

# Jahresauswertung 2016 Mammachirurgie

18/1

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 29  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.458  
Datensatzversion: 18/1 2016  
Datenbankstand: 28. Februar 2017  
2016 - D17013-L105706-P50970

Jahresauswertung 2016  
Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 29  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.458  
Datensatzversion: 18/1 2016  
Datenbankstand: 28. Februar 2017  
2016 - D17013-L105706-P50970

## Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>2016/18n1-MAMMA/51846</b>							
<b>QI 1<sup>3</sup>: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung</b>			97,30%	>= 90,00%	innerhalb	97,13%	8
<b>QI 2<sup>3</sup>: HER2-Positivitätsrate</b>							
2a: 2016/18n1-MAMMA/52268 HER2-Positivitätsrate			12,28%	nicht definiert	-	12,83%	10
2b: 2016/18n1-MAMMA/52273 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden			0,89	nicht definiert	-	0,92	12
<b>QI 3<sup>3</sup>: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung</b>							
3a: 2016/18n1-MAMMA/52330 bei mammografischer Drahtmarkierung			99,34%	>= 95,00%	innerhalb	98,40%	14
3b: 2016/18n1-MAMMA/52279 bei sonografischer Drahtmarkierung			80,12%	>= 95,00%	außerhalb	59,38%	16
<b>2016/18n1-MAMMA/2163</b>							
<b>QI 4<sup>3</sup>: Primäre Axilladissektion bei DCIS</b>			0,00 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	0,00 Fälle	18

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren

### Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2016/18n1-MAMMA/50719 <b>QI 5<sup>3</sup>: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie</b>			5,38%	<= 18,39%	innerhalb	5,50%	20
2016/18n1-MAMMA/51847 <b>QI 6<sup>3</sup>: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie</b>			97,52%	>= 90,00%	innerhalb	97,62%	22
2016/18n1-MAMMA/51370 <b>QI 7<sup>3</sup>: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation</b>			11,77%	<= 24,15%	innerhalb	14,59%	25
2016/18n1-MAMMA/60659 <b>QI 8<sup>3</sup>: Nachresektionsrate</b>			10,76%	nicht definiert	-	-	27

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

# Übersicht Qualitätsindikatoren

## Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2016/18n1-MAMMA/850363 <b>Häufige Angabe</b> <b>„HER2-Status = unbekannt“<sup>3</sup></b>			0,65%	<= 3,30%	innerhalb	0,19%	29
2016/18n1-MAMMA/850364 <b>Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“<sup>3</sup></b>			0,47%	<= 2,19%	innerhalb	0,29%	31
2016/18n1-MAMMA/813068 <b>Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie<sup>3</sup></b>			29,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	22,00 Fälle	33
2016/18n1-MAMMA/850367 <b>Häufige Angabe „(y)pNX“<sup>3</sup></b>			5,00 Fälle	<= 1,00 Fälle	außerhalb	3,00 Fälle	35

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2016/18n1-MAMMA/850365							
<b>Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust<sup>3</sup></b>							
			5,04%	<= 12,91%	innerhalb	5,31%	37
2016/18n1-MAMMA/850372							
<b>Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptor-status = unbekannt“<sup>3</sup></b>							
			0,32%	<= 2,60%	innerhalb	0,13%	39

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

## **Berechnung von Kennzahlen ohne Referenzbereich**

---

Gemäß eines Beschlusses der Bundesauswertungsstelle müssen Qualitätsindikatoren grundsätzlich über einen Referenzbereich zur Bewertung der Versorgungsqualität verfügen. Kennzahlen ohne Referenzbereich, die in der QIDB 2015 noch als Qualitätsindikatoren ausgewiesen wurden, werden in der QIDB 2016 nicht mehr angeführt, sofern ihnen nicht zwischenzeitlich ein Referenzbereich zugewiesen wurde. Einzelheiten sind aus dem in der QIDB 2016 hinterlegten Positionspapier „Streichung von als Qualitätsindikatoren ausgewiesenen Kennzahlen ohne Referenzbereich“ des IQTIG vom 24. Januar 2017 ersichtlich.

Auf Wunsch der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung werden die Ergebnisse dieser Kennzahlen ohne Referenzbereich dennoch zusammen mit den Qualitätsindikatoren ausgewiesen (allerdings ohne grafische Darstellung). Die im Vorjahr noch gültige Indikator-ID ist dabei aus der Fußnote der jeweiligen Kennzahl ersichtlich.

Da die Rechenregeln in der QIDB 2016 nicht angegeben sind, wurden diese Kennzahlen auf Basis der QIDB 2015 bzw. mit den vom IQTIG zur Verfügung gestellten „Rechenregeln ergänzender Kennzahlen zur Übermittlung an die LQS“ (Stand: 13. März 2017) berechnet.

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

---

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


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

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


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

### Qualitätsindikator 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2016/18n1-MAMMA/51846
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2016	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	 97,30% >= 90,00%	

	Gesamt 2016	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	1.691 / 1.738 97,30% 96,42% - 97,96% >= 90,00%	195 / 286 68,18%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	1.727 / 1.778 97,13% 96,25% - 97,81%	222 / 375 59,20%

<sup>1</sup> Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2016 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2015 ab.

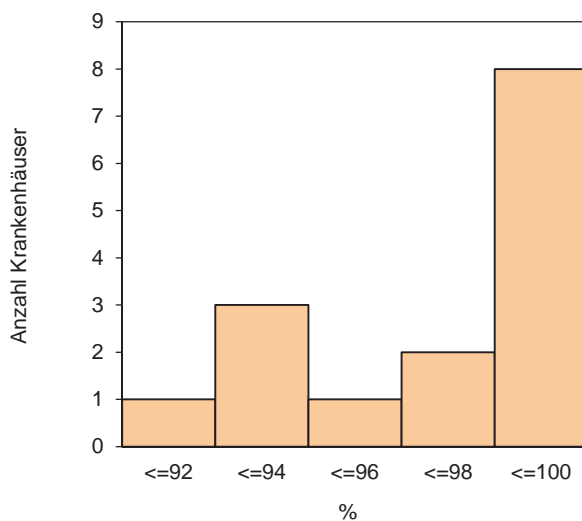
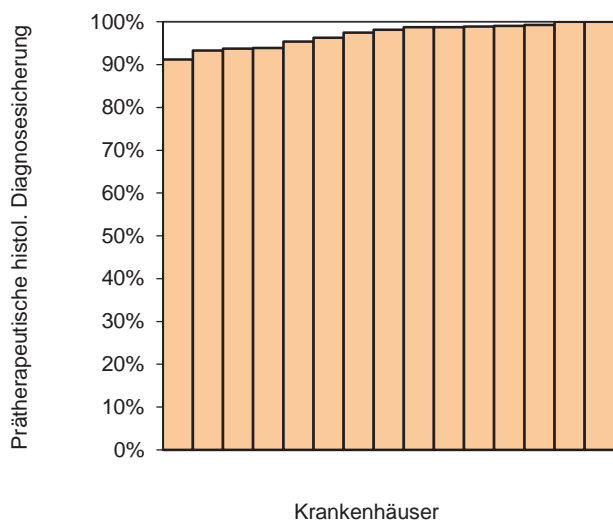


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/51846]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

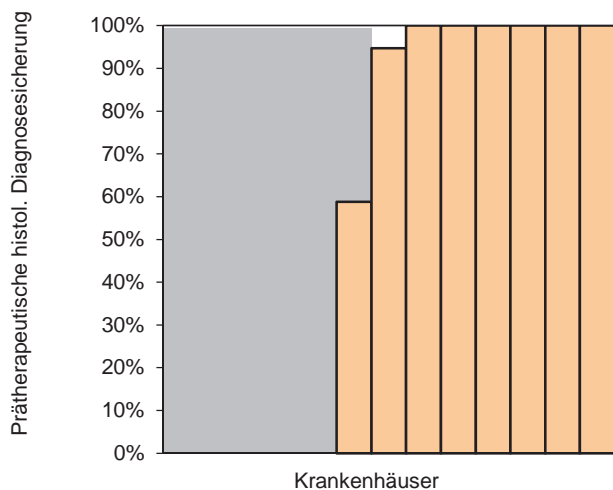
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	91,18		93,33	93,94	98,15	99,07	100,00		100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	94,74	100,00	100,00		100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

## Qualitätsindikatorengruppe 2: HER2-Positivitätsrate


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


### HER2-Positivitätsrate

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

**Indikator-ID:** (QI 2a): 2016/18n1-MAMMA/52268

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

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2-Status			188 / 1.531	12,28%
Vertrauensbereich				10,73% - 14,02%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2-Status			204 / 1.590	12,83%
Vertrauensbereich				11,28% - 14,56%

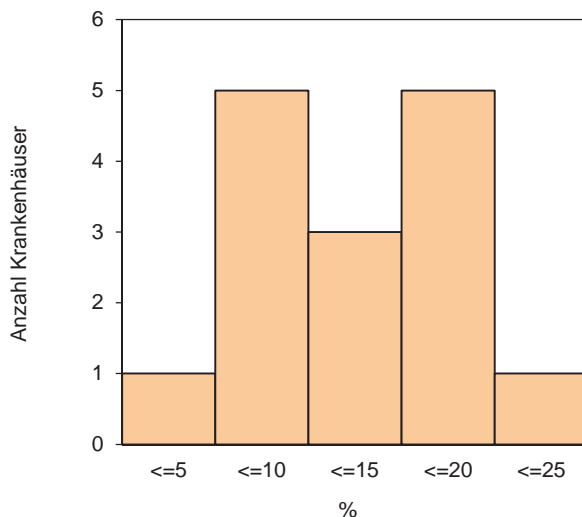
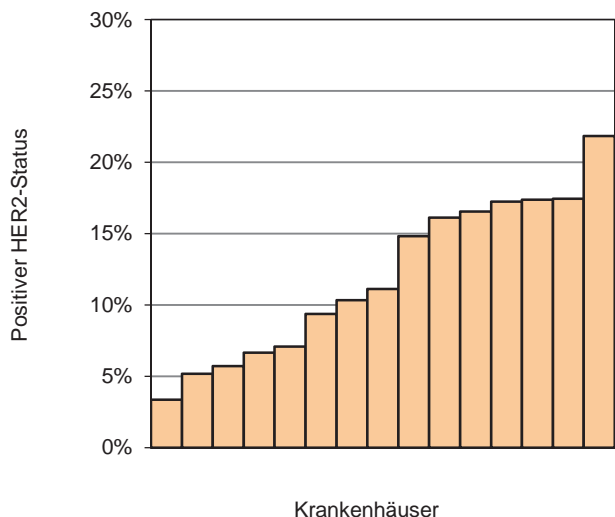
<sup>1</sup> Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2016 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2015 ab.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/52268]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

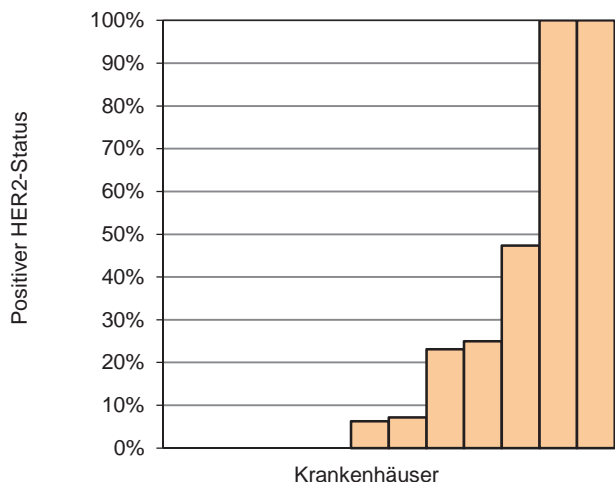
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3,36		5,18	6,67	11,11	17,24	17,45		21,84

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	6,70	36,18	100,00		100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Indikator-ID:** (QI 2b): 2016/18n1-MAMMA/52273

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

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		188 / 1.531 12,28%
vorhergesagt (E) <sup>1</sup>		211,44 / 1.531 13,81%
O - E		-1,53%

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

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
O / E <sup>2</sup>		0,89
Vertrauensbereich		0,78 - 1,02
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

<sup>2</sup> Verhältnis der beobachteten HER2-positiven Befunde zu den erwarteten HER2-positiven Befunden  
 Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an HER2-positiven Befunden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.  
 Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an HER2-positiven Befunden ist 20% größer als erwartet.  
 O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an HER2-positiven Befunden ist 10% kleiner als erwartet.

