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

Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Siegrist

Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Nutzen für niedergelassene Ärzte?

DISSERTATION

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf

vorgelegt von

Tanja Molzahn

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. M. Geraedts
Korreferent: Prof. Dr. G. Giani

Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei allen bedanken, die mich bei der Entstehung dieser Dissertation unterstützt haben. Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. M. Geraedts, der mir diese Dissertation überhaupt erst ermöglicht hat, mich während der Zeit der Dissertation hervorragend betreut hat und jederzeit für Fragen, wertvolle Anregungen und Ergänzungen zur Verfügung stand.

Weiterhin bedanke ich mich bei allen niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, die an dieser Studie teilgenommen haben. Ohne ihre Teilnahmebereitschaft wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen.

Abschließend gilt mein Dank meinen Eltern und meinem Freund, die sich als Lektoren zur Verfügung gestellt und mich so vor allem beim Auffinden von Schreibfehlern unterstützt haben.

QUALITÄTSBERICHTE DER KRANKENHÄUSER: NUTZEN FÜR NIEDERGELASSENE ÄRZTE

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG 1

1.1 Aufbau der Arbeit 4

2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN UND INTENTIONEN ZUR EINFÜHRUNG VON QUALITÄTSBERICHTEN IN DEUTSCHLAND 5

2.1 Gesetzlicher Hintergrund 5

2.2 Der Prozess der Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung: gesetzlicher Hintergrund 8

2.3 Beratung von Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung als ärztliche Aufgabe 9

2.4 Krankenhausbehandlung: gesetzliche Hintergründe 11

2.5 Messung von Qualität 11

2.6 Qualitätsindikatoren: Definitionen, Eigenschaften und Einteilungsmöglichkeiten 12

2.7 Aufbau der Qualitätsberichte 14

2.8 Methoden der Darstellung von Qualitätsinformationen 16

2.9 Zugang zu vergleichenden Qualitätsberichten 20

2.10 Erfahrungen anderer Länder mit Qualitätsberichten 22
2.10.1 Gründe für die geringe Nutzung 22
2.10.2 Möglichkeiten, die Nutzung zu fördern 31
2.10.3 Ziele der Einführung der Qualitätsberichte im Ausland 33
2.10.4 Mögliche ungewollte Folgen der Qualitätsberichte 34

2.11 Zusammenfassende Erkenntnis und daraus resultierende Notwendigkeit für diese Studie……..36

3 PROBLEMSTELLUNG UND MATERIAL 37

3.1 Problemstellung 37

3.2 Material 37
3.2.1 Befragte, Rekrutierung, Antwortraten, Durchführung 37
3.2.2 Beschreibung der Darstellungsmodelle und Fragebögen 39
3.2.3 Beschreibung der Indikatoren 41

3.3 Analysemethoden 43

4 ERGEBNISSE UND SPEZIFISCHE DISKUSSION ZUR AUSWAHL UND BEWERTUNG DER EINZELNEN DARSTELLUNGSMODELLE 45

4.1 Auswahl und Bewertung der Darstellungsmodelle allgemein 45

4.2 Analyse der Bewertung der einzelnen Darstellungsformen 50

4.3 Vergleich des Informationsgehalts, der Verständlichkeit, der Übersichtlichkeit und des Gesamturteils der einzelnen Darstellungsformen 52

4.4 Geeignetste Darstellungsform allgemein 57
4.4.1 Einfluss der Darstellungsform auf die Bereitschaft zur Nutzung von Qualitätsberichten……..57

4.5 Einfluss der Darstellungsform auf die Krankenhausauswahl 59

4.6 Einfluss des Alters auf die Auswahl und Bewertung der Darstellungsmodelle 62
4.6.1 Einfluss des Alters auf die Auswahl der Darstellungsmodelle 63
4.6.2 Einfluss des Alters auf die Bewertung der Darstellungsmodelle 65
4.6.3 Einfluss des Alters auf die Auswahl der geeignetesten Darstellungsform 73

4.7 Einfluss des Geschlechts auf die Auswahl und Bewertung der Darstellungsmodelle 74
4.7.1 Einfluss des Geschlechts auf die Auswahl der Darstellungsmodelle 75
4.7.2 Einfluss des Geschlechts auf die Bewertung der Darstellungsmodelle 76
4.7.3 Einfluss des Geschlechts auf die Auswahl der geeignetsten Darstellungsform 84

4.8 Bewertung der Darstellungsmodelle im Einzelnen nach den untersuchten Gruppen 85

5 ERGEBNISSE UND SPZIFISCHE DISKUSSION ZUR VERSTÄNDLICHKEIT UND RELEVANZ DER EINZELNEN QUALITÄTSINDIKATOREN 88

5.1 Bewertung der Verständlichkeit und Relevanz der Qualitätsindikatoren allgemein 89
5.1.1 Verständlichkeit der Qualitätsmerkmale allgemein 90
5.1.2 Relevanz der Qualitätsmerkmale allgemein 91
5.1.3 Vergleich der Relevanz der einzelnen Indikatoren 92

5.2 Bewertung der Abhängigkeit zwischen Verständlichkeit und Relevanz 94

5.3 Zusätzlich gewünschte Qualitätsindikatoren 94

5.4 Einfluss des Alters auf die Verständlichkeit und Relevanz der Qualitätsindikatoren 96
5.4.1 Einfluss des Alters auf die Verständlichkeit der Qualitätsindikatoren 97
5.4.2 Einfluss des Alters auf die Bewertung der Relevanz der Qualitätsindikatoren 99

5.5 Einfluss des Geschlechts auf die Verständlichkeit und Relevanz der Qualitätsindikatoren 104
5.5.1 Einfluss des Geschlechts auf die Verständlichkeit der Qualitätsindikatoren 104
5.5.2 Einfluss des Geschlechts auf die Bewertung der Relevanz der Qualitätsindikatoren 106

5.6 Vergleich der einzelnen Qualitätsindikatoren zwischen den untersuchten Gruppen 110

6 DISKUSSION 112

6.1 Analyse der Qualitätsindikatoren 112

6.2 Analyse der geeignetsten Darstellungsform 117

6.3 Schwächen dieser Arbeit 118

7 ZUSAMMENFASSUNG 120

LITERATURVERZEICHNIS 122

ANHANG 127

Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Nutzen für niedergelassene Ärzte?

1 Einleitung

Bereits seit einigen Jahren gibt es in Deutschland, wie auch in vielen anderen Ländern, Bestrebungen, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Dazu gehört neben der Akkreditierung, der Einführung von Leitlinien und der patientenorientierten Gesundheitsversorgung, durch die z.B. die Kompetenz der Patienten durch mehr Transparenz und Informationen der Gesundheitseinrichtungen gestärkt werden soll, unter anderem auch, dass die niedergelassenen Ärzte in der Lage sein sollen, ein qualitativ gutes Krankenhaus für ihre Patienten auszuwählen, wenn eine Krankenhausbehandlung notwendig ist. Hierfür ist es erforderlich, dass die Ärzte entsprechende Informationen erhalten, um beurteilen zu können, welche Klinik für den jeweiligen Patienten besonders geeignet erscheint. Solche Informationen existieren, abgesehen von vereinzelten „Hitlisten" zu Krankenhäusern oder Ärzten, in Deutschland jedoch bisher kaum. Um den Ärzten zu ermöglichen eine informierte Entscheidung treffen zu können und sich nicht nur, wie es bisher meist der Fall ist, auf Kriterien wie persönliche Beziehungen, Kontakte, Erfahrungen anderer Patienten oder alte Netzwerke sowie die Berücksichtigung der Nähe zum Wohnort des Patienten zu beziehen, wurde im April 2002 vom Gesetzgeber festgelegt, dass alle zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland ab September 2005 alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen haben (nach § 137 SGB V [78]), wobei sich der in 2005 erstmals zu veröffentlichende Qualitätsbericht auf das Jahr 2004 bezieht. Die Berichte sollen

- den Patienten im Vorfeld eine Entscheidungshilfe für die Wahl eines Krankenhauses geben
- den niedergelassenen Ärzten eine Orientierungshilfe für die Einweisung von Patienten bieten (die Ärzte sollen sich also nun anhand von Qualitätsmerkmalen für ein Krankenhaus entscheiden, weniger aufgrund ihrer subjektiven Erfahrungen)
- es den Krankenhäusern ermöglichen, ihre angebotenen Leistungen für die interessierte Öffentlichkeit transparent zu machen
- die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern

und im Internet veröffentlich werden, so dass jeder, der daran interessiert ist, freien Zugang zu den Berichten hat.

Forschungsfrage
Im Vorfeld hat es jedoch keine Befragungen der Zielgruppen (insbesondere der niedergelassenen Ärzte und Patienten) gegeben, ob sie Qualitätsberichte überhaupt nützlich fänden oder unbeachtet lassen würden bzw. welche Faktoren für sie wirklich von Interesse sind. Der Inhalt der Berichte wurde also ohne Einbeziehung der erwünschten Nutzer entwickelt.
Dementsprechend stellt sich nun die Frage, ob die Zielgruppe überhaupt an Qualitätsberichten interessiert ist und bereit wäre, die Berichte zu verwenden. Weiterhin wäre es notwendig zu eruieren, welche Qualitätsmerkmale sie für wichtig und relevant für eine Krankenhausauswahl halten und welches Layout die Qualitätsmerkmale vergleichenden Berichte haben sollten, um tatsächlich für die niedergelassenen Ärzte und Patienten hilfreich zu sein. Es soll also untersucht werden, ob sie bei Bedarf auf Basis dieser Berichte eine informierte Entscheidung treffen können oder ob ihnen hierfür ganz andere Informationen wichtig wären.
In internationalen Studien wir aufgrund eigener Erfahrungen empfohlen, die Nutzergruppen frühzeitig in die Entwicklung von Berichtssystemen mit einzubeziehen. Bisher wurde dieser Hinweis in Deutschland kaum befolgt, diese Arbeit soll jedoch beginnen, diese Lücke zu schließen. Es sollen Ansätze geliefert werden, um die unbedingt notwendige Integration der gewünschten Zielgruppe zu erreichen. Nur wenn die Wünsche und Bedürfnisse der Nutzer berücksichtigt werden, können die Qualitätsberichte auch erfolgreich und sinnvoll eingesetzt werden.
Bezüglich der Ärzte soll diese Lücke mit dieser Arbeit geschlossen werden.
Damit die niedergelassenen Ärzte die Qualitätsberichte effektiv nutzen können und werden, ist es unverzichtbar, dass Faktoren, die sie für eine Entscheidung für sehr wichtig halten, gezielt erkannt und in den Qualitätsberichten berücksichtigt werden. Ebenso ist es wichtig herauszufinden, auf welche Art die Berichte präsentiert werden sollten.
Diese Arbeit soll herausfinden, ob die niedergelassen Ärzte dazu bereit wären, sich an Qualitätsberichten zur Krankenhausauswahl zu orientieren, in wie weit die in den Berichten dargelegten Punkte die Entscheidung der Ärzte beeinflussen, welche weiteren Fakten sie sich wünschen würden und welches Darstellungsmodell ihnen besonders geeignet erscheint.

Darstellungsmodell-Analyse
Die Idee besteht darin, acht verschiedene Krankenhäuser vergleichende Darstellungsmodelle bzgl. ihrer Übersichtlichkeit, Verständlichkeit, ihrem Informationsgehalt und ihrem Gesamturteil durch die Studienteilnehmer bewerten zu lassen und zu vergleichen. Es soll herausgefunden werden, ob

- das Alter
- das Geschlecht
- die Darstellungsform

einen Einfluss auf die Auswahl und die Bewertung eines Krankenhauses haben und welches Darstellungsmodell als am geeignetsten beurteilt wird.
Diese Untersuchung ist dringend notwendig, um die Interessen der Ärzte zu berücksichtigen und die Ärzte so zur Nutzung der Berichte motivieren zu können.

Qualitätsindikatoren-Analyse
Den Studienteilnehmern werden 29 verschiedene Indikatoren, die die Qualität der Krankenhäuser reflektieren sollen, vorgestellt, um herauszufinden, welche Merkmale den Ärzten zur Qualitätsbeurteilung verständlich und wichtig sind. Es soll außerdem untersucht werden, ob

- das Alter
- das Geschlecht

einen Einfluss auf die Verständlichkeit und Bewertung der Relevanz der Qualitätsindikatoren haben.
Auch hier ist die Berücksichtigung der Interessen der Ärzte von großer Bedeutung, da Umfragen zeigen, dass Qualitätsberichte nur zur Hilfe genommen werden, wenn sie Informationen enthalten, die für die Nutzer von Bedeutung sind.

Stichprobe
Um eine möglichst heterogene Stichprobe untersuchen zu können, konzentriert sich diese Arbeit auf den Bereich „Westfalen-Lippe“ (spezieller „Bochum/Hagen“). Die ausgewählte Region ist dafür besonders geeignet, da sie sich aus größeren und kleineren Städten zusammensetzt und dabei nicht auf eine größere Stadt (oder Uniklinik), die im Mittelpunkt steht, konzentriert ist.
Als Stichprobengruppe wurden niedergelassen Allgemeinmediziner ausgewählt, um ein möglichst großes Feld abzudecken und einen allgemeinen Überblick zu bekommen.

1.1 Aufbau der Arbeit

Im folgenden Kapitel wird zunächst der gesetzliche und theoretisch-wissenschaftliche Hintergrund zur Einführung der Qualitätsberichte erläutert, bevor in Kapitel 3 die Problemstellung präzisiert und das verwendete Datenmaterial beschrieben wird.

In Kapitel 4 folgen eine Analyse der Bewertung der Darstellungsmodelle sowie eine Analyse der Verständlichkeit und Relevanz von Qualitätsindikatoren (Kapitel 5).

Abschließend erfolgt eine Diskussion der in den Analysen beobachteten Ergebnisse (Kapitel 6) und eine Zusammenfassung der Ergebnisse (Kapitel 7).

2 Theoretische Grundlagen und Intentionen zur Einführung von Qualitätsberichten in Deutschland

2.1 Gesetzlicher Hintergrund

Bereits seit Jahren gibt es in Deutschland Bestrebungen, die Qualität der Gesundheitsversorgung z.B. durch Akkreditierung[1] und durch Einführung von Leitlinien zu verbessern.

Einen genaueren Überblick über einige bedeutsame Entwicklungen, die auch in dem Bericht von Kolkmann, Vilmar und Stobrawa 2004 [42] ausführlich beschrieben werden, gibt der folgende Abschnitt:
Seit 1968 veröffentlicht die Bundesärztekammer diverse Stellungnahmen und Richtlinien, u.a. für die Qualitätssicherung in der Zytologie, bei bildgebenden Verfahren sowie bezüglich ambulanter Operationen oder endoskopischen Eingriffen.
1975 wurden Grundlagen für die routinemäßige Erhebung und Auswertung von Daten geburtshilflicher Kliniken eingeführt und 1976 führte der Chirurg Wolfgang Schega Qualitätssicherungsmaßnahmen bei bestimmten chirurgischen Tracer-Diagnosen ein, die als Wegbereiter für die Qualitätssicherung im heutigen Verständnis anzusehen sind. Man kann sagen, dass die aktuellen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V auf die Vorarbeiten aus den Jahren 1975 und 1976 zurückgehen.
Seit 1982 bestehen bei der Bundesärztekammer Fachgremien für die diversen Qualitätssicherungsprobleme, 1985 beschloss die Bundesärztekammer mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Kooperationsvereinbarung zur Qualitätssicherung, bevor im Jahr 1988 der Gesetzgeber für die kassenärztliche Versorgung mit dem Gesundheitsreformgesetz eine rechtliche Grundlage für die Qualitätssicherung schuf. Außerdem wurden Ärzte vom Deutschen Ärztetag ausdrücklich dazu verpflichtet, die von den Ärztekammern eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit durchzuführen. Die Bemühungen um Qualitätssicherung wurden weitergeführt, so dass 1993 der Deutsche Ärztetag nach Abstimmung mit der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine gemeinsame Grundsatzerklärung zur Qualitätssicherung in der Medizin verabschiedete, die zur Konstituierung der Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung (AQS) in der Medizin führte. Außerdem wurden durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung Qualitätssicherungsbestimmungen in der ambulanten Versorgung und der Rehabilitation eingeführt sowie die Einbeziehung der Ärztekammern bei der stationären Versorgung festgelegt. Auch für das ambulante Operieren im Krankenhaus wurden in § 115 b SGB V Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Sicherung der Wirtschaftlichkeit festgeschrieben. 1994 folgte ein Versuch zur Sicherung der Qualität im Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte durch die Etablierung der Servicestelle Qualitätssicherung (SQS) durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Ein Jahr später (1995) kam es zur Gründung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) durch die Bundesärztekammer und die

[1] Akkreditierung (Synonym Zertifizierung): Prozess, bei dem eine externe Stelle zuerkennt, dass z.B. eine Institution bestimmte zuvor festgelegte Standards erreicht hat (Simoes et al. 2004 [79])

Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der Arbeitsschwerpunkt der ÄZQ liegt in der Beurteilung und Vorbereitung von wissenschaftlich begründeten und praktisch anwendbaren Leit- und Richtlinien für die ärztliche Tätigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots.
1997 erfolgte zwischen der Bundesärztekammer und der VdAK/AEV ein Vertragsabschluss mit dem Ziel, gemeinsam Möglichkeiten des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern zu untersuchen und ein Verfahren zur Zertifizierung von Krankenhäusern zu entwickeln. Außerdem wurde die AQS im § 137 SGB V gesetzlich verankert. Zusätzlich wurden das Transplantations- und Transfusionsgesetz eingeführt.
Aufgrund der Menge an diversen internationalen und deutschsprachigen Leitlinien wurde 1999 vom ÄZQ (in Kooperation mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der deutschen Krankenversicherung) die Einrichtung eines deutschen Leitlinien Clearing-Verfahrens vertraglich festgelegt. Im darauffolgenden Jahr (2000) sollte durch die Entwicklung von geeigneten Qualitätssicherungsmaßnahmen in Krankenhäusern nach § 137 SGB V sowie durch einen ergänzenden Kuratoriumsvertrag sichergestellt werden, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutschen Pflegerat und die Bundesärztekammer bei der Entwicklung und Realisierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären Bereich eng zusammenarbeiten. Durch ergänzende Vereinbarungen sowie durch die Gründung der BQS (Trägerorganisation für die Bundesprojektgeschäftsstelle Qualitätssicherung) konnten schließlich bisher zersplitterte Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären Bereich zusammengeführt werden.
Im Jahr 2001 erfolgte der Abschluss der Pilotphase des Projekts von 1997 mit Gründung der KTQ GmbH (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus), die inzwischen auch Zertifizierungsverfahren für die ambulante Versorgung sowie die Rehabilitation erarbeitet.

Als weitere Maßnahme zur Qualitätssicherung wurde im April 2002 vom Gesetzgeber die Einführung von Qualitätsberichten beschlossen, die in anderen Ländern wie z.B. den USA und England bereits seit einigen Jahren etabliert sind.
Die Einführung der Qualitätsberichte nach § 137 SGB V verfolgt folgende Ziele:

1. die Qualitätsberichte sollen Versicherten und Patienten im Vorfeld einer bevorstehenden Krankenhausbehandlung Informationen zu den einzelnen Krankenhäusern liefern und ihnen damit eine Entscheidungshilfe bieten:
   die Patienten erhalten so die Möglichkeit, sich selber über die Qualität der in Frage kommenden Krankenhäuser zu informieren, wodurch die Selbstverantwortung, Selbständigkeit und die Autonomie der Patienten gefördert werden soll sowie ihre Kompetenz und ihre Mitwirkungsmöglichkeiten.
   Dies entspricht den Hinweisen in dem Bericht von Fischer 2002 [17], in dem betont wird, dass bei den notwendigen Reformschritten und strukturellen Weiterentwicklungen in der Gesundheitsversorgung eine veränderte Rolle der Patienten im Gesundheitswesen mit einer Stärkung ihrer Kompetenz und ihren Interaktionsmöglichkeiten im Vordergrund stehen sollten. Sänger et al. 2002 [68] fügen in ihrer Studie zu der Einführung des deutschen Clearingverfahrens für Patienteninformationen hinzu, dass die verantwortliche Entscheidung der Patienten für oder gegen ein gesundheitliches Verhalten bzw. eine medizinische Intervention eine gründliche und vor allem verständliche Aufklärung und Information voraussetzt.

2. die Qualitätsberichte sollen, insbesondere Vertragsärzten und Krankenkassen, eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten bieten:

damit soll es den Ärzten ermöglicht werden, Einweisungsempfehlungen nicht nur wie bisher aufgrund von Erfahrungen von Patienten, von persönlichen Kontakten oder aufgrund von Gewohnheit zu geben, sondern sich an Qualitätsdaten von Krankenhäusern zu orientieren, es sollen in der ärztlichen Berufspraxis also systematisch entwickelte Entscheidungshilfen eingesetzt werden, wie es von der Arbeitsgruppe Qualitätsindikatoren des Expertenkreises der ÄZQ 2001 [7] formuliert wird.

3. die Qualitätsberichte sollen es den Krankenhäusern ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeit nach außen transparent darzustellen:
   mit dieser Transparenz soll gleichzeitig eine Qualitätsverbesserung erreicht werden, indem die Krankenhäuser nun gezwungen sind, sich mit der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen regelmäßig auseinander zu setzen und zusätzlich Vergleichen mit anderen Krankenhäusern standhalten zu müssen. In dem Bericht der Ärztekammer 2004 [26] wird entsprechend betont, dass das Ergebnis aller Bemühungen um Qualitätssicherung eine Qualitätssteigerung sein muss. Voraussetzung hierfür ist, dass die Qualität medizinischer Leistungen mess- und damit vergleichbar gemacht wird. Dies geschieht mit der Entwicklung und Verwendung von Qualitätsindikatoren (siehe Kapitel 2.6), wobei die Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren im deutschen Gesundheitswesen bisher nur begrenzt sind, wie es auch in der Arbeit von Zorn und Ollenschläger 1999 [88] herausgestellt wird.

Gerichtet sind die Qualitätsberichte an die Öffentlichkeit, so dass jeder, der daran interessiert ist, auch Zugang zu diesen Daten hat (Pilz 2003 [64]). Die Daten sollen unverändert von den Landesverbänden der Krankenkassen im Internet veröffentlicht werden. Welches Layout Darstellungsmodelle, die verschiedene Krankenhäuser anhand ihrer Qualitätsdaten mit einander vergleichen, haben sollten, um wirklich genutzt zu werden bzw. ob die Darstellungsform überhaupt einen Einfluss auf die Krankenhausauswahl hat, ist bisher in Deutschland nicht untersucht.

Bisher gibt es nicht nur in der deutschen sondern auch in der internationalen Literatur kaum Studien, die sich speziell mit den Wünschen und Bedürfnissen der Ärzte bzgl. der Qualitätsberichte befassen. Daher bezieht sich diese Arbeit häufig auf Studien, die mit Patienten oder Nutzern allgemein durchgeführt wurden. Dennoch sind die Erkenntnisse der genannten Studien auch für diese Arbeit bzgl. der niedergelassenen Ärzte wichtig, da die Ärzte ja ebenfalls Nutzer der Qualitätsberichte sind. Es ist also davon auszugehen, dass die Hinweise der Patienten oder Nutzern allgemein zu den Qualitätsberichten zum Großteil auch relevant für die Bedürfnisse der Ärzte sind.

Weiterhin liegen in Deutschland wenige Studien vor zu der Frage, nach welchen Kriterien Ärzte oder Patienten ein Krankenhaus auswählen oder bei wem sie sich Rat suchen. Neben Empfehlungen von Verwandten und Freunden, die in dem Bericht von Schlemm und Scriba 2004 [70] als wichtige Quellen für Patienten genannt werden, geben der Allensbacher Studie von 1988 [2] zufolge immerhin 83% der Patienten an, der Empfehlung ihres Arztes zu folgen. Auf dieser Grundlage wäre es interessant zu wissen, in wie weit niedergelassene Ärzte in Deutschland überhaupt die Qualitätsberichte nutzen und damit einen Einfluss auf die Krankenhausauswahl ihrer Patienten haben.
Auf diese Möglichkeit weisen auch Werner und Asch 2005 [85] in ihrer Arbeit hin, in der sie zu bedenken geben, dass Patienten, selbst wenn diese die Qualitätsberichte nicht selber nutzen, davon profitieren könnten, wenn die einweisenden Ärzte besser informiert sind und so

eine differenziertere Entscheidung treffen bzw. einen differenzierteren Vorschlag für ein geeignetes Krankenhaus machen können.
Dies bedeutet, dass eine qualitativ gute gesundheitliche Versorgung der Patienten auch erreicht werden kann, wenn die Patienten die Berichte nicht selber nutzen. Um so wichtiger ist es in dem Fall jedoch, dass die niedergelassenen Ärzte, mit denen die Patienten ihre Entscheidung treffen und auf deren Meinung sie, zum Teil sogar ausschließlich, vertrauen, die Qualitätsberichte annehmen und bereit sind, sich an diesen Berichten für eine informierte Krankenhauswahl zu orientieren. Die niedergelassenen Ärzte bekommen von ihren Patienten eine große Verantwortung für deren gesundheitliche Versorgung übertragen, weshalb es von entscheidender Bedeutung ist, dass die Ärzte über ausreichend Informationen verfügen, um tatsächlich dafür sorgen zu können, dass ihre Patienten die zur Zeit bestmögliche gesundheitliche Versorgung erhalten. Genau dies, nämlich eine qualifizierte Beratung der Patienten mit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, kann durch die Qualitätsberichte erreicht werden, wenn diese so aufgebaut sind, dass die Ärzte motiviert sind, sie auch zu nutzen.

Bevor jedoch eine Krankenhauseinweisung möglich ist und damit überhaupt erst eine Entscheidung für ein Krankenhaus ansteht, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, die im folgenden Kapitel beschrieben werden.

2.2 Der Prozess der Indikationsstellung zur Krankenhausbehandlung: gesetzlicher Hintergrund

In Deutschland existieren Richtlinien zur Verordnung von Krankenhausbehandlungen (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien), ein Patient kann also nur unter bestimmten Voraussetzungen zur Behandlung in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Die Fassung vom 26. 2. 1982 (damals Krankenhauspflege-Richtlinien) wurde überarbeitet und im Oktober 2003 neu erlassen (Jung 2004 [40]). Die wesentliche Änderung besteht darin, dass besonders Wert darauf gelegt wurde, den einweisenden Arzt darauf hinzuweisen, dass eine stationäre Behandlung nur aus zwingenden medizinischen Gründen und nach Ausschöpfen aller ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zu verordnen ist (Bekanntmachung der Richtlinien des Bundesausschusses zur Verordnung von Krankenhausbehandlung 2004 [4]).

Somit hat der niedergelassene Arzt zunächst die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung zu überprüfen:

- er muss vor einer Krankenhauseinweisung abwägen, ob er die ambulante Behandlung selbst fortsetzen kann oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung an z.B. einen Arzt mit entsprechender Zusatzqualifikation ausreicht und damit eine Krankenhausbehandlung vermieden werden kann
- bei einer geplanten stationären Behandlung ist stets der Allgemeinzustand des Patienten zu berücksichtigen
- die Behandlung einer akuten Erkrankung muss stationär erfolgen, wenn sie aufgrund der Gefährdung der Gesundheit und des Lebens des Patienten nicht oder nicht rechtzeitig ambulant durchgeführt werden kann, was die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter des Patienten beinhaltet

Der niedergelassene Arzt hat also vor der Verordnung von einer Krankenhausbehandlung alle notwendigen Maßnahmen zu treffen oder zu veranlassen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst angezeigt und wirtschaftlich sind, um eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden.
Die Richtlinien besagen, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung nur notwendig ist, wenn die Weiterbehandlung eines Patienten medizinisch zwingend mit den Mitteln eines Krankenhauses erfolgen muss. Dabei hat die ambulante Behandlung Vorrang vor der stationären Behandlung, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteil für den Patienten mit den Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung erreicht werden kann (§39 SGB V).
Die vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus setzt außerdem voraus, dass die Notwendigkeit der Aufnahme nach Prüfung durch den zuständigen Krankenhausarzt bestätigt wird, da das Behandlungsziel nicht durch teil-, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Wenn nach Überprüfung der oben genannten Punkte eine Krankenhausbehandlung unumgänglich ist, hat der Arzt den Patienten über die Notwendigkeit der stationären Behandlung zu unterrichten und ihn zu beraten. Bei der Beratung sollen zugängliche Informationen über die geeigneten Krankenhäuser berücksichtigt und einbezogen werden. An dieser Stelle sollen zukünftig die vergleichenden Qualitätsberichte zum Einsatz kommen.
Um die Diagnostik und Therapie im Krankenhaus zu unterstützen sowie zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer hat der niedergelassene Arzt Unterlagen des Patienten, die für die Indikation der Krankenhauseinweisung relevante Hinweise bzgl. der Anamnese, Diagnostik und ambulanten Therapie enthalten, der Verordnung der Krankenhausbehandlung beizufügen.
Die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung soll auf dem dafür vorgesehenem Vordruck erfolgen. Es ist zu beachten, dass die Verordnung nur zulässig ist, wenn der behandelnde niedergelassene Arzt von dem Zustand des Patienten und der Notwendigkeit einer stationären Behandlung überzeugt ist. Dies gilt auch für Notfälle.
Auf dem Vordruck zur Krankenhauseinweisung sind die Hauptdiagnose, Nebendiagnosen sowie Gründe für die stationäre Behandlung zu vermerken.

Wenn nun also feststeht, dass ein Patient in ein Krankenhaus eingewiesen werden kann und muss, erfolgt als nächstes, gemeinsam mit dem Patienten, die Entscheidung für eine entsprechende Klinik.

2.3 Beratung von Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung als ärztliche Aufgabe

Wie in Kapitel 2.1 erwähnt, lassen sich die meisten Patienten (laut nationaler und vor allem auch internationalen Studien) von ihrem behandelnden niedergelassen Arzt beraten, welches Krankenhaus für sie am geeignetsten ist, wenn eine Krankenhausbehandlung unumgänglich ist.
Wie in Kapitel 2.2 erläutert wird, muss der behandelnde Arzt zunächst feststellen, dass eine Krankenhausbehandlung unumgänglich ist und den Patienten über die Notwendigkeit der Krankenhauseinweisung unterrichten sowie ihn bezüglich der in Frage kommenden Krankenhäuser beraten. Er bespricht mit seinen Patienten, welche diagnostischen Schritte und Therapiemaßnahmen erforderlich sind, und nennt Krankenhäuser, die dafür in Frage kommen.
Bei gesetzlich Krankenversicherten vermerkt der einweisende Arzt auf der

Krankenhauseinweisung, für welche Klinik die Einweisung gilt. Dabei muss er nach § 73 Abs. 4 SGB V die zwei nächstgelegenen geeigneten Krankenhäuser auf dem Vordruck benennen. Es ist die Pflicht des Arztes ein Krankenhaus zu empfehlen und auszuwählen, in dem der Patient nach dem Stand der wissenschaftlichen Forschung angemessen behandelt werden kann. Somit ist die Beratung der Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung als ärztliche Aufgabe anzusehen. An diesem Punkt sollen zukünftig die Qualitätsberichte eine wichtige Rolle spielen. Während derzeit die Empfehlungen der niedergelassenen Ärzte zumeist auf Erfahrungen von anderen Patienten, persönlichen Beziehungen, alten Netzwerken und Gewohnheiten beruhen, wie in dem Bericht von Golkowski 2004 [24] herausgestellt wird, bzw. Wohnortnähe, Fachausrichtung und Service der Klinik entscheidend sind, wie auch in einem Bericht der Ärzte Zeitung 2003 [87] erwähnt, sollen in Zukunft für qualitative Entscheidungen und Empfehlungen Qualitätsberichte hinzugezogen werden.

Neben der Aufgabe der Ärzte ihre Patienten zu beraten, haben auf der anderen Seite die Patienten auch das Recht auf Informationen (Charta der Patientenrechte [9]). Die Patienten haben das Recht vor einer anstehenden Behandlung in einem persönlichen Gespräch von ihrem Arzt verständlich, sachkundig und angemessen aufgeklärt und beraten zu werden. Die Beratung und Aufklärung von Patienten ist und bleibt letztlich eine ärztliche Aufgabe, die nicht von anderen Organisationen, wie z.B. den Krankenkassen, übernommen werden kann und sollte. Betont wird dies in dem Bericht von Eva Richter 1997 [66]. Das Ziel der Aufklärung und Beratung ist es unter anderem, die Patienten soweit zu informieren, dass sie mitentscheiden können und so ihre Autonomie und Eigenverantwortung gestärkt wird. Auch wenn der niedergelassene Arzt meistens der erste Ansprechpartner ist, wenn es um eine Klinikauswahl geht, haben die Patienten noch weitere Möglichkeiten, sich über ein geeignetes Krankenhaus zu informieren, wie z.B. Patientenberatungsstellen, Zeitschriften, das Internet oder Informationen von den Krankenkassen. Die Studie von Epstein 1998 [16] zeigt jedoch, dass diese Möglichkeiten von Patienten deutlich seltener genutzt werden. Es wird darauf hingewiesen, dass bei nationalen Umfragen heraus kam, dass bei mehr als 50% der Patienten der Rat ihres Arztes, der Familie und der Freunde einen großen Einfluss auf ihre Entscheidung hatte, während z.B. nur 7% Hinweise aus Zeitschriften wichtig fanden.
Dass die Beratung bzgl. eines geeigneten Krankenhauses eine wichtige ärztliche Aufgabe ist, wird auch durch die Studie der Bertelsmann Stiftung 2005 [5] belegt, in der herausgestellt wird, dass lediglich 6% der Patienten selbst nach Informationen über Krankenhäuser suchen, obwohl ausreichende Informationen eine unerlässliche Voraussetzung für eine qualitative Krankenhausauswahl sind. Da die Patienten sich scheinbar nicht ausreichend selbst darum kümmern, brauchen sie jemanden, in den meisten Fällen wird dies der einweisende Arzt sein, der ihnen die entsprechenden, wichtigen Informationen vermittelt und sie kompetent beraten kann.
Entsprechend stellt die Studie von Schwartz, Woloshin und Birkmeyer [75] heraus, dass zumindest die älteren Patienten sich wünschen, von ihrem Arzt mit Hilfe der vergleichenden Qualitätsberichte qualitativ beraten zu werden und dass sich immerhin 40% ausschließlich von ihrem Arzt und 55% aus einer Kombination von Arzt und anderen Informationsquellen beraten lassen würden. Dies zeigt und bestätigt, welchen Einfluss die Ärzte auf die Krankenhausauswahl ihrer Patienten haben.
Ähnliches fand auch die oben erwähnte Studie der Bertelsmann Stiftung 2005 [5] heraus, in der 58% der rund 9000 befragten Versicherten angaben, dass sie sich wünschen, über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten von ihrem Arzt beraten zu werden, um dann gemeinsam mit ihm eine Entscheidung zu treffen. 25% überlassen die Entscheidung sogar alleine dem Arzt, was vor allem auf ältere Patienten zutrifft. Unterstützt werden diese Ergebnisse durch die Health Care Poll 2003 [28], in der 41% der befragten Patienten die

„Empfehlung vom Arzt“ als wichtigsten Indikator für eine Krankenhauswahl nennen und durch die Studie von Geraedts 2006 [21], in der die Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung mit 1524 Personen im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2006 dargestellt werden. 91% der Studienteilnehmer gaben dabei an, dass sie sich gemeinsam mit ihrem behandelnden Arzt für ein Krankenhaus entscheiden würden und 81% würden die Entscheidung sogar ganz ihrem Arzt überlassen, womit deutlich wird, dass den niedergelassenen Ärzten von ihren Patienten eine große Verantwortung für die Auswahl des geeignetesten Krankenhauses übertragen wird. In der Studie steht die Meinung des Arztes an erster Stelle beim Vorgehen einer Krankenhauswahl.

Nachdem gemeinsam mit dem Patienten ein Krankenhaus ausgewählt wurde, erfolgt nun dort die Behandlung des Patienten. Welche Möglichkeiten und Leistungen eine Krankenhausbehandlung umfasst, ist gesetzlich geregelt und wird im nächsten Kapitel näher erläutert.

2.4 Krankenhausbehandlung: gesetzliche Hintergründe

Die Krankenhausbehandlung kann nach § 39 SGB V Abs. 1 vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär oder auch ambulant durchgeführt werden. Eine vollstationäre Behandlung erfolgt, wenn die stationäre Aufnahme nach Überprüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teil-, prä- und poststationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.
Die Krankenhausbehandlung umfasst dabei alle Leistungen, die im Einzelfall nach Schwere und Art der Erkrankung für die medizinische Versorgung notwendig sind, insbesondere die ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Arznei- und Hilfsmittel und Verpflegung.
Krankenhäuser sind (im Sinne des SGB V § 107) Einrichtungen, die

- der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende, diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten
- mit jederzeit verfügbarem ärztlichen, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischen Personal darauf eingerichtet sind, vor allem durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu vermeiden, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten
- und in denen die Patienten untergebracht und verpflegt werden können

Das Ziel der Qualitätsberichte ist es nun, den Vergleich von Krankenhäusern zu ermöglichen, damit Nutzer das qualitativ beste Krankenhaus auswählen können. Hierfür muss die Qualität der einzelnen Kliniken zunächst messbar gemacht werden. Wie dies geschehen kann, wird im folgenden Kapitel beschrieben.

2.5 Messung von Qualität

Es ist erwünscht und GKVen (gesetzlichen Krankenversicherungen) und KVen (Krankenversicherungen) erlaubt, die Daten der Krankenhäuser zu vergleichen (§ 137 SGB V Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 Satz 6). Welche Darstellungsform dazu verwendet wird, ist gesetzlich

nicht vorgeschrieben. Es bleibt dabei die Frage, ob die Krankenhausauswahl durch die Darstellungsform der Vergleiche beeinflusst werden kann, welches Layout Darstellungsmodelle haben sollten, um von den Ärzten als nützlich angesehen zu werden, und welche Daten für Vergleiche überhaupt geeignet und sinnvoll erscheinen..

Um Qualität messbar und Krankenhäuser damit überhaupt vergleichbar zu machen, werden Qualitätsparameter entwickelt, die in den Qualitätsberichte wieder zu finden sind.

Die Definitionen von Qualität und Qualitätsindikatoren sowie welche Voraussetzungen die Qualitätsindikatoren erfüllen müssen, werden im folgenden Kapitel näher erläutert.

2.6 Qualitätsindikatoren: Definitionen, Eigenschaften und Einteilungsmöglichkeiten

Definition
Qualitätsindikatoren werden allgemein als „geeignete Instrumente zur Qualitätsmessung“ bezeichnet. Eine Schwierigkeit besteht jedoch darin, dass es keine allgemein verbindliche und akzeptierte Definition von „Qualität“ gibt. Grundsätzlich geht es um den Vergleich zwischen Ist- und Sollwerten, wobei die Sollwerte z.B. anhand von Leitlinien festgelegt werden. Qualitätsindikatoren sind somit, laut der GMDS-Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin 1996 [23], als „Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden“ zu verstehen.

Das US-amerikanische Institute of Medicine definiert den Begriff „Qualität“ etwas konkreter als „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Behandlungsergebnisse erhöhen und mit dem gegenwärtigen professionellen Wissensstand übereinstimmen“, wie es in der Studie von Lohr 1990 [46] beschrieben wird.

Einteilungsmöglichkeiten
Auf dieser Grundlage kann „Qualität“ in folgende Komponenten aufgeteilt werden:

- **Strukturqualität**
  Umfasst die personelle, finanzielle und technische Ausstattung sowie administrative, gesetzliche und organisatorische Bedingungen
- **Prozessqualität bzw. Leistungsqualität**
  Beinhaltet Gesundheits- und Serviceleistungen, deren Koordinierung und Patientenorientierung
- **Ergebnisqualität**
  Berücksichtigt versorgungsbedingte Verbesserung des Gesundheitszustandes und Lebensqualität sowie die Patientenzufriedenheit

Da die Qualität nicht nur von einer dieser Komponenten abhängt, ist es im Laufe der Zeit immer wichtiger geworden, sich nicht nur auf die Strukturqualität zu beziehen, sondern zunehmend Indikatoren für die Leistungs- und Ergebnisqualität für eine Beurteilung einzubeziehen. Dies sollte in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser berücksichtigt werden.

Während die Studie von Davies 1998 [13] noch hervorhebt, dass die Entwicklung von Indikatoren für Ergebnisqualität von Bedeutung ist, empfiehlt die Studie von Mant 2001 [47] hingegen, dass Leistungsdaten den Ergebnisdaten bevorzugt werden sollten, da sie viel einfacher zu interpretieren und viel sensitiver bzgl. Unterschieden in der Gesundheitsqualität sind.
Die Studie von Marshall, Romano und Davies 2004 [54] fügt hinzu, dass es notwendig ist, sowohl Ergebnis- als auch Prozessdaten zu messen und zu veröffentlichen, um mögliche ungewollte Konsequenzen, wie z.B. die Konzentration auf nur bestimmte klinische Bereiche („tunnel vision"), zu reduzieren. Unterstützt wird dies durch die Arbeit von Geraedts 2006 [21] in der ebenfalls darauf hingewiesen wird, dass ein Mix aus Ergebnis-, Zufriedenheits- und Prozessmessgrößen verwendet werden sollte, um unerwünschten Effekten der Qualitätsberichte vorzubeugen.

Eigenschaften
In den Arbeiten von Geraedts, Selbmann und Ollenschläger 2002 [20] sowie von Zorn und Ollenschläger 1999 [88] wird hervorgehoben, dass Qualitätsindikatoren für eine erfolgreiche Qualitätsbestimmung viele Eigenschaften erfüllen müssen, dies jedoch kaum bei allen Indikatoren zu erreichen ist. Dennoch wird in beiden Arbeiten eine Orientierungshilfe für die Entwicklung weiterer Indikatoren gegeben. Wichtige Eigenschaften von Qualitätsindikatoren sind dabei vor allem:

- **Validität**
  Genauigkeit, mit der ein Indikator die tatsächlich vorliegende Qualität wiedergibt
- **Reliabilität**
  Reproduzierbarkeit der angezeigten Qualität, auch unter Alltagsbedingungen und unabhängig von subjektiven Einflüssen

- **Sensitivität**
  Wahrscheinlichkeit, ein positives Ergebnis auch als solches zu erkennen; es wird der Anteil der richtig als positiv erkannten Ergebnisse an der Gesamtheit der in Wirklichkeit positiven Ergebnisse angegeben. Es geht also darum, ob ein gutes Krankenhaus anhand der Qualitätsmerkmale auch als gutes Krankenhaus erkannt wird.
- **Spezifität**
  Wahrscheinlichkeit, ein negatives Ergebnis auch als solches zu erkennen; es wird der Anteil der richtig als negativ erkannten Ergebnisse an der Gesamtheit der in Wirklichkeit negativen Ergebnisse angegeben. Auf die Krankenhäuser bezogen geht es entsprechend um die Frage, ob eine qualitativ schlechte Klinik anhand der Qualitätsparameter auch als schlechte Klinik erkannt wird.

Damit die Qualitätsindikatoren auch vergleichbar sind, ist weiterhin zu beachten, dass sie auch folgende Voraussetzungen erfüllen müssen, wie Selbmann in seinem Bericht 2004 [77] festhält:

- **gemeinsame Terminologie**
  Die einzelnen Indikatoren müssen gleich benannt sein um vergleichbar zu sein
- **einheitliche Qualitätsmessung**
  Messung der Qualität darf in den verschiedenen Krankenhäusern nicht unterschiedlich vor sich gehen

- **entsprechende Risikoadjustierung**
  Da davon auszugehen ist, dass in manche Krankenhäuser mehr schwer kranke Patienten eingeliefert werden als in andere, muss hier eine Risikoanpassung der Indikatoren erfolgen

Zu bedenken ist, dass Qualitätsindikatoren immer nur einen Ausschnitt aus einer Leistung darstellen und somit nicht zur Beurteilung der Gesamtqualität herangezogen werden können. Sie können nur Stichproben darstellen und nur bestimmte Aspekte erfassen.

Um nun einen Überblick über die Qualität eines Krankenhauses zu erhalten, werden ausgewählte Qualitätsmerkmale aufgelistet und bilden einen Teil des Inhalts der Qualitätsberichte, deren Aufbau im nächsten Kapitel näher beschrieben wird.

2.7 Aufbau der Qualitätsberichte

Um nun das geeignetste Krankenhaus auswählen zu können, werden bestimmte Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser in Qualitätsberichten zusammengefasst und veröffentlicht.
Die Qualitätsberichte in Deutschland enthalten Struktur-, Leistungs- und Ergebnisdaten (siehe Kapitel 2.6), gemessen an verschiedenen Qualitätsindikatoren, und bestehen aus einem gesetzlich vorgeschriebenem Basisteil, der die Struktur- und Leistungsdaten enthält, und einem zwar auch verbindlichem, aber weniger standardisiertem Systemteil, in dem die Krankenhäuser Informationen über ihre Qualitätspolitik und Ergebnisdaten unterbringen können, sowie weitere Daten, die ihnen wichtig erscheinen.

Basisteil
A. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

- Allgemeine Merkmale des Krankenhauses
- Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?
- Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?
- Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?
- Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
- Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten
- Fachabteilungen (Zahl der Betten, Zahl stationärer Fälle, Haupt- oder Belegabteilung, Poliklinik/Ambulanz)
- Mindestens Top-30-DRG des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr
- Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?
- Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen?
- Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?
- Apparative Ausstattung (Vorhandensein, Verfügbarkeit) und therapeutische Möglichkeiten (Verfügbarkeit)

B.1. Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
- Name der Fachabteilung
- Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung
- Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
- Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung
- Mindestens die Top-10-DRG der Fachabteilung im Berichtsjahr
- Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr
- Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

B.2. Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
- Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V Gesamtzahl im Berichtsjahr
- Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung im Berichtsjahr
- Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)
- Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr) (Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt, Anzahl Ärzte in der Weiterbildung, Anzahl der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung)
- Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr) (Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt, Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre), Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung), Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in (1 Jahr))

C. Qualitätssicherung
- Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V
- Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V
- Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)
- Qualitätssicherungsmaßnahmen bei DMP's
- Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
- Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Systemteil
D. Qualitätspolitik (z.B. Qualitätsziele des Krankenhauses, Qualitätsmanagement-Ansätze wie Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterbeteiligung, Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern)
E. Qualitätsmanagement und dessen Bewertung
- Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus
- Qualitätsbewertungen (Selbst- oder Fremdbewertungen)
- Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

F. Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum (z.B. Qualitätszirkel, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen)
G. weitergehende Informationen (z.B. Ansprechpartner, Links)

Das nächste Kapitel befasst sich nun damit, in welcher Weise diese in den Qualitätsberichten aufgeführten Informationen von verschiedenen Krankenhäusern gegenübergestellt und präsentiert werden können.

2.8 Methoden der Darstellung von Qualitätsinformationen

Um die Qualitätsindikatoren der verschiedenen Krankenhäuser vergleichend darzustellen, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Welche Darstellungsformen in Deutschland und in anderen Ländern, in denen die Qualitätsberichte bereits seit längerer Zeit etabliert sind, verwendet werden, wird im Folgenden erläutert:

Tabellen

In Tabellen werden die verschiedenen Krankenhäuser und ihre erreichten Werte bzgl. der angegebenen Indikatoren aufgeführt. Bei zählbaren Indikatoren werden die Zahlenwerte eingetragen, bei Indikatoren, die erfüllt oder nicht erfüllt sein können, werden die Wörter „ja" bzw. „nein" oder Symbole, die das Zutreffende verdeutlichen, eingetragen. Verwendet wird diese Darstellungsform in Deutschland zum Beispiel vom „Klinik-Lotsen", einem Internetprogramm der DAK (Deutsche Angestellten Krankenkasse).

Säulendiagramme

Eine weitere Möglichkeit ist es, die Darstellungsform „Tabelle" um Säulendiagramme zu erweitern. Dabei werden die zähl- bzw. messbaren Qualitätsindikatoren statt in Tabellenform anhand von Säulendiagrammen dargestellt. Diese Variante ist ebenfalls im oben erwähnten „Klinik-Lotsen" z.B. bei dem Merkmal „Anzahl der Krankenhausbetten" zu finden.

Balkendiagramme

Die Darstellungsform „Tabelle" kann anstelle von Säulendiagrammen auch durch Balkendiagramme ergänzt werden. Dabei werden die erreichten Werte der messbaren Indikatoren in Form eines Balkendiagramms veranschaulicht. Verwendet werden die Balkendiagramme zum Beispiel von Healthscope[1] in den USA.

Ranking

Beim Ranking werden die in der Tabelle aufgeführten Krankenhäuser anhand der erreichten Werte bzgl. ihrer Qualitätsindikatoren sortiert und in eine Reihenfolge gebracht, so dass das beste Krankenhaus, also das Krankenhaus, das die meisten Indikatoren erfüllt bzw. die Qualitätsmerkmale am besten erfüllt, an erster Stelle steht. Das Krankenhaus, das am schlechtesten abgeschnitten hat, steht an letzter Stelle.

Symbole:

Um die Werte der Qualitätsindikatoren mit Hilfe von Symbolen darzustellen, gibt es viele Möglichkeiten. Der Trend Symbole zu verwenden, insbesondere Star Ratings, ist entstanden, um die vielen Informationen, die in den Qualitätsberichten angeboten werden, übersichtlicher und leichter verständlich zu gestalten. Im Folgenden werden drei häufig genutzte Zeichen näher erläutert:

- **Sterne**
  In den USA wird seit einigen Jahren von Health Grades[2] (Hospital Quality Report 2004 [37]) und in England seit dem Jahr 2000 von der NHS[3] das Star Rating

[1]Healthscope: eine von der Pacific Business Group on Health angebotene öffentliche Informationsquelle, um z.B. Krankenhäuser mit der besten Qualität zu finden; www.healthscope.org
[2]Health Grades: amerikanische Organisation, die Krankenhaus-Ratings und -profile erstellt, um es den Nutzern zu ermöglichen, auf Qualität basierende Entscheidungen zu treffen; www.healthgrades.com
[3]NHS: Europas größte Gesundheits-Organisation, die Krankenhaus-Ratings erstellt; www.nhs.uk

verwendet. Dabei werden die einzelnen Qualitätsindikatoren in Tabellenform aufgelistet und mit 1-3 bzw. 1-5 Sternen bewertet, wobei ein Stern bedeutet, dass der jeweilige Indikator nur „schlecht“ bzw. unzureichend erfüllt ist, zwei bzw. drei Sterne bedeuten „erwartungsgemäß, gut“ und drei bzw. fünf Sterne bedeuten „exzellent“.

- **Punkte**
  Die Idee mit den Sternen ist in Deutschland vom „Klinikführer Rhein-Ruhr“ in Form von Punkten übernommen worden. Dieser Klinikführer benutzt eine Tabelle mit sieben verschiedenen Indikatoren, die mit 1-4 Punkten bewertet sind (ein Punkt = niedrig, vier Punkte = sehr hoch) und so zwischen den einzelnen aufgeführten Krankenhäusern verglichen werden können.
  Eine Möglichkeit ist es auch, einzelne Indikatoren in Kategorien zusammenzufassen und diese Kategorien mit Punkten zu bewerten, wie es in der Arbeit von Hibbard et al. 2002 [32] als eine von mehreren Varianten verwendet wird.

- **Diamanten-Symbole**
  Barr J.K. et al. [3] entschieden sich in ihrer Studie Diamanten-Symbole zu verwenden, da diese, wie in Interviews zuvor getestet wurde, von den Nutzern besonders gut akzeptiert zu werden scheinen. Ein vergebener Diamant bedeutet in ihrer Studie, dass die Erfüllung des jeweiligen Indikators „unterhalb des nationalen Durchschnitts“ liegt, zwei Diamanten bedeutet „im Durchschnitt“ und drei Diamanten „besser als der nationale Durchschnitt“.

Trend-Informationen
Hierbei wird die Entwicklung des Krankenhauses bzgl. der Indikatoren in den letzten Jahren berücksichtigt. Wenn sich eine Besserung zeigt, wird dies mit einem „+“ visualisiert, während bei einer Verschlechterung ein „-“ vermerkt wird. Genutzt wurden diese Trend-Informationen in der Arbeit von Hibbard et al. 2002 [32], in der diese Art von Informationen bei den Nutzern gut ankam.

Kombinationen
Häufig werden die verschiedenen Darstellungsmöglichkeiten miteinander kombiniert. So werden bei der NHS die verglichenen Krankenhäuser zunächst mit Sternen bewertet und dann zusätzlich anhand der vergebenen Sterne in absteigender Reihenfolge aufgelistet, so dass gleichzeitig ein Ranking entsteht.
Beim Healthscope wird zusätzlich zu den vergebenen und in Reihenfolge gebrachten Sternen für einzelne messbare Indikatoren ein einfaches Balkendiagramm zur Veranschaulichung der Vergleiche hinzugefügt und in der Studie von Rogers and Smith 1999 [67], in der untersucht wird, welche Darstellungsformate für Vergleiche der Krankenhäuser sinnvoll erscheinen, wird u.a. in einem einfachen Balkendiagramm der Durchschnittswert der verschiedenen Kliniken mit Hilfe eines Vierecks in den einzelnen Balken dargestellt.

Es gibt also die unterschiedlichsten Darstellungsformen die frei mit einander kombiniert werden können und werden. Es gibt jedoch kaum Untersuchungen dazu, welche Darstellungsweise die beliebteste bzw. von den Nutzern gewünschte Form ist. Die Studie von Hibbard et al. 2002 [32] untersucht vier verschiedene Darstellungsweisen, kann aber auch nicht festlegen, welche Form die geeignetste ist. Es ist aber herauszustellen, dass die Darstellungsform die Auswahl der Nutzer beeinflussen kann und es sinnvoll und hilfreich ist, wenn die Darstellungsformen nicht zu ausführlich sind, also z.B. nicht zu viele Indikatoren und Zahlen enthalten. In Amerika ist entsprechend seit einigen Jahren die Bewegung zu

beobachten, das Angebot an Informationen in report cards zu reduzieren, wie die Arbeit von Hibbard 1998 [36] zeigt, um die Berichte übersichtlicher und leichter verständlich zu gestalten. Sie sollten ein klares Design mit erläuternden Hinweisen haben und die Informationen klar präsentieren, wie es auch in der Studie von Scott und Ward 2006 [76] als wünschenswert herausgestellt wird, damit die Nutzer die Berichte richtig interpretieren können. In der Studie von Hibbard, Stockard und Tusler 2003 [34] wird deutlich, dass es hilfreich ist, wenn die Nutzer auf einen Blick erkennen können, welches die „Top"-Krankenhäuser sind und welche auf den unteren Plätzen rangieren.
Die Studie von Vaiana und McGlynn 2002 [83] stellt, basierend auf einer Literaturrecherche zu den generellen Prinzipien zur Präsentation von Informationen, heraus, dass Tabellen die beste Möglichkeit sind, um exakte numerische Werte zu präsentieren. Bei kleinen Datenmengen sind sie grafischen Darstellungen zu bevorzugen. Als generelle Prinzipien zur Verbesserung der Tabellen-Formate wird u.a. empfohlen, zum Vergleich von Zahlen Spalten anstatt Reihen zu verwenden, die Zahlen in den Spalten und Reihen auf sinnvolle Weise zu ordnen (z.B. von groß nach klein) und Absätze bzw. Abstände zu setzen, um Informationen zu gruppieren und so die Übersichtlichkeit zu verbessern. Es wird jedoch auch darauf hingewiesen, dass insgesamt für den Vergleich von Informationen grafische Darstellungen besser geeignet sind als Tabellen.

Ein großes Potential hat die Idee, interaktive Web-Seiten zu gestalten, die es den Nutzern erlauben, die Indikatoren, die sie als relevant erachten, auszuwählen und die Informationen in einem von den Nutzern selbst ausgewählten Format anzeigen zu lassen. Allerdings ist dieser Ansatz, wie in der Studie von Marshall et al. 2003 [51] erwähnt, bisher nicht näher evaluiert.
Unterstützt wird die Idee jedoch von der Studie von Vaiana und McGlynn 2002 [83], in der herausgestellt wird, dass die Qualitätsberichte normalerweise für eine sehr heterogene Zielgruppe entwickelt werden, in der die Interessen der potenziellen Nutzer variieren. Die Leser haben unterschiedliche Schemata zur Interpretation der Daten, bevorzugen verschiedene Arten der Präsentation der Informationen und haben unterschiedliche Erfahrungen mit dem Gebrauch von objektiven Informationen für das Treffen von Entscheidungen. Diese Heterogenität der Zielgruppe legt es nahe, flexible Formate für die Qualitätsberichte zu verwenden, damit die Nutzer die Berichte jeweils nach ihren Vorlieben gestalten können. Damit könnte der größte Effekt auf die Nutzung erzielt werden. Um diese Flexibilität zu ermöglichen, scheint das Internet der geeigneteste Weg zu sein, da die Nutzer hier sowohl die Qualitätsmerkmale, die sie interessieren, individuell auswählen könnten als auch das Format, in dem die Indikatoren präsentiert werden sollen.
Besonders sinnvoll erscheint dies auch vor dem Hintergrund, dass die Auswahl eines Krankenhauses anhand vieler Indikatoren ein schwieriger Prozess für die Nutzer ist. Sie müssen gedanklich zusammenfassen, was die Informationen ihnen sagen, auf ihre persönliche Situation zutreffende, relevante Informationen auswählen, diese unterschiedlich gewichten und die gewichteten Faktoren zusammenfließen lassen, um eine Entscheidung zu treffen.
Die vergleichende Darstellungsweise der Qualitätsindikatoren kann helfen, die Flut der Informationen zu sortieren und übersichtlicher zu gestalten. Dies ist besonders erstrebenswert, da Hibbard, Slovic und Jewett 1997 [33] in ihrer Studie herausfanden, dass Nutzer, wenn sie mit komplexen Qualitätsberichten konfrontiert werden, auf eine der folgenden, der Intention der Einführung der Qualitätsberichten nicht entsprechenden, Strategien zurückgreifen:

- nichts tun, die Berichte ignorieren und wenn möglich bei ihrer bisherigen Wahl bzw. Entscheidung bleiben
- alternative Informationsquellen wie Freunde und Familie nutzen
- Ihre Entscheidung auf Basis von ein oder zwei Faktoren treffen, während andere wichtige Indikatoren vernachlässigt und ignoriert werden

Der letzte Punkt wird durch die Studie von Vaiana und McGlynn 2002 [83] unterstützt, die in ihrer Studie, in der sie auf Basis einer Literaturrecherche generelle Prinzipien für die Präsentation von Informationen nennen und an drei Internetseiten mit Qualitätsberichten demonstrieren, betonen, dass Nutzer selten das komplette Dokument lesen. Stattdessen überfliegen sie es, suchen nach den Informationen die Ihnen wichtig erscheinen und treffen auf Basis dieser ausgesuchten Faktoren ihre Entscheidung. Wenn sie die gesuchten Informationen bzw. Antworten nicht schnell finden, hören sie normalerweise rasch auf zu lesen.
Die möglichen Darstellungsweisen der Berichte können die Nutzer in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen und ihnen einen Teil der kognitiven Leistung abnehmen, indem sie, der Studie der Leapfrog Group 2005 [80] zufolge, folgende Merkmale enthalten bzw. erfüllen:

- **Informationen zusammenfassen und wichtige Informationen hervorheben**, z.B. indem Stern-Symbole verwendet werden und das beste Krankenhaus farblich hervorgehoben wird
- **Informationen interpretieren**: Beschriftungen (z.B. schlecht, durchschnittlich, gut, sehr gut) zu Grafiken wie Balkendiagrammen hinzuzufügen erleichtert es, die Informationen zu verstehen, zu interpretieren und zu nutzen. Bei Informationen, die in Tabellenform dargestellt sind, empfiehlt es sich, sinnvolle Symbole (z.B. „+“ und „-“) zur Interpretation der Daten zu verwenden
- **Alle Daten auf einer Seite präsentieren**: viele Qualitätsberichte umfassen mehrere Seiten; die Informationen sind jedoch leichter zu vergleichen, wenn alle Indikatoren auf nur einer Seite erfasst sind
- Die Krankenhäuser anhand ihrer Daten in eine **Reihenfolge** bringen, so dass das beste Krankenhaus an erster Stelle steht und das schlechteste an letzter Stelle

Vaiana und McGlynn fügen in ihrer Studie 2002 [83] hinzu, dass in jedem Dokument durch die räumliche Anordnung der Grafiken und Texte die Effektivität und Genauigkeit, mit der Nutzer die gesuchten Informationen finden können, beeinflusst werden kann. Als nutzerfreundliche Eigenschaften eines Dokuments werden folgende Faktoren aufgeführt:

- **Überschriften**: sollen den Nutzern helfen, die gegebenen Informationen im Gedächtnis zu behalten und später schneller wiederzufinden. Sie sollten kurz und prägnant sein. In elektronischen Dokumenten können sie zusätzlich andere Zwecke erfüllen, z.B. können sie gleichzeitig mit anderen Informationen für die Nutzer verlinkt sein, um ihnen den Zugang zu den Informationen zu erleichtern
- **Auflistungen**: können genutzt werden, um Informationen einen visuellen Vorrang zu geben. Sie helfen den Nutzern das Dokument schneller zu überfliegen und wichtige Informationen zu finden
- **Absätze**: helfen den Lesern den Text und die gegebenen Informationen zu strukturieren und damit leichter zu verstehen

Durch Berücksichtigung der oben genannten Punkte kann es die grafische und strukturierte Darstellung der Indikatoren den Nutzern einfacher machen, die Daten zu interpretieren und ihnen bei der Entscheidung helfen, indem den Nutzern einzelne Überlegungsschritte abgenommen und die Ergebnisse visualisiert werden, wodurch die Motivation zur Nutzung gesteigert wird.
Damit wird die Bedeutung der richtigen Darstellungsform für den Erfolg der Qualitätsberichte deutlich.
Ein weiterer wichtiger Punkt für die Nutzung der vergleichenden Qualitätsberichte ist der Zugang zu den Informationen. Welche Möglichkeiten hierfür zur Verfügung stehen, soll im folgenden Kapitel erläutert werden.

