

Jahresauswertung 2019 Mammachirurgie

18/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.330
Datensatzversion: 18/1 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18422-L117460-P55133

Jahresauswertung 2019 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.330
Datensatzversion: 18/1 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18422-L117460-P55133

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/18n1-MAMMA/51846							
QI: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung³			97,47%	>= 95,00%	innerhalb	96,79%	7
Gruppe: HER2-Positivitätsrate³							
2019/18n1-MAMMA/52268							
QI: HER2-Positivitätsrate			12,94%	nicht definiert	-	13,91%	9
2019/18n1-MAMMA/52267							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate			0,98	>= 0,48	innerhalb	1,09	11
2019/18n1-MAMMA/52278							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate			0,98	<= 1,62	innerhalb	1,09	14
2019/18n1-MAMMA/50719							
QI: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie³			2,75%	<= 6,33%	innerhalb	6,85%	17

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. 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 und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/18n1-MAMMA/51847 QI: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie³			97,08%	>= 90,00%	innerhalb	96,49%	19
2019/18n1-MAMMA/51370 QI: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation³			2,16%	<= 13,55%	innerhalb	3,25%	22
2019/18n1-MAMMA/60659 QI: Nachresektionsrate³			13,52%	<= 25,00%	innerhalb	-	24
2019/18n1-MAMMA/211800 QI: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS³			99,43%	>= 95,65%	innerhalb	99,24%	26

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. 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 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2019/18n1-MAMMA/850363 Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“ ³			0,45%	<= 1,72%	innerhalb	0,63%	28
2019/18n1-MAMMA/850364 Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ ³			0,08%	<= 0,88%	-	0,17%	30
2019/18n1-MAMMA/813068 Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde³			28,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	27,00 Fälle	32
2019/18n1-MAMMA/850372 Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptor- status = unbekannt“ ³			0,18%	<= 1,10%	innerhalb	0,19%	34

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 2019. 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.

Verbindliche Kennzahlen

Ab dem Auswertungsjahr 2018 sind auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neben den Qualitätsindikatoren auch berichts- und veröffentlichungspflichtige Kennzahlen auszuweisen. Sie unterscheiden sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

kalkulatorische Kennzahlen (KKez)
Transparenzkennzahlen (TKez)
ergänzende Kennzahlen (EKez)
verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez)

Für das Auswertungsjahr 2019 wurden kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ gekennzeichnet.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Leseanleitung im Anhang dieser Auswertung und dem Beschlusstext des G-BA, der auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abschnitt „Beschlüsse“ ersichtlich ist.

Planungsrelevante Indikatoren

Die QIDB 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

Auswertungseinheiten (Standorte)


Standortbezogene Auswertungen für die Leistungsbereiche 15/1, 16/1 und 18/1 werden ab dem Verfahrensjahr 2019 nicht mehr nach der Auswertungseinheit STANDORT (entlassender Standort), sondern grundsätzlich nach dem behandelnden Standort vorgenommen. Bei Einrichtungen mit mehreren Standorten können hierdurch Vorjahresergebnisse nicht oder nur eingeschränkt vergleichbar sein.

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte


Seit dem Erfassungsjahr 2018 erfolgt für diesen Leistungsbereich die Abgrenzung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassungsdatum. Da im Umstellungsjahr 2018 nur eine eingeschränkte Grundgesamtheit ohne die Überliegerfälle aus 2017 bestand, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2019 mit den Ergebnissen des Vorjahres 2018 als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

Qualitätsindikator: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2019/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,00%

	Krankenhaus 2019	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich		
	>= 95,00%	

	Gesamt 2019	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	3.550 / 3.642 97,47%	374 / 660 56,67%
	96,91% - 97,94%	
	>= 95,00%	

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

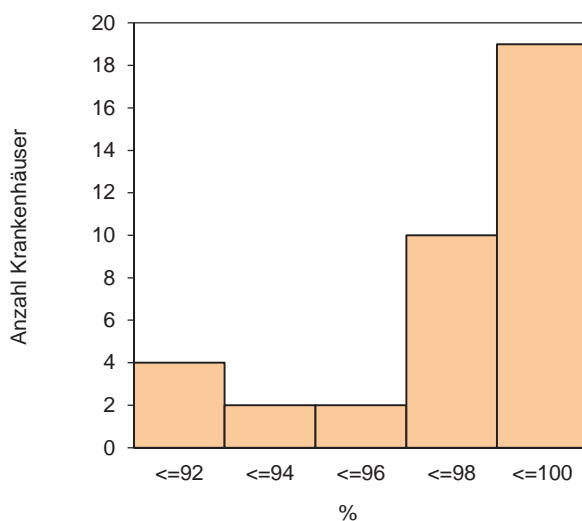
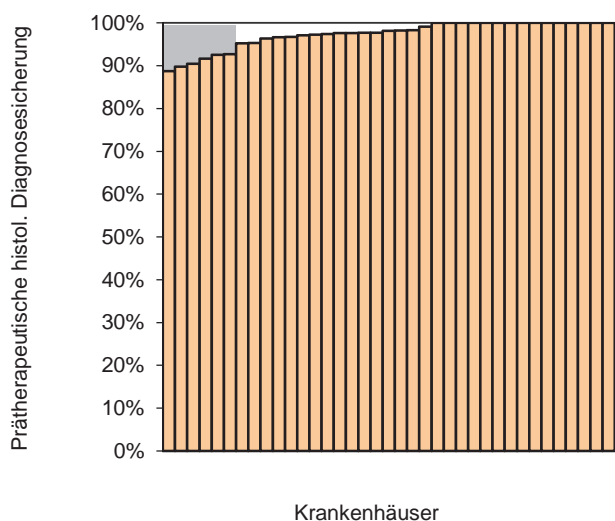
Vorjahresdaten¹	Gesamt 2018	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	3.464 / 3.579 96,79%	308 / 625 49,28%
	96,16% - 97,32%	

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/51846]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder
 Vakuumbiopsie an allen Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives
 Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

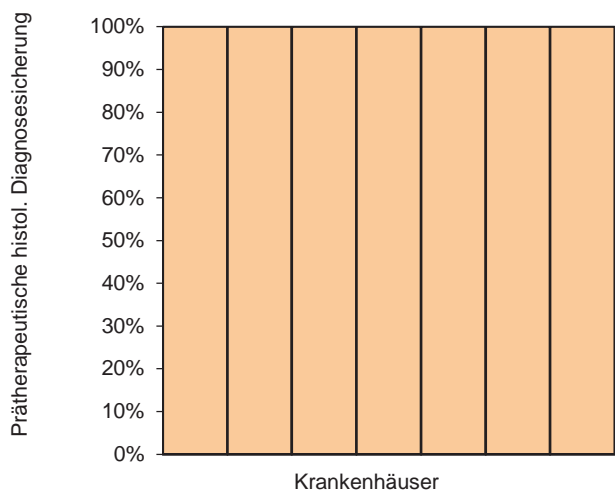
37 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,73	89,77	91,67	96,67	98,15	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: HER2-Positivitätsrate

Qualitätsziel: Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom


HER2-Positivitätsrate


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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/18n1-MAMMA/52268

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status			428 / 3.308	12,94%
Vertrauensbereich				11,84% - 14,13%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status			437 / 3.142	13,91%
Vertrauensbereich				12,74% - 15,16%

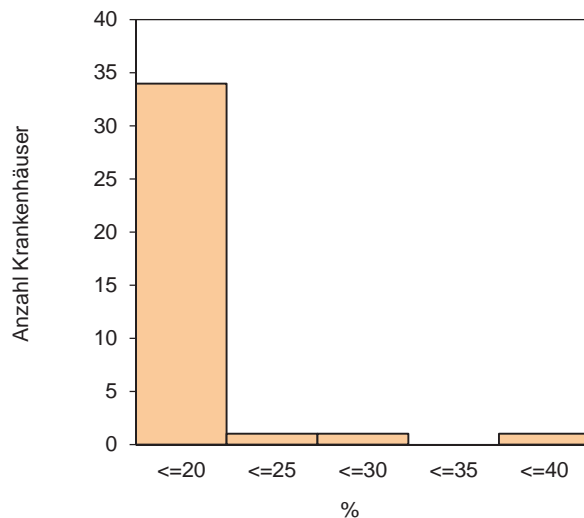
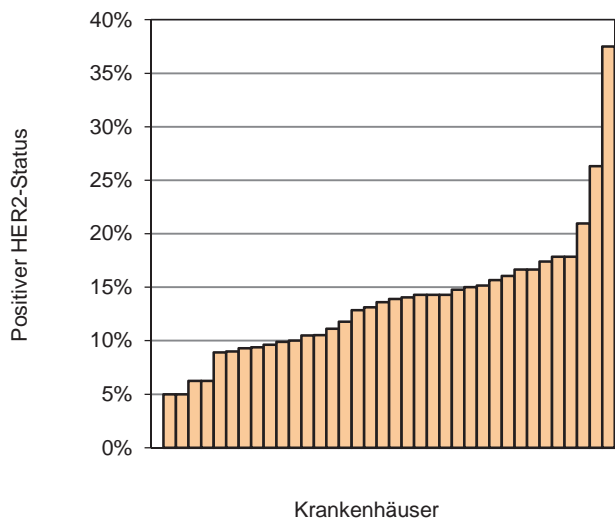
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/52268]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen Patientinnen und Patienten 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:

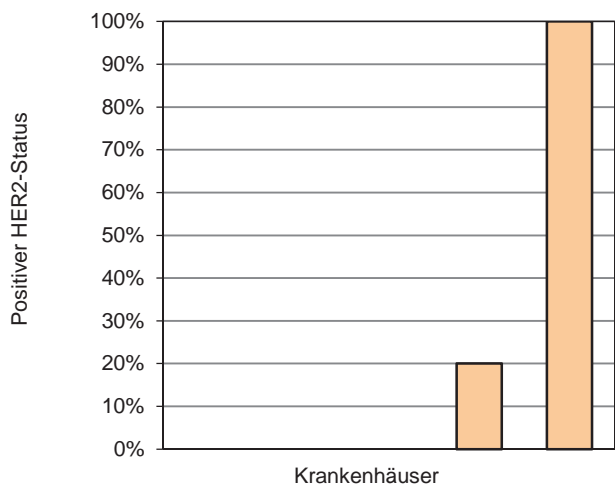
37 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	5,00	6,25	9,62	13,62	15,66	17,86	26,32	37,50

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 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	20,00			100,00

7 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 und Patienten 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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/18n1-MAMMA/52267

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

Referenzbereich: >= 0,48 (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O) ²		427 / 3.304 12,92%
vorhergesagt (E) ³		434,01 / 3.304 13,14%
O - E		-0,21%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
O/E ⁴		0,98
Vertrauensbereich		0,90 - 1,07
Referenzbereich	>= 0,48	>= 0,48

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 KKez O_52267: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status


³ KKez E_52267: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267_52278.

