

Welche Qualifikation haben Ärzte und Pfleger, wie viele Operationen verlaufen ohne Komplikationen, wie hoch ist die Sterblichkeit? Antworten auf solche Fragen suchen Patienten in den gesetzlich vorgeschriebenen Klinik-Qualitätsberichten meist vergeblich. Die Berichte sollten daher neu konzipiert werden – unter Beteiligung der potenziellen Nutzer, meint **Bernard Braun**.

Qualitätsberichte

Klartext



Nahzu jedes zur stationären Versorgung zugelassene Krankenhaus veröffentlicht im Jahr 2007 zum zweiten Mal seit 2005 einen „Strukturierten Qualitätsbericht“. Abgabetermin ist der 31. August. Auf der gesetzlichen Grundlage des Paragraphen 137 Sozialgesetzbuch V sowie nach Prinzipien und einem Dokumentationsraster, die von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) ausgehandelt wurden, sollen die Kliniken ihre Leistungen für Ärzte und Patienten transparent machen – vorrangig über das Internet (siehe Kasten „Grundsätze für den gesetzlichen Qualitätsbericht“ auf Seite 26).

Gesetzliche Qualitätsberichte weisen Geburtsfehler auf. Die gesetzlich vorgeschriebenen Krankenhaus-Qualitätsberichte sollen auch auf Dauer als Informationsplattform für jährlich Millionen Patienten dienen. Sie könnten zudem Modellcharakter für ebenfalls längst notwendige Informationssys-

temen über die ambulante Versorgung haben. Daher ist eine systematische und empirische Bilanzierung ihrer Inhalte, ihrer Form sowie ihrer Bedarfsgerechtigkeit und Wirksamkeit unbedingt erforderlich.

Die Indikatoren der ersten, aber auch der diesjährigen Qualitätsberichte sind jedoch nicht aus systematischen Patienten- und Ärztebefragungen zu deren Bedürfnissen, Erwartungen und Präferenzen hervorgegangen. Sie sind auch nicht Ergebnis der Sekundäranalyse internationaler und nationaler Forschung über das, was die Zielgruppen der Berichte interessiert. Vielmehr resultieren sie aus nichtöffentlichen Verhandlungen, in denen zuvorderst die organisatorischen Interessen der GKV-Spitzenverbände und der Krankenhausgesellschaft berücksichtigt wurden. Damit weisen die Qualitätsberichte

mindestens einen fundamentalen Geburtsfehler auf, der für einige ihrer Defizite verantwortlich sein dürfte.

Zahlreiche Kritiker werfen den ersten gesetzlichen Qualitätsberichten Etikettenschwindel vor. Insbesondere zur Ergebnisqualität der Behandlung, also zur gesundheitlichen Verfassung entlassener Patienten, zur Rate der Komplikationen durch im Krankenhaus erworbene Infektionen, zur Komplikationsrate bei ausgewählten Operationen und nicht zuletzt zur Sterblichkeit gibt es keine systematischen Informationen, die Vergleiche zwischen Kliniken ermöglichen. Wenn dies überhaupt als Problem erkannt und kommuniziert wird, herrschen methodische Argumente zu den in der Tat bestehenden Vergleichbarkeits- und Adjustierproblemen vor. Dabei haben andere Länder schon begonnen, die Probleme einer solchen Ergebnisberichterstattung zu lösen. So werden etwa in Großbritannien risikoadjustierte krankenhauses- und sogar arztbezogene Berichte über die Sterblichkeit bei ausgewählten Operationen veröffentlicht, also die Unterschiede in der Patientenstruktur herausgerechnet. Die britischen Ärzte akzeptie-

für Klinik-Kunden?

ren diese Berichte, weil sie methodisch korrekt sind. Auch in Deutschland hat etwa die private Klinikgruppe Helios ihre Qualitätsberichte um erste rudimentäre Sterblichkeitsdaten ergänzt (siehe Statements auf Seite 32 und 33).

