

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Univ.- Prof. Dr. Johannes Siegrist

**Eignung von Qualitätsindikatoren und grafischen Qualitätsvergleichen
für eine informierte Krankenhauswahl**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

David Martin Schwartz

2007

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez: Univ.- Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bernd Nürnberg
Dekan

Referent: Univ.- Prof. Dr. Max Geraedts

Korreferent: Univ.-Prof. Dr. Christian Ohmann

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung

2 Theorie

- 2.1. Historie vergleichender Qualitätsberichterstattung
 - 2.1.1. Erwartungen und Ziele
 - 2.1.2. unbeabsichtigte negative Auswirkungen öffentlicher Berichterstattung
 - 2.1.3. Qualität der medizinischen Versorgung – wie und was messen, wie und was darstellen?
 - 2.1.4. Empfehlungen von Wissenschaftlern auf der Basis bisheriger Erfahrungen mit öffentlichen Leistungsvergleichen von Einrichtungen des Gesundheitswesens
- 2.2. Beispiele internationaler Initiativen vergleichender Qualitätsberichterstattung
 - 2.2.1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, USA
 - 2.2.2. US News & World Report, America's best hospitals, USA
 - 2.2.3. Health Quality Initiative (HQI), Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), USA
 - 2.2.4. New York State Cardiac Reporting System, USA
 - 2.2.5. National Health Service, Großbritannien
 - 2.2.6. Helios Klinikgruppe, BR Deutschland
 - 2.2.7. Initiativkreis Ruhrgebiet, BR Deutschland
- 2.3. Qualitätsberichte nach § 137 SGB V in Deutschland

3 Fragestellung

4 Methoden

- 4.1. Art der Studie und Studienpopulation
- 4.2. Die Durchführung der Befragung
- 4.3. Erstellung der Formate
 - 4.3.1. Format „Tabelle mit Infos“
 - 4.3.2. Format „komplexes Starring“
 - 4.3.3. Format „einfaches Balkendiagramm“
 - 4.3.4. Format „einfaches Starring“
 - 4.3.5. Format „Ranking“
 - 4.3.6. Format „Balken komplex“
 - 4.3.7. Format „Spinnennetz“

- 4.3.8. Format „JCAHO“
- 4.4. Die Bewertung der Formate
- 4.5. Die Bewertung des geeignetsten Formates
- 4.6. Die Auswahl der Indikatoren
- 4.7. Soziodemographische Erhebung
- 4.8. Durchführung eines Pre-Test
- 4.9. Statistische Auswertung
- 4.9.1. Statistische Auswertung der Formate
- 4.9.2. Statistische Auswertung der Fragen zu Indikatoren

5 Ergebnisse

- 5.1. Soziodemographie der Befragten
- 5.2. Fragen zu den Formaten
- 5.3. Beurteilung der Indikatoren
- 5.3.1. Verständlichkeit der Indikatoren
- 5.3.2. Wichtigkeit/Relevanz der Indikatoren
- 5.4. Präferenz der Abbildungen
- 5.5. Weitere Informationen

6 Diskussion

- 6.1. Diskussion der einzelnen Ergebnisse
- 6.2. Methodenkritik
- 6.3. Fazit

7 Schlussfolgerungen

8 Zusammenfassung

9 Referenzliste

10 Anhang

1 Einführung

Mit der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zwischen den Bundesverbänden der privaten und gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahre 2003 wurde in der Bundesrepublik Deutschland die systematische, strukturierte und obligatorische Generierung und Verarbeitung von Leistungs- und Strukturdaten von Krankenhäusern in Form von Qualitätsberichten als Teil einer Initiative zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität medizinischer Versorgung auf den Weg gebracht.

Dabei wird in der Vereinbarung ausdrücklich auf die Möglichkeit der Verwendung dieser Daten zu einer vergleichenden Veröffentlichung hingewiesen. Diese erfolgt mit dem Ziel, dass sich anhand der zur Verfügung stehenden Daten Patienten, einweisende Ärzte und betreuende Krankenkassen ein Bild über die Qualität der medizinischen Versorgung verschiedener medizinischer Leistungserbringer (Krankenhäuser) machen können und im Fall einer notwendigen Behandlung auf dieser Basis eine Entscheidung treffen zugunsten eines Leistungserbringers ihrer Wahl.

Verschiedene Ansätze eines solchen Instrumentes existieren in einigen Ländern (z. B. USA und Großbritannien) bereits seit vielen Jahren. Die dort gemachten Erfahrungen zeigen, dass sich bisher nicht alle gesteckten Ziele erreichen ließen. Insbesondere die Verwendung der Informationen durch Patienten und andere Zielgruppen hin zu einer informierten Entscheidung für einen ihren Wünschen entsprechenden Leistungserbringer findet kaum statt.

Die Ursachen hierfür sind mannigfaltig. Sie reichen von mangelnder Kenntnis ihrer Existenz über ungenügende Zugangsmöglichkeiten, mangelndes Verständnis der Inhalte, Schwierigkeiten bei deren kognitiver Verarbeitung bis hin zu einem mangelnden Vertrauen in die Glaubwürdigkeit der Daten.

Darüber hinaus scheinen die enthaltenen Informationen sich oft nicht mit den Informationsbedürfnissen der Zielgruppen zu decken, und die Art und Weise der Darstellung trägt bisher kaum dazu bei, den verschiedenen Zielgruppen die Verwendung der Informationen überhaupt zu ermöglichen oder zu vereinfachen.

Diese Arbeit möchte mithilfe einer empirischen Befragung potenzieller Adressaten (Nutzer) zukünftiger Informations- und Datenvergleiche medizinischer

Leistungserbringer einen Beitrag dazu leisten, dass das Verfahren in Zukunft erfolgreicher umgesetzt werden kann.

Der Schwerpunkt liegt hierbei auf den Inhalten der Leistungs- und Strukturdaten einerseits (Brauchbarkeit von Indikatoren aus Sicht verschiedener Nutzergruppen), andererseits auf der Art und Weise der Darstellung dieser Daten (Brauchbarkeit von Darstellungen aus Sicht verschiedener Nutzergruppen). Dabei wird bei den Inhalten ein besonderes Augenmerk auf die Inhalte gerichtet, wie sie zukünftig in den Qualitätsberichten nach §137 SGB V enthalten sein sollen.

Die Arbeit gibt zunächst einen kurzen theoretischen Einblick in die bisherigen Erfahrungen und Schwierigkeiten im Umgang mit der Verwendung und Veröffentlichung von Leistungsdaten in Ländern, in welchen dieses Instrument bereits angewendet wird. Anschließend werden beispielhaft einige nationale und internationale Initiativen vorgestellt, die das Verfahren umsetzen.

Es folgt eine kurze Beschreibung der hiesigen Vereinbarung.

Schließlich werden die Methoden und Ergebnisse der empirischen Untersuchung beschrieben und anschließend diskutiert.

Die Arbeit endet mit einigen Schlussfolgerungen, welche aus den vorliegenden Ergebnissen für die zukünftig erfolgreichere Umsetzung des Instrumentes öffentlich vergleichender Darstellung von Leistungs- und Strukturdaten gezogen werden können.

2 Theorie

2.1. Historie vergleichender Qualitätsberichterstattung

Die Erhebung und Veröffentlichung von Daten über die Qualität medizinischer Leistungen in Krankenhäusern ist keine neue Erscheinung. Bereits 1754 veröffentlichte zum Beispiel das Pennsylvania Hospital (USA) Mortalitätsraten kategorisiert nach Diagnosen (1).

Der vermutlich weltweit erste systematische vergleichende Bericht von Daten über Krankenhausqualität wurde in London (England) zu Beginn der 1860er durch Arbeiten von Florence Nightingale publik, durch den große Unterschiede zwischen den Mortalitätsraten von Patienten verschiedener Londoner Krankenhäuser offenbart wurden (2).

Diese beiden frühen Quellen verdeutlichen, dass die Dokumentation von qualitätsbezogenen Gesundheitsdaten bereits seit vielen Jahren von einzelnen Krankenhäusern durchgeführt wurde. Jedoch dienten diese Daten über lange Zeit in erster Linie der internen Verwendung (2).

Dies änderte sich zu Beginn der 80er Jahre in den USA bzw. der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts in England, als von staatlicher Seite Audit-Verfahren etabliert wurden, die die Krankenhausqualität nach spezifischen Indikatoren systematisch zu erfassen begannen. Zum gleichen Zeitpunkt wurden auch erste Initiativen, zunächst auf freiwilliger Basis, ins Leben gerufen, durch welche die qualitätsbezogenen Daten der teilnehmenden Krankenhäuser im Sinne eines „Benchmarking“ verglichen wurden, ohne dass diese Daten der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden (2).

Obwohl bereits zu Beginn der 80er Jahre der Nutzen reiner Audit-Verfahren von einigen Autoren in Frage gestellt wurde (3), wurde von der Möglichkeit einer Veröffentlichung qualitätsbezogener Vergleichsdaten zunächst kaum Gebrauch gemacht.

Erst 1987 veröffentlichte die amerikanische Health Care Financing Administration (HCFA) Mortalitätsraten in verschiedenen Krankenhäusern.

In Großbritannien begann der National Health Service (NHS) im Laufe der 90er Jahre mit der Veröffentlichung vergleichender Informationen über Krankenhäuser. Diese hatten jedoch keine direkte Relevanz für die Darstellung von Qualität. Es handelte sich zumeist um Leistungsbeschreibungen, verfügbaren Service und quantitative

Zahlenangaben über Eingriffe – Informationen, die für Patienten letztendlich von fraglichem Interesse waren. Seit 2001 erfolgte eine jährliche Veröffentlichung der Bewertungen der medizinischen Einrichtungen, wobei die Leistungen anhand von definierten Indikatoren und Zielvorgaben bewertet wurden.

Die Definierung, Generierung, Darstellung und Veröffentlichung von qualitätsbezogenen Daten hat sich seitdem besonders in den genannten Ländern als Instrument der Qualitätssicherung und –verbesserung etabliert und es sind neben staatlichen Organisationen private Institute und Wirtschafts- und Medienunternehmen an diesem wissenschaftlichen wie auch ökonomisch-wirtschaftlichen Entwicklungsprozess beteiligt (4).

2.1.1. Erwartungen und Ziele

Der Gedanke der Generierung und Veröffentlichung qualitätsbezogener Daten entwickelte sich vor dem Hintergrund lange bekannter Defizite und ausgeprägter regionaler, institutioneller und personeller Unterschiede in der Qualität der medizinischen Versorgung, sowie Defiziten des Kosten-Nutzen-Verhältnisses bei anhaltend steigenden Ausgaben im Gesundheitssektor weitgehend ohne spürbare Verbesserungen des Produktes Gesundheit. Ziel war daher zunächst der Versuch, die Qualität medizinischer Versorgung möglichst präzise zu messen und dar zu stellen, anfänglich ohne dabei den Weg einer (vergleichenden) Veröffentlichung zu gehen, mit der Erwartung einer positiven Entwicklung hin zu besseren Behandlungsergebnissen. Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten haben jedoch ergeben, dass sich die Erwartungen weitgehend nicht erfüllten (2).

Nachdem die reine Existenz der Daten zur internen Verwendung durch die Leistungserbringer somit keinen eindeutig belegbaren Einfluss auf die Behandlungsqualität zeigte, wurde schnell der Ruf nach einer Veröffentlichung der Daten laut, ebenso wie die Möglichkeit des Vergleiches verschiedener Leistungserbringer anhand der erhobenen Daten durch unabhängige Institutionen (2).

Im Folgenden werden die wesentlichen Erwartungen bezüglich eines positiven Effektes der vergleichenden Qualitätsberichterstattung dargestellt.

Wirtschaftlicher Wettbewerb durch informierte Wahl von Leistungserbringern durch Patienten und andere Leistungsnehmer

Große Hoffnungen knüpfen sich dabei an die Idee einer Einführung marktwirtschaftlicher Prinzipien in die Medizin. Durch vergleichende Informationen über die Qualität medizinischer Einrichtungen wird der „Verbraucher“ Patient in die Lage versetzt, eine informierte Entscheidung zugunsten des seinen Bedürfnissen entsprechenden, qualitativ hochwertigen Leistungserbringers zu treffen, mit dem Effekt einer Fokussierung der Patienten auf leistungsstarke Leistungserbringer.

Eine ähnliche Rolle können in Zukunft die Krankenkassen einnehmen, indem sie ihren Kunden gegenüber Empfehlungen zugunsten bestimmter Leistungserbringer auf der Basis vergleichender Leistungsdaten ausspricht und damit einen ungleich größeren Einfluss auf die Krankenhauswahl nehmen kann.

Ebenso ist ein steuernder Einfluss auch von, durch Leistungsvergleiche informierten, einweisenden niedergelassenen Ärzten zu erwarten.

Leistungsschwächere Erbringer werden dadurch zu einer kontinuierlichen Verbesserung ihres Angebotes zum Erhalt oder Ausbau ihrer Marktanteile animiert (5;6).

Qualitätsverbesserung durch Professionalisierung

Ebenfalls erhofft man sich eine Förderung der Qualitätsverbesserung bereits dadurch, dass Verbraucher informiert und Leistungserbringer angespornt werden, Qualitätsmängel bereits durch Kenntnis derer zu beseitigen, da schlechte Ergebnisse eines Leistungserbringers durch Veröffentlichung der Daten einen ungünstigen Einfluss auf den Ruf haben könnten (7). Der Qualitätsvergleich würde sich somit auch als ein Marketing- Instrument verwenden lassen.

Rechenschaftslegung

Als weiteres Argument für die Veröffentlichung von Qualitätsvergleichen wird immer auch die Gewährleistung und Wahrung der öffentlichen Kontrolle über das im Kern als staatliche Angelegenheit angesehene Gesundheitssystem und dessen Leistungen und Leistung erbringende Einrichtungen sowie gegebenenfalls auch die

Regulierung diskutiert (8). Die Rechenschaftslegung erfolgt dabei einerseits auf politischer Ebene, da eine leistungsstarke und effiziente Organisation der staatlichen Aufgaben gegenüber Bürgern und politischen Repräsentanten dokumentiert und legitimiert werden soll, andererseits soll sie das Agieren privater Akteure innerhalb des Gesundheitsapparates im Sinne und zum Wohle der Patienten gewährleisten. Damit folgt die Entwicklung im Gesundheitssektor einem generell zu beobachtenden Trend in den westlichen Industrienationen hin zu einer öffentlichen und für den Bürger transparenten Politik mit dem Ziel der Stärkung des demokratischen Prozesses (2).

Unterstützung bei der Kostenkontrolle

Während in der Vergangenheit in den Vereinigten Staaten häufig der Preis als ausschließliches Kriterium bei der Entscheidung für einen Leistungserbringer im Vordergrund stand (ein Faktor, den man aufgrund unterschiedlich organisierter Gesundheitssysteme nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragen kann), so rückt mit dem Versuch einer Qualitätsbewertung ein weiteres Kriterium in das öffentliche Interesse, da nun der ausschließlich günstigste Preis um das Kriterium „bestes Preis-Leistungsverhältnis“ ergänzt werden kann und somit einen Effizienzgewinn verspricht (9).

2.1.2. Unbeabsichtigte negative Auswirkungen öffentlicher Berichterstattung

Neben den erwarteten positiven Effekten im Hinblick auf eine Veröffentlichung qualitätsbezogener Daten weisen kritische Stimmen darauf hin, dass die Veröffentlichung gleichfalls potenziell negative und damit unerwünschte Effekte nach sich ziehen kann. Bereits 1995 wies Peter Smith in einem Grundsatzartikel über die Veröffentlichung von Leistungsdaten im öffentlichen Sektor auf einige allgemein zu berücksichtigende Aspekte hin (10). Diese wurden für den Gesundheitssektor konkretisiert. Im Folgenden werden die wesentlichen, potenziell negativen Effekte erläutert.

Tunnelblick

Befragungen von leitenden Angestellten in Institutionen haben Überlegungen bestätigt, dass durch die Auswahl von einigen wenigen Indikatoren als die Qualität definierenden, die Aktivitäten von Leistungserbringern auf die Verbesserung ausschließlich dieser fokussiert werden und dabei weitere, nicht im Qualitätsbericht erfasste, jedoch ebenfalls prinzipiell Qualität definierende Aspekte, vernachlässigt werden (2).

Sub-Optimierung

Sub-Optimierung beschreibt den befürchteten Effekt einer Reduzierung des Qualitätsberichts auf wenige Qualitätsindikatoren mit der Folge, dass das geschäftsführende Management im Bestreben nach Verbesserung dieses engen durch den Qualitätsbericht definierten Bereiches die breiter angelegten über geordneten Unternehmensziele aus den Augen verliert (11).

Kurzsichtigkeit

Es besteht die Gefahr, dass das geschäftsführende Management seine geschäftliche Tätigkeit auf die Beeinflussung und Veränderung kurzfristiger, durch den Qualitätsbericht definierter Unternehmensziele, fokussiert und dadurch wichtige, langfristige Ziele der Qualitätssicherung und -verbesserung aus dem Auge verliert (11).

Datenmanipulation

Eine Veröffentlichung qualitätsbezogener Daten und die damit verbundene Gefahr der Rufschädigung und des Imageverlustes kann Leistungserbringer mit vergleichsweise schlechten Ergebnissen dazu animieren, die erhobenen Daten im erwünschten Sinne zu manipulieren. Dieses Verhalten konnte bei wiederholten Datenerhebungen im Rahmen öffentlicher Leistungsvergleiche, in vorsätzlicher oder implizit unterbewusster Form, beobachtet werden. Auch die Verwertung von Daten durch Medien eröffnet die Möglichkeit, entweder zur Bedienung von

Sensationsbedürfnissen (sensationalism) oder aufgrund fehlender Kenntnis der zugrunde liegenden statistischen Verfahren und Methoden, Daten falsch zu interpretieren und/oder falsch darzustellen (2), mit den entsprechenden Konsequenzen.

Gaming

„Gaming“ bezeichnet das Phänomen, welches entstehen kann, wenn bestimmte Zielvorgaben zur Erfüllung von Qualitätsstandards von in vorherigen Qualitätsvergleichen erzielten Ergebnissen abhängig gemacht werden. Führt dies dazu, dass in einem darauf folgenden Qualitätsvergleich eine entsprechend höhere Zielvorgabe erreicht werden muss, so wird dem entsprechenden Leistungserbringer eventuell die Motivation genommen, regelmäßig gute Ergebnisse zu erzielen, da die zukünftigen Ziele damit schwieriger zu erreichen sein werden (10;12).

Negative Patientenselektion

Begleitende Untersuchungen im Rahmen der Veröffentlichung von Qualitätsvergleichen konnten statistisch eine Verbesserung von Behandlungsergebnissen (outcome) aufzeigen (zur Erläuterung unterschiedlicher Klassifikationen von Qualitätsindikatoren s. Absatz 2.1.3.). Jedoch stellte sich bei genauerer Betrachtung heraus, dass die in Zahlen ausgedrückte Verbesserung zumindest teilweise dadurch zustande kam, dass behandelnde Ärzte in Krankenhäusern ihr Patientenkollektiv einer Vorselektion unterzogen und Patienten mit erkennbar hohem Risikoprofil nicht mehr operierten um so die eigene, in Zahlen ausgedrückte „Ergebnisqualität“ zu steigern (13). Um dem zu begegnen wurden die ergebnisorientierten Daten im Laufe der Zeit risikoadjustiert (14). Inwieweit dadurch die negativen Effekte reduziert werden konnten, ist bisher kein Gegenstand von Untersuchungen.

Erfüllung von Quoten und Vernachlässigung von individuellen Patientenbedürfnissen

Ebenso konnten negative Effekte im Zusammenhang mit prozessbezogenen Daten beobachtet werden. Um bestimmte, als Qualitätsindikatoren festgelegte Zielquoten

zu erreichen (Eingriffe, welche als Standardverfahren bei bestimmten Erkrankungen definiert sind) wurden selbst Patienten mit vielen Nebendiagnosen, bei welchen der Nutzen dieser Eingriffe einem nicht zu rechtfertigenden Risiko gegenüber standen, dem Eingriff unterzogen, um die Prozessquote zu erhöhen (13).

Verknöcherung

Es wird befürchtet, dass die Veröffentlichung von Behandlungsergebnissen die Leistungserbringer dazu veranlasst, auf innovative Techniken zugunsten etablierter Verfahren zu verzichten aus Angst, innovative Techniken könnten mangels Erfahrung im Umgang und unbekannten Behandlungsergebnissen zu einer Verschlechterung der insgesamt gemessenen Qualität führen (15).

Die Generierung und Veröffentlichung von qualitätsbezogenen Daten hat sich in einigen Ländern, insbesondere des anglo- amerikanischen Sprachraums, in den letzten zwei Jahrzehnten zu einem milliardenschweren, kostenaufwändigen und einflussreichen Geschäft entwickelt. Eine kritische und objektive Bewertung der positiven und negativen Effekte solcher Initiativen (Nutzen und Kosten-Nutzen-Verhältnis, Abwägung positiver und negativer Effekte) konnte mit dieser Entwicklung kaum angemessen Schritt halten. Dies ist bemerkenswert insofern, da mit steigenden Ausgaben für Qualität vergleichende Maßnahmen der Druck einer Rechtfertigung dieser Maßnahmen steigt.

Jedoch herrscht unter den am Prozess beteiligten Gruppen sowie von wissenschaftlich-analytischer Seite bisher keine endgültige Klarheit darüber, welche Mechanismen welche positiven oder negativen Effekte nach sich ziehen und wie stark sie sich auswirken (13). Uneinigkeit besteht grundsätzlich auch in der Frage, für welche (anderen) Zwecke die Informationen am ehesten verwendet werden könnten (4).

Versuche, die positiven Effekte zu quantifizieren und somit zu legitimieren, sind bis dato rar und haben teils wenig belastbare, teils widersprüchliche Ergebnisse geliefert. Vielfach wurde deutlich, dass die erwarteten Zielsetzungen bezüglich einer Qualitätsverbesserung nicht erfüllt wurden. Dementsprechend kontrovers wurden die Ergebnisse der Untersuchungen diskutiert (4;16).

Zumindest neuere Studien haben einen positiven Effekt auf die Motivation und Initiativen zur Verbesserung der Qualität medizinischer Leistungen von beurteilten Einrichtungen zeigen können. Dies betrifft insbesondere solche Einrichtungen, welche in Qualitätsvergleichen schlechter abschnitten (17;18). Ebenso gibt es Hinweise, dass die Veröffentlichung der Daten einen größeren Effekt hat, als die Daten ausschließlich den Leistungserbringern für interne Zwecke der Qualitätsverbesserung zur Verfügung zu stellen (16). Ob die initiierten Maßnahmen tatsächlich eine messbare Auswirkung auf die Verbesserung der Qualität hat, wird auch aus methodischen Gründen nicht einfach nachzuweisen sein.

Bezüglich der Einführung marktwirtschaftlicher Prinzipien in der Medizin dadurch, dass Patienten, Ärzte oder andere Institutionen (z.B. Krankenkassen) über die Qualität von Leistungserbringern informiert werden und dementsprechend ihre Krankenhauswahl treffen, kommen britische und amerikanische Forscher bisher zu sehr eindeutigen Ergebnissen. Die da hinein gelegten Erwartungen haben sich in beiden Ländern bisher nicht erfüllt.

In dieser Richtung angelegte Studien kommen fast einhellig zu dem Ergebnis, dass weder Patienten noch Ärzte die existierenden und veröffentlichten Informationen bei der zu treffenden Auswahl eines Leistungserbringers berücksichtigen (5;19). Den meisten Nutzen ziehen nach diesen Untersuchungen noch die Einrichtungen, welche die medizinischen Leistungen der Patienten finanzieren (purchasers) (9).

Untersuchungen über die entstehenden Kosten durch die Einrichtung von Leistungsvergleichen existieren in der Literatur bisher kaum. Es konnten bisher allenfalls grobe Schätzungen erhoben werden (4). Dementsprechend fällt auch eine Abwägung des Nutzens (welcher bisweilen schwer zu ermitteln ist) gegenüber den entstehenden Kosten und der möglichen negativen, unerwünschten Effekte schwer. Ob die aufgewendeten Kosten letztendlich absolut betrachtet sogar zu Kostensenkungen innerhalb des Gesundheitssystems führen werden, bleibt fraglich. Die unbefriedigenden Ergebnisse begleitender Forschung führten erkennbar dazu, dass sich der Fokus der Legitimation öffentlicher Qualitätsberichterstattung im Zeitverlauf gewandelt hat.

Auch wenn viele der Erwartungen, welche an die Veröffentlichung vergleichender Daten von medizinischen Einrichtungen geknüpft wurden, sich bis zum heutigen Zeitpunkt nicht erfüllen ließen (Einführung von Marktprinzipien, Kostenkontrolle, nachweisliche Qualitätsverbesserung), lassen die Autoren um Martin Marshall in ihrer

vorläufigen, zusammen fassenden Analyse über die Erfahrungen mit Qualitätsberichten in den Vereinigten Staaten und Großbritannien keinen Zweifel daran, dass aufgrund der Imperative „Qualitätsverbesserung“ und „Rechenschaftslegung“ die öffentliche Qualitätsberichterstattung in Zukunft unvermeidbar ein fester Bestandteil der Politik des öffentlichen Gesundheitswesens sein wird (18). Die zukünftige Frage sollte daher nicht mehr lauten, ob öffentliche Qualitätsberichterstattung als Instrument angewendet wird, sondern wie man sie bestmöglich und mit maximalem Nutzen gestalten kann (9).

Dazu gehört ebenso eine begleitende Erforschung der Vorteile gegenüber den negativen Auswirkungen und eine Abwägung von Kosten und Nutzen (8).

Es muss an dieser Stelle bereits betont werden, dass sich viele Erfahrungen und Schlussfolgerungen, die in den vergangenen 10 bis 20 Jahren in den genannten Ländern gemacht wurden, vermutlich nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse in anderen Ländern wie zum Beispiel der Bundesrepublik Deutschland übertragen lassen. Dies ist insbesondere aufgrund des sich in seinen Grundstrukturen nicht unwesentlich unterscheidenden öffentlichen Gesundheitswesens in der hiesigen Diskussion um und Gestaltung der Einrichtung von öffentlich zugänglichen Qualitätsberichten zu berücksichtigen. Auch in Deutschland wird der Bedeutung begleitender Forschung, welche die nationalen sozio- ökonomischen und politischen Verhältnisse berücksichtigt, unabhängig von den Erfahrungen anderer Länder eine wichtige Rolle zu kommen.

Dennoch erscheint es sinnvoll und gerechtfertigt, einige der dort gemachten Erfahrungen bei der Ausgestaltung nationaler Initiativen kritisch zu beurteilen und in die Planung einzubeziehen, besonders da in diesem Bereich in Deutschland bisher kaum Erfahrungen existieren, auf die man zurück greifen kann. Es besteht dadurch berechtigte Hoffnung, dass einige Fehler, welche in der Vergangenheit gemacht wurden, hier in Zukunft vermieden werden können (8;20).

2.1.3. Qualität der medizinischen Versorgung – wie und was messen, wie und was darstellen?

Nach 15 Jahren engagierter Entwicklung und reichhaltiger Erfahrung mit öffentlich vergleichender Qualitätsberichterstattung bestehen also kaum Zweifel, dass sie auch weiterhin Bestandteil des Gesundheitswesens sein wird (5). Dabei wird auch

weiterhin der Versuch unternommen (die in jüngster Zeit angestoßenen Initiativen in Deutschland belegen dies), durch die Veröffentlichung von Leistung vergleichenden Daten Patienten, Ärzten und Finanzierern von Gesundheitsleistungen (Krankenkassen) die Auswahl eines Leistungserbringers auf der Basis valider Informationen zu ermöglichen.

Umso stärker rückt damit die Frage in den Mittelpunkt, in welcher Form (Darstellung) und mit welchen Inhalten (Indikatoren) Qualitätsberichterstattung zukünftig in Erscheinung treten soll.

Diese Frage ist insofern von größter Bedeutung, da eben einige Erwartungen an sie sich bisher erwiesenermaßen nicht erfüllten und insofern auch vor dem Hintergrund entstehender Kosten und möglicher negativer Effekte die Notwendigkeit der Erforschung und Erarbeitung von Verbesserungsmöglichkeiten dieses Instrumentes besteht.

Qualität medizinischer Versorgung definieren – Auswahl von Indikatoren

Damit sich Patienten ein Urteil über die Qualität eines medizinischen Leistungserbringers machen können muss zunächst Einigkeit bestehen über die Qualität definierenden Kriterien (Indikatoren) (21).

Alle Definitionen von Qualität medizinischer Versorgung enthalten scheinbar zwei wesentliche Komponenten, welche für Patienten von herausragender Bedeutung sind. Die erste Komponente drückt dabei hohe technische Qualität aus, womit nicht nur die technisch exzellente Ausführung und Anwendung modernster medizinischer Verfahren gemeint ist, sondern ebenso die angemessene Anwendung unter Abwägung von Nutzen des Eingriffs gegenüber die Gesundheit beeinträchtigenden Risiken (22). Die zweite Komponente qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung beschreibt den Wunsch des Patienten, kulturell angemessen und menschlich behandelt zu werden, ebenso wie in die Entscheidungsfindung einer geeigneten Therapieform einbezogen zu werden (22).

Welche dieser beiden Komponenten letztendlich für Patienten von ausschlaggebender Bedeutung bei der Wahl von Leistungserbringern ist, ist von den individuellen Bedürfnissen und dem Wertesystem des Einzelnen abhängig und unterscheidet sich möglicherweise ebenso bei der jeweiligen Erkrankung (22).

Praktisch können die Qualitätsindikatoren (measures= Maße) in drei Gruppen unterteilt werden. Diese sind strukturbezogene Daten (objektbezogene Charaktereigenschaften von Leistungserbringern), prozessbezogene Daten (Erfassung der Leistungen von Erbringern) und ergebnisbezogene Daten (Erfassung der positiven und negativen Ergebnisse von Eingriffen) (21). Diese werden in ihrer Güte bezüglich der Darstellung von Qualität der Versorgung unterschiedlich bewertet. So wird strukturbezogenen Indikatoren im Allgemeinen eine geringe Aussagekraft beigemessen, da die meisten Daten in der Realität kaum mit tatsächlicher Qualität korrelieren (22). Ergebnisbezogene Indikatoren werden von Patienten häufig als die für sie wichtigsten Informationen genannt. Jedoch stehen diesem Bedürfnis praktische Schwierigkeiten entgegen (z.B. Notwendigkeit der Berücksichtigung von Risikoadjustierungen, welche die Komplexität, Fehleranfälligkeit und leichte Bewertbarkeit der Daten beeinträchtigen; zudem handelt es sich oft um langfristige Beobachtungen, die sich einer regelmäßigen Beurteilung entziehen) (22).

In der Summe wird den prozessbezogenen Indikatoren der größte Stellenwert zur Beurteilung der Qualität medizinischer Versorgung beigemessen, auch wenn diese nur so geeignet sind, wie die Studienergebnisse, welche sie mit einem verbesserten Behandlungsergebnis (outcome) verbindet (22).

Welche Indikatoren ausgewählt werden, ist aktuell Gegenstand vieler Untersuchungen und Diskussionen (23). Die meisten Autoren befürworten eine individuelle Bewertung der einzelnen Indikatoren bezüglich ihrer Eignung sowie die Verwendung einer Kombination ergebnis- und prozessbezogener Indikatoren unter Abwägung der mit den entsprechenden Indikatoren verbundenen Vor- und Nachteile und deren Minimierung (24;25). Strukturbezogenen Indikatoren wird eine eher untergeordnete Bedeutung beigemessen.

Neben der Definition dessen, was gemessen werden soll ist auch von Belang, wie die Erfassung der Daten erfolgen soll. Es soll gewährleistet sein, dass die Güte der Daten im Hinblick auf Genauigkeit, Sinnhaftigkeit, Relevanz und Interpretierbarkeit gewährt ist (5).

Die enge Interpretation unterschiedlicher Datensätze kann irreführend sein, da substantielle Unterschiede bestehen zwischen Indikatoren, welche das gleiche klinische Ereignis beschreiben. Bisher besteht bei vielen Indikatoren keine wissenschaftlich fundierte Kenntnis über die Gütekraft der Ergebnisse (26).

Defizite in der Datengüte können sich aus verschiedenen Gründen ergeben.

Von wesentlicher Bedeutung ist hierbei die Datenquelle. Dabei ist es wichtig zu unterscheiden, ob die Daten separat erfasst oder ob bestehende Daten aus den allgemeinen Verwaltungs- oder Abrechnungsdaten extrahiert werden. Es wird allgemein bezweifelt, dass sich letztere Daten für die Anwendbarkeit und Verknüpfung mit Qualitätsberichten eignen (5). Hiermit verbunden sind Zweifel an der Genauigkeit, Zeitnähe, Variationen der Kodierpraxis und der Patientendemografie (verschiedene Patientenkollektive).

Weitere Bedeutung besitzt die Integrität der Daten und hierbei das Kriterium, ob es sich bei dem vorhandenen Datensatz um eine repräsentative Abbildung der Patientenpopulation handelt. Dabei ergeben sich Fragen im Hinblick auf Fallzahlen, Stichprobenwahl, Ein- und Ausschlusskriterien, Analysemethoden, Schwere der Krankheit, Risikoadjustierung, Prämissen und Methodologien, Krankenhauscharakteristika und weitere Faktoren, welche berücksichtigt werden müssen um einen „Äpfel-mit-Äpfeln“-Vergleich zu gewährleisten (5).

Weitere Belange betreffen einerseits die Frage, in wie weit die für Qualitätsberichte ausgewählten Indikatoren tatsächlich die Qualität der medizinischen Versorgung repräsentieren.

Nicht zuletzt kann die Methodologie von Qualitätsberichten (falls sie nicht standardisiert sind) Auswirkungen auf die abgebildete Qualität haben. Unterschiede in der Datenbasis, Prämissen, Analyse, Gewichtungskriterien und Interpretation führen dazu, dass verschiedene Leistungserbringer in unterschiedlichen vergleichenden Qualitätsberichten unterschiedlich abschneiden (5).

Diese Schwierigkeiten haben bereits jetzt und werden auch in Zukunft die Entwicklung neuer statistischer Methoden notwendig machen, welche diese Faktoren berücksichtigen und zu einer höheren Güte der Datenvergleichbarkeit beitragen (27). Unterschiedliche Erfordernisse an die Güte der Daten kollidieren bisweilen. Zum Beispiel führt eine notwendige Risikoadjustierung von Daten häufig dazu, dass Daten erst lange Zeit nach Erhebung tatsächlich zur Verwendung frei gegeben werden und dementsprechend nicht mehr zeitnah zur Verfügung stehen.

Berücksichtigung der Informationsbedürfnisse der Zielgruppen

Jedoch sind bei der Auswahl von Qualität definierenden Indikatoren im Hinblick auf die Veröffentlichung (Ermöglichung informierter Entscheidungen) neben der Berücksichtigung medizinisch-technischer Faktoren weitere Aspekte relevant. Dies gilt in besonderem Maße für die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten als Zielgruppe, an welche sich auch der in Zukunft zu veröffentlichende deutsche Qualitätsbericht der Krankenhäuser richten soll. Daran schließt sich konsequenter Weise die Frage, inwieweit man die Patienten in die Gestaltung mit einbeziehen sollte (28). Dies gilt insbesondere, da der Begriff der Qualität von Patienten möglicherweise anders beurteilt wird, als medizinisches Fachpersonal dies tun würde, falls Patienten sich überhaupt primär aufgrund der Qualität entscheiden und nicht aufgrund anderer Aspekte (z. B. Nähe zum Wohnort).

Bei der Einteilung in die drei Gruppen von Indikatoren (Struktur, Prozess, Ergebnis) finden qualitätsdefinierende Faktoren, welche der oben genannten zweiten Komponente zuzuordnen sind (zwischenmenschliche Beziehung, Menschlichkeit, Einbeziehung bei Entscheidungen), keine Berücksichtigung. Tatsächlich bleibt dieser Bereich bei der Definition von Qualität und Auswahl von Indikatoren zumeist außen vor. Dies liegt einerseits daran, dass Informationen zur zwischenmenschlichen Kommunikation schwierig zu ermitteln sind, andererseits bisher kaum wissenschaftliche Maße für diese Formen von Qualität entwickelt wurden. Wesentlich ist jedoch auch, dass die Erwartungen und Maßstäbe interindividuell derart verschieden sein dürften, dass eine systematisierte Erfassung keinen praktischen Informationsgehalt erbringen würde (21).

Bedenkt man jedoch, dass bei der Entscheidung für einen Leistungserbringer Faktoren der zwischenmenschlichen Beziehung je nach Individuum einen gleichwertigen oder höheren Stellenwert besitzen als Faktoren der technischen Qualität der Versorgung, so lässt sich schlussfolgern, dass dieser Mangel an Information eine Ursache dafür ist, dass viele Adressaten öffentlicher Qualitätsberichte die Inhalte bei ihrer Entscheidung trotz des intensiven Bemühens seitens der Initiatoren nicht berücksichtigen.

Auf diese Tatsache ist bereits mehrfach hingewiesen worden. Sie steht im Gegensatz zu Ergebnissen von Patientenbefragungen, aus denen deutlich hervor

geht, dass sich Patienten mehr Informationen über die Qualität von Leistungserbringern wünschen (29-31).

Als Ursache für die fehlende Beeinflussung der Zielgruppe bei der Entscheidung werden verschiedene Argumente angeführt.

Zeit als limitierender Faktor

Für nicht wenige Fälle medizinischer Versorgung trifft zu, dass die Patienten zwischen dem Eintreten der Beschwerden und dem notwendigen Eingriff oder Krankenhausaufenthalt nicht die Zeit haben, sich mit Qualitätsberichten auseinander zu setzen. Dies gilt für Notfallbehandlungen aber auch subakute Fälle und ist kaum positiv zu beeinflussen (32).

Unkenntnis der Existenz oder ungenügende Verfügbarkeit

Eine weitere Einschränkung der Nutzung vergleichender Qualitätsberichte begründet sich dadurch, dass viele Konsumenten von der Existenz entsprechender Qualitätsberichte entweder keine Kenntnis besitzen oder zumindest über einen längeren Zeitraum (z. B. länger als ein Jahr) mit entsprechenden Informationen nicht konfrontiert worden sind (29). Vielfach sind die Informationen auch gerade zu dem Zeitpunkt, zu dem sie benötigt werden, entweder nicht aktuell oder gar nicht verfügbar (19). Die Auswahl des Mediums (Zeitungen, Zeitschriften, Infobroschüren, Internet) spielt bei der Verbreitung in Abhängigkeit der Nutzungsgewohnheiten unterschiedlicher Zielgruppen gleichfalls eine Rolle (geringe Nutzung von Computern bei älteren Menschen).

Abweichendes Informationsbedürfnis der Adressaten

Viele empirische Untersuchungen weisen darauf hin, dass existierende öffentliche Qualitätsvergleiche nicht die Informationen enthalten, welche von Patienten als für sie relevant eingeschätzt werden (30;31). Dies hat einerseits damit zu tun, dass bei der Erstellung die Ergebnisse der Untersuchungen über Patientenbedürfnisse kaum berücksichtigt wurden, andererseits aber auch damit, dass diese Bedürfnisse den Ansprüchen an eine wissenschaftlich korrekte Repräsentation der Qualität von

Versorgung nicht immer genügen. So werden einige Strukturdaten von Patienten gewünscht, werden von Wissenschaftlern aber als wenig aussagekräftig zur Qualitätsbeurteilung eingeschätzt (31). Die Tatsache, dass verschiedene Gruppen von Patienten (z.B. akut Kranke gegenüber chronisch Kranken, alte gegenüber jungen Patienten) unterschiedliche Informationsbedürfnisse haben, hat bisher ebenso wenig Berücksichtigung gefunden (31). Hinzu kommt, dass Unterschiede zwischen den Informationsbedürfnissen von Patienten einerseits und Ärzten und Finanzierern von Leistungen (z.B. Krankenkassen) bestehen. Daraus ergibt sich eine starke Heterogenität der Zielgruppen und entsprechend der Informationsbedürfnisse der Adressaten (24).

Wie bereits früher erwähnt stellen für viele Patienten die zwischenmenschlichen Beziehungen einen erheblichen Einflussfaktor dar. Methodische Schwierigkeiten limitieren hier möglicherweise eine Berücksichtigung (31).

