

Jahresauswertung 2018 Mammachirurgie

18/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 14
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.497
Datensatzversion: 18/1 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17712-L113493-P54092

Jahresauswertung 2018
Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 14
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.497
Datensatzversion: 18/1 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17712-L113493-P54092

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/18n1-MAMMA/51846							
QI: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung³			96,48%	>= 90,00%	innerhalb	96,90%	7
Gruppe: HER2-Positivitätsrate³							
2018/18n1-MAMMA/52268							
QI: HER2-Positivitätsrate			12,48%	nicht definiert	-	10,26%	9
2018/18n1-MAMMA/52267							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate			0,89	>= 0,43	innerhalb	0,74	11
2018/18n1-MAMMA/52278							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate			0,89	<= 1,64	innerhalb	0,74	14
2018/18n1-MAMMA/50719							
QI: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie³			4,95%	<= 8,20%	innerhalb	3,09%	17

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/18n1-MAMMA/51847 QI: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie³			94,52%	>= 90,00%	innerhalb	95,31%	19
2018/18n1-MAMMA/51370 QI: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation³			3,22%	<= 16,36%	innerhalb	4,80%	22
2018/18n1-MAMMA/60659 QI: Nachresektionsrate³			13,64%	nicht definiert	-	11,41%	24
2018/18n1-MAMMA/211800 QI: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS³			99,35%	nicht definiert	-	99,67%	26

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2018	Ergebnis Krankenhaus 2018	Ergebnis Gesamt 2018	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2018/18n1-MAMMA/850363 Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“ ³			0,49%	<= 2,11%	innerhalb	1,02%	28
2018/18n1-MAMMA/850364 Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ ³			0,04%	<= 0,92%	-	0,05%	30
2018/18n1-MAMMA/813068 Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde³			18,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	18,00 Fälle	32
2018/18n1-MAMMA/850372 Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptor- status = unbekannt“ ³			0,15%	<= 1,16%	innerhalb	0,36%	34

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2018. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Verbindliche Kennzahlen

Ab dem Auswertungsjahr 2018 sind auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) neben den Qualitätsindikatoren auch berichts- und veröffentlichungspflichtige Kennzahlen auszuweisen. Sie unterscheiden sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

kalkulatorische Kennzahlen (KKez)
Transparenzkennzahlen (TKez)
ergänzende Kennzahlen (EKez)
verfahrensspezifische Kennzahlen (VKez)

Für das Auswertungsjahr 2018 wurden erstmals kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KK“ oder „TK“ gekennzeichnet.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der Leseanleitung im Anhang dieser Auswertung und dem Beschlusstext des G-BA, der auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses im Abschnitt „Beschlüsse“ ersichtlich ist.

Planungsrelevante Indikatoren

Die QIDB 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

Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

Ab dem Erfassungsjahr 2018 erfolgt die Abgrenzung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassdatum. Da Fälle mit einer Aufnahme in 2017 und einer Entlassung in 2018 bereits in der Auswertung für das Erfassungsjahr 2017 berücksichtigt wurden und im Umstellungsjahr somit keine Überliegerfälle vorliegen können, gehen für das Erfassungsjahr 2018 tendenziell etwas weniger Fälle in die Auswertung ein als im Erfassungsjahr 2017. Somit sind die Ergebnisse des Erfassungsjahres 2018 mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt vergleichbar.

Qualitätsindikator: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff	
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2018/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00%

	Krankenhaus 2018	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich		
	>= 90,00%	

	Gesamt 2018	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	2.331 / 2.416 96,48%	227 / 466 48,71%
	95,67% - 97,15%	
	>= 90,00%	

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

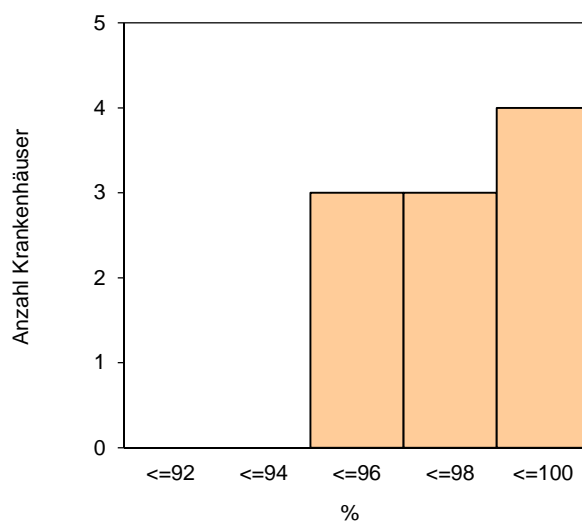
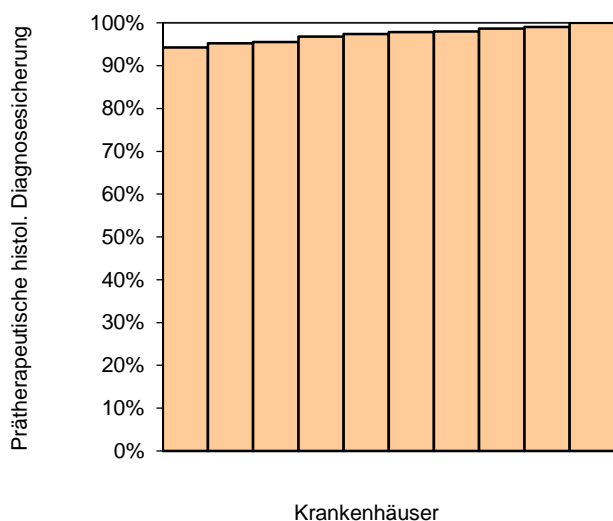
Vorjahresdaten¹	Gesamt 2017	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	2.091 / 2.158 96,90%	203 / 420 48,33%
	96,08% - 97,55%	

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2018/18n1-MAMMA/51846]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder
 Vakuumbiopsie an allen Patientinnen und Patienten mit Ersteinriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives
 Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“**

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

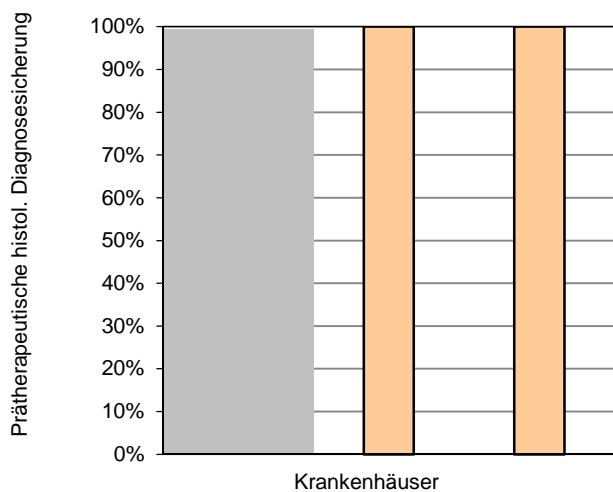
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,29		94,77	95,58	97,65	98,66	99,54		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 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				100,00				100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Gruppe: HER2-Positivitätsrate

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

HER2-Positivitätsrate

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/18n1-MAMMA/52268

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status			256 / 2.051	12,48%
Vertrauensbereich				11,12% - 13,98%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status			199 / 1.939	10,26%
Vertrauensbereich				8,99% - 11,69%

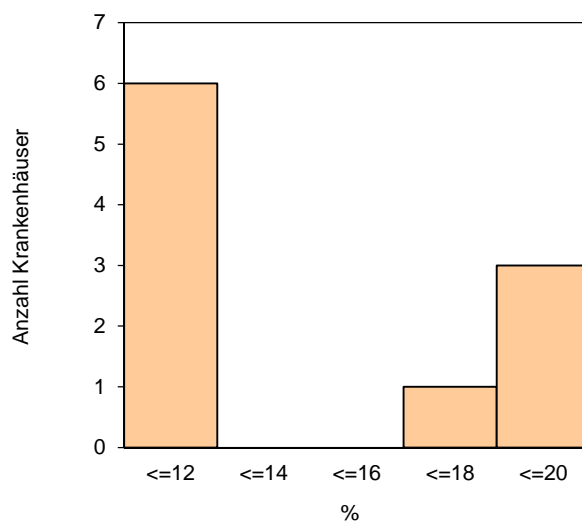
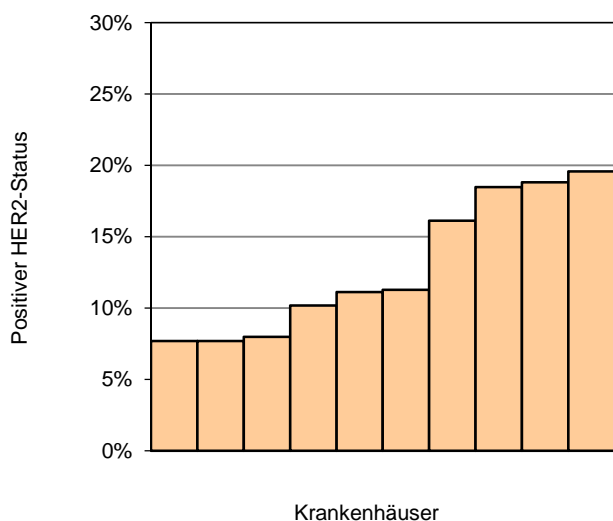
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2018/18n1-MAMMA/52268]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen Patientinnen und Patienten 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:

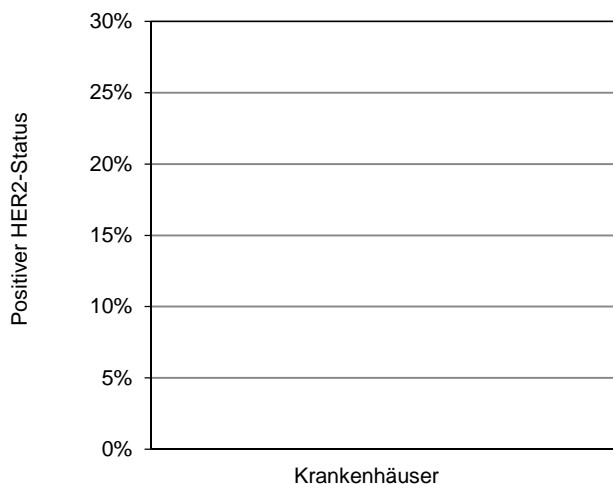
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,69		7,69	7,98	11,19	18,48	19,21		19,59

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

2 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 und Patienten 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 Fällen¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/18n1-MAMMA/52267

Referenzbereich: $\geq 0,43$ (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) ²		256 / 2.050 12,49%
vorhergesagt (E) ³		287,02 / 2.050 14,00%
O - E		-1,51%

Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
O/E*		0,89
Vertrauensbereich		0,79 - 1,00
Referenzbereich	$\geq 0,43$	$\geq 0,43$

¹ 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.

