Jahresauswertung 2015
Mammachirurgie

18/1

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 34
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.968
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16146-L101163-P48577

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2016 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Jahresauswertung 2015
Mammachirurgie

18/1

Qualitätsindikatoren und Auffälligkeitskriterien

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 34
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.968
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16146-L101163-P48577

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2016 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Übersicht Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2015/18n1-MAMMA/51846 **QI 1[3]: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung**			95,60%	>= 90,00%	innerhalb	95,20%	7
QI 2[3]: HER2/neu-Positivitätsrate							
2a: 2015/18n1-MAMMA/52268 HER2/neu-Positivitätsrate			15,43%	nicht definiert	-	17,50%	9
2b: 2015/18n1-MAMMA/52273 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E)			1,07	nicht definiert	-	1,24	11
QI 3[3]: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung							
3a: 2015/18n1-MAMMA/52330 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung			92,16%	>= 95,00%	außerhalb	-	13
3b: 2015/18n1-MAMMA/52279 Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung			91,09%	>= 95,00%	außerhalb	-	15

[1] „innerhalb" = „innerhalb des Referenzbereiches", „außerhalb" = „außerhalb des Referenzbereiches", „-" = Referenzbereich nicht definiert

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Qualitätsindikatoren (Fortsetzung)

Qualitätsindikator	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2015/18n1-MAMMA/2163 **QI 4[3]: Primäre Axilladissektion bei DCIS**			0,00 Fälle	Sentinel Event	innerhalb	0,00 Fälle	17
2015/18n1-MAMMA/50719 **QI 5[3]: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie**			9,72%	<= 20,75%	innerhalb	14,48%	19
2015/18n1-MAMMA/51847 **QI 6[3]: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie**			92,83%	>= 90,00%	innerhalb	92,95%	21
QI 7[3]: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation							
7a: 2015/18n1-MAMMA/51370 unter 7 Tage			3,88%	<= 28,44%	innerhalb	4,52%	24
7b: 2015/18n1-MAMMA/51371 über 21 Tage			35,79%	nicht definiert	-	36,52%	24

[1] „innerhalb" = „innerhalb des Referenzbereiches", „außerhalb" = „außerhalb des Referenzbereiches", „-" = Referenzbereich nicht definiert

[2] Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2015/18n1-MAMMA/850363 **AK 1[3]: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“**			1,40%	<= 4,30%	innerhalb	1,53%	27
2015/18n1-MAMMA/850364 **AK 2[3]: Häufige Angabe „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“**			0,16%	<= 2,78%	-	-	29
2015/18n1-MAMMA/813068 **AK 3[3]: Auffällig häufig Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und postoperativer Histologie**			29,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	19,00 Fälle	31

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 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Übersicht Auffälligkeitskriterien (Fortsetzung)

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2015	Ergebnis Krankenhaus 2015	Ergebnis Gesamt 2015	Referenz-bereich	Ergebnis/ Referenz[1] Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr[2]	Seite
2015/18n1-MAMMA/850366							
AK 4[3]: Angabe von ASA 5			0,00 Fälle	= 0,00 Fälle	innerhalb	1,00 Fälle	33
2015/18n1-MAMMA/850367							
AK 5[3]: Häufige Angabe „(y)pNX“			9,00 Fälle	<= 1,00 Fälle	außerhalb	15,00 Fälle	35
2015/18n1-MAMMA/850365							
AK 6[3]: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust			4,80%	<= 14,55%	innerhalb	5,23%	37

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 2015. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

Qualitätsindikator 1: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung

Qualitätsziel: Möglichst viele Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff

Grundgesamtheit:
Gruppe 1: Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
Gruppe 2: Alle Patientinnen mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität

Indikator-ID: Gruppe 1: 2015/18n1-MAMMA/51846

Referenzbereich: Gruppe 1: >= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie		
Vertrauensbereich		
Referenzbereich	>= 90,00%	

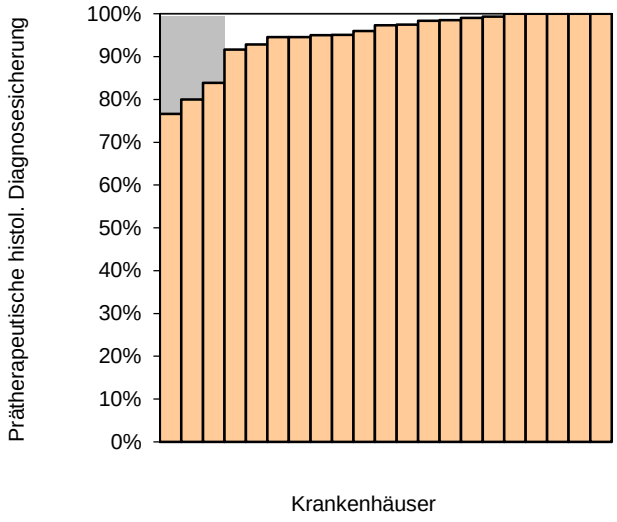
	Gesamt 2015	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	1.869 / 1.955	265 / 508
	95,60%	52,17%
Vertrauensbereich	94,60% - 96,42%	
Referenzbereich	>= 90,00%	

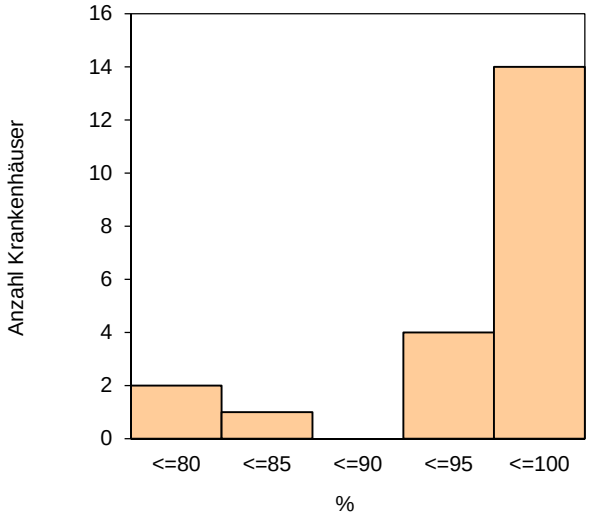
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie		
Vertrauensbereich		

Vorjahresdaten	Gesamt 2014	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	1.843 / 1.936	312 / 590
	95,20%	52,88%
Vertrauensbereich	94,15% - 96,06%	

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2015/18n1-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“

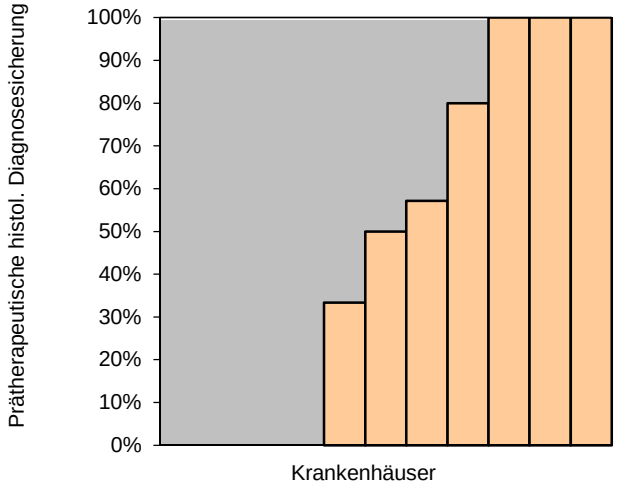
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
21 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	76,60	80,00	83,87	94,57	97,37	99,34	100,00	100,00	100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
11 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	50,00	100,00	100,00		100,00

2 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 2: HER2/neu-Positivitätsrate

Qualitätsziel: Angemessene Rate an HER2/neu positiven Befunden bei invasivem Mammakarzinom

HER2/neu-Positivitätsrate

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

Indikator-ID: (QI 2a): 2015/18n1-MAMMA/52268

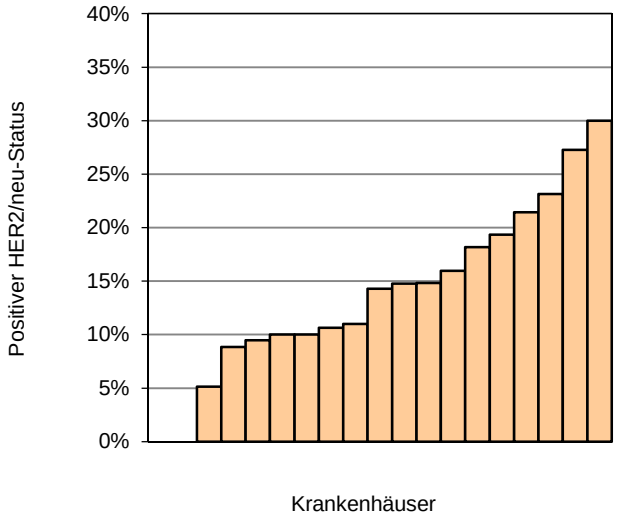
Referenzbereich: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

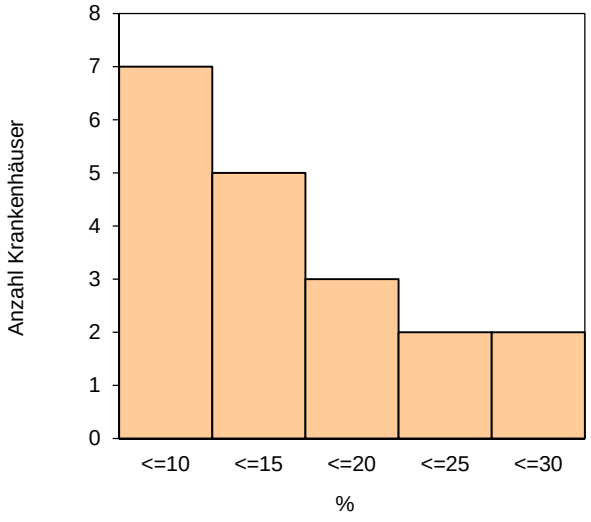
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status			250 / 1.620	15,43%
Vertrauensbereich				13,75% - 17,27%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status			282 / 1.611	17,50%
Vertrauensbereich				15,73% - 19,44%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52268]:
Anteil von Patientinnen mit positivem HER2/neu-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

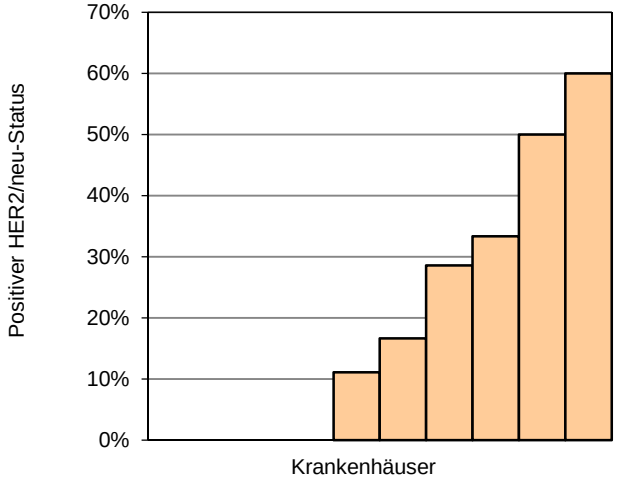
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	9,46	14,29	19,35	27,27		30,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 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	13,89	33,33	55,00		60,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

Indikator-ID: (QI 2b): 2015/18n1-MAMMA/52273

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
beobachtet (O)		250 / 1.620 15,43%
vorhergesagt (E)[1]		234,22 / 1.620 14,46%
O - E		0,97%

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

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
O / E[2]		1,07
Vertrauensbereich		0,95 - 1,19
Referenzbereich	nicht definiert	nicht definiert

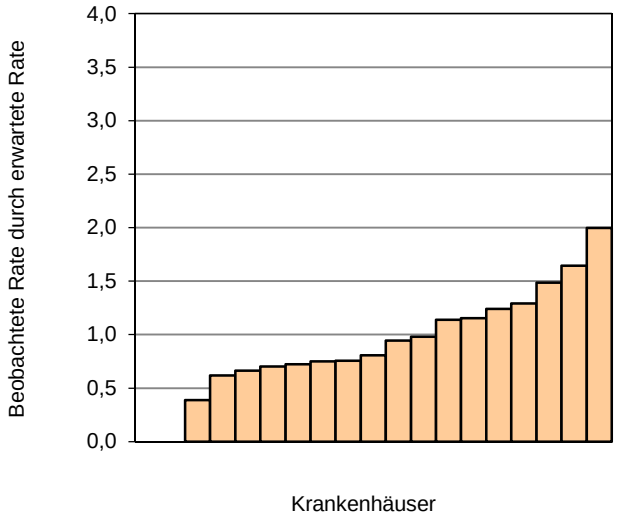
[2] Verhältnis der beobachteten HER2/neu-positiven Befunde zu den erwarteten HER2/neu-positiven Befunden
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an HER2/neu-positiven Befunden kleiner ist als erwartet und umgekehrt.
Beispiel: O / E = 1,20 Die beobachtete Rate an HER2/neu-positiven Befunden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