Viele Indikatoren, welche Patienten für wünschenswert halten, haben einfach bisher keinen Eingang in Qualitätsberichte erhalten (z. B. Sterberaten, Jahresmengen und Erfahrung (19)).

Mangelndes Verständnis der zur Verfügung stehenden Informationen

Bei den meisten Adressaten von öffentlichen Qualitätsberichten (besonders der Patienten) handelt es sich um medizinische Laien. Viele der Inhalte, welche als Beurteilungskriterium für die Qualität medizinischer Versorgung eine objektive Rolle spielen, sind für sie schlicht nicht verständlich. Dies bedeutet, dass sie die inhaltliche Bedeutung nicht verstehen können mit der logischen Konsequenz, dass sie im Zusammenhang nicht adäquat interpretieren können (Relevanz des Faktors; Interpretation niedriger und hoher Werte), aber auch mit technischen Begriffen und deren quantitativen Attributen nicht umgehen können (32).

Ungenügende Fähigkeit der Verarbeitung von Informationen

In ihrer Arbeit aus dem Jahr 2001 beschreiben Judith Hibbard und ihre Kollegen die Schwierigkeiten, welche sich durch die Summe der zur Verfügung stehenden vergleichenden Informationen zur Qualität in Bezug auf die Bewertung ergeben (33). Diese gehen über das bloße Verständnis hinaus, beginnen vielmehr erst hier. Es

müssen die verschiedenen Indikatoren mehrerer Leistungserbringer in ihrer Ausprägung erfasst (verschieden hohe Werte), gewichtet (Prioritäten setzen), auf die eigenen Bedürfnisse abgestimmt, gegeneinander abgewogen (Prioritäten und Ausprägungen, eventuell gegensätzlich) und letztlich in eine abschließende Auswahl eingearbeitet werden (33). Obwohl Patienten das Bedürfnis nach Informationen haben, sind sie mit vielen Informationen schnell überfordert. Qualitätsvergleiche, welche die Daten von 15 bis 20 verschiedenen Indikatoren 10 verschiedener Einrichtungen präsentieren, übersteigen selbst das Verarbeitungsvermögen von Menschen mit einiger Sachkenntnis. Hinzu kommen häufig weitere Faktoren, welche in der Entscheidung zu berücksichtigen sind (33).

Die besonnene Auswahl und übersichtliche Gestaltung der Medien, welche die Informationen den Zielgruppen nahe bringt, kann dabei großen Einfluss auf die Entscheidung nehmen und eine Reduktion der Komplexität von großen Datenmengen durch entsprechende Darstellung erscheint geboten (dies trifft sowohl für die inhaltliche Entscheidung aber auch auf die grundsätzliche Verwendung der Informationen zu (33)).

Mangelndes Vertrauen

Bentley und Nash haben in einer begleitenden Untersuchung zur Veröffentlichung vergleichender Qualitätsberichterstattung ein allgemeines Misstrauen von Patienten gegenüber den zur Verfügung gestellten Daten ausmachen können (32). Dabei handelte es sich um Daten, welche von Regierungsseite zur Verfügung gestellt wurden. Verfahrenstransparenz, agierende Interessengruppe und die Quelle der Qualitätsberichterstattung dürfte einen erheblichen Einfluss darauf haben, inwieweit den zur Verfügung gestellten Daten Vertrauen entgegen gebracht wird.

Darstellung und Präsentation

Vaiana und Mc Glynn weisen in ihrer Arbeit darauf hin, dass auch die Art und Weise (Gestaltungsform der Inhalte), in der Informationen den Zielgruppen zur Verfügung gestellt werden, einen erheblichen Einfluss auf die effektive Nutzung der Informationen haben.

Viele der existierenden Formate vergleichender Qualitätsberichte haben dieser Tatsache lange kaum Rechnung getragen. Kognitive Anforderungen (formuliert durch den Basisprozess der Entscheidungsfindung des Menschen), welche von Adressatenseite an die Darstellungsweise der Formate vergleichender Qualitätsberichterstattung gestellt werden, werden durch die Darstellung selten erfüllt. Es besteht bisher kaum Kongruenz zwischen den Strategien der öffentlichen Berichterstattung und den Ergebnissen aus der Forschung zur Entscheidungsfindung (34). Die Art und Weise der Darstellung von Informationen beeinflusst ebenso die Befähigung des Nutzers, Daten zu verstehen und zu bewerten. Ein großer Forschungsbereich der Neurowissenschaften und der Linguistik beschäftigt sich mit dem Thema, wie die Präsentation von Informationen die Entscheidungsfindung beeinflusst. Untersuchungen, welche die Übertragbarkeit und Anwendung (inklusive ihrer Effekte) dieser Ergebnisse auf die Gesundheitsversorgung zum Inhalt haben, liegen bisher nur marginal vor (34). Auch empirische Untersuchungen, welche die Effekte und Verwendbarkeit verschiedener Formate vergleichender Qualitätsberichterstattung untersuchen, liegen kaum vor.

Dabei haben die wenigen systematischen Untersuchungen, die sich mit Nutzungseffekten bei geeigneteren Darstellungsformaten befassen, ein großes Potenzial erkennen lassen (33). So hatte für viele Nutzer die Art und Weise der Gestaltung einen größeren Einfluss auf die Verwendung eines Formates als der tatsächliche Inhalt (5).

Weitere Ursachen

Als weitere Ursachen werden angeführt eine fatalistische Grundhaltung einiger Patienten im Hinblick auf ihre Gesundheit („wenn die Zeit gekommen ist zu sterben, dann kann niemand auf der Welt mehr helfen“) und die mangelnde Motivation, sich die Vorteile bestimmter Leistungserbringer in der Umgebung heraus zu suchen (32). Nicht zuletzt scheint auch die Distanz des Krankenhauses zum eigenen Wohnort und dem der Familie in Abwägung der qualitativen Vorteile einen Einfluss zu haben (35). Dies führt bisher dazu, dass informell erhaltene Informationen und Empfehlungen von Angehörigen, Freunden oder behandelnden Ärzten einen erheblich höheren Stellenwert haben als objektiv gemessene (32).

2.1.4. Empfehlungen von Wissenschaftlern auf der Basis bisheriger Erfahrungen mit öffentlichen Leistungsvergleichen von Einrichtungen des Gesundheitswesens

Trotz der reichlich zur Verfügung stehenden Erfahrungen mit der Veröffentlichung vergleichender Qualitätsberichte sind sich die Wissenschaftler einig, dass die erhofften Ziele bisher weitgehend nicht erreicht wurden (5).

Eine Vertiefung des Wissens und eine kontinuierliche Verbesserung aller damit zusammen hängenden Aspekte bezeichnen sie daher als notwendig (31).

Viele Erfahrungen sind mit der Berichterstattung bisher in Ländern gemacht worden, welche unter anderen politischen und sozialen Bedingungen stattfanden. Auf die Schwierigkeiten einer Übertragung auf bundesdeutsche Verhältnisse ist im Verlauf dieser Arbeit bereits eingegangen worden. Dies mag für einige Aspekte tatsächlich zutreffen, viele Erkenntnisse können jedoch dazu dienen, die Implementierung eines Systems vergleichender Qualitätsberichterstattung auch in Deutschland erfolgreicher zu gestalten, als dies in der Vergangenheit der Fall war.

Daher sollen im Folgenden die wesentlichen Erkenntnisse und daraus resultierenden Empfehlungen für eine Verbesserung dieses Instrumentes zur Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung zusammengefasst werden.

Die Empfehlungen können strukturiert in verschiedene Bereiche unterteilt werden.

Diese betreffen zum einen den Bereich der Informationsverbreitung allgemein sowohl zur internen Verwendung durch Leistungserbringer wie auch die externe Veröffentlichung von Leistungsdaten (32;36;37).

Interne Verwendung :

- Regelmäßige Treffen, bei denen die vertikale Weitergabe der Dateninhalte erfolgt;
- Auswahl einer Person, welche für den Umgang und die sich für die Verwendung einsetzt;
- Nutzung informeller Kommunikationskanäle wie Konferenzen, Seminare, professionelle Netzwerke und andere Quellen weicher Kommunikation zur Verbreitung Steigerung der Akzeptanz des Instrumentes;
- Treffen, durch welche die vertikale Weitergabe der Informationen innerhalb der Organisation erfolgt.

Externe Veröffentlichung (Verwendung z. B. in Leistungsvergleichen):

- Steigerung der öffentlichen Wahrnehmung von Qualitätsdefiziten und Unterschieden zwischen medizinischen Leistungserbringern sowie die Verfügbarkeit vergleichender Qualitätsberichte;
- Etablierung von Forschungsprojekten im Bereich der Informationsbedürfnisse verschiedener Nutzergruppen bezüglich klinischer Daten;
- Bereitstellung von Informationsmaterial zur Interpretation der Daten;
- Internet-gestützte Verbreitung;
- Zeitnahe Informationen zur Verfügung stellen;
- Fokussierung auf weitere Zielgruppen öffentlicher Qualitätsberichterstattung (Ärzte, Finanzierer, da Patienten als Zielgruppe zumindest mittelfristig in ihrem Verhalten schwierig zu beeinflussen bleiben werden; andere Zielgruppen können als Verbindungsglieder fungieren).

Die Berücksichtigung einiger Empfehlungen zur Art und Weise der Darstellung können möglicherweise ebenfalls zum Erfolg öffentlich vergleichender Qualitätsberichterstattung beitragen (5;34;38):

- Betonung der Relevanz und Bedeutung der Indikatoren innerhalb der Darstellungen;
- Reduktion der allgemeinen kognitiven Anforderungen an vergleichende Qualitätsberichte und Steigerung der Interpretierbarkeit;
- Grundsätzliche Berücksichtigung der Kenntnisse darüber, wie Betrachter Informationen wahrnehmen, prozessieren und verstehen (so wie es bei der Mediengestaltung üblich ist);
- Optionale Auswahl der Indikatoren durch den Nutzer und Vermeidung von gleicher Darstellung von Indikatoren unterschiedlicher Relevanz;
- Präsentation der Informationen in verschiedenen Formaten, welche auf die Bedürfnisse verschiedener Nutzergruppen zugeschnitten sind (Komplexitätsreduktion zum Beispiel für ältere Patienten);
- möglichst internet-basierte Darstellung, welche dem Betrachter ermöglicht, Zeitpunkt, Informationsumfang und Darstellungsweise selbst zu wählen;

- Berücksichtigung negativer Effekte und Gefahren bei der Darstellung von Qualitätsdaten*;
- Begleitende Erforschung der Wirkung unterschiedlicher Darstellungsweisen und kontinuierliche Verbesserung.

*Unterschiedliche Formen der Darstellung haben einen unbewussten Einfluss auf die Entscheidungsfindung der Betrachter unabhängig vom Inhalt.

Die Notwendigkeit der Steigerung der Verständlichkeit von Formaten durch Komplexitätsreduktion, Hervorhebungen, Vorinterpretation und damit effektiven primären Inhaltsverlust bedeutet eine hohe Verantwortung für die Produzenten der Darstellungen. Es besteht die Gefahr der bewussten oder unbewussten Manipulation des Entscheidungsprozesses der Betrachter. Um eine Nutzung wahrscheinlicher zu machen, muss auch hier die Glaubwürdigkeit und Transparenz gewahrt werden und sollten von Experten durchgeführt oder begleitet werden (39).

Auch im Bereich der Glaubwürdigkeit werden Empfehlungen ausgesprochen, da Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Daten die Verwendung des Instrumentes sowohl intern als auch extern hemmen. Zur Steigerung der Glaubwürdigkeit wird empfohlen (8;20;40):

- Formulierung einer klaren Zielstrategie, welche mit der Veröffentlichung vergleichender Qualitätsdaten erstrebt wird;
- Zusätzliche Verfolgung von anderen Strategien der Verbesserung der medizinischen Versorgung;
- Gewährleistung möglichst breiter Teilnahme aller Leistungserbringer, gegebenenfalls auch Verpflichtung zur Teilnahme;
- Einbeziehung des Personals in die Entwicklung von Indikatoren;
- Einbeziehung von anderen Interessengruppen in die Implementierung von öffentlicher Qualitätsberichterstattung;
- Erstellung einer Basis von Qualitätsindikatoren mit einem standardisierten System der Berichterstattung;
- Exakte Spezifikationen für die Messung und den Bericht sollten erstellt werden;

- Verwendung eines ausgewogenen Reihe von Indikatoren (Berücksichtigung von Prozess-, Ergebnis- Indikatoren, aber auch Ergebnisse von Patientenbefragungen, so genannte perzeptive Indikatoren);
- Entwicklung unabhängiger Systeme zur Überprüfung der Datenqualität, mit welcher die Indikatoren erstellt werden;
- Verwendung von auf die spezifischen Ziele abgestimmten Daten, anstatt der routinemäßigen Verwendung von Verwaltungsdaten;
- Weiterentwicklung von Systemen zur Risikoadjustierung;
- Regelmäßige Überprüfung der verwendeten Indikatoren;
- Maße für Validität, Reliabilität und Verwendbarkeit von Indikatoren sollten zur Verfügung stehen;
- Verbreitung von Rohdaten innerhalb der Organisation, um leitenden Kräften die Möglichkeit eigener Berechnungen zu geben;
- Angebot von Weiterbildungen zur Sammlung, Analyse und Verwendung klinischer Daten;
- Minimierung von Verzögerungen bei Datenverarbeitung durch elektronische Erfassung;
- Kontrolle der durch die Maßnahmen entstehenden Kosten;
- Erstellung einer klaren Agenda begleitender Forschung.

Des Weiteren werden insbesondere für den Erfolg der internen Verwendung von Qualitätsdaten verschiedene Anreizinstrumente empfohlen (32).

Der Zielfokus der Qualitätsberichterstattung sollte auf eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung gerichtet werden, nicht zu einer Sanktionierung führen (24).

Dass diese Empfehlungen vor dem Hintergrund langjähriger Erfahrungen in Zukunft tatsächlich in den Erfolg münden, dass Patienten auf der Basis vergleichender Qualitätsdaten eine informierte Entscheidung zugunsten eines Leistungserbringers treffen, ist selbstverständlich nicht gewährleistet. Im Gegenteil sehen viele Experten die öffentliche vergleichende Qualitätsberichterstattung eher als eine Möglichkeit der Information für Ärzte als Einweiser und Krankenkassen als Finanzierer, um gegenüber Patienten qualifizierte Empfehlungen aussprechen zu können (41).

2.2. Beispiele internationaler Initiativen vergleichender Qualitätsberichterstattung

Im folgenden Abschnitt werden einige ausgewählte Institutionen und deren Instrumente und Ergebnisse vergleichender Qualitätsberichterstattung vorgestellt. Während der Ansatz der vergleichenden Darstellung von Qualität medizinischer Leistungserbringer in Deutschland wie auch in einigen anderen westlichen Industrienationen (Frankreich, Australien, Schweden) eine noch junge Disziplin ist, wird dieses Verfahren im anglo-amerikanischen Raum bereits seit längeren Jahren praktiziert. Sowohl staatliche als auch private Institutionen befassen sich dort mit Erhebung, Generierung, Auswertung und Präsentation der Daten. In den Vereinigten Staaten (1987) und in Großbritannien (1990) wurden bereits gegen Ende der 80er bzw. zu Beginn der 90er Jahre, auf staatliche Initiative (der britische National Health Service und die amerikanische Health Care Financing Administration), systematisch standardisierte Daten medizinischer Leistungserbringer erfasst und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Seither betätigen sich neben den staatlichen Institutionen auch private Verbraucherorganisationen, die Presse, einzelne Leistungserbringer sowie professionelle Datenhändler in diesem Feld (42).

Die vorgestellten Institutionen sind daher überwiegend in diesen Ländern angesiedelt. Darüber hinaus werden zwei jüngere Initiativen aus Deutschland vorgestellt, die in den letzten Jahren die vergleichende Qualitätsberichterstattung als Marketinginstrument entdeckt haben.

2.2.1. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, USA

Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) wurde in den Vereinigten Staaten 1951 als unabhängige Non-Profit-Organisation ins Leben gerufen. Sie stellte, damals noch unter der Bezeichnung Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), einen Zusammenschluss der Verbände the American College of Physicians (ACP), the American Hospital Association (AHA), the American Medical Association (AMA), and the Canadian Medical Association (CMA) mit dem American College of Surgeons (ACS) dar. Die JCAHO sieht ihre Aufgabe in der kontinuierlichen Verbesserung von Sicherheit und Qualität in der medizinischen Versorgung der Öffentlichkeit, indem sie in dreijährigem Turnus medizinische Leistungserbringer akkreditiert und zusätzliche Services anbietet, welche dazu

beitragen, die Versorgungsqualität in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen zu verbessern (43).

Die Grundlage des Akkreditierungsverfahrens ist eine über Jahre sukzessiv weiter entwickelte Checkliste mit annähernd 1000 Standardkriterien, welche punktuell die Verfahrensdetails der Krankenhausbehandlung, ihrer Infrastruktur und Dokumentation überprüfen.

Dazu gehören:

Patientenzentrierte Standards:

- Zugang und Kontinuität der Versorgung
- Rechte von Patienten und Familien
- Untersuchung (Assessment)
- Behandlung (Care)
- Patienten- und Familien-Erziehung.

Management-Standards:

- Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit
- Prävention und Infektionskontrolle
- Governance, Führung und Orientierung
- Facility Management und Sicherheit
- Mitarbeiterqualifikation und –ausbildung
- Management und Informationen.

Die Ergebnisse des Akkreditierungsverfahrens werden seit 1997 auf der Homepage der JCAHO den Patienten zur Einsicht zur Verfügung gestellt (Quelle: <http://www.jointcommission.org/>).

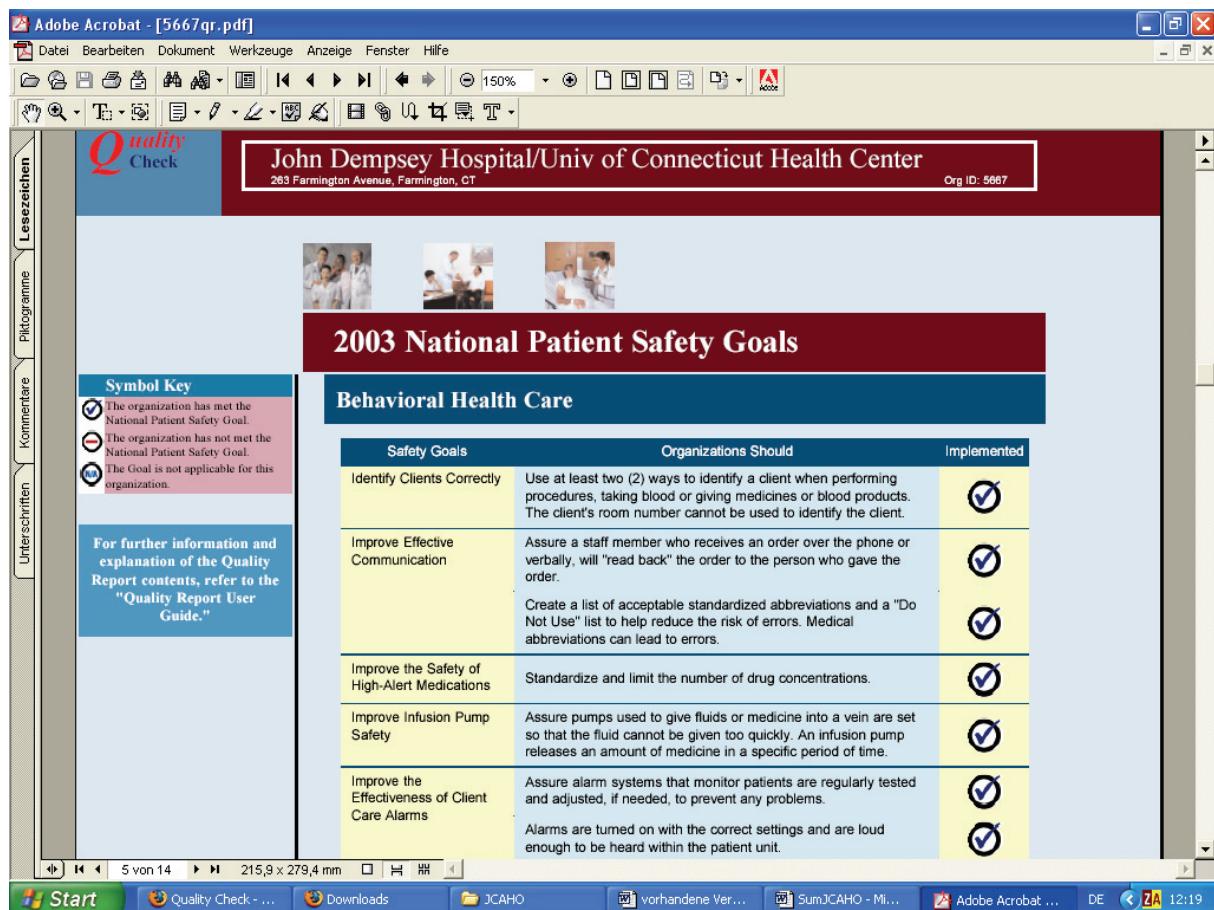


Abb. 1: Beispiel: Quality Check der JCAHO

(<http://www.qualitycheck.org/qualityreport.aspx?hcoid=2870>; Zugriff am 12.07.2007)

Historisch betrachtet beschäftigte sich die JCAHO bei der Akkreditierung lange Zeit nicht mit der konkreten Leistungsmessung auf der Basis von Indikatoren.

Eine solche wurde in ersten Ansätzen erstmals mit der ORYX-Initiative 1998 eingeführt. Es wurden, zunächst krankheits- und patientenunspezifisch, sechs Indikatoren zur kontinuierlichen internen Qualitätsmessung vorgeschrieben. Diese Daten wurden zentral gesammelt, ausgewertet und den Krankenhäusern vergleichend zur Verfügung gestellt. Eine Veröffentlichung fand zu dem Zeitpunkt noch nicht statt (Quelle: <http://www.jointcommission.org/>).

Zu Beginn des neuen Jahrtausends wurden die Indikatoren krankheits- und patientenspezifisch weiterentwickelt. Es wurden vier Indikatorensets der Bereiche Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Pneumonie, Schwangerschaft und Entbindung zu den sogenannten ORYX Core Measures entwickelt, welche quantitativ erhoben, mit anderen Kliniken verglichen und in 2004 der Öffentlichkeit vergleichend zugänglich

gemacht wurden. Bei den von der JCAHO entwickelten Indikatoren handelt es sich ausschließlich um Indikatoren der Prozessbewertung.

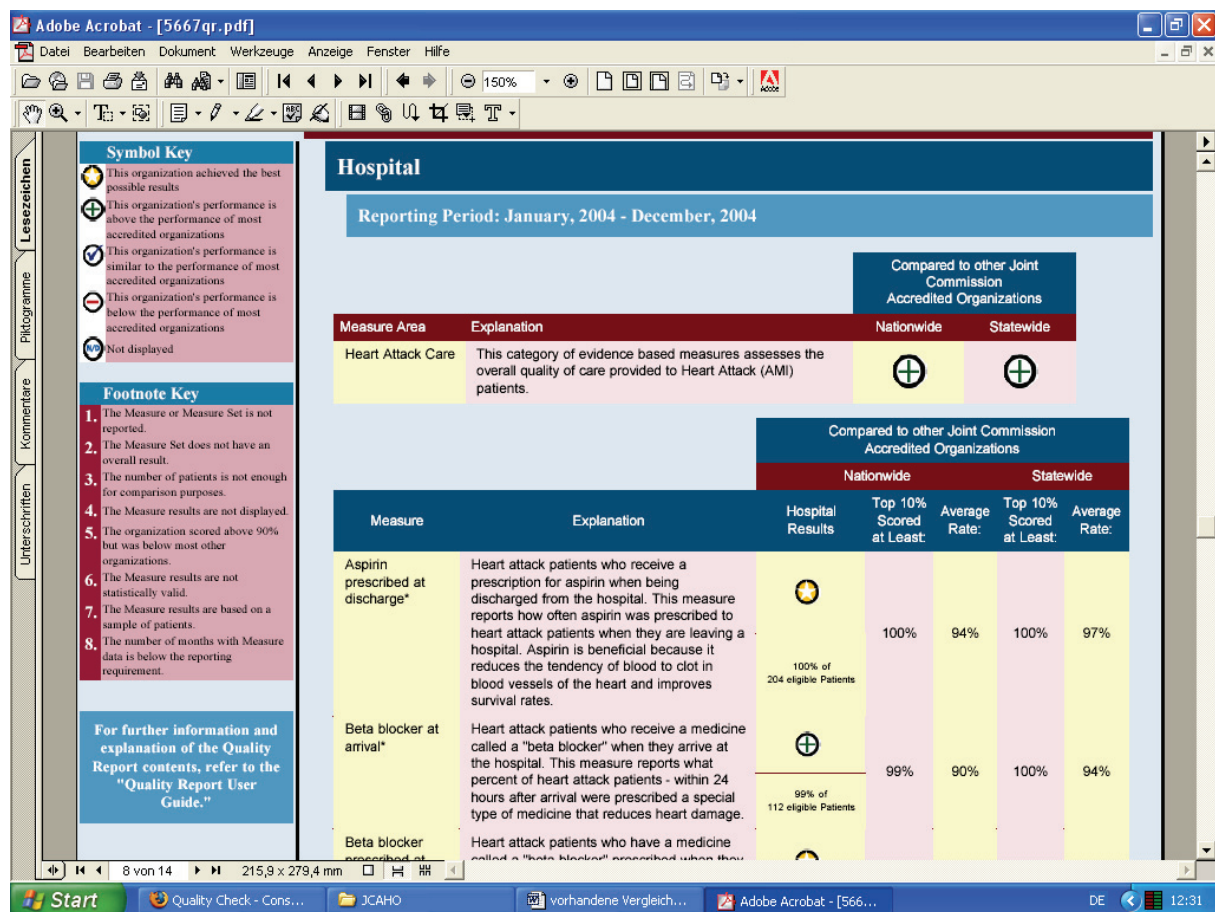


Abb. 2: Beispiel: Quality Check der JCAHO

(<http://www.qualitycheck.org/QualityReport.aspx?hcoid=2870&x=nqig&program=Hospital&mst=Heart%20Failure%20Care%20%E2%80%A0&f> =; Zugriff am 12.07.2007)

Die JCAHO hat ein über viele Jahre weiter entwickeltes System zur qualitativen Bewertung medizinischer Einrichtungen und Leistungserbringer etabliert, welches zumindest von politischen Entscheidungsträgern, Versicherungen und anderen Prozessbeteiligten als Standard anerkannt wird.

Zwar ist kein Krankenhaus per Gesetz verpflichtet, sich dem Akkreditierungsverfahren durch die JCAHO zu unterziehen. Tatsächlich werden den nicht an der Akkreditierung teilnehmenden Kliniken jedoch die Behandlungskosten von Medicare-Patienten (Medicare ist die größte staatliche Krankenversicherungseinrichtung in den USA, welche die Gesundheitsversorgung älterer Menschen über 65 Jahren und Behinderte verwaltet und deren Mitglied 13 %

der amerikanischen Bevölkerung sind; der Anteil an der Krankenhausklientel liegt noch erheblich darüber) nicht erstattet, sodass es sich effektiv kaum ein Krankenhaus leisten kann, auf die Akkreditierung und damit eine große Anzahl von Patienten zu verzichten (43).

2.2.2. US News & World Report, America's best hospitals, USA

Das überregionale US-amerikanische Nachrichtenmagazin US News & World Report veröffentlicht seit 16 Jahren jährlich Ranglisten der besten amerikanischen Krankenhäuser (America's best hospitals) für Erkrankungen 17 verschiedener Fachrichtungen (Krebs, Gastroenterologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Geriatrie, Gynäkologie, Kardiologie, Nephrologie, Endokrinologie, Neurologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Kinderheilkunde, Psychiatrie, Rehabilitation, Rheumatologie, Pulmonologie und Urologie) in Zusammenarbeit mit der Consulting Firma RTI international (Quelle: <http://health.usnews.com/usnews/health/best-hospitals/tophosp.htm>).

In diesem Ranking werden grundsätzlich nur Krankenhäuser berücksichtigt, welche entweder Universitätsklinikum, akademisches Lehrkrankenhaus sind oder beim erhobenen Technologie-Index einen Mindestwert erreicht haben (Stage 1), und welche bei der Behandlung ausgewählter Diagnosen eine Mindestfallzahl pro Jahr vorweisen können (Stage 2).

Das aktuelle Konzept für die Bewertung der Krankenhäuser wurde 1993 am National Opinion Research Centre der Universität von Chicago entwickelt.

Für jedes Krankenhaus wird ein „Index of Hospital Quality“ erstellt, der die drei Dimensionen „Struktur“, „Prozess“ und „Ergebnis“ der Gesundheitsversorgung berücksichtigen soll (Quelle: <http://health.usnews.com/usnews/health/best-hospitals/methodology.htm>).

Die Strukturdaten enthalten Informationen über jährliche Fallzahlen nach Diagnosen, Verfügbarkeit von Technologien, Dichte des Pflegepersonals, Vorhandensein einer Notaufnahme bzw. Unfallchirurgie, Patienten-Serviceleistungen sowie weitere fachspezifische Leistungen. Die Daten werden größtenteils von externen Institutionen und Gesellschaften bezogen (American Hospital Association AHA und weitere) und bewertet. Diese Daten werden statistisch gewichtet und als Index im abschließenden Ranking berücksichtigt.

Die Prozessdaten (Qualität ärztlichen Handelns ausgedrückt durch Parameter wie adäquate medikamentöse Behandlung, diagnostische Tests, Behandlungsverlauf, Liegedauer) sind in vielen Fällen schwer zu erheben und liegen nicht flächendeckend vor. Stattdessen wird davon ausgegangen, dass urteilsfähige Ärzte medizinische Leistungserbringer dann empfehlen, wenn diese positive Prozessleistungen erbracht haben oder diese von ihnen erwartet werden. Daher werden die Prozessdaten ermittelt, indem ein ausgewähltes Expertenkomitee nach den Krankenhäusern befragt wird, die ihrer Meinung nach in den verschiedenen Disziplinen die besten Behandlungsergebnisse hervorbringen.

Für die Outcomedaten werden die risikoadjustierten Mortalitätsraten nach Diagnosen erhoben und statistisch verwertet.

Die Ergebnisse der drei Bereiche „Struktur“, „Prozess“ und „Ergebnis“ gehen zu gleichen Teilen in eine abschließende Bewertung der medizinischen Leistungserbringer ein (Quelle: <http://health.usnews.com/usnews/health/best-hospitals/methodology.htm>).



Best Hospitals 2005
 Rankings Index | Honor Roll | Methodology | Glossary | Search

CANCER
 Research is homing in on specific genes for specific cancers

Visit the U.S. News [Cancer Center](#) to learn more about symptoms, treatment, and prevention of [breast cancer](#), [colorectal cancer](#), and [prostate cancer](#).

[Printer-friendly version](#)

Rank	U.S. News Score	Reputation (%)	Mortality ratio	Discharges (3 years)	Nurse/patient index	Nurse magnet facility	Key technologies (of 4)	Patient/community services (of 7)	NCI cancer center	Hospice/palliative care
1. Memorial Sloan - Kettering Cancer Center, New York	100.0	70.6	0.77	5,621	1.6	No	3.0	6	Yes	H, P
2. University of Texas, M.D. Anderson Cancer Center, Houston	99.9	69.9	0.76	5,635	1.9	Yes	3.0	5	Yes	P
3. Johns Hopkins Hospital, Baltimore	72.4	36.2	0.56	1,969	2.2	Yes	4.0	7	Yes	H, P
4. Dana - Farber Cancer Institute, Boston	71.3	42.0	0.61	290	1.0	No	3.0	5	Yes	H, P
5. Mayo Clinic, Rochester, Minn.	63.1	27.0	0.59	4,290	2.5	Yes	4.0	7	Yes	H, P
6. Duke University Medical Center, Durham, N.C.	43.8	10.2	0.71	2,980	1.8	No	4.0	7	Yes	H, P
7. University of Chicago Hospitals	41.7	6.4	0.60	2,039	2.2	No	4.0	7	Yes	H, P
8. UCLA Medical Center, Los Angeles	40.6	6.7	0.60	1,347	2.1	No	4.0	4	Yes	H, P
9. University of Michigan Medical Center, Ann Arbor	40.3	6.0	0.61	1,471	2.3	No	4.0	7	Yes	P
10. University of Pittsburgh Medical Center	39.7	4.6	0.58	1,751	1.9	No	3.5	7	Yes	H, P
11. University of Washington Medical Center, Seattle	39.5	5.9	0.51	891	2.3	Yes	3.5	6	No	H, P

Read [www.usnews.com](#)

Uncover the Secrets of Angels & Demons

Get the straight facts on marijuana.

PARENTS. THE ANTI-DRUG.

Abb. 3: Beispiel: America's Best Hospitals
 (<http://health.usnews.com/usnews/health/best-hospitals/rankings/specihqcanc.htm>; Zugriff am 8.10.2005)

Trotz vielfacher Kritik von Fachleuten, insbesondere was die Methodik der Erstellung des Krankenhausrankings betrifft, stoßen die „Best Hospitals“ des US News & World Report bei den Lesern seit Jahren auf großes Interesse.

2.2.3. Health Quality Initiative (HQI), Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), USA

Die Centers for Medicare & Medicaid Services, bis 2001 bekannt als Health Care Financing Administration (HCFA), befassen sich seit Jahren mit der Leistungsmessung (die HCFA veröffentlichte 1987 erstmals risikoadjustierte Mortalitätsraten) und in jüngerer Zeit auch mit der vergleichenden Veröffentlichung.

Bei der Health Quality Initiative handelt es sich um eine freiwillige Initiative öffentlicher Organisationen mit der Zielsetzung, Informationen zur Qualität von Krankenhäusern der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, die Datenerhebung und Veröffentlichung zu standardisieren und den Einrichtungen Anregungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu geben (43).

Die Initiative wird von verschiedenen Organisationen getragen: American Hospital Association (AHA), Federation of American Hospitals (FAH), Association of American Medical Colleges (AAMC), Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), JCAHO, National Quality Forum (NQF), Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)

(Quelle:<http://www.hospitalcompare.hhs.gov/Hospital/Search/SearchCriteria.asp?version=default&browser=IE%7C7%7CWindows+Vista&language=English&defaultstatus=0&pagelist=Home>).

Die Initiative arbeitet derzeit mit vier Indikatorensets der Diagnosen Herzinfarkt, Herzversagen, Pneumonie und chirurgischen Wundinfektionen, für welche insgesamt 20 Indikatoren entwickelt wurden (partiell identisch mit den Core Measures der JCAHO). Die Daten der freiwillig teilnehmenden Krankenhäuser werden zentral gesammelt, ausgewertet und sowohl den teilnehmenden Kliniken zur Verfügung gestellt als auch seit 2003 der Öffentlichkeit zugänglich gemacht (43).

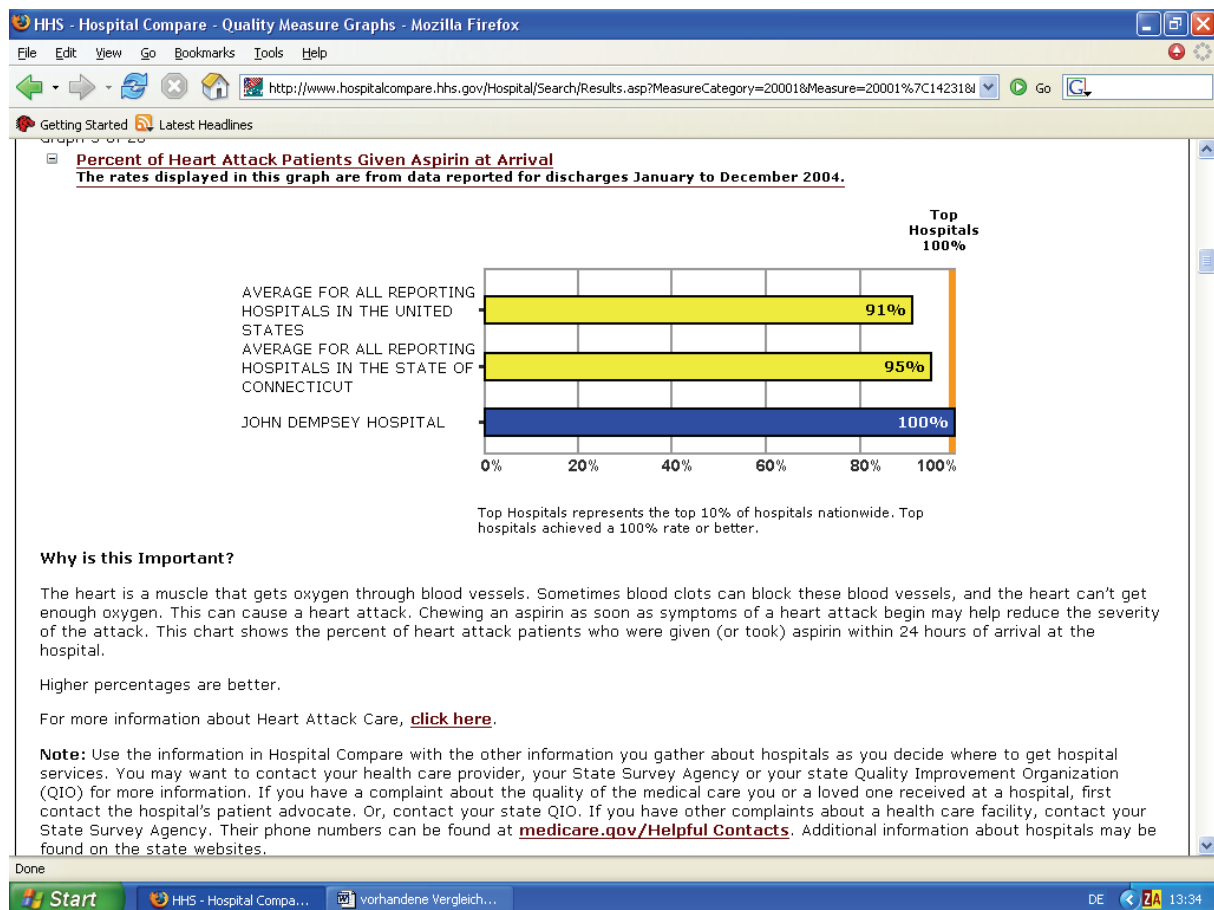


Abb. 4: Beispiel Health Quality Initiative der MMS
 (http://www.hospitalcompare.hhs.gov/Hospital/Search/Results.asp#ctgr_y_id20001; Zugriff am 12.07.2007)

Auch die HQI ist vom Gesetzgeber nicht als für Krankenhäuser gesetzlich verpflichtend mit initiiert worden. Dennoch legt ein 2003 erlassenes Gesetz fest, dass Krankenhäusern, die keine Daten für zehn durch die CMS festgelegte Indikatoren erfassen und melden, 0,4 % weniger Kosten für Medicare- Patienten erstattet werden.

Derzeit beteiligen sich ca. 4000 Krankenhäuser an dieser Initiative. Es davon auszugehen, dass dies in Zukunft noch mehr werden, da die derzeitige US-Regierung der Qualitätsförderung im Gesundheitswesen hohe Priorität beimisst (43).

2.2.4. New York State Cardiac Reporting System, USA

Bereits 1989 führte die Gesundheitsbehörde des US-Staates New York das New York State Cardiac Surgery Reporting System (CSRS) ein.

Jedes Jahr werden von sämtlichen Krankenhäusern des Bundesstaates und deren Herzchirurgen risikoadjustierte Mortalitätsdaten für die Koronare Bypass-Chirurgie veröffentlicht (43).

Zu diesem Zweck wird neben den tatsächlichen Todesfällen während eines Krankenhausaufenthaltes mit koronarer Bypass-Operation für jeden Patienten, der sich einer solchen Operation unterzieht, ein Risikoprofil erstellt, welches sich aus der Erhebung von ca. 40 KHK-assozierten Risikofaktoren zusammensetzt. Diese Daten werden mitsamt Informationen zum Status des Patienten bei Entlassung, Behandelndem Arzt und Angaben zum OP-Verlauf an die Gesundheitsbehörde übermittelt und dort analysiert.

