

Jahresauswertung 2014 Mammachirurgie

18/1

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.492
Datensatzversion: 18/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15340-L96822-P46546

Jahresauswertung 2014 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.492
Datensatzversion: 18/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15340-L96822-P46546

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung			95,06%	>= 90,00%	innerhalb	94,47%	6
QI 2³: HER2/neu-Positivitätsrate							
2a: 2014/18n1-MAMMA/52268 HER2/neu-Positivitätsrate			15,78%	nicht definiert	-	15,62%	8
2b: 2014/18n1-MAMMA/52273 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)			1,07	nicht definiert	-	1,06	10
QI 3³: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung							
3a: 2014/18n1-MAMMA/52330 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung			99,68%	>= 95,00%	innerhalb	98,86%	12
3b: 2014/18n1-MAMMA/52279 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung			95,50%	>= 17,96%	innerhalb	93,52%	14

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. 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 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/18n1-MAMMA/2163 QI 4³: Primäre Axilladissektion bei DCIS			0,35%	<= 5,00%	innerhalb	0,63%	16
2014/18n1-MAMMA/50719 QI 5³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			10,05%	<= 29,00%	innerhalb	13,22%	18
2014/18n1-MAMMA/51847 QI 6³: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			94,23%	>= 80,00%	innerhalb	92,93%	20
QI 7³: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation							
7a: 2014/18n1-MAMMA/51370 unter 7 Tage			9,64%	<= 32,36%	innerhalb	10,95%	23
7b: 2014/18n1-MAMMA/51371 über 21 Tage			31,18%	<= 54,92%	innerhalb	29,14%	23

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. 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 2014	Ergebnis Krankenhaus 2014	Ergebnis Gesamt 2014	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2014/18n1-MAMMA/813068 AK 3³: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie			35,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	26,00 Fälle	26

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert oder Mindestanzahl an Datensätzen nicht erreicht

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2014. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjaheresergebnissen 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:	2014/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich		
	>= 90,00%	

	Gesamt 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	3.423 / 3.601 95,06%	336 / 918 36,60%
	94,30% - 95,72%	
	>= 90,00%	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

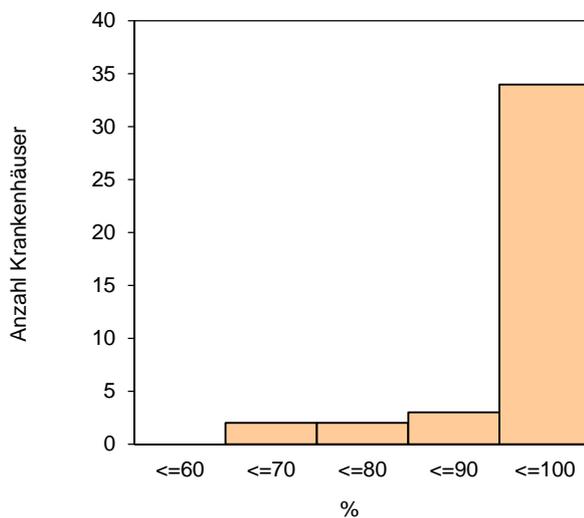
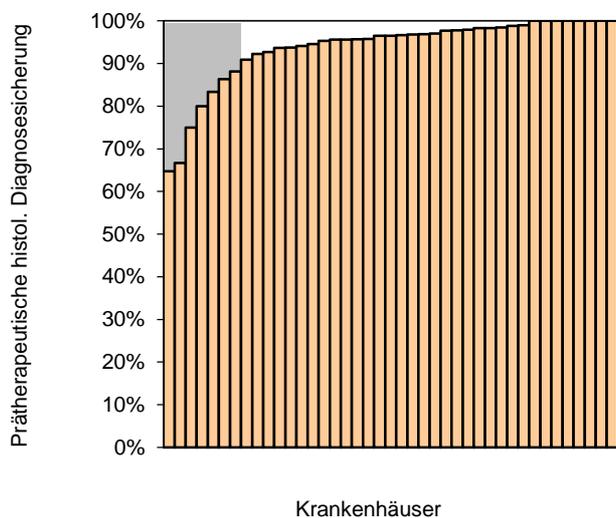
Vorjahresdaten	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	3.502 / 3.707 94,47%	378 / 1.079 35,03%
	93,69% - 95,16%	

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/51846]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

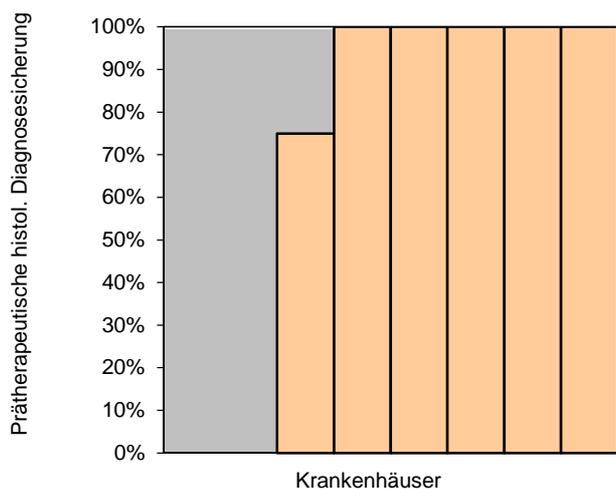
41 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	64,71	75,00	83,33	93,68	96,51	98,44	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			37,50	100,00	100,00			100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: HER2/neu-Positivitätsrate

Qualitätsziel: Angemessene Rate an HER2/neu positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

HER2/neu-Positivitätsrate

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

Indikator-ID: (QI 2a): 2014/18n1-MAMMA/52268

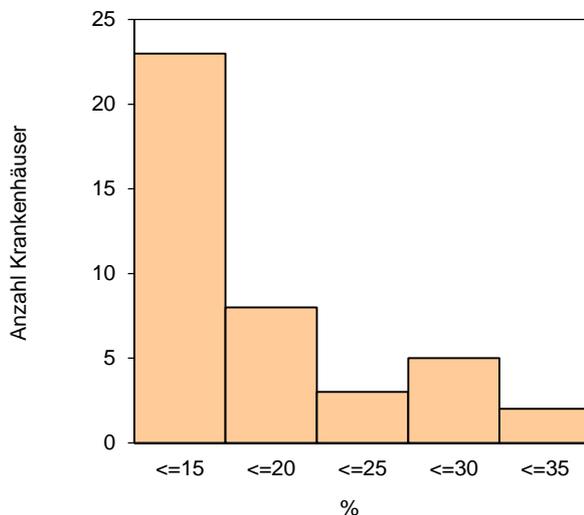
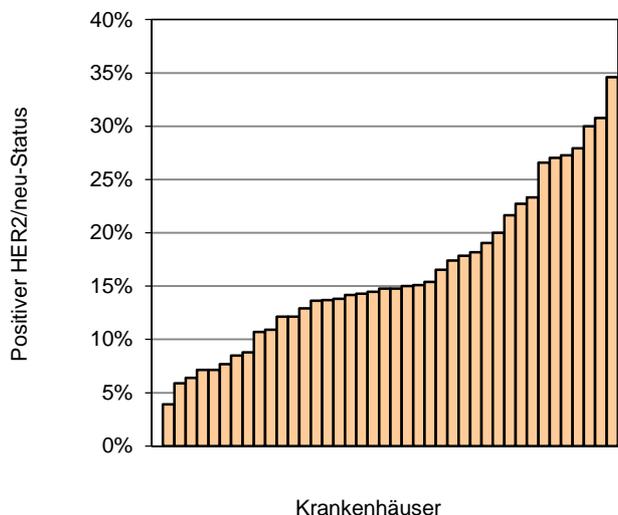
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status			485 / 3.074	15,78%
Vertrauensbereich				14,53% - 17,11%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status			495 / 3.170	15,62%
Vertrauensbereich				14,39% - 16,92%

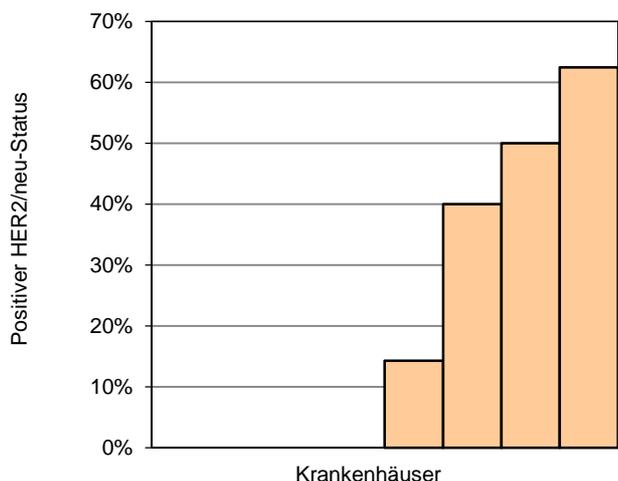
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/52268]:
 Anteil von Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives
 Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	5,88	7,14	10,92	14,75	20,00	27,27	30,00	34,62

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	7,14	45,00			62,50

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

Indikator-ID: (QI 2b): 2014/18n1-MAMMA/52273

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		485 / 3.074 15,78%
vorhergesagt (E) ¹		453,93 / 3.074 14,77%
O - E		1,01%

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

	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
O / E ²		1,07
Vertrauensbereich		0,98 - 1,16
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

² Verhältnis der beobachteten HER2/neu-positiven Befunde zu den erwarteten HER2/neu-positiven Befunden
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an HER2/neu-positiven Befunden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an HER2/neu-positiven Befunden ist 20% größer als erwartet.
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an HER2/neu-positiven Befunden ist 10% kleiner als erwartet.

