

Jahresauswertung 2015 Mammachirurgie

18/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 15
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.351
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16055-L101157-P48563

Jahresauswertung 2015
Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 15
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.351
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16055-L101157-P48563

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung							
			96,64%	>= 90,00%	innerhalb	95,02%	7
QI 2³: HER2/neu-Positivitätsrate							
2a: 2015/18n1-MAMMA/52268							
HER2/neu-Positivitätsrate			12,88%	nicht definiert	-	12,39%	9
2b: 2015/18n1-MAMMA/52273							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)			0,81	nicht definiert	-	0,83	11
QI 3³: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung							
3a: 2015/18n1-MAMMA/52330							
Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung			99,43%	>= 95,00%	innerhalb	-	13
3b: 2015/18n1-MAMMA/52279							
Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung			88,04%	>= 95,00%	außerhalb	-	15

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/2163 QI 4³: Primäre Axilladissektion bei DCIS			1,00 Fälle	Sentinel Event	außerhalb	0,00 Fälle	17
2015/18n1-MAMMA/50719 QI 5³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			6,28%	<= 20,75%	innerhalb	4,85%	19
2015/18n1-MAMMA/51847 QI 6³: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			94,73%	>= 90,00%	innerhalb	93,00%	21
QI 7³: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation							
7a: 2015/18n1-MAMMA/51370 unter 7 Tage			3,93%	<= 28,44%	innerhalb	5,36%	24
7b: 2015/18n1-MAMMA/51371 über 21 Tage			19,56%	nicht definiert	-	18,79%	24

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

In der Statistischen Basisprüfung werden die Daten der QS-Dokumentation auf statistische Auffälligkeiten geprüft. Krankenhäuser mit auffälliger Dokumentationsqualität werden anschließend im strukturierten Dialog aufgefordert, dazu Stellung zu nehmen.

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/850363 AK 1³: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“			2,06%	<= 4,30%	innerhalb	0,65%	27
2015/18n1-MAMMA/850364 AK 2³: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“			1,76%	<= 2,78%	innerhalb	-	29
2015/18n1-MAMMA/813068 AK 3³: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie			19,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	14,00 Fälle	31

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/850366 AK 4³: Angabe von ASA 5			0,00 Fälle	= 0,00 Fälle	innerhalb	0,00 Fälle	33
2015/18n1-MAMMA/850367 AK 5³: Häufige Angabe „(y)pNX“			19,00 Fälle	<= 1,00 Fälle	außerhalb	12,00 Fälle	35
2015/18n1-MAMMA/850365 AK 6³: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust			9,18%	<= 14,55%	innerhalb	10,45%	37

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Qualitätsindikator 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2015/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	 => 90,00%	

	Gesamt 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	2.070 / 2.142 96,64% 95,79% - 97,32% => 90,00%	216 / 470 45,96%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

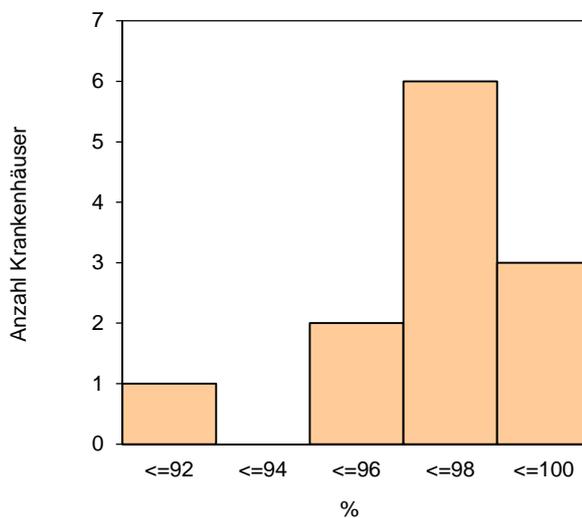
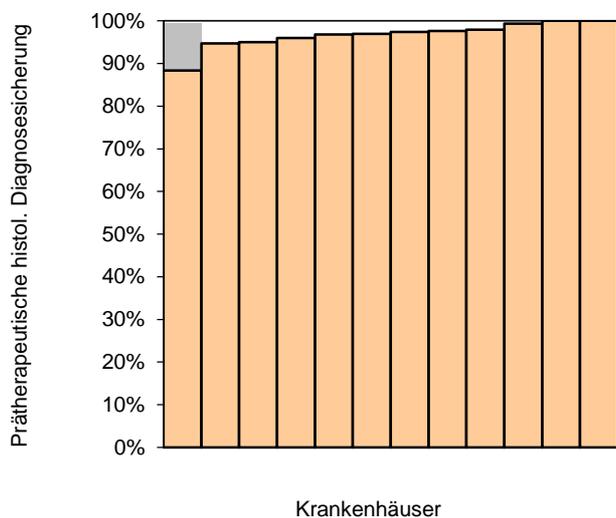
Vorjahresdaten	Gesamt 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	2.097 / 2.207 95,02% 94,03% - 95,85%	216 / 515 41,94%

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51846]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

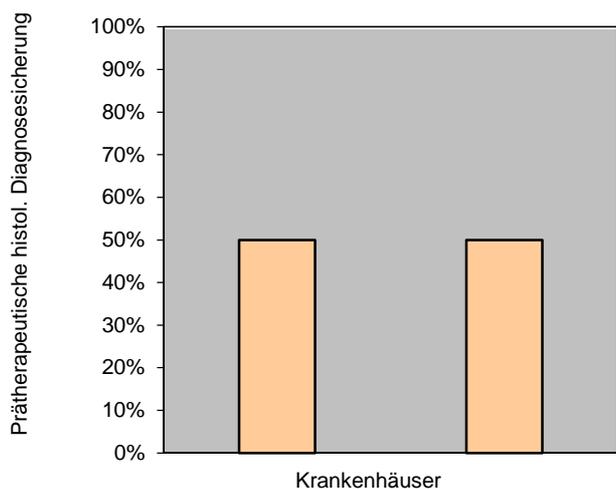
12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,37	94,74	95,53	97,19	98,65	100,00	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: HER2/neu-Positivitätsrate

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

HER2/neu-Positivitätsrate

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

Indikator-ID: (QI 2a): 2015/18n1-MAMMA/52268

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status			257 / 1.995	12,88%
Vertrauensbereich				11,48% - 14,42%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

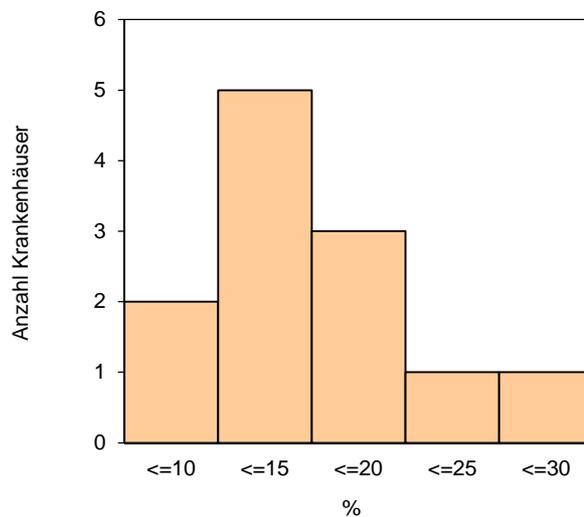
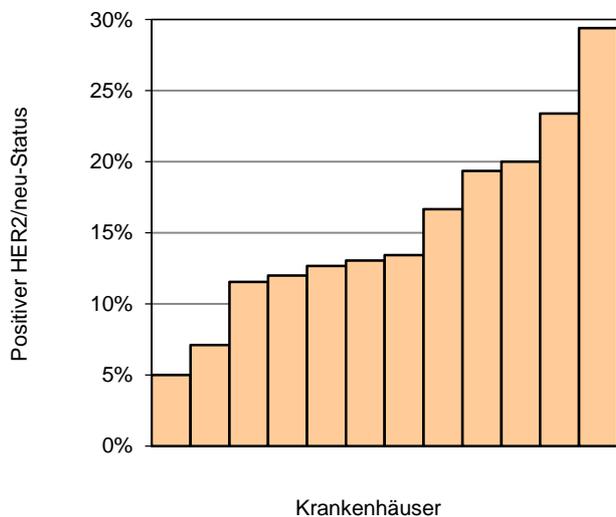
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status			246 / 1.985	12,39%
Vertrauensbereich				11,02% - 13,92%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52268]:

Anteil von Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

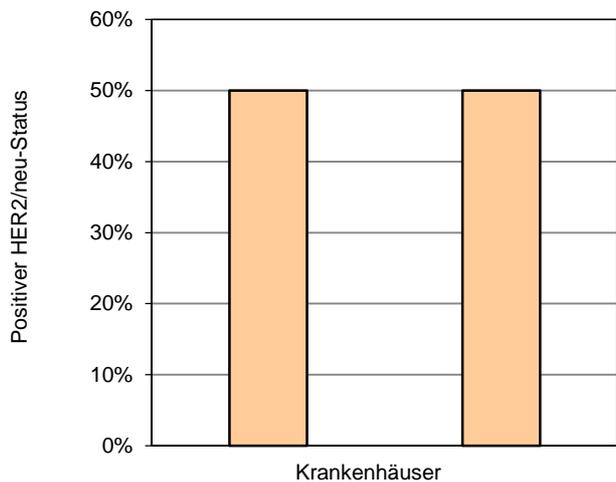
12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,00		7,12	11,77	13,24	19,68	23,39		29,41

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Indikator-ID: (QI 2b): 2015/18n1-MAMMA/52273

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		257 / 1.995 12,88%
vorhergesagt (E) ¹		318,10 / 1.995 15,94%
O - E		-3,06%

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,81
Vertrauensbereich		0,72 - 0,90
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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

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

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		246 / 1.985 12,39%
vorhergesagt (E)		297,83 / 1.985 15,00%
O - E		-2,61%
O / E		0,83
Vertrauensbereich		0,73 - 0,93

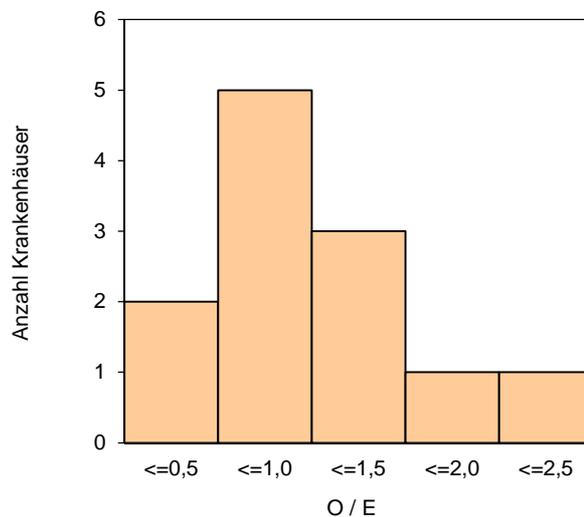
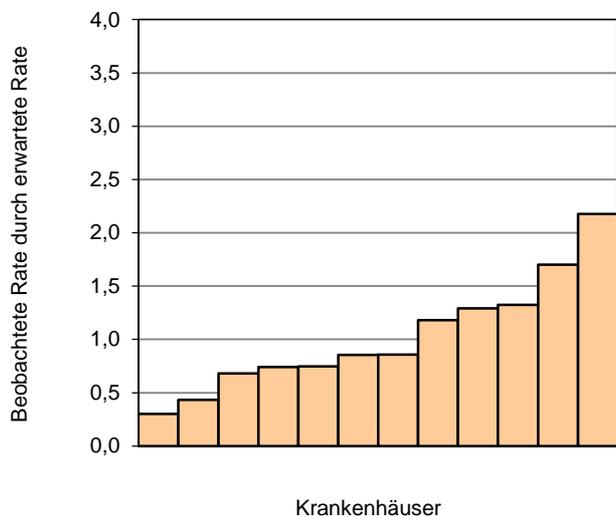
¹ Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2014 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52273]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