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹ Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ²		436 / 3.135 13,91%
vorhergesagt (E) ³		398,66 / 3.135 12,72%
O - E		1,19%
O/E ⁴ Vertrauensbereich		1,09 1,00 - 1,19

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² KKez O_52267: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

³ KKez E_52267: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267_52278.

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

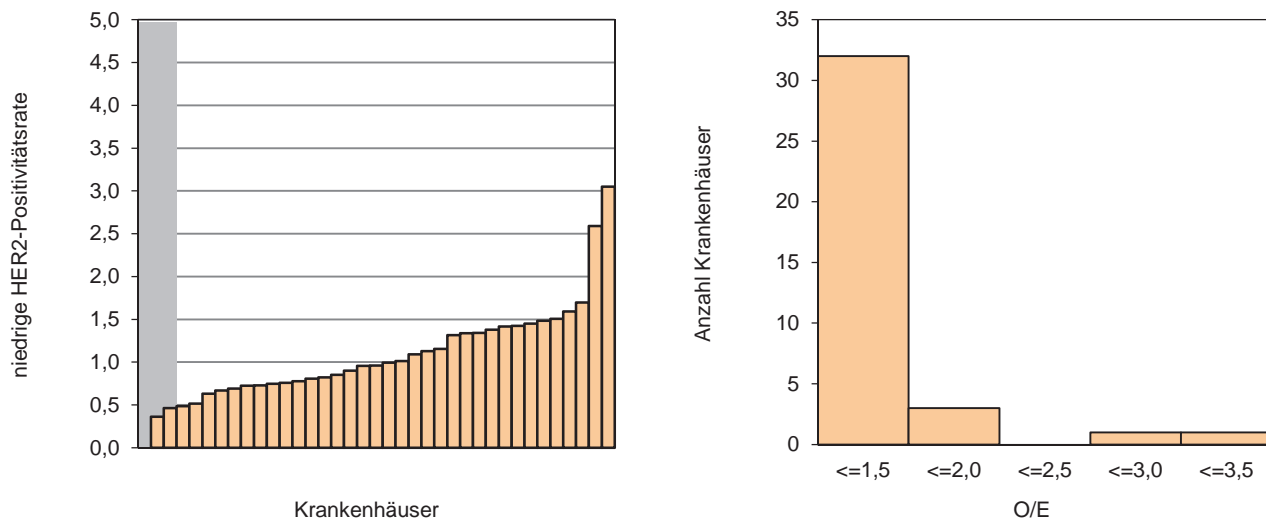
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

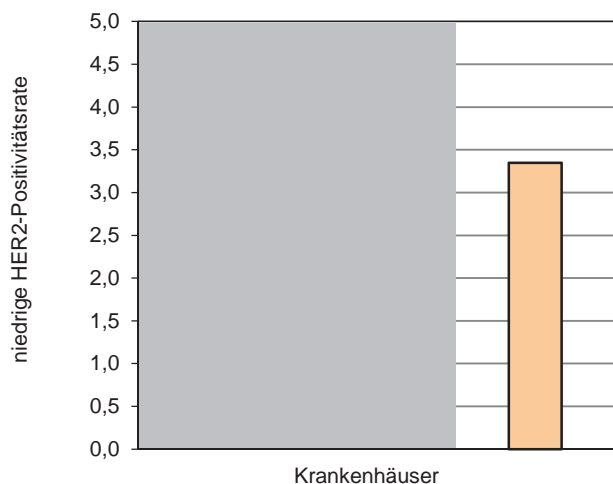
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/52267]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen
 Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit**

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	0,36	0,49	0,73	0,96	1,38	1,59	2,59	3,05

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				0,00				3,35

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 und Patienten 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


Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/18n1-MAMMA/52278

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

Referenzbereich: <= 1,62 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O) ²		427 / 3.304 12,92%
vorhergesagt (E) ³		434,01 / 3.304 13,14%
O - E		-0,21%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
O/E ⁴		0,98
Vertrauensbereich		0,90 - 1,07
Referenzbereich	<= 1,62	<= 1,62

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 KKez O_52278: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status


³ KKez E_52278: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267_52278.

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹ Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ²		436 / 3.135 13,91%
vorhergesagt (E) ³		398,66 / 3.135 12,72%
O - E		1,19%
O/E ⁴ Vertrauensbereich		1,09 1,00 - 1,19

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² KKez O_52278: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

³ KKez E_52278: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267_52278.

⁴ Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

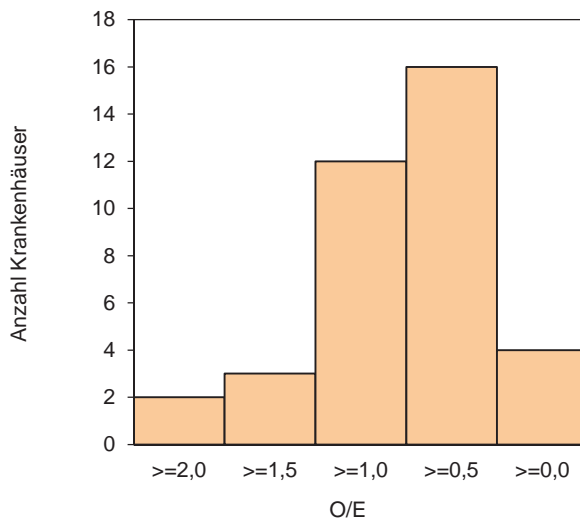
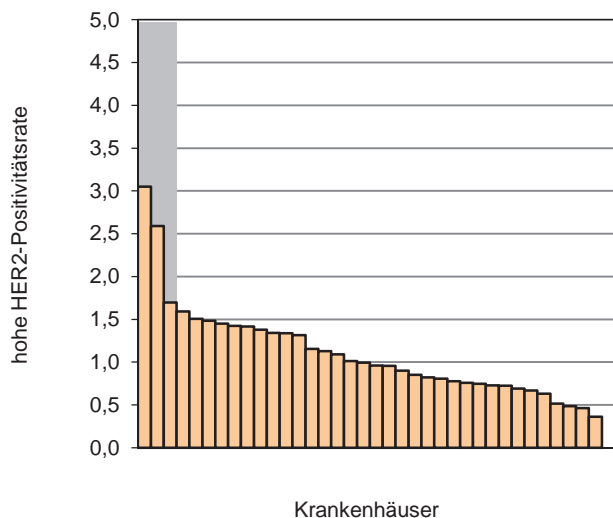
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

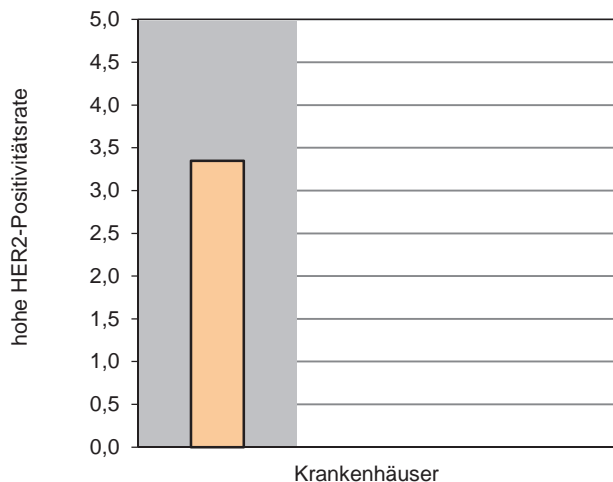
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2c, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/52278]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen
 Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit**

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	0,36	0,49	0,73	0,96	1,38	1,59	2,59	3,05

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				0,00				3,35

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie


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


Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 6,33% (80%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme			8 / 291	2,75%
Vertrauensbereich				1,40% - 5,33%
Referenzbereich		<= 6,33%		<= 6,33%
Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			1 / 291	0,34%
Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB			6 / 291	2,06%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme			17 / 248	6,85%
Vertrauensbereich				4,32% - 10,70%

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

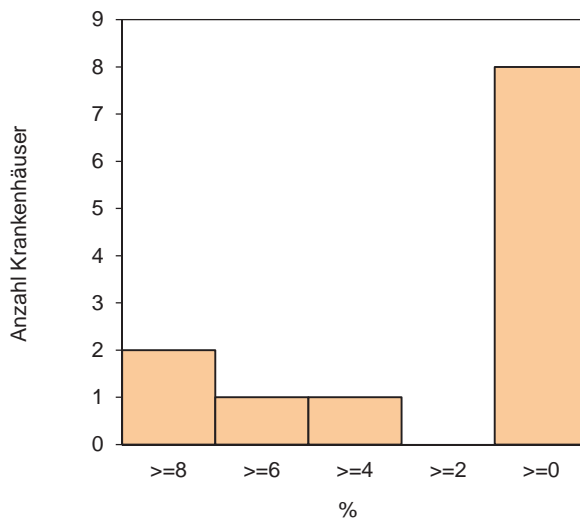
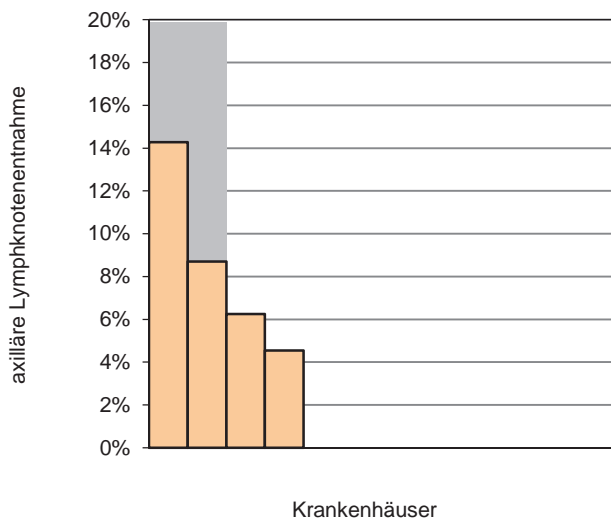
² Gemäß QIDB sind die Vorjahresergebnisse eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/50719]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

