

Jahresauswertung 2013 Mammachirurgie

18/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 50
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.775
Datensatzversion: 18/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14219-L89635-P43602

Jahresauswertung 2013 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 50
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.775
Datensatzversion: 18/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14219-L89635-P43602

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr²	Seite
2013/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung			94,5%	>= 90,0%	innerhalb	95,5%	6
QI 2: Intraoperatives Präparatröntgen und intraoperative Präparatsonographie							
2a: 2013/18n1-MAMMA/303							
Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung			97,6%	>= 95,0%	innerhalb	98,2%	8
2b: 2013/18n1-MAMMA/51369							
Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung			81,4%	nicht definiert	-	83,3%	10
2013/18n1-MAMMA/2163							
QI 3³: Primäre Axilladissektion bei DCIS			0,6%	<= 5,0%	innerhalb	-	12
2013/18n1-MAMMA/50719							
QI 4³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			13,2%	<= 29,8%	innerhalb	-	14

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr²	Seite
2013/18n1-MAMMA/51847							
QI 5³: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			92,9%	>= 80,0%	innerhalb	-	16
QI 6³: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation							
6a: 2013/18n1-MAMMA/51370 unter 7 Tage			10,9%	<= 42,1%	innerhalb	12,2%	19
6b: 2013/18n1-MAMMA/51371 über 21 Tage			29,1%	<= 55,1%	innerhalb	27,5%	19

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. 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 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/18n1-MAMMA/813068 AK 3³: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie							
			26,0 Fälle	<= 4,0 Fälle	auffällig	35,0 Fälle	22
2013/18n1-MAMMA/813069 AK 4³: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie							
			18,9%	<= 29,3%	innerhalb	15,7%	24

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Qualitätsindikator 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff
Grundgesamtheit:	Gruppe 1: Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“ Gruppe 2: Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität
Indikator-ID:	Gruppe 1: 2013/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1: >= 90,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich		
	>= 90,0%	

	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	3.502 / 3.707 94,5% 93,7% - 95,2%	378 / 1.079 35,0%
	>= 90,0%	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

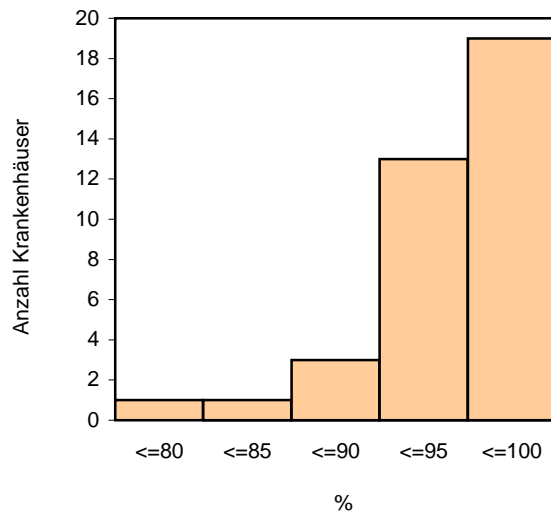
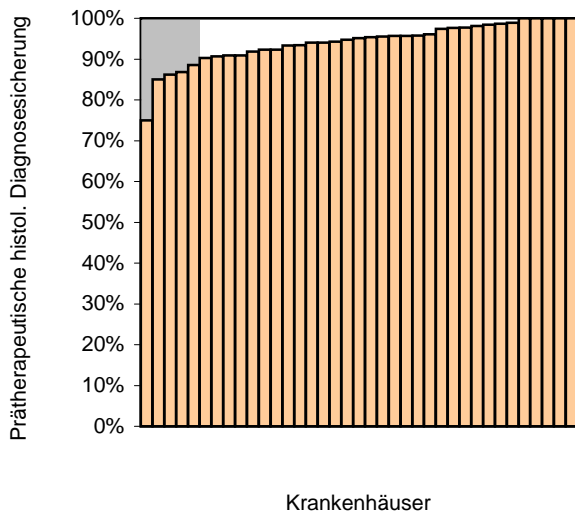
Vorjahresdaten	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	3.632 / 3.803 95,5% 94,8% - 96,1%	463 / 1.188 39,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51846]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

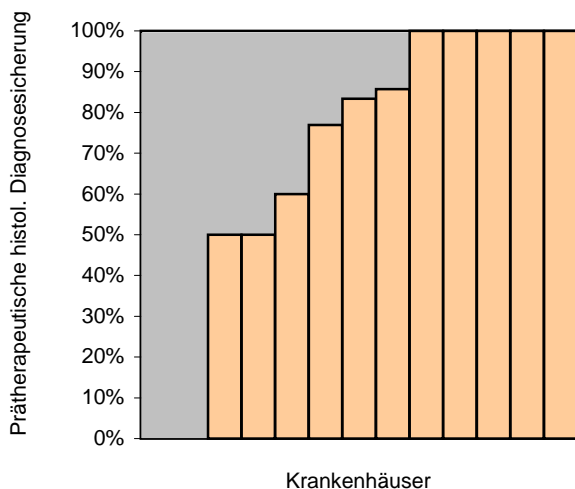
37 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,0	85,0	86,8	91,8	95,2	97,7	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	50,0	83,3	100,0	100,0		100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: Intraoperatives Präparatröntgen und intraoperative Präparatsonographie

Qualitätsziel: Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammographie und möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatsonographie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonographie

Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie

Indikator-ID: (QI 2a): 2013/18n1-MAMMA/303

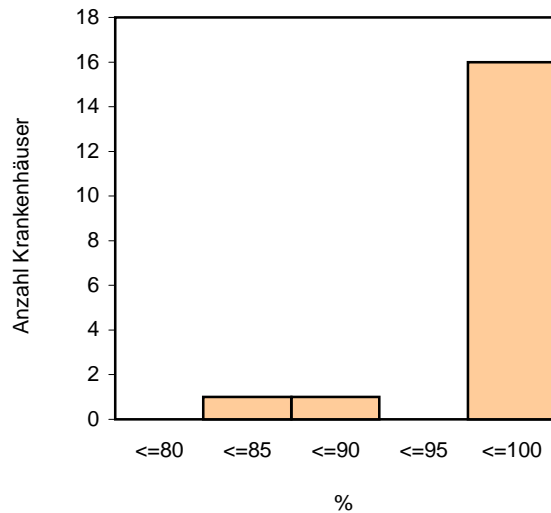
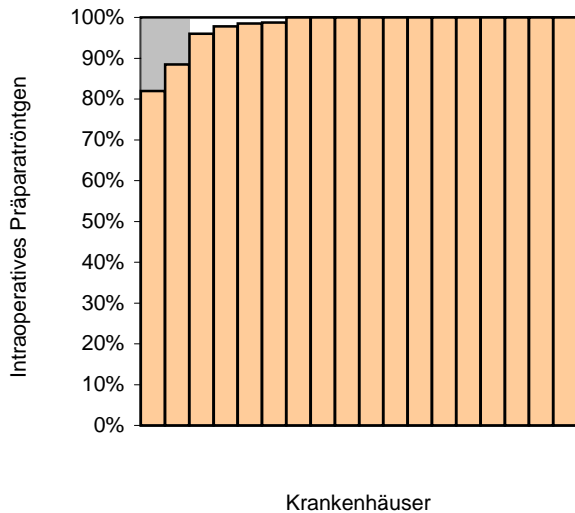
Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen			1.110 / 1.137	97,6%
Vertrauensbereich				96,6% - 98,4%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen			1.172 / 1.194	98,2%
Vertrauensbereich				97,2% - 98,8%

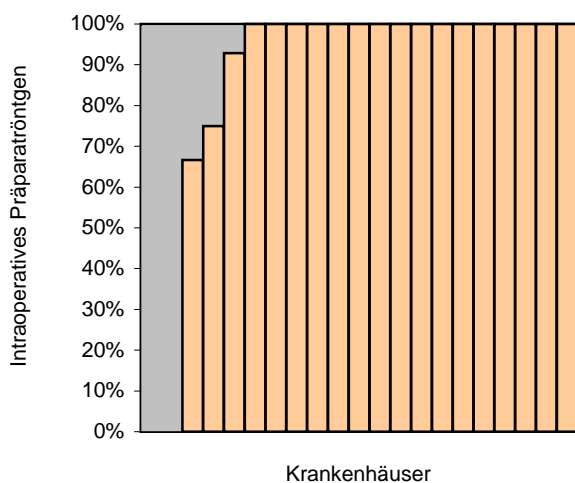
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/303]:
 Anteil von Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch
 Mammographie**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,0		88,5	98,5	100,0	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	66,7	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonographie

