

Jahresauswertung 2015 Mammachirurgie

18/1

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.600
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16128-L101143-P48581

Jahresauswertung 2015
Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.600
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16128-L101143-P48581

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung			97,15%	>= 90,00%	innerhalb	97,02%	7
QI 2³: HER2/neu-Positivitätsrate							
2a: 2015/18n1-MAMMA/52268 HER2/neu-Positivitätsrate			12,76%	nicht definiert	-	16,20%	9
2b: 2015/18n1-MAMMA/52273 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)			0,88	nicht definiert	-	1,14	11
QI 3³: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung							
3a: 2015/18n1-MAMMA/52330 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung			98,40%	>= 95,00%	innerhalb	-	13
3b: 2015/18n1-MAMMA/52279 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung			59,38%	>= 95,00%	außerhalb	-	15

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/2163 QI 4³: Primäre Axilladissektion bei DCIS			0,00 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	1,00 Fälle	17
2015/18n1-MAMMA/50719 QI 5³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			5,50%	<= 20,75%	innerhalb	9,68%	19
2015/18n1-MAMMA/51847 QI 6³: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			97,64%	>= 90,00%	innerhalb	95,22%	21
QI 7³: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation							
7a: 2015/18n1-MAMMA/51370 unter 7 Tage			14,59%	<= 28,44%	innerhalb	17,37%	24
7b: 2015/18n1-MAMMA/51371 über 21 Tage			22,89%	nicht definiert	-	20,66%	24

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

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/850363 AK 1³: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“			0,19%	<= 4,30%	-	0,19%	27
2015/18n1-MAMMA/850364 AK 2³: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“			0,29%	<= 2,78%	-	-	29
2015/18n1-MAMMA/813068 AK 3³: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie			20,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	9,00 Fälle	31

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

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2015/18n1-MAMMA/850366 AK 4³: Angabe von ASA 5			0,00 Fälle	= 0,00 Fälle	innerhalb	2,00 Fälle	33
2015/18n1-MAMMA/850367 AK 5³: Häufige Angabe „(y)pNX“			8,00 Fälle	<= 1,00 Fälle	außerhalb	9,00 Fälle	35
2015/18n1-MAMMA/850365 AK 6³: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust			5,31%	<= 14,55%	innerhalb	5,53%	37

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

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

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

Qualitätsindikator 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

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

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

	Gesamt 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	1.737 / 1.788 97,15% 96,27% - 97,82% => 90,00%	222 / 375 59,20%

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

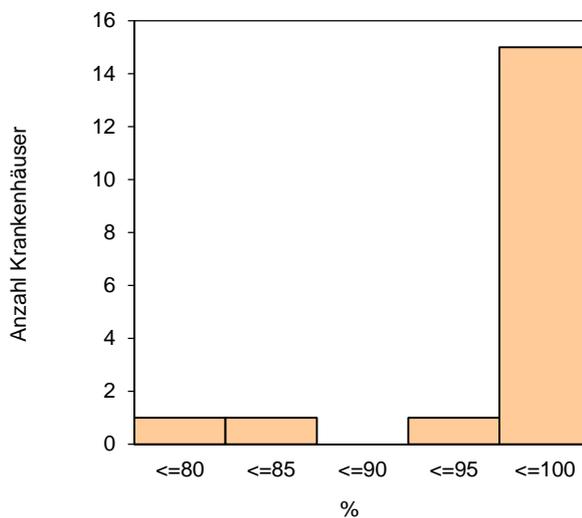
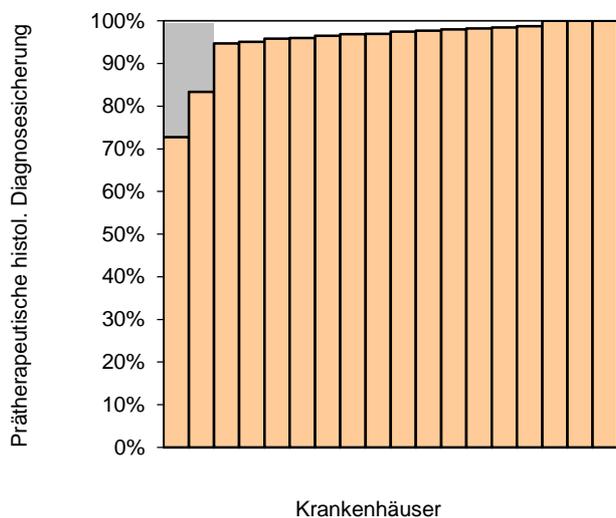
Vorjahresdaten	Gesamt 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	1.726 / 1.779 97,02% 96,12% - 97,72%	194 / 353 54,96%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

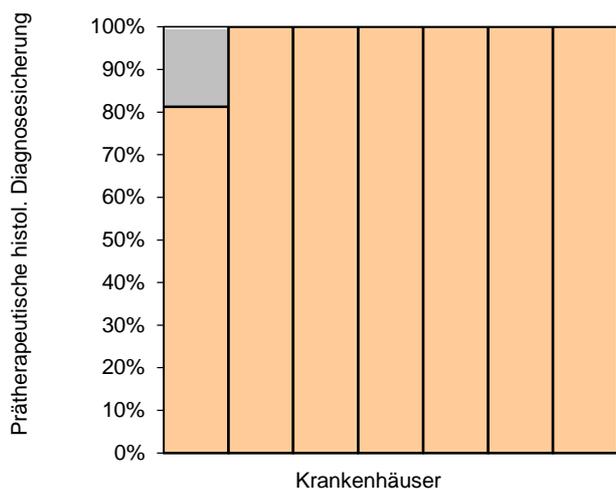
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	72,73		83,33	95,83	97,23	98,48	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	81,25			100,00	100,00	100,00			100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: HER2/neu-Positivitätsrate

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

HER2/neu-Positivitätsrate

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

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

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status			204 / 1.599	12,76%
Vertrauensbereich				11,21% - 14,48%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

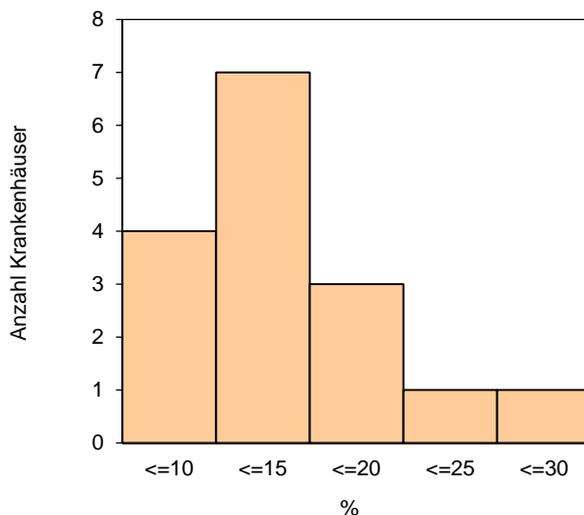
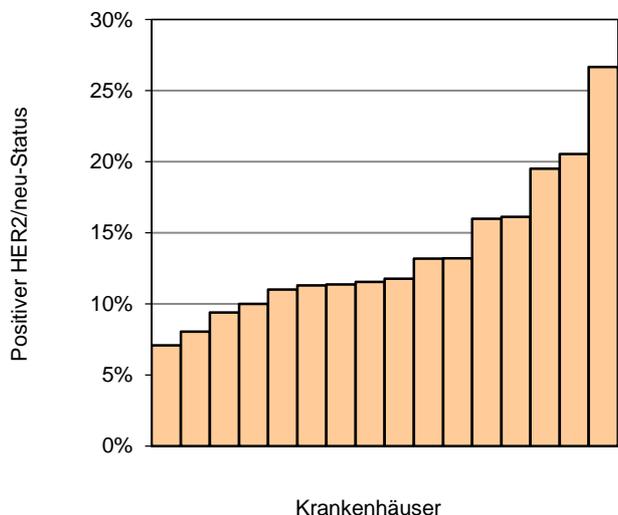
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status			254 / 1.568	16,20%
Vertrauensbereich				14,46% - 18,10%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

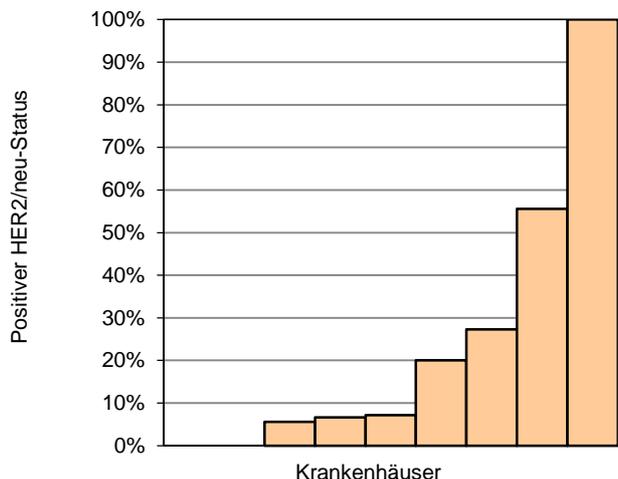
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,09		8,05	10,50	11,65	16,06	20,55		26,67

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			5,56	7,14	27,27			100,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		204 / 1.599 12,76%
vorhergesagt (E) ¹		232,58 / 1.599 14,55%
O - E		-1,79%

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E ²		0,88
Vertrauensbereich		0,77 - 1,00
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

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

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

Vorjahresdaten¹	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		254 / 1.568 16,20%
vorhergesagt (E)		223,53 / 1.568 14,26%
O - E		1,94%
O / E		1,14
Vertrauensbereich		1,01 - 1,27

