



**QUALITÄTS
MONITOR**

[Qualitaetsmonitor.de](https://qualitaetsmonitor.de)

Methodendokumentation

WIdO | Wissenschaftliches
Institut der AOK

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Qualitaetsmonitor.de Methodendokumentation

Berlin, 07.11.2023

Dr. Dagmar Drogan

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<http://www.aok-bv.de/impressum/index.html>

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung
(gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes,
bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <http://www.qualitaetsmonitor.de>

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Einleitung | 4 |
| Datengrundlage | 5 |
| 1.1 Strukturierte Qualitätsberichte..... | 5 |
| 1.2 Zertifizierungsdaten..... | 6 |
| 2 Herzinfarkt | 7 |
| 2.1 Behandelnde Kliniken und Behandlungsfälle..... | 7 |
| 2.2 Definition der Fallzahlgruppen | 7 |
| 2.3 Definition des Qualitätsindikators ‚HKL-Verfügbarkeit‘ | 7 |
| 3 Brustkrebs | 9 |
| 3.1 Behandelnde Kliniken und Behandlungsfälle..... | 9 |
| 3.2 Definition der Fallzahlgruppen | 9 |
| 3.3 Definition des Qualitätsindikators ‚Zertifiziertes Brustkrebszentrum‘ | 9 |
| 3.4 Definition des Qualitätsindikators ‚Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung‘ | 10 |
| 4 Lungenkrebs | 12 |
| 4.1 Behandelnde Kliniken und Behandlungsfälle..... | 12 |
| 4.2 Definition der Fallzahlgruppen | 12 |
| 4.3 Definition des Qualitätsindikators ‚Zertifiziertes Lungenkrebszentrum‘ | 13 |
| 5 Rechtlicher Hinweis | 14 |

Einleitung

Mit dem Qualitätsmonitor stellt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) detaillierte Qualitätskennzahlen deutscher Kliniken zur Verfügung, die eine Unterscheidung zwischen guten und schlechten Behandlungsstrukturen, Prozessen oder Ergebnissen von Krankenhäusern auf Bundes-, Landes- und Klinikebene ermöglichen. Ziel der Webseite ist es, regionale Struktur- und Qualitätsunterschiede in der stationären Versorgung transparent zu machen.

Es gibt bereits öffentlich verfügbare Daten zur Krankenhausqualität, die – klinikbezogen – seit vielen Jahren abrufbar sind. Dazu gehören beispielsweise:

- Verpflichtende Selbstangaben der Kliniken in den Strukturierten Qualitätsberichten (<https://g-ba-qualitaetsberichte.de/#/search>)
- Zertifizierungsinformationen der Deutschen Krebsgesellschaft DKG (<https://oncomap.de/centers>)
- Zertifizierungsinformationen der Ärztekammer Westfalen-Lippe ÄKzert (<http://www.aekzert.de/index.php?id=7547>)

Mit der Webseite wird dieser Datenschatz gehoben und anschaulich aufbereitet. So werden die verfügbaren Daten in Fallzahlen und aussagekräftige Qualitätsindikatoren „übersetzt“ und auf Bundes- und Landesebene aggregiert. Das ermöglicht regionale Auswertungen und Trendanalysen zur stationären Versorgungsqualität, die als Basis für eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhaus-Versorgung in Deutschland genutzt werden können.

Datengrundlage

1.1 Strukturierte Qualitätsberichte

Die Krankenhäuser in Deutschland veröffentlichen jährlich sogenannte strukturierte Qualitätsberichte (SQB). Dazu sind sie gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V verpflichtet. Die zu berichtenden Inhalte legt der Gemeinsame Bundesausschuss im Auftrag des Gesetzgebers fest. An dieser Stelle werden die Datenquellen der Qualitätsberichte aufgelistet, die für die Ergebnisse der Webseite genutzt werden. Die spezifischen Aufgrefkriterien für die Definition von Behandlungsfällen und Qualitätsindikatoren finden Sie in den Kapiteln der jeweiligen Indikationen.

