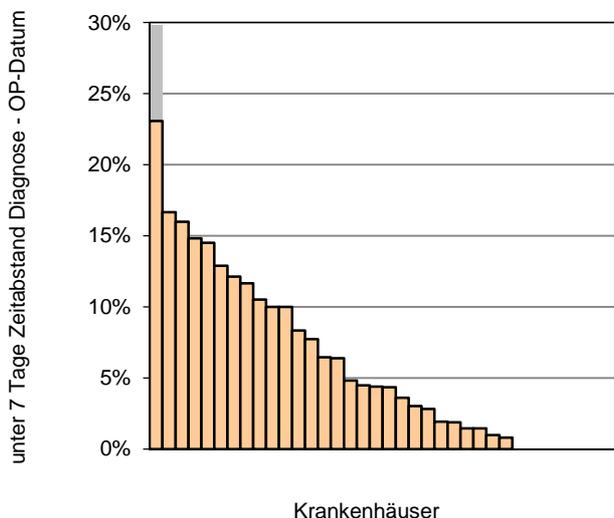
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			175 / 3.073	5,69%
Vertrauensbereich				4,93% - 6,57%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/51370]:

Anteil von Patientinnen mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation an allen Patientinnen mit Ersteingriff 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:

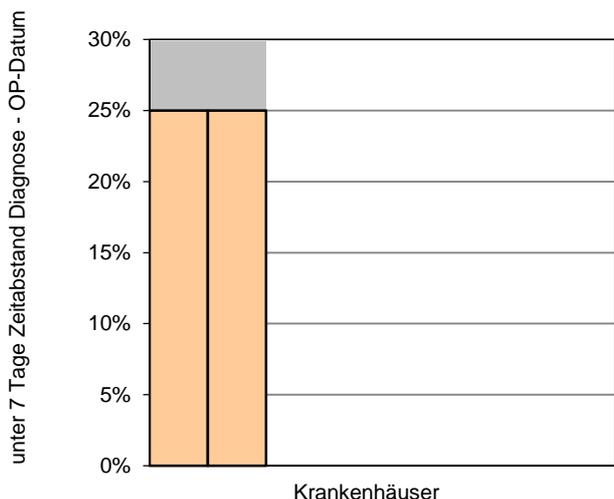
36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,89	4,37	10,26	14,81	16,67	23,08

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	12,50			25,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: 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: 2017/18n1-MAMMA/60659

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

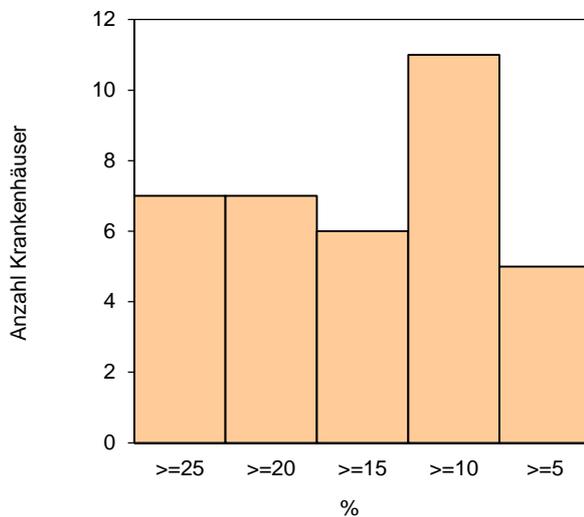
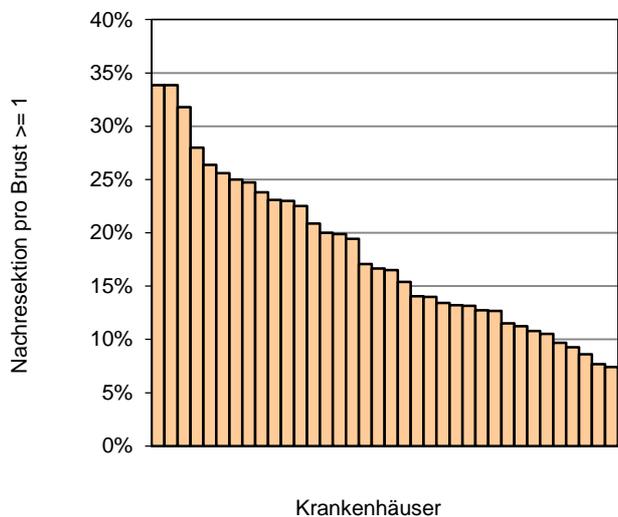
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust >= 1 ¹			584 / 3.286	17,77%
Vertrauensbereich				16,50% - 19,12%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust >= 1 ¹			563 / 3.402	16,55%
Vertrauensbereich				15,34% - 17,84%

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

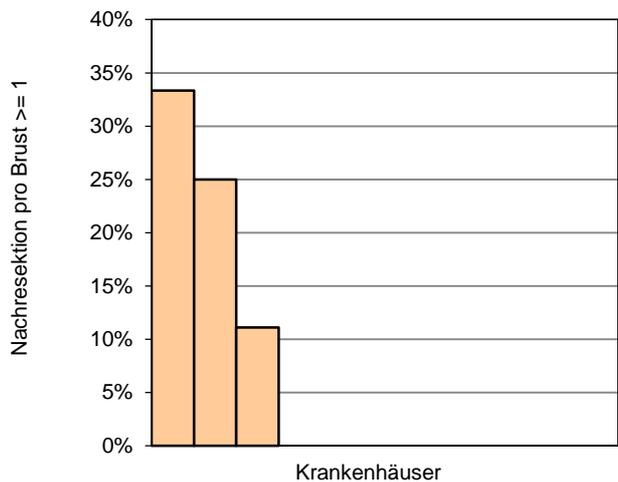
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/60659]:
 Anteil von Patientinnen mit Nachresektion pro Brust ≥ 1 an allen Patientinnen mit Primärerkrankung mit invasivem
 Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,41	7,69	9,26	12,10	16,58	23,44	28,00	33,85	33,85

