

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser

Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2022

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Empfehlungen des IQTIG zum Berichtsjahr 2022

Ansprechpersonen Martina Dost, Lina Jürgens

Datum der Abgabe 31. März 2023

Datum aktualisierte Abgabe 26. April 2023

DATENQUELLEN UND BETRACHTETE ZEITRÄUME

QS-Dokumentationsdaten 1.1.-31.12.2022

Sozialdaten bei den
Krankenkassen 1.1.2020-31.12.2021

Patientenbefragung 1.7.-31.12.2022

Kurzfassung

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.

Auftrag

Das IQTIG ist beauftragt, jährlich Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung von Qualitäts- und Kennzahlresultaten vorzunehmen.

Methodisches Vorgehen

Grundsätzlich können alle Ergebnisse der routinemäßig in der externen Qualitätssicherung genutzten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen standortbezogen veröffentlicht werden, um Qualitätstransparenz zu schaffen und um die damit verbundenen Ziele zu realisieren, sofern diese den Eignungskriterien des IQTIG entsprechen oder keine erheblichen Bedenken bestehen.

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die Limitationen hinsichtlich der Methodik oder der Verständlichkeit aufweisen oder durch andere fachliche Besonderheiten gekennzeichnet sind, empfiehlt das IQTIG die Veröffentlichung von ergänzenden „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“. Dadurch soll eine sachgerechte und kritische Interpretation der veröffentlichten Ergebnisse durch die Öffentlichkeit unabhängig vom Publikationsmedium ermöglicht werden. Die „Fachlichen Hinweise des IQTIG“ betreffen alle risikoadjustierten Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen, alle Qualitätsindikatoren mit festgelegtem Referenzbereich oder eingeschränkter Vergleichbarkeit, alle planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie sämtliche Kennzahlen.

Ergebnisse und Empfehlungen

Für das Berichtsjahr 2022¹ werden die Ergebnisse von 202 Qualitätsindikatoren und 92 Kennzahlen (insgesamt 294 Ergebnisse) zur standortbezogenen Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser empfohlen. Die Ergebnisse von 150 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden nicht zur Veröffentlichung empfohlen, da entweder erhebliche Bedenken bezüglich der standortbezogenen Veröffentlichung der jeweiligen Ergebnisse bestehen (n = 29) oder noch keine Aussage zur Veröffentlichungsfähigkeit möglich ist (n = 121).

¹ Nomenklatur gemäß § 3 den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R).

Fazit

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Gesamtzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit 444 (Berichtsjahr 2021: 407) leicht erhöht, insbesondere aufgrund der Auswertung weiterer Follow-up-Indikatoren in den QS-Verfahren der Transplantationsmedizin und der Einführung der Patientenbefragung im Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)*. Außerdem befindet sich eine hohe Zahl neu entwickelter Qualitätsindikatoren der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren weiterhin in der Entwicklungsphase und kann noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden. Eine Steigerung des Anteils der zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in den kommenden Berichtsjahren ist daher zu erwarten.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung	8
1.1 Hintergrund	8
1.2 Auftrag	9
2 Methodisches Vorgehen.....	10
2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“	10
2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung.....	12
3 Ergebnisse und Empfehlungen.....	13
3.1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden.....	13
3.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden.....	13
3.3 Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren	22
4 Fazit und Ausblick.....	24
Literatur	25
Impressum.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund erheblicher Bedenken nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden.....15

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung der nicht veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Berichtsjahres 2022.....14

Abbildung 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen und nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (Berichtsjahre 2014–2022)23

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BJ	Berichtsjahr
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
EJ	Erfassungsjahr
ESC	Europäische Gesellschaft für Kardiologie (European Society of Cardiology)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ID	Identifikationsnummer
KKez	Kalkulatorische Kennzahl
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
PPCI	Patientenbefragung des QS-Verfahrens <i>Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie</i>
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
TKez	Transparenzkennzahl

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 Nr. 3 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 anhand der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)² des G-BA. Neben Informationen zu Struktur- und Leistungsdaten des jeweiligen Krankenhauses sind im Berichtsteil C-1.2 die Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) des G-BA nach §§ 136 ff. SGB V zu publizieren.

1.2 Auftrag

Das IQTIG hat für den oben genannten Zweck der verpflichtenden standortbezogenen Veröffentlichung von Indikatorergebnissen den Auftrag, jährlich eine Empfehlung an den G-BA auszusprechen, für welche Qualitätsindikatoren gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)³ die Indikatorwerte, die Referenzbereiche und die Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren veröffentlicht werden sollen (G-BA 2015). Mit der Einführung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen wird seit dem Berichtsjahr⁴ 2018 auch für Kennzahlen eine entsprechende Empfehlung ausgesprochen (IQTIG 2018). Dieser Bericht umfasst sowohl die Empfehlungen zu den Qualitätsindikatoren als auch die Empfehlungen zu den Kennzahlen.

² Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 7. Dezember 2022, in Kraft getreten am 7. Dezember 2022. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/> (abgerufen am: 09.02.2023).

³ 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 21. Juli 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am: 09.01.2023).

⁴ Nomenklatur gemäß § 3 Qb-R.

2 Methodisches Vorgehen

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden für ein QS-Verfahren aufgenommen, wenn sie die Versorgungsqualität angemessen darstellen. Die dabei angewandten Kriterien sind in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben. Alle Ergebnisse der routinemäßig in der externen Qualitätssicherung genutzten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sollen und können grundsätzlich standortbezogen veröffentlicht werden, um Qualitätstransparenz zu schaffen und um die damit verbundenen Ziele zu realisieren (vgl. die Begründung zum Gesetz der Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung: BR-Drucksache 151/14 vom 11.04.2014). Ziele sind u. a. die Ermöglichung von Auswahlentscheidungen für Patientinnen und Patienten, die Unterstützung der Leistungserbringer bei der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung sowie die patienten- und qualitätsorientierte Steuerung des Gesundheitswesens (Totten et al. 2012, Schwenk und Schmidt-Kaehler 2016, Geraedts et al. 2009, IQTIG 2017).

Das methodische Vorgehen sowie die Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung von Qualitätsindikator- und Kennzahlresultaten zum Berichtsjahr 2022 werden im vorliegenden Bericht zusammenfassend dargestellt. Für eine weitergehende Darstellung des methodischen Vorgehens wird auf die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG verwiesen (IQTIG 2022).

2.1 Veröffentlichung von „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“

In der externen Qualitätssicherung werden auch Qualitätsindikatoren und Kennzahlen verwendet, die Limitationen hinsichtlich der Methodik oder der Verständlichkeit aufweisen oder durch andere fachliche Besonderheiten gekennzeichnet sind. Für diese Qualitätsindikatoren und Kennzahlen empfiehlt das IQTIG unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Expertengremien auf Bundesebene die Veröffentlichung von ergänzenden „Fachlichen Hinweisen des IQTIG“. Dadurch soll eine sachgerechte und kritische Interpretation der veröffentlichten Ergebnisse durch die Öffentlichkeit unabhängig vom Publikationsmedium ermöglicht werden. Neben individuellen Hinweisen zu einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen wurden folgende allgemeine Erläuterungen aufgenommen:

- **für alle risikoadjustierten Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen**

Eine Risikoadjustierung hat das Ziel, die unterschiedliche Patientenstruktur in verschiedenen Einrichtungen auszugleichen. Dies führt idealerweise zu einem fairen Vergleich der verschiedenen Einrichtungen, da Patientinnen und Patienten individuelle Risikofaktoren aufweisen (wie zum Beispiel Begleiterkrankungen), die das Qualitätsergebnis systematisch beeinflussen, ohne dass einer Einrichtung die Verantwortung für z. B. daraus folgende häufigere Komplikationen zugeschrieben werden kann. Mithilfe der Risikoadjustierung kann das Qualitätsergebnis beispielsweise einer Einrichtung mit vielen Hochrisikofällen fairer mit dem Qualitätsergebnis einer Einrichtung mit vielen Niedrigrisikofällen statistisch verglichen werden. Nähere Informationen

zur Risikoadjustierung können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

- **für alle Qualitätsindikatoren mit festgelegtem Referenzbereich**

Der Referenzbereich gibt an, bei welchen Ergebnissen von guter Versorgungsqualität einer Einrichtung ausgegangen werden kann, wobei Abweichungen möglich sind. Der Referenzbereich legt somit einen Maßstab für die Bewertung von Einrichtungen fest. Ein Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs gilt zunächst als auffällig. Dies zieht üblicherweise eine Analyse mittels eines Stellungnahmeverfahrens nach sich. Es ist zu beachten, dass ein Qualitätsergebnis außerhalb des Referenzbereichs nicht gleichbedeutend ist mit einer mangelnden Qualität der Einrichtung in dem hier betrachteten Qualitätsaspekt. Die Abweichung kann z. B. auch auf eine fehlerhafte Dokumentation, medizinische Besonderheit des Patientenkollektivs oder auf Einzelfälle zurückzuführen sein. Die Bewertung der Qualität wird im Rahmen des festgelegten Verfahrens im Stellungnahmeverfahren vorgenommen. Nähere Informationen zu Referenzbereichen können unter folgendem Link entnommen werden <https://iqtig.org/das-iqtig/wie-wir-arbeiten/grundlagen/standard-titel/>

