



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Krankenhausbezogene öffentliche Berichterstattung von Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung

Empfehlungen des IQTIG zum Erfassungsjahr 2016

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 20. April 2017

Impressum

Thema:

Krankenhausbezogene öffentliche Berichterstattung von Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung. Empfehlungen des IQTIG zum Erfassungsjahr 2016

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Ansprechpartnerin:

Kathrin Rickert

Datum der Abgabe:

22. März 2017, geänderte Version vom 20. April 2017

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	4
Abkürzungsverzeichnis.....	5
1 Einleitung.....	6
1.1 Hintergrund.....	6
1.2 Beauftragung.....	7
2 Ziele und Wirkung der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen	8
3 Methodik	10
3.1 Veröffentlichung von fachlichen Hinweisen des IQTIG.....	10
3.2 Ausnahmen	11
4 Ergebnisse	13
5 Fazit	18
Literaturverzeichnis.....	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse aufgrund erheblicher Bedenken nicht für eine krankenhausbazogene Veröffentlichung empfohlen werden	15
Tabelle 2: Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse aufgrund der erstmaligen Anwendung des Indikators für das Erfassungsjahr 2016 nicht für eine krankenhausbazogene Veröffentlichung empfohlen werden	16

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Indikatoren mit veröffentlichungspflichtigen / nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (EJ 2011–2016)	14
--	----

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
EJ	Erfassungsjahr
esQS	externe stationäre Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. Abs. 6 SGB V sind die Krankenhäuser verpflichtet, jährlich anhand von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen.

§ 136b Abs. 1 SGB V:

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patientinnen und Patienten auch Beschlüsse über [...]

3. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, [...].

§ 136 Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Der Verband der Privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 bis 5 zu beteiligen; bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 und 3 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.

§ 136b Abs. 6 SGB V:

(6) In dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a sowie der Umsetzung der Regelungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie Informationen zu Nebendiagnosen, die mit wesentlichen Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, zu enthalten. Ergebnisse von Patientenbefragungen, soweit diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss veranlasst werden, sind in den Qualitätsbericht aufzunehmen. Der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. In einem speziellen Berichtsteil sind die besonders patientenrelevanten Informationen in übersichtlicher Form und in allgemein verständlicher Sprache zusammenzufassen. Besonders patientenrelevant sind insbesondere Informationen zur Patientensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses.

Die Festlegung der Inhalte erfolgt in den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) des G-BA. Neben Informationen zu Struktur- und Leistungsdaten des jeweiligen Krankenhauses sind im Berichtsteil C-1.2 Indikatorergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) des G-BA nach §§ 136 ff. SGB V zu publizieren.

1.2 Beauftragung

Das IQTIG hat für den oben genannten Zweck der Veröffentlichung von Indikatorergebnissen den Auftrag, jährlich eine Empfehlung an den G-BA auszusprechen, für welche Qualitätsindikatoren gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) die Indikatorwerte, die Referenzbereiche und die Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog veröffentlicht werden sollen.¹

Für die Prüfung der Qualitätsindikatoren hinsichtlich der Veröffentlichungsfähigkeit ihrer Ergebnisse zum Erfassungsjahr 2016 hat das IQTIG die bisher angewendete Methodik für die Prüfung überarbeitet (IQTIG 2017). Diese Methodik sowie die Empfehlungen für die Qualitätsindikatoren des Erfassungsjahres 2016 werden im vorliegenden Bericht zusammenfassend dargestellt. Für eine weitergehende Darstellung wird auf die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG verwiesen, die derzeit in der Version 1.0s vorliegen und auf der Website www.iqtig.org zur Verfügung stehen. In dem beigefügten Anhang ist eine Übersicht über die Empfehlung zu allen im Erfassungsjahr 2016 angewendeten Qualitätsindikatoren enthalten (Anhang).

¹ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG zur Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen vom 27. November 2015.

