

Jahresauswertung 2012 Mammachirurgie

18/1

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.603
Datensatzversion: 18/1 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12628-L82104-P38991

Jahresauswertung 2012 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.603
Datensatzversion: 18/1 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12628-L82104-P38991

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
QI 1: Prätherapeutische Diagnosesicherung					
1a: 2012/18n1-MAMMA/50080 bei tastbarer maligner Neoplasie			97,4%	>= 90,0%	1.1
1b: 2012/18n1-MAMMA/50047 bei nicht-tastbarer maligner Neoplasie			95,6%	>= 70,0%	1.1
QI 2: Intraoperatives Präparatröntgen und intraoperative Präparatsonographie					
2a: 2012/18n1-MAMMA/303 Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung			97,9%	>= 95,0%	1.5
2b: 2012/18n1-MAMMA/51369 Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung			22,2%	nicht definiert	1.7
QI 3: Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes					
3a: 2012/18n1-MAMMA/2131 bei brusterhaltender Therapie			99,2%	>= 95,0%	1.9
3b: 2012/18n1-MAMMA/2162 bei Mastektomie			98,6%	>= 95,0%	1.9
2012/18n1-MAMMA/2163 QI 4: Primäre Axilladissektion bei DCIS			1,4%	nicht definiert	1.12
2012/18n1-MAMMA/50719 QI 5: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			14,5%	<= 38,4%	1.14
2012/18n1-MAMMA/11989 QI 6: Mindestens 10 entfernte Lymphknoten bei Lymphknotenbefall			91,3%	nicht definiert	1.16
2012/18n1-MAMMA/2262 QI 7: Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei pT1 ohne Lymphknotenbefall			95,5%	nicht definiert	1.19

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung	Ergebnis Abteilung	Ergebnis Gesamt	Referenz- bereich	Seite
2012/18n1-MAMMA/2167				>= 71,3%	
QI 8': Brusterhaltende Therapie bei pT1			82,0%	<= 95,3%	1.22
QI 9: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation					
2012/18n1-MAMMA/51370				-	
unter 7 Tage			20,5%	<= 46,4%	1.25
2012/18n1-MAMMA/51371					
über 21 Tage			16,6%	<= 49,1%	1.25

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

Qualitätsindikatorengruppe 1: Prätherapeutische Diagnosesicherung

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

	Abteilung 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			
Vertrauensbereich			
Referenzbereich	>= 90,0%	>= 70,0%	

	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung	1.168 / 1.199 97,4%	583 / 610 95,6%	251 / 412 60,9%
Vertrauensbereich	96,4% - 98,2%	93,6% - 96,9%	
Referenzbereich	>= 90,0%	>= 70,0%	

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

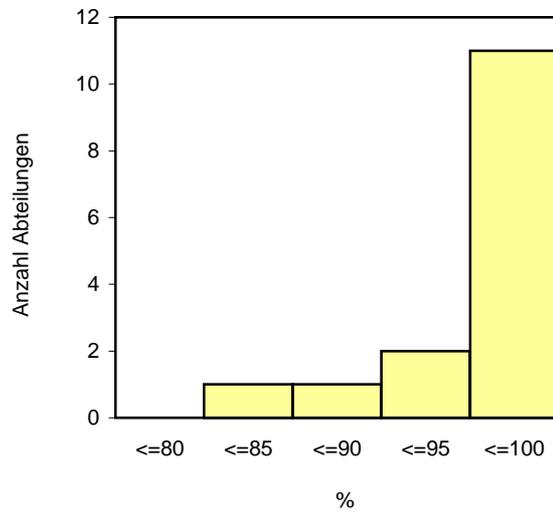
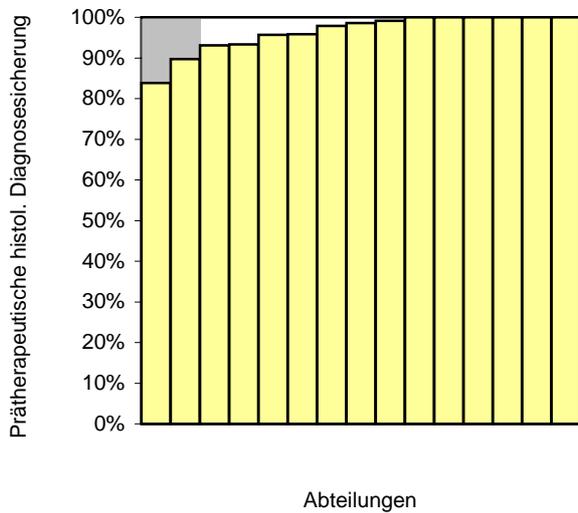
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung Vertrauensbereich	1.045 / 1.078 96,9% 95,7% - 97,8%	500 / 533 93,8% 91,4% - 95,6%	221 / 390 56,7%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

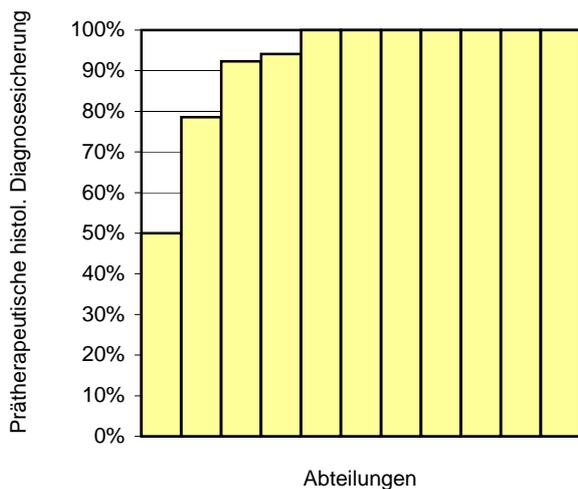
15 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	83,9		89,7	93,3	98,6	100,0	100,0		100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0		78,6	92,3	100,0	100,0	100,0		100,0

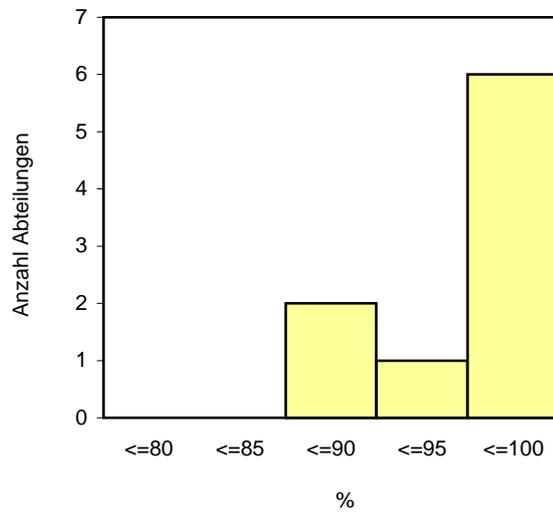
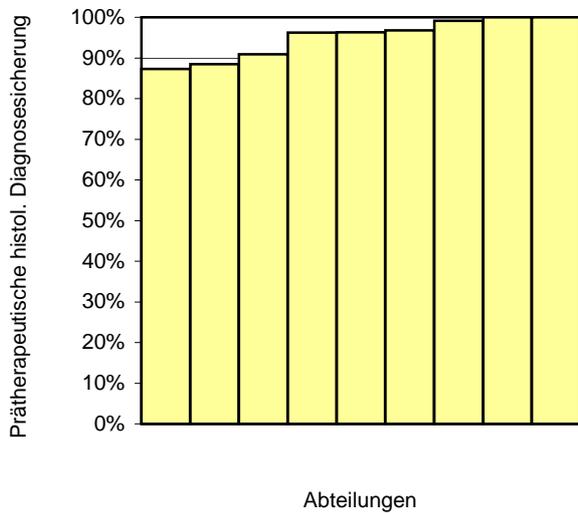
0 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

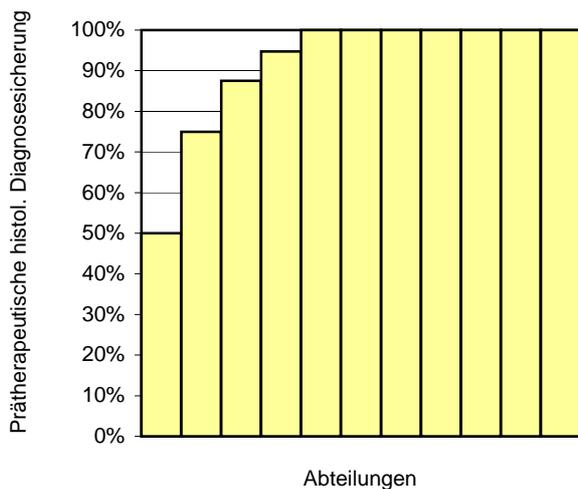
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,3			90,9	96,3	99,1			100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	50,0		75,0	87,5	100,0	100,0	100,0		100,0

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: Intraoperatives Präparatröntgen und intraoperative Präparatsonographie