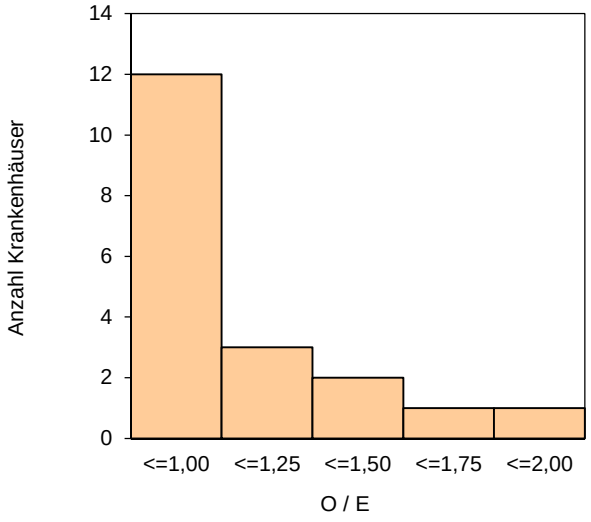
Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2014	Gesamt 2014
beobachtet (O)		282 / 1.611 17,50%
vorhergesagt (E)		227,19 / 1.611 14,10%
O - E		3,40%
O / E		1,24
Vertrauensbereich		1,12 - 1,38

[1] Da die Koeffizienten der Risikoadjustierungsmodelle auf der Grundlage von Daten des Erfassungsjahres 2014 aktualisiert wurden, können die Vorjahresergebnisse von der Auswertung 2014 abweichen.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52273]:
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2/neu-positiven Befunden an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ und abgeschlossener operativer Therapie und bekanntem HER-2/neu-Status

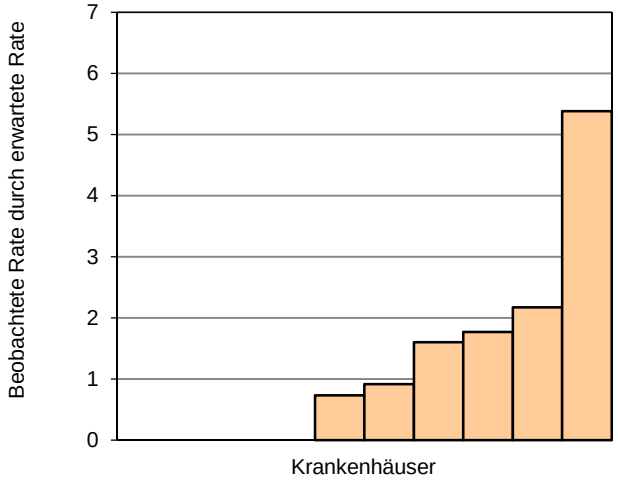
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (O / E)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,66	0,81	1,24	1,65		2,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 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	0,82	1,77	3,78		5,38

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 3: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei Drahtmarkierung

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

Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung

Grundgesamtheit: Alle Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie

Indikator-ID: (QI 3a): 2015/18n1-MAMMA/52330

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

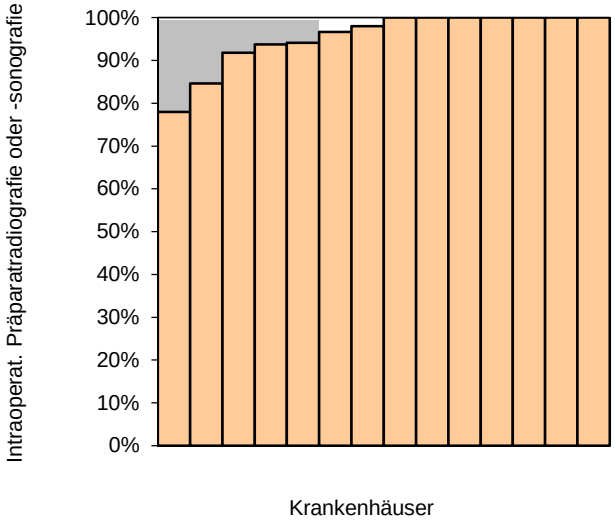
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intra-operativer Präparatsonografie			482 / 523	92,16%
Vertrauensbereich				89,54% - 94,17%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

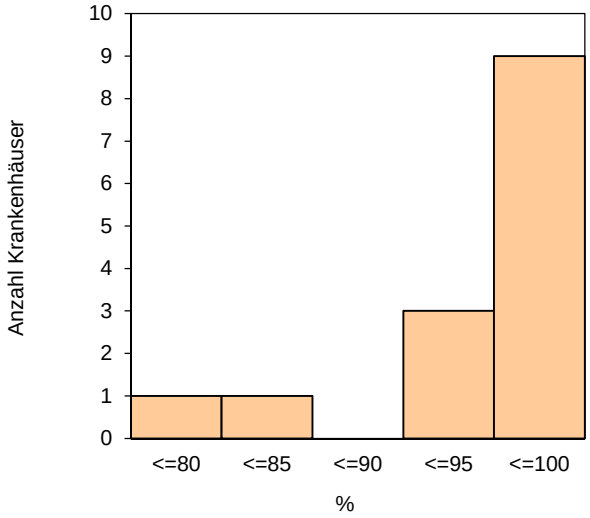
Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intra-operativer Präparatsonografie	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

[1] Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3a, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52330]:
Anteil von Operationen mit intraoperativem Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie an allen Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie

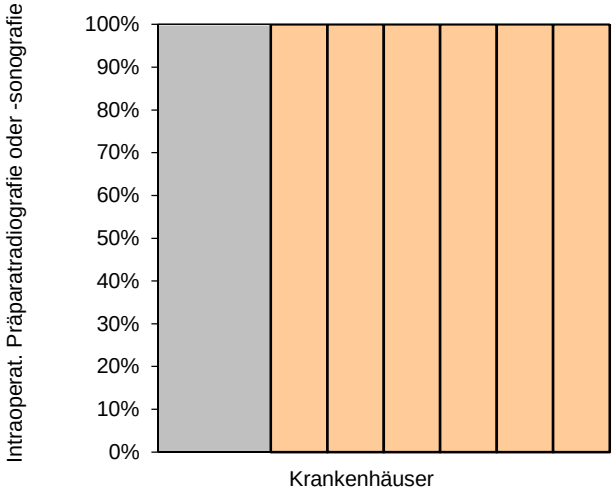
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
14 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	77,97		84,62	93,75	99,00	100,00	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
8 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

12 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): 2015/18n1-MAMMA/52279

Referenzbereich: >= 95,00% (Zielbereich)

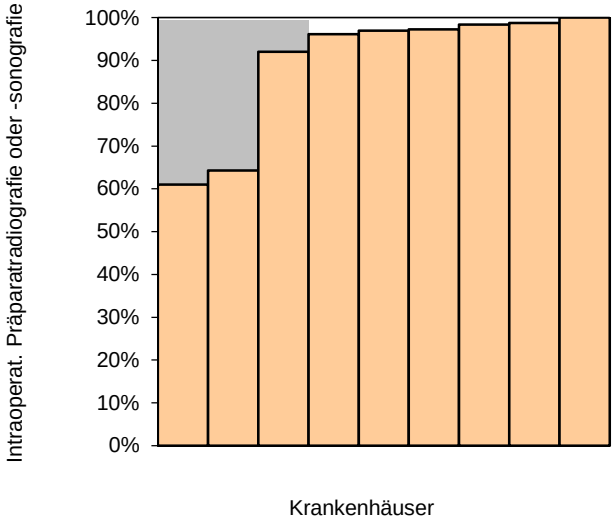
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intra-operativer Präparatsonografie			501 / 550	91,09%
Vertrauensbereich				88,42% - 93,20%
Referenzbereich		>= 95,00%		>= 95,00%

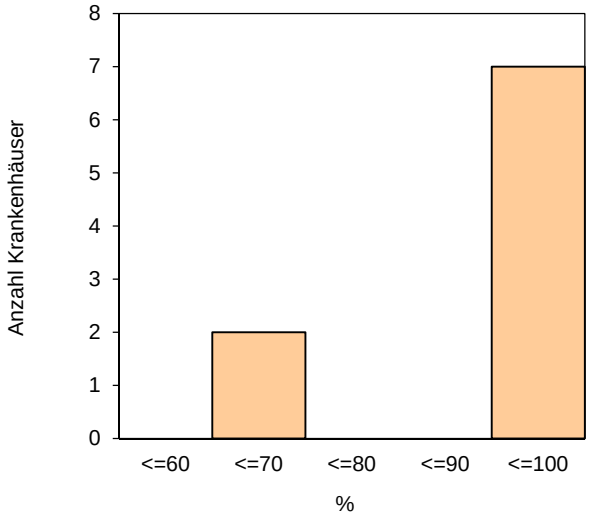
Vorjahresdaten[1]	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intra-operativer Präparatsonografie	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

[1] Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 3b, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/52279]:
Anteil von Operationen mit intraoperativer Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie an allen Operationen mit präoperativer Drahtmarkierung gesteuert durch Sonografie

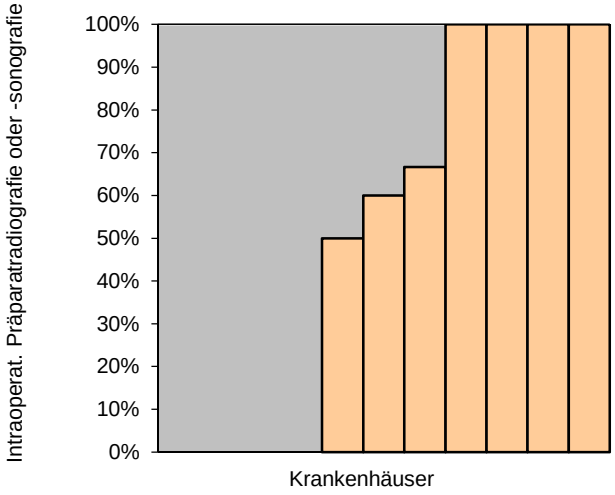
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
9 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	61,02			92,00	96,97	98,39			100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
11 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	60,00	100,00	100,00		100,00

14 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikator 4: Primäre Axilladissektion bei DCIS

Qualitätsziel: Möglichst wenige Patientinnen mit primärer Axilladissektion 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“

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/2163

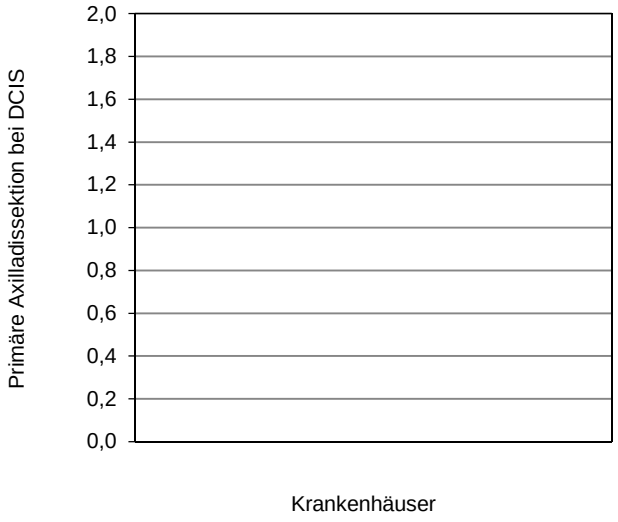
Referenzbereich: Sentinel Event

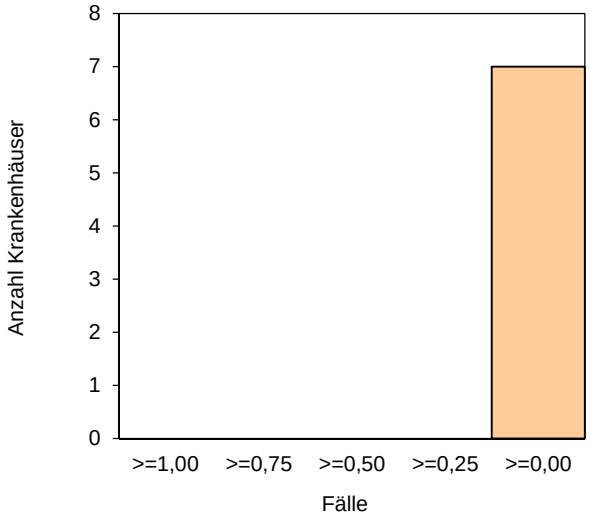
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladissektion			0 / 179	0,00 Fälle 0,00%
Referenzbereich		Sentinel Event		Sentinel Event