2 Ziele und Wirkung der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen

Die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen, zu denen auch die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zählen, wird als ein Instrument verstanden, mit dem Qualitätsverbesserungen in der Gesundheitsversorgung erreicht werden sollen. Die hierdurch vermittelten Informationen dienen dabei folgenden Zielen (Totten et al. 2012, Schwenk und Schmidt-Kaehler 2016, Geraedts et al. 2009):

- Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in ihre Auswahlentscheidungen zwischen Leistungserbringern einzubeziehen.
- Einrichtungen oder Personen, die Patientinnen und Patienten beraten (z. B. zuweisende Ärztinnen und Ärzte oder Kostenträger), soll die Möglichkeit gegeben werden, den Patientinnen und Patienten besonders geeignete Einrichtungen für die Behandlung zu empfehlen.
- Die Leistungserbringer sollen motiviert werden, an Qualitätsverbesserungen zu arbeiten.

Mit der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen werden also externe Wirkungen (Selektion) und interne Wirkungen (Motivation) auf die versorgenden Einrichtungen angestrebt. Dabei zeigen systematische Literaturübersichten, dass es nur wenige Studien zu Wirkungen von der Veröffentlichung der Indikatorergebnisse einzelner Leistungserbringer (Public Reporting) gibt und diese eine unterschiedliche Qualität aufweisen (Totten et al. 2012, Fung et al. 2008). Bezüglich des Ziels der Motivierung von Leistungserbringern, an Qualitätsverbesserungen zu arbeiten, zeigen sich international Hinweise auf positive Effekte von Public Reporting hinsichtlich der Aktivitäten von Krankenhäusern zur Qualitätsverbesserung (Totten et al. 2012, Fung et al. 2008) und auf die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren (Totten et al. 2012), u. a. auch betreffend die Indikatoren der Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V (Kraska et al. 2016). Hinsichtlich des Ziels, dass Patientinnen und Patienten die Indikatorergebnisse in ihre Auswahlentscheidung zwischen Leistungserbringern einbeziehen können, ist allerdings derzeit unklar, ob und in welcher Form die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen einen Einfluss auf diese Auswahlentscheidung hat (Totten et al. 2012, Fung et al. 2008). Die Behandlung nach neuestem Wissensstand und die Erfolgs- und Komplikationsraten der Behandlung stellen lediglich einen Teilaspekt der Informationen dar, die für Patientinnen und Patienten relevant sind (de Cruppé und Geraedts 2011, Geraedts 2008, Schaeffer 2006). Dementsprechend werden die verfügbaren Ergebnisse medizinischer Qualitätsindikatoren in Deutschland bislang auch kaum für Auswahlentscheidungen genutzt (de Cruppé und Geraedts 2011, Emmert et al. 2014), wobei offen bleibt, ob das der mangelnden Relevanz der Informationen für die Patientinnen und Patienten oder der mangelnden Verfügbarkeit geschuldet ist. Die positiven Wirkungen von Public Reporting kommen somit in erster Linie dadurch zustande, dass bereits der Prozess der leistungserbringerbezogenen Veröffentlichung von Indikatorergebnissen an sich als Motivation für die Einrichtungen wirkt, an Qualitätsverbesserungen zu arbeiten (Hibbard et al. 2003, Fung et al. 2008, Totten et al. 2012, Schwenk und Schmidt-Kaehler 2016).

Unerwünschte Wirkungen von Public Reporting wurden in den Studien bisher nicht schlüssig nachgewiesen (Totten et al. 2012). In der Literatur werden unerwünschte Wirkungen besonders dann diskutiert, wenn die Indikatoren methodische Schwächen aufweisen (z. B. Ennker et al. 2009, Lilford und Pronovost 2010). Damit ist für die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen – und damit auch für die Veröffentlichung von Ergebnissen der Qualitätsindikatoren – lediglich Voraussetzung, dass sie tatsächlich Qualität abbilden. Es muss also eine hinreichende Sicherheit bestehen, dass Qualitätsziel, Messung und Bewertungskonzept der Qualitätsindikatoren für die Qualitätsmessung geeignet sind.