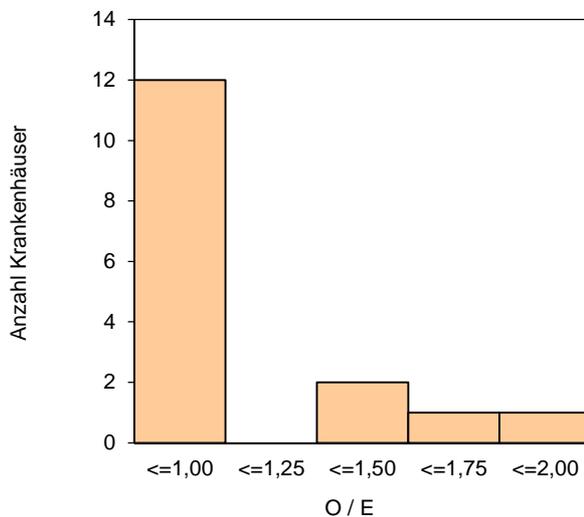
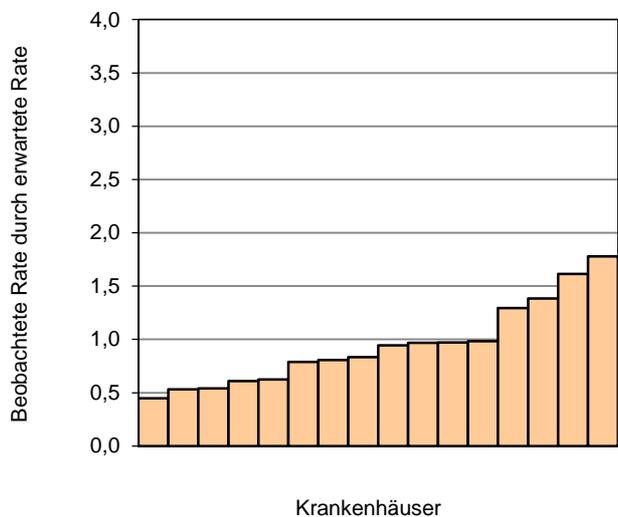
¹ Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2014 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

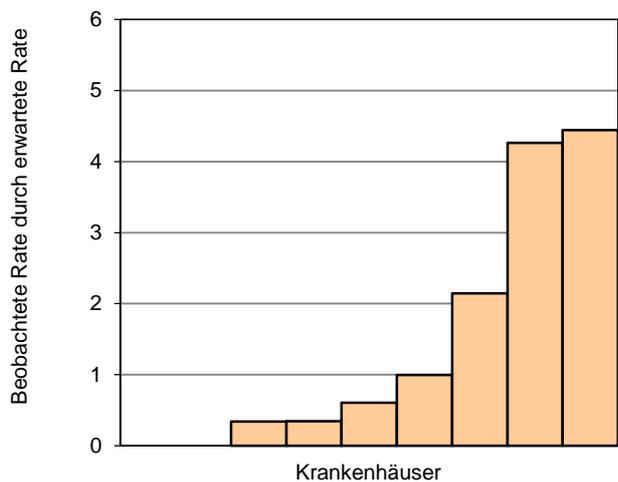
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,45		0,53	0,62	0,89	1,14	1,62		1,78

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,34	0,60	2,14			4,44

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

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

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie

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

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			246 / 250	98,40%
Vertrauensbereich				95,96% - 99,38%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

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

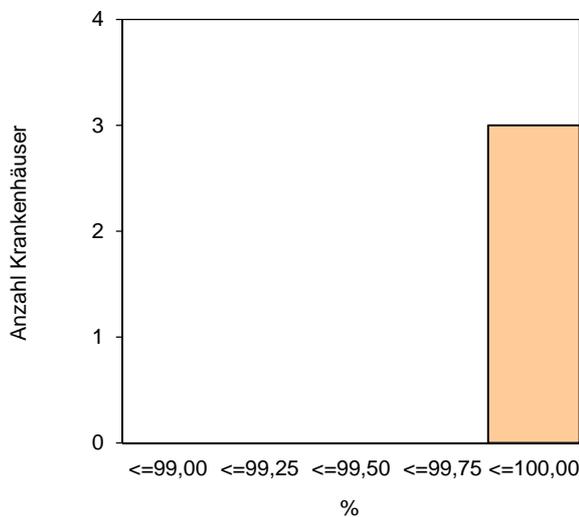
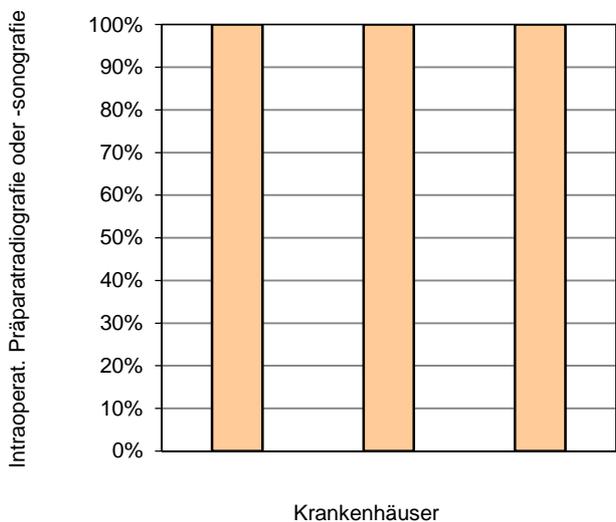
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

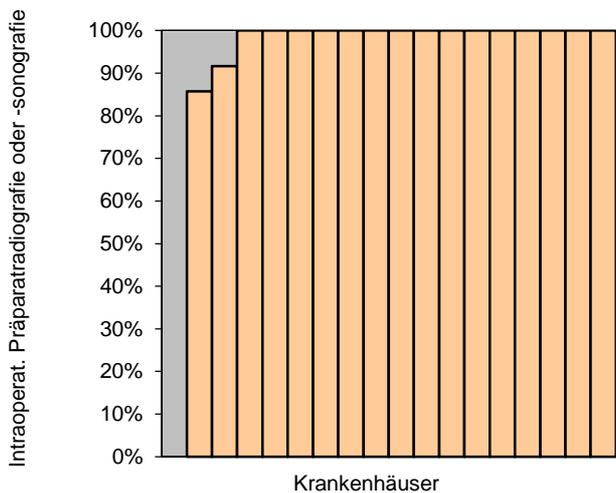
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		85,71	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie

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

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie Vertrauensbereich Referenzbereich			228 / 384	59,38% 54,39% - 64,17%
		>= 95,00%		>= 95,00%

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

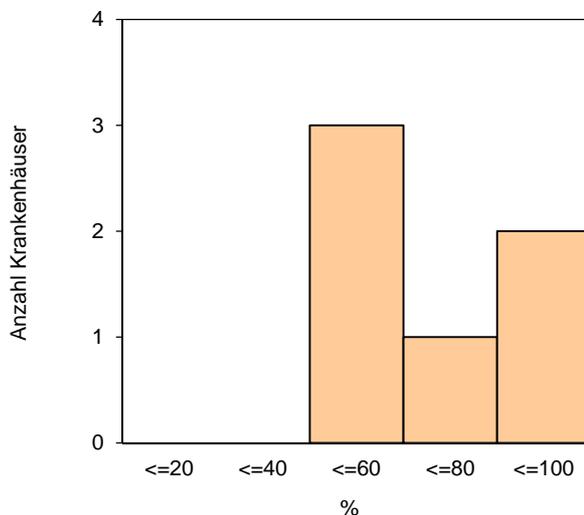
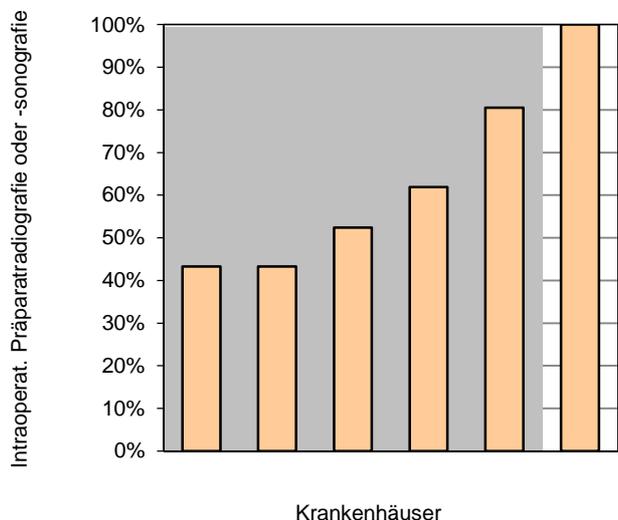
¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

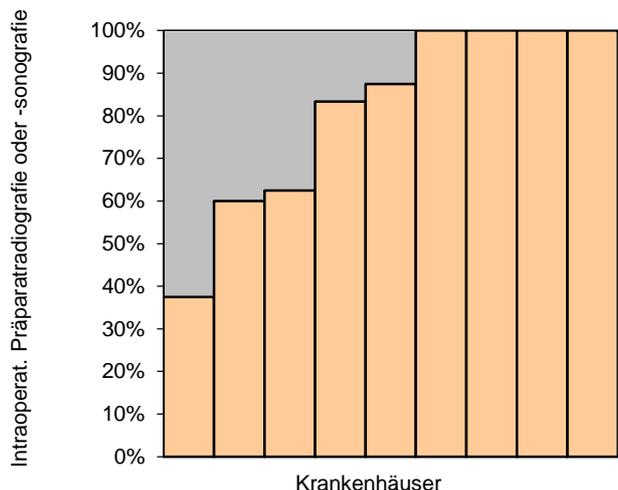
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	43,24			43,27	57,14	80,56			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	37,50			62,50	87,50	100,00			100,00

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Primäre Axilladisektion bei DCIS

Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladisektion bei DCIS

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

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

Referenzbereich: Sentinel Event

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			0 / 138	0,00 Fälle 0,00%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

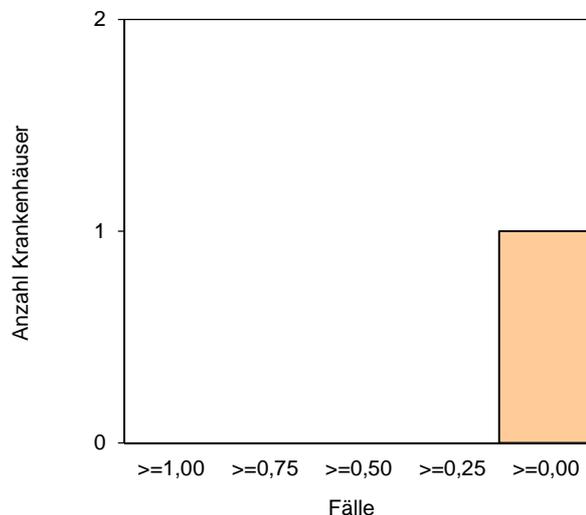
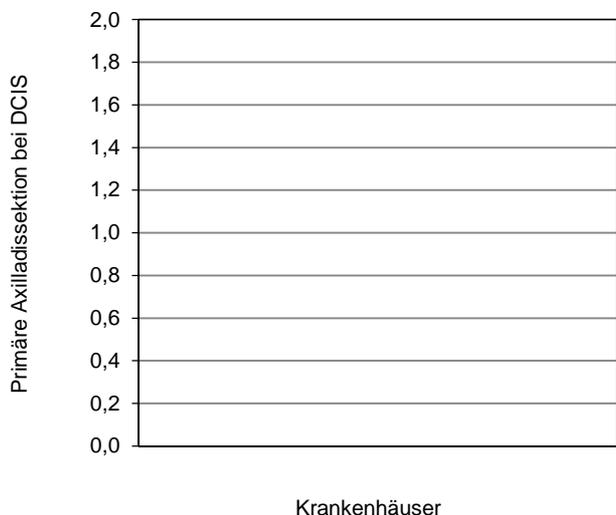
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			1 / 168	1,00 Fälle 0,60%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

