

# Jahresauswertung 2019 Mammachirurgie

18/1

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 45  
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.784  
Datensatzversion: 18/1 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18330-L117452-P55125

# Jahresauswertung 2019 Mammachirurgie

18/1

## Qualitätsindikatoren, Kennzahlen und Auffälligkeitskriterien

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 45  
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.784  
Datensatzversion: 18/1 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18330-L117452-P55125

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
<b>2019/18n1-MAMMA/51846</b>							
<b>QI: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung<sup>3</sup></b>			97,21%	>= 95,00%	innerhalb	96,76%	7
<b>Gruppe: HER2-Positivitätsrate<sup>3</sup></b>							
<b>2019/18n1-MAMMA/52268</b>							
QI: HER2-Positivitätsrate			13,05%	nicht definiert	-	13,18%	9
<b>2019/18n1-MAMMA/52267</b>							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate			1,07	>= 0,48	innerhalb	1,17	11
<b>2019/18n1-MAMMA/52278</b>							
QI: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate			1,07	<= 1,62	innerhalb	1,17	14
<b>2019/18n1-MAMMA/50719</b>							
<b>QI: Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie<sup>3</sup></b>			5,00%	<= 6,33%	innerhalb	4,74%	17

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

## Übersicht Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Fortsetzung)

Qualitätsindikator/Kennzahl	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2019/18n1-MAMMA/51847 <b>QI: Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie<sup>3</sup></b>			96,78%	>= 90,00%	innerhalb	95,22%	19
2019/18n1-MAMMA/51370 <b>QI: Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation<sup>3</sup></b>			4,18%	<= 13,55%	innerhalb	4,79%	22
2019/18n1-MAMMA/60659 <b>QI: Nachresektionsrate<sup>3</sup></b>			13,51%	<= 25,00%	innerhalb	-	24
2019/18n1-MAMMA/211800 <b>QI: Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS<sup>3</sup></b>			98,41%	>= 95,65%	innerhalb	98,25%	26

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

## Übersicht Auffälligkeitskriterien

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

Auffälligkeitskriterium	Fälle Krankenhaus 2019	Ergebnis Krankenhaus 2019	Ergebnis Gesamt 2019	Referenz- bereich	Ergebnis/ Referenz <sup>1</sup> Gesamt	Ergebnis Gesamt Vorjahr <sup>2</sup>	Seite
2019/18n1-MAMMA/850363 <b>Häufige Angabe</b> „HER2-Status = unbekannt“ <sup>3</sup>			0,47%	<= 1,72%	innerhalb	0,80%	28
2019/18n1-MAMMA/850364 <b>Häufige Angabe</b> „R0-Resektion = es liegen keine Angaben vor“ <sup>3</sup>			0,13%	<= 0,88%	-	0,26%	30
2019/18n1-MAMMA/813068 <b>Häufige Diskrepanz zwischen</b> <b>prätherapeutischer histologischer</b> <b>Diagnose und Angabe im Feld</b> <b>Histologie unter Berücksichtigung</b> <b>der Vorbefunde<sup>3</sup></b>			26,00 Fälle	<= 4,00 Fälle	außerhalb	43,00 Fälle	32
2019/18n1-MAMMA/850372 <b>Häufige Angabe</b> „immunhistochemischer Hormonrezeptor- status = unbekannt“ <sup>3</sup>			0,14%	<= 1,10%	-	0,29%	34

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

<sup>2</sup> Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln des Jahres 2019. Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

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

## Verbindliche Kennzahlen

---

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

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

Für das Auswertungsjahr 2019 wurden kalkulatorische Kennzahlen und Transparenzkennzahlen spezifiziert. Sie sind aus dem Gliederungspunkt „Art des Wertes“ bzw. dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind diese Kennzahlen zusätzlich mit dem Kürzel „KKez“ oder „TKez“ gekennzeichnet.

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

## Planungsrelevante Indikatoren

---

Die QIDB beinhaltet auch planungsrelevante Indikatoren. Abweichend von § 8 QSKH-RL werden diese aber gemäß plan.QI-RL ausschließlich vom Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) ausgewertet, so dass sie in dieser Auswertung nicht berechnet und dargestellt werden. Folgende 11 Qualitätsindikatoren (Indikator-IDs) sind hiervon betroffen:

Leistungsbereich 15/1: 10211, 12874, 51906  
Leistungsbereich 16/1: 318, 330, 1058, 50045, 51803  
Leistungsbereich 18/1: 2163, 52279, 52330

## Auswertungseinheiten (Standorte)

---

Standortbezogene Auswertungen für die Leistungsbereiche 15/1, 16/1 und 18/1 werden ab dem Verfahrensjahr 2019 nicht mehr nach der Auswertungseinheit STANDORT (entlassender Standort), sondern grundsätzlich nach dem behandelnden Standort vorgenommen. Bei Einrichtungen mit mehreren Standorten können hierdurch Vorjahresergebnisse nicht oder nur eingeschränkt vergleichbar sein.


## Vergleichbarkeit der Vorjahreswerte

---


Seit dem Erfassungsjahr 2018 erfolgt für diesen Leistungsbereich die Abgrenzung der Fälle zum jeweiligen Auswertungsjahr nicht mehr nach dem Aufnahme-, sondern nach dem Entlassungsdatum. Da im Umstellungsjahr 2018 nur eine eingeschränkte Grundgesamtheit ohne die Überliegerfälle aus 2017 bestand, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Erfassungsjahres 2019 mit den Ergebnissen des Vorjahres 2018 als eingeschränkt vergleichbar einzustufen.

**Qualitätsindikator: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung**

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Sicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie bei Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ oder „DCIS“ und Ersteingriff	
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung bei fehlender Malignität
<b>Art des Wertes:</b>	Gruppe 1:	Qualitätsindikator
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2019/18n1-MAMMA/51846
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 95,00%

	Krankenhaus 2019	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 95,00%	

	Gesamt 2019	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich Referenzbereich	3.026 / 3.113 97,21% 96,57% - 97,73% >= 95,00%	386 / 731 52,80%

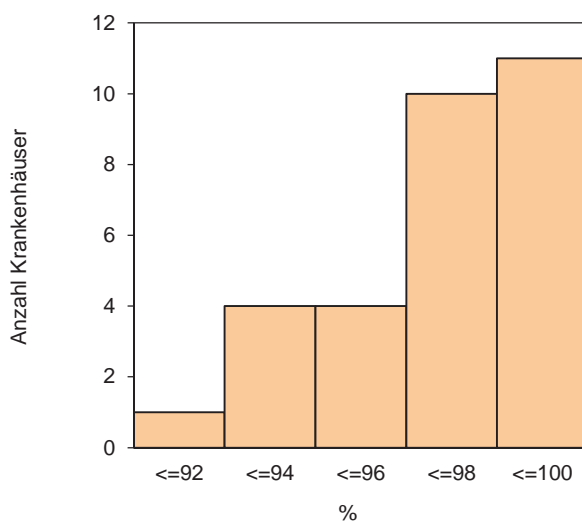
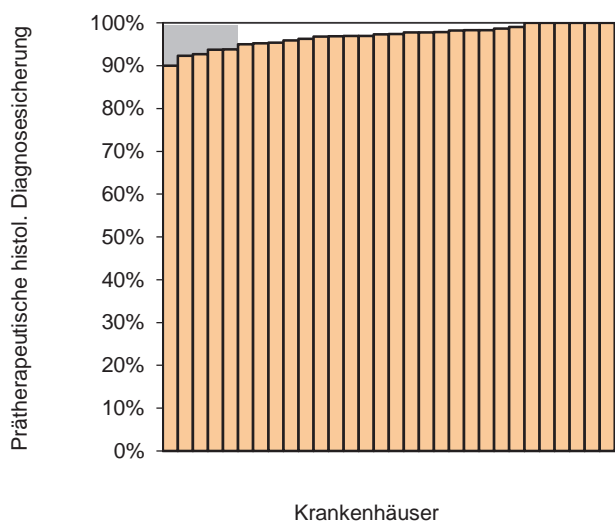
<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich		

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Gesamt 2018	
	Gruppe 1	Gruppe 2
Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie Vertrauensbereich	3.107 / 3.211 96,76% 96,09% - 97,32%	381 / 645 59,07%

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

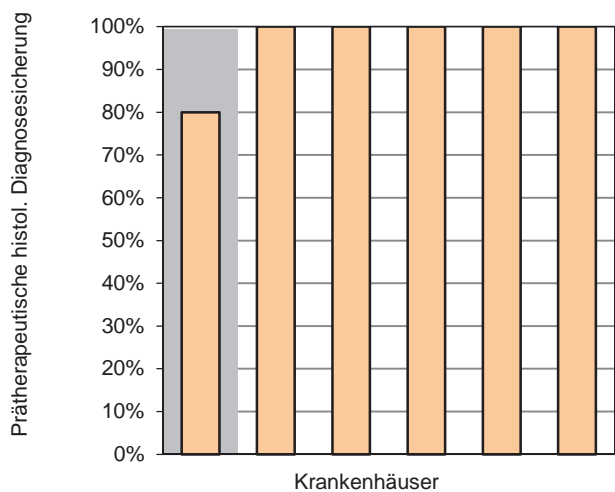
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 1, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/51846]:  
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung durch Stanz- oder  
 Vakuumbiopsie an allen Patientinnen und Patienten mit Ersteingriff bei Primärerkrankung und Histologie „invasives  
 Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „DCIS“**

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	90,00	92,31	93,23	95,40	97,40	98,72	100,00	100,00	100,00

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



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,00			100,00	100,00	100,00			100,00

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



**Gruppe: HER2-Positivitätsrate**

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


**HER2-Positivitätsrate**


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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/18n1-MAMMA/52268

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status			359 / 2.750	13,05%
Vertrauensbereich				11,85% - 14,37%
Referenzbereich		nicht definiert		nicht definiert

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status			359 / 2.723	13,18%
Vertrauensbereich				11,96% - 14,51%

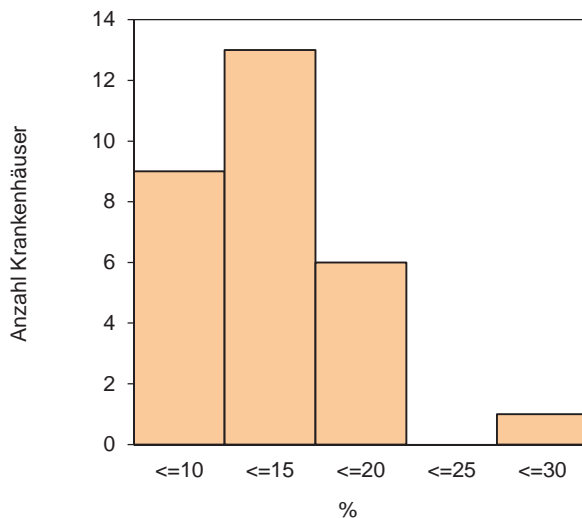
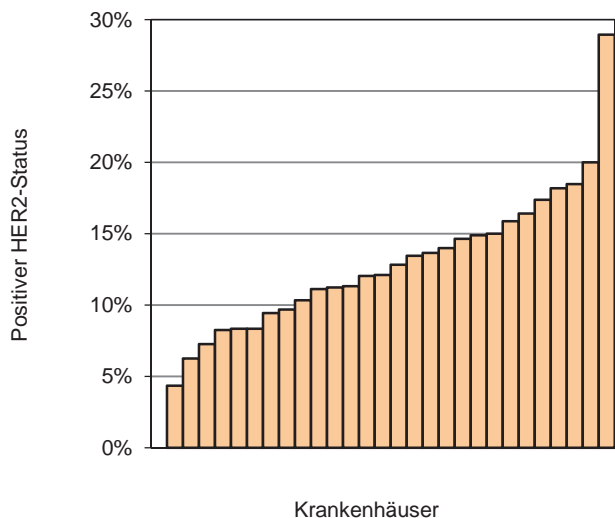
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankenhäusergebnisse [Diagramm 2a, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/52268]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

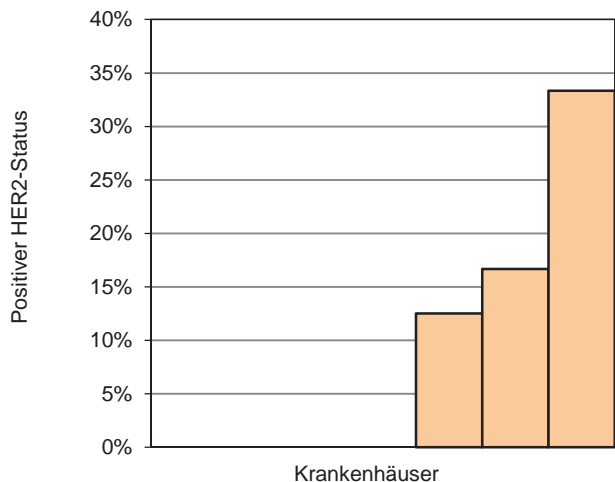
29 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	4,35	6,25	9,43	12,10	15,00	18,48	20,00	28,95