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

Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie

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

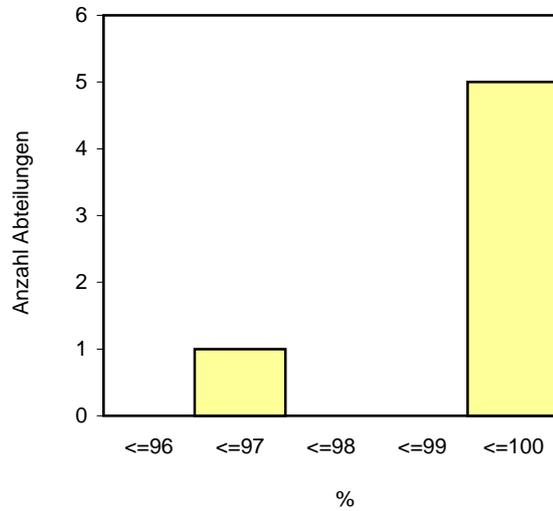
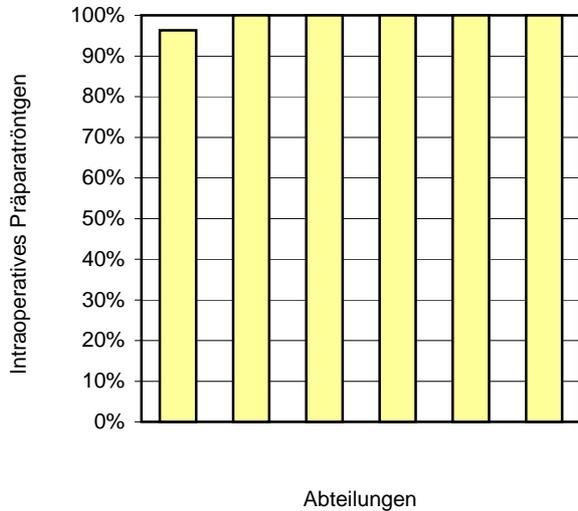
Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen			279 / 285	97,9%
Vertrauensbereich				95,5% - 99,0%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen			212 / 217	97,7%
Vertrauensbereich				94,7% - 99,0%

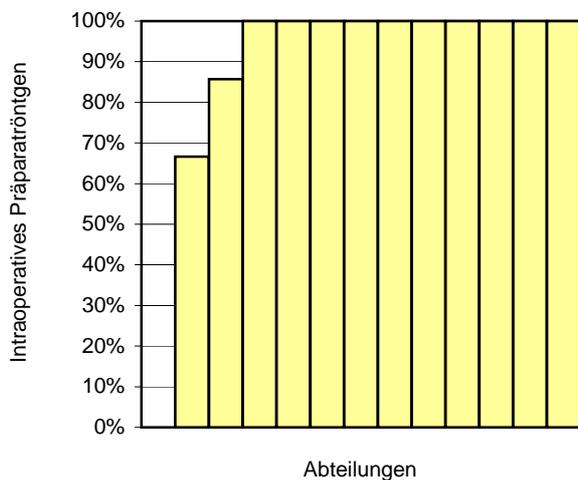
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/303]:
 Anteil von Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch
 Mammographie**

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 6 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	96,3			100,0	100,0	100,0			100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 13 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonographie

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

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie Vertrauensbereich Referenzbereich		■ nicht definiert	80 / 361	■ 22,2% 18,2% - 26,7% nicht definiert

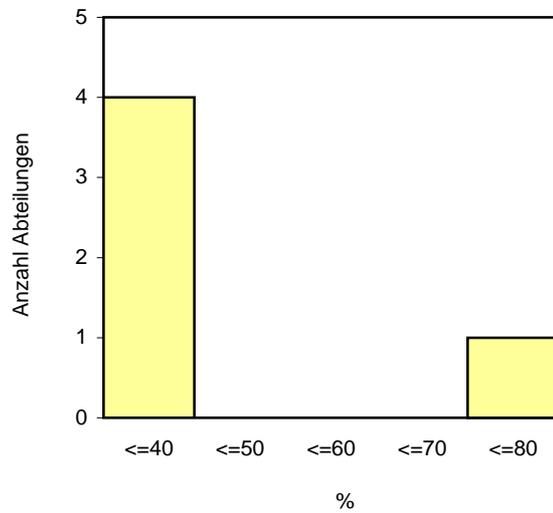
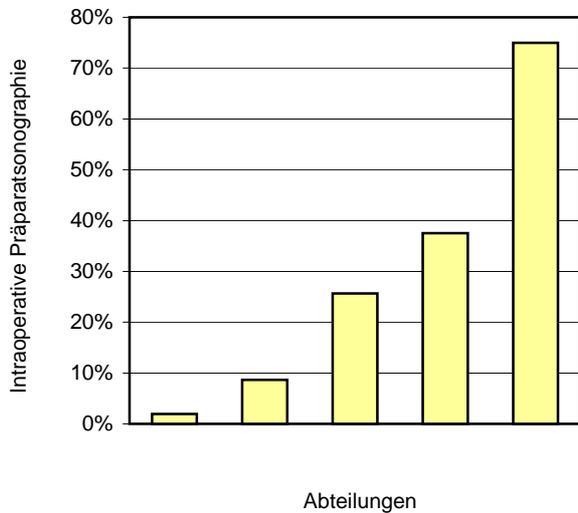
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie Vertrauensbereich		■	78 / 354	■ 22,0% 18,0% - 26,6%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/51369]:

Anteil von Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie nach präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonographie

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

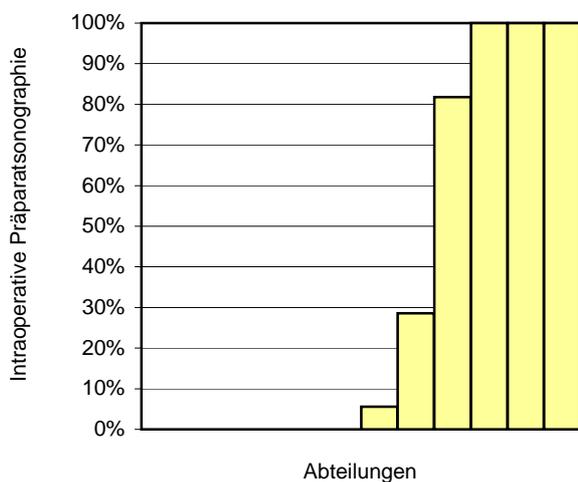
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,0			8,7	25,6	37,5			75,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	2,8	90,9	100,0		100,0

9 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Metrische Angabe des Sicherheitsabstandes

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand			1.169 / 1.179 99,2%	562 / 570 98,6%
Vertrauensbereich			98,4% - 99,5%	97,3% - 99,3%
Referenzbereich	>= 95,0%	>= 95,0%	>= 95,0%	>= 95,0%

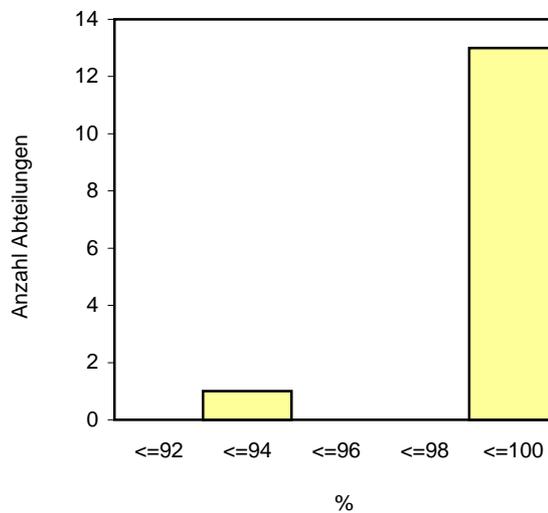
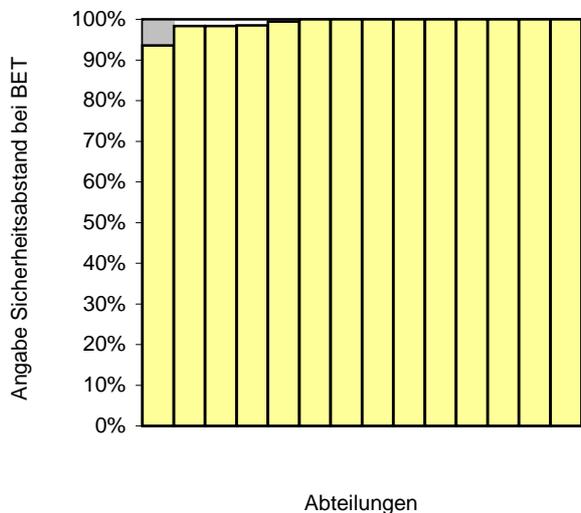
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand			1.047 / 1.057 99,1%	510 / 524 97,3%
Vertrauensbereich			98,3% - 99,5%	95,6% - 98,4%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

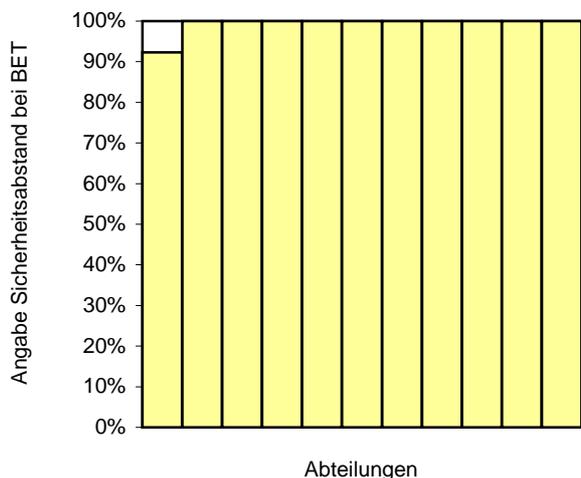
14 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,5		98,4	98,5	100,0	100,0	100,0		100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,3		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

