

Jahresauswertung 2020 Mammachirurgie

18/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 46
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.054
Datensatzversion: 18/1 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18601-L119495-P55655

Jahresauswertung 2020 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 46
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.054
Datensatzversion: 18/1 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18601-L119495-P55655

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/18n1-MAMMA/51846							
QI: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung³							
			97,15%	>= 95,00%	innerhalb	97,47%	9
Gruppe: HER2-Positivitätsrate³							
2020/18n1-MAMMA/52268							
QI: HER2-Positivitätsrate			13,30%	nicht definiert	-	12,94%	11
2020/18n1-MAMMA/52267							
QI: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate			1,00	>= 0,48	innerhalb	1,01	13
2020/18n1-MAMMA/52278							
QI: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate			1,00	<= 1,70	innerhalb	1,01	16

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. 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 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden³							
2020/18n1-MAMMA/212000							
QI: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk			80,68%	nicht definiert	-	-	19
2020/18n1-MAMMA/212001							
QI: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk			64,68%	nicht definiert	-	-	21
2020/18n1-MAMMA/50719							
QI: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie ³			4,51%	<= 5,13%	innerhalb	2,75%	17
2020/18n1-MAMMA/51847							
QI: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie ³			97,17%	>= 90,00%	innerhalb	97,08%	23
2020/18n1-MAMMA/51370							
QI: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation ³			2,59%	<= 11,67%	innerhalb	2,16%	25

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. 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 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/18n1-MAMMA/60659 QI: Nachresektionsrate³			13,23%	<= 23,01%	innerhalb	13,52%	30
2020/18n1-MAMMA/211800 QI: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS³			99,30%	>= 97,04%	innerhalb	99,43%	32

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2020. 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 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/18n1-MAMMA/850363 Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“ ³			0,44%	<= 1,61%	innerhalb	0,45%	34
2020/18n1-MAMMA/850364 Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ ³			0,13%	<= 0,84%	innerhalb	0,06%	36
2020/18n1-MAMMA/813068 Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde³			15,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	28,00 Fälle	38
2020/18n1-MAMMA/850372 Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptor- status = unbekannt“ ³			0,09%	<= 0,91%	-	0,18%	40

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 2020. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

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 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2020/18n1-MAMMA/852000 Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund							
			0,39%	<= 25,08%	innerhalb	1,30%	42

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 2020. 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 2020 wurden kalkulatorische Kennzahlen, Transparenzkennzahlen und ergänzende Kennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“, „TKez“ oder „EKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“, „TKez“ oder „EKez“ 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 Qualitätsindikatoren (Indikator-IDs) sind hiervon betroffen:

Leistungsbereich 15/1: 10211, 12874, 51906
sowie die ergänzenden Kennzahlen 172000_10211 und 172001_10211

Leistungsbereich 16/1: 318, 330, 1058, 50045, 51803
sowie die ergänzenden Kennzahlen 51808_51803, 51813_51803, 51818_51803, 51823_51803

Leistungsbereich 18/1: 2163, 52330, 52279
sowie die ergänzende Kennzahl 212002_52279

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen kann es zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien des Erfassungsjahres 2020 mit den Vorjahresergebnissen kommen.

Weitere Informationen dazu finden Sie in den Beschreibungen der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL auf der Homepage des IQTIG.

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:	2020/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,00%

	Krankenhaus 2020	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich		
	>= 95,00%	

	Gesamt 2020	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	3.408 / 3.508 97,15%	295 / 509 57,96%
	96,54% - 97,65%	
	>= 95,00%	

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2019	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

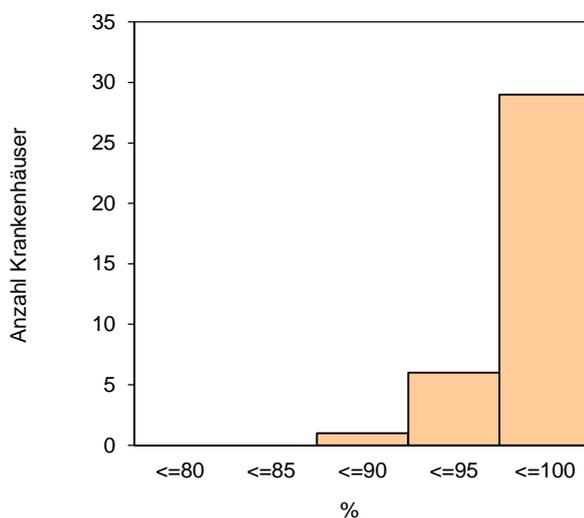
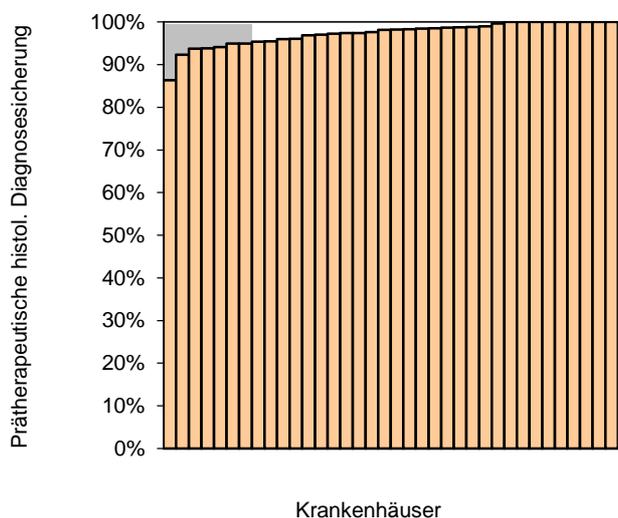
Vorjahresdaten¹	Gesamt 2019	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	3.550 / 3.642 97,47%	374 / 660 56,67%
	96,91% - 97,94%	

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2020/18n1-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:

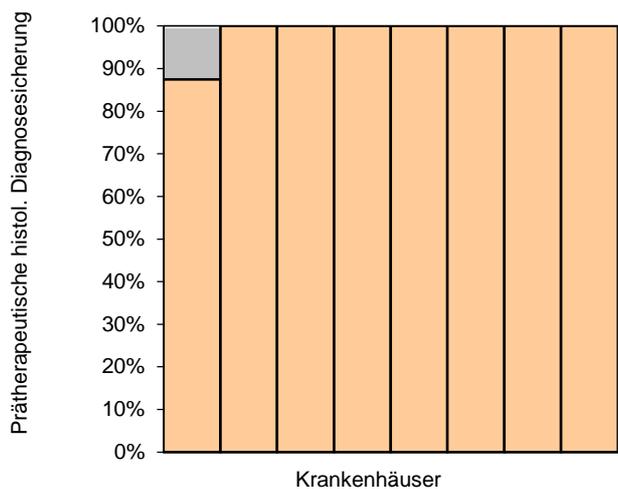
36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,33	92,31	93,84	95,73	98,19	99,84	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,50			100,00	100,00	100,00			100,00

2 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: 2020/18n1-MAMMA/52268

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status			422 / 3.173	13,30%
Vertrauensbereich				12,16% - 14,53%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status			428 / 3.308	12,94%
Vertrauensbereich				11,84% - 14,13%

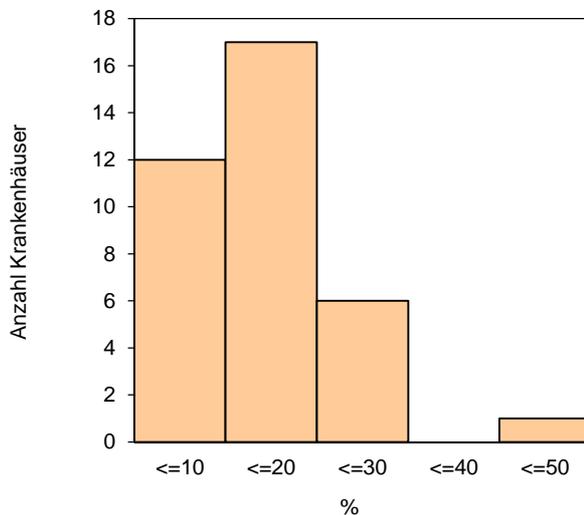
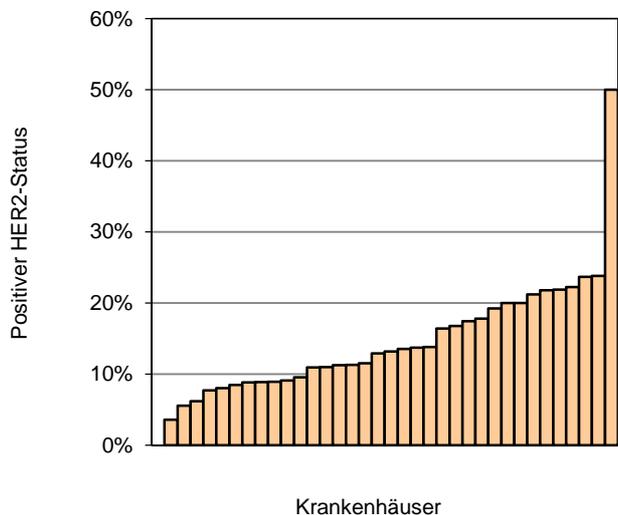
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2020/18n1-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:

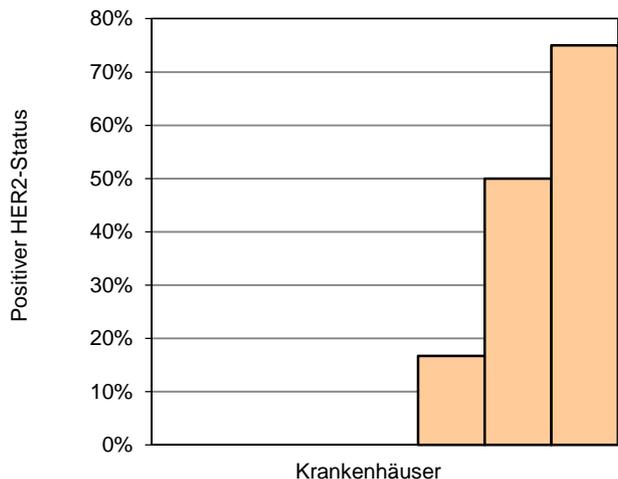
36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	3,57	6,17	8,89	13,02	19,62	22,22	23,81	50,00

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
	0,00			0,00	0,00	50,00			75,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

HER2-positive Befunde: 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: 2020/18n1-MAMMA/52267

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

Referenzbereich: $\geq 0,48$ (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O) ²		421 / 3.170 13,28%
vorhergesagt (E) ³		421,88 / 3.170 13,31%
O - E		-0,03%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
O/E ⁴		1,00
Vertrauensbereich		0,91 - 1,09
Referenzbereich	$\geq 0,48$	$\geq 0,48$

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 2019	Gesamt 2019
beobachtet (O) ²		427 / 3.304 12,92%
vorhergesagt (E) ³		422,51 / 3.304 12,79%
O - E		0,14%
O/E ⁴ Vertrauensbereich	█	1,01 0,92 - 1,10