Indikator-ID: (QI 2b): 2013/18n1-MAMMA/51369

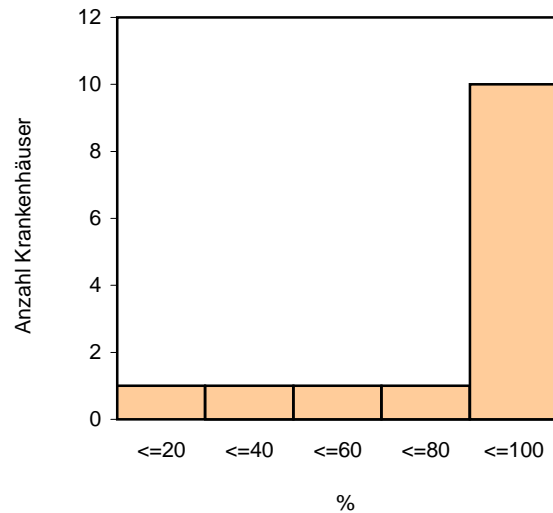
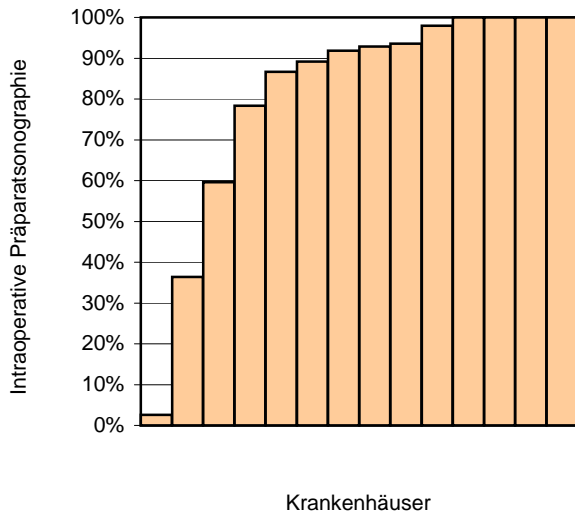
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie			779 / 957	81,4%
Vertrauensbereich				78,8% - 83,7%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie			823 / 988	83,3%
Vertrauensbereich				80,8% - 85,5%

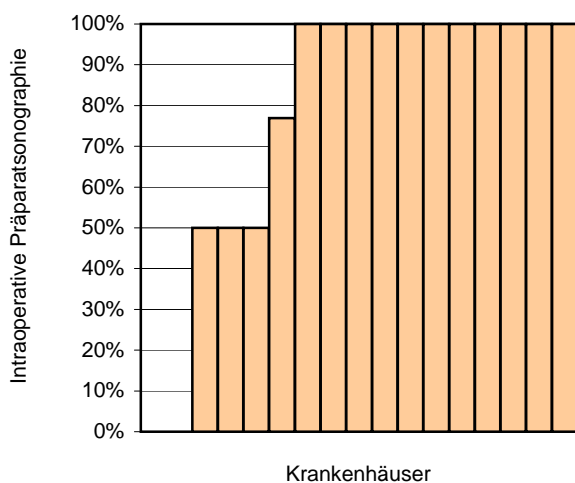
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51369]:
 Anteil von Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie nach präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch
 Sonographie**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,6		36,4	78,4	92,3	100,0	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 17 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

19 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Primäre Axilladisektion bei DCIS

Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladisektion bei DCIS

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung

Indikator-ID: 2013/18n1-MAMMA/2163

Referenzbereich: <= 5,0% (Toleranzbereich)

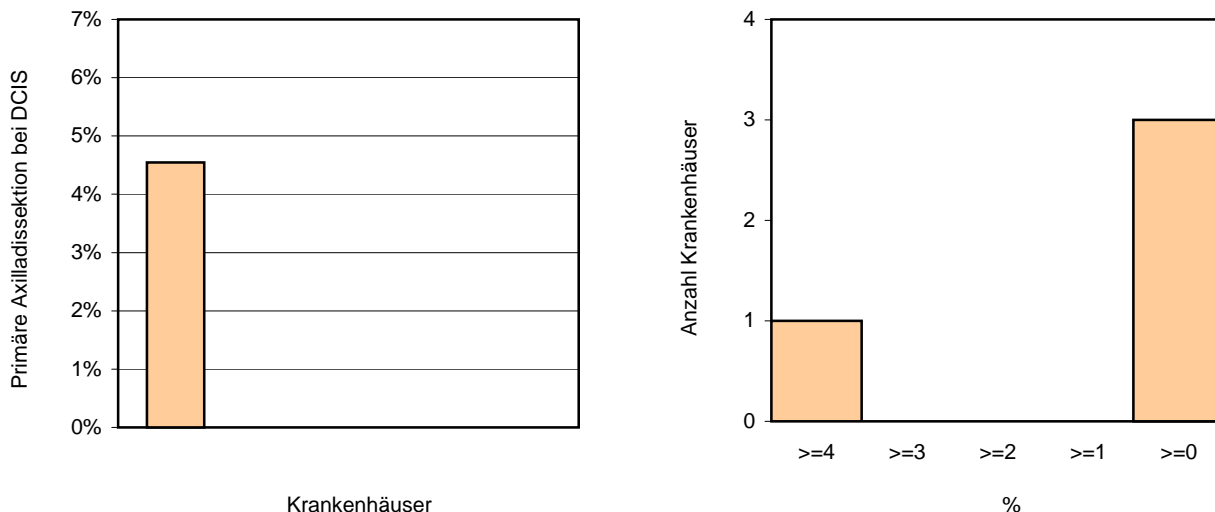
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			2 / 330	0,6%
Vertrauensbereich				0,2% - 2,2%
Referenzbereich		<= 5,0%		<= 5,0%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer Axilladisektion	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Aufgrund von Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

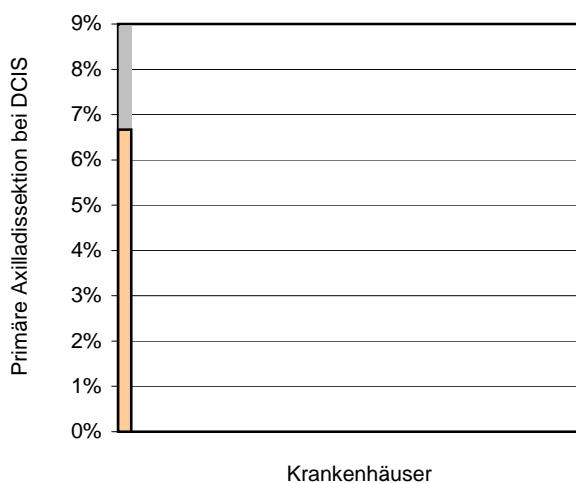
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/2163]:
 Anteil von Patientinnen mit primärer Axilladissektion an allen Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung**

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	2,3			4,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 34 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

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

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

Indikator-ID: 2013/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 29,8% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			30 / 227	13,2%
Vertrauensbereich				9,4% - 18,2%
Referenzbereich		<= 29,8%		<= 29,8%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			2 / 227	0,9%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			20 / 227	8,8%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

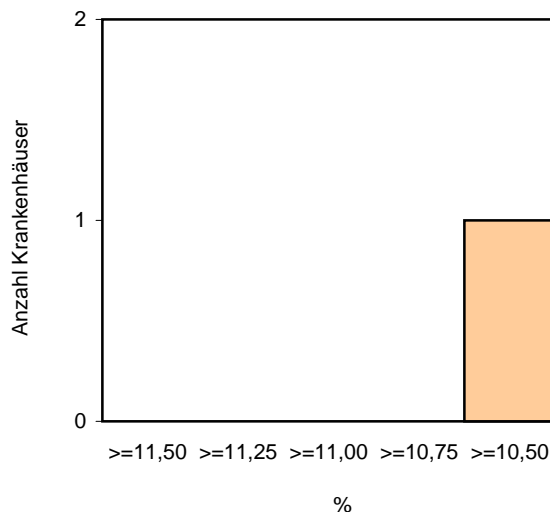
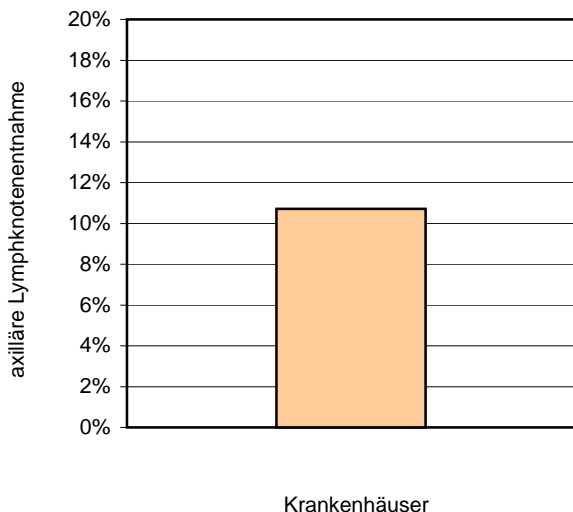
¹ Aufgrund von Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/50719]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

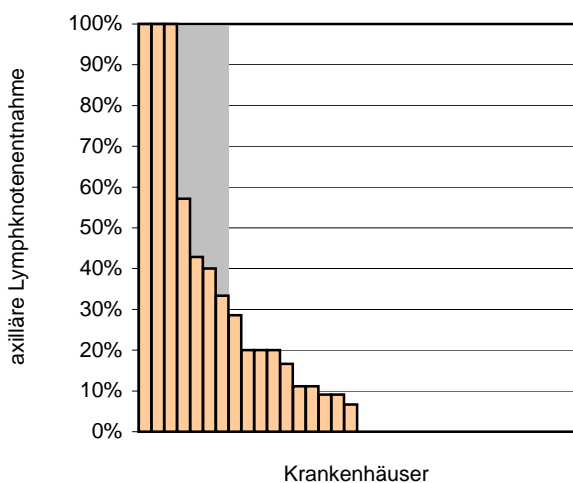
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,7				10,7				10,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

34 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3	20,0	57,1	100,0	100,0

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2013/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 80,0% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladisektion	92,9%			
Vertrauensbereich	91,7% - 94,0%			
Referenzbereich	>= 80,0%			

	Gesamt 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladisektion	1.736 / 1.868 92,9%	1.281 / 1.333 96,1%	415 / 464 89,4%	40 / 71 56,3%
Vertrauensbereich	91,7% - 94,0%			
Referenzbereich	>= 80,0%			

