

Jahresauswertung 2013 Mammachirurgie

18/1

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.566
Datensatzversion: 18/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14105-L89643-P43606

Jahresauswertung 2013 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.566
Datensatzversion: 18/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14105-L89643-P43606

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr²	Seite
2013/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung			97,3%	>= 90,0%	innerhalb	96,9%	6
QI 2: Intraoperatives Präparatröntgen und intraoperative Präparatsonographie							
2a: 2013/18n1-MAMMA/303							
Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung			97,3%	>= 95,0%	innerhalb	97,9%	8
2b: 2013/18n1-MAMMA/51369							
Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung			37,7%	nicht definiert	-	22,2%	10
2013/18n1-MAMMA/2163							
QI 3³: Primäre Axilladissektion bei DCIS			1,8%	<= 5,0%	innerhalb	-	12
2013/18n1-MAMMA/50719							
QI 4³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			11,7%	<= 29,8%	innerhalb	-	14

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr²	Seite
2013/18n1-MAMMA/51847							
QI 5³: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			95,0%	>= 80,0%	innerhalb	-	16
QI 6³: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation							
6a: 2013/18n1-MAMMA/51370 unter 7 Tage			18,6%	<= 42,1%	innerhalb	20,5%	19
6b: 2013/18n1-MAMMA/51371 über 21 Tage			18,9%	<= 55,1%	innerhalb	16,6%	19

¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Abteilung 2013	Ergebnis Abteilung 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/18n1-MAMMA/813068							
AK 3³: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie			19,0 Fälle	<= 4,0 Fälle	auffällig	11,0 Fälle	22
2013/18n1-MAMMA/813069							
AK 4³: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primäroperative Therapie			13,4%	<= 29,3%	innerhalb	10,4%	24


¹ „auffällig“ = „rechnerische Auffälligkeit“, „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2013. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.


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

Qualitätsindikator 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff
Grundgesamtheit:	Gruppe 1: Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“ Gruppe 2: Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität
Indikator-ID:	Gruppe 1: 2013/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1: >= 90,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich		
	>= 90,0%	

	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	1.778 / 1.828 97,3%	202 / 322 62,7%
	96,4% - 97,9%	
	>= 90,0%	

Vorjahresdaten	Abteilung 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

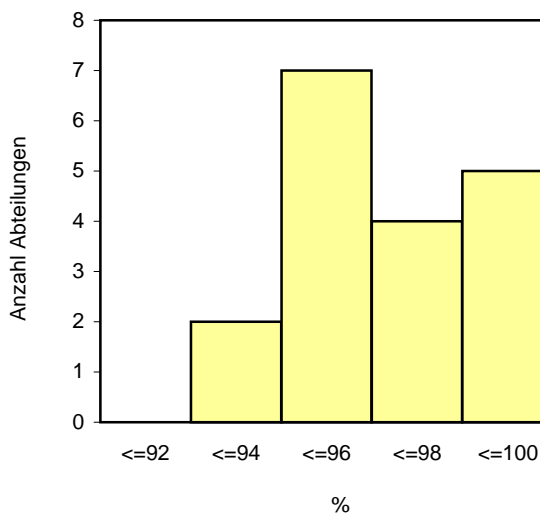
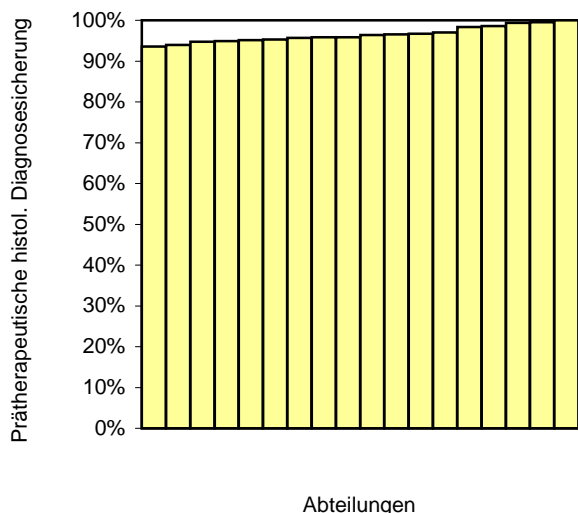
Vorjahresdaten	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	1.730 / 1.785 96,9%	251 / 412 60,9%
	96,0% - 97,6%	

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51846]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

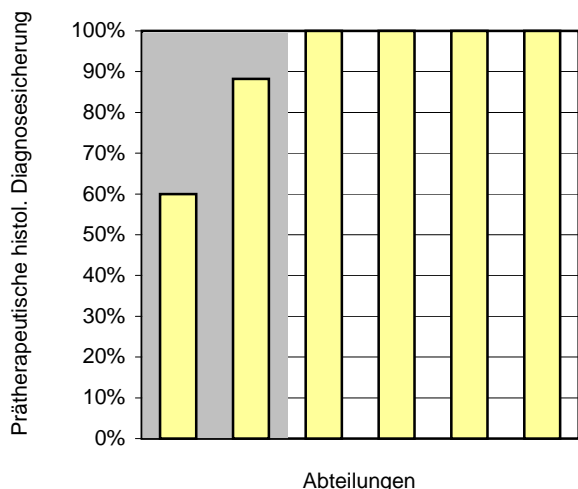
18 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	93,5		93,9	95,1	96,1	98,3	99,5		100,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,0			88,2	100,0	100,0			100,0

2 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: (QI 2a): 2013/18n1-MAMMA/303

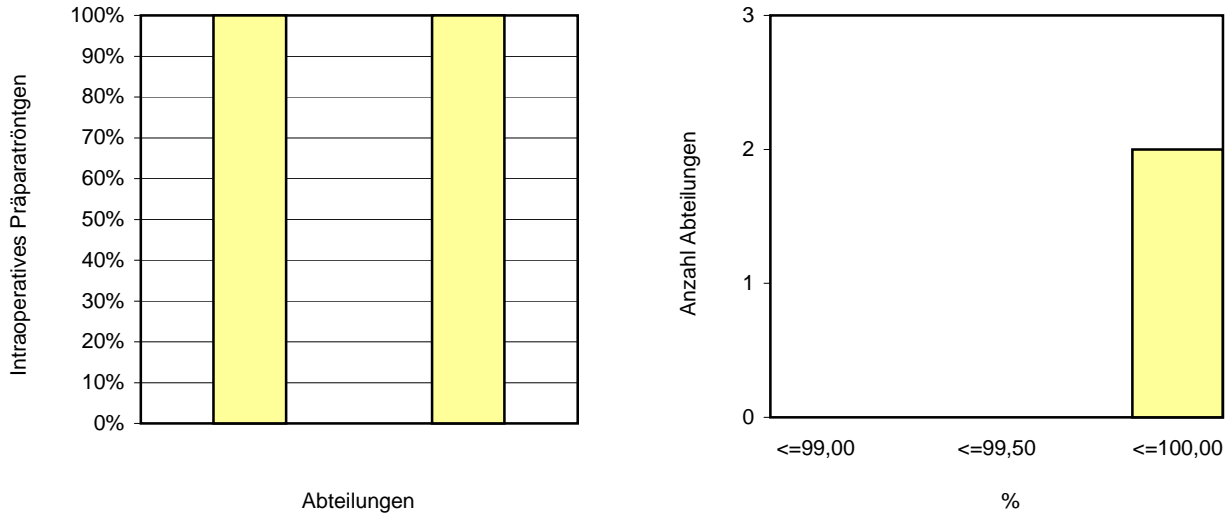
Referenzbereich: >= 95,0% (Zielbereich)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen			216 / 222	97,3%
Vertrauensbereich				94,2% - 98,8%
Referenzbereich		>= 95,0%		>= 95,0%

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

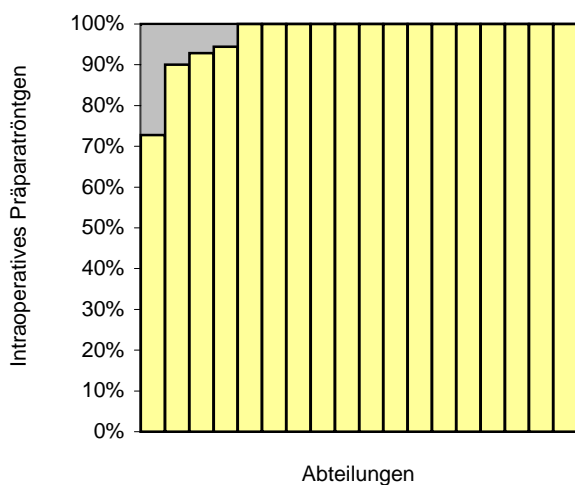
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/303]:
 Anteil von Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch
 Mammographie**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	100,0				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
	72,7		90,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0

6 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonographie

Indikator-ID: (QI 2b): 2013/18n1-MAMMA/51369

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

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie Vertrauensbereich Referenzbereich		■ nicht definiert	122 / 324	■ 37,7% 32,6% - 43,0% nicht definiert