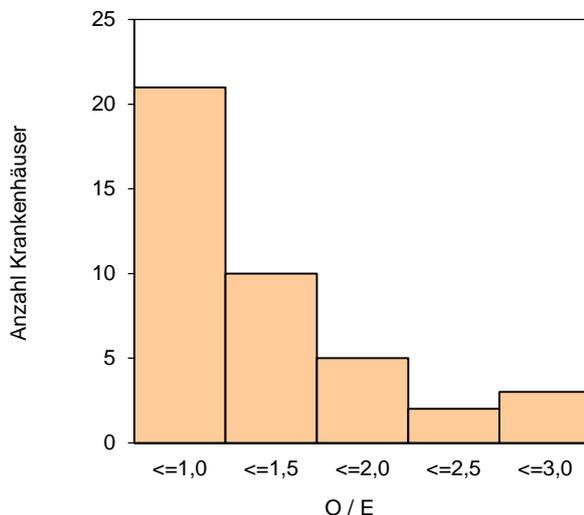
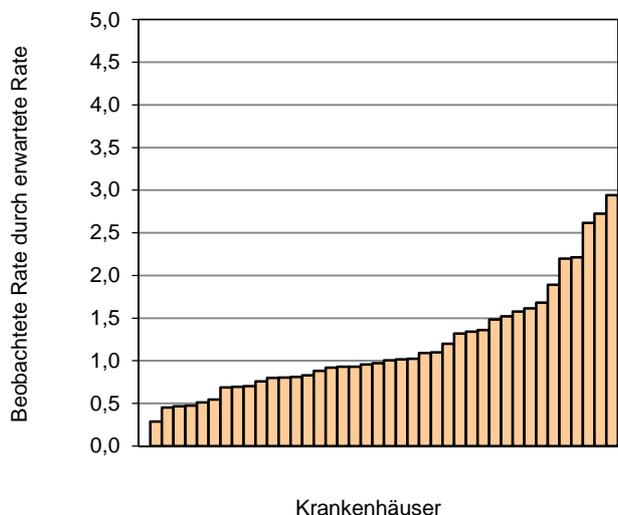
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013	Gesamt 2013
beobachtet (O)		495 / 3.170 15,62%
vorhergesagt (E)		467,74 / 3.170 14,76%
O - E		0,86%
O / E		1,06
Vertrauensbereich		0,98 - 1,15

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/52273]:

Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

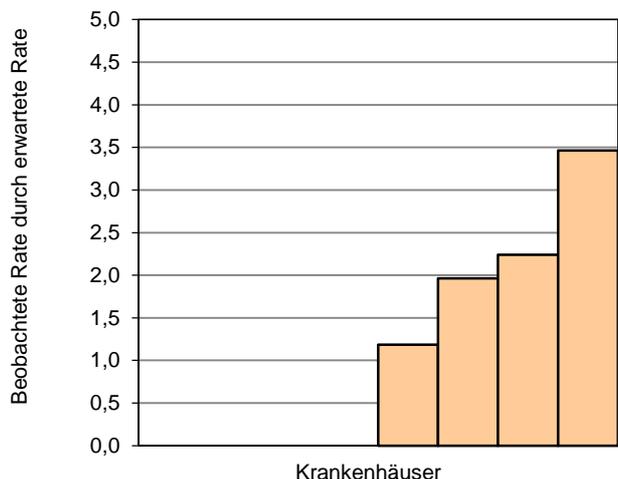
41 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,45	0,47	0,76	0,97	1,48	2,20	2,62	2,94

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,59	2,10			3,47

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

Qualitätsziel: Möglichst viele Eingriffe mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Mammografie oder nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie

Indikator-ID: (QI 3a): 2014/18n1-MAMMA/52330

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			1.237 / 1.241	99,68%
Vertrauensbereich				99,17% - 99,87%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

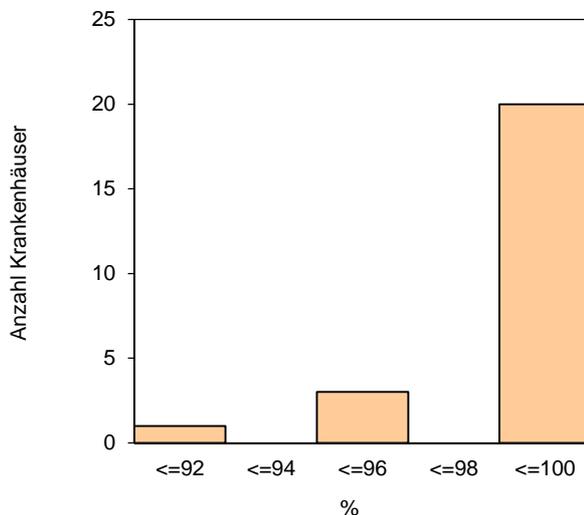
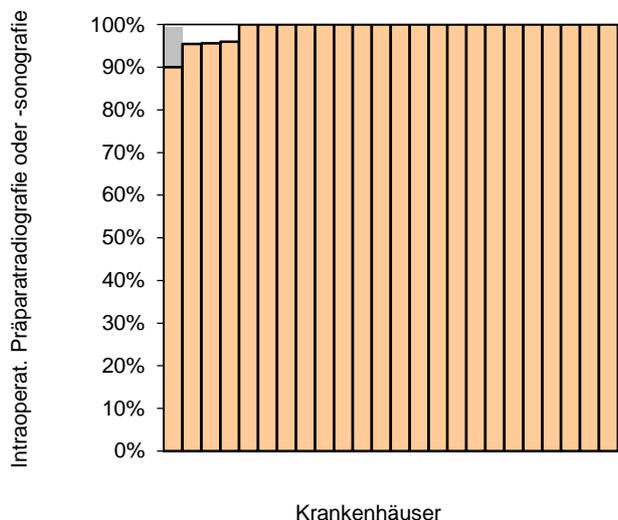
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			1.124 / 1.137	98,86%
Vertrauensbereich				98,05% - 99,33%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/52330]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

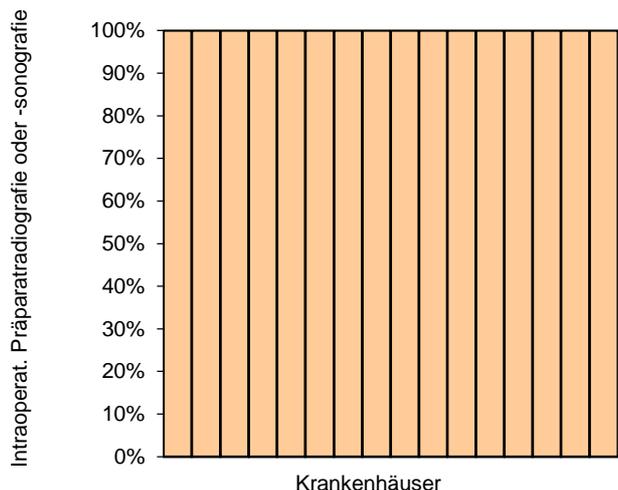
24 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,00	95,45	95,65	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

16 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie
 bei sonografischer Drahtmarkierung**

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie

Indikator-ID: (QI 3b): 2014/18n1-MAMMA/52279

Referenzbereich: >= 17,96% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Vertrauensbereich Referenzbereich			1.018 / 1.066	95,50% 94,08% - 96,59% >= 17,96%

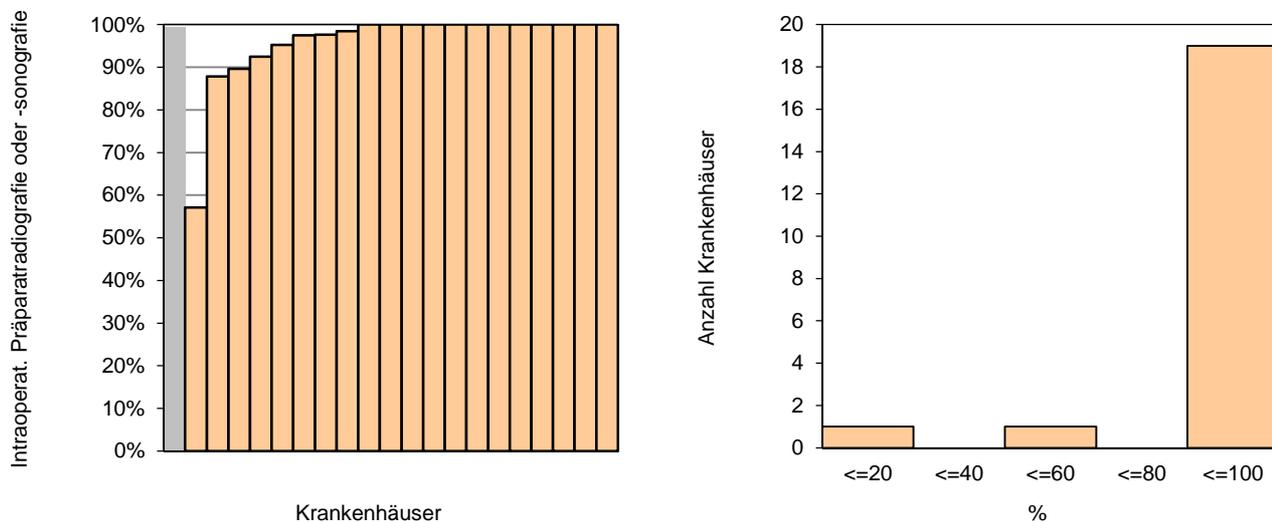
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Vertrauensbereich			895 / 957	93,52% 91,78% - 94,91%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/52279]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

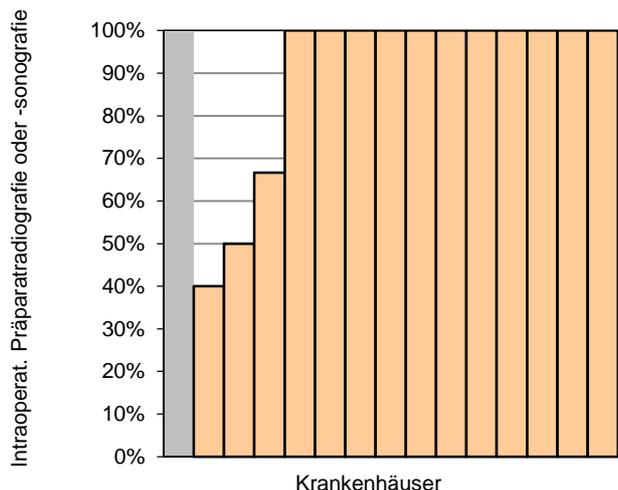
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	57,14	87,88	95,24	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