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

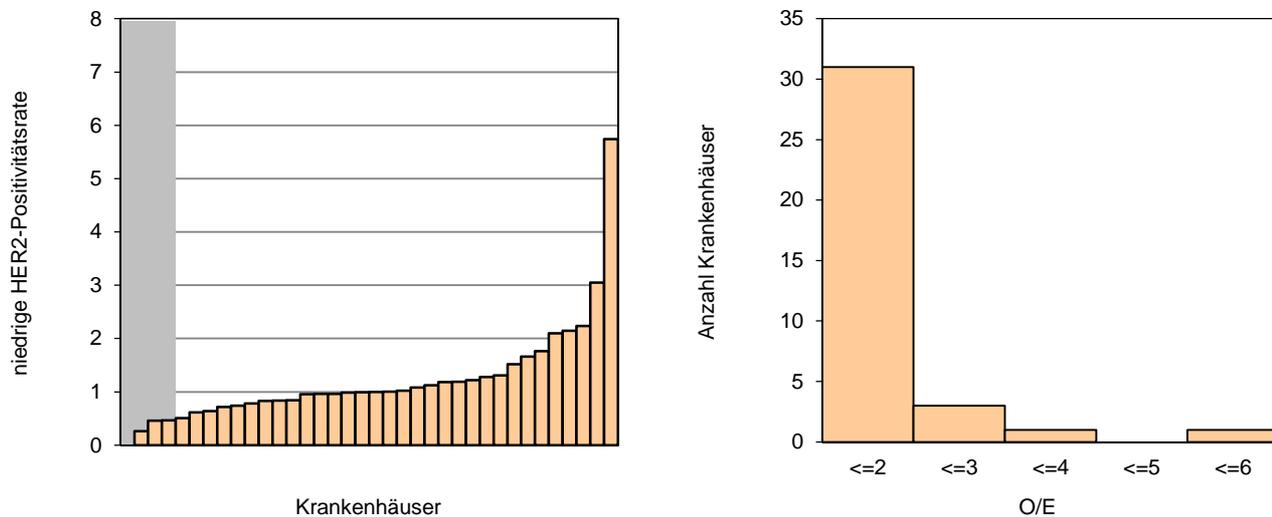
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

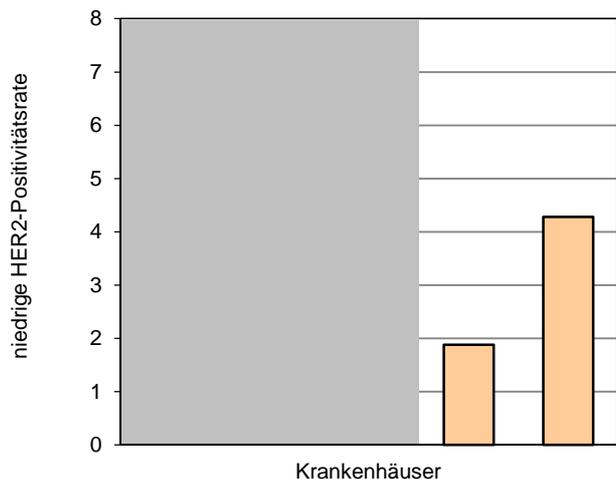
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/52267]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen
 Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 36 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	0,26	0,46	0,76	1,00	1,29	2,14	3,05	5,74

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	1,88			4,28

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

HER2-positive Befunde: 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: 2020/18n1-MAMMA/52278

Methode der Risikoadjustierung: Logistische Regression

Referenzbereich: <= 1,70 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O) ²		421 / 3.170 13,28%
vorhergesagt (E) ³		421,88 / 3.170 13,31%
O - E		-0,03%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
O/E ⁴		1,00
Vertrauensbereich		0,91 - 1,09
Referenzbereich	<= 1,70	<= 1,70

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 2019	Gesamt 2019
beobachtet (O) ²		427 / 3.304 12,92%
vorhergesagt (E) ³		422,51 / 3.304 12,79%
O - E		0,14%
O/E ⁴ Vertrauensbereich	█	1,01 0,92 - 1,10

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

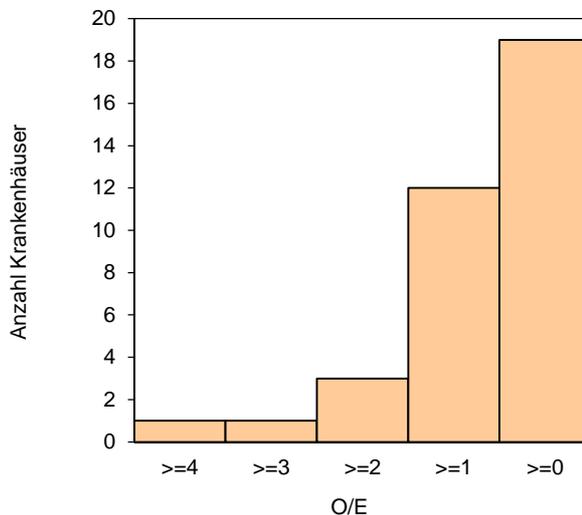
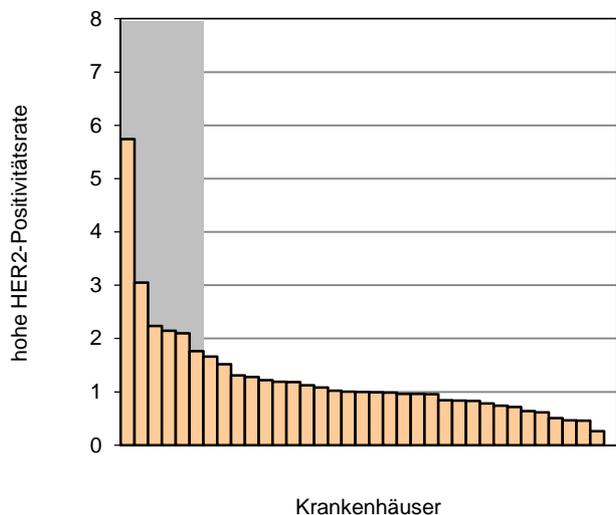
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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.

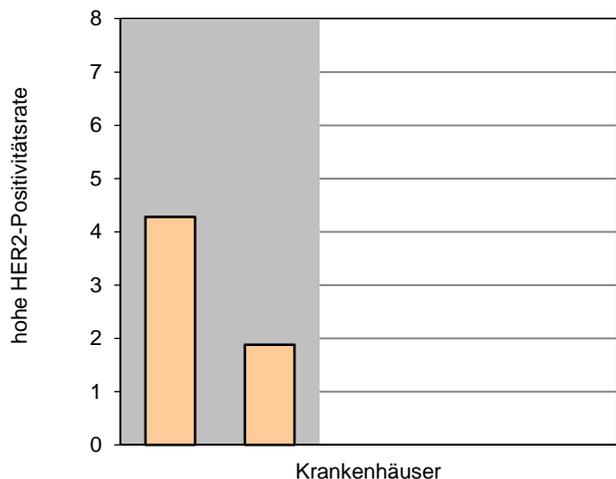
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2c, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/52278]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen
 Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 36 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	0,26	0,46	0,76	1,00	1,29	2,14	3,05	5,74

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	1,88			4,28

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden

Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff

Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk

Grundgesamtheit: Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor und Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2020/18n1-MAMMA/212000

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT Vertrauensbereich Referenzbereich			401 / 497	80,68% 76,98% - 83,91%
		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT Vertrauensbereich	-	-	-	-

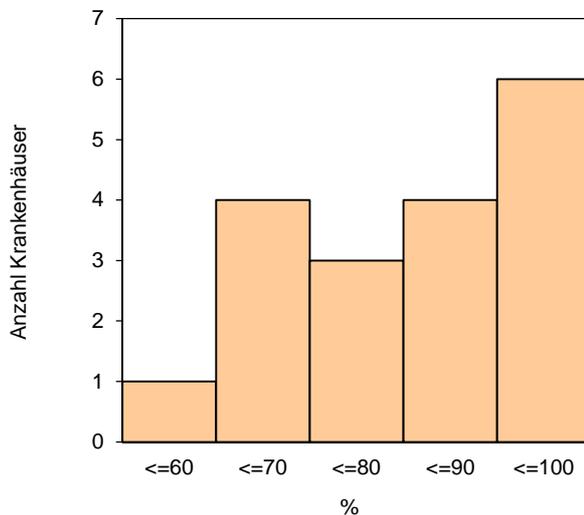
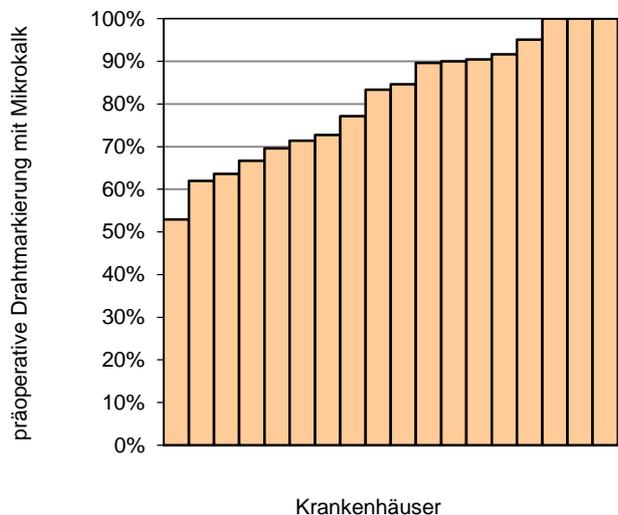
¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2020 ist eine Berechnung der Vorjahreswerte nicht möglich.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/212000]:

Anteil von Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT an Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor und Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

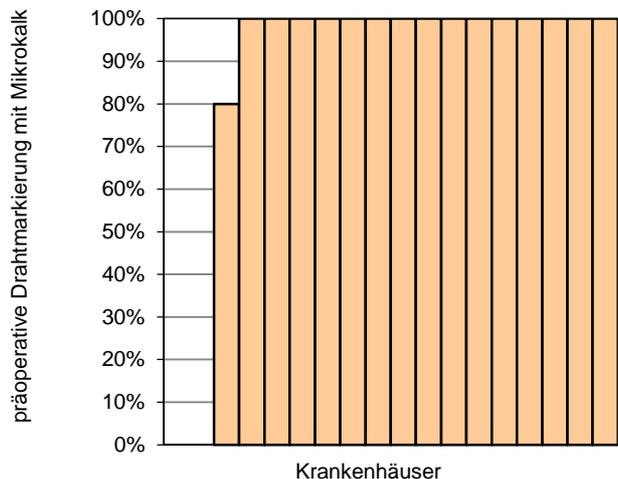
18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	52,94		62,00	69,57	83,97	91,67	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk

Grundgesamtheit: Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor ohne Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2020/18n1-MAMMA/212001

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

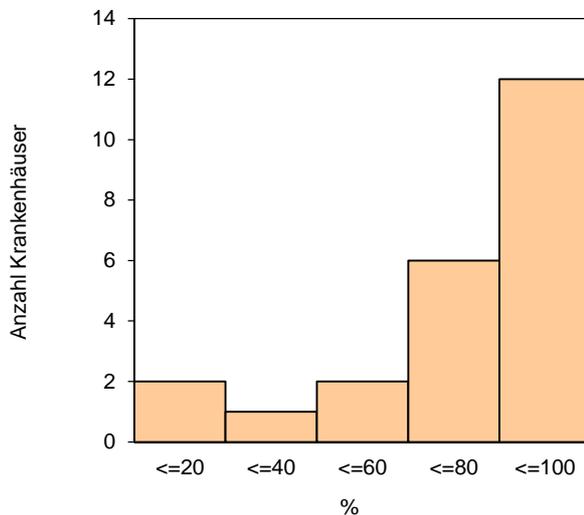
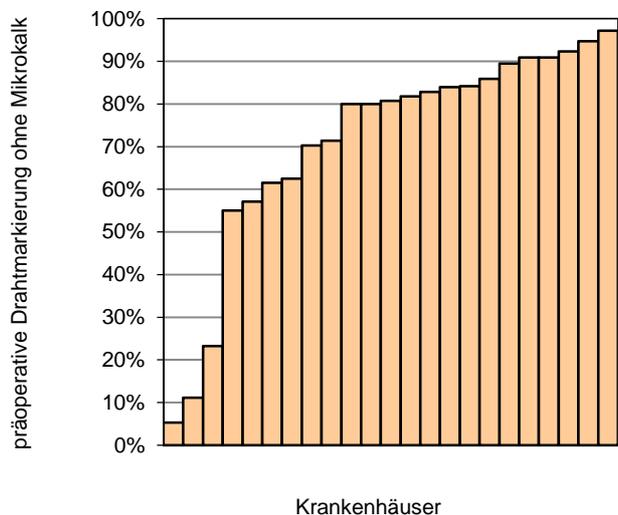
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT Vertrauensbereich Referenzbereich			650 / 1.005	64,68%
		nicht definiert		61,67% - 67,57% nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT Vertrauensbereich	-	-	-	-

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2020 ist eine Berechnung der Vorjahreswerte nicht möglich.