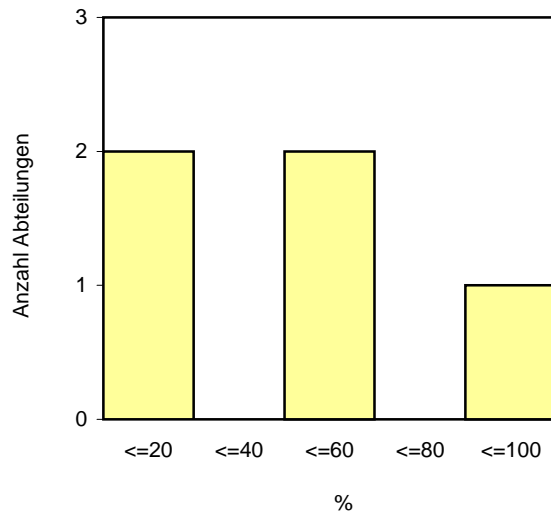
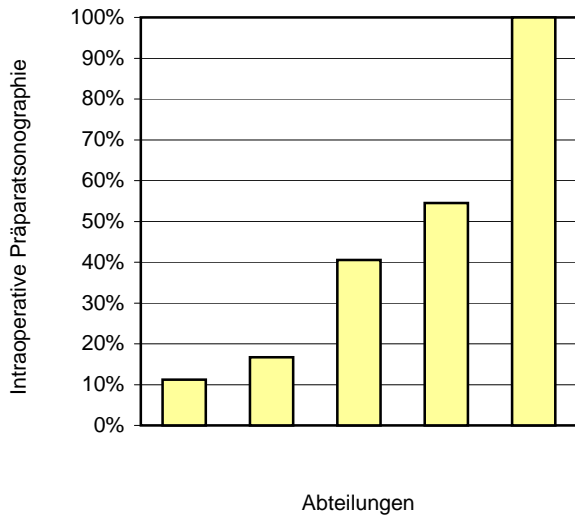
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie Vertrauensbereich		■	80 / 361	■ 22,2% 18,2% - 26,7%

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51369]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

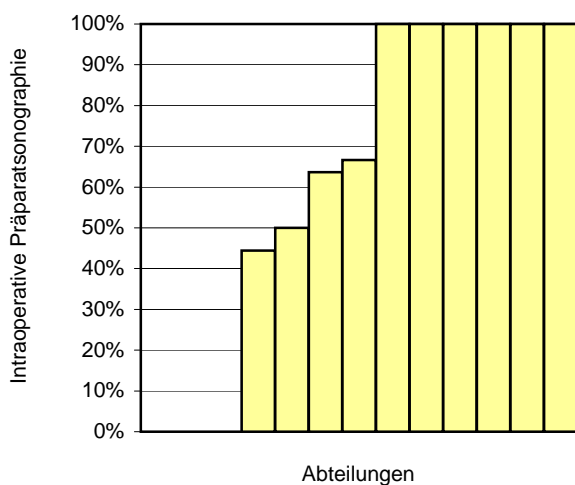
5 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	11,2			16,7	40,5	54,5			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	44,4	66,7	100,0	100,0		100,0

8 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: 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: 2013/18n1-MAMMA/2163

Referenzbereich: <= 5,0% (Toleranzbereich)

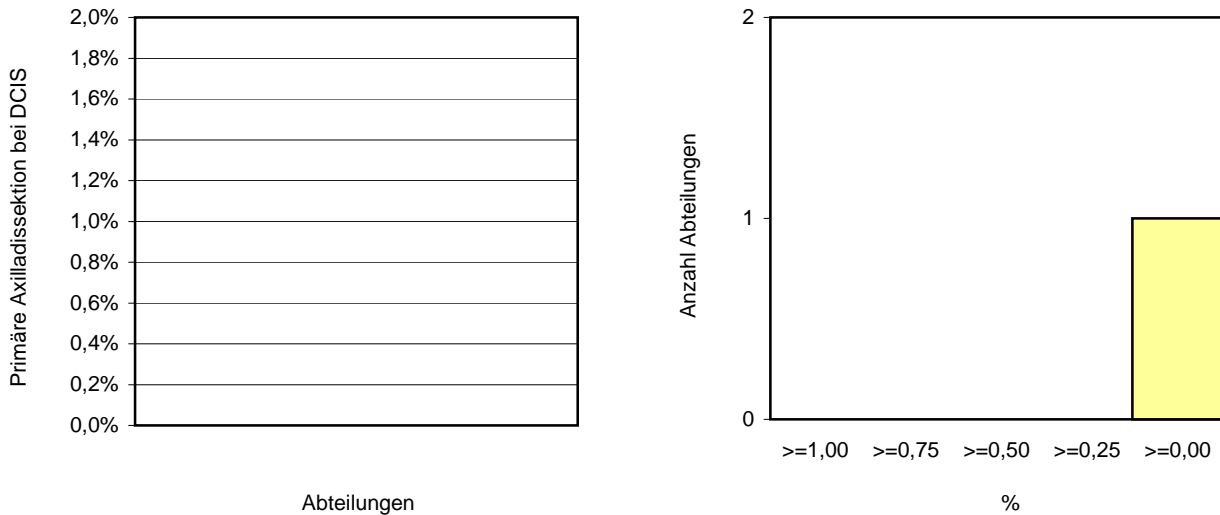
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			3 / 171	1,8%
Vertrauensbereich				0,6% - 5,0%
Referenzbereich		<= 5,0%		<= 5,0%

Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer Axilladisektion	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

¹ Aufgrund von Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

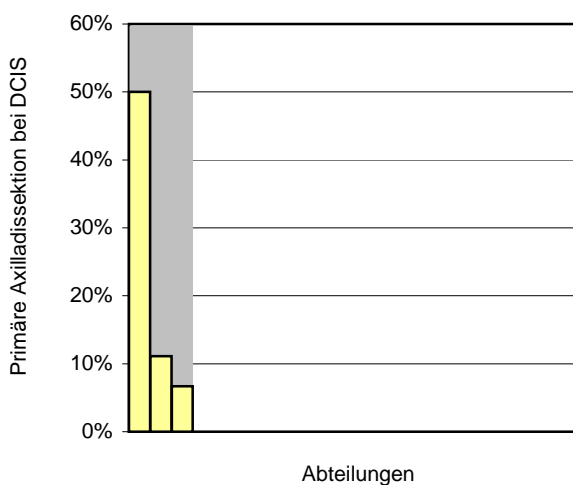
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/2163]:
 Anteil von Patientinnen mit primärer Axilladissektion an allen Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung**

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
	0,0				0,0				0,0

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 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	0,0	6,7	11,1	50,0

4 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

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

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

Indikator-ID: 2013/18n1-MAMMA/50719

Referenzbereich: <= 29,8% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			13 / 111	11,7%
Vertrauensbereich				7,0% - 19,0%
Referenzbereich		<= 29,8%		<= 29,8%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 111	0,0%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			12 / 111	10,8%

Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme	-	-	-	-
Vertrauensbereich				

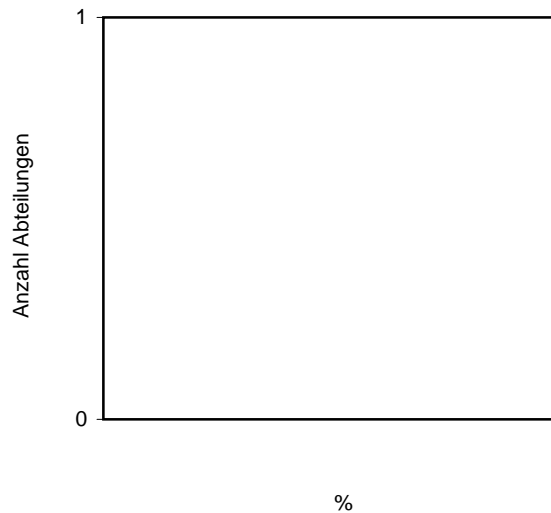
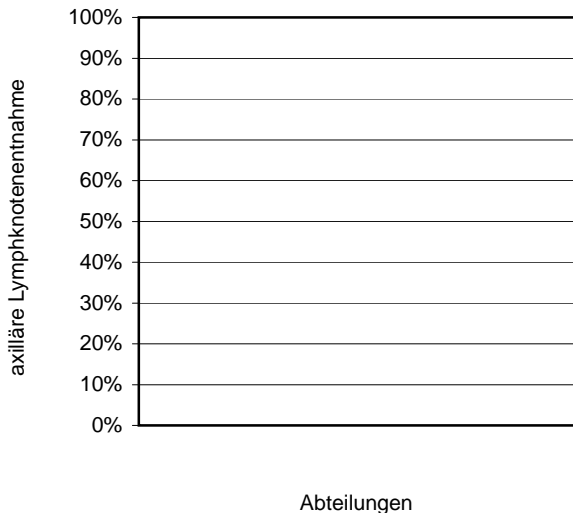
¹ Aufgrund von Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/50719]:

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

Abteilungen mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

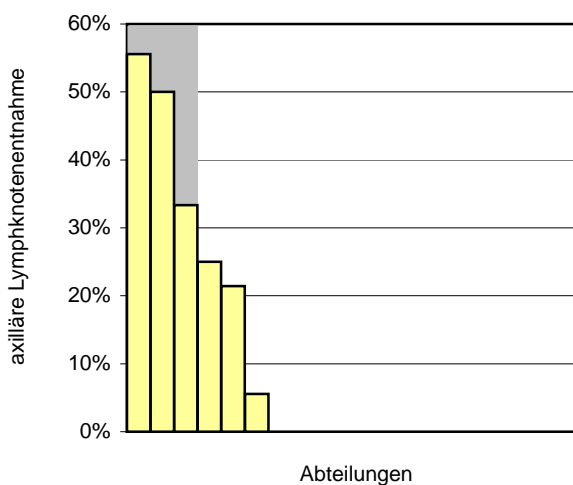
0 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit. Die grafische Darstellung entfällt daher.