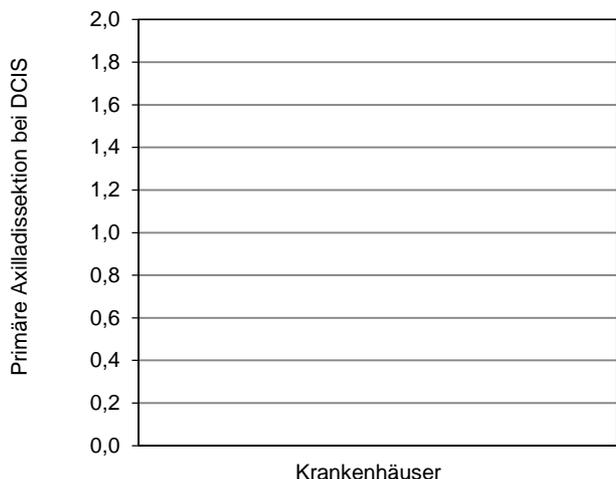
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

14 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

13 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

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

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

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

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			6 / 109	5,50%
Vertrauensbereich				2,55% - 11,49%
Referenzbereich		<= 20,75%		<= 20,75%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 109	0,00%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			6 / 109	5,50%

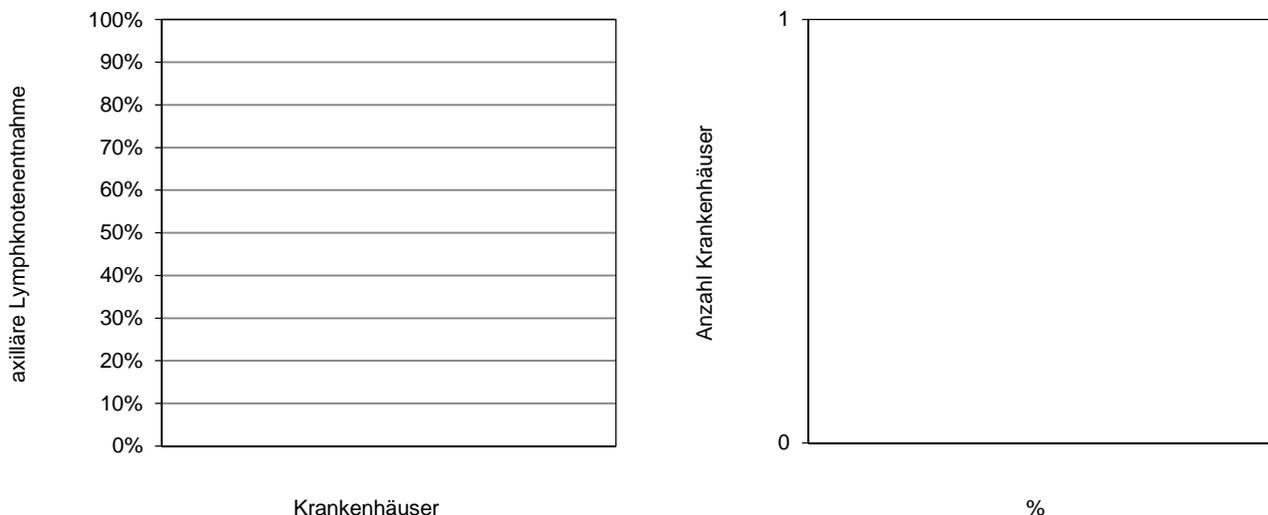
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			12 / 124	9,68%
Vertrauensbereich				5,62% - 16,16%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

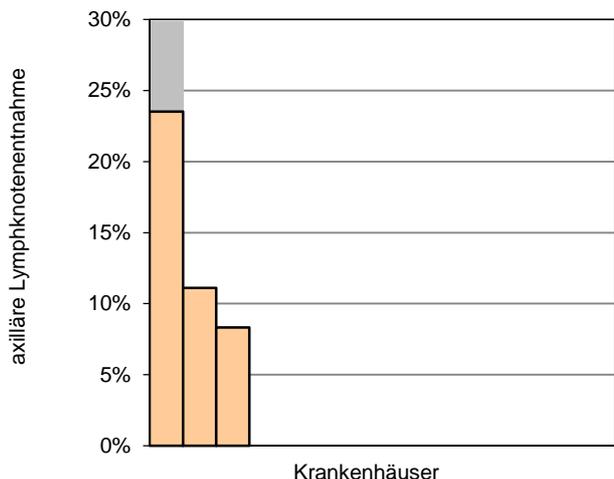
0 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

14 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	11,11		23,53

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

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

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

	Gesamt 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	911 / 933	691 / 701	200 / 209	20 / 23
Vertrauensbereich	97,64%	98,57%	95,69%	86,96%
Referenzbereich	96,46% - 98,44%			
	>= 90,00%			

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

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

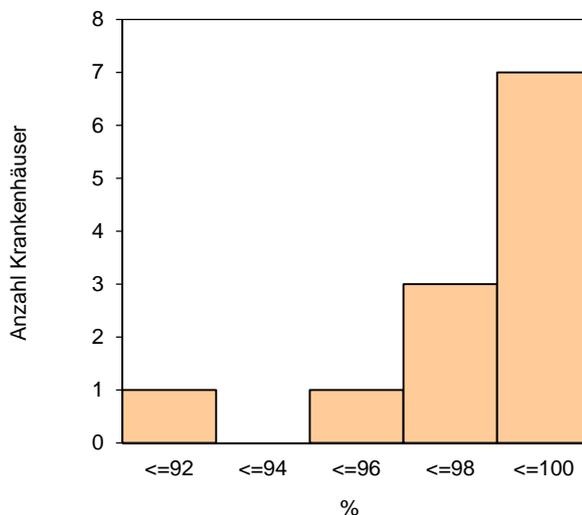
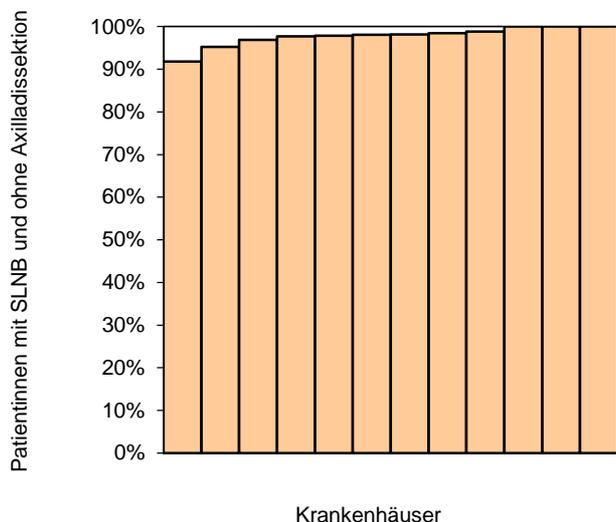
Vorjahresdaten	Gesamt 2014			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	856 / 899 95,22%	618 / 633 97,63%	210 / 226 92,92%	28 / 40 70,00%
	93,62% - 96,43%			

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

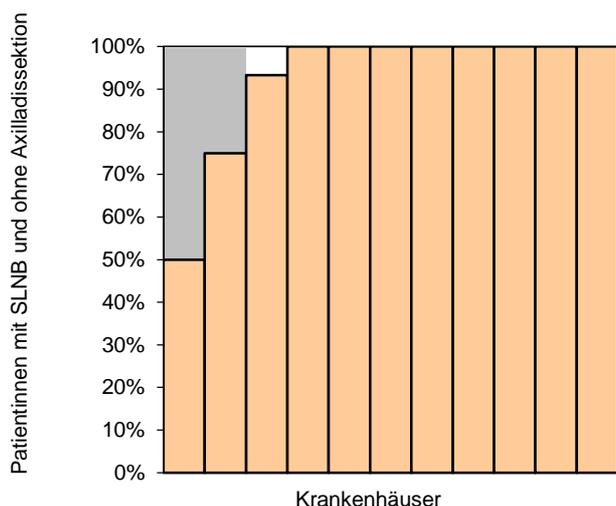
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,78		95,24	97,30	98,15	99,40	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,00		75,00	93,33	100,00	100,00	100,00		100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

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

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

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

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			218 / 1.494	14,59%
Vertrauensbereich				12,89% - 16,47%
Referenzbereich		<= 28,44%		<= 28,44%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			342 / 1.494	22,89%
Vertrauensbereich				20,83% - 25,09%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

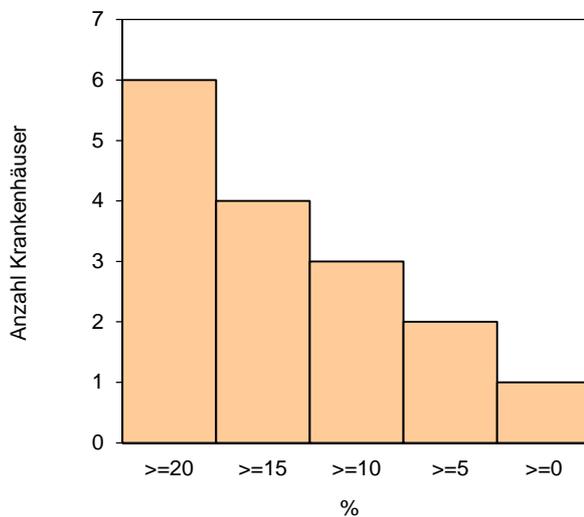
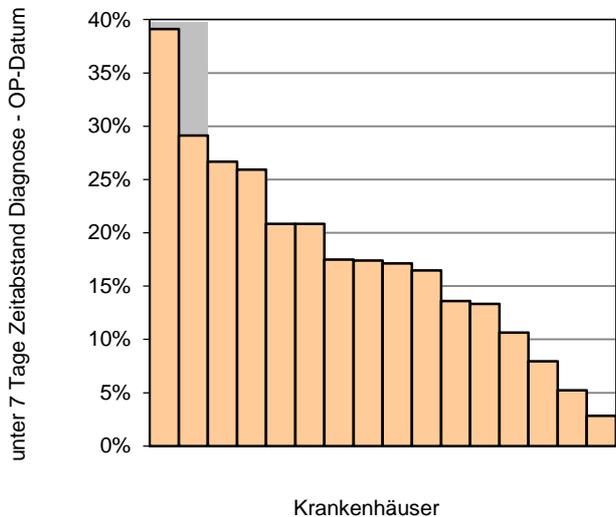
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			259 / 1.491	17,37%
Vertrauensbereich				15,53% - 19,38%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			308 / 1.491	20,66%
Vertrauensbereich				18,68% - 22,79%

