

Jahresauswertung 2012 Mammachirurgie

18/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 20
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.545
Datensatzversion: 18/1 2012 15.0
Datenbankstand: 01. März 2013
2012 - D12459-L82128-P38996

Jahresauswertung 2012 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 20
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.545
Datensatzversion: 18/1 2012 15.0
Datenbankstand: 01. März 2013
2012 - D12459-L82128-P38996

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1¹: Prätherapeutische Diagnosesicherung					
1a: 2012/18n1-MAMMA/50080 bei tastbarer maligner Neoplasie			94,8%	>= 90,0%	1.1
1b: 2012/18n1-MAMMA/50047 bei nicht-tastbarer maligner Neoplasie			89,4%	>= 70,0%	1.1
QI 2: Intraoperatives Präparatröntgen und intraoperative Präparatsonographie					
2a: 2012/18n1-MAMMA/303 Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung			97,5%	>= 95,0%	1.5
2b: 2012/18n1-MAMMA/51369 Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung			77,2%	nicht definiert	1.7
QI 3¹: Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes					
3a: 2012/18n1-MAMMA/2131 bei brusterhaltender Therapie			99,3%	>= 95,0%	1.9
3b: 2012/18n1-MAMMA/2162 bei Mastektomie			98,3%	>= 95,0%	1.9
2012/18n1-MAMMA/2163 QI 4¹: Primäre Axilladissektion bei DCIS			0,4%	nicht definiert	1.12
2012/18n1-MAMMA/50719 QI 5¹: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			9,0%	<= 38,4%	1.14
2012/18n1-MAMMA/11989 QI 6¹: Mindestens 10 entfernte Lymphknoten bei Lymphknotenbefall			79,2%	nicht definiert	1.16
2012/18n1-MAMMA/2262 QI 7¹: Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei pT1 ohne Lymphknotenbefall			94,3%	nicht definiert	1.19

¹ 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	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/18n1-MAMMA/2167				>= 71,3%	
QI 8': Brusterhaltende Therapie bei pT1			84,9%	<= 95,3%	1.22
QI 9: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation					
2012/18n1-MAMMA/51370				-	
unter 7 Tage			13,2%	<= 46,4%	1.25
2012/18n1-MAMMA/51371					
über 21 Tage			17,5%	<= 49,1%	1.25

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

Qualitätsindikatorengruppe 1: Prätherapeutische Diagnosesicherung

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und tastbarer maligner Neoplasie	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und nicht-tastbarer maligner Neoplasie	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/18n1-MAMMA/50080	
	Gruppe 2:	2012/18n1-MAMMA/50047	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	≥ 90,0% (Zielbereich)	
	Gruppe 2:	≥ 70,0% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	≥ 90,0%	≥ 70,0%	

	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung	1.422 / 1.500 94,8%	598 / 669 89,4%	268 / 603 44,4%
Vertrauensbereich	93,6% - 95,8%	86,8% - 91,5%	
Referenzbereich	≥ 90,0%	≥ 70,0%	

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung Vertrauensbereich			

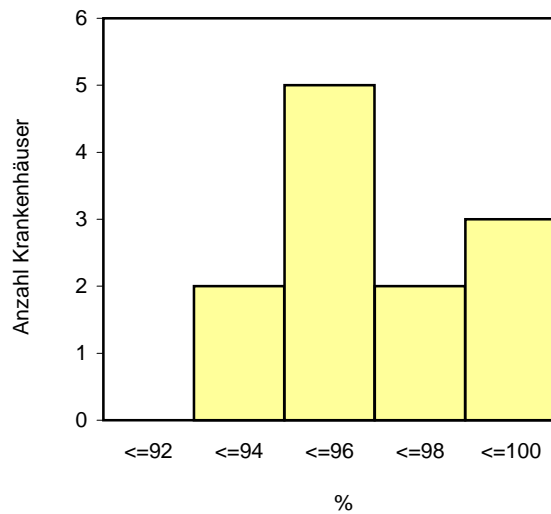
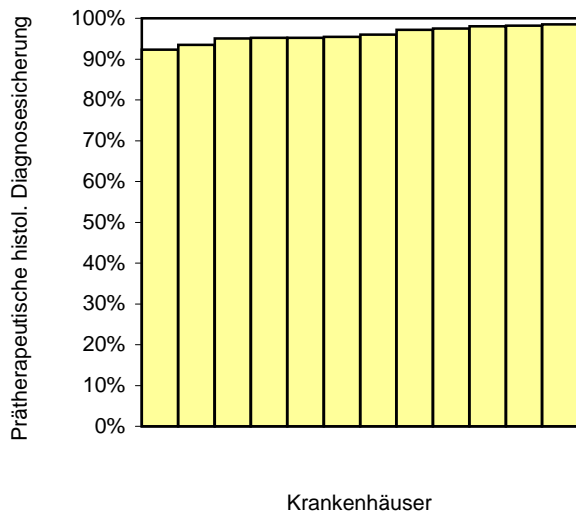
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung Vertrauensbereich	1.609 / 1.789 89,9% 88,5% - 91,2%	691 / 789 87,6% 85,1% - 89,7%	204 / 550 37,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1a, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/50080]:

Anteil von Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an allen Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und tastbarer maligner Neoplasie

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

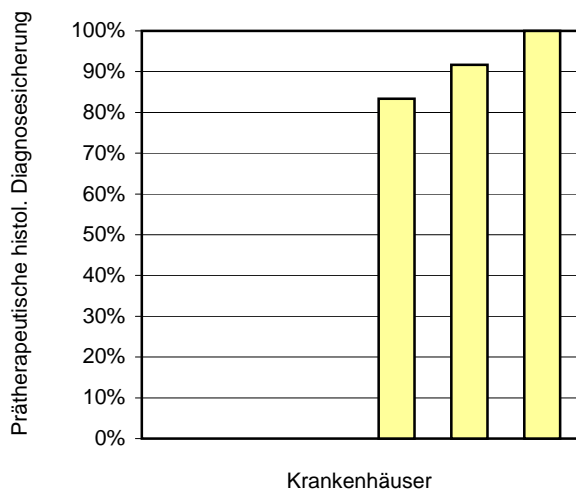
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,3		93,5	95,1	95,7	97,8	98,2		98,5

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	41,7	91,7			100,0

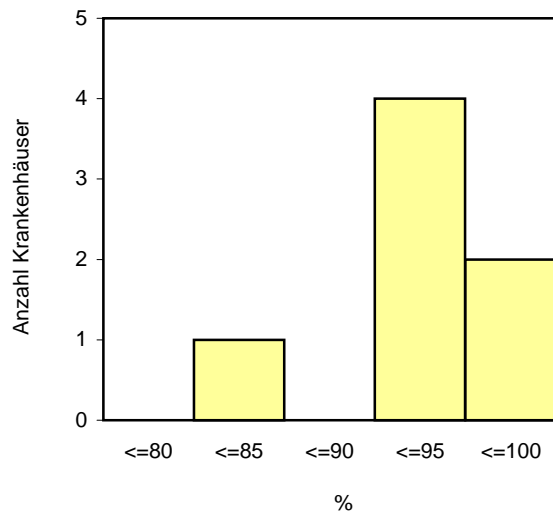
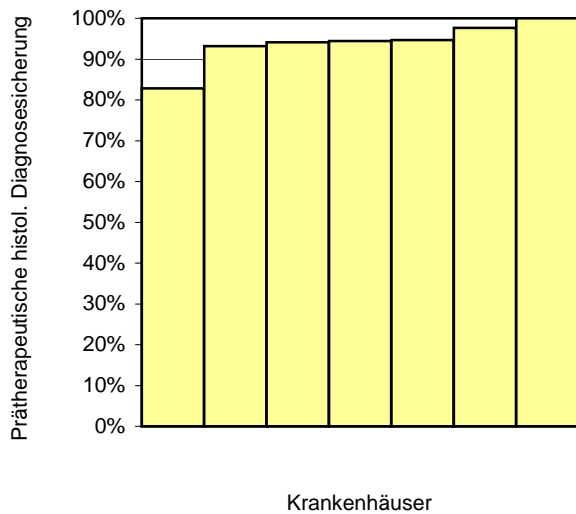
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1b, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/50047]:

Anteil von Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung an allen Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und nicht-tastbarer maligner Neoplasie

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

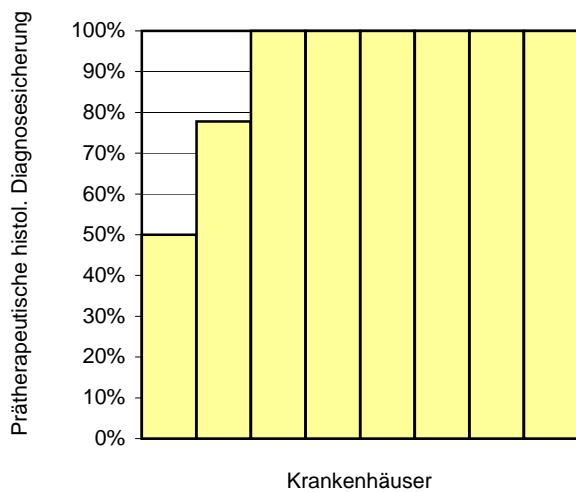
7 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	82,8			93,2	94,4	97,7			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0			88,9	100,0	100,0			100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: Intraoperatives Präparatröntgen und intraoperative Präparatsonographie

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

Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie

Indikator-ID: 2012/18n1-MAMMA/303

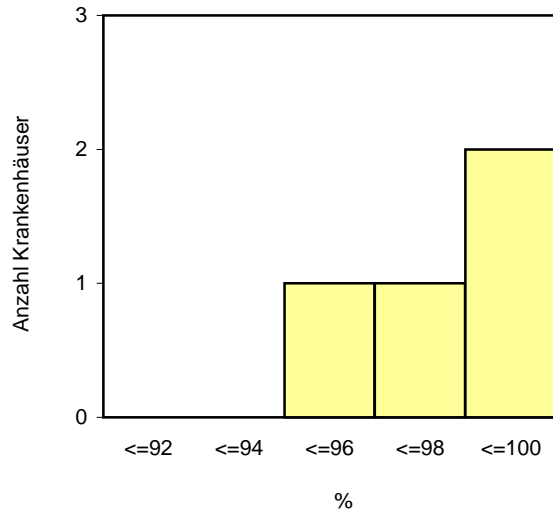
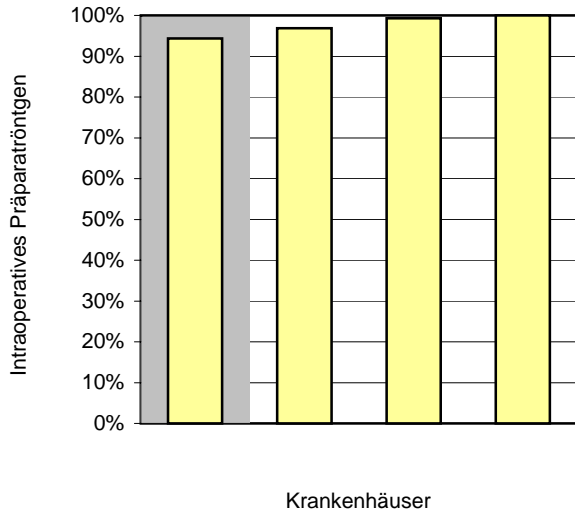
Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen			461 / 473	97,5%
Vertrauensbereich				95,6% - 98,5%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen			471 / 476	98,9%
Vertrauensbereich				97,6% - 99,6%

