

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe des
Berichts zur Eignung von Qualitätsergebnissen und
Informationen für die öffentliche Berichterstattung –
Weiterentwicklung der Kriterien, des Prüfprozesses und des
Berichtsformats für die Empfehlungen des IQTIG zur
Veröffentlichung

Vom 21. August 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. August 2025 beschlossen, den Bericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) „*Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung – Weiterentwicklung der Kriterien, des Prüfprozesses und des Berichtsformats für die Empfehlungen des IQTIG*“ gemäß **Anlage** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Berlin, den 21. August 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung

Weiterentwicklung der Kriterien, des Prüfprozesses und des Berichtsformats
für die Empfehlungen des IQTIG

Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

**Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung.
Weiterentwicklung der Kriterien, des Prüfprozesses und des Berichtsformats für die
Empfehlungen des IQTIG. Abschlussbericht**

Ansprechperson Dr. Maria Golde

Datum der Abgabe 15. März 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Weiterentwicklung der Empfehlungen des Instituts nach § 137a
SGB V für die öffentliche Berichterstattung einschließlich der
Kriterien für die Prüfung und eine transparente Prozessgestal-
tung

Datum des Auftrags 3. Mai 2023

Kurzfassung

Hintergrund

Im Rahmen der Erarbeitung der Richtlinie zur einrichtungsbezogenen und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung und Transparenz (zukünftig: süQbT-RL) hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das IQTIG mit der Weiterentwicklung seiner Empfehlungen für die öffentliche Berichterstattung beauftragt. Neben der Unterstützung der Patientinnen und Patienten und der überweisenden Ärztinnen und Ärzte bei der Auswahlentscheidung für Leistungserbringer und der Motivation der Leistungserbringer zu weiteren Qualitätsverbesserungen strebt der G-BA mit dieser Richtlinie insbesondere eine Erhöhung der Transparenz der Versorgung an.

Die Herstellung von Qualitätstransparenz ist notwendig, um Informationsasymmetrien zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zu verringern und ethische Ansprüche an die Gesundheitsversorgung zu erfüllen. Dazu gehören in erster Linie der Respekt gegenüber Patientenautonomie und Selbstbestimmung, die Rechenschaftspflicht der Leistungserbringer gegenüber Gesellschaft und Solidargemeinschaft sowie das Gebot zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen setzt entsprechende Anreize für die Leistungserbringer, die Qualität ihrer Versorgung zu verbessern.

Auftrag und Auftragsverständnis

Beauftragt ist eine Neu- und Weiterentwicklung von Kriterien zur „Überprüfung der Qualitätsergebnisse auf Eignung zur Veröffentlichung“ bzw. zur „Feststellung der Eignung und Erforderlichkeit einer einrichtungsbezogenen Veröffentlichung von Qualitätsdaten“. Die Beauftragung umfasst außerdem die transparente Darlegung des regelmäßig durchzuführenden Prüfprozesses sowie die Entwicklung eines übersichtlichen und aussagekräftigen Berichtsformats für die Empfehlungen des IQTIG an den G-BA.

In die Weiterentwicklung seiner Empfehlungen sowie des Berichtsformats soll das IQTIG gemäß Auftrag die folgenden „Datengrundlagen“ einbeziehen:

- Qualitätsergebnisse gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) von vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Einrichtungen
- Daten gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V und § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V (Strukturrichtlinien)
- Daten gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 (Mindestmengenregelungen, Mm-R)
- Qualitätsdaten gemäß den Kapiteln A, B sowie ausgewählten Teilen von Kapitel C der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)

Das IQTIG unterscheidet zwischen der grundsätzlichen Eignung von Qualitätsinformationen für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung auf der einen Seite sowie einer geeigneten zielgruppenspezifischen Aufbereitung und Darstellung der Informationen auf der anderen Seite. Im Rahmen dieses Auftrags entwickelt das IQTIG daher Kriterien, die sich auf die grundsätzliche Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für eine Veröffentlichung beziehen. Kriterien für eine zielgruppenadäquate Aufbereitung und Darstellung der Informationen werden vom IQTIG im Zuge der Entwicklung eines Konzepts für eine zielgruppenorientierte Aufbereitung und Darstellung von leistungserbringerbezogenen „Vergleichsdaten“ bearbeitet.

Methodisches Vorgehen

Das IQTIG führte eine umfassende Literaturrecherche nach wissenschaftlichen Publikationen durch. Im Fokus dieser Recherche stand die Frage, welche Kriterien zur Prüfung der Eignung von Informationen für die öffentliche Berichterstattung zur Gesundheitsversorgung in der Literatur beschrieben werden. Ein zweiter methodischer Schritt bestand in der Prüfung, inwieweit die Eignungskriterien für Qualitätsmessungen, die das IQTIG bereits zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren und -kennzahlen heranzieht, auch bei der Beurteilung der Eignung für die öffentliche Berichterstattung anzuwenden sind.

Aus den in der wissenschaftlichen Literatur und durch Prüfung der Anwendbarkeit der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen identifizierten Kriterien wurde ein Set von Kriterien zur Prüfung der Eignung für die öffentliche Berichterstattung zusammengestellt und eine Operationalisierung entwickelt. In einem letzten Schritt führte das IQTIG probenhalber eine Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung beispielhaft für einige Qualitätsergebnisse und Strukturinformationen durch, um die Operationalisierung und Anwendbarkeit der entwickelten Kriterien zu prüfen und die Darstellung der Prüfergebnisse im entwickelten Berichtsformat zu veranschaulichen.

Ergebnisse und Empfehlungen

In der wissenschaftlichen Literatur wird nicht explizit unterschieden zwischen der Eignung für die öffentliche Berichterstattung und der Eignung für die Messung und Bewertung von Versorgungsqualität. Demzufolge werden in der Fachliteratur als Kriterien für die öffentliche Berichterstattung in erster Linie Kriterien vorgeschlagen, die sich den Eignungskriterien für Qualitätsmessungen zuordnen lassen. Darüber hinaus erbrachte die Literaturrecherche keine weiteren Kriterien, die bei der Prüfung auf Eignung für die öffentliche Berichterstattung relevant sind.

Das IQTIG entwickelt Qualitätsindikatoren und -kennzahlen zur Messung und Darstellung von Versorgungsqualität. Dafür nutzt es ein Set von Eignungskriterien für Qualitätsmessungen. Die Indikator- und Kennzahlenergebnisse sind dann geeignet für die öffentliche Berichterstattung, wenn diese Ergebnisse aussagekräftige Informationen über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer darstellen. Folgende Eignungskriterien werden für eine entsprechende Einschätzung herangezogen:

■ Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer

■ Eignungskriterien des Messverfahrens

- Objektivität der Messung
- Datenqualität
- Reliabilität der Messung
- Validität der Messung

■ Eignungskriterien des Bewertungskonzepts

- Angemessenheit des Referenzbereichs (wenn ein Referenzbereich festgelegt ist)
- Klassifikationsgüte
- Angemessenheit der Risikoadjustierung

Im Gegensatz zur Erarbeitung von Empfehlungen für den (weiteren) Einsatz von Qualitätsindikatoren und -kennzahlen in der Qualitätssicherung erachtet das IQTIG die Brauchbarkeit für einen anderen Handlungsanschluss als den der Veröffentlichung nicht als relevantes Kriterium für die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung. Auch die Eignungskriterien „Potenzial zur Verbesserung“ und „Praktikabilität“ werden nicht zur Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung herangezogen. Weist ein Qualitätsindikator oder eine Qualitätskennzahl nur ein geringes Potenzial zur Verbesserung auf oder ist mit einem hohen Aufwand im Vergleich zum Nutzen verbunden, empfiehlt das IQTIG den Indikator / die Kennzahl ggf. zur Aussetzung. Bei entsprechender Eignung gemäß den relevanten Eignungskriterien empfiehlt das IQTIG jedoch die auf bereits erhobenen Daten basierenden Ergebnisse trotzdem zur Veröffentlichung.

Bei der Kriterienentwicklung bezog das IQTIG neben den Qualitätsergebnissen gemäß DeQS-RL auch die Angaben der Leistungserbringer gemäß den Strukturrichtlinien, den Mm-R und den Qb-R mit ein. Für diese Informationen und Angaben würde das IQTIG bei entsprechender Beauftragung prüfen, inwieweit sie zutreffende Informationen über die Leistungserbringer darstellen. Dazu würde das IQTIG die Eignungskriterien „Objektivität der Messung“ und „Datenqualität“ heranziehen. Eine probeweise Anwendung dieser Kriterien auf einige beispielhaft ausgewählte Angaben gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL), den Mm-R und der Qb-R ergab, dass das IQTIG aktuell für keine der Strukturinformationen eine Beurteilung der Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung vornehmen könnte, da das IQTIG nicht über eine ausreichende Informationsgrundlage verfügt.

Das vom IQTIG für seine Empfehlungen zur öffentlichen Berichterstattung vorgeschlagene Berichtsformat enthält Informationen zum Hintergrund, zum Auftrag und zum methodischen Vorge-

hen bei der Prüfung auf Eignung zur Veröffentlichung sowie einen Überblick über die Empfehlungen und die Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren. In den einzelnen Anhängen, die jeweils nach der wesentlichen Betroffenheit der Sektoren sektorenübergreifend oder sektorbezogen zusammengefasst sowie nach den QS-Verfahren gegliedert sind, befinden sich zum einen die Empfehlungen zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und -kennzahlen bzw. Strukturinformationen mit der Begründung der jeweiligen Empfehlung und zum anderen Steckbriefe, denen die Ergebnisse der Eignungsprüfung im Detail entnommen werden können.

Fazit und Ausblick

Das IQTIG entwickelt im Auftrag des G-BA Qualitätsindikatoren und -kennzahlen zur Messung und Darstellung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Anhand der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen bewertet das IQTIG, ob die Ergebnisse dieser Indikatoren und Kennzahlen aussagekräftige Informationen über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer darstellen, und empfiehlt die Indikator- und Kennzahlergebnisse ggf. zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung.

Bezüglich der Angaben der Leistungserbringer gemäß den Strukturrichtlinien, Mm-R und im strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser hat der G-BA in den letzten Jahren umfangreiche Regelungen getroffen, die zur Erhöhung der Objektivität und Datenqualität dieser Angaben beitragen können. So überprüft der Medizinische Dienst (MD) gemäß der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD-QK-RL) die Erfüllung der Richtlinienanforderungen. Bei dieser Überprüfung können Unklarheiten bezüglich des Verständnisses der Richtlinienanforderungen und Dokumentationsfehler auffallen und geklärt bzw. beseitigt werden. Die Angaben im Qualitätsbericht unterliegen durch die Möglichkeit zu anhaltspunktbezogenen Kontrollen des MD ebenfalls mittelbar einer solchen Prüfung.

Demgegenüber fiele bei einer Beauftragung des IQTIG mit einer zusätzlichen Prüfung der Strukturinformationen auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung erheblicher Aufwand an, insbesondere für die Schaffung der nötigen Datengrundlagen. Wege zum Austausch entsprechender Informationen müssten etabliert und beim IQTIG und möglichen weiteren beteiligten Organisationen, beispielsweise dem MD, entsprechende personelle, organisatorische und informationstechnologische Ressourcen bereitgestellt werden. In Abwägung dieses Aufwands gegen den Nutzen der zusätzlichen Prüfung – vor dem Hintergrund der höheren Verbindlichkeit der Dokumentations- und Nachweispflichten infolge der Prüfungen gemäß MD-QK-RL – empfiehlt das IQTIG dem G-BA, für die bisher schon regelhaft veröffentlichten Strukturinformationen keine zusätzliche Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung vorzunehmen. Dieses Vorgehen wird ebenfalls durch das Krankenhaustransparenzgesetz gestützt, auf dessen Basis das Institut zukünftig Strukturinformationen ebenfalls ohne zusätzliche Bewertung der Eignung zur Veröffentlichung bereitstellen soll.

Inhaltsverzeichnis

Übersicht der Anhänge zum Bericht	9
Tabellenverzeichnis.....	10
Abbildungsverzeichnis	10
Abkürzungsverzeichnis	11
Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen	13
1 Einleitung	14
1.1 Hintergrund	14
1.2 Auftrag und Auftragsverständnis	16
2 Methodisches Vorgehen	21
2.1 Literaturrecherche	21
2.2 Ableitung der Kriterien.....	21
2.3 Einbindung externer Expertise	22
2.4 Anwendung der Kriterien an Beispielen	22
Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen	23
3 Ergebnisse der Literaturrecherche	24
3.1 Kriterien in der Literatur mit Zuordnung zu den Eignungskriterien für Qualitätsmessungen	25
3.2 Weitere recherchierte Kriterien.....	29
3.3 Fazit der Literaturrecherche	33
4 Anwendbarkeit der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen.....	34
4.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen mit IQTIG-Prüfung des Einsatzes in der Qualitätssicherung	34
4.2 Weitere Informationen über die Versorgung	40
5 Kriterien für die öffentliche Berichterstattung und ihre Operationalisierung.....	43
6 Beschreibung des Prüfprozesses	51
6.1 Im Einsatz befindliche Qualitätsindikatoren	51
6.2 Neu entwickelte oder weiterentwickelte Qualitätsindikatoren	53
6.3 Strukturinformationen	54
6.4 Einbindung von Expertinnen und Experten in die Prüfung	54

7	Beispielhafte Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung	55
7.1	Qualitätssicherungsverfahren gemäß DeQS-RL.....	55
7.1.1	QS-Verfahren <i>Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)</i>	55
7.1.2	Patientenbefragung des Verfahrens <i>QS PCI</i>	67
7.1.3	QS-Verfahren <i>Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)</i>	70
7.1.4	QS-Verfahren <i>Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)</i>	79
7.2	Strukturinformationen	82
7.2.1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	82
7.2.2	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) .	83
7.2.3	Mindestmengenregelungen (Mm-R).....	84
7.2.4	Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser	86
7.2.5	Fazit zur beispielhaften Prüfung der Strukturinformationen	87
8	Musterbericht „Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung“	88
9	Diskussion und Empfehlungen.....	91
	Teil III: Fazit und Ausblick	95
	Teil IV: Literatur.....	97
	Impressum.....	106

Übersicht der Anhänge zum Bericht

Anhang A: Musterbericht für die Empfehlungen des IQTIG zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung, dazu gehören folgende Musteranhänge:

- Empfehlungen DeQS-RL, sektorenübergreifende Verfahren (Musteranhang A.1)
- Empfehlungen DeQS-RL, sektorbezogen stationär (Musteranhang A.2)
- Empfehlungen Strukturrichtlinien, sektorbezogen stationär (Musteranhang A.3)
- Indikator- und Kennzahlsteckbriefe DeQS-RL, sektorenübergreifende Verfahren (Musteranhang B.1)
- Indikator- und Kennzahlsteckbriefe DeQS-RL, sektorbezogene stationäre Verfahren (Musteranhang B.2)
- Steckbriefe Strukturrichtlinien, sektorbezogen stationär (Musteranhang B.3)

Anhang B: Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche

Anhang C: IQTIG-Kriterienkatalog zur Beurteilung der Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung

Anhang D: Weiterführende Beschreibung des Prüfprozesses

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der zu prüfenden Eignungskriterien in Abhängigkeit vom Prüfgegenstand 42

Tabelle 2: QS PCI, Empfehlungen des IQTIG für die öffentliche Berichterstattung für das Berichtsjahr 2022: Vergleich der im April 2023 ausgesprochenen Empfehlungen („alt“) mit den möglichen Empfehlungen unter Anwendung der weiterentwickelten Methodik sowie der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung („neu“)..... 63

Tabelle 3: QS HSMDEF, Empfehlungen des IQTIG für die öffentliche Berichterstattung für das Berichtsjahr 2022: Vergleich der im April 2023 ausgesprochenen Empfehlungen („alt“) mit den möglichen Empfehlungen unter Anwendung der weiterentwickelten Methodik sowie der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung („neu“)..... 71

Tabelle 4: QS KEP, Empfehlungen des IQTIG für die öffentliche Berichterstattung für das Berichtsjahr 2022: Vergleich der im April 2023 ausgesprochenen Empfehlungen („alt“) mit den möglichen Empfehlungen unter Anwendung der weiterentwickelten Methodik sowie der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung („neu“)..... 80

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prüfung von Qualitätsindikatoren und -kennzahlen auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung im Regelbetrieb..... 52

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BfS	Bundesamt für Strahlenschutz
BMI	Body-Mass-Index
cGy	Zentrigray
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DRW	diagnostische Referenzwerte
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
LAG	Landesarbeitsgemeinschaften
MD	Medizinischer Dienst
MDK-QK-RL	Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes
MeSH	Medical Subject Headings
ml	Milliliter
Mm-R	Mindestmengenregelungen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCI	perkutane Koronarintervention(<i>percutaneous coronary intervention</i>)
PPP-RL	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie
PROM	Patient Reported Outcome Measure
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
<i>QS HSMDEF</i>	Qualitätssicherungsverfahren Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren
<i>QS KEP</i>	Qualitätssicherungsverfahren Knieendoprothesenversorgung
<i>QS PCI</i>	Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

Abkürzung	Bedeutung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
StrlSchG	Strahlenschutzgesetz
StrlSchV	Strahlenschutzverordnung
süQbT-RL	Richtlinie zur einrichtungsbezogenen und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung und Transparenz

Teil I: Einleitung und methodisches Vorgehen

1 Einleitung

In seinem jährlichen Bericht „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser“ hat das IQTIG bisher Empfehlungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dazu ausgesprochen, welche Qualitätsindikator- und Kennzahlresultate durch die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in ihren gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. Abs. 6 SGB V zu erstellenden strukturierten Qualitätsberichten veröffentlicht werden sollten. Mit Beschluss vom 3. Mai 2023 hat der G-BA das IQTIG nun mit der Weiterentwicklung seiner Empfehlungen für die öffentliche Berichterstattung beauftragt (G-BA 2023b).

1.1 Hintergrund

Mit dem im Juli 2021 in Kraft getretenen Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, GVWG) wurde der G-BA verpflichtet, die strukturellen und verfahrenstechnischen Grundlagen für die Information der Öffentlichkeit durch einrichtungsbezogene risikoadjustierte Vergleiche zu schaffen und dafür einheitliche Anforderungen festzulegen. Der G-BA begann daraufhin mit der Erarbeitung einer Richtlinie zur einrichtungsbezogenen und sektorenübergreifenden Qualitätsberichterstattung und Transparenz (zukünftig: süQbT-RL). Laut Auftragstext (G-BA 2023b) verfolgt der G-BA mit dieser Richtlinie folgende Ziele:

- Erhöhung der Transparenz der Versorgung
- Unterstützung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen in ihrer Auswahlentscheidung sowie Unterstützung einer unabhängigen und neutralen Patientenberatung
- Unterstützung der überweisenden Ärztinnen und Ärzte bei der Auswahlentscheidung für Leistungserbringer
- Motivation der Leistungserbringer zu weiteren Qualitätsverbesserungen

Im Rahmen der Erarbeitung dieser Richtlinie erging der Auftrag zur Weiterentwicklung seiner Empfehlungen für die öffentliche Berichterstattung an das IQTIG.

Bedeutung von Qualitätstransparenz in der Gesundheitsversorgung

Der G-BA hebt Qualitätstransparenz als wichtiges Ziel der Qualitätssicherung hervor (Klakow-Franck 2014) und betont dies auch im Beschluss zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung (G-BA 2023b).

Die Herstellung von Qualitätstransparenz ist notwendig, um Informationsasymmetrien zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zu verringern und ethische Ansprüche an die Gesundheitsversorgung zu erfüllen (Oakley und Clarke 2007):

- Respekt gegenüber Patientenautonomie und Selbstbestimmung: Patientinnen und Patienten¹ sollen diejenigen Leistungserbringer auswählen können, von denen sie sich eine Versorgung entsprechend ihrer Präferenzen versprechen. Sie informieren sich über Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten, stellen Fragen und wollen aktiv an Entscheidungen beteiligt werden. Dies kommt im Begriff der Patientenautonomie bzw. Selbstbestimmung zum Ausdruck (Beauchamp und Childress 2019). Qualitätstransparenz ermöglicht Patientinnen und Patienten in diesem Sinn informierte Entscheidungen zu treffen und respektiert und fördert dadurch ihre Autonomie (Beauchamp und Childress 2019, Oakley und Clarke 2007). Im Einklang damit wurde 2013 in Deutschland das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten beschlossen.
- Rechenschaftspflicht gegenüber Gesellschaft und Solidargemeinschaft (*accountability*): Leistungserbringern obliegt eine Rechenschaftspflicht gegenüber der Gesellschaft und der Solidargemeinschaft, die ihnen Privilegien wie etwa die Selbstverwaltung oder die ärztliche Freiberuflichkeit einräumt bzw. von der sie finanziert werden. Durch die Bereitstellung von Qualitätsinformationen sind Gesellschaft und Solidargemeinschaft in der Lage zu überprüfen, ob die Leistungserbringer ihre Leistungen in der erforderlichen Qualität erbringen (Oakley und Clarke 2007).
- Qualitätsverbesserung: Das Potenzial von Public Reporting für Qualitätsverbesserungen und zur Verbesserung der Patientensicherheit sollte nicht ungenutzt bleiben. Durch die Veröffentlichung von Informationen über die Qualität medizinischer Leistungen können Qualitätsverbesserungen erzielt werden, da dadurch Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität gesetzt werden (Oakley und Clarke 2007).

Zusätzlich zu den ethischen und gesetzlich verankerten Gründen für Qualitätstransparenz sprechen auch empirische Befunde für Qualitätstransparenz (Totten et al. 2012, Prang et al. 2021). In der Fachliteratur werden zwei Mechanismen beschrieben, wie die Veröffentlichung von Informationen zur Qualität medizinischer Leistungen zu Qualitätsverbesserungen führen kann:

- Selektion: Patientinnen und Patienten wählen Leistungserbringer mit guter Qualität aus und meiden Leistungserbringer mit schlechter Qualität. Auch Aufsichts- oder Regulierungsbehörden wählen oder schließen Leistungserbringer aus (z. B. über die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan) bzw. sanktionieren schlechte Qualität (Berwick et al. 2003). Leistungserbringer mit schlechter Qualität verlieren somit Patientinnen und Patienten, während Leistungserbringer mit hoher Qualität Patientinnen und Patienten hinzugewinnen.
- Veränderung: Die Leistungserbringer können ihre Versorgungsqualität auf der Grundlage von Messungen z. B. durch Anpassung von Prozessen verbessern. Dies funktioniert insbesondere

¹ Nicht nur Patientinnen und Patienten sind Zielgruppe des Gesundheitswesens. Auch Schwangere und Menschen, die Präventionsmaßnahmen erhalten sollen, stellen Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens dar. Aus Gründen der Vereinfachung werden diese Gruppen hier unter dem Begriff Patientinnen und Patienten subsumiert.

dann gut, wenn die dafür genutzten Daten relevante Informationen über Prozesse und Ergebnisse enthalten und zeitlich mit möglichst geringer Verzögerung zum betreffenden Ereignis (z. B. einer Operation) bereitgestellt werden (James 2003). Als Motor dieser Veränderungen wird hier zum einen die intrinsische Motivation besser zu werden angenommen. Zum anderen spielt extrinsische Motivation in Form von Anreizen eine wichtige Rolle, für bessere Qualität eine höhere Vergütung, einen größeren Marktanteil oder positive Resonanz zu erhalten (Berwick et al. 2003). Insbesondere der Verlust von Reputation durch Qualitätstransparenz stellt einen wichtigen Anreiz zur Verbesserung der Qualität dar (Hibbard et al. 2005, Bevan et al. 2019). Die öffentliche Berichterstattung bewirkt Verbesserungen demnach sogar eher durch die Besorgnis über den Ruf als über den tatsächlichen Marktanteil.

Darüber hinaus zeigen auch systematische Reviews Effekte von Qualitätstransparenz auf die Versorgungsqualität (z. B. Campanella et al. 2016, Prang et al. 2021).

1.2 Auftrag und Auftragsverständnis

Mit Beschluss vom 3. Mai 2023 (G-BA 2023b) wurde das IQTIG mit der Weiterentwicklung seiner Empfehlungen für die öffentliche Berichterstattung beauftragt. Diese Weiterentwicklung soll im Hinblick auf die einrichtungsbezogene Veröffentlichung erfolgen und die Kriterien für die Prüfung und sowie eine transparente Prozessgestaltung einschließen.

Beauftragt ist eine Neu- und Weiterentwicklung von Kriterien zur „Überprüfung der Qualitätsergebnisse auf Eignung zur Veröffentlichung“ bzw. zur „Feststellung der Eignung und Erforderlichkeit einer einrichtungsbezogenen Veröffentlichung von Qualitätsdaten“ in Form eines Kriterienkatalogs. Die Kriterien sollen operationalisiert und eindeutig definiert sein, das auf ihnen basierende Überprüfungsverfahren soll laut Auftrag nachvollziehbar sein und zu reproduzierbaren Ergebnissen führen. Für Qualitätsdaten, deren Eignung zur Veröffentlichung nach den entwickelten Kriterien zunächst als eingeschränkt bewertet würde, soll zudem ermittelt und dargelegt werden, ob und wie diese Qualitätsdaten veröffentlichungsfähig gemacht werden können.

Die Beauftragung umfasst weiterhin die transparente Darlegung des regelmäßig durchzuführenden Prüfprozesses. Der jährliche Prüf- und Bewertungsprozess einschließlich der jeweiligen Verantwortlichkeiten und Fristen soll beschrieben und grafisch dargestellt werden. Laut Auftrag soll insbesondere dargelegt werden, wie Expertinnen und Experten in den Entscheidungsprozess eingebunden und wie deren Bewertungen im Bericht transparent und nachvollziehbar dargestellt werden.

Des Weiteren beinhaltet der Auftrag die Entwicklung eines übersichtlichen und aussagekräftigen Berichtsformats, auf dessen Basis der G-BA die Empfehlungen des IQTIG jährlich beraten und bei seinen Beschlüssen berücksichtigen können soll. Die Berichte zu den einzelnen „Datengrundla-

gen“ – das sind z. B. die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)² oder die Richtlinien des G-BA nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V – sollen dabei jeweils nach der wesentlichen Betroffenheit der Sektoren sektorenübergreifend oder sektorbezogen zusammengefasst sowie nach den QS-Verfahren gegliedert werden.

In die Weiterentwicklung seiner Empfehlungen sowie des Berichtsformats dafür soll das IQTIG gemäß Auftrag die folgenden „Datengrundlagen“ einbeziehen:

- Qualitätsergebnisse gemäß DeQS-RL von vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Einrichtungen: hier soll die Weiterentwicklung insbesondere mit Blick auf die Empfehlung erfolgen, für welche Qualitätsindikatoren die Indikatorwerte, die Referenzbereiche und die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren veröffentlicht werden sollen
- Daten gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V und § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V („Strukturrichtlinien“)
- Daten gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 (Mindestmengenregelungen, Mm-R)³: Hier sollen laut Auftrag die Vorarbeiten aus dem Auftrag zur Umsetzung einer temporären Sonderveröffentlichung der Mindestmengen einbezogen werden
- Qualitätsdaten gemäß den Kapiteln A, B sowie ausgewählten Teilen von Kapitel C der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)⁴, soweit diese nicht bereits durch die vorangegangenen Punkte abgedeckt werden

Gegenstand der Prüfung und Ziel der öffentlichen Berichterstattung

Laut Auftragstext sollen die Kriterien dazu dienen, „Qualitätsergebnisse“ auf Eignung zur Veröffentlichung zu prüfen sowie die Eignung von „Qualitätsdaten“ zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung festzustellen. In die Weiterentwicklung der Kriterien für diese Prüfung sollen „Qualitätsergebnisse“ von vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Einrichtungen, „Daten“ gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V und gemäß den Mm-R sowie „Qualitätsdaten“ gemäß den Qb-R einbezogen werden. Weiterhin sollen laut Auftrag die Bewertungskriterien für die Veröffentlichungsfähigkeit von „Qualitätsergebnissen“ oder „Strukturinformationen“ dargestellt und begründet werden.

Gegenstand der Prüfung auf Eignung für die öffentliche Berichterstattung sind bisher die Qualitätsindikatoren und -kennzahlen der DeQS-RL. Ziele der DeQS-RL sind u. a. die Sicherung und

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 20. Juli 2023, in Kraft getreten am 1. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 07.03.2024).

³ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der 1. Neufassung vom 21. März 2006, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 15. Februar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/> (abgerufen am: 07.03.2024).

⁴ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 21. Dezember 2023, in Kraft getreten am 17. Februar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am: 07.03.2024).

Förderung der Qualität in der medizinischen Versorgung und die Gewinnung von Erkenntnissen über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer sowie über entsprechende Qualitätsverbesserungspotenziale. Diesen Zielen gemäß versteht das IQTIG unter „Eignung für die öffentliche Berichterstattung“ in Bezug auf die Qualitätsindikatoren und -kennzahlen der DeQS-RL, ob mithilfe dieser Indikatoren/Kennzahlen Versorgungsqualität gemessen und dargestellt werden kann. Das IQTIG betrachtet die Indikator- und Kennzahlsergebnisse dann als geeignet für die öffentliche Berichterstattung, wenn diese Ergebnisse aussagekräftige Informationen über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer darstellen.

Im Vergleich zur DeQS-RL sind die Ziele der zukünftigen süQbT-RL weiter gefasst. Insbesondere umfassen diese, die Transparenz der Versorgung zu erhöhen und bei der Auswahlentscheidung für Leistungserbringer zu unterstützen. Gemäß süQbT-RL beschränkt sich die herzustellende Transparenz über die Versorgung nicht auf die Transparenz über die *Qualität* der Versorgung, sondern umfasst weitere Aspekte. Auswahlentscheidungen sollen nicht nur durch die Veröffentlichung von Informationen über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer unterstützt werden, sondern auch durch die Veröffentlichung von weiteren Informationen über die Leistungserbringer, wie beispielsweise Informationen über Ausstattung und Service.

Laut Auftrag sind – neben den Qualitätsergebnissen gemäß DeQS-RL – auch die Angaben der Leistungserbringer gemäß den Strukturrichtlinien und Mm-R des G-BA sowie gemäß den Qb-R in die Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung durch das IQTIG mit einzubeziehen. Dem in der süQbT-RL deutlich werdenden umfassenderen Verständnis von Transparenz entsprechend versteht das IQTIG unter „Eignung für die öffentliche Berichterstattung“ in Bezug auf die zusätzlich zu berücksichtigenden Angaben, inwieweit diese zutreffende Informationen über die Leistungserbringer darstellen.

Veröffentlichung von Referenzbereichen und Einstufungsergebnissen

Laut Auftrag sollen die zu entwickelnden Kriterien es dem IQTIG ermöglichen, Empfehlungen auszusprechen, für welche Qualitätsindikatoren gemäß DeQS-RL die Indikatorwerte und „die Referenzbereiche“ veröffentlicht werden sollen.

Der Referenzbereich dient bei Qualitätsbewertungen mit Indikatoren als Kriterium, ob eine bestimmte Entscheidung (z. B. ob qualitätsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden sollen) getroffen werden soll. Das IQTIG versteht den Auftrag so, dass eine Veröffentlichung von „Referenzbereichen“ zum einen die Information einschließt, ob ein – und ggf. welcher – Referenzbereich für eine solche qualitätsbezogene Entscheidung für den jeweiligen Qualitätsindikator festgelegt wurde. Im Verständnis des IQTIG schließt die Veröffentlichung von „Referenzbereichen“ weiterhin

ein, dass die Einstufungsergebnisse der Einrichtungen / der Leistungserbringer – d. h. die Information, ob das Indikatorergebnis der Einrichtung / des Leistungserbringers innerhalb oder außerhalb dieses Referenzbereichs liegt⁵ – ebenfalls veröffentlicht werden.

Das IQTIG hat geprüft, ob es ggf. sinnvoll sein könnte, getrennte Empfehlungen zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse („Indikatorwerte“) einerseits und zur Veröffentlichung der Referenzbereiche und Einstufungsergebnisse andererseits auszusprechen, und welche Kriterien dafür jeweils maßgeblich sind. Die Ergebnisse dieser Prüfung finden sich in den Kapiteln 4, 5 und 6.

Veröffentlichung vs. zielgruppenspezifische Darstellung

„Veröffentlichung“ oder gleichbedeutend „Öffentliche Berichterstattung“ besteht im Verständnis des IQTIG darin, dass Informationen allen Personen und Organisationen außerhalb der mit der Qualitätssicherung betrauten Stellen zugänglich gemacht werden. Nur durch die öffentliche Berichterstattung von Qualitätsergebnissen kann Transparenz über die Qualität der Gesundheitsversorgung (siehe Abschnitt 1.1) hergestellt werden.

Qualitätsergebnisse und Informationen über die Versorgung können dabei unabhängig von einer bestimmten Zielgruppe der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden – z. B. in Form einer Datenbank oder eines „Datenportals“, über welche(s) die Qualitätsergebnisse von verschiedenen Nutzern zu verschiedenen Zwecken eingesehen und abgerufen werden können. Eine Veröffentlichung kann auch spezifisch für eine bestimmte Zielgruppe erfolgen – z. B. für Patientinnen und Patienten, um diese bei der Auswahl eines Leistungserbringers zu unterstützen (IQTIG 2021). Je nach Zielgruppe(n) können die Qualitätsinformationen dabei unterschiedlich aufbereitet und den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe gemäß dargestellt werden.

In Bezug auf die Eignung unterscheidet das IQTIG demnach zwischen der grundsätzlichen Eignung von Qualitätsinformationen für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung auf der einen Seite sowie einer geeigneten zielgruppenspezifischen Aufbereitung und Darstellung der Informationen auf der anderen Seite. Das IQTIG entwickelt im Rahmen dieses Auftrags Kriterien, die sich auf die grundsätzliche Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für eine Veröffentlichung beziehen. Kriterien für eine zielgruppenadäquate Aufbereitung und Darstellung der Informationen werden im Rahmen des vorliegenden Auftrags nicht entwickelt. Dieses Thema wird vom IQTIG im Zuge der Entwicklung eines Konzepts für eine zielgruppenorientierte Aufbereitung und Darstellung von leistungserbringerbezogenen „Vergleichsdaten“ bearbeitet (G-BA 2023a).

⁵ Gemeint ist hier und im Folgenden, dass diese Einstufung unter Anwendung der vom IQTIG (Hengelbrock et al. 2023, IQTIG 2022d) entwickelten statistischen Methodik zur Ermittlung von „rechnerischen Auffälligkeiten“ erfolgt, d. h. unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit.

Erforderlichkeit für die öffentliche Berichterstattung

Laut Auftrag sollen Kriterien entwickelt werden, anhand derer neben der Eignung auch die Erforderlichkeit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten festgestellt werden kann. Die Erforderlichkeit der Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen und Informationen ergibt sich jedoch aus dem Ziel, Transparenz herzustellen. Um Transparenz herzustellen, ist es erforderlich, die entsprechenden Informationen zu veröffentlichen. Weitere Kriterien zur Erforderlichkeit der Veröffentlichung lassen sich fachwissenschaftlich nicht herleiten.

Anforderungen an das Berichtsformat

Der Auftrag schließt die Entwicklung eines übersichtlichen und aussagekräftigen Berichtsformats für die Empfehlungen des IQTIG ein. Das IQTIG versteht dies so, dass der Bericht oder die Berichte über die Empfehlungen zur öffentlichen Berichterstattung eine verständliche Darstellung der Methodik für die Prüfung sowie nachvollziehbare Begründungen für die jeweiligen Empfehlungen enthalten muss/müssen.

Weiterhin wird im Auftrag eine Gliederung der Empfehlungen sowohl nach den einzelnen „Datengrundlagen“ als auch sektorenübergreifend oder sektorbezogen nach der wesentlichen Betroffenheit der Sektoren sowie zusätzlich nach den einzelnen QS-Verfahren gefordert. Im Verständnis des IQTIG soll eine solche Gliederung dem G-BA eine möglichst aufwandsarme Fassung der für die Veröffentlichung der betreffenden (Qualitäts-)Informationen nötigen Beschlüsse ermöglichen.

Prüfung von (Qualitäts-)Informationen

Eine Durchführung der Prüfung konkreter Angaben oder Qualitätsinformationen auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung sowie die Ableitung von Empfehlungen, ob diese Informationen zur öffentlichen Berichterstattung genutzt werden sollten, sind nicht Gegenstand des vorliegenden Auftrags.

2 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen des IQTIG bei der Entwicklung der Kriterien für die Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung sowie bei der Entwicklung eines Formats für den Bericht der abgeleiteten Empfehlungen an den G-BA geschildert. Kernschritte des methodischen Vorgehens waren zum einen eine Recherche nach Kriterien für die öffentliche Berichterstattung in der wissenschaftlichen Literatur, zum anderen eine Prüfung der Anwendbarkeit der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen auf die Eignungsprüfung zur öffentlichen Berichterstattung.

2.1 Literaturrecherche

Es wurde eine umfassende orientierende Literaturrecherche nach wissenschaftlichen Publikationen durchgeführt (siehe Abschnitt 9.1 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c). Gesucht wurde in den Datenbanken MEDLINE via PubMed sowie in Google Scholar im Mai und Juni 2023. Als MeSH-Begriffe (Medical Subject Headings) wurden z. B. „Public Reporting of Healthcare Data“ und „Access to Information“ verwendet. Als Suchbegriffe wurden beispielsweise „public reporting“, „reporting standard“ und „presentation“, ggf. einschließlich Trunkierung, eingesetzt. Um je nach Trefferzahl der Recherchen den Umfang der Suchergebnisse auszuweiten oder einzuschränken, wurden ggf. weitere Termini einbezogen. Beispiele sind die MeSH-Begriffe „Quality Indicators“, „Health Care“ und „Quality Assurance“, „Health Care“. Auf identifizierte Schlüsselartikel wurde die Snowball-Recherchetechnik und die „Similar articles“-Funktion angewendet. Eine Recherche nach entsprechenden wissenschaftlichen Publikationen erfolgte zudem auf ausgewählten Webseiten nationaler und internationaler Organisationen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Details zum Vorgehen bei der Literaturrecherche sind im Anhang B dargestellt.

Im Fokus der Literaturrecherche stand die Frage, welche Kriterien zur Prüfung der Eignung von Informationen für die öffentliche Berichterstattung zur Gesundheitsversorgung in der Literatur beschrieben werden.

2.2 Ableitung der Kriterien

Eine Kernaufgabe des IQTIG ist die Erarbeitung von Empfehlungen, welche Qualitätsindikatoren und -kennzahlen zur Messung und Darstellung von Versorgungsqualität eingesetzt werden sollen. Zur Beurteilung, ob die Indikatoren und Kennzahlen für einen solchen Einsatz geeignet sind, nutzt das IQTIG ein Set von Eignungskriterien für Qualitätsmessungen (IQTIG 2022c). Für Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die bereits einer dementsprechenden Eignungsprüfung unterliegen, ist die Frage zu beantworten, in welcher Beziehung diese Eignung für den Einsatz in der Qualitätssicherung zur Eignung für die öffentliche Berichterstattung steht. Ein zweiter methodischer Schritt bestand daher in der Prüfung, inwieweit die Eignungskriterien für Qualitätsmessungen auch bei der Beurteilung der Eignung für die öffentliche Berichterstattung anzuwenden sind.

Aus den in der wissenschaftlichen Literatur und durch Prüfung der Anwendbarkeit der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen identifizierten Kriterien wurde das endgültige Set von Kriterien zur Prüfung der Eignung für die öffentliche Berichterstattung zusammengestellt und auf Vollständigkeit, Widerspruchsfreiheit sowie Redundanz geprüft. In einem letzten Schritt wurde die Operationalisierung der Kriterien entwickelt.

2.3 Einbindung externer Expertise

Für die Entwicklung der Kriterien wurde zusätzliche externe Expertise in Bezug auf fachwissenschaftliche Konzepte und Literatur herangezogen, gemäß der in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG festgehaltenen Vorgehensweise zur „Einbeziehung externen Wissens und externer Erfahrung“ (IQTIG 2022c: Kapitel 10). Prof. Dr. Max Geraedts, Leiter des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie an der Philipps-Universität Marburg, wurde als Fachexperte für die öffentliche Berichterstattung von (Qualitäts-)Informationen zur Gesundheitsversorgung konsultiert. Die Ergebnisse und Zwischenergebnisse der Konzeptentwicklung wurden zusammen mit Prof. Dr. Geraedts diskutiert. Weiterhin wurde Prof. Dr. Geraedts um Kommentierung einer früheren Version des vorliegenden Berichts gebeten. Die Ergebnisse dieser Beratungen und der Kommentierung sind in das vorliegende Konzept eingeflossen.

2.4 Anwendung der Kriterien an Beispielen

Eine Prüfung konkreter Qualitätsinformationen auf Eignung und eine darauf basierende Ableitung von Empfehlungen zur öffentlichen Berichterstattung sind nicht Gegenstand des Auftrags. Zur Prüfung der Operationalisierung und Anwendbarkeit der entwickelten Kriterien hat das IQTIG jedoch eine entsprechende Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung beispielhaft für einige Qualitätsergebnisse und Strukturinformationen durchgeführt. Die Ergebnisse der beispielhaften Prüfungen werden in Kapitel 7 dargestellt.

Zudem nutzte das IQTIG diese Beispielprüfungen, um zu veranschaulichen, wie die Ergebnisse der Eignungsprüfungen und somit die Begründungen für die entsprechenden Empfehlungen im neuen Berichtsformat zukünftig dargestellt werden sollen (siehe Anhang A und die zugehörigen Musteranhänge A1, A2, A3, B1, B2 und B3).

Teil II: Ergebnisse und Empfehlungen

3 Ergebnisse der Literaturrecherche

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden 41 Publikationen identifiziert, in denen Prüfkriterien oder Voraussetzungen für die Eignung von Informationen zur öffentlichen Berichterstattung beschrieben wurden.

Insgesamt wird die Fragestellung umfangreich in der Literatur behandelt. Diese Thematisierung erfolgt vor dem Hintergrund unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen der jeweiligen Literatur.⁶ So finden sich Publikationen, welche die Kriterien zur Eignung von Qualitätsinformationen für die öffentliche Berichterstattung explizit in den Fokus der Betrachtung stellen (z. B. AQUA 2015, Reiter et al. 2011, Romanelli et al. 2019, Sharma et al. 2012, Suchy 2010, SAMW 2009). Andere Publikationen fokussieren dagegen auf Kriterien hinsichtlich der Eignung von Qualitätsmessungen und thematisieren die Eignung der jeweiligen Qualitätsinformationen zur öffentlichen Berichterstattung als einen Bestandteil dieser Perspektive (z. B. NQF 2021, Kumpunen et al. 2014, Humphreys und Cunney 2008: 893, Hannan et al. 2020). Die angemessene Entwicklung von Qualitätsmessungen ist hier implizit hinreichend für die Eignung von Ergebnissen für deren Veröffentlichung.⁷ Auch in Überblicksartikeln zu Public Reporting (z. B. Dehmer et al. 2014, Bertelsmann Stiftung 2022) oder anlässlich anwendungsorientierter Diskussionen bestehender Public-Reporting-Umsetzungen finden sich Hinweise auf Kriterien zur Eignung von Informationen für die öffentliche Berichterstattung (z. B. Kasiske et al. 2019, Friedberg et al. 2016). Insgesamt liegen in der Literatur neben mehreren Kriterienkatalogen (insbesondere AQUA 2015: 88 f., Sharma et al. 2012, Rothberg et al. 2009, Krumholz et al. 2006, Drozda et al. 2008, SAMW 2009, AHRQ 2018) somit auch vereinzelt formulierte Kriterien vor.

In der wissenschaftlichen Literatur wird jedoch nicht unterschieden zwischen Informationen, die zur Herstellung von Transparenz über die Versorgung veröffentlicht werden, und Informationen, die zur Herstellung von Transparenz über die Qualität der Versorgung veröffentlicht werden. Explizit oder implizit beziehen sich die in der Literatur beschriebenen Kriterien auf die Eignung zur Qualitätsberichterstattung. Kriterien, die allgemein die Eignung von Informationen zur öffentlichen Berichterstattung beschreiben – unabhängig davon, ob diese Angaben Informationen über die Versorgungsqualität liefern sollen oder nicht – finden sich in der Literatur nicht.

⁶ Mit der orientierenden Charakterisierung der recherchierten Literatur soll keine Typologie oder trennscharfe Einteilung der Literatur erfolgen, sondern ihre Vielfalt und unterschiedlichen Perspektiven deutlich werden.

⁷ Als Legitimation oder gar als Voraussetzung für die Veröffentlichung wird beispielsweise in der Literatur formuliert, dass das National Quality Forum (NQF) eine Empfehlung über die Eignung der entsprechenden Qualitätsmessungen ausgesprochen haben sollte (AHRQ 2018, Dehmer et al. 2016, Shahian 2017, Faerberg 2014). Humphreys und Cunney (2008: 892) formulieren die Frage, „which (...) indicators are the best measures of performance and thus the most appropriate for public reporting“.

Im Folgenden werden die Kriterien geschildert, die in der Literatur identifiziert wurden. Dabei wird erläutert, inwiefern das IQTIG diese recherchierten Kriterien für die Ableitung von Kriterien berücksichtigt, welche künftig einer Prüfung der Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen zur öffentlichen Berichterstattung zugrunde gelegt werden sollten.

3.1 Kriterien in der Literatur mit Zuordnung zu den Eignungskriterien für Qualitätsmessungen

Da die recherchierten Kriterien sich auf die Eignung zur Berichterstattung über die Qualität der Gesundheitsversorgung beziehen, lässt sich ein Großteil den Eignungskriterien für Qualitätsmessungen gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG zuordnen (siehe Kapitel 13 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c). Dies wird im Folgenden näher erläutert.

Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

Die im Rahmen von Qualitätsmessungen betrachteten Merkmale der Versorgung sollen tatsächlich Qualität widerspiegeln (IQTIG 2022c: 122). Auch im Zusammenhang mit Public Reporting wird in der Literatur angeführt, dass die Entscheidung über die zu messenden Merkmale der Versorgung zentral ist (Oakley und Clarke 2007) bzw. die Messungen „angemessener“ oder „adäquater“ Versorgungsmerkmale erfolgen sollten (Hannan et al. 2020: 737, Kasiske et al. 2019: 319). Das IQTIG beurteilt gemäß seinen „Methodischen Grundlagen“ anhand von fünf Eignungskriterien, ob das IQTIG mit seinen Qualitätsmessungen die richtigen Qualitätsziele misst (IQTIG 2022c: Abschnitt 13.2).

Eine zentrale Rolle spielt in der Literatur die „Bedeutsamkeit“ oder „Relevanz“ der ggf. zu berichtenden Qualitätsinformationen (Humphreys und Cunney 2008: 893, SAMW 2009, Welke 2018, Krumholz et al. 2006: 459). Diese Bedeutung kann beispielsweise in Form der Informationsbedürfnisse oder Interessen der Patientinnen und Patienten gegeben sein (Klein et al. 2017, Jha 2017, Metersky 2011). Sofern die Qualitätsinformationen bzw. die mit ihnen verbundenen Qualitätsmerkmale eine unmittelbare Bedeutung für die Patientinnen und Patienten haben, liegt hier eine Übereinstimmung dieser „Bedeutsamkeit“ mit dem Eignungskriterium **„Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“** vor (siehe Abschnitt 13.2.1 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c).

Dass demgegenüber auch mittelbar patientenrelevante Qualitätsmerkmale für die Patientinnen und Patienten bedeutend sein können, spiegelt sich auch bei den Kriterien wider, die in der Literatur mit Blick auf die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung thematisiert werden. So finden sich Angaben dazu, dass die „Evidenzbasierung“ (NQF 2021, Rodrigues et al. 2014: 91), „wissenschaftliche Validität“ (Drozda et al. 2008) oder „klinische Relevanz“ (SAMW 2009: 19, Sharma et al. 2012: 2) von Qualitätsinformationen gegeben sein müssten. Diese Aspekte adressiert das IQTIG mit dem Eignungskriterium **„Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“** (siehe Abschnitt 13.2.2 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c).

In einigen Publikationen wird die Frage nach der Brauchbarkeit der Qualitätsinformationen als Kriterium für deren Eignung zur Veröffentlichung thematisiert. Mit dem Eignungskriterium **„Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss“** (siehe Abschnitt 13.2.4 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c) berücksichtigt das IQTIG die Anschlussfähigkeit von Ergebnissen aus Qualitätsmessungen an Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Gemäß seinen „Methodischen Grundlagen“ betrachtet das IQTIG Qualitätstransparenz als Voraussetzung für solche Maßnahmen (IQTIG 2022c: Kapitel 15). In der Literatur werden Qualitätsinformationen dagegen auch zweckgebunden und adressatenabhängig thematisiert, teilweise auch verbunden mit der rechtzeitigen Verfügbarkeit der Bewertung der Messergebnisse (AHRQ 2018) (siehe auch „Aktualität“ in Abschnitt 3.2). In Kriterien spiegelt sich dies wider, indem öffentlich berichtete Qualitätsinformationen für die Patientinnen und Patienten „verwertbar“ (*actionable*) sein sollten (Dehmer et al. 2016: 212, Podolsky et al. 2014: 983e) oder sie zu Handlungen ermutigen sollten (*stimulate*) (Klein et al. 2017: 270). Mit Blick auf die Leistungserbringer sollten die zur Berichterstattung stehenden Qualitätsinformationen Bemühungen initiieren, die betreffende Qualität der Versorgung zu steigern (z. B. Schwenk und Schmidt-Kaehler 2016).⁸

Ein weiteres Thema in der Literatur ist die „angemessene Bezugsebene“ in der öffentlichen Berichterstattung (Drozda et al. 2008). Dahinter steht die Vorstellung, dass diejenigen, die den Versorgungsprozess am meisten beeinflussen können, auch für dessen Qualität Rechenschaft ablegen sollten (Jha 2017). Formuliert wird in der Literatur ebenfalls, dass Qualitätsmessungen für Public Reporting es erlauben sollten, Versorgungsergebnisse zuschreiben zu können (NQF [2008]: 7), und Qualitätsmessungen unvermeidbarer Ereignisse kritikwürdig seien (siehe Humphreys und Cunney 2008: 893). Falls die Prozesse der Versorgung demnach nicht mit den Versorgungsergebnissen assoziiert sind, könnte deren Eignung für die öffentliche Berichterstattung infrage gestellt sein (Hannan et al. 2020: 737 f.). Das IQTIG berücksichtigt diese Gesichtspunkte im Eignungskriterium **„Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“** (siehe Abschnitt 13.2.5 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c).

Eignungskriterien des Messverfahrens

Unter den Eignungskriterien des Messverfahrens fasst das IQTIG die Anforderungen an Qualitätsmessungen zusammen, die die messtheoretischen Eigenschaften sowie die Praktikabilität der Indikatoren und Kennzahlen beschreiben (siehe Abschnitt 13.3 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c). In der Literatur werden mögliche Kriterien zwar umfangreich, allerdings auch uneinheitlich oder unspezifisch thematisiert, z. B. die Akkuratess (accuracy) oder Datenqualität (z. B. Krumholz et al. 2006, Kumpunen et al. 2014: 22, Metersky 2011: 1116). Ebenso finden sich

⁸ Die Überprüfung, inwiefern veröffentlichte Qualitätsinformationen mittels Auswahlentscheidungen zu Qualitätsverbesserungen führen bzw. wirksame Anreize für Leistungserbringer in einem wettbewerblichen Umfeld sind (z. B. Oakley und Clarke 2007: 3), betrachtet das IQTIG als einen evaluativen Sachverhalt. In der Literatur zu Public Reporting wird diesem Sachverhalt vielfach nachgegangen (z. B. Prang et al. 2021, Metcalfe et al. 2018, Fung et al. 2008).

Sammlungen grober Kategorien ohne nähere Erläuterungen (z. B. precise, reliable, valid bei Solberg et al. 1997).

In der Literatur werden objektive Datenerhebungen (Sharma et al. 2012) bzw. einheitliche Vorgehensweisen in der Datenerhebung (Kumpunen et al. 2014: 22), standardisierte Datenkodierungspraxen (Scott und Ward 2006), die Objektivität des Prüfpersonals (König et al. 2021: 813) und die Frage der Interrater-Reliabilität (Rodrigues et al. 2014: 91) thematisiert. Diese Aspekte ordnet das IQTIG dem Eignungskriterium **„Objektivität der Messung“** zu (siehe Abschnitt 13.3.1 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c).

Weiterhin werden die Vollständigkeit, Konsistenz und Akkuratessse der Daten genannt (Dehmer et al. 2016: 24, Shahian et al. 2011: S14 f., Scott und Ward 2006, Pronovost et al. 2007). Fehlende Daten werden als mögliches Problem angeführt (Rodrigues et al. 2014: 91, SAMW 2009: 24). Die Überprüfung der Datenqualität wird als erforderlich angesehen (McKibben et al. 2005, Krumholz et al. 2006: 458, SAMW 2009: 24). Das IQTIG subsumiert diese Aspekte gemäß seinen „Methodischen Grundlagen“ unter dem Eignungskriterium **„Datenqualität“** (IQTIG 2022c: Abschnitt 13.3.2).

Der Begriff der Reliabilität wird in der Literatur häufig und unspezifisch verwendet (z. B. Romanelli et al. 2019, SAMW 2009, NQF [2008]: 7). Es kommen Verweise auf „wahre Variationen“ oder „wahre Unterschiede“ von Versorgungsergebnissen und -leistung hinzu (Scott und Ward 2006: 572, Friedberg et al. 2016: 2). Diese Gesichtspunkte adressiert das IQTIG gemäß den „Methodischen Grundlagen“ im Eignungskriterium **„Reliabilität der Messung“** (IQTIG 2022c: Abschnitt 13.3.3).

Mehrere Sachverhalte in der Literatur können dem Eignungskriterium **„Validität der Messung“** zugeordnet werden (siehe Abschnitt 13.3.4 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c). Zu nennen sind die Definition und (einfache) Identifikation der Patienten- und Leistungserbringer-Populationen (Krumholz et al. 2006: 458, SAMW 2009: 21) sowie der qualitätsrelevanten Versorgungsereignisse (McKibben et al. 2005: 222, Podolsky et al. 2014: 983e, Lucet et al. 2013: 111), welche den richtigen Leistungserbringern zuzuordnen sind (Friedberg und Damberg 2012: 616). Zudem wird mit Blick auf Ergebnismerkmale mit Beobachtungszeiträumen die zeitlich korrekte Einordnung bzw. Messung der Einflussfaktoren angeführt, welche das Ergebnismerkmal beeinflussen (Krumholz et al. 2006: 459).

Schließlich wird der Aufwand von Qualitätsmessungen, insbesondere der Datenerhebung, in der Literatur als Kriterium für die Eignung der ermittelten Qualitätsinformationen zur öffentlichen Berichterstattung thematisiert (z. B. Schwenk und Schmidt-Kaehler 2016: 3, Oakley und Clarke 2007: 12, Dehmer et al. 2016: 212, Lucet et al. 2013: 112). Das IQTIG berücksichtigt den Aufwand von Qualitätsmessungen im Eignungskriterium **„Praktikabilität der Messung“** (siehe Abschnitt 13.3.5 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c).

Eignungskriterien des Bewertungskonzepts

Die Bewertung der Indikatorergebnisse sollte gemäß den „Methodischen Grundlagen“ ebenfalls definierte Anforderungen erfüllen (IQTIG 2022c: Abschnitt 13.4). In der Literaturrecherche wurden

Anforderungen identifiziert, wonach nur valide Bewertungen an die Öffentlichkeit gelangen sollten (König et al. 2021) sowie transparente und objektive Datenanalysen erfolgen sollten (Sharma et al. 2012). Es sollten zudem anhand der veröffentlichten Qualitätsinformationen (faire) Vergleiche zwischen den Leistungserbringern (Reiter et al. 2011: 45, SAMW 2009: 25, Schwenk und Schmidt-Kaehler 2016: 5) und keine unfairen Bewertungen erfolgen (Wollersheim et al. 2007: 21). Im Folgenden wird näher erläutert, inwiefern sich in der Literatur recherchierte Kriterien den Eignungskriterien des Bewertungskonzepts zuordnen lassen.

Die kategoriale Klassifizierung der Leistungserbringer anhand ihrer Ergebnisse (Shahian et al. 2011: S16, SAMW 2009: 28) verortet das IQTIG beim Eignungskriterium **„Angemessenheit des Referenzbereichs“** (siehe Abschnitt 13.4.1 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c). In der Literatur werden Schwellenwerte und Bewertungsskalen bzw. die Kategorisierung der Ergebnisse allerdings insbesondere im Zusammenhang mit der Darstellung und Verständlichkeit der Qualitätsinformationen (siehe Abschnitt 3.2) thematisiert (Bertelsmann Stiftung 2022: 18, Jeschke und Günster 2022: 31).

In der Literatur wird als Kriterium zudem die „statistische Signifikanz“ der Qualitätsinformationen formuliert (z. B. Oakley und Clarke 2007). Ergebnisse zu identifizieren, die nicht zufällig auftreten (Rothberg et al. 2009: 543 f.), wird zudem mit dem Umfang der Stichprobe (z. B. Scott und Ward 2006: 572, Kumpunen et al. 2014: 23) bzw. der Anzahl der Patientinnen und Patienten pro Leistungserbringer (SAMW 2009: 22) in Verbindung gebracht. Ziel ist es demnach, „wahre Unterschiede“ trotz statistischer Unsicherheit zu ermitteln und zufällige Variationen der Qualität auszuschließen (Shahian et al. 2011: S16). Des Weiteren wird in der Literatur genannt, dass die Unterscheidung von guten und schlechten Ergebnissen der Gesundheitsversorgung in den Qualitätsinformationen möglich sein müsse (AQUA 2015: 88, AHRQ 2018, Metersky 2011: 1115). Das IQTIG adressiert diese Gesichtspunkte im Eignungskriterium **„Klassifikationsgüte“** (siehe Abschnitt 13.4.2 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c).

Die Risikoadjustierung der Ergebnisse aus Qualitätsmessungen wird in der Literatur sehr häufig adressiert (z. B. Wollersheim et al. 2007: 21, Krumholz et al. 2006, Klein et al. 2017, Dehmer et al. 2016: 212, SAMW 2009: 24, Suchy 2010: 248, McKibben et al. 2005). Durch die Risikoadjustierung sollten etwaige patientenseitige Faktoren berücksichtigt werden, welche für die Versorgungsergebnisse relevant sind (z. B. Rothberg et al. 2009: 543, AHRQ 2018, Kumpunen et al. 2014: 22 f., AQUA 2015: 88). Auch soziale Determinanten werden als Faktoren genannt, die bei einer Risikoadjustierung berücksichtigt werden sollten (Kasiske et al. 2019, Wollersheim et al. 2007: 21, Faerberg 2014). Das IQTIG beachtet Einflussfaktoren auf den Indikatorwert, die die Leistungserbringer nicht durch eine gute Versorgung kompensieren können, im Eignungskriterium **„Angemessenheit der Risikoadjustierung“** (siehe Abschnitt 13.4.3 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c).

3.2 Weitere recherchierte Kriterien

Die recherchierte Literatur wurde insbesondere auch dahingehend ausgewertet, ob – und, wenn ja, welche – Kriterien für die Eignung von Informationen für die öffentliche Berichterstattung genannt werden, die über die Eignungskriterien gemäß der Systematik des IQTIG hinausgehen. Diese weiteren Kriterien werden im Folgenden resümiert und diskutiert.

Darstellung und Zugänglichkeit von Qualitätsinformationen

In der Literatur werden Kriterien hinsichtlich der Darstellung und Zugänglichkeit von Qualitätsinformationen beschrieben (Pronovost et al. 2017). Beispiele sind die Verständlichkeit (z. B. SAMW 2009, Dehmer et al. 2016: 211, Bertelsmann Stiftung 2022) und Interpretierbarkeit (z. B. McKibben et al. 2005: 222, AQUA 2015: 88) der Informationen. Exemplarische Fragestellungen sind, in welchem Format oder durch welches Medium die Qualitätsinformationen veröffentlicht werden sollten (z. B. Rodrigues et al. 2014, Kumpunen et al. 2014: 28–30), insbesondere in Zusammenhang mit den Adressaten bzw. der Zielgruppe der Qualitätsinformationen. Beispielsweise wird die Nutzung von Qualitätsindizes empfohlen, um Patientinnen und Patienten kognitiv zu entlasten und Qualitätsinformationen einfacher nutzbar zu machen (z. B. Rothberg et al. 2009: 542, Friedberg und Damberg 2012: 615 f.). Schließlich wird in der Literatur auch thematisiert, dass im Rahmen der Darstellung von Qualitätsinformationen Transparenz über die ihnen zugrunde liegenden Methoden (z. B. Krumholz et al. 2006, McKibben et al. 2005) und bestimmte Rahmeninformationen (Finanzierung, Ethikkommission: SAMW 2009: 26 f.) herzustellen sei.

Wie in Abschnitt 1.2 dargelegt, betrachtet das IQTIG die prinzipielle Eignung von (Qualitäts-)Informationen für die öffentliche Berichterstattung getrennt von einer geeigneten Aufbereitung und Darstellung dieser Informationen. Kriterien für eine zielgruppenadäquate Darstellung der Informationen werden vom IQTIG im Zuge der Entwicklung eines Konzepts für die zielgruppenorientierte Aufbereitung und Darstellung von leistungserbringerbezogenen „Vergleichsdaten“ berücksichtigt (G-BA 2023a). Die in den recherchierten Publikationen identifizierten Kriterien, die die Darstellung und Zugänglichkeit von Informationen betreffen, werden daher bei der vorliegenden Ableitung von Kriterien für die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt.

Konzeption und Umsetzung von Public-Reporting-Programmen oder -Systemen

In der Literatur werden Kriterien beschrieben, die sich auf die Konzeption und Umsetzung von Public-Reporting-Programmen oder -Systemen beziehen (z. B. Kanouse et al. 2004, Garratt und Weintraub 2018: 2318, Pronovost et al. 2007). Beispiele sind das Vorhandensein bestimmter Infrastrukturen, z. B. ausgebildeten Personals und technischer Ausstattung (König et al. 2021: 813, Sharma et al. 2012: 8, McKibben et al. 2005: 220). Der Datenschutz der Patientinnen und Patienten und Leistungserbringer bzw. der Schutz vor unbefugtem Zugriff auf die Daten werden ebenfalls genannt (z. B. Sharma et al. 2012: 9, Suchy 2010: 249).

Thematisiert werden weiterhin Kriterien bezüglich möglicher Beobachtungsebenen, auf denen Qualitätsmessungen erfolgen könnten. Angeführt werden erstens die Wahl eines elektiven Versorgungsthemas für die öffentliche Berichterstattung, weil nur dann überhaupt eine Auswahlentscheidung durch die Patientinnen und Patienten möglich sei (Rothberg et al. 2009: 541), zweitens die Wahl bestimmter Qualitätsdimensionen oder -domänen, z. B. Effektivität, Rechtzeitigkeit oder Gerechtigkeit (*equity*) der Versorgung (Dehmer et al. 2014: 1242 f.), und drittens die Zuordnung zu den Messdimensionen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. In einigen Publikationen wird die Meinung vertreten, dass nur oder eher die Ergebnisse von Qualitätsmessungen bestimmter Messdimensionen für die öffentliche Berichterstattung geeignet seien (z. B. Rothberg et al. 2009: 542, Garratt und Weintraub 2018: 2319).

Außerdem werden in der Literatur Kriterien für die Prozesse beschrieben, die im Rahmen der Umsetzung einer öffentlichen Berichterstattung erfolgen sollten. Beispielsweise solle Leistungserbringern vor der Veröffentlichung der Qualitätsinformationen die Möglichkeit eingeräumt werden, die Informationen zu sichten (Dehmer et al. 2014: 1243).

Die genannten Kriterien beziehen sich aus Sicht des IQTIG auf die Gestaltung und Durchführung der öffentlichen Berichterstattung, nicht auf deren Inhalte. Sie sind dementsprechend bei der Planung und Organisation eines entsprechenden Programms zur öffentlichen Berichterstattung zu berücksichtigen, nicht aber als Kriterien zur Beurteilung der Eignung einzelner Qualitätsergebnisse oder -informationen zur öffentlichen Berichterstattung.

Datenquellen

Des Weiteren wird die (Nicht-)Verwendung bestimmter Datenquellen als Kriterium für eine Prüfung thematisiert, ob Qualitätsinformationen für die öffentliche Berichterstattung geeignet sind. Beispielsweise wird in der Literatur die Eignung administrativer Daten gegenüber eigens für die Qualitätssicherung dokumentierter Daten diskutiert (z. B. Rothberg et al. 2009: 544, Dehmer et al. 2014: 1241, Shahian et al. 2011). Zudem wird gefordert, Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) als Qualitätsinformationen in der öffentlichen Berichterstattung (stärker) zu berücksichtigen (z. B. Bertelsmann Stiftung 2022: 15 f.). Die (Lebens-)Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten könne beispielsweise mittels Surveys erhoben werden und Gegenstand der öffentlichen Berichterstattung sein (Rothberg et al. 2009: 542, Kullgren und Werner 2011: 1118).

In diesen Ausführungen in der Literatur spiegelt sich wider, dass die Datenquellen unterschiedliche Eigenschaften bzw. Vor- und Nachteile bezogen auf ihren Einsatz für Qualitätsmessungen aufweisen (siehe Abschnitt 4.2 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c). Aus Sicht des IQTIG können Qualitätsergebnisse und Informationen aus jeder möglichen Datenquelle prinzipiell für die Qualitätsmessung und öffentliche Berichterstattung geeignet sein, solange die Kriterien für die Eignung erfüllt sind. Für Informationen aus unterschiedlichen Datenquellen mag es unterschiedlich herausfordernd sein, deren Eignung bezüglich bestimmter Kriterien – wie z. B. Datenqualität oder angemessene Risikoadjustierung – sicherzustellen. Dies sieht das IQTIG jedoch nicht als

Grund an, bestimmte Daten von vornherein als Quelle für Informationen zur öffentlichen Berichterstattung auszuschließen.

Prozess der Kennzahlentwicklung

Es werden in der Literatur Kriterien für den Prozess der Entwicklung der öffentlich zu berichtenden Kennzahlen beschrieben. Insbesondere sollten demnach (partnerschaftlich) Expertengruppen beteiligt werden, z. B. auch Patientenvertretungen (z. B. Reiter et al. 2011: 45, Dehmer et al. 2014: 1242). Die Schweizerische Akademie der Wissenschaften (SAMW) sieht die Relevanz von veröffentlichten Qualitätsdaten unter anderem dadurch gegeben, dass ein möglichst multidisziplinäres Gremium die Indikatoren für die Qualitätsmessung auswählt (SAMW 2009: 20). An anderer Stelle wird argumentiert, dass so die Nutzbarkeit (*usability*) und Zugänglichkeit (*accessibility*) der berichteten Informationen sichergestellt würden (NQF [2008]: 10).

Bei den angeführten Beispielen handelt es sich um Anforderungen an die methodischen Prozesse der Kennzahlentwicklung. Für die Prüfung auf Eignung zur Veröffentlichung wird das IQTIG jedoch nicht den Entwicklungsprozess prüfen, sondern nur die Kennzahlen, Indikatoren und Strukturinformationen selbst, da der Entwicklungsprozess nicht immer nachvollziehbar ist.

Aktualität der Qualitätsinformationen

Die „Aktualität“ wird in der Literatur in mehrerlei Hinsicht als Kriterium für die Eignung von Qualitätsinformationen für die öffentliche Berichterstattung diskutiert. Aus Sicht des IQTIG handelt es sich bei den folgenden Facetten von Aktualität um relevante Überlegungen zu Public Reporting, wobei allerdings keine dieser Facetten ein eigenständiges Kriterium für die Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung darstellt.

Zum einen wird die Rechtzeitigkeit der Daten (*timely, timeliness*) auf die Deckungsgleichheit von Berichtszeitraum und den ihm zugrunde liegenden Datenstand bezogen (Krumholz et al. 2006: 458 f., Dehmer et al. 2016: 212). Das IQTIG berücksichtigt diesen Aspekt im Eignungskriterium „Validität“ (siehe Abschnitt 13.3.4 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c).

Zum anderen wird der möglichst kurze zeitliche Abstand zwischen Messung und Berichterstattung der Daten angesprochen (z. B. Bertelsmann Stiftung 2022: 8, AHRQ 2018, Kasiske et al. 2019: 318). Diese Anforderung subsumiert das IQTIG unter dem Eignungskriterium „Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss“. Beispielsweise sind ältere Qualitätsinformationen weniger für Auswahlentscheidungen von Patientinnen und Patienten geeignet als aktuellere Informationen (Rothberg et al. 2009: 544).

Außerdem wird thematisiert, inwiefern Ergebnisse von Qualitätsmessungen für eine öffentliche Berichterstattung geeignet sind, wenn sie lediglich für einen einmaligen Zeitpunkt („Momentaufnahme“) oder für mehrere Zeitpunkte berichtet werden (z. B. König et al. 2021: 813, Solberg et al. 1997). In der Literatur wird eine Berichterstattung über mehrere Zeitpunkte als vorteilhaft be-

schrieben. Aus Sicht des IQTIG kann eine mehrmalige Messung die Sicherheit über die Einschätzung der Eignung erhöhen. Auch die Ergebnisse einer nur einmaligen Messung können bei entsprechender Erfüllung der Eignungskriterien (siehe Kapitel 4) jedoch zur öffentlichen Berichterstattung geeignet sein.

Weiterhin wird auf die Aktualität des der Qualitätsmessung zugrunde liegenden Wissenstands abgehoben (*stability*) bzw. darauf, dass die Messung nicht zur Aussetzung vorgesehen ist (AHRQ 2018). Das IQTIG berücksichtigt den ersteren Aspekt im Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“. Im Hinblick auf den letzteren Aspekt wird an dieser Stelle auf Abschnitt 4.1 verwiesen, der eine Diskussion enthält, unter welchen Bedingungen das IQTIG ggf. eine Veröffentlichung der Ergebnisse empfiehlt, obwohl es gleichzeitig eine Empfehlung zur Aussetzung der Messung ausspricht.

Ergebnisse der Qualitätsmessungen

In der Literatur werden vereinzelt die Ergebnisse der Qualitätsmessungen selbst, d. h., die Aussagen, die die Qualitätsinformationen über die Versorgungsqualität treffen, als Kriterium für die Eignung zu deren öffentlicher Berichterstattung benannt. In einer Kritik an Qualitätsberichten im Rahmen einer empirischen Erhebung heißt es beispielsweise, dass sich diese Berichte auf Mängelsachverhalte fokussieren würden und dadurch positive Aspekte zu wenig berücksichtigt wären (siehe König et al. 2021: 813). Des Weiteren sei ein Zweck von Qualitätsmessungen auch die „Zusicherung“ (*reassurance*) von Versorgungsqualität (Sharma et al. 2012, Solberg et al. 1997). Nach Auffassung des IQTIG handelt es sich hierbei nicht um ein geeignetes Kriterium. Die Eignung eines Qualitätsergebnisses oder einer Qualitätsinformation für die öffentliche Berichterstattung sollte unabhängig von der Aussage sein, die das Ergebnis oder die Information über die Versorgungsqualität macht.

Nicht intendierte Wirkungen der öffentlichen Berichterstattung

Ein vergleichsweise umfangreich in der Literatur adressierter Aspekt sind mögliche nicht intendierte Wirkungen der öffentlichen Berichterstattung von Qualitätsinformationen (Smith 1995, Mannion und Goddard 2003, Braithwaite und Mannion 2011). Darin wird angeführt, dass Leistungserbringer sich auf diejenigen Aspekte der Versorgung fokussieren könnten, für welche die öffentliche Berichterstattung stattfindet, unter Vernachlässigung anderer Aspekte („tunnel vision“) (Kumpunen et al. 2014: 21). Zudem könnten Leistungserbringer gesündere Patientinnen und Patienten für Behandlungen bevorzugen, um ihre Wahrscheinlichkeit für bessere Ergebnisse zu erhöhen (Fall-/Risikoselektion) (z. B. Schwenk und Schmidt-Kaehler 2016: 3, Klein et al. 2017, Kasiske et al. 2019: 321, Dehmer et al. 2014: 1240 f.). Auch eine mögliche Fehlsteuerung der Versorgung durch die öffentliche Berichterstattung sollte laut Literatur vermieden werden (AQUA 2015: 88). Ein Beispiel für eine Fehlsteuerung wäre, wenn die Qualitätsmessungen Anreize für eine Über- oder Unterversorgung der Patientinnen und Patienten erzeugen (NQF [2008]: 7 f.).

Das IQTIG betrachtet die Frage nach nicht intendierten Wirkungen der öffentlichen Berichterstattung zuvorderst als eine Frage der methodischen Eignung von Qualitätsmessungen. Mittels der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen soll sichergestellt werden, dass das Risiko für nicht intendierte Wirkungen der öffentlichen Berichterstattung von Qualitätsinformationen minimiert ist. Beispielsweise sollen bei angemessener Risikoadjustierung eben keine Effekte der Fall- oder Risikoselektion auftreten. Ausreichende Validität der Qualitätsmessung und der Nachweis eines Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal minimieren das Risiko für Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Das Risiko für einen „Tunnelblick“ ist eine potenzielle Folge eines unausgewogenen Sets an Qualitätsinformationen, in dem wichtige Qualitätsmerkmale nicht enthalten sind. Dies berücksichtigt das IQTIG bei der Beurteilung der Eignung von Indikatorensets (siehe Kapitel 14 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c).

Schließlich ist das mögliche Auftreten von nicht intendierten Wirkungen durch die Veröffentlichung von Informationen abzuwägen gegen die negativen Auswirkungen, die eine Nichtveröffentlichung von Qualitätsinformationen hat. Werden keine einrichtungsbezogenen Informationen über die Versorgungsqualität veröffentlicht, entfällt zum einen der durch eine Veröffentlichung entstehende Anreiz, die Qualität zu verbessern (siehe dazu Abschnitt 1.1). Zum anderen haben Patientinnen und Patienten das Bedürfnis, sich über die Qualität der Versorgung zu informieren (siehe dazu ebenfalls Abschnitt 1.1). Wenn jedoch geprüfte Informationen über Versorgungsqualität nicht zur Verfügung stehen, ziehen sie gegebenenfalls weniger geeignete Informationsquellen heran, wie z. B. die persönlichen Erfahrungen von Bekannten und Verwandten mit einzelnen Leistungserbringern.

3.3 Fazit der Literaturrecherche

Bei der Diskussion der Kriterien und Voraussetzungen wird in der Literatur kein expliziter Unterschied gemacht zwischen der Eignung für die öffentliche Berichterstattung und der Eignung für die Messung und Bewertung von Qualität. Demzufolge werden als Kriterien für die öffentliche Berichterstattung in großem Umfang Kriterien vorgeschlagen, die sich den Eignungskriterien für Qualitätsmessungen des IQTIG zuordnen lassen. Inwieweit die Eignungskriterien für Qualitätsmessungen bei der Ableitung der Kriterien für die öffentliche Berichterstattung gemäß dem vorliegenden Auftrag Berücksichtigung finden, wird in Kapitel 4 dargestellt.

Zusammengefasst erbrachte die Literaturrecherche keine weiteren Kriterien, die über die Eignungskriterien für Qualitätsmessungen hinaus bei der Prüfung auf Eignung für die öffentliche Berichterstattung relevant sind.

4 Anwendbarkeit der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen

Das IQTIG prüft sowohl im Regelbetrieb als auch in der Entwicklungsphase, welche Qualitätsindikatoren und Qualitätskennzahlen für den Einsatz in der Qualitätssicherung geeignet sind, und formuliert entsprechende Empfehlungen an den G-BA im Rahmen der DeQS-RL. Dafür nutzt das IQTIG ein Set von Eignungskriterien für Qualitätsmessungen (IQTIG 2022c). Gemäß Beauftragung soll das IQTIG seine Methodik für die Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung so weiterentwickeln, dass es zukünftig zusätzlich weitere leistungserbringerbezogene Informationen gemäß den Strukturrichtlinien und Mm-R des G-BA sowie gemäß den Qb-R in diese Prüfung miteinbeziehen kann.

Im Folgenden wird dargelegt, inwieweit die Anwendung der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen bei der Beurteilung der Eignung für die öffentliche Berichterstattung sinnvoll ist. Dies erfolgt separat für Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, deren Eignung für die Qualitätssicherung das IQTIG bisher schon prüft (Abschnitt 4.1), und weitere Informationen über die Versorgung, deren Eignung für die öffentliche Berichterstattung das IQTIG bisher nicht prüft (Abschnitt 4.2).

4.1 Qualitätsindikatoren und -kennzahlen mit IQTIG-Prüfung des Einsatzes in der Qualitätssicherung

Das IQTIG empfiehlt einen Qualitätsindikator oder eine Qualitätskennzahl dann für den Einsatz in der Qualitätssicherung, wenn das vom Indikator oder der Kennzahl abgebildete Merkmal der Versorgung für die Qualitätssicherung von Belang ist, sich das Merkmal mit dem Indikator oder der Kennzahl angemessen abbilden lässt und wenn der Einsatz des Indikators oder der Kennzahl unter Aufwand-Nutzen-Überlegungen sinnvoll ist (IQTIG 2022c, IQTIG 2022a). Diese Fragen werden anhand der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals, der Eignungskriterien der Messung und der Eignungskriterien des Bewertungskonzepts beurteilt. Für diese Prüfung ist die Herkunft der Qualitätsergebnisse – also ob sie aus dem stationären, dem vertragsärztlichen oder dem vertragszahnärztlichen Bereich stammen – nicht relevant, das Vorgehen des IQTIG ist in allen diesen Fällen vergleichbar.

Sind die Eignungskriterien erfüllt und empfiehlt das IQTIG den Einsatz des Indikators oder der Kennzahl in der Qualitätssicherung, betrachtet das IQTIG die Indikator- oder Kennzahlresultate als geeignet für die öffentliche Berichterstattung. Die Ergebnisse der Literaturrecherche, denen zufolge die Eignungskriterien für Qualitätsmessungen auch die Eignung für die öffentliche Berichterstattung beschreiben und keine zusätzlichen Kriterien zu berücksichtigen sind, stützen ein solches Vorgehen.

Der umgekehrte Schluss – dass die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren oder -kennzahlen nur dann geeignet für die öffentliche Berichterstattung sind, wenn der Indikator oder die Kennzahl

auch weiterhin vom IQTIG für den Einsatz in der Qualitätssicherung empfohlen wird – ist jedoch nicht unbedingt gerechtfertigt. Es könnte Bedingungen geben, unter denen das IQTIG eine Veröffentlichung der Ergebnisse empfehlen kann, obwohl der Indikator oder die Kennzahl insgesamt keine Empfehlung für den (weiteren) Einsatz in der Qualitätssicherung erhält. Separat für jedes Eignungskriterium prüfte das IQTIG daher, inwieweit dieses Kriterium erfüllt sein muss, um die Eignung der Qualitätsergebnisse für die öffentliche Berichterstattung zu begründen. Die Ergebnisse dieser Prüfung werden nachfolgend dargestellt.

Bedeutung für die Patientinnen und Patienten

Das Ergebnis eines Qualitätsindikators oder einer Qualitätskennzahl stellt nur dann eine aussagekräftige Information über die Versorgungsqualität von Leistungserbringern dar, wenn das vom Indikator oder der Kennzahl abgebildete Merkmal Bedeutung für die Patientinnen und Patienten hat. Auf die Erfüllung dieser Voraussetzung kann auch mit Blick auf die öffentliche Berichterstattung nicht verzichtet werden.

Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal

Ist das von dem Qualitätsindikator oder der -kennzahl abgebildete Qualitätsmerkmal nur mittelbar patientenrelevant, muss ausreichend Evidenz für einen Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal vorliegen. Auch dieses Eignungskriterium muss aus Sicht des IQTIG erfüllt sein: Fehlt die Evidenz, stellt das Indikator- oder Kennzahlresultat keine aussagekräftige Information über Versorgungsqualität dar und ist somit nicht für die öffentliche Berichterstattung geeignet.

Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer

Ein Indikator oder eine Kennzahl ist nur dann geeignet zur Messung und Darstellung von Versorgungsqualität, wenn die Ausprägung des gemessenen Merkmals maßgeblich von dem Leistungserbringer oder den Leistungserbringern beeinflusst werden kann, dem oder denen die Verantwortung für die Indikator- oder Kennzahlresultate zugeschrieben wird. Die Erfüllung der Anforderungen an die Versorgung, die der Indikator oder die Kennzahl beschreibt, muss innerhalb der Gestaltungsmöglichkeiten des Leistungserbringers oder der Leistungserbringer liegen. Dies gilt ebenfalls für die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung: Indikator- und Kennzahlresultate betrachtet das IQTIG nur dann als für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung geeignet, wenn die betreffende Einrichtung das Qualitätsmerkmal in Richtung des Qualitätsziels beeinflussen kann und der Einrichtung die maßgebliche Verantwortung für das Zustandekommen der Messergebnisse zugeschrieben werden kann.

Potenzial zur Verbesserung

Damit das IQTIG einen Qualitätsindikator oder eine Qualitätskennzahl für den Einsatz in der Qualitätssicherung empfiehlt, muss die Messung des betreffenden Qualitätsmerkmals entscheidungsrelevante Informationen liefern. Voraussetzung dafür ist das Vorliegen von aktuellen Qualitätsunterschieden oder -defiziten in der Versorgung oder aber ein nachvollziehbares Risiko für solche Qualitätsunterschiede. So kann es Qualitätsmerkmale geben, die zwar eine hohe Bedeutung für die Patientinnen und Patienten haben, deren Messung jedoch keine entscheidungsrelevante Information (mehr) bietet, da hohe Versorgungsqualität über alle Leistungserbringer hinweg vorliegt. Aus Aufwand-Nutzen-Gründen vermeidet das IQTIG die Einführung oder Beibehaltung von Indikatoren, deren Nutzen begrenzt ist oder deren Ergebnisse das Versorgungsziel erreicht haben.

Wurden die Daten allerdings bereits erhoben und die Ergebnisse berechnet – ist der entsprechende Aufwand also schon angefallen –, spricht aus Sicht des IQTIG nichts gegen die einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Indikator- oder Kennzahlresultate unter der Voraussetzung, dass die verbleibenden Eignungskriterien erfüllt sind. Das Vorliegen von ausreichend Potenzial zur Verbesserung über alle Leistungserbringer hinweg zieht das IQTIG daher nicht als Kriterium für die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung heran. Das Ergebnis der Literaturrecherche stützt ein solches Vorgehen, denn das Verbesserungspotenzial wird in der Literatur ebenfalls nicht als Kriterium für die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung angeführt (siehe Abschnitt 3.1).

Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss

Das IQTIG empfiehlt einen Qualitätsindikator nur dann für den Einsatz in der Qualitätssicherung, wenn eine Maßnahme der externen Qualitätssicherung denkbar ist, durch die eine Verbesserung der Qualität angestoßen werden kann. Voraussetzung dafür ist die Brauchbarkeit der Indikatorergebnisse für mindestens einen Handlungsanschluss (IQTIG 2022a). Die Brauchbarkeit der Indikatorergebnisse ist beispielsweise dann gegeben, wenn die Kenntnis seines Indikatorwerts für einen Leistungserbringer ein Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein kann oder wenn für mindestens eine externe Qualitätssicherungsmaßnahme plausibel ist, dass für diese Qualitätssicherungsmaßnahme die Indikatorergebnisse hilfreich sind. Die Brauchbarkeit der Indikatorergebnisse für mindestens einen anderen Handlungsanschluss als den der Veröffentlichung sieht das IQTIG jedoch nicht als Voraussetzung dafür an, dass diese Ergebnisse für die einrichtungsbezogene Veröffentlichung geeignet sind.

Unter dem Kriterium der „Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss“ subsumiert das IQTIG weiterhin die Anforderung, dass die Indikatorergebnisse so früh verfügbar sind, dass potenzielle Qualitätsdefizite zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung noch handlungsrelevant sind. Indikatoren oder Kennzahlen, bei denen die Indikatorergebnisse so spät verfügbar wären, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr die aktuelle Versorgung durch die betreffenden Leistungserbringer abbilden würden, werden vom IQTIG nicht für den Einsatz zur Qualitätsmessung empfohlen.

Im Hinblick auf die öffentliche Berichterstattung stellt dies gleichzeitig die Aktualität der Qualitätsinformationen (siehe Abschnitt 3.2) sicher. So wird verhindert, dass Indikatorergebnisse zum Zeitpunkt ihrer Erstveröffentlichung „veraltet“ und nicht mehr handlungsrelevant sind. Da das IQTIG mit Abschluss der Überprüfung aller Indikatoren auch die „Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss“ geprüft haben wird, kann für die dann verbleibenden Indikatorergebnisse davon ausgegangen werden, dass die Aktualität der Daten gegeben ist.

Objektivität der Messung

Die Objektivität einer Messung beschreibt das Ausmaß, in dem der auf Ebene der Patientenversorgung erhobene (beobachtete) Wert für einen Sachverhalt unabhängig von der beobachtenden Person und von den Begleitumständen der Messung ist. Ein Messwert kann z. B. dadurch variieren, dass die Messung durch unterschiedliche Personen durchgeführt wird, etwa bei der Größenbestimmung eines Organs mittels Ultraschalluntersuchung. Auch bei einer Datenerfassung auf Ebene der Leistungserbringer, wie sie bei Strukturindikatoren und -kennzahlen durchgeführt wird, kann die Objektivität beeinträchtigt sein, beispielsweise durch Interpretationsspielraum bei den Datenfeldern. Für die öffentliche Berichterstattung von Indikator- oder Kennzahlresultaten ist es unerlässlich, dass diese auf Basis so objektiv wie möglich erhobener Sachverhalte berechnet werden.

Datenqualität

Dieses Kriterium bezieht sich auf Qualitätsmessungen, bei denen die Beobachtung der Sachverhalte in der Versorgung und die Datenerfassung für die Qualitätssicherung in getrennten Schritten erfolgen, wie z. B. bei Indikatoren oder Kennzahlen, die mittels QS-Dokumentation durch die Leistungserbringer oder über Sozialdaten bei den Krankenkassen gemessen werden. Die Datenqualität beschreibt dabei, inwieweit die für die Qualitätssicherung übermittelten Daten hinsichtlich Vollständigkeit, Vollständigkeit und Dateninhalt den auf Ebene der Patientenversorgung erhobenen Daten entsprechen oder ob es, z. B. durch Erfassungs- oder Übertragungsfehler, zu Unterschieden zwischen erhobenem Wert und dokumentiertem Wert gekommen ist. Die Sicherstellung einer ausreichenden Datenqualität ist eine wichtige Voraussetzung für die Eignung von Qualitätsergebnissen für die öffentliche Berichterstattung.

Reliabilität der Messung

Die Reliabilität beschreibt die Genauigkeit eines Messinstruments, verstanden als Anteil der Varianz in den Messwerten, der durch tatsächliche Unterschiede und nicht durch zufällige Messfehler bedingt ist. Die Reliabilität ist damit ein Maß für die Präzision der Messung bei sonst gleichen Untersuchungsumständen. Eine präzise, möglichst fehlerfreie Messung ist dementsprechend ebenfalls ein wichtiges Kriterium für die Eignung von Qualitätsergebnissen zur öffentlichen Berichterstattung.

Validität der Messung

Qualitätsindikatoren und -kennzahlen machen theoretische Konzepte – Qualitätsmerkmale – durch beobachtbare Sachverhalte messbar. Das Eignungskriterium „Validität der Messung“ beschreibt in der Systematik des IQTIG dabei das Ausmaß, in dem ein Qualitätsindikator das, was er abbilden soll, tatsächlich erfasst. Die Messung, die einem Indikator oder einer Kennzahl zugrunde liegt, ist demnach umso valider, je eher sie das interessierende Qualitätsmerkmal abbildet, das durch die Indikatorbezeichnung beschrieben wird. Auch wenn die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren und -kennzahlen zur Herstellung von Qualitätstransparenz durch öffentliche Berichterstattung verwendet werden sollen, ist es wichtig, dass sie valide Abbildungen der interessierenden Merkmale darstellen.

Praktikabilität und Aufwand-Nutzen-Verhältnis

Die Praktikabilität der Messung beschreibt den Aufwand, der für die Erfassung der Informationen zur Indikator- oder Kennzahlberechnung benötigt wird. Bei der Einschätzung der Praktikabilität berücksichtigt das IQTIG beide Schritte der Informationsbeschaffung, d. h. sowohl die Messung der Merkmale im eigentlichen Sinne als auch die Datenerfassung und -übermittlung für die Qualitätssicherung. In die Beurteilung der Praktikabilität fließen auch die Verfügbarkeit der Informationen für einen Indikator / eine Kennzahl und der benötigte Aufwand für deren Bereitstellung ein.

Die Praktikabilität der Messung ist ein wichtiger Faktor bei der Beurteilung, ob für den Einsatz des Indikators oder der Kennzahl in der Qualitätssicherung ein angemessenes Verhältnis von Aufwand und Nutzen besteht. Ein hoher Aufwand zur Erfassung der nötigen Daten oder ein ungünstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis (siehe Eignungskriterium „Potenzial zur Verbesserung“ in diesem Abschnitt) sind allerdings keine Hinderungsgründe für eine öffentliche Berichterstattung der Indikator- bzw. Kennzahlresultate, wenn die Daten bereits erhoben wurden.⁹ Dies kann z. B. der Fall sein, wenn eine Empfehlung des IQTIG, den Indikator oder die Kennzahl auszusetzen, erst mit Verzögerung bei der Spezifikation der QS-Dokumentation berücksichtigt werden kann. Das Eignungskriterium „Praktikabilität“ zieht das IQTIG daher nicht zur Prüfung der Eignung für die öffentliche Berichterstattung heran.

Angemessenheit des Referenzbereichs

Der Referenzbereich dient bei Qualitätsbewertungen mit Indikatoren als Kriterium, ob eine bestimmte Entscheidung (z. B. ob qualitätsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden sollen) getroffen werden soll. Da der Einsatz unterschiedlicher Instrumente zur Qualitätssicherung an unterschiedlich hohe Anforderungen geknüpft werden kann, können auch unterschiedliche Referenzbereiche für einen Indikator sinnvoll sein. Beispielsweise ist es sinnvoll, für Entscheidungen über Maßnahmen der Qualitätsförderung den Indikatorwert eines Leistungserbringers anders zu bewerten als hinsichtlich der Frage, ob eine Mindestanforderung erfüllt ist, die Voraussetzung zur

⁹ Ein vergleichbares Vorgehen findet sich bei Reiter et al. (2011).

Teilnahme des Leistungserbringers an der Versorgung ist. Die Angemessenheit eines Referenzbereichs beschreibt also, ob der Referenzbereich ein für die daran geknüpfte Entscheidung angemessenes Anforderungsniveau operationalisiert.

Soll zusätzlich zum Indikatorergebnis einer Einrichtung bzw. eines Leistungserbringers die Einstufung veröffentlicht werden, ob das Indikatorergebnis der Einrichtung / des Leistungserbringers innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs¹⁰ für eine bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahme liegt, muss die Angemessenheit des Referenzbereichs für die Entscheidung über diese Maßnahme geprüft werden. Das Eignungskriterium „Angemessenheit des Referenzbereichs“ ist in diesem Fall also ebenfalls zu berücksichtigen. Soll lediglich das Indikator- oder Kennzahlergebnis ohne entsprechende Klassifikation veröffentlicht werden, ist das Kriterium nicht relevant.

Klassifikationsgüte

Bei Prozess- und Ergebnisindikatoren, welche durch Aggregation über die Fälle eines Leistungserbringers berechnet und unter einer analytischen Zielsetzung¹¹ ausgewertet werden, werden anhand der beobachteten Daten Rückschlüsse auf den zugrunde liegenden Indikatorwert eines Leistungserbringers gezogen. Da diese Schätzung mit Unsicherheit behaftet ist (z. B. wegen der Fallzahlabhängigkeit der Schätzgenauigkeit), wird die Eignung des Bewertungskonzepts auch von der Klassifikationsgüte bestimmt. Die Klassifikationsgüte beschreibt, wie gut der Indikator unter den gegebenen Rahmenbedingungen zwischen dem zugrunde liegenden Indikatorwert und einem Vergleichswert unterscheidet.