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51370]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

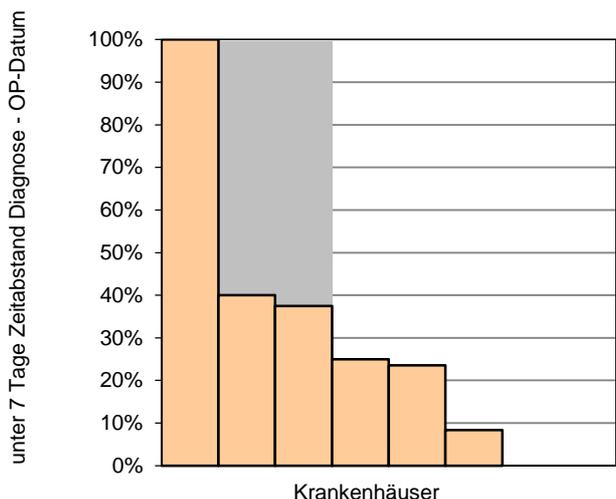
16 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,84		5,23	11,99	17,27	23,38	29,11		39,13

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

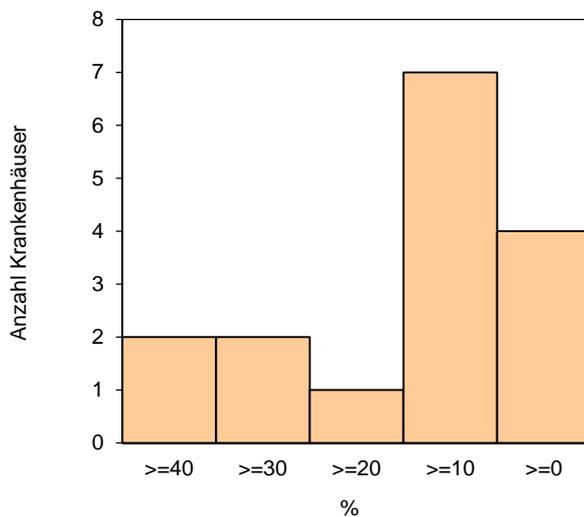
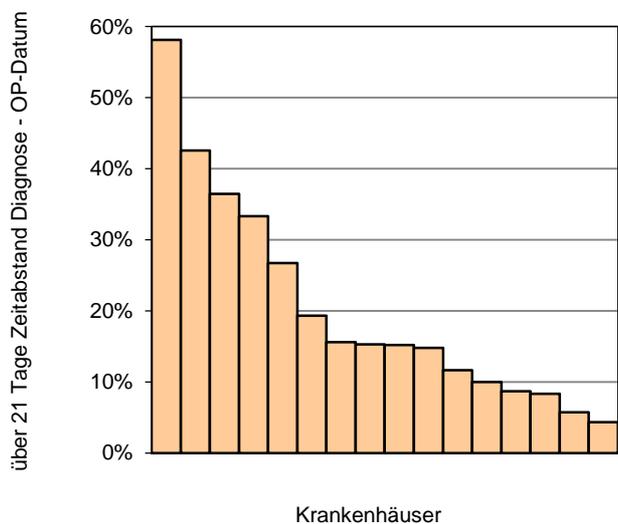


Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			4,17	24,26	38,75			100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

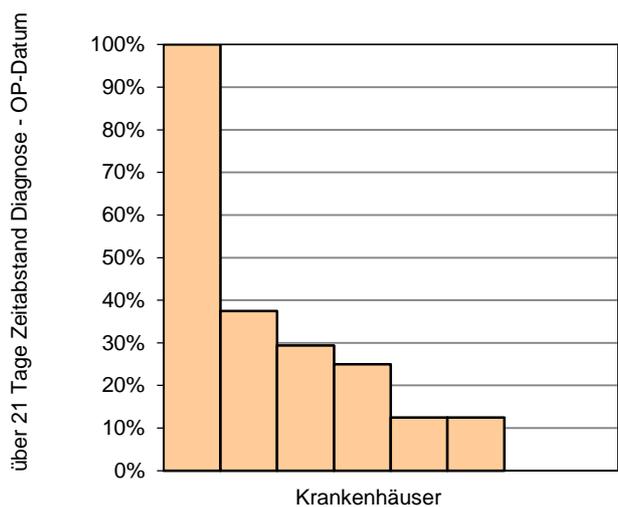
Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51371]:
Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von über 21 Tagen

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,35		5,71	9,35	15,23	30,04	42,55		58,16

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			6,25	18,75	33,46			100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

ID-Bezugsindikator(en): 52268, 52273

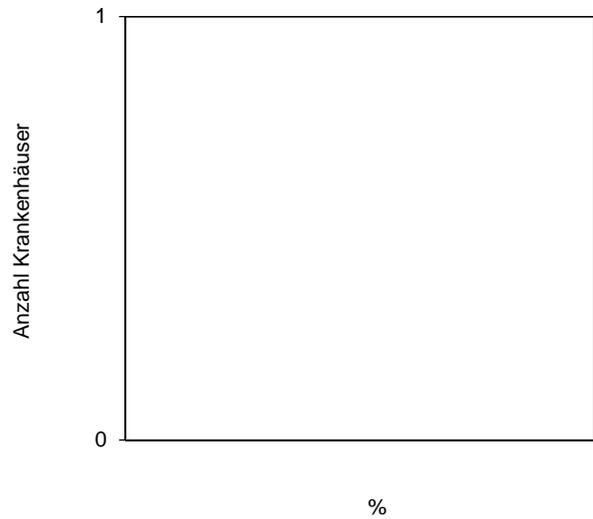
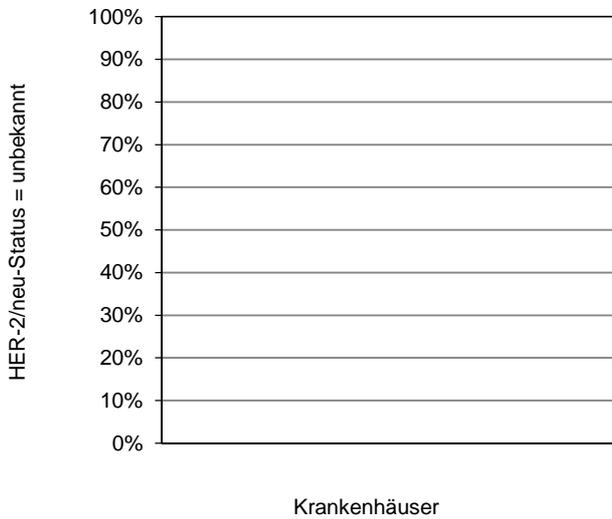
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status ¹			3 / 1.602	0,19%
Vertrauensbereich				0,06% - 0,55%
Referenzbereich		<= 4,30%		<= 4,30%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status			3 / 1.571	0,19%
Vertrauensbereich				0,06% - 0,56%

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

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

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 0



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

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

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

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

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

ID-Bezugsindikator(en): -

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen ¹			5 / 1.747	0,29%
Vertrauensbereich				0,12% - 0,67%
Referenzbereich		<= 2,78%		<= 2,78%

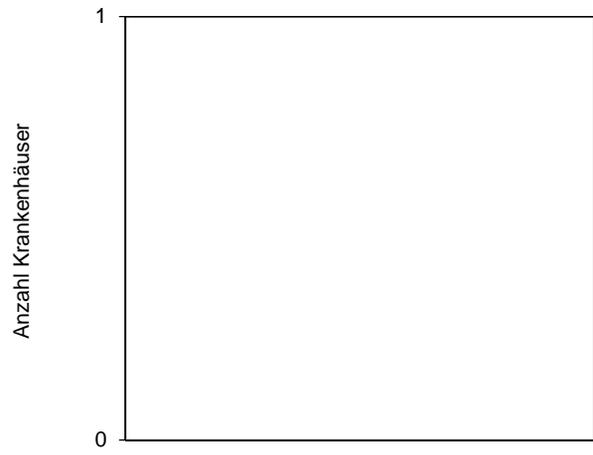
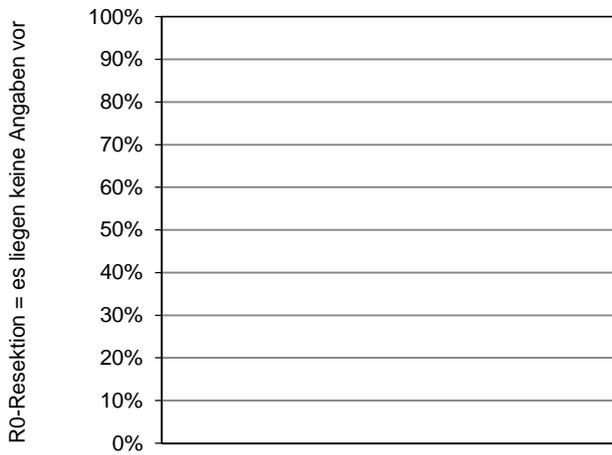
Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