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

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

19 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	21,4	50,0		55,6

7 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
Grundgesamtheit:	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹	
Indikator-ID:	Gruppe 1:	2013/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	≥ 80,0% (Zielbereich)	

	Abteilung 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladisektion	[]			
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	≥ 80,0%			

	Gesamt 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladisektion	880 / 926 95,0%	631 / 650 97,1%	233 / 252 92,5%	16 / 24 66,7%
Vertrauensbereich	93,4% - 96,3%			
Referenzbereich	≥ 80,0%			

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

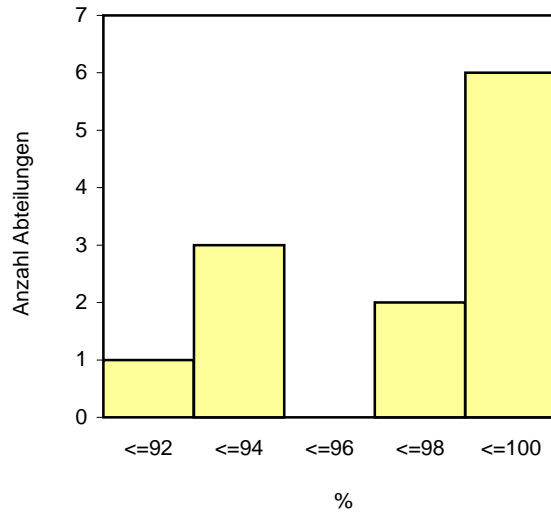
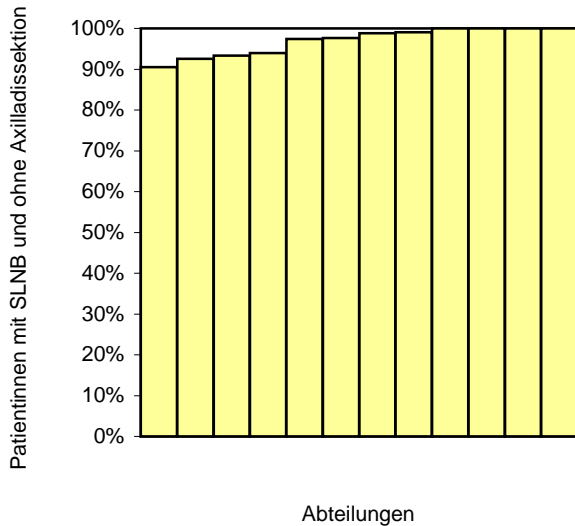
Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladissektion Vertrauensbereich	-	-	-	-

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladissektion Vertrauensbereich	-	-	-	-

¹ Aufgrund von Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

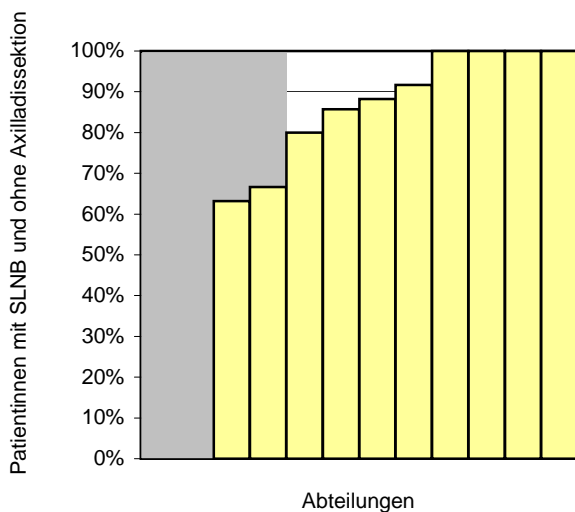
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51847]:
 Anteil von Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladissektion an Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives
 Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische
 Therapie**

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



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,5		92,6	93,7	98,2	100,0	100,0		100,0

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	64,9	87,0	100,0	100,0		100,0

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



Qualitätsindikatorengruppe 6: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation



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

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

Indikator-ID: Gruppe 1 (QI 6a): 2013/18n1-MAMMA/51370
 Gruppe 2 (QI 6b): 2013/18n1-MAMMA/51371

Referenzbereich: Gruppe 1: <= 42,1% (Toleranzbereich) (97,5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
 Gruppe 2: <= 55,1% (Toleranzbereich) (97,5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			295 / 1.584	18,6%
Vertrauensbereich				16,8% - 20,6%
Referenzbereich		<= 42,1%		<= 42,1%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			299 / 1.584	18,9%
Vertrauensbereich				17,0% - 20,9%
Referenzbereich		<= 55,1%		<= 55,1%

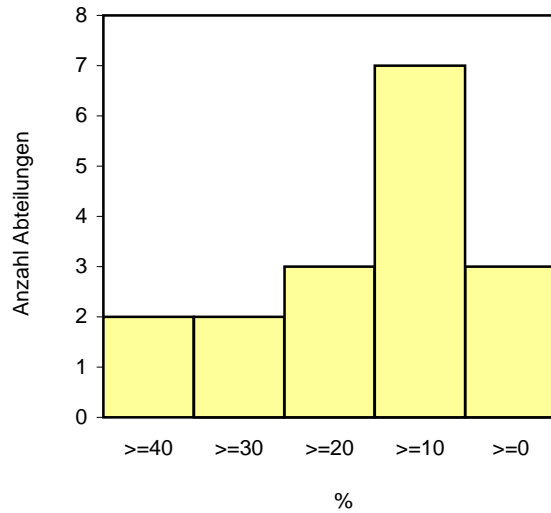
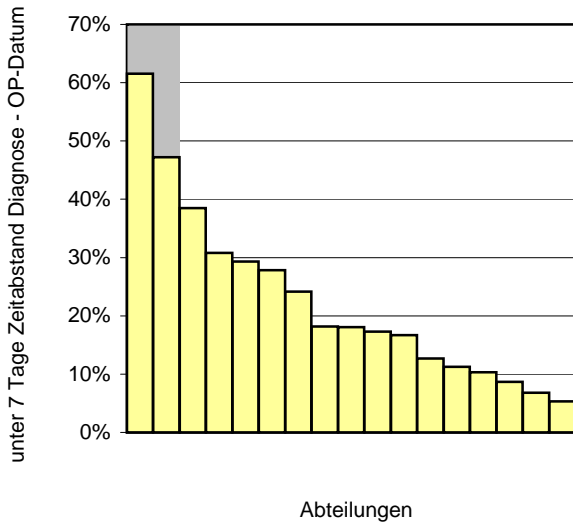
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			312 / 1.521	20,5%
Vertrauensbereich				18,6% - 22,6%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			252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

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/18n1-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:

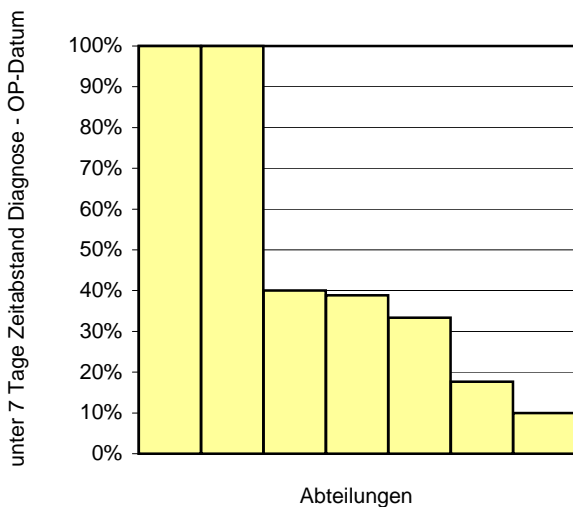
17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	5,3		6,8	11,3	18,0	29,3	47,2		61,5

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 Abteilungen haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	10,0			17,6	38,9	100,0			100,0