- **für alle Kennzahlen**

Kennzahlen stellen Qualität zwar dar, ihre Ergebnisse ermöglichen jedoch keine direkte Bewertung von Versorgungsqualität (mangels eines Referenzbereichs) und sie eignen sich auch nicht zu direkten Qualitätsvergleichen (mangels rechnerischer Adjustierung). Ihre Veröffentlichung geschieht jedoch meist in direktem Zusammenhang mit einem Qualitätsindikator, dessen Ergebnis durch die Kennzahlwerte noch ergänzt wird (kalkulatorische und ergänzende Kennzahlen). Sie tragen somit zu einer Erhöhung der Verständlichkeit der Qualitätsergebnisse bei. Die davon zu unterscheidenden Transparenzkennzahlen stellen Versorgungsaspekte dar, für die es keine Qualitätsindikatoren gibt, die aber dennoch zur Darstellung der Versorgungsqualität von Bedeutung sind. Nähere Informationen zu Kennzahlen können unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/veroeffentlichungen/kennzahlenkonzept/>

- **für alle Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen mit eingeschränkter Vergleichbarkeit**

Das Qualitätsergebnis ist aufgrund von Anpassungen der Rechenregel oder Ein- bzw. Ausschlusskriterien der zu dokumentierenden Fälle in dem QS-Verfahren nur eingeschränkt mit den Vorjahresergebnissen vergleichbar. Nähere Informationen zu den vorgenommenen Anpassungen können der Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen unter folgendem Link entnommen werden: <https://iqtig.org/qs-verfahren/>

- **für alle planungsrelevanten Qualitätsindikatoren**

Bei diesem Indikator handelt es sich um einen planungsrelevanten Qualitätsindikator. Standorte, bei denen sich eine statistische Auffälligkeit ergibt, werden vom IQTIG zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert. Im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens gemäß § 11 plan. QI-RL soll geklärt werden, ob es Gründe gibt, die darauf schließen lassen, dass trotz statistischer Auffälligkeit bei den Qualitätsergebnissen keine unzureichende Qualität vorliegt. Die Bewertung der Qualität im Rahmen der anschließenden fachlichen Klärung gemäß § 12 plan. QI-RL

erfolgt mit der Unterstützung von Fachkommissionen durch das IQTIG. Die Ergebnisse zu diesem Indikator und die Bewertung der Qualität werden an den G-BA, an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen sowie an die Landesarbeitsgemeinschaften weitergeleitet. Nähere Informationen zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/>.

Um das genannte Ziel einer sachgerechten und kritischen Interpretation der Ergebnisse unabhängig vom Publikationsmedium für die Qualitätsindikator- und Kennzahlresultate zu erreichen, ist es aus Sicht des IQTIG geboten, dass die standortbezogene Veröffentlichung von Ergebnissen eine begleitende Darstellung in Form dieser Erläuterungen umfasst. Die Zuordnung der „Fachlichen Hinweise des IQTIG“ zu den einzelnen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen kann dem Anhang zu diesem Bericht entnommen werden.

2.2 Ausnahmen von der Empfehlung zur standortbezogenen Veröffentlichung

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen, wenn erhebliche Bedenken bezüglich deren Eignung bestehen oder noch keine Aussage möglich ist. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn

- medizinische Bedenken bestehen,
- der Entwicklungsprozess nicht abgeschlossen ist,
- die Eignungskriterien nicht erfüllt sind oder
- die Datenvalidität nicht gegeben ist.

Während sich die erheblichen Bedenken auf Qualitätsindikator- bzw. Kennzahlerebene beziehen, ist die Ausnahmekategorie „noch keine Aussage möglich“ auf gesamte Verfahren oder übergeordnete Themen anzuwenden. Im Abschnitt „Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, zu denen keine Aussage zur Veröffentlichungsfähigkeit möglich ist“ ab Seite 21 werden die Gründe, die dazu führen, dass keine Aussage zur Veröffentlichungsfähigkeit möglich ist, weiter erörtert.

Die erheblichen Bedenken werden im Einzelfall begründet (Tabelle 1 und Anhang).

Da die Beurteilung von Qualitätsindikator- bzw. Kennzahlresultaten nach umfassender Änderung (Verfahrenspflege) ebenfalls nicht hinreichend sichergestellt sein kann, werden diese in der Regel ebenfalls nicht für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen. Im Einzelfall kann es gute Gründe geben, einige dieser Qualitätsindikator- bzw. Kennzahlresultate dennoch zu veröffentlichen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der betrachtete Qualitätsaspekt unverändert bleibt oder die Änderungen wenig Auswirkungen auf die Aussagekraft der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen haben.

