

# Jahresauswertung 2020 Mammachirurgie

18/1

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 24  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.341  
Datensatzversion: 18/1 2020  
Datenbankstand: 28. Februar 2021  
2020 - D18632-L119516-P55659

# Jahresauswertung 2020 Mammachirurgie

18/1

## Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 24  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.341  
Datensatzversion: 18/1 2020  
Datenbankstand: 28. Februar 2021  
2020 - D18632-L119516-P55659

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>2020/18n1-MAMMA/51846</b>							
<b>QI: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung<sup>3</sup></b>							
			98,35%	>= 95,00%	innerhalb	97,93%	9
<b>Gruppe: HER2-Positivitätsrate<sup>3</sup></b>							
<b>2020/18n1-MAMMA/52268</b>							
QI: HER2-Positivitätsrate			16,42%	nicht definiert	-	14,90%	11
<b>2020/18n1-MAMMA/52267</b>							
QI: HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate			1,14	>= 0,48	innerhalb	1,16	13
<b>2020/18n1-MAMMA/52278</b>							
QI: HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate			1,14	<= 1,70	innerhalb	1,16	16

<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 2020. 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 und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden<sup>3</sup></b>							
2020/18n1-MAMMA/212000							
QI: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk			70,11%	nicht definiert	-	-	19
2020/18n1-MAMMA/212001							
QI: Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk			66,54%	nicht definiert	-	-	21
2020/18n1-MAMMA/50719							
<b>QI: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie<sup>3</sup></b>			2,30%	<= 5,13%	innerhalb	0,00%	17
2020/18n1-MAMMA/51847							
<b>QI: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie<sup>3</sup></b>			97,78%	>= 90,00%	innerhalb	97,53%	23
2020/18n1-MAMMA/51370							
<b>QI: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation<sup>3</sup></b>			5,77%	<= 11,67%	innerhalb	5,89%	25

<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 2020. 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 und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2020/18n1-MAMMA/60659 <b>QI: Nachresektionsrate<sup>3</sup></b>			8,69%	<= 23,01%	innerhalb	7,51%	30
2020/18n1-MAMMA/211800 <b>QI: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS<sup>3</sup></b>			99,72%	>= 97,04%	innerhalb	98,41%	32

<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 2020. 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 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 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2020/18n1-MAMMA/850363 <b>Häufige Angabe</b> „HER2-Status = unbekannt“ <sup>3</sup>			0,13%	<= 1,61%	-	0,06%	34
2020/18n1-MAMMA/850364 <b>Häufige Angabe</b> „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ <sup>3</sup>			0,13%	<= 0,84%	-	0,19%	36
2020/18n1-MAMMA/813068 <b>Häufige Diskrepanz zwischen</b> <b>prätherapeutischer histologischer</b> <b>Diagnose und Angabe im Feld</b> <b>Histologie unter Berücksichtigung</b> <b>der Vorbefunde<sup>3</sup></b>			11,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	14,00 Fälle	38
2020/18n1-MAMMA/850372 <b>Häufige Angabe</b> „immunhistochemischer Hormonrezeptor- status = unbekannt“ <sup>3</sup>			0,20%	<= 0,91%	innerhalb	0,00%	40

<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 2020. 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 Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

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 2020	Ergebnis Krankenhaus 2020	Ergebnis Gesamt 2020	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2020/18n1-MAMMA/852000 <b>Häufige Angabe des unspezifischen                      ICD-O-3-Kode 8010/3 im präthera-                      peutischen histologischen Befund</b>			1,08%	<= 25,08%	innerhalb	1,23%	42

<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 2020. 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.

## Verbindliche Kennzahlen

---

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

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

Für das Auswertungsjahr 2020 wurden kalkulatorische Kennzahlen, Transparenzkennzahlen und ergänzende Kennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“, „TKez“ oder „EKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“, „TKez“ oder „EKez“ gekennzeichnet.

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

## Planungsrelevante Indikatoren

---

Die QIDB beinhaltet auch planungsrelevante Indikatoren. Abweichend von § 8 QSKH-RL werden diese aber gemäß plan.QI-RL ausschließlich vom Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) ausgewertet, so dass sie in dieser Auswertung nicht berechnet und dargestellt werden. Folgende Qualitätsindikatoren (Indikator-IDs) sind hiervon betroffen:

Leistungsbereich 15/1: 10211, 12874, 51906  
sowie die ergänzenden Kennzahlen 172000\_10211 und 172001\_10211

Leistungsbereich 16/1: 318, 330, 1058, 50045, 51803  
sowie die ergänzenden Kennzahlen 51808\_51803, 51813\_51803, 51818\_51803, 51823\_51803

Leistungsbereich 18/1: 2163, 52330, 52279  
sowie die ergänzende Kennzahl 212002\_52279

## Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

---


Aufgrund des ab 2020 geltenden bundesweiten Verzeichnisses der Standorte nach § 108 SGB V zugelassener Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen kann es zu einer eingeschränkten Vergleichbarkeit der Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien des Erfassungsjahres 2020 mit den Vorjahresergebnissen kommen.

Weitere Informationen dazu finden Sie in den Beschreibungen der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach QSKH-RL auf der Homepage des IQTIG.




**Qualitätsindikator: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung**

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität
<b>Art des Wertes:</b>	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2020/18n1-MAMMA/51846
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 95,00%

	Krankenhaus 2020	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	 98,35%	
	>= 95,00%	

	Gesamt 2020	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	1.609 / 1.636 98,35%	221 / 324 68,21%
	97,61% - 98,86%	
	>= 95,00%	

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2019	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

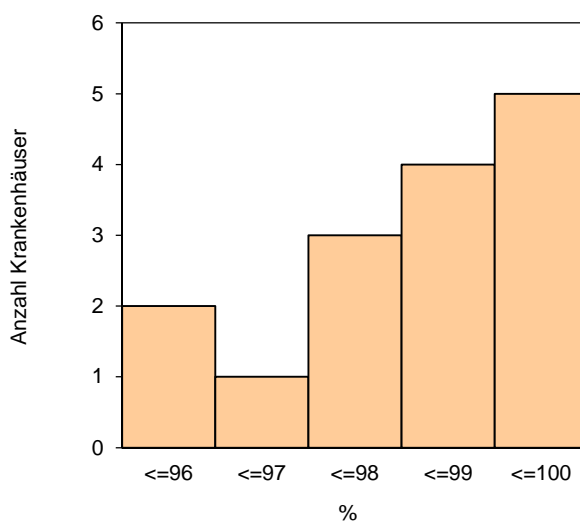
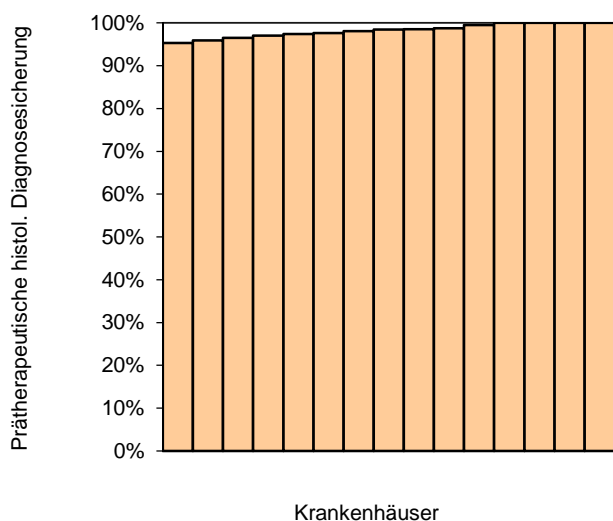
<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Gesamt 2019	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	1.705 / 1.741 97,93%	295 / 391 75,45%
	97,15% - 98,50%	

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/51846]:  
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder  
 Vakuumbiopsie an allen Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives  
 Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“**

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

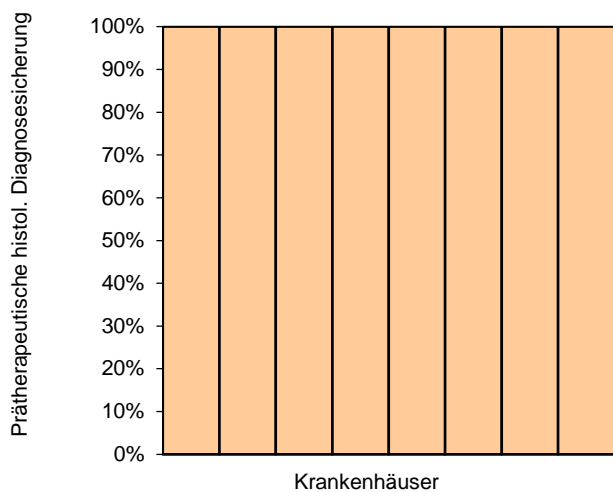
15 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,35		95,92	97,06	98,48	100,00	100,00		100,00

**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
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Gruppe: HER2-Positivitätsrate**

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

**HER2-Positivitätsrate**

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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2020/18n1-MAMMA/52268

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status			249 / 1.516	16,42%
Vertrauensbereich				14,65% - 18,37%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status			238 / 1.597	14,90%
Vertrauensbereich				13,24% - 16,73%

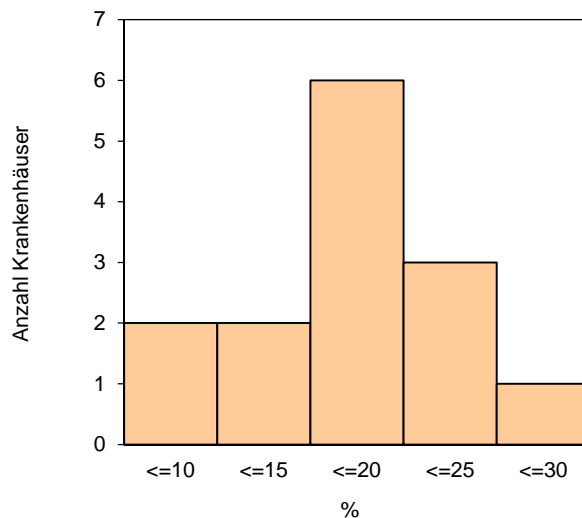
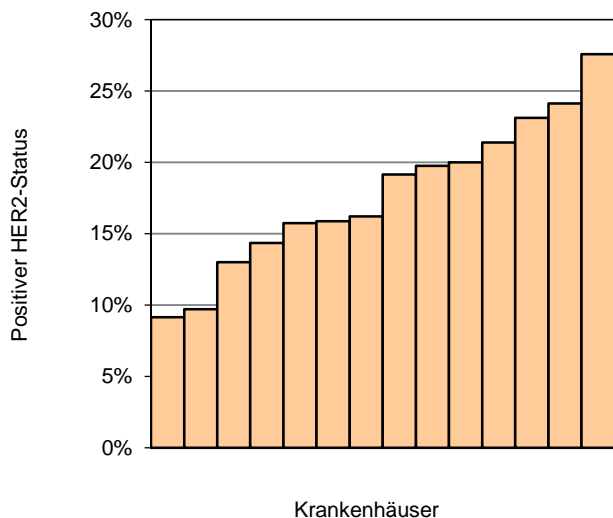
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/52268]:**

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

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

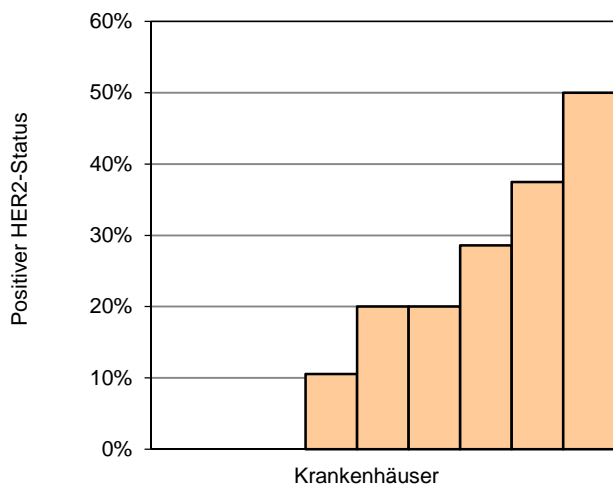
14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	9,15		9,71	14,35	17,68	21,39	24,14		27,59

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

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	20,00	28,57			50,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

### HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen<sup>1</sup>

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2020/18n1-MAMMA/52267

**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression

**Referenzbereich:**  $\geq 0,48$  (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O) <sup>2</sup>		248 / 1.511 16,41%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		217,03 / 1.511 14,36%
O - E		2,05%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
O/E <sup>4</sup>		1,14
Vertrauensbereich		1,02 - 1,28
Referenzbereich	$\geq 0,48$	$\geq 0,48$

<sup>1</sup> Durch die zufallsbedingten Schwankungen des diskreten tumorbiologischen HER2-Merkmals ist in Krankenhäusern mit 1, 2 oder 3 Fällen in der Grundgesamtheit des QI die Variabilität der HER2-positiven Fälle sehr groß. Dadurch ist das Auftreten von Werten außerhalb des Referenzbereichs in den genannten Einrichtungen mit 1, 2 oder 3 Fällen allein zufallsbedingt sehr wahrscheinlich. Die Rechenregel berücksichtigt dementsprechend Einrichtungen mit  $\geq 4$  Fällen in der Grundgesamtheit des QI.