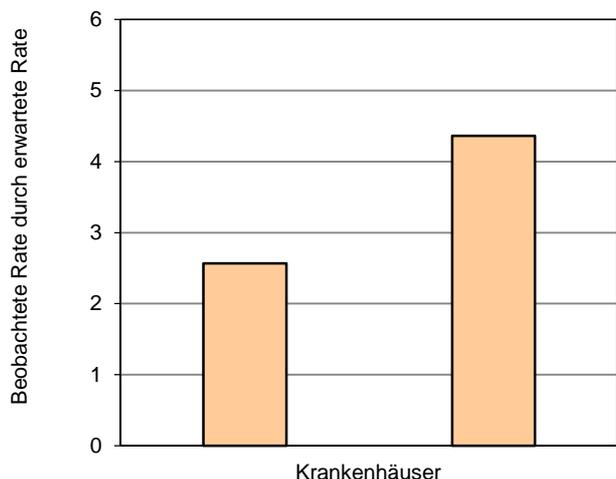
12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,30		0,43	0,71	0,86	1,31	1,70		2,18

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,57				3,47				4,36

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

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

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie

Indikator-ID: (QI 3a): 2015/18n1-MAMMA/52330

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			701 / 705	99,43%
Vertrauensbereich				98,55% - 99,78%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

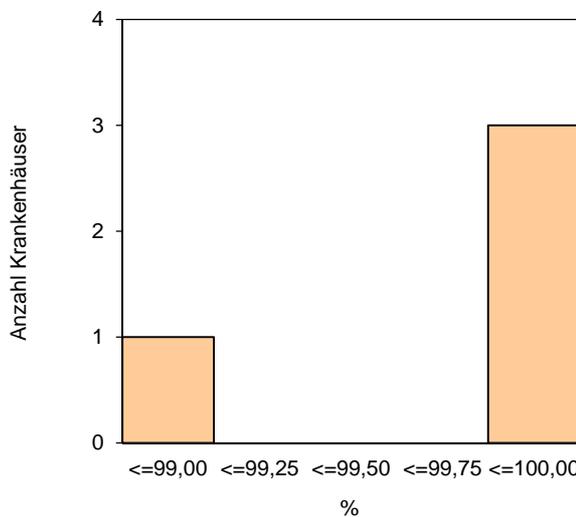
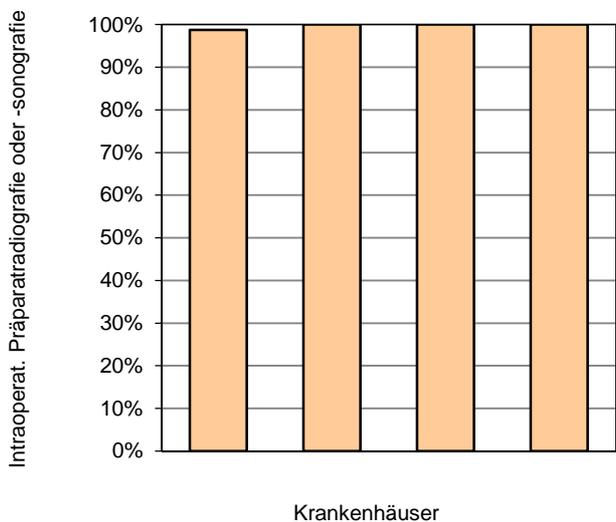
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52330]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

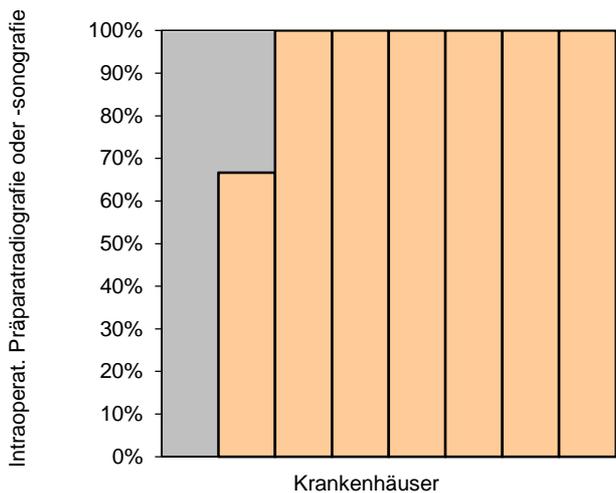
4 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,80			99,40	100,00	100,00			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			83,33	100,00	100,00			100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie

Indikator-ID: (QI 3b): 2015/18n1-MAMMA/52279

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intra- operativer Präparatsonografie Vertrauensbereich Referenzbereich			324 / 368	88,04% 84,33% - 90,97%
		>= 95,00%		>= 95,00%

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intra- operativer Präparatsonografie Vertrauensbereich	-	-	-	-

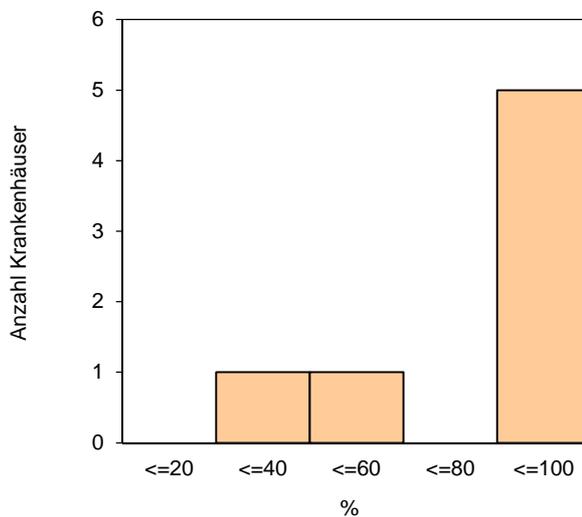
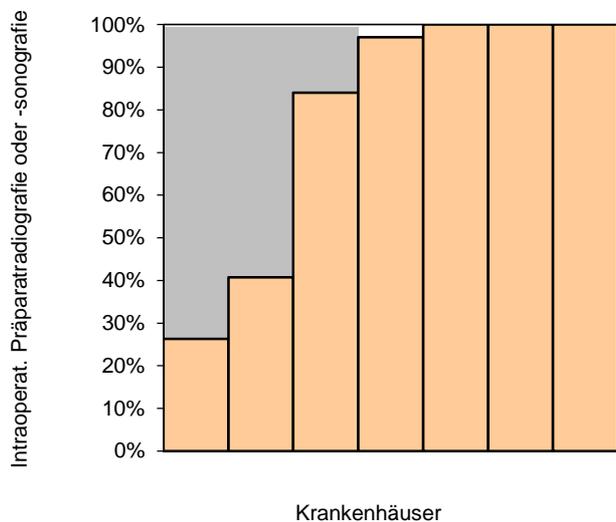
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52279]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

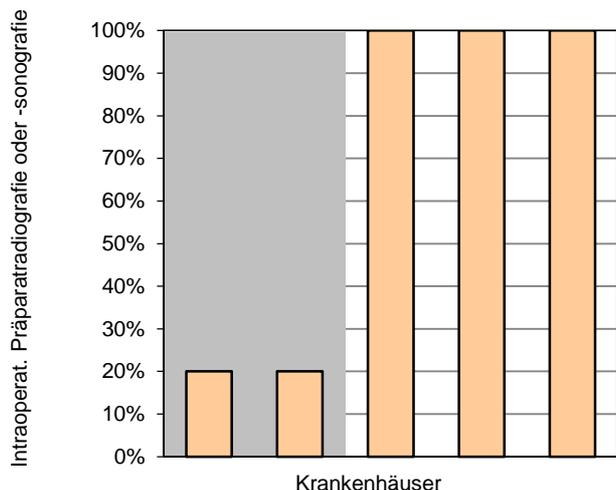
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	26,32			40,74	97,06	100,00			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	20,00			20,00	100,00	100,00			100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Primäre Axilladisektion bei DCIS

Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladisektion bei DCIS

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

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/2163

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			1 / 284	1,00 Fälle 0,35%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

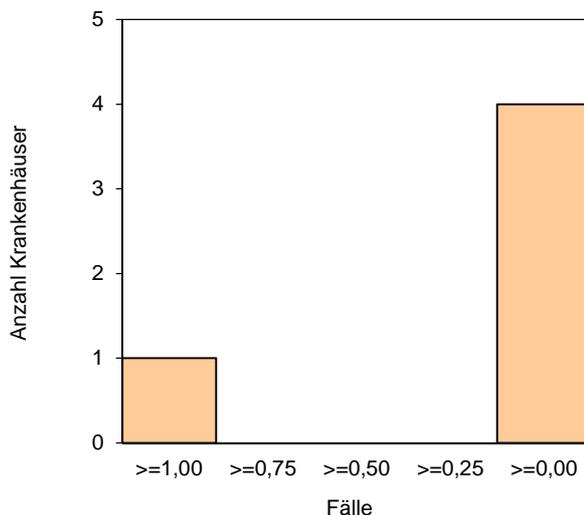
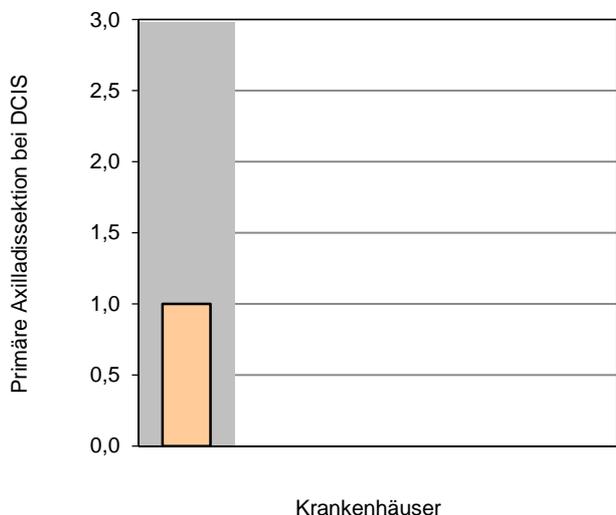
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			0 / 244	0,00 Fälle 0,00%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/2163]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

