

Jahresauswertung 2013 Mammachirurgie

18/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.693
Datensatzversion: 18/1 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14199-L89603-P43588

Jahresauswertung 2013 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.693
Datensatzversion: 18/1 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14199-L89603-P43588

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung			93,2%	>= 90,0%	innerhalb	93,3%	6
QI 2: Intraoperatives Präparatröntgen und intraoperative Präparatsonographie							
2a: 2013/18n1-MAMMA/303							
Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung			99,2%	>= 95,0%	innerhalb	97,5%	8
2b: 2013/18n1-MAMMA/51369							
Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung			86,3%	nicht definiert	-	77,2%	10
2013/18n1-MAMMA/2163							
QI 3³: Primäre Axilladisektion bei DCIS			2,3%	<= 5,0%	innerhalb	-	12
2013/18n1-MAMMA/50719							
QI 4³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			11,0%	<= 29,8%	innerhalb	-	14

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

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

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2013	Ergebnis Krankenhaus 2013	Ergebnis Gesamt 2013	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2013/18n1-MAMMA/51847							
QI 5³: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			92,9%	>= 80,0%	innerhalb	-	16
QI 6³: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation							
6a: 2013/18n1-MAMMA/51370 unter 7 Tage			7,8%	<= 42,1%	innerhalb	13,2%	19
6b: 2013/18n1-MAMMA/51371 über 21 Tage			18,1%	<= 55,1%	innerhalb	17,5%	19

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

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

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

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

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

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

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

Qualitätsindikator 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

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

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

	Gesamt 2013	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	2.086 / 2.239 93,2% 92,0% - 94,1% >= 90,0%	209 / 583 35,8%

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

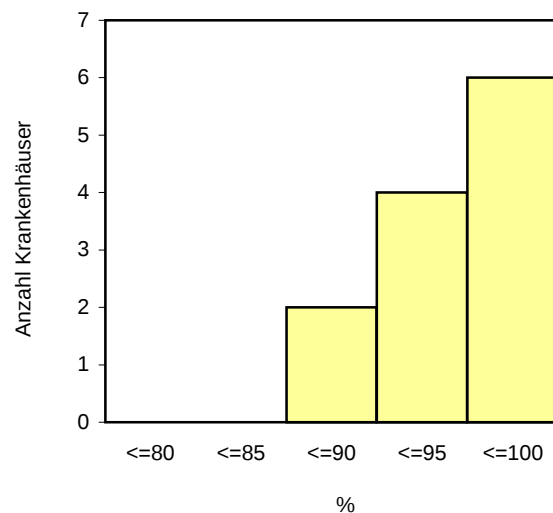
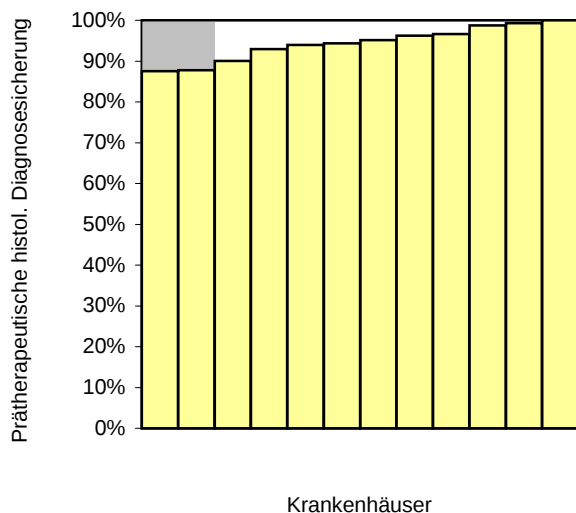
Vorjahresdaten	Gesamt 2012	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	2.002 / 2.145 93,3% 92,2% - 94,3%	268 / 603 44,4%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

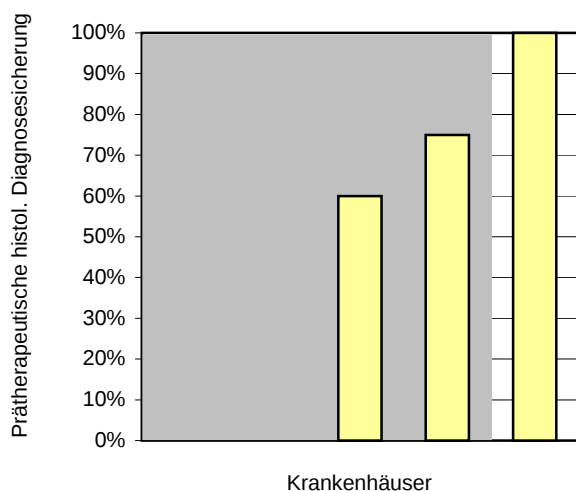
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	87,5		87,8	91,5	94,8	97,7	99,3		100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	60,0	75,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: Intraoperatives Präparatröntgen und intraoperative Präparatsonographie

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

Intraoperatives Präparatröntgen bei mammographischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie

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

Referenzbereich: $\geq 95,0\%$ (Zielbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen			731 / 737	99,2%
Vertrauensbereich				98,2% - 99,6%
Referenzbereich		$\geq 95,0\%$		$\geq 95,0\%$

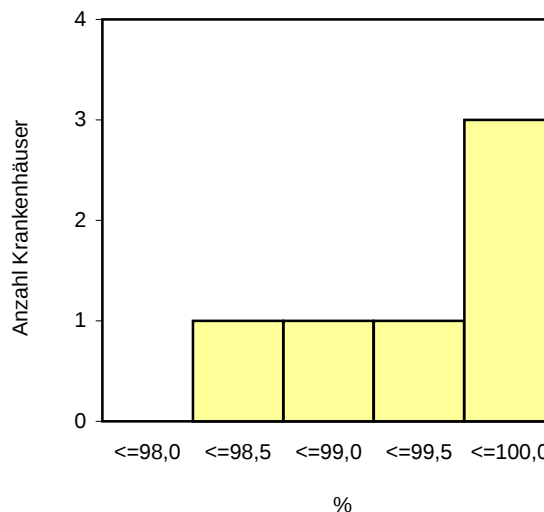
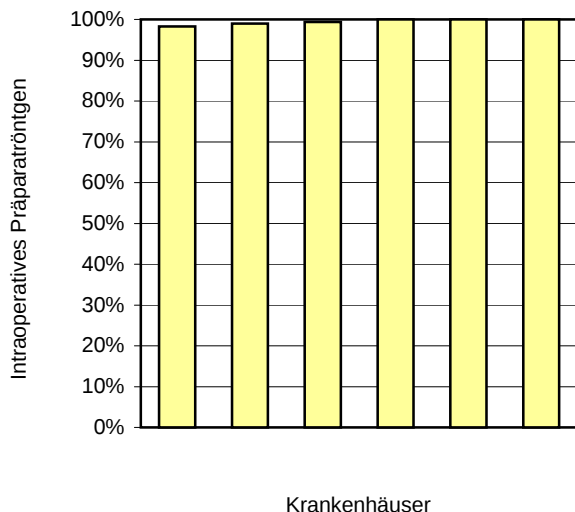
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen			461 / 473	97,5%
Vertrauensbereich				95,6% - 98,5%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/303]:

Anteil von Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammographie

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

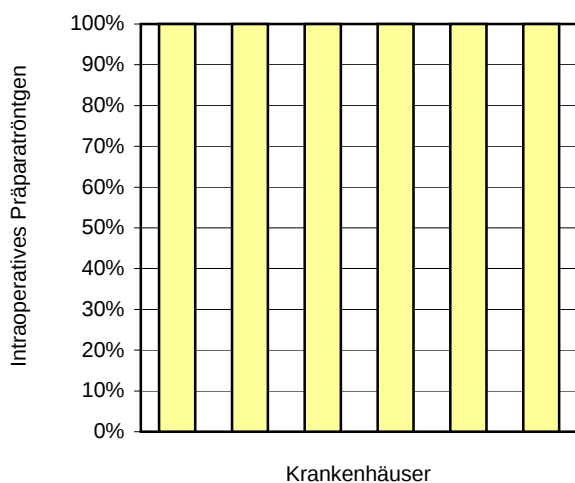
6 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	98,3			99,0	99,7	100,0			100,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Intraoperative Präparatsonographie bei sonographischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonographie

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

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

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie Vertrauensbereich Referenzbereich		 nicht definiert	271 / 314	86,3% 82,1% - 89,7% nicht definiert