<sup>2</sup> KKez O\_52267: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

<sup>3</sup> KKez E\_52267: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267\_52278.

<sup>4</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

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

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

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

Vorjahresdaten <sup>1</sup> Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
beobachtet (O) <sup>2</sup>		238 / 1.592 14,95%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		205,76 / 1.592 12,92%
O - E		2,03%
O/E <sup>4</sup> Vertrauensbereich	█	1,16 1,03 - 1,30

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

<sup>2</sup> KKez O\_52267: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

<sup>3</sup> KKez E\_52267: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267\_52278.

<sup>4</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

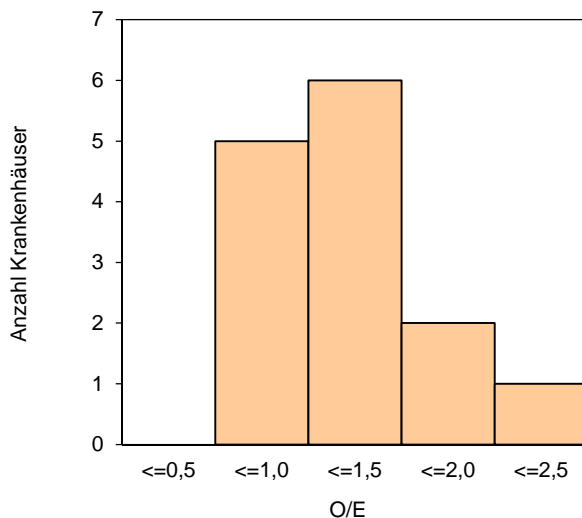
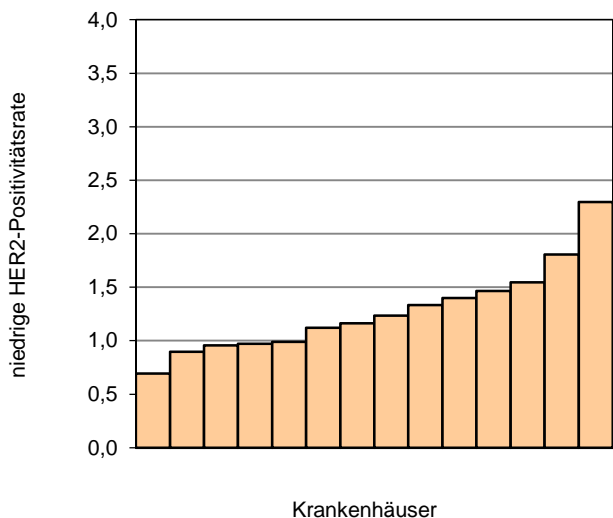
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

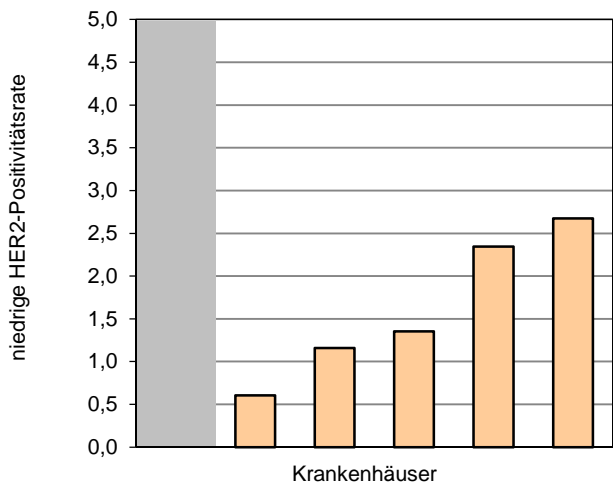
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/52267]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen  
 Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,69		0,90	0,97	1,20	1,47	1,81		2,30

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 6 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			0,61	1,26	2,34			2,67

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER2-Status und bekanntem immunhistochemischem Hormonrezeptorstatus aus Standorten mit mind. 4 indikatorrelevanten Fällen<sup>1</sup>

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2020/18n1-MAMMA/52278

**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression

**Referenzbereich:** <= 1,70 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O) <sup>2</sup>		248 / 1.511 16,41%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		217,03 / 1.511 14,36%
O - E		2,05%

	Krankenhaus 2020	Gesamt 2020
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
O/E <sup>4</sup>		1,14
Vertrauensbereich		1,02 - 1,28
Referenzbereich	<= 1,70	<= 1,70

<sup>1</sup> Durch die zufallsbedingten Schwankungen des diskreten tumorbiologischen HER2-Merkmals ist in Krankenhäusern mit 1, 2 oder 3 Fällen in der Grundgesamtheit des QI die Variabilität der HER2-positiven Fälle sehr groß. Dadurch ist das Auftreten von Werten außerhalb des Referenzbereichs in den genannten Einrichtungen mit 1, 2 oder 3 Fällen allein zufallsbedingt sehr wahrscheinlich. Die Rechenregel berücksichtigt dementsprechend Einrichtungen mit >= 4 Fällen in der Grundgesamtheit des QI.

<sup>2</sup> KKez O\_52278: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

<sup>3</sup> KKez E\_52278: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267\_52278.

<sup>4</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

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

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

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



Vorjahresdaten <sup>1</sup> Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
beobachtet (O) <sup>2</sup>		238 / 1.592 14,95%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		205,76 / 1.592 12,92%
O - E		2,03%
O/E <sup>4</sup> Vertrauensbereich	█	1,16 1,03 - 1,30

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

<sup>2</sup> KKez O\_52278: Beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

<sup>3</sup> KKez E\_52278: Erwartete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status, risikoadjustiert nach logistischem MAMMA-Score für QI-ID 52267\_52278.

<sup>4</sup> Verhältnis der beobachteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status zu der erwarteten Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status

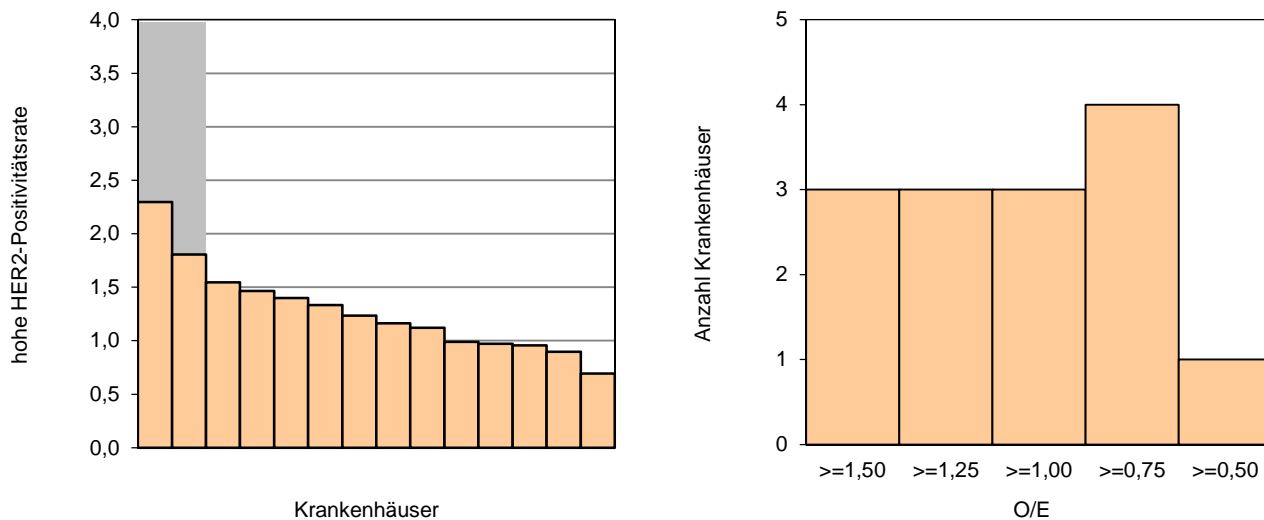
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

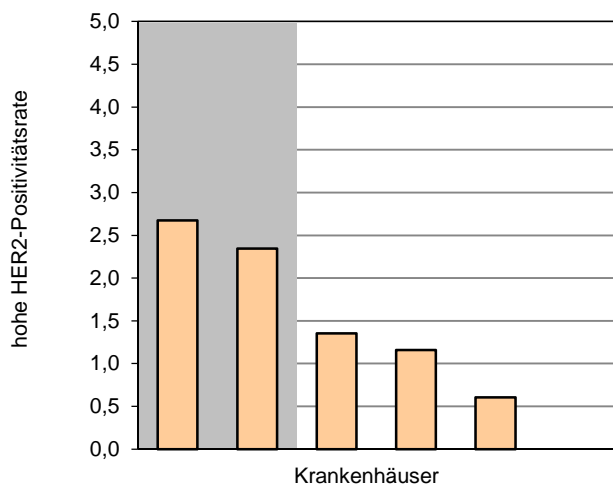
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2c, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/52278]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen  
 Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O/E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,69		0,90	0,97	1,20	1,47	1,81		2,30

**Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 6 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			0,61	1,26	2,34			2,67

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Gruppe: Adäquate Markierung bei nicht palpablen Befunden**

**Qualitätsziel:** Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit präoperativer Drahtmarkierung bei nicht palpablen Befunden bei Primärerkrankung und Primäreingriff

**Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk**

**Grundgesamtheit:** Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor und Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2020/18n1-MAMMA/212000

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT Vertrauensbereich Referenzbereich			129 / 184	70,11% 63,14% - 76,26%
		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT Vertrauensbereich	-	-	-	-

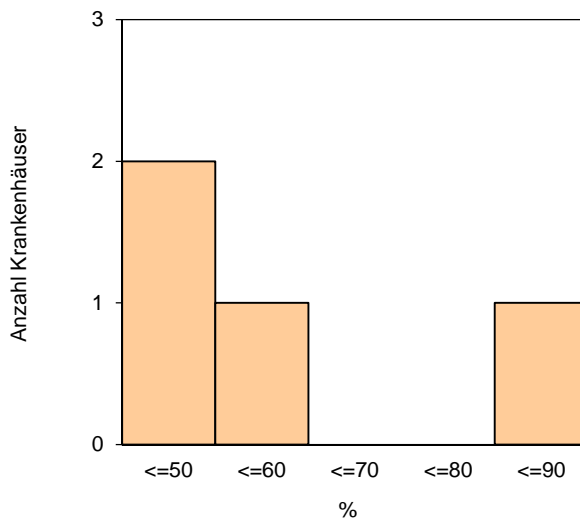
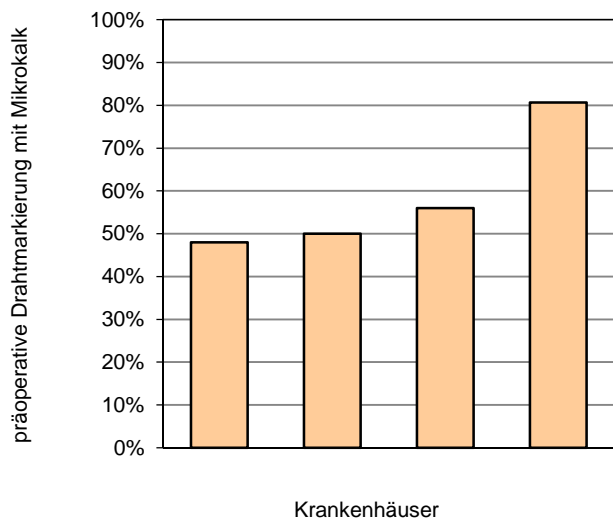
<sup>1</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2020 ist eine Berechnung der Vorjahreswerte nicht möglich.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/212000]:**

**Anteil von Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT an Operationen bei Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor und Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort**

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

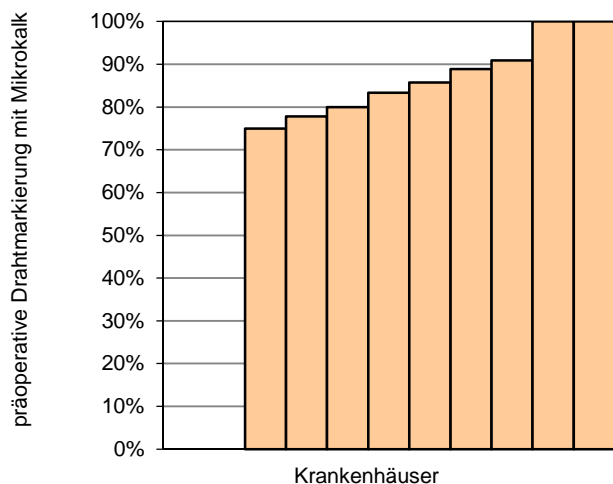
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	48,00			49,00	53,00	68,32			80,65

