

# Jahresauswertung 2017 Mammachirurgie

18/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 17  
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.216  
Datensatzversion: 18/1 2017  
Datenbankstand: 01. März 2018  
2017 - D17364-L109035-P52429

# Jahresauswertung 2017 Mammachirurgie

18/1

## Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 17  
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.216  
Datensatzversion: 18/1 2017  
Datenbankstand: 01. März 2018  
2017 - D17364-L109035-P52429

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2017/18n1-MAMMA/51846							
<b>QI 1<sup>3</sup>: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung</b>			96,90%	>= 90,00%	innerhalb	97,02%	7
<b>QI 2<sup>3</sup>: HER2-Positivitätsrate</b>							
2a: 2017/18n1-MAMMA/52268							
HER2-Positivitätsrate			10,25%	nicht definiert	-	9,94%	9
2b: 2017/18n1-MAMMA/52267							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate			0,70	>= 0,39	innerhalb	0,67	11
2c: 2017/18n1-MAMMA/52278							
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate			0,70	<= 1,74	innerhalb	0,67	13
2017/18n1-MAMMA/50719							
<b>QI 3<sup>3</sup>: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie</b>			3,09%	<= 11,52%	innerhalb	7,85%	15

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

<sup>3</sup> 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 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2017/18n1-MAMMA/51847							
<b>QI 4<sup>3</sup>: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie</b>			95,31%	>= 90,00%	innerhalb	95,16%	17
2017/18n1-MAMMA/51370							
<b>QI 5<sup>3</sup>: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation</b>			4,80%	<= 18,44%	innerhalb	5,41%	20
2017/18n1-MAMMA/60659							
<b>QI6<sup>3</sup>: Nachresektionsrate</b>			11,41%	nicht definiert	-	13,86%	22

<sup>1</sup> „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

<sup>3</sup> 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 2017	Ergebnis Krankenhaus 2017	Ergebnis Gesamt 2017	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2017/18n1-MAMMA/850363 <b>Häufige Angabe</b> „HER2-Status = unbekannt“ <sup>3</sup>			1,02%	<= 2,63%	innerhalb	1,16%	24
2017/18n1-MAMMA/850364 <b>Häufige Angabe</b> „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ <sup>3</sup>			0,05%	<= 1,30%	-	1,15%	26
2017/18n1-MAMMA/813068 <b>Häufige Diskrepanz zwischen</b> <b>prätherapeutischer histologischer</b> <b>Diagnose und Angabe im Feld</b> <b>Histologie unter Berücksichtigung</b> <b>der Vorbefunde<sup>3</sup></b>			17,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	26,00 Fälle	28
2017/18n1-MAMMA/850372 <b>Häufige Angabe</b> „immunhistochemischer Hormonrezeptor- status = unbekannt“ <sup>3</sup>			0,36%	<= 1,39%	innerhalb	0,81%	30

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2017. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

## **Berechnung von Indikatoren und Kennzahlen ohne Referenzbereich**

---

Die Berechnung dieser Kennzahlen findet auf Grundlage der Rechenregeln der QIDB 2017 statt.

Nach dem Verständnis des IQTIG müssen Qualitätsindikatoren, sofern sie sich nicht in der Erprobung befinden, grundsätzlich über einen Referenzbereich zur Bewertung der Versorgungsqualität verfügen. Anderenfalls werden sie als Kennzahlen bezeichnet (siehe in dem vom IQTIG hinterlegten QIDB-2016-Positionspapier "Streichung von als Qualitätsindikatoren ausgewiesenen Kennzahlen ohne Referenzbereich"). Durch technische Umstellungen bei der Bundesauswertungsstelle sind in der QIDB 2017 sowohl Qualitätsindikatoren als auch Kennzahlen ohne Angabe eines Referenzbereiches abgebildet. Erläuterungen zu diesen Indikatoren und Kennzahlen finden Sie in der QIDB 2017 im Anhang "Historie der Qualitätsindikatoren".

Auf Wunsch der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden in dieser Auswertung auch Kennzahlen ohne Referenzbereich berechnet und zusammen mit den Qualitätsindikatoren ausgewiesen (allerdings ohne grafische Darstellung). Die in den Vorjahren noch gültigen Indikator-IDs sind dabei aus der Fußnote der jeweiligen Kennzahl ersichtlich.

## **Darstellung der Follow-up-Indikatoren**

---

In den Leistungsbereichen „Herzschrittmacherversorgung“, „Hüftendoprothesenversorgung“ und „Knieendoprothesenversorgung“ werden auch Follow-up-Indikatoren dargestellt.

Follow-up-Indikatoren bilden Langzeitverläufe in der Gesundheitsversorgung ab und sollen die Aussagekraft der Daten der externen vergleichenden Qualitätssicherung verbessern. Sie werden ausschließlich von der Bundesauswertungsstelle (IQTIG) nach bundesweit einheitlichen Rechenregeln pro Einrichtung berechnet. Dabei werden mit Hilfe pseudonymisierter Daten der Vertrauensstelle verschiedene Eingriffe zusammengeführt, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt wurden.

Die Auswertungsergebnisse werden vom IQTIG an die jeweils zuständige Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung übermittelt und bei der Erstellung der Krankenhausauswertungen eingebunden und dargestellt. Eine Berechnung der Follow-up-Indikatoren durch das BQS-Institut selbst erfolgt also nicht. Derzeit werden in den Leistungsbereichen 9/1, HEP und KEP die Follow-up-Indikatoren am Ende des Abschnitts „Qualitätsindikatoren“ mit dem Hinweis "(Follow-up-Indikator)" in der Überschrift ausgewiesen.

Weitere Informationen finden Sie im „Merkblatt zum Follow-up gemäß Anlage 3 der QSKH-RL“ des IQTIG vom 6. April 2017.

## **Planungsrelevante Indikatoren**

---

Die QIDB 2017 beinhaltet auch planungsrelevante Indikatoren. Abweichend von § 8 QSKH-RL werden diese aber gemäß plan.QI-RL ausschließlich vom Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) ausgewertet, so dass sie in dieser Auswertung nicht berechnet und dargestellt werden. Folgende 11 Qualitätsindikatoren (Indikator-IDs) sind hiervon betroffen:


Leistungsbereich 15/1: 10211, 12874, 51906

Leistungsbereich 16/1: 318, 330, 1058, 50045, 51803


Leistungsbereich 18/1: 2163, 52279, 52330

### Qualitätsindikator 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff	
<b>Grundgesamtheit:</b>	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
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2017/18n1-MAMMA/51846
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2017	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 90,00%	

	Gesamt 2017	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	2.093 / 2.160 96,90% 96,08% - 97,55% >= 90,00%	203 / 420 48,33%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

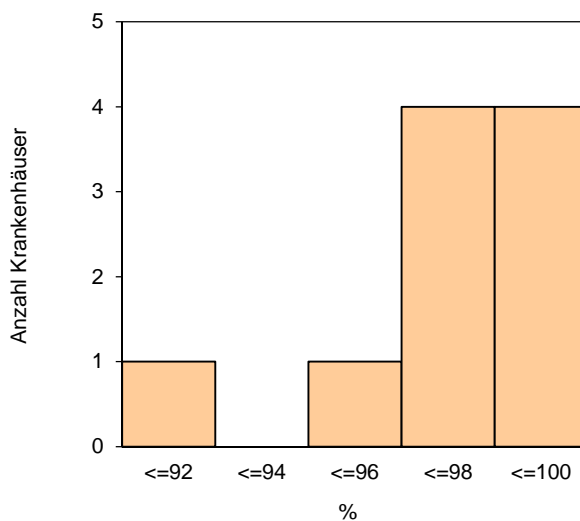
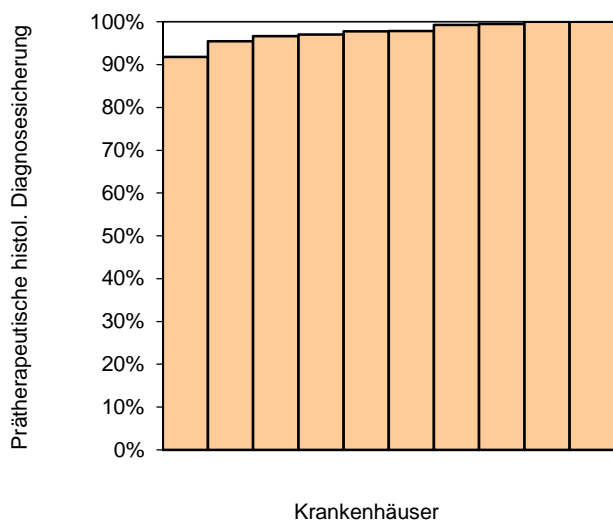
Vorjahresdaten	Gesamt 2016	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	2.114 / 2.179 97,02% 96,22% - 97,65%	249 / 438 56,85%

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2017/18n1-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:**

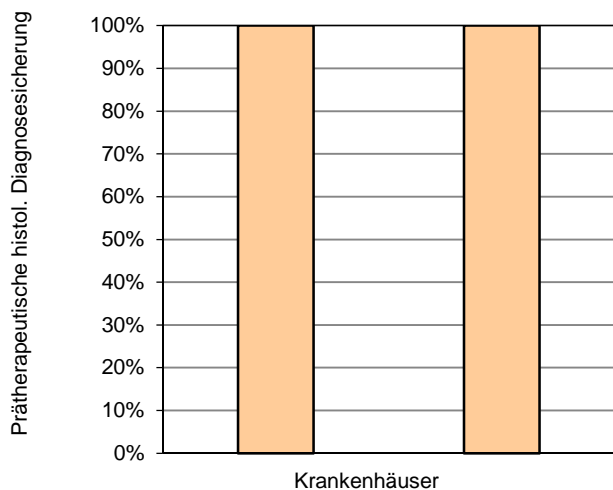
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,81	93,63	96,67	97,81	99,55	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
	100,00				100,00				100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



## Qualitätsindikatorengruppe 2: HER2-Positivitätsrate

**Qualitätsziel:** Angemessene Rate an HER2-positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

### HER2-Positivitätsrate

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunohistochemischem Hormonrezeptorstatus

**Indikator-ID:** (QI 2a): 2017/18n1-MAMMA/52268

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

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2-Status			199 / 1.941	10,25%
Vertrauensbereich				8,98% - 11,68%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