Werden Indikatorwerte einrichtungsbezogen veröffentlicht, sind die Indikatorwerte der anderen Einrichtungen solche Vergleichswerte. Auch wenn zusätzlich zum Indikatorwert einer Einrichtung die Einstufung veröffentlicht werden soll, ob der Indikatorwert innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs für eine bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahme liegt, stellt der Referenzwert einen entsprechenden Vergleichswert dar. Die Klassifikationsgüte ist demnach ebenfalls ein relevantes Kriterium für die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung.

Angemessenheit der Risikoadjustierung

Damit die Klassifikation der Indikatorwerte verschiedener Leistungserbringer (z. B. der Vergleich mit einem Referenzbereich) sowie der Vergleich der Indikator- oder Kennzahlwerte zwischen verschiedenen Leistungserbringern mit unterschiedlich zusammengesetzten Patientenkollektiven

¹⁰ Gemeint ist hier und im Folgenden, dass diese Einstufung unter Anwendung der vom IQTIG (Hengelbrock et al. 2023, IQTIG 2022d) entwickelten statistischen Methodik zur Ermittlung von „rechnerischen Auffälligkeiten“ erfolgt, d. h. unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit.

¹¹ Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ sollen bei analytischer Zielsetzung von beobachteten Ergebnissen von Qualitätsmessungen Rückschlüsse auf den datengenerierenden Prozess gezogen werden, welcher selbst nicht direkt beobachtbar ist. So soll von den beobachteten Ergebnissen eines Qualitätsindikators darauf geschlossen werden, welchen Einfluss die Versorgungsgestaltung durch den Leistungserbringer auf das vom Qualitätsindikator abgebildete Qualitätsmerkmal hat.

tatsächlich Qualitätsvergleiche darstellen, müssen Einflussfaktoren auf den Indikator- oder Kennzahlwert, die die Leistungserbringer nicht durch eine gute Versorgung kompensieren können, bei der Auswertung der Messergebnisse berücksichtigt werden. Dies geschieht mittels Methoden der Risikoadjustierung. Das Kriterium beschreibt somit das Ausmaß, in dem patientenseitige Einflussfaktoren auf die Indikator- oder Kennzahlergebnisse durch Risikoadjustierung kontrolliert sind. Das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ ist somit bei der Prüfung von Qualitätskennzahlen oder -indikatoren auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung ebenfalls relevant.

4.2 Weitere Informationen über die Versorgung

Laut Auftrag soll die Methodik für die Prüfung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung weiterentwickelt werden und für Informationen anwendbar sein, die gemäß den Strukturrichtlinien und den Mm-R des G-BA sowie den Qb-R erhoben und bereitgestellt werden.

Diese Informationen und Angaben werden bisher nicht durch das IQTIG dahingehend geprüft, inwieweit sie für den Einsatz in der Qualitätssicherung geeignet sind. Im Verständnis des IQTIG ist das Ziel der Veröffentlichung dieser Informationen allgemeiner die Herstellung von Transparenz über die Versorgung (siehe Abschnitt 1.2). Für diese Informationen und Angaben würde das IQTIG demzufolge lediglich prüfen, inwieweit die Angaben zutreffende Informationen über die Leistungserbringer darstellen. Das IQTIG hat daher untersucht, welche der im vorherigen Abschnitt 4.1 herausgearbeiteten Kriterien in diesem Fall für eine Beurteilung der Eignung für die öffentliche Berichterstattung herangezogen werden müssten.

Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

Die Relevanz der gemäß den Strukturrichtlinien, den Mm-R und den Qb-R zu erhebenden, potenziell zu veröffentlichenden Informationen ergibt sich in der Regel durch entsprechende Vorgaben im SGB V, die der G-BA im Rahmen seiner Richtlinien konkretisiert bzw. deren Abfrage er operationalisiert hat. Beispiele dafür sind der Umgang mit Risiken im Krankenhaus (§136a Abs. 4, §136b Abs. 6 SGB V) oder die Information zu den Personalvorgaben in Psychiatrie und Psychosomatik (§136a Abs.2 SGB V). Daher würde das IQTIG – außer bei den Indikatoren und Qualitätskennzahlen der DeQS-RL – die Relevanz dieser Angaben nicht im Rahmen der Prüfung auf Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung überprüfen, es sei denn, das IQTIG würde zusätzlich und explizit dazu beauftragt. Damit erübrigt sich die Prüfung der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“, „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ und „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“.

Objektivität der Messung, Datenqualität und Reliabilität

Die Erhebung der Daten auf Ebene der Versorgung, d. h. in den Einrichtungen, muss von den Untersuchungsbedingungen unabhängig und weitestgehend messfehlerfrei erfolgen. Dies ist eine notwendige Bedingung für die Aussagekraft der auf diesen Daten basierenden Informationen. Auch eine ausreichende Datenqualität, d. h. die Abwesenheit von Erfassungs- oder Übertragungsfehlern bei der Übermittlung der von und/oder in den Einrichtungen erhobenen Daten für die öffentliche Berichterstattung, ist unverzichtbar. Objektivität der Messung, Reliabilität und Datenqualität sind daher Kriterien für die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung, die für jegliche Informationen über die Leistungserbringer geprüft werden müssen.

Validität der Messung

Wenn, wie oben erläutert, keine Prüfung der Relevanz einer Angabe oder Information stattfindet, erübrigt sich auch die Prüfung, ob diese Information eine valide Abbildung eines entsprechenden Merkmals darstellt.

Angemessenheit des Referenzbereichs

Die Festlegung eines Referenzbereichs, d. h. eines Kriteriums für die Entscheidung über eine Maßnahme, ist aus Sicht des IQTIG nur für Kennzahlen sinnvoll, die auch Versorgungsqualität abbilden sollen. Die Prüfung dieses Kriteriums erübrigt sich daher für reine Strukturinformationen über die Einrichtungen.

Klassifikationsgüte

Die Klassifikationsgüte beschreibt, wie gut anhand der beobachteten Daten Rückschlüsse auf den zugrunde liegenden Indikator- oder Kennzahlwert eines Leistungserbringers gezogen werden können, wenn die Messung durch Aggregation über die Fälle eines Leistungserbringers erfolgt und somit mit fallzahlabhängiger Unsicherheit behaftet ist. Auf die zusätzlichen Informationen gemäß den Strukturrichtlinien und den Mm-R des G-BA sowie den Qb-R, für die gemäß dem vorliegenden Auftrag Kriterien für die Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung entwickelt werden sollen, trifft dies nicht zu. Aktuell handelt es sich dabei nicht um Kennzahlen, die durch Aggregation über die Fälle eines Leistungserbringers berechnet werden, sondern ausschließlich um Strukturinformationen. Die Klassifikationsgüte ist demnach in diesem Fall kein relevantes Kriterium.

Angemessenheit der Risikoadjustierung

Da es sich bei den zusätzlich in die Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung einzubeziehenden Informationen ausschließlich um Strukturinformationen handelt, besteht auch keine Notwendigkeit, eine Adjustierung für patientenseitige Einflussfaktoren vorzunehmen. Das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ ist in diesem Fall ebenfalls nicht relevant.

Tabelle 1 fasst zusammen, welche Eignungskriterien gemäß den Abschnitten 4.1 und 4.2 in Abhängigkeit vom jeweiligen Gegenstand der Prüfung sinnvoll anwendbar sind.

Tabelle 1: Übersicht der zu prüfenden Eignungskriterien in Abhängigkeit vom Prüfgegenstand

Eignungskriterien	Qualitätsindikatoren und Qualitätskennzahlen der DeQS-RL	Informationen über die Versorgung gemäß Strukturrichtlinien, Mm-R und Qb-R
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	✓	—
Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal	✓	—
Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer	✓	—
Potenzial zur Verbesserung	—	—
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	—	—
Objektivität der Messung	✓ ¹²	✓
Datenqualität	✓ ¹³	✓
Reliabilität der Messung	✓ ¹³	— ¹⁴
Validität der Messung	✓	—
Praktikabilität	—	—
Angemessenheit des Referenzbereichs	(✓) ¹⁵	—
Klassifikationsgüte	(✓) ¹⁵	—
Angemessenheit der Risikoadjustierung	✓	—

¹² Wird für Indikatoren und Kennzahlen der Patientenbefragung nicht indikatorspezifisch beurteilt.

¹³ Findet für Indikatoren und Kennzahlen der Patientenbefragungen keine Anwendung.

¹⁴ Für Strukturindikatoren und -kennzahlen ist die Reliabilität kein relevantes Eignungskriterium, da bei diesen die Messung nicht auf Fallebene stattfindet (siehe Kapitel 5). Würden jedoch z. B. die Qb-R Kennzahlen über die DeQS-RL hinaus spezifizieren, bei denen die Messung auf Fallebene stattfinden würde, müsste auch die Reliabilität geprüft werden (siehe Abschnitt 4.2). Dieser Fall tritt aktuell jedoch nicht auf. Daher wurde hier die Reliabilität einfachheitshalber als „nicht anzuwenden“ gekennzeichnet, um Missverständnisse zu vermeiden.

¹⁵ Nur anzuwenden, wenn Referenzbereiche und Einstufungsergebnisse veröffentlicht werden sollen.

5 Kriterien für die öffentliche Berichterstattung und ihre Operationalisierung

Die Operationalisierung der Eignungskriterien – d. h. das methodische Vorgehen des IQTIG bei der Prüfung, ob ein Qualitätsindikator (weiterhin) für den Einsatz in der Qualitätssicherung geeignet ist – wurde für Prozess- und Ergebnisindikatoren auf Basis von QS-Dokumentation und Sozialdaten bei den Krankenkassen im Abschlussbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP“ (IQTIG 2023a) im Detail beschrieben. Diese Operationalisierungen bestehen für jedes Kriterium aus jeweils einer oder mehreren Leitfragen oder Kennzahlen (z. B. „Wie bedeutend ist das Qualitätsmerkmal für die Patientinnen und Patienten aufgrund der Schwere/Ausprägung des interessierenden Endpunkts?“) einschließlich Antwortkategorien (z. B. sehr/mittelmäßig/wenig). Für jede Leitfrage und Kennzahl wurden außerdem die relevanten Informationsgrundlagen zur Beantwortung der Frage definiert (z. B. Literatur, Leitlinien, Befragung von Expertinnen und Experten, Befragung der Landesarbeitsgemeinschaften). Wenn mehrere Leitfragen oder Kennzahlen für die Operationalisierung eines Kriteriums notwendig waren, wurde außerdem definiert, wie auf deren Basis eine Gesamteinschätzung des Eignungskriteriums vorgenommen wird.

Gemäß Beauftragung soll das IQTIG zukünftig auch Empfehlungen hinsichtlich der einrichtungsbezogenen Veröffentlichung von Strukturinformationen und Indikatorergebnissen auf Basis von Patientenbefragungen geben. Daher ergänzte das IQTIG seine Operationalisierung der Eignungskriterien, um sie auch auf diese Informationen anwendbar zu machen. Im Folgenden wird die bisherige Beschreibung der Operationalisierung der Kriterien kurz resümiert und um Anpassungen ergänzt, die ggf. für die Indikatoren aus Patientenbefragungen und für Strukturindikatoren bzw. -informationen (dies schließt die Angaben gemäß Mm-R und Qb-R ein) notwendig sind.

Bedeutung für die Patientinnen und Patienten

Für unmittelbar patientenrelevante Qualitätsmerkmale wird eingeschätzt, welche Bedeutung das Qualitätsmerkmal für die Patientinnen und Patienten hat. Die Bedeutung mittelbar patientenrelevanter Qualitätsmerkmale ergibt sich aus der Bedeutung, die das dahinterliegende bzw. die dahinterliegenden unmittelbar patientenrelevanten Merkmale haben, und aus der Stärke ihres Zusammenhangs mit diesen unmittelbar patientenrelevanten Merkmalen. Das IQTIG berücksichtigt außerdem, welche Bedeutung ggf. erwartete unerwünschte Wirkungen des Qualitätsmerkmals haben.

Die Leitfragen zur Beurteilung der Bedeutung des Qualitätsmerkmals beziehen sich auf die Schwere/Ausprägung und die Dauer des interessierenden Endpunkts, auf den Wert des Merkmals

für Patientinnen und Patienten und auf die Sicherheit der Einschätzung. Auf Basis dieser Leitfragen wird die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für die Patientinnen und Patienten als hoch, mittel oder gering eingestuft.

Informationsgrundlage sind im Regelbetrieb die vorliegenden Informationen und Erfahrungen aus der Entwicklung und Anwendung von Indikatoren und Kennzahlen ebenso wie die relevante wissenschaftliche Literatur und das Expertengremium auf Bundesebene. Bei der Entwicklung und Weiterentwicklung von Indikatoren/Kennzahlen kann das IQTIG Informationen für die Einschätzung der Bedeutung von Qualitätsmerkmalen für die Patientinnen und Patienten auch durch direkte Beteiligung von Patientinnen und Patienten gewinnen. Eine Anpassung der Operationalisierung für Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungen ist nicht notwendig, für Strukturinformationen ist das Kriterium nicht relevant (siehe Abschnitt 4.2).

Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal

Für mittelbar patientenrelevante Qualitätsmerkmale ist bei der Einschätzung ihrer Bedeutung zusätzlich die Sicherheit ihres Zusammenhangs mit den dahinterliegenden, unmittelbar patientenrelevanten Merkmalen relevant. Dazu schätzt das IQTIG die Qualität der Evidenz für einen solchen Zusammenhang ein und nimmt auf dieser Grundlage eine Beurteilung vor, ob das mittelbar patientenrelevante Qualitätsmerkmal unter Beachtung ggf. unerwünschter Wirkungen zu insgesamt positiven Effekten im Versorgungsprozess führt.

Für dieses Eignungskriterium baut die Beurteilung der Leitfragen stufenweise aufeinander auf. Zunächst wird geprüft, ob eine starke Empfehlung aus einer evidenzbasierten Leitlinie vorliegt. Ist das nicht der Fall, prüft das IQTIG nacheinander das Vorliegen von hochwertiger Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien (*randomized controlled trials*, RCTs) sowie das Vorliegen von positiven Ergebnissen aus prospektiven Kohortenstudien, die Vertrauenswürdigkeit der Kohortenstudien und die Sicherheit, mit der der Patientennutzen durch die Versorgungsmaßnahme die unerwünschten Wirkungen der Versorgungsmaßnahme überwiegt.

Zur Beantwortung der entsprechenden Leitfragen zieht das IQTIG die relevante wissenschaftliche Literatur heran und konsultiert bei Bedarf das Expertengremium auf Bundesebene. Der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Qualitätsmerkmal wird anschließend als „gegeben“ oder „nicht gegeben“ eingestuft.

Schätzt das IQTIG die Evidenz für den Zusammenhang als „nicht gegeben“ ein, führt das zu der Einschätzung, dass das Merkmal nicht für die Qualitätssicherung geeignet ist. Ergänzend nimmt das IQTIG in diesem Fall eine Einschätzung vor, ob sich die Bewertung der Evidenz nach den Leitfragen innerhalb der nächsten zwei Jahre mit hoher Wahrscheinlichkeit ändern wird (etwa, weil die Ergebnisse großer Studien oder Leitlinienanpassungen erwartet werden), und berücksichtigt dies ggf. bei seiner Empfehlung, ob das derzeit nicht geeignete Merkmal pausiert oder abgeschafft bzw. (zunächst) nicht eingeführt werden sollte. Diese Operationalisierung lässt sich

ebenso auf Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungen anwenden. Für Strukturinformationen ist das Eignungskriterium nicht relevant (siehe Abschnitt 4.2).

Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer

Die Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer ist eine Voraussetzung dafür, dass Qualitätsverbesserungen durch Anstrengungen der Leistungserbringer erreicht werden können. Wird die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als nicht (mehr) gegeben eingeschätzt, beurteilt das IQTIG das Qualitätsmerkmal als nicht (mehr) für die Qualitätssicherung geeignet. Der Fokus der für dieses Eignungskriterium formulierten Leitfragen liegt auf der grundsätzlichen Beeinflussbarkeit des Qualitätsmerkmals durch die Leistungserbringer. Ob die Operationalisierung des Qualitätsmerkmals mittels des zugehörigen Indikators oder der zugehörigen Kennzahl nicht vom Leistungserbringer zu beeinflussende Faktoren angemessen berücksichtigt, wird demgegenüber bei den Eignungskriterien „Validität der Messung“ und „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ untersucht.

Zur Einschätzung der Beeinflussbarkeit fragt das IQTIG bei unmittelbar patientenrelevanten Prozessen und Ergebnissen danach, ob die Versorgung so durch den/die Leistungserbringer gestaltet werden kann (durch Prozesse oder Strukturen), dass sie die Erfüllung des Qualitätsmerkmals positiv beeinflusst. Die zweite Leitfrage richtet sich darauf, ob die Umsetzung und Ressourcenerbereitstellung der für das Qualitätsmerkmal benötigten Prozesse und/oder Strukturen in der Verantwortung des/der Leistungserbringer liegt. Die dritte Leitfrage bezieht sich darauf, ob die (Mit-)Verantwortung anderer Leistungserbringer vernachlässigbar ist, sodass einem Leistungserbringer die maßgebliche Verantwortung zugeschrieben werden kann.

Die Beantwortung dieser Leitfragen erfolgt durch das IQTIG auf Basis der vorliegenden Informationen und Erfahrungen aus der Entwicklung und Anwendung des Indikators. Dabei wird der typische Versorgungsablauf im Zusammenhang mit dem Qualitätsmerkmal betrachtet und im Hinblick auf beteiligte Leistungserbringer und von den Leistungserbringern zu verantwortende und nicht zu verantwortende Einflussfaktoren analysiert. Zusätzlich zieht das IQTIG die relevante wissenschaftliche Literatur heran und konsultiert das Expertengremium.

Die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer wird als „gegeben“ oder „nicht gegeben“ eingeschätzt. Falls mehrere Leistungserbringer beteiligt sind, ist aus Sicht des IQTIG eine Voraussetzung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung, dass den Leistungserbringern, deren Indikator- oder Kennzahlresultate veröffentlicht werden sollen, nach Einschätzung des IQTIG eine maßgebliche Verantwortung für das Indikator- oder Kennzahlresultat zugeschrieben werden kann.

Diese Operationalisierung lässt sich ebenso auf Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungen anwenden. Für Strukturinformationen ist das Eignungskriterium nicht relevant (siehe Abschnitt 4.2).

Objektivität der Messung

Für QS-dokumentationsbasierte Indikatoren und Kennzahlen schätzt das IQTIG die Objektivität der Messung zunächst auf Ebene der einzelnen Datenfelder mithilfe einer Kennzahl und zwei Leitfragen ein. Die Einschätzungen für die einzelnen Datenfelder werden anschließend je Indikator/Kennzahl zu einer Gesamteinschätzung zusammengeführt.

Die Kennzahl bezieht sich auf die Beurteilerübereinstimmung als quantitatives Maß für die Objektivität einer Messung. Mit der ersten Leitfrage wird eingeschätzt, wie unabhängig die Einschätzung des im Datenfeld abgefragten Sachverhalts von der beurteilenden Person ist. Die zweite Leitfrage richtet sich darauf, wie eindeutig im Datenfeld der Sachverhalt spezifiziert ist, der in der Versorgung erfasst werden soll.

Informationen für die Beurteilung der Objektivität gewinnt das IQTIG aus relevanter wissenschaftlicher Literatur, aus Konsultationen mit den Expertengremien und den Landesarbeitsgemeinschaften sowie aus der Machbarkeitsprüfung bei der Entwicklung von Indikatoren.

Die Gesamteinschätzung der Objektivität der Messung erfolgt qualitativ mittels Zusammenschau der Kennzahl und der beiden Leitfragen zunächst für jedes Datenfeld und in einem zweiten Schritt für den Indikator oder die Kennzahl insgesamt. Als mögliche Abstufungen der Ausprägung hat das IQTIG „hoch“, „weitgehend“ und „niedrig“ festgelegt. Wird die Objektivität als „niedrig“ eingestuft, gilt die Messung als ungeeignet.

Bei Strukturkennzahlen bzw. -informationen geht das IQTIG davon aus, dass die Beurteilerübereinstimmung grundsätzlich sehr hoch ist. Die Einschätzungen verschiedener Personen, ob eine geforderte Struktur – beispielsweise eine bestimmte Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit einer bestimmten Qualifikation oder eine bestimmte Fachabteilung – vorliegt oder nicht, sollten sich nicht unterscheiden, sofern die geforderte Struktur eindeutig spezifiziert ist. Für die Einschätzung der Objektivität zieht das IQTIG daher bei Strukturkennzahlen und -indikatoren nur die zweite Leitfrage heran.

Für die Indikatoren und Kennzahlen der Patientenbefragung beurteilt das IQTIG die Objektivität nicht separat. Sie wird bei der Entwicklung von Patientenbefragungen dadurch sichergestellt, dass auf subjektive Befragungsansätze weitestgehend verzichtet und ein faktenorientierter Befragungsansatz verfolgt wird. Dieser stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten sich bei der Beantwortung der Items auf konkrete Situationen und Sachverhalte beziehen können. Im Rahmen der Entwicklung wird zudem überprüft, dass das von den Patientinnen und Patienten tatsächlich Verstandene mit dem intendierten Verständnis übereinstimmt und die Fragen gleich verstanden werden. Durch die Standardisierung des Fragebogens ist außerdem gewährleistet, dass die Antworten der Patientinnen und Patienten unabhängig von den Untersuchungsbedingungen sind.

Datenqualität

Auch die Datenqualität schätzt das IQTIG für QS-dokumentationsbasierte Indikatoren und Kennzahlen auf Ebene der einzelnen Datenfelder ein und führt die Einschätzungen für die einzelnen

Datenfelder anschließend zu einer Gesamteinschätzung für jeden Indikator / jede Kennzahl zusammen.

Hat für das betreffende QS-Verfahren eine Prüfung der Datenqualität im Stichprobenverfahren mit Datenabgleich stattgefunden („Datenvalidierung“), liefern Kennzahlen wie Übereinstimmungsrate, Sensitivität und Spezifität Informationen über die Datenqualität.

Falls keine Informationen aus der Datenvalidierung vorliegen, wird die Übereinstimmung zwischen den für die Qualitätssicherung dokumentierten Daten und den laut Spezifikation zu dokumentierenden Angaben aus der internen Dokumentation der Leistungserbringer auf Basis von Konsultationen mit den Expertengremien und Befragungen der Landesarbeitsgemeinschaften eingeschätzt.

Die Gesamtbeurteilung erfolgt qualitativ mittels Zusammenschau von Kennzahlen und Leitfrage für jedes Datenfeld und unter Zusammenschau aller zum Indikator gehörender Datenfelder in den Abstufungen „hoch“, „mittel“ und „niedrig“. Wird die Datenqualität für einen Indikator oder eine Kennzahl als „niedrig“ eingestuft, gilt die Messung als ungeeignet.

Das Eignungskriterium „Datenqualität“ gilt für Kennzahlen, Indikatoren und Informationen (auch Strukturinformationen) auf Basis von durch die Leistungserbringer zu dokumentierenden und zu übermittelnden Daten und auf Basis von Sozialdaten. Für Patientenbefragungen ist die Datenqualität nicht definiert, da die Daten durch die Patientinnen und Patienten erst generiert werden, wenn sie den Fragebogen ausfüllen. Ein Abgleich mit einer Referenzdatenquelle ist damit nicht möglich und nicht nötig. Die Qualität der durch Befragungen generierten Daten wird über die anderen Eignungskriterien sichergestellt.

Reliabilität

Für QS-dokumentationsbasierte Indikatoren und Kennzahlen entspricht die Reliabilität auf Fallebene der Reliabilität der Befunderhebung für ein Datenfeld. Das IQTIG beurteilt die Reliabilität auf Basis von Konsultationen mit den Expertengremien, als wie präzise diese Befunderhebung eingeschätzt wird. Die Gesamtbeurteilung erfolgt qualitativ für jedes Datenfeld unter Berücksichtigung der Hinweise des Expertengremiums und unter Zusammenschau aller zum Indikator oder zur Kennzahl gehörender Datenfelder. Die Reliabilität wird vom IQTIG als „hoch“, „mittel“ oder „niedrig“ eingestuft.

Für die Indikatoren und Kennzahlen der Patientenbefragung wird die Reliabilität auf Fallebene nicht beurteilt, da für faktenorientierte Befragungsansätze die Reliabilität auf Ebene einzelner Items nicht sinnvoll definiert ist. Da Aussagen nicht auf Ebene einzelner Patientinnen und Patienten getroffen werden, sondern auf Ebene von Leistungserbringern, quantifiziert das IQTIG die Reliabilität indirekt durch die Breite der Vertrauensbereiche um die Punktschätzer des Indikators oder der Kennzahl (siehe Abschnitt 13.3.3 der „Methodischen Grundlagen“, IQTIG 2022c). Je niedriger die Reliabilität eines Indikatorergebnisses ist, desto größer fällt der Vertrauensbereich aus, gegeben alles andere ist gleich.

Für Strukturindikatoren und –kennzahlen ist die Reliabilität kein relevantes Eignungskriterium, da bei diesen die Messung nicht auf Fallebene stattfindet und eine Berechnung von Punktschätzer und Vertrauensbereichen nicht notwendig ist.

Validität der Messung

Das IQTIG adressiert das Eignungskriterium „Validität der Messung“ mittels vier Leitfragen und einer Kennzahl. Die Fragen beziehen sich auf die Abdeckung aller interessierenden Fälle und den Ausschluss irrelevanter Fälle sowie die Erfassung aller qualitätsrelevanten Ereignisse bei gleichzeitigem Ausschluss aller nicht qualitätsrelevanten Ereignisse. Zusätzlich wird als Kennzahl für die Validität die Übereinstimmung mit der Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL, d. h. die Anzahl „qualitativer Auffälligkeiten“ im Stellungnahmeverfahren für den betreffenden Qualitätsindikator, herangezogen.

Als Informationsgrundlage für die Einschätzung der Validität dient bei mittelbar patientenrelevanten Merkmalen die wissenschaftliche Literatur, die das Merkmal begründet. Außerdem wird das Expertengremium konsultiert, und es werden bei geringer Anzahl von „qualitativen Auffälligkeiten“ im Stellungnahmeverfahren die Landesarbeitsgemeinschaften befragt, welche Gründe zu den unterschiedlichen Bewertungsergebnissen von Indikator und Stellungnahmeverfahren führen.

Die Gesamtbeurteilung erfolgt qualitativ – in Zusammenschau der Leitfragen und der Kennzahl – in den Abstufungen „hoch“, „mittel“ und „gering“. Wird die Validität der Messung als „gering“ eingestuft, gilt die Messung als ungeeignet.

Diese Operationalisierung ist auch für Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungen sinnvoll anwendbar. Für Strukturinformationen ist dieses Kriterium nicht relevant (siehe Abschnitt 4.2).

Angemessenheit des Referenzbereichs

Um über die Versorgungsqualität von Leistungserbringern zu informieren, ist die Angabe eines Referenzbereichs oder die Angabe des Einstufungsergebnisses eines Leistungserbringers in Bezug auf einen Referenzbereich nicht nötig. Das Indikatorergebnis ermöglicht Aussagen zur Erfüllung des Qualitätsmerkmals, und ein Vergleich zwischen Leistungserbringern kann anhand der Indikatorergebnisse erfolgen. Soll zusätzlich zum Indikatorergebnis auch die Einstufung veröffentlicht werden, ob das Indikatorergebnis eines Leistungserbringers innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs für eine bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahme liegt, muss die Angemessenheit des Referenzbereichs für diese Maßnahme geprüft werden. Mithilfe des Eignungskriteriums „Angemessenheit des Referenzbereichs“ prüft das IQTIG demnach, ob der Referenzbereich für die Auslösung der vorgesehenen Qualitätssicherungsmaßnahme geeignet ist. Dazu nutzt das IQTIG drei Leitfragen.

Leitfrage 1: Art des Referenzbereichs

- Ist die Art des Referenzbereichs (kriteriumsbezogen oder verteilungsbezogen) geeignet für die Maßnahme, die er auslösen soll?
- Antwortkategorien: ja / nein

Diese Leitfrage würde beispielsweise mit „nein“ beantwortet, wenn über die Erfüllung von Mindestanforderungen entschieden werden soll, d. h. über die Teilnahme des Leistungserbringers an der Versorgung, für diese Entscheidung aber ein verteilungsbezogener Referenzbereich festgelegt wurde. Für viele Entscheidungen – z. B., ob die Einrichtung eine Prämie für besonders gute Versorgungsqualität erhalten soll oder ob sie an verpflichtenden Qualitätsförderungsmaßnahmen teilnehmen soll – kann dagegen sowohl ein verteilungsbezogener als auch ein kriteriumsbezogener Referenzbereich angemessen sein.

*Leitfrage 2: (nur für kriteriumsbezogene Referenzbereiche)**Festlegung des Erreichbaren und des geforderten Erreichungsgrads*

- Wurde eine fachliche Beurteilung des erreichbaren Indikatorwerts vorgenommen und der für die Maßnahme geforderte Erreichungsgrad („Toleranzanteil“) festgelegt?
- Antwortkategorien: ja / nein

*Leitfrage 3: (nur für verteilungsbezogene Referenzbereiche)**Anzahl der Leistungserbringer*

- Entspricht die Anzahl der Leistungserbringer, die die Anforderung erreichen bzw. nicht erreichen, dem vorgesehenen Aufwands- und/oder Kostenrahmen für die Maßnahme?
- Antwortkategorien: ja / nein

Informationsgrundlage

Die Beantwortung der Leitfragen erfolgt durch das IQTIG auf Basis der Informationen und Erfahrungen aus der Entwicklung und Anwendung des Indikators. Zur fachlichen Beurteilung des Erreichbaren auf der Indikatorkala (Leitfrage 2) zieht das IQTIG die relevante wissenschaftliche Literatur sowie ggf. eigene Auswertungen von Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Qualitätssicherungsdaten heran. Bei der Interpretation der Ergebnisse wird das IQTIG durch Fachexpertinnen und -experten insbesondere dazu beraten, welche nicht von den Leistungserbringern zu verantwortenden Einflüsse auf das Qualitätsmerkmal zu berücksichtigen sind und ob der Qualitätsindikator auf bestimmte Behandlungsfälle oder Konstellationen in der Versorgung nicht anwendbar ist.

Gesamteinschätzung des Eignungskriteriums

Die Angemessenheit des Referenzbereichs wird als „gegeben“ eingeschätzt, wenn die Leitfragen 1 und 2 oder die Leitfragen 1 und 3 (je nach Art des Referenzbereichs) mit „ja“ beantwortet wurden.

Abstufungen der Ausprägung des Beurteilungsergebnisses

- Angemessenheit des Referenzbereichs: „gegeben“ / „nicht gegeben“
- Wird die Angemessenheit des Referenzbereichs als „nicht gegeben“ eingestuft, empfiehlt das IQTIG den Referenzbereich und die Einstufungsergebnisse nicht zur Veröffentlichung.

Diese Operationalisierung des Eignungskriteriums „Angemessenheit des Referenzbereichs“ ist auch für Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungen sinnvoll anwendbar. Für Strukturinformationen ist das Eignungskriterium nicht relevant (siehe Abschnitt 4.2).

Klassifikationsgüte

Bei Prozess- und Ergebnisindikatoren unterliegen die beobachteten Indikatorergebnisse fallzahlabhängiger Variabilität. Für diese Indikatoren sieht das IQTIG die Klassifikationsgüte als ausreichend an, wenn die statistische Unsicherheit der beobachteten Indikatorergebnisse – und damit auch deren Fallzahlabhängigkeit – bei der Einstufung dieser Ergebnisse angemessen berücksichtigt wird. Dies kann durch inferenzstatistische Verfahren erfolgen.

Für Strukturinformationen ist das Eignungskriterium nicht relevant (siehe Abschnitt 4.2).

Angemessenheit der Risikoadjustierung

Zur Beurteilung der Angemessenheit der Risikoadjustierung schätzt das IQTIG ein, inwieweit alle Einflussfaktoren, für die ein häufiger und relevanter Einfluss auf die Indikator- oder Kennzahl-ergebnisse angenommen wird, hinsichtlich einer Berücksichtigung bei der Risikoadjustierung geprüft wurden und ob es wichtige Einflussfaktoren gibt, die nicht in die Berechnung des Indikators oder der Kennzahl eingehen. Als Informationsgrundlage wird dazu die wissenschaftliche Literatur herangezogen und das Expertengremium konsultiert. Die Gesamteinschätzung des Eignungskriteriums erfolgt qualitativ auf Basis der gesammelten Informationen. Die Angemessenheit der Risikoadjustierung kann als „vollständig angemessen“, „eingeschränkt angemessen“, „nicht angemessen“ beurteilt werden oder eine Risikoadjustierung kann als nicht erforderlich angesehen werden. Damit das IQTIG die Indikator- oder Kennzahl-ergebnisse als für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet ansieht, muss die Risikoadjustierung mindestens als „eingeschränkt angemessen“ eingestuft werden.

Per Definition ist dieses Kriterium nicht relevant für Informationen, die keinen Case-Mix-Effekten unterliegen, und damit nicht relevant für Strukturinformationen. Für Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungen sind keine Anpassungen an der Operationalisierung notwendig.

6 Beschreibung des Prüfprozesses

In Kapitel 4 wurde dargestellt und begründet, anhand welcher Kriterien das IQTIG die Eignung für die öffentliche Berichterstattung von Indikator- und Kennzahlergebnissen und Informationen über die Leistungserbringer beurteilt, in Kapitel 5 wurde die Operationalisierung dieser Kriterien beschrieben. In diesem Kapitel wird nun ausgeführt, wie die Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung abläuft.

6.1 Im Einsatz befindliche Qualitätsindikatoren

Für Qualitätsindikatoren und -kennzahlen im Regelbetrieb führt das IQTIG regelmäßig eine Eignungsprüfung durch, d. h. eine Prüfung, ob das IQTIG den Indikator / die Kennzahl weiterhin für den Einsatz in der Qualitätssicherung empfiehlt oder nicht. Das IQTIG prüft dabei anhand der Eignungskriterien, ob das vom Indikator oder der Kennzahl abzubildende Merkmal der Versorgung weiterhin für die Qualitätssicherung von Belang ist, ob sich das Merkmal mit dem Indikator angemessen abbilden lässt und ob der Einsatz des Indikators oder der Kennzahl unter Aufwand-Nutzen-Überlegungen weiterhin sinnvoll ist (IQTIG 2022a).

Abbildung 1 zeigt die Struktur der Prüfung für Indikator- und Kennzahlergebnisse im Regelbetrieb. Die Prüfung knüpft an den vorliegenden Empfehlungen des IQTIG über die Veröffentlichung von Indikator- und Kennzahlergebnissen für das zum gegenwärtigen Zeitpunkt letzte Berichtsjahr an. Die Prüfung erfolgt wiederkehrend im Turnus des Regelbetriebs.

Erste Voraussetzung für die Eignung zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung der Indikator- und Kennzahlergebnisse ist, dass das Qualitätsmerkmal insofern von Belang ist (siehe erste Raute in Abbildung 1), als es unmittelbar oder mittelbar für die Patientinnen und Patienten von Bedeutung ist und durch ausschließlich einen oder maßgeblich einen Leistungserbringer beeinflusst werden kann (siehe Abschnitt 4.1). Diese Einschätzung wird unter Hinzuziehung der Literatur und des Expertengremiums getroffen. Sind die Kriterien nicht erfüllt, werden die Kennzahlergebnisse nicht zur Veröffentlichung empfohlen. Anders ist das Vorgehen, falls sich in der Eignungsprüfung der Qualitätsmessung zeigt, dass kein oder ein geringes Potenzial zur Verbesserung vorliegt: In diesen Fällen folgt keine Empfehlung zur Nichtveröffentlichung der Kennzahlergebnisse, weil das Kriterium „Potenzial zur Verbesserung“ nicht bei der Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung berücksichtigt wird (siehe Abschnitt 4.1).

Lautet die Einschätzung, dass das Merkmal von Belang ist, müssen die relevanten Messeigenschaften der Indikatoren und Kennzahlen sowie die Risikoadjustierung hinreichend sein (siehe zweite Raute in Abbildung 1). Die Praktikabilität der Messung ist kein Kriterium, welches für die Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung berücksichtigt wird (siehe Abschnitt 4.1). Als Informationsquellen zur Beantwortung der Fragestellung werden die Literatur, das Expertengremium und die Einschätzungen der Landesarbeitsgemeinschaften herangezogen.

Bildet der Indikator oder die Kennzahl das Merkmal angemessen ab, empfiehlt das IQTIG die Ergebnisse zur öffentlichen Berichterstattung. Ist ein Referenzbereich für den Indikator festgelegt, prüft das IQTIG unter Hinzuziehung empirischer Daten und der Einschätzungen des Expertengremiums die Angemessenheit dieses Referenzbereichs sowie die Berücksichtigung statistischer Unsicherheit in der Klassifikationsgüte (dritte Raute in Abbildung 1). Sofern diese Kriterien erfüllt sind, empfiehlt das IQTIG auch den Referenzbereich und die Einstufungsergebnisse zur Veröffentlichung. Das vorgeschlagene Format und die Inhalte des Berichts zu den Empfehlungen des IQTIG für die öffentliche Berichterstattung werden in Kapitel 8 näher beschrieben.

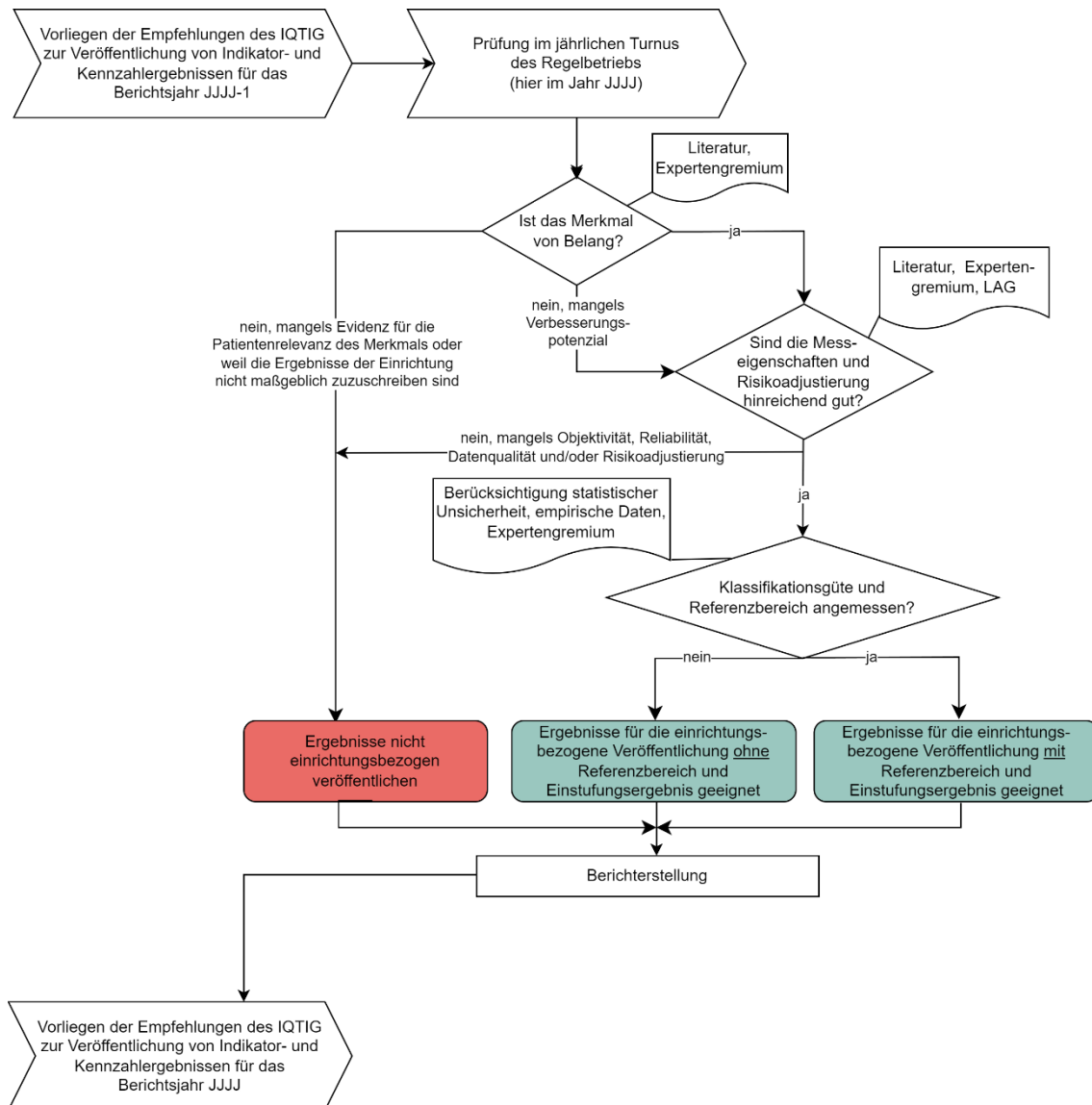


Abbildung 1: Prüfung von Qualitätsindikatoren und -kennzahlen auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung im Regelbetrieb

Liegen aus dem Vorjahr Einschätzungen zu allen Eignungskriterien vor, prüft das IQTIG, ob Hinweise vorliegen, die eine Änderung der Einschätzung erforderlich machen könnten. Dazu prüft das IQTIG Rückmeldungen, die zwischenzeitlich z. B. über den Verfahrenssupport, die Qualitätssicherungsergebnisberichte, aus der Datenvalidierung oder über das begleitende Expertengremium eingegangen sind. Zusätzlich kontaktiert das IQTIG die Mitglieder der begleitenden Expertengremien und führt orientierende, ggf. auch systematische Literaturrecherchen zum Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal sowie zu Einflussfaktoren auf das Indikatorergebnis durch. Das IQTIG prüft zudem, ob sich Rahmenbedingungen geändert haben, die Einfluss auf die Eignung der Indikatoren und Kennzahlen haben könnten.

Liegen solche Hinweise vor, führt das IQTIG eine erneute Prüfung der Eignung des Indikators oder der Kennzahl hinsichtlich des jeweils betroffenen Eignungskriteriums durch. Das Kriterium „Potential zur Verbesserung“ wird regelmäßig auch ohne das Vorliegen entsprechender Hinweise geprüft.

6.2 Neu entwickelte oder weiterentwickelte Qualitätsindikatoren

Durch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und -kennzahlen entlang der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen stellt das IQTIG sicher, dass die Indikator- und Kennzahlenergebnisse für die öffentliche Berichterstattung geeignet sind. Empfiehlt das IQTIG einen Indikator oder eine Qualitätskennzahl für den Einsatz in der Qualitätssicherung, ist damit in der Regel auch die Empfehlung zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung der Ergebnisse verbunden. Von dieser Regel weicht das IQTIG in folgenden Fällen ab:

- Keine Zuschreibbarkeit einer maßgeblichen Verantwortung: Das IQTIG empfiehlt auch Qualitätsindikatoren und -kennzahlen für die Qualitätssicherung, bei denen mehrere Leistungserbringer am Zustandekommen der Ergebnisse beteiligt sind (IQTIG 2022b). Kann keinem der Leistungserbringer eine maßgebliche Verantwortung für das Indikator- oder Kennzahlenergebnis zugeschrieben werden, empfiehlt das IQTIG keine leistungserbringerbezogene Veröffentlichung.
- Unsicherheit über die Erfüllung der Eignungskriterien: Nicht immer kann die Eignung bei der Entwicklung (oder der Weiterentwicklung) eines Indikators abschließend beurteilt werden. Es kann sein, dass noch Unsicherheit über die Erfüllung der Eignungskriterien besteht und im Regelbetrieb weitere Informationen gewonnen werden müssen, um die Unsicherheit zu beseitigen und eine abschließende Einschätzung zur Eignung zu treffen. Das kann z. B. der Fall sein, wenn keine Machbarkeitsprüfung durchgeführt werden konnte und daher noch keine sicheren Aussagen über die Verständlichkeit der Datenfelder oder das Funktionieren der Datenflüsse getroffen werden konnten (betrifft die Eignungskriterien „Objektivität der Messung“ und „Datenqualität“) oder wenn eine Evidenzrecherche noch aussteht. Besteht noch Unsicherheit über die Erfüllung der Eignungskriterien und wird die Datenerhebung und -auswertung benötigt, um die Eignung abschließend beurteilen zu können, bezeichnet das IQTIG dies als „Erprobung“ und

empfiehlt die leistungserbringerbezogene Veröffentlichung der Indikator- oder Kennzahl-ergebnisse (noch) nicht.

6.3 Strukturinformationen

Angaben, die gemäß den Strukturrichtlinien und den Mm-R des G-BA sowie den Qb-R erhoben werden, würde das IQTIG bei entsprechender Beauftragung daraufhin prüfen, inwieweit diese Angaben zutreffende Informationen über die Leistungserbringer darstellen. Dazu würde das IQTIG die Eignungskriterien „Objektivität der Messung“ und „Datenqualität“ heranziehen (siehe Abschnitt 4.2). Einen entsprechenden Prüfprozess könnte das IQTIG jedoch erst entwickeln, wenn Klarheit darüber hergestellt wurde, welche Datengrundlage dem IQTIG für diese Prüfungen zur Verfügung stehen würde (siehe dazu jedoch Abschnitt 7.2.5 sowie Teil III: Fazit und Ausblick).

6.4 Einbindung von Expertinnen und Experten in die Prüfung

Laut Auftrag soll das IQTIG darlegen, wie Expertinnen und Experten in den Prozess der Entwicklung von Empfehlungen des IQTIG eingebunden und wie deren Bewertungen im Bericht transparent und nachvollziehbar dargestellt werden.