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

7 Krankenhäuser haben weniger als 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00			0,00	0,00	16,67			33,33

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/18n1-MAMMA/52267

**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression

**Referenzbereich:** >= 0,48 (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O) <sup>2</sup>		358 / 2.742 13,06%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		333,52 / 2.742 12,16%
O - E		0,89%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
O/E <sup>4</sup>		1,07
Vertrauensbereich		0,97 - 1,18
Referenzbereich	>= 0,48	>= 0,48

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

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


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

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

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

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

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

Vorjahresdaten <sup>1</sup> Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) <sup>2</sup>		358 / 2.716 13,18%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		305,71 / 2.716 11,26%
O - E		1,93%
O/E <sup>4</sup> Vertrauensbereich		1,17 1,06 - 1,29

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

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

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

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

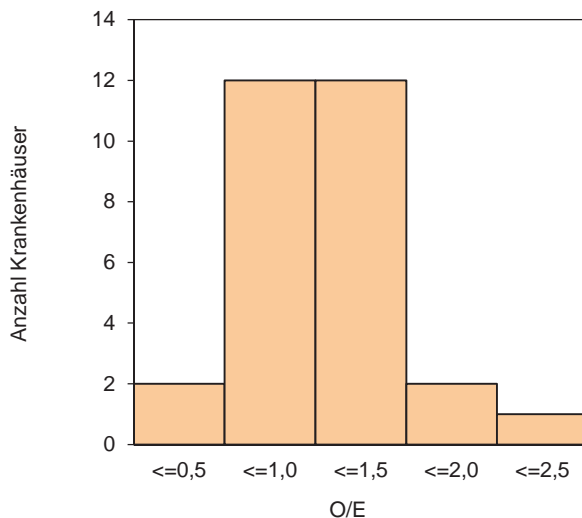
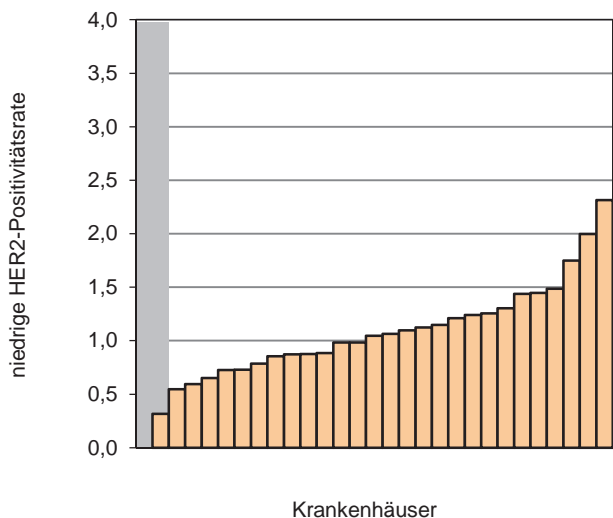
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

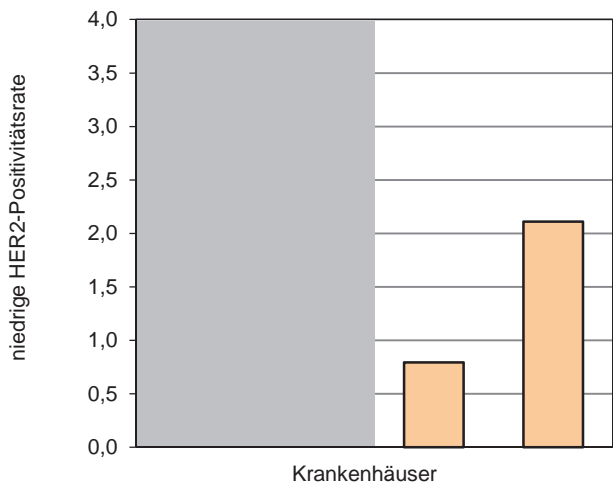
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2b, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/52267]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen  
 Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 29 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	0,32	0,55	0,78	1,05	1,26	1,75	2,00	2,31

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 4 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	0,40	1,45			2,11

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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


**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/18n1-MAMMA/52278

**Methode der Risikoadjustierung:** Logistische Regression

**Referenzbereich:** <= 1,62 (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
beobachtet (O) <sup>2</sup>		358 / 2.742 13,06%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		333,52 / 2.742 12,16%
O - E		0,89%

	Krankenhaus 2019	Gesamt 2019
Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status		
O/E <sup>4</sup>		1,07
Vertrauensbereich		0,97 - 1,18
Referenzbereich	<= 1,62	<= 1,62

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

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


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

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

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

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

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

Vorjahresdaten <sup>1</sup> Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status	Krankenhaus 2018	Gesamt 2018
beobachtet (O) <sup>2</sup>		358 / 2.716 13,18%
vorhergesagt (E) <sup>3</sup>		305,71 / 2.716 11,26%
O - E		1,93%
O/E <sup>4</sup> Vertrauensbereich		1,17 1,06 - 1,29

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

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

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

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

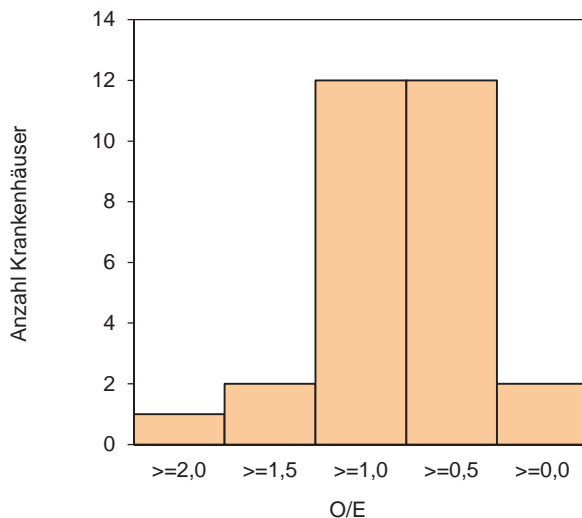
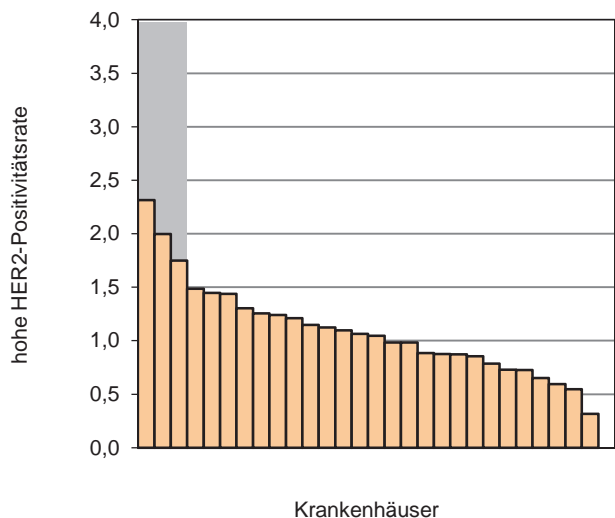
Werte kleiner eins bedeuten, dass die beobachtete Rate an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status kleiner ist als erwartet und umgekehrt.

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

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

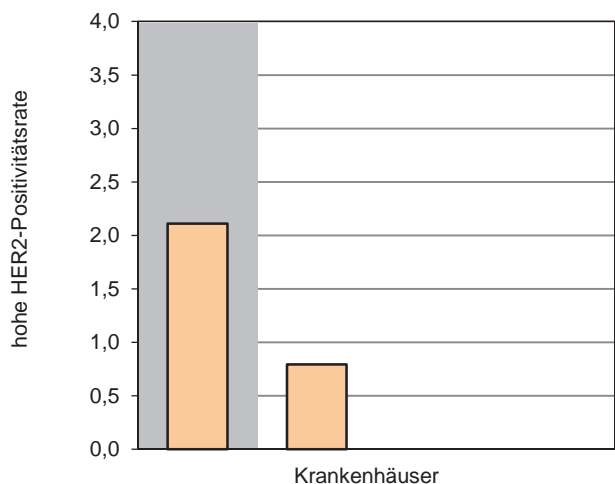
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 2c, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/52278]:  
 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit positivem HER2-Status an allen  
 Patientinnen und Patienten in der aufgeführten Grundgesamtheit**

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 29 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	0,32	0,55	0,78	1,05	1,26	1,75	2,00	2,31

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 4 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	0,40	1,45			2,11

12 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.



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


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


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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/18n1-MAMMA/50719

**Referenzbereich:** <= 6,33% (80%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme			12 / 240	5,00%
Vertrauensbereich				2,88% - 8,53%
Referenzbereich		<= 6,33%		<= 6,33%
Patientinnen und Patienten mit alleiniger Entfernung nicht markierter Lymphknoten			1 / 240	0,42%
Patientinnen und Patienten mit alleiniger SLNB			7 / 240	2,92%

Vorjahresdaten <sup>2</sup>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit axillärer Lymphknotenentnahme			10 / 211	4,74%
Vertrauensbereich				2,59% - 8,50%

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

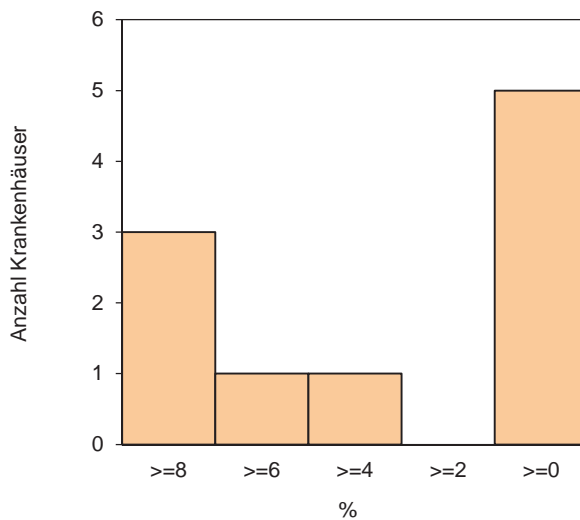
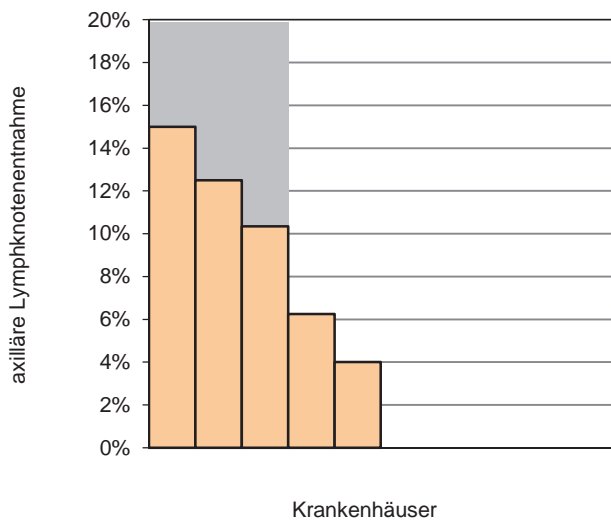
<sup>2</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahresergebnisse eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 3, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/50719]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

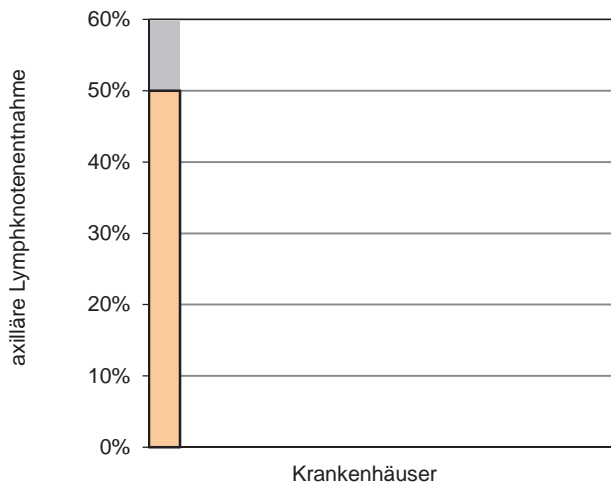
10 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00		0,00	0,00	2,00	10,34	13,75		15,00

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

15 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	0,00		50,00

20 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

<b>Qualitätsziel:</b>	Möglichst viele Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (SLNB) und ohne Axilladisektion bei lymphknotennegativem (pN0) invasivem Mammakarzinom		
<b>Grundgesamtheit:</b>	Gruppe 1:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
	Gruppe 2:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT1, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
	Gruppe 3:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT2, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
	Gruppe 4:	Alle Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung „invasives Mammakarzinom“ im Stadium pT3 oder pT4, negativem pN-Staging, abgeschlossener operativer Therapie und ohne präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup>	
<b>Art des Wertes:</b>	Gruppe 1:	Qualitätsindikator	
<b>Indikator-ID:</b>	Gruppe 1:	2019/18n1-MAMMA/51847	
<b>Referenzbereich:</b>	Gruppe 1:	>= 90,00%	