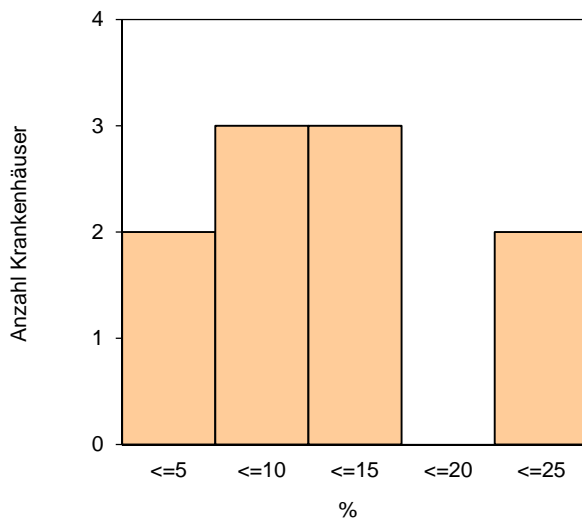
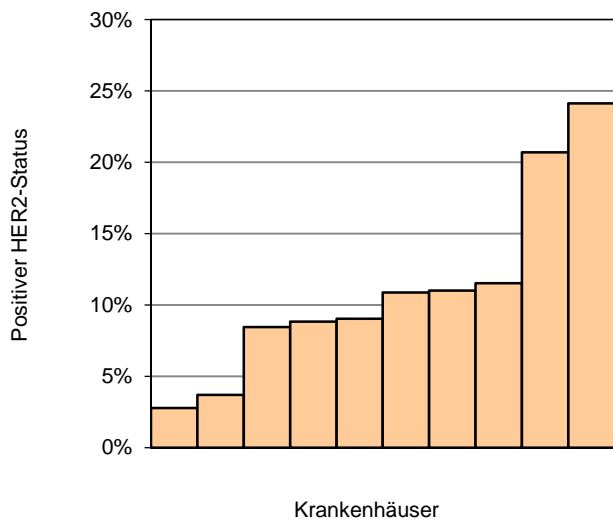
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2-Status			194 / 1.952	9,94%
Vertrauensbereich				8,69% - 11,35%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/52268]:**

**Anteil von Patientinnen mit positivem HER2-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

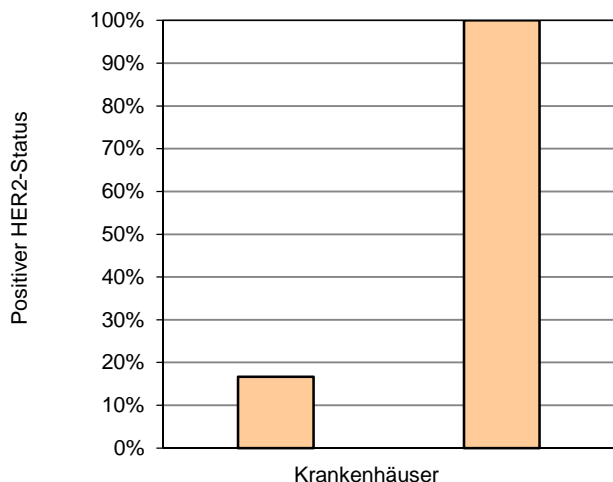
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,78		3,24	8,46	9,96	11,52	22,41		24,14

**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
	16,67				58,33				100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden:  
 niedrige HER2-Positivitätsrate**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen<sup>1</sup>

**Indikator-ID:** (QI 2b): 2017/18n1-MAMMA/52267

**Referenzbereich:**  $\geq 0,39$  (Toleranzbereich) (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Patientinnen mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O)		198 / 1.940 10,21%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		281,51 / 1.940 14,51%
O - E		-4,30%

Patientinnen mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
O / E <sup>3</sup>		0,70
Vertrauensbereich		0,62 - 0,80
Referenzbereich	$\geq 0,39$	$\geq 0,39$

Vorjahresdaten Patientinnen mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		193 / 1.944 9,93%
vorhergesagt (E)		286,52 / 1.944 14,74%
O - E		-4,81%
O / E		0,67
Vertrauensbereich		0,59 - 0,77

<sup>1</sup> Durch die zufallsbedingten Schwankungen des diskreten tumorbiologischen HER2-Merkmals ist in Krankenhäusern mit 1, 2 oder 3 Fällen in der Grundgesamtheit des QI die Variabilität der HER2-positiven Fälle sehr groß. Dadurch ist das Auftreten von Werten außerhalb des Referenzbereichs in den genannten Einrichtungen mit 1, 2 oder 3 Fällen allein zufallsbedingt sehr wahrscheinlich. Die Rechenregel berücksichtigt dementsprechend Einrichtungen mit  $\geq 4$  Fällen in der Grundgesamtheit des QI.

<sup>2</sup> Erwartete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267\_52278.

<sup>3</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

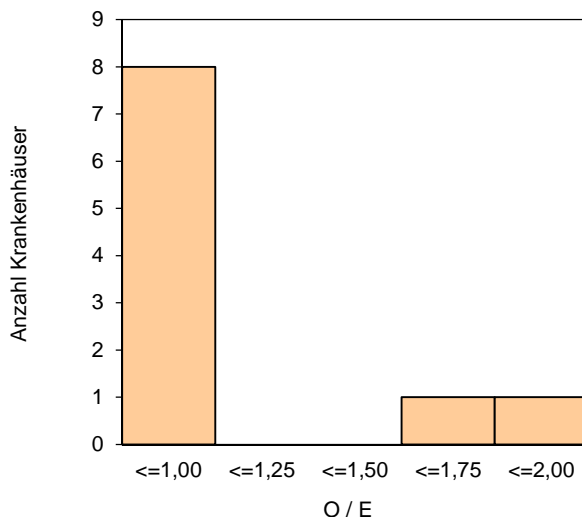
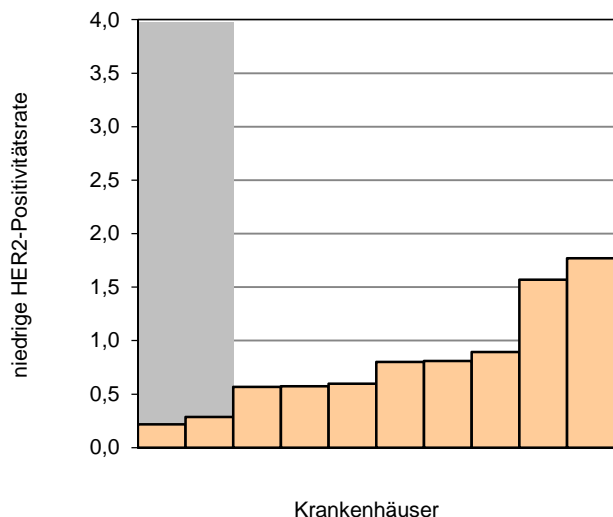
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/52267]:**

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patientinnen mit positivem HER2-Status an allen Patientinnen in der aufgeführten Grundgesamtheit**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

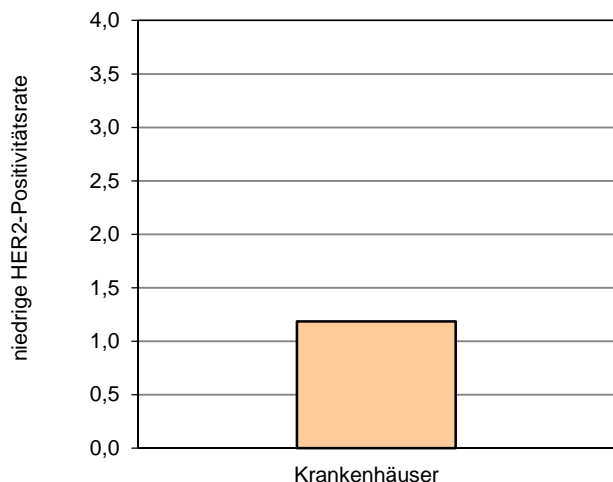
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,22		0,25	0,57	0,70	0,89	1,67		1,77

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,18				1,18				1,18

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden:  
 hohe HER2-Positivitätsrate**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunohistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen<sup>1</sup>

**Indikator-ID:** (QI 2c): 2017/18n1-MAMMA/52278

**Referenzbereich:** <= 1,74 (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patientinnen mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O)		198 / 1.940 10,21%
vorhergesagt (E) <sup>2</sup>		281,51 / 1.940 14,51%
O - E		-4,30%

	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
Patientinnen mit positivem HER2-Status		
O / E <sup>3</sup>		0,70
Vertrauensbereich		0,62 - 0,80
Referenzbereich	<= 1,74	<= 1,74

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
Patientinnen mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O)		193 / 1.944 9,93%
vorhergesagt (E)		286,52 / 1.944 14,74%
O - E		-4,81%
O / E		0,67
Vertrauensbereich		0,59 - 0,77

<sup>1</sup> Durch die zufallsbedingten Schwankungen des diskreten tumorbiologischen HER2-Merkmals ist in Krankenhäusern mit 1, 2 oder 3 Fällen in der Grundgesamtheit des QI die Variabilität der HER2-positiven Fälle sehr groß. Dadurch ist das Auftreten von Werten außerhalb des Referenzbereichs in den genannten Einrichtungen mit 1, 2 oder 3 Fällen allein zufallsbedingt sehr wahrscheinlich. Die Rechenregel berücksichtigt dementsprechend Einrichtungen mit >= 4 Fällen in der Grundgesamtheit des QI.

<sup>2</sup> Erwartete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267\_52278.