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladissektion Vertrauensbereich	-	-	-	-

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladissektion Vertrauensbereich	-	-	-	-

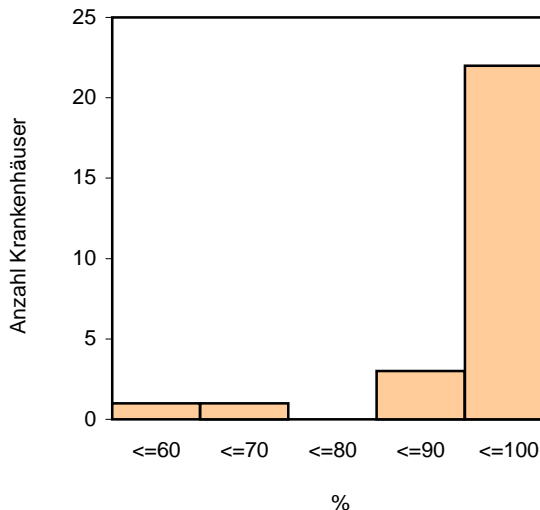
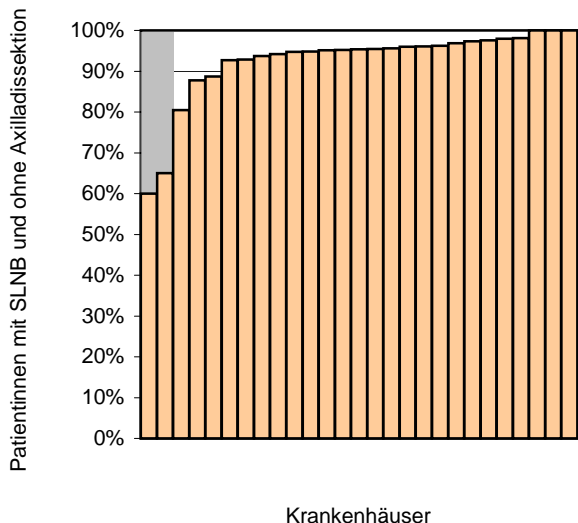
¹ Aufgrund von Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51847]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

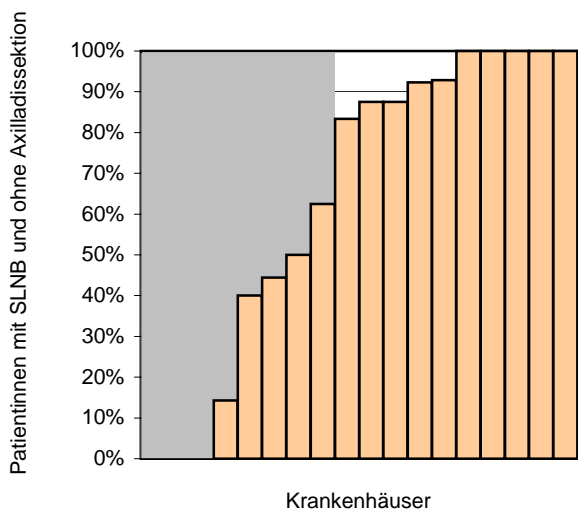
27 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0	65,0	80,4	92,9	95,3	97,4	100,0	100,0	100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	40,0	85,4	100,0	100,0		100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Qualitätsindikatorengruppe 6: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation



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

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 6a): 2013/18n1-MAMMA/51370
 Gruppe 2 (QI 6b): 2013/18n1-MAMMA/51371

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 42,1% (Toleranzbereich) (97,5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Gruppe 2: <= 55,1% (Toleranzbereich) (97,5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			334 / 3.051	10,9%
Vertrauensbereich				9,9% - 12,1%
Referenzbereich		<= 42,1%		<= 42,1%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			889 / 3.051	29,1%
Vertrauensbereich				27,6% - 30,8%
Referenzbereich		<= 55,1%		<= 55,1%

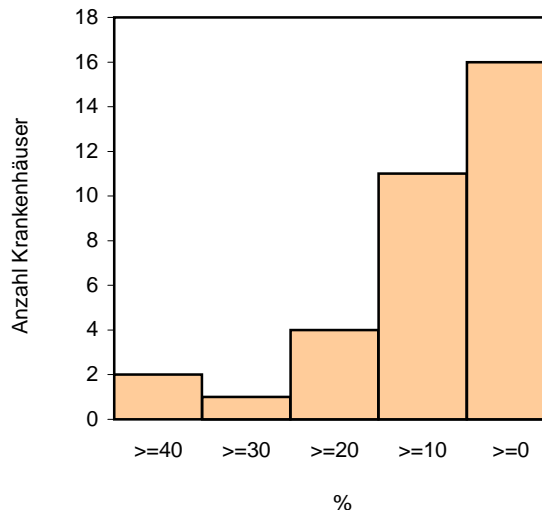
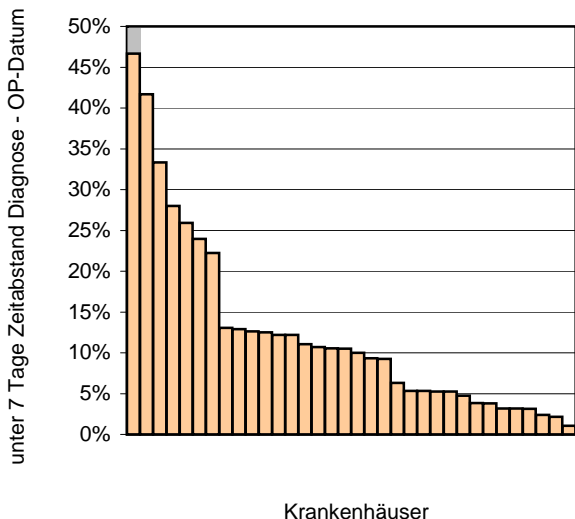
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			397 / 3.250	12,2%
Vertrauensbereich				11,1% - 13,4%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			893 / 3.250	27,5%
Vertrauensbereich				26,0% - 29,0%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51370]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

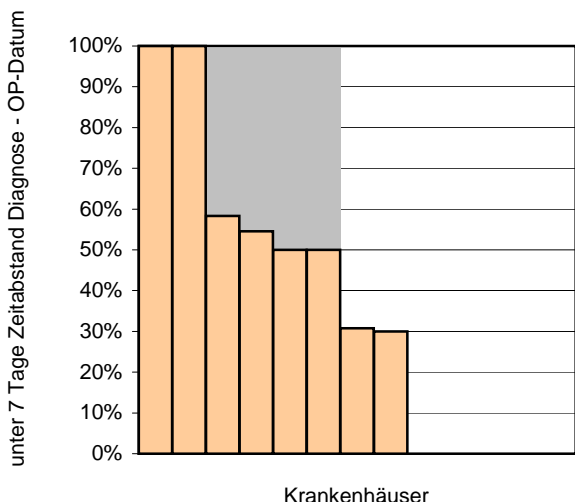
34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,1	2,2	3,1	4,8	10,3	12,9	28,0	41,7	46,7

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	30,8	54,5	100,0		100,0

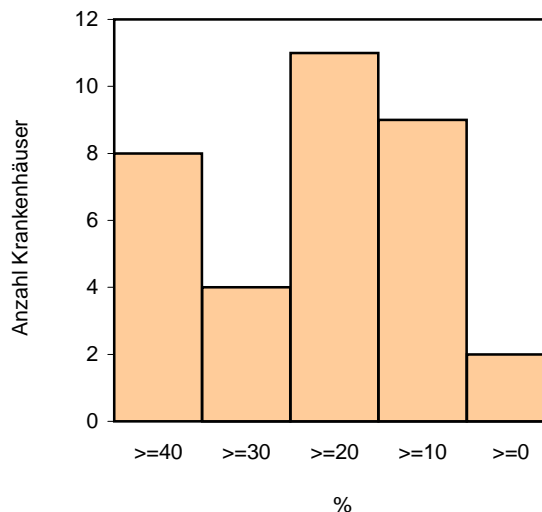
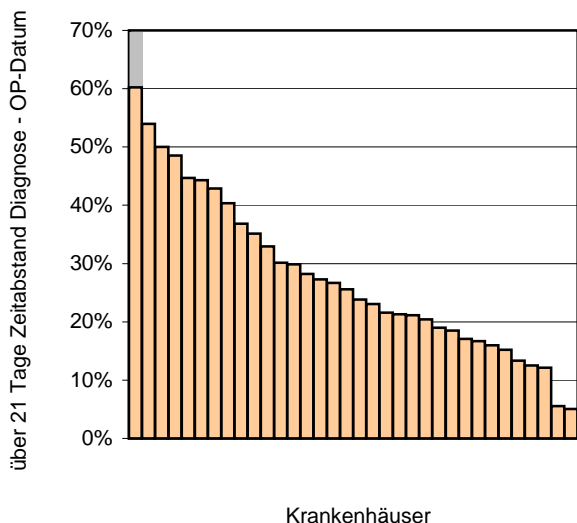
3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51371]:

Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von über 21 Tagen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