	Krankenhaus 2019			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich Referenzbereich	 >= 90,00%			

	Gesamt 2019			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich Referenzbereich	1.413 / 1.460 96,78% 95,75% - 97,57% >= 90,00%	988 / 1.005 98,31%	380 / 397 95,72%	45 / 58 77,59%

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

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich				

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Gesamt 2018			
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4
Patientinnen und Patienten mit Sentinel-Lymphknoten-Biopsie und ohne Axilladisektion Vertrauensbereich	1.414 / 1.485 95,22% 94,01% - 96,19%	981 / 1.008 97,32%	397 / 432 91,90%	36 / 45 80,00%

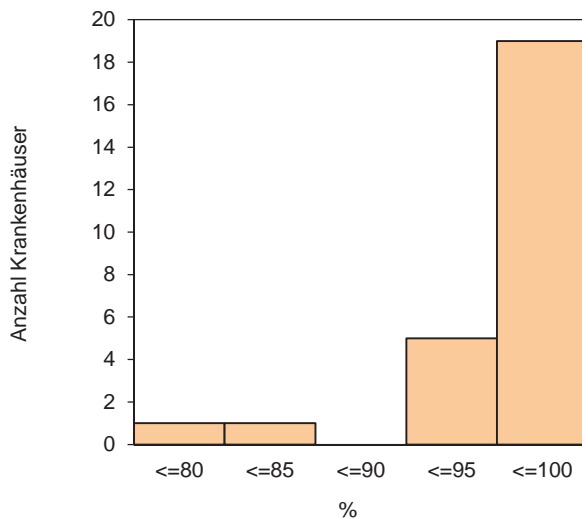
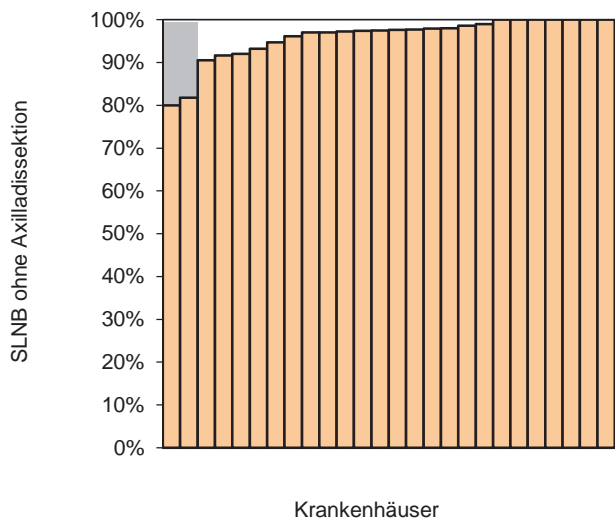
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 4, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/51847]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

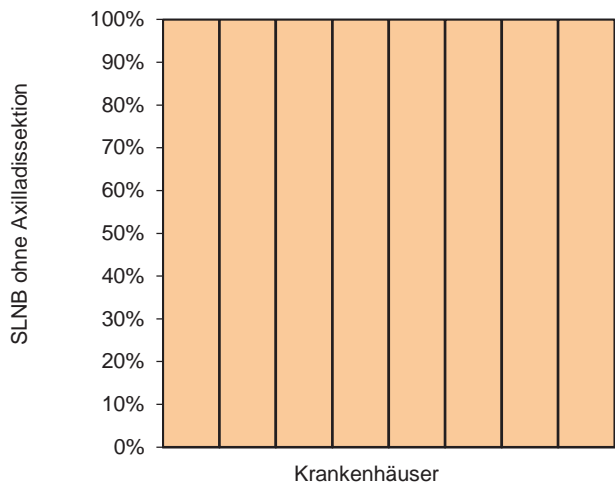
26 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	80,00	81,82	90,57	94,74	97,57	100,00	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
	100,00			100,00	100,00	100,00			100,00

11 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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


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


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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/18n1-MAMMA/51370

**Referenzbereich:** <= 13,55% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation Vertrauensbereich Referenzbereich		 <= 13,55%	105 / 2.514	4,18% 3,46% - 5,03% <= 13,55%
>= 7 Tage bis < 14 Tage			435 / 2.514	17,30%
>= 14 Tage bis < 21 Tage			672 / 2.514	26,73%
>= 21 Tage bis < 28 Tage			491 / 2.514	19,53%
>= 28 Tage bis < 35 Tage			343 / 2.514	13,64%
>= 35 Tage bis < 42 Tage			169 / 2.514	6,72%
>= 42 Tage			299 / 2.514	11,89%

Vorjahresdaten <sup>1</sup>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit einem zeitlichen Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation Vertrauensbereich			126 / 2.632	4,79% 4,04% - 5,67%

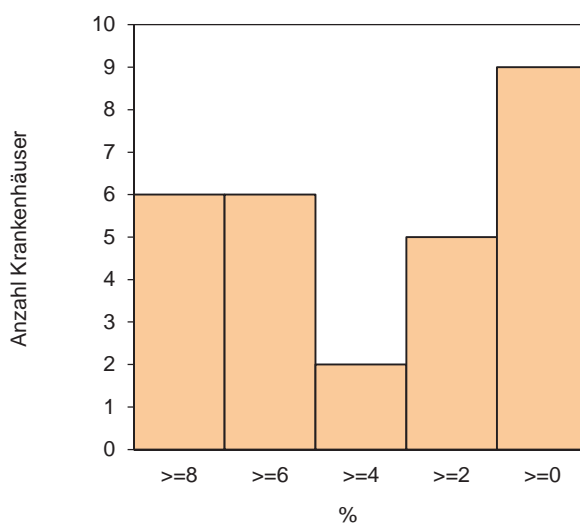
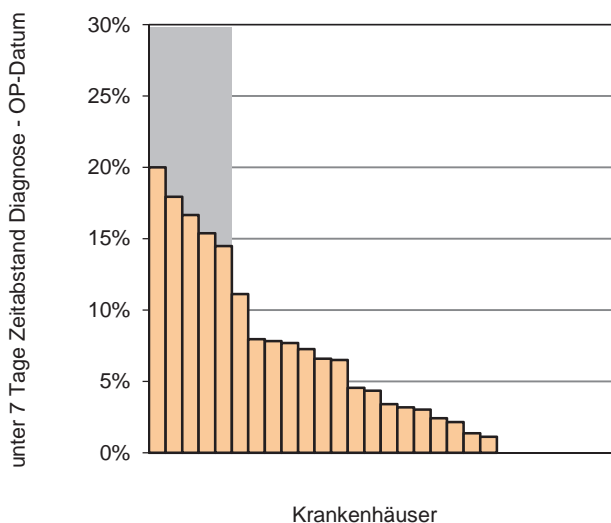
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahreswerte eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 5, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/51370]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

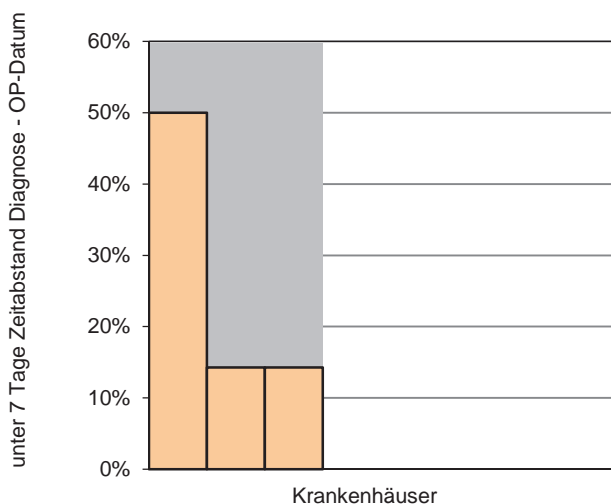
28 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	0,00	0,00	0,55	3,88	7,88	16,67	17,95	20,00

**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			0,00	0,00	14,29			50,00

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

**Qualitätsindikator: Nachresektionsrate**

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

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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/18n1-MAMMA/60659

**Referenzbereich:** <= 25,00% (95%-Perzentil der Krankenhauseergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust >= 1 <sup>1</sup> Vertrauensbereich Referenzbereich			342 / 2.531	13,51% 12,24% - 14,90% <= 25,00%

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Nachresektion am selben Krankenhausstandort pro Brust >= 1 <sup>1</sup> Vertrauensbereich	.	-	-	-

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

<sup>2</sup> Aufgrund der geänderten Spezifikation in 2019 sind die Vorjahreswerte nicht darstellbar.

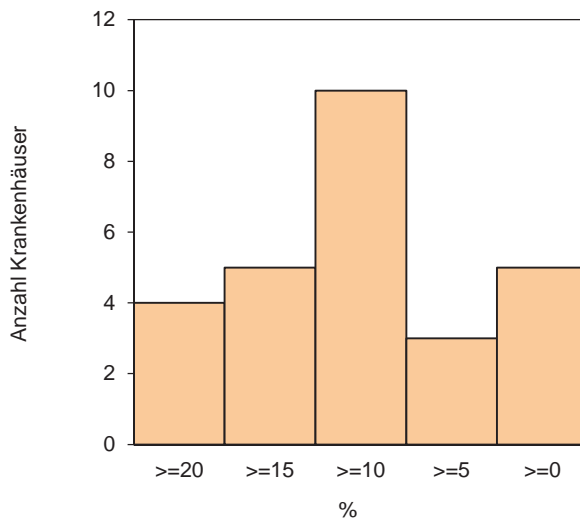
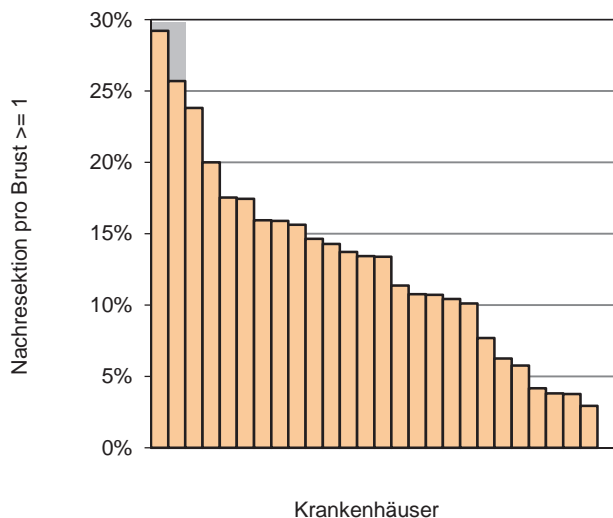


**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 6, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/60659]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

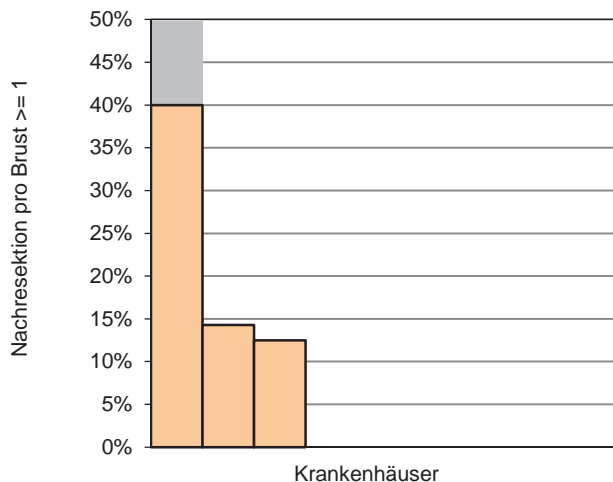
27 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,00	2,94	3,77	6,25	13,39	15,94	23,81	25,71	29,23

**Krankenhäuser mit weniger als 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

9 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

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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


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


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

**Art des Wertes:** Qualitätsindikator

**Indikator-ID:** 2019/18n1-MAMMA/211800

**Referenzbereich:** >= 95,65% (5%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2.479 / 2.519	98,41%
Vertrauensbereich				97,85% - 98,83%
Referenzbereich		>= 95,65%		>= 95,65%

<b>Vorjahresdaten<sup>1</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit postoperativer Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2.468 / 2.512	98,25%
Vertrauensbereich				97,66% - 98,69%

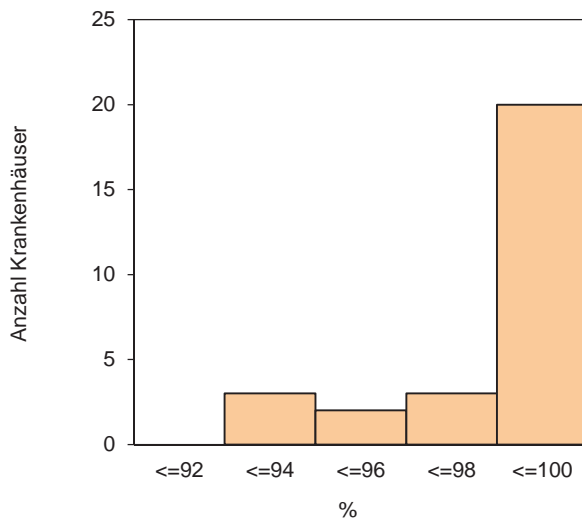
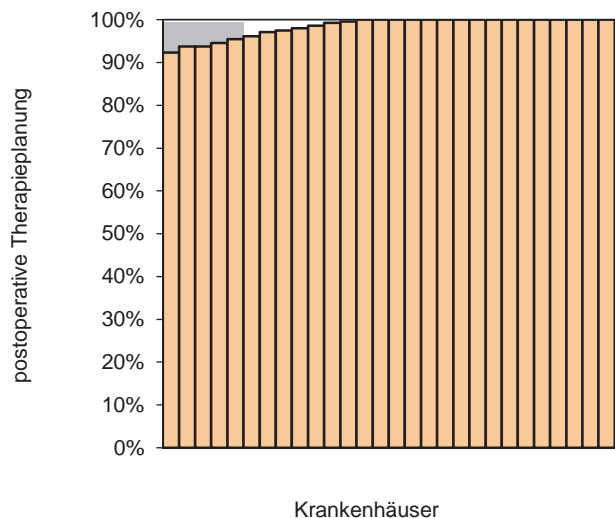
<sup>1</sup> Gemäß QIDB sind die Vorjahresdaten eingeschränkt vergleichbar.