Die Einschätzungen von Expertinnen und Experten bilden eine wichtige Informationsgrundlage bei der Beurteilung der Eignung von (potenziellen) Qualitätsindikatoren und -kennzahlen. Expertinnen und Experten beraten das IQTIG bei der Entwicklung und Anpassung von Qualitätsindikatoren und -kennzahlen z. B. zu Themen der Versorgungspraxis, zu medizinischen Fragestellungen, zur Praxis der Behandlungsdokumentation, zu erwarteten Auswirkungen von Qualitätsmessungen oder zum Anpassungsbedarf aufgrund neuer medizinischer Entwicklungen. Zu allen Eignungskriterien für Qualitätsmessungen hat das IQTIG Leitfragen formuliert (siehe Kapitel 5), zu deren Beantwortung Expertinnen und Experten wichtige Informationen beitragen. Im Regelbetrieb werden dazu die Expertengremien auf Bundesebene konsultiert, bei der Neuentwicklung von Indikatorensets das jeweils begleitende Expertengremium. Die Einschätzungen des IQTIG hinsichtlich der Erfüllung der Eignungskriterien werden mit dem jeweiligen Expertengremium besprochen. In seinen Berichten über die Neu- oder Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren und -kennzahlen stellt das IQTIG im Detail dar, wie diese durch die Konsultation der Expertinnen und Experten gewonnenen Informationen bei der Eignungsprüfung der Qualitätsindikatoren und -kennzahlen Berücksichtigung fanden.

7 Beispielhafte Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung

Zur Prüfung der Operationalisierung und Anwendbarkeit der entwickelten Kriterien hat das IQTIG eine Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung beispielhaft für einige Qualitätsergebnisse und Strukturinformationen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Beispielprüfungen werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

7.1 Qualitätssicherungsverfahren gemäß DeQS-RL

7.1.1 QS-Verfahren *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)*

Im Abschlussbericht „Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren *QS PCI*, *QS HSMDEF* und *QS KEP*“ (IQTIG 2023a) wurden die Ergebnisse der Prüfung, inwieweit das IQTIG die Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens *Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)* weiterhin für den Einsatz in der Qualitätssicherung empfehlen kann, im Detail dargestellt. Die Ergebnisse bezüglich der für die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung relevanten Eignungskriterien wurden für zwei als Beispiele ausgewählte Qualitätsindikatoren hierher übernommen.

Wurde der Qualitätsindikator im Rahmen der Erarbeitung der „Empfehlungen zur Weiterentwicklung“ als geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, wurden im Rahmen der vorliegenden Beispielprüfung zusätzlich Einschätzungen zur Angemessenheit des Referenzbereichs und zur Klassifikationsgüte vorgenommen (siehe Abschnitt 4.1), da diese Kriterien im Rahmen der Weiterentwicklung der Verfahren nicht erneut geprüft worden waren.

Die Ergebnisdarstellung erfolgt für diese beiden Indikatoren hier ausführlicher als zukünftig im regelmäßigen Bericht (siehe dazu Anhang A), um die Anwendung der Kriterien nachvollziehbar und umfassend darzustellen.

„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt (QI 56003)

Der Indikator adressiert die schnellstmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt (*segment elevation myocardial infarction*, STEMI) und wird den Qualitätsdimensionen Wirksamkeit, Rechtzeitigkeit und Verfügbarkeit sowie Patientensicherheit zugeschrieben.

Die „Door-to-balloon“-Zeit soll möglichst niedrig sein.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **hoch** eingeschätzt, da ein ST-Hebungsinfarkt (STEMI) ein akutes lebensbedrohliches Notfallereignis darstellt, das mit potenziell schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen bis hin zum Tod für die Patientinnen und

Patienten einhergehen kann. Dabei gilt, dass die Zeit von Symptombeginn bis zur Rekanalisation – als Zeit der potenziellen Sauerstoffunterversorgung des Herzmuskels – von hoher Relevanz für das Outcome (insbesondere die Überlebenswahrscheinlichkeit) der Patientinnen und Patienten ist. Die Erreichung einer möglichst niedrigen „Door-to-balloon“-Zeit ist damit mittelbar relevant für ein positives Outcome nach einem STEMI und aus Patientensicht somit von existentieller Bedeutung.

Der **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal** wird als **ausreichend belegt** angesehen, da eine starke Empfehlung für die Versorgungsmaßnahme aus einer methodisch hochwertigen evidenz- und konsensbasierten Leitlinie vorliegt. Demnach wird für Patientinnen und Patienten mit akutem ST-Hebungsinfarkt eine schnellstmögliche koronare Reperfusionstherapie empfohlen (NICE 2020, SIGN 2016).

Entsprechend den Empfehlungen einer früheren Version der Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (European Society of Cardiology, ESC) zur Versorgung des akuten ST-Hebungsinfarkts soll die Ballondilatation bzw. Reperfusion innerhalb von 60 Minuten ab dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme in einem PCI-Zentrum („Door-to-balloon“-Zeit) erfolgt sein (Steg et al. 2012). Hingegen wird in der zum Zeitpunkt der vorliegenden Prüfung gültigen ESC-Leitlinie zur Versorgung des akuten ST-Hebungsinfarkts von der Aufnahme im PCI-Zentrum („first medical contact“) bis zur Draht-passage („wire crossing“) ein Zeitfenster von maximal 70 Minuten empfohlen (Ibanez et al. 2018). Da innerhalb der empfohlenen 70 Minuten auch die Stellung der STEMI-Diagnose miteingeschlossen ist und hierfür ein Zeitfenster von 10 Minuten vorgesehen ist, sind die empfohlenen 70 Minuten auf den deutschen Versorgungskontext nicht übertragbar. So wird der weit überwiegende Teil der Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf einen STEMI in Deutschland mit dem Rettungsdienst in das PCI-Zentrum eingeliefert, weshalb die STEMI-Diagnose in der Regel bereits durch den Rettungsdienst gestellt worden ist. Vor diesem Hintergrund gilt nach Einschätzung des Expertengremiums auf Bundesebene für Patientinnen und Patienten mit einem akuten ST-Hebungsinfarkt weiterhin das Ziel, spätestens 60 Minuten nach der Aufnahme die Ballondilatation durchgeführt zu haben.

Die **Beeinflussbarkeit** durch die Leistungserbringer wird als **gegeben** eingeschätzt, da die schnelle medizinische Versorgung bei Patientinnen und Patienten mit akutem STEMI im Einfluss- und Verantwortungsbereich des Leistungserbringers liegt, der die Notfallversorgung bzw. perkutane Koronarintervention (*percutaneous coronary intervention*, PCI) durchführt.

Die schnelle medizinische Notfallversorgung der Patientinnen und Patienten mit einem akuten ST-Hebungsinfarkt hängt innerhalb des Krankenhauses maßgeblich davon ab, wie gut die internen Prozesse beim jeweiligen Leistungserbringer organisiert sind und ob die erforderlichen Strukturen vorhanden sind. Vor diesem Hintergrund kann der Leistungserbringer durch geeignete, qualitätssichernde Maßnahmen (z. B. Schulung des Personals, Definition von Prozessstandards) direkt Einfluss auf die Erreichung des Qualitätsziels nehmen.

In nur wenigen Fällen liegt eine eingeschränkte Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer vor. Dies kann bei Eingriffen der Fall sein, die im Rahmen einer sogenannten Verbringung erbracht werden. Hierbei wird die Patientin oder der Patient zur Durchführung der Prozedur in ein PCI-Zentrum verbracht. Nach Abschluss der Prozedur (i. d. R. innerhalb von 24 Stunden) kehrt die Patientin oder der Patient wieder in das entsendende Krankenhaus zurück. Diese Patientinnen und Patienten werden im Rahmen der Auswertung dem entlassenden bzw. entsendenden Krankenhaus zugeschrieben, welches für die Durchführung der Prozedur und damit die Einhaltung des Qualitätsziels nicht direkt verantwortlich ist. Der Anteil von Verbringungsleistungen an allen in den Indikator eingeschlossenen Patientinnen und Patienten betrug im Erfassungsjahr 2021 ca. 1,2 % (n = 398).

Für die durch den Indikator gemessene Versorgungsqualität ist der durchführende Leistungserbringer maßgeblich verantwortlich.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen Hinweise auf deren Einschränkung vor.

Es wurde der Hinweis gegeben, dass das Datenfeld „Ist STEMI Hauptdiagnose?“ aus Unwissenheit über den Hintergrund bzw. Verwendungszweck ggf. fehlinterpretiert werden könnte. Infolgedessen könnte es zu einer Unterdokumentation der ST-Hebungsinfarkte kommen. Es wird daher eine klarere Bezeichnung des Datenfeldes vorgeschlagen (z. B. „War der akute STEMI Anlass der stationären Aufnahme?“).

Für die übrigen von diesem Indikator verwendeten Datenfelder ergaben sich im Rahmen der Prüfung keine Hinweise auf relevante Einschränkungen, sodass die Objektivität der Messung der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder insgesamt als **hoch** beurteilt wird.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Datenqualität der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Die **Validität der Messung** wird für diesen Indikator als **mittel** beurteilt.

Bislang werden in den Indikator alle Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die mit der Hauptdiagnose eines akuten ST-Hebungsinfarkts (i. d. R. stationär) aufgenommen und anschließend einer Erst-PCI (isolierte PCI oder Einzeitig-PCI) zugeführt werden. Ausgeschlossen werden Patientinnen und Patienten, bei denen eine Fibrinolyse vor der Prozedur durchgeführt wurde oder dies unbekannt ist, sowie alle Patientinnen und Patienten, für die entweder der „Door“-Zeitpunkt und/oder der „Balloon“-Zeitpunkt nicht dokumentiert worden ist. Die ausschließliche Bezugnahme auf die Erst-PCI ist darauf zurückzuführen, dass die „Door“-Zeit nur für Patientinnen und Patienten erhoben werden kann, die mit einem akuten STEMI initial aufgenommen worden sind.

Aus Sicht des Expertengremiums auf Bundesebene sollten zukünftig auch Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden, die neben dem akuten ST-Hebungsinfarkt einen kardiogenen Schock erlitten haben, da bei diesen Patientinnen und Patienten zunächst die initiale Stabilisierung vor dem Herzkathetereingriff im Vordergrund steht und somit die Koronarrevaskularisation ggf. erst später durchgeführt werden kann. Durch den Ausschluss von Patientinnen und Patienten mit kardiogenem Schock wird eine Verbesserung des Bundesergebnisses (Erfassungsjahr 2021 = 74,55 %) erwartet.

Die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren für das Erfassungsjahr 2021 zeigen, dass für 16 von 57 Leistungserbringern mit rechnerisch auffälligen Ergebnissen (28,07 %) ein qualitativ unauffälliges Ergebnis festgestellt wurde. Als nicht von den Leistungserbringern zu verantwortende Faktoren oder Konstellationen wurden von den Landesarbeitsgemeinschaften insbesondere kleine Fallzahlen, vereinzelt Dokumentationsprobleme und plausibel dargelegte Einzelfallkonstellationen (z. B. Patientinnen und Patienten mit kardiogenem Schock bei Aufnahme, prähospital reanimierte Patientinnen und Patienten, Selbsteinweiser) genannt. Insgesamt ergeben sich keine klaren Belege, die auf eine eingeschränkte Validität des Indikators auf Basis der Rückmeldungen aus dem Stellungnahmeverfahren hindeuten. Das IQTIG empfiehlt, Patientinnen und Patienten mit kardiogenem Schock zukünftig aus der Indikatorberechnung auszuschließen und das Datenfeld „Ist STEMI Hauptdiagnose?“ eindeutiger zu formulieren.

Für den Indikator ist das 5. Perzentil der Verteilung der Indikatorergebnisse als Referenzwert für die Entscheidung, ob ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden soll, festgelegt. Dabei ist ein verteilungsbezogener Referenzbereich geeignet für die Entscheidung über die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens (Leitfrage 1), und die Anzahl der Leistungserbringer, die als „rechnerisch auffällig“ eingestuft werden und für die somit ein Stellungnahmeverfahren durchgeführt werden soll, entspricht dem vorgesehenen Aufwandsrahmen für diese Maßnahme (Leitfrage 3). Somit wird die **Angemessenheit des Referenzbereichs** als **gegeben** eingeschätzt.

Für Qualitätsindikatoren im Verfahren *QS PCI* erfolgt die Einstufung der Indikatorergebnisse gemäß der vom IQTIG (Hengelbrock et al. 2023, IQTIG 2022d) entwickelten statistischen Methodik zur Bestimmung von perzentilbasierten Referenzbereichen und zur Ermittlung von rechnerischen Auffälligkeiten. Diese Methodik berücksichtigt die statistische Unsicherheit der beobachteten Indikatorergebnisse bei der Einstufung. Die **Klassifikationsgüte** wird daher als **ausreichend** beurteilt.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurde folgender **relevanter Einflussfaktor** auf das Indikatorergebnis identifiziert, der nicht von den Leistungserbringern zu verantworten ist: „Zustand nach Reanimation“. Bislang wurde nach dem o. g. Einflussfaktor noch nicht risikoadjustiert. Der Faktor „Zustand nach Reanimation“ wird jedoch bereits über die QS-Dokumentation beim Leistungserbringer erhoben, sodass die Voraussetzungen für die Entwicklung eines entsprechenden Risikoadjustierungsmodells vorliegen. Das IQTIG geht davon aus, dass

bei Anwendung des entwickelten Modells eine mindestens **eingeschränkt angemessene** Risiko-adjustierung erreicht werden kann.

Gesamteinschätzung

Das Qualitätsmerkmal des Indikators zur „Door-to-balloon“-Zeit ist gemäß den Kriterien weiterhin für die Qualitätssicherung geeignet. Es handelt sich um ein Qualitätsmerkmal mit einem belegten Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, das eine hohe Bedeutung für die Patientinnen und Patienten hat. Der Indikator adressiert ein Merkmal mit einem hohen potenziellen Nutzen. Das IQTIG hat daher empfohlen, den Indikator weiterzuführen und die Validität zu verbessern.

Gemäß den hier entwickelten Kriterien würde das IQTIG empfehlen, die Indikatorergebnisse einrichtungsbezogen zu veröffentlichen, unter der Voraussetzung, dass das Risikoadjustierungsmodell für den Qualitätsindikator entwickelt und angewendet wird. Auch eine Veröffentlichung des Referenzbereichs sowie der Einstufungsergebnisse könnte empfohlen werden.

Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml (QI 56009)

Der Indikator adressiert eine möglichst geringe Kontrastmittelmenge für Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie und wird den Qualitätsdimensionen „Patientensicherheit“ und „Angemessenheit“ zugeschrieben.

Die applizierte Kontrastmittelmenge soll möglichst gering sein.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **mittel** eingeschätzt, da die Gabe von Röntgenkontrastmittel neben allergischen Reaktionen und Schilddrüsenerkrankungen in seltenen Fällen auch zu einer akuten Funktionsverschlechterung der Nieren führen kann, die als kontrastmittelinduzierte Nephropathie bezeichnet wird. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist die Gefahr einer akuten oder die Verschlechterung einer bestehenden chronischen Nierenschädigung die bedeutsamste mögliche Komplikation.

Mit Blick auf die potenziell schädigende Wirkung von Röntgenkontrastmittel auf den menschlichen Organismus ist eine möglichst niedrige Kontrastmitteldosierung somit mittelbar relevant, um negative gesundheitliche Behandlungsfolgen für die Patientinnen und Patienten zu vermeiden bzw. zu verringern.

Der **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal** wird als **nicht belegt** angesehen, da sich im Ergebnis der durchgeführten systematischen Literaturrecherche nicht herleiten ließ, dass die Gabe von Röntgenkontrastmittel für alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine isolierte Koronarangiographie durchgeführt wird, potenziell nierenschädigend ist. Einzig für Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz konnte aus einer hochwertigen Leitlinie die Empfehlung abgeleitet werden, dass im Zuge einer Koronarangiographie Maßnahmen ergriffen werden sollten, um das Risiko einer kontrastmittelinduzierten akuten Nierenschädigung zu minimieren. Es wird empfohlen, das Volumen des verabreichten Kontrastmittels zu dokumentieren und den Kontrastmittelverbrauch zu minimieren (Lawton et al. 2022).

Die **Beeinflussbarkeit** durch die Leistungserbringer wird als **gegeben** eingeschätzt, da die zur Durchführung der Koronarangiographie erforderliche Kontrastmitteldosierung im Einfluss- und Verantwortungsbereich des Leistungserbringers liegt, der die Untersuchung durchführt.

Der sparsame Einsatz von Röntgenkontrastmittel bei einer Koronarangiographie hängt maßgeblich von den Fähigkeiten und Erfahrungen der untersuchenden Person ab. Vor diesem Hintergrund kann der Leistungserbringer durch geeignete, qualitätssichernde Maßnahmen (z. B. Ausbildung und Schulung des Personals, Einsatz modernster Röntgentechnologien, Evaluation der Kontrastmittelverbräuche und Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen, Durchführung von Audits) direkt Einfluss auf die Erreichung des Qualitätsziels nehmen.

In nur wenigen Fällen liegt eine eingeschränkte Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer vor. Dies kann bei Eingriffen der Fall sein, die im Rahmen einer sogenannten Verbringung erbracht werden. Hierbei wird die Patientin oder der Patient zur Durchführung der Prozedur in ein anderes Krankenhaus verbracht. Nach Abschluss der Prozedur (i. d. R. innerhalb von 24 Stunden) kehrt die Patientin oder der Patient wieder in das entsendende Krankenhaus zurück. Diese Patientinnen und Patienten werden im Rahmen der Auswertung dem entlassenden bzw. entsendenden Krankenhaus zugeschrieben, welches für die Durchführung der Prozedur und damit die Einhaltung des Qualitätsziels nicht direkt verantwortlich ist. Der Anteil von Verbringungsleistungen an allen in den Indikator eingeschlossenen Patientinnen und Patienten betrug im Erfassungsjahr 2021 ca. 2,9 % (n = 11.688).

Für die durch den Indikator gemessene Versorgungsqualität ist der durchführende Leistungserbringer maßgeblich verantwortlich.

Bezüglich der **Objektivität der Messung** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Reliabilität der Messung (auf Fallebene)** liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder als **hoch** beurteilt.

Bezüglich der **Datenqualität** liegen Hinweise auf deren Einschränkung vor.

Für eines von 2 Datenfeldern, die zur Indikatorberechnung benötigt werden, wird nur eine mittlere Datenqualität angenommen. Dies betrifft das Datenfeld „applizierte Kontrastmittelmenge“. Die Einstufung „mittel“ ist darin begründet, dass Hinweise dazu vorliegen, dass es bei diesem Datenfeld zu Übertragungsfehlern aus der Patientenakte kommen kann, die Ausschlussbedingungen gemäß Ausfüllhinweis mitunter nicht berücksichtigt werden und teilweise auch zu verwerfende Restmengen mitangegeben werden.

In der Summe wird die Datenqualität der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder als **mittel** beurteilt, da das zur Indikatorberechnung relevantere Datenfeld („applizierte Kontrastmittelmenge“) nur eine mittlere Datenqualität aufweist.

Die **Validität der Messung** wird für diesen Indikator als **hoch** beurteilt.

In den Indikator werden alle isolierten Koronarangiographien eingeschlossen.

Bislang prüft der Indikator nicht, ob die Kontrastmittelmenge prozedurbezogen möglichst niedrig ist, sondern lediglich, ob die applizierte Kontrastmittelmenge prozedurbezogen nicht mehr als 150 ml betrug. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass der Grenzwert von 150 ml empirisch aus den QS-Daten der Jahre 2003 bis 2005 hergeleitet wurde und nicht als evidenzbasierter Optimalwert zu interpretieren ist. Mit den prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2023 wird die Dichotomisierung (Kontrastmittelmenge von 150 ml überschritten – ja/nein) in dem Indikator aufgehoben, sodass der Zähler nicht mehr die Anzahl interessierender Ereignisse darstellt. Stattdessen wird zukünftig das stetige Outcome für jeden Fall direkt mit dem über ein Risikoadjustierungsmodell ermittelten erwarteten (stetigen) Outcome in Beziehung gesetzt. Mit dieser Änderung wird das eigentliche Qualitätsziel – die Prozedur mit möglichst geringer Kontrastmitteldosierung durchzuführen – treffender überprüfbar gemacht.

Bei der Prüfung der **Angemessenheit der Risikoadjustierung** wurden folgende relevante Einflussfaktoren auf die Indikatorergebnisse identifiziert, die nicht von den Leistungserbringern zu verantworten sind: „BMI“, „Aortenaneurysma“, „anatomische Veränderungen, die einen erschwerten Koronarzugang verursachen“, „Vorhandensein von Bypässen“, „Durchführung einer Lävokardiographie“.

Die Risikoadjustierung ist für diesen Indikator **nicht angemessen**, da für diesen Indikator bislang noch keine Risikoadjustierung durchgeführt wurde.

Gesamteinschätzung

Das Qualitätsmerkmal ist gemäß den Kriterien derzeit **nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet**, da der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist. Im Ergebnis der durchgeführten Leitlinienrecherche liegt jedoch für eine Subgruppe (Patientinnen und Patienten mit manifester Nierenschädigung) wissenschaftliche Evidenz für dieses Qualitätsmerkmal vor. Das IQTIG hat daher empfohlen, den Qualitätsindikator „Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml“ zu überarbeiten.

Aufgrund des nicht ausreichend belegten Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal sowie der nicht angemessenen Risikoadjustierung würde das IQTIG gemäß der hier entwickelten Methodik nicht empfehlen, die auf Basis bereits erhobener Daten berechneten Indikatorergebnisse einrichtungsbezogen zu veröffentlichen. Da die Veröffentlichung der Indikatorergebnisse nicht empfohlen werden könnte, erübrigt sich die Prüfung der Angemessenheit des Referenzbereichs und der Klassifikationsgüte.

Gesamtüberblick über die Qualitätsindikatoren QS PCI

Die aktuelle Prüfung auf Eignung für den Einsatz in der Qualitätssicherung (IQTIG 2023a) umfasste das gesamte Set an QS-dokumentationsbasierten sowie sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren des Verfahrens *QS PCI*. Für alle Indikatoren dieses Verfahrens liegen demzufolge fast alle nötigen Informationen vor, um die Eignung der Indikatorergebnisse für die öffentliche Berichterstattung nach den weiterentwickelten Kriterien zu beurteilen.

Das IQTIG hat daher eine Betrachtung vorgenommen, welche Auswirkungen die Anwendung der vorliegenden weiterentwickelten Methodik sowie der Erkenntnisse aus der Weiterentwicklung des Verfahrens auf die Veröffentlichungsempfehlungen zum Berichtsjahr 2022 gehabt hätten, hätten diese bereits vorgelegen.

Tabelle 2 enthält die Ergebnisse dieser Betrachtung für das Verfahren *QS PCI* und stellt sie den vom IQTIG im April 2023 ausgesprochenen Empfehlungen für die öffentliche Berichterstattung für das Berichtsjahr 2022 (IQTIG 2023b) gegenüber.

Von den 13 im April 2023 zur Veröffentlichung empfohlenen QS-dokumentationsbasierten Qualitätsindikatoren hätte das IQTIG bei Vorliegen und Anwendung der weiterentwickelten Methodik und der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung 10 Indikatoren nicht zur Veröffentlichung empfohlen (davon 4 Indikatoren aufgrund eines fehlenden Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, 2 Indikatoren aufgrund geringer Validität der Messung, 2 Indikatoren aufgrund einer nicht angemessenen Risikoadjustierung und 2 Indikatoren, da sie nicht Versorgungs-, sondern Dokumentationsqualität adressieren). 3 Indikatoren wären weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen worden. Von den 6 im April 2023 nicht zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren wären 3 auch weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen worden (davon 2 Indikatoren wegen nicht gegebener Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer und ein Indikator aufgrund nicht angemessener Risikoadjustierung), für 3 Indikatoren konnte dies nicht abschließend beurteilt werden, da hierzu die Einschätzung bezüglich der maßgeblichen Zuschreibbarkeit zum betreffenden Leistungserbringer fehlte.

Tabelle 2: QS PCI, Empfehlungen des IQTIG für die öffentliche Berichterstattung für das Berichtsjahr 2022: Vergleich der im April 2023 ausgesprochenen Empfehlungen („alt“) mit den möglichen Empfehlungen unter Anwendung der weiterentwickelten Methodik sowie der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung („neu“).

ID	Bezeichnung des Indikators	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie	ja	nein	Der Indikator wurde wegen aktuell geringer Validität zur Überarbeitung empfohlen. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	ja	nein	Der Indikator wurde wegen geringer Validität zur Abschaffung empfohlen. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	ja	nein	Der Indikator wurde zur Beibehaltung empfohlen. Da die Risikoadjustierung aktuell als „nicht angemessen“ eingeschätzt wurde, hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
56004	„Door“-Zeitpunkt oder „Balloon“-Zeitpunkt unbekannt	ja	nein	Der Indikator wurde zur Umwandlung in ein Auffälligkeitskriterium zur Datenvalidierung empfohlen, da er nicht die medizinische Versorgungsqualität, sondern die Dokumentationsqualität adressiert. Er hätte daher ebenfalls keine Empfehlung zur Veröffentlichung erhalten.
56005	Isolierte Koronarangiographien mit Dosis-Flächen-Produkt über 2.800 cGy x cm ²	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁶

¹⁶ Da die Eignungskriterien „Angemessenheit des Referenzbereichs“ sowie „Klassifikationsgüte“ bei der Weiterentwicklung nicht geprüft wurden, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden, ob das IQTIG auch eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Referenzbereiche und Einstufungsergebnisse („rechnerisch auffällig/unauffällig“) hätte aussprechen können.

ID	Bezeichnung des Indikators	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
56006	Isolierte PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 4.800 cGy x cm ²	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen ¹⁶ .
56007	Einzeitig-PCI mit Dosis-Flächen-Produkt über 5.500 cGy x cm ²	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen ¹⁶ .
56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	ja	nein	Der Indikator wurde zur Umwandlung in ein Auffälligkeitskriterium zur Datenvalidierung empfohlen, da er nicht die medizinische Versorgungsqualität, sondern die Dokumentationsqualität adressiert. Er hätte daher keine Empfehlung zur Veröffentlichung erhalten.
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	ja	nein	Der Indikator wurde zur Überarbeitung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal aktuell der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt ist. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
56010	Isolierte PCI mit Kontrastmittelmenge über 200 ml	ja	nein	Der Indikator wurde zur Überarbeitung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal aktuell der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt ist. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
56011	Einzeitig-PCI mit Kontrastmittelmenge über 250 ml	ja	nein	Der Indikator wurde zur Überarbeitung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal aktuell der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt ist. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.

ID	Bezeichnung des Indikators	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	nein	nein	Der Indikator wurde zur Beibehaltung empfohlen. Da die Risikoadjustierung als „nicht angemessen“ eingeschätzt wurde, hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	ja	nein	Der Indikator wurde zur Beibehaltung empfohlen. Da die Risikoadjustierung als „nicht angemessen“ eingeschätzt wurde, hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	ja	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt ist. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	nein	nicht anwendbar	Auf Basis der Ergebnisse der Verfahrensweiterentwicklung kann keine abschließende Beurteilung der Eignung zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung vorgenommen werden, da nicht eingeschätzt wurde, ob dem Leistungserbringer die Verantwortung für das Indikatorergebnis maßgeblich zuzuschreiben ist.
56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	nein	nicht anwendbar	Auf Basis der Ergebnisse der Verfahrensweiterentwicklung kann keine abschließende Beurteilung der Eignung zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung vorgenommen werden, da nicht eingeschätzt wurde, ob dem Leistungserbringer die Verantwortung für das Indikatorergebnis maßgeblich zuzuschreiben ist.
56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	nein	nicht anwendbar	Auf Basis der Ergebnisse der Verfahrensweiterentwicklung kann keine abschließende Beurteilung der Eignung zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung vorgenommen werden, da nicht eingeschätzt wurde, ob dem Leistungserbringer die Verantwortung für das Indikatorergebnis maßgeblich zuzuschreiben ist.

ID	Bezeichnung des Indikators	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	nein	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als nicht gegeben und die Validität als gering eingeschätzt wurde. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	nein	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als nicht gegeben und die Validität als gering eingeschätzt wurde. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.

7.1.2 Patientenbefragung des Verfahrens QS PCI

Zwei Indikatoren der Patientenbefragung im QS-Verfahren QS PCI wurden beispielhaft auf ihre Eignung zum Einsatz in der Qualitätssicherung und somit auf ihre Eignung zur öffentlichen Berichterstattung geprüft.

Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung (QI 56115)

Der Qualitätsindikator adressiert unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung bei Patientinnen und Patienten mit elektiver Koronarangiographie und/oder elektiver isolierter, einzeitiger PCI. Der Indikator wird der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ zugeordnet. Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **hoch** eingeschätzt. Schmerzen in der Zeit nach der Prozedur sind für die Patientinnen und Patienten unangenehm, können teilweise als unerträglich betrachtet werden und sollten daher vermieden werden. Im Rahmen der Entwicklung der Befragung wiesen insbesondere die Patientinnen und Patienten selbst daraufhin, dass die Behandlung von Schmerzen in der Zeit nach der Prozedur für sie sehr wichtig war bzw. gewesen wäre.

Das Qualitätsmerkmal ist **unmittelbar patientenrelevant**.

Die **Beeinflussbarkeit** durch die Leistungserbringer wird als **gegeben** eingeschätzt, da die Versorgung durch den Leistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung des Qualitätsmerkmals positiv beeinflusst. Beispiele für solche Prozesse oder Strukturen sind: Anwesenheit von Personal im Raum während der Zeit der Nachbeobachtung, mehrmaliges Nachfragen, ob Schmerzen vorhanden sind, und ggf. Bereitstellen von Schmerzmittel.

Für die durch den Indikator gemessene Versorgungsqualität ist **der durchführende Leistungserbringer maßgeblich verantwortlich**.

Die **Objektivität der Messung** wird als **hoch** eingeschätzt. Bei der Befragung von Patientinnen und Patienten wird auf subjektive Befragungsansätze weitestgehend verzichtet und ein faktenorientierter Befragungsansatz verfolgt. Dieser stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten sich bei der Beantwortung der Items auf konkrete Situationen und Sachverhalte beziehen können. Im Rahmen der Entwicklung wurde überprüft, dass das Verstandene mit dem Intendierten übereinstimmt und die Fragen gleich verstanden werden. Durch die Standardisierung des Fragebogens ist sichergestellt, dass die Antworten der Patientinnen und Patienten unabhängig von den Untersuchungsbedingungen sind.

Datenqualität und **Reliabilität** auf Fallebene werden für die Qualitätsindikatoren und -kennzahlen der Patientenbefragung **nicht beurteilt** (siehe Kapitel 5).

Die **Validität der Messung** wird für diesen Indikator als **hoch** beurteilt, da alle relevanten Patientenfälle in den Indikator eingeschlossen und irrelevante Fälle ausgeschlossen werden. In den kognitiven Pretests wurde explizit überprüft, ob das interessierende Ereignis klar verständlich und abgrenzbar von anderen Ereignissen ist. Das Qualitätsziel fordert, dass Patientinnen und Patienten nach der Prozedur mehrfach nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten. Diese Ziele werden in den Fragen explizit adressiert.

Die **Angemessenheit des Referenzbereichs** und die **Klassifikationsgüte** müssen für diesen Indikator **noch nicht beurteilt** werden, da der Referenzbereich noch nicht angewendet wird. Es erfolgt noch keine Einstufung, ob das Indikatorergebnis eines Leistungserbringers innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs für eine bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahme liegt, es können demnach auch keine Ergebnisse einer solchen Einstufung veröffentlicht werden.

Eine **Risikoadjustierung** des Indikators wird als **nicht erforderlich** eingeschätzt, da für die Prozesse oder Strukturen, mit denen der Leistungserbringer das Qualitätsmerkmal positiv beeinflussen kann, wie z. B. Anwesenheit von Personal, Nachfragen oder die Bereitstellung von Schmerzmitteln, keine patientenseitigen oder andere vom Leistungserbringer nicht beeinflussbare Faktoren angenommen werden.

Gesamteinschätzung

In der Gesamtschau wird der Indikator „Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung“ als **für den Einsatz in der Qualitätssicherung geeignet** eingeschätzt. Neben einer hohen Bedeutung für die Patientinnen und Patienten weist der Qualitätsindikator eine hohe Objektivität und Validität auf. Bei der Benennung der Grundgesamtheit ist eindeutig gegeben, dass ausschließlich Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden, auf die der Indikator zutrifft. Eine Risikoadjustierung wird als nicht erforderlich angesehen.

Das IQTIG würde demzufolge eine Empfehlung für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse aussprechen.

Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur (QI 56117)

Der Qualitätsindikator adressiert die Bildung behandlungsbedürftiger flächiger Hämatome bei Patientinnen und Patienten mit elektiver Koronarangiographie und/oder elektiver isolierter, einzeitiger PCI. Der Indikator wird der Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ zugeordnet. Patientinnen und Patienten sollen nach der elektiven Prozedur keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen. Der Indikatorwert soll hoch sein.

Die **Bedeutung für die Patientinnen und Patienten** wird durch das IQTIG als **hoch** eingeschätzt. Flächige Hämatome gelten als verbreitete Komplikation bei der Prozedur. Die Hämatome können beträchtliche Ausmaße annehmen und sind für die Patientinnen und Patienten schmerzhaft, bewegungseinschränkend und teilweise beängstigend.

Das Qualitätsmerkmal ist **unmittelbar patientenrelevant**.

Die **Beeinflussbarkeit** durch die Leistungserbringer wird als **gegeben** eingeschätzt, da die Versorgung durch den Leistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung des Qualitätsmerkmals positiv beeinflusst. Beispiele für solche Prozesse oder Strukturen sind: Anwesenheit von Personal im Raum in der Zeit der Nachbeobachtung und mehrfaches Kontrollieren der Punktionsstelle, um die individuelle Kompression und Lagerung zu prüfen.

Für die durch den Indikator gemessene Versorgungsqualität ist **der durchführende Leistungserbringer maßgeblich verantwortlich**.

Die **Objektivität der Messung** wird als **hoch** eingeschätzt. Bei der Befragung von Patientinnen und Patienten wird auf subjektive Befragungsansätze weitestgehend verzichtet und ein faktenorientierter Befragungsansatz verfolgt. Dieser stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten sich bei der Beantwortung der Items auf konkrete Situationen und Sachverhalte beziehen können. Im Rahmen der Entwicklung wurde überprüft, dass das Verstandene mit dem Intendierten übereinstimmt und die Fragen gleich verstanden werden. Durch die Standardisierung des Fragebogens ist sichergestellt, dass die Antworten der Patientinnen und Patienten unabhängig von den Untersuchungsbedingungen sind.

Datenqualität und Reliabilität auf Fallebene werden für die Qualitätsindikatoren und -kennzahlen der Patientenbefragung nicht beurteilt (siehe Kapitel 5).

Die **Validität der Messung** wird für diesen Indikator als **hoch** beurteilt, da alle relevanten Patientenfälle in den Indikator eingeschlossen und irrelevante Fälle ausgeschlossen werden. In den kognitiven Pretests wurde explizit überprüft, ob das interessierende Ereignis klar verständlich und abgrenzbar von anderen Ereignissen ist. Das Qualitätsziel fordert, dass Patientinnen und Patienten möglichst keine behandlungsbedürftigen Hämatome aufweisen. Die Fragen adressieren demgemäß das Vorhandensein von schmerzhaften oder bewegungseinschränkenden Hämatomen bzw. ob wegen dieser eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht werden musste.

Die **Angemessenheit des Referenzbereichs** und die **Klassifikationsgüte** müssen für diesen Indikator **noch nicht beurteilt** werden, da der Referenzbereich noch nicht angewendet wird. Es erfolgt noch keine Einstufung, ob das Indikatorergebnis eines Leistungserbringers innerhalb oder außerhalb des Referenzbereichs für eine bestimmte Qualitätssicherungsmaßnahme liegt, es können demnach auch keine Ergebnisse einer solchen Einstufung veröffentlicht werden.

Die **Risikoadjustierung** des Indikators wird aktuell als **nicht angemessen** eingeschätzt. Aufgrund eines besonderen Risikoprofils können Patientinnen und Patienten eine höhere Neigung zur Hämatombildung aufweisen. Diese muss im Rahmen einer Risikoadjustierung berücksichtigt werden. Derzeit liegt noch keine Risikoadjustierung für diesen Indikator vor.

Gesamteinschätzung

Das Qualitätsmerkmal des Indikators „Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur“ ist gemäß den Kriterien **für die Qualitätssicherung geeignet**. Neben einer hohen Bedeutung für die Patientinnen und Patienten weist der Qualitätsindikator auch eine hohe

Objektivität und Validität auf. Bis zum Vorliegen einer angemessenen Risikoadjustierung würde das IQTIG jedoch keine Empfehlung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung für diesen Indikator aussprechen.

7.1.3 QS-Verfahren Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)

Das QS-Verfahren *Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)* war ebenfalls Teil der Überprüfung und Weiterentwicklung (IQTIG 2023a). Auch für die Qualitätsindikatoren dieses Verfahrens liegen demzufolge die nötigen Informationen vor, um die Eignung der Indikatorergebnisse für die öffentliche Berichterstattung nach den weiterentwickelten Kriterien zu beurteilen.

Das IQTIG hat daher für *QS HSMDEF* ebenfalls die Betrachtung vorgenommen, welche Auswirkungen die Anwendung der weiterentwickelten Methodik sowie der Erkenntnisse aus der Weiterentwicklung des Verfahrens auf die Veröffentlichungsempfehlungen zum Berichtsjahr 2022 gehabt hätten, hätten diese bereits vorgelegen. Tabelle 3 enthält die Ergebnisse dieser Betrachtung für das Verfahren *QS HSMDEF* und stellt sie den vom IQTIG im April 2023 ausgesprochenen Empfehlungen für die öffentliche Berichterstattung für das Berichtsjahr 2022 (IQTIG 2023b) gegenüber.

Von den 31 im April 2023 zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen hätte das IQTIG bei Vorliegen und Anwendung der weiterentwickelten Methodik und der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung 22 auch weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen. 7 Indikatoren hätten keine Empfehlung zur Veröffentlichung mehr erhalten (alle 7 Indikatoren aufgrund eines fehlenden Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal, 3 von ihnen zusätzlich wegen niedriger Datenqualität). Für 2 Kennzahlen konnte auf Basis der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung keine Aussage über ihre Eignung zur öffentlichen Berichterstattung getroffen werden, da für diese Kennzahlen die Eignungskriterien nicht umfassend geprüft wurden.

Von den 7 im April 2023 nicht zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren wären 4 auch weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen worden (davon 3 Indikatoren aufgrund von geringer Validität der Messung und mangelnder Beeinflussbarkeit, ein Indikator aufgrund des fehlenden Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal und niedriger Datenqualität). Für einen Indikator konnte keine Aussage über die Eignung zur öffentlichen Berichterstattung getroffen werden, da dieser Indikator nur in einer bereits überarbeiteten Form Teil der Weiterentwicklung war. Für 2 weitere Indikatoren, die im April 2023 keine Empfehlung zur Veröffentlichung erhalten haben, hätte das IQTIG bei Anwendung der vorliegenden Methodik und der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung eine Empfehlung zur Veröffentlichung aussprechen können.

Tabelle 3: QS HSMDEF, Empfehlungen des IQTIG für die öffentliche Berichterstattung für das Berichtsjahr 2022: Vergleich der im April 2023 ausgesprochenen Empfehlungen („alt“) mit den möglichen Empfehlungen unter Anwendung der weiterentwickelten Methodik sowie der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung („neu“)

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl (Modul)	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
101803	Leitlinienkonforme Indikation (HSM-IMPL)	ja	nein	Der Indikator wurde zur Überarbeitung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal aktuell der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
50055	Leitlinienkonforme Indikation (DEFI-IMPL)	nein	nein	Der Indikator wurde zur Überarbeitung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal aktuell der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist und zudem die Datenqualität als niedrig eingeschätzt wurde. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
54140	Leitlinienkonforme Systemwahl (HSM-IMPL)	ja	nein	Der Indikator wurde zur Überarbeitung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal aktuell der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
50005	Leitlinienkonforme Systemwahl (DEFI-IMPL)	ja	nein	Der Indikator wurde zur Überarbeitung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal aktuell der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist und zudem die Datenqualität als niedrig eingeschätzt wurde. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl (Modul)	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
54143	Systeme 3. Wahl (HSM-IMPL)	nein	n. a.	Der Indikator war nur in seiner überarbeiteten Version als „Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern“ Teil der umfassenden Weiterentwicklung. Daher kann hier keine Aussage zur Eignung des ursprünglichen Indikators für die öffentliche Berichterstattung gemacht werden.
52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln (HSM-IMPL)	ja	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt ist. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln (DEFI-IMPL)	ja	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt ist. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
101800	Dosis-Flächen-Produkt (HSM-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
131801	Dosis-Flächen-Produkt (DEFI-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷

¹⁷ Da die Eignungskriterien „Angemessenheit des Referenzbereichs“ sowie „Klassifikationsgüte“ bei der Weiterentwicklung nicht geprüft wurden, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden, ob das IQTIG auch eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Referenzbereiche und Einstufungsergebnisse („rechnerisch auffällig/unauffällig“) hätte aussprechen können.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl (Modul)	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (HSM-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde wegen eines ungünstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses zur Überarbeitung empfohlen. Da das IQTIG den Aufwand bei der Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt, hätte es auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen (DEFI-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden (HSM-AGGW)	ja	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist und zudem die Datenqualität als niedrig eingeschätzt wurde. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden (DEFI-AGGW)	ja	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist und zudem die Datenqualität als niedrig eingeschätzt wurde. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (HSM-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl (Modul)	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (HSM-AGGW)	ja	ja	Der Indikator wurde wegen geringen Potenzials zur Verbesserung zur Abschaffung empfohlen. Da das IQTIG dieses Kriterium bei der Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt, hätte es auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (HSM-REV)	ja	ja	Der Indikator wurde wegen geringen Potenzials zur Verbesserung zur Abschaffung empfohlen. Da das IQTIG dieses Kriterium bei der Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt, hätte es auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (DEFI-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde zur Überarbeitung empfohlen, um das Verbesserungspotenzial besser einschätzen zu können. Da das IQTIG das Potenzial zur Verbesserung bei der Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt, hätte es auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (DEFI-AGGW)	ja	ja	Der Indikator wurde wegen geringen Potenzials zur Verbesserung zur Abschaffung empfohlen. Da das IQTIG dieses Kriterium bei der Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt, hätte es auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen) (DEFI-REV)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl (Modul)	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
52311	Sondendislokation oder -dysfunktion (HSM-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
52325	Sondendislokation oder -dysfunktion (DEFI-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden (HSM-REV)	ja	ja	Der Indikator wurde wegen geringen Potenzials zur Verbesserung zur Abschaffung empfohlen. Da das IQTIG dieses Kriterium bei der Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt, hätte es auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden (DEFI-REV)	ja	ja	Der Indikator wurde wegen geringen Potenzials zur Verbesserung zur Abschaffung empfohlen. Da das IQTIG dieses Kriterium bei der Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt, hätte es auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (HSM-IMPL)	ja	n. a.	Die relevanten Eignungskriterien wurden für diese Kennzahl nicht vollständig geprüft. Daher kann hier keine Aussage zur Eignung der Kennzahl für die öffentliche Berichterstattung gemacht werden.
131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden (DEFI-IMPL)	ja	n. a.	Die relevanten Eignungskriterien wurden für diese Kennzahl nicht vollständig geprüft. Daher kann hier keine Aussage zur Eignung der Kennzahl für die öffentliche Berichterstattung gemacht werden.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl (Modul)	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
51191	Sterblichkeit im Krankenhaus (HSM-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde wegen eines ungünstigen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses zur Überarbeitung empfohlen. Da das IQTIG den Aufwand bei der Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt, hätte es auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
51404	Sterblichkeit im Krankenhaus (HSM-REV)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
51186	Sterblichkeit im Krankenhaus (DEFI-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde wegen geringen Potenzials zur Verbesserung zur Abschaffung empfohlen. Da das IQTIG dieses Kriterium bei der Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt, hätte es auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
51196	Sterblichkeit im Krankenhaus (DEFI-REV)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher- Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen (HSM-IMPL)	nein	nein	Der Indikator wurde u. a. wegen geringer Validität zur Abschaffung empfohlen. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren (HSM-IMPL)	nein	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als nicht gegeben und die Validität als gering eingeschätzt wurde. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl (Modul)	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren (DEFI-IMPL)	nein	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer als nicht gegeben und die Validität als gering eingeschätzt wurde. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (HSM-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (DEFI-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (HSM-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres (DEFI-IMPL)	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁷
132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation (DEFI-IMPL)	nein	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse aussprechen können. ¹⁷

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl (Modul)	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation (HSM-IMPL)	nein	ja	Der Indikator wurde wegen geringen Potenzials zur Verbesserung zur Abschaffung empfohlen. Da das IQTIG dieses Kriterium bei der Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung nicht berücksichtigt, hätte es eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse aussprechen können. ¹⁷

HSM-IMPL = Herzschrittmacher-Implantation; HSM-AGGW = Herzschrittmacher-Aggregatwechsel; HSM-REV = Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation;
 DEFI-IMPL = Implantierbare Defibrillatoren – Implantation; DEFI-AGGW = Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel; DEFI-REV = Implantierbare Defibrillatoren –
 Revision/Systemwechsel/Explantation

7.1.4 QS-Verfahren Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)

Auch das QS-Verfahren *Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)* war Teil der Überprüfung und Weiterentwicklung (IQTIG 2023a). Für die Qualitätsindikatoren dieses Verfahrens liegen demzufolge ebenfalls die nötigen Informationen vor, um die Eignung der Indikatorergebnisse für die öffentliche Berichterstattung nach den weiterentwickelten Kriterien zu beurteilen.