3 Ergebnisse und Empfehlungen

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

Für das Berichtsjahr 2022 gibt es insgesamt 325 Qualitätsindikatoren und 119 Kennzahlen in den 15 QS-Verfahren der DeQS-RL. Unter Einbezug der Expertengremien auf Bundesebene wurden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen des Berichtsjahres 2022 beraten und Empfehlungen zur standortbezogenen Veröffentlichung ausgesprochen. Mit dem vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse von 202 Qualitätsindikatoren und 92 Kennzahlen (insgesamt 294 Ergebnisse) für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen (siehe Anhang).

Erstmalig werden auch Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)* ausgewertet. Deren Eignung wurde durch die Berücksichtigung der Eignungskriterien im Entwicklungsprozess sichergestellt. Die Entwicklung umfasste mehrere Pretests, im Rahmen derer auch die Datenerhebung und -auswertung einschließlich der Berechnung der Indikatorergebnisse erprobt wurde, sodass die Erfüllung der Eignungskriterien für die Mehrzahl der Indikatoren bereits bei der Entwicklung abschließend beurteilt werden konnte. Das IQTIG empfiehlt daher die Ergebnisse der betroffenen Qualitätsindikatoren der PPCI zur standortbezogenen Veröffentlichung. Jedoch sollen gemäß DeQS-RL die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der PPCI für das Erfassungsjahr 2022 nicht zur Entscheidung über die Durchführung eines Stellungnahmeverfahrens eingesetzt werden. Das IQTIG empfiehlt daher die Veröffentlichung ohne die Kennzeichnung eines Referenzbereichs und ohne die Kennzeichnung rechnerischer Auffälligkeiten.

3.2 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Die Ergebnisse von 150 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen werden für das Berichtsjahr 2022 nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen, da

- erhebliche Bedenken bezüglich der standortbezogenen Veröffentlichung der jeweiligen Ergebnisse bestehen (n= 29; 6,5 %) oder
- noch keine Aussage zur Veröffentlichungsfähigkeit möglich ist (n = 121; 27,3 %).

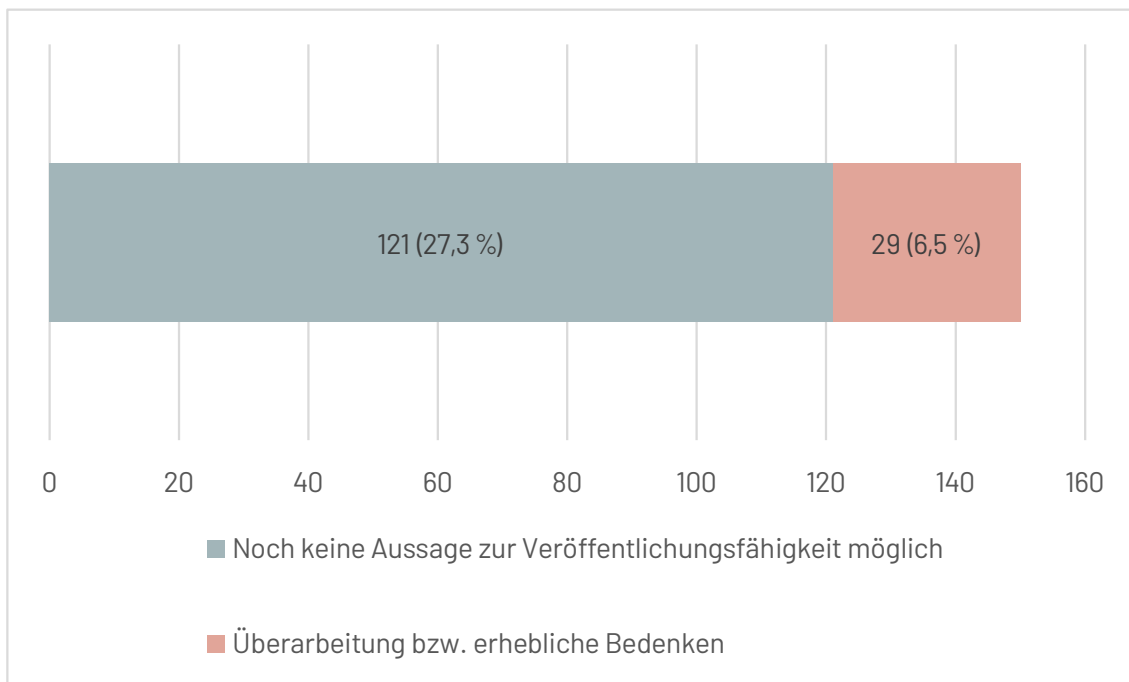


Abbildung 1: Zusammensetzung der nicht veröffentlichungspflichtigen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Berichtsjahres 2022 (die Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtzahl (n = 444) der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen)

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse aufgrund erheblicher Bedenken nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die aufgrund von erheblichen Bedenken nicht veröffentlicht werden, sind mit der jeweiligen Begründung in Tabelle 1 dargestellt.