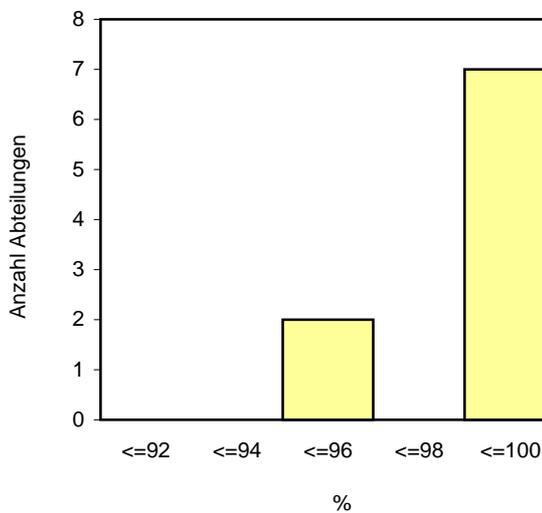
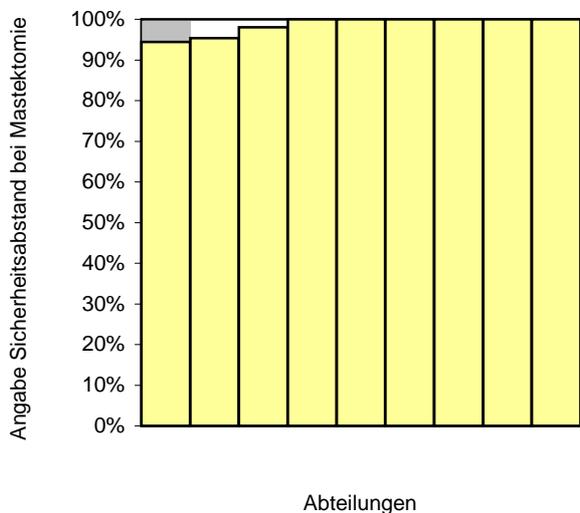
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

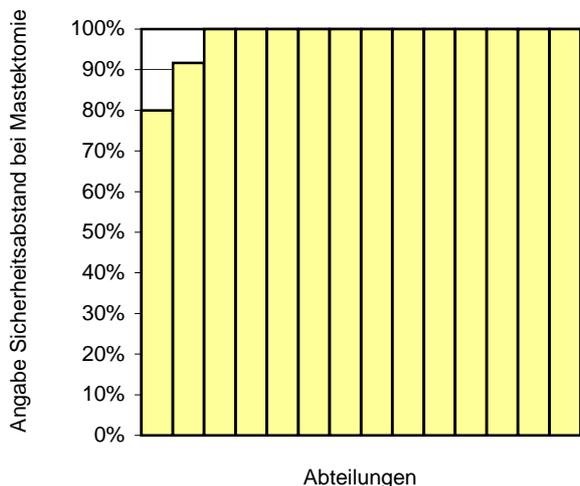
9 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,4			98,0	100,0	100,0			100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

14 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,0		91,7	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Primäre Axilladisektion bei DCIS

Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladisektion bei DCIS

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung

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

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung			2 / 144	1,4%
Vertrauensbereich				0,4% - 4,9%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

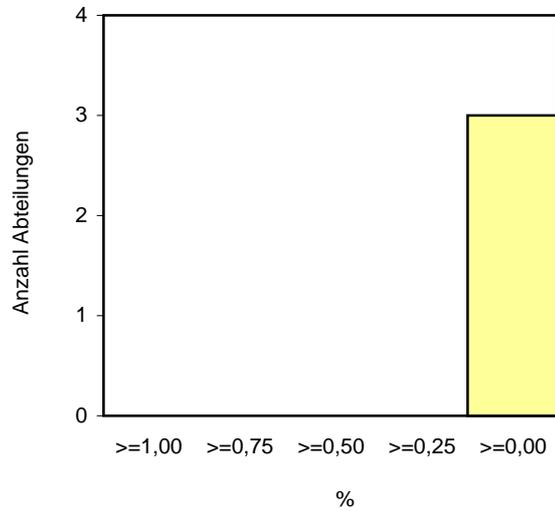
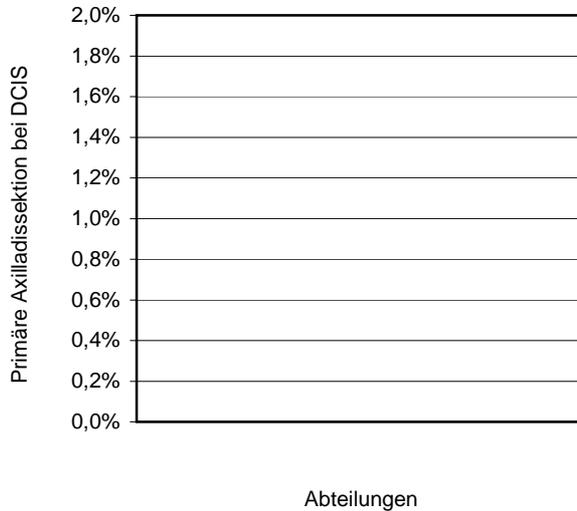
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer axillärer Lymphknotenentfernung ohne Markierung			2 / 110	1,8%
Vertrauensbereich				0,5% - 6,4%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

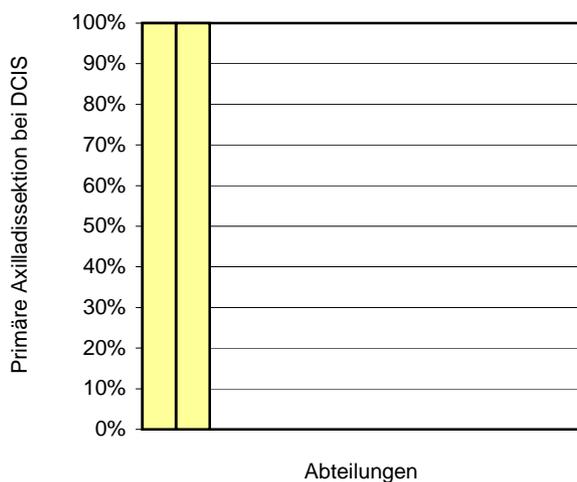
3 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

10 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und brusterhaltender Therapie

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

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			16 / 110	14,5%
Vertrauensbereich				9,2% - 22,3%
Referenzbereich		<= 38,4%		<= 38,4%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 110	0,0%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			16 / 110	14,5%

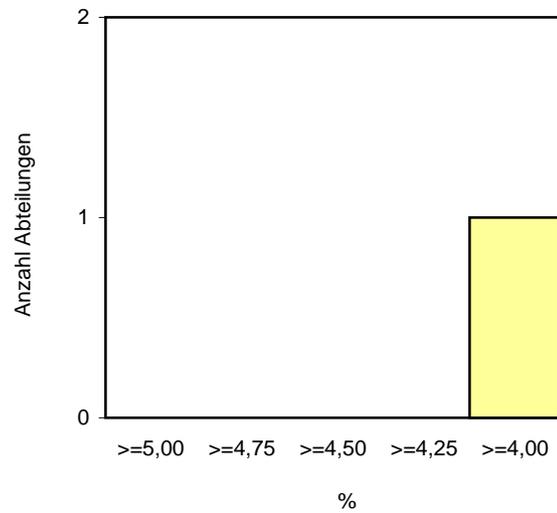
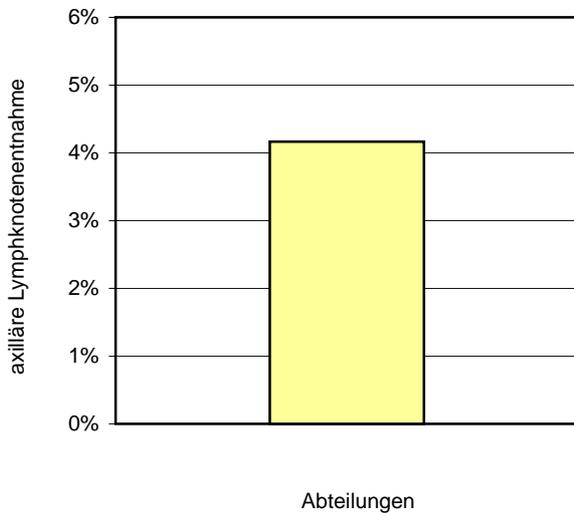
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			13 / 79	16,5%
Vertrauensbereich				9,9% - 26,1%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

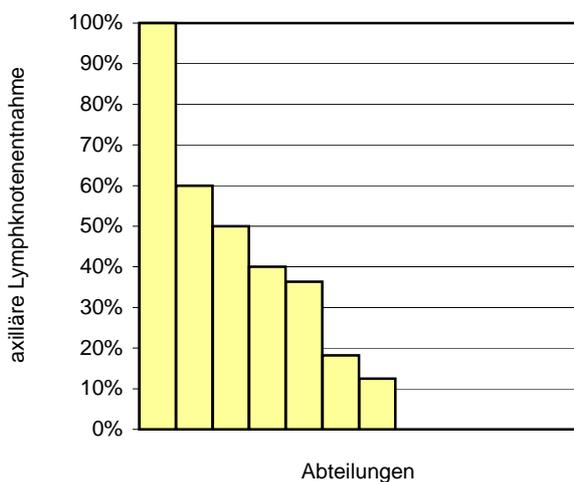
1 Abteilung hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,2				4,2				4,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

12 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	15,3	45,0	60,0		100,0

13 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: Mindestens 10 entfernte Lymphknoten bei Lymphknotenbefall

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

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

	Gesamt 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 2a	Gruppe 2b
Patientinnen mit Entfernung von ≥ 10 Lymphknoten Vertrauensbereich Referenzbereich	433 / 501 86,4%	361 / 412 87,6%	46 / 64 71,9%	315 / 345 91,3% 87,9% - 93,8% nicht definiert

¹ In der Grundgesamtheit werden auch die Patientinnen mitgezählt, bei denen die Anzahl der entfernten Lymphknoten unbekannt ist.
² Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pN-Klassifikation. Bei offenen Operationen in mehreren stationären Aufenthalten kann die Richtigkeit der Angabe „y“ nicht automatisch überprüft werden.