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	11,11	25,00		33,33

2 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: 2017/18n1-MAMMA/850363

Referenzbereich: <= 2,63% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): 52268, 52267, 52278

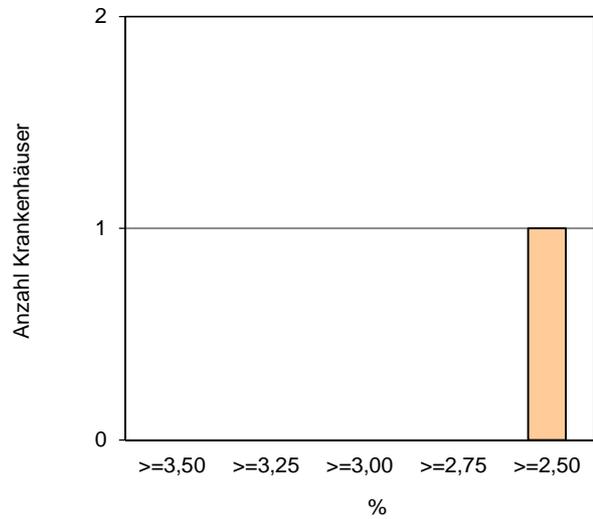
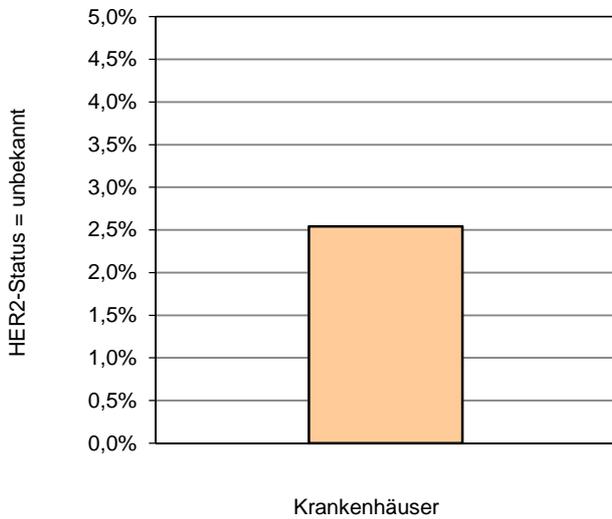
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status ¹			10 / 3.140	0,32%
Vertrauensbereich				0,17% - 0,59%
Referenzbereich		<= 2,63%		<= 2,63%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status			26 / 3.232	0,80%
Vertrauensbereich				0,55% - 1,18%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850363, Indikator-ID 2017/18n1-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: 1



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,54				2,54				2,54

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: 2017/18n1-MAMMA/850364

Referenzbereich: <= 1,30% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): 60659

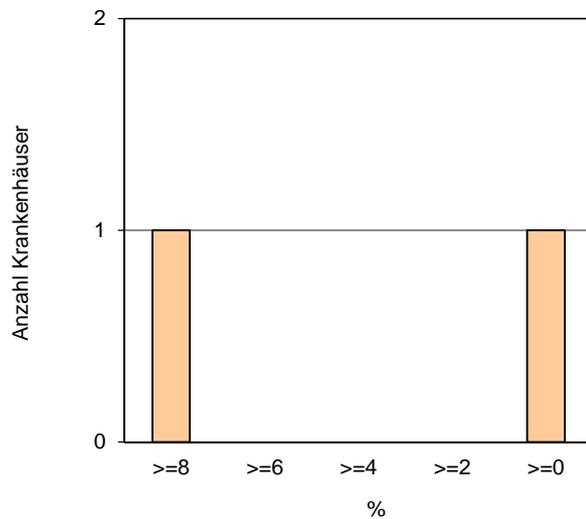
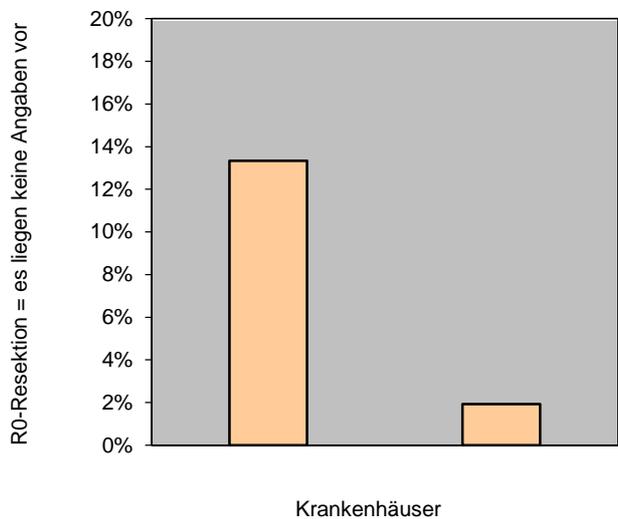
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen ¹			7 / 3.445	0,20%
Vertrauensbereich				0,10% - 0,42%
Referenzbereich		<= 1,30%		<= 1,30%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen			10 / 3.556	0,28%
Vertrauensbereich				0,15% - 0,52%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850364, Indikator-ID 2017/18n1-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
	1,92				7,63				13,33

Auffälligkeitskriterium: Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“
Indikator-ID: 2017/18n1-MAMMA/813068
Referenzbereich: <= 4,00 Fälle
ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