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

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Geburtshilfe (PM-GEBH)	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	TKez	Da dies eine TKez mit geringer Fallzahl ist und es sich um ein seltenes, häufig schicksalhaftes Ereignis handelt, wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen.
Herzschrittmacher - Implantation (HSMDEF - HSM-IMPL)	102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	Der QI ist hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit noch zu überprüfen. Zudem ist derzeit noch kein Referenzbereich definiert. Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Qualitätsindikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.
	54143	Systeme 3. Wahl	QI	Aufgrund der Veröffentlichung einer neuen ESC-Leitlinie ⁵ Ende August 2021 entspricht dieser Indikator nicht mehr der aktuellen Evidenz. Der QI wird deshalb für das Berichtsjahr 2022 nicht zur Veröffentlichung empfohlen.
	2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	QI	Für diesen QI liegen Hinweise auf eine eingeschränkte Validität der Messung vor. Dieser QI wird deshalb nicht zur Veröffentlichung empfohlen, bis die Überprüfung des QI im Rahmen der Eckpunktebeauftragung ⁶ des G-BA abgeschlossen wurde.
	2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardwareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	QI	Dieser QI kann nicht berechnet werden, da noch keine Daten zu Implantationen mit einem vollständigen Follow-up-Zeitraum von acht Jahren vorliegen. Eine Veröffentlichung des Indikatorergebnisses ist somit derzeit nicht möglich.

⁵ Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (European Society of Cardiology, ESC).

⁶ Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Überarbeitung aller bestehenden Verfahren der datengestützten Qualitätssicherung auf Basis der Ergebnisse aus den drei Modellverfahren (G-BA 2022).

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Implantierbare Defibrillatoren - Implantation (HSMDEF - DEFI-IMPL)	132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hard-wareproblems (Aggregat bzw. Son-de) innerhalb von 6 Jahren	QI	Dieser QI kann nicht berechnet werden, da noch keine Daten zu Implantationen mit einem vollständigen Follow-up-Zeitraum von sechs Jahren vorliegen. Eine Veröffentlichung des Indikatorergebnisses ist somit derzeit nicht möglich.
	132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	Der QI ist hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit noch zu überprüfen. Zudem ist derzeit noch kein Referenzbereich definiert. Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Qualitätsindikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.
	50055	Leitlinienkonforme Indikation2190102001	QI	Aufgrund der Veröffentlichung einer neuen ESC-Leitlinie Ende August 2022 entspricht dieser Indikator nicht mehr der aktuellen Evidenz. Eine Anpassung des QI an die neue Leitlinie ist erst nach Abschluss der Überprüfung des QI im Rahmen der Eckpunktebeauftragung des G-BA vorgesehen. Der QI wird deshalb für das Berichtsjahr 2022 nicht zur Veröffentlichung empfohlen.
Hüftendo-prothesen-versorgung (HGV-HEP)	54010	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	Durch den medizinischen Fortschritt kommt es zu einer verkürzten Verweildauer. Darüber hinaus werden verschiedene Messmethoden angewandt. Eine standortbezogene Veröffentlichung des Kennzahlergebnisses wird daher nicht empfohlen.
Knieendo-prothesen-versorgung (KEP)	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Mamma- chirurgie (MC)	52267	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	Der QI wird hinsichtlich seiner inhaltlichen Anwendbarkeit und seiner Referenzbereiche noch überprüft: Für den QI gilt die Sondersituation einer prolongierten Erprobungsphase, in der ermittelt werden soll, wie relevante Qualitätsdefizite in der HER2-Diagnostik dargestellt und durch das Stellungnahmeverfahren konkret identifizierbar gemacht werden können. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher nicht empfohlen.
	52278	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2-positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	
Neonatologie (PM-NEO)	51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	Für diese TKez wird eine standortbezogene Veröffentlichung der Ergebnisse nicht empfohlen, da aktuell Unschärfen bei der Diagnostik und bei der Dokumentation einer PVL bestehen.
	50051	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an zystischen periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	
Nierentrans- plantation (NET-NTX)	572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	QI	Für diese QI ist Entwicklungsprozess ist noch nicht abgeschlossen und die Eignungskriterien sind noch nicht hinreichend geprüft.
	572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	QI	