Die ermittelten und analysierten Daten werden nicht nur dem Patienten öffentlich zur Verfügung gestellt, sondern werden auch an das Cardiac Advisory Committee (CAC) weiter geleitet, welches der Gesundheitsbehörde bei der Interpretation der Daten beratend zur Seite steht sowie den bei den Vergleichen schlechter abscheidenden Krankenhäusern direkte Empfehlungen oder Empfehlungen für eine externe Beratung zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse geben (43).

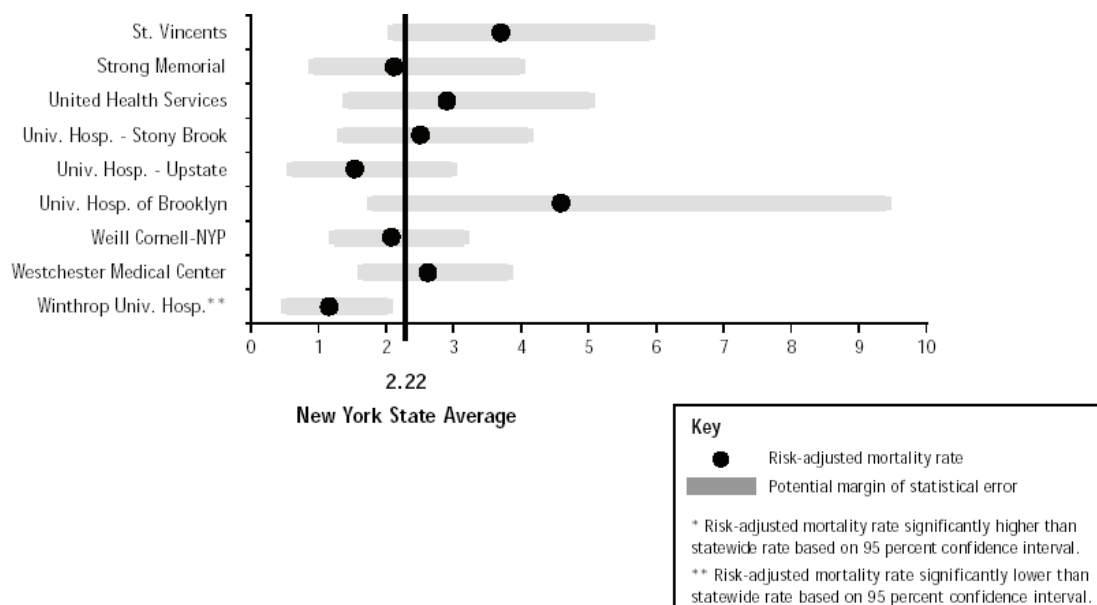


Abb. 5a: Beispiel: New York State Cardiac Surgery Report System (43)

Table 3 continued

	Cases	No. of Deaths	OMR	EMR	RAMR	95% CI for RAMR
NYU Hospitals Center						
#Colvin S	197	11	5.58	2.85	4.69	(2.34, 8.39)
Culliford A	400	7	1.75	2.92	1.43	(0.57, 2.95)
Esposito R	321	7	2.18	2.98	1.75	(0.70, 3.60)
#Galloway A	221	9	4.07	3.26	2.98	(1.36, 5.66)
#Glassman L	47	1	2.13	2.42	2.10	(0.03, 11.70)
#Grossi E	176	6	3.41	2.93	2.78	(1.01, 6.05)
#Ribakove G	223	8	3.59	3.50	2.45	(1.06, 4.83)
Spencer F	130	6	4.62	3.61	3.06	(1.12, 6.65)
All Others	50	2	4.00	3.31	2.89	(0.32, 10.42)
TOTAL	1765	57	3.23	3.09	2.50	(1.89, 3.24)

Abb. 5b: Beispiel: New York State Cardiac Surgery Report System (43)

Die Veröffentlichung der Daten im Rahmen des CSRS lenkte nicht nur das Interesse der staatlichen Gesundheitsbehörden und der Medien insbesondere auf die im Vergleich schlecht abscheidenden Krankenhäuser, sondern führte bei vielen betroffenen Institutionen zu vermehrten Anstrengungen, die Qualität der Gesundheitsleistungen zu verbessern.

2.2.5. National Health Service, Großbritannien

Initiativen zur Gesundheitsberichterstattung über Krankenhausorganisationen in Großbritannien wurden durch den staatlichen National Health Service (NHS) mit der Berufung der Commission for Health Improvement (CHI; seit 2004 Healthcare Commission) im Jahr 2000 begonnen mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung in Großbritannien flächendeckend zu verbessern.

Anlass zu der Initiative war eine statistische Auswertung von Daten der Kinderchirurgie eines Krankenhauses in Bristol im Vergleich mit anderen Krankenhäusern, welche zeigte, dass die Mortalitätsrate dieses Krankenhauses in fünf von sieben beobachteten Jahren doppelt so hoch war wie im Landesdurchschnitt. In der Folge zeigte sich, dass es zudem keine Institution gab, die sich für die Erkennung und Lösung dieser Ergebnisse verantwortlich zeigte (44).

Aufgrund dieses Missstandes wurde die CHI mit der Entwicklung und Durchführung verschiedener Maßnahmen der Berichterstattung zur Versorgungsqualität der britischen Krankenhäuser betraut. Diese Maßnahmen umfassten neben der jährlichen Veröffentlichung von Bewertungen der Krankenhausorganisationen analog zu Hotelbeurteilungen auf der Basis eines Sternesystems, die Einführung eines

Konzeptes der „Clinical Governance“ als einen „Rahmen, in dem NHS-Organisationen veranlasst werden hohe Behandlungsstandards zu gewährleisten und kontinuierliche Leistungsverbesserungen anzustreben“ mit Erfolgskontrollen durch Inspektoren der CHI, jährliche Zufriedenheitsanalysen bei Patienten und Personal in Form von Umfragen, Veröffentlichungen von Mortalitätsraten einzelner Herzchirurgen sowie die Koordination der Berichterstattung, Fehleranalyse, daraus gewonnener Erkenntnisse durch die National Patient Safety Agency (44) .

Für die Bewertung der Krankenhäuser anhand des Sternesystems nutzt die CHI für die unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen (Acute Trusts = Krankenhäuser der Akutversorgung, Specialist Trusts = fachärztliche Versorgung, Ambulance Trusts = Notfallversorgung, Primary Care Trusts = Primärversorgung auf kommunaler Ebene, Mental Health Trusts = psychiatrische Versorgung) verschiedene Datenquellen:

- Erreichte Punktzahl im Rahmen der Clinical-Government-Inspektion (berücksichtigt werden die Themen Beratung und Einbeziehung der Patienten, klinisches Risikomanagement, klinische Audits, Recherche und Effektivität, Personalausstattung und Personalmanagement, Aus-, Fort- und Weiterbildung auf persönlicher und professioneller Ebene, Einbeziehung von Bewertungen und Erfahrungen von Patienten)
- Erfolg oder Misserfolg bei der Erreichung von durch die CHI formulierten „Key Targets“ (Zielvorgaben) mit den Inhalten Wartezeiten, Hygiene, Budgetverwaltung und Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- im Qualitätszeugnis (Balanced Scorecard) belegte Leistungen im klinischen Bereich, im patientenbezogenen Bereich und im Bereich „Kenntnisse und Fertigkeiten“ unter Berücksichtigung von Prozessindikatoren (z.B. Einhaltung der Sorgfaltspflicht, Verhinderung von Infektionen und Verbesserung bei der Bekämpfung von Keimen) und Ergebnisindikatoren (z.B. postoperative Mortalität, Notfallwiederaufnahmen), Patienteninformation und Ergebnisse von Patientenbefragungen.

Die Daten werden anhand komplexer Regeln ausgewertet und ausgehend von diesen drei Datenquellen werden die Krankenhausorganisationen kategorisch mit null bis drei Sternen bewertet. Je nach Erfüllung der Kriterien werden die

Krankenhäuser mit null (erhebliche Mängel bei der Erfüllung) bis drei Sternen (hoher Grad der Erfüllung der Kriterien) bewertet.

The screenshot shows a Mozilla Firefox browser window displaying the Healthcare Commission website. The search results are for 'Acute and specialist trusts' and show 173 results. The results are sorted alphabetically. The table lists various NHS trusts with their ratings (1 to 3 stars) and links to summaries and trust reports.

Acute and specialist trusts	Rating		
Sort alphabetically	Sort by rating		
Aintree Hospitals NHS Trust	**	Summary	Trust report
Airedale NHS Trust	*	Summary	Trust report
Ashford and St Peter's Hospitals NHS Trust	***	Summary	Trust report
Barking, Havering and Redbridge Hospitals NHS Trust	**	Summary	Trust report
Barnet and Chase Farm Hospitals NHS Trust	*	Summary	Trust report
Barnsley Hospital NHS Foundation Trust	***	Summary	Trust report
Barts and The London NHS Trust	**	Summary	Trust report
Basildon and Thurrock University Hospitals NHS Foundation Trust	***	Summary	Trust report
Bedford Hospital NHS Trust	**	Summary	Trust report
Birmingham Children's Hospital NHS Trust	***	Summary	Trust report
Birmingham Heartlands and Solihull (Teaching) NHS Trust	***	Summary	Trust report

Abb. 6: Beispiel National Health Service, Großbritannien
<http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Search/SearchResults.asp?TrustType=A>; Zugriff am 12.10.2005)

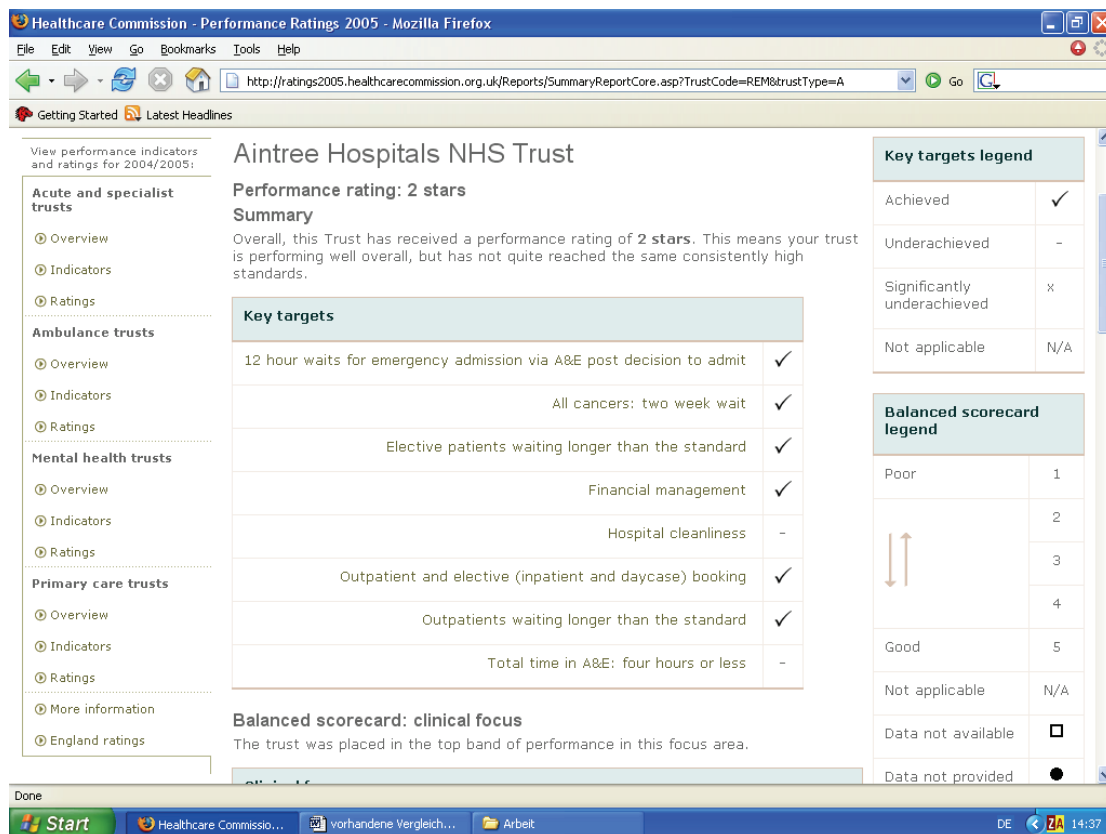


Abb. 7: Beispiel: National Health Service, Großbritannien
(<http://ratings2005.healthcarecommission.org.uk/Reports/SummaryReportCore.asp?TrustCode=RDMA&trustType=A>; Zugriff am 12.10.2005)

Nach vier Jahren der Bewertung staatlicher medizinischer Leistungserbringer anhand von Starratings in England hat die Healthcare Commission sich jüngst dazu entschlossen, dass 2005 letztmalig Einrichtungen mittels dieses Verfahrens bewertet werden. In der Vergangenheit wurde durch zahlreiche Fachvertreter immer wieder Kritik laut, die insbesondere auf die fragwürdige Methodik der Beurteilung und Gewichtung der erhobenen Daten abzielte.

2.2.6. Helios Klinikgruppe, BR Deutschland

Die Helios Kliniken GmbH mit Hauptgeschäftssitz in Fulda ist eine seit 1994 unter diesem Namen firmierende private Klinikgesellschaft. Mit derzeit 24 Kliniken, darunter vier Krankenhäuser der Maximalversorgung in Erfurt, Berlin-Buch, Wuppertal und Schwerin. Das Unternehmen beschäftigt 27.000 Mitarbeiter bei einer Gesamtkapazität von 15.400 Betten und jährlich 460.000 stationär behandelten

Patienten. Der Jahresumsatz beträgt ca. 1,7 Milliarden Euro (Quelle: http://www.helios-kliniken.de/de/Unternehmen/HELIOS_Kliniken_GmbH/index.htm).

Das Unternehmen veröffentlicht seit 1999 neben Struktur- und Leistungsdaten auch die durchschnittlichen Verweildauern und Mortalitätsraten geschlüsselt nach den einzelnen DRGs. Lagen diese Daten seit 1999 zunächst als kumulierte Daten von den dem Unternehmen zugehörigen Krankenhäusern insgesamt vor, werden seit 2005 Qualitätsberichte für jedes einzelne Krankenhaus veröffentlicht, welche neben den nun gesetzlich vorgeschriebenen Leistungs- und Strukturdaten ebenfalls für einige Eingriffe Sterblichkeitsraten für jedes Krankenhaus individuell enthalten (.

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl	Todes- fälle Aue 2004 Anzahl	Erwartete Todesfälle Deutsch- land (3M)*
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmewicht über 2499 g, ohne größeren operativen Eingriff oder Langzeitbeatmung	764	0	0,2
2	O60	Normale Entbindung	673	0	0,0
3	G67	Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Infekt oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	567	2	2,7
4	L07	Operationen durch die Harnröhre, jedoch nicht an der Prostata	518	0	2,6
5	C08	Entfernung der Augenlinse mit Implantation einer künstlichen Linse	513	0	0,1
6	I18	Sonstige Operationen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk oder Unterarm	417	0	0,1
7	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	394	2	1,0
8	I03	Hüftgelenkersatz, Versteifung des Hüftgelenks oder Wiederholungsoperationen an der Hüfte bei komplizierteren Krankheiten (z. B. bei Hüftgelenkverschleiß)	340	1	4,5
9	F62	Herzermüdung, d. h. Unvermögen des Herzens, den erforderlichen Blutauswurf aufzubringen (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	303	27	38,7
10	B80	Sonstige Kopfverletzungen (z. B. Gehirnerschütterung)	281	1	0,7
11	K60	Zuckerkrankheit (= Diabetes)	271	2	4,2
12	I04	Kniegelenkersatz, Versteifung des Kniegelenks oder Wiederholungsoperationen am Knie bei komplizierten Krankheiten (z. B. bei Kniegelenkverschleiß)	263	0	0,4

Abb. 8: Beispiel: Helios Kliniken (http://www.helios-kliniken.de/stellent/groups/unternehmen/@zentrale/documents/helwebp df/hel_025313.pdf; Zugriff am 12.07.2007)

Bei dieser Darstellung werden die im Berichtszeitraum in der einzelnen Klinik vorgekommenen Todesfälle einem Erwartungswert von Todesfällen gegenüber gestellt. Dieser Erwartungswert ergibt sich aus den sich bundesweit durchschnittlich ereignenden Todesfällen bei einer gleichen Anzahl von vergleichbaren durchgeführten Eingriffen.

2.2.7. Initiativkreis Ruhrgebiet, BR Deutschland

Beim „Initiativkreis Ruhrgebiet“ handelt es sich um eine seit 1989 existierende organisierte Initiative im Sinne einer Public Private Partnership, in der Repräsentanten von derzeit 58 großen angesiedelten Unternehmen sowie Repräsentanten der Kommunen gemeinsam arbeiten mit dem Ziel der Profilierung der Region an Rhein und Ruhr.

Die Initiative entwickelt Ideen und koordiniert Maßnahmen zur Förderung von Wirtschaft und Investitionen, Wissenschaft, Sport und Kultur sowie zur Image-Verbesserung des Standortes Ruhrgebiet (Quelle: <http://www.i-r.de/Internet/DE>).

Als ein Pilotprojekt der Initiative entstand 2004 in Kooperation mit der Boston Consulting Group GmbH, dem Lehrstuhl für Medizin-Management der Universität Duisburg-Essen und dem Picker Institut Deutschland gGmbH der Klinik-Führer Ruhrgebiet (seit 2005 Klinik-Führer Rhein-Ruhr).

Für den ersten Klinik-Führer Ruhrgebiet wurden die 70 Krankenhäuser der Region, welche die untersuchten Fachrichtungen als Leistungen anbieten (dies waren 2004 allgemeine Chirurgie, Kardiologie, Wirbelsäulenerkrankungen interdisziplinär) angeschrieben. Die Teilnahme war freiwillig, sodass am Ende die Ergebnisse von 37 Kliniken veröffentlicht werden konnten. Aufgrund des großen Interesses seitens der Öffentlichkeit wurde der Klinik-Führer Rhein Ruhr 2005 um weitere Fachrichtungen ergänzt und die geographische Einbeziehung ausgeweitet. Er enthält bereits die Bewertung von 74 Krankenhäusern und 13 Fachbereichen.

In die Beurteilung der einzelnen Krankenhäuser und Abteilungen fließen die Ergebnisse einer durchgeführten Patientenbefragung zur Versorgungsqualität ein. Es wurden 10 Qualitätskriterien zu allen Phasen des Krankenhausaufenthaltes abgefragt, von denen die 5 mit dem höchsten statistisch ermittelten Einfluss auf die Weiterempfehlungsbereitschaft dargestellt werden (Reihenfolge höchster Einfluss nach geringster Einfluss):

- Verhalten Arzt zu Patient
- Verhalten Pflegepersonal zu Patient
- Behandlungserfolg
- Zimmerausstattung
- Essen.

Ebenso werden die Ergebnisse einer Befragung von Ärztinnen und Ärzten der Region einbezogen. Diese wurden nach ihrer Entscheidung für ein Krankenhaus gefragt, für den Fall dass sich ein persönlicher Behandlungsbedarf ergäbe.

Schließlich fließen weitere Strukturdaten (Größe, Fallzahlen, Personalstärke, Qualifikation, Weiterbildungsmöglichkeit, Kooperationen, ambulante Eingriffe) sowie Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS; Indikationsraten, Komplikationsraten) und DRG-Daten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (Fallzahlen, Liegezeiten) ein (Quelle: <http://www.kliniken-rhein-ruhr.de/Methodik.16.0.html>).

Kliniken im direkten Vergleich										Kliniken im direkten Vergleich									
Übersichtstabelle "Allgemeine Chirurgie"																			
Quelle und Bewertungskriterium		Qualität der Klinik aus Patientensicht						Rangnummer der Klinik bei Ärzten (Anzahlbefragung)		Erfahrung der Klinik bei Eingriffen (DRG-Statistiken)			Behandlungsqualität (BQS-Statistiken)						
		Vorhalten Arzt - Patient	Verhalten Pflegepersonal - Patient	Behandlungserfolg	Zimmer	Essen	Gesamtzufriedenheit (gewichtet)	Empfehlungen in %	Eingriffe an der Gallenblase	Eingriffe an der Schilddrüse	Dr.- und Darmkrebsoperationen	Qualitätsindex Gallenfasern-entfernung	Qualitätsindex Blinddarm-entfernung						
Klinik (Kurzbezeichnung)	Ort	Zufriedenheit in %	Zufriedenheit in %	Zufriedenheit in %	Zufriedenheit in %	Zufriedenheit in %	Zufriedenheit in %	Empfehlungen in %	Anzahl pro Jahr	Anzahl pro Jahr	Anzahl pro Jahr								
EIK - Ev. Krankenhaus Dinslaken	Dinslaken	86	91	91	75	88	86		152	46	138								
EIK - Ev. Krankenhaus Duisburg-Nord	Duisburg	78	90	90	69	81	82		96	24	76								
Ev. Krankenhaus Mülheim	Mülheim	82	90	92	76	80	85	4.6	296	82	280								
Kath. Klinikum Duisburg	Duisburg	80	90	92	80	76	84		122	44	90								
KKEI - St. Barbara-Hospital Gladbeck	Gladbeck	89	93	90	82	92	89		144	92	142								
KKO - St. Marien-Hospital Osterfeld Oberhausen	Oberhausen	91	93	94	81	83	90		158	62	108								
Krappschaftskrankenhaus Bottrop	Bottrop	83	96	92	93	89	89	1.2	240	102	68								
Alfred Krupp Krankenhaus Essen	Essen	88	96	92	93	89	92	1.9	296	98	210								
Elisabeth-Krankenhaus Essen	Essen	81	87	89	76	80	83	1.1	104	102	152								
Ev. Kliniken Gelsenkirchen	Gelsenkirchen	86	92	91	54	81	83		104	42	116								
Ev. Krankenhaus Herne	Herne	93	94	96	72	90	90	2.3	208	258	120								
Ev. Krankenhaus Luthera Haus Essen	Essen	88	94	94	76	89	89	1.9	184	10	152								
Kath. Kliniken Essen-Nord - St. Vincenz Krankenhaus und Marienhospital Altenesson	Essen	87	93	88	74	88	86		232	136	154								
Kath. Kliniken Ruhr-Regional Essen	Essen	91	96	95	61	87	88		104	24	128								
KKEI - St. Josef-Hospital Gelsenkirchen-Horst	Gelsenkirchen	84	93	93	75	89	87	1.1	136	52	98								
Kliniken Essen-Mitte - Ev. Haydens-Stiftung	Essen	89	94	96	62	83	87	3.2	188	312	248								
Kliniken Essen-Süd - Kath. Krankenhaus St. Josef	Essen	88	93	97	84	86	90		156	26	72								
Krappschaftskrankenhaus Bochum-Langendreier	Bochum	84	85	90	84	87	86		98	58	92								
Marienhospital Gelsenkirchen	Gelsenkirchen	81	93	94	84	84	87	2.7	344	130	86								
Martin-Luther-Krankenhaus Bochum-Wattenscheid	Bochum	91	96	91	87	88	94		94	16	74								
St. Anna Hospital Herne	Herne	85	90	91	78	90	87		114	18	94								
St. Josef Hospital Bochum	Bochum	84	92	89	72	87	85	2.8	136	208	104								
Universitätsklinikum Essen	Essen	80	84	89	78	71	81	3.5	46	112	72								
Klinikum Dortmund	Dortmund	83	93	94	89	94	89	4.2	176	289	288								
Krappschaftskrankenhaus Dortmund	Dortmund	84	92	87	87	89	89		90	88	46								
Krappschaftskrankenhaus Recklinghausen	Recklinghausen	85	93	87	83	86	87	1.4	130	90	66								
Marienhospital Schwerte	Schwerte	90	96	96	81	92	91	1.5	116	168	126								
Prospere Hospital Recklinghausen	Recklinghausen	87	93	94	90	88	90	3.5	172	58	378								
St. Johannes-Hospital Dortmund	Dortmund	85	94	96	85	86	89	3.0	300	142	140								

Abb. 9: Beispiel Initiativkreis Ruhrgebiet ([http://www.kliniken-rhein-ruhr.de/index.php?id=25&tx_keklinikfuehrer_pi1\[list\]=02&fs=2&L=0](http://www.kliniken-rhein-ruhr.de/index.php?id=25&tx_keklinikfuehrer_pi1[list]=02&fs=2&L=0); Zugriff am 12.10.2005)

Bereits ein Jahr nach Beginn der Initiative ist die Resonanz bei der Öffentlichkeit so groß, dass von einer Weiterführung und -entwicklung in der Zukunft ausgegangen werden kann.

2.3. Qualitätsberichte nach § 137 SGB V in Deutschland

Im Dezember 2003 haben sich die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft auf Form und Inhalt zukünftig regelmäßig in zweijährigem Turnus zu erstellender Qualitätsberichte als Instrument der Sicherung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen geeinigt. Die Berichte sind von den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen (45).

Diese Vereinbarung folgte damit Beschlüssen von Bundestag und Bundesrat von 2002 und einem bereits aus dem Jahr 1999 datierenden Beschluss der 72. Gesundheitsministerkonferenz, welche mit der 6. Zielvorgabe für eine „einheitliche Strategie zum Gesundheitsmanagement im Gesundheitswesen“ die Erstellung von Qualitätsberichten für alle Einrichtungen des Gesundheitswesens forderte (45).

Nach den abschließenden Vereinbarungen vom Dezember 2003 kommt den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen sowie deren Verbänden dabei die Aufgabe zu, Vertragsärzte und Versicherte auf der Basis der Qualitätsberichte auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser zu informieren und Empfehlungen auszusprechen.

Mit diesen Regelungen erhält das Instrument der Qualitätsberichte in Deutschland erstmalig eine gesetzliche Grundlage. Bisherige Ansätze und Daten standen bisher ausschließlich von einzelnen medizinischen Leistungserbringern (einzelnen Kliniken oder privaten Klinikverbänden) als Bestandteil von Jahres- und/oder Geschäftsberichten zur Verfügung. Sie existierten im Rahmen von auf freiwilliger Basis ins Leben gerufenen Marketingkonzepten, welche dementsprechend nicht obligatorisch und auch in Form und Inhalt nicht vereinheitlichend geregelt waren.

Mit der geschaffenen Gesetzesgrundlage wird der deutschen Öffentlichkeit nun erstmals das Recht auf einrichtungsbezogene Qualitätsinformationen im Bereich medizinischer Leistungserbringer zugebilligt (45).

Die Frage, worum es sich bei dem Begriff „Qualitätsbericht“ eigentlich handelt, ist mithilfe deutscher Schriftwerke nicht sicher zu beantworten.

Schrappe bezeichnet den Qualitätsbericht als einen „systematisch erstellten Bericht, der der interessierten Öffentlichkeit in regelmäßigen Zeitabständen repräsentative

und valide Daten zur Qualität der erbrachten Dienstleistungen in verständlicher Form zur Verfügung stellt“ (45).

Nimmt man diese orientierende Beschreibung als Maßstab, so handelt es sich bei einem Qualitätsbericht um einen an die interessierte Öffentlichkeit adressierten Bericht (im Gegensatz zu Berichten, welche sich an das interne Management von Einrichtungen richten), welcher regelmäßig und in dem potenziellen Nutzer verständlicher Form repräsentative und valide Daten mit Bezug zur Ergebnisqualität der erbrachten Dienstleistungen enthält (45). Diese Definition sollte auch den bereits implizit enthaltenen Begriff der Strukturiertheit des Berichtes berücksichtigen.

Da es sich im aktuellen Fall um ein neues und in Deutschland unbekanntes Instrument handelt, wird sich die Definition in Zukunft auch am Inhalt des Gesetzestextes orientieren.

Im § 1 des Gesetzestextes werden die Ziele des Qualitätsberichtes formuliert.

Diese umfassen

- Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
- Eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen, sowie
- Die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen (46).

Damit werden die Ziele, welche auch für die internationalen Initiativen öffentlicher vergleichender Qualitätsberichterstattung formuliert wurden, auch durch die deutsche Gesetzgebung postuliert.

Sie beinhaltet die Möglichkeit der Information und Beratung der Leistungen in Anspruch nehmenden Patienten ebenso wie die Möglichkeit der Verwendung der vergleichenden Datensätze als Mittel für Werbung und als Marketinginstrument durch die Leistungserbringer. Einerseits wird die Patientenautonomie gestärkt, andererseits werden den Leistungserbringern Anreize geboten in den Wettbewerb um Qualität und Marktanteile im Gesundheitswesen einzusteigen (45).

Die Implementierung dieses Instrumentes versucht auch dem möglichen Effekt vorzubeugen, die zukünftige Strategie der Leistungserbringer ausschließlich auf die Kosten als entscheidendes Kriterium ihrer Tätigkeit zu fokussieren. Diese Gefahr

wird von einigen Autoren aufgrund der zeitgleich geplanten Einführung der Abrechnung von Leistungen nach den Richtlinien der „Diagnosis Related Groups“ gesehen. Es wurde davon ausgegangen, dass eine Gesetzesinitiative zur Betonung des Kriteriums der Qualität auch in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit dem entgegen wirken könnte (45).

In der Anlage zum Gesetzestext sind die zukünftigen Inhalte des zu erstellenden Qualitätsberichtes in einen Basisteil (A-C) mit im Vordergrund stehenden Leistungs- und Strukturdaten (zumeist in Tabellenform) und in einen Systemteil (D-G) mit im Wesentlichen in Textform verfassten weiteren Informationen über die Einrichtungen untergliedert.

Diese Inhalte werden im Folgenden detailliert aufgeführt.

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

- Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, e-mail-Adresse, Internetadresse)
- Institutionskennzeichen der Einrichtung
- Name des Krankenhausträgers
- Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?
- Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus
- Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten ambulant sowie stationär
- Bezeichnungen der Fachabteilungen (Schlüssel nach § 301 SGB V) mit Anzahl der Betten, Anzahl der stationären Fälle, Haupt- oder Belegabteilungen, existiert Poliklinik oder Ambulanz
- Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr
- Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?
- Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung (betrifft psychiatrische Fachkrankenhäuser und psychiatrische Abteilungen)
- Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen?
- Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaften?

- Apparative Ausstattung (Vorhandensein und 24-Stunden-Verfügbarkeit)

B Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (B-1)
und Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (B-2)

- Name der Fachabteilung
- Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung
- Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
- Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung
- Mindestens die Top-10 DRGs der Fachabteilung im Berichtsjahr
- Mindestens die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr
- Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilungen im Berichtsjahr
- Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl nach absoluter Fallzahl im Berichtsjahr
- Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen nach absoluter Fallzahl der Fachabteilung im Berichtsjahr
- Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)
- Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)
- Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)
- Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)
- Personalqualifikation im ärztlichen Dienst (Anzahl der insgesamt beschäftigten Ärzte, Anzahl der Ärzte in Weiterbildung, Anzahl der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung, Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis)
- Personalqualifikation im Pflegedienst (Anzahl der insgesamt beschäftigten Pflegekräfte, Prozentualer Anteil der examinierten Schwestern und Pfleger, Prozentualer Anteil des Pflegepersonals mit entsprechender Fachweiterbildung, Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/-innen)

C Qualitätssicherung

- Teilnahme an der gesetzlich verpflichtenden externen Qualitätssicherung (Aufschlüsselung nach Eingriffen und Prozeduren: Wird Leistung erbracht?, Teilnahme an der externen Qualitätssicherung, Dokumentationsrate)
- Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach §115b SGB V
- Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)
- Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease- Management-Programmen (DMP)
- Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V und ergänzende Angaben bei Nichtumsetzung

D Qualitätspolitik

Hier sollen Grundsätze, strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik, wie sie im Krankenhaus betrieben werden, beschrieben werden.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

Hier sollen der Aufbau und die verschiedenen Ansätze des Qualitätsmanagements beschrieben werden sowie Ergebnisse der externen Qualitätssicherung tabellarisch aufgeführt werden.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Hier können ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements dargestellt werden.

G Weitergehende Informationen

Hier können die Verantwortlichen für den Qualitätsbericht, Ansprechpartner, Links vermerkt werden (46).

Seit dem 30. September 2005 liegen nun für alle Krankenhäuser in Deutschland erstmals die Qualitätsberichte als elektronische Datei vor und werden auf den entsprechenden Seiten des Internet, zumeist als pdf- Dokument, so, wie er von der Klinik erstellt wurde, bereit gestellt.

Die Inhalte sind nach den gesetzlichen Vorschriften standardisiert. Die Gestaltung der einzelnen Qualitätsberichte liegt in der Hand der Krankenhäuser. Einzige Vorgabe ist die Darstellung der Zahlendaten in Tabellenform (41).

Ein einheitliches Marketingprodukt, welches in der Lage ist Maßstäbe zu setzen, zum Beispiel eine netz-basierte Datenbank oder ein Printmedium, welches die Inhalte der verschiedenen Qualitätsberichte integriert und dem interessierten Nutzer einen vergleichenden Überblick verschafft, entstand bisher nicht. Es werden zwar immer wieder Daten aus den Qualitätsberichten von Medien oder anderen Gruppen für einen vergleichenden Ansatz genutzt, jedoch scheint auch in Deutschland die erfolgreiche Nutzung der Qualitätsberichte noch in der Ferne zu liegen.

Noch bevor die Qualitätsberichte zum ersten Mal veröffentlicht wurden, wurde der gewählte Ansatz in Deutschland von Experten bereits intensiv und kritisch diskutiert. Allgemein wird die Initiative, welche sich als einzige unter vielen Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung an die Öffentlichkeit wendet, begrüßt und wird als Vorboten eines Kulturwandels hin zu mehr Transparenz und Öffentlichkeit im Bereich medizinischer Leistungserbringer wohlwollend betrachtet (45).

Die Vereinheitlichung der Inhalte und die Formvorschrift des Tabellenformates wird insgesamt ebenfalls als positiv bewertet (zumindest den Basisteil betreffend). Es wird dem Ansatz der Qualitätsberichterstattung in Deutschland das Potenzial eines Schrittmachers im Wettbewerb um Qualität zugetraut.

Jedoch werden auch einige kritische Aspekte angemerkt.

Diese betreffen zum einen die Inhalte der Qualitätsberichte. Es wird bemängelt, dass die Qualitätsberichte bisher kaum mehr als Leistungs- und Strukturdaten enthalten und keine Daten, welche tatsächlich etwas über die Qualität aussagen. Es wurden keine Qualitätsindikatoren definiert (45).

Zudem wird bemängelt, dass einige Daten nicht detailliert genug erfasst werden müssen. Für viele Daten, welche zur Verfügung stehen, existieren keine Vergleichswerte. Die nicht interpretierten Rohdaten sind so für den Laien in ihrer Bedeutung schwer zu beurteilen. Aufgrund der lediglich zweijährig zu veröffentlichenden Daten ist die Zeitnähe nicht ausreichend gewährleistet.

Eine zukünftige Modifizierung und Ergänzung dieses Instrumentes zur Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in Deutschland im Hinblick auf Inhalt, Form und weitere Aspekte wird daher von allen Experten als notwendig erachtet (41).

Bereits für die zweite Generation der Qualitätsberichte, welche im Laufe der Fertigstellung dieser Arbeit veröffentlicht wurde, wurden auch aufgrund der geäußerten Kritik die Vorgaben bereits modifiziert und teilweise konkretisiert (47). Diese Veränderungen konnten für diese Arbeit jedoch nicht mehr berücksichtigt werden.

3 Fragestellung

Mit der bundesdeutschen Initiative der Erstellung von Qualitätsberichten mit der Option einer vergleichenden Darstellung der Ergebnisse zur Information über die unterschiedliche Qualität medizinischer Leistungserbringer intendiert der Gesetzgeber unter anderem, Patienten im Falle einer notwendigen Behandlung oder eines notwendigen Eingriffs zu einer informierten Entscheidung über den ihren Bedürfnissen am ehesten entsprechenden Leistungserbringer zu befähigen.

Dies wird am ehesten dann gelingen, wenn die vergleichenden Qualitätsberichte die Informationsbedürfnisse der Patienten widerspiegeln. Hierzu muss Klarheit darüber bestehen, welche Bedürfnisse die Patienten haben, mithin welche Anforderungen von Patientenseite an die Berichte gestellt werden. Dies kann dadurch gelingen, dass man diese zu ihren Bedürfnissen befragt.

In dieser Arbeit werden zwei sich daraus ergebende wesentliche (auch den Empfehlungen aus anderen Ländern entsprechende) Fragenkomplexe behandelt.

Der eine lautet, inwieweit die Informationen, welche in den Qualitätsberichten enthalten sind, mit den Informationsbedürfnissen der künftigen Adressaten (Patienten) übereinstimmen. Die verschiedenen Informationsindikatoren aus den Vorgaben des zu erstellenden Berichtes sollen aus der Nutzerperspektive in ihrer Verständlichkeit und Relevanz für die Entscheidungsfindung beurteilt werden.

Der andere lautet, welche Formen der Darstellung vergleichender Qualitätsberichterstattung sich prinzipiell eignen bzw. welche Formen sich besser oder schlechter eignen als andere, Patienten die Entscheidungsfindung aufgrund von Informationen über Leistungserbringer zu ermöglichen. Es sollen unterschiedliche Darstellungsvarianten von Leistungsvergleichen aus der Nutzerperspektive in ihrer Qualität und Eignung beurteilt werden.

4 Methoden

4.1. Art der Studie und Studienpopulation

Die Methodik dieser Arbeit besteht in einer empirischen Untersuchung zur Ermittlung der Bedürfnisse potenzieller Nutzergruppen vergleichender Qualitätsberichte.

Dabei wird intendiert, explorativ die Inhalte der Forschungsschwerpunkte zu konkretisieren, in denen in Zukunft zur Gestaltung der vergleichenden Qualitätsberichte weitere Forschung angeknüpft werden kann.

Dazu wurden im Rahmen einer empirischen Befragung 100 Personen anhand des zu diesem Zwecke entwickelten Fragebogens interviewt. Bei 50 dieser Personen handelte es sich um Patienten (nachfolgend in Grafiken, Tabellen etc. mit P bezeichnet) von Allgemeinarztpraxen. Dazu wurden in vier verschiedenen Allgemeinarztpraxen in Nordrhein-Westfalen (Köln, Düsseldorf, Wuppertal, Duisburg) an mehreren Vormittagen im Zeitraum Januar bis Juli 2005 die dort eintreffenden Patienten zunächst vom Praxispersonal gefragt, ob sie Interesse an der Teilnahme an einer Befragung hätten. Wurde dieses bejaht, wurden sie dem standardisierten Interview entsprechend in einem separaten Praxisraum durch den gleichen Interviewer befragt. Die durchschnittliche Interviewdauer betrug ca. 25 Minuten. Patienten unter 18 Jahren wurden bei der Befragung nicht berücksichtigt.

Weitere 50 Personen waren Studenten, von denen die Hälfte Medizinstudenten (nachfolgend in Grafiken, Tabellen etc. mit M bezeichnet), die andere Hälfte Nicht-Medizinstudenten (nachfolgend in Grafiken, Tabellen etc. mit N bezeichnet) waren. Die Auswahl der Patienten erfolgte in diesen Fällen durch Kontaktaufnahme per Handzettel und das Interview wurde in Räumlichkeiten der Universität ebenfalls anhand des standardisierten Fragebogens durchgeführt.

Die Befragung gliedert sich grob in zwei Teile. Im ersten Teil wurden die Befragten gebeten, verschiedene Formate, welche Krankenhausqualität in unterschiedlicher Form darstellen, zu betrachten, sich aufgrund der Darstellung gegebenenfalls für ein Krankenhaus zu entscheiden, und das Format schließlich anhand von Kriterien zu bewerten. Zudem wurde nach Bewertung der einzelnen Formate abschließend erfragt, welches Format dem Befragten zur Beurteilung von Krankenhausqualität am meisten zusagt.

Im zweiten Teil der Befragung wurde dem Befragten eine Liste mit Indikatoren vorgelegt, die Krankenhausqualität abbilden sollen. Der Befragte wurde gebeten, die Indikatoren zunächst im Hinblick auf ihre Verständlichkeit zu bewerten. Zusätzlich wurde gebeten, die Indikatoren daraufhin zu bewerten, wie wichtig dem Befragten diese Indikatoren erscheinen, um anhand dieser die Qualität eines Krankenhauses beurteilen zu können. In offener Form wurde hier abschließend gefragt, welche Informationen oder Indikatoren dem Befragten neben den in der Liste aufgeführten relevant erscheinen, um die Qualität eines Krankenhauses besser beurteilen zu können.