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

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

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

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 0



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

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

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

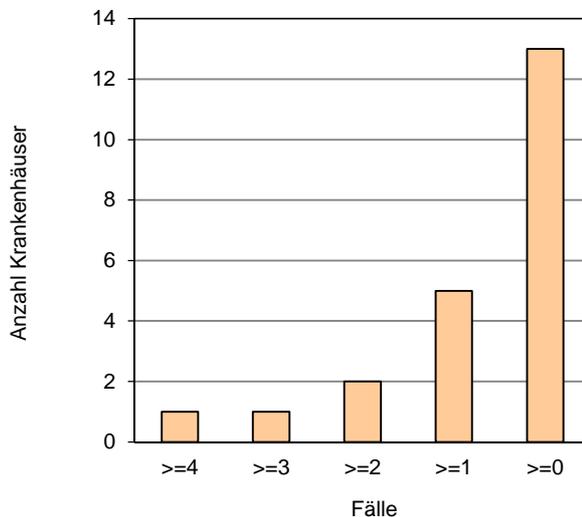
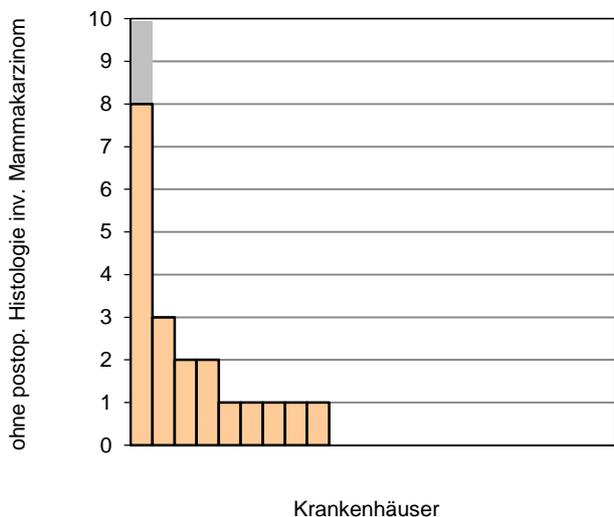
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹ Referenzbereich		20 / 1.656 <= 4,00 Fälle	20 / 1.656	20,00 Fälle <= 4,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹		9 / 1.602	9 / 1.602	9,00 Fälle

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

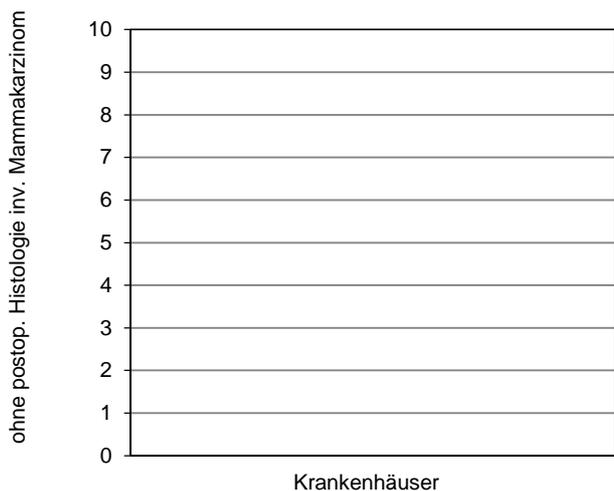
Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/813068]:
Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	3,00	8,00

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



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 4: Angabe von ASA 5

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

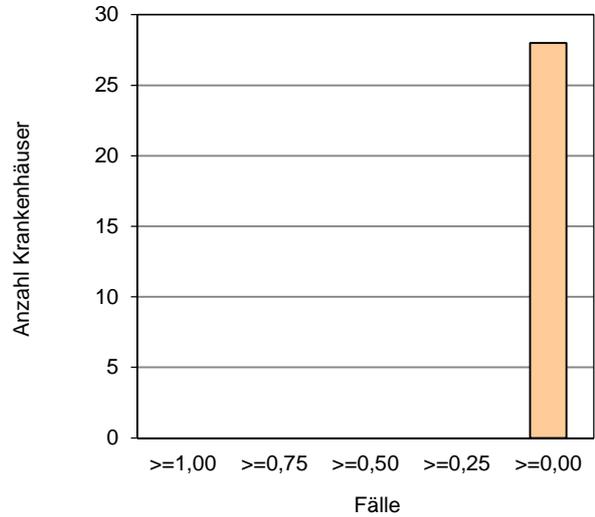
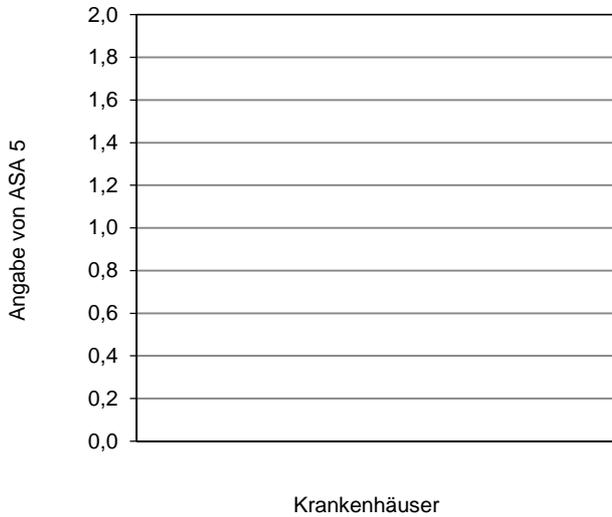
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit ASA 5 Referenzbereich		0 / 2.600 = 0,00 Fälle	0 / 2.600	0,00 Fälle = 0,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit ASA 5		2 / 2.553	2 / 2.553	2,00 Fälle

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

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

28 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

Auffälligkeitskriterium 5: Häufige Angabe „(y)pNX“

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

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

Referenzbereich: <= 1,00 Fälle

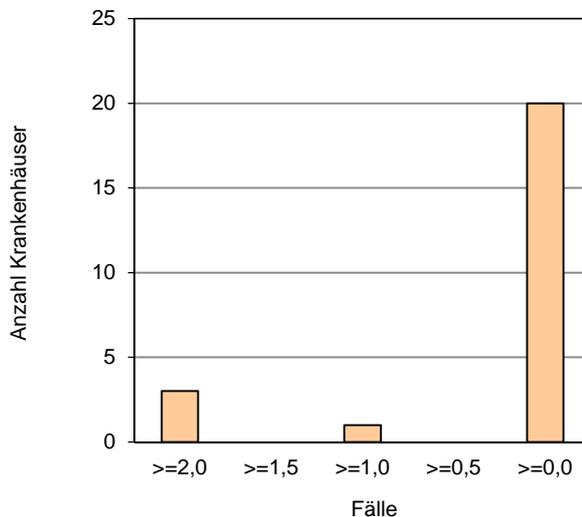
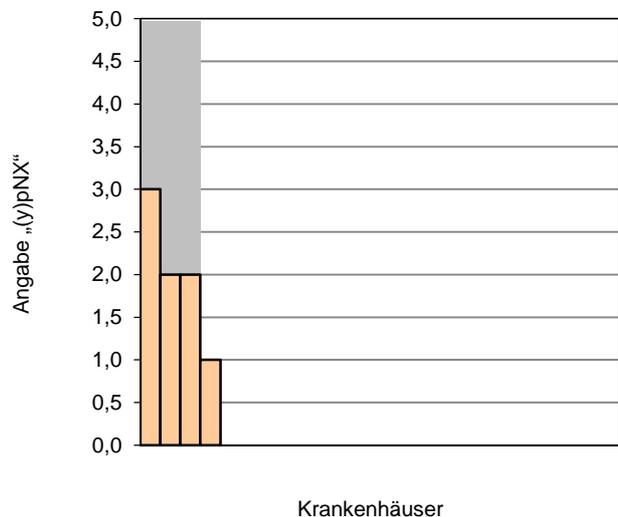
ID-Bezugsindikator(en): 52273, 51847

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde Referenzbereich			8 / 1.564	8,00 Fälle <= 1,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde			9 / 1.565	9,00 Fälle

Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK5, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850367]:
Anzahl Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde von allen Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie DCIS oder invasives Mammakarzinom, bei denen eine axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung (Axilladissektion oder Entfernung einzelner Lymphknoten) oder eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder einem vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt wurde

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
 24 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

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

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

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde ¹			141 / 2.654	5,31%
Vertrauensbereich				4,52% - 6,23%
Referenzbereich		<= 14,55%		<= 14,55%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde			144 / 2.604	5,53%
Vertrauensbereich				4,72% - 6,48%

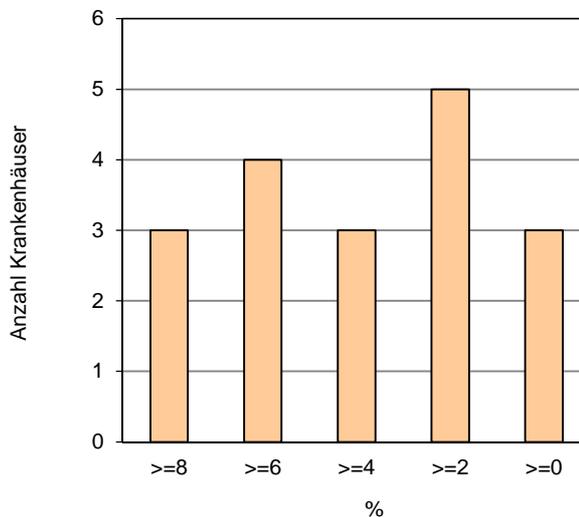
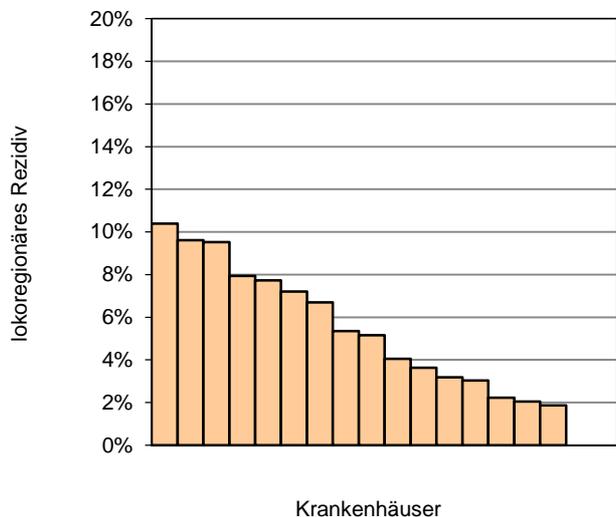
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

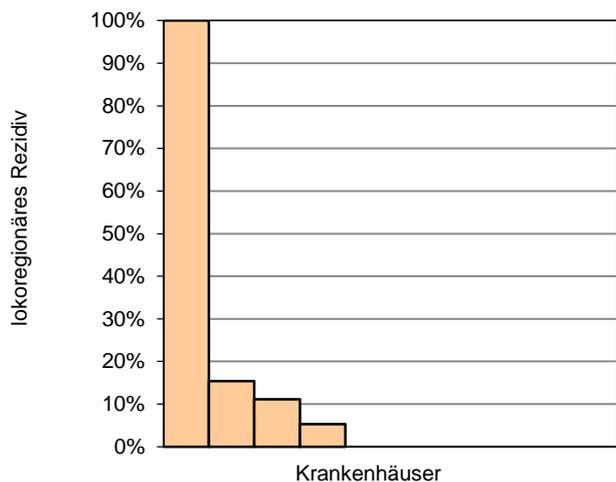
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	2,22	4,60	7,73	9,62		10,39