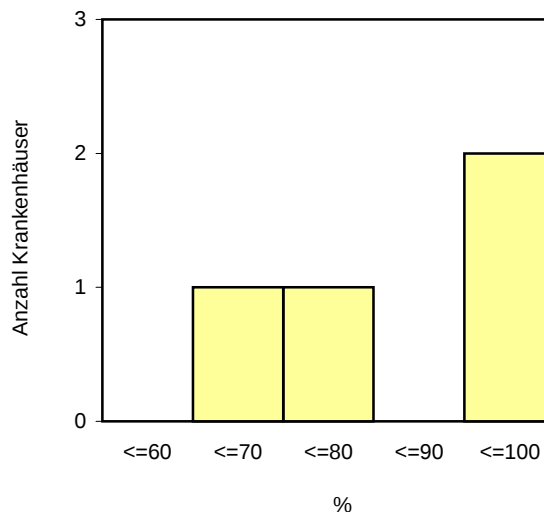
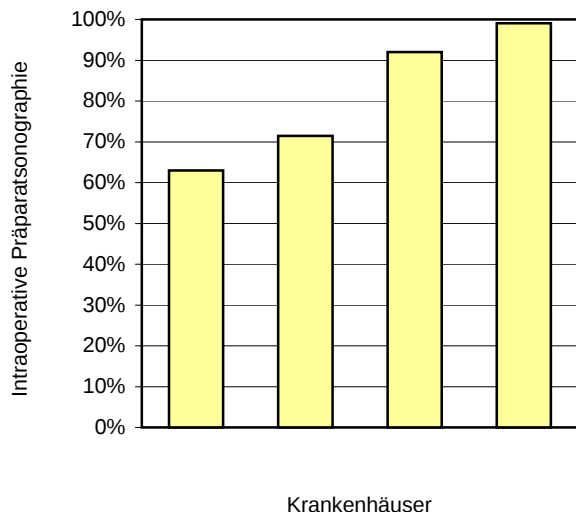
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatsonographie Vertrauensbereich			443 / 574	77,2% 73,6% - 80,4%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

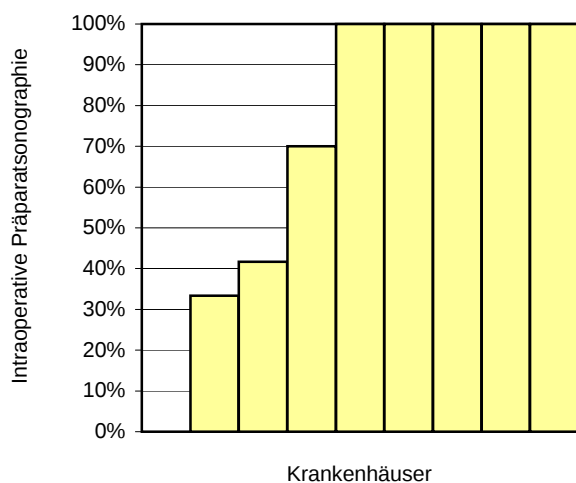
4 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	63,0			67,2	81,7	95,5			99,1

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
	0,0			41,7	100,0	100,0			100,0

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 3: Primäre Axilladisektion bei DCIS

Qualitätsziel:	Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladisektion bei DCIS
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung
Indikator-ID:	2013/18n1-MAMMA/2163
Referenzbereich:	<= 5,0% (Toleranzbereich)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			6 / 258	2,3%
Vertrauensbereich				1,1% - 5,0%
Referenzbereich		<= 5,0%		<= 5,0%

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

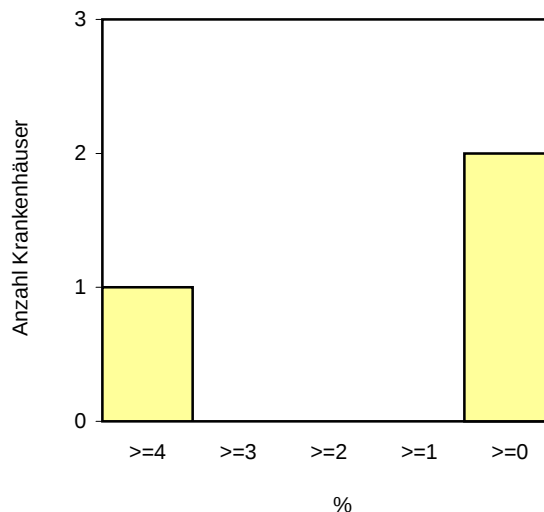
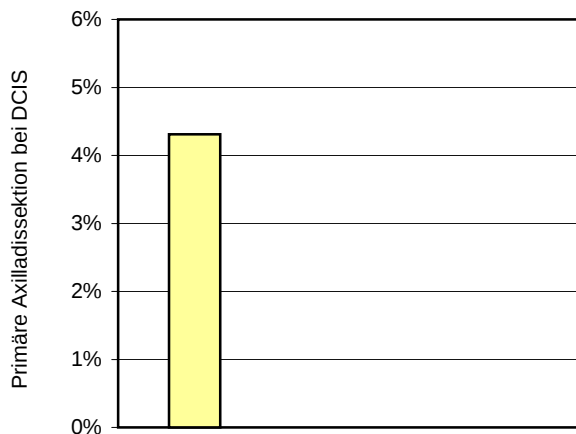
¹ Aufgrund von Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/2163]:

Anteil von Patientinnen mit primärer Axilladissektion an allen Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

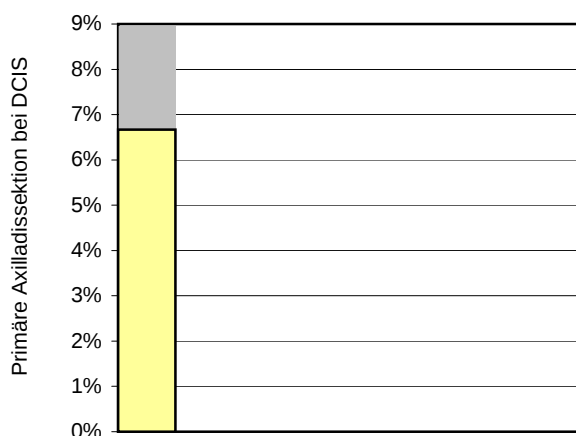
3 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				0,0				4,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

8 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	0,0	0,0			6,7

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Qualitätsziel:	Möglichst wenige Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“
Indikator-ID:	2013/18n1-MAMMA/50719
Referenzbereich:	<= 29,8% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			19 / 172	11,0%
Vertrauensbereich				7,2% - 16,6%
Referenzbereich		<= 29,8%		<= 29,8%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 172	0,0%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			16 / 172	9,3%

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

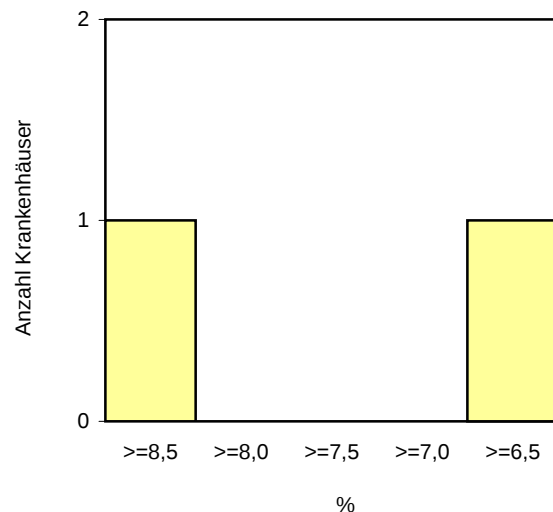
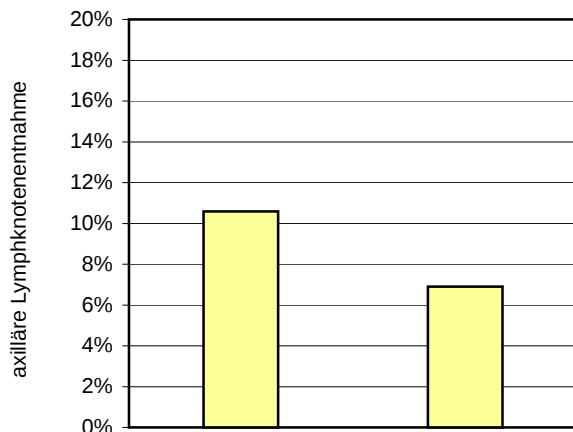
¹ Aufgrund von Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

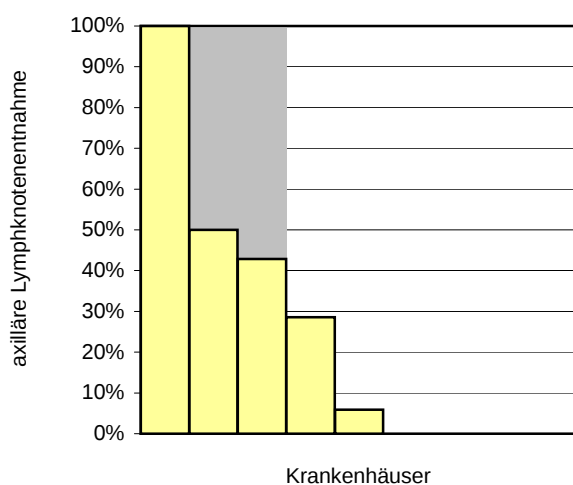
2 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	6,9				8,7				10,6

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
	0,0			0,0	5,9	42,9			100,0

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie

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

	Krankenhaus 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladisektion			
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	>= 80,0%			