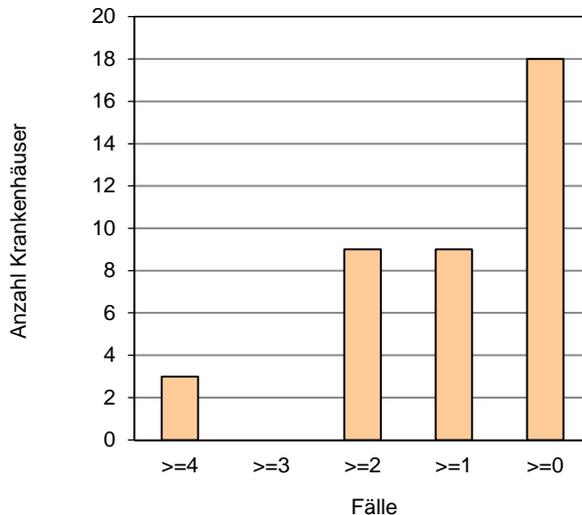
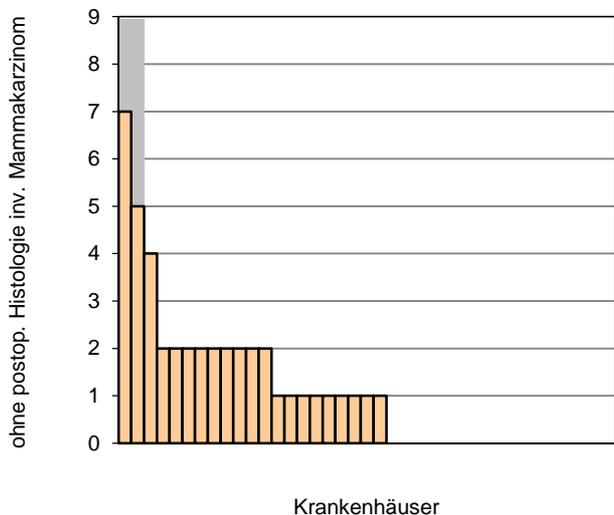
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹ Referenzbereich			43 / 3.632	43,00 Fälle <= 4,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“			72 / 3.833	72,00 Fälle

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

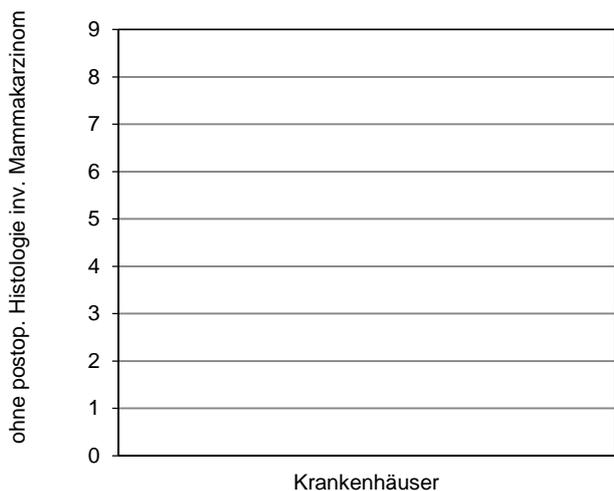
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_813068, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/813068]:
 Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen mit präoperativer
 Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 39 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	1,00	2,00	2,00	5,00	7,00

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 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

4 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: 2017/18n1-MAMMA/850372

Referenzbereich: <= 1,39% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): 52268, 52267, 52278

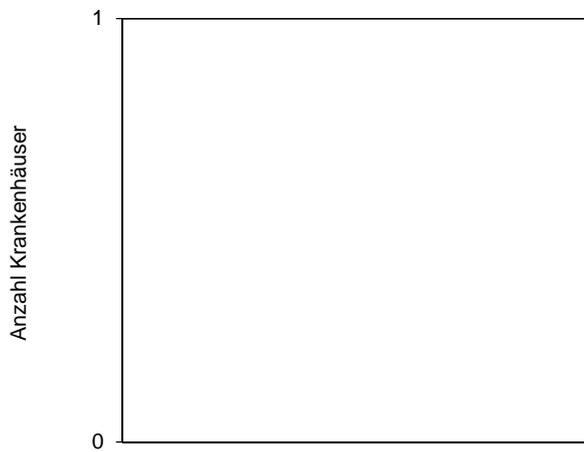
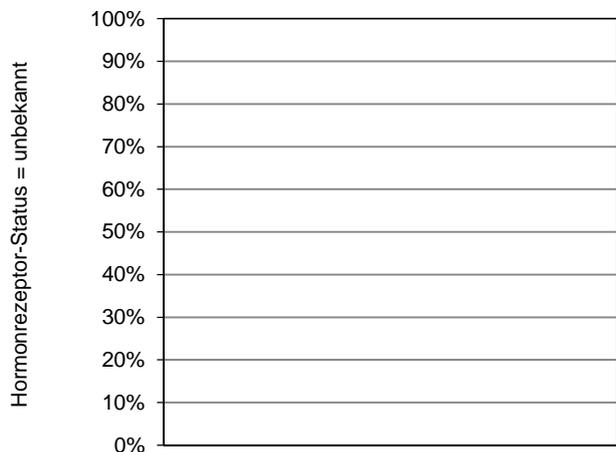
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status ¹			3 / 3.140	0,10%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,28%
Referenzbereich		<= 1,39%		<= 1,39%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status			10 / 3.232	0,31%
Vertrauensbereich				0,17% - 0,57%

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

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850372, Indikator-ID 2017/18n1-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: 0



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

Jahresauswertung 2017 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.338
Datensatzversion: 18/1 2017
Datenbankstand: 01. März 2018
2017 - D17367-L109049-P52421

Übersicht Basisauswertung

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	34
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	37
	Basisdaten	37
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	37
	Patientinnen	39
	Behandlungszeiten	40
3	Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)	41
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	46
5	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	48
5.1	Übersicht	48
5.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	49
5.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	56
5.4	DCIS (Primärerkrankung)	59
5.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	65
5.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	68
5.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	69
5.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	71
5.9	Nicht-maligne histologische Befunde	72

Hinweis:

Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln und Schlüssellisten des Jahres 2017.
Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