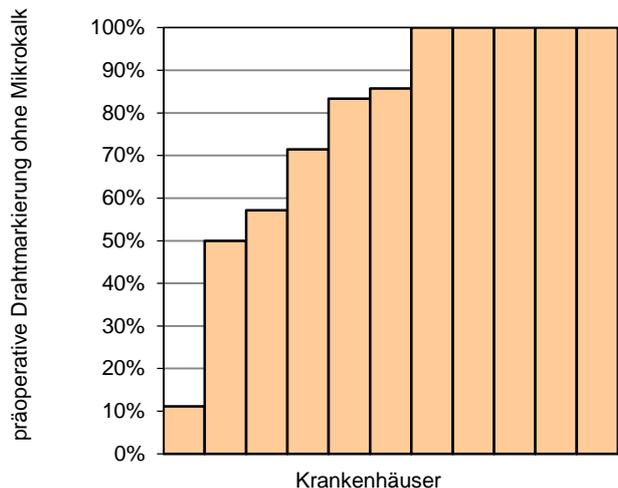
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/212001]:
 Anteil von Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT an Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor ohne Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,26	11,11	23,26	61,54	80,77	89,47	92,31	94,74	97,22

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,11		50,00	57,14	85,71	100,00	100,00		100,00

12 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: 2020/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 5,13% (80%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme			11 / 244	4,51%
Vertrauensbereich				2,54% - 7,89%
Referenzbereich		<= 5,13%		<= 5,13%
Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			2 / 244	0,82%
Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB			6 / 244	2,46%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme			8 / 291	2,75%
Vertrauensbereich				1,40% - 5,33%

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

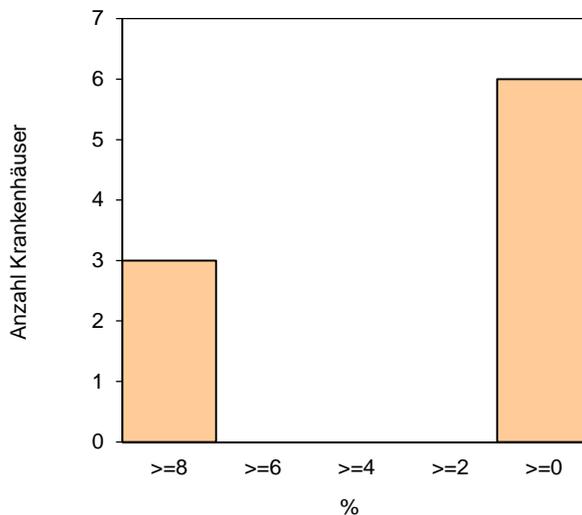
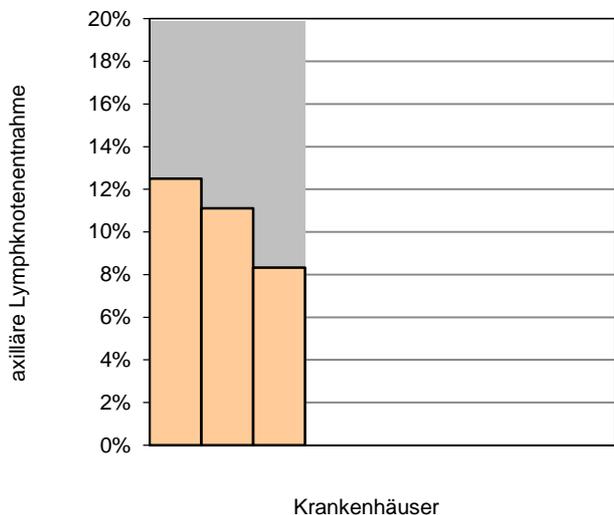
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2020/18n1-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:

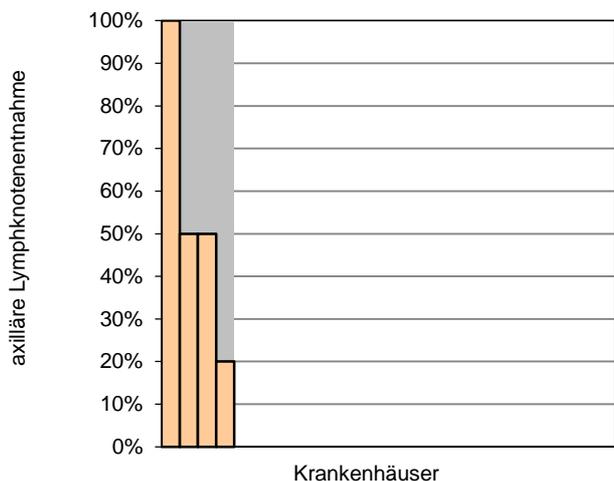
9 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	8,33			12,50

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

25 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	50,00	50,00	100,00

12 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:	2020/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00%	

	Krankenhaus 2020			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich Referenzbereich				
	= 90,00%			

	Gesamt 2020			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich Referenzbereich	1.546 / 1.591 97,17%	1.049 / 1.070 98,04%	455 / 471 96,60%	42 / 50 84,00%
	96,24% - 97,88%			
	= 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 2019			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

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

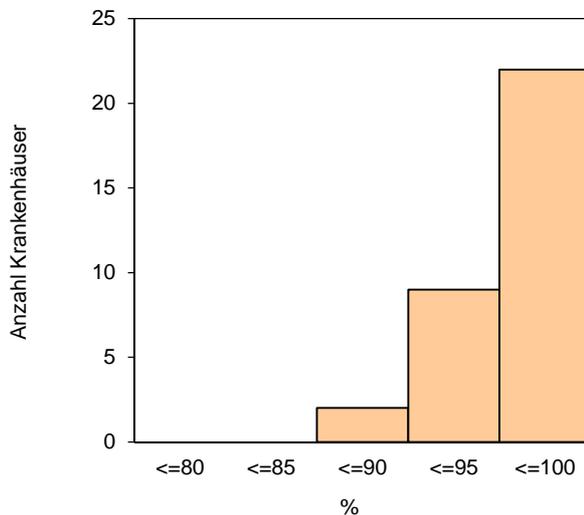
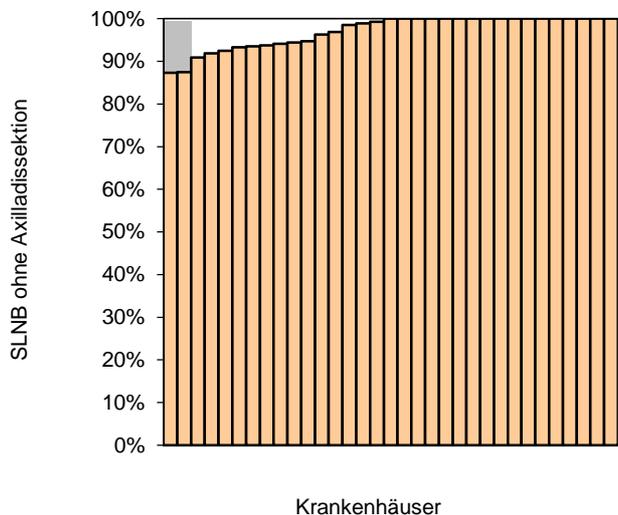
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2020/18n1-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:

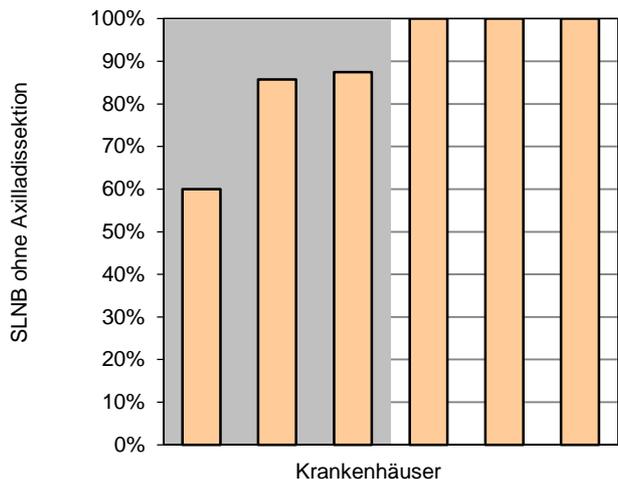
33 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,30	87,50	91,89	94,12	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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
	60,00			85,71	93,75	100,00			100,00

7 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: 2020/18n1-MAMMA/51370

Referenzbereich: <= 11,67% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			66 / 2.544	2,59%
Vertrauensbereich				2,04% - 3,29%
Referenzbereich		<= 11,67%		<= 11,67%
>= 7 Tage bis < 14 Tage			484 / 2.544	19,03%
>= 14 Tage bis < 21 Tage			694 / 2.544	27,28%
>= 21 Tage bis < 28 Tage			512 / 2.544	20,13%
>= 28 Tage bis < 35 Tage			314 / 2.544	12,34%
>= 35 Tage bis < 42 Tage			196 / 2.544	7,70%
>= 42 Tage			278 / 2.544	10,93%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			59 / 2.737	2,16%
Vertrauensbereich				1,67% - 2,77%