Das IQTIG hat daher auch für QS KEP die Betrachtung vorgenommen, welche Auswirkungen die Anwendung der weiterentwickelten Methodik sowie der Erkenntnisse aus der Weiterentwicklung des Verfahrens auf die Veröffentlichungsempfehlungen zum Berichtsjahr 2022 gehabt hätten, hätten diese bereits vorgelegen. Tabelle 4 enthält die Ergebnisse dieser Betrachtung für das Verfahren QS KEP und stellt sie den vom IQTIG im April 2023 ausgesprochenen Empfehlungen für die öffentliche Berichterstattung für das Berichtsjahr 2022 (IQTIG 2023b) gegenüber.

Von den 10 im April 2023 zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren hätte das IQTIG bei Vorliegen und Anwendung der weiterentwickelten Methodik und der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung 9 Indikatoren aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen. Nur ein Indikator wäre weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen worden. Für eine Kennzahl wäre die Empfehlung aus dem April 2023, die Kennzahlergebnisse nicht zur öffentlichen Berichterstattung einzusetzen, auch nach der neuen Methodik ausgesprochen worden.

Tabelle 4: QS KEP, Empfehlungen des IQTIG für die öffentliche Berichterstattung für das Berichtsjahr 2022: Vergleich der im April 2023 ausgesprochenen Empfehlungen („alt“) mit den möglichen Empfehlungen unter Anwendung der weiterentwickelten Methodik sowie der Erkenntnisse aus der Verfahrensweiterentwicklung („neu“).

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	ja	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt ist, die Validität als gering und die Datenqualität als niedrig eingeschätzt wurden. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	ja	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt ist, die Validität als gering und die Datenqualität als niedrig eingeschätzt wurden. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	ja	nein	Der Indikator wurde zur Abschaffung empfohlen, da für das Qualitätsmerkmal der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht belegt ist und die Validität als gering eingeschätzt wurde. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	ja	nein	Der Indikator wurde aufgrund aktuell niedriger Datenqualität und einer nicht angemessenen Risikoadjustierung zur Überarbeitung empfohlen. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	ja	nein	Der Indikator wurde aufgrund aktuell niedriger Datenqualität und einer nicht angemessenen Risikoadjustierung zur Überarbeitung empfohlen. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „alt“	Empfehlung zur Veröffentlichung 2022 „neu“	Erläuterung
54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation	ja	nein	Das IQTIG hätte keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen, da die Risikoadjustierung als nicht angemessen eingeschätzt wurde.
54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	ja	nein	Das IQTIG hätte keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen, da die Risikoadjustierung als nicht angemessen eingeschätzt wurde.
54026	Beweglichkeit bei Entlassung	nein	nein	Die Kennzahl wurde aufgrund niedriger Objektivität und geringer Validität zur Abschaffung empfohlen. Zudem wurde die Risikoadjustierung als nicht angemessen eingeschätzt. Aus denselben Gründen hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	ja	ja	Der Indikator wurde als weiterhin geeignet für die Qualitätssicherung beurteilt, das IQTIG hätte daher auch weiterhin eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse ausgesprochen. ¹⁸
54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	ja	nein	Der Indikator wurde wegen aktuell geringer Validität zur Überarbeitung empfohlen. Aus demselben Grund hätte das IQTIG keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen.
54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	ja	nein	Das IQTIG hätte keine Empfehlung zur Veröffentlichung ausgesprochen, da die Risikoadjustierung als nicht angemessen eingeschätzt wurde.

¹⁸ Da die Eignungskriterien „Angemessenheit des Referenzbereichs“ sowie „Klassifikationsgüte“ bei der Weiterentwicklung nicht geprüft wurden, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden, ob das IQTIG auch eine Empfehlung zur Veröffentlichung der Referenzbereiche und Einstufungsergebnisse („rechnerisch auffällig/unauffällig“) hätte aussprechen können.

7.2 Strukturinformationen

7.2.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

Als Beispiel für eine Information aus einer Strukturrichtlinie nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V hat das IQTIG die „Schichterfüllungsquote auf der neonatologischen Intensivstation bei intensivtherapie- bzw. intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen unter 1.500g Geburtsgewicht“ gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)¹⁹ ausgewählt und probehalber auf ihre Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung geprüft.

Um zu beurteilen, ob die betreffende Angabe der Schichterfüllungsquote eine zutreffende Information über die Leistungserbringer darstellt (siehe Abschnitt 1.2), zog das IQTIG die Eignungskriterien „**Objektivität der Messung**“ und „**Datenqualität**“ heran. Die Erfüllung der Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals prüft das IQTIG hier nicht, da der G-BA festgelegt hat, dass die „Schichterfüllungsquote auf der neonatologischen Intensivstation bei intensivtherapie- bzw. intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen unter 1.500g Geburtsgewicht“ eine relevante Angabe über die Versorgung darstellt (siehe Abschnitt 4.2). Desgleichen gilt für die Erfüllung der Eignungskriterien „Validität“ und „Angemessenheit des Referenzbereichs“. Da die Angabe der Schichterfüllungsquote eine Strukturinformation darstellt und die Messung nicht auf Fallebene stattfindet, ist die Reliabilität ebenfalls kein zu beurteilendes Eignungskriterium, ebenso wenig wie die Klassifikationsgüte und die Angemessenheit der Risikoadjustierung (siehe Kapitel 5).

Die **Objektivität** der Erhebung der Strukturinformation „Schichterfüllungsquote“ gemäß QFR-RL wird als **hoch** beurteilt. Das IQTIG schätzt die in den Datenfeldern des Abfrageinstruments verwendeten Begriffe wie „Anzahl an Schichten“, „zurückliegendes Kalenderjahr“, „neonatologische Intensivstation“, „Frühgeborene unter 1.500 g“, „intensivtherapiepflichtig“ oder „intensivüberwachungspflichtig“ als ausreichend definiert ein. Zudem werden in der QFR-RL und deren Anlagen die gleichen Begrifflichkeiten verwendet, sodass bei den zentralen Informationen von einem gleichen Verständnis auszugehen ist. Im Rahmen der zurückliegenden Abfragen wurden insgesamt wenig Rückfragen hinsichtlich der beiden wesentlichen Items an das IQTIG gestellt, sodass dem IQTIG keine Hinweise auf eine Einschränkung der Objektivität vorliegen.

Die **Datenqualität** wird aktuell als vom IQTIG **nicht beurteilbar** eingeschätzt. Es fehlt eine technische Schnittstelle zwischen dem Servicedokument des IQTIG zur Datenerhebung und der internen Schichtdokumentation der jeweiligen Standorte, sodass die Daten nicht automatisiert übernommen werden können. Eine Überprüfung der Dokumentationsqualität wird aktuell vom IQTIG nicht

¹⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V. In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 19. Oktober 2023, in Kraft getreten am 19. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/> (abgerufen am: 07.03.2024).

durchgeführt. Gemäß der Richtlinie zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes (MD-QK-RL)²⁰ ist eine Prüfung zum Erfüllungsgrad der Richtlinienanforderungen durch den Medizinischen Dienst (MD) vorgesehen. Die Prüfung durch den MD kann auf der Grundlage von Anhaltspunkten, als Stichprobenprüfung oder als anlassbezogene Kontrolle erfolgen und auch mittelbar Aufschluss über die Dokumentationsqualität geben. Dem IQTIG liegen jedoch keine Informationen vor, inwieweit und mit welchem Ergebnis solche Prüfungen bereits stattgefunden haben.

7.2.2 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Als Beispiel für eine Information aus einer Richtlinie nach § 136a Abs. 2 SGB V wurde der „Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung für Pflegefachpersonen“ gemäß Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)²¹ für die probeweise Prüfung auf Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung ausgewählt.

Um zu beurteilen, ob die betreffende Angabe des Umsetzungsgrads für die Pflege eine zutreffende Information über die Leistungserbringer darstellt (siehe Abschnitt 1.2), zog das IQTIG die Eignungskriterien „**Objektivität der Messung**“ und „**Datenqualität**“ heran. Die Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals sind hier nicht relevant, da der G-BA festgelegt hat, dass die Angabe „Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung für Pflegefachpersonen“ eine relevante Angabe über die Versorgung darstellt. Desgleichen gilt für die Eignungskriterien „Validität“ und „Angemessenheit des Referenzbereichs“. Da die Angabe des Umsetzungsgrads der Mindestpersonalausstattung eine Strukturinformation darstellt und die Messung nicht auf Fallebene stattfindet, ist die Reliabilität ebenfalls kein zu beurteilendes Eignungskriterium, ebenso wenig wie die Klassifikationsgüte und die Angemessenheit der Risikoadjustierung (siehe Kapitel 5).

Die **Objektivität** der Strukturinformation „Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung für Pflegefachpersonen“ wird aktuell als vom IQTIG **nicht beurteilbar** eingeschätzt. Die Objektivität der Bestimmung, welche Personen der Berufsgruppe „Pflegefachpersonen“ zuzuordnen sind, schätzt das IQTIG als hoch ein. Dem IQTIG liegen keine Hinweise auf Unklarheiten bei der Zuordnung des Personals zu den Berufsgruppen vor. Sowohl hinsichtlich der von den Einrichtungen zu dokumentierenden Mindestpersonalausstattung als auch hinsichtlich der zu dokumentierenden tatsächlichen Personalausstattung hat das IQTIG allerdings Hinweise darauf, dass die geforderte Zuordnung des Personals zu einer Station bei interdisziplinär arbeitendem Personal nicht immer klar ist und von den Einrichtungen unterschiedlich gehandhabt wird.

²⁰ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes nach § 275a SGB V. In der Fassung vom 21. Dezember 2017, zuletzt geändert am 12. Mai 2023, in Kraft getreten am 11. August 2023. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/102/> (abgerufen am: 07.09.2023).

²¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). In der Fassung vom 19. September 2019, zuletzt geändert am 19. Oktober 2023, in Kraft getreten mit Wirkung vom 1. Januar 2024. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> (abgerufen am: 07.03.2024).

Die **Datenqualität** der Strukturinformation „Umsetzungsgrad der Mindestpersonalausstattung für Pflegefachpersonen“ wird aktuell ebenfalls als vom IQTIG **nicht beurteilbar** eingeschätzt. Bei der Ermittlung der von den Einrichtungen zu dokumentierenden Mindestpersonalausstattung, der zu dokumentierenden tatsächlichen Personalausstattung und auch der Bestimmung des Umsetzungsgrads sind umfangreiche und komplexe Berechnungen notwendig, die von den Einrichtungen selbstständig durchzuführen sind. Dem IQTIG liegen Hinweise vor, dass einige Rechenschritte nicht einheitlich von den Leistungserbringern durchgeführt werden. So erfolgt die Berechnung der Behandlungswochen je nach stationärer oder teilstationärer Behandlung unterschiedlich: Für die Berechnung der Behandlungswochen bei stationärem Aufenthalt werden gemäß § 6 Abs. 2 PPP-RL die Behandlungstage je Quartal durch 7 geteilt. Bei teilstationärer Behandlung werden die Behandlungstage durch 5 geteilt. Zudem muss eine „Korridorregel“ gemäß § 6 Abs. 4 PPP-RL beachtet werden: Wenn in einem Quartal des laufenden Jahres die tatsächliche Anzahl der Behandlungstage in den Behandlungsbereichen um mehr als 2,5 % von der Anzahl der Behandlungstage des Vorjahresquartals abweicht, erfolgt die Berechnung der Behandlungswochen nicht auf der Basis der Vorjahresdaten, sondern anhand der tatsächlichen Anzahl der Behandlungstage des laufenden Quartals. Es ist unklar, inwieweit die Leistungserbringer diese Werte korrekt berechnen und für die Dokumentation berücksichtigen. Zudem kann es in den Einrichtungen zu Fehlern bei der Übertragung der berechneten Werte in das vom G-BA zur Verfügung gestellte Excel-Dokument kommen.

Das IQTIG kann aktuell keine Einschätzung treffen, wie groß die beschriebenen Probleme bei der Dokumentation sind und ob ggf. weitere Probleme vorliegen, die die Datenqualität einschränken. Eine Überprüfung der Dokumentationsqualität wird aktuell vom IQTIG nicht durchgeführt. Im Rahmen der MD-QK-RL wird die Richtigkeit der Dokumentation gemäß PPP-RL dort geprüft, wo es zur Ermittlung des Erfüllungsgrads der Richtlinie erforderlich ist. Dem IQTIG liegen jedoch auch hier keine Informationen vor, inwieweit solche Prüfungen bereits stattgefunden haben, und das IQTIG hat keinen Zugang zu den Ergebnissen der Prüfungen.

7.2.3 Mindestmengenregelungen (Mm-R)

Beispielhaft für die Informationen aus den Mindestmengenregelungen (Mm-R) hat das IQTIG die durch die Krankenhausträger an die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelte Fallzahl des Vorjahres im Rahmen der Prognosemeldung zur Mindestmenge „Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene“ probenhalber auf Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung geprüft.

Um zu beurteilen, ob die betreffende Angabe der Fallzahl des Vorjahres eine zutreffende Information über die Leistungserbringer darstellt (siehe Abschnitt 1.2), zog das IQTIG die Eignungskriterien „**Objektivität der Messung**“ und „**Datenqualität**“ heran. Die Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals sind hier nicht relevant, da der G-BA festgelegt hat, dass die Angabe „durch die Krankenhausträger übermittelte Fallzahl des Vorjahres“ eine relevante Angabe über die Versorgung

darstellt. Desgleichen gilt für die Eignungskriterien „Validität“ und „Angemessenheit des Referenzbereichs“. Da die Angabe der Fallzahl des Vorjahres eine Strukturinformation darstellt und die Messung nicht auf Fallebene stattfindet, ist die Reliabilität ebenfalls kein zu beurteilendes Eignungskriterium, ebenso wenig wie die Klassifikationsgüte und die Angemessenheit der Risikoadjustierung (siehe Kapitel 5).

Die **Objektivität** der Erhebung der Fallzahl des Vorjahres durch die Krankenhausträger schätzt das IQTIG als **hoch** ein. Filter und Zählweise sind klar definiert: In den Mm-R ist in der jährlich aktualisierten Liste der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) eindeutig festgelegt, welche Fälle (OPS-Kodes, OPS-Datum) für die Angabe der Leistungsmenge auf Ebene des Krankenhausstandorts gezählt werden dürfen.

Die **Datenqualität** wird aktuell als vom IQTIG **nicht beurteilbar** eingeschätzt. Die Abläufe der Datenübermittlung sind in den Mindestmengenregelungen klar definiert und die technische Umsetzung der Datenübermittlung an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen ist etabliert. Das IQTIG kann jedoch nicht einschätzen, inwieweit die von den Krankenhausträgern übermittelte Fallzahl mit der tatsächlichen Fallzahl auf Standortebene übereinstimmt.

Im Rahmen der Umsetzung einer temporären Sonderveröffentlichung der Mindestmengen führt das IQTIG regelmäßig Plausibilitätsprüfungen der von den Krankenhäusern für den Qualitätsbericht übermittelten Angaben zu den Mindestmengen durch. Diese Angaben und damit die Plausibilitätsprüfungen umfassen auch die von den Krankenhäusern angegebenen Leistungsmengen. Die Ergebnisse dieser Plausibilitätsprüfungen erlauben dem IQTIG jedoch ebenfalls keine Beurteilung der Datenqualität in Bezug auf die Angaben der Krankenhäuser zu den Mindestmengen: Ein scheinbarer Widerspruch zwischen zwei Angaben – beispielsweise einer sehr geringen angegebenen Leistungsmenge und der trotzdem angegebenen Berechtigung zur Leistungserbringung – kann im Rahmen der Prüfungen zwar auffallen; das IQTIG hat jedoch keine Möglichkeit festzustellen, ob der Widerspruch tatsächlich aufgrund niedriger Datenqualität zustande kommt und wenn ja, welche der beiden Angaben ggf. davon betroffen ist. Die Datenqualität könnte auch hoch und der Widerspruch in einer Entscheidung der Landesplanungsbehörden begründet sein.

Im Rahmen der Qb-R wird derzeit geprüft, die Angaben zu den Mindestmengen zukünftig nicht mehr durch die Krankenhäuser übermitteln zu lassen, sondern die Daten aus dem Datenfluss gemäß Mm-R (direkt von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zum G-BA) zu nutzen. Dadurch würde ein derzeit möglicher Widerspruch zwischen den gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Rahmen der Prognosemeldung gemachten Angaben und den für den Qualitätsbericht übermittelten Angaben vermieden.

7.2.4 Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Als Beispiel für eine Strukturinformation aus dem Kapitel A des strukturierten Qualitätsberichts der Krankenhäuser gemäß den Qb-R hat das IQTIG das Item „Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst“²² aus dem Berichtskapitel „Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie“ (A-12.3.2.2) ausgewählt und probehalber auf seine Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung geprüft.

Um zu beurteilen, ob die betreffende Angabe des Items eine zutreffende Information über die Leistungserbringer darstellt (siehe Abschnitt 1.2), zog das IQTIG die Eignungskriterien „**Objektivität der Messung**“ und „**Datenqualität**“ heran. Die Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals prüft das IQTIG hier nicht, da der G-BA festgelegt hat, dass die Angabe „Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst“ eine relevante Angabe über die Versorgung darstellt. Desgleichen gilt für die Eignungskriterien „Validität“ und „Angemessenheit des Referenzbereichs“. Da die Angabe des Items eine Strukturinformation darstellt und die Messung nicht auf Fallebene stattfindet, ist die Reliabilität kein zu beurteilendes Eignungskriterium, ebenso wenig wie die Klassifikationsgüte und die Angemessenheit der Risikoadjustierung (siehe Kapitel 5).

Die **Objektivität** der Erhebung der Strukturinformation „Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst“ gemäß Qb-R wird als **hoch** beurteilt. Das IQTIG schätzt die Begriffe des Items als ausreichend definiert ein. Insbesondere die Erläuterungen in der Anlage zu den Qb-R, z. B. der gesetzliche Bezug zum Infektionsschutzgesetz sowie den Länder-Hygieneverordnungen, spezifizieren aus Sicht des IQTIG beispielsweise den Begriff des „Aktuellen“ ausreichend. Dem IQTIG liegen keine Hinweise aus Rückfragen seitens der Leistungserbringer vor, die auf Einschränkungen der Objektivität hindeuten; nach Kenntnis des IQTIG liegen auch anderen Verfahrensteilnehmern keine solchen Hinweise vor.

Die **Datenqualität** wird aktuell als vom IQTIG **nicht beurteilbar** eingeschätzt. Zwar sind in § 9 Qb-R eine Schemaprüfung und das Vorhandensein von Plausibilisierungsregeln definiert. Bei der Schemaprüfung wird allerdings ausschließlich das Format der an die Annahmestelle übermittelten Daten geprüft. Die Plausibilisierungsregeln sind in Anhang 4 zur Anlage der Qb-R festgehalten und adressieren die Dateninhalte. Allerdings liegen nur für wenige ausgewählte Teile des strukturierten Qualitätsberichts solche Regeln vor. In Bezug auf die Angabe „Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst“ liegen keine Plausibilisierungsregeln vor. Nach Kenntnis des IQTIG ist eine über die Schemaprüfung und Plausibilisierung bei Datenannahme hinausgehende Prüfung der Datenqualität, z. B. durch den MD, nicht vorgesehen und findet dementsprechend auch nicht statt. Auffällige oder implausible Angaben im Qualitätsbericht können jedoch Anhaltspunkte zur Beauftragung des MD für eine Überprüfung gemäß MD-QK-RL durch die Krankenkassen darstellen.

²² Aus dem Kontext des Teilabschnitts in Kapitel A des strukturierten Qualitätsberichts wird deutlich, dass mit „Leitlinie“ hier ein standortspezifischer Standard zur gemeinsamen internen Regelung der Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie gemeint ist.

7.2.5 Fazit zur beispielhaften Prüfung der Strukturinformationen

Für einige beispielhaft ausgewählte Angaben gemäß QFR-RL, PPP-RL, Mm-R und den Qb-R hat das IQTIG geprüft, inwieweit es aktuell eine Beurteilung deren Eignung zur öffentlichen Berichterstattung anhand der dafür relevanten Eignungskriterien (siehe Abschnitt 4.2) vornehmen könnte. Diese beispielhafte Prüfung ergab, dass das IQTIG aktuell für keine der Strukturinformationen eine Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung vornehmen könnte, da das IQTIG nicht über eine ausreichende Informationsgrundlage – insbesondere zur Einschätzung der Datenqualität – verfügt.

Der G-BA hat allerdings in den letzten Jahren umfangreiche Regelungen getroffen, die geeignet sind, zur Erhöhung der Objektivität der Angaben der Leistungserbringer gemäß den Strukturrichtlinien und Mm-R und im Qualitätsbericht sowie zu einer höheren Dokumentationsqualität beizutragen. So überprüft der MD gemäß MD-QK-RL die Erfüllung der Richtlinienanforderungen. Bei dieser Überprüfung können Unklarheiten bezüglich des Verständnisses der Richtlinienanforderungen und Dokumentationsfehler auffallen und geklärt bzw. beseitigt werden, wodurch die Objektivität erhöht und die Datenqualität verbessert würde. Die Angaben im Qualitätsbericht unterliegen durch die Möglichkeit zu anhaltspunktbezogenen Kontrollen des MD ebenfalls mittelbar einer solchen Prüfung, und eine Vereinheitlichung der Angaben zu den Mindestmengen zwischen der Prognosemeldung und dem Qualitätsbericht ist geplant. In Anbetracht dieser Regelungen ist davon auszugehen, dass noch stärkere Anreize bestehen, korrekte Angaben zu machen, und dass die Dokumentations- und Nachweispflichten eine höhere Verbindlichkeit erhalten haben.

8 Musterbericht „Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung“

Der vorliegende Auftrag beinhaltet die Entwicklung eines übersichtlichen und aussagekräftigen Berichtsformats, auf dessen Basis der G-BA die Empfehlungen des IQTIG jährlich beraten und bei seinen Beschlüssen berücksichtigen können soll. Die Berichte zu den einzelnen „Datengrundlagen“ (z. B. der DeQS-RL, den Richtlinien des G-BA nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V oder den Mm-R) sollen dabei jeweils nach der wesentlichen Betroffenheit der Sektoren sektorenübergreifend oder sektorbezogen zusammengefasst sowie nach den QS-Verfahren gegliedert werden.

In Anhang A zum vorliegenden Bericht befindet sich ein Musterbericht zur Illustration des vom IQTIG vorgeschlagenen Berichtsformats. Dazu gehören die Musteranhänge A.1, A.2 und A.3 sowie B.1, B.2 und B.3. Im Folgenden wird der Inhalt des Musterberichts für die Empfehlungen des IQTIG zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung näher erläutert, und es werden die Unterschiede zum bisherigen IQTIG-Bericht „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser“ dargestellt.

Erläuterungen zum Musterbericht

Der Bericht „Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung“ (Anhang A) wird wie bisher Informationen zum Hintergrund, zum Auftrag und zum methodischen Vorgehen bei der Entwicklung der Empfehlungen zur Veröffentlichung enthalten. Es wird ein Überblick über die Empfehlungen gegeben und die Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren beschrieben. Eventuelle besonders hervorzuhebende Aspekte der Empfehlungen (oder Nichtempfehlungen) zur öffentlichen Berichterstattung in einzelnen QS-Verfahren können ebenfalls in diesem Kapitel beschrieben werden (wie z. B., dass eine besonders große Anzahl neuer Qualitätsindikatoren oder -kennzahlen zur Veröffentlichung empfohlen werden kann, weil eine größere Weiterentwicklung abgeschlossen ist, o. ä.).

Die Anhänge A1 bis Ax des Berichts „Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung“ enthalten die eigentlichen Empfehlungen zur Veröffentlichung. Für jedes QS-Verfahren (oder für jede einzuschließende Strukturrichtlinie) werden folgende Empfehlungen in getrennten Tabellen dargestellt:

- die neu zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren und -kennzahlen
- die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren und -kennzahlen
- die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren und -kennzahlen
- die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren

Die Tabellen enthalten zusätzlich jeweils die Information, ob ein Referenzbereich für einen Indikator festgelegt wurde, und die Begründung für die jeweilige Empfehlung zur (Nicht-)Veröffentlichung.²³

Der Musterbericht enthält drei dieser Anhänge A.x: A.1, A.2 und A.3. In Anhang A.1 werden die Empfehlungen für die Verfahren der DeQS-RL dargestellt, die die Krankenhäuser sowie die Vertragsärztinnen und -ärzte betreffen. In Anhang A.2 werden die Empfehlungen für die Verfahren der DeQS-RL dargestellt, die ausschließlich den stationären Sektor betreffen. Dieser Vorschlag berücksichtigt, dass der G-BA ggf. separate Beschlüsse über die sektorenübergreifenden und über die sektorbezogenen Empfehlungen zur öffentlichen Berichterstattung fasst.

Anhang A.3 enthält die Empfehlungen für die Angaben gemäß den Strukturrichtlinien und den Mm-R des G-BA sowie für die sonstigen Angaben gemäß den Qb-R. Im Vorschlag werden alle diese Empfehlungen in nur einem Dokument dargestellt, da sie alle aktuell nur den stationären Sektor betreffen. Je nach endgültigem Modus der Beschlussfassung durch den G-BA ist eine Gliederung in mehrere separate Anhänge, über die getrennt beschlossen werden kann, ebenso möglich.

Die Anhänge B.1 bis B.x, die den jeweiligen Anhängen A.1 bis A.x des Berichts „Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung“ zugeordnet sind, beinhalten Steckbriefe zu Indikatoren, Kennzahlen und Strukturangaben der jeweiligen Verfahren und Richtlinien. Diese Indikator- und Kennzahlsteckbriefe enthalten erstens die jeweiligen Statusinformationen einschließlich der Gesamteinschätzung, zweitens allgemeine methodische Informationen u. a. zur Datenquelle und Grundgesamtheit sowie drittens die Einschätzungen bezüglich aller für die Veröffentlichung relevanten Eignungskriterien für jeden Indikator / jede Kennzahl. Das IQTIG fügt diese Steckbriefe für jeden Indikator / jede Kennzahl bei, bei dem/der sich die Empfehlung zur Veröffentlichung *geändert* hat – d. h. für Indikatoren/Kennzahlen, die entweder *neu* zur Veröffentlichung empfohlen werden oder die *nicht mehr* zur Veröffentlichung empfohlen werden. Anhand der dargestellten Einschätzungen bezüglich der Eignungskriterien kann die jeweilige Begründung der Empfehlung zur Neuveröffentlichung oder Nicht-Mehr-Veröffentlichung nachvollzogen werden. Um den Umfang der Dokumente so gering wie möglich zu halten und nur die relevanten Informationen zu übermitteln, fügt das IQTIG in jedem Berichtsjahr die Steckbriefe nur für diejenigen Indikatoren/Kennzahlen bei, bei denen sich die Empfehlung zur Veröffentlichung im Vergleich zum vorhergehenden Berichtsjahr geändert hat. Für diejenigen Indikatoren/Kennzahlen, bei denen sich die Empfehlung zur Veröffentlichung nicht geändert hat, kann die Begründung für die jeweilige Empfehlung – d. h. die Einschätzung in den relevanten Eignungskriterien – früheren Dokumenten entnommen werden.

²³ Bei weiterhin zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren und -kennzahlen entfällt die Darstellung der Begründung, da diese im Vergleich zum Vorjahr unverändert bestehen bleibt.

Weitere Änderungen zum bisherigen Bericht

Der bisherige Bericht des IQTIG „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser“ enthält verschiedene Vorgaben für die Darstellung der Indikator- und Kennzahlenergebnisse in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser, beispielsweise die Angabe „Art des Wertes“ sowie Formulierungsvorschläge für fachliche Hinweise des IQTIG. Diese Vorgaben und Formulierungsvorschläge entfallen im vorgeschlagenen Format für den Bericht „Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung“.

Die bisherigen Empfehlungen des IQTIG zur öffentlichen Berichterstattung beziehen sich explizit auf die Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser, sodass Zielgruppen und Format der Veröffentlichung festgelegt sind. Im Gegensatz dazu ist das Format der Veröffentlichung gemäß der zukünftigen sÜbT-RL noch offen. Das IQTIG ist vom G-BA beauftragt worden, ein Konzept für eine zielgruppenadäquate Aufbereitung und Darstellung von Informationen über die Leistungserbringer zu entwickeln (G-BA 2023a). In diesem Rahmen wird das IQTIG Empfehlungen für die konkrete Darstellung und je nach Zielgruppe sinnvolle und nötige Erläuterungen und Hinweise aussprechen, sodass diese nicht mehr Gegenstand des Berichts „Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung“ sein werden.

Solange die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser in der bisherigen Form erstellt werden und der G-BA somit die dafür nötigen Angaben zu den einzelnen Indikatoren und Kennzahlen weiterhin benötigt, wird das IQTIG diese auch im vorgeschlagenen neuen Berichtsformat bereitstellen können – beispielsweise in zusätzlichen Anhängen C.1 bis C.x, die die entsprechenden Tabellen enthalten.

9 Diskussion und Empfehlungen

Das IQTIG entwickelt im Auftrag des G-BA Qualitätsindikatoren und -kennzahlen zur Messung und Darstellung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Anhand der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen bewertet das IQTIG, ob die Ergebnisse dieser Indikatoren und Kennzahlen aussagekräftige Informationen über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer darstellen, und empfiehlt die Indikator- und Kennzahlenergebnisse ggf. zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung.

Auftragsgemäß hat das IQTIG nun auch eine Methodik zur Prüfung von Informationen und Angaben gemäß den Strukturrichtlinien und den Mm-R des G-BA sowie von weiteren Angaben gemäß den Qb-R auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung entwickelt. Sollte das IQTIG dazu beauftragt werden, würde es für diese Informationen und Angaben prüfen, ob sie zutreffende Informationen über die Leistungserbringer darstellen, und zöge dazu die Eignungskriterien „Objektivität der Messung“ und „Datenqualität“ heran.

Qualitätsdaten mit eingeschränkter Eignung zur Veröffentlichung

Der Auftrag beinhaltet auch die Prüfung und Entwicklung eines Vorgehens für Qualitätsdaten, deren Eignung zur Veröffentlichung nach den entwickelten Kriterien zunächst als eingeschränkt bewertet wurde. Dabei soll ermittelt und dargelegt werden, ob und wie solche Qualitätsdaten „veröffentlichungsfähig“ gemacht werden können.

Gemäß der entwickelten Methodik betrachtet das IQTIG Messergebnisse dann als ungeeignet für die einrichtungsbezogene Veröffentlichung, wenn

- Evidenz für die Patientenrelevanz des Merkmals fehlt,
- die Ergebnisse der Einrichtung nicht maßgeblich zuzuschreiben sind,
- die Messung nicht objektiv und reliabel erfolgt,
- nur eine niedrige Datenqualität vorliegt,
- die Messung das zu erfassende Merkmal nur in geringem Maß abbildet (Validität) oder
- die Ergebnisse nicht angemessen risikoadjustiert sind.

Unter diesen Bedingungen betrachtet das IQTIG die Ergebnisse von Kennzahlen und Indikatoren als so unzuverlässig, dass sie nicht für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung verwendet werden sollten. Denn unter diesen Bedingungen besteht die Gefahr, dass die Rezipienten der Informationen unzutreffende Schlüsse über die Versorgungsqualität der betroffenen Einrichtungen ziehen. Dieses Problem kann auch durch die Veröffentlichung von begleitenden Hinweisen nicht behoben werden. So führt beispielsweise unzureichende Datenqualität zu potenziell falschen Ergebnissen und falsche Ergebnisse können nicht durch Erläuterungen korrigiert werden. Ähnlich verhält es sich mit den anderen für eine Veröffentlichung relevanten Kriterien wie etwa der Risi-

koadjustierung. Unzureichend risikoadjustierte Leistungserbringerergebnisse suggerieren Qualitätsunterschiede zwischen Leistungserbringern, die möglicherweise nicht bestehen oder die sich bei ausreichender Risikoadjustierung möglicherweise umkehren könnten. Das IQTIG empfiehlt daher, Qualitätsinformationen, die nicht aussagekräftig sind, nicht zu veröffentlichen.

Die Ergebnisse der Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung anhand der Eignungskriterien geben jedoch Hinweise darauf, wie eine Eignung zur Veröffentlichung hergestellt werden kann: Entsprechend den Prüfergebnissen können die Qualitätsindikatoren oder –kennzahlen hinsichtlich der betroffenen Kriterien überarbeitet und so eine Eignung für die öffentliche Berichterstattung sichergestellt werden. In diesen Fällen spricht das IQTIG eine Empfehlung zur Überarbeitung und Verbesserung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl aus, mit dem Ziel, schnellstmöglich eine Verwendung und Veröffentlichung der Ergebnisse zu erreichen.

Einbezug von Kennzahlen

Gemäß Auftrag ist die Empfehlung im Hinblick auf die Veröffentlichung von Kennzahlen, „die die Qualitätsergebnisse von Indikatoren verständlicher machen“, weiterzuentwickeln. Es bleibt jedoch unklar, welche Kennzahlen damit gemeint sind.

Zur Messung und Darstellung von Versorgungsqualität können auch Qualitätskennzahlen geeignet sein. Dementsprechend wurden alle Qualitätskennzahlen – mit Referenzbereich (Qualitätsindikatoren) und ohne Referenzbereich – in die Entwicklung der hier vorgelegten Methodik zur Prüfung der Eignung für die öffentliche Berichterstattung einbezogen. Bei entsprechender Eignung gemäß den Kriterien (siehe Kapitel 4) empfiehlt das IQTIG die Ergebnisse von Qualitätskennzahlen zur Veröffentlichung.

Die Formulierung „Kennzahlen, die die Qualitätsergebnisse von Indikatoren verständlicher machen“ könnte sich auch auf sog. „Kennzahlen zur Nachvollziehbarkeit der Berechnung“ beziehen. Diese werden vom IQTIG in Ergebnisberichten (z. B. Rückmeldeberichten für die Leistungserbringer) dargestellt, um die Nachvollziehbarkeit der Berechnung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren und Qualitätskennzahlen zu erhöhen. Kennzahlen zur Nachvollziehbarkeit der Berechnung müssen nicht gesondert auf ihre Eignung überprüft werden, diese ergibt sich aus der Eignung der zugehörigen Qualitätsindikatoren und Qualitätskennzahlen.

Mit der Formulierung im Auftrag könnte weiter gemeint sein, dass das IQTIG Empfehlungen entwickeln soll, welche Kennzahlen zur Nachvollziehbarkeit der Berechnung bei einer Veröffentlichung der Indikatorergebnisse dargestellt werden sollten. Welche Kennzahlen zur Nachvollziehbarkeit der Berechnung sinnvoll sind, ist abhängig von der Zielgruppe der Veröffentlichung (Vorwissen) und vom Format der Darstellung (z. B. gewünschter Detailgrad). Fragen der zielgruppenadäquaten Aufbereitung und Darstellung der Ergebnisse bearbeitet das IQTIG jedoch im Rahmen eines anderen Auftrags (siehe Abschnitt 1.2).

Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL

Laut Auftrag sollen die zu entwickelnden Kriterien es dem IQTIG ermöglichen, Empfehlungen auszusprechen, für welche Qualitätsindikatoren gemäß DeQS-RL die Indikatorwerte, die Referenzbereiche und die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren („qualitative Bewertung“) veröffentlicht werden sollen.

Die entwickelte, in den Kapiteln 4 bis 6 dargelegte Methodik bezieht sich – wie die bisherige Methodik auch – auf die Empfehlung zur Veröffentlichung der Indikatorergebnisse einschließlich der Maße für statistische Unsicherheit (Vertrauensbereiche) sowie ggf. der Referenzbereiche und der Einstufung der Indikatorergebnisse anhand der Referenzbereiche. Die Ergebnisse aus den Stellungnahmeverfahren stellen eigenständige, mittels Peer Review gewonnene Qualitätsergebnisse dar.

Zwar existiert keine einheitliche Definition des Begriffs „Peer Review“ im Kontext der Gesundheitsversorgung (BÄK 2013), gemeinsam ist den verschiedenen Vorschlägen jedoch, dass im Peer Review eine Beurteilung der eigenen oder fremden Leistung durch Fachkolleginnen und Fachkollegen erfolgt. Peer Review wird auch als Methode zur Bewertung der Qualität der Gesundheitsversorgung eingesetzt (vgl. z. B. Goldman 1992, Goldman und Ciesco 1996, Smith et al. 1997, Hofer et al. 2004, Bion und Alderman 2023).

Peer-Review-basierte Verfahren zur Beurteilung von Versorgungsqualität beziehen in der Regel selbstberichtete Daten der Leistungserbringer (z. B. Patientenakten) sowie weitere, von den Leistungserbringern vorzulegende Dokumente ein. Je nach Ausgestaltung kommen auch weitere qualitative Methoden der Datenerhebung und -auswertung wie Einzel- und Gruppeninterviews sowie Beobachtungen (z. B. im Rahmen einer Begehung) zum Einsatz. Am Ende steht häufig ein zusammenfassendes Bewertungsergebnis zur Versorgungsqualität. Das Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL weist in seiner aktuellen Ausgestaltung Merkmale eines solchen Peer-Review-basierten Verfahrens auf.

In der Fachliteratur werden insbesondere Objektivität/Reliabilität als Gütekriterien für Peer Reviews genannt (Goldman und Ciesco 1996, Hofer et al. 2004, Boyd et al. 2017, Lilford et al. 2007). Dies bedeutet, dass die Ergebnisse des Peer Reviews von den Personen, die die Beurteilung durchführen, und von den Umständen der Beurteilung weitgehend unabhängig sein sollen.

Eine Überprüfung der Objektivität/Reliabilität der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 DeQS-RL würde erfordern, eine Stichprobe von Stellungnahmen mindestens durch zwei verschiedene Stellen bewerten zu lassen, um die sogenannte Interrater-Reliabilität zu schätzen (Döring und Bortz 2016: S. 346f.). Für das Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL wurden bisher keine solchen Untersuchungen durchgeführt. Eine Überprüfung der Objektivität/Reliabilität des Stellungnahmeverfahrens nach § 17 DeQS-RL erscheint allerdings vor dem Hintergrund der geplanten Beauftragung des IQTIG durch den G-BA mit der Weiterentwicklung des Stellungnahmeverfahrens nicht zielführend. Das IQTIG empfiehlt daher keine weitere Überprüfung des aktu-

ellen Stellungnahmeverfahrens. Inzwischen führt der Gesetzgeber in der Begründung des Krankenhaustransparenzgesetzes (KHTG) zum § 135d Abs. 3 SGB V aus, dass die Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens öffentlich berichtet werden sollen. Dabei nimmt er in dieser Gesetzesbegründung Bezug auf § 17 der DeQS-RL.

Orientierung an den Informationsbedürfnissen der Zielgruppen

Ziel der zukünftigen süQbT-RL ist eine Erhöhung der Transparenz der Versorgung. Die Anwendung der gemäß dem vorliegenden Auftrag entwickelten Methodik trägt zur Erreichung dieses Ziels bei, indem sie ermöglicht, (Qualitäts-)Informationen auf ihre Eignung zur öffentlichen Berichterstattung zu prüfen. Damit schafft sie die Voraussetzung dafür, dass nur geeignete Informationen über die Leistungserbringer zur Herstellung dieser Transparenz eingesetzt werden.

Das IQTIG empfiehlt dem G-BA jedoch abzuwägen, auf welchem Weg dieses Ziel möglichst effektiv erreicht werden kann. Eine Möglichkeit besteht in der umfangreichen und mit entsprechendem Aufwand verbundenen nachträglichen Prüfung von in anderen Kontexten bereits erhobenen Angaben und Informationen auf ihre Eignung zur öffentlichen Berichterstattung. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Orientierung daran, welche Informationen über die Gesundheitsversorgung von den verschiedenen Nutzern der öffentlichen Berichterstattung gewünscht und benötigt werden. Es liegen umfangreiche wissenschaftliche Erkenntnisse über die Informationsbedürfnisse und -bedarfe verschiedener Zielgruppen der öffentlichen Berichterstattung – z. B. Patientinnen und Patienten und deren Angehörige oder überweisende Ärztinnen und Ärzte – vor (u. a. Rothberg et al. 2009, Geraedts et al. 2018, Bertelsmann Stiftung 2022, IQTIG 2021). Diese könnten dazu genutzt werden, bestehende Lücken zwischen den vorhandenen geeigneten (Qualitäts-)Informationen und den benötigten Informationen zu identifizieren, die dann durch die Entwicklung geeigneter (Qualitäts-)Informationen gefüllt werden könnten (siehe dazu auch Lansky 2012, Geraedts et al. 2010, IQTIG 2021, Bertelsmann Stiftung 2022). Ein solches Vorgehen würde die Gefahr reduzieren, dass mit erheblichem Aufwand Daten erhoben, geprüft und darauf basierend Informationen berichtet werden, die am Bedarf der Nutzer der öffentlichen Berichterstattung vorbeigehen.

Teil III: Fazit und Ausblick

Das IQTIG hat auftragsgemäß seine Kriterien und seinen Prozess für die Prüfung von (Qualitäts-) Informationen auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung (weiter-)entwickelt und ein Format für den Bericht über die entsprechenden Empfehlungen an den G-BA vorgeschlagen.

Im Hinblick auf die vom IQTIG für die Qualitätsindikatoren und -kennzahlen gemäß DeQS-RL jährlich zu erarbeitenden Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen Veröffentlichung der Indikator- und Kennzahlsergebnisse kann das vorgeschlagene neue Berichtsformat bei entsprechender Beauftragung durch den G-BA erstmalig zum Berichtsjahr 2024 vollständig umgesetzt werden.

Die weiterentwickelten Kriterien für die Eignung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung sind auftragsgemäß sowohl auf Qualitätsindikatoren und -kennzahlen anwendbar, die die Krankenhäuser betreffen, als auch auf Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Einrichtungen betreffen.

In die Weiterentwicklung seiner Kriterien und des Berichtsformats hat das IQTIG neben den Qualitätsindikatoren und -kennzahlen gemäß DeQS-RL auch Strukturinformationen gemäß den Richtlinien nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V und § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V, gemäß den Mm-R sowie gemäß den Qb-R einbezogen. Dabei wurde untersucht, welche Kriterien an solche Informationen angelegt werden könnten, um zu prüfen, ob sie für eine einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet sind. Eine Prüfung der Strukturinformationen auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung war nicht Teil des Auftrags und wurde nicht durchgeführt. Eine probeweise Anwendung der entwickelten Kriterien auf ausgewählte Strukturinformationen ergab, dass das IQTIG aktuell für keine der Strukturinformationen eine Beurteilung der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung vornehmen könnte, da das IQTIG nicht über eine ausreichende Informationsgrundlage – insbesondere zur Einschätzung der Datenqualität – verfügt.

Voraussetzung für eine Prüfung von Strukturinformationen auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung durch das IQTIG wäre also zunächst eine genaue Festlegung, auf welche Angaben und Informationen gemäß welcher Richtlinien sich diese Prüfung erstrecken soll. Darauf basierend müsste eine Informationsgrundlage für die Einschätzung der Objektivität und Datenqualität geschaffen werden, z. B. durch den Aufbau eines entsprechenden Informationsaustauschs zwischen dem IQTIG und dem MD oder anderen Akteuren wie beispielsweise den Krankenkassen. Beim IQTIG und den möglichen weiteren beteiligten Organisationen müssten entsprechende personelle, organisatorische und informationstechnologische Ressourcen bereitgestellt werden. Darüber hinaus müssten zur Verifizierung der Angaben der Leistungserbringer gemäß Qb-R ggf. zusätzliche „Audits“ eingeführt werden. Dies wäre mit erheblichem Aufwand sowohl für die Etablierung eines Prüfprozesses als auch für dessen regelmäßige Durchführung verbunden.

Vor dem Hintergrund der flankierenden Richtlinien und Regelungen des G-BA ist jedoch die Frage zu stellen, inwieweit der mögliche Nutzen einer solchen Eignungsprüfung von Strukturinformationen die beschriebenen Aufwände rechtfertigt. Die MD-QK-RL bildet die Grundlage für umfassende Prüfungen der Erfüllung von Richtlinienanforderungen, in deren Rahmen Verständnis- und Dokumentationsprobleme aufgedeckt und behoben und damit die Objektivität und Datenqualität der Strukturangaben erhöht werden können. Auch die Angaben im Qualitätsbericht unterliegen durch die Möglichkeit zu anhaltspunktbezogenen Kontrollen des MD mittelbar einer solchen Überprüfung. Die Dokumentations- und Nachweispflichten erhalten durch diese Regelungen eine höhere Verbindlichkeit. In Abwägung des Aufwands für eine noch darüber hinausgehende Prüfung gegen den Nutzen einer solchen Prüfung für bisher schon regelhaft veröffentlichte Informationen empfiehlt das IQTIG dem G-BA daher, für die Strukturinformationen vor deren Veröffentlichung keine zusätzliche Prüfung auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung vorzunehmen und damit beim bisherigen Vorgehen zu bleiben.

Teil IV: Literatur

[Faerberg, J (2014): Public quality reporting: a plea for consistency. AAMC sets out guiding principles. [Stand:] 01.05.2014. Morrisville, US-NC: ReliasMedia. URL: <https://www.reliasmedia.com/articles/17311-public-quality-reporting-a-plea-for-consistency> (abgerufen am: 25.05.2023).

AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] (2018): Key Questions When Choosing Health Care Quality Measures. [Stand:] November 2018. Rockville, US-MD: AHRQ. URL: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/measure-questions.html> (abgerufen am: 22.06.2023).

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015): Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 4.0. Stand: 17.02.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-029. URL: <http://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Hintergrund/Methodenpapier/AQUA-Methodenpapier-4.0.pdf> (abgerufen am: 25.05.2023).

BÄK [Bundesärztekammer]; Hrsg. (2013): Curriculum. Ärztliches Peer Review. 2. Auflage. (Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 30). Berlin: BÄK. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrAerztlPeerReview2013.pdf (abgerufen am: 01.02.2024).

Beauchamp, TL; Childress, JF (2019): Principles of Biomedical Ethics. Eighth Edition. New York, US-NY [u. a.]: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-064087-3.

Bertelsmann Stiftung (2022): Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf. 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee. [Stand:] März 2022. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. DOI: 10.11586/2022050.