<b>Vorjahresdaten<sup>3</sup></b>	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		204 / 1.590 12,83%
vorhergesagt (E)		221,02 / 1.590 13,90%
O - E		-1,07%
O / E		0,92
Vertrauensbereich		0,81 - 1,05

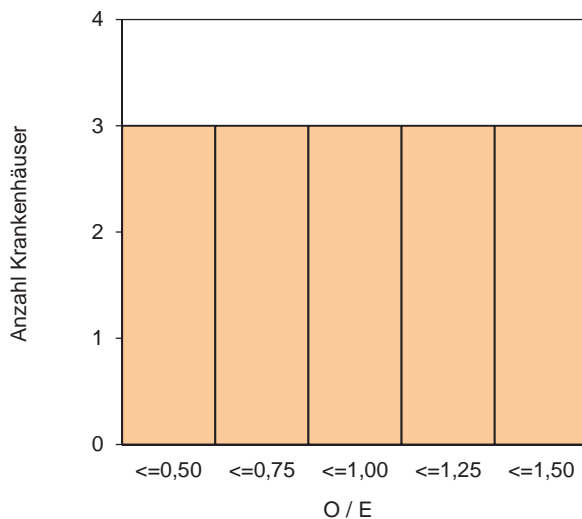
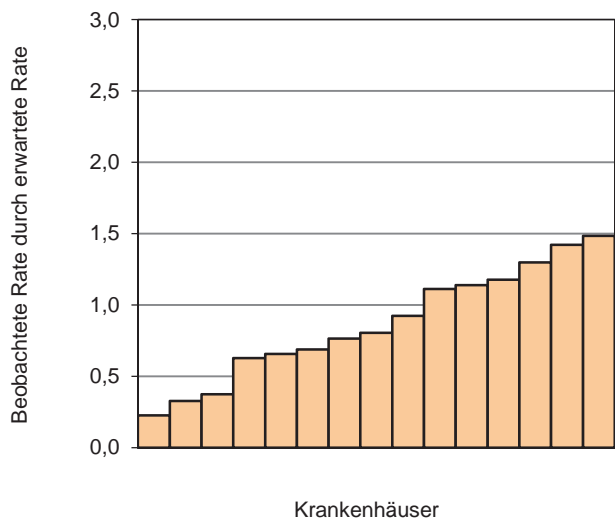
<sup>3</sup> Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2015 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2015 abweichen.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/52273]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

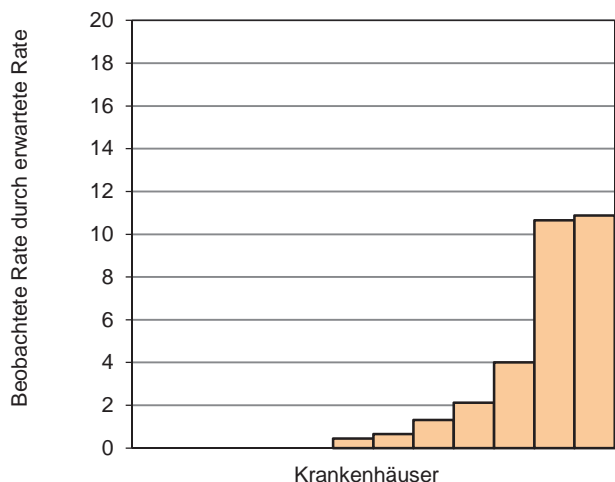
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,22		0,33	0,63	0,81	1,18	1,42		1,48

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,55	3,06	10,66		10,88

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikatorengruppe 3: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung**

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

**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung**

**Grundgesamtheit:** Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie

**Indikator-ID:** (QI 3a): 2016/18n1-MAMMA/52330

**Referenzbereich:** >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			299 / 301	99,34%
Vertrauensbereich				97,61% - 99,82%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

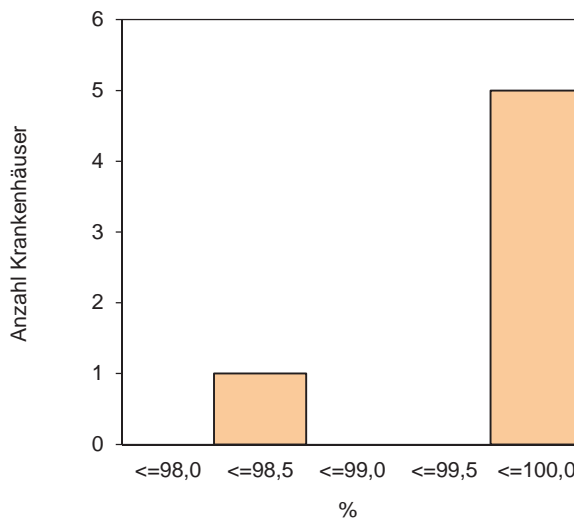
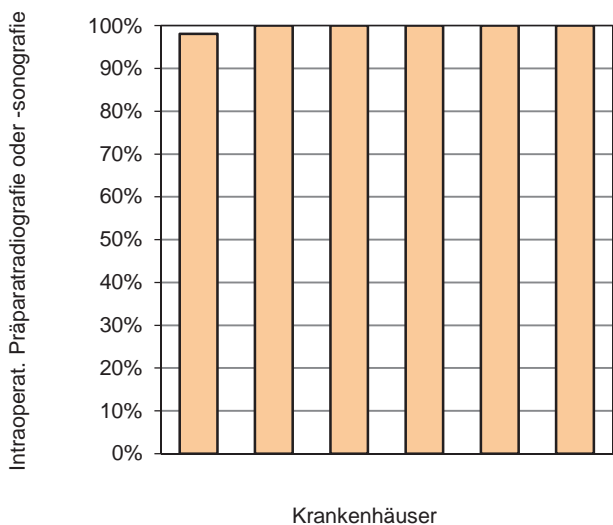
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			246 / 250	98,40%
Vertrauensbereich				95,96% - 99,38%

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/52330]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

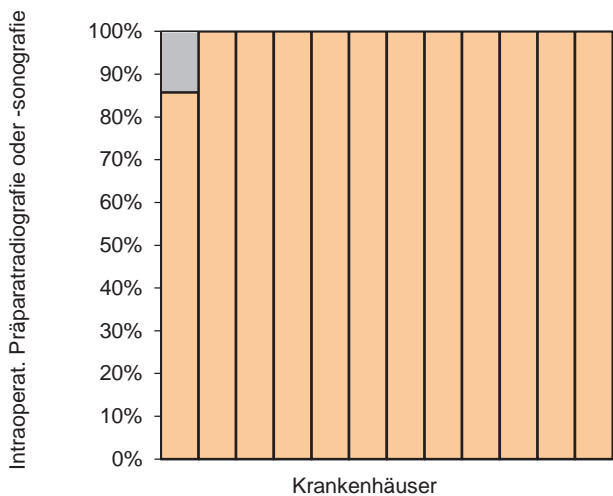
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,08			100,00	100,00	100,00			100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

12 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie  
 bei sonografischer Drahtmarkierung**

**Grundgesamtheit:** Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie

**Indikator-ID:** (QI 3b): 2016/18n1-MAMMA/52279

**Referenzbereich:** >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intra- operativer Präparatsonografie Vertrauensbereich Referenzbereich			278 / 347	80,12% 75,60% - 83,98%
		>= 95,00%		>= 95,00%

<b>Vorjahresdaten</b>	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intra- operativer Präparatsonografie Vertrauensbereich			228 / 384	59,38% 54,39% - 64,17%

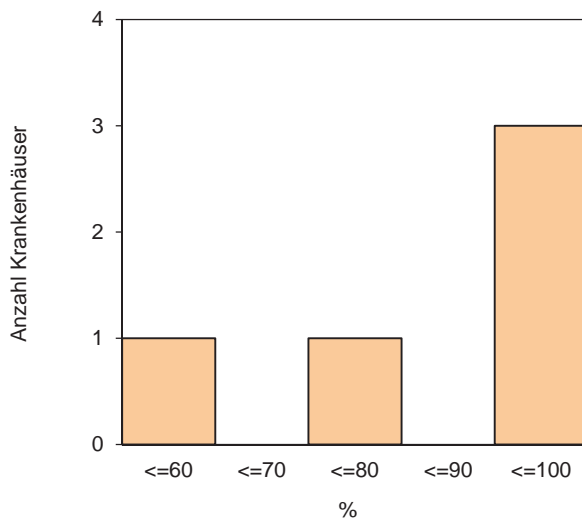
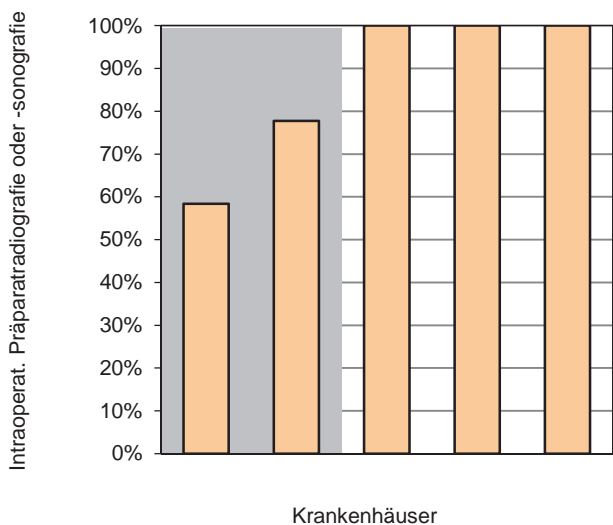


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/52279]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

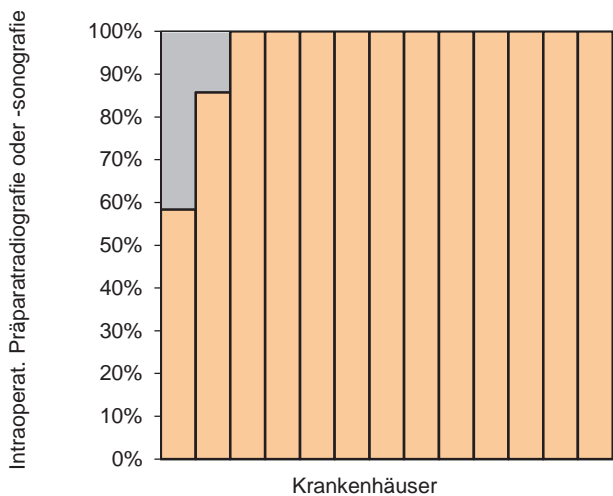
5 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,39			77,78	100,00	100,00			100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

13 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	58,33		85,71	100,00	100,00	100,00	100,00		100,00

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 4: Primäre Axilladisektion bei DCIS

**Qualitätsziel:** Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladisektion bei DCIS

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“<sup>1</sup>

**Indikator-ID:** 2016/18n1-MAMMA/2163

**Referenzbereich:** Sentinel Event

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			0 / 150	0,00 Fälle 0,00%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			0 / 138	0,00 Fälle 0,00%