3 Methodik

Hat sich ein Indikator für die routinemäßige Anwendung in einem QS-Verfahren qualifiziert, so muss davon ausgegangen werden, dass dieser die Qualität angemessen darstellt, da mit der Nutzung in der externen Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V potenziell ein erheblicher und unmittelbarer Einfluss auf die Versorgung verbunden ist. Ist diese Voraussetzung gegeben, sieht das IQTIG die krankenhausbazogene Veröffentlichung der Ergebnisse dieser – und damit aller routinemäßig in der externen Qualitätssicherung genutzten – Qualitätsindikatoren grundsätzlich als notwendig an. Damit werden zum einen die bereits beschriebenen Ziele für die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen verfolgt (siehe Kapitel 2). Zum anderen gilt die Transparenz von Qualitätsinformationen als ein gesellschaftlicher Wert an sich, da die Leistungserbringer im Gesundheitswesen damit einer Rechenschaftspflicht gegenüber den Patientinnen und Patienten, den Beitragszahlerinnen und -zahlern sowie der Gesellschaft insgesamt nachkommen (Schwenk und Schmidt-Kaehler 2016) und deutlich machen, dass sie eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung anstreben. Darüber hinaus ist eine der gesetzlich geregelten Kernaufgaben des IQTIG die Schaffung von Transparenz über die Qualität der Gesundheitsversorgung. Dahinter steht der Wille des Gesetzgebers, mehr als bisher Qualitätsinformationen für die Öffentlichkeit zugänglich zu machen, d. h. mehr Transparenz für die Patientinnen und Patienten herzustellen (siehe Begründung zum Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-FQW, BR-Drucksache 151/14 vom 11.04.2014: 25).

3.1 Veröffentlichung von fachlichen Hinweisen des IQTIG

In der externen Qualitätssicherung werden jedoch auch Qualitätsindikatoren verwendet, die Limitationen hinsichtlich der Methodik oder der Verständlichkeit bzw. fachliche Besonderheiten aufweisen. Für diese Indikatoren veröffentlicht das IQTIG unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Bundesfachgruppen ergänzende „fachliche Hinweise des IQTIG“. Dadurch soll eine sachgerechte und kritische Interpretation der veröffentlichten Indikatorergebnisse durch die Öffentlichkeit unabhängig vom Publikationsmedium ermöglicht werden. Neben individuellen Hinweisen wurden folgende Erläuterungen aufgenommen:

- für alle risikoadjustierten Qualitätsindikatoren:
„Bei diesem Indikator handelt es sich um einen risikoadjustierten Indikator. Die Risikoadjustierung berücksichtigt patientenbezogene Faktoren, die das Indikatorergebnis systematisch beeinflussen. Es ist zu bemerken, dass nicht alle solche Einflussfaktoren tatsächlich erfasst werden können, somit finden nur im Rahmen der Qualitätssicherung dokumentierte Faktoren Anwendung in der Risikoadjustierung. Als Teil der Entwicklung des Risikoadjustierungsmodells wurde auch die mögliche Beeinflussbarkeit der Faktoren durch die Leistungserbringer berücksichtigt. Insgesamt gestatten risikoadjustierte Indikatoren einen fairen Vergleich der Behandlungsergebnisse verschiedener Einrichtungen, weil Unterschiede der Zusammensetzung der Patientengruppen in den Einrichtungen berücksichtigt werden.“

- für alle Ergebnisindikatoren ohne Risikoadjustierung:
„Zu beachten ist, dass dieses Indikatorergebnis unter Umständen nicht ausschließlich durch das jeweilige Krankenhaus beeinflusst wird. So können z. B. die Erkrankungsschwere, Begleiterkrankungen oder das Alter der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf das Ergebnis haben.“
- für alle Qualitätsindikatoren mit festgelegtem Referenzbereich:
„Der Referenzbereich gibt an, ob das Ergebnis eines Indikators rechnerisch auffällig oder unauffällig ist. Ergebnisse außerhalb des Referenzbereichs ziehen üblicherweise eine Analyse im Strukturierten Dialog nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Indikatorergebnis außerhalb des Referenzwertes nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität des Krankenhauses. Die Abweichung kann sich auch durch fehlerhafte Angaben bei der Dokumentation oder Einzelfälle, in denen beispielsweise gut begründet von medizinischen Standards abgewichen wird oder im Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung individuell vorgegangen wird, begründen. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des Strukturierten Dialogs mit den Krankenhäusern vorgenommen.“
- für alle Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter Vergleichbarkeit:
„Die Ergebnisse dieses Qualitätsindikators sind aufgrund von Anpassungen der Rechenregel des Indikators nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/ergebnisse/qs-verfahren/>.“