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit primärer Axilladissektion			0 / 186	0,00 Fälle 0,00%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/2163]:
Anzahl Patientinnen mit primärer Axilladissektion von allen Patientinnen mit Histologie „DCIS“ und abgeschlossener operativer Therapie bei Primärerkrankung und ohne präoperative tumorspezifische Therapie unter Ausschluss von Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom“

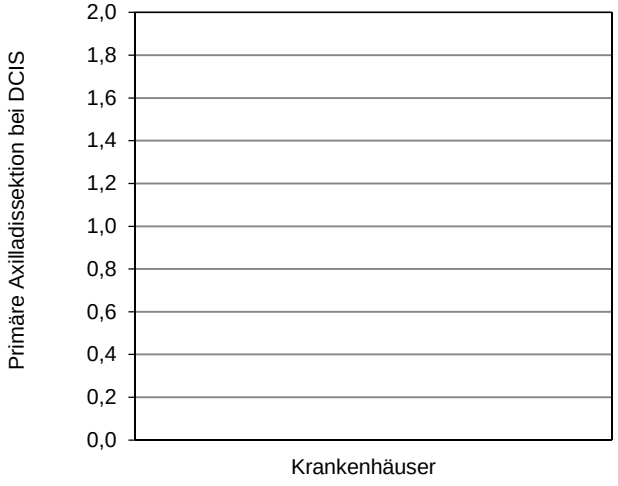
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





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:
12 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	0,00		0,00

15 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“

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/50719

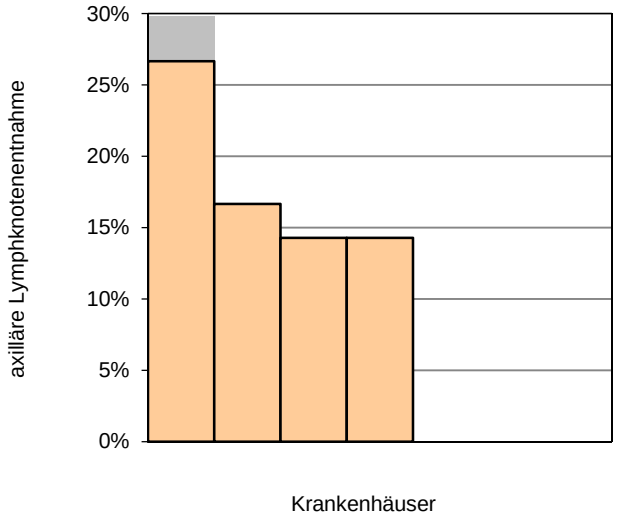
Referenzbereich: <= 20,75% (Toleranzbereich) (90%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

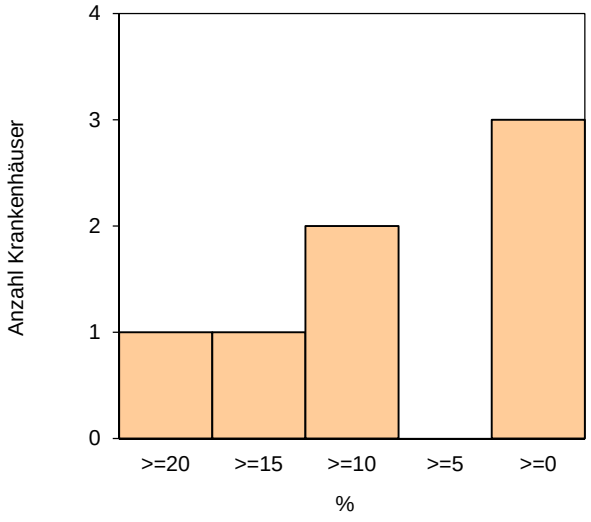
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			14 / 144	9,72%
Vertrauensbereich				5,88% - 15,66%
Referenzbereich		<= 20,75%		<= 20,75%
Patientinnen mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			0 / 144	0,00%
Patientinnen mit alleiniger SLNB			9 / 144	6,25%

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit axillärer Lymphknotenentnahme			21 / 145	14,48%
Vertrauensbereich				9,67% - 21,13%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2015/18n1-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“

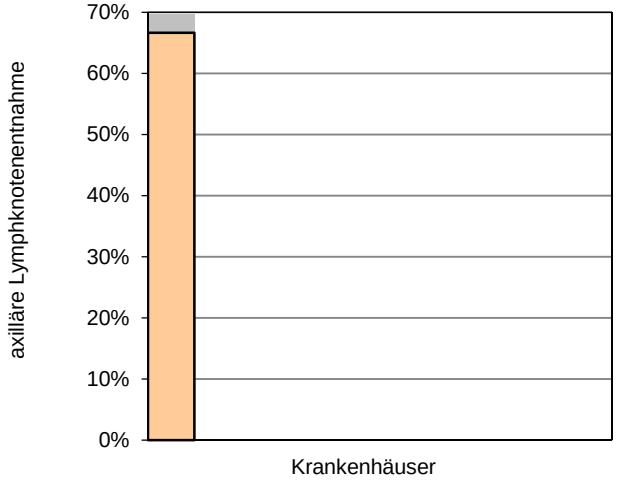
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
7 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	14,29	16,67			26,67

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 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	33,33		66,67

17 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 Axilladissektion 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: 2015/18n1-MAMMA/51847

Referenzbereich: Gruppe 1: >= 90,00% (Zielbereich)

	Krankenhaus 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladissektion				
Vertrauensbereich				
Referenzbereich	>= 90,00%			

	Gesamt 2015			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladissektion	790 / 851	573 / 594	196 / 222	21 / 35
Vertrauensbereich	92,83%	96,46%	88,29%	60,00%
Referenzbereich	90,90% - 94,38%			
	>= 90,00%			

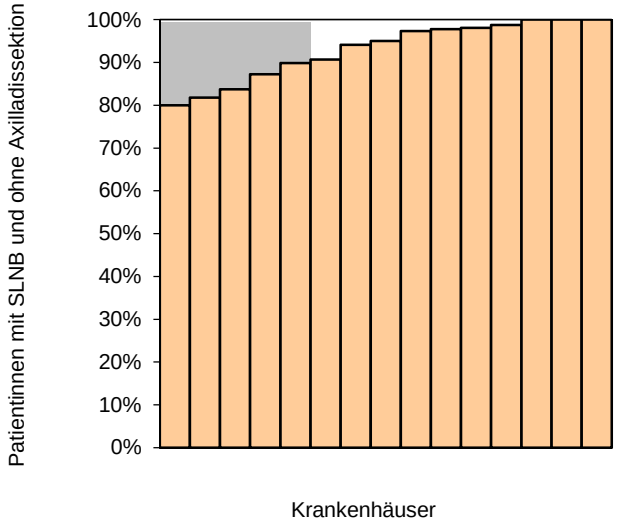
[1] Die Festlegung, ob eine präoperative tumorspezifische Therapie der pathologischen Befundung vorausging, erfolgt über das Zusatzsymbol „y“ bei der pT-Klassifikation.

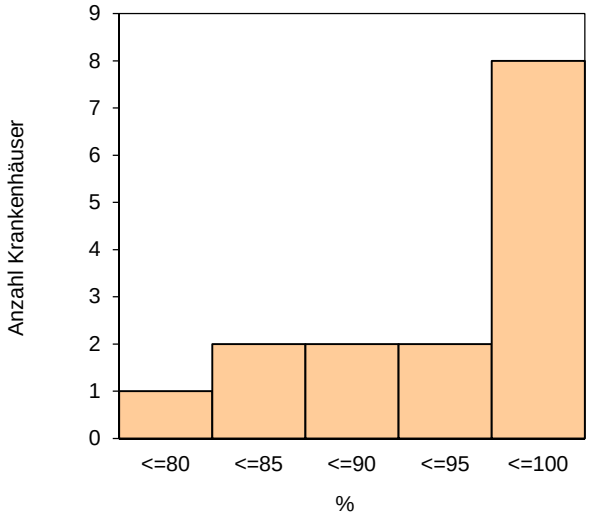
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladissektion Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten	Gesamt 2014			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladissektion Vertrauensbereich	804 / 865 92,95% 91,05% - 94,47%	584 / 610 95,74%	203 / 227 89,43%	17 / 28 60,71%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51847]:
Anteil von Patientinnen mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladissektion an Patientinnen mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie

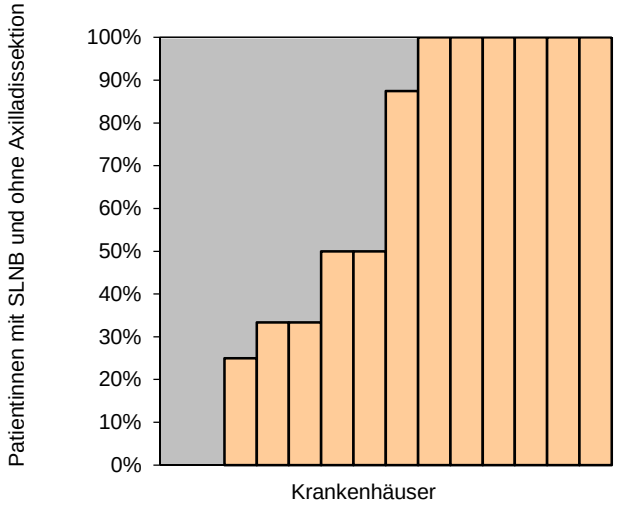
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
15 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,00		81,82	87,27	95,04	98,78	100,00		100,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
14 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	68,75	100,00	100,00		100,00

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Qualitätsindikatorengruppe 7: Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und Operation

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

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

Indikator-ID:
Gruppe 1 (QI 7a): 2015/18n1-MAMMA/51370
Gruppe 2 (QI 7b): 2015/18n1-MAMMA/51371

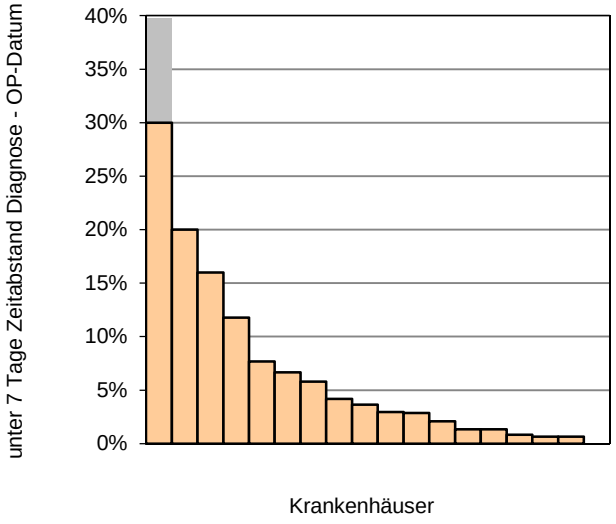
Referenzbereich:
Gruppe 1: <= 28,44% (Toleranzbereich) (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)
Gruppe 2: Ein Referenzbereich ist für diesen Qualitätsindikator derzeit nicht definiert.