4.2. Die Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde in Form eines Einzelinterviews durchgeführt. Der Interviewer moderierte den Verlauf der Befragung. Jedes Interview dauerte ca. 25 Minuten, wobei die Dauer individuell abhängig war von der Person des Befragten. Der Befragte hatte jederzeit die Möglichkeit seinerseits Fragen zu stellen, falls etwas für ihn unverständlich war.

Um die Beurteilung der Formate vorzunehmen wurde der Befragte gebeten sich vorzustellen er habe sich einen Leistenbruch zugezogen und könne nun ein Krankenhaus auswählen, in dem er behandelt werden möchte. Er bekommt zum Zweck der Information von seiner Krankenkasse ein Informationspaket. Dieses bekommt er in unterschiedlichen Varianten bei der Befragung in Form der erstellten Formate. Vor diesem Hintergrund sollte er die verschiedenen Formate beurteilen.

Der Ablauf des Interviews verlief schematisch folgendermaßen (der detaillierte, wortgetreue Ablauf des Interviews geht aus dem Interviewer-Leitfaden im Anhang hervor):

1. Begrüßung des Probanden, Erläuterung des Kontextes der Untersuchung, Darstellung der Situation, in die sich der Proband hineinversetzen soll (Hernien-OP, Informationspaket der Krankenkasse)
2. Präsentation aller Formate gleichzeitig zum Zwecke der ersten Orientierung für den Befragten ca. 2 Minuten

3. Vorlage des ersten Formates, Zeit zur Orientierung und anschließend die Aufforderung, das Format anhand des Fragebogens zu bewerten, keine Zeitbeschränkung
4. Vorlage der weiteren 7 Formate bei gleicher Vorgehensweise wie unter Punkt 3.
5. Erneute Präsentation aller Formate und Aufforderung zur Auswahl des dem Befragten am geeignetsten erscheinenden Formates zur Beurteilung von Krankenhausqualität
6. Vorlage der Liste mit Indikatoren und Aufforderung zu deren Beurteilung nach Verständnis, keine Zeitbeschränkung
7. Vorlage der Liste mit Indikatoren und Aufforderung zu deren Beurteilung nach Wichtigkeit/Relevanz, keine Zeitbeschränkung
8. Vorlage des Statistikeils und Aufforderung zum Ausfüllen
9. Dank und Verabschiedung

Um mögliche, durch die Reihenfolge entstehende, verzerrende Effekte erkennen zu können wurden zwei Versionen der Fragebögen erstellt. Dabei wurde die Reihenfolge der Vorlage der Formate variiert. In einer Version A wurde eine zufällige Reihenfolge für die acht Formate ausgewählt. In der zweiten Version wurden die vier ersten Formate der Version A den vier zweiten Formaten hinten angestellt.

4.3. Erstellung der Formate

Für den Fragebogen wurden acht unterschiedliche Formate erstellt, die den Leistungsvergleich von zehn Krankenhäusern graphisch zum Ausdruck bringen sollen.

Die Formate sind in ihrer Darstellung an bereits vorhandene Darstellungen vergleichender Qualitätsberichterstattung angelehnt.

Eins der Formate stellt tabellarisch die Bewertung der einbezogenen Qualitätsmerkmale für jedes der zehn Krankenhäuser in der Basisform als dichotome Bewertung (ja/nein) oder als quantitativen Wert dar.

Sechs orientieren sich in Gestaltung und Aufbau an bereits vorhandenen, Leistungsdaten vergleichenden, Formaten verschiedener bekannter Institutionen (z.B. NHS, JCAHO, US News and World Report: America's best hospitals, European

Observatory on Health Care Systems, Health Scope, s. entsprechendes Kapitel 2) und sind diesen im Wesentlichen nachempfunden. Bei diesen wurden die Basisdaten nach definierten Kriterien (s. Erstellung der einzelnen Formate) vorbewertet und nach Vorbild der Institutionen entsprechend graphisch oder tabellarisch dargestellt. Für zwei weitere Formate wurde die graphische Darstellung in Orientierung an vorhandene Darstellungsvarianten modifiziert (48). Auch bei diesen wurden die Basisdaten nach definierten Kriterien vorbewertet und graphisch dargestellt.

Zur Generierung der fiktiven Basisdaten der Krankenhäuser wurden zunächst 12 Qualitätsmerkmale ausgewählt. Dabei handelt es sich um Merkmale, wie sie im Zuge der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichtes für den Basisteil (Teil verpflichtender Angaben) von allen Krankenhäusern, neben weiteren, erfasst werden sollen. Von den insgesamt zu erfassenden Kriterien wurden 12 Kriterien ausgewählt, die zur Beurteilung der Qualität eines Krankenhauses in dem konkreten Fall eines notwendigen operativen Eingriffs im Fall einer Hernie genutzt werden könnten, da sie geeignet erscheinen, die Qualität der Leistung eines Krankenhauses abzubilden.

Folgende Qualitätsmerkmale wurden ausgewählt:

- akademisches Lehrkrankenhaus (Pos. 1 in nachfolgender Tabelle)
- Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses (Pos. 2)
- interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden (Pos. 3)
- Anteil der ambulanten Hernien-Ops (Pos. 4)
- Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung (Pos. 5)
- Anteil des examinierten Pflegepersonals (Pos. 6)
- Krankenhaus nimmt an DMPs (Disease Management Programm) teil (Pos. 7)
- Krankenhaus setzt Mindestmengenvereinbarungen um (Pos. 8)
- Anzahl der Hernien-OPs per anno (Pos. 9)
- Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren (Pos. 10)
- Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen (Pos. 11)
- apparative Ausstattung Punkteindex von 1 bis 10 (Pos. 12)

Diesen Qualitätsmerkmalen wurden realitätsnahe Werte zugeordnet, sodass insgesamt jedem von zehn fiktiven Krankenhäusern für alle zwölf Qualitätsmerkmale

eine Merkmalsausprägung zugeordnet wurde (s. nachfolgende Tabelle). Hierbei wurden die Ausprägungen so verteilt, dass sich eine qualitative Hierarchie mit einigen insgesamt sehr guten, einigen insgesamt durchschnittlichen und/oder gemischten, und einigen insgesamt eher schlechten Werten für die Krankenhäuser ergab.

Bei der Bewertung der quantitativen Merkmalsausprägung wurde davon ausgegangen, dass hohe Werte automatisch auch eine bessere Bewertung eines Krankenhauses rechtfertigen, obwohl dies in der Realität nicht der Fall sein muss.

Tabelle 1: Die Merkmalsausprägungen der Krankenhäuser

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
KH1	ja	857	Ja	0,75	0,5	0,78	ja	ja	594	5	ja	10
KH2	nein	296	nein	0,54	0,41	0,72	ja	ja	145	4	nein	6
KH3	nein	589	ja	0,8	0,33	0,8	ja	nein	467	3	ja	8
KH4	nein	187	nein	0,38	0,38	0,75	nein	ja	75	4	nein	7
KH5	ja	673	nein	0,67	0,35	0,69	nein	nein	275	6	ja	9
KH6	nein	273	nein	0,42	0,29	0,65	ja	ja	124	3	nein	5
KH7	ja	711	ja	0,48	0,43	0,82	nein	ja	370	4	nein	10
KH8	nein	134	nein	0,2	0,3	0,92	nein	nein	124	2	ja	4
KH9	nein	254	nein	0,16	0,4	0,67	ja	ja	138	3	nein	6
KH10	nein	98	nein	0,05	0,6	0,76	nein	ja	120	2	ja	5

Alle acht Darstellungsformen beziehen sich auf die gleichen, willkürlich generierten Ursprungsdaten aus der obigen Tabelle. Diese wurden lediglich unterschiedlich interpretiert, gewichtet und/oder dargestellt.

4.3.1. Format „Tabelle mit Infos“

Die obige Tabelle 1 stellt gleichzeitig bereits ein Format dar. Dem Befragten stehen damit für jedes Krankenhaus die Basisdaten der Qualitätsmerkmale zur Verfügung.

Tabelle mit Infos													
		akademisches Lehrkrankenhaus	Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	interdisziplinäres Tumorkonferenz vorhanden	Anteil der ambulanten Hernien-OPs	Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung in %	Anteil der examinierten Pflegepersonals	Krankenhaus nimmt an DMPs teil	Krankenhaus setzt Mindestanforderungen um per anno	Anzahl der Hernien-OPs	Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren	Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen (Max. 10 Punkte)	
	Mathildenhospital	ja	711	ja	0,48	0,43	0,82	nein	ja	370	4	nein	10
	Palotti-Krankenhaus	nein	296	nein	0,54	0,41	0,72	ja	ja	145	4	nein	6
	Fürst-Stürum-Klinik	nein	273	nein	0,42	0,29	0,65	ja	ja	124	3	nein	5
	Fritz-König-Krankenhaus	ja	857	ja	0,75	0,5	0,78	ja	ja	594	5	ja	10
	Krankenhaus Bühl	nein	134	nein	0,2	0,3	0,92	nein	nein	124	2	ja	4
	Dominikus-Krankenhaus	nein	589	ja	0,8	0,33	0,8	ja	nein	467	3	ja	8
	Krankenhaus Salem	nein	187	nein	0,38	0,38	0,75	nein	ja	75	4	nein	7
	Herzogin-Elisabeth-Krankenhaus	nein	254	nein	0,16	0,4	0,67	ja	ja	138	3	nein	6
	Krankenhaus am See	nein	98	nein	0,05	0,6	0,76	nein	ja	120	2	ja	5
	Rechbergklinik	ja	673	nein	0,67	0,35	0,69	nein	nein	275	6	ja	9

Abb. 10: Beispiel: Format „Tabelle mit Infos“

4.3.2. Format „komplexes Starring“

Für diese Darstellung wurde jedes einzelne Qualitätsmerkmal mit Sternen bewertet. Dichotome Qualitätsmerkmale wurden dabei so bewertet, dass ein Stern vergeben wurde, wenn ein Krankenhaus das Qualitätsmerkmal erfüllt, und dass kein Stern vergeben wurde, wenn ein Krankenhaus das Qualitätsmerkmal nicht erfüllt.

Quantitative Qualitätsmerkmale wurden in Relation zu den anderen Kliniken bewertet und mit ein bis drei Sternen versehen. Bei jedem quantitativen Qualitätsmerkmal wurden den drei Krankenhäusern mit den höchsten Werten drei Sterne, den drei Krankenhäusern mit den niedrigsten Werten ein Stern, und den vier verbleibenden Krankenhäusern mit mittleren Werten jeweils zwei Sterne zugeteilt.

In der letzten Spalte der Darstellung wurde noch einmal die Gesamtanzahl der Sterne, die jede Klinik erreicht hat, numerisch aufgeführt.

Starrating komplex													
	akutisiertes Liniarkrankenhaus	Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	Interdisziplinäres Tumorentum vorhanden	Anteil der ambulanten Heriinen-OPs	Anteil der Krip mit abgeschlossener Falschbehandlung in %	Anteil der gesamten Patienten im Programm	Krankenhaus nimmt an DMPs teil	Krankenhaus setzt Maßnahmenvereinbarungen um	Anzahl der Heriinen-OPs pro Jahr	Anzahl der Krip, die Heriinen operieren	Krankenhaus hat ein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfbar (max. 10 Punkte)	Stärkungs-Auswertung P-unterindex	Score gesamt
Marienkrankenhaus	–	★	–	★★	★★	★★	–	★	★	★★	–	★★	13
Michaeliskrankenhaus	★	★★★	–	★★★	★★	★	–	–	★★	★	★	★★★	17
Krankenhaus Tabea	★	★★★	★	★★	★★★	★★★	–	★	★★★	★★★	–	★★★	23
Albertinenkrankenhaus	–	★★	–	★★★	★★	★★	★	★	★★	★	–	★★	16
Klinikum Nord	★	★★★	★	★★	★★★	★★	★	★	★★★	★★★	★	★★★	24
Krankenhaus Alten Eichen	–	★	–	★	★	★★★	–	–	★	★★	★	★	11
Klinikum St. Georg	–	★★	–	★★	★	★	★	★	★	★	–	★	11
Amalie-Sieeking-Krankenhaus	–	★	–	★	★★★	★★	–	★	★	★★	★	★	13
Krankenhaus Bethanien	–	★★	★	★★★	★	★★★	★	–	★★★	★★★	–	★★	20
Krankenhaus Groß-Sand	–	★★	–	★	★★	★	★	★	★★	★★	–	★★	14

Abb. 11: Beispiel: Format „komplexes Starrating“

4.3.3. Format „einfaches Balkendiagramm“

Diese Darstellung baut auf der vorherigen Darstellung „komplexes Starrating“ auf. Nach dem System der Punktvergabe in Form von Sternen wurde berechnet, wie viele Sterne ein Krankenhaus maximal (bei Erfüllung aller dichotomen Kriterien und Erreichung höchster quantitativer Werte) bekommen kann. Dann wurde die tatsächlich von jedem Krankenhaus erreichte Anzahl an Sternen in Prozent der maximal möglichen berechnet und dieses prozentuale Ergebnis in Balkenform dargestellt.

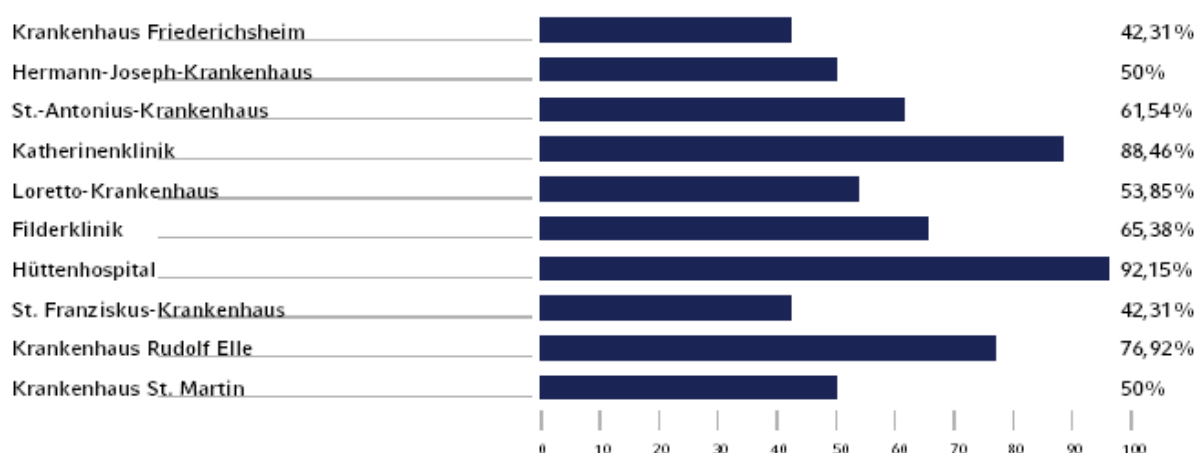


Abb. 12: Beispiel: Format „einfaches Balkendiagramm“

4.3.4. Format „einfaches Starrating“

Auch dieses Format basiert auf dem Format „komplexes Starrating“. Hier wurde für jede Klinik nur eine einzige Sterne-Bewertung über alle Qualitätsmerkmale hinweg vergeben. Ausgehend von der Anzahl erreichter Sterne jeder Klinik bei dem Format „komplexes Starrating“ wurden den zwei Kliniken mit den dort meisten erreichten Sternen für dieses Format drei Sterne, den drei Kliniken mit den wenigsten erreichten Sternen ein Stern, und den mittleren fünf Kliniken zwei Sterne zugeteilt.

<u>Eduardus-Krankenhaus</u>	★ ★
<u>Klinikum Süd</u>	★
<u>Klinik Schillerhöhe</u>	★
<u>St. Johannes Krankenhaus</u>	★ ★
<u>Stadtkrankenhaus</u>	★ ★ ★
<u>Vulpius-Klinik</u>	★ ★
<u>Klinik Albstadt</u>	★ ★
<u>Klinikum am Urban</u>	★ ★
<u>Klinikum Mitte</u>	★
<u>St. Vinzenz-Krankenhaus</u>	★ ★ ★

Abb. 13: Beispiel: Format „einfaches Starrating“

4.3.5. Format „Ranking“

Dieses Format entspricht in Form und Inhalt dem Format „Tabelle mit Infos“. Zusätzlich wurde die Qualität der Krankenhäuser jedoch gewichtet und in einer Rangliste dargestellt. Für die Gewichtung wurde wiederum auf das Format „komplexes Starrating“ zurückgegriffen. Die Rangliste wurde anhand der von den einzelnen Kliniken erreichten Anzahl an Sternen (Position 1 für die Klinik mit den meisten Sternen bis Position 10 für die Klinik mit den wenigsten Sternen) erstellt. Es wurden keine Ränge doppelt vergeben. Im Fall gleicher Sternzahl zweier Kliniken wurde die Reihenfolge dieser beiden willkürlich vergeben.

Ranking													
	akademisches Lehrkrankenhaus	Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	intraoperatives Tumorzentrum vorhanden	Anteil der ambulanten Hernien-OP's	Anteil der Klap mit abschlossener Facharztausbildung in %	Anteil der examinierten Pflegepersonal	Krankenhaus nimmt an DMFs teil	Krankenhaus setzt Mindestmengenvereinbarungen um	Anzahl der Hernien-OP's pro anno	Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren	Krankenhaus hat ein Qualitätsmanagement unabhängig überprüft (ja/nein)	primäre Ausstattung (Punkteindex, Max. 10 Punkte)	
1 Krankenhaus St Joseph	ja	857	ja	0,75	0,5	0,78	ja	ja	594	5	ja	10	
2 Herz-Jesu-Krankenhaus	ja	711	ja	0,48	0,43	0,82	nein	ja	370	4	nein	10	
3 Wilhelm-Augusta-Krankenhaus	nein	589	ja	0,8	0,33	0,8	ja	nein	467	3	ja	8	
4 Wenckebach-Klinikum	ja	673	nein	0,67	0,35	0,69	nein	nein	275	6	ja	9	
5 Auguste-Viktoria- Klinikum	nein	296	nein	0,54	0,41	0,72	ja	ja	145	4	nein	6	
6 Krankenhaus am Plattenwald	nein	254	nein	0,16	0,4	0,67	ja	ja	138	3	nein	6	
7 Dreifaltigkeitskrankenhaus	nein	187	nein	0,38	0,38	0,75	nein	ja	75	4	nein	7	
8 Elisabeth- Krankenhaus	nein	134	nein	0,2	0,3	0,92	nein	nein	124	2	ja	4	
9 Robert-Koch-Krankenhaus	nein	273	nein	0,42	0,29	0,65	ja	ja	124	3	nein	5	
10 Alexianer- Krankenhaus	nein	98	nein	0,05	0,6	0,76	nein	ja	120	2	ja	5	

Abb. 14: Beispiel: Format „Ranking“

4.3.6. Format „Balken komplex“

Bei diesem Format wurden die dichotomen Qualitätsmerkmale der jeweiligen Klinik mittels farbiger Punkte separat dargestellt. Erfüllte Merkmale wurden mit einem grünen Punkt, nicht erfüllte Merkmale mit einem roten Punkt dargestellt.

Die quantitativen Merkmale wurden einzeln im Vergleich mit den Werten der anderen Kliniken dargestellt. Als Basis dient ein voller Balken im Hintergrund, der das Ergebnis der besten verglichenen Klinik als maximalen Wert angibt. Ein Punkt auf dem Balken gibt den Mittelwert aller verglichenen Kliniken in Relation zum Wert der besten Klinik an. Ein Pfeil auf dem Balken reicht bis zu dem Wert, den die jeweilige Klinik bei dem entsprechenden Merkmal in Relation zum Wert der besten Klinik markiert.

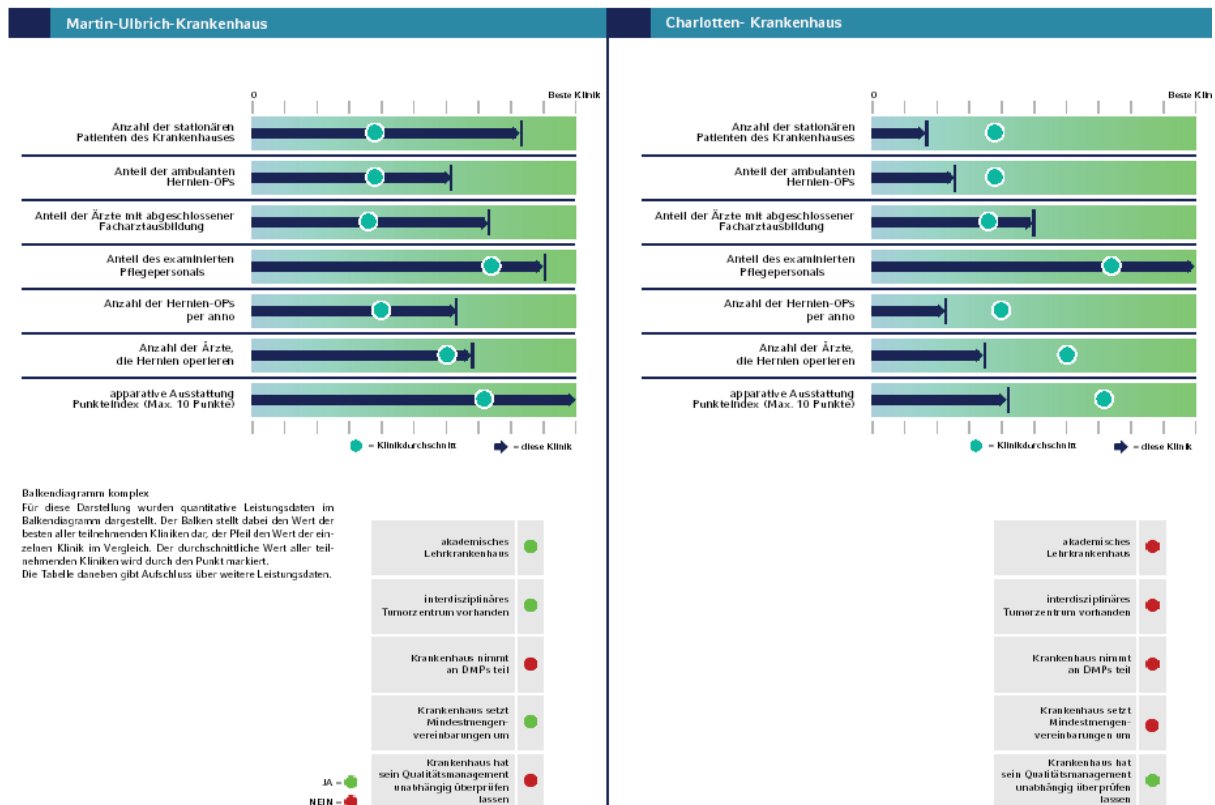


Abb. 15: Beispiel: Format „komplexe Balken“

4.3.7. Format „Spinnennetz“

Bei diesem Format wurden ebenfalls die dichotomen Qualitätsmerkmale der jeweiligen Klinik mittels farbiger Punkte separat dargestellt.

Quantitative Merkmale, welche nicht prozentual darstellbar sind, wurden als tatsächliche Werte gleichfalls separat dargestellt.

Die quantitativen Merkmale, welche prozentual darstellbar sind, wurden in Form eines Spinnennetz-Diagramms dargestellt. Ausgehend von einem Nullpunkt in der Mitte und einer Skala bis „1“ als Radius um den Nullpunkt, wurden die Werte der Merkmale (ein Merkmal pro Himmelsrichtung) markiert und anschließend mit Linien verbunden. Die sich daraus ergebende Fläche um den Nullpunkt korreliert mit der Höhe der Merkmalsausprägungen der jeweiligen Klinik.

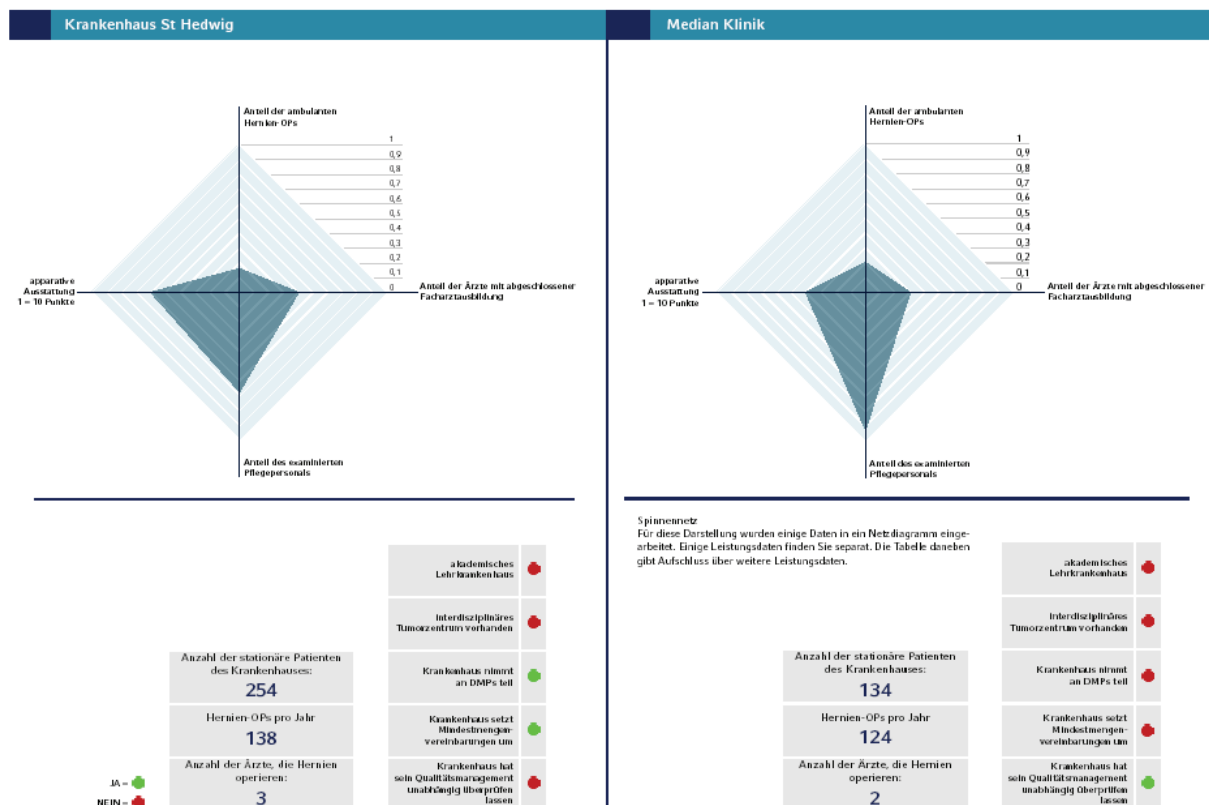


Abb. 16: Beispiel: Format „Spinnennetz“

4.3.8. Format „JCAHO“

Bei diesem Format wurden ebenfalls die dichotomen Qualitätsmerkmale der jeweiligen Klinik mittels farbiger Punkte dargestellt, jedoch innerhalb der tabellarischen Darstellung.

Alle quantitativen Merkmale jeder Klinik wurden mit Noten von 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft) benotet und ebenfalls für jede Klinik in der Tabelle erfasst. Die Kriterien der Notengebung sind in der folgenden Tabelle zusammen gefasst:

Tabelle 2: Benotungskriterien des Formates „JCAHO“

	Noten				
Merkmal	1	2	3	4	5
Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	800-1000 Pat.	600-800 Pat.	400-600 Pat.	200-400 Pat.	0-200 Pat.
Anteil der ambulanten Hernien-OP's	0- <0,2	0,2- <0,4	0,4- <0,6	0,6- <0,8	0,8- 1
Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung	0- <0,2	0,2- <0,4	0,4- <0,6	0,6- <0,8	0,8- 1
Anteil des examinierten Pflegepersonals	0- <0,2	0,2- <0,4	0,4- <0,6	0,6- <0,8	0,8- 1
Anzahl der Hernien-OP's pro Jahr (als Rangliste)	Ränge 1-2	Ränge 3-4	Ränge 5-6	Ränge 7-8	Ränge 9-10
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren (als Rangliste)	Ränge 1-2	Ränge 3-4	Ränge 5-6	Ränge 7-8	Ränge 9-10
apparative Ausstattung (Punkteindex 1 bis 10 Punkte)	9-10 Punkte	7-8 Punkte	5-6 Punkte	3-4 Punkte	1-2 Punkte

Im rechten Teil der tabellarischen Darstellung des Formates findet sich als Vergleichsinstrument die prozentuale Verteilung der Noten und Merkmalsausprägungen der verglichenen Kliniken.

JCAHO										
Punkte-(Wert-)verteilung der teilnehmenden Kliniken										Verteilung des Parameters unter den Krankenhäusern
JCAHO In dieser Darstellung sind die Leistungsdaten mit ja/nein oder nach Noten von 1 (gut) bis 5 (unzureichend) bewertet worden. Im nebenstehenden Kasten können Sie die Häufigkeit der Bewertungen der Vergleichskliniken ansehen.		St. Bernhard-Hospital	Parkkrankenhaus	Klinik Agatharied	St. Bonifatius-Krankenhaus	Krankenhaus Linde	Remigius-Krankenhaus	St. Ansgar-Hospital	Paracelsus-Elena-Klinik	
akademisches Lehrkrankenhaus	●	●	●	●	●	●	●	●	●	ja nein
interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	●	●	●	●	●	●	●	●	●	30 % 70 %
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	●	●	●	●	●	●	●	●	●	30 % 70 %
Krankenhaus setzt Mindestmengenvereinbarungen um	●	●	●	●	●	●	●	●	●	50 % 50 %
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	●	●	●	●	●	●	●	●	●	70 % 30 %
										50 % 50 %
Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	5	2	1	5	4	4	3	2	4	1 2 3 4 5
Anteil der ambulanten Hernien-OPs	4	3	2	5	3	5	1	2	3	10 % 20 % 10 % 30 % 20 %
Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung %	4	3	3	2	3	3	4	4	4	10 % 20 % 30 % 20 % 20 %
Anteil des examinierten Pflegepersonals	2	1	2	2	2	2	1	2	2	0 % 10 % 40 % 50 % 0 %
Anzahl der Hernien-OPs per anno	5	2	1	5	3	3	1	2	4	30 % 70 % 0 % 0 % 0 %
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren	5	2	1	3	5	3	1	4	4	20 % 20 % 20 % 20 % 20 %
apparative Ausstattung Punkteindex (Max. 10 Punkte)	2	1	1	3	3	3	2	1	3	20 % 20 % 20 % 20 % 20 %
										30 % 20 % 40 % 10 % 0 %

Abb. 17: Beispiel: Format „JCAHO“

Wie bereits erwähnt handelt es sich bei den unterschiedlichen Formaten um den Leistungsvergleich von zehn über die Formate gleich bleibenden Krankenhäusern mit gleicher Datenbasis. Die Daten der zehn unterschiedlichen Krankenhäuser aus Tabelle 1 wurden lediglich in jedem Format anders interpretiert, gewichtet und dargestellt. Um zu vermeiden, dass bei der Bewertung der unterschiedlichen Formate und der Auswahl eines Krankenhauses durch die Befragten Informationen aus anderen Formaten in die Entscheidung einfließen, wurden den Krankenhäusern für jedes Format neue Namen zugeordnet und die Reihenfolge der Krankenhäuser innerhalb der einzelnen Formate per Zufallsverfahren variiert.

Bei der Erstellung der Formate sind in den meisten Fällen die Ausprägungen der Qualitätsmerkmale der Kliniken interpretiert und gewichtet worden. Dieser Vorgang lässt sich für die verschiedenen Formate plausibel begründen.

Eine Auskunft über die Institution, welche die jeweiligen Leistungsvergleiche erstellt hat, liegen dem Probanden in der Regel weder auf einem der Formate in schriftlicher Form vor, noch wird ihm diese auf Nachfrage mitgeteilt. Er ist daher auf das Vertrauen in die Kompetenz der bewertenden Institution angewiesen, so wie die Kompetenz und das Interesse der Leistungsvergleiche erstellenden Institutionen in

der Realität ebenfalls häufig für den Konsumenten undurchsichtig bleiben. Dieser etwaige Mangel an Information wird über die Bewertung des „Informationsgehalts“ jedes einzelnen Formats abgebildet.

Bei der Erstellung der verschiedenen Formate ließ es sich nicht vermeiden, dass bei den Formaten „komplexe Balken“ und „Spinnennetz“ der Umfang fünf DIN A4-Seiten beträgt, während im Gegensatz dazu die anderen Formate mit einer DIN A4- Seite auskommen. Diese Einschränkung der Übersichtlichkeit muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden und wird teilweise in der Bewertung der „Übersichtlichkeit“ jedes einzelnen Formates abgebildet.

Die endgültige graphische Gestaltung wurde mit Unterstützung durch eine Werbeagentur durchgeführt. Ziel war es, die Formate graphisch so darzustellen, wie sie unter realen Bedingungen auch von den gesetzlichen Krankenversicherungen zu Informations- und/oder Marketingzwecken dargestellt werden würden.

4.4. Die Bewertung der Formate

Zur Beurteilung der Formate wurde dem Befragten jedes Format einzeln vorgelegt. Zu jedem Format erhält der Befragte einen Fragebogen. Folgende Fragen werden dem Befragten der Reihe nach gestellt (s. Fragebogen im Anhang):

1. Würden Sie aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen? (Antwortoptionen: ja/nein/ich weiß nicht)
2. Falls ja, welches Krankenhaus würden Sie bevorzugen? (Antwortoptionen: Liste mit den im Format enthaltenen Krankenhäusern)
3. Qualitätsbeurteilung des Formates anhand des Kriteriums Informationsgehalt (Antwortoptionen: Schulnoten von „1 sehr gut“ bis „6 ungenügend“).
4. Qualitätsbeurteilung des Formates anhand des Kriteriums Verständlichkeit (Antwortoptionen: Schulnoten von „1 sehr gut“ bis „6 ungenügend“).
5. Qualitätsbeurteilung des Formates anhand des Kriteriums Übersichtlichkeit (Antwortoptionen: Schulnoten von „1 sehr gut“ bis „6 ungenügend“).
6. Qualitätsbeurteilung des Formates anhand des Kriteriums Gesamturteil (Antwortoptionen: Schulnoten von „1 sehr gut“ bis „6 ungenügend“).

Die Reihenfolge wurde so gewählt, dass der Befragte zunächst um eine spontane Einschätzung gebeten wurde, indem er sich für ein Krankenhaus entscheidet oder nicht, ohne dass ihm suggeriert wird, anhand welcher Kriterien er seine Entscheidung treffen soll. Erst anschließend erfolgt dann die systematische Beurteilung des Formates anhand objektiver Kriterien. Hierdurch sollte erreicht werden, dass der Befragte die Beurteilung, ob das Format eine Entscheidungshilfe darstellt, trotz der theoretischen Fragestellung möglichst realitätsnah und impulsiv vornimmt.

4.5. Die Bewertung des geeignetsten Formates

Nachdem der Befragte alle acht Formate einzeln beurteilt hatte, wurden ihm nun alle acht noch einmal zum Vergleich vorgelegt. Er wurde nun um seine Meinung gebeten, welche Darstellung für ihn die geeignetste darstellt, um die Krankenhausqualität vergleichend beurteilen zu können.

4.6. Die Auswahl der Indikatoren

Für den zweiten Teil der Befragung wurden insgesamt 29 Indikatoren ausgewählt. Von diesen 29 Indikatoren wurden zwischenzeitlich 24 im 2005 publizierten strukturierten Qualitätsbericht (s.o.) erfasst. Fünf weitere Indikatoren, welche häufig in Publikationen zum Thema „vergleichende Gesundheitsberichterstattung“ als mögliche Qualitätsparameter erwogen werden, sind darüber hinaus hinzugefügt worden.

Die folgenden Indikatoren wurden in die Befragung aufgenommen.

Davon wurden diese im strukturierten Qualitätsbericht 2005 erhoben:

- Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus
- Anzahl der Betten des Krankenhauses
- Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses
- Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses
- Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses
- Krankenhaus hat eine Poliklinik
- Das Krankenhaus hat eine fachspezifische Ambulanz

- Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote
- Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen?
- Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren?
- Umfang der apparativen Ausstattung
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung
- Umfang therapeutischer Möglichkeiten
- Leistungsspektrum der Fachabteilungen
- Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe
- Häufigkeit der Durchführung ambulanter Operationen
- Personalqualifikation im ärztlichen Dienst
- Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis
- Personalqualifikation im Pflegedienst
- Ergebnisse der externen Qualitätssicherung
- Krankenhaus führt externe Qualitätssicherung durch
- Teilnahme bei DMP's (Disease Management Programme)
- Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen
- Krankenhausträger

Diese wurden als potenziell relevante Faktoren den 24 oben genannten hinzugefügt:

- Empfehlungen von Verwandten, Bekannten, Ärzten, anderen Fachleuten (31)
- Gewohnheit (5)
- Nähe zum eigenen Wohnort (35)
- Patientenzufriedenheit (19)
- Freundlichkeit des Personals (5)

Die Befragten wurden gebeten, die in der Liste enthaltenen Faktoren nach zwei Kriterien zu bewerten:

1. Verständlichkeit der Indikatoren als Qualitätsmerkmal (Antwortoptionen dichotom: verständlich/unverständlich). Die Befragten sollen beurteilen ob sie verstehen, was der jeweilige Indikator inhaltlich aussagt und inwieweit die Berücksichtigung als Qualitätsindikator verständlich ist.

2. Wichtigkeit/Relevanz der Indikatoren als Qualitätsmerkmal (Antwortoption: Noten von „1 sehr wichtig“ bis „6 unwichtig“). Die Befragten sollen beurteilen, wie wichtig ihnen das jeweilige Kriterium ist, um anhand dieses die Qualität eines Krankenhauses beurteilen zu können. Wurde der Indikator in der ersten Frage zu den Indikatoren als unverständlich bewertet, sollte der Befragte die Wichtigkeit/Relevanz nicht beurteilen.

In der sich daran anschließenden „offenen Fragestellung“ wurden die Befragten gebeten, zusätzliche Informationen und Indikatoren, welche ihnen für die Beurteilung von Krankenhausqualität wichtig erscheinen, aufzuschreiben.

4.7. Erfassung soziodemographischer Daten der Befragten

Im abschließenden Statistikteil wurden alle Patienten nach folgenden spezifischen Merkmalen befragt:

- Geschlecht
- Alter
- Schulabschluss
- Vorherige Krankenhausaufenthalte (ja/nein)
- Anzahl der Krankenhausaufenthalte
- Art der Versicherung (gesetzlich oder privat)

4.8. Durchführung eines Pre-Test

Bevor mit der endgültigen Befragung der 100 Studienteilnehmer begonnen wurde, wurde das Befragungsinstrument zunächst einem Vortest unterzogen.

Hierzu wurde der Fragebogen bei 10 Personen angewendet. Die Fragebögen der 10 Befragten aus dem Pre-Test wurde nicht in die Bewertung der Ergebnisse dieser Arbeit einbezogen.

Ziel des Pre-Tests war es festzustellen, ob sich aus dem Ablauf der Untersuchung und der Art der Fragestellung vorher nicht erkennbare Schwierigkeiten, Fehler oder Missverständnisse ergeben, die eine anschließende Auswertung der Ergebnisse erschweren würden.

Aufgrund der Beobachtungen und Auswertungen des Pre-Test-Verfahrens wurden folgende Dinge am Befragungsinstrument geändert:

1. Bei der Beurteilung der Indikatoren im zweiten Teil der Befragung nach Verständlichkeit des jeweiligen Kriteriums wurde die ursprüngliche Skalierung von „1 sehr verständlich“ bis „6 unverständlich“ verändert in die dichotome Fragestellung „verständlich/unverständlich“, da viele Befragte das Kriterium „Verständlichkeit“ nicht mit Noten zu bewerten vermochten.
2. Die ursprüngliche Fragestellung „Würden Sie sich aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität für ein bestimmtes Krankenhaus entscheiden?“ bei der Beurteilung der einzelnen Formate wurde in die endgültige, weichere Formulierung „Würden Sie aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?“ geändert, da die verbindlichere ursprüngliche Aussage zu häufig zu der Antwort „nein“ geführt hat. Dies war letztlich nicht beabsichtigt, vielmehr können die gelieferten Informationen in Form der Formate nur eine Entscheidungshilfe und nicht das allein entscheidende Kriterium darstellen.
3. Nach Durchführung des Pre-Tests und Betrachtung der Ergebnisse wurden zwei verschiedene Versionen des Befragungsinstrumentes erstellt, welche sich durch eine Variation der Reihenfolge der Vorlage der Formate unterscheiden. Damit wird eine Berücksichtigung möglicher Reihenfolgeeffekte bei der Auswertung der Ergebnisse ermöglicht*.