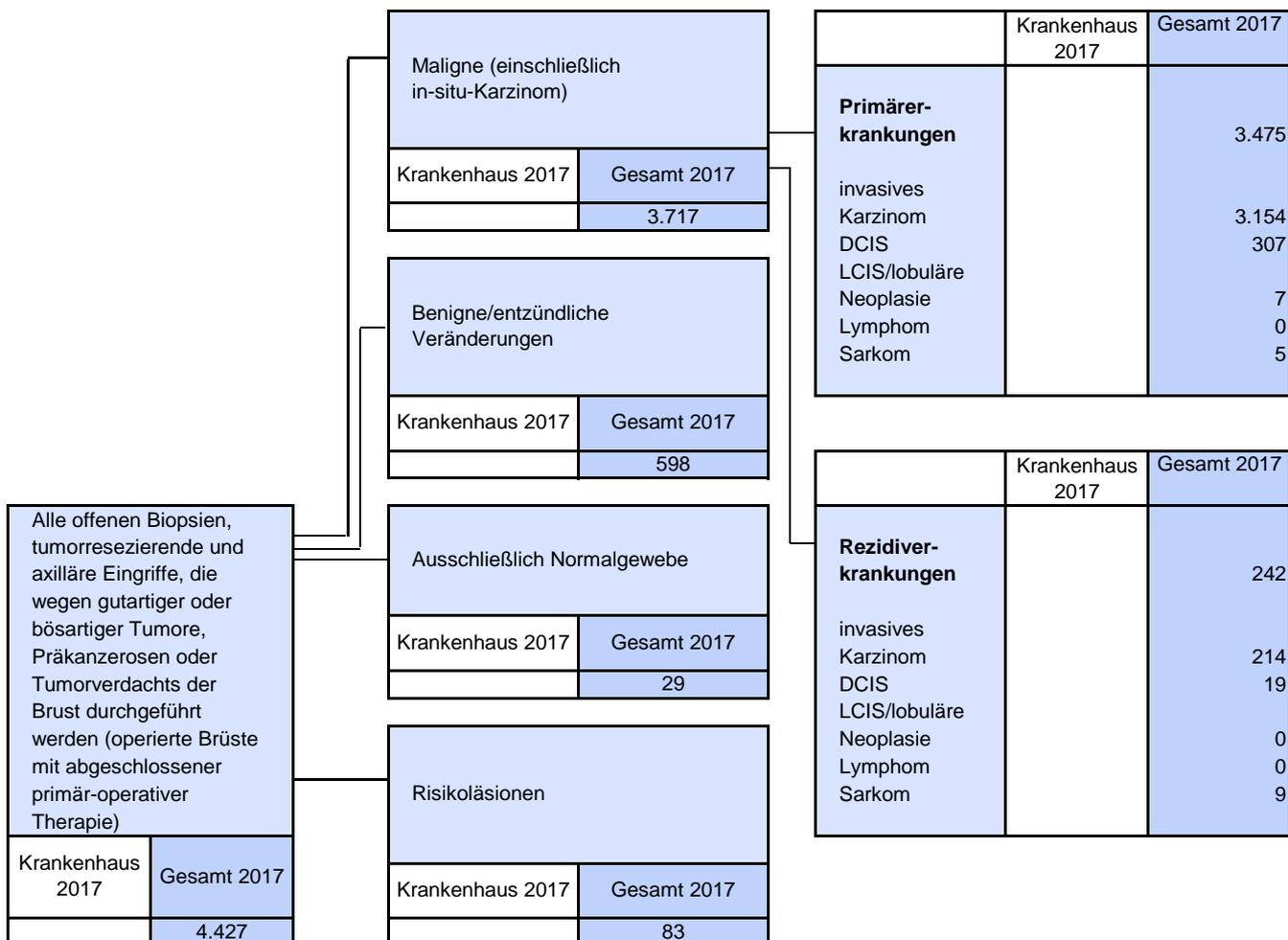
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	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			4.427 / 5.370	82,44	4.525 / 5.527	81,87
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			29 / 4.427	0,66	25 / 4.525	0,55
= benigne/entzündliche Veränderung			598 / 4.427	13,51	670 / 4.525	14,81
= Risikoläsion			83 / 4.427	1,87	53 / 4.525	1,17
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.717 / 4.427	83,96	3.777 / 4.525	83,47

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			3.475 / 3.717	93,49	3.606 / 3.777	95,47
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			3.154 / 3.475	90,76	3.249 / 3.606	90,10
DCIS			307 / 3.475	8,83	331 / 3.606	9,18
LCIS/Lobuläre Neoplasie			7 / 3.475	0,20	10 / 3.606	0,28
Lymphom			0 / 3.475	0,00	1 / 3.606	0,03
Sarkom			5 / 3.475	0,14	14 / 3.606	0,39
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidivkrankung			242 / 3.717	6,51	171 / 3.777	4,53
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			214 / 242	88,43	153 / 171	89,47
DCIS			19 / 242	7,85	17 / 171	9,94
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 242	0,00	0 / 171	0,00
Lymphom			0 / 242	0,00	0 / 171	0,00
Sarkom			9 / 242	3,72	1 / 171	0,58

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.463	27,41	1.406	25,45
2. Quartal			1.336	25,03	1.501	27,17
3. Quartal			1.367	25,61	1.337	24,20
4. Quartal			1.172	21,96	1.280	23,17
Gesamt			5.338		5.524	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2017

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2017

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
5	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2017

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2017			Gesamt 2017			Gesamt 2016		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	1.614	30,24	C50.4	1.672	30,27
2				C50.8	1.269	23,77	C50.8	1.258	22,77
3				I10.00	746	13,98	I10.00	944	17,09
4				C77.3	474	8,88	D24	492	8,91
5				D05.1	460	8,62	C77.3	492	8,91

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

Patientinnen

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			16 / 5.338	0,30	19 / 5.524	0,34
20 - 29 Jahre			72 / 5.338	1,35	83 / 5.524	1,50
30 - 39 Jahre			316 / 5.338	5,92	298 / 5.524	5,39
40 - 49 Jahre			752 / 5.338	14,09	802 / 5.524	14,52
50 - 59 Jahre			1.278 / 5.338	23,94	1.408 / 5.524	25,49
60 - 69 Jahre			1.315 / 5.338	24,63	1.338 / 5.524	24,22
70 - 79 Jahre			1.094 / 5.338	20,49	1.083 / 5.524	19,61
>= 80 Jahre			495 / 5.338	9,27	493 / 5.524	8,92
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			5.338		5.524	
Median				61,00		61,00
Geschlecht						
männlich			45	0,84	64	1,16
weiblich			5.293	99,16	5.460	98,84
unbestimmt ¹			0	0,00	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2017