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

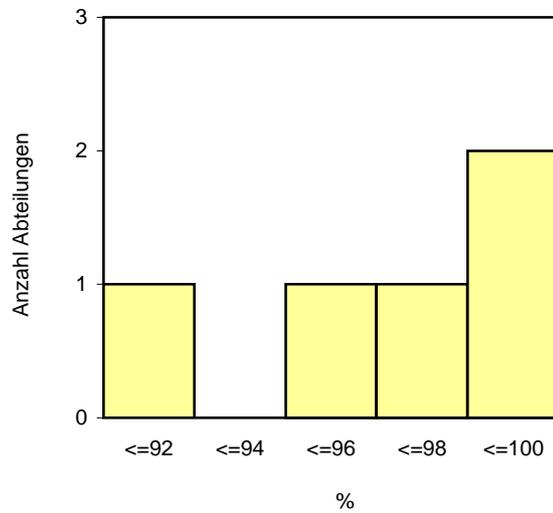
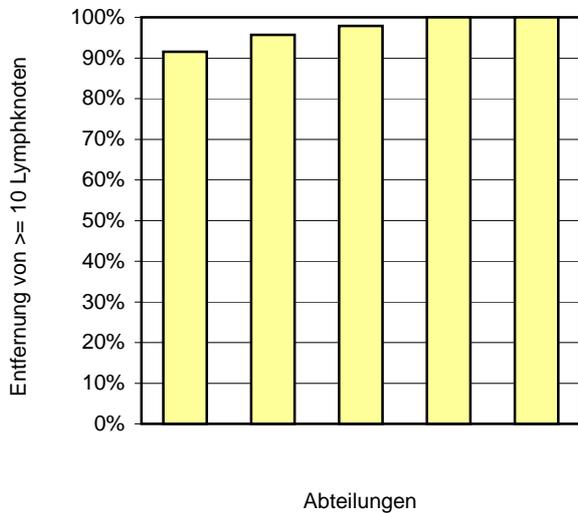
Vorjahresdaten	Gesamt 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 2a	Gruppe 2b
Patientinnen mit Entfernung von ≥ 10 Lymphknoten Vertrauensbereich	428 / 508 84,3%	367 / 434 84,6%	43 / 86 50,0%	324 / 345 93,9% 90,9% - 96,0%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

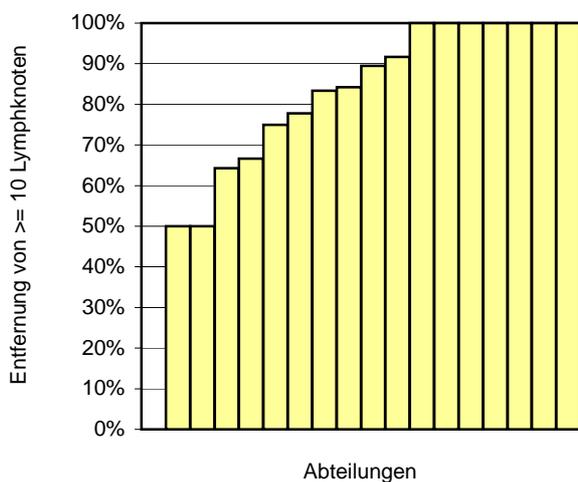
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,5			95,7	97,9	100,0			100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

18 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		50,0	66,7	86,8	100,0	100,0		100,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

	Gesamt 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit alleiniger SLNB Vertrauensbereich Referenzbereich	940 / 1.017 92,4%	656 / 687 95,5% 93,7% - 96,8%	240 / 272 88,2%	23 / 34 67,6%

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

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

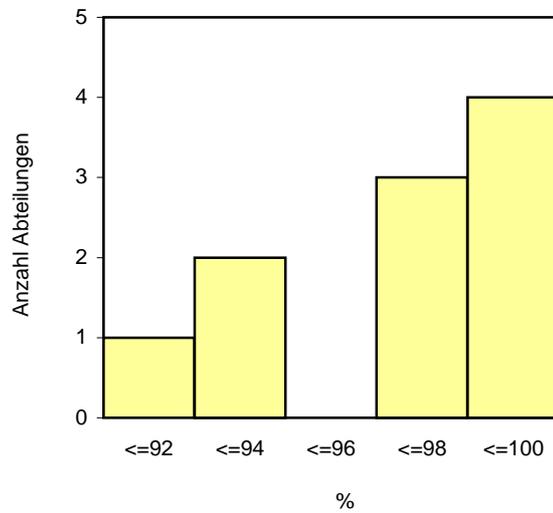
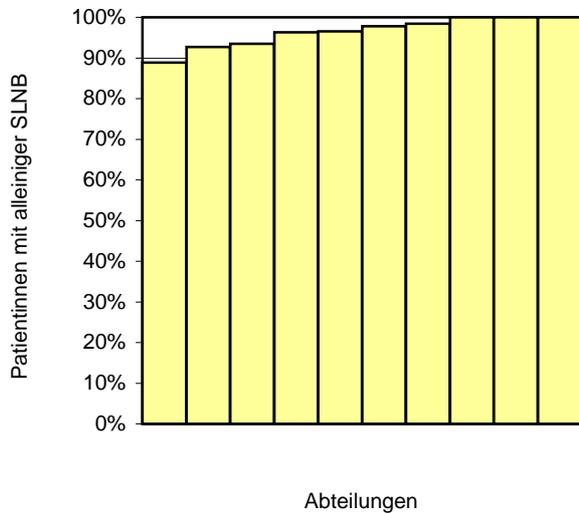
Vorjahresdaten	Gesamt 2011			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit alleiniger SLNB Vertrauensbereich	809 / 902 89,7%	597 / 638 93,6% 91,4% - 95,2%	196 / 238 82,4%	6 / 15 40,0%

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

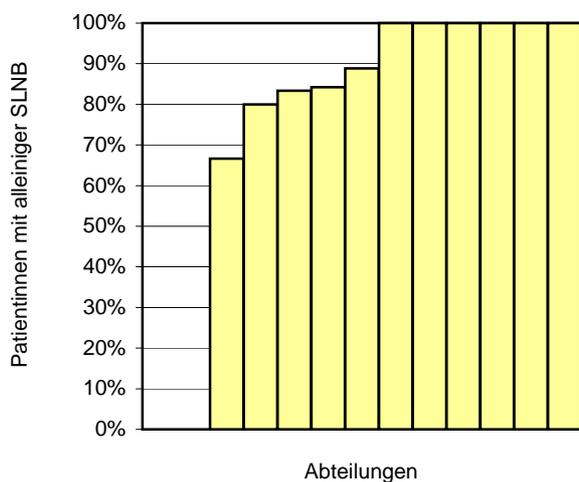
10 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,9		90,8	93,5	97,2	100,0	100,0		100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	80,0	88,9	100,0	100,0		100,0

3 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Brusterhaltende Therapie bei pT1

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

	Abteilung 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 1a	Gruppe 2
Frauen mit brusterhaltender Therapie			
Vertrauensbereich	79,4% - 84,4%		
Referenzbereich	>= 71,3% - <= 95,3%		

	Gesamt 2012		
	Gruppe 1	Gruppe 1a	Gruppe 2
Frauen mit brusterhaltender Therapie	749 / 913 82,0%	719 / 866 83,0%	291 / 536 54,3%
Vertrauensbereich	79,4% - 84,4%		
Referenzbereich	>= 71,3% - <= 95,3%		

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

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

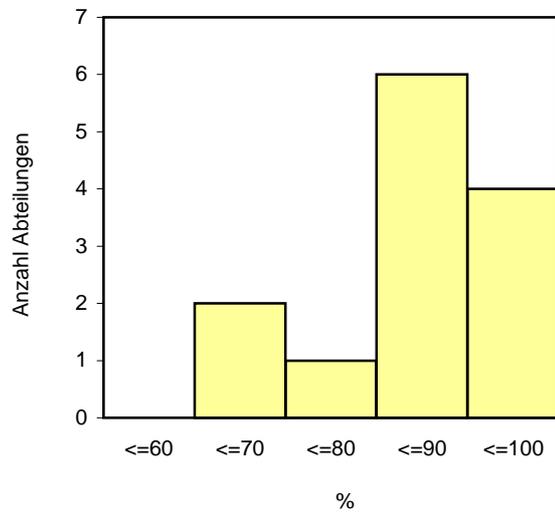
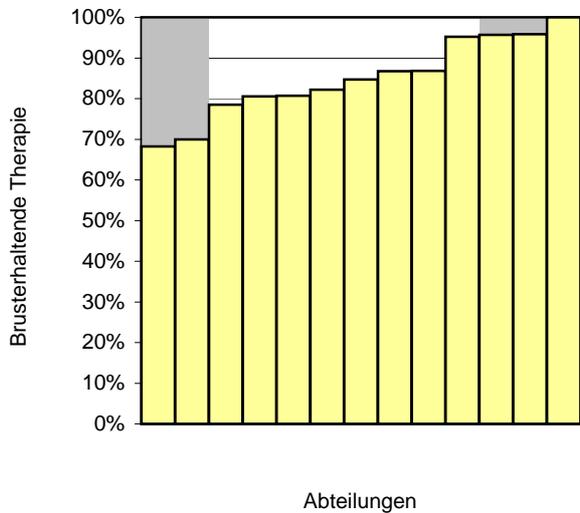
Vorjahresdaten	Gesamt 2011		
	Gruppe 1	Gruppe 1a	Gruppe 2
Frauen mit brusterhaltender Therapie	718 / 851 84,4%	685 / 800 85,6%	236 / 485 48,7%
Vertrauensbereich	81,8% - 86,7%		

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

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

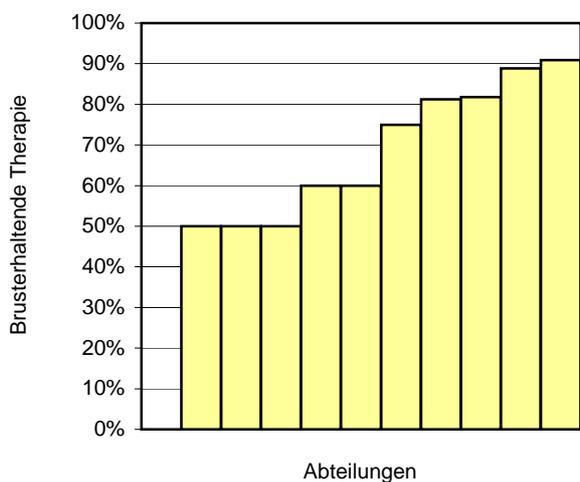
13 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,3		70,0	80,6	84,7	95,2	95,8		100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

