

Jahresauswertung 2016 Mammachirurgie

18/1

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.472
Datensatzversion: 18/1 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D17007-L105663-P50942

Jahresauswertung 2016 Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.472
Datensatzversion: 18/1 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D17007-L105663-P50942

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2016/18n1-MAMMA/51846							
QI 1³: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung			97,02%	>= 90,00%	innerhalb	96,70%	8
QI 2³: HER2-Positivitätsrate							
2a: 2016/18n1-MAMMA/52268 HER2-Positivitätsrate			9,94%	nicht definiert	-	12,75%	10
2b: 2016/18n1-MAMMA/52273 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden			0,69	nicht definiert	-	0,85	12
QI 3³: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung							
3a: 2016/18n1-MAMMA/52330 bei mammografischer Drahtmarkierung			99,02%	>= 95,00%	innerhalb	99,43%	14
3b: 2016/18n1-MAMMA/52279 bei sonografischer Drahtmarkierung			92,23%	>= 95,00%	außerhalb	88,04%	16
2016/18n1-MAMMA/2163							
QI 4³: Primäre Axilladisektion bei DCIS			0,00 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	1,00 Fälle	18

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. 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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2016/18n1-MAMMA/50719 QI 5³: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie			7,85%	<= 18,39%	innerhalb	6,28%	20
2016/18n1-MAMMA/51847 QI 6³: Indikation zur Sentinel- Lymphknoten-Biopsie			95,16%	>= 90,00%	innerhalb	94,78%	22
2016/18n1-MAMMA/51370 QI 7³: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation			5,41%	<= 24,15%	innerhalb	3,93%	25
2016/18n1-MAMMA/60659 QI 8³: Nachresektionsrate			13,86%	nicht definiert	-	-	27

¹ „innerhalb“ = „innerhalb des Referenzbereiches“, „außerhalb“ = „außerhalb des Referenzbereiches“, „-“ = Referenzbereich nicht definiert

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. 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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2016/18n1-MAMMA/850363 Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“ ³			1,16%	<= 3,30%	innerhalb	2,08%	29
2016/18n1-MAMMA/850364 Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“³			1,15%	<= 2,19%	innerhalb	1,78%	31
2016/18n1-MAMMA/813068 Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie³			26,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	24,00 Fälle	33
2016/18n1-MAMMA/850367 Häufige Angabe „(y)pNX“³			4,00 Fälle	<= 1,00 Fälle	außerhalb	12,00 Fälle	35

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. 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 Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2016	Ergebnis Krankenhaus 2016	Ergebnis Gesamt 2016	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz ¹ Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr ²	Seite
2016/18n1-MAMMA/850365 Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust³			8,63%	<= 12,91%	innerhalb	9,18%	37
2016/18n1-MAMMA/850372 Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptor- status = unbekannt“³			0,81%	<= 2,60%	innerhalb	1,59%	39

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

² Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2016. 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.

Berechnung von Kennzahlen ohne Referenzbereich

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

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

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

Darstellung der Follow-up-Indikatoren

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

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

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

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

Qualitätsindikator 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

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:	2016/18n1-MAMMA/51846
Referenzbereich:	Gruppe 1:	>= 90,00% (Zielbereich)

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

	Gesamt 2016	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	2.114 / 2.179 97,02% 96,22% - 97,65% >= 90,00%	249 / 438 56,85%

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

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	2.054 / 2.124 96,70% 95,86% - 97,38%	216 / 470 45,96%

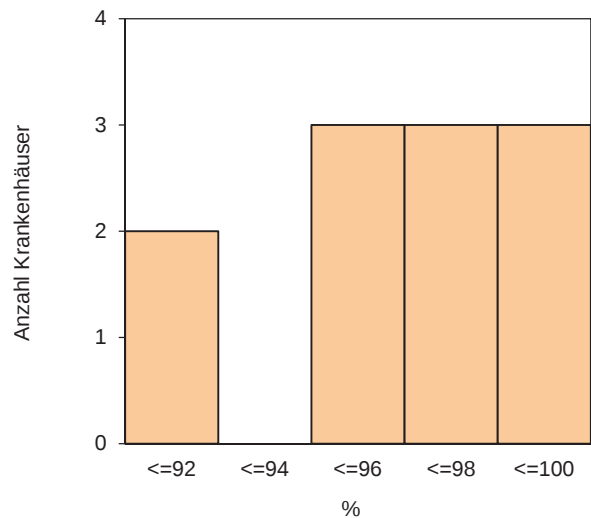
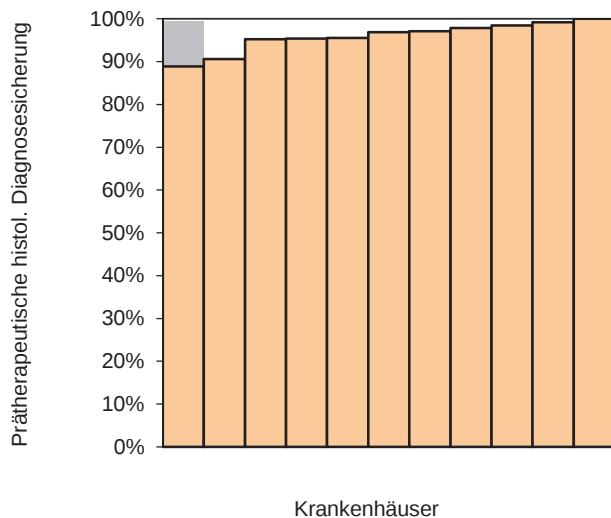
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2016 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2015 ab.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

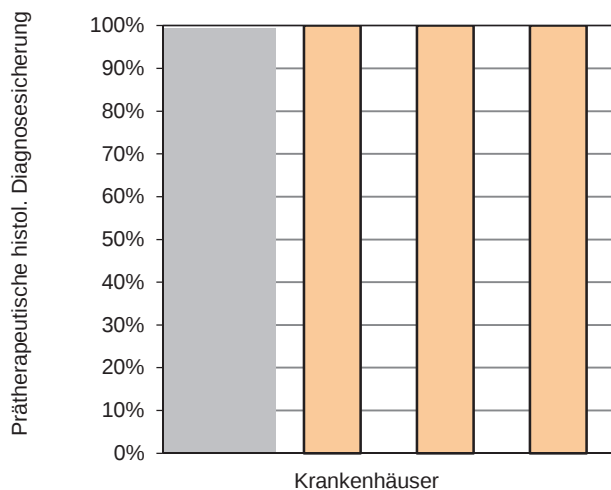
11 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	88,89		90,63	95,24	96,86	98,50	99,24		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: HER2-Positivitätsrate

Qualitätsziel: Angemessene Rate an HER2 positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

HER2-Positivitätsrate

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

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

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

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2-Status			194 / 1.952	9,94%
Vertrauensbereich				8,69% - 11,35%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2-Status			251 / 1.969	12,75%
Vertrauensbereich				11,35% - 14,29%

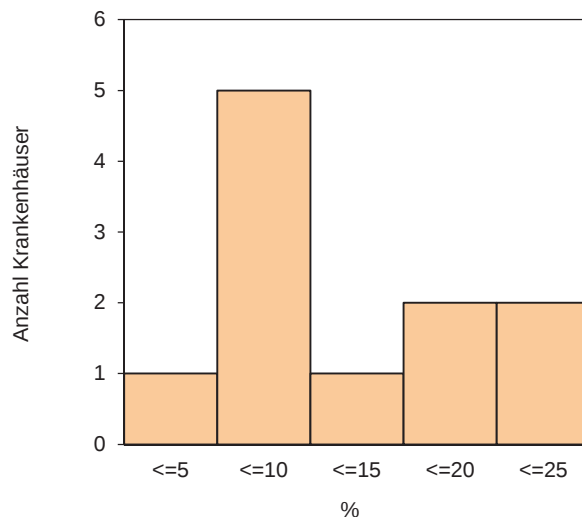
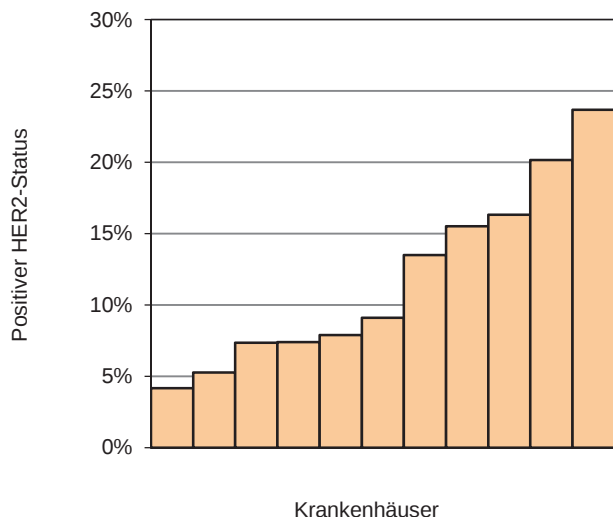
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2016 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2015 ab.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

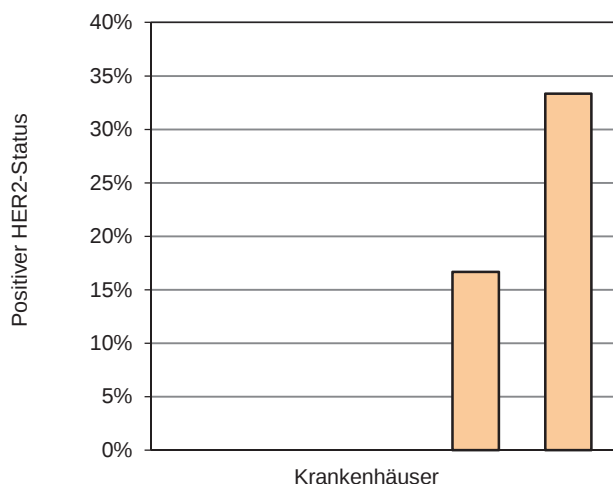
11 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,17		5,26	7,35	9,09	16,33	20,17		23,68

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
	0,00			0,00	0,00	16,67			33,33

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

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

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

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
beobachtet (O)		194 / 1.952 9,94%
vorhergesagt (E) ¹		282,51 / 1.952 14,47%
O - E		-4,53%

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

	Krankenhaus 2016	Gesamt 2016
O / E ²		0,69
Vertrauensbereich		0,60 - 0,78
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

² Verhältnis der beobachteten HER2-positiven Befunde zu den erwarteten HER2-positiven Befunden

Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an HER2-positiven Befunden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an HER2-positiven Befunden ist 20% größer als erwartet.

O / E = 0,90 Die beobachtete Rate an HER2-positiven Befunden ist 10% kleiner als erwartet.