- Name des Krankenhausstandortes: Alle Krankenhausstandorte mit Behandlungsfällen für die gewählte Indikation werden mit dem entsprechenden Namen der Klinik auf einer Deutschlandkarte angezeigt und können als „Klinikliste“ heruntergeladen werden.
- Adresse des Krankenhausstandortes: Die dokumentierte Adresse bzw. die seit 2020 verpflichtend zu berichtenden geografischen Koordinaten des Krankenhausortes werden für die Verortung des Krankenhausstandortes auf einer Deutschlandkarte genutzt.
- Institutskennzeichen und Standortnummer: Diese Angaben werden genutzt, um die Daten der strukturierten Qualitätsberichte mit den Zertifizierungsdaten der Deutschen Krebsgesellschaft auf Klinikenebene zu verknüpfen.
- Hauptdiagnosen nach ICD: Alle Krankenhäuser berichten im Abschnitt B der Qualitätsberichte verpflichtend die Anzahl der Patientinnen / Patienten je Hauptdiagnose. Kodiergrundlage bildet die aktuelle deutsche Modifikation der ‚International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems‘ (ICD-10 GM). Die Diagnosedaten werden im Qualitätsmonitor genutzt, um für ausgewählte Indikationen die Behandlungsfälle je Klinik zu ermitteln. Beispiel: Behandlungsfälle mit Herzinfarkt.
- Durchgeführte Prozeduren nach OPS: Alle Krankenhäuser berichten im Abschnitt B des Qualitätsberichts verpflichtend die Anzahl der durchgeführten Prozeduren bzw. Operationen je Organisationseinheit oder Fachabteilung. Kodiergrundlage bildet der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Die Prozedurenangaben werden im Qualitätsmonitor genutzt, um für ausgewählte Indikationen die Behandlungsfälle je Klinik zu ermitteln. Beispiel: Anzahl thoraxchirurgischer Behandlungen bei Lungenkrebs. Außerdem erlauben die Prozedurangaben Rückschlüsse auf das Vorhandensein wichtiger Behandlungsstrukturen. Beispiel: perkutane koronare Interventionen (PCI) zur Identifikation von Kliniken mit Herzkatheterlabor.
- Strukturangaben: Über die Selbstangaben der Krankenhäuser in den Qualitätsberichten zur besonderen apparativen Ausstattung sowie zu Fachabteilungen und deren medizinischen Leistungsangeboten können Behandlungsstrukturen der Kliniken ermittelt werden. Beispiel: Linksherzkathetermessplatz als Behandlungsstruktur für Herzinfarkt.
- Ergebnisse aus der externen, stationären Qualitätssicherung (esQS) nach § 136 SGB V: Mit der esQS dokumentieren die Krankenhäuser im Berichtsabschnitt C-1 der Qualitätsberichte verpflichtend ihre Behandlungen in verschiedenen

Leistungsbereichen und die Qualitätsindikator-Ergebnisse, die in den Leistungsbereichen erzielt wurden. Die zu dokumentierenden Daten sind in der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt. Mit Hilfe der esQS-Daten werden im Qualitätsmonitor die Behandlungsfälle je Klinik ermittelt. Beispiel: Behandlungsfälle mit Brustkrebsoperationen. Darüber hinaus basieren ausgewählte Qualitätsindikatoren im Qualitätsmonitor auf den Qualitätsindikator-Ergebnissen der esQS. Beispiel: Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung bei Brustkrebsoperationen.

1.2 Zertifizierungsdaten

Als größte onkologische Fachgesellschaft in Deutschland zertifiziert die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) Netzwerke aus stationären und ambulanten Einrichtungen, die jährlich und auf freiwilliger Basis nachweisen, dass sie

- über ausreichende Behandlungserfahrung für die Tumorerkrankung verfügen
- umfangreiche fachliche Anforderungen für die Behandlung der Tumorerkrankung erfüllen
- ein standardisiertes Qualitätsmanagementsystem etabliert haben

Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen vergibt zusätzlich die Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKzert) Zertifikate an Kliniken, die definierte Mindestanforderungen für die Behandlung von Brustkrebsfällen erfüllen. Zwei Qualitätsindikatoren im Qualitätsmonitor basieren auf Zertifizierungsdaten, die von der DKG bzw. von ÄKzert zur Verfügung gestellt wurden: „Zertifiziertes Brustkrebszentrum“, „Zertifiziertes Lungenkrebszentrum“.