11 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		50,0	50,0	60,0	81,8	88,9		90,9

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 9: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung bei maligner Neoplasie nach prätherapeutischer histologischer Diagnose und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

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

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

	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			312 / 1.521	20,5%
Vertrauensbereich				18,6% - 22,6%
Referenzbereich		<= 46,4%		<= 46,4%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			252 / 1.521	16,6%
Vertrauensbereich				14,8% - 18,5%
Referenzbereich		<= 49,1%		<= 49,1%

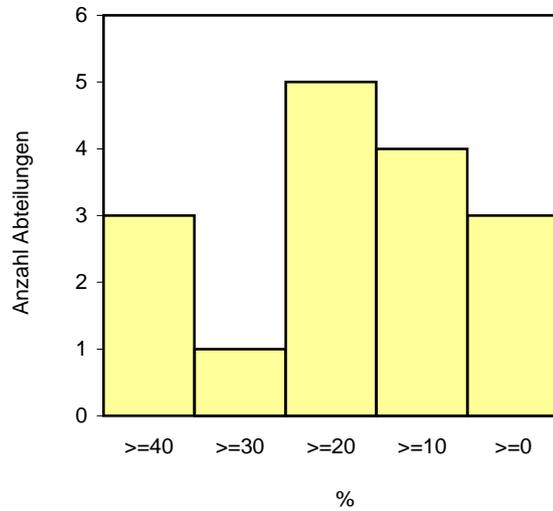
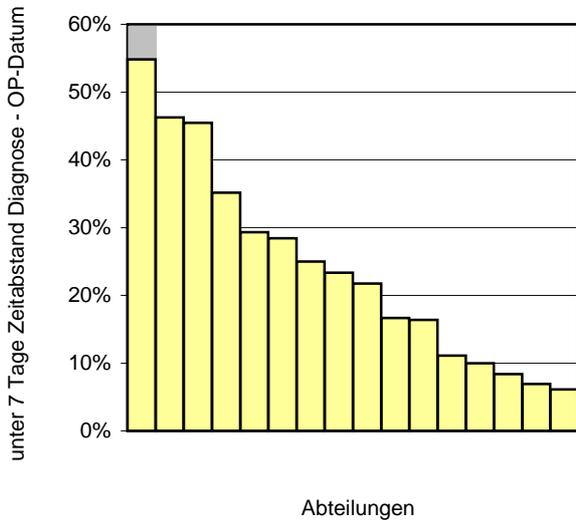
Vorjahresdaten	Abteilung 2011		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			338 / 1.349	25,1%
Vertrauensbereich				22,8% - 27,4%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			185 / 1.349	13,7%
Vertrauensbereich				12,0% - 15,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9a, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/51370]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

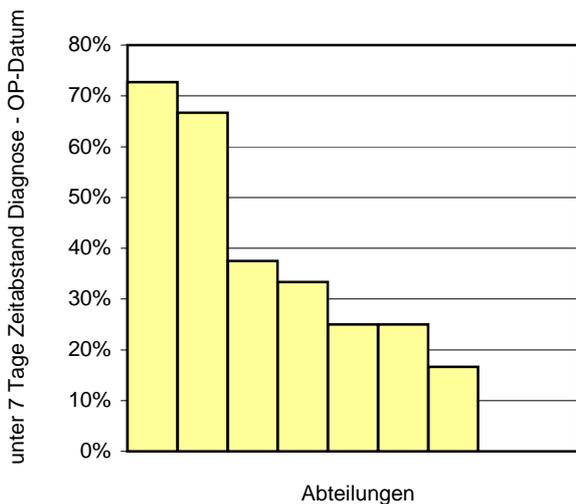
16 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,1		6,9	10,6	22,6	32,2	46,3		54,8

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			16,7	25,0	37,5			72,7

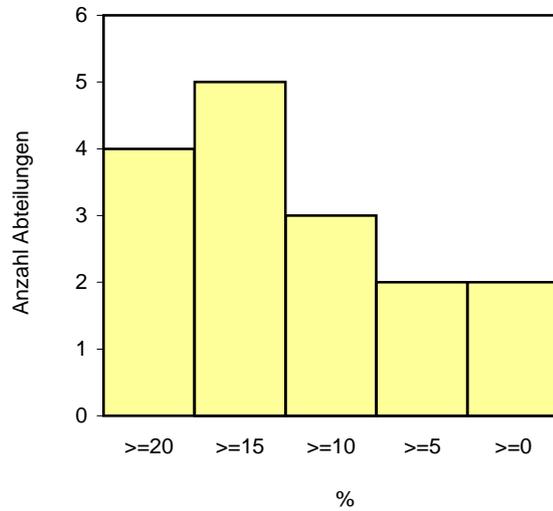
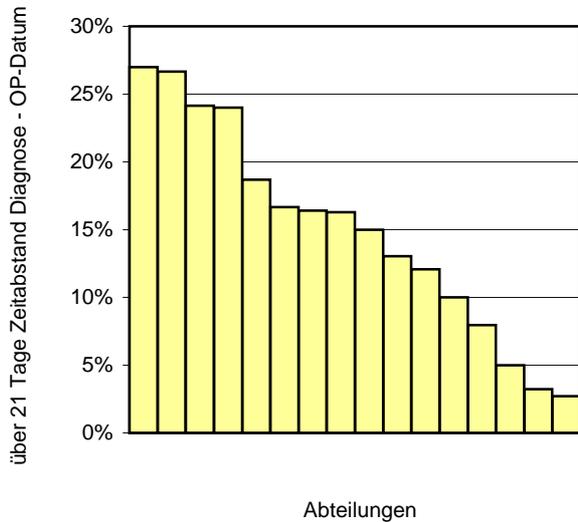
1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 9b, Indikator-ID 2012/18n1-MAMMA/51371]:

Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von über 21 Tagen

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

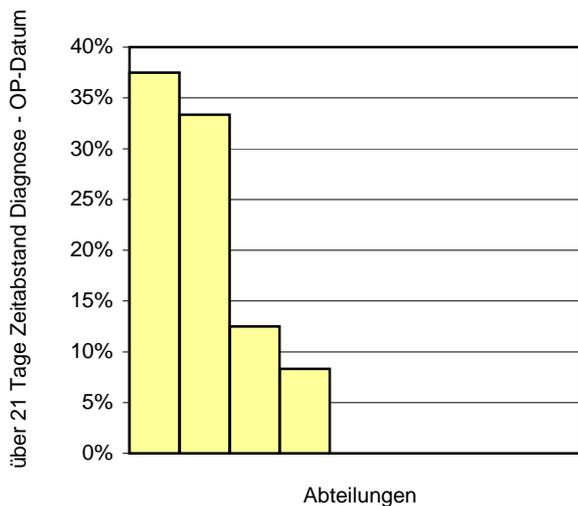
16 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,7		3,2	9,0	15,6	21,3	26,7		27,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

9 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	12,5			37,5

1 Abteilung hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2012
Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Abteilungen (Thüringen): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.603
Datensatzversion: 18/1 2012 15.0
Datenbankstand: 28. Februar 2013
2012 - D12628-L82104-P38991

Übersicht Basisauswertung

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

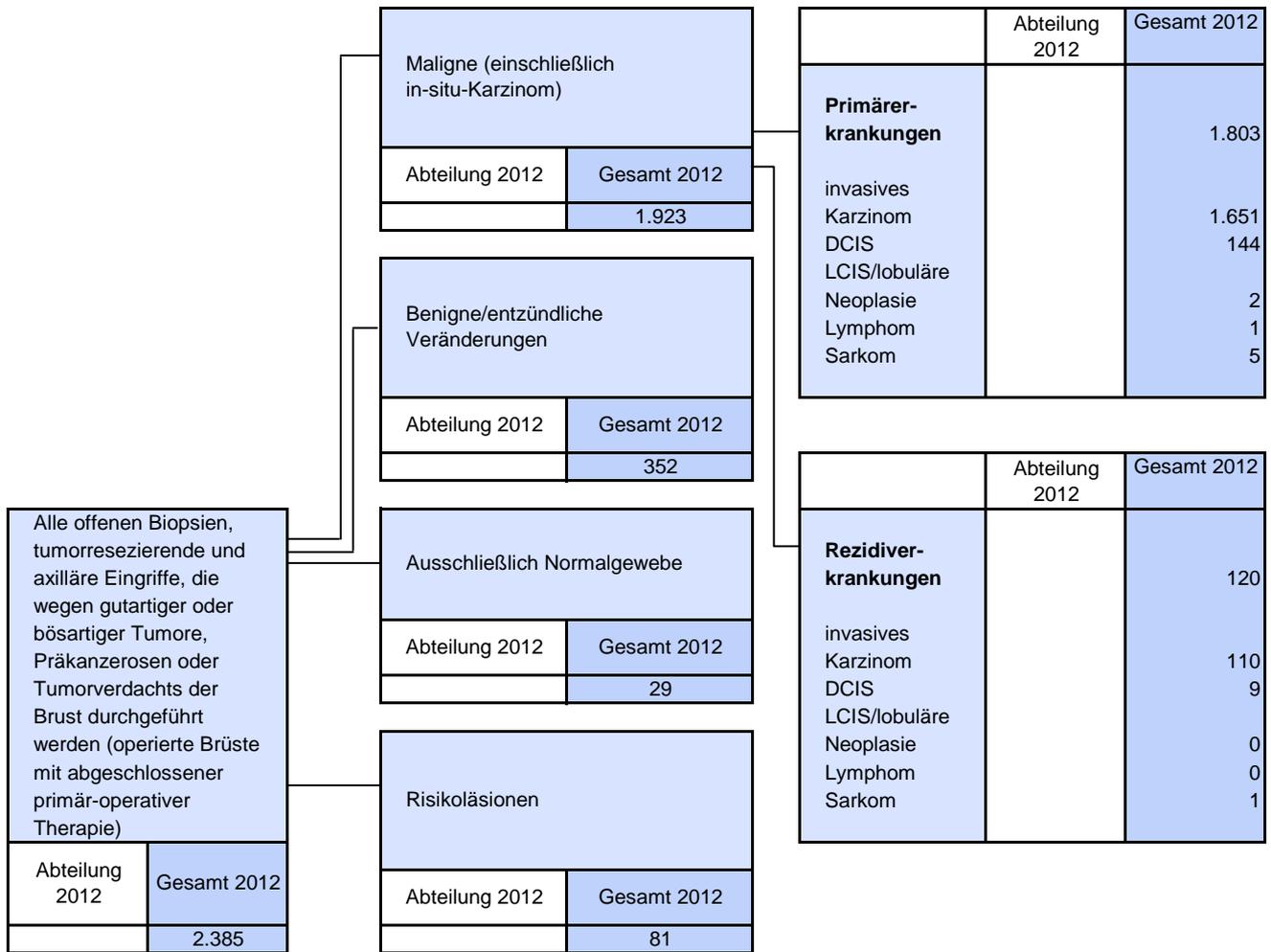
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle offenen Biopsien, tumorresezierende und axilläre Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden: Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie			2.385 / 2.661	89,6	2.149 / 2.369	90,7
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			29 / 2.385	1,2	10 / 2.149	0,5
= benigne/entzündliche Veränderung			352 / 2.385	14,8	403 / 2.149	18,8
= Risikoläsion			81 / 2.385	3,4	33 / 2.149	1,5
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.923 / 2.385	80,6	1.703 / 2.149	79,2