2.9 Zugang zu vergleichenden Qualitätsberichten

In Deutschland ist es gesetzlich vorgeschrieben, dass die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sowie die vergleichenden Berichte im Internet veröffentlicht werden und die interessierten Nutzer so freien Zugang zu den Daten haben.
Dennoch sollte die Verbreitung und Zugänglichkeit guter Informationsangebote gefördert und ausgeweitet werden, um möglichst viele interessierte Nutzer zu erreichen, insbesondere durch Internetportale, die bestimmte Qualitätskriterien berücksichtigen, wie es auch in der Arbeit von Sänger et al. 2002 [69] über das deutsche Clearingverfahren für Patienteninformationen betont wird.

Ein Blick in die internationale Literatur zeigt, dass es in anderen Ländern ebenso gehandhabt wird und es ebenfalls empfohlen wird, das Internet bzw. Web-Seiten zu nutzen, um Qualitätsindikatoren zu publizieren. Dies wird unterstützt durch die Studie von Nelson et al. 2005 [60] in der 27 Personen in dem Zeitraum Oktober 2003 bis Dezember 2004 interviewt wurden und 52% der Studienteilnehmer angaben, sich Gesundheitsinformationen aus dem Internet zu holen. Zweidrittel gaben an, von den Informationen aus dem Internet auch zu profitieren.
Die Arbeit von Marshall et al. 2000 [55] fügt hinzu, dass report cards in den USA zwar gewöhnlich in Form von kurzen Broschüren veröffentlicht werden, dass aber die Verbreitung über das Internet inzwischen ebenfalls sehr gebräuchlich ist, wodurch den Nutzern Zugang zu mehr Informationen mit unterschiedlicher Komplexität ermöglicht wird.
In der Studie von Schneider und Epstein 1998 [72] wurden in Pennsylvania 474 Patienten bzgl. des seit 1992 existierenden Consumer Guide to Coronary Artery Bypass Graft (CABG) telefonisch befragt, ob sie an diesem Guide interessiert sind und was sie ggf. daran hindert, ihn zu benutzen. Heraus kam dabei, dass lediglich 12% wussten, dass es diesen Führer gibt. Um eine größere Öffentlichkeit zu erreichen und somit den Bekanntheitsgrad von Consumer Guides zu erhöhen, wird auch hier empfohlen, das Internet zu nutzen. Emails zu verschicken, wird hingegen als eher ineffektiv angesehen, wie Braun et al. 2002 [8] in ihrer Arbeit herausfanden, weil emails zu einfach und schnell gelöscht werden können, ohne angesehen oder gelesen worden zu sein. Zusätzlich sollten jedoch Kopien der Qualitätsberichte an öffentlichen Versammlungsplätzen sowie Krankenhäusern und Apotheken erhältlich sein.
Als weitere Medien zur Publikation der Qualitätsberichte könnten und sollten, wie z.B. in der Studie von Courté-Wienecke 2002 [12] erwähnt, auch Zeitschriften, Zeitungen und Verbraucherbroschüren berücksichtigt werden. So wurden z.B. in Queensland (Australien) die zusammengefassten Ergebnisse der Qualitätsberichte in 2005 in Brisbane newspapers veröffentlicht, worauf in der Arbeit von Scott und Ward 2006 [76] aufmerksam gemacht wird.

Unterstützt wird dies durch die Studie von Marshall et al. 2003 [51], in der betont wird, dass die Medien sowohl in den USA als auch in Großbritannien eine führende Rolle in der Förderung der Nutzung der Qualitätsberichte hatten.
Die Studie von Geraedts 2006 [21] fügt hinzu, dass es signifikant unterschiedliche Präferenzen bzgl. der Verbreitung der Qualitätsberichte über die Medien zwischen den soziodemografischen Gruppen gibt. In einer Umfrage unter 1524 Patienten gaben insgesamt 71% bzw. 70% an, Informationsbroschüren und das Internet für geeignete Medien zu halten, 58% bzw. 48% nannten Zeitungen und Zeitschriften sowie das Radio und das Fernsehen. Bei Berücksichtigung des Alters stellte sich heraus, dass das Internet und Zeitungen/Zeitschriften vor allem von den unter 60-Jährigen als bevorzugte Medien angegeben wurden (77% der unter 60-Jährigen zu 51% der über 60-Jährigen bzw. 61% zu 49%), während die über 60-Jährigen Informationsbroschüren und das Radio/Fernsehen für besonders geeignete Informationsquellen hielten (74% zu 66% bzw. 57% zu 41%). Weitere signifikante Unterschiede waren zwischen der oberen und unteren sozialen Schicht festzustellen. Hier wurde von Studienteilnehmern aus der oberen sozialen Schicht und von Privatversicherten das Internet präferiert (77% aus der oberen sozialen Schicht zu 64% aus der unteren sozialen Schicht), während Studienteilnehmer aus der unteren Schicht und GKV-Versicherte die übrigen Medien (Informationsbroschüren, Zeitungen/Zeitschriften, Radio/Fernsehen) bevorzugten (76% zu 67%, 62% zu 50% und 75% zu 41%). Es ist also festzuhalten, dass die verschiedenen Medien unterschiedliche Zielgruppen ansprechen. Dies bedeutet gleichzeitig, dass, wenn die Qualitätsberichte, wie in Deutschland vorgesehen, z.B. nur im Internet veröffentlicht werden, nicht alle Zielgruppen in dem erwünschten Maße erreicht werden.
Die Studie von Geraedts 2006 fügt außerdem hinzu, dass es für die Nutzer von Bedeutung ist, von wem die Vergleichsberichte erstellt werden. So ist das Vertrauen der Nutzer in die Qualitätsberichte größer, wenn sie von Institutionen, die als unabhängig und verbraucher- bzw. patientenorientiert gelten (z.B. Organisationen des Verbraucherschutzes) erstellt werden, als wenn z.B. Krankenhausverbände die Berichte herausbringen.

Die Studie von Isaacs 1996 [38], die sich allerdings mit der vergleichenden Darstellungsweise zur Auswahl eines Health Plans befasst, ergänzt, dass es Nutzern sehr wichtig wäre, die Berichte nicht nur zu lesen, sondern auch Fragen stellen zu können. In der Studie wurden 1995 insgesamt 1081 Erwachsene, die 21 Jahre oder älter waren, telefonisch befragt, um herauszufinden, welche Informationen Nutzer wünschen, wie viel sie bereits über die Berichte wissen, wie die Informationen präsentiert werden sollten und welche Quellen sie nutzen, um Informationen zu beziehen. Mehr als 40% der Studienteilnehmer sagten dabei, dass sie es sehr nützlich fänden, mit einem Health Plan-Vertreter der Berichte reden zu können und die Gelegenheit zu bekommen, jederzeit, ggf. anonym, Fragen stellen zu können.
Da sich diese Studie auf den Vergleich von Health Plans bezieht und nicht auf Qualitätsberichte der Krankenhäuser, ist ein direkter Vergleich nur eingeschränkt möglich. Dennoch ist anzunehmen, dass es Patienten auch bei der Auswahl eines Krankenhauses hilfreich sein würde, Fragen stellen zu können, um die Qualitätsberichte leichter und besser zu verstehen.

Zunächst ist es jedoch besonders wichtig, die potentiellen Nutzer erst einmal verstärkt darauf aufmerksam zu machen, dass es überhaupt Qualitätsberichte gibt, die ihnen bei der qualitativen Entscheidung für ein Krankenhaus helfen sollen. Um dies zu erreichen, sollten Web-Seiten, Zeitungsartikel sowie Berichte in Radio und Fernsehen darauf hinweisen. Speziell für Ärzte sollte es Hinweise in der medizinischen Presse, auf Krankenhaus-Homepages und in Klinik-Journalen geben, wie es auch in der Studie von Scott und Ward 2006 [76] vorgeschlagen wird.

Da die Qualitätsberichte in anderen Ländern bereits seit einigen Jahren etabliert sind, ist es lohnenswert, sich einmal anzusehen, welche Erfahrungen und Erkenntnisse diese Länder mit und seit der Einführung der Berichte gemacht haben. Einen Überblick dazu gibt das folgende Kapitel.

2.10 Erfahrungen anderer Länder mit Qualitätsberichten

Bisher liegen nur wenige Studien, z.B. die in den vorangegangenen Kapiteln erwähnte Arbeit von Geraedts 2006 [21], zu der Nutzung von Qualitätsberichten in Deutschland vor.
Ein Blick in die internationale Literatur zeigt, dass Qualitätsberichte zwar inzwischen in vielen anderen Ländern (z.B. USA, Großbritannien) etabliert sind, die Berichte bisher aber weder von Patienten noch von einweisenden Ärzten so genutzt werden wie erwartet und erhofft, obwohl die Nutzer durchaus an den Berichten interessiert sind, wie es auch die Studien von Marshall und Davies 2001 [49], von Krumholz et al. 2002 [43] und von Rogers und Smith 1999 [67] betonen. Unterstützt wird dies u.a. durch die Studie von Schwartz, Woloshin und Birkmeyer 2005 [75], in der 510 zufällig ausgewählte Patienten mit einem Durchschnittsalter von 78 Jahren, die in den letzten drei Jahren eine Hoch-Risiko-Operation (z.B. eine abdominelle Aneurysma-Operation) hatten, telefonisch befragt wurden, anhand welcher Informationen sie sich für ein Krankenhaus entscheiden würden. Die meisten der Studienteilnehmer erachteten die Qualitätsberichte zwar für sinnvoll und relevant, allerdings gaben auch die meisten an, dass sie in erster Linie der Meinung ihres Arztes oder der Familie und Freunden vertrauen. Lediglich 11% gaben an, selbst nach Informationen zu suchen, um die Krankenhäuser zu vergleichen.
Die Studie von Marshall et al. 2003 [51] fügt hinzu, dass Ärzte eher als Patienten wissen, dass es Qualitätsberichte gibt, sie aber ebenfalls wenig nutzen.

2.10.1 Gründe für die geringe Nutzung

Es wird in verschiedenen Studien darauf hingewiesen, dass Patienten sich, ebenso wie niedergelassene Ärzte, eher an eigenen Erfahrungen oder Empfehlungen von Bekannten oder Verwandten orientieren als an Qualitätsberichten. Gründe, vor allem von Seiten der Patienten, sind hierfür u.a.:

- **Es werden nicht die Indikatoren aufgeführt, an denen die Nutzer interessiert sind**
  So zeigt die Studie von Vladeck et al. [84], dass ungewöhnlich hohe Mortalitätsraten Nutzer nicht davon abhalten, dieses Krankenhaus auszuwählen; andererseits ziehen Krankenhäuser mit besonders niedrigen Mortalitätsraten Nutzer aber auch nicht besonders an. Dies lässt vermuten, dass Mortalitätsraten nicht die Interessen der Nutzer berühren und nicht als nützlicher Indikator für die Beurteilung von Qualität angesehen werden. Zusätzlich haben Hibbard und Jewett 1997 [30] in ihrer Studie herausgefunden, dass die Qualitätsindikatoren, die Konsumenten als herausragend ansehen, nicht die Indikatoren sein müssen, die sie nutzen, um eine Entscheidung zu treffen. Dies wird unterstützt durch die Studie von Edgman-Levitan und Ceary 1996 [15], die darauf hinweisen, dass z.B. viele Patienten in Zufriedenheitsstudien angeben, dass ihnen Faktoren wie Krankenhausessen, Parkmöglichkeiten und Attraktivität der Aufenthaltsbereiche wichtig sind, diese aber nicht als wichtigste Aspekte für eine qualitative Versorgung angeben. In der Studie der Kaiser Family Foundation 2002

[41], in der 831 Ärzte per email oder online und 1207 Patienten telefonisch befragt wurden, gaben über 60% der Amerikaner an, dass ernste medizinische Fehler veröffentlicht werden sollten, aber nur 6% sehen diese Fehler als Hauptproblem in der Gesundheitsversorgung; eine Studie von Schneider und Epstein 1998 [72] in Pennsylvania bzgl. Bypass-Daten zeigt, dass die meisten der Patienten nicht explizit sagen konnten, auf welche Daten genau ihre Entscheidung basierte. Dementsprechend kommt die Studie von Marshall et al. 2000 [56], in der eine Literaturrecharge bzgl. der Einführung und Nutzung von Qualitätsberichten in den USA über den Zeitraum Januar 1986 bis Oktober 1999 durchgeführt wurde, zu der Empfehlung, dass die veröffentlichten Daten mehr auf bestimmte Interessengruppen zugeschnitten werden sollten und nicht auf den einzelnen Nutzer bzw. Patienten.

Es besteht also das Problem, dass Nutzer entweder nicht genau sagen können, welche Daten sie für ihre Entscheidung brauchen, oder sie nutzen die Daten, die sie als wichtig angegeben haben, nicht tatsächlich für die Auswahl eines Krankenhauses.

Ein weiteres Problem ist, dass unterschiedlich kranke Patienten (z.B. chronisch Kranke) auch unterschiedliche Informationen wünschen, was ebenfalls in der Arbeit von Edgman-Levitan und Cleary 1996 betont wird [15], und zu viele Informationen gleichzeitig zur Verwirrung und Verunsicherung der Nutzer führen. So fasst die Studie von Hibbard 1998 [36] zusammen, dass man eine informierte, qualitative Entscheidung durch die Nutzer nicht fördert, indem man die Nutzer mit Informationen überhäuft. Schloman betont in ihrer Arbeit 2005 [71] ebenfalls, dass Nutzer die Qualitätsberichte unter anderem nicht nutzen, wenn die Informationen zu ausführlich sind. Die Studie von Hibbard 2001 [35] fügt hinzu, dass zu komplexe Datenmengen und variierende Indikatoren, z.B. wenn das Krankenhaus in einem Merkmal gut abschneidet und in anderen schlecht bewertet wird, die Nutzung der Qualitätsberichte behindern können und nicht förderlich sind.

Nutzer wünschen sehr kurze und einfache Qualitätsberichte, wie Hibbard et al. 2000 [31] in ihrer Studie herausfanden. Es wurden 207 Leute befragt und randomisiert einer von vier möglichen Gruppen zugewiesen., um den Einfluss von bestimmten Informationen in vergleichenden Qualitätsberichten bzgl. Health Plans zu untersuchen. Eine Gruppe erhielt Qualitätsberichte in der mögliche Risiken beschrieben wurden, in der zweiten Gruppe wurden mögliche Vorteile beschrieben, in der dritten Gruppe enthielten die vergleichenden Berichte zusätzliche Erklärungen zur Nutzung der Informationen und in der vierten Gruppe waren diese Erklärungen nicht hinzugefügt. Heraus kam dabei, dass die Studienteilnehmer es wichtiger fanden, Hinweise auf mögliche Risiken zu erhalten als Hinweise auf mögliche Vorteile. Sie waren der Ansicht, dass vor allem Informationen über mögliche Risiken einen Einfluss auf die Versorgungsqualität und damit auf ihre Entscheidung haben würden. Risiko-Informationen sind den Patienten demnach scheinbar wichtiger als positive Informationen. Einen unerwartet negativen Effekt auf die Verständlichkeit der Berichte hatte das Hinzufügen von erklärenden Informationen. Die Studienteilnehmer konnten Fragen zu den Qualitätsberichten genauer beantworten, wenn sie keine zusätzlichen Informationen erhalten hatten, was dafür spricht, dass die Berichte kurz und prägnant sein sollten, um den Nutzern zu helfen, sie zu verstehen und zu verwenden.

Ein weiterer Punkt, der unterstreicht, dass nicht die Daten aufgeführt werden, die die Nutzer interessieren, ist, dass einige Nutzer die Daten zu technisch finden, wie in dem Bericht von Schloman 2005 [71] erwähnt wird, bzw. dass sie insgesamt an technischen Daten wenig interessiert sind. Dies wird durch die Arbeit von Wicks und Meyer 1999 [86] unterstützt, in der die Bewegung der Qualitätsberichte in Amerika reflektiert wird.

Es wird herausgestellt, dass die Nutzer nur wenig an der technischen Qualität interessiert sind. Ähnlich verhält es sich mit Ergebnisdaten.

- **Indikatoren, die nicht verstanden werden, sind nicht hilfreich**
  Sowohl in der Arbeit von Courté-Wienecke 2002 [12] als auch in der Studie von Werner und Asch 2005 [85] wird darauf hingewiesen, dass Nutzer die Merkmale verstehen müssen, um eine sinnvolle Entscheidung treffen zu können. Unterstützt wird dies durch das Ergebnis der Studie von Hibbard und Jewett 1997 [30], in der 104 Studienteilnehmern aus Oregon mit einem Durchschnittsalter von 41,9 Jahren Beispiel-Qualitätsberichte mit 18 Qualitätsindikatoren vorgelegt wurden. Die Teilnehmer sollten einerseits die Qualitätsindikatoren abhängig von ihrer Bedeutsamkeit in Reihenfolge bringen und andererseits angeben, wie viele Informationen jeder Indikator bezüglich der gesundheitlichen Versorgungqualität beinhaltet. Zusammengefasst kam dabei u.a. heraus, dass die Indikatoren, die schlecht verständlich waren, gleichzeitig als nicht wichtig beurteilt wurden.
  Auch die Studie von Marshall et al. 2000 [56], eine Literaturrecherche in dem Zeitraum von 1986 bis 1999 in den Datenbanken MEDLINE und EMBASE bzgl. der Nutzung der Qualitätsberichte in Amerika, kommt zu dem Ergebnis, dass ein Grund für das fehlende Interesse und die fehlende Nutzung der Qualitätsberichte die Verständnisschwierigkeiten der gegebenen Informationen sind.
  Die Studie der Leapfrog Groub 2005 [80] stellt in ihrem ersten Kapitel, in dem Judith Hibbard sich mit den Kommunikationsmöglichkeiten mit den potentiellen Nutzern befasst, heraus, dass die angegebenen Qualitätsmerkmale häufig schwer zu verstehen sind oder den Patienten nicht sinnvoll erscheinen. Um die Nutzung der Berichte zu fördern, sollten sie nur Indikatoren enthalten, die die Patienten verstehen und die sie als wichtig erachten.
  In den Studien von Schneider und Epstein 1998 [72] und Schloman 2005 [71] wird darauf hingewiesen, dass es eine Nutzungssteigerung bringt, wenn den Patienten erklärt wird, wie sie mit den Informationen umzugehen haben**.**
  Schneider und Epstein führten ihre Studie an 784 herzkranken Patienten durch und konnten nachweisen, dass zuerst kaum einer der Patienten den Consumer Guide to Coronary Artery Bypass Graft (CABG) nutzte, während nach Erklärung der Berichte die Zahl der Nutzer auf 56% stieg. Dies unterstützt die Ergebnisse der Arbeit von Hibbard 1998 [36] in der es darum geht, auf Basis einer Literaturrecherche einige Hindernisse aufzuzeigen, die der Verwendung von Qualitätsberichten im Wege stehen. In der Studie wird hervorgehoben, dass die Nutzer Probleme mit der Verständlichkeit oder der Interpretation von Qualitätsmerkmalen haben, was dazu führen kann, dass die Merkmale als weniger sinnvoll oder weniger wichtig betrachtet werden. Wenn die Indikatoren verständlicher sind, in einen größeren Kontext gebracht werden und Interpretationsmöglichkeiten angeboten werden, empfinden die Nutzer die gegebenen Informationen als sinnvoller und bedeutungsvoller.
  Marshall et al. 2003 [51] vergleichen in ihrer Arbeit die Einführung der Qualitätsberichte in den USA und der UK, wobei unter anderem die Nutzung der veröffentlichten Informationen betrachtet wird. Auch hier wird betont, dass ein Grund für die geringe Nutzung darin liegt, dass die Informationen nur schwer zu verstehen sind.
  Es ist also festzuhalten, dass Patienten verstehen müssen, was die Merkmale bedeuten und wie sie die Berichte nutzen können, damit sie es auch tun.

In der Studie von Marshall M.N., Shekelle P.G., Leatherman S. und Brook R.H. 2000 [55] wird herausgestellt, dass der Anteil derjenigen, die die derzeitigen Qualitätsberichte nicht verstehen, sogar signifikant ist.
Vor allem bei Patienten aus unteren Schichten bestehen Missverständnisse bzgl. Sprache und Terminus in den Qualitätsberichten, wie es in der Studie von Werner und Asch [85] berichtet wird. Damit wird deutlich, dass eine verantwortungsvolle Entscheidung eine gründliche und vor allem verständliche Aufklärung und Informationen voraussetzt. Eine vernünftige Einführung und Erklärung der Qualitätsberichte würde verhindern, dass die Daten als „inadäquat“ und „nicht verständlich“ angesehen werden und würde die Befürchtung mindern, dass die Medien die Daten missbrauchen. So wird es in dem Bericht von Marshall und Brook 2002 [48] betont. Sie fügen hinzu, dass es hilfreich ist, direkt im Anfangsstadium, also bei Einführung der Qualitätsberichte, über die Medien versichern zu lassen, dass die Berichte angemessene und ausgeglichene Informationen enthalten.
Die Gefahr, wenn Nutzer die Indikatoren nicht verstehen oder als bedeutungslos ansehen, besteht darin, dass es sich demotivierend auf sie auswirkt, die Berichte zu nutzen.
Dem entgegen steht jedoch die bereits oben erwähnte Studie von Hibbard et al. 2000 [31], bei der wider Erwarten heraus kam, dass die zu den Beispiel-Qualitätsberichten hinzugefügten Erklärungen einen negativen Effekt auf die Erfassung und das Verständnis der Berichte hatten.
Dennoch weisen insgesamt deutlich mehr Studien darauf hin, dass es von Vorteil ist, Erläuterungen zu den aufgeführten Informationen und zur Nutzung der Qualitätsberichte hinzuzufügen.
Daher empfehlen Scott und Ward 2006 [76] in ihrer Arbeit, in der sie Risiken und Vorteile von Qualitätsberichten eruiert und dabei herausgefunden haben, dass die Nutzer Schwierigkeiten hatten, die Berichte zu verstehen und richtig zu interpretieren, erklärende Notizen für statistische Methoden zu ergänzen. Auch sollten Grafiken mit interpretierenden Kommentaren versehen werden, um die Verständlichkeit zu fördern.

- **Viele Patienten vertrauen mehr den Erfahrungen und Empfehlungen von Familienmitgliedern, Freunden oder niedergelassenen Ärzten** als sich auf Qualitätsberichte zu verlassen, wie es Schlemm und Scriba 2004 [70] in ihrem Bericht erwähnen; belegt wird dies durch die Studie von Braun et al. 2002 [8]. Das Ziel der Studie war es, die Antwort bzw. die Reaktion der Nutzer auf den ersten Healthcare System Qualitätsbericht zu evaluieren. Den Teilnehmern wurden Beispiel-Berichte vorgelegt, die Diskussion wurde zur späteren Auswertung aufgenommen. Ein wichtiges Ergebnis dabei war, dass die Teilnehmer den Berichten nicht wirklich trauen. Sie verlassen sich vor allem auf ihre eigenen Erfahrungen oder auf die Meinungen und Erfahrungen von Freunden und Familienangehörigen.
  Die Studie von Edgman-Levitan und Cleary 1996 [15], in der Informationen von Umfragen und Studien zu der Definition von Nutzern bzgl. „hoher Gesundheitsqualität“ und zu den Informationen, die Nutzer sich wünschen, um eine Entscheidung treffen zu können, reflektiert wurden, stellt ebenfalls heraus, dass viele Nutzer den Familienmitgliedern und Freunden mehr vertrauen als anderen Datenquellen, einschließlich Expertenmeinungen.
  Gleiches zeigt die Studie von Marshall, Hiscock und Sibbald 2002 [52], in der 77 potentielle Nutzer in England befragt wurden, um ihre Einstellung zu den vergleichenden Qualitätsberichten bzgl. der Gesundheitsversorgung zu eruieren. Die Studienteilnehmer betrachten die Qualitätsberichte vorrangig als eine politische

Initiative und sind daher mehr dazu geneigt, ihren eigenen Erfahrungen oder denen von Freunden und der Familie zu vertrauen als den vergleichenden Daten.
Marshall et al. 2000 [56] führten eine Literaturrecherche für die Zeit zwischen 1986 und 1999 durch, um die Erfahrungen mit Qualitätsberichten in Amerika zusammenzufassen. Dabei stellte sich heraus, dass deskriptive Studien zeigen, dass Nutzer die Erfahrungen von Freunden und der Familie höher bewerten als empirische Beweise. Demnach führten Robinson und Brodie 1997 eine telefonische Umfrage mit 2006 Erwachsenen durch, um herauszufinden, welche Rolle Daten bzw. Qualitätsmerkmale in der Entscheidungsfindung der Nutzer haben. Heraus kam, dass die meisten Patienten auf ihre Familie, Freunde oder den zuweisenden Arzt vertrauen, um Informationen zu erhalten. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass sie den Eindruck haben, dass die Informationen in den Berichten nicht vorrangig an sie, also an Patienten, gerichtet sind.
Schneider und Epstein 1998 [72] führten in ihrer Studie 1996 eine telefonische Umfrage mit 474 Patienten durch, um etwas über den Bekanntheitsgrad und die Nutzung der seit 1992 in Pennsylvania eingeführten consumer guides herauszufinden. Als ein Grund für die geringe Nutzung wird angegeben, dass der zuweisende Arzt eine sehr wichtige Informationsquelle für die Qualität darstellt. Allerdings besprechen die wenigsten Ärzte die consumer guides mit ihren Patienten, so dass die Patienten dem Arzt vertrauen, sich aber selbst nicht mit den Qualitätsberichten beschäftigen. Es wird weiterhin erwähnt, dass die Patienten Verwandten und Freunden mehr trauen als objektiven Berichten von Quellen wie der Regierung oder den Medien.
Ähnliches fand auch Isaacs 1996 [38] in seiner Studie heraus, in der drei von fünf der Patienten angaben, dass sie viel Vertrauen in ihren Arzt, ihre Familie und Freunde als Informationsquelle setzen, um eine Entscheidung bzgl. ihrer gesundheitlichen Versorgung zu treffen.
Auch die Studie von Vladeck et al. 1988 [84], in der der Einfluss von „Death lists“ auf die Auswahl eines Krankenhauses durch die Patienten untersucht wurde, weist darauf hin, dass die Patienten ein Krankenhaus nach Präferenzen für und von Ärzten auswählen, auf Grundlage von Traditionen, Bequemlichkeit, Mund-zu-Mund-Propaganda oder auch einfach zufällig statt mit Hilfe von objektiven Informationen, wie z.B. Mortalitätsraten, über die möglichen Krankenhäuser.
Dass die Patienten Freunde und Verwandte für sehr vertrauenswürdig halten und deren Meinung den veröffentlichen Informationen bevorzugen, wird ebenfalls in der Arbeit von Werner und Asch 2005 [85], in der die unerwarteten Konsequenzen der Qualitätsberichte betrachtet wurden, erwähnt. Die Patienten gaben an, die Informationen von Freunden, der Familie und ihrem Arzt deutlich höher zu bewerten als die Informationen der Regierung.
Der Studie von Epstein 1998 [16] zu folge trifft es auf mehr als 50% der Patienten zu, dass die Meinung von ihrem Arzt, von Freunden und der Familie einen großen Einfluss auf ihre Entscheidung haben und somit eine wichtigere Quelle sind als Qualitätsberichte. Informationen von „consumer groups“ und nationalen Zeitungen oder Magazinen wurden mit 13% bzw. 7% als deutlich weniger wichtig angegeben.
Ähnliches fanden auch Fisher und Anderson 1990 [18] in ihrer Arbeit heraus, in der sie sich mit dem Einfluss von Krankenhauswerbung auf die Entscheidung der Patienten beschäftigten. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Wahl für ein Krankenhaus vor allem abhängig ist von den Empfehlungen des Arztes und von der Lage der Klinik.

- **Mangelndes Vertrauen** in die Daten: die Nutzer trauen den Daten nicht, da sie befürchten, dass die Daten manipuliert sein könnten, damit das jeweilige Krankenhaus besser abschneidet
  Dieses fehlende Vertrauen wird auch in der Studie von Marshall et al. 2003 [51] erwähnt. In der Studie wurden Erfahrungen mit Qualitätsberichten in den USA und den UK verglichen. Sowohl in den USA als auch in Schottland misstrauen die Patienten den veröffentlichten Informationen. Um dem etwas entgegen zu wirken, wird eine Risikoadjustierung der Informationen empfohlen.
  Ebenfalls herausgestellt wird dieses Problem in den Berichten von Schloman 2005 [71] und Marshall 2001 [53]. In beiden Berichten wurde die Rolle der Qualitätsberichte näher betrachtet. Obwohl z.B. die Patienten in den USA ein generelles Interesse an den Qualitätsberichten geäußert haben, scheinen sie die Berichte trotzdem nicht zu nutzen, unter anderem wegen des fehlenden Vertrauens in die veröffentlichten Daten (Marshall). Dass die Patienten Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit der Berichte haben, wird auch von Schloman betont.
  Die Studie von Marshall et al.2000 [56], eine Literaturrecherche bzgl. der Nutzung von Qualitätsberichten, fügt hinzu, dass nicht nur die Patienten den Qualitätsberichten misstrauen, sondern dass auch Ärzte zwar an den Berichten interessiert sind, ihnen jedoch skeptisch gegenüber stehen und den Daten deshalb nur eine geringe Bedeutung beimessen.
  Scott und Ward 2006 [76] führten bzgl. der Qualitätsberichte eine Literaturrecherche durch. Dabei stellten sie fest, dass Patienten Schwierigkeiten beim Zugang zu den Daten und deren Interpretation hatten und dazu tendierten, dem, was sie herausgefunden hatten, zu misstrauen. Ebenfalls misstrauisch sind viele Ärzte, wenn sie anhand der Qualitätsberichte das geeignetste Krankenhaus für ihre Patienten auswählen sollen, da sie befürchten, dass die Berichte manipuliert sein könnten. Sie denken, dass ein „gaming“ stattgefunden haben könnte, womit gemeint ist, dass die Krankenhäuser ihre Daten verändert, z.B. Diagnosen falsch kodiert, haben könnten, um in den Berichten besser da zu stehen als sie wirklich sind.
  Dieselben Bedenken äußert auch Collopy 1999 [11] in seinem Bericht über Vorteile und mögliche Risiken von Qualitätsberichten, in dem er betont, dass es möglicherweise zu einem Verlust an korrekten Daten durch das „gaming“ kommen könnte.

- **Probleme mit rechtzeitigem Zugang zu den Date** und **Unübersichtlichkeit** bzw. zu wenig Zeit, um sich einen Überblick über die Angebote zu verschaffen und die einzelnen Angebote durchzugehen.
  Courté-Wienecke 2002 [12] betrachtete in ihrer Arbeit die Auswirkungen der Maßnahmen zur Qualitätssicherung, u.a. die Einführung von Qualitätsberichten, in den USA. Es zeigte sich, dass die Qualitätsberichte keinen großen Einfluss auf die Patienten haben. Als einen von vielen Gründen dafür gaben die Patienten Probleme mit der rechtzeitigen Zugänglichkeit zu den Informationen an.
  Gleiches wird auch in der Studie von Marshall et al. 2003 [51] herausgestellt, die die Auswirkungen der Qualitätsberichte in den USA und den UK verglichen haben und zu dem Ergebnis kamen, dass Patienten die Berichte weniger nutzen als gedacht, weil sie u.a. Probleme mit dem rechtzeitigem Zugang zu den Daten haben.
  Unterstützt wird dies auch durch die Studie von Marshall et al. 2000 [56]. Es wurde eine Literaturrecherche bzgl. der Qualitätsberichte in dem Zeitraum 1986 bis 1999 durchgeführt. Dabei fiel auf, dass Nutzer Probleme mit dem rechtzeitigen Zugang zu

den Qualitätsberichten als einen Faktor für die geringe Nutzung von den Berichten angaben.
Die Studie von Werner und Asch 2005 [85], in der die Nutzung, die Ziele und andererseits auch die Risiken der Qualitätsberichte in Amerika betrachtet werden, fügt hinzu, dass viele Patienten überhaupt nicht wissen, dass die vergleichenden Qualitätsberichte öffentlich und frei zugänglich sind.
Scott und Ward 2006 [76] betrachteten in ihrer Arbeit die Risiken und Möglichkeiten von Qualitätsberichten. Sie fanden dabei heraus, dass die Patienten Schwierigkeiten bei dem Zugang zu den Daten hatten bzw. gar nicht wissen, dass solche Berichte existieren. Daher empfehlen sie, den Zugang zu den Qualitätsberichten zu fördern und zu erleichtern, indem in Zeitungen, im Radio und in Fernsehsendungen auf die Berichte aufmerksam gemacht wird. Weiterhin sollten die Daten ins Internet gestellt werden, wo sie für jeden frei und leicht zugänglich sind.
Der Bericht von Schloman 2005 [71] über die Nützlichkeit der Einführung der Qualitätsberichte fügt hinzu, dass viele Patienten die Berichte nicht verwenden, da sie ihnen zu umfangreich sind und sie nicht genug Zeit haben, sich ausführlich damit zu beschäftigen. Dies wird durch die Studie von Marshall et al. 2000 [55] bestätigt. In der Studie bzgl. der Einführung der Qualitätsberichte in den USA stellten sie heraus, dass es Hindernisse gibt, die verhindern, dass die Berichte wie vorgesehen genutzt werden. Es wird angegeben, dass die Zeit fehlt, sich näher mit den Daten zu befassen und u.a. auch deshalb Prioritäten gesetzt werden müssen.

- **Fehlende Wahlmöglichkeit** bzgl. gesundheitsversorgender Einrichtungen
  Courté-Wienecke 2002 [12] untersuchte in ihrer Arbeit die Auswirkungen der Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung in den USA. Um die Gesundheitsversorgung zu verbessern wurden dort neben Zertifizierungsverfahren auch Qualitätsberichte eingeführt. Allerdings werden die Berichte von den Patienten kaum genutzt, was u.a. daran liegt, dass sie keine Auswahl an gesundheitsversorgenden Einrichtungen haben, was häufig daran liegt, dass die Patienten möchten, dass das Krankenhaus in der Nähe ihres Wohnortes liegt.
  Marshall et al. 2000 [56] führten eine Literaturrecherche für den Zeitraum von 1986 bis 1999 bzgl. der Auswirkungen der Qualitätsberichte in Amerika durch. Dabei kamen sie ebenfalls zu dem Ergebnis, dass ein Faktor für die geringe Nutzung der Berichte eine fehlende Wahlmöglichkeit ist.
  Dies wird auch in dem Bericht von Selbmann 2004 [77] erwähnt, in dem er festhält, dass sowohl Patienten als auch Ärzte kaum nach den Qualitätsberichten fragen, da sie u.a. kaum Wahlmöglichkeiten für ein Krankenhaus sehen.
  Das Fehlen einer echten Wahlmöglichkeit wird auch in der Studie von Marshall et al. 2003 [51] als ein Grund für die geringe Nutzung der Berichte genannt. In der Studie wurden die Erfahrungen der USA und von Großbritannien mit den Qualitätsberichten verglichen. Die Gründe, weshalb Nutzer die Berichte in beiden Ländern kaum verwenden, sind dabei im Wesentlichen dieselben.

- **Fehlender Willen der Nutzer**
  Ein grundsätzliches Problem liegt laut dem Bericht von Berwick 2002 [6] zu der Einführung von Qualitätsberichten darin, dass jede Verbesserung gleichzeitig eine Veränderung bedeutet und Menschen Veränderungen nicht mögen bzw. ihnen gegenüber skeptisch eingestellt sind. Eine Veränderung bedeutet zunächst Spannung und Unbequemlichkeit. Daher ist es wichtig, den Nutzern klar zu machen, dass und

vor allem warum eine Veränderung zwingend notwendig ist. Dadurch sollen die potentiellen Nutzer dazu motiviert werden, den entscheidenden Schritt mitzugehen.
Dies wird unterstützt durch die Arbeit von Wicks und Meyer 1999 [86], in der die Auswirkungen der Qualitätsberichte in Amerika reflektiert werden. Darin wird herausgestellt, dass die Effektivität der Berichte begrenzt sein könnte durch den fehlenden Willen der Nutzer, die Berichte zu verwenden.

- **Fehlende Fähigkeit komplexe Informationen aufzunehmen**
  Die oben erwähnte Arbeit von Wicks und Meyer 1999 [86] stellt zusätzlich heraus, dass die Nutzung der Qualitätsberichte durch die fehlende Fähigkeit komplexe Informationen aufzunehmen, begrenzt sein kann.
  Die Arbeit der Leapfrog Group 2005 [80] fügt in ihrem ersten Kapitel, welches von Judith Hibbard zu den Kommunikationsmöglichkeiten mit den Nutzern von Qualitätsberichten verfasst wurde, hinzu, dass es eine anstrengende kognitive Leistung ist, die Qualitätsinformationen zu nutzen, um eine qualitative Auswahl treffen zu können. In Qualitätsberichten werden die Informationen häufig auf vielen Seiten präsentiert. Manche haben mehr als 60 Seiten mit Daten. Wenn die Anzahl der Faktoren, die betrachtet werden müssen zunimmt, sinkt die Fähigkeit der Nutzer, die angebotenen Informationen aufzunehmen und zu verwenden. Somit kann es kontraproduktiv sein, den Nutzern zu viele Informationen zu präsentieren.

Es ist jedoch zu bedenken, dass, auch wenn Patienten die Berichte kaum nutzen, Ärzte sie nutzen könnten, wodurch die Patienten dann indirekt durch die kompetente Beratung ihres Arztes wieder von den Qualitätsberichten profitieren würden, da die meisten Patienten (bei den > 65jährigen 64%) sich von ihrem niedergelassenen Arzt ein Krankenhaus empfehlen lassen, nur 11% vergleichen die möglichen Krankenhäuser selbst, wie Schwartz, Woloshin und Birkmeyer 2006 [75] in ihrer Studie, in der in den USA ältere Patienten telefonisch befragt wurden, wie sie eine Entscheidung für ein Krankenhaus treffen, herausfanden. Die meisten Patienten gaben an, von ihrem zuweisenden Arzt darüber informiert und aufgeklärt werden zu wollen, welches das beste Krankenhaus für sie ist. Die niedergelassenen Ärzte haben also einen deutlichen Einfluss auf die Krankenhausauswahl ihrer Patienten. Um dem Wunsch ihrer Patienten nachkommen zu können, ist es dringend notwendig, dass die zuweisenden Ärzte Zugang zu den entsprechenden Daten haben und ihre Wünsche bei der Gestaltung der Qualitätsberichte dringend berücksichtigt werden sollten, damit die Ärzte motiviert sind, die Berichte zu nutzen und die Patienten dann auf diesem Weg die bestmögliche Gesundheitsversorgung erhalten können.
Voraussetzung für eine qualitative Entscheidung und darauf folgende Empfehlung ist natürlich, dass die Ärzte die Berichte tatsächlich verwenden. Laut der Studie von Werner und Asch 2005 [85], in der die Auswirkungen der Veröffentlichung der Qualitätsberichte in Amerika beschrieben werden, ist es jedoch bisher so, dass die meisten niedergelassenen Ärzte wissen, dass es die Berichte gibt, sie aber kaum nutzen, da sie den Informationen nicht trauen.
Unterstützt wird dies durch die Studie von Schneider und Epstein 1996 [73]. Um den Bekanntheitsgrad von Qualitätsberichten unter den Kardiologen und deren Einstellung zu den Berichten zu eruieren, wurden in Pennsylvania 50% der Kardiologen zufällig für eine postalische Umfrage ausgewählt. Dabei gaben 82% an, Qualitätsberichte zu kennen, aber lediglich 10% halten die Berichte für sehr wichtig, während 87% der Kardiologen sagten, dass die Berichte nur einen geringen Einfluss auf ihre Entscheidung haben. Als Hauptkritikpunkte wurden das Fehlen von anderen Ergebnisdaten als den Mortalitätsraten, unzulängliche Risikoadjustierung und Unglaubwürdigkeit der Daten genannt.

Die Studie von Marshall et al. 2003 [51], in der die Erfahrungen der USA und von Großbritannien mit Qualitätsberichten verglichen werden, kommt zu dem Ergebnis, dass sowohl amerikanische als auch britische Ärzte eher als Patienten wissen, dass es Qualitätsberichte gibt. Aber sie machen genau so wenig Gebrauch von den veröffentlichten Informationen wie die Patienten, was scheinbar u.a. daran liegt, dass die Ärzte den Berichten misstrauen.
Marshall et al. führten 2000 [56] eine Literaturrecherche bzgl. der Erfahrungen mit Qualitätsberichten in Amerika durch. Dabei fanden sie heraus, dass Ärzte zwar an den Berichten interessiert sind, ihnen aber skeptisch gegenüberstehen und denken, dass die Qualitätsberichte nur einen geringen Nutzen haben.
Dem Bericht von Kolkmann, Vilmar und Stobrawa 2004 [42] zu folge liegt die Abneigung bzgl. der Berichte von Seiten der Ärzte u.a. darin, dass immer Besonderheiten in der Arzt-Patienten-Beziehung bestehen, jeder individuell zu behandeln ist und es somit schwierig ist, standardisierte Maßnahmen auf die Patienten anzuwenden bzw. sie in vorgegebene Schemata zu pressen. Leitlinien können sich nur auf Kollektive beziehen, nicht auf den einzelnen Kranken. Das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis ist jedoch wichtig, um Patienten individuell behandeln zu können. Standardisierte Normen setzen standardisierte Patienten voraus, die es jedoch nicht geben wird.
Zu einem gegenteiligem Ergebnis kamen Hannan et al. 1997 [27] in ihrer Studie. Sie führten in New York State eine postalische Umfrage mit allen Kardiologen, die zum American College of Cardiology gehörten, durch, um herauszufinden, in wie weit zuweisende Kardiologen Qualitätsberichte nutzen. 94% der Kardiologen gaben an, dass die Berichte leicht zu lesen seien und 67% beurteilten den Inhalt der Berichte als sehr bzw. etwas nützlich. 38% sagten, dass die Daten ein wenig oder sogar einen großen Einfluss auf ihre Zuweisungen haben.

Insgesamt muss noch einmal festgehalten werden, dass es bisher nicht hinreichend untersucht ist, welche Informationen Patienten und Ärzte wünschen oder überhaupt richtig interpretieren können. Ebenso ist kaum untersucht, welche Darstellungsweise Nutzer bevorzugen würden und ob die Darstellungsweise einen Einfluss auf die Entscheidung der Nutzer hat. Nach Einschätzung von Marshall et al. 2003 [51], die in ihrer Studie die Erfahrungen mit Qualitätsberichten in den USA und Großbritannien verglichen haben, ist die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen unumgänglich und auch sinnvoll. Allerdings ist es dafür dringend notwendig herauszufinden, welche Art und Darstellungsweise von Qualitätsberichten am besten bei den Nutzern ankommt.
Unterstützt wird dies durch die Arbeit von Isaacs 1996 [38], in der er Bezug auf eine nationale amerikanische Umfrage nimmt, die 1995 von Louis Harris and Associates („Navigating the Changing Healthcare System“) telefonisch mit 1081 Personen bzgl. deren Erfahrungen mit Qualitätsberichten für Health Plans durchgeführt wurde. Bei der Studie kam heraus, dass mehr als die Hälfte der Studienteilnehmer das Gefühl hatten, mehr bzw. andere grundlegende Informationen zu benötigen, um eine qualitative Entscheidung treffen zu können. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es verpasst wurde, den Nutzern die Informationen zu liefern, die sie für eine Entscheidung benötigen. Um dies zu verhindern, ist es dringend notwendig zuerst einmal zu verstehen, welche Informationen Nutzer wünschen, was ihnen wichtig ist und wie sie die Daten präsentiert haben möchten.

Mehrere Studien zeigen, dass v.a. junge und gut gebildete Leute die Berichte eher nutzen als andere. Dies wird z.B. in der Arbeit von Marshall et al. 2003 [51] erwähnt, in der die unterschiedlichen Erfahren der USA und von Großbritannien mit den Qualitätsberichten verglichen werden, sowie in der Studie von Marshall, Hiscock und Sibbald 2002 [52], in der

mittels einer Umfrage mit 77 Teilnehmern die Einstellung der Nutzer bzgl. der Qualitätsberichte in England untersucht wurde.

Neuere Studien zeigen auch, dass das Interesse an den Qualitätsberichten und ihre Akzeptanz im Laufe der Zeit weiter ansteigen.
So betonen Marshall et al. 2003 [51] in ihrer Arbeit, dass es einen Fortschritt hin zu einer weit verbreiteten Nutzung der Berichte sowohl in den USA als auch in Großbritannien gibt.
Coles [10] stellte in seinem Bericht über die Erfahrungen mit Qualitätsberichten in Großbritannien 1999 bereits heraus, dass es inzwischen einige Hinweise gibt, dass die Nutzer mit den Berichten vertrauter werden und an die Vorteile ihrer Nutzung glauben. Unterstützt wird diese Beobachtung durch den Bericht von Mebius 1999 [57], in dem Erfahrungen mit den Qualitätsberichten in Schweden reflektiert werden. Er fasst in zusammen, dass in allen Ländern die Qualitätsverbesserung eine wichtige Aufgabe ist und dass sich gleichzeitig die Nachfrage nach Informationen von Seiten der Nutzer erhöht.
Auch die Studie von Werner und Asch 2005 [85] hebt hervor, dass die Anzahl der Patienten, die in den letzten Jahren Qualitätsberichte angesehen haben, in dem Zeitraum von 2000 bis 2004 von 27% auf 35% angestiegen ist. Diese Beobachtung wird auch von dem Bericht von Coles 1999 [10], in dem betont wird, dass Nutzer sich langsam an die Berichte gewöhnen und ihnen vertrauen, unterstützt und ist sicherlich unter anderem auf Maßnahmen zurückzuführen, die in Kapitel 2.10.2 erläutert werden.
Es gibt also Hinweise, dass die Qualitätsberichte bisher zwar nur einen kleinen, aber auf jeden Fall steigenden, Einfluss auf die Entscheidung von Konsumenten haben.

2.10.2 Möglichkeiten, die Nutzung zu fördern

Wie in Kapitel 2.10.1 gezeigt, gibt es viele Gründe weshalb potenzielle Nutzer die Qualitätsberichte ablehnen.
Um die Annahme und Nutzung der Qualitätsberichte zu fördern und zu beschleunigen, stellt J. H. Hibbard 2001 [35] in ihrer Studie folgende Punkte heraus:

- **Man muss den Nutzern einen Grund geben, um die Qualitätsberichte zu beachten und zu nutzen**
  die Nutzer müssen erkennen, dass es ein Qualitätsproblem gibt, und die damit verbundene Gefahr von schlechter Versorgung registrieren; sie müssen wissen und verstehen, dass eine schlechte Entscheidung für sie ein Risiko bedeuten kann. Um dies zu erreichen, müssen Gründe hervorgehoben werden, die deutlich machen, dass es wichtig ist, der Qualität der Gesundheitsversorgung Aufmerksamkeit zu schenken

- **Es muss unterschieden werden zwischen dem, was Nutzer denken, was Qualität ist, und was in den Berichten aufgeführt wird**
  Umfragen zeigen, dass für Nutzer Qualität bedeutet: Qualifikation des Arztes, Möglichkeit selbst den Arzt auszuwählen, Kosten, Benefit, Zugang; Nutzer unterscheiden nicht wie Experten in evidenzbasiert, Überversorgung, Unterversorgung usw. Hilfreich wäre es z.B., wenn alle Qualitätsberichte Qualitätsindikatoren aus den Bereichen Sicherheit, Effektivität und Patientenbezug beinhalten würden. Auf diese Weise würde es den Nutzern verdeutlicht werden, dass diese Bereiche zentrale Aspekte für die Gesundheitsqualität sind und die Nutzer würden Informationen über diese Bereiche erwarten. Dies wird auch noch mal in der Studie der Leapfrog Group

2005 [80] betont, in der Judith Hibbard sich im ersten Kapitel mit Möglichkeiten, die Qualitätsberichte den Patienten näher zu bringen, befasst.

- **Nutzer müssen auf die Berichte aufmerksam gemacht werden, indem ihre Interessen direkt angesprochen werden**
  dies bedeutet, dass in den Qualitätsberichten Indikatoren aufgeführt werden müssen, die für die Nutzer verständlich und aus ihrer Sicht bedeutsam sind. Nur so können die Berichte eine größere Zustimmung finden, besser verstanden werden und an Wert gewinnen.

Ähnliches fanden auch Wicks und Meyer 1999 [86] in ihrer Studie heraus. Die Studie hebt hervor, dass report cards nur effektiv sein können, wenn

- **die Nutzer die Berichte auch nutzen wollen** (dazu müssen sie den Informationen vertrauen und sie verstehen) und in der Lage sind, die Vergleiche korrekt zu interpretieren, um zwischen guten und weniger guten Anbietern unterscheiden zu können

- **die veröffentlichten Daten die Daten sind, die Patienten sich wünschen und verstehen**, damit sie überhaupt in der Lage sind, die Daten richtig zu interpretieren und auf dieser Grundlage eine qualifizierte Entscheidung treffen können**;** die Schwierigkeit liegt hier darin, dass für Patienten „Qualität“ nicht unbedingt das gleiche bedeutet wie für Experten. So sind Patienten wenig an technischen und Ergebnisdaten interessiert, aber gerade letztere halten Experten für besonders wichtig, um Qualität zu beurteilen.
  Um die Nutzung von Qualitätsberichten zu steigern, sollte man sich jedoch auf die Qualitätsindikatoren beschränken, die die Nutzer verstehen und für wichtig halten. Die aufgeführten Qualitätsmerkmale sollten allgemein verständlich sein, z.B. wäre es sinnvoller und verständlicher zu schreiben „effektive und angebrachte Behandlung“ als den Indikator „ACE-Inhibitoren-Gabe“ zu nennen, wie es im ersten Kapitel der Studie der Leapfrog Group 2005 [80] herausgestellt wird.

Zu den Informationen, die selten vorhanden sind, aber als Mindeststandard in den Statistiken enthalten sein sollten, werden in dem Bericht von Schlemm und Scriba 2004 [70], eine Problemanalyse bzgl. der Qualitätsberichte, folgende Merkmale genannt:

- Bundesweite und regionale Fallzahlverteilungen
- Verweildauern
- Komplikationsraten
- Mortalitätsraten
- Verlegungsraten
- Altersstruktur

Als Qualitätsmerkmale, die insbesondere die Patienteninteressen berücksichtigen, werden in dem Bericht von Flintrop 2001 [19] folgende Indikatoren herausgestellt:

- Erreichbarkeit des Krankenhauses
- Orientierung im Krankenhaus
- Aufnahme der Patienten
- Entlassungsmodalitäten

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass **Darstellungsformate** gewählt werden, **die die Nutzer in ihrem Entscheidungsprozess unterstützen** (siehe Kapitel 2.8).

Die Studie von Epstein A.M. 1998 [16] fügt hinzu, dass die Hindernisse in der Nutzung inzwischen eher in der Art und Weise wie die Qualitätsberichte veröffentlicht und genutzt werden zu suchen sind, während die Probleme vorher eher in den Zugangsmöglichkeiten zu akzeptablen und standardisierten Daten lagen. Von 39%, die die Qualitätsdaten gesehen haben, geben nur ein Drittel an, dass sie die Daten nutzen würden, um eine Entscheidung zu treffen. Daher scheinen Patienten-Umfragen eine fundamentale Grundlage der Qualitätsberichte zu sein, um Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung zu erreichen.
Um eine Entscheidung auf objektiver Grundlage zu ermöglichen, müssen die Berichte klar strukturiert, verständlich und den Patienten zugänglich sein, was bedeutet, dass es nicht nur wichtig ist, geeignete Qualitätsindikatoren auszuwählen, sondern es muss auch berücksichtigt werden, in welcher Darstellungsform die vergleichenden Krankenhausdaten präsentiert werden.
Helou, Schwartz und Ollenschläger betonen in ihrer Arbeit 2002 [29], dass die Stärkung der Position der Nutzer eine umfassende, verständliche und für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen verfügbare Information über die erreichbare Qualität und über Qualitätsergebnisse voraussetzt, die für die Entwicklung einer qualitätsorientierten Informationskultur im Gesundheitswesen notwendig ist. Daher sollte ihr eine hohe Priorität zukommen.

Neben der Förderung der Nutzung der Qualitätsberichte ist es wichtig zu schauen, ob die Ziele, die vor der Einführung der Berichte gesetzt wurden, durch die Verwendung der vergleichenden Qualitätsberichte auch erreicht werden und ob die Einführung der Berichte möglicherweise Auswirkungen hat, die weder geplant waren noch erwünscht sind. Mit diesen Fragen beschäftigen sich die folgenden beiden Kapitel.

2.10.3 Ziele der Einführung der Qualitätsberichte im Ausland

Die Ziele, die im Ausland durch Einführung der Qualitätsberichte erreicht werden sollen, entsprechen denen in Deutschland:
Verbesserung der Qualität durch Motivation, Patienten sollen eine kompetentere Krankenhausauswahl treffen können und auch Ärzten soll eine Orientierungshilfe bei der Krankenhauswahl (mit hoher Qualität) geboten werden.
In der Arbeit von Leatherman und McCarthy 1999 [44], in der sie die Qualitätsberichte und ihre Auswirkungen in den USA betrachten, wird herausgestellt, dass ein Ziel der Berichte eine kompetentere Entscheidung der Nutzer ist. Die Nutzer sollen in der Lage sein, auf Basis von qualitativen Informationen eine gute Entscheidung bzgl. ihrer gesundheitlichen Versorgung treffen zu können.
Auch in dem Bericht von Schloman 2005 [71] wird darauf hingewiesen, dass mit den Qualitätsberichten den Nutzern Qualitätsmerkmale angeboten werden sollen, um ihnen eine Basis für ihre Entscheidungen zu bieten.

Die Studie von Werner und Asch 2005 [85] fügt hinzu, dass die Qualitätsberichte nicht nur den Patienten sondern auch den zuweisenden Ärzte eine Hilfe sein könnten, um ein Krankenhaus mit hoher Qualität auszuwählen.
Ein Profil von den Krankenhäusern zu erstellen hat das Ziel, den Patienten dabei zu helfen, herauszufinden, welche Krankenhäuser besser sind als andere. Gleichzeitig sollen die schlechteren Krankenhäuser dadurch motiviert werden, an ihrer gebotenen Gesundheitsversorgung zu arbeiten und sie zu optimieren, wodurch die Qualität insgesamt angehoben werden soll. Dies heben Scott und Ward 2006 [76] in ihrer Arbeit hervor, in der sie sich mit den Risiken und Vorteilen der Qualitätsberichte befassen. So werden in Queenland routinemäßig administrative Daten von jedem der 78 Krankenhäuser gesammelt, um Mortalitätsraten, Verweildauern und Komplikationsraten zu veröffentlichen. Zusätzlich werden durch Umfragen Zufriedenheitslisten von Patienten erstellt. Alle Daten werden mit einander verglichen um so „Ausreißer“ zu identifizieren, also Krankenhäuser die im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern signifikant besser oder schlechter abschneiden. Damit soll es den Patienten erleichtert werden, eine kompetente Wahl für ein Krankenhaus zu treffen.
Die Studie von Hibbard und Jewett 1997 [30] fügt hinzu, dass durch die Qualitätsberichte kontinuierlich die Gesundheitsversorgung verbessert werden soll. Erreicht werden könnte dies, indem die Patienten die Daten der Krankenhäuser vergleichen und eine qualifizierte Entscheidung für das beste Krankenhaus treffen, so dass Kliniken, die schlechter abschneiden, an sich arbeiten müssen, um ebenfalls von Patienten ausgewählt zu werden. Ähnliches stellt auch Giraud 2001 [22] in seiner Arbeit zur Bewegung in der Gesundheitsversorgung in Frankreich heraus. Er betont, dass die Veränderungen in der Gesundheitspolitik zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität führen sollen.
Studien zeigen, dass eine Qualitätsverbesserung durch die Qualitätsberichte durchaus erreicht werden kann. So betonen Marshall und Brooks 2002 [48] in ihrem Bericht über die Erfahrungen mit Qualitätsberichten in verschiedenen Ländern, dass die Veröffentlichung der vergleichenden Daten ein effektiver Weg zu sein scheint, um die Qualität zu verbessern. Das derzeitige Level der Gesundheitsversorgung ist nicht akzeptabel. Durch Veröffentlichung der Qualitätsberichte scheint es allerdings so zu sein, dass die Leistungsanbieter an ihre Aufgaben erinnert werden und sie sich darauf fokussieren, Veränderungen herbeizuführen. Unterstützt wird dies durch die Studie von Scott und Ward 2006 [76], in der herausgestellt wird, dass Krankenhäuser auf die Informationen in den Qualitätsberichten reagieren und versuchen, die Versorgung zu verbessern. Es scheint also eine Assoziation zwischen den Qualitätsberichten und der Verbesserung der Prozess- und Ergebnisdaten der Krankenhäuser zu bestehen. Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass Krankenhäuser die Berichte nutzen sollten, um ihre Qualität zu verbessern und nicht, um über die Kompetenz einzelner Kliniken zu urteilen.
Die Studie von Courté-Wienecke 2002 [12] fügt als spezielles Beispiel hinzu, dass in New York nach Einführung der report cards über die Mortalität bei Bypass-Operationen eine deutliche Reduktion der Mortalitätsraten zu beobachten war. Ähnlich war es auch in Cleveland und Missouri. Offensichtlich nehmen gesundheitsversorgende Einrichtungen also wahr, dass Qualitätsberichte das öffentliche Bild und den Ruf eines Krankenhauses positiv oder auch negativ beeinflussen können, so dass sie motiviert werden, korrigierende Maßnahmen zu ergreifen.

2.10.4 Mögliche ungewollte Folgen der Qualitätsberichte

Welche ungewollten Konsequenzen die Einführung der Qualitätsberichte haben kann, ist bisher nicht ausreichend untersucht. Die Bedenken gehen jedoch in die Richtung, dass

Krankenhäuser schwer kranke Patienten oder Patienten mit erwartet hohem intraoperativen Mortalitätsrisiko ablehnen bzw. an andere Krankenhäuser überweisen könnten, um ihre Mortalitätsdaten niedrig zu halten und somit in den Qualitätsberichten besser abzuschneiden.
Unterstützt werden diese Bedenken durch die Studie von Narins et al. 2005 [59], die herausfand, dass 79% der an der Studie teilnehmenden Kardiologen in New York eine riskante, aber möglicherweise lebensrettende Angioplastik bei Patienten ablehnten, aus Sorge, dass die Mortalitätsraten ansteigen könnten. Die Befragung erfolgte anonym mit Hilfe von Fragebögen.
Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch die Studie von Dranove et al. 2003 [14], in der betont wird, dass die Qualitätsberichte den Krankenhäusern Anreize geben könnten, komplizierter oder schwerer erkrankte Patienten abzulehnen, während hingegen die Studie von Peterson et al. 1998 [63] keine Hinweise dafür finden konnte, dass der Zugang für eine Bypass-Operation für ältere, und damit meist gefährdetere Patienten, in New York limitiert ist. Das Ziel der Studie war es, auf Basis nationaler Medicare Daten den Effekt der Qualitätsberichte auf den Zugang zu Bypass-Operationen und deren Ergebnisse bzgl. Patienten über 65 Jahre zu untersuchen.
Hinweise für ein „Verschieben“ schwer kranker Patienten in andere Krankenhäuser liefert die Arbeit von Omoigui et al. 1996 [62], in der, nach Einführung der report cards in New York, eine um etwa 30% erhöhte Transferrate von Hochrisiko-Patienten in andere Krankenhäuser in andere Staaten beobachtet wurde. Das Ziel der Studie war es zu zeigen, dass die um 41% gesunkene Mortalitätsrate nicht alleine auf eine bessere Qualität zurückzuführen ist, sondern es bestand gleichzeitig die Hypothese, dass einige Hochrisiko-Patienten außerhalb von New York behandelt wurden. Die retrospektive Analyse bestätigte dabei, dass Patienten in andere Krankenhäuser außerhalb von New York überwiesen wurden.
Eine weitere Gefahr liegt darin, dass es in den Krankenhäusern zur Überversorgung kommen könnte, um bessere Ergebnisdaten zu erhalten, worauf in der Studie von Scott und Ward 2006 [76] hingewiesen wird. Das würde dazu führen, dass z.B. mehr Untersuchungen als nötig durchgeführt werden, was wiederum neue und ungewollte Kosten und Risiken in sich birgt.
Weiterhin könnte es zum „Gaming“ kommen. Damit ist gemeint, dass Krankenhäuser Patienten bei der Verschlüsselung in höhere Risikogruppen einordnen und jede Variable auflisten, die das Risiko des Patienten definieren, um bei der Risikoadjustierung bessere Werte herausholen zu können, was zu einer Verfälschung der Daten führen würde.
Als zusätzliche mögliche Gefahren werden in der Studie die Vermeidung oder Ausgliederung von Hochrisiko-Patienten, die frühzeitige Entlassung der Patienten sowie eine Demotivation bei scheinbar fehlenden Lösungsmöglichkeiten für die Verbesserung schlechter Qualitätsdaten aufgeführt.
Bestätigt werden diese Beobachtungen durch die Arbeit von Turi Zoltan 2006 [82], in der ebenfalls Hypothesen zu den unerwarteten Konsequenzen der Qualitätsberichte insbesondere für schwer kranke Patienten aufgestellt werden. Es wird hervorgehoben, dass es zu einem Wandel in der Patientenauswahl kommen könnte, dass Hochrisiko-Patienten in Regionen überwiesen werden könnten, in denen keine Qualitätsberichte erstellt werden und auch hier wird das „Gaming“ erwähnt, bei dem Patienten mit einem moderatem Risiko in eine Hochrisiko-Kategorie eingeordnet werden, um die risikoadjustierten Ergebnisdaten positiv zu beeinflussen.