<sup>3</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status. Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

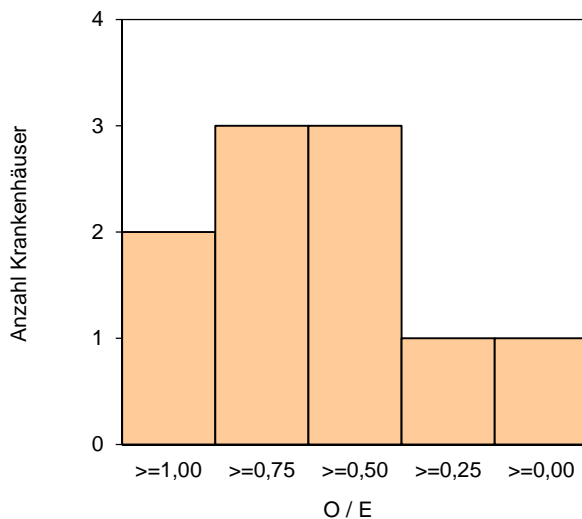
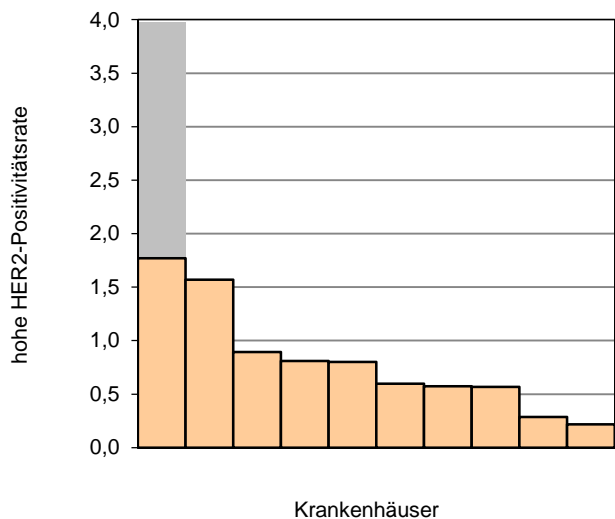
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2c, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/52278]:**

**Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patientinnen mit positivem HER2-Status an allen Patientinnen in der aufgeführten Grundgesamtheit**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

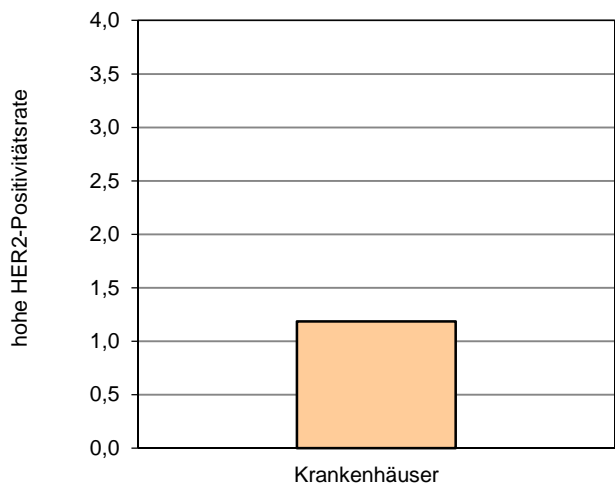
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,22		0,25	0,57	0,70	0,89	1,67		1,77

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

1 Krankenhaus hat weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,18				1,18				1,18

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


### Qualitätsindikator 3: 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“<sup>1</sup>

**Indikator-ID:** 2017/18n1-MAMMA/50719

**Referenzbereich:** <= 11,52% (Toleranzbereich) (80%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			5 / 162	3,09%
Vertrauensbereich				1,33% - 7,02%
Referenzbereich		<= 11,52%		<= 11,52%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			1 / 162	0,62%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			4 / 162	2,47%

Vorjahresdaten <sup>2</sup>	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			15 / 191	7,85%
Vertrauensbereich				4,82% - 12,55%

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

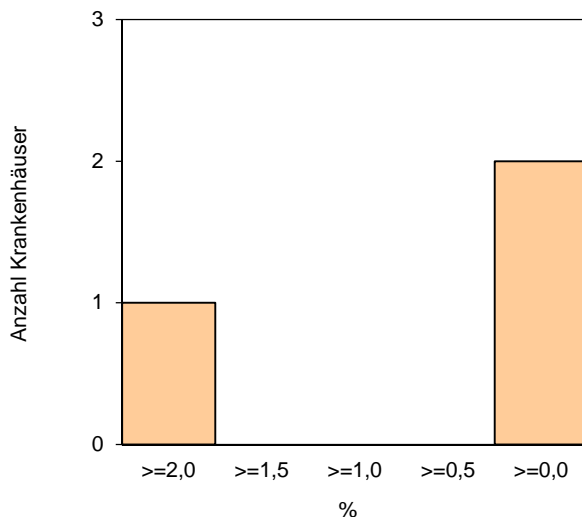
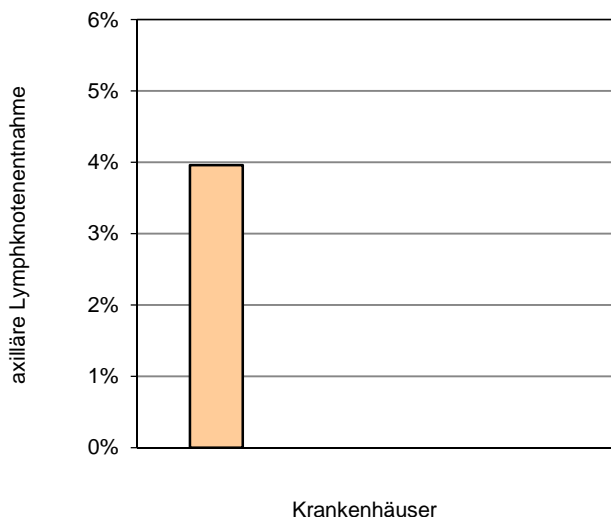
<sup>2</sup> Gemäß QIDB vom 25.04.2018 sind die Vorjahresergebnisse nicht vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/50719]:**

**Anteil von Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme an allen 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“**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

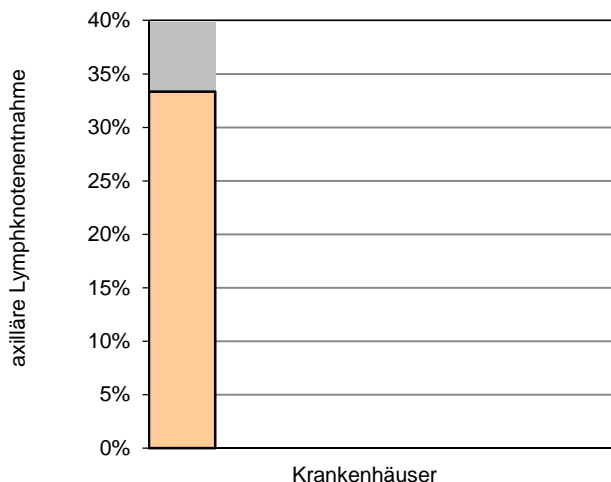
3 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00				0,00				3,96

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



### Qualitätsindikator 4: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2017/18n1-MAMMA/51847	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2017			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	>= 90,00%			

	Gesamt 2017			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	1.017 / 1.067	749 / 765	243 / 266	25 / 36
Vertrauensbereich	95,31%	97,91%	91,35%	69,44%
Referenzbereich	93,88% - 96,43%			
	>= 90,00%			

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

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

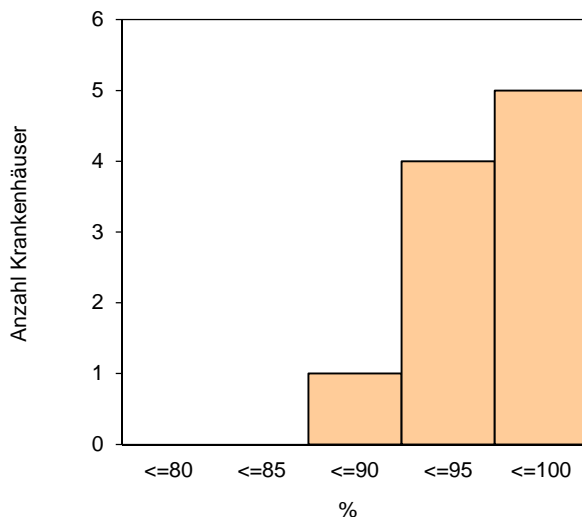
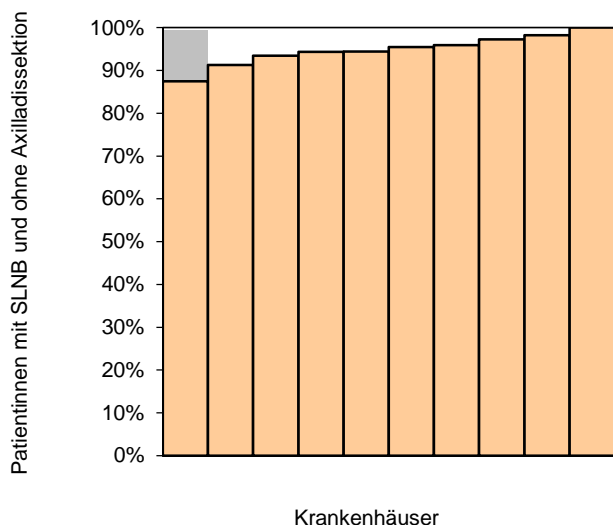
Vorjahresdaten	Gesamt 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	1.023 / 1.075 95,16%	730 / 746 97,86%	276 / 303 91,09%	17 / 26 65,38%
	93,71% - 96,29%			

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2017/18n1-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:**

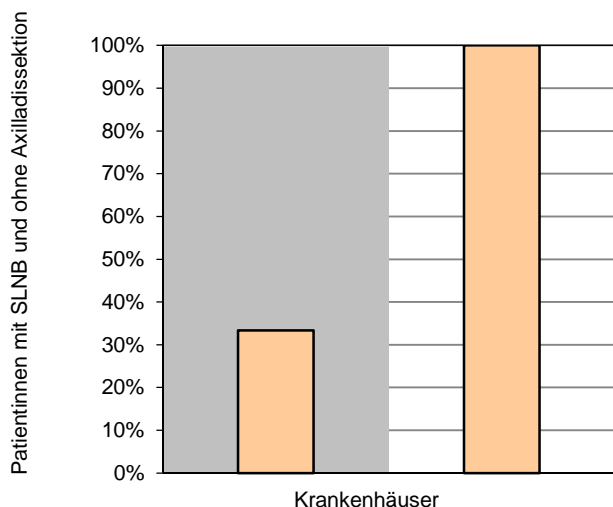
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,50		89,40	93,48	94,95	97,24	99,12		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
	33,33				66,67				100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 5: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen 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:** 2017/18n1-MAMMA/51370

**Referenzbereich:** <= 18,44% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			84 / 1.749	4,80%
Vertrauensbereich				3,90% - 5,91%
Referenzbereich		<= 18,44%		<= 18,44%
>= 7 Tage bis < 14 Tage			404 / 1.749	23,10%
>= 14 Tage bis < 21 Tage			569 / 1.749	32,53%
>= 21 Tage bis < 28 Tage			330 / 1.749	18,87%
>= 28 Tage bis < 35 Tage			148 / 1.749	8,46%
>= 35 Tage bis < 42 Tage			71 / 1.749	4,06%
>= 42 Tage			143 / 1.749	8,18%