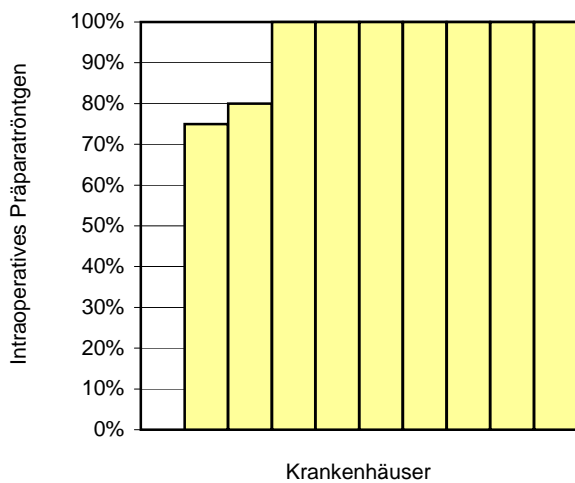
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/303]:
 Anteil von Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch
 Mammographie**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,3			95,6	98,1	99,6			100,0

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		37,5	80,0	100,0	100,0	100,0		100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonographie

Indikator-ID: 2012/18n1-MAMMA/51369

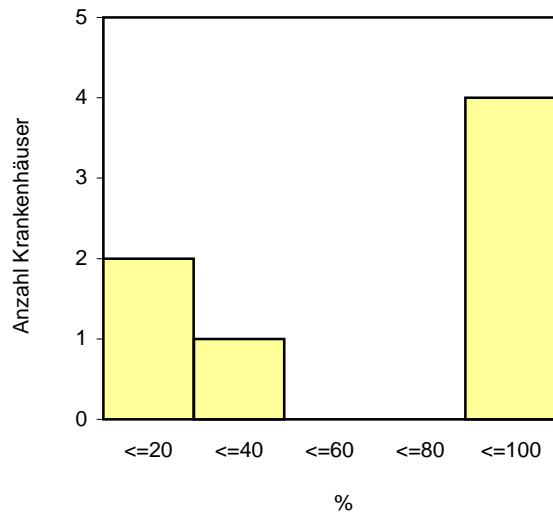
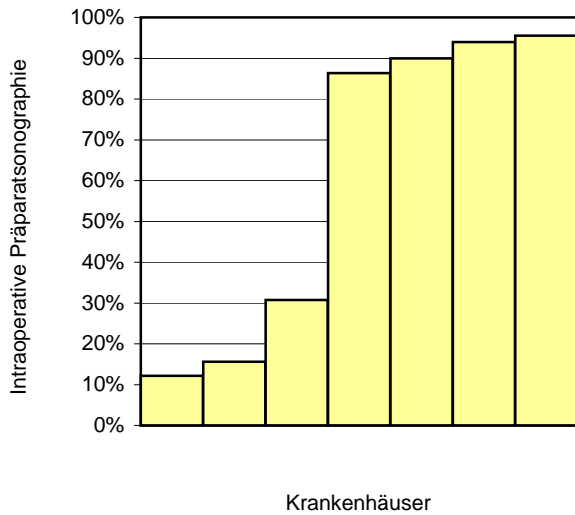
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert	443 / 574	77,2% 73,6% - 80,4% nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie Vertrauensbereich			464 / 602	77,1% 73,6% - 80,3%

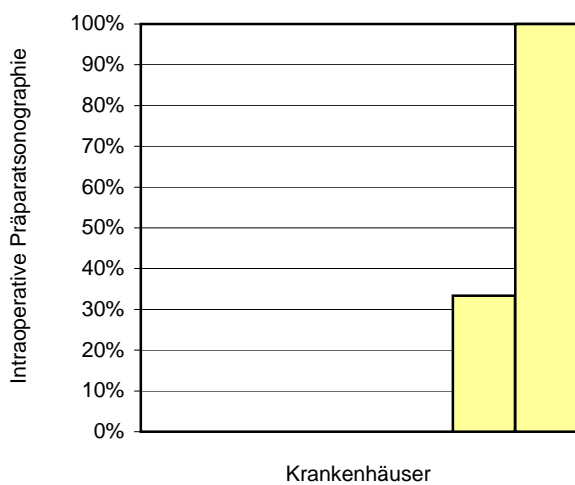
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/51369]:
 Anteil von Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie nach präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch
 Sonographie**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	12,1			15,6	86,4	94,0			95,5

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	33,3			100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie und brusterhaltender Therapie, unter Ausschluss von Patientinnen mit Vollremission nach neoadjuvanter Therapie
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie und Mastektomie, unter Ausschluss von Patientinnen mit Vollremission nach neoadjuvanter Therapie
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/18n1-MAMMA/2131
	Gruppe 2:	2012/18n1-MAMMA/2162
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 95,0% (Zielbereich)
	Gruppe 2:	>= 95,0% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand			1.662 / 1.674 99,3%	677 / 689 98,3%
Vertrauensbereich			98,8% - 99,6%	97,0% - 99,0%
Referenzbereich	>= 95,0%	>= 95,0%	>= 95,0%	>= 95,0%

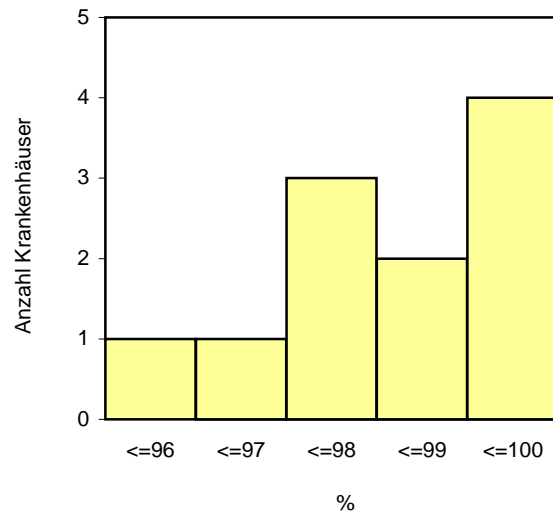
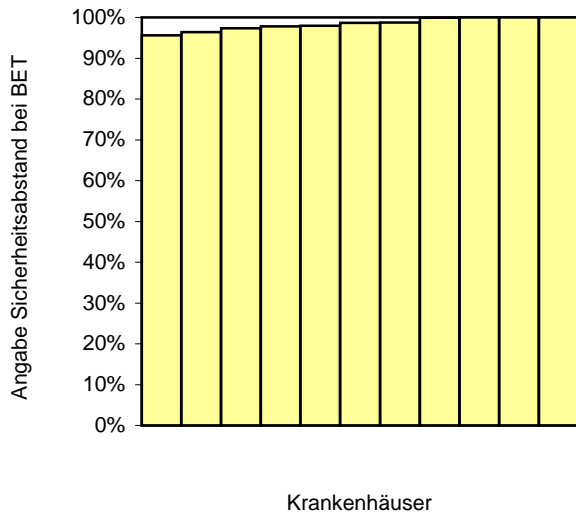
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand			1.750 / 1.772 98,8%	726 / 738 98,4%
Vertrauensbereich			98,1% - 99,2%	97,2% - 99,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/2131]:

Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand an Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS“ und brusterhaltender Therapie und abgeschlossener operativer Therapie (Ausschluss: Vollremission nach neoadjuvanter Therapie)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

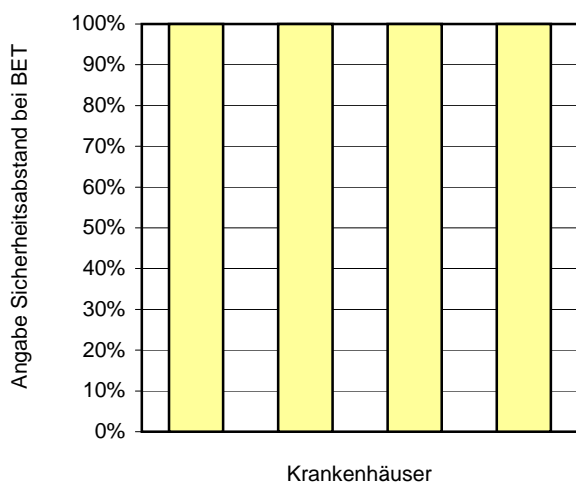
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,6		96,4	97,4	98,7	100,0	100,0		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

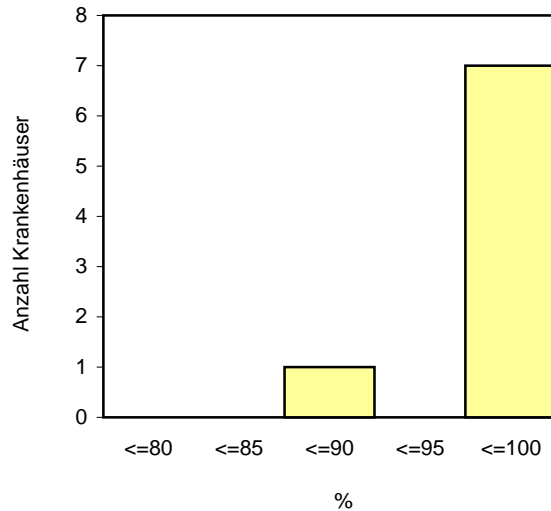
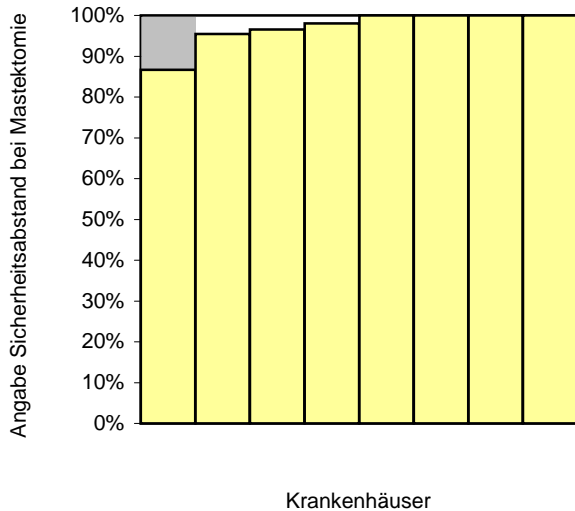
5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/2162]:

Anteil von Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand an Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor) oder DCIS“ und Mastektomie und abgeschlossener operativer Therapie (Ausschluss: Vollremission nach neoadjuvanter Therapie)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

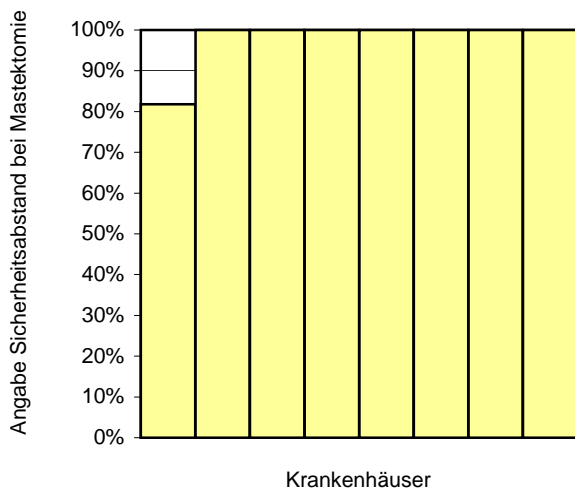
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	86,7			96,0	99,0	100,0			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,8			100,0	100,0	100,0			100,0

4 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

Indikator-ID: 2012/18n1-MAMMA/2163

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

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung			1 / 272	0,4%
Vertrauensbereich				0,1% - 2,1%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