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	11,11	57,69		100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2015 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 28
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.600
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16128-L101143-P48581

Übersicht Basisauswertung

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

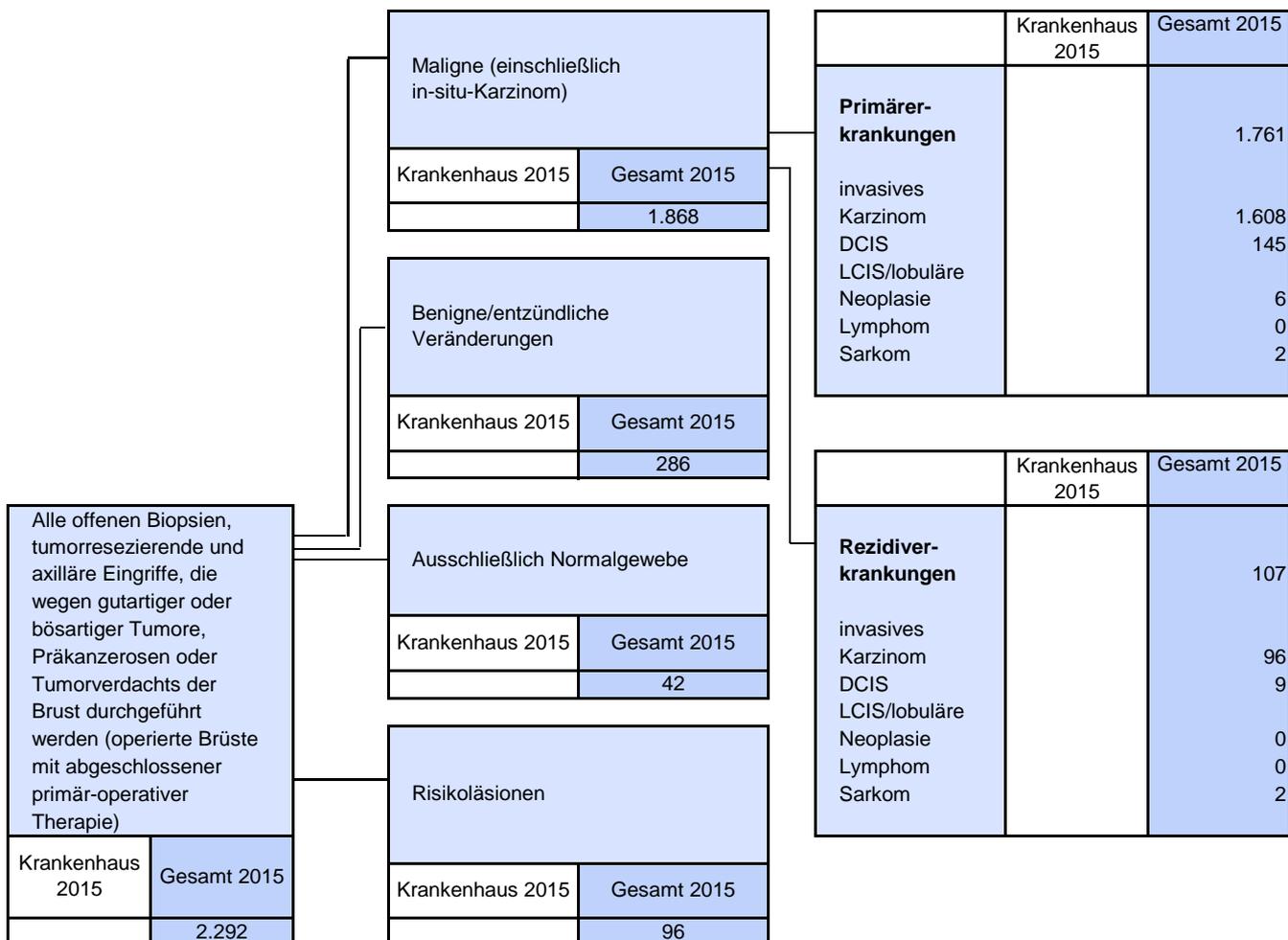
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle offenen Biopsien, tumorresezierende und axilläre Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden: Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie			2.292 / 2.654	86,36	2.285 / 2.604	87,75
davon:						
Histologie = ausschließlich Normalgewebe			42 / 2.292	1,83	35 / 2.285	1,53
= benigne/entzündliche Veränderung			286 / 2.292	12,48	307 / 2.285	13,44
= Risikoläsion = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			96 / 2.292	4,19	60 / 2.285	2,63
			1.868 / 2.292	81,50	1.883 / 2.285	82,41

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			1.761 / 1.868	94,27	1.769 / 1.883	93,95
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			1.608 / 1.761	91,31	1.583 / 1.769	89,49
DCIS			145 / 1.761	8,23	177 / 1.769	10,01
LCIS/Lobuläre Neoplasie			6 / 1.761	0,34	5 / 1.769	0,28
Lymphom			0 / 1.761	0,00	0 / 1.769	0,00
Sarkom			2 / 1.761	0,11	4 / 1.769	0,23
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidivkrankung			107 / 1.868	5,73	114 / 1.883	6,05
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			96 / 107	89,72	103 / 114	90,35
DCIS			9 / 107	8,41	9 / 114	7,89
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 107	0,00	0 / 114	0,00
Lymphom			0 / 107	0,00	0 / 114	0,00
Sarkom			2 / 107	1,87	2 / 114	1,75

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			678	26,08	665	26,05
2. Quartal			654	25,15	615	24,09
3. Quartal			607	23,35	649	25,42
4. Quartal			661	25,42	624	24,44
Gesamt			2.600		2.553	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
5	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	792	30,46	C50.4	714	27,97
2				C50.8	709	27,27	C50.8	683	26,75
3				I10.00	400	15,38	I10.00	339	13,28
4				D24	243	9,35	C77.3	264	10,34
5				C77.3	231	8,88	D24	241	9,44

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

Patientinnen

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			9 / 2.600	0,35	20 / 2.553	0,78
20 - 29 Jahre			38 / 2.600	1,46	33 / 2.553	1,29
30 - 39 Jahre			121 / 2.600	4,65	120 / 2.553	4,70
40 - 49 Jahre			351 / 2.600	13,50	361 / 2.553	14,14
50 - 59 Jahre			701 / 2.600	26,96	639 / 2.553	25,03
60 - 69 Jahre			641 / 2.600	24,65	611 / 2.553	23,93
70 - 79 Jahre			546 / 2.600	21,00	523 / 2.553	20,49
>= 80 Jahre			193 / 2.600	7,42	246 / 2.553	9,64
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			2.600		2.553	
Median				61,00		61,00
Geschlecht						
männlich			26	1,00	29	1,14
weiblich			2.574	99,00	2.524	98,86
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			715	27,50	701	27,46
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.267	48,73	1.220	47,79
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			593	22,81	616	24,13
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			25	0,96	14	0,55
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	2	0,08

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			1.985 / 2.600	76,35	1.921 / 2.553	75,24
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.985	4,00	1.921	5,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.985	5,00	1.921	5,00
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			615 / 2.600	23,65	632 / 2.553	24,76
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			615	2,00	632	2,00
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			615	2,00	632	3,00

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

² bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			1.312 / 2.654	49,43	1.250 / 2.604	48,00
links			1.342 / 2.654	50,57	1.354 / 2.604	52,00
Erkrankung an dieser Brust						
Primärerkrankung			2.513 / 2.654	94,69	2.460 / 2.604	94,47
lokoregionäres Rezidiv nach BET			100 / 2.654	3,77	106 / 2.604	4,07
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			41 / 2.654	1,54	38 / 2.604	1,46
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung			2.179 / 2.513	86,71	2.153 / 2.460	87,52
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			1.280 / 2.179	58,74	1.314 / 2.153	61,03
Anlass der Diagnosestellung bekannt (Mehrfachnennungen möglich)			2.132 / 2.179	97,84	2.116 / 2.153	98,28
wenn ja:						
Selbstuntersuchung (Eigenuntersuchung)			876 / 2.132	41,09	856 / 2.116	40,45
Früherkennung			892 / 2.132	41,84	857 / 2.116	40,50
Früherkennung im Rahmen eines Mammografie-Screening-Programms			644 / 892	72,20	613 / 857	71,53
Tumorsymptomatik			261 / 2.132	12,24	293 / 2.116	13,85
Nachsorge			39 / 2.132	1,83	55 / 2.116	2,60
sonstiges			179 / 2.132	8,40	217 / 2.116	10,26

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.200 / 1.280	93,75	1.215 / 1.314	92,47
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			774 / 899	86,10	725 / 839	86,41
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			1.974 / 2.179	90,59	1.940 / 2.153	90,11
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			5 / 1.974	0,25	9 / 1.940	0,46
= benigne/entzündliche Veränderung			78 / 1.974	3,95	93 / 1.940	4,79
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			134 / 1.974	6,79	106 / 1.940	5,46
= malignitätsverdächtig			40 / 1.974	2,03	27 / 1.940	1,39
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.717 / 1.974	86,98	1.705 / 1.940	87,89

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

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen) davon:			1.717 / 1.974	86,98	1.705 / 1.940	87,89
invasives Karzinom			1.570 / 1.724	91,07	1.523 / 1.711	89,01
DCIS			147 / 1.724	8,53	181 / 1.711	10,58
LCIS/Lobuläre Neoplasie			6 / 1.724	0,35	4 / 1.711	0,23
Lymphom			0 / 1.724	0,00	0 / 1.711	0,00
Sarkom			1 / 1.724	0,06	3 / 1.711	0,18

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv) wenn ja:			91 / 141	64,54	96 / 144	66,67
Histologie = nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			0 / 91	0,00	0 / 96	0,00
= benigne/entzündliche Veränderung			6 / 91	6,59	3 / 96	3,13
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			4 / 91	4,40	1 / 96	1,04
= malignitätsverdächtig			2 / 91	2,20	0 / 96	0,00
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			79 / 91	86,81	92 / 96	95,83

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

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			79 / 91	86,81	92 / 96	95,83
davon:						
invasives Karzinom			67 / 79	84,81	84 / 92	91,30
DCIS			9 / 79	11,39	6 / 92	6,52
LCIS/Lobuläre Neoplasie			1 / 79	1,27	0 / 92	0,00
Lymphom			0 / 79	0,00	0 / 92	0,00
Sarkom			2 / 79	2,53	2 / 92	2,17