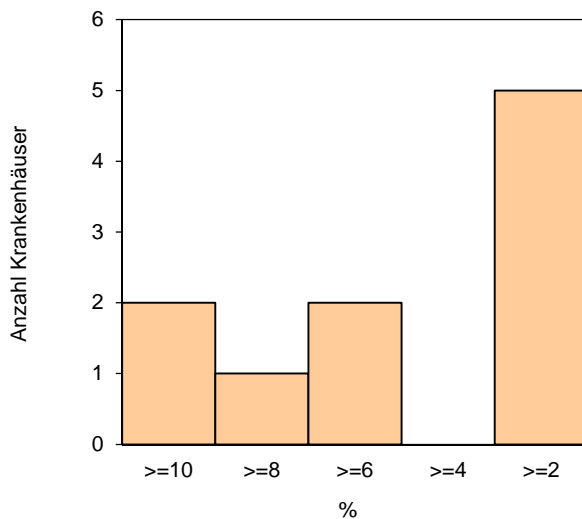
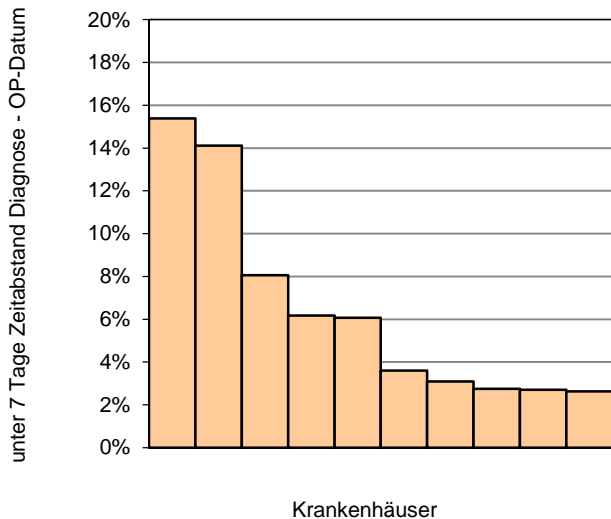
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			101 / 1.867	5,41%
Vertrauensbereich				4,47% - 6,53%

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/51370]:**

**Anteil von Patientinnen mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation an allen Patientinnen mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

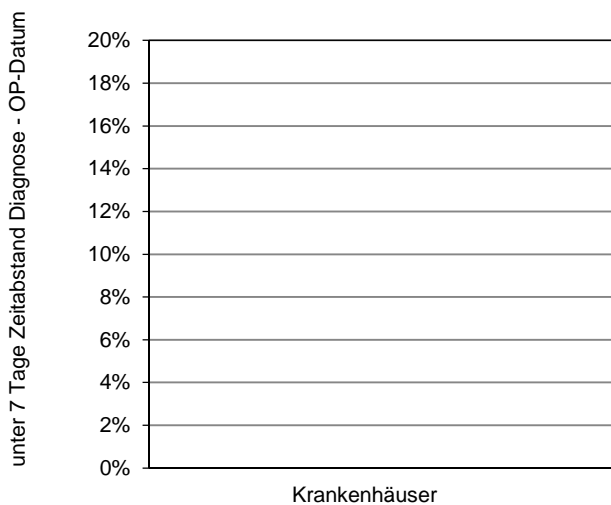
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,63		2,67	2,75	4,83	8,05	14,75		15,38

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

1 Krankenhaus hat 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

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 6: Nachresektionsrate

**Qualitätsziel:** Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion

**Indikator-ID:** 2017/18n1-MAMMA/60659

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

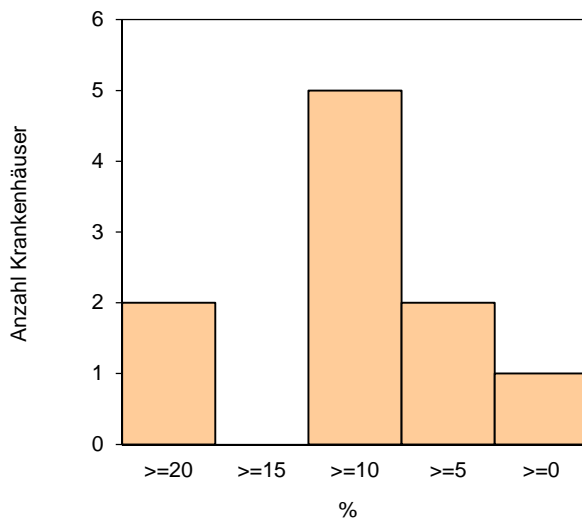
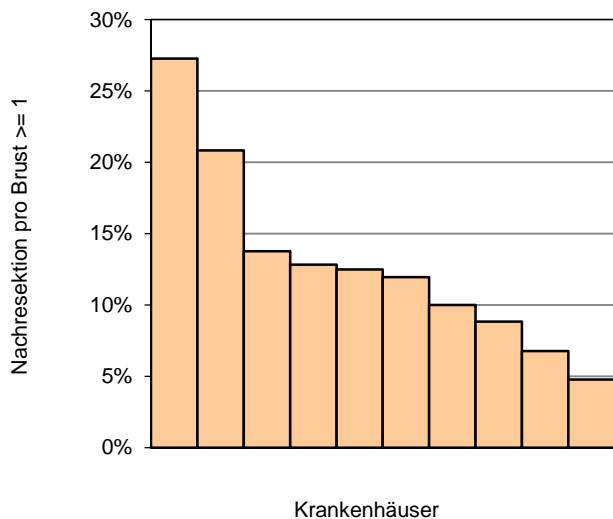
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust >= 1 <sup>1</sup>			230 / 2.016	11,41%
Vertrauensbereich				10,09% - 12,87%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust >= 1 <sup>1</sup>			287 / 2.070	13,86%
Vertrauensbereich				12,44% - 15,42%

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

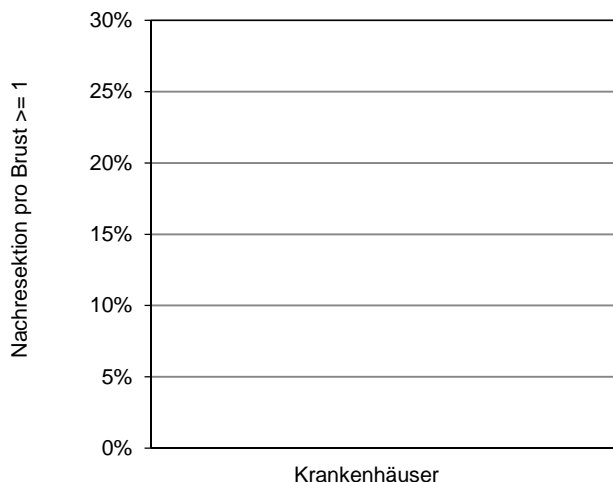
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/60659]:  
 Anteil von Patientinnen mit Nachresektion pro Brust  $\geq 1$  an allen Patientinnen mit Primärerkrankung mit invasivem  
 Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,76		5,77	8,84	12,23	13,77	24,05		27,27

**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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“**

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

**Indikator-ID:** 2017/18n1-MAMMA/850363

**Referenzbereich:** <= 2,63% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**ID-Bezugsindikator(en):** 52268, 52267, 52278

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status <sup>1</sup>			20 / 1.961	1,02%
Vertrauensbereich				0,66% - 1,57%
Referenzbereich		<= 2,63%		<= 2,63%

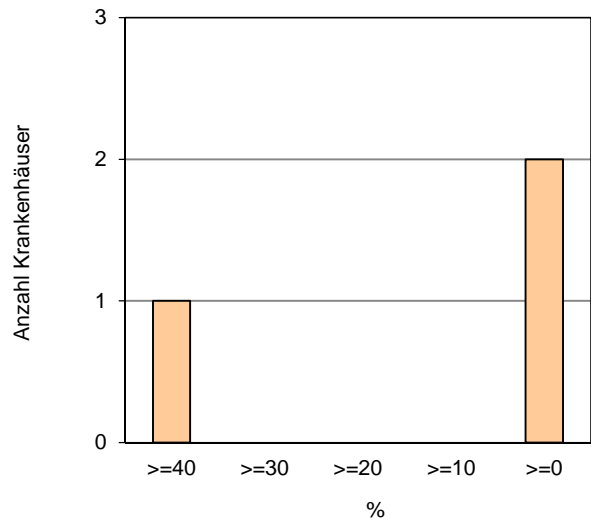
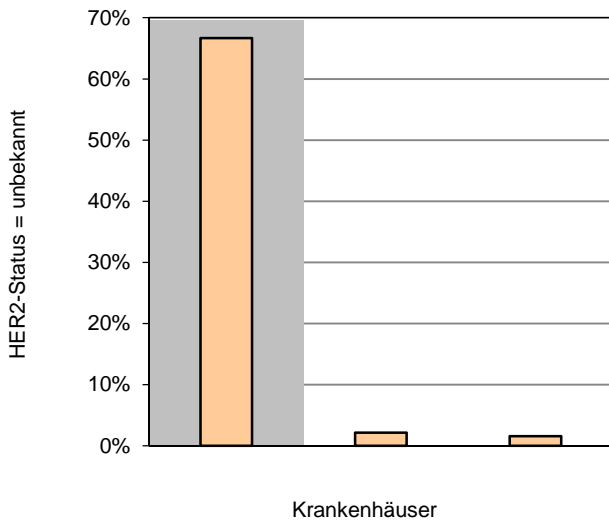
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status			23 / 1.979	1,16%
Vertrauensbereich				0,78% - 1,74%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.