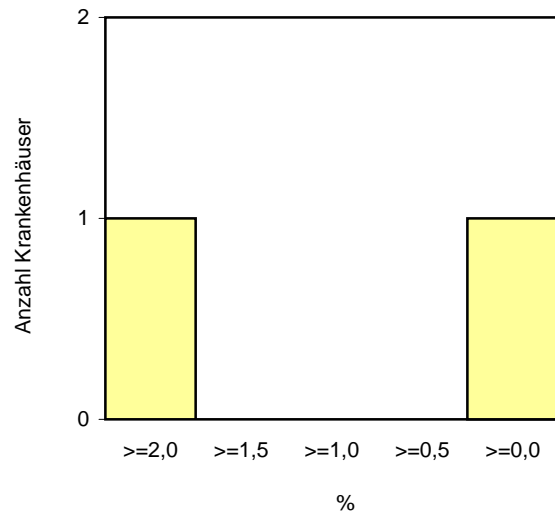
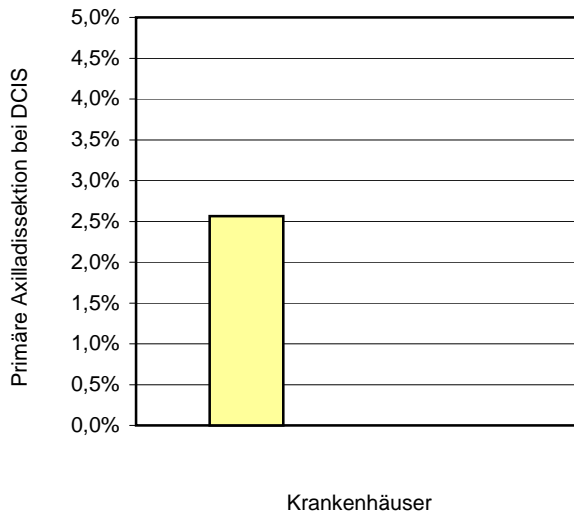
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung			3 / 329	0,9%
Vertrauensbereich				0,3% - 2,6%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/2163]:

Anteil von Patientinnen mit primärer axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung an allen Patientinnen mit DCIS und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

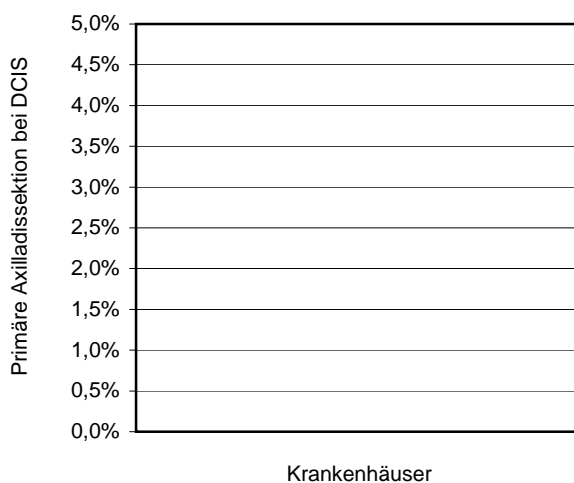
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				1,3				2,6

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

7 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 und brusterhaltender Therapie

Indikator-ID: 2012/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 38,4% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			19 / 210	9,0%
Vertrauensbereich				5,9% - 13,7%
Referenzbereich		<= 38,4%		<= 38,4%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 210	0,0%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			18 / 210	8,6%

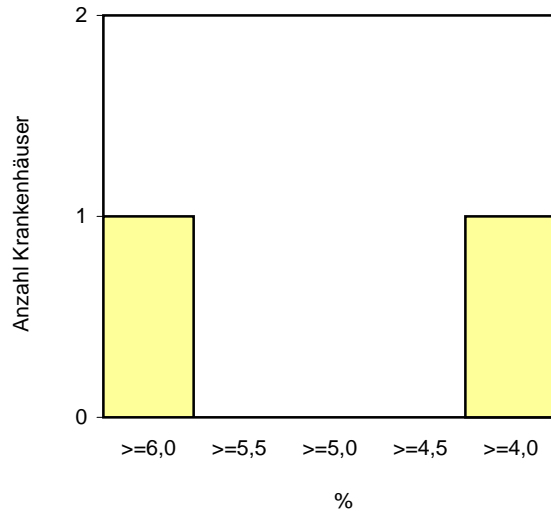
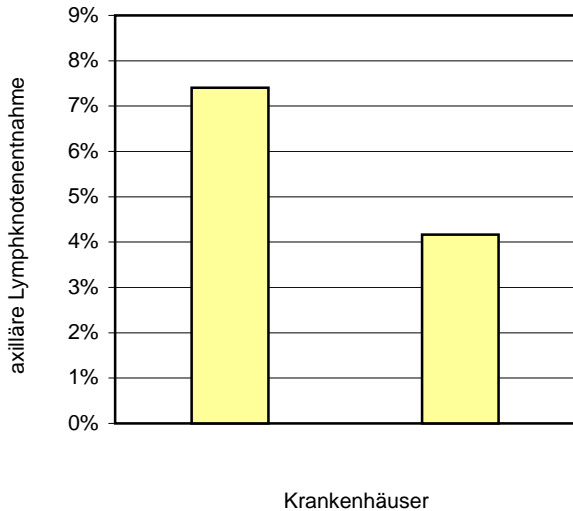
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			30 / 242	12,4%
Vertrauensbereich				8,8% - 17,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/50719]:

Anteil von Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme an allen Patientinnen mit Histologie "DCIS" und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und brusterhaltender Therapie

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

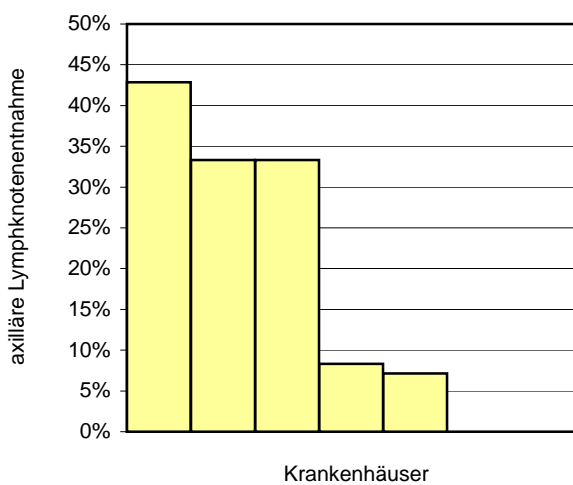
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,2				5,8				7,4

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.




Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	8,3	33,3			42,9

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Mindestens 10 entfernte Lymphknoten bei Lymphknotenbefall

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit Entfernung von mindestens 10 Lymphknoten bei Axilladissektion bei invasiven Mammakarzinomen		
Grundgesamtheit¹:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom“ und abgeschlossener operativer Therapie mit axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung, unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom“ und abgeschlossener operativer Therapie mit axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung, ohne präoperative tumorspezifische Therapie ² , unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen	
	Gruppe 2a:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom“, ohne Lymphknotenbefall, und abgeschlossener operativer Therapie mit axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung, ohne präoperative tumorspezifische Therapie ² unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen	
	Gruppe 2b:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom“, mit Lymphknotenbefall, und abgeschlossener operativer Therapie mit axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung, ohne präoperative tumorspezifische Therapie ² unter Ausschluss von Patientinnen mit Fernmetastasen	
Indikator-ID:	Gruppe 2b:	2012/18n1-MAMMA/11989	
Referenzbereich:	Gruppe 2b:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	

	Krankenhaus 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 2a	Gruppe 2b
Patientinnen mit Entfernung von ≥ 10 Lymphknoten Vertrauensbereich Referenzbereich				 nicht definiert

	Gesamt 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 2a	Gruppe 2b
Patientinnen mit Entfernung von ≥ 10 Lymphknoten Vertrauensbereich Referenzbereich	426 / 613 69,5%	385 / 539 71,4%	46 / 107 43,0%	338 / 427 79,2% 75,1% - 82,7% nicht definiert

¹ In der Grundgesamtheit werden auch die Patientinnen mitgezählt, bei denen die Anzahl der entfernten Lymphknoten unbekannt ist.
² Die Festlegung, 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.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 2a	Gruppe 2b
Patientinnen mit Entfernung von ≥ 10 Lymphknoten Vertrauensbereich				

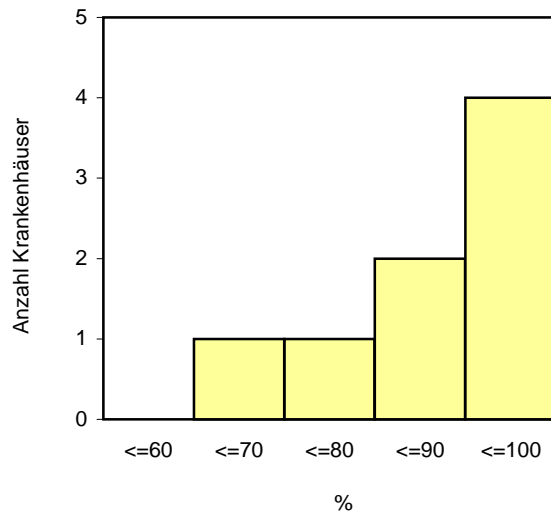
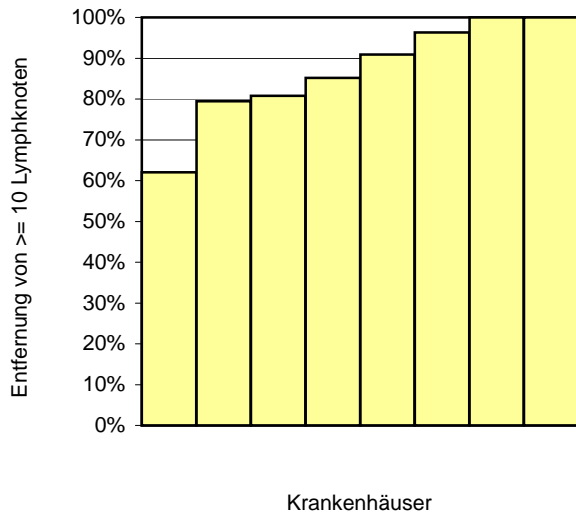
Vorjahresdaten	Gesamt 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 2a	Gruppe 2b
Patientinnen mit Entfernung von ≥ 10 Lymphknoten Vertrauensbereich	508 / 623 81,5%	465 / 568 81,9%	69 / 111 62,2%	392 / 449 87,3% 83,9% - 90,1%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/11989]:

Anteil von Patientinnen mit Entfernung von ≥ 10 Lymphknoten an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom mit Axilladissektion und Lymphknotenbefall und abgeschlossener operativer Therapie, ohne präoperative tumorspezifische Therapie (Ausschluss: Fernmetastasen)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

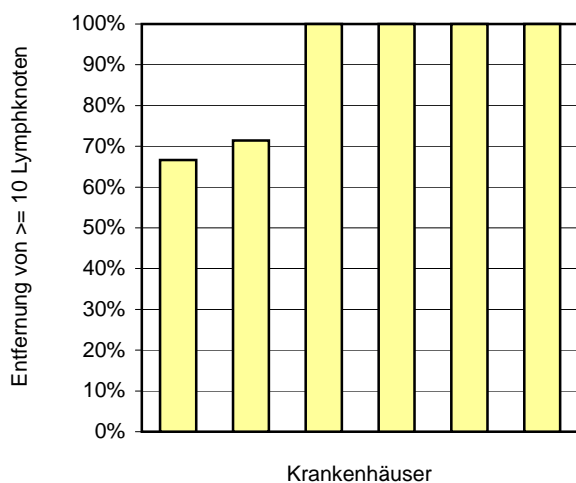
8 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	62,0			80,1	88,0	98,1			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,7			71,4	100,0	100,0			100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 7: Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei pT1 ohne Lymphknotenbefall

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1 und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT2 und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT3 oder pT4 und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)	
Indikator-ID:	Gruppe 2:	2012/18n1-MAMMA/2262	
Referenzbereich:	Gruppe 2:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.	