2.11 Zusammenfassende Erkenntnis und daraus resultierende Notwendigkeit für diese Studie

Wie die internationalen Studien zeigen, gibt es diverse Gründe, weshalb die Qualitätsberichte im Ausland nicht in erwartetem und erwünschtem Maße genutzt werden. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass der Inhalt der Berichte zum größten Teil an den Interessen der Nutzer vorbei geht, was daran liegt, dass die Nutzer vor Einführung der Qualitätsberichte nicht in die Entwicklung einbezogen wurden und so nicht eruiert wurde, welche Informationen von Seiten der Patienten bzw. Ärzte gewünscht bzw. benötigt werden.
Damit die Einführung der Berichte in Deutschland erfolgreicher verläuft, ist es unerlässlich, dass die Meinungen und Wünsche der Patienten und Ärzte durch Studien erfasst und in den Aufbau der Qualitätsberichte integriert werden, damit die potentiellen Nutzer motiviert sind, die Berichte, die in dem Fall dann auf sie zugeschnitten sind, zu nutzen.
Weiterhin ist deutlich geworden, dass es kaum Studien gibt, die speziell die Bedürfnisse der niedergelassenen Ärzte erfassen. Die meisten Studien beziehen sich auf die Patienten. Da aber die Patienten sehr häufig bei der Krankenhausauswahl alleine ihrem Arzt vertrauen oder zumindest mit ihm gemeinsam eine Entscheidung treffen, womit den Ärzten eine besondere Bedeutung zukommt, ist es dringend notwendig, dass auch die niedergelassenen Ärzte als Zielgruppe berücksichtigt und damit auch ihre Wünsche und Vorstellungen in die Berichte integriert werden, damit sie ihre Patienten gut informiert beraten können.

Vor diesem Hintergrund wird die Notwendigkeit dieser Studie deutlich: es ist unbedingt erforderlich, die Vorstellungen der Ärzte bzgl. der Qualitätsberichte zu eruieren und somit zu ermöglichen, dass die Berichte die gewünschten Informationen enthalten, um damit einen Ansatz für eine erfolgreiche Nutzung zu bieten. Nur wenn auch die Interessen der Ärzte berücksichtigt werden, werden sie auch motiviert sein, die veröffentlichen Qualitätsberichte zu verwenden und so dazu beitragen können, dass die Patienten eine qualitativ gute gesundheitliche Versorgung erhalten.

3 Fragestellungen und Material

3.1 Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, herauszufinden, wie die Daten der geplanten Qualitätsberichte im Vergleich zu den Qualitätsberichten anderer Krankenhäuser dargestellt sein sollten, so dass sie wie vorgesehen tatsächlich eine Entscheidungshilfe bieten können. Um dies zu erreichen, soll analysiert werden:

1. **Welche Darstellungsform für Qualitätsberichte geeignet erscheint**
   Die Daten der Kliniken, die veröffentlicht werden müssen, sind zum Teil vorgeschrieben, die Darstellungsform, in denen die Daten zum Vergleich gegenüber gestellt werden können, jedoch nicht. Es gilt herauszufinden, wie übersichtlich, verständlich und informativ die Darstellungsform sein muss, um als nützlich angesehen zu werden. Dazu werden zufällig ausgewählten niedergelassenen Allgemeinmedizinern verschiedene Darstellungsmöglichkeiten präsentiert, die sie bewerten sollen. Gleichzeitig wird untersucht, ob die Darstellungsform einen Einfluss auf die Krankenhausauswahl hat.

2. **Welche Merkmale der Qualitätsberichte verständlich und vor allem als relevant beurteilt werden**
   Welche Daten die Qualitätsberichte auf jeden Fall enthalten müssen, ist gesetzlich festgelegt. Es ist nun jedoch sehr interessant herauszufinden, welche von diesen Daten überhaupt als nützlich beurteilt werden und welche Daten für die Empfehlung für ein Krankenhaus nur von geringer Relevanz sind. Hierzu werden ebenfalls zufällig ausgewählte Allgemeinmediziner befragt, die verschiedene Indikatoren der Qualitätsberichte hinsichtlich ihrer Verständlichkeit und Relevanz beurteilen sollen.

3. **Welche zusätzlichen Informationen wünschenswert wären**
   Es gilt herauszufinden, welche weiteren Merkmale sich die niedergelassenen Allgemeinmediziner wünschen, um ihre Krankenhausauswahl sicherer und gezielter treffen zu können. Auch dies soll durch eine Befragung herausgefunden werden.

3.2 Material

3.2.1 Befragte, Rekrutierung, Antwortraten, Durchführung

Befragte und Rekrutierung
Die Zusammenstellung der Stichprobe erfolgte durch eine Zufallsauswahl aus der Datenbank aller bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe registrierten niedergelassenen Allgemeinmediziner aus dem Bezirk Bochum/Hagen. Von den registrierten 329 Ärzten wurde zunächst jeder zweite ausgewählt und davon wiederum zunächst nur jeder zweite angeschrieben. Die angeschriebenen Ärzte wurden innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt des Schreibens zur Vereinbarung eines Interviewtermins telefonisch kontaktiert. Da die Teilnahmequote (erwartungsgemäß) gering war, musste auch die zweite Hälfte der zuvor ausgewählten Ärzte angeschrieben werden. Auch hier war die Teilnahmebereitschaft gering,

so dass letztlich auch alle anderen registrierten Allgemeinmediziner im Bereich Bochum/Hagen angeschrieben wurden.
Die Datenerhebung fand in dem Zeitraum März bis Juni 2005 statt.
Die Stichprobengröße wurde aufgrund der notwendigen finanziellen Entschädigung für die teilnehmenden Ärzte auf 50 Studienteilnehmer festgelegt, um im zeitlichen und finanziellen Rahmen einer Dissertation zu bleiben.

Antwortraten
Von den in der ersten Welle angeschriebenen 80 Allgemeinmedizinern waren nur 17 dazu bereit, an der Studie teilzunehmen, 40 lehnten eine Terminvereinbarung sofort ab und 23 waren wegen Urlaub oder Krankheit nicht zu erreichen. Somit lag die Teilnahmebereitschaft in der ersten Anschreibewelle lediglich bei 21,3%.
Drei Wochen nach Aussendung der ersten Anschreiben folgte die zweite Welle an die nächsten 81 Allgemeinmediziner. Hier waren 18 zu einer Teilnahme bereit, während 45 eine Absage erteilten und 23 aus oben bereits genannten Gründen nicht erreichbar waren. Die Teilnahmebereitschaft lag hier mit 22,3% unwesentlich höher.
Da die Terminvereinbarungen noch nicht ausreichten um die ausgewählte Stichprobengröße von 50 Allgemeinmedizinern zu erfüllen, wurden nach weiteren drei Wochen auch noch die letzten 168 registrieren Ärzte der Datenbank angeschrieben. Es mussten 51 Anrufe getätigt werden, um die letzten 15 Teilnahmezusagen zu erhalten. Von den noch angerufenen 51 Ärzten erteilten 24 eine Absage und 12 waren aufgrund der bereits genannten Gründe nicht erreichbar. Insgesamt war die Teilnahmebereitschaft hier mit 29,4% höher als in der ersten Hälfte der angeschriebenen Allgemeinmediziner.

Die geringe Teilnahmebereitschaft lässt sich zumindest teilweise dadurch erklären, dass im April 2005 das neue Abrechnungssystem „EBM 2000 plus“ eingeführt wurde, was für die niedergelassenen Ärzte einen enormen Zeitaufwand bedeutete, so dass sie nicht zusätzlich auch noch an einer Studie teilnehmen wollten.

Die Stichprobe umfasst schließlich fünfzig niedergelassene Allgemeinmediziner (n=10 weiblich, n=40 männlich) mit einem Durchschnittsalter von 50 Jahren. N=37 der Ärzte arbeiten in einer Einzelpraxis, die übrigen n=13 in einer Gemeinschaftspraxis, n=5 sind ausländische Ärzte.

Durchführung
Für die Datenerhebung wird ein persönliches Interview mit den ausgewählten Ärzten in ihrer Praxis durchgeführt. Das standardisierte Interview wird mit Hilfe eines Interviewer-Leitfadens (siehe Anhang) durchgeführt, um eine Beeinflussung durch den Interviewer möglichst zu vermeiden, und dauert durchschnittlich 20 Minuten.
Es wird die Form des Interviews zur Datenerhebung gewählt, um sicher zu gehen, dass die niedergelassenen Ärzte sich wirklich die Zeit nehmen, alle Darstellungsformen angemessen anzuschauen und die Darstellungsmodelle nicht nur überfliegen. Außerdem können so aufkommende Fragen schnell geklärt werden und es wird aufgenommen, welche Einstellung die Ärzte insgesamt zu der Einführung und Verwendung der Qualitätsberichte haben.
Die befragten Ärzte erhalten im Anschluss an das Interview als Aufwandsentschädigung ein Probandengeld von jeweils 50€.

3.2.2 Beschreibung der Darstellungsmodelle und Fragebögen

Beschreibung der Darstellungsmodelle
Die ersten Fragen beziehen sich auf acht verschiedene, die Qualitätsmerkmale unterschiedlicher fiktiver Krankenhäuser vergleichende Darstellungsmodelle, die den Ärzten während des Interviews vorgelegt werden.
Es sind acht verschiedene Darstellungsmodelle ausgewählt worden, in denen die aufgeführten Qualitätsmerkmale („akademisches Lehrkrankenhaus“, „Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses“, „Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden“, „Anteil der ambulanten Hernien-Operationen“, „Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung“, „Anteil des examinierten Pflegepersonals“, „Krankenhaus nimmt an DMP’s teil“, „Krankenhaus setzt Mindestmengenvereinbarungen um“, „Anzahl der Hernien-Operationen per anno“, „Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren“, „Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen“, „apparative Ausstattung“) stets die gleichen sind. Die Modelle unterscheiden sich lediglich in ihrer Präsentation der Qualitätsmerkmale. Die angegeben fiktiven Krankenhäuser sind in jeder Darstellungsform anders benannt, um eine Fixierung auf ein Krankenhaus zu vermeiden. Eine Äquivalenzliste (siehe Kapitel 4.4) ermöglicht es, bei der Auswertung zu beurteilen, ob die Darstellungsmodelle einen Einfluss auf die Auswahl der Krankenhäuser haben. Die Qualitätsmerkmale sind in der Vorstellung ausgewählt worden, dass als Fallbeispiel ein Krankenhaus für eine Hernien-Operation bei einem Patienten ausgesucht werden muss.

1. **Komplexes Starrating**
   In der linken Spalte werden zehn fiktive Krankenhäuser genannt, in der ersten Reihe stehen verschiedene Qualitätsmerkmale. Ob das jeweilige Qualitätsmerkmal vorhanden ist bzw. in wie weit das Qualitätsmerkmal erfüllt ist, wurde mit ein bis drei Sternen bewertet. In der letzten Spalte ist zusammengefasst, wie viele Sterne das jeweilige Krankenhaus insgesamt erreicht hat.

2. **Komplexes Balkendiagramm**
   Zählbare Merkmale werden mit Hilfe eines Pfeils dargestellt. Der Pfeil in seiner vollständigen Länge zeigt den Wert der besten Klinik bzgl. dieses Qualitätsmerkmals an. Erreicht er nicht seine vollständige Länge, zeigt er, wie gut die betreffende Klinik in diesem Qualitätsmerkmal abschneidet. Der Punkt auf den Pfeilen markiert den Durchschnitt aller Kliniken in Bezug auf das jeweilige Merkmal.
   Außerdem wird in einer Tabelle anhand von grünen bzw. roten Punkten illustriert, ob die in der Tabelle aufgeführten Merkmale in dem jeweiligen Krankenhaus „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ sind.

3. **Einfaches Balkendiagramm**
   Die Krankenhäuser wurden anhand der in den anderen Darstellungsformen aufgeführten Qualitätsmerkmale bewertet und es wird in Balkenform dargestellt, wie viel Prozent von einem Maximalwert die Krankenhäuser erreicht haben. In wie weit sie die einzelnen Qualitätsmerkmale erfüllen, ist hier nicht zu erkennen.

4. **Tabelle mit Infos**
   In der linken Spalte sind zehn Krankenhäuser aufgeführt, in der ersten Reihe stehen verschiedene Qualitätsmerkmale. Hier werden zur Bewertung, ob oder in wie weit die

Qualitätsmerkmale erfüllt sind, keine Sterne sondern die Wörter „ja“ oder „nein“ bzw. die entsprechenden Zahlen aufgelistet.

5. **Einfaches Starrating**
   Die Krankenhäuser wurden wieder anhand der in den anderen Darstellungsformen aufgeführten Qualitätsmerkmale bewertet. Entsprechend der gesamten Bewertung werden für die Krankenhäuser ein Stern (unterdurchschnittliche Bewertung), zwei Sterne (durchschnittliche Bewertung) oder drei Sterne (überdurchschnittliche Bewertung) vergeben. Die einzelnen Qualitätsmerkmale selbst sind nicht zu erkennen.

6. **Spinnennetz**
   Einige der zählbaren Qualitätsmerkmale werden als Prozentwerte grafisch in Spinnennetzform dargestellt, die restlichen Merkmale werden in einer Tabelle aufgeführt. Ebenfalls in einer Tabelle aufgeführt sind mit „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ beurteilbare Qualitätsmerkmale. Ein roter Punkt bedeutet, dass das Qualitätsmerkmal in diesem Krankenhaus nicht vorhanden ist, ein grüner Punkt bedeutet, dass es vorhanden ist.

7. **Ranking**
   Die Qualitätsmerkmale der angegebenen Krankenhäuser wurden gewichtet und es wurde anhand dessen eine Rangfolge gebildet, so dass das Krankenhaus mit der besten Bewertung den obersten Rang einnimmt.

8. **JCAHO** (amerikanische Organisation zur Bewertung der Qualität von Krankenhäusern)
   Die zehn genannten Krankenhäuser werden anhand verschiedener Qualitätsmerkmale in der ersten Spalte bewertet. Für Qualitätsmerkmale, die mit „vorhanden“ bzw. „nicht vorhanden“ beurteilt werden können, steht ein grüner bzw. roter Punkt, während zählbare Merkmale abhängig von den erreichten Werten mit Noten von eins (sehr gut) bis fünf (mangelhaft) bewertet werden.
   In den Tabellen auf der rechten Seite ist zu erkennen, wie viel Prozent der teilnehmenden Krankenhäuser jeweils die entsprechende Beurteilung erhalten haben.

Auf den Fragebögen sollen die Darstellungsmodelle jeweils bezüglich

1. *Informationsgehalt*
2. *Verständlichkeit*
3. *Übersichtlichkeit*

mit Hilfe von Schulnoten auf einer Skala von eins bis sechs (1 = sehr gut, 6 = ungenügend) beurteilt werden. Der Arzt soll außerdem ein *Gesamturteil* über die jeweilige Darstellungsform abgeben (auch hier anhand von Schulnoten auf einer Skala von eins bis sechs) und sagen, ob und wenn ja für welches Krankenhaus er sich bei den einzelnen Darstellungsformen entscheiden würde.

Geeignetste Darstellungsform
Abschließend soll angegeben werden, welche von den betrachteten Darstellungsformen zur qualitätsorientierten Auswahl eines Krankenhauses am hilfreichsten und geeignetsten angesehen wird.

3.2.3 Beschreibung der Indikatoren

Auf den nächsten zwei Fragebögen sind die folgenden Qualitätsmerkmale aufgelistet, die bzgl. ihrer Verständlichkeit und Relevanz beurteilt werden sollen. Als Indikatoren wurden alle Qualitätsmerkmale, die im Basisteil der Qualitätsberichte aufgeführt sind, ausgewählt und um fünf weitere Indikatoren, die für Krankenhausvergleiche häufig genutzt werden („Empfehlung von Verwandten, Bekannten, Ärzten, anderen Fachleuten“, „Gewohnheit“, „Nähe zum Wohnort des Patienten“, „Freundlichkeit des Personals“ und „Patientenzufriedenheit“), ergänzt:

1. **Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus**
   Es gilt herauszufinden, ob es von Bedeutung ist, ob das Krankenhaus ein Lehrkrankenhaus einer Universität ist oder nicht
2. **Anzahl der Betten des Krankenhauses**
   Es soll untersucht werden, ob es eher positiv oder negativ bewertet wird, wenn das Krankenhaus eine hohe Bettenanzahl aufweist
3. **Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses**
   Es soll evaluiert werden, welche Bedeutung die Anzahl der stationären Patienten eines Krankenhauses hat
4. **Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses**
   Es gilt herauszufinden, wie die Anzahl der ambulanten Patienten eines Krankenhauses bewertet wird
5. **Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses**
   Es soll untersucht werden, welchen Einfluss die Anzahl der Fachabteilungen auf die Entscheidung der Benutzer hat
6. **Das Krankenhaus hat eine Poliklinik**
   Es soll beurteilt werden, welche Bedeutung es hat, wenn das Krankenhaus eine Krankenhausabteilung zur ambulanten Behandlung von Patienten besitzt
7. **Das Krankenhaus hat eine fachspezifische Ambulanz**
   Das Ziel ist es herauszufinden, wie wichtig es ist, dass das Krankenhaus eine fachspezifische Ambulanz vorweisen kann
8. **Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote**
   Es soll festgestellt werden, ob besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote einen eher positiven oder negativen Einfluss auf die Krankenhausauswahl haben
9. **Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen**
   Es gilt herauszufinden, ob die zur Verfügung stehenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten positiv auf die Auswahl einer Klinik auswirken
10. **Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangsarzt-Verfahren?**
    Es soll untersucht werden, ob es den Benutzern wichtig ist für ihre Entscheidung, dass es in dem Krankenhaus von den Berufsgenossenschaften auf Antrag bestellte Ärzte gibt, die das Recht haben, zu entscheiden, ob eine berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung durchzuführen ist oder die Behandlung durch den überweisenden Arzt erfolgen kann
11. **Umfang der apparativen Ausstattung**
    Es gilt herauszufinden, welche Bedeutung der Umfang der apparativen Ausstattung hat

12. **24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung**
    Es soll beurteilt werden, wie wichtig es den Benutzern ist, dass die apparative Ausstattung des Krankenhauses 24 Stunden zur Verfügung steht
13. **Umfang therapeutischer Möglichkeiten**
    Es gilt herauszufinden, wie sich der Umfang der therapeutischen Möglichkeiten auf die Krankenhausauswahl auswirkt
14. **Leistungsspektrum der Fachabteilungen**
    Es soll untersucht werden, welche Bedeutung das Leistungsspektrum der Fachabteilungen hat
15. **Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe**
    Es soll herausgefunden werden, ob es einen eher positiven oder negativen Effekt hat, wenn bestimmte operative Eingriffe häufig durchgeführt werden
16. **Häufigkeit der Durchführung ambulanter Operationen**
    Es soll untersucht werden, welche Bedeutung die Häufigkeit der Durchführung ambulanter Operationen für die Qualitätsbeurteilung des Krankenhauses hat
17. **Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst**
    Es soll festgestellt werden, welchen Einfluss die Qualifikation des Personals im Ärztlichen Dienst auf die Krankenhausauswahl hat
18. **Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis**
    Es gilt herauszufinden, ob es sich positiv oder negativ auswirkt, wenn es in dem Krankenhaus viele Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis gibt
19. **Personalqualifikation im Pflegedienst**
    Es soll untersucht werden, welche Bedeutung es für die Krankenhausauswahl hat, welche Qualifikation das Personal im Pflegedienst hat
20. **Ergebnisse der externen Qualitätssicherung**
    Es gilt herauszufinden, welche Bedeutung die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung haben, also wie wichtig es ist, wie das Krankenhaus im Vergleich zu anderen Krankenhäusern abschneidet
21. **Krankenhaus führt externe Qualitätssicherung durch**
    Es soll festgestellt werden, wie wichtig es den Benutzern ist, dass das Krankenhaus eine externe Qualitätssicherung durchführt, was bedeutet, dass es seine erhobenen Daten mit den Daten anderer Krankenhäuser vergleicht
22. **Teilnahme an DMP's**
    Es soll untersucht werden, welchen Einfluss es auf die Krankenhausauswahl hat, wenn das Krankenhaus an Disease-Management-Programmen teilnimmt. DMP's sind systematische Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen, die auf Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin gestützt sind und u.a. das Ziel haben, chronisch kranke Patienten durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Behandlung vor Folgeerkrankungen zu bewahren
23. **Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen**
    Es gilt herauszufinden, wie die Umsetzung von Mindestmengenvereinbarungen bewertet wird. Hierbei geht es darum, dass seit Januar 2004 nach § 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V bestimmte Leistungen wie z.B. Lebertransplantationen an einem Krankenhaus nicht mehr erbracht werden dürfen, wenn das Krankenhaus die erforderliche Mindestmenge, also hier die erforderliche Anzahl an Lebertransplantationen, nicht erreicht.
24. **Empfehlung von Verwandten, Bekannten, Ärzten, anderen Fachleuten**
    Es soll untersucht werden, welchen Einfluss Empfehlungen von anderen auf die Krankenhausauswahl haben

25. **Gewohnheit**
    Es soll beurteilt werden, welche Rolle die Gewohnheit bei der Auswahl eines Krankenhauses spielt
26. **Nähe zum Wohnort des Patienten**
    Das Ziel ist es zu evaluieren, wie wichtig es ist, dass sich das Krankenhaus in der Nähe des Wohnortes des Patienten befindet
27. **Krankenhausträger**
    Es gilt herauszufinden, welche Bedeutung dem Krankenhausträger für die Krankenhausauswahl beigemessen wird, also ob es von Bedeutung ist, ob der Besitzer bzw. Betreiber eines Krankenhauses dem öffentlichen (Bund, Gemeinden, Städte usw.), dem freigemeinnützigen (z.B. Kirchen, Wohlfahrtsverbände) oder dem privaten (private Kapitalgesellschaften, z.B. GmbH) Sektor zuzuordnen ist.
28. **Patientenzufriedenheit**
    Es soll festgestellt werden, welchen Einfluss die Zufriedenheit der Patienten, die in diesem Krankenhaus bereits einmal behandelt wurden, auf die Entscheidung hat.
29. **Freundlichkeit des Personals**
    Es soll beurteilt werden, wie wichtig es ist, dass das Krankenhauspersonal freundlich ist

Verständlichkeit der Qualitätsmerkmale
Auf diesem Fragebogen soll bewertet werden, ob es verständlich ist, warum die oben aufgeführten 29 Indikatoren jeweils ein Zeichen für Qualität sind („verständlich“, „unverständlich“).

Relevanz der Qualitätsmerkmale
Auf diesem Fragebogen soll die Relevanz der verschiedenen Indikatoren als Qualitätsmerkmale evaluiert werden. Es soll also erfasst werden, wie wichtig das jeweilige Kriterium für die Bewertung der Qualität einer Klinik erscheint bzw. wie wichtig es für eine Entscheidung für eine Klinik wäre, dass dieses Merkmal aufgeführt wird (1 = sehr wichtig, 6 = unwichtig).

Andere/zusätzlich wünschenswerte Informationen
Am Ende der Fragebögen ist die Möglichkeit gegeben anzumerken, welche anderen oder zusätzlichen Informationen den Ärzten für eine Klinikauswahl anhand von Qualitätsmerkmalen wichtig erscheinen.

Fragen zu Ihrer Person
Auf dem letzten Fragebogen werden das Geschlecht und das Alter erfragt. Außerdem wird erfasst, ob es sich um eine Einzel- oder Gemeinschaftspraxis handelt.

3.3 Analysemethoden

Die statistische Auswertung der in den Interviews erhobenen Daten erfolgte über das Statistikprogramm SPSS 13.0. Da sich die Einführung der Qualitätsberichte in Deutschland derzeit noch in einem relativ frühen Stadium befindet, ist es das Ziel dieser Arbeit, deskriptive Ergebnisse als Basis für zukünftige, weitergehende Forschungsfragen zu liefern. Es soll eine explorative Studie sein, die eine erste Abschätzung bzgl. der Qualitätsberichte ermöglichen soll. Daher wurden in dieser Arbeit überwiegend deskriptiv-statistische Methoden zur

Auswertung der Daten gewählt. Die Ergebnisse werden grafisch in Form von Säulendiagrammen und Boxplots dargestellt. Ein weiterer Grund für die deskriptive Datenauswertung sind die geringen Stichprobengrößen.

Zu berücksichtigen bleibt, dass eine deskriptiv ausgerichtete Beurteilung der Daten zwar wichtige Hinweise auf mögliche Zusammenhänge eröffnen kann, jedoch keine starke statistische Potenz besitzt. Mögliche Zusammenhänge dürfen aufgrund des rein deskriptiven Charakters nicht als Kausalität gewertet werden und Aussagen der deskriptiven Statistik können sich immer nur auf die untersuchte Stichprobe beziehen. Ohne Signifikanztests sind die Ergebnisse nicht über die untersuchte Stichprobe hinaus generalisierbar. Hierfür sind größer angelegte, weiterführende Studien notwendig, die auf den Ergebnissen dieser Arbeit aufgebaut werden können.

Zum Vergleich von jeweils zwei Mittelwerten, die sich schon in der grafischen Darstellung deutlich von einander unterscheiden, wurde zusätzlich eine Signifikanz-Bestimmung mit Hilfe des Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben bzw. mit Hilfe des T-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Voraussetzungen für den T-Test (unabhängige Stichproben, intervallskalierte Daten, Homogenität der Varianzen und Normalverteilung der Werte in den zu vergleichenden Gruppen) wurden mit Hilfe des Levene-Tests und des Kolmogorov-Smirnov-Tests geprüft und ggf. angepasst bzw. bezüglich der Normalverteilung nur geprüft. In den Fällen, in denen keine Normalverteilung anzunehmen war, wurde der U-Test für unabhängige Stichproben herangezogen. Bei allen Tests gilt ein Signifikanzniveau von $\alpha < 0{,}05$.

4 Ergebnisse und spezifische Diskussion zur Auswahl und Bewertung der einzelnen Darstellungsmodelle

In diesem Kapitel wird berichtet, welche Darstellungsform die befragten Ärzte zur Hilfe nehmen würden, um ein Krankenhaus auszuwählen, in das sie ihre Patienten zur Krankenhausbehandlung einweisen würden. Außerdem wird ermittelt wie verständlich, übersichtlich und informativ die einzelnen Modelle sind und wie die Gesamtbeurteilung durch die Allgemeinmediziner ausfällt.

4.1 Auswahl und Bewertung der Darstellungsmodelle allgemein

Die befragten Ärzte sollten sich zunächst entscheiden, ob sie anhand der ihnen jeweils vorliegenden Darstellungsform ein Krankenhaus zur Einweisung ihres Patienten auswählen würden. Zur Auswahl stehen die Möglichkeiten „ja“, „nein“ und „weiß nicht“. Das Ergebnis ist in Grafik 4.1 zusammengefasst.
Falls die Frage mit „ja“ beantwortet wurde, sollten die Ärzte zusätzlich angeben, welches von den aufgelisteten Krankenhäusern sie wählen würden. Die aufgeführten Kliniken werden zur Auswertung anhand einer Äquivalenzliste (siehe Seite 60, Tabelle 4.1) den Krankenhäusern KH 1-10 zugeordnet, damit sie vergleichbar sind. So entspricht z.B. das Klinikum Nord im „Komplexen Starrating“ der Klinik Löwenstein im „Komplexen Balkendiagramm“ usw.
Zusätzlich sollten der Informationsgehalt, die Verständlichkeit sowie die Übersichtlichkeit der Darstellungsmodelle auf einer Skala von 1 bis 6 (sehr gut bis ungenügend) bewertet und ein Gesamturteil abgegeben werden. Ob signifikante Unterschiede vorliegen, wurde mit dem Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben (Signifikanzniveau $\alpha < 0,05$) überprüft

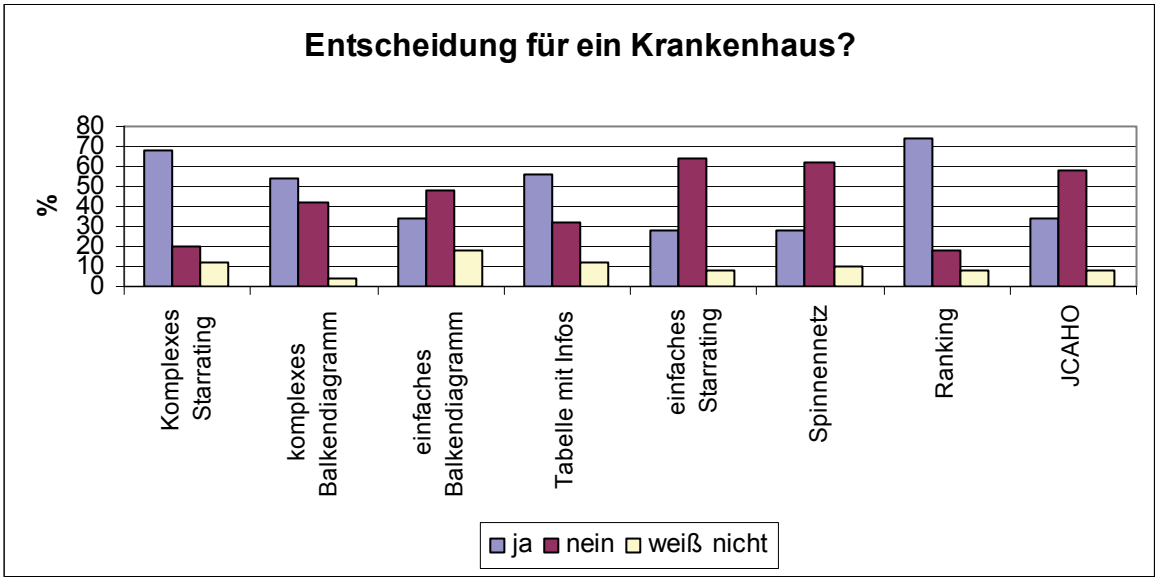


Abbildung 4.1: Entscheidung für ein Krankenhaus anhand der einzelnen Darstellungsmodelle

Komplexes Starrating
Wie die Abbildung 4.1 zeigt, würden 68% der Ärzte diese Darstellungsform zur Hilfe nehmen, um sich für ein Krankenhaus zu entscheiden, 20% lehnen diese Darstellungsform ab und 12% sind unentschlossen.
41,18% würden sich für das KH 7 entscheiden, 38,24% für das KH 1, 11,76% für das KH 3 und jeweils 2,94% für das KH 5, das KH 2 und das KH 8.
Es fällt auf, dass ein Großteil der Ärzte sich am „komplexen Starrating" orientieren würde, die Auswahl eines Krankenhauses ist aber nicht eindeutig.

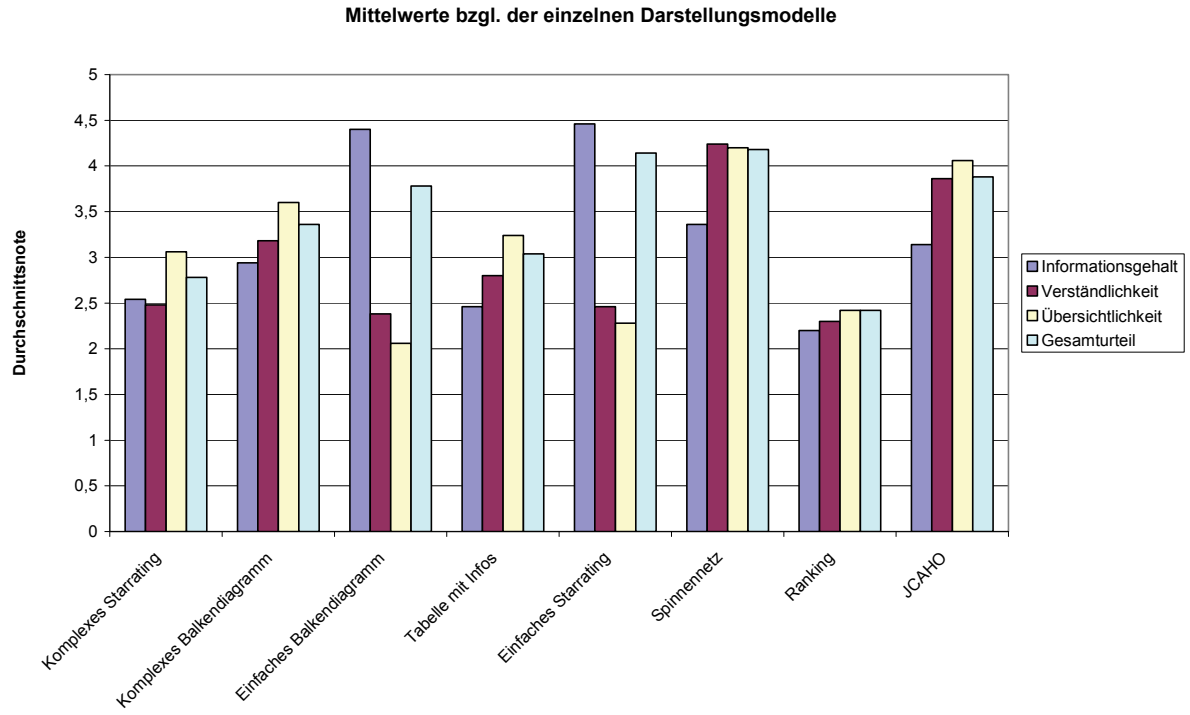


Abbildung 4.2: Durchschnittsnoten der einzelnen Darstellungsmodelle

Der Informationsgehalt des „Komplexen Starratings" (siehe Abbildung 4.2) wird mit einer Durchschnittsnote von 2,54 bewertet, die Verständlichkeit mit 2,48 und die Übersichtlichkeit mit 3,06. Das Gesamturteil liegt bei 2,78. Der Informationsgehalt und die Verständlichkeit werden damit signifikant besser bewertet als die Übersichtlichkeit und das Gesamturteil, wobei das Gesamturteil noch signifikant besser ausfällt als die Übersichtlichkeit.

Komplexes Balkendiagramm
Anhand dieser Darstellungsform würden sich 54% der befragten Ärzte für ein Krankenhaus entscheiden, 42% würden dies nicht tun und 4% sind sich diesbezüglich nicht sicher (siehe Abbildung 4.1). Von den 54% würden 85,19% das KH 1 auswählen, 7,41% das KH 7 und jeweils 3,7% das KH 3 bzw. das KH 5.
Hier ist nicht eindeutig zu sagen, ob das „komplexe Balkendiagramm" eine tatsächliche Hilfe wäre, wenn es allerdings genutzt wird, hebt es ein Krankenhaus deutlich hervor.
Wie die Abbildung 4.2 verdeutlicht, liegt die durchschnittliche Bewertung des Informationsgehaltes bei 2,94, der Verständlichkeit bei 3,18 und der Übersichtlichkeit bei 3,6. Als Gesamturteil erhält das „komplexe Balkendiagramm" die Note 3,36. Damit ist die Übersichtlichkeit signifikant schlechter als die anderen drei bewerteten Punkte und der

Informationsgehalt wird als signifikant besser angesehen als die Übersichtlichkeit und das Gesamturteil.

Einfaches Balkendiagramm
Für 34% der befragten Ärzte würde dieses Darstellungsmodell eine Entscheidungshilfe bieten. 48% lehnen diese Darstellungsform hingegen ab und 18% sind unentschlossen (siehe Abbildung 4.1).
Für das KH 1 würden sich 94,12% entscheiden, 5,88% würden die KH 7 nehmen.
Wie der Abbildung 4.2 zu entnehmen ist, wird der Informationsgehalt mit 4,4, die Verständlichkeit mit 2,38 und die Übersichtlichkeit mit 2,06 bewertet. Das Gesamturteil liegt bei einer Durchschnittsnote von 3,78. Die Verständlichkeit und Übersichtlichkeit schneiden damit in der Bewertung signifikant besser ab als der Informationsgehalt und das Gesamturteil des „Einfachen Balkendiagramms“, wobei die Übersichtlichkeit auch noch als signifikant besser beurteilt wird als die Verständlichkeit und der Informationsgehalt wird zusätzlich signifikant schlechter angesehen als das Gesamturteil ausfällt.
Ob diese Darstellungsform wirklich genutzt würde, ist nicht klar festzustellen. Die Übersichtlichkeit wird zwar als gut beurteilt, da der Informationsgehalt jedoch eher gering ist, tendieren die befragten Ärzte dazu, diese Darstellungsform nicht benutzen zu wollen.
Bemerkenswert ist, dass immerhin knapp 6% der Ärzte nicht das Krankenhaus mit dem besten Ergebnis wählen würden, wobei nicht zu erkennen ist, nach welchen Kriterien sie ein anderes Krankenhaus (das zweit beste) ausgewählt haben.

Tabelle mit Infos
Die Abbildung 4.1 zeigt, dass 56% anhand dieser Darstellungsform eine Entscheidung für eine Klinikeinweisung treffen würden, 32% würden dies nicht tun und 12% waren sich unsicher. 60,71% würden dabei das KH 1 auswählen, 17,86% das KH 3, 14,29% das KH 7 und jeweils 3,57% das KH 2 bzw. die KH 5. Der Informationsgehalt wird mit einer Durchschnittsnote von 2,46, die Verständlichkeit mit 2,8 und die Übersichtlichkeit mit 3,24 beurteilt. Das Gesamturteil führt zu einer Note von 3,04 (siehe Abbildung 4.2). Bei der „Tabelle mit Infos“ unterscheiden sich alle vier bewerteten Punkte signifikant von einander.
Mehr als die Hälfte der Ärzte würden diese Darstellungsform zur Entscheidung für eine Klinik berücksichtigen. Welches Krankenhaus sie wählen würden ist allerdings nicht eindeutig. Die Mehrheit würde sich zwar für das KH 1 entscheiden, aber es wurden auch noch vier andere Krankenhäuser mindestens einmal ausgewählt.

Einfaches Starrating
Für eine Klinikauswahl würden sich 28% an diesem Darstellungsmodell orientieren, 64% halten diese Darstellungsform für ungeeignet und 8% sind unschlüssig (siehe Abbildung 4.1). Von den 28% würden sich 57,14% für das KH 7 und 42,86% für das KH 1 entscheiden. Wie die Abbildung 4.2 verdeutlicht, erhält das „Einfache Starrating“ als Gesamturteil eine Durchschnittsnote von 4,14. Der Informationsgehalt wird mit 4,46 bewertet, die Verständlichkeit mit 2,46 und die Übersichtlichkeit mit 2,28 (siehe Abbildung 4.2). Die Verständlichkeit und die Übersichtlichkeit werden signifikant besser beurteilt als der Informationsgehalt und das Gesamturteil, wobei das Gesamturteil noch signifikant besser ausfällt als die Bewertung des Informationsgehalts.
Hier fällt auf, dass die Mehrheit der befragten Ärzte dieses Darstellungsmodell ablehnen, weil die Verständlichkeit und Übersichtlichkeit zwar gut, aber der Informationsgehalt als nicht ausreichend angesehen wird. Auch ist bei den Ärzten, die sich anhand dieser Form orientieren würden, die Auswahl eines Krankenhauses nicht eindeutig, es werden zwei Krankenhäuser

nahezu gleich häufig genannt, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass beide Krankenhäuser die maximale Sternen-Anzahl haben und keine Möglichkeit zur genaueren Differenzierung besteht.

Spinnennetz

28% würden sich mit Hilfe des „Spinnennetz"-Modells für eine Klinik entscheiden. 62% lehnen dieses Modell hingegen ab und 10% sind sich nicht sicher, ob sie es als Entscheidungshilfe hinzuziehen würden (siehe Abbildung 4.1). 78,57% würden hierbei das KH 1 wählen, 14,29% das KH 9 und 7,14% das KH 7.

Die Durchschnittsnote für den Informationsgehalt liegt, wie in Abbildung 4.2 dargestellt, bei 3,36, für die Verständlichkeit bei 4,24, für die Übersichtlichkeit bei 4,2 und für das Gesamturteil bei 4,18 (siehe Abbildung 4.2). Somit wird der Informationsgehalt für signifikant besser erachtet als die drei anderen bewerteten Punkte.

Es wird deutlich, dass die meisten niedergelassenen Allgemeinmediziner sich anhand des „Spinnennetzes" nicht für ein Krankenhaus entscheiden würden und es als ungeeignet ansehen. Die Ärzte, die sich an dieser Darstellungsform orientieren, wählen fast alle dasselbe Krankenhaus aus. Die Entscheidung für das KH 1 beruht offensichtlich darauf, dass es die größte Spinnennetzfläche aufweist und zusätzlich alle in der Tabelle aufgeführten Qualitätsmerkmale besitzt und die meisten Hernien-Operationen im Jahr durchführt. Die beiden anderen genannten Krankenhäuser schneiden im Vergleich zum KH 1 in allen Punkten schlechter ab, so dass nicht richtig ersichtlich ist, was den Ärzten, die diese Krankenhäuser gewählt haben, besonders wichtig war.

Ranking

Anhand des „Rankings" würden 74% eine Klinikauswahl treffen. Dabei würden sich 86,49% für das Krankenhaus KH 1 entscheiden, jeweils 5,41% für das KH 2 bzw. für das KH 7 und 2,7% für das KH 3. 18% finden diese Darstellungsform nicht hilfreich und 8% sind sich diesbezüglich unsicher (siehe Abbildung 4.1).

Der Informationsgehalt des „Rankings" wird, wie die Abbildung 4.2 zeigt, durchschnittlich mit einer Note von 2,2 bewertet, die Verständlichkeit mit 2,3 und die Übersichtlichkeit mit 2,42. Als Gesamturteil erhält das „Ranking" eine 2,42. Einen signifikanten Unterschied in der Bewertung gibt es beim „Ranking" lediglich zwischen dem Gesamturteil und dem Informationsgehalt, der signifikant besser bewertet wird.

Auffällig ist, dass dies die Darstellungsform ist, anhand der sich die meisten Ärzte für eine Klinik entscheiden würden und auch die Klinikauswahl ist bei fast allen gleich, was dazu passt, dass das Ranking in allen Bereichen (Informationsgehalt, Verständlichkeit, Übersichtlichkeit) gute Durchschnittsnoten erhält.

Bemerkenswert ist, dass sich immerhin gut 13% nicht für das Krankenhaus an erster Stelle entscheiden würden, sondern offensichtlich andere Indikatoren für besonders wichtig halten.

JCAHO

Die Abbildung 4.1 zeigt, dass sich mit dieser Darstellungsform 34% für ein Krankenhaus entscheiden würden, 58% lehnen diese Darstellungsweise ab und 8% sind unentschlossen. 58,82% würden das KH 1 für eine Klinikeinweisung auswählen, 23,53% das KH 3, 11,76% das KH 4 und 5,88% das KH 10.

Der Informationsgehalt erhält die Durchschnittsnote 3,14, die Verständlichkeit eine 3,86 und die Übersichtlichkeit eine 4,06. Als Gesamturteil erhält diese Darstellungsform eine 3,88 (siehe Abbildung 4.2). Damit wird der Informationsgehalt des „JCAHO" für signifikant besser erachtet als die drei anderen bewerteten Kriterien.

Es wird deutlich, dass diese Darstellungsform eher ungeeignet erscheint, was wahrscheinlich auf die schlechte Verständlichkeit und die Unübersichtlichkeit zurückzuführen ist. Wenn ein Krankenhaus ausgewählt wird, entscheiden sich die meisten Ärzte jedoch für dasselbe Krankenhaus.

Zusammenfassung
Am häufigsten entscheiden sich die Nutzer für ein Krankenhaus anhand der Darstellungsmodelle, wenn ihnen eine der folgenden Darstellungsformen vorliegt:

- Ranking
- Komplexes Starrating
- Tabelle mit Infos

Das passt zu den Ergebnissen der Analyse zur geeignetsten Darstellungsform (siehe Kapitel 4.3), bei der das „Ranking“ und das „Komplexe Starrating“ an den ersten beiden Stellen stehen.
Auffallend wenig motiviert zur Krankenhausauswahl sind die befragten Ärztinnen und Ärzte bei folgenden Darstellungsmodellen:

- Einfaches Starrating
- Spinnennetz
- JCAHO

so dass anzuraten wäre, für den Vergleich von Krankenhausdaten diese Formen der Darstellung nicht zu verwenden.

4.2 Analyse der Bewertung der einzelnen Darstellungsformen

In diesem Kapitel werden die vier untersuchten Bewertungskriterien (Informationsgehalt, Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und Gesamturteil) innerhalb der einzelnen Darstellungsmodelle mit einander verglichen um herauszufinden, wo die Schwerpunkte bzw. „Stärken“ oder „Schwächen“ der einzelnen Modelle liegen.

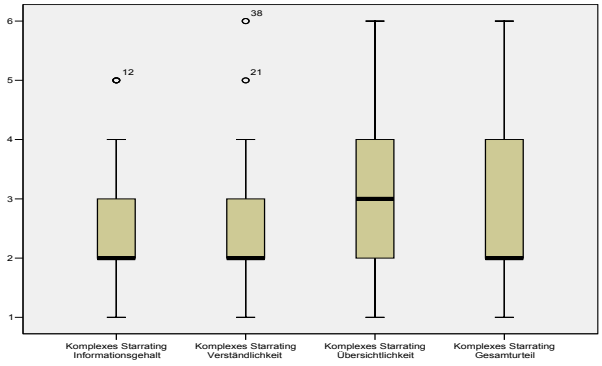


Abbildung 4.3: Bewertung des „Komplexen Starratings“

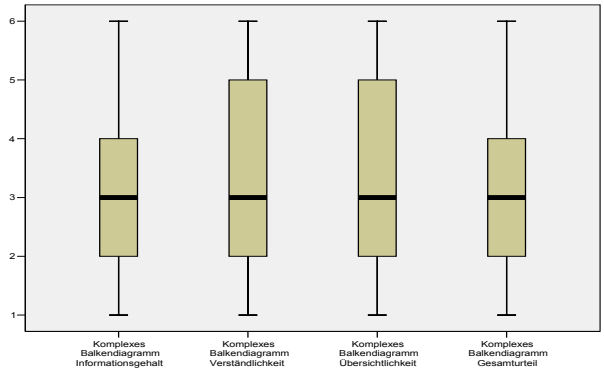


Abbildung 4.4: Bewertung des „Komplexen Balkendiagramms“

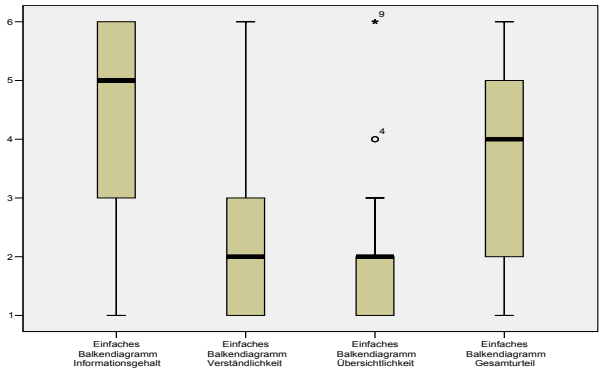


Abbildung 4.5: Bewertung des „Einfachen Balkendiagramms“

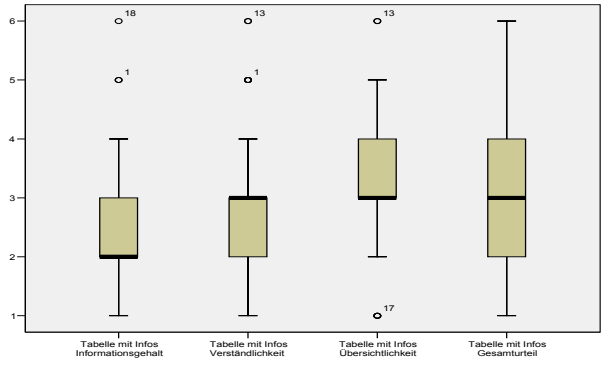


Abbildung 4.6: Bewertung der „Tabelle mit Infos“

Komplexes Starrating

Wie der Abbildung 4.3 zu entnehmen ist, werden der Informationsgehalt und die Verständlichkeit des „Komplexen Starratings“ besser bewertet als die Übersichtlichkeit und der Gesamteindruck, die Varianz der vier untersuchten Punkte ist unterschiedlich groß.

Komplexes Balkendiagramm

Die Abbildung 4.4 verdeutlicht, dass die vier untersuchten Bewertungskriterien des „Komplexen Balkendiagramms“ bzgl. des Medians und der Varianz nicht auffallend unterschiedlich bewertet werden. Der Informationsgehalt und das Gesamturteil werden mit einer geringeren Varianz etwas besser beurteilt als die Verständlichkeit und die Übersichtlichkeit.

Einfaches Balkendiagramm
Die Abbildung 4.5 veranschaulicht, dass beim „Einfachen Balkendiagramm“ vor allem die Übersichtlichkeit überzeugt, deren Varianz deutlich geringer ist, und die deutlich besser bewertet wird als der Informationsgehalt und auch deutlich über dem Gesamturteil liegt. Auffallend besser als der Informationsgehalt wird außerdem die Verständlichkeit des „Einfachen Balkendiagramms“ beurteilt. Auch hier ist die Varianz relativ gering. Die Stärken dieses Darstellungsmodells liegen damit bei der Verständlichkeit und Übersichtlichkeit.

Tabelle mit Infos
Wie der Abbildung 4.6 zu entnehmen ist, werden der Informationsgehalt und die Verständlichkeit der „Tabelle mit Infos“ deutlich besser beurteilt als ihre Übersichtlichkeit.

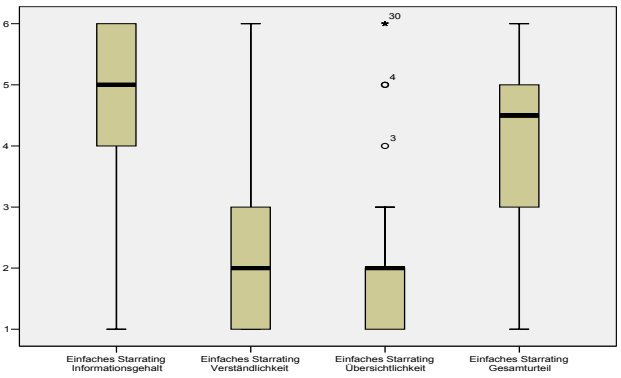


Abbildung 4.7: Bewertung des „Einfachen Starratings“

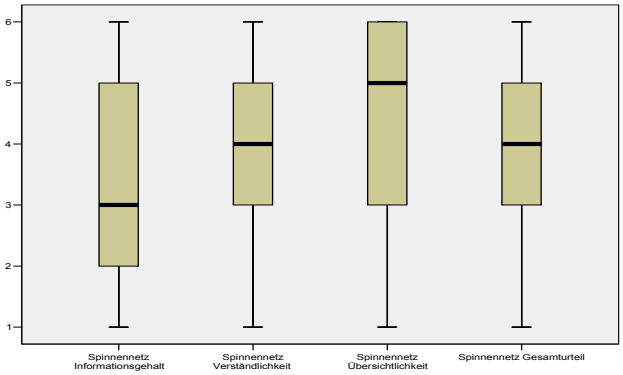


Abbildung 4.8: Bewertung des „Spinnennetzes“

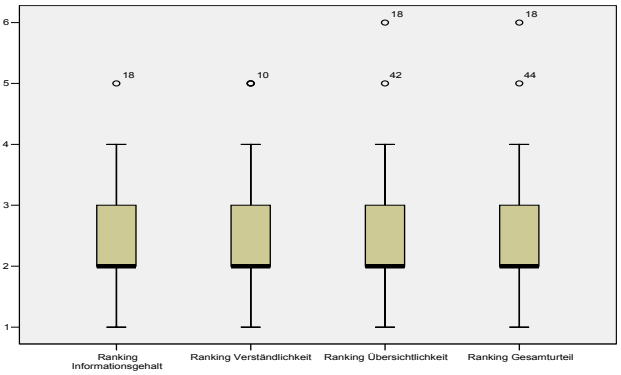


Abbildung 4.9: Bewertung des „Rankings“

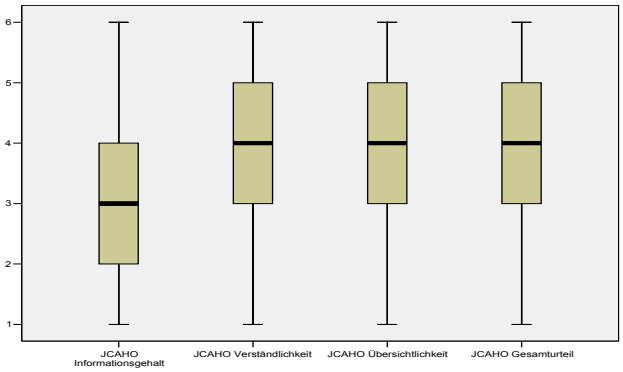


Abbildung 4.10: Bewertung des „JCAHO“

Einfaches Starrating
Die Abbildung 4.7 veranschaulicht, dass die Stärken des „Einfachen Starratings“ eindeutig in der Verständlichkeit und der Übersichtlichkeit liegen. Diese beiden Bewertungskriterien werden deutlich besser bewertet als der Informationsgehalt. Die Beurteilung der Übersichtlichkeit liegt außerdem auffallend über dem Gesamturteil und auch die Bewertung der Verständlichkeit ist deutlich besser als der Gesamteindruck.

Spinnennetz
Wie in Abbildung 4.8 dargestellt, schneiden die vier untersuchten Bewertungskriterien beim „Spinnennetz“ annähernd gleich schlecht ab, die Varianz ist bei allen vier Punkten relativ groß.

Ranking
Wie der Abbildung 4.9 zu entnehmen ist, wird das „Ranking“ in allen vier untersuchten Punkten gleich gut bewertet, die Varianz ist bei allen Punkten gering.

JCAHO
Wie die Abbildung 4.10 zeigt, gibt es in der Beurteilung der vier Bewertungskriterien beim „JCAHO“ kaum einen Unterschied, lediglich der Informationsgehalt schneidet etwas besser ab als die Verständlichkeit, die Übersichtlichkeit und das Gesamturteil.

Zusammenfassung
Bei den meisten Darstellungsmodellen gibt es keine großen Unterschiede in der Bewertung der Punkte „Informationsgehalt, Verständlichkeit, Übersichtlichkeit und Gesamturteil“. Auffallende Unterschiede finden sich jedoch beim „Einfachen Balkendiagramm“, bei dem die Übersichtlichkeit deutlich und signifikant besser ist als der Informationsgehalt, und beim „Einfachen Starrating“, bei dem die Beurteilung der Übersichtlichkeit deutlich und signifikant über der des Informationsgehalts und dem Gesamturteil liegt und zusätzlich die Verständlichkeit auffallend besser abschneidet als der Informationsgehalt.
Genau anders herum ist es bei der „Tabelle mit Infos“, bei der sowohl der Informationsgehalt als auch die Verständlichkeit signifikant besser bewertet werden als die Übersichtlichkeit.
Insgesamt wird das „Ranking“ in allen vier Punkten gemeinsam am besten bewertet.

4.3 Vergleich des Informationsgehalts, der Verständlichkeit, der Übersichtlichkeit und des Gesamturteils der einzelnen Darstellungsformen

Im diesem Kapitel wird verglichen, wie der Informationsgehalt, die Verständlichkeit und die Übersichtlichkeit der einzelnen Darstellungsmodelle von den Studienteilnehmern bewertet werden und wie das jeweilige Gesamturteil ausfällt. Die Signifikanzprüfung der jeweiligen Mittelwerte erfolgte mit Hilfe des Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben.
Eine zusammenfassende Übersicht der einzelnen Mittelwerte bzw. Durchschnittsnoten gibt die folgende Abbildung, auf die sich auch die im Verlauf dieses Kapitels erwähnten signifikanten Unterschiede beziehen.

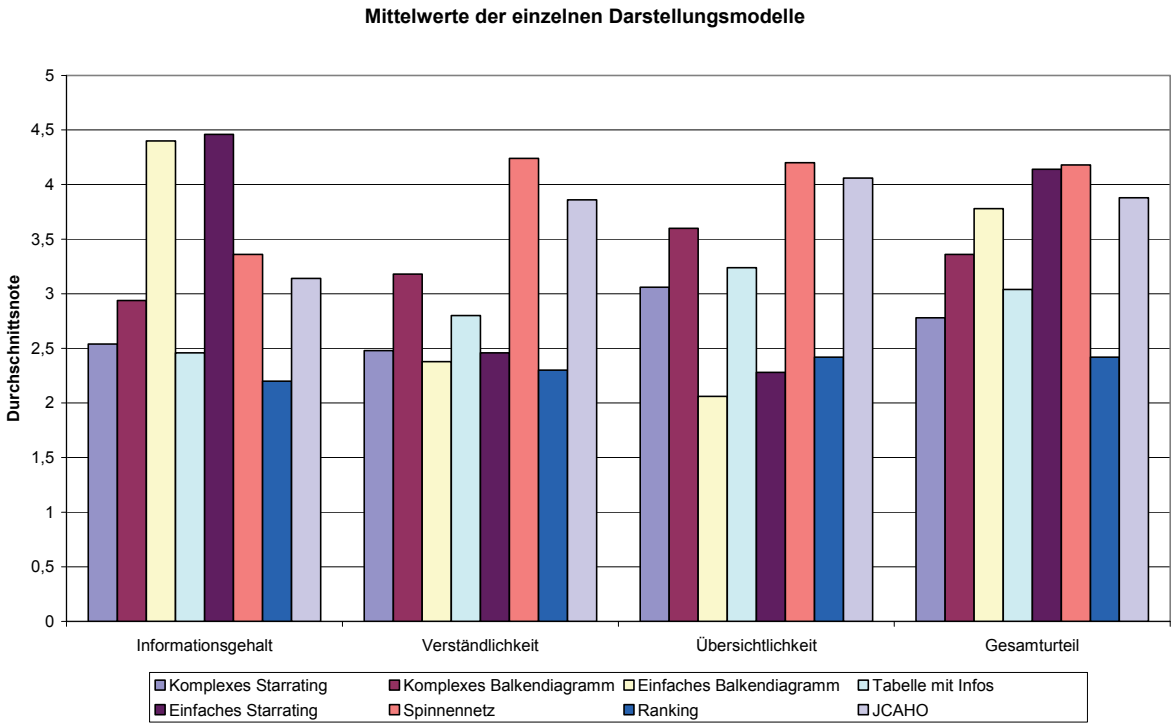


Abbildung 4.11: Durchschnittsnoten der ein einzelnen Darstellungsmodelle

Informationsgehalt

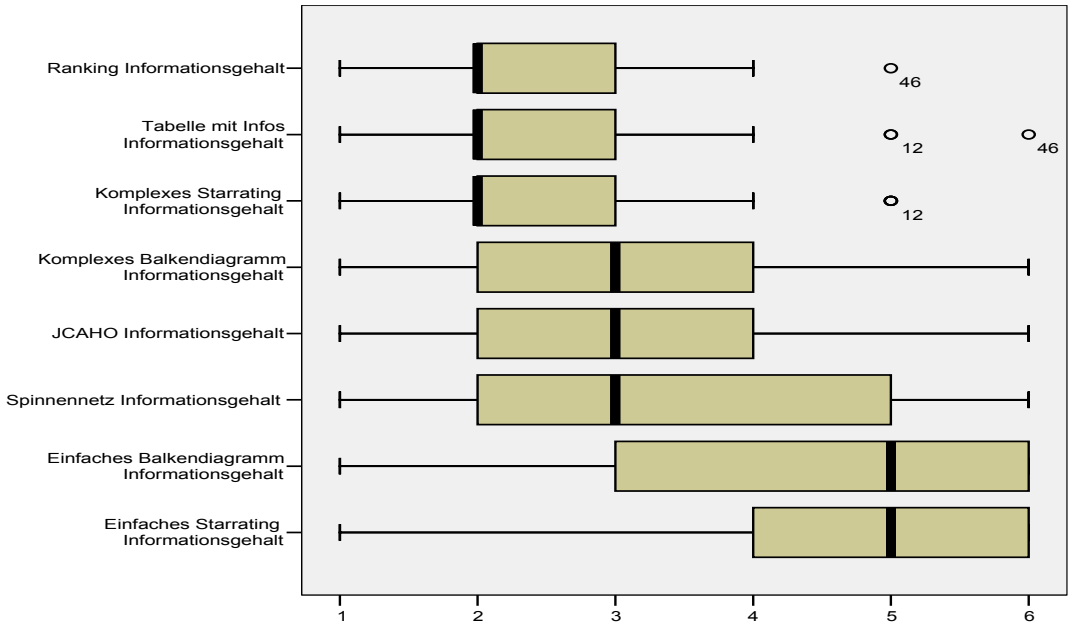


Abbildung 4.12: Vergleich des Informationsgehalts der einzelnen Darstellungsformen

Die Abbildung 4.12 zeigt, dass der Informationsgehalt des „Rankings“, der „Tabelle mit Infos“ und des „Komplexen Starratings“ insgesamt auffallend besser bewertet wird als der des

„Einfachen Starratings“. Deutlich besser als das „Einfache Starrating“ werden außerdem das „Komplexe Balkendiagramm“ und das „JCAHO“ beurteilt. Insgesamt wird der Informationsgehalt aller Darstellungsmodelle sogar signifikant besser bewertet als der des „Einfache Starrating“ und des „Einfache Balkendiagramm“ (siehe Abbildung 4.11).