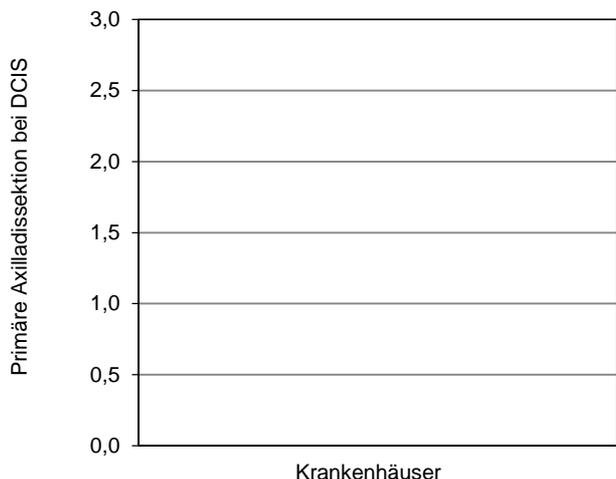
5 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

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

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

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 20,75% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			13 / 207	6,28%
Vertrauensbereich				3,71% - 10,45%
Referenzbereich		<= 20,75%		<= 20,75%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 207	0,00%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			13 / 207	6,28%

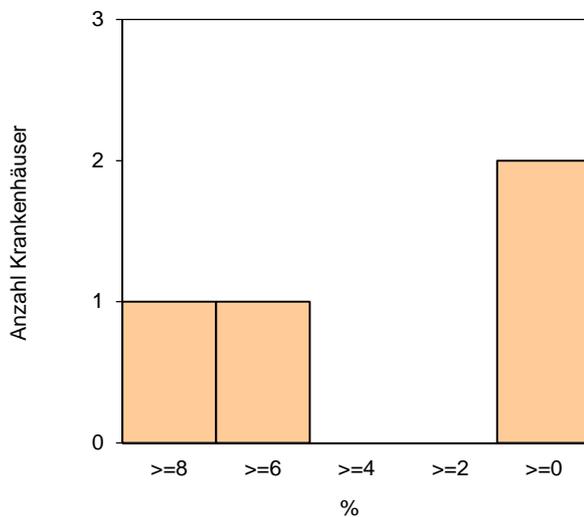
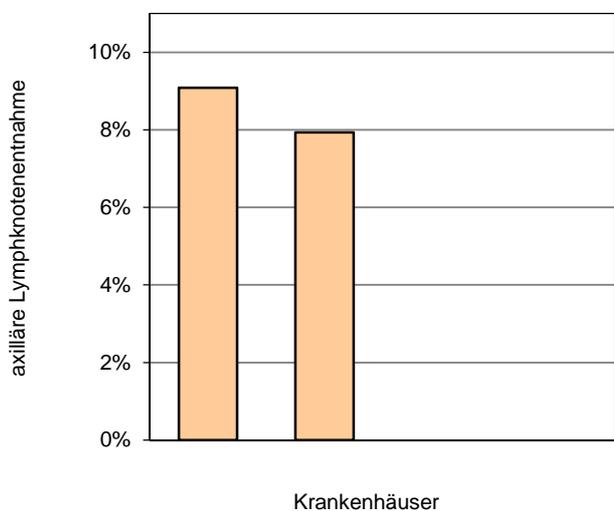
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			8 / 165	4,85%
Vertrauensbereich				2,48% - 9,27%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/50719]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

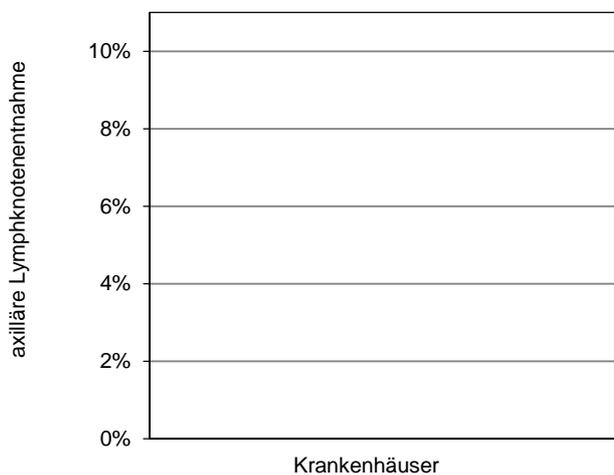
4 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	3,97	8,51			9,09

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2015/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	>= 90,00%			

	Gesamt 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	1.079 / 1.139	754 / 778	295 / 317	30 / 44
Vertrauensbereich	94,73%	96,92%	93,06%	68,18%
Referenzbereich	93,28% - 95,89%			
	>= 90,00%			

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

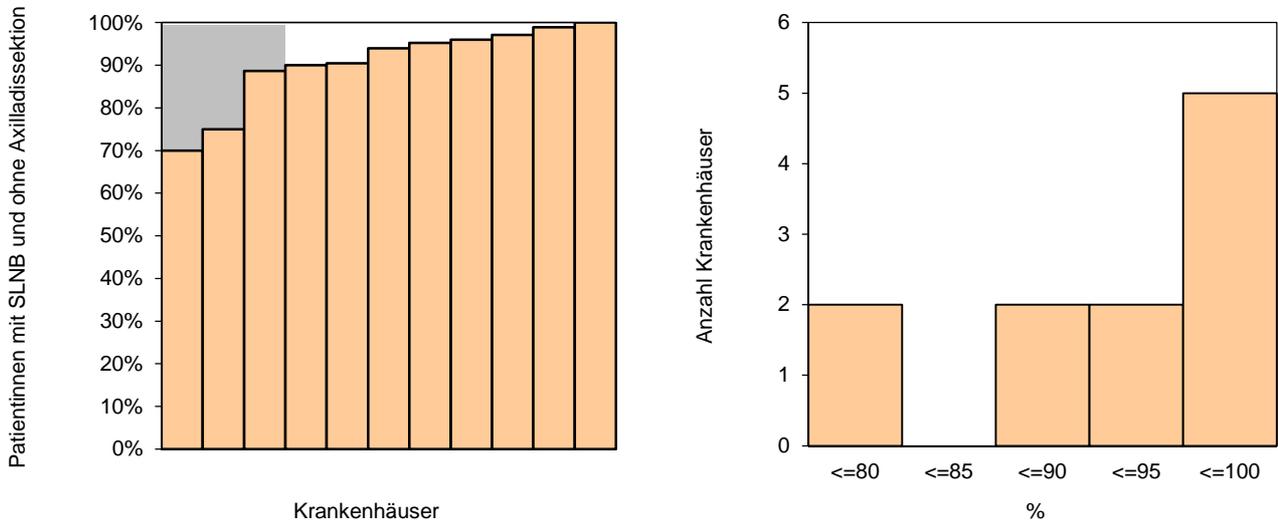
Vorjahresdaten	Gesamt 2014			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	1.103 / 1.186 93,00% 91,41% - 94,32%	800 / 832 96,15%	283 / 324 87,35%	20 / 30 66,67%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51847]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

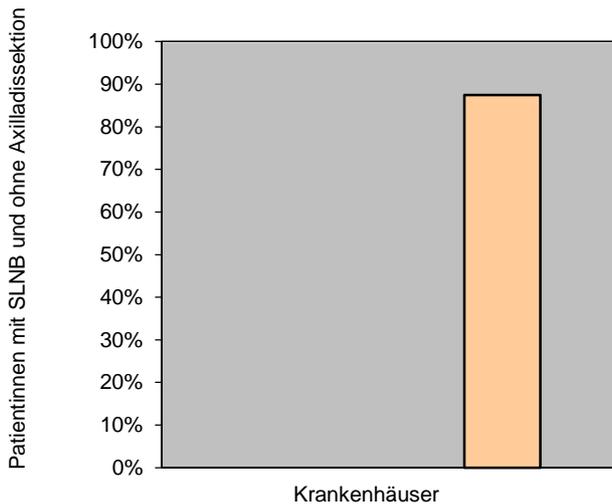
11 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	70,00		75,00	88,68	94,00	97,14	98,89		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				43,75				87,50

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

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

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 7a): 2015/18n1-MAMMA/51370
 Gruppe 2 (QI 7b): 2015/18n1-MAMMA/51371

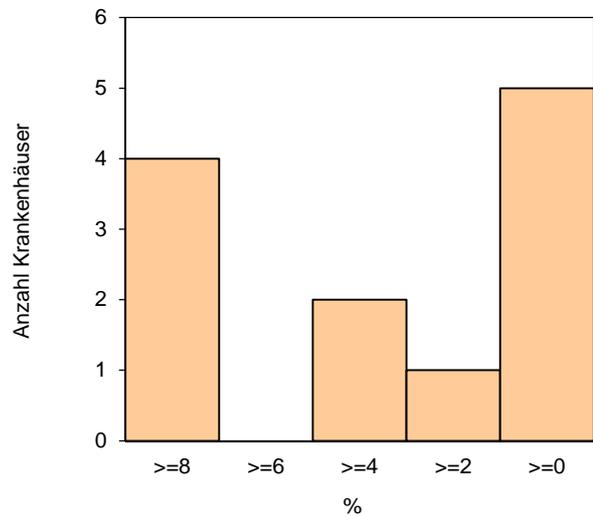
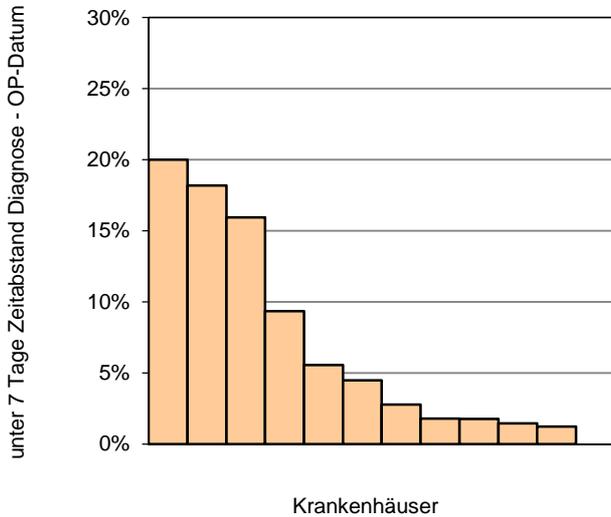
Referenzbereich: Gruppe 1: <= 28,44% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			74 / 1.881	3,93%
Vertrauensbereich				3,15% - 4,91%
Referenzbereich		<= 28,44%		<= 28,44%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			368 / 1.881	19,56%
Vertrauensbereich				17,83% - 21,42%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			103 / 1.921	5,36%
Vertrauensbereich				4,44% - 6,46%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			361 / 1.921	18,79%
Vertrauensbereich				17,11% - 20,60%