	Krankenhaus 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit alleiniger SLNB Vertrauensbereich Referenzbereich		nicht definiert		

	Gesamt 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit alleiniger SLNB Vertrauensbereich Referenzbereich	1.137 / 1.259 90,3%	825 / 875 94,3% 92,5% - 95,6% nicht definiert	280 / 332 84,3%	17 / 31 54,8%

¹ Die Festlegung, 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.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit alleiniger SLNB Vertrauensbereich				

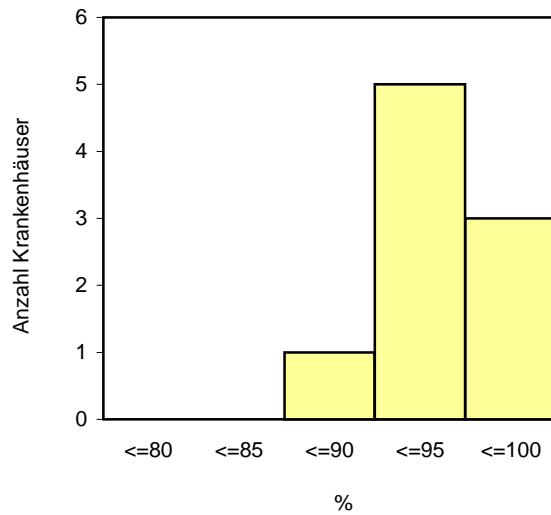
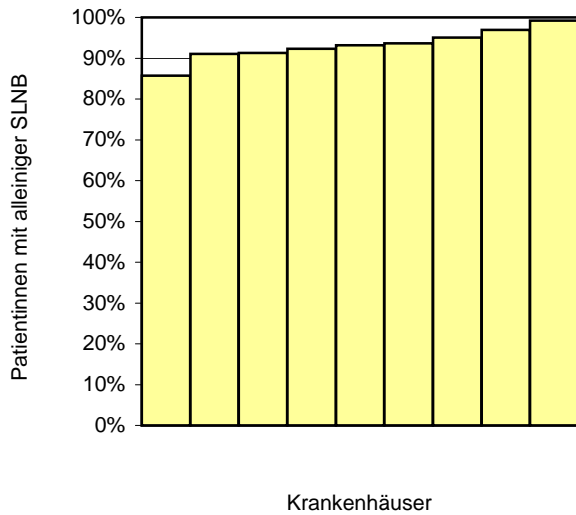
Vorjahresdaten	Gesamt 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit alleiniger SLNB Vertrauensbereich	1.131 / 1.319 85,7%	824 / 919 89,7% 87,5% - 91,5%	282 / 351 80,3%	18 / 38 47,4%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/2262]:

Anteil von Patientinnen mit alleiniger SLNB an Patientinnen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1 und negativem pN-Staging und ohne präoperative tumorspezifische Therapie (primär-operative Therapie abgeschlossen)

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

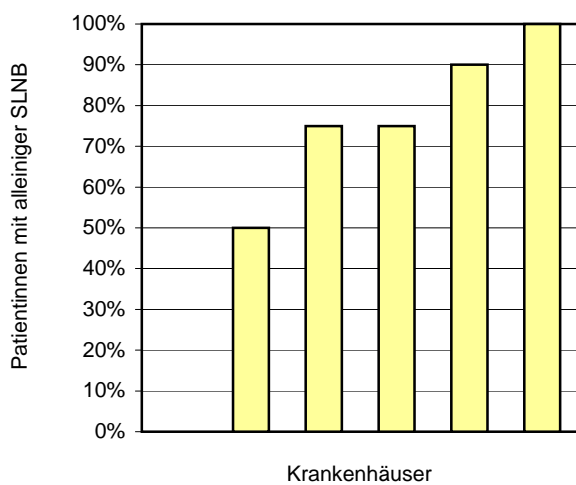
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	85,7			91,3	93,2	95,0			99,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			50,0	75,0	90,0			100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Brusterhaltende Therapie bei pT1

Qualitätsziel:	Angemessene Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Frauen mit Tumorstadium pT1	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Frauen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1 und abgeschlossener operativer Therapie
	Gruppe 1a:	Alle Frauen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1 und abgeschlossener operativer Therapie, ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹
	Gruppe 2:	Alle Frauen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2 und abgeschlossener operativer Therapie
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2012/18n1-MAMMA/2167
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 71,3% (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) - <= 95,3% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 1a	Gruppe 2
Frauen mit brusterhaltender Therapie			
Vertrauensbereich	82,8% - 86,8%		
Referenzbereich	>= 71,3% - <= 95,3%		

	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 1a	Gruppe 2
Frauen mit brusterhaltender Therapie	1.029 / 1.212 84,9%	1.008 / 1.173 85,9%	398 / 686 58,0%
Vertrauensbereich	82,8% - 86,8%		
Referenzbereich	>= 71,3% - <= 95,3%		

¹ Die Festlegung, 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.

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 1a	Gruppe 2
Frauen mit brusterhaltender Therapie			
Vertrauensbereich			

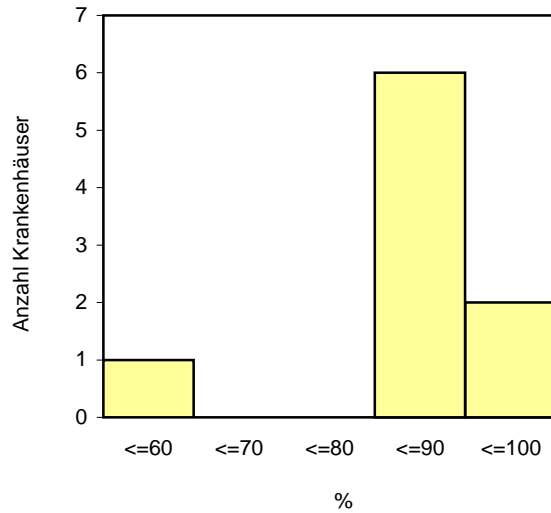
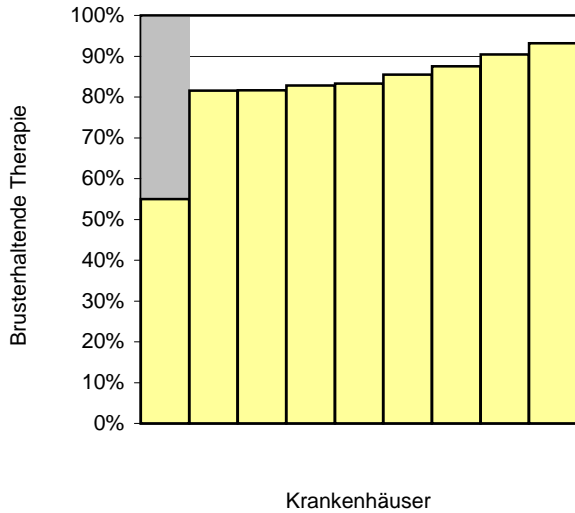
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 1a	Gruppe 2
Frauen mit brusterhaltender Therapie	1.056 / 1.271 83,1%	1.033 / 1.233 83,8%	447 / 709 63,0%
Vertrauensbereich	80,9% - 85,0%		

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/2167]:

Anteil von Frauen mit brusterhaltender Therapie an allen Frauen mit Primärerkrankung und invasivem Mammakarzinom im Stadium pT1 und abgeschlossener operativer Therapie

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

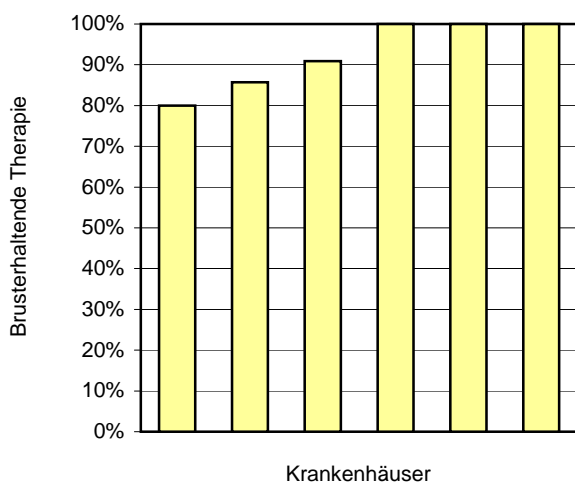
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	55,0			81,7	83,3	87,5			93,2

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0			85,7	95,5	100,0			100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: 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 Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung bei maligner Neoplasie nach prätherapeutischer histologischer Diagnose und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

Indikator-ID: Gruppe 1: 2012/18n1-MAMMA/51370
 Gruppe 2: 2012/18n1-MAMMA/51371

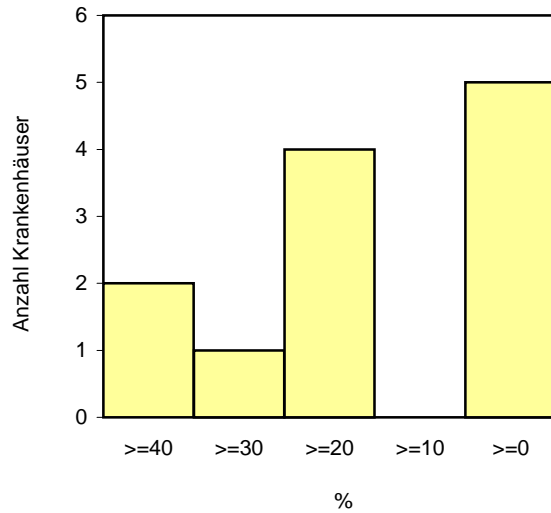
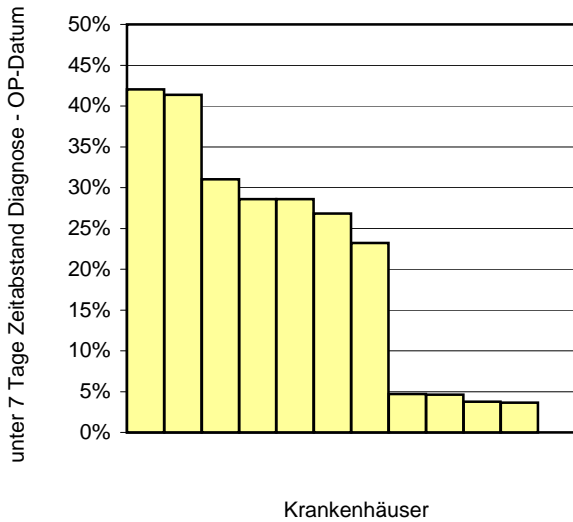
Referenzbereich: Gruppe 1: <= 46,4% (Toleranzbereich) (97,5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Gruppe 2: <= 49,1% (Toleranzbereich) (97,5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			242 / 1.840	13,2%
Vertrauensbereich				11,7% - 14,8%
Referenzbereich		<= 46,4%		<= 46,4%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			322 / 1.840	17,5%
Vertrauensbereich				15,8% - 19,3%
Referenzbereich		<= 49,1%		<= 49,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			309 / 2.107	14,7%
Vertrauensbereich				13,2% - 16,2%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			452 / 2.107	21,5%
Vertrauensbereich				19,8% - 23,3%