	Gesamt 2013			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
	Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladisektion			
Vertrauensbereich	1.150 / 1.238	844 / 875	285 / 326	21 / 37
Referenzbereich	92,9%	96,5%	87,4%	56,8%
	91,3% - 94,2%			
	>= 80,0%			

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

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	- - -	- - -	- - -	- - -

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

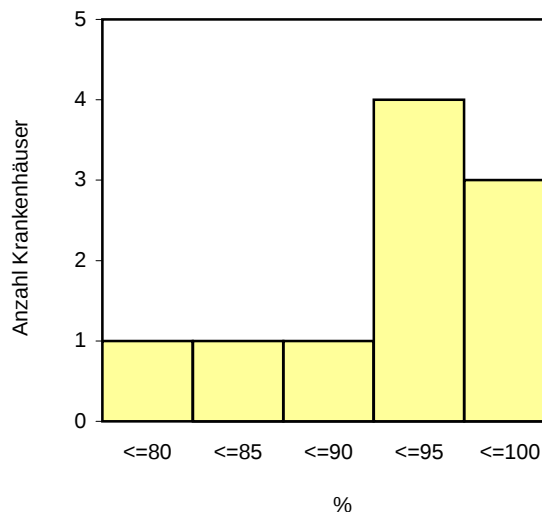
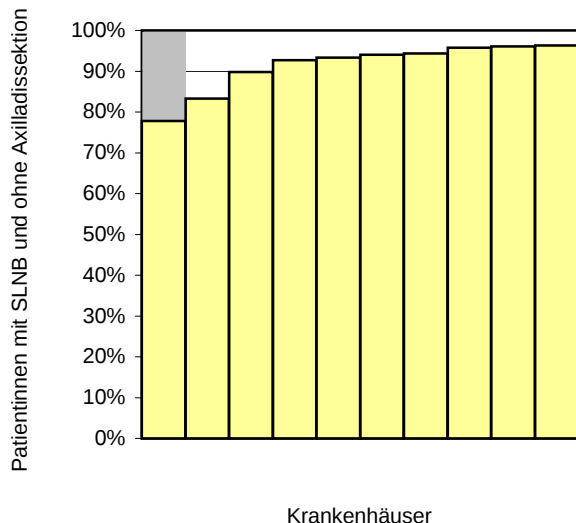
¹ Aufgrund von Schlüsseländerungen ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51847]:

Anteil von Patientinnen mit SLNB und ohne Axilladisektion an Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

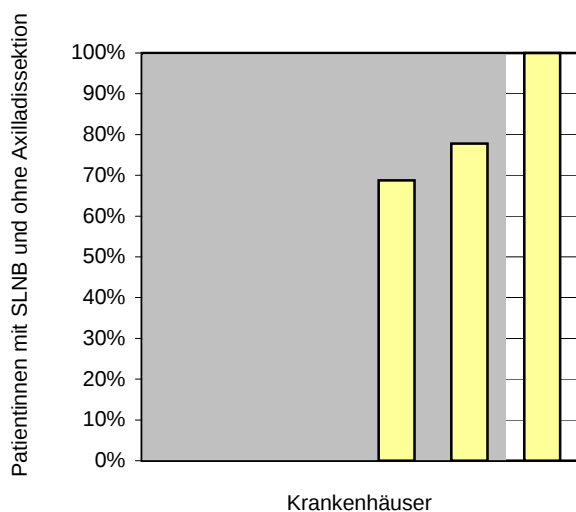
10 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,8		80,6	89,8	93,7	95,7	96,2		96,3

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	34,4	77,8			100,0

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 6: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Indikator-ID:	Gruppe 1 (QI 6a): 2013/18n1-MAMMA/51370 Gruppe 2 (QI 6b): 2013/18n1-MAMMA/51371
Referenzbereich:	Gruppe 1: <= 42,1% (Toleranzbereich) (97,5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund) Gruppe 2: <= 55,1% (Toleranzbereich) (97,5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			150 / 1.914	7,8%
Vertrauensbereich				6,7% - 9,1%
Referenzbereich		<= 42,1%		<= 42,1%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			347 / 1.914	18,1%
Vertrauensbereich				16,5% - 19,9%
Referenzbereich		<= 55,1%		<= 55,1%

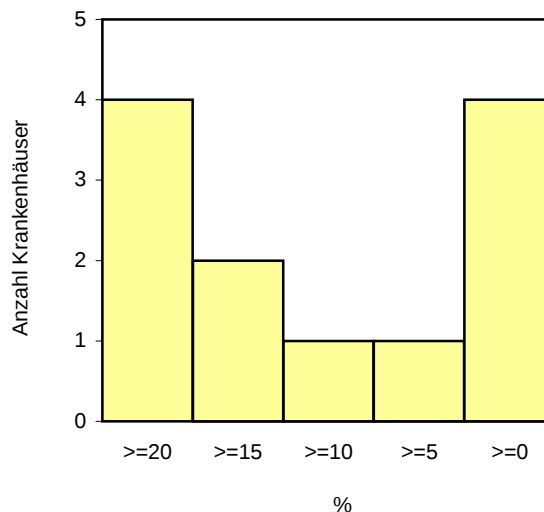
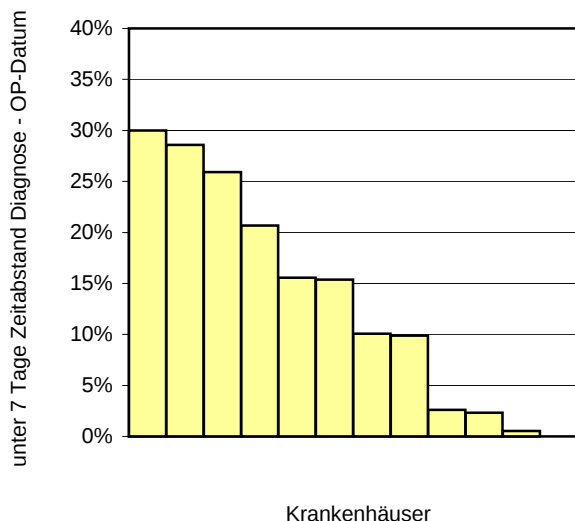
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			242 / 1.840	13,2%
Vertrauensbereich				11,7% - 14,8%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			322 / 1.840	17,5%
Vertrauensbereich				15,8% - 19,3%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6a, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51370]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

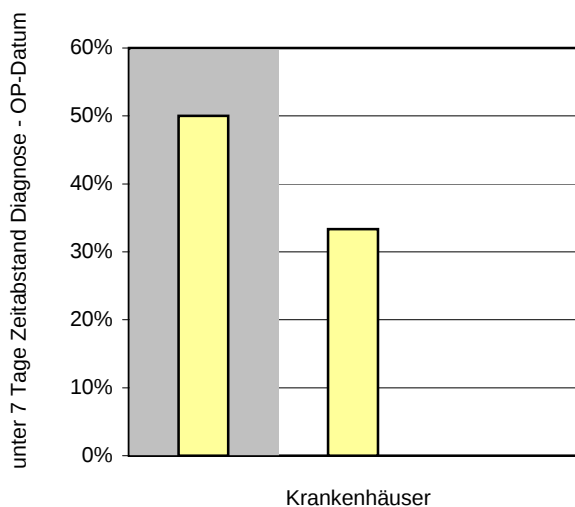
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,5	2,5	12,7	23,3	28,6		30,0

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				33,3				50,0

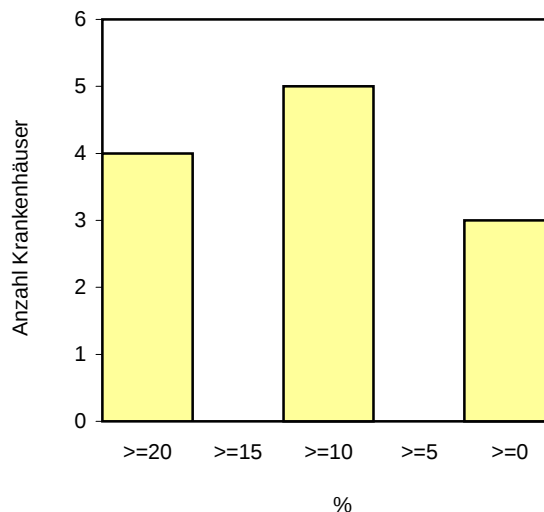
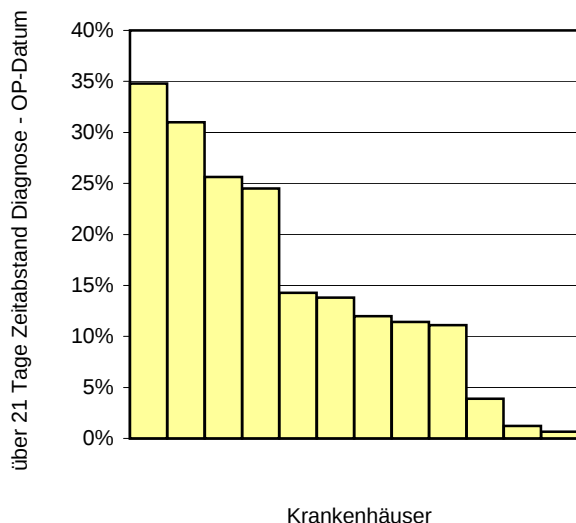
2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6b, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/51371]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