2 Herzinfarkt

2.1 Behandelnde Kliniken und Behandlungsfälle

Die Analysen im Qualitätsmonitor umfassen alle Kliniken, die im gewählten Berichtsjahr Behandlungsfälle mit den Hauptdiagnose akuter oder rezidivierender Myokardinfarkt (ICD-10-GM I21, I22) in den Diagnoseangaben der strukturierten Qualitätsberichte dokumentiert hatten. Die Anzahl der Behandlungsfälle je Klinik entspricht der Anzahl der Behandlungen, die für diese beiden ICD-Codes dokumentiert sind. Sofern die genaue Anzahl an Behandlungsfällen aus Datenschutzgründen nicht vorlag, wurde eine Anzahl von 2 Behandlungsfällen angenommen.

2.2 Definition der Fallzahlgruppen

Im Qualitätsmonitor werden Auswertungen und Filteroptionen für verschiedene Fallzahlgruppen zur Verfügung gestellt. Dafür werden die behandelnden Kliniken je nach Anzahl der dokumentierten Herzinfarktbehandlungen in die entsprechenden Fallzahlgruppen eingeteilt. Die Zuordnung der Behandlungsfälle zu einer Fallzahlgruppe erfolgt über die Zuordnung der behandelnden Kliniken.

- Alle (keine Einschränkung)
- 1-24 Behandlungsfälle
- 25-69 Behandlungsfälle
- 70-239 Behandlungsfälle
- ≥ 240 Behandlungsfälle

2.3 Definition des Qualitätsindikators ‚HKL-Verfügbarkeit‘

Angaben zur Verfügbarkeit eines Herzkatheterlabors (HKL) wurden den strukturierten Qualitätsberichten des gewählten Berichtsjahres entnommen. Als Klinik mit dieser Behandlungsstruktur wurden dabei diejenigen Krankenhäuser eingestuft, für die eine Selbstangabe zu einem HKL gemäß Kapitel A-13 (Besondere apparative Ausstattung, Nummer AA69) vorlag. Ergänzend wurde die Anzahl dokumentierter perkutaner koronarer Interventionen (PCI; OPS 8-837, 8-83d) berücksichtigt, die sogenannten Herzkatheteruntersuchungen.

Die behandelnden Kliniken werden je nach HKL-Angabe und Anzahl dokumentierter PCI einer von vier Kategorien des Qualitätsindikators zugeordnet. Die Zuordnung der Behandlungsfälle zu einer Indikator-kategorie erfolgt über die Zuordnung der behandelnden Kliniken.

- HKL mit 24/7-Bereitschaft
- HKL ohne 24/7-Bereitschaft
- Ohne HKL-Angabe, aber ≥ 10 PCI
- Ohne HKL-Angabe und < 10 PCI

Mit der Kategorie ‚Ohne HKL-Angabe, aber ≥ 10 PCI‘ werden Kliniken identifiziert, bei denen trotz fehlender HKL-Angabe ein HKL existieren könnte, da die Durchführung einer PCI ein HKL voraussetzt. Um Fehlkodierungen auszuschließen, wurde erst bei Nennung von mindestens 10 PCI ein Vorhandensein eines HKL angenommen. Die Kategorie ‚Ohne HKL-Angabe und < 10 PCI‘ umfasst somit Kliniken, in denen sehr wahrscheinlich kein HKL existiert.