Verbraucherschützer kritisieren Umfang und Sprache. Die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen kommt nach der Untersuchung von 106 Qualitätsberichten der ersten Welle zu dem Schluss, dass 69 Berichte schlecht aufbereitet, sprachlich schwer verständlich und untereinander schwer vergleichbar sind. Es wimmelt von medizinischen Fachbegriffen sowie Allgemeinplätzen („Einsatz hochwirksamer Medikamente“) und es fehlt insgesamt an der vom Gesetzgeber geforderten „umgangssprachlichen Klarschrift“. Umfänge von um die 180 Seiten

und lange Aneinanderreihungen von Tabellen überfordern den Durchschnittspatienten.

Ein unübersehbares Anzeichen für die schlechte Nutzbarkeit der offiziellen Qualitätsberichte ist auch die Flut von privaten, öffentlich-körperschaftlichen, landesministeriellen, universitären, gewinn- und non-profitorientierten Navigatoren, Lesehilfen, Krankenhaus-/Klinikführern, Lotsen und Beratungsinstituten für Patienten oder auch Ärzte. Ein Teil dieser Angebote ist aber selbst nicht wesentlich verständlicher und potenziert eher noch die Orientierungsschwierigkeiten. Das jüngste Beispiel ist das von einer Krankenkasse, einer Ärztekammer und einer Verbraucherzentrale – also durchaus kompetenten Kritikern der „Strukturierten Qualitätsberichte“ – alternativ erstellte Internetangebot über die stationäre Versorgung einer Großstadt, das bei genauerem Hinsehen „mehr Verwirrspiel als Entscheidungshilfe“ ist, so eine Bewertung in einem Internet-Fachforum (*siehe unter www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/index112.htm*).

Klare und einheitliche Vorgaben fehlen. Saskia Drösler, Professorin an der Hochschule Niederrhein, analysierte die ersten Qualitätsberichte deutscher Universitätskliniken und stellte unter anderem eine Überfrachtung der Abschnitte zur Klinikstruktur fest. Sie fürchtet zudem, dass manche Recherche auf Basis der veröffentlichten Daten „durch Laien nicht systematisch durchzuführen ist“. Daher fordert die Wissenschaftlerin „klarere Vorgaben“, die dann auch „einheitlich umgesetzt“ werden sollten.

Nachdem Thomas Busse, Professor an der Fachhochschule Frankfurt am Main, in 1.100 Qualitätsberichten die Angaben zum Bereich Allgemeinchirurgie untersucht hat, lautet sein zentraler Kritikpunkt, dass in ihnen Indikatoren fehlen, an denen die Glaubwürdigkeit der Informationen gemessen werden kann. Umfang und Struktur der Berichte seien so unterschiedlich, dass allein deshalb keine einheitlichen Schlüsse gezogen werden könnten. Dies hängt seines Erachtens maßgeblich mit den „sehr interpretationsfähigen Vorgaben zur Codierung und Datendarstellung der Leistungen“ zusammen. Außerdem hält er den Vergleich von Häusern und Abteilungen auf Basis der Qualitätsberichte und damit eines



Weil Krankenhäuser die Qualitätsberichte fast ausschließlich im Internet veröffentlichen, erreichen sie nur einen Teil der Zielgruppe – viele Rentner haben keinen Zugang.

ihrer zentralen praktischen Versprechen für unmöglich (*siehe Beitrag von Thomas Busse in der Zeitschrift f&w, Ausgabe 2/2006: „Der Varizen-König kommt aus dem Steigerwald“*).

Veröffentlichung im Internet reicht nicht. Viele potenzielle Klinikpatienten sind Rentner und gehören der sozialen Unterschicht an. Da aber die Qualitätsberichte im Internet präsentiert werden, können die Informationen nur einen Teil der Zielgruppe erreichen. Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung ergab, dass unter den über 60-Jährigen nur rund die Hälfte das Internet als Informationsquelle nutzt und von den Angehörigen der untersten Sozialschichten etwas mehr als 60 Prozent.