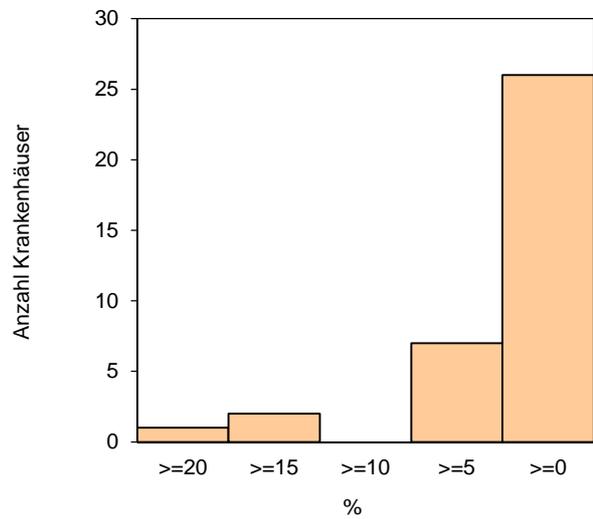
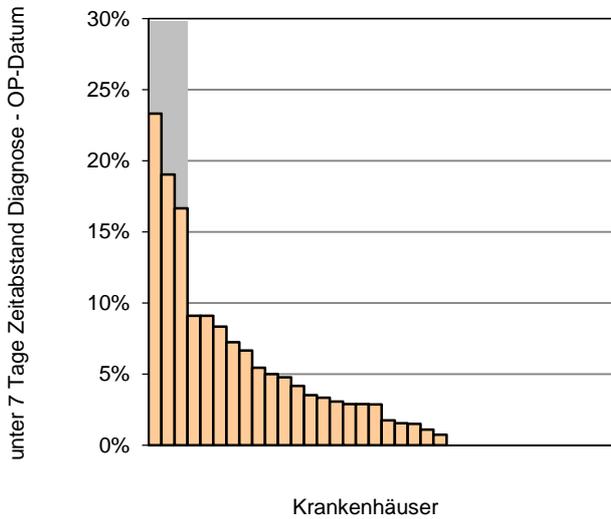
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2020/18n1-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:

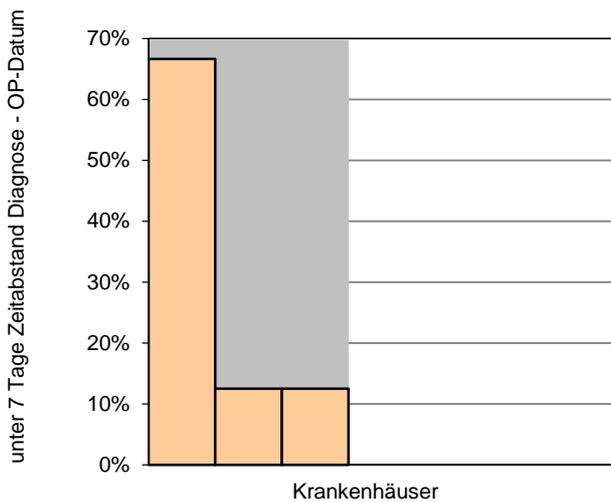
36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	2,31	5,23	9,09	19,05	23,33

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	12,50			66,67

3 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: 2020/18n1-MAMMA/60659

Referenzbereich: <= 23,01% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust >= 1 ¹ Vertrauensbereich Referenzbereich			371 / 2.804	13,23% 12,03% - 14,54% <= 23,01%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust >= 1 ¹ Vertrauensbereich			405 / 2.995	13,52% 12,34% - 14,79%

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

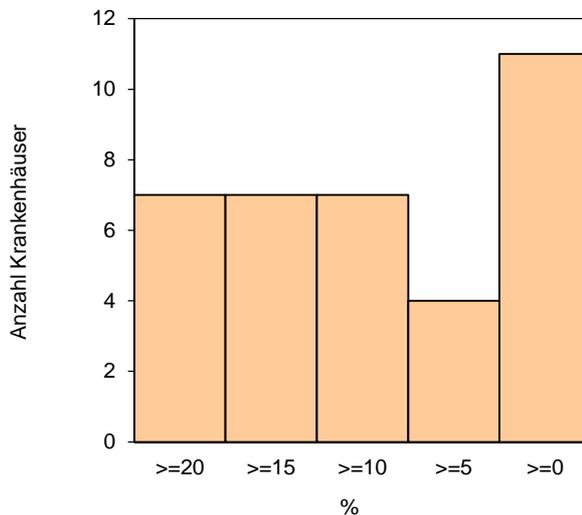
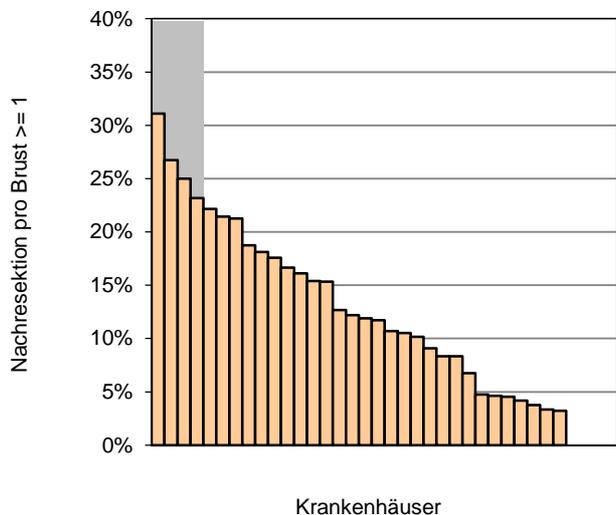
² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2020/18n1-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:

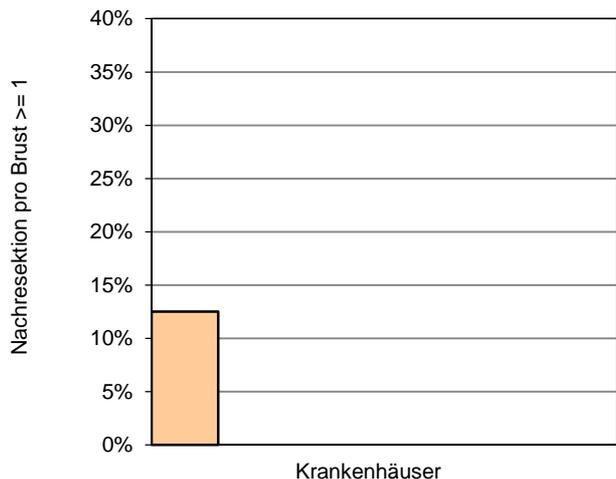
36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	4,58	11,21	17,84	23,16	26,73	31,11

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	0,00			12,50

3 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: 2020/18n1-MAMMA/211800

Referenzbereich: >= 97,04% (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2.847 / 2.867	99,30%
Vertrauensbereich				98,92% - 99,55%
Referenzbereich		>= 97,04%		>= 97,04%

Vorjahresdaten¹	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%

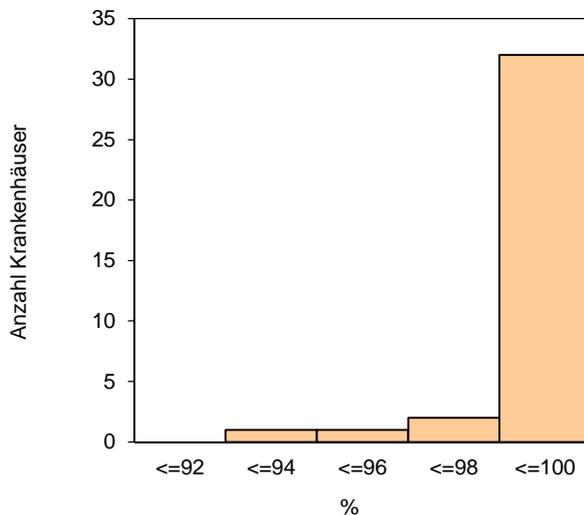
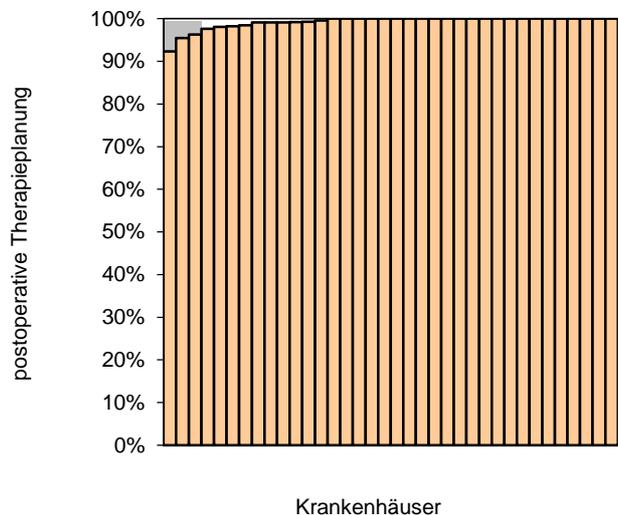
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2020/18n1-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:

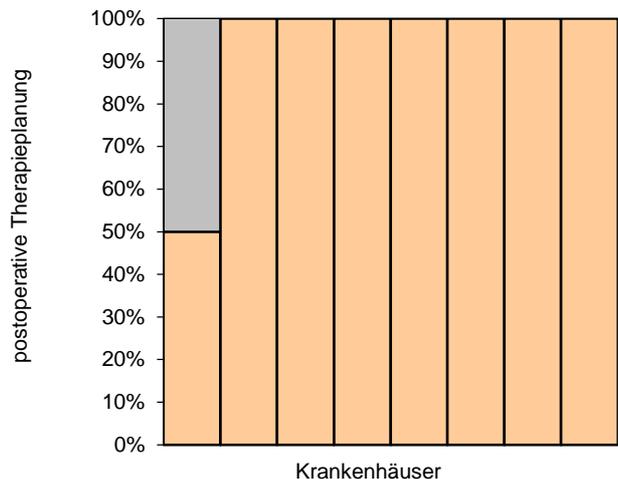
36 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,31	95,45	97,66	99,13	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 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: 2020/18n1-MAMMA/850363

Referenzbereich: <= 1,61% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status ¹			14 / 3.191	0,44%
Vertrauensbereich				0,26% - 0,74%
Referenzbereich		<= 1,61%		<= 1,61%

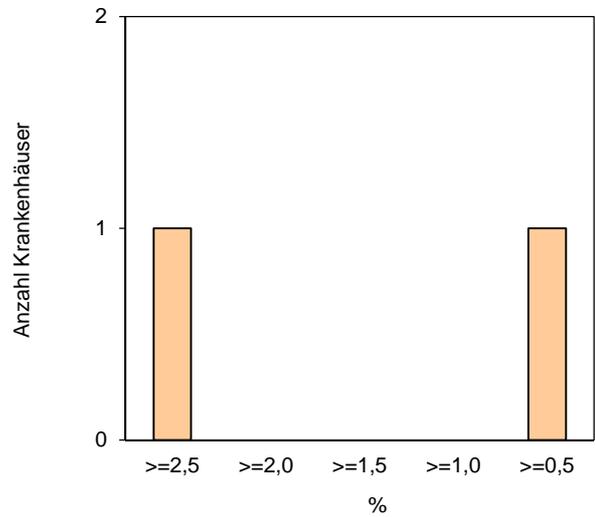
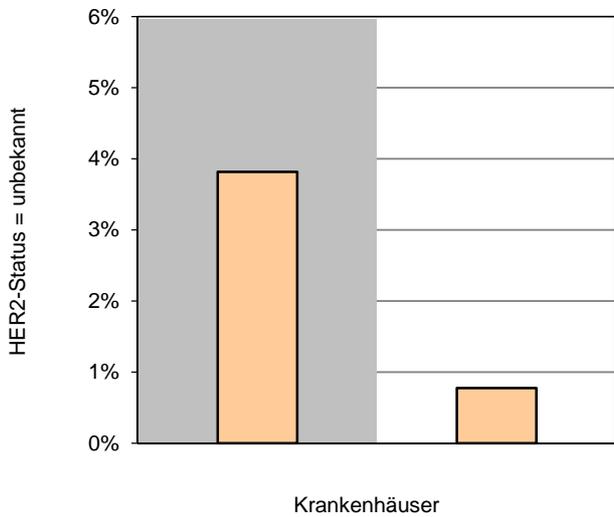
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status			15 / 3.333	0,45%
Vertrauensbereich				0,27% - 0,74%