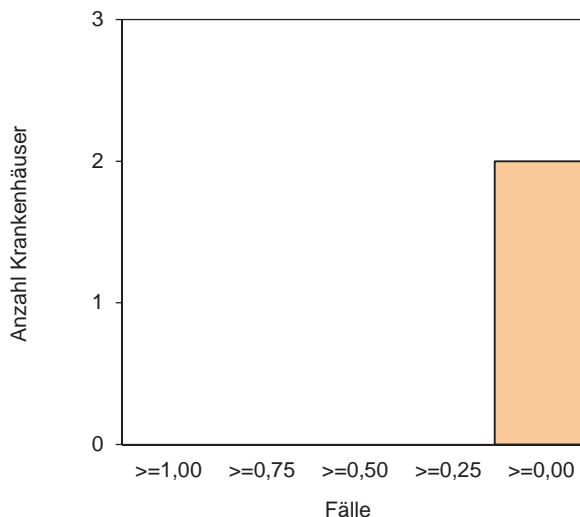
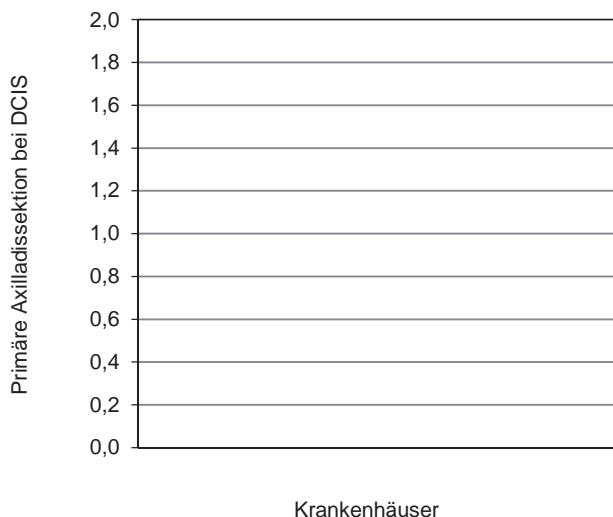
<sup>1</sup> Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/2163]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

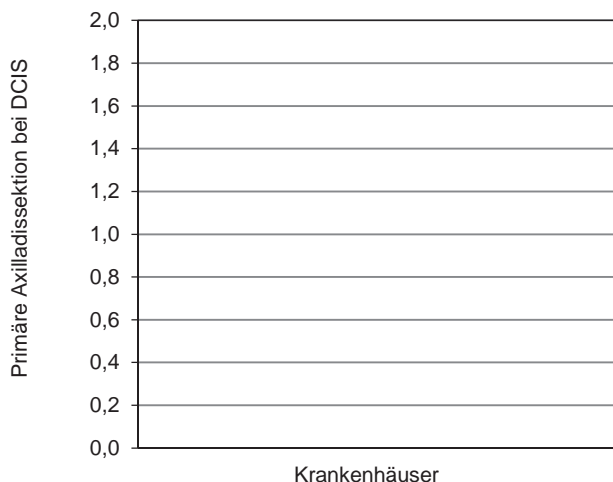
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

16 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.


### Qualitätsindikator 5: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie


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

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

**Indikator-ID:** 2016/18n1-MAMMA/50719

**Referenzbereich:** <= 18,39% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			7 / 130	5,38%
Vertrauensbereich				2,63% - 10,70%
Referenzbereich		<= 18,39%		<= 18,39%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			2 / 130	1,54%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			4 / 130	3,08%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			6 / 109	5,50%
Vertrauensbereich				2,55% - 11,49%

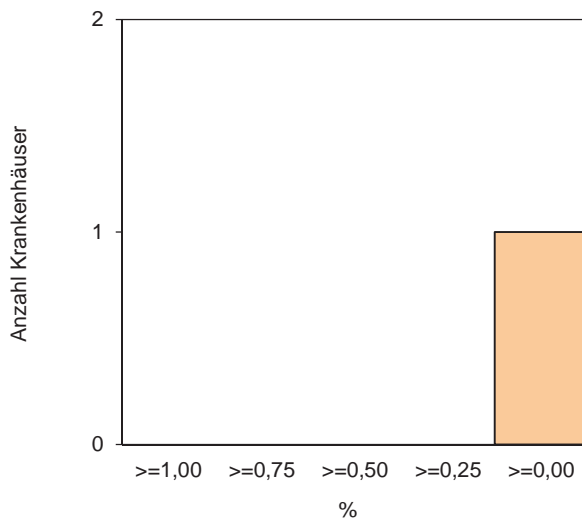
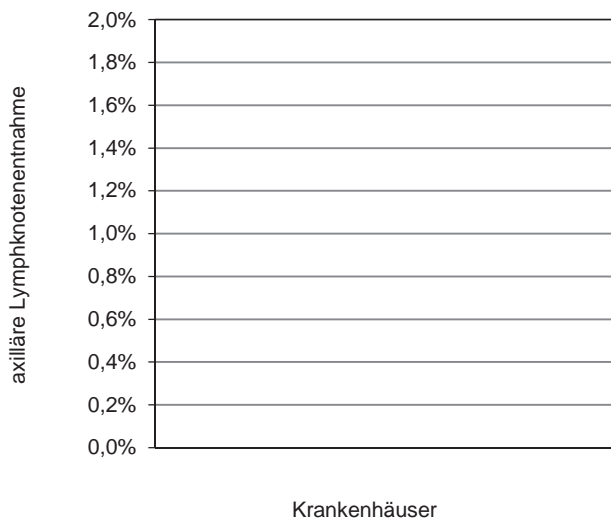
<sup>1</sup> Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/50719]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

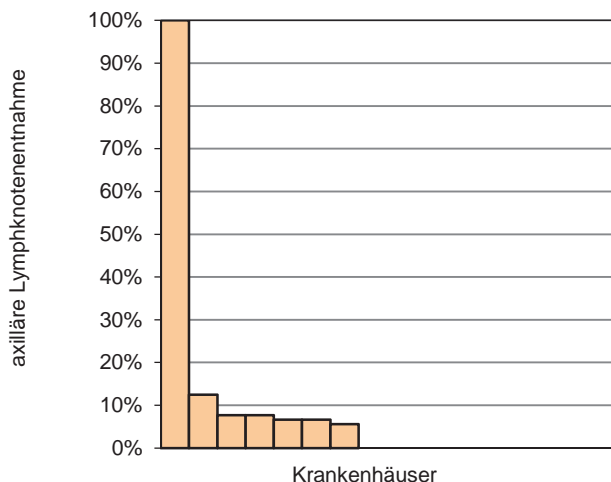
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

16 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	7,18	12,50		100,00

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 6: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2016/18n1-MAMMA/51847	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)	

	Krankenhaus 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	■			
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	>= 90,00%			

	Gesamt 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	785 / 805 97,52%	550 / 556 98,92%	217 / 230 94,35%	18 / 19 94,74%
Vertrauensbereich	96,19% - 98,39%			
Referenzbereich	>= 90,00%			

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

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	903 / 925 97,62%	685 / 695 98,56%	198 / 207 95,65%	20 / 23 86,96%
	96,43% - 98,42%			

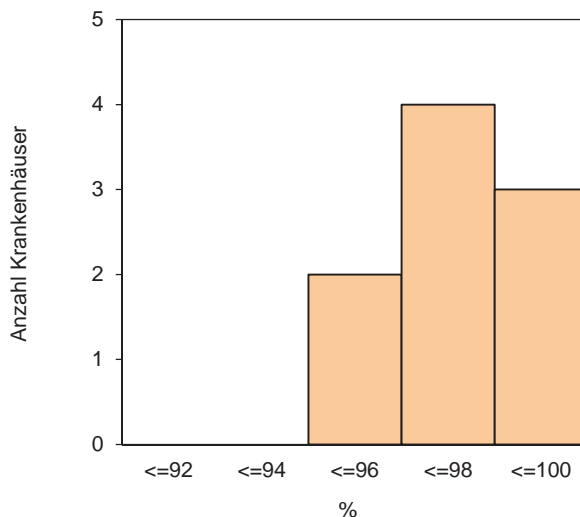
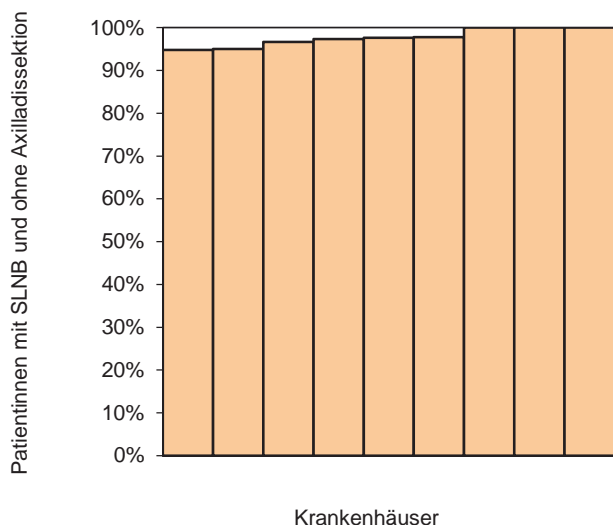
<sup>1</sup> Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2016 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2015 ab.

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/51847]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

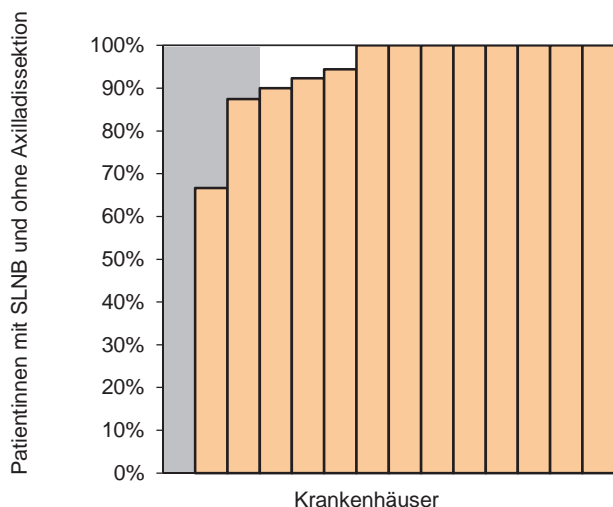
9 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	94,83			96,67	97,67	100,00			100,00

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

14 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		66,67	90,00	100,00	100,00	100,00		100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.




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


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

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

**Indikator-ID:** 2016/18n1-MAMMA/51370

**Referenzbereich:** <= 24,15% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			167 / 1.419	11,77%
Vertrauensbereich				10,19% - 13,55%
Referenzbereich		<= 24,15%		<= 24,15%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen <sup>1</sup>			392 / 1.419	27,63%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			218 / 1.494	14,59%
Vertrauensbereich				12,89% - 16,47%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen <sup>1</sup>			342 / 1.494	22,89%

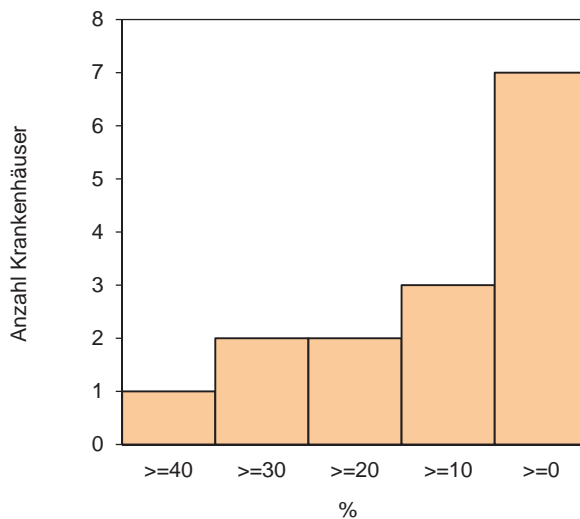
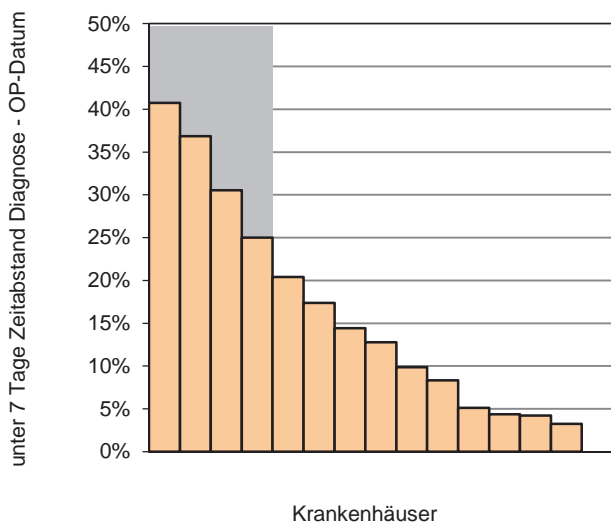
<sup>1</sup> in 2015 Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51371

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/51370]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