- * Der Vergleich der beiden verschiedenen Versionen mit veränderter Reihenfolge hat letztlich keinen signifikanten Einfluss auf die Beurteilung gehabt.

4.9. Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Ergebnisse des Fragebogens erfolgte mit SPSS 12.0 für Windows. Sämtliche durch die 100 Fragebögen erfassten Daten sind in eine SPSS Datenbank eingegeben worden.

Die angewendeten statistischen Verfahren für die Analyse der Daten beschränken sich im Folgenden auf deskriptive Methoden und die grafische Darstellung deskriptiver Werte mithilfe von Boxplots. Auf eine inferenzstatistische Datenanalyse

wurde verzichtet. Dies erscheint insofern gerechtfertigt, da es sich bei der Arbeit lediglich um eine explorative Studie handelt, welche Hypothesen für die zukünftige weitere Forschung in diesem wissenschaftlichen Bereich generieren soll.

Für die Anwendung weiterer statistischer Methoden mit stärkerer Aussagekraft ist es zukünftig erforderlich, Untersuchungen mit größeren Stichproben und divergierender Datenqualität zu erheben.

Mithilfe der Darstellungen in deskriptiver und grafischer Form werden die vorhandenen Daten ihrer Natur nach angemessen analysiert und machen die wesentlichen Differenzen verschiedener Datensätze in ihrer Tendenz deutlich sichtbar.

4.9.1. Statistische Auswertung der Formate

Frage: Würden Sie aufgrund dieser Darstellung ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?

Für die Analyse dieser Frage wurden die Häufigkeiten der verschiedenen Antwortmöglichkeiten (ja; nein; weiß nicht) ausgezählt und in Zahlen (absolut und relativ) dargestellt. Die Häufigkeiten wurden sowohl für die Befragten insgesamt, als auch für die Gruppen getrennt nach Status (Patient; Medizinstudent, Nicht-Medizinstudent) erhoben.

Frage: Falls ja, welches Krankenhaus würden Sie bevorzugen?

Für die Analyse dieser Frage wurden die Häufigkeiten der verschiedenen Antwortmöglichkeiten (Krankenhaus 1 bis 10) ausgezählt und in Zahlen (absolut und relativ) dargestellt. Die Häufigkeiten wurden sowohl für die Befragten insgesamt, als auch für die Gruppen getrennt nach Status (Patient; Medizinstudent, Nicht-Medizinstudent) erhoben.

Beurteilung der Formate: Informationsgehalt, Verständlichkeit, Übersichtlichkeit, Gesamturteil

Die Darstellung und Analyse der Beurteilungen von Informationsgehalt, Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und Gesamturteil der verschiedenen Formate erfolgte in Form von Boxplots. Diese stellen die wichtigen Verteilungsparameter der Beurteilungen graphisch dar.

Die Boxgrenzen zeigen bei der Darstellung das untere bzw. obere Quartil an, der schwarze Balken markiert den Median, die verlängerten Linien enden beim Minimum bzw. Maximum. Werte, die zwischen 1,5 und 3 Boxlängen von der unteren bzw. oberen Boxgrenze entfernt sind werden als Ausreißer, Werte, die über 3 Boxlängen von der unteren bzw. oberen Boxgrenze entfernt sind als Extremwerte in einigen Darstellungen als separate Markierungen dargestellt.

Die Boxplots wurden sowohl für die Befragten insgesamt, als auch für die Gruppen getrennt nach Status (Patient; Medizinstudent, Nicht-Medizinstudent) erhoben.

4.9.2. Statistische Auswertung der Fragen zu Indikatoren

Verständlichkeit der Indikatoren

Für die Analyse dieser Frage wurden die Häufigkeiten der verschiedenen Antwortmöglichkeiten (verständlich; nicht verständlich) ausgezählt und in Zahlen (absolut und relativ) dargestellt. Die Häufigkeiten wurden sowohl für die Befragten insgesamt, als auch für die Gruppen getrennt nach Status (Patient; Medizinstudent, Nicht-Medizinstudent) erhoben.

Wichtigkeit/Relevanz der Indikatoren

Die Darstellung und Analyse der Wichtigkeit der verschiedenen Indikatoren erfolgte in Form von Boxplots. Diese stellen die wichtigen Verteilungsparameter der Beurteilungen graphisch dar.

Die Boxgrenzen zeigen bei der Darstellung das untere bzw. obere Quartil an, der schwarze Balken markiert den Median, die verlängerten Linien enden beim Minimum bzw. Maximum. Werte, die zwischen 1,5 und 3 Boxlängen von der unteren bzw.

oberen Boxgrenze entfernt sind werden als Ausreißer, Werte, die über 3 Boxlängen von der unteren bzw. oberen Boxgrenze entfernt sind als Extremwerte in einigen Darstellungen als separate Markierungen dargestellt.

Die Boxplots wurden sowohl für die Befragten insgesamt, als auch für die Gruppen getrennt nach Status (Patient; Medizinstudent, Nicht-Medizinstudent) erhoben.

Zusätzlich wurde zur besseren Differenzierbarkeit der Ergebnisse der Relevanz der Indikatoren eine Übersichtstabelle erstellt, welche die Mittelwerte, Standardabweichungen und die Mediane der Ergebnisse aufführt.

5 Ergebnisse

5.1. Soziodemografie der Befragten

Die Tabellen 3 bis 8 geben die soziodemografischen Daten der befragten Teilnehmer wieder. Dargestellt werden sowohl die Summe der Daten der Gesamtheit der Befragten wie auch die Daten der Untergruppen Patient, Medizinstudent und Nicht-Medizinstudent.

Tabelle 3: Alter der Befragten (Durchschnitt, jüngste und älteste Teilnehmer)*

	Durchschnitt	Jüngste/-r	Älteste/-r
gesamt	41,6	18	81
Patient	52,6	18	81
Medizinstudent	26	20	42
Nicht-Medizinstudent	25	20	28

* 8 Teilnehmer der Untergruppe Patient waren älter als 65 Jahre

Tabelle 4: Geschlecht der Befragten

	weiblich	männlich
gesamt	59	41
Patient	34	16
Medizinstudent	14	11
Nicht-Medizinstudent	17	8

Tabelle 5: Versicherungsstatus der Befragten*

	gesetzlich	privat
gesamt	69	31
Patient	34	16
Medizinstudent	18	7
Nicht-Medizinstudent	17	8

* gesetzlich Versicherte mit privater Zusatzversicherung wurden in die Gruppe privat Versicherter eingeschlossen

Tabelle 6: Bildungsniveau der Befragten*

	Haupt-/Volksschule	Realschule/m.R.	Fachhochschulreife	allg. Hochschulreife
Gesamt	12	13	6	69
Patient	12	13	6	19

* in den Gruppen Medizinstudent und Nicht-Medizinstudent waren alle Befragten im Besitz der allgemeinen Hochschulreife

Tabelle 7: Krankenhausaufenthalte der Befragten (bereits stationär behandelt: ja/nein)

	kein Aufenthalt	mind. 1 Aufenthalt
gesamt	14	86
Patient	2	48
Medizinstudent	4	21
Nicht-Medizinstudent	8	17

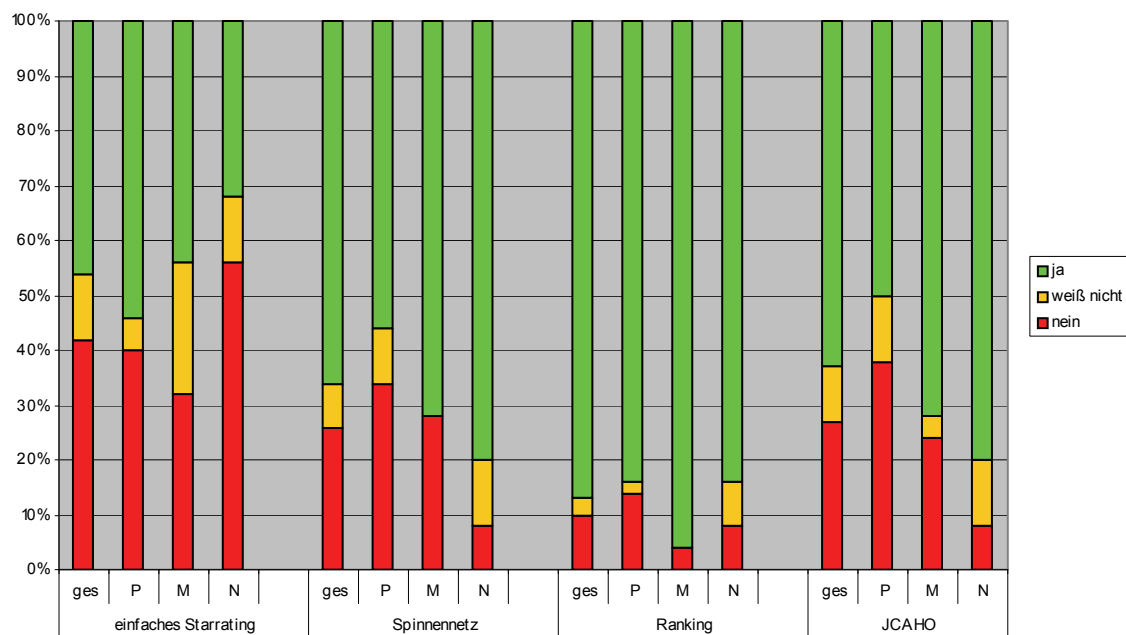
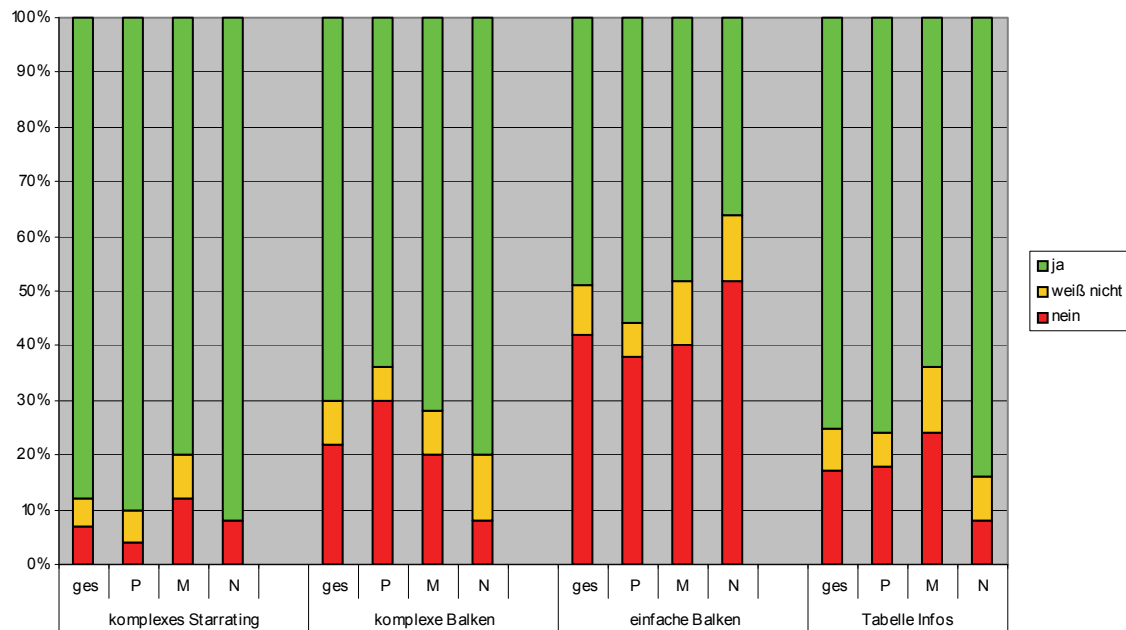
Tabelle 8: Krankenhausaufenthalte der Befragten (Häufigkeit)

	Durchschnitt	min	Max
Gesamt	3,8	1	30
Patient	4,7	1	30
Medizinstudent	2,1	1	4
Nicht-Medizinstudent	2,5	1	9

5.2. Fragen zu den Formaten

Frage 1: Bevorzugung eines bestimmten Krankenhauses

Bei den Antworten der Befragten auf die Frage „Würden Sie aufgrund dieser Darstellung ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?“ ergaben sich für die acht verschiedenen Formate unterschiedliche Ergebnisse. Die Grafik 1 zeigt die Verteilung der Antworten sowohl aller Befragten als auch nach den verschiedenen Untergruppen aufgeteilt für jedes der gezeigten Formate.



Grafik 1: Bevorzugung eines bestimmten Krankenhauses aufgrund der verschiedenen Formate (Ergebnis aller Befragten und der Untergruppen; Angaben in %)

Bei den stark vereinfachenden Leistungsvergleichen (Formate „einfaches Starrating“ und „einfache Balken“), bei denen die Informationen über die einzelnen Indikatoren in eine übergreifende Gesamtbewertung integriert wurden, lag der Anteil aller Befragten, die aufgrund eines der Formate ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen würden, unter 50 Prozent (Format „einfache Balken“ 49 von 100 Befragten; Format

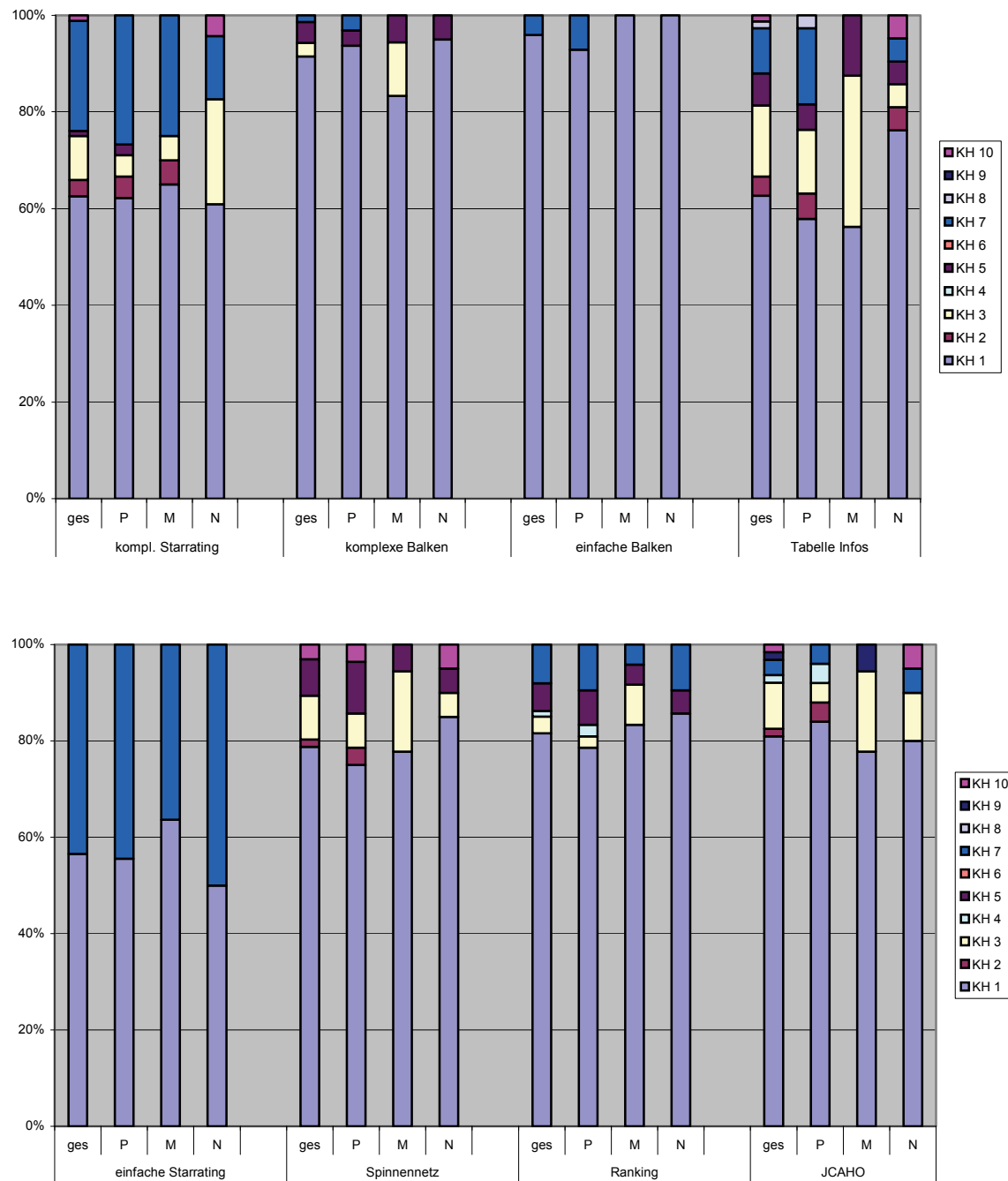
„einfaches Starrating“ 46 von 100). Die Patientengruppe würde bei diesen Formaten gegenüber den beiden Studentengruppen eher ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen (Format „einfache Balken“ 28 von 50 Patienten, 12 von 25 Medizinstudenten, 11 von 25 Nicht-Medizinstudenten; Format „einfaches Starrating“ 27 von 50 Patienten, 9 von 25 Medizinstudenten, 8 von 25 Nicht-Medizinstudenten). Insgesamt am häufigsten ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen würden die Befragten bei zwei Formaten, bei denen die Indikatoren separat in tabellarischer Form dargestellt wurden, diese jedoch eine bewertende Gewichtung erfahren haben (Formate „komplexes Starrating“ und „Ranking“). Hier würden insgesamt über 85 Prozent der Befragten aufgrund des jeweiligen Formates ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen (Format „komplexes Starrating“ 88 von 100 Befragten; Format „Ranking“ 87 von 100 Befragten). Bei dem Format „komplexes Starrating“ würde die Gruppe der Medizinstudenten seltener ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen als die Gruppe der Patienten und Nicht-Medizinstudenten (20 von 25 Medizinstudenten, 45 von 50 Patienten, 23 von 25 Nicht-Medizinstudenten), während bei dem Format „Ranking“ die Medizinstudenten gegenüber den beiden anderen Gruppen häufiger ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen würden (24 von 25 Medizinstudenten, 42 von 50 Patienten, 21 von 25 Nicht-Medizinstudenten).

Ähnlich häufig würden bei den übrigen Formaten die Befragten ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen. Bei den Formaten „komplexe Balken“, „Tabelle mit Infos“, „Spinnennetz“ und „JCAHO“ würden insgesamt zwischen 63 und 75 Prozent aller Befragten aufgrund des jeweiligen Formates ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen (Format „komplexe Balken“ 70 von 100, „Tabelle“ mit Infos 75 von 100, „Spinnennetz“ 66 von 100, „JCAHO“ 63 von 100 Befragten). Hier zeigt sich bei drei Formaten, dass die Gruppe der Patienten ein Krankenhaus aufgrund des jeweiligen Formates gegenüber den beiden Studentengruppen seltener bevorzugen würde (Format „komplexe Balken“ 32 von 50 Patienten, 18 von 25 Medizinstudenten, 20 von 25 Nicht-Medizinstudenten; Format „Spinnennetz“ 28 von 50 Patienten, 18 von 25 Medizinstudenten, 20 von 25 Nicht-Medizinstudenten; Format „JCAHO“ 25 von 50 Patienten, 18 von 25 Medizinstudenten, 20 von 25 Nicht-Medizinstudenten).

Bei dem Format „Tabelle mit Infos“ bevorzugte die Gruppe der Medizinstudenten seltener ein bestimmtes Krankenhaus als die Gruppe der Patienten und Nichtmedizinstudenten (16 von 25 Medizinstudenten, 38 von 50 Patienten, 21 von 25 Nicht-Medizinstudenten).

Frage 2: Welches Krankenhaus wird präferiert?

Grafik 2 zeigt die Verteilung der Antworten der Befragten auf die Frage, welches der verglichenen Krankenhäuser sie auf der Grundlage der jeweiligen Formate bevorzugen würden.



Grafik 2: Bevorzugtes Krankenhaus der Befragten aufgrund der

verschiedenen Formate (Befragte gesamt und getrennt nach Untergruppen; Angaben in Prozent); nicht berücksichtigt sind Befragte ohne Angabe

Bei sämtlichen Formaten haben alle Untergruppen das Krankenhaus 1 am häufigsten ausgewählt. Dabei zeigen sich, was die Häufigkeit der Auswahl dieses Krankenhauses betrifft, keine großen Unterschiede zwischen den einzelnen Untergruppen für jedes Format.

Bei den stark vereinfachenden Formaten („einfache Balken“ und „einfaches Starrating“) beschränkt sich die Auswahl des Krankenhauses auf das Krankenhaus 1 und maximal ein weiteres Krankenhaus. Während bei dem Format „einfaches Starrating“ die Auswahl sich in etwa gleich auf zwei Krankenhäuser verteilt (KH 1 und KH 7; hier haben beide Krankenhäuser die gleiche, höchste Bewertung erhalten), beschränkt sich die Auswahl bei dem Format „einfache Balken“ bis auf zwei Nennungen des Krankenhauses 7 in der Gruppe der Patienten ausschließlich auf das Krankenhaus 1.

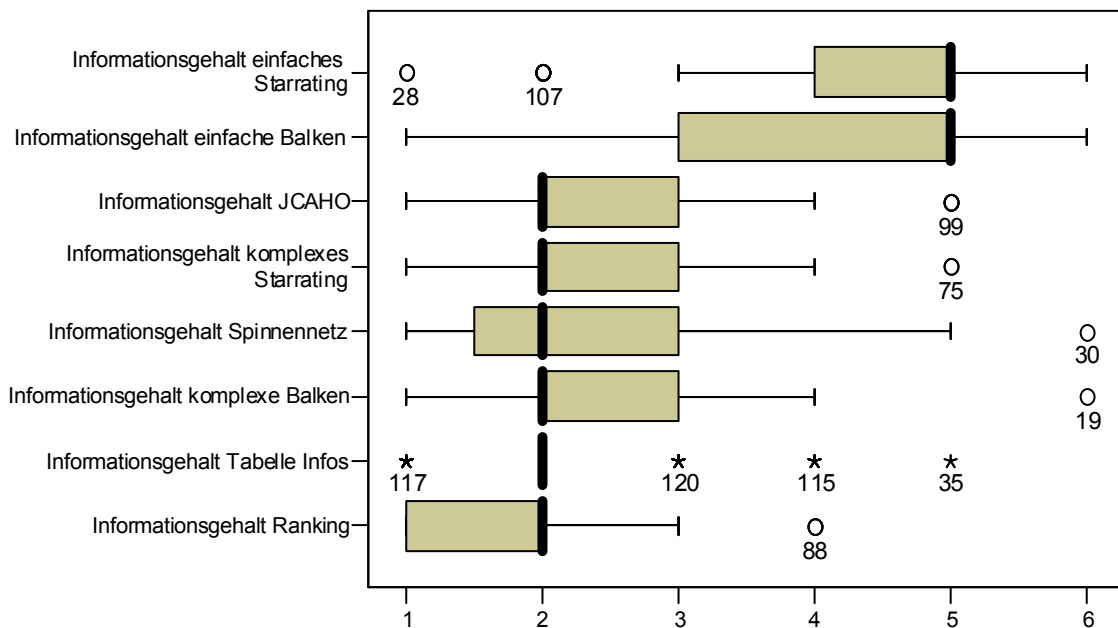
Bei den Formaten „komplexes Starrating“ und „Tabelle mit Infos“ bevorzugen ca. 60 Prozent das Krankenhaus 1. Die weiteren Nennungen verteilen sich auf fünf („komplexes Starrating“) bzw. sechs („Tabelle mit Infos“) weitere Krankenhäuser.

Bei den übrigen Formaten mit differenzierender Darstellung der einzelnen Indikatoren in tabellarischer oder grafisch dargestellter, beurteilter Form wird das Krankenhaus 1 in mehr als 80 Prozent der Fälle als bevorzugtes Krankenhaus genannt. Auch hier verteilen sich die weiteren Nennungen auf mehrere verschiedene Krankenhäuser („komplexe Balken“ drei weitere Nennungen, „Spinnennetz“ und „Ranking“ jeweils vier weitere Nennungen, „JCAHO“ fünf weitere Nennungen).

Eine detaillierte Darstellung aller Daten (absolut und in Prozent) sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen.

Frage 3: Informationsgehalt der Abbildung

Die Verteilung der Beurteilung des Informationsgehaltes der verschiedenen Formate werden in der Grafik 3 dargestellt.



Grafik 3: Verteilung der Noten zur Beurteilung des Informationsgehaltes der Formate aller Befragten dargestellt als Boxplots (Reihenfolge nach aufsteigenden Mittelwerten von unten nach oben)

Der Informationsgehalt der stark vereinfachenden Formate ohne Differenzierung der verschiedenen Indikatoren („einfaches Starrating“, „einfache Balken“) wird gegenüber den differenzierenden Formaten deutlich schlechter beurteilt (Median 5 bei diesen gegenüber Median 2 bei den übrigen Formaten; Boxen überschneiden sich nicht). Das Format „einfache Balken“ wird dabei noch etwas besser beurteilt als das Format „einfaches Starrating“ (1. Quartil bei 3 gegenüber 4).

Die Formate „Tabelle mit Infos“ und „Ranking“, welche beide die Originaldaten in Zahlenform präsentieren, werden gegenüber den Formaten mit graphisch orientierter Darstellung („komplexe Balken“, „Spinnennetz“) oder Vorbeurteilung der einzelnen Indikatoren durch Sterne oder Noten („JCAHO“, „komplexes Starrating“) geringfügig besser beurteilt (1. Quartil 1 bzw. 2 und 3. Quartil bei 2 gegenüber 1. Quartil bei 1,5 bzw. 2 und 3. Quartil bei 3; s. Grafik E.3).

Die Grafik 4 stellt die Notenverteilung zur Beurteilung des Informationsgehaltes nach Gruppen aufgeteilt dar.

Beim Vergleich der Beurteilung des Informationsgehaltes der einzelnen Gruppen wird das Format „Ranking“ von allen Gruppen nahezu identisch informativ eingeschätzt.

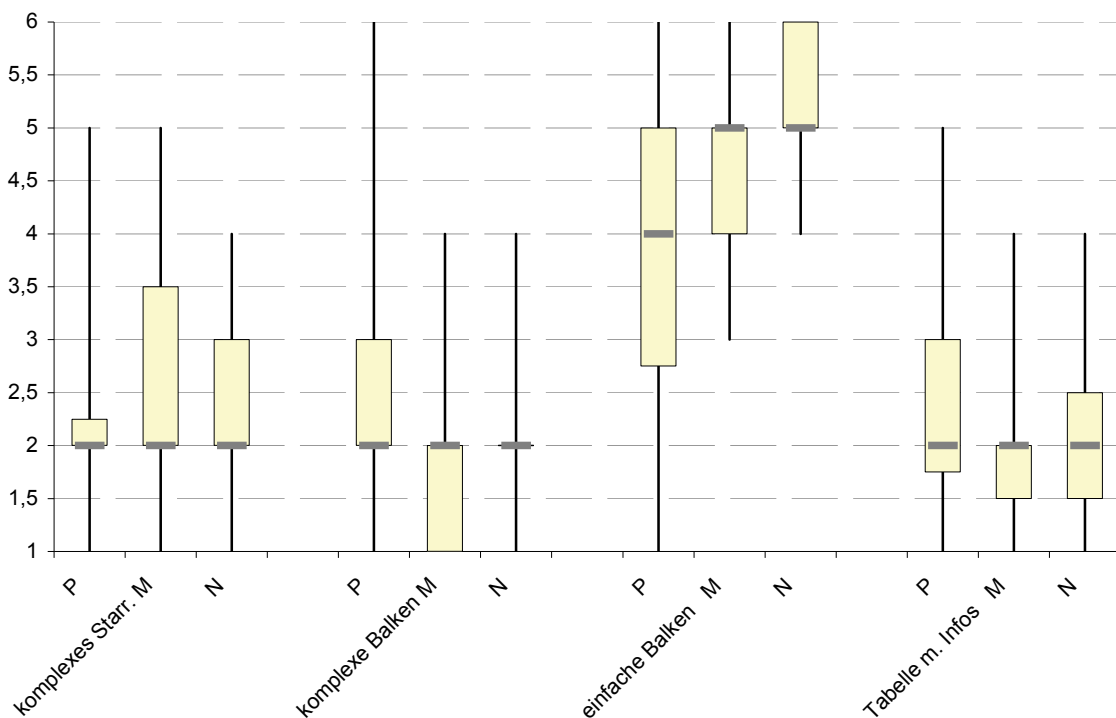
Die Formate „einfache Balken“ und „einfaches Starrating“ werden von der Gruppe der Patienten als informativer beurteilt (Median bei 4 gegenüber 5 bei den Gruppen

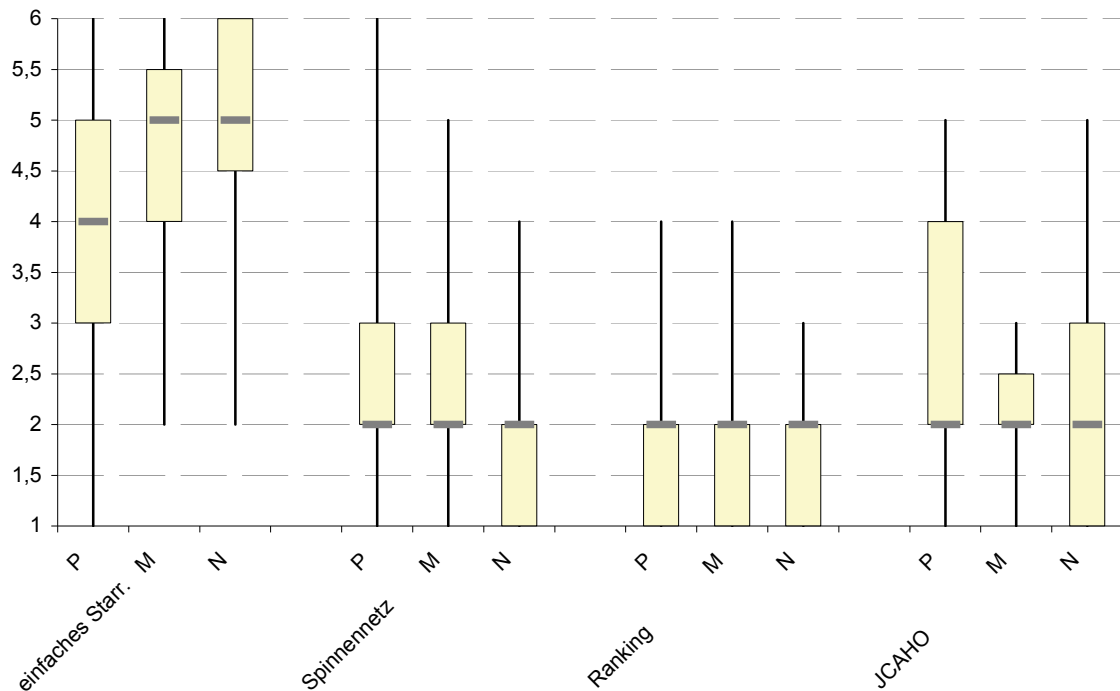
M und N; 1. Quartil bei 2,75 bzw. 3 (M= 4/4; N= 5/4,5); 3. Quartil bei 5 (M= 5/5,5; N= 5,5/6)).

Für die anderen Formate gilt, dass sie tendenziell von den verschiedenen Gruppen als ähnlich informativ beurteilt werden (Median jeweils identisch bei 2). Sie unterscheiden sich jedoch in der Boxlänge und –richtung.

So wird das Format „komplexe Balken“ von der Gruppe der Patienten etwas schlechter beurteilt als von den weiteren Gruppen (3. Quartil bei 3 gegenüber jeweils 2; Boxen überlappen sich nicht).

Das Format „Spinnennetz“ wird von der Gruppe der Nicht-Medizinstudenten etwas besser beurteilt (Box zwischen 1 und 2 gegenüber 2 und 3; nicht überlappend).

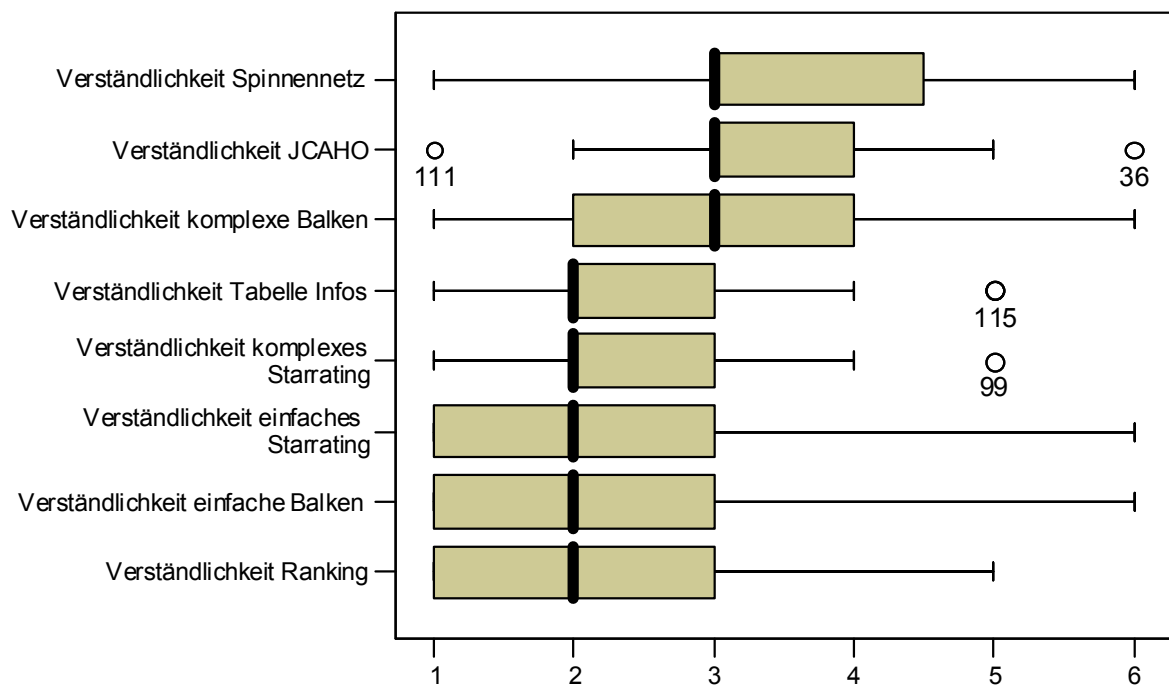




Grafik 4: Verteilung der Noten zur Beurteilung des Informationsgehaltes der Formate nach Gruppen, dargestellt als Boxplots

Frage 4: Verständlichkeit der Abbildung

Die Grafik 5 gibt einen Überblick über die Beurteilung der Verständlichkeit der verschiedenen Formate.



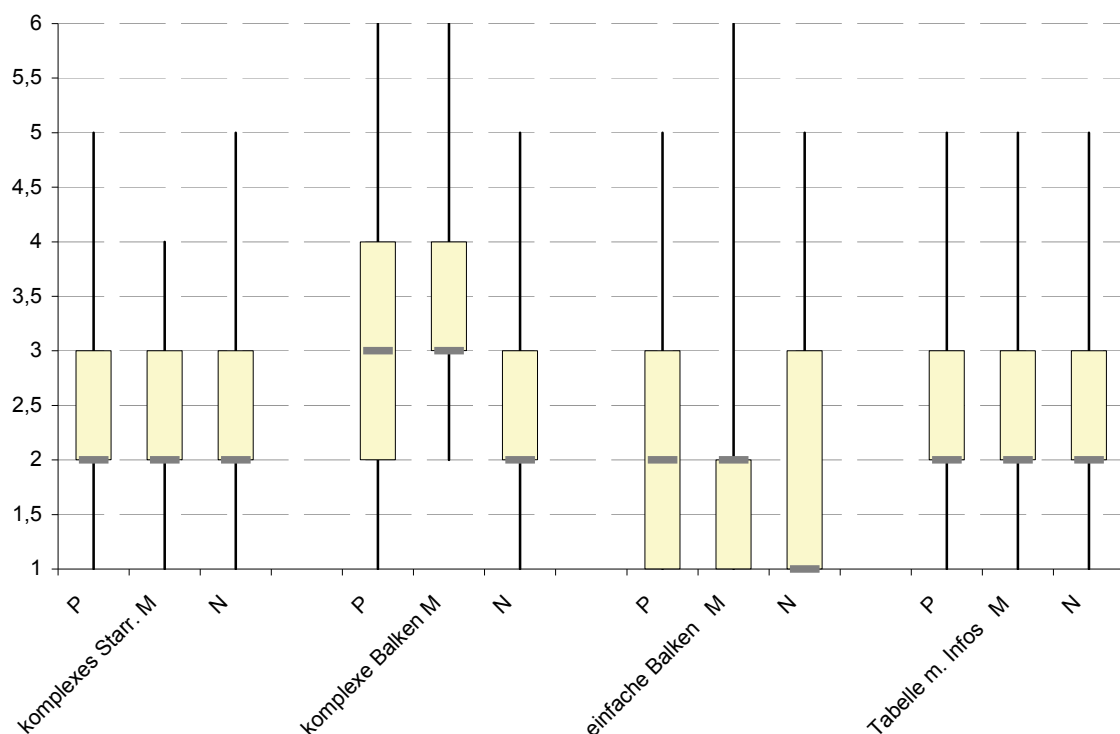
Grafik 5: Verteilung der Noten zur Beurteilung der Verständlichkeit der Formate aller Befragten dargestellt als Boxplots (Reihenfolge nach aufsteigenden Mittelwerten von unten nach oben)

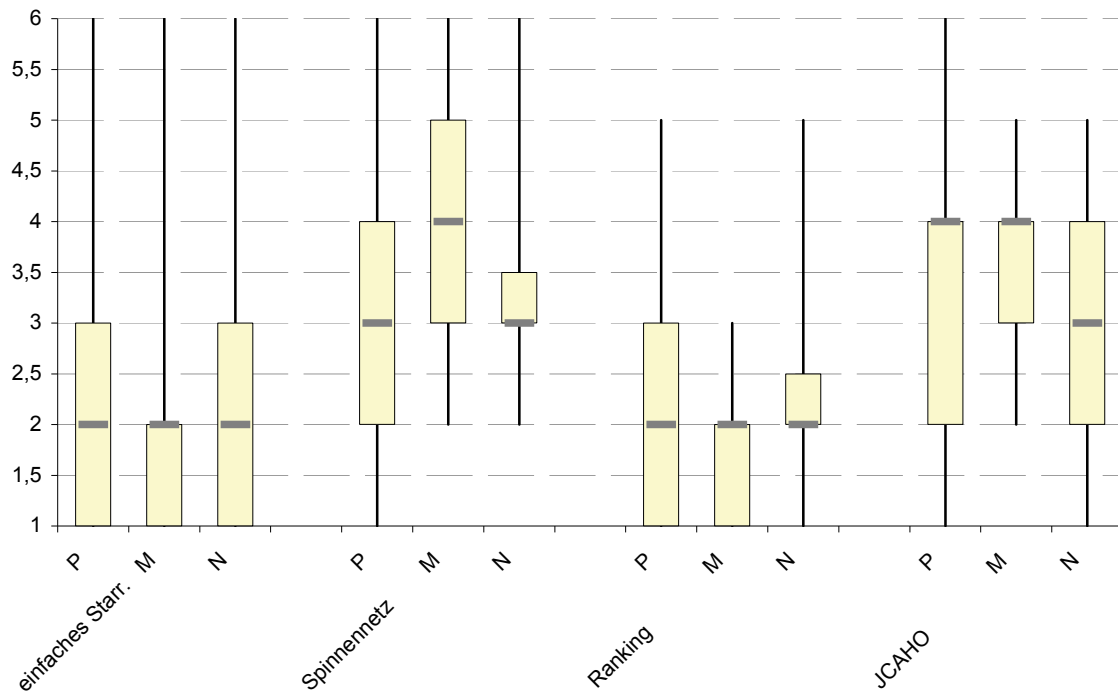
Die Formate „Ranking“, „einfaches Starrating“ und „einfache Balken“ werden als die verständlichsten Abbildungen beurteilt. Die Verteilung der Noten dargestellt durch die Boxplots ergibt ein nahezu identisches Bild (Median bei 2; Boxlänge zwischen 1 und 3).