Um das genannte Ziel der Ermöglichung einer sachgerechten und kritischen Interpretation der Ergebnisse unabhängig vom Publikationsmedium für die Indikatorergebnisse zu erreichen, ist es aus Sicht des IQTIG geboten, dass Veröffentlichungen von Indikatorergebnissen eine begleitende Darstellung in Form von diesen Erläuterungen verpflichtend enthalten. Die „fachlichen Hinweise des IQTIG“ können dem Anhang entnommen werden.

3.2 Ausnahmen

Indikatoren, bezüglich deren Eignung für eine Veröffentlichung krankenhausbbezogener Ergebnisse erhebliche Bedenken bestehen, z. B. aufgrund mangelnder Datenvalidität, werden nicht für eine Veröffentlichung empfohlen. Diese Bedenken werden im Einzelfall begründet (siehe Tabelle 1, Tabelle 2 und Anhang).

Darüber hinaus werden Indikatoren, die als „neu entwickelt“ gelten, nicht für die krankenhausbbezogene Veröffentlichung ihrer Ergebnisse empfohlen. Dies sind Indikatoren, die sich im ersten Jahr der Anwendung befinden oder im Rahmen der Verfahrenspflege oder -weiterentwicklung so umfassend verändert wurden, dass Unsicherheiten hinsichtlich ihrer Validität bestehen. Hintergrund ist, dass die Qualitätsindikatoren hinsichtlich ihrer Eignung abschließend erst anhand der Erfahrung aus den ersten Jahren des Routinebetriebs beurteilt werden können. Bei der Beurteilung der Indikatoren im Rahmen der Verfahrenspflege wird für die Indikatoren zukünftig auf Basis der in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG festgelegten Eignungskriterien (IQTIG 2017) individuell geprüft, ob diese hinreichend sicher als erfüllt gelten können und somit

der Status „neu entwickelt“ beendet werden kann. Für diesen Bericht wurde eine Einschätzung der Indikatoren durch das IQTIG unter Einbezug der entsprechenden Bundesfachgruppen vorgenommen. Wurden hier Bedenken gesehen, so wurde individuell entschieden, ob eine Veröffentlichung mit einem fachlichen Hinweis des IQTIG empfohlen wird (siehe Abschnitt 3.1) oder ob die Bedenken so erheblich sind, dass sich das IQTIG gegen eine Veröffentlichungsempfehlung ausspricht.

4 Ergebnisse

Für das Erfassungsjahr 2016 gibt es insgesamt 238 Indikatoren in den QS-Verfahren nach der QSKH-RL, mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse von 216 dieser Indikatoren für die krankenhausbazogene Veröffentlichung empfohlen. Für einen Großteil dieser 216 Indikatoren waren die Ergebnisse bereits im Vorjahr veröffentlichungspflichtig ($n = 161$), wohingegen die Ergebnisse von 55 Indikatoren erstmals zur Veröffentlichung empfohlen werden.

Die Ergebnisse von 22 Indikatoren des Erfassungsjahres 2016 werden nicht für eine krankenhausbazogene Veröffentlichung empfohlen, da

- die Indikatoren für das Erfassungsjahr 2016 das erste Mal angewendet werden ($n = 16$) oder
- erhebliche Bedenken bezüglich der krankenhausbazogenen Veröffentlichung der jeweiligen Indikatorergebnisse bestehen ($n = 6$).

Welche Indikatoren dies im Einzelnen sind sowie wie die jeweilige Begründung für diese Empfehlung lautet, ist Tabelle 1 und Tabelle 2 sowie dem Anhang zu entnehmen. Für die Ergebnisse dieser Indikatoren bestand auch in der Vergangenheit keine Veröffentlichungspflicht.