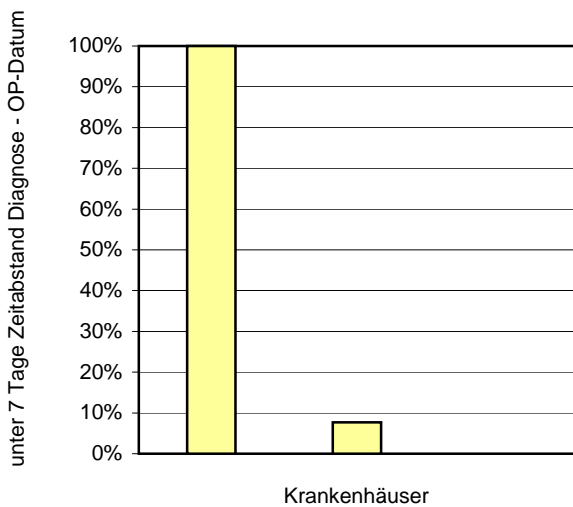
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/51370]:
 Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von unter 7 Tagen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		3,6	4,2	25,0	29,8	41,4		42,0

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

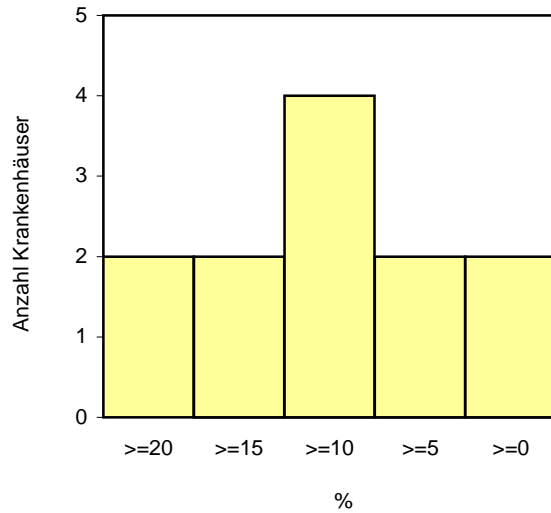
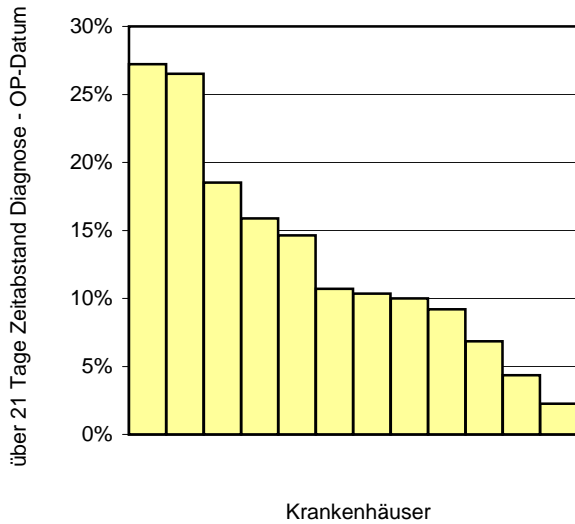


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				7,7				100,0

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

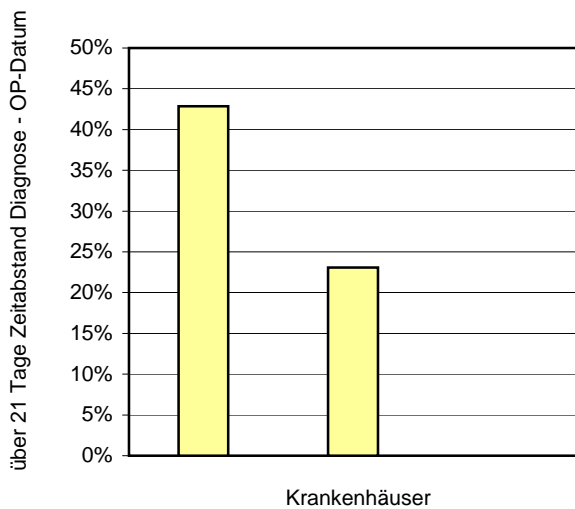
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/51371]:
 Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von über 21 Tagen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,2		4,3	8,0	10,5	17,2	26,5		27,2

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				23,1				42,9

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012
Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 20
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.545
Datensatzversion: 18/1 2012 15.0
Datenbankstand: 01. März 2013
2012 - D12459-L82128-P38996

Übersicht Basisauswertung

Kapitel	Seite
1 Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	2.1
2 Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	
Basisdaten	2.4
Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	2.4
Patientinnen	2.6
Behandlungszeiten	2.7
3 Präoperative Diagnostik und Therapie (benigne und maligne Tumore)	2.8
4 Operation (benigne und maligne Tumore)	2.14
5 Komplikationen (benigne und maligne Tumore)	2.16
6 Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	
6.1 Übersicht	2.17
6.2 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	2.18
6.3 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	2.27
6.4 DCIS (Primärerkrankung)	2.31
6.5 DCIS (Rezidiverkrankung)	2.38
6.6 LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	2.41
6.7 Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	2.43
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	2.46
6.9 Nicht-maligne histologische Befunde	2.48

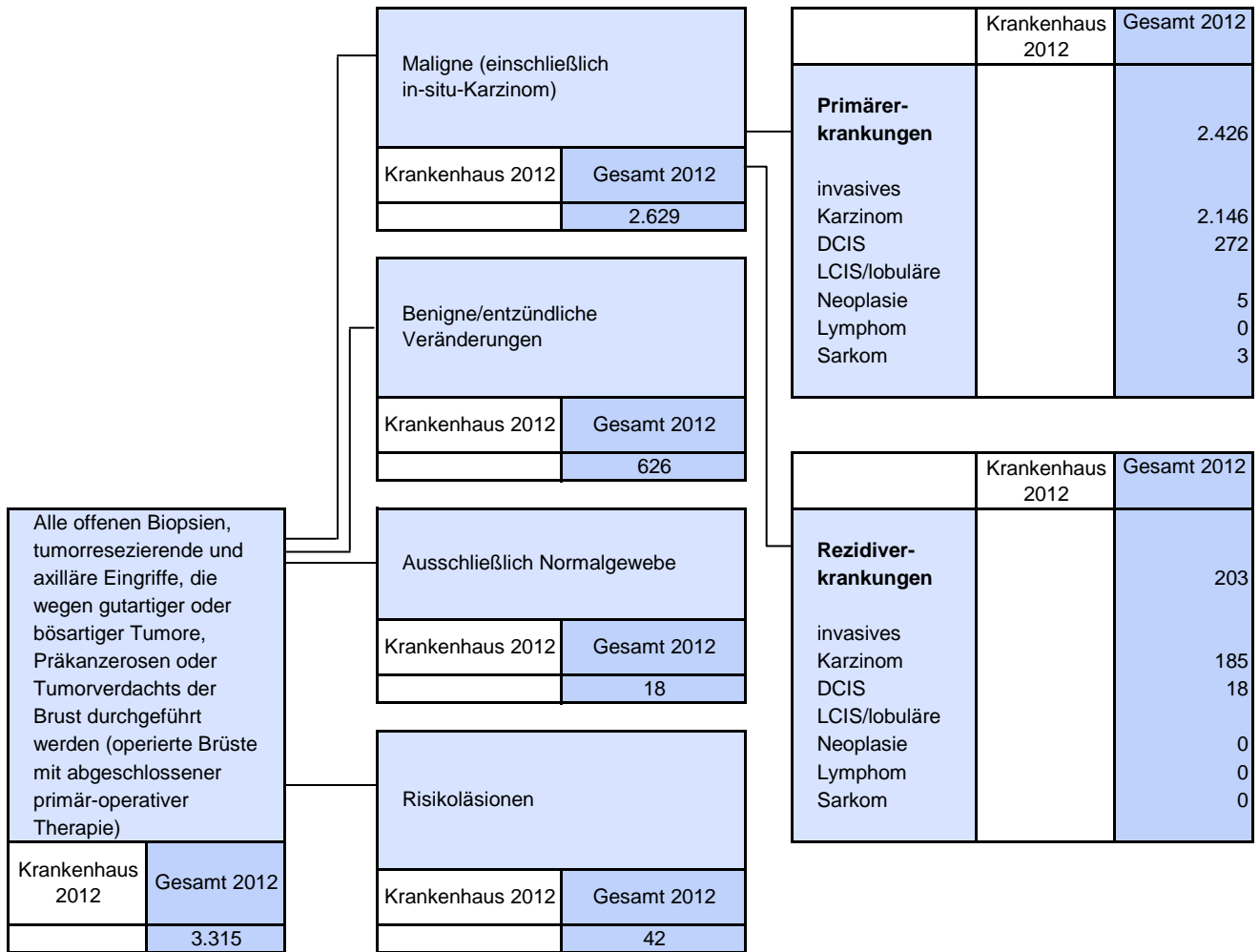
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	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			3.315 / 3.638	91,1	3.386 / 3.732	90,7
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			18 / 3.315	0,5	21 / 3.386	0,6
= benigne/entzündliche Veränderung			626 / 3.315	18,9	594 / 3.386	17,5
= Risikoläsion			42 / 3.315	1,3	32 / 3.386	0,9
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.629 / 3.315	79,3	2.739 / 3.386	80,9

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			2.426 / 2.629	92,3	2.575 / 2.739	94,0
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			2.146 / 2.426	88,5	2.227 / 2.575	86,5
DCIS			272 / 2.426	11,2	329 / 2.575	12,8
LCIS/Lobuläre Neoplasie			5 / 2.426	0,2	7 / 2.575	0,3
Lymphom			0 / 2.426	0,0	0 / 2.575	0,0
Sarkom			3 / 2.426	0,1	12 / 2.575	0,5
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidivkrankung			203 / 2.629	7,7	164 / 2.739	6,0
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			185 / 203	91,1	142 / 164	86,6
DCIS			18 / 203	8,9	14 / 164	8,5
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 203	0,0	0 / 164	0,0
Lymphom			0 / 203	0,0	0 / 164	0,0
Sarkom			0 / 203	0,0	8 / 164	4,9

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)
Basisdaten

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			1.043	29,4	968	26,7
2. Quartal			863	24,3	876	24,1
3. Quartal			786	22,2	890	24,5
4. Quartal			853	24,1	897	24,7
Gesamt			3.545		3.631	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
3	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
4	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
5	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	1.272	35,9	C50.4	1.300	35,8
2				D24	359	10,1	C50.9	417	11,5
3				C50.9	335	9,4	D24	349	9,6
4				C50.2	304	8,6	C50.2	338	9,3
5				C50.8	291	8,2	C50.8	285	7,8

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

Patientinnen

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			14 / 3.545	0,4	14 / 3.631	0,4
20 - 29 Jahre			86 / 3.545	2,4	60 / 3.631	1,7
30 - 39 Jahre			197 / 3.545	5,6	207 / 3.631	5,7
40 - 49 Jahre			717 / 3.545	20,2	762 / 3.631	21,0
50 - 59 Jahre			776 / 3.545	21,9	751 / 3.631	20,7
60 - 69 Jahre			795 / 3.545	22,4	877 / 3.631	24,2
70 - 79 Jahre			704 / 3.545	19,9	691 / 3.631	19,0
>= 80 Jahre			256 / 3.545	7,2	269 / 3.631	7,4
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			3.545		3.631	
Median				59,0		60,0
Geschlecht						
männlich			31	0,9	39	1,1
weiblich			3.514	99,1	3.592	98,9
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			1.559	44,0	1.834	50,5
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.536	43,3	1.352	37,2
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			439	12,4	431	11,9
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			11	0,3	14	0,4
5: moribunder Patient			0	0,0	0	0,0

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			2.548 / 3.545	71,9	2.592 / 3.631	71,4
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			2.548	4,0	2.592	4,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			2.548	4,0	2.592	4,0
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			997 / 3.545	28,1	1.039 / 3.631	28,6
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			997	2,0	1.039	2,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			997	2,0	1.039	2,0