Schließlich geht selbst der GBA in seiner „Vereinbarung über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts“ von Defiziten der bisherigen Berichterstattung aus. In einer Presseerklärung heißt es: „Die Änderungen sehen beispielsweise vor, dass die Qualitätsberichte künftig ein Inhaltsverzeichnis und eine Einleitung haben, in der das Krankenhaus kurz vorgestellt und Verantwortliche sowie Ansprechpartner genannt werden. Insgesamt wird durch spezielle Vorgaben zur Berichtsstruktur eine bessere Orientierung und Vergleichbarkeit hergestellt, gleichzeitig gibt es Freiräume für individuelle Darstellungen, wie etwa die Organisationsstruktur eines Krankenhauses oder dessen besondere Kompetenzen. (...) Die Versorgungsschwerpunkte, das Leistungsspektrum und die Ausstattungsmerkmale werden übersichtlicher dargestellt. Die Darstellung von Behandlungsergebnissen soll zukünftig nach einheitlichen Regeln erfolgen.“

Dass die Vereinbarung des GBA, aber auch beispielsweise das „Positionspapier der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichte von Krankenhäusern“ vom Mai 2006 manche der oben erwähnten inhaltlichen Defizite nicht oder nur am Rande und dazu folgenlos berührt, hängt

Grundsätze für den gesetzlichen Qualitätsbericht

Auszug aus der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Qualitätsbericht: „Er soll der Information von Patienten und Versicherten dienen, den einweisenden und im Anschluss an die Krankenhausbehandlung weiter betreuenden Ärzten sowie den Krankenkassen eine Orientierungshilfe bieten und für Krankenhäuser die Möglichkeit eröffnen, Leistungen und Qualität darzustellen. Somit dient der Qualitätsbericht der Information und Transparenz auf dem Gebiet der Krankenhausbehandlung und kann zugleich für Krankenhäuser ein Wettbewerbsinstrument darstellen. Die Vereinbarung zum Qualitätsbericht schafft hierzu einheitliche Rahmenbedingungen und verbindliche Regeln, um Versicherten und Patienten sowie den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen Zugang zu glaubwürdigen Informationen zu sichern und den Krankenhäusern einheitliche Voraussetzungen für die Darstellung von Wettbewerbsfaktoren zu gewährleisten.“

vor allem damit zusammen, dass zur Vorbereitung des zweiten Jahrgangs der Qualitätsberichte keine systematische Erhebung und/oder Berücksichtigung von Patientenwahrnehmungen und -erfahrungen stattgefunden hat. Nachdem nun der GBA mit seiner Vereinbarung vom Oktober 2006 die Qualitätsberichte des Jahres 2007 offiziell minimal verändert hat, kann zunächst kein unmittelbarer Einfluss mehr auf die Gestaltung genommen werden. Doch im Hinblick auf weitere Berichtsjahrgänge ist es notwendig, die vorliegenden Erkenntnisse über die aus Sicht der Nutzer notwendigen Inhalte und Formen aufzuarbeiten und die Diskussion über die künftige Umsetzung so früh wie möglich zu fundieren.