Vorjahresdaten ³	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		251 / 1.969 12,75%
vorhergesagt (E)		295,91 / 1.969 15,03%
O - E		-2,28%
O / E		0,85
Vertrauensbereich		0,76 - 0,95

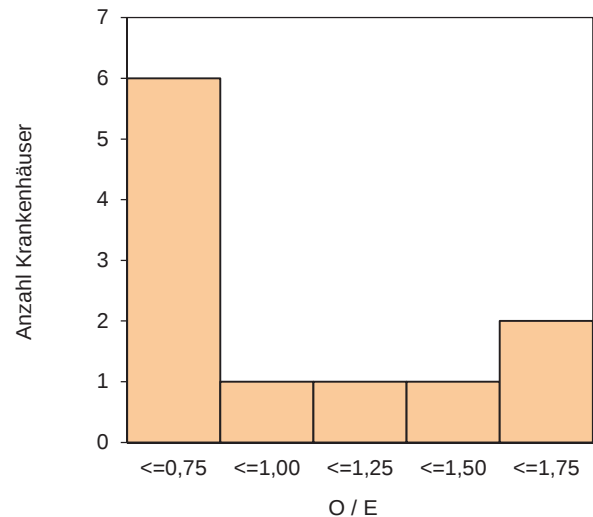
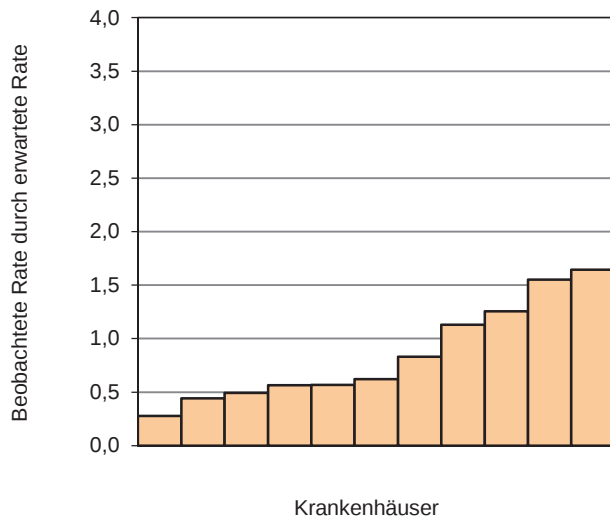
³ Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2015 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2015 abweichen.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

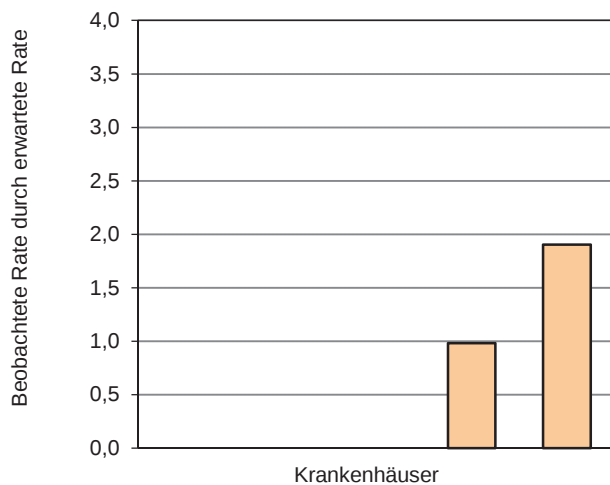
11 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,28		0,44	0,49	0,62	1,26	1,55		1,65

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	0,98			1,90

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

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

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie

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

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			1.010 / 1.020	99,02%
Vertrauensbereich				98,20% - 99,47%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

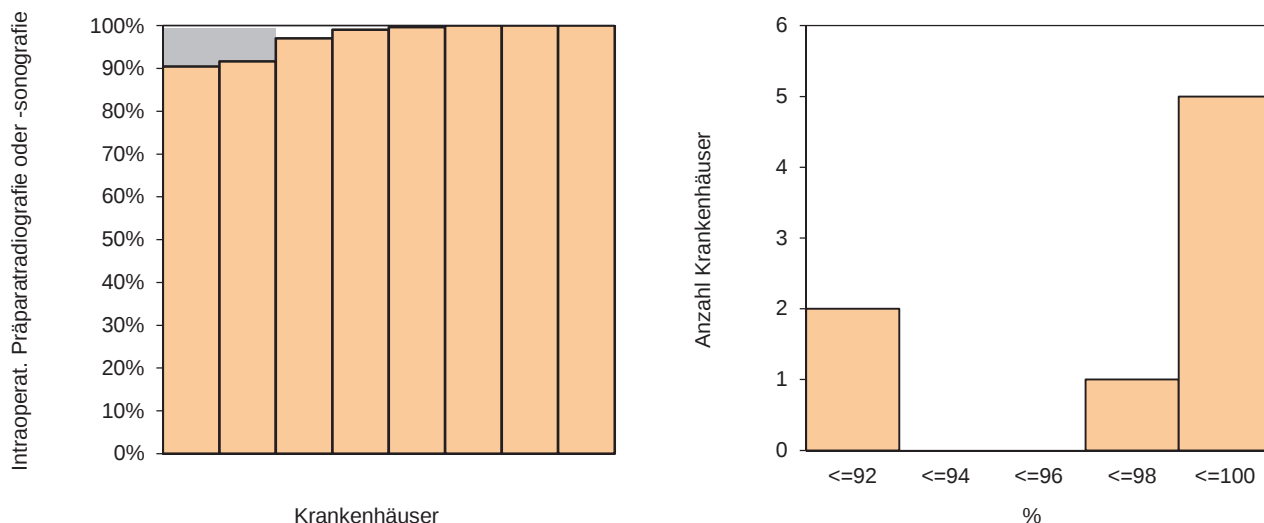
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie			701 / 705	99,43%
Vertrauensbereich				98,55% - 99,78%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

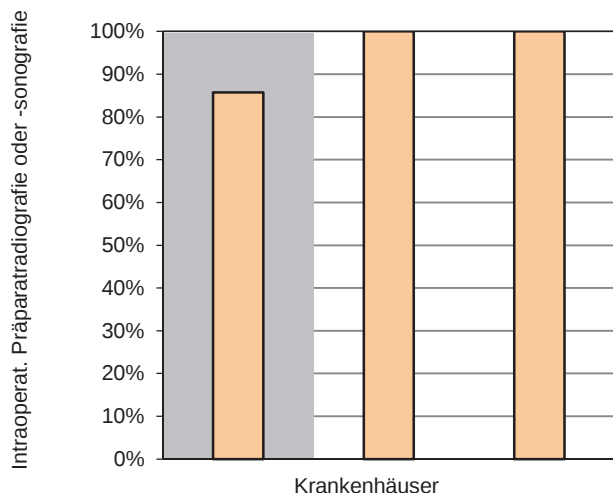
8 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,48			94,34	99,35	100,00			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie

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

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intra- operativer Präparatsonografie Vertrauensbereich Referenzbereich		 92,23% 88,51% - 94,81% >= 95,00%	261 / 283	92,23% 88,51% - 94,81% >= 95,00%

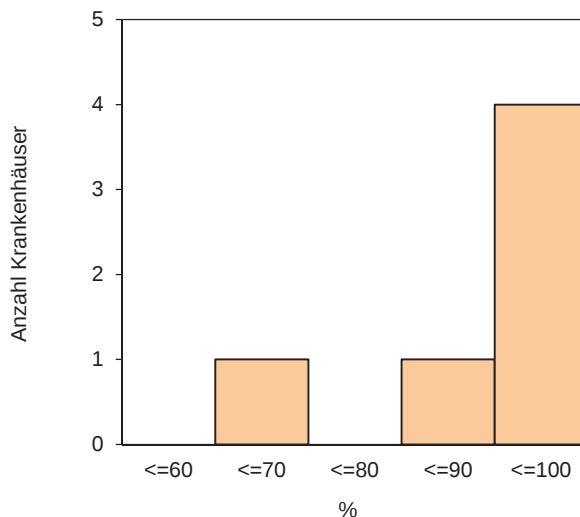
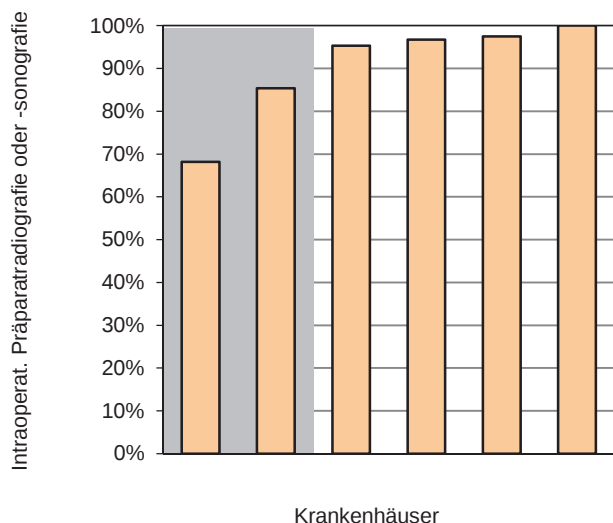
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intra- operativer Präparatsonografie Vertrauensbereich		 88,04% 84,33% - 90,97%	324 / 368	88,04% 84,33% - 90,97%

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

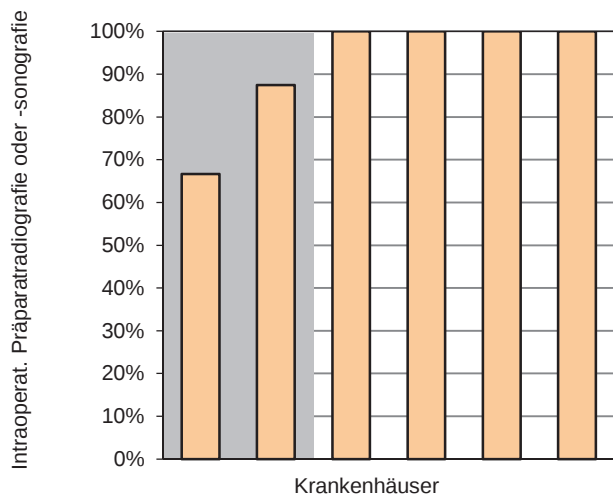
6 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	68,18			85,42	96,06	97,50			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

6 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	66,67			87,50	100,00	100,00			100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Primäre Axilladisektion bei DCIS

Qualitätsziel:	Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladisektion bei DCIS
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹
Indikator-ID:	2016/18n1-MAMMA/2163
Referenzbereich:	Sentinel Event

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			0 / 263	0,00 Fälle 0,00%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladisektion			1 / 284	1,00 Fälle 0,35%

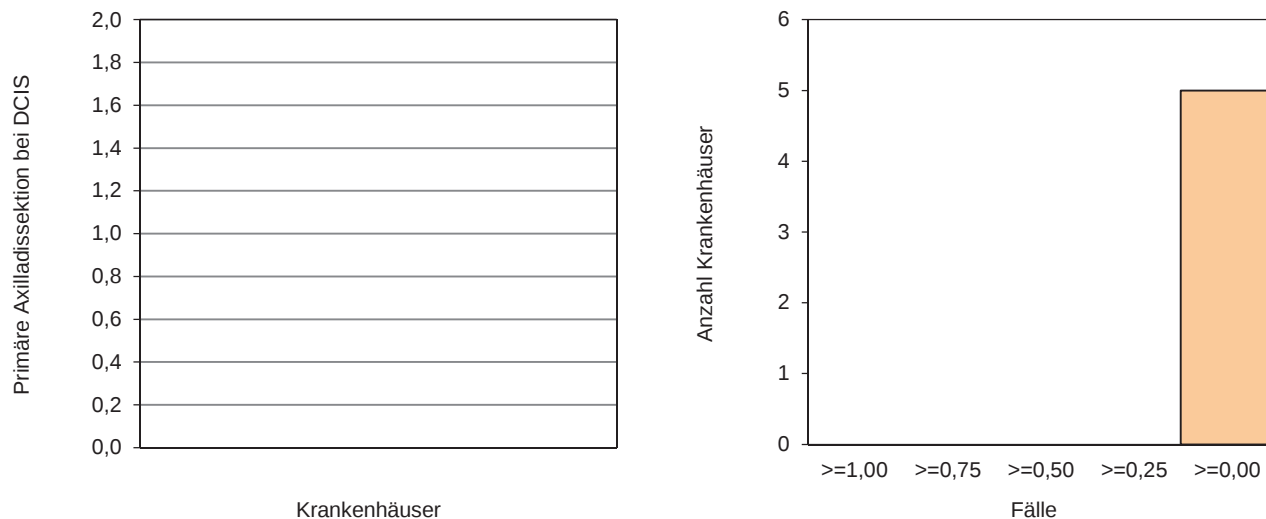
¹ Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