**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	75,00	83,33	90,91	100,00		100,00

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde ohne Mikrokalk**

**Grundgesamtheit:** Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor ohne Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2020/18n1-MAMMA/212001

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

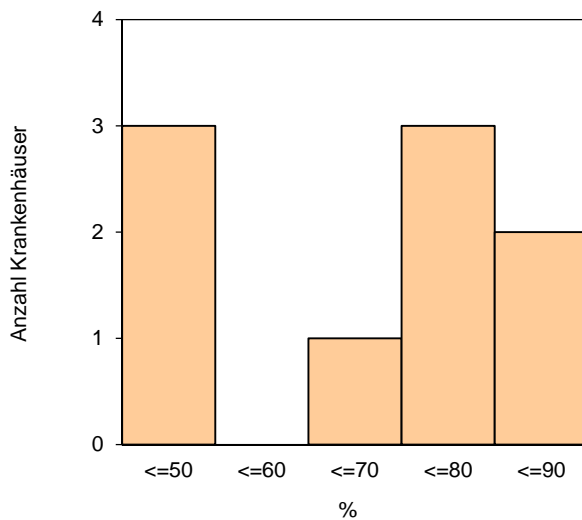
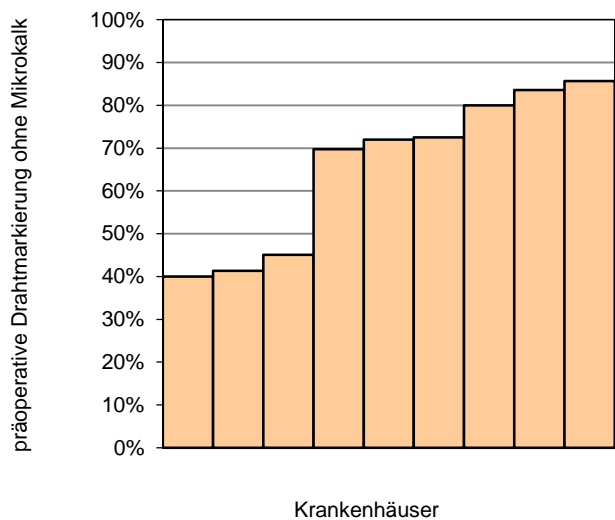
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT Vertrauensbereich Referenzbereich			350 / 526	66,54%
		nicht definiert		62,40% - 70,44% nicht definiert

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT Vertrauensbereich	-	-	-	-

<sup>1</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2020 ist eine Berechnung der Vorjahreswerte nicht möglich.

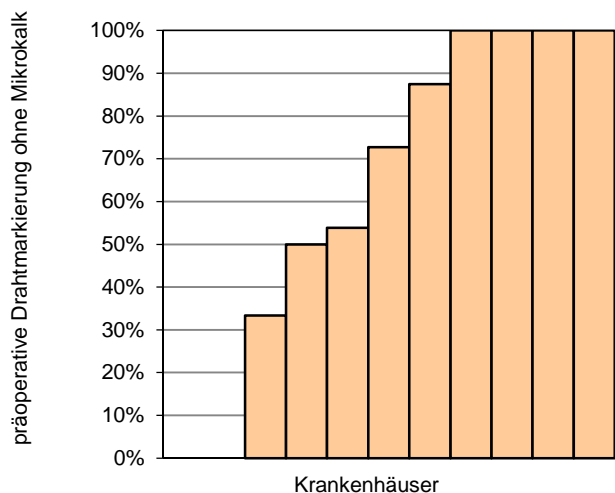
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/212001]:  
 Anteil von Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT an Patientinnen und Patienten mit nicht palpablem Tumor ohne Mikrokalk-Befund bei Primärerkrankung und Ersteinriff am selben Krankenhausstandort**

**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
	40,00			45,10	71,96	80,00			85,71

**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	33,33	72,73	100,00	100,00		100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie**

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

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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2020/18n1-MAMMA/50719

**Referenzbereich:** <= 5,13% (80%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme			2 / 87	2,30%
Vertrauensbereich				0,63% - 8,00%
Referenzbereich		<= 5,13%		<= 5,13%
Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 87	0,00%
Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB			1 / 87	1,15%

Vorjahresdaten <sup>2</sup>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme			0 / 116	0,00%
Vertrauensbereich				0,00% - 3,21%

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

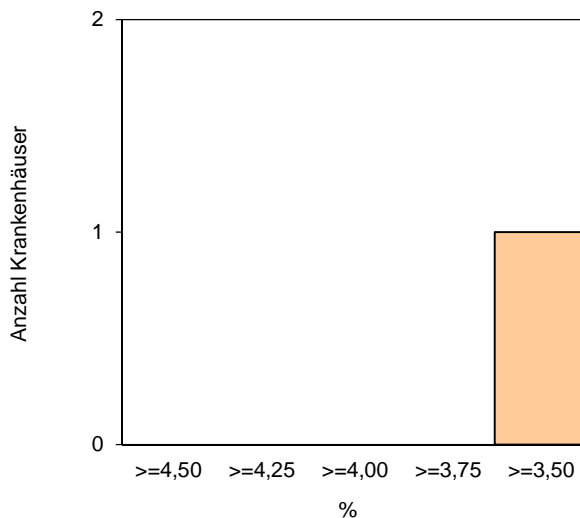
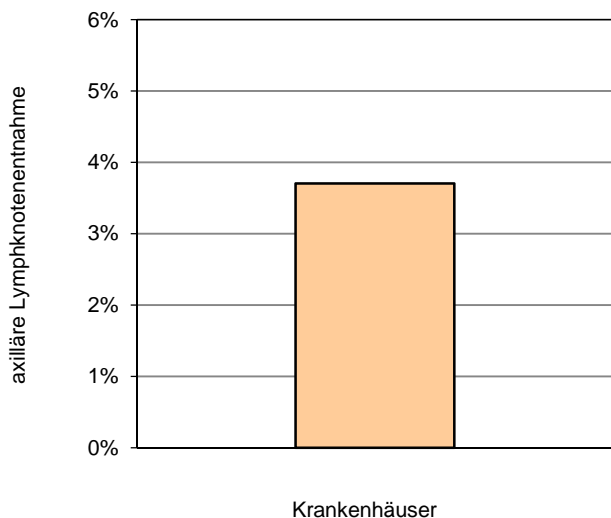
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/50719]:**

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

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

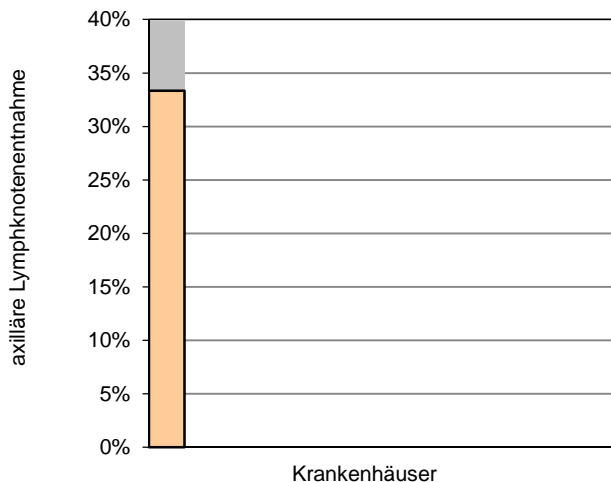
1 Krankenhaus hat mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	3,70				3,70				3,70

**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	0,00	0,00	0,00		33,33

10 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten 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 und Patienten 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 und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
<b>Art des Wertes:</b>	Gruppe 1:	Qualitätsindikator	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2020/18n1-MAMMA/51847	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 90,00%	

	Krankenhaus 2020			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	97,78%			
Vertrauensbereich	96,47% - 98,61%			
Referenzbereich	>= 90,00%			

	Gesamt 2020			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	748 / 765 97,78%	527 / 532 99,06%	209 / 218 95,87%	12 / 15 80,00%
Vertrauensbereich	96,47% - 98,61%			
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 2019			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2019			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	830 / 851 97,53%	600 / 605 99,17%	210 / 218 96,33%	20 / 28 71,43%
	96,26% - 98,38%			

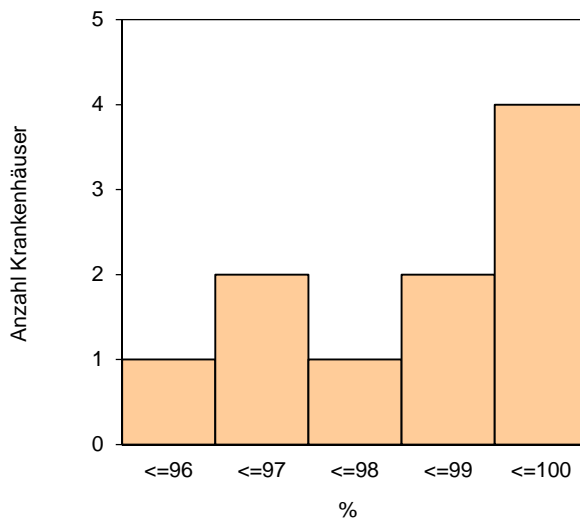
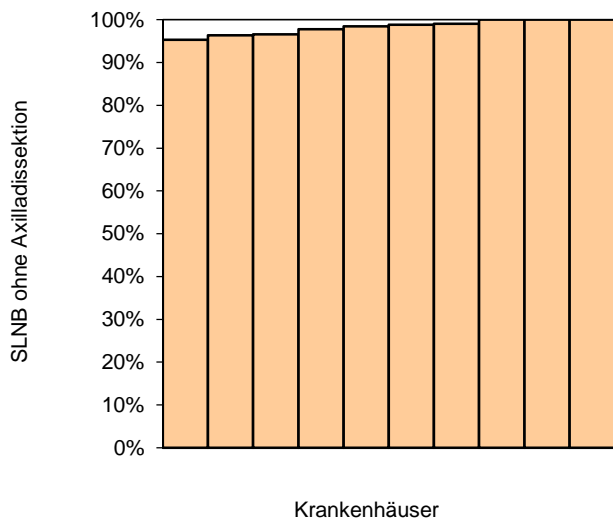
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/51847]:**

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

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

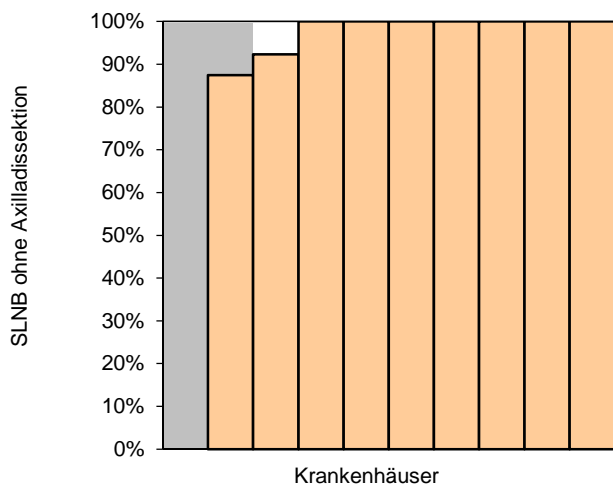
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	95,33		95,85	96,61	98,67	100,00	100,00		100,00

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

10 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		43,75	92,31	100,00	100,00	100,00		100,00

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2020/18n1-MAMMA/51370

**Referenzbereich:** <= 11,67% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			66 / 1.144	5,77%
Vertrauensbereich				4,56% - 7,27%
Referenzbereich		<= 11,67%		<= 11,67%
>= 7 Tage bis < 14 Tage			295 / 1.144	25,79%
>= 14 Tage bis < 21 Tage			283 / 1.144	24,74%
>= 21 Tage bis < 28 Tage			181 / 1.144	15,82%
>= 28 Tage bis < 35 Tage			146 / 1.144	12,76%
>= 35 Tage bis < 42 Tage			66 / 1.144	5,77%
>= 42 Tage			107 / 1.144	9,35%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			76 / 1.291	5,89%
Vertrauensbereich				4,73% - 7,31%