Dem gegenüber werden die beiden Formate „Tabelle mit Infos“ und „komplexes Starrating“ etwas schlechter beurteilt (Median ebenfalls jeweils bei 2; Boxlänge zwischen 2 und 3).

Deutlicher heben sich die drei übrigen Formate „komplexe Balken“, „JCAHO“ und „Spinnennetz“ ab, welche als am schlechtesten verständlich beurteilt wurden (Median 3, Boxlänge leicht variabel). Von diesen drei wird das Format „komplexe Balken“ noch als am verständlichsten beurteilt (Boxlänge zwischen 2 und 4) während das Format „Spinnennetz“ am schlechtesten beurteilt wird (Boxlänge zwischen 3 und 4,5) (s. Grafik 5).

In Grafik 6 zeigt die Verteilung der Beurteilung der Verständlichkeit für die verschiedenen Gruppen.





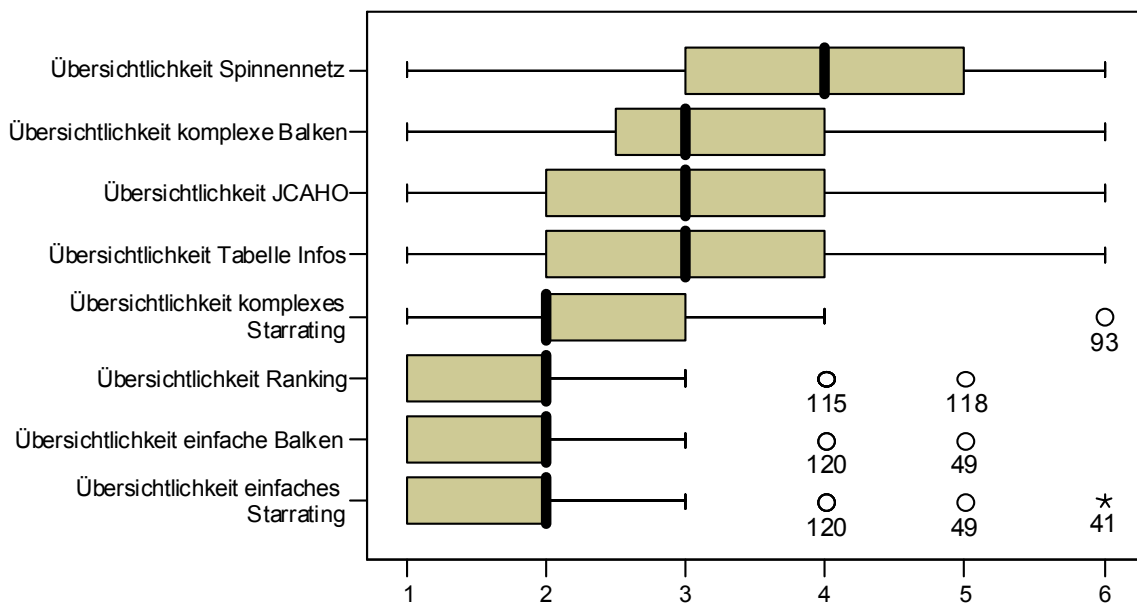
Grafik 6: Verteilung der Noten zur Beurteilung der Verständlichkeit der Formate nach Gruppen, dargestellt als Boxplots

Die Formate „Tabelle mit Infos“ und „komplexes Starrating“ werden von den einzelnen Untergruppen fast identisch beurteilt (identischer Median und identische Boxlänge).

Die Verständlichkeit der weiteren Formate wird von den einzelnen Untergruppen jeweils leicht unterschiedlich beurteilt, ohne dass bedeutende Abweichungen zu erkennen wären. So beurteilt die Gruppe der Nicht-Medizinstudenten die Formate „komplexe Balken“, „einfache Balken“ und „JCAHO“ besser (Median jeweils eine Note über der der anderen Gruppen; Boxen überschneiden sich größtenteils). Die Gruppe der Medizinstudenten beurteilt das Format „Spinnennetz“ etwas schlechter als die beiden anderen Gruppen (Median eine Note schlechter; Boxen überschneiden sich größtenteils). Die Beurteilung der Verständlichkeit der übrigen Formate ergibt gleiche Mediane mit unterschiedlichen Boxlängen, die sich jedoch in der Regel überschneiden.

Frage 5: Übersichtlichkeit der Abbildung

Die Grafik 7 gibt einen Überblick über die Beurteilung der Übersichtlichkeit der verschiedenen Formate.



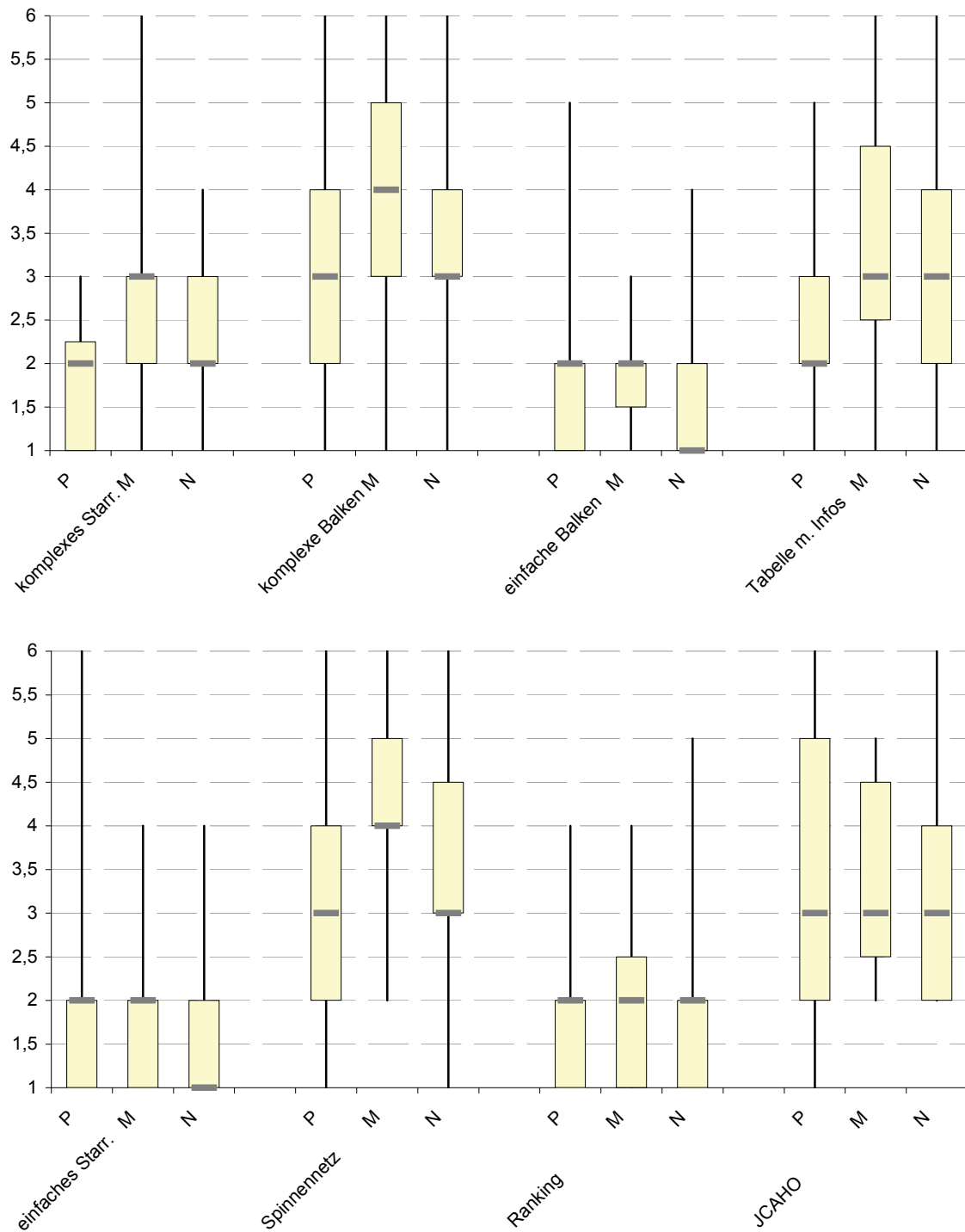
Grafik 7: Verteilung der Noten zur Beurteilung der Übersichtlichkeit der Formate aller Befragten dargestellt als Boxplots (Reihenfolge nach aufsteigenden Mittelwerten von unten nach oben)

Bei der Beurteilung der Übersichtlichkeit werden die Formate „einfaches Starrating“, „einfache Balken“ und „Ranking“ fast identisch am besten beurteilt (Median bei 2; Boxlänge zwischen 1 und 2). Ähnlich gut wird das Format „komplexes Starrating“ beurteilt (Median bei 2; Boxlänge zwischen 2 und 3, nicht überlappend). Demgegenüber werden die Formate „Tabelle mit Infos“, „JCAHO“ und „komplexe Balken“ etwas schlechter beurteilt (Median bei 3; Boxlänge 2 (2,5) und 4). Das Format „Spinnennetz“ wird insgesamt als am wenigsten übersichtlich beurteilt (Median 4; Boxlänge zwischen 3 und 5).

Bei der Beurteilung der Übersichtlichkeit durch die einzelnen Untergruppen ergaben sich geringe, jedoch keine erheblichen Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen (s. Grafik 8).

Die Formate „Ranking“, „einfaches Starrating“, „JCAHO“ und „einfache Balken“ von allen Untergruppen sehr ähnlich beurteilt (maximale Differenz 1 zwischen den Medianen; Boxen fast ausschließlich überlappend). Die Gruppe der Patienten beurteilt die Übersichtlichkeit der Formate „komplexes Starrating“, „komplexe Balken“, „Tabelle mit Infos“ und „Spinnennetz“ besser als die anderen Gruppen (Median 1 Note besser und/oder Boxen weniger überlappend). Die Formate „Spinnennetz“ und „komplexe Balken“ werden bezüglich der Übersichtlichkeit von der

Gruppe der Medizinstudenten etwas schlechter beurteilt (Median 1 Note schlechter;
Boxen nur teilweise überlappend).



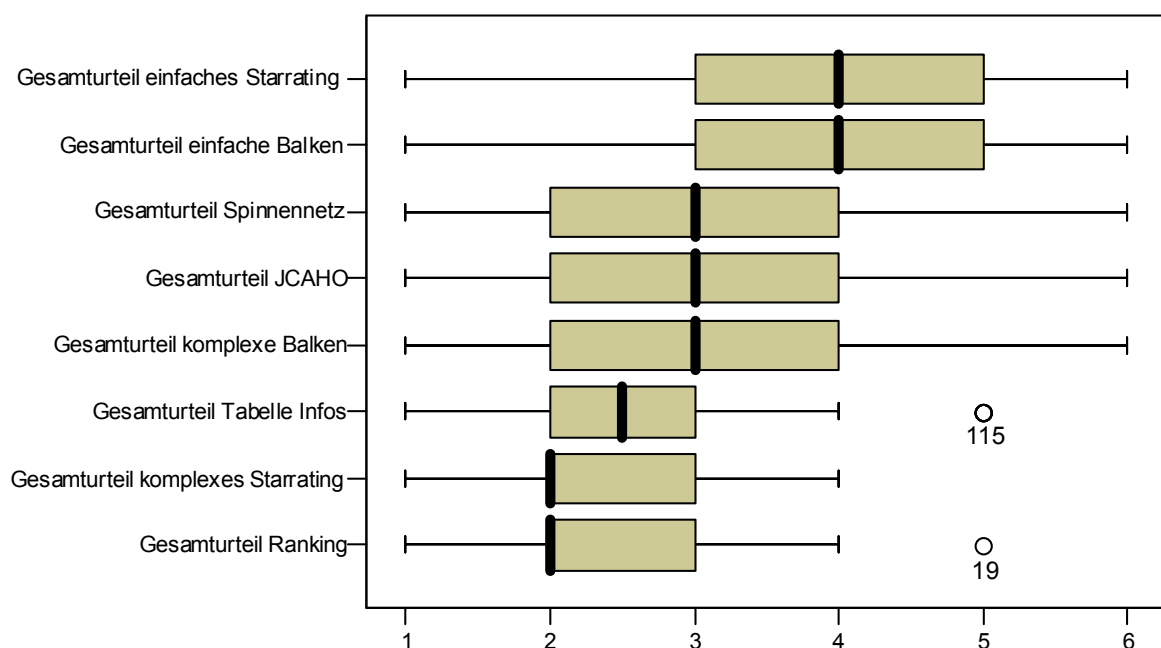
Grafik 8: Verteilung der Noten zur Beurteilung der Übersichtlichkeit der Formate nach Gruppen, dargestellt als Boxplots

Frage 6: Gesamturteil der Abbildung

Die Grafik 9 gibt einen Überblick über das Gesamturteil der verschiedenen Formate. Bei der Betrachtung des Gesamturteils aller Befragten erhalten die in tabellarischer Form strukturierten Formate „Ranking“, „komplexes Starrating“ und „Tabelle mit Infos“ die beste Beurteilung (Median Note 2 („Tabelle mit Infos“ 2,5); gleiche Boxlänge zwischen 2 und 3; whiskers bei 1 und 4).

Die Formate „JCAHO“, „Spinnennetz“ und „komplexe Balken“ werden etwas schlechter beurteilt (Median Note 3; Boxlänge zwischen 2 und 4; whiskers bei 1 und 6).

Am schlechtesten werden die Formate „einfaches Starrating“ und „einfache Balken“ beurteilt (Median Note 4; Boxlänge zwischen 3 und 5; whiskers bei 1 und 6).



Grafik 9: Verteilung der Noten zur Beurteilung des Gesamteindrucks der Formate aller Befragten dargestellt als Boxplots (Reihenfolge nach aufsteigenden Mittelwerten von unten nach oben)

Bei Betrachtung der Notenverteilung des Gesamturteils getrennt nach Gruppen ergibt sich das in Grafik 10 dargestellte Bild.

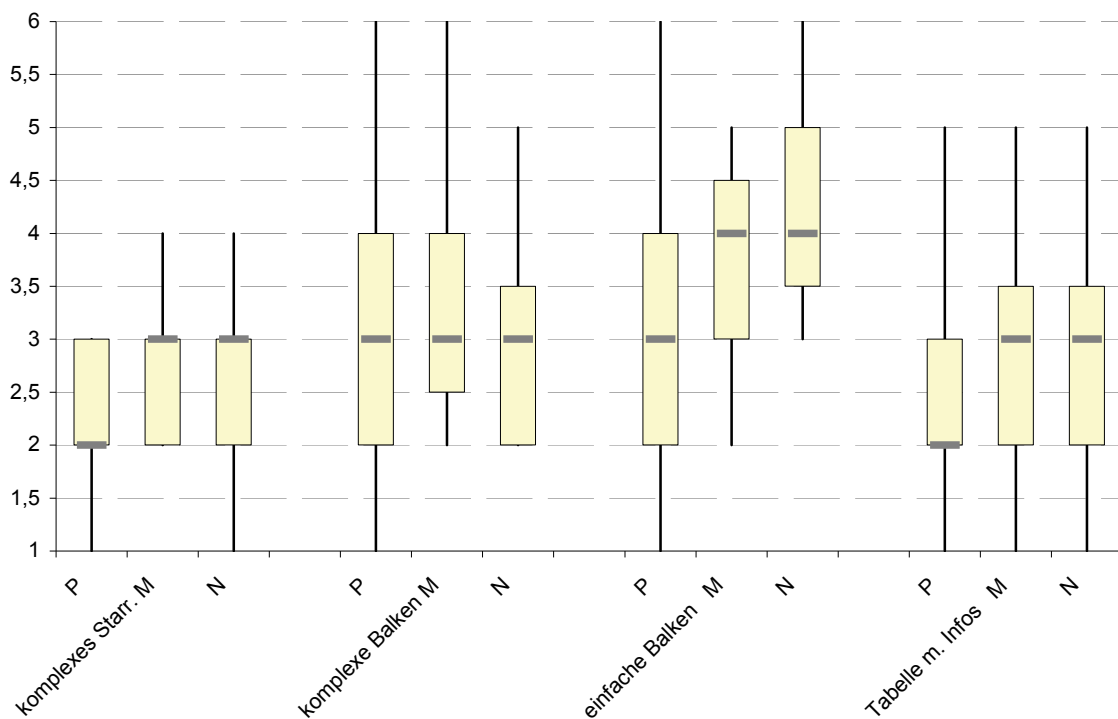
Die Formate „einfaches Starrating“ und „einfache Balken“ werden von der Gruppe der Patienten günstiger beurteilt (Median mindestens eine Note besser; Boxen nur teilweise überlappend).

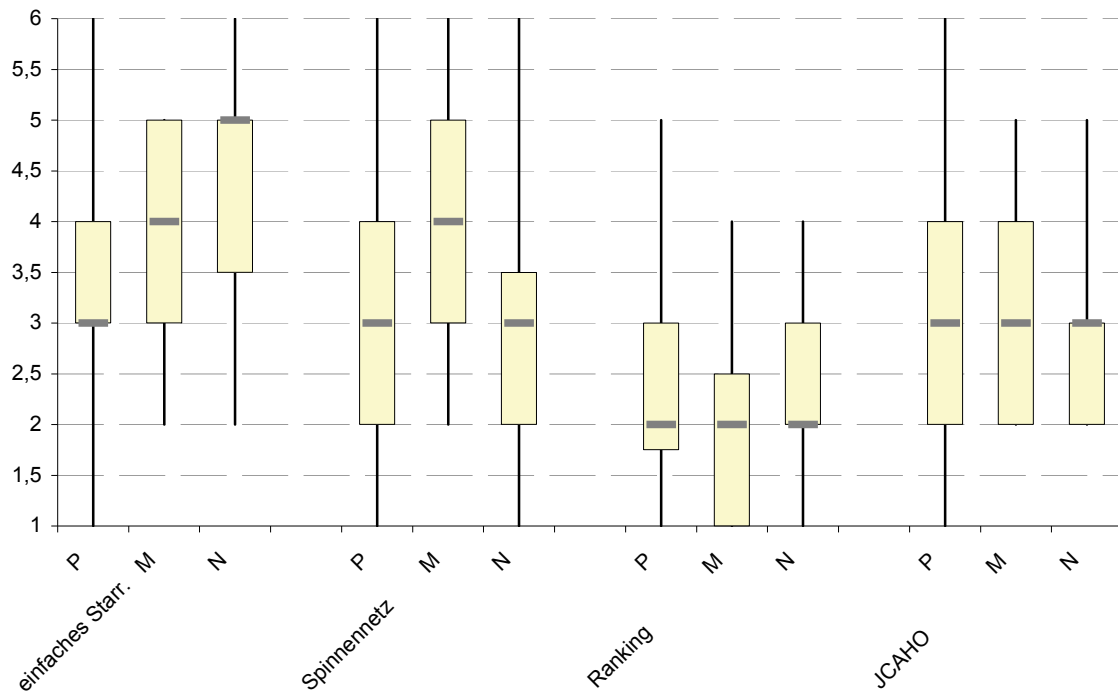
Die tabellarisch strukturierten Formate „komplexes Starrating“ und „Tabelle mit Infos“ werden von der Gruppe der Patienten ebenfalls günstiger bewertet, allerdings ist der

Unterschied bei diesen beiden nicht so stark ausgeprägt (Median 1 Note besser; Boxen jedoch überwiegend überlappend).

Die Formate „JCAHO“ und „komplexe Balken“ werden von allen Gruppen fast identisch beurteilt (gleicher Median; Boxen stark überlappend).

Das Format „Spinnenetz“ wird von der Gruppe der Medizinstudenten schlechter beurteilt (Median 1 Note schlechter; boxen nur teilweise überlappend), während das Format Ranking von dieser Gruppe am positivsten beurteilt wird (Median 1 Note besser; Boxen teilweise überlappend).





Grafik 10: Verteilung der Noten zur Beurteilung des Gesamteindrucks der Formate nach Gruppen, dargestellt als Boxplots (P= Patienten, M= Medizinstudenten, N= Nicht-Medizinstudenten)

5.3. Beurteilung der Indikatoren

5.3.1. Verständlichkeit der Indikatoren

In Grafik 11 ist die Antwortverteilung auf die Frage, ob der Indikator verständlich ist (ja/nein), für alle Befragten insgesamt sowie für die einzelnen Untergruppen getrennt dargestellt. Es ist erkennbar, dass die meisten der Indikatoren für die überwiegende Zahl der Befragten verständlich ist. So sind 4 Indikatoren für sämtliche Befragten verständlich, 11 weitere Indikatoren für über 90 Prozent der Befragten verständlich. Weitere 6 Indikatoren werden insgesamt noch von über 85 Prozent der Befragten verstanden. Die Indikatoren „Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis“, „Ergebnisse externer Qualitätssicherung“, „Durchführung externer Qualitätssicherung“ und „Gewohnheit“ werden noch von zwischen 70 und 80 Prozent der insgesamt Befragten verstanden („Gewohnheit“ 83 Prozent). Die Indikatoren „Krankenhaus hat eine Poliklinik“, „Zulassung zum Durchgangsarztverfahren“, „Krankenhaus setzt Mindestmengenvereinbarungen um“ und „Krankenhaus nimmt an

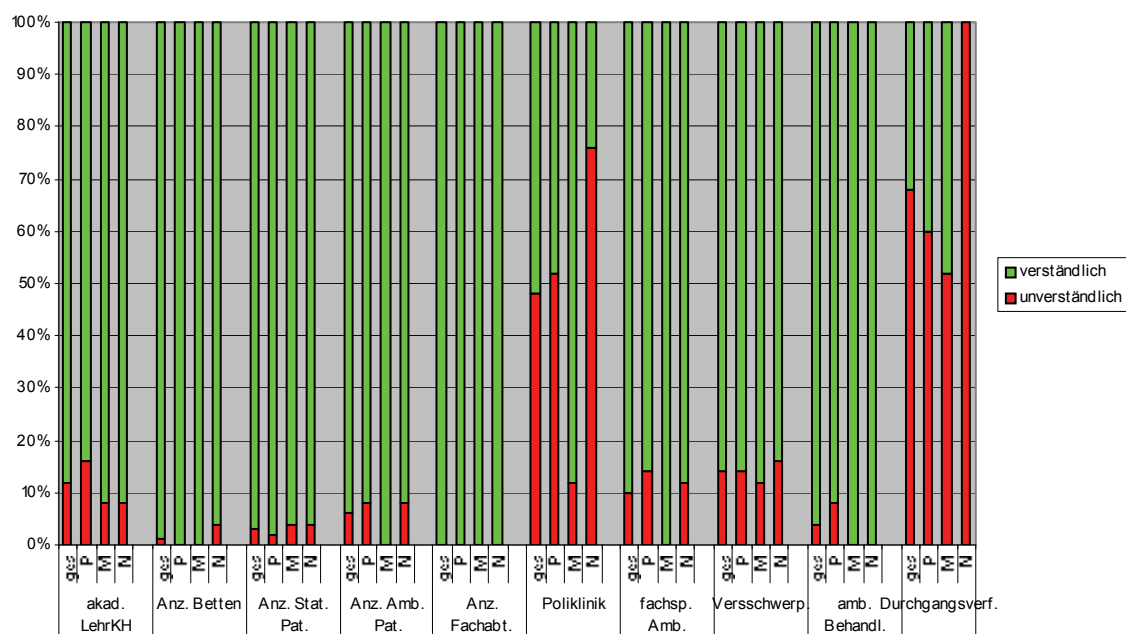
DMP's teil“ werden von vielen bzw. der Mehrheit der Befragten nicht verstanden (64 bis 68 Prozent, Poliklinik 48 Prozent).

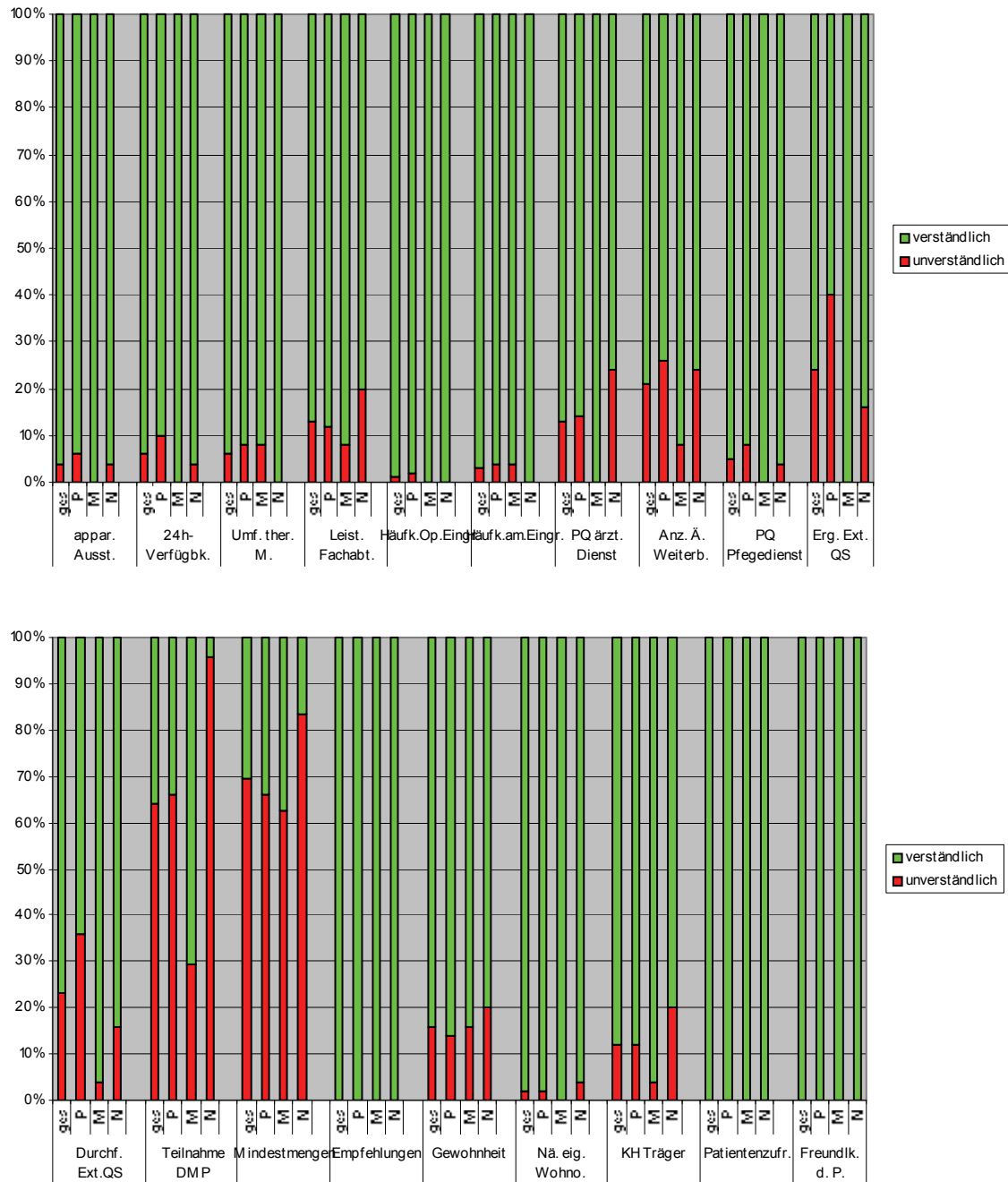
Die Unterschiede bei der Beurteilung der Verständlichkeit zwischen den Untergruppen „Patient“ und „Nichtmedizinstudent“ sind uneinheitlich ausgeprägt, während die Untergruppe der Medizinstudenten die Verständlichkeit insgesamt häufiger bejaht als die übrigen Untergruppen.

Für die Untergruppe der Medizinstudenten sind 21 der Indikatoren verständlicher als für die Gesamtheit der Befragten (höhere Auswahl „verständlich“) und die anderen Untergruppen, während bei den übrigen Indikatoren die Untergruppe der Mediziner die Indikatoren ähnlich häufig als verständlich beurteilen wie die Gesamtheit der Befragten oder die anderen Untergruppen.

Die Untergruppe „Patient“ wählt „verständlich“ bei 14 Indikatoren häufiger als die Gesamtheit der Befragten, bei 5 Indikatoren seltener, bei den übrigen Indikatoren ähnlich häufig.

Die Untergruppe „Nicht-Medizinstudent“ wählt „verständlich“ bei 9 Indikatoren häufiger als die Gesamtheit der Befragten, 15 Indikatoren seltener und die übrigen ähnlich häufig.





Grafik 11: Beurteilung der Verständlichkeit der Indikatoren (aller Befragten gesamt und der verschiedenen Untergruppen; Angaben in %)

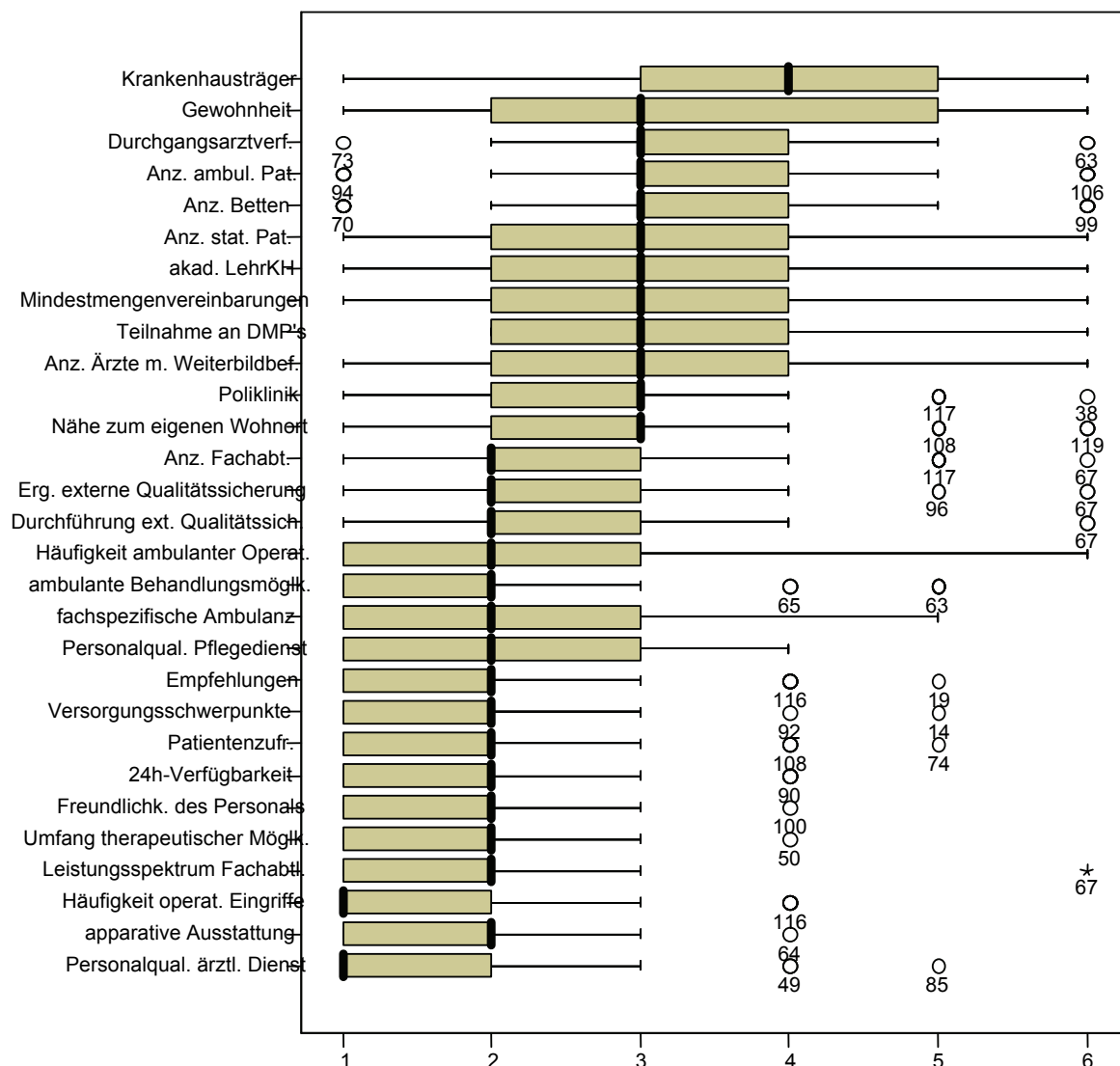
5.3.2. Wichtigkeit/Relevanz der Indikatoren

Bei der Beurteilung der Wichtigkeit/Relevanz der Indikatoren ist die Verteilung aller Befragten in Graphik 12 dargestellt.

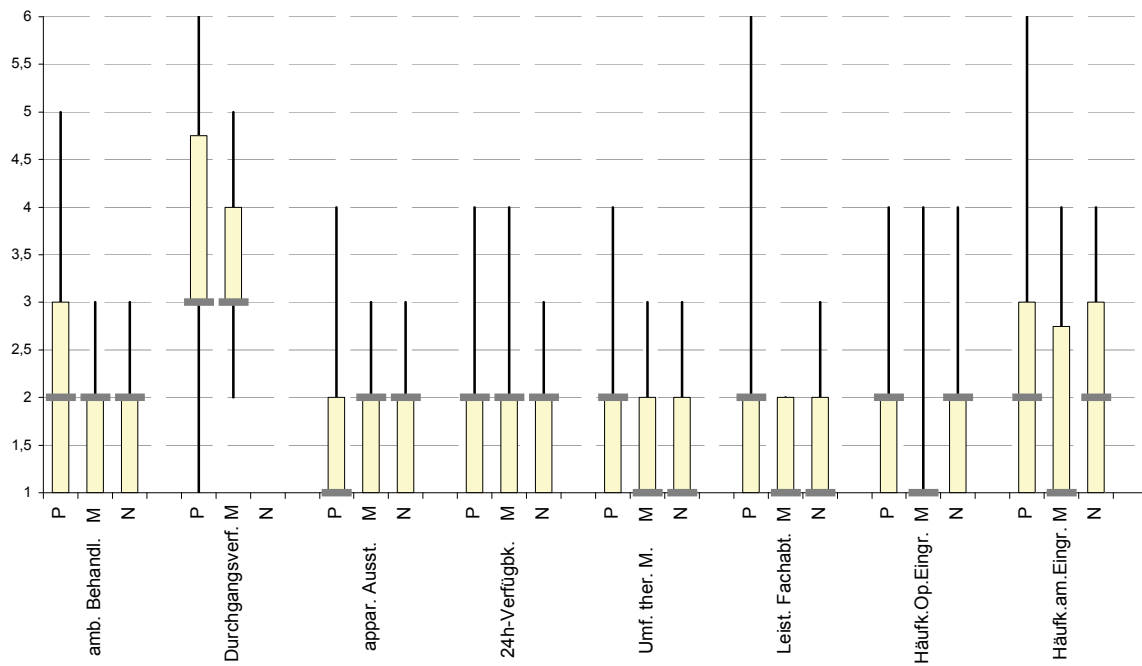
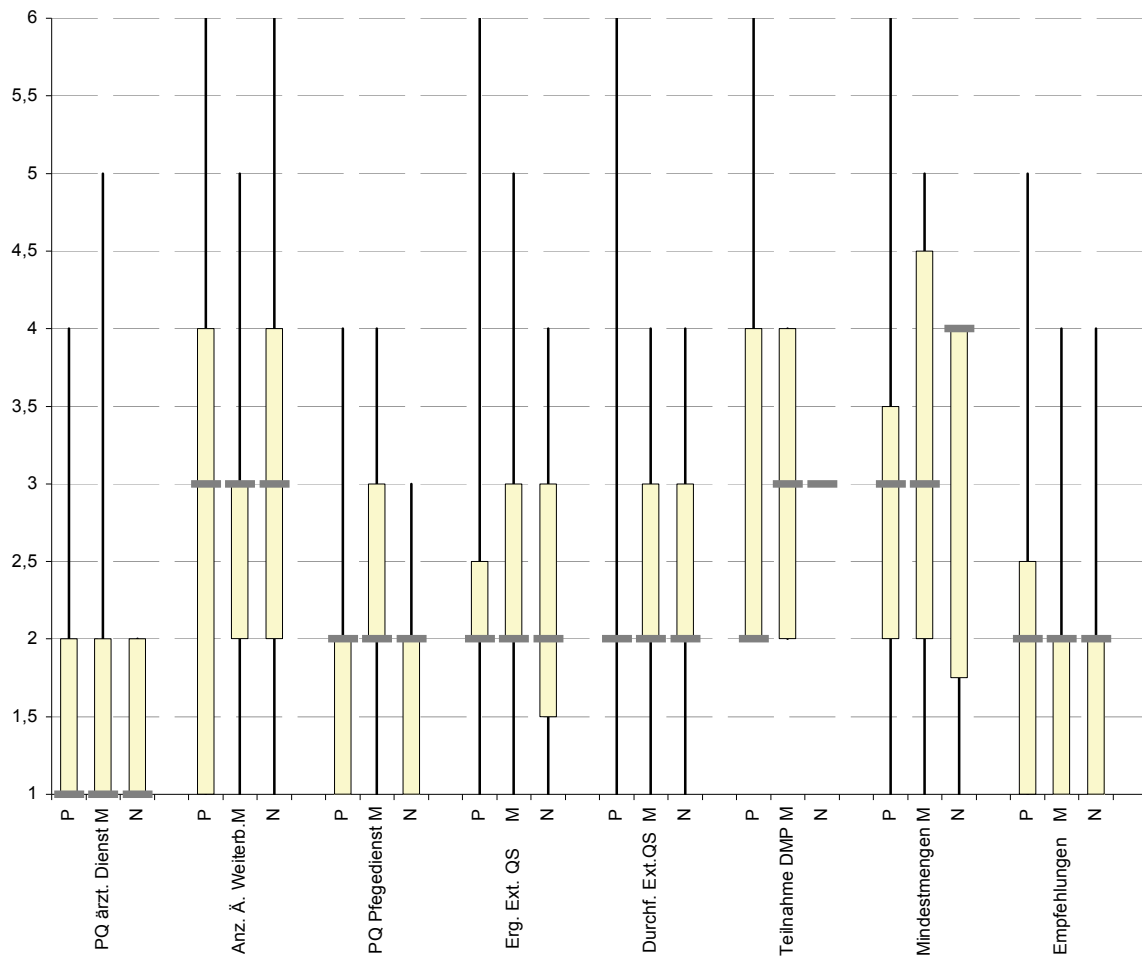
Besonders positiv heben sich hier die Indikatoren „Personalqualifikation des ärztlichen Dienstes“ und „Häufigkeit der operativen Eingriffe“ ab (Median bei 1,

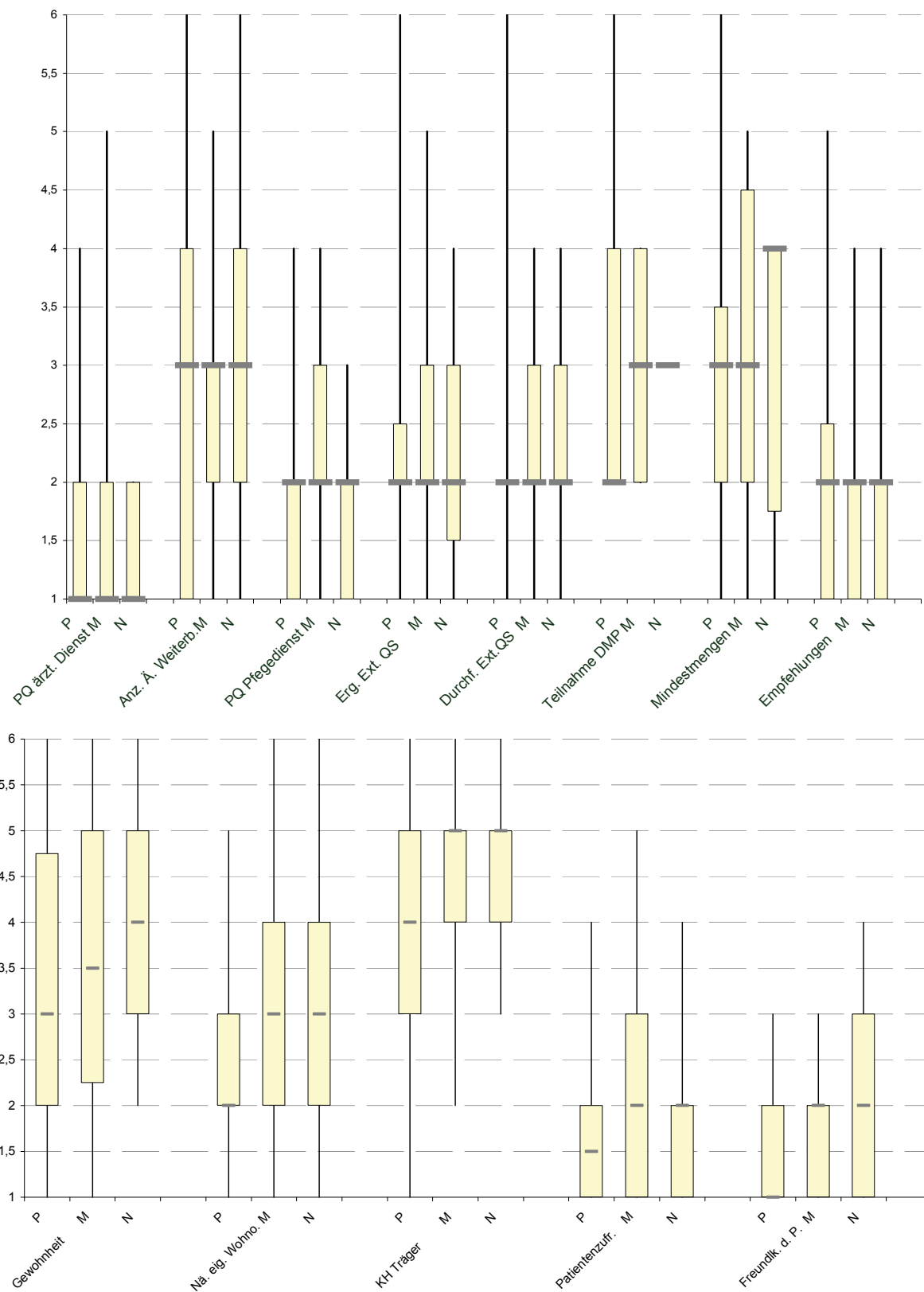
Boxenlänge zwischen 1 und 2). Neun weitere Indikatoren folgen, welche ähnlich, jedoch etwas schlechter als die beiden vorgenannten bewertet werden (Median 2, Boxenlänge zwischen 1 und 2). Ebenfalls mit einem Median von 2, jedoch mit einer etwas ungünstigeren Verteilung in Richtung des 3. Quartils (Boxenlänge 1 bis 2, Intervall von 1/2 bis 3) wurden 6 weitere Indikatoren bewertet. 11 Indikatoren wurden mit einem Median von 3 bewertet. Von diesen lag bei zweien die Boxlänge zwischen 2 und 3, bei 5 die Boxlänge zwischen 2 und 4 und bei dreien die Boxlänge zwischen 3 und 4. Der Indikator „Gewohnheit“ hat die Boxlänge von 2 bis 5.

