

Akzeptiertes Manuskript

im Journal „Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement“

Qualitätstransparenz in der stationären Krankenhausversorgung der Schweiz

Christine von Ahlen^{1, 2}; Dominik Moser^{1, 3, 4}; Alexander Geissler⁵

¹ Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen

² Spital Männedorf AG/Zürich

³ GZO AG Spital Wetzikon/Zürich

⁴ Fernfachhochschule Schweiz

⁵ Universität St.Gallen, School of Medicine

Korrespondenzadresse:

Technische Universität Berlin
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen
Christine von Ahlen
Strasse des 17. Juni 135
10623 Berlin
c.vonahlen@campus.tu-berlin.de

Original: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2021; 26(05): 266-271. DOI:
10.1055/a-1498-3528

© Georg Thieme Verlag KG. Green Open Access («Die Archivierung in einem anderweitigen nicht kommerziellen Dokumentenserver genehmigen wir gerne in Übereinstimmung mit §38 Abs. 4 UrhG nach einer Karenzfrist von 12 Monaten ab Veröffentlichung bei Thieme.»).

Zusammenfassung

Qualitätstransparenz ist eine entscheidende Grundlage für den Abbau von Informationsasymmetrien im Gesundheitswesen. Doch welche Informationen zur stationären, akutsomatischen Versorgung sind in der Schweiz vorhanden, wie können diese genutzt werden und welche Folgen ergeben sich daraus? Für diese Fragenstellungen wird ein Review des Datenangebots vorgenommen, systematisch aufbereitet sowie Stärken und Schwächen aufgezeigt. Auf dieser Grundlage sowie internationalen Vergleichen folgen gesundheitspolitische Empfehlungen für eine Verbesserung der aktuellen Bedingungen. Die Studie zeigt auf, dass Qualitätstransparenz in der Schweiz trotz des bereits im Jahr 2011 vereinbarten nationalen Qualitätsvertrags nur begrenzt gegeben ist. Dies erschwert die Stärkung eines Qualitätswettbewerbs, die informierte Entscheidung über die Krankenhauswahl von Patienten sowie das selektive Kontrahieren. Eine Weiterentwicklung der in der Schweiz verfügbaren Daten und Messinstrumente in Krankenhäusern ist daher angezeigt und bedarf einer priorisierten Umsetzung.

Schlagwörter: Qualitätstransparenz, Krankenhausversorgung, Krankenhausplanung, Schweiz

Abstract

„Public Reporting of Quality in Inpatient Hospital Care in Switzerland“

Quality transparency is a crucial basis for reducing information asymmetries in the health care system. But what information on inpatient, acute-somatic care is available in Switzerland, how can it be used and what are the consequences? To answer these questions, a review of the data available is undertaken, systematically processed and strengths and weaknesses identified. On this basis, as well as international comparisons, health policy recommendations for an improvement of the current conditions follow. The study shows that quality transparency in Switzerland is limited, despite the national quality contract agreed in 2011. This makes it difficult to strengthen quality competition, to make informed decisions about patients' choice of hospital and to contract selectively. Further development of the data and measurement instruments available in hospitals in Switzerland is therefore indicated and requires prioritised implementation.

Keywords: Quality Transparency, Public Reporting, Inpatient Hospital Care, Hospital Planning, Switzerland

Einleitung

Unter Qualitätstransparenz, international im Gesundheitswesen auch Public Reporting genannt, wird die öffentlich-zugängliche Darlegung von Qualitätsinformationen verstanden. Sie verfolgt das Ziel über den Abbau von Informationsasymmetrien die Patientenversorgung sowie die Patientensicherheit zu steigern [1–4]. Dabei werden folgende drei Wirkungspfade unterschieden: Erstens soll das Qualitätsbewusstsein der Leistungserbringer geweckt, zweitens soll der Qualitätswettbewerb gefördert und drittens soll eine Angebotsselektion durch Patienten und Einweiser ermöglicht werden. Entsprechend bedient Qualitätstransparenz unterschiedliche Anspruchsgruppen: Patientinnen und Patienten sowie zuweisenden Ärztinnen und Ärzten kann die Entscheidung über den geeigneten Behandlungsort erleichtert werden. Versicherungen erhalten eine wichtige Grundlage für die Aufklärung der Versicherten sowie Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern. Der Politik und den Behörden dienen transparente Qualitätsinformationen für die gesundheitspolitische Steuerung und schliesslich können die Krankenhäuser eigene und fremde Entwicklungen verfolgen und die Wirksamkeit von eigenen Verbesserungsmaßnahmen überprüfen. Qualitätstransparenz soll spezifisch auf die Anspruchsgruppe relevante Kennzahlen erheben und rapportieren. Dies kann mittels Kennzahlen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfolgen. Indirekt kann Qualität auch über Zertifizierungen oder Akkreditierungen nachgewiesen werden [5]. International bestehen zahlreiche Initiativen, um die Qualitätstransparenz zu verbessern. Daraus folgend werden die gewonnen Qualitätsdaten sehr unterschiedlich, bis hin zur Vergütungsvariation eingesetzt [6].