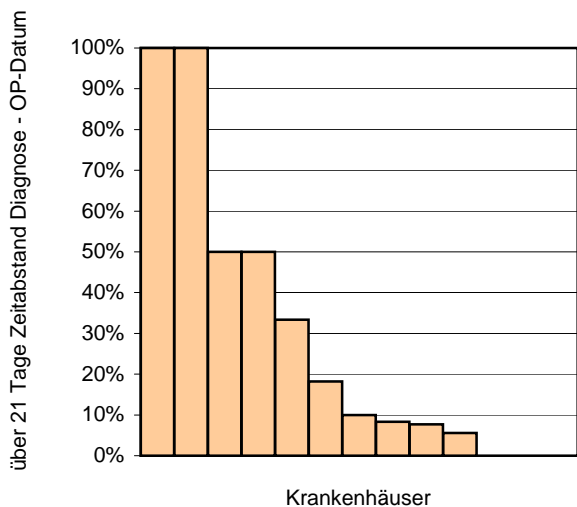
34 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,1	5,6	12,5	17,1	24,7	36,8	48,6	53,9	60,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	5,6	10,0	50,0	100,0		100,0

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“
Indikator-ID: 2013/18n1-MAMMA/813068
Referenzbereich: <= 4,0 Fälle
ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ Referenzbereich		█ <= 4,0 Fälle	26 / 3.338	█ 26,0 Fälle <= 4,0 Fälle

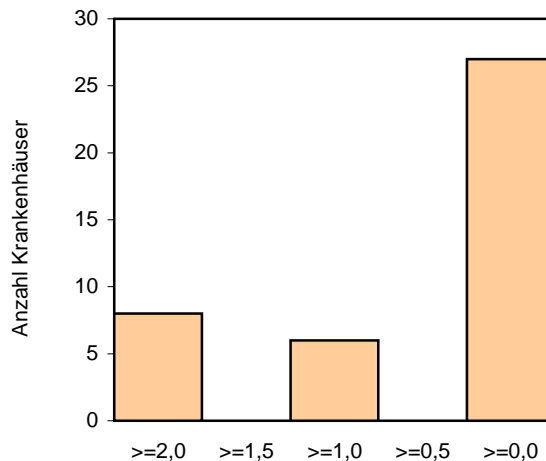
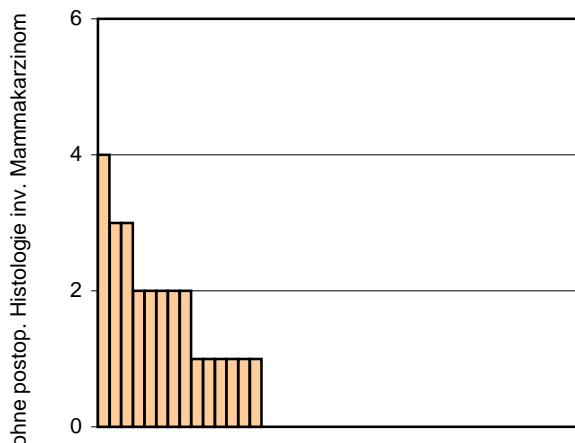
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“		█	35 / 3.294	█ 35,0 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/813068]:

Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ und mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

41 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



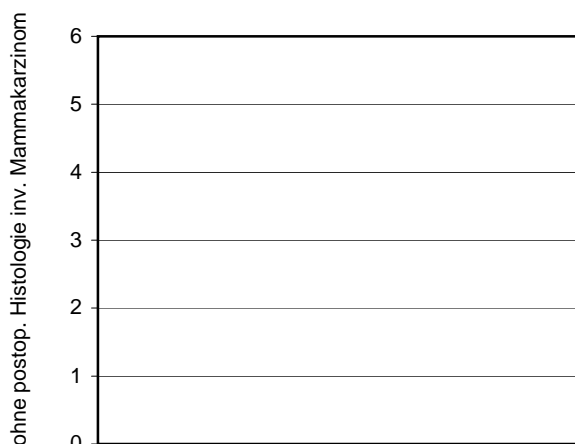
Krankenhäuser

Fälle

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	2,0	3,0	4,0

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 4: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und postoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie, die zum ersten offenen Eingriff aufgenommen wurden

Indikator-ID: 2013/18n1-MAMMA/813069

Referenzbereich: <= 29,3% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

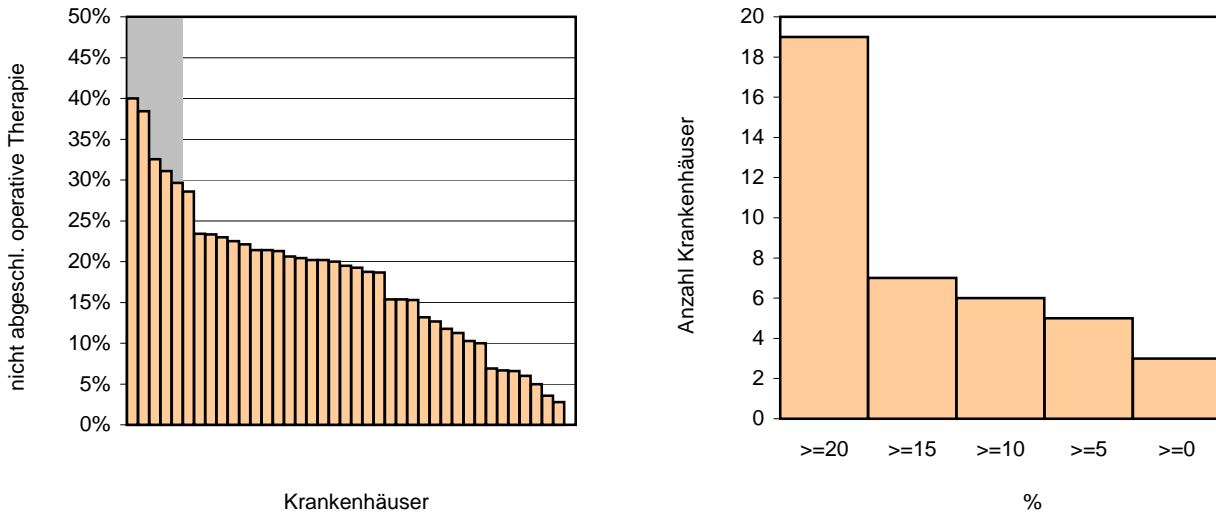
	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie			684 / 3.623	18,9%
Vertrauensbereich				17,6% - 20,2%
Referenzbereich		<= 29,3%		<= 29,3%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie			575 / 3.657	15,7%
Vertrauensbereich				14,6% - 16,9%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Auffälligkeitskriterium 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

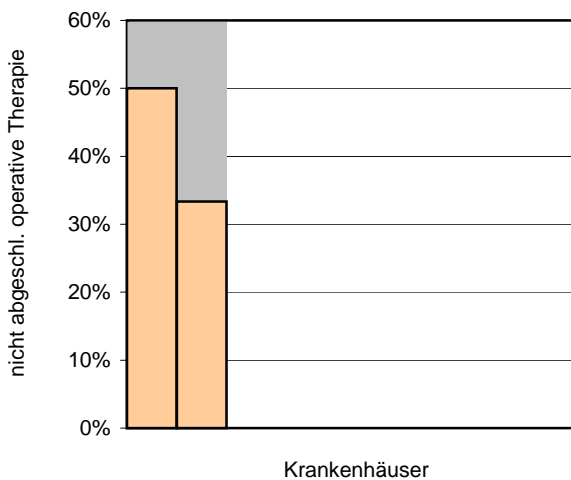
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK4, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/813069]:
 Anteil von Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie an Patientinnen mit Primärerkrankung und
 postoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer
 tumorspezifischer Therapie, die zum ersten offenen Eingriff aufgenommen wurden**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	3,2	5,5	10,8	19,4	22,3	30,4	35,5	40,0

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



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 50
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.775
Datensatzversion: 18/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14219-L89635-P43602

Übersicht Basisauswertung

Kapitel	Seite	
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	28
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	31
	Basisdaten	31
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	31
	Patientinnen	33
	Behandlungszeiten	34
3	Präoperative Diagnostik und Therapie (benigne und maligne Tumore)	35
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	41
5	Komplikationen (benigne und maligne Tumore)	43
6	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	44
6.1	Übersicht	44
6.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	45
6.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	54
6.4	DCIS (Primärerkrankung)	58
6.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	65
6.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	68
6.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	70
6.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	73
6.9	Nicht-maligne histologische Befunde	75