Fazit
Es ist festzuhalten, dass die Bewertung des Informationsgehalts der Darstellungsmodelle, abgesehen vom „Einfachen Balkendiagramm“ und vom „Einfachen Starrating“, bereits relativ gut ausfällt.

Verständlichkeit

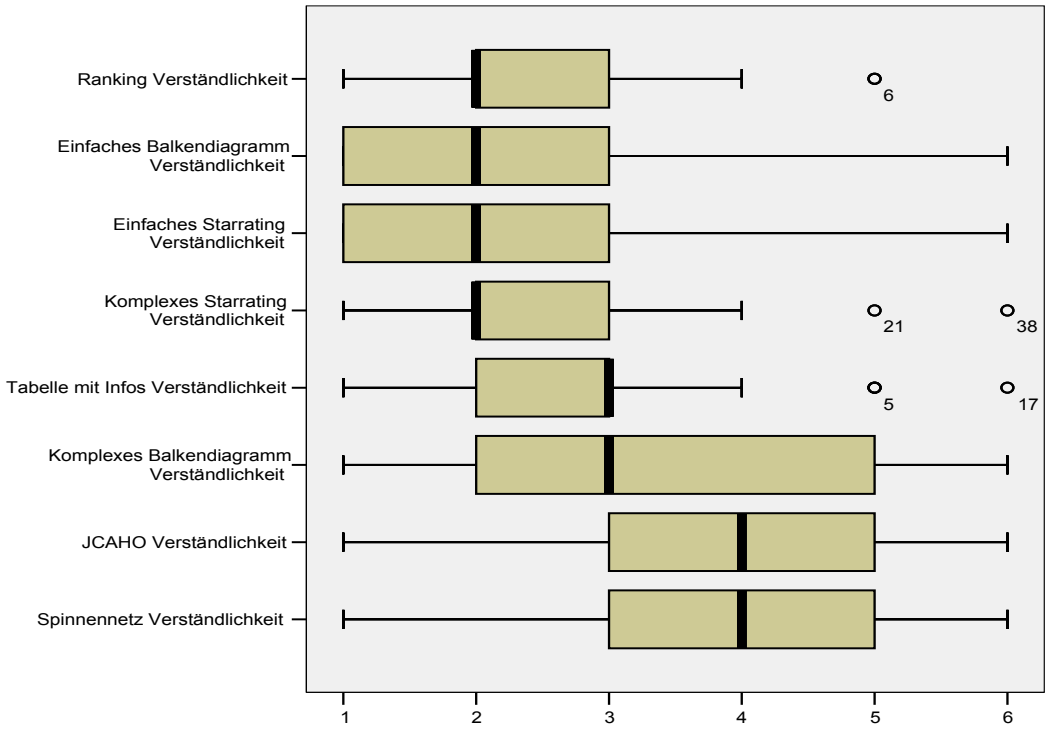


Abbildung 4.13: Vergleich der Verständlichkeit der einzelnen Darstellungsformen

Wie der Abbildung 4.13 zu entnehmen ist, wird insgesamt die Verständlichkeit des „Rankings“, des „Einfachen Balkendiagramms“, des „Einfachen Starratings“, des „Komplexen Starratings“ und der „Tabelle mit Infos“ deutlich besser bewertet als das „JCAHO“ und das „Spinnennetz“. Die genannten Unterschiede (siehe auch Abbildung 4.11) sind signifikant.

Fazit
Es fällt auf, dass die Verständlichkeit der meisten Darstellungsmodelle insgesamt bereits als relativ gut angesehen wird. Lediglich das „JCAHO“ und das „Spinnennetz“ sind nicht so gut verständlich.

Übersichtlichkeit

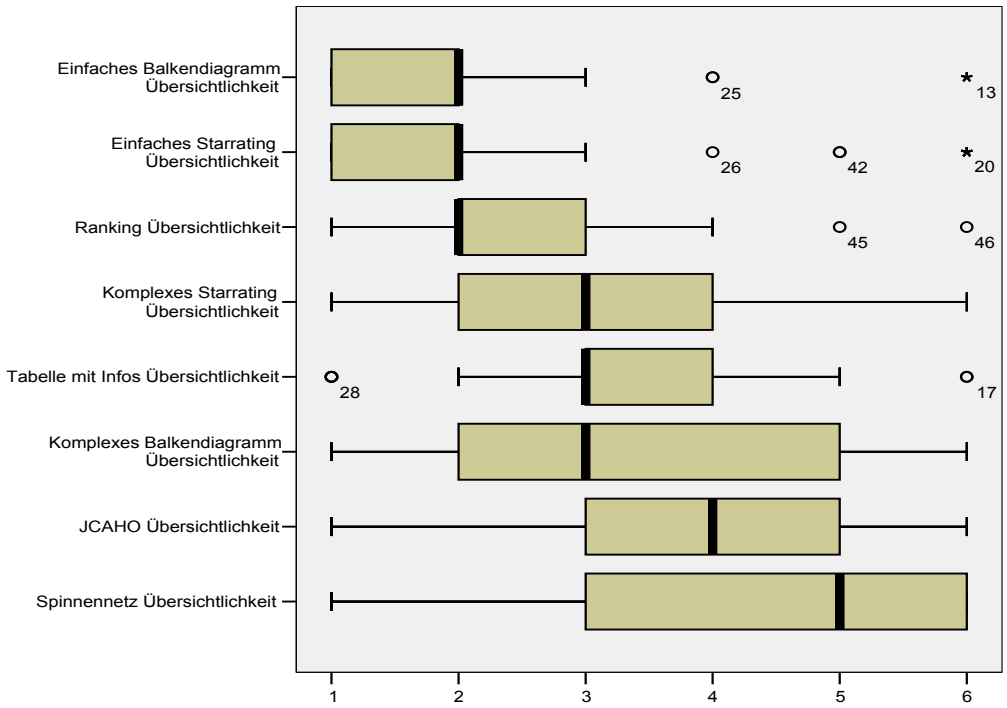


Abbildung 4.14: Vergleich der Übersichtlichkeit der einzelnen Darstellungsformen

Die Abbildung 4.14 verdeutlicht, das insgesamt die Übersichtlichkeit des „Einfachen Balkendiagramms“ und des „Einfachen Starratings“ deutlich besser bewertet werden als die übrigen Darstellungsformen. Das „Ranking“ wird deutlich besser angesehen als die „Tabelle mit Infos“, als das „JCAHO“ und das „Spinnennetz“, wobei die Unterschiede auch signifikant sind. Die Übersichtlichkeit des „Einfachen Balkendiagramms“ und des „Einfachen Strarratings“ werden signifikant besser beurteilt als die Übersichtlichkeit aller anderen Darstellungsmodelle, nur zwischen dem „Einfachen Starrating“ und dem „Ranking“ besteht kein signifikanter Unterschied in der Übersichtlichkeit (siehe Abbildung 4.11).

Fazit

In der Beurteilung der Übersichtlichkeit sind zwischen den einzelnen Darstellungsmodellen deutliche Unterschiede zu erkennen. Insgesamt ist die Übersichtlichkeit dennoch relativ gut, bei einigen Modellen, insbesondere beim „JCAHO“ und dem „Spinnennetz“, ist sie allerdings noch verbesserungswürdig.

Gesamturteil

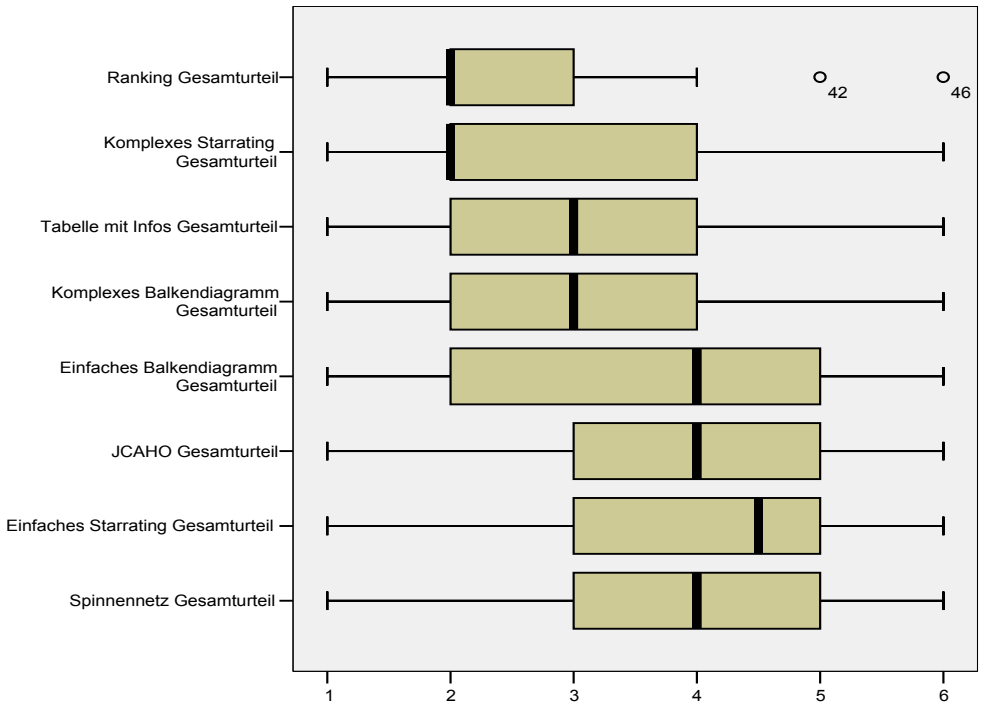


Abbildung 4.15: Vergleich des Gesamturteils der einzelnen Darstellungsmodelle

Die Abbildung 4.15 zeigt, dass das Gesamturteil für das „Ranking“ insgesamt deutlich besser ausfällt als für das „JCAHO“, das „Einfache Starrating“ und das „Spinnennetz“. Das Gesamturteil des „Rankings“ ist sogar signifikant besser als bei allen anderen untersuchten Darstellungsmodellen (siehe Abbildung 4.11).

Zusammenfassung
Die Darstellungsmodelle erlangen insgesamt eine relativ gute bis mittelmäßige Bewertung, was bedeutet, dass an den vergleichenden Darstellungsformen noch gearbeitet werden sollte, um die Wünsche und Vorstellungen der Nutzer noch besser berücksichtigen zu können und somit die Nützlichkeit der Darstellungsmodelle zu steigern. Das „Ranking“ scheint dabei bereits eine gute Position einzunehmen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das „Ranking“ und das „Komplexe Starrating“ in allen Punkten außer der Übersichtlichkeit am besten abschneiden, während sowohl das „JCAHO“ als auch das „Spinnennetz“ außer bei dem Punkt Informationsgehalt besonders schlecht bewertet werden. Es ist somit empfehlenswert für einen Datenvergleich der Krankenhäuser das „Ranking“ oder das „Komplexe Starrating“ zu wählen. Das „JCAHO“ und das „Spinnennetz“ scheinen für diesen Zweck ungeeignet zu sein.

4.4 Geeignetste Darstellungsform allgemein

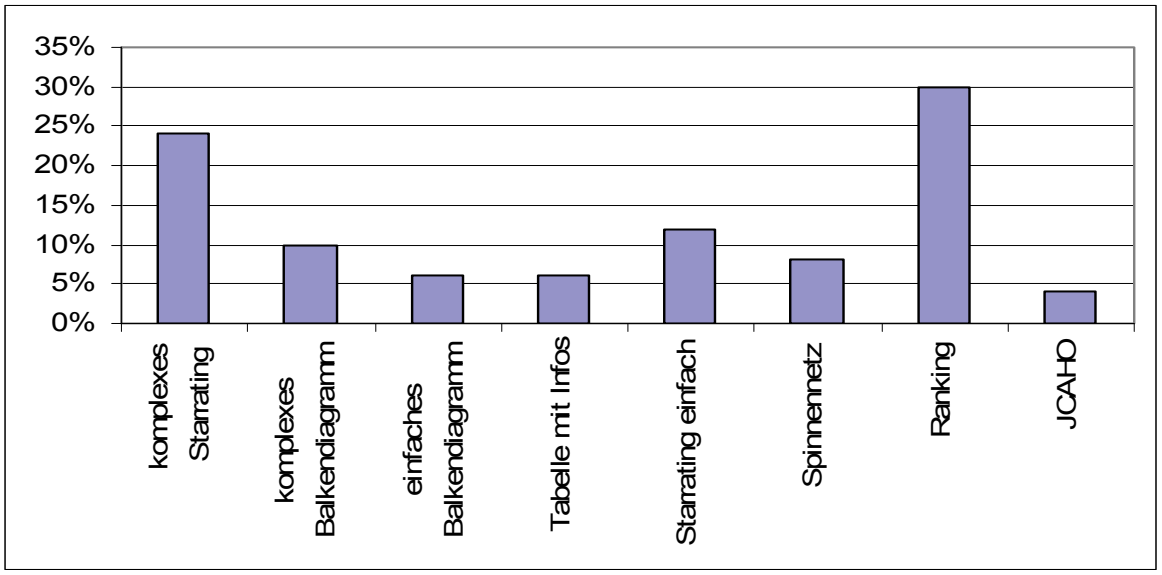


Abbildung 4.16: Wahl der geeignetesten Darstellungsform

Das Diagramm 4.16 zeigt, dass als geeigneteste Darstellungsform 30% das „Ranking“ und 24% das „Komplexe Starrating“ sehen, was auch den vergebenen guten Gesamturteilsnoten entspricht. Die übrigen Darstellungsformen werden auffallend seltener als besonders hilfreich beurteilt.
Auffällig ist dabei, dass hier die vergebenen Gesamturteilsnoten nicht mit der gewählten geeignetesten Darstellungsform übereinstimmen, wie es beim „Ranking“ und „Komplexen Starrating“ der Fall ist. So hat z.B. das „Einfache Starrating“ mit einer Note von 4,14 die zweit schlechteste Gesamturteilsnote erhalten, rangiert aber dennoch auf Platz drei der geeignetsten Darstellungsformen.

Es wird deutlich, dass Darstellungsformen in Tabellenform mit hohem Informationsgehalt, besonders mit bereits vorgegebener Rangordnung, aber vorhandengebliebener Möglichkeit, die Qualitätsmerkmale im einzelnen selbst noch einmal zu überprüfen, gegenüber stark vereinfachenden Grafiken bevorzugt werden. Wichtig ist, dass die Darstellungsweise trotzdem relativ übersichtlich bleibt. Die Darstellungsmodelle sollten also einen hohen Informationsgehalt besitzen und gleichzeitig übersichtlich sein.

4.4.1 Einfluss der Darstellungsform auf die Bereitschaft zur Nutzung von Qualitätsberichten

Nachdem nun untersucht wurde, welche Darstellungsform als am geeignetsten beurteilt wird, wäre es nun interessant zu wissen, wie viele Ärzte die Qualitätsberichte auch tatsächlich nutzen würden bzw. ob die Darstellungsform einen Einfluss auf die Bereitschaft, Qualitätsberichte zu berücksichtigen, hat.

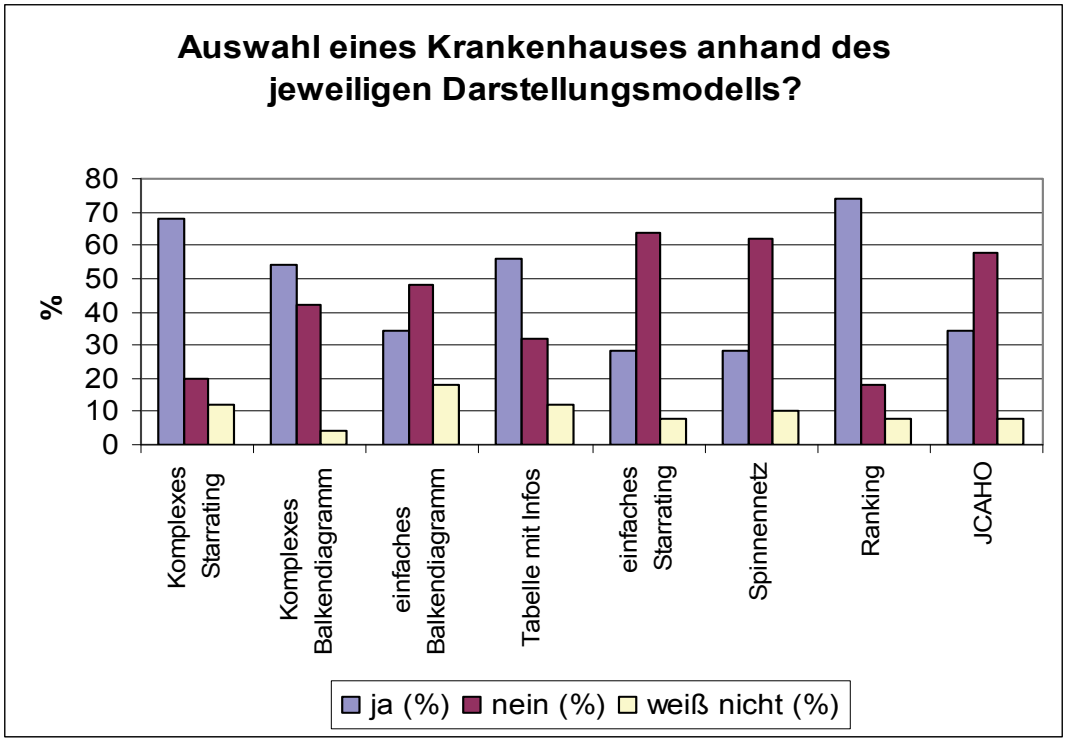


Abbildung 4.17: Auswahl eines Krankenhauses anhand des jeweiligen Darstellungsmodells?

Wie die Abbildung 4.17 zeigt, wären im besten Fall, was hier der Vorlage des beliebtesten Darstellungsmodells, dem Ranking, entspricht, 74% der befragten Ärzte dazu bereit, den Qualitätsbericht für ihre Entscheidung für ein Krankenhaus zur Hilfe zu nehmen. Nur 18% würden sich in diesem Fall völlig unabhängig von einem Darstellungsmodell entscheiden, was zeigt, dass die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte durchaus dazu bereit wäre, sich an Qualitätsberichten zu orientieren, statt sich nur wie bisher z.B. auf ihre eigenen Erfahrungen zu konzentrieren

Gleichzeitig wird deutlich, dass die Bereitschaft, sich anhand eines Qualitätsberichts für ein Krankenhaus zu entscheiden, durchaus von der Darstellungsform abhängt. Im schlechtesten Fall wären z.B. nur 28% (Einfaches Starrating und Spinnennetz) dazu bereit, die Berichte für eine Klinikauswahl zu nutzen. Die Bereitschaft zur Verwendung variiert, je nach Darstellungsmodell, zwischen 28% und 74%. Entsprechend groß sind auch die Unterschiede in der Prozentzahl der Ärzte, die die Berichte, je nach Darstellungsform ablehnen. Hier schwanken die Werte zwischen 18% und 64%.

Es ist also sehr wichtig, herauszufinden, welche Darstellungsmodelle die Ärzte bevorzugen, damit die Qualitätsberichte auch zur Hilfe genommen werden. Eine Veröffentlichung der Berichte in Form des Einfachen Starrating wäre nach den Ergebnissen dieser Arbeit z.B. nicht sinnvoll. Stattdessen sollte z.B. das Ranking gewählt werden.

4.5 Einfluss der Darstellungsform auf die Krankenhausauswahl

Bei den Darstellungsformen, bei denen die befragten Ärzte angaben, dass sie anhand dieser Darstellung ein Krankenhaus auswählen würden, mussten sie dann auch angeben, für welches Krankenhaus sie sich entscheiden würden.
Die ausgewählten Krankenhäuser werden anhand der folgenden Äquivalenzliste (Tabelle 4.1) den Krankenhäusern KH 1-10 zugeordnet, damit sie vergleichbar sind – so entspricht z.B. das Klinikum Nord im „Komplexen Starrating“ der Klinik Löwenstein im „Komplexen Balkendiagramm“ usw.:

Tabelle 4.1: Äquivalenzliste der Krankenhäuser in den verschiedenen Darstellungsmodellen

	komplexes Starrating	**Balken komplex**
KH 1	Klinikum Nord	Klinik Löwenstein
KH 2	Albertinenkrankenhaus	Krankenhaus Eichhof
KH 3	Krankenhaus Bethanien	Klinikum Mansfeld
KH 4	Marienkrankenhaus	Krankenhaus St. Raphael
KH 5	Michaeliskrankenhaus	Ilmtalklinik
KH 6	Klinikum St. Georg	Humboldt-Klinikum
KH 7	Krankenhaus Tabea	Martin-Ulbrich-Krankenhaus
KH 8	Krankenhaus Alten Eichen	Charlotten- Krankenhaus
KH 9	Krankenhaus Groß-Sand	St. Willehad-Krankenhaus
KH 10	Amalie-Sieveking-Krankenhaus	Aukammklinik

	Balken einfach	**Tabelle mit Infos**
KH 1	Hüttenhospital	Fritz-König-Krankenhaus
KH 2	St.-Antonius-Krankenhaus	Palotti-Krankenhaus
KH 3	Krankenhaus Rudolf Elle	Dominikus - Krankenhaus
KH 4	Hermann-Joseph-Krankenhaus	Krankenhaus Salem
KH 5	Filderklinik	Rechbergklinik
KH 6	St. Franziskus-Krankenhaus	Fürst-Stirum-Klinik
KH 7	Katherinenklinik	Mathildenhospital
KH 8	Krankenhaus Friederichsheim	Krankenhaus Bühl
KH 9	Loretto-Krankenhaus	Herzogin-Elisabeth-Krankenhaus
KH 10	Krankenhaus St. Martin	Krankenhaus am See

	Starrating einfach	**Spinnennetz**
KH 1	St. Vinzenz-Krankenhaus	Waldkrankenhaus
KH 2	Klinikum am Urban	Krankenhaus St Gertrauden
KH 3	St. Johannes Krankenhaus	Krankenhaus Havelhöhe
KH 4	Klinikum Mitte	Immanuel-Krankenhaus
KH 5	Klinik Albstadt	Krankenhaus Karl-Bonhoeffer
KH 6	Klinikum Süd	Leonardo-Klinik
KH 7	Stadtkrankenhaus	Paulinenkrankenhaus
KH 8	Klinik Schillerhöhe	Median Klinik
KH 9	Eduardus-Krankenhaus	Krankenhaus St Hedwig
KH 10	Vulpius-Klinik	Fliedner Klinik

	Ranking	**JCAHO**
KH 1	Krankenhaus St Joseph	Klinik Agatharied
KH 2	Auguste-Viktoria- Klinikum	Krankenhaus Linde
KH 3	Wilhelm-Augusta-Krankenhaus	St. Ansgar-Hospital
KH 4	Dreifaltigkeitskrankenhaus	St. Bernhard-Hospital
KH 5	Wenckebach-Klinikum	Paracelsus-Elena-Klinik
KH 6	Robert-Koch-Krankenhaus	Lubinus-Klinik
KH 7	Herz-Jesu-Krankenhaus	Parkkrankenhaus
KH 8	Elisabeth- Krankenhaus	Krankenhaus Lahr
KH 9	Krankenhaus am Plattenwald	Remigius-Krankenhaus
KH 10	Alexianer- Krankenhaus	St. Bonifatius-Krankenhaus

Hat die Darstellungsform einen Einfluss auf die Krankenhaus-Auswahl?

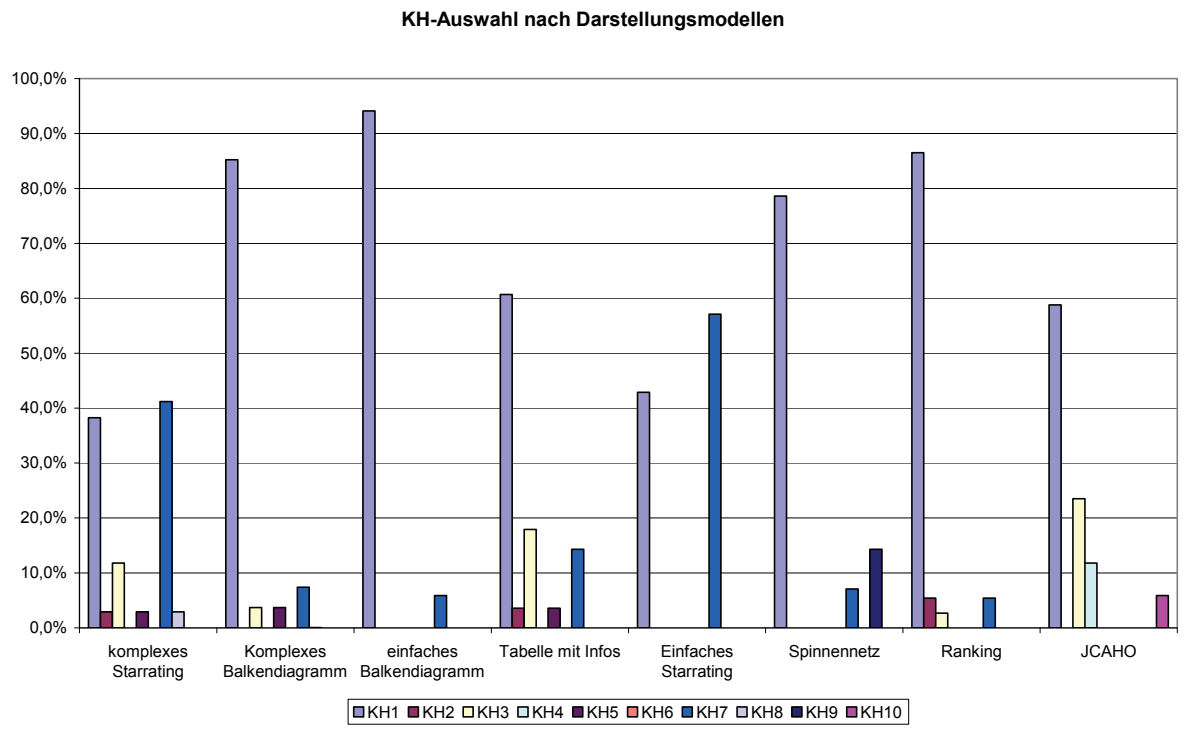


Abbildung 4.18: Krankenhausauswahl nach Darstellungsmodellen

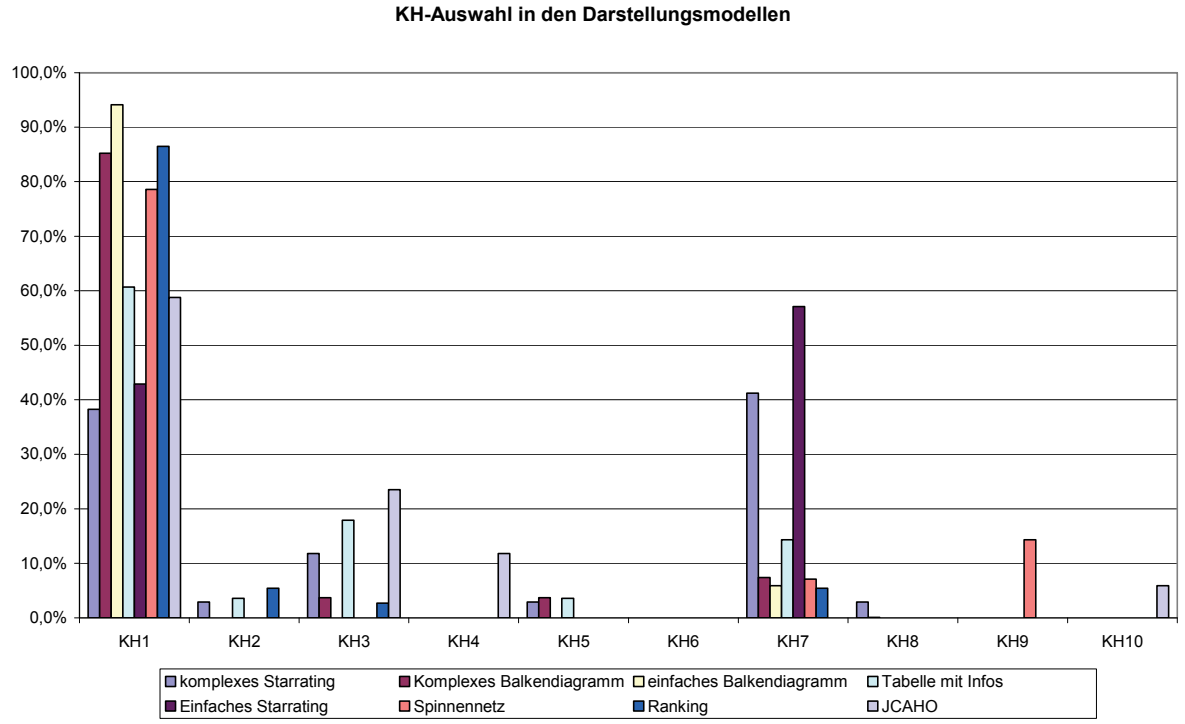


Abbildung 4.19: Krankenhausauswahl in den Darstellungsmodellen

Die Abbildung 4.19 zeigt, dass das KH 1 unabhängig von der Darstellungsform fast immer am häufigsten ausgewählt wird. Bei der Beurteilung des besten Krankenhauses spielt die Darstellungsform offensichtlich kaum eine Rolle. Lediglich beim „Einfachen Starrating“ und beim „Komplexen Starrating“ schneidet das KH 7 besser ab.
Auffällig ist, dass einige Darstellungsmodelle bewirken, dass ein Krankenhaus überhaupt ausgewählt wird. Die KH 4 und KH 10 würde z.B. nur ausgewählt werden, wenn den Ärzten das „JCAHO“-Modell vorliegt. Bei allen anderen Modellen würde dieses Krankenhaus keine Beachtung finden. Ähnlich ist es beim KH 8, das nur beim „Komplexen Starrating“ gewählt wird, und bei KH 9, das nur beim „Spinnennetz“ genannt wird. Damit wird deutlich, dass die Darstellungsform durchaus einen Einfluss auf die Auswahl des Krankenhauses zur Einweisung besitzt.
Weiterhin zeigen die Abbildungen 4.18 und 4.19, dass sich beim „Einfachen Balkendiagramm“, beim „Einfachen Starrating“ und beim „Spinnennetz“ die Entscheidung auf zwei bis drei Krankenhäuser verteilt, während bei den anderen Darstellungsformen bis zu sechs Krankenhäuser angegeben werden. Die Darstellungsmodelle haben also einen Einfluss darauf, ob auch andere Krankenhäuser als nur das beste berücksichtigt werden. Damit wäre es möglich, durch die Nutzung nur bestimmter Darstellungsmodelle bestimmte Krankenhäuser in der Entscheidung zu benachteiligen bzw. zu fördern.
Je nach Darstellungsform werden Krankenhäuser ausgewählt, die in anderen Darstellungsformen kaum beachtet werden, z.B. wird das KH 7 im „Komplexen Starrating“ und im „Einfachen Starrating“ am häufigsten ausgewählt, während sich mit Hilfe des Modells „JCAHO“ kein Arzt für dieses Krankenhaus entscheiden würde.

Fazit
Die Darstellungsmodelle haben einen Einfluss auf die Auswahl eines Krankenhauses.

4.6 Einfluss des Alters auf die Auswahl und Bewertung der Darstellungsmodelle

Um herauszufinden, ob die Wahl der Darstellungsform vom Alter abhängig ist, wurde die Stichprobe in drei Altersgruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe beinhaltet die niedergelassenen Allgemeinmediziner, die 45 Jahre oder jünger sind (n=17), die zweite Gruppe umfasst die über 45jährigen bis 55jährigen einschließlich (n=18) und der dritten Gruppe sind die über 55jährigen zugeordnet (n=15). Die einzelnen Gruppen sind somit annähernd gleich groß.
Zu erwähnen ist, dass insgesamt sechs Studienteilnehmer sich für gar keine Darstellungsform als Entscheidungshilfe entscheiden würden bzw. es nicht wissen, so dass unter Berücksichtigung dessen der Umfang der Gruppe 1 auf n=16 sinkt, der Gruppe 2 auf n=15 und der dritten Gruppe auf n=13.
Da die Gruppen nicht gleich groß sind, werden die Ergebnisse zur Auswertung in Prozent angegeben.
Die Prüfung auf signifikante Unterschiede zwischen den jeweiligen Mittelwerten (Kapitel 4.6.2) erfolgte mit Hilfe des T-Tests für unabhängige Stichproben ($\alpha < 0,05$) beziehungsweise ggf. mit Hilfe des U-Tests ($\alpha < 0,05$).

4.6.1 Einfluss des Alters auf die Auswahl der Darstellungsmodelle

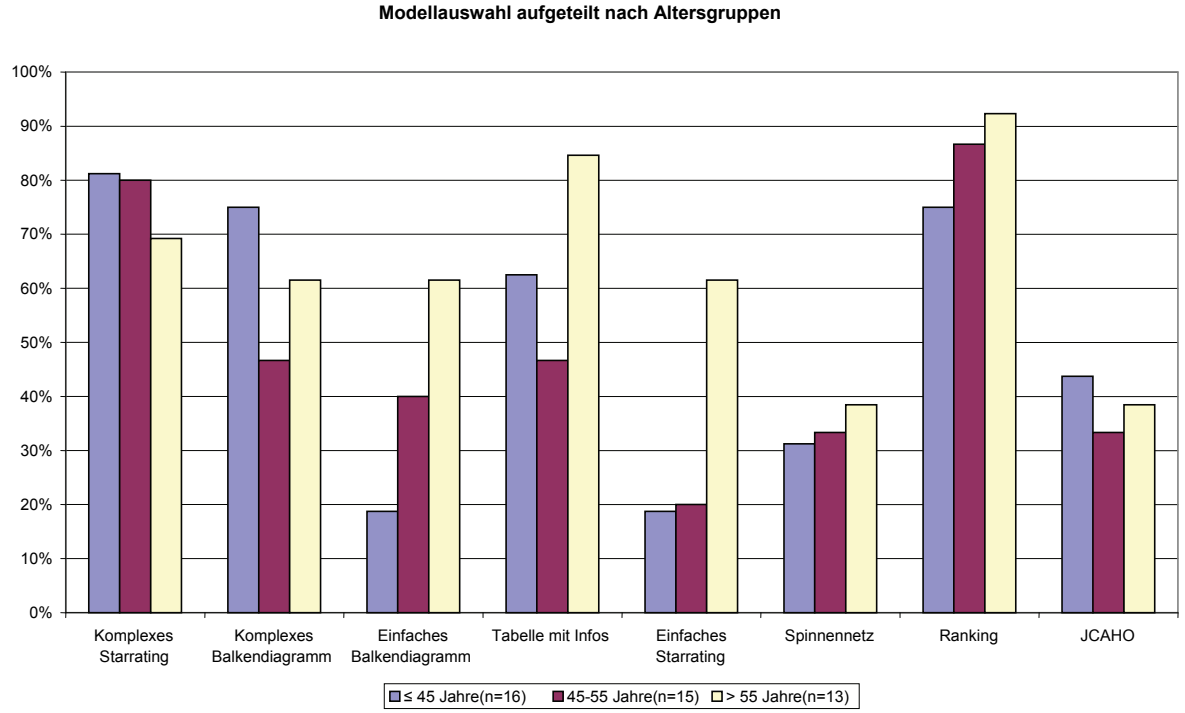


Abbildung 4.20: Modellauswahl aufgeteilt nach Altersgruppen

Die Abbildung 4.20 zeigt, wie viel Prozent der befragten Ärzte sich anhand der jeweiligen Darstellungsmodelle für ein Krankenhaus entscheiden würden oder nicht bzw. sich nicht sicher sind.

Auffällig ist, dass es bei der Darstellungsform „Spinnennetz“ kaum einen Unterschied bei der Entscheidung zwischen den drei Altersgruppen gibt.
Ebenfalls fast gleich sind die Meinungen hinsichtlich des „JCAHO“, der Unterschied beträgt maximal 10%, und dem „Komplexen Starrating“, bei dem die unter 45jährigen und 45- bis 55jährigen dieses Darstellungsmodell annähernd gleich häufig wählen würden, nur die über 55jährigen liegen bei der Auswahl mit einer Differenz von rund 10% etwas zurück

Einen auffallenden Unterschied findet man hingegen bei der Entscheidungshilfe durch das „Einfache Starrating“. Es orientieren sich deutlich mehr über 55jährige an dieser Darstellungsform als ihre jüngeren Kollegen. Der Unterschied beträgt 43% bzw. 42%. Es entscheiden sich also über ein Drittel mehr der älteren Ärzte mit Hilfe dieses Darstellungsmodells als die unter 55jährigen Allgemeinmediziner. Eine deutliche Differenz bei der Präferenz für eine Darstellungsform zwischen den Altersgruppen ist auch beim „Einfachen Balkendiagramm“ zu erkennen. Vergleicht man die erste Gruppe mit der dritten Gruppe, so ist auch hier ein Unterschied von 43% zu verzeichnen. Auch diese Darstellungsform erscheint besonders den älteren Ärzten als hilfreich. Die „Tabelle mit Infos“ wird ebenfalls deutlich mit einem Unterschied von 22% bzw. 38% im Vergleich zu den Gruppen 1 und 2 von den über 55jährigen Ärzten bevorzugt.

Einen noch relativ deutlichen Unterschied bei der Bevorzugung einer Darstellungsform erkennt man beim „Komplexen Balkendiagramm“, welches mit einem Unterschied von 13% von den unter 45jährigen im Vergleich zu den über 55jährigen und im Vergleich zu den 45- bis 55jährigen von immerhin 28% relativ deutlich bevorzugt wird.
Nicht ganz so deutlich ist der Unterschied beim „Ranking“. Hier liegt die Differenz zwischen den unter 45jährigen und über 55jährigen bei 17%, bei den 45- bis 55jährigen und über 55jährigen sogar nur bei 5%, was darauf hin deutet, dass diese Darstellungsform vor allem den über 45jährigen hilfreich erscheint.

Insgesamt ist festzustellen, dass es vor allem einem Unterschied in der Auswahl der Darstellungsform zwischen den unter 45jährigen und über 55jährigen gibt.
Besonders deutlich ist der Unterschied bei den simplifizierenden Darstellungsmodellen „Einfaches Starrating“ und „Einfaches Balkendiagramm“. Während die jüngeren Ärzte diese Modelle ablehnen, würden die älteren Allgemeinmediziner sich durchaus an diesen Darstellungsformen orientieren.
Die jüngeren Ärzte würden hingegen – im Gegensatz zu der Gruppe 3 – das „Komplexe Starrating“, das „Komplexe Balkendiagramm“ oder das „JCAHO“ bevorzugen.
Es zeigt sich somit, dass mit den meisten Darstellungsformen nicht alle Altersgruppen gleich gut zu erreichen und zufrieden zu stellen sind. Darstellungsmodelle, die von den jüngeren Ärzten bevorzugt werden, werden von den älteren Ärzten teilweise abgelehnt und anders herum.

Fazit
Die ≤ 45jährigen wählen am häufigsten ein Krankenhaus aus, wenn ihnen eins der folgenden Modelle vorliegt:

- Komplexes Starrating
- Ranking
- Komplexes Balkendiagramm

Bei den 45- bis 55jährigen und über 55jährigen sieht es genauso aus, nur dass diese beiden Gruppen auch anhand der „Tabelle mit Infos“ häufig eine Klinik auswählen würde und die über 55jährigen würden sich eher nicht am „Komplexen Balkendiagramm“ orientieren.

Damit die Qualitätsberichte möglichst vielen Ärzten eine Orientierungshilfe bieten können, wäre es also wichtig, eine Darstellungsform zu wählen, die bei allen Altersgruppen weitestgehend gleich gut akzeptiert wird. In dieser Arbeit hat sich herausgestellt, dass dieses vor allem auf das „Ranking“ und das „Komplexe Starrating“ zutrifft, wobei das „Komplexe Starrating“ insgesamt etwas seltener ausgewählt wurde.

4.6.2 Einfluss des Alters auf die Bewertung der Darstellungsmodelle

Informationsgehalt

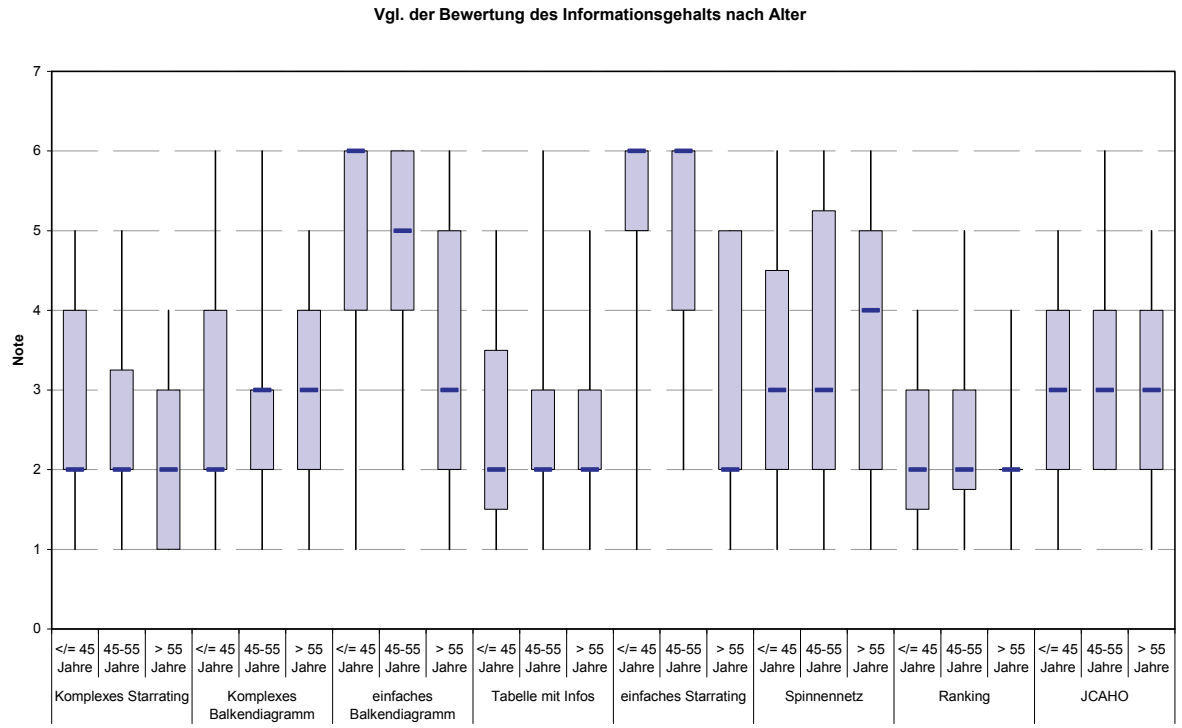


Abbildung 4.21: Vergleich der Bewertung des Informationsgehalts der Darstellungsmodelle nach Altersgruppen

Die Grafik 4.20 verdeutlicht, dass sich in der Bewertung des Informationsgehalts der einzelnen Darstellungsformen keine großen Unterschiede zwischen den Altersgruppen beim „JCAHO“, beim „Ranking“, beim „Spinnennetz“ (wobei die Varianz hier vergleichsweise auffallend groß ist) und der „Tabelle mit Infos“ zeigen. Beim „Komplexen Starrating“ ist eine tendenziell bessere Beurteilung von den über 55jährigen festzustellen. Auch der Informationsgehalt des „Einfachen Balkendiagramms“ wird von den über 55jährigen deutlich besser bewertet als von den unter 55jährigen. Ein auffallender Unterschied ist auch beim „Einfachen Starrating“ festzustellen, bei dem die unter 45jährigen den Informationsgehalt deutlich schlechter finden als die über 55jährigen.

Die ≤ 45jährigen bewerten den Informationsgehalt des „Einfachen Starratings“ auffallend schlechter als bei allen anderen Modellen (außer dem „Einfachen Balkendiagramm“) und das „Einfache Balkendiagramm“ wird bemerkenswert schlechter beurteilt als die „Tabelle mit Infos“ und das „Ranking“. Ähnlich fällt die Bewertung der 45- bis 55jährigen aus. In dieser Gruppe wird der Informationsgehalt des „Einfachen Starratings“ und des „Einfachen Balkendiagramms“ deutlich schlechter gesehen als bei allen anderen Darstellungsweisen, außer im Vergleich zum „Spinnennetz“ und dem „JCAHO“. Auffällig ist, dass die über 55jährigen keine deutlichen Unterschiede im Informationsgehalt der verschiedenen Darstellungsmodelle sehen, lediglich die Varianz ist unterschiedlich groß.

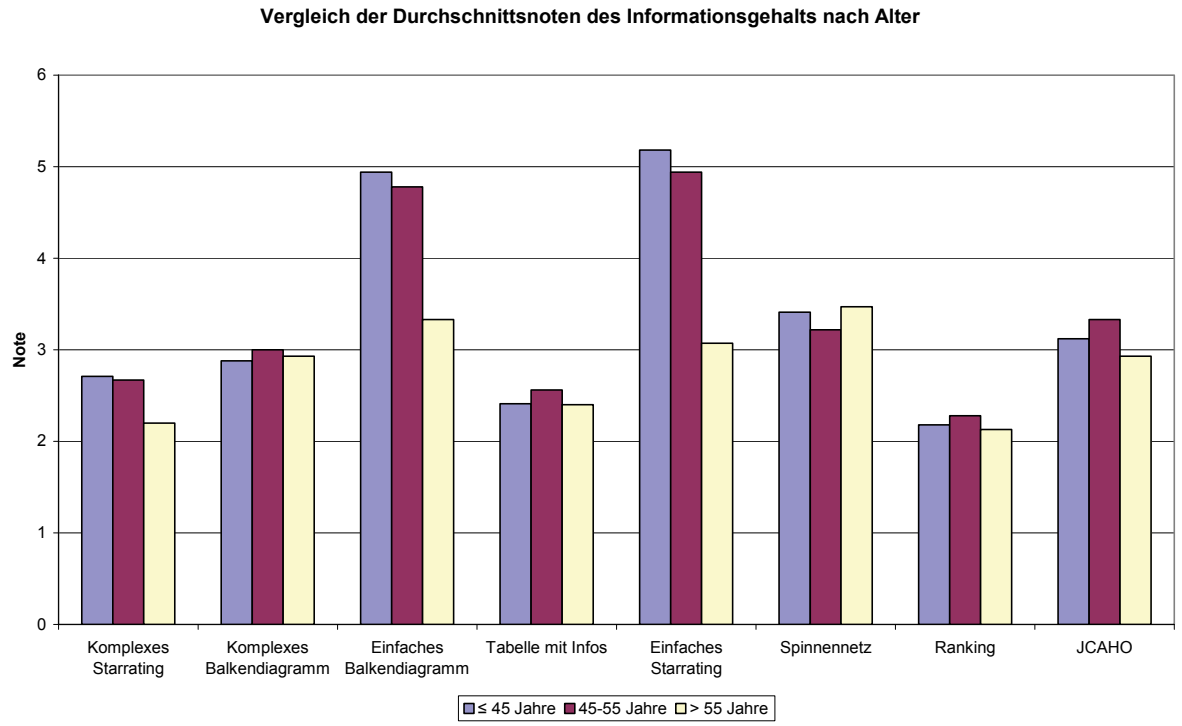


Abbildung 4.22: Mittelwertvergleiche des Informationsgehalts der einzelnen Darstellungsmodelle aufgeteilt nach Altersgruppen

Der Vergleich der Mittelwerte (Durchschnittsnoten) verdeutlicht noch einmal die Unterschiede in der Bewertung des Informationsgehalts vor allem beim „Einfachen Balkendiagramm“ und dem „Einfachen Starrating“ (siehe Abbildung 4.22). Bei beiden Darstellungsmodellen wird der Informationsgehalt von den über 55jährigen signifikant besser bewertet als von den 45-55jährigen und ≤ 45jährigen, wie mit Hilfe des T-Tests bzw. U-Tests nachgewiesen werden konnte ($\alpha < 0{,}05$).

Fazit

Insgesamt schneiden das „Einfache Balkendiagramm“ und das „Einfache Starrating“ vor allem in den Gruppen 1 und 2 bzgl. ihres Informationsgehalts im Vergleich zu den anderen Modellen auffallend schlecht ab, von den über 55jährigen werden sie sogar signifikant besser bewertet.

Verständlichkeit

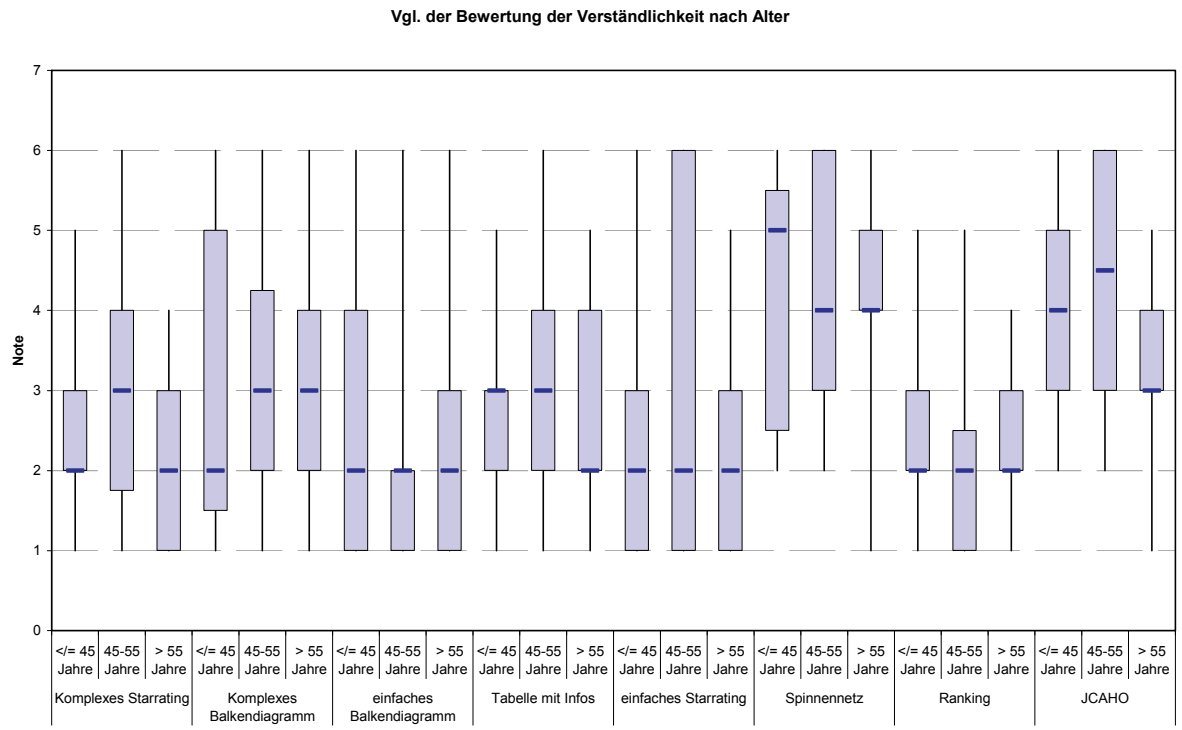


Abbildung 4.23: Vergleich der Bewertung der Verständlichkeit der Darstellungsmodelle nach Altersgruppen

Bei der Bewertung der Verständlichkeit sind, wie die Abbildung 4.23 zeigt, zwischen den verschiedenen Altersgruppen keine besonders auffälligen Unterschiede zu beobachten. Es sind lediglich Tendenzen festzuhalten. So finden die über 55jährigen z.B. das „JCAHO“ verständlicher als ihre jüngeren Kollegen, ebenso das „Komplexe Starrating“. Auffällig ist die große Varianz in der Gruppe der 45- bis 55jährigen beim „Einfachen Starrating“ und die tendenzielle bessere Verständlichkeit des „Rankings“.

Die ≤ 45jährigen bewerten die Verständlichkeit des „JCAHO“ deutlich schlechter und die des „Spinnennetzes“ tendenziell schlechter als die des „Komplexen Starratings“, des „Einfachen Starratings“, der „Tabelle mit Infos“ und des „Rankings“ und unterscheiden sich damit kaum von der Meinung ihrer älteren Kollegen. Die 45- bis 55jährigen halten die Verständlichkeit des „JCAHO“ und des „Spinnennetzes“ für auffallend schlechter als die des „Rankings“ und des „Einfachen Balkendiagramms“ und die über 55jährigen beurteilen die Verständlichkeit des „Spinnennetzes“ bemerkenswert schlechter als die des „Rankings“, des „Einfachen Starratings“, des „Einfachen Balkendiagramms“ und des „Komplexen Starratings“ und das „JCAHO“ für deutlich unverständlicher als das „Ranking“, das „Einfache Starrating“, das „Einfache Balkendiagramm“ und das „Komplexe Starrating“.

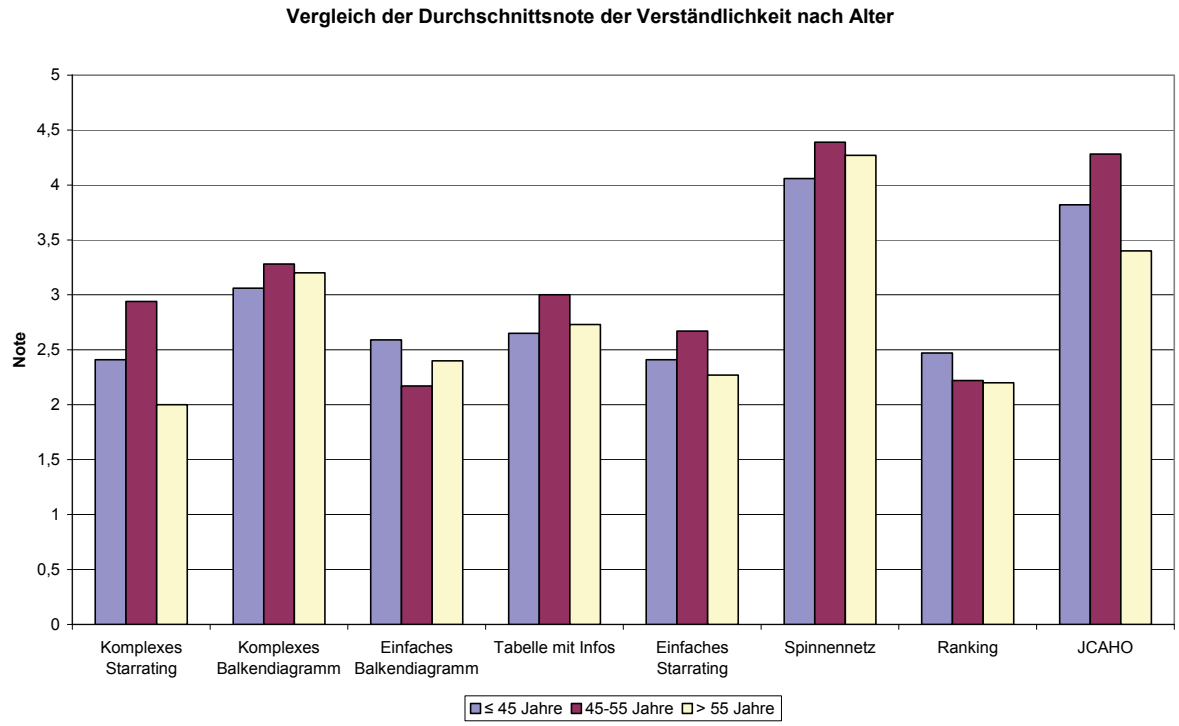


Abbildung 4.24: Mittelwertvergleiche der Verständlichkeit der einzelnen Darstellungsmodelle aufgeteilt nach Altersgruppen

Auch der Vergleich der Mittelwerte (Abbildung 4.24) zeigt kaum deutliche Unterschiede in der Bewertung der Verständlichkeit. Die größeren Differenzen zwischen den ≤ 45jährigen und über 55jährigen im Vergleich zu den 45-55jährigen beim „Komplexen Starrating“ sowie beim „JCAHO“ sind zwar auffällig, aber nicht signifikant.

Fazit

Insgesamt wird von allen drei Gruppen die Verständlichkeit des „Spinnennetzes“ als besonders schlecht bewertet, die unter 55jährigen halten zusätzlich das „JCAHO“ für auffallend unverständlich.

Übersichtlichkeit

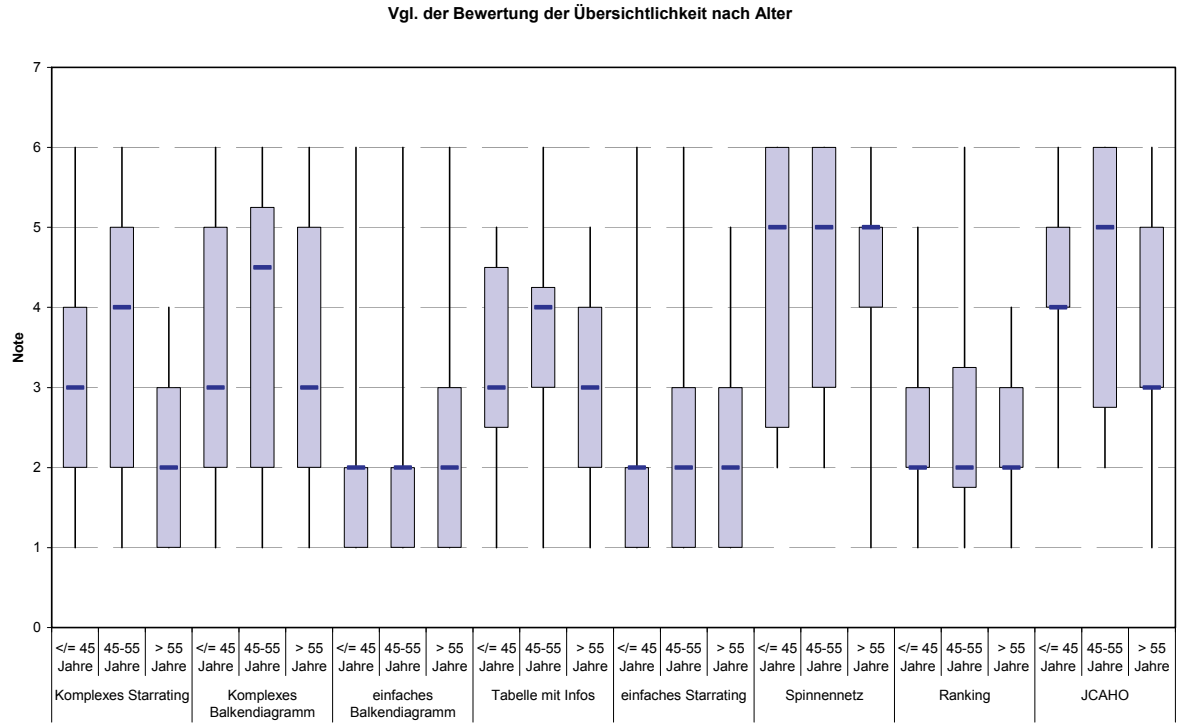


Abbildung 4.25: Vergleich der Bewertung der Übersichtlichkeit der Darstellungsmodelle nach Altersgruppen

Wie in Abbildung 4.25 dargestellt, ist in der Beurteilung der Übersichtlichkeit in den drei Gruppen kein besonders deutlicher Unterschied festzustellen. Tendenziell ist zu beobachten, dass die über 55jährigen das „Komplexe Starrating“ etwas übersichtlicher finden als die unter 55jährigen und dass das „Spinnennetz“ und das „JCAHO“ in allen drei Gruppen eher schlecht abschneidet.

Die ≤ 45jährigen finden das „Einfache Balkendiagramm“ und das „Einfache Starrating“ deutlich übersichtlicher als alle anderen Darstellungsformen und auch bemerkenswert übersichtlicher als die „Tabelle mit Infos“, das „Spinnennetz“ und das „JCAHO“. Ähnlich ist es bei den 45-55jährigen, die das „Einfache Balkendiagramm“ für deutlich übersichtlicher halten als alle anderen Modelle außer dem „Einfachen Starrating“ und dem „Ranking“. Für deutlich übersichtlicher als die „Tabelle mit Infos“, das „Spinnennetz“ und das „JCAHO“ halten die 45- bis 55jährigen auch das „Einfache Starrating“. Bei den über 55jährigen ist festzustellen, dass sie die Übersichtlichkeit des „Spinnennetzes“ und die des „JCAHO“ für deutlich schlechter halten als die des „Rankings“, des „Einfachen Starratings“, des „Einfachen Balkendiagramms“ und des „Komplexen Starratings“.