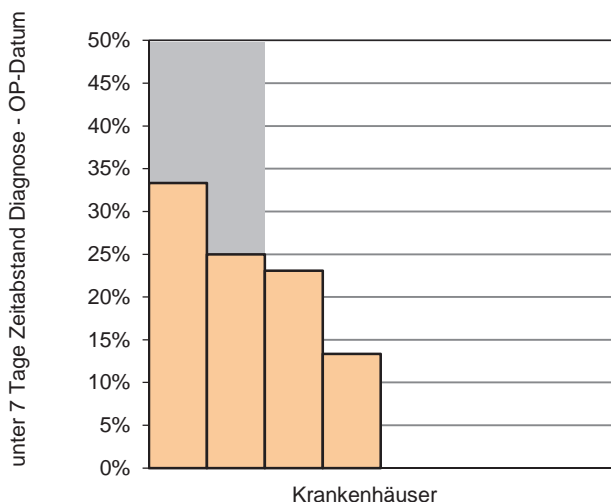
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		3,23	4,38	12,78	25,00	36,84		40,74

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	6,67	24,04			33,33

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### Qualitätsindikator 8: Nachresektionsrate

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

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

**Indikator-ID:** 2016/18n1-MAMMA/60659

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

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust >= 1 <sup>1</sup>			172 / 1.599	10,76%
Vertrauensbereich				9,33% - 12,37%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

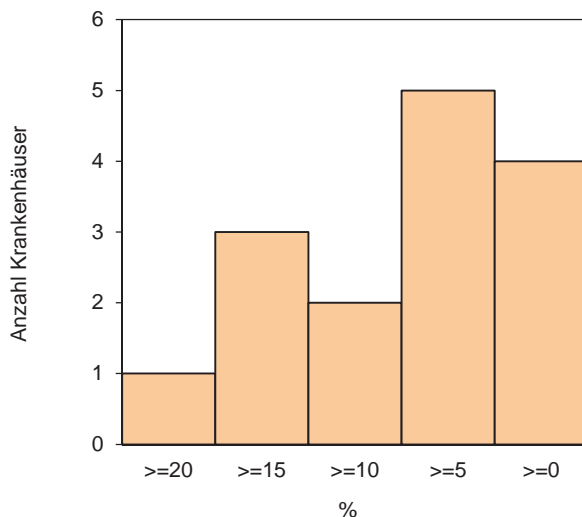
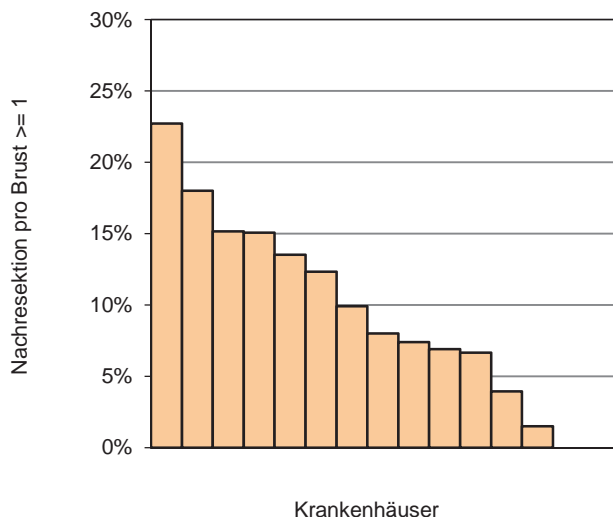
Vorjahresdaten <sup>2</sup>	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust >= 1 <sup>1</sup>	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

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

<sup>2</sup> Aufgrund eines neuen Datenfeldes in der Datensatzspezifikation 2016 können die Vorjahresdaten nicht berechnet werden.

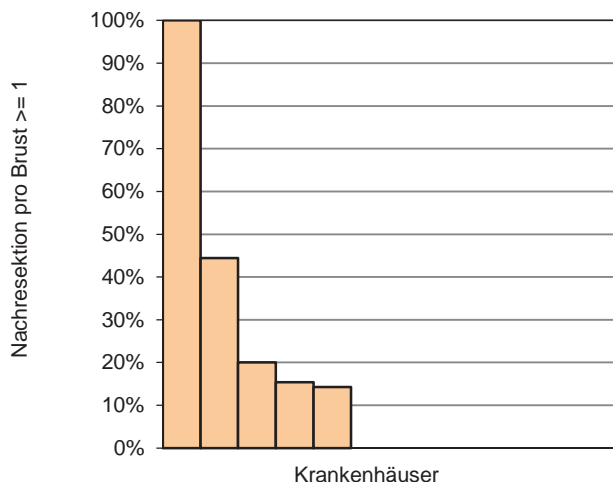
**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/60659]:  
 Anteil von Patientinnen mit Nachresektion pro Brust  $\geq 1$  an allen Patientinnen mit Primärerkrankung mit invasivem  
 Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	3,95	8,00	15,07	18,00		22,73

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	17,69	44,44		100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Indikator-ID:** 2016/18n1-MAMMA/850363

**Referenzbereich:** <= 3,30% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**ID-Bezugsindikator(en):** 52268, 52273

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status <sup>1</sup>			10 / 1.543	0,65%
Vertrauensbereich				0,35% - 1,19%
Referenzbereich		<= 3,30%		<= 3,30%

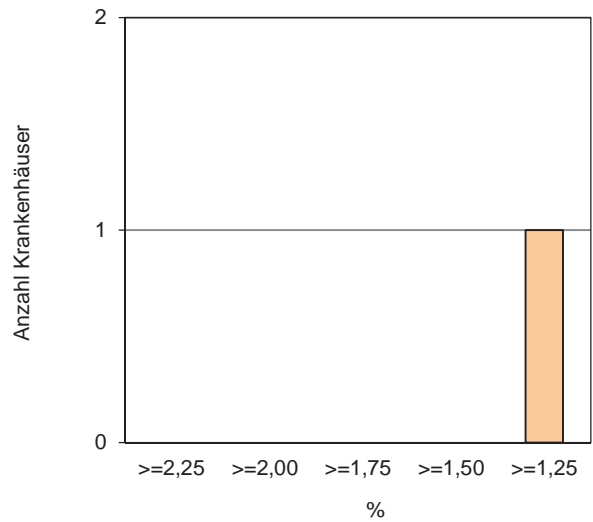
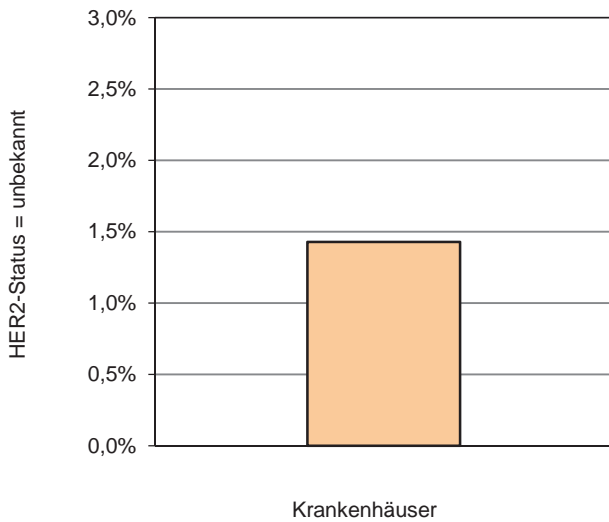
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status			3 / 1.593	0,19%
Vertrauensbereich				0,06% - 0,55%

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

<sup>2</sup> Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850363, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850363]:  
 Anteil an Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives  
 Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 1



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,43				1,43				1,43

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

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

**Indikator-ID:** 2016/18n1-MAMMA/850364

**Referenzbereich:** <= 2,19% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen <sup>1</sup>			8 / 1.698	0,47%
Vertrauensbereich				0,24% - 0,93%
Referenzbereich		<= 2,19%		<= 2,19%

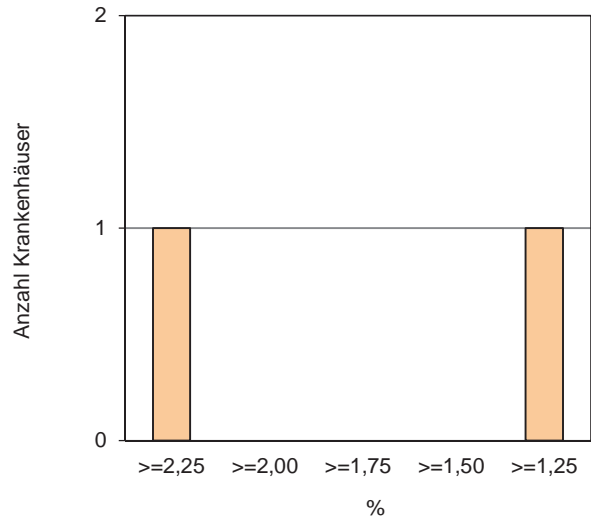
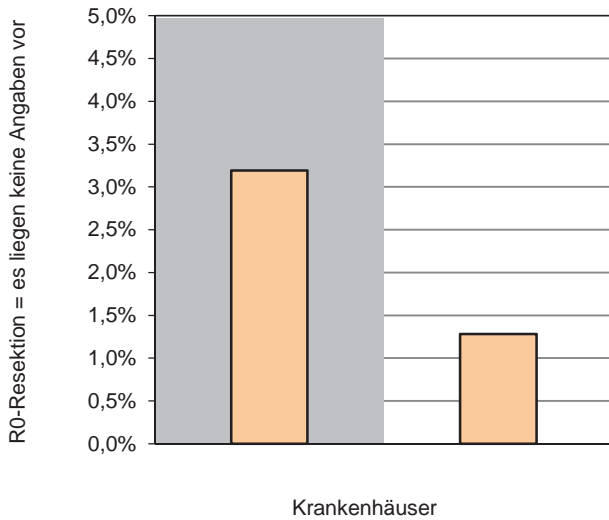
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen			5 / 1.738	0,29%
Vertrauensbereich				0,12% - 0,67%

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

<sup>2</sup> Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850364, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850364]:  
 Anteil an Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen an allen lebend entlassenen Patientinnen mit  
 Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom oder DCIS**

**Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2**


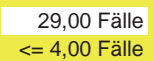




Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,28				2,24				3,19



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

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“  
**Indikator-ID:** 2016/18n1-MAMMA/813068  
**Referenzbereich:** <= 4,00 Fälle  
**ID-Bezugsindikator(en)** 2163, 51847

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ <sup>1</sup> Referenzbereich		 <= 4,00 Fälle	29 / 1.743	 29,00 Fälle <= 4,00 Fälle

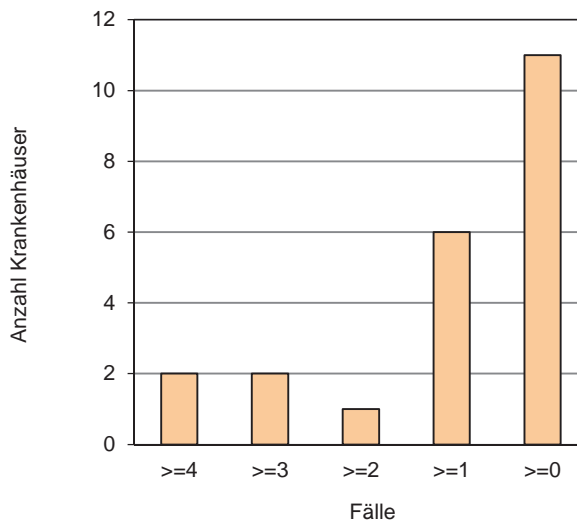
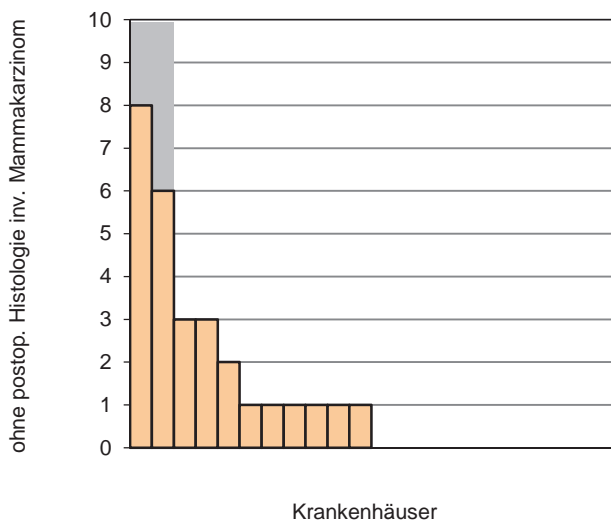
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“			22 / 1.647	 22,00 Fälle