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			1.803 / 1.923	93,8	1.613 / 1.703	94,7
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			1.651 / 1.803	91,6	1.495 / 1.613	92,7
DCIS			144 / 1.803	8,0	110 / 1.613	6,8
LCIS/Lobuläre Neoplasie			2 / 1.803	0,1	3 / 1.613	0,2
Lymphom			1 / 1.803	0,1	1 / 1.613	0,1
Sarkom			5 / 1.803	0,3	4 / 1.613	0,2
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidivkrankung			120 / 1.923	6,2	90 / 1.703	5,3
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			110 / 120	91,7	83 / 90	92,2
DCIS			9 / 120	7,5	6 / 90	6,7
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 120	0,0	0 / 90	0,0
Lymphom			0 / 120	0,0	0 / 90	0,0
Sarkom			1 / 120	0,8	1 / 90	1,1

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)
Basisdaten

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			737	28,3	681	29,5
2. Quartal			663	25,5	614	26,6
3. Quartal			630	24,2	503	21,8
4. Quartal			573	22,0	508	22,0
Gesamt			2.603		2.306	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2012

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	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 2012

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	698	26,8	C50.4	678	29,4
2				C50.8	615	23,6	C50.8	549	23,8
3				I10.00	494	19,0	I10.00	420	18,2
4				D24	289	11,1	D24	270	11,7
5				C77.3	258	9,9	C77.3	186	8,1

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

Patientinnen

	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			8 / 2.603	0,3	11 / 2.306	0,5
20 - 29 Jahre			45 / 2.603	1,7	38 / 2.306	1,6
30 - 39 Jahre			110 / 2.603	4,2	83 / 2.306	3,6
40 - 49 Jahre			400 / 2.603	15,4	352 / 2.306	15,3
50 - 59 Jahre			607 / 2.603	23,3	550 / 2.306	23,9
60 - 69 Jahre			686 / 2.603	26,4	580 / 2.306	25,2
70 - 79 Jahre			531 / 2.603	20,4	495 / 2.306	21,5
>= 80 Jahre			216 / 2.603	8,3	197 / 2.306	8,5
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			2.603		2.306	
Median				61,0		61,0
Geschlecht						
männlich			33	1,3	17	0,7
weiblich			2.570	98,7	2.289	99,3
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			716	27,5	582	25,2
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.371	52,7	1.196	51,9
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			504	19,4	513	22,2
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			11	0,4	15	0,7
5: moribunder Patient			1	0,0	0	0,0

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			1.945 / 2.603	74,7	1.725 / 2.306	74,8
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.945	5,0	1.725	6,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.945	6,0	1.725	7,0
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			658 / 2.603	25,3	581 / 2.306	25,2
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			658	2,0	581	2,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			658	2,0	581	2,0

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

² bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen

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

Präoperative Diagnostik und Therapie

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			1.303 / 2.661	49,0	1.145 / 2.369	48,3
links			1.358 / 2.661	51,0	1.224 / 2.369	51,7
Erkrankung an dieser Brust						
Primärerkrankung			2.518 / 2.661	94,6	2.248 / 2.369	94,9
lokoregionäres Rezidiv nach BET			111 / 2.661	4,2	78 / 2.369	3,3
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			32 / 2.661	1,2	43 / 2.369	1,8
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung			2.221 / 2.518	88,2	2.001 / 2.248	89,0
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			1.374 / 2.221	61,9	1.265 / 2.001	63,2
Anlass der Diagnosestellung bekannt (Mehrfachnennungen möglich)			2.163 / 2.221	97,4	1.976 / 2.001	98,8
wenn ja:						
Selbstuntersuchung (Eigenuntersuchung)			892 / 2.163	41,2	808 / 1.976	40,9
Früherkennung			847 / 2.163	39,2	782 / 1.976	39,6
Früherkennung im Rahmen eines Mammographie-Screening-Programms			562 / 2.163	26,0	500 / 1.976	25,3
Tumorsymptomatik			306 / 2.163	14,1	245 / 1.976	12,4
Nachsorge			49 / 2.163	2,3	58 / 1.976	2,9
sonstiges			222 / 2.163	10,3	265 / 1.976	13,4

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.277 / 1.374	92,9	1.156 / 1.265	91,4
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			725 / 847	85,6	610 / 736	82,9
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden			2.002 / 2.221	90,1	1.766 / 2.001	88,3
wenn ja:						
Histologie¹						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			11 / 2.002	0,5	-	-
= benigne/entzündliche Veränderung			103 / 2.002	5,1	-	-
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			164 / 2.002	8,2	-	-
= malignitätsverdächtig			34 / 2.002	1,7	-	-
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.690 / 2.002	84,4	-	-

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

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2012)
 bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie¹ (einschließlich in-situ-Karzinomen)			1.690 / 2.002	84,4	-	-
davon:						
invasives Karzinom			1.548 / 1.690	91,6	-	-
DCIS			140 / 1.690	8,3	-	-
LCIS/Lobuläre Neoplasie			1 / 1.690	0,1	-	-
Lymphom			0 / 1.690	0,0	-	-
Sarkom			1 / 1.690	0,1	-	-

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

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv)			98 / 143	68,5	69 / 121	57,0
wenn ja:						
Histologie¹						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			0 / 98	0,0	-	-
= benigne/entzündliche Veränderung			4 / 98	4,1	-	-
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			2 / 98	2,0	-	-
= malignitätsverdächtig			1 / 98	1,0	-	-
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			91 / 98	92,9	-	-

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

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidivkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie¹ (einschließlich in-situ-Karzinomen)			91 / 98	92,9	-	-
davon:						
invasives Karzinom			80 / 91	87,9	-	-
DCIS			10 / 91	11,0	-	-
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 91	0,0	-	-
Lymphom			0 / 91	0,0	-	-
Sarkom			1 / 91	1,1	-	-

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

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			805 / 2.221	36,2	910 / 2.001	45,5
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			785 / 2.002	39,2	861 / 1.766	48,8
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			727 / 1.688	43,1	777 / 1.509	51,5

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			153 / 2.221	6,9	112 / 2.001	5,6
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)			151 / 1.548	9,8	111 / 1.399	7,9
wenn ja:						
systemische Chemotherapie			143 / 151	94,7	105 / 111	94,6
endokrine Therapie			5 / 151	3,3	7 / 111	6,3
spezifische Antikörpertherapie			26 / 151	17,2	14 / 111	12,6
Strahlentherapie			2 / 151	1,3	0 / 111	0,0
sonstige			8 / 151	5,3	1 / 111	0,9

4. Operation (benigne und maligne Tumore) Operation

Bezug: Eingriffe	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			2.690	1,0	2.419	1,0
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			669 / 2.690	24,9	581 / 2.419	24,0
Mammographie wenn ja:			285 / 669	42,6	217 / 581	37,3
intraoperatives Präparatröntgen			279 / 285	97,9	212 / 217	97,7
Sonographie wenn ja:			361 / 669	54,0	354 / 581	60,9
intraoperative Präparatsonographie			80 / 361	22,2	78 / 354	22,0
MRT			42 / 669	6,3	49 / 581	8,4

OPS 2012

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2012

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
5	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
6	5-401.12	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)

OPS 2012

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2012			Gesamt 2012			Gesamt 2011		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	953	35,4	5-401.11	894	37,0
2				5-870.a1	524	19,5	5-870.0	444	18,4
3				5-872.1	521	19,4	5-870.4	363	15,0
4				5-870.90	434	16,1	5-871.1	316	13,1
5				5-870.a0	327	12,2	5-401.12	307	12,7
6				5-401.12	325	12,1	5-870.3	283	11,7

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt (Bezug: Eingriffe)			1.339 / 2.690	49,8	1.181 / 2.419	48,8
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			2.537 / 2.690	94,3	2.197 / 2.419	90,8

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore) Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			116 / 2.661	4,4	161 / 2.369	6,8
Wundinfektion			16 / 2.661	0,6	24 / 2.369	1,0
Nachblutung/Hämatom			58 / 2.661	2,2	81 / 2.369	3,4
Serom			33 / 2.661	1,2	51 / 2.369	2,2
sonstige			13 / 2.661	0,5	9 / 2.369	0,4