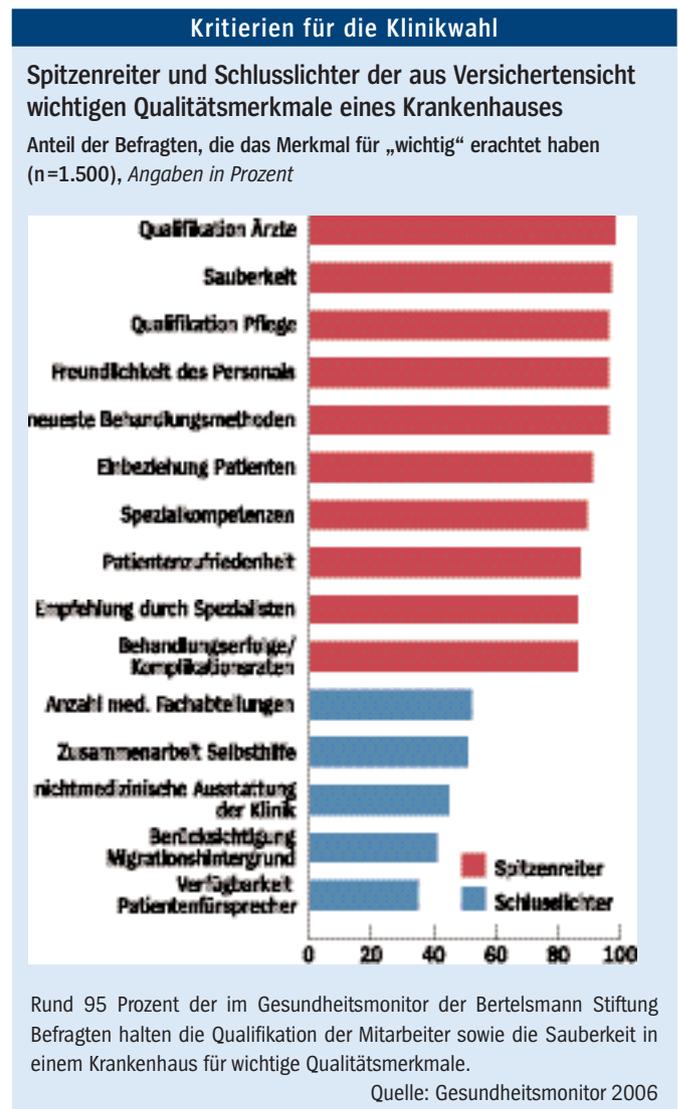
Ein Bericht für alle Patienten? Zwei gerade abgeschlossene Erhebungen und Analysen bestätigen die bisherige Kritik an den Qualitätsberichten und liefern eine Reihe zusätzlicher Hinweise. Es handelt sich um Ergebnisse aus einer repräsentativen Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung und einen von Doris Schaeffer, Sozialwissenschaftlerin an der Universität Bielefeld, präsentierten Überblick über den themenspezifischen internationalen Forschungsstand und einige aktuell ergänzende Studien.

Für den Gesundheitsmonitor antworteten rund 1.500 18- bis und 79-Jährige auf Fragen nach der Nutzung der zum Interview-Zeitpunkt (April 2006) rund sieben Monate existierenden Qualitätsberichte. 19 Prozent aller Befragten hatten schon einmal von den Berichten gehört. Von diesen hatten 24 Prozent bereits einen Qualitätsbericht angeschaut – das entspricht einem Anteil von 4,6 Prozent der Grundgesamtheit. Von den Befragten, die einen elektiven (planbaren) Aufenthalt in einem Krankenhaus vor sich hatten, zogen 2,6 von 1.000 einen oder mehrere Qualitätsberichte zu Rate. Die Hoffnung, die Qualitätsberichte würden künftig vielleicht wegen wachsender Bekanntheit intensiver genutzt, erhält in derselben Befragung einen Dämpfer: Der Anteil der Befragten, der andere, bereits länger angebotene Vergleichslisten nutzte, schwankte zwischen 0,5 und 2,6 Prozent. Trotzdem sagen 86 Prozent der Befragten, sie wünschten vor einer Krankenhausbehandlung Informationen über die Klinik und 22 Prozent würden Vergleichslisten nutzen wollen.

Zu der offensichtlichen Diskrepanz zwischen allgemeinen Informationswünschen und konkretem Gebrauch des Angebotes treten weitere Besonderheiten der Nutzung und Nutzer von Qualitätsinformationen. Den größten informierenden und entscheidungsorientierenden Einfluss haben persönliche Ratschläge von Verwandten oder Bekannten, dicht gefolgt von Empfehlungen des behandelnden Arztes. Die Bedeutung von Merkmalen eines Krankenhauses variiert deutlich nach der Schichtzugehörigkeit des Patienten. Bei Angehörigen unterer sozialer Schichten spielt zum Beispiel die Ortsnähe eine entscheidende Rolle. Die Wahl eines Anbieters von Qualitätsvergleichen oder dessen Vertrauenswürdigkeit hängt unter anderem auch vom Alter des Patienten ab. So bevorzugen über 60-Jährige das Angebot von Krankenkassen, während bei den jüngeren die Angebote der Verbraucherschutzorganisationen und der Selbsthilfe auf Platz 1 stehen.

Für ein Informationsangebot, das eine möglichst große Wirksamkeit erreichen will, muss man also beim Inhalt wie der Vermittlungsform wesentlich differenzierter vorgehen. Das „Einer-für-alle“-Konzept der Qualitätsberichte könnte gerade Patienten mit hohem Informationsbedarf verfehlen.