² KKez O_52267: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

³ KKez E_52267: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267_52278.

* Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹ Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) ²		198 / 1.938 10,22%
vorhergesagt (E) ³		266,28 / 1.938 13,74%
O - E		-3,52%
O/E *		0,74
Vertrauensbereich		0,65 - 0,85

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² KKez O_52267: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

³ KKez E_52267: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267_52278.

* Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

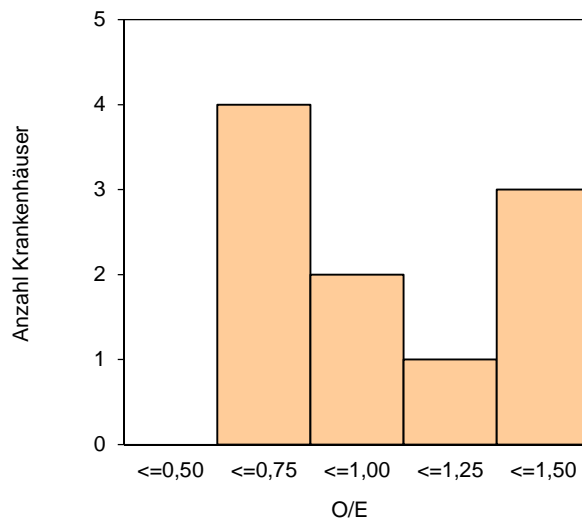
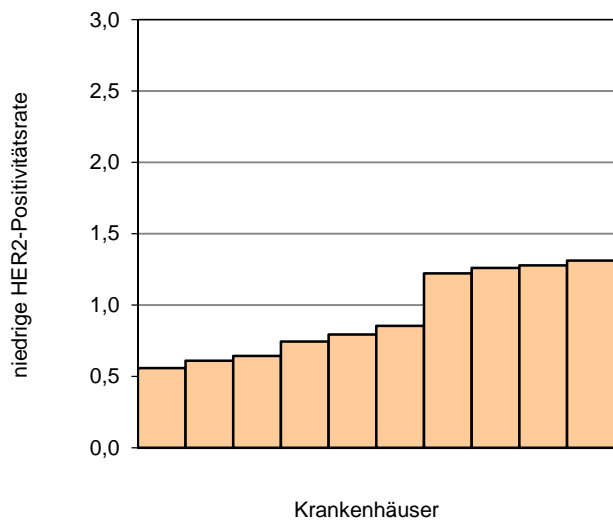
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

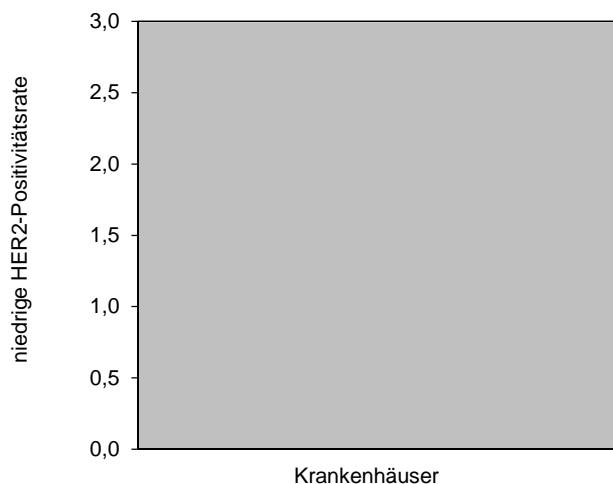
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2018/18n1-MAMMA/52267]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen
 Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit**

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
	0,56		0,58	0,64	0,82	1,26	1,30		1,31

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
	0,00				0,00				0,00

3 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 und Patienten 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 Fällen¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/18n1-MAMMA/52278

Referenzbereich: <= 1,64 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O) ²		256 / 2.050 12,49%
vorhergesagt (E) ³		287,02 / 2.050 14,00%
O - E		-1,51%

	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
O/E*		0,89
Vertrauensbereich		0,79 - 1,00
Referenzbereich	<= 1,64	<= 1,64

¹ 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.

² KKez O_52278: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

³ KKez E_52278: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267_52278.

* Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ¹ Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2017	Gesamt 2017
beobachtet (O) ²		198 / 1.938 10,22%
vorhergesagt (E) ³		266,28 / 1.938 13,74%
O - E		-3,52%
O/E *	█	0,74
Vertrauensbereich		0,65 - 0,85

¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

² KKez O_52278: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

³ KKez E_52278: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267_52278.

* Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

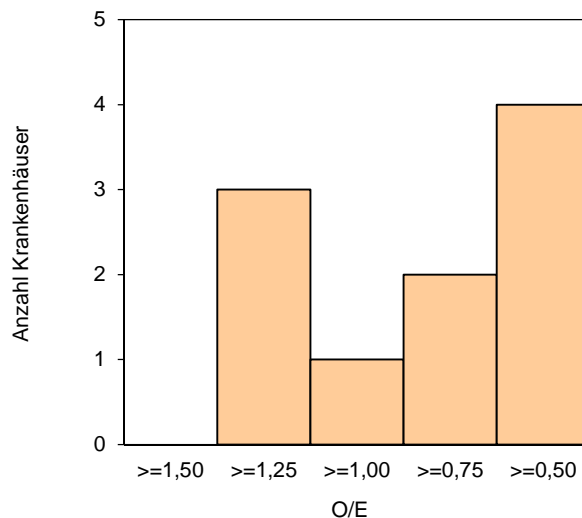
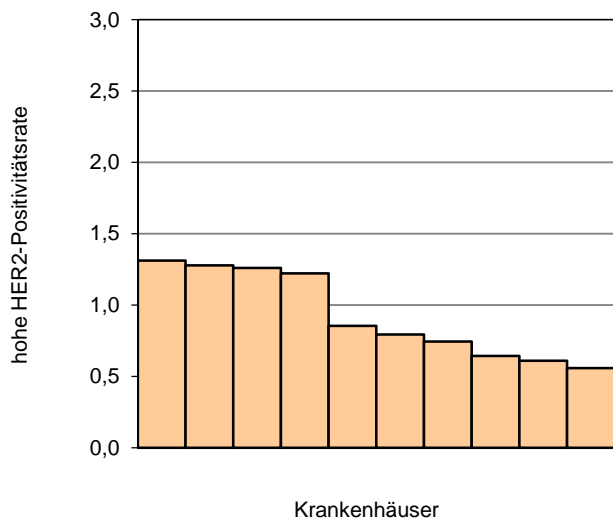
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

O/E = 0,90 Die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status ist 10% kleiner als erwartet.

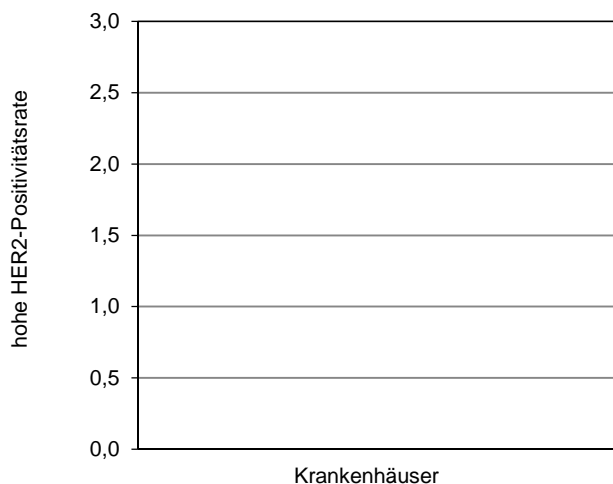
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2c, Indikator-ID 2018/18n1-MAMMA/52278]:
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen
 Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit**

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
	0,56		0,58	0,64	0,82	1,26	1,30		1,31

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
	0,00				0,00				0,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“¹

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 8,20% (80%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme			9 / 182	4,95%
Vertrauensbereich				2,62% - 9,13%
Referenzbereich		<= 8,20%		<= 8,20%
Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			2 / 182	1,10%
Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB			6 / 182	3,30%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme			5 / 162	3,09%
Vertrauensbereich				1,33% - 7,02%

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

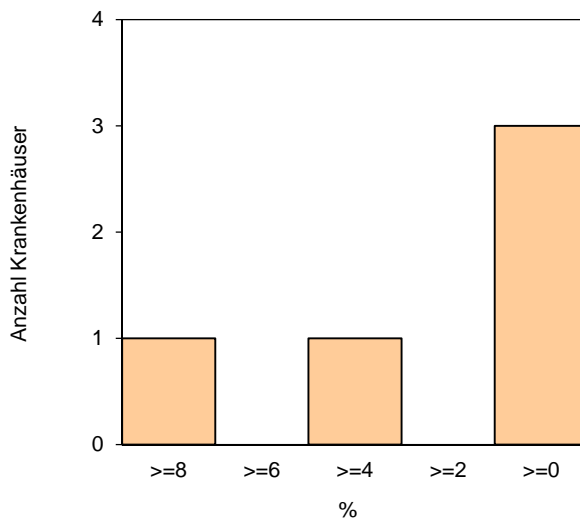
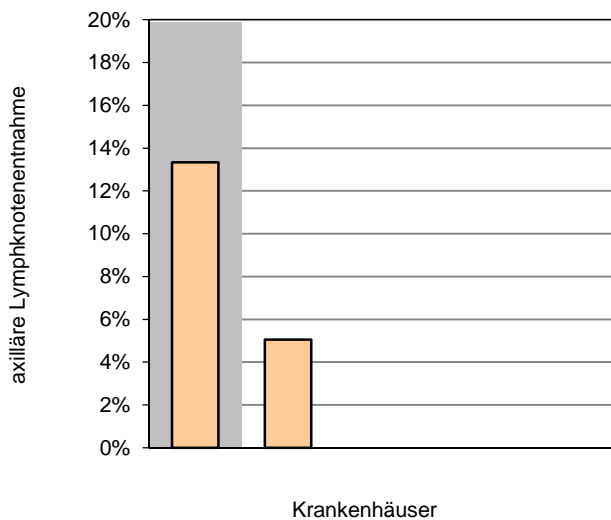
² Gemäß QIDB sind die Vorjahresergebnisse eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2018/18n1-MAMMA/50719]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