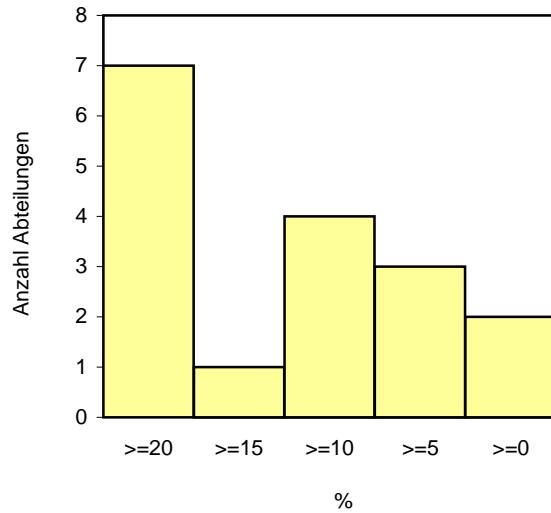
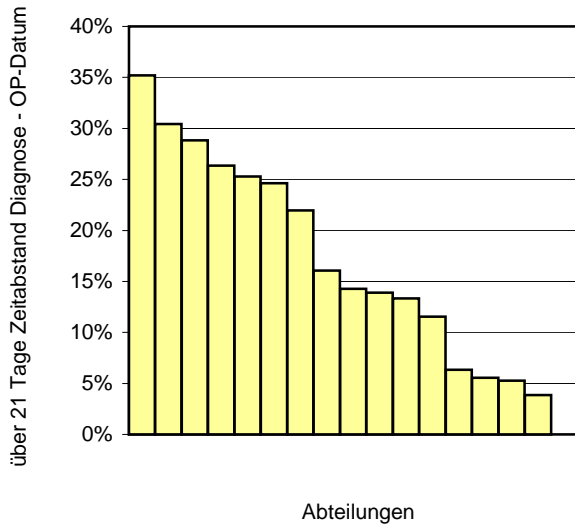
2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/18n1-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:

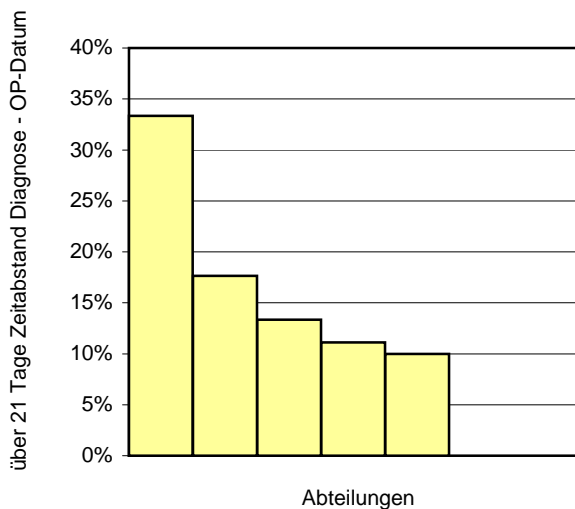
17 Abteilungen haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		3,8	6,3	14,3	25,3	30,4		35,2

Abteilungen mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

7 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	11,1	17,6			33,3

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“
Indikator-ID: 2013/18n1-MAMMA/813068
Referenzbereich: <= 4,0 Fälle
ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ Referenzbereich		█ <= 4,0 Fälle	19 / 1.688	█ 19,0 Fälle <= 4,0 Fälle

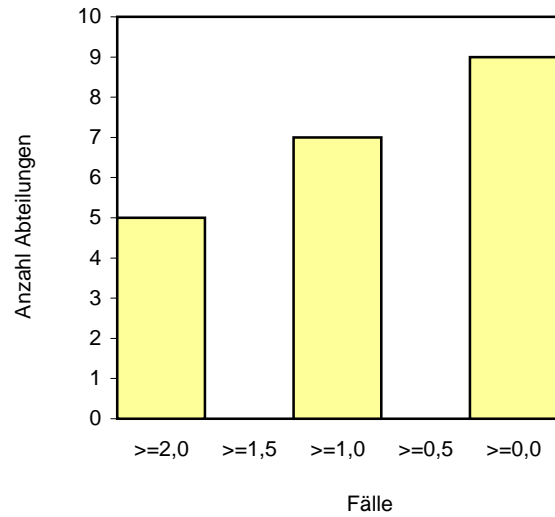
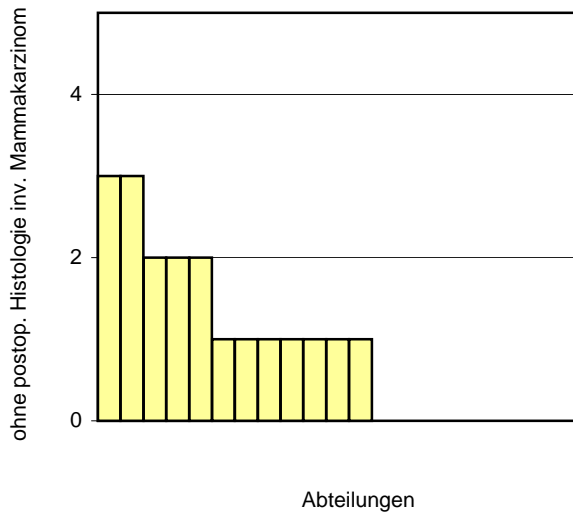
Vorjahresdaten	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“		█	11 / 1.612	█ 11,0 Fälle

Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/813068]:

Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ und mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“

Abteilungen mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

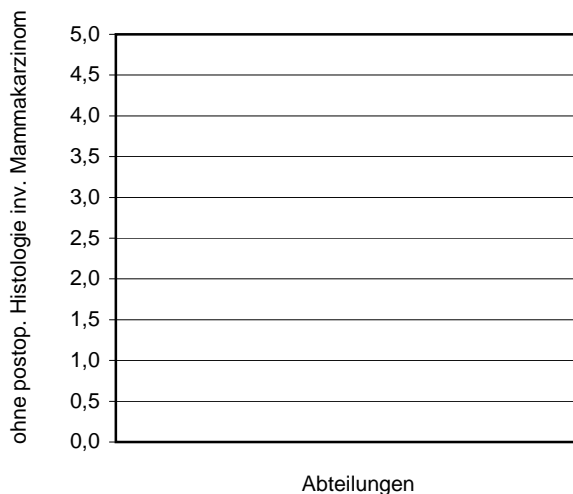
21 Abteilungen haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Abteilungen mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Abteilungen haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 4: Auffällig häufig Fälle ohne abgeschlossene primär-operative Therapie

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und postoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie, die zum ersten offenen Eingriff aufgenommen wurden

Indikator-ID: 2013/18n1-MAMMA/813069

Referenzbereich: <= 29,3% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

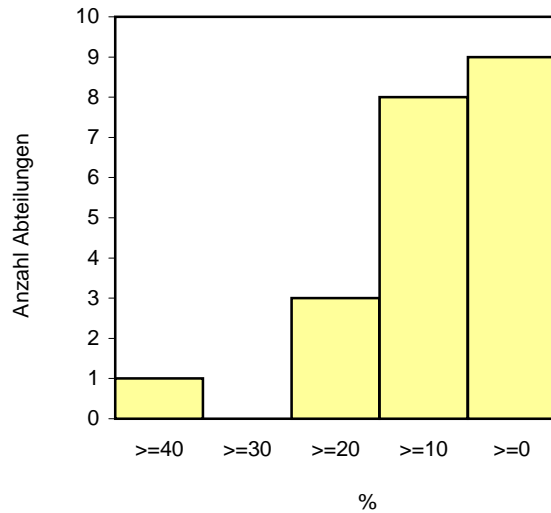
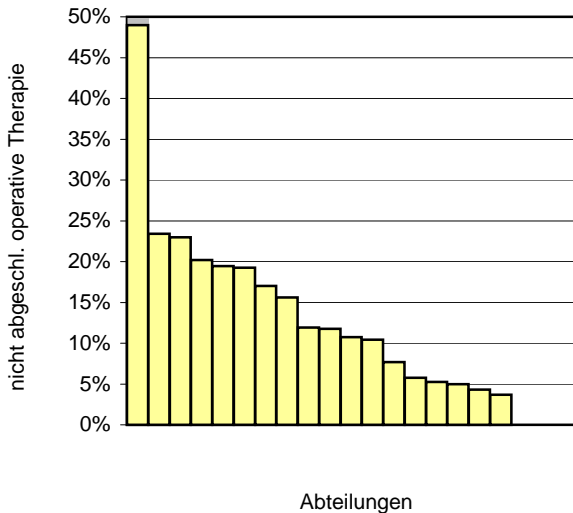
	Abteilung 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie			232 / 1.725	13,4%
Vertrauensbereich				11,9% - 15,1%
Referenzbereich		<= 29,3%		<= 29,3%

Vorjahresdaten ¹	Abteilung 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie			177 / 1.702	10,4%
Vertrauensbereich				9,0% - 11,9%

¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Auffälligkeitskriterium 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