Insgesamt als am wenigsten wichtig wird der Indikator „Krankenhausträger“ beurteilt (Median bei 4, Boxlänge von 3 bis 5).



Grafik 12: Verteilung der Noten zur Beurteilung der Wichtigkeit/Relevanz der Indikatoren aller Befragten dargestellt als Boxplots (Reihenfolge nach aufsteigenden Mittelwerten von unten nach oben)





Grafik 13: Verteilung der Noten zur Beurteilung der Wichtigkeit/Relevanz der Indikatoren, dargestellt als Boxplots (P= Patienten, M= Medizinstudenten, N= Nicht-Medizinstudenten)

In der Tabelle 9 werden noch einmal die wesentlichen Daten der Beurteilungsergebnisse der Relevanz der Indikatoren dargestellt.

Dabei wurden die Indikatoren optisch an zwei Stellen innerhalb der Tabelle abgesetzt. Diese Stellen markieren die Indikatoren, bei denen sich bei der Erstellung von Rangreihenfolgen innerhalb der Gruppen im Vergleich zwischen den Gruppen die Ergebnisse aller drei Gruppen nicht überschneiden. Dabei wird die unterschiedliche Bewertung der Relevanz verschiedener Indikatoren deutlich.

Auch kann man Unterschiede in der Bewertung durch die verschiedenen Gruppen erkennen.

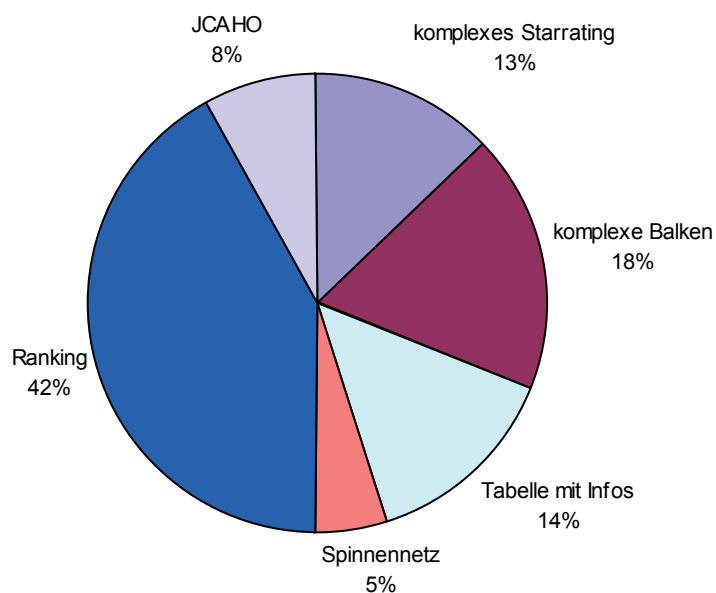
Indikator	Patienten				Medizinstudenten				Nicht-Medizinstudenten			
	Rang	MW	SD	Median	Rang	MW	SD	Median	Rang	MW	SD	Median
Personalqualifikation ärztlicher Dienst	1	1,47	0,767	1	5	1,64	0,952	1	1	1,32	0,478	1
Freundlichkeit des Personals	2	1,54	0,646	1	11	1,84	0,688	2	12	2	0,866	2
Patientenzufriedenheit	3	1,6	0,7	1,5	13	2,08	0,997	2	7	1,8	0,816	2
apparative Ausstattung	4	1,61	0,774	1	7	1,76	0,597	2	3	1,63	0,647	2
Personalqualifikation Pflegedienst	5	1,76	0,857	2	16	2,44	1,044	2	6	1,79	0,779	2
24-Stunden Verfügbarkeit der Ausst.	6	1,79	0,94	2	8	1,76	0,879	2	5	1,71	0,69	2
Häufigkeit operativer Eingriffe	7	1,83	0,842	2	1	1,24	0,663	1	8	1,8	0,866	2
Leistungsspektrum Fachabteilungen	8	1,86	0,889	2	3	1,39	0,499	1	4	1,65	0,813	1
besondere Leistungsschwerpunkte	9	1,91	0,83	2	4	1,64	0,79	1,5	11	2	0,816	2
Umfang therapeutischer Möglichkeiten	10	1,93	0,72	2	2	1,35	0,573	1	2	1,56	0,768	1
Empfehlungen Ärzte, Verwandte etc.	11	1,96	0,957	2	12	1,84	0,898	2	9	1,84	0,85	2
fachspezifische Ambulanz	12	2,19	1,087	2	9	1,8	0,645	2	13	2,09	0,811	2
Durchführung externer Qualitätssicherg.	13	2,23	1,223	2	15	2,33	0,963	2	16	2,33	0,856	2
Anzahl der Fachabteilungen	14	2,24	1,255	2	14	2,32	0,945	2	17	2,8	1,08	3
Häufigkeit ambulanter Operationen	15	2,24	1,177	2	6	1,75	0,944	1	14	2,21	1,103	2
ambulante Behandlungsmöglichkeiten	16	2,3	1,28	2	10	1,84	0,624	2	10	1,88	0,726	2
Ergebnisse externer Qualitätssicherung	17	2,31	1,228	2	17	2,48	1,159	2	15	2,24	0,944	2
Nähe zum eigenen Wohnort	18	2,49	1,12	2	21	2,84	1,143	3	19	3,04	1,334	3
Anzahl Ärzte mit Weiterbildungsbefugn.	19	2,61	1,4	3	19	2,74	1,096	3	21	3,22	1,263	3
Klinik hat Poliklinik	20	2,75	1,294	3	18	2,73	1,162	3	20	3,17	1,329	3
Teilnahme an DMP's	21	2,88	1,166	2	20	2,82	0,883	3	18	3	0	3
akademisches Lehrkrankenhaus	22	2,9	1,394	3	25	3,3	0,974	3	25	3,48	0,994	4
Umsetzung der Mindestmengenvereinb.	23	3	1,275	3	22	3	1,414	3	22	3,25	1,5	4
Anzahl der stationären Patienten	24	3,12	1,409	3	26	3,46	1,285	3,5	23	3,42	1,018	3
Gewohnheit	25	3,18	1,5	3	27	3,6	1,429	3,5	27	4,05	1,191	4
Anzahl der Betten	26	3,22	1,345	3	28	3,76	1,091	4	24	3,42	1,1	3
Anzahl der ambulanten Patienten	27	3,41	1,222	3	23	3,24	1,3	3	26	3,83	1,114	4
Zulassung zum Durchgangsarztverf.	28	3,6	1,273	3	24	3,25	0,866	3	0	0	0	0
Krankenhausträger	29	3,63	1,464	4	29	4,57	1,08	5	28	4,58	0,961	5

Tabelle 9: Übersicht der Beurteilung der Relevanz der Indikatoren durch die verschiedenen Gruppen (Rang, Mittelwert (MW), Standardabweichung (SD), Median)

5.4. Präferenz der Abbildungen

Grafik 13 zeigt die prozentuale Verteilung der Nennungen zur insgesamt bevorzugten Art der Darstellung (am besten geeignetes Format). Das Format Ranking hat insgesamt mit Abstand die meisten Nennungen erhalten. Danach folgt das Format „komplexe Balken“ mit einer grafisch dominierten Darstellung. Ähnlich gut schneiden die beiden Formate „komplexes Starring“ und „Tabelle mit Infos“ ab, welche wie das Ranking tabellarisch dargestellt sind. Die beiden grafisch dargestellten Formate „JCAHO“ und „Spinnennetz“ schneiden insgesamt schlechter ab, werden jedoch immerhin noch von fünf bis acht Prozent der Teilnehmer als am besten geeignet genannt.

Die beiden Formate „einfaches Starring“ und „einfache Balken“ werden gar nicht als am besten geeignet erwähnt.



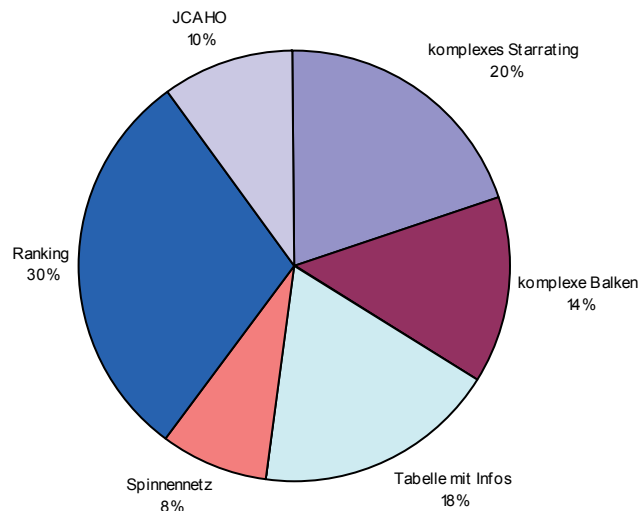
Grafik 13: Verteilung der Nennung des für die Krankenhausauswahl bevorzugten Formates aller Befragten (Angaben in %)

Die folgenden Grafiken 14 bis 16 zeigen die Ergebnisse der Frage nach dem am besten geeigneten Format aufgeteilt auf die verschiedenen Gruppen.

Innerhalb der Gruppe der Patienten (s. Grafik 14) wurde auch das Format „Ranking“ mit einigem Abstand am häufigsten als das am besten geeignete Format ausgewählt.

Danach folgen die Formate „komplexes Starrating“ und „Tabelle mit Infos“, welche wie das Format „Ranking“ in tabellarischer Darstellung präsentiert wurden.

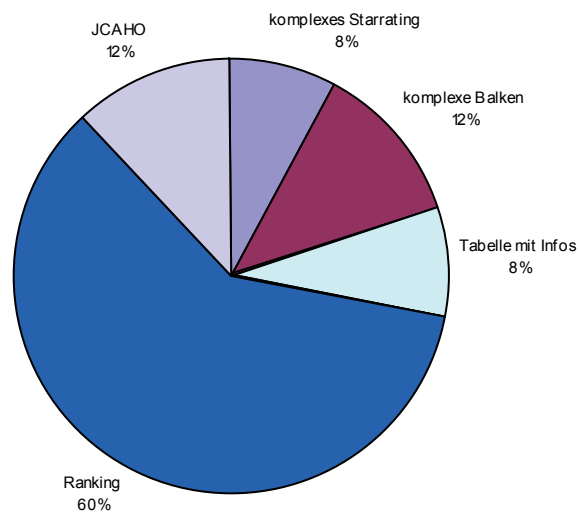
Die Formate „Spinnennetz“, „komplexe Balken“ und JCAHO“ in grafischer Darstellung schneiden in dieser Gruppe am schlechtesten ab.



Grafik 14: Verteilung der Nennung des für die Krankenhausauswahl bevorzugten Formates der Untergruppe Patient (Angaben in %)

In der Gruppe der Medizinstudenten (s. Grafik 15) wurde das Format „Ranking“ mit weitem Abstand als am besten geeignet bewertet.

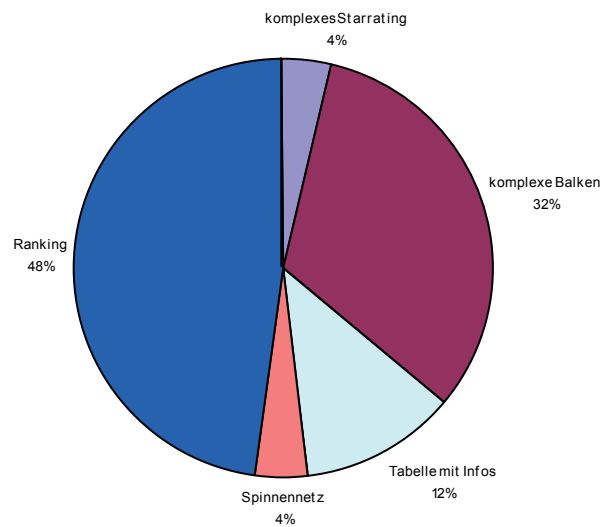
Dahinter folgen mit gleicher Bewertung die Formate „komplexe Balken“ und „JCAHO“ auf grafischer Basis und kurz dahinter die tabellarisch basierten Formate „komplexes Starrating“ und „Tabelle mit Infos“. Das Format „Spinnennetz“ auf grafischer Basis wurde von dieser Gruppe gar nicht als am besten geeignet erwähnt.



Grafik 15: Verteilung der Nennung des für die Krankenhausausswahl bevorzugten Formates der Untergruppe Medizinstudent (Angaben in %)

In der Gruppe der Nicht-Medizinstudenten wurde das Format „Ranking“ ebenfalls mit weitem Abstand am häufigsten als am besten geeignet genannt.

Danach folgt mit dem Format „komplexe Balken“ eine grafisch dominierte Darstellung. Das Format „Tabelle mit Infos“ wird dem gegenüber bereits deutlich weniger genannt. Die Formate „komplexes Starring“ und „Spinnennetz“ werden selten genannt. Das Format „JCAHO“ wird gar nicht genannt.



Grafik 16: Verteilung der Nennung des für die Krankenhausausswahl bevorzugten Formates der Untergruppe Nicht-Medizinstudent (Angaben in %)

5.5. weitere Informationen

Als letzter Punkt wurde in dem Fragebogen gefragt, welche zusätzlichen Informationen die befragte Person als wichtig erachtet, um die Qualität eines Krankenhauses besser beurteilen und gegebenenfalls zu einer Entscheidung für ein bestimmtes Krankenhaus gelangen zu können. Die Nennung mehrerer Aspekte durch eine Person war möglich.

Patienten (n=50) fanden folgende zusätzlichen Informationen wichtig (in Klammern findet sich die Anzahl der Nennungen; falls nicht angegeben, 1 Nennung):

- Arbeitsbelastung des ärztlichen Personals
- Angebote alternativer Heilmethoden
- Zimmerausstattung (2x)
- Soziale Betreuung
- Park vorhanden (2x)
- Verkehrsanbindung
- Nachtruhe

- Mortalitätsrate (3x)
- Ruf des Krankenhauses international
- Bildmaterial, Prospekte
- Kooperation des Personals
- Infektionsrate (2x)
- Personen pro Zimmer (2x)
- Regelmäßige externe Prüfung des Personals durch unabhängige Experten
- Nichtmedizinische Angebote (Cafeteria, Kiosk etc.)
- Gute Kooperation mit Hausärzten/ambulanten Fachärzten
- Freundlichkeit der Ärzte/ Kommunikationsbereitschaft
- Selbstkritische öffentliche Reflexion
- Verlässlichkeit von Diagnosen
- Personalqualifikation des ärztlichen Personals
- Erfolgsstatistik
- Offenheit seitens der Ärzte.

36 von 50 befragten Patienten haben die offene Frage unbeantwortet gelassen (72%).

Medizinstudenten (n=25) fanden folgende zusätzlichen Informationen wichtig:

- durchschnittliche Liegezeiten (3x)
- Verhältnis Betten/Patienten zu Personal (2x)
- Besuchszeiten
- Essen (2x)
- Zimmerausstattung (5x)
- Nichtmedizinische Angebote (Cafeteria, Kiosk etc.)
- Infektionsrate (2x)
- Verfügbarkeit von Informationen über das Krankenhaus im Internet (2x)
- Atmosphäre des Gebäudes
- Arbeitsbelastung des ärztlichen Personals
- Komplikationsrate (2x)
- Personen pro Zimmer

- Krankenhaus im internationalen Vergleich
- Mortalitätsrate (2x)
- Quote durchgeführter Obduktionen bei unklarer Todesursache
- Wartezeiten.

10 von 25 Medizinstudenten haben die offene Frage unbeantwortet gelassen (40%).

Nicht-Medizinstudenten (n=25) fanden folgende zusätzlichen Informationen wichtig:

- Komplikationsrate bei Eingriffen und Verfahren
- Krankenhaus-Rankings in Fachzeitschriften
- Internationales Ansehen/Kooperation → Spezialisierung
- Verhältnis Betten/Patienten zu Personal (2x)
- Fotos der Klinik
- Sauberkeit
- Empfehlungen des Hausarztes oder entsprechend des Facharztes
- Zimmerausstattung (4x)
- Essen (wann, was, wie viel, Geschmack; 3x)
- Personen pro Zimmer (2x)
- Komplikationsrate (2x)
- Verfügbarkeit modernster Diagnostik und Behandlungsverfahren
- Nichtmedizinische Angebote (Cafeteria, Kiosk etc.)
- Angebot alternativer Heilmethoden
- Ganzheitliche Behandlung
- Rezidivrate
- Mortalitätsrate
- Koordination/Organisation des Personals (Dokumentation und Weitergabe von Patienteninformationen und -daten).

11 von 25 Nicht-Medizinstudenten haben die offene Frage unbeantwortet gelassen (44%).

6 Diskussion

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung bieten einige Hinweise darauf, in welcher Darstellung und mit welchen Inhalten Vergleiche der Einrichtungsqualität verschiedener Krankenhäuser für die Öffentlichkeit und insbesondere für Patienten als Nutzer gestaltet werden können, um die Verständlichkeit für den Nutzer zu erhöhen und damit als Entscheidungskriterium dienen zu können.

Bei der Auswahl der Qualitätsindikatoren sollten einige bisher in den Qualitätsberichten enthaltene strukturbezogene Daten keine weitere Berücksichtigung finden, da sie entweder nicht verstanden oder als nicht relevant für die Entscheidungsfindung betrachtet werden. Anderen enthaltenen Qualitätsindikatoren sollte demgegenüber der Vorzug gegeben werden. Des Weiteren sollten einige Qualitätsindikatoren, welche bisher in den Qualitätsberichten keine Berücksichtigung fanden, zusätzlich einbezogen werden.

Bei der Form der Darstellung erweist sich die tabellarische Variante der Darstellung mit den enthaltenen Basiswerten, dargestellt im Sinne einer Rangliste, als die für alle befragten Nutzergruppen geeignetste, wobei je nach Nutzergruppe auch unterschiedliche Darstellungsformen verwendet werden können.

6.1. Diskussion der einzelnen Ergebnisse

Zunächst konnte gezeigt werden, dass einige Indikatoren von einer Mehrheit der potenziellen Nutzer (mit geringen Differenzen zwischen den einzelnen Nutzergruppen; die Gruppe der Medizinstudenten als angehende Experten schneidet hier noch am besten ab) inhaltlich bereits gar nicht verstanden werden. Umso weniger dürfte diesen die Relevanz für eine Beurteilung der Qualität verständlich sein. Es sind dies die Indikatoren „Klinik hat eine Poliklinik“, „Klinik besitzt die Zulassung zum Durchgangsarztverfahren“, „Klinik setzt Mindestmengenvereinbarungen um“ und „Krankenhaus nimmt an Disease Management Programmen teil“. In Anbetracht der Tatsache, dass eine Reduktion von Informationen die Verständlichkeit und mögliche Nutzung von Qualitätsvergleichen steigern kann, sollte auf Informationen, welche ohnehin ohne weitere Erklärung von der Mehrheit nicht verstanden werden, möglicherweise in Zukunft in Qualitätsvergleichen verzichtet werden.

Schwieriger zu beurteilen ist die Verwendbarkeit der Indikatoren in Qualitätsberichten auf der Basis der Ergebnisse der Relevanz. Welche Indikatoren aufgrund welcher Notenbeurteilung letztendlich tatsächlich Verwendung finden sollten, lässt sich nicht exakt bestimmen. Es lassen sich jedoch einige Tendenzen erkennen.

Sämtliche Indikatoren, welche schon von der Mehrheit als nicht verständlich beurteilt wurden, werden von den übrigen als weniger relevant im Vergleich zu anderen Indikatoren eingestuft (insgesamt schlechtere Benotung der vier bereits oben genannten Indikatoren). Hinzu kommen einige Indikatoren, welche lediglich quantitative Strukturdaten darstellen. Diese sind „Anzahl der Betten“, „Anzahl stationärer und Anzahl ambulanter Patienten“, „Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis“. Einige weitere Indikatoren, „Krankenhausträger“, „akademisches Lehrkrankenhaus“, „Nähe zum eigenen Wohnort“, scheinen für die Gesamtheit der Patienten ebenfalls weniger relevant zu sein und müssen in einem Qualitätsbericht nicht enthalten sein. Dieser Befund entspricht der generellen Tendenz, den Fokus der relevanten Qualitätsindikatoren eher auf Prozess-, und Outcome-Indikatoren zu richten (22).

Dem gegenüber stehen einige Strukturdaten, welche sich auf die technischen Möglichkeiten und das Spektrum der angebotenen Leistungen beziehen, welche insgesamt als vergleichsweise relevant beurteilt werden. Diese sind zum Beispiel „Versorgungsschwerpunkte“, „Leistungsspektrum der Fachabteilungen“, „Umfang therapeutischer Möglichkeiten“, „apparative Ausstattung“ und deren „24-Stunden-Verfügbarkeit“. Aber auch Indikatoren wie die „Personalqualifikation im ärztlichen und im Pflegedienst“ sowie die „Häufigkeit ambulanter und generell operativer Eingriffe“ werden als vergleichsweise relevant beurteilt.

Weitere Indikatoren, wie zum Beispiel Informationen zur „Patientenzufriedenheit“ und zur „Freundlichkeit des Personals“, welche beispielsweise in den nach § 137 SGB V zu erstellenden Qualitätsberichten bisher nicht erscheinen, sind ebenfalls als vergleichsweise relevant beurteilt worden. Sie beziehen damit auch die Erfahrungen von Patienten in die Beurteilung mit ein, was in der Vergangenheit empfohlen wurde (28). Eine Ergänzung um diese Indikatoren in zukünftigen vergleichenden Qualitätsberichten scheint bedenkenswert.

Da die Kapazität der in Qualitätsvergleichen enthaltenen Daten durch die Verarbeitungsfähigkeit der Nutzer beschränkt wird, sollte die Auswahl relevanter Indikatoren mit größter Sorgfalt erfolgen und auf wirklich relevante beschränkt

werden (38). Den zwischen einzelnen Nutzern und Nutzergruppen bestehenden individuellen Präferenzunterschieden könnte durch die individuelle Auswahlmöglichkeit von Indikatoren Rechnung getragen werden (38).

Bei den in dieser Arbeit verwendeten Indikatoren, welche sich im Wesentlichen aus den Vorgaben aus dem zu erstellenden Qualitätsbericht ableiten, muss die Frage gestellt werden, ob diese tatsächlich die Qualität medizinischer Leistungen repräsentieren. Dies erscheint aufgrund der bereits existierenden wissenschaftlichen Untersuchungen zur Qualität der Gesundheitsversorgung ohnehin fraglich, da es sich im Wesentlichen um Strukturdaten handelt, welche kein zwingendes Qualitätsmerkmal darstellen. Eine Ergänzung der in dieser Arbeit enthaltenen Liste von Indikatoren sollte durch prozess- und ergebnisorientierte Daten vorgenommen werden (dies entspricht teilweise auch den Wünschen der Patienten, wie sie im offenen Teil des Fragebogens ausgedrückt wurden) (22).

Der Vergleich verschiedener Formen und Darstellungsmöglichkeiten hat eine deutliche Präferenz des Formates „Ranking“ insgesamt und auch in den verschiedenen Nutzergruppen ergeben. Dies bedeutet im konkreten Fall die Bevorzugung einer tabellarischen Darstellungsform, in welcher die Primärdaten enthalten sind, welche dann von einer autorisierten Instanz gewichtet und abschließend bewertet werden. Der Hilfestellung in Form einer Vorbewertung und Erstellung einer Rangliste wird der Vorzug auch gegenüber einer reinen Präsentation der Primärdaten gegeben (38). Ebenso wird die Rangliste mit den enthaltenen Basisdaten gegenüber der tabellarischen Darstellung bevorzugt, welche statt der Basisdaten Sternebewertungen der einzelnen Indikatoren angibt, obwohl auch aus dieser aufgrund der möglichen Addition der Sterne eine Rangliste durch den Nutzer leicht zu erstellen wäre.

Da die Darstellungsform „Ranking“ insgesamt den meisten Zuspruch aller Befragten erhalten hat, scheint dies die geeignetste Form der Darstellung eines zukünftigen vergleichenden Qualitätsberichtes zu sein.

Dabei muss man jedoch berücksichtigen, dass diese Einschätzung auch davon abhängig ist, inwieweit die Gewichtung und Bewertung der Daten transparent und glaubwürdig ist (15). Allein durch den Prozess der Bewertung und die Art der Darstellung (Präferenz) können die Ersteller dieses Formates möglicherweise Einfluss auf die Entscheidung der Nutzer solcher Vergleiche nehmen. Es muss gewarnt werden vor einem manipulativen Missbrauch durch die Vorinterpretation und

entsprechende Darstellung von Daten, die nicht dem tatsächlichen Interesse des Nutzers entspricht. Auf diese Verantwortung seitens der Produzenten ist bereits in der Vergangenheit hingewiesen worden (39).

Dies zeigt sich im Übrigen auch daran, dass die Streuung des ausgewählten Krankenhauses sich bei den stark vereinfachten Darstellungen auf weniger Krankenhäuser verteilt, als bei komplexeren Darstellungen (39).

Es zeigt sich, dass die Nutzergruppen der „Medizinstudenten“ und der „Nichtmedizinstudenten“ zwar auch die tabellarische Darstellungsform bevorzugen, jedoch auch die Verwendung von grafisch basierten Formaten (zum Beispiel das Format „komplexe Balken“) eher unterstützen als die Gruppe der Patienten.

Sollte man sich entscheiden, verschiedenen Nutzergruppen auch verschiedene Arten der Darstellung durch verschiedene Formate anzubieten, könnte man für diese Nutzergruppen auch auf grafisch basierte Formate zurückgreifen. Dies ist insofern von Bedeutung, da manche Wissenschaftler die individuelle Gestaltung von Qualitätsvergleichen für unterschiedliche Nutzergruppen und Individuen propagieren (38).

Nicht empfehlenswert zur Verwendung als Darstellungsformat erscheinen solche, die eine starke Vereinfachung der Primärdaten und des ursprünglichen Inhaltes vornehmen, sodass verschiedene enthaltene Indikatoren nicht mehr in ihrer Ausprägung durch den Nutzer selbst beurteilt werden können. Auch wenn dies von einigen Autoren als zur Reduktion kognitiver Hürden einiger Nutzer bei der Verwendung von vergleichenden Qualitätsinformationen als notwendig bezeichnet wurde, wird diese starke Reduktion doch von sehr vielen als zu wenig informativ abgelehnt (38).

Diese stellen zwar eine optische Vereinfachung und Komplexitätsreduktion dar, die dem vertrauensvollen Nutzer eine einfache Entscheidungshilfe zu bieten scheint.

Jedoch werden diese Formate von der Mehrzahl der Nutzer als ungeeignet abgelehnt, da die Bewertungsgrundlagen zu intransparent sind und eine differenzierte Entscheidung dadurch unmöglich wird. Dies entspricht den Erfahrungen, welche auch in anderen Ländern mit derart vereinfachenden Darstellungsformaten gemacht wurden (49).

6.2. Methodenkritik

Jedoch wird die Aussagekraft der Untersuchung durch einige Faktoren eingeschränkt, welche bei der Interpretation und den Schlussfolgerungen bedacht werden sollten.

Als wesentlicher Faktor ist dabei die Tatsache zu berücksichtigen, dass innerhalb der empirischen Untersuchung teilweise theoretische Fragestellungen verwendet werden, die ein reales Konsumentenverhalten zu ermitteln versuchen.

Inwieweit diese Ergebnisse der Fragestellungen auf das reale Präferenzverhalten übertragbar sind ist zweifelhaft. Allenfalls kann es als grobe Orientierung in Richtung bestimmter Präferenzen dienen. Davon besonders betroffen sind die Fragen, ob der Patient sich aufgrund der jeweiligen Abbildung für ein bestimmtes Krankenhaus entscheiden würde, und wenn ja, für welches Krankenhaus er sich entscheiden würde. Diese Fragen eruieren explizit ein Verhalten, welches im realen Handeln von den Ergebnissen des Fragebogens abweichen wird.

Bei den qualitativen Beurteilungen der Formate und Indikatoren spielt dieser Faktor weniger eine Rolle, ist jedoch auch dort im Zweifelsfall zu berücksichtigen. Dies gilt insofern, als da der Zeitrahmen und die örtliche Situation, welcher für die Auseinandersetzung mit den Abbildungen und Inhalten zur Verfügung stand, knapp bemessen bzw. ungewohnt war.

Ein weiterer die Aussagekraft beeinträchtigender Faktor ergibt sich aus der Tatsache, dass die soziodemografischen Daten der Befragten in mancherlei Hinsicht nicht repräsentativ genug sind, um eine unkritische Übertragung auf die Gesamtheit der Patienten durchzuführen.

Diese mangelnde Repräsentativität war durch die Einteilung in die verschiedenen Gruppen (Patienten, Medizinstudenten, Nicht-Medizinstudenten) einerseits beabsichtigt. Jedoch lassen auch die soziodemographischen Daten innerhalb der Gruppe der Patienten keine Übertragung auf die Gesamtmenge der Patienten zu.

Dies betrifft zum einen die Altersverteilung der Patienten. Bei der Untersuchung werden ältere Menschen über 75 Jahren kaum erfasst. Dies liegt einerseits vermutlich daran, dass diese Patientengruppe weniger mobil ist und dementsprechend teilweise durch Hausbesuche oder die Unterbringung in entsprechenden Einrichtungen medizinisch versorgt werden. Andererseits liegt es auch daran, dass viele ältere Patienten eine Teilnahme an der Untersuchung

abgelehnt haben. Dies lässt möglicherweise Rückschlüsse darauf zu, dass die Verwendung von Qualitätsvergleichen in dieser Bevölkerungsgruppe auf weniger Resonanz stoßen wird.

Auch der Bildungshintergrund der befragten Teilnehmer ist nicht repräsentativ für die allgemeine Bevölkerung. Der Anteil der Personen in der Gruppe der Patienten mit Abitur und/oder Hochschulabschluss übersteigt den in der Normalbevölkerung.

Dadurch dürften einige der Ergebnisse verzerrt sein.

Der hohe Anteil von Personen mit gehobenem Bildungsniveau lässt möglicherweise darauf schließen, dass diese einen allgemein etwas besseren Zugang zu den Qualitätsberichten haben, während Personen mit niedrigerem Bildungsniveau die Auseinandersetzung eher meiden und sich dementsprechend nicht an der Untersuchung beteiligt haben (30). Da jedoch keine soziodemographische Vergleichsdaten der Personen vorliegt, die die Teilnahme an der Untersuchung abgelehnt haben, sind diese Schlussfolgerungen mit äußerster Vorsicht zu betrachten.

Der weibliche Anteil unter den befragten Teilnehmern ist gegenüber der normalen Bevölkerung etwas höher. Sollte die Rolle des Geschlechts bei der Beantwortung der Untersuchungsfragen das Ergebnis beeinflussen, so muss auch dies berücksichtigt werden (einige Studienergebnisse weisen darauf hin (30)).

Schließlich wird die Repräsentativität der Studie auch dadurch eingeschränkt, dass die Stichprobe mit 100 teilnehmenden Befragten nicht groß genug ist, um klare allgemeingültige Aussagen zu treffen.

Aus den Fragen, welche die teilnehmenden Personen gestellt haben, lässt sich bereits vermuten, dass auch das Motiv, mit welchem sich die Person mit Qualitätsberichten auseinandersetzen, eine Rolle bei der Beurteilung und Einschätzung der Inhalte und Abbildungen spielt. Dies entspricht bereits erwähnten Beobachtungen und Schlussfolgerungen anderer Autoren. In dieser Untersuchung fragten einige Personen danach, ob es bei der Beurteilung nun nur um den konkreten Fall einer Hernien-OP handelt, womit die Bedeutung unterschiedlicher Anliegen für die Ansprüche und Erwartungen an die Darstellung vergleichender Qualität unterstrichen wird. Die Ergebnisse der Untersuchung könnten bei Zugrundelegung einer anderen Prämisse (zum Beispiel dem Fall einer chronischen oder subjektiv bedrohlicheren Erkrankung) anders ausfallen und besitzen auch insofern keine allgemeine Gültigkeit.

Eine weitere gelegentlich gestellte Frage bezog sich darauf, wer für die Erstellung der Formate und insbesondere für die Vorinterpretation von Informationen und Daten verantwortlich ist und ob dieser bestimmte eigene Intentionen verfolgt.

Dies legt nahe anzunehmen, dass auch die Quelle der vergleichenden Darstellungen einen entscheidenden Einfluss auf die Entscheidungsfindung und Nutzung der Qualitätsberichte haben wird (30). Dieser Faktor wird bei der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt, da die Erstellung der Formate aus ein und derselben Quelle stammt.

Insbesondere bei Darstellungsformaten, welche die Primärdaten nur interpretierend enthalten, dürfte die Glaubwürdigkeit und damit die Verwendung der Informationen aus Qualitätsberichten von der verarbeitenden Quelle abhängig sein.

Bei der Präsentation der verschiedenen Formate war es nicht vermeidbar, dass bei der Präsentation der verschiedenen Formate die grafisch basierten Formate „komplexe Balken“, „Spinnennetz“ und „JCAHO“ auf mehreren Seiten dargestellt werden mussten, da diese Form der Präsentation mehr Platz beansprucht hat.

Ob dies einen Einfluss auf die Übersichtlichkeit hatte oder die Bedeutung des Formates in besonderer Weise betont hat, lässt sich nicht beantworten.

Dies mag jedoch ebenfalls einen positiven oder negativen Einfluss auf die Bewertung dieser Formen der Darstellung haben.

Aufgrund der verschiedenen Faktoren, welche das Ergebnis der Untersuchung möglicherweise unvorhergesehen beeinflusst haben, sind die Ergebnisse mit der gebotenen Vorsicht zu interpretieren und eher als Orientierung zu werten.

Jüngst veröffentlichte Untersuchungen mit vergleichbaren Forschungsinhalten und einer aufgrund größerer Teilnehmerzahlen und unterschiedlich gewählter Stichproben stärkeren Repräsentativität bestätigen allerdings die Ergebnisse dieser Arbeit inhaltlich im Wesentlichen. Dies berechtigt zu der Annahme, dass die verschiedenen Faktoren, welche das Ergebnis dieser Arbeit möglicherweise verzerren könnten, letztlich einen nur vernachlässigbaren Einfluss auf das Ergebnis haben (30).

6.3. Fazit

Die Definition und wissenschaftlich korrekte Messung und vergleichende Darstellung der Qualität medizinischer Versorgung stellt an sich bereits ein aufwändiges

Prozedere dar, welches eine kontinuierliche wissenschaftlich begleitende Forschung erfordert und sich längst nicht am Ende ihrer Entwicklung befindet. Vielmehr befindet sie sich in einem Prozess ständiger Überprüfung und Veränderung, welcher auch zukünftig anhalten muss und wird (32).

Erschwert wird dies durch den Anspruch, die Daten mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung medizinischer Versorgung zu veröffentlichen und verschiedenen Zielgruppen (Patienten stehen hier im Mittelpunkt) die informierte Entscheidung zugunsten von qualitativ hochwertigen Leistungserbringern zu ermöglichen (9).

Bisher spiegeln die Qualitätsvergleiche einerseits nicht das Informationsbedürfnis potenzieller Nutzer wider, andererseits stellen die bisherigen Anforderungen an Patienten als (in den meisten Fällen) medizinische Laien im Umgang mit vergleichenden Qualitätsberichten für sie eine scheinbar unüberwindbare Herausforderung dar (33).

Die oben beschriebenen Hindernisse einer erfolgreichen Implementierung öffentlicher vergleichender Qualitätsberichterstattung im Sinne einer marktwirtschaftlichen Steuerung erfordern eine systematische Bewertung und Berücksichtigung bei der weiteren inhaltlichen und optischen Gestaltung dieses Instrumentes zur Verbesserung der Qualität medizinischer Versorgung (31;34).

Ob die Veröffentlichung von vergleichenden Daten der Krankenhausqualität jemals den praktischen Nutzen erbringen wird, den man sich in jüngster Zeit in Deutschland wie auch bereits seit einigen Jahren in anderen Ländern von diesem Instrument verspricht, muss aufgrund der derzeitigen Erfahrungen und des daraus resultierenden Wissens zumindest kritisch hinterfragt werden. Dies gilt in besonderem Maße für das Ziel, den Patienten mithilfe der zur Verfügung gestellten Qualitätsdaten eine informierte Entscheidung zugunsten des seinen Bedürfnissen am ehesten entsprechenden Leistungserbringers treffen zu lassen (9).

Dies ist auch deswegen relevant, da durch die Implementierung eines solchen Verfahrens nicht zu vernachlässigende Kosten entstehen, die letztendlich nur durch dessen Erfolg zu rechtfertigen sind (24).

Es melden sich immer wieder Fachleute zu Wort, die in Zukunft als Adressaten vergleichender Qualitätsberichterstattung weniger den Patienten sehen, sondern vielmehr Ärzte und Versicherer in beratender Funktion für die Patienten (9).

Dennoch legen Untersuchungen aus dem Ausland auch nahe, dass die bereits existierenden Qualitätsvergleiche nicht den gewünschten Erfolg haben, weil einige grundlegende Aspekte bei der Umsetzung bisher keine entsprechende Berücksichtigung fanden (50).

Auch der bundesdeutsche Qualitätsbericht erfüllt bisher nicht ausreichend die Anforderungen, welche durch den selbst formulierten Sinn und Zweck und die damit verbundenen Bedürfnisse der Patienten an ihn gestellt werden, da einerseits politische Hindernisse dem noch entgegen stehen, andererseits die Patientenbedürfnisse noch nicht hinreichend untersucht und berücksichtigt wurden.