**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850363, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/850363]:  
 Anteil an Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives  
 Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 3



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,54				2,13				66,67

**Auffälligkeitskriterium: 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:** 2017/18n1-MAMMA/850364

**Referenzbereich:** <= 1,30% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**ID-Bezugsindikator(en):** 60659

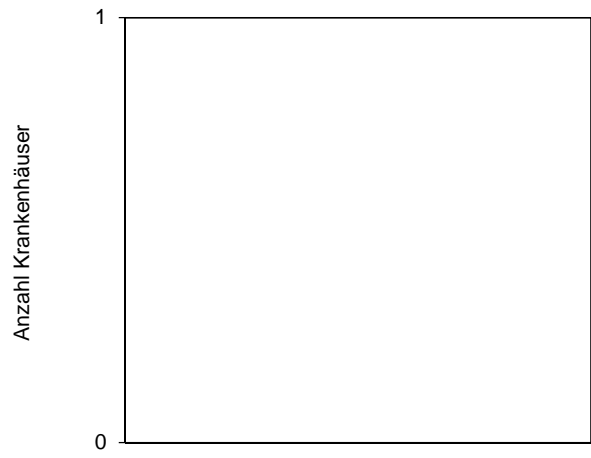
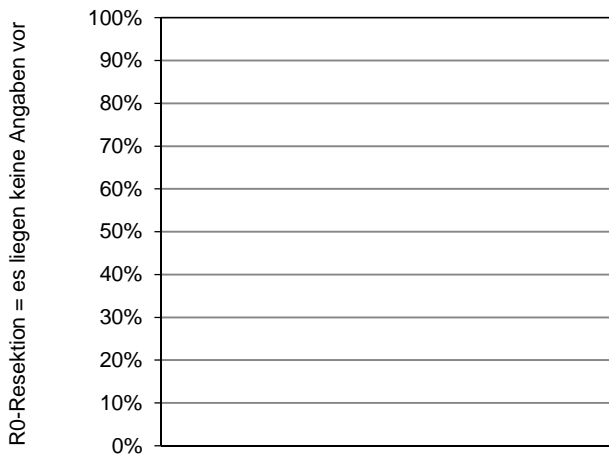
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen <sup>1</sup>			1 / 2.192	0,05%
Vertrauensbereich				0,01% - 0,26%
Referenzbereich		<= 1,30%		<= 1,30%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen			26 / 2.254	1,15%
Vertrauensbereich				0,79% - 1,68%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK\_850364, Indikator-ID 2017/18n1-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: 0



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

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“  
**Indikator-ID:** 2017/18n1-MAMMA/813068  
**Referenzbereich:** <= 4,00 Fälle  
**ID-Bezugsindikator(en)** 2163, 51847

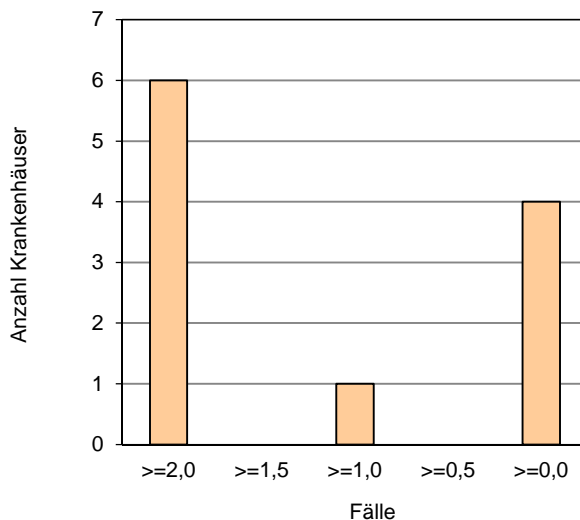
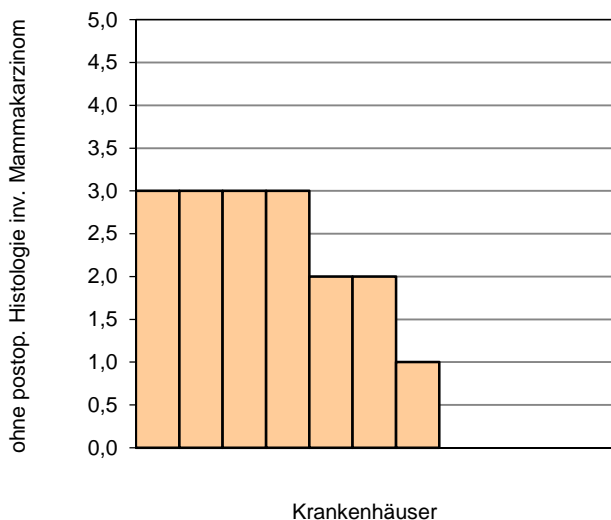
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ <sup>1</sup> Referenzbereich		17 / 2.142 <= 4,00 Fälle	17 / 2.142	17,00 Fälle <= 4,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“		26 / 2.261	26 / 2.261	26,00 Fälle

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

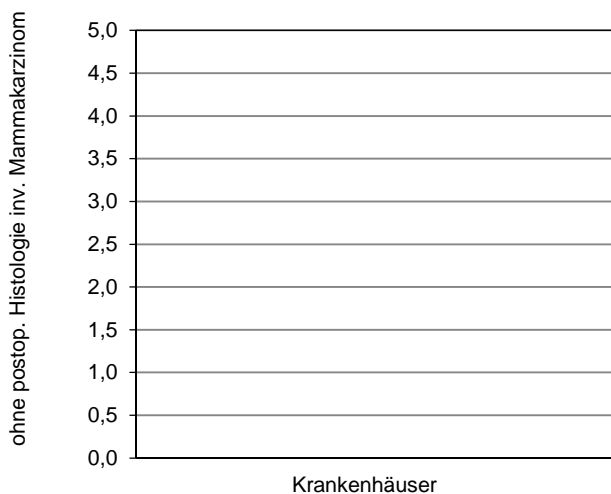
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_813068, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/813068]:  
 Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen mit präoperativer  
 Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

**Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 11 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	2,00	3,00	3,00		3,00

**Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 1 Krankenhaus hat weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie

**Indikator-ID:** 2017/18n1-MAMMA/850372

**Referenzbereich:** <= 1,39% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**ID-Bezugsindikator(en):** 52268, 52267, 52278

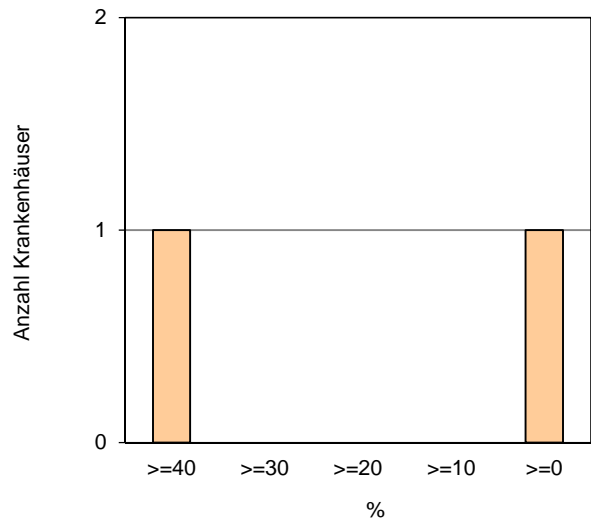
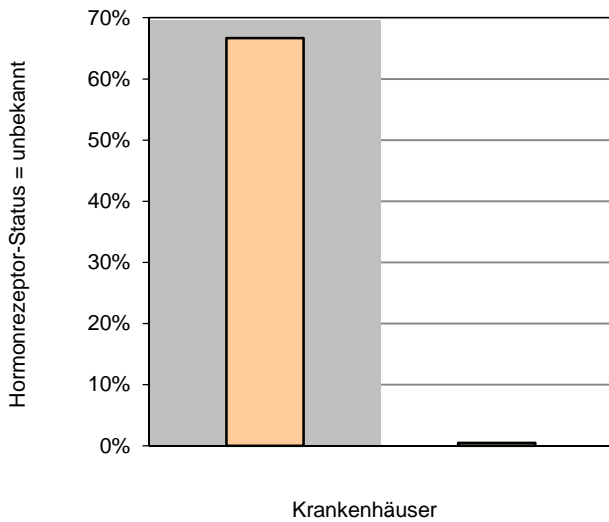
	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status <sup>1</sup>			7 / 1.961	0,36%
Vertrauensbereich				0,17% - 0,74%
Referenzbereich		<= 1,39%		<= 1,39%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status			16 / 1.979	0,81%
Vertrauensbereich				0,50% - 1,31%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850372, Indikator-ID 2017/18n1-MAMMA/850372]:  
 Anteil von Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status an allen Patientinnen mit  
 Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,44				33,55				66,67

# Jahresauswertung 2017 Mammachirurgie

18/1

## Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 17  
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.216  
Datensatzversion: 18/1 2017  
Datenbankstand: 01. März 2018  
2017 - D17364-L109035-P52429



## Übersicht Basisauswertung

---

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	34
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	37
	Basisdaten	37
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	37
	Patientinnen	39
	Behandlungszeiten	40
3	Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)	41
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	46
5	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	48
5.1	Übersicht	48
5.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	49
5.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	56
5.4	DCIS (Primärerkrankung)	59
5.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	65
5.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	68
5.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	69
5.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	71
5.9	Nicht-maligne histologische Befunde	72

### Hinweis:

Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln und Schlüssellisten des Jahres 2017.  
Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