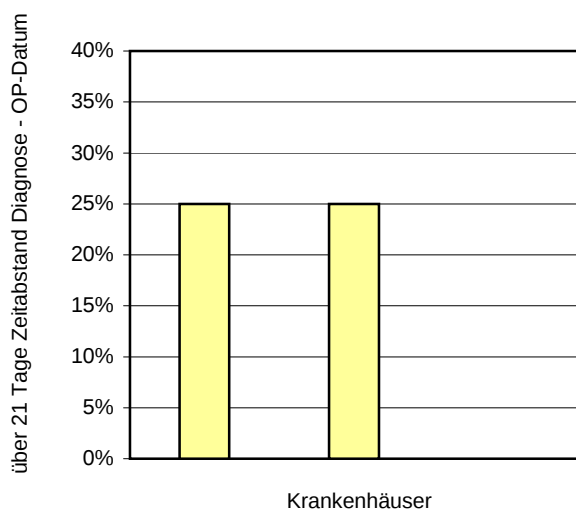
12 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,7		1,2	7,5	12,9	25,1	31,0		34,8

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0				25,0				25,0

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“

Indikator-ID: 2013/18n1-MAMMA/813068

Referenzbereich: <= 4,0 Fälle

ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ Referenzbereich		 <= 4,0 Fälle	19 / 2.082	19,0 Fälle <= 4,0 Fälle

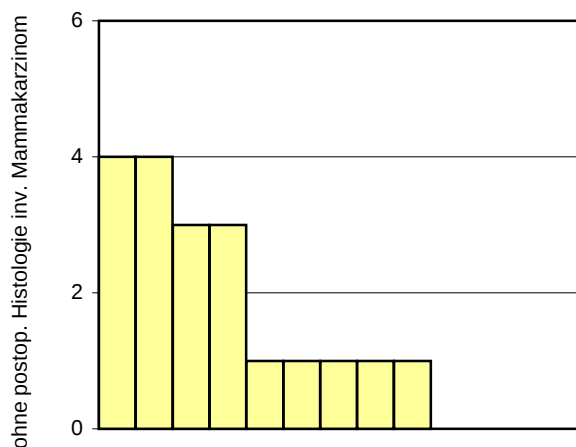
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“			13 / 1.836	13,0 Fälle

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

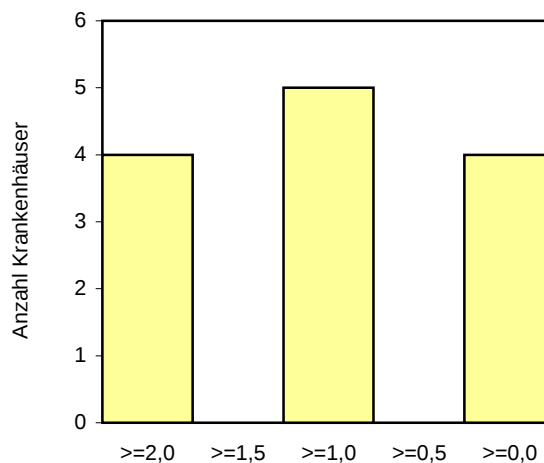
Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ und mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

13 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

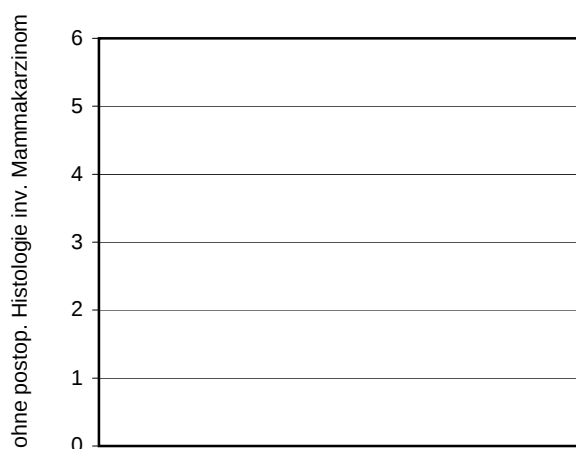


Fälle

Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0		0,0	0,0	1,0	3,0	4,0		4,0

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Krankenhäuser

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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie			428 / 2.342	18,3%
Vertrauensbereich				16,8% - 19,9%
Referenzbereich		<= 29,3%		<= 29,3%

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2012		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie			227 / 2.257	10,1%
Vertrauensbereich				8,9% - 11,4%

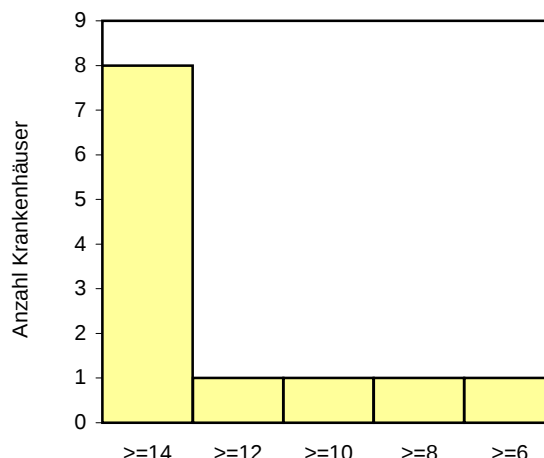
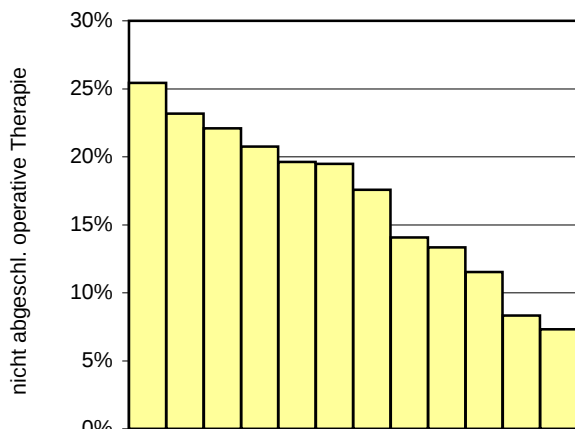
¹ Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Auffälligkeitskriterium 2013 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2012 ab.

Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm AK4, Indikator-ID 2013/18n1-MAMMA/813069]:

Anteil von Patientinnen mit nicht abgeschlossener operativer Therapie an Patientinnen mit Primärerkrankung und postoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie, die zum ersten offenen Eingriff aufgenommen wurden

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

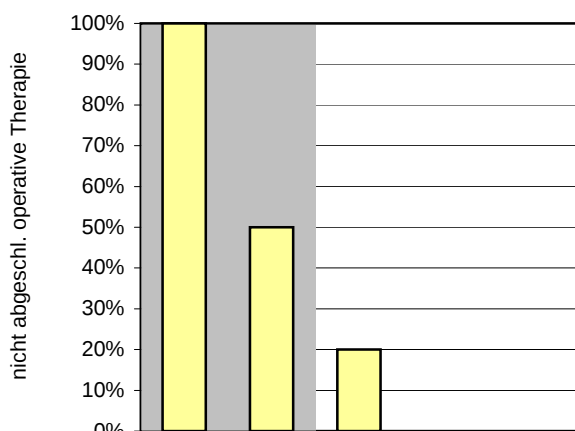
12 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	7,3		8,3	12,4	18,5	21,4	23,2		25,4

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,0			0,0	20,0	50,0			100,0

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2013 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.693
Datensatzversion: 18/1 2013
Datenbankstand: 01. März 2014
2013 - D14199-L89603-P43588