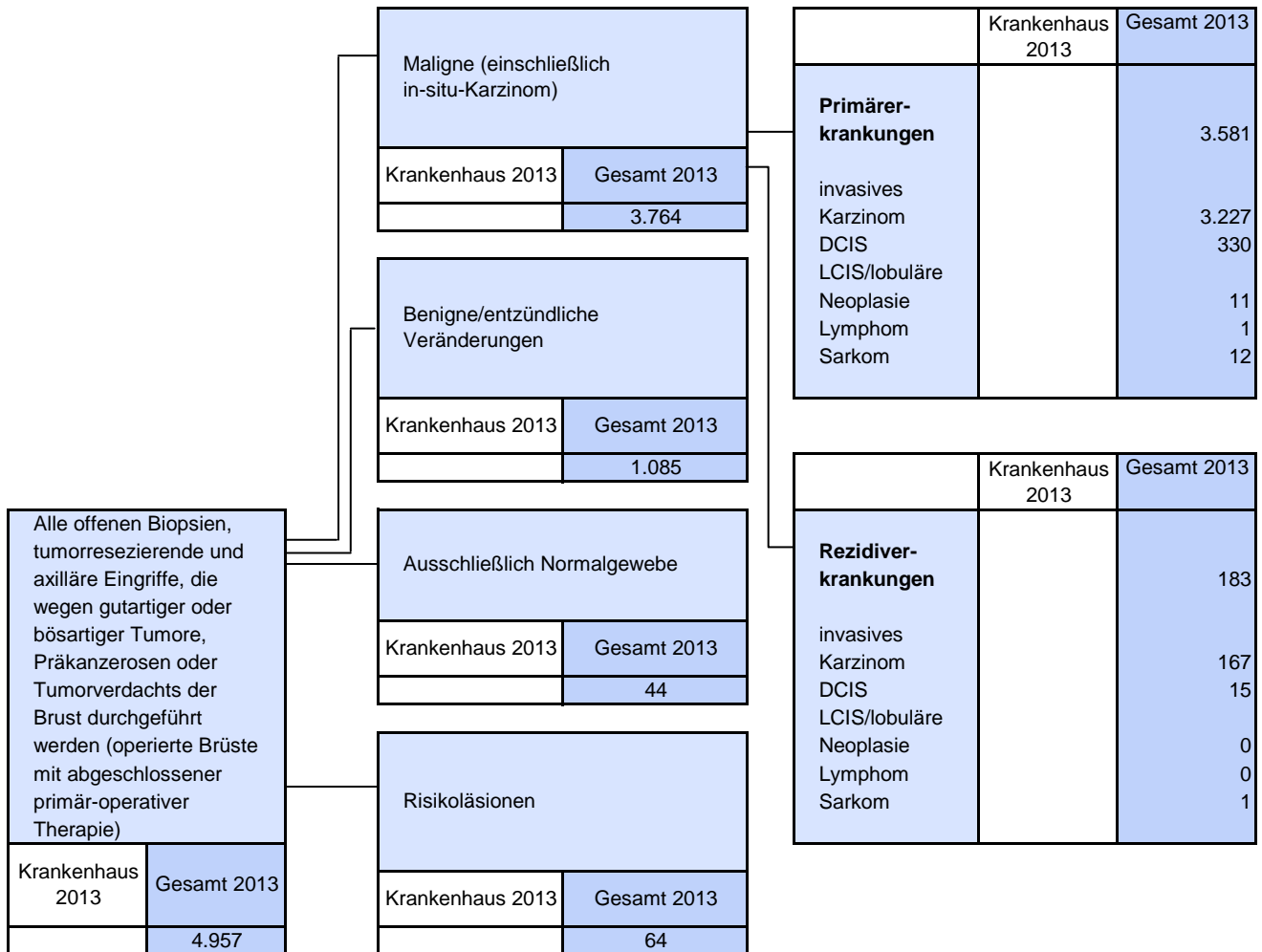
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	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			4.957 / 5.905	83,9	5.223 / 6.069	86,1
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			44 / 4.957	0,9	97 / 5.223	1,9
= benigne/entzündliche Veränderung			1.085 / 4.957	21,9	1.179 / 5.223	22,6
= Risikoläsion			64 / 4.957	1,3	69 / 5.223	1,3
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.764 / 4.957	75,9	3.878 / 5.223	74,2

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			3.581 / 3.764	95,1	3.692 / 3.878	95,2
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			3.227 / 3.581	90,1	3.322 / 3.692	90,0
DCIS			330 / 3.581	9,2	355 / 3.692	9,6
LCIS/Lobuläre Neoplasie			11 / 3.581	0,3	8 / 3.692	0,2
Lymphom			1 / 3.581	0,0	0 / 3.692	0,0
Sarkom			12 / 3.581	0,3	7 / 3.692	0,2
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidivkrankung			183 / 3.764	4,9	186 / 3.878	4,8
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			167 / 183	91,3	174 / 186	93,5
DCIS			15 / 183	8,2	10 / 186	5,4
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 183	0,0	0 / 186	0,0
Lymphom			0 / 183	0,0	0 / 186	0,0
Sarkom			1 / 183	0,5	2 / 186	1,1

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.433	24,8	1.629	27,3
2. Quartal			1.541	26,7	1.499	25,1
3. Quartal			1.457	25,2	1.387	23,2
4. Quartal			1.344	23,3	1.461	24,4
Gesamt			5.775		5.976	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
5	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	1.544	26,7	C50.4	1.647	27,6
2				C50.8	1.334	23,1	C50.8	1.288	21,6
3				I10.00	752	13,0	I10.00	864	14,5
4				D24	700	12,1	D24	757	12,7
5				D05.1	472	8,2	D05.1	507	8,5

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

Patientinnen

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			21 / 5.775	0,4	36 / 5.976	0,6
20 - 29 Jahre			111 / 5.775	1,9	124 / 5.976	2,1
30 - 39 Jahre			298 / 5.775	5,2	279 / 5.976	4,7
40 - 49 Jahre			901 / 5.775	15,6	959 / 5.976	16,0
50 - 59 Jahre			1.419 / 5.775	24,6	1.463 / 5.976	24,5
60 - 69 Jahre			1.369 / 5.775	23,7	1.397 / 5.976	23,4
70 - 79 Jahre			1.194 / 5.775	20,7	1.218 / 5.976	20,4
>= 80 Jahre			462 / 5.775	8,0	500 / 5.976	8,4
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			5.775		5.976	
Median				61,0		60,0
Geschlecht						
männlich			51	0,9	60	1,0
weiblich			5.724	99,1	5.916	99,0
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			1.273	22,0	1.477	24,7
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.307	57,3	3.375	56,5
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.137	19,7	1.091	18,3
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			57	1,0	32	0,5
5: moribunder Patient			1	0,0	1	0,0

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			4.134 / 5.775	71,6	4.121 / 5.976	69,0
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			4.134	5,0	4.121	6,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			4.134	6,0	4.121	7,0
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			1.641 / 5.775	28,4	1.855 / 5.976	31,0
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.641	2,0	1.855	2,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.641	2,0	1.855	2,0

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

² bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen

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

Präoperative Diagnostik und Therapie

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			2.879 / 5.905	48,8	3.020 / 6.069	49,8
links			3.026 / 5.905	51,2	3.049 / 6.069	50,2
Erkrankung an dieser Brust						
Primärerkrankung			5.634 / 5.905	95,4	5.793 / 6.069	95,5
lokoregionäres Rezidiv nach BET			211 / 5.905	3,6	203 / 6.069	3,3
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			60 / 5.905	1,0	73 / 6.069	1,2
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung			4.833 / 5.634	85,8	5.039 / 5.793	87,0
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			2.924 / 4.833	60,5	3.120 / 5.039	61,9
Anlass der Diagnosestellung bekannt (Mehrfachnennungen möglich)			4.671 / 4.833	96,6	4.819 / 5.039	95,6
wenn ja:						
Selbstuntersuchung (Eigenuntersuchung)			1.994 / 4.671	42,7	2.115 / 4.819	43,9
Früherkennung			1.764 / 4.671	37,8	1.899 / 4.819	39,4
Früherkennung im Rahmen eines Mammographie-Screening-Programms			1.212 / 4.671	25,9	1.348 / 4.819	28,0
Tumorsymptomatik			643 / 4.671	13,8	637 / 4.819	13,2
Nachsorge			182 / 4.671	3,9	147 / 4.819	3,1
sonstiges			437 / 4.671	9,4	401 / 4.819	8,3

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			2.517 / 2.924	86,1	2.680 / 3.120	85,9
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			1.395 / 1.909	73,1	1.453 / 1.919	75,7
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden			3.912 / 4.833	80,9	4.133 / 5.039	82,0
wenn ja:						
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			42 / 3.912	1,1	85 / 4.133	2,1
= benigne/entzündliche Veränderung			231 / 3.912	5,9	274 / 4.133	6,6
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			144 / 3.912	3,7	150 / 4.133	3,6
= malignitätsverdächtig			46 / 3.912	1,2	50 / 4.133	1,2
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.449 / 3.912	88,2	3.574 / 4.133	86,5

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2013)
 bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			3.449 / 3.912	88,2	3.574 / 4.133	86,5
davon:						
invasives Karzinom			3.116 / 3.456	90,2	3.203 / 3.574	89,6
DCIS			321 / 3.456	9,3	357 / 3.574	10,0
LCIS/Lobuläre Neoplasie			11 / 3.456	0,3	7 / 3.574	0,2
Lymphom			0 / 3.456	0,0	0 / 3.574	0,0
Sarkom			8 / 3.456	0,2	7 / 3.574	0,2

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv) wenn ja:			147 / 271	54,2	149 / 276	54,0
Histologie¹						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			2 / 147	1,4	4 / 149	2,7
= benigne/entzündliche Veränderung			6 / 147	4,1	5 / 149	3,4
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			4 / 147	2,7	2 / 149	1,3
= malignitätsverdächtig			1 / 147	0,7	2 / 149	1,3
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			134 / 147	91,2	136 / 149	91,3

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2013)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			134 / 147	91,2	136 / 149	91,3
davon:						
invasives Karzinom			122 / 134	91,0	119 / 136	87,5
DCIS			11 / 134	8,2	15 / 136	11,0
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 134	0,0	0 / 136	0,0
Lymphom			0 / 134	0,0	0 / 136	0,0
Sarkom			1 / 134	0,7	2 / 136	1,5

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			2.208 / 4.833	45,7	2.366 / 5.039	47,0
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			2.070 / 3.912	52,9	2.214 / 4.133	53,6
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			1.911 / 3.430	55,7	1.984 / 3.560	55,7

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			386 / 4.833	8,0	312 / 5.039	6,2
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			376 / 3.110	12,1	304 / 3.203	9,5
systemische Chemotherapie			362 / 376	96,3	296 / 304	97,4
endokrine Therapie			16 / 376	4,3	10 / 304	3,3
spezifische Antikörpertherapie			61 / 376	16,2	42 / 304	13,8
Strahlentherapie			4 / 376	1,1	5 / 304	1,6
sonstige			9 / 376	2,4	10 / 304	3,3