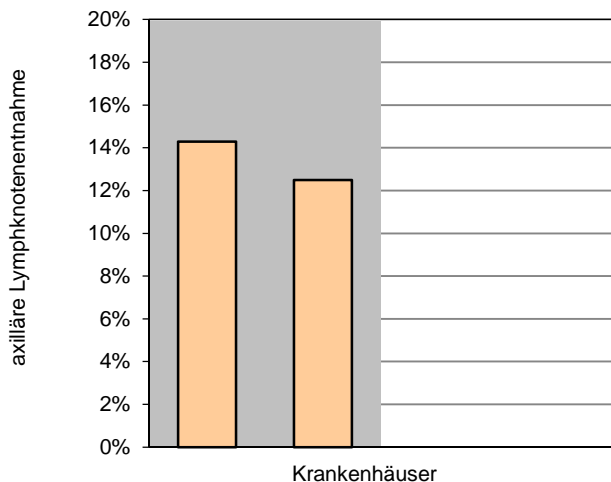
5 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	5,05			13,33

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 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	6,25	13,39			14,29

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
Art des Wertes:	Gruppe 1:	Qualitätsindikator	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2018/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00%	

	Krankenhaus 2018			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich Referenzbereich				
	= 90,00%			

	Gesamt 2018			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich Referenzbereich	1.053 / 1.114 94,52%	766 / 792 96,72%	265 / 292 90,75%	22 / 30 73,33%
	93,03% - 95,71%			
	= 90,00%			

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2017			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	1.017 / 1.067 95,31%	749 / 765 97,91%	243 / 266 91,35%	25 / 36 69,44%

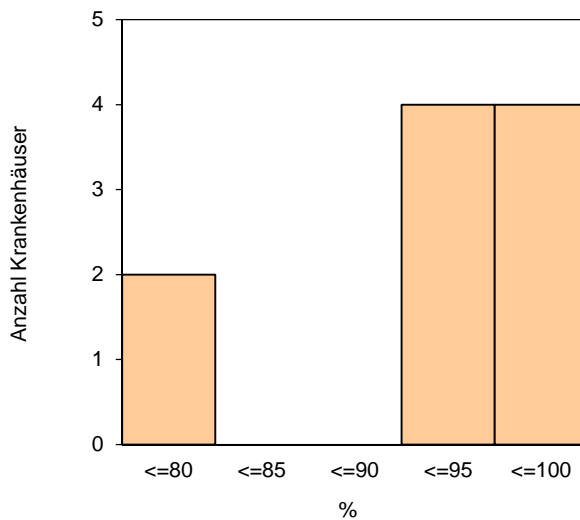
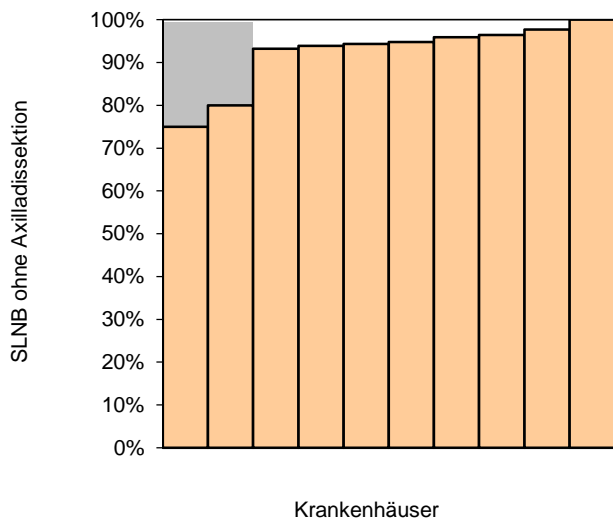
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2018/18n1-MAMMA/51847]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

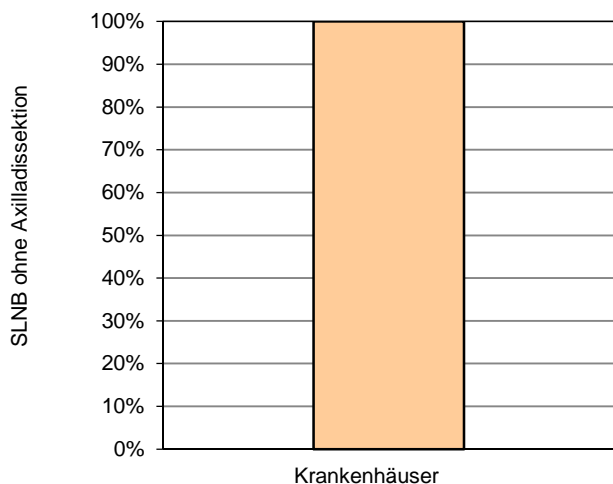
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	75,00		77,50	93,22	94,60	96,43	98,85		100,00

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
	100,00				100,00				100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation

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

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/18n1-MAMMA/51370

Referenzbereich: <= 16,36% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			60 / 1.862	3,22%
Vertrauensbereich				2,51% - 4,13%
Referenzbereich		<= 16,36%		<= 16,36%
>= 7 Tage bis < 14 Tage			307 / 1.862	16,49%
>= 14 Tage bis < 21 Tage			461 / 1.862	24,76%
>= 21 Tage bis < 28 Tage			415 / 1.862	22,29%
>= 28 Tage bis < 35 Tage			229 / 1.862	12,30%
>= 35 Tage bis < 42 Tage			141 / 1.862	7,57%
>= 42 Tage			249 / 1.862	13,37%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			84 / 1.749	4,80%
Vertrauensbereich				3,90% - 5,91%

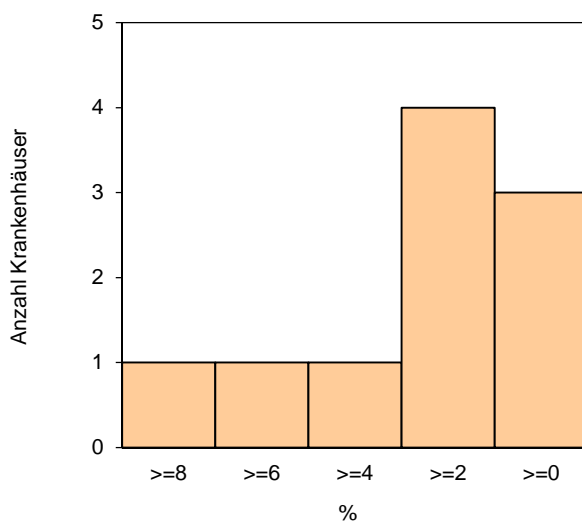
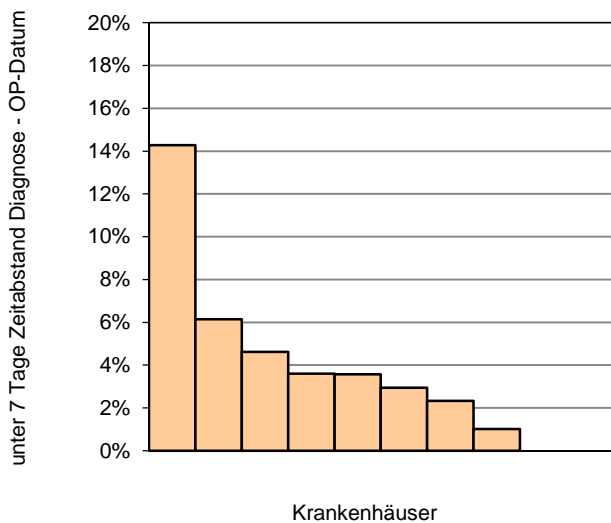
¹ Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2018/18n1-MAMMA/51370]:

Anteil von Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation an allen Patientinnen und Patienten 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:

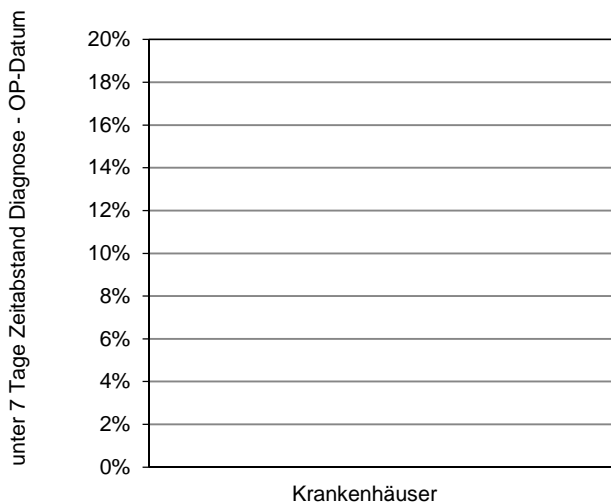
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	1,02	3,26	4,62	10,22		14,29

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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Nachresektionsrate

Qualitätsziel: Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff

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

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/18n1-MAMMA/60659

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion pro Brust >= 1 ¹			288 / 2.112	13,64%
Vertrauensbereich				12,24% - 15,17%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

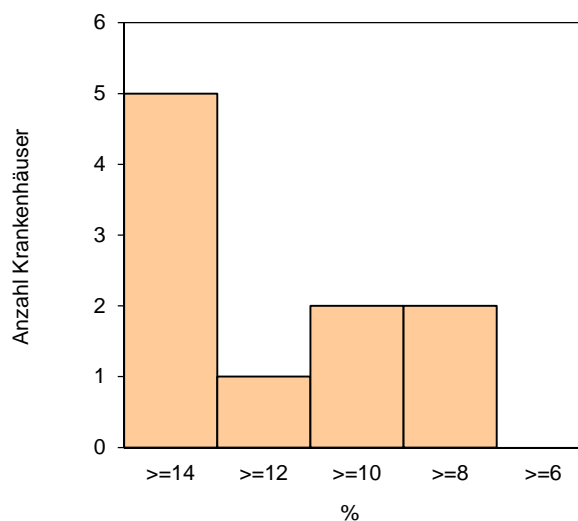
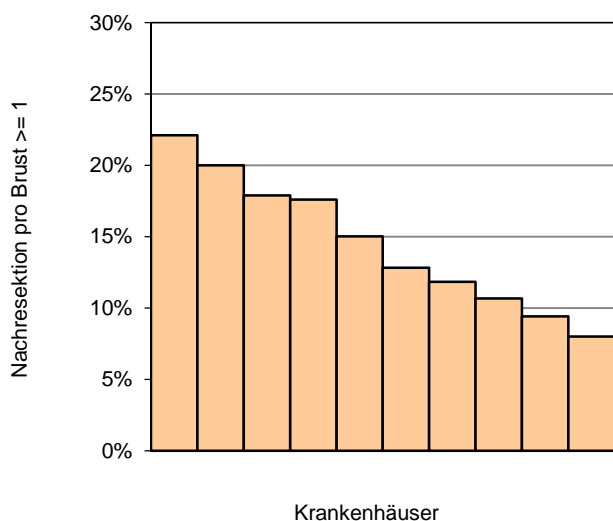
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion pro Brust >= 1 ¹			230 / 2.015	11,41%
Vertrauensbereich				10,10% - 12,88%