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			4.073 / 5.338	76,30	4.178 / 5.524	75,63
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			4.073	4,00	4.178	4,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			4.073	5,00	4.178	5,00
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			1.265 / 5.338	23,70	1.346 / 5.524	24,37
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.265	2,00	1.346	2,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.265	2,00	1.346	3,00

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 Informationen (benigne und maligne Tumore)

Präoperative Informationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			2.602 / 5.483	47,46	2.764 / 5.666	48,78
links			2.881 / 5.483	52,54	2.902 / 5.666	51,22
Erkrankung oder Eingriff an dieser Brust						
Primärerkrankung			5.069 / 5.483	92,45	5.299 / 5.666	93,52
lokoregionäres Rezidiv nach BET			220 / 5.483	4,01	177 / 5.666	3,12
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion			81 / 5.483	1,48	51 / 5.666	0,90
prophylaktische Mastektomie			69 / 5.483	1,26	90 / 5.666	1,59
			44 / 5.483	0,80	49 / 5.666	0,86
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung						
wenn ja:			4.211 / 5.069	83,07	4.570 / 5.299	86,24
Tastbarer Mammabefund						
			2.557 / 4.211	60,72	2.708 / 4.570	59,26
Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms						
ja			1.145 / 4.211	27,19	1.305 / 4.570	28,56
nein			2.974 / 4.211	70,62	3.157 / 4.570	69,08
unbekannt			92 / 4.211	2,18	108 / 4.570	2,36

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			2.359 / 2.557	92,26	2.509 / 2.708	92,65
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			1.383 / 1.654	83,62	1.563 / 1.862	83,94
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			3.742 / 4.211	88,86	4.072 / 4.570	89,10
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			16 / 3.742	0,43	36 / 4.072	0,88
= benigne/entzündliche Veränderung			156 / 3.742	4,17	191 / 4.072	4,69
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			161 / 3.742	4,30	135 / 4.072	3,32
= malignitätsverdächtig			33 / 3.742	0,88	46 / 4.072	1,13
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.376 / 3.742	90,22	3.664 / 4.072	89,98

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2017)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen) davon:			3.376 / 3.742	90,22	3.664 / 4.072	89,98
invasives Karzinom			3.051 / 3.376	90,37	3.317 / 3.664	90,53
DCIS			315 / 3.376	9,33	333 / 3.664	9,09
LCIS/Lobuläre Neoplasie			6 / 3.376	0,18	5 / 3.664	0,14
Lymphom			0 / 3.376	0,00	0 / 3.664	0,00
Sarkom			4 / 3.376	0,12	6 / 3.664	0,16

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv)			208 / 301	69,10	144 / 228	63,16
wenn ja:						
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			1 / 208	0,48	1 / 144	0,69
= benigne/entzündliche Veränderung			5 / 208	2,40	6 / 144	4,17
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			4 / 208	1,92	0 / 144	0,00
= malignitätsverdächtig			5 / 208	2,40	1 / 144	0,69
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			193 / 208	92,79	136 / 144	94,44

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2017)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidivkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			193 / 208	92,79	136 / 144	94,44
davon:						
invasives Karzinom			165 / 193	85,49	116 / 136	85,29
DCIS			21 / 193	10,88	18 / 136	13,24
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 193	0,00	0 / 136	0,00
Lymphom			0 / 193	0,00	0 / 136	0,00
Sarkom			7 / 193	3,63	2 / 136	1,47

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			2.362 / 4.211	56,09	2.452 / 4.570	53,65
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			2.271 / 3.742	60,69	2.370 / 4.072	58,20
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			2.144 / 3.366	63,70	2.254 / 3.650	61,75
abgeschlossene präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			684 / 4.211	16,24	601 / 4.570	13,15
abgeschlossene präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom			629 / 3.051	20,62	534 / 3.317	16,10

4. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			5.551	1,00	5.749	1,00
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
nein			1.940 / 5.438	35,67	1.899 / 5.609	33,86
ja, durch Mammografie			3.498 / 5.438	64,33	3.710 / 5.609	66,14
ja, durch Sonografie			823 / 5.438	15,13	891 / 5.609	15,89
ja, durch MRT			1.088 / 5.438	20,01	958 / 5.609	17,08
			29 / 5.438	0,53	50 / 5.609	0,89
Intraoperative Präparate-radiografie oder -sonografie						
nein			19 / 1.940	0,98	46 / 1.899	2,42
intraoperative Präparateradiografie			1.480 / 1.940	76,29	1.453 / 1.899	76,51
intraoperative Präparatesonografie			441 / 1.940	22,73	400 / 1.899	21,06

OPS 2017

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2017

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 2017

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2017			Gesamt 2017			Gesamt 2016		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	1.886	33,98	5-401.11	2.062	35,87
2				5-870.a1	1.430	25,76	5-870.a1	1.372	23,87
3				5-872.1	814	14,66	5-872.1	759	13,20
4				3-760	740	13,33	3-760	737	12,82
5				5-870.a2	641	11,55	5-870.a2	595	10,35
6				3-100.1	640	11,53	3-100.1	504	8,77

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv (Bezug: Eingriffe)			2.501 / 5.438	45,99	2.756 / 5.609	49,14

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

5.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			35 / 5.370	0,65	54 / 5.527	0,98
= benigne/entzündliche Veränderung			600 / 5.370	11,17	675 / 5.527	12,21
= Risikoläsion			90 / 5.370	1,68	59 / 5.527	1,07
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			4.645 / 5.370	86,50	4.739 / 5.527	85,74
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			4.427 / 5.370	82,44	4.525 / 5.527	81,87
wenn nein: weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			417 / 943	44,22	351 / 1.002	35,03
Empfehlung zur Mastektomie			155 / 943	16,44	118 / 1.002	11,78
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			37 / 943	3,92	38 / 1.002	3,79
Empfehlung zur Axilladisektion			28 / 943	2,97	33 / 1.002	3,29
Empfehlung zur BET			145 / 943	15,38	215 / 1.002	21,46
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			161 / 943	17,07	247 / 1.002	24,65