15 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	40,00	66,67	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

17 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Primäre Axilladisektion bei DCIS

Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladisektion bei DCIS

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

Indikator-ID: 2014/18n1-MAMMA/2163

Referenzbereich: <= 5,00% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			1 / 289	0,35%
Vertrauensbereich				0,06% - 1,93%
Referenzbereich		<= 5,00%		<= 5,00%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			2 / 316	0,63%
Vertrauensbereich				0,17% - 2,28%

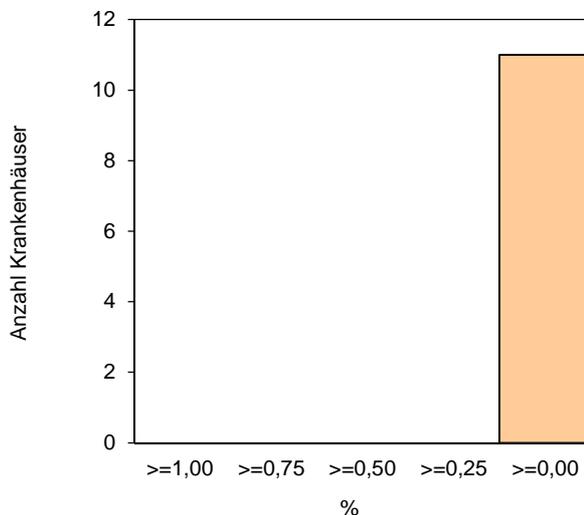
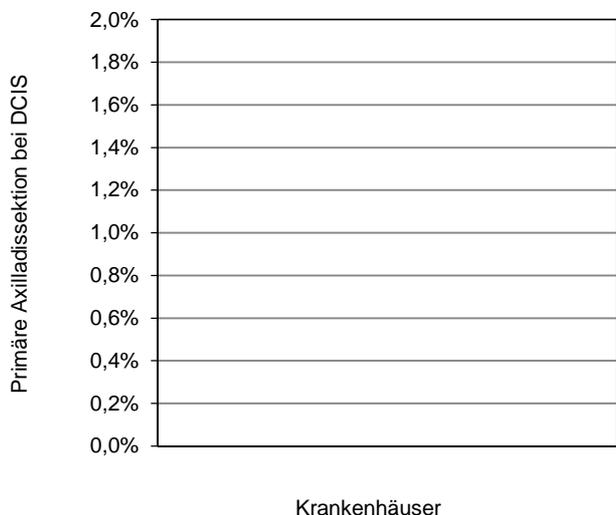
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2014 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2013 ab.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/2163]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

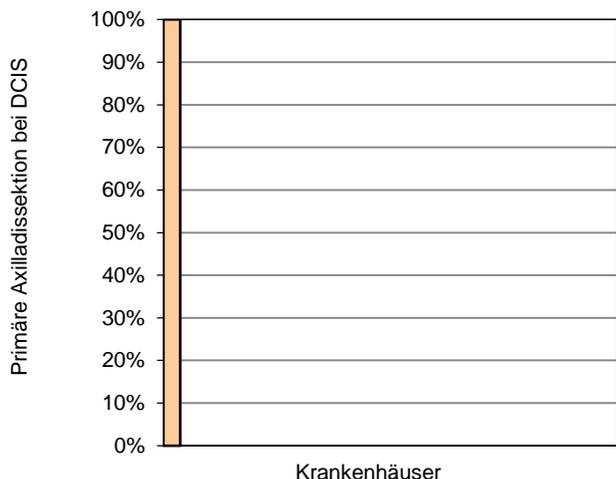
11 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

27 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

15 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

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

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

Indikator-ID: 2014/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 29,00% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			21 / 209	10,05%
Vertrauensbereich				6,67% - 14,87%
Referenzbereich		<= 29,00%		<= 29,00%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 209	0,00%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			19 / 209	9,09%

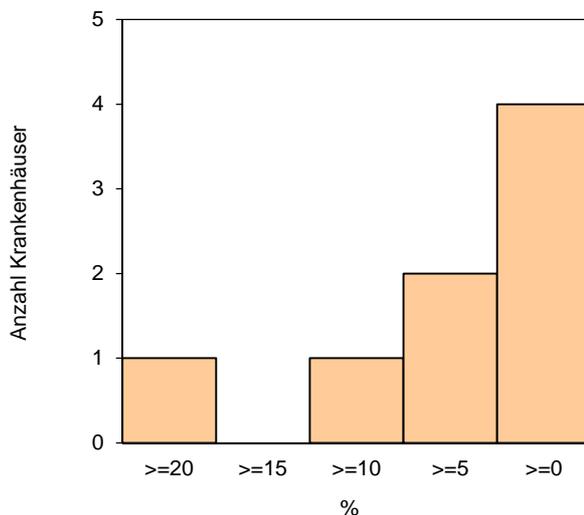
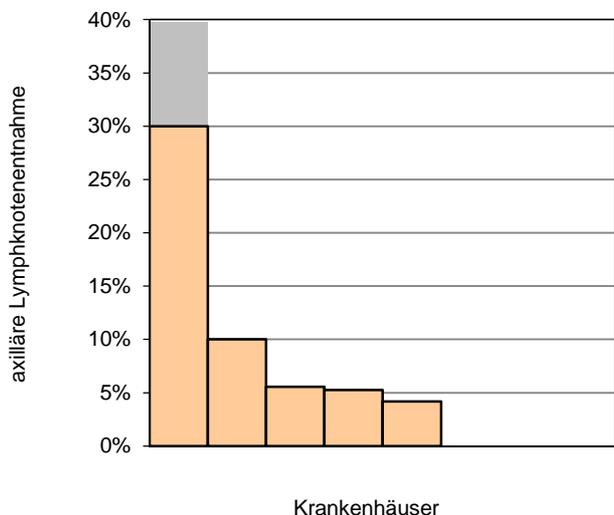
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			30 / 227	13,22%
Vertrauensbereich				9,42% - 18,24%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/50719]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

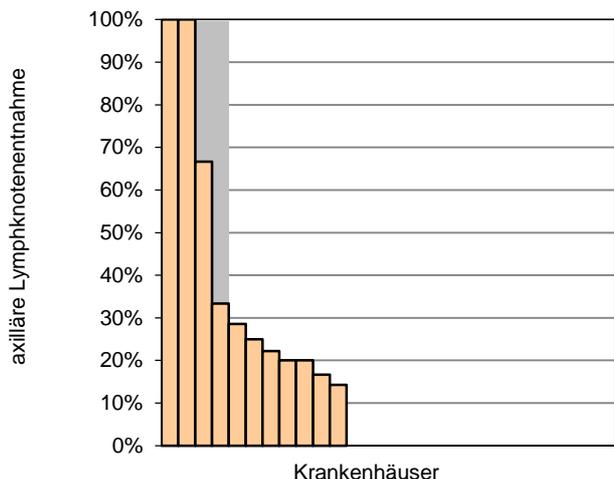
8 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	4,71	7,78			30,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

27 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	22,22	66,67	100,00	100,00

18 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2014/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 80,00% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	>= 80,00%			

	Gesamt 2014			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	1.617 / 1.716	1.147 / 1.181	425 / 467	45 / 68
Vertrauensbereich	94,23%	97,12%	91,01%	66,18%
Referenzbereich	93,03% - 95,24%			
	>= 80,00%			

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

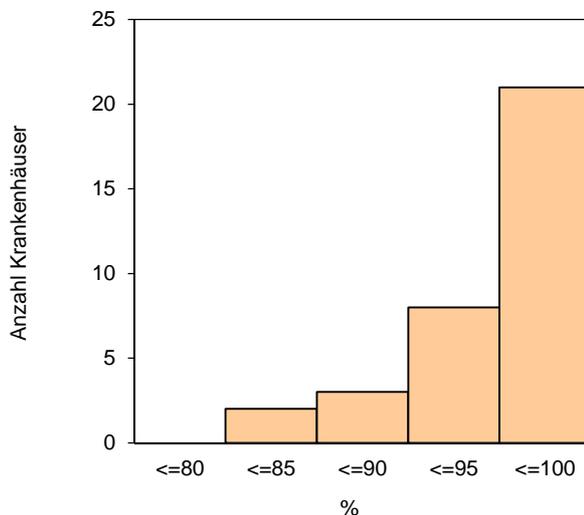
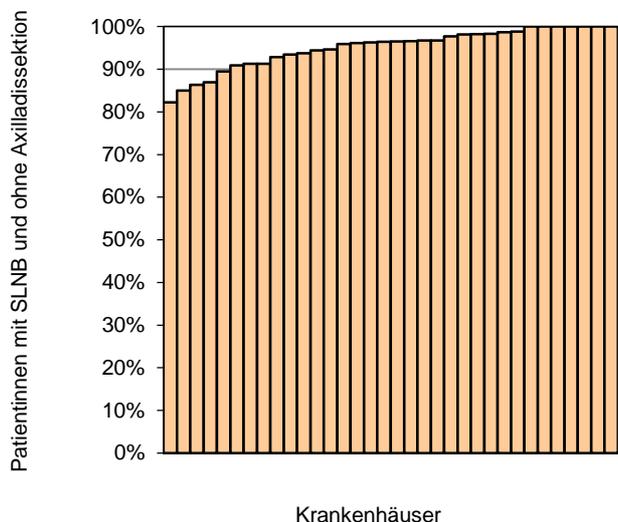
Vorjahresdaten	Gesamt 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	1.736 / 1.868 92,93%	1.281 / 1.333 96,10%	415 / 464 89,44%	40 / 71 56,34%
	91,68% - 94,01%			