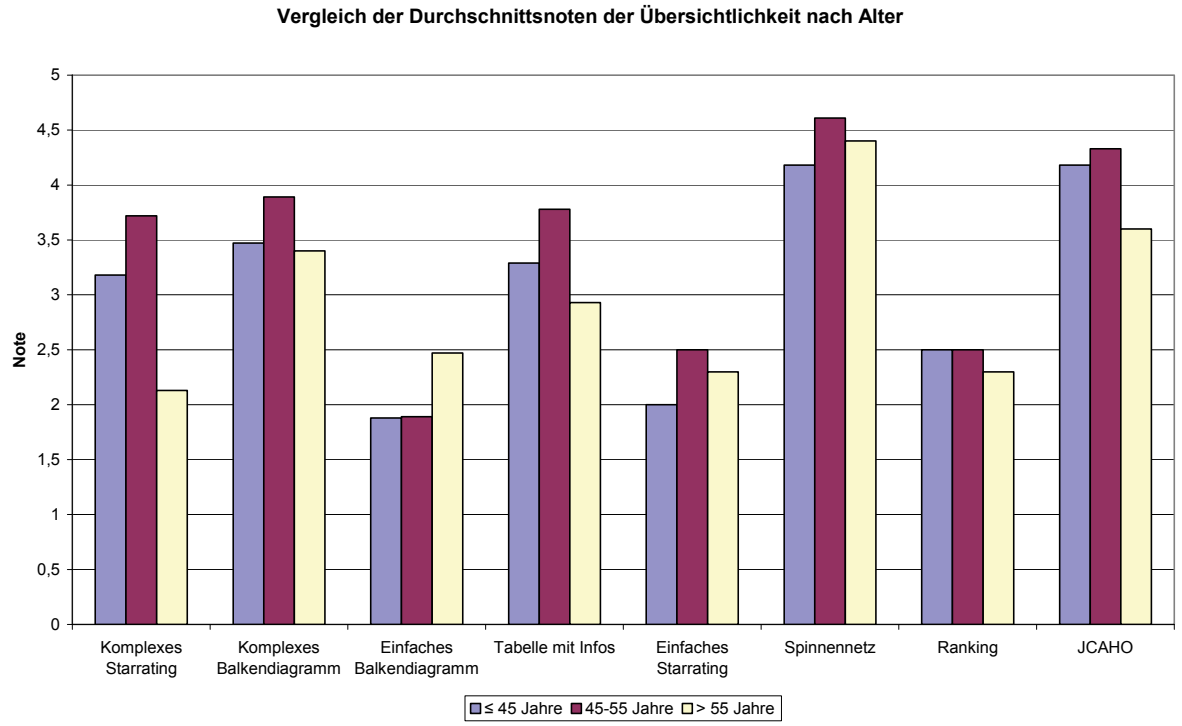


Abbildung 4.26: Mittelwertvergleiche der Übersichtlichkeit der einzelnen Darstellungsmodelle aufgeteilt nach Altersgruppen

Der Vergleich der Mittelwerte zeigt deutliche Bewertungsunterschiede zwischen den Altersgruppen vor allem beim „Komplexen Starrating“ und bei der „Tabelle mit Infos“. Mit Hilfe des T-Tests für unabhängige Stichproben bzw. des U-Tests konnte nachgewiesen werden, dass die Übersichtlichkeit des „Komplexen Starratings“ von den über 55jährigen signifikant besser bewertet wird als von den unter 55jährigen.

Fazit

Als besonders übersichtlich werden von allen drei untersuchten Gruppen das „Einfache Balkendiagramm“, das „Einfache Starrating“ und mit geringer Differenz das „Ranking“ angesehen. Das „Spinnennetz“ schneidet in allen drei Gruppen besonders schlecht ab. Die unter 55jährigen finden zusätzlich das „JCAHO“ sehr unübersichtlich und das „Komplexe Starrating“ signifikant unübersichtlicher als die über 55jährigen.

Gesamturteil

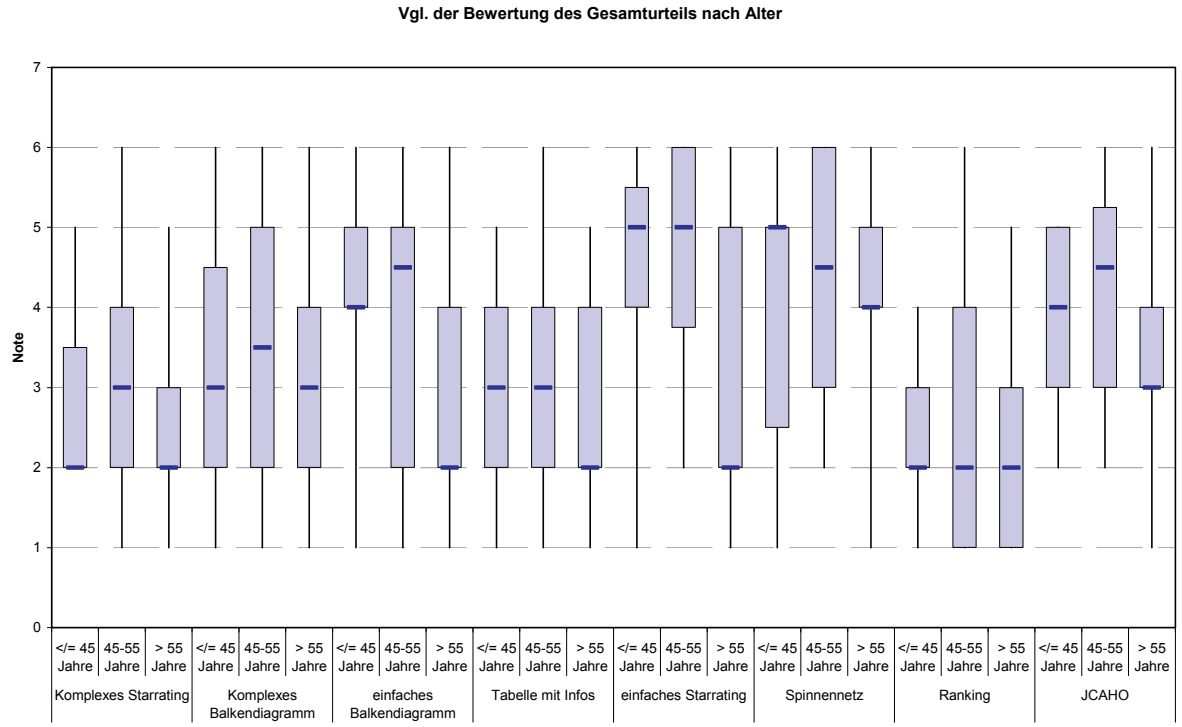


Abbildung 4.27: Vergleich der Bewertung des Gesamturteils der Darstellungsmodelle nach Altersgruppen

Die Grafik 4.27 zeigt, dass es einen deutlichen Unterschied im Gesamturteil des „Einfachen Balkendiagramms“ zwischen den unter 45jährigen und über 45jährigen gibt, wobei die über 45jährigen das „Einfache Balkendiagramm“ deutlich besser bewerten. Eine Tendenz zur besseren Gesamtbeurteilung durch die über 55jährigen im Vergleich zu den unter 55jährigen ist auch beim „Einfachen Starrating“ zu bemerken.

Die ≤ 45jährigen halten das „Einfache Balkendiagramm“ sowie das „Einfache Starrating“ insgesamt für auffallend schlechter als das „Komplexe Starrating“ und das „Ranking“. Bei den 45- bis 55jährigen ist kein bedeutender Unterschied im Gesamturteil der einzelnen Modelle festzustellen, während die über 55jährigen das „Spinnennetz“ deutlich schlechter finden als die übrigen Modelle außer dem „Einfachen Starrating". Außerdem halten sie auch noch das „JCAHO“ für auffallend schlechter als das „Ranking“ und das „Komplexe Starrating“.

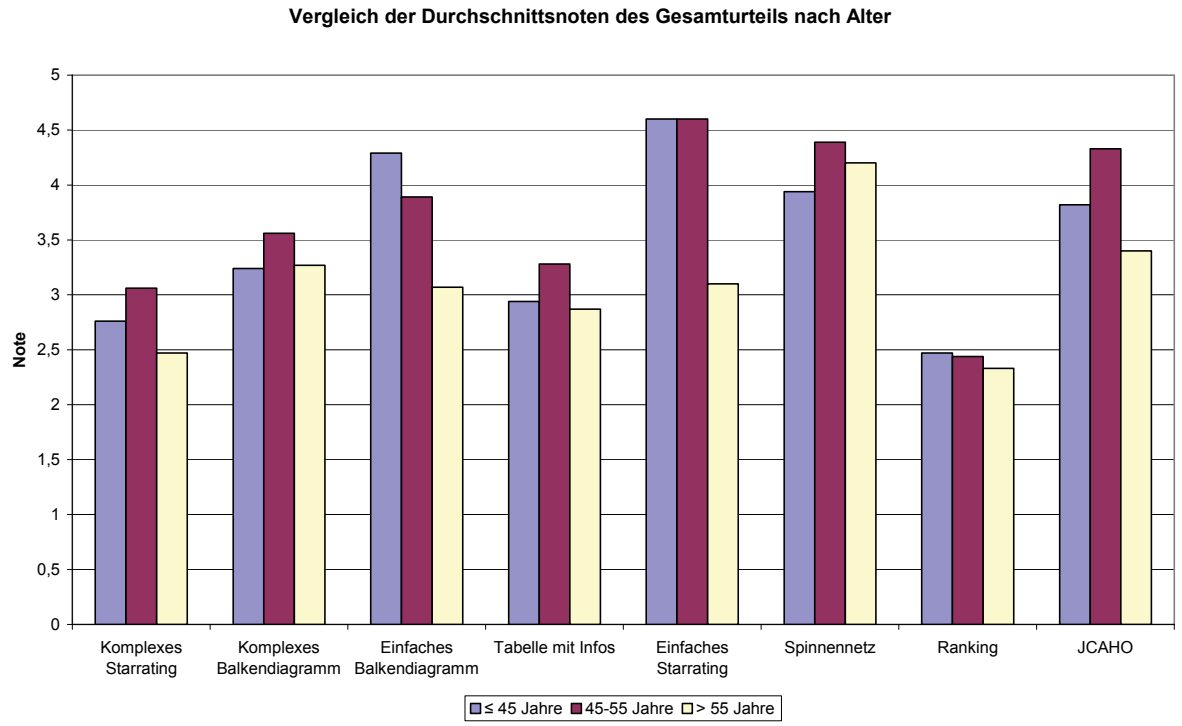


Abbildung 4.28: Mittelwertvergleiche des Gesamturteils der einzelnen Darstellungsmodelle aufgeteilt nach Alter

Die genannten Unterschiede werden auch beim Vergleich der Mittelwerte deutlich. Auffallend sind die Differenzen im Gesamturteil bei dem „Einfachen Balkendiagramm“, dem „Einfachen Starrating“ und dem „JCAHO“. Während die Bewertungsunterschiede beim „JCAHO“ nicht signifikant sind, ist beim „Einfachen Balkendiagramm“ ein signifikanter Unterschied zwischen den ≤ 45jährigen und den über 55jährigen festzustellen, jedoch nicht zwischen den 45-55jährigen und den über 55jährigen. Beim „Einfachen Starrating“ geben die ≤ 45jährigen sowie die 45-55jährigen ein signifikant schlechteres Gesamturteil ab als die über 55jährigen.

Fazit

Insgesamt fällt das Gesamturteil in den Gruppen 1 und 2 für das „Einfache Starrating“ und von allen untersuchten Gruppen für das „Spinnennetz“ besonders schlecht aus. Von allen Gruppen am besten bewertet wird hingegen das „Ranking“. Sowohl das „Einfache Starrating“ als auch das „Einfache Balkendiagramm“ werden von den über 55jährigen signifikant besser bewertet als von den unter 55jährigen bzw. den ≤ 45jährigen.

Zusammenfassung

Bei der Bewertung des Informationsgehalts, der Verständlichkeit, der Übersichtlichkeit und des Gesamturteils der Darstellungsmodelle sind tendenzielle Differenzen zwischen den drei untersuchten Altersgruppen festzustellen. Meistens besteht der Unterschied zwischen den unter 55jährigen und den über 55jährigen. Signifikante Differenzen finden sich bei der Bewertung des Informationsgehalts des „Einfachen Balkendiagramms“ und des „Einfachen Starratings“, bei der Beurteilung der Übersichtlichkeit des „Komplexen Starratings“ sowie beim Gesamturteil des „Einfachen Balkendiagramms“ und des „Einfachen Starratings“, die alle von den über 55jährigen signifikant besser bewertet werden.

4.6.3 Einfluss des Alters auf die Auswahl der geeignetesten Darstellungsform

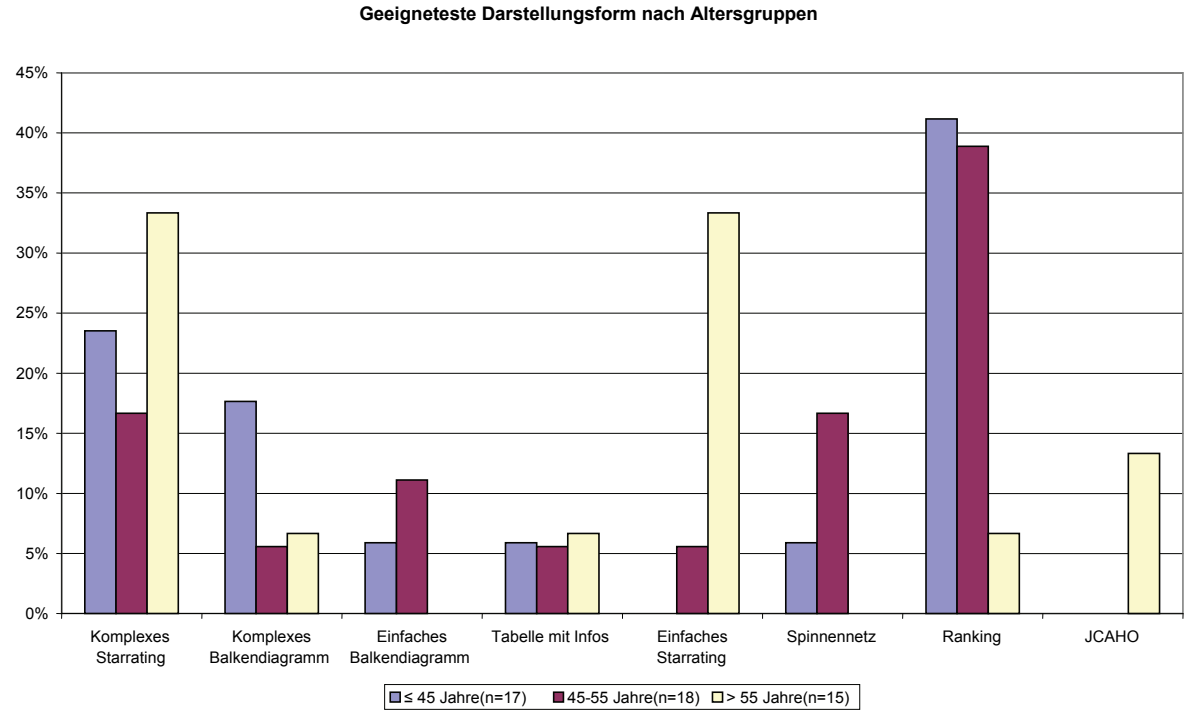


Abbildung 4.29: Geeignetste Darstellungsform nach Altersgruppen

In Abbildung 4.29 fällt auf, dass die Ärzte über 55 Jahre deutlich andere Darstellungsformen für am geeignetesten halten als die 45 bis 55jährigen bzw. die unter 45jährigen Ärzte.
Das „JCAHO“ wird sogar ausschließlich von den über 55jährigen als besonders geeignet bezeichnet, das „Einfache Balkendiagramm“ und das „Spinnennetz“ werden hingegen überhaupt nicht genannt. Am besten erscheinen den älteren Ärzten der Gruppe 3 sowohl das „Einfache-“ als auch das „Komplexe Starrating“, während sowohl Gruppe 1 als auch Gruppe 2 vorrangig das „Ranking“ wählen würden, was bei den älteren wiederum sehr deutlich nur an hinterer Stelle steht. Die jüngeren Ärzte lehnen hingegen das „Einfache Starrating“ auffallend deutlich ab.
Während die unter 45jährigen auch noch das „Komplexe Starrating“ oder das „Komplexe Balkendiagramm“ auswählen würden, würden sich die 45 bis 55jährigen eher für das „Spinnennetz“, das „Komplexe Starrating“ oder das „Einfache Balkendiagramm“ entscheiden.
Es ist festzuhalten, dass Gruppe 1 und 2 dieselbe Darstellungsform bevorzugen würden, aus der Gruppe 3 dieser Vorstellung jedoch nur 7% nachkommen würden.
Der bevorzugten Darstellungsform „Einfaches Starrating“ der Gruppe 3 würden wiederum nur 6% bzw. 0% der jüngeren Kollegen zustimmen.
Hier scheint sich als Mittelweg das „Komplexe Starrating“ anzubieten, das von den älteren im Vergleich zu den jüngeren favorisiert wird, die Unterschiede in der Bevorzugung jedoch noch am ausgeglichensten sind.

Auffällig ist, dass zwar die meisten über 55jährigen anhand des „Rankings“ ein Krankenhaus auswählen würden, diese Darstellungsform aber dennoch eindeutig nicht für am geeignetesten halten. Sie halten das „Einfache Starrating“, das „Komplexe Starrating“ und das „JCAHO“ für besonders hilfreich zur Krankenhausauswahl, in der Praxis orientieren sie sich jedoch hauptsächlich mit Hilfe des „Rankings“, der „Tabelle mit Infos“ und – hier übereinstimmend – dem „Komplexen Starrating“. Diese Differenz ist auch bei den 45- bis 55jährigen zu beobachten, die sich am häufigsten am „Ranking“, dem „Komplexen Starrating“, dem „Komplexen Balkendiagramm“ oder der „Tabelle mit Infos“ für ein Krankenhaus entscheiden, bei der Frage nach der geeignetesten Darstellungsform neben dem „Ranking“ und „Komplexen Starrating“ jedoch zwei andere Darstellungsmodelle, nämlich das „Spinnennetz“ und das „Einfache Balkendiagramm“, nennen. Bei den unter 45jährigen stimmen die in der Theorie und Praxis am häufigsten gewählten Darstellungsformen überein, lediglich die Gewichtung ist anders gesetzt.
Zusammengefasst entscheiden sich die Ärzte unter 55 Jahren am häufigsten mit Hilfe des „Komplexen Starratings“ oder des „Rankings“ für ein Krankenhaus zur Einweisung ihrer Patienten. Bei der Frage nach der geeignetesten Darstellungsform entscheiden sie sich letztendlich für das „Ranking“ und nicht das „Komplexe Starrating“.

Fazit
Diese Arbeit zeigt damit, dass die Nennung eines Darstellungsmodells zur Auswahl eines Krankenhauses von den Darstellungsmodellen, bei denen die Ärzte zuvor tatsächlich ein Krankenhaus ausgewählt haben, differiert (besonders deutlich ist diese Beobachtung bei den über 55jährigen festzustellen). Die Ärzte würden sich in der Theorie anders entscheiden als in der Praxis.

4.7 Einfluss des Geschlechts auf die Auswahl und Bewertung der Darstellungsmodelle

Um herauszufinden, ob die Darstellungsmodellauswahl vom Geschlecht abhängig ist, wurden die befragten Allgemeinmediziner entsprechend in die zwei Gruppen „weiblich“ und „männlich“ eingeteilt. Da die Stichprobe dieser Arbeit nur zehn Ärztinnen beinhaltet, fällt der Umfang der beiden Gruppen mit n=10 und n=40 sehr unterschiedlich aus, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, dass sich sechs männliche Allgemeinmediziner für keine Darstellungsform entscheiden würden (entspricht den Antworten „nein“ und „weiß nicht“), so dass sich der Stichprobenumfang der „männlich“-Gruppe auf n=34 reduziert.
Aufgrund der unterschiedlichen Gruppengröße werden die Ergebnisse der Modellauswahl und der Modellpräferenz als relative Zahlen in Prozent ausgewertet.
Die Signifikanzprüfung der jeweiligen Mittelwerte (Kapitel 4.7.2) erfolgte mit Hilfe des T-Tests für unabhängige Stichproben ($\alpha < 0,05$) beziehungsweise ggf. mit Hilfe des U-Tests ($\alpha < 0,05$).

4.7.1 Einfluss des Geschlechts auf die Auswahl der Darstellungsmodelle

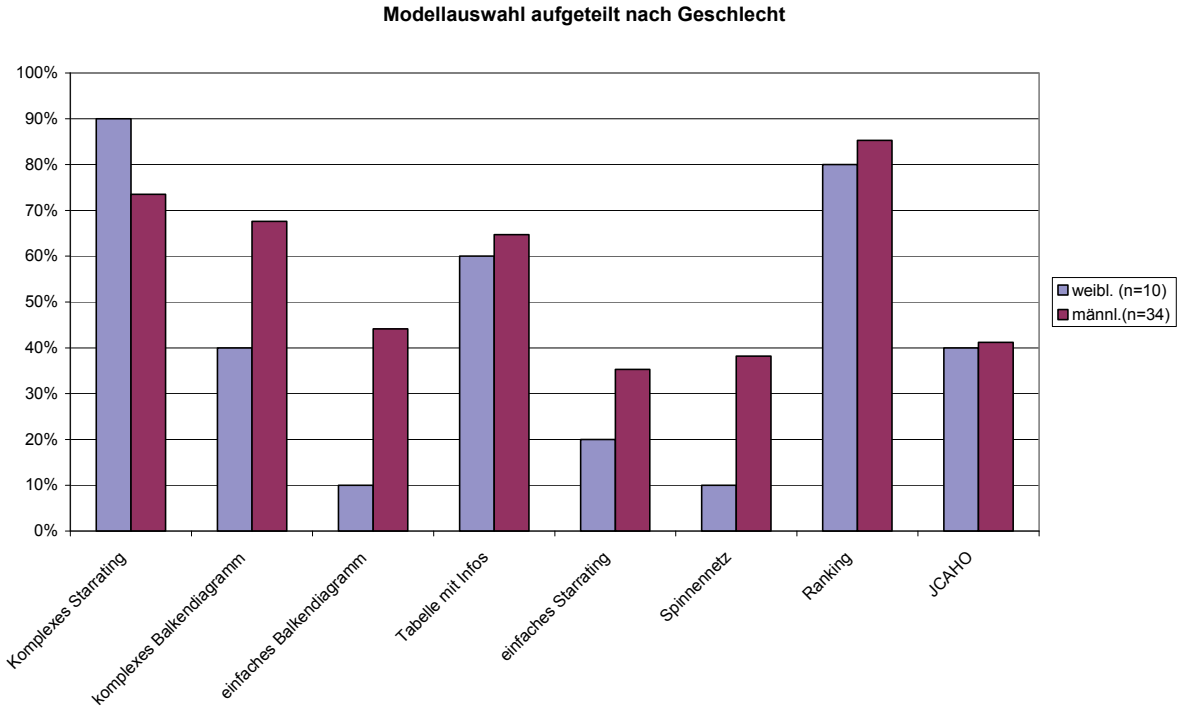


Abbildung 4.30: Modellauswahl aufgeteilt nach Geschlecht

Wie in Abbildung 4.30 zu sehen ist, werden die Darstellungsformen „Tabelle mit Infos“, „Ranking“ und „JCAHO“ von Ärztinnen und Ärzten annähernd gleich häufig ausgewählt. Einen deutlichen Unterschied gibt es jedoch beim „Komplexen Balkendiagramm“ (der Unterschied beträgt hier 28% zwischen der männlichen und weiblichen Entscheidung), beim „Spinnennetz“ (auch hier eine Differenz von 28%) und am deutlichsten beim „Einfachen Balkendiagramm“ mit einem Unterschied der Auswahlhäufigkeit von 34%.

Die Gruppen „weiblich“ und „männlich“ würden sich beide am häufigsten anhand der folgenden Darstellungsmodelle für eine Klinik entscheiden:

- Ranking
- Komplexes Starrating

Während die Frauen an dritter Stelle die „Tabelle mit Infos“ zur Hilfe nähmen, würden die Männer sich noch anhand des „Komplexen Balkendiagramms“ entscheiden.
Um Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen mit einer Darstellungsform zufriedenzustellen würde es sich nach dieser Arbeit anbieten, das „Ranking“ oder das „Komplexe Starrating“ als Darstellungsmodell auszuwählen.

4.7.2 Einfluss des Geschlechts auf die Bewertung der Darstellungsmodelle

Informationsgehalt

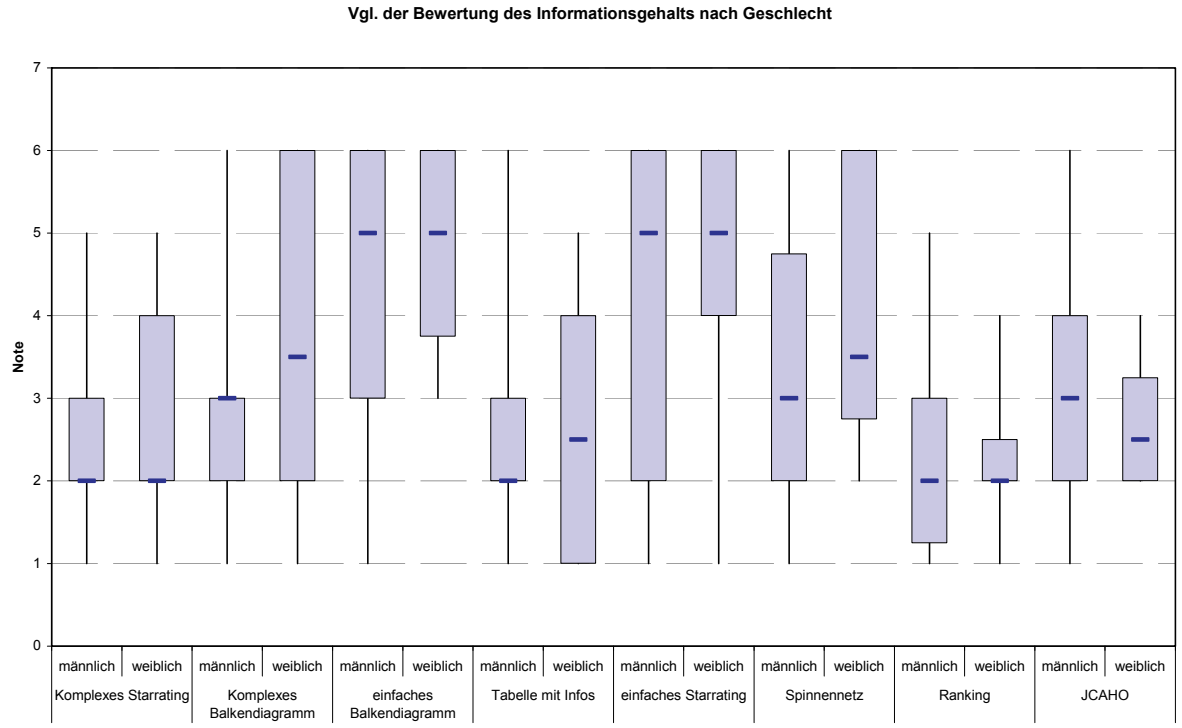


Abbildung 4.31: Vergleich der Bewertung des Informationsgehalts der Darstellungsmodelle nach Geschlecht

Die Grafik 4.31 zeigt, dass es in der Bewertung des Informationsgehalts der verschiedenen Darstellungsformen zwischen den Gruppen „männlich“ und „weiblich“ keinen auffallend deutlichen Unterschied gibt. Eine deutlich größere Varianz vor allem in die Richtung einer schlechteren Note ist jedoch beim „Komplexen Balkendiagramm“ zu erkennen, wobei die Allgemeinmedizinerinnen den Informationsgehalt hier schlechter bewerten. Beim „Einfachen Starrating“ hingegen ist eine größere Varianz bei den Männern festzustellen, die den Informationsgehalt des „Einfachen Starratings“ in dieser Varianz tendenziell besser bewerten.

Die weiblichen Studienteilnehmer bewerten den Informationsgehalt des „Rankings“ und des „JCAHO“ auffallend besser als den des „Einfachen Starratings“ und des „Einfachen Balkendiagramms“. Das „Ranking“ schneidet zusätzlich im Vergleich zum „Spinnennetz“ deutlich besser ab.
Die männlichen Teilnehmer finden den Informationsgehalt des „Einfachen Balkendiagramms“, des „Einfachen Starratings“ und des „Spinnennetzes“ ebenfalls – durch eine große Varianz – eher unzureichend.

Ein deutlicher Unterschied bei der Bewertung des Informationsgehalts durch die beiden Gruppen „weiblich“ und „männlich“ findet sich hier lediglich in der Bewertung des „Komplexen Balkendiagramms“, das von den Ärztinnen für weniger informativ gehalten wird als von ihren männlichen Kollegen.
Am besten wird sowohl von den weiblichen als auch von den männlichen Studienteilnehmern der Informationsgehalt des „Rankings“ bewertet.

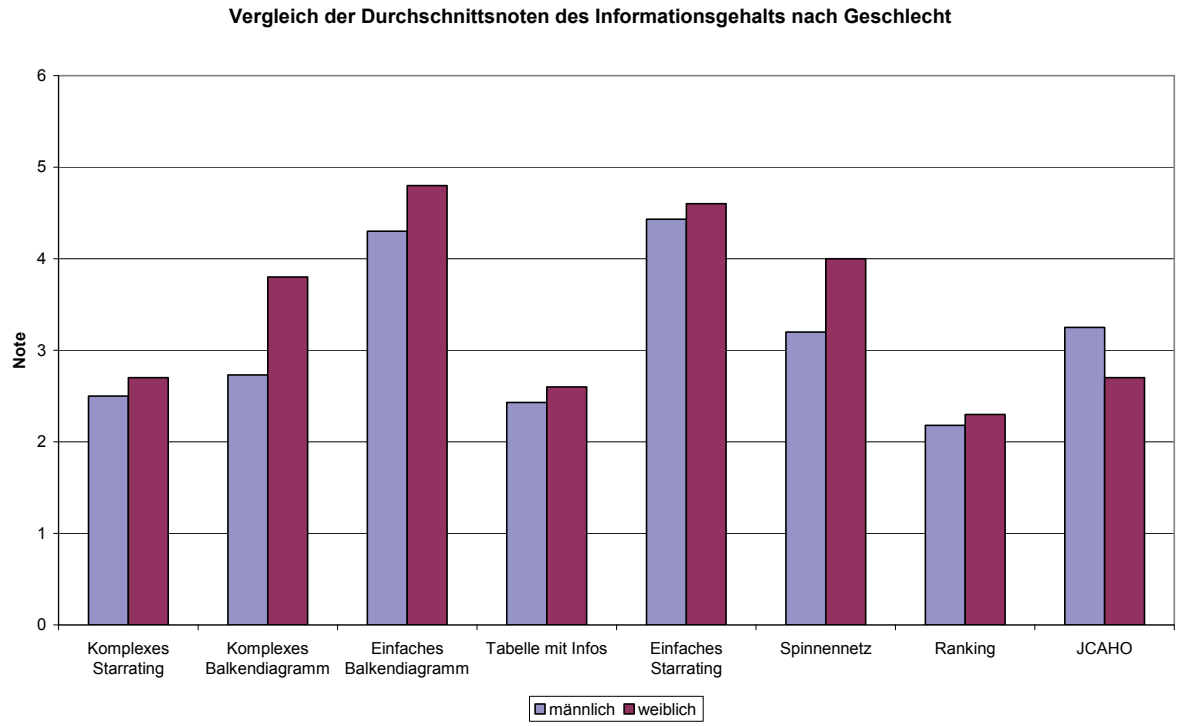


Abbildung 4.32: Mittelwertvergleiche des Informationsgehalts der einzelnen Darstellungsmodelle aufgeteilt nach Geschlecht

Auch beim Vergleich der Mittelwerte (Abbildung 4.32) zeigen sich die zuvor beschriebenen Unterschiede, die besonders deutlich sind beim „Komplexen Balkendiagramm“, dem „Spinnennetz“ und dem „JCAHO“, signifikant sind die Differenzen allerdings nicht.

Verständlichkeit

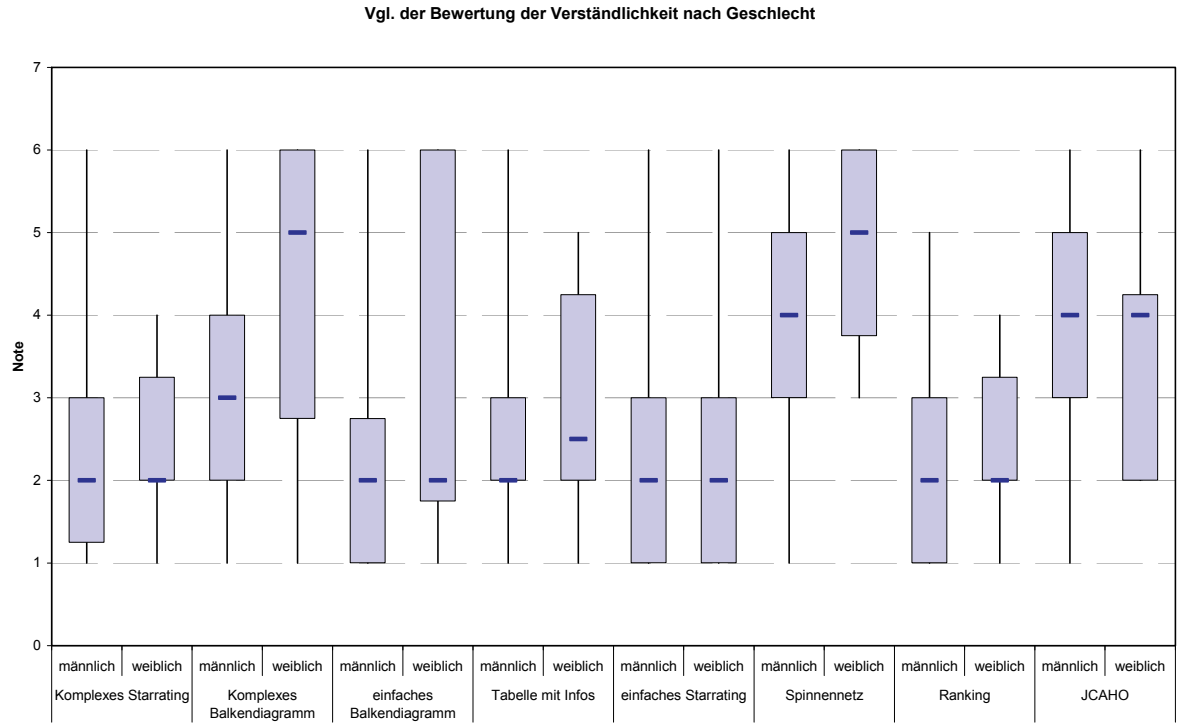


Abbildung 4.33: Vergleich der Bewertung der Verständlichkeit der Darstellungsmodelle nach Geschlecht

Die Grafik 4.33 veranschaulicht, dass es tendenziell einen Unterschied in der Bewertung der Verständlichkeit des „Komplexen Balkendiagramms“ gibt, wobei die Frauen die Verständlichkeit dieses Darstellungsmodells tendenziell schlechter bewerten als ihre männlichen Kollegen. Ebenso ist es beim „Einfachen Balkendiagramm“. Alle übrigen Darstellungsmodelle werden in ihrer Verständlichkeit von Männern und Frauen annähernd gleich beurteilt.

Weiterhin ist festzuhalten, dass die Männer das „Spinnennetz“ und das „JCAHO“ im Vergleich zum „Komplexen Starrating“, zu der „Tabelle mit Infos“, zum „Einfachen Starrating“ und zum „Ranking“ und zum „Einfachen Balkendiagramm“ deutlich schlechter verständlich finden.
Bei den Frauen hingegen ist ein tendenzieller Unterschied in der Beurteilung der Verständlichkeit beim „Spinnennetz“ und beim „Komplexen Balkendiagramm“ im Vergleich zum „Komplexen Starrating“, zum „Einfachen Starrating“ und zum „Ranking“ festzustellen. Das „Spinnennetz“ wird außerdem tendenziell schlechter bewertet als die „Tabelle mit Infos“ und das „JCAHO“.
Die Frauen finden das „Einfache Starrating“ besonders gut verständlich, während die Männer hier das „Einfache Balkendiagramm“ nennen. Einigkeit besteht darin, dass das „Spinnennetz“ schlecht zu verstehen ist, die Männer geben zusätzlich das „JCAHO“ an.

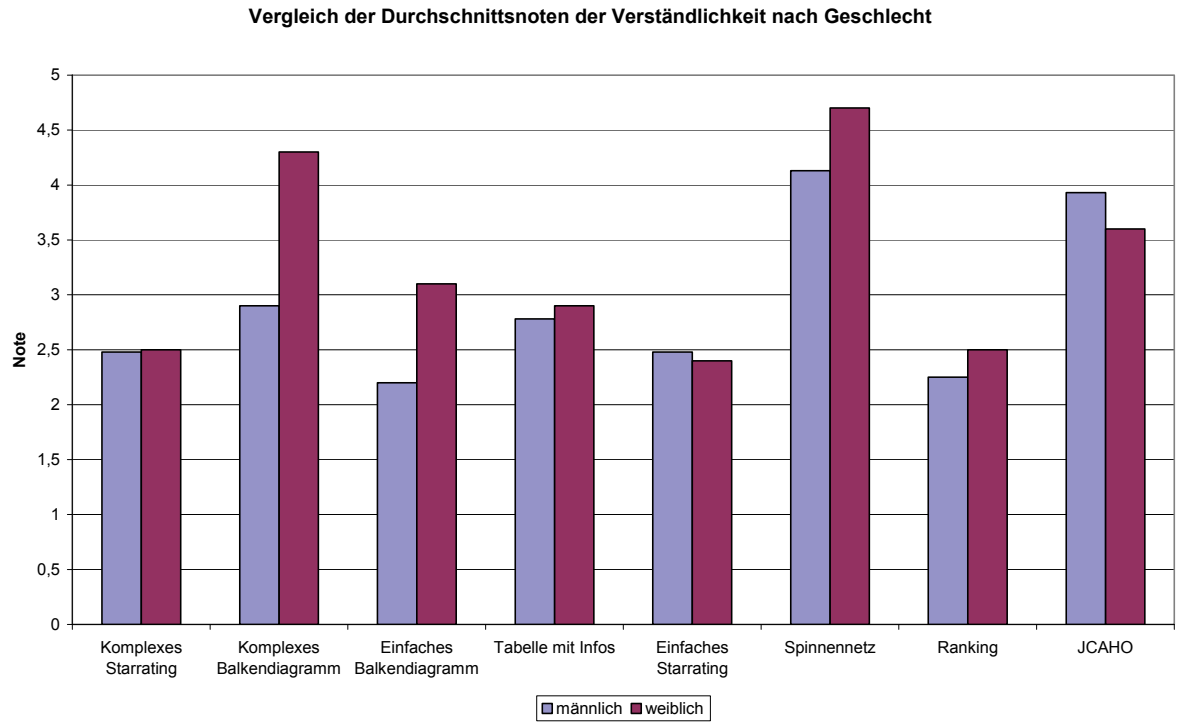


Abbildung 4.34: Mittelwertvergleiche der Verständlichkeit der einzelnen Darstellungsmodelle aufgeteilt nach Geschlecht

Die beschriebenen auffälligen Unterschiede beim „Komplexen Balkendiagramm“ und beim „Einfachen Balkendiagramm“ zeigen sich auch beim Vergleich der Mittelwerte (Abbildung 4.34), wobei die Männer die Verständlichkeit des „Komplexen Balkendiagramms“ signifikant besser bewerten als die Frauen. Die Unterschiede in der Bewertung beim „Einfachen Balkendiagramm“ sind zwar deutlich, jedoch nicht signifikant.

Übersichtlichkeit

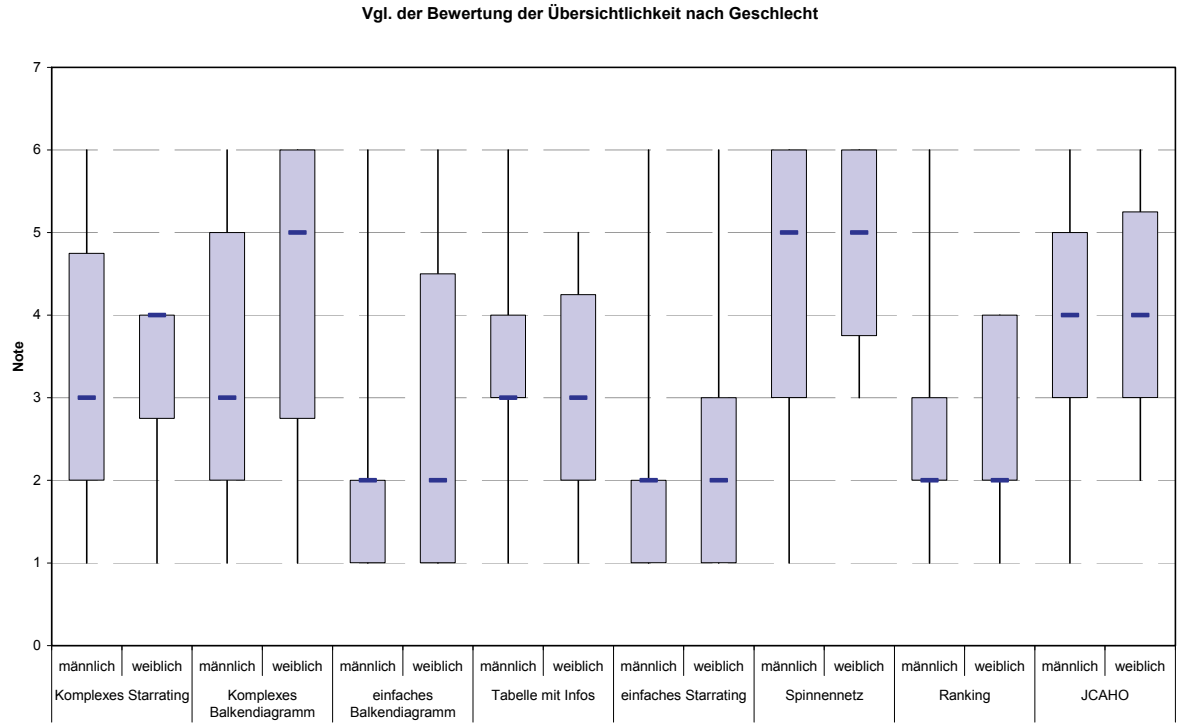


Abbildung 4.35: Vergleich der Bewertung der Übersichtlichkeit der Darstellungsmodelle nach Geschlecht

Wie der Grafik 4.35 zu entnehmen ist, gibt es keinen auffallenden Unterschied in der Bewertung der Übersichtlichkeit der unterschiedlichen Darstellungsmodelle zwischen den Gruppen „männlich“ und „weiblich“. Ein tendenzieller Unterschied ist lediglich beim „Einfachen Balkendiagramm“ zu erkennen, bei dem die Varianz in der Gruppe der Frauen deutlich größer ist und die Beurteilung daher tendenziell schlechter ausfällt.

Weiterhin ist festzustellen, dass die Männer die Übersichtlichkeit des „Einfachen Balkendiagramms“ und des „Einfachen Starratings“ im Vergleich zu den übrigen Darstellungsmodellen deutlich besser finden. Außerdem wird das „Ranking“ in seiner Übersichtlichkeit auffallend besser angesehen im Vergleich zu der „Tabelle mit Infos“, dem „Spinnennetz“ und dem „JCAHO“.
Die Frauen finden lediglich das „Einfache Starrating“ deutlich übersichtlicher als das „Spinnennetz“, das „Komplexe Starrating“, das „Komplexe Balkendiagramm“ und das „JCAHO“. Ebenfalls tendenziell übersichtlicher als das „Spinnennetz“ sind das „Komplexe Starrating“, das „Einfache Balkendiagramm“, die „Tabelle mit Infos“ und das „Ranking“.

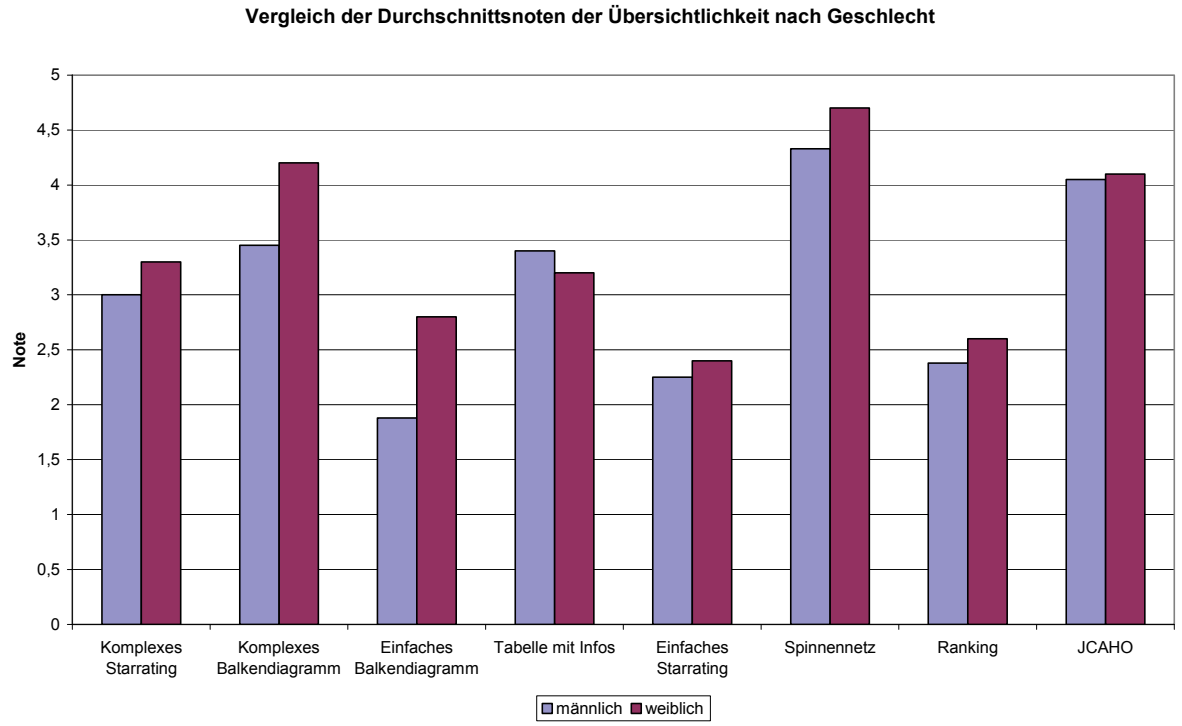


Abbildung 4.36: Mittelwertvergleiche der Übersichtlichkeit der einzelnen Darstellungsmodelle aufgeteilt nach Geschlecht

Der Vergleich der Mittelwerte in Abbildung 4.36 zeigt deutliche Unterschiede in der Bewertung des „Komplexen Balkendiagramms“ und des „Einfachen Balkendiagramms“. Signifikant sind diese Differenzen jedoch nicht.

Fazit

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass sowohl die Frauen als auch die Männer das „Einfache Starrating“ (die Männer zusätzlich das „Einfache Balkendiagramm“) sehr übersichtlich und das „Spinnennetz“ unübersichtlich finden. Hier besteht also kaum ein, und vor allem kein signifikanter, Unterschied zwischen den Geschlechtern.

Gesamturteil

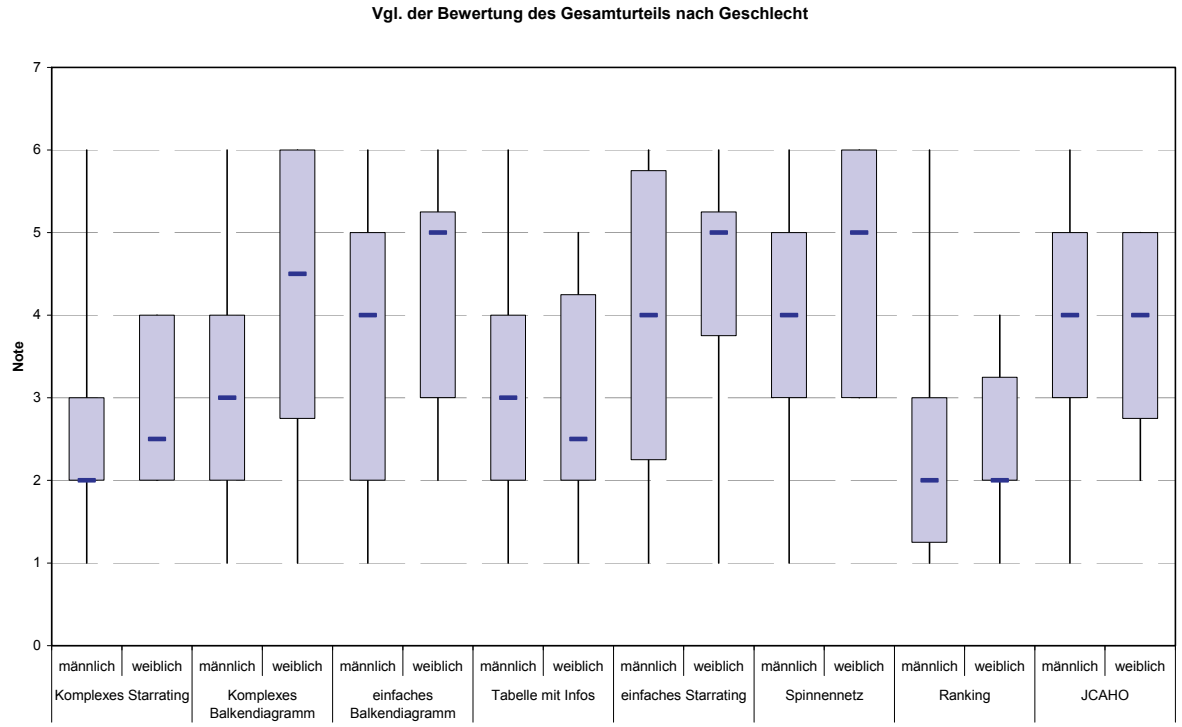


Abbildung 4.37: Vergleich der Bewertung des Gesamturteils der Darstellungsmodelle nach Geschlecht

Ein auffallend deutlicher Unterschied in der Gesamtbeurteilung der Darstellungsmodelle (Abbildung 4.37) zwischen den männlichen und weiblichen Allgemeinmedizinern ist nicht festzustellen.

Die Männer beurteilen insgesamt das „Komplexe Starrating“ und das „Ranking“ im Vergleich zum „Spinnennetz“ und zum „JCAHO“ auffallend besser. Bei den Frauen findet man einen deutlichen Unterschied zwischen dem „Ranking“ und dem „Einfachen Starrating“ und eine tendenziell bessere Beurteilung im Vergleich zum „JCAHO“, zum „Spinnennetz“ und zum „Einfachen Balkendiagramm“. Das „Komplexe Starrating“ wird tendenziell besser beurteilt als das „Einfache Starrating“.

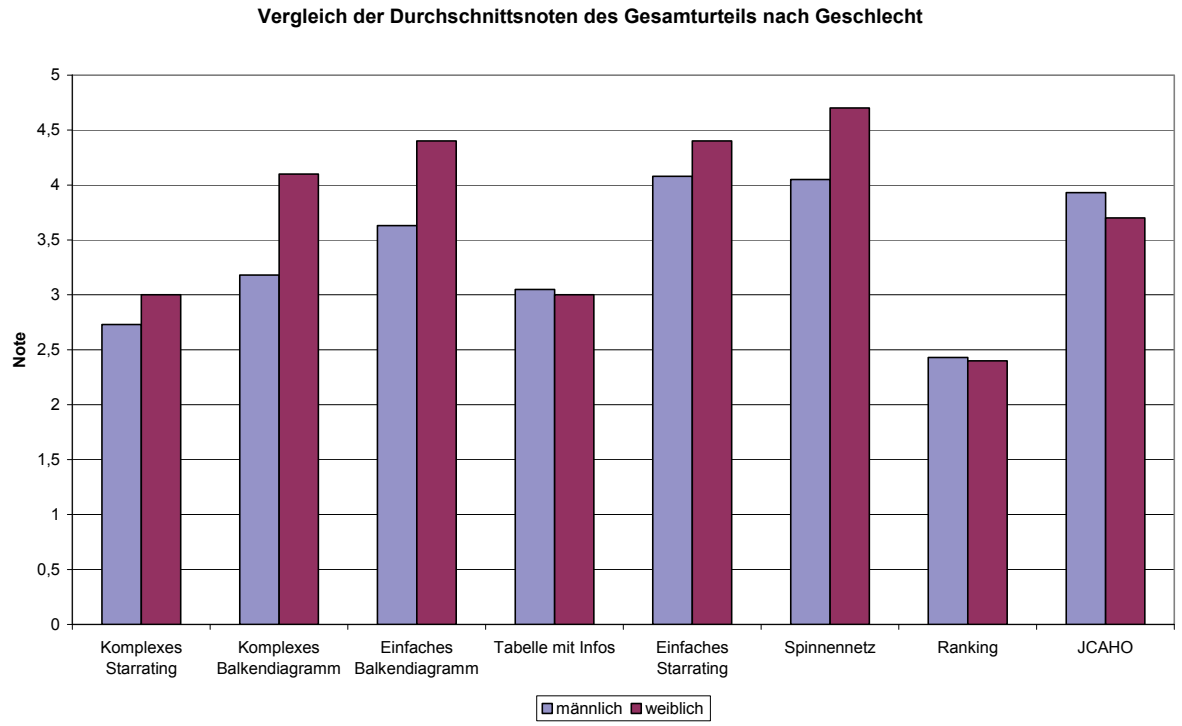


Abbildung 4.38: Mittelwertvergleiche des Gesamturteils der einzelnen Darstellungsmodelle aufgeteilt nach Geschlecht

Der Vergleich der Mittelwerte (Abbildung 4.38) zeigt auffallende Unterschiede zwischen der Bewertung der Frauen und Männer beim Gesamturteil des „Komplexen Balkendiagramms“, des „Einfachen Balkendiagramms“ und des „Spinnennetzes“, die aber nicht signifikant sind.

Fazit

Insgesamt sind die beiden untersuchten Gruppen sich einig, dass das „Ranking“ insgesamt am besten abschneidet. Am schlechtesten finden beide das „Spinnennetz“ und das „JCAHO“. Besonders unterschiedliche Ansichten bestehen bei der Gesamtbewertung des „Komplexen Balkendiagramms“ und des „Einfachen Starratings“, die beide von den männlichen Studienteilnehmern tendenziell besser bewertet werden als von den Ärztinnen. Die Verständlichkeit des „Komplexen Balkendiagramms“ wird von den Männern sogar signifikant besser beurteilt als von ihren Kolleginnen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es tendenzielle Unterschiede zwischen den Gruppen „männlich“ und „weiblich“ bei der Beurteilung des Informationsgehalts des „Komplexen Balkendiagramms“ und des „Einfachen Starratings“ gibt, bei der Beurteilung der Verständlichkeit des „Komplexen Balkendiagramms“ (hier ist der Unterschied sogar signifikant) und des „Einfachen Balkendiagramms“ sowie bei der Beurteilung der Übersichtlichkeit des „Einfachen Balkendiagramms“.
Außerdem fällt auf, dass die weiblichen Studienteilnehmer den Darstellungsmodellen kritischer gegenüberzustehen scheinen.

4.7.3 Einfluss des Geschlechts auf die Auswahl der geeignetsten Darstellungsform

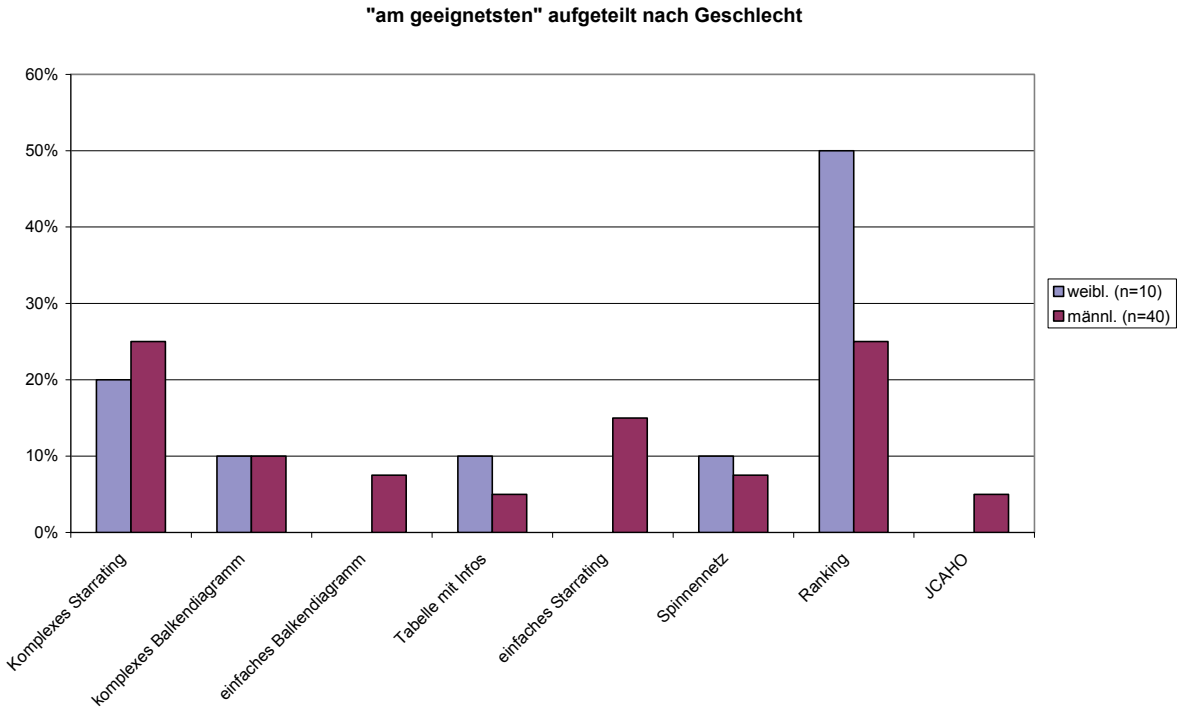


Abbildung 4.39: Geeignetste Darstellungsform nach Geschlecht

Wie die Abbildung 4.39 zeigt, sind sich die Ärztinnen und Ärzte bei den meisten Darstellungsformen einig, welches Modell zur Verwendung am geeignetsten erscheint. Einen deutlichen Präferenzunterschied gibt es jedoch bei den Darstellungsformen „Einfaches Starrating“ und „Ranking“.
Das „Einfache Starrating“ wird von immerhin 15% der Ärzte als geeigneteste Darstellungsform eingestuft, während von den Ärztinnen niemand dieses Modell bevorzugen würde, was auch zur weiter oben dargestellten Bewertung dieses Modells passt. Anders ist es beim „Ranking“. Hier würden 50% der Ärztinnen dieses Modell am hilfreichsten beurteilen, jedoch nur 25% ihrer männlichen Kollegen.
Da die Ärzte mit jeweils 25% das „Komplexe Starrating“ und das „Ranking“ gleichwertig ansehen, wäre es auch hier sinnvoll, sich insgesamt für das „Ranking“ zu entscheiden.

Auffallend ist, dass sich, wie in Kapitel 4.3.1 gezeigt, zwar etwas mehr Ärztinnen an dem „Komplexen Starrating“ orientieren würden als am „Ranking“, als geeigneteste Darstellungsform wird jedoch ganz eindeutig das Ranking genannt. Weiterhin ist zu bemerken, dass sich mit rund 65% relativ viele Ärztinnen und Ärzte anhand der „Tabelle mit Infos“ für ein Krankenhaus entscheiden würden, diese Darstellungsform insgesamt aber für eher ungeeignet halten. Eine weitere auffällige Differenz ist beim „Einfachen Starrating“ festzustellen: die männlichen Studienteilnehmer entscheiden sich in der Praxis am seltensten mit Hilfe des „Einfachen Starratings“ für ein Krankenhaus, bei der Wahl der geeignetesten Darstellungsform wird es jedoch am dritt häufigsten genannt.

Fazit
Insgesamt wird sowohl von den Frauen als auch von den Männern das „Ranking“ und das „Komplexe Starrating“ als geeignetste Darstellungsform angegeben. Bemerkenswert ist, dass in der „männlich“-Gruppe auch das „Einfache Starrating“ ohne großen Abstand an oberer Stelle steht.
Es ist auch hier – wie in Kapitel 4.6 – festzustellen, dass eine Differenz zwischen der in dieser Arbeit praktisch tatsächlich für eine Krankenhausauswahl zur Hilfe genommenen Darstellungsform und der Benennung einer besonders geeigneten Darstellungsform besteht. Es wird noch einmal deutlich, dass Theorie und Praxis differieren.