Hinweis: Ein HKL ist ausschließlich für die Akutbehandlung des Herzinfarktes notwendig. Bei den Herzinfarkt-Fällen, die über die in den SQB dokumentierten ICD-Codes aufgegriffen werden, handelt es sich jedoch nicht immer um Behandlungsfälle, die eine Akutbehandlung benötigen. Tatsächlich kann die Diagnose eines akuten Herzinfarktes bis zu 28 Tage nach Eintritt des Infarktes kodiert werden. Neben Erstversorgungen kann es sich bei den Behandlungsfällen somit auch um Folgebehandlungen handeln. Bei Kliniken ohne HKL-Angabe und < 10 PCI sollte somit im Einzelfall geprüft werden, ob es sich möglicherweise um spezialisierte rehabilitative Einrichtungen handelt, die Herzinfarkte ausschließlich nach der Akutphase versorgen und für die aufgrund dieser Spezialisierung das Fehlen eines HKL kein Versorgungsdefizit darstellt.

2.4 Datenfelder der Klinikliste

Jeweils auf der linken Seite der Webseite ist eine Deutschlandkarte mit den entsprechenden Klinikstandorten zu finden, die im gewählten Kalenderjahr Herzinfarktbehandlungen dokumentiert hatten. Unterhalb der Karte befindet sich ein Link, über den die Liste aller Kliniken mit Behandlungsfällen für die Datenjahre 2017 bis 2021 als Excel-Datei heruntergeladen werden kann. Die Klinikliste enthält die folgenden Informationen bzw. Datenfelder:

- Datenjahr
- Bundesland
- Name der Klinik gemäß SQB-Angabe
- Name des Klinik-Standortes gemäß SQB-Angabe
- Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer) des Klinik-Standortes gemäß SQB-Angabe
- Behandlungsfälle gemäß Abschnitt 2.1
- Fallzahlgruppe gemäß Abschnitt 2.2
- HKL-Verfügbarkeit gemäß Abschnitt 2.3

3 Brustkrebs

3.1 Behandelnde Kliniken und Behandlungsfälle

Die Analysen im Qualitätsmonitor umfassen alle Kliniken, für die im gewählten Berichtsjahr Angaben zu Brustkrebsoperationen vorliegen. Die Anzahl der Behandlungsfälle pro Klinik wurde aus den Angaben der Krankenhäuser in der esQS nach §136 SGB V des gewählten Berichtsjahres ermittelt. Herangezogen wurde hierzu der Nenner des im Leistungsbereich Mammachirurgie erfassten Qualitätsindikators ‚Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung‘ (ID 51846). Dieser umfasst alle Patientinnen und Patienten mit Ersteintritt bei Primärerkrankung und Histologie „invasives Mammakarzinom (Primärtumor)“ oder „Duktales Carinoma in situ (DCIS)“. Ausgeschlossen wurden Kliniken, die beim Strukturierten Dialog des Qualitätsindikators ID 51846 in die Kategorie ‚N‘ (‚Bewertung nicht vorgesehen‘) eingestuft wurden. Bei Kliniken, bei denen der Nenner oder der Zähler des Qualitätsindikators ID 51846 weniger als 4 Behandlungsfälle enthält, liegen aus Datenschutzgründen keine Angaben zu Brustkrebsoperationen vor. Da diese Kliniken von den Analysen ausgeschlossen wurden, können die im Qualitätsmonitor dargestellten Daten (Anzahl behandelnder Kliniken / Behandlungsfälle) von den Daten abweichen, die das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) berichtet.

3.2 Definition der Fallzahlgruppen

Im Qualitätsmonitor werden Auswertungen und Filteroptionen für verschiedene Fallzahlgruppen zur Verfügung gestellt. Dafür werden die behandelnden Kliniken je nach Anzahl der dokumentierten Brustkrebsoperationen in die entsprechenden Fallzahlgruppen eingeteilt. Die Zuordnung der Behandlungsfälle zu einer Fallzahlgruppe erfolgt über die Zuordnung der behandelnden Kliniken.