4. Operation (benigne und maligne Tumore) Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			6.048	1,0	6.348	1,0
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			1.875 / 6.048	31,0	1.992 / 6.348	31,4
Mammographie wenn ja:			1.137 / 1.875	60,6	1.194 / 1.992	59,9
intraoperatives Präparatröntgen			1.110 / 1.137	97,6	1.172 / 1.194	98,2
Sonographie wenn ja:			957 / 1.875	51,0	988 / 1.992	49,6
intraoperative Präparatsonographie			779 / 957	81,4	823 / 988	83,3
MRT			36 / 1.875	1,9	44 / 1.992	2,2

OPS 2013

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
5	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
6	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)

OPS 2013

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	2.215	36,6	5-401.11	2.305	36,3
2				5-870.a1	1.171	19,4	5-870.a1	1.108	17,5
3				5-872.1	872	14,4	5-870.90	927	14,6
4				5-870.90	703	11,6	5-870.a0	824	13,0
5				5-870.a0	696	11,5	5-872.1	799	12,6
6				3-760	645	10,7	5-870.a2	633	10,0

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt (Bezug: Eingriffe)			2.662 / 6.048	44,0	2.743 / 6.348	43,2
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			5.506 / 6.048	91,0	5.714 / 6.348	90,0

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore) Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			272 / 5.905	4,6	332 / 6.069	5,5
Wundinfektion			37 / 5.905	0,6	56 / 6.069	0,9
Nachblutung/Hämatom			151 / 5.905	2,6	172 / 6.069	2,8
Serom			74 / 5.905	1,3	79 / 6.069	1,3
sonstige			27 / 5.905	0,5	45 / 6.069	0,7

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			50	0,8	107	1,8
= benigne/entzündliche Veränderung			1.092	18,5	1.185	19,5
= Risikoläsion			72	1,2	74	1,2
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			4.691	79,4	4.703	77,5
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			4.957	83,9	5.223	86,1
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			372	39,2	315	37,2
Empfehlung zur Mastektomie			151	15,9	154	18,2
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			55	5,8	41	4,8
Empfehlung zur Axilladissektion			58	6,1	39	4,6
Empfehlung zur BET			82	8,6	87	10,3
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			230	24,3	210	24,8

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.847 / 5.905	48,2	3.004 / 6.069	49,5
davon						
pT0			3 / 2.847	0,1	2 / 3.004	0,1
pTis			4 / 2.847	0,1	9 / 3.004	0,3
pT1 (<= 2cm)			1.682 / 2.847	59,1	1.694 / 3.004	56,4
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			20 / 1.682	1,2	14 / 1.694	0,8
pT1a (<= 5 mm)			119 / 1.682	7,1	133 / 1.694	7,9
pT1b (<= 10 mm)			454 / 1.682	27,0	404 / 1.694	23,8
pT1c (<= 20 mm)			1.089 / 1.682	64,7	1.143 / 1.694	67,5
pT2 (> 2 bis 5 cm)			860 / 2.847	30,2	1.019 / 3.004	33,9
pT3 (> 5 cm)			137 / 2.847	4,8	123 / 3.004	4,1
pT4 (Brustwand/Haut)			154 / 2.847	5,4	145 / 3.004	4,8
davon						
pT4a (Brustwand)			1 / 154	0,6	4 / 145	2,8
pT4b (Ödem)			147 / 154	95,5	128 / 145	88,3
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 154	0,0	5 / 145	3,4
pT4d (inflammatorisch)			6 / 154	3,9	8 / 145	5,5
pTX			7 / 2.847	0,2	12 / 3.004	0,4

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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			380 / 5.905	6,4	318 / 6.069	5,2
davon						
ypT0			106 / 380	27,9	72 / 318	22,6
ypTis			16 / 380	4,2	12 / 318	3,8
ypT1 (<= 2cm)			139 / 380	36,6	99 / 318	31,1
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			2 / 139	1,4	5 / 99	5,1
ypT1a (<= 5 mm)			31 / 139	22,3	14 / 99	14,1
ypT1b (<= 10 mm)			29 / 139	20,9	24 / 99	24,2
ypT1c (<= 20 mm)			77 / 139	55,4	56 / 99	56,6
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			68 / 380	17,9	80 / 318	25,2
ypT3 (> 5 cm)			25 / 380	6,6	20 / 318	6,3
ypT4 (Brustwand/Haut)			26 / 380	6,8	34 / 318	10,7
davon						
ypT4a (Brustwand)			1 / 26	3,8	1 / 34	2,9
ypT4b (Ödem)			20 / 26	76,9	26 / 34	76,5
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 26	0,0	1 / 34	2,9
ypT4d (inflammatorisch)			5 / 26	19,2	6 / 34	17,6
ypTX			0 / 380	0,0	1 / 318	0,3

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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.953 / 5.905	50,0	3.055 / 6.069	50,3
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.950 / 2.953	66,0	1.944 / 3.055	63,6
pN0(sn)			1.792 / 1.950	91,9	1.757 / 1.944	90,4
pN0			158 / 1.950	8,1	187 / 1.944	9,6
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			117 / 1.950	6,0	144 / 1.944	7,4
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			590 / 2.953	20,0	620 / 3.055	20,3
pN1mi			17 / 590	2,9	29 / 620	4,7
pN1mi(sn)			72 / 590	12,2	79 / 620	12,7
pN1a			359 / 590	60,8	388 / 620	62,6
pN1b			2 / 590	0,3	1 / 620	0,2
pN1c			4 / 590	0,7	5 / 620	0,8
pN1(sn)			136 / 590	23,1	118 / 620	19,0
pN2			178 / 2.953	6,0	212 / 3.055	6,9
pN2a			178 / 178	100,0	210 / 212	99,1
pN2b			0 / 178	0,0	2 / 212	0,9
pN3			120 / 2.953	4,1	162 / 3.055	5,3
pN3a			117 / 120	97,5	156 / 162	96,3
pN3b			3 / 120	2,5	1 / 162	0,6
pN3c			0 / 120	0,0	5 / 162	3,1
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			115 / 2.953	3,9	117 / 3.055	3,8
pNX			113 / 115	98,3	109 / 117	93,2
pNX(sn)			2 / 115	1,7	8 / 117	6,8

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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			274 / 5.905	4,6	267 / 6.069	4,4
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			126 / 274	46,0	103 / 267	38,6
ypN0(sn)			43 / 126	34,1	42 / 103	40,8
ypN0			83 / 126	65,9	61 / 103	59,2
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			63 / 126	50,0	50 / 103	48,5
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			70 / 274	25,5	84 / 267	31,5
ypN1mi			5 / 70	7,1	7 / 84	8,3
ypN1mi(sn)			1 / 70	1,4	2 / 84	2,4
ypN1a			54 / 70	77,1	63 / 84	75,0
ypN1b			1 / 70	1,4	0 / 84	0,0
ypN1c			1 / 70	1,4	2 / 84	2,4
ypN1(sn)			8 / 70	11,4	10 / 84	11,9
ypN2			34 / 274	12,4	37 / 267	13,9
ypN2a			34 / 34	100,0	37 / 37	100,0
ypN2b			0 / 34	0,0	0 / 37	0,0
ypN3			26 / 274	9,5	20 / 267	7,5
ypN3a			25 / 26	96,2	20 / 20	100,0
ypN3b			1 / 26	3,8	0 / 20	0,0
ypN3c			0 / 26	0,0	0 / 20	0,0
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			18 / 274	6,6	23 / 267	8,6
ypNX			17 / 18	94,4	21 / 23	91,3
ypNX(sn)			1 / 18	5,6	2 / 23	8,7

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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			1.033	14,0	1.164	15,0
wenn Angabe pN(sn)-Staging: Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			2.018	2,0	1.965	2,0
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			64	2,0	81	2,4
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			3.227 / 5.905	54,6	3.322 / 6.069	54,7
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			3.055 / 3.227	94,7	3.153 / 3.322	94,9
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			160 / 3.227	5,0	169 / 3.322	5,1
Staging wurde nicht durchgeführt ²			12 / 3.227	0,4	-	-

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

² neuer Schlüsselwert in 2013

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			3.209		3.291	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			612	19,1	595	18,1
mäßig differenziert			1.691	52,7	1.730	52,6
schlecht differenziert			870	27,1	940	28,6
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			36	1,1	26	0,8
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			519	16,2	541	16,4
positiv			2.589	80,7	2.672	81,2
schwach positiv			92	2,9	67	2,0
unbekannt			9	0,3	11	0,3
HER-2/neu-Status						
negativ			2.675	83,4	2.709	82,3
positiv			495	15,4	535	16,3
unbekannt			39	1,2	47	1,4
histologisch gesicherte Multizentrität			390 / 3.209	12,2	373 / 3.291	11,3
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			60 / 3.209	1,9	67 / 3.291	2,0
ja			3.080 / 3.209	96,0	3.173 / 3.291	96,4
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			69 / 3.209	2,2	51 / 3.291	1,5
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			2.024		2.135	
Median (mm)				5,0		5,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			38 / 3.209	1,2	47 / 3.291	1,4