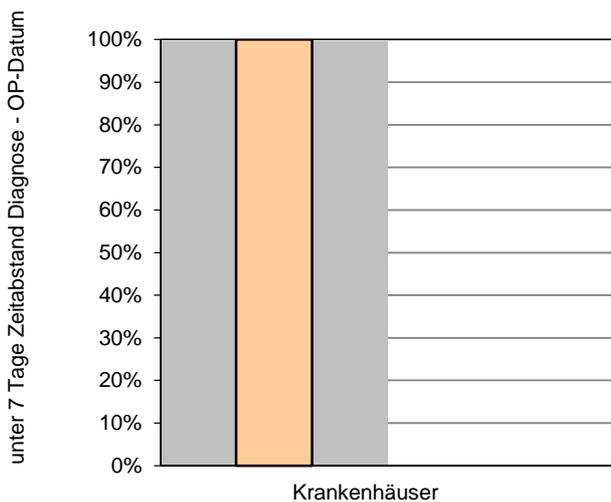
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51370]:
 Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von unter 7 Tagen**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		1,22	1,61	3,62	12,64	18,18		20,00

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

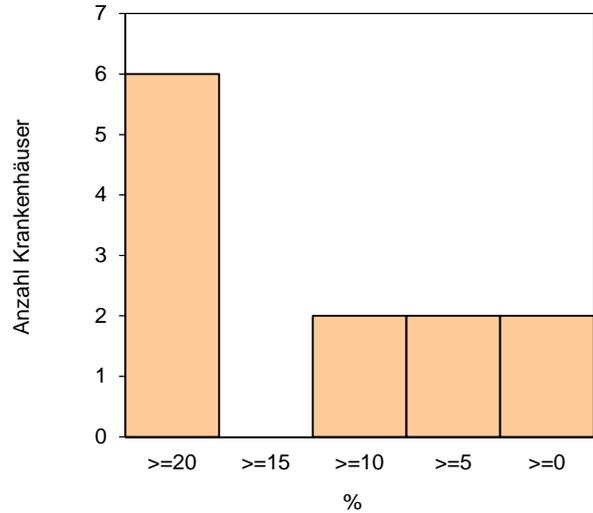
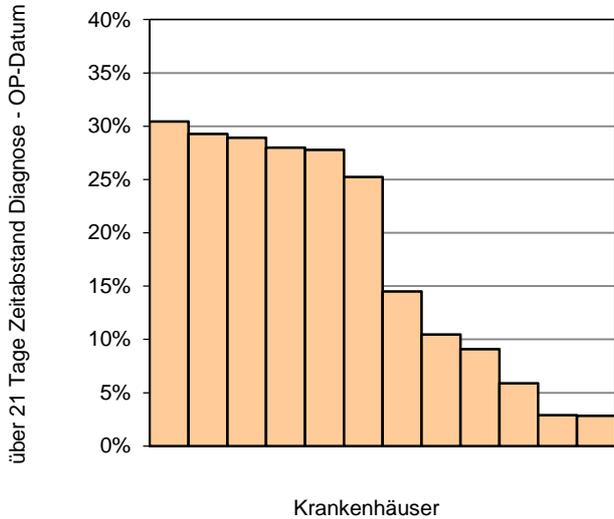


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				50,00				100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

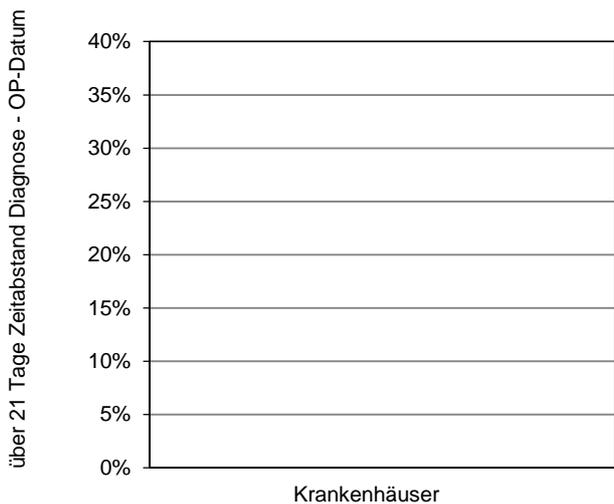
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51371]:
Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von über 21 Tagen

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,85		2,90	7,49	19,86	28,46	29,27		30,43

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



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 1: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“

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

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850363

Referenzbereich: <= 4,30% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): 52268, 52273

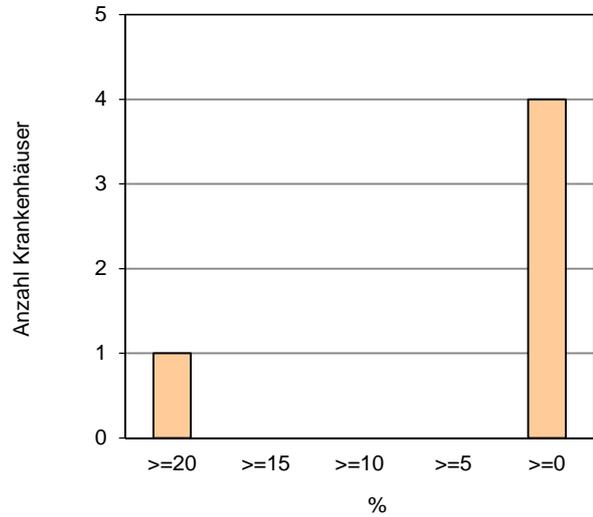
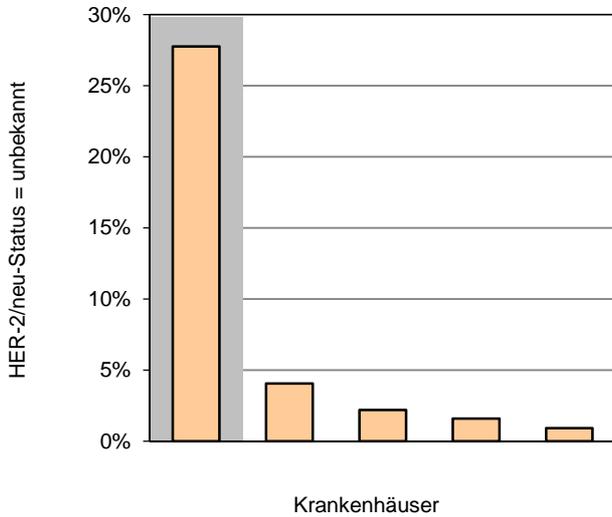
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status ¹			42 / 2.037	2,06%
Vertrauensbereich				1,53% - 2,78%
Referenzbereich		<= 4,30%		<= 4,30%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status			13 / 1.998	0,65%
Vertrauensbereich				0,38% - 1,11%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK1, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850363]:
 Anteil an Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives
 Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 5



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,91			1,59	2,20	4,05			27,78

Auffälligkeitskriterium 2: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“

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

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850364

Referenzbereich: <= 2,78% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): -

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen ¹			41 / 2.329	1,76%
Vertrauensbereich				1,30% - 2,38%
Referenzbereich		<= 2,78%		<= 2,78%

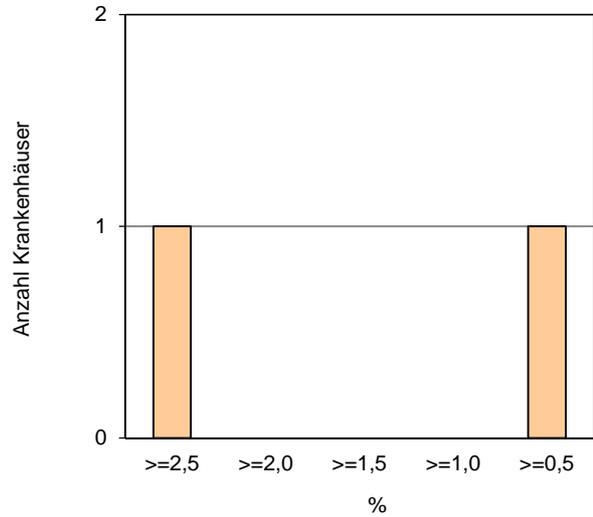
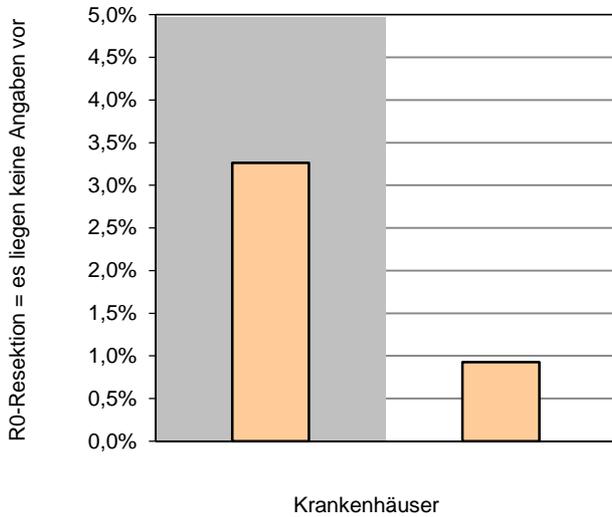
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

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

² Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850364]:
 Anteil an Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen an allen lebend entlassenen Patientinnen mit
 Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom oder DCIS**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,93				2,10				3,26

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“
Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/813068
Referenzbereich: <= 4,00 Fälle
ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

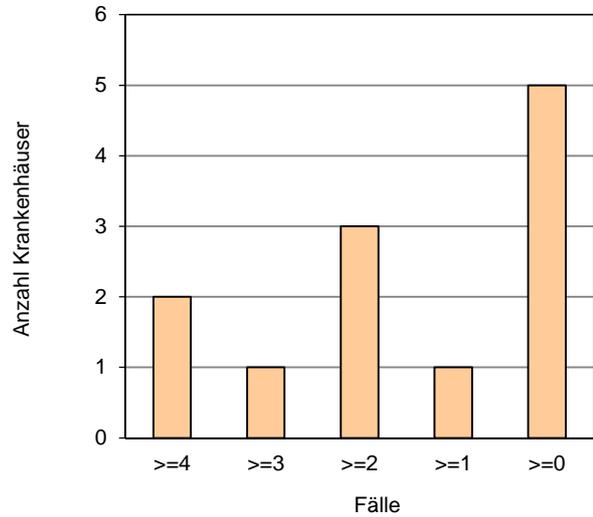
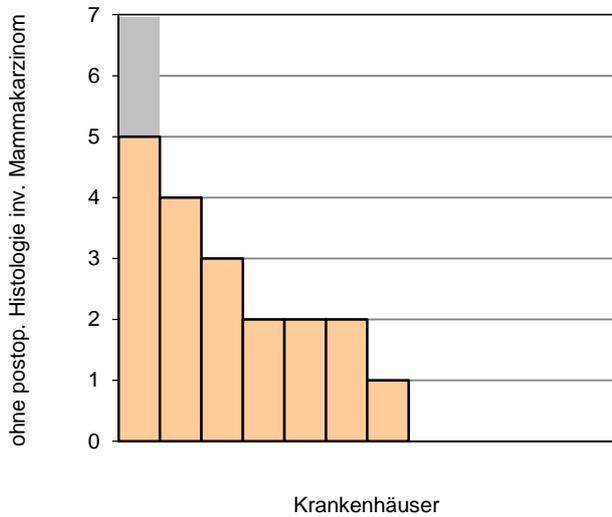
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹ Referenzbereich		19 / 2.042 <= 4,00 Fälle	19 / 2.042	19,00 Fälle <= 4,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹		14 / 2.102	14 / 2.102	14,00 Fälle