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Offen-chirurgische isolierte Aortenklappen-eingriffe (KCHK-AK-CHIR)	382009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	Im Vergleich zu beobachteten neurologischen Komplikationen im Rahmen verschiedener Studien lässt sich in den alten, nach QSKH-RL geführten QS-Verfahren der Herzchirurgie sowie im neuen Verfahren <i>Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)</i> nach DeQS-RL ein Underreporting für diese Gruppe der Komplikationen vermuten. Daher sollen die neurologischen Komplikationen im Rahmen der betrachteten herzchirurgischen Eingriffe zukünftig unter Einbezug von Sozialdaten bei den Krankenkassen im Qualitätsindikator „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ ausgewertet werden. Der QI wird zum EJ 2023 ausgesetzt.
Kathetergestützte isolierte Aortenklappen-eingriffe (KCHK-AK-KATH)	372009	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	
Isolierte Koronarchirurgie (KCHK-KC)	352010	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	
Offen-chirurgische isolierte Mitralklappen-eingriffe (KCHK-MK-CHIR)	402000	Leitlinienkonforme Indikationsstellung für einen Eingriff an der Mitralklappe	TKez	Das Ergebnis des QI ist wegen fehlender Validität und Problemen bei der Aktualität im Vergleich zur Leitlinie nicht zur Veröffentlichung geeignet. Es wurde die Streichung zum EJ 2024 vorgeschlagen.
	402001	Postprozedurales akutes Nieren-versagen während des stationären Aufenthalts	QI	In diesem QI wurden fast alle rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet und die Identifikation möglicher Qualitätsdefizite durch diesen Indikator wird kritisch gesehen. Zum EJ 2023 wird dieser QI gestrichen.
	402014	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	Im Vergleich zu beobachteten neurologischen Komplikationen im Rahmen verschiedener Studien lässt sich in den alten, nach QSKH-RL geführten

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Kathetergestützte isolierte Mitralklappeingriffe (KCHK-MK-KATH)	392014	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	QS-Verfahren der Herzchirurgie sowie im neuen Verfahren <i>Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)</i> nach DeQS-RL ein Underreporting für diese Gruppe der Komplikationen vermuten. Daher sollen die neurologischen Komplikationen im Rahmen der betrachteten herzchirurgischen Eingriffe zukünftig unter Einbezug von Sozialdaten bei den Krankenkassen im Qualitätsindikator „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ ausgewertet werden. Der QI wird zum EJ 2023 ausgesetzt.
	392001	Postprozedurales akutes Nierenversagen während des stationären Aufenthalts	QI	In diesem QI wurden fast alle rechnerischen Auffälligkeiten als qualitativ unauffällig bewertet und die Identifikation möglicher Qualitätsdefizite durch diesen Indikator wird kritisch gesehen. Zum EJ 2023 wird dieser QI gestrichen.
Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (KCHK-KC-KOMB)	362022	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	Im Vergleich zu beobachteten neurologischen Komplikationen im Rahmen verschiedener Studien lässt sich in den alten, nach QSKH-RL geführten QS-Verfahren der Herzchirurgie sowie im neuen Verfahren <i>Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)</i> nach DeQS-RL ein Underreporting für diese Gruppe der Komplikationen vermuten. Daher sollen die neurologischen Komplikationen im Rahmen der betrachteten herzchirurgischen Eingriffe zukünftig unter Einbezug von Sozialdaten bei den Krankenkassen im Qualitätsindikator „Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen“ ausgewertet werden. Der QI wird zum EJ 2023 ausgesetzt.

Auswertungsmodul	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators oder der Kennzahl	Art des Wertes	Erläuterung
Patientenbefragung Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (PPCI)	56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	QI	Der QI erfüllt das Eignungskriterium „Angemessenheit der Risikoadjustierung“ nicht, da noch keine Methodik zur Risikoadjustierung vorliegt.
	56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	QI	
	56117	Vermeidung behandlungsbedürftiger Hämatome bei der elektiven Prozedur	QI	
	56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	QI	

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, zu denen keine Aussage zur Veröffentlichungsfähigkeit möglich ist

Für 121 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen kann noch keine Aussage zur Veröffentlichungsfähigkeit getroffen werden. Die jeweilige Begründung wird im Folgenden dargelegt.

Neue QS-Verfahren

Folgende QS-Verfahren mit den betreffenden Auswertungsmodulen sind zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführt worden, alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen waren neu entwickelt. Auch zum Berichtsjahr 2022 können noch nicht alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen dieser QS-Verfahren zur Veröffentlichung empfohlen werden, da entweder der Entwicklungsprozess noch nicht abgeschlossen ist oder die Eignungskriterien noch nicht hinreichend geprüft sind:

- Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen
 - Auswertungsmodul: Dialyse (n = 24)
- Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen
 - Auswertungsmodul: Offen-chirurgische kombinierte Herzklappenchirurgie (n = 16)
 - Auswertungsmodul: Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe (n = 16)
 - Auswertungsmodul: Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (n = 3)
 - Auswertungsmodul: Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (n = 1)

QS-Verfahren Cholezystektomie

Für das QS-Verfahren *Cholezystektomie* erfolgte die Auswertung von Qualitätsindikatoren im Jahr 2022 für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2020 (Indikatoren mit 90- und 365-Tage-Follow-up) sowie für Indexeingriffe aus dem Erfassungsjahr 2021 (Indikatoren mit 30-Tage-Follow-up). Die Zusammenführung von einrichtungsübergreifenden Follow-up-Datensätzen für das Stellungnahmeverfahren ist erst seit 2023 über die Mandantenfähige Datenbank möglich, weshalb noch keine hinreichenden Erfahrungen aus dem Stellungnahmeverfahren auf Landesebene zur Bewertung der Veröffentlichungsfähigkeit verfügbar sind. Daher werden die 7 Qualitätsindikatoren nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen.