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			1.024 / 2.179	46,99	862 / 2.153	40,04
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			989 / 1.974	50,10	837 / 1.940	43,14
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			927 / 1.710	54,21	785 / 1.698	46,23

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			211 / 2.179	9,68	196 / 2.153	9,10
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			208 / 1.563	13,31	194 / 1.519	12,77
systemische Chemotherapie			185 / 208	88,94	181 / 194	93,30
endokrine Therapie			24 / 208	11,54	15 / 194	7,73
spezifische Antikörpertherapie			19 / 208	9,13	17 / 194	8,76
Strahlentherapie			1 / 208	0,48	3 / 194	1,55
sonstige			2 / 208	0,96	2 / 194	1,03

4. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			2.665	1,00	2.616	1,00
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren¹						
nein			670	25,14	-	-
ja, durch Mammografie			1.995	74,86	-	-
ja, durch Sonografie			250	9,38	-	-
ja, durch MRT			384	14,41	-	-
			36	1,35	-	-
Intraoperative Präparate-radiografie oder -sonografie¹						
nein			177 / 670	26,42	-	-
intraoperative Präparateradiografie			394 / 670	58,81	-	-
intraoperative Präparatesonografie			99 / 670	14,78	-	-

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

OPS 2015

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)
5	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
6	3-709.0	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik

OPS 2015

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	930	34,90	5-401.11	941	35,97
2				5-870.a1	708	26,57	5-870.a1	655	25,04
3				5-872.1	374	14,03	5-872.1	421	16,09
4				3-760	298	11,18	3-709.0	368	14,07
5				5-870.a2	265	9,94	5-870.90	298	11,39
6				3-709.0	265	9,94	5-870.a2	258	9,86

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt (Bezug: Eingriffe)			1.156 / 2.665	43,38	1.132 / 2.616	43,27
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			2.561 / 2.665	96,10	2.493 / 2.616	95,30

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore)

Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			136 / 2.654	5,12	154 / 2.604	5,91
Wundinfektion			26 / 2.654	0,98	25 / 2.604	0,96
Nachblutung/Hämatom			64 / 2.654	2,41	71 / 2.604	2,73
Serom			39 / 2.654	1,47	49 / 2.604	1,88
sonstige			15 / 2.654	0,57	16 / 2.604	0,61

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			51	1,92	41	1,57
= benigne/entzündliche Veränderung			289	10,89	307	11,79
= Risikoläsion			98	3,69	63	2,42
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.216	83,50	2.193	84,22
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			2.292	86,36	2.285	87,75
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			103	28,45	112	35,11
Empfehlung zur Mastektomie			43	11,88	36	11,29
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			35	9,67	22	6,90
Empfehlung zur Axilladissektion			26	7,18	21	6,58
Empfehlung zur BET			88	24,31	55	17,24
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			67	18,51	73	22,88

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.371 / 2.654	51,66	1.384 / 2.604	53,15
davon						
pT0			1 / 1.371	0,07	1 / 1.384	0,07
pTis			6 / 1.371	0,44	4 / 1.384	0,29
pT1 (<= 2 cm)			851 / 1.371	62,07	831 / 1.384	60,04
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			8 / 851	0,94	11 / 831	1,32
pT1a (<= 5 mm)			75 / 851	8,81	54 / 831	6,50
pT1b (<= 10 mm)			270 / 851	31,73	220 / 831	26,47
pT1c (<= 20 mm)			498 / 851	58,52	546 / 831	65,70
pT2 (> 2 bis 5 cm)			389 / 1.371	28,37	440 / 1.384	31,79
pT3 (> 5 cm)			62 / 1.371	4,52	47 / 1.384	3,40
pT4 (Brustwand/Haut)			58 / 1.371	4,23	58 / 1.384	4,19
davon						
pT4a (Brustwand)			3 / 58	5,17	3 / 58	5,17
pT4b (Ödem)			50 / 58	86,21	54 / 58	93,10
pT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 58	1,72	0 / 58	0,00
pT4d (inflammatorisch)			4 / 58	6,90	1 / 58	1,72
pTX			4 / 1.371	0,29	3 / 1.384	0,22

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			237 / 2.654	8,93	199 / 2.604	7,64
davon						
ypT0			77 / 237	32,49	65 / 199	32,66
ypTis			4 / 237	1,69	6 / 199	3,02
ypT1 (<= 2 cm)			85 / 237	35,86	72 / 199	36,18
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 85	0,00	2 / 72	2,78
ypT1a (<= 5 mm)			19 / 85	22,35	18 / 72	25,00
ypT1b (<= 10 mm)			22 / 85	25,88	18 / 72	25,00
ypT1c (<= 20 mm)			44 / 85	51,76	34 / 72	47,22
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			46 / 237	19,41	44 / 199	22,11
ypT3 (> 5 cm)			13 / 237	5,49	8 / 199	4,02
ypT4 (Brustwand/Haut)			12 / 237	5,06	3 / 199	1,51
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 12	0,00	0 / 3	0,00
ypT4b (Ödem)			8 / 12	66,67	2 / 3	66,67
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 12	0,00	0 / 3	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			4 / 12	33,33	1 / 3	33,33
ypTX			0 / 237	0,00	1 / 199	0,50

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.428 / 2.654	53,81	1.442 / 2.604	55,38
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			979 / 1.428	68,56	941 / 1.442	65,26
pN0(sn)			952 / 979	97,24	892 / 941	94,79
pN0			27 / 979	2,76	49 / 941	5,21
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			20 / 979	2,04	33 / 941	3,51
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			265 / 1.428	18,56	324 / 1.442	22,47
pN1mi			1 / 265	0,38	5 / 324	1,54
pN1mi(sn)			20 / 265	7,55	30 / 324	9,26
pN1a			135 / 265	50,94	170 / 324	52,47
pN1b			2 / 265	0,75	0 / 324	0,00
pN1c			1 / 265	0,38	0 / 324	0,00
pN1(sn)			106 / 265	40,00	119 / 324	36,73
pN2			79 / 1.428	5,53	90 / 1.442	6,24
pN2a			79 / 79	100,00	90 / 90	100,00
pN2b			0 / 79	0,00	0 / 90	0,00
pN3			47 / 1.428	3,29	43 / 1.442	2,98
pN3a			47 / 47	100,00	41 / 43	95,35
pN3b			0 / 47	0,00	1 / 43	2,33
pN3c			0 / 47	0,00	1 / 43	2,33
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			58 / 1.428	4,06	44 / 1.442	3,05
pNX			58 / 58	100,00	43 / 44	97,73
pNX(sn)			0 / 58	0,00	1 / 44	2,27

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			180 / 2.654	6,78	141 / 2.604	5,41
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			94 / 180	52,22	75 / 141	53,19
ypN0(sn)			35 / 94	37,23	30 / 75	40,00
ypN0			59 / 94	62,77	45 / 75	60,00
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			46 / 94	48,94	36 / 75	48,00
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			46 / 180	25,56	38 / 141	26,95
ypN1mi			2 / 46	4,35	1 / 38	2,63
ypN1mi(sn)			0 / 46	0,00	3 / 38	7,89
ypN1a			39 / 46	84,78	30 / 38	78,95
ypN1b			0 / 46	0,00	0 / 38	0,00
ypN1c			0 / 46	0,00	1 / 38	2,63
ypN1(sn)			5 / 46	10,87	3 / 38	7,89
ypN2			20 / 180	11,11	17 / 141	12,06
ypN2a			20 / 20	100,00	16 / 17	94,12
ypN2b			0 / 20	0,00	1 / 17	5,88
ypN3			9 / 180	5,00	6 / 141	4,26
ypN3a			9 / 9	100,00	6 / 6	100,00
ypN3b			0 / 9	0,00	0 / 6	0,00
ypN3c			0 / 9	0,00	0 / 6	0,00
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			11 / 180	6,11	5 / 141	3,55
ypNX			7 / 11	63,64	5 / 5	100,00
ypNX(sn)			4 / 11	36,36	0 / 5	0,00

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			422	13,00	457	14,00
wenn Angabe pN(sn)-Staging: Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			1.119	2,00	1.076	2,00
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			7	0,44	11	0,69
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			1.608 / 2.654	60,59	1.583 / 2.604	60,79
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			1.510 / 1.608	93,91	1.508 / 1.583	95,26
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			79 / 1.608	4,91	64 / 1.583	4,04
Staging wurde nicht durchgeführt			19 / 1.608	1,18	11 / 1.583	0,69

¹ Die Angabe „0 Lymphknoten“ bei Fällen mit pNX bzw. pNX(sn) (regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden, da nicht entnommen oder bereits früher entfernt) wurde nicht berücksichtigt.

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			1.602		1.571	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			256	15,98	286	18,20
mäßig differenziert			911	56,87	875	55,70
schlecht differenziert			430	26,84	404	25,72
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			5	0,31	6	0,38
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			273	17,04	249	15,85
positiv			1.327	82,83	1.320	84,02
unbekannt			2	0,12	2	0,13
HER-2/neu-Status						
negativ			1.395	87,08	1.314	83,64
positiv			204	12,73	254	16,17
unbekannt			3	0,19	3	0,19
histologisch gesicherte Multizentrität			221 / 1.602	13,80	236 / 1.571	15,02
R0-Resektion ¹						
nein			41	2,56	-	-
ja			1.508	94,13	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			101	9,56	-	-
>= 1 mm			944	89,31	-	-
es liegen keine Angaben vor			12	1,14	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			4	0,25	-	-
			49	3,06	-	-

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			452	28,11	491	31,02
ja			1.121	69,71	1.047	66,14
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			32	1,99	41	2,59
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			3	0,19	4	0,25
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			1.094	68,03	1.039	65,63
ja, einzelne Lymphknoten			120	7,46	119	7,52
ja, Axilladissektion			394	24,50	425	26,85
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.296	80,60	1.264	79,85
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			964 / 1.296	74,38	970 / 1.264	76,74
Farbmarkierung			82 / 1.296	6,33	88 / 1.264	6,96
beides			250 / 1.296	19,29	206 / 1.264	16,30
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			266	16,54	269	16,99
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.482 / 1.529	96,93	1.484 / 1.519	97,70

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1.558 / 1.590	97,99	1.526 / 1.558	97,95
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1.582 / 1.590	99,50	1.552 / 1.558	99,61
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1.575 / 1.590	99,06	1.543 / 1.558	99,04