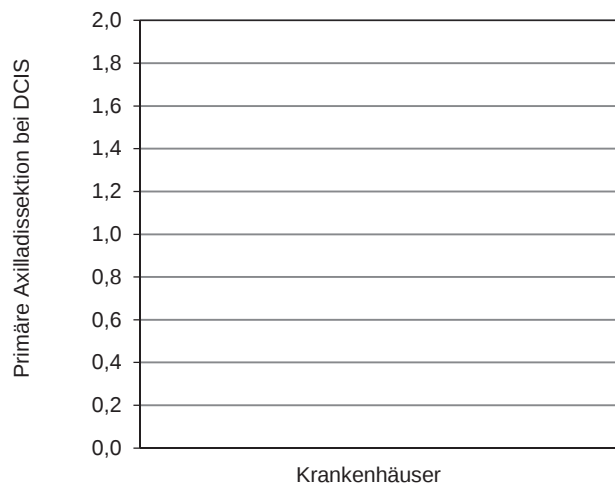
5 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

5 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 5: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie

Qualitätsziel:	Möglichst wenige Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung, brusterhaltender Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹
Indikator-ID:	2016/18n1-MAMMA/50719
Referenzbereich:	<= 18,39% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			15 / 191	7,85%
Vertrauensbereich				4,82% - 12,55%
Referenzbereich		<= 18,39%		<= 18,39%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			2 / 191	1,05%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			13 / 191	6,81%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			13 / 207	6,28%
Vertrauensbereich				3,71% - 10,45%

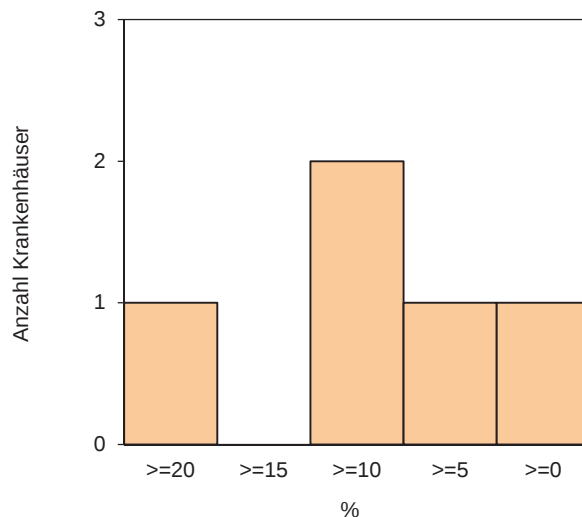
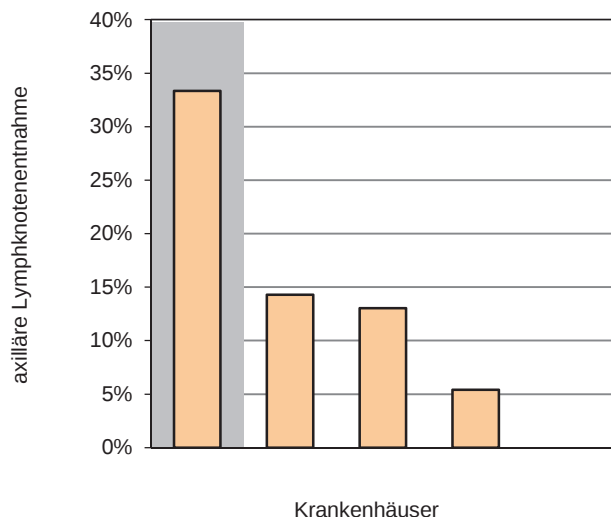
¹ Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

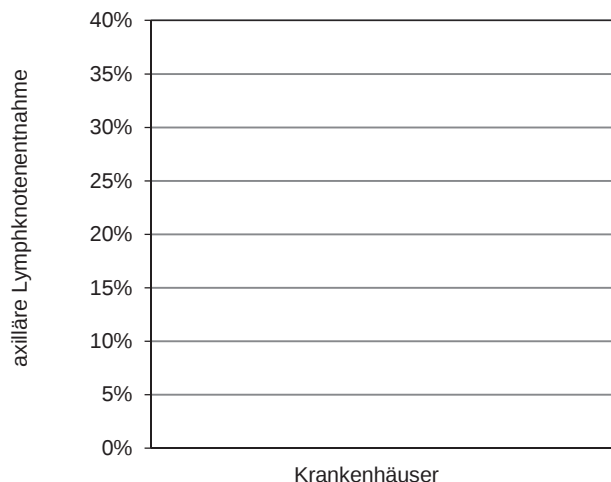
5 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			5,41	13,04	14,29			33,33

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

8 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 6: 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:	2016/18n1-MAMMA/51847	
Referenzbereich:	Gruppe 1:	≥ 90,00% (Zielbereich)	

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

	Gesamt 2016			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion	1.023 / 1.075	730 / 746	276 / 303	17 / 26
Vertrauensbereich	95,16%	97,86%	91,09%	65,38%
Referenzbereich	93,71% - 96,29%			
	≥ 90,00%			

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

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

Vorjahresdaten ¹	Gesamt 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	1.072 / 1.131 94,78% 93,33% - 95,93%	748 / 772 96,89%	294 / 316 93,04%	30 / 43 69,77%

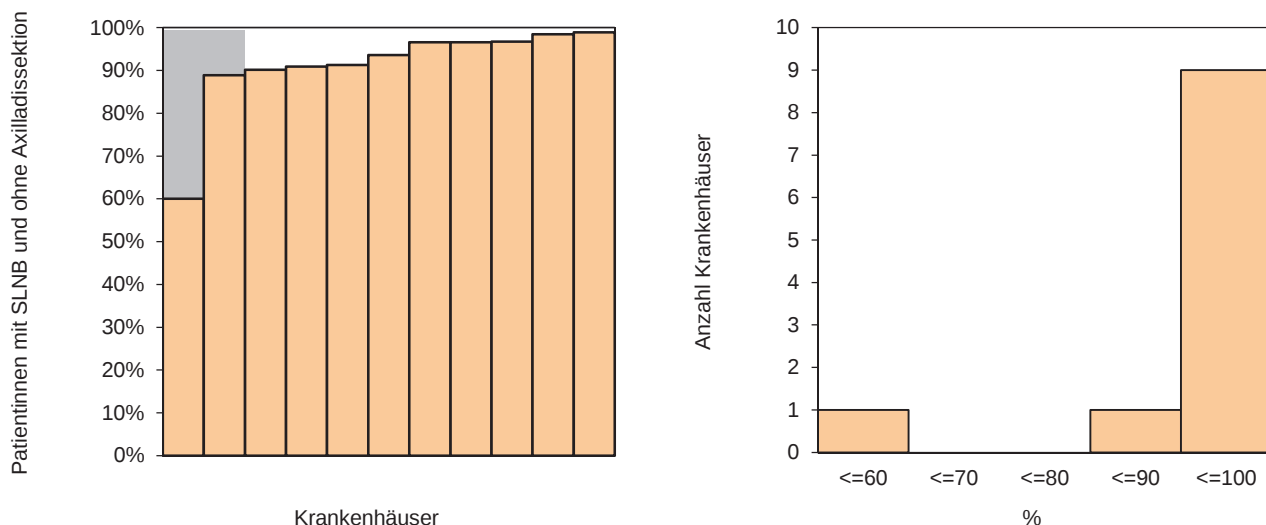
¹ Die Vorjahresergebnisse wurden mit den geänderten Rechenregeln zum Qualitätsindikator 2016 berechnet und weichen deshalb von der Auswertung 2015 ab.

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

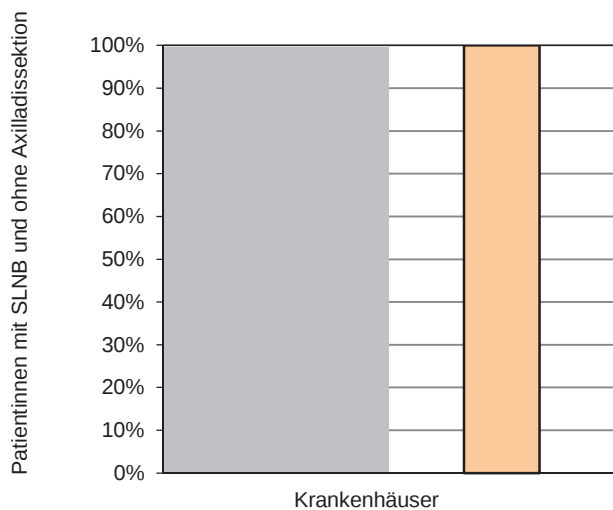
11 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	60,00		88,89	90,16	93,62	96,72	98,46		98,94

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

2 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

4 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Qualitätsziel:	Möglichst viele Patientinnen mit angemessenem zeitlichen Abstand zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Operationsdatum bei Ersteingriff
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen mit Ersteingriff und maligner Neoplasie (einschließlich DCIS) als Primärerkrankung und mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie
Indikator-ID:	2016/18n1-MAMMA/51370
Referenzbereich:	<= 24,15% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			101 / 1.866	5,41%
Vertrauensbereich				4,47% - 6,53%
Referenzbereich		<= 24,15%		<= 24,15%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen ¹			590 / 1.866	31,62%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			74 / 1.881	3,93%
Vertrauensbereich				3,15% - 4,91%
Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen ¹			368 / 1.881	19,56%

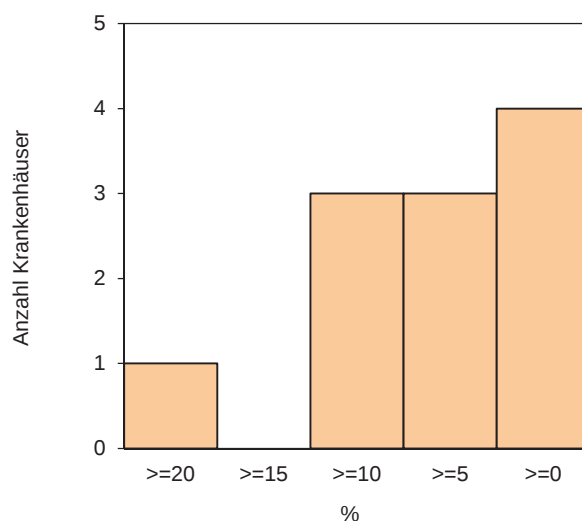
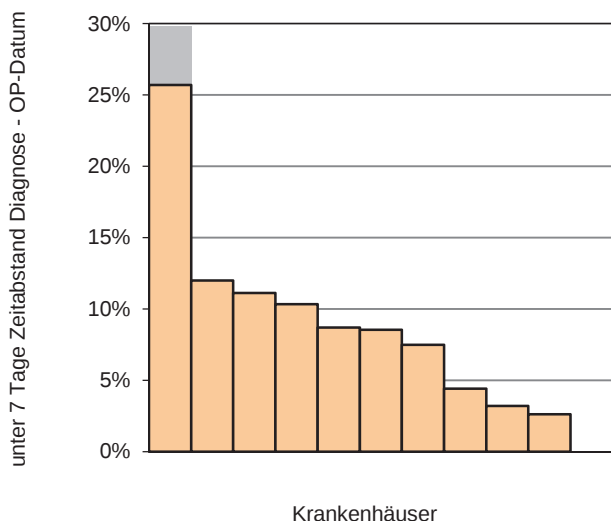
¹ in 2015 Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51371