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

<sup>2</sup> Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

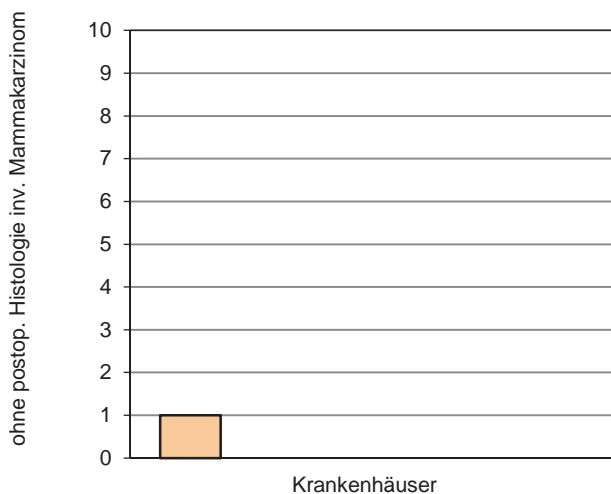
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_813068, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/813068]:  
 Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen mit präoperativer  
 Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,50	1,00	3,00	6,00	8,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,50			1,00

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „(y)pNX“**

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

**Indikator-ID:** 2016/18n1-MAMMA/850367

**Referenzbereich:** <= 1,00 Fälle

**ID-Bezugsindikator(en):** 52273, 51847

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde Referenzbereich			5 / 1.476	5,00 Fälle
		<= 1,00 Fälle		<= 1,00 Fälle

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde			3 / 1.555	3,00 Fälle

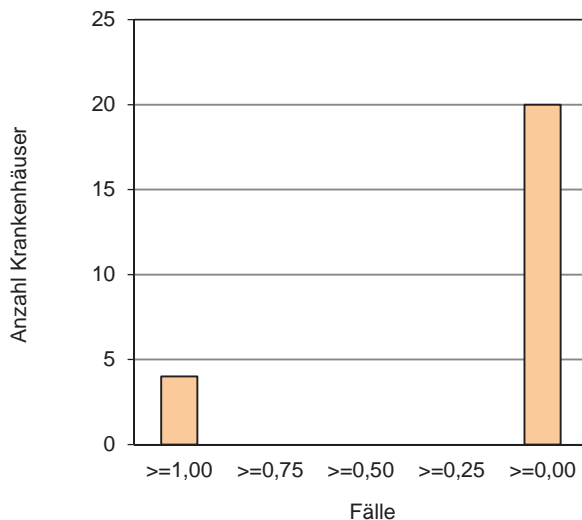
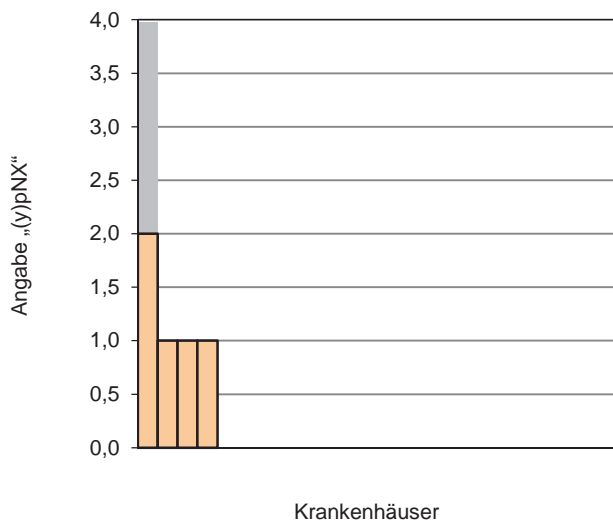
<sup>1</sup> Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850367, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850367]:**

**Anzahl Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde von allen Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie DCIS oder invasives Mammakarzinom, bei denen eine Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten (Axilladissektion oder Entfernung einzelner Lymphknoten) oder eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder einem vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt wurde**

**Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:**

24 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen  
**Indikator-ID:** 2016/18n1-MAMMA/850365  
**Referenzbereich:** <= 12,91% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
**ID-Bezugsindikator(en):** 51846, 52268, 52273, 2163, 50719, 51847, 51370, 60659

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde <sup>1</sup>			126 / 2.502	5,04%
Vertrauensbereich				4,25% - 5,96%
Referenzbereich		<= 12,91%		<= 12,91%

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

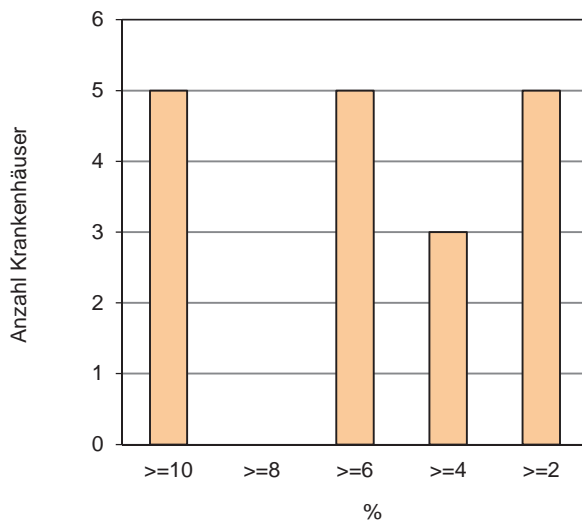
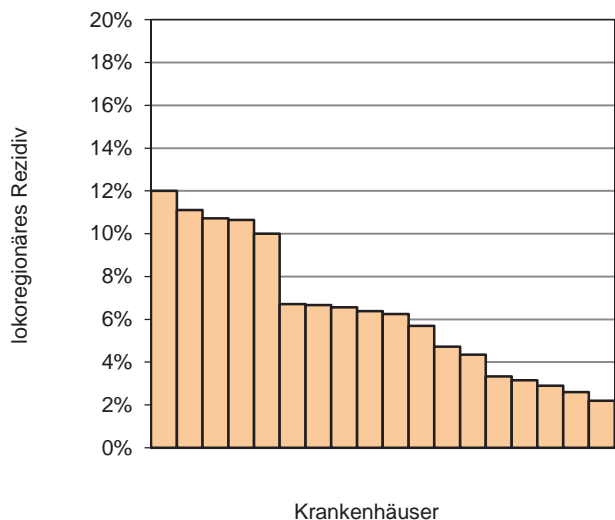
<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850365, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850365]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

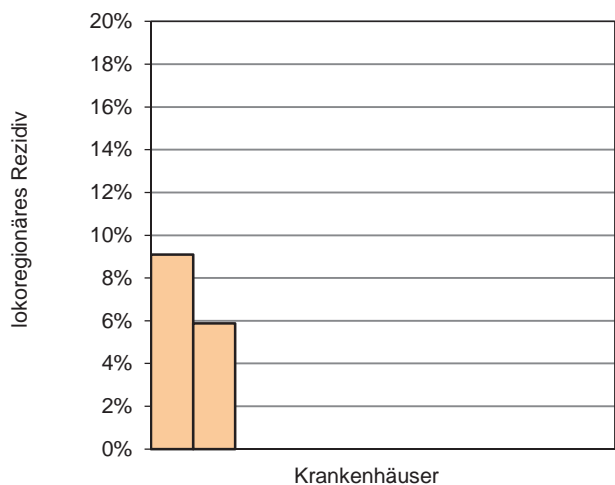
18 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,20		2,60	3,33	6,32	10,00	11,11		12,00

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

11 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	5,88		9,09

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Indikator-ID:** 2016/18n1-MAMMA/850372

**Referenzbereich:** <= 2,60% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**ID-Bezugsindikator(en):** 52268, 52273

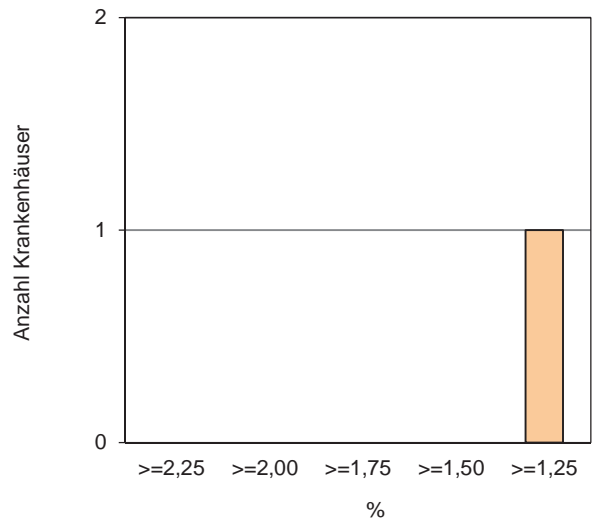
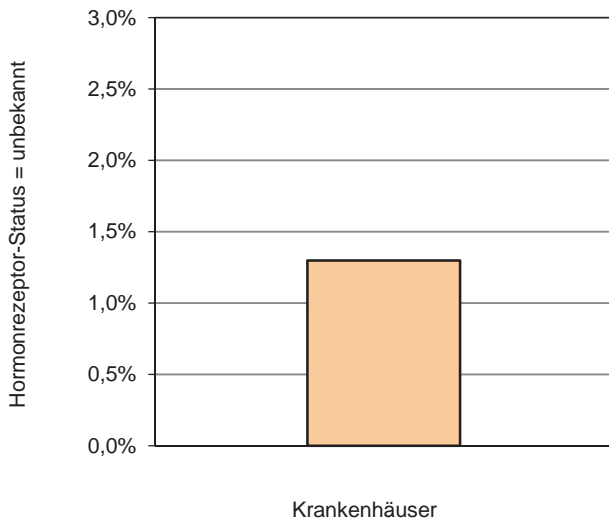
	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status <sup>1</sup>			5 / 1.543	0,32%
Vertrauensbereich				0,14% - 0,76%
Referenzbereich		<= 2,60%		<= 2,60%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status			2 / 1.593	0,13%
Vertrauensbereich				0,03% - 0,46%

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

**Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK\_850372, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850372]:  
 Anteil von Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status an allen Patientinnen mit  
 Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 1



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,30				1,30				1,30



Jahresauswertung 2016  
Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 29  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.458  
Datensatzversion: 18/1 2016  
Datenbankstand: 28. Februar 2017  
2016 - D17013-L105706-P50970

## Übersicht Basisauswertung

---

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	43
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	46
	Basisdaten	46
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	46
	Patientinnen	48
	Behandlungszeiten	49
3	Präoperative Diagnostik und Therapie (benigne und maligne Tumore)	50
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	55
5	Komplikationen (benigne und maligne Tumore)	57
6	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	58
6.1	Übersicht	58
6.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	59
6.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	68
6.4	DCIS (Primärerkrankung)	72
6.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	79
6.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	82
6.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	84
6.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	87
6.9	Nicht-maligne histologische Befunde	89

### Hinweis:

Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016.  
Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