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/51847]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

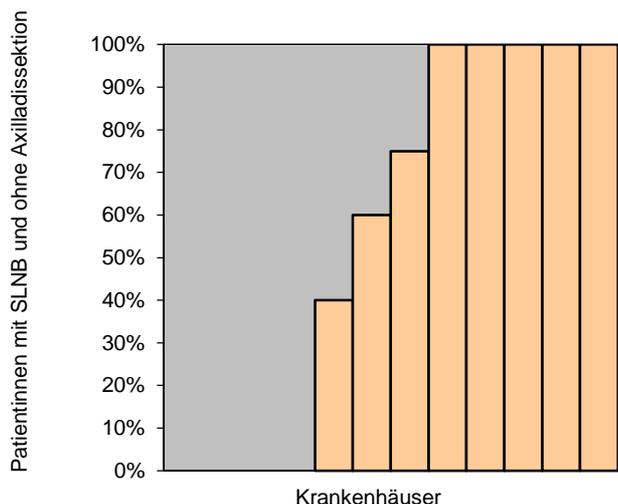
34 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,22	85,00	86,99	92,86	96,49	98,72	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	67,50	100,00	100,00		100,00

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: 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 7a): 2014/18n1-MAMMA/51370
 Gruppe 2 (QI 7b): 2014/18n1-MAMMA/51371

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 32,36% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Gruppe 2: <= 54,92% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			283 / 2.935	9,64%
Vertrauensbereich				8,63% - 10,76%
Referenzbereich		<= 32,36%		<= 32,36%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			915 / 2.935	31,18%
Vertrauensbereich				29,53% - 32,87%
Referenzbereich		<= 54,92%		<= 54,92%

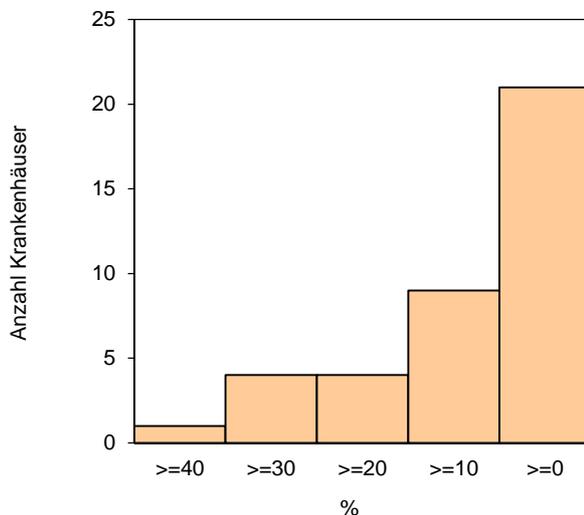
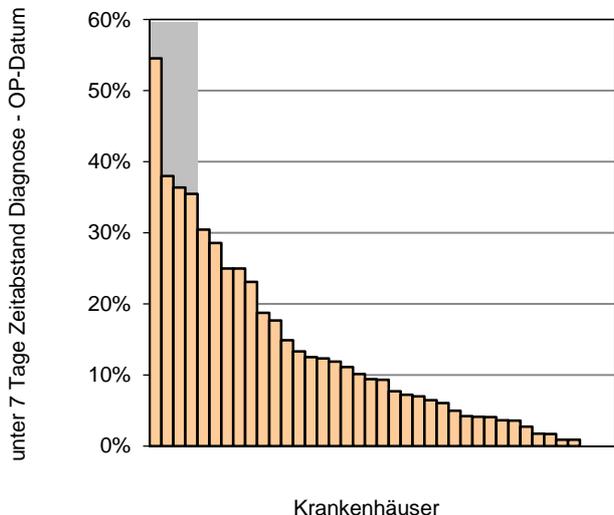
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			334 / 3.051	10,95%
Vertrauensbereich				9,89% - 12,10%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			889 / 3.051	29,14%
Vertrauensbereich				27,55% - 30,78%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/51370]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

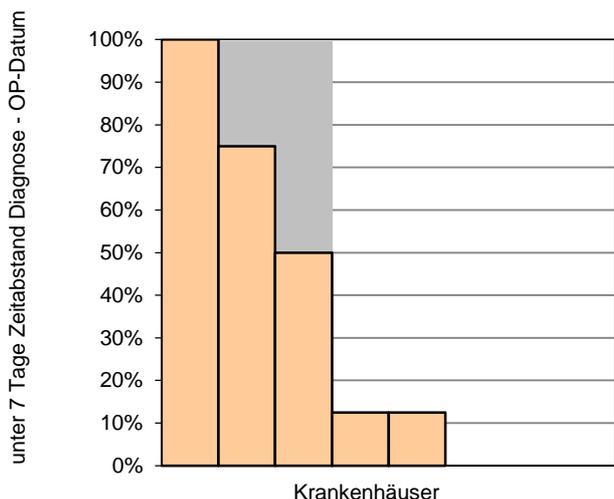
39 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,89	3,61	9,30	18,75	35,48	37,97	54,55

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	12,50	62,50			100,00

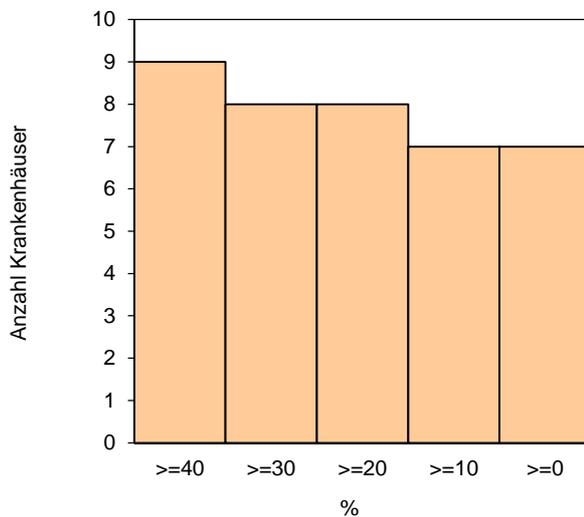
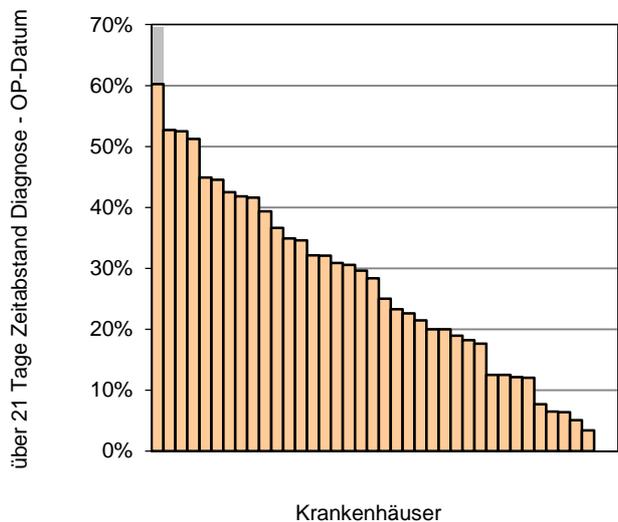
6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/51371]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

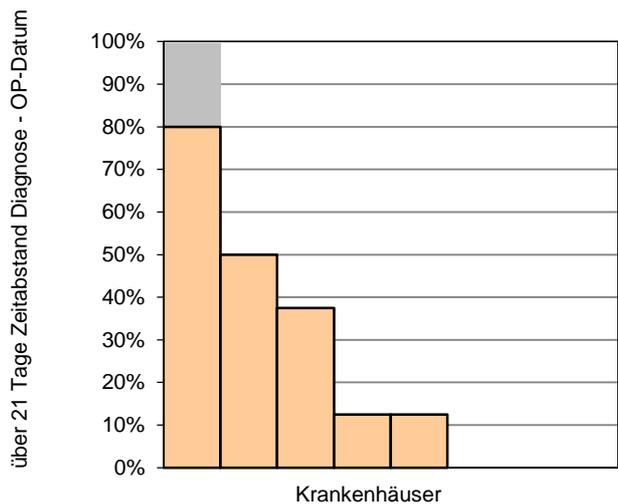
39 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	5,06	12,50	25,00	39,33	51,22	52,68	60,24

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	12,50	43,75			80,00

6 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: 2014/18n1-MAMMA/813068
Referenzbereich: <= 4,00 Fälle
ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹ Referenzbereich		35 / 3.288 <= 4,00 Fälle	35 / 3.288	35,00 Fälle <= 4,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹		26 / 3.338	26 / 3.338	26,00 Fälle

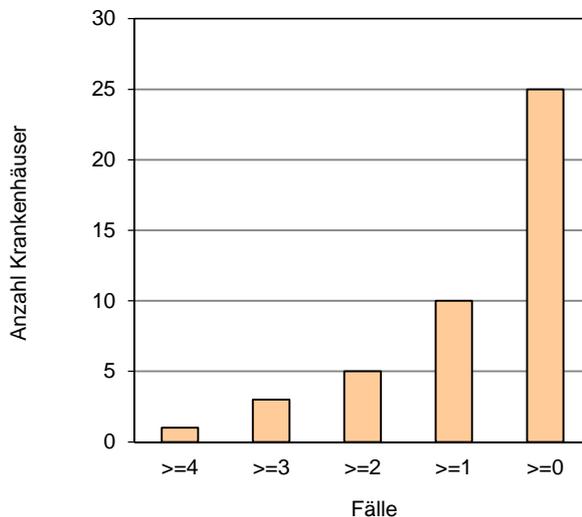
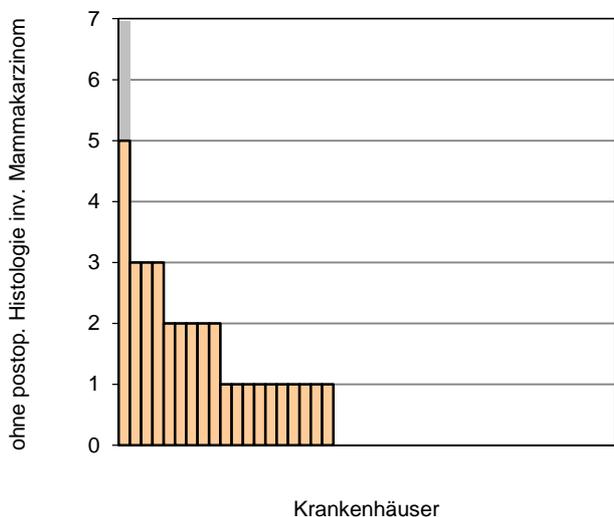
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2014/18n1-MAMMA/813068]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