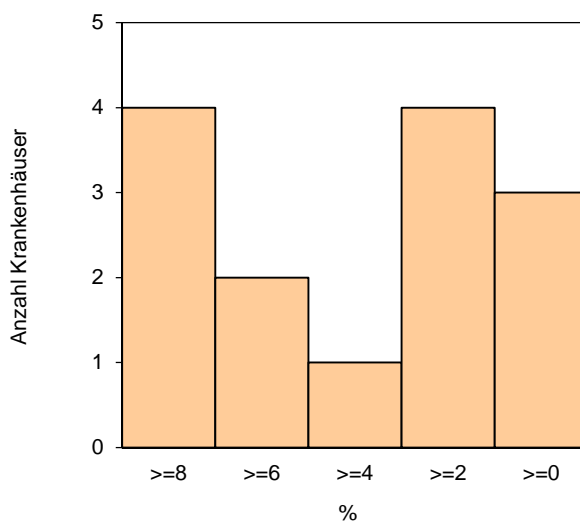
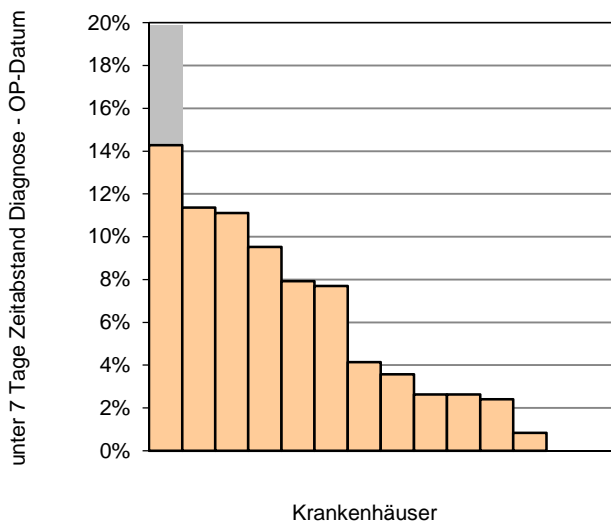
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/51370]:**

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

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

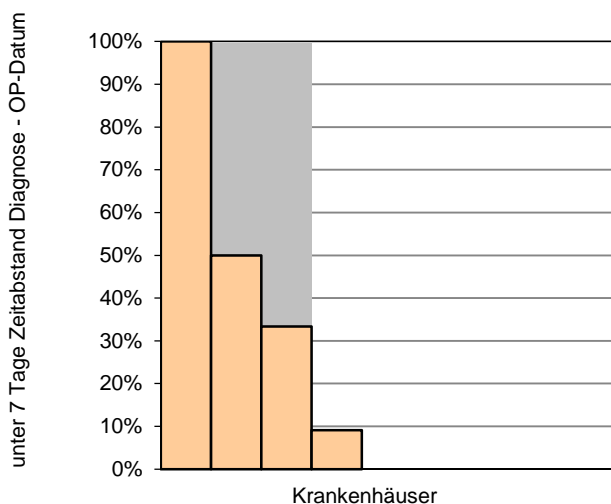
14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	2,41	3,85	9,52	11,36		14,29

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

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Nachresektionsrate**

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

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2020/18n1-MAMMA/60659

**Referenzbereich:** <= 23,01% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust >= 1 <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			107 / 1.231	8,69% 7,24% - 10,40% <= 23,01%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust >= 1 <sup>1</sup> Vertrauensbereich			100 / 1.331	7,51% 6,22% - 9,05%

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

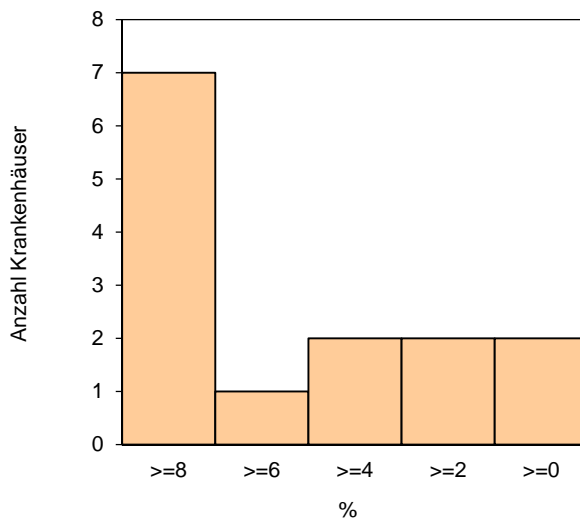
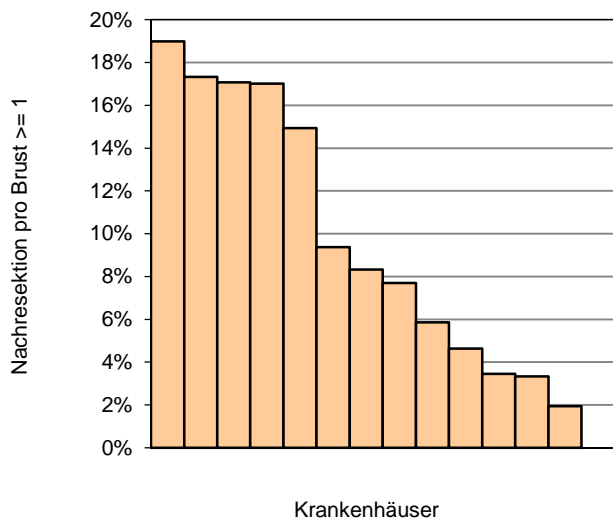
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/60659]:**

**Anteil von Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust  $\geq 1$  an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion und Ersteingriff am selben Krankenhausstandort**

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

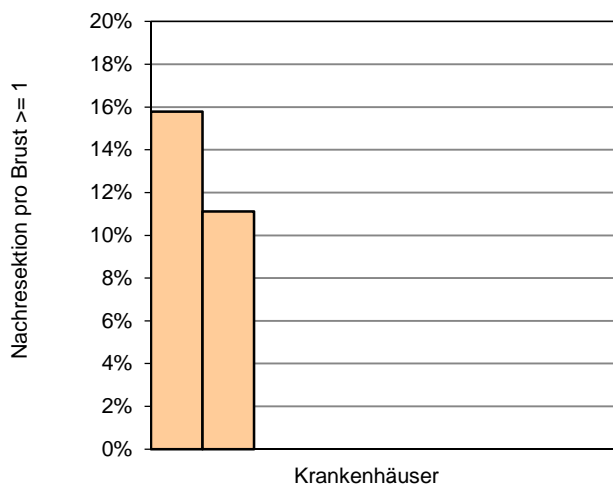
14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		1,94	3,45	8,01	17,02	17,33		18,99

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

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,00			15,79

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS**

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

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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2020/18n1-MAMMA/211800

**Referenzbereich:** >= 97,04% (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1.427 / 1.431	99,72%
Vertrauensbereich				99,28% - 99,89%
Referenzbereich		>= 97,04%		>= 97,04%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1.486 / 1.510	98,41%
Vertrauensbereich				97,65% - 98,93%

<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

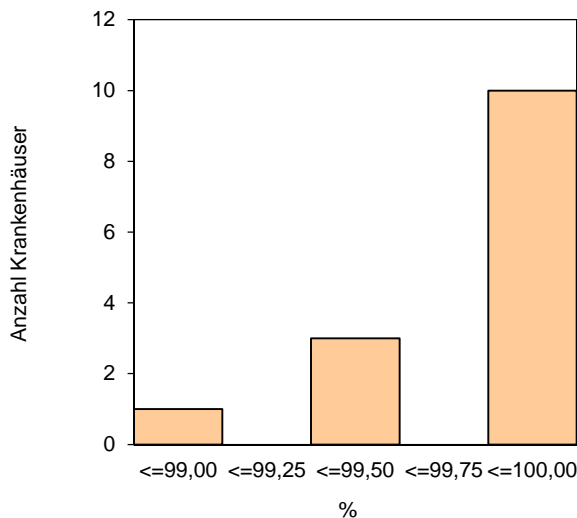
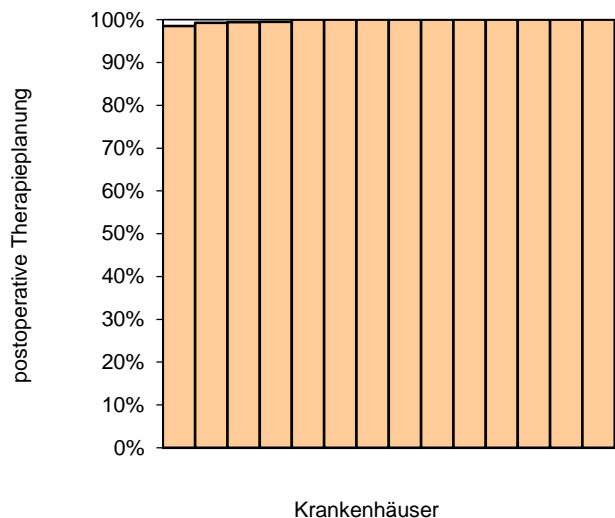


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2020/18n1-MAMMA/211800]:**

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

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

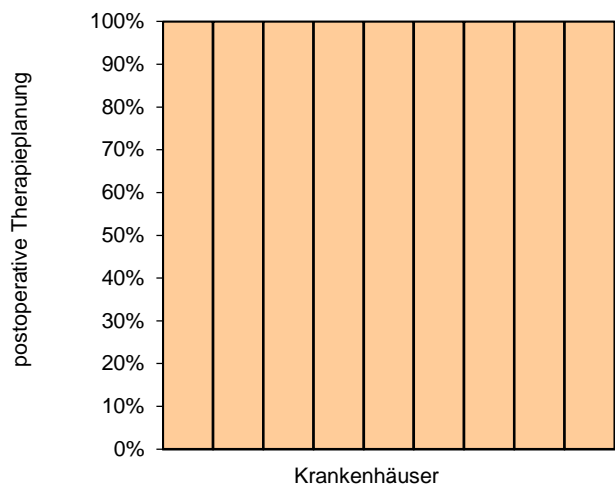
14 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,57		99,26	99,50	100,00	100,00	100,00		100,00

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

9 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**AK-ID:** 2020/18n1-MAMMA/850363

**Referenzbereich:** <= 1,61% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

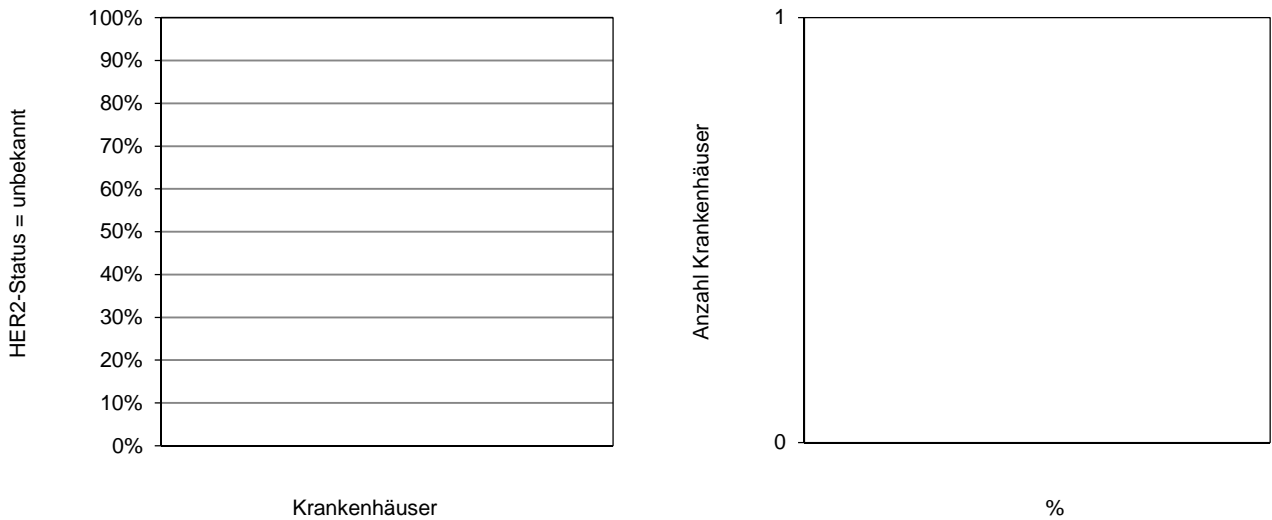
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status <sup>1</sup>			2 / 1.521	0,13%
Vertrauensbereich				0,04% - 0,48%
Referenzbereich		<= 1,61%		<= 1,61%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status			1 / 1.598	0,06%
Vertrauensbereich				0,01% - 0,35%

<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.  
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850363, AK-ID 2020/18n1-MAMMA/850363]:  
 Anteil an Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung  
 und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 0



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

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

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

**AK-ID:** 2020/18n1-MAMMA/850364

**Referenzbereich:** <= 0,84% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 60659

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen <sup>1</sup>			2 / 1.536	0,13%
Vertrauensbereich				0,04% - 0,47%
Referenzbereich		<= 0,84%		<= 0,84%