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

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

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

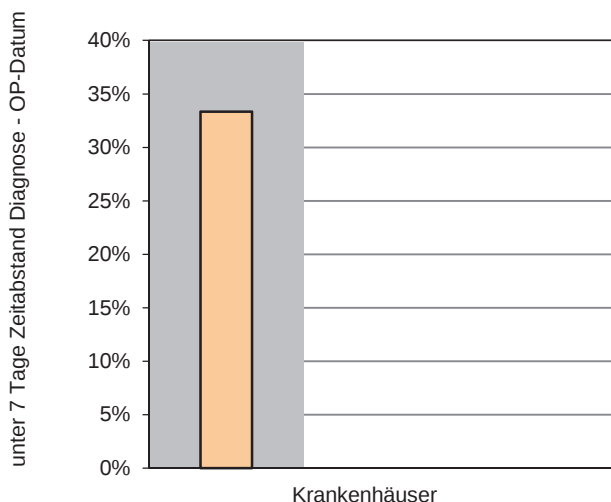
11 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		2,62	3,21	8,55	11,11	12,00		25,71

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

3 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

3 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 8: Nachresektionsrate

Qualitätsziel:	Möglichst häufig Erreichen des R0-Status beim Ersteingriff
Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion
Indikator-ID:	2016/18n1-MAMMA/60659
Referenzbereich:	Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust $\geq 1^1$			287 / 2.070	13,86%
Vertrauensbereich				12,44% - 15,42%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen mit Nachresektion pro Brust $\geq 1^1$	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

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

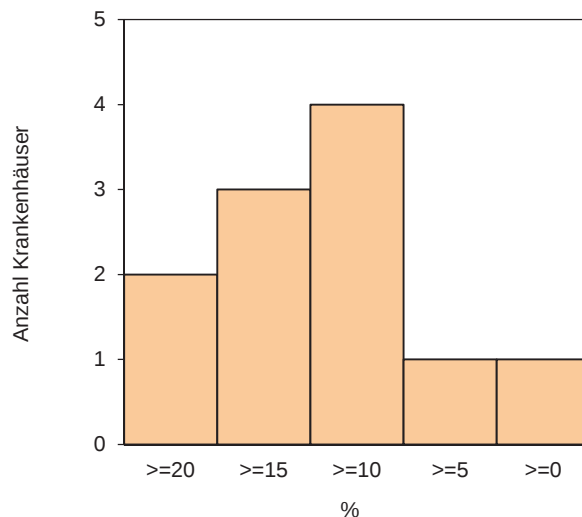
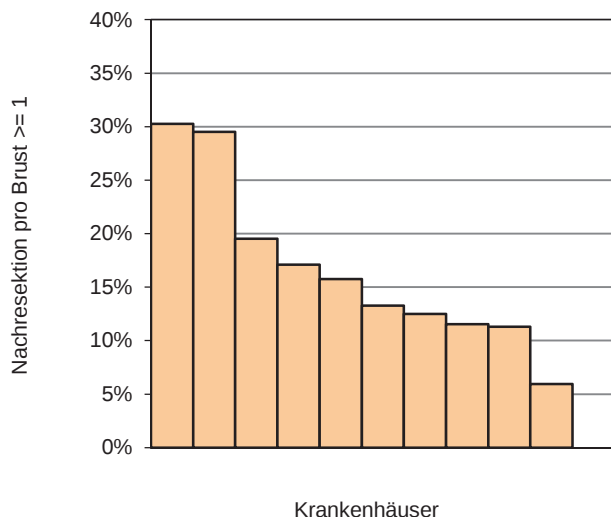
² Aufgrund eines neuen Datenfeldes in der Datensatzspezifikation 2016 können die Vorjahresdaten nicht berechnet werden.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 8, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/60659]:

Anteil von Patientinnen mit Nachresektion pro Brust ≥ 1 an allen Patientinnen mit Primärerkrankung mit invasivem Mammakarzinom oder DCIS, abgeschlossener primär-operativer Therapie und R0-Resektion

Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

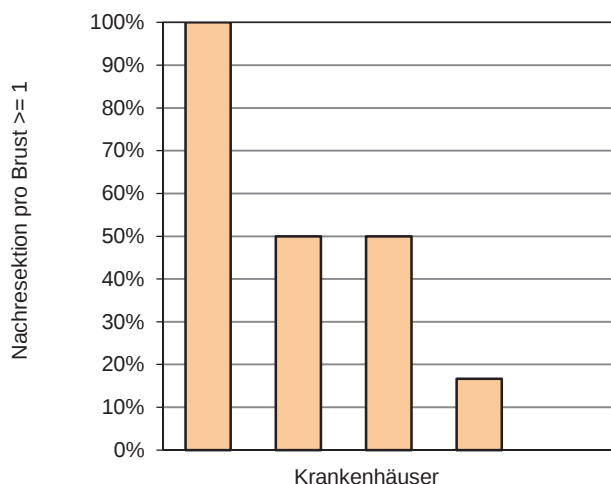
11 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		5,93	11,29	13,28	19,51	29,51		30,25

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
	0,00			16,67	50,00	50,00			100,00

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „HER2-Status = unbekannt“

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

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

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

ID-Bezugsindikator(en): 52268, 52273

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status ¹			23 / 1.979	1,16%
Vertrauensbereich				0,78% - 1,74%
Referenzbereich		<= 3,30%		<= 3,30%

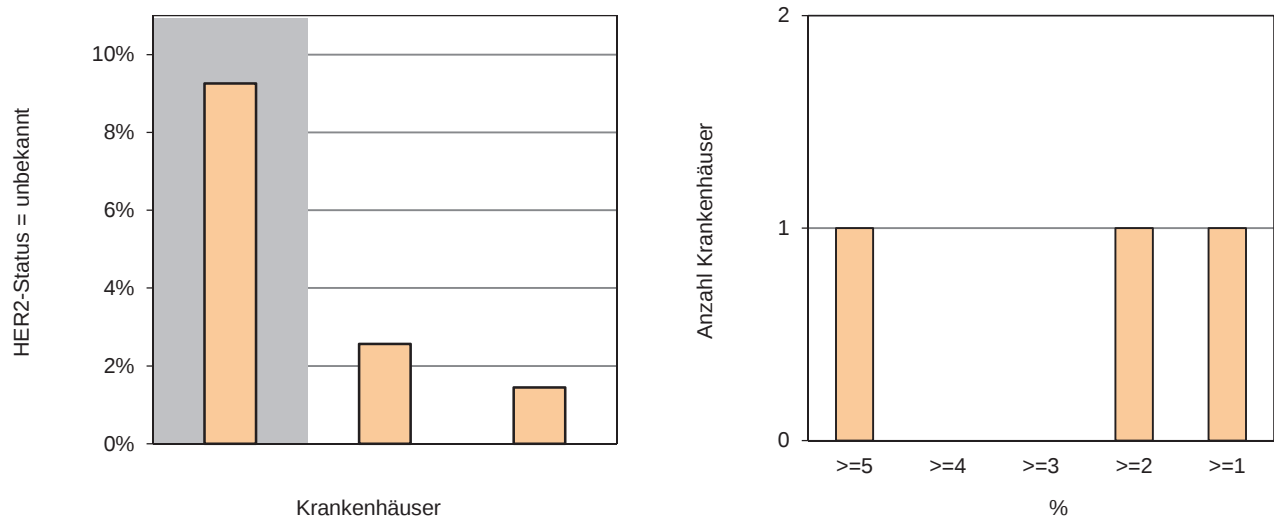
Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status			42 / 2.015	2,08%
Vertrauensbereich				1,55% - 2,81%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

² Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm AK_850363, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850363]:
Anteil an Patientinnen mit unbekanntem HER2-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives
Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 3



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,44				2,56				9,26

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

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

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

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

ID-Bezugsindikator(en): 60659

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen ¹			26 / 2.254	1,15%
Vertrauensbereich				0,79% - 1,68%
Referenzbereich		<= 2,19%		<= 2,19%

Vorjahresdaten ²	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen			41 / 2.307	1,78%
Vertrauensbereich				1,31% - 2,40%

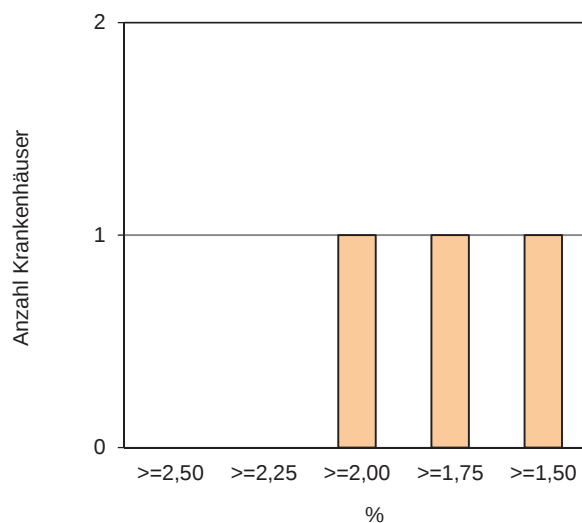
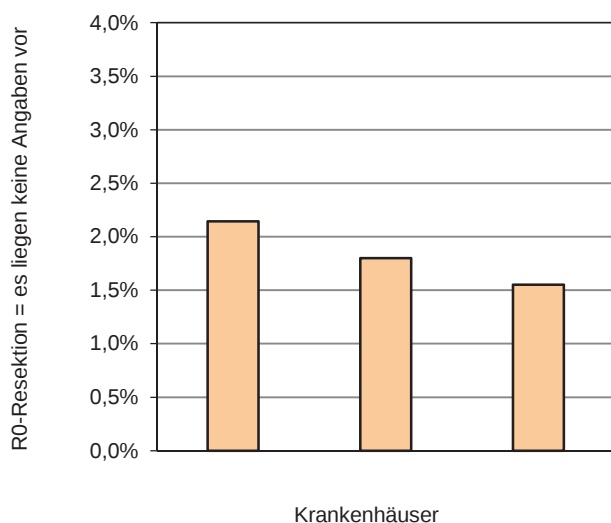
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

² Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850364, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850364]:

Anteil an Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen an allen lebend entlassenen Patientinnen mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives Mammakarzinom oder DCIS

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 3



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,55				1,80				2,14

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

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

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ ¹ Referenzbereich		 <= 4,00 Fälle	26 / 2.261	 26,00 Fälle <= 4,00 Fälle

Vorjahresdaten²	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“			24 / 2.030	 24,00 Fälle

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

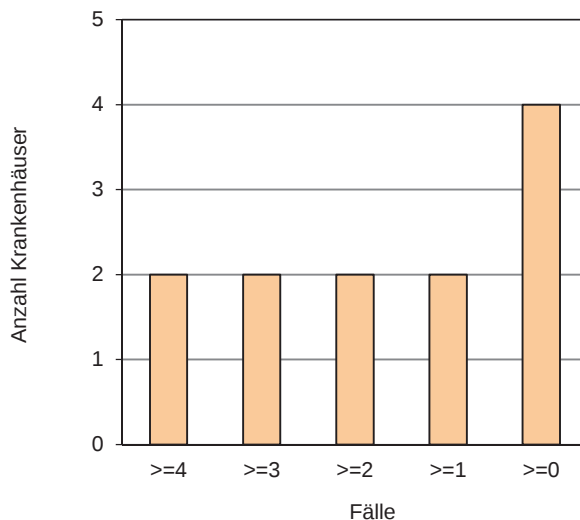
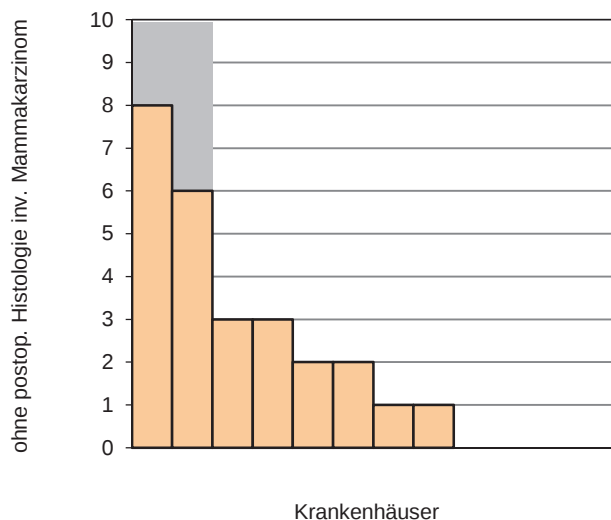
² Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_813068, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/813068]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