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	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)			2.359 / 5.483	43,02	2.608 / 5.666	46,03
davon						
pT0			3 / 2.359	0,13	2 / 2.608	0,08
pTis			12 / 2.359	0,51	15 / 2.608	0,58
pT1 (<= 2 cm)			1.303 / 2.359	55,24	1.469 / 2.608	56,33
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			21 / 1.303	1,61	11 / 1.469	0,75
pT1a (<= 5 mm)			103 / 1.303	7,90	92 / 1.469	6,26
pT1b (<= 10 mm)			343 / 1.303	26,32	355 / 1.469	24,17
pT1c (<= 20 mm)			836 / 1.303	64,16	1.011 / 1.469	68,82
pT2 (> 2 bis 5 cm)			821 / 2.359	34,80	908 / 2.608	34,82
pT3 (> 5 cm)			122 / 2.359	5,17	114 / 2.608	4,37
pT4 (Brustwand/Haut)			93 / 2.359	3,94	90 / 2.608	3,45
davon						
pT4a (Brustwand)			5 / 93	5,38	5 / 90	5,56
pT4b (Ödem)			84 / 93	90,32	82 / 90	91,11
pT4c (Brustwand und Ödem)			3 / 93	3,23	1 / 90	1,11
pT4d (inflammatorisch)			1 / 93	1,08	2 / 90	2,22
pTX			5 / 2.359	0,21	10 / 2.608	0,38

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 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	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)			795 / 5.483	14,50	641 / 5.666	11,31
davon						
ypT0			261 / 795	32,83	215 / 641	33,54
ypTis			48 / 795	6,04	32 / 641	4,99
ypT1 (<= 2 cm)			317 / 795	39,87	227 / 641	35,41
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			19 / 317	5,99	11 / 227	4,85
ypT1a (<= 5 mm)			89 / 317	28,08	53 / 227	23,35
ypT1b (<= 10 mm)			64 / 317	20,19	56 / 227	24,67
ypT1c (<= 20 mm)			145 / 317	45,74	107 / 227	47,14
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			110 / 795	13,84	112 / 641	17,47
ypT3 (> 5 cm)			26 / 795	3,27	30 / 641	4,68
ypT4 (Brustwand/Haut)			32 / 795	4,03	23 / 641	3,59
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 32	0,00	0 / 23	0,00
ypT4b (Ödem)			26 / 32	81,25	20 / 23	86,96
ypT4c (Brustwand und Ödem)			2 / 32	6,25	2 / 23	8,70
ypT4d (inflammatorisch)			4 / 32	12,50	1 / 23	4,35
ypTX			1 / 795	0,13	2 / 641	0,31

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 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.537 / 5.483	46,27	2.766 / 5.666	48,82
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.669 / 2.537	65,79	1.855 / 2.766	67,06
pN0(sn)			1.567 / 1.669	93,89	1.758 / 1.855	94,77
pN0			102 / 1.669	6,11	97 / 1.855	5,23
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			534 / 2.537	21,05	561 / 2.766	20,28
pN1mi			10 / 534	1,87	15 / 561	2,67
pN1mi(sn)			69 / 534	12,92	67 / 561	11,94
pN1a			182 / 534	34,08	236 / 561	42,07
pN1a(sn)			222 / 534	41,57	174 / 561	31,02
pN1b			0 / 534	0,00	1 / 561	0,18
pN1c			1 / 534	0,19	2 / 561	0,36
pN1(sn)			50 / 534	9,36	66 / 561	11,76
pN2			116 / 2.537	4,57	131 / 2.766	4,74
pN2a			106 / 116	91,38	114 / 131	87,02
pN2a(sn)			9 / 116	7,76	16 / 131	12,21
pN2b			1 / 116	0,86	1 / 131	0,76
pN3			82 / 2.537	3,23	79 / 2.766	2,86
pN3a			80 / 82	97,56	78 / 79	98,73
pN3b			0 / 82	0,00	0 / 79	0,00
pN3c			2 / 82	2,44	1 / 79	1,27
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			136 / 2.537	5,36	140 / 2.766	5,06

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			617 / 5.483	11,25	483 / 5.666	8,52
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			403 / 617	65,32	282 / 483	58,39
ypN0(sn)			244 / 403	60,55	152 / 282	53,90
ypN0			159 / 403	39,45	130 / 282	46,10
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			117 / 617	18,96	124 / 483	25,67
ypN1mi			12 / 117	10,26	7 / 124	5,65
ypN1mi(sn)			5 / 117	4,27	7 / 124	5,65
ypN1a			63 / 117	53,85	71 / 124	57,26
ypN1a(sn)			24 / 117	20,51	27 / 124	21,77
ypN1b			1 / 117	0,85	0 / 124	0,00
ypN1c			2 / 117	1,71	1 / 124	0,81
ypN1(sn)			10 / 117	8,55	11 / 124	8,87
ypN2			39 / 617	6,32	40 / 483	8,28
ypN2a			37 / 39	94,87	38 / 40	95,00
ypN2a(sn)			1 / 39	2,56	2 / 40	5,00
ypN2b			1 / 39	2,56	0 / 40	0,00
ypN3			24 / 617	3,89	23 / 483	4,76
ypN3a			24 / 24	100,00	22 / 23	95,65
ypN3b			0 / 24	0,00	1 / 23	4,35
ypN3c			0 / 24	0,00	0 / 23	0,00
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			34 / 617	5,51	14 / 483	2,90

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			3.140		3.232	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			566	18,03	655	20,27
mäßig differenziert			1.651	52,58	1.632	50,50
schlecht differenziert			820	26,11	837	25,90
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			103	3,28	108	3,34
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			608	19,36	536	16,58
positiv			2.529	80,54	2.686	83,11
unbekannt			3	0,10	10	0,31
HER2/neu-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			2.659	84,68	2.698	83,48
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			471	15,00	508	15,72
unbekannt			10	0,32	26	0,80
histologisch gesicherte Multizentrität			361 / 3.140	11,50	333 / 3.232	10,30
R0-Resektion						
nein			71	2,26	82	2,54
ja			2.986	95,10	3.080	95,30
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			98	4,91	88	4,20
>= 1 mm			1.882	94,29	1.993	95,04
es liegen keine Angaben vor			16	0,80	16	0,76
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
0			2.521	84,43	2.624	85,19
1			401	13,43	410	13,31
2			55	1,84	40	1,30
>=3			9	0,30	6	0,19
es liegen keine Angaben vor			6	0,19	9	0,28
neoadjuvanter Therapie			77	2,45	61	1,89