4.8 Bewertung der Darstellungsmodelle im Einzelnen nach den untersuchten Gruppen

In diesem Kapitel werden noch einmal die Bewertungen des Informationsgehalts, der Verständlichkeit und der Übersichtlichkeit sowie die Noten des Gesamturteils der einzelnen Darstellungsmodelle durch alle untersuchten Gruppen zusammenfassend verglichen und gegenübergestellt.

Komplexes Starrating
Wenn man noch einmal die vier bewerteten Punkte (Informationsgehalt, Verständlichkeit, Übersichtlichkeit, Gesamturteil) des „Komplexen Starratings“ betrachtet, ist festzustellen, dass die vier Punkte von allen untersuchten Gruppen annähernd gleich gut beurteilt werden. Tendenziell wird das „Komplexe Starrating“ von den Frauen etwas schlechter beurteilt, Unterschiede im Alter sind kaum auszumachen, durchgehend gleich gut wird es von den über 55jährigen bewertet. Ein signifikanter Unterschied findet sich in der Beurteilung der Übersichtlichkeit zwischen den unter 55jährigen und über 55jährigen, wobei die über 55jährigen die Übersichtlichkeit besser bewerten.

Fazit
Insgesamt schneidet das „Komplexe Starrating“ in den genannten vier Bewertungspunkten und den untersuchten Gruppen in etwa gleich ab.

Komplexes Balkendiagramm
Die Bewertung des Informationsgehalts, der Verständlichkeit, der Übersichtlichkeit und das Gesamturteil bzgl. des „Komplexen Balkendiagramms“ fällt in allen Gruppen ähnlich aus. Es ist lediglich zu bemerken, dass der Informationsgehalt, außer von den Frauen, etwas besser bewertet wird als die übrigen drei Kriterienpunkte. Die Frauen bewerten diese Darstellungsform in allen vier Punkten mit einer größeren Varianz schlechter als die übrigen untersuchten Gruppen. Die Verständlichkeit beurteilen sie sogar signifikant schlechter als ihre männlichen Kollegen.

Fazit
Insgesamt schneidet das „Komplexe Balkendiagramm“ in den vier untersuchten Punkten ungefähr gleich ab, der Informationsgehalt wird dabei tendenziell etwas besser, die Übersichtlichkeit hingegen eher etwas schlechter bewertet. Das schlechteste Urteil erhält das „Komplexe Balkendiagramm“ von den weiblichen Studienteilnehmern.

Einfaches Balkendiagramm
Der Informationsgehalt des „Einfachen Balkendiagramms“ wird von allen Gruppen (außer den über 55jährigen und männlichen Teilnehmern) auffallend schlechter bewertet als seine Verständlichkeit und Übersichtlichkeit. Weiterhin fällt das Gesamturteil deutlich schlechter aus als die Benotung der Übersichtlichkeit (außer bei den über 55jährigen und weiblichen Teilnehmern).
Außerdem fällt auf, dass das „Einfache Balkendiagramm“ in allen vier Punkten von den Frauen und den ≤ 45jährigen (außer bei der Übersichtlichkeit) besonders schlecht bewertet wird. Besonders deutlich ist die schlechtere Bewertung durch die Frauen bei der Verständlichkeit und Übersichtlichkeit zu erkennen. Außerdem wird der Informationsgehalt von den über 55jährigen signifikant besser bewertet als von den unter 55jährigen. Das Gesamturteil von Seiten der über 55jährigen fällt ebenfalls signifikant besser aus als von den ≤ 45jährigen.

Fazit
Bei dem „Einfachen Balkendiagramm“ wird der Informationsgehalt von allen untersuchten Gruppen insgesamt schlechter bewertet als die Verständlichkeit und Übersichtlichkeit. Das Gesamturteil fällt mittelmäßig aus. Auffallend unbeliebt ist das „Einfache Balkendiagramm“ bei den weiblichen und unter 55jährigen Studienteilnehmern.

Tabelle mit Infos
Die „Tabelle mit Infos“ wird in allen vier Bereichen in etwa gleich bewertet. Lediglich die 45- bis 55jährigen und die männlichen Studienteilnehmer beurteilen die Übersichtlichkeit deutlich schlechter als den Informationsgehalt. Ansonsten sind nur tendenzielle Abweichungen zu erkennen.

Fazit
Zusammengefasst werden die vier Bewertungskriterien bei der „Tabelle mit Infos“ von den untersuchten Gruppen in etwa gleich bewertet, die Beurteilung bewegt sich insgesamt im Mittelfeld.

Einfaches Starrating
Die Verständlichkeit und Übersichtlichkeit des „Einfachen Starratings“ werden von den unter 55jährigen und den Frauen deutlich besser beurteilt als sein Informationsgehalt und das Gesamturteil. Dieser auffallende Unterschied bzgl. der Verständlichkeit ist allerdings bei den 45- bis 55jährigen und bzgl. der Verständlichkeit und Übersichtlichkeit bei den über 55jährigen und den männlichen Allgemeinmedizinern nicht nachzuweisen. In diesen zwei Gruppen fällt auch das Gesamturteil nicht bemerkenswert schlechter aus im Vergleich zur Verständlichkeit und der Übersichtlichkeit.
Insgesamt wird das „Einfache Starrating“ tendenziell schlechter bewertet von den weiblichen Studienteilnehmern und den 45-55jährigen, eher besser fällt das Urteil von den über 55jährigen und männlichen Teilnehmern aus. Signifikante Abweichungen finden sich bei der Bewertung des Informationsgehalts und dem Gesamturteil, die beide von den über 55jährigen signifikant besser beurteilt werden als von den unter 55jährigen.

Fazit
Der Informationsgehalt und das Gesamturteil werden beim „Einfachen Starrating“ von allen untersuchten Gruppen deutlich schlechter bewertet als seine Verständlichkeit und die Übersichtlichkeit.

Spinnennetz
Der Informationsgehalt, die Verständlichkeit, die Übersichtlichkeit und das Gesamturteil des „Spinnennetzes“ werden in allen untersuchten Gruppen in etwa gleich schlecht bewertet.
Tendenziell etwas besser fällt die Bewertung von Seiten der ≤ 45jährigen und Männern aus, eher schlecht finden das „Spinnennetz“ 45- bis 55jährigen und weiblichen Studienteilnehmer.

Fazit
Das „Spinnennetz“ wird von den untersuchten Gruppen in allen untersuchten Punkten insgesamt eher schlecht bewertet, lediglich der Informationsgehalt wird etwas besser beurteilt.

Ranking
Beim Ranking fällt die Beurteilung der vier Kriterien in allen Gruppen ähnlich aus.
Insgesamt wird das „Ranking“ von den Männern tendenziell besser bewertet als von den Frauen. Bezüglich des Alters ist keine klare Tendenz erkennbar.

Fazit
Insgesamt wird das „Ranking“ von allen untersuchten Gruppen in allen Punkten ungefähr gleich gut beurteilt.

JCAHO
Auch hier werden die vier Kriterien von allen Gruppen ungefähr gleich bewertet. Den größten Unterschied gibt es bei der Bewertung der Verständlichkeit, die von den Frauen tendenziell besser und von den 45- bis 55jährigen tendenziell schlechter bewertet wird als von den anderen Gruppen. Es ist festzuhalten, dass die weiblichen Teilnehmer den Informationsgehalt des „JCAHO“ deutlich besser einschätzen als die Übersichtlichkeit und das Gesamturteil und die unter 45jährigen halten die Übersichtlichkeit für deutlich schlechter als den Informationsgehalt des „JCAHO“.
Auffällige Unterschiede in der Varianz gibt es bei der Beurteilung der Verständlichkeit zwischen den 45- bis 55jährigen und den über 55jährigen und der Bewertung der Übersichtlichkeit zwischen den unter 45jährigen und 45- bis 55jährigen.

Insgesamt wird das „JCAHO“ von den Frauen und den über 55jährigen eher etwas besser beurteilt als von den übrigen untersuchten Gruppen. Tendenziell schlechter schneidet es bei den Männern und den 45- bis 55jährigen ab.

Fazit
Das „JCAHO“ wird in den vier untersuchten Kriterien in etwas gleich – mittelmäßig bis schlecht – bewertet, lediglich der Informationsgehalt erhält ein etwas besseres Urteil.

5 Ergebnisse und spezifische Diskussion zur Verständlichkeit und Relevanz der einzelnen Qualitätsindikatoren

Im Folgenden wird erläutert, welche Qualitätsindikatoren von den befragten Allgemeinmedizinern als verständlich bzw. unverständlich als Merkmal für Qualität angesehen werden und welche Relevanz sie den Indikatoren für die Qualitätsbeurteilung beimessen. Außerdem wird untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen der Verständlichkeit und der Relevanz der Qualitätsindikatoren gibt.
Die Prüfung, ob signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten bestehen, erfolgte mit Hilfe des Wilcoxon-Tests für abhängige Stichproben (Kapitel 5.1.3) und mit Hilfe des T-Tests für unabhängige Stichproben beziehungsweise des U-Tests ($\alpha < 0{,}05$).

5.1 Bewertung der Verständlichkeit und Relevanz der Qualitätsindikatoren allgemein

Tabelle 5.1: Übersicht über die Verständlichkeit und Bewertung der Qualitätsindikatoren

Bewertung der Verständlichkeit und der Relevanz	Verständlichkeit		Relevanz						
	verständlich	unverständlich	1	2	3	4	5	6	Durchschnitts-Note
Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus	33 (66%)	17 (34%)	2	12	18	5	4	9	3,48
Anzahl der Betten des Krankenhauses	20 (40%)	30 (60%)	2	5	14	14	9	6	3,82
Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	26 (52%)	24 (48%)	2	9	17	13	5	4	3,52
Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses	18 (36%)	32 (64%)	2	5	18	9	8	8	3,8
Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses	32 (64%)	18 (36%)	5	17	13	8	5	2	2,94
Das Krankenhaus hat eine Poliklinik	29 (58%)	21 (42%)	6	13	12	7	5	7	3,26
Das Krankenhaus hat eine fachspezifische Ambulanz	46 (92%)	4 (8%)	11	27	7	2	2	1	2,2
Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	46 (92%)	4 (8%)	12	27	6	3	1	1	2,14
Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen	31 (62%)	19 (38%)	7	19	12	6	5	1	2,72
Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arzt-Verfahren?	23 (46%)	27 (54%)	3	8	12	11	10	6	3,7
Umfang der apparativen Ausstattung	42 (84%)	8 (16%)	18	20	5	5	1	1	2,08
24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung	44 (88%)	6 (12%)	26	17	4	2	1		1,7
Umfang therapeutischer Möglichkeiten	43 (86%)	7 (14%)	25	20	2		3		1,72
Leistungsspektrum der Fachabteilungen	44 (88%)	6 (12%)	24	21	2	1	2		1,72
Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe	50 (100%)	0 (0%)	27	19	3		1		1,58
Häufigkeit der Durchführung ambulanter Operationen	39 (78%)	11 (22%)	9	22	11	4	2	2	2,48
Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	42 (84%)	8 (16%)	24	20	3		3		1,76
Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis	29 (58%)	21 (42%)	9	14	11	9	5	2	2,56
Personalqualifikation im Pflegedienst	38 (76%)	12 (24%)	19	16	9	2	3	1	2,14
Ergebnisse der externen Qualitätssicherung	30 (60%)	20 (40%)	8	11	13	7	7	4	3,12
Krankenhaus führt externe Qualitätssicherung durch	33 (66%)	17 (34%)	8	11	12	6	9	4	3,18
Teilnahme bei DMP's	12 (24%)	38 (76%)	1	3	9	8	11	18	4,58
Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen	22 (44%)	28 (56%)	4	12	14	6	6	8	3,44
Empfehlung von Verwandten, Bekannten, Ärzten, anderen Fachleuten	36 (72%)	14 (28%)	8	23	8	4	5	2	2,62
Gewohnheit	17 (34%)	33 (66%)		8	9	15	5	13	3,82
Nähe zum Wohnort des Patienten	41 (82%)	9 (18%)	9	19	12	7	2	1	2,54
Krankenhausträger	4 (8%)	46 (92%)	2	2	4	10	9	23	4,82
Patientenzufriedenheit	45 (90%)	5 (10%)	27	16	4		2	1	1,74
Freundlichkeit des Personals	46 (92%)	4 (8%)	25	14	9		1	1	1,82

5.1.1 Verständlichkeit der Qualitätsmerkmale allgemein

Wie der Tabelle 5.1 zu entnehmen ist, sind den befragten Ärzten lediglich zwölf der aufgeführten Qualitätsmerkmale eindeutig verständlich (wenn man als „eindeutig verständlich“ Werte über 80% definiert). Für die befragten Ärzte und Ärztinnen bedeutete „verständlich“ in diesem Zusammenhang, ob es nachvollziehbar ist, warum das jeweilige Merkmal als ein Indikator für Qualität angesehen werden kann, also ob das Merkmal in der Lage ist, Qualität widerzuspiegeln.
Die genannten Merkmale, die als eindeutig verständlich gelten, sind:

- Krankenhaus hat fachspezifische Ambulanz
- Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote
- Umfang der apparativen Ausstattung
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung
- Umfang der therapeutischen Möglichkeiten
- Leistungsspektrum der Fachabteilungen
- Durchführung bestimmter operativer Eingriffe
- Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst
- Nähe zum Wohnort des Patienten
- Patientenzufriedenheit
- Freundlichkeit des Personals

Es ist insgesamt festzustellen, das die angegebenen Qualitätsmerkmale überwiegend nicht eindeutig als „verständlich“ oder „unverständlich“ eingeordnet werden können. Lediglich das Merkmal „Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe“ wird zu 100% als „verständlich“ angesehen.

Als deutlich unverständlich, also als ein Merkmal, das aus sicht der befragten Ärzte nicht die Qualität eines Krankenhauses reflektieren kann, ist hingegen nur das Merkmal „Krankenhausträger“ herauszustellen. Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte beurteilten folgende Merkmale als wenig verständlich (wenn man „wenig verständlich“ als Werte unter 50% definiert):

- Anzahl der Betten des Krankenhauses
- Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses
- Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arzt-Verfahren?
- Teilnahme an DMP’s
- Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung
- Gewohnheit
- Krankenhausträger

Da unverständliche Indikatoren – wie internationale Studien zeigen – nicht hilfreich sind, sollte man darüber nachdenken, diese Merkmale aus den Qualitätsberichten zu streichen.

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass man nicht sagen kann, welche Gruppe von Qualitätsmerkmalen besonders bevorzugt oder abgelehnt wird. So sind Struktur- und Leistungsdaten sowohl unter den „eindeutig verständlichen“ als auch unter den „wenig

verständlichen“ Merkmalen zu finden, wobei die Strukturdaten in der „eindeutig verständlich“-Kategorie doppelt so häufig genannt werden wie in der „wenig verständlich“-Kategorie (acht mal im Vergleich zu vier mal).
Zu erwähnen ist noch, dass bei den verständlichen Merkmalen auch ein Kriterium aus der Gruppe der Ergebnisdaten genannt wird, wobei zu berücksichtigen ist, dass unter den aufgelisteten Merkmalen insgesamt auch nur zwei Ergebnisdaten-Merkmale aufgeführt sind.

5.1.2 Relevanz der Qualitätsmerkmale allgemein

Die durchschnittliche Bewertung der genannten Qualitätsmerkmale bewegt sich insgesamt zwischen 1,58 und 4,82. Als besonders relevant (Durchschnittsnote <2,0) können genannt werden:

- 24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung
- Umfang therapeutischer Möglichkeiten
- Leistungsspektrum der Fachabteilungen
- Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe
- Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst
- Patientenzufriedenheit
- Freundlichkeit des Personals

Als auffällig weniger relevante Merkmale (Durchschnittsnote >3,5) sind zu nennen:

- Anzahl der Betten des Krankenhauses
- Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses
- Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses
- Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arzt-Verfahren?
- Teilnahme an DMP’s
- Gewohnheit
- Krankenhausträger

Die Merkmale „Teilnahme an DMP’s“ und „Krankenhausträger“ werden dabei mit Abstand als besonders irrelevant bewertet.

Wie schon bei der Frage nach der Verständlichkeit der Merkmale ist auch bei der Relevanz der Qualitätsindikatoren festzuhalten, dass nicht eindeutig zu klären ist, welche Gruppe von Merkmalen als besonders relevant oder wenig relevant zu bewerten ist, da ungefähr gleich viele Struktur- und Leistungsdaten in der Kategorie „besonders relevant“ und „weniger relevant“ zu finden sind.
Bemerkenswert ist, dass auch hier ein Merkmal aus der Gruppe der Ergebnisdaten, das schon als „eindeutig verständlich“ beurteilt wurde, in die Rubrik „besonders relevant“ fällt.
Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass in der Liste der zu bewertenden Indikatoren deutlich mehr Strukturdaten (n=19) zur Auswahl stehen als Leistungs- (n=6) und Ergebnisdaten (n=2). Eine zuverlässige Beurteilung, welche Indikatorengruppe besonders verständlich bzw. relevant erscheint, ist wegen der großen zahlenmäßigen Differenz schwierig.

5.1.3 Vergleich der Relevanz der einzelnen Indikatoren

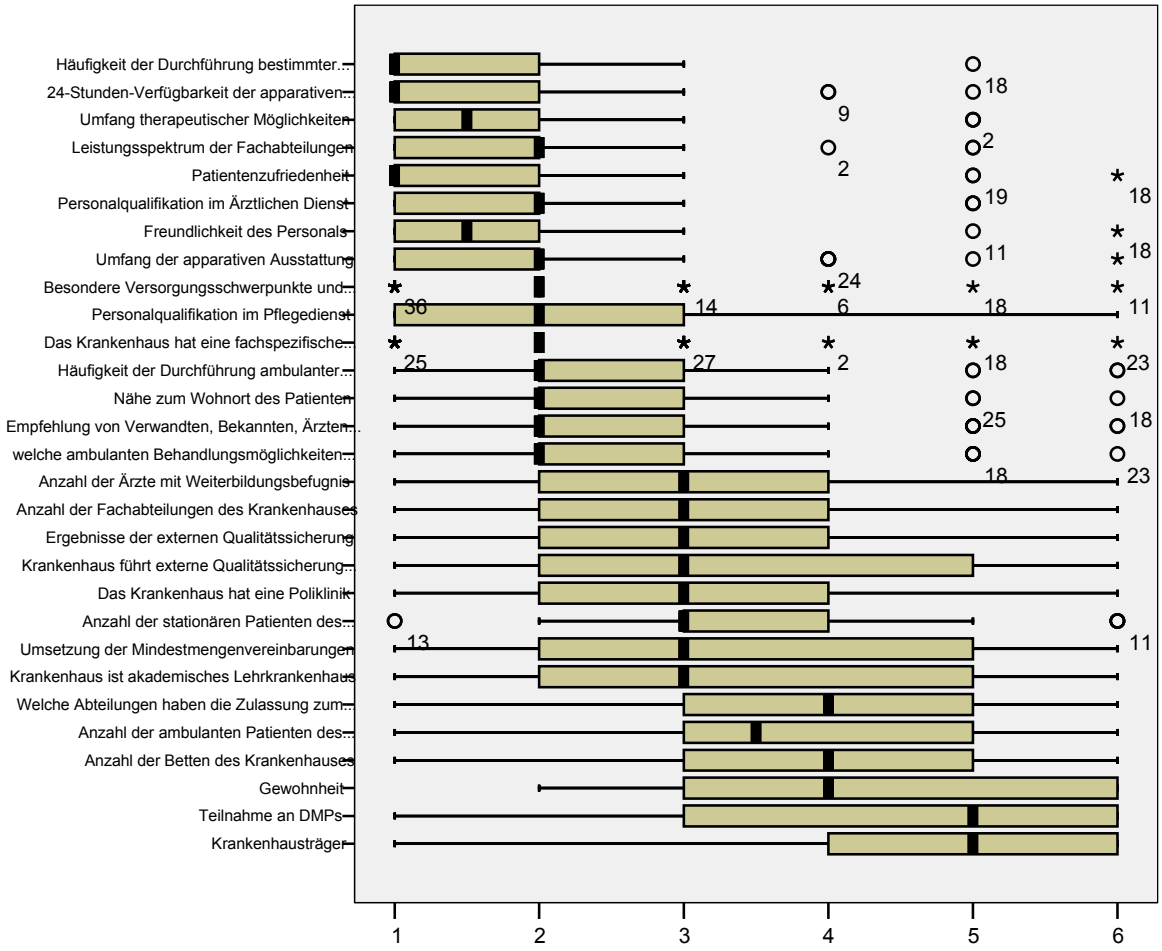


Abbildung 5.1: Übersicht über die Relevanz der einzelnen Qualitätsindikatoren

Die Grafik 5.1 macht deutlich, dass die Qualitätsmerkmale

- Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe
- 24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung
- Leistungsspektrum der Fachabteilungen
- Patientenzufriedenheit
- Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst
- Freundlichkeit des Personals
- Umfang der apparativen Ausstattung

für deutlich relevanter eingestuft werden als die übrigen Indikatoren.

Bei einer weiteren Unterteilung ist außerdem festzustellen, dass den befragten Allgemeinmedizinern die Merkmale

- Personalqualifikation im Pflegedienst
- Versorgungsschwerpunkte, zusätzliche Leistungsangebote
- Häufigkeit der Durchführung ambulanter Operationen
- Nähe zum Wohnort des Patienten
- Empfehlungen von Verwandten, Bekannten, Ärzten, anderen Fachleuten und
- Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen

deutlich wichtiger erscheinen als die Merkmale „Anzahl der stationären Patienten“, „Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arzt-Verfahren“, „Anzahl der ambulanten Patienten“ und „Anzahl der Betten des Krankenhauses“, „Gewohnheit“, „Teilnahme an DMP’s“ und „Krankenhausträger“.

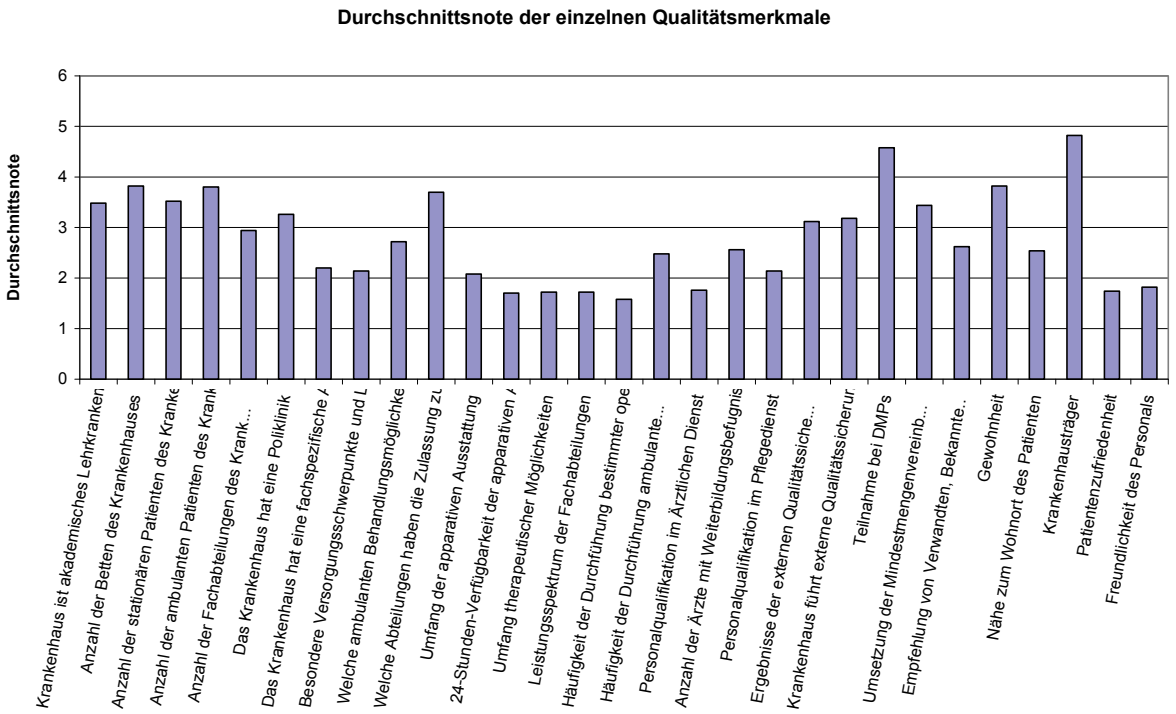


Abbildung 5.2: Mittelwerte der einzelnen Qualitätsmerkmale bzgl. ihrer Relevanz

Die Darstellung der Durchschnittsnoten der einzelnen Qualitätsmerkmale (Abbildung 5.2) verdeutlicht noch einmal, dass es deutliche Unterschiede in der Beurteilung der Relevanz einzelner Faktoren gibt. Mit Hilfe des Wilcoxon-Tests konnte festgestellt werden, dass die Qualitätsparameter „24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung“, „Umfang der therapeutischen Möglichkeiten“, „Leistungsspektrum der Fachabteilungen“, „Häufigkeit der Durchführung bestimmter operative Eingriffe“, „Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst“, „Patientenzufriedenheit“ und „Freundlichkeit des Personals“ signifikant für relevanter erachtet werden als die anderen aufgeführten Qualitätsmerkmale, wobei die Relevanz der „Feundlichkeit des Personals“ sich nicht relevant unterscheidet von den Faktoren „Das Krankenhaus hat eine fachspezifische Ambulanz“ und „Umfang der apparativen Ausstattung“. Signifikant schlechter als alle anderen Qualitätsmerkmale werden die Parameter

„Krankenhausträger“ und „Teilnahme and DMP’s“ beurteilt, wobei sich „Teilnahme an DMP’s“ nicht signifikant von der „Gewohnheit“ unterscheidet.

5.2 Bewertung der Abhängigkeit zwischen Verständlichkeit und Relevanz

Wie der Tabelle 5.1 zu entnehmen ist, besteht scheinbar ein Zusammenhang zwischen der Verständlichkeit der aufgeführten Qualitätsindikatoren und der Bewertung ihrer Relevanz.
Bei allen Indikatoren, deren Durchschnittsnote zwischen 1,0 und 2,0 liegt, liegt auch ihre Verständlichkeit zwischen 84% und 100%. So beträgt z.B. bei dem Indikator „Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe“ die Verständlichkeit 100% und gleichzeitig erreicht dieser Indikator die beste Durchschnittsnote von 1,58 bzgl. seiner Relevanz.
Die Indikatoren, die eine Durchschnittsnote von 3,8 oder schlechter erhalten haben, werden entsprechend nur von 4% bis 20% der befragten Ärzte als verständlich beurteilt.

Fazit
Die Ergebnisse zeigen, dass die Ärzte die Qualitätsindikatoren verstehen müssen, damit sie die Indikatoren auch für relevant halten, wobei auch hier wieder mit „verständlich“ gemeint ist, ob es den befragten Ärzten und Ärztinnen nachvollziehbar erscheint, warum das jeweilige Merkmal als ein Indikator für Qualität angesehen werden kann, also ob das Merkmal in der Lage ist, Qualität widerzuspiegeln.

Damit bleibt zu überlegen, ob es sinnvoll und notwendig ist, Merkmale, die nicht verständlich sind, in den Qualitätsberichten aufzuführen, wenn man berücksichtigt, dass ausländische Studien zeigen, dass vergleichende Darstellungsmodelle nicht oder nicht richtig genutzt werden, wenn sie zu unübersichtlich sind, weil sie z.B. zu viele Informationen enthalten oder Informationen, die die Nutzer nicht interessieren.

5.3 Zusätzlich gewünschte Qualitätsindikatoren

Als weitere, zur Beurteilung und Entscheidung erwünschte, Indikatoren wurden genannt:

- **Anzahl der unzufriedenen Patienten (n=1)**
  Es besteht der Wunsch, nicht nur positive Daten einsehen zu können, sondern auch zu sehen, wie viele Patienten mit der jeweiligen Klinik nicht zufrieden waren
- **Mortalitätsrate (n=4)**
  Häufiger geäußert wurde der Wunsch nach der Anzahl der verstorbenen Patienten
- **Wundheilungsstörungen (n=1)**
  Es besteht Interesse an der Auftretenshäufigkeit von Wundheilungsstörungen
- **Verweildauer (n=1)**
  Es wurde der Wunsch angegeben zu erfahren, wie lange die Patienten durchschnittlich in den jeweiligen Krankenhäusern liegen, also ob die Verweildauer kurz oder lang ist
- **Konfliktmanagement (n=1)**
  Es wurde Interesse daran geäußert, wie die Kliniken mit Problemen und Konflikten umgehen

- **Kritikfähigkeit (n=1)**
  Es besteht der Wunsch zu erfahren, wie die Krankenhäuser mit geäußerter Kritik umgehen
- **Offenlegung von NW/Infekten/Todesfällen (n=3)**
  Häufiger genannt wurde der Wunsch, etwas über die Auftretenshäufigkeit von Nebenwirkungen, Infektionen und – wie bereits erwähnt – Mortalitätsraten zu erfahren
- **Komplikationsraten allgemein und bei OP (n=3)**
  Es besteht Interesse an der Häufigkeit von auftretenden Komplikationen allgemein im Krankenhaus und speziell auch an Komplikationen bei Operationen
- **Nosokomiale Infektionen (n=1)**
  Nicht nur die Rate an Infektionen allgemein, sondern speziell auch von Infektionen, die im Krankenhaus erworben wurden, stehen im Interesse der befragten Ärzte
- **MRSA (n=1)**
  Spezielles Interesse besteht auch an der Häufigkeit und der Anzahl der Patienten, die mit MRSA in den jeweiligen Krankenhäusern infiziert sind
- **Prozessabläufe bei stationärer Aufnahme (n=1)**
  Es wurde der Wunsch geäußert, mehr Informationen dazu zu bekommen, wie die stationäre Aufnahme ihrer Patienten erfolgt, also ob z.B. klar ist, wo die Patienten hinmüssen, ob sie erst in die Ambulanz müssen oder sofort auf ihre Station gehen können
- **Kontaktaufnahme zum niedergelassenen Arzt durch das Krankenhaus (n=3)**
  Es besteht Interesse daran, ob das Krankenhaus nach Aufnahme eines Patienten sich mit dem niedergelassenen, behandelnden Arzt in Verbindung setzt
- **Studien (n=1)**
  Genannt wurde der Wunsch zu wissen, ob die Patienten in den jeweiligen Kliniken gegebenenfalls in Studien aufgenommen werden
- **Patientenaufklärung (n=1)**
  Es wurde der Wunsch geäußert zu erfahren, ob Patienten vor diagnostischen Maßnahmen angemessen aufgeklärt werden, ob die Aufklärung frühzeitig durchgeführt wird, von wem die Patienten aufgeklärt werden, ob die Patienten so aufgeklärt werden, dass sie auch verstehen, was gemacht wird und ob ihnen genügend Zeit und Gelegenheit gegeben wird, offen gebliebene Fragen zu stellen und zu klären sowie eine Entscheidung zu treffen
- **Dauer bis zum ersten Arzt-Patienten-Kontakt (n=1)**
  Es wurde angegeben, dass es wichtig wäre zu wissen, wie lange es dauert, bis die neu aufgenommenen Patienten zum ersten Mal vom Stationsarzt gesehen werden
- **Nachbehandlungsmöglichkeiten (n=1)**
  Es besteht Interesse daran, ob Patienten nach einer Behandlung die Möglichkeit haben, in dem Krankenhaus, in dem sie waren, nachbehandelt zu werden
- **Auslastung (n=1)**
  Es besteht der Wunsch zu wissen, wie viele Kapazitäten das Krankenhaus hat (z.B. Bettenanzahl) und wie viel von den Kapazitäten tatsächlich genutzt wird, in wie weit die Kapazitäten ausgelastet sind
- **Feedback (n=1)**
  Es wurde angegeben, dass es wichtig wäre, dass der behandelnde Krankenhausarzt sich mit dem einweisenden Arzt in Verbindung setzt und Hinweise gibt, was in der Behandlung durch den niedergelassenen Arzt gut gelaufen ist und was optimiert werden könnte

- **Rücküberweisungsquote an Einweiser (n=1)**
  Es besteht Interesse daran zu erfahren, wie viele von den eingewiesenen Patienten zu ihnen zurücküberwiesen werden oder ob die Patienten zu anderen Ärzten geschickt werden
- **Seminar (n=2)**
  Es wurde der Wunsch nach einem „Seminar“, in dem die Krankenhäuser sich vorstellen und in dem Ansprechpartner genannt werden, geäußert

Letztlich wurde noch angemerkt (n=8), dass durch den ganzen Papieraufwand weniger Zeit für die Patienten bleibt, was auch die Grundstimmung der niedergelassenen Ärzte widerspiegelt: die meisten befragten Ärzte (62%) stehen den vergleichenden Qualitätsberichten eher kritisch gegenüber, sind aber dennoch bereit, sich mit den Berichten zu beschäftigen und sich anhand derer auch für ein Krankenhaus zu entscheiden. Dies gilt insbesondere für die jüngeren Ärztinnen und Ärzte.

5.4 Einfluss des Alters auf die Verständlichkeit und Relevanz der Qualitätsindikatoren

Zur Analyse des Einflusses des Alters auf die Verständlichkeit der Qualitätsindikatoren wurden die Studienteilnehmer, wie in Kapitel 4.2. erläutert, in drei Altersgruppen ($\leq$ 45 Jahre n=17, 45-55 Jahre n=18 und >55 Jahre n=15) eingeteilt. Die Gruppengrößen müssen hier nicht angepasst und reduziert werden, da alle Studienteilnehmer die Qualitätsindikatoren bewerten mussten.
Die Signifikanzprüfung wurde mit Hilfe des T-Tests für unabhängige Stichproben beziehungsweise ggf. mit Hilfe des U-Tests durchgeführt ($\alpha < 0{,}05$).

5.4.1 Einfluss des Alters auf die Verständlichkeit der Qualitätsindikatoren

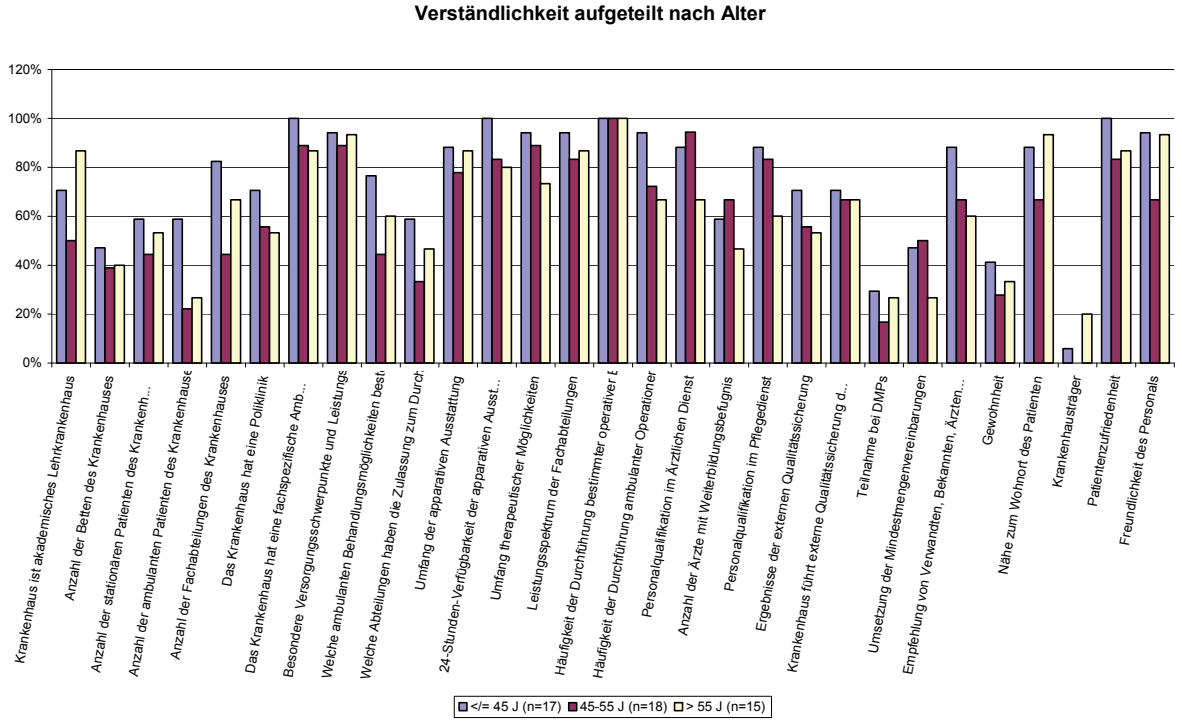


Abbildung 5.3: Bewertung der Verständlichkeit der Qualitätsindikatoren aufgeteilt nach Altersgruppen

Wie die Abbildung 5.3 veranschaulicht, ist am häufigsten die größte Differenz in der Verständlichkeit der Indikatoren als Qualitätsmerkmal zwischen den Gruppen 1 und 2 festzustellen und nicht, wie vielleicht zu erwarten gewesen wäre, zwischen den Ärzten unter 45 Jahren und über 55 Jahren. Besonders groß (hier definiert als >25% Unterschied) ist die Differenz zwischen der Gruppe 1 und 2 bei den Indikatoren „Anzahl der ambulanten Patienten“ (36,6%), „Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses“ (38%), „ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ (32,1%), „Versorgungsschwerpunkte“ (27,4%) und „Freundlichkeit des Personals“ (27,4%).
Einen Unterschied von mindestens 25% zwischen den Gruppen 1 und 3 findet man bei den Qualitätsmerkmalen „Häufigkeit ambulanter Operationen“ (27,5%), „Personalqualifikation im Pflegedienst“ (28,2%) und bei „Empfehlungen von Verwandten, Bekannten, Ärzten, anderen Fachleuten“ (28,2%), während eine deutliche Differenz zwischen den Gruppen 2 und 3 bei den Indikatoren „Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus“ (36,7%), „Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst“ (27,7%) und „Nähe zum Wohnort des Patienten“ (27,7%) festzustellen ist.

Tabelle 5.2: Verständlichkeit und Unverständlichkeit der Indikatoren aufgeteilt nach Altersgruppen

	≤ 45 Jahre	**45-55 Jahre**	**> 55 Jahre**
Besonders verständlich	Krankenhaus hat fachspezif. Ambulanz	Krankenhaus hat fachspezif. Ambulanz	Nähe zum Wohnort des Patienten
	24-Std.-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung	Besondere Versorgungs-schwerpunkte und Leistungsangebote	Besondere Versorgungs-schwerpunkte und Leistungsangebote
	Häufigkeit der Durch-führung best. opera-tiver Eingriffe	Häufigkeit der Durch-führung best. opera-tiver Eingriffe	Häufigkeit der Durch-führung best. opera-tiver Eingriffe
	Patientenzufriedenheit	Umfang der thera-peutischen Möglich-keiten	Freundlichkeit des Personals
		Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	
Kaum verständlich	Teilnahme an DMP's	Teilnahme an DMP's	Teilnahme an DMP's
	Gewohnheit	Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses	Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses
	Krankenhausträger	Krankenhausträger	Krankenhausträger
			Umsetzung der Mindestmengenverein-barung

Fazit
Die Tabelle 5.2 verdeutlicht, dass das Alter einen Einfluss zumindest auf die Verständlichkeit von einem Teil der Qualitätsindikatoren hat und somit nicht unbeachtet bleiben sollte.

5.4.2 Einfluss des Alters auf die Bewertung der Relevanz der Qualitätsindikatoren

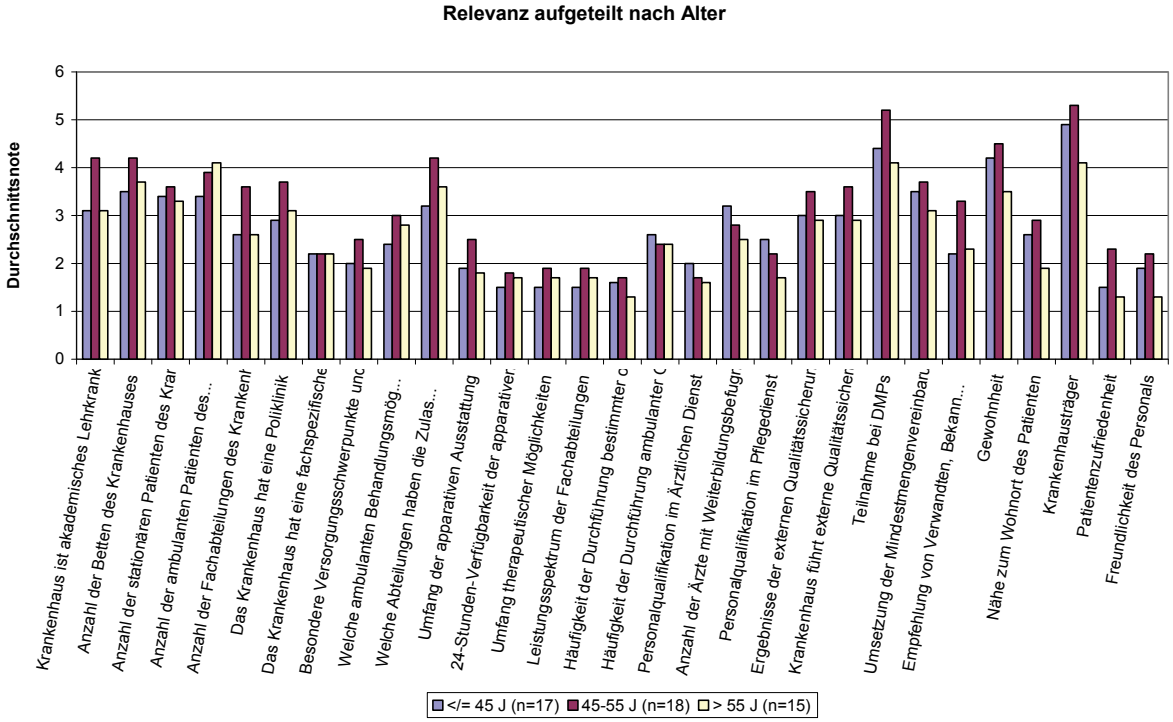


Abbildung 5.4: Bewertung der Relevanz der Qualitätsindikatoren aufgeteilt nach Altersgruppen

Es fällt auf (Abbildung 5.4), dass fast alle Qualitätsmerkmale von den 45- bis 55jährigen eine schlechtere Note erhalten als von den ≤ 45jährigen oder über 55jährigen. Auch bei der Relevanz der Merkmale ist, wie bei der Verständlichkeit der Indikatoren als Qualitätsmerkmal, der Unterschied der durchschnittlichen Bewertung zwischen den Gruppen 1 und 3 nicht so groß wie zu Gruppe 2. Am deutlichsten (mit einer ganzen Note Differenz) ist die unterschiedliche Meinung zwischen den Gruppen 1 und 2 bei den Merkmalen „Zulassung zum Durchgangs-Arzt-Verfahren“ (1,0) und „Empfehlung von Verwandten, Bekannten, Ärzten und anderen Fachleuten“ (1,1). Bei „Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus“ und „Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses“, vergeben die Gruppen 1 und 3 die gleiche Note und unterscheiden sich somit von der Bewertung durch Gruppe 2 um 1,1 bzw. 1,0 Noten. Die Differenz zwischen Gruppe 2 und 3 ist besonders bei den Merkmalen „Gewohnheit“ (1,0), „Nähe zum Wohnort des Patienten“ (1,0), „Krankenhausträger“ (1,2) und „Patientenzufriedenheit“ (1,0) deutlich.
Signifikante Unterschiede finden sich bei insgesamt sieben der aufgeführten Qualitätsmerkmale. Die Parameter „Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus“ und „Empfehlungen von Verwandten, Bekannten, Ärzten und anderen Fachleuten“ werden sowohl von den ≤ 45jährigen als auch von den über 55jährigen signifikant besser bewertet als von den 45-55jährigen. Bei der „Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses“ und „Welche Abteilungen haben die Zulassung zum D-Arzt-Verfahren“ liegen signifikante Abweichungen zwischen der Bewertung der ≤ 45jährigen und den 45-55jährigen vor, beide Merkmale werden von den ≤ 45jährigen besser bewertet. Signifikante Unterschiede zwischen den 45-55jährigen und über 55jährigen finden sich bei den Merkmalen „Teilnahme an DMPs“

und „Gewohnheit“, während der Qualitätsparameter „Nähe zum Wohnort des Patienten“ von den über 55jährigen für signifikant wichtiger erachtet wird als von den unter 55jährigen.

Abbildung 5.3: Relevante und weniger relevante Indikatoren aufgeteilt nach Altersgruppen

	≤ 45 Jahre	**45-55 Jahre**	**> 55 Jahre**
Besonders relevant	24-Std.-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung	24-Std.-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung	
	Umfang der therapeutischen Möglichkeiten	Umfang der therapeutischen Möglichkeiten	
	Leistungsspektrum der Fachabteilungen	Leistungsspektrum der Fachabteilungen	Freundlichkeit des Personals
	Häufigkeit der Durchführung best. operativer Eingriffe	Häufigkeit der Durchführung best. operativer Eingriffe	Häufigkeit der Durchführung best. operativer Eingriffe
	Patientenzufriedenheit	Häufigkeit der Durchführung amb. Operationen	Patientenzufriedenheit
Kaum relevant	Teilnahme an DMP’s	Teilnahme an DMP’s	Teilnahme an DMP’s
	Gewohnheit	Gewohnheit	Anzahl der amb. Patienten des Krankenhauses
	Krankenhausträger	Krankenhausträger	Krankenhausträger

Fazit
Die Tabelle 5.3 verdeutlicht, dass das Alter einen Einfluss auf die Beurteilung der Relevanz der Indikatoren hat. Insgesamt ist der Einfluss zwar eher gering, aber bei sieben Qualitätsmerkmalen sind sogar signifikante Unterschiede festzustellen.

Vergleich der Relevanz der einzelnen Indikatoren in Abhängigkeit vom Alter

Indikatoren 1-10

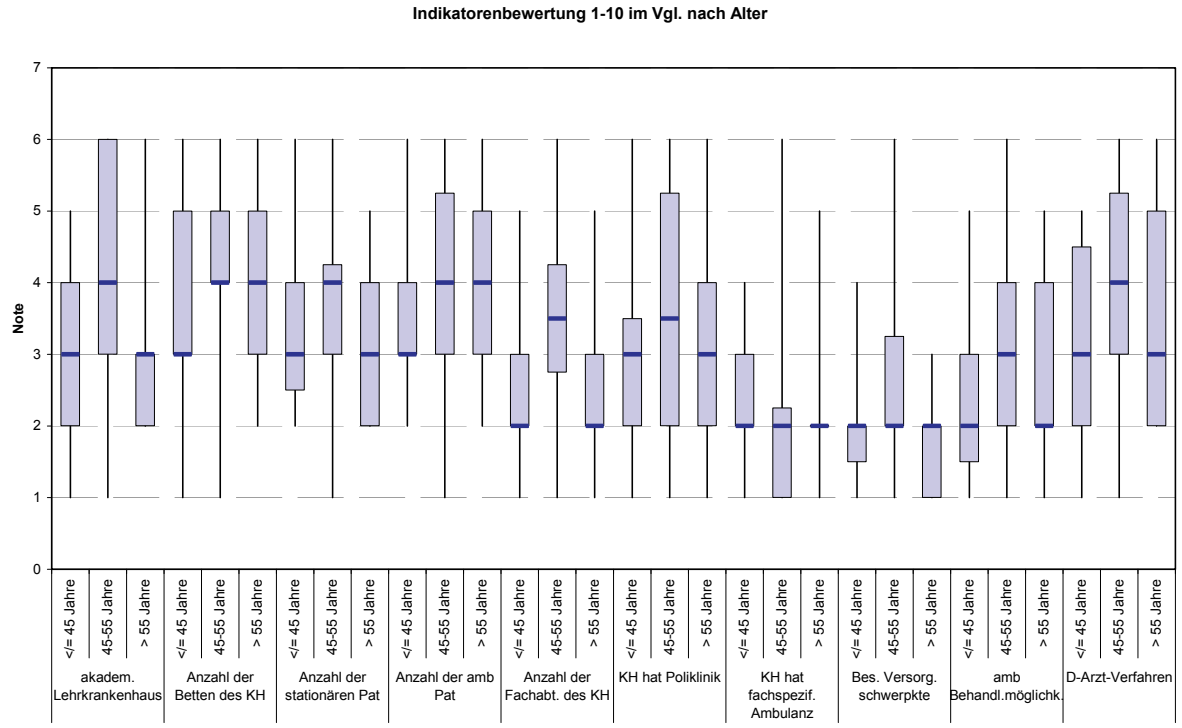


Abbildung 5.5: Vergleich der Bewertung der Qualitätsindikatoren 1-10 nach Altersgruppen

Der Grafik 5.5 ist zu entnehmen, dass die über 55jährigen das Qualitätsmerkmal „Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus“ für deutlich relevanter halten als die 45- bis 55jährigen. Den unter 45jährigen und über 55jährigen sind außerdem die Indikatoren „Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses“ tendenziell und die „besonderen Versorgungsschwerpunkte“ auffallend wichtiger. Die 45- bis 55jährigen halten hingegen tendenziell „Krankenhaus hat eine fachspezifische Ambulanz“ für relevanter als ihre jüngeren und älteren Kollegen.

Fazit
Insgesamt ist festzuhalten, dass alle der Indikatoren 1-10 (außer „Krankenhaus hat eine fachspezifische Ambulanz“) von den 45- bis 55jährigen tendenziell etwas schlechter bewertet werden als von den beiden anderen untersuchten Gruppen.

Indikatoren 11-19

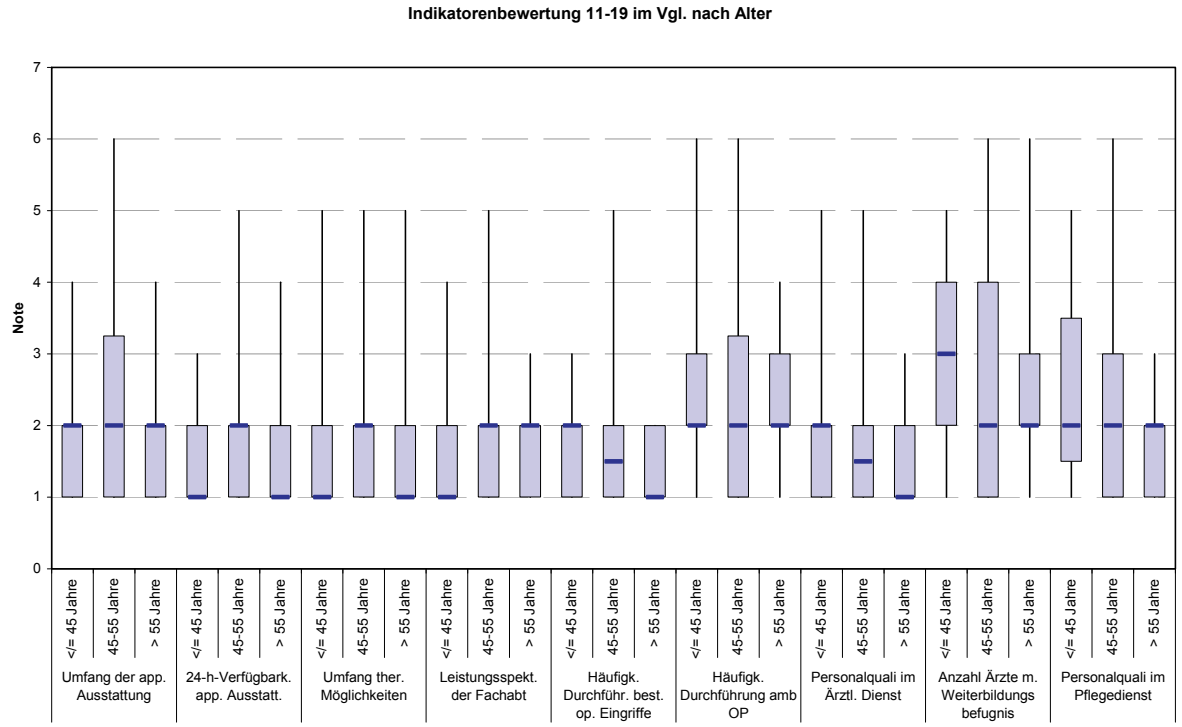


Abbildung 5.6: Vergleich der Bewertung der Qualitätsindikatoren 11-20 nach Altersgruppen

Wie die Grafik 5.6 zeigt, gibt es lediglich einen tendenziellen Unterschied in der Bewertung der Relevanz des Merkmals „Personalqualifikation im Pflegedienst“, „Häufigkeit der Durchführung ambulanter Operationen“ und „Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis“. Die „Personalqualifikation im Pflegedienst“ ist im Vergleich zu den unter 45jährigen den über 55jährigen besonders wichtig. Die beiden anderen Merkmale werden, bei einer größeren Varianz, von den 45- bis 55jährigen etwas besser beurteilt.

Fazit

Bei den Indikatoren 11-19 gibt es nur geringe Differenzen in der Bewertung der Relevanz zwischen den drei untersuchten Altersgruppen.

Indikatoren 20-29

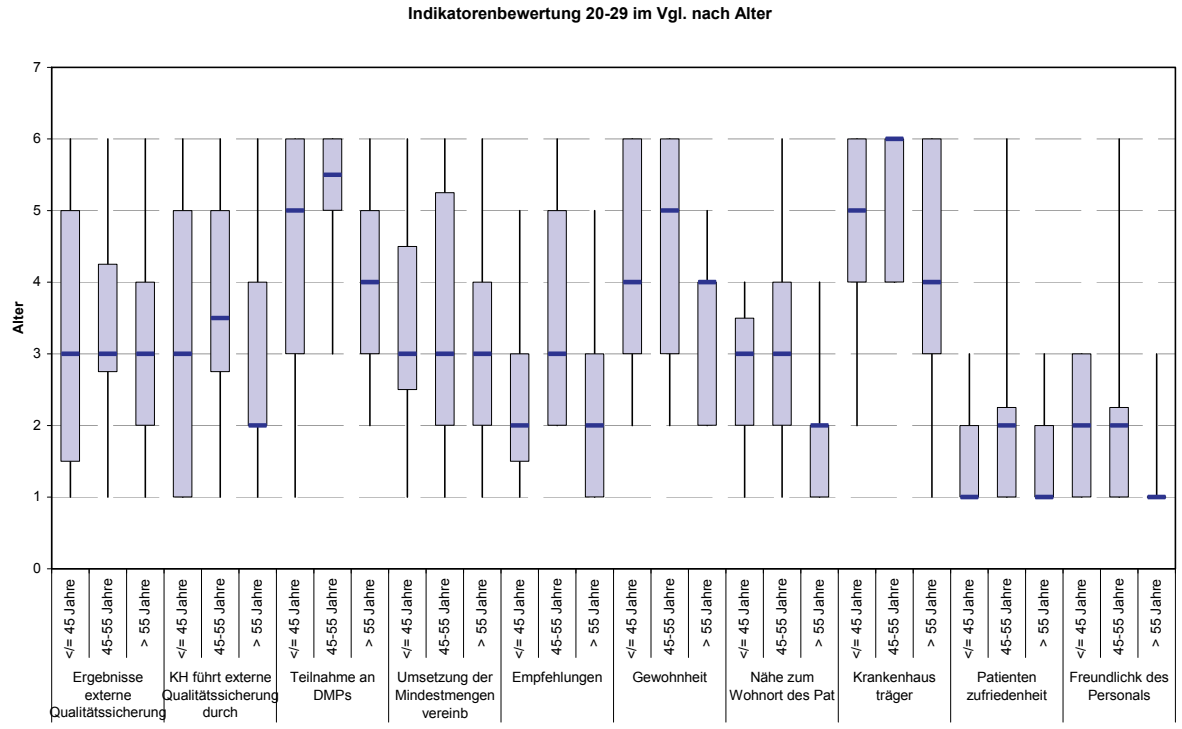


Abbildung 5.7: Vergleich der Bewertung der Qualitätsindikatoren 20-29 nach Altersgruppen

Wie man in der Grafik 5.7 sieht, gibt es einen deutlichen Unterschied in der Bewertung der Relevanz des Merkmals „Teilnahme an DMP's", das den über 55jährigen im Vergleich zu den 45- bis 55jährigen deutlich wichtiger erscheint. Deutlich wichtiger für die über 55jährigen im Vergleich zu den unter 55jährigen ist auch die Nähe des Krankenhauses zum Wohnort des Patienten.
Für auffallend weniger relevant halten die 45- bis 55jährigen im Vergleich zu ihren jüngeren und älteren Kollegen die „Empfehlungen von Bekannten, Verwandten und anderen Fachleuten".

Fazit

Es ist festzuhalten, dass alle der Indikatoren 21-29 (außer „Ergebnisse der externen Qualitätssicherung" und „Freundlichkeit des Personals") erneut von den 45- bis 55jährigen tendenziell etwas schlechter bewertet werden als von den anderen beiden Gruppen.

Zusammenfassung

Zusammenfassend ist herauszustellen, dass das Alter einen, zum Teil signifikanten, Einfluss auf die Bewertung der Relevanz verschiedener Indikatoren hat. In dieser Arbeit sind besonders die 45- bis 55jährigen den Qualitätsindikatoren gegenüber kritisch eingestellt.

5.5 Einfluss des Geschlechts auf die Verständlichkeit und Relevanz der Qualitätsindikatoren

Zur Analyse des Einflusses des Geschlechts auf die Verständlichkeit und Relevanz der Qualitätsindikatoren wurden die Studienteilnehmer, wie in Kapitel 4.2 erläutert, in die Gruppen „männlich“ (n=40) und „weiblich“ (n=10) aufgeteilt.
Die Signifikanzprüfung wurde mit Hilfe des T-Test für unabhängige Stichproben beziehungsweise ggf. mit dem U-Test durchgeführt ($\alpha < 0,05$).

5.5.1 Einfluss des Geschlechts auf die Verständlichkeit der Qualitätsindikatoren

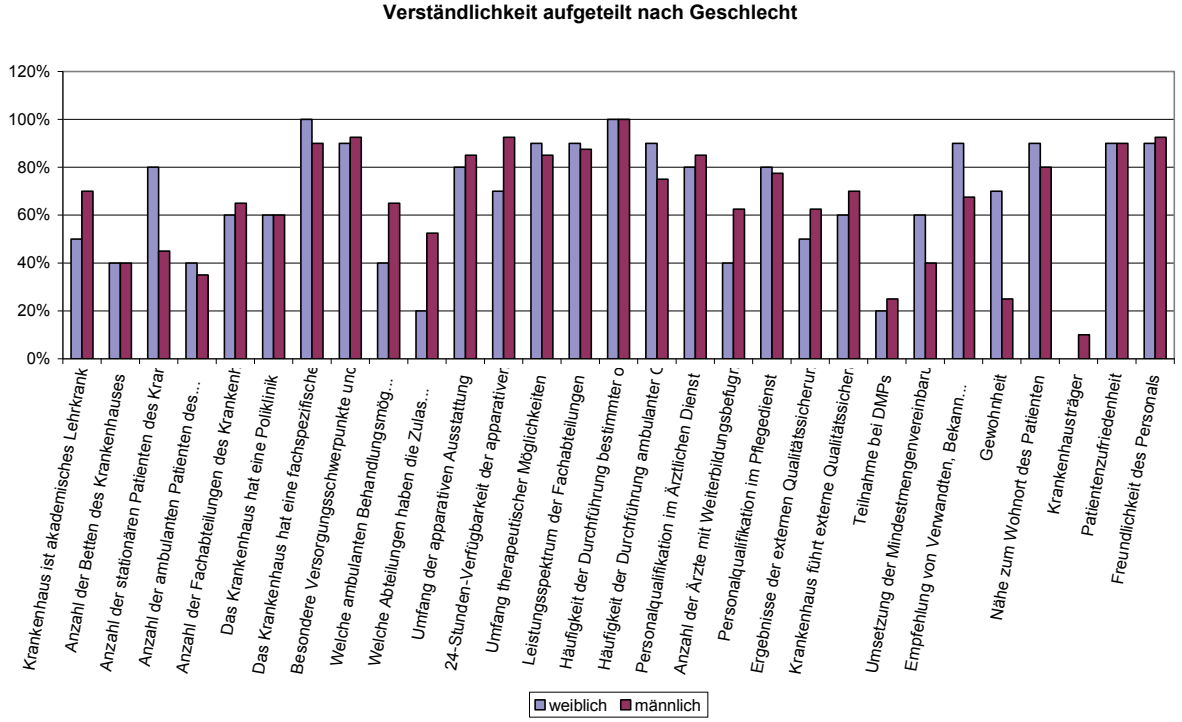


Abbildung 5.8: Bewertung der Verständlichkeit der Qualitätsindikatoren aufgeteilt nach Geschlecht

Wie der Grafik 5.8 zu entnehmen ist, gibt es in neun Qualitätsmerkmalen einen merklichen Unterschied (hier definiert als eine Differenz von mindestens 20%) zwischen weiblichen und männlichen Allgemeinmedizinern hinsichtlich der Verständlichkeit. So finden mit 80% deutlich mehr Frauen das Merkmal „Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses“ verständlich als Männer mit 45%. Ebenso ist den befragten Ärztinnen das Merkmal „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung“ mit 60%, „Empfehlung von Bekannten, Verwandten, Ärzten und anderen Fachleuten“ mit 90% und die „Gewohnheit“ mit 70% verständlicher als ihren männlichen Kollegen.
Den Ärzten hingegen sind im Vergleich zu ihren weiblichen Kolleginnen die Merkmale „Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus“ mit 70%, „Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen“ mit 65%, „Welche Abteilungen haben die Zulassung

zum Durchgangs-Arzt-Verfahren“ mit 52,5%, „24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung“ mit 92,5% und die „Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis“ mit 62,5% verständlicher.