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm 7, Indikator-ID 2019/18n1-MAMMA/211800]:**

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

**Krankenhäuser mit mindestens 10 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**

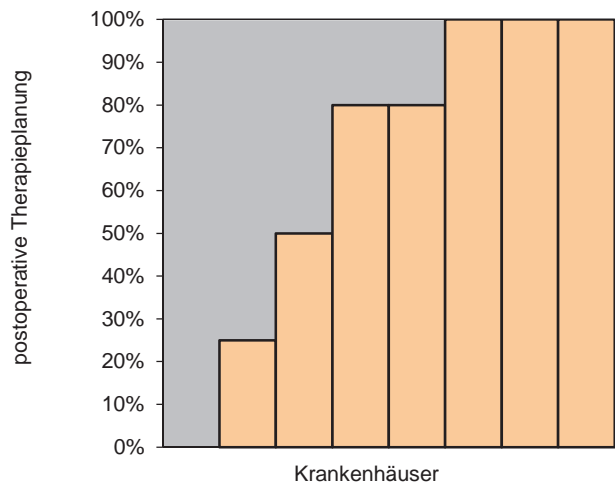
28 Krankenhäuser haben mindestens 10 Fälle in dieser Grundgesamtheit.



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	92,31	93,75	93,75	97,30	100,00	100,00	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			37,50	80,00	100,00			100,00

9 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**AK-ID:** 2019/18n1-MAMMA/850363

**Referenzbereich:** <= 1,72% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status <sup>1</sup>			13 / 2.769	0,47%
Vertrauensbereich				0,27% - 0,80%
Referenzbereich		<= 1,72%		<= 1,72%

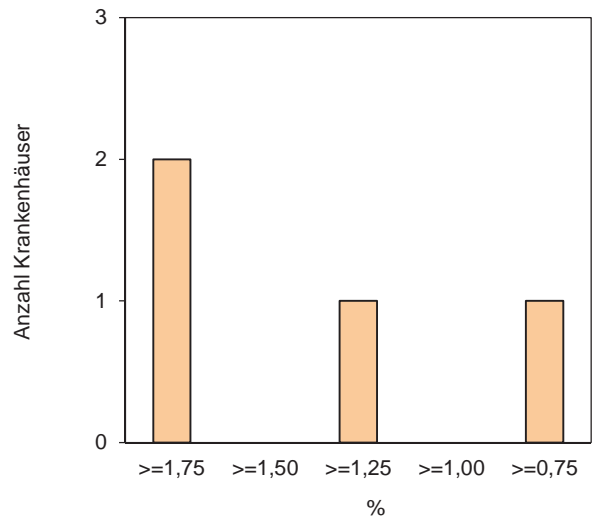
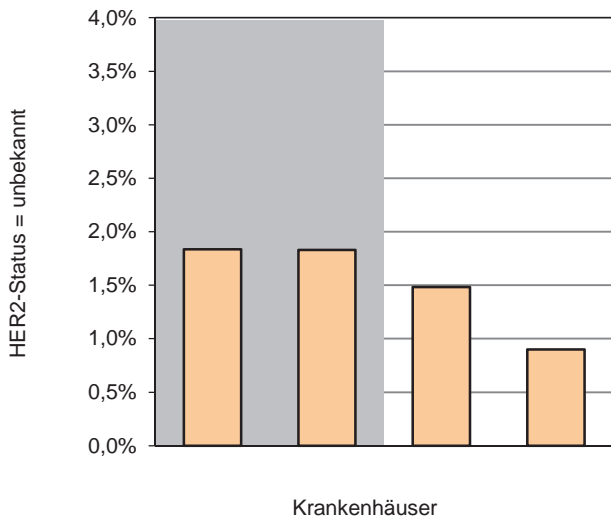
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status			22 / 2.748	0,80%
Vertrauensbereich				0,53% - 1,21%

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

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850363, AK-ID 2019/18n1-MAMMA/850363]:  
 Anteil an Patientinnen und Patienten mit unbekanntem HER2-Status an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung  
 und Histologie invasives Mammakarzinom und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 4



Perzentil der Ergebnisse der Krankenhäuser (%)	Min	P05	P10	P25	Median	P75	P90	P95	Max
	0,90			1,19	1,66	1,83			1,83

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

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

**AK-ID:** 2019/18n1-MAMMA/850364

**Referenzbereich:** <= 0,88% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen <sup>1</sup>			4 / 3.085	0,13%
Vertrauensbereich				0,05% - 0,33%
Referenzbereich		<= 0,88%		<= 0,88%

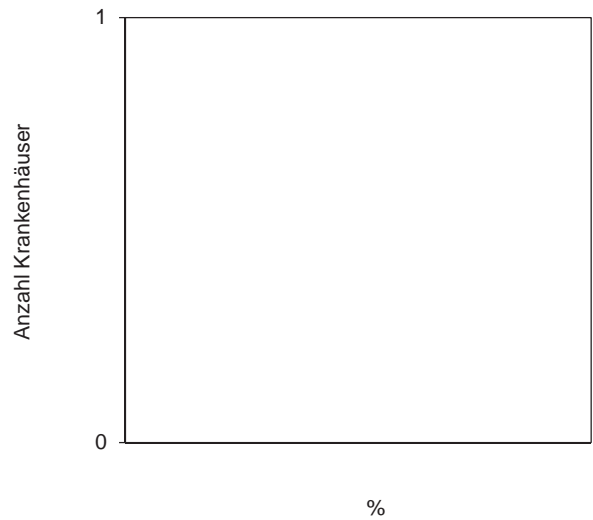
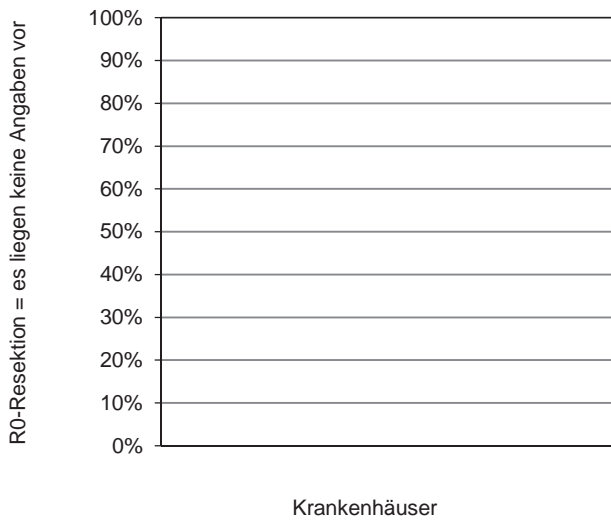
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen			8 / 3.036	0,26%
Vertrauensbereich				0,13% - 0,52%

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

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850364, AK-ID 2019/18n1-MAMMA/850364]:  
 Anteil an Patientinnen und Patienten, bei denen keine Angaben zur R0-Resektion vorliegen an allen lebend entlassenen  
 Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung, abgeschlossener operativer Therapie und Histologie invasives  
 Mammakarzinom 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
--	-----	-----	-----	-----	--------	-----	-----	-----	-----


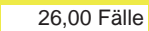
**Auffälligkeitskriterium: Häufige Diskrepanz zwischen prätherapeutischer histologischer Diagnose und Angabe im Feld Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde**



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

**AK-ID:** 2019/18n1-MAMMA/813068

**Referenzbereich:** <= 4,00 Fälle

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ <sup>1</sup> Referenzbereich		 <= 4,00 Fälle	26 / 3.162	 <= 4,00 Fälle

<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	Fälle	Anzahl	Fälle
Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“			43 / 3.145	 43,00 Fälle

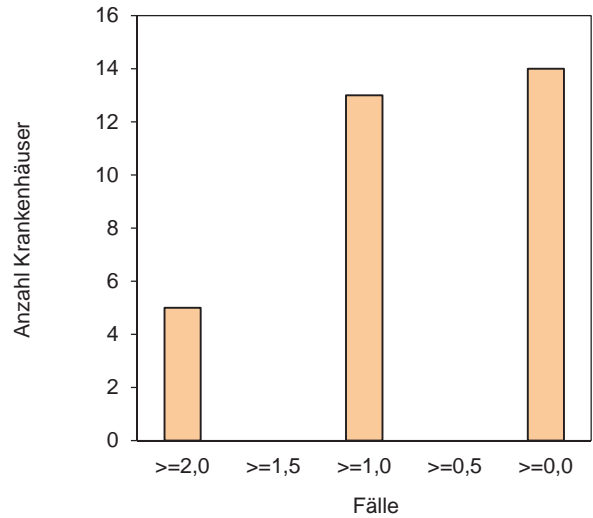
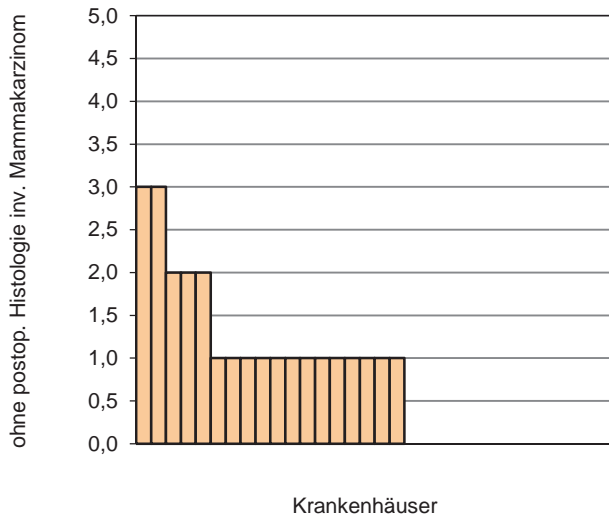
<sup>1</sup> Eine Auffälligkeit liegt bei mindestens 5 Fällen in der Grundgesamtheit vor.