Entlassung
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.234	77,61	1.264	81,13
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			325	20,44	249	15,98
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			7	0,44	11	0,71
07: Tod			0	0,00	3	0,19
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			3	0,19	1	0,06
10: in Pflegeeinrichtung			6	0,38	7	0,45
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			14	0,88	20	1,28
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,06	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,00	3	0,19
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	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 BpflV)
- 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 Entlassung in ein Hospiz

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

Histologie und Staging
6.3 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv- erkrankung bei invasivem Karzinom (primär- operative Therapie abgeschlossen) davon			96 / 2.654	3,62	103 / 2.604	3,96
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			79 / 96	82,29	87 / 103	84,47
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			17 / 96	17,71	15 / 103	14,56
Staging wurde nicht durchgeführt			0 / 96	0,00	1 / 103	0,97

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			87		90	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			10	11,49	5	5,56
mäßig differenziert			40	45,98	43	47,78
schlecht differenziert			36	41,38	33	36,67
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			1	1,15	9	10,00
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			26	29,89	29	32,22
positiv			61	70,11	58	64,44
unbekannt			0	0,00	3	3,33
HER-2/neu-Status						
negativ			73	83,91	72	80,00
positiv			12	13,79	15	16,67
unbekannt			2	2,30	3	3,33
histologisch gesicherte Multizentrität			16 / 87	18,39	9 / 90	10,00
R0-Resektion ²						
nein			10	11,49	-	-
ja			75	86,21	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			1	9,09	-	-
>= 1 mm			10	90,91	-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			1	1,15	-	-

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

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			66		73	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			48	50,00	53	51,46
ja			16	16,67	17	16,50
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	1,04	2	1,94
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	1,04	1	0,97

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			95 / 96	98,96	102 / 103	99,03
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			92 / 96	95,83	102 / 103	99,03
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			93 / 96	96,88	99 / 103	96,12

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			78	81,25	85	82,52
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			18	18,75	15	14,56
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	1	0,97
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	1	0,97
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	1	0,97
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			145	97,93	177	96,61
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			117 / 142	82,39	133 / 171	77,78
pNX			116 / 117	99,15	130 / 133	97,74
pNX(sn)			1 / 117	0,85	3 / 133	2,26
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			23 / 142	16,20	38 / 171	22,22
pN0(sn)			23 / 23	100,00	34 / 38	89,47
pN0			0 / 23	0,00	4 / 38	10,53
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			0 / 23	0,00	0 / 38	0,00
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			1 / 142	0,70	0 / 171	0,00
pN1mi			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1mi(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1a			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1b			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1c			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN1(sn)			1 / 1	100,00	0 / 0	
pN2			0 / 142	0,00	0 / 171	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 142	0,00	0 / 171	0,00
pN3a			0 / 0		0 / 0	
pN3b			0 / 0		0 / 0	
pN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			0 / 142	0,00	0 / 171	0,00
ypNX			0 / 0		0 / 0	
ypNX(sn)			0 / 0		0 / 0	
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			1 / 142	0,70	0 / 171	0,00
ypN0(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN0			1 / 1	100,00	0 / 0	
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			1 / 1	100,00	0 / 0	
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			0 / 142	0,00	0 / 171	0,00
ypN1mi			0 / 0		0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN1a			0 / 0		0 / 0	
ypN1b			0 / 0		0 / 0	
ypN1c			0 / 0		0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2			0 / 142	0,00	0 / 171	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 142	0,00	0 / 171	0,00
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn):						
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ :						
Anzahl der gültigen Angaben			14		14	
Median				4,00		4,00
wenn Angabe pN(sn)-Staging						
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ :						
Anzahl der gültigen Angaben			24		36	
Median				2,00		2,00
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			3	2,07	8	4,52
Grading						
G1			20	13,79	26	14,69
G2			61	42,07	76	42,94
G3			40	27,59	56	31,64
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			21	14,48	13	7,34
Gesamttumorgroße						
Anzahl der gültigen Angaben			145		177	
Median				15,00		15,00
Anteil <= 10 mm (%)			50 / 145	34,48	65 / 177	36,72
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			46 / 145	31,72	42 / 177	23,73
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			14 / 145	9,66	28 / 177	15,82
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			10 / 145	6,90	16 / 177	9,04
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			9 / 145	6,21	7 / 177	3,95
Anteil > 50 mm (%)			13 / 145	8,97	13 / 177	7,34

¹ Die Angabe „0 Lymphknoten“ bei Fällen mit pNX bzw. pNX(sn) (regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden, da nicht entnommen oder bereits früher entfernt) wurde nicht berücksichtigt.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			11 / 145	7,59	23 / 177	12,99
R0-Resektion ¹						
nein			6	4,14	-	-
ja			135	93,10	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			7	6,60	-	-
>= 1 mm			97	91,51	-	-
es liegen keine Angaben vor			2	1,89	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			1	0,69	-	-
			0	0,00	-	-

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			28	19,31	34	19,21
ja			113	77,93	126	71,19
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	0,69	11	6,21
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			1	0,69	3	1,69
ja, Axilladisektion			1	0,69	1	0,56
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			25	17,24	36	20,34
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			16 / 25	64,00	24 / 36	66,67
Farbmarkierung			1 / 25	4,00	4 / 36	11,11
beides			8 / 25	32,00	8 / 36	22,22
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			1	0,69	2	1,13
ja, Axilladisektion			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			141 / 143	98,60	174 / 175	99,43
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			141 / 143	98,60	174 / 175	99,43
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			141 / 143	98,60	174 / 175	99,43

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			115	80,42	135	77,14
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			27	18,88	39	22,29
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	1	0,57
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,70	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.5 DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			1 / 9	11,11	1 / 9	11,11
R0-Resektion ¹						
nein			1	11,11	-	-
ja			7	77,78	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			0		-	-
>= 1 mm			0		-	-
es liegen keine Angaben vor			0		-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	-	-

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			8		8	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			7	77,78	6	66,67
ja			0	0,00	2	22,22
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	11,11	0	0,00
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			9 / 9	100,00	9 / 9	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			9 / 9	100,00	9 / 9	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			9 / 9	100,00	8 / 9	88,89

**Entlassung
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

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

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

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

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			6 / 6	100,00	5 / 5	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			6 / 6	100,00	5 / 5	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			6 / 6	100,00	5 / 5	100,00

Entlassung
LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5	83,33	5	100,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	16,67	0	0,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2	100,00	4	100,00
davon						
pT0			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00
pTis			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00
pT1 (<= 2 cm)			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
pT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
pT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
pT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
pT2 (> 2 bis 5 cm)			1 / 2	50,00	0 / 4	0,00
pT3 (> 5 cm)			0 / 2	0,00	4 / 4	100,00
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
pT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
pTX			1 / 2	50,00	0 / 4	0,00
ypT0			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00
ypTis			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
ypT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
ypTX			0 / 2	0,00	0 / 4	0,00

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			4 / 2.654	0,15	6 / 2.604	0,23
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			1 / 4	25,00	6 / 6	100,00
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			3 / 4	75,00	0 / 6	0,00
Staging wurde nicht durchgeführt			0 / 4	0,00	0 / 6	0,00

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			4 / 4	100,00	5 / 6	83,33
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			4 / 4	100,00	6 / 6	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			4 / 4	100,00	6 / 6	100,00

Entlassung
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			2	50,00	6	100,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			2	50,00	0	0,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Weiterer Behandlungsverlauf
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

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

**Entlassung
 Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)**

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

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung

6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			336	79,62	342	86,15
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			80	18,96	53	13,35
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,47	1	0,25
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			1	0,24	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			3	0,71	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,25
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

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

Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

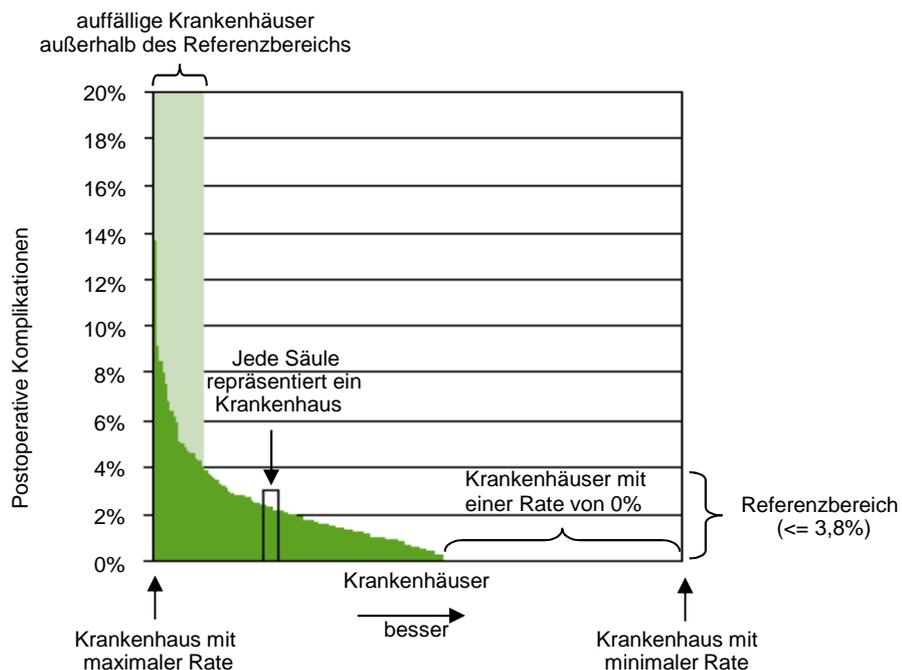
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

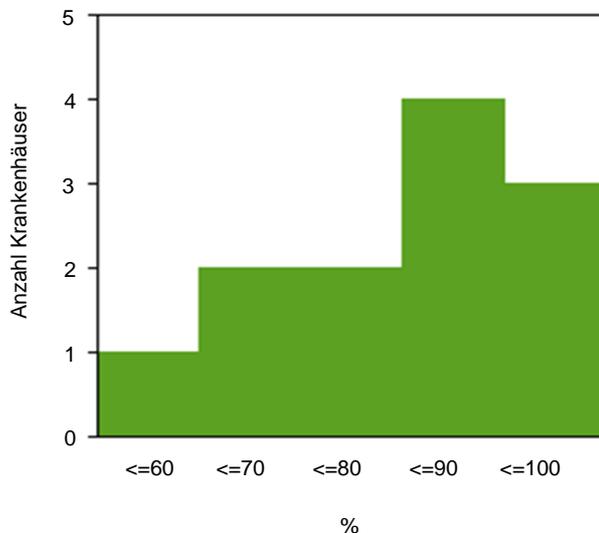
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankhausergebnisse

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

Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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