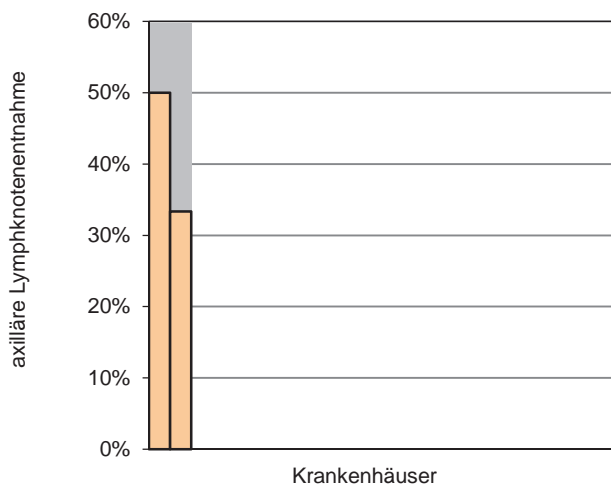
12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	5,40	8,70		14,29

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

22 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	0,00	33,33	50,00

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2019/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00%	

	Krankenhaus 2019			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich Referenzbereich				
	= 90,00%			

	Gesamt 2019			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich Referenzbereich	1.628 / 1.677 97,08%	1.093 / 1.111 98,38%	501 / 523 95,79%	34 / 43 79,07%
	96,16% - 97,78%			
	= 90,00%			

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2018			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	1.513 / 1.568 96,49%	1.052 / 1.070 98,32%	417 / 444 93,92%	44 / 54 81,48%
	95,46% - 97,30%			

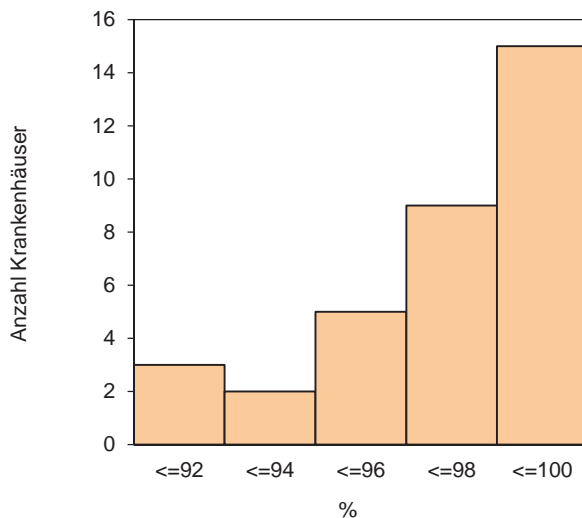
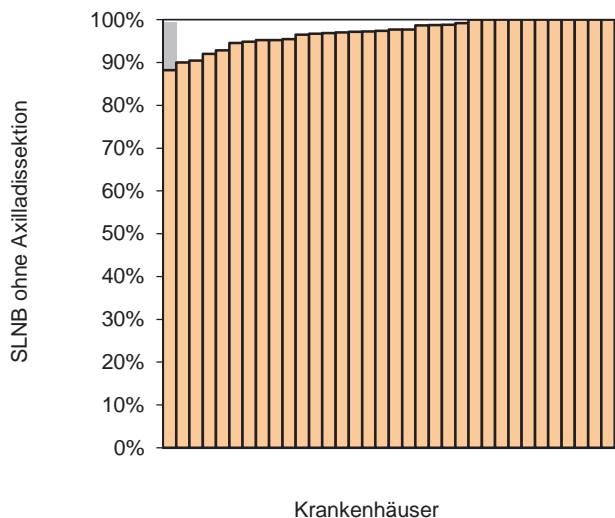
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/51847]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

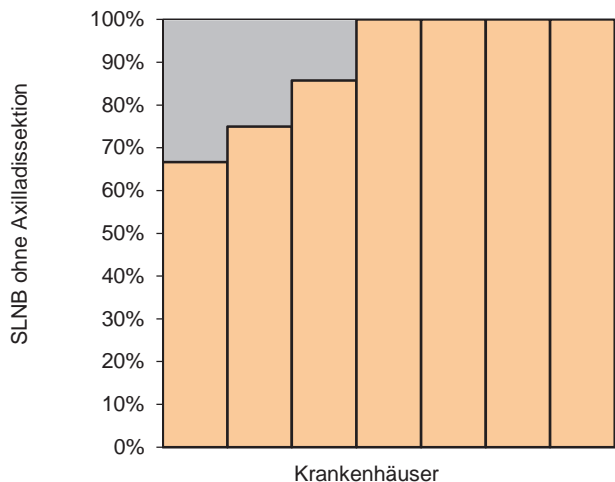
34 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,24	90,00	92,06	95,24	97,57	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67			75,00	100,00	100,00			100,00

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation


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


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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/18n1-MAMMA/51370

Referenzbereich: <= 13,55% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation Vertrauensbereich Referenzbereich		 2,16%	59 / 2.737	2,16%
		<= 13,55%		1,67% - 2,77%
				<= 13,55%
>= 7 Tage bis < 14 Tage			481 / 2.737	17,57%
>= 14 Tage bis < 21 Tage			722 / 2.737	26,38%
>= 21 Tage bis < 28 Tage			572 / 2.737	20,90%
>= 28 Tage bis < 35 Tage			384 / 2.737	14,03%
>= 35 Tage bis < 42 Tage			194 / 2.737	7,09%
>= 42 Tage			325 / 2.737	11,87%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation Vertrauensbereich		 3,25%	86 / 2.649	3,25%
				2,64% - 3,99%

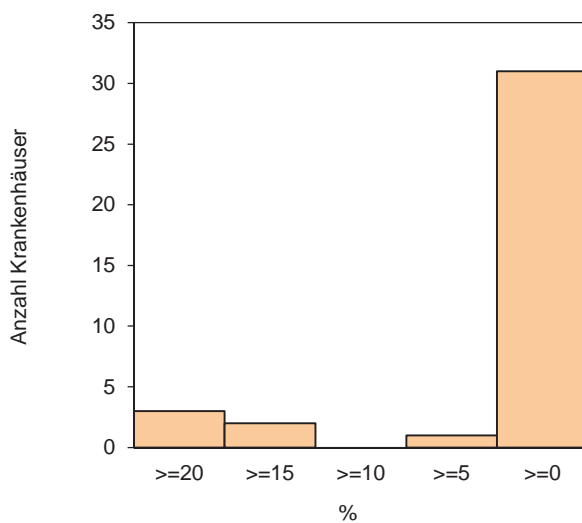
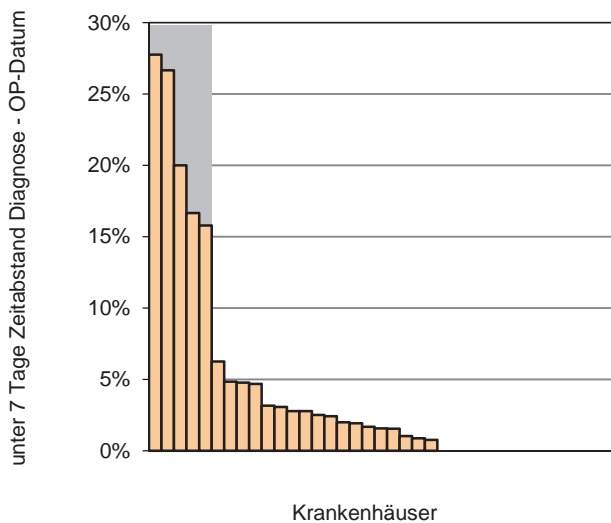
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/51370]:

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

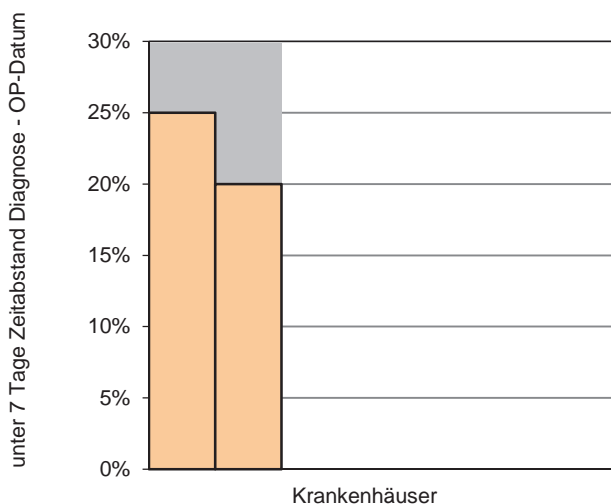
37 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	1,56	3,16	16,67	26,67	27,78

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Nachresektionsrate

Qualitätsziel: Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/18n1-MAMMA/60659

Referenzbereich: <= 25,00% (95%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust >= 1 ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			405 / 2.995	13,52% 12,34% - 14,79% <= 25,00%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust >= 1 ¹ Vertrauensbereich	.	-	-	-

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

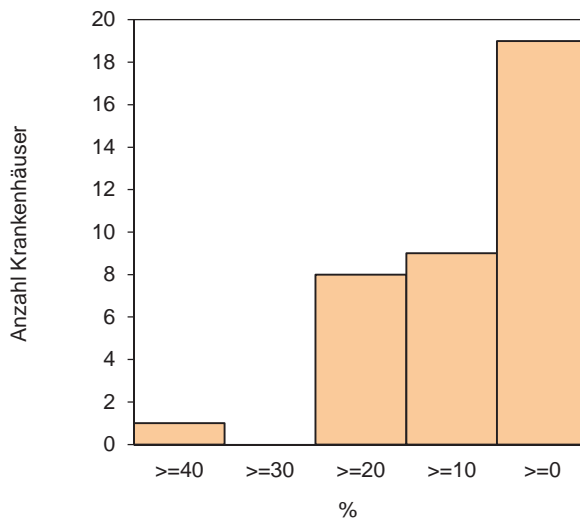
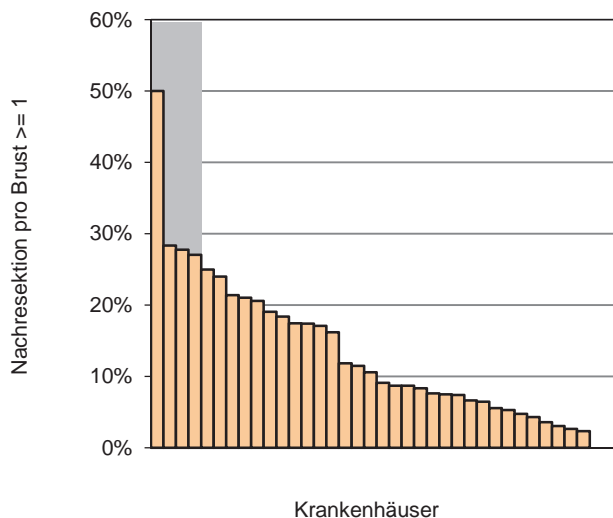
² Aufgrund der geänderten Spezifikation in 2019 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/60659]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust ≥ 1 an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