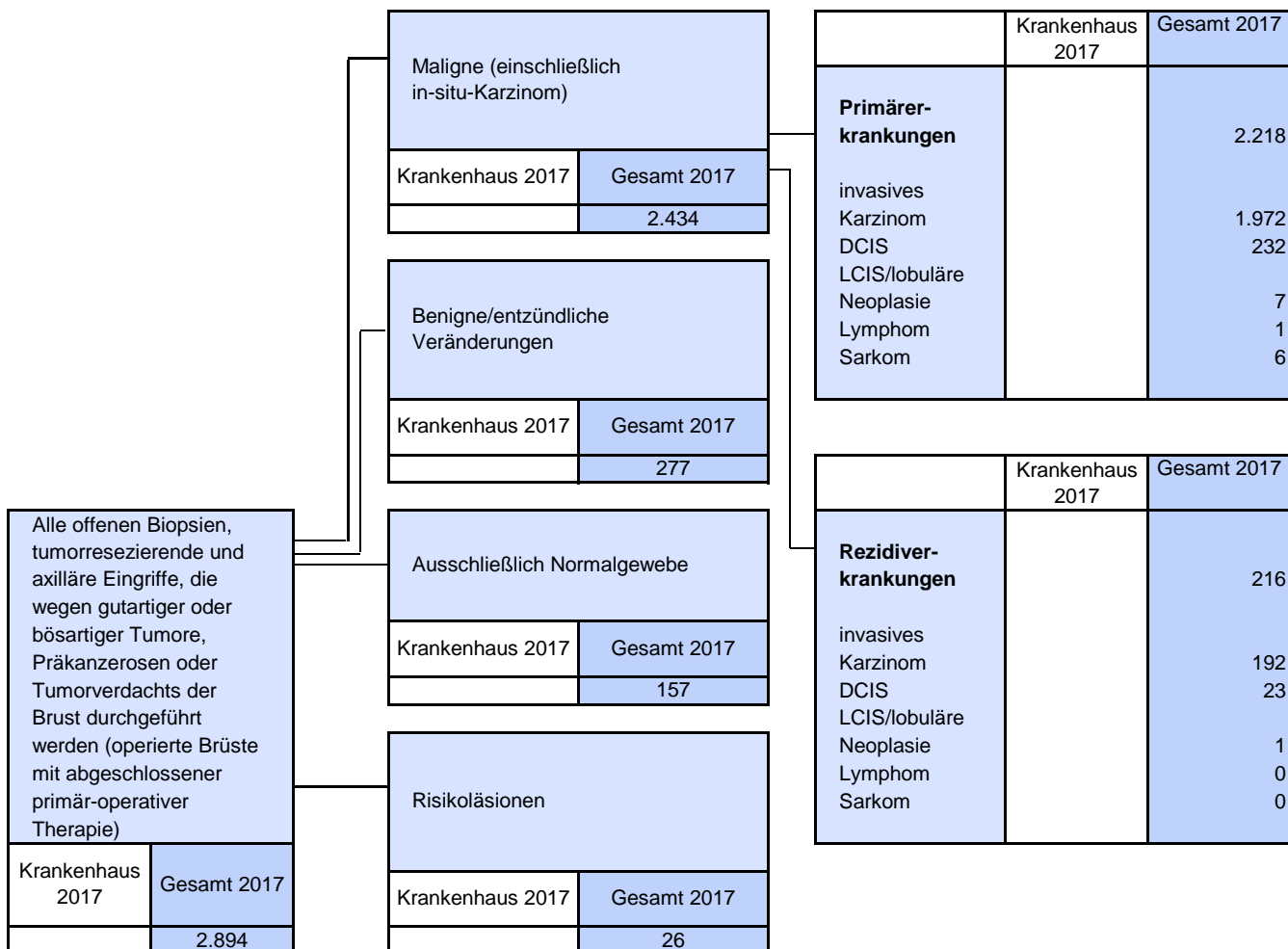
## 1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>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</b>			2.894 / 3.250	89,05	3.054 / 3.484	87,66
davon:						
<b>Histologie</b> = ausschließlich Normalgewebe			157 / 2.894	5,43	247 / 3.054	8,09
= benigne/entzündliche Veränderung			277 / 2.894	9,57	221 / 3.054	7,24
= Risikoläsion			26 / 2.894	0,90	31 / 3.054	1,02
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.434 / 2.894	84,11	2.555 / 3.054	83,66

**Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):</b>						
<b>Primärerkrankung</b>			2.218 / 2.434	91,13	2.305 / 2.555	90,22
davon:						
<b>Histologie</b>						
invasives Karzinom			1.972 / 2.218	88,91	2.008 / 2.305	87,11
DCIS			232 / 2.218	10,46	276 / 2.305	11,97
LCIS/Lobuläre Neoplasie			7 / 2.218	0,32	12 / 2.305	0,52
Lymphom			1 / 2.218	0,05	0 / 2.305	0,00
Sarkom			6 / 2.218	0,27	8 / 2.305	0,35
<b>Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):</b>						
<b>Rezidivkrankung</b>			216 / 2.434	8,87	250 / 2.555	9,78
davon:						
<b>Histologie</b>						
invasives Karzinom			192 / 216	88,89	227 / 250	90,80
DCIS			23 / 216	10,65	19 / 250	7,60
LCIS/Lobuläre Neoplasie			1 / 216	0,46	1 / 250	0,40
Lymphom			0 / 216	0,00	0 / 250	0,00
Sarkom			0 / 216	0,00	3 / 250	1,20

**Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)**



## 2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			872	27,11	973	28,02
2. Quartal			772	24,00	893	25,72
3. Quartal			774	24,07	839	24,16
4. Quartal			798	24,81	767	22,09
Gesamt			3.216		3.472	

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2017

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2017

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

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2017

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2017			Gesamt 2017			Gesamt 2016		
	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>
1				C50.4	1.177	36,60	C50.4	1.246	35,89
2				C50.2	327	10,17	C50.8	482	13,88
3				C50.8	301	9,36	D24	324	9,33
4				D24	297	9,24	C50.2	324	9,33
5				C50.5	266	8,27	C50.9	267	7,69

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

## Patientinnen

	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
< 20 Jahre			14 / 3.216	0,44	22 / 3.472	0,63
20 - 29 Jahre			54 / 3.216	1,68	61 / 3.472	1,76
30 - 39 Jahre			207 / 3.216	6,44	214 / 3.472	6,16
40 - 49 Jahre			571 / 3.216	17,75	603 / 3.472	17,37
50 - 59 Jahre			822 / 3.216	25,56	885 / 3.472	25,49
60 - 69 Jahre			628 / 3.216	19,53	749 / 3.472	21,57
70 - 79 Jahre			649 / 3.216	20,18	683 / 3.472	19,67
>= 80 Jahre			271 / 3.216	8,43	255 / 3.472	7,34
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			3.216		3.472	
Median				59,00		59,00
<b>Geschlecht</b>						
männlich			20	0,62	25	0,72
weiblich			3.196	99,38	3.447	99,28
unbestimmt <sup>1</sup>			0	0,00	-	-

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2017

## Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom<sup>1</sup> (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)</b>			2.374 / 3.216	73,82	2.535 / 3.472	73,01
<b>Postoperative Verweildauer<sup>2</sup> (Tage)</b> Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			2.374	3,00	2.535	3,00
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			2.374	3,00	2.535	3,00
<b>Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)</b>			842 / 3.216	26,18	937 / 3.472	26,99
<b>Postoperative Verweildauer<sup>2</sup> (Tage)</b> Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			842	2,00	937	2,00
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			842	2,00	937	2,00

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen



### 3. Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)

#### Präoperative Informationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Betroffene Brust/Seite</b>						
rechts			1.602 / 3.345	47,89	1.811 / 3.580	50,59
links			1.743 / 3.345	52,11	1.769 / 3.580	49,41
<b>Erkrankung oder Eingriff an dieser Brust</b>						
Primärerkrankung			2.987 / 3.345	89,30	3.175 / 3.580	88,69
lokoregionäres Rezidiv nach BET			200 / 3.345	5,98	230 / 3.580	6,42
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion			63 / 3.345	1,88	79 / 3.580	2,21
prophylaktische Mastektomie			22 / 3.345	0,66	29 / 3.580	0,81
73 / 3.345			2,18		67 / 3.580	1,87
<b>Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung</b>			2.607 / 2.987	87,28	2.668 / 3.175	84,03
wenn ja:						
<b>Tastbarer Mammabefund</b>			1.530 / 2.607	58,69	1.637 / 2.668	61,36
<b>Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms</b>						
ja			399 / 2.607	15,30	520 / 2.668	19,49
nein			2.180 / 2.607	83,62	2.100 / 2.668	78,71
unbekannt			28 / 2.607	1,07	48 / 2.668	1,80

**Präoperative Informationen (Fortsetzung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)</b>						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.404 / 1.530	91,76	1.517 / 1.637	92,67
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			917 / 1.077	85,14	891 / 1.031	86,42
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			2.321 / 2.607	89,03	2.408 / 2.668	90,25
<b>Histologie</b>						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			17 / 2.321	0,73	32 / 2.408	1,33
= benigne/entzündliche Veränderung			112 / 2.321	4,83	98 / 2.408	4,07
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			123 / 2.321	5,30	182 / 2.408	7,56
= malignitätsverdächtig			23 / 2.321	0,99	25 / 2.408	1,04
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.046 / 2.321	88,15	2.071 / 2.408	86,00

**Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2017)**

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasie</b> (einschließlich in-situ-Karzinomen) davon:			2.046 / 2.321	88,15	2.071 / 2.408	86,00
invasives Karzinom			1.793 / 2.046	87,63	1.803 / 2.071	87,06
DCIS			241 / 2.046	11,78	251 / 2.071	12,12
LCIS/Lobuläre Neoplasie			9 / 2.046	0,44	10 / 2.071	0,48
Lymphom			0 / 2.046	0,00	0 / 2.071	0,00
Sarkom			3 / 2.046	0,15	6 / 2.071	0,29

### Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv)</b>			172 / 263	65,40	218 / 309	70,55
wenn ja:						
<b>Histologie</b>						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			1 / 172	0,58	1 / 218	0,46
= benigne/entzündliche Veränderung			1 / 172	0,58	8 / 218	3,67
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			13 / 172	7,56	15 / 218	6,88
= malignitätsverdächtig			0 / 172	0,00	3 / 218	1,38
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			157 / 172	91,28	191 / 218	87,61

### Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2017)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidivkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)</b>			157 / 172	91,28	191 / 218	87,61
davon:						
invasives Karzinom			139 / 157	88,54	170 / 191	89,01
DCIS			18 / 157	11,46	20 / 191	10,47
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 157	0,00	0 / 191	0,00
Lymphom			0 / 157	0,00	0 / 191	0,00
Sarkom			0 / 157	0,00	1 / 191	0,52

**Präoperative Informationen (Fortsetzung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			1.512 / 2.607	58,00	1.240 / 2.668	46,48
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			1.463 / 2.321	63,03	1.182 / 2.408	49,09
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung <b>und</b> mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			1.381 / 2.034	67,90	1.083 / 2.054	52,73
abgeschlossene präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			483 / 2.607	18,53	454 / 2.668	17,02
abgeschlossene präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung <b>und</b> prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom			292 / 1.793	16,29	213 / 1.803	11,81

#### 4. Operation (benigne und maligne Tumore)

##### Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes</b> Anzahl der gültigen Angaben Median			3.353	1,00	3.604	1,00
<b>Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv</b>						
nein			1.347 / 3.258	41,34	1.329 / 3.508	37,88
ja, durch Mammografie			1.911 / 3.258	58,66	2.179 / 3.508	62,12
ja, durch Sonografie			1.046 / 3.258	32,11	1.020 / 3.508	29,08
ja, durch MRT			276 / 3.258	8,47	283 / 3.508	8,07
			25 / 3.258	0,77	26 / 3.508	0,74
<b>Intraoperative Präparate-radiografie oder -sonografie</b>						
nein			17 / 1.347	1,26	45 / 1.329	3,39
intraoperative Präparateradiografie			1.016 / 1.347	75,43	907 / 1.329	68,25
intraoperative Präparatesonografie			314 / 1.347	23,31	377 / 1.329	28,37