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

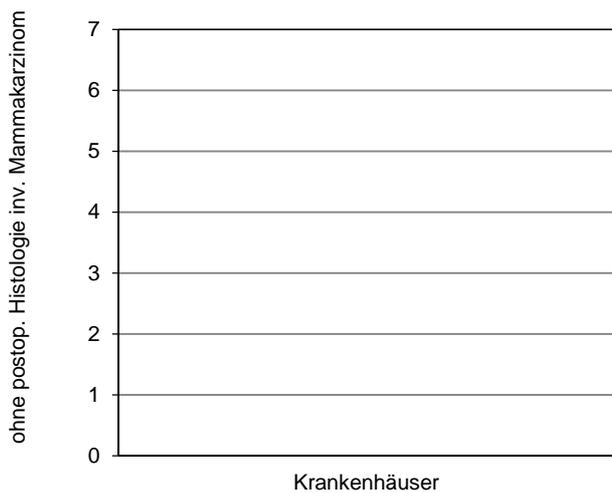
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/813068]:
 Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen mit präoperativer
 Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	1,50	2,50	4,00		5,00

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



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 4: Angabe von ASA 5

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen
Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850366
Referenzbereich: = 0,00 Fälle
ID-Bezugsindikator(en): -

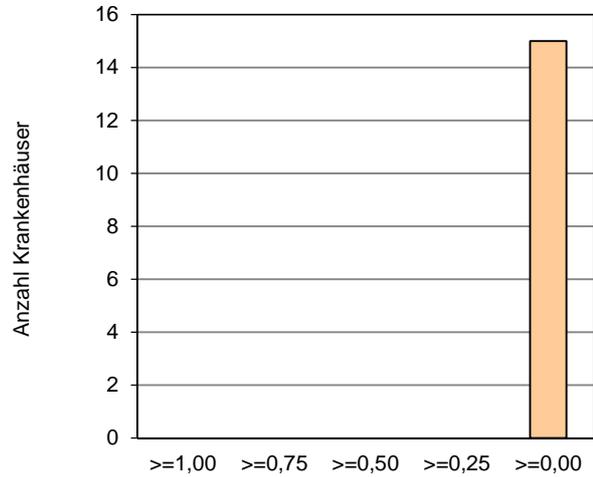
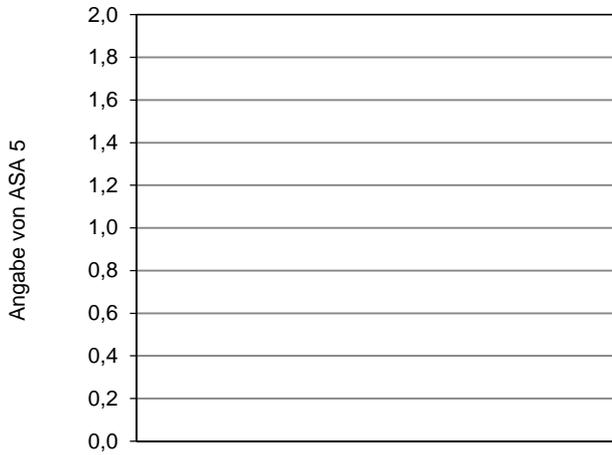
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit ASA 5 Referenzbereich		0 / 3.351 = 0,00 Fälle	0 / 3.351	0,00 Fälle = 0,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit ASA 5		0 / 3.624	0 / 3.624	0,00 Fälle

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK4, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850366]:
 Anzahl Patientinnen mit ASA 5 von allen Patientinnen**

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

15 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

Fälle

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

Auffälligkeitskriterium 5: Häufige Angabe „(y)pNX“

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie DCIS oder invasives Mammakarzinom, bei denen eine axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung (Axilladisektion oder Entfernung einzelner Lymphknoten) oder eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder einem vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt wurde

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850367

Referenzbereich: <= 1,00 Fälle

ID-Bezugsindikator(en): 52273, 51847

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde Referenzbereich			19 / 1.976	19,00 Fälle
		<= 1,00 Fälle		<= 1,00 Fälle

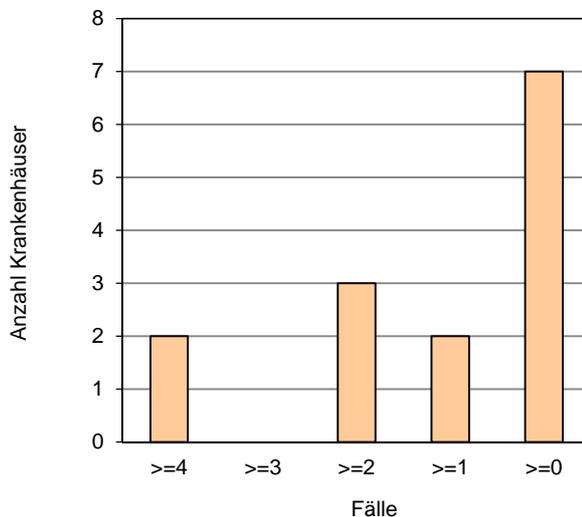
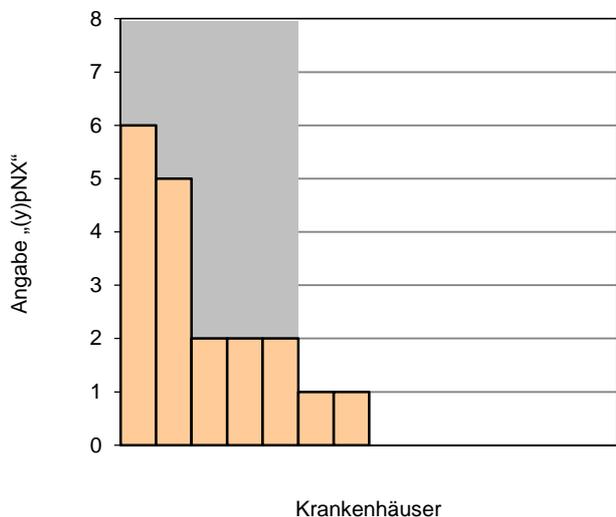
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde			12 / 1.973	12,00 Fälle

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK5, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850367]:

Anzahl Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde von allen Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie DCIS oder invasives Mammakarzinom, bei denen eine axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung (Axilladissektion oder Entfernung einzelner Lymphknoten) oder eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder einem vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

14 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,50	2,00	5,00		6,00

Auffälligkeitskriterium 6: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen
Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850365
Referenzbereich: <= 14,55% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en): 51846, 52268, 52273, 2163, 50719, 51847, 51370, 51371

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde ¹			316 / 3.442	9,18%
Vertrauensbereich				8,26% - 10,19%
Referenzbereich		<= 14,55%		<= 14,55%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde			389 / 3.722	10,45%
Vertrauensbereich				9,51% - 11,48%

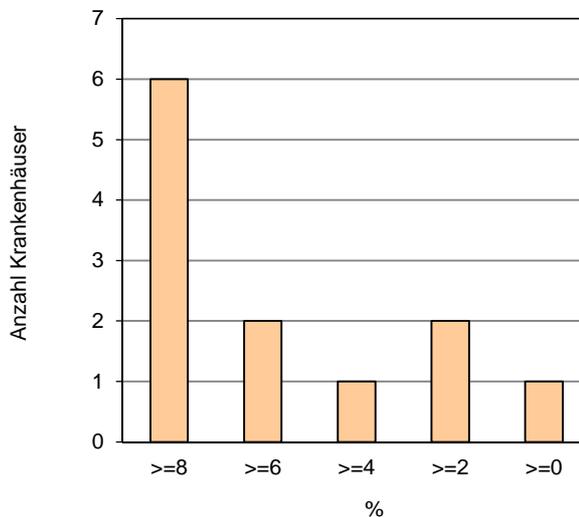
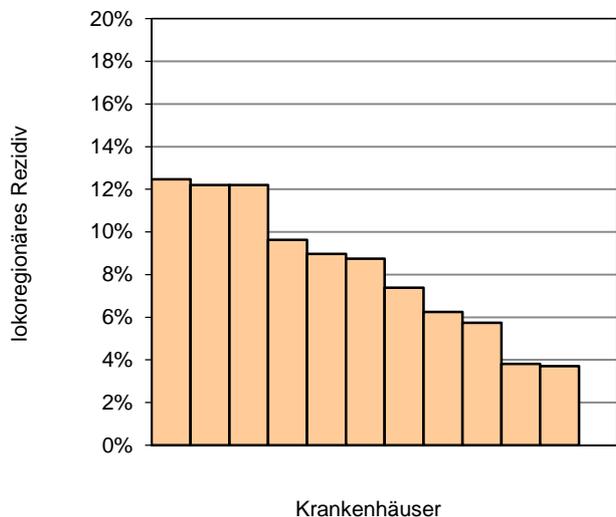
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK6, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850365]:

Anteil an Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde an allen Patientinnen

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

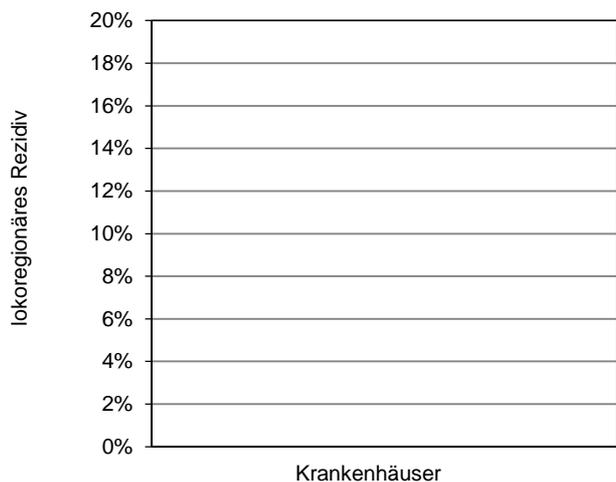
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		3,70	4,77	8,06	10,91	12,20		12,47

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
	0,00				0,00				0,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2015
Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 15
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.351
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 01. März 2016
2015 - D16055-L101157-P48563

Übersicht Basisauswertung

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	41
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	44
	Basisdaten	44
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	44
	Patientinnen	46
	Behandlungszeiten	47
3	Präoperative Diagnostik und Therapie (benigne und maligne Tumore)	48
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	54
5	Komplikationen (benigne und maligne Tumore)	56
6	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	57
6.1	Übersicht	57
6.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	58
6.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	67
6.4	DCIS (Primärerkrankung)	71
6.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	78
6.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	81
6.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	83
6.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	86
6.9	Nicht-maligne histologische Befunde	88