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



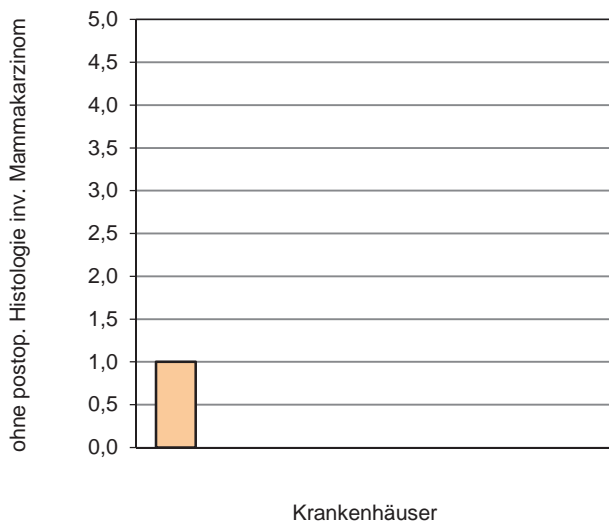
**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_813068, AK-ID 2019/18n1-MAMMA/813068]:  
 Anzahl Patientinnen und Patienten ohne postoperative Histologie „invasives Mammakarzinom“ von allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv und präoperativer Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“**

**Krankenhäuser mit mindestens 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 32 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	1,00	1,00	2,00	3,00	3,00

**Krankenhäuser mit weniger als 5 Fällen in dieser Grundgesamtheit:**  
 6 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			1,00

7 Krankenhäuser haben keinen Fall in dieser Grundgesamtheit.

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

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

**AK-ID:** 2019/18n1-MAMMA/850372

**Referenzbereich:** <= 1,10% (95%-Perzentil der Krankenhausergebnisse Bund)

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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status <sup>1</sup>			4 / 2.769	0,14%
Vertrauensbereich				0,06% - 0,37%
Referenzbereich		<= 1,10%		<= 1,10%

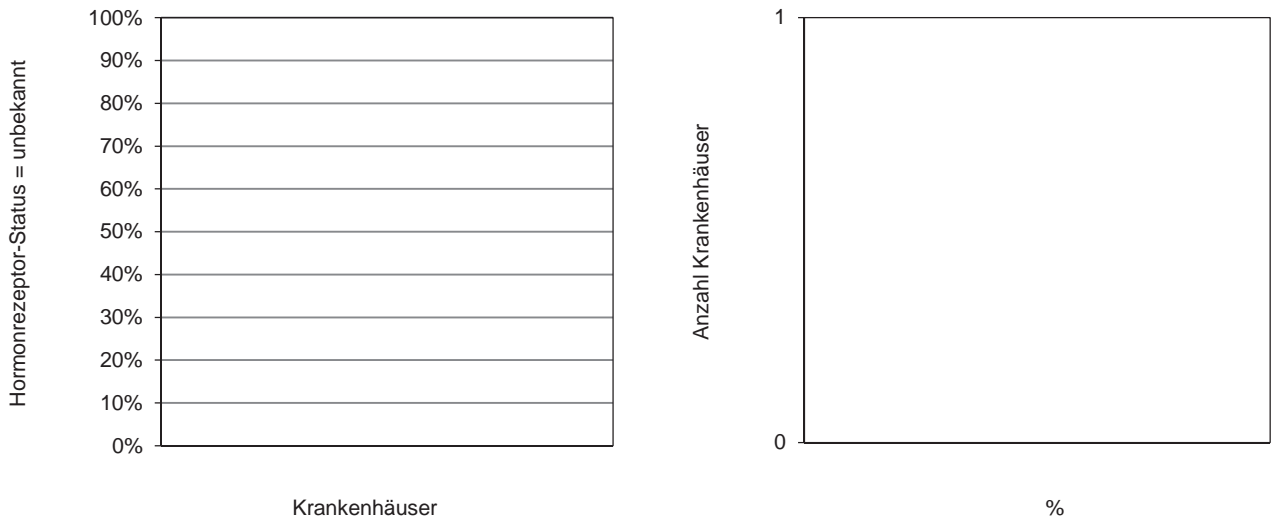
<b>Vorjahresdaten<sup>2</sup></b>	Krankenhaus 2018		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status			8 / 2.748	0,29%
Vertrauensbereich				0,15% - 0,57%

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

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

**Verteilung der Krankhausergebnisse [Diagramm AK\_850372, AK-ID 2019/18n1-MAMMA/850372]:  
 Anteil von Patientinnen und Patienten mit unbekanntem immunhistochemischen Hormonrezeptor-Status an allen Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung und Histologie invasives Mammakarzinom (Primärtumor) und abgeschlossener operativer Therapie**

Anzahl Krankenhäuser mit mindestens 2 Fällen im Merkmal: 0



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

Jahresauswertung 2019  
Mammachirurgie

18/1

Basisauswertung

Rheinland-Pfalz Gesamt

Teilnehmende Krankenhäuser/Abteilungen (Rheinland-Pfalz): 45  
Anzahl Datensätze Gesamt: 4.784  
Datensatzversion: 18/1 2019  
Datenbankstand: 28. Februar 2020  
2019 - D18330-L117452-P55125

## Übersicht Basisauswertung

---

Kapitel		Seite
1	Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation	38
2	Basisdokumentation (benigne und maligne Tumore)	41
	Basisdaten	41
	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM	41
	Patientinnen und Patienten	42
	Behandlungszeiten	43
3	Präoperative Informationen (benigne und maligne Tumore)	44
4	Operation (benigne und maligne Tumore)	48
5	Histologie, Staging, Art der Therapie und weiterer Behandlungsverlauf	50
5.1	Übersicht	50
5.2	Invasives Karzinom (Primärerkrankung)	51
5.3	Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)	59
5.4	DCIS (Primärerkrankung)	62
5.5	DCIS (Rezidiverkrankung)	68
5.6	LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidiverkrankung)	71
5.7	Sarkome (Primär- und Rezidiverkrankung)	72
5.8	Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)	74
5.9	Nicht-maligne histologische Befunde	75

### Hinweis:

Die Berechnung der Vorjahresdaten erfolgt mit den Rechenregeln und Schlüssellisten des Jahres 2019.  
Dadurch können Abweichungen gegenüber den Vorjahresergebnissen auftreten.

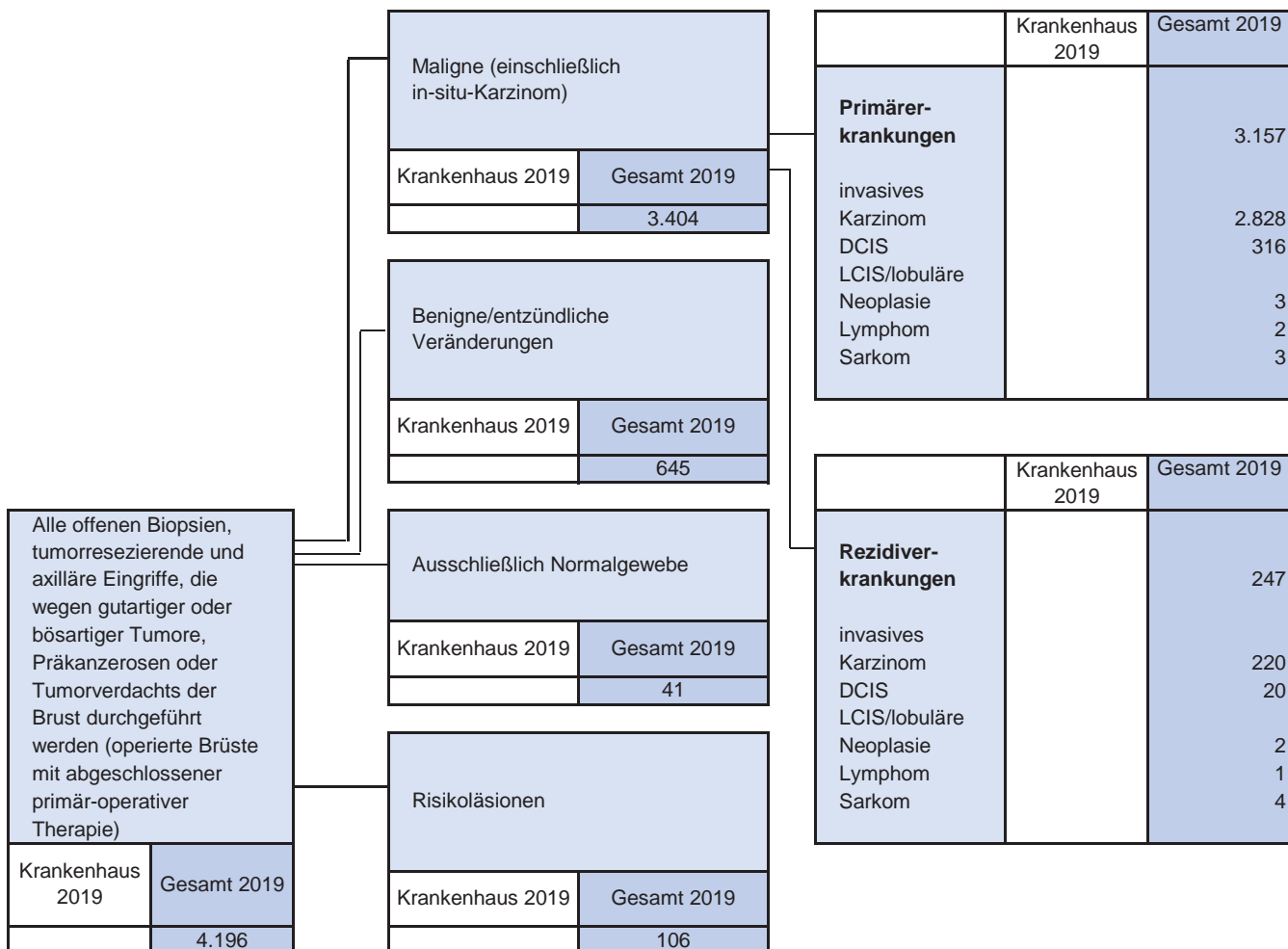
## 1. Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Alle offenen Biopsien, tumorresezierende und axilläre Eingriffe, die wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, Präkanzerosen oder Tumorverdacht der Brust durchgeführt werden: Operierte Brüste mit abgeschlossener primär-operativer Therapie</b>			4.196 / 4.856	86,41	4.021 / 4.808	83,63
davon:						
<b>Histologie</b>						
= ausschließlich Normalgewebe			41 / 4.196	0,98	25 / 4.021	0,62
= benigne/entzündliche Veränderung			645 / 4.196	15,37	542 / 4.021	13,48
= Risikoläsion			106 / 4.196	2,53	119 / 4.021	2,96
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.404 / 4.196	81,12	3.335 / 4.021	82,94

**Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):</b>						
<b>Primärerkrankung</b>			3.157 / 3.404	92,74	3.105 / 3.335	93,10
davon:						
<b>Histologie</b>						
invasives Karzinom			2.828 / 3.157	89,58	2.792 / 3.105	89,92
DCIS			316 / 3.157	10,01	290 / 3.105	9,34
LCIS/Lobuläre Neoplasie			3 / 3.157	0,10	11 / 3.105	0,35
Lymphom			2 / 3.157	0,06	1 / 3.105	0,03
Sarkom			3 / 3.157	0,10	4 / 3.105	0,13
<b>Maligne Neoplasien (einschließlich in-situ- Karzinomen):</b>						
<b>Rezidiverkrankung</b>			247 / 3.404	7,26	230 / 3.335	6,90
davon:						
<b>Histologie</b>						
invasives Karzinom			220 / 247	89,07	196 / 230	85,22
DCIS			20 / 247	8,10	28 / 230	12,17
LCIS/Lobuläre Neoplasie			2 / 247	0,81	2 / 230	0,87
Lymphom			1 / 247	0,40	0 / 230	0,00
Sarkom			4 / 247	1,62	3 / 230	1,30

**Epidemiologische Daten zur Versorgungssituation (Fortsetzung)**





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

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Anzahl importierter Datensätze</b>						
1. Quartal			1.257	26,28	1.257	26,40
2. Quartal			1.146	23,95	1.212	25,46
3. Quartal			1.234	25,79	1.167	24,51
4. Quartal			1.147	23,98	1.125	23,63
Gesamt			4.784		4.761	

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019<sup>1</sup>

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

Bezug der Texte: Gesamt 2019

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

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen ICD-10-GM 2018 und ICD-10-GM 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

### Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM 2019<sup>1</sup>

Liste der 5 häufigsten Diagnosen (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>	ICD	Anzahl	% <sup>2</sup>
1				C50.4	1.511	31,58	C50.4	1.491	31,32
2				I10.00	871	18,21	I10.00	766	16,09
3				D05.1	550	11,50	C50.8	557	11,70
4				C50.8	544	11,37	D05.1	539	11,32
5				D24	513	10,72	C77.3	488	10,25

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

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

### Patientinnen und Patienten

	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Altersverteilung (Jahre)</b>						
< 20 Jahre			38 / 4.784	0,79	44 / 4.761	0,92
20 - 29 Jahre			128 / 4.784	2,68	101 / 4.761	2,12
30 - 39 Jahre			223 / 4.784	4,66	219 / 4.761	4,60
40 - 49 Jahre			623 / 4.784	13,02	612 / 4.761	12,85
50 - 59 Jahre			1.173 / 4.784	24,52	1.255 / 4.761	26,36
60 - 69 Jahre			1.202 / 4.784	25,13	1.261 / 4.761	26,49
70 - 79 Jahre			877 / 4.784	18,33	811 / 4.761	17,03
>= 80 Jahre			520 / 4.784	10,87	458 / 4.761	9,62
<b>Alter (Jahre)</b>						
Alle Patientinnen und Patienten mit gültiger Altersangabe			4.784		4.761	
Median				61,00		61,00
<b>Geschlecht</b>						
männlich			46	0,96	43	0,90
weiblich			4.737	99,02	4.718	99,10
unbestimmt			1	0,02	0	0,00

## Behandlungszeiten

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Patientinnen und Patienten mit invasivem Mammakarzinom<sup>1</sup> (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 1)</b>			3.496 / 4.784	73,08	3.527 / 4.761	74,08
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe <sup>2</sup> Median			3.496	3,00	3.527	4,00
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe <sup>2</sup> Median			3.496	4,00	3.527	5,00
<b>Patientinnen und Patienten ohne invasives Mammakarzinom (Histologie: ICD-0-3 Schlüssel 1)</b>			1.288 / 4.784	26,92	1.234 / 4.761	25,92
<b>Postoperative Verweildauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe <sup>2</sup> Median			1.288	2,00	1.234	2,00
<b>Stationäre Aufenthaltsdauer (Tage)</b> Anzahl Patientinnen und Patienten mit gültiger Angabe <sup>2</sup> Median			1.288	2,00	1.234	2,00