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			1.013	31,4	1.011	30,4
ja			2.106	65,3	2.208	66,5
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			102	3,2	90	2,7
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			6	0,2	13	0,4
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			1.670	51,8	-	-
ja, einzelne Lymphknoten ¹			697	21,6	-	-
ja, Axilladissektion ¹			860	26,7	-	-
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2.473	76,6	2.458	74,0
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			2.110 / 2.473	85,3	1.988 / 2.458	80,9
Farbmarkierung			186 / 2.473	7,5	161 / 2.458	6,6
beides			177 / 2.473	7,2	309 / 2.458	12,6
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹			919	28,5	-	-
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹			2.979 / 3.067	97,1	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- näer Tumorkonferenz			3.144 / 3.187	98,7	3.253 / 3.293	98,8
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			3.163 / 3.187	99,2	3.259 / 3.293	99,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			3.142 / 3.187	98,6	3.235 / 3.293	98,2

**Entlassung
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			2.096	65,8	2.333	70,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1.041	32,7	901	27,4
03: aus sonstigen Gründen			2	0,1	1	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			6	0,2	2	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			2	0,1	10	0,3
07: Tod			5	0,2	4	0,1
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			3	0,1	5	0,2
10: in Pflegeeinrichtung			13	0,4	11	0,3
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	5	0,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			2	0,1	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			9	0,3	6	0,2
15: gegen ärztlichen Rat			6	0,2	10	0,3
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			2	0,1	3	0,1
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	2	0,1
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> |
|--|--|

Histologie und Staging
6.3 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv- erkrankung bei invasivem Karzinom (primär- operative Therapie abgeschlossen) davon			167 / 5.905	2,8	174 / 6.069	2,9
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			131 / 167	78,4	141 / 174	81,0
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			35 / 167	21,0	33 / 174	19,0
Staging wurde nicht durchgeführt ¹			1 / 167	0,6	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			149		152	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			17	11,4	14	9,2
mäßig differenziert			61	40,9	76	50,0
schlecht differenziert			64	43,0	57	37,5
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			7	4,7	5	3,3
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			51	34,2	47	30,9
positiv			92	61,7	95	62,5
schwach positiv			4	2,7	6	3,9
unbekannt			2	1,3	4	2,6
HER-2/neu-Status						
negativ			112	75,2	108	71,1
positiv			33	22,1	38	25,0
unbekannt			4	2,7	6	3,9
histologisch gesicherte Multizentrität			18 / 149	12,1	26 / 152	17,1
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			19 / 149	12,8	20 / 152	13,2
ja			129 / 149	86,6	132 / 152	86,8
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			1 / 149	0,7	0 / 152	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			129		132	
Median				5,0		6,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			8 / 149	5,4	9 / 152	5,9

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			121		118	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			93	76,9	81	68,6
ja			25	20,7	30	25,4
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	0,8	1	0,8
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			2	1,7	6	5,1

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinä- rer Tumorkonferenz			164 / 167	98,2	168 / 173	97,1
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			164 / 167	98,2	170 / 173	98,3
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			162 / 167	97,0	163 / 173	94,2

**Entlassung
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			105	62,9	119	68,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			58	34,7	52	30,1
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	1	0,6
07: Tod			1	0,6	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	1	0,6
15: gegen ärztlichen Rat			3	1,8	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0	0,0	0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> |
|--|--|

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			330	99,1	355	100,0
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			228 / 327	69,7	213 / 355	60,0
pNX			226 / 228	99,1	204 / 213	95,8
pNX(sn)			2 / 228	0,9	9 / 213	4,2
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			94 / 327	28,7	133 / 355	37,5
pN0(sn)			79 / 94	84,0	112 / 133	84,2
pN0			15 / 94	16,0	21 / 133	15,8
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			3 / 94	3,2	2 / 133	1,5
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			3 / 327	0,9	2 / 355	0,6
pN1mi			0 / 3	0,0	0 / 2	0,0
pN1mi(sn)			0 / 3	0,0	0 / 2	0,0
pN1a			2 / 3	66,7	2 / 2	100,0
pN1b			0 / 3	0,0	0 / 2	0,0
pN1c			0 / 3	0,0	0 / 2	0,0
pN1(sn)			1 / 3	33,3	0 / 2	0,0
pN2			1 / 327	0,3	2 / 355	0,6
pN2a			1 / 1	100,0	2 / 2	100,0
pN2b			0 / 1	0,0	0 / 2	0,0
pN3			0 / 327	0,0	0 / 355	0,0
pN3a			0 / 0		0 / 0	
pN3b			0 / 0		0 / 0	
pN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			1 / 327	0,3	0 / 355	0,0
ypNX			1 / 1	100,0	0 / 0	
ypNX(sn)			0 / 1	0,0	0 / 0	
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			0 / 327	0,0	5 / 355	1,4
ypN0(sn)			0 / 0		2 / 5	40,0
ypN0			0 / 0		3 / 5	60,0
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			0 / 0		3 / 5	60,0
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			0 / 327	0,0	0 / 355	0,0
ypN1mi			0 / 0		0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN1a			0 / 0		0 / 0	
ypN1b			0 / 0		0 / 0	
ypN1c			0 / 0		0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2			0 / 327	0,0	0 / 355	0,0
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 327	0,0	0 / 355	0,0
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			19	1,0	25	0,0
wenn Angabe pN(sn)-Staging Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			79	2,0	110	2,0
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			32	9,7	30	8,5
Grading						
G1			63	19,1	81	22,8
G2			127	38,5	148	41,7
G3			66	20,0	79	22,3
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			71	21,5	47	13,2
Gesamttumorgröße						
Anzahl der gültigen Angaben Median			330	20,0	355	20,0
Anteil <= 10 mm (%)			100 / 330	30,3	102 / 355	28,7
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			80 / 330	24,2	79 / 355	22,3
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			42 / 330	12,7	63 / 355	17,7
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			26 / 330	7,9	31 / 355	8,7
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			34 / 330	10,3	30 / 355	8,5
Anteil > 50 mm (%)			45 / 330	13,6	50 / 355	14,1

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			10 / 330	3,0	18 / 355	5,1
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			11 / 330	3,3	9 / 355	2,5
ja			316 / 330	95,8	346 / 355	97,5
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 330	0,0	0 / 355	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			225		268	
Median (mm)				5,0		5,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			9 / 330	2,7	6 / 355	1,7

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			80	24,2	78	22,0
ja			233	70,6	274	77,2
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			14	4,2	3	0,8
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	0	0,0
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹						
ja, einzelne Lymphknoten			26	7,9	-	-
ja, Axilladissektion			5	1,5	-	-
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			86	26,1	118	33,2
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			72 / 86	83,7	94 / 118	79,7
Farbmarkierung			10 / 86	11,6	13 / 118	11,0
beides			4 / 86	4,7	11 / 118	9,3
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹						
ja, einzelne Lymphknoten			23	7,0	-	-
ja, Axilladissektion			3	0,9	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			325 / 328	99,1	347 / 355	97,7
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			324 / 328	98,8	351 / 355	98,9
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			321 / 328	97,9	341 / 355	96,1

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			225	68,6	248	69,9
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			102	31,1	104	29,3
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	1	0,3
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,3	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	1	0,3
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	1	0,3
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> |
|--|--|

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.5 DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			0 / 15	0,0	0 / 10	0,0
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			0 / 15	0,0	1 / 10	10,0
ja			15 / 15	100,0	9 / 10	90,0
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 15	0,0	0 / 10	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			15		9	
Median				6,0		5,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			0 / 15	0,0	0 / 10	0,0

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			15		10	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			9	60,0	4	40,0
ja			6	40,0	5	50,0
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	0	0,0
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	1	10,0

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			14 / 15	93,3	9 / 10	90,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			15 / 15	100,0	10 / 10	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			15 / 15	100,0	10 / 10	100,0

**Entlassung
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			9	60,0	6	60,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			6	40,0	4	40,0
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> |
|--|--|

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

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			7 / 11	63,6	4 / 8	50,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			10 / 11	90,9	5 / 8	62,5
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			8 / 11	72,7	4 / 8	50,0

Entlassung
LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			7	63,6	5	62,5
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			4	36,4	3	37,5
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> |
|--|--|

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			12	100,0	7	100,0
davon						
pT0			0 / 12	0,0	0 / 7	0,0
pTis			0 / 12	0,0	0 / 7	0,0
pT1 (<= 2 cm)			1 / 12	8,3	2 / 7	28,6
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 1	0,0	0 / 2	0,0
pT1a (<= 5 mm)			0 / 1	0,0	1 / 2	50,0
pT1b (<= 10 mm)			0 / 1	0,0	1 / 2	50,0
pT1c (<= 20 mm)			1 / 1	100,0	0 / 2	0,0
pT2 (> 2 bis 5 cm)			3 / 12	25,0	2 / 7	28,6
pT3 (> 5 cm)			1 / 12	8,3	1 / 7	14,3
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 12	0,0	0 / 7	0,0
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			7 / 12	58,3	2 / 7	28,6
ypT0			0 / 12	0,0	0 / 7	0,0
ypTis			0 / 12	0,0	0 / 7	0,0
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 12	0,0	0 / 7	0,0
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 12	0,0	0 / 7	0,0
ypT3 (> 5 cm)			0 / 12	0,0	0 / 7	0,0
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 12	0,0	0 / 7	0,0
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 / 12	0,0	0 / 7	0,0

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			13 / 5.905	0,2	9 / 6.069	0,1
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			11 / 13	84,6	9 / 9	100,0
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			2 / 13	15,4	0 / 9	0,0
Staging wurde nicht durchgeführt ¹			0 / 13	0,0	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

Weiterer Behandlungsverlauf Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			11 / 13	84,6	8 / 9	88,9
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			12 / 13	92,3	9 / 9	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			13 / 13	100,0	9 / 9	100,0