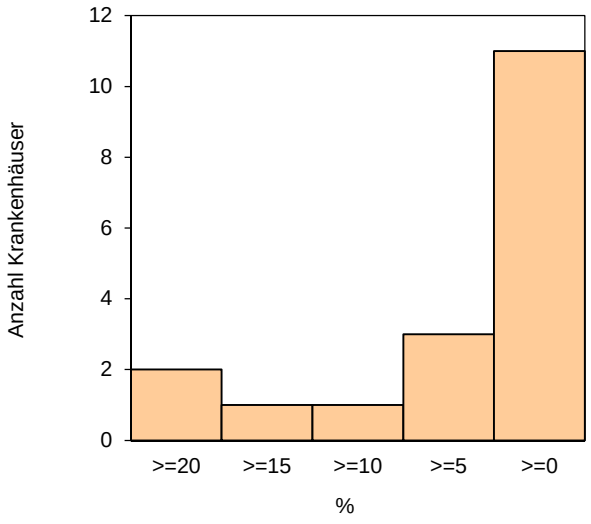
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			61 / 1.573	3,88%
Vertrauensbereich				3,03% - 4,95%
Referenzbereich		<= 28,44%		<= 28,44%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			563 / 1.573	35,79%
Vertrauensbereich				33,46% - 38,19%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Gruppe 1: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von unter 7 Tagen			70 / 1.550	4,52%
Vertrauensbereich				3,59% - 5,67%
Gruppe 2: Patientinnen mit Zeitabstand zwischen Diagnose und Operation von über 21 Tagen			566 / 1.550	36,52%
Vertrauensbereich				34,16% - 38,94%

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7a, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51370]:
Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von unter 7 Tagen

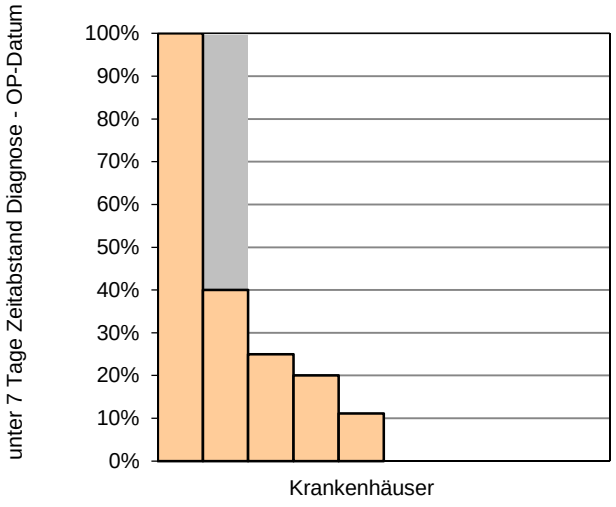
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,64	1,33	3,29	7,69	20,00		30,00

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.

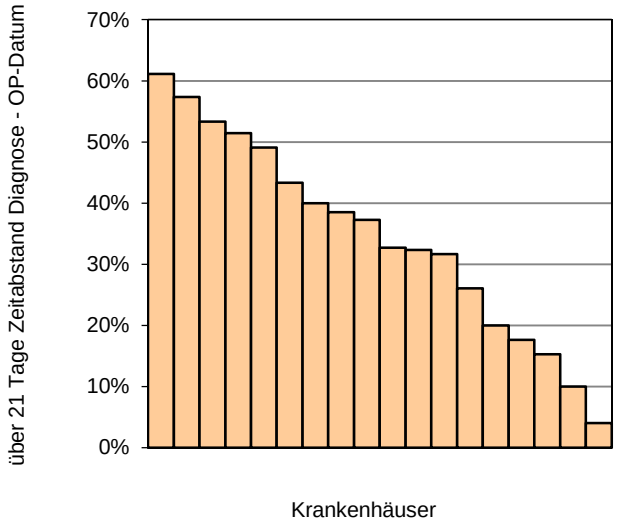


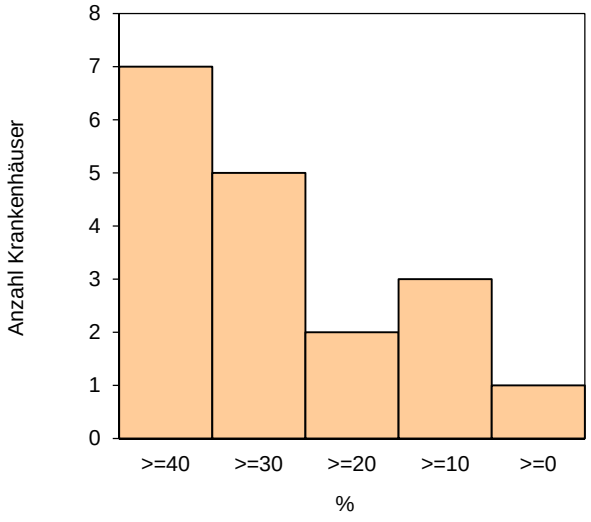
Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	5,56	25,00	70,00		100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm 7b, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/51371]:
Anteil von Patientinnen mit Zeitabstand zwischen prätherapeutischer Diagnose und OP-Datum von über 21 Tagen

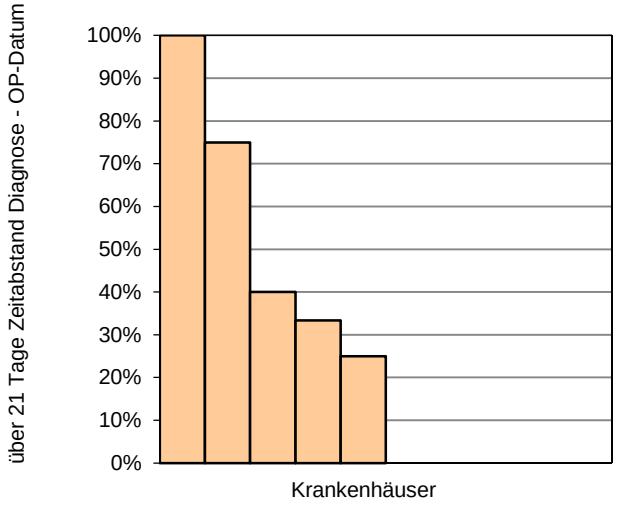
Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
18 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	4,00		10,00	20,00	34,97	49,09	57,33		61,15

Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
10 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	12,50	40,00	87,50		100,00

6 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 1: Häufige Angabe „HER-2/neu-Status = unbekannt“

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

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850363

Referenzbereich: <= 4,30% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): 52268, 52273

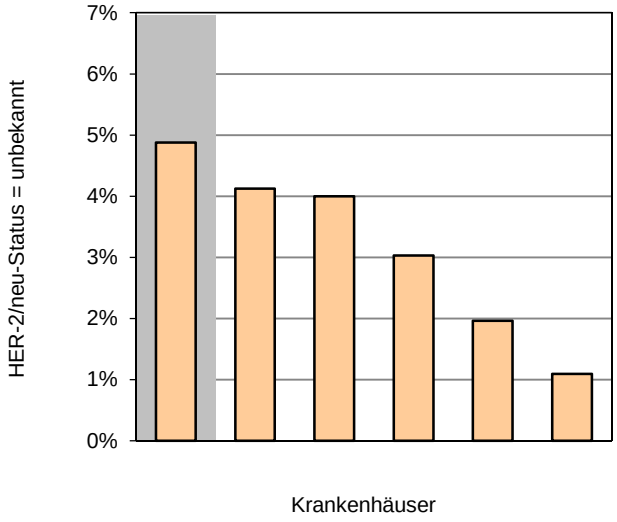
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status[1]			23 / 1.643	1,40%
Vertrauensbereich				0,93% - 2,09%
Referenzbereich		<= 4,30%		<= 4,30%

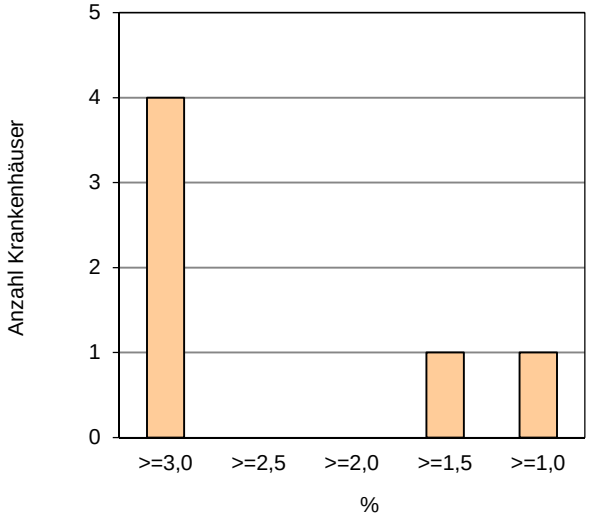
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status			25 / 1.636	1,53%
Vertrauensbereich				1,04% - 2,25%

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK1, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850363]:
Anteil an Patientinnen mit unbekanntem HER-2/neu-Status an allen Patientinnen mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 6





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	1,09			1,96	3,52	4,12			4,88

Auffälligkeitskriterium 2: 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: 2015/18n1-MAMMA/850364

Referenzbereich: <= 2,78% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): -

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen[1]			3 / 1.834	0,16%
Vertrauensbereich				0,06% - 0,48%
Referenzbereich		<= 2,78%		<= 2,78%

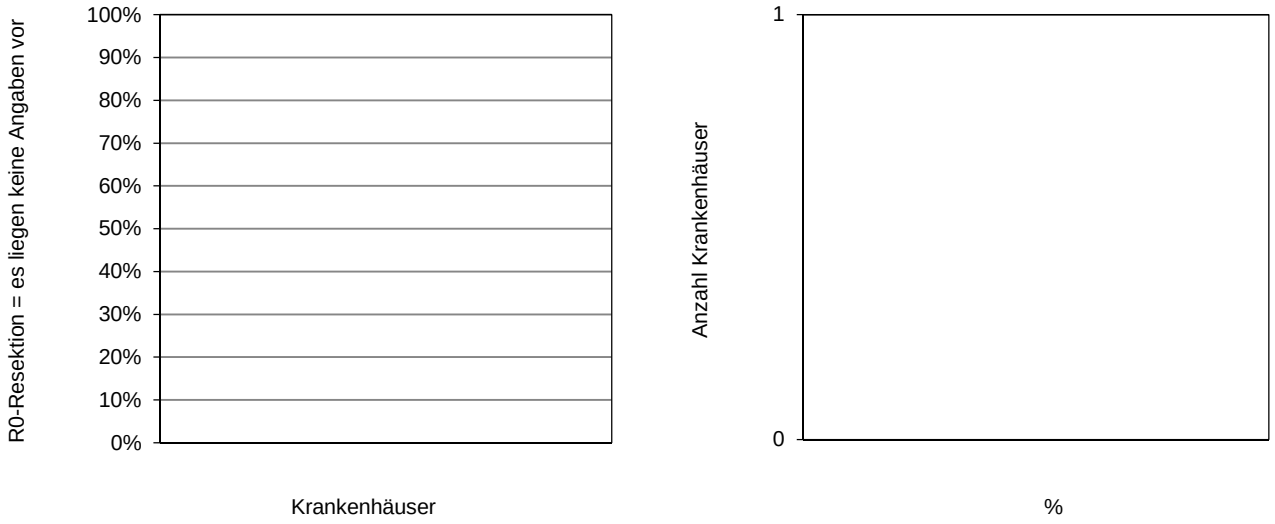
Vorjahresdaten[2]	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen	-	-	-	-
Vertrauensbereich		-		-

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

[2] Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK2, Indikator-ID 2015/18n1-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: 0



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

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

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

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/813068

Referenzbereich: <= 4,00 Fälle

ID-Bezugsindikator(en) 2163, 51847

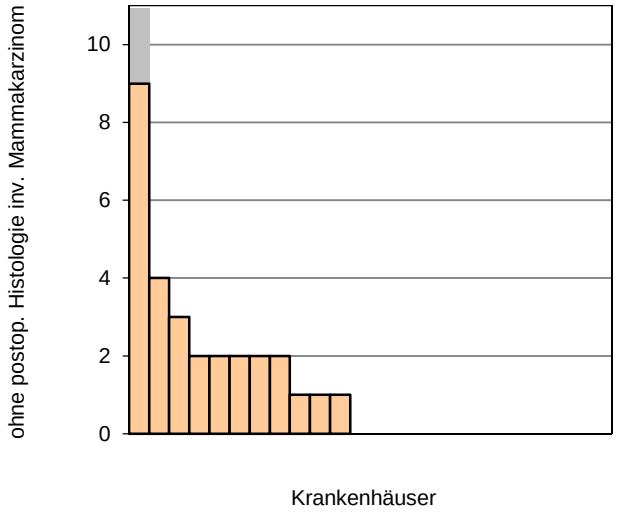
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom"[1]			29 / 1.791	29,00 Fälle
Referenzbereich		<= 4,00 Fälle		<= 4,00 Fälle

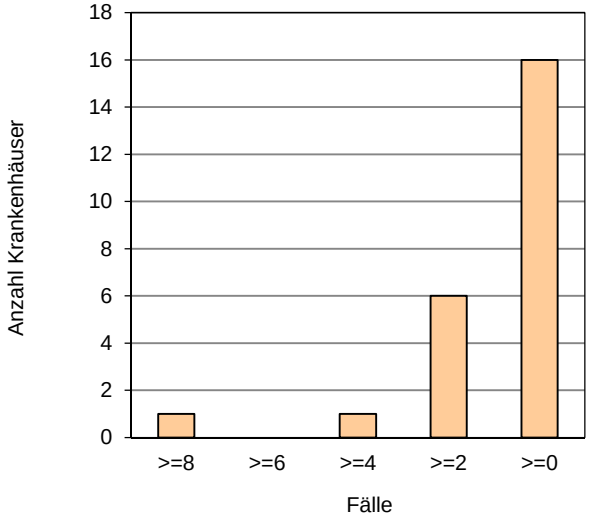
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom"[1]			19 / 1.740	19,00 Fälle