Tabelle 5.4: Verständliche und unverständliche Indikatoren aufgeteilt nach Geschlecht

	weiblich	**männlich**
Besonders verständlich	Das Krankenhaus hat eine fachspezifische Ambulanz	Besondere Versorgungs-schwerpunkte und Leistungsangebote
	Häufigkeit der Durch-führung best. operativer Eingriffe	Häufigkeit der Durch-führung best. operativer Eingriffe
		24-Std.-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung
		Freundlichkeit des Personals
Kaum verständlich	Welche Abteilungen haben die Zulassung zum D-Arzt-Verfahren?	Gewohnheit
	Teilnahme an DMP’s	Teilnahme an DMP’s
	Krankenhausträger	Krankenhausträger

Fazit
Die Grafik 5.7 und die Tabelle 5.4 verdeutlichen, dass das Geschlecht einen Einfluss auf die Verständlichkeit zumindest einiger Qualitätsindikatoren hat.

5.5.2 Einfluss des Geschlechts auf die Bewertung der Relevanz der Qualitätsindikatoren

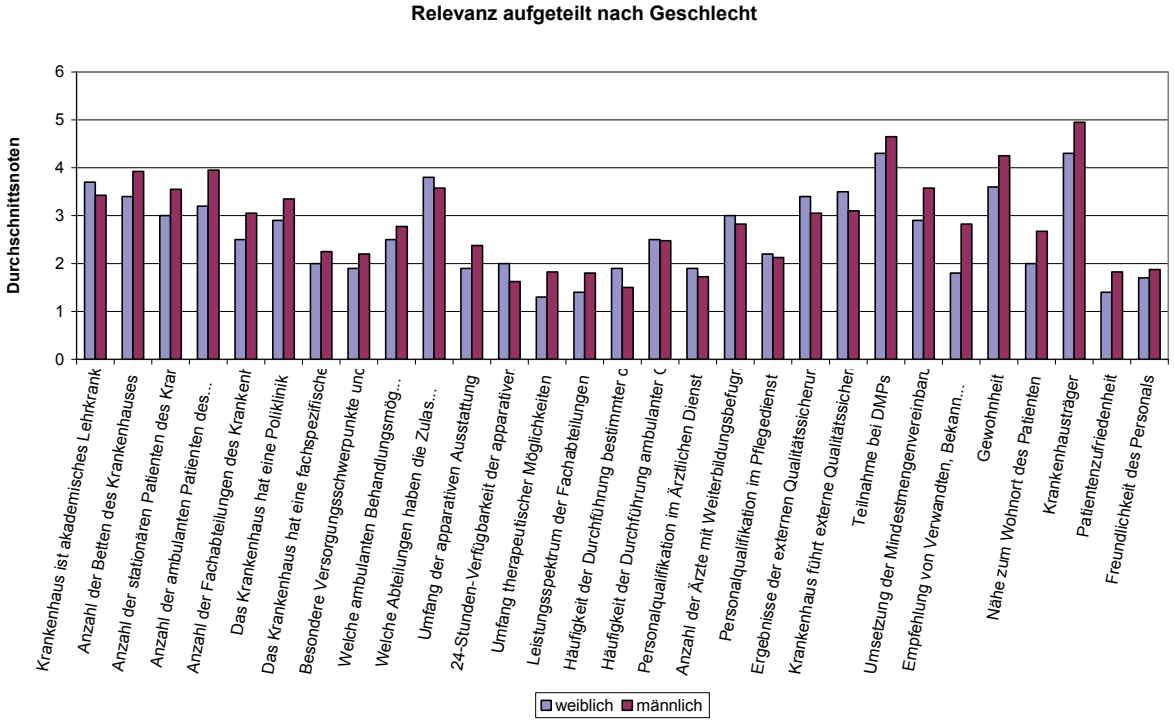


Abbildung 5.9: Bewertung der Relevanz der Qualitätsindikatoren aufgeteilt nach Geschlecht

Der Abbildung 5.9 ist zu entnehmen, dass es bei der Relevanz der Qualitätsmerkmale insgesamt keine Abweichung über eine ganze Note hinaus gibt. Wenn man als auffälligen Unterschied eine Differenz in der vergebenen Durchschnittsnote von mindestens 0,7 annimmt, ist herauszustellen, dass die befragten Ärztinnen mit einer Note von 3,2 die „Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses“, mit 2,9 die „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen“, mit 1,8 die „Empfehlungen von Bekannten, Verwandten, Ärzten und anderen Fachleuten“, mit 3,6 die „Gewohnheit“, mit 2,0 die „Nähe zum Wohnort der Patienten“ und mit 4,3 den „Krankenhausträger“ für relevanter halten als ihre männlichen Kollegen. Die Merkmale „Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses“ und „Empfehlungen von Verwandten, Bekannten, Ärzten und anderen Fachleuten“ werden von den weiblichen Studienteilnehmern sogar für signifikant wichtiger erachtet als von den männlichen Teilnehmern.

Tabelle 5.5: Relevante und weniger relevante Indikatoren aufgeteilt nach Geschlecht

	weiblich	**männlich**
Besonders relevant	Umfang der therapeutischen Möglichkeiten	24-Std.-Verfügbarkeit der Apparativen Ausstattung
	Leistungsspektrum der Fachabteilungen	Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe
	Patientenzufriedenheit	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst
Kaum relevant	Welche Abteilungen haben die Zulassung zum D-Arzt-Verfahren?	Gewohnheit
	Teilnahme an DMP's	Teilnahme an DMP's
	Krankenhausträger	Krankenhausträger

Fazit
Die Abbildung 5.9 und die Tabelle 5.5 machen deutlich, dass das Geschlecht ebenfalls, zum Teil signifikant, die Bewertung der Relevanz einiger Indikatoren beeinflusst.

Vergleich der Relevanz der einzelnen Indikatoren in Abhängigkeit vom Geschlecht

Indikatoren 1-10

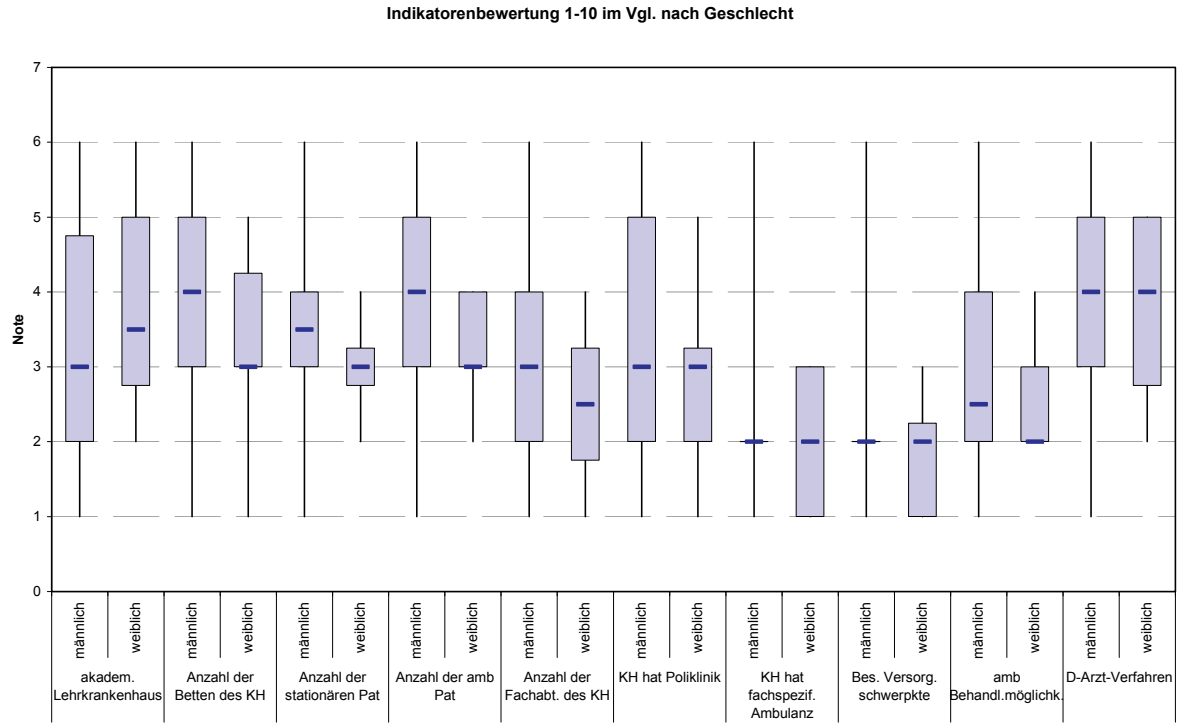


Abbildung 5.10: Vergleich der Bewertung der Qualitätsindikatoren 1-10 nach Geschlecht

Die Grafik 5.10 verdeutlicht, dass es kaum einen Unterschied in der Bewertung der Indikatoren 1-10 zwischen den männlichen und weiblichen Studienteilnehmern gibt. Lediglich beim Merkmal „Anzahl der stationären Patienten“ ist eine tendenziell bessere Bewertung durch die Frauen festzustellen.

Fazit
Es bleibt festzuhalten, dass die Männer die Indikatoren 1-10 (außer „Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus“, „Krankenhaus hat fachspezifische Ambulanz“ und „Besondere Versorgungsschwerpunkte“) tendenziell für weniger relevant erachten als die Frauen.

Indikatoren 11-19

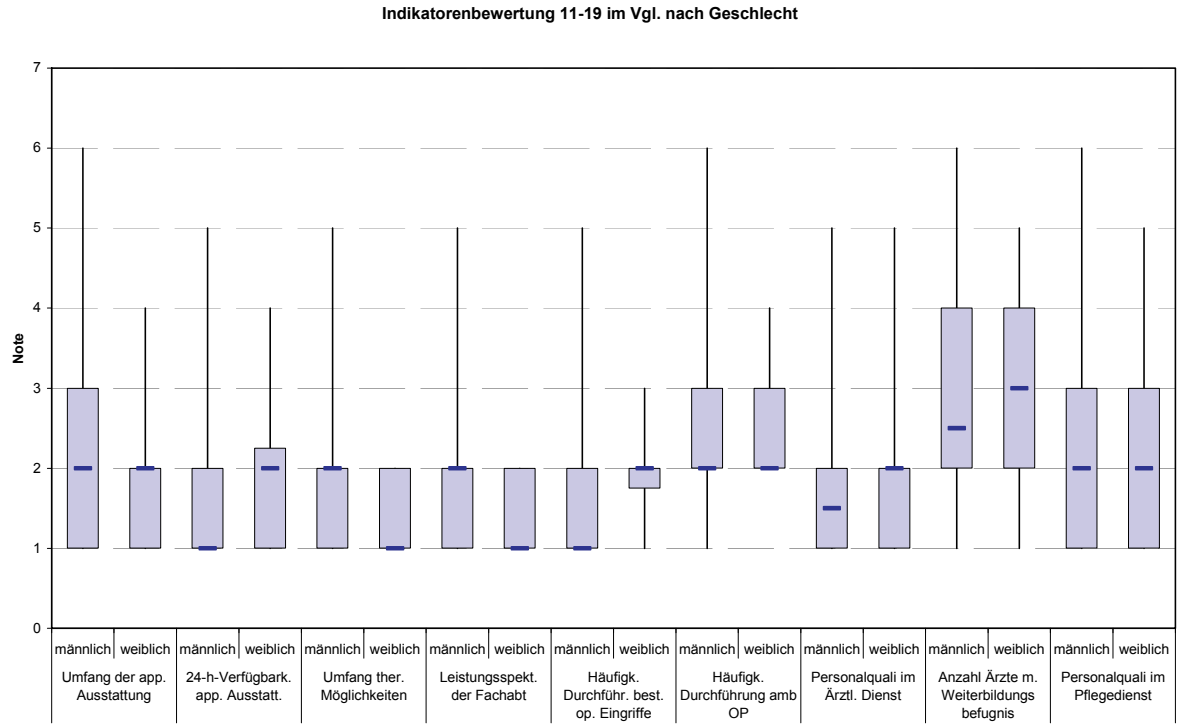


Abbildung 5.11: Vergleich der Bewertung der Qualitätsindikatoren 11-19 nach Geschlecht

Auch hier (Abbildung 5.11) sind sich die Männer und Frauen in der Bewertung der Merkmale einig. Die „Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe“ scheinen die Frauen jedoch tendenziell für etwas weniger relevant zu halten als ihre männlichen Kollegen.

Fazit
Es gibt keine relevanten Unterschiede in der Bewertung der Relevanz der Indikatoren 11-19 zwischen den beiden untersuchten Gruppen.

Indikatoren 20-29

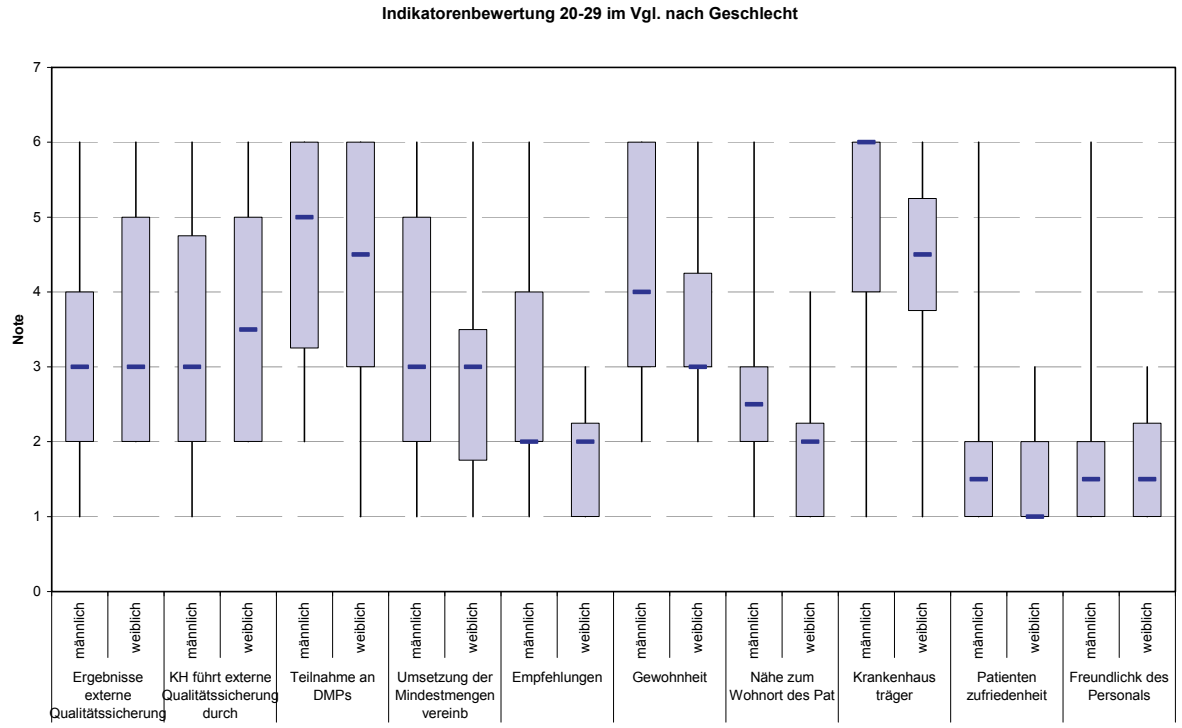


Abbildung 5.12: Vergleich der Bewertung der Qualitätsindikatoren 21-29 nach Geschlecht

Die Grafik 5.12 zeigt, dass es einen tendenziellen Unterschied in der Bewertung der Relevanz durch die Frauen und Männer bzgl. des Merkmals „Empfehlungen“ und „Nähe zum Wohnort des Patienten“ gibt, die beide von den Frauen für relevanter gehalten werden als von den männlichen Studienteilnehmern. Auffallend ist auch, dass die Männer die „Gewohnheit“ und „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung“ für weniger relevant halten als die Frauen.

Fazit

Bei einzelnen Indikatoren gibt es deutliche Unterschiede in der Bewertung der Relevanz durch „männlichen“ und „weiblichen“ Studienteilnehmer.

Zusammenfassung

Es gibt Unterschiede in der Bewertung der Indikatoren zwischen Männern und Frauen. In dieser Arbeit sind tendenzielle bzw. signifikante Unterschiede vor allem festzustellen bei folgenden Qualitätsindikatoren:

- Anzahl der ambulanten Patienten (signifikant)
- Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe
- Empfehlungen von Verwandten, Bekannten und anderen Fachleuten (signifikant)
- Nähe zum Wohnort des Patienten

Dabei halten die weiblichen Studienteilnehmer die „Anzahl der ambulanten Patienten“, „Empfehlungen von Verwandten, Bekannten und anderen Fachleuten“ sowie die „Nähe zum

Wohnort des Patienten“ für relevanter als ihre männlichen Kollegen, die hingegen der „Häufigkeit der Durchführung bestimmter operativer Eingriffe“ eine höhere Relevanz beimessen.

5.6 Vergleich der einzelnen Qualitätsindikatoren zwischen den untersuchten Gruppen

Bei den meisten untersuchten Qualitätsindikatoren ist zwischen den einzelnen Gruppen kein relevanter Unterschied festzustellen. Die Merkmale, bei denen es sehr deutliche Unterschiede gibt, werden im Folgenden noch einmal zusammengefasst aufgeführt und erläutert:

Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus
Das Merkmal „Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus“ ist den über 55jährigen signifikant wichtiger als den 45- bis 55jährigen und deutlich wichtiger als den weiblichen Probanden.

Anzahl der Betten des Krankenhauses
Bei diesem Indikator ist ein deutlicher Unterschied zwischen den 45- bis 55jährigen und der Gruppe „weiblich“ und ein tendenzieller Unterschied zwischen den 45- bis 55jährigen und den über 55jährigen festzustellen.

Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses
Dieses Qualitätsmerkmal wird von den 45- bis 55jährigen für signifikant weniger relevant gehalten als von den unter 45jährigen, den über 55jährigen und für auffallend weniger relevant als von den weiblichen Allgemeinmedizinern.

Das Krankenhaus hat eine fachspezifische Ambulanz
Bei diesem Merkmal gibt es einen auffallenden Unterschied in der Bewertung der Relevanz zwischen den unter 45jährigen und den 45- bis 55jährigen.

Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote
Die 45- bis 55jährigen erachten dieses Merkmal für deutlich weniger relevant als ihre über 55jährigen und weiblichen Kollegen.

Personalqualifikation im Pflegedienst
Die über 55jährigen halten dieses Merkmal für deutlich relevanter halten als ihre unter 45jährigen Kollegen. Im Vergleich zu den männlichen und weiblichen Gruppen ist kein Unterschied festzustellen.

Teilnahme an DMP’s
Ein signifikanter Unterschied in der Bewertung der Relevanz der „Teilnahme an DMP’s“ ist lediglich zwischen den 45- bis 55jährigen und über 55jährigen zu erkennen. Den 45- bis 55jährigen ist dieser Indikator am wenigsten wichtig.

Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen
Bei dem Merkmal „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung“ fällt ein deutlicher Unterschied in der Beurteilung der Relevanz zwischen der Gruppe der unter 45jährigen und der weiblichen Gruppe auf, wobei den Frauen dieses Merkmal wichtiger ist.

Empfehlung von Verwandten, Bekannten, Ärzten, anderen Fachleuten
Es fällt auf, dass die Frauen dieses Merkmal für deutlich relevanter halten als die unter 45jährigen, als die 45- bis 55jährigen und für signifikant relevanter als ihre männlichen Kollegen. Ein immerhin tendenzieller Unterschied ist auch zu den über 55jährigen Allgemeinmedizinern festzustellen. Zusätzlich gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den 45-55jährigen und den beiden anderen Altersgruppen.

Nähe zum Wohnort des Patienten
Sowohl die über 55jährigen als auch die weiblichen Studienteilnehmer halten die „Nähe zum Wohnort des Patienten“ auffallend für wichtiger als die übrigen untersuchten Gruppen, bei den über 55jährigen ist der Unterschied im Vergleich zu den unter 55jährigen sogar signifikant.

Gesamtfazit
Insgesamt ist festzuhalten, dass es bei einigen Qualitätsmerkmalen Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen in der Bewertung der Merkmale gibt. Bei den meisten Merkmalen sind die Abweichungen jedoch nicht besonders ausgeprägt, bei acht der Qualitätsparameter sind sie allerdings signifikant.

6 Allgemeine Diskussion

Im Folgenden werden die in dieser Arbeit erlangten Ergebnisse kritisch hinterfragt und diskutiert. Es wird versucht die Ergebnisse der Analysen zu der Relevanz der Qualitätsindikatoren und der geeignetsten Darstellungsform mit in der Literatur bekannten Untersuchungen zu vergleichen. Ebenfalls soll hierbei die Methodik dieser Arbeit kritisch hinterfragt werden.

6.1 Analyse der Qualitätsindikatoren

Bei der Analyse der Qualitätsindikatoren wurden die Relevanz und die Verständlichkeit der unterschiedlichen Indikatoren untersucht. Dabei wurde deutlich, dass es in der Relevanz der Merkmale erhebliche Unterschiede gibt. Da acht Indikatoren überwiegend als unverständlich oder nicht relevant erachtet werden, könnten die Qualitätsberichte um diese Merkmale gekürzt werden. Stattdessen wäre es anzuraten, zumindest die Indikatoren „Patientenzufriedenheit“ und „Freundlichkeit des Personals“, die wie diese Arbeit zeigt, für die Ärzte von großem Interesse sind, in die Berichte aufzunehmen.
Das Ergebnis dieser Arbeit zeigt, dass es sinnvoll gewesen wäre, vor Festlegung und Gestaltung der Qualitätsberichte, die Ärzte – und damit die Nutzer – in den Aufbau einzubeziehen.

Auch Geraedts 2006 [21] fand in seiner Studie heraus, dass es sinnvoll wäre, Patienten bzw. Nutzer bei der Entwicklung von Qualitätsberichten einzubeziehen. Bei einer Umfrage mit 1524 Patienten stellte sich heraus, dass 7 von 10 Kriterien, die Versicherte als besonders wichtig für eine Krankenhausauswahl beurteilen (z.B. „Sauberkeit der Klinik“ und „Patientenzimmer“), bisher in den publizierten Qualitätsberichten nicht aufgeführt werden. Die Ergebnisse bzgl. der Relevanz der Merkmale „Umfang der apparativen Ausstattung“, „24-Stunden-Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung“, „Umfang therapeutischer Möglichkeiten“, „Leistungsspektrum der Fachabteilungen“, „Krankenhaus führt externe Qualitätssicherung durch“, „Patientenzufriedenheit“ und „Freundlichkeit des Personals“ decken sich weitestgehend (bei einer Differenz von weniger als 10%) mit den Ergebnissen dieser Arbeit. Bemerkenswerte Unterschiede finden sich jedoch in der Bewertung der Kriterien „Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses“, „ambulante Behandlungsmöglichkeiten“, „Häufigkeit der Durchführung bestimmter (operativer) Eingriffe“, „Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst“ und „Personalqualifikation im Pflegedienst“. So finden deutlich weniger Patienten die Merkmale „Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses“ und „Häufigkeit der Durchführung bestimmter (operativer) Eingriffe“ wichtig als die in dieser Arbeit befragten Ärzte, während es mit den Qualitätsmerkmalen „ambulante Behandlungsmöglichkeiten“, „Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst“ und „Personalqualifikation im Pflegedienst“ genau anders herum ist. Besonders auffallend ist der Unterschied mit einer Differenz von 20% bzw. 21% bei den Faktoren „Personalqualifikation im Pflegedienst“ und „Häufigkeit der Durchführung bestimmter (operativer) Eingriffe“.

Auch in der internationalen Literatur gibt es kaum Studien, die sich damit befassen, wie Ärzte die Qualitätsindikatoren bewerten. Vergleiche können daher hauptsächlich mit Studien gemacht werden, die sich mit Patienten beschäftigt haben. Da diese Arbeit sich zum größten

Teil mit Indikatoren beschäftigt, die speziell für das deutsche Gesundheitssystem typisch sind, sind spezifische internationale Vergleiche schwierig. Für folgende Indikatoren ist ein Vergleich jedoch möglich:

- Externe Qualitätssicherung
- Gewohnheit
- Nähe zum Wohnort des Patienten
- Mortalitätsdaten
- Prozessdaten
- Behandlungsfehler
- Arzt-Kontakt
- Komplikationsraten
- Aufnahme-/Entlassung
- Nosokomiale Infektionen
- Wundinfektionen
- Patientenzufriedenheit

Indikatoren, die im Ausland bereits entwickelt wurden, um die Qualität zu messen, können aufgrund unterschiedlicher Gesundheitssysteme und Kulturen nicht direkt auf andere Länder übertragen werden. Marshall et al. 2003 [50] verglichen in ihrer Studie 174 Qualitätsmerkmale aus dem Indikatoren-Set der USA mit den Qualitätsindikatoren, die in Großbritannien verwendet werden. Es stellte sich heraus, dass es im Indikatoren-Set von Großbritannien 98 Merkmale (56,3%) gibt, die mit denen in den USA exakt oder fast genau übereinstimmen. Unterschiede gibt es z.B. bei den Indikatoren „Depression“ und „Kopfschmerzen“. Während es in den USA für diese Merkmale Behandlungshinweise gibt, sind sie in dem Indikatoren-Set in Großbritannien gar nicht enthalten. Da dennoch einige Indikatoren in beiden Ländern gleich sind, könnte man die bereits entwickelten Qualitätsmerkmale anderer Länder als Basis für die Entwicklung eigener Qualitätsberichte verwenden, wodurch zumindest bzgl. dieser Indikatoren ein Qualitätsvergleich zwischen unterschiedlichen Ländern möglich wäre.
Dennoch müssen die einzelnen Länder zusätzlich ihre eigenen Qualitätsmerkmale entwickeln, die speziell auf ihr Land abgestimmt sind. Daher ist es kaum möglich, alle genutzten Indikatoren mit Ergebnissen und Erfahrungen anderer Länder zu vergleichen.

Außerdem ist zu bedenken, dass Patienten-Entscheidungen nicht nur von „objektiven Daten“ abhängen, sondern auch von ethnischen, sozialen, kulturellen und religiösen Faktoren beeinflusst werden, wie es in dem Bericht von Schlemm und Scriba 2004 [70] betont wird, und damit direkte Vergleiche erschwert werden.

Externe Qualitätssicherung, Gewohnheit, Nähe zum Wohnort des Patienten, Mortalitätsraten, Prozessdaten, Behandlungsfehler, Arzt-Kontakt, Komplikationsraten, Aufnahme/Entlassung, nosokomiale Infektionen, Wundinfektionen:
In der Studie von Rainwater et al. 2003 [65] wurden Patienten in Kalifornien gebeten, verschiedene Indikatoren auf einer Skala von 1 („überhaupt nicht wichtig“) bis 5 („extrem wichtig“) zu bewerten hinsichtlich ihrer Relevanz für ihre Entscheidung für ein Krankenhaus.
Es zeigte sich, dass nahezu allen Patienten die „JCAHO Akkreditierung“ am wichtigsten war, gefolgt von der „Lage des Krankenhauses“ und dem „Preis“. Ebenfalls als relevant wurde der Punkt „Verpflichtung zur Qualitätsverbesserung“ gesehen. „Gewohnheit“ bewerteten 67% als

sehr wichtig oder extrem wichtig. Ergebnisdaten wie „Mortalitätsraten“ (57%) und Prozessdaten (23% - 43%) erschienen deutlich weniger wichtig. In dieser Arbeit konnte hingegen nachgewiesen werden, dass „Akkreditierung/Externe Qualitätssicherung“ für die niedergelassenen Ärzte mit 38% eine deutlich geringere Relevanz haben, genau wie „Gewohnheit“ mit 16%.
Ein möglicher Grund, weshalb die Qualitätsindikatoren „Krankenhaus führt externe Qualitätssicherung durch“ und „Ergebnisse der externen Qualitätssicherung“ mit einer Relevanz von 3,18 bzw. 3,12 relativ schlecht abgeschnitten haben, könnte darin liegen, dass die externe Qualitätssicherung für die Ärzte in erster Linie mehr Dokumentationsaufwand bedeutet, wie der Bericht von Niemann und Wohlers 2005 [61] betont, und sie das ganze daher eher als lästig, überflüssig und wenig bedeutsam ansehen.
Unterstützt durch diese Arbeit wird die Feststellung, dass die Lage des Krankenhauses eine wichtige Rolle spielt. Der Qualitätsindikator „Nähe zum Wohnort des Patienten“ wurde von 56% als „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“ angesehen, was auch durch die Studie von Schwartz, Woloshin und Birkmeyer 2005 [75] gestützt wird, in der 73% der insgesamt 510 Probanden (alle mindestens 65 Jahre alt) bei einer telefonischen Umfrage angaben, dass das Krankenhaus innerhalb einer Stunde erreichbar sein sollte. Auch in dieser Arbeit fällt auf, dass der Indikator „Nähe zum Wohnort des Patienten“ vor allem den über 55jährigen sehr wichtig ist, er ist den über 55jährigen sogar signifikant wichtiger als ihren jüngeren Kollegen.
Die anderen genannten Indikatoren wurden in dieser Arbeit nicht untersucht, allerdings ist festzuhalten, dass Angaben zu den Mortalitätsraten häufig von den Ärzten als zusätzliche Informationen gewünscht wurden.
In der Studie von Braun et al. 2002 [8] wurden Patienten zwei für die Studie entwickelte report cards vorgelegt, mit den Zielen, etwas über die Nützlichkeit der report cards herauszufinden sowie Vorschläge von Seiten der Patienten zu dem Inhalt der Berichte aufzunehmen. Die Patienten beurteilten die Berichte als nützlich für Situationen, in denen sie z.B. mit ihrer augenblicklichen gesundheitlichen Versorgung unzufrieden seien. Weitere Informationen wünschten die befragten Patienten u.a. zu „direktem Kontakt zum Arzt“, „Möglichkeit, einen Arzt telefonisch zu erreichen“, „Behandlungsfehler“ und „Mortalitätsraten“.
Diese Arbeit deckt sich mit den Wünschen nach der Auflistung von „Behandlungsfehlern“, „Mortalitätsraten“ und „Kontakt zum Arzt“.
Informationen, die Auskunft geben über den Erfahrungsumfang des Behandlers, Heilungs-, Komplikations- und Mortalitätsraten, Lebensqualitätszunahme nach Behandlung oder Erhöhung des Aktivitätsradius und damit der Selbständigkeit, sind selten, wie in dem Bericht von Schlemm und Scriba 2002 [70] herausgestellt wird, und in den Qualitätsberichten nicht vorgesehen.
Dennoch zeigt diese Arbeit, dass gerade an diesen Informationen wie „Mortalitätsraten“ und „Komplikationsraten“ Interesse besteht. Weiterhin bestätigt diese Arbeit, wie der Bericht von Flintrop 2001 [19] hervorhebt, dass Interesse an der Art der Aufnahme und Entlassung der Patienten besteht.
Dass niedergelassene Ärzte in den Qualitätsberichten gerne Daten finden würden zur Mortalität, Dekubitusrate, nosokomialen Infektionen, Wundinfektionen und Rezidiven wird durch diese Arbeit bzgl. der Mortalitätsraten, nosokomialen Infektionen und Wundinfektionen unterstützt.

Patientenzufriedenheit:
Schultz et al. 2001 [74] führten in ihrer Arbeit eine Telefonumfrage mit 996 Singles und 913 Familien durch. Dabei fanden sie heraus, dass 59% der Singles und 55% der Familien die report cards als hilfreich für eine Entscheidung bezeichneten. Bei denjenigen, die die report

cards nicht hilfreich fanden, war dies überwiegend darauf zurückzuführen, dass sie zu der Zeit der Studie mit ihrer Situation zufrieden waren und eine Veränderung daher derzeit nicht für notwendig hielten. Gründe wie „zu komplizierte Ratings“, „fehlendes Vertrauen in die Daten“ usw. spielten dabei weniger eine Rolle. Außerdem fand die Studie heraus, dass lediglich 26-31% die „Patientenzufriedenheit“ als nützlich bewerteten. In dieser Arbeit konnte hingegen nachgewiesen werden, dass den niedergelassenen Allgemeinmedizinern, die die Relevanz der „Patientenzufriedenheit“ mit 1,72 bewerteten, dieser Indikator eindeutig wichtiger ist. Dies widerspricht ebenfalls den Ergebnissen anderer Studien, bei der die „Patientenzufriedenheit“ bei der Wahl eines Health plans als nicht essentiell beurteilt wird bzw. nur 15% der Studienteilnehmer sich an den Erfahrungen anderer Patienten orientieren würden. Dies fanden Nelson et al. 2005 [60] ihn ihrer Studie heraus. Um festzustellen, welche Qualitätsmerkmale Patienten besonders wichtig sind, wurden in der Zeit von Oktober 2003 bis Dezember 2004 insgesamt 27 Patienten, Familienmitglieder und andere Nutzer diesbezüglich interviewt. Dabei gaben nur 15% an, dass sie nach Informationen zu den Erfahrungen anderer Patienten suchen würden. Die meisten nannten als wünschenswerte Daten Informationen zu den Behandlungsverfahren der Krankheiten (78%) und zu den behandelnden Ärzten (56%).
Tumlinson et al. 1997 [81] fanden in ihrer Studie ebenfalls heraus, dass die Zufriedenheit anderer Patienten bei der Auswahl von Health Plans keine große Bedeutung hat. Dies wurde in einer Umfrage im Jahr 1994 in Minnesota deutlich, in der 397 Fragebögen ausgewertet wurden. Die Studienteilnehmer hatten vorher die Aufgabe bekommen, 13 angegebene Qualitätsmerkmale auf einer Vier-Punkte-Skala („überhaupt nicht hilfreich“, „etwas hilfreich“, „sehr hilfreich“ und „essenziell“) zu bewerten. Bei Betrachtung der Merkmale, die den Studienteilnehmern essentiell erscheinen, ist die „Zufriedenheit anderer Personen“ lediglich auf dem vorletzten Platz zu finden. Als „überhaupt nicht hilfreiches“-Merkmal nimmt es mit 7% den zweiten Rang der Liste ein. Insgesamt zeigten die Teilnehmer durchaus ein starkes Interesse an Umfrageergebnissen, ordneten diesen Indikator aber dennoch bei der Bewertung weiter unten ein als Standardinformationen wie z.B. aufkommende Kosten.
Dass die Bereitschaft Qualitätsberichte zu nutzen insgesamt relativ hoch ist, konnte diese Arbeit bestätigen. Sie zeigt, dass sich im besten Fall 78% der befragten Ärzte mit Hilfe von Qualitätsberichten für ein Krankenhaus entscheiden würden. Diese Zahl liegt jedoch deutlich über der unter Kardiologen in Pennsylvania durchgeführten Studie von Schneider und Epstein 1998 [72], in der nur 13% angaben, die report cards zu nutzen.

Freundlichkeit des Personals, Empfehlung von Bekannten, akademisches Lehrkrankenhaus:
In 2003 wurden in einer Studie des Wall Street Journals [28] amerikanische Bürger gefragt, welches für sie die wichtigsten Indikatoren für ein Krankenhaus seien. Dabei nannten 45% den Indikator „Freundlichkeit des Personals“, 29% „Empfehlungen von Bekannten“ und 16% „akademisches Lehrkrankenhaus“. 41% gaben „Empfehlung vom Arzt“ an.
Diese Arbeit bestätigt diese Ergebnisse. Die „Freundlichkeit des Personals“ sowie die „Empfehlung von Bekannten“ haben eine große Bedeutung für die Krankenhausauswahl, während das Merkmal „akademisches Lehrkrankenhaus“ nur wenig Relevanz besitzt.

Mindestmengenvereinbarung, Anzahl der OPs pro Jahr:
Die Studie von Schwartz, Woloshin und Birkmeyer 2005 [75] an 510 über 65jährigen Patienten fand heraus, dass 52% der befragten Studienteilnehmer der Ansicht waren, dass ein Krankenhaus eine minimale Anzahl an Operationen pro Jahr durchgeführt haben sollte, um darin gut zu sein und 75% denken, dass die Überlebenschancen nach einer OP besser sind, wenn das Krankenhaus diese Operation häufig durchführt.

Die Ansicht bzgl. der Mindestmengen konnte in dieser Arbeit aus Sicht der Ärzte nicht bestätigt werden, da nur 32% diesen Indikator als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ angaben. Die Wichtigkeit der „Häufigkeit der Durchführung bestimmter OP’s“ kann hier jedoch bestätigt werden. In dieser Arbeit halten sogar 92% dieses Merkmal für besonders relevant und zu 100% für verständlich.

Fazit
Insgesamt scheinen die Wünsche und Bewertungen bzgl. der Qualitätsindikatoren den Erfahrungen aus dem Ausland zu entsprechen. Unterschiede sind jedoch festzustellen bei den Merkmalen „Gewohnheit“, „externe Qualitätssicherung“ und „Mindestmengenvereinbarung“, die in Deutschland als weniger relevant angesehen werden sowie dem Indikator „Patientenzufriedenheit“, dem in Deutschland eine größere Bedeutung beigemessen wird.
Dass den Nutzern aus verschiedenen Ländern zum Teil unterschiedliche Qualitätsindikatoren wichtig sind, fiel auch P. P. Groenewegen et al. 2005 [25] in ihrer Studie auf. Das Ziel der Studie war es, internationale Unterschiede in der Bedeutung verschiedener Merkmale zu beschreiben und zu erklären. Dazu wurden die Daten mehrerer unterschiedlicher Studien aus 12 europäischen Ländern mit insgesamt 5133 Studienteilnehmern analysiert, in denen immer derselbe Fragenbogen verwendet wurde, um die Ansichten der Nutzer bzgl. der Qualität der Gesundheitsversorgung zu eruieren. Es stellte sich heraus, dass Unterschiede in der Beurteilung der der Qualitätsmerkmale bestehen, einige Indikatoren in den Ländern aber auch gleich wichtig (z.B. vom Arzt ernst genommen zu werden) bzw. unwichtig (z.B. Wartezeiten) bewertet wurden.

Diese Arbeit fügt hinzu, dass die Bewertung der Verständlichkeit und der Relevanz einzelner Indikatoren (z.B. „Gewohnheit“) auch vom Alter und dem Geschlecht der Nutzer beeinflusst wird.

Weiterhin ist in dieser Arbeit deutlich geworden, dass die Indikatoren, die nicht verständlich sind, auch als nicht relevant beurteilt werden. Diese Beobachtung wird durch diverse internationale Studien, die bereits in Kapitel 2.10.1 erläutert wurden (z.B. Hibbard und Jewett 1997 [30]), unterstützt. Folglich wäre es sinnvoll, den Nutzern unverständliche Indikatoren aus den Qualitätsberichten herauszunehmen, um die Nutzer nicht unnötig zu verwirren, zumal ausländische Studien belegen, dass vergleichende Qualitätsberichte nicht genutzt werden, wenn sie unübersichtlich sind oder zu viele bzw. uninteressante Merkmale enthalten.
Diese Arbeit zeigt auch, dass es eine Vielzahl von weiteren von den Ärzten gewünschten Indikatoren gibt, die zum Teil in den internationalen Indikatoren-Sets bereits enthalten sind, wie z.B. die Berücksichtigung des Merkmals „Mortalitätsraten“, das auch in der Arbeit von Jacobson, Mindell und McKee 2003 [39] und dem Bericht von Leber 2004 [45] als wichtiger und wünschenswerter Indikator herausgestellt wird.

Ergebnis-, Struktur- und Ergebnisdaten
Ob nun Struktur-, Leistungs- oder Ergebnisdaten von besonderer Relevanz sind, ist in dieser Arbeit nicht festzulegen. Vielmehr scheint ein Mix aus allen drei Datengruppen von Bedeutung zu sein, da aus allen drei Gruppen Qualitätsmerkmale unter den am relevantesten beurteilten Parametern zu finden sind.
Unterstützt wird diese Beobachtung durch die Studie von Geraedts 2006 [21], die auf einer Umfrage unter 1524 Studienteilnehmern basiert und in der unter den „Top-Ten“ der erwünschten Qualitätsmerkmale ebenfalls sowohl Struktur- als auch Leistungs- und Ergebnisdaten vertreten sind.

6.2 Analyse der geeignetsten Darstellungsform

Die ausländische Literatur zeigt, dass es verschiede Organisationen gibt, die sich mit dem Vergleich von Qualitätsindikatoren befassen und jeweils unterschiedliche Darstellungsformen benutzen. Welche Darstellungsform bei den Nutzern am beliebtesten ist, wird noch untersucht. Häufig verwendete Modelle sind das „Einfache Star Rating“ (0-4 Sterne werden vergeben, z.B. genutzt vom Government hospital rating system), das „Ranking“ und „League tables“, die z.B. in der Studie von Adab et al. 2002 [1] als eine etablierte Technik bezeichnet werden, wobei die Studie von Rowan et al. 2004 [68] zu dem Ergebnis kommt, dass die Nutzer der Ansicht sind, dass „Star Ratings“ nicht die Qualität der klinischen Versorgung widerspiegeln können. Die Patienten vertrauen Krankenhäusern mit keinen Sternen nicht weniger als Kliniken mit drei Sternen.

Das gängige Vorgehen bei der Entscheidung für ein Krankenhaus anhand von Qualitätsberichten ist es, sich die Berichte gründlich anzuschauen und Alternativen abzuwägen. Es ist zu bedenken, dass dieses Vorgehen nur funktioniert, solange es nicht zu viele Auswahlmöglichkeiten gibt und die Darstellungsform nicht zu komplex und kompliziert ist. Denn dann müssten die Nutzer von ihrem Vorgehen abweichen und alles auf das Essentielle vereinfachen, wie es in dem Kommentar von Mechanic 1989 [58] herausgestellt wird, wodurch einige wichtige Informationen vernachlässigt würden. Dies ist besonders vor dem Hintergrund zu bedenken, dass die meisten Nutzer nicht genau sagen können, welches für sie die relevantesten Informationen sind, womit die Gefahr besteht, dass die Motivation der Nutzer nachlässt. Dies wurde auch während der Interviews dieser Arbeit deutlich, bei der die Ärzte kaum motiviert waren, sich Darstellungsmodelle anzuschauen, die ihnen auf den ersten Blick bereits zu umfangreich oder kompliziert erschienen. Damit lässt sich auch erklären, warum sich z.B. nur die wenigsten Ärzte anhand des Spinnennetzes für ein Krankenhaus entscheiden würden.
In dieser Arbeit wird deutlich, dass die Darstellungsmodelle, die bei dem Punkt „Übersichtlichkeit“ schlecht benotet wurden, auch nicht als geeignetste Darstellungsform genannt werden und dass ein hoher „Informationsgehalt“ jedoch sehr wichtig ist. Die Analyse zeigt, dass es anzuraten wäre, das „Ranking“ oder das „Komplexe Starrating“ zur vergleichenden Darstellung zu verwenden, da diese Modelle relativ unabhängig von Alter und Geschlecht als geeigneteste Darstellungsform bewertet werden und in dieser Arbeit auch am häufigsten zur Krankenhausauswahl genutzt wurden.
Auffällig ist, dass die Ärzte als geeignetste Darstellungsform zum Teil andere Modelle angeben als die Darstellungsmodelle, anhand derer sie zuvor tatsächlich ein Krankenhaus ausgewählt haben. Die Ärzte entscheiden sich in der Theorie also anders als in der Praxis. Diese Auffälligkeit, allerdings bzgl. der Relevanz von Qualitätsindikatoren für die Auswahl eines Krankenhauses, ist auch in der Arbeit von Hibbard und Jewett 1997 [30] beschrieben und sollte bei der Entwicklung bzw. Modifikation von vergleichenden Qualitätsberichten berücksichtigt werden.

Bei der Analyse der Bewertung der einzelnen Darstellungsmodelle stellt sich heraus, dass die Verständlichkeit und der Informationsgehalt der meisten Modelle bereits recht gut sind. Einen deutlichen Unterschied zwischen den Modellen gibt es bei dem Punkt „Übersichtlichkeit“, der bei wenigen Modellen als „sehr gut“ bewertet wird und bei anderen hingegen sehr schlecht abschneidet. Das Gesamturteil der Darstellungsformen, das bei allen Modellen eher nur mittelmäßig abschneidet, macht deutlich, dass an der Darstellungsweise der Vergleiche

verschiedener Krankenhäuser noch gearbeitet werden sollte, um die Darstellungsmodelle nach den Wünschen und Vorstellungen der Nutzer zu optimieren.
Auffällig ist, dass die vier untersuchten Punkte („Übersichtlichkeit“, „Verständlichkeit“, „Informationsgehalt“, „Gesamturteil“) innerhalb eines Darstellungsmodells sich in der Bewertung kaum unterscheiden. Wirklich deutliche Unterschiede zwischen den vier Punkten finden sich lediglich beim „Einfachen Balkendiagramm“ und dem „Einfachen Starrating“. Hier liegt die Differenz vor allem zwischen der sehr guten „Übersichtlichkeit“ und dem mangelndem „Informationsgehalt“, womit deutlich wird, dass es schwierig ist, Darstellungsmodelle einerseits sehr übersichtlich und gleichzeitig sehr informativ zu gestalten. Daher scheint es um so wichtiger zu sein, genau die Informationen herauszufiltern, die die Nutzer für besonders wichtig erachten, um zu erreichen, dass die Modelle die wichtigsten Informationen enthalten und gleichzeitig übersichtlich bleiben können.

Auf die Auswahl und Bewertung der Darstellungsmodelle sowie die Auswahl der geeignetesten Darstellungsform haben sowohl das Alter als auch das Geschlecht einen Einfluss.
Weiterhin stellt sich heraus, dass die Darstellungsform die Entscheidung für ein Krankenhaus beeinflussen kann, was die Ergebnisse der Studie von Hibbart et al. 2002 [32] unterstützt, in der 162 Personen verschiedene Qualitätsbericht-Formate vorgelegt wurden, zu denen sie Fragen beantworten mussten, um herauszufinden, ob die Art der Präsentation der Daten die Entscheidung der Nutzer beeinflusst.

6.3 Schwächen dieser Arbeit

1. Mit 50 interviewten Ärzten ist die Stichprobe relativ klein. Dennoch dürfte damit ein relativ guter Überblick über die Einstellung der Ärzte erlangt worden sein, da vor allem die Allgemeinmediziner die Ansprechpartner der Patienten für die Krankenhauseinweisung sind. Die Fachärzte stehen bzgl. der Beratung für eine Krankenhauseinweisung in Deutschland nicht an erster Stelle, so dass sie in dieser Studie vernachlässigt wurden.

2. Die befragten Ärzte stammen alle aus einer relativ kleinen Region (Bochum/Hagen) in Nordrhein-Westfalen. Diese Region wurde bewusst ausgewählt, um eine möglichst heterogene Stichprobe zu erhalten, da es hier große und kleinere Städte mit mehreren größeren und kleinen Krankenhäusern gibt. Es gibt damit keine Konzentrierung auf z.B. eine große Universitätsklinik. Es bleibt jedoch die Frage, ob die Ergebnisse in einer anders strukturierten Region oder z.B. in einem anderen Bundesland anders ausfallen würden.

3. Da die teilnehmenden Ärzte zu unterschiedlichen Zeiten befragt wurden, ist es denkbar, dass die Ergebnisse etwas anders ausgefallen wären, wenn alle Ärzte zur gleichen Uhrzeit befragt worden wären. Manche Ärzte wurden vormittags befragt, andere nachmittags, wobei die Ärzte, die nachmittags befragt wurden möglicherweise bereits etwas unkonzentrierter und unmotivierter waren, sich mit den zumindest zum Teil schwerer verständlichen Darstellungsformen der Indikatorenvergleiche zu befassen. Allerdings repräsentieren die unterschiedlichen Zeitpunkte der Befragung ganz gut die Alltagssituation der Ärzte, da Patienten, die ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen, auch über den Tag verteilt zum Arzt kommen.

4. Zum Zeitpunkt der Studie waren die Qualitätsberichte noch nicht eingeführt. Vielleicht ändert sich die Einstellung, wenn die Ärzte an Qualitätsberichte gewöhnt sind und verschiedene Darstellungsweisen bereits etwas näher kennen, so dass sie sich nicht jedes Mal wieder neu in eine Darstellungsform hineindenken müssen, mit den Darstellungsformen vertrauter sind und dadurch etwas Zeit sparen können.

5. Die Darstellungsmodelle und Indikatoren wurden in dieser Arbeit nur grob anhand des Interviewerleitfadens erklärt. Nähere Erläuterungen hätten es den Ärzten evtl. leichter gemacht, sich mit den Modellen zurechtzufinden. In Deutschland werden die Qualitätsberichte jedoch im Internet veröffentlich, wo die Ärzte auch keine näheren Erklärungen finden werden. Daher entspricht die Durchführung der Befragung ganz gut einer Alltagssituation.

6. Es ist nicht auszuschließen, dass es bei der Analyse der Ergebnisse nach Gruppen (Alter, Geschlecht) zu einer Überinterpretation der gesehenen Zusammenhänge gekommen sein könnte, da die Ergebnisse evtl. aufgrund von Kovariationen (zwischen Alter und Geschlecht), die nicht ausgeglichen wurden, beeinflusst worden sein könnten.

7. Internationale Vergleiche mit dieser Arbeit sind schwierig, da es sowohl kulturelle als auch vor allem Unterschiede in der Organisation und Finanzierung der Gesundheitssysteme in den verschiedenen Ländern gibt, was auch in der Arbeit von Mebius 1999 [57] und in dem Bericht von Schlemm und Scriba 2004 [70] erwähnt wird.

Aufgrund der genannten Schwächen können die Ergebnisse dieser Arbeit nicht einfach generalisiert werden. Aber dennoch kann diese Arbeit Hinweise zur Einführung und Nutzung von Qualitätsberichten geben. Um die Qualitätsberichte näher an den Interessen der Nutzer zu gestalten, ist es unbedingt notwendig, dass weitere größere Studien zu den Wünschen der Ärzte und Nutzer allgemein durchgeführt werden, wie es auch in der internationalen Literatur in anderen Ländern weiterhin gefordert wird. So betont z.B. Isaacs 1996 [38], dass nach wie vor nur wenig über die Wünsche der Nutzer bzgl. der Qualitätsberichte bekannt ist.

7 Zusammenfassung

Hintergrund: Zur Qualitätsverbesserung im deutschen Gesundheitswesen wurde festgelegt, dass alle Krankenhäuser ab dem Jahr 2005 Qualitätsberichte zu veröffentlichen haben, die festgelegte Qualitätsmerkmale enthalten sollen. Damit soll erreicht werden, dass die Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung eine Entscheidungshilfe für die Wahl eines Krankenhauses erhalten, die niedergelassenen Ärzte sollen eine Orientierungshilfe für die Einweisung ihrer Patienten bekommen und es soll die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert werden. Der Inhalt der Berichte wurde jedoch ohne Einbeziehung der Zielgruppen entwickelt, so dass sich nun die Frage stellt, ob die potenziellen Nutzer (in dieser Arbeit die niedergelassenen Allgemeinmediziner) überhaupt dazu bereit sind, diese Berichte zu nutzen bzw. wie die vergleichenden Qualitätsberichte aufgebaut sein sollten, um ihre Vorstellungen zu berücksichtigen. Daher beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage, welche Qualitätsparameter in den Berichten enthalten sein sollten und welche Darstellungsformate zur Präsentation der Daten verwendet werden sollten, um die Interessen der niedergelassenen Allgemeinmediziner zu berücksichtigen und somit die Motivation zur Nutzung der Qualitätsberichte zu fördern.

Methode: es wurden in dem Zeitraum März bis Juni 2005 fünfzig zufällig ausgewählte, bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe registrierte, niedergelassene Allgemeinmediziner im Bereich Hagen/Bochum in ihrer Praxis besucht und interviewt. Ihre Aufgabe war es, acht Beispiel-Darstellungsmodelle sowie 29 Qualitätsmerkmale bzgl. verschiedener Parameter zu bewerten.

Ergebnisse: Es ist festzuhalten, dass sich in dieser Arbeit die meisten niedergelassenen Allgemeinmediziner an dem „Ranking“ (74%) oder dem „Komplexen Starrating“ (68%) orientieren würden, um sich für ein Krankenhaus zu entscheiden. Gleichzeitig schneiden diese beiden Darstellungsformen in allen untersuchten Bewertungskriterien (Informationsgehalt, Verständlichkeit, Übersichtlichkeit, Gesamturteil) außer der Übersichtlichkeit am besten ab. Auffallend ist auch, dass die Studienteilnehmer z.B. die „Tabelle mit Infos“ häufig tatsächlich zur Krankenhausauswahl genutzt haben, dieses Darstellungsmodell aber nicht für „am geeignetesten“ halten, es besteht also eine Differenz zwischen Theorie und Praxis.
Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die Darstellungsform der vergleichenden Qualitätsberichte einen Einfluss auf die Krankenhausauswahl hat und sowohl das Alter als auch das Geschlecht einen signifikanten Einfluss auf die Bewertung der Darstellungsmodelle und die Beurteilung der Relevanz der Qualitätsmerkmale „Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus“, „Empfehlungen von Verwandten, Bekannten, Ärzten und anderen Fachleuten“, „Anzahl der Fachabteilungen des Krankenhauses“, „Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangsarzt-Verfahren“, „Teilnahme an DMPs“, „Gewohnheit“ und „Nähe zum Wohnort des Patienten“ bzw. „Anzahl der ambulanten Patienten“ und „Empfehlungen von Verwandten, Bekannten, Ärzten und anderen Fachleuten“ haben. Die Qualitätsparameter „Anzahl der Betten des Krankenhauses“, „Anzahl der ambulanten Patienten des Krankenhauses“, „Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangsarzt-Verfahren“, „Teilnahme an DMPs“, „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung“, „Gewohnheit“ und „Krankenhausträger“ sind zwar in den Qualitätsberichten enthalten, jedoch werden sie von den Allgemeinmedizinern als nicht verständlich bzw. kaum relevant für eine Krankenhauswahl erachtet. Gleichzeitig besteht der Wunsch nach anderen Informationen wie Mortalitäts- und Komplikationsraten, die bisher nicht in den Qualitätsberichten berücksichtigt sind.

Ob Struktur-, Leistungs- oder Ergebnisdaten von besonderer Bedeutung sind, ist in dieser Arbeit nicht sicher auszumachen. Viel mehr scheint ein Mix aus Qualitätsfaktoren aus allen drei Indikatorengruppen gewünscht zu sein.

Diskussion: Insgesamt scheinen die Wünsche und Bewertungen bzgl. der Qualitätsmerkmale den Erfahrungen aus dem Ausland zu entsprechen. Bei einigen Parametern (z.B. „externe Qualitätssicherung“ und „Patientenzufriedenheit“) gibt es jedoch auch Unterschiede in der Beurteilung. Übereinstimmungen gibt es hingegen wieder bei Qualitätsmerkmalen, die zusätzlich in den Qualitätsberichten berücksichtigt werden sollten, wie z.B. der Parameter „Mortalitätsraten“.
International häufig verwendete Modelle sind das „Einfache Starrating“, „League Tables“ und das „Ranking“. Welche Darstellungsformen bei den Nutzern besonders beliebt sind, wir noch untersucht. In dieser Arbeit konnte das „Einfache Starrating“ die Studienteilnehmer nicht als geeignetes Darstellungsmodell überzeugen, während das „Ranking“ in allen Punkten (außer der Übersichtlichkeit) am besten abschneidet und gerne für eine Krankenhauswahl genutzt wurde.
Im Ausland besteht die Tendenz, nicht zu viele Qualitätsmerkmale in den Berichten unterzubringen, um den Nutzern die Verwendung der Qualitätsberichte zu erleichtern. Entsprechend zeigt auch diese Arbeit, dass die Darstellungsmodelle „Komplexes Balkendiagramm“, „Spinnennetz“ und „JCAHO“, die in dem Punkt „Übersichtlichkeit“ schlecht benotet wurden, nicht als geeigneteste Darstellungsform genannt werden, ein hoher „Informationsgehalt“ wie z.B. beim „Ranking“ allerdings gleichzeitig sehr wichtig ist. Auch waren die Ärzte beim Interview wenig motiviert, sich Darstellungsmodelle näher anzusehen, die auf den ersten Blick bereits zu umfangreich oder kompliziert erschienen, wie das „Spinnennetz“ und das „Komplexe Balkendiagramm“.

Fazit: Die Allgemeinmediziner in Deutschland scheinen durchaus daran interessiert zu sein, ein Krankenhaus für die Einweisung ihrer Patienten anhand von Qualitätsberichten auszuwählen, wenn ihnen das „Ranking“ oder das „Komplexe Starrating“ vorliegt. Dabei wäre es sinnvoll, Qualitätsindikatoren wie z.B. „Anzahl der Betten des Krankenhauses“ und „Teilnahme an DMPs“, die die Ärzte für ihre Entscheidung für irrelevant halten, z.B. durch die Indikatoren „Mortalitätsraten“ und „Komplikationsraten“ zu ersetzen, die die Interessen der Ärzte mehr treffen, um die Nützlichkeit der Qualitätsberichte zu steigern. Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass die Darstellungsform vergleichender Qualitätsdaten die Krankenhausauswahl beeinflussen kann und die Darstellungsmodelle „Einfaches Starrating“, „Spinnennetz“ und „JCAHO“ als ungeeignet angesehen werden.

Es ist zu berücksichtigen, dass eine Vielzahl der Patienten sich entweder vollständig auf ihren behandelnden Arzt bzgl. einer Krankenhausauswahl verlassen oder seine Meinung zumindest neben Informationen aus anderen Quellen in ihre Entscheidung einfließen lassen. Damit wird den niedergelassenen Ärzten eine große Verantwortung bzw. Mitverantwortung für die Wahl des geeignetesten Krankenhauses übertragen. Um dem Vertrauen der Patienten entsprechend nachkommen zu können, sollte es den Ärzten wichtig sein, qualitätsorientierte Entscheidungen zu treffen, damit die Patienten bestmöglich versorgt werden können. Um dies zu ermöglichen und für die Zukunft die Nutzung der Qualitätsberichte weiter zu steigern und zu sichern, sollten die Qualitätsberichte kontinuierlich nach den Wünschen und Vorstellungen der Ärzte bzgl. der Qualitätsparameter und der Darstellungsweise optimiert werden, damit die Krankenhausauswahl tatsächlich wie erstrebt auf dem Boden qualitativer Informationen (Qualitätsberichte) getroffen werden kann.