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

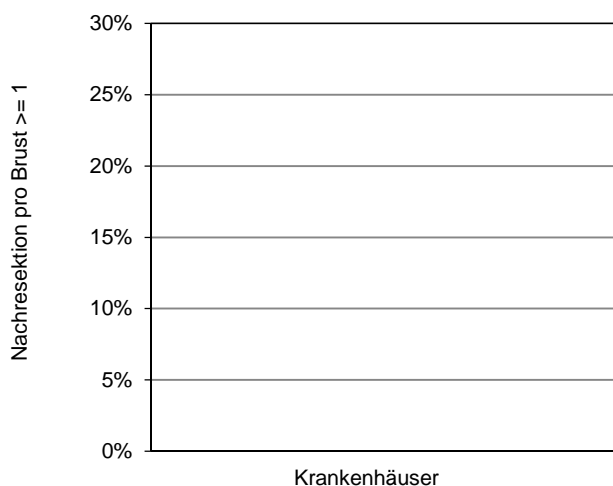
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2018/18n1-MAMMA/60659]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit Nachresektion pro Brust ≥ 1 an allen Patientinnen und Patienten mit
 Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und 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
	8,00		8,71	10,67	13,92	17,89	21,06		22,11

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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS

Qualitätsziel: Möglichst häufig postoperative Therapieplanung in einer interdisziplinären Tumorkonferenz nach Ersteingriff, nach abgeschlossener primär-operativer Therapie und bei Primärerkrankung invasives Mammakarzinom oder DCIS

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff und abgeschlossener primär-operativer Therapie

Art des Wertes: Qualitätsindikator

Indikator-ID: 2018/18n1-MAMMA/211800

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

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1.998 / 2.011	99,35%
Vertrauensbereich				98,90% - 99,62%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1.820 / 1.826	99,67%
Vertrauensbereich				99,28% - 99,85%

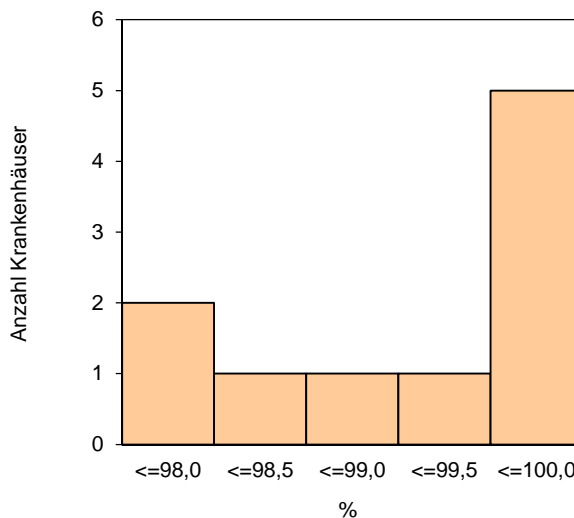
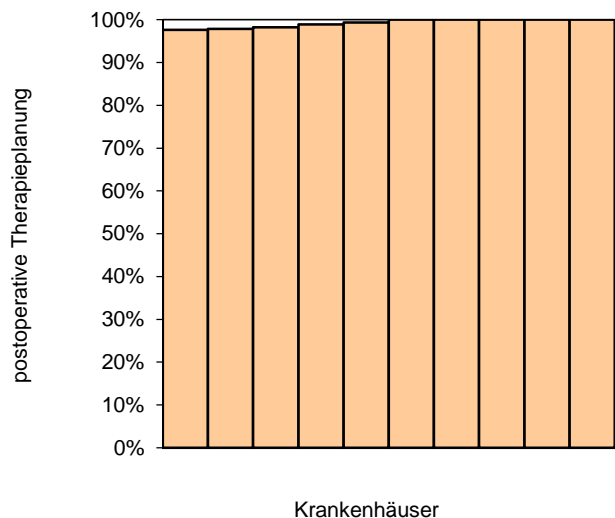
¹ Der Qualitätsindikator wurde im Vorjahr nicht berechnet.

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2018/18n1-MAMMA/211800]:

Anteil der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, Ersteingriff und abgeschlossener primär-operativer Therapie

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

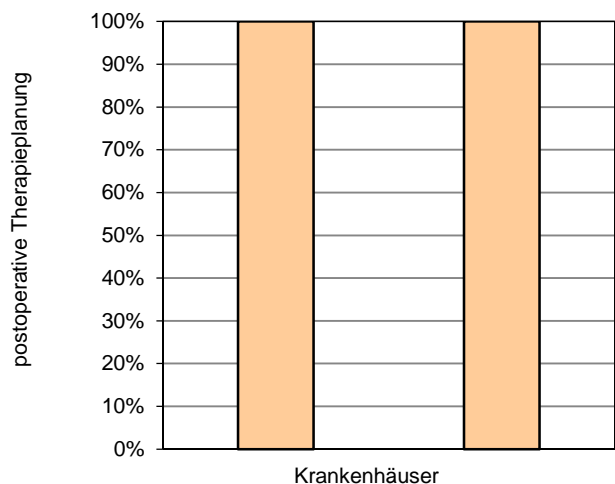
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	97,67		97,79	98,23	99,70	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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“

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

AK-ID: 2018/18n1-MAMMA/850363

Referenzbereich: <= 2,11% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 52268, 52267, 52278

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status ¹			10 / 2.061	0,49%
Vertrauensbereich				0,26% - 0,89%
Referenzbereich		<= 2,11%		<= 2,11%

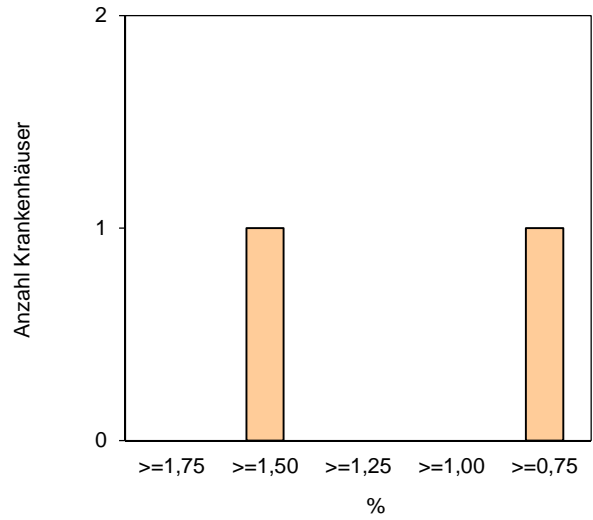
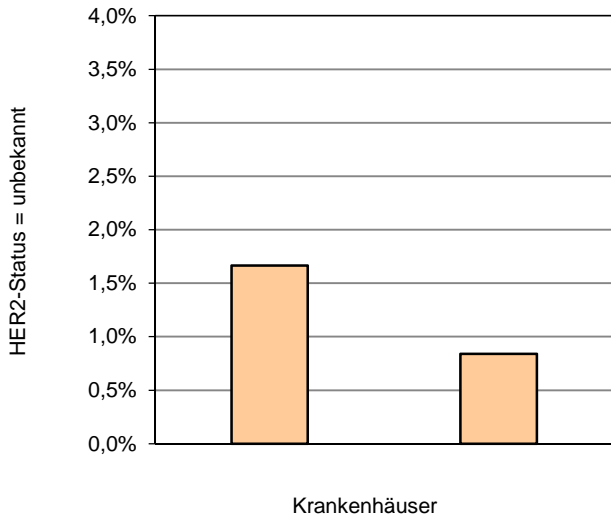
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status			20 / 1.959	1,02%
Vertrauensbereich				0,66% - 1,57%

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahresdaten eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850363, AK-ID 2018/18n1-MAMMA/850363]:
 Anteil an Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung
 und Histologie invasives Mammakarzinom 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
	0,84				1,25				1,67

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

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

AK-ID: 2018/18n1-MAMMA/850364

Referenzbereich: <= 0,92% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 60659

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen ¹			1 / 2.321	0,04%
Vertrauensbereich				0,01% - 0,24%
Referenzbereich		<= 0,92%		<= 0,92%

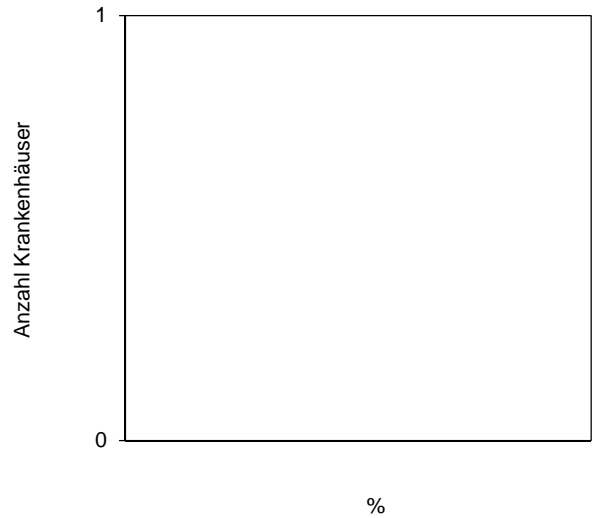
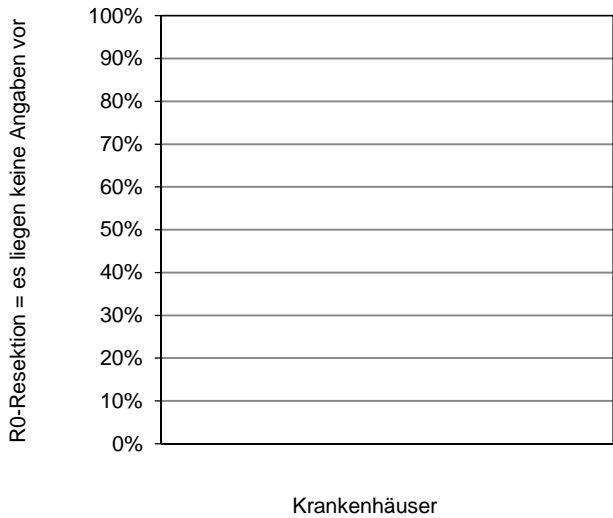
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen			1 / 2.191	0,05%
Vertrauensbereich				0,01% - 0,26%

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahresdaten eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850364, AK-ID 2018/18n1-MAMMA/850364]:
 Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen an allen lebend entlassenen
 Patientinnen und Patienten 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 und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“

AK-ID: 2018/18n1-MAMMA/813068

Referenzbereich: <= 4,00 Fälle

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 2163, 51847

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹ Referenzbereich		18 / 2.297 18,00 Fälle <= 4,00 Fälle	18 / 2.297	18,00 Fälle <= 4,00 Fälle