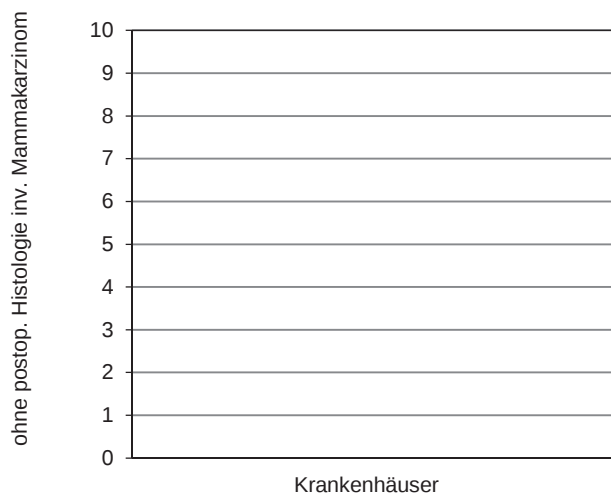
12 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

4 Krankenhäuser haben weniger als 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



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

1 Krankenhaus hat keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „(y)pNX“

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

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

Referenzbereich: <= 1,00 Fälle

ID-Bezugsindikator(en): 52273, 51847

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde			4 / 1.943	4,00 Fälle
Referenzbereich		<= 1,00 Fälle		<= 1,00 Fälle

Vorjahresdaten ¹	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde			12 / 1.956	12,00 Fälle

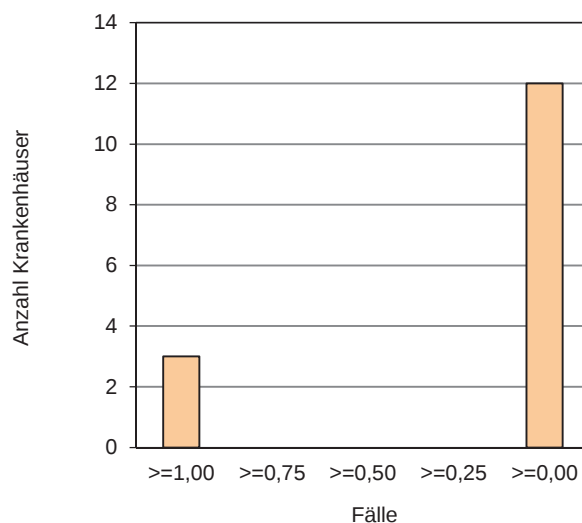
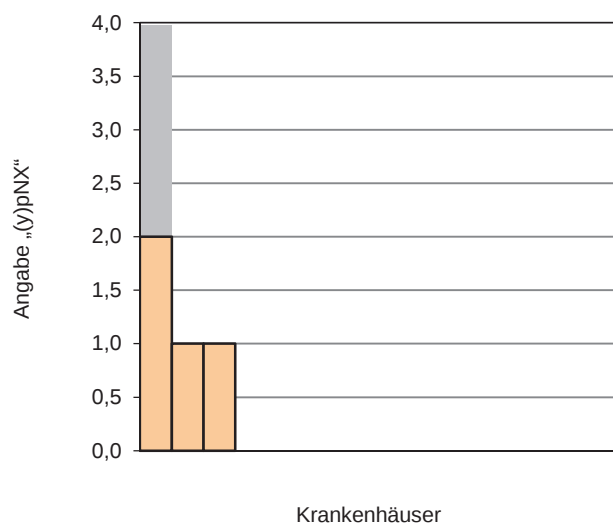
¹ Die Vorjahresergebnisse können aufgrund geänderter Rechenregeln von der Auswertung 2015 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850367, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850367]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:

15 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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

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

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

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde ¹			309 / 3.580	8,63%
Vertrauensbereich				7,76% - 9,60%
Referenzbereich		<= 12,91%		<= 12,91%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde			316 / 3.442	9,18%
Vertrauensbereich				8,26% - 10,19%

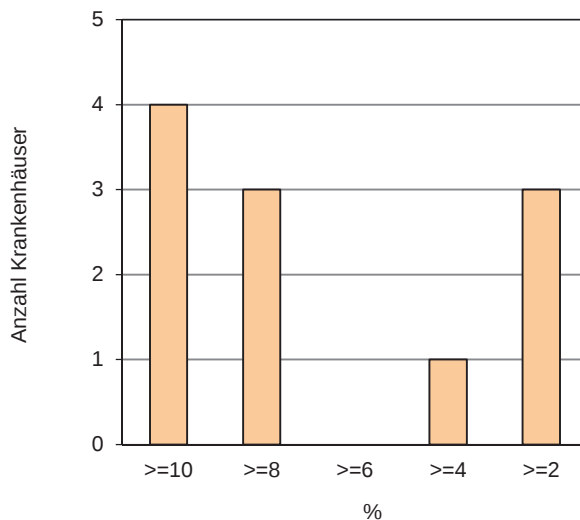
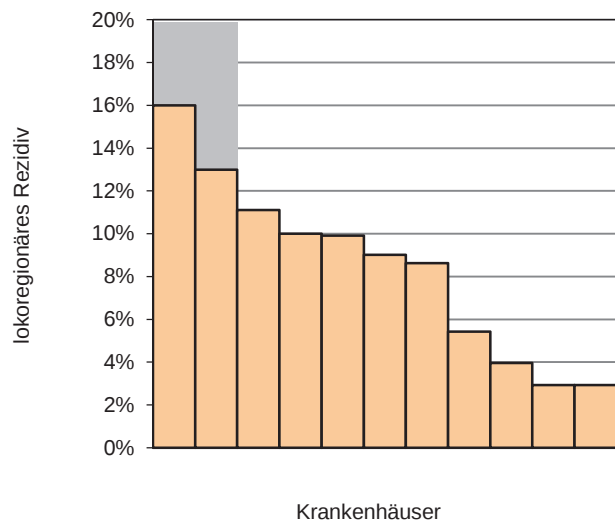
¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 20 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK_850365, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850365]:

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

Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:

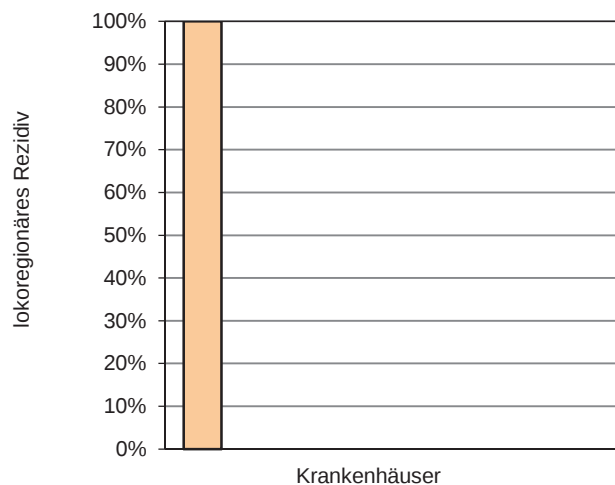
11 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	2,92		2,93	3,96	9,01	11,11	12,99		16,00

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
	0,00			0,00	0,00	0,00			100,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium: Häufige Angabe „immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus = unbekannt“

Grundgesamtheit:	Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie
Indikator-ID:	2016/18n1-MAMMA/850372
Referenzbereich:	<= 2,60% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
ID-Bezugsindikator(en):	52268, 52273

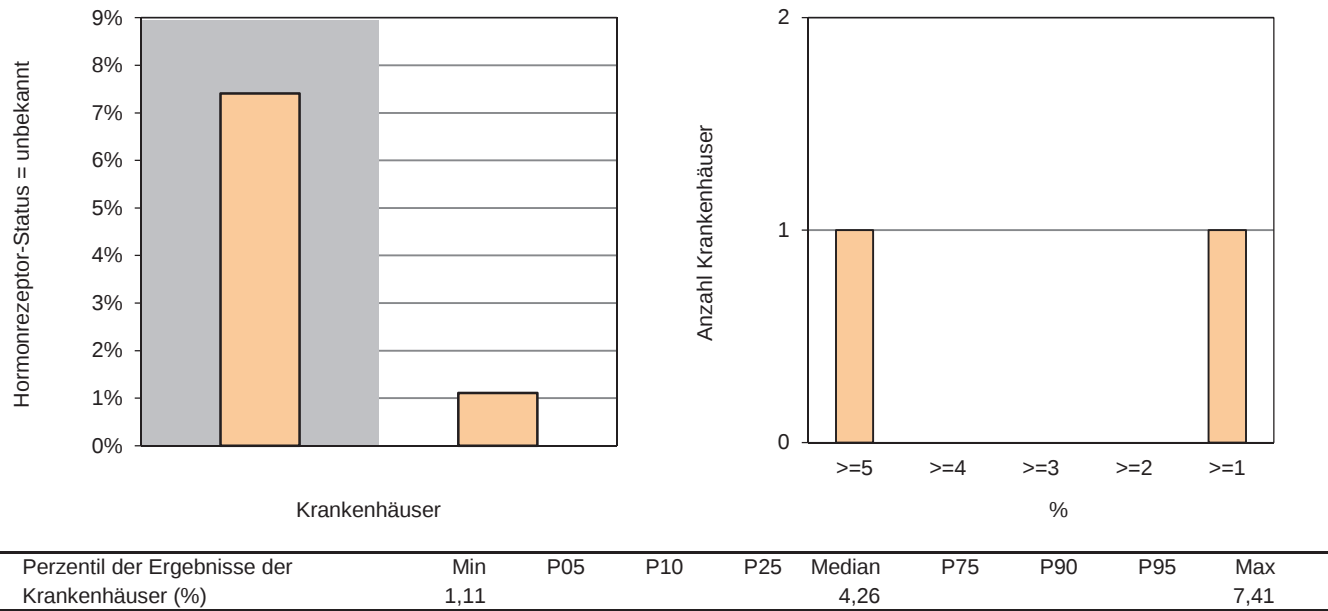
	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status ¹			16 / 1.979	0,81%
Vertrauensbereich				0,50% - 1,31%
Referenzbereich		<= 2,60%		<= 2,60%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status			32 / 2.015	1,59%
Vertrauensbereich				1,13% - 2,23%

¹ Eine Auffälligkeit liegt nur bei mindestens 2 Fällen im Merkmal vor.