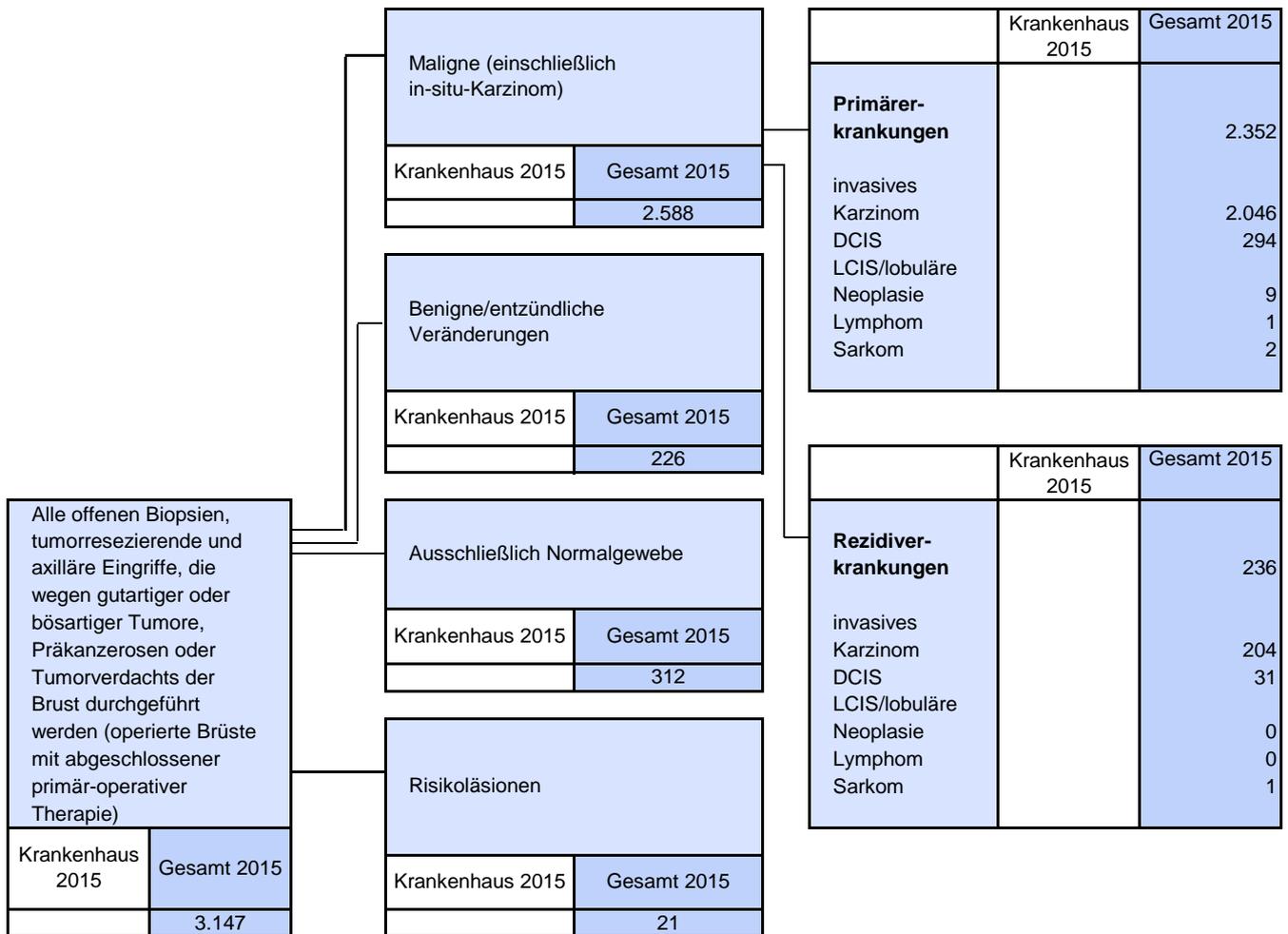
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	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			3.147 / 3.442	91,43	3.204 / 3.722	86,08
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			312 / 3.147	9,91	105 / 3.204	3,28
= benigne/entzündliche Veränderung			226 / 3.147	7,18	481 / 3.204	15,01
= Risikoläsion			21 / 3.147	0,67	65 / 3.204	2,03
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.588 / 3.147	82,24	2.553 / 3.204	79,68

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			2.352 / 2.588	90,88	2.278 / 2.553	89,23
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			2.046 / 2.352	86,99	2.011 / 2.278	88,28
DCIS			294 / 2.352	12,50	251 / 2.278	11,02
LCIS/Lobuläre Neoplasie			9 / 2.352	0,38	7 / 2.278	0,31
Lymphom			1 / 2.352	0,04	0 / 2.278	0,00
Sarkom			2 / 2.352	0,09	9 / 2.278	0,40
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidivkrankung			236 / 2.588	9,12	275 / 2.553	10,77
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			204 / 236	86,44	245 / 275	89,09
DCIS			31 / 236	13,14	28 / 275	10,18
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 236	0,00	1 / 275	0,36
Lymphom			0 / 236	0,00	0 / 275	0,00
Sarkom			1 / 236	0,42	1 / 275	0,36

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			904	26,98	983	27,12
2. Quartal			791	23,60	963	26,57
3. Quartal			796	23,75	861	23,76
4. Quartal			860	25,66	817	22,54
Gesamt			3.351		3.624	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2015

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	1.197	35,72	C50.4	1.314	36,26
2				C50.8	486	14,50	C50.8	435	12,00
3				D24	338	10,09	D24	418	11,53
4				C50.2	320	9,55	C50.2	361	9,96
5				C50.5	255	7,61	C50.5	289	7,97

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

Patientinnen

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			18 / 3.351	0,54	13 / 3.624	0,36
20 - 29 Jahre			68 / 3.351	2,03	82 / 3.624	2,26
30 - 39 Jahre			213 / 3.351	6,36	217 / 3.624	5,99
40 - 49 Jahre			657 / 3.351	19,61	639 / 3.624	17,63
50 - 59 Jahre			858 / 3.351	25,60	835 / 3.624	23,04
60 - 69 Jahre			673 / 3.351	20,08	808 / 3.624	22,30
70 - 79 Jahre			637 / 3.351	19,01	801 / 3.624	22,10
>= 80 Jahre			227 / 3.351	6,77	229 / 3.624	6,32
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			3.351		3.624	
Median				58,00		60,00
Geschlecht						
männlich			20	0,60	27	0,75
weiblich			3.331	99,40	3.597	99,25
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			1.580	47,15	1.727	47,65
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.385	41,33	1.449	39,98
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			375	11,19	437	12,06
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			11	0,33	11	0,30
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	0	0,00

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			2.462 / 3.351	73,47	2.626 / 3.624	72,46
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			2.462	3,00	2.626	3,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			2.462	3,00	2.626	3,00
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			889 / 3.351	26,53	998 / 3.624	27,54
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			889	2,00	998	2,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			889	2,00	998	2,00

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

² bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			1.708 / 3.442	49,62	1.790 / 3.722	48,09
links			1.734 / 3.442	50,38	1.932 / 3.722	51,91
Erkrankung an dieser Brust						
Primärerkrankung			3.126 / 3.442	90,82	3.333 / 3.722	89,55
lokoregionäres Rezidiv nach BET			241 / 3.442	7,00	306 / 3.722	8,22
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			75 / 3.442	2,18	83 / 3.722	2,23
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung			2.635 / 3.126	84,29	2.752 / 3.333	82,57
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			1.766 / 2.635	67,02	1.826 / 2.752	66,35
Anlass der Diagnosestellung bekannt (Mehrfachnennungen möglich)			2.485 / 2.635	94,31	2.700 / 2.752	98,11
wenn ja:						
Selbstuntersuchung (Eigenuntersuchung)			978 / 2.485	39,36	1.118 / 2.700	41,41
Früherkennung			1.127 / 2.485	45,35	1.224 / 2.700	45,33
Früherkennung im Rahmen eines Mammografie-Screening-Programms			626 / 1.127	55,55	636 / 1.224	51,96
Tumorsymptomatik			371 / 2.485	14,93	506 / 2.700	18,74
Nachsorge			72 / 2.485	2,90	89 / 2.700	3,30
sonstiges			106 / 2.485	4,27	94 / 2.700	3,48

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.603 / 1.766	90,77	1.590 / 1.826	87,08
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			698 / 869	80,32	747 / 926	80,67
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			2.301 / 2.635	87,32	2.337 / 2.752	84,92
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			39 / 2.301	1,69	50 / 2.337	2,14
= benigne/entzündliche Veränderung			101 / 2.301	4,39	118 / 2.337	5,05
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			141 / 2.301	6,13	107 / 2.337	4,58
= malignitätsverdächtig			39 / 2.301	1,69	37 / 2.337	1,58
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.981 / 2.301	86,09	2.025 / 2.337	86,65

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2015)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen) davon:						
invasives Karzinom			1.981 / 2.301	86,09	2.025 / 2.337	86,65
DCIS			1.772 / 2.000	88,60	1.816 / 2.029	89,50
LCIS/Lobuläre Neoplasie			219 / 2.000	10,95	201 / 2.029	9,91
Lymphom			6 / 2.000	0,30	7 / 2.029	0,34
Sarkom			0 / 2.000	0,00	0 / 2.029	0,00
			3 / 2.000	0,15	5 / 2.029	0,25

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv) wenn ja:			195 / 316	61,71	202 / 389	51,93
Histologie = nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			1 / 195	0,51	3 / 202	1,49
= benigne/entzündliche Veränderung			4 / 195	2,05	8 / 202	3,96
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			15 / 195	7,69	6 / 202	2,97
= malignitätsverdächtig			8 / 195	4,10	3 / 202	1,49
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			167 / 195	85,64	182 / 202	90,10

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2015)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			167 / 195	85,64	182 / 202	90,10
davon:						
invasives Karzinom			143 / 167	85,63	162 / 182	89,01
DCIS			24 / 167	14,37	19 / 182	10,44
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 167	0,00	0 / 182	0,00
Lymphom			0 / 167	0,00	0 / 182	0,00
Sarkom			0 / 167	0,00	1 / 182	0,55

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			1.653 / 2.635	62,73	1.580 / 2.752	57,41
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			1.545 / 2.301	67,14	1.461 / 2.337	62,52
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			1.415 / 1.973	71,72	1.355 / 2.013	67,31

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			165 / 2.635	6,26	157 / 2.752	5,70
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:			162 / 1.756	9,23	151 / 1.812	8,33
systemische Chemotherapie			149 / 162	91,98	137 / 151	90,73
endokrine Therapie			14 / 162	8,64	17 / 151	11,26
spezifische Antikörpertherapie			22 / 162	13,58	10 / 151	6,62
Strahlentherapie			2 / 162	1,23	2 / 151	1,32
sonstige			1 / 162	0,62	2 / 151	1,32

4. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			3.467	1,00	3.730	1,00
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren¹						
nein			1.088	31,38	-	-
ja, durch Mammografie			2.379	68,62	-	-
ja, durch Sonografie			705	20,33	-	-
ja, durch MRT			368	10,61	-	-
			15	0,43	-	-
Intraoperative Präparate-radiografie oder -sonografie¹						
nein			51 / 1.088	4,69	-	-
intraoperative Präparateradiografie			918 / 1.088	84,38	-	-
intraoperative Präparatesonografie			119 / 1.088	10,94	-	-