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

² bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen

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

Präoperative Diagnostik und Therapie

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			1.767 / 3.638	48,6	1.753 / 3.732	47,0
links			1.871 / 3.638	51,4	1.979 / 3.732	53,0
Erkrankung an dieser Brust						
Primärerkrankung			3.366 / 3.638	92,5	3.486 / 3.732	93,4
lokoregionäres Rezidiv nach BET			208 / 3.638	5,7	187 / 3.732	5,0
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			64 / 3.638	1,8	59 / 3.732	1,6
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung			2.772 / 3.366	82,4	3.128 / 3.486	89,7
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			1.799 / 2.772	64,9	2.074 / 3.128	66,3
Anlass der Diagnosestellung bekannt						
(Mehrfachnennungen möglich)			2.721 / 2.772	98,2	3.044 / 3.128	97,3
wenn ja:						
Selbstuntersuchung (Eigenuntersuchung)			1.036 / 2.721	38,1	1.234 / 3.044	40,5
Früherkennung			1.330 / 2.721	48,9	1.447 / 3.044	47,5
Früherkennung im Rahmen eines Mammographie-Screening-Programms			499 / 2.721	18,3	542 / 3.044	17,8
Tumorsymptomatik			310 / 2.721	11,4	361 / 3.044	11,9
Nachsorge			65 / 2.721	2,4	71 / 3.044	2,3
sonstiges			92 / 2.721	3,4	74 / 3.044	2,4

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.556 / 1.799	86,5	1.724 / 2.074	83,1
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			732 / 973	75,2	780 / 1.054	74,0
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden			2.288 / 2.772	82,5	2.504 / 3.128	80,1
wenn ja:						
Histologie¹						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			61 / 2.288	2,7	-	-
= benigne/entzündliche Veränderung			170 / 2.288	7,4	-	-
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			95 / 2.288	4,2	-	-
= malignitätsverdächtig			30 / 2.288	1,3	-	-
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.932 / 2.288	84,4	-	-

¹ Aufgrund der geänderten Schlüssel des Datenfeldes „Histologie“ können die Vorjahresergebnisse nicht vergleichbar berechnet werden.

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2012)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie¹ (einschließlich in-situ-Karzinomen)			1.932 / 2.288	84,4	-	-
davon:						
invasives Karzinom			1.760 / 1.932	91,1	-	-
DCIS			167 / 1.932	8,6	-	-
LCIS/Lobuläre Neoplasie			4 / 1.932	0,2	-	-
Lymphom			0 / 1.932	0,0	-	-
Sarkom			1 / 1.932	0,1	-	-

¹ Aufgrund der geänderten Schlüssel des Datenfeldes „Histologie“ können die Vorjahresergebnisse nicht vergleichbar berechnet werden.

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv) wenn ja:			143 / 272	52,6	123 / 246	50,0
Histologie¹						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			0 / 143	0,0	-	-
= benigne/entzündliche Veränderung			2 / 143	1,4	-	-
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			2 / 143	1,4	-	-
= malignitätsverdächtig			2 / 143	1,4	-	-
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			137 / 143	95,8	-	-

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2012)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidivkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie¹ (einschließlich in-situ-Karzinomen)			137 / 143	95,8	-	-
davon:						
invasives Karzinom			117 / 137	85,4	-	-
DCIS			19 / 137	13,9	-	-
LCIS/Lobuläre Neoplasie			1 / 137	0,7	-	-
Lymphom			0 / 137	0,0	-	-
Sarkom			0 / 137	0,0	-	-

¹ Aufgrund der geänderten Schlüssel des Datenfeldes „Histologie“ können die Vorjahresergebnisse nicht vergleichbar berechnet werden.

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			1.558 / 2.772	56,2	1.159 / 3.128	37,1
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			1.358 / 2.288	59,4	1.007 / 2.504	40,2
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			1.234 / 1.927	64,0	871 / 2.177	40,0

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			128 / 2.772	4,6	116 / 3.128	3,7
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:			124 / 1.760	7,0	106 / 1.908	5,6
systemische Chemotherapie			112 / 124	90,3	95 / 106	89,6
endokrine Therapie			12 / 124	9,7	12 / 106	11,3
spezifische Antikörpertherapie			8 / 124	6,5	7 / 106	6,6
Strahlentherapie			2 / 124	1,6	2 / 106	1,9
sonstige			1 / 124	0,8	2 / 106	1,9

4. Operation (benigne und maligne Tumore) Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			3.652	1,0	3.762	1,0
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			1.055 / 3.652	28,9	1.060 / 3.762	28,2
Mammographie wenn ja:			473 / 1.055	44,8	476 / 1.060	44,9
intraoperatives Präparatröntgen			461 / 473	97,5	471 / 476	98,9
Sonographie wenn ja:			574 / 1.055	54,4	602 / 1.060	56,8
intraoperative Präparatsonographie			443 / 574	77,2	464 / 602	77,1
MRT			31 / 1.055	2,9	29 / 1.060	2,7

OPS 2012

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	5-870.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)
5	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
6	5-870.91	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)

OPS 2012

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	1.478	40,5	5-401.11	1.564	41,6
2				5-870.a1	1.080	29,6	5-870.4	1.437	38,2
3				5-872.1	566	15,5	5-870.3	738	19,6
4				5-870.a2	414	11,3	5-903.1a	668	17,8
5				5-870.a0	319	8,7	5-872.1	435	11,6
6				5-870.91	315	8,6	5-870.0	313	8,3

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt (Bezug: Eingriffe)			1.628 / 3.652	44,6	1.678 / 3.762	44,6
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			3.548 / 3.652	97,2	3.621 / 3.762	96,3

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore)

Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			113 / 3.638	3,1	108 / 3.732	2,9
Wundinfektion			12 / 3.638	0,3	12 / 3.732	0,3
Nachblutung/Hämatom			51 / 3.638	1,4	62 / 3.732	1,7
Serom			37 / 3.638	1,0	25 / 3.732	0,7
sonstige			16 / 3.638	0,4	13 / 3.732	0,3

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			18	0,5	22	0,6
= benigne/entzündliche Veränderung			627	17,2	595	15,9
= Risikoläsion			45	1,2	34	0,9
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.948	81,0	3.081	82,6
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			3.315	91,1	3.386	90,7
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			146	45,2	139	40,2
Empfehlung zur Mastektomie			84	26,0	108	31,2
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			23	7,1	20	5,8
Empfehlung zur Axilladissektion			21	6,5	22	6,4
Empfehlung zur BET			14	4,3	3	0,9
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			35	10,8	54	15,6

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.999 / 3.638	54,9	2.111 / 3.732	56,6
davon						
pT0			1 / 1.999	0,1	3 / 2.111	0,1
pTis			12 / 1.999	0,6	6 / 2.111	0,3
pT1 (<= 2cm)			1.180 / 1.999	59,0	1.242 / 2.111	58,8
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			6 / 1.180	0,5	13 / 1.242	1,0
pT1a (<= 5 mm)			110 / 1.180	9,3	103 / 1.242	8,3
pT1b (<= 10 mm)			336 / 1.180	28,5	323 / 1.242	26,0
pT1c (<= 20 mm)			728 / 1.180	61,7	803 / 1.242	64,7
pT2 (> 2 bis 5 cm)			649 / 1.999	32,5	685 / 2.111	32,4
pT3 (> 5 cm)			99 / 1.999	5,0	106 / 2.111	5,0
pT4 (Brustwand/Haut)			48 / 1.999	2,4	50 / 2.111	2,4
davon						
pT4a (Brustwand)			8 / 48	16,7	6 / 50	12,0
pT4b (Ödem)			37 / 48	77,1	44 / 50	88,0
pT4c (Brustwand und Ödem)			2 / 48	4,2	0 / 50	0,0
pT4d (inflammatorisch)			1 / 48	2,1	0 / 50	0,0
pTX			10 / 1.999	0,5	19 / 2.111	0,9

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 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			147 / 3.638	4,0	116 / 3.732	3,1
davon						
ypT0			48 / 147	32,7	25 / 116	21,6
ypTis			2 / 147	1,4	1 / 116	0,9
ypT1 (<= 2cm)			39 / 147	26,5	38 / 116	32,8
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			1 / 39	2,6	1 / 38	2,6
ypT1a (<= 5 mm)			11 / 39	28,2	10 / 38	26,3
ypT1b (<= 10 mm)			8 / 39	20,5	7 / 38	18,4
ypT1c (<= 20 mm)			19 / 39	48,7	20 / 38	52,6
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			41 / 147	27,9	37 / 116	31,9
ypT3 (> 5 cm)			7 / 147	4,8	9 / 116	7,8
ypT4 (Brustwand/Haut)			10 / 147	6,8	6 / 116	5,2
davon						
ypT4a (Brustwand)			2 / 10	20,0	2 / 6	33,3
ypT4b (Ödem)			5 / 10	50,0	4 / 6	66,7
ypT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 10	10,0	0 / 6	0,0
ypT4d (inflammatorisch)			2 / 10	20,0	0 / 6	0,0
ypTX			0 / 147	0,0	0 / 116	0,0

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 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	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)			2.015 / 3.638	55,4	2.122 / 3.732	56,9
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.259 / 2.015	62,5	1.319 / 2.122	62,2
pN0(sn)			1.177 / 1.259	93,5	1.206 / 1.319	91,4
pN0			82 / 1.259	6,5	113 / 1.319	8,6
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			40 / 1.259	3,2	65 / 1.319	4,9
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			410 / 2.015	20,3	458 / 2.122	21,6
pN1mi			11 / 410	2,7	19 / 458	4,1
pN1mi(sn)			62 / 410	15,1	64 / 458	14,0
pN1a			192 / 410	46,8	259 / 458	56,6
pN1b			4 / 410	1,0	5 / 458	1,1
pN1c			3 / 410	0,7	2 / 458	0,4
pN1(sn)			138 / 410	33,7	109 / 458	23,8
pN2			130 / 2.015	6,5	109 / 2.122	5,1
pN2a			125 / 130	96,2	103 / 109	94,5
pN2b			5 / 130	3,8	6 / 109	5,5
pN3			88 / 2.015	4,4	103 / 2.122	4,9
pN3a			82 / 88	93,2	94 / 103	91,3
pN3b			3 / 88	3,4	6 / 103	5,8
pN3c			3 / 88	3,4	3 / 103	2,9
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			128 / 2.015	6,4	133 / 2.122	6,3
pNX			127 / 128	99,2	129 / 133	97,0
pNX(sn)			1 / 128	0,8	4 / 133	3,0

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 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	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)			131 / 3.638	3,6	105 / 3.732	2,8
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			70 / 131	53,4	56 / 105	53,3
ypN0(sn)			39 / 70	55,7	33 / 56	58,9
ypN0			31 / 70	44,3	23 / 56	41,1
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			17 / 70	24,3	17 / 56	30,4
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			37 / 131	28,2	29 / 105	27,6
ypN1mi			0 / 37	0,0	1 / 29	3,4
ypN1mi(sn)			5 / 37	13,5	3 / 29	10,3
ypN1a			26 / 37	70,3	19 / 29	65,5
ypN1b			0 / 37	0,0	1 / 29	3,4
ypN1c			0 / 37	0,0	0 / 29	0,0
ypN1(sn)			6 / 37	16,2	5 / 29	17,2
ypN2			12 / 131	9,2	10 / 105	9,5
ypN2a			12 / 12	100,0	10 / 10	100,0
ypN2b			0 / 12	0,0	0 / 10	0,0
ypN3			1 / 131	0,8	2 / 105	1,9
ypN3a			1 / 1	100,0	2 / 2	100,0
ypN3b			0 / 1	0,0	0 / 2	0,0
ypN3c			0 / 1	0,0	0 / 2	0,0
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			11 / 131	8,4	8 / 105	7,6
ypNX			11 / 11	100,0	8 / 8	100,0
ypNX(sn)			0 / 11	0,0	0 / 8	0,0