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK3, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/813068]:
Anzahl Patientinnen ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen mit präoperativer Histologie „invasivesMammakarzinom (Primärtumor)“

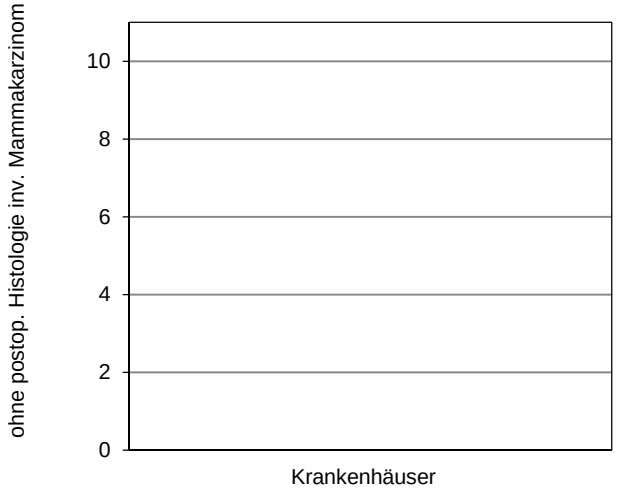
Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
24 Krankenhäuser haben mindestens 5 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (Fälle)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,00	3,00	4,00	9,00

Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
5 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

5 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Auffälligkeitskriterium 4: Angabe von ASA 5

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850366

Referenzbereich: = 0,00 Fälle

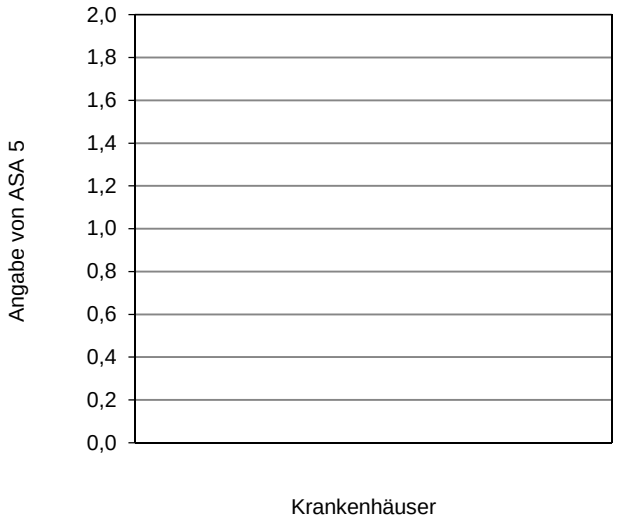
ID-Bezugsindikator(en): -

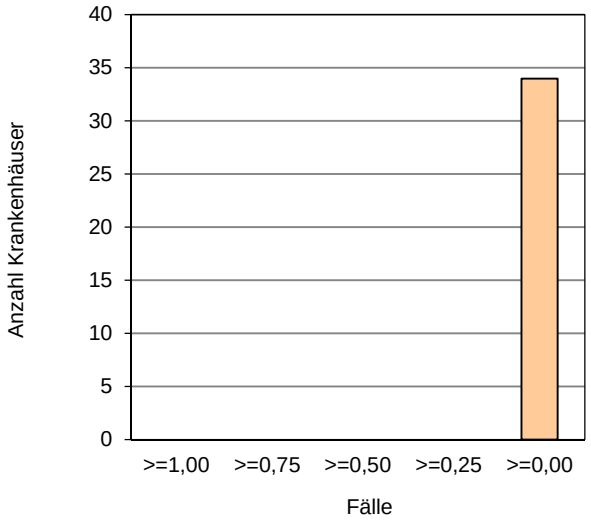
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit ASA 5			0 / 2.968	0,00 Fälle
Referenzbereich		= 0,00 Fälle		= 0,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen mit ASA 5			1 / 3.001	1,00 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK4, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850366]:
Anzahl Patientinnen mit ASA 5 von allen Patientinnen

Krankenhäuser mit mindestens 1 Fall in dieser Grundgesamtheit:
34 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.





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

Auffälligkeitskriterium 5: Häufige Angabe „(y)pNX“

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

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850367

Referenzbereich: <= 1,00 Fälle

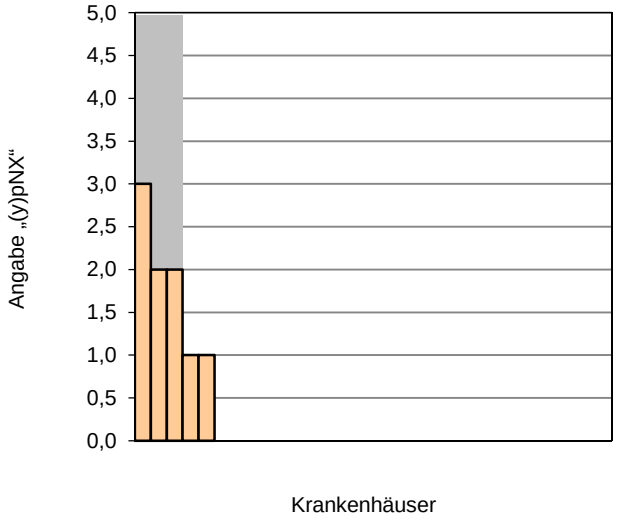
ID-Bezugsindikator(en): 52273, 51847

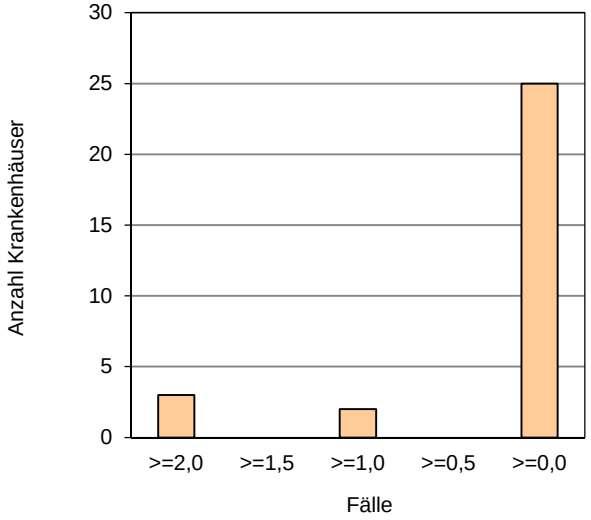
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde			9 / 1.612	9,00 Fälle
Referenzbereich		<= 1,00 Fälle		<= 1,00 Fälle

Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen, bei denen für den Nodal-Status „pNX“ oder „ypNX“ dokumentiert wurde			15 / 1.589	15,00 Fälle

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK5, Indikator-ID 2015/18n1-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 axilläre Lymphknotenentfernung ohne Markierung (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:
30 Krankenhäuser haben mindestens einen Fall in dieser Grundgesamtheit.





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

Auffälligkeitskriterium 6: Häufige Angabe „lokoregionäres Rezidiv nach BET“ oder „lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie“ als Erkrankung an dieser Brust

Grundgesamtheit: Alle Patientinnen

Indikator-ID: 2015/18n1-MAMMA/850365

Referenzbereich: <= 14,55% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

ID-Bezugsindikator(en): 51846, 52268, 52273, 2163, 50719, 51847, 51370, 51371

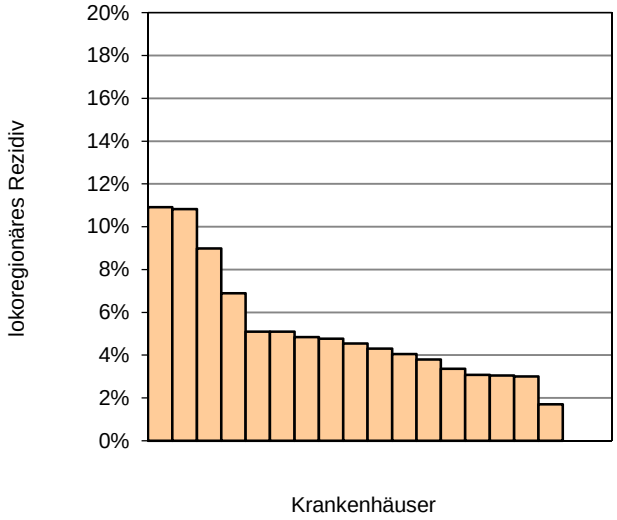
	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde[1]			144 / 3.002	4,80%
Vertrauensbereich				4,09% - 5,62%
Referenzbereich		<= 14,55%		<= 14,55%

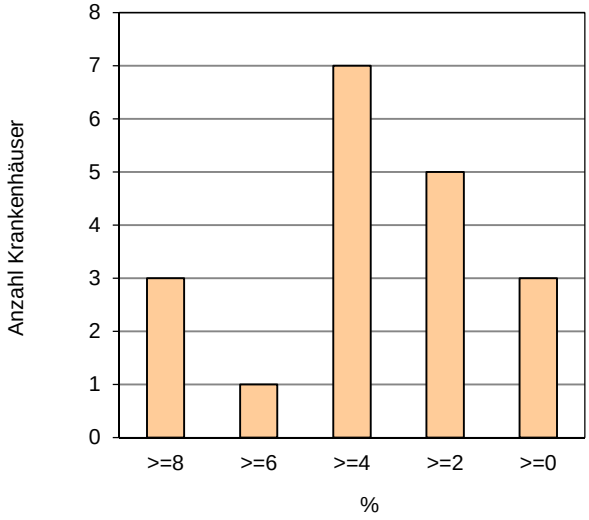
Vorjahresdaten	Krankenhaus 2014		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde			160 / 3.058	5,23%
Vertrauensbereich				4,50% - 6,08%

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

Verteilung der Krankenhausergebnisse [Diagramm AK6, Indikator-ID 2015/18n1-MAMMA/850365]:
Anteil an Patientinnen, bei denen als Erkrankung lokoregionäres Rezidiv nach BET oder Mastektomie dokumentiert wurde an allen Patientinnen

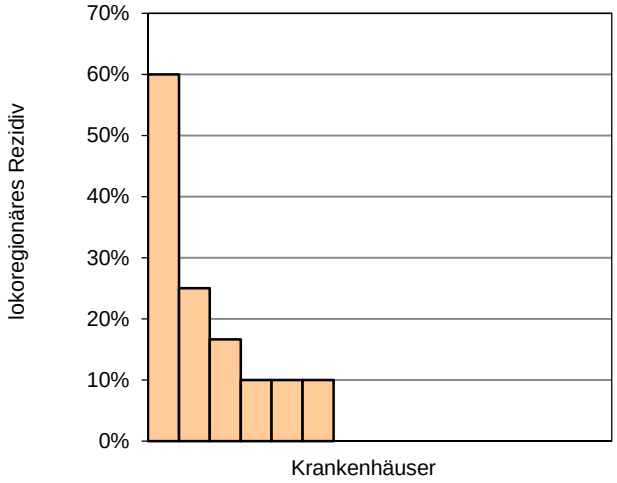
Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
19 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit.





Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	3,05	4,31	5,10	10,83		10,91

Krankenhäuser mit weniger als 20 Fällen in dieser Grundgesamtheit:
15 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	10,00	25,00		60,00

0 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

Jahresauswertung 2015
Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Sachsen-Anhalt Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Sachsen-Anhalt): 34
Anzahl Datensätze Gesamt: 2.968
Datensatzversion: 18/1 2015
Datenbankstand: 29. Februar 2016
2015 - D16146-L101163-P48577

Eine Auswertung des BQS-Instituts unter Verwendung von bundeseinheitlichen Rechenregeln des IQTIG, Berlin © 2016 und des BQS-Instituts im Auftrag der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Übersicht Basisauswertung

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	41
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	44
	Basisdaten	44
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	44
	Patientinnen	46
	Behandlungszeiten	47
3	Präoperative Diagnostik und Therapie (benigne und maligne Tumore)	48
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	54
5	Komplikationen (benigne und maligne Tumore)	56
6	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	57
6.1	Übersicht	57
6.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	58
6.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	67
6.4	DCIS (Primärerkrankung)	71
6.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	78
6.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	81
6.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	83
6.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	86
6.9	Nicht-maligne histologische Befunde	88

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Alle offenen Biopsien, tumorresezierende und axilläre Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden: Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie			2.530 / 3.002	84,28	2.613 / 3.058	85,45
davon:						
Histologie						
= ausschließlich Normalgewebe			22 / 2.530	0,87	38 / 2.613	1,45
= benigne/entzündliche Veränderung			496 / 2.530	19,60	556 / 2.613	21,28
= Risikoläsion			67 / 2.530	2,65	65 / 2.613	2,49
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.945 / 2.530	76,88	1.954 / 2.613	74,78

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ-Karzinomen): Primärerkrankung			1.849 / 1.945	95,06	1.851 / 1.954	94,73
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			1.647 / 1.849	89,08	1.646 / 1.851	88,92
DCIS			191 / 1.849	10,33	195 / 1.851	10,53
LCIS/Lobuläre Neoplasie			7 / 1.849	0,38	4 / 1.851	0,22
Lymphom			1 / 1.849	0,05	1 / 1.851	0,05
Sarkom			2 / 1.849	0,11	5 / 1.851	0,27
Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ-Karzinomen): Rezidiverkrankung			96 / 1.945	4,94	103 / 1.954	5,27
davon:						
Histologie						
invasives Karzinom			86 / 96	89,58	93 / 103	90,29
DCIS			6 / 96	6,25	7 / 103	6,80
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 96	0,00	0 / 103	0,00
Lymphom			0 / 96	0,00	0 / 103	0,00
Sarkom			4 / 96	4,17	3 / 103	2,91

1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)

Alle offenen Biopsien, tumorresezierende und axilläre Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumore, Präkanzerosen oder Tumorverdachts der Brust durchgeführt werden (operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie)	
Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
	2.530

Maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	
Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
	1.945

Benigne/entzündliche Veränderungen	
Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
	496

Ausschließlich Normalgewebe	
Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
	22

Risikoläsionen	
Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
	67

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
Primärer-krankungen		1.849
invasives Karzinom		1.647
DCIS		191
LCIS/lobuläre Neoplasie		7
Lymphom		1
Sarkom		2

	Krankenhaus 2015	Gesamt 2015
Rezidiver-krankungen		96
invasives Karzinom		86
DCIS		6
LCIS/lobuläre Neoplasie		0
Lymphom		0
Sarkom		4

2. Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)
Basisdaten

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl importierter Datensätze						
1. Quartal			753	25,37	811	27,02
2. Quartal			753	25,37	789	26,29
3. Quartal			704	23,72	691	23,03
4. Quartal			758	25,54	710	23,66
Gesamt			2.968		3.001	

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015
Liste der 5 häufigsten Diagnosen

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
2	C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
3	D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge
4	I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
5	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2015

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	ICD	Anzahl	%[1]	ICD	Anzahl	%[1]	ICD	Anzahl	%[1]
1				C50.4	770	25,94	C50.4	729	24,29
2				C50.8	665	22,41	C50.8	651	21,69
3				D05.1	653	22,00	I10.00	591	19,69
4				I10.00	544	18,33	D05.1	569	18,96
5				D24	351	11,83	D24	402	13,40

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

Patientinnen

	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Altersverteilung (Jahre)						
< 20 Jahre			21 / 2.968	0,71	17 / 3.001	0,57
20 - 29 Jahre			69 / 2.968	2,32	69 / 3.001	2,30
30 - 39 Jahre			143 / 2.968	4,82	162 / 3.001	5,40
40 - 49 Jahre			482 / 2.968	16,24	504 / 3.001	16,79
50 - 59 Jahre			769 / 2.968	25,91	781 / 3.001	26,02
60 - 69 Jahre			675 / 2.968	22,74	649 / 3.001	21,63
70 - 79 Jahre			588 / 2.968	19,81	621 / 3.001	20,69
>= 80 Jahre			221 / 2.968	7,45	198 / 3.001	6,60
Alter (Jahre)						
Alle Patientinnen mit gültiger Altersangabe			2.968		3.001	
Median				*59,50*		*59,00*
Geschlecht						
männlich			38	1,28	36	1,20
weiblich			2.930	98,72	2.965	98,80
Einstufung nach ASA-Klassifikation						
1: normaler, gesunder Patient			408	13,75	576	19,19
2: mit leichter Allgemeinerkrankung			1.886	63,54	1.821	60,68
3: mit schwerer Allgemeinerkrankung			658	22,17	598	19,93
4: mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt			16	0,54	5	0,17
5: moribunder Patient, von dem nicht erwartet wird, dass er ohne Operation überlebt			0	0,00	1	0,03

Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen mit invasivem Mammakarzinom[1] (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			2.119 / 2.968	71,39	2.050 / 3.001	68,31
Postoperative Verweildauer[2] (Tage)						
Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe			2.119		2.050	
Median				*4,00*		*5,00*
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe			2.119		2.050	
Median				*5,00*		*6,00*
Patientinnen ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 2)			849 / 2.968	28,61	951 / 3.001	31,69
Postoperative Verweildauer[2] (Tage)						
Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe			849		951	
Median				*2,00*		*2,00*
Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)						
Anzahl Patientinnen mit gültiger Angabe			849		951	
Median				*2,00*		*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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Betroffene Brust/Seite						
rechts			1.487 / 3.002	49,53	1.412 / 3.058	46,17
links			1.515 / 3.002	50,47	1.646 / 3.058	53,83
Erkrankung an dieser Brust						
Primärerkrankung			2.858 / 3.002	95,20	2.898 / 3.058	94,77
lokoregionäres Rezidiv nach BET			95 / 3.002	3,16	113 / 3.058	3,70
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie			49 / 3.002	1,63	47 / 3.058	1,54
Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an dieser Brust wegen Primärerkrankung			2.492 / 2.858	87,19	2.543 / 2.898	87,75
wenn ja:						
Tastbarer Mammabefund			1.457 / 2.492	58,47	1.444 / 2.543	56,78
Anlass der Diagnose-stellung bekannt (Mehrfachnennungen möglich)			2.409 / 2.492	96,67	2.453 / 2.543	96,46
wenn ja:						
Selbstuntersuchung (Eigenuntersuchung)			1.019 / 2.409	42,30	978 / 2.453	39,87
Früherkennung			1.120 / 2.409	46,49	1.280 / 2.453	52,18
Früherkennung im Rahmen eines Mammografie-Screening-Programms			654 / 1.120	58,39	644 / 1.280	50,31
Tumorsymptomatik			220 / 2.409	9,13	285 / 2.453	11,62
Nachsorge			125 / 2.409	5,19	150 / 2.453	6,11
sonstiges			206 / 2.409	8,55	137 / 2.453	5,58

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primär-erkrankung)						
bei allen tastbaren Mammabefunden			1.285 / 1.457	88,19	1.259 / 1.444	87,19
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			874 / 1.035	84,44	911 / 1.099	82,89
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden			2.159 / 2.492	86,64	2.170 / 2.543	85,33
wenn ja:						
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			7 / 2.159	0,32	13 / 2.170	0,60
= benigne/entzündliche Veränderung			121 / 2.159	5,60	186 / 2.170	8,57
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			142 / 2.159	6,58	141 / 2.170	6,50
= malignitätsverdächtig			24 / 2.159	1,11	22 / 2.170	1,01
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			1.865 / 2.159	86,38	1.808 / 2.170	83,32

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2015)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			1.865 / 2.159	86,38	1.808 / 2.170	83,32
davon:						
invasives Karzinom			1.681 / 1.877	89,56	1.623 / 1.817	89,32
DCIS			189 / 1.877	10,07	189 / 1.817	10,40
LCIS/Lobuläre Neoplasie			5 / 1.877	0,27	2 / 1.817	0,11
Lymphom			0 / 1.877	0,00	0 / 1.817	0,00
Sarkom			2 / 1.877	0,11	3 / 1.817	0,17

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung (lokoregionäres Rezidiv)			86 / 144	59,72	90 / 160	56,25
wenn ja:						
Histologie						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			1 / 86	1,16	1 / 90	1,11
= benigne/entzündliche Veränderung			3 / 86	3,49	7 / 90	7,78
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			2 / 86	2,33	1 / 90	1,11
= malignitätsverdächtig			2 / 86	2,33	4 / 90	4,44
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			78 / 86	90,70	77 / 90	85,56

Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2015)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)			78 / 86	90,70	77 / 90	85,56
davon:						
invasives Karzinom			66 / 78	84,62	68 / 77	88,31
DCIS			9 / 78	11,54	8 / 77	10,39
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 78	0,00	0 / 77	0,00
Lymphom			0 / 78	0,00	0 / 77	0,00
Sarkom			3 / 78	3,85	1 / 77	1,30

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			1.764 / 2.492	70,79	1.836 / 2.543	72,20
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			1.637 / 2.159	75,82	1.703 / 2.170	78,48
prätherapeutische interdisziplinäre Therapieplanung bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung **und** mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			1.456 / 1.858	78,36	1.456 / 1.803	80,75

Präoperative Diagnostik und Therapie (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			302 / 2.492	12,12	294 / 2.543	11,56
präoperative tumor-spezifische Therapie bei allen Patientinnen mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung **und** prätherapeutischer histo-logischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mamma-karzinom (Mehrfachnennungen möglich)			293 / 1.670	17,54	272 / 1.616	16,83
wenn ja:						
systemische Chemotherapie			250 / 293	85,32	205 / 272	75,37
endokrine Therapie			49 / 293	16,72	70 / 272	25,74
spezifische Antikörpertherapie			57 / 293	19,45	41 / 272	15,07
Strahlentherapie			1 / 293	0,34	0 / 272	0,00
sonstige			2 / 293	0,68	4 / 272	1,47

4. Operation (benigne und maligne Tumore)

Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes						
Anzahl der gültigen Angaben			3.037		3.123	
Median				*1,00*		*1,00*
Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren[1]			1.098	36,15	-	-
nein			1.939	63,85	-	-
ja, durch Mammografie			523	17,22	-	-
ja, durch Sonografie			550	18,11	-	-
ja, durch MRT			25	0,82	-	-
Intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie[1]						
nein			92 / 1.098	8,38	-	-
intraoperative Präparateradiografie			761 / 1.098	69,31	-	-
intraoperative Präparatesonografie			245 / 1.098	22,31	-	-

[1] Aufgrund geänderter Rechenregeln sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

OPS 2015

Liste der sechs häufigsten Angaben

Bezug der Texte: Gesamt 2015

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a0	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	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)
5	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)
6	3-760	Sondenmessung im Rahmen der SLNE (Sentinel Lymphnode Extirpation)

OPS 2015

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2015			Gesamt 2015			Gesamt 2014		
	OPS	Anzahl	%[1]	OPS	Anzahl	%[1]	OPS	Anzahl	%[1]
1				5-401.11	1.122	36,94	5-401.11	1.149	36,79
2				5-870.a0	627	20,65	5-870.a0	637	20,40
3				5-872.1	471	15,51	5-872.1	493	15,79
4				5-870.a1	439	14,46	5-870.a2	475	15,21
5				5-870.a2	435	14,32	5-870.a1	456	14,60
6				3-760	398	13,11	3-760	397	12,71

[1] Bezug der Prozentzahlen: Alle Fälle mit gültigem OPS

Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt (Bezug: Eingriffe)			1.218 / 3.037	40,11	1.238 / 3.123	39,64
Perioperative Antibiotikaprophylaxe			2.883 / 3.037	94,93	2.919 / 3.123	93,47

5. Komplikationen (benigne und maligne Tumore)

Komplikationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
behandlungsbedürftige postoperative chirurgische Komplikationen (Mehrfachnennungen möglich)			122 / 3.002	4,06	120 / 3.058	3,92
Wundinfektion			20 / 3.002	0,67	14 / 3.058	0,46
Nachblutung/Hämatom			85 / 3.002	2,83	83 / 3.058	2,71
Serom			10 / 3.002	0,33	18 / 3.058	0,59
sonstige			16 / 3.002	0,53	11 / 3.058	0,36

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

6.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde						
= ausschließlich Normalgewebe			30	1,00	44	1,44
= benigne/entzündliche Veränderung			501	16,69	592	19,36
= Risikoläsion			73	2,43	75	2,45
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			2.398	79,88	2.347	76,75
primär-operative Therapie abgeschlossen (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen)			2.530	84,28	2.613	85,45
wenn nein: **weitere Therapie-empfehlung**						
Empfehlung zur Nachresektion			164	34,75	166	37,30
Empfehlung zur Mastektomie			53	11,23	51	11,46
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			17	3,60	20	4,49
Empfehlung zur Axilladissektion			26	5,51	20	4,49
Empfehlung zur BET			76	16,10	69	15,51
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			136	28,81	119	26,74