- Alle (keine Einschränkung)
- 1-24 Behandlungsfälle
- 25-49 Behandlungsfälle
- 50-99 Behandlungsfälle
- ≥ 100 Behandlungsfälle

3.3 Definition des Qualitätsindikators ‚Zertifiziertes Brustkrebszentrum‘

Die Einstufung der behandelnden Kliniken als zertifiziertes Brustkrebszentrum erfolgt auf der Grundlage von Zertifizierungsdaten, die von der DKG und der Zertifizierungsstelle ÄKzert zur Verfügung gestellt werden. Die DKG ist die größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft und zertifiziert bundesweit Krebszentren, die die fachlichen Anforderungen für die Behandlung der jeweiligen Tumorerkrankung erfüllen. In Nordrhein-Westfalen können sich Kliniken sowohl über die DKG als auch über ÄKzert,

einer Zertifizierungsstelle für Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen, als Brustkrebszentrum zertifizieren lassen. Auch für die ÄKzert-Zertifikate gelten eine Reihe fachlicher Mindestanforderungen als Zertifizierungsvoraussetzung. Für die Auswertungen im Qualitätsmonitor werden Kliniken, die Brustkrebsoperationen durchgeführt haben, in eine von drei Kategorien des Qualitätsindikators eingeteilt. Die Zuordnung der Behandlungsfälle erfolgt über die Zuordnung der behandelnden Kliniken.

- DKG-zertifiziertes Zentrum
- ÄKzert-zertifiziertes Zentrum
- Nicht zertifiziert

Kliniken, die sowohl über die DKG als auch über ÄKzert zertifiziert sind, werden auf der Webseite nicht gesondert ausgewiesen, sondern den DKG-zertifizierten Zentren zugeordnet. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass ÄKzert zum Teil höhere fachliche Anforderungen an die Zertifizierung stellt als die DKG. In Einzelfällen können zertifizierte Brustkrebszentren nicht für die Auswertungen im Qualitätsmonitor berücksichtigt werden. Dafür kann es zwei Ursachen geben: 1) fehlende Fallzahlinformationen aufgrund von Datenschutzbestimmungen (siehe Abschnitt 3.1) und 2) fehlende Fallzahlinformationen aufgrund fehlender esQS-Angaben der Klinik.

Hinweis: Zertifizierungsvoraussetzung sind mindestens 100 (DKG) bzw. 150 (ÄKzert) operierte Primärfälle. Dass es auf der Webseite dennoch Kliniken gibt, die geringere Fallzahlen aufweisen, kann zwei Gründe haben: 1) Nicht alle kooperierenden Kliniken eines Krebszentrums sind für die operativen Eingriffe verantwortlich; als Teil des Zentrums-Verbandes werden sie auf der Webseite trotzdem als Brustkrebszentrum ausgewiesen. 2) Die für die Webseite genutzte Definition der Behandlungsfälle (siehe Abschnitt 3.1) weicht von der Definition der operierten Primärfälle ab, die die Zertifizierungsstellen nutzen.

3.4 Definition des Qualitätsindikators ‚Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung‘

Datengrundlage bildet das Ergebnis des Qualitätsindikators 51846 (Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung), das von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung verpflichtend zu dokumentieren ist. Wie im Abschnitt 3.1 beschrieben, sind fehlende Indikatorwerte auf Fallzahlen von <4 im Zähler oder Nenner zurückzuführen. Für das Berichtsjahr 2019 wurde der Referenzbereich des Indikators vom IQTIG von vorher $\geq 90\%$ auf $\geq 95\%$ angehoben. Das bedeutet, dass bei mindestens 95% aller Ersteingriffe bei primärem Mammakarzinom vor Behandlungsbeginn eine histologische Diagnosesicherung stattfinden sollte. Eine solche gesicherte Indikationsstellung ist Voraussetzung für eine stadien- und leitliniengerechte interdisziplinäre Therapieplanung. Dieser neue Referenzwert wurde genutzt, um Kliniken mit Brustkrebsfällen in eine von zwei Indikator-kategorien einzuteilen. Die Zuordnung der Behandlungsfälle erfolgt über die Zuordnung der behandelnden Kliniken.