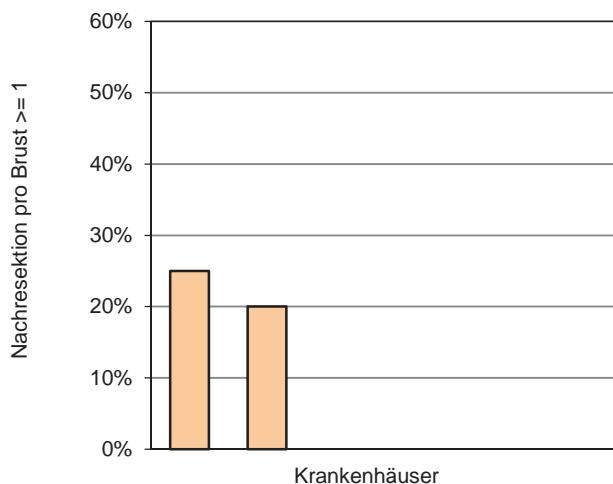
37 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	2,63	5,56	9,09	19,05	27,06	28,33	50,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 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	20,00			25,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

Qualitätsziel: Möglichst häufig postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach Ersteingriff, nach abgeschlossener primär-operativer Therapie und bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2019/18n1-MAMMA/211800

Referenzbereich: >= 95,65% (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2.985 / 3.002	99,43%
Vertrauensbereich				99,09% - 99,65%
Referenzbereich		>= 95,65%		>= 95,65%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2.865 / 2.887	99,24%
Vertrauensbereich				98,85% - 99,50%

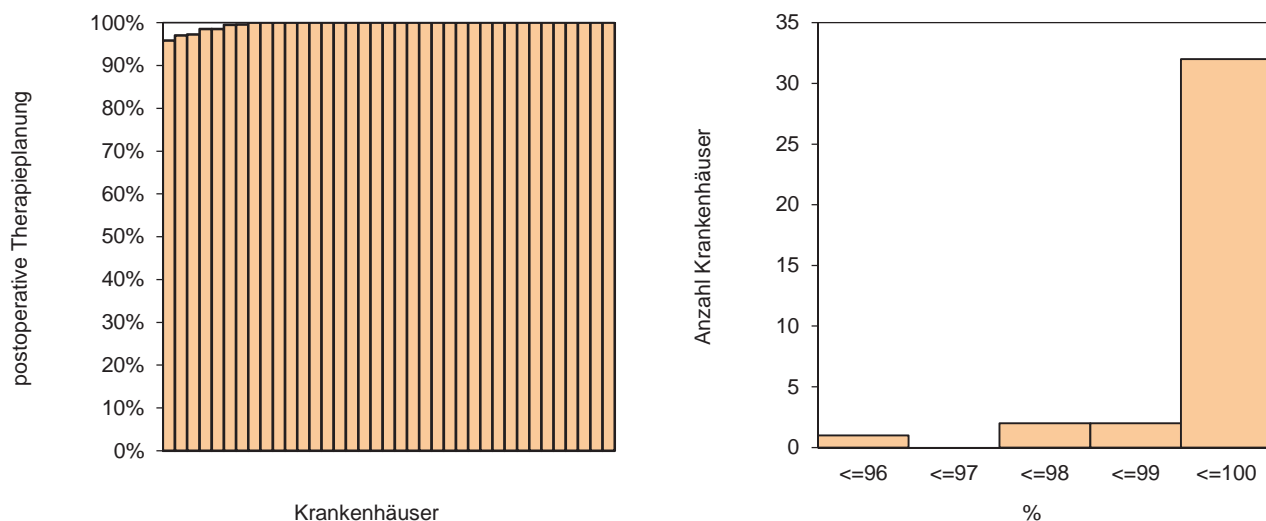
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahresdaten eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/211800]:

Anteil der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff und abgeschlossener primär-operativer Therapie

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

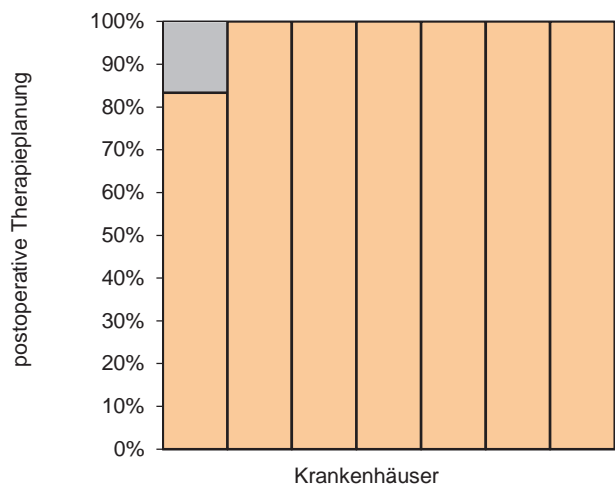
37 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,83	97,01	98,53	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,33			100,00	100,00	100,00			100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“

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

AK-ID: 2019/18n1-MAMMA/850363

Referenzbereich: <= 1,72% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 52268, 52267, 52278

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status ¹			15 / 3.333	0,45%
Vertrauensbereich				0,27% - 0,74%
Referenzbereich		<= 1,72%		<= 1,72%

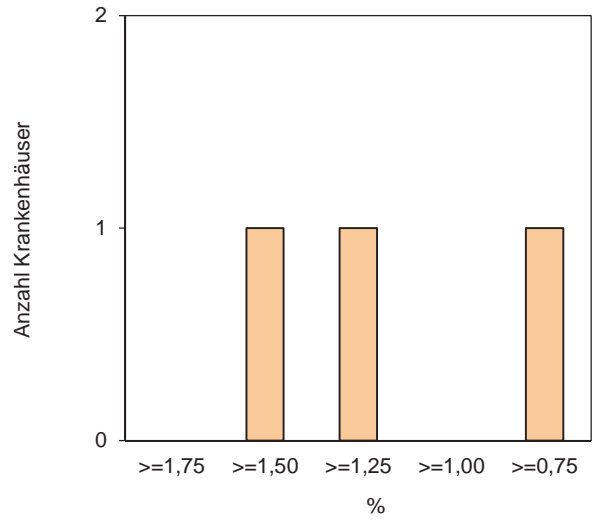
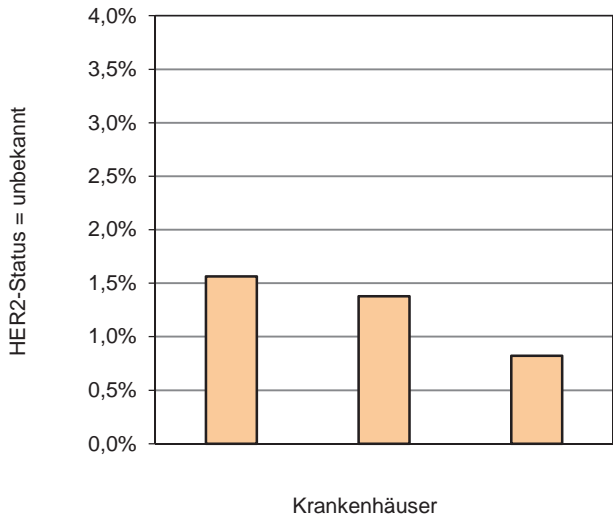
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status			20 / 3.162	0,63%
Vertrauensbereich				0,41% - 0,97%

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850363, AK-ID 2019/18n1-MAMMA/850363]:
 Anteil an Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung
 und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 3



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,82				1,38				1,56

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

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

AK-ID: 2019/18n1-MAMMA/850364

Referenzbereich: <= 0,88% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 60659

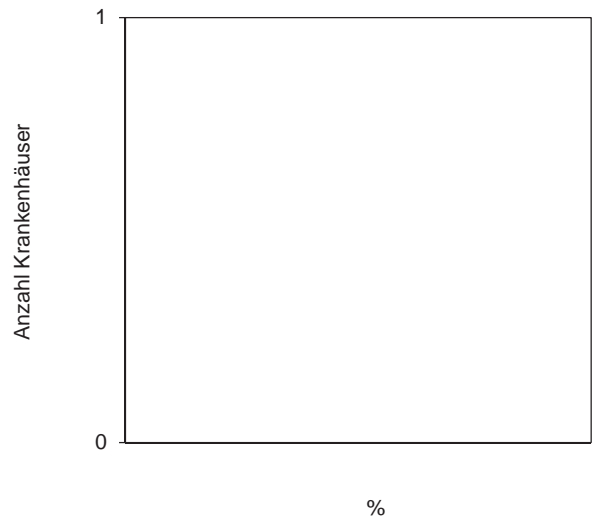
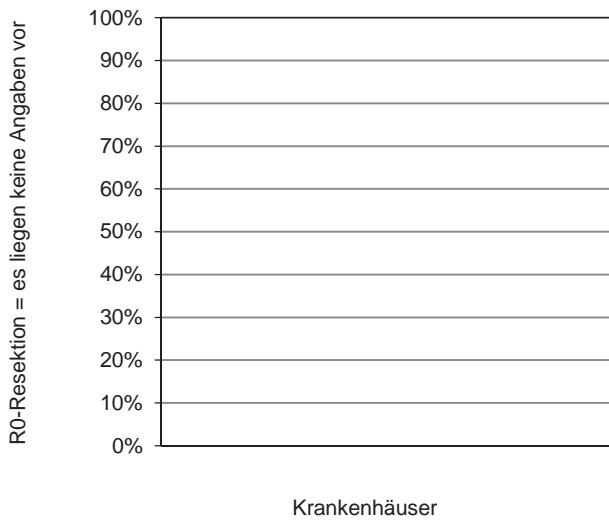
	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen ¹			3 / 3.704	0,08%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,24%
Referenzbereich		<= 0,88%		<= 0,88%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen			6 / 3.498	0,17%
Vertrauensbereich				0,08% - 0,37%

¹ Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850364, AK-ID 2019/18n1-MAMMA/850364]:
 Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen an allen lebend entlassenen
 Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives
 Mammakarzinom oder DCIS**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 0



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



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


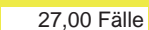
Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv und präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“

AK-ID: 2019/18n1-MAMMA/813068

Referenzbereich: <= 4,00 Fälle

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 2163, 51847

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹ Referenzbereich		 <= 4,00 Fälle	28 / 3.736	 <= 4,00 Fälle