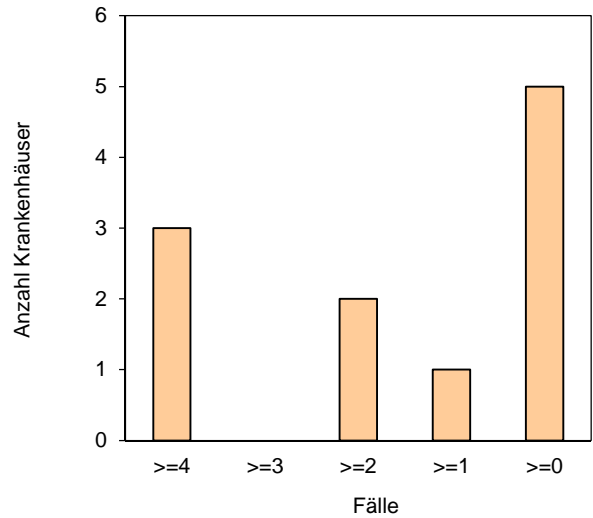
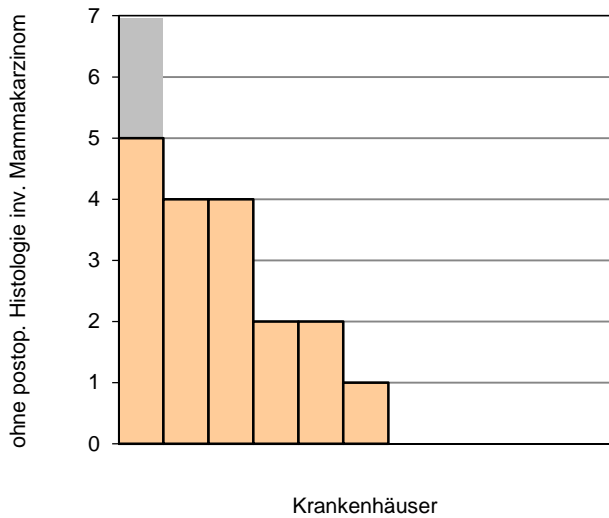
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“		18 / 2.137 18,00 Fälle	18 / 2.137	18,00 Fälle

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

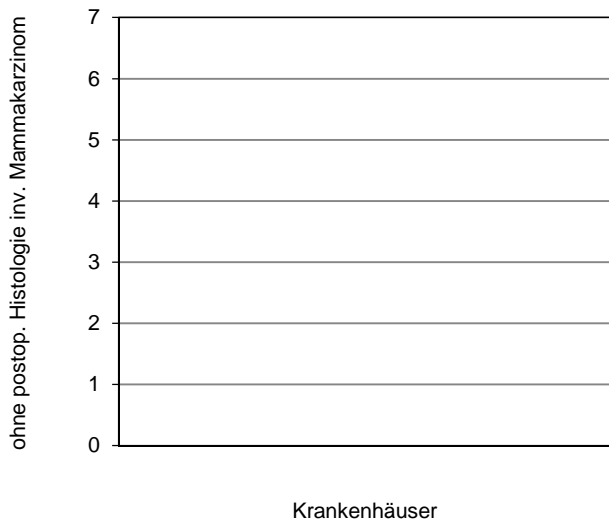
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_813068, AK-ID 2018/18n1-MAMMA/813068]:
 Anzahl Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen und Patienten mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

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	1,00	4,00	4,00		5,00

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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

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

AK-ID: 2018/18n1-MAMMA/850372

Referenzbereich: <= 1,16% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID): 52268, 52267, 52278

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status ¹			3 / 2.061	0,15%
Vertrauensbereich				0,05% - 0,43%
Referenzbereich		<= 1,16%		<= 1,16%

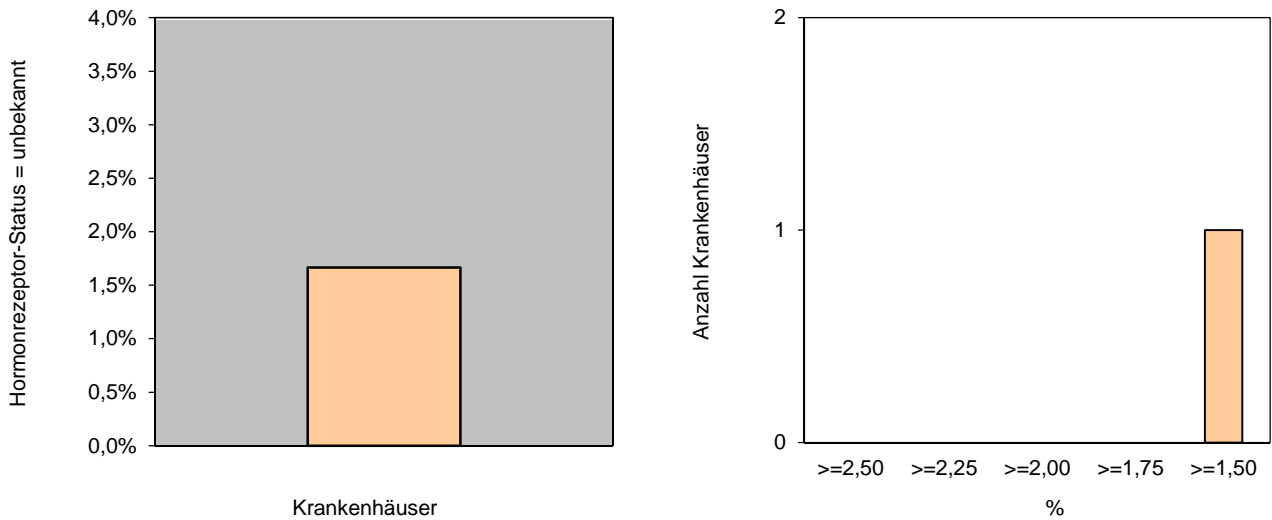
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2017		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status			7 / 1.959	0,36%
Vertrauensbereich				0,17% - 0,74%

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

² Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingchränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK_850372, AK-ID 2018/18n1-MAMMA/850372]:
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunohistochemischen Hormonrezeptor-Status an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 1



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

Jahresauswertung 2018 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 14
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.497
Datensatzversion: 18/1 2018
Datenbankstand: 28. Februar 2019
2018 - D17712-L113493-P54092

Übersicht Basisauswertung

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	38
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	41
	Basisdaten	41
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	41
	Patientinnen und Patienten	42
	Behandlungszeiten	43
3	Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)	44
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	48
5	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	50
5.1	Übersicht	50
5.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	51
5.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	58
5.4	DCIS (Primärerkrankung)	61
5.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	67
5.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	70
5.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	71
5.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	73
5.9	Nicht-maligne histologische Befunde	74

Hinweis:

Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln und Schlüssellisten des Jahres 2018.
Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

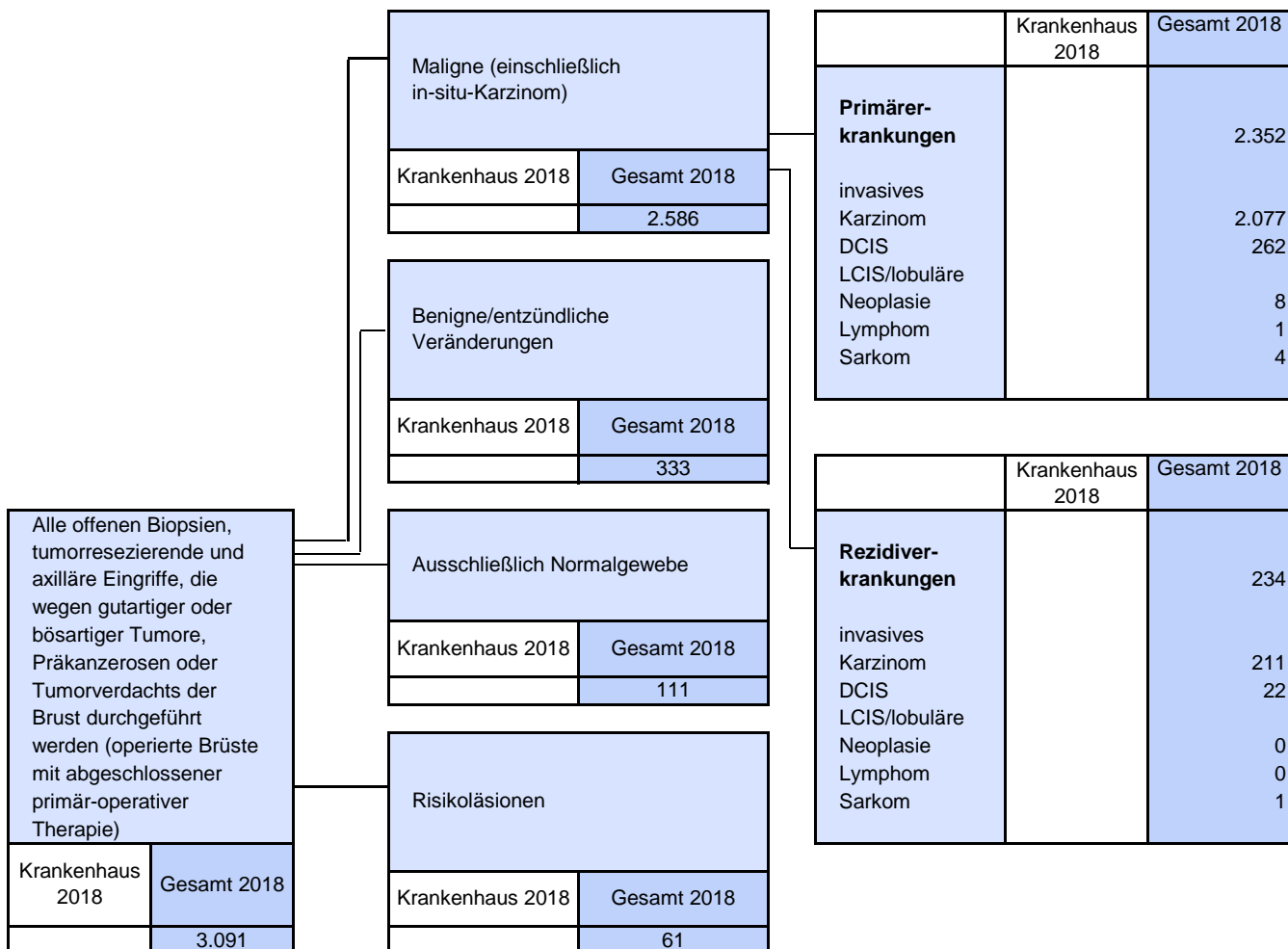
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle offenen Biopsien, tumorresezierende und axilläre Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden: Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie			3.091 / 3.545	87,19	2.894 / 3.250	89,05
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			111 / 3.091	3,59	157 / 2.894	5,43
= benigne/entzündliche Veränderung			333 / 3.091	10,77	277 / 2.894	9,57
= Risikoläsion			61 / 3.091	1,97	26 / 2.894	0,90
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.586 / 3.091	83,66	2.434 / 2.894	84,11