Verteilung der Krankenhauseergebnisse [Diagramm AK_850372, Indikator-ID 2016/18n1-MAMMA/850372]:
 Anteil von Patientinnen mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status an allen Patientinnen mit
 Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 2



Jahresauswertung 2016 Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Hamburg Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Hamburg): 17
Anzahl Datensätze Gesamt: 3.472
Datensatzversion: 18/1 2016
Datenbankstand: 01. März 2017
2016 - D17007-L105663-P50942

Übersicht Basisauswertung

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

Hinweis:

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

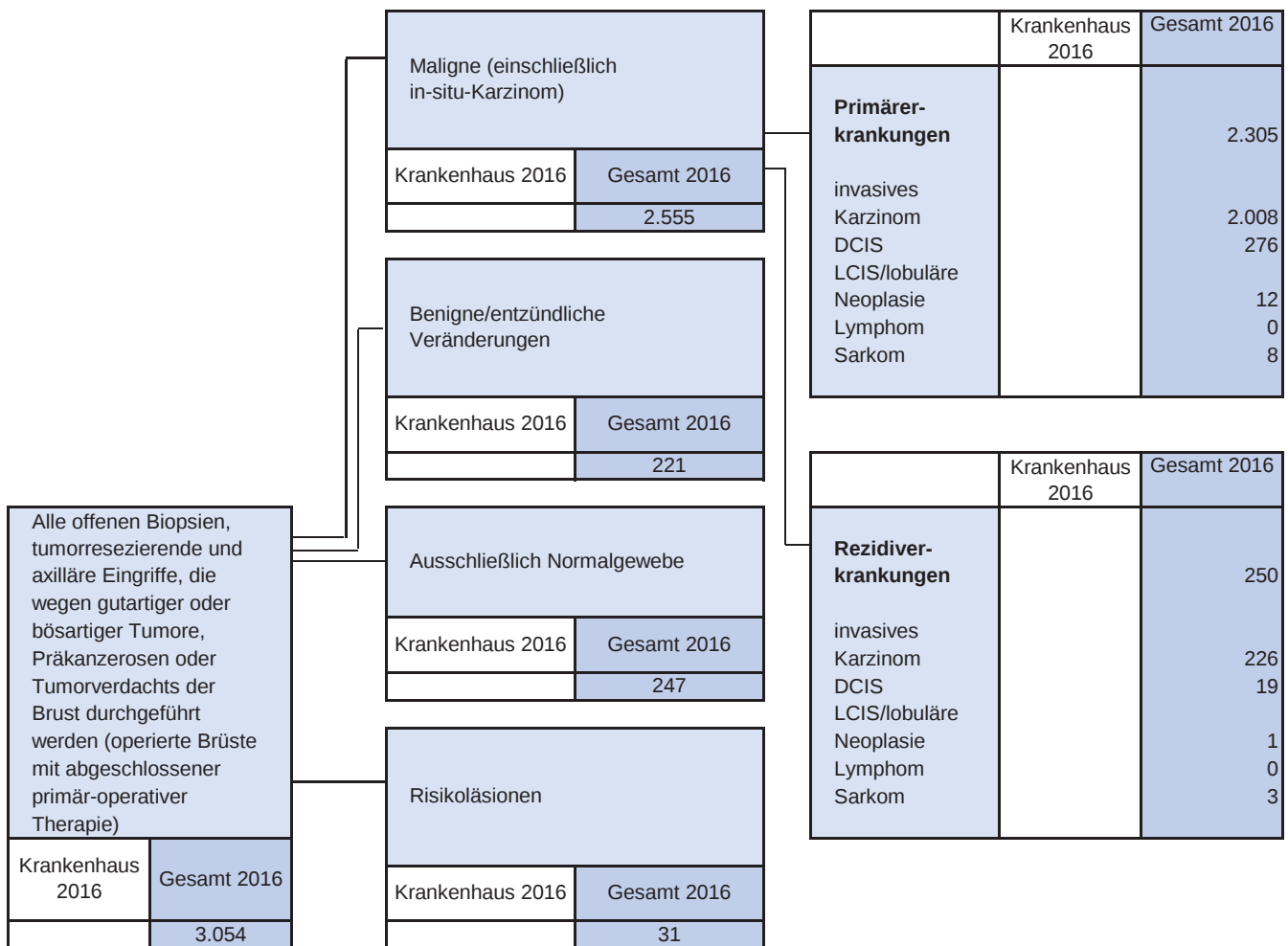
1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
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			3.054 / 3.484	87,66	3.147 / 3.442	91,43
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			247 / 3.054	8,09	312 / 3.147	9,91
= benigne/entzündliche Veränderung			221 / 3.054	7,24	226 / 3.147	7,18
= Risikoläsion			31 / 3.054	1,02	21 / 3.147	0,67
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.555 / 3.054	83,66	2.588 / 3.147	82,24

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Primärerkrankung			2.305 / 2.555	90,22	2.352 / 2.588	90,88
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			2.008 / 2.305	87,11	2.024 / 2.352	86,05
DCIS			276 / 2.305	11,97	294 / 2.352	12,50
LCIS/Lobuläre Neoplasie			12 / 2.305	0,52	9 / 2.352	0,38
Lymphom			0 / 2.305	0,00	1 / 2.352	0,04
Sarkom			8 / 2.305	0,35	2 / 2.352	0,09
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):						
Rezidiverkrankung			250 / 2.555	9,78	236 / 2.588	9,12
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			226 / 250	90,40	204 / 236	86,44
DCIS			19 / 250	7,60	31 / 236	13,14
LCIS/Lobuläre Neoplasie			1 / 250	0,40	0 / 236	0,00
Lymphom			0 / 250	0,00	0 / 236	0,00
Sarkom			3 / 250	1,20	1 / 236	0,42

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)



2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore) Basisdaten

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			973	28,02	904	26,98
2. Quartal			893	25,72	791	23,60
3. Quartal			839	24,16	796	23,75
4. Quartal			767	22,09	860	25,66
Gesamt			3.472		3.351	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2016

Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2016

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

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2016

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2016			Gesamt 2016			Gesamt 2015		
	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹	ICD	Anzahl	% ¹
1				C50.4	1.246	35,89	C50.4	1.197	35,72
2				C50.8	482	13,88	C50.8	486	14,50
3				D24	324	9,33	D24	338	10,09
4				C50.2	324	9,33	C50.2	320	9,55
5				C50.9	267	7,69	C50.5	255	7,61

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

Patientinnen

	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			22 / 3.472	0,63	18 / 3.351	0,54
20 - 29 Jahre			61 / 3.472	1,76	68 / 3.351	2,03
30 - 39 Jahre			214 / 3.472	6,16	213 / 3.351	6,36
40 - 49 Jahre			603 / 3.472	17,37	657 / 3.351	19,61
50 - 59 Jahre			885 / 3.472	25,49	858 / 3.351	25,60
60 - 69 Jahre			749 / 3.472	21,57	673 / 3.351	20,08
70 - 79 Jahre			683 / 3.472	19,67	637 / 3.351	19,01
>= 80 Jahre			255 / 3.472	7,34	227 / 3.351	6,77
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			3.472		3.351	
Median				59,00		58,00
Geschlecht						
männlich			25	0,72	20	0,60
weiblich			3.447	99,28	3.331	99,40
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			1.568	45,16	1.580	47,15
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.455	41,91	1.385	41,33
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			436	12,56	375	11,19
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			13	0,37	11	0,33
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	0	0,00

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom¹ (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			2.534 / 3.472	72,98	2.439 / 3.351	72,78
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			2.534 3,00		2.439 3,00	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			2.534 3,00		2.439 3,00	
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			938 / 3.472	27,02	912 / 3.351	27,22
Postoperative Verweildauer² (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			938 2,00		912 2,00	
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage) Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe Median			938 2,00		912 2,00	

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 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			1.811 / 3.580	50,59	1.708 / 3.442	49,62
links			1.769 / 3.580	49,41	1.734 / 3.442	50,38
Erkrankung oder Eingriff an dieser Brust						
Primärerkrankung			3.175 / 3.580	88,69	3.126 / 3.442	90,82
lokoregionäres Rezidiv nach BET			230 / 3.580	6,42	241 / 3.442	7,00
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			79 / 3.580	2,21	75 / 3.442	2,18
ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion ¹			29 / 3.580	0,81	-	-
prophylaktische Mastektomie ¹			67 / 3.580	1,87	-	-
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung						
wenn ja:			2.668 / 3.175	84,03	2.635 / 3.126	84,29
Tastbarer Mammabefund						
			1.637 / 2.668	61,36	1.766 / 2.635	67,02
Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms²						
ja			520 / 2.668	19,49	-	-
nein			2.100 / 2.668	78,71	-	-
unbekannt			48 / 2.668	1,80	-	-

¹ neuer Schlüsselwert in 2016

² neues Datenfeld in 2016

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.517 / 1.637	92,67	1.603 / 1.766	90,77
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			891 / 1.031	86,42	698 / 869	80,32
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			2.408 / 2.668	90,25	2.301 / 2.635	87,32
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			32 / 2.408	1,33	39 / 2.301	1,69
= benigne/entzündliche Veränderung			98 / 2.408	4,07	101 / 2.301	4,39
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			182 / 2.408	7,56	141 / 2.301	6,13
= malignitätsverdächtig			25 / 2.408	1,04	39 / 2.301	1,69
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.071 / 2.408	86,00	1.981 / 2.301	86,09

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

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen) davon:						
invasives Karzinom			2.071 / 2.408	86,00	1.981 / 2.301	86,09
DCIS			1.830 / 2.109	86,77	1.761 / 2.000	88,05
LCIS/Lobuläre Neoplasie			261 / 2.109	12,38	219 / 2.000	10,95
Lymphom			11 / 2.109	0,52	6 / 2.000	0,30
Sarkom			0 / 2.109	0,00	0 / 2.000	0,00
			6 / 2.109	0,28	3 / 2.000	0,15

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv)						
wenn ja:						
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			218 / 309	70,55	195 / 316	61,71
= benigne/entzündliche Veränderung			1 / 218	0,46	1 / 195	0,51
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			8 / 218	3,67	4 / 195	2,05
= malignitätsverdächtig			15 / 218	6,88	15 / 195	7,69
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3 / 218	1,38	8 / 195	4,10
			191 / 218	87,61	167 / 195	85,64

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

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)						
davon:						
invasives Karzinom			191 / 218	87,61	167 / 195	85,64
DCIS			170 / 191	89,01	143 / 167	85,63
LCIS/Lobuläre Neoplasie			20 / 191	10,47	24 / 167	14,37
Lymphom			0 / 191	0,00	0 / 167	0,00
Sarkom			0 / 191	0,00	0 / 167	0,00
			1 / 191	0,52	0 / 167	0,00

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			1.240 / 2.668	46,48	1.653 / 2.635	62,73
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			1.182 / 2.408	49,09	1.545 / 2.301	67,14
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung und mit Befund invasives Mammarkarzinom oder DCIS			1.083 / 2.054	52,73	1.404 / 1.962	71,56
abgeschlossene präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			454 / 2.668	17,02	165 / 2.635	6,26
abgeschlossene präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammarkarzinom			213 / 1.803	11,81	162 / 1.745	9,28

4. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes						
Anzahl der gültigen Angaben			3.604		3.467	
Median				1,00		1,00
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
nein			1.329 / 3.508	37,88	1.088 / 3.467	31,38
ja, durch Mammografie			2.179 / 3.508	62,12	2.379 / 3.467	68,62
ja, durch Sonografie			1.020 / 3.508	29,08	705 / 3.467	20,33
ja, durch MRT			283 / 3.508	8,07	368 / 3.467	10,61
			26 / 3.508	0,74	15 / 3.467	0,43
Intraoperative Präparate-radiografie oder -sonografie						
nein			45 / 1.329	3,39	51 / 1.088	4,69
intraoperative						
Präparateradiografie			907 / 1.329	68,25	918 / 1.088	84,38
intraoperative						
Präparatesonografie			377 / 1.329	28,37	119 / 1.088	10,94

OPS 2016

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2016

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-870.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)
4	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
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	5-870.21	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)

OPS 2016

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2016			Gesamt 2016			Gesamt 2015		
	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹	OPS	Anzahl	% ¹
1				5-401.11	1.373	38,10	5-401.11	1.402	40,44
2				5-870.a1	852	23,64	5-870.a2	883	25,47
3				5-870.a2	827	22,95	5-870.a1	668	19,27
4				5-872.1	536	14,87	5-872.1	517	14,91
5				5-870.91	256	7,10	5-870.91	322	9,29
6				5-870.21	160	4,44	5-870.21	155	4,47

¹ Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv¹ (Bezug: Eingriffe)			1.597 / 3.508	45,52	1.591 / 3.467	45,89
Perioperative Antibiotikaphylaxe			3.474 / 3.604	96,39	3.369 / 3.467	97,17

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore)

Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			225 / 3.580	6,28	144 / 3.442	4,18
Wundinfektion			21 / 3.580	0,59	13 / 3.442	0,38
operative Revision wegen						
Nachblutung			64 / 3.580	1,79	55 / 3.442	1,60
Serom			130 / 3.580	3,63	58 / 3.442	1,69
sonstige			27 / 3.580	0,75	24 / 3.442	0,70

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv						
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			253 / 3.484	7,26	315 / 3.442	9,15
= benigne/entzündliche Veränderung			222 / 3.484	6,37	229 / 3.442	6,65
= Risikoläsion			33 / 3.484	0,95	24 / 3.442	0,70
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.976 / 3.484	85,42	2.874 / 3.442	83,50
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			3.054 / 3.484	87,66	3.147 / 3.442	91,43
wenn nein: weitere Therapieempfehlung						
Empfehlung zur Nachresektion			177 / 430	41,16	124 / 295	42,03
Empfehlung zur Mastektomie			120 / 430	27,91	74 / 295	25,08
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			22 / 430	5,12	11 / 295	3,73
Empfehlung zur Axilladisektion			20 / 430	4,65	13 / 295	4,41
Empfehlung zur BET			32 / 430	7,44	28 / 295	9,49
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			59 / 430	13,72	45 / 295	15,25

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.2 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	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)			1.714 / 3.580	47,88	1.823 / 3.442	52,96
davon						
pT0			4 / 1.714	0,23	5 / 1.823	0,27
pTis			6 / 1.714	0,35	4 / 1.823	0,22
pT1 (<= 2 cm)			954 / 1.714	55,66	1.014 / 1.823	55,62
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			12 / 954	1,26	25 / 1.014	2,47
pT1a (<= 5 mm)			79 / 954	8,28	87 / 1.014	8,58
pT1b (<= 10 mm)			303 / 954	31,76	276 / 1.014	27,22
pT1c (<= 20 mm)			560 / 954	58,70	626 / 1.014	61,74
pT2 (> 2 bis 5 cm)			571 / 1.714	33,31	647 / 1.823	35,49
pT3 (> 5 cm)			103 / 1.714	6,01	101 / 1.823	5,54
pT4 (Brustwand/Haut)			43 / 1.714	2,51	34 / 1.823	1,87
davon						
pT4a (Brustwand)			4 / 43	9,30	3 / 34	8,82
pT4b (Ödem)			38 / 43	88,37	29 / 34	85,29
pT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 43	2,33	2 / 34	5,88
pT4d (inflammatorisch)			0 / 43	0,00	0 / 34	0,00
pTX			33 / 1.714	1,93	18 / 1.823	0,99

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 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	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)			294 / 3.580	8,21	201 / 3.442	5,84
davon						
ypT0			124 / 294	42,18	59 / 201	29,35
ypTis			9 / 294	3,06	7 / 201	3,48
ypT1 (<= 2 cm)			91 / 294	30,95	81 / 201	40,30
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			5 / 91	5,49	2 / 81	2,47
ypT1a (<= 5 mm)			22 / 91	24,18	28 / 81	34,57
ypT1b (<= 10 mm)			19 / 91	20,88	19 / 81	23,46
ypT1c (<= 20 mm)			45 / 91	49,45	32 / 81	39,51
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			43 / 294	14,63	28 / 201	13,93
ypT3 (> 5 cm)			13 / 294	4,42	18 / 201	8,96
ypT4 (Brustwand/Haut)			12 / 294	4,08	7 / 201	3,48
davon						
ypT4a (Brustwand)			1 / 12	8,33	0 / 7	0,00
ypT4b (Ödem)			10 / 12	83,33	6 / 7	85,71
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 12	0,00	0 / 7	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			1 / 12	8,33	1 / 7	14,29
ypTX			2 / 294	0,68	1 / 201	0,50

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 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumorspezifische Therapie¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom ohne präoperative tumorspezifische Therapie ² (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.768 / 3.580	49,39	1.846 / 3.442	53,63
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.137 / 1.768	64,31	1.158 / 1.846	62,73
pN0(sn)			1.065 / 1.137	93,67	1.091 / 1.158	94,21
pN0			72 / 1.137	6,33	67 / 1.158	5,79
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			396 / 1.768	22,40	428 / 1.846	23,19
pN1mi			8 / 396	2,02	9 / 428	2,10
pN1mi(sn)			61 / 396	15,40	66 / 428	15,42
pN1a			165 / 396	41,67	164 / 428	38,32
pN1a(sn) ³			125 / 396	31,57	-	-
pN1b			0 / 396	0,00	0 / 428	0,00
pN1c			0 / 396	0,00	2 / 428	0,47
pN1(sn)			37 / 396	9,34	187 / 428	43,69
pN2			97 / 1.768	5,49	79 / 1.846	4,28
pN2a			88 / 97	90,72	79 / 79	100,00
pN2a(sn) ³			9 / 97	9,28	-	-
pN2b			0 / 97	0,00	0 / 79	0,00
pN3			48 / 1.768	2,71	58 / 1.846	3,14
pN3a			48 / 48	100,00	57 / 58	98,28
pN3b			0 / 48	0,00	0 / 58	0,00
pN3c			0 / 48	0,00	1 / 58	1,72
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			90 / 1.768	5,09	123 / 1.846	6,66

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

² 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.

³ neuer Schlüsselwert in 2016

Histologie und Staging (Fortsetzung) Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumorspezifischer Therapie¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie ² (primär-operative Therapie abgeschlossen)			240 / 3.580	6,70	172 / 3.442	5,00
davon						
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			164 / 240	68,33	108 / 172	62,79
ypN0(sn)			80 / 164	48,78	55 / 108	50,93
ypN0			84 / 164	51,22	53 / 108	49,07
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			43 / 240	17,92	30 / 172	17,44
ypN1mi			5 / 43	11,63	3 / 30	10,00
ypN1mi(sn)			3 / 43	6,98	3 / 30	10,00
ypN1a			26 / 43	60,47	18 / 30	60,00
ypN1a(sn) ³			5 / 43	11,63	-	-
ypN1b			1 / 43	2,33	0 / 30	0,00
ypN1c			0 / 43	0,00	0 / 30	0,00
ypN1(sn)			3 / 43	6,98	6 / 30	20,00
ypN2			13 / 240	5,42	18 / 172	10,47
ypN2a			13 / 13	100,00	18 / 18	100,00
ypN2a(sn) ³			0 / 13	0,00	-	-
ypN2b			0 / 13	0,00	0 / 18	0,00
ypN3			9 / 240	3,75	4 / 172	2,33
ypN3a			9 / 9	100,00	4 / 4	100,00
ypN3b			0 / 9	0,00	0 / 4	0,00
ypN3c			0 / 9	0,00	0 / 4	0,00
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			11 / 240	4,58	12 / 172	6,98

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

² 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.

³ neuer Schlüsselwert in 2016

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.008 / 3.580	56,09	2.024 / 3.442	58,80
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			1.594 / 2.008	79,38	1.735 / 2.024	85,72
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			54 / 2.008	2,69	73 / 2.024	3,61
Staging wurde nicht durchgeführt			360 / 2.008	17,93	216 / 2.024	10,67

Histologie und Staging (Fortsetzung) Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund¹						
Primärtumor			1.979		2.015	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			303	15,31	273	13,55
mäßig differenziert			1.024	51,74	1.091	54,14
schlecht differenziert			508	25,67	601	29,83
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			144	7,28	50	2,48
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			351	17,74	373	18,51
positiv			1.612	81,46	1.610	79,90
unbekannt			16	0,81	32	1,59
HER2/neu-Status						
negativ			1.759	88,88	1.721	85,41
positiv			197	9,95	252	12,51
unbekannt			23	1,16	42	2,08
histologisch gesicherte Multizentrität			274 / 1.979	13,85	240 / 2.015	11,91
R0-Resektion						
nein			61	3,08	77	3,82
ja			1.812	91,56	1.881	93,35
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			72	5,84	126	9,55
>= 1 mm			1.154	93,67	1.181	89,54
es liegen keine Angaben vor			6	0,49	12	0,91
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen ²						
0			1.604	88,52	-	-
1			195	10,76	-	-
2			13	0,72	-	-
>=3			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			17	0,86	37	1,84
neoadjuvanter Therapie			89	4,50	20	0,99

¹ Aufgrund geänderter Schlüssellisten können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			602	29,98	553	27,32
ja			1.350	67,23	1.424	70,36
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			53	2,64	43	2,12
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			3	0,15	4	0,20
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			1.373	68,38	1.430	70,65
ja, einzelne Lymphknoten			278	13,84	161	7,95
ja, Axilladisektion			357	17,78	433	21,39
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.554	77,39	1.577	77,92
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			282	14,04	275	13,59
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten oder Sentinel-Lymphknoten Biopsie bei Patientinnen ohne Fernmetastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.867 / 1.954	95,55	1.847 / 1.951	94,67

**Weiterer Behandlungsverlauf
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1.966 / 1.980	99,29	1.983 / 1.999	99,20
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1.970 / 1.980	99,49	1.987 / 1.999	99,40

Entlassung Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			1.486	75,05	1.627	81,39
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			399	20,15	359	17,96
03: aus sonstigen Gründen			76	3,84	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,05	1	0,05
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			6	0,30	1	0,05
07: Tod			1	0,05	2	0,10
08: Verlegung nach § 14			1	0,05	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			6	0,30	6	0,30
11: in Hospiz			1	0,05	1	0,05
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	2	0,10
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			3	0,15	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

Histologie und Staging

6.3 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiv- erkrankung bei invasivem Karzinom (primär- operative Therapie abgeschlossen) davon			226 / 3.580	6,31	204 / 3.442	5,93
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			176 / 226	77,88	164 / 204	80,39
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			22 / 226	9,73	25 / 204	12,25
Staging wurde nicht durchgeführt			28 / 226	12,39	15 / 204	7,35

Histologie und Staging (Fortsetzung) Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund¹						
Lokalrezidiv²			189		170	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			17	8,99	9	5,29
mäßig differenziert			104	55,03	92	54,12
schlecht differenziert			64	33,86	63	37,06
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			4	2,12	6	3,53
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			51	26,98	53	31,18
positiv			137	72,49	112	65,88
unbekannt			1	0,53	5	2,94
HER-2/neu-Status						
negativ			168	88,89	143	84,12
positiv			19	10,05	19	11,18
unbekannt			2	1,06	8	4,71
histologisch gesicherte Multizentrität			36 / 189	19,05	24 / 170	14,12
R0-Resektion						
nein			12	6,35	13	7,65
ja			169	89,42	150	88,24
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			1	2,22	5	14,71
>= 1 mm			44	97,78	29	85,29
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen ³						
0			156	92,31	-	-
1			12	7,10	-	-
2			1	0,59	-	-
>=3			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			7	3,70	7	4,12
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			1	0,53	0	0,00

¹ Aufgrund geänderter Schlüssellisten können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

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

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

Art der erfolgten Therapie Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			165		140	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			97	58,79	88	62,86
ja			61	36,97	49	35,00
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			3	1,82	1	0,71
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			4	2,42	2	1,43

Weiterer Behandlungsverlauf Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie- planung in interdisziplinä- rer Tumorkonferenz			225 / 225	100,00	203 / 204	99,51
postoperative Therapie- planung mit Patientin besprochen			223 / 225	99,11	204 / 204	100,00

Entlassung Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			166	73,78	150	73,53
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			50	22,22	52	25,49
03: aus sonstigen Gründen			9	4,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	1	0,49
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	1	0,49
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.4 DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen) ¹			272	98,55	292	99,32
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			199 / 272	73,16	229 / 292	78,42
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen			71 / 272	26,10	61 / 292	20,89
pN0(sn)			59 / 71	83,10	56 / 61	91,80
pN0			12 / 71	16,90	5 / 61	8,20
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			0 / 272	0,00	1 / 292	0,34
pN1mi			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1mi(sn)			0 / 0		1 / 1	100,00
pN1a			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1a(sn) ²			0 / 0		-	-
pN1b			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1c			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
pN2			0 / 272	0,00	0 / 292	0,00
pN2a			0 / 0		0 / 0	
pN2a(sn) ²			0 / 0		-	-
pN2b			0 / 0		0 / 0	
pN3			0 / 272	0,00	0 / 292	0,00
pN3a			0 / 0		0 / 0	
pN3b			0 / 0		0 / 0	
pN3c			0 / 0		0 / 0	

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

² neuer Schlüsselwert in 2016

Histologie und Staging (Fortsetzung) DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX) ¹			0 / 272	0,00	0 / 292	0,00
Patientinnen ohne regionäre Lymphknotenmetastasen ¹			2 / 272	0,74	1 / 292	0,34
ypN0(sn)			0 / 2	0,00	0 / 1	0,00
ypN0			2 / 2	100,00	1 / 1	100,00
Patientinnen mit regionären Lymphknotenmetastasen ¹						
ypN1			0 / 272	0,00	0 / 292	0,00
ypN1mi			0 / 0		0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN1a			0 / 0		0 / 0	
ypN1a(sn) ²			0 / 0		-	-
ypN1b			0 / 0		0 / 0	
ypN1c			0 / 0		0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2			0 / 272	0,00	0 / 292	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2a(sn) ²			0 / 0		-	-
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 272	0,00	0 / 292	0,00
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

¹ Aufgrund geänderter Rechenregeln können die Vorjahreswerte von der Auswertung 2015 abweichen.