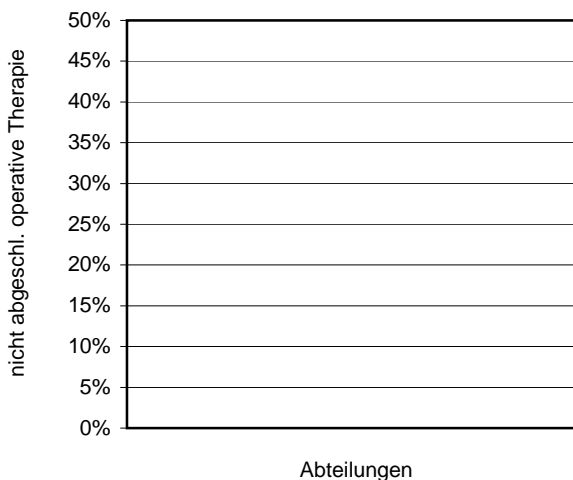
**Verteilung der Abteilungsergebnisse [Diagramm AK4, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/813069]:
 Anteil von Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie an Patientinnen mit Primärerkrankung und
 postoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer
 tumorspezifischer Therapie, die zum ersten offenen Eingriff aufgenommen wurden**

Abteilungen mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 21 Abteilungen haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Abteilungen (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0	0,0	0,0	5,0	10,7	19,3	23,0	23,4	49,0

Abteilungen mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
 3 Abteilungen haben weniger als 10 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 Abteilungen haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013
Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 26
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.566
Datensatzversion: 18/1 2013
Datenbankstand: 28. Februar 2014
2013 - D14105-L89643-P43606

Übersicht Basisauswertung

Kapitel	Seite	
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	28
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	31
	Basisdaten	31
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	31
	Patientinnen	33
	Behandlungszeiten	34
3	Präoperative Diagnostik und Therapie (benigne und maligne Tumore)	35
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	41
5	Komplikationen (benigne und maligne Tumore)	43
6	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	44
6.1	Übersicht	44
6.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	45
6.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	54
6.4	DCIS (Primärerkrankung)	58
6.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	65
6.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	68
6.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	70
6.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	73
6.9	Nicht-maligne histologische Befunde	75

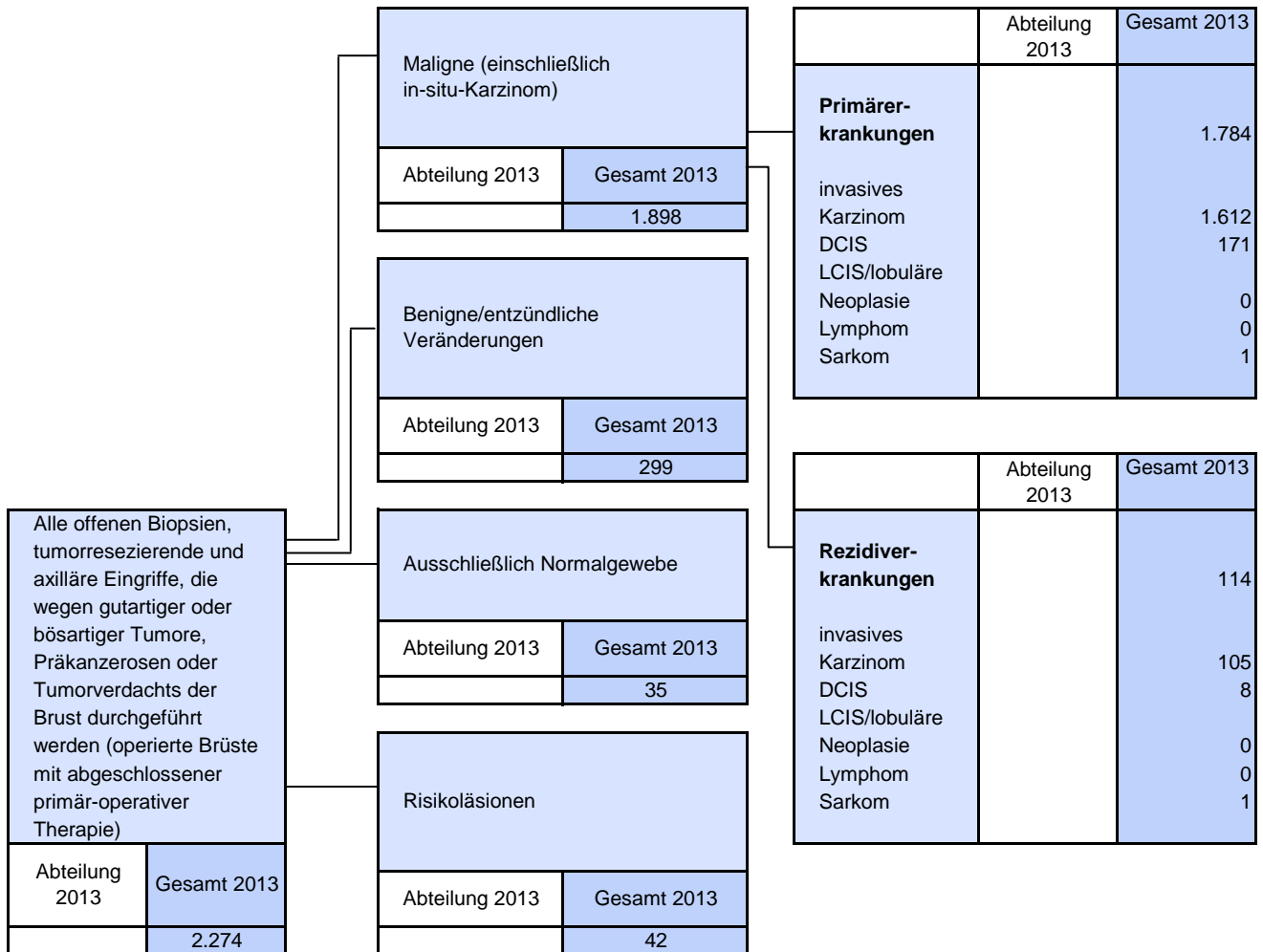
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	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			2.274 / 2.611	87,1	2.385 / 2.661	89,6
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			35 / 2.274	1,5	29 / 2.385	1,2
= benigne/entzündliche Veränderung			299 / 2.274	13,1	352 / 2.385	14,8
= Risikoläsion			42 / 2.274	1,8	81 / 2.385	3,4
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.898 / 2.274	83,5	1.923 / 2.385	80,6

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			1.784 / 1.898	94,0	1.803 / 1.923	93,8
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			1.612 / 1.784	90,4	1.651 / 1.803	91,6
DCIS			171 / 1.784	9,6	144 / 1.803	8,0
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 1.784	0,0	2 / 1.803	0,1
Lymphom			0 / 1.784	0,0	1 / 1.803	0,1
Sarkom			1 / 1.784	0,1	5 / 1.803	0,3
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidiverkrankung			114 / 1.898	6,0	120 / 1.923	6,2
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			105 / 114	92,1	110 / 120	91,7
DCIS			8 / 114	7,0	9 / 120	7,5
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 114	0,0	0 / 120	0,0
Lymphom			0 / 114	0,0	0 / 120	0,0
Sarkom			1 / 114	0,9	1 / 120	0,8

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)
Basisdaten

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			670	26,1	737	28,3
2. Quartal			642	25,0	663	25,5
3. Quartal			626	24,4	630	24,2
4. Quartal			628	24,5	573	22,0
Gesamt			2.566		2.603	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2013

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	C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
5	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	735	28,6	C50.4	698	26,8
2				C50.8	660	25,7	C50.8	615	23,6
3				I10.00	395	15,4	I10.00	494	19,0
4				C77.3	321	12,5	D24	289	11,1
5				D24	258	10,1	C77.3	258	9,9

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

Patientinnen

	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			9 / 2.566	0,4	8 / 2.603	0,3
20 - 29 Jahre			47 / 2.566	1,8	45 / 2.603	1,7
30 - 39 Jahre			131 / 2.566	5,1	110 / 2.603	4,2
40 - 49 Jahre			396 / 2.566	15,4	400 / 2.603	15,4
50 - 59 Jahre			649 / 2.566	25,3	607 / 2.603	23,3
60 - 69 Jahre			596 / 2.566	23,2	686 / 2.603	26,4
70 - 79 Jahre			517 / 2.566	20,1	531 / 2.603	20,4
>= 80 Jahre			221 / 2.566	8,6	216 / 2.603	8,3
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			2.566		2.603	
Median				60,0		61,0
Geschlecht						
männlich			27	1,1	33	1,3
weiblich			2.539	98,9	2.570	98,7
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			646	25,2	716	27,5
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.325	51,6	1.371	52,7
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			576	22,4	504	19,4
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			19	0,7	11	0,4
5: moribunder Patient			0	0,0	1	0,0