Übersicht Basisauswertung

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

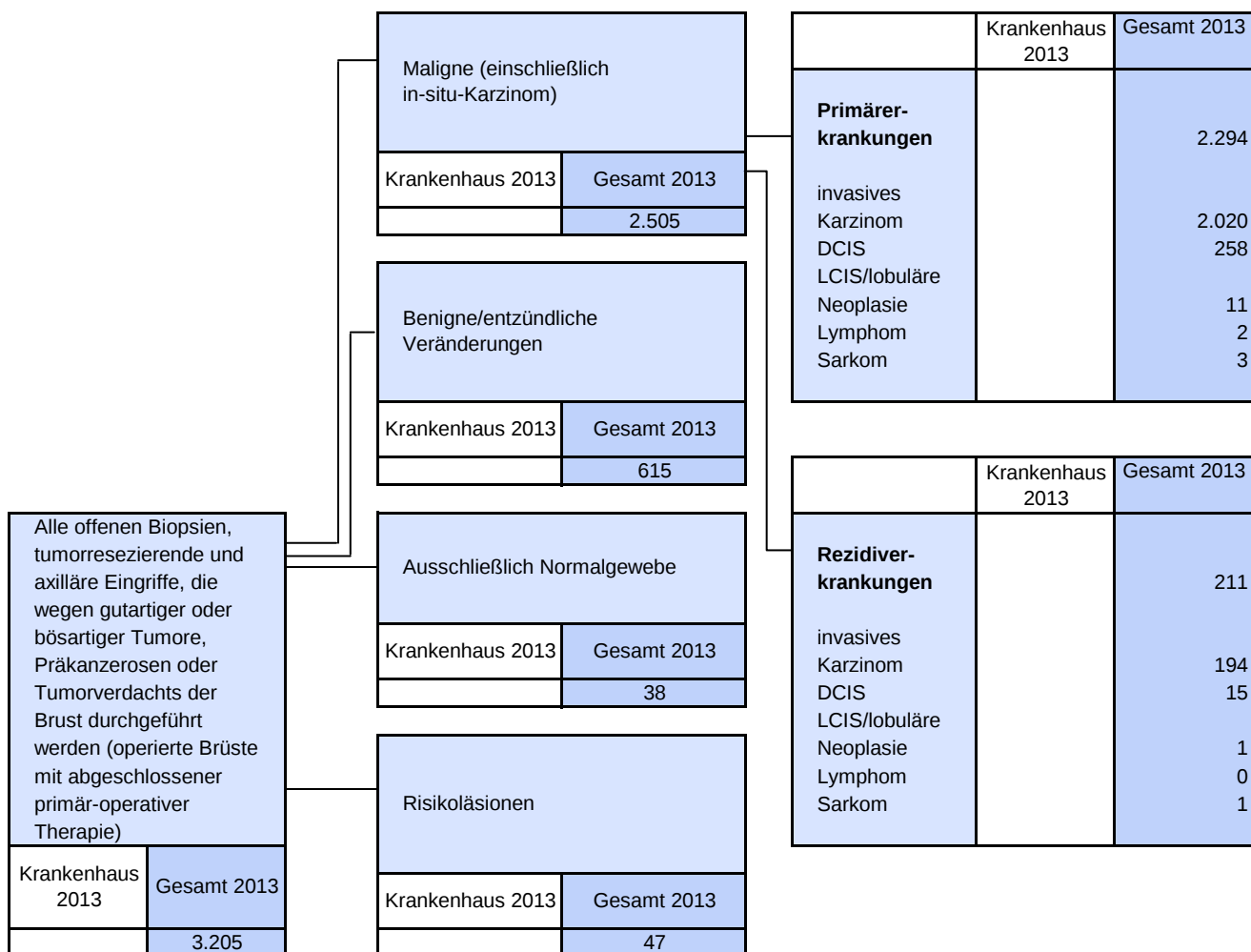
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle offenen Biopsien, tumorresezierende und axilläre Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden: Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie			3.205 / 3.804	84,3	3.315 / 3.638	91,1
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			38 / 3.205	1,2	18 / 3.315	0,5
= benigne/entzündliche Veränderung			615 / 3.205	19,2	626 / 3.315	18,9
= Risikoläsion			47 / 3.205	1,5	42 / 3.315	1,3
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.505 / 3.205	78,2	2.629 / 3.315	79,3

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ-Karzinomen):						
Primärerkrankung			2.294 / 2.505	91,6	2.426 / 2.629	92,3
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			2.020 / 2.294	88,1	2.146 / 2.426	88,5
DCIS			258 / 2.294	11,2	272 / 2.426	11,2
LCIS/Lobuläre Neoplasie			11 / 2.294	0,5	5 / 2.426	0,2
Lymphom			2 / 2.294	0,1	0 / 2.426	0,0
Sarkom			3 / 2.294	0,1	3 / 2.426	0,1
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ-Karzinomen):						
Rezidivkrankung			211 / 2.505	8,4	203 / 2.629	7,7
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			194 / 211	91,9	185 / 203	91,1
DCIS			15 / 211	7,1	18 / 203	8,9
LCIS/Lobuläre Neoplasie			1 / 211	0,5	0 / 203	0,0
Lymphom			0 / 211	0,0	0 / 203	0,0
Sarkom			1 / 211	0,5	0 / 203	0,0

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			946	25,6	1.043	29,4
2. Quartal			935	25,3	863	24,3
3. Quartal			883	23,9	786	22,2
4. Quartal			929	25,2	853	24,1
Gesamt			3.693		3.545	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
3	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
4	C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
5	C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2013

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	1.283	34,7	C50.4	1.272	35,9
2				D24	400	10,8	D24	359	10,1
3				C50.8	390	10,6	C50.9	335	9,4
4				C50.2	358	9,7	C50.2	304	8,6
5				C50.9	273	7,4	C50.8	291	8,2

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

Patientinnen

	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			30 / 3.693	0,8	14 / 3.545	0,4
20 - 29 Jahre			80 / 3.693	2,2	86 / 3.545	2,4
30 - 39 Jahre			224 / 3.693	6,1	197 / 3.545	5,6
40 - 49 Jahre			718 / 3.693	19,4	717 / 3.545	20,2
50 - 59 Jahre			795 / 3.693	21,5	776 / 3.545	21,9
60 - 69 Jahre			856 / 3.693	23,2	795 / 3.545	22,4
70 - 79 Jahre			761 / 3.693	20,6	704 / 3.545	19,9
>= 80 Jahre			229 / 3.693	6,2	256 / 3.545	7,2
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			3.693		3.545	
Median				59,0		59,0
Geschlecht						
männlich			25	0,7	31	0,9
weiblich			3.668	99,3	3.514	99,1
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, ansonsten gesunder Patient			1.612	43,7	1.559	44,0
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.580	42,8	1.536	43,3
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung			480	13,0	439	12,4
4: mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung			20	0,5	11	0,3
5: moribunder Patient			1	0,0	0	0,0

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			2.644 / 3.693	71,6	2.548 / 3.545	71,9
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			2.644	3,0	2.548	4,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			2.644	4,0	2.548	4,0
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			1.049 / 3.693	28,4	997 / 3.545	28,1
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.049	2,0	997	2,0
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			1.049	2,0	997	2,0

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

² bezogen auf die Erstoperationen der Patientinnen

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

Präoperative Diagnostik und Therapie

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			1.803 / 3.804	47,4	1.767 / 3.638	48,6
links			2.001 / 3.804	52,6	1.871 / 3.638	51,4
Erkrankung an dieser Brust						
Primärerkrankung			3.490 / 3.804	91,7	3.366 / 3.638	92,5
lokoregionäres Rezidiv nach BET			264 / 3.804	6,9	208 / 3.638	5,7
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			50 / 3.804	1,3	64 / 3.638	1,8
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung						
wenn ja:			2.851 / 3.490	81,7	2.772 / 3.366	82,4
Tastbarer Mammabefund						
			1.862 / 2.851	65,3	1.799 / 2.772	64,9
Anlass der Diagnosestellung bekannt						
(Mehrfachnennungen möglich)			2.806 / 2.851	98,4	2.721 / 2.772	98,2
wenn ja:						
Selbstuntersuchung (Eigenuntersuchung)			1.075 / 2.806	38,3	1.036 / 2.721	38,1
Früherkennung			1.300 / 2.806	46,3	1.330 / 2.721	48,9
Früherkennung im Rahmen eines Mammographie-Screening-Programms			520 / 2.806	18,5	499 / 2.721	18,3
Tumorsymptomatik			320 / 2.806	11,4	310 / 2.721	11,4
Nachsorge			95 / 2.806	3,4	65 / 2.721	2,4
sonstiges			117 / 2.806	4,2	92 / 2.721	3,4

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.572 / 1.862	84,4	1.556 / 1.799	86,5
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			744 / 989	75,2	732 / 973	75,2
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			2.316 / 2.851	81,2	2.288 / 2.772	82,5
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			32 / 2.316	1,4	61 / 2.288	2,7
= benigne/entzündliche Veränderung			140 / 2.316	6,0	170 / 2.288	7,4
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			84 / 2.316	3,6	95 / 2.288	4,2
= malignitätsverdächtig			43 / 2.316	1,9	30 / 2.288	1,3
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.017 / 2.316	87,1	1.932 / 2.288	84,4

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

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen) davon:						
invasives Karzinom			2.017 / 2.316	87,1	1.932 / 2.288	84,4
DCIS			1.801 / 2.019	89,2	1.760 / 1.932	91,1
LCIS/Lobuläre Neoplasie			207 / 2.019	10,3	167 / 1.932	8,6
Lymphom			8 / 2.019	0,4	4 / 1.932	0,2
Sarkom			0 / 2.019	0,0	0 / 1.932	0,0
			3 / 2.019	0,1	1 / 1.932	0,1

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv) wenn ja:			175 / 314	55,7	143 / 272	52,6
Histologie¹						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			0 / 175	0,0	0 / 143	0,0
= benigne/entzündliche Veränderung			6 / 175	3,4	2 / 143	1,4
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			6 / 175	3,4	2 / 143	1,4
= malignitätsverdächtig			5 / 175	2,9	2 / 143	1,4
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			158 / 175	90,3	137 / 143	95,8