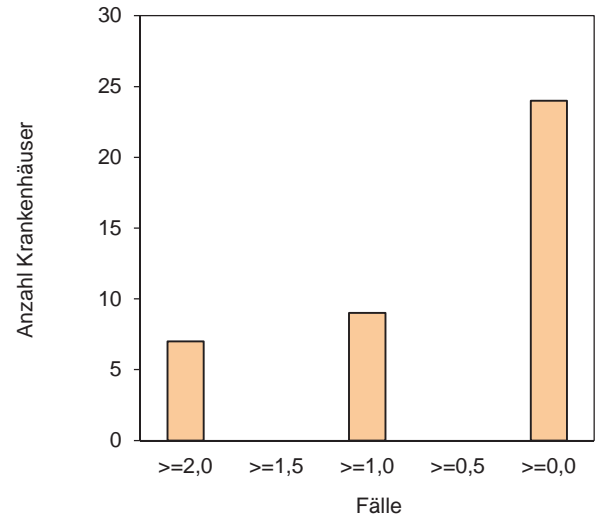
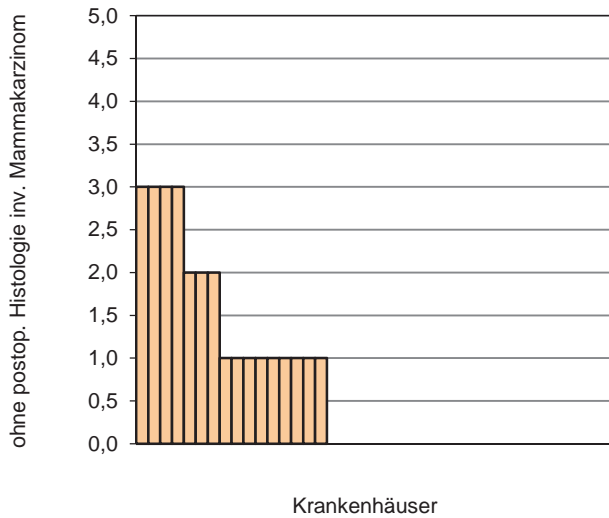
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“			27 / 3.599	 27,00 Fälle

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

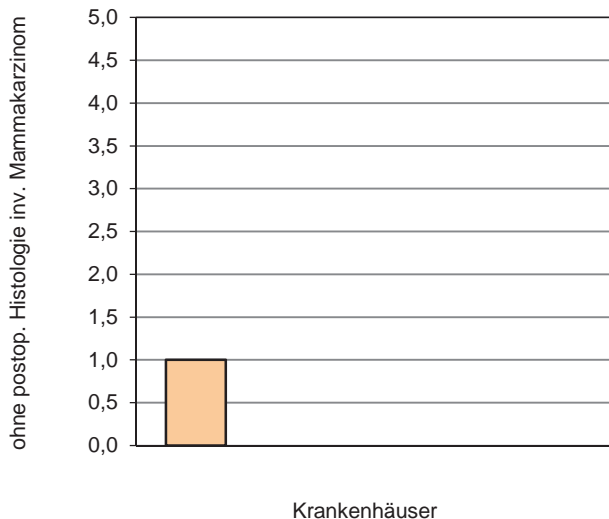
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_813068, AK-ID 2019/18n1-MAMMA/813068]:
 Anzahl Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv und präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,50	3,00	3,00

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 4 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	0,50	0,50	0,50	1,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

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

AK-ID: 2019/18n1-MAMMA/850372

Referenzbereich: <= 1,10% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 52268, 52267, 52278

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status ¹			6 / 3.333	0,18%
Vertrauensbereich				0,08% - 0,39%
Referenzbereich		<= 1,10%		<= 1,10%

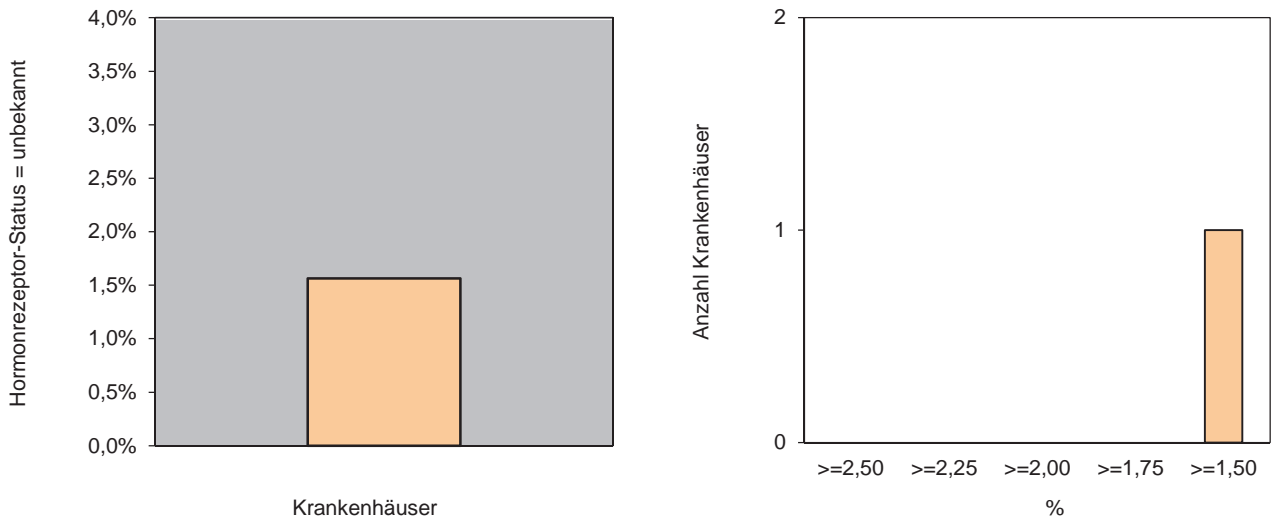
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status			6 / 3.162	0,19%
Vertrauensbereich				0,09% - 0,41%

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850372, AK-ID 2019/18n1-MAMMA/850372]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunohistochemischen Hormonrezeptor-Status an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) 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
	1,56				1,56				1,56

Jahresauswertung 2019 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 49
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.330
Datensatzversion: 18/1 2019
Datenbankstand: 28. Februar 2020
2019 - D18422-L117460-P55133

Übersicht Basisauswertung

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	38
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	41
	Basisdaten	41
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	41
	Patientinnen und Patienten	42
	Behandlungszeiten	43
3	Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)	44
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	48
5	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	50
5.1	Übersicht	50
5.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	51
5.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	59
5.4	DCIS (Primärerkrankung)	62
5.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	68
5.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	71
5.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	72
5.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	74
5.9	Nicht-maligne histologische Befunde	75

Hinweis:

Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln und Schlüssellisten des Jahres 2019.
Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

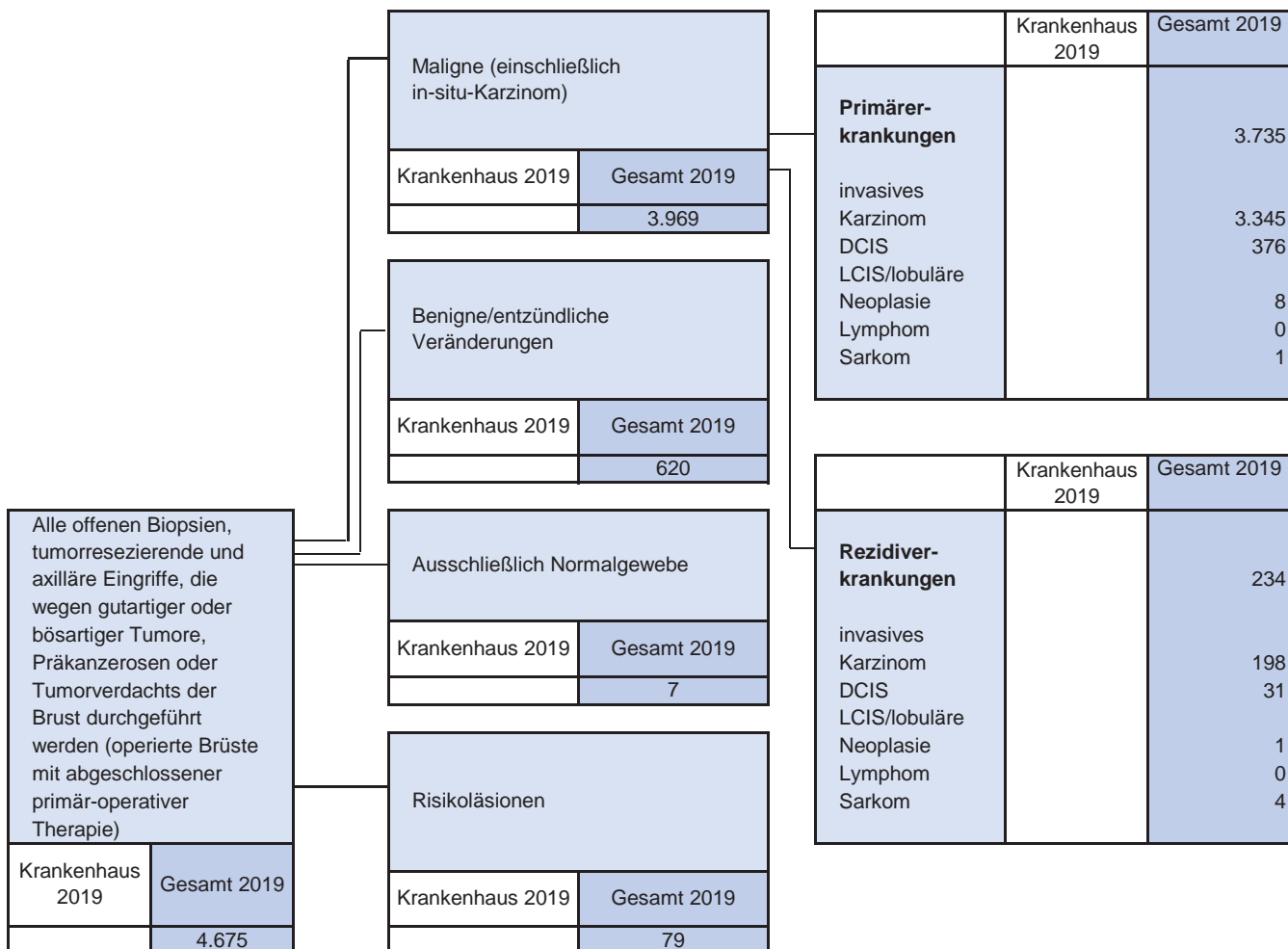
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	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			4.675 / 5.377	86,94	4.445 / 5.193	85,60
davon:						
Histologie = ausschließlich Normalgewebe			7 / 4.675	0,15	15 / 4.445	0,34
= benigne/entzündliche Veränderung			620 / 4.675	13,26	601 / 4.445	13,52
= Risikoläsion = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			79 / 4.675	1,69	73 / 4.445	1,64
			3.969 / 4.675	84,90	3.756 / 4.445	84,50