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 2020/18n1-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: 2



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,78				2,30				3,82

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

AK-ID: 2020/18n1-MAMMA/850364

Referenzbereich: <= 0,84% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 60659

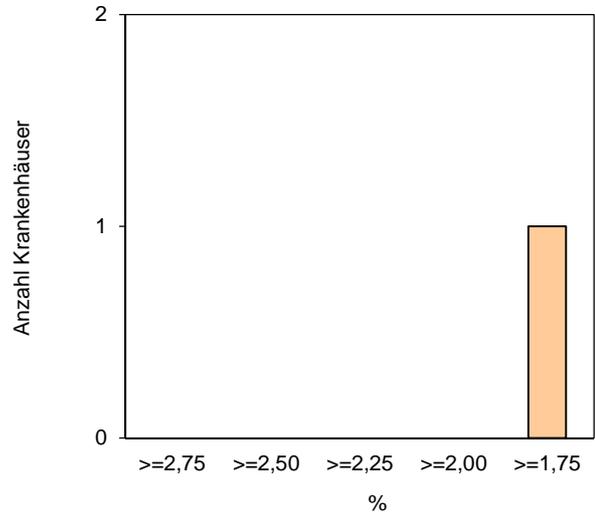
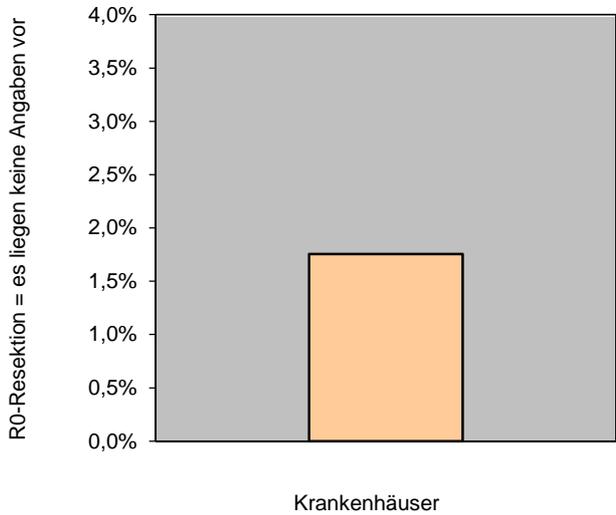
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen ¹			4 / 3.197	0,13%
Vertrauensbereich				0,05% - 0,32%
Referenzbereich		<= 0,84%		<= 0,84%

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen			2 / 3.339	0,06%
Vertrauensbereich				0,02% - 0,22%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850364, AK-ID 2020/18n1-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**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 1



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,75				1,75				1,75

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: 2020/18n1-MAMMA/813068

Referenzbereich: <= 4,00 Fälle

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹ Referenzbereich		15 / 3.608 ≤ 4,00 Fälle	15 / 3.608	15,00 Fälle ≤ 4,00 Fälle

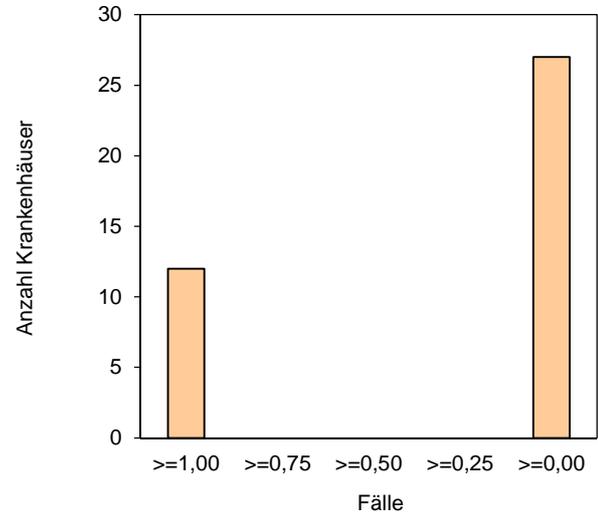
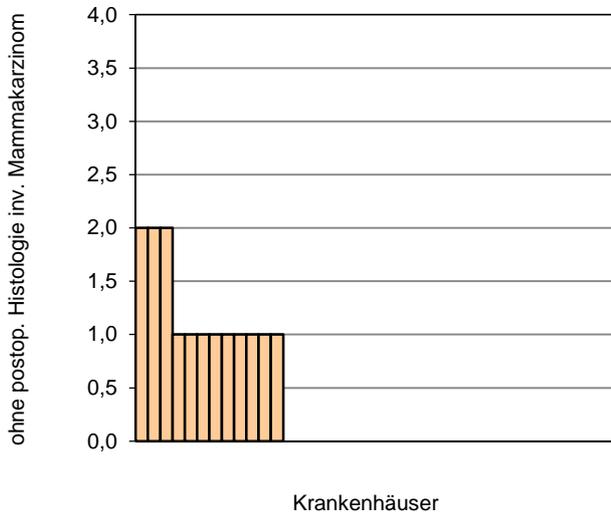
Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“		28 / 3.736	28 / 3.736	28,00 Fälle

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

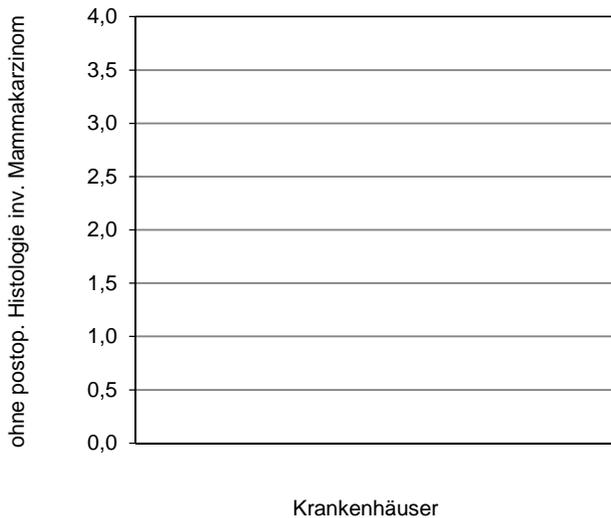
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_813068, AK-ID 2020/18n1-MAMMA/813068]:
 Anzahl Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv und präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

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



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

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

3 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: 2020/18n1-MAMMA/850372

Referenzbereich: <= 0,91% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status ¹			3 / 3.191	0,09%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,28%
Referenzbereich		<= 0,91%		<= 0,91%

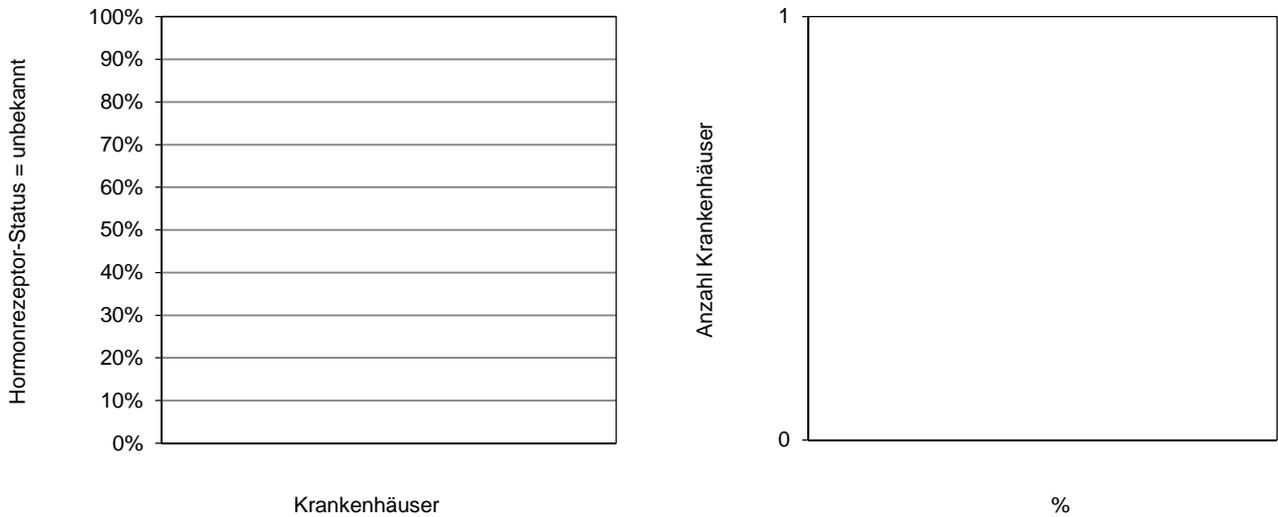
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status			6 / 3.333	0,18%
Vertrauensbereich				0,08% - 0,39%

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 2020/18n1-MAMMA/850372]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen 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: 0



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

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund

Grundgesamtheit: Alle Fälle mit einer Angabe im Feld PRAEICDO3
AK-ID: 2020/18n1-MAMMA/852000
Referenzbereich: <= 25,08% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 2163, 50719

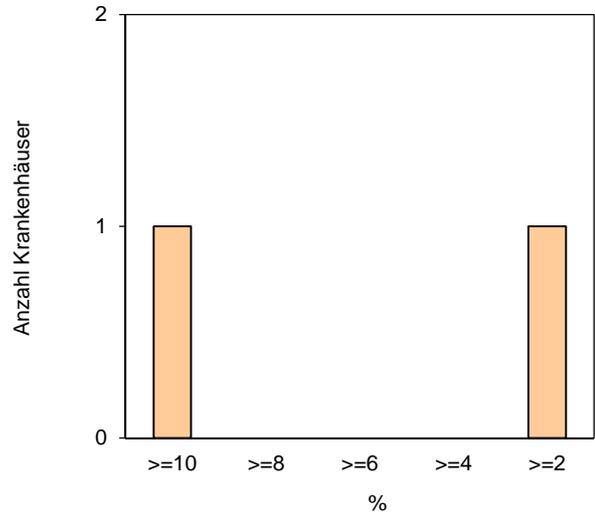
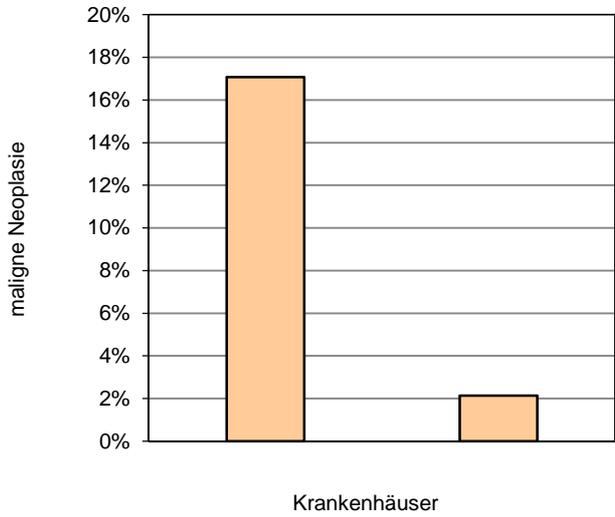
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle mit einer malignen Neoplasie [PRAEICDO3] = 8010/3 ¹			16 / 4.138	0,39%
Vertrauensbereich				0,24% - 0,63%
Referenzbereich		<= 25,08%		<= 25,08%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle mit einer malignen Neoplasie [PRAEICDO3] = 8010/3 ¹			56 / 4.318	1,30%
Vertrauensbereich				1,00% - 1,68%