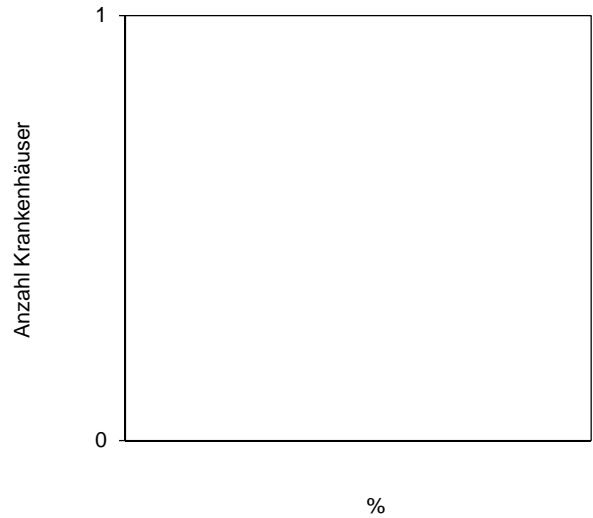
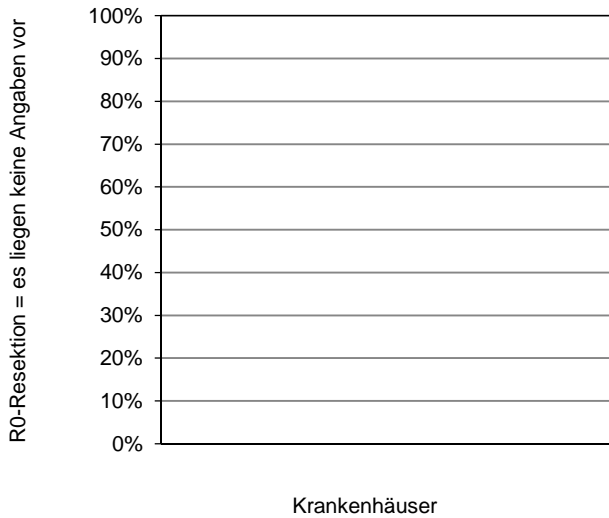
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen			3 / 1.608	0,19%
Vertrauensbereich				0,06% - 0,55%

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

<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850364, AK-ID 2020/18n1-MAMMA/850364]:  
 Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen an allen lebend entlassenen  
 Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives  
 Mammakarzinom**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 0



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

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde**

**Grundgesamtheit:** Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv und präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“

**AK-ID:** 2020/18n1-MAMMA/813068

**Referenzbereich:** <= 4,00 Fälle

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ <sup>1</sup> Referenzbereich		11 / 1.554 <= 4,00 Fälle	11 / 1.554	11,00 Fälle <= 4,00 Fälle

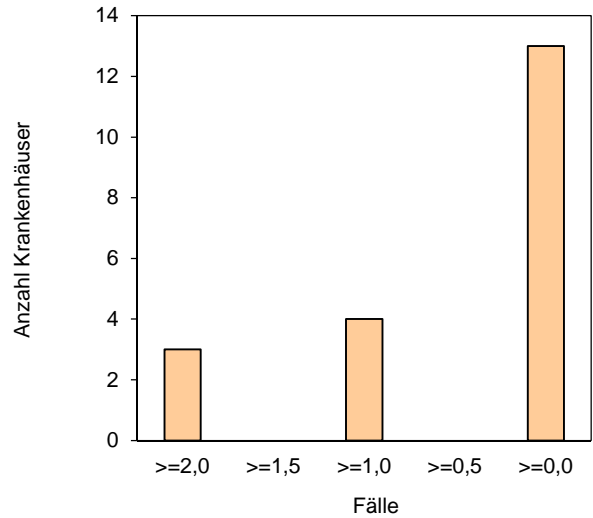
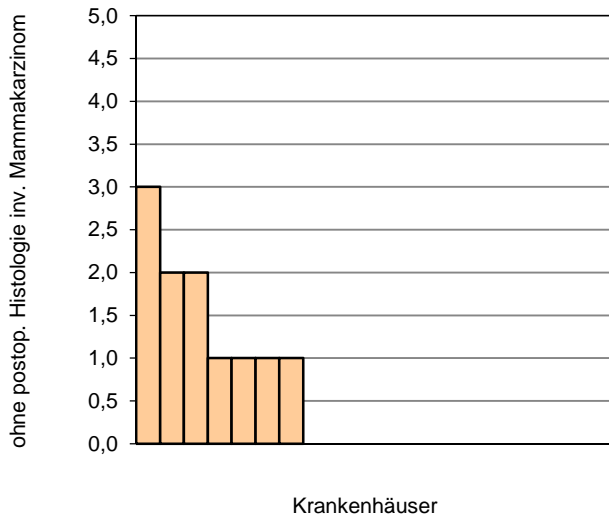
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“		14 / 1.586	14 / 1.586	14,00 Fälle

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

<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

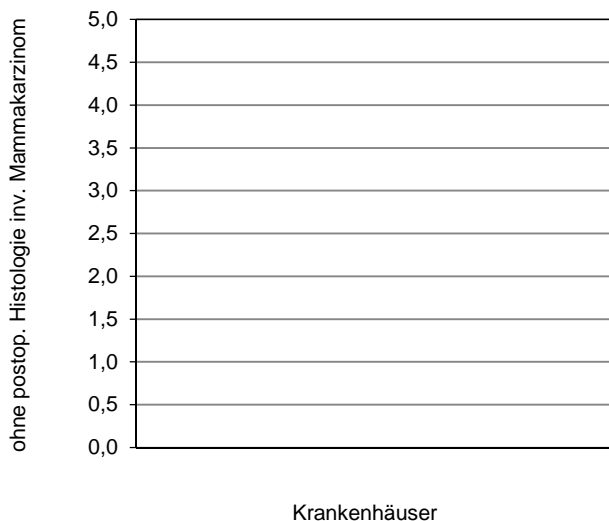
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_813068, AK-ID 2020/18n1-MAMMA/813068]:  
 Anzahl Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv und präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	2,00	2,50	3,00

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



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**AK-ID:** 2020/18n1-MAMMA/850372

**Referenzbereich:** <= 0,91% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status <sup>1</sup>			3 / 1.521	0,20%
Vertrauensbereich				0,07% - 0,58%
Referenzbereich		<= 0,91%		<= 0,91%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status			0 / 1.598	0,00%
Vertrauensbereich				0,00% - 0,24%

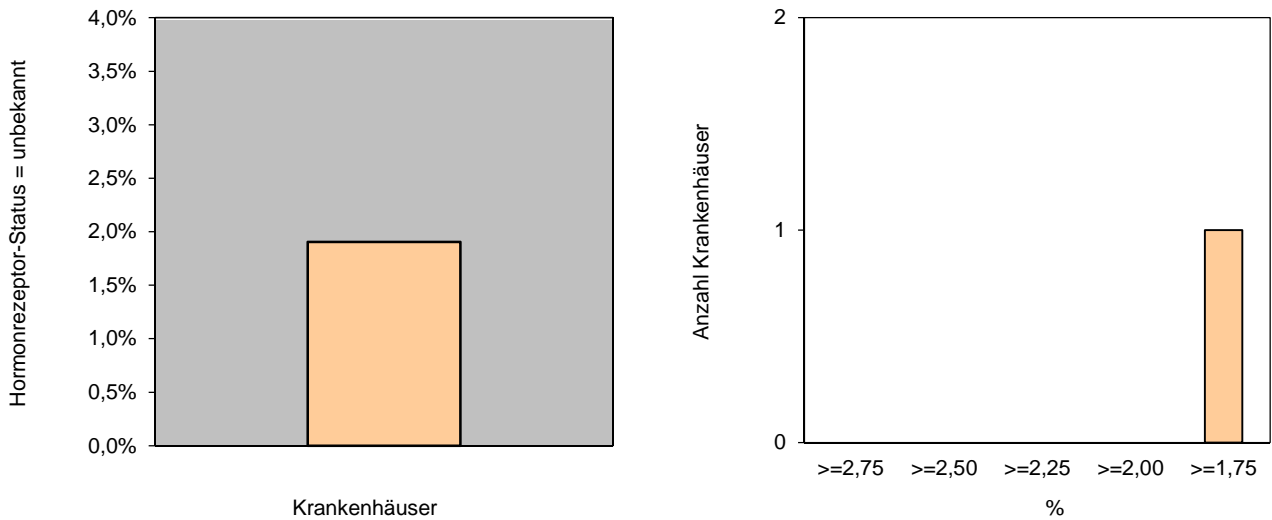
<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.



**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850372, AK-ID 2020/18n1-MAMMA/850372]:  
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunohistochemischen Hormonrezeptor-Status an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 1



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,90				1,90				1,90

**Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe des unspezifischen ICD-O-3-Kode 8010/3 im prätherapeutischen histologischen Befund**

**Grundgesamtheit:** Alle Fälle mit einer Angabe im Feld PRAEICDO3  
**AK-ID:** 2020/18n1-MAMMA/852000  
**Referenzbereich:** <= 25,08% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)  
**Bezug zu anderen Qualitätsindikatoren/Kennzahlen (ID):** 2163, 50719

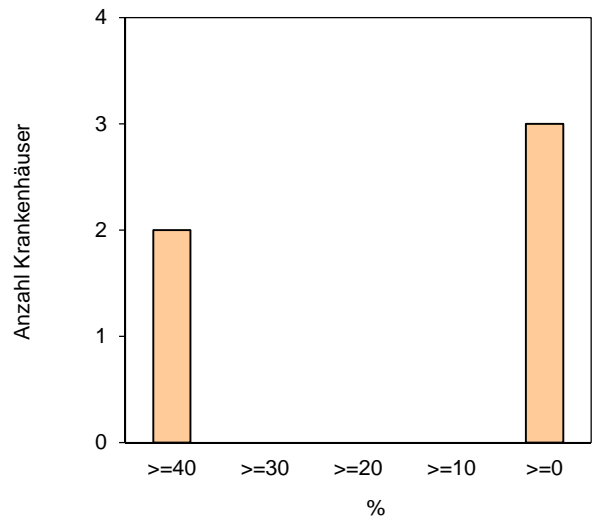
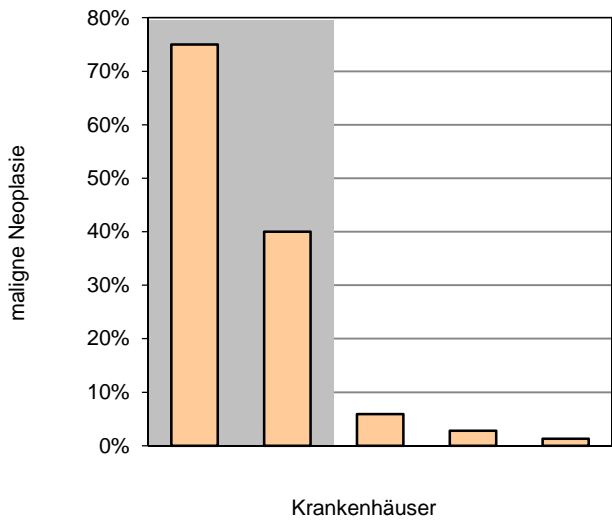
	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle mit einer malignen Neoplasie [PRAEICDO3] = 8010/3 <sup>1</sup>			20 / 1.848	1,08%
Vertrauensbereich				0,70% - 1,67%
Referenzbereich		<= 25,08%		<= 25,08%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Fälle mit einer malignen Neoplasie [PRAEICDO3] = 8010/3 <sup>1</sup>			24 / 1.951	1,23%
Vertrauensbereich				0,83% - 1,82%

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_852000, AK-ID 2020/18n1-MAMMA/852000]:**  
**Anteil von Fällen mit einer malignen Neoplasie [PRAEICDO3] = 8010/3 an allen Fällen mit einer Angabe im Feld PRAEICDO3**

**Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 5**



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,28			2,79	5,88	40,00			75,00

# Jahresauswertung 2020 Mammachirurgie

18/1

## Basisauswertung

Thüringen Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Thüringen): 24  
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.341  
Datensatzversion: 18/1 2020  
Datenbankstand: 28. Februar 2021  
2020 - D18632-L119516-P55659

## Übersicht Basisauswertung

---

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	46
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	49
	Basisdaten	49
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	49
	Patientinnen und Patienten	50
	Behandlungszeiten	51
3	Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)	52
4	Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund	55
5	Operation (benigne und maligne Tumore)	57
6	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	59
6.1	Übersicht	59
6.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	60
6.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	68
6.4	DCIS (Primärerkrankung)	71
6.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	77
6.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	80
6.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	82
6.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	85
6.9	Nicht-maligne histologische Befunde	87

### Hinweis:

Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln und Schlüssellisten des Jahres 2020.  
Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