Qualifikation der Ärzte im Fokus. Ob man Zielgruppen erreicht und ihre Informationsbedürfnisse befriedigt, hängt vor allem von deren inhaltlichen Erwartungen und Präferenzen ab. Daher sollten die Befragten im Gesundheitsmonitor angeben, wie wichtig ihnen im Falle eines Krankenhausaufenthaltes 33 vorgegebene Bedingungen und Faktoren und eine darauf bezogene Information wären (siehe Abbildung „Kriterien für die Klinikwahl“ auf dieser Seite). Über 95 Prozent der Befragten machten die „Qualifikation der Ärzte“ zum Spitzenreiter, während die Existenz eines Patientenfürsprechers nur von rund 35 Prozent der Befragten für wichtig gehalten wurde. Von den zehn Bedingungen, die jeweils über 80 Prozent der Befragten für wichtig erachteten, haben acht etwas mit der Qualifikation oder Qualität des ärztlichen und pflegerischen



Personals, der objektiven wie subjektiven Ergebnisqualität und der Art der Behandlung zu tun. Nur ein Ausstattungsmerkmal des Krankenhauses, nämlich die Sauberkeit, liegt in dieser Spitzengruppe. Ebenfalls nur einmal in dieser Gruppe vertreten sind behandlungsbezogene Strukturmerkmale: An siebter Stelle der Wichtigkeitsskala finden sich die Spezialkompetenzen. Auf den Plätzen 11 bis 15 dominieren dann behandlungsbezogene Strukturmerkmale wie beispielsweise der Umfang der therapeutischen Möglichkeiten oder die 24-Stunden-Verfügbarkeit. Ferner findet sich auf Platz 13 die Ausstattung der Zimmer.



**Die eigene Klinik-
erfahrung schärft den
Blick für Qualitäts-
merkmale: Viele
stationär Behandelte
halten die Zusammen-
arbeit mit der Selbsthilfe
und die Patienten-
beteiligung für wichtig.**

Klinikaufenthalte verändern den Informationsbedarf. Großen Einfluss auf die Erwartungen und Präferenzen der Befragten hat die aktuelle Krankenhauserfahrung. Wer von den im Gesundheitsmonitor Befragten seit dem 1. Oktober 2005 mindestens einmal in stationärer Behandlung war, hielt 18 der 33 vorgegebenen Merkmale, Bedingungen oder Bestandteile eines solchen Aufenthaltes für wesentlich „wichtiger“ als die Befragten, die im selben Zeitraum nicht im Krankenhaus behandelt wurden. So steigt unter den Befragten mit aktueller Krankenhauserfahrung der Anteil jener, die eine Zusammenarbeit der Klinik mit Selbsthilfeeinrichtungen für wichtig halten gegenüber den Befragten ohne Krankenhauserfahrung um rund 16 Prozentpunkte an. Wichtiger sind den Befragten mit Klinikerfahrung auch die Erreichbarkeit, die schriftlichen Informationen über den Behandlungsverlauf oder die Klinik-

organisation, aber auch besondere Programme für Patienten mit Migrationshintergrund und die Beteiligung der Patienten. Nur bei vier der 33 Faktoren verringerte sich unter den Befragten mit Krankenhauserfahrung der Anteil, der diese für wichtig hielt: bei den Spezialkompetenzen, den Leitlinien, den Behandlungserfolgen/Komplikationsraten und der Anzahl der medizinischen Abteilungen.

Deutscher Forschung fehlen Jahrzehnte. Im Mittelpunkt einer aktuellen und umfassenden Literaturrecherche über den Stand der internationalen Entwicklung und Forschung steht, „was (Patienten) an Informationen suchen und welche Informationswege sie beschreiten“ (Doris Schaeffer, *siehe Lesetipps*). Der Vorsprung der internationalen Forschung beträgt bei bestimmten Fragestellungen etwa zwei Jahrzehnte. So gibt es aus anderen Ländern mittlerweile umfangreiche Erkenntnisse über die „Erwartungen“ und „Präferenzen“ von Patienten an die Krankenhausversorgung und an die darauf bezogenen Informationen. Dagegen mangelt es, so Doris Schaeffer, auch international an Untersuchungen zum „Bedarf“ an Patientinformationen und zum „Informationsbedürfnis“ der Patienten. Sofern aber internationale Ergebnisse über die Qualitätserwartungen von Patienten und Nutzern vorliegen, spielen nach Doris Schaeffers Recherche länderspezifische Unterschiede kaum eine Rolle.