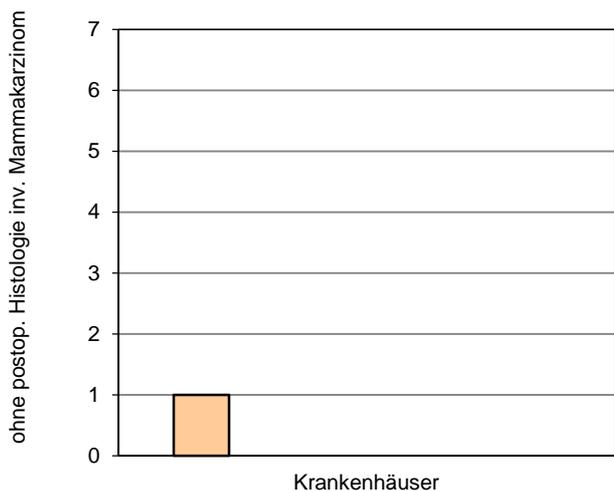
44 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	3,00	5,00

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2014 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Sachsen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen): 53
Anzahl Datensätze Gesamt: 5.492
Datensatzversion: 18/1 2014
Datenbankstand: 02. März 2015
2014 - D15340-L96822-P46546

Übersicht Basisauswertung

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	30
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	33
	Basisdaten	33
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	33
	Patientinnen	35
	Behandlungszeiten	36
3	Präoperative Diagnostik und Therapie (benigne und maligne Tumore)	37
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	43
5	Komplikationen (benigne und maligne Tumore)	45
6	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	46
6.1	Übersicht	46
6.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	47
6.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	56
6.4	DCIS (Primärerkrankung)	60
6.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	67
6.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	70
6.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	72
6.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	75
6.9	Nicht-maligne histologische Befunde	77

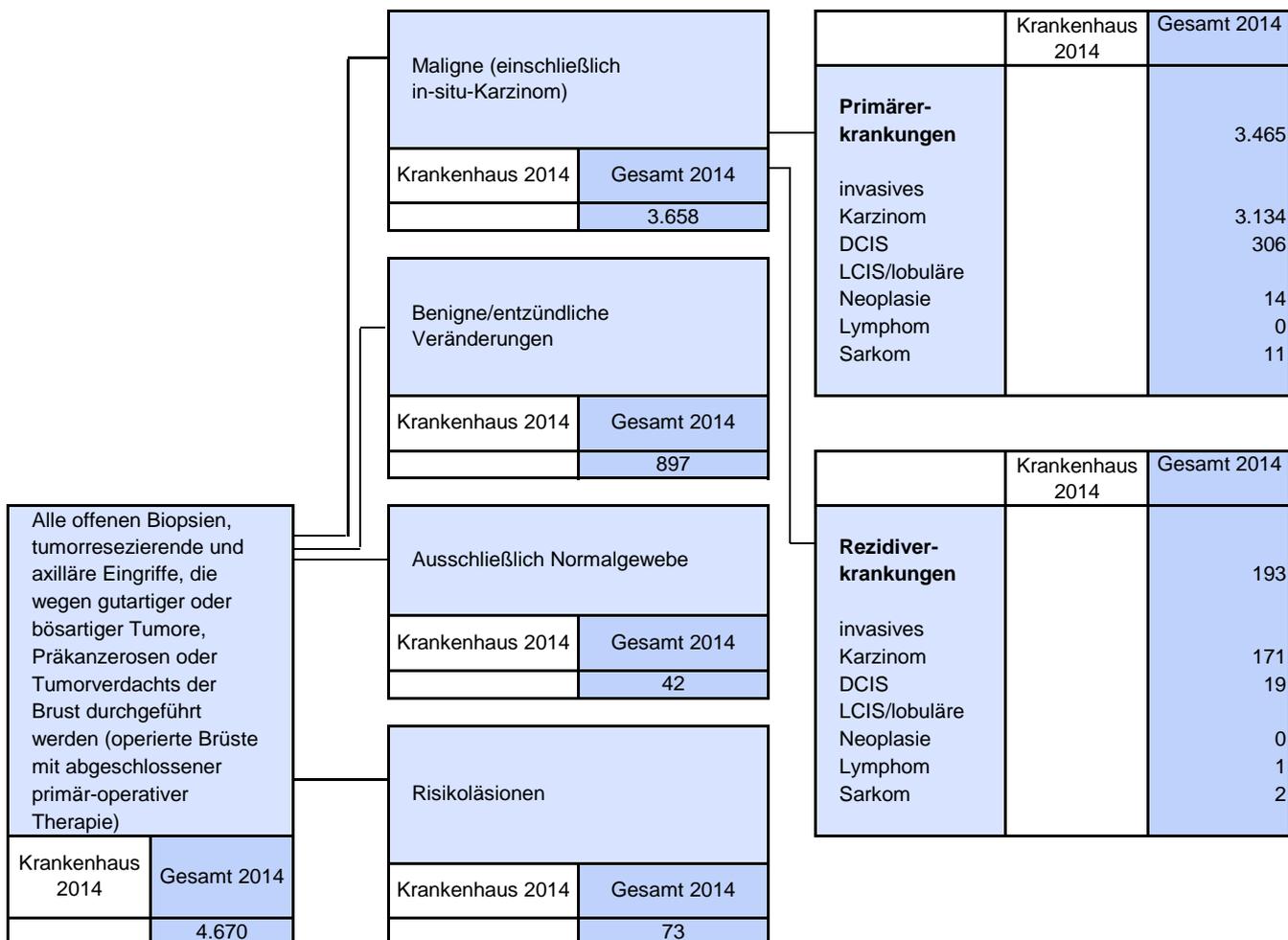
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	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			4.670 / 5.617	83,14	4.957 / 5.905	83,95
davon:						
Histologie = ausschließlich Normalgewebe			42 / 4.670	0,90	44 / 4.957	0,89
= benigne/entzündliche Veränderung			897 / 4.670	19,21	1.085 / 4.957	21,89
= Risikoläsion = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			73 / 4.670	1,56	64 / 4.957	1,29
			3.658 / 4.670	78,33	3.764 / 4.957	75,93

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			3.465 / 3.658	94,72	3.581 / 3.764	95,14
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			3.134 / 3.465	90,45	3.227 / 3.581	90,11
DCIS			306 / 3.465	8,83	330 / 3.581	9,22
LCIS/Lobuläre Neoplasie			14 / 3.465	0,40	11 / 3.581	0,31
Lymphom			0 / 3.465	0,00	1 / 3.581	0,03
Sarkom			11 / 3.465	0,32	12 / 3.581	0,34
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidivkrankung			193 / 3.658	5,28	183 / 3.764	4,86
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			171 / 193	88,60	167 / 183	91,26
DCIS			19 / 193	9,84	15 / 183	8,20
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 193	0,00	0 / 183	0,00
Lymphom			1 / 193	0,52	0 / 183	0,00
Sarkom			2 / 193	1,04	1 / 183	0,55

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.585	28,86	1.433	24,81
2. Quartal			1.447	26,35	1.541	26,68
3. Quartal			1.280	23,31	1.457	25,23
4. Quartal			1.180	21,49	1.344	23,27
Gesamt			5.492		5.775	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2014

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	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2014

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	1.526	27,79	C50.4	1.544	26,74
2				C50.8	1.219	22,20	C50.8	1.334	23,10
3				I10.00	802	14,60	I10.00	752	13,02
4				D24	595	10,83	D24	700	12,12
5				C50.2	480	8,74	D05.1	472	8,17

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

Patientinnen

	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			29 / 5.492	0,53	21 / 5.775	0,36
20 - 29 Jahre			112 / 5.492	2,04	111 / 5.775	1,92
30 - 39 Jahre			256 / 5.492	4,66	298 / 5.775	5,16
40 - 49 Jahre			787 / 5.492	14,33	901 / 5.775	15,60
50 - 59 Jahre			1.406 / 5.492	25,60	1.419 / 5.775	24,57
60 - 69 Jahre			1.316 / 5.492	23,96	1.369 / 5.775	23,71
70 - 79 Jahre			1.089 / 5.492	19,83	1.194 / 5.775	20,68
>= 80 Jahre			497 / 5.492	9,05	462 / 5.775	8,00
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			5.492		5.775	
Median				61,00		61,00
Geschlecht						
männlich			54	0,98	51	0,88
weiblich			5.438	99,02	5.724	99,12
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			1.231	22,41	1.273	22,04
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			3.205	58,36	3.307	57,26
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			1.015	18,48	1.137	19,69
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			37	0,67	57	0,99
5: moribunder Patient			4	0,07	1	0,02

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			3.998 / 5.492	72,80	4.134 / 5.775	71,58
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			3.998	5,00	4.134	5,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			3.998	6,00	4.134	6,00
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			1.494 / 5.492	27,20	1.641 / 5.775	28,42
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.494	2,00	1.641	2,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.494	2,00	1.641	2,00