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			29	1,1	10	0,4
= benigne/entzündliche Veränderung			355	13,3	409	17,3
= Risikoläsion			83	3,1	34	1,4
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.194	82,5	1.916	80,9
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			2.385	89,6	2.149	90,7
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			99	35,9	96	43,6
Empfehlung zur Mastektomie			55	19,9	42	19,1
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			28	10,1	16	7,3
Empfehlung zur Axilladisektion			21	7,6	23	10,5
Empfehlung zur BET			19	6,9	12	5,5
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			54	19,6	31	14,1

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.495 / 2.661	56,2	1.378 / 2.369	58,2
davon						
pT0			0 / 1.495	0,0	2 / 1.378	0,1
pTis			1 / 1.495	0,1	5 / 1.378	0,4
pT1 (<= 2cm)			874 / 1.495	58,5	801 / 1.378	58,1
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			8 / 874	0,9	12 / 801	1,5
pT1a (<= 5 mm)			53 / 874	6,1	54 / 801	6,7
pT1b (<= 10 mm)			244 / 874	27,9	201 / 801	25,1
pT1c (<= 20 mm)			569 / 874	65,1	534 / 801	66,7
pT2 (> 2 bis 5 cm)			501 / 1.495	33,5	465 / 1.378	33,7
pT3 (> 5 cm)			32 / 1.495	2,1	41 / 1.378	3,0
pT4 (Brustwand/Haut)			78 / 1.495	5,2	60 / 1.378	4,4
davon						
pT4a (Brustwand)			6 / 78	7,7	0 / 60	0,0
pT4b (Ödem)			61 / 78	78,2	56 / 60	93,3
pT4c (Brustwand und Ödem)			3 / 78	3,8	1 / 60	1,7
pT4d (inflammatorisch)			8 / 78	10,3	3 / 60	5,0
pTX			9 / 1.495	0,6	4 / 1.378	0,3

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	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			156 / 2.661	5,9	117 / 2.369	4,9
davon						
ypT0			41 / 156	26,3	19 / 117	16,2
ypTis			3 / 156	1,9	2 / 117	1,7
ypT1 (<= 2cm)			47 / 156	30,1	51 / 117	43,6
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 47	0,0	1 / 51	2,0
ypT1a (<= 5 mm)			12 / 47	25,5	8 / 51	15,7
ypT1b (<= 10 mm)			12 / 47	25,5	9 / 51	17,6
ypT1c (<= 20 mm)			23 / 47	48,9	33 / 51	64,7
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			39 / 156	25,0	20 / 117	17,1
ypT3 (> 5 cm)			14 / 156	9,0	7 / 117	6,0
ypT4 (Brustwand/Haut)			10 / 156	6,4	16 / 117	13,7
davon						
ypT4a (Brustwand)			1 / 10	10,0	2 / 16	12,5
ypT4b (Ödem)			8 / 10	80,0	10 / 16	62,5
ypT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 10	10,0	1 / 16	6,3
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 10	0,0	3 / 16	18,8
ypTX			2 / 156	1,3	2 / 117	1,7

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	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.526 / 2.661	57,3	1.392 / 2.369	58,8
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.017 / 1.526	66,6	902 / 1.392	64,8
pN0(sn)			960 / 1.017	94,4	851 / 902	94,3
pN0			57 / 1.017	5,6	51 / 902	5,7
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			47 / 1.017	4,6	41 / 902	4,5
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			304 / 1.526	19,9	285 / 1.392	20,5
pN1mi			8 / 304	2,6	11 / 285	3,9
pN1mi(sn)			24 / 304	7,9	15 / 285	5,3
pN1a			202 / 304	66,4	209 / 285	73,3
pN1b			4 / 304	1,3	1 / 285	0,4
pN1c			3 / 304	1,0	3 / 285	1,1
pN1(sn)			63 / 304	20,7	46 / 285	16,1
pN2			100 / 1.526	6,6	87 / 1.392	6,3
pN2a			100 / 100	100,0	87 / 87	100,0
pN2b			0 / 100	0,0	0 / 87	0,0
pN3			73 / 1.526	4,8	76 / 1.392	5,5
pN3a			69 / 73	94,5	70 / 76	92,1
pN3b			1 / 73	1,4	2 / 76	2,6
pN3c			3 / 73	4,1	4 / 76	5,3
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			32 / 1.526	2,1	42 / 1.392	3,0
pNX			30 / 32	93,8	41 / 42	97,6
pNX(sn)			2 / 32	6,3	1 / 42	2,4

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	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			125 / 2.661	4,7	103 / 2.369	4,3
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			57 / 125	45,6	40 / 103	38,8
ypN0(sn)			10 / 57	17,5	7 / 40	17,5
ypN0			47 / 57	82,5	33 / 40	82,5
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			38 / 57	66,7	26 / 40	65,0
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			29 / 125	23,2	32 / 103	31,1
ypN1mi			3 / 29	10,3	2 / 32	6,3
ypN1mi(sn)			0 / 29	0,0	0 / 32	0,0
ypN1a			23 / 29	79,3	26 / 32	81,3
ypN1b			0 / 29	0,0	0 / 32	0,0
ypN1c			0 / 29	0,0	2 / 32	6,3
ypN1(sn)			3 / 29	10,3	2 / 32	6,3
ypN2			22 / 125	17,6	16 / 103	15,5
ypN2a			22 / 22	100,0	16 / 16	100,0
ypN2b			0 / 22	0,0	0 / 16	0,0
ypN3			11 / 125	8,8	11 / 103	10,7
ypN3a			11 / 11	100,0	11 / 11	100,0
ypN3b			0 / 11	0,0	0 / 11	0,0
ypN3c			0 / 11	0,0	0 / 11	0,0
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			6 / 125	4,8	4 / 103	3,9
ypNX			5 / 6	83,3	4 / 4	100,0
ypNX(sn)			1 / 6	16,7	0 / 4	0,0

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			558	14,0	529	15,0
wenn Angabe pN(sn)-Staging: Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			1.059	2,0	919	2,0
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			8	0,5	12	0,8
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			1.651 / 2.661	62,0	1.495 / 2.369	63,1
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			1.547 / 1.651	93,7	1.398 / 1.495	93,5
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			104 / 1.651	6,3	97 / 1.495	6,5

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	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			1.640		1.485	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			282	17,2	232	15,6
mäßig differenziert			882	53,8	797	53,7
schlecht differenziert			471	28,7	442	29,8
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			5	0,3	14	0,9
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			266	16,2	275	18,5
positiv			1.326	80,9	1.206	81,2
schwach positiv ¹			45	2,7	-	-
unbekannt			3	0,2	4	0,3
HER-2/neu-Status						
negativ			1.363	83,1	1.169	78,7
positiv			272	16,6	303	20,4
unbekannt			5	0,3	13	0,9
histologisch gesicherte Multizentrität			221 / 1.640	13,5	217 / 1.485	14,6
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			15 / 1.640	0,9	20 / 1.485	1,3
ja			1.590 / 1.640	97,0	1.451 / 1.485	97,7
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			35 / 1.640	2,1	14 / 1.485	0,9
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			1.061		969	
Median (mm)				7,0		7,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			21 / 1.640	1,3	22 / 1.485	1,5

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

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			496	30,0	449	30,0
ja			1.096	66,4	985	65,9
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			55	3,3	55	3,7
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			4	0,2	6	0,4
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			572	34,6	578	38,7
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.273	77,1	1.127	75,4
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			971 / 1.273	76,3	834 / 1.127	74,0
Farbmarkierung			62 / 1.273	4,9	36 / 1.127	3,2
beides			240 / 1.273	18,9	257 / 1.127	22,8
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			241	14,6	258	17,3
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.509 / 1.547	97,5	1.362 / 1.398	97,4

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- närer Tumorkonferenz			1.573 / 1.628	96,6	1.433 / 1.470	97,5
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			1.614 / 1.628	99,1	1.461 / 1.470	99,4
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1.622 / 1.628	99,6	1.465 / 1.470	99,7

**Entlassung
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.250	76,8	1.236	84,1
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			340	20,9	208	14,1
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,1
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,2	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			11	0,7	7	0,5
07: Tod			1	0,1	1	0,1
08: Verlegung nach § 14			1	0,1	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			5	0,3	5	0,3
10: in Pflegeeinrichtung			13	0,8	10	0,7
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			1	0,1	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	1	0,1
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,1	1	0,1
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			1	0,1	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			1	0,1	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0	0,0	0	0,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Histologie und Staging
6.3 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv- erkrankung bei invasivem Karzinom (primär- operative Therapie abgeschlossen) davon			110 / 2.661	4,1	83 / 2.369	3,5
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			86 / 110	78,2	66 / 83	79,5
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			24 / 110	21,8	17 / 83	20,5

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			96		63	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			1	1,0	0	0,0
mäßig differenziert			50	52,1	31	49,2
schlecht differenziert			44	45,8	29	46,0
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			1	1,0	3	4,8
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			26	27,1	20	31,7
positiv			62	64,6	41	65,1
schwach positiv ²			0	0,0	-	-
unbekannt			0	0,0	2	3,2
HER-2/neu-Status						
negativ			72	75,0	38	60,3
positiv			24	25,0	23	36,5
unbekannt			0	0,0	2	3,2
histologisch gesicherte Multizentrität			13 / 96	13,5	16 / 63	25,4
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			7 / 96	7,3	11 / 63	17,5
ja			89 / 96	92,7	52 / 63	82,5
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 96	0,0	0 / 63	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			89		52	
Median				10,0		10,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			5 / 96	5,2	3 / 63	4,8

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

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

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			82		51	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			68	82,9	39	76,5
ja			12	14,6	10	19,6
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	1,2	1	2,0
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	1,2	1	2,0