Nutzerperspektive berücksichtigen. Die Untersuchungen aus dem Ausland zeigen, so Schaeffer, „dass Patienten und Nutzer nach wie vor mehr Informationen über das Versorgungswesen (...) wünschen und die verfügbare Information noch keineswegs als ausreichend empfinden, sie aber zugleich die bereitgestellten Informationen nicht in dem Umfang nutzen wie erwartet – jedenfalls nicht dann, wenn Entscheidungen (etwa über die Wahl eines Krankenhauses) zu fällen sind.“ Sie sieht diese Situation durch eine „Fehlansrichtung des bestehenden Angebots“ und dadurch bedingt, dass Informationen „zu sehr aus der Akteursperspektive und zu wenig aus der Nutzerperspektive konzeptualisiert und auf diese zugeschnitten wurden“. Das „mangelnde Interesse der Patienten, die Qualitätsdaten für die Entscheidungsfindung zu nutzen,“ ist „wesentlich darauf zurückzuführen (...), dass die verfügbare Information für Patienten unverständlich ist, sie als irrelevant empfunden wird und Patienten und Nutzer kein Vertrauen in die bereitgestellten Daten haben, aber auch keine Alternativen offeriert bekommen.“

Zahlreiche internationale Studien unterstreichen die Bedeutung bestimmter Themenbereiche, die aus Sicht der Patienten von prioritärem Interesse sind. Dazu gehören nach Schaeffer hauptsächlich: Vertrauenswürdigkeit, fachliche Expertise und Kompetenz, Verhältnis/Beziehung zum Patienten, Kommunikation/Information, Organisation/Management der Krankenhausversorgung sowie Umgebungsgestaltung und Atmosphäre. In der Aufzählung werde deutlich, so Doris Schaeffer, dass „reine Sach- und Leistungsinformationen, wie sie die Qualitätsberichte der Krankenhäuser enthalten“ auf „einer Fehlannahme“ bezüglich der Interessen und



Reine Sachinformationen über Kliniken stoßen bei Patienten auf geringes Interesse. Lieber lesen sie Erfahrungsberichte mit persönlicher Note.

Bedürfnisse der Patienten beruhen und damit ihre Wirksamkeit und langfristige Akzeptanz fundamental eingeschränkt ist oder untergraben wird.

Zur Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit von Informationsangeboten liefert die internationale Forschung ebenfalls viele konkrete Hinweise. So wird die Nutzbarkeit von Patienteninformationen unter anderem durch eine zu große Informationsvielfalt behindert, von der, wenn überhaupt, „nur diejenigen (...) profitieren, die ohnehin schon im Besitz von Information und bereits in der Lage sind, sich Information zu erschließen“. Auch wenn sich Patienteninformationen auf

wenige Schwerpunkte konzentrieren, sollten die kognitiven Anforderungen so gering wie möglich sein. Computergestützte Entscheidungshilfen, Informationsvermittler und grafisch dargestellte Rating-Skalen haben sich hierbei als nützlich erwiesen.

Eine angesichts sachinformationslastiger Berichte besonders wichtige Anregung ist, mehr narrative Formen der Informationsvermittlung sowie Erfahrungsberichte einzusetzen oder berichts begleitende Praxis-Foren einzurichten. Wegen der bekannten alters- oder sozialspezifischen Unterschiede des Informationsverhaltens gewinnt auch die Erkenntnis, sich an den Rezeptionsgewohnheiten der Patienten durch das „Zuschneiden (tailoring) von Informationen auf die spezifische Situation eines Individuums oder einer Patientengruppe“ zu orientieren, eine unmittelbar praktische Bedeutung für das Konzept der deutschen Qualitätsberichte.

Wirkungen auf Arzt-Patienten-Kommunikation kaum erforscht.