Berwick, DM; James, B; Coye, MJ (2003): Connections Between Quality Measurement and Improvement. *Medical Care* 41(1 Suppl.): I-30-I-38. DOI: 10.1097/00005650-200301001-00004.

Bevan, G; Evans, A; Nuti, S (2019): Reputations count: why benchmarking performance is improving health care across the world. *Health Economics, Policy and Law* 14(2): 141-161. DOI: 10.1017/S1744133117000561.

Bion, J; Alderman, JE (2023): Peer review of quality of care: methods and metrics. *BMJ: Quality & Safety* 32: 1-5. DOI: 10.1136/bmjqs-2022-014985.

Boyd, A; Addicott, R; Robertson, R; Ross, S; Walshe, K (2017): Are inspectors' assessments reliable? Ratings of NHS acute hospital trust services in England. *Journal of Health Services Research & Policy* 22(1): 28-36. DOI: 10.1177/1355819616669736.

- Braithwaite, J; Mannion, R (2011): Government plans for public reporting of performance data in health care: the cases for and against. *The Medical Journal of Australia* 195(1): 41. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2011.tb03187.x.
- Campanella, P; Vukovic, V; Parente, P; Sulejmani, A; Ricciardi, W; Specchia, ML (2016): The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC: Health Services Research* 16:296. DOI: 10.1186/s12913-016-1543-y.
- Dehmer, GJ; Drozda, JP, Jr; Brindis, RG; Masoudi, FA; Rumsfeld, JS; Slattery, LE; et al. (2014): Public Reporting of Clinical Quality Data. An Update for Cardiovascular Specialists. *Journal of the American College of Cardiology* 63(13): 1239-1245. DOI: 10.1016/j.jacc.2013.11.050.
- Dehmer, GJ; Jennings, J; Madden, RA; Malenka, DJ; Masoudi, FA; McKay, CR; et al. (2016): The National Cardiovascular Data Registry Voluntary Public Reporting Program. An Interim Report From the NCDR Public Reporting Advisory Group. *Journal of the American College of Cardiology* 67(2): 205-215. DOI: 10.1016/j.jacc.2015.11.001.
- Döring, N; Bortz, J (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-41088-8.
- Drozda, JP, Jr; Hagan, EP; Mirro, MJ; Peterson, ED; Wright, JS (2008): ACCF 2008 Health Policy Statement on Principles for Public Reporting of Physician Performance Data. Health Policy Statement. A Report of the American College of Cardiology Foundation Writing Committee to Develop Principles for Public Reporting of Physician Performance Data. *Journal of the American College of Cardiology* 51(20): 1993-2001. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.03.004.
- Friedberg, MW; Damberg, CL (2012): A Five-Point Checklist To Help Performance Reports Incentivize Improvement And Effectively Guide Patients. *Health Affairs* 31(3): 612-618. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1202.
- Friedberg, MW; Pronovost, PJ; Shahian, DM; Safran, DG; Bilimoria, KY; Elliott, MN; et al. (2016): A Methodological Critique of the ProPublica Surgeon Scorecard. *RAND Health Quarterly* 5(4). URL: <https://www.rand.org/pubs/periodicals/health-quarterly/issues/v5/n4/01.html> (abgerufen am: 12.05.2023).
- Fung, CH; Lim, Y-W; Mattke, S; Damberg, C; Shekelle, PG (2008): Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care. *Annals of Internal Medicine* 148(2): 111-123, W17-W23. DOI: 10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00006.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Entwicklung eines Konzepts zur zielgruppenorientierten Aufbereitung und Darstellung der Vergleichsdaten. [Stand:] 06.09.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6156/2023-09-06_IQTIG-Beauftragung-Entwicklung-Konzept-Vergleichsdaten.pdf (abgerufen am: 22.09.2023).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2023b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung der Empfehlungen des Instituts nach § 137a SGB V für die öffentliche Berichterstattung einschließlich der Kriterien für die Prüfung und eine transparente Prozessgestaltung. [Stand:] 03.05.2023. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5995/2023-05-03_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung-oeffentliche-Berichterstattung.pdf (abgerufen am: 12.05.2023).
- Garratt, KN; Weintraub, WS (2018): Public Reporting III. Improving the Value of Public Physician Quality Information. *Circulation* 137(22): 2318–2320. DOI: 10.1161/circulationaha.117.026554.
- Geraedts, M; Auras, S; Hermeling, P; de Cruppé, W (2010): Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung. Revidierte Fassung auf der Basis der Diskussionen in der AG Qualitätsbericht des UA Qualitätssicherung des G-BA. [Stand:] August 2010. Witten: Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2967/2010-10-21_QS-KH_Geraedts-Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 17.04.2019).
- Geraedts, M; Hermeling, P; Ortwein, A; de Cruppé, W (2018): Public reporting of hospital quality data: What do referring physicians want to know? *Health Policy* 122(11): 1177–1182. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.09.010.
- Goldman, RL (1992): The Reliability of Peer Assessments of Quality of Care. *JAMA* 267(7): 958–960. DOI: 10.1001/jama.1992.03480070074034.
- Goldman, RL; Ciesco, E (1996): Improving Peer Review: Alternatives to Unstructured Judgments by a Single Reviewer. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 22(11): 762–769. DOI: 10.1016/S1070-3241(16)30281-4.
- Hannan, EL; Zhong, Y; Ling, FSK; Tamis-Holland, J; Berger, PB; Jacobs, AK; et al. (2020): Assessment of repeat target lesion percutaneous coronary intervention as a quality measure for public reporting and general quality assessment for PCIs. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 96(4): 731–740. DOI: 10.1002/ccd.28526.
- Hengelbrock, J; Rauh, J; Cederbaum, J; Kähler, M; Höhle, M (2023): Hospital profiling using Bayesian decision theory. *Biometrics* 79(3): 2757–2769. DOI: 10.1111/biom.13798.
- Hibbard, JH; Stockard, J; Tusler, M (2005): Hospital Performance Reports: Impact On Quality, Market Share, And Reputation. *Health Affairs* 24(4): 1150–1160. DOI: 10.1377/hlthaff.24.4.1150.
- Hofer, TP; Asch, SM; Hayward, RA; Rubenstein, LV; Hogan, MM; Adams, J; et al. (2004): Profiling quality of care: Is there a role for peer review? *BMC: Health Services Research* 4:9. DOI: 10.1186/1472-6963-4-9.

Humphreys, H; Cunney, R (2008): Performance indicators and the public reporting of healthcare-associated infection rates. *Clinical Microbiology and Infection* 14(10): 892-894. DOI: 10.1111/j.1469-0691.2008.02072.x.

Ibanez, B; James, S; Agewall, S; Antunes, MJ; Bucciarelli-Ducci, C; Bueno, H; et al. (2018): 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal* 39(2): 119-177. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx393.

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021): Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal. Abschlussbericht. Stand: 15.11.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2021/IQTIG_Gesamtkonzept-G-BA-Qualitaetsportal_Abschlussbericht_2021-11-15_01.pdf (abgerufen am: 04.09.2023).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022a): Kriterien für die Aussetzung und Aufhebung von Qualitätsindikatoren oder QS-Verfahren. Methodisches Vorgehen des IQTIG bei der Entwicklung von Empfehlungen an den G-BA. Abschlussbericht. Stand: 14.07.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2022/IQTIG_Aussetzungskriterien-QI_Abschlussbericht_2022-07-14-1.pdf (abgerufen am: 07.03.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022b): Methodik für die Entwicklung von Follow-up-Indikatoren und die Beurteilung ihrer Zuschreibbarkeit. Abschlussbericht. Stand: 22.12.2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022c): Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 16.05.2023).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022d): Statistische Methodik für die Ermittlung rechnerischer Auffälligkeiten und verteilungsabhängiger Referenzbereiche im QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI). Stand: 15.06.2022. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2022/IQTIG_Statistische_Methodik_fuer_die_Ermittlung_rechnerischer_Auffaelligkeiten_und_verteilungsabhaengiger_Referenzbereiche_im_QS-Verfahren_Perkutane_Koronarintervention_PCI_und_Koronarangiographie_QS_PCI.pdf (abgerufen am: 27.07.2023).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023a): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP. Abschlussbericht. [Stand:] 19.07.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Weiterentwicklung-datengestuetzte-QS-Verfahren-PCI-HSMDEF-KEP_2023-07-19_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 07.03.2024).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023b): Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2022.

[Stand:] 26.04.2023. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2023/IQTIG_Oeffentliche-Berichterstattung-von-Ergebnissen_Empfehlungen-BJ-2022_2023-04-26_Schreibschutz.pdf (abgerufen am: 24.01.2024).

James, B (2003): Information System Concepts for Quality Measurement. *Medical Care* 41(1 Suppl.): I-71-I-79. DOI: 10.1097/00005650-200301001-00008.

Jeschke, E; Günster, C (2022): Qualitätsindikatoren für stationäre Leistungen: das Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR). *Gesundheit und Gesellschaft: Wissenschaft* 22(4): 25-34. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2022/wido_ggw_0422_jeschke_guenster.pdf (abgerufen am: 29.06.2023).

Jha, AK (2017): Public Reporting of Surgical Outcomes: Surgeons, Hospitals, or Both? *JAMA* 318(15): 1429-1430. DOI: 10.1001/jama.2017.13815.

Kanouse, DE; Spranca, M; Vaiana, M (2004): Reporting About Health Care Quality: A Guide to the Galaxy. *Health Promotion Practice* 5(3): 222-231. DOI: 10.1177/1524839904264511.

Kasiske, BL; Wey, A; Salkowski, N; Zaun, D; Schaffhausen, CR; Israni, AK; et al. (2019): Seeking new answers to old questions about public reporting of transplant program performance in the United States. *American Journal of Transplantation* 19(2): 317-323. DOI: 10.1111/ajt.15051.

Klakow-Franck, R (2014): Perspektive: Rolle der Qualitätsmessung aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 108(8): 456-464. DOI: 10.1016/j.zefq.2014.10.008.

Klein, LW; Harjai, KJ; Resnic, F; Weintraub, WS; Vernon Anderson, H; Yeh, RW; et al. (2017): 2016 Revision of the SCAI Position Statement on Public Reporting. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 89(2): 269-279. DOI: 10.1002/ccd.26818.

König, A; Erling, R; Reuschenbach, B (2021): Einstellungen zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten in Pflegeeinrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54(8): 810-815. DOI: 10.1007/s00391-020-01767-6.

Krumholz, HM; Brindis, RG; Brush, JE; Cohen, DJ; Epstein, AJ; Furie, K; et al. (2006): Standards for Statistical Models Used for Public Reporting of Health Outcomes. An American Heart Association Scientific Statement From the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Writing Group. *Circulation* 113(3): 456-462. DOI: 10.1161/circulationaha.105.170769.

Kullgren, JT; Werner, RM (2011): Counterpoint: Will Public Reporting of Health-care Quality Measures Inform and Educate Patients? No. *Chest* 140(5): 1117-1120. DOI: 10.1378/chest.11-2094.

Kumpunen, S; Trigg, L; Rodrigues, R (2014): Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. (Policy Summary 13). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144007/Policy-summary-13-2077-1584-eng.pdf> (abgerufen am: 25.06.2023).

Lansky, D (2012): Public Reporting Of Health Care Quality: Principles For Moving Forward. Health Affairs Blog. [Stand:] 09.04.2012. Washington, US-DC: Project Hope. URL: <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/public-reporting-health-care-quality-principles-moving-forward> (abgerufen am: 16.06.2023).

Lawton, JS; Tamis-Holland, JE; Bangalore, S; Bates, ER; Beckie, TM; Bischoff, JM; et al. (2022): 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization. *Journal of the American College of Cardiology* 79(2): e21-e129. DOI: 10.1016/j.jacc.2021.09.006.

Lilford, R; Edwards, A; Girling, A; Hofer, T; Di Tanna, GL; Petty, J; et al. (2007): Inter-rater reliability of case-note audit: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy* 12(3): 173-180. DOI: 10.1258/135581907781543012.

Lucet, JC; Parneix, P; Grandbastien, B; Berthelot, P (2013): Should public reporting be made for performance indicators on healthcare-associated infections? *Médecine et Maladies Infectieuses* 43(3): 108-113. DOI: 10.1016/j.medmal.2013.03.002.

Mannion, R; Goddard, M (2003): Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 9(2): 277-286. DOI: 10.1046/j.1365-2753.2003.00388.x.

McKibben, L; Horan, T; Tokars, JI; Fowler, G; Cardo, DM; Pearson, ML; et al. (2005): Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *American Journal of Infection Control* 33(4): 217-226. DOI: 10.1016/j.ajic.2005.04.001.

Metcalfe, D; Rios Diaz, AJ; Olufajo, OA; Massa, MS; Ketelaar, NABM; Flottorp, SA; et al. (2018): Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 9. Art. No.: CD004538. DOI: 10.1002/14651858.CD004538.pub3.

Metersky, ML (2011): Point: Will Public Reporting of Health-care Quality Measures Inform and Educate Patients? Yes. *Chest* 140(5): 1115-1117. DOI: 10.1378/chest.11-2074.

NICE [National Institute for Health and Care Excellence] (2020): NICE Guideline NG185. Acute coronary syndromes [Guidance]. Published: 18.11.2020, © NICE 2022. [London, GB]: NICE. ISBN: 978-1-4731-3902-2. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng185/resources/acute-coronary-syndromes-pdf-66142023361477> (abgerufen am: 07.03.2024).

- NQF [National Quality Forum] (2021): Measure Evaluation Criteria and Guidance for Evaluating Measures for Endorsement. [Stand:] September 2021. Washington, US-DC: NQF. URL: <https://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=88439> (abgerufen am: 25.05.2023).
- NQF [National Quality Forum] ([2008]): National Voluntary Consensus Standards for the Reporting of Healthcare-Associated Infection Data. A Consensus Report. [Stand: March 2008]. Washington, US-DC: NQF. ISBN: 1-933875-11-9. URL: <https://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=17791> (abgerufen am: 30.06.2023).
- Oakley, J; Clarke, S (2007): Introduction: Accountability, informed consent and clinician performance information. In: Clarke, S; Oakley, J; Hrsg.: *Informed consent and clinician accountability. The ethics of report cards on surgeon performance*. Cambridge, GB [u. a.]: Cambridge University Press, 1-21. ISBN: 978-0-521-68778-2.
- Podolsky, DK; Nagarkar, PA; Reed, WG; Rohrich, RJ (2014): Public Reporting of Patient Safety Metrics: Ready or Not? *Plastic and Reconstructive Surgery* 134(6): 981e-985e. DOI: 10.1097/prs.0000000000000713.
- Prang, K-H; Maritz, R; Sabanovic, H; Dunt, D; Kelaheer, M (2021): Mechanisms and impact of public reporting on physicians and hospitals' performance: A systematic review (2000-2020). *PLoS One* 16(2): e0247297. DOI: 10.1371/journal.pone.0247297.
- Pronovost, PJ; Miller, M; Wachter, RM (2007): The GAAP in Quality Measurement and Reporting. *JAMA* 298(15): 1800-1802. DOI: 10.1001/jama.298.15.1800.
- Pronovost, PJ; Wu, AW; Austin, JM (2017): Time for Transparent Standards in Quality Reporting by Health Care Organizations. *JAMA* 318(8): 701-702. DOI: 10.1001/jama.2017.10124.
- Reiter, A; Geraedts, M; Jäckel, W; Fischer, B; Veit, C; Döbler, K (2011): Selection of hospital quality indicators for public disclosure in Germany. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105: 44-48. DOI: 10.1016/j.zefq.2010.12.024.
- Rodrigues, R; Trigg, L; Schmidt, AE; Leichsenring, K (2014): The public gets what the public wants: Experiences of public reporting in long-term care in Europe. *Health Policy* 116(1): 84-94. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.12.012.
- Romanelli, JR; Fuchshuber, PR; Stulberg, JJ; Brewer Kowalski, R; Sinha, P; Aloia, TA; et al. (2019): Public reporting and transparency: a primer on public outcomes reporting. *Surgical Endoscopy* 33(7): 2043-2049. DOI: 10.1007/s00464-019-06756-4.
- Rothberg, MB; Benjamin, EM; Lindenauer, PK (2009): Public Reporting of Hospital Quality: Recommendations to Benefit Patients and Hospitals. *Journal of Hospital Medicine* 4(9): 541-545. DOI: 10.1002/jhm.481.

- SAMW [Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften] (2009): Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Empfehlungen der SAMW. [Stand:] August 2009. Basel, CH: SAMW. URL: <https://www.samw.ch/dam/jcr:0bf89e1b-7521-45bc-8153-f71b3e9eaf64/empfehlungen-samw-behandlungsqualitaet.pdf> (abgerufen am: 22.06.2023).
- Schwenk, U; Schmidt-Kaehler, S (2016): Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. *Spotlight Gesundheit* (1): 1-8. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf (abgerufen am: 19.04.2023).
- Scott, IA; Ward, M (2006): Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities. *The Medical Journal of Australia* 184(11): 571-755. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00383.x.
- Shahian, DM; Edwards, FH; Jacobs, JP; Prager, RL; Normand, S-LT; Shewan, CM; et al. (2011): Public Reporting of Cardiac Surgery Performance: Part 2 – Implementation. *The Annals of Thoracic Surgery* 92(3, Supplement): S12-S23. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2011.06.101.
- Shahian, DM (2017): Beyond public reporting. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 153(6): 1627-1629. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2017.02.036.
- Sharma, K; Metzler, I; Chen, S; Mayer, JE, Jr; Meara, J (2012): Public reporting of healthcare data: a new frontier in quality improvement. *Bulletin of the American College of Surgeons* 97(6): 6-13.
- SIGN [Scottish Intercollegiate Guidelines Network] (2016): SIGN National Clinical Guideline 148. Acute coronary syndrome [Full Guideline]. First published: April 2016. Edinburgh, GB: SIGN. ISBN: 978-1-909103-44-3. URL: <https://www.sign.ac.uk/media/1084/sign148.pdf> (abgerufen am: 07.03.2024).
- Smith, MA; Atherly, AJ; Kane, RL; Pacala, JT (1997): Peer review of the Quality of Care. Reliability and Sources of Variability for Outcome and Process Assessments. *JAMA* 278(19): 1573-1578. DOI: 10.1001/jama.1997.03550190037041.
- Smith, P (1995): On the Unintended Consequences of Publishing Performance Data in the Public Sector. *International Journal of Public Administration* 18(2-3): 277-310. DOI: 10.1080/01900699508525011.
- Solberg, LI; Mosser, G; McDonald, S (1997): The Three Faces of Performance Measurement: Improvement, Accountability, and Research. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 23(3): 135-147. DOI: 10.1016/S1070-3241(16)30305-4.
- Steg, PG; James, SK; Atar, D; Badano, LP; Blömsstrom-Lundqvist, C; Borger, MA; et al. (2012): ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal* 33(20): 2569-2619. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs215.

Suchy, K (2010): A Lack of Standardization: The Basis for the Ethical Issues Surrounding Quality and Performance Reports. *Journal of Healthcare Management* 55(4): 241-251. DOI: 10.1097/00115514-201007000-00005.

Totten, AM; Wagner, J; Tiwari, A; O'Haire, C; Griffin, J; Walker, M (2012): 5. Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap. [Stand:] July 2012. (Evidence Report No. 208). Rockville, US-MD: AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality]. AHRQ Publication No. 12-E011-EF. URL: <https://archive.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/public-reporting-qis.pdf> (abgerufen am: 06.03.2023).

Welke, KF (2018): Public Reporting of Congenital Heart Surgery Outcomes: Counting Numbers, Caring for Patients. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery* 30(1): 50-53. DOI: 10.1053/j.semtcvs.2018.02.016.

Wollersheim, H; Hermens, R; Hulscher, M; Braspenning, J; Ouwens, M; Schouten, J; et al. (2007): Clinical indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine* 65(1): 15-22. URL: <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=488> (abgerufen am: 25.05.2023).

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)



Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung

Weiterentwicklung der Kriterien, des Prüfprozesses und des Berichtsformats
für die Empfehlungen des IQTIG

Anhang zum Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

**Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung.
Weiterentwicklung der Kriterien, des Prüfprozesses und des Berichtsformats für die
Empfehlungen des IQTIG. Anhang zum Abschlussbericht**

Ansprechperson Dr. Maria Golde

Datum der Abgabe 15. März 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Weiterentwicklung der Empfehlungen des Instituts nach § 137a
SGB V für die öffentliche Berichterstattung einschließlich der
Kriterien für die Prüfung und eine transparente Prozessgestal-
tung

Datum des Auftrags 3. Mai 2023

Inhaltsverzeichnis

- Anhang A: Musterbericht für die Empfehlungen des IQTIG zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung, dazu gehören folgende Musteranhänge:
- Empfehlungen DeQS-RL, sektorenübergreifende Verfahren (Musteranhang A.1)
 - Empfehlungen DeQS-RL, sektorbezogen stationär (Musteranhang A.2)
 - Empfehlungen Strukturrichtlinien, sektorbezogen stationär (Musteranhang A.3)
 - Indikator- und Kennzahlsteckbriefe DeQS-RL, sektorenübergreifende Verfahren (Musteranhang B.1)
 - Indikator- und Kennzahlsteckbriefe DeQS-RL, sektorbezogene stationäre Verfahren (Musteranhang B.2)
 - Steckbriefe Strukturrichtlinien, sektorbezogen stationär (Musteranhang B.3)
- Anhang B: Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche
- Anhang C: IQTIG-Kriterienkatalog zur Beurteilung der Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung
- Anhang D: Weiterführende Beschreibung des Prüfprozesses

Anhang A:
Musterbericht für die Empfehlungen des IQTIG
zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Bericht-
erstattung

vertraulich



Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung

Musterbericht

Berichtsjahr 20xx

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

[Titel des Berichts]

Ansprechperson	Vorname Name
Datum der Abgabe	x. Monat 202x
Datum aktualisierte Abgabe	[ggf. Zeile löschen]

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Name des Auftrags	Bezeichnung
Datum des Auftrags	x. Monat 202x

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten	[Zeitraum]
Sozialdaten bei den Krankenkassen	[Zeitraum]
Patientenbefragung	[Zeitraum]

Kurzfassung

Hintergrund

[Text]

Auftrag

[Text]

Methodisches Vorgehen

[Text]

Ergebnisse und Empfehlungen

[Text]

Fazit

[Text]

vertraulich

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
1 Einleitung	7
1.1 Hintergrund	7
1.2 Auftrag	7
2 Methodisches Vorgehen	8
3 Ergebnisse und Empfehlungen	10
3.1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	10
3.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht (mehr) für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung empfohlen werden	10
3.3 Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren	10
4 Fazit und Ausblick.....	11
Literatur	12
Impressum.....	13

Tabellenverzeichnis

[Tabellenverzeichnis]

Abbildungsverzeichnis

[Abbildungsverzeichnis]

vertraulich

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

[Text gemäß zukünftiger Regelung einfügen]

1.2 Auftrag

[Text gemäß zukünftiger Regelung einfügen]

vertraulich

2 Methodisches Vorgehen

Gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)¹ entwickelt das IQTIG Qualitätsindikatoren und -kennzahlen zur Messung und Darstellung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Das IQTIG beurteilt die Eignung dieser Indikatoren und Kennzahlen für den Einsatz in der Qualitätssicherung und die Qualitätsberichterstattung anhand der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen (IQTIG 2022).

Zur Beurteilung, ob die Indikator- und Kennzahlergebnisse aussagekräftige Informationen über die Versorgungsqualität der Leistungserbringer darstellen und dementsprechend zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung empfohlen werden können, zieht das IQTIG folgende Eignungskriterien heran:

- Eignungskriterien des Merkmals
 - Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
 - Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal
 - Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer
- Eignungskriterien der Messung
 - Objektivität der Messung
 - Datenqualität
 - Reliabilität der Messung
 - Validität der Messung
- Eignungskriterien des Bewertungskonzepts
 - Angemessenheit des Referenzbereichs (falls Referenzbereich festgelegt)
 - Klassifikationsgüte (falls Referenzbereich festgelegt)
 - Angemessenheit der Risikoadjustierung

Details zur Operationalisierung der Eignungskriterien und zum Prüfprozess können dem Bericht „Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung – Weiterentwicklung der Kriterien, des Prüfprozesses und des Berichtsformats für die Empfehlungen des IQTIG“ entnommen werden.

Neben den Qualitätsindikatoren und -kennzahlen der DeQS-RL kann das IQTIG auch Informationen und Angaben gemäß den Strukturrichtlinien und den Mindestmengenregelungen des G-BA sowie weitere Angaben gemäß den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser auf ihre

¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 1. Januar 2019, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 23.06.2023).

Eignung zur öffentlichen Berichterstattung prüfen. Diese Informationen und Angaben werden bisher nicht durch das IQTIG dahingehend geprüft, inwieweit sie Qualitätsergebnisse darstellen oder für den Einsatz in der Qualitätssicherung geeignet sind. Für diese Informationen und Angaben prüft das IQTIG nicht, ob sie Qualitätsinformationen darstellen, sondern lediglich, inwieweit die Angaben aussagekräftige Informationen über die Leistungserbringer sind. Zu dieser Prüfung zieht das IQTIG die Eignungskriterien „Objektivität“ und „Datenqualität“ heran.

vertraulich

3 Ergebnisse und Empfehlungen

3.1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

[Text]

3.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht (mehr) für eine einrichtungsbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

[Text]

3.3 Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren

[Text]

vertraulich

4 Fazit und Ausblick

[Text]

vertraulich

Literatur

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022):

Methodische Grundlagen. Version 2.0. Stand: 27.04.2022. Berlin: IQTIG. URL:

https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen_Version-2.0_2022-04-27_barrierefrei.pdf (abgerufen am: 16.05.2023).

vertraulich

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)

vertraulich



Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung

Musteranhang A.1:
DeQS-RL, sektorenübergreifende Verfahren

Berichtsjahr 20xx

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

[Titel des Berichts]

Ansprechperson [Vorname Nachname]

Datum der Abgabe x. Monat 202x

Datum aktualisierte Abgabe [ggf. Zeile löschen]

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags [Bezeichnung]

Datum des Auftrags x. Monat 202x

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten [Zeitraum]

Sozialdaten bei den
Krankenkassen [Zeitraum]

Patientenbefragung [Zeitraum]

Inhaltsverzeichnis

1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	4
1.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden	4
1.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden	5
1.3	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden	6
1.4	Qualitätsindikatoren, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	7
2	[Etc.: weitere QS-Verfahren DeQS-RL sektorenübergreifend].....	8
2.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden	8
2.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden	9
2.3	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden	10
2.4	Qualitätsindikatoren, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden....	11
	Impressum.....	12

1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

1.1 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.1 für ausführliche Begründungen anhand der Indikator- bzw. Kennzahlsteckbriefe

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenzbereich	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	Kein Referenzbereich festgelegt	ja	Die Indikatorergebnisse werden zur Veröffentlichung empfohlen, da der Indikator alle relevanten Eignungskriterien erfüllt. Da der Referenzbereich für diesen QI noch nicht angewendet wird, empfiehlt das IQTIG die Veröffentlichung ohne Referenzbereich und ohne die Ergebnisse der rechnerischen Auffälligkeitseinstufung.
		Referenzbereich festgelegt	ja	

1.2 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.1 für ausführliche Begründungen anhand der Indikator- bzw. Kennzahlsteckbriefe

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
56009	Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml	nein	Das Qualitätsmerkmal ist gemäß den Kriterien derzeit nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet, da der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist. Weiterhin wird die Risikoadjustierung als nicht angemessen eingeschätzt. Das IQTIG hat daher empfohlen, den QI zu pausieren und zu überarbeiten.
		nein	

1.3 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenzbereich	Veröffentlichung empfohlen?
56003	„Door-to-balloon“-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	Referenzbereich festgelegt	ja
		Kein Referenzbereich festgelegt	ja

1.4 Qualitätsindikatoren, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
56117	Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur	nein	Das Qualitätsmerkmal des Indikators ist gemäß den Kriterien für die Qualitätssicherung geeignet, und auch die Eignungskriterien der Messung sind bei diesem Indikator erfüllt. Derzeit liegt noch keine Risikoadjustierung für diesen QI vor, obwohl diese als erforderlich eingeschätzt wird. Bis zum Vorliegen einer angemessenen Risikoadjustierung spricht das IQTIG keine Empfehlung zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung für diesen Indikator aus.
		nein	

2 [Etc.: weitere QS-Verfahren DeQS-RL sektorenübergreifend]

2.1 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.1 für ausführliche Begründungen anhand der Indikator- bzw. Kennzahlsteckbriefe

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenzbereich	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		Referenzbereich festgelegt	ja	
		Kein Referenzbereich festgelegt	ja	

2.2 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.1 für ausführliche Begründungen anhand der Indikator- bzw. Kennzahlsteckbriefe

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

2.3 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenzbereich	Veröffentlichung empfohlen?
		Referenzbereich festgelegt	ja
		Kein Referenzbereich festgelegt	ja

2.4 Qualitätsindikatoren, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

vertraulich

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)

vertraulich



Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung

Musteranhang A.2:
DeQS-RL, sektorbezogen stationär

Berichtsjahr 20xx

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

[Titel des Berichts]

Ansprechperson [Vorname Nachname]

Datum der Abgabe x. Monat 202x

Datum aktualisierte Abgabe [ggf. Zeile löschen]

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags [Bezeichnung]

Datum des Auftrags x. Monat 202x

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten [Zeitraum]

Sozialdaten bei den
Krankenkassen [Zeitraum]

Patientenbefragung [Zeitraum]

Inhaltsverzeichnis

1	Cholezystektomie (QS CHE)	4
1.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden	4
1.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden	5
1.3	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden	6
1.4	Qualitätsindikatoren, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden	7
2	[Etc.: weitere QS-Verfahren DeQS-RL stationär]	8
2.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden	8
2.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden	9
2.3	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden	10
2.4	Qualitätsindikatoren, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden	11
	Impressum	12

1 Cholezystektomie (QS CHE)

1.1 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.2 für ausführliche Begründungen anhand der Indikator- bzw. Kennzahlsteckbriefe

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenzbereich	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		Referenzbereich festgelegt	ja	
		Kein Referenzbereich festgelegt	ja	

1.2 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.2 für ausführliche Begründungen anhand der Indikator- bzw. Kennzahlsteckbriefe

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

vertraulich

1.3 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenzbereich	Veröffentlichung empfohlen?
		Referenzbereich festgelegt	ja
		Kein Referenzbereich festgelegt	ja

vertraulich

1.4 Qualitätsindikatoren, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

vertraulich

2 [Etc.: weitere QS-Verfahren DeQS-RL stationär]

2.1 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.2 für ausführliche Begründungen anhand der Indikator- bzw. Kennzahlsteckbriefe

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenzbereich	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		Referenzbereich festgelegt	ja	
		Kein Referenzbereich festgelegt	ja	

2.2 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.2 für ausführliche Begründungen anhand der Indikator- bzw. Kennzahlsteckbriefe

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

2.3 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators / der Kennzahl	Referenzbereich	Veröffentlichung empfohlen?
		Referenzbereich festgelegt	ja
		Kein Referenzbereich festgelegt	ja

2.4 Qualitätsindikatoren, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

vertraulich

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)

vertraulich



Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung

Musteranhang A.3:
Strukturrichtlinien, stationär

Berichtsjahr 20xx

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

[Titel des Berichts]

Ansprechperson [Vorname Nachname]

Datum der Abgabe x. Monat 202x

Datum aktualisierte Abgabe [ggf. Zeile löschen]

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags [Bezeichnung]

Datum des Auftrags x. Monat 202x

vertraulich

Inhaltsverzeichnis

1	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)	4
1.1	Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	4
1.2	Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	5
1.3	Strukturinformationen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	6
1.4	Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden	7
2	Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL).....	8
2.1	Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	8
2.2	Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	9
2.3	Strukturinformationen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	10
2.4	Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden	11
3	Mindestmengenregelungen (Mm-R): Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene.....	12
3.1	Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	12
3.2	Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	13
3.3	Strukturinformationen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	14
3.4	Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden	15
4	[Etc: weitere Richtlinien]	16
4.1	Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	16
4.2	Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	17
4.3	Strukturinformationen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	18
4.4	Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden	19
	Impressum.....	20

1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

1.1 Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.3 für ausführliche Begründungen anhand der Steckbriefe

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		ja	
		ja	

1.2 Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.3 für ausführliche Begründungen anhand der Steckbriefe

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

1.3 Strukturinformationen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?
		ja
		ja

vertraulich

1.4 Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nicht beurteilbar	
		nein	

vertraulich

2 Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

2.1 Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.3 für ausführliche Begründungen anhand der Steckbriefe

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		ja	
		ja	

2.2 Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.3 für ausführliche Begründungen anhand der Steckbriefe

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

2.3 Strukturinformationen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?
		ja
		ja

vertraulich

2.4 Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nicht beurteilbar	
		nein	

vertraulich

3 Mindestmengenregelungen (Mm-R): Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene

3.1 Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.3 für ausführliche Begründungen anhand der Steckbriefe

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		ja	
		ja	

3.2 Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.3 für ausführliche Begründungen anhand der Steckbriefe

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

3.3 Strukturinformationen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?
		ja
		ja

vertraulich

3.4 Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nicht beurteilbar	
		nein	

vertraulich

4 [Etc: weitere Richtlinien]

4.1 Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.3 für ausführliche Begründungen anhand der Steckbriefe

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		ja	
		ja	

4.2 Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

Siehe Anhang B.3 für ausführliche Begründungen anhand der Steckbriefe

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

4.3 Strukturinformationen, die weiterhin zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?
		ja
		ja

vertraulich

4.4 Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nicht beurteilbar	
		nein	

vertraulich

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)

vertraulich



Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung

**Musteranhang B.1: Indikator- und Kennzahlsteckbriefe
DeQS-RL, sektorenübergreifende Verfahren**

Berichtsjahr 20xx

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

[Titel des Berichts]

Ansprechperson [Vorname Nachname]

Datum der Abgabe x. Monat 202x

Datum aktualisierte Abgabe [ggf. Zeile löschen]

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags Bezeichnung

Datum des Auftrags x. Monat 202x

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten [Zeitraum]

Sozialdaten bei den
Krankenkassen [Zeitraum]

Patientenbefragung [Zeitraum]

Inhaltsverzeichnis

1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	4
1.1	Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden	4
1.1.1	Steckbrief: 56115 Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	4
1.2	Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden	8
1.2.1	Steckbrief: 56009 Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml.....	8
2	[Etc.: weitere QS-Verfahren DeQS-RL sektorenübergreifend].....	13
2.1	Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden	13
2.1.1	Steckbrief: [ID] [Bezeichnung].....	13
2.2	Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden	15
2.2.1	Steckbrief: [ID] [Bezeichnung].....	15
	Impressum.....	17

1 Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)

1.1 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

1.1.1 Steckbrief: 56115 Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung

Tabelle 1: Statusinformationen (QI 56115)

Status	Beibehalten empfohlen
Veröffentlichung empfohlen	ja
Referenzbereich	Kein Referenzbereich festgelegt
Gesamteinschätzung	In der Gesamtschau wird der Indikator „Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung“ als für den Einsatz in der Qualitätssicherung geeignet eingeschätzt. Neben einer hohen Bedeutung für die Patientinnen und Patienten weist der Qualitätsindikator eine hohe Objektivität und Validität auf. Bei der Benennung der Grundgesamtheit ist eindeutig gegeben, dass ausschließlich Patientinnen und Patienten eingeschlossen werden, auf die der Indikator zutrifft. Eine Risikoadjustierung wird als nicht erforderlich angesehen.

Tabelle 2: Allgemeine methodische Informationen (QI 56115)

Messdimension	Prozess
Datenquelle(n)	Patientenbefragung
Qualitätsdimension(en)	Patientensicherheit
Qualitätsmerkmal	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten sollen in der Nachbeobachtung nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten. Der Indikatorwert soll hoch sein.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit elektiver Koronarangiographie und/oder elektiver PCI (isoliert, einzeitig), die einen gültigen Fragebogen zurück geschickt haben.

Tabelle 3: Eignungskriterien des Qualitätsziels (QI 56115)

Eignungskriterium	Einschätzung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten wird durch das IQTIG als hoch eingeschätzt. Schmerzen in der Zeit nach der Prozedur sind für die Patientinnen und Patienten unangenehm, können teilweise als unerträglich betrachtet werden und sollten daher vermieden werden. Im Rahmen der Entwicklung der Befragung wiesen insbesondere die Patientinnen und Patienten selbst daraufhin, dass die Behandlung von Schmerzen in der Zeit nach der Prozedur für sie sehr wichtig war bzw. gewesen wäre.
Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	Das Qualitätsmerkmal ist unmittelbar patientenrelevant.
Potenzial zur Verbesserung	In den bei der Entwicklung des Fragebogens durchgeführten Fokusgruppen (eigene Erhebung des IQTIG) und in weiteren qualitativen Studien berichteten Patientinnen und Patienten mitunter von erheblichen Schmerzen während der mehrstündigen Nachbeobachtungsphase. Auch interviewte Ärztinnen und Ärzte (eigene Erhebung des IQTIG) wiesen darauf hin. Demzufolge betrachtet das IQTIG das Potenzial zur Verbesserung als ausreichend gegeben.
Beeinflussbarkeit	Die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt, da die Versorgung durch den Leistungserbringer so gestaltet werden kann, dass er die Erfüllung des Qualitätsmerkmals positiv beeinflusst. Beispiele für solche Prozesse oder Strukturen sind: Anwesenheit von Personal im Raum in der Zeit der Nachbeobachtung, mehrmaliges Nachfragen, ob Schmerzen vorhanden sind und ggf. Schmerzmittel bereitstellen. Für die durch den Indikator gemessene Versorgungsqualität ist der durchführende Leistungserbringer maßgeblich verantwortlich.
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	Gegeben, die Kenntnis der Indikatorwerte und der Antwortverteilung der zugrundeliegenden Items zu unbehandelten Schmerzen in der Nachbeobachtung für einen Leistungserbringer kann ein Anlass für Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements sein. Geeignete Maßnahmen sind z.B. Verbesserung der Betreuung in der Zeit der Nachbeobachtung und häufigeres Nachfragen bei den Patientinnen und Patienten, ob sie Schmerzen haben. Die Indikatorergebnisse eignen sich auch für externe QS-Maßnahmen, wie die Qualitätsförderung im Dialog mit den beauftragten Stellen, sowie perspektivisch für die Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patienten.

Tabelle 4: Eignungskriterien des Messverfahrens (QI 56115)

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	Die Objektivität der Messung wird als hoch eingeschätzt. Bei der Befragung von Patientinnen und Patienten wird auf subjektive Befragungsansätze weitestgehend verzichtet und ein faktenorientierter Befragungsansatz verfolgt. Dieser stellt sicher, dass die Patientinnen und Patienten sich bei der Beantwortung der Items auf konkrete Situationen und Sachverhalte beziehen können. Im Rahmen der Entwicklung wurde überprüft, dass das Verstandene mit dem Intendierten übereinstimmt und die Fragen gleich verstanden werden. Durch die Standardisierung des Fragebogens ist sichergestellt, dass die Antworten der Patientinnen und Patienten unabhängig von den Untersuchungsbedingungen sind.
Datenqualität	Das Eignungskriterium Datenqualität ist nur bei Indikatoren/Kennzahlen auf Basis von Sozialdaten oder QS-Dokumentation relevant.
Reliabilität der Messung	Die Reliabilität auf Fallebene wird für die Qualitätsindikatoren und -kennzahlen der Patientenbefragung nicht beurteilt.
Validität der Messung	Die Validität der Messung wird für diesen Indikator als hoch beurteilt, da alle relevanten Patientenfälle in den QI eingeschlossen und irrelevante Fälle ausgeschlossen werden. In den kognitiven Pretests wurde explizit überprüft, ob das interessierende Ereignis klar verständlich und abgrenzbar von anderen Ereignissen ist. Das Qualitätsziel fordert, dass Patientinnen und Patienten nach der Prozedur mehrfach nach Schmerzen gefragt werden und bei Bedarf Schmerzmittel erhalten. Diese Ziele werden in den Fragen explizit adressiert.
Praktikabilität der Messung	Eher hoch. Für die Durchführung der Patientenbefragung PPCI sind von den Leistungserbringern nur wenige Daten zu dokumentieren, die der Ziehung der Stichprobe und Kontaktierung der Patientinnen und Patienten dienen. Daher wird der Aufwand für die Leistungserbringer als eher niedrig, die Praktikabilität als eher hoch eingeschätzt.

Tabelle 5: Eignungskriterien des Bewertungskonzepts (QI 56115)

Eignungskriterium	Einschätzung
Angemessenheit des Referenzbereichs	Ein Referenzbereich wird für diesen Qualitätsindikator noch nicht angewendet.
Klassifikationsgüte	Eine Einstufung der Ergebnisse anhand eines Referenzbereichs erfolgt für diesen Qualitätsindikator noch nicht.
Angemessenheit der Risikoadjustierung	Eine Risikoadjustierung des Indikators wird als nicht erforderlich eingeschätzt, da für die Prozesse oder Strukturen, mit denen der Leistungserbringer das Qualitätsmerkmal positiv beeinflussen kann, wie z. B. Anwesenheit von Personal, Nachfragen oder die Bereitstellung von Schmerzmitteln, keine patientenseitigen oder andere vom Leistungserbringer nicht beeinflussbare Faktoren angenommen werden.

Weiterführende Informationen

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Abschlussbericht. Stand: 15.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/IQTIG_Patientenbefragung_OS-PCI_Abschlussbericht-mit-AT_2018-12-15.pdf (abgerufen am: 16.11.2023).

1.2 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

1.2.1 Steckbrief: 56009 Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml

Tabelle 6: Statusinformationen (QI 56009)

Status	Pausieren empfohlen
Veröffentlichung empfohlen	nein
Referenzbereich	Referenzbereich festgelegt
Gesamteinschätzung	Das Qualitätsmerkmal ist gemäß den Kriterien derzeit nicht mehr für die Qualitätssicherung geeignet, da der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal nicht ausreichend belegt ist. Im Ergebnis der durchgeführten Leitlinienrecherche liegt jedoch für eine Subgruppe (Patientinnen und Patienten mit manifester Nierenschädigung) wissenschaftliche Evidenz für dieses Qualitätsmerkmal vor. Das IQTIG hat daher empfohlen, den Qualitätsindikator „Isolierte Koronarangiographien mit Kontrastmittelmenge über 150 ml“ zu pausieren und zu überarbeiten. Aufgrund des nicht ausreichend belegten Zusammenhangs mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal sowie der nicht angemessenen Risikoadjustierung würde das IQTIG nicht empfehlen, die auf Basis bereits erhobener Daten berechneten Indikatorergebnisse einrichtungsbezogen zu veröffentlichen.

Tabelle 7: Allgemeine methodische Informationen (QI 56009)

Messdimension	Struktur/Prozess/Ergebnis
Datenquelle(n)	QS-Dokumentation
Qualitätsdimension(en)	Patientensicherheit, Angemessenheit
Qualitätsmerkmal	Kontrastmittelmenge
Qualitätsziel	Die applizierte Kontrastmittelmenge soll möglichst gering sein.
Grundgesamtheit	Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie

Tabelle 8: Eignungskriterien des Qualitätsziels (QI 56009)

Eignungskriterium	Einschätzung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	Die Bedeutung für die Patientinnen und Patienten wird durch das IQTIG als mittel eingeschätzt, da die Gabe von Röntgenkontrastmittel neben allergischen Reaktionen und Schilddrüsenerkrankungen in seltenen Fällen auch zu einer akuten Funktionsverschlechterung der Nieren führen kann, die als kontrastmittelinduzierte Nephropathie bezeichnet wird. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist die Gefahr einer akuten oder die Verschlechterung einer bestehenden chronischen Nierenschädigung die bedeutsamste mögliche Komplikation. Mit Blick auf die potenziell schädigende Wirkung von Röntgenkontrastmittel auf den menschlichen Organismus ist eine möglichst niedrige Kontrastmitteldosierung somit mittelbar relevant, um negative gesundheitliche Behandlungsfolgen für die Patientinnen und Patienten zu vermeiden bzw. zu verringern.
Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	Der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal wird als nicht belegt angesehen, da sich im Ergebnis der durchgeführten systematischen Literaturrecherche nicht herleiten ließ, dass die Gabe von Röntgenkontrastmittel für alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine isolierte Koronarangiographie durchgeführt wird, potenziell nierenschädigend ist. Einzig für Patientinnen und Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz konnte aus einer hochwertigen Leitlinie die Empfehlung abgeleitet werden, dass im Zuge einer Koronarangiographie Maßnahmen ergriffen werden sollten, um das Risiko einer kontrastmittelinduzierten akuten Nierenschädigung zu minimieren. Es wird empfohlen, das Volumen des verabreichten Kontrastmittels zu dokumentieren und den Kontrastmittelverbrauch zu minimieren.
Potenzial zur Verbesserung	Das Potenzial zur Verbesserung wird als hoch eingeschätzt. Maßgeblich für die Gesamteinschätzung des Verbesserungspotenzials war die Bewertung der Kennzahlen 1 und 2. Auf Grundlage von 10.067 verbesserbaren Ereignissen und eines Anteils von 36,33 % Leistungserbringern mit Verbesserungspotenzial ergab sich ein hohes Potenzial zur Verbesserung.
Beeinflussbarkeit	Die Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer wird als gegeben eingeschätzt, da die zur Durchführung der Koronarangiographie erforderliche Kontrastmitteldosierung im Einfluss- und Verantwortungsbereich des Leistungserbringers liegt, der die Untersuchung durchführt. Der sparsame Einsatz von Röntgenkontrastmittel bei einer Koronarangiographie hängt maßgeblich von den Fähigkeiten und Erfahrungen der untersuchenden Person ab. Vor diesem Hintergrund kann der Leistungserbringer durch geeignete, qualitätssichernde Maßnahmen (z. B. Ausbildung und Schulung des Personals, Einsatz modernster Röntgentechnologien, Evaluation der

Eignungskriterium	Einschätzung
	Kontrastmittelverbräuche und Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen, Durchführung von Audits) direkt Einfluss auf die Erreichung des Qualitätsziels nehmen. In nur wenigen Fällen liegt eine eingeschränkte Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer vor. Dies kann bei Eingriffen der Fall sein, die im Rahmen einer sogenannten Verbringung erbracht werden. Hierbei wird die Patientin oder der Patient zur Durchführung der Prozedur in ein anderes Krankenhaus verbracht. Nach Abschluss der Prozedur (i. d. R. innerhalb von 24 Stunden) kehrt die Patientin oder der Patient wieder in das entsendende Krankenhaus zurück. Diese Patientinnen und Patienten werden im Rahmen der Auswertung dem entlassenden bzw. entsendenden Krankenhaus zugeschrieben, welches für die Durchführung der Prozedur und damit die Einhaltung des Qualitätsziels nicht direkt verantwortlich ist. Der Anteil von Verbringungsleistungen an allen in den Indikator eingeschlossenen Patientinnen und Patienten betrug im Erfassungsjahr 2021 ca. 2,9 % (n = 11.688). Für die durch den Indikator gemessene Versorgungsqualität ist der durchführende Leistungserbringer maßgeblich verantwortlich.
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	Die Brauchbarkeit für einen Handlungsanschluss wird als gegeben eingeschätzt, da die Ergebnisse sowohl im Rahmen des internen Qualitätsmanagements (z. B. Fortbildung des Personals, Erstellung interner Handlungsanweisungen) als auch für externe QS-Maßnahmen (z. B. Dialog mit den beauftragten Stellen, Veröffentlichung für Auswahlentscheidungen der Patientinnen und Patienten) zweckdienlich sind. Ebenso ist eine Handlungsrelevanz zum Zeitpunkt der Ergebnisbereitstellung (z. B. in Form der Quartalsberichte) durch die Möglichkeit, Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten, gegeben.