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

OPS 2015

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	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)
3	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)
4	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
5	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)
6	5-870.21	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)

OPS 2015

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	1.402	40,44	5-401.11	1.404	37,64
2				5-870.a2	883	25,47	5-870.a2	907	24,32
3				5-870.a1	668	19,27	5-870.a1	608	16,30
4				5-872.1	517	14,91	5-872.1	594	15,92
5				5-870.91	322	9,29	5-870.91	462	12,39
6				5-870.21	155	4,47	5-406.12	186	4,99

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt (Bezug: Eingriffe)			1.529 / 3.467	44,10	1.560 / 3.730	41,82
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			3.369 / 3.467	97,17	3.618 / 3.730	97,00

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore)

Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			144 / 3.442	4,18	176 / 3.722	4,73
Wundinfektion			13 / 3.442	0,38	26 / 3.722	0,70
Nachblutung/Hämatom			55 / 3.442	1,60	66 / 3.722	1,77
Serom			58 / 3.442	1,69	71 / 3.722	1,91
sonstige			24 / 3.442	0,70	26 / 3.722	0,70

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			315	9,15	105	2,82
= benigne/entzündliche Veränderung			229	6,65	484	13,00
= Risikoläsion			24	0,70	68	1,83
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.874	83,50	3.065	82,35
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			3.147	91,43	3.204	86,08
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			124	42,03	214	41,31
Empfehlung zur Mastektomie			74	25,08	137	26,45
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			11	3,73	42	8,11
Empfehlung zur Axilladisektion			13	4,41	24	4,63
Empfehlung zur BET			28	9,49	24	4,63
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			45	15,25	77	14,86

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.844 / 3.442	53,57	1.830 / 3.722	49,17
davon						
pT0			5 / 1.844	0,27	0 / 1.830	0,00
pTis			4 / 1.844	0,22	5 / 1.830	0,27
pT1 (<= 2 cm)			1.031 / 1.844	55,91	1.060 / 1.830	57,92
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			25 / 1.031	2,42	13 / 1.060	1,23
pT1a (<= 5 mm)			87 / 1.031	8,44	81 / 1.060	7,64
pT1b (<= 10 mm)			279 / 1.031	27,06	312 / 1.060	29,43
pT1c (<= 20 mm)			640 / 1.031	62,08	654 / 1.060	61,70
pT2 (> 2 bis 5 cm)			650 / 1.844	35,25	629 / 1.830	34,37
pT3 (> 5 cm)			102 / 1.844	5,53	86 / 1.830	4,70
pT4 (Brustwand/Haut)			34 / 1.844	1,84	41 / 1.830	2,24
davon						
pT4a (Brustwand)			3 / 34	8,82	3 / 41	7,32
pT4b (Ödem)			29 / 34	85,29	33 / 41	80,49
pT4c (Brustwand und Ödem)			2 / 34	5,88	3 / 41	7,32
pT4d (inflammatorisch)			0 / 34	0,00	2 / 41	4,88
pTX			18 / 1.844	0,98	9 / 1.830	0,49

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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			202 / 3.442	5,87	181 / 3.722	4,86
davon						
ypT0			60 / 202	29,70	54 / 181	29,83
ypTis			7 / 202	3,47	5 / 181	2,76
ypT1 (<= 2 cm)			81 / 202	40,10	53 / 181	29,28
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			2 / 81	2,47	4 / 53	7,55
ypT1a (<= 5 mm)			28 / 81	34,57	11 / 53	20,75
ypT1b (<= 10 mm)			19 / 81	23,46	16 / 53	30,19
ypT1c (<= 20 mm)			32 / 81	39,51	22 / 53	41,51
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			28 / 202	13,86	40 / 181	22,10
ypT3 (> 5 cm)			18 / 202	8,91	21 / 181	11,60
ypT4 (Brustwand/Haut)			7 / 202	3,47	8 / 181	4,42
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 7	0,00	1 / 8	12,50
ypT4b (Ödem)			6 / 7	85,71	6 / 8	75,00
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 7	0,00	0 / 8	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			1 / 7	14,29	1 / 8	12,50
ypTX			1 / 202	0,50	0 / 181	0,00

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	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)			1.872 / 3.442	54,39	1.867 / 3.722	50,16
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.166 / 1.872	62,29	1.217 / 1.867	65,18
pN0(sn)			1.098 / 1.166	94,17	1.142 / 1.217	93,84
pN0			68 / 1.166	5,83	75 / 1.217	6,16
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			22 / 1.166	1,89	30 / 1.217	2,47
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			436 / 1.872	23,29	398 / 1.867	21,32
pN1mi			9 / 436	2,06	10 / 398	2,51
pN1mi(sn)			68 / 436	15,60	52 / 398	13,07
pN1a			167 / 436	38,30	183 / 398	45,98
pN1b			0 / 436	0,00	0 / 398	0,00
pN1c			2 / 436	0,46	0 / 398	0,00
pN1(sn)			190 / 436	43,58	153 / 398	38,44
pN2			81 / 1.872	4,33	106 / 1.867	5,68
pN2a			81 / 81	100,00	105 / 106	99,06
pN2b			0 / 81	0,00	1 / 106	0,94
pN3			59 / 1.872	3,15	68 / 1.867	3,64
pN3a			58 / 59	98,31	66 / 68	97,06
pN3b			0 / 59	0,00	1 / 68	1,47
pN3c			1 / 59	1,69	1 / 68	1,47
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			130 / 1.872	6,94	78 / 1.867	4,18
pNX			125 / 130	96,15	76 / 78	97,44
pNX(sn)			5 / 130	3,85	2 / 78	2,56

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	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)			174 / 3.442	5,06	144 / 3.722	3,87
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			109 / 174	62,64	86 / 144	59,72
ypN0(sn)			55 / 109	50,46	48 / 86	55,81
ypN0			54 / 109	49,54	38 / 86	44,19
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			30 / 109	27,52	21 / 86	24,42
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			30 / 174	17,24	26 / 144	18,06
ypN1mi			3 / 30	10,00	1 / 26	3,85
ypN1mi(sn)			3 / 30	10,00	0 / 26	0,00
ypN1a			18 / 30	60,00	22 / 26	84,62
ypN1b			0 / 30	0,00	0 / 26	0,00
ypN1c			0 / 30	0,00	0 / 26	0,00
ypN1(sn)			6 / 30	20,00	3 / 26	11,54
ypN2			18 / 174	10,34	15 / 144	10,42
ypN2a			18 / 18	100,00	15 / 15	100,00
ypN2b			0 / 18	0,00	0 / 15	0,00
ypN3			4 / 174	2,30	6 / 144	4,17
ypN3a			4 / 4	100,00	6 / 6	100,00
ypN3b			0 / 4	0,00	0 / 6	0,00
ypN3c			0 / 4	0,00	0 / 6	0,00
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			13 / 174	7,47	11 / 144	7,64
ypNX			12 / 13	92,31	11 / 11	100,00
ypNX(sn)			1 / 13	7,69	0 / 11	0,00

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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			477	11,00	518	11,00
wenn Angabe pN(sn)-Staging: Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			1.421	2,00	1.391	2,00
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			25	1,22	25	1,24
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			2.046 / 3.442	59,44	2.011 / 3.722	54,03
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			1.756 / 2.046	85,83	1.797 / 2.011	89,36
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			73 / 2.046	3,57	64 / 2.011	3,18
Staging wurde nicht durchgeführt			217 / 2.046	10,61	150 / 2.011	7,46

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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			2.037		1.998	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			273	13,40	313	15,67
mäßig differenziert			1.106	54,30	1.121	56,11
schlecht differenziert			608	29,85	553	27,68
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			50	2,45	11	0,55
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			378	18,56	331	16,57
positiv			1.627	79,87	1.662	83,18
unbekannt			32	1,57	5	0,25
HER-2/neu-Status						
negativ			1.738	85,32	1.739	87,04
positiv			257	12,62	246	12,31
unbekannt			42	2,06	13	0,65
histologisch gesicherte Multizentrität			242 / 2.037	11,88	302 / 1.998	15,12
R0-Resektion ¹						
nein			78	3,83	-	-
ja			1.902	93,37	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			126	9,45	-	-
>= 1 mm			1.195	89,65	-	-
es liegen keine Angaben vor			12	0,90	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			37	1,82	-	-
			20	0,98	-	-

¹ Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			560	27,37	564	28,05
ja			1.439	70,33	1.376	68,42
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			43	2,10	66	3,28
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			4	0,20	5	0,25
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			1.444	70,58	1.323	65,79
ja, einzelne Lymphknoten			164	8,02	229	11,39
ja, Axilladissektion			438	21,41	459	22,82
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
davon			1.591	77,76	1.576	78,37
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			1.488 / 1.591	93,53	1.428 / 1.576	90,61
Farbmarkierung			33 / 1.591	2,07	52 / 1.576	3,30
beides			70 / 1.591	4,40	96 / 1.576	6,09
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
			277	13,54	337	16,76
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
			1.867 / 1.973	94,63	1.883 / 1.947	96,71

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2.004 / 2.021	99,16	1.951 / 1.984	98,34
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			2.009 / 2.021	99,41	1.976 / 1.984	99,60
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1.996 / 2.021	98,76	1.939 / 1.984	97,73

Entlassung
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.643	81,30	1.652	83,27
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			365	18,06	316	15,93
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,05	1	0,05
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,05	5	0,25
07: Tod			2	0,10	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	2	0,10
10: in Pflegeeinrichtung			6	0,30	7	0,35
11: in Hospiz			1	0,05	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			2	0,10	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,00	1	0,05
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			1	50,00	0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 01 | Behandlung regulär beendet | 14 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 | Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 15 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 03 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 | interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 22 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 06 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 25 | Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
| 08 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV) | | |
| 09 | Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | | |
| 10 | Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | | |
| 11 | Entlassung in ein Hospiz | | |

Histologie und Staging
6.3 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv- erkrankung bei invasivem Karzinom (primär- operative Therapie abgeschlossen) davon			204 / 3.442	5,93	245 / 3.722	6,58
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			164 / 204	80,39	203 / 245	82,86
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			25 / 204	12,25	22 / 245	8,98
Staging wurde nicht durchgeführt			15 / 204	7,35	20 / 245	8,16

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			170		206	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			9	5,29	12	5,83
mäßig differenziert			92	54,12	113	54,85
schlecht differenziert			63	37,06	77	37,38
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			6	3,53	4	1,94
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			53	31,18	56	27,18
positiv			112	65,88	148	71,84
unbekannt			5	2,94	2	0,97
HER-2/neu-Status						
negativ			143	84,12	180	87,38
positiv			19	11,18	18	8,74
unbekannt			8	4,71	8	3,88
histologisch gesicherte Multizentrität			24 / 170	14,12	22 / 206	10,68
R0-Resektion ²						
nein			13	7,65	-	-
ja			150	88,24	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			5	14,71	-	-
>= 1 mm			29	85,29	-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			7	4,12	-	-
			0	0,00	-	-