Literaturverzeichnis

1. Adab P., Rouse A. M., Mohammed M. A. and Marshall T.: *Performance league tables: the NHS deserves better* BMJ 2002; 324: 95-98
2. Allensbacher Studie 1988, zitiert nach der Sonderbeilage der Krankenhaus Umschau 6, 2004
3. Barr J. K. et al.: *Public reporting of hospital patient satisfaction: The Rhode Island experience* Health Care Financ Rev 2002; 23: 51-70
4. Bekanntmachung der Richtlinien des Bundesausschusses zur Verordnung von Krankenhausbehandlung Deutsches Ärzteblatt 2004; Februar-Ausgabe: S. 83
5. Bertelsmann Stiftung: *Shared decision making: Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen* Gesundheitsmonitor 2005; 3: 1-12
6. Berwick D. M., MD, MPP: *Public Performance reports and the will for change* JAMA 2002; Vol. 288, Nr. 12: 1523-1524
7. Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements – Qualitätskriterien und –indikatoren in der Gesundheitsversorgung; Konsenspapier der BÄK, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF; ÄZQ 2001
8. Braun B. et al.: *Consumer response to a report card Comparing healthcare systems* The American Journal of Managed Care 2002, Vol. 8, Nr. 6: 522-528
9. Charta der Patientenrechte, Patientenrechte in Deutschland heute Beschluss der 72. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren vom 9./10. Juni 1999 in Trier; www.igmr.uni-bremen.de/deutsch/projekte/charta.htm
10. Coles J.: *Public disclosure of health care performance reports: a response from the UK* Journal for Quality in Health Care 1999; Vol. 11 Nr. 2: 104-105
11. Collopy B. T.: *Public disclosure of health care performance reports: what do we lose in giving information?* Journal for Quality in Health Care 1999; Vol. 11, Nr. 2: 99-101
12. Courté-Wienecke S.: *Externe Qualitätssicherung für Managed-Care-Organisationen – Erfahrungen aus den USA* Gesundh ökon Qual manag 2002; 7; 52-59
13. Davies H. T. and Lampel J.: *Trust in performance indicators?* Qual Health Care 1998; Vol. 7: 159-162
14. Dranove D., Kessler D., McClellan M. and Satterthwaite M.: *Is more information better? The effects of "report cards" on health care providers* J Polit Econ 2003; 111: 555-588
15. Edgman-Levitan S. and Cleary P. D.: *What information do consumers want and need?* Health Affairs 1996; Vol. 15, Nr. 4: 42-56
16. Epstein A. M.: *Rolling down the runway – The Challenges ahead for Quality report cards* JAMA 1998; 279: 1691-1696
17. Fischer B.: *Gesundheit in der Region – das Beispiel Nordrhein-Westfalen* Gesundheitswesen 2002; 64; 185-188
18. Fisher C. M. and Anderson C. J.: *Hospital advertising: does it influence consumers?J Health Care Mark. 1990; 10(4): 40-46*
19. Flintrop J.: *Chance, sich am Markt zu positionieren* Deutsches Ärzteblatt 2001; 98: A3002 (Heft 46)

20. Geraedts M., Selbmann H.-K. und Ollenschläger G.: *Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen* ZaeFQ 2002; 96; 91-96

21. Geraedts M.: *Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht* Gesundheitsmonitor 2006; 154-170
22. Giraud A.: *Accreditation and the quality movement in France* Quality in health care 2001; 10: 111-116
23. GMDS-Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Medizin (1996) Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie 4: 2-32
24. Golkowski S.: *Wo gibt's das beste Krankenhaus?* Berliner Ärzte Mai 2004 (Titelthema); www.aerztekammer-berlin.de/10_Aktuelles/bae/18_BERLINER_AERZTE/Berliner_Aerzte_bis_2005/BAEthemen/ThemaArtikel2004_05/Titelthema_QBerichte.html
25. Groenewegen P. P., Kerssens J. J. et al: *What is important in evaluating health care quality? An international comparison of user views* BMC Health Services Research 2005; 5: 16
26. *Große Fortschritte bei der Qualitätssicherung in Krankenhäusern* Ärztekammer NRW 30.9.2004
27. Hannan E.L., Stone C.C., Biddle T.L. and DeBuono B.A.: *Public release of cardiac surgery outcomes data in New York: what do New York state cardiologists think of it?* Am Heart J. 1997; 134(1): 55-61
28. Health Care Poll, The Wall Street Journal 2003
29. Helou A., Schwartz F. W. und Ollenschläger G.: *Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland* Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2002; 45: 205-214
30. Hibbard J. H. and Jewett J. J.: *Will Quality Report Cards Help Consumers?* Health Affairs 1997; Vol. 16 Nr. 3: 218-228
31. Hibbard J. H. et al.: *Increasing the impact of Health Plan report cards by addressing consumers' concerns* Health Affairs; Vol. 19, Nr. 5: 138-143
32. Hibbard J. H. et al.: *Strategies for reporting health plan performance information to consumers: Evidence from controlled studies* Health Serv Res 2002; 37: 291-313
33. Hibbard J. H., Slovic P. and Jewett J. J.: *Informing consumer decision in Health Care: Implications from decision-making research* Milbank Quarterly 1997; Vol. 75, No. 3: 395-414
34. Hibbard J. H., Stockard J. and Tusler M.: *Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts?* Health Affairs 2003; Vol. 22, Nr. 2: 84-94
35. Hibbard J. H.: *Being strategic with public reports* International Journal for Quality in Health Care 2001; Vol. 13, Nr. 5: 353-355
36. Hibbard J. H.: *Use of outcome data by purchasers and consumers: new strategies and new dilemmas* International Journal for Quality in Health Care 1998; Vol. 10, Nr. 6: 503-508
37. Hopital Quality Report; Health Grades 10/15/2004
38. Isaacs S. L.: *Consumers' Information needs: Results of a national survey* Health Affairs 1996; Vol. 15, Nr. 4: 31-41
    J Health Care Mark. 1990; 10(4): 40-46
39. Jacobson B., Mindell J. and McKee M.: *Hospital mortality league tables – Question what they tell you – and how useful they are* BMJ 2003; Vol. 326: 777-778
40. Jung: *Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien)* Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 4 vom 23.01.2004, Seite A-214, B-186, C-178

41. Kaiser Family Foundation: *Medical Errors: Practicing Physician and Public – Views*, Dezember 2002; www.kff.org
42. Kolkmann F.-W., Vilmar K. und Stobrawa F.: *Entprofessionalisierung ärztlicher Berufsausübung* Deutsches Ärzteblatt 2004; 101: A1409-1414 (Heft 20)
43. Krumholz H.M., Rathore S. S., Chen J., Wang Y. and Radford M. J.: *Evaluation of a consumer-oriented internet Health Care Report Card – The risk of Quality Ratings based on Mortality Data* JAMA 2002; 287: 1277-1287
44. Leatherman S. and McCarthy D.: *Public disclosure of health care performance reports: experience, evidence and issue for policy* International Journal for Quality in Health Care 1999; Vol. 11, Nr. 2: 93-98
45. Leber W.-D.: *Qualitätsberichte ohne Ergebnisqualität* Krankenhaus Umschau 2004; 5: 378-380
46. Lohr K. N.: *Medicare – A strategy for quality assurance* Institute of Medicine, Washington D.C. (1990)
47. Mant J.: *Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care* International Journal for Quality in Health Care 2001; Vol. 13, Nr. 6: 475-480
48. Marshall M. N. and Brook R. H.: *Public reporting of comparative information about quality of health care* MJA 2002; Vol. 176: 205-206
49. Marshall M. N. and Davies H.: *Public release of information on quality of care: how are health services and the public expected to respond?* J Health Serv Res Policy 2001; 6(3): 158-162
50. Marshall M. N. et al.: *Can health care quality indicators be transferred between countries?* Qual. Saf. Health Care 2003; Vol. 12: 8-12
51. Marshall M. N. et al.: *Public reporting on quality in the United States and The United Kingdom* Health Affairs 2003; Vol. 22, Nr. 3: 134-148
52. Marshall M. N., Hiscock J. and Sibbald B.: *Attitudes to the public release of comparative information on the quality of general practice care: qualitative study* BMJ 2002; Vol. 325: 1278-1283
53. Marshall M. N.: *Accountability and quality improvement: the role of report cards* Quality Health Care 2001; 10: 67-68
54. Marshall M.N., Romano P.S. and Davies H.T.O.: *How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care?* International Journal for Quality in Health Care 2004; 16 (Supplement 1): 57-63
55. Marshall M.N., Shekelle P.G., Leatherman S. und Brook R.H.: *Public disclosure of performance data: learning from the US experience* Quality in Health Care 2000; 9: 53-57
56. Marshall M.N., Shekelle P.G., Leatherman S. und Brook R.H.: *The public release of performance data – What do we expect to gain? A review of the evidence* JAMA 2000; 283: 1866-1874
57. Mebius C.: *Public disclosure of health care performance reports: comments and reflections from Sweden* Journal for Quality in Health Care 1999; Vol. 11, Nr. 2:
58. Mechanic D.: *Consumer choice among health insurance options* Health Affairs Spring 1989; 138-148
59. Narins C. R., Dozier A. M., Linge F. S. and Zareba W.: *The influence of public reporting of outcome data on medical decision making by physicians* Archives of Internal Medicine 2005; 165: 83-87
60. Nelson E. C. et al.: *Publicly reporting comprehensive quality and cost data: A health care system's transparency initiative* Joint Commission Journal on quality and patient safety 2005, Vol. 31, Nr. 10: 573-584

61. Niemann F. M. und Wohlers J.: *Qualitätssicherung – Dokumentationsflut ohne Nutzen* Deutsches Ärzteblatt online; 6. Mai 2005; www.aerzteblatt.de/aufsaetze/0504 Nr. 3: 134-148
62. Omoigui N.A., Miller D.P., Brown K.J. et al.: *Outmigration for coronary artery bypass surgery in an era of public dissemination of clinical outcomes* Circulation 1996; 93: 27-33
63. Peterson E.D., DeLong E.R., Jollis J.G. et al.: *The effects of New York's bypass surgery provider profiling on access to care and patient outcomes in the elderly* J Am Coll Cardiol 1998; 32: 993-999
64. Pilz T.: *Der strukturierte Qualitätsbericht nach §137 SGB V – Konzept der DKG* Das Krankenhaus 2003; 11: 939-942
65. Rainwater J. A. and Romano P. S.: *What data do California HMOs use to select hospitals for contracting?* Am J Manag Care 2003; Vol. 9, Nr. 8: 553-561
66. Richter E. A.: *Patientenrechte: Der informierte Patient – ein gemeinsames Ziel* Deutsches Ärzteblatt 97 (2000); 12: A-753
67. Rogers G. and Smith D. P.: *Reporting comparative results from hospital patient surveys* International Journal for Quality in Health Care 1999; Vol. 11, Nr. 3: 251-259
68. Rowan K., Harrison D., Brady A. and Black N.: *Hospitals' star ratings and clinical outcomes: ecological study* BMJ 2004; 328: 924-925
69. Sänger S., Nickel J., Huth A. und Ollenschläger G.: *Gut informiert über Gesundheitsfragen, aber wie? – das deutsche Clearingverfahren für Patienteninformationen – Zielsetzung, Hintergrund und Arbeitsweise* Gesundheitswesen 2002; 64; 391-397
70. Schlemm S. und Scriba P.C.: *Leistungsberichte als „Patientenwegweiser"* Deutsches Ärzteblatt 2004; 101: A484-486 (Heft 8)
71. Schloman B.: *Health Care report cards: pass or fail?* Online Journal of Issues in Nursing 2005, May 9
72. Schneider E. C. and Epstein A. M.: *Use of public performance reports* JAMA 1998; Vol. 279; Nr. 20: 1638-1642
73. Schneider E.C. and Epstein A.M.: *Influence of Cardiac-Surgery Performance Reports on Refferal Practices and Access to Care – A Survey of Cardiovascular Specialists* N Engl J Med 1996; 335: 251-256
74. Schultz J. et al.: *Impact of performance information on health care choices – Do employees use report cards to assess health care provider systems?* HSR 2001; Vol. 36, Nr. 3: 509-530
75. Schwartz L. M., Woloshin S. and Birkmeyer J. D.: *How do elderly patients decide where to go for major surgery? Telephone interview survey* BMJ, doi:10.1136/bmj.38614.449016.DE (published 28 September 2005)
76. Scott I.A. and Ward M.: *Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities* MJA 2006; Vol. 184, Nr. 11: 571-575
77. Selbmann H.K.: *Der Qualitätsbericht ab 2005 – wozu und für wen?* Das Krankenhaus 2004; 9: 712-716
78. SGB V § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 (Qualitätsberichte)
79. Simoes E., Boukamp K., Mayer E.D. und Schmahl F.W.: *Gibt es Belege für den Impact qualitätssichernder/-fördernder Verfahren in anderen Ländern?* Gesundheitswesen 2004; 66: 370-379
80. The Leapfrog Group March 2005: Communicating about incentives and rewards – A Primer; www.leapfroggroup.org/media/file/CommunicationsPrimer_March2005_FINAL2.pdf

81. Tumlinson A. et al.: *Choosing a health plan: What information will consumers use?* Health Affairs 1997; Vol. 16, Nr. 3: 229-238
82. Turi Zoltan G., MD, FACC: *The big chill – The deleterious effects of public reporting on access to health care for the sickest patients* Journal of the American College of Cardiology 2005; Vol. 45, Nr. 11: 1766-1778
83. Vaiana M.E. and McGlynn E.A.: *What Cognitive Science tells us about the Design of Reports for Consumers* Medical Care Research and Review 2002; 59: 3-35
84. Vladeck B. C. et al.: *Consumers and hospital use: The HCFA „Death List" Health* Affairs1988, Spring, pp. 123-125
85. Werner R. and Asch D.: *The unintended consequences of publicly reporting quality information* JAMA 2005; Vol. 293, Nr. 10: 1239-1244
86. Wicks E.K. and Meyer J.A.: *Making Report Cards Work* Health Affairs 1999; Vol. 18, Nr. 2: 152-155
87. *Wird Qualität künftig Klinik-Auswahl bestimmen?* Ärzte Zeitung 2003; 65: 20
88. Zorn U. und Ollenschläger G.: *Qualitätsbestimmung in der medizinischen Versorgung – ein universelles Entwicklungsschema für Qualitätsindikatoren* ZaeFQ 1999; 93; 123-128

Anhang

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)

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

(kurze Demonstration des Statistikteils)

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

Abschließend 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“)

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)

Folgende Fragen wurden gestellt:

Statistikteil

Ich gebe Ihnen nun die Fragebögen. Er beginnt mit den statistischen Angaben zu Ihrer Person. Ich bitte Sie diese zunächst auszufüllen.

(Verteilung des Fragebogens; ausfüllen abwarten)

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 Krankhäuser 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)

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 abschließend, 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.

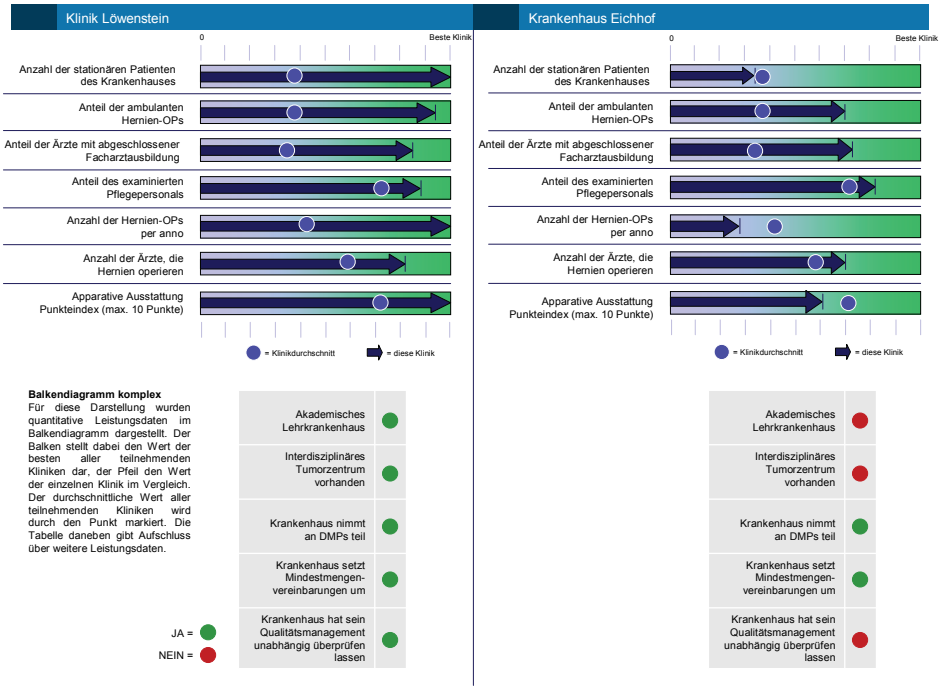
(warten, bis die Beurteilung abgeschlossen ist)

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.

Starrating komplex

	Akademisches Lehrkrankenhaus	Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	Anteil der ambulanten Hernien-OPs	Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung	Anteil des examinierten Pflegepersonals	Krankenhaus nimmt an DMPs teil	Krankenhaus setzt Mindestmengenvereinbarungen um	Anzahl der Hernien-OPs per anno	Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren	Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	Apparative Ausstattung Punkteindex (max. 10 Punkte)	Sterne gesamt
Marienkrankenhaus	--	★	--	★★	★★	★★	--	★	★	★★	--	★★	13
Michaeliskrankenhaus	★	★★★	--	★★★	★★	★	--	--	★★	★	★	★★★	17
Krankenhaus Tabea	★	★★★	★	★★	★★★	★★★	--	★	★★★	★★★	--	★★★	23
Albertinenkrankenhaus	--	★★	--	★★★	★★	★★	★	★	★★	★	--	★★	16
Klinikum Nord	★	★★★	★	★★	★★★	★★	★	★	★★★	★★★	★	★★★	24
Krankenhaus Alten Eichen	--	★	--	★	★	★★★	--	--	★	★★	★	★	11
Klinikum St. Georg	--	★★	--	★★	★	★	★	★	★	★	--	★	11
Amalie-Sieveking-Krankenhaus	--	★	--	★	★★★	★★	--	★	★	★★	★	★	13
Krankenhaus Bethanien	--	★★	★	★★★	★	★★★	★	--	★★★	★★★	★	★★	20
Krankenhaus Groß-Sand	--	★★	--	★	★★	★	★	★	★★	★★	--	★★	14

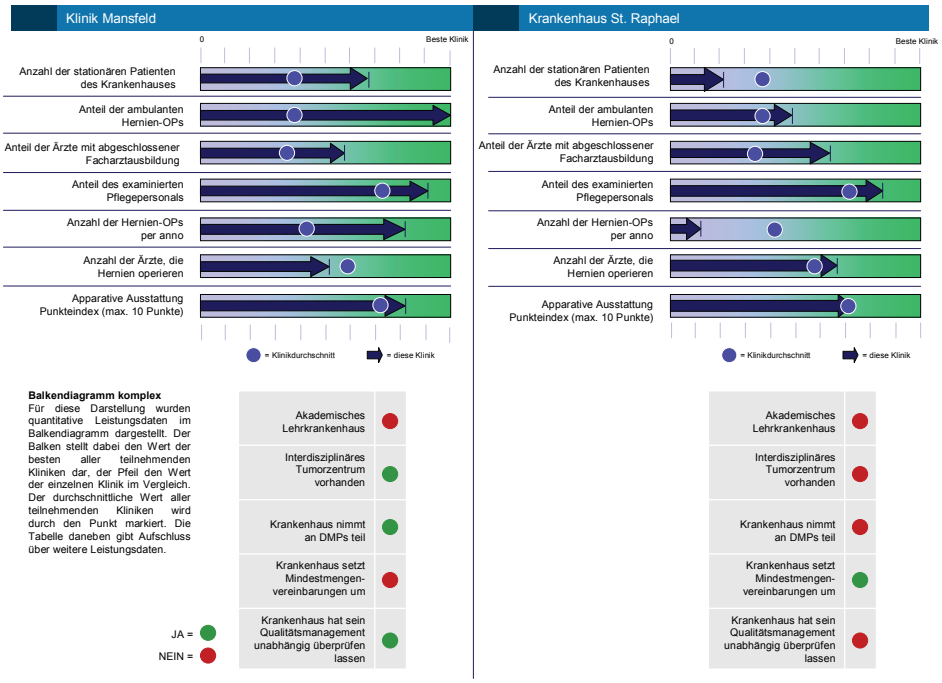
Starrating komplex
In der Tabelle wurden die Leistungsdaten jeweils mit Sternen bewertet (senkrechte Spalte). In der letzten Spalte sind die insgesamt von der Klinik erreichten Sterne angegeben.

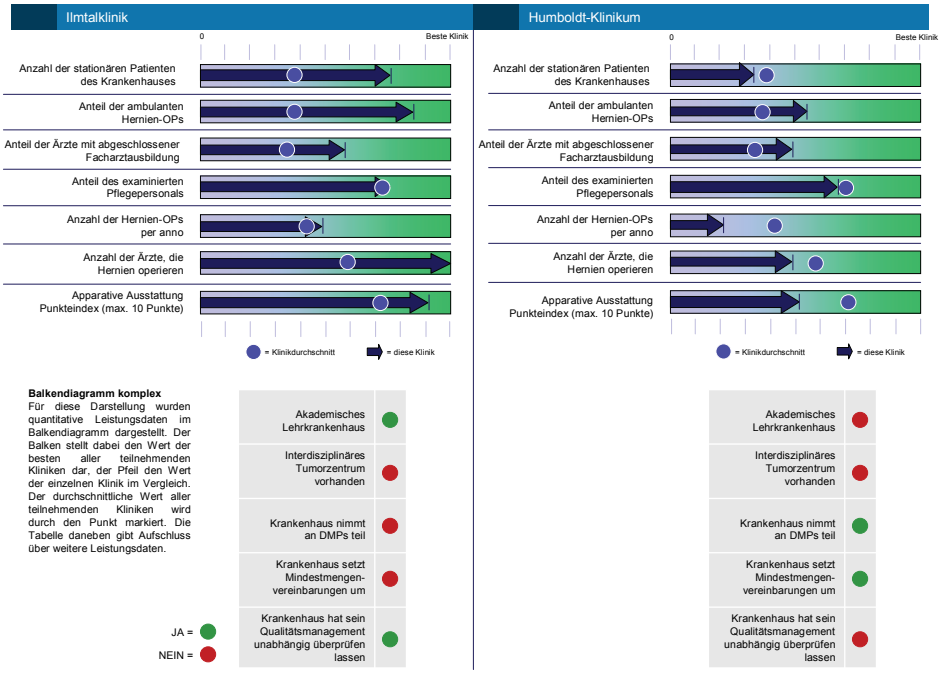


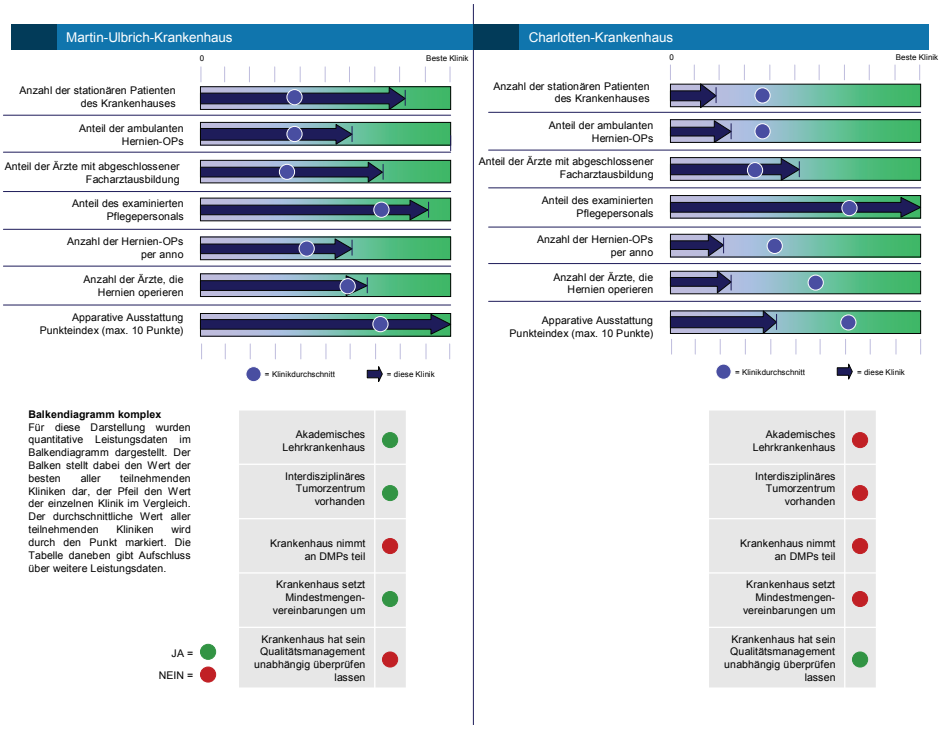
Balkendiagramm komplex
Für diese Darstellung wurden quantitative Leistungsdaten im Balkendiagramm dargestellt. Der Balken stellt dabei den Wert der besten aller teilnehmenden Kliniken dar, der Pfeil den Wert der einzelnen Klinik im Vergleich. Der durchschnittliche Wert aller teilnehmenden Kliniken wird durch den Punkt markiert. Die Tabelle daneben gibt Aufschluss über weitere Leistungsdaten.

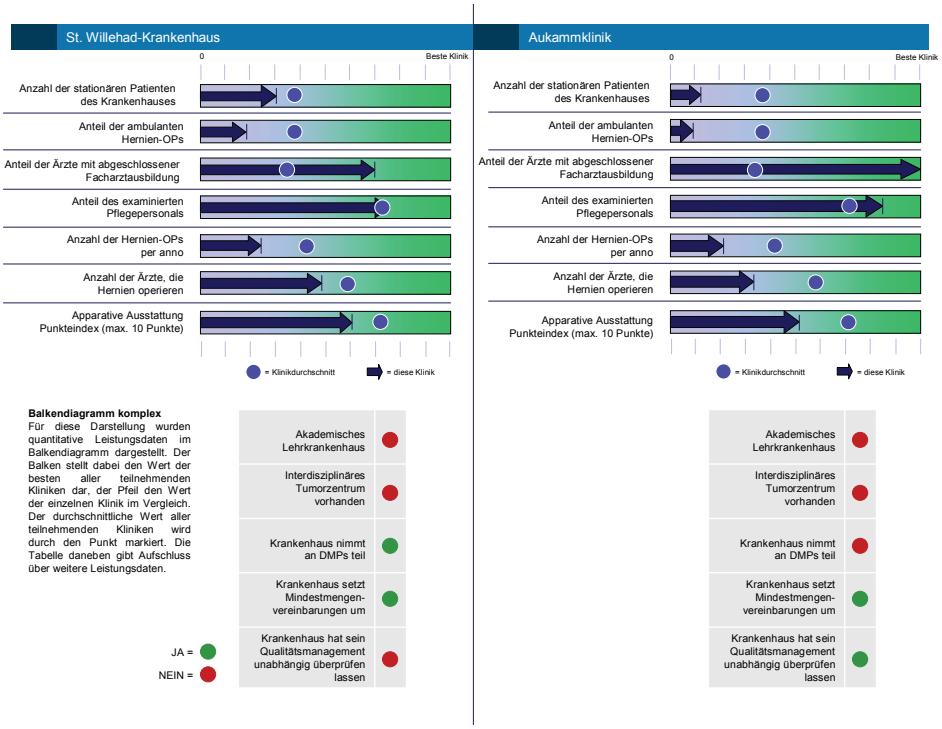
	Klinik Löwenstein	Krankenhaus Eichhof
Akademisches Lehrkrankenhaus	●	●
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	●	●
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	●	●
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	●	●
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	●	●

JA = ●
NEIN = ●

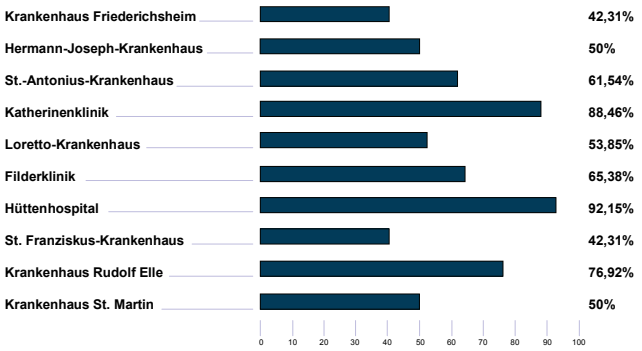

Klinik Mansfeld
Krankenhaus St. Raphael
0
Beste Klinik
Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses
Anteil der ambulanten Hernien-OPs
Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung
Anteil des examinierten Pflegepersonals
Anzahl der Hernien-OPs per anno
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren
Apparative Ausstattung Punkteindex (max. 10 Punkte)
= Klinikdurchschnitt
= diese Klinik
Balkendiagramm komplex
Für diese Darstellung wurden quantitative Leistungsdaten im Balkendiagramm dargestellt. Der Balken stellt dabei den Wert der besten aller teilnehmenden Kliniken dar, der Pfeil den Wert der einzelnen Klinik im Vergleich. Der durchschnittliche Wert aller teilnehmenden Kliniken wird durch den Punkt markiert. Die Tabelle daneben gibt Aufschluss über weitere Leistungsdaten.
JA =
NEIN =
Akademisches Lehrkrankenhaus
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden
Krankenhaus nimmt an DMPs teil
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen


Ilmtalklinik
Humboldt-Klinikum
0
Beste Klinik
Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses
Anteil der ambulanten Hernien-OPs
Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung
Anteil des examinierten Pflegepersonals
Anzahl der Hernien-OPs per anno
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren
Apparative Ausstattung Punkteindex (max. 10 Punkte)
= Klinikdurchschnitt
= diese Klinik
Balkendiagramm komplex
Für diese Darstellung wurden quantitative Leistungsdaten im Balkendiagramm dargestellt. Der Balken stellt dabei den Wert der besten aller teilnehmenden Kliniken dar, der Pfeil den Wert der einzelnen Klinik im Vergleich. Der durchschnittliche Wert aller teilnehmenden Kliniken wird durch den Punkt markiert. Die Tabelle daneben gibt Aufschluss über weitere Leistungsdaten.
JA =
NEIN =
Akademisches Lehrkrankenhaus
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden
Krankenhaus nimmt an DMPs teil
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen


Martin-Ulbrich-Krankenhaus
Charlotten-Krankenhaus
0
Beste Klinik
Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses
Anteil der ambulanten Hernien-OPs
Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung
Anteil des examinierten Pflegepersonals
Anzahl der Hernien-OPs per anno
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren
Apparative Ausstattung Punkteindex (max. 10 Punkte)
= Klinikdurchschnitt
= diese Klinik
Balkendiagramm komplex
Für diese Darstellung wurden quantitative Leistungsdaten im Balkendiagramm dargestellt. Der Balken stellt dabei den Wert der besten aller teilnehmenden Kliniken dar, der Pfeil den Wert der einzelnen Klinik im Vergleich. Der durchschnittliche Wert aller teilnehmenden Kliniken wird durch den Punkt markiert. Die Tabelle daneben gibt Aufschluss über weitere Leistungsdaten.
JA =
NEIN =
Akademisches Lehrkrankenhaus
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden
Krankenhaus nimmt an DMPs teil
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen


St. Willehad-Krankenhaus
Aukammklinik
0
Beste Klinik
Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses
Anteil der ambulanten Hernien-OPs
Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung
Anteil des examinierten Pflegepersonals
Anzahl der Hernien-OPs per anno
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren
Apparative Ausstattung Punkteindex (max. 10 Punkte)
= Klinikdurchschnitt
= diese Klinik
Balkendiagramm komplex
Für diese Darstellung wurden quantitative Leistungsdaten im Balkendiagramm dargestellt. Der Balken stellt dabei den Wert der besten aller teilnehmenden Kliniken dar, der Pfeil den Wert der einzelnen Klinik im Vergleich. Der durchschnittliche Wert aller teilnehmenden Kliniken wird durch den Punkt markiert. Die Tabelle daneben gibt Aufschluss über weitere Leistungsdaten.
JA =
NEIN =
Akademisches Lehrkrankenhaus
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden
Krankenhaus nimmt an DMPs teil
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen

Balkendiagramm einfach



Balkendiagramm einfach
Für diese Darstellung wurden die Kliniken anhand eines Punktesystems bewertet und der Anteil der erzielten Punkte an der maximal möglichen Punktzahl als Balkendiagramm dargestellt. Dabei wurden u.a. Aspekte wie Qualifikation des Personals, Umfang der Ausstattung, Größe und Leistungsmengen der Klinik/Abteilung sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung einbezogen.

Tabelle mit Infos

	Akademisches Lehrkrankenhaus	Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	Anteil der ambulanten Hernien-OP's	Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung	Anteil des examinierten Pflegepersonals	Krankenhaus nimmt an DMPs teil	Krankenhaus setzt Mindestmengenvereinbarungen um	Anzahl der Hernien-OPs per anno	Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren	Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	Apparative Ausstattung Punkteindex (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-Stirum-Klinik	nein	273	nein	0,42	0,29	0,65	ja	ja	124	3	nein	5
Fritz-König-Krankenhaus	ja	875	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

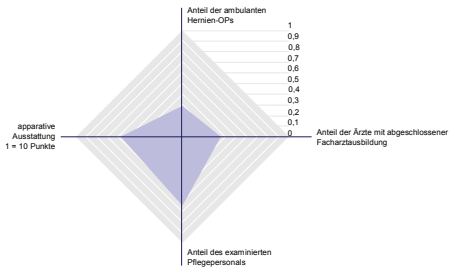
Tabelle einfach
In der Tabelle sind die von den Kliniken angegeben Leistungsdaten erfasst.

Starrating einfach

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

Starrating einfach
Für diese Darstellung wurden die Kliniken auf Basis ihrer Leistungsdaten mit einem (einfacher Standard) bis drei (hervorragender Standard) Sternen bewertet. Dabei wurden u.a. Aspekte wie Qualifikation des Personals, Umfang der Ausstattung, Größe und Leistungsmengen der Klinik/Abteilung sowie Maßnahmen der Qualitätssicherung einbezogen.

Krankenhaus St. Hedwig

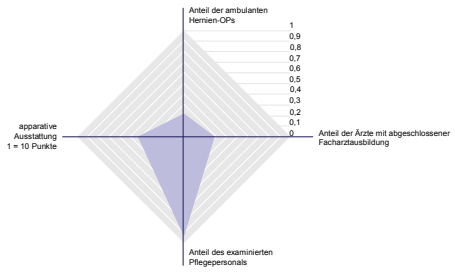


JA = ●
NEIN = ●

Akademisches Lehrkrankenhaus	●
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	●
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	●
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	●
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	●

Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses:	254
Hernien-OPs pro Jahr:	138
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren:	3

Median Klinik

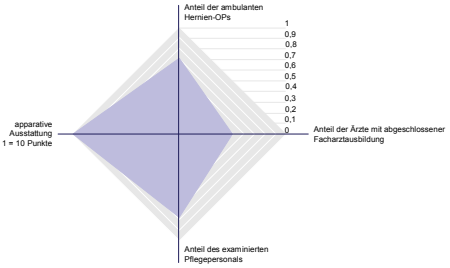


Spinnennetz
Für diese Darstellung wurden einige Daten in ein Netzdiagramm eingearbeitet. Einige Leistungsdaten finden Sie separat. Die Tabelle daneben gibt Aufschluss über weitere Leistungsdaten.

Akademisches Lehrkrankenhaus	●
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	●
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	●
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	●
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	●

Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses:	134
Hernien-OPs pro Jahr:	124
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren:	2

Waldkrankenhaus

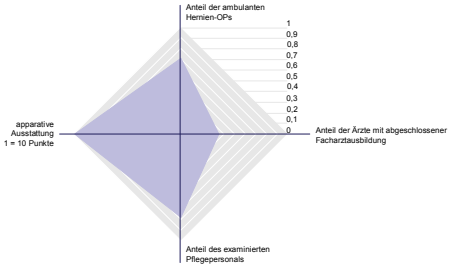


JA =
NEIN =

Akademisches Lehrkrankenhaus	
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	

Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses:	857
Hernien-OPs pro Jahr:	594
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren:	5

Krankenhaus Karl-Bonhoeffer

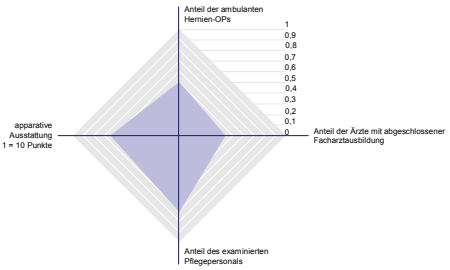


Spinnennetz
Für diese Darstellung wurden einige Daten in ein Netzdiagramm eingearbeitet. Einige Leistungsdaten finden Sie separat. Die Tabelle daneben gibt Aufschluss über weitere Leistungsdaten.

Akademisches Lehrkrankenhaus	
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	

Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses:	673
Hernien-OPs pro Jahr:	275
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren:	6

Krankenhaus St. Gertrauden

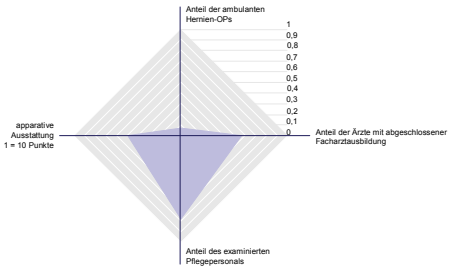


JA =
NEIN =

Akademisches Lehrkrankenhaus	
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	

Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses:	296
Hernien-OPs pro Jahr:	145
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren:	4

Fliedner Klinik

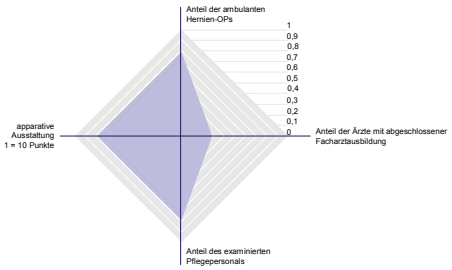


Spinnennetz
Für diese Darstellung wurden einige Daten in ein Netzdiagramm eingearbeitet. Einige Leistungsdaten finden Sie separat. Die Tabelle daneben gibt Aufschluss über weitere Leistungsdaten.

Akademisches Lehrkrankenhaus	
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	

Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses:	98
Hernien-OPs pro Jahr:	120
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren:	2

Krankenhaus Havelhöhe

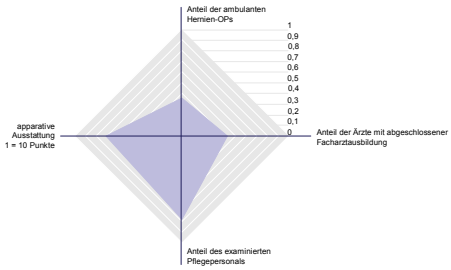


JA =
NEIN =

Akademisches Lehrkrankenhaus	
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	

Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses:	589
Hernien-OPs pro Jahr:	467
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren:	3

Immanuel-Krankenhaus

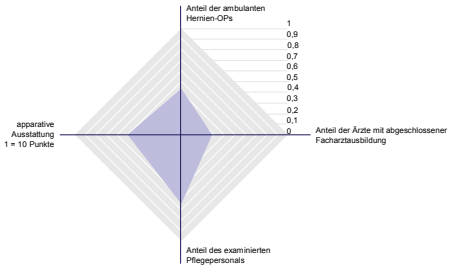


Spinnennetz
Für diese Darstellung wurden einige Daten in ein Netzdiagramm eingearbeitet. Einige Leistungsdaten finden Sie separat. Die Tabelle daneben gibt Aufschluss über weitere Leistungsdaten.

Akademisches Lehrkrankenhaus	
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	

Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses:	187
Hernien-OPs pro Jahr:	75
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren:	4

Leonardo-Klinik

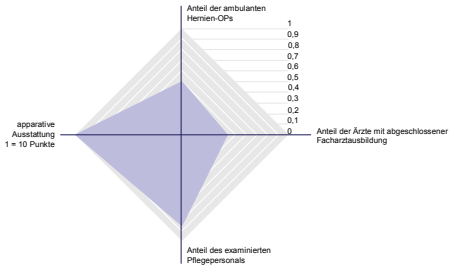


JA =
NEIN =

Akademisches Lehrkrankenhaus	
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	

Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses:	273
Hernien-OPs pro Jahr:	124
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren:	3

Paulinenkrankenhaus



Spinnennetz
Für diese Darstellung wurden einige Daten in ein Netzdiagramm eingearbeitet. Einige Leistungsdaten finden Sie separat. Die Tabelle daneben gibt Aufschluss über weitere Leistungsdaten.

Akademisches Lehrkrankenhaus	
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	
Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	

Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses:	711
Hernien-OPs pro Jahr:	370
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren:	4

Ranking

		Akademisches Lehrkrankenhaus	Anzahl der stationären Patienten des Krankenhauses	Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	Anteil der ambulanten Hernien-OP's	Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung	Anteil des examinierten Pflegepersonals	Krankenhaus nimmt an DMP's teil	Krankenhaus setzt Mindestmengenvereinbarungen um	Anzahl der Hernien-OPs per anno	Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren	Krankenhaus hat sein Qualitätsmanagement unabhängig überprüfen lassen	Apparative 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

Ranking
In dieser Tabelle sind die von den Kliniken angegebenen Leistungsdaten gewichtet und ist auf Basis dieser Gewichtung eine qualitative Rangliste der Kliniken erstellt worden (beste Klinik auf Platz 1, schwächste Klinik auf Rang 10).

JCAHO

Punkte-(Wert-)verteilung der teilnehmenden Kliniken

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 ersehen.

	St. Bernhard-Hospital	Parkkrankenhaus	Klinik Agatharied	St. Bonifatius-Krankenhaus	Krankenhaus Linde	Remigius-Krankenhaus	St. Ansgar-Hospital	Paracelsus-Elena-Klinik	Lubinus-Klinik	Krankenhaus Lahr
Akademisches Lehrkrankenhaus	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Krankenhaus hat sein Qualitäts-management unabhängig überprüfen lassen	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Anzahl der stationären Patienten des Krnakenhauses	5	2	1	5	4	4	3	2	4	5
Anteil der ambulanten Hernien-OPs	4	3	2	5	3	5	1	2	3	4
Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharzt ausbildung	4	3	3	2	3	3	4	4	4	4
Anteil des examinieren Pflegepersonals	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1
Anteil der Hernien-OPs per anno	5	2	1	5	3	3	1	2	4	4
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren	5	2	1	3	5	3	1	4	4	2
Apparative Ausstattung Punkteindex (Max. 10 Punkte)	2	1	1	3	3	3	2	1	3	4

Verteilung des Parameters unter den Krankenhäusern

	ja	nein
Akademisches Lehrkrankenhaus	30%	70%
Interdisziplinäres Tumorzentrum vorhanden	30%	70%
Krankenhaus nimmt an DMPs teil	50%	50%
Krankenhaus setzt Mindestmengen-vereinbarungen um	70%	30%
Krankenhaus hat sein Qualitäts-management unabhängig überprüfen lassen	50%	50%

	1	2	3	4	5
Anzahl der stationären Patienten des Krnakenhauses	10%	20%	10%	30%	20%
Anteil der ambulanten Hernien-OPs	10%	20%	30%	20%	20%
Anteil der Ärzte mit abgeschlossener Facharzt ausbildung	0%	10%	40%	50%	0%
Anteil des examinieren Pflegepersonals	30%	70%	0%	0%	0%
Anteil der Hernien-OPs per anno	20%	20%	20%	20%	20%
Anzahl der Ärzte, die Hernien operieren	20%	20%	20%	20%	20%
Apparative Ausstattung Punkteindex (Max. 10 Punkte)	30%	20%	40%	10%	0%

Angaben zu Ihrer Person

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

Sie sind

☐ männlich ☐ weiblich

Ihr Alter: ____ Jahre

Gemeinschaftspraxis? _____

Beurteilungsbogen zur Darstellung „komplexes Starrating“

Bitte bewerten Sie die Ihnen vorliegende Darstellung „komplexes Starrating“ anhand der folgenden Fragen:

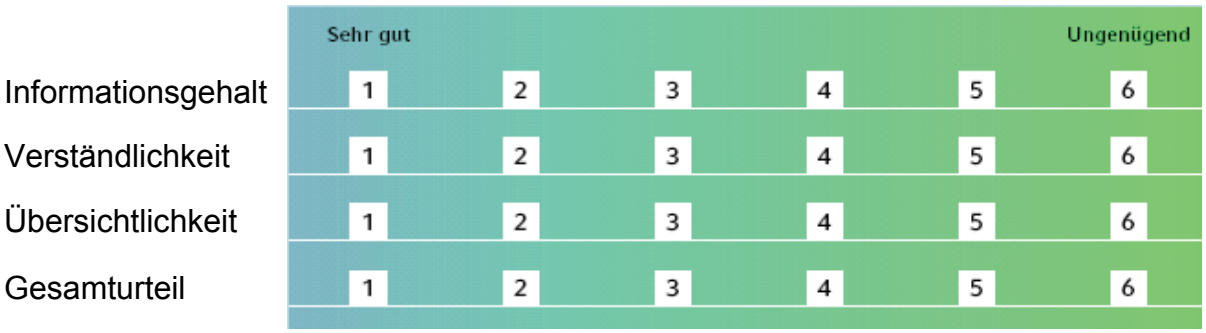
Würden Sie aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?

☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

Falls ja, welches Krankenhaus würden Sie bevorzugen?

☐ Marienkrankenhaus
☐ Michaeliskrankenhaus
☐ Krankenhaus Tabea
☐ Albertinenkrankenhaus
☐ Klinikum Nord
☐ Krankenhaus Alten Eichen
☐ Klinikum St. Georg
☐ Amalie-Sieveking-Krankenhaus
☐ Krankenhaus Bethanien
☐ Krankenhaus Groß Sand

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



Beurteilungsbogen zur Darstellung „komplexes Balkendiagramm“

Bitte bewerten Sie die Ihnen vorliegende Darstellung „komplexes Balkendiagramm“ anhand der folgenden Fragen:

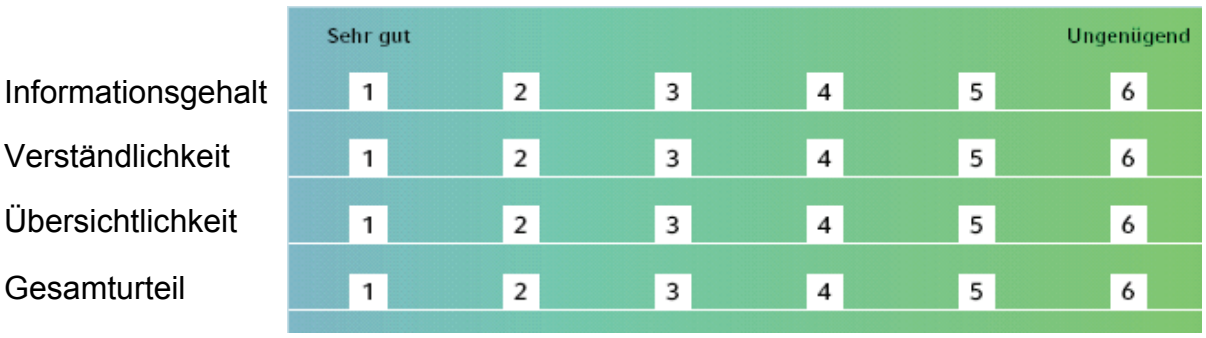
Würden Sie aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?

☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

Falls ja, welches Krankenhaus würden Sie bevorzugen?

☐ Klinik Löwenstein
☐ Krankenhaus Eichhof
☐ Klinikum Mansfeld
☐ Krankenhaus St. Raphael
☐ Ilmtalklinik
☐ Humboldt-Klinikum
☐ Martin-Ulbrich-Krankenhaus
☐ Charlottenkrankenhaus
☐ St. Willehad-Krankenhaus
☐ Aukammklinik

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



Beurteilungsbogen zur Darstellung „einfaches Balkendiagramm“

Bitte bewerten Sie die Ihnen vorliegende Darstellung „einfaches Balkendiagramm“ anhand der gestellten Fragen:

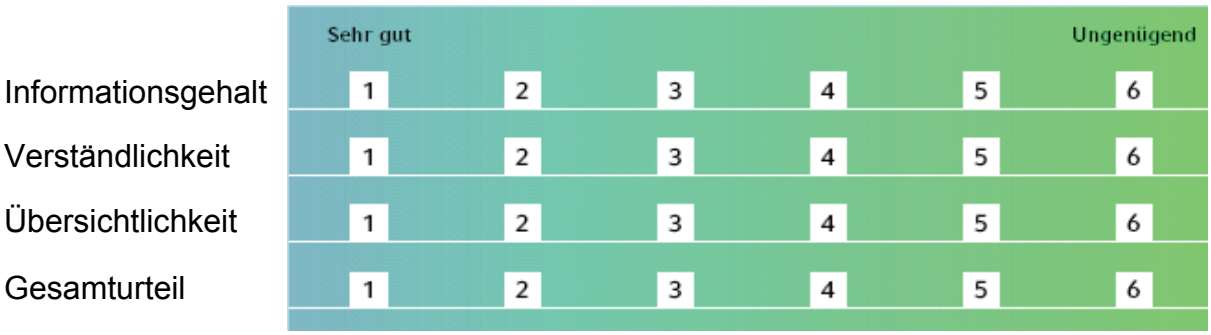
Würden Sie aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?

☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

Falls ja, welches Krankenhaus würden Sie bevorzugen?

☐ Krankenhaus Friedrichsheim
☐ Hermann-Joseph-Krankenhaus
☐ St. Antonius-Krankenhaus
☐ Katherinenklinik
☐ Loretto-Krankenhaus
☐ Filderklinik
☐ Hüttenhospital
☐ St. Franziskus-Krankenhaus
☐ Krankenhaus Rudolf Elle
☐ Krankenhaus St. Martin

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



Beurteilungsbogen zur Darstellung „Tabelle mit Infos“

Bitte bewerten Sie die Ihnen vorliegende Darstellung „Tabelle mit Infos“ 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?

☐ Mathildenhospital
☐ Palotti-Krankenhaus
☐ Fürst-Stirum-Klinik
☐ Fritz-König-Krankenhaus
☐ Krankenhaus Bühl
☐ Dominikus-Krankenhaus
☐ Krankenhaus Salem
☐ Herzogin-Elisabeth-Krankenhaus
☐ Krankenhaus am See
☐ Rechbergklinik

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

Beurteilungsbogen zur Darstellung „einfaches Starrating“

Bitte bewerten Sie die Ihnen vorliegende Darstellung „einfaches Starrating“ anhand der folgenden Fragen:

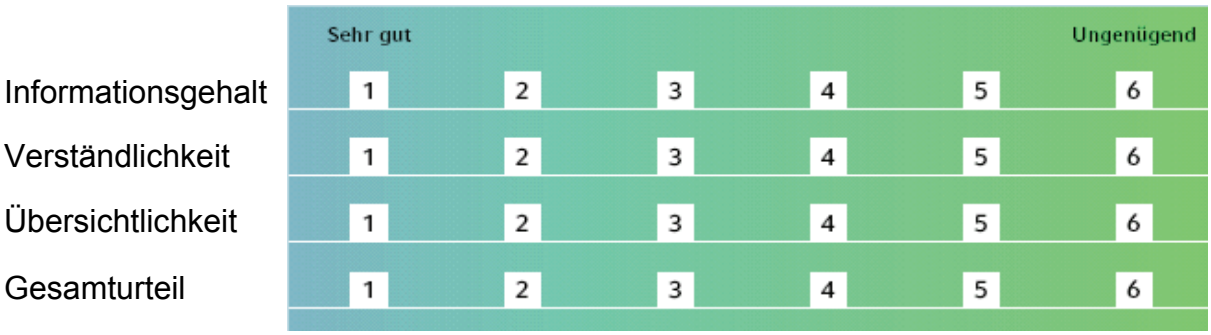
Würden Sie aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?

☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

Falls ja, welches Krankenhaus würden Sie bevorzugen?

☐ Eduarduskrankenhaus
☐ Klinikum Süd
☐ Klinik Schillerhöhe
☐ St. Johannes Krankenhaus
☐ Stadtkrankenhaus
☐ Vulpius-Klinik
☐ Klinik Albstadt
☐ Klinikum am Urban
☐ Klinikum Mitte
☐ St. Vinzenz-Krankenhaus

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



Beurteilungsbogen zur Darstellung „Spinnennetz“

Bitte bewerten Sie die Ihnen vorliegende Darstellung „Spinnennetz“ anhand der folgenden Fragen:

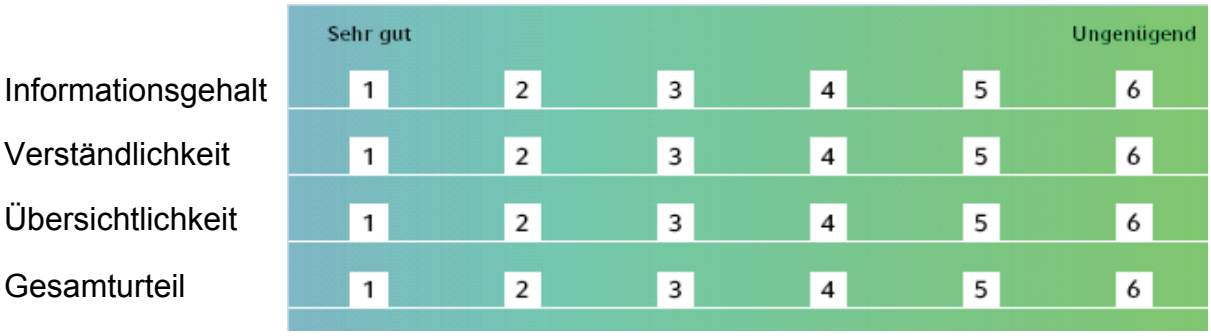
Würden Sie aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?

☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

Falls ja, welches Krankenhaus würden Sie bevorzugen?

☐ Krankenhaus St. Hedwig
☐ Median Klinik
☐ Waldkrankenhaus
☐ Krankenhaus Karl Bonhoeffer
☐ Krankenhaus St. Gertrauden
☐ Fliedner Klinik
☐ Krankenhaus Havelhöhe
☐ Immanuel-Krankenhaus
☐ Leonardo-Klinik
☐ Paulinenkrankenhaus

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



Beurteilungsbogen zur Darstellung „Ranking“

Bitte bewerten Sie die Ihnen vorliegende Darstellung „Ranking“ anhand der folgenden Fragen:

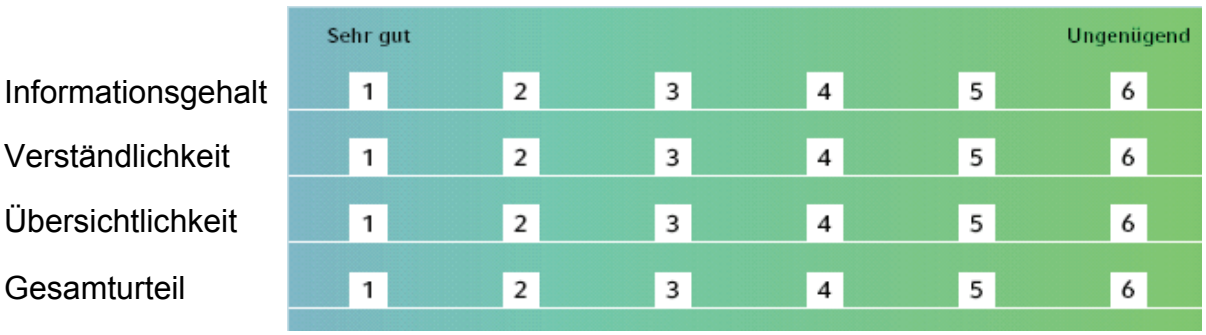
Würden Sie aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?

☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

Falls ja, welches Krankenhaus würden Sie bevorzugen?

☐ Krankenhaus St. Joseph
☐ Herz-Jesu-Krankenhaus
☐ Wilhelm-Augusta-Krankenhaus
☐ Wenckebach-Klinikum
☐ Auguste-Viktoria-Klinikum
☐ Krankenhaus am Plattenwald
☐ Dreifaltigkeitskrankenhaus
☐ Elisabeth-Krankenhaus
☐ Robert-Koch-Krankenhaus
☐ Alexianer-Krankenhaus

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



Beurteilungsbogen zur Darstellung „JCAHO“

Bitte bewerten Sie die Ihnen vorliegende Darstellung „JCAHO“ anhand der folgenden Fragen:

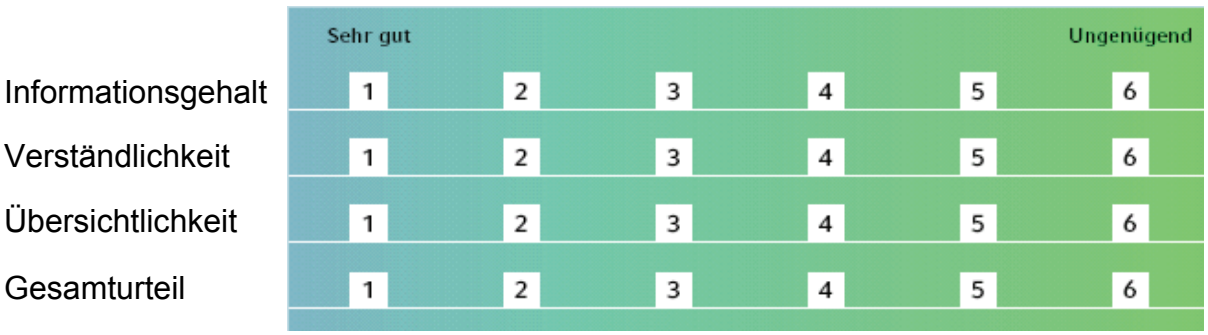
Würden Sie aufgrund dieser Darstellung von Krankenhausqualität ein bestimmtes Krankenhaus bevorzugen?

☐ ja ☐ nein ☐ ich weiß nicht

Falls ja, welches Krankenhaus würden Sie bevorzugen?

☐ St. Bernhard-Hospital
☐ Klinik Agatharied
☐ Krankenhaus Linde
☐ St. Ansgar-Hospital
☐ Lubinus-Klinik
☐ Parkkrankenhaus
☐ St. Bonifatius-Krankenhaus
☐ Remigius-Krankenhaus
☐ Paracelsus-Elena-Klinik
☐ Krankenhaus Lahr

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



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

Bewertung der Darstellungsformen

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

- Starrating einfach
- Spinnennetz
- Ranking
- JCAHO
- komplexes Starrating
- Balken komplex
- Balken einfach
- Tabelle mit Infos

Lebenslauf

Name:	Tanja Molzahn geboren: 9.11.1978, Schwelm	
Schulbildung:	1985-1989	Grundschule Gevelsberg-Silschede
	1989-1998	Städt. Gymnasium Gevelsberg Abschluss: Abitur
Ausbildung:	1998-2001	Ausbildung zur Steuerfachangestellten
Studium:	2001-2007	Studium der Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf
Beruf:	seit Oktober 2007	Assistenzärztin im Bereich der Inneren Medizin im HELIOS-Klinikum Schwelm

Abstract

Hintergrund: Zur Qualitätsverbesserung im deutschen Gesundheitswesen wurde festgelegt, dass alle Krankenhäuser ab dem Jahr 2005 Qualitätsberichte zu veröffentlichen haben, die festgelegte Qualitätsmerkmale enthalten sollen. Damit soll u.a. erreicht werden, dass die niedergelassenen Ärzte eine qualitative Orientierungshilfe für die Einweisung ihrer Patienten bekommen. Der Inhalt der Berichte wurde jedoch ohne Einbeziehung der Zielgruppen entwickelt. Daher beschäftigt sich diese Arbeit mit der Frage, welche Qualitätsparameter in den Berichten enthalten sein sollten und welche Darstellungsformate zur Präsentation der Daten verwendet werden sollten, um die Interessen der niedergelassenen Allgemeinmediziner zu berücksichtigen und somit die Motivation zur Nutzung der Qualitätsberichte zu fördern.
Methode: in dem Zeitraum März bis Juni 2005 wurden 50 zufällig ausgewählte, bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe registrierte, niedergelassene Allgemeinmediziner im Bereich Hagen/Bochum in ihrer Praxis besucht und interviewt. Ihre Aufgabe war es, acht Beispiel-Darstellungsmodelle sowie 29 Qualitätsmerkmale bzgl. verschiedener Parameter zu bewerten.
Ergebnisse: Es ist festzuhalten, dass sich in dieser Arbeit die meisten niedergelassenen Allgemeinmediziner an dem „Ranking“ (74%) oder dem „Komplexen Starrating“ (68%) orientieren würden, um sich für ein Krankenhaus zu entscheiden. Weiterhin konnte festgestellt werden, dass die Darstellungsform der vergleichenden Qualitätsberichte einen Einfluss auf die Krankenhausauswahl hat und sowohl das Alter als auch das Geschlecht einen z.T. signifikanten Einfluss auf die Bewertung der Darstellungsmodelle und die Beurteilung der Relevanz u.a. der Qualitätsmerkmale „Gewohnheit“ und „Nähe zum Wohnort des Patienten“ bzw. „Anzahl der ambulanten Patienten“ und „Empfehlungen von Verwandten, Bekannten, Ärzten und anderen Fachleuten“ haben. Qualitätsparameter wie z.B. „Anzahl der Betten des Krankenhauses“ und „Krankenhausträger“ sind zwar in den Qualitätsberichten enthalten, jedoch werden sie von den Allgemeinmedizinern als kaum relevant für eine Krankenhauswahl erachtet. Gleichzeitig besteht der Wunsch nach anderen Informationen wie Mortalitäts- und Komplikationsraten, die bisher nicht in den Berichten berücksichtigt sind.
Diskussion: Insgesamt scheinen die Wünsche und Bewertungen bzgl. der Qualitätsmerkmale den Erfahrungen aus dem Ausland zu entsprechen. Bei einigen Parametern (z.B. „externe Qualitätssicherung“ und „Patientenzufriedenheit“) gibt es jedoch Unterschiede in der Beurteilung. Übereinstimmungen gibt es hingegen bei zusätzlich erwünschten Qualitätsmerkmalen wie z.B. dem Parameter „Mortalitätsraten“.
International häufig verwendete Modelle sind das „Einfache Starrating“, „League Tables“ und das „Ranking“. In dieser Arbeit konnte das „Einfache Starrating“ die Studienteilnehmer nicht als geeignetes Darstellungsmodell überzeugen, während das „Ranking“ in allen Punkten (außer der Übersichtlichkeit) am besten abschneidet. Im Ausland besteht die Tendenz, nicht zu viele Qualitätsmerkmale in den Berichten unterzubringen, um den Nutzern die Verwendung der Qualitätsberichte zu erleichtern. Entsprechend zeigt auch diese Arbeit, dass die Darstellungsmodelle „Komplexes Balkendiagramm“, „Spinnennetz“ und „JCAHO“, die in dem Punkt „Übersichtlichkeit“ schlecht benotet wurden, nicht als geeigneteste Darstellungsform genannt werden.
Fazit: Die Allgemeinmediziner in Deutschland scheinen durchaus daran interessiert zu sein, ein Krankenhaus für die Einweisung ihrer Patienten anhand von Qualitätsberichten auszuwählen, wenn ihnen das „Ranking“ oder das „Komplexe Starrating“ vorliegt. Dabei wäre es sinnvoll, Qualitätsindikatoren wie z.B. „Teilnahme an DMPs“ und „Gewohnheit“, die die Ärzte für ihre Entscheidung für irrelevant halten, z.B. durch die Indikatoren „Mortalitätsraten“ und „Komplikationsraten“ zu ersetzen, die die Interessen der Ärzte mehr treffen, um die Nützlichkeit der Qualitätsberichte zu steigern. Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass die Darstellungsmodelle „Einfaches Starrating“, „Spinnennetz“ und „JCAHO“ als ungeeignet angesehen werden.