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

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK_852000, AK-ID 2020/18n1-MAMMA/852000]:
 Anteil von Fällen mit einer malignen Neoplasie [PRAEICDO3] = 8010/3 an allen Fällen mit einer Angabe im Feld PRAEICDO3

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,13				9,60				17,07

Jahresauswertung 2020 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 46
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.054
Datensatzversion: 18/1 2020
Datenbankstand: 28. Februar 2021
2020 - D18601-L119495-P55655

Übersicht Basisauswertung

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	46
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	49
	Basisdaten	49
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	49
	Patientinnen und Patienten	50
	Behandlungszeiten	51
3	Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)	52
4	Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund	55
5	Operation (benigne und maligne Tumore)	57
6	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	59
6.1	Übersicht	59
6.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	60
6.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	68
6.4	DCIS (Primärerkrankung)	71
6.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	77
6.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	80
6.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	82
6.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	85
6.9	Nicht-maligne histologische Befunde	87

Hinweis:

Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln und Schlüssellisten des Jahres 2020.
Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

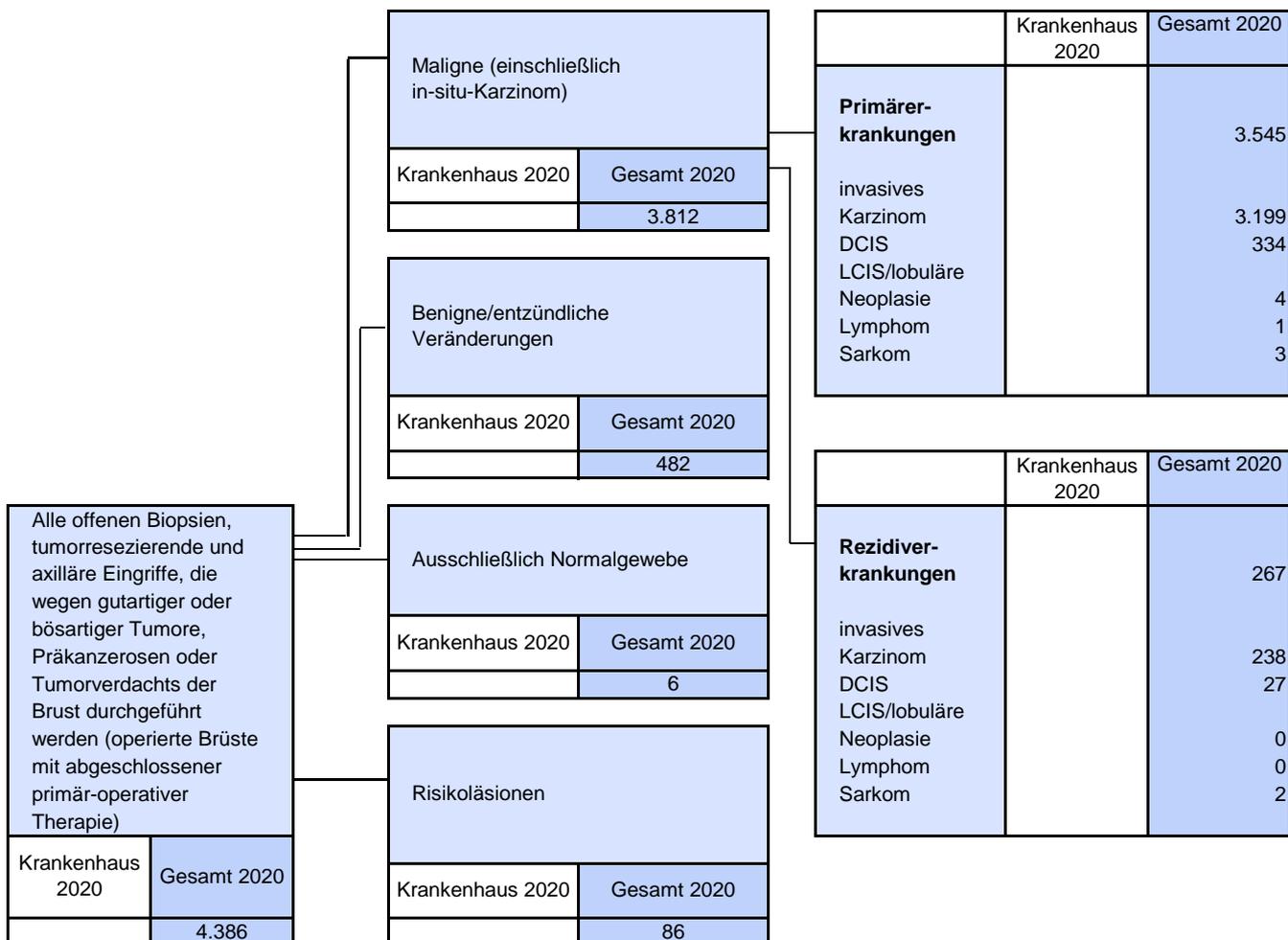
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	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			4.386 / 5.082	86,30	4.675 / 5.377	86,94
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			6 / 4.386	0,14	7 / 4.675	0,15
= benigne/entzündliche Veränderung			482 / 4.386	10,99	620 / 4.675	13,26
= Risikoläsion			86 / 4.386	1,96	79 / 4.675	1,69
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.812 / 4.386	86,91	3.969 / 4.675	84,90

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			3.545 / 3.812	93,00	3.735 / 3.969	94,10
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			3.199 / 3.545	90,24	3.345 / 3.735	89,56
DCIS			334 / 3.545	9,42	376 / 3.735	10,07
LCIS/Lobuläre Neoplasie			4 / 3.545	0,11	8 / 3.735	0,21
Lymphom			1 / 3.545	0,03	0 / 3.735	0,00
Sarkom			3 / 3.545	0,08	1 / 3.735	0,03
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidivkrankung			267 / 3.812	7,00	234 / 3.969	5,90
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			238 / 267	89,14	198 / 234	84,62
DCIS			27 / 267	10,11	31 / 234	13,25
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 267	0,00	1 / 234	0,43
Lymphom			0 / 267	0,00	0 / 234	0,00
Sarkom			2 / 267	0,75	4 / 234	1,71

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.506	29,80	1.372	25,74
2. Quartal			1.143	22,62	1.337	25,08
3. Quartal			1.250	24,73	1.336	25,07
4. Quartal			1.155	22,85	1.285	24,11
Gesamt			5.054		5.330	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2020¹

Liste der 5 häufigsten Diagnosen²

Bezug der Texte: Gesamt 2020

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
3	Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten
4	U99.0	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2
5	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2019 und ICD-10-GM 2020 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 2020¹

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				C50.4	1.522	30,11	C50.4	1.440	27,02
2				I10.00	1.454	28,77	I10.00	1.364	25,59
3				Z11	1.412	27,94	C50.8	1.280	24,02
4				U99.0	1.345	26,61	C77.3	750	14,07
5				C50.8	1.263	24,99	D05.1	648	12,16

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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			22 / 5.054	0,44	37 / 5.330	0,69
20 - 29 Jahre			62 / 5.054	1,23	82 / 5.330	1,54
30 - 39 Jahre			279 / 5.054	5,52	277 / 5.330	5,20
40 - 49 Jahre			663 / 5.054	13,12	704 / 5.330	13,21
50 - 59 Jahre			1.251 / 5.054	24,75	1.354 / 5.330	25,40
60 - 69 Jahre			1.310 / 5.054	25,92	1.330 / 5.330	24,95
70 - 79 Jahre			886 / 5.054	17,53	993 / 5.330	18,63
>= 80 Jahre			581 / 5.054	11,50	553 / 5.330	10,38
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen und Patienten mit gültiger Altersangabe			5.054		5.330	
Median				61,00		61,00
Geschlecht						
männlich			57	1,13	49	0,92
weiblich			4.997	98,87	5.281	99,08
divers ¹			0	0,00	-	-
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

¹ neuer Schlüsselwert in 2020

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 1)			3.934 / 5.054	77,84	4.032 / 5.330	75,65
Postoperative Verweildauer (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe ² Median			3.934	4,00	4.032	4,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe ² Median			3.934	5,00	4.032	5,00
Patientinnen und Patienten ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 1)			1.120 / 5.054	22,16	1.298 / 5.330	24,35
Postoperative Verweildauer (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe ² Median			1.120	2,00	1.298	2,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe ² Median			1.120	2,00	1.298	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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			2.545 / 5.265	48,34	2.680 / 5.505	48,68
links			2.720 / 5.265	51,66	2.825 / 5.505	51,32
Erkrankung oder Eingriff an dieser Brust						
Primärerkrankung			4.758 / 5.265	90,37	5.097 / 5.505	92,59
lokoregionäres Rezidiv nach BET			233 / 5.265	4,43	206 / 5.505	3,74
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion			91 / 5.265	1,73	74 / 5.505	1,34
prophylaktische Mastektomie			74 / 5.265	1,41	50 / 5.505	0,91
Fernmetastase			94 / 5.265	1,79	61 / 5.505	1,11
			15 / 5.265	0,28	17 / 5.505	0,31
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust			4.040 / 4.758	84,91	4.334 / 5.097	85,03
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			2.426 / 4.040	60,05	2.563 / 4.334	59,14
Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms						
ja			1.072 / 4.040	26,53	1.180 / 4.334	27,23
nein			2.938 / 4.040	72,72	3.089 / 4.334	71,27
unbekannt			30 / 4.040	0,74	65 / 4.334	1,50
wenn tastbarer Mammabefund = nein						
Mikrokalk¹						
nein			1.087 / 1.614	67,35	-	-
ja			527 / 1.614	32,65	-	-
Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?						
ja			4.443 / 4.758	93,38	4.779 / 5.097	93,76
nein			315 / 4.758	6,62	308 / 5.097	6,04

¹ neues Datenfeld in 2020

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			2.288 / 2.426	94,31	2.391 / 2.563	93,29
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			1.435 / 1.614	88,91	1.562 / 1.771	88,20
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			3.723 / 4.040	92,15	3.953 / 4.334	91,21
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			9 / 3.723	0,24	12 / 3.953	0,30
= benigne/entzündliche Veränderung			150 / 3.723	4,03	200 / 3.953	5,06
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			164 / 3.723	4,41	197 / 3.953	4,98
= malignitätsverdächtig			21 / 3.723	0,56	21 / 3.953	0,53
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.379 / 3.723	90,76	3.523 / 3.953	89,12

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2020)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			3.379 / 3.723	90,76	3.523 / 3.953	89,12
davon:						
invasives Karzinom			3.032 / 3.379	89,73	3.128 / 3.523	88,79
DCIS			328 / 3.379	9,71	383 / 3.523	10,87
LCIS/Lobuläre Neoplasie			11 / 3.379	0,33	8 / 3.523	0,23
Lymphom			0 / 3.379	0,00	0 / 3.523	0,00
Sarkom			5 / 3.379	0,15	1 / 3.523	0,03

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv)			240 / 324	74,07	208 / 280	74,29
wenn ja:						
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			0 / 240	0,00	2 / 208	0,96
= benigne/entzündliche Veränderung			5 / 240	2,08	5 / 208	2,40
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			7 / 240	2,92	3 / 208	1,44
= malignitätsverdächtig			1 / 240	0,42	2 / 208	0,96
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			227 / 240	94,58	196 / 208	94,23