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen ohne präoperative tumor-spezifische Therapie						
Patientinnen mit Primär-erkrankung bei invasivem Karzinom **ohne** präoperative tumorspezifische Therapie[1] (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.338 / 3.002	44,57	1.373 / 3.058	44,90
davon						
pT0			1 / 1.338	0,07	2 / 1.373	0,15
pTis			6 / 1.338	0,45	8 / 1.373	0,58
pT1 (<= 2 cm)			746 / 1.338	55,75	773 / 1.373	56,30
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			9 / 746	1,21	6 / 773	0,78
pT1a (<= 5 mm)			52 / 746	6,97	67 / 773	8,67
pT1b (<= 10 mm)			194 / 746	26,01	206 / 773	26,65
pT1c (<= 20 mm)			491 / 746	65,82	494 / 773	63,91
pT2 (> 2 bis 5 cm)			442 / 1.338	33,03	452 / 1.373	32,92
pT3 (> 5 cm)			70 / 1.338	5,23	64 / 1.373	4,66
pT4 (Brustwand/Haut)			71 / 1.338	5,31	71 / 1.373	5,17
davon						
pT4a (Brustwand)			2 / 71	2,82	2 / 71	2,82
pT4b (Ödem)			68 / 71	95,77	63 / 71	88,73
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 71	0,00	1 / 71	1,41
pT4d (inflammatorisch)			1 / 71	1,41	5 / 71	7,04
pTX			2 / 1.338	0,15	3 / 1.373	0,22

[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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT bei Patientinnen mit präoperativer tumor-spezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primär-erkrankung bei invasivem Karzinom **mit** präoperativer tumorspezifischer Therapie[1] (primär-operative Therapie abgeschlossen)			309 / 3.002	10,29	273 / 3.058	8,93
davon						
ypT0			86 / 309	27,83	76 / 273	27,84
ypTis			18 / 309	5,83	5 / 273	1,83
ypT1 (<= 2 cm)			102 / 309	33,01	107 / 273	39,19
davon						
ypT1mic (Mikroinvasion)			3 / 102	2,94	5 / 107	4,67
ypT1a (<= 5 mm)			18 / 102	17,65	20 / 107	18,69
ypT1b (<= 10 mm)			26 / 102	25,49	24 / 107	22,43
ypT1c (<= 20 mm)			55 / 102	53,92	58 / 107	54,21
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			64 / 309	20,71	57 / 273	20,88
ypT3 (> 5 cm)			16 / 309	5,18	18 / 273	6,59
ypT4 (Brustwand/Haut)			20 / 309	6,47	8 / 273	2,93
davon						
ypT4a (Brustwand)			1 / 20	5,00	1 / 8	12,50
ypT4b (Ödem)			13 / 20	65,00	6 / 8	75,00
ypT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 20	5,00	0 / 8	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			5 / 20	25,00	1 / 8	12,50
ypTX			3 / 309	0,97	2 / 273	0,73

[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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen ohne präoperative tumor-spezifische Therapie						
Patientinnen mit Primär-erkrankung bei invasivem Karzinom **ohne** präoperative tumorspezifische Therapie[1] (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.418 / 3.002	47,24	1.452 / 3.058	47,48
davon						
Patientinnen **ohne** regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			923 / 1.418	65,09	940 / 1.452	64,74
pN0(sn)			849 / 923	91,98	873 / 940	92,87
pN0			74 / 923	8,02	67 / 940	7,13
pN0 mit >= 10 unter-suchten Lymphknoten			38 / 923	4,12	39 / 940	4,15
Patientinnen **mit** regionären Lymphknoten-metastasen (pN1)			273 / 1.418	19,25	277 / 1.452	19,08
pN1mi			3 / 273	1,10	5 / 277	1,81
pN1mi(sn)			42 / 273	15,38	28 / 277	10,11
pN1a			147 / 273	53,85	179 / 277	64,62
pN1b			0 / 273	0,00	5 / 277	1,81
pN1c			2 / 273	0,73	3 / 277	1,08
pN1(sn)			79 / 273	28,94	57 / 277	20,58
pN2			94 / 1.418	6,63	83 / 1.452	5,72
pN2a			94 / 94	100,00	82 / 83	98,80
pN2b			0 / 94	0,00	1 / 83	1,20
pN3			63 / 1.418	4,44	48 / 1.452	3,31
pN3a			62 / 63	98,41	48 / 48	100,00
pN3b			0 / 63	0,00	0 / 48	0,00
pN3c			1 / 63	1,59	0 / 48	0,00
Patientinnen, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			65 / 1.418	4,58	104 / 1.452	7,16
pNX			62 / 65	95,38	94 / 104	90,38
pNX(sn)			3 / 65	4,62	10 / 104	9,62

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen mit präoperativer tumor-spezifischer Therapie						
Patientinnen mit Primär-erkrankung bei invasivem Karzinom **mit** präoperativer tumorspezifischer Therapie[1] (primär-operative Therapie abgeschlossen)			229 / 3.002	7,63	194 / 3.058	6,34
davon						
Patientinnen **ohne** regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			130 / 229	56,77	118 / 194	60,82
ypN0(sn)			67 / 130	51,54	67 / 118	56,78
ypN0			63 / 130	48,46	51 / 118	43,22
ypN0 mit >= 10 unter-suchten Lymphknoten			34 / 130	26,15	40 / 118	33,90
Patientinnen **mit** regionären Lymphknoten-metastasen ypN1			58 / 229	25,33	44 / 194	22,68
ypN1mi			4 / 58	6,90	1 / 44	2,27
ypN1mi(sn)			2 / 58	3,45	3 / 44	6,82
ypN1a			49 / 58	84,48	36 / 44	81,82
ypN1b			0 / 58	0,00	0 / 44	0,00
ypN1c			0 / 58	0,00	0 / 44	0,00
ypN1(sn)			3 / 58	5,17	4 / 44	9,09
ypN2			21 / 229	9,17	22 / 194	11,34
ypN2a			21 / 21	100,00	22 / 22	100,00
ypN2b			0 / 21	0,00	0 / 22	0,00
ypN3			11 / 229	4,80	4 / 194	2,06
ypN3a			10 / 11	90,91	4 / 4	100,00
ypN3b			1 / 11	9,09	0 / 4	0,00
ypN3c			0 / 11	0,00	0 / 4	0,00
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			9 / 229	3,93	6 / 194	3,09
ypNX			6 / 9	66,67	6 / 6	100,00
ypNX(sn)			3 / 9	33,33	0 / 6	0,00

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn):						
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten[1]:						
Anzahl der gültigen Angaben			524		495	
Median				*13,00*		*12,00*
wenn Angabe pN(sn)-Staging:						
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten[1]:						
Anzahl der gültigen Angaben			1.043		1.031	
Median				*2,00*		*2,00*
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			19	1,15	27	1,64
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			1.647 / 3.002	54,86	1.646 / 3.058	53,83
davon						
Patientinnen **ohne** Fernmetastasierung (M0)			1.523 / 1.647	92,47	1.523 / 1.646	92,53
Patientinnen **mit** Fernmetastasierung (M1)			52 / 1.647	3,16	72 / 1.646	4,37
Staging wurde nicht durchgeführt			72 / 1.647	4,37	51 / 1.646	3,10

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Primärtumor			1.643		1.636	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			226	13,76	263	16,08
mäßig differenziert			1.017	61,90	999	61,06
schlecht differenziert			377	22,95	359	21,94
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			23	1,40	15	0,92
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			273	16,62	297	18,15
positiv			1.357	82,59	1.328	81,17
unbekannt			13	0,79	11	0,67
HER-2/neu-Status						
negativ			1.370	83,38	1.329	81,23
positiv			250	15,22	282	17,24
unbekannt			23	1,40	25	1,53
histologisch gesicherte Multizentrizität			257 / 1.643	15,64	221 / 1.636	13,51
R0-Resektion[1]						
nein			80	4,87	-	-
ja			1.510	91,91	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			34	3,32	-	-
>= 1 mm			976	95,22	-	-
es liegen keine Angaben vor			15	1,46	-	-
es liegen keine Angaben vor			3	0,18	-	-
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			50	3,04	-	-

[1] Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Art der erfolgten Therapie
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			468	28,42	494	30,01
ja			1.110	67,40	1.073	65,19
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			67	4,07	71	4,31
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			2	0,12	8	0,49
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
nein			944	57,32	954	57,96
ja, einzelne Lymphknoten			245	14,88	267	16,22
ja, Axilladissektion			458	27,81	425	25,82
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.283	77,90	1.238	75,21
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			1.053 / 1.283	82,07	1.018 / 1.238	82,23
Farbmarkierung			22 / 1.283	1,71	18 / 1.238	1,45
beides			208 / 1.283	16,21	202 / 1.238	16,32
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			409	24,83	384	23,33
Axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung oder Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei Patientinnen ohne Fern-metastasen bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			1.536 / 1.595	96,30	1.493 / 1.574	94,85

Weiterer Behandlungsverlauf
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			1.614 / 1.639	98,47	1.611 / 1.633	98,65
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1.627 / 1.639	99,27	1.622 / 1.633	99,33
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1.618 / 1.639	98,72	1.622 / 1.633	99,33

Entlassung
Invasives Karzinom (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund[1] Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015 Anzahl	%	Gesamt 2015 Anzahl	%	Gesamt 2014 Anzahl	%
01: regulär beendet			1.238	75,53	1.256	76,91
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			386	23,55	361	22,11
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	2	0,12
04: gegen ärztlichen Rat			3	0,18	2	0,12
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			6	0,37	4	0,24
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			5	0,31	5	0,31
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	1	0,06
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/KHG)			1	0,06	2	0,12
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Rezidiverkrankung bei invasivem Karzinom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			86 / 3.002	2,86	93 / 3.058	3,04
davon						
Patientinnen **ohne** Fernmetastasierung (M0)			66 / 86	76,74	78 / 93	83,87
Patientinnen **mit** Fernmetastasierung (M1)			17 / 86	19,77	11 / 93	11,83
Staging wurde nicht durchgeführt			3 / 86	3,49	4 / 93	4,30

Histologie und Staging (Fortsetzung)
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologischer Befund						
Lokalrezidiv[1]			70		80	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			6	8,57	7	8,75
mäßig differenziert			37	52,86	46	57,50
schlecht differenziert			24	34,29	27	33,75
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			3	4,29	0	0,00
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			26	37,14	23	28,75
positiv			42	60,00	54	67,50
unbekannt			2	2,86	3	3,75
HER-2/neu-Status						
negativ			51	72,86	70	87,50
positiv			16	22,86	7	8,75
unbekannt			3	4,29	3	3,75
histologisch gesicherte Multizentrizität			13 / 70	18,57	9 / 80	11,25
R0-Resektion[2]						
nein			5	7,14	-	-
ja			61	87,14	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			2	20,00	-	-
>= 1 mm			8	80,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	-	-
es liegen keine Angaben vor			3	4,29	-	-
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			1	1,43	-	-

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

[2] Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Art der erfolgten Therapie
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			55		61	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			41	47,67	49	52,69
ja			12	13,95	11	11,83
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	1,16	1	1,08
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	1,16	0	0,00

Weiterer Behandlungsverlauf
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			85 / 86	98,84	89 / 93	95,70
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			85 / 86	98,84	91 / 93	97,85
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			83 / 86	96,51	86 / 93	92,47

Entlassung
Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund[1] Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015 Anzahl	%	Gesamt 2015 Anzahl	%	Gesamt 2014 Anzahl	%
01: regulär beendet			66	76,74	74	79,57
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			18	20,93	18	19,35
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	1,16	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			1	1,16	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	1	1,08
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 BPflV/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
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0	0,00	0	