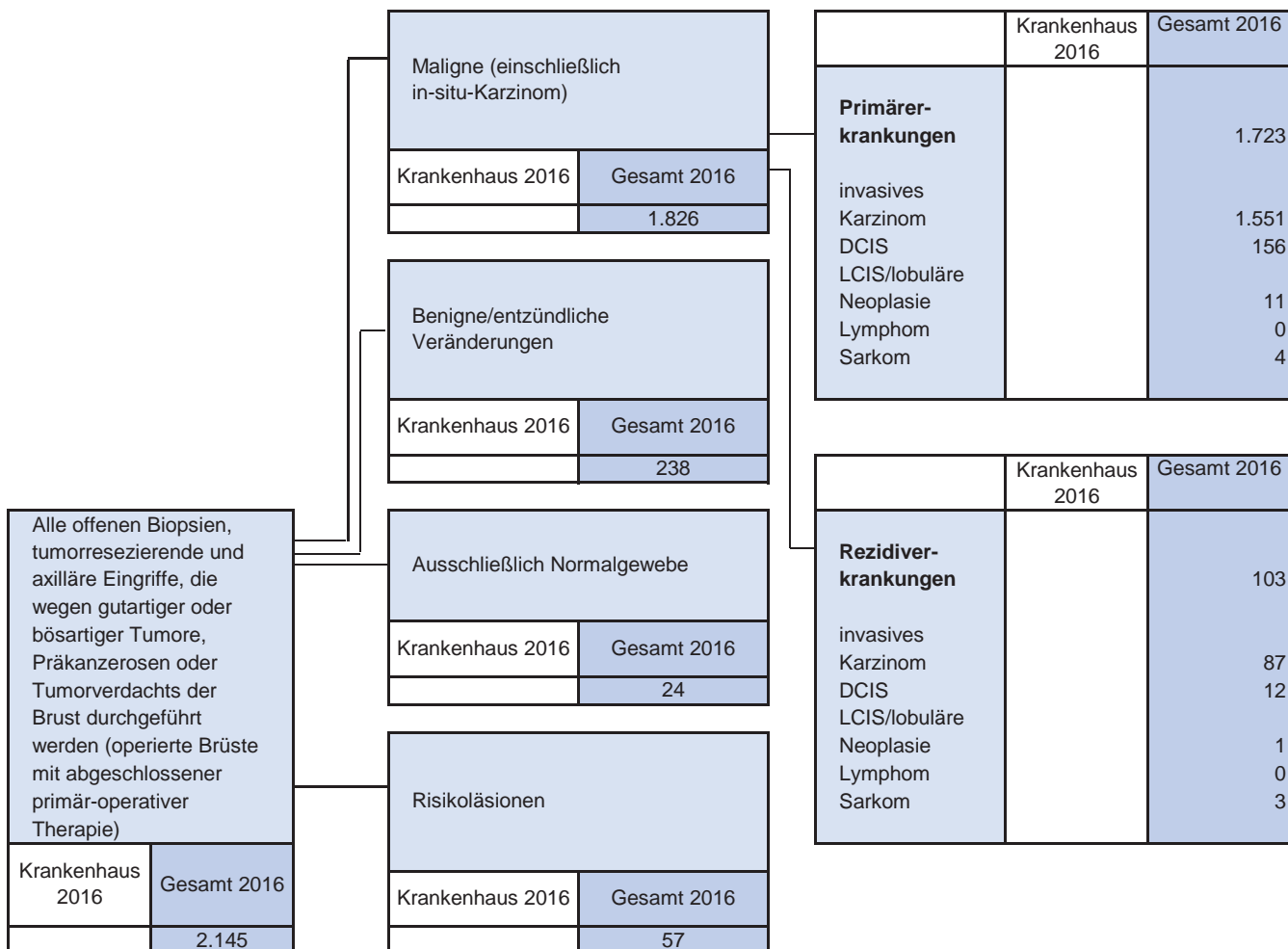
## 1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Alle offenen Biopsien, tumorresezierende und axilläre Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden:                      Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie</b>			2.145 / 2.459	87,23	2.292 / 2.654	86,36
davon:						
<b>Histologie</b> = ausschließlich Normalgewebe			24 / 2.145	1,12	42 / 2.292	1,83
= benigne/entzündliche Veränderung			238 / 2.145	11,10	286 / 2.292	12,48
= Risikoläsion = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			57 / 2.145	2,66	96 / 2.292	4,19
			1.826 / 2.145	85,13	1.868 / 2.292	81,50

### 1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):</b>						
<b>Primärerkrankung</b>			1.723 / 1.826	94,36	1.761 / 1.868	94,27
davon:						
<b>Histologie</b>						
invasives Karzinom			1.551 / 1.723	90,02	1.599 / 1.761	90,80
DCIS			156 / 1.723	9,05	145 / 1.761	8,23
LCIS/Lobuläre Neoplasie			11 / 1.723	0,64	6 / 1.761	0,34
Lymphom			0 / 1.723	0,00	0 / 1.761	0,00
Sarkom			4 / 1.723	0,23	2 / 1.761	0,11
<b>Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):</b>						
<b>Rezidivkrankung</b>			103 / 1.826	5,64	107 / 1.868	5,73
davon:						
<b>Histologie</b>						
invasives Karzinom			87 / 103	84,47	96 / 107	89,72
DCIS			12 / 103	11,65	9 / 107	8,41
LCIS/Lobuläre Neoplasie			1 / 103	0,97	0 / 107	0,00
Lymphom			0 / 103	0,00	0 / 107	0,00
Sarkom			3 / 103	2,91	2 / 107	1,87

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



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

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			657	26,73	678	26,08
2. Quartal			675	27,46	654	25,15
3. Quartal			573	23,31	607	23,35
4. Quartal			553	22,50	661	25,42
Gesamt			2.458		2.600	

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2016

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2016

1	C50.4	Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	C50.8	Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie
4	C77.3	Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
5	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2016

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2016			Gesamt 2016			Gesamt 2015		
	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>1</sup>
1				C50.4	696	28,32	C50.4	792	30,46
2				C50.8	617	25,10	C50.8	709	27,27
3				I10.00	324	13,18	I10.00	400	15,38
4				C77.3	201	8,18	D24	243	9,35
5				D24	197	8,01	C77.3	231	8,88

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

## Patientinnen

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
< 20 Jahre			8 / 2.458	0,33	9 / 2.600	0,35
20 - 29 Jahre			33 / 2.458	1,34	38 / 2.600	1,46
30 - 39 Jahre			117 / 2.458	4,76	121 / 2.600	4,65
40 - 49 Jahre			326 / 2.458	13,26	351 / 2.600	13,50
50 - 59 Jahre			653 / 2.458	26,57	701 / 2.600	26,96
60 - 69 Jahre			618 / 2.458	25,14	641 / 2.600	24,65
70 - 79 Jahre			477 / 2.458	19,41	546 / 2.600	21,00
>= 80 Jahre			226 / 2.458	9,19	193 / 2.600	7,42
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			2.458		2.600	
Median				61,00		61,00
<b>Geschlecht</b>						
männlich			29	1,18	26	1,00
weiblich			2.429	98,82	2.574	99,00
<b>Einstufung nach ASA-Klassifikation</b>						
1: normaler, gesunder Patient			670	27,26	715	27,50
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.212	49,31	1.267	48,73
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			555	22,58	593	22,81
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			19	0,77	25	0,96
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			2	0,08	0	0,00



## Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom<sup>1</sup> (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)</b>			1.886 / 2.458	76,73	1.975 / 2.600	75,96
<b>Postoperative Verweildauer<sup>2</sup> (Tage)</b> Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.886	4,00	1.975	4,00
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.886	5,00	1.975	5,00
<b>Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)</b>			572 / 2.458	23,27	625 / 2.600	24,04
<b>Postoperative Verweildauer<sup>2</sup> (Tage)</b> Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			572	2,00	625	2,00
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			572	2,00	625	2,00

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

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Betroffene Brust/Seite</b>						
rechts			1.212 / 2.502	48,44	1.312 / 2.654	49,43
links			1.290 / 2.502	51,56	1.342 / 2.654	50,57
<b>Erkrankung oder Eingriff an dieser Brust</b>						
Primärerkrankung			2.333 / 2.502	93,25	2.513 / 2.654	94,69
lokoregionäres Rezidiv nach BET			99 / 2.502	3,96	100 / 2.654	3,77
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion <sup>1</sup>			27 / 2.502	1,08	41 / 2.654	1,54
prophylaktische Mastektomie <sup>1</sup>			16 / 2.502	0,64	-	-
<b>Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung</b>			2.044 / 2.333	87,61	2.179 / 2.513	86,71
wenn ja:						
<b>Tastbarer Mammabefund</b>			1.237 / 2.044	60,52	1.280 / 2.179	58,74
<b>Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms<sup>2</sup></b>						
ja			579 / 2.044	28,33	-	-
nein			1.454 / 2.044	71,14	-	-
unbekannt			11 / 2.044	0,54	-	-

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2016

<sup>2</sup> neues Datenfeld in 2016

**Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)</b>						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.169 / 1.237	94,50	1.200 / 1.280	93,75
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			737 / 807	91,33	774 / 899	86,10
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			1.906 / 2.044	93,25	1.974 / 2.179	90,59
<b>Histologie</b>						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			3 / 1.906	0,16	5 / 1.974	0,25
= benigne/entzündliche Veränderung			80 / 1.906	4,20	78 / 1.974	3,95
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			114 / 1.906	5,98	134 / 1.974	6,79
= malignitätsverdächtig			29 / 1.906	1,52	40 / 1.974	2,03
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.680 / 1.906	88,14	1.717 / 1.974	86,98

**Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2016)**

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasie</b> (einschließlich in-situ-Karzinomen) davon:			1.680 / 1.906	88,14	1.717 / 1.974	86,98
invasives Karzinom			1.523 / 1.694	89,91	1.561 / 1.724	90,55
DCIS			161 / 1.694	9,50	147 / 1.724	8,53
LCIS/Lobuläre Neoplasie			6 / 1.694	0,35	6 / 1.724	0,35
Lymphom			0 / 1.694	0,00	0 / 1.724	0,00
Sarkom			3 / 1.694	0,18	1 / 1.724	0,06

### Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv)</b>			90 / 126	71,43	91 / 141	64,54
wenn ja:						
<b>Histologie</b>						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			0 / 90	0,00	0 / 91	0,00
= benigne/entzündliche Veränderung			3 / 90	3,33	6 / 91	6,59
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			5 / 90	5,56	4 / 91	4,40
= malignitätsverdächtig			2 / 90	2,22	2 / 91	2,20
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			80 / 90	88,89	79 / 91	86,81

### Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2016)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasie</b> (einschließlich in-situ-Karzinomen)			80 / 90	88,89	79 / 91	86,81
davon:						
invasives Karzinom			68 / 80	85,00	67 / 79	84,81
DCIS			9 / 80	11,25	9 / 79	11,39
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 80	0,00	1 / 79	1,27
Lymphom			0 / 80	0,00	0 / 79	0,00
Sarkom			3 / 80	3,75	2 / 79	2,53

**Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			1.063 / 2.044	52,01	1.024 / 2.179	46,99
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			1.045 / 1.906	54,83	989 / 1.974	50,10
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung <b>und</b> mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			958 / 1.670	57,37	922 / 1.701	54,20
abgeschlossene präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			270 / 2.044	13,21	211 / 2.179	9,68
abgeschlossene präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung <b>und</b> prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom			250 / 1.511	16,55	207 / 1.554	13,32

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

##### Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes</b> Anzahl der gültigen Angaben Median			2.514	1,00	2.665	1,00
<b>Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv</b>						
nein			678 / 2.471	27,44	670 / 2.665	25,14
ja, durch Mammografie			1.793 / 2.471	72,56	1.995 / 2.665	74,86
ja, durch Sonografie			301 / 2.471	12,18	250 / 2.665	9,38
ja, durch MRT			347 / 2.471	14,04	384 / 2.665	14,41
ja, durch MRT			30 / 2.471	1,21	36 / 2.665	1,35
<b>Intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie</b>						
nein			80 / 678	11,80	177 / 670	26,42
intraoperative Präparateradiografie			472 / 678	69,62	394 / 670	58,81
intraoperative Präparatesonografie			126 / 678	18,58	99 / 670	14,78

## OPS 2016

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2016

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
5	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)
6	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie

## OPS 2016

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2016			Gesamt 2016			Gesamt 2015		
	OPS	Anzahl	% <sup>1</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>1</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>1</sup>
1				5-401.11	820	32,62	5-401.11	930	34,90
2				5-870.a1	666	26,49	5-870.a1	708	26,57
3				5-872.1	408	16,23	5-872.1	374	14,03
4				5-870.a2	324	12,89	3-760	298	11,18
5				3-760	276	10,98	5-870.a2	265	9,94
6				3-100.1	228	9,07	3-709.0	265	9,94

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



## Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv<sup>1</sup></b> (Bezug: Eingriffe)			1.253 / 2.471	50,71	1.406 / 2.665	52,76
<b>Perioperative Antibiotikaprophylaxe</b>			2.393 / 2.514	95,19	2.561 / 2.665	96,10