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			1.966 / 2.566	76,6	1.945 / 2.603	74,7
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.966	5,0	1.945	5,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.966	6,0	1.945	6,0
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			600 / 2.566	23,4	658 / 2.603	25,3
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			600	2,0	658	2,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			600	3,0	658	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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			1.210 / 2.611	46,3	1.303 / 2.661	49,0
links			1.401 / 2.611	53,7	1.358 / 2.661	51,0
Erkrankung an dieser Brust						
Primärerkrankung			2.464 / 2.611	94,4	2.518 / 2.661	94,6
lokoregionäres Rezidiv nach BET			106 / 2.611	4,1	111 / 2.661	4,2
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			41 / 2.611	1,6	32 / 2.661	1,2
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung			2.168 / 2.464	88,0	2.221 / 2.518	88,2
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			1.373 / 2.168	63,3	1.374 / 2.221	61,9
Anlass der Diagnosestellung bekannt						
(Mehrfachnennungen möglich)			2.092 / 2.168	96,5	2.163 / 2.221	97,4
wenn ja:						
Selbstuntersuchung (Eigenuntersuchung)			938 / 2.092	44,8	892 / 2.163	41,2
Früherkennung			795 / 2.092	38,0	847 / 2.163	39,2
Früherkennung im Rahmen eines Mammographie-Screening-Programms			565 / 2.092	27,0	562 / 2.163	26,0
Tumorsymptomatik			259 / 2.092	12,4	306 / 2.163	14,1
Nachsorge			80 / 2.092	3,8	49 / 2.163	2,3
sonstiges			213 / 2.092	10,2	222 / 2.163	10,3

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.292 / 1.373	94,1	1.277 / 1.374	92,9
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			704 / 795	88,6	725 / 847	85,6
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			1.996 / 2.168	92,1	2.002 / 2.221	90,1
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			11 / 1.996	0,6	11 / 2.002	0,5
= benigne/entzündliche Veränderung			72 / 1.996	3,6	103 / 2.002	5,1
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			125 / 1.996	6,3	164 / 2.002	8,2
= malignitätsverdächtig			37 / 1.996	1,9	34 / 2.002	1,7
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.751 / 1.996	87,7	1.690 / 2.002	84,4

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2013)
 bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			1.751 / 1.996	87,7	1.690 / 2.002	84,4
davon:						
invasives Karzinom			1.586 / 1.757	90,3	1.548 / 1.690	91,6
DCIS			166 / 1.757	9,4	140 / 1.690	8,3
LCIS/Lobuläre Neoplasie			4 / 1.757	0,2	1 / 1.690	0,1
Lymphom			0 / 1.757	0,0	0 / 1.690	0,0
Sarkom			1 / 1.757	0,1	1 / 1.690	0,1

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv) wenn ja:			99 / 147	67,3	98 / 143	68,5
Histologie¹						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			1 / 99	1,0	0 / 98	0,0
= benigne/entzündliche Veränderung			4 / 99	4,0	4 / 98	4,1
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			4 / 99	4,0	2 / 98	2,0
= malignitätsverdächtig			1 / 99	1,0	1 / 98	1,0
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			89 / 99	89,9	91 / 98	92,9

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2013)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			89 / 99	89,9	91 / 98	92,9
davon:						
invasives Karzinom			80 / 89	89,9	80 / 91	87,9
DCIS			9 / 89	10,1	10 / 91	11,0
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 89	0,0	0 / 91	0,0
Lymphom			0 / 89	0,0	0 / 91	0,0
Sarkom			0 / 89	0,0	1 / 91	1,1

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			749 / 2.168	34,5	805 / 2.221	36,2
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			733 / 1.996	36,7	785 / 2.002	39,2
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			682 / 1.746	39,1	727 / 1.688	43,1

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			156 / 2.168	7,2	153 / 2.221	6,9
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			152 / 1.581	9,6	151 / 1.548	9,8
systemische Chemotherapie			151 / 152	99,3	143 / 151	94,7
endokrine Therapie			3 / 152	2,0	5 / 151	3,3
spezifische Antikörpertherapie			19 / 152	12,5	26 / 151	17,2
Strahlentherapie			1 / 152	0,7	2 / 151	1,3
sonstige			4 / 152	2,6	8 / 151	5,3

4. Operation (benigne und maligne Tumore) Operation

Bezug: Eingriffe	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			2.632	1,0	2.690	1,0
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			578 / 2.632	22,0	669 / 2.690	24,9
Mammographie wenn ja:			222 / 578	38,4	285 / 669	42,6
intraoperatives Präparatröntgen			216 / 222	97,3	279 / 285	97,9
Sonographie wenn ja:			324 / 578	56,1	361 / 669	54,0
intraoperative Präparatsonographie			122 / 324	37,7	80 / 361	22,2
MRT			52 / 578	9,0	42 / 669	6,3

OPS 2013

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	3-709.0	Szintigraphie des Lymphsystems: Planare Lymphszintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik
5	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
6	5-401.12	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)

OPS 2013

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Abteilung 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	1.144	43,5	5-401.11	953	35,4
2				5-870.a1	596	22,6	5-870.a1	524	19,5
3				5-872.1	435	16,5	5-872.1	521	19,4
4				3-709.0	343	13,0	5-870.90	434	16,1
5				5-870.90	333	12,7	5-870.a0	327	12,2
6				5-401.12	314	11,9	5-401.12	325	12,1

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt (Bezug: Eingriffe)			1.340 / 2.632	50,9	1.339 / 2.690	49,8
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			2.534 / 2.632	96,3	2.537 / 2.690	94,3

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore) Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			146 / 2.611	5,6	116 / 2.661	4,4
Wundinfektion			26 / 2.611	1,0	16 / 2.661	0,6
Nachblutung/Hämatom			73 / 2.611	2,8	58 / 2.661	2,2
Serom			39 / 2.611	1,5	33 / 2.661	1,2
sonstige			19 / 2.611	0,7	13 / 2.661	0,5

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			35	1,3	29	1,1
= benigne/entzündliche Veränderung			299	11,5	355	13,3
= Risikoläsion			43	1,6	83	3,1
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.234	85,6	2.194	82,5
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			2.274	87,1	2.385	89,6
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			141	41,8	99	35,9
Empfehlung zur Mastektomie			54	16,0	55	19,9
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			17	5,0	28	10,1
Empfehlung zur Axilladissektion			25	7,4	21	7,6
Empfehlung zur BET			39	11,6	19	6,9
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			61	18,1	54	19,6

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	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)			1.461 / 2.611	56,0	1.495 / 2.661	56,2
davon						
pT0			1 / 1.461	0,1	0 / 1.495	0,0
pTis			2 / 1.461	0,1	1 / 1.495	0,1
pT1 (<= 2cm)			821 / 1.461	56,2	874 / 1.495	58,5
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			8 / 821	1,0	8 / 874	0,9
pT1a (<= 5 mm)			46 / 821	5,6	53 / 874	6,1
pT1b (<= 10 mm)			263 / 821	32,0	244 / 874	27,9
pT1c (<= 20 mm)			504 / 821	61,4	569 / 874	65,1
pT2 (> 2 bis 5 cm)			521 / 1.461	35,7	501 / 1.495	33,5
pT3 (> 5 cm)			54 / 1.461	3,7	32 / 1.495	2,1
pT4 (Brustwand/Haut)			57 / 1.461	3,9	78 / 1.495	5,2
davon						
pT4a (Brustwand)			3 / 57	5,3	6 / 78	7,7
pT4b (Ödem)			49 / 57	86,0	61 / 78	78,2
pT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 57	1,8	3 / 78	3,8
pT4d (inflammatorisch)			4 / 57	7,0	8 / 78	10,3
pTX			5 / 1.461	0,3	9 / 1.495	0,6

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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	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)			151 / 2.611	5,8	156 / 2.661	5,9
davon						
ypT0			46 / 151	30,5	41 / 156	26,3
ypTis			1 / 151	0,7	3 / 156	1,9
ypT1 (<= 2cm)			56 / 151	37,1	47 / 156	30,1
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 56	0,0	0 / 47	0,0
ypT1a (<= 5 mm)			13 / 56	23,2	12 / 47	25,5
ypT1b (<= 10 mm)			9 / 56	16,1	12 / 47	25,5
ypT1c (<= 20 mm)			34 / 56	60,7	23 / 47	48,9
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			29 / 151	19,2	39 / 156	25,0
ypT3 (> 5 cm)			7 / 151	4,6	14 / 156	9,0
ypT4 (Brustwand/Haut)			12 / 151	7,9	10 / 156	6,4
davon						
ypT4a (Brustwand)			1 / 12	8,3	1 / 10	10,0
ypT4b (Ödem)			7 / 12	58,3	8 / 10	80,0
ypT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 12	8,3	1 / 10	10,0
ypT4d (inflammatorisch)			3 / 12	25,0	0 / 10	0,0
ypTX			0 / 151	0,0	2 / 156	1,3