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

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidivkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			158 / 175	90,3	137 / 143	95,8
davon:						
invasives Karzinom			148 / 158	93,7	117 / 137	85,4
DCIS			9 / 158	5,7	19 / 137	13,9
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 158	0,0	1 / 137	0,7
Lymphom			0 / 158	0,0	0 / 137	0,0
Sarkom			1 / 158	0,6	0 / 137	0,0

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			1.733 / 2.851	60,8	1.558 / 2.772	56,2
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			1.534 / 2.316	66,2	1.358 / 2.288	59,4
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			1.421 / 2.006	70,8	1.234 / 1.927	64,0

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			140 / 2.851	4,9	128 / 2.772	4,6
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			138 / 1.799	7,7	124 / 1.760	7,0
systemische Chemotherapie			123 / 138	89,1	112 / 124	90,3
endokrine Therapie			16 / 138	11,6	12 / 124	9,7
spezifische Antikörpertherapie			7 / 138	5,1	8 / 124	6,5
Strahlentherapie			2 / 138	1,4	2 / 124	1,6
sonstige			1 / 138	0,7	1 / 124	0,8

4. Operation (benigne und maligne Tumore) Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wieveller mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes Anzahl der gültigen Angaben Median			3.822	1,0	3.652	1,0
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren (Mehrfachnennungen möglich) wenn ja:			1.052 / 3.822	27,5	1.055 / 3.652	28,9
Mammographie wenn ja:			737 / 1.052	70,1	473 / 1.055	44,8
intraoperatives Präparatröntgen			731 / 737	99,2	461 / 473	97,5
Sonographie wenn ja:			314 / 1.052	29,8	574 / 1.055	54,4
intraoperative Präparatsonographie			271 / 314	86,3	443 / 574	77,2
MRT			28 / 1.052	2,7	31 / 1.055	2,9

OPS 2013

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2013

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
5	5-870.91	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
6	5-406.12	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2

OPS 2013

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2013			Gesamt 2013			Gesamt 2012		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	1.535	40,2	5-401.11	1.478	40,5
2				5-870.a1	939	24,6	5-870.a1	1.080	29,6
3				5-872.1	635	16,6	5-872.1	566	15,5
4				5-870.a2	596	15,6	5-870.a2	414	11,3
5				5-870.91	460	12,0	5-870.a0	319	8,7
6				5-406.12	236	6,2	5-870.91	315	8,6

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt (Bezug: Eingriffe)			1.706 / 3.822	44,6	1.628 / 3.652	44,6
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			3.709 / 3.822	97,0	3.548 / 3.652	97,2

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore) Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			171 / 3.804	4,5	113 / 3.638	3,1
Wundinfektion			16 / 3.804	0,4	12 / 3.638	0,3
Nachblutung/Hämatom			65 / 3.804	1,7	51 / 3.638	1,4
Serom			80 / 3.804	2,1	37 / 3.638	1,0
sonstige			15 / 3.804	0,4	16 / 3.638	0,4

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			40	1,1	18	0,5
= benigne/entzündliche Veränderung			617	16,2	627	17,2
= Risikoläsion			51	1,3	45	1,2
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.096	81,4	2.948	81,0
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			3.205	84,3	3.315	91,1
wenn nein:						
weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			217	36,2	146	45,2
Empfehlung zur Mastektomie			187	31,2	84	26,0
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			40	6,7	23	7,1
Empfehlung zur Axilladisektion			13	2,2	21	6,5
Empfehlung zur BET			37	6,2	14	4,3
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			105	17,5	35	10,8

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.2 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.883 / 3.804	49,5	1.999 / 3.638	54,9
davon						
pT0			1 / 1.883	0,1	1 / 1.999	0,1
pTis			3 / 1.883	0,2	12 / 1.999	0,6
pT1 (<= 2cm)			1.105 / 1.883	58,7	1.180 / 1.999	59,0
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			6 / 1.105	0,5	6 / 1.180	0,5
pT1a (<= 5 mm)			73 / 1.105	6,6	110 / 1.180	9,3
pT1b (<= 10 mm)			327 / 1.105	29,6	336 / 1.180	28,5
pT1c (<= 20 mm)			699 / 1.105	63,3	728 / 1.180	61,7
pT2 (> 2 bis 5 cm)			625 / 1.883	33,2	649 / 1.999	32,5
pT3 (> 5 cm)			103 / 1.883	5,5	99 / 1.999	5,0
pT4 (Brustwand/Haut)			40 / 1.883	2,1	48 / 1.999	2,4
davon						
pT4a (Brustwand)			4 / 40	10,0	8 / 48	16,7
pT4b (Ödem)			33 / 40	82,5	37 / 48	77,1
pT4c (Brustwand und Ödem)			2 / 40	5,0	2 / 48	4,2
pT4d (inflammatorisch)			1 / 40	2,5	1 / 48	2,1
pTX			6 / 1.883	0,3	10 / 1.999	0,5

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

Histologie und Staging (Fortsetzung) Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			137 / 3.804	3,6	147 / 3.638	4,0
davon						
ypT0			29 / 137	21,2	48 / 147	32,7
ypTis			4 / 137	2,9	2 / 147	1,4
ypT1 (<= 2cm)			51 / 137	37,2	39 / 147	26,5
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 51	0,0	1 / 39	2,6
ypT1a (<= 5 mm)			9 / 51	17,6	11 / 39	28,2
ypT1b (<= 10 mm)			13 / 51	25,5	8 / 39	20,5
ypT1c (<= 20 mm)			29 / 51	56,9	19 / 39	48,7
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			32 / 137	23,4	41 / 147	27,9
ypT3 (> 5 cm)			12 / 137	8,8	7 / 147	4,8
ypT4 (Brustwand/Haut)			8 / 137	5,8	10 / 147	6,8
davon						
ypT4a (Brustwand)			2 / 8	25,0	2 / 10	20,0
ypT4b (Ödem)			5 / 8	62,5	5 / 10	50,0
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 8	0,0	1 / 10	10,0
ypT4d (inflammatorisch)			1 / 8	12,5	2 / 10	20,0
ypTX			1 / 137	0,7	0 / 147	0,0

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

Histologie und Staging (Fortsetzung) Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.897 / 3.804	49,9	2.015 / 3.638	55,4
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.256 / 1.897	66,2	1.259 / 2.015	62,5
pN0(sn)			1.166 / 1.256	92,8	1.177 / 1.259	93,5
pN0			90 / 1.256	7,2	82 / 1.259	6,5
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			46 / 1.256	3,7	40 / 1.259	3,2
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			387 / 1.897	20,4	410 / 2.015	20,3
pN1mi			8 / 387	2,1	11 / 410	2,7
pN1mi(sn)			54 / 387	14,0	62 / 410	15,1
pN1a			216 / 387	55,8	192 / 410	46,8
pN1b			0 / 387	0,0	4 / 410	1,0
pN1c			3 / 387	0,8	3 / 410	0,7
pN1(sn)			106 / 387	27,4	138 / 410	33,7
pN2			118 / 1.897	6,2	130 / 2.015	6,5
pN2a			116 / 118	98,3	125 / 130	96,2
pN2b			2 / 118	1,7	5 / 130	3,8
pN3			62 / 1.897	3,3	88 / 2.015	4,4
pN3a			62 / 62	100,0	82 / 88	93,2
pN3b			0 / 62	0,0	3 / 88	3,4
pN3c			0 / 62	0,0	3 / 88	3,4
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			74 / 1.897	3,9	128 / 2.015	6,4
pNX			73 / 74	98,6	127 / 128	99,2
pNX(sn)			1 / 74	1,4	1 / 128	0,8

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

Histologie und Staging (Fortsetzung) Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ¹ (primär-operative Therapie abgeschlossen)			123 / 3.804	3,2	131 / 3.638	3,6
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			61 / 123	49,6	70 / 131	53,4
ypN0(sn)			26 / 61	42,6	39 / 70	55,7
ypN0			35 / 61	57,4	31 / 70	44,3
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			15 / 61	24,6	17 / 70	24,3
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			27 / 123	22,0	37 / 131	28,2
ypN1mi			0 / 27	0,0	0 / 37	0,0
ypN1mi(sn)			0 / 27	0,0	5 / 37	13,5
ypN1a			23 / 27	85,2	26 / 37	70,3
ypN1b			1 / 27	3,7	0 / 37	0,0
ypN1c			0 / 27	0,0	0 / 37	0,0
ypN1(sn)			3 / 27	11,1	6 / 37	16,2
ypN2			12 / 123	9,8	12 / 131	9,2
ypN2a			12 / 12	100,0	12 / 12	100,0
ypN2b			0 / 12	0,0	0 / 12	0,0
ypN3			5 / 123	4,1	1 / 131	0,8
ypN3a			5 / 5	100,0	1 / 1	100,0
ypN3b			0 / 5	0,0	0 / 1	0,0
ypN3c			0 / 5	0,0	0 / 1	0,0
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			18 / 123	14,6	11 / 131	8,4
ypNX			17 / 18	94,4	11 / 11	100,0
ypNX(sn)			1 / 18	5,6	0 / 11	0,0