Im Vergleich zu anderen Ländern ist in der Schweiz keine aktuelle Übersicht über die einzelnen Massnahmen der Qualitätstransparenz vorhanden [4,7]. Dies ist erstaunlich, da im Rahmen der Qualitätsentwicklung in Schweizer Krankenhäusern seit Jahren Daten erhoben werden. Die Auswertung der Daten wird den Einrichtungen durch die datenverarbeitende Institution teils zur internen Verwendung zur Verfügung gestellt und teils in ausgewählter Form publiziert. Hinzu kommen Qualitätsvergleiche (Benchmarks) mit anderen Krankenhäusern, wie dies beispielsweise der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) oder das Bundesamt für Gesundheit (BAG) forcieren. In dem vorliegenden Beitrag wird der Frage nachgegangen, was Qualitätstransparenz im stationären Sektor der Schweiz erschwert und welche Folgen sich daraus ergeben. Dazu wird ein Review des Datenangebots vorgenommen, um mögliche Stärken und Schwächen zu evaluieren und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Qualitätstransparenz in der Schweiz abzuleiten.

Methodik

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind verfügbare Daten und Messergebnisse mit verpflichtender Teilnahme von akutsomatischen Krankenhäusern, welche in Zusammenhang mit der Qualität der stationären Behandlung stehen. Das Datenangebot wird mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse aufbereitet [8]. Die verfügbaren Informationen werden nach der Datenstruktur, dem Aggregationsniveau sowie den Veröffentlichungsarten kategorisiert. Dabei wird auf die Vollständigkeit und eine klare Trennschäfte geachtet, beispielsweise indem das Aggregationsniveau einheitlich klassiert wird. Anschliessen werden die Vorteile und Einschränkungen der unterschiedlichen Datensätze aufgezeigt und diskutiert. Darauf aufbauend werden Entwicklungspotenziale und Massnahmen für eine Weiterentwicklung der Qualitätstransparenz bei den Akutkrankenhäusern der Schweiz abgeleitet.

Ergebnisse: Überblick über Daten und Messergebnisse zur Qualitätstransparenz in der Schweiz

Die **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** zeigt einen Überblick über die verfügbaren, obligatorischen Daten und Messergebnisse, welche einen Beitrag zur Qualitätstransparenz in der stationären akutsomatischen Versorgung leisten [9]. Es ist ersichtlich, dass die vorhandenen Daten mit Ausnahme des Krebsregisters über einen längeren Zeitraum (mindestens zehn Jahre) verfügbar sind und verschiedene Qualitätsaspekte widerspiegeln. Die Erhebung erfolgt auf Basis der jeweiligen Konzepte für Datenaufbereitung und -lieferung. Einerseits basieren die Daten auf den Fall- und Abrechnungsdaten, was den Erhebungsaufwand für die Krankenhäuser minimiert und standardisiert erfolgt. Dabei kann von einer hohen Datenqualität ausgegangen werden, da eine unvollständige Datenerfassung die Einnahmen der Krankenhäuser negativ beeinflussen würde. Andererseits erfolgt bei einigen Messungen die Erfassung der erhobenen Daten eigenständig durch das jeweilige Krankenhaus. Dies stellt einen Mehraufwand für die Einrichtungen dar, ermöglicht eine individuelle Interpretation der zugrundeliegenden Messkonzepte seitens der Leistungserbringer und erschwert die objektive Betrachtung bzw. Bewertung der Ergebnisse [7]. Beispielsweise ist die Messung und Überwachung von Wundinfektionen nach mindestens drei operativen Eingriffsarten für Akutkrankenhäuser im Rahmen der Qualitätsmessungen des ANQ obligatorisch [10]. Dabei sind jedoch nur die Erfassung der Kolonchirurgie sowie die Bilddarmentfernungen bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren verpflichtend, sofern diese Eingriffsarten durchgeführt werden. Weitere Eingriffsarten können von jedem Leistungserbringer individuell aus über zehn verschiedenen Eingriffsarten ausgewählt werden.