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

² bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			2.708 / 5.617	48,21	2.879 / 5.905	48,76
links			2.909 / 5.617	51,79	3.026 / 5.905	51,24
Erkrankung an dieser Brust						
Primärerkrankung			5.348 / 5.617	95,21	5.634 / 5.905	95,41
lokoregionäres Rezidiv nach BET			191 / 5.617	3,40	211 / 5.905	3,57
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			78 / 5.617	1,39	60 / 5.905	1,02
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung			4.576 / 5.348	85,56	4.833 / 5.634	85,78
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			2.781 / 4.576	60,77	2.924 / 4.833	60,50
Anlass der Diagnosestellung bekannt (Mehrfachnennungen möglich)			4.417 / 4.576	96,53	4.671 / 4.833	96,65
wenn ja:						
Selbstuntersuchung (Eigenuntersuchung)			1.918 / 4.417	43,42	1.994 / 4.671	42,69
Früherkennung			1.676 / 4.417	37,94	1.764 / 4.671	37,76
Früherkennung im Rahmen eines Mammografie-Screening-Programms			1.198 / 4.417	27,12	1.212 / 4.671	25,95
Tumorsymptomatik			569 / 4.417	12,88	643 / 4.671	13,77
Nachsorge			150 / 4.417	3,40	182 / 4.671	3,90
sonstiges			397 / 4.417	8,99	437 / 4.671	9,36

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			2.460 / 2.781	88,46	2.517 / 2.924	86,08
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			1.347 / 1.795	75,04	1.395 / 1.909	73,07
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			3.807 / 4.576	83,19	3.912 / 4.833	80,94
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			26 / 3.807	0,68	42 / 3.912	1,07
= benigne/entzündliche Veränderung			202 / 3.807	5,31	231 / 3.912	5,90
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			132 / 3.807	3,47	144 / 3.912	3,68
= malignitätsverdächtig			40 / 3.807	1,05	46 / 3.912	1,18
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.407 / 3.807	89,49	3.449 / 3.912	88,16

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2014)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen) davon:						
invasives Karzinom			3.407 / 3.807	89,49	3.449 / 3.912	88,16
DCIS			306 / 3.413	8,97	321 / 3.456	9,29
LCIS/Lobuläre Neoplasie			5 / 3.413	0,15	11 / 3.456	0,32
Lymphom			0 / 3.413	0,00	0 / 3.456	0,00
Sarkom			8 / 3.413	0,23	8 / 3.456	0,23

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv) wenn ja:			131 / 269	48,70	147 / 271	54,24
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			3 / 131	2,29	2 / 147	1,36
= benigne/entzündliche Veränderung			5 / 131	3,82	6 / 147	4,08
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			3 / 131	2,29	4 / 147	2,72
= malignitätsverdächtig			2 / 131	1,53	1 / 147	0,68
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			118 / 131	90,08	134 / 147	91,16

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2014)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			118 / 131	90,08	134 / 147	91,16
davon:						
invasives Karzinom			104 / 118	88,14	122 / 134	91,04
DCIS			12 / 118	10,17	11 / 134	8,21
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 118	0,00	0 / 134	0,00
Lymphom			0 / 118	0,00	0 / 134	0,00
Sarkom			2 / 118	1,69	1 / 134	0,75

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			2.261 / 4.576	49,41	2.208 / 4.833	45,69
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			2.152 / 3.807	56,53	2.070 / 3.912	52,91
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			2.032 / 3.394	59,87	1.911 / 3.430	55,71

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			459 / 4.576	10,03	386 / 4.833	7,99
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:			449 / 3.089	14,54	376 / 3.110	12,09
systemische Chemotherapie			406 / 449	90,42	362 / 376	96,28
endokrine Therapie			41 / 449	9,13	16 / 376	4,26
spezifische Antikörpertherapie			46 / 449	10,24	61 / 376	16,22
Strahlentherapie			6 / 449	1,34	4 / 376	1,06
sonstige			21 / 449	4,68	9 / 376	2,39

4. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			5.743	1,00	6.048	1,00
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			1.806 / 5.743	31,45	1.875 / 6.048	31,00
Mammografie			1.241 / 1.806	68,72	1.137 / 1.875	60,64
wenn ja:						
intraoperatives Präparatröntgen			1.230 / 1.241	99,11	1.110 / 1.137	97,63
Sonografie			1.066 / 1.806	59,03	957 / 1.875	51,04
wenn ja:						
intraoperative Präparatsonografie			656 / 1.066	61,54	779 / 957	81,40
MRT			38 / 1.806	2,10	36 / 1.875	1,92

OPS 2014

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2014

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)
5	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
6	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation

OPS 2014

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2014			Gesamt 2014			Gesamt 2013		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	1.951	33,97	5-401.11	2.215	36,62
2				5-870.a1	1.232	21,45	5-870.a1	1.171	19,36
3				5-872.1	857	14,92	5-872.1	872	14,42
4				3-760	649	11,30	5-870.90	703	11,62
5				5-870.a2	614	10,69	5-870.a0	696	11,51
6				5-870.90	582	10,13	3-760	645	10,66

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt (Bezug: Eingriffe)			2.420 / 5.743	42,14	2.662 / 6.048	44,01
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			5.367 / 5.743	93,45	5.506 / 6.048	91,04

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore)

Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			322 / 5.617	5,73	272 / 5.905	4,61
Wundinfektion			43 / 5.617	0,77	37 / 5.905	0,63
Nachblutung/Hämatom			182 / 5.617	3,24	151 / 5.905	2,56
Serom			81 / 5.617	1,44	74 / 5.905	1,25
sonstige			31 / 5.617	0,55	27 / 5.905	0,46

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			49	0,87	50	0,85
= benigne/entzündliche Veränderung			901	16,04	1.092	18,49
= Risikoläsion			82	1,46	72	1,22
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			4.585	81,63	4.691	79,44
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			4.670	83,14	4.957	83,95
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			374	39,49	372	39,24
Empfehlung zur Mastektomie			122	12,88	151	15,93
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			37	3,91	55	5,80
Empfehlung zur Axilladisektion			52	5,49	58	6,12
Empfehlung zur BET			122	12,88	82	8,65
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			240	25,34	230	24,26

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.677 / 5.617	47,66	2.847 / 5.905	48,21
davon						
pT0			1 / 2.677	0,04	3 / 2.847	0,11
pTis			7 / 2.677	0,26	4 / 2.847	0,14
pT1 (<= 2 cm)			1.495 / 2.677	55,85	1.682 / 2.847	59,08
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			16 / 1.495	1,07	20 / 1.682	1,19
pT1a (<= 5 mm)			100 / 1.495	6,69	119 / 1.682	7,07
pT1b (<= 10 mm)			421 / 1.495	28,16	454 / 1.682	26,99
pT1c (<= 20 mm)			958 / 1.495	64,08	1.089 / 1.682	64,74
pT2 (> 2 bis 5 cm)			905 / 2.677	33,81	860 / 2.847	30,21
pT3 (> 5 cm)			120 / 2.677	4,48	137 / 2.847	4,81
pT4 (Brustwand/Haut)			138 / 2.677	5,16	154 / 2.847	5,41
davon						
pT4a (Brustwand)			4 / 138	2,90	1 / 154	0,65
pT4b (Ödem)			126 / 138	91,30	147 / 154	95,45
pT4c (Brustwand und Ödem)			2 / 138	1,45	0 / 154	0,00
pT4d (inflammatorisch)			6 / 138	4,35	6 / 154	3,90
pTX			11 / 2.677	0,41	7 / 2.847	0,25

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 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			457 / 5.617	8,14	380 / 5.905	6,44
davon						
ypT0			121 / 457	26,48	106 / 380	27,89
ypTis			21 / 457	4,60	16 / 380	4,21
ypT1 (<= 2 cm)			178 / 457	38,95	139 / 380	36,58
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			8 / 178	4,49	2 / 139	1,44
ypT1a (<= 5 mm)			32 / 178	17,98	31 / 139	22,30
ypT1b (<= 10 mm)			45 / 178	25,28	29 / 139	20,86
ypT1c (<= 20 mm)			93 / 178	52,25	77 / 139	55,40
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			94 / 457	20,57	68 / 380	17,89
ypT3 (> 5 cm)			24 / 457	5,25	25 / 380	6,58
ypT4 (Brustwand/Haut)			19 / 457	4,16	26 / 380	6,84
davon						
ypT4a (Brustwand)			1 / 19	5,26	1 / 26	3,85
ypT4b (Ödem)			13 / 19	68,42	20 / 26	76,92
ypT4c (Brustwand und Ödem)			2 / 19	10,53	0 / 26	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			3 / 19	15,79	5 / 26	19,23
ypTX			0 / 457	0,00	0 / 380	0,00

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 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	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)			2.811 / 5.617	50,04	2.953 / 5.905	50,01
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.824 / 2.811	64,89	1.950 / 2.953	66,03
pN0(sn)			1.686 / 1.824	92,43	1.792 / 1.950	91,90
pN0			138 / 1.824	7,57	158 / 1.950	8,10
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			79 / 1.824	4,33	117 / 1.950	6,00
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			599 / 2.811	21,31	590 / 2.953	19,98
pN1mi			11 / 599	1,84	17 / 590	2,88
pN1mi(sn)			87 / 599	14,52	72 / 590	12,20
pN1a			316 / 599	52,75	359 / 590	60,85
pN1b			2 / 599	0,33	2 / 590	0,34
pN1c			1 / 599	0,17	4 / 590	0,68
pN1(sn)			182 / 599	30,38	136 / 590	23,05
pN2			170 / 2.811	6,05	178 / 2.953	6,03
pN2a			168 / 170	98,82	178 / 178	100,00
pN2b			2 / 170	1,18	0 / 178	0,00
pN3			93 / 2.811	3,31	120 / 2.953	4,06
pN3a			92 / 93	98,92	117 / 120	97,50
pN3b			0 / 93	0,00	3 / 120	2,50
pN3c			1 / 93	1,08	0 / 120	0,00
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			125 / 2.811	4,45	115 / 2.953	3,89
pNX			123 / 125	98,40	113 / 115	98,26
pNX(sn)			2 / 125	1,60	2 / 115	1,74