Das von Doris Schaeffer recherchierte Bild lässt sich an mehreren Stellen ergänzen und bestätigen. Eine Ende der 1990er Jahre über den damaligen Forschungsstand in den USA veröffentlichte Studie wies auf eine auch heute noch verbreitete „Schlagseite“ der Studien über Patienteninformationen hin. So werden zwar häufig die Wirkungen von Informationsinstrumenten auf das Wissen der Patienten untersucht und ob die Patienten damit zufrieden sind. Es gibt aber wesentlich weniger Studien dazu, wie sich die Informationen konkret auf die Arzt-Patient-Kommunikation und die Entscheidungen, auf das Gesundheitsverhalten und die Behandlungsergebnisse der informierten Patienten auswirken (*die Studie im Internet unter www.abrq.gov/research/rtisumm.htm*).

Die ersten Ergebnisse einer aufwendigen Studie von Wissenschaftlern der Universitäten Northumbria und Sheffield

Interview



Dr. Wulf-Dietrich Leber leitet den Geschäftsbereich Gesundheit im AOK-Bundesverband.

„Wir wollen echte Qualitätsinformationen verfügbar machen“

G+G: Inwiefern beteiligen sich Patienten selbst an der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus?

Leber: Bei elektiven Krankenhausbehandlungen, also planbaren Klinikaufenthalten, bleibt genug Zeit, vorab Informationen einzuholen. Zum Beispiel vor dem Einbau eines künstlichen Hüftgelenks informieren sich Patienten in der Regel, welches Krankenhaus diese Operation anbietet. Vor einer Geburt besichtigen Eltern sogar oft mehrere Kliniken und erkundigen sich im persönlichen Umfeld.

G+G: Welche Hilfestellung leisten dabei die Internetangebote der AOK, der „Krankenhaus-Navigator“ und das „Klinik-Konsil“?

Leber: Diese Angebote der AOK informieren darüber, welche Krankenhäuser welche Behandlungen anbieten. Der Krankenhaus-Navigator bereitet dies in einfacher Form für die Versicherten auf. Das Klinik-Konsil ist für medizinisch Fachkundige gedacht, zum Beispiel ein-

weisende Ärzte. Es erlaubt eine genaue Suche unter Nutzung medizinischer Klassifikationen wie dem Krankheitsartenschlüssel ICD und dem Operationen- und Prozedureschlüssel OPS.

G+G: Wie kommt das Angebot bei Patienten und Ärzten an?

Leber: Beide Internetauftritte verzeichnen jeden Monat mehrere zehntausend Besuche. Viele Versicherte haben offensichtlich ein Informationsbedürfnis und wollen mitentscheiden können.

G+G: Wie stehen die Chancen, dass Patienten über den Krankenhaus-Navigator auch Informationen zur Ergebnisqualität der Kliniken bekommen?

Leber: Entscheidend sind die Abstimmungsprozesse im Gemeinsamen Bundesausschuss. Es sieht alles danach aus, dass im Herbst 2007 erstmals ausgewählte Qualitätsindikatoren veröffentlicht werden können. Wir bereiten derzeit die Aktualisierung der Internetauftritte vor, damit den Versicherten und Ärzten erste echte Qualitätsinformationen verfügbar gemacht werden.



Die gesetzlichen Qualitätsberichte brauchen eine neue Konzeption. Wertvolle Hinweise dafür geben internationale Forschungsergebnisse.

zur Nutzung von Internet-Seiten mit Gesundheitsinformationen enthalten eine Vielzahl von Hinweisen, die teilweise auch für die Nutzung gedruckter Informationen gelten dürften (*Studie im Internet: www.esrcsocietytoday.ac.uk, Suchtitel: Bodies online-information and advice-seeking in the health and fitness domain*). So zeigte sich, dass Internet-Nutzer, die nach Gesundheits- oder Krankheits-Informationen suchen, Seiten mit sehr detaillierten medizinischen Informationen, wie sie von staatlicher Seite veröffentlicht werden, gar nicht mögen. Aber auch Angebote der Pharma-Industrie werden schnell weggeklickt. Von Interesse sind hingegen Seiten mit einem „human touch“, also beispielsweise mit persönlichen Erfahrungen zu Krankheiten und Therapien. Mitteilungen anderer über ihre Probleme und Sorgen sind offenbar ein Kernelement, um Vertrauen aufzubauen. Von daher finden Seiten wie die britische Database of Individual Patient Experiences (DIPEX, *im Internet unter www.dipex.org*) besonderen Zuspruch. Allerdings erkennen die Wissenschaftler hier auch

Risiken der Manipulation. Es sei nicht auszuschließen, dass solche Angebote mit Informationen gefüttert werden, die aus dem Umfeld von Unternehmen kommen.