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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	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)			1.500 / 2.611	57,4	1.526 / 2.661	57,3
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			954 / 1.500	63,6	1.017 / 1.526	66,6
pN0(sn)			900 / 954	94,3	960 / 1.017	94,4
pN0			54 / 954	5,7	57 / 1.017	5,6
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			32 / 954	3,4	47 / 1.017	4,6
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			304 / 1.500	20,3	304 / 1.526	19,9
pN1mi			6 / 304	2,0	8 / 304	2,6
pN1mi(sn)			22 / 304	7,2	24 / 304	7,9
pN1a			181 / 304	59,5	202 / 304	66,4
pN1b			0 / 304	0,0	4 / 304	1,3
pN1c			8 / 304	2,6	3 / 304	1,0
pN1(sn)			87 / 304	28,6	63 / 304	20,7
pN2			102 / 1.500	6,8	100 / 1.526	6,6
pN2a			102 / 102	100,0	100 / 100	100,0
pN2b			0 / 102	0,0	0 / 100	0,0
pN3			73 / 1.500	4,9	73 / 1.526	4,8
pN3a			72 / 73	98,6	69 / 73	94,5
pN3b			0 / 73	0,0	1 / 73	1,4
pN3c			1 / 73	1,4	3 / 73	4,1
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			67 / 1.500	4,5	32 / 1.526	2,1
pNX			64 / 67	95,5	30 / 32	93,8
pNX(sn)			3 / 67	4,5	2 / 32	6,3

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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	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)			112 / 2.611	4,3	125 / 2.661	4,7
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			56 / 112	50,0	57 / 125	45,6
ypN0(sn)			13 / 56	23,2	10 / 57	17,5
ypN0			43 / 56	76,8	47 / 57	82,5
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			28 / 56	50,0	38 / 57	66,7
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			31 / 112	27,7	29 / 125	23,2
ypN1mi			3 / 31	9,7	3 / 29	10,3
ypN1mi(sn)			0 / 31	0,0	0 / 29	0,0
ypN1a			23 / 31	74,2	23 / 29	79,3
ypN1b			1 / 31	3,2	0 / 29	0,0
ypN1c			0 / 31	0,0	0 / 29	0,0
ypN1(sn)			4 / 31	12,9	3 / 29	10,3
ypN2			10 / 112	8,9	22 / 125	17,6
ypN2a			10 / 10	100,0	22 / 22	100,0
ypN2b			0 / 10	0,0	0 / 22	0,0
ypN3			9 / 112	8,0	11 / 125	8,8
ypN3a			9 / 9	100,0	11 / 11	100,0
ypN3b			0 / 9	0,0	0 / 11	0,0
ypN3c			0 / 9	0,0	0 / 11	0,0
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			6 / 112	5,4	6 / 125	4,8
ypNX			6 / 6	100,0	5 / 6	83,3
ypNX(sn)			0 / 6	0,0	1 / 6	16,7

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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			517	14,0	558	14,0
wenn Angabe pN(sn)-Staging: Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			1.027	2,0	1.059	2,0
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			14	0,9	8	0,5
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			1.612 / 2.611	61,7	1.651 / 2.661	62,0
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			1.474 / 1.612	91,4	1.547 / 1.651	93,7
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			98 / 1.612	6,1	104 / 1.651	6,3
Staging wurde nicht durchgeführt ²			40 / 1.612	2,5	-	-

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.

² neuer Schlüsselwert in 2013

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			1.597		1.640	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			232	14,5	282	17,2
mäßig differenziert			889	55,7	882	53,8
schlecht differenziert			466	29,2	471	28,7
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			10	0,6	5	0,3
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			276	17,3	266	16,2
positiv			1.280	80,2	1.326	80,9
schwach positiv			35	2,2	45	2,7
unbekannt			6	0,4	3	0,2
HER-2/neu-Status						
negativ			1.260	78,9	1.363	83,1
positiv			327	20,5	272	16,6
unbekannt			10	0,6	5	0,3
histologisch gesicherte Multizentrität			225 / 1.597	14,1	221 / 1.640	13,5
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			21 / 1.597	1,3	15 / 1.640	0,9
ja			1.538 / 1.597	96,3	1.590 / 1.640	97,0
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			38 / 1.597	2,4	35 / 1.640	2,1
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			1.003		1.061	
Median (mm)				6,0		7,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			30 / 1.597	1,9	21 / 1.640	1,3

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			505	31,3	496	30,0
ja			1.042	64,6	1.096	66,4
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			61	3,8	55	3,3
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			4	0,2	4	0,2
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			892	55,3	-	-
ja, einzelne Lymphknoten ¹			259	16,1	-	-
ja, Axilladissektion ¹			461	28,6	-	-
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.240	76,9	1.273	77,1
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			955 / 1.240	77,0	971 / 1.273	76,3
Farbmarkierung			64 / 1.240	5,2	62 / 1.273	4,9
beides			221 / 1.240	17,8	240 / 1.273	18,9
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹			418	25,9	-	-
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹			1.459 / 1.514	96,4	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1.552 / 1.590	97,6	1.573 / 1.628	96,6
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			1.575 / 1.590	99,1	1.614 / 1.628	99,1
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1.576 / 1.590	99,1	1.622 / 1.628	99,6

Entlassung Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.262	79,4	1.250	76,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			298	18,7	340	20,9
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,2	3	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			6	0,4	11	0,7
07: Tod			1	0,1	1	0,1
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	1	0,1
09: in Rehabilitationseinrichtung			2	0,1	5	0,3
10: in Pflegeeinrichtung			11	0,7	13	0,8
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	1	0,1
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			5	0,3	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	1	0,1
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			2	0,1	1	0,1
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	1	0,1
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			1	100,0	0	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
6.3 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv- erkrankung bei invasivem Karzinom (primär- operative Therapie abgeschlossen) davon			105 / 2.611	4,0	110 / 2.661	4,1
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			76 / 105	72,4	86 / 110	78,2
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			23 / 105	21,9	24 / 110	21,8
Staging wurde nicht durchgeführt ¹			6 / 105	5,7	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			92		96	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			11	12,0	1	1,0
mäßig differenziert			36	39,1	50	52,1
schlecht differenziert			39	42,4	44	45,8
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			6	6,5	1	1,0
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			31	33,7	26	27,1
positiv			55	59,8	62	64,6
schwach positiv			3	3,3	8	8,3
unbekannt			3	3,3	0	0,0
HER-2/neu-Status						
negativ			59	64,1	72	75,0
positiv			29	31,5	24	25,0
unbekannt			4	4,3	0	0,0
histologisch gesicherte Multizentrität			12 / 92	13,0	13 / 96	13,5
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			16 / 92	17,4	7 / 96	7,3
ja			76 / 92	82,6	89 / 96	92,7
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 92	0,0	0 / 96	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung) Anzahl der gültigen Angaben Median			76	6,0	89	10,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			3 / 92	3,3	5 / 96	5,2

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

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidivkrankung, Zustand nach BET			72		82	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			57	79,2	68	82,9
ja			13	18,1	12	14,6
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			2	2,8	1	1,2
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	1	1,2

**Weiterer Behandlungsverlauf
 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinä- rer Tumorkonferenz			102 / 105	97,1	104 / 109	95,4
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			103 / 105	98,1	109 / 109	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			104 / 105	99,0	109 / 109	100,0

**Entlassung
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			84	80,0	81	74,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			21	20,0	26	23,9
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	2	1,8
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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			171	98,8	144	100,0
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			127 / 169	75,1	105 / 144	72,9
pNX			124 / 127	97,6	101 / 105	96,2
pNX(sn)			3 / 127	2,4	4 / 105	3,8
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			40 / 169	23,7	37 / 144	25,7
pN0(sn)			38 / 40	95,0	31 / 37	83,8
pN0			2 / 40	5,0	6 / 37	16,2
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			0 / 40	0,0	0 / 37	0,0
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			0 / 169	0,0	0 / 144	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 / 169	0,0	0 / 144	0,0
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 169	0,0	0 / 144	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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			1 / 169	0,6	0 / 144	0,0
ypNX			1 / 1	100,0	0 / 0	
ypNX(sn)			0 / 1	0,0	0 / 0	
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			1 / 169	0,6	2 / 144	1,4
ypN0(sn)			0 / 1	0,0	2 / 2	100,0
ypN0			1 / 1	100,0	0 / 2	0,0
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			0 / 1	0,0	0 / 2	0,0
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			0 / 169	0,0	0 / 144	0,0
ypN1mi			0 / 0		0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN1a			0 / 0		0 / 0	
ypN1b			0 / 0		0 / 0	
ypN1c			0 / 0		0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2			0 / 169	0,0	0 / 144	0,0
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 169	0,0	0 / 144	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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			17	4,0	18	4,0
wenn Angabe pN(sn)-Staging Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			40	1,0	33	2,0
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			7	4,1	1	0,7
Grading						
G1			21	12,3	15	10,4
G2			74	43,3	52	36,1
G3			54	31,6	49	34,0
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			20	11,7	28	19,4
Gesamttumorgröße						
Anzahl der gültigen Angaben Median			171	16,0	144	11,0
Anteil <= 10 mm (%)			60 / 171	35,1	71 / 144	49,3
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			40 / 171	23,4	33 / 144	22,9
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			26 / 171	15,2	14 / 144	9,7
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			17 / 171	9,9	11 / 144	7,6
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			13 / 171	7,6	4 / 144	2,8
Anteil > 50 mm (%)			13 / 171	7,6	11 / 144	7,6