QS-Verfahren Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen

Das QS-Verfahren *Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen* befindet sich in der Erprobung. Die Funktionalität wird geprüft und optimiert. Eine standortbezogene Veröffentlichung der Indikatorergebnisse wird daher für die 2 Qualitätsindikatoren des Hygiene- und Infektionsmanagement nicht empfohlen. Die Qualitätsindikatoren des Verfahrensteils der nosokomialen postoperativen Wundinfektionen werden für das Erfassungsjahr 2022 nicht ausgewertet.

Sozialdatenbasierte Qualitätsindikatoren

Für eine Mehrzahl der sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen wurden erstmals Stellungnahmeverfahren durchgeführt, deren Auswertung noch aussteht. Eine standortbezogene Berichterstattung ist frühestens im Berichtsjahr 2024 möglich. Daher werden 52 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus 7 QS-Verfahren zum Berichtsjahr 2022 nicht zur standortbezogenen Veröffentlichung empfohlen.

- Auswertungsmodul: Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe (n = 5)
- Auswertungsmodul: Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe (n = 4)
- Auswertungsmodul: Isolierte Koronarchirurgie (n = 7)
- Auswertungsmodul: Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie (n = 14)
- Auswertungsmodul: Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe (n = 8)
- Auswertungsmodul: Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe (n = 8)
- Auswertungsmodul: Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (PCI) (n = 6)

3.3 Entwicklung im Vergleich zu den Vorjahren

Die Anzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen werden, hat sich für das Berichtsjahr 2022 mit 294 (66,2%) im Vergleich zum Berichtsjahr 2021 (239; 58,7%) erhöht. Diese Entwicklung ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass das Verfahren *Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI)* um die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung erweitert wurde. Zudem können Qualitätsindikatoren und Kennzahlen der zum Erfassungsjahr 2020 neu eingeführten QS-Verfahren erstmals veröffentlicht werden. Im QS-Verfahren *Transplantationsmedizin* kann ein weiteres Follow-up-Jahr ausgewertet und veröffentlicht werden.

Betrachtet man den Anteil der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, deren Ergebnisse bisher veröffentlichungspflichtig waren, ist im Verlauf bis zum Berichtsjahr 2019 ein steigender Trend zu erkennen (Berichtsjahr 2014: 67,1%; Berichtsjahr 2019: 91,3 %). Durch erhebliche Änderungen und den Übergang in die DeQS-RL hat sich diese Entwicklung nicht fortgesetzt. Hauptursache hierfür ist die Einführung von neuen z. T. sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sowie der Einbezug mehrerer neuer QS-Verfahren, deren Ergebnisse noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden. Abbildung 2 zeigt die Entwicklung seit dem Berichtsjahr 2013.