- Ergebnis außerhalb des Referenzbereiches
- Ergebnis im Referenzbereich

3.5 Datenfelder der Klinikliste

Jeweils auf der linken Seite der Webseite ist eine Deutschlandkarte mit den entsprechenden Klinikstandorten zu finden, die im gewählten Kalenderjahr Herzinfarktbehandlungen dokumentiert hatten. Unterhalb der Karte befindet sich ein Link, über den die Liste aller Kliniken mit Behandlungsfällen für die Datenjahre 2017 bis 2021 als Excel-Datei heruntergeladen werden kann. Die Klinikliste enthält die folgenden Informationen bzw. Datenfelder:

- Datenjahr
- Bundesland
- Name der Klinik gemäß SQB-Angabe
- Name des Klinik-Standortes gemäß SQB-Angabe
- Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer) des Klinik-Standortes gemäß SQB-Angabe
- Behandlungsfälle gemäß Abschnitt 3.1
- Fallzahlgruppe gemäß Abschnitt 3.2
- Zertifiziertes Brustkrebszentrum gemäß Abschnitt 3.3
- Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung gemäß Abschnitt 3.4

4 Lungenkrebs

4.1 Behandelnde Kliniken und Behandlungsfälle

Die Analysen im Qualitätsmonitor umfassen alle Kliniken, die im gewählten Berichtsjahr laut Prozedurenangaben der strukturierten Qualitätsberichte thoraxchirurgische Behandlungen durchgeführt haben. Berücksichtigt wird dafür die Definition der anatomischen Lungenresektionen, die von der DKG für den Nachweis der operativen Expertise von Lungenkrebszentren nutzt: OPS 5-323 bis 5-328 (sechsstellig). Die Anzahl der Behandlungsfälle je Klinik entspricht der Anzahl der Operationen, die für diese OPS-Codes dokumentiert sind. Sofern die genaue Anzahl an Behandlungsfällen aus Datenschutzgründen nicht vorlag, wurde eine Anzahl von 2 Behandlungsfällen angenommen.

Hinweis: Für den Nachweis der operativen Expertise werden von der DKG alle oben genannten Eingriffe von stationären Behandlungen berücksichtigt, die aufgrund einer Neubildung erfolgten. Das bedeutet, dass nur anatomische Lungenresektionen von Fällen relevant sind, für die zugleich eine Hauptdiagnose aus dem Kapitel C der Diagnoseklassifikation ICD-10 vorlag. Aus den SQB lassen sich die Fallzahlen jedoch nur über eine Liste definierter Diagnosekodierungen oder über Prozedurenkodierungen ermitteln. Es ist nicht möglich, Kombinationen von Diagnosen und Eingriffen abzufragen. Demzufolge umfassen die Behandlungsfälle auch anatomische Lungenresektionen, die nicht im Rahmen einer C-Diagnose durchgeführt wurden. Eine Auswertung der stationären Abrechnungsdaten gemäß § 21 KHEntgG des Jahres 2019 im InEK-Datenbrowser ergab, dass 83% aller anatomischen Lungenresektionen aufgrund einer Neubildung (C-Diagnose als Hauptdiagnose) erfolgten. [1]

4.2 Definition der Fallzahlgruppen

Im Qualitätsmonitor werden Auswertungen und Filteroptionen für verschiedene Fallzahlgruppen zur Verfügung gestellt. Dafür werden die behandelnden Kliniken je nach Anzahl der dokumentierten thoraxchirurgischen Behandlungen in die entsprechenden Fallzahlgruppen eingeteilt. Die Zuordnung der Behandlungsfälle zu einer Fallzahlgruppe erfolgt über die Zuordnung der behandelnden Kliniken.

- Alle (keine Einschränkung)
- 1-24 Behandlungsfälle
- 25-39 Behandlungsfälle
- 40-74 Behandlungsfälle
- ≥ 75 Behandlungsfälle

4.3 Definition des Qualitätsindikators ‚Zertifiziertes Lungenkrebszentrum‘

Die Einstufung der behandelnden Kliniken als zertifiziertes Lungenkrebszentrum erfolgt auf der Grundlage von Zertifizierungsdaten, die von der DKG zur Verfügung gestellt werden. Dafür werden die Kliniken in eine von zwei Kategorien des Qualitätsindikators eingeteilt. Die Zuordnung der Behandlungsfälle erfolgt über die Zuordnung der behandelnden Kliniken.

