

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

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]

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]

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

[Text gemäß zukünftiger Regelung einfügen]

1.2 Auftrag

[Text gemäß zukünftiger Regelung einfügen]

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.

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]

4 Fazit und Ausblick

[Text]

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).

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)

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	

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)

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	

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

1.4 Qualitätsindikatoren, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung des Indikators	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nein	
		nein	

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	

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)

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

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

1.4 Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nicht beurteilbar	
		nein	

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

2.4 Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nicht beurteilbar	
		nein	

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

3.4 Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nicht beurteilbar	
		nein	

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

4.4 Strukturinformationen, die weiterhin nicht zur Veröffentlichung empfohlen werden

ID	Bezeichnung der Strukturinformation	Veröffentlichung empfohlen?	Begründung
		nicht beurteilbar	
		nein	

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)

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)

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)

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

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)

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 beigelegt 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).

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)

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.

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 Kennzahlresultate 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.