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			3.735 / 3.969	94,10	3.525 / 3.756	93,85
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			3.345 / 3.735	89,56	3.167 / 3.525	89,84
DCIS			376 / 3.735	10,07	339 / 3.525	9,62
LCIS/Lobuläre Neoplasie			8 / 3.735	0,21	11 / 3.525	0,31
Lymphom			0 / 3.735	0,00	1 / 3.525	0,03
Sarkom			1 / 3.735	0,03	5 / 3.525	0,14
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidivkrankung			234 / 3.969	5,90	231 / 3.756	6,15
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			198 / 234	84,62	201 / 231	87,01
DCIS			31 / 234	13,25	25 / 231	10,82
LCIS/Lobuläre Neoplasie			1 / 234	0,43	0 / 231	0,00
Lymphom			0 / 234	0,00	0 / 231	0,00
Sarkom			4 / 234	1,71	4 / 231	1,73

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.372	25,74	1.345	26,08
2. Quartal			1.337	25,08	1.359	26,35
3. Quartal			1.336	25,07	1.247	24,18
4. Quartal			1.285	24,11	1.206	23,39
Gesamt			5.330		5.157	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019¹

Liste der 5 häufigsten Diagnosen²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
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

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2018 und ICD-10-GM 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019¹

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				C50.4	1.440	27,02	C50.4	1.553	30,11
2				I10.00	1.364	25,59	I10.00	1.285	24,92
3				C50.8	1.280	24,02	C50.8	1.194	23,15
4				C77.3	750	14,07	C77.3	761	14,76
5				D05.1	648	12,16	Z92.6	543	10,53

¹ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patientinnen und Patienten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			37 / 5.330	0,69	20 / 5.157	0,39
20 - 29 Jahre			82 / 5.330	1,54	83 / 5.157	1,61
30 - 39 Jahre			277 / 5.330	5,20	297 / 5.157	5,76
40 - 49 Jahre			704 / 5.330	13,21	671 / 5.157	13,01
50 - 59 Jahre			1.354 / 5.330	25,40	1.292 / 5.157	25,05
60 - 69 Jahre			1.330 / 5.330	24,95	1.306 / 5.157	25,32
70 - 79 Jahre			993 / 5.330	18,63	960 / 5.157	18,62
>= 80 Jahre			553 / 5.330	10,38	528 / 5.157	10,24
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen und Patienten mit gültiger Altersangabe			5.330		5.157	
Median				61,00		61,00
Geschlecht						
männlich			49	0,92	43	0,83
weiblich			5.281	99,08	5.114	99,17
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 1)			4.032 / 5.330	75,65	3.898 / 5.157	75,59
Postoperative Verweildauer (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe ² Median			4.032	4,00	3.898	4,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe ² Median			4.032	5,00	3.898	5,00
Patientinnen und Patienten ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 1)			1.298 / 5.330	24,35	1.259 / 5.157	24,41
Postoperative Verweildauer (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe ² Median			1.298	2,00	1.259	2,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe ² Median			1.298	2,00	1.259	2,00

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

² bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen und Patienten

3. Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)

Präoperative Informationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			2.680 / 5.505	48,68	2.584 / 5.344	48,35
links			2.825 / 5.505	51,32	2.760 / 5.344	51,65
Erkrankung oder Eingriff an dieser Brust						
Primärerkrankung			5.097 / 5.505	92,59	4.916 / 5.344	91,99
lokoregionäres Rezidiv nach BET			206 / 5.505	3,74	187 / 5.344	3,50
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion			74 / 5.505	1,34	90 / 5.344	1,68
prophylaktische Mastektomie			50 / 5.505	0,91	84 / 5.344	1,57
Fernmetastase ¹			61 / 5.505	1,11	67 / 5.344	1,25
			17 / 5.505	0,31	-	-
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust			4.334 / 5.097	85,03	4.235 / 4.916	86,15
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			2.563 / 4.334	59,14	2.433 / 4.235	57,45
Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms						
ja			1.180 / 4.334	27,23	1.173 / 4.235	27,70
nein			3.089 / 4.334	71,27	2.951 / 4.235	69,68
unbekannt			65 / 4.334	1,50	111 / 4.235	2,62
Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?¹						
ja			4.779 / 5.097	93,76	-	-
nein			308 / 5.097	6,04	-	-

¹ neues Datenfeld in 2019

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			2.391 / 2.563	93,29	2.242 / 2.433	92,15
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			1.562 / 1.771	88,20	1.554 / 1.802	86,24
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			3.953 / 4.334	91,21	3.796 / 4.235	89,63
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			12 / 3.953	0,30	13 / 3.796	0,34
= benigne/entzündliche Veränderung			200 / 3.953	5,06	154 / 3.796	4,06
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			197 / 3.953	4,98	166 / 3.796	4,37
= malignitätsverdächtig			21 / 3.953	0,53	29 / 3.796	0,76
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.523 / 3.953	89,12	3.434 / 3.796	90,46

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2019)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			3.523 / 3.953	89,12	3.434 / 3.796	90,46
davon:						
invasives Karzinom			3.128 / 3.523	88,79	3.080 / 3.434	89,69
DCIS			383 / 3.523	10,87	343 / 3.434	9,99
LCIS/Lobuläre Neoplasie			8 / 3.523	0,23	7 / 3.434	0,20
Lymphom			0 / 3.523	0,00	0 / 3.434	0,00
Sarkom			1 / 3.523	0,03	3 / 3.434	0,09

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv) wenn ja:			208 / 280	74,29	179 / 277	64,62
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			2 / 208	0,96	2 / 179	1,12
= benigne/entzündliche Veränderung			5 / 208	2,40	3 / 179	1,68
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			3 / 208	1,44	3 / 179	1,68
= malignitätsverdächtig			2 / 208	0,96	6 / 179	3,35
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			196 / 208	94,23	165 / 179	92,18

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2019)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			196 / 208	94,23	165 / 179	92,18
davon:						
invasives Karzinom			161 / 196	82,14	141 / 165	85,45
DCIS			32 / 196	16,33	21 / 165	12,73
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 196	0,00	0 / 165	0,00
Lymphom			0 / 196	0,00	0 / 165	0,00
Sarkom			3 / 196	1,53	3 / 165	1,82

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			2.850 / 4.334	65,76	2.462 / 4.235	58,13
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			2.758 / 3.953	69,77	2.369 / 3.796	62,41
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			2.604 / 3.511	74,17	2.245 / 3.423	65,59
erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			762 / 4.334	17,58	772 / 4.235	18,23
erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom			753 / 3.128	24,07	729 / 3.080	23,67

4. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			5.545	1,00	5.413	1,00
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
nein			2.144 / 5.417	39,58	1.969 / 5.262	37,42
ja, durch Mammografie			3.273 / 5.417	60,42	3.293 / 5.262	62,58
ja, durch Sonografie			844 / 5.417	15,58	868 / 5.262	16,50
ja, durch MRT			1.279 / 5.417	23,61	1.075 / 5.262	20,43
			21 / 5.417	0,39	26 / 5.262	0,49
Intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie						
nein			11 / 2.144	0,51	18 / 1.969	0,91
ja, intraoperative Präparateradiografie			1.685 / 2.144	78,59	1.530 / 1.969	77,70
ja, intraoperative Präparatesonografie			448 / 2.144	20,90	421 / 1.969	21,38

OPS 2019¹

Liste der sechs häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2019

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)
4	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
5	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
6	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie

OPS 2019

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-401.11	2.199	39,66	5-401.11	1.955	36,12
2				5-870.a1	1.670	30,12	5-870.a1	1.536	28,38
3				3-760	890	16,05	5-872.1	780	14,41
4				5-872.1	751	13,54	3-760	768	14,19
5				5-870.a2	668	12,05	5-870.a2	611	11,29
6				3-100.1	641	11,56	3-100.1	523	9,66

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2018 und OPS 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv (Bezug: Eingriffe)			2.776 / 5.417	51,25	2.606 / 5.262	49,52

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

5.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			12 / 5.377	0,22	20 / 5.193	0,39
= benigne/entzündliche Veränderung			626 / 5.377	11,64	604 / 5.193	11,63
= Risikoläsion			81 / 5.377	1,51	75 / 5.193	1,44
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			4.658 / 5.377	86,63	4.494 / 5.193	86,54
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen und Fernmetastasen)			4.675 / 5.377	86,94	4.445 / 5.193	85,60
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			407 / 702	57,98	349 / 748	46,66
Empfehlung zur Mastektomie			88 / 702	12,54	109 / 748	14,57
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			33 / 702	4,70	36 / 748	4,81
Empfehlung zur Axilladissektion			25 / 702	3,56	40 / 748	5,35
Empfehlung zur BET			71 / 702	10,11	104 / 748	13,90
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			78 / 702	11,11	110 / 748	14,71

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen und Patienten ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.492 / 5.505	45,27	2.385 / 5.344	44,63
davon						
pT0			1 / 2.492	0,04	2 / 2.385	0,08
pTis			8 / 2.492	0,32	8 / 2.385	0,34
pT1 (<= 2 cm) ²			0 / 2.492	0,00	-	-
pT1mic (Mikroinvasion)			19 / 2.492	0,76	19 / 2.385	0,80
pT1a (<= 5 mm)			102 / 2.492	4,09	107 / 2.385	4,49
pT1b (<= 10 mm)			349 / 2.492	14,00	346 / 2.385	14,51
pT1c (<= 20 mm)			912 / 2.492	36,60	867 / 2.385	36,35
pT2 (> 2 bis 5 cm)			904 / 2.492	36,28	815 / 2.385	34,17
pT3 (> 5 cm)			98 / 2.492	3,93	120 / 2.385	5,03
pT4 (Brustwand/Haut)			93 / 2.492	3,73	96 / 2.385	4,03
davon						
pT4a (Brustwand)			2 / 93	2,15	4 / 96	4,17
pT4b (Ödem)			84 / 93	90,32	87 / 96	90,63
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 93	0,00	3 / 96	3,13
pT4d (inflammatorisch)			7 / 93	7,53	2 / 96	2,08
pTX			6 / 2.492	0,24	5 / 2.385	0,21

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.