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

## 5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore)

### Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen</b> (Mehrfachnennungen möglich)			106 / 2.502	4,24	136 / 2.654	5,12
Wundinfektion			8 / 2.502	0,32	26 / 2.654	0,98
operative Revision wegen						
Nachblutung			50 / 2.502	2,00	64 / 2.654	2,41
Serom			38 / 2.502	1,52	39 / 2.654	1,47
sonstige			12 / 2.502	0,48	15 / 2.654	0,57

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

### 6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv</b>						
<b>Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde</b>						
= ausschließlich Normalgewebe			27 / 2.459	1,10	51 / 2.654	1,92
= benigne/entzündliche Veränderung			242 / 2.459	9,84	289 / 2.654	10,89
= Risikoläsion			57 / 2.459	2,32	98 / 2.654	3,69
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.133 / 2.459	86,74	2.216 / 2.654	83,50
<b>primär-operative Therapie abgeschlossen</b> (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			2.145 / 2.459	87,23	2.292 / 2.654	86,36
wenn nein: <b>weitere Therapieempfehlung</b>						
Empfehlung zur Nachresektion			102 / 314	32,48	103 / 362	28,45
Empfehlung zur Mastektomie			42 / 314	13,38	43 / 362	11,88
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			31 / 314	9,87	35 / 362	9,67
Empfehlung zur Axilladisektion			18 / 314	5,73	26 / 362	7,18
Empfehlung zur BET			63 / 314	20,06	88 / 362	24,31
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			58 / 314	18,47	67 / 362	18,51

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgröße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie</b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom <b>ohne</b> präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.247 / 2.502	49,84	1.363 / 2.654	51,36
davon						
pT0			1 / 1.247	0,08	1 / 1.363	0,07
pTis			5 / 1.247	0,40	6 / 1.363	0,44
pT1 (<= 2 cm)			709 / 1.247	56,86	845 / 1.363	62,00
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			5 / 709	0,71	8 / 845	0,95
pT1a (<= 5 mm)			54 / 709	7,62	74 / 845	8,76
pT1b (<= 10 mm)			214 / 709	30,18	268 / 845	31,72
pT1c (<= 20 mm)			436 / 709	61,50	495 / 845	58,58
pT2 (> 2 bis 5 cm)			426 / 1.247	34,16	387 / 1.363	28,39
pT3 (> 5 cm)			56 / 1.247	4,49	62 / 1.363	4,55
pT4 (Brustwand/Haut)			50 / 1.247	4,01	58 / 1.363	4,26
davon						
pT4a (Brustwand)			5 / 50	10,00	3 / 58	5,17
pT4b (Ödem)			39 / 50	78,00	50 / 58	86,21
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 50	0,00	1 / 58	1,72
pT4d (inflammatorisch)			6 / 50	12,00	4 / 58	6,90
pTX			0 / 1.247	0,00	4 / 1.363	0,29

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgröße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie</b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			304 / 2.502	12,15	236 / 2.654	8,89
davon						
ypT0			107 / 304	35,20	77 / 236	32,63
ypTis			11 / 304	3,62	4 / 236	1,69
ypT1 (<= 2 cm)			108 / 304	35,53	84 / 236	35,59
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			4 / 108	3,70	0 / 84	0,00
ypT1a (<= 5 mm)			27 / 108	25,00	19 / 84	22,62
ypT1b (<= 10 mm)			24 / 108	22,22	22 / 84	26,19
ypT1c (<= 20 mm)			53 / 108	49,07	43 / 84	51,19
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			54 / 304	17,76	46 / 236	19,49
ypT3 (> 5 cm)			13 / 304	4,28	13 / 236	5,51
ypT4 (Brustwand/Haut)			11 / 304	3,62	12 / 236	5,08
davon						
ypT4a (Brustwand)			1 / 11	9,09	0 / 12	0,00
ypT4b (Ödem)			6 / 11	54,55	8 / 12	66,67
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 11	0,00	0 / 12	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			4 / 11	36,36	4 / 12	33,33
ypTX			0 / 304	0,00	0 / 236	0,00

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie<sup>1</sup></b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom <b>ohne</b> präoperative tumorspezifische Therapie <sup>2</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.321 / 2.502	52,80	1.420 / 2.654	53,50
davon						
Patientinnen <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			864 / 1.321	65,40	971 / 1.420	68,38
pN0(sn)			831 / 864	96,18	944 / 971	97,22
pN0			33 / 864	3,82	27 / 971	2,78
Patientinnen <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			268 / 1.321	20,29	265 / 1.420	18,66
pN1mi			9 / 268	3,36	1 / 265	0,38
pN1mi(sn)			27 / 268	10,07	20 / 265	7,55
pN1a			102 / 268	38,06	135 / 265	50,94
pN1a(sn) <sup>3</sup>			91 / 268	33,96	-	-
pN1b			1 / 268	0,37	2 / 265	0,75
pN1c			2 / 268	0,75	1 / 265	0,38
pN1(sn)			36 / 268	13,43	106 / 265	40,00
pN2			73 / 1.321	5,53	79 / 1.420	5,56
pN2a			66 / 73	90,41	79 / 79	100,00
pN2a(sn) <sup>3</sup>			6 / 73	8,22	-	-
pN2b			1 / 73	1,37	0 / 79	0,00
pN3			34 / 1.321	2,57	47 / 1.420	3,31
pN3a			34 / 34	100,00	47 / 47	100,00
pN3b			0 / 34	0,00	0 / 47	0,00
pN3c			0 / 34	0,00	0 / 47	0,00
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			82 / 1.321	6,21	58 / 1.420	4,08

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

<sup>2</sup> Die Feststellung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pN-Klassifikation. Bei offenen Operationen in mehreren stationären Aufenthalten kann die Richtigkeit der Angabe „y“ nicht automatisch überprüft werden.

<sup>3</sup> neuer Schlüsselwert in 2016

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie<sup>1</sup></b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie <sup>2</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			230 / 2.502	9,19	175 / 2.654	6,59
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			141 / 230	61,30	94 / 175	53,71
ypN0(sn)			85 / 141	60,28	35 / 94	37,23
ypN0			56 / 141	39,72	59 / 94	62,77
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			45 / 230	19,57	46 / 175	26,29
ypN1mi			4 / 45	8,89	2 / 46	4,35
ypN1mi(sn)			0 / 45	0,00	0 / 46	0,00
ypN1a			32 / 45	71,11	39 / 46	84,78
ypN1a(sn) <sup>3</sup>			7 / 45	15,56	-	-
ypN1b			0 / 45	0,00	0 / 46	0,00
ypN1c			0 / 45	0,00	0 / 46	0,00
ypN1(sn)			2 / 45	4,44	5 / 46	10,87
ypN2			26 / 230	11,30	20 / 175	11,43
ypN2a			25 / 26	96,15	20 / 20	100,00
ypN2a(sn) <sup>3</sup>			0 / 26	0,00	-	-
ypN2b			1 / 26	3,85	0 / 20	0,00
ypN3			9 / 230	3,91	8 / 175	4,57
ypN3a			9 / 9	100,00	8 / 8	100,00
ypN3b			0 / 9	0,00	0 / 8	0,00
ypN3c			0 / 9	0,00	0 / 8	0,00
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			9 / 230	3,91	7 / 175	4,00

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

<sup>2</sup> Die Feststellung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pN-Klassifikation. Bei offenen Operationen in mehreren stationären Aufenthalten kann die Richtigkeit der Angabe „y“ nicht automatisch überprüft werden.

<sup>3</sup> neuer Schlüsselwert in 2016

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Fernmetastasierung bei Diagnostik</b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			1.551 / 2.502	61,99	1.599 / 2.654	60,25
Patientinnen <b>ohne</b> Fernmetastasierung (M0)			1.480 / 1.551	95,42	1.501 / 1.599	93,87
Patientinnen <b>mit</b> Fernmetastasierung (M1)			54 / 1.551	3,48	79 / 1.599	4,94
Staging wurde nicht durchgeführt			17 / 1.551	1,10	19 / 1.599	1,19

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund<sup>1</sup></b>						
<b>Primärtumor</b>			1.543		1.593	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			236	15,29	256	16,07
mäßig differenziert			850	55,09	902	56,62
schlecht differenziert			452	29,29	430	26,99
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			5	0,32	5	0,31
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			274	17,76	272	17,07
positiv			1.264	81,92	1.319	82,80
unbekannt			5	0,32	2	0,13
HER2/neu-Status						
negativ			1.344	87,10	1.386	87,01
positiv			189	12,25	204	12,81
unbekannt			10	0,65	3	0,19
histologisch gesicherte Multizentrität			209 / 1.543	13,55	220 / 1.593	13,81
R0-Resektion						
nein			51	3,31	41	2,57
ja			1.447	93,78	1.499	94,10
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			49	5,08	100	9,53
>= 1 mm			903	93,67	937	89,32
es liegen keine Angaben vor			12	1,24	12	1,14
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen <sup>2</sup>						
0			1.305	90,19	-	-
1			128	8,85	-	-
2			9	0,62	-	-
>=3			5	0,35	-	-
es liegen keine Angaben vor			5	0,32	4	0,25
neoadjuvanter Therapie			40	2,59	49	3,08

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Schlüssellisten können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

<sup>2</sup> Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2016 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.



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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
nein			486	31,33	451	28,21
ja			1.025	66,09	1.113	69,61
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			36	2,32	32	2,00
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			4	0,26	3	0,19
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
nein			1.085	69,95	1.088	68,04
ja, einzelne Lymphknoten			125	8,06	118	7,38
ja, Axilladissektion			341	21,99	393	24,58
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			1.203	77,56	1.288	80,55
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			209	13,48	264	16,51
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten oder Sentinel-Lymphknoten Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			1.416 / 1.497	94,59	1.473 / 1.520	96,91

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1.487 / 1.534	96,94	1.549 / 1.581	97,98
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1.516 / 1.534	98,83	1.573 / 1.581	99,49

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

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.174	76,53	1.228	77,67
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			328	21,38	322	20,37
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,13	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			4	0,26	7	0,44
07: Tod			1	0,07	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			2	0,13	3	0,19
10: in Pflegeeinrichtung			8	0,52	6	0,38
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			14	0,91	14	0,89
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,06
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			1	0,07	0	0,00

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

**Histologie und Staging**  
**6.3 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Fernmetastasierung bei Diagnostik</b>						
Patientinnen mit Rezidiv- erkrankung bei invasivem Karzinom (primär- operative Therapie abgeschlossen)			87 / 2.502	3,48	96 / 2.654	3,62
davon						
Patientinnen <b>ohne</b> Fernmetastasierung (M0)			76 / 87	87,36	79 / 96	82,29
Patientinnen <b>mit</b> Fernmetastasierung (M1)			9 / 87	10,34	17 / 96	17,71
Staging wurde nicht durchgeführt			2 / 87	2,30	0 / 96	0,00

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund<sup>1</sup></b>						
<b>Lokalrezidiv<sup>2</sup></b>			82		87	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			3	3,66	10	11,49
mäßig differenziert			46	56,10	40	45,98
schlecht differenziert			33	40,24	36	41,38
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			0	0,00	1	1,15
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			24	29,27	26	29,89
positiv			58	70,73	61	70,11
unbekannt			0	0,00	0	0,00
HER-2/neu-Status						
negativ			64	78,05	73	83,91
positiv			18	21,95	12	13,79
unbekannt			0	0,00	2	2,30
histologisch gesicherte Multizentrität			10 / 82	12,20	16 / 87	18,39
R0-Resektion						
nein			6	7,32	10	11,49
ja			74	90,24	75	86,21
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			0	0,00	1	9,09
>= 1 mm			9	100,00	10	90,91
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen <sup>3</sup>						
0			69	93,24	-	-
1			5	6,76	-	-
2			0	0,00	-	-
>=3			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			1	1,22	1	1,15
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			1	1,22	1	1,15

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Schlüssel Listen können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

<sup>2</sup> Histologie nach ICD-O3: Invasive Mammakarzinome mit Endstelle /3 (Primärtumor)