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			947	30,03	943	29,02
ja			2.092	66,33	2.193	67,50
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			109	3,46	105	3,23
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			6	0,19	8	0,25
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			2.102	66,65	2.083	64,11
ja, einzelne Lymphknoten			435	13,79	534	16,44
ja, Axilladissektion			617	19,56	632	19,45
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2.492	79,01	2.578	79,35
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			546	17,31	645	19,85

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			3.079 / 3.111	98,97	3.180 / 3.208	99,13

Entlassung
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.697	54,55	1.822	56,80
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1.351	43,43	1.362	42,46
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			5	0,16	2	0,06
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			5	0,16	4	0,12
07: Tod			2	0,06	5	0,16
08: Verlegung nach § 14			1	0,03	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			28	0,90	2	0,06
10: in Pflegeeinrichtung			10	0,32	7	0,22
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			6	0,19	1	0,03
15: gegen ärztlichen Rat			5	0,16	2	0,06
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			1	0,03	1	0,03
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)
5.3 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			200		139	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			21	10,50	12	8,63
mäßig differenziert			100	50,00	54	38,85
schlecht differenziert			73	36,50	66	47,48
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			6	3,00	7	5,04
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			62	31,00	40	28,78
positiv			137	68,50	97	69,78
unbekannt			1	0,50	2	1,44
HER-2/neu-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			161	80,50	118	84,89
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			37	18,50	18	12,95
unbekannt			2	1,00	3	2,16
histologisch gesicherte Multizentrität			30 / 200	15,00	20 / 139	14,39
R0-Resektion						
nein			14	7,00	10	7,19
ja			177	88,50	122	87,77
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			2	5,41	0	0,00
>= 1 mm			35	94,59	23	100,00
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
0			149	84,18	108	88,52
1			28	15,82	13	10,66
2			0	0,00	1	0,82
>=3			0	0,00	0	0,00
es liegen keine Angaben vor			8	4,00	6	4,32
neoadjuvanter Therapie			1	0,50	1	0,72

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			155		110	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			107	69,03	77	70,00
ja			44	28,39	30	27,27
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			3	1,94	2	1,82
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	0,65	1	0,91

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			211 / 213	99,06	151 / 153	98,69

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			118	55,40	100	65,36
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			92	43,19	51	33,33
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	1	0,65
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			2	0,94	1	0,65
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			1	0,47	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)
5.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			304	99,02	328	99,09
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			234 / 304	76,97	234 / 328	71,34
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			60 / 304	19,74	89 / 328	27,13
pN0(sn)			55 / 60	91,67	77 / 89	86,52
pN0			5 / 60	8,33	12 / 89	13,48
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			2 / 304	0,66	1 / 328	0,30
pN1mi			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pN1mi(sn)			1 / 2	50,00	1 / 1	100,00
pN1a			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pN1a(sn)			1 / 2	50,00	0 / 1	0,00
pN1b			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pN1c			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pN1(sn)			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pN2			0 / 304	0,00	0 / 328	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 304	0,00	0 / 328	0,00
pN3a			0 / 0		0 / 0	
pN3b			0 / 0		0 / 0	
pN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			2 / 304	0,66	1 / 328	0,30
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			4 / 304	1,32	2 / 328	0,61
ypN0(sn)			3 / 4	75,00	0 / 2	0,00
ypN0			1 / 4	25,00	2 / 2	100,00
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			2 / 304	0,66	1 / 328	0,30
ypN1mi			1 / 2	50,00	1 / 1	100,00
ypN1mi(sn)			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
ypN1a			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
ypN1a(sn)			1 / 2	50,00	0 / 1	0,00
ypN1b			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
ypN1c			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
ypN1(sn)			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
ypN2			0 / 304	0,00	0 / 328	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 304	0,00	0 / 328	0,00
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grading						
G1			45	14,66	43	12,99
G2			126	41,04	135	40,79
G3			71	23,13	62	18,73
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			62	20,20	88	26,59
Gesamttumorgröße						
Anzahl der gültigen Angaben			307		331	
Median				17,00		17,00
Anteil <= 10 mm (%)			111 / 307	36,16	100 / 331	30,21
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			74 / 307	24,10	93 / 331	28,10
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			41 / 307	13,36	45 / 331	13,60
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			21 / 307	6,84	29 / 331	8,76
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			20 / 307	6,51	26 / 331	7,85
Anteil > 50 mm (%)			37 / 307	12,05	35 / 331	10,57

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			11 / 307	3,58	12 / 331	3,63
R0-Resektion						
nein			7	2,28	8	2,42
ja			296	96,42	319	96,37
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			16	7,58	16	6,96
>= 1 mm			194	91,94	212	92,17
es liegen keine Angaben vor			1	0,47	2	0,87
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
0			178	60,14	212	66,46
1			97	32,77	91	28,53
2			19	6,42	12	3,76
>=3			2	0,68	4	1,25
es liegen keine Angaben vor			1	0,33	1	0,30
neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			80	26,06	82	24,77
ja			216	70,36	236	71,30
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			7	2,28	10	3,02
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	0,33	0	0,00
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			12	3,91	13	3,93
ja, Axilladissektion			2	0,65	4	1,21
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			62	20,20	79	23,87
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			9	2,93	9	2,72
ja, Axilladissektion			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			297 / 305	97,38	326 / 331	98,49