Den Patienten um Rat fragen. Vergleicht man die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte mit den Interessenschwerpunkten ihrer potenziellen Nutzer, zeigen sich erhebliche Abweichungen. Zahlreiche, für die Patienten wichtige Merkmale, tauchen bisher gar nicht in den „Strukturierten Qualitätsberichten“ auf. Viele der dort ausführlich dokumentierten Bedingungen haben für die Patienten nur eine geringe Bedeutung.

In den nationalen und internationalen Erhebungen, Untersuchungen, Patienteninformationssystemen und Nutzer-/Nutzungserfahrungen gibt es eine Vielzahl von grundlegenden Erkenntnissen und praktischen Hinweisen, die sofort im Umgang mit den Krankenhaus-Qualitätsberichten und bei ihrer Weiterentwicklung genutzt werden können. Zunächst sollten Krankenhauspatienten systematisch zur Nutzung und dem erfahrenen Nutzen der 2007er-Qualitätsberichte befragt werden. In Verbindung damit sind der informationsbezogene Bedarf, die Bedürfnisse, die Erwartungen und Präferenzen von Versicherten und Patienten zu erheben und auszuwerten. Anschließend müssen auf Basis der vorliegenden Forschungsergebnisse für die nächsten Qualitätsberichte eine neue inhaltliche Konzeption und differenzierte Präsentationsformen entwickelt werden. Dies umfasst ausdrücklich die Empfehlung, die Insiderperspektive von Patienten dadurch zu berücksichtigen, dass sie an der Erarbeitung einer GBA-Vereinbarung für die Qualitätsberichte 2009 beteiligt werden. Ob dies aber in Zukunft eine Angelegenheit des Gemeinsamen Bundesausschusses sein sollte, wäre in dem beschriebenen Weiterentwicklungsprozess ebenfalls ergebnisoffen und unter dem Blickwinkel der Wirksamkeitsverbesserung der Qualitätsberichte zu prüfen. ■

Dr. Bernard Braun arbeitet am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. **Kontakt: bbraun@zes.uni-bremen.de**

Lesen Sie bitte auch die Statements auf Seiten 32 und 33.

Lese- und Webtipps

- Drösler, S. (2007): **Qualitätsberichte gemäß Paragraf 137 SGB V und ihre Darstellung im Internet – eine vergleichende Analyse.** In: Klauber, J./Robra, B./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart/New York: Seite 207-221.
- Schaeffer, D. (2006): **Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse.** Bertelsmann Stiftung (Herausgeber). Gütersloh.
- Geraedts, M. (2006): **Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherten-sicht.** In: Böcken, J./Braun, B./Schnee, M./Amhof, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gütersloh.
- Jonitz, G./Klakow-Franck, R. (2005): **Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Information versus Marketing.** In: Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 43 vom 28.10.2005, Seite A-2902/B-2454/C-2312.
- www.aok.de Über die Homepage der AOK ist der AOK-Krankenhaus-Navigator, eine Suchmaschine für Patienten und deren Angehörigen, zugänglich.
- www.g-ba.de/informationen/beschluesse Vereinbarung zum Qualitätsbericht, Beschluss des GBA vom 17.10.2006
- www.klinik-konsil.de Die Krankenhaus-Suchmaschine der AOK für einweisende Ärzte und andere Experten.
- www.kliniken-rhein-ruhr.de Klinikführer Rhein-Ruhr
- www.verbraucherzentrale-nrw.de Unter dieser Adresse finden sich Tipps der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen für den Umgang mit Qualitätsberichten der Krankenhäuser.