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 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			577	11,0	670	13,0
wenn Angabe pN(sn)-Staging: Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			1.427	2,0	1.415	2,0
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			12	0,6	21	0,9
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			2.146 / 3.638	59,0	2.227 / 3.732	59,7
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			2.069 / 2.146	96,4	2.134 / 2.227	95,8
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			77 / 2.146	3,6	93 / 2.227	4,2

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 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			2.125		2.214	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			395	18,6	422	19,1
mäßig differenziert			1.114	52,4	1.124	50,8
schlecht differenziert			607	28,6	658	29,7
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			9	0,4	10	0,5
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			358	16,8	380	17,2
positiv			1.710	80,5	1.830	82,7
schwach positiv ¹			51	2,4	-	-
unbekannt			6	0,3	4	0,2
HER-2/neu-Status						
negativ			1.827	86,0	1.948	88,0
positiv			290	13,6	261	11,8
unbekannt			8	0,4	5	0,2
histologisch gesicherte Multizentrität			436 / 2.125	20,5	339 / 2.214	15,3
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			22 / 2.125	1,0	32 / 2.214	1,4
ja			2.069 / 2.125	97,4	2.150 / 2.214	97,1
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			34 / 2.125	1,6	32 / 2.214	1,4
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			1.453		1.508	
Median (mm)				5,0		5,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			100 / 2.125	4,7	103 / 2.214	4,7

¹ Neuer Schlüssel für das Datenfeld 2012. Die Vorjahresergebnisse entfallen daher.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			600	28,0	614	27,6
ja			1.481	69,0	1.559	70,0
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			52	2,4	45	2,0
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			13	0,6	9	0,4
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			662	30,8	678	30,4
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.633	76,1	1.594	71,6
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			1.506 / 1.633	92,2	1.467 / 1.594	92,0
Farbmarkierung			39 / 1.633	2,4	50 / 1.594	3,1
beides			88 / 1.633	5,4	77 / 1.594	4,8
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			301	14,0	269	12,1
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.937 / 2.069	93,6	1.936 / 2.134	90,7

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- närer Tumorkonferenz			2.102 / 2.113	99,5	2.174 / 2.189	99,3
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			2.103 / 2.113	99,5	2.180 / 2.189	99,6
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			2.020 / 2.113	95,6	2.071 / 2.189	94,6

**Entlassung
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.653	78,2	1.815	82,9
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			272	12,9	211	9,6
03: aus sonstigen Gründen			1	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,1	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			5	0,2	2	0,1
07: Tod			4	0,2	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			1	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	1	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			3	0,1	3	0,1
11: in Hospiz			0	0,0	1	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			2	0,1	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	4	0,2
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	1	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	1	0,0
21: Wiederaufnahme			170	8,0	150	6,9
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			1	25,0	0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Histologie und Staging
6.3 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv- erkrankung bei invasivem Karzinom (primär- operative Therapie abgeschlossen) davon			185 / 3.638	5,1	142 / 3.732	3,8
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			174 / 185	94,1	125 / 142	88,0
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			11 / 185	5,9	17 / 142	12,0

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			152		110	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			12	7,9	10	9,1
mäßig differenziert			85	55,9	54	49,1
schlecht differenziert			54	35,5	39	35,5
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			1	0,7	7	6,4
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			37	24,3	23	20,9
positiv			108	71,1	87	79,1
schwach positiv ²			1	0,7	-	-
unbekannt			1	0,7	0	0,0
HER-2/neu-Status						
negativ			127	83,6	93	84,5
positiv			24	15,8	16	14,5
unbekannt			1	0,7	1	0,9
histologisch gesicherte Multizentrität			34 / 152	22,4	22 / 110	20,0
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			10 / 152	6,6	10 / 110	9,1
ja			141 / 152	92,8	100 / 110	90,9
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			1 / 152	0,7	0 / 110	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			141		100	
Median				5,0		10,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			10 / 152	6,6	3 / 110	2,7

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

² Neuer Schlüssel für das Datenfeld 2012. Die Vorjahresergebnisse entfallen daher.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			136		103	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			91	66,9	65	63,1
ja			30	22,1	28	27,2
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	0,7	1	1,0
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			14	10,3	9	8,7

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinä- rer Tumorkonferenz			179 / 182	98,4	137 / 142	96,5
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			180 / 182	98,9	142 / 142	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			170 / 182	93,4	134 / 142	94,4

**Entlassung
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			141	77,5	114	80,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			32	17,6	23	16,2
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,7
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	1	0,7
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	1	0,7
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	1	0,7
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			9	4,9	1	0,7
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			272	100,0	329	100,0
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			200 / 272	73,5	172 / 329	52,3
pNX			200 / 200	100,0	172 / 172	100,0
pNX(sn)			0 / 200	0,0	0 / 172	0,0
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			65 / 272	23,9	149 / 329	45,3
pN0(sn)			60 / 65	92,3	98 / 149	65,8
pN0			5 / 65	7,7	51 / 149	34,2
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			0 / 65	0,0	0 / 149	0,0
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			5 / 272	1,8	4 / 329	1,2
pN1mi			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
pN1mi(sn)			3 / 5	60,0	0 / 4	0,0
pN1a			1 / 5	20,0	4 / 4	100,0
pN1b			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
pN1c			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
pN1(sn)			1 / 5	20,0	0 / 4	0,0
pN2			0 / 272	0,0	0 / 329	0,0
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			1 / 272	0,4	0 / 329	0,0
pN3a			1 / 1	100,0	0 / 0	
pN3b			0 / 1	0,0	0 / 0	
pN3c			0 / 1	0,0	0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			0 / 272	0,0	0 / 329	0,0
ypNX			0 / 0		0 / 0	
ypNX(sn)			0 / 0		0 / 0	
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			1 / 272	0,4	2 / 329	0,6
ypN0(sn)			1 / 1	100,0	1 / 2	50,0
ypN0			0 / 1	0,0	1 / 2	50,0
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			0 / 1	0,0	1 / 2	50,0
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			0 / 272	0,0	2 / 329	0,6
ypN1mi			0 / 0		2 / 2	100,0
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 2	0,0
ypN1a			0 / 0		0 / 2	0,0
ypN1b			0 / 0		0 / 2	0,0
ypN1c			0 / 0		0 / 2	0,0
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 2	0,0
ypN2			0 / 272	0,0	0 / 329	0,0
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 272	0,0	0 / 329	0,0
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			5	0,0	57	0,0
wenn Angabe pN(sn)-Staging Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			62	2,0	98	2,0
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			20	7,4	13	4,0
Grading						
G1			46	16,9	73	22,2
G2			139	51,1	140	42,6
G3			83	30,5	103	31,3
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			4	1,5	13	4,0
Gesamttumorgrösse						
Anzahl der gültigen Angaben Median			272	19,0	329	15,0
Anteil <= 10 mm (%)			91 / 272	33,5	130 / 329	39,5
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			61 / 272	22,4	70 / 329	21,3
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			43 / 272	15,8	46 / 329	14,0
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			33 / 272	12,1	26 / 329	7,9
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			24 / 272	8,8	17 / 329	5,2
Anteil > 50 mm (%)			20 / 272	7,4	40 / 329	12,2

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 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			29 / 272	10,7	18 / 329	5,5
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			2 / 272	0,7	2 / 329	0,6
ja			270 / 272	99,3	326 / 329	99,1
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 272	0,0	1 / 329	0,3
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			209		242	
Median (mm)				4,0		5,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			23 / 272	8,5	25 / 329	7,6

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			59	21,7	86	26,1
ja			208	76,5	242	73,6
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			3	1,1	1	0,3
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			2	0,7	0	0,0
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			9	3,3	7	2,1
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			69	25,4	93	28,3
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			58 / 69	84,1	82 / 93	88,2
Farbmarkierung			6 / 69	8,7	7 / 93	7,5
beides			5 / 69	7,2	4 / 93	4,3
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			8	2,9	4	1,2

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			272 / 272	100,0	324 / 326	99,4
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			271 / 272	99,6	325 / 326	99,7
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			258 / 272	94,9	305 / 326	93,6

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			187	68,8	228	69,9
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			27	9,9	29	8,9
03: aus sonstigen Gründen			1	0,4	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			1	0,4	0	0,0
21: Wiederaufnahme			56	20,6	69	21,2
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.5 DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			2 / 18	11,1	1 / 14	7,1
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			1 / 18	5,6	0 / 14	0,0
ja			17 / 18	94,4	14 / 14	100,0
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 18	0,0	0 / 14	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			17		14	
Median				5,0		10,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			1 / 18	5,6	0 / 14	0,0

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			17		13	
davon:						
erneute brusterhal- tende Therapie (BET)						
nein			8	47,1	8	61,5
ja			7	41,2	4	30,8
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	5,9	0	0,0
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	5,9	1	7,7

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- närer Tumorkonferenz			18 / 18	100,0	13 / 14	92,9
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			18 / 18	100,0	14 / 14	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			17 / 18	94,4	13 / 14	92,9

**Entlassung
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			13	72,2	9	64,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			3	16,7	4	28,6
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			2	11,1	1	7,1
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			5 / 5	100,0	7 / 7	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			5 / 5	100,0	6 / 7	85,7
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			5 / 5	100,0	5 / 7	71,4

Entlassung
LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5	100,0	6	85,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,0	1	14,3
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			3	100,0	12	100,0
davon						
pT0			0 / 3	0,0	0 / 12	0,0
pTis			1 / 3	33,3	0 / 12	0,0
pT1 (<= 2 cm)			0 / 3	0,0	3 / 12	25,0
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 3	0,0
pT1a (<= 5 mm)			0 / 0		2 / 3	66,7
pT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 3	0,0
pT1c (<= 20 mm)			0 / 0		1 / 3	33,3
pT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 3	0,0	4 / 12	33,3
pT3 (> 5 cm)			0 / 3	0,0	2 / 12	16,7
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 3	0,0	1 / 12	8,3
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		1 / 1	100,0
pT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,0
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,0
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 1	0,0
pTX			2 / 3	66,7	1 / 12	8,3
ypT0			0 / 3	0,0	0 / 12	0,0
ypTis			0 / 3	0,0	0 / 12	0,0
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 3	0,0	0 / 12	0,0
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 3	0,0	0 / 12	0,0
ypT3 (> 5 cm)			0 / 3	0,0	0 / 12	0,0
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 3	0,0	1 / 12	8,3
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 1	0,0
ypT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,0
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		1 / 1	100,0
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 1	0,0
ypTX			0 / 3	0,0	0 / 12	0,0

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			3 / 3.638	0,1	20 / 3.732	0,5
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			3 / 3	100,0	18 / 20	90,0
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			0 / 3	0,0	2 / 20	10,0

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			3 / 3	100,0	20 / 20	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			3 / 3	100,0	20 / 20	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			3 / 3	100,0	18 / 20	90,0

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

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			2	66,7	12	60,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	33,3	7	35,0
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	1	5,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Weiterer Behandlungsverlauf
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			0 / 0		0 / 0	
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			0 / 0		0 / 0	
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			0 / 0		0 / 0	

Entlassung Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0		0	
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0		0	
03: aus sonstigen Gründen			0		0	
04: gegen ärztlichen Rat			0		0	
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0		0	
06: Verlegung			0		0	
07: Tod			0		0	
08: Verlegung nach § 14			0		0	
09: in Rehabilitationseinrichtung			0		0	
10: in Pflegeeinrichtung			0		0	
11: in Hospiz			0		0	
12: interne Verlegung			0		0	
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0		0	
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0		0	
15: gegen ärztlichen Rat			0		0	
16: externe Verlegung			0		0	
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0		0	
18: Rückverlegung			0		0	
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0		0	
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0		0	
21: Wiederaufnahme			0		0	
22: Fallabschluss			0		0	
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung
6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			571	85,7	550	87,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			89	13,4	77	12,2
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,5	1	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			1	0,2	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,2	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	2	0,3
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			1	0,2	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 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 BpflV)
- 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
- 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