² neuer Schlüsselwert in 2019

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen und Patienten mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			853 / 5.505	15,50	782 / 5.344	14,63
davon						
ypT0			293 / 853	34,35	277 / 782	35,42
ypTis			47 / 853	5,51	43 / 782	5,50
ypT1 (<= 2 cm) ²			0 / 853	0,00	-	-
ypT1mic (Mikroinvasion)			15 / 853	1,76	17 / 782	2,17
ypT1a (<= 5 mm)			68 / 853	7,97	68 / 782	8,70
ypT1b (<= 10 mm)			99 / 853	11,61	86 / 782	11,00
ypT1c (<= 20 mm)			160 / 853	18,76	147 / 782	18,80
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			118 / 853	13,83	96 / 782	12,28
ypT3 (> 5 cm)			31 / 853	3,63	20 / 782	2,56
ypT4 (Brustwand/Haut)			20 / 853	2,34	27 / 782	3,45
davon						
ypT4a (Brustwand)			1 / 20	5,00	1 / 27	3,70
ypT4b (Ödem)			15 / 20	75,00	23 / 27	85,19
ypT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 20	5,00	0 / 27	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			3 / 20	15,00	3 / 27	11,11
ypTX			2 / 853	0,23	1 / 782	0,13

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.

² neuer Schlüsselwert in 2019

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen und Patienten ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.556 / 5.505	46,43	2.510 / 5.344	46,97
davon						
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.734 / 2.556	67,84	1.673 / 2.510	66,65
pN0(sn)			1.660 / 1.734	95,73	1.594 / 1.673	95,28
pN0			74 / 1.734	4,27	79 / 1.673	4,72
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			517 / 2.556	20,23	527 / 2.510	21,00
pN1mi			6 / 517	1,16	9 / 527	1,71
pN1mi(sn)			65 / 517	12,57	79 / 527	14,99
pN1a			151 / 517	29,21	198 / 527	37,57
pN1a(sn)			257 / 517	49,71	209 / 527	39,66
pN1b			0 / 517	0,00	1 / 527	0,19
pN1c			4 / 517	0,77	5 / 527	0,95
pN1(sn)			34 / 517	6,58	26 / 527	4,93
pN2			121 / 2.556	4,73	106 / 2.510	4,22
pN2a			109 / 121	90,08	98 / 106	92,45
pN2a(sn)			11 / 121	9,09	7 / 106	6,60
pN2b			1 / 121	0,83	1 / 106	0,94
pN3			59 / 2.556	2,31	69 / 2.510	2,75
pN3a			57 / 59	96,61	67 / 69	97,10
pN3b			0 / 59	0,00	0 / 69	0,00
pN3c			2 / 59	3,39	2 / 69	2,90
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			125 / 2.556	4,89	135 / 2.510	5,38

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 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen und Patienten mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			789 / 5.505	14,33	657 / 5.344	12,29
davon						
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			545 / 789	69,07	443 / 657	67,43
ypN0(sn)			429 / 545	78,72	305 / 443	68,85
ypN0			116 / 545	21,28	138 / 443	31,15
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			143 / 789	18,12	133 / 657	20,24
ypN1mi			9 / 143	6,29	9 / 133	6,77
ypN1mi(sn)			12 / 143	8,39	14 / 133	10,53
ypN1a			69 / 143	48,25	84 / 133	63,16
ypN1a(sn)			49 / 143	34,27	22 / 133	16,54
ypN1b			0 / 143	0,00	0 / 133	0,00
ypN1c			1 / 143	0,70	0 / 133	0,00
ypN1(sn)			3 / 143	2,10	4 / 133	3,01
ypN2			47 / 789	5,96	47 / 657	7,15
ypN2a			44 / 47	93,62	45 / 47	95,74
ypN2a(sn)			3 / 47	6,38	2 / 47	4,26
ypN2b			0 / 47	0,00	0 / 47	0,00
ypN3			20 / 789	2,53	14 / 657	2,13
ypN3a			20 / 20	100,00	14 / 14	100,00
ypN3b			0 / 20	0,00	0 / 14	0,00
ypN3c			0 / 20	0,00	0 / 14	0,00
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			34 / 789	4,31	20 / 657	3,04

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 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			3.333		3.162	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			619	18,57	575	18,18
mäßig differenziert			1.787	53,62	1.676	53,00
schlecht differenziert			815	24,45	808	25,55
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			112	3,36	103	3,26
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			543	16,29	528	16,70
positiv			2.784	83,53	2.628	83,11
unbekannt			6	0,18	6	0,19
HER2-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			2.881	86,44	2.705	85,55
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			428	12,84	437	13,82
zweifelhaft/Borderline-Kategorie ¹			9	0,27	-	-
unbekannt			15	0,45	20	0,63
histologisch gesicherte Multizentrität			430 / 3.333	12,90	410 / 3.162	12,97

¹ neuer Schlüsselwert in 2019

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			3.333		3.162	
davon:						
R0-Resektion						
nein			76	2,28	118	3,73
ja			3.149	94,48	2.955	93,45
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			210	9,53	126	6,34
>= 1 mm bis < 2 mm			338	15,34	406	20,44
>= 2 mm			1.613	73,22	1.429	71,95
es liegen keine Angaben vor			42	1,91	25	1,26
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen (an dieser Brust insgesamt für die Patientin)						
keine Nachoperation R0 mit Ersteingriff erlangt			2.723	86,47	2.567	86,87
1			382	12,13	348	11,78
2			41	1,30	30	1,02
>=3			3	0,10	10	0,34
wenn Anzahl der Nachoperationen >=1						
Wieviele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?¹						
R0 nicht mit Erstoperation erlangt. 1 Nachoperation			384	90,14	-	-
2 Nachoperationen			39	9,15	-	-
>= 3 Nachoperationen			3	0,70	-	-
es liegen keine Angaben vor			2	0,06	5	0,16
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			106	3,18	84	2,66

¹ neues Datenfeld in 2019

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			903	27,00	921	29,08
ja			2.324	69,48	2.132	67,32
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			110	3,29	112	3,54
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			8	0,24	2	0,06
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			2.359	70,52	2.097	66,21
ja, einzelne Lymphknoten			476	14,23	442	13,96
ja, Axilladissektion			510	15,25	628	19,83
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2.737	81,82	2.525	79,73
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			523	15,64	577	18,22

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			3.285 / 3.301	99,52	3.087 / 3.111	99,23

**Entlassung
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.860	56,35	1.643	52,81
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1.407	42,62	1.431	46,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	1	0,03
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,09	2	0,06
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			4	0,12	2	0,06
07: Tod			6	0,18	3	0,10
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,03	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			8	0,24	14	0,45
11: in Hospiz			1	0,03	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	1	0,03
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			7	0,21	9	0,29
15: gegen ärztlichen Rat			4	0,12	4	0,13
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	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:

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
5.3 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			189		180	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			23	12,17	15	8,33
mäßig differenziert			94	49,74	76	42,22
schlecht differenziert			68	35,98	83	46,11
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			4	2,12	6	3,33
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			53	28,04	56	31,11
positiv			133	70,37	120	66,67
unbekannt			3	1,59	4	2,22
HER2-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			150	79,37	140	77,78
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			37	19,58	33	18,33
zweifelhaft/Borderline-Kategorie ²			0	0,00	-	-
unbekannt			2	1,06	7	3,89

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

² neuer Schlüsselwert in 2019

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			148		124	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			114	77,03	73	58,87
ja			29	19,59	45	36,29
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			4	2,70	3	2,42
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	0,68	3	2,42

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			195 / 197	98,98	198 / 199	99,50

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			104	52,79	124	62,31
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			90	45,69	71	35,68
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	4	2,01
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			3	1,52	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
5.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			372	98,94	333	98,23
davon						
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			318 / 372	85,48	264 / 333	79,28
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			46 / 372	12,37	55 / 333	16,52
pN0(sn)			34 / 46	73,91	46 / 55	83,64
pN0			12 / 46	26,09	9 / 55	16,36
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			2 / 372	0,54	2 / 333	0,60
pN1mi			0 / 2	0,00	0 / 2	0,00
pN1mi(sn)			0 / 2	0,00	0 / 2	0,00
pN1a			1 / 2	50,00	1 / 2	50,00
pN1a(sn)			0 / 2	0,00	1 / 2	50,00
pN1b			0 / 2	0,00	0 / 2	0,00
pN1c			0 / 2	0,00	0 / 2	0,00
pN1(sn)			1 / 2	50,00	0 / 2	0,00
pN2			0 / 372	0,00	1 / 333	0,30
pN2a			0 / 0		1 / 1	100,00
pN2a(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
pN2b			0 / 0		0 / 1	0,00
pN3			0 / 372	0,00	0 / 333	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 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			1 / 372	0,27	2 / 333	0,60
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			4 / 372	1,08	9 / 333	2,70
ypN0(sn)			2 / 4	50,00	4 / 9	44,44
ypN0			2 / 4	50,00	5 / 9	55,56
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			0 / 372	0,00	0 / 333	0,00
ypN1mi			0 / 0		0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN1a			0 / 0		0 / 0	
ypN1a(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN1b			0 / 0		0 / 0	
ypN1c			0 / 0		0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2			0 / 372	0,00	0 / 333	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			1 / 372	0,27	0 / 333	0,00
ypN3a			1 / 1	100,00	0 / 0	
ypN3b			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN3c			0 / 1	0,00	0 / 0	

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grading						
G1 = Grad 1 (low grade)			56	14,89	47	13,86
G2 = Grad 2 (intermediate grade)			167	44,41	120	35,40
G3 = Grad 3 (high grade)			95	25,27	119	35,10
GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)			54	14,36	47	13,86
Gesamttumorggröße						
Anzahl der gültigen Angaben			376		339	
Median				17,00		16,00
Anteil <= 10 mm (%)			117 / 376	31,12	108 / 339	31,86
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			94 / 376	25,00	90 / 339	26,55
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			65 / 376	17,29	43 / 339	12,68
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			25 / 376	6,65	31 / 339	9,14
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			25 / 376	6,65	20 / 339	5,90
Anteil > 50 mm (%)			46 / 376	12,23	41 / 339	12,09

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			22 / 376	5,85	11 / 339	3,24
R0-Resektion						
nein			9	2,39	12	3,54
ja			361	96,01	318	93,81
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			29	10,00	17	6,91
>= 1 mm bis > 2 mm			40	13,79	42	17,07
>= 2 mm			216	74,48	184	74,80
es liegen keine Angaben vor			5	1,72	3	1,22
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen (an dieser Brust insgesamt für die Patientin)						
keine Nachoperation R0 mit Ersteingriff erlangt			247	68,42	213	66,98
1			95	26,32	83	26,10
2			17	4,71	21	6,60
>=3			2	0,55	1	0,31
wenn Anzahl der Nachoperationen >= 1						
Wieviele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt? ¹						
R0 nicht mit Erstoperation erlangt. 1 Nachoperation			95	83,33	-	-
2 Nachoperationen			17	14,91	-	-
>= 3 Nachoperationen			2	1,75	-	-
es liegen keine Angaben vor			1	0,27	1	0,29
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			1	0,27	2	0,59