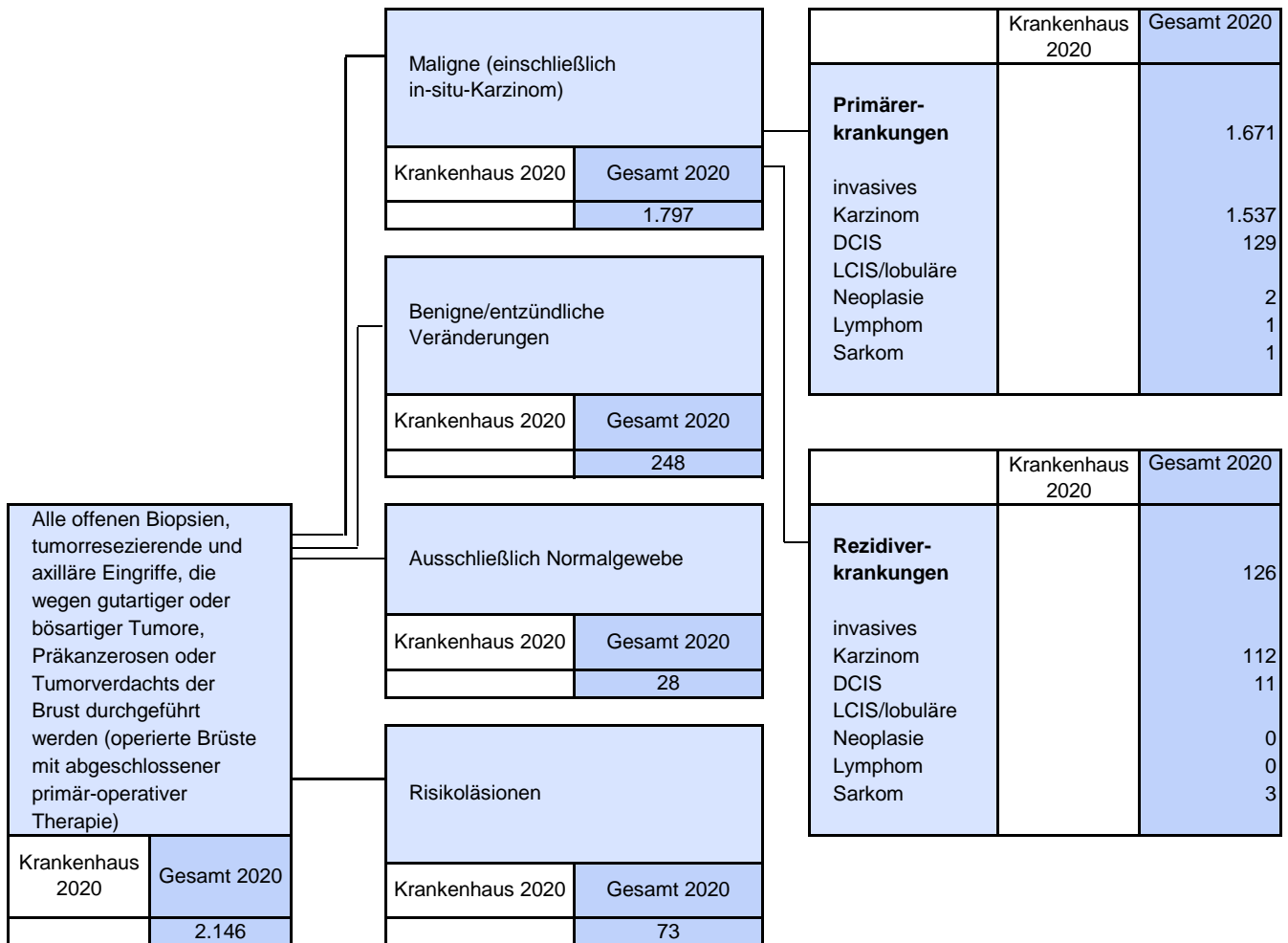
## 1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	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>			2.146 / 2.361	90,89	2.305 / 2.525	91,29
davon:						
<b>Histologie</b>						
= ausschließlich Normalgewebe			28 / 2.146	1,30	4 / 2.305	0,17
= benigne/entzündliche Veränderung			248 / 2.146	11,56	307 / 2.305	13,32
= Risikoläsion			73 / 2.146	3,40	111 / 2.305	4,82
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.797 / 2.146	83,74	1.883 / 2.305	81,69

**Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):</b>						
<b>Primärerkrankung</b>			1.671 / 1.797	92,99	1.769 / 1.883	93,95
davon:						
<b>Histologie</b>						
invasives Karzinom			1.537 / 1.671	91,98	1.609 / 1.769	90,96
DCIS			129 / 1.671	7,72	153 / 1.769	8,65
LCIS/Lobuläre Neoplasie			2 / 1.671	0,12	2 / 1.769	0,11
Lymphom			1 / 1.671	0,06	2 / 1.769	0,11
Sarkom			1 / 1.671	0,06	2 / 1.769	0,11
<b>Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):</b>						
<b>Rezidiverkrankung</b>			126 / 1.797	7,01	114 / 1.883	6,05
davon:						
<b>Histologie</b>						
invasives Karzinom			112 / 126	88,89	105 / 114	92,11
DCIS			11 / 126	8,73	7 / 114	6,14
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 126	0,00	0 / 114	0,00
Lymphom			0 / 126	0,00	0 / 114	0,00
Sarkom			3 / 126	2,38	2 / 114	1,75

**Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)**





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

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			704	30,07	675	27,17
2. Quartal			501	21,40	643	25,89
3. Quartal			638	27,25	635	25,56
4. Quartal			498	21,27	531	21,38
Gesamt			2.341		2.484	

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2020<sup>1</sup>

Liste der 5 häufigsten Diagnosen<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2020

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
3	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
4	U50.00	Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 100 Punkte
5	Z11	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2019 und ICD-10-GM 2020 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2020<sup>1</sup>

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				C50.4	649	27,72	C50.4	674	27,13
2				C50.8	626	26,74	C50.8	629	25,32
3				I10.00	434	18,54	I10.00	517	20,81
4				U50.00	373	15,93	U50.00	481	19,36
5				Z11	310	13,24	D24	302	12,16

<sup>1</sup> alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistung stehen

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

### Patientinnen und Patienten

	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
< 20 Jahre			12 / 2.341	0,51	16 / 2.484	0,64
20 - 29 Jahre			35 / 2.341	1,50	38 / 2.484	1,53
30 - 39 Jahre			127 / 2.341	5,43	167 / 2.484	6,72
40 - 49 Jahre			301 / 2.341	12,86	309 / 2.484	12,44
50 - 59 Jahre			602 / 2.341	25,72	602 / 2.484	24,24
60 - 69 Jahre			631 / 2.341	26,95	654 / 2.484	26,33
70 - 79 Jahre			388 / 2.341	16,57	436 / 2.484	17,55
>= 80 Jahre			245 / 2.341	10,47	262 / 2.484	10,55
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patientinnen und Patienten mit gültiger Altersangabe			2.341		2.484	
Median				61,00		61,00
<b>Geschlecht</b>						
männlich			21	0,90	26	1,05
weiblich			2.320	99,10	2.458	98,95
divers <sup>1</sup>			0	0,00	-	-
unbestimmt			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2020

## Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom<sup>1</sup> (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 1)</b>			1.779 / 2.341	75,99	1.845 / 2.484	74,28
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe <sup>2</sup> Median			1.779	4,00	1.845	4,00
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe <sup>2</sup> Median			1.779	4,00	1.845	5,00
<b>Patientinnen und Patienten ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 1)</b>			562 / 2.341	24,01	639 / 2.484	25,72
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe <sup>2</sup> Median			562	2,00	639	2,00
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe <sup>2</sup> Median			562	2,00	639	2,00

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

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

### 3. Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)

#### Präoperative Informationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Betroffene Brust/Seite</b>						
rechts			1.226 / 2.432	50,41	1.262 / 2.600	48,54
links			1.206 / 2.432	49,59	1.338 / 2.600	51,46
<b>Erkrankung oder Eingriff an dieser Brust</b>						
Primärerkrankung			2.207 / 2.432	90,75	2.381 / 2.600	91,58
lokoregionäres Rezidiv nach BET			122 / 2.432	5,02	120 / 2.600	4,62
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion			32 / 2.432	1,32	24 / 2.600	0,92
prophylaktische Mastektomie			42 / 2.432	1,73	32 / 2.600	1,23
Fernmetastase			25 / 2.432	1,03	39 / 2.600	1,50
			4 / 2.432	0,16	4 / 2.600	0,15
<b>Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust</b>			1.983 / 2.207	89,85	2.152 / 2.381	90,38
wenn ja:						
<b>Tastbarer Mammabefund</b>			1.172 / 1.983	59,10	1.279 / 2.152	59,43
<b>Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms</b>						
ja			548 / 1.983	27,63	607 / 2.152	28,21
nein			1.419 / 1.983	71,56	1.537 / 2.152	71,42
unbekannt			16 / 1.983	0,81	8 / 2.152	0,37
wenn tastbarer Mammabefund = nein						
<b>Mikrokalk<sup>1</sup></b>						
nein			579 / 811	71,39	-	-
ja			232 / 811	28,61	-	-
<b>Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?</b>						
ja			1.943 / 2.207	88,04	2.154 / 2.381	90,47
nein			264 / 2.207	11,96	225 / 2.381	9,45

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2020

### Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)</b>						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.123 / 1.172	95,82	1.223 / 1.279	95,62
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			728 / 811	89,77	796 / 873	91,18
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			1.851 / 1.983	93,34	2.019 / 2.152	93,82
<b>Histologie</b>						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			3 / 1.851	0,16	7 / 2.019	0,35
= benigne/entzündliche Veränderung			92 / 1.851	4,97	100 / 2.019	4,95
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			132 / 1.851	7,13	211 / 2.019	10,45
= malignitätsverdächtig			25 / 1.851	1,35	23 / 2.019	1,14
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.599 / 1.851	86,39	1.678 / 2.019	83,11

### Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2020)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)</b>			1.599 / 1.851	86,39	1.678 / 2.019	83,11
davon:						
invasives Karzinom			1.454 / 1.599	90,93	1.519 / 1.678	90,52
DCIS			139 / 1.599	8,69	156 / 1.678	9,30
LCIS/Lobuläre Neoplasie			5 / 1.599	0,31	2 / 1.678	0,12
Lymphom			0 / 1.599	0,00	0 / 1.678	0,00
Sarkom			0 / 1.599	0,00	1 / 1.678	0,06

### Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv)</b>			123 / 154	79,87	112 / 144	77,78
wenn ja:						
<b>Histologie</b>						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			3 / 123	2,44	0 / 112	0,00
= benigne/entzündliche Veränderung			3 / 123	2,44	10 / 112	8,93
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			0 / 123	0,00	2 / 112	1,79
= malignitätsverdächtig			0 / 123	0,00	1 / 112	0,89
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			117 / 123	95,12	99 / 112	88,39

### Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2020)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasie</b> (einschließlich in-situ-Karzinomen)			117 / 123	95,12	99 / 112	88,39
davon:						
invasives Karzinom			96 / 117	82,05	84 / 99	84,85
DCIS			18 / 117	15,38	14 / 99	14,14
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 117	0,00	0 / 99	0,00
Lymphom			0 / 117	0,00	0 / 99	0,00
Sarkom			3 / 117	2,56	1 / 99	1,01

#### 4. Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn maligne Neoplasie ist DCIS oder invasives Mamma- karzinom (Primärtumor)						
<b>Histologischer Typ<sup>1</sup></b>						
nein			9 / 1.735	0,52	-	-
ja			1.726 / 1.735	99,48	-	-
<b>Grading<sup>1</sup></b>						
nein			11 / 1.735	0,63	-	-
ja			1.724 / 1.735	99,37	-	-
<b>Hormonrezeptorstatus<sup>1</sup></b>						
nein			31 / 1.735	1,79	-	-
ja			1.704 / 1.735	98,21	-	-
wenn maligne Neoplasie ist invasives Mammakarzinom (Primärtumor)						
<b>HER2-Status<sup>1</sup></b>						
nein			23 / 1.554	1,48	-	-
ja			1.531 / 1.554	98,52	-	-
<b>Ki67-Status<sup>1</sup></b>						
nein			14 / 1.554	0,90	-	-
ja			1.540 / 1.554	99,10	-	-

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2020

**Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund (Fortsetzung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde) bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			1.265 / 1.983	63,79	1.222 / 2.152	56,78
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde) bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			1.239 / 1.851	66,94	1.199 / 2.019	59,39
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde) bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung <b>und</b> mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			1.150 / 1.593	72,19	1.102 / 1.675	65,79
erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			452 / 1.983	22,79	378 / 2.152	17,57
erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung <b>und</b> prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom			442 / 1.454	30,40	370 / 1.519	24,36



## 5. Operation (benigne und maligne Tumore)

### Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes</b> Anzahl der gültigen Angaben Median			2.442	1,00	2.612	1,00
<b>Präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren gemäß leitlinienkonformer Operationsplanung bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv</b>						
nein			819 / 2.370	34,56	838 / 2.534	33,07
ja, durch Mammografie			1.481 / 2.370	62,49	1.696 / 2.534	66,93
ja, durch Sonografie			344 / 2.370	14,51	325 / 2.534	12,83
ja, durch MRT			469 / 2.370	19,79	492 / 2.534	19,42
nein, stattdessen ultraschall-gesteuerte OP <sup>1</sup>			6 / 2.370	0,25	21 / 2.534	0,83
			70 / 2.370	2,95	-	-
<b>Intraoperative Präparate-radiografie oder -sonografie</b>						
nein			11 / 819	1,34	15 / 838	1,79
ja, intraoperative Präparateradiografie			597 / 819	72,89	590 / 838	70,41
ja, intraoperative Präparatesonografie			211 / 819	25,76	233 / 838	27,80

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2020

### OPS 2020<sup>1</sup>

Liste der sechs häufigsten Angaben<sup>2</sup>

Bezug der Texte: Gesamt 2020

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	3-100.1	Mammographie: Präparatradiographie
4	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
5	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)
6	5-401.12	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)