<sup>3</sup> Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2016 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Rezidivkrankung, Zustand nach BET</b>			65		66	
davon:						
<b>erneute brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
<b>nein</b>			55	84,62	48	72,73
<b>ja</b>			8	12,31	16	24,24
<b>nein</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	1	1,52
<b>ja</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			2	3,08	1	1,52

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 Invasives Karzinom (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</b>			79 / 87	90,80	95 / 96	98,96
<b>postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen</b>			87 / 87	100,00	92 / 96	95,83

## Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			63	72,41	78	81,25
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			22	25,29	18	18,75
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	1,15	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			1	1,15	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

## Histologie und Staging (Fortsetzung)

### 6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN</b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen) <sup>1</sup>			155	99,36	141	97,24
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			129 / 155	83,23	116 / 141	82,27
Patientinnen <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen			23 / 155	14,84	23 / 141	16,31
pN0(sn)			18 / 23	78,26	23 / 23	100,00
pN0			5 / 23	21,74	0 / 23	0,00
Patientinnen <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen						
<b>pN1</b>			0 / 155	0,00	1 / 141	0,71
pN1mi			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1mi(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1a			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1a(sn) <sup>2</sup>			0 / 0		-	-
pN1b			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1c			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1(sn)			0 / 0		1 / 1	100,00
<b>pN2</b>			0 / 155	0,00	0 / 141	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2a(sn) <sup>2</sup>			0 / 0		-	-
pN2b			0 / 0		0 / 0	
<b>pN3</b>			0 / 155	0,00	0 / 141	0,00
pN3a			0 / 0		0 / 0	
pN3b			0 / 0		0 / 0	
pN3c			0 / 0		0 / 0	

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2016



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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX) <sup>1</sup>			1 / 155	0,65	0 / 141	0,00
Patientinnen <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen <sup>1</sup>			1 / 155	0,65	1 / 141	0,71
ypN0(sn)			1 / 1	100,00	0 / 1	0,00
ypN0			0 / 1	0,00	1 / 1	100,00
Patientinnen <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen <sup>1</sup>						
<b>ypN1</b>			1 / 155	0,65	0 / 141	0,00
ypN1mi			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1a			1 / 1	100,00	0 / 0	
ypN1a(sn) <sup>2</sup>			0 / 1	0,00	-	-
ypN1b			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1c			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
<b>ypN2</b>			0 / 155	0,00	0 / 141	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2a(sn) <sup>2</sup>			0 / 0		-	-
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
<b>ypN3</b>			0 / 155	0,00	0 / 141	0,00
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

<sup>1</sup> Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2016

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Grading</b>						
G1			27	17,31	20	13,79
G2			62	39,74	61	42,07
G3			42	26,92	40	27,59
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			24	15,38	21	14,48
<b>Gesamttumorgröße</b>						
Anzahl der gültigen Angaben			156		145	
Median				13,00		15,00
Anteil <= 10 mm (%)			68 / 156	43,59	50 / 145	34,48
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			38 / 156	24,36	46 / 145	31,72
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			21 / 156	13,46	14 / 145	9,66
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			5 / 156	3,21	10 / 145	6,90
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			8 / 156	5,13	9 / 145	6,21
Anteil > 50 mm (%)			15 / 156	9,62	13 / 145	8,97

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			8 / 156	5,13	11 / 145	7,59
R0-Resektion						
nein			2	1,28	6	4,14
ja			150	96,15	135	93,10
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			4	3,13	7	6,60
>= 1 mm			123	96,09	97	91,51
es liegen keine Angaben vor			1	0,78	2	1,89
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen <sup>1</sup>						
0			120	80,00	-	-
1			27	18,00	-	-
2			3	2,00	-	-
>=3			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			3	1,92	1	0,69
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2016 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
nein			21	13,46	28	19,31
ja			133	85,26	113	77,93
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	0,64	1	0,69
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
ja, einzelne Lymphknoten			3	1,92	1	0,69
ja, Axilladissektion			1	0,64	1	0,69
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			20	12,82	25	17,24
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
ja, einzelne Lymphknoten			1	0,64	1	0,69
ja, Axilladissektion			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			151 / 154	98,05	141 / 143	98,60
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			150 / 154	97,40	141 / 143	98,60

**Entlassung  
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			125	81,17	115	80,42
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			27	17,53	27	18,88
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,70
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,65	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,65	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

**Histologie und Staging (Fortsetzung)**  
**6.5 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			2 / 12	16,67	1 / 9	11,11
R0-Resektion						
nein			1	8,33	1	11,11
ja			11	91,67	7	77,78
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			0	0,00	0	
>= 1 mm			1	100,00	0	
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen <sup>1</sup>						
0			10	90,91	-	-
1			1	9,09	-	-
2			0	0,00	-	-
>=3			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2016 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Rezidivkrankung, Zustand nach BET</b>			11		8	
davon:						
<b>erneute brusterhaltende Therapie (BET) nein</b>			10	83,33	7	77,78
<b>ja</b>			1	8,33	0	0,00
<b>nein</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	1	11,11
<b>ja</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</b>			11 / 12	91,67	9 / 9	100,00
<b>postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen</b>			9 / 12	75,00	9 / 9	100,00



**Entlassung  
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			11	91,67	7	77,78
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	8,33	2	22,22
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

## Weiterer Behandlungsverlauf

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

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			12 / 12	100,00	6 / 6	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			11 / 12	91,67	6 / 6	100,00

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

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			8	66,67	5	83,33
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			4	33,33	1	16,67
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgroße pT<sup>1</sup></b>						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			4	100,00	2	100,00
davon						
pT0			0 / 4	0,00	0 / 2	0,00
pTis			0 / 4	0,00	0 / 2	0,00
pT1 (<= 2 cm)			1 / 4	25,00	0 / 2	0,00
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT1a (<= 5 mm)			1 / 1	100,00	0 / 0	
pT1b (<= 10 mm)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT1c (<= 20 mm)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT2 (> 2 bis 5 cm)			1 / 4	25,00	1 / 2	50,00
pT3 (> 5 cm)			2 / 4	50,00	0 / 2	0,00
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 4	0,00	0 / 2	0,00
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
pT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
pTX			0 / 4	0,00	1 / 2	50,00
ypT0			0 / 4	0,00	0 / 2	0,00
ypTis			0 / 4	0,00	0 / 2	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 4	0,00	0 / 2	0,00
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 4	0,00	0 / 2	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 4	0,00	0 / 2	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 4	0,00	0 / 2	0,00
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
ypT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
ypTX			0 / 4	0,00	0 / 2	0,00

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Fernmetastasierung bei Diagnostik</b>						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			7 / 2.502	0,28	4 / 2.654	0,15
davon						
Patientinnen <b>ohne</b> Fernmetastasierung (M0)			5 / 7	71,43	1 / 4	25,00
Patientinnen <b>mit</b> Fernmetastasierung (M1)			2 / 7	28,57	3 / 4	75,00
Staging wurde nicht durchgeführt			0 / 7	0,00	0 / 4	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf**  
**Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</b>			6 / 7	85,71	4 / 4	100,00
<b>postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen</b>			6 / 7	85,71	4 / 4	100,00

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

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5	71,43	2	50,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	14,29	2	50,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	14,29	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

**Weiterer Behandlungsverlauf**  
**6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			0 / 0		0 / 0	
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			0 / 0		0 / 0	

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

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0		0	
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0		0	
03: aus sonstigen Gründen			0		0	
04: gegen ärztlichen Rat			0		0	
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0		0	
06: Verlegung			0		0	
07: Tod			0		0	
08: Verlegung nach § 14			0		0	
09: in Rehabilitationseinrichtung			0		0	
10: in Pflegeeinrichtung			0		0	
11: in Hospiz			0		0	
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0		0	
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0		0	
15: gegen ärztlichen Rat			0		0	
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0		0	
22: Fallabschluss			0		0	
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0		0	

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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



## Entlassung

### 6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			267	85,03	336	79,62
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			46	14,65	80	18,96
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	2	0,47
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,32	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	1	0,24
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	3	0,71
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

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

## Leseanleitung

### 1. Aufbau der Auswertung

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

### 2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2016 erhalten Sie beim IQTIG ([www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)).

#### 2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

##### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

### 2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

#### Zielbereich:

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

#### Toleranzbereich:

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

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

### 2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

#### Beispiel:

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

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

#### Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2016.

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

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

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

### 2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

**Beispiele:**

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

**Hinweis:**

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

### 2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2016 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2015 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des IQTIG, Berlin © 2017. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2015 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2016 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2016 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

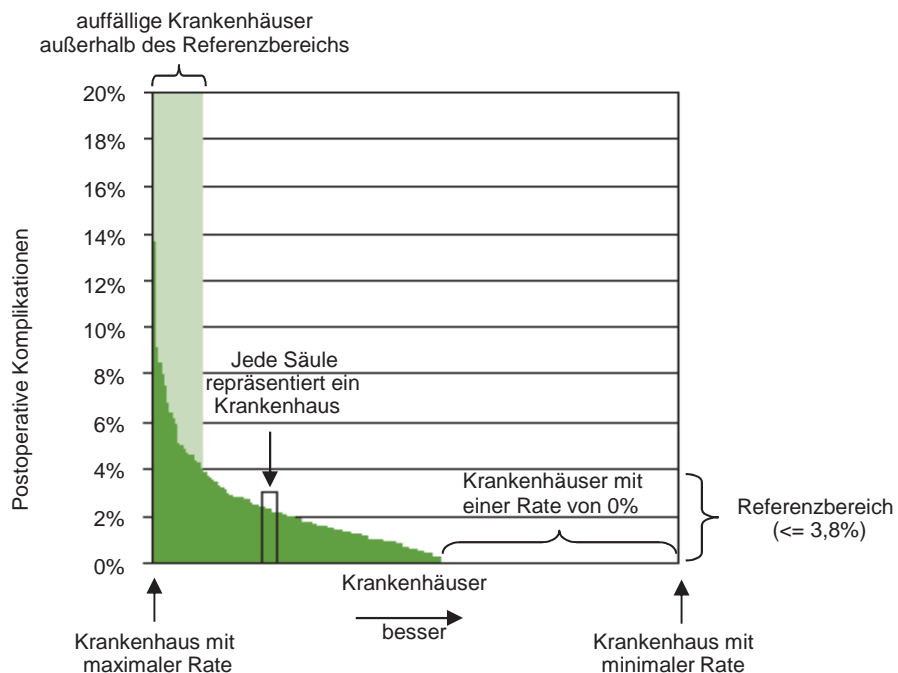
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

### 2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

#### Beispiel:

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



### 2.4.2 Histogramm

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

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

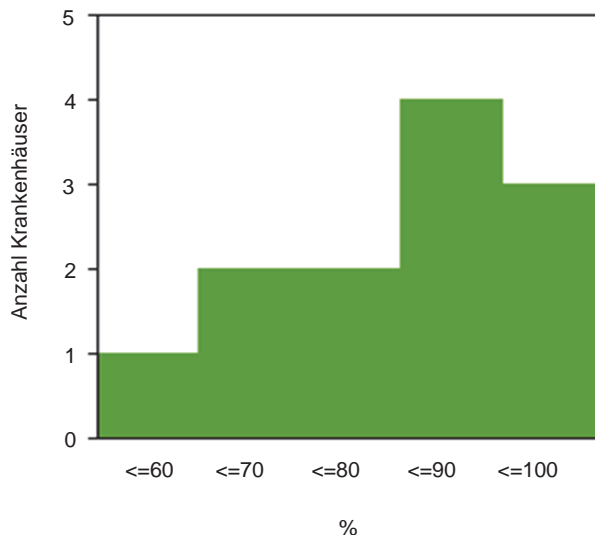
**Beispiel:**

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

### **3. Basisauswertung**

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

### **4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen**

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

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

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

### **5. Darstellung Median/Mittelwert**

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

### **6. Wechsel der Grundgesamtheit**

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

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

### **7. Interpretation der Ergebnisse**

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



## 8. Glossar

### Anteil

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

### Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2016/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2016.

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

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

### Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

### Rate

Siehe Anteil

### Spannweite der Krankhausergebnisse

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

### Statistische Maßzahlen

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

### Verhältniszahl

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

### Vertrauensbereich

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