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

Histologie und Staging (Fortsetzung) Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn): Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			572	11,0	577	11,0
wenn Angabe pN(sn)-Staging: Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ : Anzahl der gültigen Angaben Median			1.351	2,0	1.427	2,0
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			27	1,3	12	0,6
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			2.020 / 3.804	53,1	2.146 / 3.638	59,0
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			1.850 / 2.020	91,6	2.069 / 2.146	96,4
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			81 / 2.020	4,0	77 / 2.146	3,6
Staging wurde nicht durchgeführt ²			89 / 2.020	4,4	-	-

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

² neuer Schlüsselwert in 2013

Histologie und Staging (Fortsetzung)

Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			2.010		2.125	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			307	15,3	395	18,6
mäßig differenziert			1.106	55,0	1.114	52,4
schlecht differenziert			585	29,1	607	28,6
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			12	0,6	9	0,4
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			337	16,8	358	16,8
positiv			1.655	82,3	1.710	80,5
schwach positiv			11	0,5	51	2,4
unbekannt			7	0,3	6	0,3
HER-2/neu-Status						
negativ			1.773	88,2	1.827	86,0
positiv			225	11,2	290	13,6
unbekannt			12	0,6	8	0,4
histologisch gesicherte Multizentrität			362 / 2.010	18,0	436 / 2.125	20,5
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			17 / 2.010	0,8	22 / 2.125	1,0
ja			1.967 / 2.010	97,9	2.069 / 2.125	97,4
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			26 / 2.010	1,3	34 / 2.125	1,6
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			1.331		1.453	
Median (mm)				5,0		5,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			63 / 2.010	3,1	100 / 2.125	4,7

Art der erfolgten Therapie Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			599	29,7	600	28,0
ja			1.357	67,2	1.481	69,0
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			57	2,8	52	2,4
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			7	0,3	13	0,6
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			1.280	63,4	-	-
ja, einzelne Lymphknoten ¹			231	11,4	-	-
ja, Axilladisektion ¹			509	25,2	-	-
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.578	78,1	1.633	76,1
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			1.399 / 1.578	88,7	1.506 / 1.633	92,2
Farbmarkierung			76 / 1.578	4,8	39 / 1.633	2,4
beides			103 / 1.578	6,5	88 / 1.633	5,4
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹			384	19,0	-	-
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹			1.877 / 1.939	96,8	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

Weiterer Behandlungsverlauf Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapie- planung in interdisziplinä- rer Tumorkonferenz			1.935 / 1.983	97,6	2.102 / 2.113	99,5
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			1.973 / 1.983	99,5	2.103 / 2.113	99,5
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1.913 / 1.983	96,5	2.020 / 2.113	95,6

Entlassung Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.657	83,6	1.653	78,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			311	15,7	272	12,9
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,2	2	0,1
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			4	0,2	5	0,2
07: Tod			2	0,1	4	0,2
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	1	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,1	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			5	0,3	3	0,1
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	2	0,1
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	170	8,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0	0,0	1	25,0

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

- 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 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
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

Histologie und Staging

6.3 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv- erkrankung bei invasivem Karzinom (primär- operative Therapie abgeschlossen) davon			194 / 3.804	5,1	185 / 3.638	5,1
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			156 / 194	80,4	174 / 185	94,1
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			29 / 194	14,9	11 / 185	5,9
Staging wurde nicht durchgeführt ¹			9 / 194	4,6	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

Histologie und Staging (Fortsetzung) Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv¹			158		152	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			12	7,6	12	7,9
mäßig differenziert			82	51,9	85	55,9
schlecht differenziert			62	39,2	54	35,5
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			2	1,3	1	0,7
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			50	31,6	37	24,3
positiv			104	65,8	108	71,1
schwach positiv			2	1,3	6	3,9
unbekannt			2	1,3	1	0,7
HER-2/neu-Status						
negativ			131	82,9	127	83,6
positiv			25	15,8	24	15,8
unbekannt			2	1,3	1	0,7
histologisch gesicherte Multizentrität			32 / 158	20,3	34 / 152	22,4
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			3 / 158	1,9	10 / 152	6,6
ja			153 / 158	96,8	141 / 152	92,8
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			2 / 158	1,3	1 / 152	0,7
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung) Anzahl der gültigen Angaben Median			153	5,0	141	5,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			8 / 158	5,1	10 / 152	6,6

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

Art der erfolgten Therapie Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			156		136	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			107	68,6	91	66,9
ja			41	26,3	30	22,1
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	0,6	1	0,7
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			7	4,5	14	10,3

Weiterer Behandlungsverlauf Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinä- rer Tumorkonferenz			181 / 194	93,3	179 / 182	98,4
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			191 / 194	98,5	180 / 182	98,9
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			181 / 194	93,3	170 / 182	93,4

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			153	78,9	141	77,5
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			41	21,1	32	17,6
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	9	4,9
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 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
- 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen) davon			258	98,8	272	100,0
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			176 / 255	69,0	200 / 272	73,5
pNX			176 / 176	100,0	200 / 200	100,0
pNX(sn)			0 / 176	0,0	0 / 200	0,0
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			76 / 255	29,8	65 / 272	23,9
pN0(sn)			69 / 76	90,8	60 / 65	92,3
pN0			7 / 76	9,2	5 / 65	7,7
pN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			0 / 76	0,0	0 / 65	0,0
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			1 / 255	0,4	5 / 272	1,8
pN1mi			0 / 1	0,0	0 / 5	0,0
pN1mi(sn)			0 / 1	0,0	3 / 5	60,0
pN1a			1 / 1	100,0	1 / 5	20,0
pN1b			0 / 1	0,0	0 / 5	0,0
pN1c			0 / 1	0,0	0 / 5	0,0
pN1(sn)			0 / 1	0,0	1 / 5	20,0
pN2			0 / 255	0,0	0 / 272	0,0
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 255	0,0	1 / 272	0,4
pN3a			0 / 0		1 / 1	100,0
pN3b			0 / 0		0 / 1	0,0
pN3c			0 / 0		0 / 1	0,0

Histologie und Staging (Fortsetzung) DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			0 / 255	0,0	0 / 272	0,0
ypNX			0 / 0		0 / 0	
ypNX(sn)			0 / 0		0 / 0	
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			2 / 255	0,8	1 / 272	0,4
ypN0(sn)			0 / 2	0,0	1 / 1	100,0
ypN0			2 / 2	100,0	0 / 1	0,0
ypN0 mit >= 10 unter- suchten Lymphknoten			0 / 2	0,0	0 / 1	0,0
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			0 / 255	0,0	0 / 272	0,0
ypN1mi			0 / 0		0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN1a			0 / 0		0 / 0	
ypN1b			0 / 0		0 / 0	
ypN1c			0 / 0		0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2			0 / 255	0,0	0 / 272	0,0
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 255	0,0	0 / 272	0,0
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung) DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn):						
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ :						
Anzahl der gültigen Angaben			10		5	
Median				2,0		0,0
wenn Angabe pN(sn)-Staging						
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten ¹ :						
Anzahl der gültigen Angaben			68		62	
Median				2,0		2,0
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			25	9,7	20	7,4
Grading						
G1			43	16,7	46	16,9
G2			119	46,1	139	51,1
G3			90	34,9	83	30,5
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			3	1,2	4	1,5
Gesamttumorgrösse						
Anzahl der gültigen Angaben			258		272	
Median				17,0		19,0
Anteil <= 10 mm (%)			91 / 258	35,3	91 / 272	33,5
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			54 / 258	20,9	61 / 272	22,4
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			40 / 258	15,5	43 / 272	15,8
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			28 / 258	10,9	33 / 272	12,1
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			16 / 258	6,2	24 / 272	8,8
Anteil > 50 mm (%)			26 / 258	10,1	20 / 272	7,4

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

Histologie und Staging (Fortsetzung) DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			31 / 258	12,0	29 / 272	10,7
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			1 / 258	0,4	2 / 272	0,7
ja			254 / 258	98,4	270 / 272	99,3
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 258	0,0	0 / 272	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			175		209	
Median (mm)				5,0		4,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			10 / 258	3,9	23 / 272	8,5

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			78	30,2	59	21,7
ja			173	67,1	208	76,5
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			2	0,8	3	1,1
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			2	0,8	2	0,7
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹						
ja, einzelne Lymphknoten			18	7,0	-	-
ja, Axilladissektion			6	2,3	-	-
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
davon			72	27,9	69	25,4
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			67 / 72	93,1	58 / 69	84,1
Farbmarkierung			3 / 72	4,2	6 / 69	8,7
beides			2 / 72	2,8	5 / 69	7,2
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt¹						
ja, einzelne Lymphknoten			17	6,6	-	-
ja, Axilladissektion			0	0,0	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

**Weiterer Behandlungsverlauf
DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdiszipli- närer Tumorkonferenz			246 / 258	95,3	272 / 272	100,0
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			256 / 258	99,2	271 / 272	99,6
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			235 / 258	91,1	258 / 272	94,9