- Zertifiziert
- Nicht zertifiziert

Hinweis: Zertifizierungsvoraussetzung sind bei der DKG mindestens 75 anatomische Lungenresektionen bei einer C-Diagnose. Dass es auf der Webseite dennoch Kliniken gibt, die geringere Fallzahlen aufweisen, hängt damit zusammen, dass nicht alle kooperierenden Kliniken eines Krebszentrums für die thoraxchirurgischen Eingriffe verantwortlich sind. Diese können auch vereinzelt Lungenresektionen durchführen, z.B. bei Patientinnen und Patienten, die nicht aufgrund einer Neubildung (C-Diagnose) behandelt werden (siehe dazu den Hinweis in Abschnitt 4.1).

4.4 Datenfelder der Klinikliste

Jeweils auf der linken Seite der Webseite ist eine Deutschlandkarte mit den entsprechenden Klinikstandorten zu finden, die im gewählten Kalenderjahr Herzinfarktbehandlungen dokumentiert hatten. Unterhalb der Karte befindet sich ein Link, über den die Liste aller Kliniken mit Behandlungsfällen für die Datenjahre 2017 bis 2021 als Excel-Datei heruntergeladen werden kann. Die Klinikliste enthält die folgenden Informationen bzw. Datenfelder:

- Datenjahr
- Bundesland
- Name der Klinik gemäß SQB-Angabe
- Name des Klinik-Standortes gemäß SQB-Angabe
- Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer) des Klinik-Standortes gemäß SQB-Angabe
- Behandlungsfälle gemäß Abschnitt 4.1
- Fallzahlgruppe gemäß Abschnitt 4.2
- Zertifiziertes Lungenkrebszentrum gemäß Abschnitt 4.3

5 Schenkelhalsbruch

5.1 Behandelnde Kliniken und Behandlungsfälle

Die Analysen im Qualitätsmonitor umfassen alle Kliniken, für die im gewählten Berichtsjahr Angaben zu endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Oberschenkelbrüchen vorliegen. Die Anzahl der Behandlungsfälle pro Klinik wurde aus den Angaben der Krankenhäuser in der esQS nach §136 SGB V des gewählten Berichtsjahres ermittelt. Herangezogen wurde hierzu die maximale Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren 54003, 54015 und 54018 aus dem QS-Verfahren zur Hüftgelenkversorgung. Mit diesen Indikatoren werden Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren mit endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur unter Ausschluss von Behandlungsfällen mit Versorgung bei Polytrauma erfasst. Ausgeschlossen wurden Kliniken, die beim Strukturierten Dialog des Qualitätsindikators ID 54003 in die Kategorie ‚N‘ (‚Bewertung nicht vorgesehen‘) eingestuft wurden. Bei Kliniken, bei denen der Nenner oder der Zähler aller drei berücksichtigten Qualitätsindikatoren weniger als 4 Behandlungsfälle enthält, liegen aus Datenschutzgründen keine Angaben zu Behandlungsfällen vor. Da diese Kliniken von den Analysen ausgeschlossen wurden, können die im Qualitätsmonitor dargestellten Daten (Anzahl behandelnder Kliniken / Behandlungsfälle) von den Daten abweichen, die das IQTIG berichtet.

Hinweis: Im Jahr 2018 war der Qualitätsindikator 54015 als nicht veröffentlichungspflichtig eingestuft. Daher basiert die Fallzahl für 2018 lediglich aus der maximalen Grundgesamtheit der Qualitätsindikatoren 54003 und 54018.

5.2 Definition der Fallzahlgruppen

Im Qualitätsmonitor werden Auswertungen und Filteroptionen für verschiedene Fallzahlgruppen zur Verfügung gestellt. Dafür werden die behandelnden Kliniken je nach Anzahl der dokumentierten Behandlungsfälle mit endoprothetisch versorgtem hüftgelenknahen Oberschenkelbruch in die entsprechenden Fallzahlgruppen eingeteilt. Die Zuordnung der Behandlungsfälle zu einer Fallzahlgruppe erfolgt über die Zuordnung der behandelnden Kliniken.