Trotz der zahlreichen Erhebungen sind die Daten schwer miteinander vergleichbar. Dies ist vor allem dem unterschiedlichen Aggregationsniveau sowie dem eingeschränkten Zugang der Daten geschuldet. Beispielsweise verfügt der ANQ über eine Vielzahl von Daten, welche jedoch nur vollständig anonymisiert für die Forschung zur Verfügung stehen. Dabei werden keine Rückschlüsse auf natürliche Personen oder Krankenhäuser ohne deren schriftliche Zustimmung zugelassen [11]. Für Patienten sind Mehrjahres- sowie Standortvergleiche im Rahmen der Krankenhauswahl bei der genutzten Darstellungsform der publizierten Ergebnisse nur schwer möglich (z.B. anq.ch/messergebnisse).

Die internationale Vergleichbarkeit ist nur bei ausgewählten konsolidierten Daten wie beispielsweise den Schweizer Qualitätsindikatoren (CH-IQI), welche auf Abrechnungsdaten beruhen, möglich. Diese werden beispielsweise auch in Deutschland und Österreich verwendet [12]. Da deren Erfassung jedoch nur für Schweizer Krankenhäuser obligatorisch ist, kann von unterschiedlicher Datenqualität bei einem Vergleich mit den Nachbarländern ausgegangen werden. Um weitere internationale Qualitätsvergleiche zu ermöglichen, müsste sich die Schweiz an vorliegenden Standards und medizinischen Registern orientieren. Im Bereich von Befragungen wären dies beispielsweise Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) oder Patient Experience Questionnaires (PEQ) die konsolidiert vom International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) zur Verfügung gestellt werden. Im Vergleich zum Portal «weisse-liste.de» aus Deutschland oder NHS Choices in England, besteht in der Schweiz zudem keine unabhängige Plattform, welche alle verfügbaren Qualitätsdaten transparent und vergleichbar für die Öffentlichkeit aufbereitet [13].

Tabelle 1: Verfügbare Daten und Messergebnisse zur Qualitätstransparenz mit verpflichtender Teilnahme (eigene Darstellung)