¹ neues Datenfeld in 2019

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			63	16,76	65	19,17
ja			298	79,26	259	76,40
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			10	2,66	9	2,65
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	0,27	0	0,00
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			10	2,66	16	4,72
ja, Axilladissektion			2	0,53	6	1,77
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			40	10,64	57	16,81
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			7	1,86	13	3,83
ja, Axilladissektion			0	0,00	3	0,88

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			368 / 373	98,66	329 / 336	97,92

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			207	55,50	180	53,57
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			165	44,24	155	46,13
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			1	0,27	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	1	0,30
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)

5.5 DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grading						
G1 = Grad 1 (low grade)			2	6,45	3	12,00
G2 = Grad 2 (intermediate grade)			9	29,03	10	40,00
G3 = Grad 3 (high grade)			12	38,71	7	28,00
GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)			4	12,90	3	12,00
Gesamttumorggröße						
Anzahl der gültigen Angaben			31		25	
Median				15,00		18,00
Anteil <= 10 mm (%)			9 / 31	29,03	4 / 25	16,00
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			10 / 31	32,26	11 / 25	44,00
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			5 / 31	16,13	1 / 25	4,00
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			1 / 31	3,23	3 / 25	12,00
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			0 / 31	0,00	2 / 25	8,00
Anteil > 50 mm (%)			2 / 31	6,45	2 / 25	8,00

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			25		23	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			11	35,48	14	56,00
ja			10	32,26	8	32,00
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			2	6,45	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			31 / 31	100,00	25 / 25	100,00

**Entlassung
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			15	48,39	14	56,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			15	48,39	11	44,00
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			1	3,23	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 5.6 LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidivkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			8 / 9	88,89	11 / 11	100,00

Entlassung LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5	55,56	5	45,45
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			4	44,44	5	45,45
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	9,09
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1	100,00	5	100,00
davon						
pT0			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
pTis			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
pT1 (<= 2 cm) ²			0 / 1	0,00	-	-
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
pT1a (<= 5 mm)			0 / 1	0,00	1 / 5	20,00
pT1b (<= 10 mm)			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
pT1c (<= 20 mm)			0 / 1	0,00	1 / 5	20,00
pT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 1	0,00	1 / 5	20,00
pT3 (> 5 cm)			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
pT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
pTX			1 / 1	100,00	2 / 5	40,00
ypT0			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
ypTis			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
ypT1 (<= 2 cm) ²			0 / 1	0,00	-	-
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 1	0,00	0 / 5	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 1	0,00	0 / 5	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 / 1	0,00	0 / 5	0,00

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

² neuer Schlüsselwert in 2019

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			5 / 5	100,00	9 / 9	100,00

Entlassung
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			4	80,00	4	44,44
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	20,00	5	55,56
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

5.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			0 / 0		1 / 1	100,00

Entlassung

Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	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 und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			497	72,77	493	74,36
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			182	26,65	166	25,04
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,44	1	0,15
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	1	0,15
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	1	0,15
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	0,15
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,15	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		

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Im ersten Teil befindet sich die Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlauben.

Der zweite Teil besteht aus einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten abbildet.

Eine kurze Zusammenfassung über die wesentlichen Ergebnisse des ersten Berichtsteils bieten die Übersichtsseiten am Anfang dieser Jahresauswertung. Die Angabe der Seitenzahl weist darauf hin, auf welcher Seite des Berichtes das entsprechende Ergebnis zum Qualitätsindikator oder zur Kennzahl bzw. dem Auffälligkeitskriterium zu finden ist.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausführlich dargestellt. Im Titel wird zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl ausgewiesen. Anschließend werden das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit beschrieben. Darauf folgt unter „Art des Wertes“ die Information, ob es sich um einen Qualitätsindikator oder eine verbindliche Kennzahl handelt. Die Indikator-ID/Kennzahl-ID setzt sich aus Auswertungs(Spezifikations-)jahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer, analog zur Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB), zusammen. Damit sind alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern für einen Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 3), wird dieser hier aufgeführt. Bei verbindlichen Kennzahlen entfällt dieser Punkt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

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

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 5) erfolgt für alle in der QIDB ausgewiesenen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter www.iqtig.org.

Im Anschluss an die Darstellung der Qualitätsindikatoren und verbindlichen Kennzahlen erfolgt der Ausweis der Auffälligkeitskriterien. Aufbau und Merkmale der Ergebnisdarstellung sind im Wesentlichen mit der vorstehenden Beschreibung zu den Qualitätsindikatoren identisch. Die ID wird hier lediglich als „AK-ID“ ausgewiesen. Des Weiteren wird vor der Bezeichnung des Kriteriums der Begriff „Auffälligkeitskriterium“ vorangestellt.

Auf welche Qualitätsindikatoren/Kennzahlen sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, wird gesondert ausgewiesen.

2. 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)

3. Referenzbereiche

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

Für Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich Referenzbereiche definiert. Ist dies in seltenen Fällen (z. B. bei einem Indikator in der Erprobung) nicht der Fall, wird anstelle des Referenzbereichs 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“.

3.1 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 2019.

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.

3.2 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.

4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 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 © 2020. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2018 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2019 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch 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 Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

Bei den Auffälligkeitskriterien ist die in der QIDB ausgewiesene Anzahl der Fälle im Merkmal oder in der Grundgesamtheit bei der grafischen Darstellung relevant.

Sofern für einen Qualitätsindikator in der QIDB ein Referenzbereich definiert ist, wird dieser in den Benchmarkdiagrammen nur für Krankenhausergebnisse abgebildet, deren Ergebnis außerhalb dieses Referenzbereiches liegt.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind, was an der Verteilung der zugrundeliegenden Anzahl und Ergebnisse der Krankenhäuser für die grafische Darstellung liegt. Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

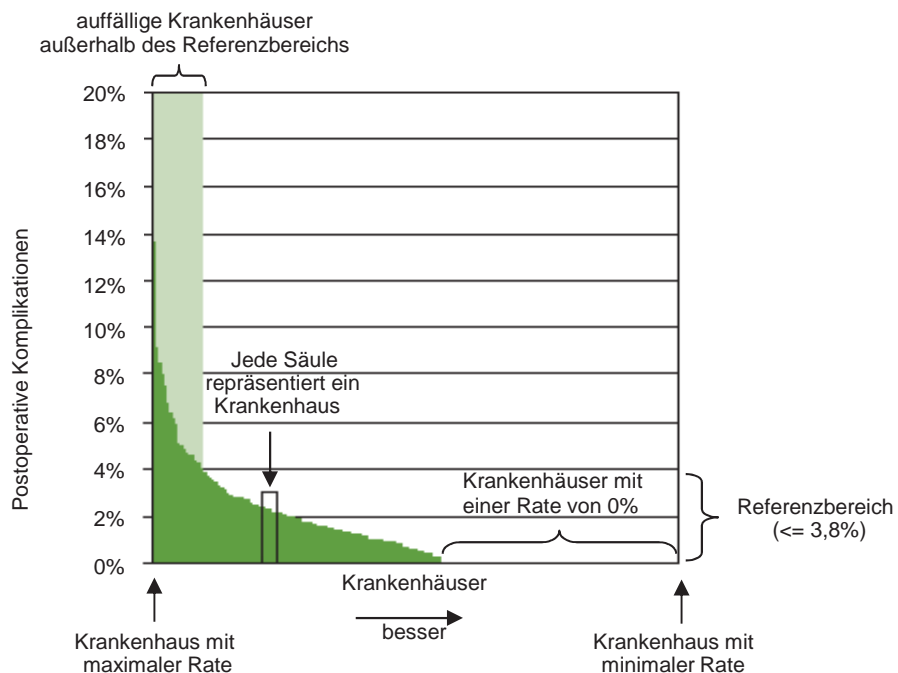
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert 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



5.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankenhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte 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.

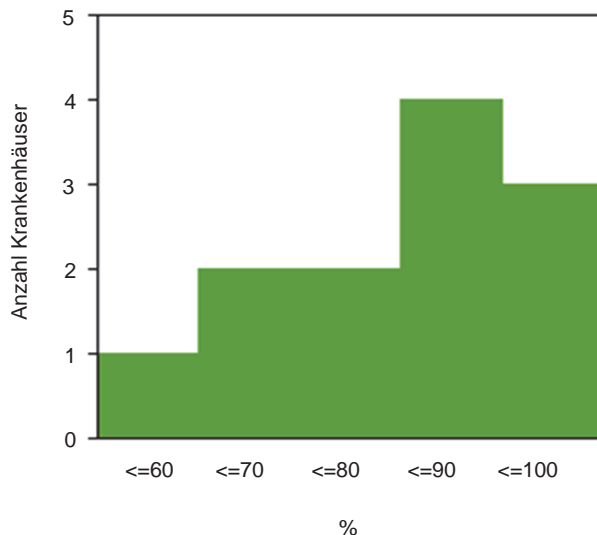
Beispiel:

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 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)

6. 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.

In der Basisauswertung und Leseanleitung werden noch nicht an allen Stellen geschlechtergerechte Formulierungen verwendet. Die angeführten Personenbezeichnungen gelten ggf. für alle Geschlechter.

7. Sonstiges

7.1 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.

7.2 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.

7.3 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.

7.4 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).

AK-ID

Die AK-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Auffälligkeitskriteriums. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Auffälligkeitskriterium

Auffälligkeitskriterien sind Kriterien der Statistischen Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung), die im Rahmen der Datenvalidierung bundeseitig festgelegt und jährlich geprüft werden.

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 2019/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2019. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Kennzahl-ID

Die Kennzahl-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer verbindlichen Kennzahl. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

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/Gruppe

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 und/oder Kennzahlen zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Gruppen 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 Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Verbindliche Kennzahlen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.06.2018 ein Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen beschlossen. Das Konzept sieht ab dem Auswertungsjahr 2018 auch den Ausweis von berichts- und veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen vor, die sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche unterscheiden. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

- kalkulatorische Kennzahlen (KKez),
- Transparenzkennzahlen (TKez),
- ergänzende Kennzahlen(EKez) und
- verfahrensspezifische Kennzahlen (Vkez).

Diese Kennzahlen werden zusammen mit den Qualitätsindikatoren und den Auffälligkeitskriterien jährlich in der Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB) des IQTIG spezifiziert.

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TK“ bzw. „KK“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen. Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

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.