Unter Einbezug der jeweiligen Bundesfachgruppen wurden für alle 216 Indikatoren des Erfassungsjahres 2016, deren Ergebnisse für eine Veröffentlichung empfohlen werden, ergänzende fachliche Hinweise des IQTIG (siehe Abschnitt 3.1) formuliert. Das IQTIG empfiehlt dem G-BA, die verpflichtende Veröffentlichung dieser Hinweise in seine Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser aufzunehmen. Die fachlichen Hinweise des IQTIG sind dem Anhang zu entnehmen.

Die Gesamtzahl der ausgewerteten Indikatoren sinkt seit dem Erfassungsjahr 2012 kontinuierlich: Wurden 2012 im Rahmen der QS-Verfahren nach der QSKH-RL insgesamt 464 Indikatoren ausgewertet, sind es für das Erfassungsjahr 2016 noch 238. Insbesondere vom Erfassungsjahr 2015 zum Erfassungsjahr 2016 ist die Anzahl erheblich gesunken. So werden für 2016 insgesamt 113 Indikatoren weniger ausgewertet, als dies für 2015 noch der Fall war (EJ 2015: 351, EJ 2016: 238). Dies ist in erster Linie damit zu erklären, dass für das Erfassungsjahr 2015 Kennzahlen ohne Referenzbereich noch als Qualitätsindikator ausgewiesen wurden. Bis auf einige Ausnahmen sind diese Kennzahlen – soweit ihnen nicht zwischenzeitlich ein Referenzbereich zugewiesen wurde – für das Erfassungsjahr 2016 nicht mehr als Qualitätsindikator definiert. Darüber hinaus wurden aber auch Indikatoren im Rahmen der Verfahrenspflege gestrichen. Im Gegensatz dazu steigt der Anteil der Indikatoren, deren Ergebnisse für eine krankenhausbazogene Veröffentlichung empfohlen werden, auf 90,8 %. Für die Erfassungsjahre 2011 bis 2015 lag der Anteil an Indikatoren, deren Ergebnisse krankenhausbazogen veröffentlichungspflichtig waren, zwischen 46,7 % und 68,0 % (siehe Abbildung 1).

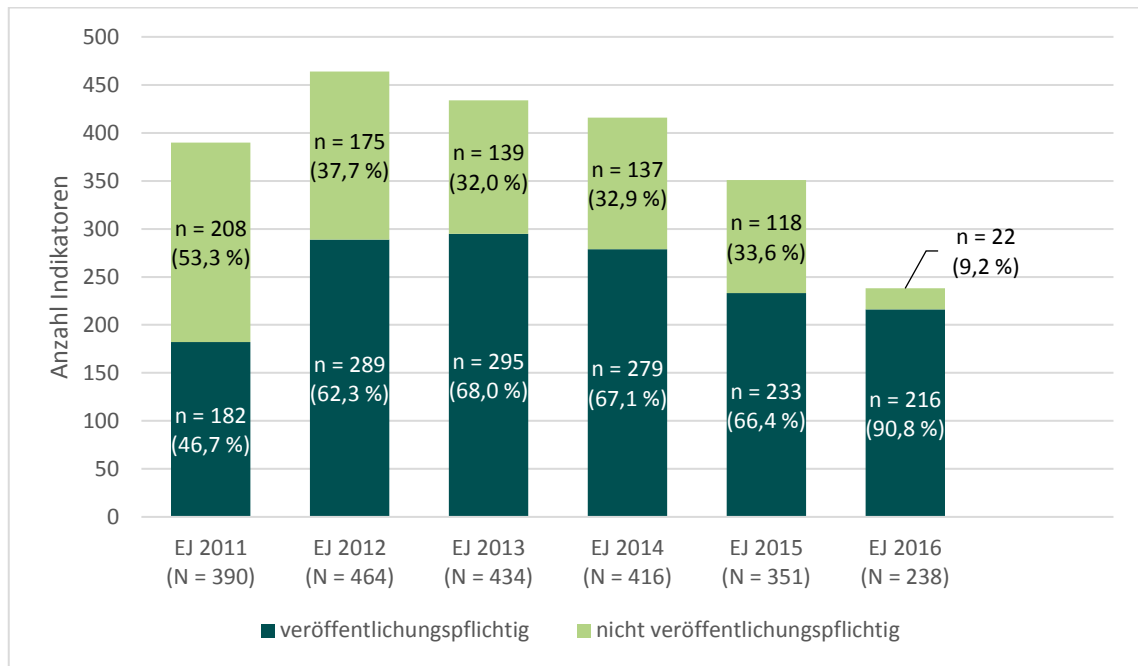


Abbildung 1: Anzahl der Indikatoren mit veröffentlichungspflichtigen / nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (EJ 2011–2016)