Tabelle 9: Eignungskriterien des Messverfahrens (QI 56009)

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	Bezüglich der Objektivität der Messung liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Objektivität der Messung der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder als hoch beurteilt.
Datenqualität	Bezüglich der Datenqualität liegen Hinweise auf deren Einschränkung vor. Für eines von 2 Datenfeldern, die zur Indikatorberechnung benötigt werden, wird nur eine mittlere Datenqualität angenommen. Dies betrifft das Datenfeld „applizierte Kontrastmittelmenge“. Die Einstufung „mittel“ ist darin begründet, dass Hinweise dazu vorliegen, dass es bei diesem Datenfeld zu Über-

Eignungskriterium	Einschätzung
	tragungsfehlern aus der Patientenakte kommen kann, die Ausschlussbedingungen gemäß Ausfüllhinweis mitunter nicht berücksichtigt werden und teilweise auch zu verwerfende Restmengen mitangegeben werden. In der Summe wird die Datenqualität der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder als mittel beurteilt, da das zur Indikatorberechnung relevantere Datenfeld („applizierte Kontrastmittelmenge“) nur eine mittlere Datenqualität aufweist.
Reliabilität der Messung	Bezüglich der Reliabilität der Messung (auf Fallebene) liegen keine Hinweise auf deren Einschränkung vor. In der Summe wird die Reliabilität der Messung der für diesen Qualitätsindikator verwendeten Datenfelder als hoch beurteilt.
Validität der Messung	Die Validität der Messung wird für diesen Indikator als hoch beurteilt. In den Indikator werden alle isolierten Koronarangiographien eingeschlossen. Bislang prüft der Indikator nicht, ob die Kontrastmittelmenge prozedurbezogen möglichst niedrig ist, sondern lediglich, ob die applizierte Kontrastmittelmenge prozedurbezogen nicht mehr als 150 ml betrug. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass der Grenzwert von 150 ml empirisch aus den QS-Daten der Jahre 2003 bis 2005 hergeleitet wurde und nicht als evidenz-basierter Optimalwert zu interpretieren ist. Mit den prospektiven Rechenregeln für das Erfassungsjahr 2023 wird die Dichotomisierung (Kontrastmittelmenge von 150 ml überschritten – ja/nein) in dem Indikator aufgehoben, sodass der Zähler nicht mehr die Anzahl interessierender Ereignisse darstellt. Stattdessen wird zukünftig das stetige Outcome für jeden Fall direkt mit dem über ein Risikoadjustierungsmodell ermittelten erwarteten (stetigen) Outcome in Beziehung gesetzt. Mit dieser Änderung wird das eigentliche Qualitätsziel – die Prozedur mit möglichst geringer Kontrastmitteldosierung durchzuführen – treffender überprüfbar gemacht.
Praktikabilität der Messung	Für die Berechnung dieses Qualitätsindikators wird ausschließlich die fallbezogene QS-Dokumentation herangezogen. Der Aufwand für die fallbezogene Datenerhebung durch die Leistungserbringer wird für diesen Indikator mit derzeit 274.247 Aufwandseinheiten als eher hoch beurteilt, entsprechend einer eher geringen Praktikabilität.

Tabelle 10: Eignungskriterien des Bewertungskonzepts (QI 56009)

Eignungskriterium	Einschätzung
Angemessenheit des Referenzbereichs	Für den Indikator ist das 95. Perzentil der Verteilung der Indikatorergebnisse als Referenzbereich für die Entscheidung, ob ein Stellungsnahmeverfahren durchgeführt werden soll, festgelegt. Damit wird der Referenzbereich als angemessen eingeschätzt.
Klassifikationsgüte	Für Qualitätsindikatoren im QS-Verfahren PCI erfolgt die Einstufung der Indikatorergebnisse gemäß der vom entwickelten statistischen Methodik zur Bestimmung von perzentilbasierten Referenzbereichen und zur Ermittlung von rechnerischen Auffälligkeiten. Diese Methodik berücksichtigt die statistische Unsicherheit der beobachteten Indikatorergebnisse bei der Einstufung. Die Klassifikationsgüte wird daher als ausreichend gegeben beurteilt.
Angemessenheit der Risikoadjustierung	Bei der Prüfung der Angemessenheit der Risikoadjustierung wurden folgende relevante Einflussfaktoren auf die Indikatorergebnisse identifiziert, die nicht von den Leistungserbringern zu verantworten sind: „BMI“, „Aortenaneurysma“, „anatomische Veränderungen, die einen erschwerten Koronarzugang verursachen“, „Vorhandensein von Bypässen“, „Durchführung einer Lävokardiographie“. Die Risikoadjustierung ist für diesen Indikator nicht angemessen, da für diesen Indikator bislang noch keine Risikoadjustierung durchgeführt wurde.

Weiterführende Informationen

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023): Empfehlungen zur Weiterentwicklung von Verfahren der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. Indikatorensets der Verfahren QS PCI, QS HSMDEF und QS KEP. Abschlussbericht. [Stand:] 19.07.2023. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

2 [Etc.: weitere QS-Verfahren DeQS-RL sektorenübergreifend]

2.1 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

2.1.1 Steckbrief: [ID] [Bezeichnung]

Tabelle 11: Statusinformationen (QI [ID])

Status	(Wieder-)Einführung empfohlen/Beibehalten empfohlen/Pausieren empfohlen/Abschaffung empfohlen/pausiert/abgeschafft
Veröffentlichung empfohlen	ja/nein
Referenzbereich	Referenzbereich festgelegt/Kein Referenzbereich festgelegt
Gesamteinschätzung	[Text]

Tabelle 12: Allgemeine methodische Informationen (QI [ID])

Messdimension	Struktur/Prozess/Ergebnis
Datenquelle(n)	QS-Dokumentation/Sozialdaten/Patientenbefragung Mehrfachauswahl
Qualitätsdimension(en)	Auswahloptionen s. Rahmenmodell Mehrfachauswahl
Qualitätsmerkmal	[Text]
Qualitätsziel	[Text]
Grundgesamtheit	[Text]

Tabelle 13: Eignungskriterien des Qualitätsziels (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	[Text]
Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	[Text]
Potenzial zur Verbesserung	[Text]
Beeinflussbarkeit	[Text]
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	[Text]

Tabelle 14: Eignungskriterien des Messverfahrens (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	[Text]
Datenqualität	[Text]
Reliabilität der Messung	[Text]
Validität der Messung	[Text]
Praktikabilität der Messung	[Text]

Tabelle 15: Eignungskriterien des Bewertungskonzepts (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Angemessenheit des Referenzbereichs	[Text]
Klassifikationsgüte	[Text]
Angemessenheit der Risikoadjustierung	[Text]

Weiterführende Informationen

[z. B. Abschlussbericht der Entwicklung, Abschlussbericht der Verfahrensprüfung]

2.2 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

2.2.1 Steckbrief: [ID] [Bezeichnung]

Tabelle 16: Statusinformationen (QI [ID])

Status	(Wieder-)Einführung empfohlen/Beibehalten empfohlen/Pausieren empfohlen/Abschaffung empfohlen/pausiert/abgeschafft
Veröffentlichung empfohlen	ja/nein
Referenzbereich	Referenzbereich festgelegt/Kein Referenzbereich festgelegt
Gesamteinschätzung	[Text]

Tabelle 17: Allgemeine methodische Informationen (QI [ID])

Messdimension	Struktur/Prozess/Ergebnis
Datenquelle(n)	QS-Dokumentation/Sozialdaten/Patientenbefragung Mehrfachauswahl
Qualitätsdimension(en)	Auswahloptionen s. Rahmenmodell Mehrfachauswahl
Qualitätsmerkmal	[Text]
Qualitätsziel	[Text]
Grundgesamtheit	[Text]

Tabelle 18: Eignungskriterien des Qualitätsziels (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	[Text]
Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	[Text]
Potenzial zur Verbesserung	[Text]
Beeinflussbarkeit	[Text]
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	[Text]

Tabelle 19: Eignungskriterien des Messverfahrens (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	[Text]
Datenqualität	[Text]
Reliabilität der Messung	[Text]
Validität der Messung	[Text]
Praktikabilität der Messung	[Text]

Tabelle 20: Eignungskriterien des Bewertungskonzepts (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Angemessenheit des Referenzbereichs	[Text]
Klassifikationsgüte	[Text]
Angemessenheit der Risikoadjustierung	[Text]

Weiterführende Informationen

[z. B. Abschlussbericht der Entwicklung, Abschlussbericht der Verfahrensprüfung]

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)

vertraulich



Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung

Musteranhang B.2: Indikator- und Kennzahlsteckbriefe
DeQS-RL, sektorbezogene stationäre Verfahren

Berichtsjahr 20xx

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

[Titel des Berichts]

Ansprechperson [Vorname Nachname]

Datum der Abgabe x. Monat 202x

Datum aktualisierte Abgabe [ggf. Zeile löschen]

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags [Bezeichnung]

Datum des Auftrags x. Monat 202x

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten [Zeitraum]

Sozialdaten bei den
Krankenkassen [Zeitraum]

Patientenbefragung [Zeitraum]

Inhaltsverzeichnis

1	Cholezystektomie (QS CHE)	4
1.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden	4
1.1.1	Steckbrief: [ID] [Bezeichnung].....	4
1.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden	6
1.2.1	Steckbrief: [ID] [Bezeichnung].....	6
2	[Etc.: weitere QS-Verfahren DeQS-RL sektorbezogen stationär].....	8
2.1	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden	8
2.1.1	Steckbrief: [ID] [Bezeichnung].....	8
2.2	Qualitätsindikatoren und -kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden	10
2.2.1	Steckbrief: [ID] [Bezeichnung].....	10
	Impressum.....	12

1 Cholezystektomie (QS CHE)

1.1 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

1.1.1 Steckbrief: [ID] [Bezeichnung]

Tabelle 1: Statusinformationen (QI [ID])

Status	(Wieder-)Einführung empfohlen/Beibehalten empfohlen/Pausieren empfohlen/Abschaffung empfohlen/pausiert/abgeschafft
Veröffentlichung empfohlen	ja/nein
Referenzbereich	Referenzbereich festgelegt/Kein Referenzbereich festgelegt
Gesamteinschätzung	[Text]

Tabelle 2: Allgemeine methodische Informationen (QI [ID])

Messdimension	Struktur/Prozess/Ergebnis
Datenquelle(n)	QS-Dokumentation/Sozialdaten/Patientenbefragung Mehrfachauswahl
Qualitätsdimension(en)	Auswahloptionen s. Rahmenmodell Mehrfachauswahl
Qualitätsmerkmal	[Text]
Qualitätsziel	[Text]
Grundgesamtheit	[Text]

Tabelle 3: Eignungskriterien des Qualitätsziels (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	[Text]
Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	[Text]
Potenzial zur Verbesserung	[Text]
Beeinflussbarkeit	[Text]
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	[Text]

Tabelle 4: Eignungskriterien des Messverfahrens (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	[Text]
Datenqualität	[Text]
Reliabilität der Messung	[Text]
Validität der Messung	[Text]
Praktikabilität der Messung	[Text]

Tabelle 5: Eignungskriterien des Bewertungskonzepts (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Angemessenheit des Referenzbereichs	[Text]
Klassifikationsgüte	[Text]
Angemessenheit der Risikoadjustierung	[Text]

Weiterführende Informationen

[z. B. Abschlussbericht der Entwicklung, Abschlussbericht der Verfahrensprüfung]

1.2 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

1.2.1 Steckbrief: [ID] [Bezeichnung]

Tabelle 6: Statusinformationen (QI [ID])

Status	(Wieder-)Einführung empfohlen/Beibehalten empfohlen/Pausieren empfohlen/Abschaffung empfohlen/pausiert/abgeschafft
Veröffentlichung empfohlen	ja/nein
Referenzbereich	Referenzbereich festgelegt/Kein Referenzbereich festgelegt
Gesamteinschätzung	[Text]

Tabelle 7: Allgemeine methodische Informationen (QI [ID])

Messdimension	Struktur/Prozess/Ergebnis
Datenquelle(n)	QS-Dokumentation/Sozialdaten/Patientenbefragung Mehrfachauswahl
Qualitätsdimension(en)	Auswahloptionen s. Rahmenmodell Mehrfachauswahl
Qualitätsmerkmal	[Text]
Qualitätsziel	[Text]
Grundgesamtheit	[Text]

Tabelle 8: Eignungskriterien des Qualitätsziels (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	[Text]
Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	[Text]
Potenzial zur Verbesserung	[Text]
Beeinflussbarkeit	[Text]
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	[Text]

Tabelle 9: Eignungskriterien des Messverfahrens (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	[Text]
Datenqualität	[Text]
Reliabilität der Messung	[Text]
Validität der Messung	[Text]
Praktikabilität der Messung	[Text]

Tabelle 10: Eignungskriterien des Bewertungskonzepts (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Angemessenheit des Referenzbereichs	[Text]
Klassifikationsgüte	[Text]
Angemessenheit der Risikoadjustierung	[Text]

Weiterführende Informationen

[z. B. Abschlussbericht der Entwicklung, Abschlussbericht der Verfahrensprüfung]

2 [Etc.: weitere QS-Verfahren DeQS-RL sektorbezogen stationär]

2.1 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

2.1.1 Steckbrief: [ID] [Bezeichnung]

Tabelle 11: Statusinformationen (QI [ID])

Status	(Wieder-)Einführung empfohlen/Beibehalten empfohlen/Pausieren empfohlen/Abschaffung empfohlen/pausiert/abgeschafft
Veröffentlichung empfohlen	ja/nein
Referenzbereich	Referenzbereich festgelegt/Kein Referenzbereich festgelegt
Gesamteinschätzung	[Text]

Tabelle 12: Allgemeine methodische Informationen (QI [ID])

Messdimension	Struktur/Prozess/Ergebnis
Datenquelle(n)	QS-Dokumentation/Sozialdaten/Patientenbefragung Mehrfachauswahl
Qualitätsdimension(en)	Auswahloptionen s. Rahmenmodell Mehrfachauswahl
Qualitätsmerkmal	[Text]
Qualitätsziel	[Text]
Grundgesamtheit	[Text]

Tabelle 13: Eignungskriterien des Qualitätsziels (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	[Text]
Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	[Text]
Potenzial zur Verbesserung	[Text]
Beeinflussbarkeit	[Text]
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	[Text]

Tabelle 14: Eignungskriterien des Messverfahrens (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	[Text]
Datenqualität	[Text]
Reliabilität der Messung	[Text]
Validität der Messung	[Text]
Praktikabilität der Messung	[Text]

Tabelle 15: Eignungskriterien des Bewertungskonzepts (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Angemessenheit des Referenzbereichs	[Text]
Klassifikationsgüte	[Text]
Angemessenheit der Risikoadjustierung	[Text]

Weiterführende Informationen

[z. B. Abschlussbericht der Entwicklung, Abschlussbericht der Verfahrensprüfung]

2.2 Qualitätsindikatoren und –kennzahlen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

2.2.1 Steckbrief: [ID] [Bezeichnung]

Tabelle 16: Statusinformationen (QI [ID])

Status	(Wieder-)Einführung empfohlen/Beibehalten empfohlen/Pausieren empfohlen/Abschaffung empfohlen/pausiert/abgeschafft
Veröffentlichung empfohlen	ja/nein
Referenzbereich	Referenzbereich festgelegt/Kein Referenzbereich festgelegt
Gesamteinschätzung	[Text]

Tabelle 17: Allgemeine methodische Informationen (QI [ID])

Messdimension	Struktur/Prozess/Ergebnis
Datenquelle(n)	QS-Dokumentation/Sozialdaten/Patientenbefragung Mehrfachauswahl
Qualitätsdimension(en)	Auswahloptionen s. Rahmenmodell Mehrfachauswahl
Qualitätsmerkmal	[Text]
Qualitätsziel	[Text]
Grundgesamtheit	[Text]

Tabelle 18: Eignungskriterien des Qualitätsziels (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Bedeutung für die Patientinnen und Patienten	[Text]
Zusammenhang mit unmittelbar patientenrelevantem Merkmal	[Text]
Potenzial zur Verbesserung	[Text]
Beeinflussbarkeit	[Text]
Brauchbarkeit für den Handlungsanschluss	[Text]

Tabelle 19: Eignungskriterien des Messverfahrens (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	[Text]
Datenqualität	[Text]
Reliabilität der Messung	[Text]
Validität der Messung	[Text]
Praktikabilität der Messung	[Text]

Tabelle 20: Eignungskriterien des Bewertungskonzepts (QI [ID])

Eignungskriterium	Einschätzung
Angemessenheit des Referenzbereichs	[Text]
Klassifikationsgüte	[Text]
Angemessenheit der Risikoadjustierung	[Text]

Weiterführende Informationen

[z. B. Abschlussbericht der Entwicklung, Abschlussbericht der Verfahrensprüfung]

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)

vertraulich



Empfehlungen zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung

Musteranhang B.3:
Steckbriefe Strukturrichtlinien, sektorbezogen stationär

Berichtsjahr 20xx

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

[Titel des Berichts]

Ansprechperson [Vorname Nachname]

Datum der Abgabe x. Monat 202x

Datum aktualisierte Abgabe [ggf. Zeile löschen]

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Name des Auftrags [Bezeichnung]

Datum des Auftrags x. Monat 202x

vertraulich

Inhaltsverzeichnis

1	[Strukturrichtlinie stationär]	4
1.1	Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	4
1.1.1	Steckbrief: [ID] [Bezeichnung Information].....	4
1.2	Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	5
1.2.1	Steckbrief: [ID] [Bezeichnung Information].....	5
2	[Etc.: weitere Strukturrichtlinien stationär].....	6
2.1	Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	6
2.1.1	Steckbrief: [ID] [Bezeichnung Information].....	6
2.2	Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden.....	7
2.2.1	Steckbrief: [ID] [Bezeichnung Information].....	7
	Impressum.....	8

1 [Strukturrichtlinie stationär]

1.1 Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

1.1.1 Steckbrief: [ID] [Bezeichnung Information]

Tabelle 1: Statusinformationen ([ID] [Bezeichnung Information])

Veröffentlichung empfohlen	ja/nein/nicht beurteilbar
Gesamteinschätzung	[Text]

Tabelle 2: Eignungskriterien des Messverfahrens ([ID] [Bezeichnung Information])

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	[Text]
Datenqualität	[Text]

Weiterführende Informationen

[z. B. Abschlussbericht der Entwicklung, Abschlussbericht der Verfahrensprüfung]

1.2 Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

1.2.1 Steckbrief: [ID] [Bezeichnung Information]

Tabelle 3: Statusinformationen ([ID] [Bezeichnung Information])

Veröffentlichung empfohlen	ja/nein/nicht beurteilbar
Gesamteinschätzung	[Text]

Tabelle 4: Eignungskriterien des Messverfahrens ([ID] [Bezeichnung Information])

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	[Text]
Datenqualität	[Text]

Weiterführende Informationen

[z. B. Abschlussbericht der Entwicklung, Abschlussbericht der Verfahrensprüfung]

2 [Etc.: weitere Strukturrichtlinien stationär]

2.1 Strukturinformationen, die neu zur Veröffentlichung empfohlen werden

2.1.1 Steckbrief: [ID] [Bezeichnung Information]

Tabelle 5: Statusinformationen ([ID] [Bezeichnung Information])

Veröffentlichung empfohlen	ja/nein/nicht beurteilbar
Gesamteinschätzung	[Text]

Tabelle 6: Eignungskriterien des Messverfahrens ([ID] [Bezeichnung Information])

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	[Text]
Datenqualität	[Text]

Weiterführende Informationen

[z. B. Abschlussbericht der Entwicklung, Abschlussbericht der Verfahrensprüfung]

2.2 Strukturinformationen, die nicht mehr zur Veröffentlichung empfohlen werden

2.2.1 Steckbrief: [ID] [Bezeichnung Information]

Tabelle 7: Statusinformationen ([ID] [Bezeichnung Information])

Veröffentlichung empfohlen	ja/nein/nicht beurteilbar
Gesamteinschätzung	[Text]

Tabelle 8: Eignungskriterien des Messverfahrens ([ID] [Bezeichnung Information])

Eignungskriterium	Einschätzung
Objektivität der Messung	[Text]
Datenqualität	[Text]

Weiterführende Informationen

[z. B. Abschlussbericht der Entwicklung, Abschlussbericht der Verfahrensprüfung]

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)

vertraulich

Anhang B:

Methodisches Vorgehen bei der Literaturrecherche

1 Fragestellungen

Die Literaturrecherche und -analyse diente der Suche nach Informationen zur Entwicklung von Kriterien für die Eignung von (Qualitäts-)Informationen zur öffentlichen Berichterstattung. Insbesondere sollte der folgenden Frage nachgegangen werden: Welche Kriterien werden in der Literatur beschrieben, um die Eignung von Informationen über die Versorgung für die öffentliche Berichterstattung zu prüfen?

2 Suchstrategie und Vorgehen

Es wurden eine orientierende Recherche in MEDLINE via PubMed (siehe 2.1), eine Snowballing-Suche anhand der in MEDLINE recherchierten Artikel (siehe 2.2) sowie eine Suche bei einschlägigen nationalen und internationalen Organisationen der Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung durchgeführt (siehe 2.3).

Eine Beschränkung auf bestimmte Publikationszeiträume der Texte wurde nur vereinzelt vorgenommen. Das formelle Einschlusskriterium für die Literatur war die Erhältlichkeit der Literatur als Volltext in deutscher oder englischer Sprache.

2.1 Orientierende Recherche

In der Suche wurden MeSH-Begriffe und Schlagwörter genutzt. Die folgende Übersicht beinhaltet einige der wortgenauen Suchläufe in MEDLINE via PubMed (Tabelle 1):

Tabelle 1: Suchstrategie für MEDLINE via PubMed

#	Query
1	"Public Reporting of Healthcare Data"[Mesh]
2	("Data Display"[Mesh] OR "Access to Information"[Mesh]) AND ("Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh])
3	("Public Reporting of Healthcare Data"[Mesh] OR "Data Display"[Mesh] OR "Access to Information"[Mesh] OR "Information Dissemination"[Mesh] OR "Mandatory Reporting"[Mesh]) AND

#	Query
	("Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh]) AND ("Quality of Health Care"[Mesh] OR "Methods"[Mesh]) AND ("Work Performance"[Mesh] OR "Benchmarking"[Mesh])
4	("Public Reporting of Healthcare Data"[Mesh] OR "Data Display"[Mesh] OR "Access to Information"[Mesh] OR "Information Dissemination" [Mesh] OR "Mandatory Reporting" [Mesh]) AND ("Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh] OR "Work Performance"[Mesh] OR "Benchmarking"[Mesh]) AND ("public* report*" [Title/Abstract] OR "public* release" [Title/Abstract] OR "public quality reporting" [Title/Abstract] OR "public benchmarking" [Title/Abstract] OR "reporting standard*" [Title/Abstract] OR "practice variations" [Title/Abstract] OR "presentation" [Title/Ab- stract] OR "display" [Title/Abstract] OR "dashboard" [Title/Abstract] OR "disclosure" [Title/Abstract] OR "information services" [Title/Abstract] OR "transparen*" [Title/Abstract])
5	#3 AND #4
6	("Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh] OR "Work Per- formance"[Mesh] OR "Benchmarking"[Mesh]) AND ("public* report*" [Title/Abstract] OR "public* release" [Title/Abstract] OR "public quality reporting" [Title/Abstract] OR "public benchmarking" [Title/Abstract] OR "reporting standard*" [Title/Abstract] OR "practice variations" [Title/Abstract] OR "presentation" [Title/Ab- stract] OR "display" [Title/Abstract] OR "dashboard" [Title/Abstract] OR "disclosure" [Title/Abstract] OR "information services" [Title/Abstract] OR "transparen*" [Title/Abstract]) Filters: in the last 10 years
7	("Quality Indicators, Health Care"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh] OR "Work Per- formance"[Mesh] OR "Benchmarking"[Mesh]) AND ("public* report*" [Title] OR "public* release" [Title] OR "public quality reporting" [Title] OR "public benchmarking" [Title] OR "reporting standard*" [Title] OR "practice variations" [Title] OR "presentation" [Title] OR "display" [Title] OR "dashboard" [Title] OR "disclosure" [Title] OR "information services" [Title] OR "transparen*" [Title])
8	Consumer Health Information[Mesh:NoExp] AND ("Public Reporting of Healthcare Data"[Mesh] OR "Data Display"[Mesh] OR "Access to Information"[Mesh] OR "Information Dissemination"[Mesh] OR "Mandatory Reporting" [Mesh]) AND ("report*")
9	Consumer Health Information[Mesh:NoExp] AND ("Public Reporting of Healthcare Data"[Mesh] OR "Data Display"[Mesh] OR "Access to Information"[Mesh] OR "Information Dissemination"[Mesh] OR "Mandatory Reporting" [Mesh]) AND ("Quality of Health Care"[Mesh])

2.2 „Snowballing“

Folgende Artikel waren Ausgangspunkt für Vorwärts- und Rückwärts-Suchen:

Bertelsmann Stiftung (2022): Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf. 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee. [Stand:] März 2022. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. DOI: 10.11586/2022050.

Dehmer, GJ; Drozda, JP, Jr.; Brindis, RG; Masoudi, FA; Rumsfeld, JS; Slattery, LE; et al. (2014): Public Reporting of Clinical Quality Data. An Update for Cardiovascular Specialists. *Journal of the American College of Cardiology* 63(13): 1239-1245. DOI: 10.1016/j.jacc.2013.11.050.

Dehmer, GJ; Jennings, J; Madden, RA; Malenka, DJ; Masoudi, FA; McKay, CR; et al. (2016): The National Cardiovascular Data Registry Voluntary Public Reporting Program: An Interim Report From the NCDR Public Reporting Advisory Group. *Journal of the American College of Cardiology* 67(2): 205-215. DOI: 10.1016/j.jacc.2015.11.001.

König, A; Erling, R; Reuschenbach, B (2021): Einstellungen zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten in Pflegeeinrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54(8): 810-815. DOI: 10.1007/s00391-020-01767-6.

Marshall, M; Shekelle, PG; Brook, RH; Leatherman, S (2000): Dying to Know. Public Release of Information about Quality of Health Care. (Nuffield Trust Series No. 12). Santa Monica, US-CA: RAND Corporation. ISBN: 0-8330-2891-X. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2000/MR1255.pdf (abgerufen am: 02.06.2023).

Oakley, J; Clarke, S (2007): Introduction: Accountability, informed consent and clinician performance information. In: Clarke, S; Oakley, J; Hrsg.: *Informed consent and clinician accountability. The ethics of report cards on surgeon performance*. Cambridge, GB [u. a.]: Cambridge University Press, 1-21. ISBN: 978-0-521-68778-2.

Reiter, A; Geraedts, M; Jäckel, W; Fischer, B; Veit, C; Döbler, K (2011): Selection of hospital quality indicators for public disclosure in Germany. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105: 44-48. DOI: 10.1016/j.zefq.2010.12.024.

Romanelli, JR; Fuchshuber, PR; Stulberg, JJ; Brewer Kowalski, R; Sinha, P; Aloia, TA; et al. (2019): Public reporting and transparency: a primer on public outcomes reporting. *Surgical Endoscopy* 33(7): 2043-2049. DOI: 10.1007/s00464-019-06756-4.

Rothberg, MB; Benjamin, EM; Lindenauer, PK (2009): Public Reporting of Hospital Quality: Recommendations to Benefit Patients and Hospitals. *Journal of Hospital Medicine* 4(9): 541-545. DOI: 10.1002/jhm.481.

Sharma, K; Metzler, I; Chen, S; Mayer, JE, Jr.; Meara, J (2012): Public reporting of healthcare data: a new frontier in quality improvement. *Bulletin of the American College of Surgeons* 97(6): 6-13. URL: <https://bulletin.facs.org/2012/06/public-reporting-of-health-care-data-a-new-frontier-in-quality-improvement/#printpreview> (abgerufen am: 08.09.2023).

2.3 Suche auf Webseiten von Organisationen

Auf den Webseiten folgender Organisationen wurde nach Kriterien gesucht, welche durch die jeweiligen Organisationen zur Bewertung der Eignung von Qualitätsinformationen für die öffentliche Berichterstattung zugrunde gelegt werden:

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (www.ahrq.gov)
- ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (www.anq.ch)
- Battelle Partnership for Quality Measurement (PQM) (www.p4qm.org)
- Care Quality Commission (CQC) (www.cqc.org.uk)
- Informed Patient Institute (IPI) (www.informedpatientinstitute.org)
- National Quality Forum (NQF) (www.qualityforum.org)
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO) (www.wido.de)

3 Ergebnisse

Neben den in Abschnitt 2.2 genannten Publikationen wurden 41 weiteren Artikeln Kriterien entnommen, die für die Prüfung auf die Eignung von Qualitätsinformationen zur öffentlichen Berichterstattung beschrieben werden.

[Anonym] (2014): Public quality reporting: a plea for consistency. *Hospital Peer Review* May 1.

URL: <https://www.reliasmedia.com/articles/17311-public-quality-reporting-a-plea-for-consistency> (abgerufen am: 25.05.2023).

AQUA [Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen] (2015):

Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 4.0. Stand: 17.02.2015. Göttingen: AQUA. Signatur: 14-SQG-029. URL: <http://www.sgg.de/sgg/upload/CONTENT/Hintergrund/Methodenpapier/AQUA-Methodenpapier-4.0.pdf> (abgerufen am: 25.05.2023).

Braithwaite, J; Mannion, R (2011): Government plans for public reporting of performance data in health care: the cases for and against. *MJA – The Medical Journal of Australia* 195(1): 41. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2011.tb03187.x.

Drozda, JP, Jr.; Hagan, EP; Mirro, MJ; Peterson, ED; Wright, JS (2008): ACCF 2008 Health Policy Statement on Principles for Public Reporting of Physician Performance Data. A Report of the American College of Cardiology Foundation Writing Committee to Develop Principles for Public Reporting of Physician Performance Data. *Journal of the American College of Cardiology* 51(20): 1993-2001. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.03.004.

Du Moulin, MFMT; van Haastregt, JCM; Hamers, JPH (2010): Monitoring quality of care in nursing homes and making information available for the general public: State of the art. *Patient Education and Counseling* 78(3): 288-296. DOI: 10.1016/j.pec.2010.01.008.

Friedberg, MW; Damberg, CL (2012): A Five-Point Checklist To Help Performance Reports Incentivize Improvement And Effectively Guide Patients. *Health Affairs* 31(3): 612-618. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1202.

Friedberg, MW; Pronovost, PJ; Shahian, DM; Safran, DG; Bilimoria, KY; Elliott, MN; et al. (2016): A Methodological Critique of the ProPublica Surgeon Scorecard. *RAND Health Quarterly* 5(4): 1. URL: <https://www.rand.org/pubs/periodicals/health-quarterly/issues/v5/n4/01.html> (abgerufen am: 12.05.2023).

Garratt, KN; Weintraub, WS (2018): Public Reporting III. Improving the Value of Public Physician Quality Information. *Circulation* 137(22): 2318-2320. DOI: 10.1161/circulationaha.117.026554.

Hannan, EL; Zhong, Y; Ling, FSK; Tamis-Holland, J; Berger, PB; Jacobs, AK; et al. (2020): Assessment of repeat target lesion percutaneous coronary intervention as a quality measure for public reporting and general quality assessment for PCIs. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 96(4): 731-740. DOI: 10.1002/ccd.28526.

Humphreys, H; Cunney, R (2008): Performance indicators and the public reporting of healthcare-associated infection rates. *Clinical Microbiology and Infection* 14(10): 892-894. DOI: 10.1111/j.1469-0691.2008.02072.x.

Jha, AK (2017): Public Reporting of Surgical Outcomes: Surgeons, Hospitals, or Both? *JAMA* 318(15): 1429-1430. DOI: 10.1001/jama.2017.13815.

Kanouse, DE; Spranca, M; Vaiana, M (2004): Reporting About Health Care Quality: A Guide to the Galaxy. *Health Promotion Practice* 5(3): 222-231. DOI: 10.1177/1524839904264511.

Kasiske, BL; Wey, A; Salkowski, N; Zaun, D; Schaffhausen, CR; Israni, AK; et al. (2019): Seeking new answers to old questions about public reporting of transplant program performance in the United States. *American Journal of Transplantation* 19(2): 317-323. DOI: 10.1111/ajt.15051.

Klein, LW; Harjai, KJ; Resnic, F; Weintraub, WS; Vernon Anderson, H; Yeh, RW; et al. (2017): 2016 Revision of the SCAI position statement on public reporting. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 89(2): 269-279. DOI: 10.1002/ccd.26818.

Krumholz, HM; Brindis, RG; Brush, JE; Cohen, DJ; Epstein, AJ; Furie, K; et al. (2006): Standards for statistical models used for public reporting of health outcomes: an American Heart Association Scientific Statement from the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Writing Group: cosponsored by the Council on Epidemiology and Prevention and the Stroke Council. Endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 113(3): 456-462. DOI: 10.1161/circulationaha.105.170769.

Kullgren, JT; Werner, RM (2011): Counterpoint: Will Public Reporting of Health-care Quality Measures Inform and Educate Patients? No. *Chest* 140(5): 1117-1120. DOI: 10.1378/chest.11-2094.

- Kumpunen, S; Trigg, L; Rodrigues, R (2014): Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. (Policy Summary 13). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization]. ISBN: 2077-1584. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144007/Policy-summary-13-2077-1584-eng.pdf> (abgerufen am: 25.06.2023).
- Lansky, D (2012): Public Reporting Of Health Care Quality: Principles For Moving Forward. *Health Affairs Blog*, Epub 09.04.2012. DOI: 10.1377/forefront.20120409.018555.
- Lucet, JC; Parneix, P; Grandbastien, B; Berthelot, P (2013): Should public reporting be made for performance indicators on healthcare-associated infections? *Médecine et Maladies Infectieuses* 43(3): 108-113. DOI: 10.1016/j.medmal.2013.03.002.
- Mannion, R; Goddard, M (2003): Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 9(2): 277-286. DOI: 10.1046/j.1365-2753.2003.00388.x.
- McKibben, L; Horan, T; Tokars, JI; Fowler, G; Cardo, DM; Pearson, ML; et al. (2005): Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *AJIC – American Journal of Infection Control* 33(4): 217-226. DOI: 10.1016/j.ajic.2005.04.001.
- Metersky, ML (2011): Point: Will Public Reporting of Health-care Quality Measures Inform and Educate Patients? Yes. *Chest* 140(5): 1115-1117. DOI: 10.1378/chest.11-2074.
- Nelson, DB; Spong, CY (2021): Look Before Leaping: The Value of Understanding a Quality Measure Before Adoption to Public Reporting. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 47(11): 681-683. DOI: 10.1016/j.jcjq.2021.09.002.
- Podolsky, DK; Nagarkar, PA; Reed, WG; Rohrich, RJ (2014): Public Reporting of Patient Safety Metrics: Ready or Not? *Plastic and Reconstructive Surgery* 134(6): 981e-985e. DOI: 10.1097/prs.0000000000000713.
- Pronovost, PJ; Miller, M; Wachter, RM (2007): The GAAP in Quality Measurement and Reporting. *JAMA* 298(15): 1800-1802. DOI: 10.1001/jama.298.15.1800.
- Pronovost, PJ; Wu, AW; Austin, JM (2017): Time for Transparent Standards in Quality Reporting by Health Care Organizations. *JAMA* 318(8): 701-702. DOI: 10.1001/jama.2017.10124.
- Rodrigues, R; Trigg, L; Schmidt, AE; Leichsenring, K (2014): The public gets what the public wants: Experiences of public reporting in long-term care in Europe. *Health Policy* 116(1): 84-94. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.12.012.
- Schwenk, U; Schmidt-Kaehler, S (2016): Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. *Spotlight Gesundheit* (1): 1-8. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Spot-Ges_PubRep_dt_final_web.pdf (abgerufen am: 19.04.2023).

- Scott, IA; Ward, M (2006): Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities. *MJA – The Medical Journal of Australia* 184(11): 571-755. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00383.x.
- Shahian, DM; Edwards, FH; Jacobs, JP; Prager, RL; Normand, SL; Shewan, CM; et al. (2011): Public Reporting of Cardiac Surgery Performance: Part 2–Implementation. *The Annals of Thoracic Surgery* 92(3 Suppl): S12–S23. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2011.06.101.
- Shahian, DM (2017): Beyond public reporting. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 153(6): 1627–1629. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2017.02.036.
- Sinaiko, AD; Eastman, D; Rosenthal, MB (2012): How Report Cards On Physicians, Physician Groups, And Hospitals Can Have Greater Impact On Consumer Choices. *Health Affairs* 31(3): 602–611. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1197.
- Smith, P (1995): On the Unintended Consequences of Publishing Performance Data in the Public Sector. *International Journal of Public Administration* 18(2–3): 277–310. DOI: 10.1080/01900699508525011.
- Solberg, LI; Mosser, G; McDonald, S (1997): The Three Faces of Performance Measurement: Improvement, Accountability, and Research. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 23(3): 135–147. DOI: 10.1016/S1070-3241(16)30305-4.
- Stelfox, HT; Straus, SE (2013): Measuring quality of care: considering conceptual approaches to quality indicator development and evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology* 66(12): 1328–1337. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.05.017.
- Suchy, K (2010): A Lack of Standardization: The Basis for the Ethical Issues Surrounding Quality and Performance Reports. *Journal of Healthcare Management* 55(4): 241–251. DOI: 10.1097/00115514-201007000-00005.
- Thompson, CF (2021): Publicly reported health performance measures 2010–2020. *The New Zealand Medical Journal* 134(1541): 111–118. URL: https://assets-global.website-files.com/5e332a62c703f653182faf47/613034e32ac5e71faf7e7f1f_5270%20-%20final.pdf (abgerufen am: 19.04.2023).
- Weintraub, WS; Garratt, KN (2017): Challenges in Risk Adjustment for Hospital and Provider Outcomes Assessment. *Circulation* 135(4): 317–319. DOI: 10.1161/circulationaha.116.025653.
- Weintraub, WS; Garratt, KN (2017): Public Reporting II. State of the Art—Current Public Reporting in Cardiovascular Medicine. *Circulation* 135(19): 1772–1774. DOI: 10.1161/circulationaha.117.026553.
- Welke, KF (2018): Public Reporting of Congenital Heart Surgery Outcomes: Counting Numbers, Caring for Patients. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery* 30(1): 50–53. DOI: 10.1053/j.semtcvs.2018.02.016.

Wollersheim, H; Hermens, R; Hulscher, M; Braspenning, J; Ouwens, M; Schouten, J; et al. (2007): Clinical indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine* 65(1): 15-22. URL: <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=488> (abgerufen am: 25.05.2023).

Ergebnisse der Suche bei Organisationen

Die Informationen, die auf den Webseiten von ausgewählten Organisationen gefunden wurden, unterscheiden sich in ihrer Schwerpunktsetzung, dem Umfang und der Genauigkeit bezüglich der interessierenden verfügbaren Informationen.

Die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) stellt auf ihrer Website Orientierungshilfen, Kriterienkataloge und Berichte hinsichtlich methodischer Fragestellungen zur Veröffentlichung von Qualitätsinformationen bereit. Für die Auswahl von Qualitätsmessungen, deren Ergebnisse öffentlich berichtet werden sollen, werden Kriterien genannt (AHRQ 2018a). Die Qualitätsinformationen werden eng mit den Adressaten und Zielen der Berichterstattung verknüpft (AHRQ 2022, AHRQ 2018b). Patientinnen und Patienten werden als Gruppe primärer Adressaten betrachtet, während beispielsweise die Leistungserbringer oder andere Akteure der Gesundheitsversorgung als sekundäre Adressaten in Betracht gezogen werden (AHRQ 2022).

Der ANQ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken verweist auf einen Bericht der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW 2009). In diesem Bericht werden die Kriterien Relevanz, Korrektheit und Verständlichkeit in Checklisten konkretisiert. Mit Blick auf die Korrektheit lautet beispielsweise eine Frage in der Checkliste, ob „Indikatoren präzise definiert“ sind (SAMW 2009: 21). Auf weitere ausgewählte Inhalte der Checklisten wird im Bericht, zu dem dieser Anhang beigefügt ist, verwiesen.

Auf der Webseite des National Quality Forums (NQF) wurden zwei relevante Publikationen identifiziert. Im Bericht „Measure Evaluation Criteria and Guidance for Evaluating Measures for Endorsement“ werden unter anderem Kriterien und Vorgehen zur Prüfung der methodischen Eignung von Qualitätsmessungen beschrieben (NQF 2021). Darüber, ob die Ergebnisse dieser Qualitätsmessungen für die Berichterstattung geeignet sind, wird dabei nicht nur mit dem jeweiligen Prüfergebnis bereits implizit befunden, ohne dass es einer weiteren Prüfung bedürfte. Vielmehr ist die fehlende Nutzung (use) der Ergebnisse für die Rechenschaftslegung und Transparenz – und „maximale Transparenz“ wird durch Public Reporting erreicht (NQF 2021: 29) – ein Kriterium dafür, die jeweilige Qualitätsmessung auszusetzen. Public Reporting wird hier definiert als die öffentliche Bereitstellung von Informationen über die Qualität der Leistungserbringung von identifizierbaren, rechenschaftspflichtigen Einheiten in vergleichender Form (NQF 2021: 29 f.).

Der Bericht „National Voluntary Consensus Standards for the Reporting of Healthcare-Associated Infection Data“ thematisiert Infektionen, die mit der Gesundheitsversorgung assoziiert sind, als Anwendungsfall einer Entwicklung von Qualitätsmessungen (NQF [2008]). Im Bericht werden Kriterien für die Entwicklung von Qualitätsmessungen und Kriterien für die Berichterstattung von

den Ergebnissen dieser Qualitätsmessungen beschrieben. Beide Fragestellungen werden im Bericht zwar unter anderem getrennt voneinander thematisiert, sind jedoch beispielsweise in Form sich überlappender Kriterienkataloge auch eng miteinander verzahnt (NQF [2008]: 6 ff.). Auf verschiedene Kriterien wird im Bericht verwiesen, zu dem dieser Anhang beigefügt ist, z. B. die Beeinflussbarkeit von Versorgungsergebnissen, die Reliabilität der Daten oder eine ggf. angebrachte Risikoadjustierung.

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) informiert in seinem Bericht „Qualitätsindikatoren für stationäre Leistungen: das Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)“ (Jeschke und Günster 2022) in einem kurzen Abschnitt über die Bereitstellung der Ergebnisse für die Öffentlichkeit. Als Kriterien dafür, dass sich die Ergebnisse für die „öffentliche klinikvergleichende Darstellung“ eignen, wird „unter anderem die Möglichkeit einer ausreichenden Risikoadjustierung“ genannt (Jeschke und Günster 2022: 31). Darüber hinaus werden die Notwendigkeit einer laienverständlichen Darstellung sowie die jährliche Aktualisierung der Ergebnisse erwähnt.

Keine Hinweise bezüglich der interessierenden Fragestellung (siehe Abschnitt 1) wurden bei der Battelle Partnership for Quality Measurement (PQM) und der Care Quality Commission (CQC) gefunden. Das Informed Patient Institute (IPI) stellt auf seiner Website neben verschiedenen Berichten und Hinweisblättern zwar auch Informationen für Verbraucherinnen und Verbrauchern zu den Hintergründen und der Nutzung von Report Cards zur Verfügung, z. B. dass Informationen hinsichtlich der Patientensicherheit enthalten sein könnten. In diesem Zusammenhang werden allerdings keine Kriterien angeführt, anhand derer über die Veröffentlichung dieser Informationen entschieden werden könnte.

Insgesamt wurde folgende Literatur aus den Recherchen auf den Webseiten für den Bericht hinzugezogen:

AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] (2018a): Key Questions When Choosing Health Care Quality Measures. [Stand:] November 2018. Rockville, US-MD: AHRQ. URL: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/measure-questions.html> (abgerufen am: 22.06.2023).

AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] (2018b): What Are the Objectives for Your Health Care Quality Report? [Stand:] November 2018. Rockville, US-MD: AHRQ. URL: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/plan/objectives.html> (abgerufen am: 22.06.2023).

AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] (2022): Identify the Audience for Your Healthcare Quality Report. [Stand:] December 2022. Rockville, US-MD: AHRQ. URL: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/plan/your-audience/index.html> (abgerufen am: 22.06.2023).