	Kennzahlen der Schweizer Spitäler	Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler (CH-IQI)	Messergebnisse des ANQ	Medizinische Statistik der Krankenhäuser	Nationales Krebsregister
Datenjahre	Seit 2008	Seit 2008	Seit 2009	Seit 1998	Seit 2020 obligatorisch
Dateninhalt	Leistungs- und Behandlungsdaten, Finanz- und Betriebsdaten, Personal, medizinisch-technische Infrastruktur	Fallzahlen, Anteilswerte, Mortalität, Aufenthaltsdauer	Patientenzufriedenheit, postoperative Wundinfektionen (Swissnoso), Sturz, Dekubitus, potentiell vermeidbare Rehospitalisationen, Implantat-Register (SIRIS)	Nach Bedarf bis zu 50 Variablen bis auf Diagnosen- und Prozeduren-Ebene (ICD und CHOP)	Patientendaten, Institution, Diagnose, Behandlung, Vor- und Begleiterkrankungen, Prädispositionen
Datenherkunft	Krankenhausstatistik, Fall- und Abrechnungsdaten (Aufenthaltsinformationen, Patientendaten, Diagnosen und Prozeduren)	Fall- und Abrechnungsdaten (Aufenthaltsinformationen, Patientendaten, Diagnosen und Prozeduren)	Manuell durch Krankenhäuser selbständig erfasst, teils mit externem Institut	Fall- und Abrechnungsdaten (Aufenthaltsinformationen, Patientendaten, Diagnosen und Prozeduren)	Diagnostizierende Personen und Institutionen des Gesundheitswesens
Datenverarbeiter	Bundesamt für Gesundheit (BAG)	Bundesamt für Gesundheit (BAG)	Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)	Bundesamt für Statistik (BFS)	Nationale Krebsregistrierungsstelle (NKRS), Stiftung Nationales Institut für Krebs Epidemiologie und -registrierung (NICER)
Aggregationsniveau	Krankenhaus-Ebene (kann mehrere Standorte enthalten)	Krankenhausstandort-Ebene	Krankenhausstandort-Ebene	Patienten-Ebene (geographisch oder typologisch)	Patienten-Ebene
Zugang Datensatz gemäss Aggregationsniveau	Öffentlich, kostenfrei	Öffentlich, kostenfrei	Nein	Auf Antrag, kostenpflichtig	Auf Antrag (ggf. kostenpflichtig)
Zugang Auswertungen	Nein, nur Datensatz	Nein, nur Datensatz	Zielgruppenspezifisch teils öffentlich; einzelne Auswertungen gehen nur zuhanden der Institutionen	Nein, nur Datensatz	Teils, epidemiologische Daten wie Inzidenz- und Mortalitätsstatistiken
Öffentliche Krankenhausvergleiche (Benchmark)	Nein, nur Datensatz	Nein, eingeschränkte Abfrage auf der Website möglich	Ja, Mehrjahres- und Standortvergleich jedoch schwierig	Nein, nur Datensatz	Nein
Vorteile	Ergänzt andere Daten (z.B. mittels regionaler Informationen)	Internationale Vergleichbarkeit, kein Zusatzaufwand für Krankenhäuser, Krankenhäuser haben Anreiz für hohe Datenqualität, Definierter Prozess zur Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren	Gemeinsame Initiative der Marktteure	Daten basieren auf Abrechnungsdaten (kein Zusatzaufwand für Krankenhäuser, Krankenhäuser haben Anreiz für hohe Datenqualität), Rohdaten auf Fallebene	Epidemiologische Krebsforschung mit institutionsübergreifenden Daten
Einschränkungen / Limitation	Fehlende Unterscheidung ambulant/stationär, fehlender Standortbezug, Vergleich mit anderen Krankenhäusern daher wenig aussagekräftig, Interpretationsspielraum Datenerfassung (z.B. Belegungsdaten)	Mehrfjahresvergleich schwierig (Entwicklung), detailliertere individuelle Auswertungen je Krankenhaus sind nicht öffentlich zugänglich	Datenerhebung erfolgt durch Krankenhäuser, Krankenhäuser können Eingriffsarten bei Wundinfektionen teils selbst auswählen, bei Zufriedenheitsmessungen keine Orientierung an international Standards (ICHOM, PROMs, PEQ), fehlende Langzeitvergleiche, Datenhoheit verbleibt bei den Krankenhäusern (kein freier Zugang für Öffentlichkeit und Forschung), detailliertere individuelle Auswertungen je Krankenhaus sind nicht öffentlich zugänglich	Kostenpflichtiger Datensatz, welcher nur auf Antrag mit Wartezeit erhältlich ist; nicht öffentlich zugänglich	Datenerhebung erfolgt durch die Behandler, obligatorische Datenerfassung erst seit 2020 (d.h. vollständige Mehrjahresvergleiche noch nicht möglich)

Diskussion: Was braucht es, um Qualität besser beurteilen zu können?

Ein wesentliches Problem der medizinischen Versorgung sind Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringern und Patienten sowie weiteren Akteuren (Kostenträger, Industrie, Regulierer, etc.) [14]. Aufgrund dessen ist es Aufgabe des Staates, die Qualität in der Gesundheitsversorgung transparent und vergleichbar darzustellen. Ebenfalls müssen potenziell unabsichtliche Folgen der Qualitätstransparenz, wie die Verlegung oder Nicht-Behandlung von Patienten mit erhöhtem Komplikationsrisiko oder Fehlkodierungen überwacht werden [3].

Um herauszufinden was die Qualitätstransparenz in der Schweiz erschwert, stehen die Datenverfügbarkeit, Anspruchsgruppen sowie die Kommunikationsart im Fokus. Ziel muss sein, dass Patienten und Einweiser die Möglichkeit erhalten, den Behandlungsort anhand von Qualitätskriterien auszuwählen. Ebenso sollen Behörden die Qualität für die Versorgungsplanung sowie Versicherungen bei den Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern berücksichtigen. Infolge dessen wird sich der Handlungsdruck auf die Krankenhäuser erhöhen, welche eine unterdurchschnittliche Qualität ausweisen.