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2020)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidivkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			227 / 240	94,58	196 / 208	94,23
davon:						
invasives Karzinom			203 / 227	89,43	161 / 196	82,14
DCIS			22 / 227	9,69	32 / 196	16,33
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 227	0,00	0 / 196	0,00
Lymphom			0 / 227	0,00	0 / 196	0,00
Sarkom			2 / 227	0,88	3 / 196	1,53

4. Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn maligne Neoplasie ist DCIS oder invasives Mamma- karzinom (Primärtumor)						
Histologischer Typ¹						
nein			20 / 4.085	0,49	-	-
ja			4.062 / 4.085	99,44	-	-
Grading¹						
nein			91 / 4.085	2,23	-	-
ja			3.991 / 4.085	97,70	-	-
Hormonrezeptorstatus¹						
nein			48 / 4.085	1,18	-	-
ja			4.034 / 4.085	98,75	-	-
wenn maligne Neoplasie ist invasives Mammakarzinom (Primärtumor)						
HER2-Status¹						
nein			48 / 3.610	1,33	-	-
ja			3.560 / 3.610	98,61	-	-
Ki67-Status¹						
nein			380 / 3.610	10,53	-	-
ja			3.228 / 3.610	89,42	-	-

¹ neues Datenfeld in 2020

Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde) bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			2.823 / 4.040	69,88	2.850 / 4.334	65,76
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde) bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			2.757 / 3.723	74,05	2.758 / 3.953	69,77
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde) bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			2.632 / 3.360	78,33	2.604 / 3.511	74,17
erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			825 / 4.040	20,42	762 / 4.334	17,58
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			808 / 3.032	26,65	753 / 3.128	24,07

5. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			5.315	1,00	5.545	1,00
Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
nein			1.993 / 5.132	38,83	2.144 / 5.417	39,58
ja, durch Mammografie			2.925 / 5.132	57,00	3.273 / 5.417	60,42
ja, durch Sonografie			639 / 5.132	12,45	844 / 5.417	15,58
ja, durch MRT			1.322 / 5.132	25,76	1.279 / 5.417	23,61
nein, stattdessen ultraschall-gesteuerte OP ¹			32 / 5.132	0,62	21 / 5.417	0,39
			214 / 5.132	4,17	-	-
Intraoperative Präparate-radiografie oder -sonografie						
nein			11 / 1.993	0,55	11 / 2.144	0,51
ja, intraoperative Präparateradiografie			1.622 / 1.993	81,38	1.685 / 2.144	78,59
ja, intraoperative Präparatesonografie			360 / 1.993	18,06	448 / 2.144	20,90

¹ neuer Schlüsselwert in 2020

OPS 2020¹

Liste der sechs häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2020

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	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie
6	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)

OPS 2020

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-401.11	2.177	40,96	5-401.11	2.199	39,66
2				5-870.a1	1.542	29,01	5-870.a1	1.670	30,12
3				3-760	953	17,93	3-760	890	16,05
4				5-872.1	745	14,02	5-872.1	751	13,54
5				3-100.1	727	13,68	5-870.a2	668	12,05
6				5-870.a2	678	12,76	3-100.1	641	11,56

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2019 und OPS 2020 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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv (Bezug: Eingriffe)			2.801 / 5.132	54,58	2.776 / 5.417	51,25

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei Primärerkrankung, lokoregionärem Rezidiv oder prophylaktischer Mastektomie						
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe ¹			29 / 5.176	0,56	12 / 5.438	0,22
= benigne/entzündliche Veränderung ¹			505 / 5.176	9,76	626 / 5.438	11,51
= Risikoläsion ¹			88 / 5.176	1,70	81 / 5.438	1,49
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom) ¹			4.502 / 5.176	86,98	4.658 / 5.438	85,66
wenn Primärerkrankung oder lokoregionäres Rezidiv primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen und Fernmetastasen)			4.386 / 5.082	86,30	4.675 / 5.377	86,94
wenn nein: weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			398 / 696	57,18	407 / 702	57,98
Empfehlung zur Mastektomie			108 / 696	15,52	88 / 702	12,54
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			39 / 696	5,60	33 / 702	4,70
Empfehlung zur Axilladisektion			36 / 696	5,17	25 / 702	3,56
Empfehlung zur BET			53 / 696	7,61	71 / 702	10,11
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			62 / 696	8,91	78 / 702	11,11

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2020 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2019 abweichen.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	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)			2.335 / 5.265	44,35	2.492 / 5.505	45,27
davon						
pT0			2 / 2.335	0,09	1 / 2.492	0,04
pTis			9 / 2.335	0,39	8 / 2.492	0,32
pT1 (<= 2 cm)			0 / 2.335	0,00	0 / 2.492	0,00
pT1mic (Mikroinvasion)			27 / 2.335	1,16	19 / 2.492	0,76
pT1a (<= 5 mm)			107 / 2.335	4,58	102 / 2.492	4,09
pT1b (<= 10 mm)			307 / 2.335	13,15	349 / 2.492	14,00
pT1c (<= 20 mm)			876 / 2.335	37,52	912 / 2.492	36,60
pT2 (> 2 bis 5 cm)			824 / 2.335	35,29	904 / 2.492	36,28
pT3 (> 5 cm)			117 / 2.335	5,01	98 / 2.492	3,93
pT4 (Brustwand/Haut)			64 / 2.335	2,74	93 / 2.492	3,73
davon						
pT4a (Brustwand)			2 / 64	3,13	2 / 93	2,15
pT4b (Ödem)			58 / 64	90,63	84 / 93	90,32
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 64	0,00	0 / 93	0,00
pT4d (inflammatorisch)			4 / 64	6,25	7 / 93	7,53
pTX			2 / 2.335	0,09	6 / 2.492	0,24

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	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)			864 / 5.265	16,41	853 / 5.505	15,50
davon						
ypT0			327 / 864	37,85	293 / 853	34,35
ypTis			41 / 864	4,75	47 / 853	5,51
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 864	0,00	0 / 853	0,00
ypT1mic (Mikroinvasion)			9 / 864	1,04	15 / 853	1,76
ypT1a (<= 5 mm)			65 / 864	7,52	68 / 853	7,97
ypT1b (<= 10 mm)			90 / 864	10,42	99 / 853	11,61
ypT1c (<= 20 mm)			140 / 864	16,20	160 / 853	18,76
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			134 / 864	15,51	118 / 853	13,83
ypT3 (> 5 cm)			39 / 864	4,51	31 / 853	3,63
ypT4 (Brustwand/Haut)			17 / 864	1,97	20 / 853	2,34
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 17	0,00	1 / 20	5,00
ypT4b (Ödem)			16 / 17	94,12	15 / 20	75,00
ypT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 17	5,88	1 / 20	5,00
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 17	0,00	3 / 20	15,00
ypTX			2 / 864	0,23	2 / 853	0,23

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	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)			2.383 / 5.265	45,26	2.556 / 5.505	46,43
davon						
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.628 / 2.383	68,32	1.734 / 2.556	67,84
pN0(sn)			1.550 / 1.628	95,21	1.660 / 1.734	95,73
pN0			78 / 1.628	4,79	74 / 1.734	4,27
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			483 / 2.383	20,27	517 / 2.556	20,23
pN1mi			3 / 483	0,62	6 / 517	1,16
pN1mi(sn)			62 / 483	12,84	65 / 517	12,57
pN1a			147 / 483	30,43	151 / 517	29,21
pN1a(sn)			239 / 483	49,48	257 / 517	49,71
pN1b			0 / 483	0,00	0 / 517	0,00
pN1c			2 / 483	0,41	4 / 517	0,77
pN1(sn)			30 / 483	6,21	34 / 517	6,58
pN2			115 / 2.383	4,83	121 / 2.556	4,73
pN2a			98 / 115	85,22	109 / 121	90,08
pN2a(sn)			12 / 115	10,43	11 / 121	9,09
pN2b			5 / 115	4,35	1 / 121	0,83
pN3			55 / 2.383	2,31	59 / 2.556	2,31
pN3a			54 / 55	98,18	57 / 59	96,61
pN3b			1 / 55	1,82	0 / 59	0,00
pN3c			0 / 55	0,00	2 / 59	3,39
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			102 / 2.383	4,28	125 / 2.556	4,89

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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	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)			816 / 5.265	15,50	789 / 5.505	14,33
davon						
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			571 / 816	69,98	545 / 789	69,07
ypN0(sn)			473 / 571	82,84	429 / 545	78,72
ypN0			98 / 571	17,16	116 / 545	21,28
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			140 / 816	17,16	143 / 789	18,12
ypN1mi			16 / 140	11,43	9 / 143	6,29
ypN1mi(sn)			10 / 140	7,14	12 / 143	8,39
ypN1a			80 / 140	57,14	69 / 143	48,25
ypN1a(sn)			25 / 140	17,86	49 / 143	34,27
ypN1b			2 / 140	1,43	0 / 143	0,00
ypN1c			1 / 140	0,71	1 / 143	0,70
ypN1(sn)			6 / 140	4,29	3 / 143	2,10
ypN2			61 / 816	7,48	47 / 789	5,96
ypN2a			54 / 61	88,52	44 / 47	93,62
ypN2a(sn)			7 / 61	11,48	3 / 47	6,38
ypN2b			0 / 61	0,00	0 / 47	0,00
ypN3			15 / 816	1,84	20 / 789	2,53
ypN3a			15 / 15	100,00	20 / 20	100,00
ypN3b			0 / 15	0,00	0 / 20	0,00
ypN3c			0 / 15	0,00	0 / 20	0,00
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			29 / 816	3,55	34 / 789	4,31

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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			3.191		3.333	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			553	17,33	619	18,57
mäßig differenziert			1.739	54,50	1.787	53,62
schlecht differenziert			800	25,07	815	24,45
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			99	3,10	112	3,36
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			575	18,02	543	16,29
positiv			2.613	81,89	2.784	83,53
unbekannt			3	0,09	6	0,18
HER2-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			2.752	86,24	2.881	86,44
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			422	13,22	428	12,84
zweifelhaft/Borderline-Kategorie			3	0,09	9	0,27
unbekannt			14	0,44	15	0,45
histologisch gesicherte Multizentrität			385 / 3.191	12,07	430 / 3.333	12,90

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			3.191		3.333	
davon:						
R0-Resektion						
nein			59	1,85	76	2,28
ja			2.980	93,39	3.149	94,48
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			181	8,57	210	9,53
>= 1 mm bis < 2 mm			270	12,78	338	15,34
>= 2 mm			1.607	76,09	1.613	73,22
es liegen keine Angaben vor			54	2,56	42	1,91
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen (an dieser Brust insgesamt für die Patientin)						
keine Nachoperation R0 mit Ersteingriff erlangt			2.590	86,91	2.723	86,47
1			339	11,38	382	12,13
2			45	1,51	41	1,30
>=3			6	0,20	3	0,10
wenn Anzahl der Nachoperationen >=1						
Wieviele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?						
R0 nicht mit Erstoperation erlangt. 1 Nachoperation			342	87,69	384	90,14
2 Nachoperationen			43	11,03	39	9,15
>= 3 Nachoperationen			5	1,28	3	0,70
es liegen keine Angaben vor			4	0,13	2	0,06
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			148	4,64	106	3,18

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			842	26,32	903	27,00
ja			2.253	70,43	2.324	69,48
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			97	3,03	110	3,29
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			7	0,22	8	0,24
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			2.288	71,52	2.359	70,52
ja, einzelne Lymphknoten			415	12,97	476	14,23
ja, Axilladissektion			496	15,50	510	15,25
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2.652	82,90	2.737	81,82
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			486	15,19	523	15,64