Auch existieren in Deutschland bisher kaum tatsächliche Instrumente, mit denen den Adressaten ein direkter Vergleich der Qualitätsdaten verschiedener Leistungserbringer ermöglicht bzw. erleichtert wird. Dort, wo diese bestehen, werden die Bedürfnisse der Adressaten an die Form der Darstellung häufig nicht adäquat berücksichtigt.

7 Schlussfolgerungen

Der paradox erscheinenden Tatsache, dass Patienten als Adressaten von Qualitätsberichten einerseits den Wunsch formulieren, Informationen zur Qualität verschiedener medizinischer Leistungserbringer zu Verfügung gestellt zu bekommen, während andererseits die zur Verfügung stehenden Qualitätsinformationen von ihnen nur selten zur Kenntnis geschweige denn als Entscheidungsgrundlage genommen werden, sollte in Zukunft noch größere Bedeutung beigemessen werden. Dies gilt insbesondere, da die Entwicklung der strukturierten Qualitätsberichte ausdrücklich mit dem Ziel erfolgte, verschiedenen Nutzergruppen die enthaltenen Daten zur Information und Entscheidungsfindung zugänglich zu machen.

Bei der Ursachenfindung sollte der Schwerpunkt nicht ausschließlich darauf gelegt werden, medizinisch plausible Qualitätsindikatoren zu entwickeln und hierzu valide Daten zu erheben, sondern Qualitätsindikatoren auch mit Rücksicht auf die (individuellen) Bedürfnisse und Ansprüche der verschiedenen Adressaten zu entwickeln.

Gleiches gilt für die verschiedenen Möglichkeiten der Präsentation von Informationen, welche den Bedürfnissen der Benutzer entsprechend so gestaltet werden sollten, dass die tatsächliche Verwendung durch eine möglichst hohe Zahl von Adressaten im Sinne der im Gesetzesentwurf zu Qualitätsberichten formulierten Ziele erreicht wird.

Dies Ziel kann am ehesten dadurch erreicht werden, dass weitere Forschung in Form empirischer oder experimenteller Untersuchungen die Bedürfnisse und Ansprüche von unterschiedlichen Nutzergruppen an vergleichende Qualitätsberichte zum Gegenstand macht und diese in die Gestaltung einbezieht.

8 Zusammenfassung

Die vergleichende Qualitätsberichterstattung über verschiedene medizinische Leistungserbringer ist ein in einigen Ländern bereits seit Jahren praktiziertes Verfahren.

Mit der Erstellung von Qualitätsberichten durch die Krankenhäuser nach § 137 SGB V hat der bundesdeutsche Gesetzgeber den Weg gewiesen, vergleichende Qualitätsberichte auch in Deutschland zu etablieren, mit dem ausdrücklichen Ziel der Patienteninformation zur Ermöglichung einer informierten Entscheidung für medizinische Leistungserbringer.

Daher stellt sich die Frage, welche Informationen der Patient benötigt, um zukünftig eine informierte Entscheidung treffen zu können, und in welcher Art und Weise müssen die Informationen präsentiert werden, damit der Patient sie versteht und zur Grundlage einer Entscheidung macht.

In dieser Arbeit wurden 100 Personen (50 Patienten, 25 Medizin- und 25 Nichtmedizinstudenten) gebeten, verschiedene Qualitätsindikatoren, von denen die meisten in den Qualitätsberichten 2005 verpflichtend enthalten waren, und grafische Darstellungsformate nach der persönlichen Präferenz in ihrer Eignung und Relevanz zu bewerten. Die Ergebnisse wurden mithilfe deskriptiver und grafischer (Boxplots) Verfahren analysiert und dargestellt.

Von den 29 Indikatoren wurden 4 von der Mehrheit nicht verstanden (z. B. „Krankenhaus erfüllt Mindestmengenvereinbarungen“). Bei der Beurteilung der Relevanz der Indikatoren für die Krankenhausqualität wurden einige Indikatoren von der Mehrheit der Befragten in ihrer Relevanz hoch bewertet (z. B. „Qualifikation des ärztlichen Personals“), während andere als weniger relevant bewertet wurden (z. B. „Zwischen den verschiedenen Gruppen bestanden bei der Beurteilung der Relevanz einzelner Indikatoren geringe Unterschiede, die die Tendenz der Relevanz insgesamt jedoch nicht wesentlich beeinflussen).

Bei der Beurteilung der unterschiedlichen Formate wurde das Format von den Befragten als am geeignetsten zur Entscheidungsfindung bewertet, welches eine tabellarische Darstellung mit den enthaltenen Rohdaten mit einer Bewertung und Auflistung als Rangliste verbindet (42 %). Dies trifft mit geringen Differenzen in den Nennungen (Patienten 30 %, (Nicht-) Medizinstudenten 48 bzw. 60 %) auf alle Gruppen zu.

Stark vereinfachende Darstellungen (einfache Sterne-Grafiken), bei der die Entstehung der Bewertungen nicht nachvollziehbar ist, werden nur von einer Minderheit der Befragten als Entscheidungsgrundlage akzeptiert.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei der inhaltlichen und optischen Gestaltung der gesetzlich verpflichtend zu erstellenden Qualitätsberichte und der darauf aufbauenden Formate vergleichender Darstellung einige Aspekte zukünftig berücksichtigt und verändert werden sollten.

Insbesondere sollte die Gestaltung die Bedürfnisse der potenziellen Nutzer stärker berücksichtigen. Insofern besteht bei der Erforschung der Bedürfnisse weiterer Bedarf, welcher durch die Einbeziehung und Befragung der Adressaten vergleichender Qualitätsberichte erreicht werden kann.

9 Referenzliste

- (1) Lansky D. Measuring what matters to the public. *Health Affairs* 1998; 17(4):40-41.
- (2) Marshall M, Shekelle P, Brook R, Leatherman S. Dying to know. Public release of information about Quality of Health Care. London: Nuffield Trust, RAND, 2000.
- (3) Anderson OW, Shields MC. Quality measurement and control in physician decision making: State of the art. *Health Services Research* 1982; 17:125-155.
- (4) Marshall M, Shekelle P, Leatherman S, Brook R. The public release of performance data - What do we expect to gain? *Journal of the American Medical Association* 2000; 283(14):1866-1874.
- (5) Rosenstein AH. Hospital report cards: intent, impact, and illusion. *American Journal of Medical Quality* 2004; 19(5):183-192.
- (6) Hibbard JH. Engaging Health Care consumers to improve the quality of care. *Medical Care* 2003; 41(1, supplement):I61-I70.
- (7) Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. *Health Affairs* 2005; 24(4):1150-1160.
- (8) Marshall M, Shekelle P, Leatherman S, Brook R. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Quality in Health Care* 2000; 9:53-57.
- (9) Marshall M, Shekelle P, Davies HTO, Smith PC. Public Reporting on quality in the United States and the United Kingdom. *Health Affairs* 2003; 22(3):134.
- (10) Smith PC. On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *International Journal of public Administration* 1995; 18(2/3):277-310.
- (11) Goddard M, Mannion R, Smith PC. The NHS performance framework: taking account of economic behaviour. 158. 1998. The Publications Office - Centre for Health Economics. The York Series on the NHS White Paper - a Research Agenda.
- (12) Goddard M, Davies HTO, Dawson D, Mannion R, McInnes F. Clinical performance measurement: part 2 - avoiding the pitfalls. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2002; 95:549-551.
- (13) Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. *Journal of the American Medical Association* 2005; 293(10):1239-1244.
- (14) Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *The New England Journal of Medicine* 1996; 334(6):394-398.

- (15) Marshall M, Davies HTO, Romano PS. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *International Journal for Quality in Health Care* 2004; 16(Supplement I):i57-i63.
- (16) Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Affairs* 2003; 22(2):84.
- (17) Davies HTO. Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US Health Care providers. *Quality in Health Care* 2001; 10:104-110.
- (18) Marshall M, Brook R. Public reporting of comparative information about quality of healthcare. *Medical Journal of Australia* 2002; 176:205-206.
- (19) Hochhauser M. Lousy report card? Most consumers don't pay attention. *Managed Care Quarterly* 2003; 11(3):28-29.
- (20) Mannion R, Davies HTO. Reporting health care performance: learning from the past, prospects for the future. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2002; 8(2):215-228.
- (21) Donabedian A. The quality of care - How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 1988; 260(12):1743-1748.
- (22) Brook R, McGlynn EA, Shekelle P. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12(4):281-295.
- (23) Geraedts M, Selbmann H-K, Ollenschläger G. Critical appraisal of clinical performance measures in Germany. *International Journal for Quality in Health Care* 2003; 15(1):79-85.
- (24) Moullin M. Eight essentials of performance measurement. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2004; 17(3):110-112.
- (25) Goddard M, Davies HTO, Dawson D, Mannion R, McInnes F. Clinical outcomes measurement: part 1 - getting the best out of it. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2002; 95:508-510.
- (26) Gross PA, Braun BI, Kritchevsky SB, Simmons BP. Comparison of clinical indicators for performance measurement of health care quality: a cautionary note. *Clinical Performance and Quality Health Care* 2000; 8(4):202-211.
- (27) Wegscheider K. Methodische Anforderungen an Einrichtungsvergleiche (Profiling) Im Gesundheitswesen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2004; 98:647-654.
- (28) Geraedts M, Selbmann H-K. Wer sollte die Qualität der Gesundheitsversorgung definieren - Patienten, Ärzte, Krankenkassen oder Gesundheitspolitiker? In: Helmich P, Nöring R, in der Schmitt J, Schwantes U, Seelbach H, Sohn W, editors. *Primärärztliche Patientenbetreuung*. Stuttgart: Schattauer, 1997: 246-257.

- (29) Americans as health care consumers: An update on the role of quality information. 2000. The Kaiser Family Foundation/Agency for Health Care Research and Quality.
- (30) Geraedts M. Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M, editors. Gesundheitsmonitor 2006. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, 2006: 154-170.
- (31) Edgman-Levitan S, Cleary PD. What information do consumers want and need? *Health Affairs* 1996; 15(4):42-56.
- (32) Mannion R, Goddard M. Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2003; 9(2):277-286.
- (33) Hibbard JH, Peters E, Slovic P, Finucane ML, Tusler M. Making Health Care quality reports easier to use. *Journal on Quality Improvement* 2001; 27(11):591-604.
- (34) Vaiana ME, McGlynn EA. What cognitive science tell us about the design of reports for consumers. *Medical Care Research and Review* 2002; 59(1):3-34.
- (35) Finlayson SRG, Birkmeyer JD, Tosteson A, Nease RF. Patient preferences for location of care: implications for regionalization. *Medical Care* 1999; 37(2):204-209.
- (36) Streuf R, Maciejek S, Kleinfeld A, Blumenstock G, Reiland M, Selbmann H-K. Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2007; 12:113-120.
- (37) Galvin RS, McGlynn EA. Using performance measurement to drive improvement - a roadmap for change. *Medical Care* 2003; 41(1, Supplement):I48-I60.
- (38) Hibbard JH, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions. Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annual review of Public Health* 2003; 24:413-433.
- (39) Hibbard JH, Slovic P, Peters E, Finucane ML. Strategies for reporting Health Plan performance information to consumers: evidence from controlled studies. *Health Services Research* 2002; 37(2):291-313.
- (40) Gibberd R, Pathmeswaran A, Burtenshaw K. Using clinical indicators to identify areas for quality improvement. *Journal of Quality in Clinical practice* 2000; 20:136-144.
- (41) Selbmann H-K. Der Qualitätsbericht ab 2005 - wozu und für wen? *Das Krankenhaus* 2004; 9:712-716.

- (42) Leatherman S, McCarthy D. Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issues for policy. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11(2):93-105.
- (43) Matthes N, Wiest A. Veröffentlichung von Qualitätsdaten für Krankenhäuser in den USA. In: Robra B-P, Schellschmidt H, Klauber J, editors. Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart: Schattauer, 2005: 49-74.
- (44) Bevan G. Qualitätsberichterstattung in England seit 1997. In: Robra B-P, Schellschmidt H, Klauber J, editors. Krankenhaus-Report 2004. Stuttgart: Schattauer, 2005: 95-110.
- (45) Schellschmidt H, Lütticke J. Qualitätsberichte nach §137 SGB V - Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung. In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H, editors. Krankenhaus-Report 2004. Schattauer, 2005: 197-211.
- (46) Sozialgesetzbuch V. 2003.
- (47) Selbmann H-K, Streuf R. Werden die Berichte von 2007 besser als die von 2005? *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2007; 12:8-12.
- (48) Geraedts M, Berg D, Koester H, Rauskolb R, Scheidel P, Selbmann H-K. Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 1998.
- (49) White C. Commission proposes end to star rating system for hospitals. *British Medical Journal* 2004; 329:1303.
- (50) Lansky D. Improving quality through public disclosure of performance information. *Health Affairs* 2002; 21(4):52.

10 Anhang (Fragebogen und Leitfaden)

Angaben zu Ihrer Person

Wir bitten Sie nun uns abschließend folgende Angaben zu Ihrer Person zu machen:

Sie sind

☐

männlich

☐

weiblich

Ihr Alter: ____ Jahre

Sie haben

☐

keinen Schulabschluss

☐

Haupt/Volksschulabschluss

☐

Realschule/mittlere Reife

☐

Abschluss der polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)

☐

Fachhochschulreife

☐

Allgemeine /fachgebundene Hochschulreife/ Abitur (Gymnasium bzw. EOS)

☐

Sonstiger Abschluss

Waren Sie bereits einmal in stationärer Behandlung?

☐

ja

☐

nein

Falls ja, wie viele Krankenhausaufenthalte hatten Sie bisher?

____ Aufenthalte

Wie sind Sie versichert?

☐

gesetzlich

☐

privat

Beurteilungsbogen zur Darstellung „Darstellung X (1-8)“

Bitte bewerten Sie die Ihnen vorliegende Darstellung „X (1-8)“ anhand der folgenden Fragen:

Würden Sie aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?

☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

Falls ja, welches Krankenhaus würden Sie bevorzugen?

- | | |
|---|--|
| ☐ Name Krankenhaus 1 | ☐ Name Krankenhaus 2 |
| ☐ Name Krankenhaus 3 | ☐ Name Krankenhaus 4 |
| ☐ Name Krankenhaus 5 | ☐ Name Krankenhaus 6 |
| ☐ Name Krankenhaus 7 | ☐ Name Krankenhaus 8 |
| ☐ Name Krankenhaus 9 | ☐ Name Krankenhaus 10 |

Bitte beurteilen Sie die Qualität dieser Darstellung, indem Sie die folgenden Kriterien mit Schulnoten von eins (sehr gut) bis sechs (ungenügend) bewerten:

	Sehr gut Ungenügend					
Informationsgehalt	1	2	3	4	5	6
Verständlichkeit	1	2	3	4	5	6
Übersichtlichkeit	1	2	3	4	5	6
Gesamturteil	1	2	3	4	5	6

Bewertung der Darstellungsformen

Welche der vorgestellten Darstellungsformen finden Sie zur Qualitätsbewertung und Auswahl eines Krankenhauses am geeignetsten?

☐ komplexes Starrating

☐ Balken komplex

☐ Balken einfach

☐ Tabelle mit Infos

☐ Starrating einfach

☐ Spinnennetz

☐ Ranking

☐ JCAHO

Bitte bewerten Sie nun die Verständlichkeit der unten aufgeführten Indikatoren als Qualitätsmerkmal:

	Verständlich	Unverständlich		Verständlich	Unverständlich
Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus	☐	☐	Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe	☐	☐
Anzahl der Betten des Krankenhauses	☐	☐	Häufigkeit der Durchführung ambulanter Operationen	☐	☐
Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	☐	☐	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	☐	☐
Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses	☐	☐	Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis	☐	☐
Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses	☐	☐	Personalqualifikation im Pflegedienst	☐	☐
Das Krankenhaus hat eine Poliklinik	☐	☐	Ergebnisse der externen Qualitätssicherung	☐	☐
Das Krankenhaus hat eine fachspezifische Ambulanz	☐	☐	Krankenhaus führt externe Qualitätssicherung durch	☐	☐
Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	☐	☐	Teilnahme bei DMPs (Disease Management Programme)	☐	☐
Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen	☐	☐	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen	☐	☐
Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren?	☐	☐	Empfehlungen von Verwandten, Bekannten, Ärzten, anderen Fachleuten	☐	☐
Umfang der apparativen Ausstattung	☐	☐	Gewohnheit	☐	☐
24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung	☐	☐	Nähe zum eigenen Wohnort	☐	☐
Umfang therapeutischer Möglichkeiten	☐	☐	Krankenhausträger	☐	☐
Leistungsspektrum der Fachabteilungen	☐	☐	Patientenzufriedenheit	☐	☐
Versorgungsschwerpunkte, zusätzliche Leistungsangebote	☐	☐	Freundlichkeit des Personals	☐	☐

Bitte bewerten Sie abschließend, wie wichtig Ihnen die folgenden Indikatoren als Qualitätsmerkmal sind:

	Sehr wichtig						Mäßig						Unwichtig					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Anzahl der Betten des Krankenhauses	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Das Krankenhaus hat eine Poliklinik	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Das Krankenhaus hat eine fachspezifische Ambulanz	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Welche ambulanten Behandlungs-möglichkeiten bestehen	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Umfang der apparativen Ausstattung	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Umfang therapeutischer Möglichkeiten	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Leistungsspektrum der Fachabteilungen	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Versorgungsschwerpunkte, zusätzliche Leistungsangebote	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Häufigkeit der Durchführung ambulanter Operationen	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Wir bedanken uns bei Ihnen für die Teilnahme und wünschen Ihnen alles Gute für die Zukunft!																		

Welche weiteren Informationen würden Sie sich wünschen, um die Qualität eines Krankenhauses beurteilen zu können?

Interviewer- Leitfaden zum Fragebogen „Vergleichende Qualitätsberichterstattung in der Medizin“

Kursiv: Handlungsanweisung für den Interviewer

Normaltext: Ansprache an die Befragten

Einführung:

Guten Tag. Ich darf Sie begrüßen. Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen uns bei unserer wissenschaftlichen Arbeit zu unterstützen und sich bereit erklären an unserer Befragung teilzunehmen. Bei unserer Arbeit geht es darum heraus zu finden, welche Infos Patienten über Krankenhäuser haben möchten, wenn sie nicht als Notfall behandelt werden müssen und also vorher ein Krankenhaus auswählen können.

Stellen Sie sich vor, Sie haben sich einen Leistenbruch zugezogen, der operativ behandelt werden muss. Nun möchten Sie sich vorab über die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in Ihrer Region informieren, um das Ihrer Ansicht nach geeignetste auszuwählen. Dazu bekommen Sie von Ihrer Krankenkasse ein Informationspaket.

Für dieses Informationspaket wurden zehn unterschiedliche, fiktive Krankenhäuser Ihrer Region nach verschiedenen Qualitätsmerkmalen bewertet. Die Ergebnisse der Bewertungen liegen nun in 8 verschiedenen Darstellungsformen vor. Wir möchten Sie bitten sich die verschiedenen Darstellungsformen anzusehen, sich ein Urteil zu bilden und die einzelnen Darstellungsformen anhand der sich anschließenden Fragen zu bewerten.

(kurze Demonstration einer exemplarischen Darstellung und eines Fragebogens zur Bewertung der einzelnen Darstellung)

Nachdem Sie anschließend alle Darstellungsformen beurteilt haben möchten wir gerne noch von Ihnen wissen, welche Darstellungsform Sie von den acht für am geeignetsten halten.

Dann haben wir verschiedene Qualitätsmerkmale in einer Tabelle aufgeführt. Wir bitten Sie diese im Hinblick auf Verständlichkeit und Relevanz (Wichtigkeit) zu bewerten.

(kurze Demonstration der Seite „Qualitätsmerkmale“)

Abschliessen werden wir mit einem kurzen Statistikeil, in dem wir Sie um einige Auskünfte zu Ihrer Person bitten.

(kurze Demonstration des Statistikeils)

Das Ganze wird ungefähr 30 Minuten dauern. Haben Sie zum grundsätzlichen Ablauf noch Fragen? Sollten sich im Verlauf der Bearbeitung noch Fragen ergeben können Sie diese jederzeit stellen. Wir bitten Sie,

sich bei der Beurteilung ausschließlich auf Ihr eigenes Urteil zu verlassen, da anderenfalls die Aussagekraft der Untersuchung verloren geht.

(Möglichkeit zu Fragen; anschließend Beginn mit dem Fragebogen)

Ich erinnere noch einmal an die Ausgangssituation
Stellen Sie sich vor, Sie haben sich einen Leistenbruch zugezogen, der operativ behandelt werden muss. Nun möchten Sie sich vorab über die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in Ihrer Region informieren, um das Ihrer Ansicht nach geeignetste auszuwählen. Dazu bekommen Sie von Ihrer Krankenkasse ein Informationspaket. Das Informationspaket enthält die Ergebnisse der Bewertungen in acht unterschiedlichen Darstellungsformen. Wir möchten Sie bitten sich die verschiedenen Darstellungsformen anzusehen, sich ein Urteil zu bilden und die einzelnen Darstellungsformen zu bewerten.

Darstellungsformen

Ich zeige Ihnen nun alle Darstellungsformen einmal im Überblick, damit Sie sich einen ersten Eindruck von den verschiedenen Darstellungsformen machen können.

(Verteilung der verschiedenen Darstellungsformen, welche auf dem Tisch übersichtlich verteilt werden; nach 2 Minuten einsammeln)

Sehen Sie sich nun die erste Darstellung „komplexes Starrating“ an.

(Vorlage der Darstellung „komplexes Starrating“)

Bei dieser Darstellung wurden die zehn Krankenhäuser in der linken Spalte nach den in der ersten Reihe genannten Qualitätsmerkmalen bewertet. Bei mit „ja“ oder „nein“ zu beantwortenden Merkmalen wurde für „ja“ ein Stern, für „nein“ kein Stern vergeben. Bei zählbaren Merkmalen wurden je nach Menge ein bis drei Sterne vergeben. In der letzten Spalte ist die Anzahl der Sterne vermerkt, die das jeweilige Krankenhaus insgesamt bekommen hat.

Bitte beurteilen Sie nun anhand des Bogens diese Darstellung. Blättern Sie eine Seite weiter. Dort befindet sich der Beurteilungsbogen zu dieser Darstellung.

(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

Sehen Sie sich nun die nächste Darstellung „komplexes Balkendiagramm“ an.

(Vorlage der Darstellung „komplexes Balkendiagramm“; die Seiten werden dem Befragten so vorgelegt, dass er die Bewertungen aller Kliniken gleichzeitig im Blick hat)

Bei dieser Darstellung wurden die zählbaren Merkmale mit Hilfe eines Balkens dargestellt. Der vollständige Balken zeigt den Wert der besten Klinik als Vergleichswert an. Der Pfeil

zeigt an, wie gut die jeweilige Klinik bei dem einzelnen Merkmal abschneidet. Der Punkt gibt den Durchschnitt aller Kliniken des entsprechenden Merkmals an. Mit „ja“ oder „nein“ bewertete Merkmale sind unten mit einem grünen Punkt für „ja“ und einem roten Punkt für „nein“ dargestellt.

Bitte beurteilen Sie nun anhand des Bogens diese Darstellung. Blättern Sie eine Seite weiter. Dort befindet sich der Beurteilungsbogen zu dieser Darstellung.

(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

Sehen Sie sich nun die Darstellung „einfaches Balkendiagramm“ an.

(Vorlage der Darstellung „einfaches Balkendiagramm“)

Bei dieser Darstellung wurden die Krankenhäuser anhand der Merkmale „Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses“, „Anteil der ambulanten Hernien- OP's“, „Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung“, „Anteil des examinierten Pflegepersonals“, „Anzahl der Hernien- OP's pro Jahr“, „Anzahl der Ärzte die Hernien operieren“, „apparative Ausstattung“, „akademisches Lehrkrankenhaus“, „interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden“, „Krankenhaus nimmt an Disease Management Programmen (DMP's) teil“, „Krankenhaus setzt Mindestmengenvereinbarungen um“, „Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen“ bewertet. Dabei wurde ein zu erreichender Maximalwert für Qualität fest gelegt und der von den einzelnen Krankenhäusern erreichte Wert aller Qualitätsmerkmale in Prozent vom maximal erreichbaren Wert als Balken dargestellt.

Bitte beurteilen Sie nun anhand des Bogens diese Darstellung. Blättern Sie eine Seite weiter. Dort befindet sich der Beurteilungsbogen zu dieser Darstellung.

(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

Sehen Sie sich nun die Darstellung „Tabelle mit Infos“ an.

(Vorlage der Darstellung „Tabelle mit Infos“)

Bei dieser Darstellung wurden die Qualitätsmerkmale (erste Zeile) der verschiedenen Krankenhäuser (erste Spalte) erfasst und in reiner Form tabellarisch aufgeführt. Bitte beurteilen Sie nun anhand des Bogens diese Darstellung. Blättern Sie eine Seite weiter. Dort befindet sich der Beurteilungsbogen zu dieser Darstellung.

(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

Sehen Sie sich nun die Darstellung „Starrating einfach“ an.

(Vorlage der Darstellung „Starrating einfach“)

Bei dieser Darstellung wurden die Krankenhäuser anhand der eben schon genannten Merkmale bewertet. Entsprechend der gesamten Bewertung, welche die einzelnen Krankenhäuser erzielt haben, sind ein Stern (unterdurchschnittliche Bewertung), zwei Sterne (durchschnittliche Bewertung) oder drei Sterne (überdurchschnittliche Bewertung) vergeben worden.

Bitte beurteilen Sie nun anhand des Bogens diese Darstellung. Blättern Sie eine Seite weiter. Dort befindet sich der Beurteilungsbogen zu dieser Darstellung.

(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

Sehen Sie sich nun die Darstellung „Spinnennetz“ an.

(Vorlage der Darstellung „Spinnennetz; die Seiten werden dem Befragten so vorgelegt, dass er die Bewertungen aller Kliniken gleichzeitig im Blick hat “)

Bei dieser Darstellung wurden die zählbaren Qualitätsmerkmale als Prozentwerte in Form eines Spinnennetzes graphisch dargestellt. Sonstige quantitative Merkmale sind gesondert unter der Graphik dargestellt. Mit „ja“ oder „nein“ bewertete Merkmale sind unten mit einem grünen Punkt für „ja“ und einem roten Punkt für „nein“ dargestellt.

Bitte beurteilen Sie nun anhand des Bogens diese Darstellung. Blättern Sie eine Seite weiter. Dort befindet sich der Beurteilungsbogen zu dieser Darstellung.

(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

Sehen Sie sich nun die Darstellung „Ranking“ oder „Hitliste“ an.

(Vorlage der Darstellung „Ranking“)

Bei dieser Darstellung wurden die Qualitätsmerkmale (erste Zeile) der verschiedenen Krankenhäuser (erste Spalte) erfasst und in reiner Form tabellarisch aufgeführt. Diese Bewertungen wurden gewichtet und es wurde eine Rangfolge gebildet, wobei die Klinik mit der besten Bewertung den obersten Rang einnimmt.

Bitte beurteilen Sie nun anhand des Bogens diese Darstellung. Blättern Sie eine Seite weiter. Dort befindet sich der Beurteilungsbogen zu dieser Darstellung.

(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

Sehen Sie sich nun die Darstellung „JCAHO“ an. Das Kürzel steht für eine amerikanische Organisation zur Bewertung der Qualität von Krankenhäusern.

(Vorlage der Darstellung „JCAHO“)

Bei dieser Darstellung wurden die 10 Krankenhäuser (1. Zeile) anhand verschiedener Qualitätsmerkmale (1. Zeile) bewertet. Mit „ja“ oder „nein“ zu beantwortende Kriterien befinden sich im oberen Teil der Tabelle und sind mit einem grünen Punkt für „ja“ (Kriterium erfüllt) und „nein“ (Kriterium nicht erfüllt) versehen. Zählbare Merkmale wurden entsprechend der erreichten Werte mit Noten von eins (sehr gut) bis 5 (mangelhaft) bewertet. Das Ergebnis, wie die einzelnen Kliniken beim einzelnen Kriterium benotet wurden, finden Sie in der Tabelle. In der nebenstehenden Tabelle ist in Prozent angegeben, wie viele der teilnehmenden Kliniken jeweils die entsprechende Bewertung erhalten haben.

Bitte beurteilen Sie nun anhand des Bogens diese Darstellung. Blättern Sie eine Seite weiter. Dort befindet sich der Beurteilungsbogen zu dieser Darstellung.

(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

Nun möchten wir Sie bitten uns mitzuteilen, welche Darstellungsform Sie von den acht präsentierten als Mittel zur qualitativen Bewertung eines Krankenhauses am geeignetsten finden. Ich bitte Sie in Ihrem Fragebogen weiter zu blättern. Damit Sie wissen, welche Darstellung jeweils mit den Namen gemeint ist zeige ich Ihnen noch einmal die Darstellungen und benenne sie.

(Vorlage der Darstellungsformen in der bekannten Reihenfolge und deutliches Nennen der Bezeichnung; warten, bis die Auswahl erfolgt ist)

Merkmale

Bitte blättern Sie zur nächsten Seite. Auf dieser und der nächsten Seite finden Sie eine Liste mit Qualitätsmerkmalen. Dies sind zum einen die bereits aus den Abbildungen bekannten, zum anderen noch ein paar zusätzliche. Wir möchten Sie bitten, diese Merkmale einzeln zunächst in bezug auf Ihre Verständlichkeit zu beurteilen, also ob Sie verstehen, was mit dem jeweiligen Kriterium gemeint ist. Sie haben die Möglichkeit, jedes Kriterium mit Punkten von eins (sehr verständlich) bis sechs (unverständlich) zu bewerten. Diese Bewertung bezieht sich nun nicht mehr auf den Fall, dass Sie sich einer Hernien-OP unterziehen müssen, sondern allgemein zur Bewertung von Krankenhausqualität.

(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

Auf der nächsten Seite bitten wir Sie, die gleichen Merkmale darauf hin zu beurteilen, wie wichtig Ihnen das jeweilige Kriterium für die Bewertung der Qualität eines Krankenhauses ist. Dabei können Sie ebenfalls Noten von eins (sehr wichtig) bis sechs (unwichtig) vergeben. Auf dieser Seite befindet sich rechts unten noch ein freies Feld, in das Sie bitte eintragen, welche zusätzlichen Informationen Sie sich wünschen würden, um die Qualität eines Krankenhauses besser beurteilen zu

können. Sollten Sie ein Merkmal als „nicht verständlich“ angekreuzt haben geben Sie bitte keine Bewertung der Wichtigkeit ab.

(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

Demografie

Abschließend bitten wir Sie nun noch um einige Angaben zu Ihrer Person. Ich bitte Sie die letzte Seite des Fragebogens auszufüllen.

(Verteilung des Fragebogens; ausfüllen abwarten)

Damit sind wir am Ende der Befragung. Wir bedanken uns noch einmal für Ihre Mithilfe und hoffen, dass Sie etwas Spaß hatten. Sollten Sie Interesse an den Ergebnissen haben oder etwas über den Hintergrund wissen möchten können Sie sich gerne an mich wenden.

Danksagung

Mein persönlicher Dank für die Unterstützung bei der Fertigstellung dieser Arbeit gilt

- den Ärztinnen und Ärzten, die mir für die Durchführung der Interviews in den Praxen Zeit, Raum und Geduld geschenkt haben, namentlich Herrn Dr. med. Stefan Wilm, Köln, Frau Dr. med. Gerda Schwantes, Wuppertal, Dr. med. Paulus Grafenberger, Krefeld, Gemeinschaftspraxis Birgit Richter Polynice und Dr. med. Sonja Kurtin, Düsseldorf,
- und allen Patientinnen und Patienten sowie Studentinnen und Studenten, die sich bereit erklärt haben, an der Befragung teilzunehmen,
- der Firma Krall & Partner, Düsseldorf, die die grafische Umsetzung der Gestaltung von Fragebögen und Formaten übernommen hat,
- sowie Herrn Prof. Dr. Max Geraedts für die intensive Betreuung und konstruktive Kritik bei der Entwicklung dieser Arbeit und dem gesamten Team des Zusatzstudienganges Public Health der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf.

Nicht zuletzt bedanke ich mich herzlich bei meiner Familie, die mich während langer Jahre in jeder Hinsicht unterstützt hat und dabei nicht müde wurde.

Curriculum Vitae

Name David Martin Schwartz

Anschrift Marienstraße 121
42105 Wuppertal
Tel: 0202/2980926
e-Mail: d-schwartz@versanet.de

Geburtsdatum 15. September 1976

Nationalität deutsch

Laufbahn

2007-2008 10/07 bis 01/08 assistenzärztliche Tätigkeit in der Pneumologie im Thoraxzentrum Ruhrgebiet, Herne (Leitung Prof. Dr. Santiago Ewig)

2001-2007 Studium der **Medizin** an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Abschluss im Mai 2007 mit der Note „gut“ (2,0))

1999-2001 Studium der Wirtschaftswissenschaften an der bergischen Universität/ Gesamthochschule Wuppertal mit Erwerb des Vordiploms

1997-1999 14- monatiges Praktikum bei VOK DAMS Gesellschaft für Kommunikation mbH, Event-Agentur

1996-1997 Zivildienst beim Caritasverband Wuppertal

1987-1996 Besuch des städtischen Gymnasiums Vohwinkel mit Erwerb der allgemeinen Hochschulreife

1983-1987 Besuch der städtischen Stiftgrundschule/ der Benninghofer Grundschule in Dortmund Hörde

Praktisches Jahr **Innere Medizin** mit den Schwerpunkten Infektiologie/Rheumatologie am Universitätskrankenhaus Heraklion, Kreta, Griechenland (Chefarzt Prof. Dr. Boubas)

Chirurgie am All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, Indien (Prof. Dr. Mishra)

Neurologie am Marienhospital, Düsseldorf (Chefarzt Prof. Dr. Steinke)

Famulaturen	16-tägige Famulatur im Fach Innere Medizin, Abteilung Hämatologie/Onkologie, am Helios-Klinikum Wuppertal GmbH (Chefarzt Privatdozent Dr. Aruna Raghavachar) einmonatige Famulatur im Fach Chirurgie im Lehrkrankenhaus der Universidad Nacional de Nordeste, Corrientes, Argentinien einmonatige Famulatur im Fach Orthopädie (Chefarzt Prof. Dr. Martin Lukoschek) am Vincentius Krankenhaus, Konstanz 16-tägige Famulatur im Fach Neurologie, Abteilung Epileptologie, des Epilepsie-Zentrums Berlin-Brandenburg am Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (Chefarzt Prof. Dr. Heinz-Joachim Meencke) einmonatige Praxisfamulatur in der Facharztpraxis für Neurologie/Psychiatrie Dr. Hans-Heinrich vom Brocke, Wuppertal
Weiterbildung/ Tätigkeiten	Tätigkeit als studentische Hilfskraft am Lehrstuhl für medizinische Soziologie im Bereich des Postgraduierten-Studienganges Public Health (Professur für Public Health Prof. Dr. Max Geraedts) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (2002 bis 2006) studentische Hilfskraft in der Abteilung „Neue Wohlstandsmodelle“ (unter der Leitung von Prof. Dr. Gerhard Scherhorn) des Wuppertal Institutes für Klima Umwelt Energie GmbH; Mitwirkung bei der Veröffentlichung eines Wuppertal Papers (1999-2001) Betreuung von Jugendgruppen im Rahmen des Sommerferienprogramms der Sportjugend Wuppertal und als Lehrer für Englisch bei LCTH Sprachreisen Ltd.
Dissertation	Eignung von Qualitätsindikatoren und grafischen Qualitätsvergleichen für eine informierte Krankenhauswahl
Veröffentlichung/	
Poster	Posterpräsentation des Dissertationsthemas bei der Veranstaltung „Health Care meets Health Science“ der Clearingstelle Versorgungsforschung NRW, Düsseldorf am 7.6.2005

Hospital Quality Reports in Germany: Usability for Choosing Hospitals by Patients and Physicians, Biomed Central: Health Services Research, 2007; 7:157

Posterpräsentation des Dissertationsthemas bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, 2006

Sprachen

sehr gute Englischkenntnisse (Leistungskurs) unterstützt durch Teilnahme an zehn 3-wöchigen Sprachkursen in Canterbury und Harrow/London

gute Französischkenntnisse unterstützt durch mehrere Aufenthalte im Zuge des Schüleraustauschprogramms mit Wuppertals Partnerstadt St. Etienne

gute Spanischkenntnisse durch erfolgreiche Teilnahme an drei Semesterkursen der Universität und einen dreiwöchigen Intensivkurs in Barcelona

Grundkenntnisse in Schwedisch und Griechisch

Computer

gute Kenntnisse der elektronischen Datenverarbeitung mit Microsoft Office (Word, Excel, Access, Powerpoint, SPSS)

Interessen

Klavier spielen, Theater, lesen, wandern, reisen, Sport, Politik, Wirtschaft, Menschen

Abstract

Einführung: Die vergleichende Qualitätsberichterstattung über verschiedene medizinische Leistungserbringer ist ein in einigen Ländern bereits seit Jahren praktiziertes Verfahren.

Mit der Erstellung von Qualitätsberichten durch die Krankenhäuser nach § 137 SGB V hat der bundesdeutsche Gesetzgeber den Weg gewiesen, vergleichende Qualitätsberichte auch in Deutschland zu etablieren, mit dem ausdrücklichen Ziel der Patienteninformation zur Ermöglichung einer informierten Entscheidung für medizinische Leistungserbringer.

Fragestellung: Daher stellt sich die Frage, welche Informationen der Patient benötigt, um zukünftig eine informierte Entscheidung treffen zu können, und in welcher Art und Weise müssen die Informationen präsentiert werden, damit der Patient sie versteht und zur Grundlage einer Entscheidung macht.

Methode: In dieser Arbeit wurden 100 Personen (50 Patienten, 25 Medizin- und 25 Nichtmedizinstudenten) gebeten, verschiedene Qualitätsindikatoren, von denen die meisten in den Qualitätsberichten 2005 verpflichtend enthalten waren, und grafische Darstellungsformate nach der persönlichen Präferenz in ihrer Eignung und Relevanz zu bewerten. Die Ergebnisse wurden mithilfe deskriptiver und grafischer (Boxplots) Verfahren analysiert und dargestellt.

Ergebnis: Von den 29 Indikatoren wurden 4 von der Mehrheit nicht verstanden (z. B. „Krankenhaus erfüllt Mindestmengenvereinbarungen“). Bei der Beurteilung der Relevanz der Indikatoren für die Krankenhausqualität wurden einige Indikatoren von der Mehrheit der Befragten in ihrer Relevanz hoch bewertet (z. B. „Qualifikation des ärztlichen Personals“), während andere als weniger relevant bewertet wurden (z. B. „Zwischen den verschiedenen Gruppen bestanden bei der Beurteilung der Relevanz einzelner Indikatoren geringe Unterschiede, die die Tendenz der Relevanz insgesamt jedoch nicht wesentlich beeinflussen).

Bei der Beurteilung der unterschiedlichen Formate wurde das Format von den Befragten als am geeignetsten zur Entscheidungsfindung bewertet, welches eine tabellarische Darstellung mit den enthaltenen Rohdaten mit einer Bewertung und Auflistung als Rangliste verbindet (42 %). Dies trifft mit geringen Differenzen in den Nennungen (Patienten 30 %, (Nicht-) Medizinstudenten 48 bzw. 60 %) auf alle Gruppen zu.

Stark vereinfachende Darstellungen (einfache Sterne-Grafiken), bei der die Entstehung der Bewertungen nicht nachvollziehbar ist, werden nur von einer Minderheit der Befragten als Entscheidungsgrundlage akzeptiert.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass bei der inhaltlichen und optischen Gestaltung der gesetzlich verpflichtend zu erstellenden Qualitätsberichte und der darauf aufbauenden Formate vergleichender Darstellung einige Aspekte zukünftig berücksichtigt und verändert werden sollten.

Insbesondere sollte die Gestaltung die Bedürfnisse der potenziellen Nutzer stärker berücksichtigen. Insofern besteht bei der Erforschung der Bedürfnisse weiterer Bedarf, welcher durch die Einbeziehung und Befragung der Adressaten vergleichender Qualitätsberichte erreicht werden kann.