Entlassung DCIS (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			213	82,6	187	68,8
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			45	17,4	27	9,9
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	1	0,4
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	1	0,4
21: Wiederaufnahme			0	0,0	56	20,6
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 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
- 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.5 DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			1 / 15	6,7	2 / 18	11,1
Angaben des Pathologen zum metrischen Sicherheitsabstand						
nein			0 / 15	0,0	1 / 18	5,6
ja			15 / 15	100,0	17 / 18	94,4
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0 / 15	0,0	0 / 18	0,0
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand (abschließende Bewertung)						
Anzahl der gültigen Angaben			15		17	
Median				10,0		5,0
R1-Resektionen (Tumor nicht im Gesunden entfernt)			0 / 15	0,0	1 / 18	5,6

Art der erfolgten Therapie DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			14		17	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			7	50,0	8	47,1
ja			7	50,0	7	41,2
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	1	5,9
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,0	1	5,9

Weiterer Behandlungsverlauf DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			15 / 15	100,0	18 / 18	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			15 / 15	100,0	18 / 18	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			15 / 15	100,0	17 / 18	94,4

Entlassung DCIS (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			13	86,7	13	72,2
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			2	13,3	3	16,7
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	2	11,1
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 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
- 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung

Weiterer Behandlungsverlauf

6.6 LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			11 / 12	91,7	5 / 5	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			12 / 12	100,0	5 / 5	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			12 / 12	100,0	5 / 5	100,0

Entlassung LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			11	91,7	5	100,0
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	8,3	0	0,0
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 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
- 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.7 Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			3	100,0	3	100,0
davon						
pT0			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
pTis			0 / 3	0,0	1 / 3	33,3
pT1 (<= 2 cm)			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
pT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
pT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
pT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
pT2 (> 2 bis 5 cm)			1 / 3	33,3	0 / 3	0,0
pT3 (> 5 cm)			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
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			2 / 3	66,7	2 / 3	66,7
ypT0			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
ypTis			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
ypT3 (> 5 cm)			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
ypT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
ypTX			0 / 3	0,0	0 / 3	0,0

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			4 / 3.804	0,1	3 / 3.638	0,1
davon Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			4 / 4	100,0	3 / 3	100,0
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			0 / 4	0,0	0 / 3	0,0
Staging wurde nicht durchgeführt ¹			0 / 4	0,0	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2013

Weiterer Behandlungsverlauf Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			4 / 4	100,0	3 / 3	100,0
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			4 / 4	100,0	3 / 3	100,0
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			4 / 4	100,0	3 / 3	100,0

Entlassung Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			2	50,0	2	66,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	25,0	1	33,3
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			0	0,0	0	0,0
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	0,0
10: in Pflegeeinrichtung			1	25,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	0	0,0
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 01 Behandlung regulär beendet
- 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
- 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgelt-
bereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere
Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-
Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach
§17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen
voll- und teilstationärer Behandlung

Weiterer Behandlungsverlauf
6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

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

Entlassung Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0	0,0	0	
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			2	100,0	0	
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	
06: Verlegung			0	0,0	0	
07: Tod			0	0,0	0	
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	0	
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	
11: in Hospiz			0	0,0	0	
12: interne Verlegung			0	0,0	0	
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	
16: externe Verlegung			0	0,0	0	
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	
18: Rückverlegung			0	0,0	0	
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	
22: Fallabschluss			0	0,0	0	
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

- 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
- 16 Externe Verlegung mit Rückverlegung oder Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach §17b Abs. 1 Satz 15 KHG mit Rückverlegung
- 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
- 19 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung
- 20 Entlassung vor Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation
- 21 Entlassung oder Verlegung mit nachfolgender Wiederaufnahme
- 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung

Entlassung

6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2013		Gesamt 2013		Gesamt 2012	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			586	86,7	571	85,7
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			89	13,2	89	13,4
03: aus sonstigen Gründen			0	0,0	0	0,0
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	3	0,5
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,0	0	0,0
06: Verlegung			1	0,1	1	0,2
07: Tod			0	0,0	0	0,0
08: Verlegung nach § 14			0	0,0	0	0,0
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,0	1	0,2
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,0	0	0,0
11: in Hospiz			0	0,0	0	0,0
12: interne Verlegung			0	0,0	1	0,2
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,0	0	0,0
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,0	0	0,0
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,0	0	0,0
16: externe Verlegung			0	0,0	0	0,0
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,0	0	0,0
18: Rückverlegung			0	0,0	0	0,0
19: Wiederaufnahme mit Neueinstufung			0	0,0	0	0,0
20: Wiederaufnahme mit Neueinstufung wegen Komplikation			0	0,0	0	0,0
21: Wiederaufnahme			0	0,0	0	0,0
22: Fallabschluss			0	0,0	0	0,0
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

¹ vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

Nähere Informationen zu den verwendeten Scores und den veränderten Regressionsgewichten für 2013 erhalten Sie bei der AQUA - Institut für angewandte Forschung im Gesundheitswesen GmbH (www.sqg.de).

2.1 Vertrauensbereich

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

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2013.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,5\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

Bei einem Referenzbereich von $< 6\%$

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

Dieser ist kleiner als 6% und damit unauffällig.

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

2.3 Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2013 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2012 dargestellt. Diese befinden sich in der Tabelle "Vorjahresdaten" und beinhalten die Kennzahlen zum Qualitätsindikator sowie den dazugehörigen Vertrauensbereich, gerechnet mit den Daten des Vorjahres. Diese Art der Darstellung ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse im Zeitverlauf.

Gerechnet wird mit den Rechenregeln des BQS-Instituts und des AQUA-Instituts © 2014. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2012 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für die 2013 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2013 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

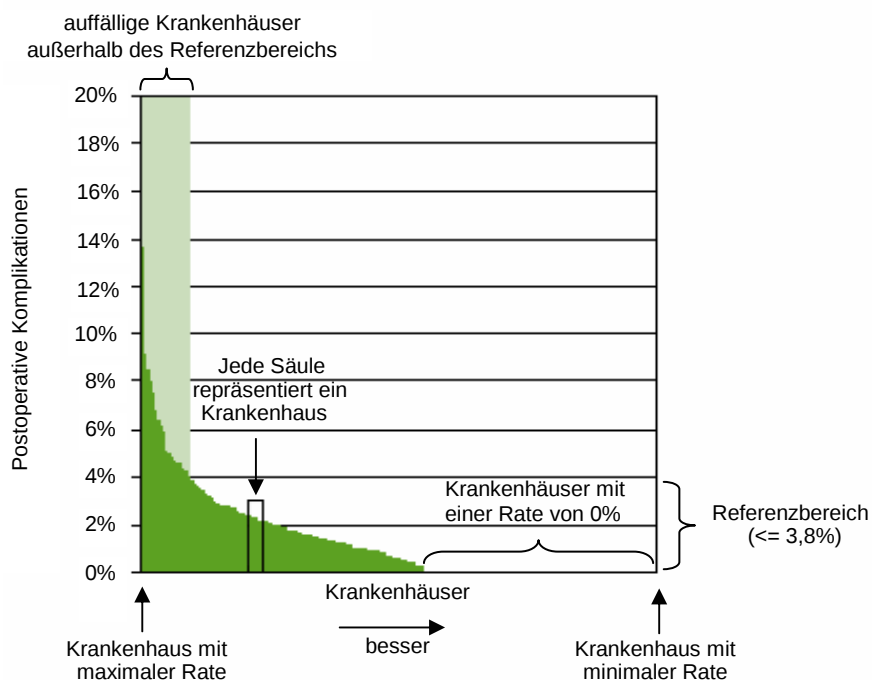
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

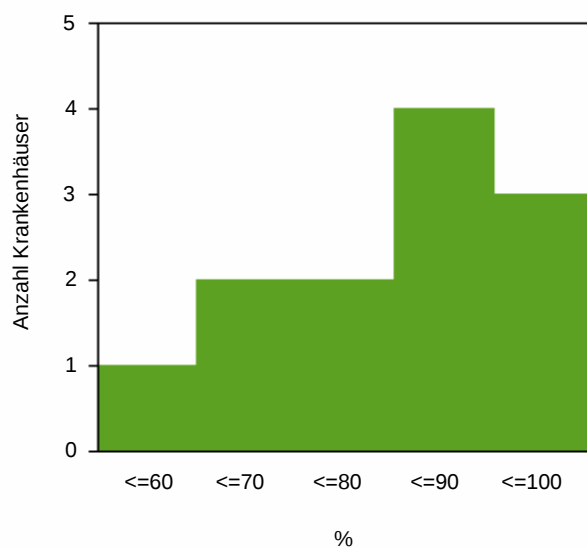
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:	1. Klasse: $\leq 60\%$ 2. Klasse: $> 60\%$ bis $\leq 70\%$ 3. Klasse: $> 70\%$ bis $\leq 80\%$ 4. Klasse: $> 80\%$ bis $\leq 90\%$ 5. Klasse: $> 90\%$ bis $\leq 100\%$

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

Anteil

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

Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID

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

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / Qualitätsindikatorengruppe

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

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

Rate

Siehe Anteil

Spannweite der Krankenhausergebnisse

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

Statistische Maßzahlen

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

Verhältniszahl

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

Vertrauensbereich

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