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			3.133 / 3.152	99,40	3.285 / 3.301	99,52

Entlassung Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.646	52,22	1.860	56,35
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1.467	46,54	1.407	42,62
03: aus sonstigen Gründen			2	0,06	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			5	0,16	3	0,09
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,03	4	0,12
07: Tod			2	0,06	6	0,18
08: Verlegung nach § 14			1	0,03	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	1	0,03
10: in Pflegeeinrichtung			9	0,29	8	0,24
11: in Hospiz			0	0,00	1	0,03
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			16	0,51	7	0,21
15: gegen ärztlichen Rat			3	0,10	4	0,12
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
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

² neuer Schlüsselwert in 2020

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			221		189	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			30	13,57	23	12,17
mäßig differenziert			108	48,87	94	49,74
schlecht differenziert			75	33,94	68	35,98
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			8	3,62	4	2,12
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			60	27,15	53	28,04
positiv			160	72,40	133	70,37
unbekannt			1	0,45	3	1,59
HER2-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			184	83,26	150	79,37
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			34	15,38	37	19,58
zweifelhaft/Borderline-Kategorie			0	0,00	0	0,00
unbekannt			3	1,36	2	1,06

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			171		148	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			108	63,16	114	77,03
ja			55	32,16	29	19,59
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			2	1,17	4	2,70
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			6	3,51	1	0,68

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			234 / 237	98,73	195 / 197	98,98

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			126	53,16	104	52,79
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			105	44,30	90	45,69
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,84	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,42	0	0,00
07: Tod			1	0,42	3	1,52
08: Verlegung nach § 14			1	0,42	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,42	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
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

² neuer Schlüsselwert in 2020

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			334	100,00	372	98,94
davon						
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			264 / 334	79,04	318 / 372	85,48
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			64 / 334	19,16	46 / 372	12,37
pN0(sn)			56 / 64	87,50	34 / 46	73,91
pN0			8 / 64	12,50	12 / 46	26,09
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			1 / 334	0,30	2 / 372	0,54
pN1mi			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pN1mi(sn)			1 / 1	100,00	0 / 2	0,00
pN1a			0 / 1	0,00	1 / 2	50,00
pN1a(sn)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pN1b			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pN1c			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pN1(sn)			0 / 1	0,00	1 / 2	50,00
pN2			0 / 334	0,00	0 / 372	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 334	0,00	0 / 372	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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			4 / 334	1,20	1 / 372	0,27
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			1 / 334	0,30	4 / 372	1,08
ypN0(sn)			0 / 1	0,00	2 / 4	50,00
ypN0			1 / 1	100,00	2 / 4	50,00
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			0 / 334	0,00	0 / 372	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 / 334	0,00	0 / 372	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 334	0,00	1 / 372	0,27
ypN3a			0 / 0		1 / 1	100,00
ypN3b			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN3c			0 / 0		0 / 1	0,00

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grading						
G1 = Grad 1 (low grade)			61	18,26	56	14,89
G2 = Grad 2 (intermediate grade)			144	43,11	167	44,41
G3 = Grad 3 (high grade)			74	22,16	95	25,27
GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)			55	16,47	54	14,36
Gesamttumorggröße						
Anzahl der gültigen Angaben			334		376	
Median				18,00		17,00
Anteil <= 10 mm (%)			100 / 334	29,94	117 / 376	31,12
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			81 / 334	24,25	94 / 376	25,00
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			60 / 334	17,96	65 / 376	17,29
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			23 / 334	6,89	25 / 376	6,65
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			26 / 334	7,78	25 / 376	6,65
Anteil > 50 mm (%)			44 / 334	13,17	46 / 376	12,23

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			23 / 334	6,89	22 / 376	5,85
R0-Resektion						
nein			8	2,40	9	2,39
ja			325	97,31	361	96,01
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			22	8,98	29	10,00
>= 1 mm bis > 2 mm			21	8,57	40	13,79
>= 2 mm			191	77,96	216	74,48
es liegen keine Angaben vor			11	4,49	5	1,72
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen (an dieser Brust insgesamt für die Patientin)						
keine Nachoperation R0 mit Ersteingriff erlangt			207	63,69	247	68,42
1			102	31,38	95	26,32
2			12	3,69	17	4,71
>=3			4	1,23	2	0,55
wenn Anzahl der Nachoperationen >= 1						
Wieviele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?						
R0 nicht mit Erstoperation erlangt. 1 Nachoperation			104	88,14	95	83,33
2 Nachoperationen			11	9,32	17	14,91
>= 3 Nachoperationen			3	2,54	2	1,75
es liegen keine Angaben vor			1	0,30	1	0,27
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	1	0,27

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			76	22,75	63	16,76
ja			249	74,55	298	79,26
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			9	2,69	10	2,66
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	1	0,27
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			12	3,59	10	2,66
ja, Axilladissektion			1	0,30	2	0,53
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			59	17,66	40	10,64
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			5	1,50	7	1,86
ja, Axilladissektion			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			330 / 333	99,10	368 / 373	98,66

Entlassung DCIS (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			167	50,15	207	55,50
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			162	48,65	165	44,24
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	1	0,27
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			1	0,30	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,30	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,60	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
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

² neuer Schlüsselwert in 2020

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.5 DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grading						
G1 = Grad 1 (low grade)			2	7,41	2	6,45
G2 = Grad 2 (intermediate grade)			7	25,93	9	29,03
G3 = Grad 3 (high grade)			12	44,44	12	38,71
GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)			6	22,22	4	12,90
Gesamttumorggröße						
Anzahl der gültigen Angaben			27		31	
Median				13,00		15,00
Anteil <= 10 mm (%)			11 / 27	40,74	9 / 31	29,03
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			10 / 27	37,04	10 / 31	32,26
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			2 / 27	7,41	5 / 31	16,13
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			2 / 27	7,41	1 / 31	3,23
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			0 / 27	0,00	0 / 31	0,00
Anteil > 50 mm (%)			2 / 27	7,41	2 / 31	6,45

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			23		25	
davon:						
erneute brusterhal- tende Therapie (BET)						
nein			15	55,56	11	35,48
ja			7	25,93	10	32,26
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)			1	3,70	2	6,45

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- närer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			26 / 27	96,30	31 / 31	100,00

**Entlassung
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			13	48,15	15	48,39
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			14	51,85	15	48,39
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	1	3,23
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
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

² neuer Schlüsselwert in 2020

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

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			4 / 4	100,00	8 / 9	88,89

Entlassung LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3	75,00	5	55,56
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	25,00	4	44,44
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
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

² neuer Schlüsselwert in 2020

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			3	100,00	1	100,00
davon						
pT0			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
pTis			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
pT1 (<= 2 cm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
pT1a (<= 5 mm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
pT1b (<= 10 mm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
pT1c (<= 20 mm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
pT2 (> 2 bis 5 cm)			1 / 3	33,33	0 / 1	0,00
pT3 (> 5 cm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 3	0,00	0 / 1	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			2 / 3	66,67	1 / 1	100,00
ypT0			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
ypTis			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 3	0,00	0 / 1	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 3	0,00	0 / 1	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 / 3	0,00	0 / 1	0,00

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

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- närer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			5 / 5	100,00	5 / 5	100,00

Entlassung
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3	60,00	4	80,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			2	40,00	1	20,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

² neuer Schlüsselwert in 2020

Weiterer Behandlungsverlauf
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- närer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			1 / 1	100,00	0 / 0	

Entlassung Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0	0,00	0	
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	100,00	0	
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	
06: Verlegung			0	0,00	0	
07: Tod			0	0,00	0	
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	
11: in Hospiz			0	0,00	0	
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	
22: Fallabschluss			0	0,00	0	
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

² neuer Schlüsselwert in 2020

Entlassung

6.9 Nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			394	71,25	497	72,77
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			156	28,21	182	26,65
03: aus sonstigen Gründen			1	0,18	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	3	0,44
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,18	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			1	0,18	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,15
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
28: beatmet entlassen ²			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt ²			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

² neuer Schlüsselwert in 2020

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 2020.

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 2020 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2019 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 © 2021. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2019 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2020 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2020 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.

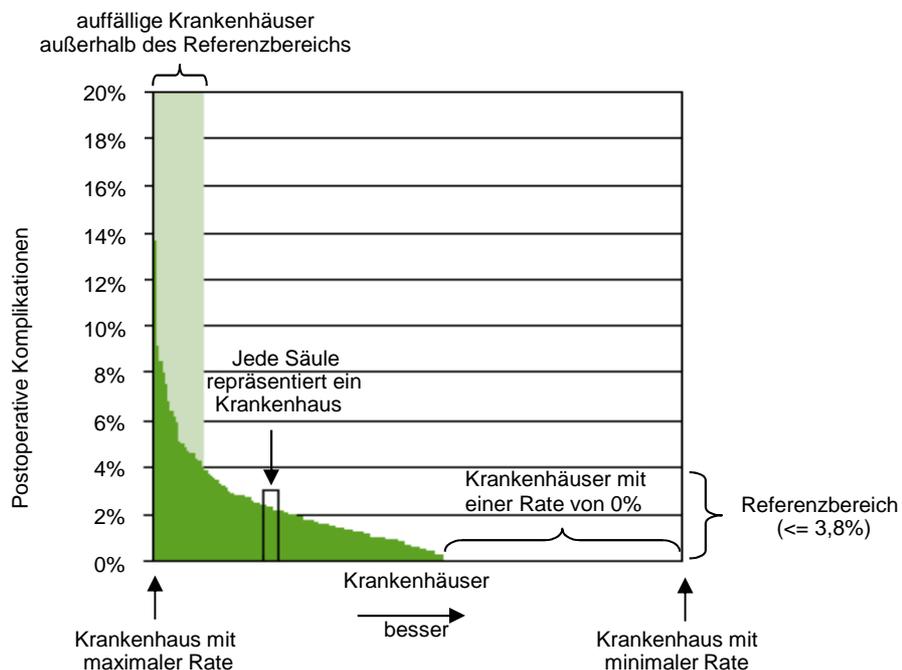
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

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.

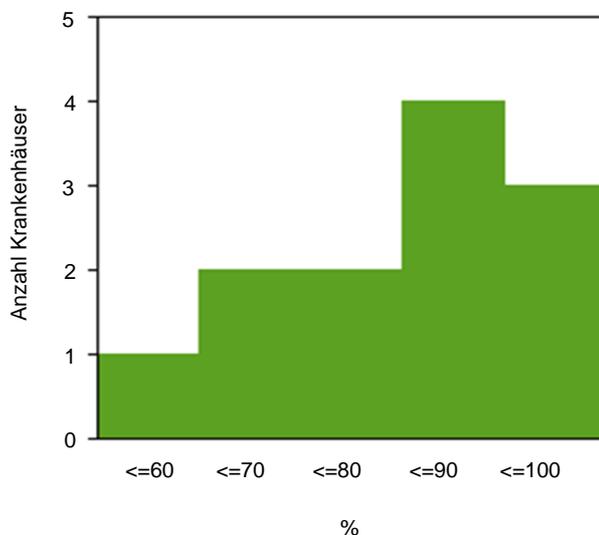
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$
3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$
4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$
5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	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 2020/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2020. 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 Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse 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 Krankenhausergebnisse 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 Krankenhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankenhausergebnisse 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 „TKeZ“ bzw. „KKeZ“) 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.