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse aufgrund erheblicher Bedenken nicht für eine krankenhausbazogene Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungsmodul	QI-ID	Indikatorbezeichnung	Erläuterung
Herzschriltmacher-Implantation	54139	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Für diesen Indikator wird eine krankenhausbazogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da für das Erfassungsjahr 2016 umfassende Änderungen an der Rechenregel vorgenommen wurden. Da diese Änderungen erheblichen Einfluss auf das Bundesergebnis haben, sollte die Anwendung der Rechenregel vor einer verpflichtenden Veröffentlichung der Ergebnisse erprobt werden.
Geburtshilfe	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung	Da dies ein Indikator mit geringer Fallzahl ist und es sich um ein seltenes, häufig schicksalhafteres Ereignis handelt, wird eine krankenhausbazogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen.
Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52381	Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	Für diesen Indikator wird eine krankenhausbazogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen. Die Ergebnisse des ersten Erfassungsjahres 2015 haben bei diesem Sentinel-Event-Indikator eine Gesamtrate von 41,98 % gezeigt. Erst nach Abschluss des Strukturierten Dialogs kann hierfür abschließend beurteilt werden, ob dieses ungewöhnliche Ergebnis Ausdruck mangelnder Qualität oder eher durch Dokumentationsprobleme, unklare Datenfelder und u. U. missverständliche Ausfüllhinweise bedingt ist. Vor einer verpflichtenden Veröffentlichung der Indikatorergebnisse sollte eine endgültige Klärung dieser Frage erfolgen.
Neonatologie	51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Für diesen Indikator wird eine krankenhausbazogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation der PVL bestehen. Es wurde eine Arbeitsgruppe aus Fachgruppenmitgliedern gegründet, die den weiteren Umgang mit diesen Unschärfen beraten.

Auswertungsmodul	QI-ID	Indikatorbezeichnung	Erläuterung
Neonatologie	50051	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an zystischen periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Für diesen Indikator wird eine krankenhausbazogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation der PVL bestehen. Es wurde eine Arbeitsgruppe aus Fachgruppenmitgliedern gegründet, die den weiteren Umgang mit diesen Unschärfen beraten.
Neonatologie	52262	Zunahme des Kopfumfangs	Für diesen Indikator wird eine krankenhausbazogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen. Zum einen erfolgt derzeit eine Überprüfung der Rechenregel und Umsetzung dieses Indikators. Zum anderen wird aktuell die Validität des Datenfeldes infrage gestellt, weshalb für das Erfassungsjahr 2017 eine Plausibilitätsprüfung eingeführt wurde.

Tabelle 2: Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse aufgrund der erstmaligen Anwendung des Indikators für das Erfassungsjahr 2016 nicht für eine krankenhausbazogene Veröffentlichung empfohlen werden

Auswertungsmodul	QI-ID	Indikatorbezeichnung
Herzschrittmacher-Implantation	10117	Dosis-Flächen-Produkt
Herzschrittmacher-Implantation	2190	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
Herzschrittmacher-Implantation	2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Hardwareproblem (Aggregat und/oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb von 8 Jahren
Herzschrittmacher-Implantation	2194	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres

Auswertungsmodul	QI-ID	Indikatorbezeichnung
Herzschrittmacher-Implantation	2195	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	10179	Dosis-Flächen-Produkt
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	60676	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an beidseitigen Ovariektomien bei Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur
Hüftendoprothesenversorgung	10271	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf
Knieendoprothesenversorgung	54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Knieendoprothesenversorgung	50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Knieendoprothesenversorgung	54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
Knieendoprothesenversorgung	54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
Knieendoprothesenversorgung	54127	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit
Knieendoprothesenversorgung	54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
Mammachirurgie	60659	Nachresektionsrate

5 Fazit

Der Anteil der Indikatoren, deren Ergebnisse für eine krankenhausbazogene Veröffentlichung empfohlen werden, liegt für das Erfassungsjahr 2016 mit 90,8 % deutlich über dem Anteil bisher veröffentlichungspflichtiger Indikatoren (Erfassungsjahr 2015: 66,4 %, Erfassungsjahr 2014: 67,1 %, Erfassungsjahr 2013: 68,0 %). Die Veröffentlichung von Indikatorergebnissen trägt zur Schaffung von mehr Transparenz über die Qualität der Gesundheitsversorgung bei.