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

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

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

#### Präoperative Informationen

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Betroffene Brust/Seite</b>						
rechts			2.469 / 4.990	49,48	2.351 / 4.909	47,89
links			2.521 / 4.990	50,52	2.558 / 4.909	52,11
<b>Erkrankung oder Eingriff an dieser Brust</b>						
Primärerkrankung			4.575 / 4.990	91,68	4.533 / 4.909	92,34
lokoregionäres Rezidiv nach BET			211 / 4.990	4,23	207 / 4.909	4,22
lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion			70 / 4.990	1,40	68 / 4.909	1,39
prophylaktische Mastektomie			52 / 4.990	1,04	45 / 4.909	0,92
Fernmetastase <sup>1</sup>			69 / 4.990	1,38	56 / 4.909	1,14
			13 / 4.990	0,26	-	-
<b>Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust</b>			3.918 / 4.575	85,64	3.936 / 4.533	86,83
wenn ja:						
<b>Tastbarer Mammabefund</b>			2.423 / 3.918	61,84	2.382 / 3.936	60,52
<b>Diagnosestellung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms</b>						
ja			907 / 3.918	23,15	1.019 / 3.936	25,89
nein			2.873 / 3.918	73,33	2.842 / 3.936	72,21
unbekannt			138 / 3.918	3,52	75 / 3.936	1,91
<b>Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?<sup>1</sup></b>						
ja			4.350 / 4.575	95,08	-	-
nein			219 / 4.575	4,79	-	-

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2019

**Präoperative Informationen (Fortsetzung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (erster offener Eingriff wegen Primärerkrankung)</b>						
bei allen tastbaren Mammabefunden			2.164 / 2.423	89,31	2.162 / 2.382	90,76
bei allen nicht tastbaren Mammabefunden			1.315 / 1.495	87,96	1.398 / 1.554	89,96
bei allen tastbaren und nicht tastbaren Mammabefunden wenn ja:			3.479 / 3.918	88,80	3.560 / 3.936	90,45
<b>Histologie</b>						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			13 / 3.479	0,37	6 / 3.560	0,17
= benigne/entzündliche Veränderung			207 / 3.479	5,95	219 / 3.560	6,15
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			181 / 3.479	5,20	166 / 3.560	4,66
= malignitätsverdächtig			40 / 3.479	1,15	86 / 3.560	2,42
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			3.038 / 3.479	87,32	3.083 / 3.560	86,60

**Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2019)**

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Ersteingriff wegen Primärerkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinomen)</b>			3.038 / 3.479	87,32	3.083 / 3.560	86,60
davon:						
invasives Karzinom			2.719 / 3.038	89,50	2.750 / 3.083	89,20
DCIS			313 / 3.038	10,30	315 / 3.083	10,22
LCIS/Lobuläre Neoplasie			3 / 3.038	0,10	8 / 3.083	0,26
Lymphom			0 / 3.038	0,00	0 / 3.083	0,00
Sarkom			1 / 3.038	0,03	4 / 3.083	0,13

### Präoperative Informationen (Fortsetzung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie (lokoregionäres Rezidiv)</b> wenn ja:			223 / 281	79,36	222 / 275	80,73
<b>Histologie</b>						
= nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe			1 / 223	0,45	1 / 222	0,45
= benigne/entzündliche Veränderung			1 / 223	0,45	8 / 222	3,60
= benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial			2 / 223	0,90	4 / 222	1,80
= malignitätsverdächtig			6 / 223	2,69	8 / 222	3,60
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			213 / 223	95,52	201 / 222	90,54

### Verteilung von Tumorentitäten (maligne Neoplasie(n) ICD-O-3 2019)

bei prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung (Rezidiverkrankungen)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Maligne Neoplasie</b> (einschließlich in-situ-Karzinomen)			213 / 223	95,52	201 / 222	90,54
davon:						
invasives Karzinom			192 / 213	90,14	172 / 201	85,57
DCIS			20 / 213	9,39	26 / 201	12,94
LCIS/Lobuläre Neoplasie			0 / 213	0,00	1 / 201	0,50
Lymphom			0 / 213	0,00	0 / 201	0,00
Sarkom			1 / 213	0,47	2 / 201	1,00

**Präoperative Informationen (Fortsetzung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			2.115 / 3.918	53,98	2.060 / 3.936	52,34
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung			2.036 / 3.479	58,52	1.992 / 3.560	55,96
prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung und prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung <b>und</b> mit Befund invasives Mammakarzinom oder DCIS			1.877 / 3.032	61,91	1.848 / 3.065	60,29
erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung			487 / 3.918	12,43	506 / 3.936	12,86
erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie bei allen Patientinnen und Patienten mit Aufnahme zum ersten offenen Eingriff wegen Primärerkrankung <b>und</b> prätherapeutischer histologischer Diagnosesicherung mit Befund invasives Mammakarzinom			473 / 2.719	17,40	432 / 2.750	15,71

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

##### Operation

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes</b> Anzahl der gültigen Angaben Median			5.031	1,00	4.966	1,00
<b>Präoperative Draht-Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv</b>						
nein			1.779 / 4.896	36,34	1.708 / 4.863	35,12
ja, durch Mammografie			3.117 / 4.896	63,66	3.155 / 4.863	64,88
ja, durch Sonografie			769 / 4.896	15,71	747 / 4.863	15,36
ja, durch MRT			1.000 / 4.896	20,42	958 / 4.863	19,70
			10 / 4.896	0,20	3 / 4.863	0,06
<b>Intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie</b>						
nein			20 / 1.779	1,12	29 / 1.708	1,70
ja, intraoperative Präparateradiografie			1.280 / 1.779	71,95	1.222 / 1.708	71,55
ja, intraoperative Präparatesonografie			479 / 1.779	26,93	457 / 1.708	26,76



## OPS 2019<sup>1</sup>

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

Bezug der Texte: Gesamt 2019

1	5-401.11	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)
2	5-870.a1	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)
3	5-872.1	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie
4	5-870.a2	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)
5	5-870.90	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation
6	5-870.91	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)

## OPS 2019

Liste der sechs häufigsten Angaben (Mehrfachnennungen möglich)

	Krankenhaus 2019			Gesamt 2019			Gesamt 2018		
	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>	OPS	Anzahl	% <sup>3</sup>
1				5-401.11	1.977	39,30	5-401.11	1.982	39,91
2				5-870.a1	1.402	27,87	5-870.a1	1.344	27,06
3				5-872.1	704	13,99	5-872.1	722	14,54
4				5-870.a2	659	13,10	5-870.a2	676	13,61
5				5-870.90	384	7,63	5-870.90	304	6,12
6				5-870.91	339	6,74	5-870.91	287	5,78

<sup>1</sup> Bitte beachten Sie, dass es zwischen OPS 2018 und OPS 2019 inhaltliche Änderungen in den Texten gegeben haben könnte und daher die Codes möglicherweise nicht vergleichbar sind.

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

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

## Operation (Fortsetzung)

Bezug: Eingriffe	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv</b> (Bezug: Eingriffe)			2.380 / 4.896	48,61	2.370 / 4.863	48,74

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

### 5.1 Übersicht

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>bei Primärerkrankung oder lokoregionärem Rezidiv</b>						
<b>Histologie unter Berücksichtigung der Vorbefunde</b>						
= ausschließlich Normalgewebe			46 / 4.856	0,95	31 / 4.808	0,64
= benigne/entzündliche Veränderung			647 / 4.856	13,32	545 / 4.808	11,34
= Risikoläsion			111 / 4.856	2,29	125 / 4.808	2,60
= maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)			4.052 / 4.856	83,44	4.107 / 4.808	85,42
<b>primär-operative Therapie abgeschlossen</b> (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen und Fernmetastasen)			4.196 / 4.856	86,41	4.021 / 4.808	83,63
wenn nein:						
<b>weitere Therapieempfehlung</b>						
Empfehlung zur Nachresektion			397 / 660	60,15	449 / 787	57,05
Empfehlung zur Mastektomie			76 / 660	11,52	98 / 787	12,45
Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie			35 / 660	5,30	30 / 787	3,81
Empfehlung zur Axilladissektion			30 / 660	4,55	44 / 787	5,59
Empfehlung zur BET			57 / 660	8,64	91 / 787	11,56
Kombination mehrerer Therapieempfehlungen			65 / 660	9,85	75 / 787	9,53

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgröße pT bei Patientinnen und Patienten ohne präoperative tumorspezifische Therapie</b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom <b>ohne</b> präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.281 / 4.990	45,71	2.306 / 4.909	46,97
davon						
pT0			0 / 2.281	0,00	1 / 2.306	0,04
pTis			6 / 2.281	0,26	4 / 2.306	0,17
pT1 (<= 2 cm) <sup>2</sup>			0 / 2.281	0,00	-	-
pT1mic (Mikroinvasion)			5 / 2.281	0,22	12 / 2.306	0,52
pT1a (<= 5 mm)			87 / 2.281	3,81	82 / 2.306	3,56
pT1b (<= 10 mm)			347 / 2.281	15,21	330 / 2.306	14,31
pT1c (<= 20 mm)			830 / 2.281	36,39	835 / 2.306	36,21
pT2 (> 2 bis 5 cm)			771 / 2.281	33,80	817 / 2.306	35,43
pT3 (> 5 cm)			127 / 2.281	5,57	123 / 2.306	5,33
pT4 (Brustwand/Haut)			100 / 2.281	4,38	93 / 2.306	4,03
davon						
pT4a (Brustwand)			6 / 100	6,00	4 / 93	4,30
pT4b (Ödem)			91 / 100	91,00	84 / 93	90,32
pT4c (Brustwand und Ödem)			1 / 100	1,00	0 / 93	0,00
pT4d (inflammatorisch)			2 / 100	2,00	5 / 93	5,38
pTX			8 / 2.281	0,35	9 / 2.306	0,39

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

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2019

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgröße pT bei Patientinnen und Patienten mit präoperativer tumorspezifischer Therapie</b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom mit präoperativer tumorspezifischer Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			547 / 4.990	10,96	486 / 4.909	9,90
davon						
ypT0			211 / 547	38,57	159 / 486	32,72
ypTis			24 / 547	4,39	25 / 486	5,14
ypT1 (<= 2 cm) <sup>2</sup>			0 / 547	0,00	-	-
ypT1mic (Mikroinvasion)			9 / 547	1,65	8 / 486	1,65
ypT1a (<= 5 mm)			48 / 547	8,78	53 / 486	10,91
ypT1b (<= 10 mm)			49 / 547	8,96	48 / 486	9,88
ypT1c (<= 20 mm)			81 / 547	14,81	76 / 486	15,64
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			88 / 547	16,09	78 / 486	16,05
ypT3 (> 5 cm)			21 / 547	3,84	21 / 486	4,32
ypT4 (Brustwand/Haut)			15 / 547	2,74	15 / 486	3,09
davon						
ypT4a (Brustwand)			2 / 15	13,33	2 / 15	13,33
ypT4b (Ödem)			11 / 15	73,33	10 / 15	66,67
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 15	0,00	1 / 15	6,67
ypT4d (inflammatorisch)			2 / 15	13,33	2 / 15	13,33
ypTX			1 / 547	0,18	3 / 486	0,62

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

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2019

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen und Patienten ohne präoperative tumorspezifische Therapie</b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom <b>ohne</b> präoperative tumorspezifische Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			2.317 / 4.990	46,43	2.363 / 4.909	48,14
davon						
Patientinnen und Patienten <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen (pN0(sn), pN0)			1.486 / 2.317	64,13	1.519 / 2.363	64,28
pN0(sn)			1.398 / 1.486	94,08	1.374 / 1.519	90,45
pN0			88 / 1.486	5,92	145 / 1.519	9,55
Patientinnen und Patienten <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen (pN1)			514 / 2.317	22,18	507 / 2.363	21,46
pN1mi			4 / 514	0,78	9 / 507	1,78
pN1mi(sn)			68 / 514	13,23	59 / 507	11,64
pN1a			185 / 514	35,99	236 / 507	46,55
pN1a(sn)			217 / 514	42,22	165 / 507	32,54
pN1b			2 / 514	0,39	0 / 507	0,00
pN1c			4 / 514	0,78	6 / 507	1,18
pN1(sn)			34 / 514	6,61	32 / 507	6,31
pN2			122 / 2.317	5,27	134 / 2.363	5,67
pN2a			98 / 122	80,33	116 / 134	86,57
pN2a(sn)			23 / 122	18,85	16 / 134	11,94
pN2b			1 / 122	0,82	2 / 134	1,49
pN3			69 / 2.317	2,98	73 / 2.363	3,09
pN3a			68 / 69	98,55	73 / 73	100,00
pN3b			1 / 69	1,45	0 / 73	0,00
pN3c			0 / 69	0,00	0 / 73	0,00
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			126 / 2.317	5,44	130 / 2.363	5,50