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Regionärer Lymphknoten-Status pN						
Patientinnen mit Primär-erkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			191	97,91	195	100,00
davon						
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			142 / 187	75,94	135 / 195	69,23
pNX			142 / 142	100,00	134 / 135	99,26
pNX(sn)			0 / 142	0,00	1 / 135	0,74
Patientinnen **ohne** regionäre Lymphknotenmetastasen			43 / 187	22,99	56 / 195	28,72
pN0(sn)			33 / 43	76,74	46 / 56	82,14
pN0			10 / 43	23,26	10 / 56	17,86
pN0 mit >= 10 unter-suchten Lymphknoten			1 / 43	2,33	0 / 56	0,00
Patientinnen **mit** regionären Lymphknotenmetastasen						
pN1			0 / 187	0,00	1 / 195	0,51
pN1mi			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1mi(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1a			0 / 0		1 / 1	100,00
pN1b			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1c			0 / 0		0 / 1	0,00
pN1(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
pN2			1 / 187	0,53	0 / 195	0,00
pN2a			1 / 1	100,00	0 / 0	
pN2b			0 / 1	0,00	0 / 0	
pN3			0 / 187	0,00	0 / 195	0,00
pN3a			0 / 0		0 / 0	
pN3b			0 / 0		0 / 0	
pN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können			0 / 187	0,00	1 / 195	0,51
ypNX			0 / 0		1 / 1	100,00
ypNX(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
Patientinnen **ohne** regionäre Lymphknotenmetastasen			1 / 187	0,53	1 / 195	0,51
ypN0(sn)			0 / 1	0,00	0 / 1	0,00
ypN0			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00
ypN0 mit >= 10 untersuchten Lymphknoten			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00
Patientinnen **mit** regionären Lymphknotenmetastasen						
ypN1			0 / 187	0,00	1 / 195	0,51
ypN1mi			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1mi(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1a			0 / 0		1 / 1	100,00
ypN1b			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1c			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN1(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
ypN2			0 / 187	0,00	0 / 195	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
ypN3			0 / 187	0,00	0 / 195	0,00
ypN3a			0 / 0		0 / 0	
ypN3b			0 / 0		0 / 0	
ypN3c			0 / 0		0 / 0	

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Histologisch untersuchte regionäre Lymphknoten						
wenn pN-Staging ohne Angabe (sn):						
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten[1]:						
Anzahl der gültigen Angaben			12		12	
Median				*0,50*		*1,00*
wenn Angabe pN(sn)-Staging						
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten[1]:						
Anzahl der gültigen Angaben			32		46	
Median				*2,00*		*2,00*
Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten unbekannt			21	10,99	19	9,74
Grading						
G1			39	20,42	39	20,00
G2			85	44,50	78	40,00
G3			42	21,99	43	22,05
GX = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			21	10,99	35	17,95
Gesamttumorgrösse						
Anzahl der gültigen Angaben			191		195	
Median				*18,00*		*15,00*
Anteil <= 10 mm (%)			55 / 191	28,80	70 / 195	35,90
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			45 / 191	23,56	48 / 195	24,62
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			31 / 191	16,23	28 / 195	14,36
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			12 / 191	6,28	20 / 195	10,26
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			14 / 191	7,33	13 / 195	6,67
Anteil > 50 mm (%)			30 / 191	15,71	16 / 195	8,21

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

Histologie und Staging (Fortsetzung)
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrizität			14 / 191	7,33	9 / 195	4,62
R0-Resektion[1]						
nein			8	4,19	-	-
ja			179	93,72	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			8	5,56	-	-
>= 1 mm			132	91,67	-	-
es liegen keine Angaben vor			4	2,78	-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	-	-
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	-	-

[1] Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Art der erfolgten Therapie
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			31	16,23	39	20,00
ja			150	78,53	151	77,44
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			5	2,62	5	2,56
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			1	0,52	0	0,00
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			10	5,24	12	6,15
ja, Axilladissektion			3	1,57	2	1,03
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt			35	18,32	50	25,64
davon						
Art der Markierung:						
Radionuklidmarkierung			30 / 35	85,71	36 / 50	72,00
Farbmarkierung			1 / 35	2,86	0 / 50	0,00
beides			4 / 35	11,43	14 / 50	28,00
axilläre Lymphknoten-entfernung ohne Markierung und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt						
ja, einzelne Lymphknoten			8	4,19	11	5,64
ja, Axilladissektion			1	0,52	0	0,00

Weiterer Behandlungsverlauf
DCIS (Primärerkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapie-planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			187 / 191	97,91	190 / 194	97,94
postoperative Therapie-planung mit Patientin besprochen			191 / 191	100,00	191 / 194	98,45
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			187 / 191	97,91	193 / 194	99,48

Entlassung
DCIS (Primärerkrankung)

Entlassungsgrund[1] Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015 Anzahl	%	Gesamt 2015 Anzahl	%	Gesamt 2014 Anzahl	%
01: regulär beendet			146	76,44	154	79,38
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			43	22,51	40	20,62
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			1	0,52	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,52	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/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
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
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 (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrizität			0 / 6	0,00	1 / 7	14,29
R0-Resektion[1]						
nein			0	0,00	-	-
ja			6	100,00	-	-
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			0		-	-
>= 1 mm			0		-	-
es liegen keine Angaben vor			0		-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	-	-
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			0	0,00	-	-

[1] Das Datenfeld wurde erstmals im Verfahrensjahr 2015 erhoben. Daher ist ein Vorjahresvergleich nicht möglich.

Art der erfolgten Therapie
DCIS (Rezidiverkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Rezidiverkrankung, Zustand nach BET			6		6	
davon:						
erneute brusterhaltende Therapie (BET)						
nein			5	83,33	4	57,14
ja			0	0,00	2	28,57
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			1	16,67	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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			6 / 6	100,00	6 / 7	85,71
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			6 / 6	100,00	6 / 7	85,71
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			6 / 6	100,00	6 / 7	85,71

Entlassung
DCIS (Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund[1] Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015 Anzahl	%	Gesamt 2015 Anzahl	%	Gesamt 2014 Anzahl	%
01: regulär beendet			3	50,00	4	57,14
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			3	50,00	3	42,86
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 BPflV/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
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
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 Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			7 / 7	100,00	4 / 4	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			7 / 7	100,00	4 / 4	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			6 / 7	85,71	4 / 4	100,00

Entlassung
LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund[1]	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
Bezug: Patientinnen	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			7	100,00	1	25,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	3	75,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/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
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tumorgröße pT[1]						
Patientinnen mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2	100,00	5	100,00
davon						
pT0			1 / 2	50,00	0 / 5	0,00
pTis			0 / 2	0,00	0 / 5	0,00
pT1 (<= 2 cm)			0 / 2	0,00	1 / 5	20,00
davon						
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT1a (<= 5 mm)			0 / 0		1 / 1	100,00
pT1b (<= 10 mm)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT1c (<= 20 mm)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT2 (> 2 bis 5 cm)			1 / 2	50,00	2 / 5	40,00
pT3 (> 5 cm)			0 / 2	0,00	1 / 5	20,00
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 2	0,00	1 / 5	20,00
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		1 / 1	100,00
pT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,00
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 1	0,00
pTX			0 / 2	0,00	0 / 5	0,00
ypT0			0 / 2	0,00	0 / 5	0,00
ypTis			0 / 2	0,00	0 / 5	0,00
ypT1 (<= 2 cm)			0 / 2	0,00	0 / 5	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 / 2	0,00	0 / 5	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 2	0,00	0 / 5	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 2	0,00	0 / 5	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 / 2	0,00	0 / 5	0,00

[1] Die Angaben zu der Tumorgröße pT beziehen sich nur auf Primärerkrankungen.

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Fernmetastasierung bei Diagnostik						
Patientinnen mit Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			6 / 3.002	0,20	8 / 3.058	0,26
davon						
Patientinnen **ohne** Fernmetastasierung (M0)			6 / 6	100,00	6 / 8	75,00
Patientinnen **mit** Fernmetastasierung (M1)			0 / 6	0,00	0 / 8	0,00
Staging wurde nicht durchgeführt			0 / 6	0,00	2 / 8	25,00

Weiterer Behandlungsverlauf
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			6 / 6	100,00	8 / 8	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			6 / 6	100,00	8 / 8	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			6 / 6	100,00	7 / 8	87,50

Entlassung
Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund[1] Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015 Anzahl	%	Gesamt 2015 Anzahl	%	Gesamt 2014 Anzahl	%
01: regulär beendet			5	83,33	5	62,50
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	16,67	0	0,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	1	12,50
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	12,50
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	1	12,50
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 BPflV/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
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
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 2015		Gesamt 2015		Gesamt 2014	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			0 / 1	0,00	1 / 1	100,00
postoperative Therapieplanung mit Patientin besprochen			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00
erfolgte Meldung an epidemiologisches Landeskrebsregister oder klinisches Krebsregister			1 / 1	100,00	1 / 1	100,00

Entlassung
Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund[1] Bezug: Patientinnen	Krankenhaus 2015 Anzahl	%	Gesamt 2015 Anzahl	%	Gesamt 2014 Anzahl	%
01: regulär beendet			0	0,00	1	100,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	100,00	0	0,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPflV/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
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
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 2015 Anzahl	%	Gesamt 2015 Anzahl	%	Gesamt 2014 Anzahl	%
01: regulär beendet			495	85,34	541	83,49
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			82	14,14	105	16,20
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,17	2	0,31
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			1	0,17	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 BPflV/KHG)			1	0,17	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
Sektion erfolgt (bezogen auf verstorbene Patientinnen)			0		0	

[1] vollständige Bezeichnung für gekürzte Entlassungsgründe:

01 Behandlung regulär beendet
02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV)
09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 Entlassung in ein Hospiz
14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
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 2015 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 <= 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 <= 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 2015.

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:<= 2,50%
5 von 200 = 2,50% <= 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 <= 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 2015 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2014 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 © 2016. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten” und der Auswertung 2014 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2015 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2015 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

2.4 Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

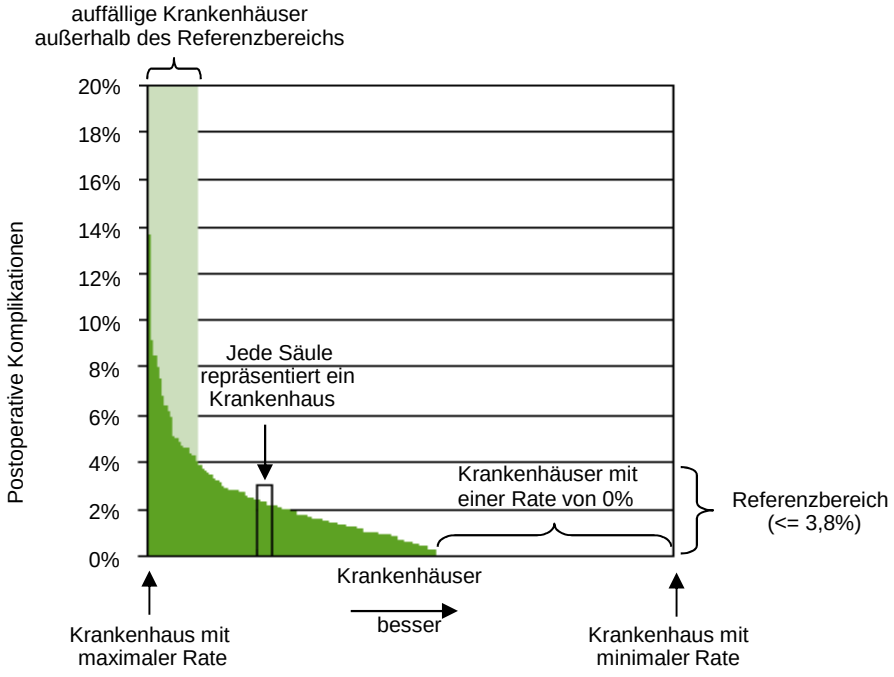
Was unter einem "Fall" zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem "Patienten" z. B. auch eine "Operation" oder eine "Intervention" gemeint sein.

2.4.1 Benchmarkdiagramm

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

Beispiel:

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



2.4.2 Histogramm

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

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

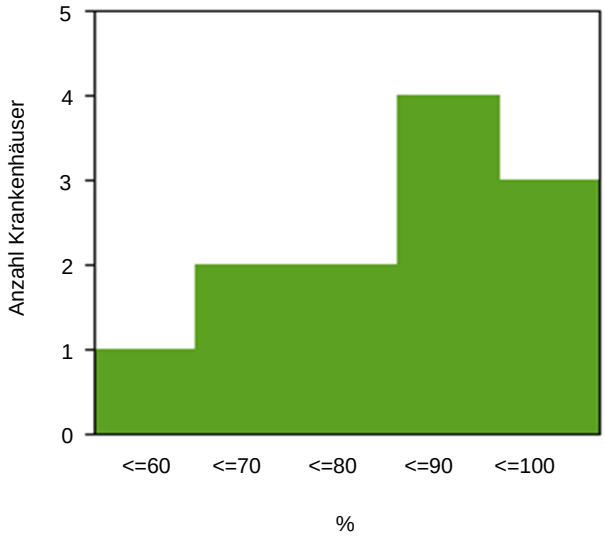
Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

3. Basisauswertung

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

4. Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

5. Darstellung Median/Mittelwert

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

6. Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

7. Interpretation der Ergebnisse

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

8. Glossar

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

Beziehungszahl
Siehe Verhältniszahl

Indikator-ID
Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2015/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2015.
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.