Obwohl in der Schweiz mehrere Webseiten für Krankenhausvergleiche bestehen (spitalfinder.ch, spitalinfo.ch, comparis.ch, welches-spital.ch, etc.), werden nicht alle vorhandenen Daten einheitlich und vollständig ausgewiesen. Dies kann je nach Website zu einer unterschiedlichen Einschätzung der Qualität von Krankenhäusern oder einzelnen Fachbereichen führen. Mögliche Gründe können einerseits in der eingeschränkten Datenverfügbarkeit sowie andererseits in denkbaren Interessenskonflikten seitens der Webseitenbetreiber liegen. Übergeordnet ist zudem unklar, wie die Qualitätsdaten im Gesundheitswesen verwendet werden und welche Konsequenzen daraus resultieren, beispielsweise im Rahmen der Krankenhausplanung.

Da die Gesundheitsversorgung nicht nur im stationären Setting erfolgt, sondern ebenso in der vor- und nachgelagerten ambulanten Versorgung, erscheint es notwendig, den gesamten Behandlungspfad zu betrachten. Nur so ist es vollständig möglich, die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit gemäss dem schweizerischen Krankenversicherungs-gesetz (KVG) von Gesundheitsleistungen zu beurteilen. In Deutschland beispielsweise verfügen einzelne Krankenkassen über einen repräsentativen Marktanteil, was eine Forschung mit Versichertendaten zu ambulanter und stationärer Versorgung ermöglicht. Somit ist die Grundlage für eine institutionsübergreifende Qualitätstransparenz als Steuerungsinstrument gegeben [15,16].

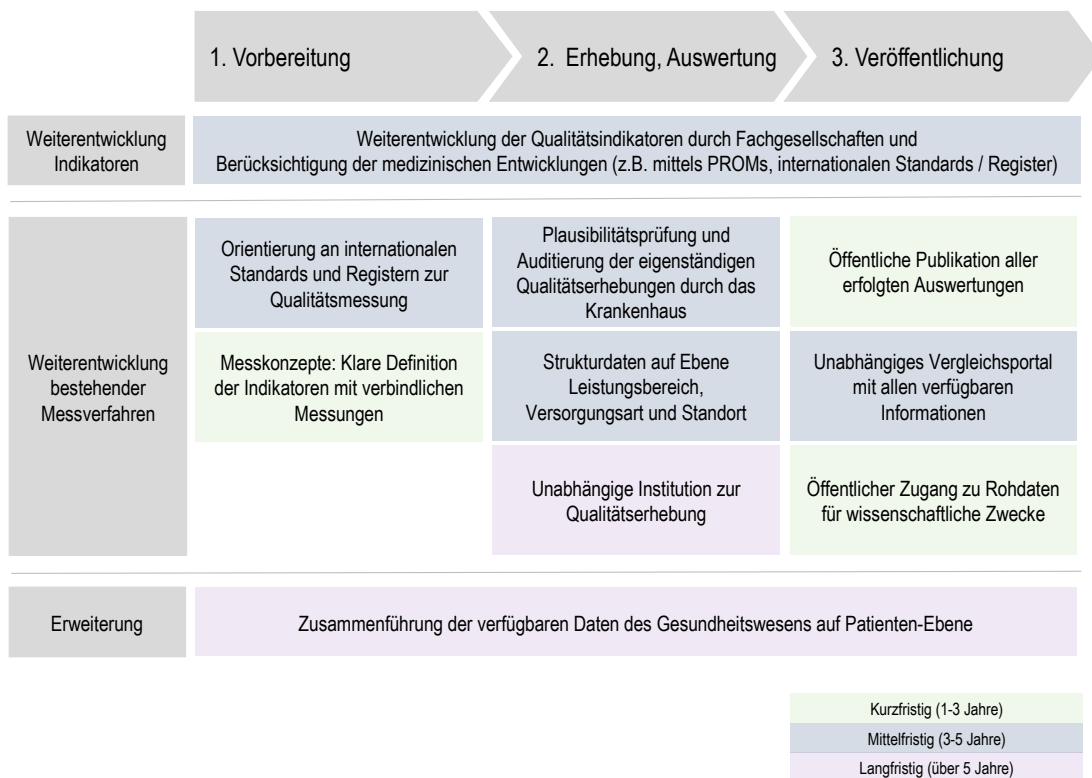


Abbildung 1: Möglichkeiten der Weiterentwicklung von Qualitätstransparenz in der Schweiz (eigene Darstellung)