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 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	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)			323 / 5.617	5,75	274 / 5.905	4,64
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			182 / 323	56,35	126 / 274	45,99
ypN0(sn)			84 / 182	46,15	43 / 126	34,13
ypN0			98 / 182	53,85	83 / 126	65,87
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			73 / 182	40,11	63 / 126	50,00
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			72 / 323	22,29	70 / 274	25,55
ypN1mi			9 / 72	12,50	5 / 70	7,14
ypN1mi(sn)			2 / 72	2,78	1 / 70	1,43
ypN1a			46 / 72	63,89	54 / 70	77,14
ypN1b			2 / 72	2,78	1 / 70	1,43
ypN1c			0 / 72	0,00	1 / 70	1,43
ypN1(sn)			13 / 72	18,06	8 / 70	11,43
ypN2			37 / 323	11,46	34 / 274	12,41
ypN2a			36 / 37	97,30	34 / 34	100,00
ypN2b			1 / 37	2,70	0 / 34	0,00
ypN3			19 / 323	5,88	26 / 274	9,49
ypN3a			18 / 19	94,74	25 / 26	96,15
ypN3b			0 / 19	0,00	1 / 26	3,85
ypN3c			1 / 19	5,26	0 / 26	0,00
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			13 / 323	4,02	18 / 274	6,57
ypNX			13 / 13	100,00	17 / 18	94,44
ypNX(sn)			0 / 13	0,00	1 / 18	5,56

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 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			917	14,00	1.033	14,00
wenn Angabe pN(sn)-Staging: Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			2.008	2,00	2.018	2,00
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			96	3,06	64	1,98
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			3.134 / 5.617	55,79	3.227 / 5.905	54,65
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			2.971 / 3.134	94,80	3.055 / 3.227	94,67
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			146 / 3.134	4,66	160 / 3.227	4,96
Staging wurde nicht durchgeführt			17 / 3.134	0,54	12 / 3.227	0,37

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)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			3.111		3.209	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			613	19,70	612	19,07
mäßig differenziert			1.586	50,98	1.691	52,70
schlecht differenziert			880	28,29	870	27,11
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			32	1,03	36	1,12
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			525	16,88	519	16,17
positiv ¹			2.577	82,84	2.681	83,55
unbekannt			9	0,29	9	0,28
HER-2/neu-Status						
negativ			2.589	83,22	2.675	83,36
positiv			485	15,59	495	15,43
unbekannt			37	1,19	39	1,22
histologisch gesicherte Multizentrität			359 / 3.111	11,54	390 / 3.209	12,15
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			65 / 3.111	2,09	60 / 3.209	1,87
ja			2.950 / 3.111	94,82	3.080 / 3.209	95,98
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			96 / 3.111	3,09	69 / 3.209	2,15
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben Median (mm)			1.905	5,00	2.024	5,00
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			36 / 3.111	1,16	38 / 3.209	1,18

¹ Die Vorjahresdaten werden mit den Rechenregeln des Jahres 2014 berechnet und weichen daher gegenüber der Vorjahresauswertung ab.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			1.016	32,42	1.013	31,39
ja			2.011	64,17	2.106	65,26
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			98	3,13	102	3,16
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			9	0,29	6	0,19
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			1.816	57,95	1.670	51,75
ja, einzelne Lymphknoten			593	18,92	697	21,60
ja, Axilladisektion			725	23,13	860	26,65
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2.428	77,47	2.473	76,63
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			1.978 / 2.428	81,47	2.110 / 2.473	85,32
Farbmarkierung			232 / 2.428	9,56	186 / 2.473	7,52
beides			218 / 2.428	8,98	177 / 2.473	7,16
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			739	23,58	919	28,48
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2.886 / 2.988	96,59	2.979 / 3.067	97,13

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			3.056 / 3.092	98,84	3.144 / 3.187	98,65
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			3.074 / 3.092	99,42	3.163 / 3.187	99,25
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			3.062 / 3.092	99,03	3.142 / 3.187	98,59

Entlassung
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.918	62,03	2.096	65,77
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1.140	36,87	1.041	32,66
03: aus sonstigen Gründen			1	0,03	2	0,06
04: gegen ärztlichen Rat			4	0,13	6	0,19
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			5	0,16	2	0,06
07: Tod			4	0,13	5	0,16
08: Verlegung nach §14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			4	0,13	3	0,09
10: in Pflegeeinrichtung			10	0,32	13	0,41
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	2	0,06
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			4	0,13	9	0,28
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,06	6	0,19
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	2	0,06
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

² neuer Schlüsselwert in 2014

Histologie und Staging
6.3 Invasives Karzinom (Rezidiv-erkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv-erkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			171 / 5.617	3,04	167 / 5.905	2,83
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			130 / 171	76,02	131 / 167	78,44
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			37 / 171	21,64	35 / 167	20,96
Staging wurde nicht durchgeführt			4 / 171	2,34	1 / 167	0,60

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			147		149	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			22	14,97	17	11,41
mäßig differenziert			59	40,14	61	40,94
schlecht differenziert			57	38,78	64	42,95
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			9	6,12	7	4,70
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			49	33,33	51	34,23
positiv ²			95	64,63	96	64,43
unbekannt			3	2,04	2	1,34
HER-2/neu-Status						
negativ			109	74,15	112	75,17
positiv			32	21,77	33	22,15
unbekannt			6	4,08	4	2,68
histologisch gesicherte Multizentrität			20 / 147	13,61	18 / 149	12,08
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			22 / 147	14,97	19 / 149	12,75
ja			125 / 147	85,03	129 / 149	86,58
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 147	0,00	1 / 149	0,67
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			125		129	
Median				5,00		5,00
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			7 / 147	4,76	8 / 149	5,37

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

² Die Vorjahresdaten werden mit den Rechenregeln des Jahres 2014 berechnet und weichen daher gegenüber der Vorjahresauswertung ab.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			115		121	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			84	73,04	93	76,86
ja			27	23,48	25	20,66
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			2	1,74	1	0,83
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			2	1,74	2	1,65

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			164 / 170	96,47	164 / 167	98,20
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			165 / 170	97,06	164 / 167	98,20
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			168 / 170	98,82	162 / 167	97,01

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			105	61,76	105	62,87
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			63	37,06	58	34,73
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,59	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,59	0	0,00
07: Tod			0	0,00	1	0,60
08: Verlegung nach §14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	3	1,80
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

² neuer Schlüsselwert in 2014

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			306	98,37	330	99,09
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			214 / 301	71,10	228 / 327	69,72
pNX			211 / 214	98,60	226 / 228	99,12
pNX(sn)			3 / 214	1,40	2 / 228	0,88
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			81 / 301	26,91	94 / 327	28,75
pN0(sn)			70 / 81	86,42	79 / 94	84,04
pN0			11 / 81	13,58	15 / 94	15,96
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			1 / 81	1,23	3 / 94	3,19
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			1 / 301	0,33	3 / 327	0,92
pN1mi			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
pN1mi(sn)			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
pN1a			0 / 1	0,00	2 / 3	66,67
pN1b			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
pN1c			0 / 1	0,00	0 / 3	0,00
pN1(sn)			1 / 1	100,00	1 / 3	33,33
pN2			0 / 301	0,00	1 / 327	0,31
pN2a			0 / 0		1 / 1	100,00
pN2b			0 / 0		0 / 1	0,00
pN3			1 / 301	0,33	0 / 327	0,00
pN3a			1 / 1	100,00	0 / 0	
pN3b			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN3c			0 / 1	0,00	0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			0 / 301	0,00	1 / 327	0,31
ypNX			0 / 0		1 / 1	100,00
ypNX(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			3 / 301	1,00	0 / 327	0,00
ypN0(sn)			0 / 3	0,00	0 / 0	
ypN0			3 / 3	100,00	0 / 0	
ypN0 mit >= 10 unter- suchten Lymphknoten			3 / 3	100,00	0 / 0	
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			1 / 301	0,33	0 / 327	0,00
ypN1mi			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1a			1 / 1	100,00	0 / 0	
ypN1b			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1c			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN2			0 / 301	0,00	0 / 327	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 301	0,00	0 / 327	0,00
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			15	4,00	19	1,00
wenn Angabe pN(sn)-Staging Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			70	2,00	79	2,00
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			16	5,23	32	9,70
Grading						
G1			37	12,09	63	19,09
G2			144	47,06	127	38,48
G3			57	18,63	66	20,00
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			63	20,59	71	21,52
Gesamttumorgröße						
Anzahl der gültigen Angaben Median			306	18,00	330	20,00
Anteil <= 10 mm (%)			88 / 306	28,76	100 / 330	30,30
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			84 / 306	27,45	80 / 330	24,24
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			39 / 306	12,75	42 / 330	12,73
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			24 / 306	7,84	26 / 330	7,88
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			24 / 306	7,84	34 / 330	10,30
Anteil > 50 mm (%)			42 / 306	13,73	45 / 330	13,64

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 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			17 / 306	5,56	10 / 330	3,03
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			9 / 306	2,94	11 / 330	3,33
ja			292 / 306	95,42	316 / 330	95,76
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 306	0,00	0 / 330	0,00
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			209		225	
Median (mm)				5,00		5,00
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			1 / 306	0,33	9 / 330	2,73

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			73	23,86	80	24,24
ja			217	70,92	233	70,61
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			11	3,59	14	4,24
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			19	6,21	26	7,88
ja, Axilladissektion			4	1,31	5	1,52
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
davon			74	24,18	86	26,06
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			60 / 74	81,08	72 / 86	83,72
Farbmarkierung			8 / 74	10,81	10 / 86	11,63
beides			6 / 74	8,11	4 / 86	4,65
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			10	3,27	23	6,97
ja, Axilladissektion			2	0,65	3	0,91

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			300 / 304	98,68	325 / 328	99,09
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			302 / 304	99,34	324 / 328	98,78
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			300 / 304	98,68	321 / 328	97,87