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

² Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			140		174	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			88	43,14	113	46,12
ja			49	24,02	49	20,00
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	0,49	2	0,82
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			2	0,98	10	4,08

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinä- rer Tumorkonferenz			203 / 204	99,51	241 / 243	99,18
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			204 / 204	100,00	241 / 243	99,18
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			198 / 204	97,06	231 / 243	95,06

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			150	73,53	196	80,66
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			52	25,49	47	19,34
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,49	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,49	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			294	99,66	251	99,20
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			230 / 293	78,50	189 / 249	75,90
pNX			229 / 230	99,57	188 / 189	99,47
pNX(sn)			1 / 230	0,43	1 / 189	0,53
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			61 / 293	20,82	58 / 249	23,29
pN0(sn)			56 / 61	91,80	50 / 58	86,21
pN0			5 / 61	8,20	8 / 58	13,79
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			2 / 61	3,28	1 / 58	1,72
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			1 / 293	0,34	2 / 249	0,80
pN1mi			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pN1mi(sn)			1 / 1	100,00	0 / 2	0,00
pN1a			0 / 1	0,00	1 / 2	50,00
pN1b			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pN1c			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pN1(sn)			0 / 1	0,00	1 / 2	50,00
pN2			0 / 293	0,00	0 / 249	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 293	0,00	0 / 249	0,00
pN3a			0 / 0		0 / 0	
pN3b			0 / 0		0 / 0	
pN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			0 / 293	0,00	0 / 249	0,00
ypNX			0 / 0		0 / 0	
ypNX(sn)			0 / 0		0 / 0	
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			1 / 293	0,34	0 / 249	0,00
ypN0(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN0			1 / 1	100,00	0 / 0	
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			0 / 1	0,00	0 / 0	
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			0 / 293	0,00	0 / 249	0,00
ypN1mi			0 / 0		0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN1a			0 / 0		0 / 0	
ypN1b			0 / 0		0 / 0	
ypN1c			0 / 0		0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2			0 / 293	0,00	0 / 249	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 293	0,00	0 / 249	0,00
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			6	3,00	9	1,00
wenn Angabe pN(sn)-Staging Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			58	2,00	51	2,00
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			22	7,48	14	5,58
Grading						
G1			38	12,93	41	16,33
G2			129	43,88	120	47,81
G3			121	41,16	88	35,06
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			5	1,70	0	0,00
Gesamttumorgroesse						
Anzahl der gültigen Angaben Median			294	20,00	251	15,00
Anteil <= 10 mm (%)			95 / 294	32,31	96 / 251	38,25
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			59 / 294	20,07	55 / 251	21,91
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			52 / 294	17,69	34 / 251	13,55
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			28 / 294	9,52	21 / 251	8,37
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			24 / 294	8,16	16 / 251	6,37
Anteil > 50 mm (%)			35 / 294	11,90	27 / 251	10,76

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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			13 / 294	4,42	17 / 251	6,77
R0-Resektion ¹						
nein			43	14,63	-	-
ja			246	83,67	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			32	18,82	-	-
>= 1 mm			136	80,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			2	1,18	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			4	1,36	-	-
			0	0,00	-	-

¹ Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			75	25,51	77	30,68
ja			212	72,11	167	66,53
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			6	2,04	5	1,99
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			7	2,38	7	2,79
ja, Axilladisektion			3	1,02	3	1,20
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			61	20,75	54	21,51
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			50 / 61	81,97	46 / 54	85,19
Farbmarkierung			9 / 61	14,75	8 / 54	14,81
beides			2 / 61	3,28	0 / 54	0,00
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			4	1,36	2	0,80
ja, Axilladisektion			1	0,34	3	1,20

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			287 / 291	98,63	244 / 250	97,60
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			289 / 291	99,31	248 / 250	99,20
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			283 / 291	97,25	242 / 250	96,80

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			255	87,63	196	78,40
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			36	12,37	54	21,60
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.5 DCIS (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			5 / 31	16,13	2 / 28	7,14
R0-Resektion ¹						
nein			5	16,13	-	-
ja			26	83,87	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			4	40,00	-	-
>= 1 mm			6	60,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	-	-

¹ Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			30		27	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			17	54,84	16	57,14
ja			13	41,94	7	25,00
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	4	14,29
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			27 / 31	87,10	27 / 28	96,43
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			31 / 31	100,00	28 / 28	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			26 / 31	83,87	27 / 28	96,43

**Entlassung
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			21	67,74	26	92,86
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			10	32,26	2	7,14
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
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>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>22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung</p> <p>25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)</p> |
|--|---|

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

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			9 / 9	100,00	7 / 8	87,50
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			9 / 9	100,00	7 / 8	87,50
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			7 / 9	77,78	5 / 8	62,50

Entlassung
LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			7	77,78	8	100,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			2	22,22	0	0,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 01 | Behandlung regulär beendet | 14 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 02 | Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung
vorgesehen | 15 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre
Behandlung vorgesehen |
| 03 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet | 17 | interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet | 22 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung |
| 06 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus | 25 | Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) |
| 08 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) | | |
| 09 | Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung | | |
| 10 | Entlassung in eine Pflegeeinrichtung | | |
| 11 | Entlassung in ein Hospiz | | |

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2	100,00	9	100,00
davon						
pT0			0 / 2	0,00	0 / 9	0,00
pTis			0 / 2	0,00	1 / 9	11,11
pT1 (<= 2 cm)			0 / 2	0,00	1 / 9	11,11
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT1a (<= 5 mm)			0 / 0		1 / 1	100,00
pT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT2 (> 2 bis 5 cm)			2 / 2	100,00	1 / 9	11,11
pT3 (> 5 cm)			0 / 2	0,00	4 / 9	44,44
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 2	0,00	1 / 9	11,11
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		1 / 1	100,00
pT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 1	0,00
pTX			0 / 2	0,00	1 / 9	11,11
ypT0			0 / 2	0,00	0 / 9	0,00
ypTis			0 / 2	0,00	0 / 9	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 2	0,00	0 / 9	0,00
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 2	0,00	0 / 9	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 2	0,00	0 / 9	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 2	0,00	0 / 9	0,00
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
ypT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
ypTX			0 / 2	0,00	0 / 9	0,00

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			3 / 3.442	0,09	10 / 3.722	0,27
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			3 / 3	100,00	8 / 10	80,00
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			0 / 3	0,00	2 / 10	20,00
Staging wurde nicht durchgeführt			0 / 3	0,00	0 / 10	0,00

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			3 / 3	100,00	10 / 10	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			3 / 3	100,00	10 / 10	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			2 / 3	66,67	10 / 10	100,00

Entlassung
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3	100,00	8	80,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	2	20,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Weiterer Behandlungsverlauf
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			0 / 1	0,00	0 / 0	
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1 / 1	100,00	0 / 0	
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1 / 1	100,00	0 / 0	

Entlassung Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0	0,00	0	
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	100,00	0	
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	
06: Verlegung			0	0,00	0	
07: Tod			0	0,00	0	
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	
11: in Hospiz			0	0,00	0	
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,00	0	
22: Fallabschluss			0	0,00	0	
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	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
- 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
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der
Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)

Entlassung

6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			454	85,18	530	84,80
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			77	14,45	91	14,56
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,38	2	0,32
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	1	0,16
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,16
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2015 erhalten Sie beim IQTIG (www.iqtig.org).

2.1 Vertrauensbereich

Der Vertrauensbereich gibt den Wertebereich an, in dem sich das Ergebnis eines Krankenhauses bei der Messung eines Qualitätsindikators unter Berücksichtigung aller zufälligen Ereignisse mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit befindet.

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Wundinfektion
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten mit postoperativer Wundinfektion an allen Patienten
Krankenhauswert:	10,00%
Vertrauensbereich:	8,20% - 12,00%

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2015.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2015 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2014 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2016. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2014 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2015 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2015 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

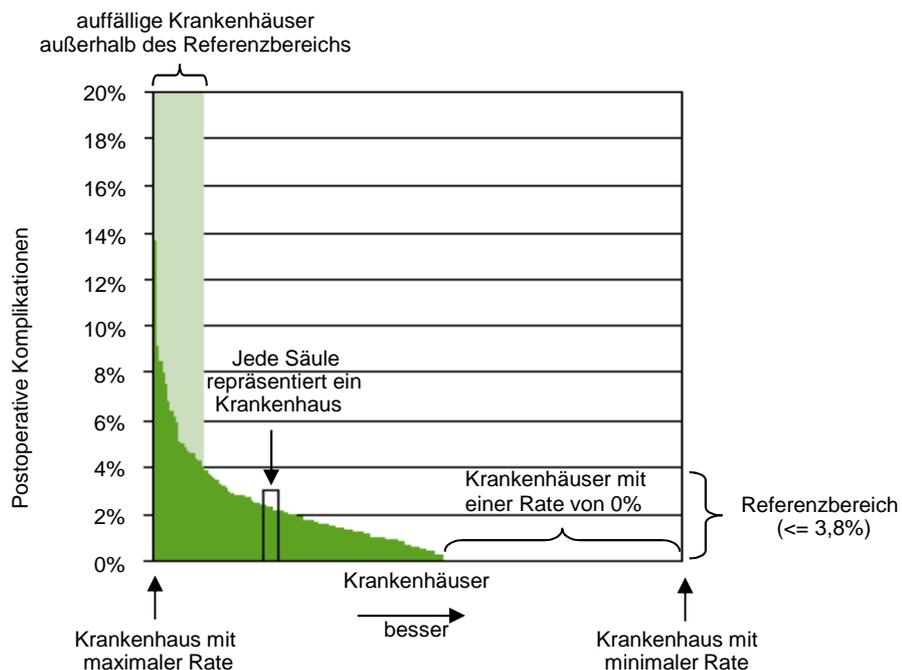
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

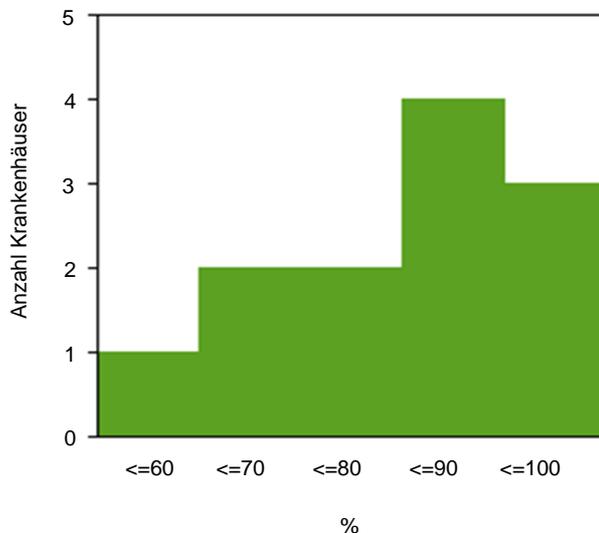
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2015/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2015.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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