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			2.352 / 2.586	90,95	2.218 / 2.434	91,13
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			2.077 / 2.352	88,31	1.970 / 2.218	88,82
DCIS			262 / 2.352	11,14	232 / 2.218	10,46
LCIS/Lobuläre Neoplasie			8 / 2.352	0,34	7 / 2.218	0,32
Lymphom			1 / 2.352	0,04	1 / 2.218	0,05
Sarkom			4 / 2.352	0,17	6 / 2.218	0,27
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidiverkrankung			234 / 2.586	9,05	216 / 2.434	8,87
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			211 / 234	90,17	191 / 216	88,43
DCIS			22 / 234	9,40	23 / 216	10,65
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 234	0,00	1 / 216	0,46
Lymphom			0 / 234	0,00	0 / 216	0,00
Sarkom			1 / 234	0,43	0 / 216	0,00

Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			924	26,42	872	27,11
2. Quartal			870	24,88	772	24,00
3. Quartal			850	24,31	774	24,07
4. Quartal			853	24,39	798	24,81
Gesamt			3.497		3.216	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018¹

Liste der 5 häufigsten Diagnosen²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge
3	I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
5	Z92.6	Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2017 und ICD-10-GM 2018 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2018¹

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²	ICD	Anzahl	% ²
1				C50.4	1.596	45,64	C50.4	1.177	36,60
2				D05.1	798	22,82	C50.2	327	10,17
3				I10.90	483	13,81	C50.8	301	9,36
4				C77.3	475	13,58	D24	297	9,24
5				Z92.6	429	12,27	C50.5	266	8,27

¹ alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

² Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit Angabe einer/mehrerer Entlassungsdiagnose(n)

Patientinnen und Patienten

	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			14 / 3.497	0,40	14 / 3.216	0,44
20 - 29 Jahre			93 / 3.497	2,66	54 / 3.216	1,68
30 - 39 Jahre			207 / 3.497	5,92	207 / 3.216	6,44
40 - 49 Jahre			563 / 3.497	16,10	571 / 3.216	17,75
50 - 59 Jahre			912 / 3.497	26,08	822 / 3.216	25,56
60 - 69 Jahre			755 / 3.497	21,59	628 / 3.216	19,53
70 - 79 Jahre			694 / 3.497	19,85	649 / 3.216	20,18
>= 80 Jahre			259 / 3.497	7,41	271 / 3.216	8,43
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen und Patienten mit gültiger Altersangabe			3.497		3.216	
Median				59,00		59,00
Geschlecht						
männlich			25	0,71	20	0,62
weiblich			3.472	99,29	3.196	99,38
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			2.575 / 3.497	73,63	2.371 / 3.216	73,73
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe Median			2.575	2,00	2.371	3,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe Median			2.575	3,00	2.371	3,00
Patientinnen und Patienten ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			922 / 3.497	26,37	845 / 3.216	26,27
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe Median			922	1,00	845	2,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe Median			922	1,00	845	2,00

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

² bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen und Patienten

3. Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)

Präoperative Informationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			1.787 / 3.671	48,68	1.602 / 3.345	47,89
links			1.884 / 3.671	51,32	1.743 / 3.345	52,11
Erkrankung oder Eingriff an dieser Brust						
Primärerkrankung			3.259 / 3.671	88,78	2.987 / 3.345	89,30
lokoregionäres Rezidiv nach BET			230 / 3.671	6,27	200 / 3.345	5,98
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion			56 / 3.671	1,53	63 / 3.345	1,88
prophylaktische Mastektomie			27 / 3.671	0,74	22 / 3.345	0,66
99 / 3.671			2,70		73 / 3.345	2,18
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung						
wenn ja:			2.913 / 3.259	89,38	2.607 / 2.987	87,28
Tastbarer Mammabefund						
1.739 / 2.913			59,70		1.530 / 2.607	58,69
Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms						
ja			519 / 2.913	17,82	399 / 2.607	15,30
nein			2.315 / 2.913	79,47	2.180 / 2.607	83,62
unbekannt			79 / 2.913	2,71	28 / 2.607	1,07

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.596 / 1.739	91,78	1.404 / 1.530	91,76
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			990 / 1.174	84,33	917 / 1.077	85,14
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			2.586 / 2.913	88,77	2.321 / 2.607	89,03
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			25 / 2.586	0,97	17 / 2.321	0,73
= benigne/entzündliche Veränderung			126 / 2.586	4,87	112 / 2.321	4,83
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			138 / 2.586	5,34	123 / 2.321	5,30
= malignitätsverdächtig			29 / 2.586	1,12	23 / 2.321	0,99
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.268 / 2.586	87,70	2.046 / 2.321	88,15

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2018)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			2.268 / 2.586	87,70	2.046 / 2.321	88,15
davon:						
invasives Karzinom			2.000 / 2.268	88,18	1.791 / 2.046	87,54
DCIS			259 / 2.268	11,42	241 / 2.046	11,78
LCIS/Lobuläre Neoplasie			6 / 2.268	0,26	9 / 2.046	0,44
Lymphom			0 / 2.268	0,00	0 / 2.046	0,00
Sarkom			3 / 2.268	0,13	3 / 2.046	0,15

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv) wenn ja:			221 / 286	77,27	172 / 263	65,40
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			1 / 221	0,45	1 / 172	0,58
= benigne/entzündliche Veränderung			7 / 221	3,17	1 / 172	0,58
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			5 / 221	2,26	13 / 172	7,56
= malignitätsverdächtig			3 / 221	1,36	0 / 172	0,00
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			205 / 221	92,76	157 / 172	91,28

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2018)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			205 / 221	92,76	157 / 172	91,28
davon:						
invasives Karzinom			177 / 205	86,34	136 / 157	86,62
DCIS			26 / 205	12,68	18 / 157	11,46
LCIS/Lobuläre Neoplasie			1 / 205	0,49	0 / 157	0,00
Lymphom			0 / 205	0,00	0 / 157	0,00
Sarkom			1 / 205	0,49	0 / 157	0,00

Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			1.938 / 2.913	66,53	1.512 / 2.607	58,00
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			1.835 / 2.586	70,96	1.463 / 2.321	63,03
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			1.711 / 2.259	75,74	1.380 / 2.032	67,91
abgeschlossene präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			636 / 2.913	21,83	483 / 2.607	18,53
abgeschlossene präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom			413 / 2.000	20,65	292 / 1.791	16,30

4. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes						
Anzahl der gültigen Angaben			3.699		3.353	
Median				1,00		1,00
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
nein			1.574 / 3.573	44,05	1.347 / 3.258	41,34
ja, durch Mammografie			1.999 / 3.573	55,95	1.911 / 3.258	58,66
ja, durch Sonografie			1.108 / 3.573	31,01	1.046 / 3.258	32,11
ja, durch MRT			430 / 3.573	12,03	276 / 3.258	8,47
			36 / 3.573	1,01	25 / 3.258	0,77
Intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie						
nein			25 / 1.574	1,59	17 / 1.347	1,26
intraoperative Präparateradiografie			918 / 1.574	58,32	1.016 / 1.347	75,43
intraoperative Präparatesonografie			631 / 1.574	40,09	314 / 1.347	23,31

OPS 2018¹

Liste der sechs häufigsten Angaben²

Bezug der Texte: Gesamt 2018

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
3	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)
4	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)
5	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
6	5-870.91	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)

OPS 2018

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2018			Gesamt 2018			Gesamt 2017		
	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³	OPS	Anzahl	% ³
1				5-401.11	1.477	39,93	5-401.11	1.347	40,17
2				5-870.a2	1.216	32,87	5-870.a1	853	25,44
3				3-760	820	22,17	5-870.a2	804	23,98
4				5-870.a1	740	20,01	5-872.1	461	13,75
5				5-872.1	496	13,41	5-870.91	275	8,20
6				5-870.91	237	6,41	5-872.0	137	4,09

¹ Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2017 und OPS 2018 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

² alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs

³ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv (Bezug: Eingriffe)			1.766 / 3.573	49,43	1.579 / 3.258	48,47

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

5.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			112 / 3.545	3,16	157 / 3.250	4,83
= benigne/entzündliche Veränderung			335 / 3.545	9,45	281 / 3.250	8,65
= Risikoläsion			63 / 3.545	1,78	27 / 3.250	0,83
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.035 / 3.545	85,61	2.785 / 3.250	85,69
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			3.091 / 3.545	87,19	2.894 / 3.250	89,05
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			240 / 454	52,86	158 / 356	44,38
Empfehlung zur Mastektomie			134 / 454	29,52	108 / 356	30,34
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			33 / 454	7,27	30 / 356	8,43
Empfehlung zur Axilladisektion			16 / 454	3,52	20 / 356	5,62
Empfehlung zur BET			8 / 454	1,76	16 / 356	4,49
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			23 / 454	5,07	24 / 356	6,74

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen und Patienten ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.655 / 3.671	45,08	1.643 / 3.345	49,12
davon						
pT0			2 / 1.655	0,12	0 / 1.643	0,00
pTis			1 / 1.655	0,06	5 / 1.643	0,30
pT1 (<= 2 cm)			989 / 1.655	59,76	1.000 / 1.643	60,86
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			11 / 989	1,11	11 / 1.000	1,10
pT1a (<= 5 mm)			57 / 989	5,76	73 / 1.000	7,30
pT1b (<= 10 mm)			283 / 989	28,61	288 / 1.000	28,80
pT1c (<= 20 mm)			638 / 989	64,51	628 / 1.000	62,80
pT2 (> 2 bis 5 cm)			532 / 1.655	32,15	509 / 1.643	30,98
pT3 (> 5 cm)			96 / 1.655	5,80	88 / 1.643	5,36
pT4 (Brustwand/Haut)			30 / 1.655	1,81	32 / 1.643	1,95
davon						
pT4a (Brustwand)			6 / 30	20,00	0 / 32	0,00
pT4b (Ödem)			22 / 30	73,33	32 / 32	100,00
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 30	0,00	0 / 32	0,00
pT4d (inflammatorisch)			2 / 30	6,67	0 / 32	0,00
pTX			5 / 1.655	0,30	9 / 1.643	0,55