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			179	58,69	179	54,08
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			123	40,33	146	44,11
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,33	1	0,30
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	1	0,30
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			2	0,66	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	1	0,30
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	0,30
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	2	0,60
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)
5.5 DCIS (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			0 / 19	0,00	2 / 17	11,76
R0-Resektion						
nein			0	0,00	3	17,65
ja			18	94,74	14	82,35
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			1	20,00	0	0,00
>= 1 mm			4	80,00	3	100,00
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
0			15	83,33	13	92,86
1			2	11,11	1	7,14
2			1	5,56	0	0,00
>=3			0	0,00	0	0,00
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			16		16	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			10	52,63	12	70,59
ja			5	26,32	4	23,53
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	5,26	0	0,00
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			19 / 19	100,00	17 / 17	100,00

**Entlassung
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			13	68,42	10	58,82
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			6	31,58	7	41,18
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
5.6 LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			7 / 7	100,00	8 / 10	80,00

Entlassung
LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5	71,43	6	60,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			2	28,57	4	40,00
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 | 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			5	100,00	14	100,00
davon						
pT0			1 / 5	20,00	0 / 14	0,00
pTis			0 / 5	0,00	0 / 14	0,00
pT1 (<= 2 cm)			2 / 5	40,00	2 / 14	14,29
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 2	0,00	0 / 2	0,00
pT1a (<= 5 mm)			0 / 2	0,00	1 / 2	50,00
pT1b (<= 10 mm)			0 / 2	0,00	1 / 2	50,00
pT1c (<= 20 mm)			2 / 2	100,00	0 / 2	0,00
pT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 5	0,00	5 / 14	35,71
pT3 (> 5 cm)			1 / 5	20,00	1 / 14	7,14
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 5	0,00	1 / 14	7,14
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		1 / 1	100,00
pTX			1 / 5	20,00	5 / 14	35,71
ypT0			0 / 5	0,00	0 / 14	0,00
ypTis			0 / 5	0,00	0 / 14	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 5	0,00	0 / 14	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 / 5	0,00	0 / 14	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 5	0,00	0 / 14	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 5	0,00	0 / 14	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 / 5	0,00	0 / 14	0,00

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

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidivkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			13 / 14	92,86	15 / 15	100,00

Entlassung
Sarkome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			9	64,29	10	66,67
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			5	35,71	5	33,33
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 | 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |

Weiterer Behandlungsverlauf
5.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			0 / 0		1 / 1	100,00

Entlassung
Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0		1	100,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0		0	0,00
03: aus sonstigen Gründen			0		0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0		0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0		0	0,00
06: Verlegung			0		0	0,00
07: Tod			0		0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0		0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0		0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0		0	0,00
11: in Hospiz			0		0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0		0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0		0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0		0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0		0	0,00
22: Fallabschluss			0		0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0		0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung

5.9 Nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			525	76,53	554	75,27
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			150	21,87	174	23,64
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			6	0,87	6	0,82
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			2	0,29	1	0,14
07: Tod			2	0,29	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,15	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	1	0,14
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 2017 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 2017.

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 2017 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2016 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 © 2018. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2016 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2017 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2017 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.

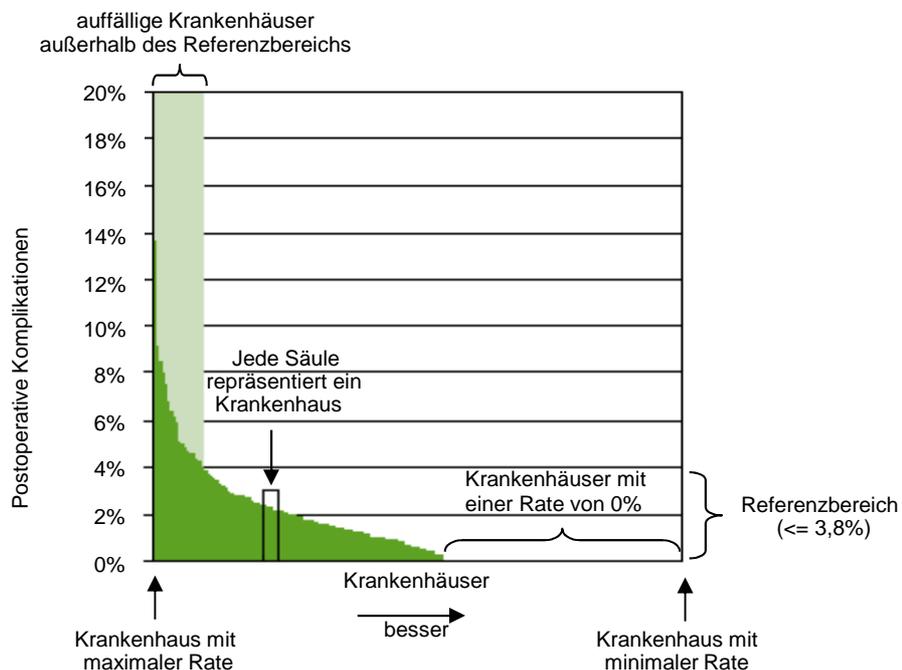
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

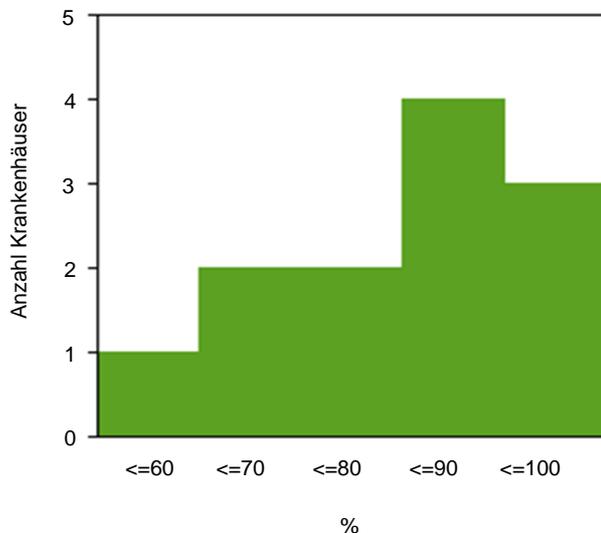
Beispiel:

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 2017/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2017.

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.