Im Vergleich zum Vorjahr kam es zu einer erheblichen Verringerung der Gesamtzahl der Indikatoren (EJ 2015: 351, EJ 2016: 238). Dies ist in erster Linie damit zu erklären, dass – im Gegensatz zum Erfassungsjahr 2016 – für das Erfassungsjahr 2015 noch Kennzahlen ohne Referenzbereich als Qualitätsindikator definiert wurden.

Literaturverzeichnis

- BR-Drucksache 151/14 vom 11.04.2014. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG). Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft. URL: http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0101-0200/151-14.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
- de Cruppé, W; Geraedts, M (2011): Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 54(8): 951-957. DOI: 10.1007/s00103-011-1320-3.
- Emmert, M; Hessemer, S; Meszmer, N; Sander, U (2014): Do German hospital report cards have the potential to improve the quality of care? *Health Policy* 118(3): 386-395. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.006.
- Ennker, J; Albert, A; Thanner, M; Nagel, E; Rosendahl, U; Ennker, I (2009): Transparenz medizinischer Qualitätsdaten. Ethische Bringschuld oder Instrument zur Schaffung unlauterer Wettbewerbsvorteile? *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134(Suppl. 6): S188-S189. DOI: 10.1055/s-0029-1241904.
- 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.
- Geraedts, M (2008): Informationsbedarf und Informationssuchverhalten bei der Arztsuche. In: Böcken, J; Braun, B; Amhof, R; Hrsg.: *Gesundheitsmonitor 2008*. Verlag BertelsmannStiftung, 29-47. ISBN: 978-3-86793-017-8. URL: http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itao/articles/200802-Beitrag.pdf.
- Geraedts, M; Auras, S; Hermeling, P; de Cruppé, W (2009): Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung. *DMW – Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134(Suppl. 6): S232-S233. DOI: 10.1055/s-0029-1241920.
- Hibbard, JH; Stockard, J; Tusler, M (2003): Does Publicizing Hospital Performance Stimulate Quality Improvement Efforts? Results from a study in Wisconsin suggest that making performance information public stimulates quality improvement. *Health Affairs* 22(2): 84-94. DOI: 10.1377/hlthaff.22.2.84.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0s. Entwurf für das Stellungnahmeverfahren. Stand: 31.01.2017. Berlin: IQTIG. URL: <https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG-Methodische-Grundlagen-V1.0s.pdf>.

- Kraska, RA; Krummenauer, F; Geraedts, M (2016): Impact of public reporting on the quality of hospital care in Germany: A controlled before-after analysis based on secondary data. *Health Policy* 120(7): 770-779. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.04.020.
- Lilford, R; Pronovost, P (2010): Using hospital mortality rates to judge hospital performance: a bad idea that just won't go away. *BMJ – British Medical Journal* 340: c2016. DOI: 10.1136/bmj.c2016.
- Schaeffer, D (2006): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: https://www.weisse-liste.de/export/sites/weisseliste/de/.content/pdf/service/xcms_bst_dms_20028_20029_2.pdf.
- Schwenk, U; Schmidt-Kaehler, S (2016): Public Reporting: Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht Qualität der Versorgung. [Stand]: Januar 2016. (Spotlight Gesundheit: Daten, Analysen, Perspektiven, Nr. 1). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf.
- Totten, AM; Wagner, J; Tiwari, A; O'Haire, C; Griffin, J; Walker, M (2012): Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science. Evidence Report No. 208. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I.). [Stand:] July 2012. (AHRQ Publication, No. 12-E011-EF). Rockville, MD: AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality]. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99879/pdf/Bookshelf_NBK99879.pdf.