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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			15 / 171	8,8	23 / 144	16,0
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			6 / 171	3,5	3 / 144	2,1
ja			163 / 171	95,3	141 / 144	97,9
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 171	0,0	0 / 144	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			112		108	
Median (mm)				6,0		8,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			1 / 171	0,6	2 / 144	1,4

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			47	27,5	29	20,1
ja			115	67,3	110	76,4
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			5	2,9	5	3,5
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			2	1,2	0	0,0
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹						
ja, einzelne Lymphknoten			4	2,3	-	-
ja, Axilladisektion			3	1,8	-	-
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			38	22,2	34	23,6
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			30 / 38	78,9	22 / 34	64,7
Farbmarkierung			3 / 38	7,9	4 / 34	11,8
beides			5 / 38	13,2	8 / 34	23,5
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹						
ja, einzelne Lymphknoten			4	2,3	-	-
ja, Axilladisektion			0	0,0	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			168 / 171	98,2	144 / 144	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			170 / 171	99,4	143 / 144	99,3
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			170 / 171	99,4	144 / 144	100,0

**Entlassung
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			138	80,7	116	80,6
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			33	19,3	27	18,8
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			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	1	0,7
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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			1 / 8	12,5	1 / 9	11,1
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			1 / 8	12,5	2 / 9	22,2
ja			7 / 8	87,5	7 / 9	77,8
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 8	0,0	0 / 9	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			7		7	
Median				10,0		10,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			0 / 8	0,0	0 / 9	0,0

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

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			8		8	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			8	100,0	6	75,0
ja			0	0,0	2	25,0
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	0	0,0
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	0	0,0

**Weiterer Behandlungsverlauf
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			8 / 8	100,0	9 / 9	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			8 / 8	100,0	9 / 9	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			8 / 8	100,0	9 / 9	100,0

**Entlassung
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			4	50,0	6	66,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			3	37,5	3	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			1	12,5	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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			0 / 0		2 / 2	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			0 / 0		2 / 2	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			0 / 0		2 / 2	100,0

Entlassung
LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0		1	50,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0		1	50,0
03: aus sonstigen Gründen			0		0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0		0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0		0	0,0
06: Verlegung			0		0	0,0
07: Tod			0		0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0		0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0		0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0		0	0,0
11: in Hospiz			0		0	0,0
12: interne Verlegung			0		0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0		0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0		0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0		0	0,0
16: externe Verlegung			0		0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			0		0	0,0
18: Rückverlegung			0		0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0		0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0		0	0,0
21: Wiederaufnahme			0		0	0,0
22: Fallabschluss			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 Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1	100,0	5	100,0
davon						
pT0			0 / 1	0,0	0 / 5	0,0
pTis			0 / 1	0,0	0 / 5	0,0
pT1 (<= 2 cm)			1 / 1	100,0	1 / 5	20,0
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 1	0,0	0 / 1	0,0
pT1a (<= 5 mm)			0 / 1	0,0	0 / 1	0,0
pT1b (<= 10 mm)			0 / 1	0,0	0 / 1	0,0
pT1c (<= 20 mm)			1 / 1	100,0	1 / 1	100,0
pT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 1	0,0	0 / 5	0,0
pT3 (> 5 cm)			0 / 1	0,0	2 / 5	40,0
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 1	0,0	1 / 5	20,0
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 1	0,0
pT4b (Ödem)			0 / 0		1 / 1	100,0
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,0
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 1	0,0
pTX			0 / 1	0,0	1 / 5	20,0
ypT0			0 / 1	0,0	0 / 5	0,0
ypTis			0 / 1	0,0	0 / 5	0,0
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 1	0,0	0 / 5	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 / 1	0,0	0 / 5	0,0
ypT3 (> 5 cm)			0 / 1	0,0	0 / 5	0,0
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 1	0,0	0 / 5	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 / 1	0,0	0 / 5	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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2 / 2.611	0,1	6 / 2.661	0,2
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			1 / 2	50,0	4 / 6	66,7
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			1 / 2	50,0	2 / 6	33,3
Staging wurde nicht durchgeführt ¹			0 / 2	0,0	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

Weiterer Behandlungsverlauf Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2 / 2	100,0	6 / 6	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			2 / 2	100,0	6 / 6	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			2 / 2	100,0	6 / 6	100,0

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

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1	50,0	5	83,3
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	50,0	1	16,7
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:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 01 Behandlung regulär beendet 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§14 Abs. 5 Satz 2 BpflV) 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 Entlassung in ein Hospiz 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen | <ul style="list-style-type: none"> 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 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 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 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung |
|---|---|

Weiterer Behandlungsverlauf
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			0 / 0		1 / 1	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			0 / 0		1 / 1	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			0 / 0		1 / 1	100,0

Entlassung Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Abteilung 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0		1	100,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0		0	0,0
03: aus sonstigen Gründen			0		0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0		0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0		0	0,0
06: Verlegung			0		0	0,0
07: Tod			0		0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0		0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0		0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0		0	0,0
11: in Hospiz			0		0	0,0
12: interne Verlegung			0		0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0		0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0		0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0		0	0,0
16: externe Verlegung			0		0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0		0	0,0
18: Rückverlegung			0		0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0		0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0		0	0,0
21: Wiederaufnahme			0		0	0,0
22: Fallabschluss			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 BPfIV)</p> <p>09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung</p> <p>10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung</p> <p>11 Entlassung in ein Hospiz</p> <p>14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> | <p>15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen</p> <p>16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV 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 BPfIV 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 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			304	82,2	371	81,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			62	16,8	81	17,8
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,3	1	0,2
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			1	0,3	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,3	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,3	1	0,2
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	0,0	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> |
|--|--|

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 2013 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 2013.

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 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 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 © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für die 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 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.

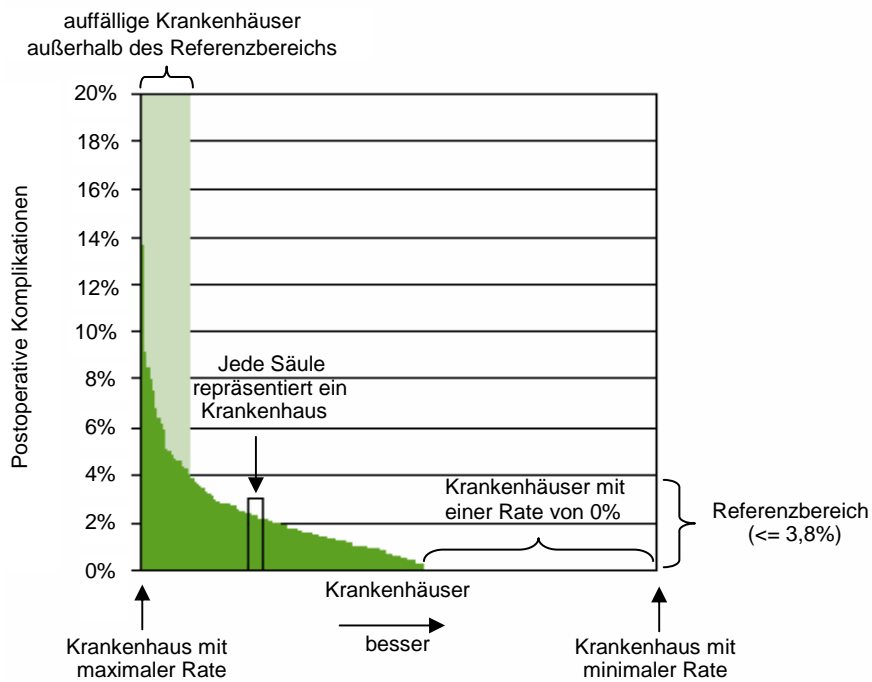
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

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.

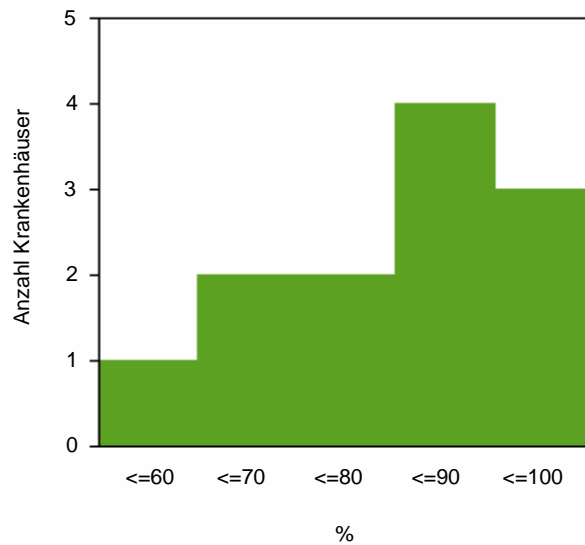
Beispiel:

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. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2013/18n1-MAMMA/303 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Intraoperatives Präparatröntgen“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2013.

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.