**Entlassung
 Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			10	76,9	7	77,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			3	23,1	2	22,2
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> |
|--|--|

Weiterer Behandlungsverlauf
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1 / 1	100,0	0 / 0	
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1 / 1	100,0	0 / 0	
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1 / 1	100,0	0 / 0	

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

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0	0,0	0	
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	100,0	0	
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	
06: Verlegung			0	0,0	0	
07: Tod			0	0,0	0	
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	
11: in Hospiz			0	0,0	0	
12: interne Verlegung			0	0,0	0	
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	
16: externe Verlegung			0	0,0	0	
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	
18: Rückverlegung			0	0,0	0	
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	
22: Fallabschluss			0	0,0	0	
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|--|--|
| <p>01 Behandlung regulär beendet</p> <p>02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet</p> <p>04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet</p> <p>06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus</p> <p>08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung</p> <p>17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG</p> <p>19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung</p> <p>20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation</p> <p>21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme</p> <p>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> |
|--|--|

Entlassung
6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			939	80,7	1.092	82,6
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			212	18,2	217	16,4
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			6	0,5	4	0,3
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,1	2	0,2
10: in Pflegeeinrichtung			3	0,3	1	0,1
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	3	0,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	1	0,1
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			1	0,1	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	1	0,1
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	1	0,1
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV) | 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | |
| 11 Entlassung in ein Hospiz | |
| 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen | |

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

Die Auswertung setzt sich zusammen aus der Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlaubt, und einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten gibt.

2. Qualitätsindikatoren

Einen Überblick über die wesentlichen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bietet die Übersichtsseite, auf der alle Gesamtergebnisse mit ihren Referenzbereichen zusammenfassend dargestellt sind.

Nachfolgend werden dann die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren ausführlich dargestellt. Dazu wird im Titel zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators genannt und anschließend das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit dieses Qualitätsindikators beschrieben. Unter Indikator-ID ist die Bezeichnung des einzelnen Qualitätsindikators mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer aufgeführt. Damit sind alle Qualitätsindikatoren, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern ein Referenzbereich für ein Qualitätsindikator definiert ist (vgl. 2.2), wird dieser hier aufgeführt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären, was die Kennzahlen in der Tabelle darstellen (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall. In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,0%
Vertrauensbereich:	8,2 - 12,0%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,2 - 12,0% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15\%$ 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 2013.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken.

Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

Ein Spezialfall von a) ergibt sich bei so genannten "Sentinel Event"-Qualitätsindikatoren. Hier stellt bereits ein einziger Fall, der die Merkmale des entsprechenden Qualitätsindikators besitzt, eine Auffälligkeit dar. Technisch bedeutet dies, dass der Referenzbereich hier mit einem Wert von 0% gleichzusetzen ist. Für solche Qualitätsindikatoren wird in der Auswertung als Referenzbereich "Sentinel Event" aufgeführt.

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

5 von 200 = $2,5\% \leq 2,5\%$ (unauffällig)

5 von 195 = $2,6\%$ (gerundet) $> 2,5\%$ (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 $\leq 2,5\%$

ergeben 4 Wundinfektionen bei 157 Fällen eine Infektionsrate von $2,54777070\%$ (gerundet $2,5\%$).

Diese ist größer als $2,5\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

ergeben 12 Schlaganfälle bei 201 Fällen einen Anteil von $5,97014925\%$ (gerundet $6,0\%$).

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 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 AQUA-Instituts © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für die 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegte(n) Kennzahl(en) eines Qualitätsindikators werden die Ergebnisse der Krankenhäuser grafisch dargestellt.

Krankenhäuser, die in der betrachteten Grundgesamtheit keinen Fall dokumentiert haben, werden grafisch nicht dargestellt. Es wird nur die Anzahl dieser Krankenhäuser aufgeführt.

Die Krankenhäuser, die mindestens 20 Fälle in der betrachteten Grundgesamtheit der Kennzahl dokumentiert haben, werden sowohl im Benchmarkdiagramm (vgl. 2.4.1) als auch im Histogramm (vgl. 2.4.2) dargestellt. Dabei erscheinen Krankenhäuser, die mit ihren Ergebnissen außerhalb eines definierten Referenzbereiches liegen, im Benchmarkdiagramm vor einem farbigen Hintergrund.

Die Verteilung der Ergebnisse von Krankenhäusern mit weniger als 20 dokumentierten Fällen in der Grundgesamtheit ist in einem weiteren Benchmarkdiagramm abgebildet. Die Darstellung eines Referenzbereiches erfolgt hier nicht.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind.

Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

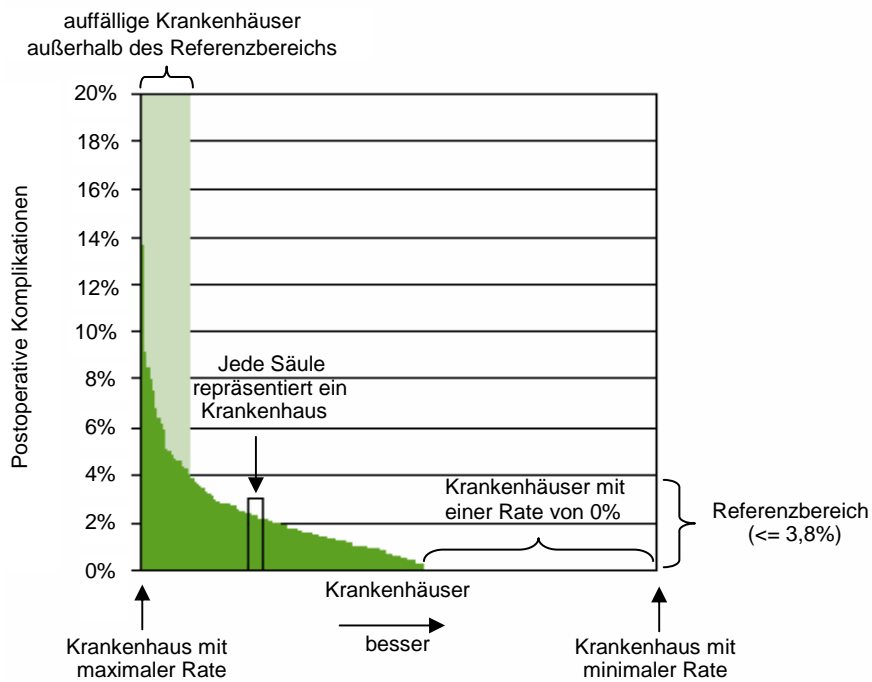
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators durch eine Säule dargestellt. Die Säulen werden so angeordnet, dass Krankenhäuser mit guter Qualität immer rechts stehen.

Beispiel:

Qualitätsindikator: Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator: Anteil von Patienten mit postoperativen Komplikationen an allen Patienten



2.4.2 Histogramm

Für die Darstellung der Verteilung der Krankhausergebnisse in einem Histogramm werden die von den Krankenhäusern erreichten Werte der Kennzahl des Qualitätsindikators in Klassen aufgeteilt. Für jede Klasse wird die Anzahl der Krankenhäuser ermittelt, für die die zugehörige Kennzahl in diese Klasse fällt.

Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

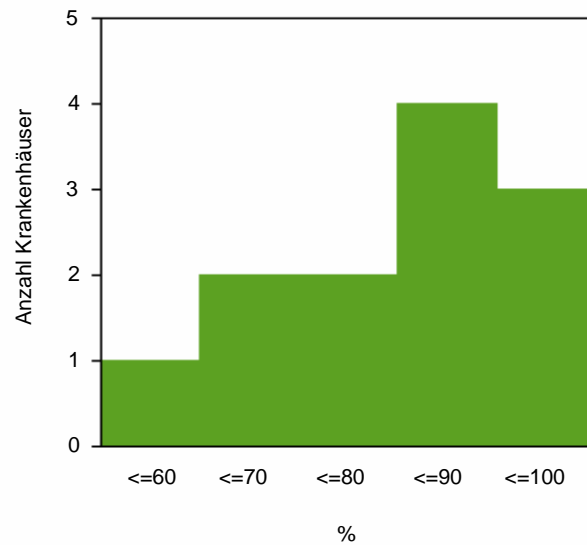
Beispiel:

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

1. Klasse: $\leq 60\%$
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 der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

In der Basisauswertung werden sämtliche Items des entsprechenden Datensatzes deskriptiv ausgewertet. In einigen Fällen gibt es zur Basisauswertung ergänzende Auswertungen, die weitergehende Aspekte des betreffenden Leistungsbereichs beleuchten sollen.

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

Es kann vorkommen, dass Prozentangaben in der Summe kleiner oder größer sind als 100%.

Für den ersten Fall, dass die Summe kleiner als 100% ist, sind fehlende Angaben verantwortlich. D. h. für die an 100% fehlenden Fälle wurden keine oder ungültige Angaben gemacht.

Prozentsummen von über 100% lassen sich dadurch erklären, dass Mehrfachnennungen möglich waren.

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

Allgemein ist bei der Interpretation von statistischen Kennzahlen darauf zu achten, welche Bezugsgröße für die Berechnung gewählt wurde. So ergeben sich z. B. unterschiedliche Auslegungen eines prozentualen Anteils, wenn einmal das Patientenkollektiv und ein anderes mal die Operationen die Bezugsgröße bilden.

Eine Einschränkung der Grundgesamtheit wird häufig dadurch angezeigt, dass die entsprechende Zeilenbeschriftung in der Tabelle etwas nach rechts eingerückt ist.

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 303) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

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 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der 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.

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.