## OPS 2017

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2017

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-870.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)
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	5-872.0	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie

## OPS 2017

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2017			Gesamt 2017			Gesamt 2016		
	OPS	Anzahl	% <sup>1</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>1</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>1</sup>
1				5-401.11	1.347	40,17	5-401.11	1.373	38,10
2				5-870.a1	853	25,44	5-870.a1	852	23,64
3				5-870.a2	804	23,98	5-870.a2	827	22,95
4				5-872.1	461	13,75	5-872.1	536	14,87
5				5-870.91	275	8,20	5-870.91	256	7,10
6				5-872.0	137	4,09	5-870.21	160	4,44

<sup>1</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

## Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv (Bezug: Eingriffe)</b>			1.579 / 3.258	48,47	1.597 / 3.508	45,52

## 5. Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf

### 5.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv</b>						
<b>Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde</b>						
= ausschließlich Normalgewebe			157 / 3.250	4,83	253 / 3.484	7,26
= benigne/entzündliche Veränderung			281 / 3.250	8,65	222 / 3.484	6,37
= Risikoläsion			27 / 3.250	0,83	33 / 3.484	0,95
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.785 / 3.250	85,69	2.976 / 3.484	85,42
<b>primär-operative Therapie abgeschlossen</b> (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			2.894 / 3.250	89,05	3.054 / 3.484	87,66
wenn nein: <b>weitere Therapieempfehlung</b>						
Empfehlung zur Nachresektion			158 / 356	44,38	177 / 430	41,16
Empfehlung zur Mastektomie			108 / 356	30,34	120 / 430	27,91
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			30 / 356	8,43	22 / 430	5,12
Empfehlung zur Axilladissektion			20 / 356	5,62	20 / 430	4,65
Empfehlung zur BET			16 / 356	4,49	32 / 430	7,44
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			24 / 356	6,74	59 / 430	13,72



**Histologie und Staging (Fortsetzung)**  
**5.2 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgröße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie</b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom <b>ohne</b> präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.645 / 3.345	49,18	1.714 / 3.580	47,88
davon						
pT0			0 / 1.645	0,00	4 / 1.714	0,23
pTis			5 / 1.645	0,30	6 / 1.714	0,35
pT1 (<= 2 cm)			1.000 / 1.645	60,79	954 / 1.714	55,66
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			11 / 1.000	1,10	12 / 954	1,26
pT1a (<= 5 mm)			73 / 1.000	7,30	79 / 954	8,28
pT1b (<= 10 mm)			288 / 1.000	28,80	303 / 954	31,76
pT1c (<= 20 mm)			628 / 1.000	62,80	560 / 954	58,70
pT2 (> 2 bis 5 cm)			510 / 1.645	31,00	571 / 1.714	33,31
pT3 (> 5 cm)			88 / 1.645	5,35	103 / 1.714	6,01
pT4 (Brustwand/Haut)			32 / 1.645	1,95	43 / 1.714	2,51
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 32	0,00	4 / 43	9,30
pT4b (Ödem)			32 / 32	100,00	38 / 43	88,37
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 32	0,00	1 / 43	2,33
pT4d (inflammatorisch)			0 / 32	0,00	0 / 43	0,00
pTX			10 / 1.645	0,61	33 / 1.714	1,93

<sup>1</sup> 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 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgröße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie</b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			327 / 3.345	9,78	294 / 3.580	8,21
davon						
ypT0			132 / 327	40,37	124 / 294	42,18
ypTis			10 / 327	3,06	9 / 294	3,06
ypT1 (<= 2 cm)			106 / 327	32,42	91 / 294	30,95
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			5 / 106	4,72	5 / 91	5,49
ypT1a (<= 5 mm)			33 / 106	31,13	22 / 91	24,18
ypT1b (<= 10 mm)			25 / 106	23,58	19 / 91	20,88
ypT1c (<= 20 mm)			43 / 106	40,57	45 / 91	49,45
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			59 / 327	18,04	43 / 294	14,63
ypT3 (> 5 cm)			12 / 327	3,67	13 / 294	4,42
ypT4 (Brustwand/Haut)			6 / 327	1,83	12 / 294	4,08
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 6	0,00	1 / 12	8,33
ypT4b (Ödem)			4 / 6	66,67	10 / 12	83,33
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 6	0,00	0 / 12	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			2 / 6	33,33	1 / 12	8,33
ypTX			2 / 327	0,61	2 / 294	0,68

<sup>1</sup> 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 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie</b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom <b>ohne</b> präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.677 / 3.345	50,13	1.768 / 3.580	49,39
davon						
Patientinnen <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.095 / 1.677	65,30	1.137 / 1.768	64,31
pN0(sn)			1.001 / 1.095	91,42	1.065 / 1.137	93,67
pN0			94 / 1.095	8,58	72 / 1.137	6,33
Patientinnen <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			370 / 1.677	22,06	396 / 1.768	22,40
pN1mi			3 / 370	0,81	8 / 396	2,02
pN1mi(sn)			58 / 370	15,68	61 / 396	15,40
pN1a			108 / 370	29,19	165 / 396	41,67
pN1a(sn)			156 / 370	42,16	125 / 396	31,57
pN1b			0 / 370	0,00	0 / 396	0,00
pN1c			3 / 370	0,81	0 / 396	0,00
pN1(sn)			42 / 370	11,35	37 / 396	9,34
pN2			81 / 1.677	4,83	97 / 1.768	5,49
pN2a			73 / 81	90,12	88 / 97	90,72
pN2a(sn)			8 / 81	9,88	9 / 97	9,28
pN2b			0 / 81	0,00	0 / 97	0,00
pN3			36 / 1.677	2,15	48 / 1.768	2,71
pN3a			34 / 36	94,44	48 / 48	100,00
pN3b			2 / 36	5,56	0 / 48	0,00
pN3c			0 / 36	0,00	0 / 48	0,00
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			95 / 1.677	5,66	90 / 1.768	5,09

<sup>1</sup> 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 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie</b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			295 / 3.345	8,82	240 / 3.580	6,70
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			214 / 295	72,54	164 / 240	68,33
ypN0(sn)			141 / 214	65,89	80 / 164	48,78
ypN0			73 / 214	34,11	84 / 164	51,22
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			57 / 295	19,32	43 / 240	17,92
ypN1mi			5 / 57	8,77	5 / 43	11,63
ypN1mi(sn)			5 / 57	8,77	3 / 43	6,98
ypN1a			28 / 57	49,12	26 / 43	60,47
ypN1a(sn)			16 / 57	28,07	5 / 43	11,63
ypN1b			0 / 57	0,00	1 / 43	2,33
ypN1c			1 / 57	1,75	0 / 43	0,00
ypN1(sn)			2 / 57	3,51	3 / 43	6,98
ypN2			10 / 295	3,39	13 / 240	5,42
ypN2a			10 / 10	100,00	13 / 13	100,00
ypN2a(sn)			0 / 10	0,00	0 / 13	0,00
ypN2b			0 / 10	0,00	0 / 13	0,00
ypN3			4 / 295	1,36	9 / 240	3,75
ypN3a			4 / 4	100,00	9 / 9	100,00
ypN3b			0 / 4	0,00	0 / 9	0,00
ypN3c			0 / 4	0,00	0 / 9	0,00
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			10 / 295	3,39	11 / 240	4,58

<sup>1</sup> 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 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund</b>						
<b>Primärtumor</b>			1.961		1.979	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			247	12,60	303	15,31
mäßig differenziert			1.086	55,38	1.024	51,74
schlecht differenziert			563	28,71	508	25,67
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			65	3,31	144	7,28
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			321	16,37	351	17,74
positiv			1.633	83,27	1.612	81,46
unbekannt			7	0,36	16	0,81
HER2/neu-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			1.742	88,83	1.759	88,88
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			199	10,15	197	9,95
unbekannt			20	1,02	23	1,16
histologisch gesicherte Multizentrität			221 / 1.961	11,27	274 / 1.979	13,85
R0-Resektion						
nein			72	3,67	61	3,08
ja			1.789	91,23	1.812	91,56
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			90	7,17	72	5,84
>= 1 mm			1.155	92,03	1.154	93,67
es liegen keine Angaben vor			10	0,80	6	0,49
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
0			1.615	90,27	1.604	88,52
1			153	8,55	195	10,76
2			20	1,12	13	0,72
>=3			1	0,06	0	0,00
es liegen keine Angaben vor			1	0,05	17	0,86
neoadjuvanter Therapie			99	5,05	89	4,50

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
nein			541	27,43	602	29,98
ja			1.384	70,18	1.350	67,23
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			42	2,13	53	2,64
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			5	0,25	3	0,15
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
nein			1.454	73,73	1.373	68,38
ja, einzelne Lymphknoten			259	13,13	278	13,84
ja, Axilladissektion			259	13,13	357	17,78
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			1.558	79,01	1.554	77,39
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			209	10,60	282	14,04

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)</b>						
<b>postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</b>			1.918 / 1.925	99,64	1.966 / 1.980	99,29

**Entlassung**  
**Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.408	73,14	1.486	75,05
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			503	26,13	399	20,15
03: aus sonstigen Gründen			1	0,05	76	3,84
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,05
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			5	0,26	6	0,30
07: Tod			1	0,05	1	0,05
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	1	0,05
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			5	0,26	6	0,30
11: in Hospiz			1	0,05	1	0,05
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)			1	0,05	3	0,15
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> 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)**  
**5.3 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund</b>						
<b>Lokalrezidiv<sup>1</sup></b>			161		190	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			12	7,45	17	8,95
mäßig differenziert			83	51,55	104	54,74
schlecht differenziert			60	37,27	65	34,21
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			6	3,73	4	2,11
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			38	23,60	51	26,84
positiv			121	75,16	138	72,63
unbekannt			2	1,24	1	0,53
HER-2/neu-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			138	85,71	169	88,95
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			18	11,18	19	10,00
unbekannt			5	3,11	2	1,05
histologisch gesicherte Multizentrität			28 / 161	17,39	36 / 190	18,95
R0-Resektion						
nein			18	11,18	12	6,32
ja			142	88,20	170	89,47
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			7	16,67	1	2,22
>= 1 mm			35	83,33	44	97,78
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
0			132	92,96	157	92,35
1			8	5,63	12	7,06
2			2	1,41	1	0,59
>=3			0	0,00	0	0,00
es liegen keine Angaben vor			1	0,62	7	3,68
neoadjuvanter Therapie			0	0,00	1	0,53