² neuer Schlüsselwert in 2016

Histologie und Staging (Fortsetzung) DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Grading						
G1			35	12,68	38	12,93
G2			121	43,84	129	43,88
G3			112	40,58	121	41,16
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			4	1,45	5	1,70
Gesamttumorgröße						
Anzahl der gültigen Angaben			276		294	
Median				17,00		20,00
Anteil <= 10 mm (%)			100 / 276	36,23	95 / 294	32,31
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			60 / 276	21,74	59 / 294	20,07
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			33 / 276	11,96	52 / 294	17,69
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			34 / 276	12,32	28 / 294	9,52
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			15 / 276	5,43	24 / 294	8,16
Anteil > 50 mm (%)			30 / 276	10,87	35 / 294	11,90

Histologie und Staging (Fortsetzung) DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			10 / 276	3,62	13 / 294	4,42
R0-Resektion						
nein			18	6,52	43	14,63
ja			245	88,77	246	83,67
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			16	9,25	32	18,82
>= 1 mm			157	90,75	136	80,00
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	2	1,18
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen ¹						
0			166	67,76	-	-
1			75	30,61	-	-
2			4	1,63	-	-
>=3			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			9	3,26	4	1,36
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			70	25,36	75	25,51
ja			197	71,38	212	72,11
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			5	1,81	6	2,04
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			5	1,81	7	2,38
ja, Axilladisektion			2	0,72	3	1,02
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			63	22,83	61	20,75
Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			3	1,09	4	1,36
ja, Axilladisektion			2	0,72	1	0,34

Weiterer Behandlungsverlauf
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			273 / 275	99,27	287 / 291	98,63
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			275 / 275	100,00	289 / 291	99,31

Entlassung DCIS (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			218	79,27	255	87,63
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			47	17,09	36	12,37
03: aus sonstigen Gründen			9	3,27	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,36	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.5 DCIS (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			1 / 19	5,26	5 / 31	16,13
R0-Resektion						
nein			0	0,00	5	16,13
ja			19	100,00	26	83,87
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			1	14,29	4	40,00
>= 1 mm			6	85,71	6	60,00
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen ¹						
0			18	94,74	-	-
1			1	5,26	-	-
2			0	0,00	-	-
>=3			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

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

Art der erfolgten Therapie DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			17		30	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			8	42,11	17	54,84
ja			7	36,84	13	41,94
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			2	10,53	0	0,00
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00

Weiterer Behandlungsverlauf DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			19 / 19	100,00	27 / 31	87,10
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			18 / 19	94,74	31 / 31	100,00

Entlassung DCIS (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			14	73,68	21	67,74
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			5	26,32	10	32,26
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

Weiterer Behandlungsverlauf

6.6 LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidivkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			13 / 13	100,00	9 / 9	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			13 / 13	100,00	9 / 9	100,00

Entlassung

LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			8	61,54	7	77,78
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			4	30,77	2	22,22
03: aus sonstigen Gründen			1	7,69	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)

6.7 Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgroße pT¹						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			8	100,00	2	100,00
davon						
pT0			0 / 8	0,00	0 / 2	0,00
pTis			0 / 8	0,00	0 / 2	0,00
pT1 (<= 2 cm)			0 / 8	0,00	0 / 2	0,00
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)			4 / 8	50,00	2 / 2	100,00
pT3 (> 5 cm)			1 / 8	12,50	0 / 2	0,00
pT4 (Brustwand/Haut)			1 / 8	12,50	0 / 2	0,00
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT4b (Ödem)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 1	0,00	0 / 0	
pT4d (inflammatorisch)			1 / 1	100,00	0 / 0	
pTX			2 / 8	25,00	0 / 2	0,00
ypT0			0 / 8	0,00	0 / 2	0,00
ypTis			0 / 8	0,00	0 / 2	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 8	0,00	0 / 2	0,00
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 0	
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 0	
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 8	0,00	0 / 2	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 8	0,00	0 / 2	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 8	0,00	0 / 2	0,00
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
ypT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
ypTX			0 / 8	0,00	0 / 2	0,00

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			11 / 3.580	0,31	3 / 3.442	0,09
davon						
Patientinnen ohne Fernmetastasierung (M0)			7 / 11	63,64	3 / 3	100,00
Patientinnen mit Fernmetastasierung (M1)			1 / 11	9,09	0 / 3	0,00
Staging wurde nicht durchgeführt			3 / 11	27,27	0 / 3	0,00

Weiterer Behandlungsverlauf Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			11 / 11	100,00	3 / 3	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			11 / 11	100,00	3 / 3	100,00

Entlassung

Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5	45,45	3	100,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			5	45,45	0	0,00
03: aus sonstigen Gründen			1	9,09	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

Weiterer Behandlungsverlauf

6.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			0 / 0		0 / 1	0,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			0 / 0		1 / 1	100,00

Entlassung Lymphome (Primär- und Rezidivkrankung)

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			0		0	0,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0		1	100,00
03: aus sonstigen Gründen			0		0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0		0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0		0	0,00
06: Verlegung			0		0	0,00
07: Tod			0		0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0		0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0		0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0		0	0,00
11: in Hospiz			0		0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0		0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0		0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0		0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0		0	0,00
22: Fallabschluss			0		0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0		0	0,00

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

Entlassung

6.9 nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund ¹ Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2016		Gesamt 2016		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			404	84,17	454	85,18
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			60	12,50	77	14,45
03: aus sonstigen Gründen			12	2,50	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	2	0,38
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			1	0,21	0	0,00
06: Verlegung			2	0,42	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			1	0,21	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

Leseanleitung

1. Aufbau der Auswertung

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

2. Qualitätsindikatoren

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Vertrauensbereich

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

Die Berechnung erfolgt in der Regel mittels Wilson Intervall.

In dieser Auswertung wird eine Wahrscheinlichkeit von 95% festgelegt.

Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

2.2 Referenzbereiche

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

Zurzeit sind nicht für alle Qualitätsindikatoren Referenzbereiche definiert.

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

2.2.1 Ziel- und Toleranzbereiche

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

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

Zielbereich:

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

Toleranzbereich:

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

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

2.2.2 Fixe und variable (Perzentil-)Referenzbereiche

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

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

Beispiel:

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

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

Beispiel:

Es wird festgelegt, dass die 10% der Krankenhäuser mit den höchsten Wundinfektionsraten als auffällig gelten sollen. Damit ist ein Referenzbereich (= Unauffälligkeitsbereich) von $\leq 90\%$ -Perzentil definiert.

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

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

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

2.2.3 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

Beispiele:

Referenzbereich: $\leq 2,50\%$

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

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

Hinweis:

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

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

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

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

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

2.3 Vorjahresdaten

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

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

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

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

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

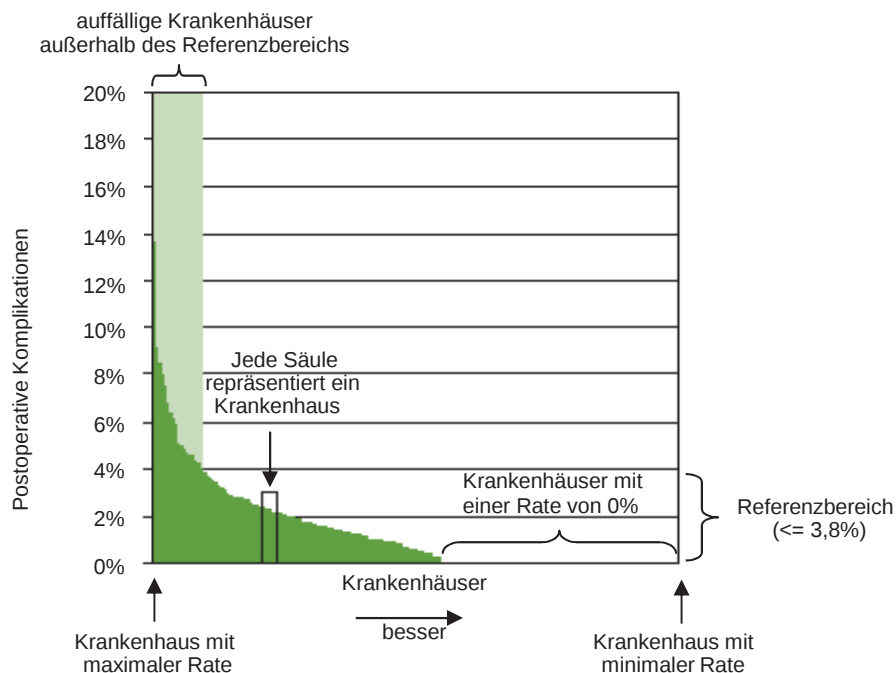
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

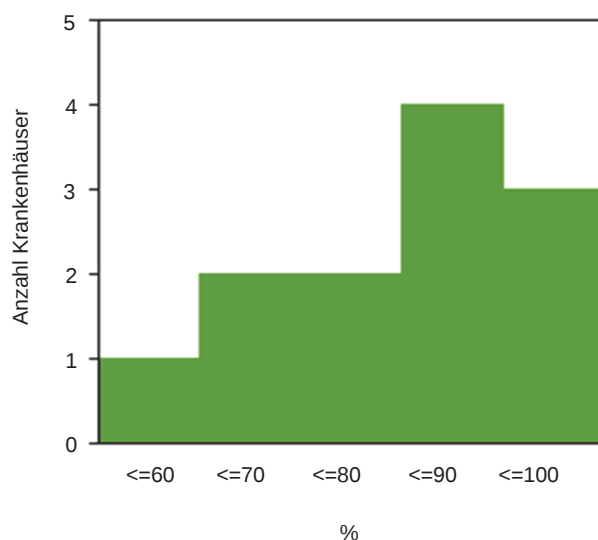
Im Histogramm repräsentiert jede Säule eine Klasse. Die Säulenhöhe entspricht der Anzahl der Krankenhäuser, deren berechnete Kennzahl in der jeweiligen Klasse liegt.

Beispiel:

Qualitätsindikator:	Postoperative Komplikationen
Kennzahl zum Qualitätsindikator:	Anteil von Patienten ohne postoperative Komplikationen an allen Patienten
Mögliche Klasseneinteilung:	1. Klasse: $\leq 60\%$ 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 2016/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2016.

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

Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

Median der Krankenhausergebnisse

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

Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund

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

Qualitätsindikator / 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.