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN bei Patientinnen und Patienten mit präoperativer tumorspezifischer Therapie</b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei invasivem Karzinom <b>mit</b> präoperativer tumorspezifischer Therapie <sup>1</sup> (primär-operative Therapie abgeschlossen)			511 / 4.990	10,24	429 / 4.909	8,74
davon						
Patientinnen und Patienten <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen (ypN0(sn), ypN0)			358 / 511	70,06	294 / 429	68,53
ypN0(sn)			264 / 358	73,74	189 / 294	64,29
ypN0			94 / 358	26,26	105 / 294	35,71
Patientinnen und Patienten <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen ypN1			84 / 511	16,44	59 / 429	13,75
ypN1mi			7 / 84	8,33	5 / 59	8,47
ypN1mi(sn)			5 / 84	5,95	3 / 59	5,08
ypN1a			48 / 84	57,14	34 / 59	57,63
ypN1a(sn)			18 / 84	21,43	12 / 59	20,34
ypN1b			0 / 84	0,00	1 / 59	1,69
ypN1c			0 / 84	0,00	1 / 59	1,69
ypN1(sn)			6 / 84	7,14	3 / 59	5,08
ypN2			36 / 511	7,05	43 / 429	10,02
ypN2a			35 / 36	97,22	43 / 43	100,00
ypN2a(sn)			1 / 36	2,78	0 / 43	0,00
ypN2b			0 / 36	0,00	0 / 43	0,00
ypN3			15 / 511	2,94	13 / 429	3,03
ypN3a			14 / 15	93,33	13 / 13	100,00
ypN3b			0 / 15	0,00	0 / 13	0,00
ypN3c			1 / 15	6,67	0 / 13	0,00
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			18 / 511	3,52	20 / 429	4,66

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund</b>						
<b>Primärtumor</b>			2.769		2.748	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			459	16,58	438	15,94
mäßig differenziert			1.570	56,70	1.633	59,43
schlecht differenziert			677	24,45	633	23,03
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			63	2,28	44	1,60
immunohistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			378	13,65	359	13,06
positiv			2.387	86,20	2.381	86,64
unbekannt			4	0,14	8	0,29
HER2-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			2.391	86,35	2.367	86,14
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			359	12,96	359	13,06
zweifelhaft/Borderline-Kategorie <sup>1</sup>			6	0,22	-	-
unbekannt			13	0,47	22	0,80
histologisch gesicherte Multizentrität			345 / 2.769	12,46	359 / 2.748	13,06

<sup>1</sup> neuer Schlüsselwert in 2019

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund</b>						
<b>Primärtumor</b>			2.769		2.748	
davon:						
R0-Resektion						
nein			94	3,39	106	3,86
ja			2.620	94,62	2.604	94,76
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			169	8,98	183	9,88
>= 1 mm bis < 2 mm			277	14,72	484	26,12
>= 2 mm			1.387	73,70	1.147	61,90
es liegen keine Angaben vor			49	2,60	39	2,10
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen (an dieser Brust insgesamt für die Patientin)						
keine Nachoperation R0 mit Ersteingriff erlangt			2.249	85,84	2.216	85,10
1			336	12,82	333	12,79
2			32	1,22	51	1,96
>=3			3	0,11	4	0,15
wenn Anzahl der Nachoperationen >=1						
Wieviele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt? <sup>1</sup>						
R0 nicht mit Erstoperation erlangt. 1 Nachoperation			336	90,57	-	-
2 Nachoperationen			31	8,36	-	-
>= 3 Nachoperationen			2	0,54	-	-
es liegen keine Angaben vor			4	0,14	8	0,29
Vollremission nach neoadjuvanter Therapie			51	1,84	30	1,09

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2019



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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
nein			715	25,28	749	26,83
ja			2.018	71,36	1.962	70,27
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			85	3,01	75	2,69
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			10	0,35	6	0,21
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
nein			1.861	65,81	1.640	58,74
ja, einzelne Lymphknoten			426	15,06	539	19,31
ja, Axilladissektion			541	19,13	613	21,96
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			2.250	79,56	2.187	78,33
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			527	18,64	683	24,46

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)						
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2.731 / 2.777	98,34	2.692 / 2.742	98,18

**Entlassung  
 Invasives Karzinom (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			2.067	74,43	2.091	76,26
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			693	24,95	616	22,47
03: aus sonstigen Gründen			2	0,07	2	0,07
04: gegen ärztlichen Rat			2	0,07	9	0,33
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			2	0,07	3	0,11
07: Tod			0	0,00	2	0,07
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	2	0,07
09: in Rehabilitationseinrichtung			1	0,04	2	0,07
10: in Pflegeeinrichtung			4	0,14	12	0,44
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	1	0,04
15: gegen ärztlichen Rat			3	0,11	1	0,04
17: interne Verlegung (Wechsel BpflV/KHG)			3	0,11	1	0,04
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

- 01 Behandlung regulär beendet
- 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung  
vorgesehen
- 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen  
einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 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)**  
**5.3 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Histologischer Befund</b>						
<b>Lokalrezidiv<sup>1</sup></b>			212		181	
davon:						
Grading (WHO)						
gut differenziert			17	8,02	10	5,52
mäßig differenziert			111	52,36	104	57,46
schlecht differenziert			78	36,79	58	32,04
Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden			6	2,83	9	4,97
immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus						
negativ			48	22,64	31	17,13
positiv			163	76,89	148	81,77
unbekannt			1	0,47	2	1,10
HER2-Status						
negativ (IHC 0 oder IHC 1+ oder ISH negativ) oder (IHC 2+ und ISH negativ)			183	86,32	143	79,01
positiv (IHC 3+ oder ISH positiv) oder (IHC 2+ und ISH positiv)			28	13,21	34	18,78
zweifelhaft/Borderline-Kategorie <sup>2</sup>			0	0,00	-	-
unbekannt			1	0,47	4	2,21

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

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2019

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Rezidiverkrankung, Zustand nach BET</b>			167		146	
davon:						
<b>erneute brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
<b>nein</b>			122	73,05	112	76,71
<b>ja</b>			39	23,35	28	19,18
<b>nein</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			2	1,20	1	0,68
<b>ja</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			4	2,40	5	3,42

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapie- planung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</b>			215 / 220	97,73	186 / 194	95,88

**Entlassung  
 Invasives Karzinom (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			157	71,36	144	74,23
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			60	27,27	48	24,74
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	1	0,52
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	1	0,52
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			2	0,91	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			1	0,45	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

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

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Regionärer Lymphknoten-Status pN</b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung bei DCIS (primär-operative Therapie abgeschlossen)			313	99,05	286	98,62
davon						
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (pNX)			253 / 313	80,83	236 / 286	82,52
Patientinnen und Patienten <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen			48 / 313	15,34	39 / 286	13,64
pN0(sn)			40 / 48	83,33	33 / 39	84,62
pN0			8 / 48	16,67	6 / 39	15,38
Patientinnen und Patienten mit regionären Lymphknotenmetastasen						
<b>pN1</b>			2 / 313	0,64	0 / 286	0,00
pN1mi			0 / 2	0,00	0 / 0	
pN1mi(sn)			1 / 2	50,00	0 / 0	
pN1a			0 / 2	0,00	0 / 0	
pN1a(sn)			1 / 2	50,00	0 / 0	
pN1b			0 / 2	0,00	0 / 0	
pN1c			0 / 2	0,00	0 / 0	
pN1(sn)			0 / 2	0,00	0 / 0	
<b>pN2</b>			0 / 313	0,00	1 / 286	0,35
pN2a			0 / 0		1 / 1	100,00
pN2a(sn)			0 / 0		0 / 1	0,00
pN2b			0 / 0		0 / 1	0,00
<b>pN3</b>			0 / 313	0,00	0 / 286	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 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Patientinnen und Patienten, bei denen regionäre Lymphknoten nicht beurteilt werden können (ypNX)			0 / 313	0,00	1 / 286	0,35
Patientinnen und Patienten <b>ohne</b> regionäre Lymphknotenmetastasen			9 / 313	2,88	9 / 286	3,15
ypN0(sn)			4 / 9	44,44	7 / 9	77,78
ypN0			5 / 9	55,56	2 / 9	22,22
Patientinnen und Patienten <b>mit</b> regionären Lymphknotenmetastasen <b>ypN1</b>			1 / 313	0,32	0 / 286	0,00
ypN1mi			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1mi(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1a			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1a(sn)			1 / 1	100,00	0 / 0	
ypN1b			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1c			0 / 1	0,00	0 / 0	
ypN1(sn)			0 / 1	0,00	0 / 0	
<b>ypN2</b>			0 / 313	0,00	0 / 286	0,00
ypN2a			0 / 0		0 / 0	
ypN2a(sn)			0 / 0		0 / 0	
ypN2b			0 / 0		0 / 0	
<b>ypN3</b>			0 / 313	0,00	0 / 286	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 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Grading</b>						
G1 = Grad 1 (low grade)			38	12,03	49	16,90
G2 = Grad 2 (intermediate grade)			137	43,35	110	37,93
G3 = Grad 3 (high grade)			114	36,08	105	36,21
GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)			24	7,59	22	7,59
<b>Gesamttumorggröße</b>						
Anzahl der gültigen Angaben			316		290	
Median				20,00		20,00
Anteil <= 10 mm (%)			84 / 316	26,58	89 / 290	30,69
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			84 / 316	26,58	64 / 290	22,07
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			57 / 316	18,04	45 / 290	15,52
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			23 / 316	7,28	36 / 290	12,41
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			27 / 316	8,54	25 / 290	8,62
Anteil > 50 mm (%)			38 / 316	12,03	27 / 290	9,31



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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
histologisch gesicherte Multizentrität			16 / 316	5,06	10 / 290	3,45
R0-Resektion						
nein			11	3,48	11	3,79
ja			302	95,57	275	94,83
geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand bei BET (abschließende Bewertung)						
< 1 mm			32	13,06	23	10,75
>= 1 mm bis > 2 mm			30	12,24	47	21,96
>= 2 mm			178	72,65	141	65,89
es liegen keine Angaben vor			5	2,04	3	1,40
Anzahl der zur Erlangung von R0 notwendigen Nachoperationen (an dieser Brust insgesamt für die Patientin)						
keine Nachoperation R0 mit Ersteingriff erlangt			193	63,91	163	59,27
1			84	27,81	85	30,91
2			22	7,28	24	8,73
>=3			3	0,99	3	1,09
wenn Anzahl der Nachoperationen >= 1						
Wieviele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt? <sup>1</sup>						
R0 nicht mit Erstoperation erlangt. 1 Nachoperation			84	77,06	-	-
2 Nachoperationen			22	20,18	-	-
>= 3 Nachoperationen			3	2,75	-	-
es liegen keine Angaben vor			0	0,00	0	0,00
neoadjuvanter Therapie			0	0,00	0	0,00

<sup>1</sup> neues Datenfeld in 2019

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
nein			51	16,14	60	20,69
ja			254	80,38	223	76,90
nein (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			8	2,53	3	1,03
ja (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
ja, einzelne Lymphknoten			19	6,01	7	2,41
ja, Axilladissektion			1	0,32	3	1,03
<b>Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>			55	17,41	40	13,79
<b>Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten und Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt</b>						
ja, einzelne Lymphknoten			14	4,43	2	0,69
ja, Axilladissektion			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 DCIS (Primärerkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</b>			314 / 316	99,37	286 / 289	98,96

**Entlassung  
 DCIS (Primärerkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			244	77,22	219	75,78
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			70	22,15	69	23,88
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			1	0,32	1	0,35
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			1	0,32	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

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

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

## Histologie und Staging (Fortsetzung)

### 5.5 DCIS (Rezidivkrankung)

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Grading</b>						
G1 = Grad 1 (low grade)			0	0,00	3	10,71
G2 = Grad 2 (intermediate grade)			9	45,00	10	35,71
G3 = Grad 3 (high grade)			9	45,00	13	46,43
GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)			1	5,00	1	3,57
<b>Gesamttumorggröße</b>						
Anzahl der gültigen Angaben			20		28	
Median				17,00		15,00
Anteil <= 10 mm (%)			6 / 20	30,00	8 / 28	28,57
Anteil > 10 - <= 20 mm (%)			6 / 20	30,00	12 / 28	42,86
Anteil > 20 - <= 30 mm (%)			1 / 20	5,00	5 / 28	17,86
Anteil > 30 - <= 40 mm (%)			3 / 20	15,00	1 / 28	3,57
Anteil > 40 - <= 50 mm (%)			1 / 20	5,00	0 / 28	0,00
Anteil > 50 mm (%)			2 / 20	10,00	1 / 28	3,57