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



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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Rezidiverkrankung, Zustand nach BET</b>			139		165	
davon:						
<b>erneute brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
<b>nein</b>			84	60,43	97	58,79
<b>ja</b>			50	35,97	61	36,97
<b>nein</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	0,72	3	1,82
<b>ja</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			4	2,88	4	2,42

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</b>			191 / 192	99,48	226 / 226	100,00

**Entlassung**  
**Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			129	67,19	167	73,89
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			57	29,69	50	22,12
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	9	3,98
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			3	1,56	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			2	1,04	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,52	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

<sup>1</sup> 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)

### 5.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN</b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			229	98,71	272	98,55
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			182 / 229	79,48	199 / 272	73,16
Patientinnen <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen			45 / 229	19,65	71 / 272	26,10
pN0(sn)			41 / 45	91,11	59 / 71	83,10
pN0			4 / 45	8,89	12 / 71	16,90
Patientinnen <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen						
<b>pN1</b>			1 / 229	0,44	0 / 272	0,00
pN1mi			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1mi(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1a			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1a(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1b			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1c			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1(sn)			1 / 1	100,00	0 / 0	
<b>pN2</b>			0 / 229	0,00	0 / 272	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
<b>pN3</b>			0 / 229	0,00	0 / 272	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 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			0 / 229	0,00	0 / 272	0,00
Patientinnen <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen			0 / 229	0,00	2 / 272	0,74
ypN0(sn)			0 / 0		0 / 2	0,00
ypN0			0 / 0		2 / 2	100,00
Patientinnen <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen						
<b>ypN1</b>			0 / 229	0,00	0 / 272	0,00
ypN1mi			0 / 0		0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN1a			0 / 0		0 / 0	
ypN1a(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN1b			0 / 0		0 / 0	
ypN1c			0 / 0		0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 0	
<b>ypN2</b>			0 / 229	0,00	0 / 272	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
<b>ypN3</b>			1 / 229	0,44	0 / 272	0,00
ypN3a			1 / 1	100,00	0 / 0	
ypN3b			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN3c			0 / 1	0,00	0 / 0	

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Grading</b>						
G1			34	14,66	35	12,68
G2			101	43,53	121	43,84
G3			92	39,66	112	40,58
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			2	0,86	4	1,45
<b>Gesamttumorgröße</b>						
Anzahl der gültigen Angaben			232		276	
Median				15,00		17,00
Anteil <= 10 mm (%)			93 / 232	40,09	100 / 276	36,23
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			55 / 232	23,71	60 / 276	21,74
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			21 / 232	9,05	33 / 276	11,96
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			21 / 232	9,05	34 / 276	12,32
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			13 / 232	5,60	15 / 276	5,43
Anteil > 50 mm (%)			26 / 232	11,21	30 / 276	10,87

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			18 / 232	7,76	10 / 276	3,62
R0-Resektion						
nein			5	2,16	18	6,52
ja			224	96,55	245	88,77
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			12	7,45	16	9,25
>= 1 mm			148	91,93	157	90,75
es liegen keine Angaben vor			1	0,62	0	0,00
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
0			170	75,89	166	67,76
1			50	22,32	75	30,61
2			3	1,34	4	1,63
>=3			1	0,45	0	0,00
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	9	3,26
neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
nein			59	25,43	70	25,36
ja			164	70,69	197	71,38
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			6	2,59	5	1,81
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
ja, einzelne Lymphknoten			4	1,72	5	1,81
ja, Axilladissektion			1	0,43	2	0,72
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			43	18,53	63	22,83
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
ja, einzelne Lymphknoten			2	0,86	3	1,09
ja, Axilladissektion			1	0,43	2	0,72

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</b>			227 / 231	98,27	273 / 275	99,27

**Entlassung  
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			182	78,79	218	79,27
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			49	21,21	47	17,09
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	9	3,27
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	1	0,36
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

<sup>1</sup> 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)**  
**5.5 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			1 / 23	4,35	1 / 19	5,26
R0-Resektion						
nein			2	8,70	0	0,00
ja			20	86,96	19	100,00
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			0	0,00	1	14,29
>= 1 mm			4	100,00	6	85,71
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
0			14	70,00	18	94,74
1			6	30,00	1	5,26
2			0	0,00	0	0,00
>=3			0	0,00	0	0,00
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Rezidiverkrankung, Zustand nach BET</b>			20		17	
davon:						
<b>erneute brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
<b>nein</b>			12	52,17	8	42,11
<b>ja</b>			6	26,09	7	36,84
<b>nein</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	4,35	2	10,53
<b>ja</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</b>			23 / 23	100,00	19 / 19	100,00

**Entlassung  
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			16	69,57	14	73,68
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			7	30,43	5	26,32
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

<sup>1</sup> 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 5.6 LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidivkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			8 / 8	100,00	13 / 13	100,00

### Entlassung LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			7	87,50	8	61,54
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	12,50	4	30,77
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	1	7,69
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

<sup>1</sup> 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)**  
**5.7 Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgroße pT<sup>1</sup></b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			6	100,00	8	100,00
davon						
pT0			0 / 6	0,00	0 / 8	0,00
pTis			2 / 6	33,33	0 / 8	0,00
pT1 (<= 2 cm)			0 / 6	0,00	0 / 8	0,00
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
pT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
pT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
pT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
pT2 (> 2 bis 5 cm)			1 / 6	16,67	4 / 8	50,00
pT3 (> 5 cm)			1 / 6	16,67	1 / 8	12,50
pT4 (Brustwand/Haut)			1 / 6	16,67	1 / 8	12,50
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pT4b (Ödem)			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
pT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 1	100,00	0 / 1	0,00
pT4d (inflammatorisch)			0 / 1	0,00	1 / 1	100,00
pTX			1 / 6	16,67	2 / 8	25,00
ypT0			0 / 6	0,00	0 / 8	0,00
ypTis			0 / 6	0,00	0 / 8	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 6	0,00	0 / 8	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 / 6	0,00	0 / 8	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 6	0,00	0 / 8	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 6	0,00	0 / 8	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 / 6	0,00	0 / 8	0,00

<sup>1</sup> Die Angaben zu der Tumorgroße pT beziehen sich nur auf Primärerkrankungen.

### Weiterer Behandlungsverlauf Sarkome (Primär- und Rezidivkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			5 / 6	83,33	11 / 11	100,00

### Entlassung Sarkome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5	83,33	5	45,45
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	16,67	5	45,45
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	1	9,09
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

<sup>1</sup> 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   |  |

## Weiterer Behandlungsverlauf 5.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1 / 1	100,00	0 / 0	

## Entlassung Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0	0,00	0	
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	100,00	0	
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	
06: Verlegung			0	0,00	0	
07: Tod			0	0,00	0	
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	
11: in Hospiz			0	0,00	0	
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	
22: Fallabschluss			0	0,00	0	
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	

<sup>1</sup> 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   |  |

## Entlassung

### 5.9 Nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			372	84,35	404	84,17
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			69	15,65	60	12,50
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	12	2,50
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	1	0,21
06: Verlegung			0	0,00	2	0,42
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	0,21
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

<sup>1</sup> 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 2017 erhalten Sie beim IQTIG ([www.iqtig.org](http://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 2017.

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 2017 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2016 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 © 2018. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2016 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2017 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2017 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.

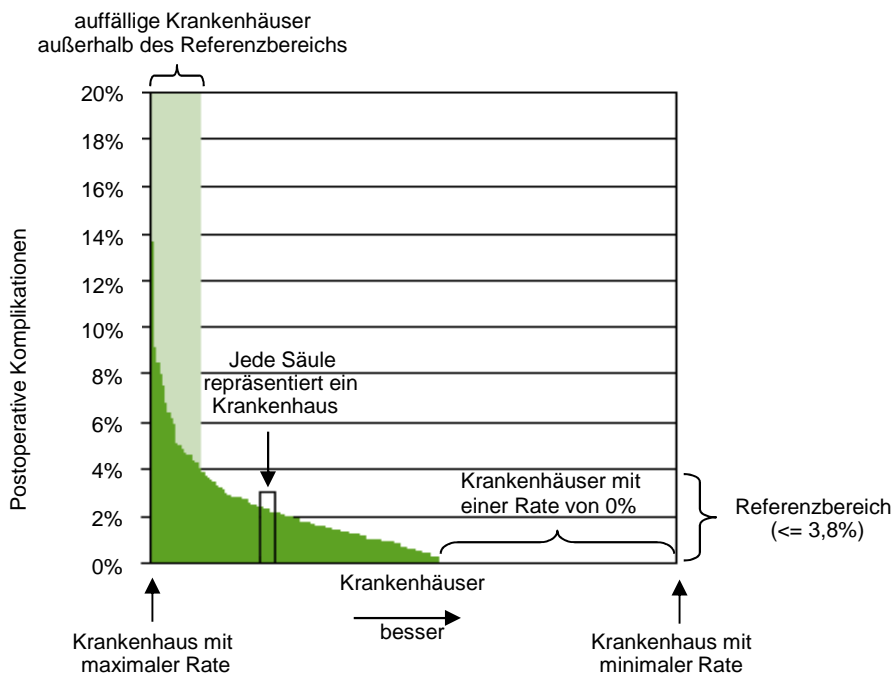
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 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.

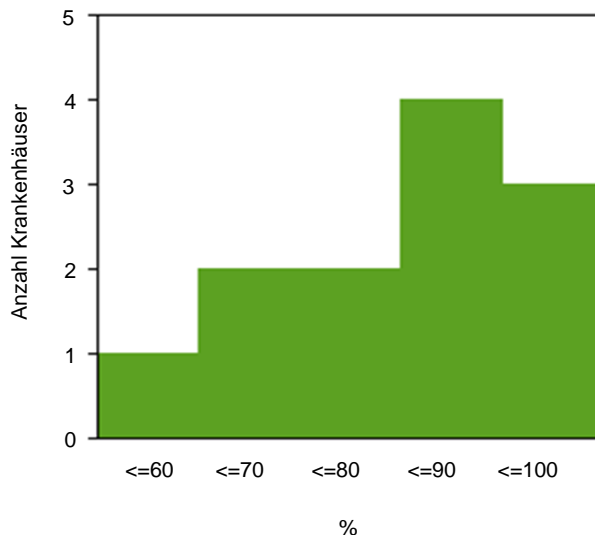
**Beispiel:**

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 2017/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2017.

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.