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			185	60,86	225	68,60
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			119	39,14	102	31,10
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach §14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	1	0,30
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

² neuer Schlüsselwert in 2014

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.5 DCIS (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			1 / 19	5,26	0 / 15	0,00
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			1 / 19	5,26	0 / 15	0,00
ja			18 / 19	94,74	15 / 15	100,00
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 19	0,00	0 / 15	0,00
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			18		15	
Median				7,50		6,00
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			0 / 19	0,00	0 / 15	0,00

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			16		15	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			8	50,00	9	60,00
ja			7	43,75	6	40,00
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	6,25	0	0,00
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			19 / 19	100,00	14 / 15	93,33
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			19 / 19	100,00	15 / 15	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			19 / 19	100,00	15 / 15	100,00

**Entlassung
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			9	47,37	9	60,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			10	52,63	6	40,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach §14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

² neuer Schlüsselwert in 2014

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

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			11 / 14	78,57	7 / 11	63,64
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			11 / 14	78,57	10 / 11	90,91
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			12 / 14	85,71	8 / 11	72,73

Entlassung
LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			8	57,14	7	63,64
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			6	42,86	4	36,36
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach §14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

² neuer Schlüsselwert in 2014

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			11	100,00	12	100,00
davon						
pT0			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00
pTis			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00
pT1 (<= 2 cm)			2 / 11	18,18	1 / 12	8,33
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pT1a (<= 5 mm)			2 / 2	100,00	0 / 1	0,00
pT1b (<= 10 mm)			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pT1c (<= 20 mm)			0 / 2	0,00	1 / 1	100,00
pT2 (> 2 bis 5 cm)			3 / 11	27,27	3 / 12	25,00
pT3 (> 5 cm)			2 / 11	18,18	1 / 12	8,33
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
pT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
ypTX			4 / 11	36,36	7 / 12	58,33
ypT0			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00
ypTis			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
ypT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
ypTX			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			13 / 5.617	0,23	13 / 5.905	0,22
davon Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			11 / 13	84,62	11 / 13	84,62
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			2 / 13	15,38	2 / 13	15,38
Staging wurde nicht durchgeführt			0 / 13	0,00	0 / 13	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			11 / 13	84,62	11 / 13	84,62
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			12 / 13	92,31	12 / 13	92,31
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			12 / 13	92,31	13 / 13	100,00

Entlassung Sarkome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			4	30,77	10	76,92
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			9	69,23	3	23,08
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach §14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

² neuer Schlüsselwert in 2014

Weiterer Behandlungsverlauf
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			0 / 1	0,00	1 / 1	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00

Entlassung Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0	0,00	0	0,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	100,00	1	100,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach §14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

² neuer Schlüsselwert in 2014

Entlassung

6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			809	82,05	939	80,74
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			170	17,24	212	18,23
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			4	0,41	6	0,52
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,10	0	0,00
07: Tod			1	0,10	0	0,00
08: Verlegung nach §14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	1	0,09
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,10	3	0,26
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,09
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	1	0,09
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr ²			0	0,00	-	-
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0	0,00	0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

² neuer Schlüsselwert in 2014

Mammachirurgie Risikoadjustierung mit dem logistischen MAMMA-Score

Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2013 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2013 abweichen.

Nähere Erläuterungen zur Risikoadjustierung im Verfahrensjahr 2014 finden Sie unter www.sqg.de.

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2014 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:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

D. h. berücksichtigt man alle zufälligen Effekte, überdeckt das Intervall 8,20% - 12,00% den wahren Wert für die postoperative Wundinfektionsrate im Mittel mit einer Wahrscheinlichkeit von 95%.

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass eine Rate von 15,00% Wundinfektionen noch nicht als auffällig gelten soll. Damit ist ein Referenzbereich von $\leq 15,00\%$ definiert, d. h. die Krankenhäuser mit Wundinfektionsraten $> 15,00\%$ gelten als auffällig.

b) Referenzbereiche, die durch die Verteilung der Krankenhausergebnisse festgelegt sind (**Perzentil-Referenzbereich**)

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen.

Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2014.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$
5 von 200 = $2,50\% \leq 2,50\%$ (unauffällig)
10 von 399 = $2,51\%$ (gerundet) $> 2,50\%$ (auffällig)

Hinweis:

Auch wenn das in der Auswertung gerundet dargestellte Ergebnis scheinbar im Referenzbereich liegt, kann der exakte Wert außerhalb des Referenzbereichs liegen und das Ergebnis damit auffällig sein:

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,50\%$
ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von $2,50481696\%$ (gerundet $2,50\%$).
Diese ist größer als $2,50\%$ und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 4,70\%$
ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von $4,69798658\%$ (gerundet $4,70\%$).
Dieser ist kleiner als $4,70\%$ und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2014 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2013 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 © 2015. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2013 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2014 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2014 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

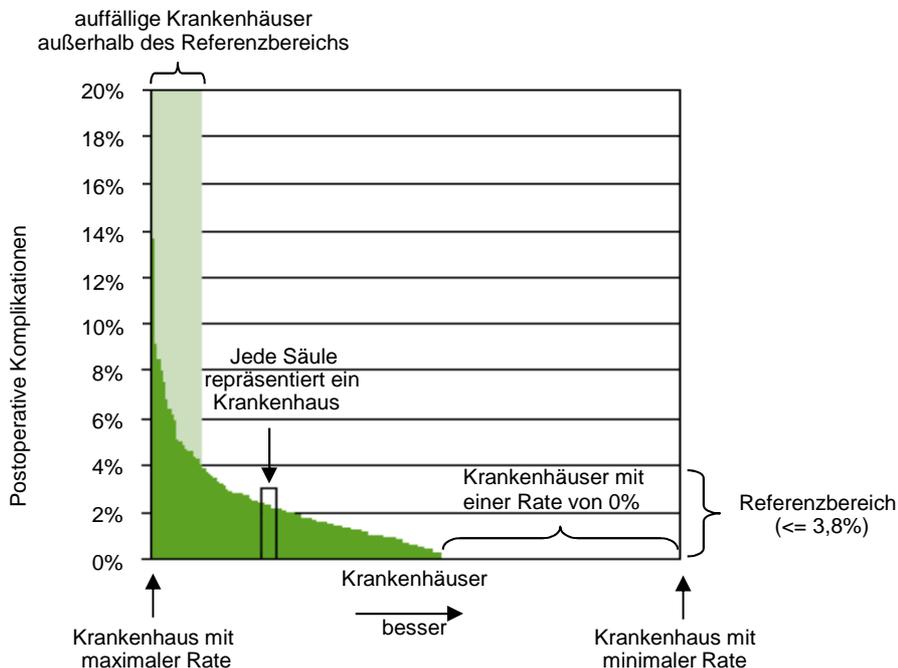
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

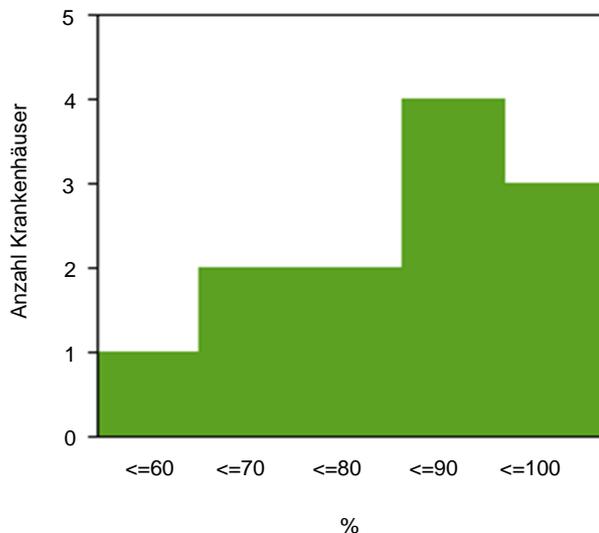
Beispiel:

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

1. Klasse: <= 60%
2. Klasse: > 60% bis <= 70%
3. Klasse: > 70% bis <= 80%
4. Klasse: > 80% bis <= 90%
5. Klasse: > 90% bis <= 100%

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	<= 60%	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



Damit Krankenhäuser mit „guter“ Qualität im Histogramm immer rechts stehen, kann es passieren, dass die natürliche Reihenfolge der Klassen-Skala (von „klein“ nach „groß“) im Histogramm umgedreht wird (von „groß“ nach „klein“).

Aus Darstellungsgründen wird die Klasse, die ganz links steht, immer so gewählt, dass sie bis zum minimalen bzw. maximalen realisierten Krankenhauswert der Kennzahl geht. In der Regel ist diese Klasse damit größer als die anderen Klassen, die eine fest vorgegebene Breite besitzen.

Das Histogramm liefert gegenüber dem Säulendiagramm weitere Informationen zu folgenden Fragestellungen:

- Welcher Wert der Kennzahl des Qualitätsindikators wird im Mittel angenommen? (Lage der Verteilung)
- Gibt es genauso viele „gute“ wie „schlechte“ Krankenhäuser? (Symmetrie der Verteilung)
- Gibt es starke Unterschiede zwischen den Krankenhäusern? (Streuung der Verteilung)

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2014/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2014.

Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,50% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,50% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

Die Spannweite gibt den minimalen und maximalen Wert der Krankhausergebnisse an. Die Spannweite ist ein Maß für die Streuung der Verteilung.

Statistische Maßzahlen

Das Gesamtergebnis sowie die Verteilung der Krankhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Verhältniszahl

Der Quotient zweier sachlich in Verbindung stehender Merkmale heißt Beziehungszahl. Dabei ist nicht wie bei einer Rate der Zähler eine Untermenge des Nenners. Im Weiteren wird die Bezeichnung „Verhältniszahl“ verwendet.

Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich der wahre Wert eines Ergebnisses unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet. In dieser Auswertung ist diese Sicherheitswahrscheinlichkeit mit 95% festgelegt.