Abbildung 1 zeigt ausgewählte Entwicklungspotenziale der Qualitätstransparenz in der Schweiz. Im Rahmen der Phase «Vorbereitung» von Messungen ist beispielsweise die Anwendung von validierten und international vergleichbaren PEQ-Fragebögen als einfach umzusetzende Entwicklungsmöglichkeit der Patientenzufriedenheits-Messungen zur Beurteilung der Resposiveness des Schweizer Krankenhauslandschaft möglich. Die Aussagekraft der Erfassung postoperativer Wundinfektionen liesse sich deutlich steigern, wenn die betrachteten Eingriffsarten obligatorisch vorgegeben sind. In der Phase «Erhebung, Auswertung» kann mittels Plausibilitätsprüfung die Datenqualität der Messungen weiter gesteigert werden, indem beispielsweise die Erhebungen mit den Abrechnungsdaten abgeglichen werden. Mittels der Weiterentwicklung der Strukturdaten können Zusammenhänge zwischen Strukturqualität und Ergebnisqualität eruiert werden. Somit liessen sich beispielsweise fachbereichsspezifische Auswirkungen des Personalbestandes auf die Behandlungsergebnisse ermitteln. In der Phase der «Veröffentlichung» ist eine Publikation aller bereits vorhandenen Benchmark-Analysen ein wichtiger Schritt in Richtung Qualitätstransparenz. Derzeit wird teils zwischen krankenhaus-individuellen Auswertungen für den internen Gebrauch sowie öffentlichen Publikationen unterschieden (z.B. Qualitätsindikatoren CH-IQI, ANQ Rehospitalisationsraten). Damit Qualitätstransparenz nicht nur standortgebunden sondern auch institutionsübergreifend

über den gesamten Behandlungspfad eines Patienten ermöglicht wird, ist die Zusammenführung von Gesundheits- und Versichertendaten auf Patientenebene notwendig. Um dies zu ermöglichen muss ein Datenschutzkonzept zur pseudomisierten institutionsübergreifenden Datenverarbeitung erstellt werden. Im Folgenden wäre es möglich, die Versicherungen zur standardisierten Datenweitergabe zu verpflichten. Dieser Schritt erscheint notwendig, da der Schweizer Krankenversicherungsmarkt sehr fragmentiert ist und einzelne Versicherungen über einen deutlich geringeren Datenbestand verfügen als beispielsweise die grossen Krankenversicherungen in Deutschland. Diese Daten könnten anschliessend durch den Bund oder die Verbände für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt werden.

Schlussfolgerung und Ausblick

Die Schweizer Krankenhäuser sowie alle Versicherer und Kantone haben sich bereits im Jahr 2011 über den Nationalen Qualitätsvertrag für die Umsetzung und Finanzierung von Qualitätsmessungen im stationären Bereich verständigt [17]. Die Krankenhäuser und Versicherungen sind zudem zur Lieferung zahlreicher Daten an die Behörden verpflichtet. Es ist festzustellen, dass Qualitätstransparenz im schweizerischen Gesundheitssystem dennoch nur partiell gegeben ist.

Ein gesamter Behandlungsprozess von der Diagnosestellung bis hin zum Behandlungsabschluss kann sowohl im ambulanten als auch stationären Setting stattfinden. Mit den aktuell für Forschungszwecke zur Verfügung stehenden Daten ist eine Evaluation der Qualität und Wirtschaftlichkeit über den gesamten Behandlungsprozess nicht möglich. Infolge dessen ist eine politische Steuerung zur Qualitätsentwicklung zum jetzigen Zeitpunkt nur begrenzt möglich. Ebenso ist es für Patienten nicht möglich, die Behandlungsqualität verschiedener Einrichtungen zu vergleichen.

Zunehmend werden beispielsweise Behandlungen im ambulanten Setting möglich, welche vor mehreren Jahren noch einen stationären Aufenthalt erforderten. Infolge dessen kommt den niedergelassenen Ärzten sowie Leistungserbringern wie beispielsweise ambulanten Pflegediensten eine höhere Bedeutung und Verantwortung für den gesamten Behandlungsprozess zu. Ausgehend von diesen Entwicklungen sind die derzeit in der Schweiz verfügbaren Daten und Messergebnisse für Qualitätstransparenz nicht mehr ausreichend.