### OPS 2020

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2020			Gesamt 2020			Gesamt 2019		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				5-401.11	887	36,32	5-401.11	895	34,26
2				5-870.a1	844	34,56	5-870.a1	887	33,96
3				3-100.1	404	16,54	3-100.1	395	15,12
4				5-872.1	394	16,13	5-872.1	377	14,43
5				3-760	297	12,16	3-760	290	11,10
6				5-401.12	213	8,72	5-401.13	285	10,91

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2019 und OPS 2020 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

<sup>2</sup> alle OPS-Kodes des durchgeführten Eingriffs

<sup>3</sup> Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

## Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv</b> (Bezug: Eingriffe)			1.335 / 2.370	56,33	1.415 / 2.534	55,84

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

### 6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>bei Primärerkrankung, lokoregionärem Rezidiv oder prophylaktischer Mastektomie</b>						
<b>Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde</b>						
= ausschließlich Normalgewebe <sup>1</sup>			31 / 2.386	1,30	5 / 2.564	0,20
= benigne/entzündliche Veränderung <sup>1</sup>			258 / 2.386	10,81	307 / 2.564	11,97
= Risikoläsion <sup>1</sup>			77 / 2.386	3,23	114 / 2.564	4,45
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom) <sup>1</sup>			2.003 / 2.386	83,95	2.099 / 2.564	81,86
wenn Primärerkrankung oder lokoregionäres Rezidiv <b>primär-operative Therapie abgeschlossen</b> (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen und Fernmetastasen)			2.146 / 2.361	90,89	2.305 / 2.525	91,29
wenn nein: <b>weitere Therapieempfehlung</b>						
Empfehlung zur Nachresektion			110 / 215	51,16	102 / 220	46,36
Empfehlung zur Mastektomie			25 / 215	11,63	12 / 220	5,45
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			21 / 215	9,77	27 / 220	12,27
Empfehlung zur Axilladisektion			10 / 215	4,65	16 / 220	7,27
Empfehlung zur BET			5 / 215	2,33	10 / 220	4,55
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			44 / 215	20,47	53 / 220	24,09

<sup>1</sup> Aufgrund von Spezifikationsänderungen in 2020 können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2019 abweichen.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgröße pT bei Patientinnen und Patienten ohne präoperative tumorspezifische Therapie</b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom <b>ohne</b> präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.069 / 2.432	43,96	1.225 / 2.600	47,12
davon						
pT0			0 / 1.069	0,00	1 / 1.225	0,08
pTis			7 / 1.069	0,65	3 / 1.225	0,24
pT1 (<= 2 cm)			0 / 1.069	0,00	0 / 1.225	0,00
pT1mic (Mikroinvasion)			10 / 1.069	0,94	4 / 1.225	0,33
pT1a (<= 5 mm)			49 / 1.069	4,58	53 / 1.225	4,33
pT1b (<= 10 mm)			190 / 1.069	17,77	197 / 1.225	16,08
pT1c (<= 20 mm)			394 / 1.069	36,86	477 / 1.225	38,94
pT2 (> 2 bis 5 cm)			365 / 1.069	34,14	376 / 1.225	30,69
pT3 (> 5 cm)			26 / 1.069	2,43	63 / 1.225	5,14
pT4 (Brustwand/Haut)			27 / 1.069	2,53	43 / 1.225	3,51
davon						
pT4a (Brustwand)			1 / 27	3,70	1 / 43	2,33
pT4b (Ödem)			23 / 27	85,19	40 / 43	93,02
pT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 27	3,70	1 / 43	2,33
pT4d (inflammatorisch)			2 / 27	7,41	1 / 43	2,33
pTX			1 / 1.069	0,09	8 / 1.225	0,65

<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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgröße pT bei Patientinnen und Patienten mit präoperativer tumorspezifischer Therapie</b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			468 / 2.432	19,24	384 / 2.600	14,77
davon						
ypT0			198 / 468	42,31	163 / 384	42,45
ypTis			20 / 468	4,27	24 / 384	6,25
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 468	0,00	0 / 384	0,00
ypT1mic (Mikroinvasion)			3 / 468	0,64	2 / 384	0,52
ypT1a (<= 5 mm)			35 / 468	7,48	31 / 384	8,07
ypT1b (<= 10 mm)			40 / 468	8,55	21 / 384	5,47
ypT1c (<= 20 mm)			71 / 468	15,17	45 / 384	11,72
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			70 / 468	14,96	80 / 384	20,83
ypT3 (> 5 cm)			11 / 468	2,35	9 / 384	2,34
ypT4 (Brustwand/Haut)			18 / 468	3,85	9 / 384	2,34
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 18	0,00	0 / 9	0,00
ypT4b (Ödem)			11 / 18	61,11	8 / 9	88,89
ypT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 18	5,56	0 / 9	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			6 / 18	33,33	1 / 9	11,11
ypTX			2 / 468	0,43	0 / 384	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 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen und Patienten ohne präoperative tumorspezifische Therapie</b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom <b>ohne</b> präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.094 / 2.432	44,98	1.249 / 2.600	48,04
davon						
Patientinnen und Patienten <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			784 / 1.094	71,66	870 / 1.249	69,66
pN0(sn)			765 / 784	97,58	841 / 870	96,67
pN0			19 / 784	2,42	29 / 870	3,33
Patientinnen und Patienten <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			209 / 1.094	19,10	228 / 1.249	18,25
pN1mi			0 / 209	0,00	3 / 228	1,32
pN1mi(sn)			21 / 209	10,05	18 / 228	7,89
pN1a			56 / 209	26,79	71 / 228	31,14
pN1a(sn)			106 / 209	50,72	93 / 228	40,79
pN1b			2 / 209	0,96	0 / 228	0,00
pN1c			1 / 209	0,48	8 / 228	3,51
pN1(sn)			23 / 209	11,00	35 / 228	15,35
pN2			43 / 1.094	3,93	72 / 1.249	5,76
pN2a			33 / 43	76,74	64 / 72	88,89
pN2a(sn)			10 / 43	23,26	8 / 72	11,11
pN2b			0 / 43	0,00	0 / 72	0,00
pN3			17 / 1.094	1,55	23 / 1.249	1,84
pN3a			17 / 17	100,00	22 / 23	95,65
pN3b			0 / 17	0,00	1 / 23	4,35
pN3c			0 / 17	0,00	0 / 23	0,00
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			41 / 1.094	3,75	56 / 1.249	4,48

<sup>1</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.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen und Patienten mit präoperativer tumorspezifischer Therapie</b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom <b>mit</b> präoperativer tumorspezifischer Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			443 / 2.432	18,22	360 / 2.600	13,85
davon						
Patientinnen und Patienten <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			325 / 443	73,36	268 / 360	74,44
ypN0(sn)			258 / 325	79,38	224 / 268	83,58
ypN0			67 / 325	20,62	44 / 268	16,42
Patientinnen und Patienten <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			72 / 443	16,25	56 / 360	15,56
ypN1mi			3 / 72	4,17	3 / 56	5,36
ypN1mi(sn)			2 / 72	2,78	3 / 56	5,36
ypN1a			40 / 72	55,56	28 / 56	50,00
ypN1a(sn)			19 / 72	26,39	15 / 56	26,79
ypN1b			0 / 72	0,00	0 / 56	0,00
ypN1c			1 / 72	1,39	3 / 56	5,36
ypN1(sn)			7 / 72	9,72	4 / 56	7,14
ypN2			22 / 443	4,97	19 / 360	5,28
ypN2a			19 / 22	86,36	16 / 19	84,21
ypN2a(sn)			2 / 22	9,09	3 / 19	15,79
ypN2b			1 / 22	4,55	0 / 19	0,00
ypN3			5 / 443	1,13	7 / 360	1,94
ypN3a			5 / 5	100,00	6 / 7	85,71
ypN3b			0 / 5	0,00	0 / 7	0,00
ypN3c			0 / 5	0,00	1 / 7	14,29
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			19 / 443	4,29	10 / 360	2,78

<sup>1</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.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund</b>						
<b>Primärtumor</b>			1.521		1.598	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			219	14,40	232	14,52
mäßig differenziert			866	56,94	955	59,76
schlecht differenziert			429	28,21	394	24,66
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			7	0,46	17	1,06
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			288	18,93	263	16,46
positiv			1.230	80,87	1.335	83,54
unbekannt			3	0,20	0	0,00
HER2-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			1.268	83,37	1.359	85,04
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			250	16,44	238	14,89
zweifelhaft/Borderline-Kategorie			1	0,07	0	0,00
unbekannt			2	0,13	1	0,06
histologisch gesicherte Multizentrität			198 / 1.521	13,02	245 / 1.598	15,33



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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund</b>						
<b>Primärtumor</b>			1.521		1.598	
davon:						
R0-Resektion						
nein			28	1,84	48	3,00
ja			1.376	90,47	1.454	90,99
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			69	7,32	64	6,43
>= 1 mm bis < 2 mm			100	10,62	94	9,45
>= 2 mm			726	77,07	809	81,31
es liegen keine Angaben vor			47	4,99	28	2,81
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen (an dieser Brust insgesamt für die Patientin)						
keine Nachoperation R0 mit Ersteingriff erlangt			1.262	91,72	1.349	92,78
1			110	7,99	98	6,74
2			4	0,29	5	0,34
>=3			0	0,00	2	0,14
wenn Anzahl der Nachoperationen >=1						
Wieviele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?						
R0 nicht mit Erstoperation erlangt. 1 Nachoperation			111	97,37	100	95,24
2 Nachoperationen			3	2,63	3	2,86
>= 3 Nachoperationen			0	0,00	2	1,90
es liegen keine Angaben vor			2	0,13	3	0,19
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			115	7,56	93	5,82

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
nein			453	29,47	480	29,83
ja			1.032	67,14	1.089	67,68
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			48	3,12	38	2,36
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			4	0,26	2	0,12
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
nein			1.163	75,67	1.223	76,01
ja, einzelne Lymphknoten			131	8,52	110	6,84
ja, Axilladissektion			243	15,81	276	17,15
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			1.288	83,80	1.348	83,78
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			178	11,58	189	11,75

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			1.506 / 1.509	99,80	1.547 / 1.572	98,41

## Entlassung Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.107	73,36	1.199	76,27
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			387	25,65	357	22,71
03: aus sonstigen Gründen			1	0,07	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,07	2	0,13
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			4	0,27	5	0,32
07: Tod			1	0,07	1	0,06
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	2	0,13
10: in Pflegeeinrichtung			6	0,40	5	0,32
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)			2	0,13	1	0,06
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
28: beatmet entlassen <sup>2</sup>			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt <sup>2</sup>			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der  
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2020

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund</b>						
<b>Lokalrezidiv<sup>1</sup></b>			106		99	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			12	11,32	7	7,07
mäßig differenziert			57	53,77	53	53,54
schlecht differenziert			36	33,96	38	38,38
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			1	0,94	1	1,01
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			28	26,42	22	22,22
positiv			78	73,58	76	76,77
unbekannt			0	0,00	1	1,01
HER2-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			93	87,74	82	82,83
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			13	12,26	17	17,17
zweifelhaft/Borderline-Kategorie			0	0,00	0	0,00
unbekannt			0	0,00	0	0,00

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Rezidiverkrankung, Zustand nach BET</b>			86		83	
davon:						
<b>erneute brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
<b>nein</b>			62	72,09	66	79,52
<b>ja</b>			20	23,26	13	15,66
<b>nein</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
<b>ja</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			4	4,65	4	4,82

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)</b>			110 / 112	98,21	103 / 105	98,10

## Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			80	71,43	73	69,52
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			30	26,79	30	28,57
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			2	1,79	1	0,95
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	0,95
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
28: beatmet entlassen <sup>2</sup>			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt <sup>2</sup>			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der  
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2020

## Histologie und Staging (Fortsetzung)

### 6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN</b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			129	100,00	152	99,35
davon						
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			105 / 129	81,40	126 / 152	82,89
Patientinnen und Patienten <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen			21 / 129	16,28	20 / 152	13,16
pN0(sn)			21 / 21	100,00	19 / 20	95,00
pN0			0 / 21	0,00	1 / 20	5,00
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen						
<b>pN1</b>			0 / 129	0,00	0 / 152	0,00
pN1mi			0 / 0		0 / 0	
pN1mi(sn)			0 / 0		0 / 0	
pN1a			0 / 0		0 / 0	
pN1a(sn)			0 / 0		0 / 0	
pN1b			0 / 0		0 / 0	
pN1c			0 / 0		0 / 0	
pN1(sn)			0 / 0		0 / 0	
<b>pN2</b>			0 / 129	0,00	0 / 152	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
<b>pN3</b>			0 / 129	0,00	0 / 152	0,00
pN3a			0 / 0		0 / 0	
pN3b			0 / 0		0 / 0	
pN3c			0 / 0		0 / 0	