Jeschke, E; Günster, C (2022): Qualitätsindikatoren für stationäre Leistungen: das Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR). GGW – G+G Wissenschaft 22(4 (November)): 25–

34. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Projekte/GGW/2022/wido_ggw_0422_jeschke_guenster.pdf (abgerufen am: 29.06.2023).

NQF [National Quality Forum] ([2008]): National Voluntary Consensus Standards for the Reporting of Healthcare-Associated Infection Data. A Consensus Report. [Stand: March 2008].

Washington, US-DC: NQF. ISBN: 1-933875-11-9. URL: <https://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=17791>.

NQF [National Quality Forum] (2021): Measure Evaluation Criteria and Guidance for Evaluating Measures for Endorsement. [Stand:] September 2021. Washington, US-DC: NQF. URL: <https://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=88439> (abgerufen am: 25.05.2023).

SAMW [Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften] (2009): Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Empfehlungen der SAMW. [Stand:] August 2009. Basel, CH: SAMW. URL:

https://www.samw.ch/dam/jcr:0bf89e1b-7521-45bc-8153-f71b3e9eaf64/empfehlungen_samw_behandlungsqualitaet.pdf (abgerufen am: 22.06.2023).

Literatur

- [Faerberg, J (2014): Public quality reporting: a plea for consistency. AAMC sets out guiding principles. [Stand:] 01.05.2014. Morrisville, US-NC: ReliasMedia. URL: <https://www.reliasmedia.com/articles/17311-public-quality-reporting-a-plea-for-consistency> (abgerufen am: 25.05.2023).
- AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] (2018a): Key Questions When Choosing Health Care Quality Measures. [Stand:] November 2018. Rockville, US-MD: AHRQ. URL: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/measure-questions.html> (abgerufen am: 22.06.2023).
- AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] (2018b): What Are the Objectives for Your Health Care Quality Report? [Stand:] November 2018. Rockville, US-MD: AHRQ. URL: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/plan/objectives.html> (abgerufen am: 22.06.2023).
- AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] (2022): Identify the Audience for Your Healthcare Quality Report. [Stand:] December 2022. Rockville, US-MD: AHRQ. URL: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/plan/your-audience/index.html> (abgerufen am: 22.06.2023).
- Bertelsmann Stiftung (2022): Qualitätstransparenz braucht einen großen Wurf. 15 Jahre Public Reporting in Deutschland – ein kritisches Resümee. [Stand:] März 2022. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. DOI: 10.11586/2022050.
- Braithwaite, J; Mannion, R (2011): Government plans for public reporting of performance data in health care: the cases for and against. *The Medical Journal of Australia* 195(1): 41. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2011.tb03187.x.
- Dehmer, GJ; Drozda, JP, Jr; Brindis, RG; Masoudi, FA; Rumsfeld, JS; Slaterry, LE; et al. (2014): Public Reporting of Clinical Quality Data. An Update for Cardiovascular Specialists. *Journal of the American College of Cardiology* 63(13): 1239-1245. DOI: 10.1016/j.jacc.2013.11.050.
- Dehmer, GJ; Jennings, J; Madden, RA; Malenka, DJ; Masoudi, FA; McKay, CR; et al. (2016): The National Cardiovascular Data Registry Voluntary Public Reporting Program. An Interim Report From the NCDR Public Reporting Advisory Group. *Journal of the American College of Cardiology* 67(2): 205-215. DOI: 10.1016/j.jacc.2015.11.001.
- Drozda, JP, Jr; Hagan, EP; Mirro, MJ; Peterson, ED; Wright, JS (2008): ACCF 2008 Health Policy Statement on Principles for Public Reporting of Physician Performance Data. Health Policy Statement. A Report of the American College of Cardiology Foundation Writing Committee to Develop Principles for Public Reporting of Physician Performance Data. *Journal of the American College of Cardiology* 51(20): 1993-2001. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.03.004.

- Du Moulin, MFMT; van Haastregt, JCM; Hamers, JPH (2010): Monitoring quality of care in nursing homes and making information available for the general public: State of the art. *Patient Education and Counseling* 78(3): 288-296. DOI: 10.1016/j.pec.2010.01.008.
- Friedberg, MW; Damberg, CL (2012): A Five-Point Checklist To Help Performance Reports Incentivize Improvement And Effectively Guide Patients. *Health Affairs* 31(3): 612-618. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1202.
- Friedberg, MW; Pronovost, PJ; Shahian, DM; Safran, DG; Bilimoria, KY; Elliott, MN; et al. (2016): A Methodological Critique of the ProPublica Surgeon Scorecard. *RAND Health Quarterly* 5(4). URL: <https://www.rand.org/pubs/periodicals/health-quarterly/issues/v5/n4/01.html> (abgerufen am: 12.05.2023).
- Garratt, KN; Weintraub, WS (2018): Public Reporting III. Improving the Value of Public Physician Quality Information. *Circulation* 137(22): 2318-2320. DOI: 10.1161/circulationaha.117.026554.
- Hannan, EL; Zhong, Y; Ling, FSK; Tamis-Holland, J; Berger, PB; Jacobs, AK; et al. (2020): Assessment of repeat target lesion percutaneous coronary intervention as a quality measure for public reporting and general quality assessment for PCIs. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 96(4): 731-740. DOI: 10.1002/ccd.28526.
- Humphreys, H; Cunney, R (2008): Performance indicators and the public reporting of healthcare-associated infection rates. *Clinical Microbiology and Infection* 14(10): 892-894. DOI: 10.1111/j.1469-0691.2008.02072.x.
- Jeschke, E; Günster, C (2022): Qualitätsindikatoren für stationäre Leistungen: das Verfahren Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR). *Gesundheit und Gesellschaft: Wissenschaft* 22(4): 25-34. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2022/wido_ggw_0422_jeschke_guenster.pdf (abgerufen am: 29.06.2023).
- Jha, AK (2017): Public Reporting of Surgical Outcomes: Surgeons, Hospitals, or Both? *JAMA* 318(15): 1429-1430. DOI: 10.1001/jama.2017.13815.
- Kanouse, DE; Spranca, M; Vaiana, M (2004): Reporting About Health Care Quality: A Guide to the Galaxy. *Health Promotion Practice* 5(3): 222-231. DOI: 10.1177/1524839904264511.
- Kasiske, BL; Wey, A; Salkowski, N; Zaun, D; Schaffhausen, CR; Israni, AK; et al. (2019): Seeking new answers to old questions about public reporting of transplant program performance in the United States. *American Journal of Transplantation* 19(2): 317-323. DOI: 10.1111/ajt.15051.
- Klein, LW; Harjai, KJ; Resnic, F; Weintraub, WS; Vernon Anderson, H; Yeh, RW; et al. (2017): 2016 Revision of the SCAI Position Statement on Public Reporting. *Catheterization and Cardiovascular Interventions* 89(2): 269-279. DOI: 10.1002/ccd.26818.
- König, A; Erling, R; Reuschenbach, B (2021): Einstellungen zur Veröffentlichung von Qualitätsberichten in Pflegeeinrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 54(8): 810-815. DOI: 10.1007/s00391-020-01767-6.

- Krumholz, HM; Brindis, RG; Brush, JE; Cohen, DJ; Epstein, AJ; Furie, K; et al. (2006): Standards for Statistical Models Used for Public Reporting of Health Outcomes. An American Heart Association Scientific Statement From the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Writing Group. *Circulation* 113(3): 456-462. DOI: 10.1161/circulationaha.105.170769.
- Kullgren, JT; Werner, RM (2011): Counterpoint: Will Public Reporting of Health-care Quality Measures Inform and Educate Patients? No. *Chest* 140(5): 1117-1120. DOI: 10.1378/chest.11-2094.
- Kumpunen, S; Trigg, L; Rodrigues, R (2014): Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. (Policy Summary 13). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144007/Policy-summary-13-2077-1584-eng.pdf> (abgerufen am: 25.06.2023).
- Lansky, D (2012): Public Reporting Of Health Care Quality: Principles For Moving Forward. Health Affairs Blog. [Stand:] 09.04.2012. Washington, US-DC: Project Hope. URL: <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/public-reporting-health-care-quality-principles-moving-forward> (abgerufen am: 16.06.2023).
- Lucet, JC; Parneix, P; Grandbastien, B; Berthelot, P (2013): Should public reporting be made for performance indicators on healthcare-associated infections? *Médecine et Maladies Infectieuses* 43(3): 108-113. DOI: 10.1016/j.medmal.2013.03.002.
- Mannion, R; Goddard, M (2003): Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 9(2): 277-286. DOI: 10.1046/j.1365-2753.2003.00388.x.
- Marshall, M; Shekelle, PG; Brook, RH; Leatherman, S (2000): Dying to Know. Public Release of Information about Quality of Health Care. (Nuffield Trust Series No. 12). Santa Monica, US-CA: RAND Corporation. ISBN: 0-8330-2891-X. URL: https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2000/MR1255.pdf (abgerufen am: 02.06.2023).
- McKibben, L; Horan, T; Tokars, JI; Fowler, G; Cardo, DM; Pearson, ML; et al. (2005): Guidance on Public Reporting of Healthcare-Associated Infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *American Journal of Infection Control* 33(4): 217-226. DOI: 10.1016/j.ajic.2005.04.001.
- Metersky, ML (2011): Point: Will Public Reporting of Health-care Quality Measures Inform and Educate Patients? Yes. *Chest* 140(5): 1115-1117. DOI: 10.1378/chest.11-2074.
- Nelson, DB; Spong, CY (2021): Look Before Leaping: The Value of Understanding a Quality Measure Before Adoption to Public Reporting. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 47(11): 681-683. DOI: 10.1016/j.jcjq.2021.09.002.

- NQF [National Quality Forum] (2021): Measure Evaluation Criteria and Guidance for Evaluating Measures for Endorsement. [Stand:] September 2021. Washington, US-DC: NQF. URL: <https://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=88439> (abgerufen am: 25.05.2023).
- NQF [National Quality Forum] ([2008]): National Voluntary Consensus Standards for the Reporting of Healthcare-Associated Infection Data. A Consensus Report. [Stand: March 2008]. Washington, US-DC: NQF. ISBN: 1-933875-11-9. URL: <https://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=17791> (abgerufen am: 30.06.2023).
- Oakley, J; Clarke, S (2007): Introduction: Accountability, informed consent and clinician performance information. In: Clarke, S; Oakley, J; Hrsg.: *Informed consent and clinician accountability. The ethics of report cards on surgeon performance*. Cambridge, GB [u. a.]: Cambridge University Press, 1-21. ISBN: 978-0-521-68778-2.
- Podolsky, DK; Nagarkar, PA; Reed, WG; Rohrich, RJ (2014): Public Reporting of Patient Safety Metrics: Ready or Not? *Plastic and Reconstructive Surgery* 134(6): 981e-985e. DOI: 10.1097/prs.0000000000000713.
- Pronovost, PJ; Miller, M; Wachter, RM (2007): The GAAP in Quality Measurement and Reporting. *JAMA* 298(15): 1800-1802. DOI: 10.1001/jama.298.15.1800.
- Pronovost, PJ; Wu, AW; Austin, JM (2017): Time for Transparent Standards in Quality Reporting by Health Care Organizations. *JAMA* 318(8): 701-702. DOI: 10.1001/jama.2017.10124.
- Reiter, A; Geraedts, M; Jäckel, W; Fischer, B; Veit, C; Döbler, K (2011): Selection of hospital quality indicators for public disclosure in Germany. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105: 44-48. DOI: 10.1016/j.zefq.2010.12.024.
- Rodrigues, R; Trigg, L; Schmidt, AE; Leichsenring, K (2014): The public gets what the public wants: Experiences of public reporting in long-term care in Europe. *Health Policy* 116(1): 84-94. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.12.012.
- Romanelli, JR; Fuchshuber, PR; Stulberg, JJ; Brewer Kowalski, R; Sinha, P; Aloia, TA; et al. (2019): Public reporting and transparency: a primer on public outcomes reporting. *Surgical Endoscopy* 33(7): 2043-2049. DOI: 10.1007/s00464-019-06756-4.
- Rothberg, MB; Benjamin, EM; Lindenauer, PK (2009): Public Reporting of Hospital Quality: Recommendations to Benefit Patients and Hospitals. *Journal of Hospital Medicine* 4(9): 541-545. DOI: 10.1002/jhm.481.
- SAMW [Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften] (2009): Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. Empfehlungen der SAMW. [Stand:] August 2009. Basel, CH: SAMW. URL: https://www.samw.ch/dam/jcr:0bf89e1b-7521-45bc-8153-f71b3e9eaf64/empfehlungen_samw_behandlungsqualitaet.pdf (abgerufen am: 22.06.2023).

- Schwenk, U; Schmidt-Kaehler, S (2016): Public Reporting. Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. *Spotlight Gesundheit* (1): 1-8. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf (abgerufen am: 19.04.2023).
- Scott, IA; Ward, M (2006): Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities. *The Medical Journal of Australia* 184(11): 571-755. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00383.x.
- Shahian, DM; Edwards, FH; Jacobs, JP; Prager, RL; Normand, S-LT; Shewan, CM; et al. (2011): Public Reporting of Cardiac Surgery Performance: Part 2 – Implementation. *The Annals of Thoracic Surgery* 92(3, Supplement): S12-S23. DOI: 10.1016/j.athoracsur.2011.06.101.
- Shahian, DM (2017): Beyond public reporting. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 153(6): 1627-1629. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2017.02.036.
- Sharma, K; Metzler, I; Chen, S; Mayer, JE, Jr; Meara, J (2012): Public reporting of healthcare data: a new frontier in quality improvement. *Bulletin of the American College of Surgeons* 97(6): 6-13.
- Sinaiko, AD; Eastman, D; Rosenthal, MB (2012): How Report Cards On Physicians, Physician Groups, And Hospitals Can Have Greater Impact On Consumer Choices. *Health Affairs* 31(3): 602-611. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.1197.
- Smith, P (1995): On the Unintended Consequences of Publishing Performance Data in the Public Sector. *International Journal of Public Administration* 18(2-3): 277-310. DOI: 10.1080/01900699508525011.
- Solberg, LI; Mosser, G; McDonald, S (1997): The Three Faces of Performance Measurement: Improvement, Accountability, and Research. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 23(3): 135-147. DOI: 10.1016/S1070-3241(16)30305-4.
- Stelfox, HT; Straus, SE (2013): Measuring quality of care: considering conceptual approaches to quality indicator development and evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology* 66(12): 1328-1337. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.05.017.
- Suchy, K (2010): A Lack of Standardization: The Basis for the Ethical Issues Surrounding Quality and Performance Reports. *Journal of Healthcare Management* 55(4): 241-251. DOI: 10.1097/00115514-201007000-00005.
- Thompson, CF (2021): Publicly reported health performance measures 2010-2020. *The New Zealand Medical Journal* 134(1541): 111-118. URL: https://assets-global.website-files.com/5e332a62c703f653182faf47/613034e32ac5e71faf7e7f1f_5270%20-%20final.pdf (abgerufen am: 19.04.2023).
- Weintraub, WS; Garratt, KN (2017a): Challenges in Risk Adjustment for Hospital and Provider Outcomes Assessment. *Circulation* 135(4): 317-319. DOI: 10.1161/circulationaha.116.025653.

Weintraub, WS; Garratt, KN (2017b): Public Reporting II. State of the Art – Current Public Reporting in Cardiovascular Medicine. *Circulation* 135(19): 1772-1774. DOI: 10.1161/circulationaha.117.026553.

Welke, KF (2018): Public Reporting of Congenital Heart Surgery Outcomes: Counting Numbers, Caring for Patients. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery* 30(1): 50-53. DOI: 10.1053/j.semtcvs.2018.02.016.

Wollersheim, H; Hermens, R; Hulscher, M; Braspenning, J; Ouwens, M; Schouten, J; et al. (2007): Clinical indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine* 65(1): 15-22. URL: <http://www.njmonline.nl/getpdf.php?id=488> (abgerufen am: 25.05.2023).

vertraulich

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

[iqtig.org](https://www.iqtig.org)

vertraulich

Anhang C:

IQTIG-Kriterienkatalog zur Beurteilung der Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung

Der im Folgenden tabellarisch aufbereitete Kriterienkatalog enthält jene Kriterien, die gemäß Kapitel 4 und 5 des Abschlussberichts zur Beurteilung der Eignung von Qualitätsergebnissen und Informationen für die öffentliche Berichterstattung vom IQTIG herangezogen werden. Der Katalog enthält für jedes Kriterium die jeweiligen Leitfragen, Antwortkategorien, Informationsgrundlagen, Entscheidungsregeln und Abstufungen des Beurteilungsergebnisses sowie eine Beschreibung, wie das Kriterium für die Gesamteinschätzung der Eignung berücksichtigt wird.

vertraulich

Eignungskriterien des Qualitätsmerkmals

Operationalisierung des Kriteriums „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Leitfrage 1: Schwere/Ausprägung (nicht bei unmittelbar patientenrelevanten Prozessen) Wie bedeutend ist das Qualitätsmerkmal aufgrund der Schwere/Ausprägung des interessierenden Endpunkts (z. B. Mortalität, Morbidität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Komplikationen, Schmerzfreiheit)?	sehr / mittelmäßig / wenig / nicht zutreffend	▪ Vorliegende Informationen und Erfahrungen aus der Entwicklung und Anwendung von Indikatoren und Kennzahlen (im Regelbetrieb) ▪ Wissenschaftliche Literatur ▪ Expertengremium auf Bundesebene ▪ Auskünfte von Patientinnen und Patienten
Leitfrage 2: Dauer (nicht bei unmittelbar patientenrelevanten Prozessen) Wie bedeutend ist das Qualitätsmerkmal aufgrund der Dauer (oder Verkürzung/Verlängerung) des interessierenden Endpunkts (z. B. Mortalität, Morbidität, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Komplikationen, Schmerzfreiheit)?	sehr / mittelmäßig / wenig	▪ Vorliegende Informationen und Erfahrungen aus der Entwicklung und Anwendung von Indikatoren und Kennzahlen (im Regelbetrieb) ▪ Wissenschaftliche Literatur ▪ Expertengremium auf Bundesebene ▪ Auskünfte von Patientinnen und Patienten
Leitfrage 3: Wertvorstellungen (nicht bei unmittelbar patientenrelevanten Prozessen) Welchen Wert hat das Merkmal für Patientinnen und Patienten?	hoch / mittel / niedrig	▪ Vorliegende Informationen und Erfahrungen aus der Entwicklung und Anwendung von Indikatoren und Kennzahlen (im Regelbetrieb) ▪ Wissenschaftliche Literatur ▪ Expertengremium auf Bundesebene ▪ Auskünfte von Patientinnen und Patienten

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Leitfrage 4: Sicherheit der Einschätzung Als wie sicher wird die Beurteilung der Bedeutung anhand der Leitfragen 1 bis 3 eingeschätzt?	sehr / mittel / wenig	▪ Vorliegende Informationen und Erfahrungen aus der Entwicklung und Anwendung von Indikatoren und Kennzahlen (im Regelbetrieb) ▪ Wissenschaftliche Literatur ▪ Expertengremium auf Bundesebene ▪ Auskünfte von Patientinnen und Patienten
Gesamteinschätzung	hoch / mittel / niedrig	▪ Schritt 1: Es gilt die höchste Einschätzung auf den Leitfragen 1, 2 und 3 als Gesamteinschätzung. ▪ Schritt 2: Eine „wenig“ sichere Einschätzung (Leitfrage 4) führt zur Abwertung des in Schritt 1 ermittelten Ergebnisses um eine Stufe. Die Entscheidung, ob die Indikator- und Kennzahlsergebnisse für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet sind, wird in Verbindung mit der Erfüllung der anderen Eignungskriterien beurteilt.

Eine Anpassung der Operationalisierung für dieses Kriterium ist für Indikatoren und Kennzahlen auf Basis von Patientenbefragungen nicht notwendig, für Strukturinformationen ist das Kriterium nicht relevant.

Operationalisierung des Kriteriums „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Leitfrage 1: starke Empfehlung aus evidenzbasierter Leitlinie Liegt eine starke Empfehlung für die vom Qualitätsmerkmal geforderte Versorgungsmaßnahme aus einer evidenzbasierten Leitlinie vor?	ja / nein	Systematische Literaturrecherche
Leitfrage 2: hochwertige Evidenz aus RCTs (nur bei „nein“ in Leitfrage 1) Liegen konsistente positive Ergebnisse aus systematischen Übersichtsarbeiten von randomisierten kontrollierten Studien (<i>randomized controlled trials</i> , RCTs) oder einzelnen RCTs mit möglichst niedrigem Verzerrungspotenzial vor?	ja / nein	Systematische Literaturrecherche
Leitfrage 3: Hinweise aus Kohortenstudien¹ (nur bei „nein“ in den Leitfragen 1 und 2) Liegen positive Ergebnisse aus systematischen Übersichtsarbeiten von prospektiven Kohortenstudien ¹ oder aus einzelnen prospektiven Kohortenstudien ¹ mit niedrigem Verzerrungspotenzial vor?	ja / nein	Systematische Literaturrecherche
Leitfrage 4: Vertrauenswürdigkeit der Kohortenstudien (nur bei Beurteilung von Kohortenstudien) Besteht Vertrauen in die Ergebnisse der ermittelten Kohortenstudien?	ja / nein	Expertengremium auf Bundesebene
Leitfrage 5: positive Nutzenabwägung (nur bei „nein“ in Leitfrage 1) Wie sicher überwiegt der Patientennutzen durch die Versorgungsmaßnahme die unerwünschten Wirkungen der Versorgungsmaßnahme?	sicher / eher sicher / eher unsicher / sicher nicht	- Wissenschaftliche Literatur s. o. - Expertengremium auf Bundesebene

¹ Im Regelfall Kohortenstudien; wenn geeignet, können auch andere Studientypen berücksichtigt werden.

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Gesamteinschätzung	gegeben / nicht gegeben	Der Zusammenhang gilt als ausreichend belegt („gegeben“), wenn ▪ Leitfrage 1 (starke Empfehlung aus einer evidenzbasierten Leitlinie) „ja“ ist ODER ▪ Leitfrage 2 (hochwertige Evidenz aus RCTs) „ja“ ist UND gleichzeitig in Leitfrage 5 (positive Nutzenabwägung) der Nutzen mindestens als „eher sicher“ beurteilt wurde ODER ▪ Leitfrage 3 (Hinweise aus Kohortenstudien) „ja“ ist UND in Leitfrage 4 (Vertrauenswürdigkeit der Kohortenstudien) „ja“ ist UND gleichzeitig in Leitfrage 5 (positive Nutzenabwägung) der Nutzen mindestens als „eher sicher“ beurteilt wurde, sonst als „nicht gegeben“. Wird der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Qualitätsmerkmal als „nicht gegeben“ beurteilt, sind die entsprechenden Messergebnisse nicht für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet.

Eine Anpassung der Operationalisierung für dieses Kriterium ist für Indikatoren und Kennzahlen auf Basis von Patientenbefragungen nicht notwendig, für Strukturinformationen ist das Kriterium nicht relevant.

Operationalisierung des Kriteriums „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Leitfrage 1: Gestaltungsmöglichkeit durch die Leistungserbringer (bei Merkmalen der Ergebnisqualität) Kann die Versorgung so durch den/die Leistungserbringer gestaltet werden (durch Prozesse oder Strukturen), dass sie die Erfüllung des Qualitätsmerkmals positiv beeinflusst?	ja / nein	- Informationen aus bestehenden QS-Verfahren - Wissenschaftliche Literatur - Expertengremium auf Bundesebene
Leitfrage 2: Verantwortlichkeit der Leistungserbringer Liegt die Umsetzung und Ressourcenbereitstellung der für das Qualitätsmerkmal benötigten Prozesse und Strukturen (aus Leitfrage 1) in der Verantwortung des/der Leistungserbringer(s)?	ja / nein	- Informationen aus bestehenden QS-Verfahren - Wissenschaftliche Literatur - Expertengremium auf Bundesebene
Leitfrage 3: Maßgebliche Verantwortung eines Leistungserbringers (nur bei Feststellung, dass gemäß Leitfragen 1 und/oder 2 die Indikatorergebnisse zwei oder mehr Leistungserbringern zuschreibbar sein könnten) Ist die (Mit-)Verantwortung anderer Leistungserbringer vernachlässigbar, sodass einem Leistungserbringer die maßgebliche Verantwortung zugeschrieben werden kann?	ja / nein	- Informationen aus bestehenden QS-Verfahren - Wissenschaftliche Literatur - Expertengremium auf Bundesebene

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Gesamteinschätzung	gegeben / nicht gegeben	Wenn Leitfrage 1 (bei Ergebnismerkmalen) ODER Leitfrage 2 mit „nein“ beantwortet wird, wird die Beeinflussbarkeit als „nicht gegeben“ beurteilt. Wenn Leitfrage 1 (bei Ergebnismerkmalen) UND Leitfrage 2 mit „ja“ beantwortet werden, wird die Beeinflussbarkeit als „gegeben“ beurteilt. Die maßgebliche Verantwortung eines Leistungserbringers liegt vor, wenn Leitfrage 3 zudem mit „ja“ beantwortet wurde. Wenn die Beeinflussbarkeit als „nicht gegeben“ eingeschätzt wird oder keinem Leistungserbringer die maßgebliche Verantwortung zugeschrieben werden kann, sind die entsprechenden Messergebnisse nicht für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet.

Eine Anpassung der Operationalisierung für dieses Kriterium ist für Indikatoren und Kennzahlen auf Basis von Patientenbefragungen nicht notwendig, für Strukturinformationen ist das Kriterium nicht relevant.

Eignungskriterien des Messverfahrens

Operationalisierung des Kriteriums „Objektivität der Messung“

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Kennzahl 1: Beurteilerübereinstimmung (nicht bei Patientenbefragungen) Die Beurteilerübereinstimmung als quantitatives Maß für die Objektivität einer Messung wird in der Literatur in der Regel mithilfe von Zusammenhangsmaßen (z. B. Korrelationskoeffizienten) angegeben.	Gemäß wissenschaftlichen Konventionen spricht das IQTIG ab ca. 0,1 von einem kleinen, ab ca. 0,3 von einem mittleren und ab ca. 0,5 von einem großen Zusammenhang.	- Expertengremium auf Bundesebene - Befragung der Landesarbeitsgemeinschaften - Wissenschaftliche Literatur - Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung (bei der Entwicklung von Indikatoren oder Kennzahlen)
Leitfrage 2: Konsistenz der Einschätzungen von Sachverhalten/Befunden (nicht bei Patientenbefragungen) Diese Leitfrage kommt zum Tragen, falls keine Informationen aus der Literatur gemäß Kennzahl 1 vorliegen: Wie unabhängig ist die Einschätzung des im Datenfeld abgefragten Sachverhalts (z. B. Untersuchungsbefund, klinische Messgröße) von der beurteilenden Person? Wie konsistent sind die Einschätzungen verschiedener beurteilender Personen? Wie wahrscheinlich kommen verschiedene beurteilende Personen bei demselben Sachverhalt zu gleichen / zu unterschiedlichen Einschätzungen?		- Expertengremium auf Bundesebene - Befragung der Landesarbeitsgemeinschaften - Wissenschaftliche Literatur - Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung (bei der Entwicklung von Indikatoren oder Kennzahlen)
Leitfrage 3: Eindeutigkeit des Datenfelds (nicht bei Patientenbefragungen) Spezifiziert das Datenfeld eindeutig, welcher Sachverhalt erfasst werden soll?		- Expertengremium auf Bundesebene - Befragung der Landesarbeitsgemeinschaften - Wissenschaftliche Literatur - Ergebnisse der Machbarkeitsprüfung (bei der Entwicklung von Indikatoren oder Kennzahlen)

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Gesamteinschätzung	hoch / weitgehend / niedrig	Die Gesamteinschätzung erfolgt qualitativ mittels Zusammenschau der Kennzahl 1 und der Leitfragen 2 und 3 für jedes Datenfeld und unter Zusammenschau aller zum Indikator oder zur Kennzahl gehörender Datenfelder. Wenn die Objektivität der Messung als „niedrig“ eingestuft wird, sind die entsprechenden Messergebnisse <i>nicht</i> für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet.

Die Erfüllung des Kriteriums wird bei der Entwicklung von Patientenbefragungen dadurch sichergestellt, dass auf subjektive Befragungsansätze weitestgehend verzichtet und ein faktenorientierter Befragungsansatz verfolgt wird. Für die Einschätzung der Objektivität bei Strukturinformationen zieht das IQTIG nur die zweite Leitfrage heran.

Operationalisierung des Kriteriums „Datenqualität“

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Kennzahl 1: Bewertung der Datenqualität aus der Datenvalidierung 	Bei einem Datenfeld gilt die Datenqualität als „unzureichend“, wenn: - das Datenfeld als „mangelhaft spezifiziert“ eingestuft wurde und dieses Datenfeld daher nicht zur Beurteilung der Dokumentationsqualität herangezogen wurde ODER - bundesweit die Übereinstimmungsrate unter 95 % liegt ODER - wenn dieser Grenzwert von mehr als 10 % der Leistungserbringer unterschritten wird.	Bericht zur Datenvalidierung
Leitfrage 2: Einschätzung der Übereinstimmung (falls keine Datenvalidierung stattgefunden hat) Als wie hoch wird die Übereinstimmung zwischen den für die Qualitätssicherung dokumentierten Daten und den laut Spezifikation zu dokumentierenden Angaben aus der Patientenakte ² eingeschätzt?	hoch / mittel / niedrig	- Expertengremium auf Bundesebene - Befragung der Landesarbeitsgemeinschaften

² Oder in einer anderen internen Dokumentation der Leistungserbringer, z. B. wenn organisatorische Angaben für die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation erhoben werden.

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Gesamteinschätzung	hoch / mittel / niedrig	Die Gesamtbeurteilung erfolgt qualitativ auf Basis der Urteile für jedes Datenfeld (gemäß Kennzahl 1 oder Leitfrage 2) – und unter Zusammenschau aller zum Indikator oder zur Kennzahl gehörender Datenfelder. Dabei spielt es eine wichtige Rolle, wie viele Datenfelder von mittlerer/niedriger oder unzureichender Datenqualität betroffen sind und welche Relevanz diese Datenfelder für die Indikatorberechnung haben. Wird die Datenqualität für einen Indikator oder eine Kennzahl als „niedrig“ eingestuft, sind die entsprechenden Messergebnisse <i>nicht</i> für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet.

Eine Anpassung der Operationalisierung dieses Kriteriums ist für Strukturinformationen nicht notwendig. Bei Patientenbefragungen ist die Datenqualität nicht definiert, da sich die Datenqualität durch den Abgleich der für die Qualitätssicherung erfassten Daten mit den ursprünglich bei der Versorgung generierten Daten definiert. Bei Patientenbefragungen werden die Daten im Moment des Ausfüllens des Fragebogens erzeugt. Die Datenquelle sind die Patientinnen und Patienten selbst.

Operationalisierung des Kriteriums „Reliabilität der Messung“

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
keine	-	▪ Expertengremium auf Bundesebene
Gesamteinschätzung	hoch / mittel / niedrig	Die Gesamtbeurteilung erfolgt qualitativ für jedes Datenfeld und unter Zusammenschau aller zum Indikator oder zur Kennzahl gehörender Datenfelder. Wird die Reliabilität der Messung als „niedrig“ eingestuft, sind die entsprechenden Messergebnisse <i>nicht</i> für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet.

Für Strukturinformationen ist das Kriterium nicht relevant.

Operationalisierung des Kriteriums „Validität der Messung“

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Leitfrage 1: Abdeckung aller interessierenden Fälle Umfassen die Indikatorfälle (z. B. der Nenner des Indikators) möglichst alle Patientenfälle, für die das Qualitätsmerkmal gilt?	ja / nein	▪ Expertengremium auf Bundesebene ▪ bei mittelbar relevanten Qualitätsmerkmalen: wissenschaftliche Literatur
Leitfrage 2: Ausschluss irrelevanter Fälle Sind möglichst alle Patientenfälle, für die von den Leistungserbringern die Erfüllung des Qualitätsmerkmals nicht zu verantworten ist, aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen?	ja / nein	▪ Expertengremium auf Bundesebene ▪ bei mittelbar relevanten Qualitätsmerkmalen: wissenschaftliche Literatur
Leitfrage 3: Erfassung qualitätsrelevanter Ereignisse Werden alle Ereignisse oder Sachverhalte, die eine Erfüllung der Qualitätsanforderung bedeuten, auch als solche im Indikator gewertet (z. B. im Zähler des Indikators)? Ist berücksichtigt, ob diese Ereignisse mehrfach auftreten können? Ist berücksichtigt, in welchem Zeitraum das Ereignis / der Sachverhalt frühestens und spätestens messbar ist?	ja / nein	▪ Expertengremium auf Bundesebene ▪ bei mittelbar relevanten Qualitätsmerkmalen: wissenschaftliche Literatur
Leitfrage 4: Ausschluss nicht qualitätsrelevanter Ereignisse Stellt der Indikator sicher, dass keine Ereignisse oder Sachverhalte fälschlich als Erfüllung der Qualitätsanforderung gewertet werden?	ja / nein	▪ Expertengremium auf Bundesebene ▪ bei mittelbar relevanten Qualitätsmerkmalen: wissenschaftliche Literatur
Kennzahl 5: Übereinstimmung mit der Bewertung im Stellungnahmeverfahren nach § 17 DeQS-RL (nur bei Indikatoren im Regelbetrieb) Berechnung: Anzahl „qualitativer Auffälligkeiten“ im Stellungnahmeverfahren für diesen Qualitätsindikator	Werden nur sehr selten Indikatorergebnisse, die den Referenzbereich nicht erreichen, im Stellungnahmeverfahren als „qualitativ auffällig“ bewertet, wird dies als Hinweis auf Einschränkungen der Validität des Indikators gewertet.	▪ Expertengremium auf Bundesebene ▪ bei geringer Anzahl von „qualitativen Auffälligkeiten“ im Stellungnahmeverfahren: Befragung der Landesarbeitsgemeinschaften

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Gesamteinschätzung	hoch / mittel / gering	Die Gesamtbeurteilung erfolgt qualitativ in Zusammenschau der Leitfragen 1 bis 4 und der Kennzahl 5. Wird die Validität der Messung als „gering“ eingestuft, sind die entsprechenden Messergebnisse <i>nicht</i> für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet.

Eine Anpassung der Operationalisierung für dieses Kriterium ist für Indikatoren und Kennzahlen auf Basis von Patientenbefragungen nicht notwendig, für Strukturinformationen ist das Kriterium nicht relevant.

Eignungskriterien des Bewertungskonzepts

Operationalisierung des Kriteriums „Angemessenheit des Referenzbereichs“

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Leitfrage 1: Art des Referenzbereichs Ist die Art des Referenzbereichs (kriteriumsbezogen oder verteilungsbezogen) geeignet für die Maßnahme, die er auslösen soll?	ja / nein	▪ Vorliegende Informationen und Erfahrungen aus der Entwicklung und Anwendung von Indikatoren und Kennzahlen (im Regelbetrieb)
Leitfrage 2: Festlegung des Erreichbaren und des geforderten Erreichungsgrads (nur für kriteriumsbezogene Referenzbereiche) Wurde eine fachliche Beurteilung des erreichbaren Indikatorwerts vorgenommen und der für die Maßnahme geforderte Erreichungsgrad („Toleranzanteil“) festgelegt?	ja / nein	▪ Vorliegende Informationen und Erfahrungen aus der Entwicklung und Anwendung von Indikatoren und Kennzahlen (im Regelbetrieb) ▪ Wissenschaftliche Literatur ▪ Auswertungen von Sozialdaten bei den Krankenkassen oder Qualitätssicherungsdaten ▪ Expertengremium auf Bundesebene
Leitfrage 3: Anzahl der Leistungserbringer (nur für verteilungsbezogene Referenzbereiche) Entspricht die Anzahl der Leistungserbringer, die die Anforderung erreichen bzw. nicht erreichen, dem vorgesehenen Aufwands- und/oder Kostenrahmen für die Maßnahme?	ja / nein	▪ Vorliegende Informationen und Erfahrungen aus der Entwicklung und Anwendung von Indikatoren und Kennzahlen (im Regelbetrieb) ▪ Daten der Qualitätssicherung

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Gesamteinschätzung	gegeben / nicht gegeben	Wenn die Leitfragen 1 und 2 ODER die Leitfragen 1 und 3 (je nach Art des Referenzbereichs) mit „ja“ beantwortet werden, wird die Angemessenheit des Referenzbereichs mit „gegeben“ eingeschätzt. Wenn die Angemessenheit des Referenzbereichs als „nicht gegeben“ eingestuft wird, empfiehlt das IQTIG den Referenzbereich und die Einstufungsergebnisse nicht zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung.

Eine Anpassung der Operationalisierung für dieses Kriterium ist für Indikatoren und Kennzahlen auf Basis von Patientenbefragungen nicht notwendig, für Strukturinformationen ist das Kriterium nicht relevant.

Operationalisierung des Kriteriums „Klassifikationsgüte“

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Leitfrage 1: Berücksichtigung von Unsicherheit Wird bei der Einstufung die statistische Unsicherheit der beobachteten Indikatorergebnisse angemessen berücksichtigt?	ja / nein	▪ Gewählte Zielsetzung der statistischen Auswertung sowie Bewertungsart der statistischen Auswertungsmethodik für das betreffende QS-Verfahren
Gesamteinschätzung	ausreichend / nicht ausreichend	Die Klassifikationsgüte wird als „ausreichend“ beurteilt, wenn Leitfrage 1 mit „ja“ beantwortet wird. Wenn die Klassifikationsgüte als „nicht ausreichend“ eingestuft wird, empfiehlt das IQTIG den Referenzbereich und die Einstufungsergebnisse nicht zur einrichtungsbezogenen öffentlichen Berichterstattung.

Eine Anpassung der Operationalisierung für dieses Kriterium ist für Indikatoren und Kennzahlen auf Basis von Patientenbefragungen nicht notwendig, für Strukturinformationen ist das Kriterium nicht relevant.

Operationalisierung des Kriteriums „Angemessenheit der Risikoadjustierung“

Leitfrage	Antwortkategorien	Informationsgrundlagen
Leitfrage 1: Prüfung relevanter Faktoren Sind alle Einflussfaktoren, für die ein häufiger und relevanter Einfluss auf die Indikatorergebnisse angenommen wird, angemessen hinsichtlich einer Berücksichtigung bei der Risikoadjustierung geprüft? Gibt es wichtige Einflussfaktoren, die nicht in die Berechnung des Indikators eingehen?		- Wissenschaftliche Literatur - Expertengremium auf Bundesebene
Gesamteinschätzung	vollständig angemessen / eingeschränkt angemessen / nicht angemessen / nicht erforderlich	Die Gesamtbeurteilung erfolgt qualitativ auf Basis der unter Leitfrage 1 gesammelten Informationen. Wird die Risikoadjustierung für einen Indikator oder eine Kennzahl als „nicht angemessen“ eingestuft, sind die entsprechenden Messergebnisse <i>nicht</i> für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung geeignet.

Eine Anpassung der Operationalisierung für dieses Kriterium ist für Indikatoren und Kennzahlen auf Basis von Patientenbefragungen nicht notwendig, für Strukturinformationen ist das Kriterium nicht relevant.

Anhang D: Weiterführende Beschreibung des Prüfprozesses

Anknüpfend an Kapitel 6 des Abschlussberichts wird im Folgenden der Prüfprozess für bestehende Indikatoren und Kennzahlen auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung näher beschrieben. Die im folgenden beschriebenen Tätigkeiten werden für jeden Indikator bzw. Kennzahl durchgeführt.

Grundlage der Prüfung von bestehenden Indikatoren und Kennzahlen auf Eignung zur öffentlichen Berichterstattung ist eine hinreichende Informationsgrundlage. Ausgangspunkt sind die Informationen, die in Form der zuletzt festgestellten Prüfergebnisse (falls möglich: inklusive der Ausprägungen pro Leitfrage gemäß Kriterienkatalog) sowie der zugehörigen dokumentierten Wissensbestände vorliegen.

Für eine orientierende Einschätzung der Eignungskriterien generieren die jeweils für die Prüfung der Indikatoren und Kennzahlen zuständigen Teams¹ (gemäß Betreuung des entsprechenden QS-Verfahrens) die Informationen aus zwei Quellen. Zum einen bereiten die Teams sämtliche Hinweise systematisch auf, welche im Jahresverlauf beim IQTIG-Verfahrenssupport eingegangen sind oder von Expertinnen und Experten sowie den Geschäftsstellen der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) direkt an das IQTIG herangetragen wurden. Die genannten IQTIG-externen Akteure verfügen in der Regel über das aktuellste Erfahrungswissen aus der Anwendung der Indikatoren und Kennzahlen, sodass diese Informationen für die Eignungsprüfung grundsätzlich relevant sind. Je nach Bedarf tauscht sich das IQTIG mit diesen Akteuren schriftlich oder bei spezifischen Sachverhalten telefonisch aus. Zum anderen recherchieren die Teams aktiv nach möglichen Hinweisen darauf, ob sich Rahmenbedingungen geändert haben, welche Einfluss auf die Eignung der Indikatoren und Kennzahlen haben könnten. Hierzu werden die Teams wie folgt tätig:

- Die Teams überprüfen die vorliegenden Qualitätssicherungsergebnisberichte (QSEB) sowie falls verfügbar den Bericht zur Datenvalidierung.
- Als weitere Informationsquelle werden die Mitglieder des jeweiligen Expertengremiums kontaktiert und um ihre Einschätzung gebeten, welche Hinweise auf Änderungsbedarfe an den Indikatoren und Kennzahlen aus ihrer Sicht vorliegen.
- Des Weiteren prüfen die Teams mit Blick auf das Eignungskriterium „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“, ob den Indikatoren und Kennzahlen zugrunde liegende Leitlinien noch aktuell sind und welche Konsequenzen sich aus dem jeweiligen Status ergeben. Eine systematische Literaturrecherche zum Eignungskriterium „Zusammenhang mit

¹ Die Teams sind in der Regel multidisziplinär aus den Bereichen Medizin, Gesundheitswissenschaften, Statistik und Data Science zusammengesetzt und werden durch eine IQTIG-Mitarbeiterin oder einen IQTIG-Mitarbeiter der Abteilung Verfahrensmanagement koordiniert. Bei Bedarf stehen im gesamten Prozess der Eignungsprüfung Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des IQTIG aus den Fachbereichen Wissensmanagement und Methodik beratend zur Verfügung.

einem unmittelbar patientenrelevanten Merkmal“ und eine ausführliche Literaturrecherche zum Kriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ wird in regelmäßigen Abständen in enger Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Wissensmanagement durchgeführt.

- Bei Bedarf führen die Teams orientierende Literaturrecherchen durch. Die zuletzt dokumentierten Suchen werden repliziert und ggf. anpasst. Beispielsweise werden Suchzeiträume aktualisiert oder spezifische Suchstrings aufgrund entsprechender fachlicher Hinweise ergänzt. Die Teams wählen außerdem aus den vorhandenen Literaturbeständen einzelne Titel aus und führen mit diesen eine Vorwärtssuche durch, welche auf die jüngsten Jahrgänge beschränkt ist.
- Die Ergebnisse der Kennzahlen für die Prüfung der Eignungskriterien „Verbesserungspotenzial“ und „Praktikabilität“ werden jährlich auf Grundlage der aktuellsten verfügbaren Daten berechnet. Die Datengrundlage, Rechenwege und Ergebnisse werden dokumentiert.

Die eingeholten Informationen und berechneten Kennzahlen werden dokumentiert, aufbereitet und zu einer Entscheidungsgrundlage zusammengestellt. Die Teams diskutieren im Anschluss die verfügbaren Wissensbestände und beurteilen auf dieser Grundlage alle Leitfragen. Die inhaltlichen Gründe für die Beurteilungen werden dokumentiert. Besteht Unsicherheit in der Einschätzung und kann zunächst keine Beurteilung vorgenommen werden, dokumentieren die Teams auch hierfür die Gründe.

In der Folge werden die vorläufigen Ergebnisse der Eignungsprüfungen für die Besprechung im Expertengremium aufbereitet. Grundlage der Diskussionen während der Besprechung sind die vorläufigen Einschätzungen des jeweiligen Teams zur Erfüllung der Eignungskriterien. Die Expertinnen und Experten beraten das IQTIG insbesondere hinsichtlich fachlicher Fragen. Falls notwendig, erfolgt im Vorfeld oder nach der Sitzung zusätzlich ein schriftlicher Austausch mit dem Expertengremium zu einzelnen Fragestellungen. Im Anschluss bereitet das IQTIG die Ergebnisse der Sitzungen auf und nimmt vor deren Hintergrund die abschließenden Beurteilungen der Eignungskriterien vor. Die inhaltlichen Gründe für die Beurteilungen werden dokumentiert und das IQTIG hält dabei im Detail fest, wie die per Konsultation der Expertinnen und Experten gewonnenen Informationen bei dieser Beurteilung berücksichtigt wurden.

Die Teams nehmen schließlich auf Grundlage der Prüfergebnisse in den einzelnen Eignungskriterien die Aufwand-Nutzen-Abwägung für den Indikator oder die Kennzahl vor. Auch hier werden sowohl das Ergebnis („Endpunkte“ der Eignungsprüfung) als auch die Gründe für dieses Ergebnis dokumentiert, z. B. inwiefern eine Ausschlussbedingung hinsichtlich des Beibehaltens des Indikators / der Kennzahl oder hinsichtlich der Eignung zur öffentlichen Berichterstattung erfüllt ist. Ebenfalls halten die Teams Einschätzungen dazu fest, welche Optimierungspotenziale oder Überarbeitungsbedarfe für den betreffenden Indikator oder die Kennzahl bestehen.

Die Ergebnisse der Eignungsprüfung fließen anschließend in die verschiedenen Produkte des IQTIG im Regelbetrieb der QS-Verfahren ein: Sie sind Grundlage für die Spezifikationsempfehlung

gen, die Empfehlungen zur Beibehaltung, Überarbeitung oder Einführung von Qualitätsindikatoren und -kennzahlen („endgültige“ und „prospektive Rechenregeln“) sowie für die Empfehlungen zur öffentlichen Berichterstattung.

vertraulich