Um dem medizinischen, technischen und gesundheitspolitischen Fortschritt der letzten Jahre gerecht zu werden, erscheint eine Weiterentwicklung der bereits etablierten Instrumente angezeigt. Dazu zählt insbesondere die freie Verfügbarkeit von Daten und Messergebnissen für alle Anspruchsgruppen des Gesundheitswesens.

Interessenskonflikt

Dominik Moser und Christine von Ahlen sind hauptberuflich bei einem Krankenhaus im Kanton Zürich tätig. Alexander Geissler gibt an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Literaturverzeichnis

- [1] Arbeitsgruppe Qualität der FMH (AGQ-FMH). Qualitätstransparenz. Grundlagenpapier der AGQ-FMH. FMH Swiss Med Assoc 2009. Im Internet: https://www.fmh.ch/files/pdf8/Qualitaetstransparenz_d1.pdf; Stand: 10.05.2020
- [2] Campanella P, Vukovic V, Parente P, et al. The impact of Public Reporting on clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res 2016; 16. doi:10.1186/s12913-016-1543-y
- [3] Vukovic V, Parente P, Campanella P, et al. Does public reporting influence quality, patient and provider's perspective, market share and disparities? A review. Eur J Public Health 2017; 27: 972–978. doi:10.1093/eurpub/ckx145
- [4] Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. 2019. Im Internet: <https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/improving-healthcare-quality-in-europe-characteristics,-effectiveness-and-implementation-of-different-strategies-2019>; Stand: 20.02.2021
- [5] Hostettler S, Kraft E, Bosshard C. Zertifizierungen zur Stärkung der Qualität in der Medizin. Schweiz Ärzteztg 2020; 101: 1132–1341. doi:10.4414/saez.2020.19221
- [6] Pross C, Geissler A, Busse R. Measuring, Reporting, and Rewarding Quality of Care in 5 Nations: 5 Policy Levers to Enhance Hospital Quality Accountability. Milbank Q 2017; 95: 136–183. doi:10.1111/1468-0009.12248
- [7] Vincent C, Staines A. Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit des Schweizerischen Gesundheitswesens. Bern; 2019. Im Internet: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-qualitaetssicherung.html>; Stand: 07.06.2020
- [8] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim: Beltz Pädagogik; 2015
- [9] Schweizerische Eidgenossenschaft. SR 832.10 - Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG). 2021. Im Internet:

https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de; Stand: 27.02.2021

- [10] Swisnoso. Auswertungskonzept Postoper Wundinfektionsmessung Swisnoso 2020. Im Internet: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Wundinfektionen_Auswertungskonzept.pdf; Stand: 31.10.2020
- [11] Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung (ANQ). Empfehlungen: Verwendung von ANQ-Daten zu Forschungszwecken. 2019. Im Internet: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/07/ANQgs_Empfehlungen_Verwendung_ANQ-Daten_Forschungszwecke_V2-2.pdf
- [12] Mansky T. Our work on Inpatient Quality Indicators. Tech Univ Berl 2017. Im Internet: https://www.seqmgw.tu-berlin.de/fileadmin/fg241/G-IGI/GIQL_Internet_03.pdf; Stand: 20.02.2021
- [13] Weisse Liste gemeinnützige GmbH. Unser Qualitätsverständnis. Weisse Liste 2020. Im Internet: <https://www.weisse-liste.de/qualitaetstransparenz>; Stand: 31.10.2020
- [14] Smith PC, Stepan A, Valdmanis V, et al. Principal-agent problems in health care systems: an international perspective. Health Policy Amst Neth 1997; 41: 37–60. doi:10.1016/s0168-8510(97)00012-2
- [15] Kuklinski D, Vogel J, Geissler A. The impact of quality on hospital choice. Which information affects patients' behavior for colorectal resection or knee replacement? Health Care Manag Sci 2021. doi:10.1007/s10729-020-09540-2
- [16] Mueller S, Gottschalk F, Groth A, et al. Primary data, claims data, and linked data in observational research: the case of COPD in Germany. Respir Res 2018; 19: 161. doi:10.1186/s12931-018-0865-1
- [17] Nationale Qualitätsentwicklung anq. Nationaler Qualitätsvertrag. 2011. Im Internet: https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2017/12/ANQ_Q-Vertrag_signiert.pdf; Stand: 17.05.2020