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			1 / 129	0,78	0 / 152	0,00
Patientinnen und Patienten <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen			2 / 129	1,55	5 / 152	3,29
ypN0(sn)			2 / 2	100,00	4 / 5	80,00
ypN0			0 / 2	0,00	1 / 5	20,00
Patientinnen und Patienten <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen <b>ypN1</b>			0 / 129	0,00	1 / 152	0,66
ypN1mi			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1a			0 / 0		1 / 1	100,00
ypN1a(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1b			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1c			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
<b>ypN2</b>			0 / 129	0,00	0 / 152	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
<b>ypN3</b>			0 / 129	0,00	0 / 152	0,00
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	



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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Grading</b>						
G1 = Grad 1 (low grade)			21	16,28	23	15,03
G2 = Grad 2 (intermediate grade)			46	35,66	63	41,18
G3 = Grad 3 (high grade)			60	46,51	63	41,18
GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)			2	1,55	3	1,96
<b>Gesamttumorggröße</b>						
Anzahl der gültigen Angaben			129		153	
Median				19,00		16,00
Anteil <= 10 mm (%)			35 / 129	27,13	58 / 153	37,91
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			39 / 129	30,23	35 / 153	22,88
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			20 / 129	15,50	29 / 153	18,95
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			11 / 129	8,53	12 / 153	7,84
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			5 / 129	3,88	8 / 153	5,23
Anteil > 50 mm (%)			19 / 129	14,73	10 / 153	6,54

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			18 / 129	13,95	13 / 153	8,50
R0-Resektion						
nein			4	3,10	1	0,65
ja			123	95,35	151	98,69
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			5	5,68	13	10,57
>= 1 mm bis > 2 mm			10	11,36	15	12,20
>= 2 mm			63	71,59	90	73,17
es liegen keine Angaben vor			10	11,36	5	4,07
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen (an dieser Brust insgesamt für die Patientin)						
keine Nachoperation R0 mit Ersteingriff erlangt			85	69,11	117	77,48
1			34	27,64	31	20,53
2			4	3,25	3	1,99
>=3			0	0,00	0	0,00
wenn Anzahl der Nachoperationen >= 1						
Wieviele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?						
R0 nicht mit Erstoperation erlangt. 1 Nachoperation			35	92,11	31	91,18
2 Nachoperationen			3	7,89	3	8,82
>= 3 Nachoperationen			0	0,00	0	0,00
es liegen keine Angaben vor			1	0,78	0	0,00
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			1	0,78	0	0,00

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
nein			34	26,36	25	16,34
ja			90	69,77	123	80,39
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			5	3,88	4	2,61
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			2	1,55	2	1,31
ja, Axilladissektion			0	0,00	2	1,31
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			25	19,38	25	16,34
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
ja, einzelne Lymphknoten			2	1,55	2	1,31
ja, Axilladissektion			0	0,00	1	0,65

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)</b>			126 / 128	98,44	151 / 152	99,34

**Entlassung  
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			95	74,22	111	73,03
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			32	25,00	40	26,32
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,78	1	0,66
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
28: beatmet entlassen <sup>2</sup>			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt <sup>2</sup>			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der  
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2020

## Histologie und Staging (Fortsetzung)

### 6.5 DCIS (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Grading</b>						
G1 = Grad 1 (low grade)			1	9,09	0	0,00
G2 = Grad 2 (intermediate grade)			5	45,45	1	14,29
G3 = Grad 3 (high grade)			5	45,45	5	71,43
GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)			0	0,00	0	0,00
<b>Gesamttumorggröße</b>						
Anzahl der gültigen Angaben			11		7	
Median				17,00		12,50
Anteil <= 10 mm (%)			1 / 11	9,09	3 / 7	42,86
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			6 / 11	54,55	1 / 7	14,29
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			3 / 11	27,27	2 / 7	28,57
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			1 / 11	9,09	0 / 7	0,00
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			0 / 11	0,00	0 / 7	0,00
Anteil > 50 mm (%)			0 / 11	0,00	0 / 7	0,00

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Rezidiverkrankung, Zustand nach BET</b>			11		7	
davon:						
<b>erneute brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
<b>nein</b>			8	72,73	3	42,86
<b>ja</b>			2	18,18	2	28,57
<b>nein</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	1	14,29
<b>ja</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	9,09	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)</b>			11 / 11	100,00	7 / 7	100,00

**Entlassung  
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			8	72,73	5	71,43
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			3	27,27	1	14,29
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	1	14,29
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
28: beatmet entlassen <sup>2</sup>			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt <sup>2</sup>			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der  
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2020

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

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- närer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			2 / 2	100,00	2 / 2	100,00



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

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			2	100,00	2	100,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	0	0,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
28: beatmet entlassen <sup>2</sup>			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt <sup>2</sup>			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der  
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2020

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgroße pT<sup>1</sup></b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1	100,00	2	100,00
davon						
pT0			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pTis			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pT1 (<= 2 cm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pT1a (<= 5 mm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pT1b (<= 10 mm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pT1c (<= 20 mm)			0 / 1	0,00	1 / 2	50,00
pT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pT3 (> 5 cm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 1	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			1 / 1	100,00	0 / 2	0,00
ypT0			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
ypTis			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 1	0,00	0 / 2	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 1	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 / 1	0,00	1 / 2	50,00

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

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

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- närer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			4 / 4	100,00	4 / 4	100,00

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

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3	75,00	3	75,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	25,00	1	25,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
28: beatmet entlassen <sup>2</sup>			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt <sup>2</sup>			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der  
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2020

## Weiterer Behandlungsverlauf

### 6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- närer Tumorkonferenz (Tumorboard und Befunde)			1 / 1	100,00	2 / 2	100,00

## Entlassung Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0	0,00	1	50,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	100,00	1	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			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
28: beatmet entlassen <sup>2</sup>			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt <sup>2</sup>			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der  
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2020

## Entlassung

### 6.9 Nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2020		Gesamt 2020		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			252	74,34	324	79,80
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			84	24,78	81	19,95
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,59	1	0,25
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,29	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
28: beatmet entlassen <sup>2</sup>			0	0,00	-	-
29: beatmet verlegt <sup>2</sup>			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-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der  
Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 28 Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2020

## Leseanleitung

### 1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

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

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

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

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

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

In der Tabelle sind dann die Ergebnisse zu dem Qualitätsindikator bzw. der Kennzahl dargestellt. Die Zeilen- bzw. Spaltenbeschriftungen erklären das jeweils ausgewiesene Ergebnis (z. B. welches Ereignis gezählt wird oder wie ggf. die Grundgesamtheit weiter eingeschränkt ist).

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

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

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

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

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



## 2. Vertrauensbereich

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

### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 3. Referenzbereiche

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

Für Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich Referenzbereiche definiert. Ist dies in seltenen Fällen (z. B. bei einem Indikator in der Erprobung) nicht der Fall, wird anstelle des Referenzbereichs hier „Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.“ platziert, um zu verdeutlichen, dass für spätere Auswertungen hier ein Referenzbereich nachgetragen werden kann. Auf der Übersichtsseite und in der Ergebnistabelle zum einzelnen Qualitätsindikator findet sich entsprechend der Eintrag „nicht definiert“.

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

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

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

#### Beispiel:

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

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

#### Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2020.

Im Fall a) ist der Referenzbereich fix und die Anzahl der auffälligen Krankenhäuser kann je nach Verteilung schwanken. Wohingegen im Fall b) der Anteil der auffälligen Krankenhäuser festgelegt ist, aber der tatsächliche Referenzbereich je nach Verteilung anders ausfällt.

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

### 3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

#### Beispiele:

Referenzbereich:  $\leq 2,50\%$

5 von 200 =  $2,50\% \leq 2,50\%$  (unauffällig)

10 von 399 =  $2,51\%$  (gerundet)  $> 2,50\%$  (auffällig)

#### Hinweis:

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

Bei einem Referenzbereich von  $\leq 2,50\%$

ergeben 13 Wundinfektionen bei 519 Fällen eine Infektionsrate von  $2,50481696\%$  (gerundet  $2,50\%$ ).

Diese ist größer als  $2,50\%$  und damit auffällig.

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von  $< 4,70\%$

ergeben 7 Schlaganfälle bei 149 Fällen einen Anteil von  $4,69798658\%$  (gerundet  $4,70\%$ ).

Dieser ist kleiner als  $4,70\%$  und damit unauffällig.

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

### 4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2020 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2019 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 © 2021. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2019 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2020 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2020 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

Für die farblich hinterlegten Qualitätsindikatoren sowie für viele verbindliche Kennzahlen werden die Ergebnisse der Krankenhäuser auch grafisch dargestellt.

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

Die Art der grafischen Darstellung erfolgt durch Benchmarkdiagramme (vgl. 5.1) und ein Histogramm (vgl. 5.2). Bei den Benchmarkdiagrammen orientiert sich die Abbildung des Krankenhausergebnisses nach der berechneten Anzahl der Fälle des jeweiligen Indikators, bzw. der jeweiligen Kennzahl in der Grundgesamtheit.

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

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

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

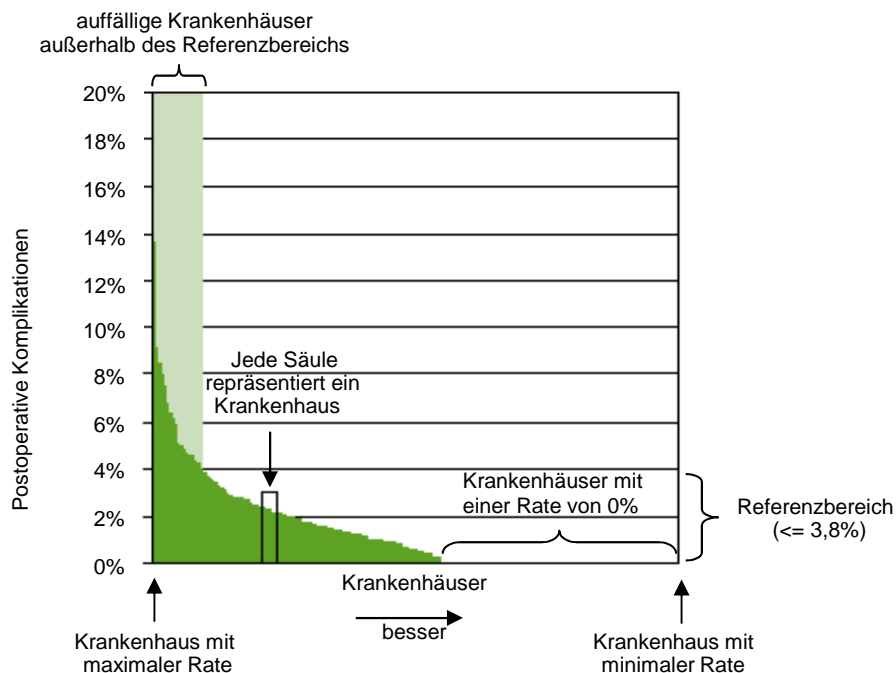
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

### 5.1 Benchmarkdiagramm

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

**Beispiel:**

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



## 5.2 Histogramm

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

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

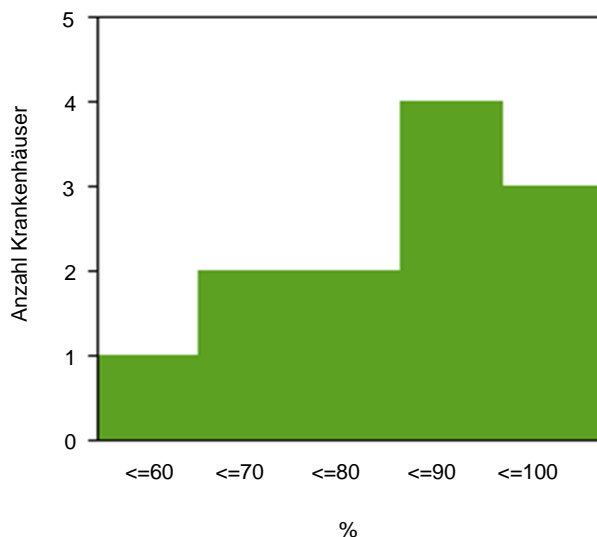
### Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

## 6. Basisauswertung

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

In der Basisauswertung und Leseanleitung werden noch nicht an allen Stellen geschlechtergerechte Formulierungen verwendet. Die angeführten Personenbezeichnungen gelten ggf. für alle Geschlechter.

## 7. Sonstiges

### 7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

### 7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

## 8. Glossar

### Anteil

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

### AK-ID

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

### Auffälligkeitskriterium

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

### Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2020/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2020. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### Kennzahl-ID

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

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankenhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

### Qualitätsindikator/Gruppe

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

Liegen mehrere Qualitätsindikatoren und/oder Kennzahlen zu gleichen oder ähnlich definierten Qualitätszielen vor, werden diese in Gruppen zusammengefasst.

### Rate

Siehe Anteil

### Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Verbindliche Kennzahlen**

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

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

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

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TKeZ“ bzw. „KKez“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen.

Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

### **Verhältniszahl**

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

### **Vertrauensbereich**

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