Jahresauswertung 2012 Mammachirurgie

18/1

Statistische Basisprüfung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser (Hamburg): 20
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.545
Datensatzversion: 18/1 2012 15.0
Datenbankstand: 01. März 2013
2012 - D12459-L82128-P38996

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	Ergebnis Krankenhaus	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/18n1-MAMMA/813068 AK 3¹: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie			13,0 Fälle	<= 4,0 Fälle	AK.1
2012/18n1-MAMMA/813069 AK 4¹: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie			9,9%	<= 28,1%	AK.3

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

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“

Indikator-ID: 2012/18n1-MAMMA/813068

Referenzbereich: <= 4,0 Fälle

ID-Bezugskennzahl(en): 2131, 2162, 2163, 11989, 2262, 2167

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ Referenzbereich		13,0 Fälle <= 4,0 Fälle	13 / 1.836	13,0 Fälle <= 4,0 Fälle

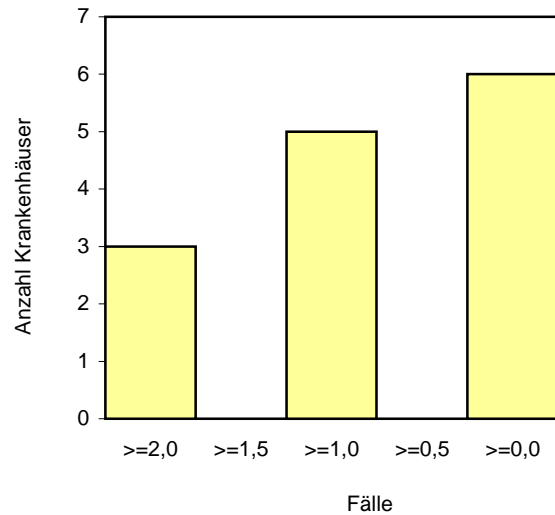
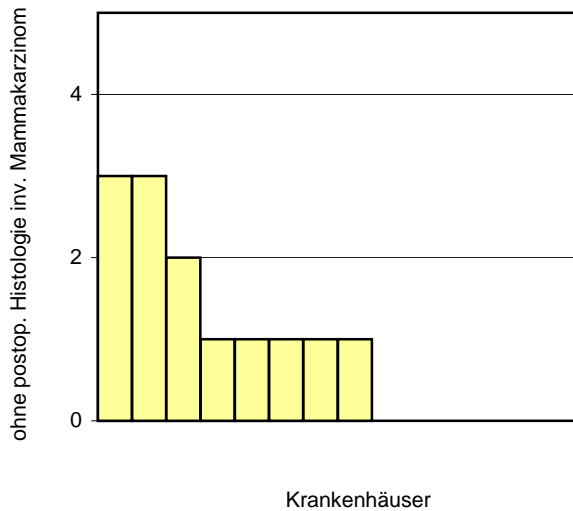
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“		16,0 Fälle	16 / 1.966	16,0 Fälle

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/813068]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

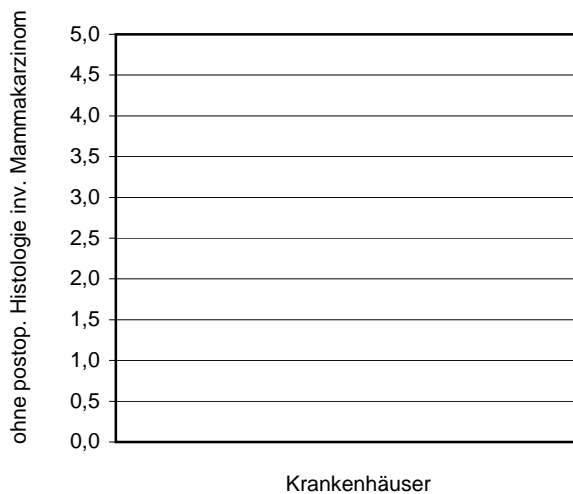
14 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

1 Krankenhaus hat weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und postoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“

Indikator-ID: 2012/18n1-MAMMA/813069

Referenzbereich: <= 28,1% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

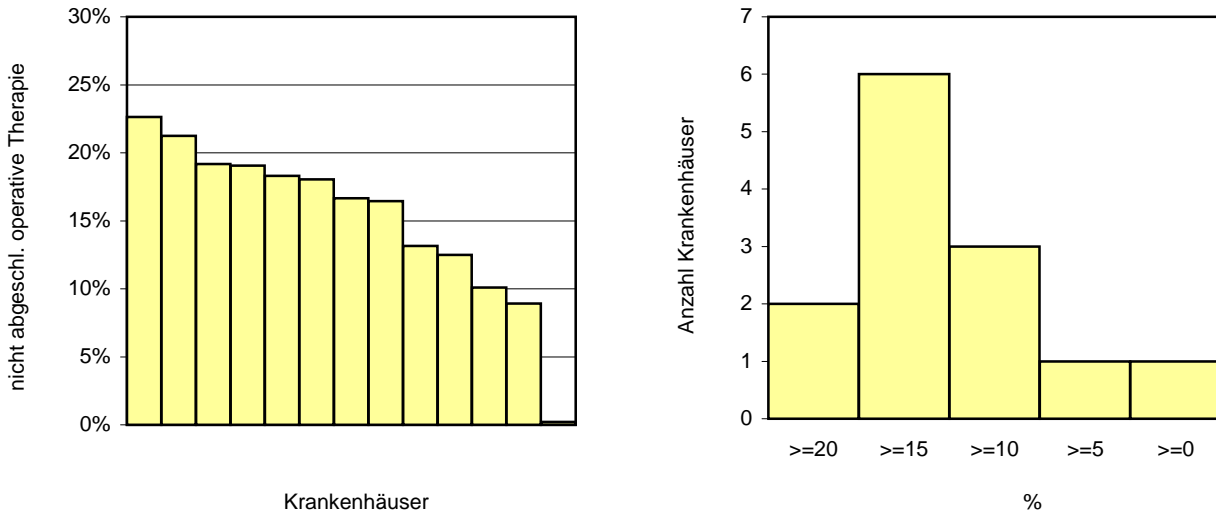
ID-Bezugskennzahl(en): 2131, 2162, 2163, 11989, 2262, 2167

	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie Vertrauensbereich Referenzbereich			236 / 2.382	9,9%
		<= 28,1%		8,8% - 11,2% <= 28,1%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie Vertrauensbereich			247 / 2.474	10,0%
				8,9% - 11,2%

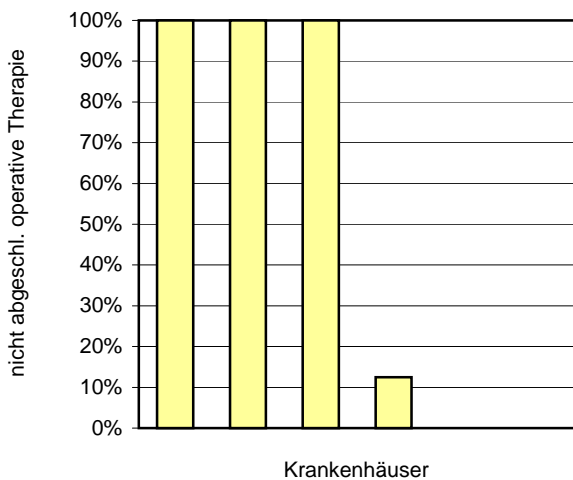
**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK4, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/813069]:
 Anteil von Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie an Patientinnen mit Primärerkrankung und
 postoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,2		8,9	12,5	16,7	19,0	21,3		22,6

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	56,3	100,0			100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2012 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2012.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von $\leq 2,5\%$

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 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 © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für die 2012 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2012 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

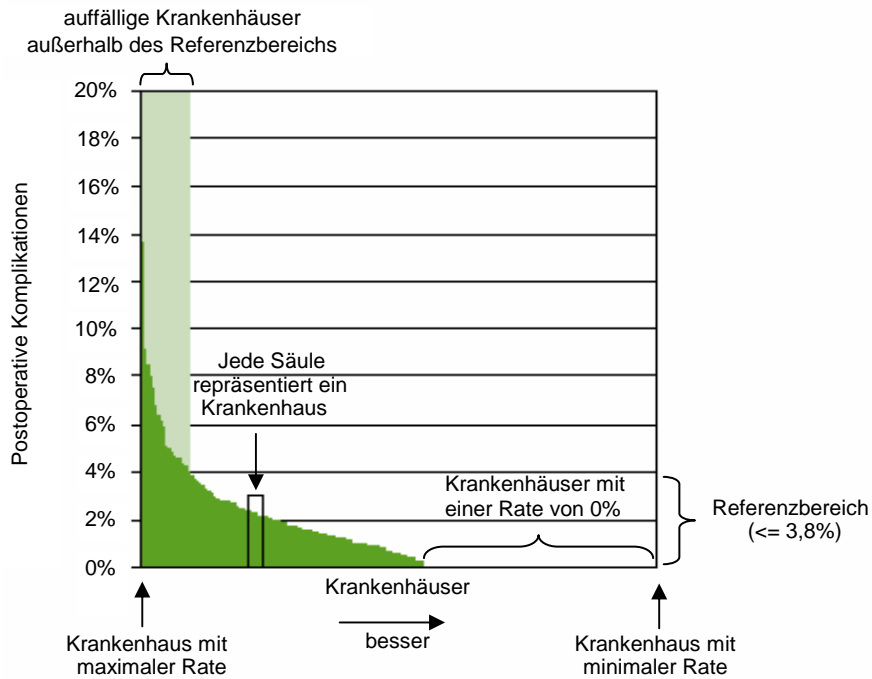
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

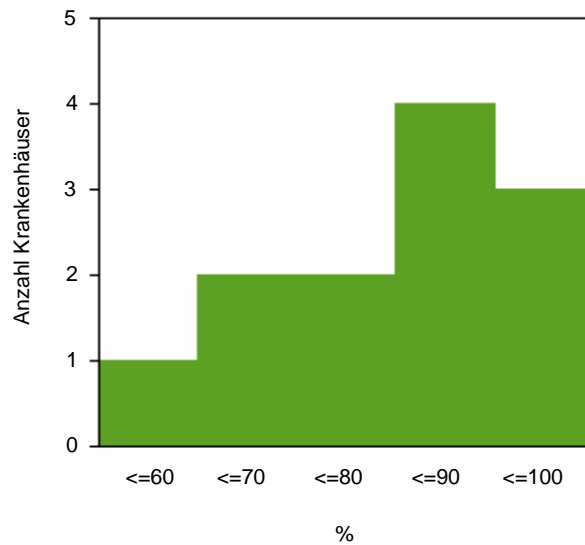
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

Klasse	$\leq 60\%$	60% - 70%	70% - 80%	80% - 90%	90% - 100%
Anzahl Krankenhäuser mit Ergebnis in der Klasse	1	2	2	4	3



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. 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.

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. 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 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

Für das x%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund gilt, dass x% der Krankenhausergebnisse Bund kleiner oder gleich dem x%-Perzentil Bund sind. Haben beispielsweise 25% der untersuchten Krankenhäuser eine Wundinfektionsrate von 1,5% oder kleiner, so entspricht hier der Wert von 1,5% dem 25%-Perzentil Bund.

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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