- Alle (keine Einschränkung)
- 1-24 Behandlungsfälle
- 25-49 Behandlungsfälle
- 50-74 Behandlungsfälle
- ≥ 75 Behandlungsfälle

5.3 Definition des Qualitätsindikators ‚Präoperative Verweildauer‘

Datengrundlage bildet das Ergebnis des Qualitätsindikators 54003 (Präoperative Verweildauer), das von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung verpflichtend zu dokumentieren ist. Wie im Abschnitt 3.1 beschrieben, sind fehlende Indikatorwerte auf Fallzahlen von <4 im Zähler oder Nenner der Indikatoren zurückzuführen, die zur Fallzahlberechnung herangezogen wurden. Bei Kliniken, die hüftgelenknahe Oberschenkelbrüche endoprothetisch versorgt haben, sollten weniger als 15% der Behandlungsfälle länger als 48 Stunden auf den operativen Eingriff warten (=Referenzbereich). Andernfalls kann ein Stellungnahmeverfahren (früher: Strukturierter Dialog) zwischen Klinik und Fachexperten stattfinden, um die Ursache für die Überschreitung dieses Referenzbereiches zu klären. Das Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens wurde genutzt, um die behandelnden Kliniken in eine von zwei Indikator-kategorien einzuteilen. Die Zuordnung der Behandlungsfälle erfolgt über die Zuordnung der behandelnden Kliniken.

- Ergebnis qualitativ auffällig
- Ergebnis nicht qualitativ auffällig

5.4 Datenfelder der Klinikliste

Jeweils auf der linken Seite der Webseite ist eine Deutschlandkarte mit den entsprechenden Klinikstandorten zu finden, die im gewählten Kalenderjahr Behandlungsfälle mit endoprothetisch versorgten hüftgelenknahen Oberschenkelbrüchen dokumentiert hatten. Unterhalb der Karte befindet sich ein Link, über den die Liste aller Kliniken mit Behandlungsfällen für die Datenjahre 2017 bis 2021 als Excel-Datei heruntergeladen werden kann. Die Klinikliste enthält die folgenden Informationen bzw. Datenfelder:

- Datenjahr
- Bundesland
- Name der Klinik gemäß SQB-Angabe
- Name des Klinik-Standortes gemäß SQB-Angabe
- Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer) des Klinik-Standortes gemäß SQB-Angabe
- Behandlungsfälle gemäß Abschnitt 5.1
- Fallzahlgruppe gemäß Abschnitt 5.2
- Präoperative Verweildauer: Indikatorergebnis gemäß Abschnitt 5.3

6 Rechtlicher Hinweis

Gemäß § 13 SGB I sind die Sozialversicherungsträger verpflichtet, die Bevölkerung im Rahmen ihrer Zuständigkeit aufzuklären.

Das Internetangebot des Qualitätsmonitors dient ausschließlich der allgemeinen Information der Öffentlichkeit, vorrangig der Fachöffentlichkeit. Es unterliegt dem Schutz des Urheberrechts und anderer Schutzgesetze. Urheber ist der AOK-Bundesverband. Die öffentliche Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung (gleich welcher Art), auch von Teilen der Datenbank oder des Werkes zu kommerziellen Zwecken, bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung des AOK-Bundesverbandes. Soweit keine kommerzielle Zwecke verfolgt werden, ist die öffentliche Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellennachweis gestattet. Neue Gestaltungen oder sonstige Abwandlungen sind als solche kenntlich zu machen bzw. im Quellennachweis mit dem Hinweis zu versehen, dass die Daten nur als Berechnungsgrundlage verwendet oder verändert dargestellt wurden. Die Änderung der Rohdaten ist untersagt.

Der AOK-Bundesverband übernimmt keine Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Daten, für Übertragungsfehler sowie für die fehlerhafte Verknüpfung von Originaldaten. Er haftet nicht für Schäden aus der Nutzung der von ihm aufbereiteten Daten, es sei denn, dass ein Schaden durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit seitens des AOK-Bundesverbandes verursacht worden ist oder es sich um Schäden aus der Verletzung von Leben, Körper oder der Gesundheit handelt.