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen und Patienten mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			422 / 3.671	11,50	327 / 3.345	9,78
davon						
ypT0			191 / 422	45,26	132 / 327	40,37
ypTis			19 / 422	4,50	10 / 327	3,06
ypT1 (<= 2 cm)			128 / 422	30,33	106 / 327	32,42
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			6 / 128	4,69	5 / 106	4,72
ypT1a (<= 5 mm)			36 / 128	28,13	33 / 106	31,13
ypT1b (<= 10 mm)			34 / 128	26,56	25 / 106	23,58
ypT1c (<= 20 mm)			52 / 128	40,63	43 / 106	40,57
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			55 / 422	13,03	59 / 327	18,04
ypT3 (> 5 cm)			18 / 422	4,27	12 / 327	3,67
ypT4 (Brustwand/Haut)			11 / 422	2,61	6 / 327	1,83
davon						
ypT4a (Brustwand)			2 / 11	18,18	0 / 6	0,00
ypT4b (Ödem)			7 / 11	63,64	4 / 6	66,67
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 11	0,00	0 / 6	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			2 / 11	18,18	2 / 6	33,33
ypTX			0 / 422	0,00	2 / 327	0,61

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen und Patienten ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.659 / 3.671	45,19	1.675 / 3.345	50,07
davon						
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.120 / 1.659	67,51	1.095 / 1.675	65,37
pN0(sn)			1.068 / 1.120	95,36	1.001 / 1.095	91,42
pN0			52 / 1.120	4,64	94 / 1.095	8,58
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			348 / 1.659	20,98	370 / 1.675	22,09
pN1mi			4 / 348	1,15	3 / 370	0,81
pN1mi(sn)			41 / 348	11,78	58 / 370	15,68
pN1a			113 / 348	32,47	108 / 370	29,19
pN1a(sn)			150 / 348	43,10	156 / 370	42,16
pN1b			2 / 348	0,57	0 / 370	0,00
pN1c			4 / 348	1,15	3 / 370	0,81
pN1(sn)			34 / 348	9,77	42 / 370	11,35
pN2			72 / 1.659	4,34	80 / 1.675	4,78
pN2a			62 / 72	86,11	72 / 80	90,00
pN2a(sn)			9 / 72	12,50	8 / 80	10,00
pN2b			1 / 72	1,39	0 / 80	0,00
pN3			42 / 1.659	2,53	36 / 1.675	2,15
pN3a			42 / 42	100,00	34 / 36	94,44
pN3b			0 / 42	0,00	2 / 36	5,56
pN3c			0 / 42	0,00	0 / 36	0,00
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			77 / 1.659	4,64	94 / 1.675	5,61

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen und Patienten mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			418 / 3.671	11,39	295 / 3.345	8,82
davon						
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			313 / 418	74,88	214 / 295	72,54
ypN0(sn)			226 / 313	72,20	141 / 214	65,89
ypN0			87 / 313	27,80	73 / 214	34,11
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			60 / 418	14,35	57 / 295	19,32
ypN1mi			4 / 60	6,67	5 / 57	8,77
ypN1mi(sn)			11 / 60	18,33	5 / 57	8,77
ypN1a			31 / 60	51,67	28 / 57	49,12
ypN1a(sn)			13 / 60	21,67	16 / 57	28,07
ypN1b			0 / 60	0,00	0 / 57	0,00
ypN1c			0 / 60	0,00	1 / 57	1,75
ypN1(sn)			1 / 60	1,67	2 / 57	3,51
ypN2			14 / 418	3,35	10 / 295	3,39
ypN2a			12 / 14	85,71	10 / 10	100,00
ypN2a(sn)			2 / 14	14,29	0 / 10	0,00
ypN2b			0 / 14	0,00	0 / 10	0,00
ypN3			12 / 418	2,87	4 / 295	1,36
ypN3a			12 / 12	100,00	4 / 4	100,00
ypN3b			0 / 12	0,00	0 / 4	0,00
ypN3c			0 / 12	0,00	0 / 4	0,00
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			19 / 418	4,55	10 / 295	3,39

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			2.061		1.959	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			242	11,74	247	12,61
mäßig differenziert			1.109	53,81	1.085	55,39
schlecht differenziert			686	33,28	562	28,69
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			24	1,16	65	3,32
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			370	17,95	320	16,33
positiv			1.688	81,90	1.632	83,31
unbekannt			3	0,15	7	0,36
HER2-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			1.795	87,09	1.740	88,82
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			256	12,42	199	10,16
unbekannt			10	0,49	20	1,02
histologisch gesicherte Multizentrität			320 / 2.061	15,53	221 / 1.959	11,28
R0-Resektion						
nein			72	3,49	71	3,62
ja			1.854	89,96	1.788	91,27
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			150	11,55	90	7,17
>= 1 mm bis < 2 mm ¹			220	16,94	-	-
>= 2 mm ²			914	70,36	-	-
es liegen keine Angaben vor			15	1,15	10	0,80
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
0			1.637	88,30	1.614	90,27
1			205	11,06	153	8,56
2			11	0,59	20	1,12
>=3			1	0,05	1	0,06
es liegen keine Angaben vor			1	0,05	1	0,05
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			134	6,50	99	5,05

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

² neuer Schlüsselwert in 2018

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			581	27,97	539	27,36
ja			1.436	69,14	1.384	70,25
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			50	2,41	42	2,13
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			10	0,48	5	0,25
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			1.531	73,71	1.453	73,76
ja, einzelne Lymphknoten			159	7,66	259	13,15
ja, Axilladissektion			387	18,63	258	13,10
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.642	79,06	1.558	79,09
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			211	10,16	209	10,61

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2.026 / 2.039	99,36	1.917 / 1.923	99,69

Entlassung Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.528	74,94	1.407	73,17
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			486	23,84	503	26,16
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	1	0,05
04: gegen ärztlichen Rat			4	0,20	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			10	0,49	5	0,26
07: Tod			2	0,10	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			2	0,10	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			6	0,29	5	0,26
11: in Hospiz			0	0,00	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			1	0,05	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	1	0,05
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
5.3 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			191		160	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			19	9,95	12	7,50
mäßig differenziert			94	49,21	82	51,25
schlecht differenziert			75	39,27	60	37,50
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			3	1,57	6	3,75
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			41	21,47	38	23,75
positiv			147	76,96	120	75,00
unbekannt			3	1,57	2	1,25
HER2-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			167	87,43	138	86,25
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			22	11,52	18	11,25
unbekannt			2	1,05	4	2,50

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			161		139	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			102	63,35	84	60,43
ja			53	32,92	50	35,97
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	0,62	1	0,72
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			5	3,11	4	2,88

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			206 / 210	98,10	190 / 191	99,48

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			155	73,81	129	67,54
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			54	25,71	57	29,84
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,48	2	1,05
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	2	1,05
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	1	0,52
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

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)

5.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			258	98,47	229	98,71
davon						
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			200 / 258	77,52	182 / 229	79,48
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			53 / 258	20,54	45 / 229	19,65
pN0(sn)			46 / 53	86,79	41 / 45	91,11
pN0			7 / 53	13,21	4 / 45	8,89
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			2 / 258	0,78	1 / 229	0,44
pN1mi			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pN1mi(sn)			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pN1a			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pN1a(sn)			1 / 2	50,00	0 / 1	0,00
pN1b			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pN1c			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
pN1(sn)			1 / 2	50,00	1 / 1	100,00
pN2			0 / 258	0,00	0 / 229	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 258	0,00	0 / 229	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 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			0 / 258	0,00	0 / 229	0,00
Patientinnen und Patienten ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			2 / 258	0,78	0 / 229	0,00
ypN0(sn)			2 / 2	100,00	0 / 0	
ypN0			0 / 2	0,00	0 / 0	
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			1 / 258	0,39	0 / 229	0,00
ypN1mi			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1a			1 / 1	100,00	0 / 0	
ypN1a(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1b			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1c			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN2			0 / 258	0,00	0 / 229	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 258	0,00	1 / 229	0,44
ypN3a			0 / 0		1 / 1	100,00
ypN3b			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN3c			0 / 0		0 / 1	0,00

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grading						
G1 = Grad 1 (low grade)			43	16,41	34	14,66
G2 = Grad 2 (intermediate grade)			125	47,71	101	43,53
G3 = Grad 3 (high grade)			85	32,44	92	39,66
GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)			5	1,91	2	0,86
Gesamttumorggröße						
Anzahl der gültigen Angaben			262		232	
Median				14,00		15,00
Anteil <= 10 mm (%)			109 / 262	41,60	93 / 232	40,09
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			54 / 262	20,61	55 / 232	23,71
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			29 / 262	11,07	21 / 232	9,05
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			21 / 262	8,02	21 / 232	9,05
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			15 / 262	5,73	13 / 232	5,60
Anteil > 50 mm (%)			30 / 262	11,45	26 / 232	11,21

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			19 / 262	7,25	18 / 232	7,76
R0-Resektion						
nein			4	1,53	5	2,16
ja			254	96,95	224	96,55
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			21	11,60	12	7,45
>= 1 mm bis > 2 mm ¹			29	16,02	-	-
>= 2 mm ²			126	69,61	-	-
es liegen keine Angaben vor			5	2,76	1	0,62
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen						
0			184	72,44	170	75,89
1			61	24,02	50	22,32
2			8	3,15	3	1,34
>=3			1	0,39	1	0,45
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

¹ Aufgrund von Spezifikationsänderungen sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

² neuer Schlüsselwert in 2018

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			72	27,48	59	25,43
ja			184	70,23	164	70,69
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			2	0,76	6	2,59
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			3	1,15	4	1,72
ja, Axilladissektion			1	0,38	1	0,43
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			51	19,47	43	18,53
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			1	0,38	2	0,86
ja, Axilladissektion			0	0,00	1	0,43

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			257 / 260	98,85	227 / 231	98,27

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			211	81,15	182	78,79
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			49	18,85	49	21,21
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

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)

5.5 DCIS (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grading						
G1 = Grad 1 (low grade)			2	9,09	2	8,70
G2 = Grad 2 (intermediate grade)			8	36,36	9	39,13
G3 = Grad 3 (high grade)			9	40,91	10	43,48
GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)			2	9,09	1	4,35
Gesamttumorggröße						
Anzahl der gültigen Angaben			22		23	
Median				12,00		15,00
Anteil <= 10 mm (%)			8 / 22	36,36	6 / 23	26,09
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			8 / 22	36,36	7 / 23	30,43
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			1 / 22	4,55	4 / 23	17,39
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			3 / 22	13,64	4 / 23	17,39
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			0 / 22	0,00	0 / 23	0,00
Anteil > 50 mm (%)			1 / 22	4,55	1 / 23	4,35

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			20		20	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			10	45,45	12	52,17
ja			8	36,36	6	26,09
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	4,55	1	4,35
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	4,55	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			22 / 22	100,00	23 / 23	100,00