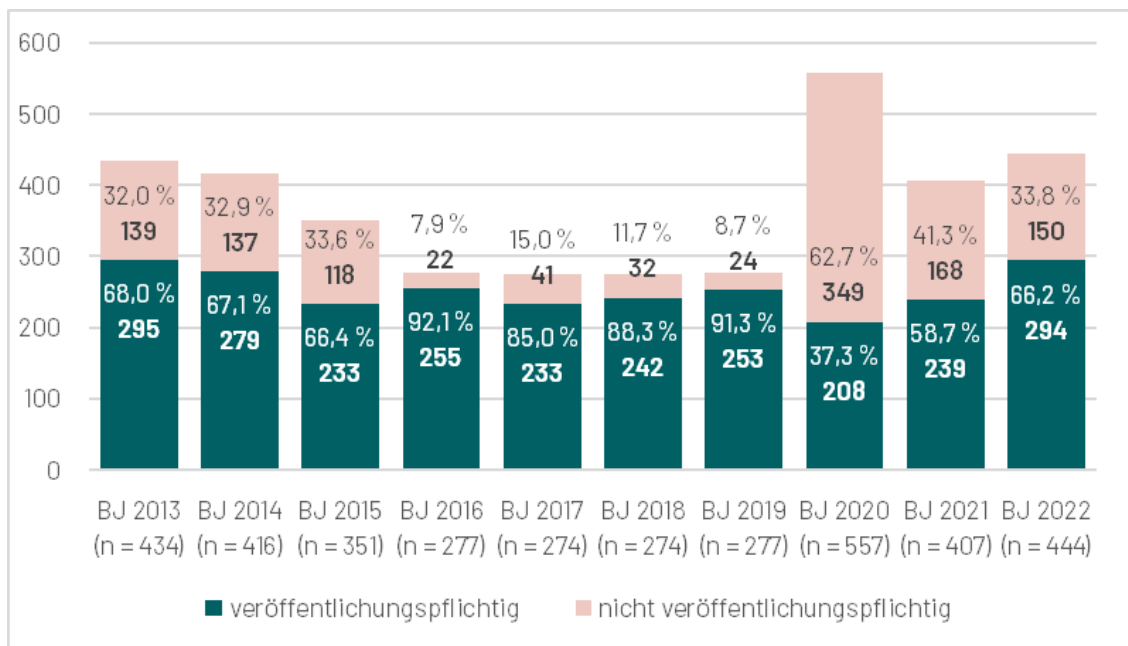


Abbildung 2: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit veröffentlichungspflichtigen und nicht veröffentlichungspflichtigen Ergebnissen (Berichtsjahre 2014–2022)

4 Fazit und Ausblick

Für das Berichtsjahr 2022 gibt es insgesamt 325 Qualitätsindikatoren und 119 Kennzahlen in den 15 QS-Verfahren der DeQS-RL. Ergebnisse von 202 Qualitätsindikatoren und 92 Kennzahlen (insgesamt 294 Ergebnisse) für die standortbezogene Veröffentlichung empfohlen. Demgegenüber werden die Ergebnisse von 150 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Berichtsjahres 2022 werden nicht für eine standortbezogene Veröffentlichung empfohlen, entweder weil erhebliche Bedenken bezüglich der standortbezogenen Veröffentlichung der jeweiligen Ergebnisse bestehen oder weil noch keine Aussage zur Veröffentlichungsfähigkeit möglich ist.

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Gesamtzahl der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen mit 444 (Berichtsjahr 2021: 407) leicht erhöht. So können in den QS-Verfahren der Transplantationsmedizin weitere Follow-up-Indikatoren ausgewertet werden, außerdem gibt es neue Qualitätsindikatoren durch die Einführung der Patientenbefragung im Verfahren QS PCI. Durch neu eingeführte QS-Verfahren zum Erfassungsjahr 2020 gibt es eine hohe Zahl neu entwickelter Qualitätsindikatoren, die sich weiterhin in der Entwicklungsphase befinden und noch nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden können.

Eine Steigerung des Anteils der zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in den kommenden Berichtsjahren ist zu erwarten.

Hinweis: Zum Zeitpunkt der Berichtserstellung sind die endgültigen Rechenregeln 2022 vom G-BA noch nicht beschlossen worden. In Abhängigkeit der endgültigen Rechenregeln 2022 bedarf es eventuell umfassender Anpassungen des vorliegenden Berichts. Basis des Berichts sind die endgültigen Rechenregeln 2022 mit Stand vom 29. März 2023.

Literatur

- 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). 11.04.2014. URL: http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0101-0200/151-14.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am: 13.03.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2015): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG zur Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen. [Stand:] 27.11.2015. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2408/2015-11-27_IQTIG-Beauftragung_Beteiligung-Qesue.pdf (abgerufen am: 13.03.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2022): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über Eckpunkte zur Weiterentwicklung der datengestützten gesetzlichen Qualitätssicherung. [Stand:] 21.04.2022. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5386/2022-04-21_DeQS-RL_Eckpunkte_Weiterentwicklung.pdf (abgerufen am: 14.03.2023).
- Geraedts, M; Auras, S; Hermeling, P; de Cruppé, W (2009): Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134(Suppl. 6): S232-S233. DOI: 10.1055/s-0029-1241920.
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Krankenhausbezogene öffentliche Berichterstattung von Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung. Empfehlungen des IQTIG zum Erfassungsjahr 2016. Stand: 20.04.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://www.iqtig.org/downloads/sqb/2016/IQTIG_Krankhausbezogene-%C3%B6ffentliche-Berichterstattung-von-Qualit%C3%A4tsindikatoren_EJ-2016_Bericht_2017-04-20.pdf (abgerufen am: 06.03.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Umsetzung des Konzepts zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen. Stand: 22.03.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2018/2018-03-22_IQTIG_Kez-Umsetzungskonzept.pdf (abgerufen am: 06.03.2023).
- 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: 13.03.2023).

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/Graue_Publikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf (abgerufen am: 13.03.2023).

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. (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-1.). [Stand:] July 2012. (Evidence Report No. 208, 5.). 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).

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