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Rezidivkrankung, Zustand nach BET</b>			17		24	
davon:						
<b>erneute brusterhaltende Therapie (BET)</b>						
<b>nein</b>			13	65,00	16	57,14
<b>ja</b>			4	20,00	6	21,43
<b>nein</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	1	3,57
<b>ja</b> (auf Wunsch der Patientin, trotz nicht erfüllter Kriterien BET)			0	0,00	0	0,00

**Weiterer Behandlungsverlauf  
 DCIS (Rezidivkrankung)**

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz</b>			17 / 19	89,47	28 / 28	100,00

**Entlassung  
 DCIS (Rezidiverkrankung)**

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			14	73,68	25	89,29
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			5	26,32	3	10,71
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

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

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

### Weiterer Behandlungsverlauf 5.6 LCIS/Lobuläre Neoplasie (Primär- und Rezidivkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			5 / 5	100,00	12 / 13	92,31

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

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			5	100,00	10	76,92
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	3	23,08
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

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

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

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

Bezug: Brustbögen	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Tumorgroße pT<sup>1</sup></b>						
Patientinnen und Patienten mit Primärerkrankung Sarkom (primär-operative Therapie abgeschlossen)			3	100,00	4	100,00
davon						
pT0			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
pTis			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
pT1 (<= 2 cm) <sup>2</sup>			1 / 3	33,33	-	-
pT1mic (Mikroinvasion)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
pT1a (<= 5 mm)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
pT1b (<= 10 mm)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
pT1c (<= 20 mm)			0 / 3	0,00	1 / 4	25,00
pT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
pT3 (> 5 cm)			0 / 3	0,00	1 / 4	25,00
pT4 (Brustwand/Haut)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
davon						
pT4a (Brustwand)			0 / 0		0 / 0	
pT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 0	
pT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 0	
pT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 0	
pTX			2 / 3	66,67	1 / 4	25,00
ypT0			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
ypTis			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
ypT1 (<= 2 cm) <sup>2</sup>			0 / 3	0,00	-	-
ypT1mic (Mikroinvasion)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
ypT1a (<= 5 mm)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
ypT1b (<= 10 mm)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
ypT1c (<= 20 mm)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
ypT2 (> 2 bis 5 cm)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
ypT3 (> 5 cm)			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00
ypT4 (Brustwand/Haut)			0 / 3	0,00	1 / 4	25,00
davon						
ypT4a (Brustwand)			0 / 0		1 / 1	100,00
ypT4b (Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,00
ypT4c (Brustwand und Ödem)			0 / 0		0 / 1	0,00
ypT4d (inflammatorisch)			0 / 0		0 / 1	0,00
ypTX			0 / 3	0,00	0 / 4	0,00

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

<sup>2</sup> neuer Schlüsselwert in 2019



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

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			6 / 7	85,71	6 / 7	85,71

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

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			6	85,71	5	71,43
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			1	14,29	2	28,57
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

- |   |  |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet   | 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                               | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen   |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet   | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung   |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus   | 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)  |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) |  |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  |  |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung   |  |
| 11 Entlassung in ein Hospiz   |  |

## Weiterer Behandlungsverlauf

### 5.8 Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz			2 / 3	66,67	1 / 1	100,00

## Entlassung

### Lymphome (Primär- und Rezidiverkrankung)

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			3	100,00	1	100,00
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			0	0,00	0	0,00
03: aus sonstigen Gründen			0	0,00	0	0,00
04: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			0	0,00	0	0,00
08: Verlegung nach § 14			0	0,00	0	0,00
09: in Rehabilitationseinrichtung			0	0,00	0	0,00
10: in Pflegeeinrichtung			0	0,00	0	0,00
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	0	0,00
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

- |   |  |
|---|--|
| 01 Behandlung regulär beendet   | 14 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen  |
| 02 Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen                               | 15 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen   |
| 03 Behandlung aus sonstigen Gründen beendet   | 17 interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  | 22 Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung   |
| 06 Verlegung in ein anderes Krankenhaus   | 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)  |
| 08 Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) |  |
| 09 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung  |  |
| 10 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung   |  |
| 11 Entlassung in ein Hospiz   |  |

## Entlassung

### 5.9 Nicht-maligne histologische Befunde

Entlassungsgrund <sup>1</sup> Bezug: Patientinnen und Patienten	Krankenhaus 2019		Gesamt 2019		Gesamt 2018	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
01: regulär beendet			643	84,72	556	83,23
02: nachstationäre Behandlung vorgesehen			109	14,36	102	15,27
03: aus sonstigen Gründen			2	0,26	2	0,30
04: gegen ärztlichen Rat			4	0,53	5	0,75
05: Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers			0	0,00	0	0,00
06: Verlegung			0	0,00	0	0,00
07: Tod			1	0,13	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	2	0,30
11: in Hospiz			0	0,00	0	0,00
13: externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung			0	0,00	0	0,00
14: aus sonstigen Gründen, mit nachstationärer Behandlung			0	0,00	0	0,00
15: gegen ärztlichen Rat			0	0,00	0	0,00
17: interne Verlegung (Wechsel BPfIV/KHG)			0	0,00	1	0,15
22: Fallabschluss			0	0,00	0	0,00
25: Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr			0	0,00	0	0,00

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

- |    |   |    |  |
|----|---|----|--|
| 01 | Behandlung regulär beendet  | 14 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen  |
| 02 | Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung<br>vorgesehen                               | 15 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre<br>Behandlung vorgesehen   |
| 03 | Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  | 17 | interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-<br>Fallpauschalen, nach der BPfIV oder für besondere Einrichtungen nach<br>§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG |
| 04 | Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet   | 22 | Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen<br>voll- und teilstationärer Behandlung   |
| 06 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus  | 25 | Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der<br>Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)  |
| 08 | Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen<br>einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfIV) |    |  |
| 09 | Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung   |    |  |
| 10 | Entlassung in eine Pflegeeinrichtung  |    |  |
| 11 | Entlassung in ein Hospiz  |    |  |

## Leseanleitung

### 1. Aufbau und Inhalte der Auswertung

Dieser Ergebnisbericht setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. Vertrauensbereich

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

### Beispiel:

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

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

Die Größe des Vertrauensbereiches hängt von folgenden Parametern ab:

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

## 3. Referenzbereiche

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

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

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

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

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

#### Beispiel:

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

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

#### Beispiel:

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

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

Die Berechnung des Perzentils beruht dabei auf den Ergebnissen der Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in der betrachteten Grundgesamtheit auf der Basis des Bundesdatenpools 2019.

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

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

### 3.2 Bestimmung von Auffälligkeiten

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

#### Beispiele:

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

#### Hinweis:

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

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

Auch der umgekehrte Fall ist möglich:

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

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

### 4. Vorjahresdaten

Parallel zu den Ergebnissen des Jahres 2019 sind in der Auswertung auch die Ergebnisse für das Jahr 2018 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 © 2020. Zu Abweichungen der Ergebnisse zwischen der Tabelle „Vorjahresdaten“ und der Auswertung 2018 kommt es deshalb in den Fällen, wo die Rechenregeln des Qualitätsindikators für 2019 überarbeitet worden sind.

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

Bei Leistungsbereichen, die im Auswertungsjahr 2019 erstmalig ausgewertet werden, entfällt die Darstellung von Vorjahresergebnissen.

## 5. Grafische Darstellung der Krankenhausergebnisse

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

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

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

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

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

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

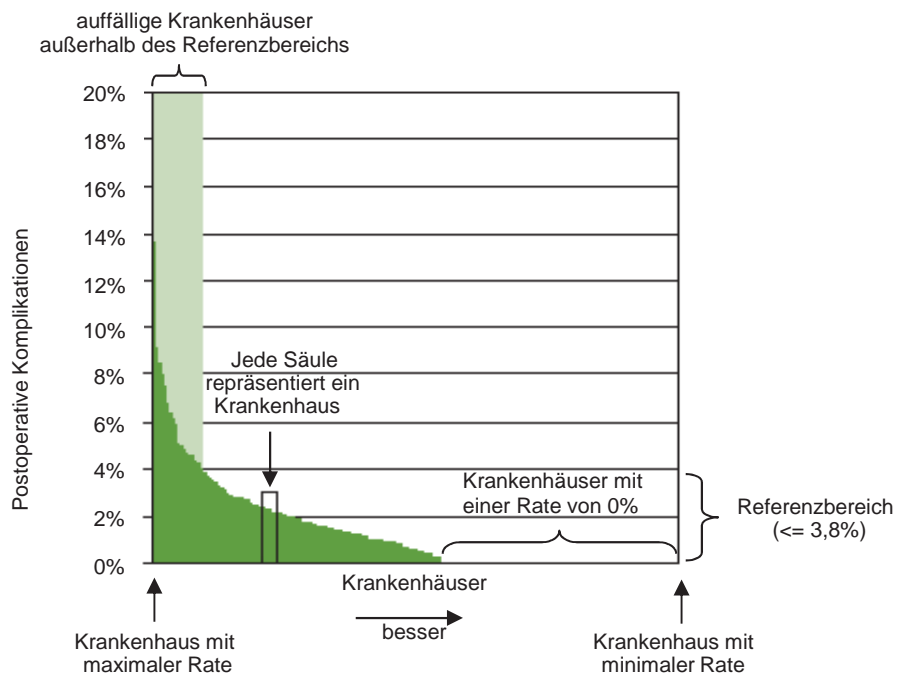
Was unter einem „Fall“ zu verstehen ist, ist jeweils abhängig von der Definition der Grundgesamtheit des Qualitätsindikators. So kann damit neben einem „Patienten“ z. B. auch eine „Operation“ oder eine „Intervention“ gemeint sein.

### 5.1 Benchmarkdiagramm

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

#### Beispiel:

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





## 5.2 Histogramm

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

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

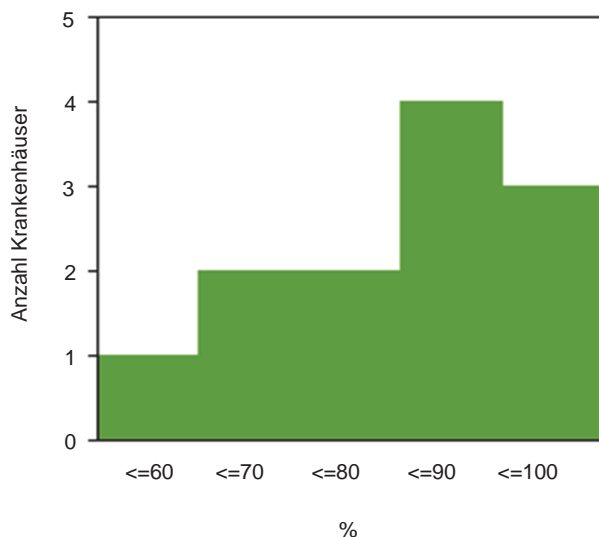
### Beispiel:

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

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

Verteilung der Krankenhäuser auf die Klassen:

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



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

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

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

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

## 6. Basisauswertung

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

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

## 7. Sonstiges

### 7.1 Fehlende Werte und Mehrfachnennungen

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

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

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

### 7.2 Darstellung Median/Mittelwert

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

### 7.3 Wechsel der Grundgesamtheit

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

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

### 7.4 Interpretation der Ergebnisse

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

## 8. Glossar

### Anteil

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

### AK-ID

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

### Auffälligkeitskriterium

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

### Beziehungszahl

Siehe Verhältniszahl

### Indikator-ID

Eine Indikator-ID mit Angabe zum Auswertungsjahr, Leistungsbereich und Kennzahl-Nummer ermöglicht eine eindeutige Identifikation eines Qualitätsindikators, für die die Krankenhausergebnisse grafisch dargestellt werden. Z. B. steht die Bezeichnung 2019/18n1-MAMMA/51846 für das Ergebnis des Qualitätsindikators „Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung“ im Leistungsbereich Mammachirurgie (18/1) im Auswertungsjahr 2019. Diese Angabe zur Kennzahl-Nummer (z. B. 51846) ermöglicht eine schnelle Suche in der Qualitätsindikatorendatenbank.

### Kennzahl-ID

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

### Konfidenzintervall

Siehe Vertrauensbereich

### Median der Krankhausergebnisse

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

### Perzentil der Krankhausergebnisse Bund

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

### Qualitätsindikator/Gruppe

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

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

### Rate

Siehe Anteil

### Spannweite der Krankhausergebnisse

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

### **Statistische Maßzahlen**

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

### **Verbindliche Kennzahlen**

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

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

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

In den Auswertungen ist der jeweilige Kennzahltyp aus dem neuen Gliederungspunkt „Art des Wertes“ ersichtlich. In den Diagrammbeschriftungen sind verbindliche Kennzahlen zusätzlich mit entsprechenden Kürzeln (zurzeit „TK“ bzw. „KK“) versehen. Die verbindlichen Kennzahlen werden überwiegend wie die Qualitätsindikatoren ausgewiesen. Lediglich der Referenzbereich und damit eine Einstufung des Ergebnisses auf der Übersichtsseite fehlt.

### **Verhältniszahl**

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

### **Vertrauensbereich**

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