**Entlassung
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			16	72,73	16	69,57
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			6	27,27	7	30,43
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

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Weiterer Behandlungsverlauf 5.6 LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			8 / 8	100,00	8 / 8	100,00

Entlassung LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			8	100,00	7	87,50
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	1	12,50
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

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
5.7 Sarkome (Primär- und Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			4	100,00	6	100,00
davon						
pT0			0 / 4	0,00	0 / 6	0,00
pTis			0 / 4	0,00	2 / 6	33,33
pT1 (<= 2 cm)			1 / 4	25,00	0 / 6	0,00
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT1a (<= 5 mm)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT1b (<= 10 mm)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT1c (<= 20 mm)			1 / 1	100,00	0 / 0	
pT2 (> 2 bis 5 cm)			1 / 4	25,00	1 / 6	16,67
pT3 (> 5 cm)			1 / 4	25,00	1 / 6	16,67
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 4	0,00	1 / 6	16,67
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		1 / 1	100,00
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 1	0,00
pTX			1 / 4	25,00	1 / 6	16,67
ypT0			0 / 4	0,00	0 / 6	0,00
ypTis			0 / 4	0,00	0 / 6	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 4	0,00	0 / 6	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 / 4	0,00	0 / 6	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 4	0,00	0 / 6	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 4	0,00	0 / 6	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 / 4	0,00	0 / 6	0,00

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

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			5 / 5	100,00	5 / 6	83,33

Entlassung
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5	100,00	5	83,33
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	1	16,67
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

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Weiterer Behandlungsverlauf

5.8 Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00

Entlassung

Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1	100,00	0	0,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	1	100,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Entlassung

5.9 Nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018		Gesamt 2017	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			438	89,21	372	84,35
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			52	10,59	69	15,65
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			1	0,20	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

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Leseanleitung

1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

Im ersten Teil befindet sich die Auswertung definierter Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien, die eine Bewertung der Qualität der Gesamtversorgung sowie der einzelnen Krankenhäuser erlauben.

Der zweite Teil besteht aus einer Basisauswertung, die eine Zusammenfassung der erhobenen Qualitätssicherungsdaten abbildet.

Eine kurze Zusammenfassung über die wesentlichen Ergebnisse des ersten Berichtsteils bieten die Übersichtsseiten am Anfang dieser Jahresauswertung. Die Angabe der Seitenzahl weist darauf hin, auf welcher Seite des Berichtes das entsprechende Ergebnis zum Qualitätsindikator oder zur Kennzahl bzw. dem Auffälligkeitskriterium zu finden ist.

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ausführlich dargestellt. Im Titel wird zunächst die Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl ausgewiesen. Anschließend werden das angestrebte Qualitätsziel sowie die betrachtete Grundgesamtheit beschrieben. Darauf folgt unter „Art des Wertes“ die Information, ob es sich um einen Qualitätsindikator oder eine verbindliche Kennzahl handelt. Die Indikator-ID/Kennzahl-ID setzt sich aus Auswertungs(Spezifikations-)jahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer, analog zur Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB), zusammen. Damit sind alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, für die auch eine grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse erfolgt, eindeutig identifizierbar.

Sofern für einen Qualitätsindikator ein Referenzbereich definiert ist (vgl. 3), wird dieser hier aufgeführt. Bei verbindlichen Kennzahlen entfällt dieser Punkt.

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (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“.

Die Berechnung des Vertrauensbereichs (vgl. 2) sowie die grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse (vgl. 5) erfolgt für alle in der QIDB ausgewiesenen Kennzahlen und Qualitätsindikatoren.

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und veränderten Regressionsgewichten erhalten Sie beim IQTIG unter www.iqtig.org.

Im Anschluss an die Darstellung der Qualitätsindikatoren und verbindlichen Kennzahlen erfolgt der Ausweis der Auffälligkeitskriterien. Aufbau und Merkmale der Ergebnisdarstellung sind im Wesentlichen mit der vorstehenden Beschreibung zu den Qualitätsindikatoren identisch. Die ID wird hier lediglich als „AK-ID“ ausgewiesen. Des Weiteren wird vor der Bezeichnung des Kriteriums der Begriff „Auffälligkeitskriterium“ vorangestellt.

Auf welche Qualitätsindikatoren/Kennzahlen sich das Auffälligkeitskriterium bezieht, wird gesondert ausgewiesen.

2. 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)

3. Referenzbereiche

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

Für Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich Referenzbereiche definiert. Ist dies in seltenen Fällen (z. B. bei einem Indikator in der Erprobung) nicht der Fall, wird anstelle des Referenzbereichs 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“.

3.1 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 2018.

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.

3.2 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.

4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2018 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2017 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 © 2019. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2017 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2018 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2018 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch 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 Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

Bei den Auffälligkeitskriterien ist die in der QIDB ausgewiesene Anzahl der Fälle im Merkmal oder in der Grundgesamtheit bei der grafischen Darstellung relevant.

Sofern für einen Qualitätsindikator in der QIDB ein Referenzbereich definiert ist, wird dieser in den Benchmarkdiagrammen nur für Krankenhausergebnisse abgebildet, deren Ergebnis außerhalb dieses Referenzbereiches liegt.

Bei einem Vergleich der beiden Benchmarkdiagramme ist zu beachten, dass die y-Achsen oft nicht gleich skaliert sind, was an der Verteilung der zugrundeliegenden Anzahl und Ergebnisse der Krankenhäuser für die grafische Darstellung liegt. Als zusätzliche Information sind unter den Grafiken jeweils die Spannweite, der Median und weitere Perzentilwerte der Krankenhausergebnisse aufgeführt.

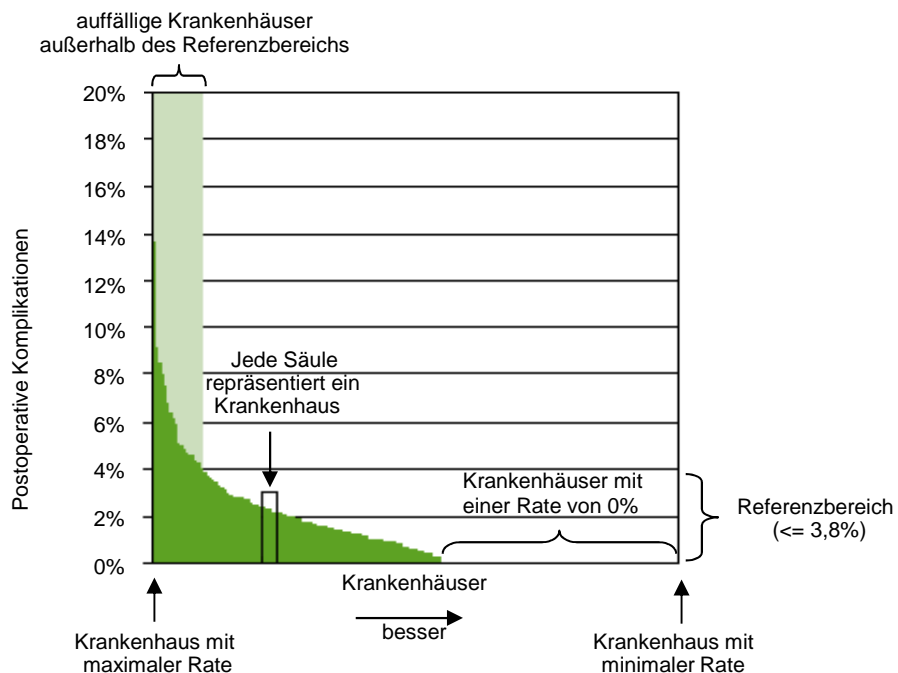
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

5.1 Benchmarkdiagramm

Für jedes Krankenhaus wird der zugehörige Wert 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



5.2 Histogramm

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

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

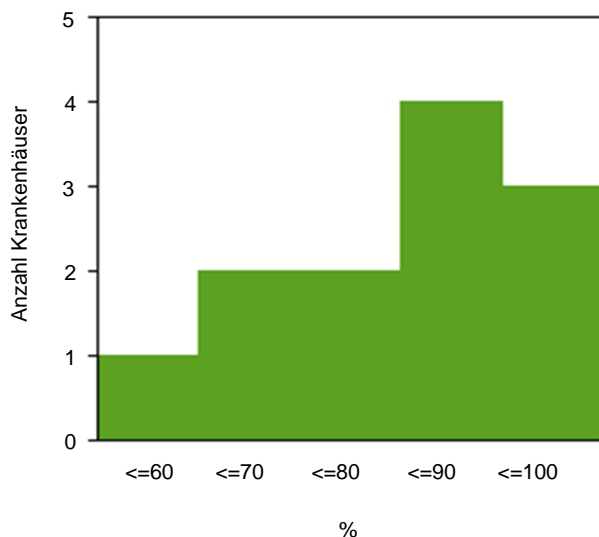
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

- Welcher Wert 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)

6. 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.

7. Sonstiges

7.1 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.

7.2 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.

7.3 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.

7.4 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).

AK-ID

Die AK-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Auffälligkeitskriteriums. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

Auffälligkeitskriterium

Auffälligkeitskriterien sind Kriterien der Statistischen Basisprüfung (Vollzähligkeits-, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung), die im Rahmen der Datenvalidierung bundeseitig festgelegt und jährlich geprüft werden.

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 2018/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2018. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

Kennzahl-ID

Die Kennzahl-ID ermöglicht eine eindeutige Identifikation einer verbindlichen Kennzahl. Die ID setzt sich aus dem Auswertungsjahr, dem Kürzel des jeweiligen Leistungsbereichs sowie der bundeseinheitlichen Kennzahlnummer zusammen.

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/Gruppe

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 und/oder Kennzahlen zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Gruppen 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 Krankenhausergebnisse werden durch statistische Maßzahlen beschrieben.

Verbindliche Kennzahlen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21.06.2018 ein Konzept zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen beschlossen. Das Konzept sieht ab dem Auswertungsjahr 2018 auch den Ausweis von berichts- und veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen vor, die sich von den Qualitätsindikatoren im Wesentlichen durch fehlende Referenzbereiche unterscheiden. Folgende vier Kennzahltypen wurden definiert:

- kalkulatorische Kennzahlen (KKez),
- Transparenzkennzahlen (TKez),
- ergänzende Kennzahlen(EKez) und
- verfahrensspezifische Kennzahlen (Vkez).

Diese Kennzahlen werden zusammen mit den Qualitätsindikatoren und den Auffälligkeitskriterien jährlich in der Qualitätsindikatoren-datenbank (QIDB) des IQTIG spezifiziert.

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TK“ bzw. „KK“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen. Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

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.