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinä- rer Tumorkonferenz			104 / 109	95,4	82 / 83	98,8
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			109 / 109	100,0	83 / 83	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			109 / 109	100,0	83 / 83	100,0

**Entlassung
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			81	74,3	74	89,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			26	23,9	9	10,8
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			2	1,8	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			144	100,0	110	100,0
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			105 / 144	72,9	67 / 110	60,9
pNX			101 / 105	96,2	67 / 67	100,0
pNX(sn)			4 / 105	3,8	0 / 67	0,0
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			37 / 144	25,7	39 / 110	35,5
pN0(sn)			31 / 37	83,8	37 / 39	94,9
pN0			6 / 37	16,2	2 / 39	5,1
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			0 / 37	0,0	1 / 39	2,6
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			0 / 144	0,0	0 / 110	0,0
pN1mi			0 / 0		0 / 0	
pN1mi(sn)			0 / 0		0 / 0	
pN1a			0 / 0		0 / 0	
pN1b			0 / 0		0 / 0	
pN1c			0 / 0		0 / 0	
pN1(sn)			0 / 0		0 / 0	
pN2			0 / 144	0,0	0 / 110	0,0
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 144	0,0	0 / 110	0,0
pN3a			0 / 0		0 / 0	
pN3b			0 / 0		0 / 0	
pN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			0 / 144	0,0	3 / 110	2,7
ypNX			0 / 0		2 / 3	66,7
ypNX(sn)			0 / 0		1 / 3	33,3
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			2 / 144	1,4	0 / 110	0,0
ypN0(sn)			2 / 2	100,0	0 / 0	
ypN0			0 / 2	0,0	0 / 0	
ypN0 mit >= 10 unter- suchten Lymphknoten			0 / 2	0,0	0 / 0	
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			0 / 144	0,0	1 / 110	0,9
ypN1mi			0 / 0		0 / 1	0,0
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 1	0,0
ypN1a			0 / 0		1 / 1	100,0
ypN1b			0 / 0		0 / 1	0,0
ypN1c			0 / 0		0 / 1	0,0
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 1	0,0
ypN2			0 / 144	0,0	0 / 110	0,0
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 144	0,0	0 / 110	0,0
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			18	4,0	12	4,0
wenn Angabe pN(sn)-Staging Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			33	2,0	37	2,0
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			1	0,7	3	2,7
Grading						
G1			15	10,4	21	19,1
G2			52	36,1	41	37,3
G3			49	34,0	32	29,1
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			28	19,4	16	14,5
Gesamttumorgrösse						
Anzahl der gültigen Angaben Median			144	11,0	110	14,0
Anteil <= 10 mm (%)			71 / 144	49,3	42 / 110	38,2
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			33 / 144	22,9	30 / 110	27,3
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			14 / 144	9,7	12 / 110	10,9
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			11 / 144	7,6	8 / 110	7,3
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			4 / 144	2,8	9 / 110	8,2
Anteil > 50 mm (%)			11 / 144	7,6	9 / 110	8,2

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			23 / 144	16,0	14 / 110	12,7
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			3 / 144	2,1	4 / 110	3,6
ja			141 / 144	97,9	106 / 110	96,4
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 144	0,0	0 / 110	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			108		78	
Median (mm)				8,0		7,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			2 / 144	1,4	0 / 110	0,0

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			29	20,1	28	25,5
ja			110	76,4	78	70,9
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			5	3,5	3	2,7
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	1	0,9
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			2	1,4	6	5,5
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			34	23,6	31	28,2
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			22 / 34	64,7	20 / 31	64,5
Farbmarkierung			4 / 34	11,8	1 / 31	3,2
beides			8 / 34	23,5	10 / 31	32,3
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			0	0,0	4	3,6

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			144 / 144	100,0	104 / 110	94,5
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			143 / 144	99,3	107 / 110	97,3
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			144 / 144	100,0	108 / 110	98,2

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			116	80,6	97	88,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			27	18,8	12	10,9
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	1	0,9
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,7	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
6.5 DCIS (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			1 / 9	11,1	1 / 6	16,7
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			2 / 9	22,2	0 / 6	0,0
ja			7 / 9	77,8	6 / 6	100,0
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 9	0,0	0 / 6	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			7		6	
Median				10,0		8,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			0 / 9	0,0	0 / 6	0,0

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			8		6	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			6	75,0	3	50,0
ja			2	25,0	0	0,0
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	3	50,0
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	0	0,0

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			9 / 9	100,0	6 / 6	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			9 / 9	100,0	6 / 6	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			9 / 9	100,0	6 / 6	100,0

**Entlassung
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			6	66,7	4	66,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			3	33,3	2	33,3
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2 / 2	100,0	3 / 3	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			2 / 2	100,0	3 / 3	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			2 / 2	100,0	3 / 3	100,0

Entlassung
LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1	50,0	3	100,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	50,0	0	0,0
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			5	100,0	4	100,0
davon						
pT0			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
pTis			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
pT1 (<= 2 cm)			1 / 5	20,0	0 / 4	0,0
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 1	0,0	0 / 0	
pT1a (<= 5 mm)			0 / 1	0,0	0 / 0	
pT1b (<= 10 mm)			0 / 1	0,0	0 / 0	
pT1c (<= 20 mm)			1 / 1	100,0	0 / 0	
pT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
pT3 (> 5 cm)			2 / 5	40,0	2 / 4	50,0
pT4 (Brustwand/Haut)			1 / 5	20,0	0 / 4	0,0
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 1	0,0	0 / 0	
pT4b (Ödem)			1 / 1	100,0	0 / 0	
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 1	0,0	0 / 0	
pT4d (inflammatorisch)			0 / 1	0,0	0 / 0	
pTX			1 / 5	20,0	2 / 4	50,0
ypT0			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
ypTis			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
ypT3 (> 5 cm)			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 5	0,0	0 / 4	0,0
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 / 5	0,0	0 / 4	0,0

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

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			6 / 2.661	0,2	5 / 2.369	0,2
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			4 / 6	66,7	5 / 5	100,0
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			2 / 6	33,3	0 / 5	0,0

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

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

Entlassung Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5	83,3	2	50,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	16,7	2	50,0
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Weiterer Behandlungsverlauf
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1 / 1	100,0	1 / 1	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1 / 1	100,0	1 / 1	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1 / 1	100,0	1 / 1	100,0

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

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

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Entlassung
6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2012		Gesamt 2012		Gesamt 2011	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			371	81,7	383	88,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			81	17,8	45	10,3
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,2
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,2	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	2	0,5
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,2	2	0,5
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0	0,0	1	0,2
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	1	0,2
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2012 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2011 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2012. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2011 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für die 2012 überarbeitet worden sind.

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

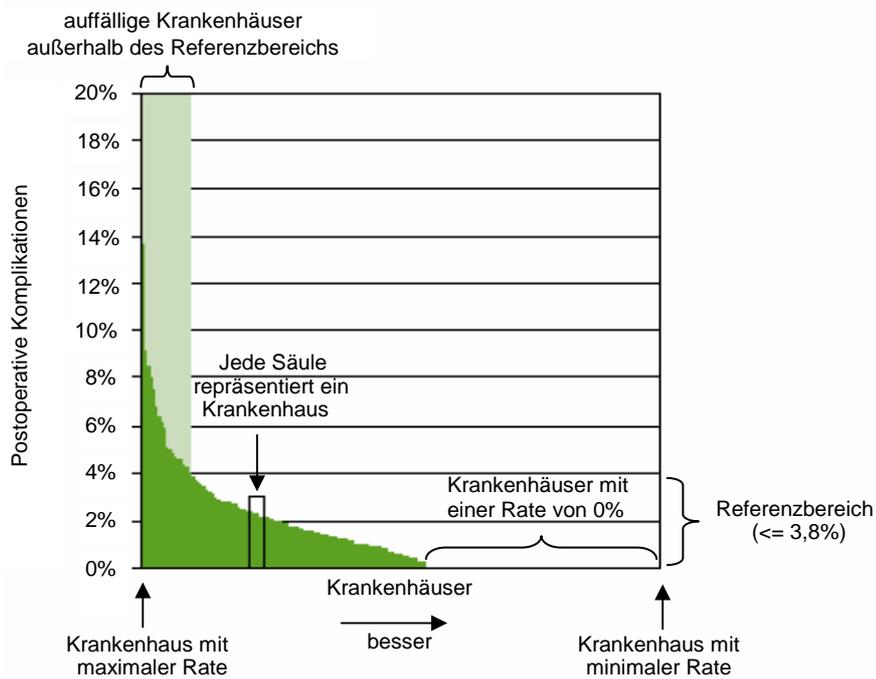
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

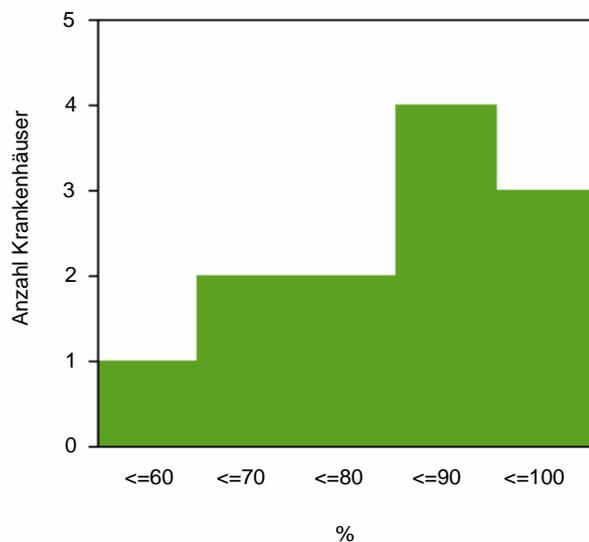
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

6. Interpretation der Ergebnisse

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

7. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2012/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2012.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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